

การบูรณาการมาตรฐานคุณภาพกับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องด้วยอาโป-เอส  
Integrating Quality Standards into Continual Improvement  
with the APO-S

เสกสรรค์ มานวิโรจน์

คณบดีคณะวิทยาศาสตร์สาธารณสุขและหัวหน้าสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์

โทร. 081-839-6238 E-mail: samana@rpu.ac.th

ศิริรัตน์ วงศ์ประกรณ์กุล

ผู้เชี่ยวชาญ กลุ่มภารกิจงานสาขาเขตและการมีส่วนร่วม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

โทร 089-969-6512 Email: sirirat.w@nhso.go.th

Sakesun Manawiroj

Dean and Director of Science Public Health Faculty and Public Health Branch,  
Rajapruk University

Sirirat Wongprakornkul

Expert, Cluster of Branch Office Mission and Participation,  
National Health Security Office

รับเข้า: 10 มกราคม 2562 ตอรับ: 30 มีนาคม 2562

#### บทคัดย่อ

จากการที่องค์กรมีการนำเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานหลากหลายระบบมาประยุกต์ใช้ ได้แก่ มาตรฐานระบบบริหารงานคุณภาพ ISO 9001 เวอร์ชัน 2015 การรับฟังความคิดเห็น การบริหารจัดการความเสี่ยงและควบคุมภายใน COSO ERM สร้างความสับสน ความไม่เข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ อีกทั้งงานคุณภาพที่แยกส่วนจากงานประจำ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่รู้สึกเป็นภาระ และไม่สามารถนำงานคุณภาพมาช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานได้ ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาแนวทางการบูรณาการมาตรฐานคุณภาพกับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยตามหลักการออกแบบ DMADV ของซิกซิกม่าและหลักการจัดการความรู้ของ Demarest นำมาสร้างแนวทางที่บูรณาการงานคุณภาพกับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เรียกว่ากระบวนการอาโป-เอส และเริ่มดำเนินการในปี 2560 ผลลัพธ์ที่แสดงให้เห็นการเพิ่มสมรรถนะเจ้าหน้าที่ในการกำกับติดตามและประเมินผลโดยเปรียบเทียบระหว่างปี 2560 และ 2561 พบว่า จำนวนสำนักงานที่ยินดีเข้าร่วมดำเนินการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 82.35 เป็นร้อยละ 100 จำนวนเรื่องที่เสนอปรับปรุงเพิ่มขึ้นจาก 29 เรื่อง เป็น 147 เรื่อง และจำนวนคณะกรรมการ PDCA เพิ่มขึ้นจาก 5 คน เป็น 35 คน ผลลัพธ์การบริหารจัดการความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า จำนวน

เรื่องที่รายงานในรูปแบบ A3 และ R2R เพิ่มขึ้นจาก 30 เรื่อง เป็น 75 เรื่อง และจำนวนผลงานเด่นเพิ่มขึ้นจาก 7 เรื่อง เป็น 21 เรื่อง และการเขียน A3 ยอดเยี่ยม 5 เรื่อง สรุปผลการวิจัยได้ว่ากระบวนการอาโปเอส เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนงานคุณภาพให้เกิดการนำมาปฏิบัติจริง โดยเจ้าหน้าที่ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วมดำเนินการปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน อีกทั้งเป็นกลไกการบริหารจัดการความรู้ในองค์กร ตั้งแต่ การสร้างความรู้ การเผยแพร่ความรู้ การใช้ความรู้ และศูนย์รวบรวมความรู้

**คำสำคัญ:** กระบวนการอาโป-เอส มาตรฐานระบบบริหารงานคุณภาพ ISO 9001 เวอร์ชัน 2015 การบูรณาการงานคุณภาพกับงานประจำ ประเด็นความเสี่ยง ประเด็นการควบคุมภายใน

### Abstract

In case that the organization has adopted a variety of quality standards such as ISO 9001: 2015, public hearing, and COSO ERM for risk management and Internal control which make staff feel confusing and do not understand. Especially if those quality works are separated from the routine. Those problems may be burdensome, and staff could not apply quality work to enhance the performance. Therefore, the researcher was interested to study the systematic approach to integrate quality standards into continual improvement. In this research found that according to Sigma Sigma's DMADV design principles and Demarest's knowledge management principles were applied to design an integrating quality-standards into continual-improvement process, named the APO-S and get started in 2017. The results showed how staff competencies for monitoring and evaluating were improved comparing between 2017 and 2018. We found that the number of offices willing to participate in this process increased from 82.35% to 100%. The number of proposed improvements increased from 29 issues to 147 issues and the number of PDCA committees increased from 5 to 35 people. The results of knowledge management and sharing found that the A3 and R2R reports increased from 30 issues to 75 issues, and the number of outstanding reports increased from 7 issues to 21 issues and 5 excellent A3 writing. In conclusion, the APO-S process could drive qualities into implementation through staff involvement. All staff must keep improving and increasing productivity. In addition, the APO-S process could be a knowledge management mechanism for construction, dissemination, use, and embodiment.

**Keywords:** APO-S Process, ISO 9001 version 2015, integration of quality works into routine, risk issues, internal control issues

## บทนำ

รัฐบาลกำหนดนโยบายมุ่งเน้นพัฒนาระบบราชการเพื่อให้หน่วยงานภาครัฐปรับปรุงการทำงาน ยกกระตือรือร้นการบริหารจัดการให้มีคุณค่าทางการบริหาร โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ริเริ่ม ผลักดัน เสนอนโยบายต่อคณะรัฐมนตรีต่อการพัฒนาระบบราชการ ผ่านเครื่องมือบริหารจัดการสมัยใหม่โดยใช้หลักการบริหารของภาครัฐกิจ เช่น การบริหารเชิงยุทธศาสตร์ การลดขั้นตอนการทำงาน การบริหารความเสี่ยง การพัฒนาระบบสารสนเทศ เป็นต้น ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ริเริ่มพัฒนามาตรฐานและคุณภาพการบริหารจัดการ ปี 2549 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบให้นำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาระบบราชการ และเริ่มดำเนินการกำหนดให้มีระบบคุ้มครองปฏิบัติราชการ ตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) จนได้เป็นวาระแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดตั้งตาม พ.ร.บ.เฉพาะ ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีภารกิจหลักในการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เกิดประสิทธิภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน องค์กรเล็งเห็นความสำคัญของการปรับปรุงการทำงาน ยกกระตือรือร้นการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตอบสนองนโยบายคณะรัฐมนตรี จึงนำเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานต่าง ๆ ทั้งภาคบังคับและภาคสมัครใจมาปฏิบัติ ได้แก่ 1) กรอบหลักเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงานทุนหมุนเวียน โดยกรมบัญชีกลาง ด้านความเสี่ยงและควบคุมภายในตามหลักการของ COSO 2) การประเมินผลองค์กรมหาชนและผู้อำนวยการองค์กรมหาชน โดยคณะกรรมการพัฒนาและส่งเสริมองค์การมหาชน 3) การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โดยสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ 4) กรอบการตรวจเงินแผ่นดิน โดยสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน 5) การตรวจสอบและควบคุมภายใน โดยสำนักตรวจสอบ สปสช. 6) ระบบบริหารงานคุณภาพตามมาตรฐานสากล ISO 9001: 2015 7) การบริหารจัดการมาตรฐานความปลอดภัยของข้อมูล ISO 27001: 2013 8) การสมัครขอรับรางวัลคุณภาพแห่งชาติ TQA และ 9) การสมัครขอรับรางวัลเลิศรัฐ ก.พ.ร. แม้ว่ากรอบการปฏิบัติงานด้านคุณภาพตามมาตรฐานมีรายละเอียดหลักการ ข้อกำหนด รูปแบบการรายงานที่แตกต่างกัน แต่หลักการสำคัญที่สุดคือ การหาระบบที่องค์กรจะสามารถนำหลักการ ข้อกำหนด มาประยุกต์ใช้โดยนำมาบูรณาการกับการปฏิบัติงานประจำ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไม่รู้สึกรับภาระที่เพิ่มการทำงานคุณภาพมากขึ้น มุ่งเน้นการปฏิบัติงานประจำอย่างมีคุณภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในงาน สอดคล้องตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยนิยามของการบูรณาการ (Integration) หมายถึง การประสาน

กลมกลืนกันของแผน กระบวนการ สารสนเทศ การจัดสรรทรัพยากร การปฏิบัติการ ผลลัพธ์ และการวิเคราะห์ เพื่อสนับสนุนเป้าประสงค์ที่สำคัญขององค์กร การบูรณาการที่มีประสิทธิผล เป็นมากกว่าความสอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน (Alignment) และจะสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อการดำเนินการของแต่ละองค์ประกอบภายในระบบการจัดการผลการดำเนินการมีความเชื่อมโยงกันเป็นหนึ่งเดียวอย่างสมบูรณ์ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2559)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษา 3 ประเด็นคือ 1) แนวทางการบูรณาการมาตรฐานคุณภาพกับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง 2) กลไกการนำแนวทางที่ได้จากข้อ 1) ไปสู่การปฏิบัติ เพื่อเพิ่มสมรรถนะเจ้าหน้าที่ในการกำกับติดตามประเมินผล และ 3) กลไกการบริหารจัดการความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

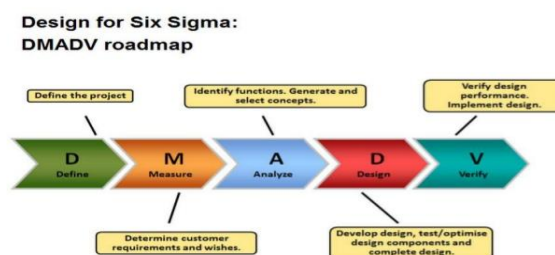
### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างแนวทางที่จะนำกรอบการปฏิบัติงานด้านคุณภาพตามมาตรฐานต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้กับการปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานโดยนำมาบูรณาการกับการปฏิบัติงานประจำ
2. เพื่อเพิ่มสมรรถนะเจ้าหน้าที่ในการกำกับติดตามและประเมินผล
3. เพื่อการบริหารจัดการความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

### วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) กรอบแนวคิดการวิจัยสำหรับการออกแบบกระบวนการได้ประยุกต์ใช้หลักการออกแบบ DMADV ของซิกซิกม่า (Six Sigma) (Pande, Neuman, & Cavanagh, 2001) ดังแสดงในภาพที่ 1

### DMADV PROCESS



ภาพที่ 1 หลักการออกแบบ DMADV

ที่มา: google

การออกแบบกระบวนการใหม่ครอบคลุมการศึกษา 3 ประเด็น 1) แนวทางการบูรณาการมาตรฐานคุณภาพกับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า APO-S (อาโป-เอส) 2) กลไกการนำ

แนวทาง APO-S ไปสู่การปฏิบัติ และ 3) กลไกการบริหารจัดการความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้  
ดังรายละเอียดการวิเคราะห์ในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ผลการวิเคราะห์ตามหลักการออกแบบ DMADV

DMADV	รายละเอียด	ผลการวิเคราะห์
D: Define กำหนดปัญหา	การคัดเลือกกระบวนการที่เป็นปัญหาในระบบงานคุณภาพที่เกิดจากความบกพร่อง การปฏิบัติงานไม่สอดคล้องกับงานประจำของเจ้าหน้าที่ ทำให้มีความรู้สึกเป็นภาระและไม่ก่อให้เกิด	กระบวนการที่เลือกคือ กระบวนการปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ตามวงจร PDCA โดยตั้งชื่อกระบวนการใหม่ว่า <b>APO-S</b> (อ่านว่า อาโป-เอส หรือ อาโป-สไมล์) เนื่องจากหากนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement) จากเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานต่าง ๆ มาปรับปรุงกระบวนการงานทั่วทั้งองค์กรโดยบูรณาการเข้ากับงานหรือพัฒนางานอย่างมีเป้าหมาย และส่งผลให้องค์กรบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์
M: Measure วัดประสิทธิภาพ	จัดตั้งคณะทำงาน ทำการศึกษาทบทวนกระบวนการพัฒนาคุณภาพขององค์กร รวบรวบประเด็นจากการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อกำหนดระดับคุณภาพและคุณลักษณะที่ผลลัพธ์จากกระบวนการจะสามารถเพิ่มขีดความสามารถขององค์กรไปออกแบบกระบวนการใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	ผลการทบทวนของคณะทำงาน มีดังนี้ <b>1. ด้านนโยบาย:</b> ขาดความต่อเนื่องของนโยบายมุ่งเน้นคุณภาพขององค์กร และผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญเพียงเพื่อให้ได้ใบรับรองมาตรฐาน <b>2. ด้านบุคลากร:</b> ขาดความเข้าใจวัตถุประสงค์ของการนำเครื่องมือคุณภาพต่าง ๆ ที่นำมาใช้ปรับปรุงการทำงาน จึงทำให้บุคลากรรู้สึกว่าเป็นภาระ ไม่ช่วยให้ทำงานสะดวก และไม่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานให้เกิดผลสำเร็จ <b>3. ด้านระบบงาน:</b> ขาดการทำงานอย่างเป็นระบบแยกส่วน ไม่กลมกลืนกับการปฏิบัติงานจริง ไม่สอดคล้องกับความสำเร็จขององค์กร ไม่เชื่อมโยงทิศทางเดียวกันกับนโยบายและตัวชี้วัดผลงานทั้งระดับองค์กรและระดับปฏิบัติการที่กำหนดรวมทั้งช่วงเวลาในการรวบรวมตามแบบฟอร์มแต่ละชิ้นไม่สอดคล้องกัน และงานคุณภาพที่พัฒนางานไม่ได้นำไปใช้อ้างอิงเป็นผลงานในการประเมินผลการปฏิบัติงาน <b>4. ด้านงานคุณภาพ:</b> ขาดการพัฒนาคุณภาพอย่างแท้จริง เป็นเพียงการกรอกข้อมูลลงในแบบฟอร์มให้เต็ม มุมมองของการนำเครื่องมือคุณภาพหลากหลายมาใช้ เป็นเพียงการแสดงว่าเป็นองค์กรที่ทันสมัย

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ตามหลักการออกแบบ DMADV (ต่อ)

DMADV	รายละเอียด	ผลการวิเคราะห์
A: Analyze วิเคราะห์	การวิเคราะห์ความต้องการ ของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ เพื่อระบุรายละเอียดของ การออกแบบปฏิบัติงาน ของกระบวนการใหม่	สรุปผลความคิดเห็นของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ ในการ ขับเคลื่อนงานคุณภาพ 1. การสร้างมาตรฐานการทำงานและวัฒนธรรมการพัฒนา งานอย่างต่อเนื่องให้เกิดขึ้นในองค์กรอย่างเป็นระบบ 2. ผู้บริหารเข้าใจและให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ โดยไม่ เร่งรัดความสำเร็จที่วัดผลเป็นรางวัลเป็นเป้าหมายหลัก แต่ มุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเรียนรู้แบบค่อยเป็นค่อย ไปและเกิดความตระหนักรู้ด้วยจิตสำนึกของตนเอง 3. ใช้บทเรียนการพัฒนาที่ผ่านมาเป็นพื้นฐานในการปรับปรุง อย่างต่อเนื่องและเลือกเครื่องมือให้เหมาะสมกับช่วงเวลา 4. การนำเครื่องมือคุณภาพใหม่มาใช้ ควรประยุกต์ใช้แบบ ทดลองใช้ ไม่เป็นการบังคับและค่อย ๆ เพิ่มระดับความ เข้มงวดในการนำไปใช้ ให้ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานตัวอย่าง เป็นผู้กระตุ้นหน่วยงานอื่นให้เกิดความเข้าใจและปฏิบัติตาม ทำให้ไม่มีแรงต้านของพนักงาน 5. วิธีการปฏิบัติในรายละเอียดควรผูกมัดกับการประเมิน งานในช่วงต้นเพื่อเป็นการสร้างวัฒนธรรมในการรายงาน ผลงานตามเกิดจริง
D: Design ออกแบบ	การออกแบบให้สอดคล้อง กับความต้องการของ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้ต้องสามารถลดความ แปรปรวนต่อคุณภาพ ผลลัพธ์ของกระบวนการ รวมไปถึงการทดสอบ เบื้องต้น (Pilot testing)	ชื่อกระบวนการคือ <b>APO-S</b> (อ่านว่า อาโป-เอส หรือ อาโป- สไมล์) เป็นอักษรย่อมาจากกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรม ดังนี้ A: Analysis ใช้หลักการ “Next process is our customer” และ “Lateral Thinking” มาวิเคราะห์หา โอกาสในการปรับปรุงทั้งกระบวนการงาน (Gap Analysis) P: Process จากโอกาสในการปรับปรุงทุกเรื่องใน กระบวนการนำมาจัดลำดับก่อนหลังทำเป็น Roadmap แล้ว นำโอกาสในการปรับปรุงลำดับต้น ๆ มาวิเคราะห์หาสาเหตุ รากเหง้าของปัญหา หามาตรการแก้ไขหรือกิจกรรมหรือ เทคโนโลยีใหม่ที่ยังไม่เคยนำมาปรับปรุงกระบวนการงาน O: Output วางรูปแบบการรายงานผลลัพธ์ 2 แบบคือ A3 และ R2R S: Smile จัดตั้งคณะกรรมการประเมินผลงานมาจากทุก สำนัก และจัดเวที Smile’s Day เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

**ตารางที่ 1** ผลการวิเคราะห์ตามหลักการออกแบบ DMADV (ต่อ)

DMADV	รายละเอียด	ผลการวิเคราะห์
V: Verify ตรวจสอบ	จุดประสงค์ของขั้นตอนการตรวจสอบคือ เพื่อให้แน่ใจว่า การ ออก แบบ กระบวนการใหม่นั้น สามารถดำเนินการได้จริง และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ รวมทั้ง ผลลัพธ์ที่ได้สามารถทำให้องค์กรบรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจและยุทธศาสตร์ได้	ในปีพ.ศ. 2560 เริ่มนำ APO-S มาใช้โดยกำหนดให้เป็นทางเลือก มี 14 สำนัก (จากทั้งหมด 17 สำนัก) สมครใจนำไปใช้ปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 82.35 ต่อมา ปีพ.ศ. 2561 ถึงปัจจุบัน มีมติให้นำ APO-S ไปใช้กับทุกสำนักและทุกรอบของกระบวนการ APO-S จะมีการประชุม AAR เพื่อวิเคราะห์ Gap และนำมาพัฒนาปรับปรุงในปีถัดไปอย่างต่อเนื่อง

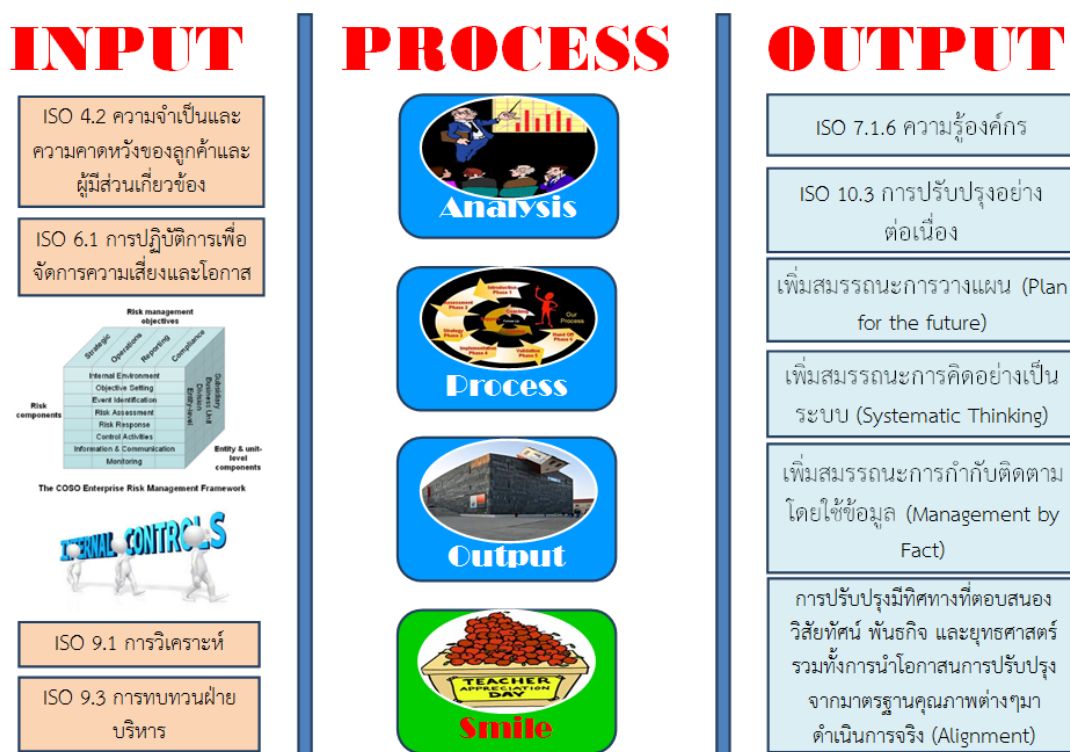
จากผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 1 นำมาสร้างระบบที่บูรณาการมาตรฐานคุณภาพกับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยแบ่งระบบออกเป็น 3 ประเด็น ประกอบด้วย

1. แนวทางการบูรณาการมาตรฐานคุณภาพกับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ที่เรียกว่า APO-S (อาโป-เอส) นำเกณฑ์ ISO 9001:2015 มาเป็น Backbone สร้างออกมาเป็น 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) วิเคราะห์ (Analysis) โดยสร้างกรอบแนวความคิดด้วย Excel file ชื่อว่า Analysis\_59, Analysis\_60, Analysis\_61 Analysis\_62 (มีการให้สารสนเทศ โอกาสในการปรับปรุงจากกระบวนการคุณภาพ ยุทธศาสตร์และจุดเน้น ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนในแต่ละปี) แทรกเครื่องมือวิเคราะห์ด้วย หลักการ Lateral Thinking และ Gap Analysis 2) กระบวนการปรับปรุงตามมาตรการแก้ไขเพื่อแก้สาเหตุของปัญหา (Process) สอดแทรกหลากหลายเครื่องมือคุณภาพ เช่น Pareto, Fishbone Diagram, 5 Whys, Why-Why Analysis, Tree Diagram, Is-Is not method เป็นต้น โดยชื่อเครื่องมือเหล่านี้ถูกระบุในแบบฟอร์มการรายงานผลลัพธ์ A3 3) การรายงานผลลัพธ์ (Output) กำหนดรูปแบบการรายงานผลลัพธ์ 2 รูปแบบคือ A3 และ R2R 4) จัดเวที Smile's Day เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Smile) ดังแสดงในภาพที่ 2

2. กลไกการนำแนวทาง APO-S ไปสู่การปฏิบัติ จากวิกฤติปัญหาความไม่เข้าใจในกระบวนการคุณภาพ การปรับปรุงกระบวนการไม่มีทิศทางที่ชัดเจน ไม่มีกระบวนการคิดเหตุผลแสดงที่มาของการเลือกเรื่องที่จะนำมาปรับปรุง บางเรื่องไม่สอดคล้องกับพันธกิจขององค์กร ปัญหาที่ตรวจสอบพบรวมทั้งความเสี่ยงองค์กรไม่ถูกนำมาแก้ไขทำให้ต้องมีการปรับกระบวนการใหม่นำเสนอปัญหาให้คณะกรรมการบริหารเห็นชอบให้มีการเปลี่ยนแปลง จากนั้นใช้กระบวนการมีส่วนร่วมโดย Focus Group เพื่อออกแบบกระบวนการตาม DMADV วางรูปแบบการปฏิบัติในการปฏิบัติงาน

กำหนดแนวทางการประเมินผลงานสำนัก กำหนดปฏิทินการทำงาน นำร่องทดสอบจนมั่นใจปรับให้  
ง่ายไม่เพิ่มเอกสารแบบฟอร์มที่ไม่จำเป็นหรือเป็นภาระ

3. กลไกการจัดการความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้แก่ 1) การสร้างความรู้ (Knowledge Construction) 2) การเผยแพร่ความรู้ (Knowledge Dissemination) 3) การใช้  
ความรู้ (Knowledge Use) 4) ศูนย์รวบรวมความรู้ (Knowledge Embodiment) (Demarest,  
1997: 376) โดยใช้ประเด็นที่ 1. ในการสร้างความรู้ ประเด็นที่ 2. สร้างความชัดเจนในการปฏิบัติ  
จัดทำเป็นคำรับรองการปฏิบัติงาน และการประเมินสำนัก อธิบายทำความเข้าใจ สอนเครื่องมือ  
คุณภาพต่าง ๆ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินผลลัพธ์ (Output) เป็นตัวแทนจากทุกสำนัก อย่าง  
น้อย 2 คน และจัดเวที Smile’s Day นำเสนอผลงานที่โดดเด่นของทุกสำนัก และรูปแบบการรายงาน  
ผลลัพธ์ที่เป็น Best Practice



ภาพที่ 2 การออกแบบกิจกรรมใน APO-S ทั้งหมด 4 กิจกรรม

### ผลการวิจัย

นำเสนอผลการวิจัยจากนั้น เป็น 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1. Analysis ส่วนที่ 2. Process ส่วนที่ 3. Output ส่วนที่ 4. Smile ส่วนที่ 5. แบบฟอร์มการประเมินคะแนน ส่วนที่ 6. ปฏิทิน APO-S และ ส่วนที่ 7. ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ รายละเอียดดังนี้

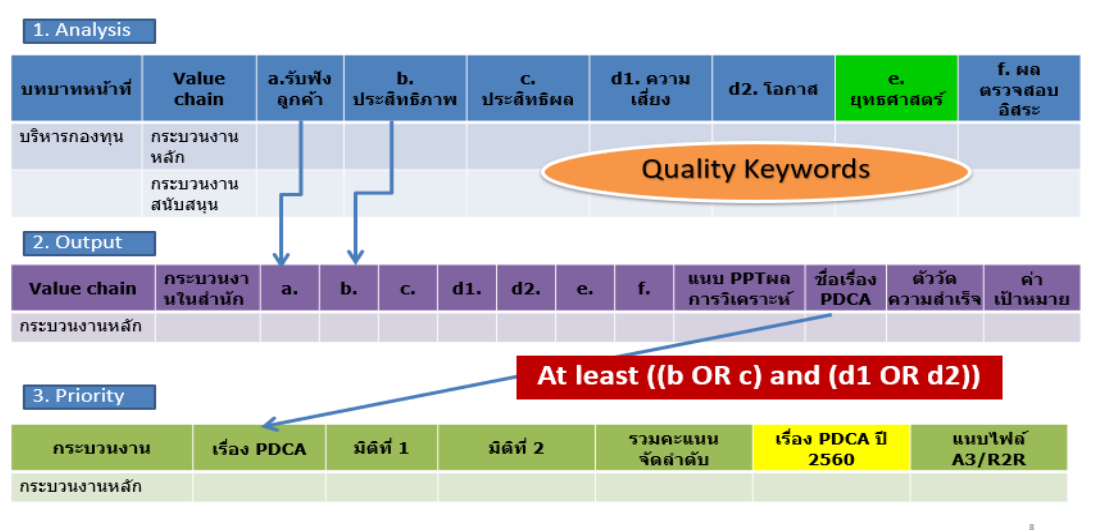
ส่วนที่ 1 **Analysis** เป็นการวิเคราะห์ที่ได้มาซึ่งชื่อเรื่องที่จะปรับปรุงในกระบวนการงานที่เจ้าหน้าที่ท่านนั้นรับผิดชอบ มีการออกแบบฟอร์มของ APO-S เป็น Excel file ชื่อ



Analysis\_62.xlsx ประกอบด้วย 3 worksheets ดังแสดงในภาพที่ 3 ซึ่งแต่ละ Worksheet ระบุ  
ลูกค้ำ เช่น ผลการรับฟังความคิดเห็น (Public Hearing) ผลสำรวจความพึงพอใจ ข้อเสนอเชิง  
นโยบายจากการสำรวจ (ศิริรัตน์ วงศ์ประกรณ์กุล, 2560: 56 - 68) เป็นต้น b. ประสิทธิภาพ  
c. ประสิทธิภาพ d1. ความเสี่ยงตาม COSO ERM (ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ ด้านปฏิบัติการ ด้านการเงิน  
และด้านกฎหมาย กฎระเบียบ) d2. โอกาส (จากข้อกำหนด ISO 6.1) e. ยุทธศาสตร์ และจุดเน้น  
f. ผลการตรวจสอบอิสระ (เช่น ส.ต.ง. สตส. ป.ป.ช. สรอ. เป็นต้น) ซึ่งสารสนเทศเหล่านี้เรียกว่า  
“คำคุณภาพ (Quality Keyword)” จะถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์ Gap ในกระบวนการ

1.2 Worksheet Output ผู้รับผิดชอบแต่ละกระบวนการงานในสำนักงาน เลือก “คำ  
คุณภาพ” มาวิเคราะห์นำเสนอผู้บริหารในรูปแบบ PowerPoint (ประกอบด้วย 10 หัวข้อ ซึ่งจะแสดง  
รายละเอียดในส่วนที่ 2. Process) ตั้งชื่อเรื่องที่ต้องการปรับปรุงของกระบวนการงานที่รับผิดชอบ

1.3 Worksheet Priority เป็นการจัดลำดับความสำคัญของผู้บริหารว่าข้อเสนอชื่อ  
เรื่องที่ต้องการปรับปรุง (จาก Worksheet Output) เรื่องใดที่ผู้บริหารเห็นว่าเมื่อแก้ไขแล้วเสร็จ  
สมควรเขียนรายงานผลลัพธ์ เพื่อจัดเก็บเป็นความรู้



ภาพที่ 3 องค์ประกอบของ Excel File: Analysis\_62.xlsx

ส่วนที่ 2 Process โดยผู้รับผิดชอบกระบวนการงานนำ “คำคุณภาพ” มาวิเคราะห์จัดทำเป็น  
PowerPoint เสนอเรื่องที่ต้องการปรับปรุง ซึ่งกำหนดขั้นต่ำของหัวข้อไว้ 10 หัวข้อ ดังนี้

- 2.1 ชื่อกระบวนการงาน
- 2.2 หน้าที่และความรับผิดชอบ (อ้างอิงประกาศ/ระเบียบ)
- 2.3 วัตถุประสงค์ (อ้างอิงประกาศ/ระเบียบ)
- 2.4 แสดงขั้นตอนการทำงาน (WI, Flow การทำงาน)
- 2.5 ตัวชี้วัดที่ใช้ในการ M&E เป้าหมาย ผลการดำเนินงานแสดงย้อนหลังอย่างน้อย 3

ปี (ถ้ามี)

- 2.6 ผลการวิเคราะห์ Gap Analysis (นำมาจากการวิเคราะห์ a-f ใน APO-S)
- 2.7 สร้าง Roadmap วางแผนการปรับปรุง/พัฒนากระบวนการ
- 2.8 เลือกเรื่องที่มาทำ PDCA หรือ R2R โดยชื่อเรื่องสะท้อนถึง 2 ประเด็นคือ ทำอะไร  
ในกระบวนการอะไร
- 2.9 กำหนดตัววัดความสำเร็จของเรื่อง PDCA ให้ชัดเจนสอดคล้องกับ Gap ที่  
วิเคราะห์ (ข้อ 1.6) และระบุค่าเป้าหมาย
- 2.10 วางแผนการปรับปรุงกระบวนการ PDCA เน้นเป็นกิจกรรม/มาตรการใหม่ ๆ  
สอดคล้องกับ Gap ที่วิเคราะห์ (ข้อ 2.6)

ตารางที่ 2 จำนวนเรื่องที่เสนอปรับปรุงของแต่ละสำนัก ปี 2560 - 2561

ลำดับที่	สำนัก	ปี 2560	ปี 2561	ลำดับที่	สำนัก	ปี 2560	ปี 2561
1	A	3	11	10	J	2	6
2	B	3	25	11	K	2	10
3	C	3	10	12	L	2	10
4	D	ไม่ร่วม	14	13	M	3	10
5	E	2	7	14	N	1	5
6	F	2	5	15	O	1	2
7	G	3	16	16	P	1	2
8	H	ไม่ร่วม	6	17	Q	1	3
9	I	ไม่ร่วม	5	รวม		29	147

ส่วนที่ 3 Output ผู้รับผิดชอบรายงานผลลัพธ์ของการปรับปรุงการทำงาน 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบ A3 และรูปแบบ R2R ดังแสดงในภาพที่ 4 และภาพที่ 5 ซึ่งรูปแบบ A3

แบบรายงานการพัฒนา (A3) สำหรับกิจกรรม PDCA Cluster 5		ลงนามเห็นชอบ.....	ผู้บริหารสำนักเขต
หัวข้อพัฒนางาน			
ชื่อทีม	ชื่อสมาชิก		
ข้อมูลพื้นฐาน (เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์/จุดเน้นอย่างไร ทำไมถึงทำเรื่องนี้ )		มาตรการแก้ไข (Gantt chart หรือ ตารางผู้รับผิดชอบ กำหนดเสร็จ)	
สภาพปัญหาก่อนการแก้ไข (ข้อมูลปัจจุบันหรือย้อนหลังของเรื่องนี้ว่าเป็นอย่างไร ทำเป็นกราฟหรือพาเรโต พร้อมคำอธิบายกระชับ หรืออธิบายขั้นตอนการ			
เป้าหมาย (ตั้งเป้าหมายการพัฒนาว่าอย่างไร มีที่มาสอดคล้องกับการปิด Gap ตามสภาพปัญหาและวัดได้)		การตรวจสอบ/ยืนยันผลกระทบ (การติดตามผลกระทบ) (ทำเป็นกราฟ, พาเรโต ก่อนปรับปรุงเทียบหลังปรับปรุง และเทียบกับเส้นเป้าหมาย)	
การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้า (ก้างปลา, 5 Whys, Why-Why Analysis, Tree Diagram, Is-Is not method)		กิจกรรมหลังติดตามผล (การกำหนดมาตรฐานใน QP WI SD/พัฒนาบุคลากร ในแผนฝึกอบรม) (เพื่อรักษาผลการปรับปรุงสิ่งที่ยังต้องดำเนินต่อไป)	

ภาพที่ 4 รูปแบบ A3 ในการรายงานผลลัพธ์การพัฒนาระบบการทำงาน

ผลงานวิจัยแบบ R2R	
1. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) .....	ชื่อผู้วิจัยหลัก.....
(ภาษาอังกฤษ) .....	ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....
	ชื่อผู้วิจัยร่วม (ถ้ามี).....
	ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....
บทคัดย่อ (ภาษาไทย) .....	
คำสำคัญ .....	
Abstract .....	
Key words .....	
2. บทนำ (ที่มา / ความสำคัญของปัญหา)	
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย	
4. ขอบเขตและวิธีการศึกษา	
5. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	
6. ผลการศึกษา	
7. ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา	
8. สรุปและอภิปรายผล	
9. ข้อเสนอแนะ	
10. การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ	
11. บทเรียนที่ได้รับ	
12. เอกสารอ้างอิง	

ภาพที่ 5 รูปแบบ R2R ในการรายงานผลลัพธ์การพัฒนาระบบการทำงาน

การส่งงานครั้งที่ 2. กำหนดให้ส่ง ก) รายงานผลลัพธ์ PDCA ตามรูปแบบ A3 หรือ R2R และ ข) Analysis\_62.xlsx ภายในวันที่ 31 สิงหาคม พร้อมกำหนดแหล่งในการวางไฟล์ส่งงานที่ชัดเจน ให้อ้างไฟล์ไว้ที่ T:\C5\_PDCA\ปีงบประมาณ 2562\04-ส่งงาน\ (Folder สำนัก)

การทำคำรับรองปฏิบัติงานเพื่อประเมินผลงานสำนัก กำหนดสัดส่วนคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ผลงาน KPI ร้อยละ 80 และผลการพัฒนากระบวนการดำเนินงานร้อยละ 20 ในส่วนผลการพัฒนากระบวนการนั้นจำนวนเรื่องที่ปรับปรุงกระบวนการรายงานในรูปแบบ A3 และ R2R ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนเรื่องที่ยังรายงานในรูปแบบ A3 และ R2R ตั้งแต่ปี 2560 - 2561

ที่	สำนัก	ปี 2560		ปี 2561		ที่	สำนัก	ปี 2560		ปี 2561	
		A3	R2R	A3	R2R			A3	R2R	A3	R2R
1	A	2	-	5	-	10	J	2	-	5	-
2	B	1	1	5	-	11	K	2	-	5	-
3	C	2	-	5	-	12	L	2	-	5	-
4	D	1	1	4	1	13	M	2	-	5	-
5	E	2	-	5	-	14	N	1	-	3	-
6	F	2	-	5	-	15	O	1	-	2	-
7	G	1	1	5	-	16	P	1	-	2	-
8	H	1	1	3	2	17	Q	1	-	3	-
9	I	2	-	5	-	รวม		26	4	72	3

ส่วนที่ 4 Smile มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ PDCA เพื่อทำหน้าที่ประเมินคะแนน และคัดเลือกผลงานเด่น ปี 2560 คณะกรรมการมีจำนวน 5 ท่าน คัดเลือกผลงานเด่นจำนวน 7 เรื่อง นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงาน Smile's Day



ภาพที่ 6 ก) กำหนดการประชุมงาน Smile's Day

ข) ภาพหมู่เจ้าของผลงานเด่นทั้ง 7 เรื่องสำหรับปี

ส่วนที่ 5 แบบฟอร์มการประเมินคะแนน ตั้งแต่ปี 2560 มีการออกแบบประเมิน 2 แบบคือ แบบประเมิน A3 และแบบประเมิน R2R จนกระทั่งปี 2561 การประชุม AAR ของคณะกรรมการ PDCA เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2561 มีข้อเสนอให้ปรับปรุงแบบประเมิน A3 และ R2R รวมทั้งแบบประเมินที่มาของเรื่อง PDCA ในปี 2562 จึงมีการประเมิน 3 แบบฟอร์ม ดังแสดงในภาพที่ 8 - 10

A3: แบบประเมินที่มาของเรื่อง PDCA "Cluster 5 : ปีงบประมาณ 2562"		
1	หน่วยงาน :	
2		
3		
4	หัวข้อในการประเมิน	คะแนนเต็ม
5	1. ความครบถ้วน และสมบูรณ์ ของ10 หัวข้อในไฟล์ PPT ชื่อเรื่อง PDCA	เต็ม=10
6	- มีหัวข้อครบถ้วนทั้ง 10 หัวข้อ (หัวข้อละ 0.5 คะแนน)	5
7	- ความสมบูรณ์ของแต่ละหัวข้อตามรายละเอียดการส่งงาน (หัวข้อละ 0.5 คะแนน)	5
8	2. การวิเคราะห์ Gap Analysis	เต็ม=15
9	- ปรากฏผล ข้อเท็จจริง มาประกอบการวิเคราะห์ ส่งผลให้เห็น Gap ที่สามารถวัดเชิงปริมาณได้อย่างชัดเจน	3
10	- มาตรการแก้ไข แสดงให้เห็นความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ และเป็นมาตรการแก้ไขใหม่	3
11	- มี Roadmap วางแผนการปรับปรุง/พัฒนางาน	3
12	- มีการกำหนดชื่อเรื่อง PDCA สอดคล้องตามการวิเคราะห์ Gap ที่สำคัญ	3
13	- มีการกำหนดตัววัดความสำเร็จ และค่าเป้าหมายที่มีที่นำไปสอดคล้องกับ Gap ที่วิเคราะห์ และมาตรการที่แก้ไข	3
14		คะแนนรวม
15	จุดเด่น :	
16		
17	ข้อเสนอแนะ :	
18		

ภาพที่ 7 แบบประเมินที่มาของเรื่อง PDCA

แบบประเมินผลงาน A3 "Cluster 5 : ปีงบประมาณ 2562"		เลขทะเบียน:
1	ชื่อเรื่อง :	หน่วยงาน:
2		
3		
4	หัวข้อในการประเมิน	คะแนนเต็ม
5	1. หัวข้อเรื่อง/จุดสนใจ/ข้อมูลพื้นฐาน	เต็ม=5
6	- มีการตั้งหัวข้อเรื่องที่มีชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาของภารกิจสำนัก/เขต สื่อความหมายชัดเจนในสิ่งที่กลุ่มต้องการดำเนินการ	2
7	- แสดงความสำคัญและความจำเป็นในการแก้ปัญหาเรื่องนี้	3
8	2. การนำเสนอภาพปัญหาก่อนการแก้ไข	เต็ม=10
9	- เก็บรวบรวมข้อมูล ได้ถูกต้องเพียงพอในการวิเคราะห์ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและมีความน่าเชื่อถือ	3
10	- มีการนำเสนอปัญหาและจำแนกข้อมูลที่ชัดเจน สามารถมองเห็นสภาพปัญหาที่แท้จริง	4
11	- แสดงที่มาของปัญหาได้ชัดเจน มีการจัดลำดับความสำคัญ	3
12	3. การตั้งตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	เต็ม=10
13	- การกำหนดตัวชี้วัดต้องสอดคล้องกับความสำเร็จของการแก้ปัญหาตามเรื่อง PDCA และเป็นตัวชี้วัดที่สามารถวัดได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม	3
14	- การกำหนดค่าเป้าหมายมีเหตุผลและระบุที่มาอย่างชัดเจน	2
15	4. การวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าของปัญหา	เต็ม=20
16	- แสดงสาเหตุของปัญหาโดยใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม	10
17	- แสดงหลักการและวิธีการคัดเลือกสาเหตุของปัญหาได้	4
18	- แสดงวิธีการที่งานสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาก่อนที่จะนำไปค้นหามาตรการแก้ไข	6
19	5. มาตรการแก้ไขและแผนการดำเนินงาน	เต็ม=20
20	- วิธีแก้ไขปัญหาสามารถจัดทำได้จริง	5
21	- มีการพิจารณา วิเคราะห์ เพื่อเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา	3
22	- ระบุช่วงเวลาการนำมาตรการแก้ไขไปปฏิบัติและช่วงเวลาการวัดผลสัมฤทธิ์มาตรการแก้ไข	3
23	- การแก้ไขปัญหามุ่งเน้นเชิงป้องกันไม่ให้เกิดจากสาเหตุเดิมอีก	3
24	- วิธีการแก้ปัญหาต้องไม่ส่งผลกระทบต่อหน่วยงาน	2
25	- มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการคิดวิธีการแก้ปัญหา	4
26	6. การตรวจสอบติดตามผลและสรุปผลการดำเนินงาน (Conclusion)	เต็ม=10
27	- มีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม และน่าเชื่อถือ	10
28	- นำเสนอข้อมูลตัวเลขเปรียบเทียบอย่างชัดเจนทั้งหลก่อน-หลังการแก้ไขปัญหา โดยใช้เครื่องมือเปรียบเทียบที่เหมาะสม และอธิบายผลได้อย่างชัดเจน ตามเป้าหมายที่กำหนด	5
29	- มีข้อสรุปสุดท้ายที่กระชับ ชัดเจน (Conclusion)	5
30	7. การตั้งมาตรฐาน และแผนงาน/กิจกรรมที่จะดำเนินการต่อไป	เต็ม=10
31	- มาตรฐาน/แนวทาง/วิธีการ ต้องได้มาจากวิธีแก้ปัญหานั้นๆ	4
32	- รายละเอียดในมาตรฐานมีความชัดเจน ปฏิบัติได้จริง	3
33	- มีการกำหนดหัวข้อเรื่องและผลตรวจวัดที่จะทำต่อไป	3
34	8. รูปแบบการนำเสนอภาพรวม	เต็ม=10
35	- ความถูกต้อง เหมาะสม ของการนำเสนอ (ได้แก่ การพรรณนา กราฟ ตาราง infographic)	5
36	- ภาพรวม A3 ร้อยเรียงเชื่อมโยงแต่ละกล่อง เข้าใจง่าย เหมาะสมนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้	5
37		รวมคะแนน
38		100
39	จุดเด่น :	
40		
41	ข้อเสนอแนะ :	

ภาพที่ 8 แบบประเมินผลงาน A3

แบบประเมินผลงาน R2R "Cluster 5 : ปีงบประมาณ 2562"		เลขทะเบียน:
1	ชื่อเรื่อง :	หน่วยงาน:
2		
3		
4	<b>หัวข้อในการประเมิน</b>	<b>คะแนนเต็ม</b> <b>คะแนนที่ได้</b>
5	<b>1. วิสัยทัศน์ภารกิจและประเด็นที่สอดคล้องกับงานประจำที่ทำ (ที่มา/ขนาดของปัญหา/วัตถุประสงค์)</b>	เต็ม=10
6	- อธิบายปัญหาทางประจำอย่างเป็นเหตุเป็นผล / สามารถกำหนดปัญหาจากงานที่ปฏิบัติได้	3
7	- ประเด็นวิจัยสอดคล้องกับงานประจำที่ทำ	3
8	- ขอบเขต ขนาดและความสำคัญของปัญหา	4
9	<b>2. ความคิดริเริ่ม/ความซับซ้อนของงาน</b>	เต็ม=10
10	- ความคิดริเริ่ม	5
11	- ความซับซ้อนของงาน	5
12	<b>3. ระเบียบวิธีวิจัย</b>	เต็ม=20
13	- มีการใช้แนวคิดทฤษฎีที่น่าสนใจ	6
14	- มีการทบทวนเอกสารการศึกษาค้นคว้าเบื้องต้น	6
15	- อธิบายวิธีทำวิจัยให้เห็นภาพของการทำวิจัย	8
16	<b>4. ผลการศึกษา (การใช้ข้อมูล/ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูล/ข้อเสนอแนะ)</b>	เต็ม=20
17	- ความถูกต้องของงานวิจัย	10
18	- อธิบายข้อค้นพบและการนำกลับไปใช้ในการแก้ปัญหาทางประจำ/ข้อเสนอแนะ	10
19	<b>5. ประโยชน์ที่ได้จากการศึกษา สรุปผลและอภิปราย</b>	เต็ม=10
20	- แสดงให้เห็นถึงคุณค่าของการทำงานวิจัยจากงานประจำ	5
21	- สรุปผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน	5
22	<b>6. บทเรียนที่ได้รับ/ปัจจัยแห่งความสำเร็จ/การสนับสนุนที่ได้รับ</b>	เต็ม=10
23	- การสร้างแรงบันดาลใจให้แก่ตนเอง/หน่วยงาน	5
24	- ความสุขจากการทำวิจัยจากงานประจำ	5
25	<b>7. การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ (ในงานประจำ/ผลลัพธ์การบริการ/เชิงนโยบาย/การพัฒนาคุณภาพงาน)</b>	เต็ม=10
26	- เกิดการพัฒนาหรือแก้ปัญหาให้ดีขึ้นชัดเจน	5
27	- เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงานหรือหน่วยงานภายนอก	5
28	<b>8. รูปแบบการนำเสนอภาพรวม</b>	เต็ม=10
29	- ความถูกต้อง เหมาะสม ของการนำเสนอ (ได้แก่ การพรรณนา กราฟ ตาราง infographic)	5
30	- ภาพรวม R2R ร้อยเรียงเชื่อมโยงเนื้อหา เข้าใจง่าย เหมาะสมนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้	5
31		คะแนนรวม
32	จุดเด่น :	
33		
34	ข้อเสนอแนะ :	
35		

ภาพที่ 9 แบบประเมินผลงาน R2R

ส่วนที่ 6 ปฏิทิน APO-S การนำ APO-S มาใช้ ซึ่งส่งผลต่อความล่าช้าในการชี้แจง รวมทั้งการวิเคราะห์ที่มาของเรื่องที่จะนำมาปรับปรุง การดำเนินการปรับปรุง และการรายงานผลการปรับปรุงปี 2561 จึงปรับเปลี่ยนวงรอบเวลาการดำเนินงาน APO-S ให้เป็นระบบ เพื่อนำผลการวิเคราะห์ Gap และมาตรการแก้ไข โดยปี 2562 เพิ่มกิจกรรม Audit Calibration เพื่อปรับปรุงการประเมินให้คะแนนด้วยมาตรฐานใกล้เคียงกัน ดังแสดงในภาพที่ 10

### กรอบเวลาการดำเนินงาน



ภาพที่ 10 ปฏิทิน APO-S

**ส่วนที่ 7 ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์** จากผลการวิจัยทั้ง 6 ส่วน แสดงถึงผลการวิจัยที่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยได้ ดังนี้ ตามหลักการออกแบบ DMADV ของซิกซิกม่าและหลักการจัดการความรู้ของ Demarest นำมาสร้างแนวทางที่บูรณาการงานคุณภาพกับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เรียกว่ากระบวนการอาโป-เอส องค์กรได้นำกระบวนการอาโป-เอส มาเริ่มดำเนินการในปี 2560 โดยกำหนดให้เป็นกระบวนการทางเลือกหลังจากดำเนินการผ่านไป 1 ปี ในปี 2561 ทุกสำนักเปลี่ยนมาดำเนินการตามกระบวนการอาโป-เอส ทั้งหมดทำให้จำนวนสำนักงานที่ยินดีเข้าร่วมดำเนินการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 82.35 เป็นร้อยละ 100 จำนวนเรื่องที่เสนอปรับปรุงเพิ่มขึ้นจาก 29 เรื่อง เป็น 147 เรื่อง และจำนวนคณะกรรมการ PDCA เพิ่มขึ้นจาก 5 คน เป็น 35 คน เนื่องจากจำนวนเรื่องที่ต้องการปรับปรุงตามส่วนที่ 2 Process เพิ่มขึ้นกว่า 5 เท่า ซึ่งการเสนอเรื่องที่ต้องการปรับปรุงแสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่เพิ่มสมรรถนะในการกำกับติดตามและประเมินผล สามารถวิเคราะห์จนเห็นโอกาสในการปรับปรุงและเสนอเรื่องที่ต้องการปรับปรุงเพิ่มมากขึ้น สำหรับผลลัพธ์การบริหารจัดการความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่าจำนวนเรื่องที่รายงานในรูปแบบ A3 และ R2R เพิ่มขึ้นจาก 30 เรื่อง เป็น 75 เรื่อง และจำนวนผลงานเด่นเพิ่มขึ้นจาก 7 เรื่อง เป็น 21 เรื่อง และการเขียน A3 ยอดเยี่ยม 5 เรื่อง และผู้วิจัยมีช่องทางให้ทุกคนสามารถเข้าถึงรายงานตาม A3 และ R2R ส่วนที่ 3 Output ทุกคนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ โดยการพัฒนาทั้งแนวคิดในการปรับปรุงการทำงานและพัฒนาความสามารถในการเขียนรายงานเพิ่มมากขึ้น

### สรุปและอภิปรายผล

กระบวนการ APO-S เป็นแนวทางในการขับเคลื่อนงานคุณภาพ โดยการมีส่วนร่วมในการปรับปรุงและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน อีกทั้งเป็นกลไกการบริหารจัดการความรู้ในองค์กร ตั้งแต่การสร้างความรู้ การเผยแพร่ความรู้ การใช้ความรู้ และศูนย์รวบรวมความรู้

องค์กรมีการนำเกณฑ์คุณภาพหลากหลายมาปฏิบัติ หากดำเนินการงานคุณภาพเหล่านั้นแบบไซโล มีผู้รับผิดชอบหลายคน ต่างคนต่างทำงานในหน้าที่ ขาดการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือองค์ความรู้ระหว่างกัน จัดการประชุมชี้แจงกลุ่มเป้าหมายเดียวกันซ้ำซ้อนกัน ขาดระบบการทำงานที่ชัดเจน ขาดการชี้แจงสร้างความรู้ความเข้าใจ พฤติกรรมเช่นนี้จะทำให้ประสิทธิภาพการดำเนินงานลดลง เจ้าหน้าที่ขาดขวัญกำลังใจ รู้สึกเป็นภาระ ต่อต้านการทำงานคุณภาพ และอาจส่งผลถึงขั้นทำลายวัฒนธรรมองค์กรได้ กระบวนการ APO-S ใช้วิธีการรวบรวมโอกาสในการปรับปรุงจากหลากหลายเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานแต่ละแหล่ง รวมทั้ง ผลการรับฟังเสียงลูกค้าและยุทธศาสตร์องค์กร มาเป็นสารสนเทศให้กับผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้เข้าใจเหตุผลและเป้าหมายของการปรับปรุงการทำงาน ส่งผลให้การปฏิบัติงานในองค์กรเป็นไปในทิศทางเดียวกันและ กระบวนการ APO-S ช่วยเพิ่มสมรรถนะเจ้าหน้าที่ ในการวางแผน การคิดอย่างเป็นระบบ และการกำกับติดตามโดยใช้ข้อมูล

### เอกสารอ้างอิง

- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). **การจัดการความรู้: การบูรณาการ.** ค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2561, จาก <http://ww1.si.mahidol.ac.th/km/node/2287>
- ศิริรัตน์ วงศ์ประกรณ์กุล. (2560). **การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายด้วยดัชนีวัดความภักดีของลูกค้า.** *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์*, 3(4): 56 - 68.
- Demarest, M. (1997). *Understanding knowledge management.* *Journal of Long Range Planning*, 30(3): 374 - 384.
- Faculty of Medicine Siriraj Hospital Mahidol University (2016). **Knowledge Management: The integration.** Retrieve 30 May 2018, from <http://www.si.mahidol.ac.th/km/node/2287> (in Thai)
- Pande, S.P., Neuman, P.R., and Cavanagh, R.R. (2001). **The Six Sigma Way Team Fieldbook: An Implementation Guide for Process Improvement Teams.** New York: McGraw-Hill.
- Wongprakornkul, S. (2017). *Policy Proposal from Customer Royalty Index.* *Journal of Humanities and Social Sciences Rajapruk University*, 3(2): 56 - 68 (in Thai)