แผนพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ

ระยะเวลา 4 ปี (2565 – 2568)

คำนำ

กระบวนการ HA เปรียบเสมือนกลไกการสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัยในสถานพยาบาลของประเทศไทย ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพหรือ Quality Coach เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการนำปรัชญาและแนวคิดของกระบวนการ HA ไปสร้างการเรียนรู้กับสถานพยาบาล เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดแรงบันดาลใจ ร่วมแรงในการพัฒนาคุณภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

แนวทางการพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพในระยะเวลา 4 ปี เป็นแนวทางการพัฒนาที่ตอบโจทย์กลไกการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล รวมทั้งสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป เพื่อให้มีที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพที่มีความรู้ ความสามารถและมีจำนวนที่เพียงพอ ต่อการดำเนินงานตามภารกิจและสอดคล้องกับเป้าหมายของ สรพ. ที่จะให้เกิด **ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและไว้วางใจด้วยมาตรฐาน HA** โดยมีที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพเป็นผู้สร้างกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลังให้สถานพยาบาลมีการพัฒนาต่อเนื่อง

สรพ.จึงได้จัดทำแผนการพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพในระยะ 4 ปี เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับทีมงาน สรพ.และเครือข่ายความร่วมมือในการร่วมสร้างกลไกการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของประเทศไทยต่อไป

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

พฤศจิกายน 2564

สารบัญ

หลักการและเหตุผล 4

คุณสมบัติของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ 4

หลักการสำคัญของการพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ 5

ข้อมูลพื้นฐานของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ....7

ผลการประเมินตนเองด้านความรู้และทักษะของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพปี 2565 9

ข้อมูลจำนวนสถานพยาบาลที่หมดอายุการรับรองในปี 2564....9

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล.... 10

ข้อเสนอแนะจากผลการสำรวจความพึงพอใจ 10

ข้อมูลความเสี่ยงในการดำเนินงานของ สรพ.... 11

เป้าหมาย (Goals):.... 12

วัตถุประสงค์ (Objectives):.... 12

ตัวชี้วัด 12

กลยุทธ์การพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ 13

กลยุทธ์ในวางแผนพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ 14

Action plan การพัฒนาความรู้และทักษะ Quality Coach ปี 2565 16

หลักการและเหตุผล

กลไกการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ การพัฒนาบุคลากรของสถานพยาบาลที่มีความรู้และประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA และขึ้นทะเบียนเป็นที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้ออกประกาศสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เรื่อง เกณฑ์การคัดเลือก แต่งตั้ง และต่ออายุที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ พ.ศ. 2561 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2561 ได้กำหนดไว้ว่า ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ (Quality Coach) ต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ด้านการพัฒนา และบริหารคุณภาพ โดยผ่านคัดเลือก เข้าอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพและได้รับการแต่งตั้งเป็นที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ และได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ ไว้ดังนี้

(1) เป็นผู้แทนของสถาบันในการส่งเสริมกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลในลักษณะกัลยาณมิตร และเน้นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน (learning approach) กระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในมุมมอง ที่กว้างขึ้นตามกรอบมาตรฐานเป็นผู้กระตุ้นการพัฒนาคุณภาพในทุกรูปแบบ ทั้งการพัฒนาคุณภาพในลักษณะพื้นที่เครือข่ายการให้ความรู้ให้คำแนะนำในเรื่องแนวคิดคุณภาพและมาตรฐานโรงพยาบาลแก่สถานพยาบาล ในรูปแบบต่างๆ

(2) ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในพื้นที่ ให้คำแนะนำ และสร้างการเรียนรู้แก่สถานพยาบาลเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการใช้เครื่องมือคุณภาพ และกระบวนการคุณภาพ เพื่อการบรรลุเป้าหมายขององค์กร

(3) เยี่ยมให้คำแนะนำ ให้ความรู้เพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ และพัฒนาคุณภาพแก่สถานพยาบาลในทุกระดับขึ้น รวมทั้งให้คำแนะนำในประเด็นหลักที่สอดคล้องกับทิศทางของสถาบันในการรับรองที่หลากหลาย และจัดทำรายงานเพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อสถานพยาบาลเพื่อปรับปรุง

(4) เข้ารับการอบรมที่สถาบันกำหนดเพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ และการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

(5) ให้ข้อเสนอแนะและให้ความร่วมมือกับสถาบันในวิธีการหรือรูปแบบการพัฒนาคุณภาพในพื้นที่ รวมทั้งการเยี่ยมให้คำแนะนำเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

คุณสมบัติของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ

คุณสมบัติทั่วไปของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ

(1) อายุ 35 ปีขึ้นไป

(2) วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป

(3) มีภาพลักษณ์ที่ดี

คุณสมบัติเฉพาะ

(1) มีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ ไม่น้อยกว่า 1 ปี

(2) เป็นพี่เลี้ยงคุณภาพในเครือข่ายพื้นที่ หรือมีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพในรพ. หรือจังหวัด ไม่น้อยกว่า 1 ปี

ความสามารถเชิงสมรรถนะ

(1) ด้านความรู้

- มีความรู้ในแนวคิดคุณภาพและมาตรฐาน HA เป็นอย่างดี สามารถประยุกต์แนวคิดและมาตรฐานในงานประจำได้
- มีความรู้ในเครื่องมือคุณภาพ ได้แก่ เครื่องมือการทำงานเป็นทีม การระดมสมอง เครื่องมือการจัดระบบความคิด และเครื่องมือวิเคราะห์ทางสถิติ เป็นต้น
- มีความรู้ในนโยบายสาธารณสุข

(2) ด้านทักษะ กำหนดไว้ ดังนี้

- มีทักษะในการเข้าเยี่ยมให้คำแนะนำแก่สถานพยาบาล
- การกระตุ้นการเรียนรู้ การเป็น facilitator ที่ดี
- การสื่อสารที่เข้าใจง่าย
- การเป็นโค้ชที่ดี
- การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า
- การศึกษาและเรียนรู้ในทุกสถานการณ์

(3) ด้านความสามารถ

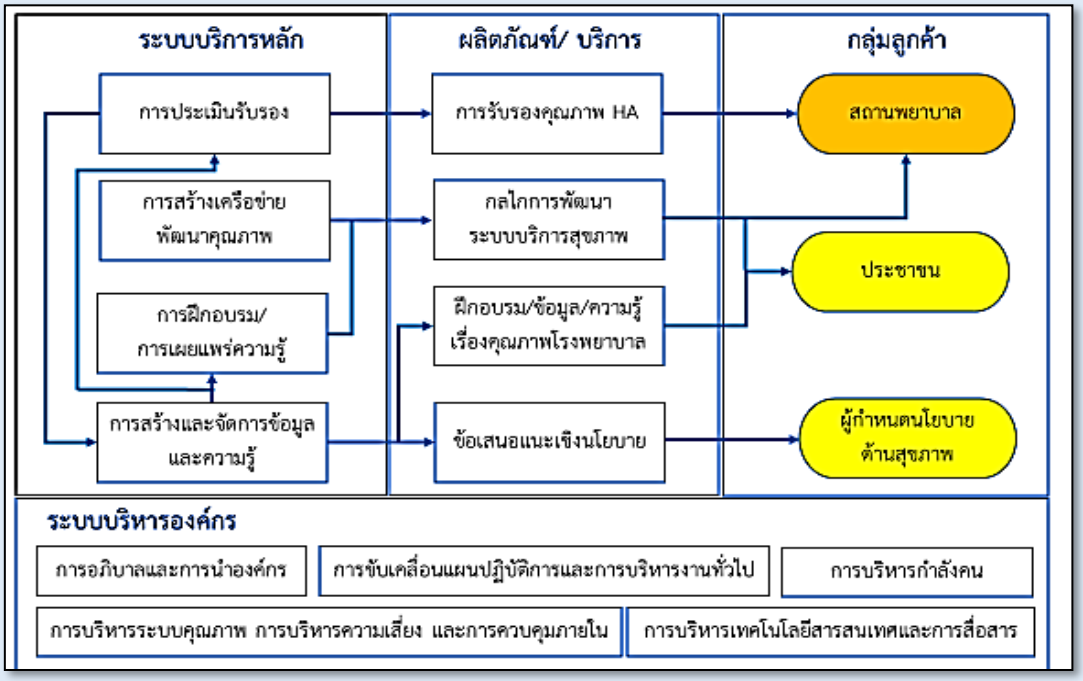
- มีความสามารถในการวิเคราะห์โอกาสพัฒนาของสถานพยาบาลตามมาตรฐาน
- สร้างการเรียนรู้ การเป็น facilitator ที่ดี
- การทำงานเป็นทีม
- การสรุปบทเรียนและการเขียนรายงานการเยี่ยมเพื่อสร้างการเรียนรู้ให้กับสถานพยาบาลและเป็นประโยชน์ต่อสถาบัน

หลักการสำคัญของการพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ

สถาบันวางแผนในการบริหารและพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ โดยยึดหลักประเด็นสำคัญ ดังนี้

(1) ภารกิจหลักของสถาบันฯ ตามพระราชกฤษฎีกา จัดตั้งองค์การมหาชน ปี 2552 เพื่อป้องกันการเกิดความทับซ้อนของการดำเนินงานตามภาระกิจของ สรพ. ในด้านดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล การกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล การส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ เป็นต้น

(2) การดำเนินงาน บริการหลักของ สรพ. ที่มีความเชื่อมโยงภารกิจ Product และกลุ่มลูกค้า ดังแผนภาพ



(3) แผนปฏิบัติราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2563 – 2565) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เพื่อให้สามารถมีกลไกการพัฒนาคุณภาพที่ส่งผลการดำเนินงานองค์กรบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมาย ทั้งนี้แผนปฏิบัติราชการในปี 2565 กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด จำนวนความครอบคลุมสถานพยาบาลเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพ ภาครัฐ 980 แห่ง ภาคเอกชน 168 แห่ง DHSA จำนวน 40 แห่ง (สะสม) และ AHA จำนวน 6 แห่ง

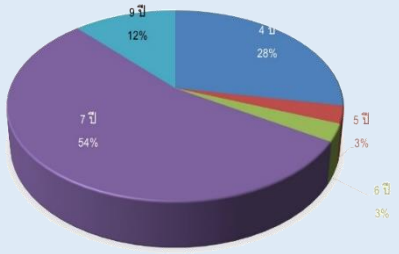
(4) แนวทางการพัฒนาและคัดเลือกที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพโดยคณะกรรมการประสานงานบริหารศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เป็นผู้กำหนดทิศทางการพัฒนารวมทั้งบทบาทหน้าที่ ของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพที่ประกาศไว้ตามคำสั่ง เกณฑ์การคัดเลือก แต่งตั้ง และต่ออายุที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ พ.ศ. 2561 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2561

(5) การวิเคราะห์ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ข้อมูลสถานการณ์การรับรอง ข้อมูลพื้นฐานของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ ข้อมูลภาระงานตามแผน และภาระงานจากการปฏิบัติงานจริง การวิเคราะห์ความเสี่ยง เสียงสะท้อนจากสถานพยาบาล ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล และสภาวะการเปลี่ยนแปลงภายนอก รวมทั้งการคาดการณ์ภาระงานในอนาคต

ข้อมูลพื้นฐานของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ

ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพในปี 2564 มีจำนวนทั้งหมด 68 คน เป็น ชาย 19 คน หญิง 49 คน อายุเฉลี่ย 55 ปี (อายุมากที่สุด 74 ปี อายุน้อยที่สุด 39 ปี) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 56-60 ปี จำนวน 24 คน และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 7 คน

อายุงานของการเข้ามาเป็นที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ



ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพที่ได้เข้ามาร่วมในบทบาทหน้าที่ ในระยะเวลาที่ยาวนานที่สุด 9 ปี (ร้อยละ 12) และที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ 7 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54 รองลงมา คือ 4 ปี และ 9 ปี ร้อยละ 28 และ 12

ต้นสังกัดของที่ปรึกษาหรือพื้นที่ของที่ปรึกษาฯ ในสังกัด HACC เชียงใหม่ 10 คน HACC เชียงราย 6 คน, HACC ขอนแก่น 5 คน HACC นครชัยบุรินทร์ 9 คน HACC ม.นเรศวร 3 คน, HACC ภาคใต้ 5 คน และไม่ได้สังกัด HACC จำนวน 30 คน ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพมีพื้นที่ปฏิบัติงานตามจังหวัดต่างๆ ตามโรงพยาบาลต้นสังกัดที่รับผิดชอบ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ โดย**จังหวัดที่ไม่มี QC ประจำพื้นที่มีจำนวนทั้งสิ้น 49 จังหวัด**

ภาระงานของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ

ภาระงานตามประกาศ สถาบันฯ ได้กำหนดภาระงานสำหรับที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพในการดำเนินงาน ในแต่ละปี เพื่อให้สามารถธำรงความรู้และความสามารถตามเกณฑ์การต่ออายุที่กำหนดไว้ ดังนี้ การเข้าเยี่ยมให้คำแนะนำ ให้ความรู้แก่สถานพยาบาล 1 man-day ต่อปี การเข้าร่วมกิจกรรมที่สถาบันมอบหมาย นับรวมการเข้าเยี่ยมสร้างการเรียนรู้ในพื้นที่ที่เครือข่าย อย่างน้อยปีละ 4 man-days และการเข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพประจำปี อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี และมีคุณธรรมและจริยธรรมตามหลักเกณฑ์ที่สถาบันกำหนด

ภาระงานในการส่งเสริมการพัฒนา การสนับสนุนกลไกความร่วมมือตามระดับขั้นการพัฒนา สามารถคาดการณ์ภาระงานของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ ตามรายกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมหรือภาระงาน QC	จำนวน/ปี	Man-day/ปี
การประเมินระดับขั้นการพัฒนาในขั้นที่ 1-2	60 รพ.	80 MD
การวิเคราะห์ SAR ในกลุ่ม ขอรับรอง HA ครั้งแรก	40	40
การวิเคราะห์แผนการพัฒนาคุณภาพจากข้อเสนอแนะ	300 ชิ้นงาน	300
การสร้างการเรียนรู้/ส่งเสริมการพัฒนาในพื้นที่รับผิดชอบ	1-2 MD	2
อื่นๆ เช่นถอดบทเรียน /วิทยากร/วิทยากรกลุ่ม/กิจกรรม HACC/QLN	1	1
		รวม ภาระงานทั้งหมด 423 MD
		คิดเป็นภาระงานเฉลี่ย 6 MD/คน/ปี

แต่อย่างไรก็ตามด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ส่งผลให้ภาระงานไม่เป็นไปตามที่กำหนดเวลา ตลอดจนชิ้นงานจากโรงพยาบาลส่งมายัง สรพ. น้อยกว่าเป้าหมาย ภาระงานของที่ปรึกษาฯ ไม่เป็นไปตามภาระงานที่คาดหวังเนื่องจากภาระงานของที่ปรึกษาฯ ที่เพิ่มมากขึ้น ผลงานของที่ปรึกษาฯ ในปี 2564 สรุปได้ดังนี้

ชิ้นงาน	เป้าหมาย	ชิ้นงานที่ปฏิบัติจริง	ร้อยละ
การเข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพ	100%	56 คน	82.35 %
การเคราะห์ SAR	26 แห่ง	20 คน	29.41 %
วิเคราะห์แผนการพัฒนาตามข้อเสนอแนะ	62 แห่ง	30 คน	44.11 %
การเข้าอบรมด้าน Digital	100%	62 คน	92.64 %
เยี่ยมกระตุ้นรพ. และเครือข่าย	68 คน	25 คน	36.76 %

ภาระงานของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพในปี 2564 นับตามชิ้นงานที่ทำ พบว่า ที่ปรึกษาที่มีจำนวนภาระงานเฉลี่ย คือ **6 MD มีจำนวน 8 คน (ร้อยละ 11)** MD น้อยที่สุดจำนวน 2 MD/ปี มีจำนวน 2 คนและมากที่สุดจำนวน 25 MD จำนวน 1 คน ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาระยะเวลาของการดำเนินการแต่ละกิจกรรม จะพบว่าภายใต้สถานการณ์ของ COVID-19 ส่งผลให้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานของที่ปรึกษาฯ นานกว่าปกติ โดยใช้ระยะเวลาในการวิเคราะห์แผนการพัฒนาจากการเยี่ยมสำรวจ จำนวน 131 วัน ระยะเวลาในการวิเคราะห์ข้อมูลการประเมินตนเองในระยะเวลา 102 วัน

ผลการประเมินตนเองด้านความรู้และทักษะของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพปี 2565

การประเมินสมรรถนะของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพประจำปี 2565 ครั้งที่ 1 ตามหมวดหมู่ ดังนี้

1. ด้านความรู้ 6 ข้อ ได้แก่ แนวคิดคุณภาพ, เครื่องมือคุณภาพ, แนวคิด HPH, มาตรฐาน HA/HPH, การประเมิน, ระบบสาธารณสุข
2. ด้านทักษะ 11 ข้อ ได้แก่ การอ่าน, การวิเคราะห์ การมองภาพใหญ่ การสร้างความสัมพันธ์ การสังเกต การฟัง การตั้งคำถาม การทบทวน Case/เวชระเบียน การกระตุ้นการเรียนรู้ การสรุปบทเรียน การแก้ไขสถานการณ์
3. ด้านชิ้นงาน 7 ข้อ ได้แก่ การวิเคราะห์ Service profile/ SAR การวางแผนเยี่ยมสำรวจ การทบทวนเอกสาร การทบทวนเวชระเบียน การเยี่ยมหน่วยงาน การสัมภาษณ์ทีม การเขียนรายงาน

การแปลความหมายข้อมูลที่อยู่ในรูปคะแนนเฉลี่ย จำแนกเป็น 4 ระดับ ผลการวิเคราะห์ มีช่วงการประมาณค่า คะแนนเฉลี่ย จัดทำเป็นเกณฑ์การประเมินผลเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คะแนน 1.00 – 1.50 ระดับ Beginner/ต้องพัฒนา คะแนน 1.51 – 2.50 ระดับ Intermediate/ปานกลาง คะแนน 2.51 – 3.50 ระดับ Excellent/ดี คะแนน > 3.5 ระดับ Extreme/ดีมาก

ผลการประเมินตนเอง เป็นดังนี้

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ระดับสมรรถนะการปฏิบัติงานของที่ปรึกษา 63 คน **จำแนกรายหมวด**

ระดับสมรรถนะการปฏิบัติงาน	หมวดความรู้		หมวดทักษะ		หมวดชิ้นงาน		ภาพรวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต้องพัฒนา **(Beginner)**	1	1.59	2	3.17	2	3.17	2	3.17
ปานกลาง (Intermediate)	13	20.63	16	25.4	24	38.1	17	26.98
ระดับดี (Excellent)	39	61.9	30	47.62	29	46.03	33	52.38
ระดับดีมาก (Extreme)	10	15.87	15	23.81	8	12.7	11	17.46
รวม	63	100	62	100	63	100	63	100

จากผลการประเมินตนเองของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ จะพบว่าในระดับที่ต้องพัฒนาและในระดับปานกลางมีประมาณร้อยละ 30 ทั้งนี้ ผลการประเมินรายข้อของหมวดความรู้ ทักษะและชิ้นงาน พบว่า

ผลการประเมินที่มีผลระดับคะแนนความรู้น้อยที่สุด คือ ความรู้ด้านการประเมิน

ผลการประเมินที่มีผลระดับคะแนนด้านทักษะน้อยที่สุด คือ ทักษะการสรุปบทเรียน

ผลการประเมินด้านชิ้นงานที่น้อยที่สุด คือ การทบทวนเวชระเบียน

ข้อมูลจำนวนสถานพยาบาลที่หมดอายุการรับรองในปี 2564

มีจำนวนเพิ่มขึ้นจากปี 2563 จากจำนวน 30 แห่ง เป็น 288 แห่ง และมีรพ.จำนวนหนึ่งอยู่ระหว่างกระบวนการต่ออายุ ข้อมูลสถานะขั้นของรพ.ในเดือนตุลาคม 2564 พบว่าจำนวน รพ.ทั้งสิ้น 1,502 แห่ง รพ.รัฐ 1,105 รพ.เอกชน 397 แห่ง รพ.ที่ยังไม่มีขั้นการรับรองจำนวน 253 แห่ง รพ.ขั้น 2 จำนวน 55 แห่ง นอกจากนี้มีรพ.ที่มีสถานะ expired จำนวน 288 แห่ง

ความต้องการและเสียงสะท้อนจากสถานพยาบาลและเครือข่ายในด้านความต้องการสนับสนุนองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ พบว่า ความรู้ที่สถานพยาบาลต้องการเรียนรู้ในลำดับต้น 5 ลำดับ ได้แก่ 1) ระบบบริหารความเสี่ยง การวิเคราะห์ RCA 2) มาตรฐานสำคัญจำเป็นเพื่อความปลอดภัย (2P Safety) 3) การวัดวิเคราะห์ การกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน 4) การจัดทำแผนจากข้อเสนอแนะการเยี่ยมสำรวจ 5) การทบทวนและการทบทวนเวชระเบียน และผลสำรวจปัญหา อุปสรรค จากรพ.ในขั้นเริ่มต้นการพัฒนา พบว่าปัญหาส่วนใหญ่ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจในแนวคิดและมาตรฐาน การประเมินตนเอง ทิศทาง เป้าหมายองค์กรที่ชัดเจน ภาระงาน การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา ปัญหาด้านโครงสร้าง และการสื่อสารในองค์กร

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล จากอนุที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ พบว่าประเด็นที่เป็นความเสี่ยง ปัญหา อุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลในปี 2564 ได้แก่

(1) การติดขัดในประเด็นพื้นฐาน เช่น สิ่งแวดล้อม ประเด็นการทบทวนทางคลินิก ประเด็นความปลอดภัยเรื่องยา การแพ้ยาซ้ำ ระบบบริหารความเสี่ยง เป็นต้น
(2) ข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนผู้บริหาร ทีมนำ หลายครั้ง สะท้อนให้เห็นการพัฒนาคุณภาพไม่ต่อเนื่อง
(3) ยังไม่ให้ความสำคัญกับมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้ออย่างเป็นระบบ
(4) ความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยนอกเวลา การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่อง
(5) ผู้เยี่ยมสำรวจมักจะให้มีข้อเสนอแนะตามมาตรฐานในเรื่อง I-2, I-4, II-1, II-3, II-6
(6) ประเด็นข้อเสนอแนะในการพัฒนายังเป็นประเด็นเดิม ไม่ได้นำข้อเสนอแนะมาดำเนินการ

ข้อเสนอแนะจากผลการสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการจากสถาบันฯ ประจำปีงบประมาณ 2564 โดย TRIS Corporation สรุปได้ดังนี้

(1) ผู้บริหารโรงพยาบาลขนาดเล็กบางท่านเห็นว่าการรับรองมาตรฐาน HA ไม่ได้เกิดจากความต้องการของผู้บริหารโรงพยาบาล ซึ่งในกรณีนี้ สรพ. จำเป็นต้องเข้าไปปลูกฝังทัศนคติต่อผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง ถึงความสำคัญและจำเป็นของมาตรฐาน HA ประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ รวมถึงผลประโยชน์ที่ทางโรงพยาบาลจะได้รับเมื่อผ่านการรับรอง เพื่อการพัฒนาด้านคุณภาพสถานพยาบาลของโรงพยาบาลขนาดเล็กได้อย่างยั่งยืน
(2) การผลักดันการประเมินและรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA) ให้เป็นมาตรฐานภาคบังคับที่โรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลจำเป็นต้องมี ซึ่งรวมไปถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)
(3) ผลักดันประโยชน์ที่โรงพยาบาลจะได้รับเมื่อผ่านการรับรองมาตรฐาน HA เช่น การส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ได้ไปดูงานด้านคุณภาพสถานพยาบาลที่ต่างประเทศ การ Top-up งบประมาณตามประชากรในพื้นที่ตามแผนงบประมาณ เป็นต้น

(4) โรงพยาบาลขนาดเล็กจะมีปัญหาเรื่องงบประมาณในการต่ออายุและบุคลากรไม่เพียงพอ ทำให้ไม่สามารถทำงานพัฒนาคุณภาพได้อย่างเต็มที่ หากมีมาตรฐานใหม่ที่ค่าใช้จ่ายถูกกว่าและได้รับการรับรองจากกระทรวงฯ โรงพยาบาลขนาดเล็กหลายแห่งอาจตัดสินใจไม่ต่ออายุมาตรฐาน HA ในรอบต่อไป ผู้บริหารโรงพยาบาลได้ให้ความเห็นในการแก้ปัญหาว่า ควรผลักดันให้ประชาชนเห็นความสำคัญของมาตรฐาน HA เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีความต้องการโรงพยาบาลที่มีมาตรฐาน HA ขึ้นมาเอง จะส่งผลให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีความต้องการรับการประเมินมาตรฐาน HA โดยไม่จำเป็นต้องนำมาเป็นตัวชี้วัดอย่างเช่นปัจจุบัน

(5) ความคิดเห็นต่อมาตรฐานการประเมินและสื่อการเรียนรู้ที่ สรพ. นำมาใช้ : มาตรฐานตีความได้หลากหลายตามความเข้าใจของแต่ละคน ถึงแม้ว่า สรพ. จะมีคู่มือการใช้มาตรฐานการประเมินก็ตาม ซึ่งโรงพยาบาลขนาดเล็กต้องอาศัยการสอบถามหรือนำตัวอย่างของโรงพยาบาลขนาดเล็กด้วยกันมาเป็นแบบอย่าง หรืออาศัยการเข้ามาประเมินของผู้เยี่ยมสำรวจ ณ วันประเมินเพื่อยืนยันสิ่งที่เข้าใจว่าถูกต้องหรือไม่ สรพ.มีสื่อการเรียนรู้ที่ฉับไวและทันเหตุการณ์ มีความรู้ให้ศึกษาหลากหลาย เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสามารถนำไปใช้ในงานคุณภาพได้

(6) ความคิดเห็นต่อแนวทางการพัฒนาระบบคุณภาพในอนาคต : ผู้บริหารโรงพยาบาลขนาดเล็กบางท่านต้องการให้ รพ.สต. มีผู้เยี่ยมสำรวจจากภายนอกเข้ามาตรวจประเมินเช่นเดียวกับมาตรฐาน HA ซึ่งจะทำให้บุคลากรเกิดความตื่นตัว และยกระดับมาตรฐานของ รพ.สต. ให้สามารถดูแลรักษาประชาชนในพื้นที่ห่างไกลได้มีมาตรฐานยิ่งขึ้น

ข้อมูลความเสี่ยงในการดำเนินงานของ สรพ.

รายการความเสี่ยงและการประเมินระดับความเสี่ยง แผนควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง พ.ศ. 2565

Risk ID	รายการความเสี่ยง (Risk Title)	โอกาสเกิด 1-5	ผลกระทบ 1-5	Risk Level
S01*	ความเชื่อมั่นของสถานพยาบาลต่อการดำเนินงานของสถาบัน	2	5	10
S02*	ความเพียงพอและการพัฒนาสมรรถนะผู้เยี่ยมสำรวจ	3	3	9
S05*	สถานพยาบาลไม่พร้อมในการเยี่ยมสำรวจและไม่สามารถต่ออายุการรับรองมาตรฐาน HA ได้ตามกำหนด	4	4	16
F01*	การจัดหารายได้เพื่อตอบสนองการพึ่งพิงงบประมาณภาครัฐไม่ได้ตามเป้าหมาย	4	5	20
F02*	การใช้จ่ายงบประมาณไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	3	4	12

Risk ID	รายการความเสี่ยง (Risk Title)	โอกาสเกิด 1-5	ผลกระทบ 1-5	Risk Level
C01*	การจัดซื้อจัดจ้างไม่เป็นไปตามแผน	3	4	12
C02*	การปฏิบัติตามมาตรการความมั่นคงปลอดภัยข้อมูลสารสนเทศ	3	3	9
O06	ประสิทธิภาพการบริหารจัดการธำรงคุณภาพสถานพยาบาลหลังการรับรอง	3	3	9
O07	ประสิทธิภาพการควบคุมภายใน	4	3	12
O08	ประสิทธิภาพการพัฒนาบุคลากร	3	4	12

หลักเกณฑ์พิจารณาการจัดลำดับความเสี่ยงระดับองค์กร (RM Committee)
1) รายการความเสี่ยงที่มี Risk Level ในระดับสูง (High Level) หรือ
2) รายการความเสี่ยงที่มี Consequence ระดับผลกระทบสูงมาก (คะแนน 5) และ ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและควบคุมภายใน

ปรับปรุงครั้งที่ 2.1 ตามคำแนะนำของคณะกรรมการตรวจสอบ 27 กันยายน 2564

ในปี 2564- 2565 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ระบุความเสี่ยงสำคัญขององค์กรในเรื่อง สถานพยาบาลไม่พร้อมในการเยี่ยมสำรวจไม่สามารถต่ออายุได้ตามระยะเวลา เป็นความเสี่ยงในระดับสูง (risk level=16) และประสิทธิภาพการบริหารจัดการความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพหลังการรับรอง (risk level=9)

จากข้อมูลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น กลุ่มภารกิจส่งเสริมการพัฒนาและฝึกอบรมได้นำมาจัดทำแผนการพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ (Quality Coach) ในปี 2565-2568 มีรายละเอียด ดังนี้

เป้าหมาย (Goals):

เพื่อให้สถาบันมีกลไกการพัฒนาคุณภาพโดยที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพที่มีความรู้ ความสามารถที่เพียงพอและเหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์ ปัญหาของระบบสุขภาพของประเทศ ร่วมกับปัญหาในพื้นที่และสถานพยาบาล สามารถสร้างกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ต่อเนื่องโดยให้คุณค่าแก่สถานพยาบาลในทุกระดับขึ้น

วัตถุประสงค์ (Objectives):

1. ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพมีสมรรถนะที่จำเป็นและทันสมัย สามารถขับเคลื่อนกลไกการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อให้สถานพยาบาลเข้าสู่การรับรองที่หลากหลายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
2. มีอัตรากำลังของที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพมีความเพียงพอและสมดุลต่อปริมาณภาระงานของสถานพยาบาล ครอบคลุมพื้นที่จังหวัด และสามารถรองรับกระบวนการรับรองที่มีความหลากหลาย
3. ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพเป็นผู้สร้างการยอมรับ ศรัทธาและไว้วางใจของสถานพยาบาลต่อระบบสุขภาพ
4. ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพมีความเชื่อมั่น ศรัทธา และผูกพันกับกระบวนการ HA และได้รับการยอมรับเชื่อมั่นศรัทธาจากสถานพยาบาลและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียขององค์กร

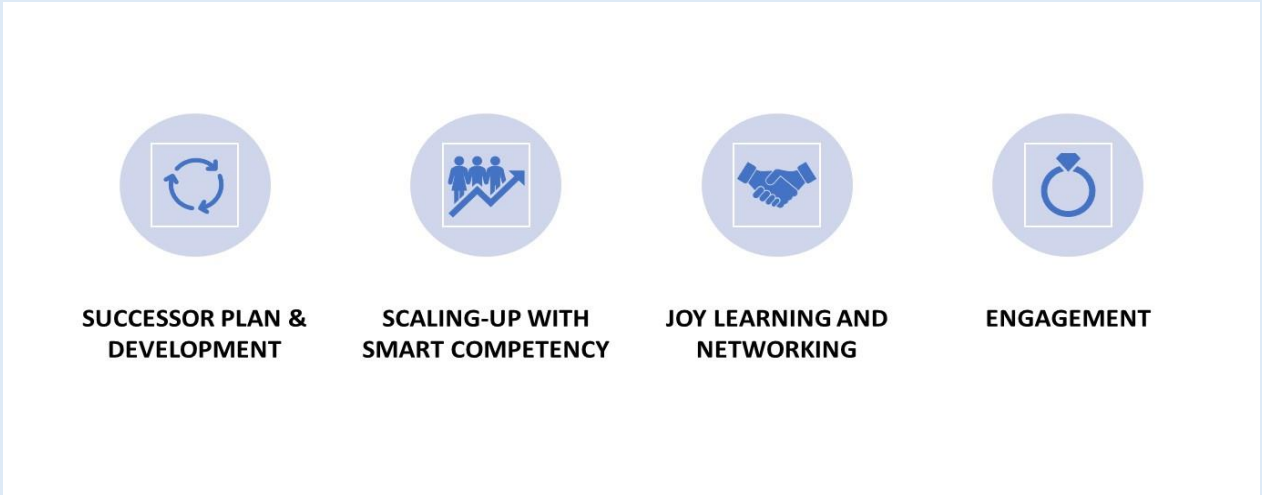
ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา		ค่าเป้าหมาย ปี 2565
		2563	2564	
ปรึกษากระบวนการคุณภาพที่ขึ้นทะเบียนใหม่	คน	0	0	30
ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ (รายใหม่) มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น (เทียบต้นปี และปลายปี	ร้อยละ	NA	NA	80
ความรู้และทักษะด้าน Digital literacy	ร้อยละ	NA	NA	50
ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ (รายเก่า) มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น (เทียบต้นปี และปลายปี)	ร้อยละ	NA	50	60
ความพึงพอใจของที่ปรึกษาฯ	ร้อยละ	NA	NA	80
ความพึงพอใจของสถานพยาบาลต่อการทำหน้าที่ของ QC	ร้อยละ	NA	NA	70
ที่ปรึกษาที่มีจำนวนผลงาน 6 MD/คน/ปี	ร้อยละ	NA	11	50
ที่ปรึกษาฯ ที่ไม่สมัครเป็น QC ต่อเนื่อง	ร้อยละ	NA	5.8	5

กลยุทธ์การพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ

ใช้กลยุทธ์ **S²JE** เพื่อ สรรหา สร้าง พัฒนา รักษาและผูกพันต่อการทำตามบทบาทหน้าที่ของที่ปรึกษาฯ ที่ได้มีประกาศไว้ ดังนี้

1) **Successor plan & Development** คัดเลือกและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพรายใหม่
2) **Scaling-up with smart Competency** พัฒนาความรู้และทักษะที่ปรึกษาฯ ที่ขึ้นทะเบียนแล้วให้มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น
   2.1 เสริมความรู้และทักษะเพื่อส่งเสริมการพัฒนาตาม Product อื่นๆ ของสรพ.
   2.2 จำแนกและมอบหมายภาระงานที่ปรึกษาฯ ให้สอดคล้องกับความรู้และทักษะ
3) **Joy learning and Networking** สร้างขวัญกำลังใจและความผูกพันในกลุ่มที่ปรึกษา และสร้างเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพในพื้นที่ให้เกิดการทำงานคุณภาพอย่างมีความสุข
4) **Engagement** สร้างความผูกพัน ให้การชื่นชมยินดีในรูปแบบต่างๆ เช่นการอบรมประจำปี HA National forum การจัดทำเสื้อสูทสำหรับ QC



กลยุทธ์ในวางแผนพัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ **ใช้กลยุทธ์ S^{2}JE เพื่อ สรรหา สร้าง พัฒนา รักษาและผูกพันต่อการทำตามบทบาทหน้าที่ ดังนี้**

กลยุทธ์	เป้าหมาย	กิจกรรม	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	วิธีการประเมิน	ระยะเวลาดำเนินการ			
						2565	2566	2567	2568
Successor plan & Development	ที่ปรึกษาใหม่ครอบคลุมพื้นที่และทดแทน QC ที่ใกล้เกษียณอายุ	■ พัฒนาที่ปรึกษารายใหม่ ■ Buddy กับ QC รุ่นพี่ ■ พัฒนาร่วมกับ HACC	■ จำนวนที่ปรึกษาใหม่ ■ ที่ปรึกษาใหม่มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น (เทียบต้นปี ปลายปี)	30 คน ร้อยละ 80	ประเมินตนเองและประเมินโดยครูฝึก	30 80	0 82	0 85	0 87
Scaling-up with smart Competency	ความสามารถที่ปรึกษาทันสมัย สอดคล้องกับทิศทางประเทศ ทิศทางสรพ.และ Product สรพ.	■ พัฒนาความรู้และทักษะตาม Product ■ ฝึกเยี่ยมตาม Product สรพ. ■ Segmentation	■ ร้อยละของ QC ที่มีระดับความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น (เทียบต้นปี ปลายปี) ■ ความรู้และทักษะด้าน Digital literacy	ร้อยละ 80 ร้อยละ 50	ประเมินตนเอง และประเมินโดยผู้ร่วมทีม	80 50	82 55	85 60	87 65
Joy learning and Networking	เรียนรู้และสร้างเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพอย่างมีความสุข	■ Meeting ประจำปีสร้างความผูกพันในกลุ่มที่ปรึกษา ■ Learn & share success ■ สร้างเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพในพื้นที่	■ ร้อยละของความพึงพอใจของที่ปรึกษาฯ	ร้อยละ 80	ข้อมูล	80	82	85	87

Engagement	ที่ปรึกษามีชิ้นงาน/ผลงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดในเชิงปริมาณและระยะเวลา สร้างผลงานที่ดีและมีคุณค่าและความสุขในการพัฒนาคุณภาพ	■ Recognition ในกลุ่มใหญ่ ■ สร้างแรงจูงใจ โดยให้โควตาการเข้าอบรมประจำปี ■ สะท้อนกลับข้อมูล จัดทำ dash board ในการ monitor ข้อมูล	■ ความพึงพอใจของ รพ. ต่อการเยี่ยม ■ ที่ปรึกษาที่มีจำนวนผลงาน 6 MD/คน/ปี ■ ที่ปรึกษาฯ ที่ไม่สมัครเป็น QC ต่อเนื่อง	ร้อยละ 70 ร้อยละ 50 ร้อยละ 5	สำรวจ สำรวจ สำรวจ	70 50 5	80 55 5	85 60 5	87 65 5

Action plan การพัฒนาความรู้และทักษะ Quality Coach ปี 2565

No.	กิจกรรม	ตค.	พ.ย..	ธค.	มค.	กพ.	มีค.	เมย.	พค.	มิย.	กค.	สค.	ก.ย..		หมายเหตุ
1	ประชุมสื่อสารทิศทางขององค์กร Meeting ประจำปี	20													
2	พัฒนาความรู้และทักษะที่ปรึกษาตามการรับรองที่หลากหลาย														
	2.1 การประเมิน ระดับขั้น 0-2 แบบ virtual	20													
	2.2 การรับรอง HA ต่ออายุและธำรง HA														
	2.3 การรับรองที่หลากหลาย DHSA, HNA, SHA														
3	**พัฒนาทักษะดิจิทัล Program Zoom, Dash board**														
4	**พัฒนาที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพรายใหม่**														
	3.1 ประชุมครูฝึกที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ			25											
	3.2 จัดอบรมหลักสูตร Preparation for Coach				6-7										
	3.3 จัดอบรมหลักสูตร Acting for Coach (ลงพื้นที่)														
	3.4 ประชุมสรุปและคัดเลือก (ในกรรมการ HACC)														
5	**การฝึกสถานที่จริง/สังเกตการณ์**														
	4.1 การเยี่ยม Adjusted survey ในการประเมินขั้น 2														
	4.2 ฝึกเยี่ยม รพ. ขั้น 0-2														
	4.3 ฝึกเยี่ยม รพ.ที่ขอรับรองที่หลากหลาย														
6	**การพัฒนาทักษะเฉพาะด้านอื่นๆ**														
	5.1 พัฒนาทักษะด้านถอดบทเรียน														
	5.2 ทักษะการเป็นวิทยากร วิทยากรกลุ่ม														ตามพื้นที่
	5.3 การวิเคราะห์แผนการพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะจากการเยี่ยม /การวิเคราะห์ SAR														คนละ 2 ชิ้นงาน