โครงการประเมินผลการดำเนินงาน
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
ระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2558 – 2560)

ได้รับการสนับสนุนจาก
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ดำเนินการโดย มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ

คณะผู้ประเมิน

วินัย ลีสมิทธิ์	Vinai Leesmidt
ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย	Supasit Pannarunothai
สุมาลี เฮงสุวรรณ	Sumalee Hengsuwan
สุชาณี สุวัฒนารักษ์	Suchanee Suwattanaruk

สารบัญเรื่อง

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	i
Executive summary	iv
กิตติกรรมประกาศ	viii
สารบัญเรื่อง	ix
สารบัญตาราง	x
สารบัญภาพ	xi
สารบัญกราฟ	xii
บทที่ 1 บทนำ	1
หลักการเหตุผล	1
วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	5
วัตถุประสงค์การประเมิน	17
กรอบความคิดการประเมิน	18
ระเบียบวิธีการประเมิน	20
บทที่ 2 ผลการศึกษาการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2558 – 2560)	32
โครงสร้างสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลช่วงปี 2558-2560	37
การดำเนินงานของสำนักต่างๆในสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	38
สรุปภาพรวมการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลช่วงปี 2558-2560	61
การอภิบาลระบบ (System Governance)	67
การอภิบาล (Governance) กับ อำนาจหน้าที่ (Authority)	70
บทที่ 3 ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลและประสิทธิภาพการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2558 – 2560)	73
ประสิทธิผลการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	73
ผลการสำรวจแบบเร่งด่วนเครื่องมือ SIMPLE:Safe Surgery	81
ประสิทธิภาพการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	85
สรุปผลการประเมินการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	96
ข้อเสนอแนะ	98
เอกสารอ้างอิง	100

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1.1 กรอบการประเมินประสิทธิผลการบริหารจัดการขององค์กร 8
ตารางที่ 1.2 แสดงตัวอย่างการประเมินประสิทธิผลโครงการด้วยซิปป์โมเดล (CIPP Model) 22
ตารางที่ 1.3 แผนการเก็บข้อมูลเพื่อการประเมินผลการดำเนินงาน สถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2558-2560 27
ตารางที่ 1.4 แผนกำกับระยะเวลางานประเมินผลการดำเนินงานสถาบันรับรองคุณภาพ 30
ตารางที่ 2.1 จำนวนผู้รับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) 34
ตารางที่ 2.2 แสดงผู้ร่วมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) 35
ตารางที่ 2.3 จำนวนและร้อยละผู้ตอบแบบสอบถามการสำรวจเร่งด่วน (Rapid Survey Questionnaire) 36
ตารางที่ 2.4 อัตรากำลังบุคลากรสถาบันรับรองสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ปีงบประมาณ 2558 - 2560 43
ตารางที่ 2.5 จำนวนและร้อยละสถานพยาบาลที่ได้รับการประเมินรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ตามระดับขั้น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 44
ตารางที่ 2.6 จำนวนและร้อยละสถานพยาบาลที่ได้รับการประเมินรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ตามระดับขั้น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 45
ตารางที่ 2.7 แสดงเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละสถานพยาบาลที่ได้รับการประเมินและรับรอง คุณภาพตามมาตรฐาน HA ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2560 47
ตารางที่ 2.8 แสดงรายรับ-รายจ่าย สถาบันรับรองสถานพยาบาล (สรพ.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2560 65
ตารางที่ 3.1 คุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินเครื่องมือ SIMPLE: Safe Surgery 82
ตารางที่ 3.2 ผลการวิเคราะห์แบบสอบถามเพื่อประเมินเครื่องมือ SIMPLE: Safe Surgery 83
ตารางที่ 3.3 จำนวนโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการ THIP ช่วงปี 2558-2560 91
ตารางที่ 3.4 จำนวนคนและเรื่องวิชาการ การประชุม HA Forum ปี 2558-2560 95

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 โครงสร้างองค์กรสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและสายบังคับบัญชา ปี2559-60 4
ภาพที่ 1.2 องค์ประกอบวงจรการบริหารจัดการ 7
ภาพที่ 1.3 องค์ประกอบเพื่อการพัฒนาองค์กรสุขภาพ 9
ภาพที่ 1.4 กรอบการกำกับประเมินเพื่อสร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพ 11
ภาพที่ 1.5 วงจรการวางแผนเพื่อการจัดการที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ 16
ภาพที่ 1.6 กรอบความคิดเพื่อประเมินการดำเนินงานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 19
ภาพที่ 1.7 ผังกำกับงานประเมินผลการดำเนินงานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 30
ภาพที่ 2.1 เปรียบเทียบโครงสร้างองค์กรสรพ.ปี2558-60 38
ภาพที่ 2.2 โครงสร้างองค์กรและกรอบบทบาทหน้าที่สำนักประเมินและรับรอง 42
ภาพที่ 2.3 ขั้นตอนการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมประเมิน 48
ภาพที่ 2.4 การพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลและการธำรง 50
ภาพที่ 2.5 ขั้นตอนการจัดการร้องเรียน 53
ภาพที่ 2.6 ความสัมพันธ์แห่งการจัดการความรู้ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 57
ภาพที่ 2.7 เส้นทางการจัดทำแผนสรพ. (Planning Pathway) 62
ภาพที่ 2.8 เส้นทางการจัดทำงบประมาณของสรพ. (Budget Pathway) 63
ภาพที่ 2.9 เส้นทางกระบวนการนโยบาย (Policy Pathway) 66
ภาพที่ 2.10 ความสัมพันธ์ระหว่างการอภิบาล (Governance) และ อำนาจ (Authority) สำหรับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล 71
ภาพที่ 3.1 ระดับประสิทธิผลในระบบสุขภาพ 74
ภาพที่ 3.2 กรอบการประเมินประสิทธิผลเครือข่าย 75
ภาพที่ 3.3 ความครอบคลุมของเครือข่ายและความสัมพันธ์ 76
ภาพที่ 3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่าย 78
ภาพที่ 3.5 บทบาทเครือข่ายการพัฒนาระบบคุณภาพสถานพยาบาล 78
ภาพที่ 3.6 กรอบประเมินประสิทธิภาพสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 86
ภาพที่ 3.7 แสดงความเชื่อมโยงจากประสิทธิผลระบบสุขภาพกับประสิทธิภาพระดับมหภาค 90
ภาพที่ 3.8 กรอบความสัมพันธ์ปัจจัยนำเข้า ผลลัพธ์ และ ผลกระทบด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพ การดำเนินงานสถาบันรับรองคุณภาพ 96

สารบัญกราฟ

หน้า

กราฟที่ 3.1 แสดงร้อยละช่องทางการรับรู้เรื่อง SIMPLE 84

กราฟที่ 3.2 ระยะเวลานอนพักรักษาตัวของผู้ป่วยช่วงปี 2557-2560
จำแนกตามโรคและภาวะป่วยที่สำคัญ 92

กราฟที่ 3.3 ร้อยละผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับช่วงปี 2556-2560 92

กราฟที่ 3.4 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น
และโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ปี 2559-2560 93

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โครงการประเมินผลการดำเนินงานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) นี้ ดำเนินการตามที่กำหนดโดยพระราชกฤษฎีกา พ.ศ. 2552 โดยมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ เพื่อประเมินประสิทธิผลตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายของสรพ. เพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการของสรพ. และ เพื่อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติสำหรับการพัฒนา ปัจจัยในกรอบการประเมินประกอบด้วย สิ่งแวดล้อม นโยบาย การวางแผน ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ และ ผลกระทบ การประเมินใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณเชิงลึก การสนทนากลุ่ม และ สังเกตการณ์พื้นที่จริง วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สังเคราะห์ข้อเสนอแนะโดยวิธีวิเคราะห์เชิงแก่นสาระ ข้อมูลเชิงปริมาณรวบรวมจากรายงานการประชุม รายงานประจำปี และ รายงานของสำนักในสรพ. ข้อมูลแสดงการนำเครื่องมือพัฒนาคุณภาพไปใช้ เก็บรวบรวมโดยแบบสอบถามเร่งด่วนจากโรงพยาบาลที่สุ่มเลือก ผลการประเมินถูกนำเสนอแยกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย 1.โครงสร้างและบทบาทหน้าที่สรพ.กับการอภิบาลระบบ 2.การประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพการดำเนินงานสรพ. และ 3.ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไป

สรพ.มีโครงสร้างองค์กรแบบ 2 ชั้น คือ สำนักและหน่วยงาน ผสมกับโครงสร้าง 3 ชั้น (3-tiered) คือ สำนัก ฝ่าย และ หน่วยงาน โครงสร้างองค์กรจัดตั้งตามลักษณะงาน สำนักยุทธศาสตร์รับผิดชอบด้านการวางแผนและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ สำนักประเมินและรับรองดูแลการเยี่ยมประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและการธำรงมาตรฐาน สำนักพัฒนาองค์กรรับผิดชอบการอบรมสถานพยาบาลและการพัฒนาวิทยากร สำนักส่งเสริมการพัฒนาทำหน้าที่ขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลและเครือข่ายคุณภาพ สำนักบริหารงานทั่วไปดูแลการบริหารจัดการของสถาบัน การประสานเชื่อมต่อการทำงานระหว่างสำนักฝ่ายและหน่วยงาน พบได้ใน 3 ฉากทัศน์ ได้แก่ การวางแผน การจัดทำงบประมาณ และ การกำหนดนโยบาย การจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเริ่มจากหน่วยงานระดับล่างสู่ระดับบน (Bottom up) ตามนโยบายที่กำหนด ทีมนำอาวุโส (Senior Leading Team หรือ SLT) เป็นคณะทำงานมีหน้าที่กลั่นกรองสนับสนุนกำกับติดตามแผนที่จัดทำ ภาระงานเพิ่มขึ้นเพราะจำนวนสถานพยาบาลที่ประเมินรับรองเพิ่มมากขึ้น เพราะมีจำนวนเครือข่ายคุณภาพเพิ่มขึ้นและเพราะโครงการงานคุณภาพขยายมากขึ้น แผนงบประมาณจะต้องสอดคล้องกับแนวทางนโยบาย งบประมาณมาจาก 2 แหล่งสำคัญ คือ งบประมาณจากรัฐบาลและรายได้จัดหาเองโดยสถาบัน รายได้ทั้งหมดถูกใช้จ่ายเป็นค่าจ้างเงินเดือนและค่าตอบแทน ค่าใช้สอยดำเนินการ และ งบลงทุน งบประมาณที่เหลือเก็บสะสมเป็นรายได้สถาบัน งบประมาณมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องเป็นผลให้เงินสะสมลดลง เงินสะสมถูกใช้จ่ายมากขึ้นเพื่อสนับสนุนงบประมาณที่ไม่เพียงพอ นโยบายของสรพ.ถูกกำหนดโดยคณะกรรมการบริหารสถาบันหรือบอร์ดและทีมบริหาร นโยบายถ่ายทอดสู่ทีมผู้ปฏิบัติและถูกผลักดันสู่ระดับนโยบายประเทศทั้ง 2 ทิศทางอย่างประสบผลสำเร็จ การอภิบาลระบบถูกขับเคลื่อนโดยผ่าน 2 ช่องทางสำคัญ คือ ผ่านโครงสร้างการปกครองของระบบราชการ (Hierarchical governance) และ

การสร้างเครือข่ายคุณภาพ (Networking governance) ภายในการอภิบาลระบบแบบราชการมีการอภิบาลเชิงนโยบาย เพราะสรพ.เป็นองค์กรอิสระที่บอร์ดมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายและการจัดการจึงเกิดการอภิบาลเชิงนโยบายทับซ้อนอยู่ อำนาจหน้าที่ (Authority) ที่มีผลกระทบต่อการอภิบาลเกิดจากสถานะสรพ.ที่มีอำนาจในการเป็นผู้ชี้นำนิเทศ (Supervision authority) ให้ความรู้ในขณะที่สถานพยาบาลมีอำนาจการจัดการ (Management authority) และทีมคุณภาพมีอำนาจของวิชาชีพ (Professional authority) การอภิบาลระบบที่ประสบผลสำเร็จจำเป็นต้องนำอำนาจหน้าที่ทุกอย่างมาผสานเป็นเนื้อเดียวกันเพื่อลดความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์ (Conflict of interest) ของการบริหารเชิงคุณภาพ (Quality management)

สรพ.ประเมินผลการดำเนินงานทุกปีโดยใช้ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outputs) เพื่อมั่นใจว่าสามารถบรรลุประสิทธิผล การศึกษานี้ประเมินประสิทธิผลกระบวนดำเนินงานของสรพ.แทนการประเมินผลลัพธ์ โดยใช้โมเดลการวิเคราะห์เครือข่ายสังคม (Social Network Analysis) วิเคราะห์ประสิทธิผลระดับเครือข่าย (Network-level effectiveness) ของสรพ. มีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการสำหรับการประเมินประสิทธิผลระดับเครือข่าย ได้แก่ โครงสร้างของเครือข่าย (Network Structure) และ การบูรณาการของโครงสร้าง (Structural Integration) พบว่า สรพ.สามารถจัดตั้งเครือข่ายคุณภาพสอดคล้องกับระบบสุขภาพครอบคลุมตั้งแต่ระดับชุมชน ระดับทีมคุณภาพ ระดับสถานพยาบาล ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขตและภาค เครือข่ายทั้งหมดมีความยืดเหนี่ยวเชื่อมโยงกันชัดเจนเหนียวแน่น มีการกำหนดบทบาทเครือข่ายอย่างชัดเจนในการพัฒนาคุณภาพ เครือข่ายใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อการพัฒนาคุณภาพ โครงสร้างเครือข่ายเกี่ยวข้องกับการจัดทำระบบข้อมูล ระบบฝึกอบรม และ ระบบแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จนสามารถบรรลุการรับรู้เรื่องคุณภาพของผู้รับและผู้จัดบริการ เครือข่ายคุณภาพมีความมุ่งมั่นร่วมกันพัฒนาคุณภาพ สถานพยาบาลพึงพอใจกับการพัฒนาคุณภาพระดับที่สูง ผลการวิเคราะห์การสำรวจแบบเร่งด่วน แสดงได้ชัดเจนว่า เครื่องมือมาตรฐานที่สรพ.สร้าง ได้รับการยอมรับและสามารถสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

ประสิทธิภาพการดำเนินงานของสรพ.พบได้ใน 4 มิติ คือ ประสิทธิภาพเชิงจัดสรรทรัพยากร (Allocative Efficiency) ประสิทธิภาพเชิงเทคนิค (Technical Efficiency) ประสิทธิภาพระดับมหภาค (Macro-efficiency) และ ประสิทธิภาพระดับจุลภาค (Micro-efficiency) สำหรับประสิทธิภาพเชิงจัดสรรทรัพยากรนั้น สรพ.สามารถผสมผสานทรัพยากรที่มีจำกัดได้อย่างเหมาะสมสูงสุด ในขณะที่มีจำนวนบุคลากรจำกัดและงบประมาณลดลง สรพ.มีจำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพเพิ่มขึ้น สรพ.สามารถขยายการพัฒนาคุณภาพสู่ชุมชนและการสาธารณสุข ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าเป็นการลงทุนด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ สำหรับประสิทธิภาพเชิงเทคนิค (Technical Efficiency) สรพ.ใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดสร้างผลลัพธ์ได้มากที่สุด จำนวนสถานพยาบาลได้มาตรฐานระดับสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆต่อเนื่องจนเกิดระดับก้าวหน้า (Advanced HA) จำนวนมากขึ้น สรพ.สร้างเครือข่ายคุณภาพเพื่อสนับสนุนพัฒนาสถานพยาบาลและระบบสุขภาพทั่วประเทศ เกิดศูนย์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HACC) ทีมเยี่ยมระดับจังหวัด (QLN) และ เครือข่ายชุมชนคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ประสิทธิภาพระดับมหภาค (Macro-efficiency) สรพ.สามารถสร้างผลกระทบต่อระบบสุขภาพประเทศโดยรวม เช่น โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicators Program หรือTHIP) เกิดความสัมพันธ์ของประสิทธิผลและประสิทธิภาพ เชื่อมโยงไปสู่ระบบสุขภาพเชิงเศรษฐกิจระดับประเทศ เช่น ลดภาวะโรคแทรกซ้อน ลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็นและผู้ป่วยปลอดภัยเพิ่มขึ้น จนสามารถลดค่าใช้จ่ายสุขภาพประเทศ ประสิทธิภาพระดับจุลภาค (Micro-efficiency) เกิดการพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาล การสร้างนวัตกรรมทางคุณภาพดูแลผู้ป่วย และ การวิจัยพัฒนา ในการนำเสนอผลงานวิชาการประจำปี (HA Forum) โดยอาศัยโมเดลองค์ประกอบการพัฒนาระบบสุขภาพ (Six Building Blocks) ขององค์การอนามัยโลก พบว่า สรพ.สามารถบรรลุประสิทธิผลและประสิทธิภาพโดยอาศัยองค์ประกอบ 4 ประการ คือ ธรรมาภิบาล (Good governance) ภาวะผู้นำ (Leadership) ทรัพยากรบุคคล (Health workforce) และ งบประมาณ (Financing)

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานสรพ.สรุปได้ 2 ระดับ ได้แก่ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงยุทธศาสตร์ ข้อเสนอเชิงนโยบายประกอบด้วย 2 ประการ คือ นโยบายบุคลากรและข้อมูลสารสนเทศ บุคลากรสำคัญเพราะเป็นทั้งจุดแข็งและปัจจัยคุกคามโดยเฉพาะกลุ่มผู้เยี่ยมประเมินที่เป็นกลุ่มผู้ประเมินบางเวลา (Part-time surveyor) ข้อมูลสารสนเทศขาดการเชื่อมต่อและต้องใช้ความรู้จากบุคคลภายสถาบันในการพัฒนาเพราะมีความเข้าใจดีกว่าบุคคลนอกองค์กร ข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์สำคัญ 2 ประการ คือ ยุทธศาสตร์มาตรฐานการประเมินและยุทธศาสตร์การเงิน เครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ผู้เยี่ยมกับคู่มือมาตรฐานเป็นทั้งสิ่งท้าทายและจุดอ่อน เพราะการสร้างผู้เยี่ยมที่มีมาตรฐานต้องการความรู้ความเชี่ยวชาญและเวลามาก งบประมาณที่ลดลงต้องการยุทธศาสตร์เชิงธุรกิจที่ไม่สร้างความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์ (Conflict of interest) และไม่กระทบความเป็นกลางที่มีคุณค่าของสถาบัน

Executive summary

The project of performance evaluation of the Healthcare Accreditation Institute (HAI) was conducted according to the law 1909. The study comprised 3 objectives including for assessing the effectiveness of the assigned roles and responsibility of the HAI, for assessing the efficiency of management of the HAI and for proposing the policy and strategic recommendations. The factors for evaluation in the conceptual framework were composed of environmental factors, policy, planning, inputs, outputs and impacts. The evaluation methodologies used both qualitative and quantitative study methods. The qualitative method used in-depth interview, group discussion and field observation. The data was analyzed by using content analysis. The thematic analysis was used to synthesize the recommendations. Quantitative data was gathered from meeting reports, annual reports and reports of HAI's divisions. The information regarding the quality instrument utilization was obtained by using rapid survey questionnaire, collected randomized hospitals. The results of the analysis were presented into 3 parts including; first the structure, roles and governance of the HAI; second the results of effectiveness and efficiency analysis; and last the recommendations for further development.

HAI had two-tiered organizational structure that were division and unit, combined with three-tiered structure including division, subdivision and unit. Organizational structure was arranged according to the characteristics of job description. Strategy Division was responsible for planning and strategy driven. Accreditation Division was responsible for accreditation of health care service units and standard sustainability. Organization Development Division was responsible for training quality team and supervisor development. Quality Improvement Promotion Division was responsible for stimulating quality development and quality network establishment. General Administration Division took care of general management of the HAI. The integration of divisions, subdivisions and units of the HAI could be found in three dimensions including planning, budgeting and policy setting. Strategic and operative planning started, relevantly to the policy guidelines, from units at the bottom level, passed up to subdivisions and divisions at upper levels as a bottom up planning style. Senior Leading Team or SLT was the functional committee, who was responsible for screening, supporting and monitoring the implementation of the setup plan. Overall workload had been increased due to the increasing number of accreditation hospitals,

the increasing number of quality networks and the great extension of quality development projects. Financial plan had to follow policy guidelines. The income came from two important sources including fiscal budget and institutional revenue. Total income was spent mainly for salary and allowance, overhead expenditure and capital investment. The remaining budget was kept for HAI's accumulated income. The fiscal budget was decreased leading to the decrease of accumulated revenue. The accumulated money was spent more to subsidize the insufficient budget. The policy of HAI was issued by the administrative committee of the institute or institutional board together with management team of HAI. The policy was sent down to operational team and pushed up to the national level at both directions successfully. The system governance was carried through two important channels including through official structure of the civil servant system, named hierarchical governance; and through quality network, called networking governance. Within the hierarchical governance, there was existing policy governance inside because HAI was an autonomous organization that the institutional board had their own authority in policy setting and policy management. The interaction of authority and system governance needed to be taken into account. While the HAI possessed authority of supervision, the hospitals had their own management authority and the quality team had their own professional authorities. The successful system governance needed to take account on binding every authority into one streamline for alleviate the conflict of interest in quality management.

HAI conducted their own performance assessment every year by using output indicators. To ensure that HAI had achieved performance effectiveness, this study assessed effectiveness of the implementation process instead of measuring output indicators. The Social Network Analysis model was used to assess HAI's network-level effectiveness. There were two important components in network-level effectiveness measurement including network structure and structural integration. It found that HAI could establish various quality networks along with the health system. The networks were relevant to all levels of health system comprising community level, quality team level, hospital level, district level, provincial level and regional level. All networks had close adherences and great relations among another. The networks had their roles designed clearly for quality development. There was resource sharing for quality development among different networks. Network structure concerned with the establishment of data system, training system and knowledge exchange leading to the quality effectiveness achievement. The

quality development could be perceived by patients and health care providers. All networks had great commitment to improve health care quality. Hospitals had great satisfaction with their quality development. The analysis of rapid survey showed that the quality instrument created by the HAI was accepted by quality teams leading to provision of better safety to both patients and service providers.

Efficiency of the HAI's implementation could be categorized into four dimensions including allocative efficiency, technical efficiency, macro-efficiency and micro-efficiency. For allocative efficiency, HAI could use scarce resources at the highest combination. While the number of personnel was limited and the budget was decreased, but HAI could produce many more numbers of accreditation hospitals. HAI was able to extended quality development into community and public health which were accepted to be very efficient in health care investment. For technical efficiency, HAI could use existing limited resource to achieve the great amount of outputs. The numbers of hospitals with higher level of accreditation had increased continuously leading to the increased number of advanced HA hospitals. HAI established quality network for supporting hospitals and health system quality development across the country. There was establishment of various quality networks including health care accreditation collaborating center (HACC), quality learning network (QLN) and community networks for quality development. In term of macro-efficiency, HAI could affect national health system quality development. For example, the project of Thailand Hospital Indicators Program (THIP), the relationship between effectiveness and efficiency of health care. THIP could affect the national health economics because THIP led to reduction of bedsore complication, decrease of unnecessary use of drugs and provision of better patient safety. Micro-efficiency concerned with quality development, innovation of health care service and researches in the hospitals, as presented in the HA forum. By using six building blocks of health system development proposed by WHO, it was found that HAI was able to achieve effectiveness and efficiency of their performance because of four key success factors including good governance, leadership, team work and financing.

The recommendations for HAI's performance development could be categorized into two levels including policy and strategic recommendations. At policy level, the workforce policy and information system were important and necessary to be taken into account. Personnel policy was important because it could be strength and treat for HAI at the same time, particularly the part-

time surveyor. Information system of HAI lacked data linkage and needed to be developed by the internal persons who had better understandings about the institute than outer persons. There were two strategic recommendations including strategy on accreditation instrument and financial strategy. Standard instruments comprising surveyors and guidelines could be both challenge and weakness at the same time. Because to build one qualified surveyor needed great knowledge and experience, and time consuming. The decreasing budget needed a new business model strategy which would not create conflict of interest and not affect existing reputation of standard institute of the HAI.

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษา เรื่อง โครงการประเมินผลการดำเนินงานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2558–2560) นี้ สำเร็จได้ดี ด้วยความอนุเคราะห์ของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) โดยเฉพาะผู้อำนวยการสถาบัน ผู้อำนวยการสำนักทุกสำนักของสถาบัน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ทีมวิจัยขอขอบคุณในความกรุณาเสียสละเวลาให้แก่ทีมวิจัยได้สัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่ม ขอขอบคุณทีมงานสำนักยุทธศาสตร์ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ที่ช่วยประสานงานกับทีมวิจัยอย่างสม่ำเสมอ อำนวยความสะดวกให้ความช่วยเหลือจนสามารถดำเนินงานประเมินได้สมบูรณ์ครบถ้วน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านและผู้ที่เกี่ยวข้องสำหรับการเสียสละเวลาให้ข้อเสนอแนะและให้ข้อมูลสำคัญแก่ทีมวิจัยสำหรับนำมากลั่นกรองเนื้อหาและสร้างแก่นสาระที่สำคัญ จนสามารถสรุปผลการศึกษาและได้ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า ทีมวิจัยขอขอบคุณสถานพยาบาลทุกแห่งที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลและประสานงานอย่างดี มา ณ. ที่นี้ด้วยความขอบคุณยิ่ง

ทีมคณะผู้วิจัย

บทที่ 1
บทนำ

บทนำนี้เขียนเพื่อนำเสนอข้อมูลเบื้องต้นที่สำคัญ พร้อมกับแสดงผลการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แสดงความเป็นมา หลักการ และ เหตุผล ที่จัดทำโครงการประเมินผลการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ช่วงระยะ 3 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2558 - 2560 ในบทนี้เนื้อหาจะอธิบาย วัตถุประสงค์ของการประเมิน ทฤษฎีสำคัญสำหรับสร้างกรอบความคิดการประเมิน แนวทางการประเมิน กระบวนการที่ใช้ประเมิน โดยอิงกระบวนการวิจัยเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและถูกต้องของการประเมิน แสดงเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และ การสังเคราะห์ข้อเสนอแนะ ตลอดจนการจัดทำรายงานเพื่อสื่อสารกับสถาบันและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การพัฒนาต่อไป

หลักการเหตุผล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล) เป็นองค์การมหาชนที่จัดตั้งโดย “พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552”[1] มาตรา 3 ของพระราชกฤษฎีกา กำหนดความหมายของ “การรับรองคุณภาพ” ไว้ว่า “การรับรองว่าสถานพยาบาลมีองค์ประกอบของการปฏิบัติงาน และ การพัฒนาคุณภาพที่เชื่อได้ว่าจะสามารถให้บริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด โดยเป็นการรับรองระบบการดำเนินงานของสถานพยาบาล มิใช่การรับรองผลการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย” มาตรา 7 ของพระราชกฤษฎีกาได้กำหนดวัตถุประสงค์ ของสถาบันไว้ 6 ประการ ดังต่อไปนี้

(1) ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

(2) รวบรวมข้อมูล ศึกษา วิเคราะห์ และ จัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุน และ พัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล

(3) ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดกลไก ในการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ

(4) ส่งเสริม สนับสนุน และ ดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้และการให้บริการ การเข้าถึง และ ใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนา และ การรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

(5) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ องค์การ หรือ หน่วยงานในประเทศ หรือ ต่างประเทศ และภาคเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนา และ การรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล และ

(6) จัดทำหลักสูตร และ ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลให้เกิดความเข้าใจกระบวนการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนา และ การรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

วัตถุประสงค์สำคัญทั้ง 6 ประการ นอกจากเป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อการรับรองคุณภาพสถานบริการแล้ว ยังประกอบด้วยบทบาทการพัฒนา ศึกษา และ อบรม เจ้าหน้าที่สถานบริการให้มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำไปพัฒนาให้สถานบริการนั้นๆมีคุณภาพ โดยความร่วมมือกับองค์การทั้งในและนอกประเทศ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ และ ความยั่งยืนของคุณภาพสถานพยาบาลที่ประชาชนสมควรได้รับอย่างแท้จริง ภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ที่ประกอบด้วยประธานผู้ถูกแต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรีจากการสรรหาและเสนอโดยคณะกรรมการ พิจารณาคุณสมบัติการเป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และ ประสบการณ์สูงทางด้านการบริหารการแพทย์และสาธารณสุข หรือ มีประสบการณ์ด้านการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ ด้านอื่นที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์ต่อกิจการของสถาบัน คณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ประกอบไปด้วยกรรมการโดยตำแหน่ง 2 ท่าน ได้แก่ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขและเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิอีกไม่เกิน 7 ท่าน โดยการสรรหาผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และ ความชำนาญเป็นที่ประจักษ์ในด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการบริหาร ด้านสังคม ด้านกฎหมาย และ ด้านสื่อสารมวลชน หรือ สาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง และ เป็นประโยชน์ต่อกิจการของสถาบัน และ ต้องเป็นบุคคลซึ่งมิใช่ข้าราชการที่มีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำ หรือ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐ โดยคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลนี้มีผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นกรรมการและเลขานุการโดยตำแหน่ง มีอำนาจแต่งตั้งผู้ช่วยเลขานุการได้ตามความจำเป็น ในกฤษฎีกาฉบับนี้ยังกำหนดแนวทางพัฒนาสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลไว้ว่า เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาและปรับปรุงระบบการปฏิบัติงานของสถาบันให้มี ประสิทธิภาพ เกิดผลสัมฤทธิ์ สร้างความรับผิดชอบ และ ความเชื่อถือแก่สาธารณชนในกิจการของสถาบัน เพื่อติดตามความก้าวหน้าและตรวจสอบการดำเนินงานของสถาบันให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ โครงการ และ แผนงานที่ได้จัดทำไว้ สถาบันต้องจัดให้มีการประเมินผลการดำเนินงานไม่เกินกว่าสามปี โดยสถาบัน หน่วยงาน องค์กร หรือ คณะบุคคลที่เป็นกลางและมีความเชี่ยวชาญในด้านการประเมินผลการดำเนินงาน การประเมินผลการดำเนินงานของสถาบันจะต้องแสดงข้อเท็จจริงให้ปรากฏในด้านประสิทธิผล ในด้านประสิทธิภาพ และ ในด้านการพัฒนาองค์กร การประเมินผลการดำเนินงานในวาระที่ผ่านมาช่วงปีงบประมาณ 2554 – 2557 และ การประเมินความพึงพอใจของสถานพยาบาลปีงบประมาณ 2558 ได้ดำเนินการเรียบร้อยไปแล้ว ในระยะเวลาดำเนินการต่อมาช่วงปีงบประมาณ 2558 -2560 ยังไม่มีการประเมินผลดำเนินการเชิงประจักษ์ จึงเป็นหลักการและเหตุผลสำคัญของการจัดทำโครงการประเมินผลการดำเนินงานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ช่วงระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2558-2560) ขึ้น โดยในการประเมินนี้จะแสดงถึง ข้อมูลพื้นฐานและผลการวิเคราะห์ข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้อง

แสดงถึงวัตถุประสงค์การศึกษาประเมินผล กรอบความคิด ระเบียบวิธีการศึกษา กระบวนการศึกษา และ การจัดทำรายงานต่อไปตามลำดับ

โครงสร้างองค์กรของสถาบันรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล) เป็นองค์การมหาชน มีสถานะเป็นองค์กรอิสระ ภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำกับดูแล ประธานกรรมการบริหารสถาบันไม่ได้เป็นโดยตำแหน่ง มาจากการการคัดเลือกสรรหา เหตุผลสำคัญ คือ ต้องการให้เกิดการบริหารจัดการที่อิสระมากขึ้นกว่าระบบราชการ เพื่อสถาบันจะสามารถพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะ มีความคล่องตัว และ สามารถประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้ดียิ่งขึ้น บทบาทสำคัญของสถาบันจะเป็นการกำหนดมาตรฐาน ฝึกอบรม และ รับรองคุณภาพของสถานพยาบาล เพื่อเป็นหลักประกันให้ประชาชนที่มารับบริการสุขภาพมีความเชื่อมั่นในคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด ตามหลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพของการให้บริการ และ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลดังกล่าว

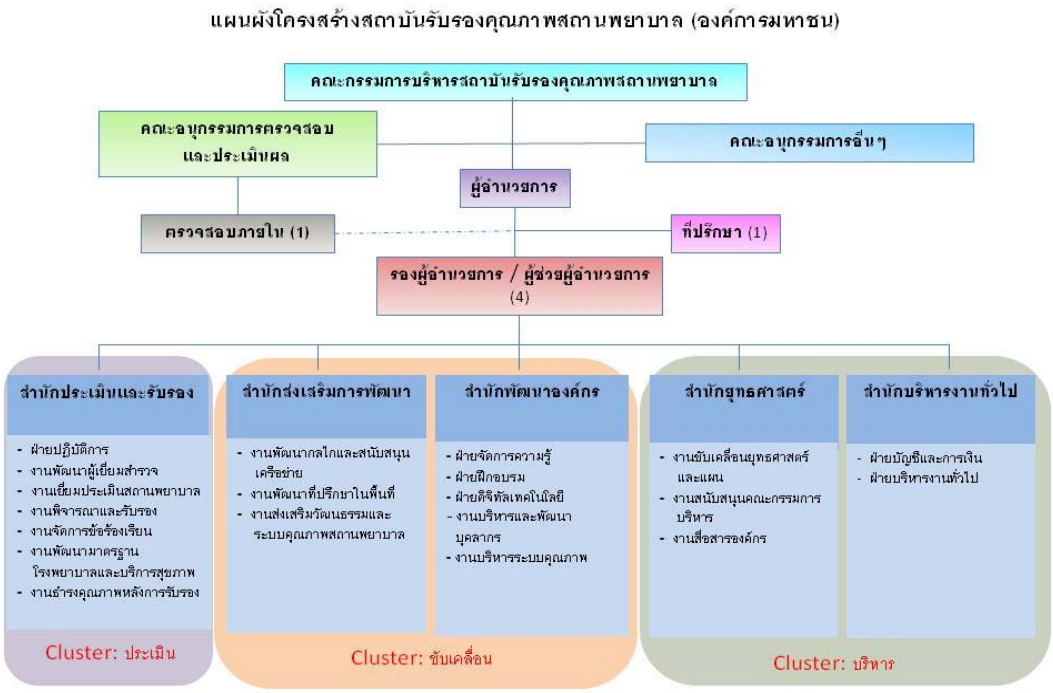
ช่วงปี 2558-2560 โครงสร้างสถาบันถูกกำหนดจัดแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับนโยบาย (Policy level) และ ระดับบริหารจัดการ (Management level) [2] ระดับนโยบาย คือ คณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ทำหน้าที่และบทบาทสำคัญกำหนดทิศทางนโยบายการดำเนินงานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เปรียบเสมือนบอร์ด มีอำนาจจัดตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นเพื่อดำเนินการต่อเนื่องตามความจำเป็น อนุกรรมการที่สำคัญ 2 คณะ คือ คณะอนุกรรมการรับรองกระบวนการคุณภาพ เพื่อพิจารณาการรับรองคุณภาพที่ได้มาตรฐาน และ คณะอนุกรรมการตรวจสอบและประเมินผลเพื่อรับผิดชอบตรวจสอบภายใน บอร์ดสามารถกำหนดจัดตั้งคณะอนุกรรมการอื่นๆได้ตามความเหมาะสม ระดับบริหารจัดการแบ่งออกเป็น 5 หน่วยงาน ประกอบด้วย สำนักประเมินและรับรอง, สำนักส่งเสริมการพัฒนา, สำนักวิชาการและบริหารการเปลี่ยนแปลง ซึ่งปี 2559-2560 ปรับเปลี่ยนเป็น สำนักพัฒนาองค์กรและสำนักยุทธศาสตร์, สำนักบริหารงานทั่วไป และ หน่วยตรวจสอบภายใน เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้ครบถ้วนตามภารกิจตั้งแต่การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล การขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินงานเป็นไปตามที่กำหนดวัตถุประสงค์ และ การสนับสนุนการดำเนินงานของสถานพยาบาล ภายใต้การรับผิดชอบบริหารจัดการของผู้อำนวยการสถาบัน ทีมบริหารจัดการที่ร่วมรับผิดชอบได้แก่ คือ รองผู้อำนวยการสถาบัน และหรือ ผู้ช่วยผู้อำนวยการสถาบัน รวม 4 คน และ ผู้เชี่ยวชาญหรือที่ปรึกษา 1 คน ร่วมดำเนินงานตามนโยบายที่คณะกรรมการบริหารสถาบัน หรือ บอร์ดมอบหมาย ดังภาพ ที่ 1.1

การดำเนินงานของสถาบันรับรองสถานพยาบาล

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล) มีกรอบดำเนินงานสำคัญ ได้แก่

1. กำหนดระเบียบวิธีปฏิบัติเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและถูกต้องต่อระบบระเบียบทางราชการ ที่สำคัญ เช่น ข้อบังคับว่าด้วยการบริหารงานบุคคลและการพัสดุ, ข้อบังคับคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย การจัดแบ่งส่วนงานและกำหนดตำแหน่งงาน เป็นต้น
2. กำหนดแนวทางดำเนินงานตามภารกิจที่จัดตั้งในรูปแบบของยุทธศาสตร์ หรือ แผนงานโครงการ 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการรับรองคุณภาพบริการสุขภาพ ด้านการร่วมมือเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพ ด้านการนำความรู้เพื่อขับเคลื่อนสู่การเปลี่ยนแปลง และ ด้านความเป็นเลิศขององค์กร

ภาพที่ 1.1 โครงสร้างองค์กรสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและสายบังคับบัญชา ปี2559-60



ที่มา: รายงานประจำปี 2560 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล 2560 หน้า 19)

กรอบการดำเนินงานทั้งสองข้างต้น กำหนดเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์จัดตั้งสถาบัน ซึ่งการดำเนินงานต้องสามารถประเมินตนเองและตอบสนองตามคำรับรองการปฏิบัติงานของสถาบันเองทุกปี

กระบวนการประเมินผลและรายงานผลการปฏิบัติงาน ล้วนเพื่อแสดงถึงผลสัมฤทธิ์ที่จะตอบสนองข้อกำหนดในข้อกฎหมายที่จัดตั้งสถาบัน ในด้านการสร้างผลประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และ การพัฒนาของสถาบันอย่างเป็นรูปธรรม การประเมินจำเป็นต้องทบทวนแนวคิดหรือทฤษฎีมิติประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และ การพัฒนาขององค์กร ซึ่งนับได้ว่าสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นองค์กรสำคัญที่จะต้องสร้างผลงานตามที่กล่าวแล้วนี้ โดยเฉพาะภายใต้บริบทของการเป็นองค์กรอิสระในกำกับของรัฐที่ไม่แสวงผลกำไรแต่ต้องอยู่รอดได้ด้วยตนเอง ดังนั้นลำดับต่อไปจะเป็นผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่ใช้กำหนดกรอบการประเมินผล

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมที่สำคัญๆต่อการประเมินภารกิจสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมุ่งประเด็นสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ประสิทธิผลของการดำเนินงานของสถาบัน การเกิดประสิทธิภาพจากการดำเนินงานสถาบัน และ การพัฒนาองค์กรสู่ความสำเร็จเป็นเลิศตามที่กำหนด สิ่งสำคัญ คือ การเชื่อมโยงทั้ง 3 ประเด็นเข้าด้วยกันในภาพรวมขององค์กรสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อสร้างแนวทางการดำเนินงานในอนาคต การทบทวนวรรณกรรมที่จะกล่าวต่อไปนี้ เป็นพื้นฐานความรู้ความเข้าใจที่จะนำไปสร้างกรอบความคิดเพื่อใช้กำกับการประเมินภารกิจสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลดังกล่าว ตามลำดับดังนี้

ประสิทธิผลการจัดการ (Effective management)

การจัดการให้เกิดประสิทธิผลนั้นเกิดขึ้นได้ไม่ง่ายนัก เพราะการสร้างประสิทธิผลต้องอาศัยการจัดการที่กำหนดวัตถุประสงค์ที่เหมาะสม ภายใต้การอภิบาลระบบที่ดี การนำเข้าของทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด และ ในช่วงระยะเวลาที่พอเหมาะ มีกลวิธีและกระบวนการที่เหมาะสมอย่างยิ่ง เห็นได้ชัดว่า การเกิดประสิทธิผลนั้นแม้จะเป็นการประเมินผลสัมฤทธิ์ที่เกิดจนบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่มี แต่จะต้องพิจารณาถึงกระบวนการ กลวิธี และ การอภิบาลระบบที่เหมาะสมไปด้วยกัน หากต้องการสืบค้นว่าการสร้างประสิทธิผลนั้นต้องดำเนินการอย่างไรและจะต้องทำอย่างไรจึงพัฒนาให้เกิดประสิทธิผลยิ่งๆขึ้นไป ข้อมูลของการจัดการที่ดีย่อมเป็นสิ่งสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อการประเมินดังกล่าวนี้

การประเมินการจัดการที่มีประสิทธิผล หมายความถึง การประเมินว่าการจัดการขององค์กรนั้นๆมีการดำเนินงานได้ดีอย่างไรตามวัตถุประสงค์การดำเนินงานที่กำหนดไว้ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญๆ ได้แก่ การออกแบบการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรและหน่วยงานที่รับผิดชอบ กระบวนการจัดการและระบบที่เหมาะสมเพียงพอ และ การถ่ายทอดวัตถุประสงค์องค์กรสู่การปฏิบัติที่สามารถรักษาคุณค่าที่สำคัญในการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ การประเมินประสิทธิผลการจัดการมีคุณค่าสำคัญในหลายมิติ ตั้งแต่การสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการจัดการที่ปรับตัวให้เกิดการพัฒนายิ่งขึ้น การเชื่อมโยงกับการสร้างประสิทธิภาพการดำเนินงานที่สร้างการเรียนรู้การจัดสรรทรัพยากรสู่การดำเนินงานที่มีประสิทธิผล สร้างความโปร่งใสและการมี

พันธะต่อผู้มีส่วนได้เสียที่แท้จริง (accountability) สร้างความยั่งยืนของคุณค่าองค์กร (value) และ สร้างการสื่อสารของหน่วยงานในองค์กรให้ดีขึ้น เพราะหน่วยงานต่างๆในองค์กรจะกลับมาพิจารณาการทำงานและร่วมกันในการประเมินตนเอง ร่วมกับผู้ประเมินภายนอกองค์กรที่จะเข้ามาร่วมเรียนรู้และพัฒนา จนนำไปสู่การจัดการแบบปรับตัว (Adaptive Management)[3]

การจัดการแบบปรับตัว (Adaptive management) [4,5] เป็นกระบวนการจัดการที่มีลักษณะเชื่อมโยงเป็นวงกลมไม่ใช่แนวเส้นตรง ที่เชื่อมนโยบายกับการปฏิบัติ นโยบายเปรียบเสมือนสมมุติฐานในขณะที่การจัดการเปรียบเสมือนการทดลองดำเนินการ การเรียนรู้เกิดขึ้นจากกระบวนการที่พัฒนาและเป็นรางวัลความสำเร็จ การเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Learning by doing) เป็นความพยายามลดความผิดพลาดในการจัดการ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแม้จะไม่สามารถคาดการณ์ได้เป็นเรื่องท้าทายการจัดการและโอกาสการเรียนรู้ การเรียนรู้เป็นการเร่งการพัฒนานโยบายและการจัดการในที่สุด

กรอบการประเมินประสิทธิผลการจัดการ (Framework for evaluating management effectiveness)

การที่จะประเมินประสิทธิผลของการจัดการได้ชัดเจนถูกต้องครบถ้วน ผู้ประเมินต้องเข้าใจวงจรการจัดการ (Management cycle)[6] ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ สำคัญ ได้แก่ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Context), การวางแผน (Planning), ปัจจัยนำเข้า (Inputs), กระบวนการ (Process), ผลผลิต (Outputs) และ ผลกระทบ (Outcomes) ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวสามารถจัดแบ่งกลุ่มตามแก่นสาระ (Theme) ได้ 3 กลุ่มสำคัญ ได้แก่ กลุ่มการออกแบบ (Design) ประกอบด้วย ปัจจัยสิ่งแวดล้อมกับการวางแผน, กลุ่มความเหมาะสม/เพียงพอ (Appropriateness/adequacy) ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้าและกระบวนการ และสุดท้าย กลุ่มการส่งผล (Delivery) ประกอบด้วยผลลัพธ์และผลกระทบ ดังภาพที่ 1.2 ข้างล่าง

องค์ประกอบของวงจรการจัดการทั้ง 6 ประการ นั้น ผู้ประเมินจะต้องพิจารณารายละเอียดต่างๆดังนี้ คือ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Context) เป็นประเด็นเกี่ยวกับค่านิยม (Values), ปัจจัยคุกคาม (Treats) ที่ต้องเผชิญและเป็นโอกาสที่มีสำหรับการพัฒนา, ผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) และ สิ่งแวดล้อมทางการเมือง (Political environment) เศรษฐกิจ (Economic environment) สังคม (Social environment) ที่มีผลต่อการจัดการ

การวางแผน (Planning) ประกอบด้วย วิสัยทัศน์ (Vision), เป้าหมาย (Goals), วัตถุประสงค์ (Objectives) และ กลวิธี (Strategy) สำหรับที่จะธำรงค่านิยมและลดอุปสรรคที่เกิดจากปัจจัยคุมคาม

ปัจจัยนำเข้า (Inputs) เป็นการจัดสรรและบริหารทรัพยากรเพื่อดำเนินงาน ประกอบด้วย บุคลากร (Staff), เงินงบประมาณ (Money) และ สิ่งของเครื่องมือ (equipment) ที่ใช้เพื่อดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

กระบวนการ (Process) เป็นการดำเนินงานตามกระบวนการที่ได้รับการยอมรับ เป็นการกำกับติดตามการทำงานที่เกิดขึ้น กระบวนการดังกล่าวได้รับการพิจารณาว่าเป็นกระบวนการที่สนับสนุนวัตถุประสงค์ขององค์กรที่ตั้งไว้ การบริหารจัดการกระบวนการจึงต้องเป็นไปสอดคล้องกับวัตถุประสงค์องค์กรนั้นๆ

ผลผลิต (Outputs) เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อจากขั้นตอนกระบวนการและปัจจัยนำเข้า อาจเป็นสินค้าที่เป็นรูปธรรม หรือ การบริการที่เกิดขึ้นตามขอบเขตเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในการวางแผนการจัดการและแผนงานโครงการที่จัดทำขึ้น

ผลลัพธ์ (Outcome) เป็นผลสุดท้ายที่ส่งผลต่อเป้าหมายที่กำหนด เช่น คุณภาพบริการ ซึ่งตรงกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ขององค์กรที่กำหนด

เป็นเรื่องสำคัญที่จะสร้างความเข้าใจระหว่างความหมายของผลผลิต (Output) และ ผลกระทบ (Outcome) ผลผลิตจะหมายความถึงการบรรลุของความสำเร็จของกิจกรรม หรือ โปรแกรมการทำงานตามเป้าหมายที่กำหนด เช่น จำนวนกิจกรรมที่สำเร็จ เป็นต้น ส่วนผลกระทบนั้นสะท้อนถึงเป้าหมายระยะยาวกว่า เช่น คุณภาพบริการ ความต่อเนื่องของกิจกรรม ค่านิยมที่เกิดขึ้นสำหรับการพัฒนา การแยกความหมายของผลผลิตและผลกระทบให้เห็นชัดเจนมีความสำคัญเพราะเมื่อผลลัพธ์ที่เป็นผลผลิตบรรลุเป้าหมายแล้ว การดำเนินงานต้องปรับเปลี่ยนกลวิธีเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องจนกว่าจะเกิดผลกระทบตามที่ต้องการ

จากภาพที่ 1.2 แสดงองค์ประกอบสำคัญของวงจรการบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิผล สามารถนำไปจัดทำกรอบการประเมินประสิทธิผลการบริหารจัดการองค์กรได้ดังตารางที่ 1.1 โดยคาดหวังว่าการบริหารจัดการที่มีประสิทธิผลจะก่อให้เกิดผลสำเร็จของการดำเนินงานทั้งด้านการสร้างประสิทธิผลองค์กร ประสิทธิภาพการดำเนินงาน และ แนวทางการพัฒนาต่อเนื่องของการดำเนินงานต่อๆไป

ภาพที่ 1.2 องค์ประกอบวงจรการบริหารจัดการ

ที่มา: Hockings, Stolton, Leverington, Dudley, Courrau 2006 หน้า 12[6]

ตารางที่ 1.1 กรอบการประเมินประสิทธิผลการบริหารจัดการขององค์กร

องค์ประกอบ (Elements)	**การออกแบบ (Design)**		**ความเหมาะสม/ความเพียงพอ (Appropriateness/Adequacy)**		**การส่งผล (Delivery)**	
	ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Context)	**การวางแผน (Planning)**	**ปัจจัยนำเข้า (Input)**	**กระบวนการ (Process)**	**ผลผลิต (Output)**	**ผลกระทบ (Outcome)**
จุดเน้นการประเมิน (Focus of evaluation)	ความสำคัญของปัจจัยสิ่งแวดล้อมและนโยบาย	การออกแบบงาน และการวางแผน	ทรัพยากรที่ต้องการ	กระบวนการจัดการ	ผลการดำเนินและกิจกรรมในรูปแบบผลผลิตและบริการ	ผลลัพธ์ที่บรรลุวัตถุประสงค์
เกณฑ์ที่ใช้ประเมิน (Criteria to be assessed)	-ความสำคัญ -ค่านิยม -ปัจจัยคุกคาม -จุดอ่อน -ผู้มีส่วนได้เสีย -ปัจจัยเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง	-แบบการทำงาน -แผนบริหารจัดการด้านต่างๆ	-ความเพียงพอของทรัพยากรเพื่อการดำเนินงาน -ความเพียงพอของทรัพยากรที่จะพัฒนา	-ความมีเสถียรภาพของกระบวนการบริหารจัดการ -การยอมรับของกระบวนการบริหารที่ถูกนำไปปฏิบัติ	-กิจกรรม -ผลผลิตที่เกิด	-ผลกระทบที่เกิดและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ -ผลกระทบที่ไม่สอดคล้องกับเป้าหมาย

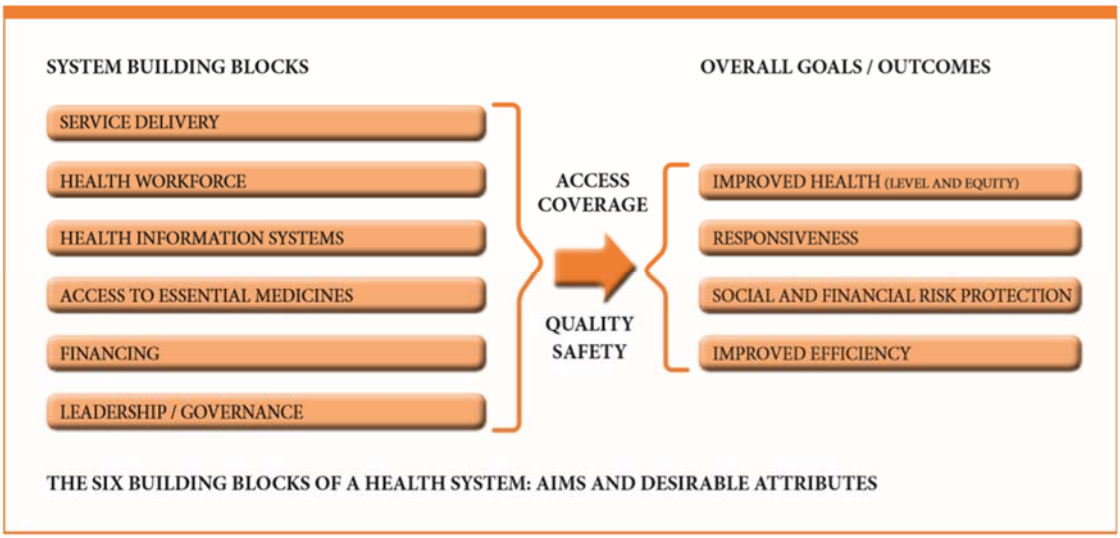
ที่มา: ดัดแปลงจาก Hockings และ คณะ 2006 หน้า 13[6] และ World Bank หน้า

องค์ประกอบเพื่อการพัฒนาองค์กรสุขภาพ (Building Blocks of Health Organization Development)

ระบบสุขภาพเป็นสิ่งซับซ้อน การจัดการเป็นสิ่งยุ่งยากกว่าการจัดการทั่วไป มีหลักฐานที่แสดงถึงความอ่อนแอและขาดประสิทธิผล ขาดประสิทธิภาพ ขาดคุณภาพ และ ไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอยู่บ่อยๆ ในขณะที่การประเมินทำได้ยากเพราะข้อมูลแยกส่วนและหลักฐานการบันทึกไม่ชัดแจ้งเพียงพอ องค์กรสุขภาพมีความซับซ้อนสมรรถนะองค์กรขึ้นอยู่กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานเป็นหลัก

การพัฒนาระบบสุขภาพอาศัยปัจจัยหลายประการ องค์การอนามัยโลก[8] กำหนดองค์ประกอบ 6 ประการเสมือนแกนกลางของการพัฒนาระบบและองค์กรสุขภาพ ดังภาพที่ 1.3 ประกอบด้วย

1. การจัดบริการที่ดี
2. บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างดีและมีจำนวนเพียงพอ
3. ระบบข้อมูลสุขภาพที่ดี ครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health determinants) และ สมรรถนะของระบบ (System performance)
4. ความการเข้าถึงเวชภัณฑ์ยา วัคซีน และ เทคโนโลยีทางการแพทย์
5. ความเพียงพอของงบประมาณและประกันว่าประชาชนสามารถจ่ายค่าบริการได้
6. ภาวะผู้นำที่สร้างประสิทธิผลการดำเนินงานและมีพันธะความรับผิดชอบ (Accountability)



ภาพที่ 1.3 องค์ประกอบเพื่อการพัฒนาองค์กรสุขภาพ

ที่มา: WHO 2010 หน้า vii[8]

องค์ประกอบ 6 ประการ แสดงความเชื่อมโยงของกระบวนการดำเนินงาน ระบบข้อมูล และ ผลลัพธ์ที่ต้องการ ในการประเมินผลขององค์กรสุขภาพดังภาพที่ 1.4 เกิดเป็นห่วงโซ่ 5 ระดับชั้น ประกอบด้วย

ชั้นแรก แสดงถึงกระบวนการกำกับประเมินผล เริ่มจาก ปัจจัยนำเข้า (Inputs), กระบวนการ (Process), ผลผลิต (Outputs), ผลลัพธ์ (Outcomes) และ ผลกระทบ (Impact)

ชั้นที่ 2 เป็นการแสดงถึงกลุ่มตัวแปรที่นำมาใช้สร้างตัวชี้วัดเพื่อกำกับประเมินผลตามลำดับ กระบวนการแยกออกเป็นกลุ่มต่างๆ ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มปัจจัยนำเข้า (Inputs) และ กระบวนการ (Process) ประกอบด้วย การอภิบาลระบบ (Governance) งบประมาณ (Financing) โครงสร้างพื้นฐาน (Infrastructure) เทคโนโลยีข้อมูลและการสื่อสาร (Information and communication technologies) ทรัพยากรบุคคล (Health workforce) ห่วงโซ่สิ่งสนับสนุน (Supply chain) ข้อมูลสารสนเทศ (Information) กลุ่มที่ 2 กลุ่มผลผลิต (Outputs) ได้แก่ การเข้าถึงบริการและความพร้อมของการให้บริการ (Intervention access and service readiness) คุณภาพและความปลอดภัยของบริการ (Intervention quality, safety) กลุ่มที่ 3 กลุ่มผลลัพธ์ (Outcomes) ได้แก่ ความครอบคลุมของบริการ (Coverage of interventions) อุบัติการณ์พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (Prevalence risk behaviours and factors) กลุ่มสุดท้าย กลุ่มผลกระทบ (Impact) คือ สุขภาวะที่ดีขึ้นและเป็นธรรม (Improved health outcomes and equity) ความสามารถปกป้องความเสี่ยงทางสังคมและความเสี่ยงทางการเงิน (Social and financial protection) การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) และ การเกิดประสิทธิภาพ (Efficiency)

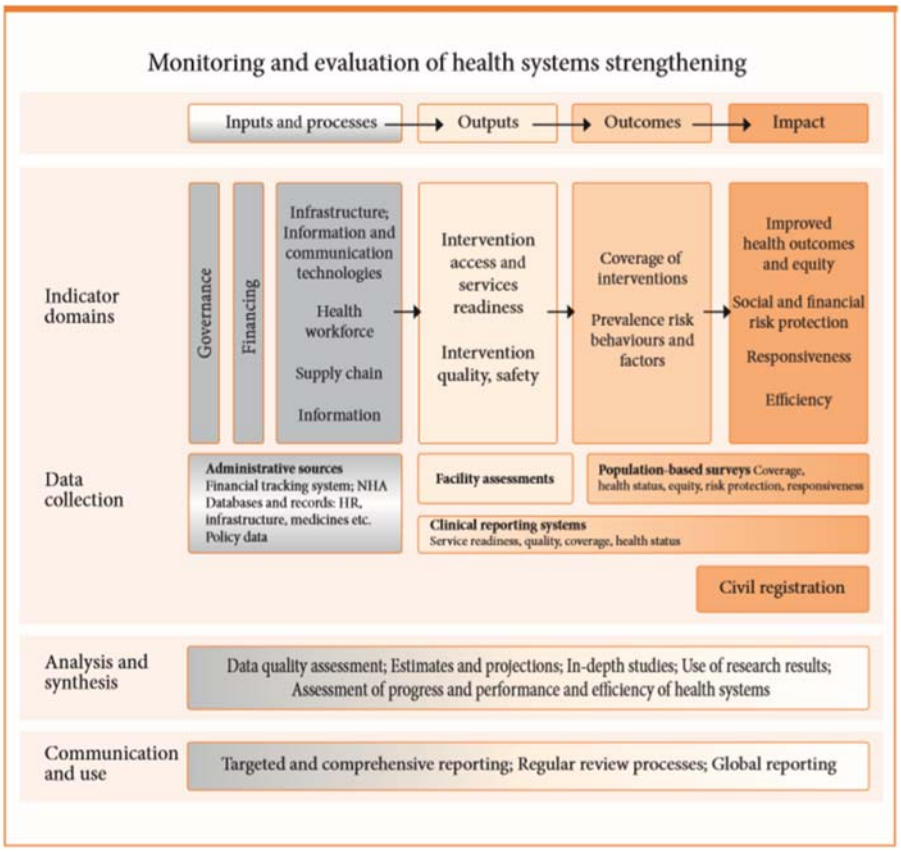
ชั้นที่ 3 เป็นแหล่งข้อมูลที่รวบรวมเพื่อนำมาวิเคราะห์ตามลำดับกระบวนการ แบ่งออกเป็น 5 แหล่งสำคัญ ได้แก่ กลุ่มข้อมูลการบริหารจัดการ (Administrative sources) ประกอบด้วย แหล่งที่ 1 ข้อมูลด้านการเงิน (Financial database and records) ข้อมูลทรัพยากรบุคคล (HR) ข้อมูลโครงสร้างพื้นฐาน เวชภัณฑ์ยา และข้อมูลนโยบาย ต่างๆที่เกี่ยวข้อง แหล่งที่ 2 กลุ่มข้อมูลการประเมินระบบบริการ (Facilities assessment) แหล่งที่ 3 กลุ่มข้อมูลผลการสำรวจประชากร (Population based survey) เช่น ความครอบคลุม สถานะสุขภาพ ความเป็นธรรมทางสุขภาพ การป้องกันความเสี่ยง การตอบสนองความต้องการประชาชน แหล่งที่ 4 กลุ่มข้อมูลระบบรายงานทางคลินิก (Clinical reporting system) เช่น ความพร้อมระบบบริการ คุณภาพบริการ ความครอบคลุม สถานะสุขภาพ และสุดท้ายแหล่งที่ 5 กลุ่มข้อมูลทะเบียนราษฎร์ (Civil registration)

ชั้นที่ 4 เป็นการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล (Analysis and synthesis data) ซึ่งมีหลากหลายเทคนิคและวัตถุประสงค์

ชั้นที่ 5 ชั้นสุดท้ายเป็นการสื่อสารและนำไปใช้ (Communication and use) ซึ่งมีหลายระดับความต้องการทั้งในระดับพื้นที่ ประเทศ หรือ เวทีโลก

ห่วงโซ่การกำกับประเมินผลระบบสุขภาพดังกล่าวนี้ สร้างกรอบแนวคิดที่สามารถนำไปเชื่อมโยงการประเมินประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของกระบวนการดำเนินงานและพัฒนาคุณภาพบริการตามที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวทางไว้ อย่างไรก็ตามการอภิบาลระบบเป็นสิ่งสำคัญที่องค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้สำหรับการพัฒนาองค์กรและระบบสุขภาพที่ต้องการให้เกิดความสำเร็จและยั่งยืน ดังภาพที่

1.3 ข้างต้น ดังนั้นจึงมีความสำคัญที่จะทบทวนการอภิบาลระบบที่สนับสนุนการพัฒนาประสิทธิผลและประสิทธิภาพการดำเนินงานในระบบสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ดังกล่าวถึงต่อไป



ภาพที่ 1.4 กรอบการกำกับประเมินเพื่อสร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพ

ที่มา: WHO 2010 หน้า viii[8]

ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment)

การประเมินผลกระทบที่เกิดจากการจัดการที่มีประสิทธิผล สามารถนำไปใช้ประเมินประสิทธิภาพของการจัดการในเวลาเดียวกัน ที่นิยมกล่าวถึงกันมากขึ้นในปัจจุบัน คือ การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (social return on investment หรือ SROI) ซึ่งถูกพัฒนาและนำมาใช้ประเมินเชิงเศรษฐศาสตร์สังคมช่วงปี ค.ศ. 1995 – 1999 โดยองค์กรสาธารณะของสหรัฐอเมริกา ที่ชื่อว่า The Roberts Enterprise Development Fund (REDF)[9] สำหรับวัดผลกระทบ (impact) ของการลงทุนที่มีต่อสังคมเพื่อแสดงถึงประสิทธิผลการดำเนินงาน และประสิทธิภาพการใช้งบประมาณสำหรับสาธารณะประโยชน์ โดยการแปลงผลลัพธ์ที่เกิดเชิงสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่เป็นนามธรรมให้อยู่ในรูปเงิน (Money value) ที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น ด้วยกระบวนการตีค่าเงิน

(Monetization) เปรียบเทียบผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการลงทุนกับหนึ่งหน่วยเงินลงทุนที่นำไปใช้ เช่น ค่า SROI เท่ากับ 1.48 – 4.37 หมายถึง ทุก 1 บาทที่ลงทุน ให้ผลตอบแทน เท่ากับ 1.48 – 4.37 บาท เป็นต้น การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน เป็นการประเมินเชิงเศรษฐศาสตร์ที่เชื่อมต่อกับการประเมินต้นทุนผลประโยชน์ (Cost-benefit analysis) ที่ตอบโจทย์ถึงผลกระทบที่ชัดเจนมากขึ้น เพราะให้ความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholders) ร่วมกันรวบรวมผลกระทบที่เป็นนามธรรมทางสังคม เศรษฐกิจ และ สิ่งแวดล้อม รวมทั้งด้านสุขภาพด้วย เช่น โครงการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และ ฟื้นฟูสภาพ[10] ประเทศไทยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ศึกษาประเมินผลตอบแทนทางสังคมของโครงการต่างๆที่ได้ดำเนินการ เช่น ด้านผู้สูงอายุภายใต้โครงการการดูแลระยะกลางและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า มีผลตอบแทนทางสังคม (SROI) เท่ากับ 2.95 หมายถึง การลงทุน 1 บาท ได้ผลตอบแทน 2.95 บาท โดยผลตอบแทนส่วนใหญ่เกิดกับผู้ดูแลในครอบครัว เป็นต้น[11]

หลักการ 7 ประการของการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน

การประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุนประกอบด้วย 7 หลักการสำคัญ[12] คือ

1. การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียทุกคน ที่เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องและมีส่วนได้เสียในการลงทุน สนใจ และ ได้รับผลกระทบ ซึ่งสมควรมีส่วนร่วมในการกำหนดการวัดประเมิน วิธีการประเมิน และ การตีค่าการประเมินร่วมกัน
2. ต้องทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลง โดยสิ่งที่เปลี่ยนแปลงนั้นสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้นอย่างไร แค่ไหน ทั้งด้านบวกและลบ ทั้งที่ตั้งใจให้เกิดและไม่เจตนา
3. การประเมินค่าตามหลักการตีค่าเป็นเงิน (monetization) การตัดสินใจกระจายเงินในทางเลือกต่างๆที่มีโดยใช้การตัดสินใจร่วมกันของผู้ที่มีส่วนได้เสีย
4. คัดเลือกสิ่งที่จะประเมินไม่ว่าข้อมูลหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นสิ่งชัดแจ้งและเป็นธรรม เพื่อให้ผู้มีส่วนได้เสียสามารถให้เหตุผลของผลกระทบที่เกิดขึ้น
5. ไม่ประเมินเกินความจริง ประเมินแต่กิจกรรมที่ก่อเกิดคุณค่า
6. มีความโปร่งใส การวิเคราะห์ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความถูกต้อง ซื่อสัตย์ และ เปิดเผยสำหรับใช้อภิปรายกับผู้มีส่วนได้เสีย
7. ตรวจสอบความจริง สร้างความเชื่อมั่นในการเป็นอิสระของการประเมิน

ขั้นตอนการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน

การประเมินมีขั้นตอนสำคัญดังนี้[13]

1. การกำหนดขอบเขต (Boundary Define) เป็นการระบุรายละเอียดของโครงการลงทุนของกิจการ ความครอบคลุมเชิงพื้นที่ กรอบระยะเวลาที่เกี่ยวข้อง คำอธิบายเกี่ยวกับรายจ่ายและรายได้ที่จะนำไปแจกแจงเพื่อหาองค์ประกอบทางเศรษฐศาสตร์และทางสังคม
2. กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder analysis) เป็นการระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละภาคส่วน เป้าหมายและความคาดหวังของโครงการลงทุน นำเอาผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มมาจัดลำดับความสำคัญและระบุวัตถุประสงค์ที่อาจจะเป็นประเด็นร่วมกันหรือทับซ้อนกัน
3. กำหนดผลกระทบ (Impact mapping) เป็นการระบุว่า โครงการลงทุนมีกลไกการทำงานอย่างไร มีผลกระทบต่อผู้มีส่วนได้เสียมากน้อยแค่ไหน เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบ
4. กำหนดดัชนีตัวชี้วัด (Indicators define) เป็นการระบุตัวชี้วัดที่เหมาะสมในการตรวจจับปัจจัยนำเข้า ผลผลิต ผลลัพธ์ และ ผลกระทบ เป็นการระบุมูลค่าที่เทียบเคียงเป็นตัวเงินได้ เพื่อนำมาใช้เป็นดัชนีชี้วัด อาจจะใช้เป็นค่าเฉลี่ยและค่าประมาณการได้ในกรณีที่ข้อมูลไม่มีตัวเลขชัดเจน
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data collection) เป็นการหาทางเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อมาใช้วิเคราะห์
6. แบบจำลองและคำนวณค่า (Modelling and sensitivity analysis) สร้างแบบจำลองกระแสเงินสดแบบคิดส่วนลด (Discounted Cash Flow model) ที่ได้จากตัวเลขที่รวบรวมและการประมาณการเสริมตามความเหมาะสม เป็นการคำนวณค่าสุทธิปัจจุบัน (Net Present Value) ของผลประโยชน์และการลงทุน มูลค่าเพิ่มรวม (Total value added) และ การตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (SROI) และ ระยะเวลาการคืนทุน อาจจะใช้ Sensitivity Analysis เพื่อระบุข้อมูลที่มีนัยสำคัญ
7. การนำเสนอ (Result report) นำเสนอผลที่ได้จากการใช้แบบจำลองและคำนวณค่า ตลอดจนข้อจำกัดของการวิเคราะห์

สูตรการคำนวณผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน

SROI = (social impact value – initial investment amount) / initial Investment amount

การอภิบาล (governance)

ช่วงปี ค.ศ.1990 การอภิบาล (Governance) ถูกนำมาใช้เพื่อบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New Public Management หรือ NPM) โดยองค์กรทางการเงินและองค์กรต่างประเทศ เช่น International Monetary Fund (IMF), ธนาคารโลก และ องค์การสหประชาชาติ การอภิบาลที่จะกล่าวถึงนี้ นิยาม หมายถึง กระบวนการจัดการที่มีทั้งแบบทางการและไม่ทางการ เพื่อให้เกิดบริการทางสังคมสำหรับตอบสนองความต้องการประชาชน ซึ่งอาจผ่านตามสายบังคับบัญชาของระบบราชการ (top-down method) ผ่านกลไกตลาด (market mechanism) ภายใต้การควบคุมกำกับของรัฐ หรือผ่านเครือข่ายของภาครัฐและเอกชน (public-private partnership) หรือ การร่วมมือของชุมชน[14,15]

การอภิบาลกับการดำเนินงานตามนโยบาย (governance and policy implementation)

การอภิบาลใช้เพื่อดำเนินงานตามนโยบายในความหมายที่กว้างกว่าการบริหารภาครัฐ เพราะการอภิบาลประกอบด้วยเครือข่ายโครงสร้างซับซ้อนกว่าการบริหารเดิม การบรรลุวัตถุประสงค์องค์กรต้องสร้างการประสานงานทั้งในและนอกรูปแบบกับหน่วยงานอื่นๆมากมาย แบบวิถีทางของการอภิบาลมากกว่าการบริหารจัดการแบบเดิมๆ การบริหารภาครัฐแนวใหม่สอดคล้องกับแนวคิดของการอภิบาล โดยใช้กระบวนการชี้แนะ (steering) มากกว่าการควบคุมสั่งการ (control and order) เพื่อไปสู่ทิศทางที่ต้องการ[16]

Stoker (1998)[17] อธิบายลักษณะของการอภิบาลไว้ 5 ประการ ดังนี้ การอภิบาลให้รวมหมายความถึงสถาบันและผู้กระทำที่อยู่ทั้งภายในและนอกภาครัฐ, การอภิบาลแสดงให้เห็นขอบเขตที่ชัดเจนของความรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ, การอภิบาลแสดงให้เห็นถึงการพึ่งพาอำนาจซึ่งกันและกันระหว่างสถาบันต่างๆ เพื่อให้เกิดการกระทำร่วมกัน, การอภิบาลเกี่ยวข้องกับการสร้างเครือข่ายของผู้กระทำที่เป็นอิสระต่อกัน และ การอภิบาลเล็งเห็นศักยภาพในการดำเนินงานโดยไม่ต้องอาศัยอำนาจรัฐที่จะสั่งการ เห็นได้ว่าการอภิบาลเน้นขบวนการดำเนินงานมากกว่าผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น เป็นเครื่องมือทางการจัดการ แต่การอภิบาลต้องอาศัยข้อกฎหมายระเบียบ ความเป็นอิสระมากขึ้นอาจไม่สนองตอบนโยบาย ไม่พึ่งพาภาครัฐ กระทบต่อนโยบายภาครัฐในอนาคต

ทฤษฎีการอภิบาลนโยบาย (Policy Governance Theory)

Carver (2001)[18] กล่าวไว้ว่า การเชื่อมโยงระหว่างนโยบายกับการจัดการภาครัฐแนวใหม่ต้องอาศัยคณะกรรมการบริหารหรือบอร์ด ซึ่งมีชื่อเรียกแตกต่างกัน เช่น สภาเทศบาล (municipal councils), บอร์ดบริหารโรงเรียน (school boards), คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล (hospital trustee) เป็นต้น การเชื่อมโยงคือการอภิบาล (governance) ให้ระบบดำเนินงานอย่างมีพลวัต บอร์ดทำหน้าที่รับผิดชอบกิจการสาธารณะและลดความซับซ้อนของโครงสร้างองค์กร

ทฤษฎีการอภิบาลนโยบาย[19] กล่าวถึงบอร์ดที่ต้องมีวิสัยทัศน์มองไกลและข้ามพ้นการเป็นเพียงผู้บริหารจัดการองค์กร การตัดสินใจแต่ละครั้งของบอร์ดต้องคำนึงถึงคุณค่าที่เกิดขึ้นและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน บอร์ดต้องเชื่อมโยงการอภิบาลกับการจัดการเข้าด้วยกันเพื่อกำหนดอำนาจหน้าที่ผู้บริหารสูงสุด หรือ Chief Executive Officer (CEO) และ มอบหมายอำนาจหน้าที่แก่ CEO บทบาทต่างๆที่นอกเหนือภาระหน้าที่บอร์ดล้วนเป็นบทบาทสำคัญที่ CEO ต้องรับไปดำเนินการ บอร์ดจะมั่นใจได้ว่าองค์กรมีการดำเนินงานตามที่ต้องการจากการติดตามข้อมูลจากรายงานที่ได้รับอย่างกระชับถูกต้องและสม่ำเสมอ การติดตามประเมินผลการดำเนินงานของกลุ่มบริหารจำเป็นต้องกำหนดตัวชี้วัดการปฏิบัติงานที่ชัดเจน การประชุมของบอร์ดในการติดตามงานควรเป็นวาระการประชุมเพื่อการวางแนวทางนโยบาย ไม่ควรเพื่อการบริหารจัดการซึ่งจะทำให้หัวข้อการประชุมมีแต่รายละเอียดการดำเนินงานและการจัดการ มากกว่าการพิจารณาในเชิงนโยบาย สมาชิกบอร์ด คือ กรรมการที่เป็นที่ปรึกษาไม่ใช่เป็นกรรมการผู้นำด้านการบริหารที่ทรงอำนาจ การอภิบาลนโยบายเป็นรูปแบบที่ดีของการอภิบาลระบบ เพราะช่วยชี้แนะบอร์ดให้มองเห็นว่าประเด็นที่สำคัญที่สุด ช่วยสนับสนุนให้บอร์ดมีภาวะผู้นำแท้จริง ช่วยทำให้บอร์ดแสดงออกถึงอำนาจที่ได้รับมาในการควบคุมกำกับโดยไม่แทรกแซงกิจการการบริหารจัดการ สร้างปฏิสัมพันธ์ของบทบาทบอร์ดอย่างมีเหตุผลทางตรรก เป็นพื้นฐานเพื่อเปรียบเทียบประเมินบทบาทที่บอร์ดพึงมีและควรแสดงบทบาทได้ครบถ้วน ให้ความยืดหยุ่นสำหรับฝ่ายบริหารในการบริหารจัดการ และ คงไว้ซึ่งพันธะความรับผิดชอบ (accountable) ที่มี ใช้เวลาของบอร์ดและการจัดการมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงบอร์ดกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง และ สามารถนำไปปรับใช้กับทั้งองค์กร

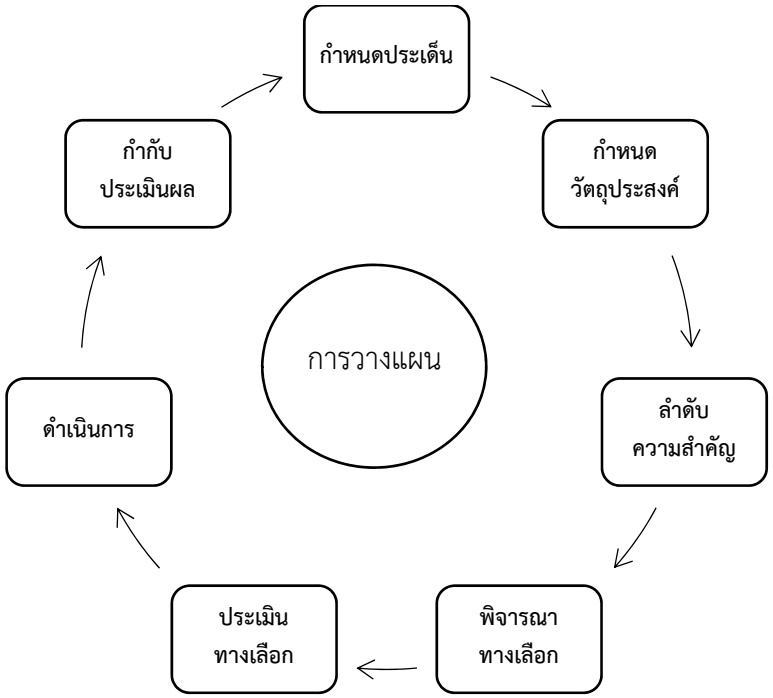
การอภิบาล (Governance) ถูกนำไปใช้เพื่อการศึกษาวิจัยหลากหลายในวงการระบบสุขภาพ เช่น Sheaff[20] ได้นำทฤษฎีการอภิบาลมาศึกษาการขัดแย้งเชิงนโยบายของระบบสุขภาพที่เมือง Sverdlovsk ประเทศรัสเซีย โดยการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพที่มีการปฏิรูปและดำเนินการในประเทศรัสเซีย จากนั้นใช้วิธีการศึกษาเชิงลึกแบบกรณีศึกษา (case study) ตามที่ Yin[21] อธิบายไว้ ซึ่งเป็นวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยนำเอาข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ความสับสนของนโยบาย (policy mess) พบว่า นโยบายสุขภาพหลายองค์กรเกิดปัญหาของการอภิบาลจนเกิดความผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interests) เกิดการอภิบาลระบบคู่ (duality of governance) จนขัดแย้งกัน (governance in gridlock)

Eeckloo และ คณะ[22] นำรูปแบบของการอภิบาลไปพัฒนาการบริหารจัดการโรงพยาบาลองค์กรการกุศลศาสนาไปสู่โครงสร้างการบริหารด้วยบอร์ด ไปสู่พันธะกิจ เป้าหมาย และ การติดตามประเมินผลที่ต้องการ การอภิบาลระบบนับว่าเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ธรรมาภิบาลสร้างความเชื่อมโยงของจุดประสงค์องค์กรโรงพยาบาล ความสนใจของกลุ่มวิชาชีพต่อการอภิบาลโรงพยาบาล และ ความสอดคล้องของความรับผิดชอบและอำนาจการตัดสินใจของแต่ละระดับการอภิบาล ภายใต้การชี้แนะของบอร์ดที่ให้ทีมบริหารดำเนินการตามที่ต้องการ การสร้างข้อตกลงร่วมกันของบอร์ดและทีมบริหาร สามารถกำหนดแนวทางสำหรับบอร์ดติดตามประเมินผลการดำเนินงานของทีมบริหารได้ชัดเจน บอร์ดต้องมีการจัดแบ่งขอบเขตอำนาจความรับผิดชอบ กิจกรรมของบอร์ดที่สำคัญ ได้แก่

การประชุม จำนวนครั้งมากย่อมก่อให้เกิดผลงานและการจัดการที่ได้ผล การจัดตั้งสำนักงาน เห็นได้ว่าการอภิบาลระบบที่ใช้บอร์ดเป็นกลไกสำคัญจำเป็นต้องคำนึงประเด็นต่างๆ หลายประการทั้งโครงสร้างและบทบาท

การวางแผนเพื่อการจัดการที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ

การจัดการให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพมีความเชื่อมโยงเริ่มต้นจากวงจรการวางแผน (Planning cycle) องค์ประกอบสำคัญของการวางแผนประกอบด้วย การกำหนดประเด็นปัญหาหรือประเด็นโครงการที่ต้องการดำเนินการ, การกำหนดวัตถุประสงค์ที่จัดการ, การเลือกลำดับความสำคัญ, การพิจารณาทางเลือกดำเนินการ, การประเมินทางเลือกที่เหมาะสมที่สุด, การดำเนินการตามที่เลือก และ การติดตามกำกับประเมินผลดำเนินงาน รวม 7 ขั้นตอน เป็นวงจรที่หมุนวนไปสู่เป้าหมายที่ต้องการดังภาพที่ 1.5 [23,24]



ภาพที่ 1.5 วงจรการวางแผนเพื่อการจัดการที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ

การกำหนดประเด็นปัญหาหรือประเด็นโครงการที่ต้องการดำเนินการ เป็นการเริ่มต้นกระบวนการวางแผน ประเด็นต่างๆเกิดจากการวิเคราะห์องค์กร, ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และ การดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมา จากผลการวิเคราะห์จะถูกนำมารวบรวมเป็นประเด็นปัญหาและวัตถุประสงค์ที่จะดำเนินการ ขั้นตอนของการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ต้องการจะเป็นการสร้างยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ รวมทั้งการกำหนดตัวชี้วัดที่ต้องการ

บรรลุผล วัตถุประสงค์ที่จัดตั้งพบว่าสามาถมีหลายประการ แต่การดำเนินงานอาจไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ครอบคลุม ด้วยสาเหตุสำคัญ คือ ความจำกัดของทรัพยากรที่มีทั้งงบประมาณและทรัพยากรบุคคล จึงนำไปสู่การเลือกลำดับความสำคัญ ประเด็นปัญหาและวัตถุประสงค์ที่มีความสำคัญมากที่สุดจะถูกนำมาเรียงลำดับด้วยเกณฑ์ต่างๆที่ร่วมกันกำหนดด้วยตัวชี้วัดที่มีหลายมิติ เช่น ผลกระทบด้านสุขภาพ ด้านสังคม และ ด้านการเงิน เป็นต้น หลังจากกำหนดลำดับความสำคัญได้แล้ว แต่ละประเด็นและวัตถุประสงค์จะถูกนำมาพิจารณาหาทางเลือกของการจัดการและนำไปดำเนินการ การพิจารณาทางเลือกจำเป็นต้องใช้การประเมินที่ชัดเจนเหมาะสม มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปตัดสินใจได้มากที่สุด การพิจารณาทางเลือกสามารถนำเทคนิคต่างๆที่เหมาะสมมาร่วมกันประเมิน สิ่งสำคัญ คือ ต้องมาจากการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดผลการดำเนินงานในขั้นตอนการปฏิบัติ ขั้นตอนสุดท้ายเป็นการกำหนดวิธีการ แนวทาง และ ตัวชี้วัดในการประเมิน เพื่อนำผลการวิเคราะห์ไปพัฒนาในการดำเนินงานต่อไป จากวงจรการวางแผนเพื่อนำไปสู่การดำเนินงานทั้งการบริหารจัดการและการแก้ไขปัญหา จะเห็นได้ชัดเจนว่า ประสิทธิผลและประสิทธิภาพการบริหารจัดการจะผสมผสานกันในวงจรการวางแผน การวิเคราะห์เชิงลึกในกระบวนการวางแผนร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงาน จะแสดงผลให้เห็นได้ชัดเจน

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบกับเจตน์จำนงค์ของระเบียบการจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สามารถกำหนดวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อประเมินผลการดำเนินงานของสถาบันได้ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์การประเมิน

การประเมินผลความคุ้มค่าของการดำเนินงานตามภารกิจของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในช่วงงบประมาณ ปี 2558, 2559 และ 2560 มีวัตถุประสงค์สำคัญดังนี้

1. เพื่อศึกษาภาพรวมของการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สำหรับประเมินประสิทธิผลของการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย
2. เพื่อศึกษาประเมินประสิทธิภาพการบริหารจัดการของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สำหรับแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ของความคุ้มค่าการดำเนินงานของสถาบัน
3. เพื่อเสนอแนะการพัฒนาการดำเนินงานทั้งเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติ สำหรับการสร้างคุณค่าและ ความคุ้มทุนของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ในระยะสั้นและระยะยาว จากผลการศึกษาความเชื่อมโยงของการดำเนินงานด้านประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และ การพัฒนาองค์กร ในการจัดการทรัพยากรและการพัสดุ การจัดการระบบสารสนเทศ และ การอภิบาลระบบ สำหรับนำไปพัฒนาองค์กรให้เกิดความรับผิดชอบ เป็นที่เชื่อถือของสาธารณชน และ สร้างความก้าวหน้า แก่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น

กรอบความคิดการประเมิน

เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์การประเมิน จึงนำผลการทบทวนวรรณกรรมมาสร้างกรอบความคิดสำหรับนำไปใช้รวบรวมข้อมูล และ นำข้อมูลที่รวบรวมได้ไปวิเคราะห์ผล ดังภาพที่ 1.6 โดยมีรายละเอียดดังนี้

องค์ประกอบสำคัญ 6 ประการ ที่ถูกนำมาใช้เป็นกรอบประเมิน ประกอบด้วย ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นองค์ประกอบภายนอกของวงจรการจัดการ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องมีหลายประการ ตั้งแต่ค่านิยมที่สถานพยาบาลมีต่อระบบรับรองคุณภาพที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นแรงกดดันและสร้างการแข่งขันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ระหว่างการรับรองคุณภาพด้วยมาตรฐาน HA (Health Care Accreditation) ที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลรับผิดชอบ กับ ระบบรับรองคุณภาพอื่นๆ เช่น JCI[25,26], TQA, ISO เป็นต้น ปัจจัยสิ่งแวดล้อมยังรวมถึง ปัจจัยเศรษฐกิจ, สังคม, การเมือง, ระบบสุขภาพ และ ผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆ เช่น ประชาชน สื่อ องค์กรเอกชน เป็นต้น

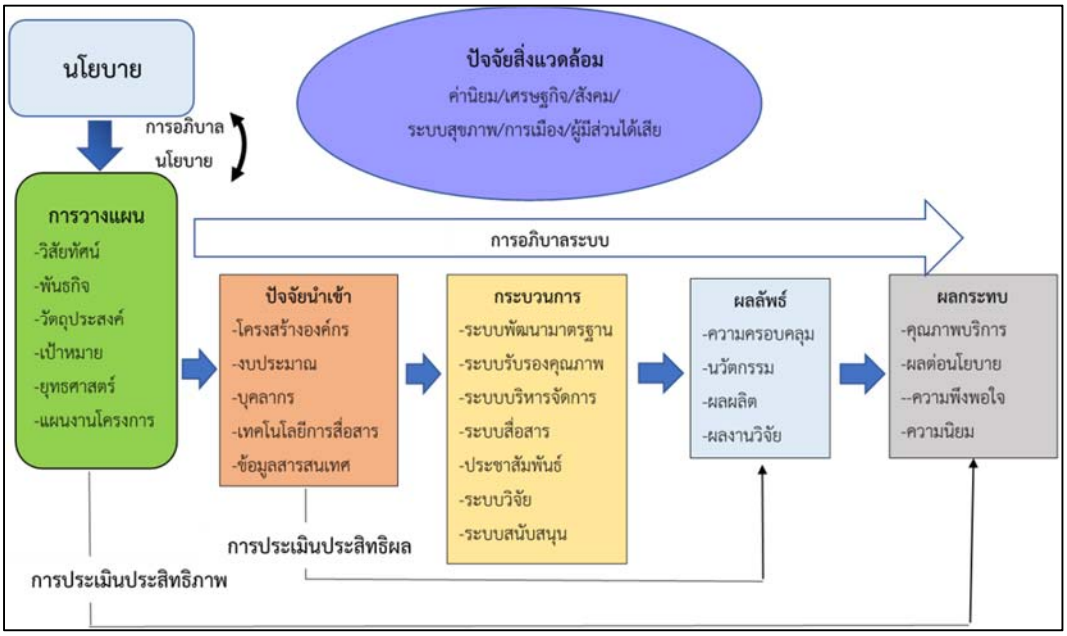
องค์ประกอบภายในคือองค์ประกอบเพื่อดำเนินงาน เริ่มจาก นโยบายที่ถูกกำหนดโดยคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลหรือบอร์ด การเชื่อมต่อระหว่างบอร์ดกับทีมงานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลผ่านระบบการอภิบาลนโยบาย (Policy governance) ทีมงานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นผู้นำนโยบายสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมให้บรรลุผล แผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำประกอบด้วย วิสัยทัศน์องค์กร, พันธกิจที่ต้องรับผิดชอบ, วัตถุประสงค์การดำเนินงาน และ เป้าหมายที่กำหนดผลสำเร็จ ยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการที่กำหนดในแต่ละปีงบประมาณเรียกว่า อุปสงค์การจัดการ (Management demands) ต้องสอดคล้องกับความเพียงพอของปัจจัยนำเข้าเพื่อการจัดการ (Management inputs) ความเพียงพอของปัจจัยนำเข้าต้องเหมาะสมกับอุปสงค์การจัดการที่กำหนดไว้ ปัจจัยนำเข้าประกอบด้วย โครงสร้างองค์กรที่เหมาะสม, งบประมาณที่เพียงพอ, บุคลากรที่มีจำนวนและศักยภาพที่ดี, เทคโนโลยีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และ ระบบข้อมูลสารสนเทศที่ดี

การดำเนินงานที่จะเกิดผลสัมฤทธิ์ต้องอาศัยกระบวนการต่างๆมาประกอบกันตามภารกิจที่รับผิดชอบ ได้แก่ ระบบการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพและระบบการพัฒนาบุคลากรที่มีบทบาทเยี่ยมประเมินรับรอง, ระบบรับรองคุณภาพที่มีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับทั้งในและต่างประเทศ, ระบบบริหารจัดการบุคลากรและการพัสดุ, ระบบสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความเข้าใจแก่ประชาชนและสถานพยาบาลที่ร่วมการรับรองคุณภาพ, ระบบวิจัยเพื่อการพัฒนาและจัดการความรู้ และ ระบบสนับสนุนทั่วไป

จากกระบวนการจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ ได้แก่ ความครอบคลุมของการรับรองและพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล, นวัตกรรมที่สร้างเพื่อพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล, ผลผลิตอื่นๆที่สนับสนุนกระบวนการรับรองคุณภาพ และ ผลงานวิจัยที่ได้จัดทำแต่ละช่วงเวลา

ขั้นตอนสุดท้าย คือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นหรือกำลังเกิดขึ้น เป็นคุณภาพสถานพยาบาลจากการนำระบบ HA ไปใช้พัฒนาจนเกิดผลกระทบต่อนโยบายสุขภาพ ความเสี่ยงของระบบสุขภาพและสถานพยาบาลที่สามารถป้องกันและลดความรุนแรงลงได้ ความพึงพอใจและความนิยมของสถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนต่อมาตรฐานระบบ HA

ภาพที่ 1.6 กรอบความคิดเพื่อประเมินการดำเนินงานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



กรอบความคิดนี้ จะเป็นกรอบที่ใช้ประเมินผลการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามเป้าหมายภารกิจที่รับผิดชอบ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นประเมินเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ที่กำหนด จะสามารถแสดงผลประสิทธิผลการดำเนินงาน หากนำผลกระทบที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์เปรียบเทียบต้นทุนปัจจัยนำเข้าก็จะสามารถประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานได้ การประเมินผลการอภิบาลระบบตั้งแต่การวางแผนจนจบกระบวนการและนำไปสู่ผลลัพธ์หรือผลกระทบ ร่วมกับการประเมินผลสัมฤทธิ์แต่ละองค์ประกอบ จะเป็นข้อมูลเพื่อสร้างโอกาสพัฒนาสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล โดยการประเมินเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยระเบียบวิธีการศึกษาต่างๆดังจะกล่าวต่อไป

ระเบียบวิธีการประเมิน

การประเมินนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective Study) ครอบคลุมกระบวนการและผลลัพธ์ ผลผลิตของการดำเนินงานเป็นผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่สามารถประเมินได้ชัดเจน แต่ผลกระทบเป็นสิ่งยากที่จะประเมินย้อนหลัง เนื่องจากไม่มีข้อมูลเพียงพอและต้องการเวลาการศึกษายาวนาน การประเมินผลกระทบในที่นี้เป็นเพียงการเสนอแนวคิดเชิงกระบวนการ ไม่สามารถหาข้อมูลได้เพียงพอสำหรับแสดงเชิงประจักษ์ได้ ข้อจำกัดเหล่านี้ทำให้การสืบค้นถึงที่สุดเป็นสิ่งที่ยาก เป้าหมายที่จะเก็บข้อมูลเพื่อประเมินประกอบด้วย คณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือบอร์ด, ผู้บริหารและทีมสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และ สถานพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมการรับรองคุณภาพด้วยมาตรฐาน HA ระเบียบวิธีการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ตามวัตถุประสงค์การศึกษาดังนี้

วิธีการศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงาน

การประเมินประสิทธิผลดำเนินงานเป็นการวัดเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการดำเนินงานกับวัตถุประสงค์ที่กำหนดตามภารกิจของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล นั่นคือ นโยบาย วัตถุประสงค์ และ เป้าหมาย ที่กำหนดในแต่ละปีงบประมาณ วิธีการศึกษาใช้การประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ ใช้การศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณโดยวัดเปรียบเทียบผลลัพธ์กับเป้าหมายที่วางไว้

การประเมินประสิทธิผลมีหลายรูปแบบ การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับรูปแบบการประเมินของ Daniel L. Stufflebeam ที่เรียกว่า ซิปป์โมเดล (CIPP model) ในโมเดลมีการประเมิน 4 ด้าน คือ บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการผลผลิต และ ผลลัพธ์ มีรายละเอียดดังนี้ การประเมินบริบท (context evaluation) มีจุดมุ่งหมายเพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเป้าหมายโครงการเปรียบเทียบกับบริบทของสภาพแวดล้อม นโยบาย วิสัยทัศน์ สภาพความผันผวนทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และ การเมือง เป็นการประเมินว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมอะไรที่มีผลทำให้วัตถุประสงค์ใดบ้างที่ไม่สามารถจะบรรลุเป้าหมายได้ การประเมินปัจจัยนำเข้า (input evaluation) เพื่อค้นหาองค์ประกอบที่นำมาเป็นปัจจัยนำเข้าพิจารณาความเพียงพอของทรัพยากร ในการทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ เป็นการประเมินทรัพยากรต่างๆ ที่นำมาใช้ในการดำเนินการ เช่น จำนวนคนหรือบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ อาคารสถานที่ หน่วยงานที่จะสนับสนุน และเวลาที่ใช้ดำเนินการ การประเมินกระบวนการ (process evaluation) เป็นการประเมินการดำเนินงานโครงการ เพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ นำไปใช้เป็นข้อมูลเพื่อพัฒนาแก้ไขปรับปรุง เช่น กิจกรรมที่จัดตรงกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสียและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการ การประเมินผลผลิต (product evaluation) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติงานว่าวัตถุประสงค์สามารถบรรลุเป้าหมายอย่างไร ผลผลิตใช้ประเมินทั้งผลกระทบ (Impact) และ ผลลัพธ์ (Outcomes) โดยอาศัยข้อมูลจากการดำเนินงานไปแล้ว แบบจำลองซิปป์โมเดล (CIPP model) ได้ถูกนำมาประเมินโครงการด้านสาธารณสุขหลายโครงการ ดังตัวอย่างตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.2 แสดงตัวอย่างการใช้ซิปป์โมเดล (CIPP Model) เพื่อประเมินประสิทธิผลการจัดการโครงการต่างๆ สามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้ คือ ประการแรก การประเมินส่วนใหญ่สามารถสอบทวนข้อมูลไปข้างหน้าเพื่อค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ในทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมและบริบท, ปัจจัยนำเข้า, กระบวนการดำเนินงาน และ ผลผลิต

เบื้องต้น ผลลัพธ์ (Outcome) และ ผลกระทบ (Impact) ประการที่ 2 ไม่สามารถประเมินในระยะสั้น ย้อนหลัง และ การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงการจัดการแบบปกติได้ ประการที่3 การประเมินผลด้านผลกระทบจะเป็นการวัดความคุ้มทุนเชิงเศรษฐศาสตร์สุขภาพหรือเชิงสังคม ที่ต้องการวิธีการ เทคนิค และ แบบรวบรวมข้อมูลที่เฉพาะ ผลลัพธ์ (outcome) สามารถแสดงผลเชิงประจักษ์ได้บางกรณีที่สามารถรวบรวมข้อมูลได้ชัดเจน เช่น ผลกระทบต่อผู้รับบริการ เป็นต้น ประการที่ 4 การเก็บรวบรวมข้อมูลจะแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ด้วยเครื่องมือและวิธีการที่แตกต่างกันแล้วแต่ลักษณะโครงการ จากตารางที่ 1.2 สรุปการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณสามารถใช้การทบทวนเอกสาร, แบบสอบถาม, รายงานและระเบียนรายงานที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์ , สนทนา, สอบถามและสังเกตการณ์

การประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สามารถนำแนวทางการประเมินด้วยซิปป์โมเดล (CIPP Model) มาประยุกต์ใช้ตามกรอบความคิดที่กำหนด โดยการเก็บรวมรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การทบทวนเอกสารที่สำคัญของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในช่วงงบประมาณ 2558-2560 ได้แก่ รายงานการประชุม, รายงานประจำปีและรายงานผลการดำเนินงาน, ผลการศึกษาความพึงพอใจสถานพยาบาล, ข้อกำหนดระเบียบ, ข้อบังคับ และ แผนปฏิบัติการของสถาบัน ร่วมกับ การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ ตัวแทนบอร์ด, ทีมบริหาร, ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง, ผู้อำนวยการ, ผู้บริหารสถานพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ทั้งสถานพยาบาลที่เข้าร่วม, ลาออก และ ไม่เข้าร่วมการประเมินคุณภาพสถานพยาบาลด้วยมาตรฐาน HA ตัวแทนครอบคลุมสถานพยาบาลรัฐ สถานพยาบาลเอกชน และ ทุกวิชาชีพ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis), การวิเคราะห์เชิงแก่นสาระ (Thematic analysis) ร่วมกับ การวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เป็นต้น ผลการวิเคราะห์นำเสนอเชิงพรรณนาร่วมกับตารางและไดอะแกรมที่สังเคราะห์ขึ้น

ตารางที่ 1.2 แสดงตัวอย่างการประเมินประสิทธิผลโครงการด้วยซิปป์โมเดล (CIPP Model)

ชื่อโครงการ	มิติที่ประเมิน					วิธีเก็บข้อมูล
	ปัจจัยแวดล้อม (Context)	ปัจจัยนำเข้า (Input)	กระบวนการ (Process)	ผลผลิต (Output)	ผลลัพธ์/ผลกระทบ (Outcome/ Impact)	
คลินิกชุมชนโรงพยาบาลมหาสารคาม[28]	√	√	√	√	×	เอกสาร/สัมภาษณ์
ระบบจัดการคุณภาพการตรวจวินิจฉัยไข้มาลาเรียในมาลาเรียคลินิคของประเทศไทย[29]	√	√	√	√	×	เอกสาร/สัมภาษณ์
โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม[30]	√	√	√	√	×	สัมภาษณ์/แบบประเมิน
โครงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี[31]	√	√	√	√	×	แบบสอบถาม/แบบประเมินความรู้/แบบสังเกตการณ์/แบบบันทึกข้อมูลผู้รับผิดชอบ
โครงการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ[32]	√	√	√	√	×	สัมภาษณ์เชิงลึก
โครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก[33]	√	√	√	√	×	แบบสัมภาษณ์/แบบความรู้

ตารางที่ 1.2 แสดงตัวอย่างการประเมินประสิทธิผลโครงการด้วยซิปป์โมเดล (CIPP Model) (ต่อ)

ชื่อโครงการ	มิติที่ประเมิน					วิธีเก็บข้อมูล
	ปัจจัยแวดล้อม (Context)	ปัจจัยนำเข้า (Input)	กระบวนการ (Process)	ผลผลิต (Output)	ผลลัพธ์/ผลกระทบ (Outcome/ Impact)	
โครงการเฝ้าระวังไข้หวัดสายพันธุ์ A/H1N1 ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่[34]	√	√	√	√	×	การสนทนา/สัมภาษณ์/สังเกตการณ์/แบบสอบถาม
โครงการศูนย์แจ้งเตือนภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนของจังหวัดศรีสะเกษ[35]	√	√	√	√	×	สัมภาษณ์เชิงลึก/สังเกตการณ์/เอกสาร
โครงการพัฒนาอำเภอเข้มแข็งป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสานปี 2556[36]	√	√	√	√	×	เอกสาร/สังเกตการณ์
โครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานนทบุรี เขต 1[37]	√	√	√	√	×	สัมภาษณ์/เอกสาร/สังเกตการณ์
โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในจังหวัดภูเก็ต[38]	√	√	√	√	√ (Outcome)	เอกสาร/ระเบียนรายงาน/สัมภาษณ์/สอบถาม/สำรวจ
โครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย[39]	√	√	√	√	√ (Outcome)	เอกสาร/เวชระเบียน/สัมภาษณ์/สังเกตการณ์

วิธีการศึกษาประสิทธิภาพการดำเนินงาน

การศึกษาประสิทธิภาพจากการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ระยะ 3 ปี ช่วง ปีพ.ศ. 2558-2560 จะใช้นิยามที่เกี่ยวข้องสำคัญที่ว่า ประสิทธิภาพ คือ ต้นทุนต่อผลิตภาพ ซึ่งผลิตภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลสามารถอธิบายจากผลผลิตแต่ละขั้นตอน จนถึงผลผลิตขั้นสุดท้าย การศึกษาประสิทธิภาพนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) ต้องการค้นหาข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์สำคัญที่จะสามารถวัดผลผลิตภาพที่เป็นรูปธรรมที่สุด การศึกษาใช้กรอบการเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมไปพร้อมกับการประเมินประสิทธิผล การศึกษาต้นทุนจะเก็บข้อมูลที่สังเคราะห์แนวคิดการเสนอวิธีการประเมินในอนาคตเนื่องจากการประเมินต้นทุนเหมาะสมสำหรับการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective study)

การศึกษาประสิทธิภาพมีมิติของความคุ้มทุน (Cost benefit) ที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้ดำเนินการมาในระยะเวลา 3 ปี การประเมินสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลด้านความคุ้มทุน มีความเป็นไปได้ในการประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (social return on investment หรือ SROI) ซึ่งเป็นการขยายต่อจากแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนประโยชน์ (Cost-benefit analysis) แต่การดำเนินงานเพื่อประเมินผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน จำเป็นต้องใช้เวลามากและค่าใช้จ่ายสูงจำเป็นต้องจัดทำเป็นโครงการเฉพาะ ซึ่งการศึกษาย้อนหลังอาจไม่สามารถหาข้อมูลได้ครบถ้วนครอบคลุม การประเมินความคุ้มทุนจึงเป็นเพียงแนวทางที่จะนำระเบียบวิธีวิจัยที่สำคัญมาใช้ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศและในประเทศ เพิ่มเติมด้วยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อสรุปความเป็นไปได้ของการประเมินความคุ้มทุนในอนาคต รายละเอียดการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยประเด็นต่อไปนี้ คือ “คุณค่าของการองค์กรรับรองคุณภาพ”, “ผลลัพธ์ขององค์กรรับรองคุณภาพ”, “ผลต่อการลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์”, “บทบาทขององค์กรที่ส่งผลต่อคุณภาพสถานพยาบาลที่เชื่อมโยงกับองค์กรรับรองคุณภาพสถานพยาบาล”

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพ

1. **เครื่องมือหลัก** ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แนวทางการสัมภาษณ์ (interview guide) ซึ่งทีมวิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษา ตำราและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับภารกิจสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล แบบประเมินเอกสารที่เกี่ยวข้องและแบบเก็บข้อมูลเชิงปริมาณออกแบบตามภารกิจที่จะประเมินโดยทีมผู้วิจัย
2. **เครื่องมือช่วยวิจัย** ประกอบด้วย เครื่องบันทึกเสียง สำหรับบันทึกรายละเอียดในการสัมภาษณ์โดยขออนุญาตจากผู้ให้สัมภาษณ์ หากผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ประสงค์ให้มีการอัดเทป ทีมวิจัยใช้การจดบันทึกย่อขณะสัมภาษณ์และทำบันทึกที่สมบูรณ์ทันทีที่เสร็จการสัมภาษณ์ลงสมุดบันทึกข้อมูล โดยมีการทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

ใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In–depth Interview), การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion), การสอบถาม (Dialogue) และ การสังเกตการณ์ (Observation) โดยผู้วิจัยกำหนดแนวทางการสัมภาษณ์ (guidelines) มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. การขออนุญาตเก็บข้อมูล ประสานงานกับผู้ที่จะสัมภาษณ์ พร้อมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์การ วิจัย ขอนัดวัน เวลา สถานที่สัมภาษณ์ ที่ผู้ให้สัมภาษณ์มีความสะดวกในการสัมภาษณ์ เมื่อได้รับอนุญาตจึงเริ่มการเก็บข้อมูล

2. กระบวนการสัมภาษณ์ มีการชี้แจง วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการสัมภาษณ์ ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ และ ดำเนินการสัมภาษณ์ตามแบบแนวทางการสัมภาษณ์ (Interview guide) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยแต่ละรายใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึกเฉลี่ยประมาณ 45-60 นาทีต่อคน และ ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 30 นาทีต่อครั้ง

3. การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั้งหมดจากการสัมภาษณ์ นำมาจดบันทึกข้อมูล อย่างละเอียดและทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมครบเรียบร้อย ผู้วิจัยนำมาทำการวิเคราะห์ความครบถ้วนสมบูรณ์ จัดระบบแยกเป็นหมวดหมู่ตามคำถามวิจัยที่ต้องการ ใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อค้นหารายละเอียดของข้อมูลที่ได้ วิเคราะห์เชิงสาระใจความหลัก (Thematic analysis หรือ Interpretive analysis) เพื่อระบุ วิเคราะห์ และ สร้างข้อสรุป ขั้นตอนมีดังนี้

1. ถอดข้อมูลจากเครื่องบันทึกเสียงแบบคำต่อคำและพิมพ์ข้อมูลพร้อมจัดเก็บเป็นแฟ้มข้อมูลรายบุคคล
2. อ่านทำความเข้าใจข้อมูลจากการถอดเทปโดยไม่มีการตีความ
3. นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทป วิเคราะห์จัดเป็นหมวดหมู่ ตีความ และ สร้างเป็นข้อสรุปย่อย
4. นำข้อสรุปย่อยมาจัดเป็นหมวดหมู่ตามลักษณะที่มีความหมายเดียวกัน หรือ มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกัน
5. วิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลจากทุกหมวดหมู่มารวมกันเพื่อหาข้อสรุปตามความเป็นจริงของข้อมูลที่ปรากฏ โดยตอบตามกรอบของวัตถุประสงค์การวิจัย
6. นำข้อสรุป มาวิเคราะห์ตีความ และ อภิปรายผล เพื่อสรุปเป็นแนวคิดของการเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด มีปัญหา และ อุปสรรคของการดำเนินงานตามนโยบายอย่างไร และ นำเสนอผลการศึกษาเชิงพรรณนา

พื้นที่วิจัยและประชากรศึกษา

พื้นที่และประชากรศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 สำนักงานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และส่วนที่ 2 นอกสถาบัน ได้แก่ สถานพยาบาลที่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในกระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล รวมทั้งผู้มีส่วนได้เสียอื่นๆนอกเหนือสถานพยาบาล ซึ่งเป็นเครือข่ายพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA สถานพยาบาลที่เป็นตัวแทนรับการสัมภาษณ์และสังเกตการณ์ พิจารณาจากการกระจายจังหวัดภาค 5 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ กลาง ตะวันออก ตะวันออกเฉียงเหนือ และ ใต้ และ กรุงเทพมหานคร อย่างน้อยภาคละ 1 จังหวัด รวม 6 จังหวัด การเลือกสถานพยาบาลจะประกอบด้วยขนาดใหญ่, กลาง, เล็ก, ภาครัฐ, ภาคเอกชน, สมัครเข้าร่วมการรับรองมาตรฐาน HA และ ไม่สมัครเข้าร่วมการรับรองตามมาตรฐาน HA ที่สำคัญสถานพยาบาลยินดีให้ความร่วมมือและยินยอมให้ข้อมูล จากนั้นให้สถานพยาบาล

เลือกตัวแทนผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูล ผู้มีส่วนได้เสียนอกจากสถานพยาบาล ได้แก่ ตัวแทนจากคณะแพทยศาสตร์และราชวิทยาลัยที่เป็นองค์กรวิชาชีพและนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเพื่อประสิทธิผลและประสิทธิภาพการดำเนินงานของสถาบันดำเนินการไปพร้อมกัน การออกแบบเครื่องมือเพื่อเก็บข้อมูลอาศัยกรอบความคิดดังตารางที่ 1.3

ตารางที่ 1.3 แผนการเก็บข้อมูลเพื่อการประเมินผลการดำเนินงาน สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2558-2560)

ประเด็นประเมิน	วิธีเก็บข้อมูล	เครื่องมือ	กลุ่มเป้าหมาย	มิติการประเมิน		ตัวชี้วัด
				ประสิทธิผล	ประสิทธิภาพ	
นโยบาย	ทบทวนเอกสาร/ สัมภาษณ์	แบบเก็บข้อมูล/ แบบสัมภาษณ์	บอร์ดสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/ ผู้บริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	√	√	-จำนวนนโยบาย/ปี -ผลผลิตรายนโยบาย -ปัญหาอุปสรรค
การอภิบาลนโยบาย	ทบทวนเอกสาร/ สัมภาษณ์/สังเกตการณ์	แบบประเมิน/ แบบสัมภาษณ์	บอร์ดสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/ ผอ.สำนักสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/ ทีมบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	√	×	-มิติธรรมาภิบาล (Good governance)
การวางแผน	ทบทวนเอกสาร/ สัมภาษณ์/ สังเกตการณ์	แบบประเมิน/ แบบสัมภาษณ์/	ผอ.สำนักสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/ ทีมบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/ ผู้ปฏิบัติสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	√	√	-จำนวนโครงการ -จำนวนผลผลิต -จำนวนเป้าหมายที่บรรลุ
ปัจจัยสิ่งแวดล้อม	ทบทวนอกสาร/ สัมภาษณ์	แบบประเมิน/ แบบสัมภาษณ์	บอร์ดสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/ ทีมบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/ ผู้ปฏิบัติสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	√	×	-ปัญหาอุปสรรค -จำนวนการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า -ผลวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสีย
ปัจจัยนำเข้า	ทบทวนเอกสาร/ สัมภาษณ์/ การเยี่ยมหน่วย	แบบประเมิน/ สัมภาษณ์/	ทีมบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/ ผู้ปฏิบัติสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	√	√	-จำนวนงบประมาณ/ภารกิจ -จำนวนบุคลากร/ภารกิจ -จำนวนการใช้ข้อมูล - ต้นทุน/ภารกิจ

ตารางที่ 1.3 แผนการเก็บข้อมูลเพื่อการประเมินผลการดำเนินงาน สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2558-2560) (ต่อ)

ประเด็นประเมิน	วิธีเก็บข้อมูล	เครื่องมือ	กลุ่มเป้าหมาย	มิติการประเมิน		ตัวชี้วัด
				ประสิทธิผล	ประสิทธิภาพ	
กระบวนการ	ทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์	แบบประเมิน แบบสอบถาม	ทีมบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/ผู้ปฏิบัติสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/สถานพยาบาล/ผู้รับบริการ	√	√	-แผนปฏิบัติรายภารกิจ -จำนวนครั้งของการตรวจเยี่ยม -จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง -จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองซ้ำ -จำนวนครั้งเผยแพร่องค์ความรู้(ใหม่/เดิม) -ต้นทุน/การตรวจเยี่ยม -ต้นทุน/รับรองครั้งแรก -ต้นทุน/การรับรองซ้ำ -ต้นทุน/เผยแพร่องค์ความรู้ใหม่-เดิม
ผลลัพธ์	ทบทวนเอกสาร/ สัมภาษณ์/ เยี่ยมสถานพยาบาล	แบบประเมิน แบบสอบถาม	ทีมบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/ผู้ปฏิบัติสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/สถานพยาบาล/ผู้รับบริการ	√	√	-ผลผลิตรายภารกิจ/ปี -งานวิจัย/ปี -นวัตกรรม/ปี -ร้อยละวัตถุประสงค์สำเร็จ/ไม่สำเร็จ/ปี

ตารางที่ 1.3 แผนการเก็บข้อมูลเพื่อการประเมินผลการดำเนินงาน สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2558-2560)(ต่อ)

ประเด็นประเมิน	วิธีเก็บข้อมูล	เครื่องมือ	กลุ่มเป้าหมาย	มิติการประเมิน		ตัวชี้วัด
				ประสิทธิผล	ประสิทธิภาพ	
ผลกระทบ	ทบทวนเอกสาร/ สัมภาษณ์/ เยี่ยม สถานพยาบาล/ กองทุนประกันสุขภาพ	แบบประเมินแบบสัมภาษณ์	บอร์ดสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/ ทีมบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/ ผู้ปฏิบัติสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/ สถานพยาบาล/ ผู้รับบริการ/ กองทุนประกันสุขภาพ	√	√	-คุณภาพสถานพยาบาล -ความพึงพอใจ -นโยบายที่ได้รับผล -ความนิยมHA/ระบบQA อื่น -ความมั่นใจในคุณค่าของการรับรอง
การอภิบาลระบบ	ทบทวนเอกสาร/ สัมภาษณ์/ เยี่ยมหน่วย/ เยี่ยม สถานพยาบาล	แบบประเมินแบบสัมภาษณ์	บอร์ดสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/ ทีมบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/ ผู้ปฏิบัติสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/ สถานพยาบาล/ ผู้รับบริการ	√	√	-มิติธรรมาภิบาล (Good governance) ได้แก่ responsiveness, accountability, transparency, consensus, coverage and equality, continuity, accessibility

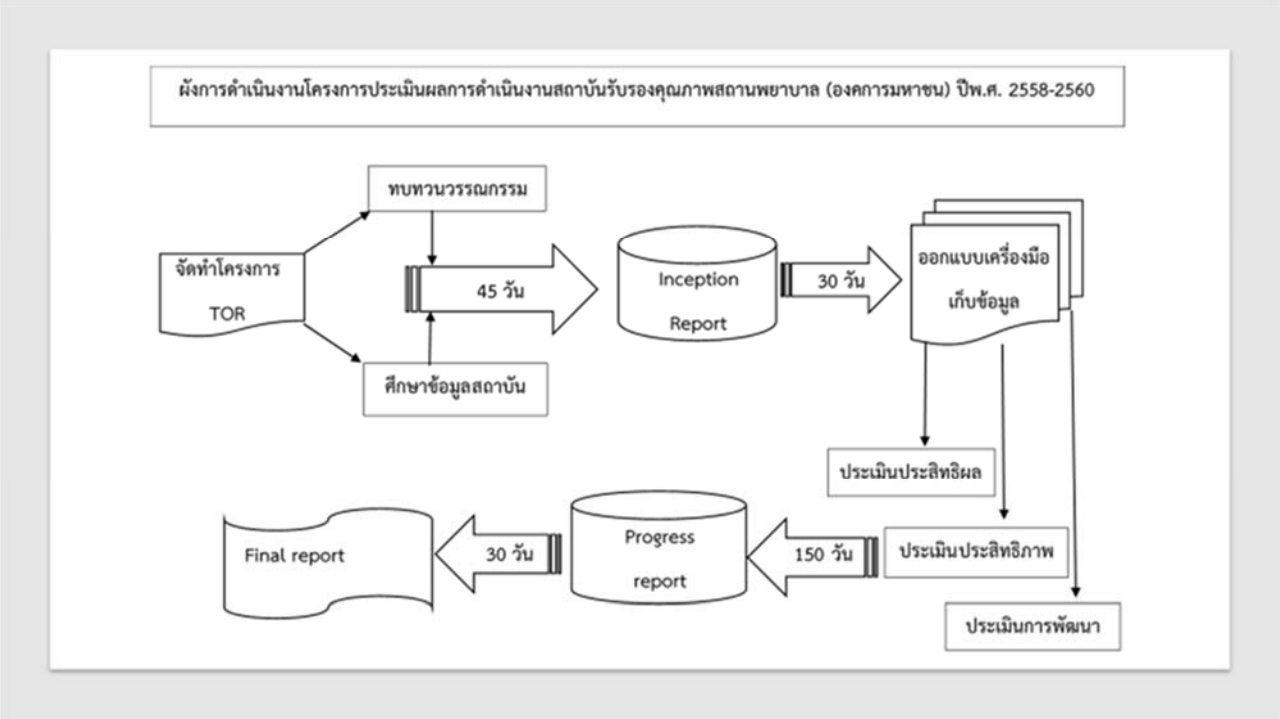
การนำเสนอผลการศึกษา

นำเสนอผลการวิจัยแบบเชิงพรรณนา (Descriptive report) ประกอบตารางและไดอะแกรม

ระยะเวลาในการศึกษา

ระยะเวลา 8 เดือน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง เดือน 30 มิถุนายน 2562 โดยมีผังงานกำกับและตารางเวลางาน ดังภาพที่ 1.7 และ ตารางที่ 1.4

ภาพที่ 1.7 ผังกำกับงานประเมินผลการดำเนินงานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



ตารางที่ 1.4 แผนกำกับระยะเวลางานประเมินผลการดำเนินงานสถาบันรับรองคุณภาพ

กิจกรรม	2561			2562					
	ตค	พย	ธค	มค	กพ	มีค	เมย	พค	มิย
เตรียมโครงร่างจัดทำ TOR	⊙								
จัดทำ Inception report	⊙	⊙							
สร้างเครื่องมือเก็บข้อมูล		⊙	⊙						
เก็บข้อมูล			⊙	⊙	⊙	⊙	⊙		
วิเคราะห์ข้อมูล		⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	⊙	
สรุปผลเขียนรายงาน								⊙	⊙

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

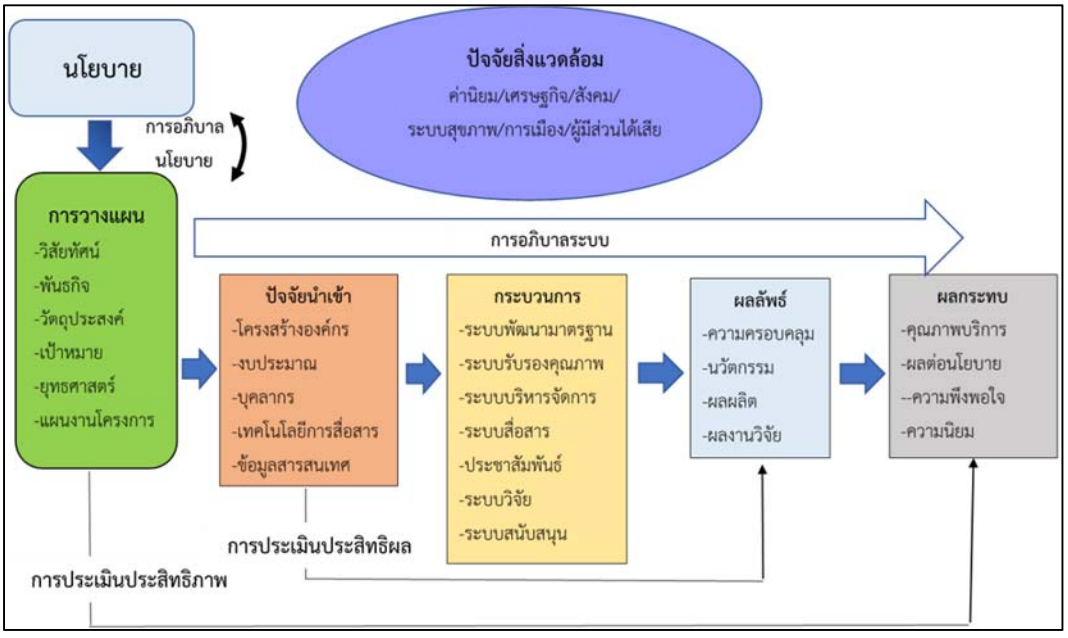
ผลการศึกษาถูกนำไปสร้างข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนาการปฏิบัติงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ เพื่อเพิ่มประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และ การพัฒนาการจัดการของสถาบัน รวมทั้งการสร้างธรรมาภิบาล ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน สถานบริการ และ สถาบันเอง

บทที่ 2

ผลการศึกษาการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2558 – 2560)

บทที่ 2 นำเสนอผลการประเมินการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ข้อมูลเพื่อการประเมินได้รับจากการรวบรวมผลการดำเนินงานในช่วงระยะเวลา 3 ปี คือ ตั้งแต่ พ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2560 ข้อมูลที่ใช้ประเมินประกอบด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณตามกรอบการวิจัยที่กำหนดในบทที่ 1 ภาพที่ 1.6 โดยประกอบด้วยประเด็นสำคัญๆ ได้แก่ นโยบาย การวางแผน ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลลัพธ์ ผลกระทบ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม และ การอภิบาลเชิงนโยบายและการอภิบาลระบบ ประเด็นต่างๆนี้จะเป็นเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลและประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของสรพ. ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณใช้วิธีการเก็บรวบรวมที่แตกต่างกันเพื่อความถูกต้อง แม่นยำ น่าเชื่อถือ และ เที่ยงตรงที่สุด การเก็บรวบรวมข้อมูลที่แตกต่างเหล่านี้จะช่วยสร้างการสอบทวนความเที่ยงเชิงเนื้อหา (Content Validation) เพราะผ่านกระบวนการยืนยันข้อมูลที่แม่นยำทุกมุมมองแบบสามเส้า (Triangulation)

ภาพที่ 1.6 กรอบความคิดเพื่อประเมินการดำเนินงานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



ข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมด้วยวิธีสำคัญต่างๆ คือ ข้อมูลที่มีรายละเอียดเนื้อหาเชิงลึก หรือ ข้อมูลนโยบายจากผู้บริหาร หรือ ข้อมูลเชิงลึกจากหัวหน้าสำนักและผู้รับผิดชอบที่มีหน้าที่เฉพาะ ใช้เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ซึ่งมีผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) รวมทั้งสิ้น 22 คน ดังตารางที่ 2.1 ซึ่งแยกออกเป็นผู้ให้ข้อมูลที่ปฏิบัติงานหรือเคยปฏิบัติงานในสรพ.14 คน ได้แก่ อดีตประธานคณะกรรมการบริหารสรพ.1 คน อดีตผู้อำนวยการสรพ. 1 คน ผู้อำนวยการสรพ.ปัจจุบัน 1 คน รองผู้อำนวยการสรพ. 1 คน ผู้อำนวยการสำนัก 4 สำนัก รวม 4 คน ผู้ปฏิบัติงานสำคัญ ได้แก่ ผู้จัดการเรื่องความเสี่ยง 1 คน ผู้รับผิดชอบด้านจัดการความรู้ 1 คน ผู้รับผิดชอบด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ 1 คน ผู้รับผิดชอบด้านทรัพยากรบุคคล 1 คน ผู้รับผิดชอบด้านประชาสัมพันธ์ 1 คน และ ผู้เยี่ยมสำรวจในสังกัดสรพ. 1 คน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเชิงลึกที่ไม่ได้ปฏิบัติงานในสรพ.ประกอบด้วย ผู้เยี่ยมสำรวจทำงานแบบบางเวลา (Part-time Surveyor) 1 คน, ตัวแทนเครือข่ายพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด (Provincial Network Certification หรือ PNC) 1 คน ตัวแทนเครือข่ายศูนย์ความร่วมมือการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation Collaborating Center หรือ HACC) 2 คน ตัวแทนโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced Health Care Accreditation หรือ AHA) 3 คน และ ตัวแทนโรงพยาบาลเอกชนที่เคยเข้าร่วมขอการรับรองคุณภาพโดยระบบ HA แต่ได้ยกเลิกเปลี่ยนไปพัฒนาระบบคุณภาพอื่นอีก 1 คน รวมทั้งสิ้น 8 คน

ข้อมูลเชิงคุณภาพอีกส่วนหนึ่ง เก็บรวบรวมจากผู้รับผิดชอบงานที่ปฏิบัติงานเป็นทีมร่วมกันในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ โดยใช้วิธีกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) จากแหล่งข้อมูลแตกต่างกันรวมทั้งสิ้น 10 แหล่ง ดังตารางที่ 2.2 แยกออกเป็นแหล่งข้อมูลในสรพ. 6 หน่วยงาน ได้แก่ สำนักพัฒนาองค์กรงานฝึกอบรม 2 คน สำนักประเมินและรับรอง 2 คน สำนักส่งเสริมการพัฒนา 3 คน และ งานจัดการข้อร้องเรียน 2 คน รวมเป็น 9 คน แหล่งข้อมูลกลุ่มที่อยู่นอกสรพ. ประกอบด้วย ผู้เยี่ยมสำรวจภายนอกสรพ. 2 คน รพ.รัฐที่เตรียมรับการประเมินรับรองคุณภาพต่อเนื่อง (Re-accreditation) 1 แห่ง 4 คน โรงพยาบาลเอกชนเตรียมรับการประเมินรับรองคุณภาพต่อเนื่อง (Re-accreditation) 1 แห่ง 4 คน เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Service Accreditation หรือ DHSA) 1 แห่ง 6 คน โรงพยาบาลรัฐที่เคยผ่านการรับรองคุณภาพด้วยมาตรฐาน HA แต่ขอชะลอการรับรองคุณภาพต่อเนื่อง 1 แห่ง 6 คน และ โรงพยาบาลรัฐที่ไม่สมัครเข้าร่วมการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบ HA 1 แห่ง 6 คน รวมทั้งสิ้น 28 คน เมื่อรวมกับแหล่งที่มาจากสรพ.เป็นทั้งสิ้นเท่ากับ 37 คน

ข้อมูลเอกสารเพื่อสนับสนุนการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เก็บรวบรวมจากรายงานการประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการบริหารสรพ. ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2557 ถึง 30 กันยายน 2560 รวมทั้งสิ้น 36 รายงาน จากการรายงานประจำปี 2558, 2559 และ 2560 รวม 3 รายงาน จากรายงานผลการดำเนินงานตามภารกิจองค์กรของสรพ. ปี 2558, 2559 และ 2560 จำนวน 3 รายงาน ร่วมกับ รายงานผลการดำเนินงานตาม

โครงการสำคัญ เอกสารประกอบการพัฒนาคุณภาพบริการที่สรพ.จัดทำ เช่น โครงการ Thailand Hospital Indicator Project (THIP) คู่มือPatients Safety Goal: SIMPLE รายงานการประเมินผล ISQua หรือ Surveyor Training Standards Programme นอกจากนี้ทีมวิจัยได้ลงพื้นที่สังเกตการณ์พร้อมกับสัมภาษณ์ผู้บริหารและทีมคุณภาพในสถานพยาบาลพื้นที่นั้นๆ เพื่อความถูกต้องแม่นยำและน่าเชื่อถือของข้อมูล ซึ่งจำแนกพื้นที่ออกเป็นสถานบริการรัฐ ประกอบด้วย รพศ. 1 แห่ง รพท. 1 แห่ง และ รพช. 3 แห่ง รวมทั้งสิ้น 5 แห่ง รพ.เอกชนขนาด 200 เตียง 2 แห่ง รวมทั้งสิ้นเป็น 7 แห่ง

ตารางที่ 2.1 จำนวนผู้รับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)

ตำแหน่ง/หน่วยงาน/องค์กร	คน
อดีตประธานคณะกรรมการบริหาร	1
อดีตผู้อำนวยการ	1
ผู้อำนวยการ	1
รองผู้อำนวยการ	1
ผอ.สำนักประเมินและรับรอง	1
ผอ.สำนักส่งเสริมการพัฒนา	1
ผอ.สำนักยุทธศาสตร์	1
ผู้ปฏิบัติงาน สำนักยุทธศาสตร์	1
ผอ.สำนักบริหารงานทั่วไป	1
หัวหน้าฝ่ายจัดการความรู้	1
หัวหน้าฝ่ายพัฒนาบุคลากร	1
เจ้าหน้าที่งานประชาสัมพันธ์	1
เจ้าหน้าที่งานเทคโนโลยีและข้อมูลสารสนเทศ	1
ผู้เยี่ยมสำรวจ (Full-time Surveyor)	1
รวมผู้ให้ข้อมูลสังกัดในองค์กรสรพ.ทั้งสิ้น	**14**
ตัวแทนผู้เยี่ยมสำรวจบางเวลา (Part-time Surveyor)	1
ตัวแทนเครือข่ายคุณภาพจังหวัด (Provincial Network Certification,PNC) 1 จังหวัด	1
ตัวแทนเครือข่าย Hospital Accreditation Collaborating Center (HACC) 1 แห่ง	2
ตัวแทนรพ.ผ่านการรับรองขั้นก้าวหน้า (Advance Health Care Accreditation, AHA) 3 แห่ง	3
ตัวแทนรพ.เอกชนที่ยกเลิกการเข้าร่วมการรับรองคุณภาพ HA 1 แห่ง	1
รวมผู้ให้ข้อมูลสังกัดภายนอกองค์กรสรพ.	**8**
รวมทั้งสิน	**22**

ตารางที่ 2.2 แสดงผู้ร่วมการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ตำแหน่ง/หน่วยงาน/องค์กร	คน
สำนักพัฒนาองค์กรส่วนงานฝึกอบรม	2
สำนักประเมินและรับรอง	2
สำนักส่งเสริมการพัฒนา	3
งานจัดการข้อร้องเรียน	2
รวมผู้ให้ข้อมูลสังกัดในองค์กรสรพ.ทั้งสิ้น	**9**
ตัวแทนผู้เยี่ยมสำรวจภายนอก	2
ตัวแทนรพ.รัฐเตรียมรับการประเมินรับรองต่อเนื่อง (Re-accreditation) 1 แห่ง	4
ตัวแทนรพ.เอกชนเตรียมรับการประเมินรับรองต่อเนื่อง (Re-accreditation) 1 แห่ง	4
ตัวแทนเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ DHSA (District Health Service Accreditation) 1 แห่ง	6
ตัวแทนรพ.รัฐที่ชะลอการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลรัฐ 1 แห่ง	6
ตัวแทนรพ.รัฐที่ไม่เข้าร่วมการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล HA 1 แห่ง	6
รวมผู้ให้ข้อมูลสังกัดภายนอกองค์กรสรพ.	**28**
รวมทั้งสิ้น	**37**

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ทั้งหมด ทีมวิจัยได้ขออนุญาตบันทึกเสียง เพื่อนำมาถอดเสียงแบบคำต่อคำ จากนั้นนำไปวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อค้นหาข้อความสำคัญของประเด็นตามกรอบการวิจัย นำข้อมูลเชิงเนื้อหาที่สำคัญๆมาวิเคราะห์เชิงแก่นสาระ (Thematic Analysis) เพื่อใช้ประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพการดำเนินงานของสรพ. ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์นำเสนอเชิงพรรณนา ประกอบด้วยไดอะแกรมและตาราง

ข้อมูลเชิงปริมาณใช้เพื่อสนับสนุนข้อมูลเชิงคุณภาพให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ข้อมูลเชิงปริมาณได้มาจาก 2 แหล่งสำคัญ ประกอบด้วย แหล่งข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective Data Source) และ แหล่งข้อมูลปัจจุบัน (Recent Data Source) ข้อมูลย้อนหลัง คือ ข้อมูลเชิงปริมาณช่วงปีงบประมาณ 2558 ถึง 2560 เก็บรวบรวมจากรายงานการประชุม แผนปฏิบัติงานประจำปี แผนยุทธศาสตร์ และ รายงานประจำปีของสรพ. ข้อมูลบางส่วนยังรวบรวมได้สำนักและฝ่ายต่างๆในสรพ. ข้อมูลเชิงปริมาณย้อนหลังที่สำคัญ ได้แก่ ข้อมูลงบประมาณ ผลงานการดำเนินงานตามเป้าหมาย และ ข้อมูลทรัพยากรบุคคล

ข้อมูลปัจจุบันเก็บรวบรวมจากผลการดำเนินงานในปัจจุบัน สามารถนำมาใช้ประกอบการประเมินเพราะข้อมูลดังกล่าวเป็นผลลัพธ์จากโครงการที่ดำเนินการที่ผ่านมาช่วงปีงบประมาณ 2558 - 2560 ได้แก่ ผลลัพธ์

โครงการ THIP, PNC, HACC, AHA และ DHSA ข้อมูลปัจจุบันบางส่วนเก็บจากการสุ่มสำรวจข้อคิดเห็นด้วยแบบสอบถามเร่งด่วน (Rapid Survey Questionnaire) เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ของการพัฒนามาตรฐานคุณภาพสถานบริการ โดยมุ่งเน้นคุณภาพด้านความปลอดภัยผู้รับบริการ แบบสอบถามที่จัดทำเน้นเพื่อประเมินประสิทธิผลเครื่องมือ SIMPLE: Safe Surgery ในสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสุ่มเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 2 แห่ง และ โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ที่มีบริการผ่าตัด 2 แห่ง ได้ตัวอย่างแบบสอบถาม 27 ชุด จำแนกเป็น โรงพยาบาลทั่วไปแห่งละ 10 ชุด รวม 20 ชุด โรงพยาบาลชุมชน แห่งแรก 3 ชุด แห่งที่สอง 4 ชุด รวม 7 ชุด ผู้ตอบแบบสอบถาม คือ ทีมผู้ดูแลและให้บริการห้องผ่าตัด จำแนกตามวิชาชีพได้ดังตารางที่ 2.3 ประกอบด้วย แพทย์ผู้ผ่าตัด 5 คน คิดเป็นร้อยละ 18.50 วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล 10 คน เท่ากับร้อยละ 37.00 และ หัวหน้า/พยาบาลห้องผ่าตัด 12 คน คิดเป็น ร้อยละ 44.40 ข้อมูลที่ได้นำมาบันทึกในแผ่นงานและวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปสถิติ spss for window version 21 ใช้สถิติพื้นฐานเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิเคราะห์นำเสนอเชิงพรรณนาประกอบตาราง

ตารางที่ 2.3 จำนวนและร้อยละผู้ตอบแบบสอบถามการสำรวจเร่งด่วน (Rapid Survey Questionnaire)

วิชาชีพ	คน	ร้อยละ
แพทย์ผ่าตัด	5	18.50
วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล	10	37.00
หัวหน้า/พยาบาลห้องผ่าตัด	12	44.40
รวม	27	100.00

ผลการวิเคราะห์นำเสนอ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ของโครงสร้างองค์กร กระบวนการดำเนินงาน และ การอภิบาลระบบของสรพ. ส่วนที่ 2 นำเสนอผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลการดำเนินงานของสรพ. และ ส่วนที่ 3 เป็นผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการดำเนินงานสรพ. สำหรับข้อสรุปและข้อเสนอแนะนำเสนอตอนท้าย โดยผลการวิเคราะห์ส่วนที่ 2 และ 3 จะนำเสนอโดยละเอียดในบทที่ 3 ต่อไป

ข้อมูลเชิงประจักษ์นำเสนอการวิเคราะห์โครงสร้าง สิ่งแวดล้อม และ กระบวนการ ดำเนินงานของสรพ. โดยจะแยกวิเคราะห์แต่ละส่วนงานของโครงสร้างและกระบวนการเพื่อความเข้าใจ จากนั้นนำมาเชื่อมโยงจนเป็นผลลัพธ์รวมของสถาบันจนเกิดการอภิบาลเชิงนโยบายและการอภิบาลระบบการดำเนินงาน การประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ง่าย จะนำเสนอการประเมินประสิทธิผลแล้วจึงนำเสนอการประเมินประสิทธิภาพตามลำดับ การประเมินประสิทธิผลจะแสดงความเชื่อมโยงซึ่งกันและกันภายในของหน่วยงานในองค์กรสรพ. การเชื่อมโยงของสรพ.กับเครือข่ายพัฒนาคุณภาพ และ ความเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น

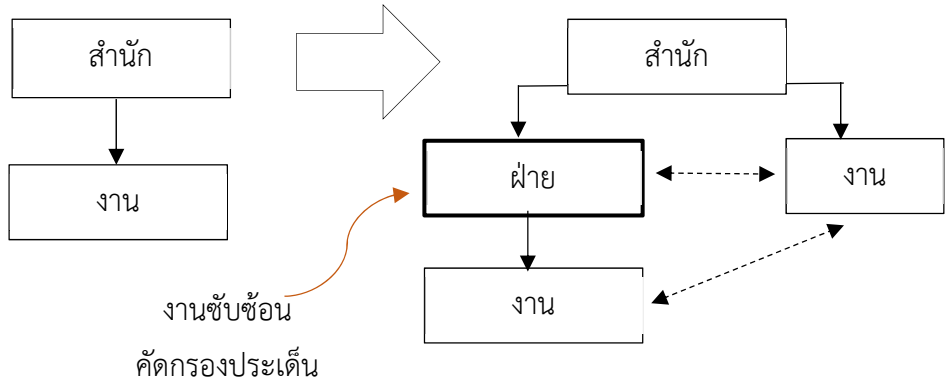
ในระบบสุขภาพ ด้านประสิทธิภาพจะพิจารณาใน 2 มิติสำคัญ คือ ประสิทธิภาพเชิงจัดสรรทรัพยากร (Allocation efficiency) และ ประสิทธิภาพเชิงเทคนิค (Technical efficiency) นอกจากนี้จะชี้ให้เห็นผลของการสร้างประสิทธิภาพในระดับจุลภาพ (Micro-efficiency) และ ในระดับมหภาค (Macro-efficiency) ต่อไป

โครงสร้างสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลช่วงปี 2558-2560

โครงสร้างองค์กรของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ในช่วงปีงบประมาณ 2558-2560 มีโครงสร้างแบบ 2 ระดับชั้น (Two-tiered organization) คือ ระดับสำนักและระดับหน่วยงานต่าง ผสมผสานกับโครงสร้าง 3 ระดับชั้น (Three-tiered organization) คือ ระดับสำนัก ระดับฝ่าย และ ระดับหน่วยงาน ซึ่งโครงสร้างแบบ 3 ระดับ จัดตั้งกรณีภาระงานมีความซับซ้อนมากขึ้นจนต้องการผู้มีความรู้ความสามารถมาช่วยดำเนินการรับผิดชอบและกลั่นกรองเบื้องต้น จึงจัดตั้งฝ่ายขึ้นเพิ่มเติม ทำให้องค์กรสรพ.มีโครงสร้างองค์กรประกอบด้วย 4 สำนัก 9 ฝ่าย และ 24 หน่วยงาน กับ 1 กลุ่มผู้เยี่ยมสำรวจ สำนักทั้ง 4 ประกอบด้วย สำนักวิชาการและบริหารการเปลี่ยนแปลง สำนักส่งเสริมและการพัฒนา สำนักประเมินและรับรอง และ สำนักบริหารงานทั่วไป ฝ่ายทั้ง 9 ประกอบด้วย ฝ่ายจัดการความรู้ ฝ่ายฝึกอบรม ฝ่ายบริหารการเปลี่ยนแปลง ฝ่ายพัฒนาสนับสนุนและเครือข่าย ฝ่ายพัฒนาที่ปรึกษาในพื้นที่ ฝ่ายส่งเสริมวัฒนธรรมและระบบคุณภาพสถานพยาบาล ฝ่ายพัฒนาระบบ ฝ่ายปฏิบัติการ และ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ต่อมาปี 2559 และ 2560 ปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กร แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มงาน (Clusters) 5 สำนัก 6 ฝ่าย และ 14 หน่วยงาน กระจายตามโครงสร้างตามลำดับ สำนักที่เปลี่ยนแปลงในช่วงปี 2559และ 2560 คือ สำนักวิชาการและบริหารการเปลี่ยนแปลง แยกออกเป็น สำนักพัฒนาองค์กร และ สำนักยุทธศาสตร์ จึงเป็น 5 สำนัก 6 ฝ่ายสำคัญ ได้แก่ ฝ่ายปฏิบัติการ ฝ่ายจัดการความรู้ ฝ่ายฝึกอบรม ฝ่ายดิจิทัลเทคโนโลยี ฝ่ายบัญชีและการเงิน และ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป สามารถสรุปโครงสร้างองค์กรเป็นไดอะแกรมดังภาพที่ 2.1 พบได้ว่า โครงสร้างสรพ.ปี 2558 เป็นโครงสร้างการบังคับบัญชาที่มีโครงสร้างองค์กร 2 ระดับชั้น (Two-tiered organization) ที่ลดหลั่นจากสำนักในแนวราบลงมาแนวดิ่งเป็นหน่วยงาน การสื่อสารและการสั่งการจะสั้น มีความรวดเร็วในการสื่อสารปฏิบัติงาน ต่อมาเมื่องานเพิ่มและมีความซับซ้อนจึงจัดตั้ง ฝ่าย และ หน่วยงาน ผสมผสานแนวระนาบแบบโครงสร้างองค์กร 2 ชั้น (Two-tiered organization) มาเป็นผสมผสานทั้ง 2 ชั้น และ 3 ชั้น ผสมอยู่ด้วยกัน ฝ่ายและหน่วยงานอยู่ใต้กรอบสำนัก ซึ่งทำให้ฝ่ายและงานที่สื่อสารในแนวระนาบเดียวกันมีสภาพความสัมพันธ์แบบประสานงานแทนการสั่งการแบบการปกครอง มีโครงสร้างเชิงเครือข่ายเพิ่มขึ้นกว่าระบบชั้นการปกครองในราชการทั่วไป ข้อดีของโครงสร้างใหม่ คือ การสื่อสารจะยังสั้นคงเดิม สามารถจะดำเนินการได้รวดเร็วเช่นเดิม แต่ข้อเสีย คือ การแยกส่วนหน่วยงานที่เป็นความรับผิดชอบแนวดิ่งมากกว่าเดิม (Fragmented structure) ความต้องการเชิงประสานจะยิ่งสำคัญมากขึ้นกว่าเดิม จากข้อมูลการปฏิบัติงานจริง พบว่า โครงสร้างใหม่นี้ยังมีการจัดกลุ่มงาน (Clusters) ที่สร้างกรอบให้เกิดการประสานงานในกลุ่มมากขึ้น แต่ยังไม่เกิดเป็นรูปธรรมมากนัก เนื่องจากการดำเนินงานยังเป็นความเคยชินที่

แยกการดำเนินงานตามสำนัก นอกจากนี้แม้บางหน่วยงานจะถูกแยกออกจากสายบังคับบัญชาไปขึ้นกับฝ่ายก่อนถึงระดับสำนัก การดำเนินงานในกรอบความรับผิดชอบยังเป็นของผู้อำนวยการสำนัก ไม่ได้สร้างการเปลี่ยนแปลงในสายบังคับบัญชา เพราะแต่เดิมการดำเนินงานของแต่ละงานก็ต้องผ่านความเห็นชอบของผู้อำนวยการสำนัก สิ่งที่น่าสนใจและประเมินผล คือ การสร้างความสัมพันธ์เชิงระนาบที่มีการเชื่อมและร่วมแชร์ข้อมูลในกลุ่ม (cluster) เดียวกัน การประสานคร่อมสายงานระหว่างต่างกลุ่มงาน ต่างสำนัก และ ระหว่างฝ่ายต่างๆ ซึ่งสมควรได้รับการประเมินผลอย่างละเอียดต่อไปในมุมของการอภิบาลระบบกับการบริหารจัดการ

ภาพที่ 2.1 เปรียบเทียบโครงสร้างองค์กรสรพ.ปี2558-60



การดำเนินงานของสำนักต่างๆในสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

การดำเนินงานของสำนักต่างๆในสรพ. จะนำเสนอตามโครงสร้างที่ปรับเปลี่ยนแล้วของปี 2559 และ 2560 เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่เป็นปัจจุบันและเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อการสร้างข้อเสนอแนะในการพัฒนา โครงสร้างที่เปลี่ยนแปลงไปจากปี 2558 ยังคงแนวทางการดำเนินงานเดิมอยู่มาก ทำให้สามารถมองภาพการดำเนินงานปี 2558 ได้ การนำเสนอข้อมูลการดำเนินงานของสำนักต่างๆในสรพ.ในช่วงปี 2558-2560 จึงสามารถใช้โครงสร้างใหม่ได้ ไม่สร้างช่องว่างของการนำเสนอข้อมูลปี 2558 แต่อย่างใด

สำนักยุทธศาสตร์

สำนักยุทธศาสตร์ของสรพ. ประกอบด้วย 3 งาน คือ งานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผน งานสนับสนุนคณะกรรมการบริหาร และ งานสื่อสารองค์กร บทบาทความรับผิดชอบที่สำคัญของสำนักยุทธศาสตร์ คือ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์และงบประมาณประจำปี ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่ การจัดทำยุทธศาสตร์องค์กร การนำยุทธศาสตร์ไปจัดทำแผนปฏิบัติงานและแผนงบประมาณประจำปี การปรับเกลี่ยงบประมาณหลังได้รับการจัดสรรงบประมาณ การสื่อสารถ่ายทอดผลการดำเนินการ และ การกำกับติดตามประเมินผล

บทบาทของสำนักยุทธศาสตร์มีความสำคัญต่อการดำเนินงานของสรพ. เป็นสำนักที่กำหนดทิศทางการดำเนินงาน การจัดการงบประมาณทั้งภายในองค์กรและการประสานงานกับหน่วยงานในสังกัดเดียวกันของกระทรวงสาธารณสุข ประสานงานกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน สำนักยุทธศาสตร์ทำหน้าที่เสมือนเลขานุการกิจของคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (บอร์ด) ขณะเดียวกันก็ทำหน้าที่เสมือนผู้จัดการสถาบัน ซึ่งแตกต่างกับหน่วยงานอื่นๆเพราะบทบาทเหล่านี้เป็นบทบาทของสำนักบริหารงานทั่วไป หรือ ฝ่ายบริหารงานทั่วไปแล้วแต่จะตั้งชื่อ โดยเฉพาะสถานพยาบาลที่กำหนดให้ฝ่ายบริหารงานทั่วไปเปรียบเสมือนผู้ดูแลกิจการทั่วไปขององค์กร สำนักยุทธศาสตร์จึงนับว่ามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผน ติดตามประเมินผลและประสานงาน สำนักยุทธศาสตร์หากมีความเข้มแข็งจะสามารถทำให้สถาบันดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ภาระงานที่มากแต่บุคลากรจำนวนจำกัดไม่เพียงพอ ยิ่งเมื่อมีเจ้าหน้าที่ลาออกและเปลี่ยนงานย้ายสำนักหรือฝ่ายยิ่งเป็นปัญหาภาระงานที่มากเกินจำนวนบุคลากร ทำให้ลักษณะงานจึงเป็นงานประจำ การมีงานที่ล้นและขาดบุคลากรทำให้การพัฒนายุทธศาสตร์การดำเนินงานเชิงการจัดการยังต้องการพัฒนาเพื่อนำมาปรับปรุงแนวทางดำเนินงานแบบการทดลองพัฒนา (R&D) แม้จะเป็นสิ่งที่ยากแต่ก็ท้าทาย หากสามารถประสานงานด้านข้อมูลสารสนเทศและการระดมความคิดระหว่างสำนัก จะช่วยสร้างทีมงาน เสริมพลังความคิด และ สามารถกำหนดยุทธศาสตร์ภายในองค์กรได้ดีกว่าปัจจุบัน

สำนักยุทธศาสตร์เป็นตัวกลางสำคัญที่จะเชื่อมประสานการดำเนินงานภายในและภายนอกสรพ. ลูกค้าของสำนักยุทธศาสตร์จึงประกอบด้วยลูกค้าในสรพ.และลูกค้าภายนอกที่ต้องประสานการทำงาน จากการรวบรวมข้อมูล พบว่า สำนักยุทธศาสตร์มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะสร้างการเชื่อมประสาน ช่องทางการเชื่อมประสานสามารถสรุปออกเป็น 3 แนวทางได้แก่ 1.การเชื่อมประสานเชิงโครงสร้าง มีความสัมพันธ์ที่สำคัญอย่างยิ่งกับการประสานในสำนักต่างๆในองค์กรสรพ.และกับหน่วยงานอื่นๆ 2.เชื่อมประสานเชิงแผนงานโครงการ สำนักยุทธศาสตร์มีบทบาทสำคัญที่เป็นหน่วยงานเริ่มต้นและหน่วยงานสุดท้ายของการจัดแผนและรวบรวมผลงานที่เกิดจนถึงการประเมินผล 3.เชื่อมประสานเชิงยุทธศาสตร์ ตั้งแต่ยุทธศาสตร์ชาติ กระทรวง และ องค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งหมด จึงเห็นได้ชัดเจนว่า สำนักยุทธศาสตร์จะต้องสร้างการเชื่อมประสานทั้งแนวราบและดิ่งครอบคลุมทุกหน่วยงานรอบๆสรพ.

บทบาทการกำหนดยุทธศาสตร์ภาพรวมเป็นการกำหนดโดยทีมบริหารระดับสูง อดีตผู้อำนวยการสรพ.เป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และ ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล จึงมีบทบาทสำคัญที่กำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาคุณภาพในองค์กรสรพ. สิ่งที่เป็นช่องว่างและเพิ่มโอกาสการพัฒนาศักยภาพของสำนักยุทธศาสตร์รวมทั้งสำนักอื่นๆของสรพ. คือ การพัฒนายุทธศาสตร์การปฏิบัติการของตัวสรพ.ว่าจะกำหนดทิศทางการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักและฝ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างไร สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ต้องระดมความคิด ความรู้ และความสามารถในการกำหนดยุทธศาสตร์ย่อยแต่ละขั้นตอน จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่า ยุทธศาสตร์ด้านกำลังคน ภาระงบประมาณ และ ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงทั้งภายในและภายนอกสรพ. เป็นปัญหาเชิงยุทธศาสตร์ที่

สำนักยุทธศาสตร์และสำนักอื่นๆที่สังกัดในสรพ.รับทราบปัญหาและได้พยายามพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ตัวแปรเรื่องปัจจัยภายนอก โดยเฉพาะงบประมาณและระเบียบราชการที่สรพ.ในฐานะองค์ภาครัฐต้องยึดถือปฏิบัติภายใต้การกำกับของรัฐเป็นข้อจำกัดและความท้าทาย ที่ต้องวิเคราะห์หาข้อสรุปและทางออกที่ดีที่สุดร่วมกันของทั้งองค์กรอย่างจริงจังมากกว่าจะวางไว้ให้บอร์ดหรือผู้บริหารแก้ไขเพียงลำพัง

สำนักยุทธศาสตร์เน้นการติดตามประเมินผลดำเนินงานตามแผนเป็นบทบาทสำคัญ เครื่องมือที่ใช้กำกับคือ แผนปฏิบัติการประจำปีที่จัดทำตามแผนงานนโยบายและยุทธศาสตร์ที่กำหนด การกำกับติดตามผลการดำเนินงานใช้แผนงบประมาณเป็นเครื่องมือเพื่อตอบสนองตามที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) กำหนด แม้แผนงบประมาณมีความไว (Sensitivity) ของการติดตามการใช้งบประมาณตามแผน แต่ไม่สามารถแสดงผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการได้เป็นรูปธรรมชัดเจนนัก อย่างไรก็ดีแผนงบประมาณก็สามารถมีความไวของการกำกับติดตามร่วมกับตัวชี้วัดผลการดำเนินงานอื่น ตัวชี้วัดส่วนใหญ่ยังขาดการกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดกลางของสรพ. ความพยายามของสำนักยุทธศาสตร์ในการกำหนดแบบฟอร์มติดตามผลการดำเนินงานเป็นสิ่งที่ดี ที่สามารถใช้ติดตามผลการดำเนินงาน เพียงแต่การกำหนดความเชื่อมโยงของข้อมูลไม่สามารถสร้างได้ดีตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ การที่สรพ.ได้นำเอาโปรแกรมการวางแผนทรัพยากรขององค์กร (Enterprise Resource Planning หรือ ERP) มาใช้เพื่อเชื่อมโยงแผนงานและงบประมาณของสถาบัน นับว่าเป็นการสร้างความเชื่อมโยงของระบบข้อมูลการจัดการในองค์กรที่ดีมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ดีโปรแกรม ERP ยังไม่ครอบคลุมข้อมูลด้านการพัฒนาคุณภาพสถานบริการที่เป็นภารกิจหลักของสถาบัน ดังนั้นสำนักยุทธศาสตร์จึงจำเป็นต้องสร้างเครื่องมือสำหรับกำกับติดตามผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยเสริมแบบการทำงานด้วยแบบฟอร์มกระดาษซึ่งสามารถสร้างประสิทธิภาพการกำกับติดตามได้อย่างดี

สำนักประเมินและรับรอง

สำนักประเมินและรับรองเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่และบทบาทสำคัญสำหรับดำเนินงานภารกิจหลักของสรพ. เพราะบทบาทประเมินรับรองและพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล เป็นบทบาทหลักสำคัญของสถาบันตามกฎหมายกำหนด สำนักประเมินและรับรองมีบทบาทหน้าที่สำคัญในส่วนนี้ ตั้งแต่การสร้างผู้ตรวจเยี่ยมประเมินคุณภาพสถานพยาบาล บริหารจัดการระบบตรวจเยี่ยมสถานพยาบาล ติดตามประชาสัมพันธ์ผลการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และ ติดตามธำรงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

โครงสร้างของสำนักประเมินและรับรองมีการปรับเปลี่ยนช่วงปีงบประมาณ 2558-2560 เพื่อสร้างประสิทธิผลและประสิทธิภาพการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สถาบัน โดยเฉพาะการปรับยุทธศาสตร์ที่นำประเด็นการประเมินและรับรองอย่างมีคุณค่า (Value of Recognition) มาเป็นยุทธศาสตร์นำลำดับแรก แทนยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ (Collaboration Excellence) เพื่อความเข้าใจได้ง่าย จะเสนอผลการวิเคราะห์สำนักประเมินและรับรองโดยอาศัยโครงสร้างองค์กรที่ปรับเปลี่ยนในปัจจุบันมาเป็นหลัก

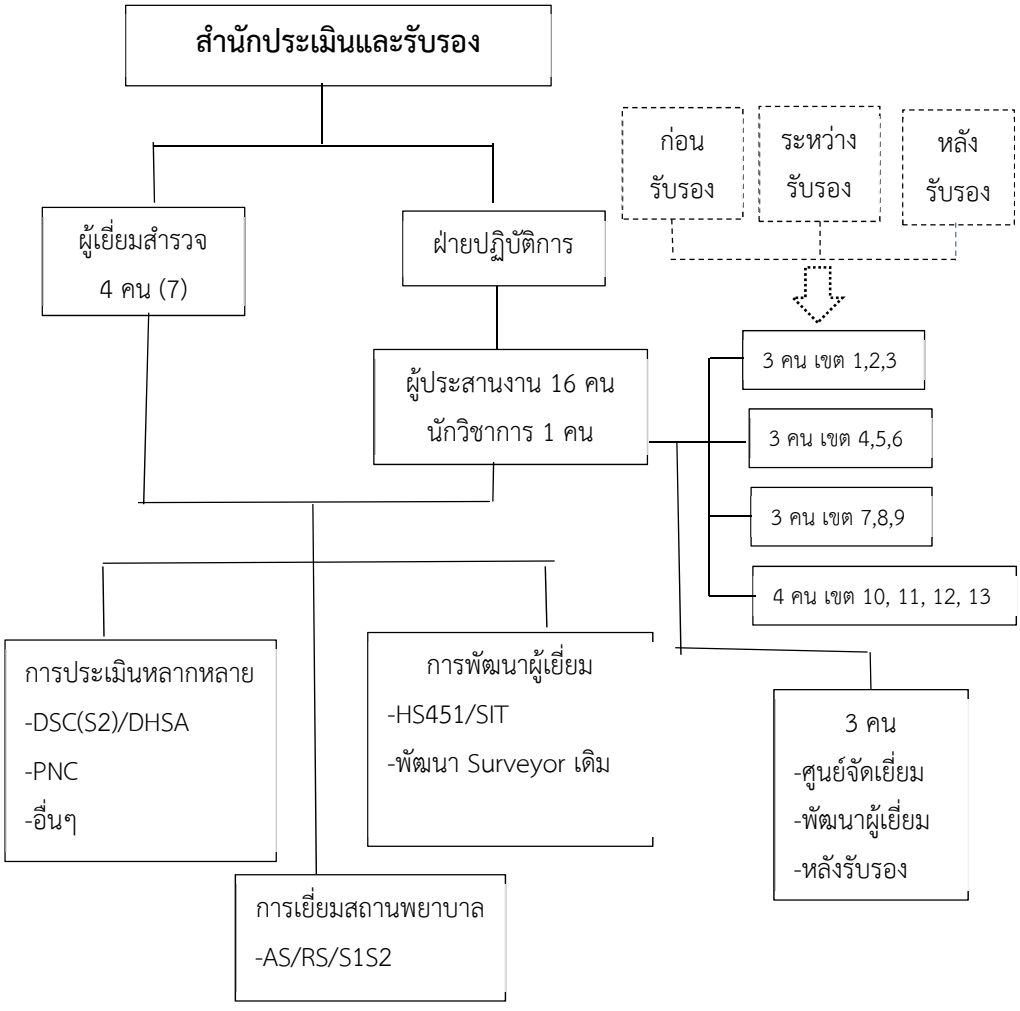
สำหรับอธิบายรายละเอียด ซึ่งโครงสร้างสำนักประเมินและรับรองแสดงได้ดังภาพที่ 2.2 จากโครงสร้างสำนักดังกล่าว เห็นได้ชัดเจนว่า ถูกจัดขึ้นตามภารกิจบทบาทหน้าที่ แยกออกเป็นส่วนผู้เยี่ยมสำรวจและส่วนผู้ปฏิบัติการเพื่อทำหน้าที่ประสานงานและพัฒนาสถานพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมการรับรองและพัฒนาคุณภาพโดยมาตรฐาน HA ส่วนผู้ปฏิบัติงานจะต้องรับผิดชอบให้ครอบคลุมกระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตั้งแต่ระยะก่อนการรับรอง ระหว่างรับรอง และ หลังการรับรอง เพื่อให้เกิดความพร้อมจนสามารถธำรงการรับรองนั้นๆ ได้อย่างดี เป็นข้อสังเกตว่าบทบาทต่างๆที่กำหนดได้ถูกนำไปใช้สำหรับจัดโครงสร้างองค์กรของสำนักประเมินและรับรองระหว่างปี 2558-2560 แต่ปัจจุบันได้ปรับเปลี่ยนเป็นโครงสร้างดังภาพที่ 2.2 เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงาน ในขณะที่อัตรากำลังผู้ปฏิบัติงานส่วนนี้ยังเท่าเดิมก่อนที่จะมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง การดำเนินงานใช้กระบวนการประเมินและรับรองเป็นที่ตั้ง ผู้ปฏิบัติแยกออกตามบทบาทที่จัดตั้งสำนัก โดยแบ่งผู้ปฏิบัติงานออกเป็นกลุ่มงานระยะก่อนการประเมิน ระหว่างประเมิน และ หลังการประเมิน ซึ่งไม่ได้กำหนดผู้ประสานงานที่จะติดต่อประสานกับสถานบริการแต่ละพื้นที่ว่าเป็นผู้ใดรับผิดชอบหลัก จึงเกิดปัญหาการประสานงานที่ไม่ต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนโครงสร้างสำนักให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักตามพื้นที่เขตบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขและสปสช.จึงมีความชัดเจนและแก้ปัญหาการประสานงานเดิมที่ไม่สามารถติดตามต่อเนื่อง แสดงถึงการพัฒนาเพื่อสร้างประสิทธิผลและประสิทธิภาพระดับองค์กร (Micro-efficiency and effectiveness) อย่างไรก็ตามปัญหาภาระงานที่แตกต่างกันระหว่างเขตพื้นที่เขตรับผิดชอบเป็นประเด็นสำคัญ เพราะสถานพยาบาลที่ต้องตรวจเยี่ยมประเมินและรับรอง จะมีจำนวนไม่เท่ากันระหว่างเขตพื้นที่แต่ละปี การทำงานเป็นทีมที่สามารถรับผิดชอบร่วมกันจึงถูกนำมาใช้เพื่อทำงานร่วมกัน การจะสร้างทีมงานเช่นนี้ต้องการภาวะผู้นำของหัวหน้าสำนักและผู้บริหารสรพ. ที่กำกับติดตามและประเมินผลอย่างใกล้ชิดด้วยตัวชี้วัดและข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ถูกต้อง และ สามารถนำมาใช้พิจารณาได้ การพัฒนาระบบข้อมูลจึงเป็นสิ่งคุกคามท้าทาย และ โอกาสพัฒนาในเวลาเดียวกัน

ลักษณะงานของสำนักประเมินรับรองถูกจัดแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1.งานประเมินหลากหลาย เช่น การประเมินเครือข่ายพัฒนาระบบสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Network Certification หรือ PNC) เป็นต้น ส่วนที่ 2.งานเยี่ยมสถานพยาบาล เป็นงานจัดการเรื่องตรวจเยี่ยม ประเมิน และ รับรองสถานพยาบาลที่เข้าสู่กระบวนการ HA ตามมาตรฐานทั้งขั้น1, 2 และ 3 รวมทั้งการประเมินเฉพาะโรคหรือระบบ (Disease Specific Certification หรือ DSC) หรือ การรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) ส่วนที่ 3.การพัฒนาผู้เยี่ยมประเมินทั้งผู้เยี่ยมประเมินใหม่และเก่า จากการวิเคราะห์ข้อมูลภาระงานทั้ง 3 ส่วน พบว่า สำนักประเมินและรับรอง ของสรพ. มีภาระงานที่ไม่สมดุลกับอัตรากำลังที่ได้รับบรรจุ ช่วง 2558-2560 นั้น มีภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในขณะที่อัตรากำลังถูกจำกัดเท่าเดิมหรือลดลง

จากตารางที่ 2.4 แสดงอัตรากำลังซึ่งถูกกำหนดมีจำนวนคงที่ตลอดช่วงปี 2558-2560 ประกอบด้วยตำแหน่งสำคัญต่างๆ รวมทั้งหมดตามกรอบที่ได้รับอนุมัติ 94 อัตรา แต่สรพ.ดำเนินการจ้างเพียง 71 อัตราโดยข้อจำกัดด้านงบประมาณสถาบันที่ถูกกำหนดให้งบประมาณค่าจ้างและเงินเดือนต้องไม่สูงเกินเพดานที่ร้อยละ 30

ของงบประมาณรายจ่ายหมวดใช้สอยแต่ละปีที่กำหนดโดยกระทรวงการคลัง อัตราการจ้างจึงมีจำนวนน้อยกว่าจากกรอบที่กำหนดจำนวน 23 อัตรา เท่ากับร้อยละ 30.6 เมื่อพิจารณาอัตรากำลังที่สำนักประเมินและรับรองได้รับอนุมัติจ้าง พบว่า มีจำนวน 32 อัตรา คิดเป็นร้อยละ 34.04 ของอัตรากำลังทั้งหมดของสถาบัน ในจำนวนนี้จะมีผู้เยี่ยมสำรวจสังกัดในสำนักประเมินและรับรอง 4 คน จากผู้เยี่ยมสำรวจเต็มเวลาสังกัดสรพ. 7 คน โดยผู้เยี่ยมสำรวจ 2 คน ดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการสรพ. ปัจจุบันมีรอบรรจุ1 คนเพื่อทดแทนผู้เยี่ยมสำรวจที่เกษียณอายุ สำนักประเมินและรับรองยังมีผู้เยี่ยมสำรวจที่ปฏิบัติงานบางเวลา (Part-time Surveyor) อีกจำนวน 114 คน กระจายอยู่ตามภาคต่างๆทั่วประเทศ

ภาพที่ 2.2 โครงสร้างองค์กรและกรอบบทบาทหน้าที่สำนักประเมินและรับรอง



ตารางที่ 2.4 อัตรากำลังบุคลากรสถาบันรับรองสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ปีงบประมาณ 2558 - 2560

ตำแหน่ง/หน่วยงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้อำนวยการ	1	1.06
รองผู้อำนวยการ	2	2.13
หน่วยตรวจสอบภายใน	1	1.06
ที่ปรึกษา/ผู้เชี่ยวชาญ	3	3.19
สำนักวิชาการและบริหารการเปลี่ยนแปลง (ปรับเป็นสำนักยุทธศาสตร์และสำนักพัฒนาองค์กร ปี 2559-60)	25	26.60
สำนักส่งเสริมการพัฒนา	18	19.15
สำนักประเมินและรับรอง	32	34.04
สำนักบริหารงานทั่วไป	12	12.77
รวม	94	100.00

กรอบกำหนด 94 ตำแหน่ง บรรจุจริง 71 ตำแหน่ง คิดเป็นต่ำกว่ากรอบ ร้อยละ 30.6

เมื่อพิจารณาสถานพยาบาลที่ได้รับการประเมินรับรอง ตามระดับคุณภาพสถานพยาบาล ดังตารางที่ 2.5 และ 2.6 ซึ่งเป็นตารางแสดงผลการประเมินรับรองคุณภาพสถานบริการทั้งหมดในปีงบประมาณ 2559 และ 2560 พบว่า สถานพยาบาลที่ได้รับการประเมินรับรองมีทั้งภาครัฐและเอกชน โดยปี 2559 จำนวนสถานพยาบาลทั้งหมดที่เข้ารับการประเมินรับรองตามมาตรฐาน HA รวมทั้งสิ้น 1,004 แห่ง จาก 1,330 แห่ง เท่ากับร้อยละ 75.49 มีสถานพยาบาลรัฐที่ได้รับการประเมินรับรองจำนวน 856 แห่ง จากทั้งสิ้น 1,020 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 83.92 ของสถานพยาบาลรัฐทั้งหมด ในขณะที่สถานพยาบาลเอกชนที่รับการประเมินรับรองคุณภาพ จำนวน 148 แห่ง จากทั้งหมด 310 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 47.74 ของสถานพยาบาลเอกชนทั้งหมด หากเปรียบเทียบทั้งสถานพยาบาลรัฐและเอกชน ที่รับการประเมินรับรองจำนวนรวมทั้งสิ้น 1,004 แห่ง คิดเป็นสถานพยาบาลรัฐร้อยละ 85.26 และสถานพยาบาลเอกชนร้อยละ 14.74 ภาครัฐจำนวนสถานพยาบาลที่ได้รับการประเมินรับรองมากที่สุด คือ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 625 แห่ง จากทั้งหมด 1,004 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 62.25 เนื่องจากรพช.มีจำนวนมากที่สุดในประเทศ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้สถานพยาบาลรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขต้องสมัครรับการประเมินรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA สถานพยาบาลที่รับการประเมินรับรองคุณภาพส่วนใหญ่ได้ผ่านการรับรองตามมาตรฐาน HA ขั้นที่ 3 จำนวน 766 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 76.29

ตารางที่ 2.5 จำนวนและร้อยละสถานพยาบาลที่ได้รับการประเมินรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ตามระดับขั้น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559

ประเภทโรงพยาบาล	จำนวน	ขั้นที่ 1		ขั้นที่ 2		ขั้นที่ 3		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รพช.	731	2	0.27	139	19.02	484	66.21	625	85.50
รพท.	88	0	0.00	1	1.14	81	92.05	82	93.18
รพศ.	28	0	0.00	0	0.00	26	92.86	26	92.86
รพ.รัฐอื่นๆในสังกัดสธ.	62	3	4.84	5	8.06	41	66.13	49	79.03
โรงเรียนแพทย์/รพ.มหาวิทยาลัย	13	0	0.00	0	0.00	11	84.62	11	84.62
กรุงเทพมหานคร (สังกัดกทม.)	8	0	0.00	0	0.00	6	75.00	6	75.00
กระทรวงกลาโหม	59	0	0.00	10	16.95	32	57.63	42	71.19
รพ.รัฐอื่นๆ	31	4	12.90	8	25.81	3	16.67	15	48.39
รวมรพ.รัฐ	1,020	9	0.88	163	15.98	684	67.49	856	83.92
รวมรพ.เอกชน	310	12	3.87	54	17.42	82	25.97	148	47.74
รวมทั้งสิ้น	1,330	21	1.58	217	16.32	766	57.82	1,004	75.49

ตารางที่ 2.6 จำนวนและร้อยละสถานพยาบาลที่ได้รับการประเมินรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ตามระดับขั้น ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

ประเภทโรงพยาบาล	จำนวน	ขั้นที่ 1		ขั้นที่ 2		ขั้นที่ 3		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รพช.	743	5	0.67	54	7.27	493	66.35	552	74.29
รพท.	88	0	0.00	0	0.00	73	82.95	73	82.95
รพศ.	28	0	0.00	0	0.00	24	85.71	24	85.71
รพ.รัฐอื่นๆในสังกัดสธ.	64	0	0.00	3	4.69	43	67.19	46	71.88
โรงเรียนแพทย์/รพ.มหาวิทยาลัย	13	0	0.00	0	0.00	10	76.92	10	76.92
กรุงเทพมหานคร (สังกัดกทม.)	8	0	0.00	0	0.00	6	75.00	6	75.00
กระทรวงกลาโหม	63	0	0.00	7	11.11	32	50.79	39	61.90
รพ.รัฐอื่นๆ	37	1	2.70	6	16.22	6	16.22	13	35.14
รวมรพ.รัฐ	1,044	6	0.57	70	6.70	687	65.80	763	73.08
รวมรพ.เอกชน	337	6	1.78	51	15.13	74	21.96	131	38.87
รวมทั้งสิ้น	1,381	12	0.87	121	8.76	761	55.10	894	64.74

เมื่อเปรียบเทียบผลการประเมินรับรองสถานพยาบาลระหว่าง ปี 2559 ในตารางที่ 2.5 กับ ปี 2560 ตารางที่ 2.6 พบว่า จำนวนสถานพยาบาลที่รับการประเมินรับรองลดลงเหลือเท่ากับจำนวน 894 แห่ง คิดเป็นลดลง 110 แห่ง เท่ากับร้อยละ 10.96 ในขณะที่จำนวนสถานพยาบาลทั้งหมดภาพรวมเพิ่มขึ้น 51 แห่ง เป็น 1,381 แห่ง จำนวนสถานพยาบาลทั้งหมดที่สมัครเข้ารับการประเมินรับรองตามมาตรฐาน HA ปี 2560 มีจำนวนเท่ากับร้อยละ 64.74 ลดลงจากปี 2559 คิดเป็นร้อยละ 10.75 ลดลงทั้งภาครัฐและเอกชน การลดลงของจำนวนสถานพยาบาลที่รับการประเมินรับรองตามมาตรฐาน HA อาจมีสาเหตุมาจาก รอบการประเมินรับรองมีความเหลื่อม รอบเวลาของการประเมินที่ใกล้หมดอายุการรับรองจะหมดไม่เท่ากัน ตารางที่ 2.7 พบว่า จำนวนและร้อยละสถานพยาบาลที่เข้ารับการประเมินรับรองตามมาตรฐาน HA มีจำนวนและร้อยละที่สูงสม่ำเสมอ แสดงถึงการยอมรับว่ามาตรฐาน HA ที่สรพ.จัดดำเนินการมาต่อเนื่องได้รับความนิยมว่ามีมาตรฐานน่าไว้วางใจที่จะนำมาพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลต่อเนื่อง โดยเฉพาะภาคเอกชนซึ่งเป็นการสมัครใจเข้ารับการประเมินรับรองอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่สามารถกล่าวว่า มาตรฐาน HA เป็นการสร้างคุณภาพและพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลเอกชนนั้นๆจนเป็นที่ยอมรับว่ามีมาตรฐานเทียบเท่าระบบประเมินคุณภาพอื่นๆ

ตารางที่ 2.7 เป็นการเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละสถานพยาบาลทั้งหมดที่สมัครรับการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA พบว่า จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการประเมินรับรองช่วงปี 2558-2560 มีจำนวนแตกต่างกันเล็กน้อยในแต่ละปี โดยปี 2560 จำนวนสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองประเมินมาตรฐานจำนวนน้อยที่สุด เท่ากับ 894 แห่ง ในขณะที่ปี 2559 จำนวนมากที่สุด 1,004 แห่ง โรงพยาบาลที่ไม่มีขั้นการประเมินรับรองจะผกผันกลับ โดยปี 2559 มีจำนวนน้อยสุด 326 แห่ง แต่ ปี 2560 มากที่สุด จำนวน 487 แห่ง เหตุผลสำคัญที่จำนวนโรงพยาบาลสมัครเข้ารับการประเมินรับรองแตกต่างกันแต่ละปี เกิดจากปัจจัย 2 ประการ คือ เหตุผลจากภาระงานที่ผู้เยี่ยมประเมินมีจำนวนไม่เพียงพอ และ โรงพยาบาลเองอาจจะขอชะลอเนื่องจากความไม่พร้อม เพราะมีการเปลี่ยนแปลงภายในองค์กร เช่น เปลี่ยนผู้บริหารหรือทีมงาน อย่างไรก็ตามหากสถานพยาบาลสามารถสร้างวัฒนธรรมการพัฒนาคุณภาพได้อย่างเป็นระบบต่อเนื่องปัจจัยที่ 2 เรื่องความไม่พร้อมคงจะไม่เป็นปัญหาสำคัญ ดังนั้นการแก้ปัญหาสามารถทำได้สำเร็จโดยการปรับปรุงการดำเนินงานของสรพ. ต้องสร้างประสิทธิภาพด้านการจัดการโดยเฉพาะการประสานผู้เยี่ยมสำรวจที่มีจำนวนและเวลาจำกัดอย่างมาก ดังจะเห็นได้ชัดเจนว่าภาระงานที่ผู้เยี่ยมสำรวจหนึ่งคนต้องรับผิดชอบเยี่ยมประเมินโรงพยาบาล 8 แห่งโดยประมาณ ซึ่งเป็นปัญหาภาระงานที่เป็นอุปสรรคสำคัญ เนื่องจากผู้เยี่ยมประเมินร้อยละ 94 เป็นกลุ่มไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มเวลา เป็นผู้มีหน้าที่ในสังกัดตนเองซึ่งก็มีภาระงานมาก ผู้ประเมินเป็นผู้มีความรู้ความสามารถเชี่ยวชาญจึงได้รับมอบหมายงานขององค์กรหรือหน่วยงานต้นสังกัดให้มีหน้าที่ภาระงานมากอยู่แล้ว การมาปฏิบัติหน้าที่ผ็ตรวจเยี่ยมประเมินของมาตรฐาน HA จึงเป็นภาระงานเพิ่มที่ต้องการแรงจูงใจและการสนับสนุนจากต้นสังกัดและสรพ.ร่วมกัน

ตารางที่ 2.7 แสดงเปรียบเทียบจำนวนและร้อยละสถานพยาบาลที่ได้รับการประเมินและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2560

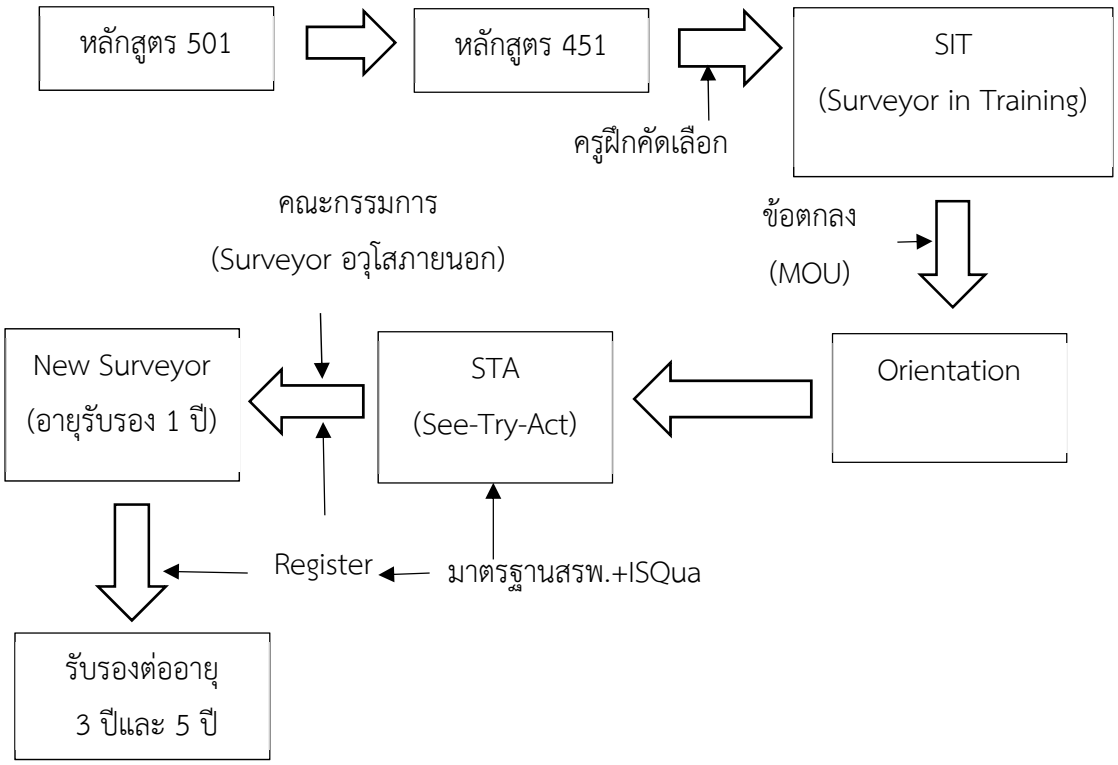
รายละเอียดการรับรอง	ปี 2558		ปี 2559		ปี 2560	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รพ.ทั้งหมด (แห่ง)	1.320	100	1.330	100	1,381	100
รพ.ที่ไม่มีขั้นการรับรอง (แห่ง)	**340**	**25.76**	**326**	**24.51**	**487**	**35.30**
รพ.ที่ผ่านการรับรอง ขั้นที่ 1 (แห่ง)	17	1.29	21	1.58	12	0.87
รพ.ที่ผ่านการรับรอง ขั้นที่ 2 (แห่ง)	277	20.98	217	16.32	121	8.76
รพ.ที่ผ่านการรับรอง ขั้นที่ 3 (แห่ง)	686	51.97	766	57.82	761	55.10
รพ. ที่ผ่านการรับรองทั้งสิ้น (แห่ง)	**980**	**74.24**	**1,004**	**75.49**	**894**	**64.74**
จำนวนผู้เยี่ยมประเมินทั้งหมด (คน)	121	100.00	121	100.00	121	100.00
-เต็มเวลา (Full-time) (คน)	7	5.79	7	5.79	7	5.79
-ไม่เต็มเวลา (Part-time) (คน)	114	94.21	114	94.21	114	94.21
สัดส่วน ผู้เยี่ยมต่อรพ.	**1:8.6**		**1:8.8**		**1:7.8**	

บทบาทสำคัญของสำนักประเมินและรับรอง คือ การสร้างมาตรฐานและนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เครื่องมือสำคัญสำหรับใช้เพื่อการพัฒนาและประเมินคุณภาพสถานพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ มาตรฐาน HA ที่สรพ.สร้าง กับ ผู้เยี่ยมสำรวจที่สรพ.สร้างและพัฒนา ทั้งสองประเภทเป็นเครื่องมือที่มีบทบาทสำคัญในการร่วมพัฒนาและประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เครื่องมือมาตรฐานที่เป็นคู่มือหรือแนวทางนั้นมีความคงที่และเป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งระบบ นอกจากนี้มาตรฐานที่สร้างเป็นคู่มือนั้น สรพ.ออกแบบให้มีความยืดหยุ่น เพื่อให้สถานพยาบาลที่ระดับแตกต่างกันสามารถพัฒนาตามบริบทที่มี แต่ขณะเดียวกันความยืดหยุ่นนั้นสร้างปัญหาในการดำเนินงานสำหรับสถานพยาบาลที่เริ่มต้นดำเนินการพัฒนาคุณภาพ หากสถานพยาบาลนั้นๆมีทีมคุณภาพที่ไม่เชี่ยวชาญ ขาดประสบการณ์ โดยเฉพาะผู้บริหารของสถานพยาบาลยั้นๆนั้น ไม่มีความเข้าใจแก่นแท้ของการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA จะเกิดความสับสนต่อการนำแนวทางมาตรฐานไปใช้ดำเนินการจนเกิดความท้อแท้ แต่เมื่อสามารถเข้าใจก็จะเกิดความภาคภูมิใจและเกิดความต่อเนื่องยั่งยืน

มาตรฐานผู้เยี่ยมประเมินรับรองเป็นสิ่งที่สรพ.และThe International Society of the Quality in Health Care (ISQua) ให้ความสำคัญอย่างมาก พบว่า ISQua ให้การรับรองกระบวนการฝึกอบรมผู้เยี่ยมประเมินว่าสรพ.นั้นมีมาตรฐานเชื่อถือได้ นั่นหมายความว่า ผู้เยี่ยมสำรวจได้ผ่านการสร้างและพัฒนาจนมีมาตรฐานสามารถ

ไว้วางใจในการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลแต่ละแห่ง จากการวิเคราะห์ พบได้ว่า การสร้างมาตรฐานผู้เยี่ยมประเมิน มีการควบคุมมาตรฐานตั้งแต่ขั้นตอนเริ่มต้น เริ่มขึ้นตั้งแต่การคัดเลือกผู้เยี่ยมประเมินที่ได้สมัครมารับการอบรมเรียนรู้มาตรฐานของการพัฒนาตามระบบ HA ที่มีชื่อเรียกว่าหลักสูตร 501 เพื่อหาผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมมาเข้าสู่ระบบการคัดเลือกพัฒนา ดังแสดงในภาพที่ 2.3

ภาพที่ 2.3 ขั้นตอนการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมประเมิน



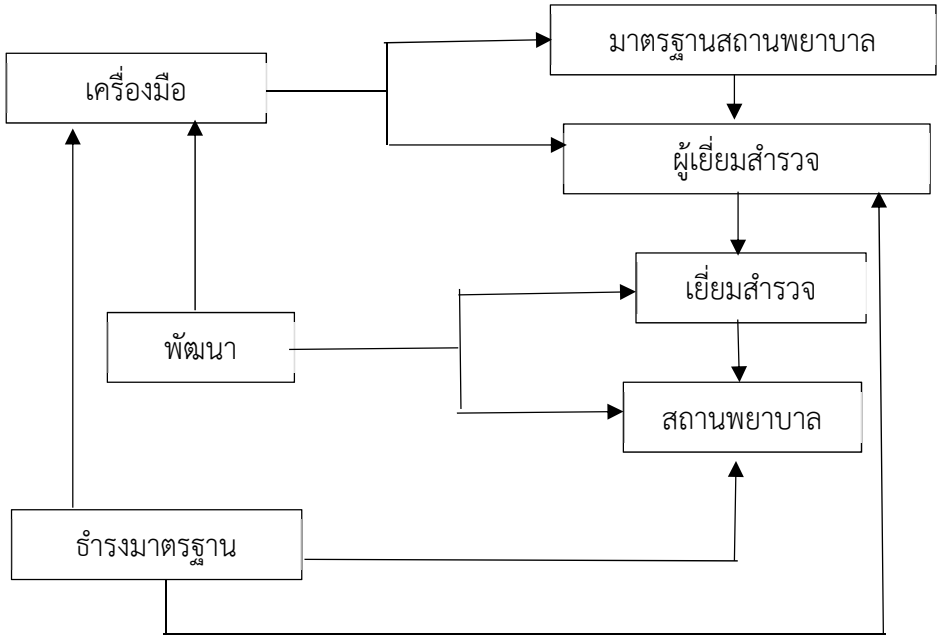
จากนั้นผู้ที่จะเข้าสู่การอบรมเป็นผู้เยี่ยมประเมินรับรอง จะผ่านการคัดเลือกโดยคณะกรรมการในหลักสูตรพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ (หลักสูตร 451) สำหรับเป็นผู้เยี่ยมประเมินภายนอกแบบปฏิบัติงานไม่เต็มเวลา หลังจากนั้นก็จะมีการประเมินผู้รับการอบรมว่า สามารถที่จะเป็นผู้เยี่ยมสำรวจที่มีศักยภาพหรือไม่ หากได้รับการพิจารณาว่ามีศักยภาพที่จะเป็นผู้เยี่ยมประเมิน จะได้รับการคัดเลือกสู่การฝึกอบรม (Surveyor Training Program) หลังจากผ่านการฝึกอบรมผู้เยี่ยมประเมินรายใหม่ ผู้เยี่ยมประเมินนั้นๆจะต้องผ่านการฝึกหัดจากการปฏิบัติจริงร่วมกับทีมเยี่ยมประเมินที่มีผู้เยี่ยมประเมินเก่าที่มีประสบการณ์เป็นพี่เลี้ยง ด้วยกระบวนการ ร่วมสังเกตการณ์ ทดลองปฏิบัติ และ ลงมือปฏิบัติจริง ที่เรียกย่อๆว่า See-Try-Act จนมีประสบการณ์ครบตามที่กำหนด คณะกรรมการที่

ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่านร่วมกันพิจารณาว่าผู้เยี่ยมสำรวจนั้น มีความเหมาะสมและมีประสบการณ์มากพอจนสามารถขึ้นทะเบียนเป็นผู้เยี่ยมประเมินรับรองเบื้องต้น ข้อมูลที่นำเสนอแก่คณะกรรมการพิจารณาจะเป็นข้อมูลที่ได้รับจากการสังเกตการณ์และประเมินผล โดยผู้ตรวจเยี่ยมประเมินที่มีประสบการณ์และเป็นพี่เลี้ยงในการลงมือปฏิบัติจริง การลงทะเบียนครั้งแรกจะรับรองเพียงหนึ่งปี ผู้เยี่ยมประเมินรับรองจะต้องเพิ่มพูนทักษะการเยี่ยมประเมินโดยกำหนดเวลาปฏิบัติงานที่ต้องผ่านการปฏิบัติงานจริงคิดเป็นรายชั่วโมงต่อการปฏิบัติหน้าที่ ข้อมูลต่างๆจะถูกรวบรวมเพื่อนำมาประเมินผลโดยคณะกรรมการ ซึ่งจะพิจารณาความเหมาะสมว่าการต่ออายุรับรองเป็นผู้เยี่ยมประเมินเป็นเวลา 1 ปี หรือ 3 ปี หรือ 5 ปี แล้วแต่ผลงานที่ได้ปฏิบัติจริง เพื่อยกระดับจากผู้เยี่ยมประเมินรับรองรายใหม่ (New surveyor) ให้เป็นผู้เยี่ยมประเมินที่มีศักยภาพ (Potential surveyor) แล้วพัฒนาต่อไปจนเป็นผู้นำทีมตรวจประเมิน สำนักประเมินและรับรองได้รักษามาตรฐานผู้เยี่ยมประเมินโดยการจัดระบบธำรงมาตรฐานผู้ตรวจเยี่ยมด้วยวิธีการหลากหลาย ได้แก่ การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแลกเปลี่ยนประเด็นกัน การทดลองจำลองเหตุการณ์เสมือนจริง (Scenario Training) เพื่อให้เกิดความคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์และมุมมองซึ่งกันและกัน ผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะนำมาปรับความคิดเห็นที่เป็นมาตรฐานที่มีบรรทัดฐานตรงกัน สุดท้ายจะสรุปผลการแลกเปลี่ยนออกมาว่าน่าจะสมควรเป็นอย่างไร ที่ผ่านมาสำนักประเมินและรับรองจัดประชุมผู้เยี่ยมประเมินทุกคนพร้อมกันอย่างน้อยปีละครั้ง นอกจากนี้ยังมีการประชุมเป็นระยะแต่ละช่วงเวลา จนกลายเป็นระบบที่ดี สิ่งเหล่านี้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ถึงการสร้างมาตรฐาน ประสิทธิผลการดำเนินงาน และ นำไปสู่ประสิทธิภาพในระดับองค์กรและระบบ

การตรวจประเมินรับรองได้รับการพัฒนาการจัดการโดยการใช้ระบบสารสนเทศคอมพิวเตอร์ เพื่อจัดการให้เกิดการประสานงานระหว่างสถานพยาบาลที่ขอรับการตรวจประเมินรับรองกับผู้ตรวจเยี่ยมประเมินทุกคนได้อย่างรวดเร็วแม่นยำ ทำให้สามารถจัดตารางการออกตรวจเยี่ยมประเมินได้อย่างเกิดประสิทธิภาพ ซึ่งแต่เดิมไม่สามารถนำข้อมูลมาประสานกันได้ชัดเจน เกิดปัญหาวันเวลาที่ไม่ตรงกันหรือการเปลี่ยนแปลงด้วยเหตุผลที่ไม่คาดคิดก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงที การใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศแบบง่ายๆสามารถช่วยแก้ปัญหาการนัดจัดตารางและแก้ไขปัญหาการตรวจประเมินได้อย่างเกิดประสิทธิผล ดังจะเห็นได้ชัดเจนว่า สำนักประเมินและรับรองสามารถกำหนดได้ชัดเจนแน่นอนว่า แต่ละเดือนสามารถดำเนินการตรวจเยี่ยมประเมินรับรองโรงพยาบาลได้ 35 แห่งต่อเดือน โดยไม่รวมสถานพยาบาลที่ประเมินรับรองต่อเนื่อง (Re-accreditation) ตรวจประเมินคุณภาพขั้นที่ 1 หรือ 2 และ การประเมินเฉพาะโรคหรือระบบ (DSC) ซึ่งมีจำนวนไม่น้อย นอกจากนี้สำนักประเมินและรับรองยังพัฒนาให้การประเมินรับรองคุณภาพขั้น1 ขั้น2 และ การประเมินเฉพาะโรคหรือระบบ (DSC) จะสามารถลงเยี่ยมประเมินได้ประมาณไม่เกิน 2 เดือน ซึ่งเร็วเพราะไม่ยุ่งยากหลังจากการใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศแบบใหม่มาปรับปรุงการทำงาน แต่ถ้าเป็นการประเมินรับรองต่ออายุ (Re-accreditation) จะใช้เวลามากกว่าปกติประมาณ 4-5 เดือน เพราะมีรายละเอียดยุ่งยาก สำนักประเมินรับรองพยายามจะพัฒนาเพื่อลดระยะที่นานในขณะนี้ โดยการใช้การจัดการผู้เยี่ยมประเมินด้วยระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ นับว่าเกิดการพัฒนาชัดเจน

การธำรงมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาลเป็นบทบาทหน้าที่สำคัญของสำนักประเมินและรับรอง เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองแล้ว จะต้องส่งความก้าวหน้าให้สำนักประเมินและรับรองภายใน 3 เดือนหลังจากที่รับรอง หลังจากนั้นภายใน 1 ปี โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองต้องส่งตัวชี้วัดให้สำนักประเมินและรับรองทุกๆ 1 ปี เมื่อใกล้จะหมดอายุการรับรอง 9 เดือนล่วงหน้าก่อนที่การรับรองจะหมดอายุ สำนักประเมินและรับรองก็จะมีจดหมายแจ้งเตือนโรงพยาบาลทราบถึงกำหนดหมดอายุการรับรอง แล้วกระบวนการประเมินรับรองจะเริ่มขึ้นเมื่อโรงพยาบาลส่งเอกสารมาให้สรพ. ขั้นตอนการพัฒนามาตรฐานและการธำรงมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาลแสดงได้ดังภาพที่ 2.4

ภาพที่ 2.4 การพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลและการธำรง



ปัญหาสำคัญของสำนักประเมินและรับรอง คือ การขาดแคลนผู้เยี่ยมประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ในการบริหารผู้เยี่ยมประเมินนั้นสำนักประเมินและรับรองต้องแก้ปัญหาเรื่องค่าตอบแทนที่จ่ายแก่ผู้เยี่ยมสำรวจอย่างเป็นธรรมและชักจูงใจ ผู้เยี่ยมประเมินที่ส่วนใหญ่ต้องการทำงานแบบเป็นครั้งคราว เพราะมีงานประจำที่มั่นคงและตำแหน่งที่ปฏิบัติงานเดิมชัดเจน มีปัจจัยส่วนตัวที่เอื้อต่อการทำงานขององค์กรเดิม ไม่มีเหตุผลและแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงาน การหาผู้เยี่ยมประเมินมาดำรงตำแหน่งจึงเป็นปัญหาสำคัญ แต่พบว่าเมื่อมาดำรงตำแหน่งแล้วผู้เยี่ยมสำรวจนั้นๆจะมีความรักและภาคภูมิใจที่ได้พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล มีความ

ผูกพันกับงานและเครือข่ายทีมคุณภาพสถานพยาบาลที่ได้ร่วมกันเรียนรู้ จึงมีความสุขในการทำงาน มากกว่าแรงจูงใจด้วยค่าตอบแทน

ผลการศึกษาต้นทุนการเยี่ยมประเมินของสรพ. พบว่า อัตราค่าตอบแทนที่กำหนดให้แก่สถานพยาบาลรับผิดชอบนั้นไม่สมดุลกับต้นทุนค่าใช้จ่ายจริง ค่าสมัครที่สถานพยาบาลต้องจ่ายน้อยกว่าต้นทุนต่อหน่วยที่เป็นจริงในสถานการณ์ปัจจุบัน เนื่องจากอัตราค่าตอบแทนที่กำหนดนี้ใช้มานานเกือบ 10 ปี ไม่ได้ปรับเพิ่มเลยตั้งแต่ประกาศใช้ เนื่องจากคณะกรรมการบริหารสถาบันหรือบอร์ดของสรพ. เกรงว่าจะกระทบต่อสภาพการเงินของโรงพยาบาลรัฐขนาดเล็กที่มีรายได้น้อยหรือติดลบ ภาระค่าใช้จ่ายที่เกินกว่าต้นทุนที่แท้จริงจึงเป็นภาระที่สรพ.ต้องรับผิดชอบ ในบางกรณีที่สถานพยาบาลรัฐขนาดเล็กไม่สามารถจ่ายค่าสมัครเข้ารับการอบรมและรับการเยี่ยมประเมิน สรพ.ยังพิจารณายกเว้นให้แก่สถานพยาบาลดังกล่าว ปัญหาเช่นนี้ สรพ.ไม่สามารถแบกภาระได้ตลอดโดยเฉพาะในสภาพที่งบประมาณมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องจากปี 2558-2560 และ มีแนวโน้มจะลดลงต่อไป การที่สรพ.จะลดกิจกรรมลงย่อมเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก การปรับตัวเองเพื่อหารายได้อื่นเสริมเป็นสิ่งที่สรพ.ต้องจัดหายุทธศาสตร์ที่เหมาะสม แต่ต้องไม่เสี่ยงต่อข้อขัดแย้งเชิงผลประโยชน์ เชิงธุรกิจและหลักคุณธรรมแห่งธรรมาภิบาล จากความคิดเห็นของบุคลากรสถานพยาบาล โดยเฉพาะจากทีมคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ยังคงขอเสนอให้สรพ.ลดค่าลงทะเบียนอบรมหลักสูตรต่างๆ โดยเฉพาะหลักสูตรพื้นฐานเพื่อลดภาระการเงินที่โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กรายได้ไม่เพียงพอ มีปัญหาทางการเงินที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบมาตรฐาน HA ได้ทั้งการอบรมและสมัครรับการเยี่ยมประเมิน ในการพัฒนาโรงพยาบาลจำเป็นต้องปรับปรุงทั้งโครงสร้างและระบบงานซึ่งเป็นภาระทางการเงินที่โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบมาก จึงเป็นสาเหตุสำคัญที่ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กชะลอหรือระงับการรับเยี่ยมสำรวจเพื่อประเมินรับรองตามมาตรฐานที่สรพ.กำหนด ปัญหานี้สรพ.หน่วยงานเดียวไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ เนื่องจากหลักเกณฑ์ต่างๆทั้งค่าอบรมและค่าสมัครรับการประเมินรับรองกำหนดใช้ครอบคลุมสถานพยาบาลทุกระดับ ทางเลือกเพื่อแก้ปัญหาที่สำคัญ คือ การร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นต้นสังกัดของสถานพยาบาลรัฐขนาดเล็กๆ ในการสนับสนุนงบประมาณพิเศษเพื่อการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA หรือ การกำหนดอัตราค่าเยี่ยมประเมินที่มีระบบขั้นบันไดตามระดับความเข้มข้นของการประเมิน เป็นต้น

หลักการสำคัญของสำนักประเมินและรับรองใช้ปฏิบัติ ยึดถือนโยบายที่สรพ.กำหนดเพื่อการประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เน้นความปลอดภัยของผู้รับบริการและผู้ให้บริการเป็นสิ่งสำคัญ การประเมินและรับรองจึงเป็นการพัฒนาเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานพยาบาล สอดคล้องกับการขับเคลื่อนนโยบายที่สรพ.ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขสำหรับสร้างความปลอดภัยในสถานพยาบาลทุกแห่ง ภายใต้ชื่อโครงการว่า Patient Safety Goal: Patient and Personnel Safety หรือ 2P-Safety โครงการ 2P-Safety ได้รับการพัฒนาและทดลองดำเนินการโดยสรพ.มาตั้งแต่ปี 2558 ต่อมาปลายปี 2559 ขับเคลื่อนเป็นนโยบายประเทศ ประกาศ

นโยบายโดยรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข เมื่อ วันที่ 19 กันยายน 2559 ตรงกับวัน Safety Day ขององค์กรอนามัยโลก ปัจจุบันได้รับงบประมาณเป็นแผนบูรณาการร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ภารกิจการประเมินรับรองสถานพยาบาลเป็นบทบาทหน้าที่หลักของสรพ. ปัญหาภาระงานที่หนักเนื่องจากสำนักประเมินและรับรองต้องรับผิดชอบเป็นหน่วยงานหลัก สมควรได้รับการกระจายภาระงานแก่สำนักอื่นๆที่เกี่ยวข้อง สำนักประเมินและรับรองเปรียบเสมือนแก่นของภารกิจการประเมินและรับรองของสถาบัน แต่ยังต้องมีการบูรณาการที่ต้องการพัฒนา โดยสามารถใช้การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศและการจัดการที่ดีเข้ามาร่วมกัน มีข้อคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานสำนักประเมินและรับรองว่า ผู้บริหารระดับบนสมควรสนับสนุนเชิงนโยบายที่มีทิศทางตามยุทธศาสตร์ แล้วกระจายงานสู่ระดับสำนักที่สร้างการประสานบูรณาการงานร่วมกัน แทนการมอบภาระงานตามบทบาทภารกิจของแต่ละสำนักเช่นปัจจุบัน

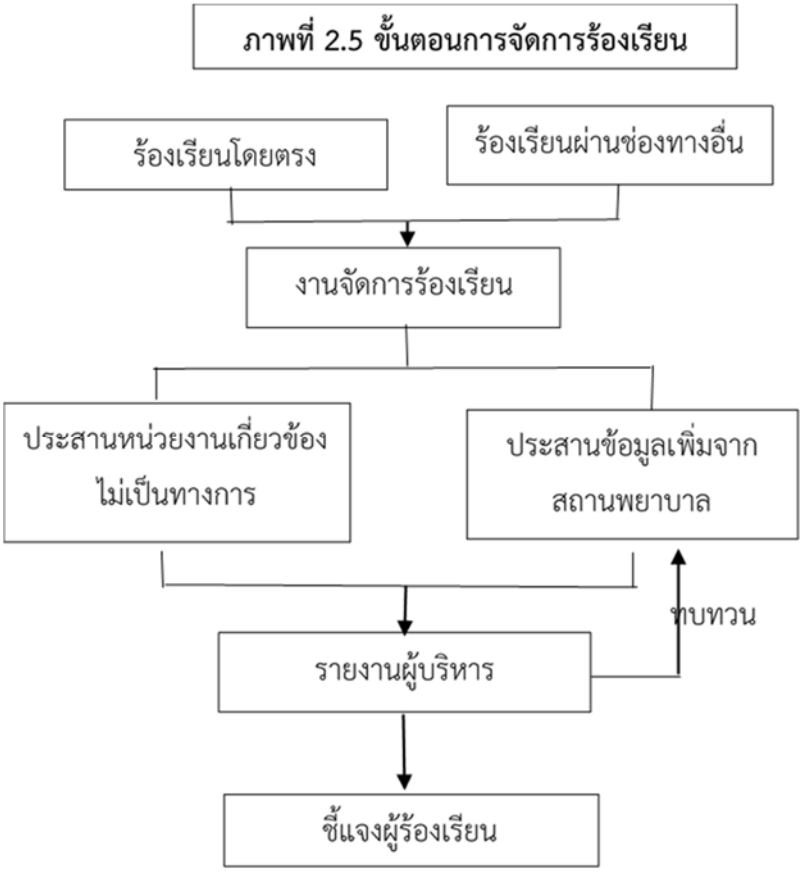
การจัดการเรื่องร้องเรียน

การจัดการเรื่องร้องเรียนเป็นบทบาทสำคัญอีกบทบาทหนึ่งของสำนักประเมินและรับรอง สรพ. เรื่องข้อร้องเรียนสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นสำคัญ คือ ประเด็นร้องเรียนสถานพยาบาลและประเด็นร้องเรียนสรพ. การจัดการเรื่องร้องเรียนจะประสานทั้งภายในและนอกสถาบัน ภายในสถาบันสำนักประเมินและรับรองจะร่วมมือกับงานประชาสัมพันธ์ งานควบคุมภายใน สำนักยุทธศาสตร์ และ งานดิจิตอลเทคโนโลยี การประสานภายนอกจะร่วมมือกับสถานพยาบาลที่ถูกร้องเรียน สภาวิชาชีพ และ ราชวิทยาลัย ที่เกี่ยวข้อง แม้กระทั่งกับสปสช. การประสานงานมีทุกขั้นตอนตั้งแต่การจัดการข้อมูล การให้ความคิดเห็น และ การทบทวนเพื่อพัฒนาปรับปรุง การประสานงานกับผู้ร้องเรียนจะรับเรื่องร้องเรียน จัดการประสานชี้แจง จนกระทั่งรับการระบายของผู้เสียหาย และสร้างความเข้าใจ ประเด็นร้องเรียนสถานพยาบาลจะเป็นกรณีสถานพยาบาลที่สรพ.ประเมินและให้การรับรองนั้นเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การบริการที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ไม่ได้ตามที่ผู้ป่วยหรือญาติคาดหวัง จนกระทั่งเกิดผลลัพธ์ที่ผู้รับบริการหรือญาติได้รับผลแทรกซ้อนจากการบริการจนเป็นข่าว สิ่งที่ร้องเรียนคือเรื่องการให้บริการ ซึ่งสรพ.ให้การรับรองกระบวนการและระบบบริการไม่ได้รับรองผลการบริการ การร้องเรียนอาจมาร้องเรียนด้วยตนเองโดยตรงหรืออาจจะเป็นจดหมาย อาจจะเป็นโทรศัพท์ อาจผ่านทางเวปไซท์ ทางหนังสือพิมพ์ หรือ โทรศัพท์เข้ามาร้องเรียนโดยตรง การร้องเรียนผู้ร้องอาจร้องเรียนไปยังสภาวิชาชีพ เช่น แพทยสภา หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือ กระทรวงสาธารณสุข ถ้าเป็นกรณีความเสียหายมากก็จะเป็นคดีฟ้องร้อง สรพ.จะมีบทบาทชี้แจงสร้างความเข้าใจในลักษณะเป็นคนกลางให้ข้อมูลเชิงกระบวนการคุณภาพ โดยการสอบถามหาข้อเท็จจริงจากโรงพยาบาลที่เกิดเหตุการณ์ แล้วนำเอาผลสรุปรายละเอียดจากโรงพยาบาลแจ้งไปให้ทางผู้ร้องเรียนทราบพร้อมกับสร้างความเข้าใจในบทบาทสรพ.และการรับรองระบบที่สรพ.ดำเนินการ โดยไม่ได้ตัดสินใครผิดใครถูก เพียงแต่บอกว่าให้โรงพยาบาลมีการทบทวน การร้องเรียนจะหลากหลายแต่ละรายไม่เหมือนกัน ส่วนใหญ่ที่

ร้องเรียนเป็นเรื่องของการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกัน ผู้ร้องบางครั้งก็คาดหวังกับองค์กรสรพ.ว่าต้องดำเนินการตัดสินข้อขัดแย้ง เช่น ต้องการให้ถอนใบรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น ขั้นตอนการจัดการร้องเรียนแสดงดังภาพที่ 2.5

กรณีร้องเรียนสถาบัน จะเป็นการร้องเรียนผู้เยี่ยมสำรวจประเมินรับรอง โดยร้องเรียนจากสถานพยาบาลที่ได้รับการเยี่ยมประเมินนั้นๆ จากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่า เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของผู้เยี่ยมประเมินมากกว่าข้อบกพร่องของระบบประเมินรับรองของสรพ. ผู้เยี่ยมสำรวจอาจจะใช้วิธีการถ่ายทอดและการสื่อสารที่ทีมคุณภาพหรือผู้บริหารสถานพยาบาลรู้สึกไม่เข้าใจและไม่สบายใจจึงมีปฏิกริยาสะท้อนกลับมา ทางสรพ.ก็รวบรวมรายละเอียดส่งสะท้อนกลับไปยังผู้เยี่ยมสำรวจด้วยวิธีแตกต่างกัน ส่วนใหญ่จะเป็นการสร้างความเข้าใจและทบทวนประสบการณ์ สำนักประเมินและรับรองจะเป็นผู้รับผิดชอบประเด็นทบทวน เพราะหลังจากเยี่ยมสำรวจประเมินโรงพยาบาลเสร็จแต่ละครั้ง ผู้ประสานงานที่รับผิดชอบแต่ละพื้นที่ จะประสานกับโรงพยาบาลเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นร่วมกับการให้สถานพยาบาลตอบข้อมูลกลับ ซึ่งจะมีการบันทึกในระบบงานโดยผ่านระบบอินเตอร์เนท สรพ.จะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลที่ผู้ประสานงานได้รับ จากการประเมินที่ผ่านมาความพึงพอใจค่อนข้างดีมาก คะแนนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80-90 ผู้เยี่ยมสำรวจประเมินได้กล่าวกับสรพ.ว่า ตระหนักเสมอว่าตลอดเวลาที่เข้าเยี่ยมโรงพยาบาลเท่ากับปฏิบัติหน้าที่ในฐานะตัวแทนสรพ. จึงพบข้อร้องเรียนลดลงมากในปัจจุบัน

ภาพที่ 2.5 ขั้นตอนการจัดการร้องเรียน



การสื่อสารประชาสัมพันธ์

งานสื่อสารและประชาสัมพันธ์เป็นงานที่มีความสำคัญต่อสรพ.อย่างมาก ลักษณะงานช่วงปี 2558-2560 ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารประชาสัมพันธ์กับเครือข่ายคุณภาพและสถานพยาบาลที่รับการประเมินรับรองตามมาตรฐาน HA งานสื่อสารประชาสัมพันธ์ยังได้รับความสำคัญไม่เพียงพอ ดังเห็นได้ชัดเจน งานที่รับผิดชอบจะเป็นลักษณะการสื่อสารกิจกรรมหรือโครงการใหม่ๆที่องค์กรสร้างขึ้น เป็นลักษณะการประชาสัมพันธ์ เขียนข่าวประชาสัมพันธ์ การสร้างสื่อประชาสัมพันธ์ขององค์กรก็เป็นลักษณะการแนะนำองค์กร เช่น แผ่นพับ วีดีโอคลิป และ กิจกรรมออกบูทนิทรรศการ การเปลี่ยนแปลงเริ่มเกิดขึ้น ในปี 2558 จากการวิเคราะห์ตนเองว่า อะไรคือสิ่งที่จะทำให้สรพ.สร้างผลงานได้กว้างขึ้นภายใต้งบประมาณที่มีจำกัด งานประชาสัมพันธ์ได้รับการจัดสรรงบประมาณน้อยไม่เพียงพอ มีบุคลากรรับผิดชอบเพียงคนเดียว การดำเนินงานส่วนใหญ่จ้างบุคคลภายนอกมารับดำเนินการ เช่น ผลิตสื่อวีดีโอและจัดพิมพ์วารสารเพื่อส่งให้โรงพยาบาล กลุ่มเป้าหมายของงานประชาสัมพันธ์ช่วงปี 2558-2560 การสื่อสารมุ่งยึดโรงพยาบาลเป็นลูกค้าหลัก ช่องทางการประชาสัมพันธ์ใช้ผ่านทางเวปไซท์อินเตอร์เนท ในลักษณะข่าวประชาสัมพันธ์กิจกรรมต่างๆ มีการจัดกิจกรรมสื่อมวลชนสัญจรขึ้นเพื่อเชิญสื่อมวลชนไปเยี่ยมชมโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองในพื้นที่ต่างจังหวัด แล้วให้ผู้สื่อข่าวช่วยเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หลังจากปี 2558 การสื่อสารประชาสัมพันธ์เริ่มยุทธศาสตร์เชิงรุก โดยจัดตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการสื่อสารยกร่างยุทธศาสตร์ขึ้นขับเคลื่อน เน้นลูกค้าที่ประกอบด้วยโรงพยาบาลและประชาชนผู้รับผลคุณภาพบริการ เป็นแนวคิดสำคัญของโครงการนักสื่อสารคุณภาพ ร่วมมือกับโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐานและกลุ่มของผู้ร่วมโครงการ Engagement for Patient Safety มีตัวแทนประชาชนเข้ามีส่วนร่วม สร้างความรู้ให้กับนักสื่อสารคุณภาพ สร้างความเข้าใจถึงประเด็นสำคัญๆ ได้แก่ สรพ.คือองค์อะไร มีความสำคัญยังไงในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งประสบผลดีในปี 2559 จัดทำสื่อต่างๆพร้อมกับพัฒนาช่องทางการสื่อสารมากขึ้น เปลี่ยนช่องทางการสื่อสารจากเดิมที่เป็นสื่อแผ่นพับและใบปลิว เป็นสื่อหลักทางหน้าเว็บไซต์ วิทยุ และ ทีวี เนื่องจากงบประมาณมีจำกัดไม่สามารถทุ่มโฆษณาได้มากนัก ช่องทางสื่อสารออนไลน์จึงมีความสำคัญมากขึ้นเพราะประหยัดงบประมาณมากกว่า เช่น การจัดตั้งสมาชิกทาง Facebook และ ทำสื่อใน YouTube

ปัญหาการปรับเปลี่ยนบุคลากรโสตทัศนูปกรณ์ไปมาระหว่างงานสื่อสารประชาสัมพันธ์และงานสารสนเทศทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของการวางแผนการทำงาน จึงปรับเปลี่ยนกลยุทธ์การทำงานให้ประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วม เน้นถึงคุณภาพโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA ว่าประชาชนได้รับอะไรในรูปคลิปวีดีโอและโปสเตอร์ แล้วนำผลงานที่ผ่านการพิจารณาเข้ารับรางวัลในการประชุม HA Forum งานสื่อสารประชาสัมพันธ์ได้ขยายกลุ่มเป้าหมายไปสู่ประชาชนที่ใช้บริการบริษัทประกัน เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลของโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานมากขึ้น การมอบป้ายรับรองกิจกรรมคุณภาพเป็นอีกช่องทางของการสื่อสารประชาสัมพันธ์และกระตุ้นการนำมาตรฐาน HA ไปพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล พยายามกระตุ้นให้โรงพยาบาลสื่อสารกับประชาชนในพื้นที่ของ

สถานพยาบาลนั้นๆ โดยเน้นความปลอดภัยของการรับบริการ การวัดผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานอ้างอิงตัวชี้วัดกพร. ในการสร้างความรับรู้ของประชาชนต้องให้ได้ร้อยเปอร์เซ็นต์

สำนักพัฒนาองค์กร

สำนักพัฒนาองค์กร มีบทบาทสำคัญสำหรับการพัฒนาสรพ.เปรียบเสมือนศูนย์คุณภาพสถาบัน เพราะรับผิดชอบด้าน การจัดการความรู้ การฝึกอบรม พัฒนาข้อมูลสารสนเทศด้วยระบบดิจิตอล พัฒนาบุคลากร และบริหารระบบคุณภาพทั้งหมด ภารกิจหลักของสำนักพัฒนาองค์กร คือ จัดอบรมให้กับสถานพยาบาลในหัวข้อที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของงานคุณภาพในโรงพยาบาล ซึ่งมีการพัฒนาหลักสูตรอบรมจากเดิม 17 หลักสูตรจนเพิ่มเป็น 22 หลักสูตร บทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่ง คือ การพัฒนาศักยภาพวิทยากร เพื่อสร้างทีมอาจารย์ที่ออกไปบรรยายตามหลักสูตรของสรพ. การพัฒนาหลักสูตรเกิดจากความต้องการของโรงพยาบาลเป็นหลัก ร่วมกับความจำเป็นของความรู้พื้นฐานที่ต้องอบรมแก่ทีมคุณภาพโรงพยาบาลที่เข้าร่วมรับการประเมินรับรองด้วยมาตรฐาน HA ข้อมูลความต้องการของทีมคุณภาพได้รับจากหลายช่องทาง ส่วนใหญ่ได้รับจากผู้เยี่ยมสำรวจที่เข้าไปเยี่ยมประเมินโรงพยาบาลว่าโรงพยาบาลนั้นๆยังมีจุดอ่อนเรื่องอะไร ด้านไหน ควรจะเติมเต็มหัวข้อเรื่องไหนให้กับโรงพยาบาล นอกจากนี้ข้อมูลการพัฒนาหลักสูตรยังได้รับจากการสอบถามทางโรงพยาบาลที่แสดงความต้องการมา ดังนั้นหลักสูตรจึงมีหลายระดับ ตั้งแต่ขั้นพื้นฐานทั่วไป เช่น ระบบคุณภาพ HA คืออะไร เป็นต้น ขั้นพื้นฐานเฉพาะ เช่น หน่วยงานสนับสนุน (Back office) หรือ พื้นฐานสำหรับพยาบาลระดับปฏิบัติการ จนถึงหลักสูตรเฉพาะ เช่น หลักสูตรเกี่ยวกับระบบบริหารความเสี่ยงที่เป็นสิ่งที่โรงพยาบาลต้องการมาก หลักสูตรที่เกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก การทบทวนทางคลินิก นอกจากนี้ยังมีหลักสูตรเกี่ยวกับการเป็นผู้เยี่ยมผู้สำรวจภายใน และหลักสูตรที่เกี่ยวเรื่องเฉพาะก้าวหน้า สำหรับทีมคุณภาพและโรงพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจแล้วต้องการจะให้เกิดการพัฒนาคุณภาพมากยิ่งขึ้น หลักสูตรต่างๆนี้สำนักส่งเสริมการพัฒนาจะนำเอาเนื้อหาเดียวกันไปจัดทำหลักสูตรสำหรับนำไปพัฒนาให้กับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง กลุ่มลูกค้าของสำนักพัฒนาองค์กร คือ สถานพยาบาลที่สมัครลงทะเบียนเข้ารับการอบรม ได้แก่ โรงพยาบาลทั้งหลายทั้งรัฐและเอกชน สถานพยาบาลที่สมัครเข้ารับการอบรมลงทะเบียนและจ่ายค่าลงทะเบียนมาให้สรพ.สำหรับให้สำนักพัฒนาองค์กรนำไปจัดการอบรมตามหลักสูตร ซึ่งงานฝึกอบรมเป็นผู้รับผิดชอบผู้จัดการอบรมทั้งหมดทุกหลักสูตร

สำหรับผู้ที่จะเตรียมตัวเป็นผู้เยี่ยมประเมิน ต้องเข้าใจแก่นหรือแนวคิดหลักของระบบมาตรฐานคุณภาพ HA ต้องเข้าใจและมีทักษะในการที่จะเป็นผู้เยี่ยมประเมิน ความรู้ที่จะต้องมี คือ ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานของ HA สำหรับผู้รับการอบรมทั่วไป ผู้เยี่ยมประเมินจะต้องเข้าใจมาตรฐาน HA หลังการอบรมเพื่อมั่นใจว่าผู้อบรมได้กลับไปพัฒนาโรงพยาบาลตนเอง สำนักพัฒนาองค์กรโดยงานฝึกอบรมจะมีระบบการติดตามหลังการอบรม ในหลักสูตรที่สำคัญบางหลักสูตร เช่น หลักสูตร 201 พื้นฐาน หลักสูตร 501 เกี่ยวกับ Standard HA หลักสูตร Lean 502 หรือ หลักสูตรความเสี่ยงทางคลินิก การติดตามสถานพยาบาลที่รับการอบรมเพื่อประเมินผลใช้ระบบจ้าง

ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมินภายนอก เพื่อความน่าเชื่อถือ ลดปัญหาจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอกับภาระงาน ขณะเดียวกันฝ่ายฝึกอบรมก็ใช้ช่องทางการโทรศัพท์และE-mailสอบถามศูนย์คุณภาพโรงพยาบาล สอบถามหัวหน้างาน สอบถามเพื่อนร่วมงาน และ สอบถามตัวผู้ผ่านการอบรมเองโดยตรง เพื่อติดตามผลการฝึกอบรม แต่ไม่มีลงพื้นที่จริงเนื่องจากขาดแคลนบุคลากร การติดตามเน้นเรื่องของความเสี่ยงทางคลินิกเพราะว่าเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยและชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งคาดหวังว่าหากผู้ผ่านการอบรมนำเอาไปใช้จริง อัตราความเสี่ยงที่ผู้ป่วยเนื่องความผิดพลาดในการดูแลรักษาพยาบาลก็น่าจะลดน้อยลง โดยเฉพาะทักษะการทบทวนทางคลินิก ซึ่งมีความสำคัญอย่างมาก

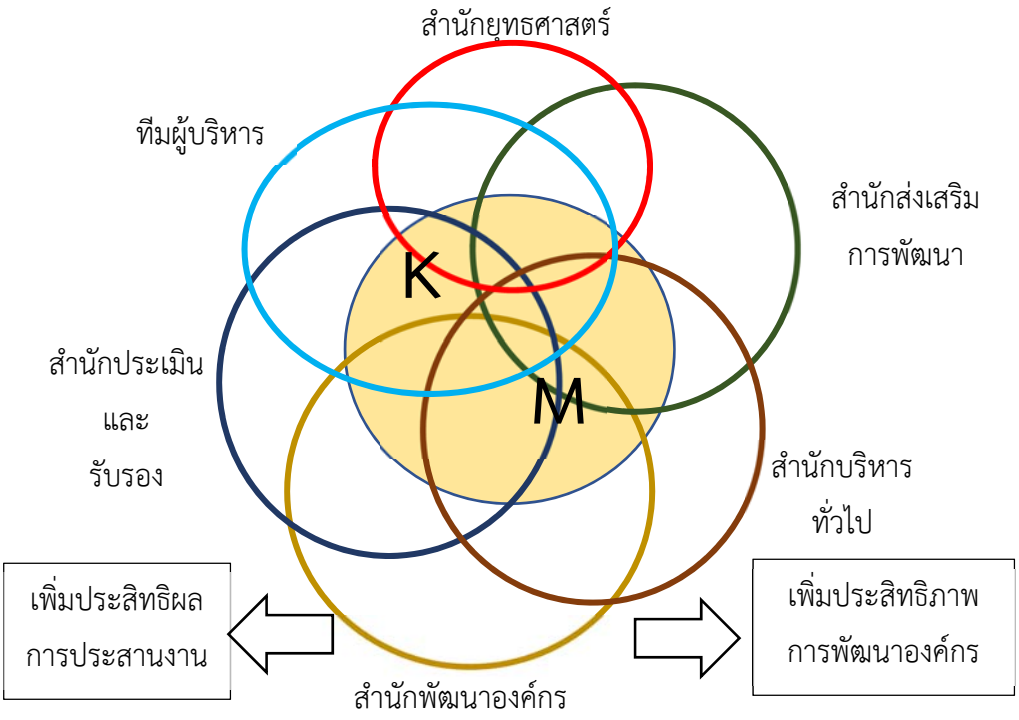
สำนักพัฒนาองค์กรมีบทบาทพัฒนาสถาบันตามข้อประเมินของ ISQua ด้านการบริหารจัดการองค์กร ในการปรับปรุงมาตรฐานคุณภาพและการเผยแพร่มาตรฐานที่ผลิต ช่วงปี 2558-2560 ISQua เน้นเรื่อง Risk Register สถาบันจึงกำหนดนโยบายการจัดการความเสี่ยง สำนักพัฒนาองค์กรจึงเพิ่มความเข้มข้นมาตรฐานเรื่องนี้ขึ้นจากที่มีตัวมาตรฐานเดิมอยู่แล้ว ทำให้เกิดความโดดเด่นของมาตรฐานนี้เพิ่มขึ้น การประชาสัมพันธ์มาตรฐาน Risk register ต้องใช้การสื่อสารผ่านสื่อต่างๆอย่างมาก โดยเฉพาะทางเว็บไซต์ เฟสบุ๊ค ไลน์ และ YouTube การประชาสัมพันธ์นอกจากการเผยแพร่ช่องทางดังกล่าวยังเพิ่มช่องทางให้ทีมคุณภาพโรงพยาบาลได้รับทราบ เริ่มจากการส่งหนังสือแก่ผู้บริหารโรงพยาบาล โดยเน้นความสำคัญของผู้บริหารที่มีผลต่อความสำเร็จขององค์กรและต่อการขับเคลื่อนงานคุณภาพ กระตุ้นให้เกิดความเข้าใจและสนใจ สำนักพัฒนาองค์กรพยายามผลักดันในรูปแบบต่างๆ หากพบว่า ผู้บริหารสถานพยาบาลที่ได้รับการประเมินรับรองท่านใดมีความโดดเด่นเรื่องต่างๆ สรพ.ก็เชิญมาเป็นวิทยากร เป็นการสร้างแรงจูงใจ (Empowerment) และเป็นการกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ นอกจากผู้บริหารแล้วแพทย์ก็มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาตามมาตรฐาน ดังนั้นองค์กรแพทย์จึงเป็นเป้าหมายการกระตุ้นพัฒนาไม่น้อยกว่าผู้บริหารสถานพยาบาลนั้นๆ

งบประมาณฝึกอบรมแต่ละปีที่สำนักพัฒนาองค์กรได้รับจัดสรรไม่เพียงพอ จำเป็นต้องใช้รายได้จากการลงทะเบียนสมัครอบรมมาช่วยจัดการอบรม บางครั้งหลักสูตรที่เปิดอบรมมีผู้สมัครไม่ครบตามที่กำหนด โดยเฉพาะการอบรมที่ถูกจัดช่วงไตรมาสแรกของงบประมาณ โรงพยาบาลยังไม่พร้อมที่จะส่งคนมาอบรม แต่ก็จำเป็นต้องเปิดอบรมเพื่อไม่ให้ผิดแผนการอบรมที่จัดไว้ ปกติการควบคุมตารางฝึกอบรมจะมีความยุ่งยากอยู่แล้วเนื่องจากช่วงเวลาของวิทยากรที่เชิญมาสอนส่วนใหญ่มาจากนอกสถาบัน บางคนเป็นผู้เยี่ยมประเมิน มีภาระมากและเวลาจำกัดอย่างมาก ดังนั้นบางหลักสูตรเปิดมาไม่คุ้มค่าจัดแต่ก็จำเป็นต้องดำเนินการต่อ เพราะการเลื่อนอบรมก็จะเกิดปัญหากระทบกับทางผู้สมัครมาก

กิจกรรมสำคัญของการพัฒนาองค์กร คือ การจัดการความรู้ที่ปฏิบัติเป็นประจำทุกสัปดาห์ จนทุกคนในองค์กรเข้าใจคำว่า Monday KM เพราะทุกวันจันทร์ของสัปดาห์ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานทุกคนในสถาบันจะมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนจัดการความรู้ เพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ และ การประสานงานที่ดี โครงสร้างการจัดการความรู้จะเป็นการทำงานร่วมกันทั้ง 5 สำนักและทีมผู้บริหาร บางช่วงเวลาอาจมีผู้เยี่ยมประเมินนอกสังกัดสรพ.เข้า

มาร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ เวทีการจัดการความรู้เป็นกระบวนสร้างทีมงานที่พัฒนาประสิทธิผล เพราะสร้างความเชื่อมโยงและเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานเพราะเป็นเวทีการเรียนรู้พัฒนางานทั้งองค์กร

ภาพที่ 2.6 ความสัมพันธ์แห่งการจัดการความรู้ของ
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



สำนักส่งเสริมการพัฒนา

สำนักส่งเสริมการพัฒนา มีบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนคุณภาพของโรงพยาบาลและสนับสนุนกลไกต่างๆด้านพัฒนาคุณภาพ ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่และบุคลากรของโรงพยาบาลได้มีการฝึกอบรม สร้างเครือข่ายการเรียนรู้และจัดอบรมในหลักสูตรต่างๆเพื่อสร้างที่ปรึกษาในพื้นที่ ตลอดจนทำข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายและจัดการความรู้ โครงสร้างมีการพัฒนาปรับเปลี่ยนตลอดจนปัจจุบัน ช่วงปี 2558-2560 สำนักส่งเสริมการพัฒนาไม่มีโครงสร้างของฝ่ายฝึกอบรม เริ่มปรับเปลี่ยนจัดตั้งฝ่ายฝึกอบรมในปี 2562

กลไกการช่วยพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ที่สำนักส่งเสริมการพัฒนาใช้ คือ การสร้างเครือข่าย โดยเชิญชวนทีมคุณภาพของแต่ละโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองแล้วในพื้นที่จังหวัดนั้นๆ มาช่วยเหลือแบ่งปันกับเพื่อนที่อยู่ในจังหวัด เหมือนช่วยประสานองค์ความรู้จากสรพ.กระจายไปสู่พื้นที่ เรียกชื่อว่า เครือข่ายการเรียนรู้คุณภาพ (Quality Learning Network หรือ QLN) โดยใช้ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HACC) เป็นหน่วยงานสนับสนุนที่ทำให้แนวคิดอันนี้ไปสู่โรงพยาบาลในพื้นที่ได้อย่างเกิดประสิทธิผล พัฒนาคนในพื้นที่แต่

ละจังหวัดและเขตมาเป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านคุณภาพ (Quality Coach) เพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาลต่างๆในการพัฒนา จนปัจจุบันพัฒนาเพิ่มขึ้นให้ผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้รับบริการเข้ามีส่วนร่วมการพัฒนาคุณภาพ ใช้ประสบการณ์ผู้ป่วยมาเป็นเครื่องมือร่วมสร้างการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ช่วงระยะเวลาปี 2558-2560 ประสบความสำเร็จทุกกลไก ทั้ง 3 กลไกเชื่อมโยงเกื้อกูลกันตั้งแต่ระดับเขต คือ HACC ระดับจังหวัด คือ QLN และ ระดับผู้ป่วยเป็นกลุ่มชมรมคุณภาพ แต่ละพื้นที่อาจบรรลุเป้าหมายไม่เท่ากันแล้วแต่บริบทที่แตกต่างกัน แต่ที่ประสบความสำเร็จเหมือนๆกันคือเครือข่ายคุณภาพที่เชื่อมโยงกันและกัน โดยเฉพาะการประสานระหว่างพื้นที่กับสรพ.และโรงพยาบาล

ผู้ประสานงานในพื้นที่มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นให้โรงพยาบาลพัฒนาคุณภาพ การที่ผู้เยี่ยมประเมินรับรองเป็นผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนั้นๆ ไม่ได้หมายความว่าโรงพยาบาลนั้นๆจะประสบผลการพัฒนาคุณภาพ เพราะต้องประกอบด้วยหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องและร่วมมือพัฒนาคุณภาพเป็นทีมเดียวกัน การเยี่ยมประเมินสถาบันจะไม่อนุญาตให้ผู้เยี่ยมที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนั้นทำหน้าที่เป็นผู้เยี่ยมประเมิน เพื่อป้องกันข้อขัดแย้งเชิงผลประโยชน์ (Conflict of interest) ไม่เป็นธรรมกับสถานบริการอื่นๆ ระบบการส่งเสริมพัฒนานั้น มีขั้นตอนสำคัญ คือ กระบวนการฝึกอบรมและเรียนรู้ ดังนั้นผู้เยี่ยมประเมินจึงไม่ได้เป็นที่ปรึกษาแบบการปรึกษาทั่วๆไปแต่ต้องสร้างการเรียนรู้ การเรียนรู้ใช้บริบทที่คล้ายคลึงกัน ดังนั้น QLN จึงเน้นจุดสำคัญที่บริบทที่ไม่แตกต่างกัน เช่น เป็นกลุ่มโรงพยาบาลชุมชนที่ขนาดใกล้เคียงกัน จะคล้ายคลึงกันมากกว่าการที่จะเรียนรู้จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงเรียนแพทย์ การสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ที่มาร่วมกันพัฒนาคุณภาพนั้น สรพ.ได้สร้างแรงจูงใจจัดการอบรมแก่ผู้ที่เสียสละมาทำงาน เช่น งดเว้นค่าลงทะเบียน จัดการอบรมให้อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และ ลดค่าหนังสือให้ 30% เป็นต้น ผลดำเนินงานการสร้างเครือข่ายพัฒนาก้าวหน้าอย่างประสบผลสำเร็จ ดังเห็นได้ว่า เครือข่าย QLN เดิมที่มี 40 เครือข่ายขยายเพิ่มขึ้นเป็น 52 เครือข่าย ไม่มีการประเมินการดำเนินงานเครือข่ายเนื่องจากเป็นการสมัครร่วมมือกัน แต่มีข้อกำหนดมาตรฐานการประเมินในคุณสมบัติเฉพาะตัวผู้ที่จะมาเป็นผู้ให้คำปรึกษารายบุคคล จากการสรุปบทเรียนพบว่าแต่ละพื้นที่มีบทเรียนที่ดีๆเกิดขึ้น สิ่งที่เครือข่ายและโรงพยาบาลได้รับสร้างความเปลี่ยนแปลงทั้งจำนวนคนที่เข้ามาร่วมทำคุณภาพมากขึ้น ตัวผู้ให้คำปรึกษามีความภูมิใจเหมือนกับว่าผู้มาร่วมกันทำงานได้รับการสนับสนุนเสริมพลัง (Empowerment) จากสถาบัน ผู้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษารู้สึกว่าตัวเองมีคุณค่าช่วยเพื่อนพัฒนาคุณภาพ ผู้ให้คำปรึกษาเป็นที่ยอมรับในระดับจังหวัดเกิดแรงบันดาลใจในการที่จะไปช่วยทำงานมากกว่าค่าตอบแทน สำหรับเครือข่ายระดับจังหวัด หรือ Provincial Network Certification (PNC) นั้น มีลักษณะที่แตกต่างจาก QLN เพราะว่า โครงการ PNC กำหนดว่าโรงพยาบาลในจังหวัดเดียวกันทุกแห่งมีความสนใจที่จะพัฒนาคุณภาพเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่งร่วมกันทั้งจังหวัด จนเป็นระบบบริการแบบไร้รอยต่อ (Seamless) เชื่อมโยงตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนจนถึงโรงพยาบาลจังหวัด เกิดการพัฒนาคุณภาพจนได้รับการรับรองมาตรฐานจากสถาบัน ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานของสำนักส่งเสริมการพัฒนา เห็นได้ว่า สถาบันได้เพิ่มกลยุทธ์ของการส่งเสริมการพัฒนาเชิงกระบวนการมาสู่การพัฒนาเชิงโครงสร้างมากขึ้น ครอบคลุมทุกระดับของระบบบริการ

สุขภาพ การดำเนินงานของสำนักส่งเสริมการพัฒนานั้นเป็นการรับผิดชอบแบบโครงการ เน้นการมีส่วนร่วมจนเกิดเครือข่ายและสร้างการบูรณาการที่เชื่อมโยง

สำนักบริหารงานทั่วไป

สำนักบริหารงานทั่วไปจะประกอบด้วยฝ่ายบริหารทั่วไป ฝ่ายการเงิน และ บัญชี บทบาทสำคัญของสำนักบริหารงานทั่วไปจะเกี่ยวข้องกับงานธุรการ การเงิน การพัสดุ และ งานบริหารของสรพ. มีความสัมพันธ์กับการสร้างประสิทธิผลและประสิทธิภาพการดำเนินงานสถาบันอย่างใกล้ชิด เพราะการดำเนินงานของสถาบันเกี่ยวข้องกับสำนักบริหารงานทั่วไปอย่างมากหลายขั้นตอน ตั้งแต่การสื่อสารทั้งภายในและนอกองค์กร การปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กร การป้องกันความเสี่ยงทางการเงินและการพัสดุ และ การสร้างธรรมาภิบาลการจัดการในองค์กรอันเป็นบทบาทสำคัญของสำนักบริหารงานทั่วไปซึ่งเปรียบเสมือนแม่บ้านสถาบัน

สรพ.นำระบบโปรแกรมการเงินและบัญชี Enterprise Resource Planning (ERP) มาใช้เพื่อการจัดการตั้งแต่ปี 2558 เป็นโปรแกรมสำเร็จรูปที่พัฒนาโดยการจ้างบริษัทเอกชนจัดทำ ถูกนำมาใช้จัดการเรื่องการจ่ายเงินและจัดทำบัญชี ปัจจุบันนี้ยังสามารถใช้งานได้ดีแต่ต้องการบำรุงรักษาพัฒนา งานโปรแกรมงบประมาณนั้นเป็นงานส่วนรับผิดชอบของสำนักยุทธศาสตร์ยังไม่ได้เชื่อมต่อกันกับโปรแกรม ERP ข้อมูลอื่นๆนอกเหนือด้านการเงินยังไม่ได้ใช้จัดการด้วยโปรแกรมเชื่อมโยงแบบ ERP จะเป็นระบบข้อมูลที่แต่ละสำนักเก็บไว้เป็นลักษณะแยกส่วน (Stand alone) ไม่มีการเชื่อมระหว่างสำนักหรือในสำนักเดียวกัน ข้อมูลเป็นงานประจำที่แต่ละสำนักรับผิดชอบข้อมูล๔กเก็บไว้โดยผู้รับผิดชอบในแต่ละเรื่องงานนั้นๆ ข้อมูลกลางมีบางส่วนในคลังข้อมูลที่ทุกคนสามารถนำเอามาใช้แต่ไม่ทั้งหมด เช่น การจัดซื้อพัสดุ เป็นต้น ข้อมูลกลางเองยังไม่ได้นำเอาข้อมูลแต่ละงานมารวมกัน ไม่สามารถแชร์ข้อมูลซึ่งกันและกันได้ การพัฒนาที่เกิดขึ้นปัจจุบัน ส่วนมากเป็นเรื่องของตัวโปรแกรมประยุกต์ (Application) สำหรับให้บริการโรงพยาบาลทั่วประเทศที่อยู่นอกสถาบัน เช่น โปรแกรมโครงการTHIP เป็นต้น การพัฒนาโปรแกรม ERP ปัจจุบัน ระบบงานพัสดุกับบัญชีเชื่อมกันได้ไม่สมบูรณ์ เกิดจุดอ่อนโปรแกรมสร้างข้อมูลตัวเลขไม่ถูกต้อง จำเป็นต้องหมั่นตรวจสอบโดยนำตัวเลขมาเปรียบเทียบกันเป็นช่วงๆ สร้างความเสี่ยงทางการเงินมาก แผนงานต่างๆจะดำเนินการไปตลอดตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด มีการเบิกจ่ายตามกิจกรรมที่ดำเนินการไปแล้ว แต่ระบบ ERP จะอนุมัติตามหลัง หากกระบวนการของการลงโปรแกรมยังไม่เสร็จข้อมูลจะยังคงค้างอยู่ในระบบ แผนงานการเงินจะไม่มีข้อมูลส่งมาที่บัญชี ERP ข้อมูลจึงไม่เป็นปัจจุบันทันที ความคาดหวังสำนักบริหารงานทั่วไปต้องการให้ข้อมูลทั้งหมดของ แผน พัสดุ บัญชี การเงิน และ บุตลากร เชื่อมต่อกันได้ครบ แต่ปัจจุบันไม่ได้เป็นไปตามแบบที่ต้องการ ยังแยกส่วนระหว่างสำนักยุทธศาสตร์ งานงบประมาณ กับ บัญชีการเงิน เกิดความขัดแย้งเป็นประจำปกติ

สำนักบริหารทั่วไปเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานโดยจัดฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานของสำนัก ในช่วงปี 2558 ได้จัดอบรมเกี่ยวกับเรื่องของการทำรายงานด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ จนสามารถที่จะลงข้อมูลได้ดีขึ้น สามารถ

กำหนดสูตรการคำนวณเพื่อช่วยให้งานของแต่ละหน่วยง่ายขึ้นหรือสะดวกมากขึ้น มีการให้ความรู้ในการประชุมการจัดการความรู้ทุกวันจันทร์ช่วงเช้าเพื่อสื่อสารทั้งองค์กร มีแผนงานที่จะพัฒนาโปรแกรมการช่วยสำนักอื่นๆในการทำงาน เช่น Application เรื่อง ของการประเมินและรับรอง เพื่อสนับสนุนทางด้านของฝ่ายสำนักประเมินและรับรอง ของการจัดตารางเยี่ยมประเมิน อย่างไรก็ดีปัจจุบันยังขาดการเชื่อมโยงของแต่ละงานที่มีความต้องการแตกต่างกัน ตัวกลางสำคัญ คือ เจ้าของงานและผู้รับผิดชอบระบบข้อมูลสารสนเทศจะต้องสร้างความเข้าใจสามารถสื่อความหมายส่งต่อให้บริษัทเอกชนที่จะเข้ามารับสัญญาจ้างงานสร้างโปรแกรมเข้าใจได้จนจัดทำโปรแกรมสำเร็จ ผู้อำนวยการสำนักบริหารทั่วไปมีความเห็นว่า ระบบสื่อสารภายในองค์กร (Intranet) มีความอ่อนแอและต้องการการพัฒนาให้เข้มแข็งก่อนที่จะขยายขอบเขตการเชื่อมประสานไปสู่ภายนอกสถาบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำเทคโนโลยีใหม่ๆราคาแพงมาใช้ เพื่อการจัดการและดำเนินงานของสถาบันสมควรพิจารณาทั้งส่วนดีและส่วนเสียอย่างรอบคอบ การที่ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลแต่ละงานและสำนักจึงเป็นอุปสรรคสำคัญของการวิเคราะห์ต้นทุนสถาบัน ปัจจุบันงานควบคุมภายในและงานจัดการความเสี่ยงขึ้นตรงกับผู้อำนวยการสถาบันแต่การปฏิบัติงานแยกจากกันชัดเจน การควบคุมภายในสำคัญเพราะปัจจุบันการเบิกจ่ายยังไม่ค่อยเสถียรแต่ก็มีการพัฒนาดีขึ้น เช่น ปี 2559 ข้อสังเกตของสำนักตรวจเงินแผ่นดินน้อยลงกว่าปี 2558 และ ลดลงมากขึ้นในปี 2560 ส่วนใหญ่ปัญหาที่ถูกท้วงจะเกี่ยวกับการจัดหมวดหมู่ครุภัณฑ์ไม่ถูกต้อง ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของบัญชี ทำให้การจัดระยะเวลาของการคิดค่าเสื่อมไม่ได้มาตรฐาน เมื่อปรับใช้ตัวมาตรฐานการคิดค่าเสื่อมตามที่กระทรวงการคลังกำหนดก็สามารถแก้ปัญหาได้โดยดี

สำนักบริหารทั่วไปได้พยายามสร้างประสิทธิภาพการจัดการ พยายามสร้างความคุ้มทุนในการดำเนินงานของสถาบันทุกกรณี เช่น การจัดระบบขนส่งของสถาบันทำสัญญาให้เอกชนเข้าดำเนินการรับจ้างราย 5 ปี โดยมีระบบ e-bidding หมวดค่าใช้สอยแต่ละปีประมาณเกือบ 20% ของงบประมาณถูกใช้เพื่อจัดเยี่ยมสำรวจ การจัดตารางเยี่ยมประเมินประสานงานในเขตพื้นที่หรือโรงพยาบาลนั้น รถที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลสนับสนุนให้มารับทีมเยี่ยมประเมิน จะเป็นต้นทุนที่ฝ่ายบริหารทั่วไปของสรพ.ไม่สามารถรับรู้ได้ เพราะเป็นการประสานงานโดยตรงกับสำนักประเมินและรับรอง ข้อมูลจึงอยู่ที่สำนักประเมินและรับรอง จากการสังเกตเห็นได้ว่าระบบข้อมูลของสรพ.ไม่ซับซ้อนแต่ขาดการเชื่อมต่อ การพัฒนาต้องเปลี่ยนแนวคิดทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ การพัสดุสำหรับการจัดหาวัสดุสำนักงานทั่วๆไป ก่อนสิ้นปีงบประมาณสำนักบริหารทั่วไปจะส่งแบบสำรวจให้ทุกสำนักรวบรวมมาแจ้งแก่สำนักบริหารทั่วไป งานพัสดุจะรวบรวมข้อมูลนำมาเปรียบเทียบกับประวัติการซื้อครุภัณฑ์และวัสดุใช้สอย จากนั้นนำเอาข้อมูลเสนอกับคณะกรรมการ Senior Leading Team (SLT เพื่อสรุปภาพรวม งานพัสดุจะต้องทำเป็นแผนการจัดซื้อจัดจ้างประจำปี ก่อนดำเนินงานตามกระบวนการพัสดุ การจัดซื้อครุภัณฑ์ตัวใหญ่ๆของสถาบันมีการจัดซื้อไม่มากในแต่ละปี กระบวนการพัสดุสามารถปฏิบัติตามระเบียบขั้นตอนของกระทรวงการคลังได้ถูกต้องทำให้เกิดธรรมาภิบาล อย่างไรก็ตามงานพัสดุกับบริหารการจัดการยังมีจุดอ่อนต้องพัฒนาอีกมาก

สรุปภาพรวมการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลช่วงปี 2558-2560

ส่วนนี้แสดงข้อสรุปของกระบวนการดำเนินงานของสรพ.ในภาพรวม สามารถจำแนกตามความสำคัญออกเป็น 3 ส่วน คือ การจัดทำแผน งบประมาณ และ นโยบาย ส่วนกระบวนการย่อยที่สำคัญก็จะนำเสนอไปพร้อมๆกันเพื่อให้เห็นภาพที่ชัดเจน ตามลำดับดังนี้

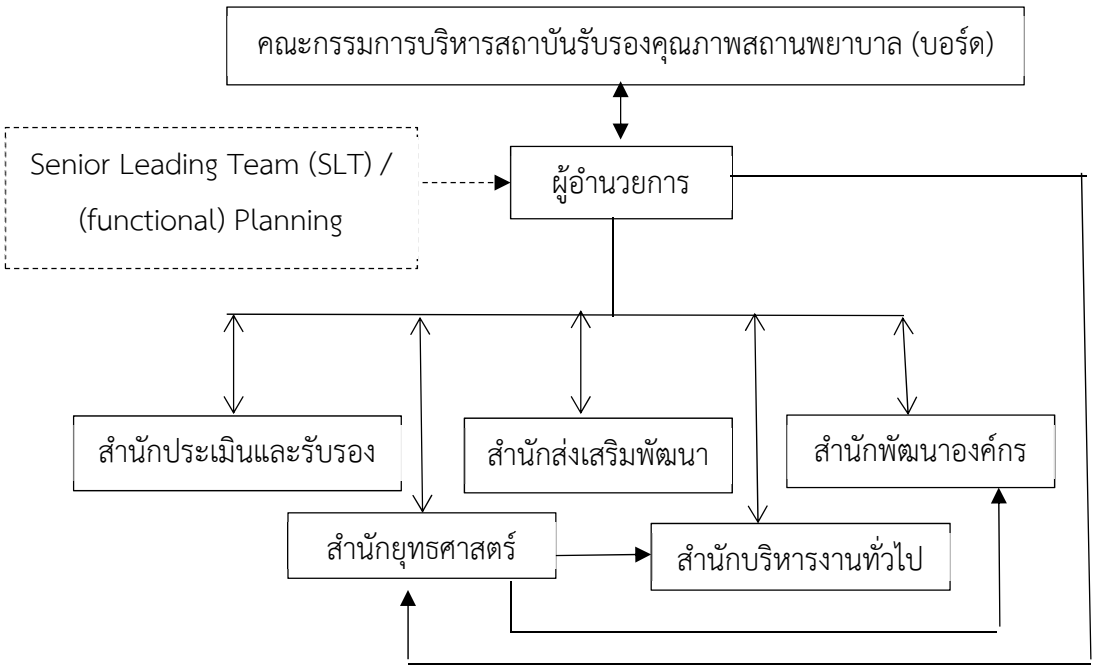
การจัดทำแผน

การจัดทำแผนของสรพ.สามารถแสดงกระบวนการได้ดังภาพที่ 2.7 จุดเริ่มต้นของแผนยุทธศาสตร์ที่มีผลต่อการจัดทำงบประมาณมาจากนโยบาย การกำหนดนโยบายสำคัญขึ้นแต่ละปีเป็นบทบาทของของคณะกรรมการบริหารสถาบันซึ่งเป็นบอร์ดนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ สำคัญ คือ การประเมินและรับรองอย่างมีคุณค่า (Value of Recognition) ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ (Collaboration Excellence) ความรู้เพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง (Knowledge for Change) และ องค์กรแห่งความเป็นเลิศ (Organization Excellence) เกิดจากการกำหนดนโยบายองค์กรที่บอร์ดเป็นคณะกรรมการพิจารณาประกาศให้มีการขับเคลื่อนตลอดองค์กร

จากการประเมิน พบว่า สำนักยุทธศาสตร์ซึ่งเป็นสำนักที่รับผิดชอบการจัดทำแผนสถาบัน เป็นหน่วยรับผิดชอบจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการประจำปีตามนโยบายที่บอร์ดกำหนด การนำข้อมูลที่สำคัญเข้าเพื่อใช้จัดทำยุทธศาสตร์ตามนโยบายองค์กรนั้นจัดทำล่วงหน้าก่อนไม่น้อยกว่า 2 ปี ข้อมูลนำเข้าจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะต้องถูกต้อง แม่นยำ เป็นปัจจุบัน และ สะท้อนอนาคตของการดำเนินงาน การจัดทำแผนยุทธศาสตร์และงบประมาณใช้การกระจายอนาจและความรับผิดชอบร่วมกัน มอบแก่หน่วยงานและสำนักที่รับผิดชอบตามภาระงานต่างๆเป็นผู้จัดทำแผน เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติจริงมีบทบาทสำคัญที่จะร่วมกันวางแผน กระบวนการจัดทำแผนใช้กระบวนการแบบจากหน่วยงานระดับปฏิบัติการส่งต่อระดับหัวหน้าและทีมบริการสถาบัน (Bottom up) ซึ่งจะได้แผนยุทธศาสตร์และงบประมาณที่ใกล้เคียงและถูกต้องกับสถานการณ์ที่แท้จริงของแต่ละหน่วยงาน การจัดทำแผนจากล่างสู่บนนี้ ผู้อำนวยสำนักและผู้ปฏิบัติรับผิดชอบงานต่างๆต้องมีความสามารถสูง ประสบการณ์มาก และมีความเข้าใจในงานที่รับผิดชอบ จำเป็นต้องมีการสื่อสารซึ่งกันและกันระหว่างสำนักและงานต่างๆอย่างดี การทำงานเป็นทีมที่ดีทำให้เกิดประสิทธิผลการทำงาน มีการจัดการแนวราบที่สร้างประสิทธิภาพมากกว่าแนวดิ่งที่ใช้การสั่งการจากบนสู่ล่าง (Top-down planning) การวางแผนจากระดับล่างทำให้เกิดการจัดสรรงบประมาณสอดคล้องกับนโยบายและภารกิจงานมากที่สุด แสดงถึงการสร้างประสิทธิภาพโดยการกระจายอำนาจความรับผิดชอบ ซึ่งนำไปสู่การจัดสรรงบประมาณตามที่จำเป็นและคุ้มค่า บทบาทสำคัญอีกประการของสำนักยุทธศาสตร์ คือ การปรับเกลี่ยงบประมาณขาลง เมื่อสำนักงบประมาณอนุมัติแผนงบประมาณที่ปรับแก้ เพื่อส่งกลับให้สถาบันปรับแนวทางยุทธศาสตร์เรียบร้อยแล้ว สำนักยุทธศาสตร์จะประสานสำนักและฝ่ายต่างๆ ปรับเกลี่ยงบประมาณตามที่กำหนด การปรับเกลี่ยสามารถดำเนินงานได้ดีไม่มีปัญหา สร้างผลการดำเนินงานที่ดี ไม่

กระทบภารกิจที่รับผิดชอบ แสดงถึงความยืดหยุ่นของการดำเนินงานที่มีการปรับตัวได้ดี เกิดประสิทธิภาพการจัดสรรงบประมาณ แสดงถึงการอภิบาลระบบที่เน้นการทำงานเป็นทีม มีความสัมพันธ์เชิงเครือข่ายมากกว่าการแข่งขันแย่งงบประมาณและการสั่งการที่ขาดการปรับตัว การอภิบาลระบบแบบเครือข่าย (Network governance) เป็นสิ่งสำคัญของการสร้างขวัญและกำลังใจการทำงานแบบทีม

ภาพที่ 2.7 เส้นทางการจัดทำแผนสรพ. (Planning Pathway)



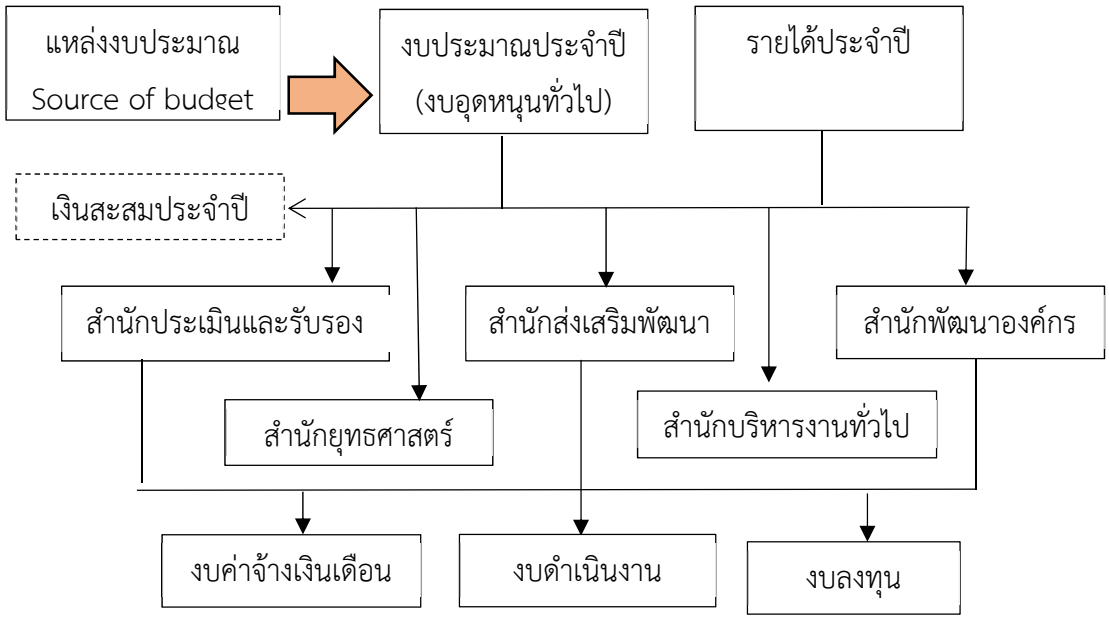
ขั้นตอนการจัดทำแผนและการนำแผนที่วางไว้ไปปฏิบัติ สรพ.ได้กำหนดโครงสร้างเชิงบทบาท (Functional Structure) ขึ้น ในรูปแบบของคณะทำงานโดยกำหนดให้คณะทำงานเป็นหน่วยงานอยู่รองจากผู้อำนวยการสถาบัน คณะทำงานประกอบด้วยทีมบริหารสรพ. ได้แก่ ผู้อำนวยการสรพ. รองผู้อำนวยการสรพ. ผู้อำนวยการสำนัก และ ผู้รับผิดชอบงานระดับหัวหน้าฝ่าย หน่วยงานนี้จัดตั้งเพื่อหวังให้เกิดการประสานงานที่ดีขึ้น เป็นโครงสร้างเชิงปฏิบัติการ ช่วยกลั่นกรองงานที่จะนำเสนอผู้บริหาร กำกับติดตามงานที่ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ เรียกชื่อคณะทำงานว่า ทีมนำอาวุโส (Senior Leading Team หรือ SLT) โครงสร้างนี้มีข้อดีสามารถเชื่อมโยงการทำงานระหว่างสำนักและฝ่าย ประสานการทำงานระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน สามารถกลั่นกรองเนื้อหาแผนงานและการติดตามกำกับการปฏิบัติงานที่มีความคล่องตัว มีการประสานงานดีขึ้น ก่อให้เกิดประสิทธิภาพการดำเนินงานที่รวดเร็ว ถูกต้อง ชัดเจน แม่นยำ มากขึ้น คณะทำงาน SLT มีบทบาทสำคัญในการอภิบาลระบบที่ดี แต่ก็ยังมีจุดอ่อนในการจัดตั้งคณะทำงานนี้ เพราะเกิดขึ้นเองโดยสถาบันไม่ได้เป็นโครงสร้างถาวรที่กำหนดแบบทางการ ความยั่งยืนจะไม่มี บทบาทที่มีเป็นเพียงการตกลงในสถาบันซึ่งไม่มีระบบกำกับการปฏิบัติงาน คณะทำงาน

SLT นี้ หากไม่สามารถประสานงานได้ดี อาจเป็นการเพิ่มขั้นตอนการดำเนินงาน พบว่าในประเด็นงานที่ต้องการความเร่งด่วนจะข้ามขั้นตอนนี้ไปจึงไม่ครอบคลุมทุกเรื่อง คณะทำงาน SLT อาจก่อปัญหาสายบังคับบัญชาคู่ (Dual Authority) และอาจนำไปสู่ความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์ (Conflict of Interest) จนอาจสร้างความสับสนในสายบังคับบัญชาระบบราชการที่เป็นทางการ

การจัดทำงบประมาณ

กระบวนการจัดทำงบประมาณของสรพ. มีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการประจำปี กระบวนการตั้งต้นจากแหล่งงบประมาณ สรพ.ได้รับงบประมาณจาก 2 แหล่งสำคัญ ได้แก่ งบประมาณประจำปีที่ได้รับจัดสรรจากรัฐบาลลักษณะงบอุดหนุนทั่วไป และ งบประมาณรายได้ของสรพ.ที่ส่วนใหญ่เป็นรายได้จากการจัดกิจกรรมอบรมและค่าสมัครเพื่อประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล งบประมาณบางส่วนมาจากรายได้อื่นๆจำนวนเล็กน้อย ดังตาราง 2.8 ข้างล่าง งบประมาณจากรายได้ทั้งหมดจะถูกนำมาใช้จ่ายตามรายกิจกรรมของแผนยุทธศาสตร์ งบประมาณที่สามารถประหยัดได้จะถูกสะสมเพื่อสำรองใช้ในปีงบประมาณต่อไป งบประมาณที่ใช้จะนำไปเป็นรายจ่ายที่สำคัญ 3 รายการ คือ ค่าจ้างเงินเดือนและค่าตอบแทน ค่าใช้สอยดำเนินการ และ งบลงทุน

ภาพที่ 2.8 เส้นทางการจัดทำงบประมาณของสรพ. (Budget Pathway)



เมื่อพิจารณางบประมาณรายรับและรายจ่ายของสรพ.ระหว่างปีงบประมาณ 2558-2560 พบว่า งบประมาณที่ได้รับอุดหนุนจากรัฐและรายได้ที่สรพ.จัดหาแต่ละปีนั้นมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยงบประมาณหมวดอุดหนุนของรัฐบาลปี 2558 เท่ากับ 97.78 ล้านบาทลดลงในปี 2559 เหลือจำนวน 96. 47 ล้านบาท เท่ากับลดลงจากปี 2558 ร้อยละ 1.34 และ ในปี 2560 ลดลงเป็นจำนวนเท่ากับ 81.50 ล้านบาท คิดเป็นลดลงจากปี 2559 ร้อยละ 15.52 ตามลำดับ รายได้ที่สรพ.จัดหาเองก็ลดลงตามลำดับ จากปีงบประมาณ 2558 จำนวน 90.37 ล้านบาท ลดลงในปี 2559 เหลือ 85.34 ล้านบาท เท่ากับ ลดลงจากปี 2558 ร้อยละ 5.56 ปีงบประมาณ 2560 ได้รับจำนวน 79.23 ล้านบาท เท่ากับลดลงจากปี 2559 อีกร้อยละ 7.16 ชัดเจนว่าปี 2560 งบประมาณลดลงจากปี 2558 อย่างมาก โดยงบอุดหนุนจากรัฐบาลลดลง ร้อยละ 16.65 และ รายได้ที่จัดหาก็ลดลงร้อยละ 12.33

เมื่อพิจารณารายจ่ายทั้ง 3 หมวด ดังที่กล่าวแล้ว พบว่า งบประมาณส่วนใหญ่ถูกนำไปใช้จ่ายเป็นค่าใช้สอยดำเนินการ เช่น ค่าดำเนินงานอบรม ค่าใช้จ่ายเพื่อแผนงานรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และ ค่าใช้จ่ายเพื่อการจัดประชุมวิชาการประจำปี (HA Forum) สำหรับค่าใช้จ่ายมากอันดับสอง คือ จ่ายเพื่อเป็นเงินเดือน ค่าจ้างบุคลากร และ ค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงาน เช่น ค่าตอบแทนผู้เยี่ยมประเมิน เป็นต้น รายจ่ายทั้ง 2 หมวดนี้ มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายสูงที่สุด คิดเป็นรายปีพบว่า ปี 2558 เท่ากับร้อยละ 93.44 ปี 2559 เท่ากับร้อยละ 93.81 และ ปี 2560 เท่ากับร้อยละ 93.92 ตามลำดับ

ผลจากรายรับที่ลดลงต่อเนื่อง แต่รายจ่ายค่อนข้างคงที่หรือลดลงสัดส่วนน้อยกว่า ทำให้งบประมาณที่เหลือจ่ายและสะสมไว้ถูกนำมาใช้เพิ่มเติมจนมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องเช่นกัน เงินสะสมถูกนำมาใช้สนับสนุนงบประมาณรายจ่ายที่ไม่พียงพอ ดังจะเห็นได้ว่าเงินสะสมในปีงบประมาณ 2558 เท่ากับ 30.19 ล้านบาท เหลือเท่ากับ 17.90 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2559 และ ติดลบ 8.76 ล้านบาทในปีงบประมาณ 2560 การต่อสู้เพื่อความอยู่รอดทางการเงินของสรพ.มีสูงขึ้น เป็นความกดดันต่อการดำเนินงานของสรพ.และบุคลากรทุกระดับ นับว่าเป็นปัจจัยคุกคามภายในที่สำคัญ ในขณะที่ปัจจัยภายนอกที่เป็นแรงกดดันจากสถานพยาบาลหลายแห่งของภาครัฐก็มีปัญหาทางการเงิน ไม่สามารถจัดสรรงบประมาณเพื่อรับการพัฒนาอบรมและสมัครขอรับการประเมินต่อเนื่อง ดังจะเห็นว่ามีสถานพยาบาลรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเอง แสดงความไม่พร้อมรับการตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตนเองหลายแห่ง ส่วนสถานพยาบาลเอกชนที่มีเป้าหมายสร้างกำไรและต้องการสร้างแรงจูงใจผู้มารับบริการโดยเฉพาะชาวต่างชาติ จึงเริ่มนำระบบรับรองคุณภาพสถานพยาบาลระบบอื่นๆที่ต่างประเทศให้ความสนใจและนิยม มาสร้างจุดขายในธุรกิจสุขภาพที่เป็นผลประโยชน์ของสถานพยาบาลและผู้ถือหุ้นในโรงพยาบาลนั้นๆ แม้ค่าใช้จ่ายเพื่อการประเมินคุณภาพของระบบนั้นๆจะมีค่าใช้จ่ายที่แพงกว่าการนำระบบรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐานHA ที่สรพ.ดำเนินการต่อเนื่องมาหลายปี อย่างไรก็ดีการที่สถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนที่ชะลอหรือล้มเลิกการนำระบบ HA มาใช้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องเป็นหลายเหตุผล ไม่ใช่ประเด็นปัญหาการเงินอย่างเดียว

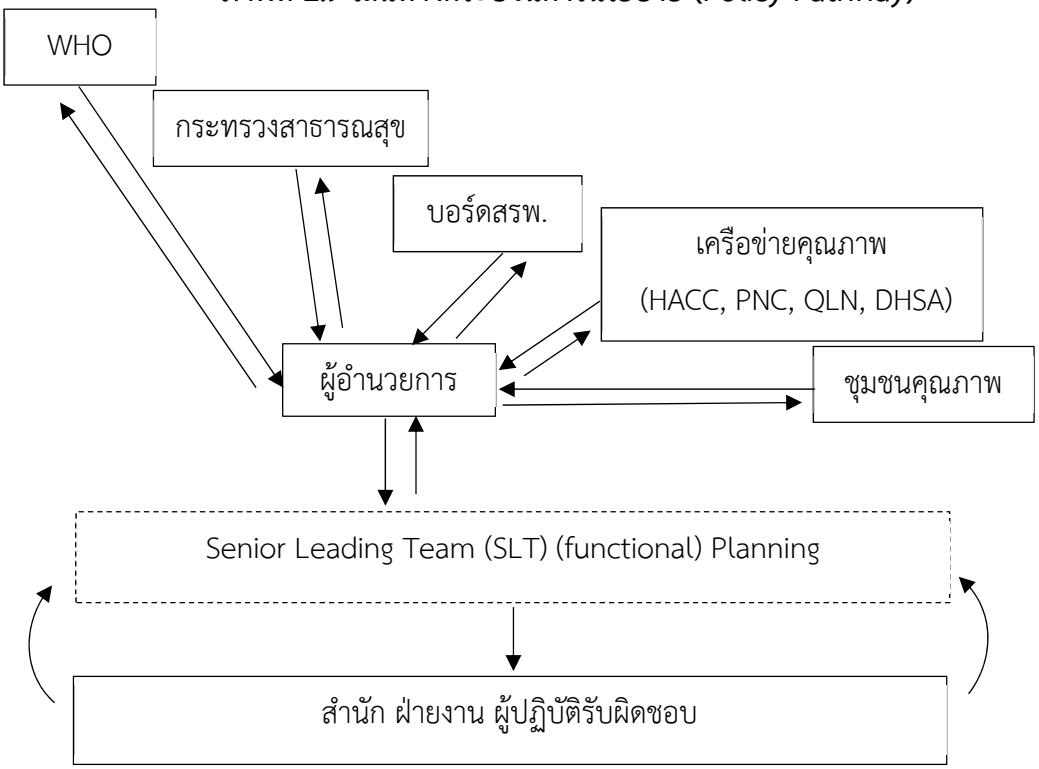
ตารางที่ 2.8 แสดงรายรับ-รายจ่าย สถาบันรับรองสถานพยาบาล (สรพ.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2560

ปี 2558 (ล้านบาท)					
	งบประมาณ	รายได้นอกงบประมาณ	รวม	รายจ่าย	เหลือ
งบประมาณ	97.78	90.37	188.15	157.97	30.19
รายจ่ายบุคลากร อัตรากำลัง				61.89	
รายจ่ายค่าใช้สอย				85.72	
รายจ่ายอื่น				10.36	
ปี 2559 (ล้านบาท)					
	งบประมาณ	รายได้นอกงบประมาณ	รวม	รายจ่าย	เหลือ
งบประมาณ	96.47	85.34	181.81	163.91	17.90
รายจ่ายบุคลากร (กรอบ 71/บรรจุ 94)				68.57	
รายจ่ายค่าใช้สอย				85.20	
รายจ่ายอื่น				10.15	
ปี 2560 (ล้านบาท)					
	งบประมาณ	รายได้นอกงบประมาณ	รวม	รายจ่าย	เหลือ
งบประมาณ	81.50	79.23	160.73	169.49	-8.76
รายจ่ายบุคลากร				64.32	
รายจ่ายค่าใช้สอย				94.87	
รายจ่ายอื่น				10.30	

การจัดทำนโยบาย

การจัดทำนโยบายช่วงปี 2558-2560 มีจุดเริ่มต้นมาจาก 2 ช่องทาง คือ จากคณะกรรมการบริหารสถาบัน ซึ่งเป็นบอร์ดและมาจากทีมบริหารสรพ. โดยผู้อำนวยการสถาบันที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเรื่องการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยมาตรฐาน HA เป็นอย่างดียิ่ง ทิศทางการกำหนดนโยบายในช่วงนั้น เน้นนโยบายการพัฒนาองค์กรและพัฒนาสถานพยาบาลเป็นสำคัญ จากนโยบายที่กำหนดจะถูกนำมาปรับเป็นยุทธศาสตร์เพื่อดำเนินงาน จากยุทธศาสตร์จะนำมาสร้างโครงการและกิจกรรมตามแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจนขึ้น โดยกำหนดตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับภารกิจและที่กพร.กำหนด ช่วงปี 2558-2560 นโยบายสอดคล้องกับนโยบายชาติและกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันมีนโยบายปฏิรูประบบสุขภาพของชาติ สรพ.จึงจำเป็นต้องนำนโยบายชาติมาประมวลเข้าเป็นนโยบายสถาบัน งานที่จัดทำเป็นโครงการกิจกรรมก็จะต้องสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ที่กำหนด ในช่วงระยะเวลา 2558-25560 นั้น สรพ.มีการพัฒนานโยบายสำคัญที่ผลักดันจนสามารถเป็นนโยบายระดับประเทศ ที่กระทรวงสาธารณสุขและคณะแพทย์ได้นำไปกำหนดทิศทาง และ สร้างนโยบายของหน่วยงานองค์กรที่อยู่ในความรับผิดชอบ ได้แก่ นโยบายความปลอดภัยของผู้รับและผู้จัดบริการ นโยบายการใช้ยาที่สมเหตุผลอย่างเหมาะสม และ นโยบายการพัฒนาคุณภาพบริการในเฉพาะเรื่อง ตัวอย่าง เช่น โครงการ THIP เป็นต้น หรือ โครงการ Rationale Drug Use เป็นต้น จะเห็นได้ชัดเจนว่าเส้นทางนโยบายสรพ.แตกต่างกับหน่วยงานสุขภาพที่เป็นหน่วยปฏิบัติ ทิศทางการประสานนโยบายจะเป็นการสื่อสารแบบสองทางเสมอ ดังภาพที่ 2.9

ภาพที่ 2.9 เส้นทางกระบวนการนโยบาย (Policy Pathway)



การอภิบาลระบบ (System Governance)

การอภิบาล (governance) มีความหมายพื้นฐาน คือ กระบวนการตัดสินใจ ซึ่งอาจถูกนำหรือไม่ถูกนำไปดำเนินการก็ได้ การอภิบาลเป็นการใช้อำนาจสถาบันเพื่อจัดการปัญหาและบริหารจัดการ การอภิบาลเป็นทั้งกระบวนการและระบบ การอภิบาลเป็นการชี้นำ (steering) ไม่ใช่การปกครองที่สั่งการจากบนสู่ล่าง คำว่าการอภิบาลที่ดี หรือ good governance คือ “ธรรมาภิบาล” การอภิบาลระบบสามารถเกิดได้ 3 ช่องทาง คือ ตามสายบังคับบัญชาจากบนสู่ล่างของระบบราชการ (Hierarchical หรือ Top-down channel) อภิบาลโดยอาศัยกลไกตลาด (Market Mechanism) ซึ่งเป็นการแข่งขันทางการตลาดเพื่อกระจายทรัพยากรภายใต้การควบคุมกำกับของรัฐ และ การอภิบาลผ่านเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชน (Public-private Partnership) หรือ การร่วมมือของรัฐและชุมชน (Networking system) [15,17]

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ใช้การอภิบาลระบบผ่าน 2 ช่องทางสำคัญ คือ การอภิบาลระบบขององค์กรแบบระบบราชการ (Hierarchical Governance) และ การอภิบาลระบบการพัฒนาคุณภาพแบบเครือข่าย (Networking Governance) การอภิบาลระบบแบบราชการเป็นการอภิบาลแบบทางการ ในฐานะที่สรพ.เป็นส่วนหนึ่งของหน่วยงานราชการจึงจำเป็นต้องปฏิบัติตามระเบียบทางราชการ การอภิบาลจึงอาศัยอำนาจรัฐทางการปกครองภายใต้ระเบียบราชการอย่างที่เคร่งครัด ระบบราชการเป็นระบบที่แข็งไม่ยืดหยุ่น แต่การอภิบาลด้วยอำนาจรัฐจะสร้างความมั่นใจว่านโยบายภาครัฐจะถูกถ่ายทอดสู่การปฏิบัติตามระบบปกครองของราชการ เห็นได้จากระบบการจัดการและการเงินที่อิงระเบียบราชการไม่สามารถออกนอกกรอบราชการได้ ภายใต้ระบบราชการ สรพ.เป็นองค์การมหาชนที่เป็นรูปแบบการกระจายอำนาจรูปแบบหนึ่ง ที่มีความยืดหยุ่นของการจัดการที่สามารถดำเนินงานได้คล่องตัวกว่า คือ รูปแบบองค์กรในกำกับรัฐ[40] สรพ.ได้รับมอบอำนาจ (Delegation) โดยสถาบันสามารถจัดตั้งคณะกรรมการบริหารหรือบอร์ดของสถาบันขึ้นมาดูแลกำกับ บอร์ดมีอิสระสำหรับการบริหารบุคคล การทำสัญญา การจัดทำงบประมาณ กำหนดนโยบาย และ ปฏิบัติงานตามที่ได้รับมอบหมายในพระราชกฤษฎีกาการจัดตั้งสถาบันพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล อย่างไรก็ตามความรับผิดชอบของผลงานยังอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของรัฐบาลโดยตรง กรรมการบอร์ดเป็นผู้รับผิดชอบดูแลแทนรัฐบาล ดังนั้นการอภิบาลระบบจึงมีการอภิบาลเชิงนโยบาย (Policy Governance) ซ้อนอยู่ในระบบราชการ ทำให้สรพ.มีสภาพเป็นองค์กรอิสระในกำกับรัฐแบบไม่แสวงกำไรหรือมุ่งกำไรเป็นสำคัญ รับผิดชอบประสานงานทั้งในและนอกรูปแบบกับหน่วยงานอื่นๆ มากมาย

คณะกรรมการบริหารสรพ. หรือ บอร์ด มีบทบาทสำคัญที่กำหนดนโยบายและเชื่อมนโยบายรัฐบาลกับการบริหารจัดการของสถาบัน การเชื่อมโยงเป็นการอภิบาล (governance) ระบบให้ดำเนินงานอย่างมีพลวัตไม่ใช่การปกครอง บอร์ดเสมือนตัวแทนผู้ที่มีส่วนได้เสีย ซึ่งหมายถึงประชาชนและผู้รับบริการในสถานพยาบาล จึงกล่าวได้ว่าบอร์ด คือ ผู้รับผิดชอบด้านนโยบายของสถาบัน การอภิบาลเชิงนโยบายสามารถลดความซับซ้อนของโครงสร้างทางการปกครองและเพิ่มความสมบูรณ์ของระบบการทำงานที่เป็นทีม บอร์ดมีอำนาจการตัดสินใจ เป็นผู้นำของ

นโยบายสถาบัน มีภาระหน้าที่ในการพิจารณาถึงคุณภาพสถานพยาบาลที่ประชาชนปรารถนาและทำให้สิ่งปรารถนานั้นสำเร็จลุล่วงได้ดี ดังนั้นการอภิบาลเชิงนโยบายจึงเชื่อมโยงบทบาทหน้าที่บอร์ดกับการบริหารจัดการสถาบันมากกว่าการเป็นเพียงตรายางประทับสำหรับการประชุมเท่านั้น

ช่วงปี 2558-2560 พบว่า บอร์ดมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล จากรายงานการประชุมและการสัมภาษณ์อดีตประธานบอร์ดและอดีตผู้อำนวยการสรพ. พบว่า บอร์ดมีบทบาทสำคัญที่จะกำกับติดตามนโยบายตามยุทธศาสตร์ที่จัดทำ มีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางการสร้างประสิทธิผลและประสิทธิภาพสรพ. มีการออกระเบียบประกาศและกำหนดแนวคิดการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล การบริหารงบประมาณ และ บุคลากร เช่น การประกาศเปลี่ยนแปลงค่าลงทะเบียนอบรมและการเยี่ยมประเมินสถานพยาบาล เป็นต้น การกำหนดนโยบายต่างๆ พบว่า บอร์ดได้พิจารณาถึงผลกระทบและตามสภาพความเป็นจริง เช่น การพัฒนาระบบสารสนเทศที่ต้องการใช้งบประมาณที่สูง ได้มีการพิจารณาความคุ้มค่าและผลตอบแทนของการลงทุนก่อนการตัดสินใจ เป็นต้น

ทฤษฎีการอภิบาลเชิงนโยบายกล่าวไว้ชัดเจนว่า บอร์ดมีภาระงานความรับผิดชอบที่ต้องมองไกลและมองข้ามความเป็นทีมบริหารจัดการ การอภิบาลต้องแยกออกจากการบริหารจัดการปกติ การอภิบาลเป็นบทบาทของบอร์ดในขณะที่บทบาทการจัดการเป็นบทบาทของผู้อำนวยการสรพ.และทีมบริหาร บอร์ดไม่ใช่ผู้แก้ปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น แต่มองก้าวไกลเกินปัญหาเพื่อไปสู่อุดมคติใหม่ๆที่ดีกว่า การตัดสินใจแต่ละครั้งของบอร์ดต้องคำนึงถึงคุณค่าที่เกิดขึ้นและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ทั้งคุณค่าของผลลัพธ์ (end) และ วิธีการ (means) บอร์ดต้องกำหนดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการดำเนินงาน กำหนดขอบเขตอำนาจหน้าที่ของกลุ่มผู้บริหาร บอร์ดต้องติดตามข้อมูลจากรายงานที่ได้รับอย่างกระชับถูกต้องและสม่ำเสมอ การติดตามประเมินผลของกลุ่มบริหารต้องกำหนดตัวชี้วัดการปฏิบัติงาน การประชุมของบอร์ดในการติดตามงานเป็นวาระการประชุมเพื่อการวางแนวทางนโยบาย ไม่ใช่เพื่อการบริหารจัดการ สมาชิกบอร์ด คือ กรรมการที่เป็นที่ปรึกษาไม่ใช่เป็นกรรมการผู้นำด้านการบริหารที่มีอำนาจ ซึ่งช่วงเวลาที่ผ่านมา ระหว่างปี 2558-2560 การทบทวนเอกสารการประชุมและการสัมภาษณ์ผู้บริหารสรพ. พบว่า บทบาทบอร์ดในด้านนโยบายและการกำกับติดตามนโยบายมีความชัดเจนและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการรับประกันการปฏิบัติงานของทีมบริหารและผู้อำนวยการสรพ.ว่ามีความรับผิดชอบได้อย่างดี ส่งผลดีต่อการพัฒนาองค์กรสรพ. จนเกิดธรรมาภิบาล (Good Governance) ของสถาบัน บอร์ดสามารถแสดงบทบาทการวางนโยบาย กำกับติดตามประเมินผล และ ชี้แนะทีบริหารสถาบันได้ชัดเจนเหมาะสม บอร์ดได้คำนึงถึงความอยู่รอดของสถาบัน การธำรงคุณภาพ ความเป็นกลางเชิงประเมินผลสถานพยาบาล และ การเป็นที่พึ่งด้านคุณภาพบริการของผู้รับบริการ ขณะเดียวกันบอร์ดได้มองถึงคุณค่าการลงทุนที่สร้างประสิทธิผลและประสิทธิภาพของสถาบันอย่างชัดเจน

ธรรมาภิบาล (good governance) เป็นกระบวนการที่จะประกันการพัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน สร้างการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมอย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใส ธรรมาภิบาลวัดได้จากตัวชี้วัดหลายประการ ซึ่งสรุป

ภาพรวมว่าประชาชนจะได้รับบริการที่ได้คุณภาพจากสถานพยาบาลไม่ว่าภาครัฐหรือเอกชน จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สรพ.บรรลุธรรมาภิบาลในหลายมิติ ประกอบด้วย การยึดหลักนิติธรรม (Rule of Law) โดยเฉพาะการปฏิบัติตามนโยบายรัฐบาลและบอร์ด การจัดทำแผน งบประมาณ การพัสดุ และ การรับจ่ายเงินงบประมาณ สรพ.ยึดระเบียบราชการพัฒนาการปฏิบัติงานด้านการเงินอย่างไม่มีข้อสงสัยจากสตง. สรพ.สร้างการทำงานที่ให้ทุกหน่วยงานมีส่วนร่วม (Participation) จนขยายออกไปสู่เครือข่ายสถานพยาบาล สถานศึกษา คณะแพทย์ สภาวิชาชีพ ชุมชน และ ประชาชน สนับสนุนให้องค์กรเหล่านี้เข้ามามีส่วนร่วมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับผลโดยตรงก็ได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการที่ได้รับ จนสามารถกล่าวได้ว่าสรพ.สามารถตอบสนองความต้องการทั้งผู้จัดบริการและผู้รับบริการ (Responsiveness) สร้างความปลอดภัยในบริการสุขภาพ นอกจากนี้สรพ.ยังตอบสนองสิ่งที่องค์กรระดับชาติ เช่น ISQua หรือ องค์การอนามัยโลก ให้ความสำคัญในเรื่องการพัฒนามาตรฐานการจัดการองค์กรและการฝึกอบรม การใช้ยาที่สมเหตุผลในบริการสุขภาพ และ การสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติและเครือข่ายพัฒนาคุณภาพ การแก้ปัญหาในองค์กรและการจัดการข้อร้องเรียน สรพ.ยึดข้อเท็จจริงและการมีฉันทานุมัติ (Consensus Orientation) ที่ถูกต้องมากกว่าภาพลักษณ์ขององค์กร การตัดสินใจของการจัดทำแผน งบประมาณ และ การแก้ปัญหาการประสานงานใช้การมีประชาธิปไตยที่ทุกหน่วยงานรับผิดชอบมีส่วนในการเสนอการตัดสินใจ สิ่งสำคัญ คือ การยึดผู้ป่วยและประชาชนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล เป็นหัวใจมาตรฐาน HA ซึ่งเป็นธรรมาภิบาลที่ปรากฏให้สังคมและสถานพยาบาลต้องระลึกถึงตลอดเวลา

การอภิบาลแบบเครือข่าย (Network Governance) เป็นกลยุทธ์สำคัญของสรพ.ที่ใช้การอภิบาลระบบช่องทางนี้ เพราะสามารถเชื่อมโยงกับองค์กรนอกสรพ.และประชาชนในชุมชนอย่างเกิดประสิทธิผล การอภิบาลระบบรูปแบบนี้ พบลักษณะสำคัญ 5 ประการ คือ การแลกเปลี่ยนทรัพยากรซึ่งกันและกัน (Resource Exchange) มีความสัมพันธ์แบบเสมอภาค ไม่มีการปกครองสั่งการแบบหน่วยงานในสังกัดที่ต้องพึ่งพิงอำนาจของหน่วยงานเบื้องบน (Interdependent) ความสัมพันธ์ใช้ความเชื่อใจซึ่งกันและกันมากกว่าผลประโยชน์ (Trust) การแก้ปัญหาความขัดแย้งใช้กระบวนการเจรจาสร้างสัมพันธภาพเชิงการทูต (Diplomacy) และ การแลกเปลี่ยนมีผลประโยชน์ร่วมกัน (Reciprocity) จะเห็นได้ชัดเจนว่า การขยายเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นตลอด เป็นการสร้างเครือข่ายกลุ่มหน่วยงานและบุคคลที่สนใจร่วมพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ทั้งหน่วยงานการศึกษา สภาวิชาชีพ กลุ่มสถานพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ระบบสุขภาพอำเภอ ชุมชน และ กลุ่มผู้ป่วย แต่สิ่งสำคัญที่สร้างความสำเร็จในระยะปี 2558-2560 คือ ภาวะผู้นำของอดีตผู้อำนวยการสถาบันที่มีความรู้ความสามารถมีความเชี่ยวชาญเป็นที่ยอมรับ การสร้างเครือข่ายและขยายฐานพัฒนาจึงเป็นสิ่งที่ไม่ใช่เรื่องยากที่จะดำเนินการ อย่างไรก็ตามการจัดการเครือข่ายก็ยังไม่สมบูรณ์โดยเฉพาะความยั่งยืนต่อเนื่อง ระบบการประสานงานเป็นเรื่องที่ยังไม่มั่นคงเพราะเป็นการตกลงในเชิงบทบาทหน้าที่มากกว่ารูปแบบทางการที่กำหนดในระบบราชการ เครือข่ายที่เกิดขึ้นจึงขึ้นอยู่กับการติดตามประสานงานที่ต้องการพัฒนาระบบต่อเนื่อง จะเห็นได้ชัดเจนว่าความยั่งยืนหรือการ

ที่เครือข่ายที่เกิดขึ้น ทั้ง HACC PNC DHSA หรือ ชุมชนที่ร่วมมือกันพัฒนา รวมทั้งสรพ.เองยังตั้งอยู่บนตัวบุคคลที่เข้ามาร่วมพัฒนามากกว่าระบบที่กำหนด โดยเฉพาะขึ้นกับผู้นำเครือข่ายที่กล่าวแล้วอย่างมาก จึงเป็นสิ่งที่ต้องประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการอภิบาลระบบกับบทบาทอำนาจที่มีในระบบสุขภาพทุกระดับ

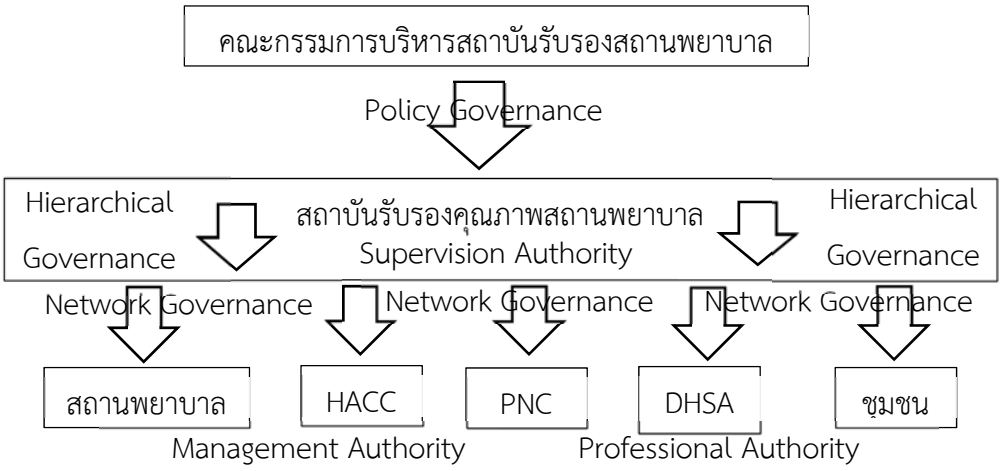
การอภิบาล (Governance) กับ อำนาจหน้าที่ (Authority)

การอภิบาล (Governance) ของสรพ.เป็นการใช้อำนาจอ่อน (Soft Power) ในการชักจูง เสนอแนะ และชี้นำ ให้เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ที่สรพ.ได้สร้างและผลักดันให้เกิดขึ้น เนื่องจากสถานพยาบาลและกลุ่มเครือข่ายล้วนไม่ได้อยู่ในสังกัดที่สรพ.จะส่งผลแบบให้คุณให้โทษโดยตรง สรพ.จึงไม่มีอำนาจปกครองสั่งการ การดำเนินงานของสรพ.ตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และ ภารกิจที่กำหนดจึงเป็นเรื่องง่ายและยากในเวลาเดียวกัน กล่าว คือ การพัฒนาคุณภาพที่เป็นการชี้แนะ ชักชวน และ พัฒนา จะเป็นการสร้างบรรยากาศการทำงานร่วมกันที่ไม่มีความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์ (Conflict of Interest) เพราะเป็นสรพ.เป็นหน่วยงานภายนอกที่เป็นกลาง เป็นที่วางใจของทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ แต่ขณะเดียวกันจำเป็นต้องสร้างความสัมพันธ์ ความเป็นมิตรภาพที่ดี และ การสร้างศรัทธา แก่ผู้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพเหล่านี้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ยากและต้องการความยั่งยืน ปัญหาสำคัญ คือ การที่จะสร้างความเชื่อมโยงผสมผสานกันระหว่างการอภิบาลและการมีอำนาจหน้าที่ในบทบาทการพัฒนาคุณภาพที่มีหลากหลายนั้น จะสามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้อย่างไร

อำนาจหน้าที่ในบทบาทการพัฒนาคุณภาพที่สรพ.ต้องใช้ความเข้าใจในการสร้างระบบอภิบาลให้เกิดขึ้นมีหลายประการ[41] ได้แก่ อำนาจจัดการตามระบบราชการ (Management Authority) อำนาจตามวิชาชีพ (Professional Authority) อำนาจการชี้แนะนิเทศ (Supervision Authority) และ อำนาจคู่ (Dual Authority) โดยแต่ละประเภทอำนาจมีรายละเอียดคุณลักษณะแตกต่างกัน สามารถสร้างภาพให้เห็นได้ชัดเจนดังภาพที่ 2.10 อำนาจการจัดการในสถานพยาบาล เป็นอำนาจตรงของผู้บริหาร เป็นการมอบหมายให้ผู้อำนวยการหรือผู้บริหารสถานพยาบาล อำนาจรัฐเป็นอำนาจการปกครองที่ทางราชการกำหนด จึงมีอำนาจเต็มในการบริหารจัดการเรียกว่า management authority เพราะเป็นความรับผิดชอบสูงสุดในหน่วยงานรวมทั้งการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ขณะเดียวกันในแต่ละสถานพยาบาลจะมีผู้จัดบริการหลากหลายสาขาวิชาชีพที่ได้รับการรับรองคุณวุฒิโดยสภาวิชาชีพและสถานพยาบาล มีอำนาจการตัดสินใจปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ที่สายวิชาชีพได้ฝึกอบรมมา โดยเฉพาะสายวิชาชีพทางการแพทย์ ดังนั้นหากแพทย์เป็นผู้บริหารจึงมีอำนาจจัดการทั้งการปกครองและอำนาจหน้าที่ตามวิชาชีพ แพทย์จึงมีอำนาจการตัดสินใจที่มีผลกระทบในวงกว้างและระดับสำคัญ การปฏิบัติตัวในการจัดการที่สมดุลทั้งสองอำนาจจึงเป็นประเด็นส่วนบุคคลที่ต้องได้รับการฝึกฝนมาอย่างดี ในขณะที่ผู้เยี่ยมประเมินและรับรองสถานพยาบาลนั้นๆ เป็นผู้อำนาจที่กำหนดในมาตรฐาน HA ตามกฎหมายการจัดตั้งสรพ. แต่ก็เป็นเฉพาะส่วนองค์กร ไม่มีพันธะเชื่อมโยงถึงการจัดการสถานพยาบาล การดำเนินงานจึงเป็นเพียงการให้

คำแนะนำ ชี้แจง และ ร่วมพัฒนา แม้ว่าการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลจะเป็นการจัดการเชิงคุณภาพซึ่งทุกสถานพยาบาลก็รับรู้ถึงความสำคัญ แต่การจัดการยังเป็นบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของผู้บริหารสถานพยาบาล การเชื่อมโยงของบทบาทหน้าที่จึงต้องใช้ความเข้าใจในบทบาทอำนาจในสถานพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้บริหารและวิชาชีพในแต่ละพื้นที่ มีวิสัยทัศน์ เจตคติ และ ความเข้าใจ แตกต่างกัน เป็นความยากที่จะสร้างความเข้าใจในมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งสรพ.ได้พัฒนาสิ่งเหล่านี้ตลอดเวลา ดังจะเห็นถึงความพยายามที่คัดสรรผู้มารับหน้าที่เป็นผู้เยี่ยมประเมิน การฝึกอบรม การจัดการความรู้ และ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อสร้างมาตรฐาน เพิ่มประสิทธผลการดำเนินงาน และ สร้างประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามในการพัฒนาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อาจสร้างประเด็นความคิดเห็นที่เข้าใจไม่ตรงกันทุกประเด็น จึงเกิดปัญหาความขัดแย้งที่เสมือนสร้างความสับสนให้แก่ทีมพัฒนาคุณภาพ เกิดความไม่เข้าใจ เพราะอำนาจการจัดการ (Management authority) เกิดการแข่งกันกับอำนาจการแนะนำ (Supervision authority) ผู้ปฏิบัติจึงมีความสับสนและเกิดประเด็นข้อขัดแย้งเชิงความคิดและการปฏิบัติในการพัฒนา จึงเกิดการปฏิเสธหรือยอมรับการพัฒนาตามมาตรฐานสำหรับนำไปพัฒนาต่อเนื่อง สิ่งเหล่านี้ไม่ได้นำมาสร้างความเข้าใจในระดับผู้บริหาร การปฏิเสธจึงแสดงออกในหลายสถานการณ์ของความไม่พร้อม การปฏิเสธด้วยข้ออ้างถึงสถานการณ์งบประมาณขาดแคลน การไม่พร้อมเพราะทีมบริหารที่ไม่สนับสนุนวางเฉย หรือ ต่อต้านการพัฒนาด้วยความไม่เข้าใจในภาษาศัพท์ทางเทคนิค สิ่งสำคัญ คือ ความไม่ศรัทธาต่อคำชี้แนะเพราะประสบการณ์ที่แตกต่างกันระหว่างผู้เยี่ยมประเมินและผู้บริหารสถานพยาบาล สิ่งที่มาตรฐาน HA ให้ความสำคัญ คือ การได้มาตรฐานตามที่กำหนด โดยเฉพาะสถานพยาบาลเอกชนที่มุ่งหวังกำไรแต่ไม่ยอมลงทุนพัฒนาทั้งโครงสร้างและระบบบริการ ซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างผลลัพธ์โดยตรงต่อผู้รับบริการและประชาชน รวมทั้งผู้ให้บริการในสถานพยาบาลนั้นๆ ซึ่งสรพ.จำเป็นต้องยึดมั่นระดับมาตรฐานที่สมควร

ภาพที่ 2.10 ความสัมพันธ์ระหว่างการอภิบาล (Governance) และ อำนาจ (Authority) สำหรับการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล



ข้อสรุปท้ายบท

บทนี้นำเสนอข้อมูลพื้นฐานสำคัญทั้งเชิงโครงสร้างองค์กรสรพ. กระบวนการดำเนินงาน และ การพัฒนาในรูปแบบเชิงโครงสร้าง ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปวิเคราะห์ประสิทธิผลและประสิทธิภาพการดำเนินงานของสรพ. ในบทต่อไป ในทิศทางการพัฒนาและการปรับตัวสรพ.ได้รับแรงกดดันด้านงบประมาณที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในเชิงกลยุทธ์การปรับตัวสู่รูปแบบการสร้างรายได้ด้วยกิจการสรพ.เป็นการปรับสู่รูปแบบองค์กรเชิงธุรกิจ (Business Model) ซึ่งจะเปลี่ยนทิศทางการอภิบาลไปสู่การอภิบาลบริษัท (Corporate Governance) เป็นโจทย์ที่สรพ. จะต้องศึกษาทบทวนต่อไป

บทที่ 3

ผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลและประสิทธิภาพการดำเนินงานของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ระยะเวลา 3 ปี (พ.ศ. 2558 – 2560)

บทที่ 3 นำเสนอผลการวิเคราะห์ประสิทธิผลและประสิทธิภาพการดำเนินงานของสรพ. ช่วงปี 2558-2560 ข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์นำเสนอไว้แล้วในบทที่ 2 ซึ่งจะถูกนำมาวิเคราะห์ร่วมกับกรอบทฤษฎีที่สำคัญในบทที่ 3 นี้ เพื่อตอบวัตถุประสงค์การศึกษาที่กำหนด ส่วนแรกเป็นผลการวิเคราะห์ประสิทธิผล และ ส่วนที่ 2 เป็นผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพ ทั้ง 2 ประเด็นนั้นถูกนำเสนอแยกเพื่อให้เข้าใจได้ง่าย แต่ความเป็นจริงไม่สามารถแยกจากกันได้เด็ดขาดเพราะประสิทธิภาพและประสิทธิผลเกิดขึ้นต่อเนื่องในคราวเดียวกัน การนำเสนอจึงอาจมีบางส่วนที่ทับซ้อนกันและกัน ส่วนสุดท้ายคือบทสรุปเป็นข้อเสนอแนะจากผลการวิเคราะห์

ประสิทธิผลการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

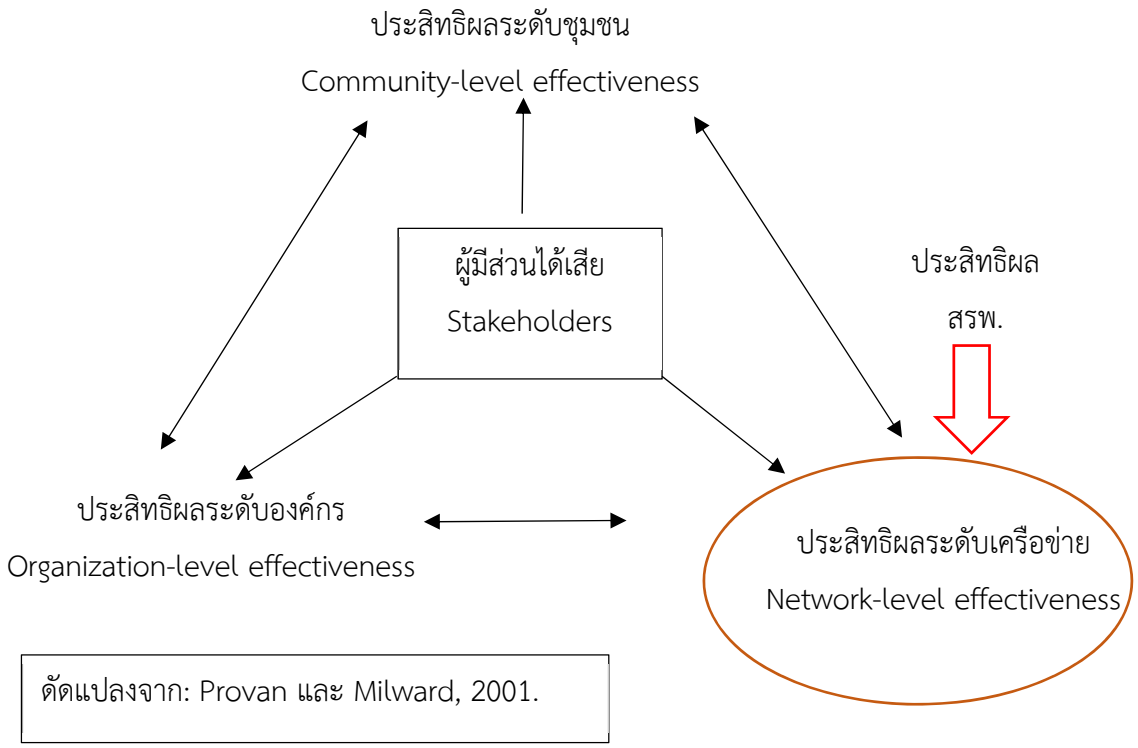
การวัดประสิทธิผลในระบบสุขภาพ มักถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือเพื่อตัดสินว่าความต้องการทางด้านสุขภาพนั้นๆบรรลุความต้องการอย่างเหมาะสมเพียงใด ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลลัพธ์เชิงบวกที่ยอมรับว่ามีคุณภาพหรือไม่อย่างไร ทำให้คนทั่วไปตีความว่าประสิทธิผลเป็นเพียงการพิจารณาว่าสามารถทำให้ผลลัพธ์บรรลุถึงความต้องการนั้นๆได้ก็จะถือได้ว่าบรรลุประสิทธิผลของการดำเนินงาน ซึ่งในความเป็นจริงไม่ใช่เพียงเท่านั้น จึงทำให้มีข้อโต้แย้งว่าการพิจารณาเพียงผลผลิต (outputs) ที่เกิดอย่างเดียวไม่น่าจะเพียงพอ เพราะในการเกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์นั้นๆจะประกอบด้วยปัจจัยหลากหลายที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ตั้งแต่ความต้องการผู้รับผลจากการดำเนินงาน, วิธีการดำเนินงาน, ทีมงาน และ ผลกระทบที่เกิดขึ้นเอง ปัจจัยต่างๆเหล่านี้ยังมีองค์ประกอบย่อยอีกหลายประการ ได้แก่ ความพึงพอใจ, การตอบสนองความต้องการที่แท้จริง, ทรัพยากรที่เพียงพอ, ค่าใช้จ่ายที่สามารถลงทุนได้, ปัจจัยการยอมรับทางสังคม และ ข้อกฎหมายที่ต้องปฏิบัติ เป็นต้น[42,43] สิ่งสำคัญ คือ ผลลัพธ์นั้นๆต้องมีคุณภาพ ทั้งหมดจะเห็นได้ว่า ประสิทธิผลการดำเนินงานของระบบสุขภาพหรือแม้แต่ระบบอื่นๆ กระบวนการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลเป็นสิ่งสำคัญที่จะมั่นใจว่าผลลัพธ์สุดท้ายได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี 2558-2560 ประจำทุกปี มีการประเมินผลปฏิบัติงานทุกปีเช่นกัน การดำเนินงานได้กำหนดเป้าหมายเป็นตัวชี้วัดที่ประเมินผลการดำเนินงานชัดเจน จากรายงานประจำปี พบว่า สรพ.สามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ บางโครงการยังสามารถดำเนินงานได้เกินเป้าหมายที่กำหนด เป้าหมายที่กำหนดก็สอดคล้องกับนโยบายและตอบสนองต่อแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) ได้กำหนดให้จัดทำ การประเมินผลการดำเนินงานที่กล่าวมาแล้ว เป็นการวัดผลลัพธ์แบบผลผลิตเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นว่า การดำเนินงานสรพ.นั้นเกิดประสิทธิผล สิ่งน่าสนใจ คือ ระบบการดำเนินงานของสรพ.นั้น มีกระบวนการที่สามารถทำงานได้ดีและมีประสิทธิผลจริงๆหรือไม่อย่างไร

กรอบการวิเคราะห์ประสิทธิผล

จากข้อมูลบทที่ 2 เห็นได้ชัดเจนว่าสรพ.ใช้การอภิบาลและการพัฒนาคุณภาพด้วยการสร้างเครือข่าย การที่จะประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานของสรพ.จึงเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะประเมินประสิทธิผลของเครือข่ายที่ได้รับการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง ประสิทธิผลเครือข่ายเป็นมิติหนึ่งของการวิเคราะห์เครือข่ายสังคม (Social Network Analysis) เป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้ประเมินการดำเนินงานขององค์กรด้านสุขภาพให้เกิดความมั่นใจว่าเกิดประสิทธิผลเพียงพอ[44] ดังภาพที่ 3.1

ภาพที่ 3.1 ระดับประสิทธิผลในระบบสุขภาพ



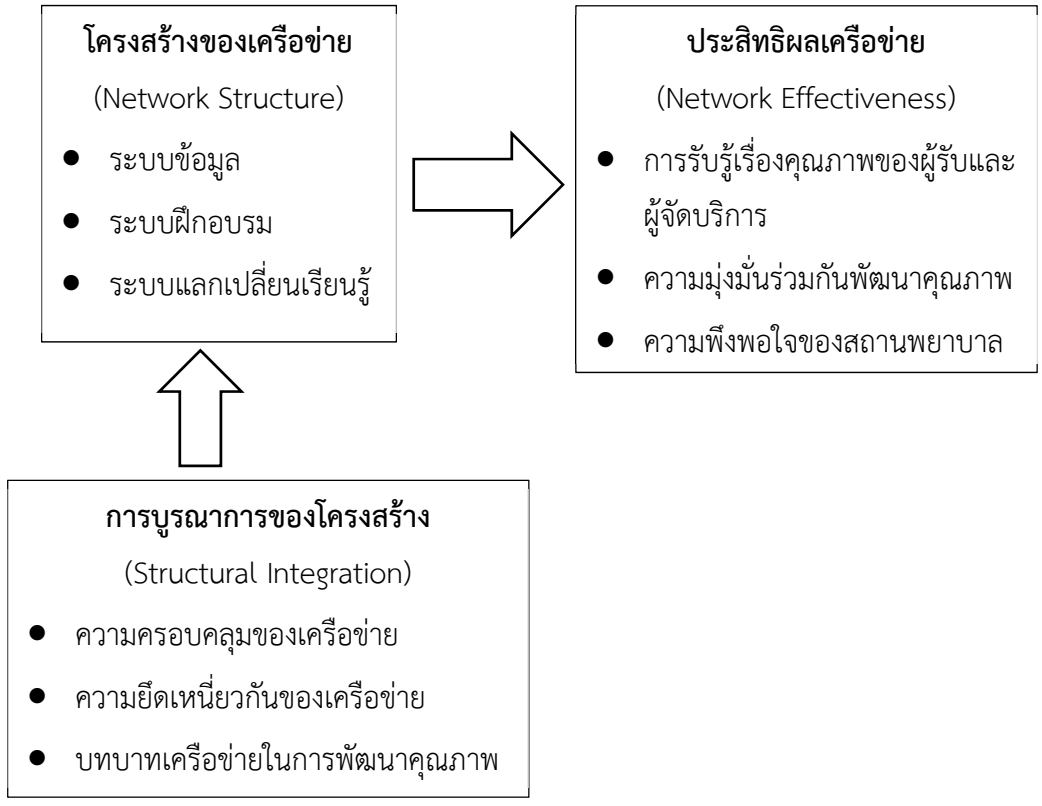
ดัดแปลงจาก: Provan และ Milward, 2001.

จากภาพที่ 3.1 จะเห็นได้ว่า สรพ.มีการประเมินตนเองเรื่องประสิทธิผลระดับสถาบันอยู่ประจำปี เป็นประสิทธิผลระดับองค์กร (Organization-level effectiveness) ดังพบได้จากรายงานประจำปีและรายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีที่ผลงานบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด ประสิทธิผลระดับชุมชน (Community-level effectiveness) นั้น สรพ.เริ่มดำเนินงานไม่นานและไม่ได้กำหนดเป็นตามภารกิจเป้าหมายหลักในช่วงปี 2558-2560 จึงอยู่นอกกรอบวัตถุประสงค์การประเมินครั้งนี้ แต่ประสิทธิผลระดับเครือข่าย (Network-level effectiveness) เป็นสิ่งที่มีความสำคัญซึ่งถูกกำหนดเป็นยุทธศาสตร์ชัดเจนในช่วงปี 2558-2560 จึงสมควรที่จะ

ได้รับการประเมินเพื่อให้สามารถมองภาพได้ชัดเจนว่า สรพ.สามารถดำเนินงานได้ผลเกิดประสิทธิผลที่กำหนดและบรรลุเป้าหมายได้แท้จริงอย่างไร ดังนั้นการวิเคราะห์ในการศึกษานี้จึงเน้นที่การประเมินประสิทธิผลระดับเครือข่ายที่สรพ.เองยังไม่เคยประเมินหรือถูกประเมินมาก่อน แต่มีความสำคัญเพราะเครือข่ายที่สรพ.พยายามสร้างอย่างต่อเนื่องนั้น ประกอบด้วยเครือข่ายสถานพยาบาล ที่เป็นผู้ร่วมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและเป็นเป้าหมายหลักที่สรพ.ต้องการให้เกิดคุณภาพอย่างยั่งยืน ในเครือข่ายที่กล่าวถึงยังรวมถึงกลุ่มผู้ตรวจประเมินรับรองที่ไม่ได้เป็นบุคลากรสรพ. (Part-time surveyor) ซึ่งเป็นเครือข่ายที่สำคัญ นอกจากนี้ยังมีเครือข่าย HACC, QLN, PNC และ DHSA ที่สรพ.ได้ขยายการพัฒนาคุณภาพออกไปอย่างกว้างขวางและรวดเร็วในช่วงปี 2558-2560

การประเมินประสิทธิผลเครือข่ายเป็นการประเมินที่แตกต่างจากการประสิทธิผลแบบเดิมๆ เพราะการประเมินแบบเดิมนั้นประสิทธิผลจะเน้นที่องค์กรหรือกลุ่มหรือทีมหรือผู้มีบทบาทเป็นเป้าหมายสำคัญ เป็นการประเมินเฉพาะตัวแต่ละหน่วยผู้กระทำ แต่การประเมินเครือข่ายสังคมนี้จะประเมินถึงการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การประเมินลักษณะนี้จะแสดงผลของการสร้างและเกิดความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรหรือสถาบันหรือกลุ่มบุคคลที่แตกต่างกัน ว่ามีปฏิสัมพันธ์ที่บูรณาการได้ระดับไหน การที่สามารถบูรณาการได้อย่างดีย่อมก่อให้เกิดประสิทธิผลการดำเนินงานอย่างดีแน่นอน ดังนั้นการประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานของสรพ. จึงนำเอาวิธีการวิเคราะห์เครือข่ายสังคมมาเพื่อเป็นกรอบวิเคราะห์โครงสร้างของสรพ.และเครือข่ายที่สรพ.พัฒนา ซึ่งจะใช้โมเดลการประเมินประสิทธิผลเครือข่ายที่ดัดแปลงมาจาก Wang และ คณะ [45] ดังภาพที่ 3.2

ภาพที่ 3.2 กรอบการประเมินประสิทธิผลเครือข่าย

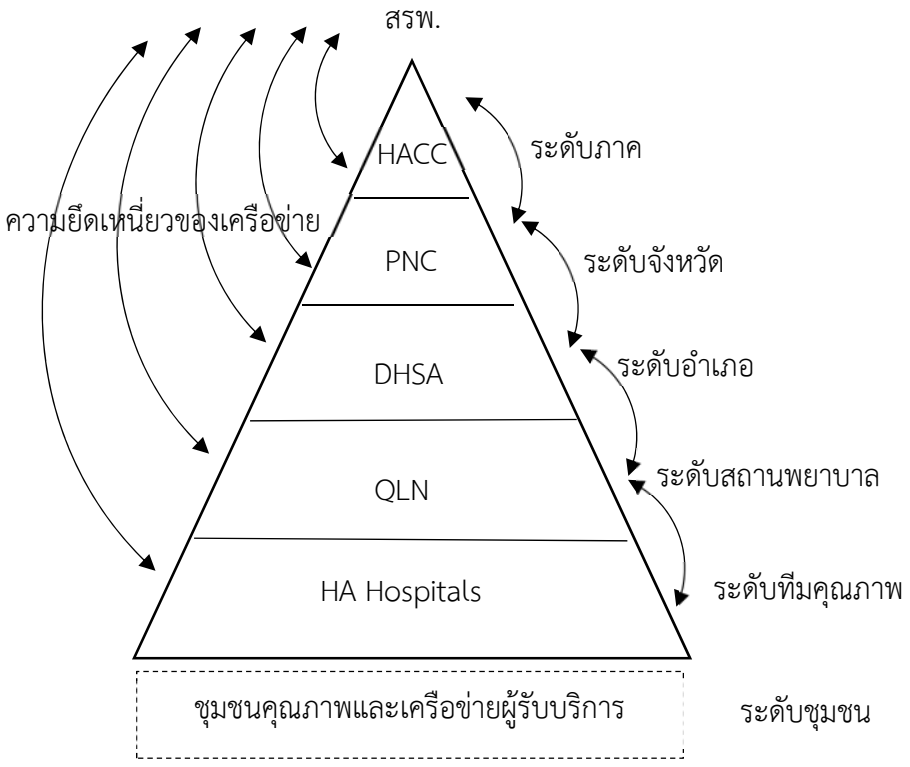


ภาพที่ 3.2 แสดงกรอบการประเมินประสิทธิผลเครือข่าย ภายในกรอบประกอบด้วย 3 องค์ประกอบสำคัญ คือ ประสิทธิผลเครือข่าย, โครงสร้างเครือข่าย และ การบูรณาการของเครือข่าย ภายในแต่ละองค์ประกอบจะมีตัวชี้วัดที่สามารถใช้วัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้เห็นระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน ประสิทธิผลเครือข่ายมีตัวชี้วัดสำคัญ 3 ตัว ได้แก่ การรับรู้เรื่องคุณภาพของผู้รับและผู้จัดบริการ, ความมุ่งมั่นร่วมกันพัฒนาคุณภาพ และความพึงพอใจของสถานพยาบาล ประสิทธิผลเกิดมาจากการมีโครงสร้างเครือข่ายที่ดี ซึ่งสามารถกำหนดตัวชี้วัดที่ใช้ประเมินสำคัญ 3 ตัว ได้แก่ ระบบข้อมูล, ระบบฝึกอบรม และ ระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โครงสร้างเครือข่ายจะมีระดับดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับการบูรณาการของโครงสร้างเครือข่ายใน 3 มิติ ได้แก่ ความครอบคลุมของเครือข่าย, ความยึดเหนี่ยวกันของเครือข่าย และ บทบาทเครือข่ายที่สามารถบูรณาการเข้าด้วยกันในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ตามลำดับต่อไปดังนี้

การบูรณาการของโครงสร้าง

โดยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงแก่นสาระ (Thematic Analysis) สามารถสร้างกรอบเครือข่ายและความสัมพันธ์ตามกรอบที่เสนอสำหรับประเมินหาความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างได้ดังภาพที่ 3,3

ภาพที่ 3.3 ความครอบคลุมของเครือข่ายและความสัมพันธ์

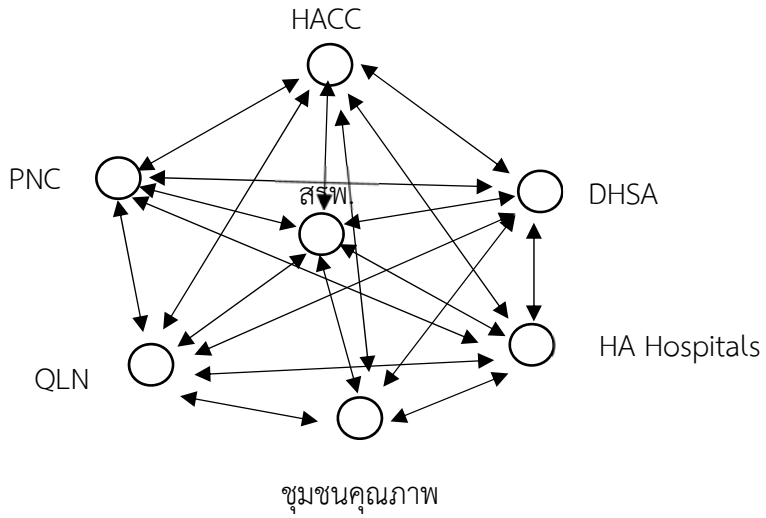


จากรูปที่ 3.3แสดงให้เห็นโครงสร้างเครือข่ายของสรพ.และเครือข่ายคุณภาพที่สรพ.ได้พัฒนาเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นเครือข่ายที่ครอบคลุมทุกระดับสอดคล้องกับระบบสุขภาพประเทศไทย ในระดับภาคของประเทศ สรพ.ได้พัฒนาศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HACC) ครอบคลุมทุกภาคและเขตพื้นที่ของระบบสุขภาพประเทศไทย ระดับจังหวัดมีเครือข่ายพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัดที่ร่วมมือพัฒนาคุณภาพบริการจนสามารถแก้ปัญหาร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรมเกิดขึ้นหลายจังหวัด แม้จะยังไม่ครอบคลุมครบทุกจังหวัดทั้งประเทศแต่ก็มีแนวโน้มที่ดี เพราะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกๆจังหวัด เห็นความสำคัญที่จะนำไปพัฒนาคุณภาพร่วมกับการพัฒนาเชิงผลการปฏิบัติงาน (Performance Management) ระดับอำเภอมีการสร้างเครือข่ายพัฒนาคุณภาพของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) เมื่อมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เกิดขึ้นชัดเจน เครือข่ายที่พัฒนาไว้ในระดับอำเภอจึงมีความสอดคล้องกับการทำงานของพชอ.อย่างดี ระดับเครือข่ายของสถานพยาบาลมีเครือข่ายความร่วมมือของทีมคุณภาพแต่ละสถานพยาบาล ที่สมัครมาร่วมมือกันช่วยเหลือสถานพยาบาลที่ยังต้องการพัฒนาคุณภาพ ในรูปแบบเป็นทีมให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมปรึกษาเรียนรู้เป็นเครือข่ายเรียนรู้คุณภาพ (QLN) ครอบคลุมในระดับพื้นที่ของสถานพยาบาลขนาดใกล้เคียงกันทั้งประเทศ สิ่งที่น่าสนใจ คือ การสร้างความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพที่ให้ชุมชนและผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการพัฒนา เป็นชุมชนคุณภาพและเครือข่ายผู้รับบริการที่สะท้อนความต้องการและให้ความคิดเห็นสร้าสรรค์การพัฒนา นอกจากสร้างการพัฒนาที่ยั่งยืนยังเป็นการสร้างการรับรู้ของประชาชนและชุมชนในการประชาสัมพันธ์การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA

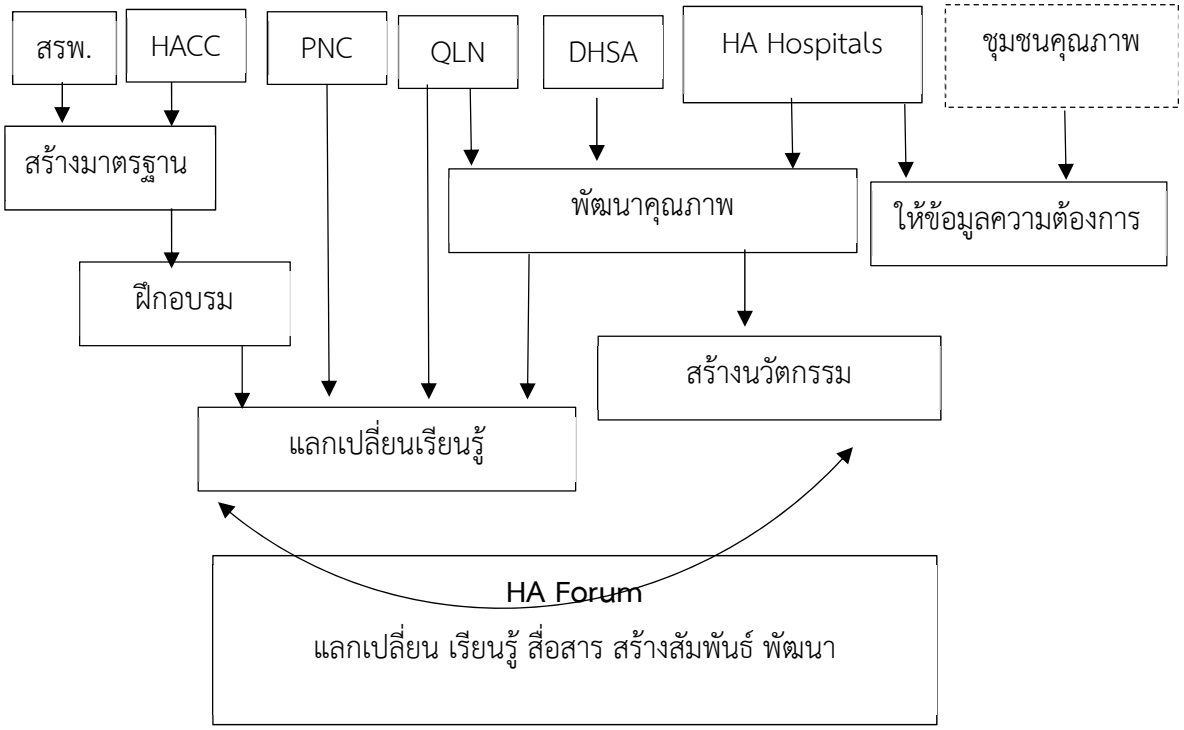
ภาพที่ 3.4 แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างสรพ.กับเครือข่าย และ ระหว่างเครือข่ายกับเครือข่ายต่างๆด้วยกัน จากรายงานการพัฒนาคุณภาพและการสัมภาษณ์เห็นได้ชัดเจนว่าสรพ.มีความสัมพันธ์กับเครือข่ายคุณภาพที่ดี ความเหนียวแน่นจากสรพ.และเครือข่ายได้รับการพัฒนาและมีระบบติดตามต่อเนื่องสำหรับการสนับสนุนองค์ความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างความมั่นใจในการร่วมมือกันพัฒนาคุณภาพ สิ่งที่ยึดเหนี่ยวความสัมพันธ์เกิดจากความรับรู้ของผลการพัฒนาที่สร้างความสุขและความปลาบปลื้มของการได้รับผลลัพธ์ที่พัฒนาได้ตามมาตรฐานHA ร่วมกับการได้ช่วยเหลือให้เครือข่ายได้เรียนรู้อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการสร้างแรงจูงใจให้เครือข่ายพัฒนาตนเองและเครือข่ายด้วยกันเป็นบทบาทสำคัญที่สรพ.จะต้องสร้างความต่อเนื่องซึ่งมีปัจจัยสำคัญ คือ ภาวะผู้นำรวมของสรพ. (Collective leadership) เครือข่ายกับเครือข่ายมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันที่ดีมีความสัมพันธ์ที่พัฒนาต่อเนื่องในการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งจัดกิจกรรมประชุมวิชาการที่สรพ.เองได้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างองค์ความรู้

วิทยากรและผู้เยี่ยมประเมินมีบทบาทสำคัญที่จะประสาน เชื่อมโยง และ ร่วมกับเครือข่ายดังกล่าวแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาเครือข่ายดังกล่าวเป็นเสมือนภารกิจที่สรพ.ต้องมีความร่วมมือกับหน่วยงานคุณภาพโดยเฉพาะสถานศึกษา เช่น คณะแพทย์ เป็นต้น ภารกิจพัฒนาคุณภาพที่สรพ.สร้างเครือข่ายไว้นับว่าไม่ใช่ภารกิจหลักขององค์กรการศึกษาดังกล่าว ดังนั้นการพัฒนาอาจขาดความต่อเนื่อง

ภาพที่ 3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างโครงสร้างเครือข่าย



ภาพที่ 3.5 บทบาทเครือข่ายการพัฒนาระบบคุณภาพสถานพยาบาล



มีข้อมูลชัดเจนว่า เครือข่ายที่สมัครมาร่วมมือกันพัฒนาคุณภาพหากไม่มีแผนงานที่ชัดเจน โดยเฉพาะงบประมาณดำเนินงาน การพัฒนาจะขาดความต่อเนื่อง เป็นปัญหาสำคัญที่สรพ.จะต้องพยายามรักษาสภาพเครือข่ายให้คงอยู่ การที่สรพ.พยายามนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ เรื่อง ความปลอดภัยของผู้รับและผู้จัดบริการเพิ่มเติมเสริมในหลักสูตรการศึกษาของสถาบันการศึกษาโดยเฉพาะคณะแพทย์ เป็นแนวคิดเชิงยุทธศาสตร์ที่จะสร้างความยั่งยืนของเครือข่ายที่มาร่วมมือกันพัฒนาคุณภาพ ปัญหาสำคัญอีกประการได้แก่เรื่องบุคลากรที่เข้ามารับผิดชอบเครือข่าย พบว่า โครงสร้างองค์กรด้านคุณภาพของสถาบันการศึกษาและสถานพยาบาลนั้นเป็นเรื่องเฉพาะกิจ ไม่มีโครงสร้างแบบทางการรองรับในองค์กร ความก้าวหน้าของผู้รับผิดชอบคุณภาพไม่ชัดเจน การที่บุคลากรผู้เข้ามารับผิดชอบจะเกิดจากความสมัครใจ มองเห็นคุณค่าการทำงานที่เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อระบบสุขภาพสถาบัน สถานพยาบาล และ ผู้ป่วย การที่จะสร้างบุคลากรเพื่อเข้ามารับผิดชอบทดแทนเพิ่มเติมจึงเป็นปัญหาสำคัญที่หาผู้มารับผิดชอบได้ยากมาก

บทบาทต่างๆของเครือข่ายแต่ละระดับมีความแตกต่าง แต่มีความสอดคล้องเชื่อมโยงกันชัดเจน หากนำมาสร้างไดอะแกรมแสดงบทบาทสรพ.และเครือข่ายคุณภาพในการร่วมมือกันพัฒนาระบบ จะเห็นได้ชัดเจนมาก ดังภาพที่ 3.5 สรพ.มีบทบาทสำคัญในการสร้างมาตรฐาน HA ทั้งมาตรฐานการประเมินและรับรอง การสร้างคู่มือเพื่อเป็นแนวทางให้สถานพยาบาลนำไปพัฒนา มีประโยชน์ทั้งให้ความรู้และสร้างความสัมพันธ์ การที่สรพ.จัดอบรมและฝึกทักษะพัฒนาคุณภาพแก่สถานพยาบาลที่สมัครมา นับว่าเป็นแหล่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นการสร้างความสัมพันธ์ทั้งในองค์กรสรพ.เอง ระหว่างสรพ.กับเครือข่าย และ ระหว่างเครือข่ายด้วยกัน ดังเช่นมีโครงการจัดการความรู้และแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันระหว่างสำนักของสรพ.เอง ของผู้เยี่ยมประเมินรับรอง และ ของเครือข่ายพัฒนาคุณภาพทุกระดับ ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HACC) เป็นเครือข่ายสำคัญของสรพ.ที่สร้างความร่วมมือกับสถานศึกษามหาวิทยาลัยโดยเฉพาะคณะแพทย์ มีความสัมพันธ์ที่ดีมากสำหรับพัฒนาเรียนรู้กำหนดมาตรฐานคุณภาพ จนนำไปสู่การเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรการศึกษาและการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นแหล่งผลิตบุคลากรสำคัญ ในอนาคตหากวิชาชีพต่างๆโดยเฉพาะแพทย์ถ้าสามารถเข้าใจแนวคิดการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA ย่อมเป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการ สังคม และ ประเทศ สร้างความยั่งยืนของวัฒนธรรมการพัฒนาคุณภาพในระบบสุขภาพ HACCจึงเป็นศูนย์แห่งการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในระดับภูมิภาค สามารถแบ่งเบาภาระสรพ.ในการพัฒนาอบรมและสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพในภูมิภาค เครือข่ายพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด (PNC) เป็นเครือข่ายที่สำคัญของจังหวัดสำหรับการพัฒนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก้ปัญหาสุขภาพโดยการนำมาตรฐานHA มาพัฒนาระบบการจัดการ มีตัวอย่างความสำเร็จที่พบได้ในหลายพื้นที่ เช่น การแก้ปัญหาอัตราตายของแม่และเด็ก หรือ อุบัติการณ์ของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น หัวใจขาดเลือด (STEMI) หรือ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เหล่านี้เป็นการสร้างประสิทธิผลการแก้ปัญหาด้วยการสร้างความร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพด้วยมาตรฐาน HA ที่มีการประสานของเครือข่ายที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ จนเกิดประสิทธิผลการแก้ไขปัญหาโดยรวม

เครือข่ายคุณภาพระดับอำเภอและเครือข่ายโรงพยาบาลมีความสำคัญเพราะมีความใกล้ชิดกับผู้รับบริการและประชาชนอย่างยิ่ง การที่สถานพยาบาลต่างๆสมัครมารับการประเมินและรับรองคุณภาพเพิ่มขึ้นเป็นภาระสำคัญที่สรพ.เองไม่สามารถสร้างผู้เยี่ยมสำรวจและประเมินรับรองได้ทันกับความต้องการ การสร้างเครือข่ายผู้ที่สนใจและมีพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพในกลุ่มสถานพยาบาลเพื่อช่วยเหลือกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการเพิ่มประสิทธิผล และ ประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพที่สรพ.มีวิสัยทัศน์ที่ดียิ่ง เพราะสามารถสร้างการมีส่วนร่วม สร้างการพัฒนาในพื้นที่ และ สร้างการเรียนรู้ที่สามารถสร้างความยั่งยืน ซึ่งจะพบได้ว่าในแต่ละเครือข่ายและสถานพยาบาลมีการจัดการคุณภาพด้วยตนเองจนเกิดการสร้างนวัตกรรมมากมายให้เรียนรู้แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน จะเห็นได้ชัดเจนว่า การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของการประชุมประจำปี HA Forum มีการส่งผลงานทั้งการศึกษาวิจัย R2R และ นวัตกรรมเพื่อมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นจำนวนหลายพันเรื่องหรือหลายพันบทความ เครือข่ายชุมชนคุณภาพแม้จะเริ่มดำเนินการแต่พบว่าส่งผลให้เกิดการตื่นตัวของชุมชน กลุ่มเครือข่ายผู้รับบริการ และประชาชนผู้มีส่วนได้เสียโดยตรงเริ่มได้รับการสนับสนุนให้เกิดการสร้างเครือข่าย ในอนาคตกลุ่มเครือข่ายชุมชนคุณภาพนี้ จะเป็นผู้สะท้อนทั้งความต้องการและมุมมองข้อมูลการพัฒนาที่ตรงกับความต้องการของประชาชน เป็นสิ่งสำคัญที่สรพ.จะต้องกำหนดแนวทางการประเมินผลของเครือข่ายชุมชน ประเมินประสิทธิภาพที่แสดงผลลัพธ์เชิงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสังคม ประเมินผลตอบแทนที่สังคมได้รับจากการลงทุน (Social Return of Investment) ที่สรพ.และเครือข่ายคุณภาพได้พยายามดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

โครงสร้างเครือข่ายพัฒนาคุณภาพ

การบูรณาการโครงสร้างของเครือข่ายพัฒนาคุณภาพและสรพ.นำไปสู่โครงสร้างของเครือข่ายที่มีบทบาทสำคัญของการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล การประเมินว่าโครงสร้างพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้เกิดประสิทธิผลอย่างไรและระดับไหนนั้น ใช้ตัวชี้วัดสำคัญ 3 ตัว คือ ระบบข้อมูล, ระบบฝึกอบรม และ ระบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบว่า ช่วงปี 2558-2560 ที่ผ่านมา สรพ.ได้พัฒนาโครงสร้างเครือข่ายระบบคุณภาพขึ้นชัดเจน มีการสร้างระบบข้อมูลทุกระดับ ในองค์กรสรพ.เองมีการจัดฐานข้อมูลที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะสำนักประเมินและรับรอง สำนักพัฒนาองค์กร และ สำนักส่งเสริมการพัฒนา ในระดับเครือข่าย HACC, PNC, DHSA, QLN และ ระดับศูนย์คุณภาพโรงพยาบาล มีการจัดทำฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพที่สามารถนำไปใช้เพื่อการวิจัยและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามมาตรฐาน HA และ การพัฒนาการจัดการข้อมูลและความรู้ไปสู่การสร้างวัฒนธรรมองค์กรแห่งการพัฒนาคุณภาพ มีการร่วมกันใช้ข้อมูลที่ได้จัดทำในทุกระดับ มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในรูปแบบอินเตอร์เนท

ระบบการฝึกอบรมนั้น สรพ.กำหนดมาตรฐานการฝึกอบรมและพัฒนาฟื้นฟูความรู้ตามที่ ISQua ได้รับรองให้ว่าได้มาตรฐานตามที่ISQua กำหนด การร่วมมือกันเป็นศูนย์การเรียนรู้และฝึกอบรมในระดับ HACC เป็นการสร้างทั้งประสิทธิผลและประสิทธิภาพการอบรม มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน การอบรมของ HACC ใช้วิทยากรทั้งใน

สรพ. ส่วนกลาง และ ในภูมิภาค สถานพยาบาลในพื้นที่มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีผลงานนวัตกรรมและการวิจัยหลากหลาย

การประเมินประสิทธิผลเครือข่าย พบว่า การรับรู้ด้านคุณภาพของทั้งผู้รับและผู้จัดบริการชัดเจน พบการนำมาตรฐานและเครื่องมือคุณภาพที่สรพ.ได้สร้างไปใช้ถูกต้อง ตามมาตรฐาน และ ต่อเนื่อง ผลการสำรวจแบบเร่งด่วน เรื่อง การใช้เครื่องมือ SIMPLE:Safe surgery แสดงไว้ดังตารางที่ 3.1, 3.2 และ กราฟ 3.1 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงการเกิดประสิทธิผลการพัฒนาคุณภาพในรูปแบบเครือข่าย การประเมินความมุ่งมั่นการพัฒนาคุณภาพ HA พบว่า ทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่รับรู้และเข้าใจ จะเป็นกำลังสำคัญช่วยผลักดันการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้อย่างดีและน่าภาคภูมิใจ มีความมุ่งมั่นที่จะพยายามรักษาธำรงมาตรฐานคุณภาพให้อยู่ในระดับที่ดีและดีขึ้นเรื่อยๆ โรงพยาบาลที่สมัครเข้ารับการประเมินรับรองตามมาตรฐาน HA ให้ความสำคัญต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพและพยายามที่จะพัฒนามาตรฐานที่สูงขึ้นระดับขั้นก้าวหน้า (Advance HA) หรือ การประเมินรับรองเฉพาะโรค (Disease Specific HA) สาเหตุที่ระบบมาตรฐาน HA ได้รับความสนใจและถูกให้ความสำคัญ คือ ใช้งบประมาณเพื่อการพัฒนาน้อยกว่าการนำมาตรฐานอื่นๆที่เป็นเชิงธุรกิจต้องจ่ายด้วยราคาแพง มาเป็นการพัฒนาแบบยั่งยืนต่อเนื่อง ทีมบริหารและผู้ปฏิบัติงานคุณภาพเห็นตรงกันว่าระบบมาตรฐาน HA ให้ความคิดที่ยืดหยุ่นต่อการพัฒนาคุณภาพและใช้การประเมินเชิงกระบวนการ มากกว่าการจัดทำตามตัวชี้วัดที่เป็นเกณฑ์กำหนดเพียงอย่างเดียว สิ่งที่สร้างแรงจูงใจแก่โรงพยาบาลที่ได้ผ่านการประเมินรับรองมาตรฐาน HA คือ ความภาคภูมิใจที่ได้เรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพจนทำให้ต้องการพัฒนาต่อเนื่อง สิ่งที่ยืนยันความสำเร็จในความภาคภูมิใจ คือ ผลการประเมินความพึงพอใจของสถานพยาบาลที่วิชาชีพสาขาต่างๆให้ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของสรพ. พบว่า มีระดับความพึงพอใจในเกณฑ์ที่สูงเกินร้อยละ 80 การสัมภาษณ์ พบว่า โรงพยาบาลที่ได้รับการประเมินรับรองด้วยมาตรฐาน HA มีความภาคภูมิใจ หากสถานพยาบาลที่ผู้บริหารไม่มีความเข้าใจในระบบมาตรฐาน HA จะไม่สนับสนุนการดำเนินงานโดยให้เหตุผลแตกต่างกัน เช่น งบประมาณไม่เพียงพอ ขาดแคลนบุคลากร ความยากของมาตรฐานและ คำศัพท์เฉพาะเข้าใจยาก ในโรงพยาบาลเอกชนระบบมาตรฐาน HA ไม่ได้รับความสนใจในบางแห่ง เพราะไม่สามารถนำไปสร้างผลลัพธ์เชิงธุรกิจที่เป็นเป้าหมายผู้ถือหุ้น จึงเปลี่ยนไปพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลด้วยระบบอื่นแทน

ผลการสำรวจแบบเร่งด่วนเครื่องมือ SIMPLE:Safe Surgery

ตารางที่ 3.1 แสดงถึงคุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 27 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 81.5 วุฒิการศึกษาระดับปริญญาตรีพบมากที่สุดร้อยละ 81.5 ผู้ตอบเป็นกลุ่มพยาบาลห้องผ่าตัดร้อยละ 44.4 มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 10 ปี พบมาก ร้อยละ 44.4 ช่องทางการรับรู้เรื่องเครื่องมือ SIMPLE:Safe Surgery มาจากการอบรมในสถานที่ทำงานร่วมกับการศึกษาด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 44.4

ตารางที่ 3.2 แสดงผลการวิเคราะห์ความเห็นต่อเครื่องมือ SIMPLE:Safe Surgery แบ่งระดับคะแนนออกเป็น 5 ระดับ คือ 1-5 โดยระดับ 1 แสดงว่า ให้ความสำคัญต่อเครื่องมืออย่างยิ่ง หรือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ระดับ 5 แสดงว่าให้ลำดับความสำคัญน้อยมากหรือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ตามลำดับ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุเฉลี่ย 41.9 ปี ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 4.1 ปี โรงพยาบาลที่ให้ข้อมูลมีขนาดเตียงเฉลี่ย 324.4 เตียง มีเตียงผ่าตัดเฉลี่ย 7.9 เตียง ใช้ผ่าตัดจริง 6.4 เตียง อัตราผ่าตัดใหญ่เฉลี่ย 643.8 รายต่อเดือน ผ่าตัดเล็กเฉลี่ย 206.5 รายต่อเดือน

การนำ SIMPLE:Safe Surgery ไปใช้ พบว่า ถูกกำหนดเป็นนโยบายระดับโรงพยาบาล วัฒนธรรมองค์กรเรื่องความปลอดภัยชัดเจนปานกลาง ห้องผ่าตัดนำหลักการ SIMPLE:Safe Surgery มาใช้สม่ำเสมอ คู่มือห้องผ่าตัดอ้างอิงจากแนวคิดของ SIMPLE:Surgery และ นำไปใช้ลดอุปสรรคการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดได้มาก ยังช่วยกำหนดตัวชี้วัดการทำงานห้องผ่าตัดได้มาก SIMPLE:Surgery สามารถลดภาระการทำงานและข้อผิดพลาดได้มาก ช่วยการสื่อสารงานผ่าตัดมาก แต่ลดการติดเชื้อได้ปานกลาง

ความเห็นต่อ SIMPLE: Safe Surgery พบว่า กระตุ้นการเรียนรู้ทีมผ่าตัด ลดอัตราตาย ลดข้อผิดพลาดการใช้ยา และ ลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็นเพื่อลดการดื้อยาได้ปานกลาง สามารถช่วยบริหารความเสี่ยงได้มาก ช่วยสนับสนุนงานวิสัญญีและลดความเสี่ยงทางโครงสร้างปานกลาง ช่วยตรวจสอบเครื่องมือและสร้างความมั่นใจการผ่าตัดมาก การลดต้นทุนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดระดับปานกลาง

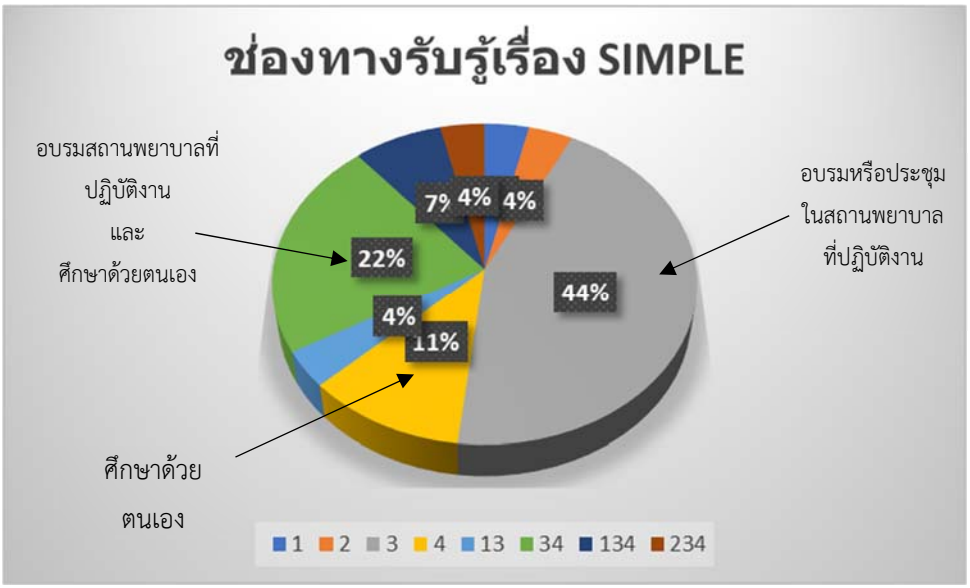
ตารางที่ 3.1 คุณลักษณะผู้ตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินเครื่องมือ SIMPLE: Safe Surgery

คุณสมบัติ	จำนวน (27)	ร้อยละ
เพศ: ชาย	5	18.5
หญิง	22	81.5
วุฒิการศึกษา: ปริญญาตรี	22	81.5
ปริญญาโท	5	18.5
บทบาทหน้าที่: แพทย์ผู้ผ่าตัด	5	18.5
วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล	10	37.0
หัวหน้า/พยาบาลห้องผ่าตัด	12	44.4
ประสบการณ์ทำงาน: 1-3 ปี	3	11.1
3-5 ปี	5	18.5
5-10 ปี	7	25.9
มากกว่า 10 ปี	12	44.4

ตารางที่ 3.2 ผลการวิเคราะห์แบบสอบถามเพื่อประเมินเครื่องมือ SIMPLE: Safe Surgery

ประเด็น	n	min	max	mean	SD.
อายุผู้ตอบแบบสอบถาม (ปี)	27	26	57	41.9	8.3
ประสบการณ์ทำงาน (ปี)	27	2	5	4.1	1.1
ขนาดโรงพยาบาล (เตียง)	27	60	465	324.4	155.0
จำนวนเตียงผ่าตัด (เตียง)	27	2	11	7.9	3.7
เตียงผ่าตัดดำเนินการจริง (เตียง)	27	1	10	6.4	3.3
จำนวนผ่าตัดใหญ่ ต่อ เดือน (ราย)	20	50	954	643.8	378.9
จำนวนผ่าตัดเล็ก ต่อ เดือน (ราย)	20	0	670	206.5	276.5
การกำหนดนโยบาย	27	1	3	1.30	.542
การสร้างวัฒนธรรมองค์กรเรื่องปลอดภัย	27	1	3	1.78	.698
การนำSIMPLEไปใช้ในงานผ่าตัด	27	1	3	1.33	.620
การสร้างคู่มือสำหรับห้องผ่าตัด	26	1	3	1.27	.533
การลดอุปสรรคการดูแลผู้ป่วย	27	1	3	1.48	.580
การใช้กำหนดตัวชี้วัดงานผ่าตัด	27	1	3	1.41	.572
ผลกระทบต่องานประจำ	27	1	4	1.74	.984
การลดข้อผิดพลาดในการผ่าตัด	27	1	3	1.15	.534
ผลต่อการสื่อสารในงานผ่าตัด	27	1	3	1.26	.526
การช่วยลดการติดเชื้อในการผ่าตัด	27	1	4	2.15	1.231
การช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ของทีมผ่าตัด	27	1	5	2.04	1.285
การลดอัตราตายของการผ่าตัด	27	1	5	2.07	1.035
ลดข้อผิดพลาดจากการใช้ยาในการผ่าตัด	27	1	5	2.15	1.262
ลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็นและลดการดื้อยา	27	1	4	2.37	.839
ช่วยการบริหารความเสี่ยงการผ่าตัด	27	1	5	1.89	1.188
การช่วยงานวิสัญญี	27	1	5	2.07	1.107
ลดความเสี่ยงเชิงโครงสร้าง	27	1	4	2.07	.917
การควบคุมตรวจสอบเครื่องมือผ่าตัด	27	1	4	1.96	.980
การสร้างความมั่นใจในการผ่าตัด	27	1	5	1.93	1.269
การลดต้นทุนการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด	27	1	4	2.04	.854

กราฟที่ 3.1 แสดงร้อยละช่องทางการรับรู้เรื่อง SIMPLE



1=อบรมจากหลักสูตรที่สรพ.จัดโดยตรง 2=อบรมจากเครือข่ายคุณภาพ เช่น HACC
3=อบรมหรือประชุมในสถานพยาบาลที่ปฏิบัติงาน 4=ศึกษาด้วยตนเอง

ผลการวิเคราะห์การสำรวจแบบเร่งด่วนนี้ แสดงเห็นได้ชัดเจนว่า เครื่องมือ SIMPLE: Safe Surgery ที่สรพ.สร้างเพื่อใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพห้องผ่าตัดนั้น ได้รับการยอมรับและสามารถสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล และ คณะ[46] และ การศึกษาของ ราตรี แฉล้มภักดิ์ และ คณะ [47] ถึงประสิทธิผลของการสร้างความปลอดภัย ประการสำคัญของเครื่องมือ SIMPLE:Safe Surgery คือ สามารถสื่อสารอย่างมีประสิทธิผล ผู้เกี่ยวข้องในทีมผ่าตัดสามารถนำไปถ่ายทอดกันเองและศึกษาเพิ่มเติมได้ แสดงถึงการยอมรับและการเข้าใจในกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ใช้เครื่องมือเป็นตัวกำหนดมาตรฐาน จนได้รับการประกาศเป็นนโยบายของโรงพยาบาลและหน่วยงานห้องผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับกรอบประเมินที่ใช้โมเดลเครือข่ายสังคมประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานสรพ.ในขั้นตอนผลลัพธ์ที่ ผู้ให้บริการยอมรับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ HA และ ผู้ป่วยปลอดภัย สร้างความพึงพอใจแก่สถานพยาบาล ทีมคุณภาพ และ ผู้เกี่ยวข้อง

ประสิทธิภาพการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ประสิทธิภาพการดำเนินงานของสรพ.เป็นสิ่งสำคัญที่กำหนดให้ต้องประเมิน สิ่งที่จะเกิดประโยชน์จากการประเมินเพื่อหาจุดอ่อนที่ทำให้ไม่เกิดประสิทธิภาพและแก้ไขปรับปรุง ประเด็นเกี่ยวข้องกับประสิทธิภาพการพัฒนาคุณภาพที่เป็นภารกิจสำคัญของสรพ. ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Inputs) ผลลัพธ์ (Outputs) อิทธิพลสิ่งแวดล้อม (External influence) และ ผลกระทบของการพัฒนาคุณภาพ (Impacts)

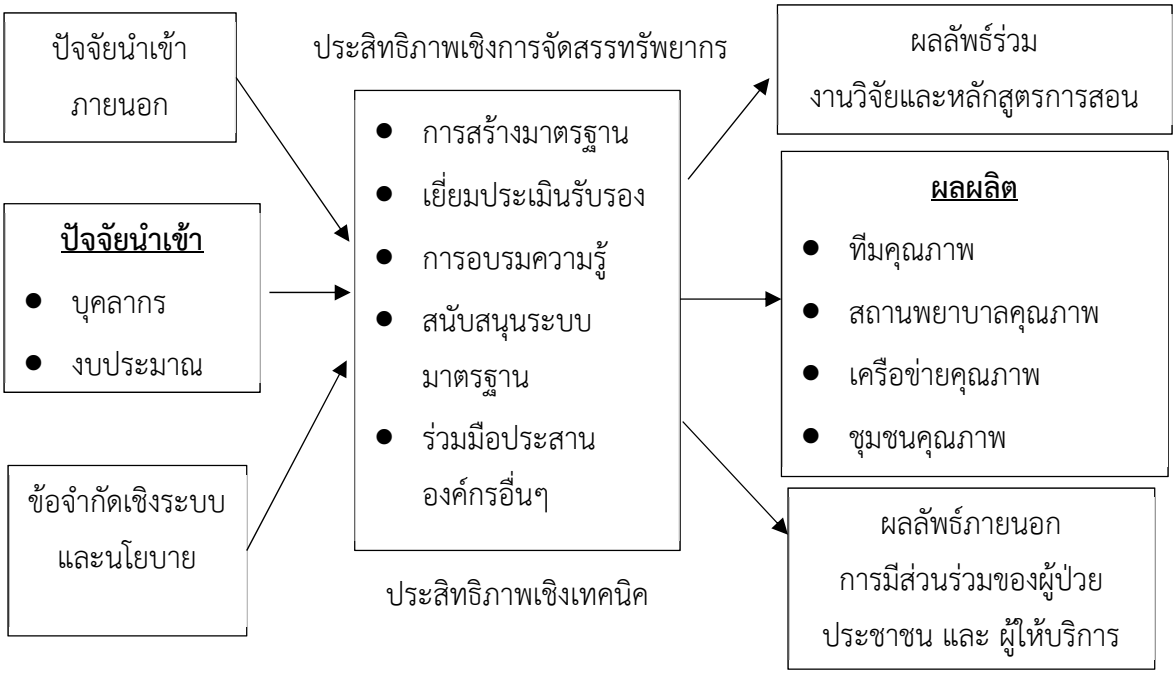
ประสิทธิภาพ สามารถอธิบายความหมายให้เข้าใจง่ายๆว่า หมายถึง สัดส่วนของมูลค่าทรัพยากรที่เป็นปัจจัยนำเข้าวัดเปรียบเทียบกับมูลค่าผลลัพธ์ที่สร้างขึ้น คิดเป็นหน่วยวัดมูลค่าทรัพยากรที่ใช้ต่อหนึ่งหน่วยผลลัพธ์ที่สร้างขึ้น เห็นได้ว่าเป็นการวัดง่ายๆ แต่ในความจริงกระบวนการดำเนินงานมีความซับซ้อนไม่สามารถแยกส่วนกระบวนการต่างๆออกจากกันได้เด็ดขาด โดยเฉพาะการจะตัดสินว่ามีหรือไม่มีประสิทธิภาพ นักเศรษฐศาสตร์จะให้ความหมายของประสิทธิภาพในรูปสมการการผลิตที่เปลี่ยนปัจจัยนำเข้าให้เกิดผลลัพธ์ที่มีค่าสูงสุด การที่ไม่สามารถสร้างผลผลิตที่สูงสุดนับว่าขาดประสิทธิภาพ ความหมายที่กำหนดนี้สามารถนำไปปรับใช้ได้ทั้งระดับจุลภาคในหน่วยงานจนถึงระดับมหภาคในระบบสุขภาพทั้งหมด ไม่ว่าจะระดับไหนก็จะมีแนวคิดเดียวกัน คือ สร้างคุณค่าที่สูงสุดจากทรัพยากรที่มีจำกัด ปัญหาสำคัญ 2 ประการที่จะทำให้เกิดความไม่มีประสิทธิภาพ คือ การนำทรัพยากรไปสร้างผลผลิตที่ไม่ได้เป็นสิ่งที่สังคมให้ความสำคัญ และ การนำทรัพยากรไปใช้ในกระบวนการผลิตที่ไม่ถูกต้อง การสูญเสียทรัพยากรอย่างไม่มีคุณค่าในทุกขั้นตอนกระบวนการดำเนินงาน ผลลัพธ์ที่ได้ย่อมไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นการประเมินประสิทธิภาพที่เหมาะสมโดยเฉพาะการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลที่สรพ.ดูแลรับผิดชอบ จึงเหมาะกับการประเมินกระบวนการดำเนินงานที่แสดงผลถึงการสร้างประสิทธิภาพโดยใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดก่อประโยชน์ได้สูงสุด ซึ่งตรงกับแนวคิดการประเมินประสิทธิภาพเชิงจัดสรรทรัพยากร (Allocative Efficiency) และประสิทธิภาพเชิงเทคนิค (Technical Efficiency) [48]

กรอบประเมินประสิทธิภาพสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

สรพ.เป็นองค์กรที่มีความจำเพาะหลายประการ ประการแรก สรพ.เป็นองค์กรเดียวในระบบสุขภาพประเทศไทย ที่มีบทบาทสำคัญสำหรับพัฒนาและประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ไม่สามารถหาองค์กรคล้ายคลึงกันมาเปรียบเทียบเพื่อประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานได้ ดังนั้นการประเมินประสิทธิภาพสรพ.จึงเป็นการเปรียบเทียบของตนเองอย่างต่อเนื่อง ประการที่สอง ผลลัพธ์เป้าหมายการดำเนินงานสรพ. คือ คุณภาพบริการที่ผู้ป่วยพึงได้รับ การประเมินคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับเป็นสิ่งประเมินได้ยาก และ ยิ่งยากมากขึ้นเมื่อต้องการประเมินหาปัจจัยที่ก่อให้เกิดคุณภาพ เพราะมีองค์ประกอบมากมายที่จะทำให้เกิดคุณภาพดังกล่าว รวมทั้งการจะประเมินว่าการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพที่สรพ.มีบทบาทสามารถสร้างบริการที่มีคุณภาพในสถานพยาบาลนั้นๆอย่างไร การประเมินประสิทธิภาพที่สร้างคุณภาพของการบริการ จึงเป็นผลลัพธ์เชิงกระบวนการมากกว่าจะใช้

ผลกระทบสุดท้ายที่ผู้รับบริการได้ กรอบการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงานของสรพ.จึงสามารถแสดงให้เห็นดังภาพที่ 3.6

ภาพที่ 3.6 กรอบประเมินประสิทธิภาพสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



ภาพที่ 3.6 แสดงรายละเอียดภารกิจที่สรพ.ดำเนินการ 6 ประการสำคัญ คือ การสร้างมาตรฐาน ตรวจเยี่ยมประเมินรับรอง อบรมเผยแพร่ความรู้ สนับสนุนมาตรฐานระบบความปลอดภัยของสถานพยาบาล และร่วมมือประสานงานกับองค์กรในและนอกประเทศเพื่อพัฒนาระบบคุณภาพ มีปัจจัยนำเข้าสำคัญ คือ บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ และ งบประมาณ ปัจจัยนำเข้าภายนอกที่สำคัญ คือ รายได้ที่สรพ.จัดหาได้เองกับผู้เยี่ยมประเมินภายนอก ข้อจำกัดเชิงระบบและนโยบาย คือ ระบบราชการ และ นโยบายรัฐบาลที่ทำให้การทำงานไม่คล่องตัว แม้จะเป็นองค์การมหาชนความยืดหยุ่นก็ไม่เพียงพอ ผลผลิตที่สำคัญคือทีมคุณภาพที่ได้รับการพัฒนา สถานพยาบาลคุณภาพ เครือข่ายคุณภาพ ได้แก่ HACC QLN PNC และ DHSA ซึ่งมีผลผลิตร่วมที่เกิดขึ้นเป็นผลงานวิจัย เกิดการสร้างหลักสูตรการเรียนการสอนคุณภาพในสถานศึกษา เกิดผลลัพธ์สำคัญของการรับรู้และการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ประชาชน และ ผู้ให้บริการ จากกรอบการประเมินประสิทธิภาพนี้ สามารถแสดงผลของประสิทธิภาพการดำเนินงานสำหรับสรพ.ใน 4 ประเด็น ได้แก่ ประสิทธิภาพเชิงจัดสรรทรัพยากร (Allocative Efficiency), ประสิทธิภาพเชิงเทคนิค (Technical Efficiency), ประสิทธิภาพระดับมหภาค (Macro-efficiency) และประสิทธิภาพระดับจุลภาค (Micro-efficiency) ดังนี้

ประสิทธิภาพเชิงจัดสรรงบทรัพยากร (Allocative Efficiency)

การประเมินประสิทธิภาพเชิงจัดสรรทรัพยากร (Allocative Efficiency) เป็นหัวใจของการประเมินต้นทุนต่อหน่วยของประสิทธิผล (Cost-effectiveness evaluation) เป็นที่นิยมสำหรับการประเมินทางเลือกที่เหมาะสมและดีที่สุด เพื่อเป็นข้อเสนอแก่ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหาร ประเมินเพื่อให้ทราบหรือแน่ใจว่าทรัพยากรที่มีจำกัดถูกนำไปใช้ในทิศทางที่เหมาะสมอย่างยิ่งที่สุด กล่าวง่ายๆ คือ ใช้ทรัพยากรผิดทิศทางย่อมขาดประสิทธิภาพ สรพ.นับว่าเป็นองค์กรสำคัญองค์กรหนึ่งในระบบสุขภาพ การดำเนินงานมีเป้าหมาย คือ ผู้รับบริการและประชาชนได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพ การที่สรพ.มีประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลและระบบสุขภาพ ย่อมสร้างประสิทธิภาพและคุณภาพในระบบสุขภาพทั้งในระดับมหภาคและจุลภาคทั้งสองระดับ เนื่องจากบทบาทสรพ.แตกต่างจากองค์กรสุขภาพอื่นๆ สรพ.ไม่ได้เป็นองค์กรจัดบริการตรงต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ การประเมินประสิทธิภาพจึงแตกต่างออกไปจากการประเมินประสิทธิภาพการบริการโดยตรงซึ่งเข้าใจได้ง่ายและชัดเจนกว่า อย่างไรก็ตามก็สามารถนำแนวคิดการสร้างประสิทธิภาพเชิงจัดสรรทรัพยากรมาใช้ประเมินการดำเนินงานของสรพ.ได้เช่นกัน

การประเมินประสิทธิภาพเชิงจัดสรรทรัพยากรนั้น สามารถใช้ประเมินได้ทั้งด้านปัจจัยนำเข้า (Inputs) และ ด้านผลผลิต (Outputs) หากใช้ประเมินด้านปัจจัยนำเข้าก็จะพิจารณาถึงความผสมผสานของทรัพยากรที่มีจำกัดได้อย่างเหมาะสมสูงสุดที่จะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ การประเมินด้านผลผลิตจะพิจารณาถึงการนำทรัพยากรที่มีจำกัดไปใช้ในทิศทางที่ถูกต้องต่อการสร้างผลลัพธ์ที่ต้องการสูงสุด จากการวิเคราะห์การดำเนินงานของสรพ.ที่ผ่านมาสามารถประเมินแยกทั้ง 2 ด้าน ดังนี้ ด้านปัจจัยนำเข้า สรพ.ต้องพยายามสร้างประสิทธิภาพการเชิงจัดสรรทรัพยากรที่มีจำกัดและมีความกดดันเพราะงบประมาณที่ลดลง จำนวนบุคลากรที่ไม่สามารถเพิ่มจำนวนให้ทันต่อภาระงานที่มีสถานพยาบาลจำนวนมากสมัครเข้ารับการเยี่ยมประเมินและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงเป็นเหตุผลที่สรพ.ต้องปรับโครงสร้างองค์กรให้เกิดความเหมาะสมตั้งแต่การจัดสำนัก จัดจำนวนบุคลากร และ การมอบหมายความรับผิดชอบ ซึ่งพบว่า สามารถสร้างประสิทธิภาพในระบบการทำงานเพราะปรับเปลี่ยนองค์กรให้สายบังคับบัญชาราบลงง่ายต่อการสื่อสารซึ่งกันและกัน การแบ่งงานโดยเฉพาะการประสานงานกับทีมคุณภาพสถานพยาบาลที่ขอประเมินรับรองมีความชัดเจนต่อเนื่องและระยะเวลาประเมินรับรองเร็วขึ้น เป็นต้น

สิ่งที่สรพ.พยายามสร้างประสิทธิภาพการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการพัฒนาคุณภาพในระบบบริการสุขภาพที่ชัดเจนช่วงปี 2558-2560 คือ การสนับสนุนและสร้างระบบคุณภาพในงานสาธารณสุข (Public health) และการส่งเสริมป้องกันโรค (Promotion and prevention) ก้าวไกลจากการรักษาพยาบาล (Curative service) เพียงด้านเดียว การพัฒนามาตรฐานเพื่อประเมินรับรอง เครือข่ายระบบคุณภาพจังหวัด (PNC) และ การประเมินรับรองระบบสุขภาพอำเภอ (DHSA) เป็นการสร้างประสิทธิภาพโดยการนำทรัพยากรที่มีจำกัด ไปขยายงานเพื่อสร้างระบบคุณภาพที่เป็นส่วนใหญ่ของประเทศไทย สถานพยาบาลมากกว่าร้อยละ 70 เป็นโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข ที่ดูแลประชาชนมากกว่าร้อยละ 90 ของประเทศ ภารกิจส่วนใหญ่ของสถานพยาบาลระดับ

อำเภอดูแลด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และ การสาธารณสุข เป็นที่ยอมรับว่าบริการทั้งหลายนี้เป็นการลงทุนเพื่อพัฒนาประชาชนส่วนใหญ่ ถือได้ว่าผลลัพธ์คุ้มค่ากับการลงทุนถือว่าเป็นการสร้างประสิทธิภาพ ดังนั้นการที่สรพ.พัฒนาการบริการเหล่านี้ให้มีคุณภาพ จึงนับว่าเป็นการจัดสรรทรัพยากรที่คุ้มค่าเกิดประสิทธิภาพ สร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ร่วมกับการขยายการพัฒนาคุณภาพสู่ชุมชนและผู้รับบริการให้เข้ามีส่วนร่วมการพัฒนา นอกจากสร้างระบบอภิบาลที่ดียังก่อให้เกิดความคุ้มค่า เพราะจะสามารถทำให้ทรัพยากรทั้งของสรพ.และสถานพยาบาลถูกนำไปใช้เพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้รับบริการ

ทางด้านผลลัพธ์ของการสร้างประสิทธิภาพการจัดสรรทรัพยากร มีหลักฐานแสดงชัดเจนว่าแม้งบประมาณลดลง จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ ขณะที่จำนวนโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสมัครมาขอรับการประเมินรับรองคุณภาพ HA จำนวนเพิ่มขึ้น สรพ.ขยายการดำเนินงานจัดให้มีโครงการที่เพิ่มคุณภาพแบบระดับก้าวหน้าเฉพาะโรค จึงชัดเจนว่าสรพ.ได้นำงบประมาณที่มีเท่าเดิมและมีแนวโน้มลดลง มาใช้จัดการให้ผลงานไม่น้อยกว่าเดิมถือว่าประสบผลสำเร็จของการสร้างประสิทธิภาพ การที่สรพ.สามารถจัดหารายได้นอกงบประมาณจากค่าสมัครอบรมและร่วมประชุม HA Forum มาสนับสนุนการดำเนินงานที่ภารกิจมากขึ้นอย่างมากได้สำเร็จตามเป้าหมายยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ ถือว่าเชิงผลลัพธ์ของการดำเนินงานมีประสิทธิภาพด้านการจัดสรรทรัพยากรที่ชัดเจน เครือข่ายคุณภาพโดยเฉพาะ HACC แสดงถึงการใช้ทรัพากรร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลในพื้นที่และสรพ.เพื่อการพัฒนาคุณภาพ เครือข่าย PNC เป็นการสร้างระบบคุณภาพที่มีส่วนร่วมของทั้งจังหวัดทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรที่มีร่วมกันอย่างเกิดประโยชน์สูงสุด การแก้ปัญหาอัตราตายแม่และทารก หรือ อัตราตายจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ที่สรพ.สามารถสร้างการบริหารจัดการคุณภาพให้เกิดการระดมทรัพยากรในจังหวัด เขต และ ภาค จนเกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ผู้รับบริการปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างชัดเจน ผลลัพธ์เหล่านี้สามารถมองเห็นเชิงสถิติ หากนำมาประเมินเชิงเศรษฐศาสตร์ความคุ้มต่อต้นทุน (Cost-effectiveness) หรือ ความคุ้มทางสังคมที่ได้รับ (Social Return of Investment) จะสามารถแสดงหลักฐานตัวเลขเชิงมูลค่าได้ชัดเจน เป็นสิ่งที่สรพ.จะต้องจัดประเมินตนเองเพื่อแสดงผลลัพธ์ที่วัดได้อย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

ประสิทธิภาพเชิงเทคนิค (Technical Efficiency)

ประสิทธิภาพเชิงเทคนิคเน้นการประเมินปัจจัยนำเข้า ให้ความสนใจเรื่องมูลค่าผลผลิตน้อยกว่าการประเมินเชิงจัดสรรทรัพยากร ประสิทธิภาพเชิงเทคนิคจึงหมายถึงการใช้ทรัพยากรที่น้อยที่สุดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ หรือ ทำนองเดียวกันทรัพยากรที่มีจำกัดสามารถใช้สร้างผลลัพธ์ได้มากที่สุด ดังนั้นประสิทธิภาพเชิงเทคนิคจึงสามารถกล่าวให้เข้าใจง่ายๆว่า เป็นการสร้างผลลัพธ์ที่ใช้ต้นทุนน้อยที่สุด หรือ ใช้ต้นทุนที่มีให้เกิดผลลัพธ์มากที่สุด

สรพ.ได้สร้างประสิทธิภาพเชิงเทคนิคชัดเจน ดังจะเห็นได้ว่างบประมาณที่ลดลงไม่ได้ทำให้ผลลัพธ์การดำเนินงานได้ผลผลิตที่จำนวนและคุณภาพลดลง ดังข้อมูลที่แสดงในบทที่ 2 พบว่า แต่ละปีงบประมาณตั้งแต่ปี 2558-2560 นั้น งบประมาณลดลงหรือไม่เพิ่ม แต่ผลลัพธ์จำนวนสถานพยาบาลและเครือข่ายคุณภาพนั้น ยังมีจำนวนเพิ่มขึ้น การธำรงคุณภาพยังสม่ำเสมอ ผลการประเมินความพึงพอใจของสถานพยาบาลมีความเข้าใจและพอใจระดับสูงตลอด มาตรฐานที่กำหนดมีความละเอียดและต่อเนื่อง นอกจากการประเมินรับรองสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA ที่ระดับมาตรฐานได้พัฒนามากขึ้นระดับ 3 และ 2 ลดลง กลายเป็นระดับมาตรฐานที่รับรองได้เต็มที่ ยังมีการพัฒนามาตรฐานเฉพาะโรคและขั้นก้าวหน้า แสดงถึงการที่สถานพยาบาลได้พัฒนาต่อเนื่องจนเป็นการพัฒนาที่ละเอียดมากขึ้น สร้างความมั่นใจในมาตรฐานที่ผู้ป่วยและประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย ผลงานการพัฒนาระบบคุณภาพขยายไปสู่ระดับนโยบาย สถาบันระดับประเทศ เช่น ISQua รับรอง และองค์การอนามัยโลกยอมรับในบทบาทการสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ภายใต้งบประมาณที่เท่าเดิมหรือลดลง

สรพ.สร้างประสิทธิภาพเชิงเทคนิคไม่เฉพาะจำนวนสถานพยาบาลและความก้าวหน้าของมาตรฐานบริการแต่ยังเพิ่มประสิทธิภาพการใช้เครือข่ายคุณภาพ ในการพัฒนาสถานพยาบาลและระบบสุขภาพในพื้นที่ทั่วประเทศตั้งแต่การสร้างผู้เยี่ยมสำรวจประเมินรับรองคุณภาพตามพื้นที่เขตบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข การใช้ทรัพยากรร่วมกับสถานศึกษา มหาวิทยาลัย ในการพัฒนาศูนย์คุณภาพในแต่ละภาค การใช้ศูนย์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HACC) สำหรับการพัฒนาคุณภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง การสร้างทีมเยี่ยมระดับจังหวัด (QLN) เพื่อสามารถใช้ทรัพยากรในพื้นที่สร้างการพัฒนาคุณภาพ การขยายการสร้างคุณภาพที่ประชาชนมีส่วนร่วมและรับรู้ เป็นการสร้างประสิทธิภาพเชิงเทคนิคที่ได้ผลลัพธ์ทั้งความสำเร็จ ต่อเนื่อง และ ด้านการประชาสัมพันธ์อย่างดี

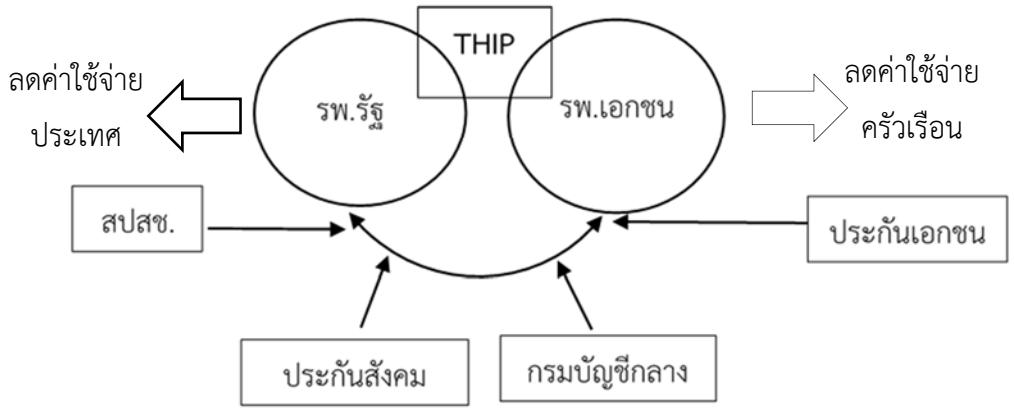
ประสิทธิภาพระดับมหภาค (Macro-efficiency)

ประสิทธิภาพการดำเนินงานของสรพ.นั้นเกิดขึ้นในระดับมหภาคที่มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพประเทศโดยรวม ดังเช่น โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล หรือ Thailand Hospital Indicators Program (THIP) แสดงความสัมพันธ์ของทั้งประสิทธิผลและประสิทธิภาพการดำเนินงานของสรพ. ที่มีผลเชื่อมโยงไปสู่ระบบสุขภาพเชิงเศรษฐกิจระดับประเทศโดยรวม ดังแสดงในภาพ 3.7

โครงการ THIP เป็นโครงการที่ใช้กำหนดตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพโรงพยาบาลที่จัดบริการแก่ผู้ป่วย ทั้งภาครัฐเอกชน การวัดเพื่อแข่งขันเชิงบวกที่สร้างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่มีระบบบริการในระดับใกล้เคียงกัน สิ่งที่พัฒนาเป็นสิ่งที่ผู้ซื้อบริการที่จ่ายค่าบริการแทนผู้รับบริการให้แก่สถานพยาบาล ได้แก่ สปสช. ประกันสังคม กรมบัญชีกลาง และ ประกันเอกชน ล้วนให้ความสำคัญ เพราะเป็นภาวะเจ็บป่วยหรือโรคที่ใช้งบประมาณสูง เช่น ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ ภาวะติดเชื้อจากการ

คาสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น จากภาพที่ 3.7 จะเห็นกรอบความพยายามที่ THIP ใช้การวัดเปรียบเทียบประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยให้เกิดคุณภาพดีที่สุดในรพ.รัฐและเอกชน เพื่อลดอัตราป่วยตายที่สามารถป้องกันไดหรือไม่สมควรเกิดขึ้น การลดอัตรานอนรักษาพยาบาลที่นานเกินความจำเป็นเพราะภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดภาวะเสี่ยงหรือเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย จนสามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลที่ผู้จ่ายค่าบริการต่างๆทั้งสปสช.ที่รับผิดชอบผู้มีสิทธิ์โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคมที่ดูแลผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม กรมบัญชีกลางที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลแก่ข้าราชการและเจ้าหน้ารัฐ หรือประกันเอกชนที่ผู้ประกันสุขภาพได้ประกันค่ารักษาพยาบาลไว้ สามารถลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาลได้ ทั้งหมดเป็นเงินจากงบประมาณประเทศและรายได้ครัวเรือนที่ผู้ป่วยจ่ายเอง การที่สามารถลดค่าใช้จ่ายลงย่อมประหยัดงบประมาณประเทศและไม่ทำให้ประชาชนต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลราคาแพงจนครอบครัวล้มละลาย ประสิทธิภาพระดับมหภาคเป็นการลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพชีวิต ผลลัพธ์เหล่านี้เป็นการสร้างประสิทธิภาพโดยรวม ทำให้มีเงินออมที่สามารถนำไปพัฒนาประเทศและคุณภาพชีวิตในครัวเรือน

ภาพที่ 3.7 แสดงความเชื่อมโยงจากประสิทธิผลระบบสุขภาพกับประสิทธิภาพระดับมหภาค



หลักฐานเชิงประจักษ์ด้านเศรษฐศาสตร์ที่ตีค่าเป็นมูลค่าเงินยังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจัง แต่เป็นข้อสังเกตที่สรพ.สมควรพัฒนาการประเมินเชิงเศรษฐศาสตร์และความคุ้มค่าที่สังคมได้รับในอนาคต อย่างไรก็ตามมีหลักฐานที่ยืนยันว่า โครงการTHIP นี้มีความสำคัญดังเช่นตารางที่ 3.3 พบว่า จำนวนโรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการ THIP มีจำนวนและประเภทโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยปี 2558 มีจำนวนโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ 205 แห่ง เพิ่มขึ้นในปี 2559 และ 2560 เป็น 329 แห่ง และ 359 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 37.69 และ 8.36 ตามลำดับ ข้อมูลไม่สามารถแยกประเภทโรงพยาบาลรัฐและเอกชนและระดับศักยภาพจำนวนเตียงรับผู้ป่วย สมควรพัฒนา

ระบบฐานข้อมูลเหล่านี้ให้สามารถใช้เพื่อการเรียนรู้ได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามก็สามารถชี้ให้เห็นว่า โครงการ THIP มีความสำคัญที่โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนสามารถนำไปพัฒนาคุณภาพด้วยตนเองและเรียนรู้ร่วมกัน

ตารางที่ 3.3 จำนวนโรงพยาบาลที่ร่วมโครงการ THIP ช่วงปี 2558-2560

	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)	205	329	359
ร้อยละที่เพิ่มขึ้น	-	37.69	8.36

โครงการ THIP มีความก้าวหน้าอย่างชัดเจนช่วงปี 2558-2560 มีผลลัพธ์เชิงประจักษ์ที่โรงพยาบาลร่วมโครงการทั้งรัฐและเอกชนนำผลเปรียบเทียบตัวชี้วัดนี้ไปพัฒนาคุณภาพ ตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงถึงประสิทธิภาพระดับมหภาคเชิงเศรษฐศาสตร์ ที่เป็นตัวอย่างสำคัญ 3 ตัวชี้วัด คือ ระยะเวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล และ การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคที่ไม่จำเป็น ทั้ง 3 ตัวชี้วัดนี้ แสดงถึงคุณภาพการดูแลและการที่สามารถลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น ดังนี้

ระยะเวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

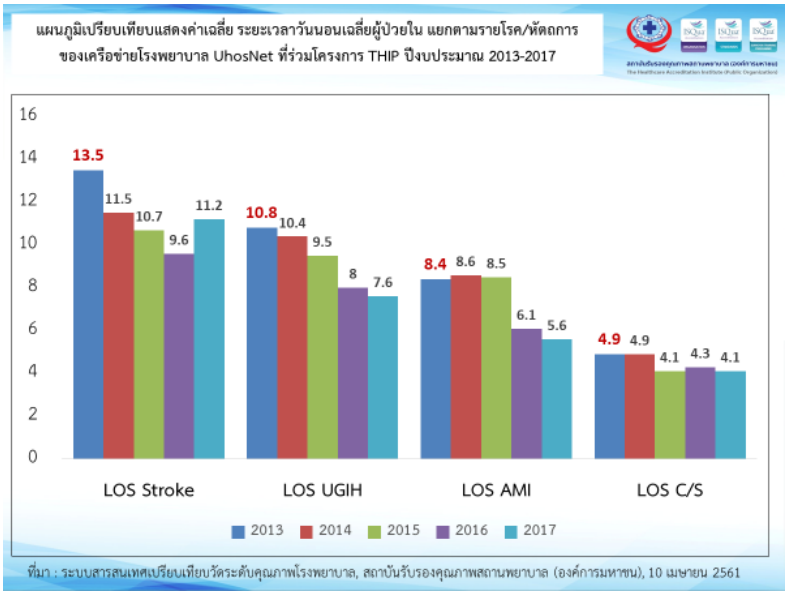
วันนอนที่ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสำหรับโรคที่พบได้สำคัญๆ 4 ภาวะโรค ได้แก่ โรคสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (Stroke), โรคเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น (Upper Gastrointestinal Hemorrhage หรือ UGIH), โรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Myocardial Infarct หรือ AMI) และ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (Caesarean Section หรือ C/S) พบว่า การเปรียบเทียบระยะเวลานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2556-2560 มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนดังกราฟที่ 3.2 การลดลงของระยะเวลานอนพักรักษาตัวมีความหมายว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลจนสามารถหายจากโรคและกลับบ้านได้เร็วขึ้น ย่อมลดค่าใช้จ่ายสำหรับนอนพักรักษาตัวและสามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติได้เร็วขึ้น ซึ่งอนุมานว่าเกิดจากการดูแลรักษาพยาบาลมีคุณภาพดีขึ้น

การเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล

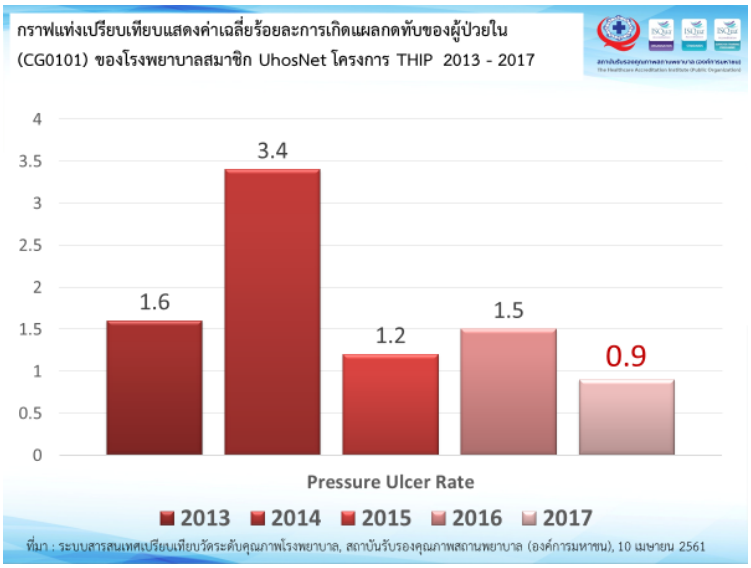
แผลกดทับผู้ป่วยขณะนอนพักรักตัวในโรงพยาบาลบ่งชี้ถึงคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ไม่ดี เมื่อผู้ป่วยขาดการดูแลที่ดีการนอนทับนานๆจึงเกิดเนื้อตายและเกิดแผลกดทับ การรักษาใช้เวลานานและสามารถเกิดการติดเชื้อจนเสียชีวิตได้ โครงการ THIP ก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ดีขึ้น กราฟที่ 3.3 ปี 2556-2560 นั้น มีอุบัติการณ์แผลกดทับสูงมากโดยเฉพาะปี 2557 แต่หลังจากนำเสนอข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่ไม่ดีการเกิดแผลกดทับ ช่วงปี 2558-2560 ลดลงอย่างชัดเจน แสดงว่า เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย แผลกดทับที่เกิดลดลงย่อมทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นไม่ต้องนอนรักษาแผลกดทับนาน เป็นภาระผู้ป่วย ญาติ แพทย์

และ พยาบาล หรือ ผู้เกี่ยวข้องที่ต้องดูแลรักษา สามารถลดต้นทุนค่าใช้จ่ายการทำแผลและการใช้ยา ไม่เกิดภาวะติดเชื้อที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต หรือ อวัยวะ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลทั้งครอบครัว โรงพยาบาล และงบประมาณประเทศ

กราฟที่ 3.2 ระยะเวลานอนพักรักษาตัวของผู้ป่วยช่วงปี 2557-2560 จำแนกตามโรคและภาวะป่วยที่สำคัญ



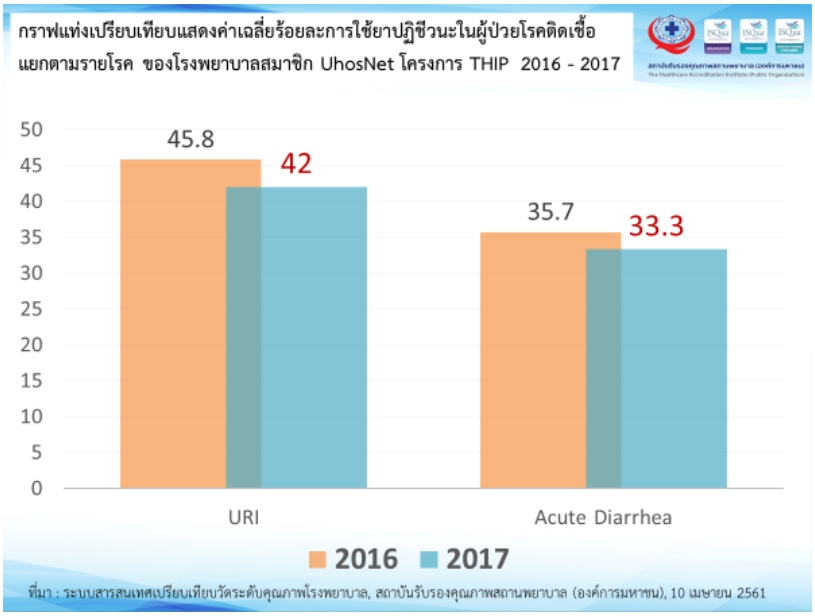
กราฟที่ 3.3 ร้อยละผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับช่วงปี 2556-2560



การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคที่ไม่จำเป็น

การใช้ยาปฏิชีวนะที่สมเหตุผล เป็นการสร้างประสิทธิภาพและลดการดื้อยาของเชื้อโรค พบว่า โรคทางเดินหายใจส่วนต้น (Upper Respiratory Infection หรือ URI) และ โรคท้องเสียเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) นั้น ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อไวรัสที่ไม่มีความจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่ใช้เพื่อรักษาการติดเชื้อแบคทีเรีย จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้ยาปฏิชีวนะจนกว่าจะตรวจพิสูจน์ทางห้องปฏิบัติการชัดเจน ว่าการป่วยจากโรคทางเดินหายใจส่วนต้นและท้องร่วงเฉียบพลันเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย กราฟที่ 3.4 แสดงว่า อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้นและโรคท้องร่วงเฉียบพลันระหว่างปี 2559-2560 ลดลงชัดเจน แม้จะไม่ลดลงมากนัก แต่เริ่มมีแนวโน้มดีขึ้น หากการใช้ยาปฏิชีวนะที่สมเหตุผลมากขึ้นต่อไปเรื่อยๆ ก็จะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายและลดการดื้อยา ค่าใช้จ่ายจากเชื้อดื้อยานั้นมีมูลค่าสูงมาก จึงแสดงผลการสร้างประสิทธิภาพที่ชัดเจน หากแต่ละโรงพยาบาลปฏิบัติแนวทางนี้ภาพรวมประเทศสามารถประหยัดงบประมาณค่ายาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็นมีมูลค่ามากมาย

กราฟที่ 3.4 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น และโรคท้องร่วงเฉียบพลัน ปี 2559-2560



โครงการ THIP แสดงให้เห็นการพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานของสรพ. ที่ให้ความสำคัญต่อคุณภาพโรงพยาบาลที่มีการดูแลผู้ป่วยโรคค่าใช้จ่ายสูงและเป็นปัญหาของระบบสุขภาพ ประสิทธิภาพที่เกิดแม้จะมองประเด็นคุณภาพแต่มีความเชื่อมโยงไปสู่ระบบเศรษฐกิจชาติอย่างชัดเจน ประเทศใช้จ่ายงบประมาณด้านการดูแลรักษาพยาบาลทุกหลักประกันสุขภาพแต่ละปีคิดเป็นมูลค่ามหาศาล การสร้างคุณภาพที่ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพย่อมเป็นผลลัพธ์ที่ดีต่อระบบสุขภาพและประเทศ สิ่งสำคัญ คือ ผู้ป่วยที่รับบริการมีความปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่

ดี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเสียชีวิตที่ป้องกันได้ โรงพยาบาลและทีมวิชาชีพมีการพัฒนาคุณภาพบริการและเกิดการป้องกันความเสี่ยง ซึ่งสามารถกล่าวอ้างได้ว่า การสร้างประสิทธิภาพระดับมหภาคยังมีความเชื่อมโยงไปสู่ระดับจุลภาคในโรงพยาบาลและทีมวิชาชีพ สิ่งสำคัญของโครงการ THIP เป็นการบริหารจัดการข้อมูลโดยสรพ.ที่มีความเป็นมาตรฐานและเป็นองค์กรกลางที่โรงพยาบาลต่างๆให้การยอมรับ ความเป็นมาตรฐานและความเป็นศูนย์กลางข้อมูลที่น่าเชื่อถือมากกว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วยความที่ไม่มีส่วนได้เสีย ย่อมเป็นองค์กรที่สะท้อนความเป็นจริงที่ทุกโรงพยาบาลให้การยอมรับ เป็นการสร้างคุณค่าของโครงการ THIP และ งานพัฒนามาตรฐานบริการของสถานพยาบาลทั้งรัฐเอกชนและชุมชน ความเหมาะสมในบทบาทของสรพ.จึงเป็นสิ่งที่ทุกคนยอมรับ กล่าวคือ การเป็นกลางที่แท้จริงของสรพ.เป็นความเหมาะสมที่จะกระตุ้นการพัฒนา สร้างประสิทธิภาพระดับประเทศดีกว่าองค์กรที่เป็นเจ้าของสถานพยาบาลหรือหน่วยงานที่มีส่วนได้เสียกับการบริการสถานพยาบาลนั้นๆ

ประสิทธิภาพระดับจุลภาค (Micro-efficiency)

ประสิทธิภาพระดับจุลภาค หรือ micro-efficiency มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผล ประสิทธิภาพเชิงเทคนิค และ ประสิทธิภาพระดับมหภาค อย่างยิ่ง มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถกล่าวอ้างได้ว่า สรพ.เองได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลและก่อให้เกิดประสิทธิภาพระดับจุลภาคชัดเจน สิ่งที่เห็นได้ชัด คือ ผลลัพธ์ที่สถานพยาบาลทั้งประเทศร่วมนำเสนอในงาน HA Forum

ตารางที่ 3.4 แสดงจำนวนผู้สมัครเข้าร่วมประชุมวิชาการคุณภาพประจำปี หรือ HA forum พบว่า แต่ละปีมีผู้สมัครจากทั้งประเทศ ทั้งภาครัฐและเอกชน สถานศึกษา วิทยากร และ ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นจำนวนมาก จำนวนไม่ลดลง แต่ตรงข้ามเพิ่มขึ้นทุกปีเป็นเวลาติดต่อกันมากกว่า 5 ปี ช่วงปี 2558-2560 ก็มีผู้สมัครมารับความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ นำเสนอผลงานมากมาย วิชาการนำเสนอแบบโปสเตอร์นั้นจากการคัดเลือกจะพบว่ามีมากกว่า 350 เรื่อง การนำเสนอวิชาการด้วยปากเปล่า (Oral Presentation) ที่คัดเลือกไว้ ประมาณ 40 เรื่อง นำเสนอในเวลา 3 วัน เฉลี่ยวันละ 12 เรื่อง

มีเหตุผลสำคัญหลายประการที่ผู้สมัครเข้าประชุมวิชาการ HA forum มากเป็นประจำทุกปี จากการสำรวจความคิดเห็นโดยสรพ.เองเมื่อปี 2559 พบว่า ผู้ประชุมส่วนใหญ่สนใจเนื้อหาของการจัดประชุม ร้อยละ 76.4 หัวข้อประชุมย่อยมีความหลากหลายและน่าสนใจเรียนรู้ร้อยละ 56.4 วิทยากรที่มาบรรยายามีความรู้ร้อยละ 46.8 สิ่งที่ผู้เข้าประชุมต้องการและมีความคาดหวังมาก คือ การเรียนรู้ประสบการณ์จากพื้นที่ ร้อยละ 61.1 ต้องการได้รับความรู้ใหม่ๆด้านวิชาการร้อยละ 60.5 ต้องการแหล่งทรัพยากรเรียนรู้แห่งใหม่ร้อยละ 59.5 มาเพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการทำงานของทีมคุณภาพร้อยละ 55.7 ต้องการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรียนรู้ร่วมกันร้อยละ 51.1 และ การมาสานความสัมพันธ์กับเครือข่ายคุณภาพร้อยละ 47.5

ตารางที่ 3.4 จำนวนคนและเรื่องวิชาการ การประชุม HA Forum ปี 2558-2560

	2558	**2559**	**2560**
ผู้เข้าร่วมประชุม (คน)	7083	7752	7669
วิชาการโปสเตอร์ (เรื่อง)	352	352	400
วิชาการนำเสนอ (เรื่อง)	36	44	46

จากข้อมูลจำนวนผู้สมัครเข้าประชุมวิชาการทั้งโปสเตอร์และการนำเสนอ และ จากความเห็นที่ทีมวิจัยสัมภาษณ์ผู้เข้าประชุม จะพบความสำเร็จที่เกิดใน HA Forum เพราะการประชุมวิชาการประจำปีทุกปีจะมีผู้มัครเข้ามารับความรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เป็นจำนวนมากมาย มาแสดงความภาคภูมิใจสร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้รับบริการ มาร่วมนำเสนอผลงานวิชาการที่เป็นการจัดการความรู้ พัฒนางานประจำสู่คุณภาพ และ เป็นนวัตกรรมที่สร้างในแต่ละพื้นที่ ลักษณะเช่นนี้พบได้ยากในการประชุมวิชาการระดับประเทศที่จัดขึ้น มีการแข่งขันการสร้างผลงานดีๆที่สร้างคุณภาพบริการ เกิดประสิทธิผลที่วัดได้ เกิดประสิทธิภาพระดับพื้นที่ที่รวมกันในระดับชาติจนเกิดมีผลกระทบเกิดการเรียนรู้ต่อยอดวงกว้าง

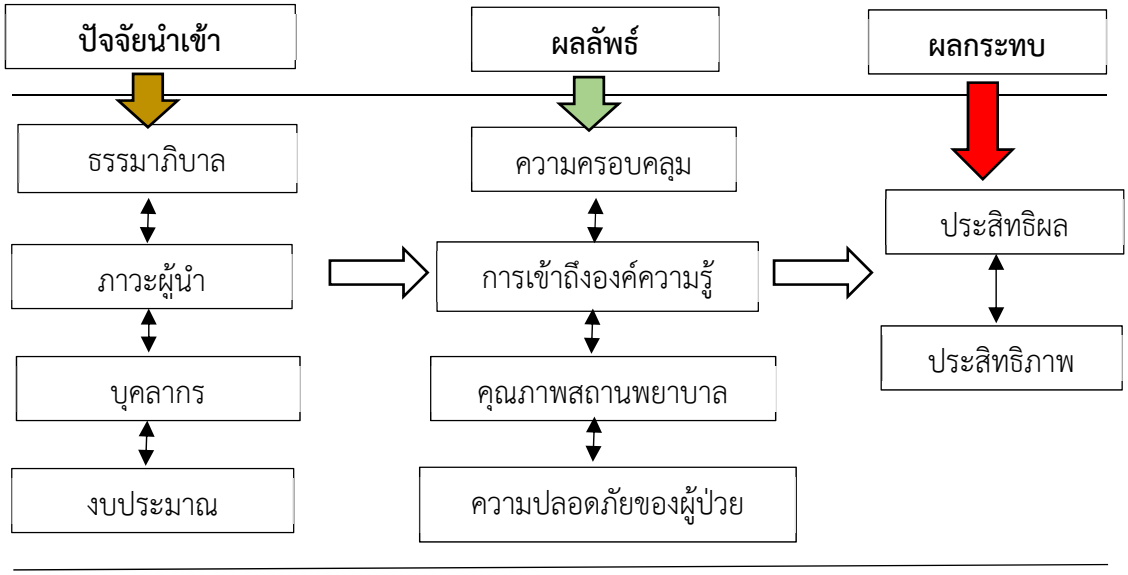
จากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมประชุม HA Forum ในฐานะที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริการ ในฐานะโรงพยาบาลคุณภาพ (Hospital Accreditation) เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ (DHSA) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัด (PNC) ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HACC) ล้วนให้ความรู้สึกที่ได้มีส่วนร่วมในการสร้างคุณภาพในระบบสุขภาพ ทุกคนให้ความสำคัญต่อการเรียนรู้ในเวลาสั้นๆแต่มีเนื้อหาสาระมากมาย การที่สามารถนำองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นทั้งประเทศมาสู่เวทีการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ทุกคนให้ความเห็นของความคุ้มค่าที่เกิดขึ้น งบประมาณจัดงานส่วนใหญ่มาจากการสมัครจ่ายค่าธรรมเนียมประชุม งบประมาณที่รัฐบาลจัดสรรไม่เพียงพอ แต่สรพ.สามารถสร้างความเชื่อมั่นและให้คุณค่าที่ผู้สมัครเห็นได้ จึงเป็นสิ่งดึงดูดให้ทั่วประเทศสมัครมาเรียนรู้ต่อเนื่องทุกๆปี การจัดการให้เอกชนรับดำเนินการ (Outsourcing) ที่มีความโปร่งใส เกิดประสิทธิผล ประสิทธิภาพ เป็นกลวิธีที่สรพ.สามารถดำเนินการได้ประสบผลสำเร็จในขณะที่บุคลากรมีจำนวนจำกัด การที่ทุกสำนัก หน่วยงาน ฝ่าย และ เจ้าหน้าที่ทุกคนของสรพ.มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน HA Forum ลุล่วง เป็นการสร้างประสิทธิผลและประสิทธิภาพองค์กร เพราะเกิดการทำงานที่บูรณาการอย่างดี มีความคิดเห็นจากบางส่วน บางหน่วยงาน จากทีมคุณภาพบางสถานพยาบาล เสนอแนะ ต้องการความช่วยเหลือสำหรับโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาการเงินโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน กระทรวงสาธารณสุข ที่ไม่สามารถจ่ายค่าสมัครเพื่อร่วมการประชุม HA Forum ได้อย่างเพียงพอกับความต้องการจะส่งวิชาขีพหลายสาขามาร่วมประชุมวิชาการทำให้การรับรู้ข้อมูลไม่ครบถ้วนทีมคุณภาพที่ร่วมรับผิดชอบ กระทรวงสาธารณสุขสมควรให้งบประมาณสนับสนุนหรือ สรพ.อาจมีข้อสนับสนุนเป็นกรณีพิเศษ ความเห็นประเด็นรูปแบบการประชุม มีข้อเสนอว่า ผู้ที่เคยสมัครเข้าร่วมประชุมยังไม่พบการเปลี่ยนแปลงรูปแบบ สมควรมีรูปแบบที่ปรับเปลี่ยน ความคิดเห็นนี้สะท้อนการประชุม HA

Forum สำหรับการจัดรูปแบบภายนอก เพราะจากการวิเคราะห์ พบว่า เนื้อหาสาระวิชาการและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นั้น สรพ.พยายามให้เกิดการปรับปรุงองค์ความรู้ใหม่ๆทุกปีตลอดมาแม้รูปแบบจะเปลี่ยนแปลงน้อยก็ตาม

สรุปผลการประเมินการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถสรุปให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น โดยอาศัยกรอบความคิดขององค์ประกอบเพื่อการพัฒนาองค์กรสุขภาพ (Six Building Blocks) ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดดังภาพที่ 1.3 ในบทที่ 1 การอธิบายสรุปผลการประเมิน จะกลับทิศทางกับกรอบองค์ประกอบเพื่อให้สามารถเข้าใจได้ง่าย เริ่มจากผลลัพธ์ของระบบสุขภาพที่มีเป้าหมายสำคัญหลายประการ ได้แก่ ระดับสุขภาพดีขึ้น (Improved health) สร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ ตอบสนองความต้องการของประชาชน (Responsiveness) ประสบผลสัมฤทธิ์ที่แท้จริง บรรลุประสิทธิผลที่ต้องการ ปกป้องด้านสังคมและการเงิน (Social and financial protection) สร้างแหความปลอดภัย (Safety net) และ ป้องกันการล้มละลายทางการเงิน (Financial Catastrophe) เพิ่มประสิทธิภาพ (Improved efficiency) คุ้มค่าทรัพยากรที่มีจำกัด จากผลลัพธ์ที่ต้องการวิเคราะห์สรุปย้อนไปสู่กระบวนการและปัจจัยนำเข้าจากข้อมูลในบทที่ 2 สามารถสร้างกรอบผลสรุปดังภาพที่ 3.5

ภาพที่ 3.8 กรอบความสัมพันธ์ปัจจัยนำเข้า ผลลัพธ์ และ ผลกระทบด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพ การดำเนินงานสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลสถานพยาบาล



องค์ประกอบปัจจัยนำเข้าของการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญของสรพ.สามารถสรุปได้ 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ธรรมาภิบาลหรือการอภิบาลที่ดี (Good governance) ภาวะผู้นำ (Leadership) ทรัพยากรบุคคลหรือบุคลากร (Health workforce) และ งบประมาณ (Financing) เนื่องจากสรพ.เป็นองค์กรตัวกลางที่สร้างคุณภาพ

ของสถานพยาบาลไม่ใช่เป็นสถานพยาบาลที่จัดบริการโดยตรง ดังนั้นองค์ประกอบ ด้านระบบการบริการ และ การเข้าถึงยา เครื่องมือ และ เทคโนโลยีที่จำเป็น จึงมีส่วนประกอบสำคัญน้อยกว่าองค์กรที่เป็นหน่วยบริการ จึงมีอิทธิพลไม่มากสำหรับการประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพการดำเนินงานของสรพ. จากปัจจัยนำเข้าส่งผลให้เกิดผลลัพธ์และผลกระทบด้านประสิทธิผลและประสิทธิภาพการดำเนินงานของสรพ. ผลลัพธ์ตัวกลางสำคัญสรุปได้ 4 ประการ ได้แก่ ความครอบคลุมของเครือข่ายคุณภาพ การเข้าถึงองค์ความรู้ ระดับคุณภาพสถานพยาบาล และความปลอดภัยของผู้ป่วย ทั้ง 4 ตัวชี้วัดนี้ เป็นผลงานจากปัจจัยนำเข้าที่ดำเนินการส่งผลให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ สามารถอธิบายรายละเอียดดังนี้

ความครอบคลุม หมายถึง จำนวนสถานพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมประเมินรับรองตามมาตรฐานคุณภาพ HA นอกจากนี้ยังความหมายกว้างลึกซึ้งถึงคำว่าความครอบคลุมที่มีประสิทธิผล (Effective coverage) หมายความว่า โรงพยาบาลทุกแห่งของประเทศไทยสมควรได้รับการประเมินรับรองมาตรฐานการบริการ ไม่ว่าจะด้วยมาตรฐานระบบใดก็ตาม การที่มาตรฐาน HA ถูกเลือกใช้รับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลทั้งประเทศมากกว่าร้อยละ 70 หมายความว่า สรพ.สามารถสร้างการครอบคลุมอย่างมีประสิทธิผล (Effective coverage) ตามมาตรฐาน HA ที่เกิดผลลัพธ์ประสิทธิผลสูงและมีระดับความนิยมสูงเช่นกัน สรพ.เน้นความพัฒนาองค์ความรู้ การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพในโรงพยาบาล มุ่งเน้นสร้างความปลอดภัยทั้งผู้รับและผู้ให้บริการ องค์ประกอบตัวกลางทั้ง 3 ประการนี้ ล้วนมีมิติการมองแตกต่างกันแต่เชื่อมโยงซึ่งกันและกันเป็นเนื้อเดียวกัน จึงถูกนำมาสร้างเป็นยุทธศาสตร์การทำงานของสรพ. จากการวิเคราะห์ข้อมูลยุทธศาสตร์พบว่าองค์ประกอบทั้ง 3 ถูกนำมารวมอยู่ด้วยกันเป็นทิศทางการทำงานที่ผลักดันให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพอย่างชัดเจน

ประสิทธิผลและประสิทธิภาพเป็นเรื่องที่มีความเชื่อมโยงเกี่ยวข้องจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้อย่างเด็ดขาด มีผลกระทบและมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จึงทำให้เกิดการดำเนินงานที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การที่จะบอกระดับการเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพที่สรพ.รับผิดชอบชัดเจนเป็นตัวเลขจึงทำได้ยาก ขณะเดียวกันเมื่อใช้การเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นๆที่ลักษณะคล้ายคลึงกัน ยิ่งประเมินได้ยากเนื่องจากภาระกิจบทบาทหน้าที่แตกต่างกัน ดังนั้นการประเมินเปรียบเทียบของสรพ.จึงใช้การติดตามประเมินผลต่อเนื่องในตัวของตัวเอง ผลการประเมินติดตามช่วงปี 2558-2560 พบแนวโน้มของการพัฒนาที่เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นทุกปี จึงสามารถกล่าวได้ว่าช่วงปีที่ผ่านมาสรพ.สามารถพัฒนาองค์กรของตนเองและสถานพยาบาลในความรับผิดชอบได้ประสบความสำเร็จตามยุทธศาสตร์แผนงานโครงการที่จัดทำขึ้น แม้จะประสบปัญหาความกดดันจากปัจจัยภายในเรื่องการโยกย้าย ลาออกของเจ้าหน้าที่ จากปัจจัยภายนอกที่งบประมาณถูกลดและเกิดการแข่งขันจากระบบประเมินรับรองคุณภาพอื่นๆ เช่น JCI เป็นต้น สรพ.ก็ยังสามารถรักษาสภาพความเป็นมาตรฐานที่โรงพยาบาลสมาชิกไว้วางใจตลอดมา

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะต่อไปนี้เป็นการเสนอในภาพรวมขององค์กร ข้อเสนอของแต่ละสำนัก แต่ละหน่วยงานได้กล่าวถึงในขณะนำเสนอข้อมูลเฉพาะส่วนนั้นๆ ข้อเสนอแนะสำคัญที่เป็นภาพรวมสามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และ ข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์

ข้อเสนอแนะระดับนโยบายสามารถสรุปได้ 2 ประการ คือ นโยบายเรื่องบุคลากรและนโยบายเรื่องข้อมูลสารสนเทศ บุคลากรรวมหมายถึงเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานประจำในสถาบัน กับ ผู้เยี่ยมสำรวจประเมินรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ไม่ปฏิบัติงานประจำ (Part-time surveyor) สิ่งสำคัญของนโยบายเรื่องบุคลากรประกอบด้วย 3 ประการคือ ขวัญและกำลังใจที่สร้างแรงจูงใจในการทำงาน (Motivation) มาตรฐานประสบการณ์และความรู้ความเชี่ยวชาญ (Standardization) และ ภาวะผู้นำรวม (Collective leadership) ขวัญและกำลังใจที่สร้างแรงจูงใจในการทำงานไม่ได้เกิดจากเงินหรือค่าตอบแทนเพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องของความภาคภูมิใจและความผูกพันกับองค์กร สรพ.ได้สร้างสิ่งเหล่านี้เป็นพื้นฐานที่ดีแต่ต้องธำรงนโยบายด้านขวัญและกำลังใจนี้ให้มีความยั่งยืน แต่ขณะเดียวกันสิ่งตอบแทนทั้งรูปของเงินและคุณค่าของการทำงานจะต้องมีนโยบายที่ชัดเจนในระดับของคณะกรรมการบริหารของสถาบันหรือบอร์ด และ ระดับทีมทำงานขององค์กรสรพ. มาตรฐานประสบการณ์และความรู้ความเชี่ยวชาญเป็นหัวใจของภาระกิจที่สรพ.รับผิดชอบ การเตรียมบุคลากรเพื่อทดแทนเจ้าหน้าที่เก่าที่ลาออกเกษียณ หรือ เปลี่ยนแปลงตำแหน่ง เป็นสิ่งที่ต้องกำหนดทิศทางนโยบายให้ชัดเจน เนื่องจากคุณภาพของทรัพยากรบุคคลต้องใช้เวลาในการสร้าง การเตรียมการและวางแนวทางของความก้าวหน้าในวิชาชีพ ตำแหน่ง บทบาท และการพัฒนาองค์ความรู้ เป็นเรื่องที่บอร์ดจะต้องกำหนดนโยบายให้ทีมบริหารของสรพ.นำไปปฏิบัติได้อย่างชัดเจน เพราะสิ่งเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อขวัญและกำลังของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ภาวะผู้นำรวมเป็นนโยบายที่ท้าทายเพราะการสร้างภาวะผู้นำรวมมันก้าวไกลกว่าการสร้างทีมปฏิบัติการ การดำเนินการของสรพ.ที่ผ่านมาอาศัยภาวะผู้นำเดี่ยวเป็นแกนกลางของการพัฒนาองค์กร ซึ่งยังไม่สอดคล้องกับการสร้างระบบอภิบาลที่ดีหรือธรรมาภิบาล เนื่องจากผู้นำเดียว หากผู้นำไม่เป็นประชาธิปไตยเพียงพอจะก่อให้ขาดการมีส่วนร่วม (Participation) การมีพันธะผูกพันกับองค์กร (Accountability) ของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิด และ ขาดการบูรณาการ (Integration) ที่จะทำให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพเต็มที่

ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Information system) เป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาของสรพ.และเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับนำไปสร้างยุทธศาสตร์การทำงานของสรพ. ที่จะเชื่อมประสานกับสถานพยาบาลที่เป็นสมาชิก นอกจากนี้ยังเป็นฐานข้อมูลของการจัดการความรู้ อีกทั้งเป็นพื้นฐานสำคัญของการบริหารจัดการ ช่วงปี 2558-2560 รวมทั้งปัจจุบัน นโยบายด้านการจัดการฐานข้อมูลยังมีความคลุมเครือ จึงทำให้การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเกิดลักษณะแยกส่วนไม่สามารถรวมเป็นฐานข้อมูลที่มีลักษณะเชื่อมโยงประสานซึ่งกันและกันได้ นโยบายด้านเทคโนโลยีโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Software) ด้านครุภัณฑ์ (Hardware) ชัดเจนมากกว่าทางด้านบุคลากร (Peopleware) ซึ่งสรพ.จะต้องวางกรอบการพัฒนาทั้ง 3 มิตินี้ให้เกิดความสมดุล อย่างไรก็ตามบุคลากรทางด้าน

ข้อมูลสารสนเทศจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาต่อเนื่อง สรพ.มีประวัติและวัฒนธรรมองค์กรที่มีลักษณะเฉพาะ การที่อาศัยบุคคลภายนอกพัฒนาระบบฐานข้อมูลย่อมมีปัญหาและสำเร็จได้ยาก นโยบายการพัฒนาบุคลากรภายในเพื่อให้สามารถเชื่อมต่อกับผู้เชี่ยวชาญภายนอกจึงสมควรได้รับการกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ ที่สำคัญประกอบด้วย 2 ประการ คือ ยุทธศาสตร์ด้านมาตรฐานการประเมินและยุทธศาสตร์ด้านการเงิน มาตรฐานการประเมินในที่นี้ไม่ได้หมายถึงขาดมาตรฐาน แต่หมายถึงแนวทางการประเมินรับรองที่สรพ.ต้องพัฒนาให้เกิดการประเมินเชิงปริมาณควบคู่ไปกับการประเมินเชิงคุณภาพ สิ่งเหล่านี้เป็นความต้องการของทีมคุณภาพโรงพยาบาลที่สามารถจับต้องและพัฒนาจินตนาการของการสร้างมาตรฐานโรงพยาบาลที่ตนเองสังกัด ยุทธศาสตร์สำคัญของมาตรฐานการประเมิน นอกจากมีขั้นบันไดของการรับรองแล้วควรมียุทธศาสตร์ของการใช้เครื่องมือที่เป็นรูปธรรม ยุทธศาสตร์ด้านการเงินเป็นสิ่งที่สรพ.ต้องกำหนดแนวทางการจัดหารายได้และการนำงบประมาณที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในอนาคตงบประมาณรัฐบาลที่ลดลงสรพ.จำเป็นต้องหาแหล่งงบประมาณสนับสนุนงานพัฒนาที่ต่อเนื่อง นอกจากแหล่งเงินการใช้จ่ายงบประมาณที่คล่องตัวจะเป็นสิ่งที่ต้องวางยุทธศาสตร์ไปควบคู่กับการหารายได้ ระเบียบราชการที่แข็งเกินกว่าจะคล่องตัวจำเป็นที่สรพ.ต้องหาแนวทางการใช้จ่ายที่โปร่งใส คล่องตัว เกิดประสิทธิภาพ การดำเนินงานในรูปแบบมูลนิธิเป็นสิ่งท้าทายการปรับกลยุทธ์ด้านการเงิน แต่ทั้งหมดต้องการเวลาในการศึกษาระเบียบปฏิบัติและข้อกำหนดทั้งระบบราชการและการดำเนินงานมูลนิธิไปพร้อมๆกัน

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ มีข้อจำกัดเวลาใช้ประเมินที่สั้น อาจทำให้เกิดความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล การประเมินสมควรใช้การติดตามระยะยาว การประเมินเพียงภาพตัดขวางจะทำให้การเก็บข้อมูลไม่ละเอียด การศึกษายังต้องการข้อมูลเชิงปริมาณที่จำเป็นต้องใช้เวลาพัฒนาเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวม การที่ระยะเวลาสั้นการสร้างและนำเครื่องมือไปใช้จึงไม่สามารถพัฒนาได้สมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. พระราชกฤษฎีกา จัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. ๒๕๕๒. เล่ม ๑๒๖ ตอนที่ ๔๑ ก ราชกิจจานุเบกษา ๒๒ มิถุนายน ๒๕๕๒ หน้าที่ ๑๗-๓๓.
2. สถาบันรับรองสถานพยาบาล. ข้อบังคับคณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย การจัดแบ่งส่วนงานและกำหนดตำแหน่งงาน พ.ศ. ๒๕๖๑.
3. Wikipedia. Adaptive management [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 10]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Adaptive_management
4. Carey G, Crammond B, Malbon E, et al. Adaptive policies for reducing inequalities in the social determinants of health. International Journal of Health Policy and Management 2015; 4 (11): 763–67. doi:10.15171/ijhpm.2015.170. PMC 4629702. PMID 26673337.
5. Williams B K., Szaro R C, Shapiro C D. Adaptive management: the U.S. Department of the interior technical guide [Internet]. 2007 [cited 2018 Nov 10]. Available from: https://www2.usgs.gov/sdc/doc/DOI-%20Adaptive%20ManagementTechGuide.pdf.
6. Hockings M, Stolton S, Leverington F, Dudley N, Courrau J. Evaluating effectiveness: A framework for assessing management effectiveness of protected areas. 2nd ed. Cambridge: Thanet Press [Internet]. 2006 [cited 2018 Nov 12]. Available from: https://pubs.er.usgs.gov/publication/70194537.
7. World Bank. Score Card to Assess Progress in Achieving Management Effectiveness Goals for Marine Protected Areas [Internet}. 2004 [cited 2018 Nov 15]. Available from: http://documents.worldbank.org/curated/en/101301468135588216/pdf/32938a10ScoreC1rogress200401public1.pdf.
8. WHO. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies [Internet]. 2010 [cited 2018 Nov 12]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/systems/monitoring/en/.
9. Wikipedia. Social return on investment [Internet]. 2010 [cited 2018 Nov 11]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Social_return_on_investment
10. Ross Millar R, Hall K. Social return on investment (SROI) and performance measurement. Public management review [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 12];15(6): 923-41. Available from: https://DOI: 10.1080/14719037.2012.698857.

11. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม: กรณีศึกษาการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) [อินเตอร์เนท]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaihealth.or.th/Books/+(SROI).html.
12. Masters R, Anwar E, Collins B, et al. Return on investment of public health interventions: a systematic review [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 12] J Epidemiol Community Health;71:827-834. Available from: https://jech.bmj.com/content/jech/early/2017/03/07/jech-2016-208141.full.pdf.
13. Kumar S. Social return on investment (SROI) analysis: an innovative framework for measuring the impact of one health [Internet]. 2014 [cited 2018 Nov 10]. Available from: https://planet-risk.org/index.php/pr/article/view/104
14. UNESCAP. What is good governance [Internet]. 2006 [cited 2018 Nov 13] Available from: http://www.unescap.org/pdd/index.asp.
15. Wikipedia. Governance [Internet]. 2006 [cited 2018 Nov 14]. Available from: http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Governance.
16. Ewalt J AG Theories of governance and new public management: links to understanding welfare policy implementation [Internet]. 2001 [cited 2018 Nov 12]. Available from: http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ASPA/UNPAN000563.pdf.
17. Stoker G. Governance as Theory: five propositions. International social science journal [Internet]. 1998 [cited 2018 Nov 10]; Vol.50 (No.1): 17-28.
18. Carver J. A theory of governing the public's business: redesigning the jobs of boards, councils, and commissions. Public management review [Internet]. 2001 [cited 2018 Nov 12];Vol.3 (Issue 1):p :3-24. Available from: https://www.carvergovernance.com/bib-John.htm.
19. Carver J. Is policy governance the one best way? Board Leadership J [Internet]. 1998 [cited 2018 Nov 10];No.37, May-June: 25-34. Available from: https://www.carvergovernance.com/bib-John.htm.
20. Sheaff R. Governance in gridlock in the Russian health system; the case of Sverdlovsk oblast. Social Science & Medicine [Internet], 2005 [cited 2018 Nov 13];60: 2359-69. Available from: http://www.elsevier.com/locate/socscimed.

21. Yin R K. Case study research :design and methods. 3rd ed. London: SAGE Publications; 2003.
22. Eeckloo K, van Herck G, van Hulle C, Vleugels A. From corporate governance to hospital governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board [Internet]. 2004 [cited 2018 Nov 21]. Management Health Policy; 68: 1-15.
23. Green A. An introduction to health planning in developing countries. Oxford: Oxford University Press; 1992.
24. BARKER C. The health care policy process. London: SAGE; 1996.
25. Wikipedia. Joint commission [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 12]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Joint_Commission.
26. Joint commission international. Joint commission international accreditation standard for hospitals [Internet]. 2007 [cited 2018 Nov 10]. Available from: https://www.jcrinc.com/assets/1/14/JCIH14_Sample_Pages.pdf.
27. Stufflebleam DL, Shinkfield AJ. Education theory, model & application. San Francisco: John Wiley & Sons, Inc. [Internet]. 2007 [cited 2018 Nov 13]. Available from: http://journals.sfu.ca/jmde/index.php/jmde_1/article/download/197/219.
28. ไพบูลย์ อัศวธนบดี. การประเมินผลการดำเนินงานคลินิกชุมชนโรงพยาบาลมหาสารคาม กลุ่มงานเวชกรรมสังคม. มหาสารคาม: โรงพยาบาลมหาสารคาม; 2553.
29. กิตติพงษ์ เกิดฤทธิ์, สัญชัย ชาสมบัติ, นิพนธ์ ชินานนท์เวช และ ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล. การประเมินระบบจัดการคุณภาพการตรวจวินิจฉัยไข้มาลาเรียในมาลาเรียคลินิกของประเทศไทย. Journal of Medicine and Health Sciences. 2015;22(2).
30. ธณัฐญา รุดโถ, วลีรัตน์ แสงไชย และ วสันต์ เหลืองประภัสร์. การประเมินผลโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยใช้ตัวแบบซิป (CIPP Model): กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอนาเชือก จังหวัดมหาสารคาม วารสารการเมืองการปกครอง กันยายน 2556 - กุมภาพันธ์ 2557. 2557;4(1).
31. พุทธชาติ ลิ้มละมัย และ ณาตยา ขนุนทอง. การประเมินผลโครงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล: Routine to Research กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารกองการพยาบาล. กันยายน - ธันวาคม 2552;36(3):133-45.
32. พัทยา หวังสุข, ภัทรินทร์ กิตติบุญญาคุณ และ พยอม สุขเอนกนันท์. การประเมินโครงการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ยาวาร์ฟารินในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารเภสัชกรรมไทย Thai Journal of Pharmacy Practice. 2557;6(2):92-105.

33. ประชาบดี มุ่ยแดง. การประเมินโครงการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
34. อรุณสวัสดิ์ ไชยโปธิ. การประเมินโครงการเฝ้าระวังไข้หวัดสายพันธุ์ A/H1N1 ขององค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
35. พรรณนภา ศรีสวัสดิ์. การประเมินการดำเนินงานของศูนย์เตือนภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนของจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารเภสัชกรรมไทย Thai Journal of Pharmacy Practice. 2558 7(2):178-86.
36. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี. ประเมินโครงการพัฒนาอำเภอเข้มแข็งป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบผสมผสานปี 2556. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
37. เอกไผท แก้วหอม และไพโรจน์ กลิ่นกุหลาบ. ประเมินโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียนในสังกัด. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานนทบุรี เขต 1; 2557.
38. ศรีนวล แก้วเหมือน. ประเมินผลการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในจังหวัดภูเก็ต: มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต; 2548.
39. พรทิพย์ กาสลัก, ภารินี หงษ์สุวรรณ, บังอร สุภาเกตุ, และ นิภัทรา วโนทยาโรจน์ การประเมินผลโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร; 2557.
40. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. Health System Decentralization: concepts, issues and country experience; Geneva:WHO;1990.
41. Collins C. Management and organization of developing health systems. Oxford:Oxford University Press; 1994.
42. Regmi K. Effective health services: perspectives and perceptions of health service users and health care practitioners. Primary Health Care: Open Access [Internet]. 2012 [cited 2019 July 9];(2) Issue 3;4-7. Available from:https://www.omicsonline.org/open-access/effective-health-services-perspectives-and-perceptions-of-health-service-users-and-healthcare-practitioners-2167-1079.1000117.pdf
43. Mickan SM. Evaluating the effectiveness of health care teams. Australian health Review [Internet]. 2005 [cited 2019 July 9];29(2):211-17. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15865572.
44. Provan KG, Milward HB. Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. Public administration review [Internet]. 2001 [cited 2019 July 9];61(4):414-23. Available from:DOI:http://dx.doi.org/10.1111/0033-3352.00045.

45. Wang X, Birch S, Ma H, Zhu W, Meng Q. The structure and effectiveness od health system: exploring the impact of system integration in rural China. International journal od integrated care [Internet]. 2016 [cited 2019 July 8]:16(3);1-12. Available from:http://dx.doi.org/10.5334/ijic.2197.
46. นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, ยอดยิ่ง ปัญจสวัสดิ์วงศ์, จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ, และ คณะ. การใช้และการปฏิบัติตามแบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในประเทศไทย เพื่อการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด. กรุงเทพ:สวรส;2558.
47. ราตรี แฉล้มภักดิ์, อำไพย์ ขอพึ่ง, ศรีไพร หมอนวด. ผ่าตัดมั่นใจปลอดภัยเมื่อใช้Surgical safety checklist. วารสารวิชาการรพศ/รพท เขต 4. 2557;16(3):199-206.
48. Cylus J, Papanicolas I, Smith PC. A framework for thinking about health system efficiency. In: Health system efficiency: how to make measurement matter for policy and management. Copenhagen:European Observatory on Health Systems and Policies; 2016.