

พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

เพื่อคุณภาพ

ชีวิต



ความงาม **ใน**
ความหลากหลาย
Beauty in Diversity

รายงานประจำปี

2554

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน)

HA



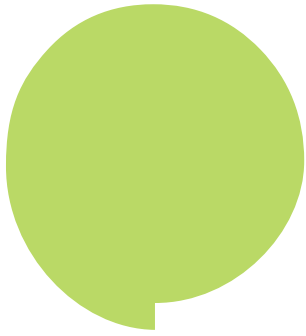
รายงานประจำปี 2554
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน)

บรรณาธิการ	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
กองบรรณาธิการ	งานประชาสัมพันธ์ กลุ่มงานอำนวยการ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
รูปเล่ม ภาพถ่าย	ศิริพร พรศิริธิเวช ภาพถ่ายจากโครงการประกวดภาพถ่าย “เรียนรู้บูรณาการ งานกับชีวิต” และ © สรพ. / เรืองฤทธิ์ คงเมือง
จัดทำและเผยแพร่โดย	สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทร 02 8329400 โทรสาร 02 8329540 www.ha.or.th
จำนวนพิมพ์ พิมพ์ที่	2,000 เล่ม ทจก. สหพัฒนไพศาล โทรศัพท์ 0-2432-6173-5, 08-2384-6444 อีเมล ktpmws@gmail.com

พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

เพื่อคุณภาพ

ชีวิต




สารจากประธานกรรมการบริหาร สถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล

จากก้าวแรกของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ในฐานะองค์การมหาชน ซึ่งมีการจัดตั้งเมื่อเดือนมิถุนายน 2552 สรพ.ได้เดินทางมาบนเส้นทางคุณภาพอย่างเต็มเปี่ยมไปด้วยพลังและได้แสดงบทบาทในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพของประเทศอย่างเข้มแข็ง ก่อให้เกิดภาคีเครือข่ายที่หลากหลายและกว้างขวาง เกิดการพัฒนาที่สมดุลระหว่างองค์ความรู้ทางวิชาการกับมิติทางสังคมและจิตวิญญาณของผู้คนและสมดุลระหว่างการพัฒนากับการประเมิน เพื่อมุ่งไปสู่บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของสังคม และเป็นที่ยอมรับในระดับสากล

สรพ. ได้ดำเนินการสร้างกลไกของการพัฒนาระบบพัฒนาคุณภาพแบบที่ไม่ใช่พัฒนาตามมาตรฐานที่กำหนดตายตัวจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้มีความรู้ แต่ได้ร่วมมือกับหน่วยงานระดับปฏิบัติในการพัฒนาระบบพัฒนาคุณภาพจากฐาน หรือจากผู้ปฏิบัติงาน ควบคู่ไปกับการนำมาตรฐานสากลจากหลากหลายแหล่งมาปรับใช้ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบคุณภาพของ สรพ. จึงระบบที่สร้างแรงเสริมพลัง (synergy) ของการพัฒนาจากฐานสู่ยอดและการพัฒนาจากยอดสู่ฐาน

นอกจากการดำเนินงานตามพันธกิจของการจัดตั้งองค์กร ซึ่งส่งผลให้โรงพยาบาลมีความก้าวหน้าในระดับการพัฒนาคุณภาพตามขั้นบันได 3 ชั้นของสถาบันและได้รับการรับรองในบันไดขั้นที่ 3 เพิ่มขึ้นมากแล้ว สถาบันยังได้ดำเนินการตามนโยบายเพิ่มเติมของ



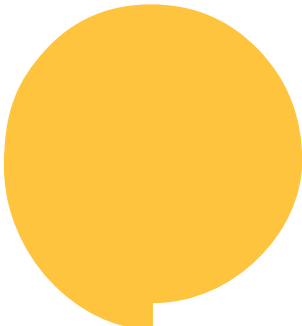


คณะกรรมการบริหารของสถาบัน ในการขับเคลื่อนขบวนการคุณภาพให้ครอบคลุมทั้งระบบบริการสุขภาพ โดยสถาบันได้มีการส่งเสริมกระบวนการคุณภาพให้เกิดความเชื่อมโยงกัน โดยมีการขยายแนวคิดคุณภาพลงสู่บริการในระดับปฐมภูมิและระดับชุมชน พร้อมไปกับการเชื่อมต่อบริการระหว่างโรงพยาบาลในมิติของการส่งต่อ การใช้ข้อมูลร่วมกันและการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของงานบริการ อันถือได้ว่าเป็นการขับเคลื่อนที่มีคุณค่าเป็นอย่างยิ่งต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ

ความสำเร็จในการดำเนินงานของสถาบันในช่วงที่ผ่านมา ถือเป็นรากฐานสำคัญในการก้าวไปข้างหน้าอย่างมั่นคง ซึ่งนอกจากงานที่ต้องขับเคลื่อนต่อตามพันธกิจและนโยบายที่กำหนดไว้แล้ว ในปี พ.ศ. 2554 - 2555 คณะกรรมการบริหารยังได้กำหนดให้เร่งรัดพัฒนาระบบบริหารงานภายในของ สรพ. ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และงานในช่วงต่อไปซึ่งจะมีการเสริมให้มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น คือ การบริหารจัดการองค์กรให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานของหน่วยงานสากล คือ The International Society for Quality in Healthcare (ISQua) ทั้งนี้ เพื่อให้การดำเนินงานของสถาบันเป็นที่ยอมรับและมีความน่าเชื่อถือในเวทีนานาชาติ ตลอดจนเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับสถาบันและโรงพยาบาลในการเข้าสู่เวทีประชาคมอาเซียน ซึ่งทั้งหมดนี้ ก็เพื่อการเสริมสร้างบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานสากลและสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยต่อไป

วิจารณ์ พานิช

26 กรกฎาคม 2555




สารจากผู้อำนวยการ สถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล

การสร้างหลักประกันด้านคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายของรัฐบาล จากการวางรากฐานของการส่งเสริมการพัฒนาโดยใช้การประเมินตนเอง การประเมินจากภายนอกและการรับรองเป็นกลไกขับเคลื่อนการพัฒนา ร่วมกับความพยายามของหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ซึ่งหนุนเสริมกันและกัน ทำให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีความก้าวหน้าในเรื่องระบบคุณภาพมาเป็นลำดับ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องเกิดความมั่นใจในแนวทางการประเมินด้วยความเป็นกัลยาณมิตร การประเมินตามบริบทขององค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเน้นกระบวนการเรียนรู้ในระหว่างการพัฒนาและการประเมิน

ระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่ซับซ้อนและไม่หยุดนิ่ง องค์ประกอบต่างๆ ในระบบจึงต้องปรับเปลี่ยนด้วยความรู้เท่าทันและสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน จึงเป็นหน้าที่ของ สรพ. ที่จะต้องติดตามและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานต่างๆ เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพก่อให้เกิดคุณค่า มีความคุ้มค่า ส่งผลให้เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา

ในรอบปีที่ผ่านมา สรพ. ประสบความสำเร็จในด้านการตอบสนองความต้องการของสถานพยาบาลด้วยการจัดเยี่ยมชมสำรวจได้เพิ่มขึ้นมากกว่าเท่าตัว มีการประสานแนวคิดการพัฒนาด้านใน





ของบุคลากรกับการพัฒนาระบบคุณภาพที่เรียกว่า Spiritual HA และได้รับการ
ตอบรับจากสถานพยาบาลต่างๆ เป็นอย่างดี มีการสร้างเครือข่ายที่แข็งแกร่งเพื่อสนับสนุน
การพัฒนาคุณภาพแก่สถานพยาบาลใกล้เคียงในพื้นที่

จากการที่สถานพยาบาลส่วนใหญ่ได้พัฒนามาอยู่ในบันไดขั้นที่สองสู่ HA
ความท้าทายสำหรับ สรพ. คือการจ้ำรงความตื่นตัวของการพัฒนา การสนับสนุน
ให้สถานพยาบาลได้ก้าวสู่การรับรองในระดับที่สูงขึ้นและการจัดระบบให้สามารถ
รองรับความต้องการที่เพิ่มขึ้น

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชติกุล



คณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

- | | |
|--|---------------------|
| 1. ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช | ประธานกรรมการ |
| 2. ปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| 3. เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | กรรมการ |
| 4. นพ.มงคล ณ สงขลา | กรรมการ |
| 5. นพ.ศุภชัย คุณมรัตน์พฤษ์ | กรรมการ |
| 6. ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา | กรรมการ |
| 7. พล.ต.ต.นพ.ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช | กรรมการ |
| 8. รศ.ภญ.ธิดา นิงสานนท์ | กรรมการ |
| 9. ศ.ดร.วิภาดา คุณนาวิกติกุล | กรรมการ |
| 10. นายพงษ์ศักดิ์ พยัฆวิเชียร | กรรมการ |
| 11. ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล | กรรมการและเลขานุการ |



คณะอนุกรรมการตรวจสอบและประเมินผล

- | | |
|---------------------------------|------------------|
| 1. ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา | ประธานอนุกรรมการ |
| 2. รศ.ชญ.ธิดา นิงสานนท์ | อนุกรรมการ |
| 3. พญ.เขมรสิทธิ์ ชุนศึก-เม้งราย | อนุกรรมการ |
| 4. นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี | เลขานุการ |
| 5. ผู้ตรวจสอบภายใน | ผู้ช่วยเลขานุการ |





สารบัญ

- สารจากประธานกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
- สารจากผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
- คณะกรรมการบริหารสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
- คณะอนุกรรมการรับรองกระบวนการคุณภาพ
- คณะอนุกรรมการตรวจสอบและประเมินผล



หน้า 15 >> ประวัติความเป็นมาและแนวความคิดดำเนินงานของ สรพ.

หน้า 19 >> โครงสร้างและการแบ่งส่วนงาน

หน้า 21 >> แผนยุทธศาสตร์ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

หน้า 25 >> ผลการดำเนินงานที่สำคัญในปีงบประมาณ 2554

หน้า 31 >> ผลการดำเนินงานปี 2554

หน้า 57 >> ปัจจัยความสำเร็จและโอกาสในการพัฒนา

หน้า 61 >> แผนการดำเนินงานในปี 2555

หน้า 65 >> ภาคผนวก



ประวัติความเป็นมา

และแนวคิดการดำเนินงานของ สรพ.

การจัดตั้งและบทบาทหน้าที่

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. มีที่มาจากงานวิจัยกลไกส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เมื่อปี 2540 และก่อตั้งเป็นสถาบันภายใต้ สวรส. เมื่อปี 2542 ในชื่อว่า “สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)” โดยมีการดำเนินงานภายใต้หลักการสำคัญคือ “องค์กรที่เป็นกลาง มีความน่าเชื่อถือคล่องตัวมีการดำเนินการบนพื้นฐานวิชาการ สอดคล้องกับบริบทสาธารณสุขและวัฒนธรรมของประเทศ”





พรพ. มีบทบาทอย่างสูงในการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเพื่อให้สถาบันแห่งนี้มีสถานะที่เป็นที่น่าเชื่อถือของสังคมและเป็นองค์กรที่มีความมั่นคงของการดำเนินงานในระยะยาว จึงได้มีการตราพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 ขึ้น โดยมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 22 มิถุนายน 2552 ซึ่งในพระราชกฤษฎีกาดังกล่าวได้กำหนดวัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ของสถาบันไว้ดังนี้

- (1) ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- (2) รวบรวมข้อมูล ศึกษา วิเคราะห์และจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล
- (3) ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ
- (4) ส่งเสริม สนับสนุนและดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้และการให้บริการ การเข้าถึงและใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- (5) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ องค์กรหรือหน่วยงานในประเทศหรือต่างประเทศและภาคเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- (6) จัดทำหลักสูตรและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลให้เกิดความเข้าใจ กระบวนการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

แนวคิดการดำเนินงาน

สรพ. มีแนวคิดสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลคือ

- ใช้การประเมินและรับรองในเชิงการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ร่วมกับการพัฒนาเครื่องมือคุณภาพต่างๆ เพื่อให้บุคลากรของสถานพยาบาลมีความสามารถในการค้นหาโอกาสพัฒนาที่สอดคล้องกับความเป็นจริงขององค์กรและธำรงการพัฒนายอย่างต่อเนื่อง

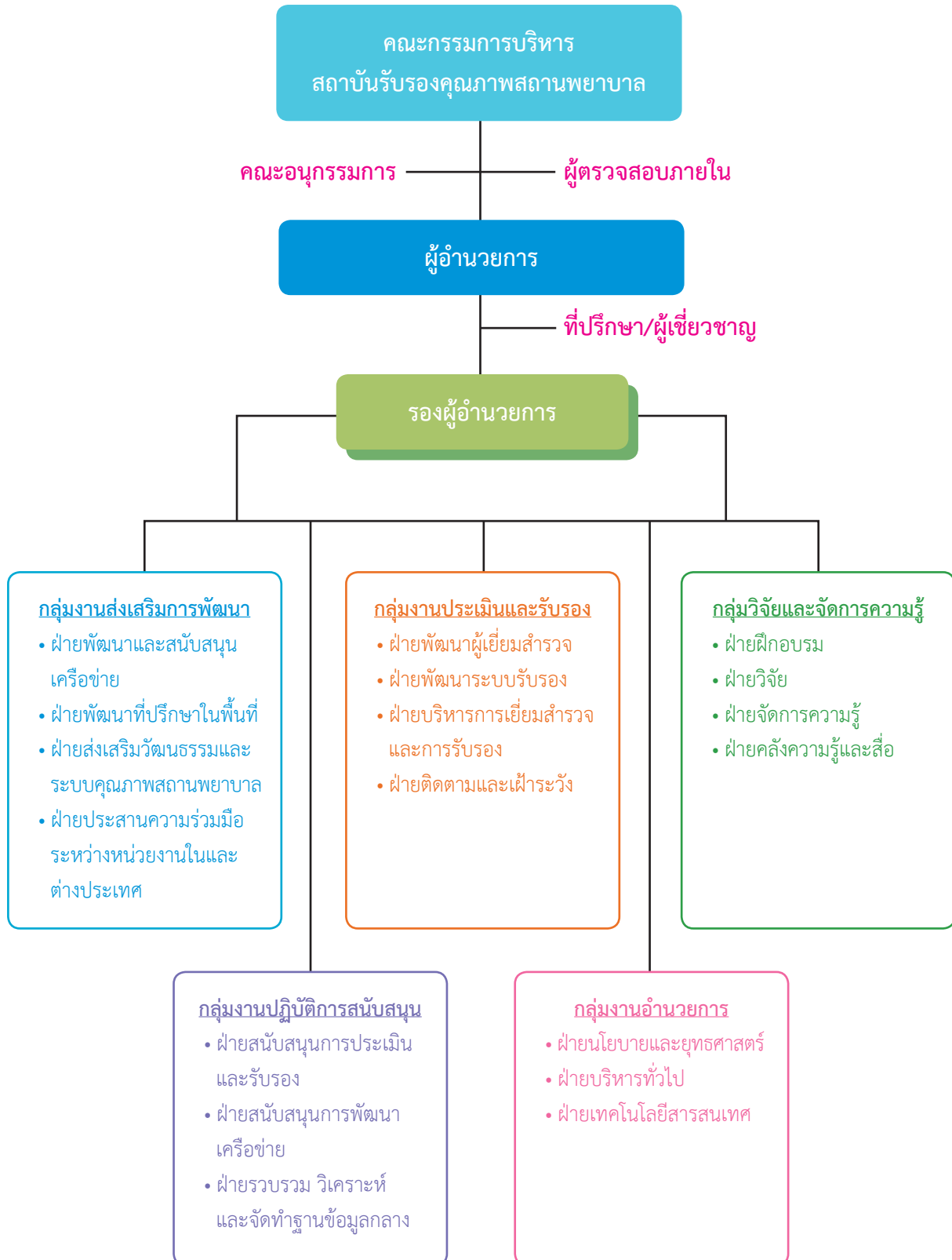
- ส่งเสริมให้สถานพยาบาลมีการประเมินทบทวนและพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับระดับทรัพยากรและความพร้อมของสถานพยาบาล ใช้การประเมินและยกย่องความสำเร็จในการพัฒนาเป็นลำดับขั้นเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญ
- ผสมผสานจุดเน้นของการพัฒนาให้เกิดความสมดุล ได้แก่ การเน้นความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติตามมาตรฐาน การสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และการพัฒนาด้านจิตตปัญญา รวมทั้งการส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยาผู้ป่วย
- สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา การประเมินและรับรอง การสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาและการสร้าง “สังคมแห่งการเรียนรู้” เพื่อพัฒนาสุขภาพของประเทศไทย
- เป็นกลไกที่ร่วมขับเคลื่อนสู่เป้าหมายหลักของประเทศ ได้แก่ สิทธิของประชาชนตามรัฐธรรมนูญ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ นโยบายของรัฐบาล





โครงสร้างและการแบ่งส่วนงาน

แผนผังโครงสร้างสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)





แผนยุทธศาสตร์ของ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

สรพ. ได้ปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ที่มีอยู่เดิมและจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ปี 2555 - 2558 โดยมีรายละเอียดที่สำคัญ ดังนี้

วิสัยทัศน์

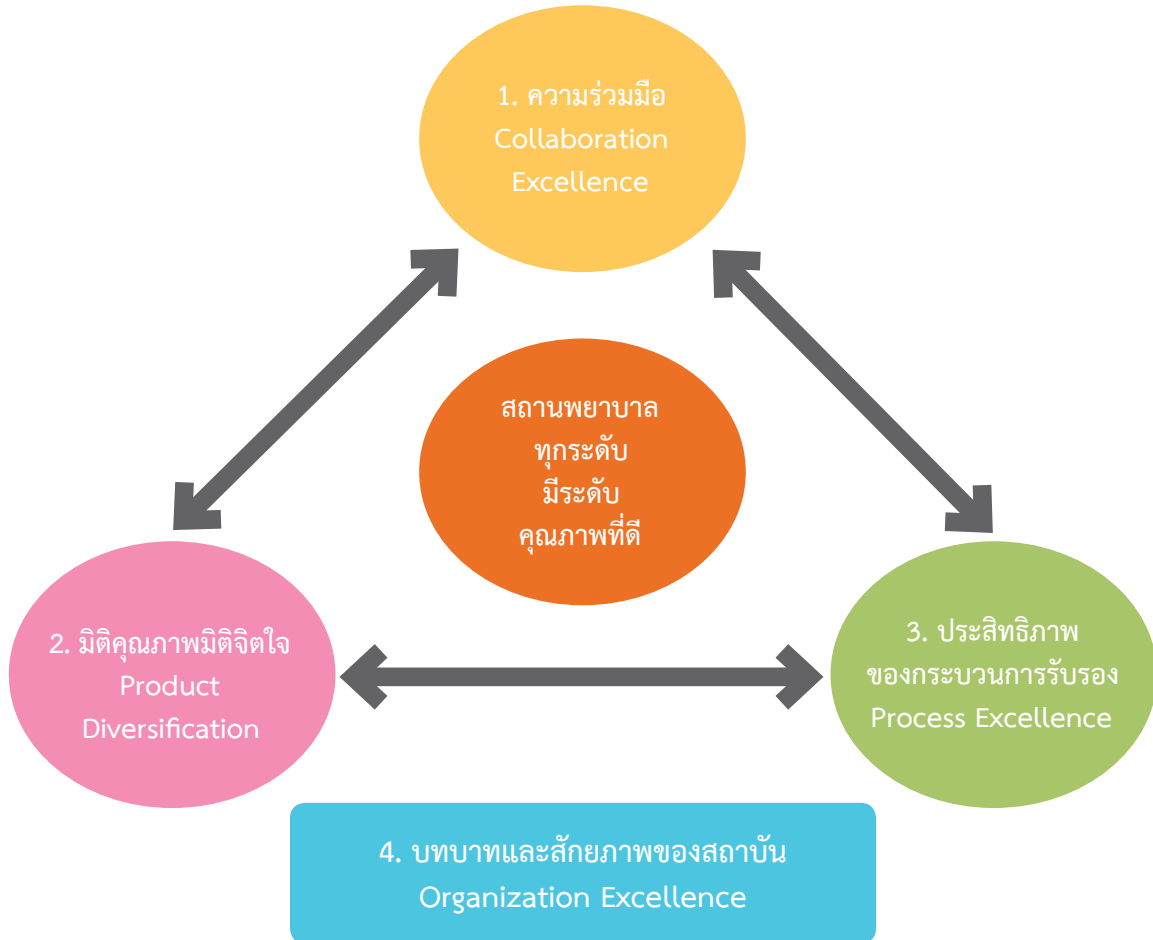
ประเทศไทยมีบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เป็นที่ไว้วางใจของสังคมโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีบทบาทในการส่งเสริมการขับเคลื่อนวัฒนธรรมคุณภาพ

พันธกิจ

สรพ. มีพันธกิจในการส่งเสริม สนับสนุนและขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยใช้การประเมินตนเอง การเยี่ยมสำรวจจากภายนอกและการรับรองกระบวนการคุณภาพ เป็นกลไกกระตุ้นส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลอย่างสมดุล

แผนยุทธศาสตร์

เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์และพันธกิจของสถาบัน สรพ. ได้กำหนดยุทธศาสตร์การทำงานเป็น 4 ยุทธศาสตร์ คือ



1. ยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

(Collaboration Excellence)

สร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ อย่างกว้างขวาง ทั้งในส่วนของสถานพยาบาล และผู้ที่ส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในภาพรวม ได้แก่

- หน่วยงาน องค์กร เครือข่ายและศูนย์ความร่วมมือในระดับพื้นที่
- หน่วยงานและองค์กรที่มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบายด้านบริการสุขภาพของประเทศ
- สถาบันการศึกษาและสภาวิชาชีพ ซึ่งมีบทบาทในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพ
- ภาคประชาสังคมและชุมชน

2. ยุทธศาสตร์ Spiritual HA ภายใต้ทางเลือกที่หลากหลาย (Product Diversification)

ส่งเสริมให้สถานพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพที่มีความสมดุลระหว่างมิติด้านจิตวิญญาณและมิติด้านระบบงาน นำสู่การปฏิบัติได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการและสถานการณ์ที่หลากหลาย โดยการขับเคลื่อนงานมี 2 แนวทางหลัก คือ

- การนำแนวคิด spiritual HA และแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ไปใช้ในการขับเคลื่อนระบบคุณภาพเพื่อให้เกิดความยั่งยืน ในทุกขั้นตอนของการพัฒนา
- การพัฒนารูปแบบ เครื่องมือและกลไกสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและการรับรองกระบวนการคุณภาพที่หลากหลาย มีความเชื่อมโยงและเป็นสากล

3. ยุทธศาสตร์ปรับกระบวนการรับรองให้ชัดเจน เรียบง่าย มีคุณค่า (Process Excellence)

มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพและประสิทธิภาพของการประเมินและรับรอง HA ให้สามารถตอบสนองความต้องการของสถานพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น มีความชัดเจนในขั้นตอนต่างๆ โปร่งใส มีความเรียบง่าย กระชับ ไม่เป็นภาระแก่สถานพยาบาลและมีผู้เยี่ยมสำรวจที่มีคุณภาพในจำนวนที่เพียงพอ

4. ยุทธศาสตร์องค์กรแห่งความเป็นเลิศ (Organization Excellence)

พัฒนาขีดความสามารถของ สรพ. ให้สามารถทำหน้าที่ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร เป็นไปตามความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีประสิทธิภาพ โปร่งใส มีธรรมาภิบาล มีการบริหารจัดการที่ดีและเป็นไปตามมาตรฐานการปฏิบัติงานตามหลักสากล





ผลการดำเนินงาน ที่สำคัญในปีงบประมาณ 2554

ในปีงบประมาณ 2554 สรพ. ได้ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ ขององค์กรอย่างเข้มแข็ง จนก่อให้เกิดความก้าวหน้าในกระบวนการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพของประเทศตามลำดับ ซึ่งสรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญตามข้อตกลงที่ได้จัดทำไว้กับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ได้ดังนี้

ตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 2554	ผลงานปี 2552	ผลงานปี 2553	ผลงานปี 2554
มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล ของการปฏิบัติงาน				
• จำนวนสถานพยาบาลที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ได้รับการรับรองในชั้นต่างๆ และผลการรับรองยังคงสถานภาพอยู่	950 แห่ง	620	928	952
• จำนวนสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองในชั้นที่ 3 รายใหม่	50 แห่ง	45	47	84
• จำนวนสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองในชั้นที่ 3 กลุ่มต่ออายุการรับรอง	40 แห่ง	22	37	90
• ระดับคะแนนเฉลี่ยการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองชั้นที่ 3 (ทั้งรายใหม่และรายเก่า) และยังคงสถานภาพอยู่	ร้อยละ 60	NA	NA	61.60
• จำนวนเครือข่ายความร่วมมือและเครือข่ายพี่เลี้ยงที่ร่วมสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล	15 แห่ง	NA	12	27
• ระดับความสำเร็จของการการจัดประชุมวิชาการประจำปี (HA Forum) ¹	ระดับ 3	NA	NA	ระดับ 5
• ระดับความสำเร็จของการจัดฝึกอบรมสถานพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ²	ระดับ 3	NA	NA	ระดับ 5
มิติที่ 2 มิติด้านคุณภาพการให้บริการ				
• ร้อยละของระดับความพึงพอใจของสถานพยาบาลต่อกระบวนการประเมินรับรองคุณภาพ	75	NA	NA	82.58

ตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 2554	ผลงานปี 2552	ผลงานปี 2553	ผลงานปี 2554
มิติที่ 3 มิติด้านประสิทธิภาพ ของการปฏิบัติงาน				
• ร้อยละของผลการตัดสินใจการเยี่ยมชมสำรวจ ชั้นที่ 3 เพื่อเสนอคณะกรรมการบริหารได้ ภายใน 3 เดือนหลังการเยี่ยมชมสำรวจเสร็จสิ้น	ร้อยละ 50	NA	NA	56.15
• ระดับความสำเร็จของการจัดทำต้นทุนต่อ หน่วยผลผลิต (unit cost) ³	ระดับ 3	NA	NA	ระดับ 3
มิติที่ 4 มิติด้านการพัฒนาองค์กร				
• ระดับการพัฒนาด้านการกำกับดูแลกิจการ และการพัฒนาองค์กร (ประเมินตามเกณฑ์ ย่อยที่ กพร. กำหนด รวม 18 ประเด็น)	คะแนน ระดับ 3			3.9267

1. ระดับความสำเร็จของการการจัดประชุมวิชาการประจำปี (HA Forum)

- ระดับที่ 1** มีการกำหนดกรอบแนวคิด (Theme) ของการประชุมและจัดทำแผนการดำเนินงาน
- ระดับที่ 2** มีการกำหนดกระบวนการและหลักเกณฑ์ (criteria) ในการส่งผลงานวิชาการเพื่อนำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการประชุม
- ระดับที่ 3** สถานพยาบาลต่างๆ ส่งผลงานวิชาการเข้าร่วมนำเสนอและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไม่น้อยกว่า 200 เรื่อง
- ระดับที่ 4** จำนวนผู้เข้าร่วมงานประชุมไม่น้อยกว่า 5,000 คน
- ระดับที่ 5** ผู้เข้าร่วมประชุมมีความพึงพอใจต่อการจัดประชุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80





2. ระดับความสำเร็จของการจัดฝึกอบรมสถานพยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนา ประเมิน และรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

- ระดับที่ 1** มีการจัดทำแผนการดำเนินงานฝึกอบรมประจำปี
- ระดับที่ 2** มีการประชุมเพื่อพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมอย่างน้อย 1 ครั้ง / ปี
- ระดับที่ 3** จำนวนหลักสูตรฝึกอบรมที่ดำเนินการไม่น้อยกว่า 15 หลักสูตร / ปี
- ระดับที่ 4** จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรที่ดำเนินการไม่น้อยกว่า 4,000 คน / ปี
- ระดับที่ 5** มีการประเมินผลการจัดฝึกอบรมในด้านต่างๆ (เช่น หลักสูตร เนื้อหา รูปแบบ วิทยากร) และมีการนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์

3. ระดับความสำเร็จของการจัดทำต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต (unit cost)

- ระดับที่ 1** มีการวิเคราะห์ / กำหนดโครงสร้างผลผลิต (ระบุผลผลิต กิจกรรมหลัก กิจกรรมรอง กิจกรรมสนับสนุน) และจัดทำผังแสดงการกระจายต้นทุน
- ระดับที่ 2** มีการกำหนดเกณฑ์การกระจายต้นทุน และเกณฑ์การปันส่วนต้นทุน
- ระดับที่ 3** มีการรวบรวมข้อมูลต้นทุน รวมถึงมีการกระจายต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) เพื่อคำนวณต้นทุนทั้งหมด (total cost) ของแต่ละกิจกรรมของปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 รอบ 12 เดือน และปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 รอบ 9 เดือน
- ระดับที่ 4** มีการวิเคราะห์และเปรียบเทียบผลการคำนวณด้านต้นทุนต่อหน่วยผลผลิต (unit cost) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 รอบ 9 เดือน กับปีงบประมาณ พ.ศ. 2554 รอบ 9 เดือน
- ระดับที่ 5** มีการรายงานสรุปผลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วย พร้อมแนวทาง / แผนการเพิ่มประสิทธิภาพต่อคณะกรรมการบริหาร สรพ.





ผลการดำเนินงานปี 2554

1. ยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ (Collaboration Excellence)

สรพ. ได้มีการติดตามวิเคราะห์ความจำเป็นและความตื่นตัวของผู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนถึงทิศทางความเคลื่อนไหวในระดับสากล เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศไทย ให้ก้าวสู่ความมั่นคงมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ กระบวนการประเมินและรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลแล้ว สรพ. ยังทำหน้าที่ในการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพให้สู่ “สุขภาวะ” เสริมสร้าง “การจัดการความรู้” และการสร้างพลังจาก “ภาคีเครือข่าย” รวมทั้ง การปรับเปลี่ยนแนวคิดและการทำงานของคนในองค์กร เน้นการทำงานที่พัฒนาสุขภาวะทางจิตตปัญญามากขึ้น โดยการคิดค้นกิจกรรมและวิธีการต่างๆ ที่ทำให้เกิดความปิติและสร้างคุณค่าในงานในบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้ง การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชนอย่างกว้างขวางและสร้างความเป็นธรรมให้กับประชาชนทุกกลุ่ม



กลยุทธ์และกิจกรรมการดำเนินงานที่สำคัญ ประกอบด้วย

1. การใช้แนวคิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเครือข่ายความร่วมมือในระดับพื้นที่

สร้างระบบการพึ่งพาระหว่างกันในลักษณะของเพื่อนช่วยเพื่อน รวมทั้งการผสมผสานมิติจิตใจในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อสร้างที่ปรึกษาในพื้นที่และระบบการเยี่ยมชมรับรู้คุณภาพในระบบเครือข่าย โดย สรพ. เป็นผู้พัฒนาทั้งที่ปรึกษาและองค์ความรู้

- เชิญชวนและคัดเลือกผู้จัดการกลุ่มเครือข่าย ที่ปรึกษาพื้นที่และผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่มีความสนใจในการพัฒนาคุณภาพในลักษณะเครือข่ายเข้ามา มีบทบาทในการพัฒนาโครงการร่วมกัน
- อบรมความรู้ เทคนิคการเป็นที่เลี้ยง แนวทางการเยี่ยมและเครื่องมือคุณภาพ เพื่อเพิ่มองค์ความรู้และทักษะสำหรับที่เลี้ยงคุณภาพ
- อบรมให้ความรู้เรื่องมาตรฐานสำหรับโรงพยาบาลเพื่อเตรียมเข้าสู่กระบวนการรับรอง (act to accreditation)
- สนับสนุนค่าดำเนินการให้กับโรงพยาบาลที่เป็นผู้จัดการกลุ่มเครือข่าย (node manager)
- สนับสนุนที่ปรึกษาพื้นที่ของสถาบันลงเยี่ยมเพื่อพัฒนาที่เลี้ยงคุณภาพในโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย
- ทีมที่เลี้ยงคุณภาพร่วมเรียนรู้ กระตุ้นการพัฒนาและสร้างการเรียนรู้ในโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ



2. การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานและองค์กรที่ขับเคลื่อนนโยบาย ดังต่อไปนี้

- ความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข ในการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาโรงพยาบาลภาครัฐให้ได้รับการรับรองมาตรฐาน HA ชั้น 3 เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี โดยกำหนดเป็นเป้าหมายร่วมกันของทั้งสององค์กร และกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนให้สำนักงานสาธารณสุขเป็นหน่วยประสานงานในระดับจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ
- ความร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนงบประมาณเพื่อการเยี่ยมประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล งบประมาณเพื่อการจัดกิจกรรมสนับสนุนเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพในระดับพื้นที่ และการใช้ระดับการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA เป็นเกณฑ์ข้อหนึ่งในเกณฑ์ประเมินคุณภาพผลงานระดับผลลัพธ์ เพื่อการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมให้โรงพยาบาล



นอกจากนี้ ยังมีความร่วมมือในโครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS (HIVQUAL-T) โดยผนวกแนวคิดของการประเมินผลลัพธ์งานคลินิกบริการ และ clinical tracer highlight เข้าเป็นส่วนหนึ่งของการติดตามประเมินผลโครงการ HIVQUAL-T และใช้ตัวชี้วัดงานด้านการดูแลผู้ป่วย HIV/AIDS เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินรับรองตามมาตรฐาน HA

- ความร่วมมือกับสำนักงานประกันสังคม ในการใช้ระดับการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA เป็นเกณฑ์ในการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ให้แก่สถานบริการเพิ่มเติม โดยเป็นการดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ 1 มกราคม 2552 กล่าวคือสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐาน HA ตั้งแต่ชั้น 2 ขึ้นไป จะได้รับค่าบริการทางการแพทย์เพิ่มเติมในอัตรา 77 บาทต่อผู้ประกันตนหนึ่งคนต่อปี

นอกจากนี้ สถาบันยังได้จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับโรงพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยประกันสังคมในการนำเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มาทบทวนและหาแนวปฏิบัติที่ดีในการลดโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เหล่านี้

- การจัดทำบันทึกความร่วมมือเพื่อส่งเสริมการควบคุมการบริโภคยาสูบโดยสถานพยาบาล กับเครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย เพื่อส่งเสริมให้โรงพยาบาลและสถานพยาบาลเป็นเขตปลอดบุหรี่ มีกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการบำบัดรักษาผู้ติดสารนิโคตินที่มีคุณภาพ ซึ่งส่งผลให้มีการใช้ผลิตภัณฑ์ในการบำบัดผู้ติดบุหรี่เป็นเรื่องหนึ่งที่โรงพยาบาลนำเสนอผู้เยี่ยมชมสำรวจในการประเมินผลลัพธ์งานคลินิกบริการเพื่อการรับรองชั้นที่ 3 และมีการนำเสนอแนวปฏิบัติที่ดีในการจัดคลินิกอดบุหรี่ของโรงพยาบาลใน HA National Forum
- การจัดทำบันทึกความร่วมมือกับศูนย์การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้แพทย์มีการศึกษาต่อเนื่องและนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งส่งผลให้ประเด็นเรื่องการศึกษาต่อเนื่องของแพทย์เป็นหนึ่งในประเด็นที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจให้ความสำคัญมากขึ้น เมื่อมีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกับองค์กรแพทย์ ในขณะที่ประเมินเพื่อการรับรอง HA ชั้น 3





3. การสร้างความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เพื่อส่งเสริมให้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษา สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยสถาบันได้ร่วมกับมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ในการจัดทำชุดวิชา “การบริหารจัดการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ” สำหรับนักศึกษา สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยรับผิดชอบเนื้อหาในหน่วยที่ 12 หัวข้อ “การจัดการคุณภาพงานสาธารณสุข”

4. การสร้างความร่วมมือกับภาคประชาสังคมและชุมชน

เพื่อให้ชุมชนมีความรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของโรงพยาบาล เกิดความร่วมมือและการปรับปรุงโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน โดยในปี 2554 สถาบันได้จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างปราชญ์ชาวบ้านที่มีบทบาทในการพัฒนาชุมชน และโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานด้านชุมชนดีเด่น เช่น โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่นและโรงพยาบาลกะพ้อ จังหวัดปัตตานีและมีการนำเสนอผลงานด้านการพัฒนาชุมชนของโรงพยาบาล ใน HA National Forum

5. การเข้าร่วมในเวทีนานาชาติ

โดยตัวแทนจากสถาบันได้เข้าร่วมการประชุม ISQua 28th International Conference ที่จัดขึ้น ณ ฮองกง ในระหว่างวันที่ 14 - 17 กันยายน 2554 และได้รับเชิญให้เข้าร่วมนำเสนอผลงานในเรื่อง “The Thai experience Implementing WHO recommended measures for adverse events” ซึ่งเป็นงานที่สถาบันได้ทำการศึกษาร่วมกับองค์การอนามัยโลกในช่วงปีค.ศ. 2007 - 2008

ตารางที่ 1 ผลงานการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในระดับพื้นที่และชุมชน

ผลงาน	2554
เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพร่วมกับศูนย์ความร่วมมือทางวิชาการคณะแพทยศาสตร์	6 แห่ง ¹
เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเข้าสู่การรับรองกระบวนการคุณภาพ HA ด้วยระบบพีแอลเอ็น (High Performance Network)	9 แห่ง ² ดูแลโรงพยาบาล 25 แห่ง
เครือข่ายเพื่อสร้างการเรียนรู้ (Quality Learning Network)	12 แห่ง ³ ดูแลโรงพยาบาล 60 แห่ง
เครือข่ายโรงพยาบาลที่ผสมผสานมิติจิตใจในการพัฒนาคุณภาพ (Spiritual HA)	64 แห่ง

ผลงาน	2554
การสร้างเครือข่ายโรงพยาบาลในการทำงานกับชุมชน	29 แห่ง
จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการเยี่ยมกระตุ้นการพัฒนา	267 แห่ง
จำนวนพี่เลี้ยงหรือที่ปรึกษาที่เข้ารับการพัฒนา จากเครือข่ายในทุกลักษณะ	270 คน
จำนวนที่ปรึกษาที่พัฒนาจนสามารถประเมินขั้นที่ 1 และ 2 ด้วย Overall Scoring ได้	30 คน
เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร	1 เครือข่าย
การสร้างเครือข่ายออนไลน์ เช่น Gotoknow และ Facebook	120 blog 3 กลุ่ม

หมายเหตุ :

¹โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่, มหาวิทยาลัยนเรศวร, มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ศูนย์เครือข่ายความร่วมมือ
ภาคใต้, ศูนย์เครือข่ายความร่วมมือจังหวัดนครราชสีมา

²โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น, โรงพยาบาลหนองวัวซอ จ.อุดรธานี,
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จ.อุดรธานี, โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์,
โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา, โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัด
พระนครศรีอยุธยา, โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม, โรงพยาบาลองค์รักษ์
จังหวัดนครนายก, โรงพยาบาลพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา

³สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, โรงพยาบาลองค์รักษ์ จังหวัด
นครนายก, โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม, โรงพยาบาลวัดเพลง จังหวัดราชบุรี,
โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ, โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี,
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว จังหวัดน่าน, โรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร,
โรงพยาบาลสังขะ จังหวัดสุรินทร์, โรงพยาบาลหนองกุงศรี จังหวัดกาฬสินธุ์, โรงพยาบาล
โคกศรีสุพรรณ จังหวัดสกลนคร, โรงพยาบาลป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง, และโรงพยาบาล
พระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลสุโขทัย, โรงพยาบาลราชวิถี,
โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์, โรงพยาบาลรามัน จังหวัดยะลา, โรงพยาบาลหนองจิก
จังหวัดปัตตานี, โรงพยาบาลควนขนุน จังหวัดพัทลุง, โรงพยาบาลบางมูลนาก จังหวัด
พิจิตร, โรงพยาบาลน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบัว
จังหวัดน่าน, โรงพยาบาลชลบุรี, โรงพยาบาลบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ



การสร้างเครือข่ายความร่วมมือในระดับพื้นที่ ก่อให้เกิดเครือข่ายทีมงานคุณภาพ ซึ่งมีบทบาทในการกระตุ้นและขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลและส่งผลให้มีโรงพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาจนมีความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการประเมินและรับรองเพิ่มจำนวนขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยกระตุ้นให้โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองแล้วเกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์การพัฒนาโรงพยาบาลที่มีลำดับขั้นการพัฒนาสูงขึ้น

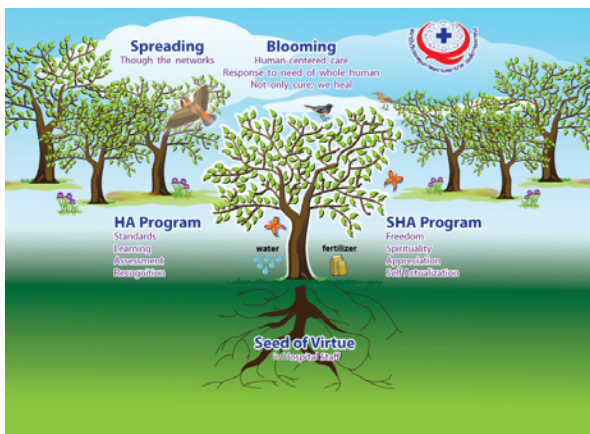
ผลงาน	2554
จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าสู่กระบวนการรับรองกระบวนการคุณภาพขั้น 3	29 แห่ง
จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าสู่กระบวนการ Pre survey	26 แห่ง

2. ยุทธศาสตร์ Spiritual HA ภายใต้ทางเลือกที่หลากหลาย (Product Diversification)

จากแผนยุทธศาสตร์เดิมที่ระบุใช้กลยุทธ์คู่ HA และ SHA ในการกระตุ้นการพัฒนา มาสู่การหลอมรวม HA และ SHA เป็น spiritual HA พร้อมทั้งมีทางเลือกในการพัฒนาและรับรองที่หลากหลาย เพื่อรองรับความต้องการและสถานการณ์ของสถานพยาบาลที่แตกต่างกัน

HA เป็นกลไกกระตุ้นการพัฒนาที่มีกรอบข้อกำหนดและแนวทางการประเมินที่ชัดเจน เพื่อให้มั่นใจว่าสถานพยาบาล ได้นำบทเรียนและเหตุการณ์ต่างๆ จากการดูแลผู้ป่วยมาปรับปรุงระบบให้มีความรัดกุมยิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยจัดให้มีระบบประเมินที่เหมาะสมกับบริบทและสถานการณ์ของแต่ละสถานพยาบาล ซึ่งบางครั้งอาจจะก่อให้เกิดความเครียดจากระบบการประเมิน และการเยี่ยมสำรวจได้

Spiritual HA เป็นการหลอมรวมการพัฒนาในด้าน “ระบบคุณภาพ” และ “มิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณ” เข้าด้วยกัน เป็นการผสมผสานสิ่งที่มีคุณค่าทั้งสองด้าน คือ คุณค่าจากองค์ความรู้ด้านวิชาการอันเกิดจากการวิจัย การเรียนรู้ และเทคโนโลยีด้านการแพทย์ เข้ากับคุณค่าจากพลังภายในจิตใจของผู้ให้บริการที่รับรู้ถึงคุณค่าและความหมายของงานที่ได้มอบให้แก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการ ทั้งสองคุณค่านี้จะนำมาสู่ “ระบบคุณภาพที่มีมาตรฐานและมีมีความสุข” มีการทำงานที่สอดคล้องกับความต้องการของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง บนพื้นฐานของความหลากหลาย อันจะเป็นการสร้างวิถีการทำงานในระบบบริการสุขภาพที่มีความเอื้อเพื่อเอื้อแก่กัน สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ทำงานและระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ประชาชน



กลยุทธ์และกิจกรรมการดำเนินงานที่สำคัญ ประกอบด้วย

1. การส่งเสริมให้ผู้เยี่ยมสํารวจและโรงพยาบาลนำมิติด้านจิตใจและจิตวิญญาณบูรณาการเข้ากับกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

โดยใช้เครื่องมือหรือประเด็นคุณภาพด้านมิติจิตใจและจิตวิญญาณที่มีการพัฒนาขึ้นมา ได้แก่

- Outcome Mapping เป็นการนำรูปแบบการประเมินความก้าวหน้าของการพัฒนาองค์กร หน่วยงานและชุมชน มาใช้ในการพัฒนาที่มงานด้านบริการสุขภาพและพัฒนาชุมชน เพื่อให้สามารถรับรู้ผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนาในประเด็นที่อาจวัดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณได้ค่อนข้างลำบาก
- Narrative Medicine เป็นการนำเทคนิคเรื่องเล่า เข้ามาช่วยสะท้อนให้เห็นคุณค่าของงานบริการสุขภาพที่บุคคลที่เกี่ยวข้องสัมผัสได้ ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างพลังใจของผู้ให้บริการในอันที่จะทำสิ่งที่ดีๆให้แก่ผู้มารับบริการอย่างต่อเนื่อง
- Salutogenesis เป็นการส่งเสริมให้ทีมงานบริการสุขภาพ มองความหมายของสุขภาพในมิติที่กว้างขวางขึ้น กล่าวคือ ไม่มองเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของความเจ็บป่วยหรือไม่เจ็บป่วยเท่านั้น แต่มองครอบคลุมไปถึงสุขภาวะที่ดีทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
- Healing Environment เป็นการกระตุ้นให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจและใช้ประโยชน์จากการจัดสภาพแวดล้อมในการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการในผัสสะด้านต่างๆของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ แสง สี เสียง รส และกลิ่น ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการดูแลเยียวยาที่สมบูรณ์แก่ผู้ป่วยและญาติ
- ศิลปะชูใจ เป็นการนำศิลปะเข้ามาช่วยหล่อหลอมจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความงาม ความผ่อนคลายและความสงบ ซึ่งจะช่วยให้งานที่บริการแก่ผู้ป่วยมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

2. การสร้างงานวิจัยและการจัดการความรู้

เพื่อมุ่งให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ในการพัฒนาคุณภาพ หรือสร้างแหล่งความรู้ที่รวบรวมข้อมูลที่กระจายอยู่ในหลายแหล่งให้สามารถสืบค้นและศึกษาได้โดยสะดวก โดยในปี 2554 โครงการที่สำคัญคือ โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพ (Thailand Hospital Indicator Project : THIP) ซึ่งเป็นโครงการที่





เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี 2550 และมีการขยายให้ครอบคลุมโรงพยาบาลมากขึ้นตามลำดับ โดยโครงการ THIP จะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ของงานบริการของตนกับผลลัพธ์ที่เป็นเลิศภายในกลุ่ม (benchmarking) ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลเห็นโอกาสในการพัฒนางานในด้านต่างๆ ได้ชัดเจนขึ้น

3. การฝึกอบรมเพื่อเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจในกระบวนการการพัฒนาคุณภาพแก่บุคลากรของโรงพยาบาลอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

โดยลักษณะการอบรม จะเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมหรือการประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งสถาบันได้มีการพัฒนาหลักสูตรการอบรมให้สอดคล้องกับความต้องการของโรงพยาบาลและระดับการพัฒนา มีการพัฒนาศักยภาพของวิทยากรประจำหลักสูตร และมีการอบรมทั้งในลักษณะหลักสูตรที่จัดอบรมที่โรงแรมผู้ที่สนใจต้องสมัครลงทะเบียนเข้ารับการอบรมและการจัดอบรมที่โรงพยาบาลในลักษณะ in-house training

4. การจัดสัมมนาวิชาการประจำปี (HA National Forum)

เพื่อเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพสำหรับโรงพยาบาลทั่วประเทศและนำเสนอองค์ความรู้ใหม่ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานของโรงพยาบาล ตลอดจนเป็นเวทียกย่องเชิดชูโรงพยาบาลที่มีผลการพัฒนาจนได้รับ

การรับรองกระบวนการคุณภาพ โดยในปี 2554 เป็นการจัดติดต่อกันเป็นปีที่ 12 ภายใต้แนวคิดในปีนี้ คือ “ความงามในความหลากหลาย (Beauty in Diversity)”

ตารางที่ 3 ผลการขับเคลื่อนงานทางด้านมิติจิตใจและจิตวิญญาณ

ผลงาน	2554
• จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจและพี่เลี้ยงคุณภาพที่ได้รับการส่งเสริมองค์ความรู้ทั้งด้าน quality, spirituality และ learning	30 คน
• จำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการส่งเสริมการนำมิติจิตใจบูรณาการกับการพัฒนาคุณภาพ	64 แห่ง
• จำนวนโรงพยาบาลที่เป็นแบบอย่างในการผสมผสานมิติจิตใจ healing environment และ humanized healthcare	15 แห่ง
• จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการศิลปะหัวใจ	16 แห่ง
• จำนวนบุคลากรจากโรงพยาบาลที่ได้เรียนรู้เครื่องมือคุณภาพด้านมิติจิตใจและการทำงานกับชุมชน	2,500 คน



ตารางที่ 4 ผลงานด้านการจัดการความรู้และการประชุมฝักอกอบรม

ผลงาน	2554
• จำนวนนักวิจัยเชิงคุณภาพที่ได้รับการพัฒนา / จำนวนงานวิจัย	40 คน / 21 เรื่อง
• จำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator project : THIP)	31 แห่ง
• จำนวนสื่อการเรียนรู้/หนังสือ/หนังสือพิมพ์ เพื่อสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านการพัฒนาคุณภาพ	10 เรื่อง
• จำนวนหลักสูตรที่สถาบันจัดให้มีการอบรม / จำนวนผู้เข้ารับการอบรม	16 หลักสูตร ¹ / 5,300 คน
• จัดหลักสูตรเฉพาะสำหรับแต่ละโรงพยาบาล (in-house training) / ผู้เข้ารับการอบรม	147 ครั้ง / 5,880 คน
• การอบรมศึกษาดูงานสำหรับชาวต่างประเทศ (ลาว อินเดีย ภูฏาน และปากีสถาน)	4 ครั้ง / 60 คน
• จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม HA National Forum ครั้งที่ 12 ซึ่งจัดขึ้นในระหว่างวันที่ 15 – 18 มีนาคม 2554 ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี	6,579 คน
• ผลงานการพัฒนาคุณภาพที่รวบรวมจากโรงพยาบาลทั่วประเทศ	2,000 เรื่อง





3. ยุทธศาสตร์ปรับกระบวนการรับรองให้ชัดเจน เรียบง่าย มีคุณค่า (Process Excellence)

จากกระแสความตื่นตัวในเรื่องการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ผนวกกับบทบาทของสถาบันในช่วงที่ผ่านมาที่มุ่งเน้นการใช้การประเมินรับรองเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ทำให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA เป็นที่ยอมรับของสังคมไทยมากขึ้นและส่งผลให้ความต้องการในการรับการเยี่ยมเพื่อประเมินรับรองระดับคุณภาพของโรงพยาบาลตามแนวทางของ HA มีปริมาณเพิ่มสูงขึ้นกว่าเดิมมาก การพัฒนากระบวนการประเมินรับรองของ HA ให้มีความชัดเจน เรียบง่ายและสร้างคุณค่าให้กับโรงพยาบาลจึงเป็นอีกหนึ่งยุทธศาสตร์ที่มีความสำคัญของสถาบัน

นอกจากการพัฒนากระบวนการประเมินรับรองแล้ว สิ่งที่มีการดำเนินการควบคู่ไปพร้อมกัน คือ การพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจให้มีจำนวนที่เพียงพอกับความต้องการ มีศักยภาพและมีมาตรฐานในการประเมิน ตลอดจนมีความเป็นกัลยาณมิตรที่จะช่วยส่งเสริมและสร้างกำลังใจของบุคลากรโรงพยาบาลให้มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์และกิจกรรมสำคัญที่ได้มีการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. การพัฒนากระบวนการประเมินและรับรอง

โดยวิเคราะห์กระบวนการงานที่มีการดำเนินงานอยู่ จัดทำเป็น work flow ที่ชัดเจนและใช้แนวคิด Lean มาปรับปรุงกระบวนการเยี่ยมสำรวจ ลดความยุ่งยากและขั้นตอนที่ไม่จำเป็นลง โดยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่

- การปรับปรุงแบบฟอร์มการประเมินตนเองของโรงพยาบาล ซึ่งแบบฟอร์มนี้โรงพยาบาลจะเขียนส่งมาเพื่อเป็นเอกสารประกอบการขอรับการรับรองชั้น 3 การที่สถาบันพัฒนาแบบฟอร์มนี้จะช่วยให้การเขียนแบบประเมินตนเองเป็นกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น โดยแบบฟอร์มล่าสุดที่พัฒนาขึ้นมา เรียกว่า Self Assessment report 2011 (SAR 2011)
- การปรับปรุงการให้คะแนนเยี่ยมสำรวจโดยผู้เยี่ยมสำรวจ จากเดิมที่การให้คะแนนมีขั้นตอนและวิธีการที่มีรายละเอียดมากและขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของผู้เยี่ยมสำรวจแต่ละคนค่อนข้างมาก ปรับมาเป็นการใช้ตารางการให้คะแนนผลการเยี่ยมสำรวจชั้น 3 จำนวน 89 ข้อ โดยแต่ละข้อแบ่งระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ไปถึง 5 โดยแต่ละระดับมีคำอธิบายกำกับการให้คะแนน ซึ่งการปรับปรุงดังกล่าว ช่วยให้การให้คะแนนของผู้เยี่ยมสำรวจทุกคนมีกรอบการประเมินอย่างเดียวกัน ช่วยลดความเบี่ยงเบนของการตีความของแต่ละบุคคลและเอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้เยี่ยมสำรวจในระหว่างการให้คะแนน
- การจัดทำเวลาคาดหวังในแต่ละขั้นตอนของการเยี่ยมสำรวจ ตั้งแต่เวลาที่ทีมงานของสถาบันใช้ในการอ่านแบบประเมินตนเองของโรงพยาบาล ระยะเวลาตั้งแต่อ่านแบบประเมินตนเองแล้วเสร็จจนถึงวันเยี่ยมสำรวจ เวลาที่ใช้ในการจัดทำรายงานการเยี่ยมสำรวจและระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่เยี่ยมสำรวจเสร็จสิ้นจนประกาศผลการรับรองโรงพยาบาล



- การจัดกระบวนการกำกับติดตามการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนให้เป็นไปตามเวลาที่กำหนด
- การปรับการเขียนรายงานการเยี่ยมสำรวจให้มีความกระชับ ได้เนื้อหาตรงประเด็น
- การปรับปรุงการนำเสนอข้อมูลการเยี่ยมสำรวจต่อคณะกรรมการรับรองกระบวนการคุณภาพ เป็นรูปแบบ electronic file
- การปรับปรุงการนำเสนอข้อมูลการเยี่ยมสำรวจต่อคณะกรรมการบริหารของสถาบัน โดยใช้ PowerPoint ที่สั้น กระชับ และครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ แทนการนำเสนอด้วยเอกสาร Word ซึ่งยาวกว่ากันมาก
- การจัดให้มีนักวิชาการภายนอกเข้ามาช่วยเสริมในขั้นตอนการอ่านแบบประเมินตนเองตลอดจนการอ่านรายงานความก้าวหน้าที่โรงพยาบาลส่งเข้ามา

2. การพัฒนากระบวนการประเมินระดับการพัฒนาในบันไดขั้นที่ 1 และ 2

จากการที่สถาบันได้ใช้เครื่องมือ Overall Scoring เพื่อการประเมินขั้นที่ 1 และ 2 มาตั้งแต่ปี 2552 ซึ่งช่วยให้การประเมินในขั้นที่ 1 และ 2 มีเครื่องมือและขั้นตอนที่มีความชัดเจนขึ้น อย่างไรก็ตาม การประเมินในลักษณะดังกล่าว ต้องใช้กำลังผู้เยี่ยมประเมินและงบประมาณในการเยี่ยมเพื่อประเมินระดับการพัฒนาค่อนข้างมาก ดังนั้น ในช่วงปลายปี 2554 สถาบันจึงได้เริ่มออกแบบวิธีการประเมินเพื่ออำนวยการรับรองในบันไดขั้นที่ 2 โดยใช้กระบวนการ knowledge management ที่ระดับจังหวัด

เพื่อให้สามารถธำรงอายุการรับรองในบันไดขั้นที่ 2 ได้ครอบคลุมโรงพยาบาลกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดและมีบรรยากาศที่ผ่อนคลายมากขึ้น ซึ่งจะได้นำรูปแบบดังกล่าวมาดำเนินการในปี 2555

นอกจากนี้ สถาบันยังได้มีการปรับปรุงการจำแนกผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยสถาบันในเรื่องการเยี่ยมสำรวจ จากเดิมที่มี 2 กลุ่ม คือ ผู้เยี่ยมสำรวจ (เยี่ยมประเมินชั้น 3) และที่ปรึกษา (เยี่ยมที่มีใช้การประเมินชั้น 3) เพิ่มเป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้เยี่ยมสำรวจ (เยี่ยมประเมินชั้น 3) ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ (เยี่ยมประเมินชั้น 1, 2) และที่ปรึกษา (เยี่ยมในลักษณะที่มีใช้การประเมินรับรอง) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดกระบวนการสร้างและพัฒนาผู้ที่ประเมินชั้น 1, 2 ที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3. การส่งเสริมการพัฒนาของโรงพยาบาลหลังได้รับการรับรอง

เพื่อลดจำนวนโรงพยาบาลที่ขาดการต่ออายุการรับรอง และทำให้โรงพยาบาลมีความพร้อมมากยิ่งขึ้นเมื่อถึงเวลาต้องรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกิจกรรมที่ดำเนินงาน ได้แก่



- การวิเคราะห์จำแนกประเภทโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองชั้น 3 แล้ว
- การสร้างกระบวนการติดตามรายงานความก้าวหน้าที่มีความชัดเจนขึ้น
- การจัดเยี่ยมสำรวจเพื่อเผื่อระวังให้ครอบคลุมโรงพยาบาลให้มากกว่าปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะกลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่

4. การพัฒนากระบวนการสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อรองรับภาระงานเยี่ยมสำรวจที่เพิ่มมากขึ้น

โดยมีกิจกรรมที่สำคัญ ได้แก่

- จัดทำโปรแกรมสร้างผู้เยี่ยมสำรวจรายใหม่ ภายใต้ชื่อ Surveyor in Training (SIT) โดยเน้นการสร้างผู้เยี่ยมสำรวจใหม่กลุ่ม part time เป็นหลัก
- พัฒนาเครื่องมือการประเมิน competency ของผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อใช้ในการประเมินความก้าวหน้าของผู้ฝึกเยี่ยมสำรวจ และใช้ในการขึ้นทะเบียนผู้เยี่ยมสำรวจรายใหม่





- จัดประชุม Surveyor Workshop จำนวน 2 ครั้ง เพื่อเป็นเวทีสำหรับให้ความรู้และข้อมูลต่างๆที่เป็นประโยชน์ต่อการเยี่ยมสำรวจ ตลอดจนเป็นเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการเยี่ยมสำรวจ
- ยกร่างคู่มือสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อช่วยแนะนำวิธีการที่เหมาะสมแก่ผู้เยี่ยมสำรวจในการประเมินกระบวนการคุณภาพของโรงพยาบาลในลักษณะกัลยาณมิตร โดยได้มีการยกร่างไปแล้ว 11 ระบบ
- ปรับตารางการเยี่ยมโรงพยาบาลแต่ละครั้งให้ใช้ภาระงานเยี่ยม (manday) ลดลง โดยยังคงได้ข้อมูลที่เพียงพอต่อการจัดทำรายงานการเยี่ยมสำรวจ

ตารางที่ 5 ผลงานด้านการเยี่ยมประเมินรับรองสถานพยาบาล

กิจกรรมการเยี่ยม	จำนวนครั้ง	คิดเป็นร้อยละ
การประเมินชั้นที่ 1 หรือ 2	510	50.5
Intensive consultation visit (ICV)	91	9.0
Preparation survey (PS)	70	6.9
การประเมินชั้น 3 (accreditation survey – AS)	83	8.2
การต่ออายุการรับรองชั้น 3 (re - accreditation survey – AS)	82	8.1
การเยี่ยมเฝ้าระวัง (surveillance survey – SS)	24	2.4
การเยี่ยมติดตามเฉพาะเรื่อง (focused survey – FS)	12	1.2
การเยี่ยมตามโครงการ SHA	29	2.9
การเยี่ยมตามโครงการพี่เลี้ยงจังหวัด และเครือข่ายคุณภาพ	92	9.1
อื่นๆ	16	1.6
รวม	1,009	100.0

แผนภูมิที่ 1 การกระจายของการเยี่ยมประเมินชั้น 1 - 2 และ 3 จำแนกรายเดือน



ตารางที่ 7 การสร้างผู้เยี่ยมสำรวจ

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจรายใหม่		จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจทั้งหมด	
	ทั่วไป	กิตติมศักดิ์	ทั่วไป	กิตติมศักดิ์
2553	3	2	45	10
2554	15	26	60	36 ¹

หมายเหตุ

¹เป็นคณะกรรมการบริหารของสถาบันและคณะกรรมการรับรองกระบวนการคุณภาพจำนวน 19 คน

ผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวม พบว่าโรงพยาบาลมีความตื่นตัวในเรื่องกระบวนการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA เพิ่มขึ้นตามลำดับ ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2554 แสดงว่า จากจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด 1,349 แห่ง มีโรงพยาบาลที่เข้าสู่กระบวนการคุณภาพ HA แล้ว 1,136 แห่ง (คิดเป็นร้อยละ 84.21) โดยโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้เข้าสู่กระบวนการคุณภาพ HA ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็กหรือโรงพยาบาลรัฐขนาดเล็กที่อยู่นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยโรงพยาบาลที่เข้าสู่กระบวนการคุณภาพ HA การพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในชั้นที่ 2 และโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองในชั้นที่ 3 มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 6 สถานะการรับรองกระบวนการคุณภาพของโรงพยาบาลในประเทศไทย

สถานะการรับรอง	ณ 30	ณ 30	ณ 30
	กันยายน	กันยายน	กันยายน
	2552	2553	2554
ชั้น 1	190	155	95
• มีอายุการรับรองอยู่	56	111	52
• หมดอายุการรับรอง	134	44	43
ชั้น 2	621	703	687
• มีอายุการรับรองอยู่	512	635	612
• หมดอายุการรับรอง	109	68	75

สถานะการรับรอง	ณ 30 กันยายน 2552	ณ 30 กันยายน 2553	ณ 30 กันยายน 2554
ชั้น 3	279	264	354
• มีอายุการรับรองอยู่	163	182	288
• หมดอายุการรับรอง	116	82	66
รวม	1,090	1,122	1,136
• มีอายุการรับรองอยู่	731	928	952
• หมดอายุการรับรอง	359	194	184
ร้อยละของโรงพยาบาล ภาครัฐที่ผ่านการรับรอง มาตรฐาน HA	14.4	16.8	24.6

4. ยุทธศาสตร์องค์กรแห่งความเป็นเลิศ (Organization Excellence)

ในปี 2554 สถาบันได้จัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรให้สามารถทำหน้าที่ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายขององค์กร ดังนี้

1. การเตรียมการเพื่อขอรับการรับรองด้าน organization performance จาก

The International Society for Quality in Healthcare (ISQua) ในปี 2556

โดยในปี 2554 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพที่สถาบันใช้ในการประเมินรับรองโรงพยาบาล ได้รับการรับรองจาก ISQua แล้วตั้งแต่เดือนมีนาคม 2553 สถาบันจึงมีแผนที่จะขอรับการรับรองด้าน organization performance เป็นลำดับถัดไป ซึ่งในปี 2554 สถาบันได้มีการศึกษาข้อกำหนดและเกณฑ์ที่ ISQua ใช้ในการประเมินองค์กรและมีการแปลเกณฑ์ดังกล่าวเป็นภาษาไทย เพื่อสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ของสถาบันทุกคนได้ศึกษา





2. การพัฒนาการดำเนินงานของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการของสถาบัน

- จัดการประชุมคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการชุดต่างๆ เพื่อกำหนดทิศทางในการบริหารงานและกำกับติดตามงานต่างๆ ให้เป็นไปตามนโยบายและทิศทางที่กำหนดไว้ โดยมีการประชุมคณะกรรมการบริหารจำนวน 6 ครั้ง คณะอนุกรรมการรับรองกระบวนการคุณภาพจำนวน 14 ครั้งและคณะอนุกรรมการตรวจสอบประเมินผลจำนวน 1 ครั้ง
- การพัฒนาคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการและเจ้าหน้าที่ของสถาบัน โดย การไปศึกษาดูงานระบบบริการสุขภาพด้วยหัวใจและจิตอาสาที่มูลนิธิฉือจี้ ประเทศไต้หวันและการที่คณะกรรมการเข้าร่วมในกิจกรรมของสถาบัน เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการ : สุนทรียสนทนา (Dialogue) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานในชุมชนอย่างได้ผล

3. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การนำอย่างมีวิสัยทัศน์สำหรับผู้บริหาร (Visionary Leadership)” ระหว่างวันที่ 23 - 24 มิถุนายน 2554
- ศึกษาดูงานด้านบริหารทรัพยากรมนุษย์ที่บริษัท เอ็นโอเค พรีซิชั่น คอมโพเนนท์ (ประเทศไทย) จำกัด

4. การพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน

- คณะทำงานบริหารความเสี่ยงจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงประจำปี 2555 ซึ่งมีการกำหนดวิธีการประเมินความเสี่ยง ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง เบื้องต้น การระบุความเสี่ยงที่สำคัญที่จะมีการดำเนินการในระดับองค์กร และการจัดทำแผนเพื่อลดความเสี่ยงสำคัญที่ระบุไว้
- จัดตั้งคณะทำงานควบคุมภายใน เพื่อดำเนินกิจกรรมควบคุมภายใน และจัดทำรายงานการควบคุมภายในตามแนวทางที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน กำหนด

5. การพัฒนาระบบสารสนเทศ

มีการติดตั้งระบบสารสนเทศสำหรับอาคารสำนักงานแห่งใหม่ โดยมีการปรับปรุง server และ network ให้สามารถรองรับปริมาณการใช้งานระบบเครือข่ายที่มีเพิ่มขึ้น ปรับปรุงระบบรักษาความปลอดภัยของข้อมูลข่าวสารให้เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด และปรับปรุงระบบโทรศัพท์ ให้เป็นระบบ IP phone เพื่อเพิ่มความสะดวกในการใช้งานโทรศัพท์



นอกจากนี้ ยังมีสร้างฐานข้อมูลการเยี่ยมสำรวจ โดยใช้โปรแกรม Access เพื่อลดข้อผิดพลาดในการจัดทำแผนการเยี่ยมสำรวจประจำปี ช่วยในการประมวลผลการเยี่ยมสำรวจและเชื่อมโยงข้อมูลการเยี่ยมสำรวจไปสู่การจัดการด้านการเงิน ทั้งในเรื่องการเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากโรงพยาบาลและการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเยี่ยมให้ผู้เยี่ยมสำรวจ



ปัจจัยความสำเร็จ และโอกาสในการพัฒนา

ปัจจัยความสำเร็จ

ความก้าวหน้าในการดำเนินงานของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในช่วงที่ผ่านมา เกิดจากปัจจัยหลายประการ ที่สำคัญได้แก่

- การที่ผู้บริหารและผู้ทรงคุณวุฒิของสถาบันทำงานเรื่องกระบวนการคุณภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ยาวนาน มีการวางกรอบแนวคิดที่ชัดเจนในการใช้กระบวนการรับรองเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีการวางยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนงานคุณภาพ ผ่านการสร้างเครือข่ายที่กว้างขวาง ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่และดึงโรงพยาบาลชั้นนำของประเทศเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการรับรองคุณภาพตั้งแต่เริ่มโครงการ

- การที่หน่วยซื้อบริการให้ความสำคัญในเรื่องการรับรองกระบวนการคุณภาพ ทำให้โรงพยาบาลมีแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพจนได้รับการรับรอง เช่น สำนักงานประกันสังคมและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการจ่ายเงินสนับสนุนเพิ่มเติมให้โรงพยาบาล ตามระดับการพัฒนาคุณภาพชั้น 1, 2, 3 หรือการที่กรมบัญชีกลางคัดเลือกเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่ได้รับการรับรองชั้น 2 ขึ้นไป ให้เข้าร่วมในโครงการรับชำระราชการเข้าดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน
- การปรับสถานะขององค์กรเป็นองค์การมหาชน ทำให้ภาพลักษณ์ของสถาบันเป็นที่ยอมรับในสังคมมากขึ้นและทำให้สถาบันได้รับงบประมาณสนับสนุนส่วนหนึ่งจากรัฐบาล ซึ่งช่วยให้สถานะขององค์กรมีความมั่นคงมากขึ้น
- การนำแนวคิดเรื่องการดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์และการดูแลด้านจิตวิญญาณเข้ามาประสมประสานในกระบวนการรับรอง ส่งผลให้กระบวนการรับรองมีบรรยากาศที่ผ่อนคลายมากกว่าเดิม โรงพยาบาลรู้สึกถูกรับรองตรวจสอบลดและการเยี่ยมสำรวจเป็นการสร้างกำลังใจให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการพัฒนาได้ดีกว่าเดิม

โอกาสในการพัฒนา

สถานการณ์ด้านการพัฒนาคุณภาพ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ ความท้าทายสำคัญที่สถาบันจะต้องนำมาพิจารณา ได้แก่

- การตอบสนองความต้องการการรับรองที่มีปริมาณเพิ่มมากขึ้น ขณะที่สถาบันยังมีผู้ที่มีความรู้และสามารถในระดับผู้อำนวยการคุณภาพและผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการคุณภาพไม่เพียงพอและการสร้างผู้เยี่ยมสำรวจยังทำได้ไม่มากเท่าที่ควรจะเป็น
- การตอบสนองความต้องการของสถานพยาบาลทั้งในด้านมาตรฐานการเยี่ยมความหลากหลายของการรับรองและการจัดการกระบวนการตรวจรับรองที่มีประสิทธิภาพ
- การบริหารความสัมพันธ์และความผูกพันกับที่ปรึกษา ผู้เยี่ยมสำรวจและเครือข่าย ทั้งที่มีอยู่เดิมและที่จะสร้างเพิ่มขึ้นในอนาคต

- การสร้างเครือข่ายที่เลี้ยงให้ครอบคลุมพื้นที่ให้มากที่สุด
- การบูรณาการแนวคิดการพัฒนาด้านจิตวิญญาณกับการสร้างระบบคุณภาพ เพื่อให้เกิดความสมดุลของระบบคุณภาพที่ดีและคนทำงานมีความสุข เกิดสังคมที่เอื้อเพื่อเผื่อแผ่กันมากขึ้น เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพในมิติที่มีความละเอียดมากขึ้น เพื่อให้สามารถรองรับวิถีคิด ทักษะคติและความคาดหวังของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปตามกระแสผู้บริโภคและต้องการผลลัพธ์ที่ดีที่สุด
- การสร้างการยอมรับในระดับสากล ขณะที่บริบทและความพร้อมของสถานพยาบาลมีความหลากหลาย มีระบบคุณภาพมากมายที่ได้พัฒนาขึ้น จึงเป็นความท้าทายของสถาบันที่จะสร้างความเข้าใจ ความเชื่อมโยง เพื่อสนับสนุนให้โรงพยาบาลสามารถรวบรวมแนวความคิดและระบบคุณภาพเหล่านั้น มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนางานโดยไม่เป็นภาระที่ย่างยากจนเกินไป
- การเชื่อมต่อกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง





WISH OF LEAVE

แผนการดำเนินงานในปี 2555

จากผลการดำเนินงานในปี 2554 เมื่อนำมาพิจารณาร่วมกับสถานการณ์ด้านการพัฒนาคุณภาพของ ประเทศที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านปัจจัยต่างๆ สถาบันจึงได้ปรับแนวทางการ ดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ในบางประเด็นให้มีความชัดเจนขึ้น ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. ยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ

- การร่วมกับหน่วยงานระดับชาติ คือ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคมและสภาวิชาชีพต่างๆ ในการกำหนดนโยบายและมาตรฐานด้านการพัฒนา คุณภาพของสถานพยาบาลร่วมกัน

- เพิ่มความครอบคลุมของการรับรองกระบวนการคุณภาพชั้น 3 ของโรงพยาบาลภาครัฐ เป็นร้อยละ 30
- การสร้างเครือข่ายที่เลี้ยงให้ครอบคลุมในทุกพื้นที่ สร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพบุคลากรในพื้นที่ให้มีทัศนคติที่ดีและมีความเชี่ยวชาญในงานพัฒนาคุณภาพ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนซึ่งกันและกันในระดับพื้นที่ ก่อให้เกิดกลไกส่งเสริมการพัฒนาที่ยั่งยืน

2. ยุทธศาสตร์ Spiritual HA ภายใต้ทางเลือกที่หลากหลาย

- การบูรณาการแนวคิดการพัฒนาด้านจิตวิญญาณให้เข้าเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการคุณภาพ เพื่อให้เกิดความสมดุลของระบบคุณภาพที่ดีและคนทำงานมีความสุข เกิดกระบวนการพัฒนาคุณภาพในมิติที่มีความละเอียดมากขึ้น ผ่านเครื่องมือและแนวคิดด้านจิตวิญญาณ เช่น narrative medicine, healing environment และ spirituality in organization
- การตอบสนองความต้องการของสถานพยาบาลที่ต้องการการรับรองที่มีรูปแบบที่หลากหลายขึ้น เช่นการรับรองการดูแลเป็นรายโรค การรับรองบริการในระดับปฐมภูมิ การรับรองในลักษณะเครือข่ายบริการ

3. ยุทธศาสตร์ปรับกระบวนการรับรองให้ชัดเจน เรียบง่าย มีคุณค่า

- การสร้างและพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจให้มีจำนวนที่เพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการขอรับการประเมินรับรองที่มีปริมาณเพิ่มขึ้นมาก ผ่านโปรแกรม Surveyor in Training (SIT)
- การพัฒนามาตรฐานการเยี่ยมของผู้เยี่ยมสำรวจให้ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับสถานพยาบาลที่รับการเยี่ยม และศึกษาวิธีการเขียนรายงานตามแนวทางของ Thailand Quality Award (TQA) เพื่อนำมาปรับใช้กับการเขียนรายงานของ HA



4. ยุทธศาสตร์องค์กรแห่งความเป็นเลิศ

- การทำให้มาตรฐาน HA เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและระดับสากล โดยศึกษาและพัฒนาองค์กรเพื่อเตรียมการขอรับการรับรองด้าน organization performance จาก ISQua
- การพัฒนา software ด้านการเยี่ยมสำรวจ ด้านงบประมาณ และด้านการเงิน การบัญชี ที่สามารถเชื่อมโยง/ส่งต่อข้อมูลระหว่างกัน เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของการบริหารจัดการ
- การนำข้อมูลความเสี่ยงและข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบภายใน มาจัดทำแผนในการบริหารความเสี่ยง และแผนควบคุมภายใน



ภาคผนวก

งบการเงิน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

สำหรับงวดตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2554
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2554

(อยู่ระหว่างการรับรองของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

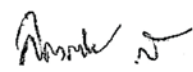
งบแสดงฐานะการเงิน

ณ วันที่ 30 กันยายน 2554 และ 2553

	หมายเหตุ	หน่วย : บาท	
		2554	2553
สินทรัพย์			
สินทรัพย์หมุนเวียน			
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	4	40,854,145.21	33,493,313.87
ลูกหนี้เงินยืมทศรอง	5	34,030.00	50,374.49
รายได้ค้างรับ	6	6,640,560.45	9,971,732.03
เงินลงทุนระยะสั้น	7	45,950,956.10	44,745,958.62
สินค้าและวัสดุคงเหลือ	3.1, 8	868,428.42	806,982.04
สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น	9	544,936.44	514,926.00
รวมสินทรัพย์หมุนเวียน		94,893,056.62	89,583,287.05
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน			
ครุภัณฑ์ (สุทธิ)	3.2, 10, 11	14,796,952.26	7,131,624.11
สินทรัพย์ที่ไม่มีตัวตน (สุทธิ)	12, 13	2,662,457.69	699,870.05
รวมสินทรัพย์ไม่หมุนเวียน		17,459,409.95	7,831,494.16
รวมสินทรัพย์		112,352,466.57	97,414,781.21


(น.พ. อนุวัฒน์ สุภษัตริกุล)

ผู้อำนวยการ


(น.พ. กิตติพันธ์ อนรรฆมณี)

รองผู้อำนวยการ

- 2 -

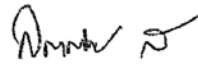
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

	หมายเหตุ	หน่วย : บาท	
		2554	2553
หนี้สิน			
หนี้สินหมุนเวียน			
ค่าใช้จ่ายค้างจ่าย	14	11,304,825.58	3,148,520.60
เจ้าหนี้อื่น	15	1,661,371.15	973,729.73
เจ้าหนี้เงินรับฝาก	16	442,024.80	190,626.80
รายได้รับล่วงหน้า	17	601,000.00	711,500.00
หนี้สินหมุนเวียนอื่น	18	445,105.94	144,498.49
รวมหนี้สินหมุนเวียน		14,454,327.47	5,168,875.62
หนี้สินไม่หมุนเวียน			
รายได้รอการรับรู้	19	3,278,108.06	10,952,163.50
รวมหนี้สินไม่หมุนเวียน		3,278,108.06	10,952,163.50
รวมหนี้สิน		17,732,435.53	16,121,039.12
สินทรัพย์สุทธิ		94,620,031.04	81,293,742.09
สินทรัพย์สุทธิ/ส่วนทุน			
ทุน ณ วันก่อตั้ง		90,190,107.10	90,190,107.10
รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสะสม		4,429,923.94	(8,896,365.01)
รวมสินทรัพย์สุทธิ	20	94,620,031.04	81,293,742.09



(น.พ. อนุวัฒน์ สุขชูดิกุล)

ผู้อำนวยการ



(น.พ. กิตตินันท์ อนรรฆเมณี)

รองผู้อำนวยการ



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
 งบแสดงผลการดำเนินงาน
 สำหรับปี สิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2554 และ 2553

	หมายเหตุ	หน่วย : บาท	
		2554	2553
รายได้จากการดำเนินงาน			
รายได้จากรัฐบาล :			
รายได้จากเงินงบประมาณ		50,428,300.00	0.00
รวมรายได้จากรัฐบาล		<u>50,428,300.00</u>	<u>0.00</u>
รายได้จากแหล่งอื่น :			
รายได้จากเงินสนับสนุน	21	12,907,055.44	14,473,771.21
รายได้จากการจัดการอบรม และตรวจเยี่ยม	22	78,390,658.00	80,070,500.00
รายได้จากเงินอุดหนุนจัดประชุม	23	880,000.00	900,000.00
รายได้ค่าตอบแทนวิทยากรและให้คำปรึกษา	24	2,057,950.00	2,775,600.00
รายได้จากการจำหน่ายผลิตภัณฑ์	25	1,166,298.00	1,950,793.00
รายได้อื่น	26	1,148,757.66	575,856.30
รวมรายได้จากแหล่งอื่น		<u>96,550,719.10</u>	<u>100,746,520.51</u>
รวมรายได้จากการดำเนินงาน		<u>146,979,019.10</u>	<u>100,746,520.51</u>
ค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงาน			
ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร	27	35,032,351.06	28,132,795.57
ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน	28	90,462,590.89	74,902,165.25
ค่าใช้จ่ายเงินสนับสนุน	29	5,605,000.00	2,178,000.00
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	30	2,552,788.20	2,196,562.38
รวมค่าใช้จ่ายจากการดำเนินงาน		<u>133,652,730.15</u>	<u>107,409,523.20</u>
รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ		<u>13,326,288.95</u>	<u>(6,663,002.69)</u>



(น.พ. อนุวัฒน์ สุขชุกกุล)

ผู้อำนวยการ



(น.พ. กิตตินันท์ อนุธรรมณี)

รองผู้อำนวยการ



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

งบกระแสเงินสด

สำหรับปี สิ้นสุดวันที่ 30 กันยายน 2554 และ 2553

	หมายเหตุ	หน่วย : บาท	
		2554	2553
กระแสเงินสดจากกิจกรรมดำเนินงาน			
รายได้สูง(ต่ำกว่า)ค่าใช้จ่ายจากกิจกรรมตามปกติ		13,326,288.95	(6,663,002.69)
ปรับกระทบยอดเป็นกระแสเงินสดสุทธิจากกิจกรรมดำเนินงาน			
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	30	2,552,788.20	2,196,562.38
ขาดทุนจากการเลิกใช้ทรัพย์สิน		0.00	4,746.60
ลดลงในลูกหนี้เงินป้อนทรง		16,344.49	226,125.51
ลดลง (เพิ่มขึ้น) ในรายได้ค้างรับ		3,331,171.58	(4,153,652.49)
ลดลงในรายได้รอเรียกเก็บ		0.00	1,852,000.00
(เพิ่มขึ้น) ลดลงในสินค้าและวัสดุคงเหลือ		(61,446.38)	134,265.35
เพิ่มขึ้นในสินทรัพย์หมุนเวียนอื่น		(30,010.44)	(496,992.00)
เพิ่มขึ้น (ลดลง) ในค่าใช้จ่ายค้างจ่าย		8,156,304.98	(11,494,992.76)
ลดลงในเจ้าหนี้ค่าทรัพย์สิน		0.00	(48,000.00)
เพิ่มขึ้นในเจ้าหนี้อื่น		687,641.42	661,917.29
(เพิ่มขึ้น) ลดลงในเจ้าหนี้เงินรับฝาก		251,398.00	(984,829.46)
ลดลงในรายได้รับล่วงหน้า		(110,500.00)	(1,148,000.00)
เพิ่มขึ้น (ลดลง) ในหนี้สินหมุนเวียนอื่น		300,607.45	(90,652.43)
(ลดลง) เพิ่มขึ้นในรายได้รอการรับรู้		(7,674,055.44)	1,449,228.79
กระแสเงินสดสุทธิได้มาจาก(ใช้ไปใน)กิจกรรมดำเนินงาน		20,746,532.81	(18,555,275.91)



(น.พ. อนูวัฒน์ สุราษฎร์กุล)

ผู้อำนวยการ



(น.พ. ปิच्छิตินันท์ อนรรจนงณี)

รองผู้อำนวยการ

- 2 -

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

	หน่วย : บาท	
	2554	2553
กระแสเงินสดจากกิจกรรมลงทุน		
(เพิ่มขึ้น) ลดลงในเงินลงทุนระยะสั้น	(1,204,997.48)	28,018,468.84
ซื้อสินทรัพย์ถาวร	(12,180,703.99)	(825,389.50)
กระแสเงินสดสุทธิ(ใช้ไป) ได้มาจากกิจกรรมลงทุน	(13,385,701.47)	27,193,079.34
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดเพิ่มขึ้นสุทธิ	7,360,831.34	8,637,803.43
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด ณ วันต้นปี	33,493,313.87	24,855,510.44
เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด ณ วันปลายปี	40,854,145.21	33,493,313.87

การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับกระแสเงินสดเพิ่มเติม


เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด ณ วันที่ 30 กันยายน 2554 และ 2553 ประกอบด้วย

	หน่วย : บาท	
	2554	2553
เงินฝากธนาคาร	40,854,145.21	33,493,313.87



(น.ท. อนุวัฒน์ สุกตกุล)

ผู้อำนวยการ



(น.พ. กิตติพันธ์ อนรรฆเมธี)

รองผู้อำนวยการ



พัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

เพื่อคุณภาพ

ชีวิต



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5
กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถนนติวานนท์
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร 02 8329400 โทรสาร 02 8329540
www.ha.or.th