



HA Update 2026

COMPASSIONATE INNOVATION Shaping the Future of Care

“นวัตกรรมที่เปี่ยมไปด้วยความใส่ใจ
สร้างมิติใหม่ของการดูแล”

เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี
HA National Forum ครั้งที่ 26
10-13 มีนาคม 2569

ณ ศูนย์ประชุมอิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี



น้อมรำลึกถึงพระมหากษัตริย์คุณและร่วมถวายเป็นความอาลัย
ตมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง



ด้วยความสำนึกในพระมหากษัตริย์คุณเป็นล้นพ้นอันหาที่สุดมิได้
ข้าพระพุทธเจ้า คณะกรรมการบริหาร ผู้บริหาร และบุคลากรทุกฝ่ายของ
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

HA Update 2026

Compassionate Innovation: Shaping the Future of Care
นวัตกรรมที่เปี่ยมไปด้วยความใส่ใจ สร้างมิติใหม่ของการดูแล

สงวนสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ISBN 978-616-8024-64-5

พิมพ์ครั้งแรก กุมภาพันธ์ 2569

จำนวนพิมพ์ 7,000 เล่ม

บรรณาธิการ

ทันตแพทย์หญิงรัตนอร จูห้อง

นางสาวรุ่งนภา บุชบง

และคณะทำงานย่อยด้านบริหารวิชาการและการจัดการความรู้

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

จัดทำโดย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข

ซอย 6 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2027 8844 โทรสาร 0 2026 6680

www.ha.or.th

ออกแบบและพิมพ์ที่

บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชซิ่ง จำกัด

59/4 หมู่ 10 ถนนกาญจนาภิเษก ตำบลบางม่วง

อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี 11140

โทร 0 2903 8257-59

คำนำ

ระบบสาธารณสุขในปัจจุบันกำลังเผชิญการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและซับซ้อน ทั้งจากโครงสร้างประชากรที่มีอายุยืนยาวขึ้น ภาระโรคเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น การเกิดโรคอุบัติใหม่และภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัล ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องปรับตัวอย่างต่อเนื่อง ไม่เพียงในมิติขององค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ แต่รวมถึงแนวคิด วิธีการทำงาน และวัฒนธรรมองค์กร ที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพ ความปลอดภัย และคุณค่าความเป็นมนุษย์

ในช่วงที่ผ่านมา การพัฒนานวัตกรรมในระบบสุขภาพมักมุ่งเน้นที่ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และประสิทธิภาพเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตาม ประสพการณ์จากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั้งในระดับประเทศและระดับสากลสะท้อนให้เห็นว่า นวัตกรรมที่ยั่งยืนจำเป็นต้องหลอมรวม “ความใส่ใจ ความเห็นอกเห็นใจ และความรับผิดชอบต่อผู้คน” เข้ากับการออกแบบระบบและกระบวนการดูแลสุขภาพ แนวคิด Compassionate Innovation: Shaping the Future of Care จึงเป็นกรอบสำคัญของการเปลี่ยนผ่านจากนวัตกรรมเชิงเทคนิคสู่การพัฒนาาระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และความเป็นมนุษย์อย่างสมดุล

HA Update 2026 เล่มนี้จัดทำขึ้นภายใต้แนวคิดดังกล่าว โดยเรียบเรียงเนื้อหาจากกรอบแนวคิดสู่การปฏิบัติจริง และการออกแบบอนาคตของระบบคุณภาพ ตอนที่ 1 นำเสนอรากฐานของ Compassionate Innovation และทิศทางอนาคตของการดูแลสุขภาพ ตอนที่ 2 ถ่ายทอดการแปลงแนวคิดสู่ระบบงานคุณภาพและความปลอดภัยอย่างเป็นรูปธรรม ตอนที่ 3 แบ่งปันบทเรียนจากการสร้างร่วมของผู้นำ ทีม และองค์กร และตอนที่ 4 เชื่อมโยงสู่บทบาทของมาตรฐานและระบบรับรองในอนาคต

การประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum ครั้งที่ 26 ระหว่างวันที่ 10 – 13 มีนาคม 2569 ณ ศูนย์การประชุม IMPACT FORUM เมืองทองธานี เป็นพื้นที่แห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการและร่วมกันขับเคลื่อนคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพไทย และมุ่งหวังเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนการเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพไปสู่การดูแลที่มีความหมาย ยั่งยืน และคงไว้ซึ่งความใส่ใจต่อผู้คน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

กุมภาพันธ์ 2569

สารบัญ

หน้า

คำนำ.....	3
สารบัญ.....	4
ตอนที่ 1 นวัตกรรมที่เปี่ยมด้วยความใส่ใจ สร้างมิติใหม่ของการดูแล (Compassionate Innovation: Shaping the Future of Care)	5
1.1 ความหมายและความสำคัญของ Compassion และ Compassionate.....	7
1.2 ความหมายและความสำคัญของ Innovation และ Compassionate Innovation.....	9
1.3 Shaping the Future of Care การกำหนดทิศทางอนาคตของการดูแลสุขภาพ.....	10
1.4 Compassionate Innovation in Action: นวัตกรรมที่ใส่ใจสู่การใช้จริง.....	14
ตอนที่ 2 จากมุมมองไกลสู่การปฏิบัติ (From Foresight to Practice)	22
2.1 Compassionate Innovation.....	23
2.2 มองไกลอย่างมีหัวใจ: Quality & Safety Foresight กับความท้าทายของระบบสุขภาพไทย.....	47
2.3 IHI Innovation System กับการพัฒนาคุณภาพสู่การเรียนรู้เชิงระบบ.....	55
2.4 ความเมตตาในระบบสุขภาพ: จากแนวคิดสู่ผลลัพธ์เชิงประจักษ์และการปฏิบัติจริง.....	65
2.5 การพัฒนาความอยู่ดีมีสุข (Well-Being) ของบุคลากร: จากงานวิจัยสู่แนวปฏิบัติ.....	72
ตอนที่ 3 เส้นทางการผลิตร่วมเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย (The Journey to Success in Co-Creating Quality and Safety)	80
3.1 ผู้นำ-ระบบ-หัวใจ: บทเรียนจากวิกฤตสู่การผลิตร่วมเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย.....	81
1. เรื่องเล่าเพื่อถอดบทเรียน และแนวคิดการบริหารจัดการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในสถานการณ์อุทกภัย อำเภอหาดใหญ่ พ.ศ. 2568.....	81
2. ถอดบทเรียนสถานการณ์วิกฤต: กรณีศึกษาเหตุหลุมยุบบนถนนสามเสน หน้าโรงพยาบาลวชิรพยาบาล.....	86
3. บทเรียนจากกรณีสถานการณ์ปะทะชายแดนไทย-กัมพูชา.....	91
3.2 การขับเคลื่อนคุณภาพและความปลอดภัยสู่นวัตกรรมที่เข้าใจมนุษย์ (2P tech).....	97
ตอนที่ 4 มาตรฐานและการรับรองยุคใหม่ เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในอนาคต (Future Standards and Accreditation)	102
4.1 ทิศทางอนาคตของคุณภาพ ความปลอดภัย มาตรฐานและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.....	103
4.2 ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน Spiritual Healthcare in Action (SHA) ในระบบบริการ.....	116
4.3 มาตรฐานสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ เชื่อมโยงบริบทไทยสู่คุณภาพระดับสากล.....	120
เอกสารอ้างอิง.....	126

นวัตกรรมที่เปี่ยมด้วยความใส่ใจ
สร้างมิติใหม่ของการดูแล

(Compassionate Innovation:
Shaping the Future of Care)



นวัตกรรมที่เปี่ยมด้วยความใส่ใจ สร้างมิติใหม่ของการดูแล (Compassionate Innovation: Shaping the Future of Care)

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ระบบสุขภาพในศตวรรษที่ 21 กำลังเผชิญความท้าทายเชิงโครงสร้างและเชิงคุณค่าไปพร้อมกัน เนื่องจากประชากรที่เพิ่มขึ้น ผู้คนอายุยืนยาวขึ้น การแพร่ระบาดของโรค การเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกับสุขภาพ สภาวะเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งต่อทั้งสุขภาพกายและใจ คู่ขนานไปกับความก้าวหน้าทางดิจิทัล เทคโนโลยีที่เติบโตอย่างก้าวกระโดด ในขณะที่สถานการณ์ด้านสาธารณสุขในประเทศไทย กำลังเผชิญกับความท้าทายทั้งงบประมาณที่จำกัด ภาระงานของบุคลากรที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ท่ามกลางความคาดหวังของสังคมรอบด้าน การหาทางออกด้วยการพัฒนานวัตกรรมและนำเทคโนโลยีมาปรับใช้จึงกลายเป็นแนวทางสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น ได้รับการบริการที่รวดเร็ว แม่นยำ และคุ้มค่ากว่าเดิม รวมถึงช่วยลดภาระงานที่หนักของบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดนวัตกรรมในระบบสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มากมาย และหลากหลายรูปแบบ

ในยุคที่เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในทุกมิติของระบบสุขภาพ สิ่งที่เรา “ขาดหายไป” คือความรู้สึกของความใกล้ชิด ความเข้าใจในทุกข์ของผู้ป่วย การดูแลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ และการออกแบบระบบบริการที่มีมนุษย์เป็นศูนย์กลาง ความล้ำหน้าทางนวัตกรรมและเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียวอาจสร้าง “ช่องว่าง” ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเกิดขึ้นได้ หากขาดความเมตตาและความเข้าใจในบริบทชีวิตของแต่ละบุคคล การผลักดันให้เกิดนวัตกรรมที่ “ใส่ใจ” นวัตกรรมที่ไม่เพียงพัฒนามาเพื่อดูแลร่างกาย แต่ยังดูแลใจ สร้างประสบการณ์ที่ดีให้กับผู้ป่วย และลดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ของบุคลากรไปพร้อมกัน จึงท้าทายการตอบโจทย์ความสมดุลระหว่าง “ประสิทธิภาพ” และ “ความเป็นมนุษย์” ในระบบบริการสุขภาพยุคที่เทคโนโลยีทางการแพทย์และระบบสุขภาพก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว ในหลายบริบทเราเริ่มเห็นสัญญาณของการดูแลที่ “มีระบบ แต่ขาดหัวใจ” ผู้ป่วยรู้สึกห่างเหิน บุคลากรเกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ และความไว้วางใจต่อระบบลดลง คำถามสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพในอนาคต จึงไม่ใช่เพียง จะมีนวัตกรรมมากขึ้นอย่างไร แต่คือ จะพัฒนานวัตกรรมอย่างไรให้ยังคงความใส่ใจ ศักดิ์ศรี และความหมายของการดูแลไว้ได้อย่างยั่งยืน

แนวคิด Compassionate Innovation จึงเกิดขึ้นในฐานะกรอบความคิดที่เชื่อมโยง “หัวใจของการดูแล” เข้ากับ “พลังของนวัตกรรม” เพื่อร่วมกันกำหนดอนาคตของการดูแลสุขภาพ การพัฒนานวัตกรรมที่มุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการสุขภาพยุคใหม่จึงควรเป็น “นวัตกรรมที่เปี่ยมไปด้วยความใส่ใจ สร้างมิติใหม่ของการดูแล”

1.1 ความหมายและความสำคัญของ Compassion และ Compassionate

คำว่า “**Compassion**” มิได้หมายถึงเพียง ความสงสาร หรือ ความเมตตา ในเชิงอารมณ์ หากแต่เป็น กระบวนการภายในที่เชื่อมโยงความเข้าใจ ความรู้สึก และการลงมือกระทำเข้าด้วยกันอย่างมีสติและมีคุณค่า โดยมีรากศัพท์จากภาษาละตินคือคำว่า *Compati* หมายถึง “การร่วมทุกข์” (to suffer with) สะท้อนสาระสำคัญของ Compassion คือ การยอมรับว่าความทุกข์ของผู้อื่นมีความหมาย และไม่เพิกเฉยต่อความทุกข์นั้น Compassion จึงไม่ใช่เพียง รู้สึก แต่คือ “รับผิดชอบต่อความทุกข์ของกันและกัน” จากความรู้สึกนำไปสู่การกระทำที่มีความหมาย

คำว่า “**Compassionate**” หมายถึง คุณลักษณะหรือการแสดงออกของบุคคล องค์กร หรือระบบ ที่สะท้อน Compassion อย่างเป็นรูปธรรม ผ่านวิถีคิด วิธีสื่อสาร วิธีตัดสินใจ วิธีออกแบบการดูแลและการทำงาน การปฏิบัติที่ Compassionate มักแสดงออกผ่านพฤติกรรมสำคัญ เช่น การรับฟังอย่างตั้งใจ โดยไม่เร่งรีบ การสื่อสารด้วยความเคารพและเข้าใจ การตัดสินใจที่คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าของชีวิต และการช่วยเหลือที่เหมาะสมกับบริบท ไม่ใช่ตามสูตรสำเร็จ เป็นต้น

องค์ประกอบสำคัญของ Compassion ในการปฏิบัติ

Compassion ที่เกิดขึ้นจริง มักประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ประการที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่

1) Attending – การใส่ใจอย่างมีสติ (Presence & Attention) เป็นประตูด่านแรก ของ Compassion

การให้ความสำคัญและการอยู่กับความทุกข์หรือความต้องการของผู้อื่นอย่างแท้จริง ด้วยการมีสติ อยู่กับปัจจุบัน และไม่เพิกเฉยต่อสัญญาณของความเปราะบาง การอยู่กับผู้รับ การดูแลอย่างแท้จริง เห็นความทุกข์โดยไม่หลบเลี่ยง หากไม่มีการใส่ใจ ความทุกข์จะไม่ถูกมองเห็น และกระบวนการดูแลทั้งหมดจะไม่สามารถเริ่มต้นได้ ในระบบสุขภาพที่เร่งรีบและเน้นประสิทธิภาพ การขาดการใส่ใจอย่างมีสติ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถูกละเลย และบุคลากรพลาดสัญญาณสำคัญด้านความปลอดภัย

2) Understanding – การเข้าใจอย่างลึกซึ้ง (Contextual Understanding) เป็นองค์ประกอบที่ขาดไม่ได้

การทำความเข้าใจความทุกข์ของผู้อื่นอย่างรอบด้าน ไม่เพียงมองอาการหรือปัญหาที่ปรากฏ แต่รวมถึงบริบทชีวิต เหตุปัจจัย ข้อจำกัด และความหมายที่ความทุกข์นั้นมีต่อบุคคล หากขาดการเข้าใจอย่างลึกซึ้ง การดูแลอาจกลายเป็นการแก้ปัญหาที่ถูกต้องตามวิชาการ แต่ไม่ถูกต้องสำหรับคนๆ นั้น ความเข้าใจเชิงบริบทช่วยให้การตัดสินใจด้านการดูแลมีความเหมาะสม เคารพความแตกต่าง และลดความเสี่ยงจากการใช้แนวทางเดียวกับทุกคน

3) Empathizing – การเข้าถึงและรับรู้ความรู้สึก (Emotional Resonance) เป็นองค์ประกอบที่จำเป็น

ความสามารถในการรับรู้และเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น โดยไม่ตัดสิน ไม่เปรียบเทียบ และไม่ด่วนสรุป เหมือนการเข้าไปอยู่ในรองเท้าของอีกฝ่าย โดยยังคงความเป็นตัวของตัวเอง ไม่ใช่การรู้สึกแทน หรือแบกรับความทุกข์ของผู้อื่นทั้งหมด แต่เป็นการเชื่อมโยงทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ทำให้ความเข้าใจไม่แห้งแล้ง และทำให้การดูแลมีความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง การขาดการเข้าถึงและรับรู้ความรู้สึก อาจทำให้การสื่อสารเย็นชา เกิดความไม่ไว้วางใจ และลดความร่วมมือในการดูแล

4) Helping – การลงมือช่วยเหลืออย่างมีความหมาย (Meaningful Action) เป็นองค์ประกอบที่ต้องทำ

การลงมือกระทำ เพื่อลด บรรเทา หรือดูแลความทุกข์ของผู้อื่นอย่างเหมาะสมกับ บริบท ความต้องการ และศักดิ์ศรีของบุคคล เป็นการเปลี่ยนความเข้าใจและความรู้สึก ให้กลายเป็นการกระทำที่สร้างคุณค่า ไม่ใช่เพียงการทำตามหน้าที่หรือขั้นตอน Compassion ที่ไม่ลงมือช่วยเหลือ ยังคงเป็นเพียงความตั้งใจดี การลงมือช่วยเหลืออย่างมีความหมาย คือจุดที่ Compassion เกิดผลจริงต่อชีวิตของผู้คน และต่อระบบสุขภาพ

ความสำคัญของ Compassion ต่อระบบสุขภาพ

- Compassion คือรากฐานของคุณภาพและความปลอดภัย ระบบที่มี Compassion จะเอื้อต่อการรับฟัง การสื่อสาร และการพูดถึงความผิดพลาดอย่างเปิดเผย ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และป้องกันความเสี่ยงได้ดียิ่งขึ้น
- Compassion สร้างความไว้วางใจ (trust) ความไว้วางใจของผู้ป่วยและสังคม ไม่ได้เกิดจากเทคโนโลยีล้ำสมัยเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากประสบการณ์การดูแลที่รู้สึกว่าคุณได้เห็น ถูกเข้าใจ และได้รับการเคารพ
- Compassion ดูแลผู้ให้การดูแล Compassion ไม่ได้มีไว้สำหรับผู้ป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงบุคลากรสุขภาพ เมื่อองค์กรมี Compassion ต่อบุคลากร จะช่วยลด Burnout เพิ่มความหมายในการทำงาน และเสริมพลังใจให้ทีมดูแล
- Compassion คือเงื่อนไขของความยั่งยืน ระบบที่ขาด Compassion อาจมีประสิทธิภาพในระยะสั้น แต่จะเปราะบางในระยะยาว ในทางกลับกัน Compassion ช่วยให้ระบบยืดหยุ่น รับมือกับวิกฤต และรักษาความเป็นมนุษย์ไว้ได้แม้ในสถานการณ์กดดันสูง

การพัฒนาต่อยอด Compassion สู่ Compassionate System

Compassion ในระบบสุขภาพมิได้เกิดขึ้นจากความตั้งใจดีเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากกระบวนการภายในที่เชื่อมโยงการรับรู้ การเข้าใจ การเข้าถึงความรู้สึก และการลงมือช่วยเหลือเข้าด้วยกันอย่างเป็นลำดับ

สิ่งสำคัญที่สุดคือ Compassion ไม่ควรถูกฝากไว้กับความดีของคนเพียงอย่างเดียว แต่ต้องถูกยกระดับให้เป็นระบบเป็น Compassionate System ฝังอยู่ในหลักคิดในการออกแบบระบบงาน โครงสร้าง ค่านิยม วัฒนธรรมองค์กร และมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัย กลายเป็นสมรรถนะของระบบสุขภาพทั้งระบบเมื่อระบบเอื้อต่อการแสดงออกของ Compassion บุคลากรจะกล้าดูแลด้วยหัวใจ ผู้ป่วยจะรู้สึกปลอดภัย และคุณภาพการดูแลจะเกิดขึ้นอย่างยั่งยืน

1.2 ความหมายและความสำคัญของ Innovation และ Compassionate Innovation

คำว่า “นวัตกรรม” หรือ “Innovation” มิได้หมายถึงเพียงการสร้างสิ่งใหม่ ความล้ำสมัย หรือเทคโนโลยีขั้นสูง หากแต่หมายถึง กระบวนการคิด ออกแบบ พัฒนา และนำแนวคิด วิธีการ เทคโนโลยี หรือรูปแบบการทำงานใหม่ๆ ไปใช้จริง เพื่อสร้างคุณค่าและผลลัพธ์ที่ดีกว่าเดิมอย่างมีความหมาย หัวใจของ Innovation จึงไม่ใช่ความใหม่ แต่คือ การแก้ปัญหาที่แท้จริง การสร้างคุณค่า (value creation) และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดผลในทางปฏิบัติ (from idea to impact) ในระบบสุขภาพ นวัตกรรม (innovation) จึงครอบคลุม นวัตกรรมทางคลินิก นวัตกรรมเทคโนโลยีและดิจิทัล นวัตกรรมกระบวนการและระบบงาน รวมถึงนวัตกรรมทางสังคม

เมื่อนวัตกรรมถูกขับเคลื่อนด้วยหัวใจเป็น Compassionate Innovation หรือ นวัตกรรมแห่งความใส่ใจ จึงหมายถึง การออกแบบและพัฒนานวัตกรรม โดยมีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นแก่นกลาง เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ไม่เพียงมีประสิทธิภาพ แต่ยังมีความหมายต่อชีวิตของผู้คน นวัตกรรมแห่งความใส่ใจไม่ได้ปฏิเสธเทคโนโลยีหรือประสิทธิภาพ แต่เป็นการกำหนดทิศทางให้นวัตกรรมเดินไปพร้อมกับความเป็นมนุษย์ ชวนเห็นคน ก่อนเห็นกระบวนการ เห็นชีวิต ก่อนเห็นตัวชี้วัด และเห็นคุณค่า ก่อนเห็นความเร็ว

ความสำคัญของ Compassionate Innovation ต่อระบบสุขภาพ

- 1) **ทำให้ นวัตกรรมตอบโจทย์ชีวิตจริง** Compassionate Innovation เริ่มจากการเข้าใจ ความทุกข์ ความเปราะบาง และบริบทชีวิตของผู้ป่วย บุคลากร และชุมชน ทำให้ นวัตกรรม ไม่ใช่เพียงสิ่งที่ใช้งานได้ แต่เป็นสิ่งที่ “มีความหมายและถูกใช้จริง”
- 2) **สร้างสมดุลระหว่างประสิทธิภาพกับความเป็นมนุษย์** ในระบบที่ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล

เทคโนโลยี และตัวชี้วัด Compassionate Innovation ทำหน้าที่รักษาสมดุล ไม่ให้ความเร็วและประสิทธิภาพ กลบคุณค่าความเป็นมนุษย์

- 3) **เสริมความไว้วางใจและประสบการณ์การดูแล** นวัตกรรมที่เปี่ยมด้วยความใส่ใจช่วยสร้างประสบการณ์การดูแลที่ผู้รับบริการรู้สึกว่าได้รับการเข้าใจ เคารพ และมีส่วนร่วม ส่งผลโดยตรงต่อความไว้วางใจในระบบสุขภาพ
- 4) **ดูแลผู้ให้การดูแลและลดความเหนื่อยล้า** Compassionate Innovation คำนึงถึงภาระงาน อารมณ์ และความหมายในการทำงานของบุคลากร ช่วยลด Burnout และเสริมพลังให้ทีมดูแลสามารถส่งมอบบริการอย่างยั่งยืน
- 5) **เป็นรากฐานของความยั่งยืนและความยืดหยุ่นของระบบ** ระบบที่มี Compassionate Innovation จะสามารถปรับตัวต่อวิกฤต ความไม่แน่นอน และการเปลี่ยนแปลงในอนาคต โดยยังคงรักษาความเป็นมนุษย์และความสัมพันธ์ที่มีความหมายไว้ได้

ความแตกต่างเชิงแก่น: Innovation vs Compassionate Innovation

- Innovation เน้น การเปลี่ยนแปลงเพื่อประสิทธิภาพและผลลัพธ์
- Compassionate Innovation เน้น การเปลี่ยนแปลงเพื่อคุณค่า ความหมาย และศักดิ์ศรีของชีวิต
- Compassionate Innovation คือ Innovation ที่รู้ว่าทำเพื่อใคร และทำไปเพื่ออะไร

“เมื่อ Innovation เป็นเครื่องมือ และ Compassionate เป็นเข็มทิศ ระบบสุขภาพจะไม่เพียงพัฒนาให้ดีขึ้น แต่จะพัฒนาให้ลึก มีความหมาย และยั่งยืน อย่างแท้จริง”

1.3 Shaping the Future of Care การกำหนดทิศทางอนาคตของการดูแลสุขภาพ

อนาคตของการดูแลสุขภาพ (Future of Care) กำลังเปลี่ยนผ่านจากการมุ่งเน้นการรักษาโรคแบบแยกส่วน ไปสู่การดูแลแบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับเส้นทางชีวิตของผู้คน เปลี่ยนจากการรักษาโรค สู่การดูแลชีวิตทั้งระบบ ทิศทางการออกแบบและจัดบริการสุขภาพในอนาคตข้างหน้า จะเกิดการเปลี่ยนแปลงโดยมีแนวโน้มสำคัญดังนี้

- เปลี่ยนไปสู่ระบบที่ยืดประชาชน/ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และเคารพความต้องการตลอดช่วงชีวิต

- บูรณาการบริการข้ามหน่วยงาน/ข้ามระดับ (primary–secondary–tertiary และ social care)
- มุ่งเน้นการป้องกัน คาดการณ์ ดูแลต่อเนื่อง มากกว่ารักษาเมื่อป่วยหนัก
- ใช้ข้อมูลและเทคโนโลยี เพื่อเพิ่มคุณภาพ ความปลอดภัย และการเข้าถึง โดยไม่ลดทอนความเป็นมนุษย์ ซึ่งทิศทางดังกล่าวเป็นทิศทางที่มุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับสากลและในประเทศไทย

1.3.1 ทิศทาง Future of Care ระดับสากล (Global Directions)

1) People-centred & Integrated Care: ออกแบบระบบแบบบูรณาการเพื่อดูแลคน ไม่ใช่เพียงเพื่อการรักษาโรค

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ชี้ว่าระบบบริการต้องเปลี่ยนสู่บริการที่ Co-produced ซึ่งสอดคล้องกับวิวัฒนาการการพัฒนาคุณภาพแบบ Quality 3.0 ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วม ทั้งร่วมคิด ร่วมสร้าง และร่วมใช้ เพื่อตอบโจทย์ความต้องการตามช่วงชีวิต เชื่อมต่อบริการอย่างเป็นองค์รวม และให้การดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และยอมรับได้

2) Digital Health & Data-driven Care: ดิจิทัลสุขภาพและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อขับเคลื่อนการดูแล

ทิศทางในระดับสากลมุ่งเน้นให้ดิจิทัลสุขภาพเป็น “enabler” สำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ เพิ่มโอกาสการเข้าถึง และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน โดยใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลในการช่วยชี้นำการรอกำกับด้านทรัพยากร คน เทคโนโลยี การคาดการณ์ และธรรมาภิบาลข้อมูล ตามยุทธศาสตร์ดิจิทัลสุขภาพขององค์การอนามัยโลก

3) Preventive–Predictive–Proactive Care: ย้ายศูนย์กลางจากรักษา ไปสู่ป้องกันและคาดการณ์

แนวโน้มการดูแลสุขภาพระดับสากลให้ความสำคัญกับการดูแลเชิงป้องกัน การคัดกรอง/ประเมินความเสี่ยง และการจัดการโรคเรื้อรังแบบต่อเนื่องใกล้บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับบริการแบบ People-centred ที่คำนึงถึงความต้องการของผู้คนทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณครอบคลุมตลอดช่วงชีวิต

4) Workforce Transformation: ทักษะใหม่ ทีมสหวิชาชีพ และการสื่อสารแบบ Person-centred

การเปลี่ยนผ่านกำลังคนสุขภาพสู่อนาคตของการดูแลที่มีคุณค่า เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ ทั้งด้านบทบาท ทักษะ วิธีการทำงาน และวัฒนธรรม เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความซับซ้อนของการดูแลสุขภาพในปัจจุบันและอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณค่า และยั่งยืน โดยการปรับระบบกำลังคนให้ทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ เพิ่มเติมทักษะใหม่ที่สอดคล้องกับบริบทการดูแลยุคใหม่ สื่อสารและตัดสินใจบนฐาน Person-centred care ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ยึดผู้ป่วย

และครอบครัวเป็นหุ้นส่วนของการดูแล ไม่ใช่เพียงผู้รับคำสั่ง โดย การรับฟังอย่างตั้งใจ อธิบายทางเลือกอย่างเข้าใจง่าย เคารพคุณค่า ความเชื่อ และบริบทชีวิตของแต่ละบุคคล และเปิดโอกาสให้มีการตัดสินใจร่วม (shared decision-making)

5) Resilient & Sustainable Health Systems: พร้อมรับวิกฤตและยั่งยืน

กระแสโลกหลังโควิดผลักดันให้ระบบบริการสุขภาพก้าวเข้าสู่ระบบที่ ยืดหยุ่น (resilient) รองรับภัยคุกคามใหม่/วิกฤตซ้ำซ้อน การมองภาพอนาคตที่ออกแบบระบบบริการที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และคำนึงถึงผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสังคม ภายใต้กรอบบริการที่บูรณาการและเน้นประชาชน ชุมชน และสังคมมีส่วนร่วมและร่วมเป็นเจ้าของ

1.3.2 ทิศทาง Future of Care ในประเทศไทย (Thailand Directions)

1) สังคมสูงวัย/สูงวัยระดับสุดยอด: ดูแลระยะยาวและโรคเรื้อรังเป็นแกนหลัก

ประเทศไทยถูกคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ Super-aged society ภายในปี ค.ศ. 2030 (ผู้สูงอายุเกิน 20%) ซึ่งหมายถึงความต้องการบริการดูแลต่อเนื่อง พันฟู ระยะยาว และการดูแลที่บ้าน/ชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมาก การดูแลจึงไม่ควรจบที่โรงพยาบาลต้องเชื่อมการแพทย์ การพยาบาล การฟื้นฟู และการดูแลทางสังคมเข้าด้วยกัน เน้นการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน ครอบครัว โดยเสริมบทบาท Primary care และ Community care

2) ภาวะโรคเรื้อรังและสุขภาพจิต: ระบบต้องขยับสู่การจัดการเชิงรุก

ข้อมูลสะท้อนว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นภาระใหญ่ของไทย ทั้งด้านการเสียชีวิตและต้นทุนระบบ และปัญหาสุขภาพจิตเป็นภาระสำคัญของระบบสุขภาพไทย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ทำให้การดูแลต้องเปลี่ยนจาก Reactive care ด้วยการรักษาเป็นการจัดการเชิงรุกที่มุ่งเน้น Preventive & Proactive care, Early detection และการดูแลต่อเนื่องแบบบูรณาการมากขึ้น

3) Digital Transformation ของระบบสุขภาพไทย: จากโครงการเดี่ยวสู่สถาปัตยกรรมดิจิทัลทั้งระบบ

ประเทศไทยมีการพัฒนาดิจิทัลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แต่ยังอยู่ในลักษณะกระจัดกระจายดิจิทัลไม่ใช่เครื่องมือเสริม แต่เป็น Infrastructure ของ Future of Care ที่ควรมีการพัฒนา Digital architecture ของระบบสุขภาพระดับประเทศ เพื่อให้เกิดการเชื่อมข้อมูล ใช้ได้จริง และปลอดภัย มียุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล เพื่อขับเคลื่อนโครงสร้างข้อมูล/ระบบดิจิทัลให้เป็นฐานของบริการในอนาคต

4) People-centred & Person-centred Care: จาก “ผู้ป่วย” สู่ “มนุษย์ทุกคน”

ประชาชนไทยคาดหวังการดูแลที่เข้าใจชีวิต บริบท วัฒนธรรม และความแตกต่าง ไม่ใช่เพียงการรักษาที่ถูกต้องทางวิชาการ คุณภาพต้องวัดจาก “ประสบการณ์และความไว้วางใจ” ควบคู่ผลลัพธ์ทางคลินิก การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ในการออกแบบระบบ

บริการและตัดสินใจในการดูแลรักษาจึงมีความสำคัญ การร่วมเป็นเจ้าของสุขภาพเป็นหนึ่งในทีมการดูแลรักษา จะเพิ่มความสัมพันธ์ ความเข้าใจซึ่งกันและกัน ลดความขัดแย้งและการฟ้องร้องระบบบริการ

5) Workforce Transformation: ดูแลผู้ให้การดูแล

บุคลากรสุขภาพไทยเผชิญภาระงานสูง ความเหนื่อยล้า และภาวะหมดไฟ Future of Care ที่ดีจะเกิดขึ้นไม่ได้ หากไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ให้การดูแล แพทย์ พยาบาล และบุคลากรสุขภาพทุกสาขาวิชาชีพ ต้องถูกมองเป็น มนุษย์ทุกคน ที่ต้องมีการออกแบบระบบการทำงาน ระบบการสนับสนุน ระบบการดูแล ที่มีความเข้าใจและใส่ใจ ลดภาระงานที่ไม่จำเป็น ใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมส่งเสริมการทำงาน ส่งเสริมให้เกิดการทำงานเป็นทีม และสร้างวัฒนธรรม เห็นคุณค่าของคน ความหมายของงาน

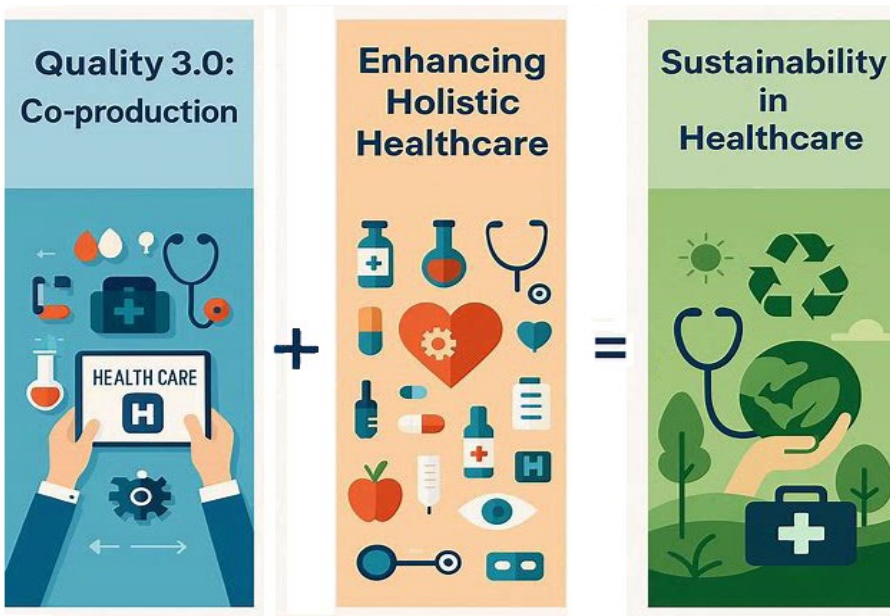
1.3.3 Shaping the Future of Care อย่างมีความหมายและยั่งยืน

ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงและปัจจัยที่หลากหลาย ระบบสุขภาพกำลังเผชิญความซับซ้อนเชื่อมโยงหลายมิติ ทั้งกาย ใจ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ที่ไม่อาจแก้ด้วยแนวคิดเดิม แนวทางการดูแลแบบแยกส่วนหรือมุ่งเฉพาะโรค ไม่สามารถตอบโจทย์ได้อีกต่อไป ความคาดหวังของประชาชนและสังคมเปลี่ยนไป ไม่ได้คาดหวังเพียงการรักษาที่ถูกต้องทางวิชาการ แต่ต้องการการดูแลที่เข้าใจบริบทชีวิต การสื่อสารที่เคารพและมีส่วนร่วม รวมถึงระบบที่เข้าถึงได้ เท่าเทียม และไว้วางใจได้ ในขณะที่บุคลากรสุขภาพต้องการระบบที่เอื้อต่อการทำงานอย่างมีความหมาย ลดภาระงานที่ไม่จำเป็น การกำหนดทิศทางระบบการดูแลสุขภาพในอนาคตต้องตั้งใจออกแบบระบบบริการด้วยความใส่ใจ โดยยึดคุณค่า ความต้องการ และความเป็นมนุษย์ของผู้คนเป็นศูนย์กลาง ควบคู่กับการใช้ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมอย่างมีความรับผิดชอบเพื่อสร้างความยั่งยืน โดยมีเป้าหมายที่สำคัญดังนี้

1. เพื่อให้ระบบสุขภาพนำการเปลี่ยนแปลง ไม่ใช่ถูกการเปลี่ยนแปลงบังคับ การพัฒนาระบบมองไกลกว่าเฉพาะปัญหาปัจจุบัน ออกแบบเพื่อเตรียมพร้อมเชิงรุก และลดการแก้ปัญหาแบบเฉพาะหน้าและซ้ำซาก
2. เพื่อรักษาสมดุลระหว่าง ความก้าวหน้ากับความเป็นมนุษย์ ในยุคที่เทคโนโลยีและนวัตกรรมเติบโตอย่างรวดเร็ว มีความเสี่ยงที่การดูแลจะเน้นประสิทธิภาพ ตัวชี้วัดและความเร็ว จนอาจละเลยประสบการณ์ ความรู้สึก และศักดิ์ศรีของผู้รับบริการและผู้ให้บริการซึ่งมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนระบบ
3. เพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบสุขภาพในระยะยาว พัฒนาระบบที่มุ่งเน้นไปสู่การป้องกัน แทนการรักษาเมื่อเกิดปัญหา ออกแบบการดูแลต่อเนื่องและการมีส่วนร่วม รวมถึงสนับสนุนการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และดูแลทั้งผู้รับบริการและบุคลากรในฐานะมนุษย์ทุกคน

1.4 Compassionate Innovation in Action: นวัตกรรมที่ใส่ใจ สู่การใช้จริง

การพัฒนานวัตกรรมที่ใส่ใจ เป็นการก้าวเข้าสู่ยุคใหม่ที่มีความเป็นมนุษย์และเทคโนโลยี
เดินเคียงข้างกัน เป็นการออกแบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยและอบอุ่นใจ ผลักดัน การสร้างอนาคต
ของการดูแลที่ยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบสำคัญสำหรับการปฏิบัติ คือ ออกแบบระบบ/กระบวนการ
อย่างมีส่วนร่วม (Co-production) ตามทิศทาง Quality 3.0 และการยกระดับการออกแบบระบบ
บริการสุขภาพแบบองค์รวม (Enhancing Holistic Healthcare) เพื่อนำไปสู่ระบบบริการสุขภาพ
ที่ยั่งยืน (Sustainability in Healthcare) ตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 องค์ประกอบสำคัญสำหรับการพัฒนา Compassionate Innovation

1.4.1 Co-production: การออกแบบระบบและกระบวนการอย่างมีส่วนร่วม (Quality 3.0)

Co-production เป็นวิวัฒนาการของการพัฒนาคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ
จาก Quality 1.0 เน้นการกำหนดเกณฑ์ มาตรฐาน การตรวจประเมิน และการรับรองคุณภาพ =
การผ่านเกณฑ์ เป็น Quality 2.0 เน้นระบบ กระบวนการ ความเชื่อถือได้ และการวัดผลการ
ดำเนินงานคุณภาพ = การควบคุมและจัดการระบบให้มีประสิทธิภาพ ก้าวสู่ Quality 3.0 เน้น
คุณค่าที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของคนอย่างมีส่วนร่วม คุณภาพ = การร่วมกันสร้างคุณค่า
ผ่านความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วม ตามภาพที่ 2

Quality 1.0	Quality 2.0	Quality 3.0
Thresholds	Organization-wide system	Coproduction of health
“How might we establish thresholds for good healthcare service?”	“How might we use ‘enterprise-wide systems’ for best disease management?”	“How might we improve the value of the contribution that healthcare service makes to health?”
Illustrative themes: <ul style="list-style-type: none"> • Development of Standards • Inspection to assess • Certification • Guidelines 	Illustrative themes: <ul style="list-style-type: none"> • Systems, processes • Reliability • Customer-supplier • Performance measurement 	Illustrative themes: <ul style="list-style-type: none"> • Logic of making a “service” • Ownership of “health” • Kinship of coproducing people • Integration of multiple knowledge systems • Value-creating system architecture

ภาพที่ 2 วิวัฒนาการของการพัฒนาคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ¹

Co-production of Health จึงหมายถึง การร่วมกัน “สร้างสุขภาพ” ระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการผ่านความสัมพันธ์ ปฏิสัมพันธ์ และการทำงานที่พึ่งพาอาศัยกัน ไม่ใช่เพียงการส่งมอบบริการจากฝ่ายหนึ่งไปสู่อีกฝ่ายหนึ่ง คุณภาพจากแนวคิด Quality 3.0 จึงไม่ใช่ “ผลผลิตของระบบบริการ” แต่เป็น ผลลัพธ์ของการทำงานร่วมกันของผู้คนหลายบทบาท

แก่นแนวคิดสำคัญของ Co-production ตาม Quality 3.0

- จาก “การให้บริการ” → “ตรรกะของการร่วมสร้างบริการ” (Logic of making a service)

ใน Quality 3.0 บริการสุขภาพไม่ใช่สิ่งที่ “ผลิตเสร็จแล้วส่งมอบ” แต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นขณะผู้ป่วยและผู้ให้บริการมีปฏิสัมพันธ์กัน คุณภาพจึงไม่ได้ถูกกำหนดล่วงหน้าทั้งหมด แต่ถูก “สร้างขึ้น” ในทุกการพบกัน การสื่อสาร และการตัดสินใจร่วม

- จาก “ผู้ป่วยเป็นผู้รับบริการ” → “การเป็นเจ้าของสุขภาพ” (Ownership of health)

¹ Batalden P, Foster T. From Assurance to Coproduction: A Century of Improving the Quality

Co-production เปลี่ยนบทบาทของผู้ป่วยจากผู้รับคำแนะนำเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเอง ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน มีบทบาทในการกำหนดเป้าหมายสุขภาพ เลือกแนวทางการดูแล และร่วมรับผิดชอบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

- จาก “ความสัมพันธ์เชิงธุรกรรม” → “ความเป็นเครือญาติของผู้ร่วมสร้าง”

(Kinship of coproducing people)

Quality 3.0 เน้นคุณภาพของ ความสัมพันธ์ ไม่ใช่เพียงคุณภาพของกระบวนการ Co-production มองผู้ป่วยและบุคลากรเป็น “ผู้ร่วมเดินทาง” (partners) ไม่ใช่คู่สัญญาแบบผู้ให้-ผู้รับ ความไว้วางใจ ความเคารพ และความเข้าใจ จึงกลายเป็นทุนสำคัญของคุณภาพ

- การบูรณาการองค์ความรู้หลายระบบ (Integration of multiple knowledge systems)

Co-production ยอมรับว่าความรู้ทางการแพทย์ ความรู้จากประสบการณ์ชีวิต ความรู้จากชุมชนและบริบทสังคม ล้วนมีคุณค่าเท่าเทียมกันในการออกแบบการดูแล Quality 3.0 จึงไม่ใช่การใช้ “Best practice” เพียงอย่างเดียว แต่เป็นการสร้าง “Best fit” สำหรับชีวิตจริงของแต่ละคน

- จากระบบบริการ → สถาปัตยกรรมระบบสร้างคุณค่า (Value-creating system architecture)

Co-production ทำให้การออกแบบระบบสุขภาพ เปลี่ยนจากการจัดหน่วยงานและขั้นตอนไปสู่การออกแบบ สถาปัตยกรรมที่เอื้อต่อการสร้างคุณค่า เช่น การเชื่อมต่อ Care journey การลดอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วม การสร้างพื้นที่เรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

“Compassionate Innovation” คือ การพัฒนานวัตกรรมที่เริ่มจากความเข้าใจชีวิต ความทุกข์ และคุณค่าของมนุษย์แต่ความเข้าใจนั้นจะเกิดผลจริงได้ ก็ต่อเมื่อถูกแปลงเป็นการออกแบบร่วม Co-production จึงเป็นองค์ประกอบสำคัญ เสมือนเป็นกลไกเชิงปฏิบัติของ Compassionate Innovation ช่วยทำให้การรับฟัง กลายเป็น “การออกแบบร่วม” ทำให้ความเห็นอกเห็นใจ กลายเป็น “โครงสร้างและกระบวนการ” ทำให้นวัตกรรมไม่ถูกสร้างแทนผู้ป่วย แต่ถูกสร้างกับผู้ป่วย ดังนั้น Compassionate Innovation ที่ไม่มี Co-production อาจมีเจตนาดี แต่อาจไม่ตอบโจทย์ชีวิตจริง

1.4.2 Enhancing Holistic Healthcare: การยกระดับการออกแบบระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม

สุขภาพแบบองค์รวม หรือ Holistic Healthcare หมายถึง แนวคิดและการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่มองมนุษย์เป็นองค์รวม (whole person) โดยคำนึงถึงมิติทางกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และบริบทชีวิต ควบคู่ไปกับการดูแลทางคลินิก Holistic Healthcare ไม่ได้ปฏิเสธการแพทย์สมัยใหม่หรือความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ แต่เป็นการขยายกรอบการดูแลจาก “โรค” ไปสู่ “ชีวิต” จากการรักษาอาการ ไปสู่การเข้าใจความหมายของสุขภาพในมุมมองของแต่ละบุคคล ความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพในปัจจุบัน เช่น คนบางคนเป็นโรคเรื้อรังหลายโรคพร้อมกัน ควบคู่ไปกับปัญหาสุขภาพจิตและอารมณ์ รวมถึงปัจจัยสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และความคาดหวังของประชาชนที่เปลี่ยนไปที่การดูแลแบบแยกส่วนไม่สามารถตอบโจทย์ความซับซ้อนนี้ได้ Holistic Healthcare จึงเป็นกรอบที่จำเป็นในการบูรณาการการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนอย่างมีความหมาย

การยกระดับการออกแบบระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม หรือ Enhancing Holistic Healthcare เป็นการยกระดับและฝังแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมเข้าไปในโครงสร้าง กระบวนการ และวัฒนธรรมของระบบสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลจริงอย่างต่อเนื่อง ออกแบบระบบใหม่ให้เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม เป็นกรอบคิดที่ยกระดับการพัฒนานวัตกรรม ที่ทำให้นวัตกรรมมี “ความลึก” ไม่ใช่เพียงความเร็ว ไม่แยกคนออกเป็น “อวัยวะ” หรือ “โรค” ไม่แยกบริการออกเป็นหน่วยงานที่ขาดการเชื่อมโยง

แนวทางการ Enhancing Holistic Healthcare ในโลกปัจจุบัน

1) การออกแบบ Care Journey แบบองค์รวม มองการดูแลเป็นเส้นทางชีวิต ไม่ใช่เหตุการณ์เดี่ยว เชื่อมต่อการดูแลระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และบ้าน สนับสนุนการดูแลต่อเนื่อง และการติดตามระยะยาว

2) ทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายภาคี บูรณาการแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และภาคีชุมชน ทำงานร่วมกันอย่างเท่าเทียม โดยมีเป้าหมายเดียวกันคือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

3) Person-centred Communication ใช้การสื่อสารแบบ Person-centred สนับสนุนการตัดสินใจร่วม ใช้เสียงผู้ป่วยและครอบครัวในการออกแบบบริการ

4) การใช้เทคโนโลยีอย่างมีหัวใจ ใช้ดิจิทัลเพื่อลดภาระงานซ้ำซ้อน เพิ่มเวลาคุณภาพในการดูแล สนับสนุนการดูแลที่บ้านและในชุมชน

1.4.3 Sustainability in Healthcare: จุดหมายปลายทางของ Compassionate Innovation

Sustainability in Healthcare หมายถึง ความสามารถของระบบสุขภาพในการดูแลประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย และเท่าเทียมในระยะยาว โดยไม่ทำลายทรัพยากร บุคลากร และความไว้วางใจของสังคม โดยระบบที่ยั่งยืนต้อง ใช้ทรัพยากรอย่างมีคุณค่า ดูแลทั้งผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ รวมถึงปรับตัวได้ต่อความเปลี่ยนแปลงและวิกฤต

ความยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพเป็นเป้าหมายของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงและความท้าทาย เกิดการพัฒนานวัตกรรมต่างๆ มากมาย รวมถึงแนวคิด Compassionate Innovation ที่ต้องอาศัยการออกแบบร่วม (co-production) และ มององค์รวม (holistic healthcare) โดยเป้าหมายนำไปสู่ความยั่งยืนของระบบสุขภาพ

การนำแนวคิด “นวัตกรรมที่เปี่ยมด้วยความใส่ใจ” มาสู่การออกแบบและปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพจริง โดยเริ่มจากความเข้าใจชีวิตผู้คน ทำงานร่วมกับทุกภาคส่วน และมุ่งสร้างคุณค่าอย่างยั่งยืน จุดสำคัญของ Compassionate Innovation สู่การปฏิบัติหรือ in action คือ การไม่หยุดอยู่ที่แนวคิดหรือโครงการนำร่อง แต่คือ การเปลี่ยนวิธีคิด วิธีออกแบบ และวิธีทำงานของระบบ Compassionate Innovation จะเกิดผลจริงได้ ก็ต่อเมื่อถูกฝังอยู่ในกระบวนการพัฒนา ไม่ใช่เพียงในผลลัพธ์ปลายทาง

ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ สามารถขับเคลื่อน Compassionate Innovation in Action ตามวงล้อของการพัฒนา เช่น ตั้งเป้าหมายในการพัฒนา นวัตกรรมที่ใส่ใจ กระบวนการพัฒนาคุณภาพที่เริ่มต้องจากการออกแบบ ต้องเป็นกระบวนการมีส่วนร่วมและให้ความสำคัญกับสุขภาพแบบองค์รวม ไปจนถึงกระบวนการปฏิบัติ ติดตามผลลัพธ์ และการพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อให้เกิด Compassionate Innovation โดยเนื้อแท้ กระบวนการ Co-production และ Holistic Healthcare จะบูรณาการอยู่ตลอดกระบวนการ Design-Action-Learning-Improvement ตามภาพที่ 3

Quality Management for Present and Future



ภาพที่ 3 การบูรณาการ Co-production และ Holistic Healthcare ใน DALI

การบูรณาการ Co-production และ Holistic Healthcare ใน DALI ทำให้เกิดกระบวนการ ระบบ โครงการ หรือนวัตกรรม ที่ออกแบบจากความต้องการจริง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รู้สึกเป็นเจ้าของ ไม่สร้างภาระซ้ำซ้อนหรือสูญเปล่า บุคลากรทำงานได้อย่างมีความหมาย และไม่หมดไฟ

ความยั่งยืนในระบบบริการสุขภาพจะเกิดจากการออกแบบการพัฒนา โครงสร้าง ระบบ กระบวนการ อย่างใส่ใจ เป็น Compassionate Innovation สู่การปฏิบัติ เป็นการเปลี่ยนความใส่ใจให้เป็นกระบวนการ เปลี่ยนการรับฟังให้เป็นการออกแบบร่วม เปลี่ยนการดูแลเป็นระบบองค์รวม และเปลี่ยนคุณค่าให้เป็นความยั่งยืน นวัตกรรมจะไม่ใช่เพียง “สิ่งใหม่” แต่จะเป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีหัวใจ มีความหมาย และยั่งยืน แนวทางการปฏิบัติเพื่อพัฒนานวัตกรรมที่ใส่ใจสู่การใช้ประโยชน์ได้จริง

1.4.4 Compassionate Innovation in Action: หลักคิด 5 ประการสู่การปฏิบัติ

นวัตกรรมในระบบสุขภาพยุคปัจจุบันไม่อาจประเมินคุณค่าได้จากความล้ำสมัยของเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องพิจารณาว่า นวัตกรรมนั้นตอบสนองต่อชีวิต ความทุกข์ และความเปราะบางของผู้คนได้ลึกเพียงใด แนวคิด Compassionate Innovation จึงเป็นกรอบสำคัญที่ช่วยกำหนดทิศทางการพัฒนาให้เกิดผลจริง มีความหมาย และยั่งยืน การขับเคลื่อน Compassionate Innovation สามารถสะท้อนผ่านหลักคิดสำคัญ 5 ประการ ได้แก่

1) การออกแบบโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centred Design)

การออกแบบโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีได้หมายถึงการ “คำนึงถึงผู้ป่วย” ในเชิงอุดมคติเท่านั้น แต่หมายถึง การเริ่มต้นออกแบบระบบและบริการจากความต้องการ ประสบการณ์ ความรู้สึก และบริบทชีวิตจริงของผู้รับบริการ ในนวัตกรรมที่ใส่ใจ ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ใช่เพียงผู้รับผลลัพธ์ของการออกแบบ แต่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการออกแบบ (co-design) ตั้งแต่การนิยามปัญหา การกำหนดเป้าหมาย ไปจนถึงการประเมินผลลัพธ์ การรับฟังประสบการณ์ชีวิตจริงช่วยให้ระบบการดูแลมีความเฉพาะเจาะจง เหมาะสม และเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มากขึ้น การออกแบบเช่นนี้ช่วยลดช่องว่างระหว่าง “ระบบที่คิดว่าดี” กับ “การดูแลที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นจริง” ส่งผลให้การดูแลมีความหมาย เพิ่มความร่วมมือในการรักษา และสร้างความไว้วางใจต่อระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

2) การผสานเทคโนโลยีกับหัวใจของมนุษย์ (Human-Technology Integration)

เทคโนโลยีใหม่ เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ระบบดิจิทัล หรือหุ่นยนต์ทางการแพทย์ มีศักยภาพสูงในการเพิ่มประสิทธิภาพและความแม่นยำของการดูแล อย่างไรก็ตาม เทคโนโลยีไม่สามารถแทนที่ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ได้ นวัตกรรมที่ใส่ใจจึงมุ่งผสานเทคโนโลยีเข้ากับการดูแลที่มีความเป็นมนุษย์ ไม่ใช่เทคโนโลยีแทนมนุษย์ เทคโนโลยีถูกออกแบบให้ลดภาระงานซ้ำซ้อน เพิ่มเวลาคุณภาพในการสื่อสาร และสนับสนุนการตัดสินใจร่วมระหว่างทีมดูแลกับผู้ป่วย เมื่อเทคโนโลยีทำหน้าที่เป็น “ผู้ช่วย” แทนที่จะเป็น “กำแพง” ความสัมพันธ์และความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพจะลึกซึ้งขึ้น ส่งผลให้การดูแลมีคุณภาพและยั่งยืนมากกว่าเดิม

3) การเสริมพลังทีมสาธารณสุขให้ดูแลด้วยหัวใจ (Empowering Care Teams)

ระบบบริการสุขภาพไม่อาจยั่งยืนได้ หากพึ่งพาความเสียสละของบุคลากรเพียงอย่างเดียว นวัตกรรมที่ใส่ใจจึงให้ความสำคัญกับ การดูแลผู้ให้การดูแล (care for the caregivers) อย่างจริงจัง การเสริมพลังทีมสาธารณสุข หมายถึง การออกแบบนวัตกรรมที่ช่วยลดภาระงานที่ไม่จำเป็น ลดความซ้ำซ้อนของกระบวนการ และสนับสนุนสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยทั้งทางกายและจิตใจ เมื่อบุคลากรมีเวลา มีพลัง และมีความหมายในการทำงาน ทีมดูแลจะสามารถส่งมอบการดูแลที่อ่อนโยน มีคุณภาพ และต่อเนื่องได้ นวัตกรรมที่ใส่ใจในมิตินี้ช่วยลดความเหนื่อยล้า (burnout) เพิ่มความผูกพันต่อองค์กร และรักษาทรัพยากรมนุษย์ซึ่งเป็นหัวใจของระบบสุขภาพในระยะยาว

4) การสร้างความเท่าเทียมและเข้าถึงได้สำหรับทุกคน (Inclusive and Equitable Solutions)

ความใส่ใจในระบบสุขภาพต้องครอบคลุมถึง ความหลากหลายของผู้คน ไม่ว่าจะเป็นด้านวัฒนธรรม ภาษา ฐานะทางเศรษฐกิจ อายุ ความพิการ หรือความต้องการเฉพาะกลุ่ม นวัตกรรมที่ใส่ใจจึงมุ่งออกแบบบริการที่ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง การออกแบบเชิงความเท่าเทียมไม่ได้หมายถึงการให้บริการแบบเดียวกันกับทุกคน แต่หมายถึง การปรับบริการให้เหมาะสมกับ

ความแตกต่างของแต่ละกลุ่ม เพื่อให้ทุกคนเข้าถึงการดูแลที่มีคุณภาพได้อย่างเป็นธรรม นวัตกรรมในมิตินี้ช่วยลดความเหลื่อมล้ำ เสริมพลังให้กลุ่มเปราะบาง และทำให้ระบบบริการสุขภาพทำหน้าที่เป็นกลไกสร้างความเป็นธรรมทางสังคมอย่างแท้จริง

5) การยืดหยุ่นและตอบสนองต่อวิกฤตในอนาคต (Resilience and Responsiveness)

โลกปัจจุบันและอนาคตเต็มไปด้วยความไม่แน่นอน ทั้งโรคระบาด ภัยพิบัติ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ระบบสุขภาพจึงต้องมีความยืดหยุ่น (resilience) และความสามารถในการตอบสนองอย่างทันท่วงที นวัตกรรมที่เปี่ยมด้วยเมตตาไม่เพียงช่วยให้ระบบปรับตัวได้รวดเร็ว แต่ยังช่วยรักษาความเป็นมนุษย์และความสัมพันธ์ที่มีความหมายไว้ได้แม้ในยามวิกฤต การมีระบบที่ฟังเสียงผู้ป่วยและบุคลากร การสื่อสารอย่างโปร่งใส และการตัดสินใจที่คำนึงถึงผลกระทบต่อชีวิตผู้คน เป็นหัวใจของความยืดหยุ่นอย่างแท้จริง ระบบที่พัฒนาไปในทิศทางนี้จะไม่เพียง “อยู่รอด” ในภาวะวิกฤต แต่จะ เรียนรู้ เติบโต และแข็งแกร่ง พร้อมรับมือกับความท้าทายในอนาคต

Compassionate Innovation ไม่ใช่แนวคิดเชิงอุดมคติ แต่เป็นแนวทางการปฏิบัติที่จับต้องได้ นวัตกรรมจะไม่เพียงสร้าง “สิ่งใหม่” แต่จะสร้าง ระบบบริการสุขภาพที่มีคุณค่า มีความหมาย และยั่งยืน สำหรับสังคมในระยะยาว Compassionate Innovation ไม่ใช่แนวคิดใหม่เพียงชั่วคราว แต่เป็นทิศทางสำคัญของระบบสุขภาพในอนาคต อนาคตของการดูแลจะไม่ถูกกำหนดด้วยเทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว แต่จะถูกหล่อหลอมด้วยคุณค่า ความใส่ใจ และความเป็นมนุษย์

“เมื่อหัวใจและนวัตกรรมเดินเคียงข้างกัน เราจะสามารถสร้างระบบสุขภาพที่ประชาชนไว้วางใจ บุคลากรภาคภูมิใจ และสังคมยั่งยืนได้อย่างแท้จริง”

จากการมองไกลสู่การปฏิบัติ
(From Foresight to Practice)

ตอนที่ 2



2.1 Compassionate Innovation

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

1. เกริ่นนำ

1.1 Innovation

นวัตกรรม (innovation) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเพื่อปรับปรุงกระบวนการผลิตภัณฑ์ องค์กร หรือความผาสุกของสังคม เพื่อเพิ่มมูลค่าให้แก่ผู้มีส่วนได้เสีย

การสร้างนวัตกรรมเป็นการรับเอาแนวคิด กระบวนการ เทคโนโลยี ผลิตภัณฑ์ หรือรูปแบบธุรกิจ ซึ่งอาจเป็นของใหม่ หรือนำสิ่งที่มีอยู่เดิมมาปรับเพื่อการใช้งานในรูปแบบใหม่ นวัตกรรมเป็นการฉีกแนวหรือการปรับปรุงอย่างก้าวกระโดด

การสร้างนวัตกรรมที่ประสบความสำเร็จในระดับองค์กร ครอบคลุมถึงการแบ่งปันความรู้ การตัดสินใจที่จะนำไปใช้ การดำเนินการ การประเมินผล และการเรียนรู้

การสร้างนวัตกรรมสามารถเกิดได้ในทุกกระบวนการที่สำคัญขององค์กร ซึ่งอาจได้รับประโยชน์จากการเปลี่ยนแปลง ไม่จำกัดเฉพาะการใช้เทคโนโลยีเท่านั้น²

ลักษณะสำคัญของนวัตกรรม (1) เป็นสิ่งใหม่หรือปรับปรุงให้แตกต่างจากของเดิม (2) สามารถนำไปใช้ได้จริงและสร้างประโยชน์หรือคุณค่าเพิ่มขึ้นได้ (3) ควรผ่านการทดลองพัฒนา และพิสูจน์แล้วว่าได้ผลดีในทางปฏิบัติ

1.2 Compassion

Compassion คือการมองเห็นความทุกข์ (ของผู้อื่นหรือตัวเอง) แล้วไม่นั่งดูตาย แต่เลือกที่จะตอบสนองด้วยจิตใจที่งดงาม อาจใช้คำไทยว่า “ความเมตตากรุณา” หรือ “ความเอื้ออาทร” โดยที่คำว่า “เอื้ออาทร” ให้ความรู้สึกของความเท่าเทียมกันระหว่างเพื่อนมนุษย์ เน้นการลงมือทำและความเอาใจใส่ที่ชัดเจน โดยค่านึงว่า Compassion นั้นมีความหมายลึกซึ้งถึงขั้นอยากร่วมแบกรับและผ่อนคลายความทุกข์

องค์ประกอบสำคัญของ Compassion คือ (1) ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) เข้าใจ และรับรู้ถึงความทุกข์และความเจ็บปวดของผู้อื่น (2) ความปรารถนาที่จะช่วยเหลือ

² Thailand Quality Award 2567-2568: Criteria for Performance Excellence Framework

1.3 Compassionate Innovation

หากจะแปลเป็นภาษาไทย อาจแปลได้หลายแบบ เช่น นวัตกรรมเอื้ออาทร นวัตกรรมเปี่ยมเมตตา นวัตกรรมเพื่อเพื่อนมนุษย์ นวัตกรรมที่เห็นอกเห็นใจ นวัตกรรมเพื่อดับทุกข์

Compassionate innovation ควรประกอบไปด้วยลักษณะต่อไปนี้ (1) ยึดคนเป็นศูนย์กลาง (human-centric) (2) มุ่งแก้ปัญหาจริง (3) ครอบคลุมทุกกลุ่ม (inclusivity) ออกแบบให้ทุกคนเข้าถึงได้ ไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง

Compassionate innovation เป็นเครื่องเตือนสติว่า นวัตกรรมหรือเทคโนโลยีจะมีค่าที่สุดก็ต่อเมื่อมันถูกใช้เพื่อทำให้ชีวิตเพื่อนมนุษย์ดีขึ้นและมีความสุขมากขึ้น

Compassionate innovation อาจเกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัว เมื่อทีมงานมี Empathic and Compassion ถึงจุดที่ต้องการแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยที่อยู่ตรงหน้า แม้ว่าจะไม่ใช่หน้าที่โดยตรงก็ตามปกติ แม้ว่าจะต้องเหนื่อยยากฝ่าฟัน แต่ด้วยจิตใจที่มุ่งมั่น ก็สามารถทำให้เกิดนวัตกรรมเปี่ยมเมตตาขึ้นได้ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

“เด็ก...ไม่ใช่ผู้ใหญ่ตัวเล็ก” (หน่วยไตเทียม รพ.มหาราชนครเชียงใหม่) เมื่อหน่วยไตเทียมต้องฟอกเลือดให้ผู้ป่วยเด็ก เป็นงานที่ไม่เคยทำมาก่อน ทีมก็กล้าหาญที่จะปรับระบบของตนเพื่อให้การดูแลเด็ก เกิดการทำหน้าที่ใหม่นอกเหนือจากการฟอกเลือด คือการดูแลในด้านอาหาร พัฒนาการ หนังสือ เพื่อนเล่น เป็นทุกๆ อย่างแทนแม่ เป็นความสัมพันธ์ใหม่ เป็นมิตรภาพใหม่ และเกิดความอิมเมจกับคนทำงาน

“ลูกแอบซ่อนตัวหนีพ่อ” (หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 4 รพ. รพ.มหาราชนครเชียงใหม่) ลูกคนกลางเป็น CA Pituitary หลังผ่าตัดครั้งที่ 2 แล้วต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ อยู่โรงพยาบาลเป็นปี ครอบครัวต้องแยกกันอยู่ แม่เฝ้าอยู่ที่โรงพยาบาล พ่ออยู่กับลูกคนโตบนดอยอ่างขาง ลูกคนเล็กอยู่กับป้าในเมือง เมื่อพ่อไปเยี่ยมลูกคนเล็ก ลูกจะวิ่งไปแอบเพราะกลัวพ่อรับไปอยู่บนดอย ทีมงานวางแผนและดำเนินการรอดำเนินการรอดำเนินการรอดำเนินการ เพื่อให้เด็กที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ กลับไปอยู่บ้านกับครอบครัวบนดอย รวมทั้งประสานกับสาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

2. Listening for Compassionate Innovation

เราควรทำความเข้าใจปัญหาและกลุ่มเป้าหมายให้มากพอและดีพอที่จะตั้งโจทย์ จะช่วยให้เราไม่หลงทาง ไม่เสียเวลา และไม่เสียทรัพยากรโดยเปล่าประโยชน์

2.1 Input & Insight (Adobe Kickbox)

2.1.1 การรับฟังข้อมูล (Input)

1) **รับฟังข้อมูลในองค์กร** เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ ความต้องการ และข้อจำกัด เช่น พันธกิจ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ วัตถุประสงค์ระยะยาวและ KPI ของผู้บริหาร การพูดคุยกับเพื่อนร่วมงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มาจากกลุ่มและความเชี่ยวชาญที่แตกต่างกัน

2) **รับฟังข้อมูลจากนอกรองค์กร** เพื่อจุดประกายข้อสังเกตใหม่ๆ และตั้งคำถามใหม่ๆ เกี่ยวกับโลกรอบตัว เช่น แหล่งข้อมูลใหม่ๆ รายงานการวิจัยและเทคโนโลยี Websites ที่จะให้ข้อมูลแนวโน้มน่าต่างๆ การสนทนากับลูกค้าในอนาคตกับลูกค้าในอนาคต

3) **เปิดโอกาสให้สมองได้สัมผัสกับสิ่งกระตุ้นแรงบันดาลใจ** เช่น ดนตรี ศิลปะ สถาปัตยกรรม ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ช่วยกระตุ้นให้สมองเกิดความคิดสร้างสรรค์ เป็นการหว่านเมล็ดพันธุ์ของความคิดสร้างสรรค์แบบสุ่ม

2.1.2 การทำความเข้าใจอย่างลุ่มลึก (Insight)

1) **สังเกตอย่างแข็งขัน (Active Observing)** ฝึมองด้วยสายตาที่แตกต่างกัน จินตนาการว่าคนอื่นจะมองปัญหาหรือสถานการณ์อย่างไร เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ นัक्टर นักเดินทาง ข้ามกาลเวลา พวกเขาจะถามว่าอะไร

2) **ตั้งคำถามที่แตกต่าง (Ask Different)** เช่น (1) ทำไมทำแบบนี้ ไม่ทำอีกแบบหนึ่ง (2) จะทำให้แตกต่างออกไปได้อย่างไร (3) สิ่งที่สมบูรณ์แบบมีหน้าตาอย่างไร (4) คำถามที่ไม่เคยมีใครถามมาก่อนคืออะไร

3) **คิดต่างอย่างหลากหลาย (Divergent Thinking)** เช่น (1) แยกแยะเป็นองค์ประกอบย่อยแล้วรวมด้วยวิธีใหม่ (2) การเปลี่ยนแปลงด้านขนาด ใหญ่ขึ้นหรือเล็กลง ปรับระยะจากไกล เป็นใกล้ ใกล้เป็นไกล (3) การเปลี่ยนแปลงด้านขอบเขต จากที่เป็นทุกที่ จากสิ่งหนึ่งเป็นทุกสิ่ง จาก Local เป็น Global และจาก Global เป็น Local (4) การเปลี่ยนแปลงด้านเวลา จากปัจจุบันเป็นตลอดไป จากเร็วเป็นช้า จากสั้นเป็นยาว จากบ่อยเป็นห่าง จากนานๆ ครั้ง เป็นสม่ำเสมอ (5) การเปลี่ยนแปลงด้านคุณค่า จากดีเป็นเลว จากสมบูรณ์แบบเป็นเฉลี่ย จากสำคัญเป็นธรรมดา

2.2 การสวมบทบาทบุคคลต่างๆ (School of Changemakers)³

1) **นักสืบ** หาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น Website รายงานการวิจัย หนังสือ ซึ่งข้อมูลที่จะนำมาใช้ควรมีแหล่งอ้างอิงที่ชัดเจน

2) **นักมานุษยวิทยา** ใช้การสังเกตพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายในสถานที่จริงเพื่อทำความเข้าใจในพฤติกรรมของพวกเขา ดูว่าสิ่งที่เราคิดกับสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสอดคล้องกันหรือไม่ อะไรทำให้พวกเขาอึดอัด อะไรคือประโยชน์ที่แท้จริงที่พวกเขาอยากได้รับ

3) **นักข่าว** ออกไปคุยกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้มีความรู้ หรือแจกแบบสอบถามสำรวจโพล โดยควรมีการเตรียมชุดคำถามไว้เป็นแนวทางเพื่อไม่ให้หลุดจากวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

³ School of Changemakers (<https://www.schoolofchangemakers.com/>)

4) **นักสวมรอย** ลองไปสวมรอยเป็นคนเหล่านั้นดูว่าถ้าเราเป็นเขาจะมีความคิดความรู้สึกอย่างไร เพื่อจะได้เข้าใจปัญหาจริงๆ รับรู้ว่าเขามีความสุขและความทุกข์อะไร และอาจได้ข้อมูลเบื้องต้นเบื้องหลังที่ไม่ได้จากการสังเกตด้วยมุมมองของคนนอก

5) **นักวิทยาศาสตร์** ดึงกลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมทดลอง (ทั้งแบบที่เขารู้ตัวและไม่รู้ตัว) ผ่านเครื่องมือต่างๆ แล้วถอดบทเรียนจากผลลัพธ์ที่ได้ ซึ่งจะช่วยให้เราได้ข้อมูลจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมเหล่านั้น

2.3 Empathize in Design Thinking (Stanford University)⁴

2.3.1 แนวคิด

Empathy เป็นพื้นฐานของ Human-centered design และ Compassionate innovation ปัญหาที่เราพยายามแก้ไขมักไม่ใช่ปัญหาของเรา แต่เป็นของผู้ใช้บางคน เราจำเป็นต้องเรียนรู้ค่านิยมของผู้ใช้ เรารับรู้อารมณ์ร่วมกับผู้ใช้ผ่านการสังเกต มีปฏิสัมพันธ์ และร่วมรับประสบการณ์ ค้นหา Insight เพื่อนำไปสู่ Innovation solution ซึ่งจะเป็นการมองสิ่งต่างๆ ด้วยสายตาที่สดใหม่

Best solution มาจาก Best insights ในพฤติกรรมของมนุษย์ ให้พยายามค้นหาอารมณ์ที่ขับเคลื่อนพฤติกรรมของผู้ใช้ ค้นหาความต้องการของผู้ใช้ (ซึ่งบางครั้งตัวผู้ใช้เองอาจจะไม่ตระหนัก) ค้นหา Right user ที่เราจะออกแบบให้ และใช้ Insight ที่เราได้รับมาออกแบบ Innovation solution

1) **การสังเกต (observe)** สังเกตว่าผู้ใช้มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอย่างไร เก็บคำพูด พฤติกรรม และบันทึกอื่นๆ ที่สะท้อนประสบการณ์ของพวกเขา การเฝ้าดูผู้ใช้ทำให้เรารู้เป็นนัยว่าผู้ใช้คิดอะไร รู้สึกอย่างไร กับสิ่งที่เขาต้องการ

2) **การมีปฏิสัมพันธ์ (engage)** มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับผู้ใช้และสัมภาษณ์พวกเขา ทำให้เราได้ Insight ที่ลึกมากขึ้นเกี่ยวกับความเชื่อและค่านิยมของพวกเขา

3) **การร่วมรับประสบการณ์ (immerse)** นำตัวเราไปร่วมรับประสบการณ์กับผู้ใช้ เข้าไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมเพื่อเข้าใจผู้ใช้แบบ First hand เช่น แพทย์ไปนอนอยู่บน Stretcher ที่ ER ตลอดทั้งวัน

2.3.2 วิธีการ

1) **Assume a beginner mindset** ใช้ Mindset ของเด็กเพื่อขจัดอคติจากสมมติฐานของเรา

วิธีการ: (1) สังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยไม่ใช้ Value judgment (2) ตั้งคำถามทำไม ทำไม กับทุกสิ่งทุกอย่าง (แม้ในสิ่งที่คิดว่าเข้าใจแล้ว) (3) อยากรู้ อยากเห็น ให้มาก แม้ในสิ่งที่คู้้นเคยหรือ Uncomfortable (4) มองหา Pattern จากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้ (5) ฟังอย่างตั้งใจ ซึมซับสิ่งที่ผู้ใช้พูด และวิธีการพูด ไม่ต้องคิดถึงคำถามต่อไป

⁴ <https://dschool.stanford.edu/resources/design-thinking-bootleg>

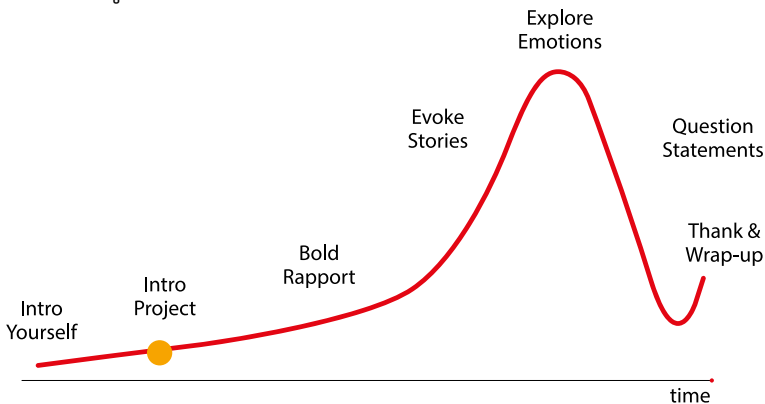
2) **User camera study** เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ใช้ผ่านสายตาของผู้ใช้เอง

วิธีการ: (1) ขอให้ผู้ใช้นำกล้องติดตัวไปทุกที่ ถ่ายรูปประสบการณ์ที่สำคัญหรือมีความหมายต่อผู้ใช้ พยายามให้กว้างกว่าที่เกี่ยวข้องกับตัวปัญหาเพื่อที่จะรับรู้บริบทแวดล้อมด้วย (2) ขอให้ผู้ใช้อธิบายภาพที่ถ่ายมาแต่ละภาพว่ามีความสำคัญอย่างไร (3) ใช้เทคนิค Empathetic interview เพื่อทำความเข้าใจความหมายที่ลึกซึ้งขึ้นไปอีก

3) **What? How? Why?** ช่วยให้เราสังเกตได้ลึกซึ้ง จากรูปธรรมที่สังเกตเห็นไปสู่อารมณ์และแรงจูงใจ

วิธีการ: (1) ทำตาราง 3 ช่อง What? How? Why? (2) เขียนสิ่งที่สังเกตเห็นลงในช่อง What? (3) อธิบายลักษณะการกระทำและทำที่ด้วยคำคุณศัพท์ในช่อง How? (4) คาดเดาว่าแรงจูงใจและอารมณ์ความรู้สึกเป็นอย่างไร บันทึกในช่อง Why? เป็นสมมติฐานที่เราจะนำไปทดสอบกับผู้ใช้

4) **Interview for empathy** เพื่อเข้าใจความคิด ความรู้สึก แรงจูงใจ และความต้องการของผู้ใช้



ภาพที่ 4 ลำดับช่วงของการสัมภาษณ์เพื่อเข้าใจผู้ใช้

แนวทาง (1) ถามทำไม แม้เราจะคิดว่าเรารู้คำตอบอยู่แล้ว (2) ไม่ถามสิ่งที่เกิดขึ้นโดยทั่วไป แต่ให้ถามหาเหตุการณ์เฉพาะ เช่น “ช่วยเล่าเรื่องครั้งสุดท้ายที่.....” (3) กระตุ้นให้เล่าเรื่อง เรื่องราวจะช่วยให้เข้าใจว่าผู้ใช้คิดอย่างไรเกี่ยวกับโลกรอบตัว (4) มองหาสิ่งที่ไม่สอดคล้อง เรื่องที่ผู้ใช้พูดและทำอาจจะแตกต่างกัน ในความไม่สอดคล้องนี้เราจะพบ Insight ที่น่าสนใจ (5) ใส่ใจกับสิ่งอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่คำพูดแต่บอกนัยบางอย่าง เช่น ภาษากาย อารมณ์ (6) อย่างกลัวความเงียบ ความเงียบเปิดโอกาสให้ผู้ใช้ได้ใคร่ครวญคำตอบของตนเอง ซึ่งอาจจะได้รับคำตอบที่ลึกซึ้งไปอีก (7) ถามคำถามกลางๆ และไม่เสนอแนะคำตอบ

5) **Extreme user** ความต้องการของผู้ใช้กลุ่มที่ สุดโต่งมักจะเด่นชัดและมีความหมาย วิธีการ (1) พิจารณาว่าต้องการศึกษาในแง่มุมไหนของการออกแบบ แล้วหากกลุ่มที่เป็น Extreme user ในด้านนั้น (2) สังเกตและสัมภาษณ์ Extreme user เช่นเดียวกับคนอื่นๆ มองหาพฤติกรรมสุดโต่งที่สามารถใช้เป็นแรงบันดาลใจในการออกแบบ (3) นำข้อมูลกลับมาทำความเข้าใจความต้องการของผู้ใช้หลักที่เราจะออกแบบให้

2.4 ทำความเข้าใจผู้ป่วยของเรา

1) **การสังเกต (patient observation)** สังเกตสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในการเข้ารับบริการ ท่าทาง ความรู้สึก การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในจุดต่างๆ

2) **การตามเป็นเงาผู้ป่วย (patient shadowing)** ติดตามผู้ป่วยรายใดรายหนึ่งไป ในทุกขั้นตอนของการเข้ารับบริการ สังเกตว่าเกิดอะไรขึ้น ประเมินว่าถ้าเราเป็นผู้ป่วยจะรู้สึกอย่างไร

3) **ทำตัวเป็นผู้ป่วย** ทดลองทำตัวเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ เช่น นอนอยู่บนรถนอนในห้องฉุกเฉินสักระยะเวลาหนึ่งที่นานพอสมควร และบันทึกความรู้สึกที่เกิดขึ้น

4) **บันทึกประจำวันของผู้ป่วย (patient diary)** เป็นบันทึกความต้องการและความรู้สึกของผู้ป่วย ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของกระดาษหรืออิเล็กทรอนิกส์

5) **ถามผู้ป่วย** “อะไรสำคัญสำหรับคุณ” (Ask “what matters to you?”) ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ป่วยระบุความต้องการหรือค่านิยมที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ

6) **ปรับเปลี่ยนกฎที่เป็นอุปสรรค (break the rules for better care)** ถามทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วยว่า “ถ้าสามารถเปลี่ยนกฎระเบียบได้สักหนึ่งข้อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประสบการณ์การดูแลที่ดีขึ้น สิ่งนั้นคืออะไร?”

7) **แผนที่เดินทางของผู้ป่วย (patient journey map)** อาจทำได้โดย (1) สัมภาษณ์ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งให้ได้ข้อมูลโดยสมบูรณ์ทุกขั้นตอนของการเข้ารับการดูแล “ทำอะไร คิดอะไร รู้สึกอย่างไร” หรือ (2) ถามสองคำถามกับผู้ป่วยจำนวนมาก “อะไรดี อะไรควรปรับปรุง” แล้วนำมาเรียงร้อยเป็น Patient journey map

8) **รับฟังเสียงของผู้ป่วยผ่าน Website** เช่น Care opinion ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ของตนในการเข้ารับบริการ เรื่องที่ได้รับการบันทึกจะถูกนำขึ้นเผยแพร่บน Website และส่งต่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปดำเนินการ และอาจมีการตอบกลับถึงการตอบสนองที่เกิดขึ้น

9) **รับฟังข้อมูลเชิงลึกของผู้รับบริการ (customer insight)** เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้รับบริการ เกี่ยวกับความรู้สึกในแต่ละจุดสัมผัส มองหาอะไร พฤติกรรม ความชื่นชอบ ความต้องการ เหตุผลที่จะมาใช้ หรือไม่มาใช้บริการ

10) **การร่วมกันทำความเข้าใจสถานการณ์ (collective sensemaking)** เหมาะสำหรับการพูดคุยกับผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนร่วมกับครอบครัว โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้⁵

⁵ <https://www.nancydixonblog.com/>

- Connection before content - พูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วย งานอดิเรก เป้าหมาย ความสนใจส่วนตัว ก่อนที่จะพูดคุยประเด็นทางการแพทย์ การทำให้เกิดเสียงหัวเราะ เป็นตัวสร้าง Connection ที่ดี

- Circles connect – สมาชิกทีมล้อมรอบเตียงผู้ป่วย

- The small group as the unit of learning – กลุ่มย่อยเป็นหน่วยของการเรียนรู้ การเรียนรู้เกิดขึ้นระหว่างการประชุมใคร่ครวญของทีมดูแลผู้ป่วย

- Divergence before convergence – ขอให้สมาชิกแต่ละคนเล่าว่าเห็นอะไรใน ข้อมูลและการวัดก่อนที่จะร่วมกันจัดทำการดูแลในขั้นตอนต่อไป ถามหาข้อบ่งพร่องเล็กๆ น้อยๆ (glitches)

- Cognitive diversity increases innovation – องค์ประกอบของทีมดูแลผู้ป่วย ที่มีหลากหลายวิชาชีพทำให้เกิดมุมมองที่แตกต่างกันต่อประเด็นยากๆ ที่ทีมเผชิญ ความแตกต่าง หลากหลายเหล่านี้นำมาสู่นวัตกรรม

- Visible ideas span boundaries - กระดานเป้าหมาย (goal board) เป็นองค์ ประกอบที่สำคัญของการ Rounds ทำให้ความคิดปรากฏกับสายตา ทำให้ผู้ป่วยและผู้ประกอบ วิชาชีพเข้าใจความคิดของกันและกัน

- Shared experience builds shared understanding – ผู้ป่วยและผู้ประกอบ วิชาชีพแบ่งปันเรื่องเล่าให้แกกัน ทำใจกับความล้มเหลว (grieving for the setback) และ ฉลองความสำเร็จร่วมกันที่ขำขึง

- Physical space changes the conversation – ห้องผู้ป่วยเป็นสถานที่สำหรับ พูดคุย โดยสมาชิกทีมนั่งให้อยู่ในระดับสายตาเดียวกับผู้ป่วย

- Enable all voices to be heard – เชิญชวนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม กระจายการนำเสนอ เวียนให้รอบวงให้ทุกเสียงเป็นที่ได้ยิน

3. Evaluation for Innovation

3.1 ประเภทต่าง ๆ ของการประเมิน

เราอาจแบ่งประเภทของการประเมินได้เป็น 3 ประเภท คือ (1) การประเมินเพื่อ การพัฒนา (2) การประเมินเพื่อปรับปรุง (3) การประเมินผลสรุป ซึ่งการจะใช้วิธีการประเมิน แบบใดนั้น ขึ้นกับวงจรชีวิตของ โครงการและบริบทของโครงการหรือแผนงานริเริ่ม

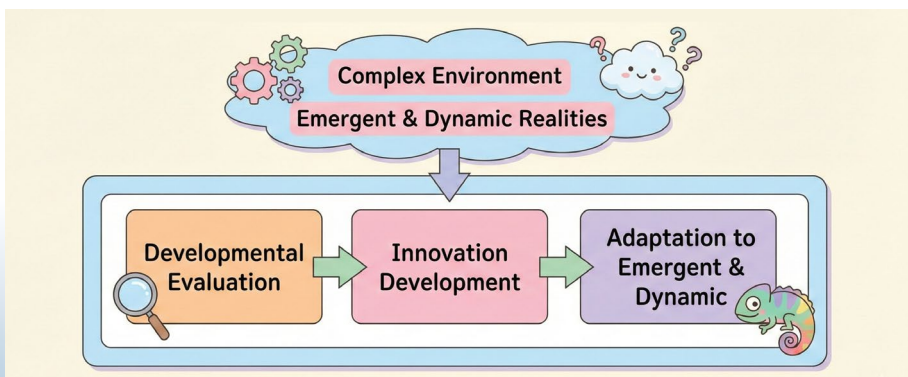
สำหรับการพัฒนานวัตกรรมซึ่งต้องการแนวทางใหม่ๆ นั้น การประเมินที่จะช่วยกระตุ้น ให้เกิดนวัตกรรมคือการประเมินเพื่อการพัฒนา (Development Evaluation: DE)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการประเมินประเภทต่างๆ

Developmental Evaluation (การประเมินเพื่อการพัฒนา)	Formative Evaluation (การประเมินเพื่อปรับปรุง)	Summative Evaluation (การประเมินผลสรุป)
มันคืออะไร (What is it?)	มันเป็นอย่างไบบ้าง (How is it working?)	มันใช้งานได้หรือไม่ (Did it work?)
โครงการอยู่ในช่วงการพัฒนานวัตกรรม (exploring, creating, emerging)	โครงการอยู่ในช่วงเริ่มต้นและปรับตัว (improving, enhancing, standardizing)	โครงการอยู่ตัวและเข้าที่แล้ว (established, mature, predictable)
<ul style="list-style-type: none"> ผู้ดำเนินการโครงการกำลังทดลองหาประสบการณ์กับวิธีการและกิจกรรมต่างๆ มีความไม่แน่นอนสูงว่าอะไรจะใช้งานได้ และได้อย่างไร มีคำถาม ความท้าทาย โอกาสความสำเร็จ และกิจกรรมใหม่ๆ เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> องค์ประกอบหลักของโครงการลงตัว ผู้ดำเนินการโครงการยังคงปรับปรุงต่อ สามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ได้มากขึ้น มีการรับรู้และเข้าใจบริบทมากยิ่งขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> กิจกรรมของโครงการเข้าที่เข้าทางและไม่เปลี่ยนแปลงแล้ว ผู้ดำเนินการโครงการมีประสบการณ์สูงและเพิ่มความมั่นใจว่าอะไรที่ใช้การได้ โครงการพร้อมที่จะให้มีการประเมินคุณค่าที่สำคัญ (value of significance)

3.2 Development Evaluation (DE)

3.2.1 Developmental Evaluation (DE) คืออะไร



ภาพที่ 5 ความหมายของ Developmental Evaluation

Michael Quinn Patton ให้ความหมายของ Developmental Evaluation - DE (การประเมินเพื่อการพัฒนา) ว่า “DE เป็นการประเมินที่สนับสนุนการสร้างนวัตกรรม เพื่อขึ้นำการปรับตัวต่อพลวัตและสิ่งที่ผู้ดบังเกิด ในสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อน”

3.2.2 ทำไมต้อง Developmental Evaluation

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช สรุปว่าต้นเหตุที่ทำให้การทำงานในสภาพที่ซับซ้อน (complexity) สูง ไม่ประสบความสำเร็จก็เพราะสาเหตุ (1) ปฏิเสธความซับซ้อน (2) พยายามควบคุมความซับซ้อน (3) พยายามหลีกเลี่ยงความซับซ้อน และ (4) ไม่ตระหนักในความซับซ้อนของเรื่องนั้น

เคล็ดลับความสำเร็จอยู่ที่การเผชิญความซับซ้อนอย่างมีสติและปัญญา นำเอาข้อค้นพบที่เผยตัวขึ้นจากการดำเนินการมาใช้เป็นพลัง โดยทีม DE เป็นผู้ช่วยให้ทีมปฏิบัติงานค้นพบพลังนั้น

เมื่อกิจการที่กำลังพัฒนามีธรรมชาติซับซ้อนและปรับตัว ทีมพัฒนาก็ต้องทำงานด้วยแนวทางที่ซับซ้อนและปรับตัวด้วย ไม่ดำเนินการแบบมีแผนการดำเนินการที่แข็งที่ตายตัว แต่ต้องค้นหาพลังที่เผยตัวออกมาในระหว่างดำเนินการโครงการ เอามาใช้ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงอย่างพลิวไหว ในการทำงานแนวนี้ ทีมปฏิบัติการต้องการกัลยาณมิตรช่วยค้นหาพลังที่เผยตัว ทีม DE คือกัลยาณมิตรนั้น

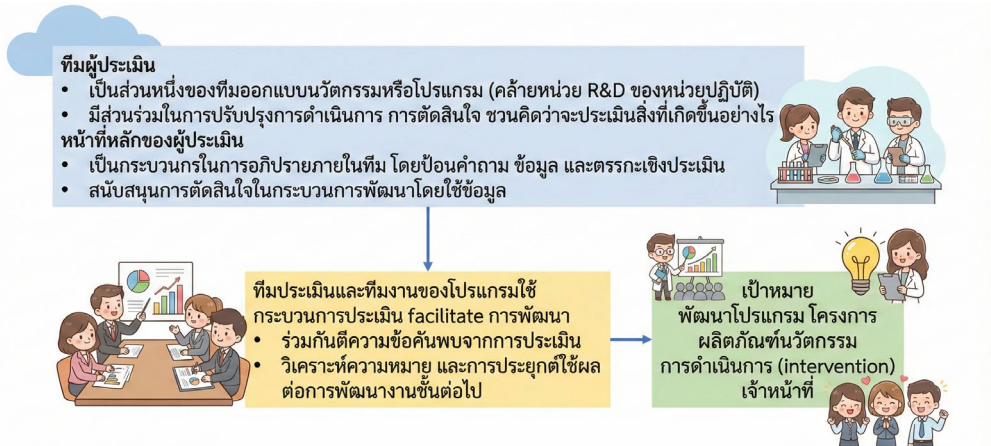
DE เป็นตัวช่วยด้านสติและปัญญา คือช่วยให้ค้นพบพลังที่ซ่อนอยู่ในความซับซ้อน และเผยตัวออกมาท่ามกลางการดำเนินการ หากขาดกลไกค้นหาและตีความ พลังนั้นก็พรั่มัวและหายไป นักประเมินแบบ DE ต้องฝึกฝนทักษะในการค้นพบและตีความคุณค่าของพลังที่พรั่มัวนั้น เพิ่มความใสกระจ่าง และเสนอแนะแนวทางเอาพลังนั้นไปใช้งาน

3.2.3 ลักษณะสำคัญของ Developmental Evaluation



ภาพที่ 6 ลักษณะสำคัญของ Developmental Evaluation

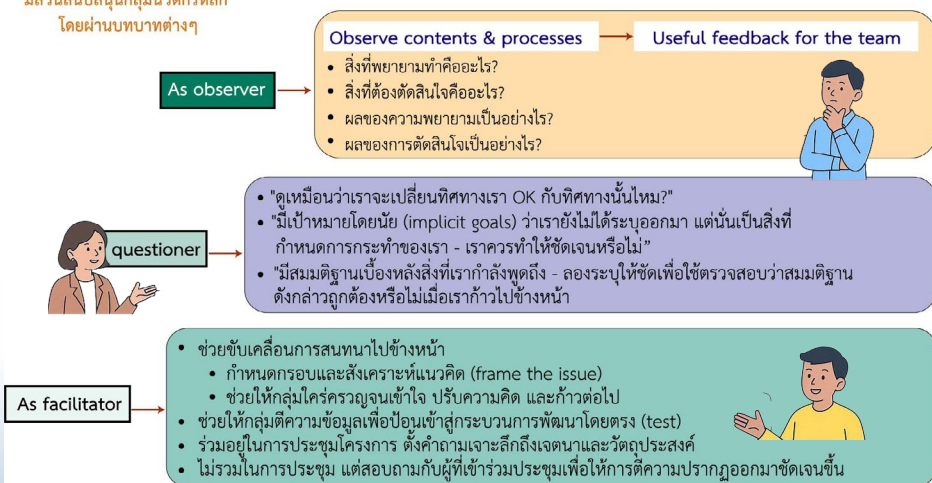
ลักษณะสำคัญของ DE คือกระบวนการประเมินและกระบวนการพัฒนาเกิดขึ้นพร้อมกัน กระบวนการประเมินเป็นส่วนหนึ่งของงานหรือกระบวนการพัฒนา มีการตั้งคำถามและการเรียนรู้เกิดขึ้นพร้อมกับการลงมือทำ มีการใช้วิธีการประเมินที่หลากหลายเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่จะนำมาตีความและเรียนรู้ร่วมกันโดยคำนึงถึงบริบทของงานที่กำลังพัฒนาอยู่ ที่สำคัญคือ DE สร้างพื้นที่เพื่อท้าทายและตั้งคำถามในลักษณะที่ไม่ปิดกั้นความคิดสร้างสรรค์ หรือไม่มีคำตอบตายตัวว่าผลลัพธ์ที่คาดหวังคืออะไร



ภาพที่ 7 ขั้นตอนและเป้าหมายของ Developmental Evaluation

3.2.4 บทบาทของผู้ประเมิน Developmental Evaluation

ในฐานะสมาชิกของทีม ผู้ประเมิน DE มีส่วนสนับสนุนกลุ่มนวัตกรรมหลัก โดยผ่านบทบาทต่างๆ



ภาพที่ 8 บทบาทของผู้ประเมิน Developmental Evaluation

ผู้ประเมิน DE อาจทำหน้าที่ใน 3 บทบาทคือ

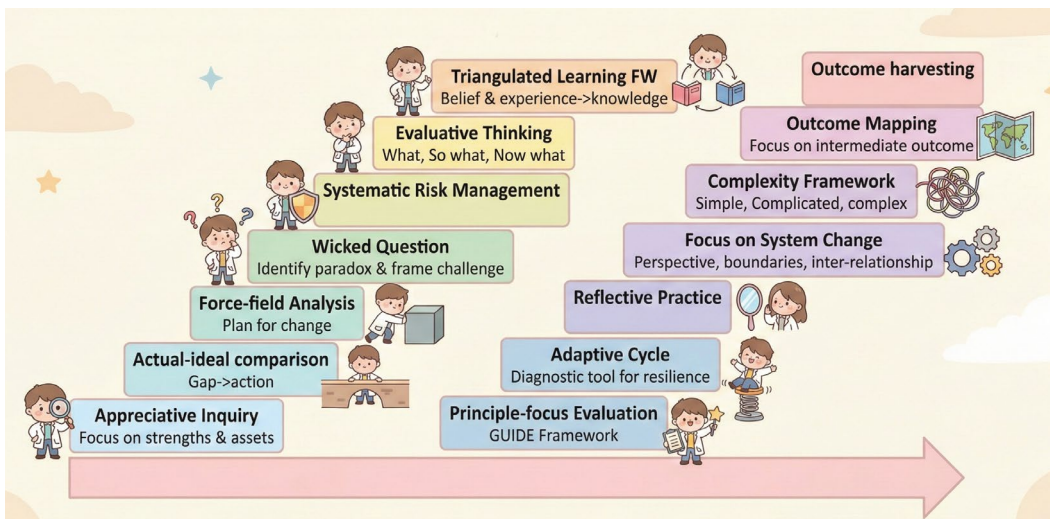
1) ในฐานะผู้สังเกตการณ์ ใช้การสังเกตเพื่อพิจารณาว่าสิ่งที่ทีมพยายามทำคืออะไร สิ่งที่ต้องตัดสินใจคืออะไร ผลของความพยายามเป็นอย่างไร ผลของการตัดสินใจเป็นอย่างไร แล้วป้อนข้อมูลนี้ให้กับทีมพัฒนาเพื่อใช้ประโยชน์

2) ในฐานะผู้ตั้งคำถาม ใช้การตั้งคำถามเพื่อให้เกิดการใคร่ครวญหรือตกผลึกความคิด เช่น คำถามเกี่ยวกับทิศทางที่กำลังสังเกตเห็นว่ามีเปลี่ยนแปลง เป้าหมายที่ยังไม่ชัดเจน สมมติฐานที่ไม่ได้ระบุให้ชัดเจน

3) ในฐานะกระบวนกร เพื่อช่วยให้ทีมกรอบความคิดในการสนทนา ช่วยให้การสนทนา คืบไปข้างหน้า ช่วยให้กลุ่มตีความข้อมูลเพื่อนำไปสู่การทดสอบ เข้าร่วมประชุมโครงการเพื่อตั้งคำถามเจาะลึก สอบถามผู้เข้าประชุมเพื่อให้การตีความปรากฏออกมาชัดเจน

3.2.5 Inquiry Framework สำหรับ Developmental Evaluation

กรอบในการสืบค้นหรือเครื่องมือที่ใช้เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่จะใช้ในการประเมินเพื่อการพัฒนา และนำไปพูดคุยกันกับทีมผู้พัฒนาแสดงสรุปดังกล่าว

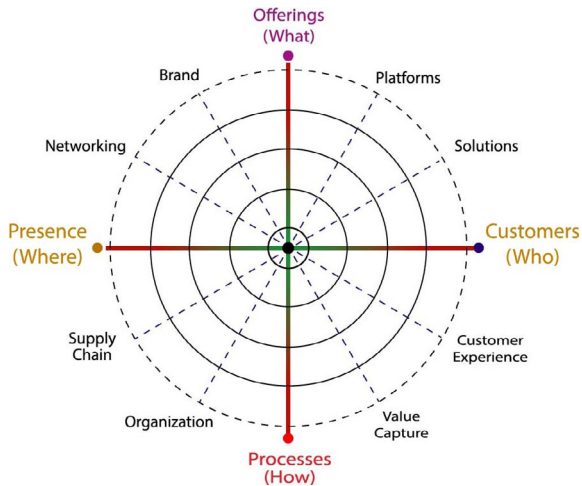


ภาพที่ 9 Inquiry Framework สำหรับ Developmental Evaluation

โดยรวมแล้ว กระบวนการ DE จะทำให้เกิดการร่วมกันตีความข้อค้นพบจากการประเมิน แล้วนำผลจากการวิเคราะห์และตีความนั้นไปพัฒนางานของโครงการ โดยใช้พลังที่ซ่อนอยู่ในความซับซ้อนที่เผยตัวออกมาจากกระบวนการ DE ซึ่งให้เห็นโอกาสและแนวคิดใหม่ๆ ซึ่งจะนำมาสู่การสร้างนวัตกรรมเพื่อตอบเป้าหมายของโครงการ

4. Managing Innovation

4.1 The Innovation Radar: ความเป็นไปได้ของนวัตกรรม



ภาพที่ 10 The Innovation Radar: A 360-Degree Approach to Innovation
(ที่มา: Sawhney, Wolcott & Arroniz, 2006)

ในปี ค.ศ. 2006 Mohanbir Sawhney, Robert C. Wolcott และ Inigo Arroniz ได้ตีพิมพ์บทความ “The 12 Different Ways for Companies to Innovate” ใน MIT Sloan Management Review นำเสนอ Innovation Radar ซึ่งเป็นแนวทางการสร้างนวัตกรรมแบบ 360 องศา ครอบคลุมนวัตกรรม 12 ประเภทที่องค์กรสามารถนำไปใช้เพื่อปรับปรุงหรือสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ ได้

- 1) **Offering (What):** ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ๆ ซึ่งมีลักษณะและการใช้งานที่แตกต่างโดดเด่น (distinguishing features and functionality)
- 2) **Platforms:** ใช้ส่วนประกอบหรือบล็อกพื้นฐานทั่วไปเพื่อสร้างผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ต่อยอดจากเดิม เช่น health teletext system
- 3) **Solutions:** สร้างผลิตภัณฑ์หรือบริการแบบบูรณาการและปรับแต่งได้ เพื่อแก้ปัญหาของลูกค้าแบบครบวงจร (solve end-to-end customer problems)
- 4) **Customers (Who):** ค้นหาความต้องการของลูกค้าที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง (unmet customer needs) หรือระบุกลุ่มลูกค้าที่ยังไม่ได้รับการบริการอย่างเพียงพอ (underserved customer segment)
- 5) **Customer experience:** ออกแบบปฏิสัมพันธ์กับลูกค้าใหม่ทั้งหมดในทุกจุดสัมผัสและทุกช่วงเวลาของการติดต่อ

6) **Value capture หรือ revenue model:** กำหนดนิยามใหม่ของการรับชำระเงินของบริษัท หรือสร้างกระแสรายได้ใหม่ๆ ที่เป็นนวัตกรรม

7) **Processes (How):** ออกแบบกระบวนการดำเนินงานหลักใหม่ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผล

8) **Organization หรือ value chain:** เปลี่ยนแปลงรูปแบบ ฟังก์ชัน หรือขอบเขตกิจกรรมของบริษัท

9) **Supply chain:** คิดใหม่เกี่ยวกับการจัดหาและการส่งมอบสินค้า

10) **Presence หรือ channels (Where):** สร้างช่องทางการจัดจำหน่าย/ส่งมอบบริการใหม่ หรือวิธีการใหม่ในช่องทางจัดจำหน่าย/ส่งมอบบริการที่มีอยู่เดิม รวมถึงสถานที่ที่ลูกค้าสามารถซื้อหรือใช้ผลิตภัณฑ์หรือบริการได้

11) **Networking:** เชื่อมโยงกับเครือข่ายใหม่ๆ หรือใช้เครือข่ายให้มากขึ้น เพื่อสร้างคุณค่า

12) **Brands:** ใช้ประโยชน์จากแบรนด์ในโดเมนใหม่ๆ

ทั้งนี้ การสร้างนวัตกรรมจะต้องขยับจากการเปลี่ยนแปลงในระดับ Incremental มาสู่ระดับ Substantial และระดับ Radical

4.2 Ten Faces of innovation⁶

ผู้เกี่ยวข้องกับการสร้างนวัตกรรมอาจต้องมีบทบาทหลายหน้า ในการที่จะส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมในองค์กร โดยบทบาทสำคัญ 3 กลุ่มได้แก่

1) **Learning roles** การทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลจากแหล่งใหม่ๆ เพื่อขยายความรู้ของบุคคลและองค์กร และเติบโตขึ้น

2) **Organizing roles** การทำหน้าที่ทำให้องค์กรนำความคิดต่างๆ มาขับเคลื่อนไปข้างหน้า

3) **Building roles** การทำหน้าที่ใช้ Insight จาก Learning roles และเปิดช่อง Empowerment จาก Organizing role เพื่อให้เกิดนวัตกรรม

โดยในแต่ละบทบาทนั้น สามารถแยกย่อยลักษณะต่างๆ ได้ดังนี้

1. **Learning roles (เพิ่มพูนความรู้และความคิด)**

• **นักมานุษยวิทยา (the anthropologist)** สังเกต มีปฏิสัมพันธ์ มองไปรอบตัว จดบันทึกความคิด มีจิตใจอยากรู้อยากเห็น แต่ไม่ตัดสิน

⁶ Tom Kelley, Jonathan Littman. "The Ten Faces of Innovation: IDEO's Strategies for Beating the Devil's Advocate & Driving Creativity Throughout Your Organization." Profile Books Limited, 2016

- **นักทดลอง (the experimenter)** มุ่งมั่นในการแก้ปัญหา สร้างต้นแบบ ขยันทดลอง ล้มแล้วลุกมาลองใหม่

- **นักผสมข้ามสายพันธุ์ (the cross-pollinator)** มีความสนใจหลากหลาย นำสิ่งที่ไม่เกี่ยวข้องมาเชื่อมโยงกัน

2. Organizing roles (ขับเคลื่อนด้วยการเสริมพลัง)

- **นักวิ่งกระโดดข้ามรั้ว (the hurdler)** เอาชนะความยากลำบาก มองข้ามความล้มเหลว แก้ปัญหาที่ไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย มองโลกในแง่ดี มีความมุ่งมั่นอย่างเจียวๆ อดทน ไม่เพียงแค่ว่า “ทำงานให้เสร็จ”

- **นักประสานงาน (the collaborator)** ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี สร้างพันธมิตร สร้างเส้นทางเดินร่วมกัน ทำงานสหสาขา เป็นโค้ชมากกว่าเจ้านาย

- **ผู้กำกับ (the director)** วางแผนและจัดระบบ มองและคิดในภาพใหญ่ ส่งเสริมให้สมาชิกทีมเติบโต ตั้งเป้าหมายให้สูง (shoot for the moon) ใช้เครื่องมือที่หลากหลาย

3. Building roles (สร้างนวัตกรรม)

- **ผู้ดูแล (the caregiver)** ทำให้ผู้คนรู้สึกสบายใจที่ร่วมงานด้วย เห็นอกเห็นใจ สร้างความสัมพันธ์ ใส่ใจดูแล

- **นักจัดเวที (the set designer)** ทำให้ที่ทำงานสนับสนุนให้ทำงานสะดวก มีชีวิตชีวา สร้างแรงบันดาลใจ ส่งเสริมวัฒนธรรมที่กระตือรือร้น

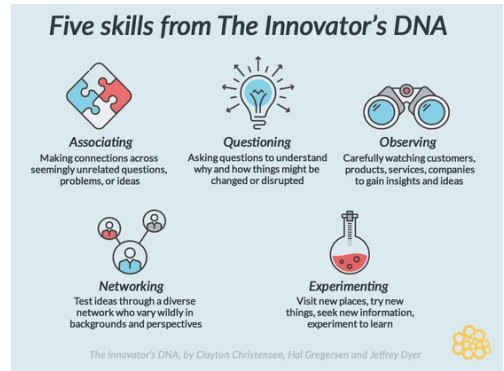
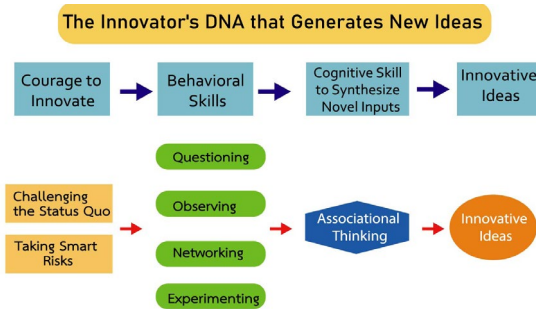
- **นักเล่าเรื่อง (the storyteller)** ใช้ วิดีโอ/เรื่องเล่า/แอนิเมชัน สร้าง Emotional Connection ระหว่างเรื่องราวและผู้ฟัง กระตุ้นจินตนาการ จุดประกายอารมณ์และการกระทำ

- **สถาปนิกประสบการณ์ (the experience architect)** สร้างประสบการณ์ที่แตกต่าง โดดเด่น น่าประทับใจ ผสมผสานเทคโนโลยีกับศิลปะ ผสมความรู้เป็นคุณค่าในผลิตภัณฑ์

4.3 DNA ของนวัตกรรม⁷

Clay Christensen & Hal Gregersen ได้สรุปว่ามีทักษะสำคัญ 5 ประการสำหรับ Disruptive Innovator ซึ่งเป็นเรื่องของการทำงานที่แตกต่าง (act different) ตามมาด้วยการคิดที่แตกต่าง (think different) ซึ่งจะนำมาสู่การสร้างความแตกต่าง (make a difference)

⁷ Clay Christensen & Hal Gregersen. “The Innovator’s DNA: Mastering the Five Skills of Disruptive Innovators” Harvard Business Review, 2011. สรุปใน <https://www.linkedin.com/pulse/innovators-dna-summary-chiraayu-k-pandya-gyr6f/>



ภาพที่ 11 DNA ของนวัตกรรม

ก่อนที่จะใช้ทักษะดังกล่าว จะต้องเริ่มต้นด้วยความกล้าที่จะคิดสร้างนวัตกรรม คือต้องมี (1) ความกล้าที่จะท้าทายสถานะเดิม (status quo) และ (2) ความกล้าที่จะเสี่ยงอย่างชาญฉลาด (take smart risks)

ทักษะเพื่อการกระทำที่แตกต่าง หรือทักษะเชิงพฤติกรรม คือ (1) การตั้งคำถาม (questioning) (2) การสังเกต (observing) (3) การทดลอง (experimenting) และ (4) การสร้างเครือข่าย (networking)

ทักษะเพื่อการคิดที่แตกต่าง หรือ ทักษะเชิงพุทธิปัญญาเพื่อสังเคราะห์ข้อมูลนำเข้าใหม่ๆ คือ การคิดเชื่อมโยง (associative thinking) นำมาสู่ Innovation ideas ในบรรดาทักษะทั้งห้า มีเพียงสองทักษะเท่านั้นที่เป็นสากลในหมู่นวัตกรรมทุกคน ได้แก่ การเชื่อมโยงและการตั้งคำถาม

1. การตั้งคำถาม (questioning)

คุณลักษณะสำคัญของนวัตกรรม คือความเต็มใจที่จะท้าทาย Status quo โดยการตั้งคำถามมากมาย เช่น

- Michael Dell ก่อตั้งบริษัท Dell Computer จากการตั้งคำถามว่า “ทำไมคอมพิวเตอร์ถึงมีราคาสูงกว่าผลรวมของชิ้นส่วนถึงห้าเท่า” จากการครุ่นคิดถึงคำถามนี้ เขาจึงพัฒนารูปแบบธุรกิจแบบ Direct Model ตัดคนกลาง ใช้แนวคิด Customization & Just-in-Time
- Marc Benioff สังเกตการเติบโตของ Amazon และ eBay ซึ่งให้บริการผ่านทางอินเทอร์เน็ต แล้วตั้งคำถามว่า “ทำไมเรายังคงติดตั้งและอัปเดตซอฟต์แวร์ด้วยวิธีเดิมๆ ในเมื่อตอนนี้สามารถทำได้ผ่านทางอินเทอร์เน็ตแล้ว?” นำไปสู่การสร้าง Salesforce.com ซึ่งเป็น platform การจัดการลูกค้าสัมพันธ์ (Customer Relationship Management: CRM) บนคลาวด์

2. การสังเกต (observing)

นวัตกรรม สังเกตสิ่งรอบตัวอยู่เสมอ ใช้เวลาอยู่นอกสำนักงานเพื่อดูสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง พวกเขาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์และมองหาวิธีแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน สังเกตลูกค้าขณะใช้งานผลิตภัณฑ์และ “ชื่นชมกับสิ่งที่ไม่คาดคิด” ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่คาดฝันที่อาจนำไปสู่การสร้างสรรค่นวัตกรรม

3. การสร้างเครือข่าย (networking)

นวัตกรรมเก่งกาจในการเชื่อมโยงความคิดและผู้คนที่แตกต่างกันเพื่อสร้างทางออกใหม่ๆ พวกเขารวบรวมประสบการณ์ที่หลากหลาย ลองชิมอาหารใหม่ๆ อ่านหนังสือหลากหลายประเภท เดินทาง และพบปะผู้คนใหม่ๆ

- บริษัทต่างๆ เช่น Pixar และ Google ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายโดยการออกแบบพื้นที่และเปิดโอกาสให้พนักงานได้มีปฏิสัมพันธ์และแบ่งปันไอเดีย
- Mike Lazaridis ได้รับแรงบันดาลใจในการสร้าง BlackBerry จากการประชุมซึ่งมีวิทยากรคนหนึ่งพูดถึงระบบส่งข้อมูลไร้สายสำหรับเครื่องขยเครื่องตั้งโม้โค้กอัตโนมัติ ทำให้เขานึกถึงคำแนะนำของครูมัธยมปลายเกี่ยวกับการผสมผสานเทคโนโลยีไร้สายเข้ากับคอมพิวเตอร์

4. การทดลอง (experimenting)

นวัตกรรม ยอมรับความเสี่ยงสูงและมองว่าความล้มเหลวเป็นส่วนสำคัญของกระบวนการสร้างนวัตกรรม พวกเขาทำการทดลองและปรับปรุงไอเดียอย่างต่อเนื่อง เรียนรู้จากความล้มเหลวอย่างรวดเร็ว

- Jeff Bezos ถือว่าการทดลองเป็นสิ่งสำคัญต่อนวัตกรรมและได้ทำให้เป็นแนวปฏิบัติหลักของ Amazon “ผมสนับสนุนให้พนักงานของเราสำรวจทางต้นและทดลอง ด้วยการกระจายอำนาจ ทำให้สามารถทดลองต้นทุนต่ำได้มากมาย เราสามารถส่งเสริมนวัตกรรมได้มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ”

5. การคิดเชื่อมโยง (associational thinking)

หมายถึงความสามารถในการเชื่อมโยงคำถาม ปัญหา หรือแนวคิดที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกันจากสาขาต่างๆ เช่น

- Larry Page ผู้ร่วมก่อตั้ง Google ในช่วงที่เขาเป็นนักศึกษาปริญญาเอกที่ Stanford สังเกตเห็นว่าวารสารวิชาการจัดอันดับนักวิชาการตามจำนวนการอ้างอิงที่งานของพวกเขาได้รับ เขาจึงคิดค้น Google ซึ่งจัดอันดับผลการค้นหาตามจำนวนหน้าเว็บอื่นๆ ที่เชื่อมโยงไปยังหน้านั้น
- Pierre Omidyar ก่อตั้ง eBay โดยเชื่อมโยงแนวคิดที่ดูเหมือนไม่เกี่ยวข้องกันสามอย่างเข้าด้วยกัน ได้แก่ (1) ความหลงใหลในการสร้างตลาดที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นหลังจากถูกกีดกัน (2) ความต้องการของคู่หมั้นของเขาในการตามหาเครื่องจ่ายลูกอม Pez รุนหยากร และ (3) ความไม่เพียงพอของโฆษณาขายของมือสองในท้องถิ่น
- Steve Jobs สร้างสรรค์ไอเดียใหม่ๆ อย่างต่อเนื่องจากความสนใจที่หลากหลายซึ่งไม่เกี่ยวข้องกัน เช่น ศิลปะการเขียนพู่กัน การฝึกสมาธิที่อาศรมในอินเดีย และรายละเอียดที่ซับซ้อนของรถยนต์ Mercedes-Benz

การผสมผสาน Discovery Skills กับ Delivery Skills

องค์กรที่สร้างสรรค์นวัตกรรมมากที่สุดจะสร้างสมดุลระหว่าง Discovery skills และ Delivery skills ภายในทีมของตน ในขณะที่ทีมงานด้านการค้นพบใช้ทักษะทั้ง 5 ได้แก่

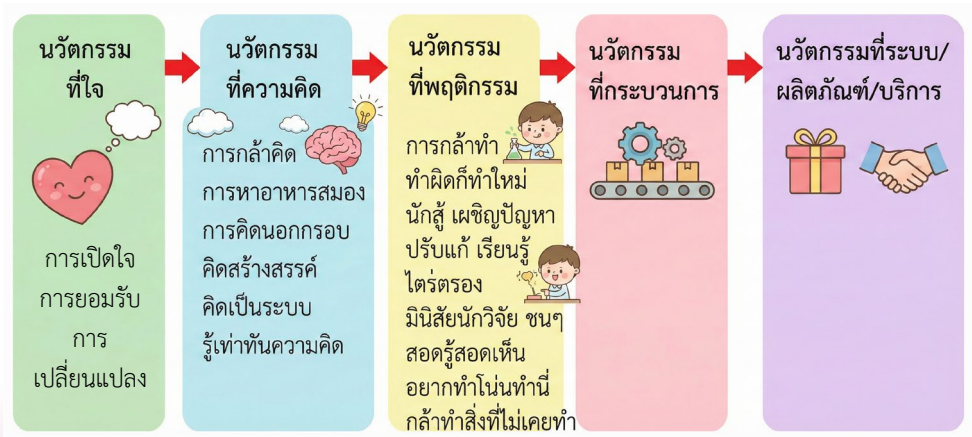
การเชื่อมโยง การตั้งคำถาม การสังเกต การสร้างเครือข่าย และการทดลอง ทีมงานด้านการส่งมอบจะมุ่งเน้นไปที่การวิเคราะห์ การวางแผน การลงมือทำอย่างถี่ถ้วนแม่นยำ และการปฏิบัติงานให้สำเร็จตามระบบอย่างเคร่งครัด

ตารางที่ 2 การผสมผสาน Discovery Skills กับ Delivery Skills เพื่อสร้างสรรค์นวัตกรรม

Discovery Skills	Delivery Skills
การตั้งคำถาม (questioning)	การวิเคราะห์ (analyzing)
การสังเกต (observing)	การวางแผน (planning)
การสร้างเครือข่าย (networking)	การลงมือทำอย่างถี่ถ้วนแม่นยำ (detailed-oriented implementing)
การทดลอง (experimenting)	การปฏิบัติงานให้สำเร็จตามระบบอย่างเคร่งครัด (disciplined executing)
การเชื่อมโยง (associating)	

4.4 การวัดผลนวัตกรรม⁸

ดร.วรภัทร์ ภูเจริญ แนะนำว่าในการวัดผลนวัตกรรมนั้น เป็นเรื่องนามธรรมมาก แต่ก็ควรจะวัดไปเป็นลำดับขั้นตามภาพ โดยควรเน้นการวัดที่ส่งเสริมการพัฒนาที่เหตุก่อน คือหัวใจ ที่ความคิด ที่พฤติกรรม แล้วค่อยมาดูที่ผลคือกระบวนการ/ระบบ/ผลิตภัณฑ์/บริการ

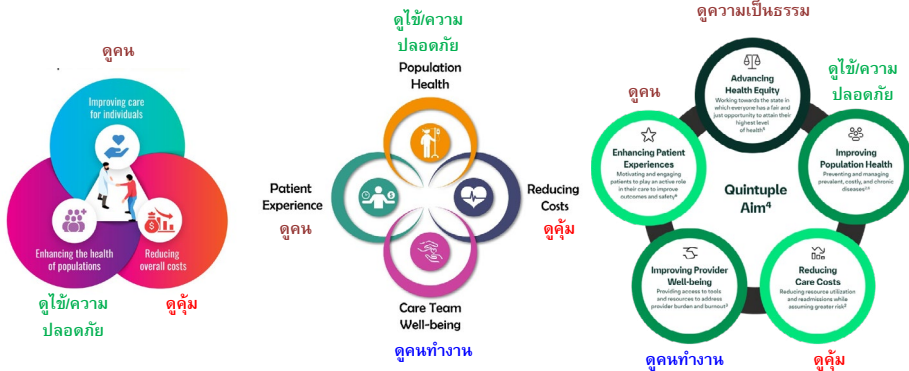


ภาพที่ 12 การวัดผลนวัตกรรม

⁸ วรภัทร์ ภูเจริญ. (2550). *การบริหารนวัตกรรมอย่างยั่งยืนและพอเพียง*. กรุงเทพฯ: อริยชน.

5. ตัวอย่างของ Compassionate Innovation

Aims of Healthcare: Triple → Quadruple → Quintuple



ภาพที่ 13 เป้าหมายของบริการสุขภาพ

เป้าหมายของบริการสุขภาพพื้นฐานคือ Triple aim ซึ่งสอดคล้องกับ Value-based healthcare คือ “ดูคน-ดูไข้-ดูคุ้ม” ซึ่งดูไข้ก็ครอบคลุม “ดูความปลอดภัย” ไปด้วย ต่อมามีการเพิ่มเป็น Quadruple aim เพิ่ม “สุขภาวะของคนทำงาน” ขึ้นมา และสุดท้ายเพิ่มเป็น Quintuple aim คือ เพิ่ม “ดูความเป็นธรรม” อีกหนึ่งเป้า

ในที่นี้จะยกตัวอย่าง Compassionate innovation ที่จะตอบสนองเป้าหมายทั้งห้าประการข้างต้น

5.1 Compassionate Innovation for Person-centered Care

นวัตกรรมเหล่านี้ให้ความสำคัญกับ Individual’s unique story, Preferences, and Dignity เพื่อให้มั่นใจว่าการดูแลจะได้รับการออกแบบอย่างเฉพาะเจาะจง เคารพ และคำนึงถึงความเป็นมนุษย์อย่างแท้จริง

1) “My Life, My Story” Digital Biographies in EHRs

กำหนดพื้นที่เฉพาะใน EHR ที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ง่าย สามารถป้อนรายละเอียดเกี่ยวกับชีวิตของตนเอง เช่น งานอดิเรก เหตุการณ์สำคัญในชีวิต ภูมิหลังทางวัฒนธรรม ชื่อ/สรรพนามที่อยากให้เรียก กิจวัตรประจำวัน ความกลัว ความหวัง และสิ่งที่ทำให้พวกเขามีความสุขหรือรู้สึกสบายใจ

2) AI-Driven “Preference Engines” for Care Customization

พัฒนา AI algorithms ที่สามารถเรียนรู้ Patient’s preferences เมื่อเวลาผ่านไป เช่น ลักษณะการสื่อสารที่พึงประสงค์ ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ความสะดวกใจที่จะใช้

เทคโนโลยี ช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับกิจกรรมการดูแล ความชอบด้านอาหาร สภาพแวดล้อมทางประสาทสัมผัสที่ต้องการ (ความเงียบ แสงสลัว) จากนั้นระบบจะเสนอการตั้งค่าเหล่านี้ให้กับผู้ดูแลเพื่อพิจารณา

3) Virtual Reality (VR) for “Empathy Immersion” Training for Caregivers

การใช้ VR simulations เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้สัมผัสประสบการณ์การเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเฉพาะอย่าง (เช่น ภาวะสมองเสื่อมที่สับสน ความยากลำบากในการเคลื่อนไหว หรือ ความวิตกกังวลจากการรอการวินิจฉัย)

4) “Co-Creation” Health Plan Platforms with Interactive Patient Portals

สร้าง Interactive digital platform ที่ช่วยให้ผู้ป่วย สามารถทำงานร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยในการสร้างและปรับแผนการดูแลส่วนบุคคล รวมถึงการตั้งเป้าหมาย การเลือกวิธีการรักษา การนัดหมาย และการให้ข้อมูลป้อนกลับ

5) “Sensory-Inclusive” Care Environments & Wayfinding

การออกแบบพื้นที่ดูแลสุขภาพ ห้องพักรอ และวิธีการสื่อสารให้ครอบคลุมและรองรับบุคคลที่มีความต้องการทางประสาทสัมผัสที่หลากหลาย ความแตกต่างทางสติปัญญา (เช่น ออทิสซึม ภาวะสมองเสื่อม) หรือภูมิหลังทางวัฒนธรรม เช่น “ห้องเงียบ” ในแผนกฉุกเฉิน ระบบค้นหาเส้นทางที่ออกแบบด้วยภาพสัญลักษณ์ที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย แสง/เสียงที่ปรับได้ และงานศิลปะเฉพาะวัฒนธรรม

5.2 Compassionate Innovation to Improve Clinical Outcome

เป็นการสร้างนวัตกรรมที่ไม่เพียงแต่การรักษาโรค แต่ยังมุ่งเน้นไปที่สุขภาพองค์รวม (holistic well-being) ของผู้ป่วย โดยใช้ประโยชน์จาก Empathy & Human-centered design เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น การฟื้นตัวที่เร็วขึ้น และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยความตระหนักว่าปัจจัยทางอารมณ์ สังคม และจิตวิทยาส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย

1) Personalized Digital Health Coaching & Behavioral Support

AI-powered digital platforms or apps ซึ่งให้การโค้ชสุขภาพเฉพาะบุคคล ใช้ Motivational interview technique และการสะกิดพฤติกรรม (nudge) ซึ่งปรับให้เหมาะกับภาวะสุขภาพเฉพาะบุคคลของผู้ป่วย (เช่น โรคเบาหวาน หัวใจล้มเหลว การฟื้นฟูหลังการผ่าตัด) รูปแบบการเรียนรู้ และภูมิหลังทางวัฒนธรรม โดยก้าวข้ามการให้คำแนะนำต่างๆ ไป ไปสู่การทำความเข้าใจอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแต่ละบุคคลอย่างแท้จริง

2) Virtual Reality (VR) for Pain Management & Anxiety Reduction

การใช้ชุดหูฟัง VR เพื่อส่งมอบประสบการณ์ที่สมจริง ผ่อนคลาย หรือให้การบำบัดแก่ผู้ป่วยที่กำลังเข้ารับการรักษาที่เจ็บปวด (เช่น การดูแลแผล การทำเคมีบำบัด การทำกายภาพบำบัด) หรือผู้ป่วยที่มีอาการปวด/วิตกกังวลเรื้อรัง

3) Remote Patient Monitoring (RPM) with Human-in-the-Loop & Proactive Outreach

การนำอุปกรณ์ RPM ขั้นสูงมาใช้ (เช่น เครื่องชั่งน้ำหนักอัจฉริยะ เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดแบบต่อเนื่อง ป्लอกวัดความดันโลหิต) เพื่อส่งข้อมูลผู้ป่วยไปยังทีมแพทย์ เป็นการผสมผสานเทคโนโลยีเข้ากับการควบคุมดูแลโดยมนุษย์ ซึ่งก็คือผู้ประสานงานหรือพยาบาลเฉพาะทางที่คอยให้ความช่วยเหลือเชิงรุกโดยพิจารณาจากความผิดปกติของข้อมูลและสิ่งที่ผู้ป่วยรายงาน พร้อมให้คำแนะนำและกำหนดวิธีการดูแลตอบสนองเฉพาะบุคคล

4) “Therapeutic Environment Design” with Sensory Integration

การออกแบบห้องพักในโรงพยาบาล ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ หรือหน่วยดูแลผู้ป่วย ประคับประคอง ด้วย Integrated sensory elements ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยในการบำบัด และสร้างสภาวะ รวมถึงระบบแสงแบบไดนามิกที่เลียนแบบวัฏจักรแสงธรรมชาติ การจัดภูมิทัศน์เสียงที่ผสมผสานเสียงธรรมชาติที่ผ่อนคลาย การฉายภาพบนผนังแบบ Interactive และ Aromatherapy

5) Digital Platforms for Shared Decision-Making & Patient Empowerment

Interactive digital tools ที่นำเสนอข้อมูลทางการแพทย์ที่ซับซ้อน ทางเลือกในการรักษา และผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นในรูปแบบที่เข้าใจง่าย (เช่น วิดีโอ อินโฟกราฟิก ภาษาที่เรียบง่าย) และปรับให้เหมาะกับระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย เครื่องมือเหล่านี้ช่วยอำนวยความสะดวกในการสนทนาระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถระบุความต้องการ ค่านิยมที่ชัดเจน และตัดสินใจเลือกทางเลือกที่สอดคล้องกับความต้องการของตนเอง

6) Culture Hacking to Improve Evidence-based Practice

- ลดอุปสรรคในการเข้าถึง Evidence เช่น ใช้ EBP cheat sheet หรือ Digital library shortcut ซึ่งเชื่อมโยงกับ EHR
- ทำให้การพูดคุยเรื่องหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นเรื่องปกติ เช่น “Evidence question of the day” หรือ “Micro-dose journal club”
- ส่งเสริม Peer-to-peer learning และการทำทายอย่างสร้างสรรค์ เช่น ทำทายอย่างสุภาพว่า “หลักฐานสำหรับเรื่องนั้นคืออะไร?” เมื่อพบเห็นการปฏิบัติที่ดูเหมือนล้าสมัยหรือกำลังเป็นที่ถกเถียงกัน หรือจัดให้มี “มุมนิยามทางคลินิก” ที่ใช้โพสต์คำถามทางคลินิกที่หลักฐานไม่ชัดเจน และโพสต์คำตอบจากหมู่เพื่อน
- ทำให้การทำสิ่งที่ถูกต้องเป็นเรื่องง่าย เช่น “Best practice visual reminders” หรือ “Pre-shift best practice check”
- ผู้นำสนับสนุนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยการแบ่งปันเรื่องเล่าเกี่ยวกับการตัดสินใจทางคลินิกที่มีหลักฐานสนับสนุน

5.3 Compassionate Innovation for Patient Safety and High Reliability

1) Fostering a Culture of Psychological Safety & Open Reporting (Compassionate Openness)

“Just Culture” Reporting Platforms with AI Sentiment Analysis: ให้ AI วิเคราะห์ข้อความที่ได้รับจากระบบรายงาน (อุบัติการณ์ เหตุเกือบพลาด หรือประเด็นห่วงใยเรื่องความปลอดภัย) ค้นหาความรู้สึก (sentiment) ระบุแบบแผนของความคับข้องใจ ความกลัว หรือประเด็นเชิงระบบที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการรายงาน นำมาสู่การกำหนดจุดที่จะให้ความช่วยเหลือ

“Peer Support for Second Victims”: สร้างโปรแกรมที่เข้าถึงได้ง่ายสำหรับบุคลากร ซึ่งเป็น Second victim ที่ได้รับผลกระทบจากการเกิดอุบัติการณ์ต่อผู้ป่วย

2) Human-Centered Design for Error Prevention (Compassionate Design)

“Empathy Walk-Throughs” for Workflow Design: ก่อนที่จะนำขั้นตอนหรือเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ ให้เจ้าหน้าที่ (และผู้ป่วยจำลอง) ทดลองทำงาน (walk-through) ตามกระบวนการทั้งหมดจากมุมมองที่หลากหลาย ใช้การจำลอง VR/AR เพื่อเน้นย้ำถึงปัจจัยมนุษย์ที่อาจเกิดขึ้น เช่น ข้อผิดพลาด จุดอ่อนล้ำ หรือ Interface ที่สับสน

Patient/Family Co-Design of Safety Checklists: ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการออกแบบ Checklist หรือ Communication protocol สำหรับ High-risk transitions (เช่น คำแนะนำเมื่อจำหน่าย การตรวจสอบก่อนผ่าตัด)

3) Proactive Patient Engagement for Safety (Compassionate Partnership)

“Patient Safety Advocate” Digital Tools: มอบ App หรือ Platform ที่ใช้งานง่ายให้กับผู้ป่วย/ครอบครัว เพื่อเข้าถึงแผนการดูแล รายการยา และรายการคำถามเฉพาะบุคคลสำหรับถามระหว่างการรักษาหรือเปลี่ยนผู้ป่วย สิ่งนี้ช่วยให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถเป็นส่วนที่กระตือรือร้นในการดูแลความปลอดภัยของตนเอง

“Patient Perspective Simulation” for Staff Training: ใช้ห้องปฏิบัติการจำลองสถานการณ์ที่บุคลากรจะได้สัมผัสกับความรู้สึกของการเป็นผู้ป่วยในช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูง (เช่น การถูกย้ายจากเปลหามไปยังเตียง การได้รับคำแนะนำที่ซับซ้อนในขณะที่มีอาการเจ็บปวด)

4) AI-Driven Predictive Risk Assessment with Human Oversight (Compassionate Foresight)

Predictive Deterioration Algorithms: ใช้ AI วิเคราะห์ Real-time patient data (vitals, lab results, nurse notes) เพื่อคาดการณ์สัญญาณเริ่มต้นของ Clinical deterioration, Sepsis, Falls, หรือ Other Adverse Events (AE) ก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤต

AI for “Never Event” Hotspot Analysis: ใช้ AI เพื่อระบุแบบแผนจากรายงานอุบัติการณ์เพื่อคาดการณ์พื้นที่หรือช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด “Never events”

5) Continuous Learning & Adaptive Systems (Compassionate Evolution)

“Safety Huddles” with Digital Data Dashboards: การประชุมหารือของทีมแบบสั้น และสม่ำเสมอ (เช่น รายวัน) ที่บูรณาการกับ Real-time safety data dashboards (เช่น แนวนับการเกิด Near-miss, ปัญหาเรื่อง Patient flow, จำนวนบุคลากร).

Adaptive Learning Management Systems: E-learning platforms ที่มี การปรับปรุงอยู่ตลอดเวลาโดยอาศัยข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์ล่าสุด การวิเคราะห์เหตุเกือบพลาด และวิธีการปฏิบัติที่ดีใหม่ๆ

5.4 Compassionate Innovation for Efficiency and Waste Reduction

1) Advanced Predictive Analytics for Supply Chain & Inventory Management

การใช้ AI และ Machine learning เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการบริโภคในอดีต ปริมาณผู้ป่วย ขั้นตอนการรักษาที่กำลังจะเกิดขึ้น และแนวโน้มทางระบาดวิทยาแบบ Real-time เพื่อคาดการณ์ความต้องการที่แม่นยำ ปรับระบบการสำรองสินค้าคงคลังไปสู่การสำรองและ จัดหาที่เป็นพลวัตตามระดับอุปสงค์

2) Telehealth-Enabled “Hospital at Home” Programs

ใช้ประโยชน์จาก Remote monitoring technology, Virtual visits และทีมดูแล ที่บ้าน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันสำหรับอาการเฉพาะบางอาการ (เช่น โรคปอดบวม อาการกำเริบของหัวใจล้มเหลว) ที่บ้านของผู้ป่วย แทนที่จะต้องนอนบนเตียงในโรงพยาบาล

3) Smart Waste Segregation & “Reprocessing” Technologies

การนำถังขยะอัจฉริยะที่มีเซ็นเซอร์มาติดตั้งเพื่อช่วยเจ้าหน้าที่ในการแยกขยะอย่าง ถูกต้อง (เช่น ขยะอันตราย ขยะติดเชื้อ ขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล) และการลงทุนในเทคโนโลยีที่ Reprocess single-use medical devices อย่างปลอดภัยเพื่อนำกลับมาใช้ใหม่

4) AI-Optimized Surgical Scheduling & Operating Room Utilization

ใช้ AI และ Algorithm ขั้นสูงเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการผ่าตัดในอดีต ความต้องการ ของศัลยแพทย์ ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย และความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์ เพื่อสร้างตารางการผ่าตัด ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด วิธีนี้ช่วยลด “เวลาเปลี่ยนห้อง” และสร้างสมดุลให้กับภาระงาน

5) Digital Patient Engagement for Adherence & Preventive Care

การพัฒนา Application หรือ Platform สำหรับผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งให้ความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนบุคคล การแจ้งเตือนการใช้ยา การแจ้งเตือนการนัดหมาย และการติดตามอาการแบบ Interactive เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแผนการรักษาและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกัน เช่น Application จัดการโรคเบาหวานพร้อมการโค้ชส่วนตัว, Platform ติดตามความดันโลหิตสูง ที่เชื่อมต่อกับทีมดูแลเสมือนจริง

5.5 Compassionate Innovation for Healthcare Worker Wellbeing

1) AI-Powered Predictive Burnout & Stress Monitoring

การใช้ข้อมูลรวมที่ไม่ระบุตัวตนจากแบบแผนการทำงาน, Employee pulse survey และการวิเคราะห์ AI เพื่อระบุหน่วยงานหรือบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงที่จะหมดไฟหรือเกิดความเครียดก่อนที่จะกลายเป็นวิกฤต

2) Virtual Reality (VR) for Empathy & Stress Reduction

Empathy Training: การจำลองสถานการณ์ด้วย VR ที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ได้สัมผัสกับประสบการณ์ของผู้ป่วย (เช่น ความรู้สึกของการเป็นโรคสมองเสื่อม อาการปวดเรื้อรัง หรือการใช้ระบบการดูแลสุขภาพในฐานะสมาชิกในครอบครัว)

Stress Reduction: VR environments ที่ออกแบบมาสำหรับ “Meditation breaks” หรือ “Nature escapes” ซึ่งจะนำพาบุคลากรไปยังพื้นที่เสมือนจริงที่ผ่อนคลายเพื่อคลายเครียดในช่วงเวลางานที่วุ่นวาย

3) Peer-to-Peer Emotional Support & “Buddy Systems” with Digital Facilitation

การสร้างโปรแกรมสนับสนุนเพื่อนหรือ “ระบบเพื่อนช่วยเพื่อน” ที่มีโครงสร้างและอำนวยความสะดวก ซึ่งเข้าถึงและจัดการได้ง่าย ช่วยให้เพื่อนร่วมงานสามารถเชื่อมต่อกันเพื่อพูดคุยสรุปอารมณ์หลังจากเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ แบ่งปันกลยุทธ์การรับมือ หรือการพูดคุยติดตามผลเป็นประจำ

4) “Micro-Respite” & Automated Self-Care Nudges

สร้างเครื่องมือแจ้งเตือนเพื่อการดูแลตนเอง หรือให้มีโอกาสสำหรับการหยุดพักสั้นๆ (micro-respite) เช่น (1) Automated notifications เพื่อให้มีการพักตามกำหนดเวลา (2) Short (1-2 minute) guided mindfulness exercises ผ่านโทรศัพท์ (3) การแจ้งเตือน “Compassion break” บน EHRs หลังจากการทำงานบางอย่าง

5) “Meaning in Medicine” Digital Storytelling Platforms

Platform ภายในที่ปลอดภัย ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์สามารถแบ่งปันเรื่องราวการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ช่วงเวลาแห่งความหมาย ปัญหาทางจริยธรรม หรือการกระทำอันเปี่ยมด้วยความเห็นอกเห็นใจที่พวกเขาได้เห็นหรือกระทำ โดยไม่ระบุตัวตน (หรือได้รับความยินยอม) เรื่องราวเหล่านี้สามารถอ่าน แสดงความคิดเห็น และร่วมเฉลิมฉลองได้

5.6 Compassionate Innovation to Enhance Healthcare Equity

1) AI-Powered “Social Determinants of Health” (SDOH) Screening & Resource Navigation

การผสมรวมเครื่องมือที่ขับเคลื่อนด้วย AI เข้ากับระบบ EHR หรือกระบวนการรับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยคัดกรองปัจจัย SDOH อย่างชาญฉลาด (เช่น ความไม่มั่นคงทางอาหาร ความไม่มั่นคงด้านที่อยู่อาศัย อุปสรรคด้านการเดินทาง ช่องว่างด้านความรู้ความเข้าใจทางดิจิทัล) ระหว่างการเข้ารับการตรวจตามปกติ จากนั้น AI จะเชื่อมโยงผู้ป่วยกับทรัพยากรชุมชนที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่น และอำนวยความสะดวกในการส่งต่อผู้ป่วย

2) Culturally Tailored Telemedicine Kiosks/Hubs in Underserved Communities

การจัดตั้ง User-friendly telemedicine kiosks ในจุดที่ตั้งในชุมชนที่วางใจได้ (เช่น ศูนย์ชุมชน ห้องสมุด องค์กรทางศาสนา ร้านค้าทั่วไปในชุมชน) ให้การปรึกษาออนไลน์ที่ปลอดภัยและเป็นส่วนตัว

3) Mobile Healthcare Units with Integrated Social Support Services

การให้บริการด้วยคลินิกเคลื่อนที่ซึ่งมีอุปกรณ์ครบครันสำหรับการดูแลทางการแพทย์เบื้องต้น (เช่น การฉีดวัคซีน การคัดกรอง การจัดการโรคเรื้อรัง) รวมถึงนักสังคมสงเคราะห์ ประจํารถ นักปรึกษาสุขภาพจิต และการเชื่อมต่อกับธนาคารอาหาร การสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัย และความช่วยเหลือทางกฎหมาย

4) “Health Literacy Chatbots” with Multilingual & Accessible Formats

การพัฒนา AI-powered chatbots หรือระบบตอบรับอัตโนมัติ (IVR) ที่ให้ข้อมูลสุขภาพที่เชื่อถือได้และเข้าใจง่ายในหลากหลายภาษาและรูปแบบ (เช่น ข้อความธรรมดา เสียง ภาพ) เครื่องมือเหล่านี้สามารถตอบคำถามทั่วไปเกี่ยวกับยา โรค การนัดหมาย หรือการดูแลป้องกัน

5) Participatory Design & Community Co-Creation of Health Interventions

แทนที่จะออกแบบโปรแกรมสุขภาพให้กับ (for) ชุมชน นวัตกรรมนี้สร้างการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังกับสมาชิกชุมชน (โดยเฉพาะกลุ่มชายขอบ) ในฐานะ Co-creator ในการออกแบบ การดำเนินงาน และการประเมินผลการดูแลสุขภาพและบริการต่างๆ ซึ่งอาจใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น Design thinking workshop, Focus groups, และคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน (เช่น ความร่วมมือกับชุมชนพื้นเมืองเพื่อพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม)

ตัวอย่างที่กล่าวมาอาจจะดูว่าต้องอาศัย Digital technology ค่อนข้างมาก ก็เพียงอาศัยเครื่องมือแห่งยุคสมัยมาจุดประกายให้เกิดความคิดใหม่ๆ ในการสร้างนวัตกรรมจริงนั้นเราอาจใช้ความคิดสร้างสรรค์ของเรา สร้างนวัตกรรมที่มีความหลากหลายมากกว่าตัวอย่างข้างต้น

2.2 มองไกลอย่างมีหัวใจ: Quality & Safety Foresight กับความท้าทายของระบบสุขภาพไทย

ดร.การติ เลียวไพโรจน์, สุนันฐา พงษ์เจริญ, วิพัตรา โตเต็มโชคชัยการ
ศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา FutureTales lab
พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ, พญ.เอกจิตรา สุขกุล, นาดนภา คำลอยฟ้า
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ระบบบริการสุขภาพของไทยกำลังเผชิญแรงกดดันรอบด้านพร้อมกัน ทั้งสังคมสูงวัย ภาระโรคเรื้อรัง วิกฤตบุคลากร งบประมาณที่ตึงตัว ความเหลื่อมล้ำ และความคาดหวังของประชาชนต่อคุณภาพ ความโปร่งใส และความเป็นธรรม ขณะเดียวกันยังต้องรับมือความเสี่ยงใหม่จากสภาพภูมิอากาศ มลพิษ ภัยพิบัติ และการแข่งขันด้านสุขภาพในภูมิภาค บริบทเช่นนี้ทำให้ “คุณภาพและความปลอดภัย” ไม่อาจมองเพียงระดับโรงพยาบาล แต่ต้องมองเป็น “ระบบนิเวศ” ที่เชื่อมโยงหลายภาคส่วนผ่านนโยบาย โครงสร้างพื้นฐาน เทคโนโลยี และประสบการณ์จริงของผู้คน คำถามสำคัญจึงไม่ใช่แค่การคงมาตรฐานในวันนี้ แต่คืออนาคตของระบบคุณภาพและความปลอดภัยไทยจะเดินไปทางใด หากปล่อยตามแรงเฉื่อย หรือหากร่วมกันขยับ เราจะออกแบบภาพอนาคตที่พึงประสงค์ซึ่งตั้งอยู่บนความไว้วางใจ เมตตา และนวัตกรรมที่ใส่ใจได้อย่างไร

ภายใต้โจทย์นี้ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. จึงร่วมกับทีมวิจัยจาก FutureTales Lab พัฒนางานศึกษาดับ “อนาคตของคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพประเทศไทยเพื่อความยั่งยืน” โดยใช้กรอบคิดแบบ Foresight เพื่อมองไปข้างหน้าอย่างเป็นระบบ ตั้งคำถามว่า เราจะคาดการณ์และเตรียมความพร้อมด้านคุณภาพและความปลอดภัยของระบบสุขภาพไทยในบริบทที่ไม่แน่นอน และซับซ้อนขึ้นเรื่อยๆ ได้อย่างไร จะสร้าง “นวัตกรรมที่เปี่ยมไปด้วยความใส่ใจ (Compassionate Innovation)” ให้เป็นพลังขับเคลื่อนจริง ไม่ใช่เพียงคำขวัญ และจะเชื่อมโยงของผู้รับบริการ บุคลากรสุขภาพ และผู้กำกับดูแลให้ล้อมวงกันอยู่บน “ภาพอนาคตร่วมเดียวกัน” ได้อย่างไร บทความนี้ถ่ายทอดสาระสำคัญจากงานวิจัยดังกล่าวในรูปแบบ “วิชาการเชิงเล่าเรื่อง” เพื่อชวนผู้อ่านในชุมชน HA มองเห็นทั้งภาพใหญ่เชิงระบบ เรื่องเล่าของผู้คน และบทเรียนเชิงปฏิบัติที่สามารถนำไปต่อยอดในบริบทของตนเองได้จริง ภายใต้แนวคิด Compassionate Innovation: Shaping the Future of Care

1. กรอบแนวคิด 4 ชั้น 10 มิติของระบบคุณภาพและความปลอดภัย

เพื่อไม่ให้เกิดการพูดถึง “คุณภาพและความปลอดภัย” จำกัดอยู่เพียงในกรอบของมาตรฐาน และตัวชี้วัด งานวิจัยฉบับนี้จึงพัฒนากกรอบแนวคิดที่มองระบบในสี่ชั้น รวมถึงมิติที่เชื่อมโยงกัน

ชั้นแรก คือ “แกนกลางของระบบ” (Core System Layer) สะท้อนเป้าหมายสูงสุดของระบบบริการสุขภาพไทย ได้แก่ คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร การลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และการเรียนรู้จากเหตุการณ์จริง รวมถึงการขยับจากการเน้นปริมาณบริการ ไปสู่การมองผลลัพธ์และคุณค่าที่เกิดขึ้นกับชีวิตผู้คน

ชั้นที่สอง คือ “การปฏิสัมพันธ์ภายในระบบ” (Interaction Layer) ซึ่งทำให้เป้าหมายด้านคุณภาพและความปลอดภัยเกิดขึ้นจริงในหน้างาน ผ่านการปฏิสัมพันธ์ของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และโครงสร้างพื้นฐานการดำเนินงาน ผู้ให้บริการคือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำงานภายใต้ภาระงานสูงและการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง หากไม่มีการสนับสนุนที่ดี “คุณภาพ” ก็ยากจะฝังรากอย่างยั่งยืน ผู้รับบริการคือผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชน ที่ต้องการบริการที่ปลอดภัย เป็นธรรม และเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ขณะที่โครงสร้างพื้นฐานทั้งอาคาร ระบบป้องกันการติดเชื้อ เครื่องมือแพทย์ เวชระเบียน และระบบสารสนเทศ ทำหน้าที่เป็นเวทีที่หล่อเลี้ยงหรือบั่นทอนคุณภาพได้ในเวลาเดียวกัน

ชั้นที่สาม คือ “กลไกสนับสนุนการทำงาน” (Enabling Layer) ประกอบด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านสุขภาพ เช่น Digital health, Telemedicine, AI, Robotics, IoT และระบบวิเคราะห์ข้อมูลขั้นสูง ซึ่งเปิดโอกาสใหม่ในการยกระดับคุณภาพและความปลอดภัย แต่ก็สร้างโจทย์ใหม่ด้านความปลอดภัยของข้อมูล จริยธรรม และความพร้อมของบุคลากร อีกมิติหนึ่งคือ นโยบายและการกำกับดูแล ทั้งมาตรฐาน HA มาตรฐานสากล นโยบาย UHC แนวคิด Value-based Healthcare และ 3P Safety ซึ่งเปรียบเสมือน “ราง” ที่กำหนดว่าระบบคุณภาพจะมุ่งไปสู่การตรวจสอบย้อนหลัง หรือก้าวไปสู่การเรียนรู้เชิงระบบ

ชั้นสุดท้าย คือ “บริบทและแรงกดดันภายนอก” (Outer Context Layer) ซึ่งครอบคลุมทั้งผลกระทบจาก Climate Change มลพิษ ภัยพิบัติ และวาระด้าน Green Hospital ตลอดจนบริบทเศรษฐกิจสุขภาพ งบประมาณ ความสามารถในการแข่งขันด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โครงสร้างสังคมสูงวัย การย้ายถิ่นของแรงงาน และความเหลื่อมล้ำเชิงพื้นที่ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านค่านิยมและความคาดหวังของประชาชน ทั้งเรื่องสิทธิผู้ป่วย ความโปร่งใส การมีส่วนร่วม และความยั่งยืน ล้วนเป็นแรงขับที่ผลักดันให้ระบบคุณภาพต้องขยับจาก “ทำเพราะจำเป็น” ไปสู่ “ทำเพราะเชื่อมร่วมกัน”

กรอบ 4 ชั้น 10 มิตินี้ทำหน้าที่เป็นทั้งเลนส์สำหรับสำรวจอนาคต และโครงสร้างสำหรับจัดกลุ่มสัญญาณเป็น Mega Trend สกัด Drivers of Change และออกแบบฉากทัศน์อนาคต และเส้นทางการเปลี่ยนผ่านในลำดับถัดไป

จากสัญญาณและ Mega Trend สู่อากทัศน์อนาคต 5 ภาพ

บนพื้นฐานกรอบแนวคิดดังกล่าว ทีมวิจัยได้รวบรวมสัญญาณการเปลี่ยนแปลงจากแหล่งข้อมูลสากล งานวิชาการ นโยบายระดับประเทศ และสถานการณ์จริงในระบบสุขภาพไทย เพื่อนำเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลายกลุ่ม จัดกลุ่มสัญญาณเป็น Mega Trend และระบุปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญ

ปัจจัยขับเคลื่อนที่ถูกระบุ ได้แก่ การเปลี่ยนโครงสร้างกำลังคนสู่ทีมผสมคน-AI-หุ่นยนต์ การเร่งตัวของ Digital Health และการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ การขยายสู่การกำกับคุณภาพเชิงคาดการณ์และเชิงระบบ ความเปราะบางจากวิกฤตสภาพภูมิอากาศที่ทำให้ Hospital Resilience สำคัญขึ้น ตลอดจนความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการและ Digital Divide รวมถึงความคาดหวังที่สูงขึ้นต่อสิทธิผู้ป่วย ความโปร่งใส และความยั่งยืน

Drivers เหล่านี้ถูกนำไปใช้ใน Morphological Box เพื่อสำรวจชุดทางเลือกของอนาคตในมิติต่างๆ เช่น โครงสร้างการเงิน หลักเกณฑ์การรับรองบทบาทของชุมชน ระดับการใช้เทคโนโลยี และรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างผู้เล่น ก่อนจะประกอบรวมกันเป็นฉากทัศน์อนาคต (plausible scenarios) ห้าภาพ ที่วางเรียงอยู่บนแกน “ความไว้วางใจ การเรียนรู้ และความร่วมมือ”

2. จากเงาแห่งความไม่ไว้วางใจ สู่ที่สุดของความเชื่อมั่น

ฉากทัศน์ที่หนึ่ง “เงาแห่งความไม่ไว้วางใจ” (Shadows of Distrust) สะท้อนระบบสุขภาพที่ระบบคุณภาพหลุดออกจากหัวใจไปไกล การรับรองคุณภาพกลายเป็นพิธีกรรมด้านเอกสาร โรงพยาบาลจำนวนมากเตรียมตัวเพื่อ “ผ่านเกณฑ์” มากกว่ามองว่าผู้ป่วยปลอดภัยขึ้นหรือไม่ โรงพยาบาลชุมชนขาดคน ขาดงบประมาณ และขาดระบบสนับสนุน เทคโนโลยีถูกใช้แบบต่างคนต่างทำ เกิด Data Silos ที่ทำให้การติดตามคุณภาพระดับระบบทำได้ยาก ประชาชนหันไปพึ่งรีวิวในแพลตฟอร์มออนไลน์ ขณะที่ช่องทางสื่อสารอย่างเป็นทางการยังจำกัด ความรู้สึกไม่มั่นใจจึงค่อยๆ สะสมในทั้งผู้ป่วย บุคลากร และสังคม

ฉากทัศน์ที่สอง “เสียงแห่งความพยายาม” (Echoes of Effort) คือช่วงเวลาที่ระบบเริ่มขยับตัวออกจากเงาแห่งความไม่ไว้วางใจ มีเครือข่ายเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลในบางพื้นที่ มีโครงการที่เชื่อมโยงชุมชน อสม. ผู้ดูแล และหน่วยงานท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทสำคัญ หน่วยงานกลางเริ่มพัฒนา Health Data Hub และทดลองงบประมาณแบบ Outcome-based ในบางประเด็นคุณภาพ อย่างไรก็ตาม ความพยายามเหล่านี้ยังคงกระจายเป็นหย่อมๆ และเปราะบาง ขยายผลในระดับระบบได้จำกัด เพราะยังติดข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กร

ฉากทัศน์ที่สาม “จุดเปลี่ยนแห่งการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง” (Turning Point of Improvement) แสดงภาพระบบที่เริ่มสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ร่วมอย่างจริงจัง แนวคิด Psychological Safety ถูกนำมาใช้ ทำให้บุคลากรกล้าพูดถึงข้อผิดพลาดและปัญหาโดยไม่ถูก

ดำเนิน การประชุมทบทวนเหตุการณ์เปลี่ยนจากการหาคนผิดไปสู่การหาปัจจัยเชิงระบบ ระบบดิจิทัลเริ่มมีมาตรฐานร่วม ข้อมูลผู้ป่วยเคลื่อนที่ตามคนไข้ได้อย่างเหมาะสม ลดความซ้ำซ้อนของการตรวจและการบันทึก ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการยอมรับและสนับสนุนให้เป็นส่วนหนึ่งของทีมดูแล การรับรองคุณภาพขยายจากรอบการตรวจเฉพาะช่วง ไปสู่กระบวนการติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยใช้ข้อมูลจริงเป็นฐาน ทำให้ทั้งผู้บริหารและบุคลากรมองระบบคุณภาพในฐานะเครื่องมือพัฒนาองค์กร ไม่ใช่ภาระงาน

ฉากทัศน์ที่สี่ “แสงแห่งความร่วมมือ” (Light of Collaboration) สะท้อนยุคที่ความร่วมมือกลายเป็นโครงสร้างหลักของระบบคุณภาพ ภาครัฐ เอกชน และชุมชนทำงานประสานกัน ระบบข้อมูลสุขภาพระดับชาติถูกออกแบบให้เชื่อมโยงโรงพยาบาล คลินิก และบริการในชุมชน การรับรองคุณภาพพัฒนาไปสู่ Predictive Accreditation ที่ใช้ข้อมูลจริงในการคาดการณ์ความเสี่ยงและเสนอแนวทางเชิงป้องกัน งบประมาณด้านสุขภาพขยับไปสู่ Value-based Financing ที่ให้รางวัลกับผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความเป็นธรรม เกิดแพลตฟอร์ม Open Quality ที่เปิดให้หน่วยบริการเรียนรู้จากกันและกันแบบเรียลไทม์ ความไว้วางใจของประชาชนค่อยๆ ฟื้นกลับมาเมื่อเห็นทั้งความโปร่งใสและความร่วมมือที่จับต้องได้

ฉากทัศน์ที่ห้า “ที่สุดของความเชื่อมั่น” (Ultimatum of Trust) คือภาพของระบบที่คุณภาพและความปลอดภัยกลายเป็นวัฒนธรรมร่วมทั้งระบบ บุคลากรถูกยกระดับให้เป็นผู้นำเชิงคุณภาพ มีระบบสนับสนุนด้านข้อมูล เทคโนโลยี และสุขภาพะจิตใจ ปัญญาประดิษฐ์และระบบอัจฉริยะทำงานเคียงข้างมนุษย์ ช่วยวิเคราะห์ความเสี่ยงและออกแบบมาตรการป้องกัน แต่การตัดสินใจยังคงยึดมนุษย์และบริบทเป็นศูนย์กลาง มาตรฐานคุณภาพเติบโตไปสู่ Trust-based Accreditation ที่เน้นความรับผิดชอบร่วมและการสนับสนุนกัน ประชาชนมีส่วนร่วมทั้งระดับนโยบายและระดับพื้นที่ เสียงของกลุ่มเปราะบางถูกนับเป็นข้อมูลคุณภาพอย่างแท้จริง ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรจึงกลายเป็นเรื่องปกติในทุกวัน

จากห้าฉากทัศน์นี้จะเห็นว่า “Compassionate Innovation” ไม่ได้อยู่ที่เทคโนโลยีเพียงอย่างเดียว หากอยู่ที่การสร้าง ความไว้วางใจ การเปิดพื้นที่เรียนรู้จากความผิดพลาด และการใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีเพื่อเสริมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

3. เสียงของผู้คนที่เราไม่ควรมองข้าม

เพื่อให้ฉากทัศน์ไม่ลอยอยู่เพียงบนโครงสร้างและนโยบาย ทีมวิจัยได้ออกแบบ Future Personas ห้าคน แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักของระบบสุขภาพไทยในอีกสิบปีข้างหน้า

ฟ้า เยาวชนอายุ 16 ปี จากครอบครัวรายได้น้อยในต่างจังหวัด เดือดโตนากับโลกดิจิทัล ใช้ออนไลน์ทั้งเพื่อเรียน ทำงานพาร์ทไทม์ และหาข้อมูลสุขภาพ แต่เผชิญข้อจำกัดด้านทรัพยากร โอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และความเสี่ยงต่อภาวะเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล ฟ้าต้องการระบบ

สุขภาพที่เข้าถึงง่าย เท่าเทียม และสร้างความเชื่อมั่นได้ โดยเฉพาะบริการสุขภาพดิจิทัล และสุขภาพจิตที่เป็นมิตรกับเยาวชน

เหิงยีน แรงงานข้ามชาติวัย 29 ปี ทำงานในโรงงานในไทย ส่งเงินกลับบ้านประเทศต้นทาง ต้องฝ่าด่านภาษา กฎหมาย เอกสาร และความรู้สึกว่าเป็น “คนนอกระบบ” สุขภาพกายเสี่ยงจากงานหนักและเวลาพักผ่อนน้อย แม้จะมีระบบประกันบางส่วน แต่ความเข้าใจและความเชื่อมั่นต่อระบบยังไม่ชัดเจน เขาต้องการระบบที่เป็นธรรม ครอบคลุม และเป็นมิตรต่อแรงงานข้ามชาติ

นิชา วัย 51 ปี เป็นผู้บริหารระดับกลางที่ต้องรับมือกับทุกการทำงานและการดูแลพ่อแม่สูงอายุควบคู่ไปกับการดูแลลูก เธออยู่ท่ามกลางการประสานบริการระยะยาวทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจากความเครียดและเวลาทำงานยาวนาน นิชาคาดหวังระบบที่เชื่อถือได้ มีมาตรฐานการดูแลต่อเนื่อง และช่วยแบ่งเบาภาระของผู้ดูแล

พิมพ์ วัย 37 ปี เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่คุ้นเคยกับเทคโนโลยี แต่ต้องทำงานภายใต้ภาระงานสูง ตัวชี้วัดและเอกสารจำนวนมาก พร้อมกับความคาดหวังที่สูงขึ้นของประชาชน เธอต้องรักษาสมดุลระหว่างมาตรฐานคุณภาพ ความปลอดภัย ภาระงานจริง และการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง

คุณอรุณ วัย 45 ปี เป็นผู้เยี่ยมสำรวจและภาคีคุณภาพที่ทำหน้าที่เชื่อมระหว่างมาตรฐานระบบบริการ เทคโนโลยี และประสบการณ์จริงของผู้ป่วยและบุคลากร เขาต้องคอยทบทวนอยู่เสมอว่าสิ่งที่ทำช่วยให้ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัยขึ้นจริงหรือไม่

เมื่อให้ทั้งห้าคน “ใช้ชีวิต” อยู่ในแต่ละฉากทัศน์ เราจะเห็นมิติของคุณภาพและความปลอดภัยในระดับประสบการณ์ชัดเจนขึ้น ในเงาแห่งความไม่ไว้วางใจ ฟังรู้สึกว่ายิ่งอ่านข้อมูลออนไลน์ยิ่งสับสน เหิงยีนลี้เลอะจะไปโรงพยาบาลเพราะกลัวไม่เท่าเทียม นิชาตัดสินใจภายใต้ความกังวล พิมพ์รู้สึกว่ารระบบคุณภาพกำลังจับผิดมากกว่าสนับสนุน ส่วนคุณอรุณก็เริ่มตั้งคำถามว่ามาตรฐานยังมีความหมายอยู่แค่ไหน

เมื่อระบบขยับสู่เสียงแห่งความพยายาม ทุกคนเริ่มเห็นสัญญาณบวกบางประการ ฟ้าเห็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน เหิงยีนเริ่มพบกลุ่มและการอธิบายสิทธิที่ดีขึ้น นิชาเริ่มมีเครื่องมือช่วยติดตามสุขภาพพ่อแม่ พิมพ์มีช่องทางแบ่งปันประสบการณ์คุณภาพ คุณอรุณเห็นการใช้ข้อมูลจริงมาปรับมาตรฐาน แต่ก็ยังรู้สึกว่าความพยายามเหล่านี้ยังไม่เข้มแข็งพอ

ในจุดเปลี่ยนแห่งการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เสียงของทั้งห้าคนพูดถึง “การเรียนรู้จากข้อผิดพลาด” มากขึ้น ฟังรู้สึกว่ารระบบไม่ปกปิดปัญหา เหิงยีนสัมผัสว่าข้อเสนอแนะของตนส่งผลจริง นิชา รู้สึกว่าเธอไม่ได้ดูแลครอบครัวลำพัง พิมพ์รู้สึกว่ารระบบคุณภาพอยู่ข้างทีม ไม่ได้อยู่เหนือหัว ส่วนคุณอรุณเห็นการเยี่ยมสำรวจที่กลายเป็นวงเรียนรู้ร่วมกัน

ในแสงแห่งความร่วมมือ ทั้งห้าคนสะท้อนภาพ “ทีมเดียวกัน” ที่เชื่อมโยงโรงพยาบาล ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานกำกับเข้าด้วยกัน

ส่วนในที่สุดของความเชื่อมั่น ทุกคนต่างพูดถึง “ศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์” ว่าเป็น

หัวใจของระบบคุณภาพ ฟ้าไม่กลัวโรงพยาบาล เหยียนรู้สึกรู้ว่าไม่ใช่คนนอก นิยามันใจว่าคุณภาพชีวิตของครอบครัวได้รับการปกป้อง พิมพ์ทำงานด้วยความภูมิใจ และคุณอรุณเห็นมาตรฐานคุณภาพในฐานะพื้นที่แห่งความไว้วางใจและความร่วมมือ

4. ระบบคุณภาพในฐานะระบบนิเวศแห่งความไว้วางใจ

ภาพอนาคตที่พึงประสงค์สะท้อนว่า ระบบคุณภาพควรเป็น “ระบบนิเวศการเรียนรู้” ที่ใช้ข้อมูลคุณภาพและความปลอดภัยจากหน่วยบริการทุกระดับเพื่อเรียนรู้ร่วมกัน เปิดพื้นที่แลกเปลี่ยนทั้งความสำเร็จและข้อผิดพลาด โดยเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ถูกใช้เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนา ไม่ใช่การกล่าวโทษ

องค์กรต้องสร้างวัฒนธรรมความไว้วางใจและ Psychological Safety ให้บุคลากรกล้าเล่าปัญหา ผู้นำยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยเป็นยุทธศาสตร์หลัก และสื่อสารอย่างโปร่งใส จริงใจ

ด้านเทคโนโลยีและข้อมูล ภาพอนาคตที่พึงประสงค์มองเทคโนโลยีและ AI ในฐานะ “เพื่อนร่วมทีมที่เมตตา” ช่วยลดภาระงานซ้ำซ้อน เพิ่มเวลาคุณภาพระหว่างคนกับคน และช่วยให้ตัดสินใจแม่นยำขึ้น ระบบข้อมูลสุขภาพเชื่อมโยงกันอย่างปลอดภัย มีมาตรการด้าน Cybersecurity และเคารพสิทธิผู้ป่วย เทคโนโลยีช่วยให้การเฝ้าระวังและวิเคราะห์ความเสี่ยงทำได้รวดเร็วขึ้น แต่ไม่แทนที่การตัดสินใจเชิงมนุษย์

ในมิติของความเป็นธรรมและการมีส่วนร่วม ระบบคุณภาพที่พึงประสงค์จะต้องไม่ปล่อยให้ใครหลุดออกจากเรดาร์ของระบบ ทั้งในเชิงพื้นที่ ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานะทางกฎหมาย และรูปแบบความเปราะบางใหม่ ประชาชนทุกกลุ่มจะต้องมีช่องทางเสนอความคิดเห็น ร่วมกำหนดมาตรฐาน และติดตามข้อมูลด้านคุณภาพ และเสียงของเยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และแรงงานข้ามชาติจะถูกนับเป็นข้อมูลคุณภาพที่ใช้จริง

5. จากภาพฝันสู่การลงมือทำ

เพื่อให้ภาพอนาคตที่พึงประสงค์ไม่กลายเป็นเพียง “แผนที่บนผนัง” งานวิจัยฉบับนี้ได้ทำ Gap Analysis เปรียบเทียบสถานการณ์ปัจจุบันกับภาพอนาคตในปี พ.ศ. 2578 แล้วออกแบบ Guide to Action สำหรับผู้เล่นหลักแต่ละกลุ่ม โดยมองพร้อมกันสามมิติ คือ วันนี้เราอยู่ตรงไหน ใครต้องขยับบทบาทอะไรบ้าง และจะออกแบบการเปลี่ยนผ่านอย่างไรไม่ให้เพิ่มภาระงาน แต่เพิ่มศักยภาพของระบบ

สำหรับ สรพ. และภาคีคุณภาพ ระยะสั้น คือ การทำให้ชุดความรู้และบทเรียนที่มีอยู่ “มองเห็นง่าย ใช้งานง่าย” ผ่านช่องทางและรูปแบบที่หลากหลาย พร้อมสร้างพื้นที่แลกเปลี่ยน

เรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลให้เป็นกิจวัตร ควบคู่กับการเสริมทักษะ Foresight และการใช้ข้อมูลเชิงระบบให้กับทีมคุณภาพและผู้เยี่ยมสำรวจ ระยะกลางทดลองโมเดล Predictive และ Trust-based Accreditation ในพื้นที่นำร่อง และพัฒนาเครื่องมือเยี่ยมสำรวจที่เน้นบทบาทการเป็นโค้ชเชิงระบบ ส่วนระยะยาวคือการขยายบทบาทไปสู่การออกแบบ “ระบบนิเวศการเรียนรู้เชิงคุณภาพระดับประเทศ”

สำหรับหน่วยบริการสุขภาพ ระยะสั้นเน้นสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้จากเหตุการณ์จริง เปิดเวทีปลอดภัยให้ทุกวิชาชีพสะท้อนปัญหา เชื่อมทีมคุณภาพเข้ากับงานประจำวัน ระยะกลางลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัล ใช้ข้อมูลจริงเป็นฐานในการตัดสินใจ และออกแบบบริการที่ตอบโจทย์กลุ่มเปราะบางมากขึ้น ระยะยาวพัฒนาองค์กรให้เป็น Learning Health Organization ที่คุณภาพและความปลอดภัยฝังอยู่ในทุกมิติของการวางแผน งบประมาณ และการพัฒนาบุคลากร

ในระดับหน่วยงานกำกับและกำหนดนโยบาย แนวทางสำคัญ คือ การปรับระบบการเงิน และตัวชี้วัดให้ขยายไปสู่การให้รางวัลกับผลลัพธ์ด้านคุณภาพ ความปลอดภัย และความเป็นธรรม ทบทวนกฎหมายและระเบียบให้เท่าทันเทคโนโลยีและรูปแบบบริการใหม่ โดยไม่ลดทอนหลักการด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม และเปิดโอกาสให้ชุมชนและประชาชนเข้ามามีบทบาทในการกำกับดูแลอย่างมีความหมาย

สำหรับภาคประชาชน ชุมชน และภาคการศึกษา แนวทางสำคัญคือการเสริม Health Literacy และ Digital Literacy ให้กับประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง การสร้างช่องทางให้เสียงของผู้ป่วย ผู้ดูแล และแรงงานข้ามชาติถูกนำมาใช้จริงในการออกแบบบริการ และการบูรณาการประเด็นคุณภาพ ความปลอดภัย จริยธรรม และ Foresight เข้าไปในหลักสูตรผลิตบุคลากรสุขภาพรุ่นใหม่

ภาพรวมของ Guide to Action สะท้อนแนวคิดว่าการเดินไปสู่อนาคตอีกสิบปีข้างหน้า ไม่อาจทำได้ด้วยการเปลี่ยนเฉพาะคนหรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง หากต้องอาศัย “การขยับพร้อมกันของทั้งระบบ” ภายใต้แนวคิด Compassionate Innovation

6. Compassionate Innovation ในฐานะทัศนคติร่วมของทั้งระบบ

เมื่อมองย้อนจากปี พ.ศ. 2578 กลับมาสู่ปัจจุบัน งานวิจัยฉบับนี้ชวนให้เห็นอย่างน้อยสามประเด็นสำคัญ

ประการแรก คุณภาพและความปลอดภัยแยกจาก “ความไว้วางใจ” ไม่ได้ ต่อให้มีมาตรฐานละเอียดและตัวชี้วัดครบ หากขาดความโปร่งใส การสื่อสารที่จริงใจ และพื้นที่ให้เรียนรู้ร่วมกัน ความไว้วางใจของทั้งประชาชนและบุคลากรก็จะค่อยๆ สึกกร่อน

ประการที่สอง เทคโนโลยีจะเป็น “เครื่องมือของความใส่ใจ” หรือ “ภาระของคนทำงาน” ขึ้นอยู่กับวิธีออกแบบ หากออกแบบโดยฟังเสียงผู้ใช้จริง เทคโนโลยีจะกลายเป็นเพื่อนร่วมทีมที่ช่วยลดงานซ้ำซ้อน เพิ่มเวลาคุณภาพระหว่างคนกับคน และช่วยให้ตัดสินใจได้แม่นยำขึ้น แต่หากออกแบบโดยไม่คำนึงถึงภาระงานและบริบทเดียวกันนั้นอาจกลายเป็นแหล่งความเครียดและความไม่ไว้วางใจรูปแบบใหม่

ประการที่สาม อนาคตที่พึงประสงค์ไม่ได้เกิดจากโครงการใหญ่เพียงไม่กี่ชิ้น หากเกิดจากการตัดสินใจเล็กๆ ในทุกวัน ตั้งแต่การเปิดพื้นที่ให้ทีมได้คุยกันเรื่องเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การออกแบบบริการให้กลุ่มเปราะบางเข้าถึงง่าย การดูแลสุขภาวะของบุคลากร ไปจนถึงการสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย การตัดสินใจเล็กๆ เหล่านี้เมื่อสะสมต่อเนื่อง จะกลายเป็นพลังขับเคลื่อนระบบคุณภาพและความปลอดภัยในระยะยาว

สำหรับชุมชน HA บทเรียนจากงานวิจัยนี้อาจสรุปได้อย่างกระชับว่า คุณภาพคือ “ความสัมพันธ์” ระหว่างคนกับคนและระหว่างระบบกับข้อมูล ความปลอดภัยคือ “ความรับผิดชอบร่วม” ของทุกภาคส่วน และ Compassionate Innovation คือ “ทัศนคติร่วมของทั้งระบบ” ที่มองเทคโนโลยีเป็นเพื่อนร่วมทีม และมองมนุษย์ทุกคนในระบบสุขภาพด้วยสายตาแห่งความไว้วางใจและความเมตตา

ท้ายที่สุด อนาคตของคุณภาพและความปลอดภัยของระบบสุขภาพไทย จะไม่ได้ถูกกำหนดเพียงจากฉากทัศน์บนกระดาษหรือแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ หากแต่ถูกกำหนดจากการเลือกของเราทุกคนในวันนี้ ว่าเราจะสร้าง “ระบบที่เน้นการตรวจสอบย้อนหลัง” หรือ “ระบบที่เรียนรู้ มองไกล และดูแลกันด้วยหัวใจที่มีทั้งมาตรฐานและความเมตตา” ไปพร้อมกันในทุกก้าวต่อจากนี้

2.3 IHI Innovation System กับการพัฒนาคุณภาพ สู่การเรียนรู้เชิงระบบ

ทพญ.รตนอร จูห้อง

ผู้อำนวยการโครงการ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

รุ่งนภา บุชบง

นักวิชาการระบบคุณภาพชำนาญการ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา “นวัตกรรม” กลายเป็นคำสำคัญในระบบบริการสุขภาพ ไม่ว่าจะอยู่ในบริบทของเทคโนโลยีดิจิทัล รูปแบบบริการใหม่ และการจัดการ อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์จากหน้างานจำนวนมากไม่น้อยสะท้อนว่า สิ่งใหม่ที่ถูกพัฒนาขึ้นไม่ได้ฝังตัวอยู่ในระบบการทำงานอย่างยั่งยืน และบางครั้งจางหายไปเมื่อโครงการหรือบุคลากรเปลี่ยนแปลง

สถานการณ์ดังกล่าวอาจชวนให้ตั้งคำถามว่า ประเด็นสำคัญอาจมิได้อยู่ที่การมีหรือไม่มีนวัตกรรม หากแต่อยู่ที่ความสามารถของระบบในการเรียนรู้จากสิ่งใหม่ และปรับตัวอย่างต่อเนื่องภายใต้บริบทการทำงานจริงในขณะเดียวกัน การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพในระยะหลังให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของผู้ป่วย บุคลากร และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบมากขึ้น แนวคิด Compassionate Innovation สะท้อนการขยับกรอบคิดดังกล่าว โดยมิได้เน้นความใหม่เพียงเชิงเทคนิค หากพิจารณาวัฏกรรมในฐานะส่วนหนึ่งของระบบการดูแลที่มีมนุษย์เป็นศูนย์กลาง

บทความนี้ชวนพิจารณา IHI Innovation System⁹ ในฐานะกรอบการมองนวัตกรรมเชิงระบบ และนำมาวางเคียงกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA เพื่อเปิดพื้นที่คิดเกี่ยวกับบทบาทของนวัตกรรมในระบบบริการสุขภาพ มากกว่าการเสนอแนวทางปฏิบัติเฉพาะเจาะจง

1. IHI และ HA: การวางกรอบการเรียนรู้เชิงระบบ

Institute for Healthcare Improvement (IHI) พัฒนาแนวคิดและเครื่องมือด้านคุณภาพบนฐานความเชื่อว่า ระบบบริการสุขภาพสามารถเรียนรู้และพัฒนาได้อย่างเป็นระบบ ผ่านการออกแบบกระบวนการที่เอื้อต่อการสะท้อนบทเรียนจากการปฏิบัติจริง แนวคิดดังกล่าวปรากฏอยู่ในงานของ IHI มาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเน้นบทบาทของ Learning System ในการขับเคลื่อนคุณภาพและความปลอดภัย

⁹ Martin LA, Mate K. IHI Innovation System. IHI White Paper. Boston, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2018.

หากพิจารณาควบคู่กับกรอบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) จะพบประเด็นร่วมบางประการ ทั้งในด้านการให้ความสำคัญกับการเรียนรู้ขององค์กร การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการออกแบบระบบที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยอย่างรอบด้าน แม้อุปกรณ์และเครื่องมือจะแตกต่างกัน แต่ทั้งสองกรอบต่างให้ความสำคัญกับการสร้างเงื่อนไขที่ทำให้บุคลากรสามารถเรียนรู้จากงานประจำได้อย่างมีความหมาย

เมื่อมองในระดับระบบ ทั้ง IHI และ HA มิได้มุ่งเน้นเพียงการปฏิบัติตามแนวทางหรือมาตรฐาน หากแต่ให้ความสำคัญกับการออกแบบเงื่อนไขที่ทำให้บุคลากรสามารถเรียนรู้จากงานจริง และนำบทเรียนกลับไปปรับปรุงระบบบริการได้อย่างต่อเนื่อง

2. IHI Innovation System: นวัตกรรมในฐานะ “สภาพแวดล้อมการเรียนรู้”

ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 IHI ได้เริ่มปรับระบบการเรียนรู้และนวัตกรรมให้มีความเป็นมาตรฐานมากขึ้น โดย ศึกษากระบวนการนวัตกรรมจากอุตสาหกรรมที่มีความเชื่อถือได้สูง (high-reliability industries) เช่น การบิน อุตสาหกรรมการผลิต และพลังงานนิวเคลียร์ รวมถึงแนวคิด “Open Innovation” ของบริษัท Procter & Gamble ซึ่งเน้นการแสวงหาแนวคิดจากภายนอกองค์กร และนำมาพัฒนาอย่างเป็นระบบภายในองค์กร และ ศึกษากระบวนการนวัตกรรมขององค์กรบริการสุขภาพชั้นนำอีกมากมาย เช่น Kaiser Permanente, Ascension Health และ Stanford Health Care เป็นต้น

จากประสบการณ์และบทเรียนในการทำงาน IHI ได้พัฒนา IHI Innovation System เพื่อทำให้งานนวัตกรรมไม่เพียงเป็นกิจกรรมเฉพาะจุด แต่เป็นความสามารถเชิงระบบ ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่

1. **จังหวะการเรียนรู้ที่คาดการณ์ได้ (pace):** โดยกำหนดจังหวะการดำเนินงานที่ชัดเจนผ่านวงจรการเรียนรู้ระยะเวลา 90 วัน (90-Day Learning Cycle)
2. **การจัดสรรเวลาและบุคลากรเฉพาะสำหรับงานนวัตกรรม (staff with dedicated time):** จากการจัดสรรเวลาบางส่วนให้กับบุคลากรที่สนใจ และพัฒนาสู่การมีทีมงานประจำเต็มเวลา ประกอบด้วยหัวหน้าโครงการ ผู้ช่วยด้านการวิจัย และผู้ทำหน้าที่เป็นคู่คิด เพื่อสนับสนุนการแลกเปลี่ยนมุมมองและการเรียนรู้ระหว่างกัน
3. **พื้นที่สำหรับการคิดร่วมกัน (forum for collective thinking):** เพื่อสะท้อนบทเรียนและรับฟังมุมมองจากผู้เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก รวมถึงการประชุมในระดับองค์กรเพื่อรับข้อเสนอแนะจากผู้บริหารและผู้นำด้านเนื้อหา (content area leads)
4. **ความเข้าใจร่วมทั้งองค์กรต่อบทบาทของนวัตกรรม (Organization-wide understanding of the innovation function):** ว่านวัตกรรมมีบทบาทอย่างไรในระบบงาน ไม่ใช่เพียงกิจกรรมของทีมเฉพาะกิจ แต่เป็นหน้าที่เชิงระบบที่มีบทบาท หน้าที่ และจุดเชื่อมโยงกับการดำเนินงานประจำอย่างชัดเจน รวมถึงมีการกำหนดบทบาทความรับผิดชอบของผู้นำและทีมงานที่เกี่ยวข้อง

5. **พื้นที่ทดลองสำหรับการทดสอบแนวคิด** (A laboratory for testing): ระบบนวัตกรรมต้องมีพื้นที่ทดลองที่หลากหลาย ทั้งในระดับหน่วยงานและหลายบริษัท เพื่อทดสอบสมมติฐานหรือแนวคิดใหม่อย่างรวดเร็วและรอบคอบ โดยเฉพาะในจุดให้บริการจริง (point of care) เพื่อให้สามารถประเมินผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยได้
6. **กรอบเวลาและจุดตัดสินใจที่ชัดเจน** (predictable deadlines & decision point): เมื่อสิ้นสุดระยะเวลา 90 วัน ทีมงานนวัตกรรมร่วมกับผู้บริหารระดับสูงจะพิจารณาเลือกแนวทางการดำเนินการหนึ่งในสี่ทางเลือกต่อไปนี้:
 - ยุติการพัฒนา (fail): ยุติการพัฒนาโครงการเพิ่มเติม
 - นำออกสู่การใช้งาน (direct to market): เปิดตัวโครงการหรือบริการใหม่ที่พัฒนาขึ้นจากของนวัตกรรม
 - พักรอจังหวะ (hold): นวัตกรรมมีคุณค่าและศักยภาพ แต่ในขณะนั้นยังไม่มีหน่วยงานที่พร้อมทดสอบ หรือยังไม่พบบริบทที่เหมาะสม
 - พัฒนาต่อยอด (develop further): ดำเนินการวางจรรยาบรรณ 90 วันเพิ่มเติมอีกหนึ่งรอบ เพื่อพัฒนาและทดสอบแนวคิดที่มีศักยภาพ แต่ยังไม่อยู่ในระดับที่พร้อมสำหรับการนำไปใช้งานจริง

เมื่อพิจารณาองค์ประกอบเหล่านี้ร่วมกัน จะเห็นว่า IHI มิได้เสนอเครื่องมือหรือกระบวนการเพิ่มเติมให้กับองค์กร หากแต่กำลังออกแบบ **สภาพแวดล้อมของการเรียนรู้** ที่ทำให้การพัฒนาคุณภาพไม่ขึ้นกับความพยายามของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง แต่ฝังอยู่ในโครงสร้างและวิธีการทำงานขององค์กร การทดลอง การสะท้อนบทเรียน และการตัดสินใจ จึงเกิดขึ้นภายใต้กรอบที่มีวินัย และสามารถเชื่อมโยงกลับเข้าสู่ระบบงานหลักได้อย่างเป็นระบบ

3. กรอบความคิดใหม่ของนวัตกรรม: จากกิจกรรมสู่วิธีมองระบบ

การขยับกรอบความคิดเกี่ยวกับนวัตกรรม จากการมองนวัตกรรมเป็นกิจกรรมเฉพาะ หรือผลงานของบุคคลบางกลุ่ม ไปสู่การมองนวัตกรรมเป็นความสามารถของระบบโดยรวม เป็นกรอบความคิดใหม่เกี่ยวกับนวัตกรรม ซึ่งแตกต่างจากกรอบความคิดเดิมในหลายประเด็นสำคัญ ที่ IHI ยังคงใช้แนวคิดนี้กำกับระบบนวัตกรรมมาจนถึงปัจจุบัน ดังนี้

- จากการมองนวัตกรรมเป็นผลงานของนักประดิษฐ์ >>> มองเป็นกระบวนการที่มีวินัย และตั้งอยู่บนความเข้าใจความต้องการจริง
- จากการคาดหวังเห็นนวัตกรรมเป็นหน้าที่ของทุกคน >>> มองว่า นวัตกรรมต้องการทรัพยากรและเวลาที่จัดสรรอย่างชัดเจนโดยเฉพาะ
- จากการสั่งการและรอผลลัพธ์ >>> สู่การเชื่อมงานนวัตกรรมเข้ากับงานประจำอย่างตั้งใจ เพื่อให้แนวคิดใหม่ที่พิสูจน์แล้วสามารถถูกนำไปใช้และเกิดการยอมรับ

- จากการใช้วิธีการเดียว >>> สู่การเลือกวิธีการให้เหมาะกับลักษณะของปัญหาและความต้องการของลูกค้า

- จากการพัฒนาภายในองค์กร >>> สู่การเปิดรับแนวคิดจากภายนอก กรอบความคิดดังกล่าวตั้งอยู่บนสมมติฐานว่า นวัตกรรมต้องการพื้นที่ เวลา และทรัพยากรที่จัดสรรอย่างตั้งใจ มิใช่เพียงการคาดหวังให้เกิดขึ้นควบคู่กับภาระงานประจำ อีกทั้งยังชี้ให้เห็นข้อจำกัดของการมองนวัตกรรมผ่านกรอบวิธีการเดียว หรือการสั่งการจากบนลงล่าง โดยเสนอให้เลือกวิธีการพัฒนาให้เหมาะสมกับลักษณะของปัญหาและบริบท

กรอบความคิดใหม่นี้ช่วยขยับการมองนวัตกรรมจาก “โครงการ” ไปสู่ “ความสามารถของระบบ” โดยคุณค่าที่แท้จริงไม่ได้อยู่ที่การนิยาม แต่คือการออกแบบกลไกที่ทำให้การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง

4. ตัวอย่างเชิงระบบ: เมื่อนวัตกรรมคือกระบวนการเรียนรู้

จากประสบการณ์ของ IHI และองค์กรบริการสุขภาพต่างประเทศ สามารถใช้เป็นกระจกสะท้อนลักษณะบางประการของระบบที่เอื้อต่อการเรียนรู้เชิงนวัตกรรม มากกว่าการทำหน้าที่เป็นหลักฐานยืนยันแนวคิด โดยลักษณะที่พบได้คือ

1. การเริ่มต้นจากความเข้าใจบริบทพนักงาน

ทั้งประสบการณ์ของผู้ป่วยและบุคลากร การสังเกตและการรับฟังเชิงลึกช่วยให้แนวคิดที่พัฒนาขึ้นเชื่อมโยงกับชีวิตจริงของผู้เกี่ยวข้องในระบบ เริ่มจากการสังเกต ฟังเสียงผู้รับบริการอย่างลึกซึ้ง การใช้ความเห็นอกเห็นใจ (empathy) เป็นฐานช่วยให้แนวคิดที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับชีวิตจริงของผู้ป่วยและบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Compassionate Innovation ที่มองคุณค่าของมนุษย์เป็นส่วนหนึ่งของระบบคุณภาพ



2. การจัดสรรเวลาและทรัพยากรเพื่อการสร้างนวัตกรรม

การศึกษาของ Kaiser Permanente แสดงให้เห็นว่า การสร้างนวัตกรรมอย่างเป็นระบบ จำเป็นต้องอาศัยการจัดสรรเวลาและทรัพยากรเฉพาะ มิใช่เพียงการคาดหวังให้เกิดจากความพยายามเพิ่มเติมของบุคลากร หลักการสำคัญจึงไม่อยู่ที่โครงสร้างองค์กรหรือจำนวนตำแหน่งเฉพาะด้าน หากแต่อยู่ที่การจัดสรรสัดส่วนเวลาการทำงานอย่างเป็นทางการ เพื่อให้บุคลากรสามารถมีพื้นที่สำหรับการเรียนรู้ ทดลอง และออกแบบการเปลี่ยนแปลงได้จริง การใช้วิธีการอย่าง Video ethnography เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ชีวิตจริงของผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลซับซ้อน เป็นตัวอย่างของการลงทุนเชิงระบบเพื่อสร้างความเข้าใจเชิงลึกซึ่งนำไปสู่การออกแบบกระบวนการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทมากขึ้น



3. บทบาทผู้นำในการเชื่อมโยงนวัตกรรมกับการดำเนินงานประจำ

ประสบการณ์ของ University of Pennsylvania Health System สะท้อนให้เห็นว่า นวัตกรรมที่สามารถขยายผลได้จำเป็นต้องมีผู้นำทางคลินิกและผู้นำด้านการบริหารร่วมรับผิดชอบ ในระดับระบบ โครงการนวัตกรรมจะไม่ถูกเริ่มต้น หากไม่สามารถระบุผู้นำทางคลินิกที่มีบทบาทในกระบวนการดูแลจริงได้ ทั้งนี้ ประเด็นสำคัญอีกประการคือนวัตกรรมไม่สามารถถูกแยกออกจากระบบงานประจำ เพราะหากขาดความเป็นเจ้าของจากผู้ที่ต้องนำไปใช้จริง นวัตกรรมนั้นมักไม่ประสบความสำเร็จในการพัฒนา



4. การเลือกวิธีการให้เหมาะกับลักษณะของปัญหา

IHI พบว่า องค์กรบริการสุขภาพมักเริ่มต้นการสร้างนวัตกรรมด้วยวิธีการเพียงรูปแบบเดียว และยึดติดกับวิธีการนั้น แม้ว่าลักษณะของปัญหา ขอบเขตของการเปลี่ยนแปลง และช่องว่างระหว่างสภาพปัจจุบันกับเป้าหมาย (growth gap) จะมีความแตกต่างกัน หากช่องว่างมีขนาดเล็ก การปรับปรุงเชิงค่อยเป็นค่อยไปอาจเพียงพอ แต่หากช่องว่างมีขนาดใหญ่ องค์กรอาจจำเป็นต้องใช้แนวทางที่มีลักษณะ “ฉีกกรอบ” มากขึ้น การเลือกใช้วิธีการ เช่น การแข่งขันนวัตกรรม ห้องปฏิบัติการออกแบบ หรือการทดสอบนำร่องในวงจำกัด จึงควรเป็นการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์ที่สอดคล้องกับลักษณะของปัญหา มากกว่าการเลือกใช้ตามความคุ้นเคย



5. การเปิดรับแนวคิดจากแหล่งภายนอก

แนวคิดเรื่อง “นวัตกรรมแบบเปิด” (open innovation) ชวนให้เราขยับมุมมองจากการคิดแก้ปัญหาอยู่ภายในองค์กรของตนเอง ไปสู่การเปิดพื้นที่เรียนรู้จากเครือข่ายที่กว้างออกไป การมองหาคำตอบจากภายนอก ไม่ได้สะท้อนว่าระบบของเราขาดศักยภาพ หากแต่เป็นการยอมรับว่า โลกของการพัฒนาสุขภาพมีประสบการณ์และบทเรียนที่หลากหลาย ซึ่งสามารถนำมาปรับใช้กับบริบทของเราได้อย่างสร้างสรรค์

ตัวอย่างที่น่าสนใจคือ Duke Global Health Innovation Center ซึ่งได้สำรวจฐานข้อมูลถึง 7 แห่ง และทบทวนนวัตกรรมมากกว่า 1,400 รายการ เพื่อคัดเลือกแนวทางที่มีศักยภาพสูงในการตอบโจทยความท้าทายด้านสุขภาพในปัจจุบัน กระบวนการเช่นนี้สะท้อนให้เห็นว่าการค้นหานวัตกรรมไม่จำเป็นต้องเริ่มจากศูนย์ หากแต่อาจเริ่มจากการ “สแกนโลก” แล้วเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

บทเรียนที่สำคัญที่สุดจากระบบนวัตกรรมของ IHI ไม่ได้อยู่ที่เครื่องมือแต่ละอย่าง แต่อยู่ที่ โครงสร้างการเรียนรู้ทั้งระบบ ที่เชื่อมงานพัฒนาคุณภาพเข้ากับงานบริการประจำ โดยไม่ปล่อยให้เป็นสิ่งแปลกปลอมที่ไม่เกี่ยวกับชีวิตจริงของหน่วยงาน การออกแบบระบบนี้ทำให้ ความพยายามเรียนรู้รายบุคคลขยับมาเป็น กลไกระดับองค์กร ที่สามารถรักษาไว้ได้แม้คนเปลี่ยน ในทางปฏิบัติ สิ่งที่ต้องตั้งคำถามคือไม่ใช่ว่าองค์กร “มีนวัตกรรมอะไรใหม่หรือไม่” แต่เป็นว่า

- เรามีระบบที่ เอื้อให้เกิดการเรียนรู้จริง จากสิ่งที่เกิดขึ้นทุกวันหรือยัง
- เราเปิดพื้นที่ให้บุคลากร ตั้งคำถาม ทดสอบ และสะท้อนบทเรียน โดยไม่กลัวผิดพลาด จนเกินไปหรือไม่
- เราเชื่อมการเรียนรู้เหล่านี้กลับเข้าสู่ระบบงานจริงได้มากน้อยเพียงใด

สองแก่นสำคัญของระบบ ระหว่าง “การเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง” และ “การนำบทเรียนกลับไป เปลี่ยนงานจริง” คือสิ่งที่ช่วยให้ระบบบริการสุขภาพไม่เพียงแค่ทำตามแนวทาง แต่สามารถพัฒนา วิธีทำงานที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

5. วงจร 90-90: จังหวะการเรียนรู้ก่อนการเปลี่ยนแปลง

หนึ่งในกลไกสำคัญของ IHI Innovation System ที่พัฒนาระบบนวัตกรรมภายในองค์กร คือจัดโครงสร้างการเรียนรู้ โดยใช้วงจรการเรียนรู้ 90 วัน (90-Day Learning Cycles) และวงจร การทดสอบ 90 วัน (90-Day Testing Cycles) ซึ่งทำหน้าที่เป็น “จังหวะ” ของการเรียนรู้ มากกว่า ขั้นตอน โดยแยกช่วงการเรียนรู้ออกเป็นรอบเวลาที่ชัดเจน

วงจรการเรียนรู้ มุ่งสร้างความเข้าใจปัญหาอย่างลึก ตั้งสมมติฐานการเปลี่ยนแปลง และทดสอบความสมเหตุสมผลของแนวคิด ก่อนที่องค์กรจะตัดสินใจนำไปทดลองในหน่วยงานจริง ขณะที่วงจรการทดสอบ ทำหน้าที่เป็นพื้นที่ปลอดภัยสำหรับการเรียนรู้จากการปฏิบัติในวงจำกัด โดยไม่กระทบเสถียรภาพของระบบบริการหลัก อาจช่วยให้องค์กรมีพื้นที่คิดก่อนการลงมือ และมีกรอบการตัดสินใจที่ชัดเจนก่อนการขยายผล

ในมุมมองของการพัฒนาคุณภาพ วงจร 90-90 ทำหน้าที่มากกว่ากรอบเวลาการทำงาน หากแต่เป็นกลไกสำคัญในการรักษาสมดุลระหว่าง “ความมั่นคงของระบบบริการ” และ “ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลง” การหยุด การทบทวน หรือการปรับทิศทางจึงไม่ถูกมองเป็นความล้มเหลว แต่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้เชิงระบบที่ออกแบบไว้ตั้งแต่ต้น

สำหรับผู้นำองค์กรบริการสุขภาพ บทบาทสำคัญจึงมิใช่การเร่งให้เกิดนวัตกรรม แต่คือการรักษาจังหวะของการเรียนรู้ให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นบนฐานของความเข้าใจ ความปลอดภัย และความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและระบบงานโดยรวม วงจร 90-90 ในมุมมองนี้จึงสามารถมองได้ว่าเป็นการ “ต่อยอดหลักคิดของ CQI ไปสู่พื้นที่ของนวัตกรรม” ที่ยังคงยึดมั่นในคุณภาพและความปลอดภัยเป็นแกนกลาง

เมื่อพิจารณาในภาพรวม วงจร 90-90 มิได้เป็นกลไกที่แยกออกมาโดดๆ หากแต่เป็นส่วนหนึ่งของการออกแบบระบบนวัตกรรมทั้งระบบ ซึ่งต้องเริ่มตั้งแต่การกำหนดทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ การออกแบบกระบวนการเรียนรู้ และการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง หากขาดองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่ง นวัตกรรมย่อมไม่สามารถฝังตัวอยู่ในระบบงานประจำได้อย่างยั่งยืน

การกำหนดสถาปัตยกรรมของระบบนวัตกรรม (Determine the Innovation System Architecture)	การสร้างกระบวนการนวัตกรรมที่มีวินัย (Create a Disciplined Innovation Process)	การจัดตั้งการบริหารจัดการระบบนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง (Establish Ongoing Management of the Innovation System)
<ul style="list-style-type: none"> กำหนดเป้าประสงค์/เป้าหมายของระบบนวัตกรรม กำหนดลำดับความสำคัญของนวัตกรรม การจัดสรรทรัพยากร เพื่อการสร้างนวัตกรรม การเตรียมสภาพแวดล้อมเพื่อการเปลี่ยนแปลง 	<ul style="list-style-type: none"> กระบวนการนวัตกรรมของ IHI: วงจรการเรียนรู้ 90 วัน (90-Day Learning Cycles) และวงจรทดสอบ 90 วัน (90-Day Testing Cycles) การเชื่อมโยงวงจรการเรียนรู้และวงจรทดสอบเข้าด้วยกัน 	<ul style="list-style-type: none"> กลไกขับเคลื่อนนวัตกรรม (Innovation drivers) กระบวนการหลัก (Mainstay processes) กระบวนการสนับสนุน (Support processes)

ภาพที่ 14 การพัฒนาระบบนวัตกรรม (Developing an Innovation System)

กรอบในภาพที่ 14 มิได้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายลำดับขั้นของการดำเนินงาน หากแต่ใช้เพื่อสะท้อนองค์ประกอบหลักของระบบนวัตกรรมที่ต้องทำงานร่วมกันในระดับองค์ประกอบที่ทั้งสามประการดังกล่าวไม่สามารถพิจารณาแยกจากกันได้ และมีได้เกิดขึ้นตามลำดับตายตัว หากแต่เกี่ยวพันและถ่วงดุลกันตามบริบทของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งสามารถพิจารณาความหมายและบทบาทของแต่ละองค์ประกอบในเชิงระบบ ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดสถาปัตยกรรมของระบบนวัตกรรม

การพัฒนาวัตกรรมการในองค์กรบริการสุขภาพจำเป็นต้องเริ่มจากการออกแบบเชิงระบบมากกว่าการริเริ่มโครงการเฉพาะกิจ กรอบของ IHI ชี้ให้เห็นว่า การกำหนดตำแหน่งของนวัตกรรมในยุทธศาสตร์องค์กร เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้วัตกรรมการไม่แยกตัวออกจากระบบงานหลัก การทำความเข้าใจว่าองค์กรต้องการนวัตกรรมเพื่อวัตถุประสงค์ใด และเพื่อรับมือกับช่องว่างการเติบโตในระดับใด ช่วยให้ผู้นำตั้งความคาดหวังต่อการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของระบบบริการ

2. การสร้างกระบวนการนวัตกรรมที่มีวินัย

เมื่อมีการออกแบบระบบในระดับยุทธศาสตร์แล้ว ความท้าทายถัดมาคือการทำให้วัตกรรมการสามารถเกิดขึ้นได้จริงโดยไม่กระทบเสถียรภาพของระบบบริการ IHI เสนอให้ใช้กระบวนการเรียนรู้ที่มีวินัย ผ่านการแยกช่วงของการเรียนรู้และการทดสอบออกจากกันอย่างชัดเจน วงจรการเรียนรู้ 90 วัน และวงจรการทดสอบ 90 วัน และเปิดพื้นที่ให้องค์กรสามารถตัดสินใจหยุด ปรับ หรือขยายผลได้ในตัวกระบวนการเอง

- วงจรการเรียนรู้ 90 วัน (90-Day Learning Cycles): เรียนรู้ก่อนแก้ คือช่วงเวลาให้องค์กร ยังไม่รีบเปลี่ยนระบบ แต่ตั้งใจทำความเข้าใจปัญหาอย่างลึกซึ้ง เพื่อให้แน่ใจว่าสิ่งที่จะทดลองในอนาคต เป็นเรื่องที่ต้องทำ และทำด้วยเหตุผลที่ถูกต้อง หัวใจของวงจรนี้ไม่ใช่การหาคำตอบเร็ว แต่คือการ ลดความเสี่ยงของการตัดสินใจผิด

- วงจรการทดสอบ 90 วัน (90-Day Testing Cycles): ทดลองโดยไม่เสี่ยงทั้งระบบ หลังจากผ่านวงจรการเรียนรู้ 90 วัน องค์กรจะมี “ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง” ที่ตั้งอยู่บนข้อมูลและการทำความเข้าใจปัญหาอย่างรอบด้านแล้ว ไปทดลองใช้ในหน้างานจริงอย่างจำกัด เพื่อดูว่าสิ่งที่คิดไว้ ใช้ได้จริงหรือไม่ ก่อนตัดสินใจขยายผล

3. การบริหารจัดการระบบนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง

นวัตกรรมจะสร้างผลต่อระบบได้ก็ต่อเมื่อมีการบริหารจัดการในภาพรวม เพื่อเชื่อมโยงโครงการต่างๆ เข้ากับระบบงานประจำอย่างต่อเนื่อง กรอบของ IHI เน้นบทบาทของผู้นำในการดูแลสมดุลระหว่างแรงขับของนวัตกรรมกับความมั่นคงของระบบบริการ การมองนวัตกรรมในฐานะระบบการเรียนรู้ขององค์กร ช่วยให้วัตกรรมการไม่ถูกจำกัดอยู่ที่ความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโครงการใดโครงการหนึ่ง แต่กลายเป็นกลไกหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพในระยะยาว

6. นวัตกรรม การปฏิบัติการ และการพัฒนาคุณภาพ

การพิจารณานวัตกรรมในฐานะระบบการเรียนรู้ ช่วยทำให้เห็นความท้าทายเชิงโครงสร้างหลายประการ ตั้งแต่การคัดเลือกแนวคิด การจัดพื้นที่ทดลอง ไปจนถึงการเชื่อมโยงบทเรียนกลับเข้าสู่ระบบปฏิบัติการหลัก

IHI เสนอให้มองงานนวัตกรรมและงานปฏิบัติการเป็นระบบคู่ขนานที่ต้องบริหารความสัมพันธ์อย่างตั้งใจ งานนวัตกรรมเปิดพื้นที่การเรียนรู้ ขณะที่งานปฏิบัติการทำหน้าที่สร้างเสถียรภาพและความต่อเนื่อง การออกแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างสองระบบจึงมีนัยต่อความยั่งยืนของการพัฒนาคุณภาพ

เมื่อวางกรอบนี้ในบริบท HA จะเห็นบทบาทของมาตรฐานในฐานะโครงสร้างที่สนับสนุนการเรียนรู้ มากกว่าการควบคุมพฤติกรรม และเปิดพื้นที่ให้บุคลากรสามารถทดลองและปรับปรุงงานภายใต้กรอบความปลอดภัยของระบบ

unสรุป

เมื่อเชื่อมโยง IHI Innovation System, มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) และแนวคิด Compassionate Innovation เข้าด้วยกัน นวัตกรรมอาจถูกมองในฐานะกระบวนการออกแบบระบบการเรียนรู้ มากกว่าการแสวงหาความใหม่เพียงเชิงเทคนิค

คำถามสำคัญจึงอาจไม่ใช่ว่าองค์กรของเรามีนวัตกรรมใหม่แล้วหรือยัง แต่คือระบบของเราสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงอย่างมีความหมายเพียงใด และเราสามารถออกแบบความสัมพันธ์ระหว่างการทดลอง การปฏิบัติการ และคุณค่าของมนุษย์ในระบบการดูแลได้อย่างไร

นวัตกรรมในความหมายนี้ มิได้เร่งเปลี่ยนระบบ แต่ช่วยให้ระบบค่อยๆ ปรับตัว โดยยังคงคุณค่าของการดูแลรักษาความปลอดภัย และความเป็นมนุษย์ไว้พร้อมกัน

2.4 ความเมตตาในระบบสุขภาพ: จากแนวคิดสู่ผลลัพธ์เชิงประจักษ์และการปฏิบัติจริง

ดร.ดวงสมร บุญผดุง

ผู้ทรงคุณวุฒิ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และ SHA Founder

ความสำคัญของมิติมนุษยในยุคระบบสุขภาพขั้นสูง

ในยุคที่ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ได้พัฒนาไปถึงขีดสูงสุด นวัตกรรมและเครื่องมือที่ซับซ้อนช่วยให้การวินิจฉัยและการรักษามีความแม่นยำอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน ส่งผลให้ประชากรโลกมีอายุขัยเฉลี่ยที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทว่าท่ามกลางความก้าวหน้าทางวัตถุนี้ กลับเกิดความต้องการที่เพิ่มขึ้นสำหรับการดูแลแบบองค์รวมและบูรณาการ ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน ในบริบทนี้ “ความเมตตา” (compassion) มิใช่เพียงคุณธรรมเสริม แต่ได้กลายเป็นปัจจัยชี้ขาดที่เชื่อมโยงเทคโนโลยีขั้นสูงเข้ากับความต้องการพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ และเป็นหัวใจของการสร้างระบบสุขภาพที่เยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์นิยาม หลักการ และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเมตตาในระบบสุขภาพ โดยจะแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างการปฏิบัติด้วยความเมตตากับผลลัพธ์ทางการแพทย์ที่วัดผลได้ ทั้งในระดับผู้ป่วยและระดับองค์กร นอกจากนี้ จะมีการนำเสนอแนวทางการนำความเมตตาไปปฏิบัติให้เกิดขึ้นจริงในองค์กรสุขภาพ เพื่อเปลี่ยนแนวคิดเชิงนามธรรมให้กลายเป็นวัฒนธรรมที่จับต้องได้ เพื่อทำความเข้าใจในผลกระทบดังกล่าว การนิยามความหมายของความเมตตาให้ชัดเจนและแยกแยะจากแนวคิดที่ใกล้เคียงกันจึงเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่สุด

นิยามเชิงลึก: การแยกแยะความเมตตา (Compassion) จากความเห็นอกเห็นใจ (Empathy)

การนิยาม “ความเมตตา” ให้มีความหมายที่ชัดเจนในบริบททางการแพทย์นับเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันและเป็นรากฐานในการนำไปประยุกต์ทั้งในระดับบุคคลและองค์กรอย่างถูกต้อง แม้ว่าคำว่า “ความเมตตา” และ “ความเห็นอกเห็นใจ” มักถูกใช้สลับกันในบทสนทนาทั่วไป แต่ในเชิงแนวคิดแล้ว คำทั้งสองมีความหมายที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งการทำความเข้าใจความแตกต่างนี้จะช่วยให้เห็นภาพกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างลึกซึ้งยิ่งขึ้น

ความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และความเมตตา (Compassion)

Empathy คือความสามารถในการรับรู้และเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้อื่นที่กำลังเผชิญกับความทุกข์

Compassion คือความเข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง พร้อมกับความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะช่วยเหลือให้ผู้นั้นพ้นจากความทุกข์เป็น การมองจากมุมมองของผู้อื่น หรือความสามารถในการทำความเข้าใจสถานการณ์จากมุมมองและบริบทของอีกฝ่ายหนึ่ง (Seeing through other eyes) และ การลงมือกระทำเพื่อช่วยเหลือ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผลักดันให้เกิดการกระทำ ซึ่งเน้นย้ำว่าเป็น “ความปรารถนาที่จะช่วยเหลือพวกเขาพ้นทุกข์” พจนานุกรม Oxford Learner’s Dictionary นิยามคำว่า Compassion ว่า “ความรู้สึกเห็นใจอย่างแรงกล้าต่อผู้คนหรือสัตว์ที่กำลังทุกข์ทรมาน และความปรารถนาที่จะช่วยเหลือพวกเขา” ในระบบสุขภาพให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับส่วนที่สองของนิยาม ซึ่งก็คือ “ความปรารถนาที่จะช่วยเหลือพวกเขา”

ความเมตตา¹⁰ คือ “กระบวนการ” ที่มีเหตุและผล ซึ่งเริ่มต้นจากความเห็นอกเห็นใจ (empathy) และนำไปสู่การตอบสนองต่อความทุกข์ของผู้ป่วยอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อแสวงหาหนทางให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์นั้น Compassion จึงมีพื้นฐานมาจาก Empathy คือความสามารถสังเกตอารมณ์และไวในการรับรู้กับความรู้สึกของอีกฝ่าย ทำความเข้าใจจากมุมมองของเขา และแสดงออกจากความเข้าใจด้วยใจ ด้วยการลงมือปฏิบัติ เพื่อช่วยเหลือผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์ลำบาก

Compassion จึงอยู่ ในฐานะกระบวนการที่มีเหตุผลซึ่งมุ่งสู่ความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วย ผ่านการกระทำที่เฉพาะเจาะจงและมีจริยธรรม ซึ่งมุ่งไปสู่การหาทางออกให้กับความทุกข์ของผู้ป่วย

ในบริบทการดูแลสุขภาพ ความเมตตา (compassion) คือ การตระหนักรู้ถึงความทุกข์ของผู้ป่วย ความเข้าใจในความรู้สึกและประสบการณ์ของเขา และการแสดงออกผ่านการกระทำที่มุ่งมั่นจะช่วยเหลือ บรรเทาความทุกข์นั้น และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี โดยไม่ใช่แค่การเข้าใจ แต่คือการลงมือทำด้วยความห่วงใยแท้จริง เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลและมีคุณค่า

¹⁰ Cherlin E, et al. Family perceptions of clinicians’ outstanding practices in end-of-life care. J Palliat Care. 2004;20(2):113–116.

More than feeling ความเมตตา มากกว่า ความรู้สึก

องค์ประกอบ 3 ประการของความเมตตา ซึ่งช่วยให้เห็นภาพกระบวนการได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนี้ (1) การสังเกต (noticing): การตระหนักรู้ถึงความรู้สึกและอารมณ์ของผู้อื่น (2) ความรู้สึก (feeling): การตอบสนองทางอารมณ์ต่อความทุกข์และประสบการณ์ของผู้อื่น และ (3) การตอบสนอง (responding): การมีแรงจูงใจที่จะลงมือกระทำเพื่อบรรเทาความทุกข์นั้น

ความเมตตาจึงเป็นมากกว่าความรู้สึกเห็นใจ แต่เป็นกระบวนการที่สมบูรณ์ซึ่งเริ่มต้นจากการรับรู้ความทุกข์ของผู้อื่น และสิ้นสุดที่การลงมือปฏิบัติเพื่อช่วยเหลืออย่างเป็นรูปธรรม แนวคิดนี้มีรากฐานที่ลึกซึ้งทั้งในเชิงภาษาและจิตวิญญาณ ซึ่งช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในคุณค่าที่เป็นสากลของมนุษย์

รากฐานทางความคิดและจิตวิญญาณของความเมตตา

แนวคิดเรื่องความเมตตานั้นมีรากฐานที่ยังลึกทั้งในเชิงภาษาศาสตร์และปรัชญา ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณค่าสากลที่เชื่อมโยงมนุษยชาติเข้าไว้ด้วยกัน การทำความเข้าใจที่มาของแนวคิดนี้ช่วยให้เราตระหนักถึงแก่นแท้ของคุณธรรมดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น ในเชิงภาษาศาสตร์ คำว่า “Compassion” มีรากศัพท์มาจากภาษาละตินว่า “Compati” ซึ่งมีความหมายตรงตัวว่า “การทนทุกข์ร่วมกัน” (to suffer with) รากศัพท์นี้ชี้ให้เห็นถึงแก่นแท้ของความเมตตาที่ไม่ใช่เพียงการมองดูความทุกข์ของผู้อื่นจากภายนอก แต่เป็นการเข้าไปมีส่วนร่วมทางความรู้สึกและแบกรับความเจ็บปวดนั้นร่วมกัน ซึ่งเป็นคุณสมบัติพื้นฐานที่ทำให้มนุษย์สามารถเชื่อมโยงและตอบสนองต่อความทุกข์ของผู้อื่นได้

ในทางปรัชญาและจิตวิญญาณ โดยเฉพาะในพระพุทธศาสนา ความเมตตามีความหมายเทียบเคียงได้กับแนวคิดเรื่อง “กรุณา” (Karuna) ซึ่งเป็นหนึ่งใน พรหมวิหาร 4 หรือธรรมะอันประเสริฐ 4 ประการที่ควรมียู้อยู่ในจิตใจ ประกอบด้วย

เมตตา (Unconditional Loving-kindness): ความรักและความปรารถนาดีให้ผู้อื่นมีความสุข โดยปราศจากเงื่อนไขหรือความคาดหวังผลตอบแทน

กรุณา (Compassion): ความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะให้ผู้อื่นพ้นจากความทุกข์ ซึ่งนำไปสู่ การลงมือทำ เพื่อช่วยเหลือและบรรเทาความเดือดร้อนนั้น

มุทิตา (Sympathetic Joy): ความชื่นชมยินดีอย่างจริงใจเมื่อเห็นผู้อื่นประสบความสำเร็จหรือมีความสุข

อุเบกขา (Inner Equilibrium): การวางใจเป็นกลาง มีสภาวะจิตที่มั่นคง ไม่หวั่นไหว
ไปกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

รากฐานทางความคิดเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าความเมตตาไม่ใช่แนวคิดใหม่ แต่เป็นคุณธรรม
สากลที่ถูกขัดเกลามานับพันปี การนำแก่นแท้ของ “กรุณา” ซึ่งเน้น “การลงมือทำเพื่อช่วยเหลือ”
มาประยุกต์ใช้ในระบบสุขภาพสมัยใหม่ จึงเป็นการเชื่อมโยงภูมิปัญญาโบราณเข้ากับหลักฐาน
เชิงประจักษ์เพื่อสร้างผลลัพธ์ที่วัดผลได้

ผลลัพธ์เชิงประจักษ์: ความเชื่อมโยงระหว่างความเมตตากับ คุณภาพการดูแล

ความเมตตาไม่ใช่เป็นเพียง “สิ่งที่ดีที่ควรมี” (nice-to-have) ในระบบสุขภาพ แต่เป็น
ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางการแพทย์ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และ
ประสิทธิภาพของระบบโดยรวม ซึ่งได้รับการยืนยันจากงานวิจัยเชิงประจักษ์จำนวนมาก ผลลัพธ์
ที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 มิติหลัก ดังนี้

1. ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย (Patient Outcomes)

การดูแลที่เปี่ยมด้วยความเมตตาส่งผลต่อผู้ป่วยในหลายมิติ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ
ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผลลัพธ์เชิงบวกที่สำคัญ
ได้แก่:

การฟื้นตัวที่เร็วขึ้น: ผู้ป่วยมีระยะเวลาการฟื้นตัวที่สั้นลง¹¹

การวินิจฉัยที่แม่นยำยิ่งขึ้น: ความสัมพันธ์ที่ดีบนพื้นฐานของความเมตตาช่วยให้
การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ดีขึ้น นำไปสู่ข้อมูลที่ครบถ้วนและวินิจฉัย
ได้แม่นยำกว่าเดิม¹²

การใช้บริการห้องผู้ป่วยหนักลดลง: ความเมตตาส่งผลให้เกิดการดูแลเชิงรุกและ
การจัดการความเจ็บป่วยที่ดีขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่การลดจำนวนผู้ป่วยหนัก (lower intensive
care utilization)

ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) สูงขึ้น: ความเมตตาจากผู้ให้บริการเป็นพลัง
ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเองได้อย่างอิสระและรอบรู้
(informed consent) สอดคล้องกับค่านิยมของตนเอง

¹¹ Cole-King, A., & Harding, K. G. (2001). Psychological factors and delayed healing in chronic wounds. *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 216–220.

¹² Epstein, R. M., et al. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1516–1528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.02.006>

2. ผลลัพธ์ต่อระบบบริการสุขภาพ (Healthcare System Outcomes)

นอกเหนือจากผลลัพธ์โดยตรงต่อผู้ป่วยแล้ว การปฏิบัติด้วยความเมตตาอย่างส่งผลดีต่อเสถียรภาพและคุณภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวมอีกด้วย:

การเรียกร้องค่าเสียหายลดลง: ความสัมพันธ์เชิงบวกและความไว้วางใจที่เกิดจากความเมตตา มีความเชื่อมโยงกับการลดลงของข้อพิพาทและการเรียกร้องค่าเสียหายทางการแพทย์¹³

การยกระดับคะแนนชี้วัดคุณภาพการดูแล: องค์กรที่ให้ความสำคัญกับความเมตตามักมีคะแนนประเมินคุณภาพการดูแล (quality-of-care ratings) ที่สูงขึ้น

การสร้าง “ผลกระทบแบบลูกโซ่” (Ripple Effect): การกระทำที่แสดงออกถึงความเมตตาสามารถสร้างแรงบันดาลใจและส่งต่อความรู้สึกเชิงบวกไปทั่วทั้งองค์กร ทำให้บุคลากรคนอื่นๆ รู้สึกว่าต้องแสดงความเมตตาในแบบเดียวกัน

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนนี้ได้เปลี่ยนบทสนทนาจากคำถามว่า “ทำไม” ความเมตตาจึงสำคัญ ไปสู่คำถามว่า “อย่างไร” ที่เราจะสามารถฝังรากคุณค่านี้ให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมองค์กรได้อย่างเป็นระบบและยั่งยืน สิ่งนี้จำเป็นต้องก้าวข้ามการให้กำลังใจในระดับบุคคลไปสู่การออกแบบระบบนิเวศทางวัฒนธรรมที่เกื้อหนุนอย่างแท้จริง

แนวทางการปลูกฝังความเมตตาในองค์กรสุขภาพ: กรณีศึกษา SHA Model

การสร้างวัฒนธรรมแห่งความเมตตาในองค์กรสุขภาพนั้นเป็นเรื่องท้าทาย ความเมตตาไม่สามารถสร้างขึ้นได้ด้วยการออกคำสั่งหรือกฎระเบียบ เพราะการบังคับอาจสร้างความเครียดและส่งผลกระทบกันข้าม แต่ต้องอาศัยการสร้างสภาพแวดล้อมและปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้บุคลากรเกิดความเมตตาจากภายในและแสดงออกสู่การปฏิบัติอย่างเป็นธรรมชาติ SHA Model คือกรอบแนวคิดหนึ่งที่ยกแบบมาเพื่อปลูกฝังคุณค่าความเมตตาให้กลายเป็นวัฒนธรรมองค์กรอย่างเป็นระบบ

จุดแข็งของ SHA Model อยู่ที่แนวทางเชิงระบบ ซึ่งตระหนักว่าความเมตตาไม่ใช่เพียงคุณลักษณะส่วนบุคคล แต่เป็นผลลัพธ์ทางวัฒนธรรมที่บ่มเพาะขึ้นผ่านการดำเนินการที่เชื่อมโยงกันอย่างรอบด้าน ตั้งแต่พันธสัญญาของผู้นำไปจนถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยสำคัญของโมเดลนี้ประกอบด้วย:

แกนหลักทางจิตวิญญาณ: กำหนดให้ ความเมตตา (Compassionate) เป็นค่านิยมหลักทางจิตวิญญาณ (Spiritual core value) ขององค์กร ซึ่งเป็นเมล็ดพันธุ์เริ่มต้นที่หล่อหลอมทัศนคติและจิตวิญญาณในการทำงานของบุคลากรทุกคน

¹³ Levinson, W., et al. (1997). Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA, 277(7), 553-559.

ปัจจัยขับเคลื่อน: อาศัยองค์ประกอบหลายส่วนในการขับเคลื่อนค่านิยมไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ ผู้นำ (Leader) ที่เป็นแบบอย่าง, กลยุทธ์ (Strategy) ที่ชัดเจน, ค่านิยม (Spiritual core value), การสร้างวัฒนธรรม (Organization culture), การออกแบบงานและการจัดการ (Work design & Management) ที่สนับสนุนการทำงานด้วยความเมตตา และการมีพี่เลี้ยง (SHA facilitators) คอยให้การสนับสนุนและให้กำลังใจทีมงาน

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เยียวยา (Healing Environment): มุ่งสร้างสภาพแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อการเยียวยาใน 4 มิติ

- 1) การเยียวยาภายในบุคคล (Internal): ส่งเสริมให้บุคลากรดูแลสุขภาพจิตของตนเอง
- 2) การเยียวยาระหว่างบุคคล (Interpersonal): สร้างความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งและให้เกียรติซึ่งกันและกัน
- 3) การเยียวยาด้านพฤติกรรม (Behavioral): เคารพในความแตกต่างหลากหลายทางความเชื่อและวัฒนธรรม
- 4) การเยียวยาจากสิ่งแวดล้อมภายนอก (External): จัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่สงบและเอื้อต่อการฟื้นฟู

แนวทางใน SHA Model เช่นนี้ช่วยเปลี่ยนความเมตตาจากคุณสมบัติส่วนบุคคลให้กลายเป็นคุณค่าร่วมขององค์กร หรือ วัฒนธรรมองค์กร ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืนและมีมนุษยธรรมอย่างแท้จริง



บทสรุปและข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ความเมตตาในระบบสุขภาพเป็นมากกว่าคุณธรรมส่วนบุคคล แต่เป็นกระบวนการเชิงรุกที่เริ่มต้นจากความเข้าใจ (empathy) และนำไปสู่การกระทำเพื่อบรรเทาความทุกข์ (compassion) ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าส่งผลต่อทั้งผลลัพธ์ของผู้ป่วย คุณภาพการดูแล และประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพโดยรวม แม้เทคโนโลยีทางการแพทย์จะก้าวหน้าไปอย่างไม่หยุดยั้ง แต่แก่นแท้ของการดูแลยังคงไม่เปลี่ยนแปลง ดังที่กล่าวไว้ว่า “รากฐานของการดูแลสุขภาพยังคงอยู่ที่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้ป่วย”

การศึกษาเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความเมตตาและความเห็นอกเห็นใจยังถือว่าอยู่ในช่วงเริ่มต้น จึงมีประเด็นที่น่าสนใจสำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคตเพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้และแนวปฏิบัติให้แข็งแกร่งยิ่งขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้:

การศึกษาประสิทธิผลของโมเดล: ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโมเดลการปลูกฝังความเมตตา เช่น SHA Model ในบริบทของโรงพยาบาลและระบบสุขภาพของประเทศไทย เพื่อประเมินความเหมาะสมและแนวทางการปรับใช้

การวิจัยระยะยาว: ควรมีการวิจัยติดตามผลลัพธ์ของผู้ป่วยในระยะยาว เพื่อเปรียบเทียบระหว่างสภาพแวดล้อมการดูแลที่มีความเมตตาสูงกับสภาพแวดล้อมทั่วไป

การพัฒนาเครื่องมือวัด: ควรมีการพัฒนาและทดสอบเครื่องมือวัดระดับความเมตตาในบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมไทย เพื่อใช้ในการประเมินผลและพัฒนานโยบายต่อไป

การฝังรากความเมตตาลงในระบบสุขภาพคือรูปแบบของการปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ลึกซึ้งที่สุด เป็นการลงทุนที่ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อผู้ป่วย แต่ยังส่งผลต่อความยั่งยืนและความเป็นมนุษย์ของวิชาชีพสุขภาพทั้งระบบ การขยายวงจรแห่งความเมตตาให้กว้างขวางออกไปไม่เพียงแต่จะช่วยเยียวยาผู้ป่วย แต่ยังช่วยเยียวยาจิตใจของผู้ให้บริการและสร้างสังคมที่เกื้อกูลกัน ดังคำกล่าวของ อัลเบิร์ต ไอน์สไตน์ ที่ยังคงทรงพลังและเป็นแรงบันดาลใจเสมอมา

“Our task must be to free ourselves from this prison by widening our circles of compassion to embrace all living creatures and the whole of nature in its beauty.”

- Albert Einstein -

หน้าที่ของเราคือการปลดปล่อยตัวเองจากอึดอัดที่กุมขังเรา ด้วยการขยายวงจรความเมตตาของเราให้กว้างขวางออกไป เพื่อโอบอ้อมสิ่งมีชีวิตทั้งปวงและธรรมชาติทั้งมวลที่งดงาม

2.5 การพัฒนาความอยู่ดีมีสุข (Well-Being) ของบุคลากร: จากงานวิจัยสู่แนวปฏิบัติ

ศ.ดร.จิรประภา อัครบวร

คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์

“ความอยู่ดีมีสุข” (Well-Being) ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2021)¹⁴ ถือว่าเป็น “สถานะเชิงบวก” (positive state) ที่บุคคลและสังคมได้รับประสบการณ์ เช่นเดียวกับกับ “สุขภาพ” ความอยู่ดีมีสุขเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้ถูกกำหนดโดย เงื่อนไขทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม

หากพิจารณา “ความอยู่ดีมีสุข” (Well-Being) ตามนิยามของ WHO สามารถแบ่งเป็น 2 มิติ คือ

- “คนอยู่ดีมีสุข” สะท้อนคุณภาพชีวิต รู้สึกว่าชีวิตมีความหมายและเป้าหมาย ได้รับความเป็นธรรมในการเข้าถึงทรัพยากร (ภายใต้เงื่อนไขสังคม – เศรษฐกิจ – สิ่งแวดล้อมที่เอื้อ)
- “สังคมอยู่ดีมีสุข” มีความเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากร เอื้อต่อการเติบโตอย่างยั่งยืน มีความยืดหยุ่น สามารถรับมือกับวิกฤต มีความสามารถในการลงมือทำ และมีความพร้อมก้าวข้ามความท้าทาย

ทั้งนี้ ความอยู่ดีมีสุขเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่ 3 (SDG: Sustainable Development Goal) Good Health and Well-Being¹⁵ มี 14 ตัวชี้วัด (indicator) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการวัดเรื่องสาธารณสุขพื้นฐาน เช่น อัตราส่วนการตายของมารดา อัตราอุบัติเหตุ วัณโรค เป็นต้น ซึ่งตัวชี้วัดที่ 14 เป็นการวัดความอยู่ดีมีสุขเชิงอัตวิสัย/เชิงความรู้สึก (Subjective well-being) ซึ่งเป็นการวัดการรับรู้ระดับบุคคล

อย่างไรก็ตาม ความอยู่ดีมีสุขข้างต้นนี้เป็นนิยามระดับประเทศ หากจะพิจารณานิยามระดับองค์กร หรือ “องค์กรสุขภาพ” (Well-Being Organization) สามารถพิจารณาได้จากงานวิจัยของทีมวิจัยคณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์¹⁶ มีองค์ประกอบ 5 ด้าน ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อกัน

¹⁴ WHO (World Health Organization) (2021) Promoting well-being. <https://www.who.int/activities/promoting-well-being>

¹⁵ UNDP (United Nation Development Program) (2025) SDG: Sustainable Development Goal Retrieved from <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>

¹⁶ ดาวิชา ศรีธัญรัตน์ และคณะ (2568). การพัฒนาเครื่องมือวินิจฉัยสุขภาพองค์กร Delightfulness in Organization Analysis (DOA). วารสารการพัฒนาศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์และองค์กร, 17(1), 47-74.

1. สุขภาวะทางกาย (Physical Well-being): การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ปราศจากโรค และมีความพร้อมในการทำงาน
2. สุขภาวะทางอารมณ์และจิตใจ (Psychological/Emotional Well-being): ความสามารถในการจัดการความเครียด มีทัศนคติเชิงบวก และมีความมั่นคงทางอารมณ์
3. สุขภาวะทางสังคมและความสัมพันธ์ (Social and Community Well-being): การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงานและผู้อื่น รวมถึงการได้รับความสนับสนุนทางสังคม
4. สุขภาวะทางการเงิน (Financial Well-being): ความรู้สึกรับประกันมั่นคงทางการเงิน การมีความรู้ในการจัดการรายได้และหนี้สินเพื่อให้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต
5. สุขภาวะในที่ทำงานหรืออาชีพ (Career Well-being): ความพึงพอใจในงาน สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย และความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน



ภาพที่ 15 องค์ประกอบ 5 ด้านของความอยู่ดีมีสุข ระดับบุคคลของคนวัยทำงานในองค์กรไทย¹⁷

จากผลงานวิจัยให้นิยาม “องค์กรสุขภาวะ” คือ องค์กรที่ทำให้ความอยู่ดีมีสุขของบุคลากรเกิดขึ้น จากการดำเนินการขององค์กรอย่างตั้งใจ ไม่ใช่แค่จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นครั้งคราว แต่ต้องเป็นกระบวนการที่เป็นระบบ และเชื่อมโยงกันระหว่าง เป้าหมาย-การออกแบบ-การบริหารจัดการ

¹⁷ ดาวิชา ศรีธัญรัตน์, อรุณ พงศพิทพิบูลธรรม, อัสมา เต๊ะหมาน, และจารุวรรณ ยอดระฆัง (2568).

ส่วนความอยู่ดีมีสุขในระดับบุคคล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส. มีการส่งเสริมเรื่อง แนวคิดความสุข 8 ประการ (Happy 8) ซึ่งสะท้อนความอยู่ดีมีสุขระดับบุคคล “Happy Worker” คือ คนทำงานที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้ง ร่างกายและจิตใจ มีสุขภาวะดีอย่างสมดุล ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและการทำงาน (work-life balance) มีผลลัพธ์สุขภาวะที่ดี 4 มิติ ได้แก่ กาย-ใจ-ปัญญา-สังคม เพื่อสร้างความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงและความยั่งยืน

ดังนั้น การพัฒนาความอยู่ดีมีสุข (Well-Being) ของบุคลากรในองค์กร เพื่อส่งเสริม “องค์กรสุขภาวะ” (Well-Being Organization) มีความจำเป็นที่ต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงเป้าหมาย 3 ระดับ คือ ระดับองค์กร-ระดับกลุ่มงาน/ทีมงาน-ระดับบุคคล โดยมีการพัฒนาความสอดคล้องของเป้าหมาย (goal) การออกแบบกระบวนการ (design) และการบริหารจัดการ (management) ที่สานสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน (alignment)



ศ.ดร.จิระประภา อัครบวร คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ นิด้า



ภาพที่ 16 นิยาม “ความอยู่ดีมีสุข” ในระดับประเทศ ระดับองค์กร และระดับบุคคล

ทีมวิจัยได้พัฒนาเครื่องมือการวินิจฉัยสุขภาวะองค์กร หรือ DOA (Delightfulness in Organization Analysis) ให้สามารถติดตามและประเมินผลการพัฒนาความอยู่ดีมีสุขขององค์กรในประเทศไทย โดยพัฒนาเครื่องมือจากกลุ่มตัวอย่าง 1,500 คน ใน 50 องค์กรจากทุกอุตสาหกรรมรวมถึงภาครัฐ และรัฐวิสาหกิจ โดยมีกระบวนการสร้างเครื่องมือซึ่งเริ่มจาก

- (1) การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematics Literature Review)
- (2) ถอดบทเรียนจากองค์กรที่มีการดำเนินงานเรื่องความอยู่ดีมีสุข (Well-Being) ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์ตัวแทนองค์กร 20 แห่ง และวิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์ด้วย

Theory-based coding (3) พัฒนาข้อคำถามเพื่อสร้างเครื่องมือการวินิจฉัยองค์กร และทำการทดสอบเครื่องมือด้วยการวิจัยเชิงปริมาณจนได้ข้อคำถามรวม 61 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามมิติการบริหารจัดการขององค์กร 41 ข้อ และข้อคำถามมิติความอยู่ดีมีสุขของบุคลากร 20 ข้อ

ผลจากการศึกษาทำให้พบความอยู่ดีมี “สุขด้านการงาน” (Career Well-Being) นอกเหนือจาก Happy 8 ซึ่งเป็นความอยู่ดีมีสุขระดับบุคคล ทั้งนี้ ผลลัพธ์ของการพัฒนาสุขภาวะองค์กรคือ นอกจากให้บุคลากรมีสุขภาพที่ดีใน 4 มิติ กาย จิต ปัญญา สังคมแล้ว บุคลากรควรส่งมอบผลิตภาพองค์กรที่ดี เพื่อมั่นใจว่าองค์กรจะมีความสามารถในการดำเนินงานเพิ่มขึ้นขีดความสามารถการแข่งขันของประเทศได้อีกด้วย



ศ.ดร.จิระประภา อัครบวร คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ นิเด้า



ภาพที่ 17 หลักการคิดเชิงระบบกับการพัฒนา “องค์กรสุขภาวะ” (Well-Being Organization)

งานด้านการพัฒนาความอยู่ดีมีสุขนี้จึงเป็นบทบาทใหม่ที่สำคัญในงานด้านทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งผู้เขียนได้นำเสนอ 4 บทบาทใหม่นี้ในหนังสือ HR 5.0¹⁸ (1) บทบาทเพิ่มประสิทธิภาพ (Efficiency) (2) บทบาทพลิกโฉมองค์กร (Organization Transformation) (3) บทบาทพัฒนานวัตกรรม (Innovation) และ (4) บทบาทในการสร้างความยั่งยืน (Sustainability) และความอยู่ดีมีสุขของบุคลากร (Well-Being)

¹⁸ จิระประภา อัครบวร. (2565). งานทรัพยากรมนุษย์ในยุค 5.0 (HR 5.0: Digital HR System) (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรรณการพิมพ์.

New Roles of HR



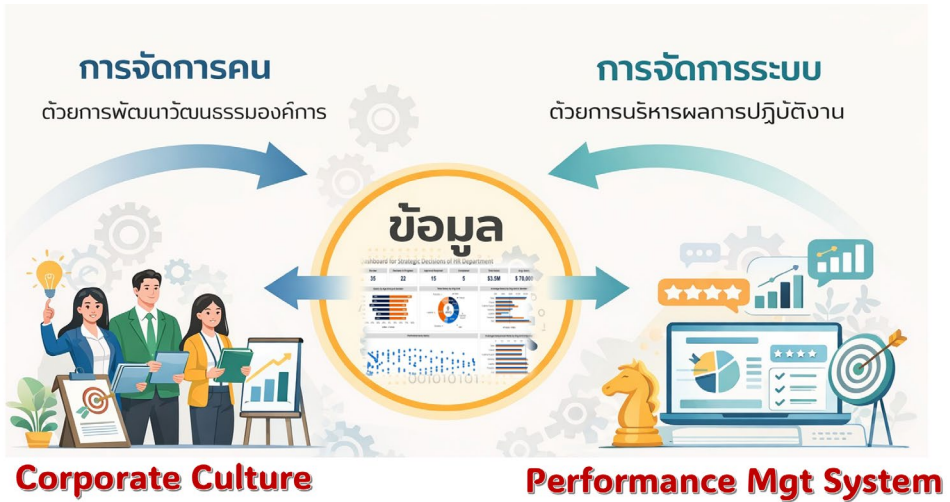
ศ.ดร.จิระประภา อัจฉนวรร คณะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ฟอร์ด



ภาพที่ 18 บทบาทใหม่ในงาน HR 5.0

การที่จะทำให้อุบลการในองค์กรมีความอยู่ดีมีสุขของบุคลากร (Well-Being) ที่ยั่งยืน นักทรัพยากรมนุษย์จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับสุขภาวะ 2 ด้าน คือ **สุขภาวะทางกาย (Physical Well-being)** ซึ่งเป็นเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง ปราศจากโรค และมีความพร้อมในการทำงาน และ **สุขภาวะทางการเงิน (Financial Well-being)** เพื่อให้มีความรู้สึกลับมั่นคงทางการเงิน การมีความรู้ในการจัดการรายได้และหนี้สินเพื่อให้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต จากงานวิจัยของ ดาวิซา ศรีธัญรัตน์ และคณะ (2568) พบว่า สุขภาวะ 2 ด้านนี้มีผลอย่างมากต่อ “สุขภาวะในภาพรวม” (Total Well-Being) หากด้านใดด้านหนึ่งเสียไปจะกระทบความอยู่ดีมีสุขในเรื่องอื่นๆ เกือบทั้งหมด

ดังนั้น การพัฒนาเพื่อมิให้สุขภาวะทั้งสองกลายเป็นปัญหาต่อ “สุขภาวะในภาพรวม” นักทรัพยากรมนุษย์จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาองค์กร 2 กระบวนการ คือการพัฒนาวัฒนธรรมองค์กร (corporate culture) และการบริหารผลการปฏิบัติงาน (performance management) ซึ่งถือว่าเป็นสองกระบวนการสำคัญในการจัดการ “คน” และ “ระบบ” ไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมและการเสริมแรง อันจะส่งเสริมให้การพัฒนาเรื่องนี้เกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

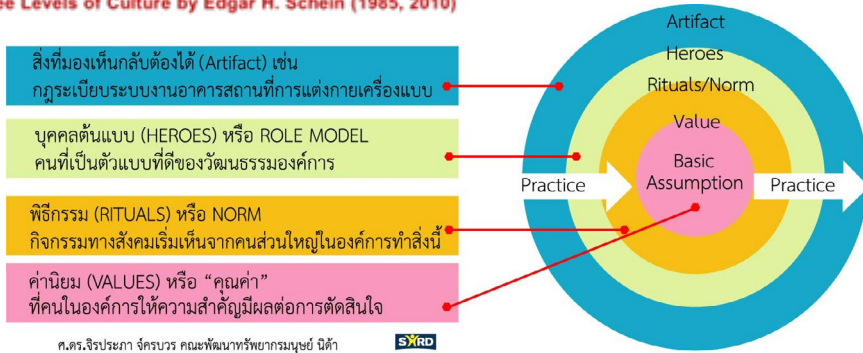


ภาพที่ 19 การบริหารจัดการเพื่อความยั่งยืนด้วยการพัฒนาวัฒนธรรมองค์กร และการบริหารผลการปฏิบัติงาน

การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กร (Corporate Culture Change) คือกระบวนการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ กลยุทธ์ และภาพลักษณ์ขององค์กร ทั้งนี้วัฒนธรรมองค์กร หมายถึงพฤติกรรมของบุคลากรส่วนใหญ่ในองค์กรที่เป็นสมมติฐานพื้นฐาน (basic assumption) ส่งผลให้เกิดเป็นวิธีการทำงาน การแก้ปัญหา และตัดสินใจที่รับรู้กัน โดยการเปลี่ยนแปลงนี้อาจเริ่มจากสิ่งที่มองเห็น (artifacts) มาสู่การส่งเสริมให้เป็นบรรทัดฐาน (norm) สร้างคุณค่าให้เกิดเป็น “ค่านิยม” (value) ที่บุคลากรยึดถือ¹⁹

¹⁹ จิระประภา อัครบวร. (2569). ความสอดคล้องในการพัฒนาองค์กร (Alignment for Organization Development). กรรณการพิมพ์.

Onion Ring Model of Culture Dimensions by Hofstede (1980)
Three Levels of Culture by Edgar H. Schein (1985, 2010)



ภาพที่ 20 แนวทางการพัฒนาวัฒนธรรมองค์การด้วยโมเดลวงหัวหอม

กระบวนการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์การ มีแนวปฏิบัติอยู่ 5 ขั้นตอน ซึ่งจำเป็นต้องทำเป็นแผนระยะยาว 3-5 ปี

ขั้นตอนที่ 1: สร้างความตระหนักรู้ สื่อสารความสำคัญ “การพัฒนาวัฒนธรรมองค์การ สุขภาวะ” ทำไมเราจึงต้องทำเรื่องนี้ โดยผู้บริหารระดับสูงเข้าร่วมในกระบวนการส่งเสริม “ค่านิยม” ด้านการดูแลสุขภาพและวินัยทางการเงินซึ่งเป็นความเชื่อ ความคิด ที่นำมาซึ่งพฤติกรรม และการตัดสินใจในการใช้ชีวิตประจำวันของบุคลากรในองค์การ รวมถึงเป็นผู้สื่อสาร ทำตนเป็นแบบอย่าง มีพฤติกรรมสอดคล้องกับ “ค่านิยมสุขภาวะ” นี้ด้วย

ขั้นตอนที่ 2: พัฒนาคนและระบบ จัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างผู้ร่วมขับเคลื่อน “วัฒนธรรมองค์การสุขภาวะ” รวมถึงพัฒนาระบบงานต่าง ๆ ภายในองค์การให้มีความสอดคล้องกับค่านิยมการดูแลสุขภาพและวินัยทางการเงิน เช่น ระบบสวัสดิการ สภาพแวดล้อมในที่ทำงาน ให้ความรู้เรื่องสุขภาพและการเงิน เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3: เสริมแรงพฤติกรรมให้ทำเป็นธรรมชาติ ผู้บริหารองค์การทุกระดับสื่อสารเรื่องค่านิยมในทุกโอกาส ทำตัวเป็นตัวอย่าง และปรับ “ระบบงาน” ให้สอดคล้องกับค่านิยมนี้ เช่น ระบบการประเมินผลงานประจำปี (Performance Appraisal)

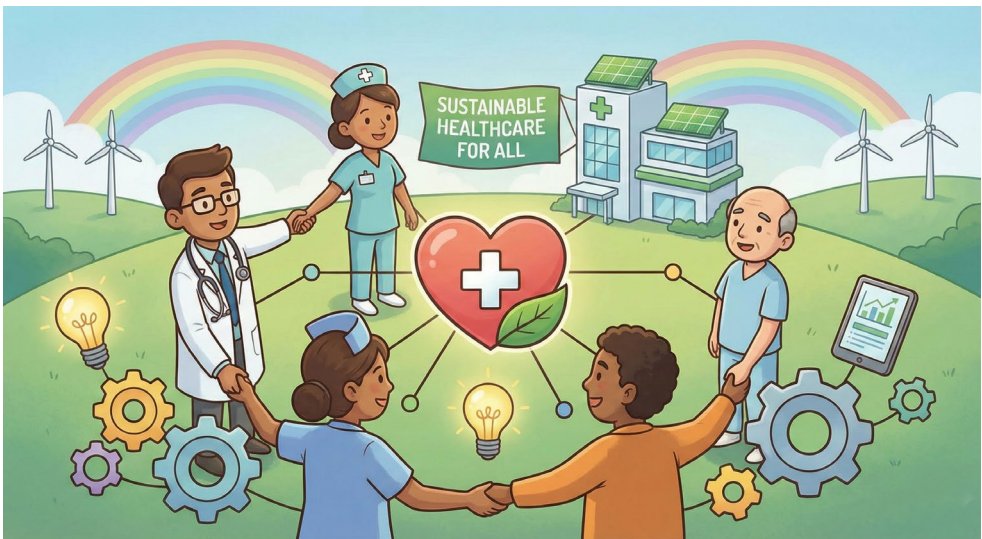
ขั้นตอนที่ 4: ค้นหาบุคลากรที่เป็นต้นแบบที่ดีในการดูแลสุขภาพและวินัยทางการเงิน องค์การให้การยกย่อง ชื่นชม (Reinforcement & Recognitions)

ขั้นตอนที่ 5: พัฒนาจนเป็นภาพลักษณ์องค์การ เป็นตัวอย่างที่ดีให้้องค์การอื่น มาเยี่ยมชม

การบริหารผลการปฏิบัติงาน (PM: Performance Management System)

เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่ต้องจัดการเพื่อส่งเสริมการพัฒนาวัฒนธรรมองค์การสุขภาวะ PM คือ กระบวนการที่ทำอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลการปฏิบัติงานระดับองค์กรได้รับการถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติงานระดับหน่วยงาน หรือทีมงาน จนถึงระดับตัวบุคคล โดยมีกระบวนการทบทวนผลการปฏิบัติงานในทุกๆระดับ เพื่อมั่นใจว่าผลการปฏิบัติงานมีความสอดคล้องกับความต้องการในการพัฒนาองค์การไปสู่การเป็นองค์กรในอนาคต โดยการดำเนินการใช้การวัดผลงานในทุกๆระดับเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนา ทั้งนี้การบริหารผลการปฏิบัติงานมีความเชื่อมโยงกับระบบการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ การพัฒนาความก้าวหน้าในงาน การจ่ายผลตอบแทน การให้การยกย่อง การให้รางวัล ทั้งระดับบุคคลและทีมงาน เพื่อให้บุคลากรคงความสามารถและความผูกพันต่อองค์กร²⁰

ในนี้ระบบการบริหารผลการปฏิบัติงานจำเป็นต้องทำให้เรื่องการดูแลสุขภาวะทางกาย และการเงินของบุคลากรเป็นตัวชี้วัดระดับองค์กร (Corporate KPIs) ที่ผู้บริหารระดับสูงต้องรับผิดชอบร่วมกันกับผู้บริหารทุกระดับ สร้างกลไกการพัฒนา Mindset – Skillset – Toolset เพื่อให้บุคลากรเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม จัดการประเมินผลและให้ Feedback แก่บุคลากรเพื่อเกิดความตระหนักถึงผลลัพธ์ของเรื่องนี้ ทั้งนี้เพื่อให้การพัฒนางานองค์การสุขภาวะทำให้เกิดการพัฒนาความอยู่ดีมีสุขที่ยั่งยืน มิเป็นเพียงการทำกิจกรรมส่งเสริมเท่านั้น



²⁰ จิรประภา อัครบวร. (2566). การบริหารผลการปฏิบัติงานเชิงกลยุทธ์: เครื่องมือพัฒนาองค์การ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรรณการพิมพ์. หน้า 16

เส้นทางการผลิตร่วมเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย

(The Journey to Success in Co-Creating
Quality and Safety)



3.1 ผู้นำ-ระบบ-หัวใจ: บทเรียนจากวิกฤตสู่การผลิตร่วมคุณภาพและความปลอดภัย

ในปัจจุบัน สถานการณ์ที่ไม่แน่นอนและคาดการณ์ได้ยาก สามารถเกิดขึ้นได้เสมอ ภาวะวิกฤตหรือภัยพิบัติในรูปแบบต่างๆ จึงมีใช้เพียงเหตุการณ์เฉพาะหน้า หากเป็นบททดสอบสำคัญของภาวะผู้นำ ความพร้อมของระบบ และความสามารถในการดำรงไว้ซึ่งคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย ในหัวข้อนี้ จะนำเสนอการถอดบทเรียนจากประสบการณ์จริงของผู้นำองค์กรสุขภาพในบริบทที่แตกต่างกันของประเทศไทย ซึ่งต่างต้องรับมือกับสถานการณ์ไม่ปกติภายใต้ข้อจำกัดและแรงกดดันที่หลากหลาย

การรับมือในสถานการณ์วิกฤตที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ภัยพิบัติทางธรรมชาติ เหตุการณ์ฉุกเฉินที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสัญญาณเตือนล่วงหน้า ไปจนถึงสถานการณ์ความไม่สงบที่ส่งผลกระทบในวงกว้าง ผ่านกรณีศึกษาที่สะท้อนการบริหารจัดการเชิงระบบ การสั่งการที่ชัดเจน การทำงานร่วมกันของทีมและเครือข่าย ตลอดจนการขับเคลื่อนด้วยความหวังใจและเห็นคุณค่าของผู้คนทุกฝ่าย ผ่านบทเรียน ดังต่อไปนี้

1. บทเรียนและแนวคิดการบริหารจัดการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในสถานการณ์อุทกภัยอำเภอหาดใหญ่ พ.ศ. 2568

ศ.นพ.รังสรรค์ ภูรยานนทชัย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทนำ

ในช่วงสถานการณ์อุทกภัยในอำเภอหาดใหญ่ ในปลายเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ก่อให้เกิดผลกระทบอย่างหนักต่อระบบสาธารณสุขของอำเภอหาดใหญ่ และจังหวัดสงขลา โดยโรงพยาบาลหลายแห่งในเขตอำเภอหาดใหญ่ได้รับผลกระทบจนไม่สามารถให้บริการได้ และทางรัฐบาลได้ประกาศให้เป็นพื้นที่เขตภัยพิบัติอย่างรุนแรง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวในเขตภัยพิบัติ ที่ยังสามารถเปิดให้บริการได้เกือบเต็มศักยภาพ แม้ว่าจะได้รับผลกระทบทางอ้อมจากการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่ส่วนหนึ่งเป็นผู้ประสบภัยในอุทกภัยในครั้งนี้ด้วย อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ก็ยังสามารถที่จะเปิดให้บริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ภัยพิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผ่านภาวะวิกฤตต่างๆ มาได้

บทความนี้เป็นกรอตอบทเรียน และแนวคิดในการบริหารจัดการโรงพยาบาลในภาวะวิกฤต ที่ได้ทบทวนมาเพื่อเป็นองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่จะต้องเตรียมรับสถานการณ์ภัยพิบัติจากธรรมชาติที่อาจจะเกิดมากขึ้นในอนาคต โดยจะถอดบทเรียนเป็นข้อต่างๆ ดังนี้

1. การประเมินความเสี่ยง และเตรียมความพร้อมตอบสนองต่อภัยพิบัติ

อำเภอหาดใหญ่ตั้งอยู่ในพื้นที่แอ่งกระทะของกลุ่มน้ำคลองอู่ตะเภา ที่ชนาไปได้ด้วยเทือกเขาทั้งทางด้านตะวันออก ตะวันตก และทางใต้ของเมือง และประสบปัญหาจากอุทกภัยมาโดยต่อเนื่อง ดังนั้นแผนภัยพิบัติเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์อุทกภัยจึงเป็นสิ่งที่กำหนดไว้ และมีการปรับปรุงแผนมาโดยตลอดของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในทุกปีจะมีการทบทวนแผนปฏิบัติการเพื่อตอบสนองต่อความรุนแรงของภาวะอุทกภัยโดยใช้การกำหนดความรุนแรงตามคำประกาศของหน่วยราชการท้องถิ่นที่ใช้สัญลักษณ์ธงสี เขียว เหลือง และแดงเพื่อแจ้งระดับความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดอุทกภัยในพื้นที่ โรงพยาบาลได้แต่งตั้งคณะกรรมการการจัดการภัยพิบัติ เพื่อกำหนดแผน ปรับปรุงแผน และซักซ้อมแผนเป็นประจำทุกปี นอกจากนี้ในช่วงปลายปีของทุกปี จะเป็นฤดูฝนของภาคใต้ จะมีการเตรียมความพร้อมของทรัพยากรทางด้านการศึกษาพยาบาลต่างๆ ของโรงพยาบาล อาทิ วัสดุทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ น้ำมันเตา ก๊าซออกซิเจนเหลว ฯลฯ โดยจะมีการเพิ่มปริมาณสินค้าคงคลังต่างๆ เพิ่มขึ้นจากภาวะปกติประมาณ 1.5 เท่า โดยประมาณการให้สามารถใช้ได้ประมาณ 7-10 วันหากไม่สามารถจัดการขนส่งและการส่งมอบได้ในปีนั้นพบว่าทางโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ไม่ได้ขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ในช่วงสถานการณ์อุทกภัย อย่างไรก็ตามทรัพยากรเกี่ยวกับอาหารสด ยังมีจำกัดเนื่องจากการเพิ่มปริมาณสินค้าคงคลังได้ยาก เนื่องจากความเสี่ยงต่อการเน่าเสียของอาหารสด นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้มีแผนในการขยายจำนวนเตียงเพิ่มขึ้นได้อีกประมาณร้อยละ 20 ของจำนวนเตียงปกติ หากเกิดสถานการณ์ อุทกภัยอย่างรุนแรงจนต้องรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นๆ

แม้ว่าทางโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จะมีแผนอุทกภัย และเชื่อได้ว่าทุกโรงพยาบาลในพื้นที่ก็มีแผนอุทกภัยเช่นกัน แต่แผนเหล่านั้นไม่ได้มีการหารือร่วมกันในระดับอำเภอ หรือจังหวัด เพื่อให้มีการตอบสนอง และสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน หรือสามารถที่จะเติมเต็มในจุดอ่อนของแผนแต่ละโรงพยาบาลได้ หากสามารถนำแผนของแต่ละแห่งมาพิจารณาร่วมกันได้น่าจะทำให้การบูรณาการต่างๆ ในการรักษาพยาบาลช่วงภัยพิบัติน่าจะทำได้มากยิ่งขึ้น

2. การประเมินความเสี่ยงด้านบุคลากร ในภาวะภัยพิบัติ

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีการดำเนินการในการประเมินความเสี่ยงของบุคลากร และที่อยู่อาศัยของบุคลากรที่อาจจะได้ผลกระทบจากอุทกภัย โดยได้ทำการสื่อสาร และให้บุคลากรแจ้งที่อยู่อาศัย เพื่อกำหนดจุดพื้นที่ต่างๆ ผ่าน Application ของคณะแพทยศาสตร์ เพื่อที่จะได้ดำเนินการช่วยเหลือ หรือเคลื่อนย้ายหากประสบภัยพิบัติ

บุคลากรจำนวนหนึ่งได้ให้ความร่วมมือในการแจ้งที่อยู่ก่อนเกิดเหตุ แต่เมื่อเกิดเหตุทุกภัยขึ้นอย่างหนักในปีนั้น แม้ว่าจะทราบที่อยู่อาศัยของบุคลากร แต่การช่วยเหลือเพื่อเคลื่อนย้ายออกจากพื้นที่ภัยพิบัติทำได้ยาก เนื่องจากระดับน้ำที่สูง และมีอัตราการไหลของน้ำค่อนข้างเร็ว ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือบุคลากรของคณะฯ ได้ จากบทเรียนในครั้งพบว่า การดำเนินแผนการจัดการด้านบุคลากร จะต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอก และมีความจำเป็นที่จะต้องซักซ้อมแผนการเคลื่อนย้ายกับหน่วยงานภายนอกอีกด้วย

3. บริหารจัดการด้วยข้อมูลจริง (management by fact) เป็นสิ่งสำคัญในภาวะภัยพิบัติ

แม้ว่าการติดต่อสื่อสารจะทำได้ยาก แต่การติดตามข้อมูลปัจจัยภายนอก เช่น สภาพอากาศ ระดับน้ำ ความรุนแรงของภัยพิบัติ สถานการณ์ของโรงพยาบาลอื่นๆ จำนวนผู้ป่วย จำนวนบุคลากรที่เหลืออยู่ ปริมาณทรัพยากรทางการแพทย์ จำนวนเตียง อัตราการครองเตียง เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลในการบริหารจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีมาก

4. ระบบการสั่งการเดียวในสถานการณ์ภัยพิบัติ (single command system)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้อำนวยการสถานการณ์ตามแผนภัยพิบัติของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยจะมีการประชุมเพื่อวางแผนการจัดการโรงพยาบาล ในทุกเช้า และเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ โดยหลังจากการประชุมเสร็จสิ้น จะมีการสื่อสารไปยังผู้เกี่ยวข้อง และผู้ปฏิบัติผ่านกระบวนการบังคับบัญชาตามสายงาน มีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และสามารถปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการได้อย่างทันเวลา

5. ทีมสำคัญมากในสถานการณ์ภัยพิบัติ

เราไม่ได้อยู่คนเดียว การทำงานร่วมกันเป็นทีมที่สามารถประสาน และติดต่อกันได้ตลอดเวลา ภายในโรงพยาบาลมีความสำคัญ การจัดแบ่งหน้าที่ และการมอบอำนาจให้จัดการสถานการณ์เฉพาะหน้าได้มีความสำคัญอย่างยิ่ง แม้ว่าจะระบบการดำเนินการในภาวะวิกฤต จะเป็นระบบ Single command system ก็ตาม การทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่ง รวมถึงการขอความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลต่างๆ มีความจำเป็น อาทิ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ที่สามารถช่วยเหลือทางด้านอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ การสนับสนุนทรัพยากรในการรักษาพยาบาล ฯลฯ อีกทั้ง โรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดอื่นๆ จึงมีความสำคัญ การร้องขอความช่วยเหลือในหลายๆ เรื่องจึงมีความสำคัญ การตระหนักถึงขีดจำกัดของตนเองจะช่วยให้การร้องขอความช่วยเหลือต่างๆ สามารถดำเนินการได้รวดเร็วมากขึ้น

6. การปรับบริการโดยลดขั้นตอน และลด Low Value Care

ในภาวะภัยพิบัติ ขั้นตอนการเข้าถึงการรักษาพยาบาลตามปกติไม่สามารถดำเนินการได้ การลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น เช่น การยืนยันสิทธิ์การรักษาพยาบาล การดำเนินการทางเวชระเบียน ขั้นตอนในการรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น การลดขั้นตอนเหล่านี้จะช่วยลดความซับซ้อนต่างๆ และยังช่วยลดการใช้อัตรากำลังของบุคลากรอย่างเหมาะสมต่อสถานการณ์

นอกจากการลดขั้นตอนเพื่อเข้าถึงการรักษาพยาบาลแล้ว การจำกัดหรือลดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ต่างๆ ลงให้เหลือแต่สิ่งที่จำเป็น ลด Low value care ต่างๆ เช่น การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ไม่จำเป็น การส่งการรักษาพยาบาลที่ไม่เกิดประโยชน์ จะช่วยทำให้สามารถลดการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดในสถานการณ์ภัยพิบัติลงได้

7. หลัก 4S ในการตอบสนองต่อการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย

แนวคิดในการเพิ่มศักยภาพรองรับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นในภาวะภัยพิบัติของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ใช้หลักการ 4S ได้แก่ System, Space, Staff, Stuff โดยการวางระบบของโรงพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่ง ในภาวะภัยพิบัติ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประกาศปิดการให้บริการผู้ป่วยนอก ปิดบริการห้องผ่าตัด โดยจะเปิดบริการเพื่อรองรับผู้ป่วยวิกฤตผู้ป่วยฉุกเฉิน และรองรับการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความรุนแรงมาจากโรงพยาบาลในอำเภอหาดใหญ่ที่ได้รับผลกระทบจากอุทกภัยจนไม่สามารถให้บริการได้ นอกจากนี้ ได้มีการวางระบบให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์เป็นสถานที่ในการรักษาผู้ป่วยที่มีความรุนแรงสูง หรือผู้ป่วยระดับสีแดง ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงน้อยกว่า จะจัดการรักษาในพื้นที่ของโรงพยาบาลสนามของมหาวิทยาลัย เป็นต้น มีการระบายนและจำหน่ายผู้ป่วยที่มีความรุนแรงไม่มาก หรือพร้อมจะกลับบ้าน ไปยังศูนย์พักพิงของมหาวิทยาลัย เพื่อเตรียมพื้นที่รองรับผู้ป่วยหนัก และการรับส่งต่อ

การขยายเตียงและศักยภาพชั่วคราวในช่วงภัยพิบัติมีความสำคัญ แต่ต้องประเมินอัตรากำลังบุคลากรร่วมด้วยเสมอ โดยจัดกำลังคนขั้นต่ำที่ยังดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐาน เพราะบุคลากรก็อาจเป็นผู้ประสบภัยเช่นกัน การเพิ่มเตียงโดยไม่คำนึงถึงทรัพยากรรองรับถือเป็นความเสี่ยงสูง

ในภาวะวิกฤต การเพิ่มบุคลากรทำได้ยาก โรงพยาบาลจึงใช้กำลังจากนักศึกษาแพทย์ พยาบาล และเภสัชศาสตร์ช่วยงานภายใต้การกำกับของอาจารย์ และปรับรูปแบบการดูแลด้วยแนวคิด “One Hospital, One Ward, One Unit” ลดข้อจำกัดของหอผู้ป่วยเฉพาะโรค เปิดให้บริหารเตียงและ ICU แบบยืดหยุ่น เพื่อรองรับผู้ป่วยได้เหมาะสมมากขึ้น

8. ระบบการสื่อสารปกติล้ม การใช้วิทยุสื่อสารจำเป็นมาก

ในภาวะภัยพิบัติ ระบบสาธารณูปโภคต่างๆ เช่น ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ และอินเทอร์เน็ต อาจจะไม่สามารถใช้ได้ จากการตัดระบบต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้การติดต่อสื่อสารทั้งภายใน และภายนอกโรงพยาบาลได้รับผลกระทบตามไปด้วย เช่นเดียวกับสถานการณ์ในอำเภอหาดใหญ่ ที่ระบบไฟฟ้ามล้ม ระบบสื่อสารพื้นฐานล้ม การติดต่อภายใน และภายนอกหน่วยงานสามารถใช้ช่องทางของวิทยุสมัครเล่น หรือวิทยุสื่อสารเป็นหลัก การเตรียมพร้อมเรื่องนี้จึงมีความจำเป็น ตั้งแต่ก่อนเริ่มประสบภัยพิบัติเพื่อวางแผนการจัดการเรื่องเครือข่าย อีกทั้งการซักซ้อมระบบการสื่อสารด้วยวิทยุจะทำให้สามารถยังดำเนินการสื่อสารได้อย่างเหมาะสมและถูกต้องอีกด้วย

9. ระยะเวลาฟื้นฟูสภาพขึ้นกับความรุนแรงของภัยพิบัติ

การฟื้นฟูหลังเกิดภัยพิบัติเป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ และมักใช้ระยะเวลายาวนานที่สุดเมื่อเทียบกับช่วงเวลาการเกิดเหตุโดยตรง ภายหลังจากภัยพิบัติ โรงพยาบาลจำเป็นต้องเฝ้าระวังโรคและผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจตามมาอย่างใกล้ชิด เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติประมาณ 2-3 เท่า และอาจต้องใช้เวลาราว 2 สัปดาห์กว่าสถานการณ์จะค่อยๆ กลับเข้าสู่ภาวะปกติ

ด้วยเหตุนี้ การวางแผนการให้บริการทั้งด้านจำนวนบุคลากรและสมรรถนะของบุคลากร จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อรองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงฟื้นฟู ทั้งนี้ การนำหลัก 4S มาใช้ประกอบการพิจารณาในการวางแผนและบริหารจัดการ จะช่วยให้การจัดบริการมีความเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับสถานการณ์มากยิ่งขึ้น

10. อย่าลืมดูแลบุคลากร

การ Burnout อาจเกิดขึ้นได้กับบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่ภาระงานเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งบุคลากรในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ประสพภัย ได้รับความเสียหายทางด้านทรัพย์สิน ที่อยู่อาศัย รวมถึงการรักษาพยาบาล ทางโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้จัดให้มีการหยุดพัก ในช่วงสถานการณ์เริ่มดีขึ้น อีกทั้งการดำเนินแผนการช่วยเหลือบุคลากรที่ได้รับผลกระทบจากอุทกภัย เช่น การช่วยเหลือทางการเงินให้แก่บุคลากร การจัดหาหน่วยงานช่วยซ่อมแซมที่อยู่อาศัย การจัดการค่าตอบแทนให้สอดคล้องกับงานที่เพิ่มมากขึ้น และการเพิ่มสวัสดิการต่างๆ เพื่อช่วยลดภาระของบุคลากร และสร้างขวัญกำลังใจ

บทสรุป

การจัดการโรงพยาบาลในสถานการณ์ภัยพิบัติมีความสำคัญ การถอดบทเรียนจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจะช่วยส่งเสริมให้โรงพยาบาลต่างๆ สามารถที่จะตอบสนองต่อภัยพิบัติได้เหมาะสมมากขึ้น การจัดการด้วยข้อมูลจริง การจัดระบบการรักษาพยาบาล เพื่อลด Low value care รวมถึงการประเมินผลการทำงาน และทบทวนกระบวนการต่างๆ ในการจัดการในสถานการณ์ภัยพิบัติ มีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง

2. ทอดบทเรียนสถานการณ์วิกฤต: กรณีศึกษาเหตุหลุมยุบบนถนนสามเสน หน้าโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ผศ.นพ.อนุแสง จิตสมเกษม

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

วันที่เกิดเหตุ: 24 กันยายน พ.ศ. 2568

ประเภทภัยพิบัติ: ภัยพิบัติที่ไม่มีสัญญาณเตือนล่วงหน้า (Unwarned Disaster)

บทความนี้จัดทำขึ้นเพื่อบันทึกเหตุการณ์จริงและเป็นข้อมูลสำหรับการเรียนรู้ในการรับมือกับสถานการณ์วิกฤตในอนาคต โดยอ้างอิงข้อมูลจากเอกสารบันทึกเหตุการณ์ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล แบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่

- 1) ลำดับเหตุการณ์ใน 12 ชั่วโมงแรก
- 2) แผนรับมือและตอบโต้ในช่วง 5 วัน และ
- 3) การวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแผนการจัดการภัยพิบัติ

ส่วนที่ 1: ลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงใน 12 ชั่วโมงแรก (Chronology of Events)

เหตุการณ์เริ่มขึ้นและพัฒนาความรุนแรงตามลำดับเวลา ดังนี้:





ภาพที่ 21 ลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงใน 12 ชั่วโมงแรก ในสถานการณ์เหตุหลุมยุบบนถนนสามเสน หน้าโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ส่วนที่ 2: แผนรับมือและตอบโต้เหตุการณ์วิกฤต (Business Continuity Plan Integration)

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลใช้วิธี “บูรณาการแผนภัยพิบัติ” (อัคคีภัย, อุบัติภัยหมู่, โรคอุบัติใหม่, BCP) เข้าด้วยกัน ครอบคลุมทั้งบริการคลินิก ระบบสนับสนุน และระบบทั่วไป โดยแบ่งระยะการดำเนินงานดังนี้:

2.1 ระยะการเตรียมความพร้อม (Preparedness Phase)

2.1.1 การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment): ในปีงบประมาณที่ผ่านมา ได้มีการจำลองเหตุการณ์กรณี “อาคารเพชรรัตน์ไม่สามารถใช้งานได้” ไว้แล้ว ซึ่งครอบคลุมความเสี่ยงเรื่องการอพยพผู้ป่วยวิกฤต/ไม่วิกฤต, การผ่าตัด, พื้นที่สำรอง, และระบบสาธารณสุขโรค ทำให้มีแผนลดความเสี่ยงรองรับ เช่น การจับคู่อาคารบริการ และการประสานงานเครือข่ายอุปทาน (supply chain)

2.1.2 โครงสร้างการบัญชาการ (Incident Command System): กำหนดให้ คณบดี เป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ (Incident Commander) โดยมีโครงสร้างรองรับชัดเจน:

- รองคณบดี/หัวหน้าสำนักงานฯ: ประสานงานภายใน-ภายนอก
- รองคณบดีฝ่ายสื่อสาร: กำหนดการให้ข่าว
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและรองผู้อำนวยการโรงพยาบาล: ดูแลด้านคลินิก
- รองคณบดีฝ่ายสิ่งแวดล้อม: ดูแลสาธารณสุขโรคและโครงสร้างอาคาร

2.1.3 การสื่อสาร (Communication): กำหนดช่องทางหลัก ได้แก่ เสียงตามสาย, วิทยูสื่อสาร, Google Meet และ Google Chat (ที่มีบุคลากรอยู่ในกลุ่มกว่า 3,000 คน) ส่วนการสื่อสารภายนอกเน้นการออกเอกสารข่าว (Press Conference) เพื่อความถูกต้อง

2.1.4 การประเมินระดับหน่วยงาน: ทุกหน่วยงานมีแผน BCP ของตนเอง โดยต้องประเมินผลกระทบที่ระยะเวลา 6 ชม., 12 ชม., 1 วัน และ 7 วัน เพื่อพิจารณาความสามารถในการปฏิบัติงานต่อเนื่อง

2.2 ระยะการรับมือและฟื้นฟู (Emergency Response & Recovery)

ประกาศใช้แผน BCP, ดำเนินการอพยพ, และประชุมติดตามสถานการณ์อย่างใกล้ชิด เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถประคองกิจการให้ผ่านพ้นวิกฤตไปสู่ระยะฟื้นฟูได้ วางแผนการจัดการเปิดให้บริการในภาวะฉุกเฉิน โดยเบื้องต้นขอความร่วมมือให้ส่งตัวผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉินได้หลัง 16.00 น. แต่มีการประสานหน่วยเอราวัณเบื้องต้นให้ส่งมาเท่าที่จำเป็น วางแผนเปิดบริการห้องตรวจผู้ป่วยนอกแทนที่อาคารเพชรรัตน์ในวันที่ 25 กันยายน โดยจัดให้มีบุคลากรมาช่วยดูแลผู้ป่วยที่อาคารเพชรรัตน์ชั้น 2 ทั้งหมด 20 คลินิก และเริ่มเปิดดำเนินการเต็มรูปแบบที่อาคารที่ปังกฯ ในวันที่ 26 กันยายน ตามลำดับ

2.3 ระยะป้องกันและลดความเสี่ยง (Prevention & Mitigation)

จัดทำ After Action Review (AAR) วิเคราะห์ความสำเร็จและข้อผิดพลาดเพื่อปรับปรุงแผนในอนาคต

ส่วนที่ 3: การวิเคราะห์และบทเรียนเพื่อการพัฒนา (Analysis & Improvement)

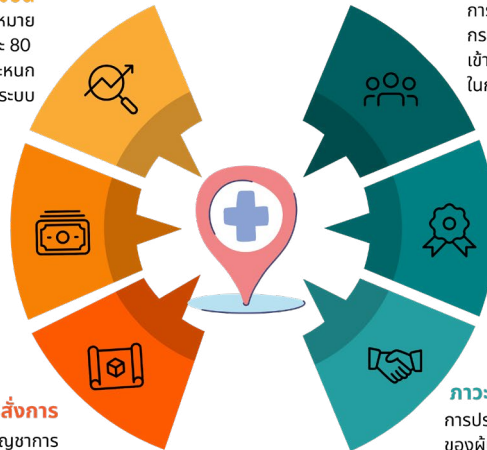
จากการถอดบทเรียนตามทฤษฎีวงจรการจัดการภัยพิบัติ พบประเด็นสำคัญดังนี้:

3.1 สิ่งที่สามารถทำได้ดี (Key Success Factors)

การซ่อมแผนกที่เข้มแข็ง
การซ่อมอพยพหนีไฟที่มีเป้าหมาย
หน่วยงานเข้าร่วมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
ทำให้บุคลากรเกิดความเคยชิน ไม่ตื่นตระหนก
และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ

คู่มือปฏิบัติงานที่ชัดเจน
การมีคู่มือ BCP ที่เกิดจากการร่วม
เขียนแผนปฏิบัติการเองและ
ตอบสนองกับทีมบัญชาการ
เหตุการณ์ ทำให้บุคลากรสามารถ
ประเมินตนเอง (Self-assessment) ได้
ทันที ส่งผลให้ข้อมูลถูกส่งถึง
ส่วนกลางเร็วและครบถ้วน จนสามารถ
ตัดสินใจเปิดบริการได้ในวันรุ่งขึ้น

โครงสร้างการสั่งการ
ความชัดเจนของทีมบัญชาการ
เหตุการณ์ ทำให้ไม่มีการทำงานซ้ำ
ซ้อนและมีประสิทธิภาพ
ในการบริหารจัดการ



ประสิทธิภาพการสื่อสาร
การใช้ Google Chat/Meet ทำให้
กระจายข้อมูลได้รวดเร็วและทั่วถึง
เข้าถึงผู้ปฏิบัติงาน ลดความตระหนก
ในการบริหารจัดการ

การประสานงานภายนอก
ทีมรองคณบดีสามารถประสานกับ
หน่วยงานภายนอก (การประปาฯ,
NT, AIS, True, Private Link)
ได้อย่างรวดเร็ว ช่วยกู้คืนระบบ
สาธารณสุขได้ทันเวลาที่เตรียม
พร้อมในการให้บริการ

ภาวะผู้นำ
การประชุมที่กระชับและการตัดสินใจที่แม่นยำ
ของผู้บัญชาการเหตุการณ์ (คณบดี) ทำให้
โรงพยาบาลกลับมาเปิดบริการเต็มรูปแบบได้
ในวันที่ 26 กันยายน 2568 ซึ่งเสริมสร้าง
ความมั่นใจให้กับผู้เข้ามาใช้บริการ ถึงแม้ว่า
จะติดตามข่าวสารแล้วอาจมีข้อวิตกกังวล

3.2 โอกาสในการพัฒนา (Areas for Improvement)



1. ระบบบัญชาการสำรอง

ในสถานการณ์จริง ผู้บัญชาการอาจเข้าถึงพื้นที่ได้ยาก เนื่องจากจราจร
ติดขัด จึงจำเป็นต้องวางระบบผู้บัญชาการสำรองหรือศูนย์บัญชาการ
สำรองไว้เพื่อเป็นการรับประกันในการบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉิน
ลดความสับสนและความตื่นตระหนกในระดับผู้ปฏิบัติงาน

2. ความเสถียรของการสื่อสาร

พบปัญหาระบบโทรศัพท์เครือข่ายสั่นและหนาแน่น ควรวางแผนใช้
ช่องทางอื่นสำรอง เช่น วิทยุคลื่นความถี่สั้น หรือการสื่อสาร
ประเภทอื่น ๆ

3. ศูนย์ประสานงานบูรณาการ

ควรจัดตั้งศูนย์บัญชาการที่เชื่อมโยงกับชุมชนและหน่วยงานภายนอก
อย่างเป็นระบบมากขึ้น พร้อมมอบหมายงานให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
สาธารณสุขดูแลโดยตรงและประสานงานกับหน่วยงานภายนอก
เพื่อให้เกิดการบูรณาการในการแก้ปัญหาภาพรวมทั้งหมด

บทสรุป

เหตุการณ์หลุมยุบหน้าโรงพยาบาลวชิรพยาบาล นับเป็นกรณีศึกษาสำคัญที่ชี้ให้เห็นว่าความพร้อมในการรับมือภัยพิบัติขององค์กรไม่สามารถประเมินได้ในสถานการณ์ปกติ จึงจำเป็นต้องมีการฝึกซ้อมแผนอย่างจริงจังเพื่อทวนสอบแผนปฏิบัติการในการรับมือ ที่จะส่งผลให้เพิ่มประสิทธิภาพในการ “ฟื้นตัว” (Resilience) เมื่อเกิดวิกฤต ความสำเร็จในการผ่านวิกฤตในครั้งนี้เกิดจากการบูรณาการแผนงาน บุคลากร และเทคโนโลยีเข้าด้วยกันโดยภายใต้การนำของผู้บัญชาการเหตุการณ์ที่มีวิสัยทัศน์และชัดเจนในการบัญชาการ



3. บทเรียนจากกรณีสถานการณ์ปะทะชายแดนไทย-กัมพูชา

นพ.มนต์ชัย วิวัฒนาสิทธิพงศ์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี

(1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2568)

จากวัฒนธรรมที่ปลูกฝังและสร้างให้เกิดความยั่งยืนต่อระบบบริการทั้งด้านคุณภาพและความปลอดภัย สู่การตักตวงเพื่อการดูแลทั้งผู้ป่วย ผู้รับบริการและประชาชน ด้วยแนวคิดและการจัดการใหม่ๆ ที่ปรับตามสถานการณ์โดยขับเคลื่อนด้วยใจของผู้ให้บริการอย่างเป็นระบบ

เหตุการณ์ช่วงปลายเดือนกรกฎาคม 2568 สะท้อนถึงการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตในการจัดการ เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพคงอยู่และเดินหน้าต่อไปได้เพื่อเป็นที่พึ่งปลายทางสุขภาพ โดยแท้โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ เรือธงของเขตบริการสุขภาพที่ 10 ได้ปรับแนวทางเพื่อรองรับสถานการณ์ที่ไม่ปกติเช่นนี้ได้อย่างไร โดยคำนึงถึงความพร้อม, การตอบสนอง, ความคาดหวัง รวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นตามมาทั้งต่อผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และประชาชน



สถานการณ์จริงก่อนถึงเข้ามีตวันที่ 24 กรกฎาคม 2568 นั้น ได้รับสัญญาณจากโรงพยาบาลค่ายสุรนารี และโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ ในวงของการ รักษาพยาบาล ตั้งแต่หลังสงครามถึง ความพร้อมในการเป็นเครือข่ายการดูแลรักษาพยาบาลทั้งของทหาร และ ประชาชน ที่จะรองรับอย่างไร หากมีเหตุการณ์ไม่สงบ เกิดขึ้นจากการปะทะด้วยกำลังทหาร กว่าจะมาถึง เหตุการณ์ในช่วงดังกล่าว ทางโรงพยาบาลมีรากและทุนของการขับเคลื่อนซึ่งได้ ดำรงไว้และพัฒนาต่อเนื่องเป็นปัจจัยสำคัญต่อการบริหารจัดการ ดังนี้:

1. **วัฒนธรรมในโรงพยาบาลต่อการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องมายาวนาน** มีประโยคสำคัญที่ถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่นทั้งแนวคิดและการปฏิบัติจริง ไม่ว่าจะเป็นประโยควรรคทอง เช่น “ยากดีมีจน โรงพยาบาลอุบลฯ ยินดีต้อนรับ” และ “ที่พึ่งสุดท้ายปลายทางสุขภาพ”

มีสถานการณ์ในรอบ 40 ปีที่ผ่านมา ที่ชาวโรงพยาบาลได้เข้าร่วมในเหตุการณ์ที่ไม่ปกติ ไม่ว่าจะเป็นการตั้งรับ ประสานเครือข่าย หรือเชิงรุกไปตามสถานที่ต่างๆ เป็นบททดสอบหลายครั้งต่อการใช้กระบวนการทัศน์ทาง AQ (Adversity Quotient) ในการแก้ไขปัญหา เช่น พ.ศ. 2528 – 2530 ยุทธการช่องบก, พ.ศ. 2547 เชิงรุกร่วมทีมไปภูเก็ท พังงา เหตุการณ์สึนามิ, พ.ศ. 2554 เชิงรุกโรงพยาบาลสนามอุบลราชธานีที่อำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เหตุการณ์น้ำท่วมใหญ่ของประเทศ, พ.ศ. 2556 เชิงรุกร่วมทีมไปเมืองปากเซ ประเทศลาว เหตุการณ์เครื่องบินตก และ พ.ศ. 2562 น้ำท่วมใหญ่ในจังหวัดอุบลราชธานี, พ.ศ. 2563 – 2565 โรคระบาด COVID-19 และ พ.ศ. 2565 น้ำท่วมใหญ่ในจังหวัดอุบลราชธานี ฯลฯ

นอกจากนี้ ชาวโรงพยาบาลคุ้นเคยและพัฒนาต่อเนื่องต่อสถานการณ์ที่ไม่ปกติ เช่น การมีคณะกรรมการดูแลเฉพาะกิจ ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ปีใหม่ มาโดยตลอดประมาณ 20 ปี ทำให้เกิดความตื่นตัวในการบูรณาการทั้งหอผู้ป่วย, ICU รวมทั้งหน่วยงานสนับสนุนที่สำคัญอย่างยิ่ง คือ บุคลากรในโรงพยาบาลร่วมด้วยช่วยกัน จนต่อยอดและถูก Activate ในภาวะไม่ปกติต่าง ๆ ที่ทำให้ความแออัดผ่อนคลายลงแบบเป็นระบบ ด้วยวัฒนธรรมของความห่วงใย บูรณาการกับทั้งผู้ทำงานอยู่เบื้องหน้าและเบื้องหลัง รับฟังเสียงสะท้อนจากหน่วยงาน ทั้งจากการประชุมแบบทางการและไม่เป็นทางการ เราอยู่ตรงนี้ด้วยกันและเคียงข้างกันในการให้บริการและแก้ไขปัญหาประจำวันอย่างต่อเนื่อง

2. **ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลมีการพัฒนาต่อยอด** มีศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์หลายด้าน ในรอบหลายศตวรรษที่ผ่านมา การรักษาเทียบเท่าโรงเรียนแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะฉุกเฉิน ซึ่งเป็นภาวะ Time sensitive เพื่อรักษาชีวิตและไม่ให้เกิดทุพพลภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติเหตุต่างๆ การผ่าตัดสมองการผ่าตัดหัวใจและทรวงอก และอื่นๆ มีทั้งในรูปแบบปกติและ Minimal Invasive Surgery รวมทั้งการใช้รังสีร่วมรักษา สอดใส่สายเส้นเลือดส่วนปลายสู่เส้นเลือดสำคัญในการอุดตันหรือขยายตามวัตถุประสงค์การรักษาไว้นั้นๆ เหล่านี้ เกิดจากการเตรียมความพร้อมก้าวต่อไปของโรงพยาบาลให้ทันแก่เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นภายใต้ภาวะหน้าโดยการประเมินและวิเคราะห์ในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งเป็นพื้นฐานและเกิดประสบการณ์ ประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ไม่ปกติ

3. **ระบบบริการแบบเครือข่ายภายใต้ Service Plan** ที่ได้พัฒนามาต่อเนื่อง 13 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2555 โดยหลักๆ คือ เน้นการเข้าถึงระบบบริการในแต่ละเขตซึ่งดูแลประชากรประมาณ 5 ล้านคน โดยอาศัยหลัก One Region One Province One Hospital ในยุคปัจจุบันโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เป็นโรงพยาบาลศูนย์หลักของเขต 10 ได้ร่วมพัฒนาร่วมกับโรงพยาบาลต่างๆ ในเขต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเหตุการณ์ครั้งนี้ ถ้าย้อนกลับไปมีการพัฒนาต่อยอดมากมายของ

โรงพยาบาลศรีสะเกษ โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โรงพยาบาลวารินชำราบ โรงพยาบาล 50 พรรษามหาวิจิตรวาทกิจ รวมถึงลูกข่ายของแต่ละโรงพยาบาล ที่กล่าวถึงเมื่อถึงเหตุการณ์เฉพาะจะมีการบูรณาการการดูแลซึ่งกันและกันและกันตามแต่ศักยภาพ และ Priority นอกจากนี้การมีระบบรองรับระหว่างสถานพยาบาลต่างกระทรวงและต่างกรม ในพื้นที่ ก็ยังเห็นภาพการดูแลอย่างเป็นระบบ เป็นหนึ่งเดียวทั้งกายและใจ รวมถึงทุกมิติของการดูแลรักษาฟื้นฟูด้วยเช่นกัน

หากจะเชื่อมโยงแนวคิด “Compassionate Innovation” ของการบริหารจัดการ ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ดูเหมือนจะต่อเนื่องและส่งผลถึงกัน เพราะเรากำลังจะนำไปสู่ Belief ในอนาคตถึงการดูแลที่เป็นธรรมชาติของความเป็นมนุษย์ ภายใต้อัตลักษณ์ที่มีความหลากหลาย แต่ละแห่งมีบทบาทและหน้าที่แตกต่างกัน จะทำอย่างไร สามารถปรับเปลี่ยน ยืดหยุ่นตามสถานการณ์ ทั้งที่คาดการณ์ได้และระยะดำเนินการอาจจะพบสิ่งที่ไม่คาดคิดมาก่อน แต่ต้องแก้ไขเฉพาะหน้า

ดังนั้น ผมขอเริ่มจากการสร้าง การปรับแต่ง และ การรักษาไว้ให้ยั่งยืนสำหรับสิ่งที่ดีงาม และต่อยอดออกไป เพื่อการดูแลที่เกิดความสมดุลแห่งชีวิต

ก. Building by Culture

วัฒนธรรมองค์กรตามที่ได้เกริ่นมาข้างต้นขึ้นกับบทบาทของสถานพยาบาลแห่งนั้น ที่จะตอบสนองต่อระบบโดยรวม แต่ในท้ายที่สุดตอบสนองประเมินปัญหาในพื้นที่ อย่างเช่นคำว่า “ไม่ปฏิเสธผู้ป่วย ไม่มีคำว่าเตียงเต็ม แม้อยู่ไกลดังเช่นชายขอบของประเทศไทยบริเวณด้ามขวาน ด้วยบุคลากรถูกปลูกฝังว่าจะไม่ส่งต่อและมีพี่ๆ ในโรงพยาบาลเป็นตัวอย่าง สอนโดยการกระทำ จะออกแรงเบ่งศักยภาพโดยรวม จะเห็นการเตรียมการ การแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาต่อเนื่อง และต่อยอด และใส่ในคือความเป็นพี่น้องร่วมวิชาชีพหรือต่างวิชาชีพแต่มีพันธกิจเดียวกัน ก่อเกิดเป็น “พี่สอนน้อง น้องช่วยเหลือพี่ พี่ดูแลน้อง น้องให้เกียรติพี่” ดังนั้น 90 ปีของโรงพยาบาล วันนี้ได้ปลูกฝังผ่านกลไกต่างๆ จนเกิดความสามัคคี มีน้ำใจ ของชาวโรงพยาบาล จนเป็นคนในครอบครัวเดียวกัน เอื้ออาทรและห่วงใยกัน จากผู้ให้บริการสู่ผู้รับบริการทั้งคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยในที่สุด

ข. Shaping by Innovation

กาลเวลาผ่านไป สิ่งแวดล้อมภายนอกเปลี่ยนแปลงไป บุคลากรภายในองค์กรมีความหลากหลายจะผลัดเปลี่ยนหมุนเวียน อีกทั้งความคาดหวังของผู้รับบริการและประชาชนต่อองค์กร เรามีการเปลี่ยนแปลงตามเหตุและปัจจัย ดังนั้นจำเป็นต้องยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนแนวทางการจัดการใหม่ๆ โดยมีทั้งแนวคิด กระบวนการ รวมถึงประยุกต์สิ่งประดิษฐ์บางประเภทให้ตอบสนองสู่เป้าหมายของแต่ละโจทย์ที่เข้ามา พร้อมทั้งลำดับการจัดการอาจจะขยับเปลี่ยนเพื่อให้ทันแก่เวลา บางอย่างอาจไม่มีโอกาสพบเห็น แต่ต้องลงมือกระทำซึ่งต้องอาศัยความรู้บวกทักษะและดัดแปลง ด้วยประสบการณ์ออกมาเป็นพฤติกรรม การแสดงออกให้เป็นธรรมชาติ



ค. Sustainable Care by Integration

ท้ายที่สุดเราอยากได้การดูแลครบทุกมิติที่ยั่งยืนจึงต้องอาศัยการเชื่อมโยง บูรณาการกันทุกองคาพยพทั้งศาสตร์และศิลป์ อยู่กับปัจจุบันเป็นแบบสมดุลแห่งชีวิต ส่วนความเห็นต่างต้องอาศัยช่องทางการสื่อสารให้เหมาะสม ทันแก่เวลา และตรงเป้าผู้รับบริการ อีกทั้งต่อเนื่อง และดำเนินการทุกขั้นตอนโดยปรารถนาดี ด้วยความศรัทธาในบทบาทหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบ

ตามสถานการณ์จริงตั้งแต่วันที่ 24 กรกฎาคม 2568 ต้องอาศัยโครงสร้าง EOC ที่เชื่อมโยงระหว่างกระทรวง, เขต, จังหวัด และโรงพยาบาล โดยทางโรงพยาบาล activate ทันที โดยใช้ห้องประชุม EOC หน้าโรงพยาบาล ซึ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการนำข้อมูลต่างๆ มาสู่การออกแบบ และปฏิบัติ ขอนำเสนอภายใต้หัวข้อ นวัตกรรมจัดการด้วยความหวังใจ เห็นอกเห็นใจ

1) สถานที่ที่ปฏิบัติการ บูรณาการหอผู้ป่วยและ ICU ที่เกี่ยวข้องจากความคุ้นเคย 7 วัน อันตรายสงกรานต์ ปีใหม่ สู่การจัดการให้เกิด ICU เฉพาะกิจที่มีความพร้อมสูงสุดด้วยทีมงานเชี่ยวชาญที่สุดและสามารถดูแลควบคุมได้ในพื้นที่เฉพาะไม่ปะปนกลุ่มผู้ป่วยอื่น Case ที่ดูแลมีทั้งทหารและพลเรือนที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาลหน้าด่านที่ส่งต่อมาทั้งจากภายในกระทรวง สาธารณสุขเองและกลาโหม ทั้งศรีสะเกษและอุบลราชธานี โดยเฉพาะบาดเจ็บหลายระบบ ระบบสมอง ระบบหัวใจทรวงอก ระบบหลอดเลือด และระบบกระดูกสันหลัง จัดห้องผ่าตัด Ward OR เฉพาะทั้งในและนอกเวลาราชการ การสำรองเลือดอย่างน้อย 800 Unit ต่อวัน พร้อมเกร็ดเลือดที่มีความเข้มข้น



2) ขอความร่วมมือระบบบริการปกติ ลดปริมาณการให้บริการในภาพรวมลดลง 30% เพื่อเตรียมทรัพยากรบุคคล สถานที่ และครุภัณฑ์ที่จำเป็น ในกระบวนการใช้เตรียมการรองรับเป็นเวลา 1 เดือนแล้วประเมินต่อเนื่องเป็นระยะ

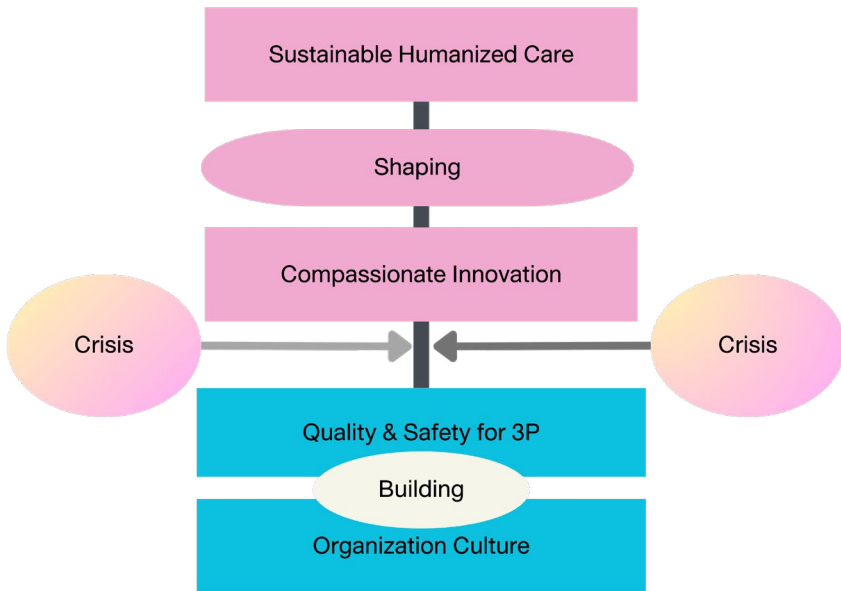
3) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้พร้อมใจกันเตรียมการขึ้นเวร พร้อมหน่วยเสริมสนับสนุน

4) การเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทั้งในส่วนของโรงพยาบาล หอผู้ป่วย ICU ต่างๆ ที่ดูแลผู้ป่วยปกติและผู้ป่วยจากสถานการณ์ โดยการกำหนดพื้นที่เฉพาะ การสื่อสารที่เป็นปัจจุบันถ่ายทอดตามลำดับ การฝึกกำลังเจ้าหน้าที่ และหน่วยรักษาความปลอดภัยทั้งประจำหน้าสถานที่และเชิงรุกเดินตรวจตรา

5) การบริหารทำความเข้าใจในบทบาทของโรงพยาบาลและกระแสนสังคมที่ถูกปลุกเร้าจากข่าวสารต่างๆ เริ่มจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล บุคลากรในวงการ ประชาชน และหน่วยงานต่างๆ โรงพยาบาลต้องมี Official Statement ชัดเจนและทางเดียว ในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง โรงพยาบาลจำเป็นต้องยืนหยัดต่อการให้บริการทั้งโรคปกติและฉุกเฉินที่ต้องมาพึ่งพิงทั้งที่นอนรักษาอยู่และมีเหตุจำเป็นต้องเข้ามารักษาใหม่ที่ไม่เกี่ยวกับสถานการณ์รวมทั้งดูแลรักษาที่มาโดยตรงหรือส่งต่อมาจากสถานพยาบาลต่างๆ จากเหตุปะทะจากแนวชายแดนไทย-กัมพูชา

6) การเฝ้าติดตาม ประเมินสถานการณ์และตอบสนองให้ชัดเจนและทันแก่เวลา มีความจำเป็นต้องอาศัยการนำผ่าน Structure โครงสร้างระบบบริหารต่างๆ รวมทั้งดูแลจิตใจของผู้ที่ได้รับผลกระทบ การจัดหาสวัสดิการในสถานการณ์ฉุกเฉินวิกฤตเช่นนี้มีความจำเป็นเพื่อไม่ให้เกิดการพะวงหน้าพะวงหลัง เพื่อปฏิบัติงานได้อย่างดีที่สุด โดยประเมินได้อย่างรวดเร็วจากการลงหน้างาน ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการรวมถึงญาติด้วย ซึ่งอยู่ในภาวะการสูญเสียหรือตั้งหลักไม่ทัน

จากข้อ 1) ถึงข้อ 6) ข้างต้นนี้จำเป็นต้องใช้ทักษะแห่งการห่วงใย เอาใจใส่ที่แทรกเข้าสู่ทุกกระบวนการจัดการที่รังสรรค์ปรับเปลี่ยนตามบริบทใหม่ๆ เริ่มจากเปิดใจ (Open Mind) โดยใช้ทุกการสัมผัส, เข้าใจ (Understanding) ต้องอาศัยความรู้ ใช้สมอง คิดวิเคราะห์, ใส่ใจ (Empathizing) ใช้หัวใจของผู้รับสาร, ให้อภัย (Helping) มีปฏิสัมพันธ์เหมาะสมแก่เวลา บุคคลสถานที่จริงๆ แล้วจะออกมาเป็นพฤติกรรมการแสดงออกต้องอาศัยกำลังใจของผู้ให้บริการและการรู้สึกมีตัวตน รวมถึงความไว้วางใจที่ได้รับด้วยกันจากสังคมและองค์กรแน่นอนครับ ศรัทธา มุ่งมั่น มีเป้าหมาย ภายใต้อาณัติความปรารถนาดีด้วยพรหมวิหาร 4



ภาพที่ 22 การบูรณาการระบบดูแลผู้ป่วยวิกฤต เชื่อมโยง Culture Innovation นำสู่ Care ในที่สุด

บทสรุป

เมื่อพิจารณาบทเรียนจากทั้งสามกรณีร่วมกัน จะเห็นชัดว่า ความสำเร็จในการรับมือวิกฤตของระบบบริการสุขภาพ มิได้เกิดจากภาวะผู้นำเชิงอำนาจหรือความเข้มแข็งของโครงสร้างเพียงอย่างเดียว หากเกิดจากการบูรณาการอย่างสมดุลระหว่าง **ผู้นำ** ที่ตัดสินใจบนฐานข้อมูลและบริบทจริง **ระบบ** ที่เตรียมพร้อม ยืดหยุ่น และเอื้อต่อการทำงานร่วมกัน และ **หัวใจ** ของผู้ให้บริการที่ยึดผู้ป่วยและผู้คนเป็นศูนย์กลาง บทเรียนจากภัยพิบัติและสถานการณ์ไม่ปกติทั้งสามรูปแบบสะท้อนว่า การธำรงคุณภาพและความปลอดภัยในยามวิกฤตคือผลลัพธ์ของการ **“ผลิตร่วม”** ระหว่างบุคคล ทีม และเครือข่าย ที่เชื่อมโยงมาตรฐาน กระบวนการ และคุณค่าความเป็นมนุษย์เข้าด้วยกันอย่างมีความหมาย ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพที่ยั่งยืนในบริบทประเทศไทย

3.2 การขับเคลื่อนคุณภาพและความปลอดภัยสู่นวัตกรรมที่ เข้าใจมนุษย์ (2P tech)

เนตรนภา ปานมน

ผู้อำนวยการโครงการ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ความปลอดภัยมาจากมาตรฐานการปฏิบัติงานสู่ประสบการณ์ของมนุษย์ การขับเคลื่อนคุณภาพและความปลอดภัยในระบบสุขภาพตลอดหลายทศวรรษที่ผ่านมา เปรียบเสมือนการเดินทางที่เริ่มต้นจาก “โครงสร้าง” และ “มาตรฐาน” สู่การตั้งคำถามที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นว่า “ระบบสุขภาพจะทำอะไรให้ความปลอดภัย” ไม่ใช่เพียงสิ่งที่ถูกกำหนดไว้ แต่เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและบุคลากรสามารถรับรู้ สัมผัส และเชื่อมั่นได้ในชีวิตจริงของกระบวนการดูแลรักษาในระบบบริการ

ความปลอดภัยมักถูกจำกัดความหรือตีความในฐานะการปฏิบัติตามข้อกำหนด (compliance-based safety) ผ่านตัวชี้วัด รายงานอุบัติการณ์ และการควบคุมความเสี่ยง อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์จากการพัฒนาระบบคุณภาพในหลายองค์กรชี้ให้เห็นว่า แม้มาตรการเหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงเชิงเทคนิคได้ แต่ยังไม่เพียงพอในการสร้าง “ความปลอดภัยที่มีความหมายต่อมนุษย์” และจุดเปลี่ยนสำคัญด้านความปลอดภัย คือการตระหนักว่า ความปลอดภัยที่ยั่งยืนต้องอาศัยการบูรณาการ Patient Safety, Personal Safety โดยการนำ Technology เข้ามาด้วยกันอย่างเป็นระบบ หรือที่อาจเรียกได้ว่าเป็น นวัตกรรม 2P Tech สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) และสำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ได้ร่วมกันริเริ่มโครงการ 2P Safety Tech ตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 เพื่อสร้างพื้นที่การเรียนรู้และการพัฒนานวัตกรรมของ Patient Safety และ Personal Safety ผ่านเทคโนโลยีที่ออกแบบโดยเข้าใจข้อจำกัดของมนุษย์ (Human Factor Engineering) และบริบทการทำงานจริงของโรงพยาบาลผ่านโครงการการพัฒนานวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร หรือ 2P Safety Tech

Patient Safety: ความปลอดภัยถูกมองผ่านประสบการณ์ของผู้ป่วย ในเส้นทางของการพัฒนาคุณภาพ หนึ่งในบทเรียนสำคัญคือ การเปลี่ยนมุมมองจากการออกแบบระบบเพื่อ “ลดข้อผิดพลาด” ไปสู่การออกแบบระบบเพื่อ “สร้างประสบการณ์ที่ปลอดภัย” ผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ความปลอดภัยผ่านตัวชี้วัด แต่รับรู้ผ่านการสื่อสารที่ชัดเจน, ความต่อเนื่องของการดูแล, ความมั่นใจว่าเสียงของตนเองมีคุณค่าในกระบวนการรักษาใช้ข้อมูลเหล่านั้นออกแบบกระบวนการดูแลที่ลดช่องว่าง ลดความไม่แน่นอน และเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ความปลอดภัยในมิติของผู้ป่วยจึงไม่ได้เป็นเพียง “ผลลัพธ์ทางคลินิก” แต่เป็นส่วนหนึ่งของประสบการณ์การดูแล (care experience) ที่สะท้อนความเป็นมนุษย์ของระบบสุขภาพ

Personal Safety: ความปลอดภัยของผู้ดูแลในฐานะรากฐานของระบบ การเดินทางสู่ความปลอดภัยที่แท้จริงทำให้องค์กรสุขภาพจำนวนมากต้องเผชิญกับคำถามที่ท้าทายว่าหากบุคลากรทำงานภายใต้ความกลัว ความเหนื่อยล้า และความไม่มั่นคง ระบบจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยจริงหรือไม่ Personal Safety ในบริบทของระบบสุขภาพ ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงความปลอดภัยทางกายภาพจากอุบัติเหตุหรือการติดเชื้อ แต่ครอบคลุมถึง

- Psychological Safety: ความสามารถในการพูดถึงความผิดพลาดโดยไม่ถูกลงโทษ
- Emotional Safety: การทำงานในสภาพแวดล้อมที่ได้รับการยอมรับและเคารพซึ่งกันและกัน
- System Safety: การออกแบบงานที่ไม่ผลักภาระความเสี่ยงไปยังบุคคล

บทเรียนจากองค์กรที่ประสบความสำเร็จชี้ให้เห็นว่า การลงทุนด้าน Personal Safety เป็นการลงทุนเชิงกลยุทธ์ เพราะเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ระบบสามารถเรียนรู้ ปรับตัว และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

Technology: บทบาทใหม่ของเทคโนโลยีในฐานะผู้สนับสนุนความปลอดภัยเชิงมนุษย์ ในช่วงแรกของการพัฒนาเทคโนโลยีมักถูกนำมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและควบคุมความผิดพลาด อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์จากการใช้งานจริงยังพบการสะท้อนว่าเทคโนโลยีที่ไม่สอดคล้องกับบริบทการทำงานอาจกลายเป็นแหล่งกำเนิดความเสี่ยงรูปแบบใหม่ ในกระบวนการดูแลรักษา ยังคงต้องให้ความสำคัญดูแลความเป็นมนุษย์ ความใส่ใจ เพื่อความไว้วางใจของผู้ป่วย ประชาชน และบุคลากร การบริการที่ปลอดภัยสำหรับทุกคน

อุบัติการณ์สู่การพัฒนาวัฒนธรรมเพื่อความปลอดภัย ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2562-ปัจจุบัน จากปัญหาหน้างานและการนำ “อุบัติการณ์ความเสี่ยงจริง” มาเป็นแนวคิดในการพัฒนาที่สอดคล้องกับแนวทาง 2P Safety Goals โดยมีโรงพยาบาลเข้าร่วมกว่า 132 แห่ง เกิดผลงานนวัตกรรมจำนวนมากไม่ได้เกิดจากความต้องการความล้ำหน้า แต่เกิดจากคำถามที่มาจากการทำงานจากหน้างาน

“จะอย่างไรให้ ‘ถูกคน ถูกที่ ถูกเวลา’ ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย จะป้องกันความผิดพลาดจากข้อผิดพลาด หรือข้อมูลเพี้ยนที่มองไม่เห็นได้อย่างไร จะช่วยให้บุคลากรเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้โดยไม่เพิ่มภาระและความเครียดได้อย่างไร”

คำถามเหล่านี้นำไปสู่การออกแบบนวัตกรรมที่ “เรียบง่าย แต่มีความหมาย” ตั้งแต่ระบบ เวย์รเปลออนไลน์, Digital Wristband ระบุตัวผู้ป่วย, ระบบเตือนการตกเตียง, Pad Alarm สำหรับผู้ป่วยจิตเวช, Smart OPD ลดเวลารอคอย ไปจนถึงนวัตกรรมความปลอดภัยด้าน โลจิสติกส์และสิ่งแวดล้อมการทำงาน

2P สู่ 3P Safety Tech มิได้เริ่มจากเทคโนโลยีล้ำสมัย หากเป็นเพียงเริ่มจาก “เรื่องเล่า” ของบุคลากรด้านหน้า ความสับสนในการระบุตัวผู้ป่วย ความเร่งรีบที่นำไปสู่ความผิดพลาด ความเหนื่อยล้าของผู้ปฏิบัติงาน และช่องว่างเล็กๆ ในระบบที่อาจนำไปสู่ผลลัพธ์ร้ายแรงต่อชีวิตมนุษย์ ความท้าทายเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า ความปลอดภัยไม่ใช่เพียงข้อกำหนดเชิงมาตรฐาน แต่คือประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในทุกกะ ทุกเวร และทุกการตัดสินใจ นำมาสู่การมีนวัตกรรม ทางความคิดจะที่มาสนับสนุนการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านหน้า



ภาพที่ 23 Journey of 2P Safety Technology
(ที่มา: โครงการ 2P Safety Technology (ข้อมูลปี 2561–2568))

กระบวนการเรียนรู้: 4C การขับเคลื่อนสู่ความสำเร็จ

- **Care:** เริ่มจากความห่วงใยในชีวิตของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในกระบวนการดูแลรักษาที่ปลอดภัย
- **Change:** กล้ายอมรับข้อจำกัดที่เกิดขึ้นจากระบบปัจจุบัน และพร้อมปรับเปลี่ยน
- **Collaboration:** การจับคู่โรงพยาบาลที่มี Pain Point ร่วมพัฒนานวัตกรรมกับกลุ่มสตาร์ทอัพ เพื่อผสานความรู้หน้างานกับเทคโนโลยีเพื่อลดปัญหาเพิ่มความปลอดภัย
- **Call for Action:** การลงมือทำ ทดลอง ปรับปรุง และขยายผลอย่างต่อเนื่อง นวัตกรรมไม่หยุดอยู่ที่ต้นแบบ แต่พัฒนาเป็นเครื่องมือที่ใช้งานได้จริง ลดอุบัติเหตุ เพิ่มความมั่นใจ และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร

บทเรียนจากการเดินทาง: เมื่อ 2P Safety และนวัตกรรมทางความคิดและเทคโนโลยี (Tech) เชื่อมกันอย่างมีความหมายส่งผลลัพธ์ที่ยั่งยืน

จากแนวคิดการพัฒนา นวัตกรรมด้านความปลอดภัย Patient Safety และ Personal Safety ผ่านเทคโนโลยีที่ออกแบบโดยเข้าใจข้อจำกัดของมนุษย์ (Human Factor Engineering) และบริบทการทำงานจริงโรงพยาบาล มีนวัตกรรมที่มีการใช้งานจริงเป็นประเภท Software และ Hardware ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิด 2P Safety Goals (Patient and Personal Safety Goals) ปัจจุบันจากการติดตามต่อเนื่องมีนวัตกรรมที่ยังคงดำเนินการอยู่ เกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง และผลลัพธ์ลดอัตราค่าใช้จ่ายต้นทุนทางการแพทย์ หลักจากการพัฒนานวัตกรรม จำนวน 17 ผลงาน ซึ่งได้รวบรวมและสรุปเป็นตัวอย่างภาพรวมรายงานนวัตกรรม เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2568 ที่สะท้อนผลลัพธ์จากการพัฒนามาต่อเนื่อง ดังนี้

<p>1. ด้านความปลอดภัยในการบริหารยาและเลือด (Medication & Blood Safety) มุ่งเน้นการใช้เทคโนโลยีเพื่อลดความผิดพลาด (Human Error)</p> <ul style="list-style-type: none">● การบริหารยา: ตู้อาวยอัตโนมัติช่วยลดขั้นตอนจาก 10 เหลือ 6 ขั้นตอน และลดเวลารอคอยยาตัวละ 20 นาที ทำให้ไม่มีรายงานการจ่ายยาผิดพลาด (Dispensing error)● การบริหารเลือด: ระบบ S2G, SPR และ VPH-IDEN ช่วยลดความเสี่ยงในการให้เลือดผิดคน/ผิดหมู่ จนเหลือ 0 ครั้งในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะ VPH-IDEN ช่วยลดเวลาตรวจสอบจาก 5 นาที (ใช้พยาบาล 2 คน) เหลือเพียง 25 วินาที (ใช้พยาบาลคนเดียว)	<p>3. ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วยและการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ (Patient Care Process) ปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการและลดภาระงานเอกสาร</p> <ul style="list-style-type: none">● E-medical Record 4.0: ลดเวลาบันทึกเวชระเบียนจาก 10-15 นาที เหลือเพียง 50 วินาทีต่อคน และลดความผิดพลาดของข้อมูลจาก 12% เหลือ 1%● ระบบจัดการผู้ป่วยจิตเวช: ช่วยให้แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนปรึกษาจิตแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ได้แบบ Real-time ลดการส่งต่อ (Refer) ที่ไม่จำเป็นและลดการ Re-admit● Home Ward & Home Care: บริการโทรเวชกรรมสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดช่วยลดต้นทุน IPD ได้เฉลี่ย 4,000 บาทต่อเคส และนวัตกรรม NAH ช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาตรวจตามนัดได้ 100%
<p>2. ด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินและวิกฤต (Emergency) การพัฒนา Application เพื่อความรวดเร็วในการวินิจฉัยและรักษา (Time-to-Treatment)</p> <ul style="list-style-type: none">● Sepsis (ติดเชื้อในกระแสเลือด): “Rayong Alert SOS” โดตเด่นที่สุดในการลดอัตราเสียชีวิตภาพรวมจาก 44.48% เหลือ 32.57% และลดระยะเวลาการวินิจฉัยจาก 13.2 นาที เหลือเพียง 1.3 นาที● Stroke (หลอดเลือดสมอง): Mobile Stroke Rayong ช่วยลดเวลา Door to needle จาก 42 นาที เหลือ 34 นาที● ระบบคัดกรอง (Triage): การใช้ “2T Safety” ในห้องฉุกเฉินช่วยเพิ่มความถูกต้องในการคัดแยกผู้ป่วยตามเกณฑ์ ESI จาก 81.12% เป็น 96.5%	<p>4. สรุปและผลลัพธ์เชิงเศรษฐศาสตร์</p> <ul style="list-style-type: none">● การลดค่าใช้จ่าย: นวัตกรรมด้าน Sepsis สามารถลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (LOS) ได้ 7 วันต่อราย คิดเป็นมูลค่ารวมที่ลดได้● ประสิทธิภาพบุคลากร: ลดภาระงานด้วยระบบอัตโนมัติ เช่น การเตือน NEWS score ผ่าน Line ทันที และการใช้พยาบาลเพียงคนเดียวในการยืนยันตัวตนให้เลือด● ความพึงพอใจ: บุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบดิจิทัลเพิ่มขึ้น (จาก 3.6 เป็น 4.5 เต็ม 5) เนื่องจากลดความซ้ำซ้อนของงานเอกสาร

**บทเรียนจากการเดินทาง:
เมื่อ 2P Safety และนวัตกรรมทางความคิดและเทคโนโลยี (Tech)
เชื่อมกันอย่างมีความหมาย**



01
ความปลอดภัยของผู้ป่วย เริ่มจากความปลอดภัยของผู้ดูแล นวัตกรรมที่ดีช่วยลดภาระ ลดความผิดพลาด และลดการเกิด “second victim” ในบุคลากร

02
เทคโนโลยีที่สอดคล้องกับข้อจำกัดของมนุษย์ ระบบเตือน ระบบระบุตัวตน หรือ automation จะมีคุณค่าเมื่อออกแบบให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการทำงานจริง

03
การเรียนรู้จากความผิดพลาด คือหัวใจของนวัตกรรม หลายผลงานประสบความสำเร็จเพราะกล้ายอมรับว่า version แรกยังไม่สมบูรณ์ และพัฒนาอย่างต่อเนื่องจาก feedback ของผู้ใช้งาน

04
ความสำเร็จที่แท้จริง คือความปลอดภัยที่รับรู้และสัมผัสได้ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ บุคลากรรู้สึกปลอดภัย และองค์กรเรียนรู้ร่วมกัน ความปลอดภัยจึงกลายเป็นวัฒนธรรม ไม่ใช่เพียงตัวชี้วัด

2P Safety Tech ไม่ใช่เรื่องของรางวัลหรือจำนวนผลงาน แต่เป็นนวัตกรรมความปลอดภัยที่ยั่งยืน เกิดจากการเข้าใจ การใส่ใจของมนุษย์ เพื่อการออกแบบระบบที่ช่วยให้มนุษย์ทำงานได้ดีที่สุดและปลอดภัยภายใต้ข้อจำกัดที่มีอยู่ การเดินทางครั้งนี้จึงไม่ได้สิ้นสุดลง แต่ยังคงเปิดพื้นที่ให้โรงพยาบาลเรียนรู้ ทดลอง และสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อก้าวไปสู่ระบบสุขภาพที่ปลอดภัย อบอุ่น และมีความหมายต่อทุกชีวิตในระบบ และขยายครอบคลุมไปถึงผู้รับบริการ/ประชาชน (People Safety) เป็น 3P Safety Tech

3P Safety เกิดได้ทุกที่ ทำได้ทุกคน

มาตรฐานและการรับรองยุคใหม่
เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในอนาคต
(Future Standards and Accreditation)

ตอนที่ 4



4.1 ทิศทางอนาคตของคุณภาพ ความปลอดภัย มาตรฐาน และการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Future Trend of Quality, Safety, Standard, and Hospital Accreditation)

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ทศวรรษปัจจุบันเป็นช่วง “เปลี่ยนผ่าน” ของระบบสุขภาพทั่วโลก จากทั้งแรงขับเคลื่อนระดับโลก (global megatrends) เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร สภาพภูมิอากาศ เทคโนโลยี ดิจิทัล ภัยคุกคามด้านโรคอุบัติใหม่ และความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ ประกอบกับแรงกดดันด้านกำลังคน ต้นทุน ความซับซ้อนของผู้ป่วย ขณะเดียวกัน สังคมมีความคาดหวังต่อระบบสุขภาพที่ปลอดภัย มีคุณภาพ เป็นธรรม และยั่งยืน มากยิ่งขึ้น อีกทั้งความคาดหวังของสังคมยังมีต่อความโปร่งใสและความรับผิดชอบขององค์กรบริการสุขภาพ ส่งผลให้แนวโน้มการพัฒนา Quality และ Safety จึงไม่ได้มุ่งเพียง “ทำให้ดีขึ้น” แบบโครงการเฉพาะจุดอีกต่อไป แต่ต้องขยับสู่ “การออกแบบระบบ” ที่ยั่งยืน คุ้มค่าได้ และขับเคลื่อนด้วยข้อมูลที่สามารถคาดการณ์และบริหารจัดการได้จริง ขณะเดียวกันมาตรฐาน หรือ Standards รวมถึงกระบวนการ Hospital Accreditation เปลี่ยนบทบาทจาก “การประเมินเพื่อรับรอง” ไปสู่ “กลไกกำกับคุณภาพเชิงนิเวศ (quality governance ecosystem)” ที่ผสานการเรียนรู้ การบริหารความเสี่ยง การพัฒนาความยืดหยุ่นของระบบ (resilience) ความเป็นธรรมสำหรับทุกคน (equity) มุ่งเน้นความยั่งยืน ด้านสิ่งแวดล้อม และคำนึงถึงความปลอดภัยของบุคลากร บูรณาการเข้าไว้ด้วยกัน

การพัฒนาคุณภาพ (Quality) ความปลอดภัย (Safety) มาตรฐาน (Standard) และการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation) จึงไม่อาจดำเนินการแบบแยกส่วนหรือเน้นการปฏิบัติตามข้อกำหนดเพียงเชิงเอกสาร หากแต่ต้องพัฒนาไปสู่ “กลไกเชิงระบบ” ที่เชื่อมโยงนโยบาย การกำกับดูแล การปฏิบัติจริง และนำไปสู่ผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนอย่างแท้จริง

1. Future Trend ด้าน Quality in Healthcare

ทิศทางความหมายของ “คุณภาพ” ในระดับสากลที่กำลังเปลี่ยนไปในระบบสุขภาพทั่วโลก ในอดีต “คุณภาพบริการสุขภาพ” มักถูกตีความในเชิงการปฏิบัติตามมาตรฐาน (compliance) และการผ่านการประเมินรับรอง แต่ในบริบทโลกปัจจุบันที่ระบบสุขภาพเผชิญความซับซ้อนสูงขึ้น ทั้งจากสังคมสูงอายุ โรคเรื้อรัง เทคโนโลยีดิจิทัล ความคาดหวังของประชาชน และข้อจำกัดทรัพยากร แนวคิดเรื่องคุณภาพจึงต้องเปลี่ยนจาก “สิ่งที่องค์กรทำให้ถูกต้อง” ไปสู่

“คุณค่าที่เกิดขึ้นจริงต่อผู้ป่วย ประชาชน บุคลากร และสังคม” โดยสะท้อนการเปลี่ยนแปลงจากวิวัฒนาการเส้นทางคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ (Quality Journey) เป็นพัฒนาการของเรื่องคุณภาพแบบต่อเนื่องและต่อยอดจาก Quality 1.0 เป็น 2.0 และ 3.0 ซึ่งไม่ใช่การแทนที่กัน แต่หลอมรวมเป็นการขับเคลื่อนคุณภาพในระบบบริการสุขภาพเป็นระบบเดียว (ภาพที่ 24)



ภาพที่ 24 เส้นทางคุณภาพในระบบบริการสุขภาพ (Quality Journey)
 (ที่มา: พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ (2567) “The Future Accreditation” การประชุม 3P Safety Hospital)

1.1 Quality 1.0: การสร้างเกณฑ์ขั้นต่ำและความเชื่อถือได้ของระบบ

Quality 1.0 มุ่ง “การตั้งเกณฑ์ขั้นต่ำ (thresholds)” เพื่อรับประกันว่าการดูแลสุขภาพมีความปลอดภัยและเป็นที่ยอมรับ มีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การพัฒนามาตรฐาน (standards) การประเมิน ตรวจสอบ และรับรอง (inspection, certification, accreditation) และการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ รวมถึงแนวทางเวชปฏิบัติ (guidelines) ในเชิงประวัติศาสตร์ แนวคิดนี้เชื่อมโยงกับงานของ Ernest Amory Codman ที่เสนอการติดตามผลลัพธ์การรักษา (end-result system) เพื่อเรียนรู้และปรับปรุงคุณภาพ

Quality 1.0 เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของคุณภาพ ยังคงเป็น “ฐานรากที่ขาดไม่ได้” โดยเฉพาะในประเด็น ที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยขั้นพื้นฐาน และ ความเชื่อมั่นของสังคม ประเทศไทยมีองค์กรหลายหน่วยงานที่กำหนดมาตรฐานและรับรองคุณภาพ ซึ่งเป็นทั้งในรูปแบบการบังคับตามกฎหมายและการรับรองคุณภาพแบบสมัครใจ แต่การใช้กลไกพัฒนาคุณภาพเฉพาะ Quality 1.0 แต่เพียงลำพังอาจไม่เพียงพอที่จะตอบโจทย์ระบบสุขภาพปัจจุบันและอนาคตที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงเร็ว Quality 1.0 จึงเป็นคุณภาพที่จำเป็นต้องมีแต่อาจต้องต่อยอด

1.2 Quality 2.0: คุณภาพเชิงระบบและการควบคุมความแปรปรวน

Quality 2.0 ขยับจากระดับเกณฑ์ขั้นต่ำ ไปสู่การพัฒนา ระบบงานทั้งองค์กร (organization-wide systems) รากฐานของการพัฒนาคุณภาพเชิงระบบมาจากทฤษฎีคุณภาพ และการจัดการต่างๆ จากผู้นำเรื่องคุณภาพที่มีชื่อเสียงหลายท่าน เช่น

Walter A. Shewhart (1920) ผู้ถูกขนานนามว่า “บิดาแห่งการควบคุมกระบวนการเชิงสถิติ” เป็นผู้เริ่มต้นใช้ Statistical Process Control (SPC) โดยสร้าง แผนภูมิควบคุม (Control Charts) เพื่อแยกแยะความแปรปรวนของกระบวนการผลิตระหว่าง สาเหตุทั่วไป (Common Cause Variation) และ สาเหตุพิเศษ (Special Cause Variation) ทำให้สามารถ ควบคุมและปรับปรุงคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการพัฒนาต่อยอดโดย Deming จนเป็นที่นิยมในอุตสาหกรรมทั่วโลก

Dr. W. Edwards Deming (1950) เป็นผู้พัฒนาแนวคิด Systems Thinking และ Continuous Improvement โดยเฉพาะผ่าน วงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ซึ่งมีที่มาจาก Walter Shewhart แต่ Deming นำมาเผยแพร่และปรับปรุงให้เป็นหลักการจัดการคุณภาพ ที่มุ่งเน้นการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาระบบคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management)

Joseph M. Juran (1980) ผู้พัฒนา Juran Trilogy (ไตรภาคจูรัน) ประกอบด้วย การวางแผนคุณภาพ (Quality Planning), การควบคุมคุณภาพ (Quality Control), และการปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement) เพื่อเป็นกรอบการทำงานจัดการคุณภาพ ที่ครอบคลุม โดยมองว่าคุณภาพไม่ได้เกิดขึ้นโดยบังเอิญแต่ต้องเกิดจากการบริหารจัดการ ที่เป็นระบบสามกระบวนการนี้ เพื่อให้องค์กรบรรลุเป้าหมายคุณภาพอย่างยั่งยืน

Quality 2.0 ทำให้คุณภาพ “ไม่ขึ้นกับบุคคล” แต่ฝังอยู่ในระบบ ลดความผิดพลาด ที่เกิดซ้ำ และเพิ่มประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร การพัฒนาคุณภาพแบบ Quality 2.0 คือ การพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างเป็นระบบ สอดคล้องกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งเป็นการเข้าสู่กระบวนการโดยสมัครใจของ สถานพยาบาลที่มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาทั้งองค์กรอย่างต่อเนื่องและมี Performance measurement จึงเป็นคุณภาพที่ต่อยอดจาก Quality 1.0 ที่มุ่งเน้นไปสู่ผลลัพธ์เพิ่มมากขึ้น

1.3 Quality 3.0: Co-production of Health และคุณภาพที่มีความหมาย

Quality 3.0 คือจุดเปลี่ยนสำคัญ จากการ “ทำให้ผู้ป่วย” (doing to/for) ไปสู่การ “ทำ ร่วมกับ ผู้ป่วย” (doing with) หรือ Co-production of health ซึ่ง David F. Batalden, M.D และคณะ อธิบายว่า Co-production คือ “การทำงานร่วมกันอย่างพึ่งพาอาศัยกันของผู้ใช้ บริการและผู้เชี่ยวชาญ ในการออกแบบ ผลิต ส่งมอบ ประเมิน และเรียนรู้จากการดูแลสุขภาพ ซึ่ง ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลและประชากร” (Batalden et al., BMJ Quality & Safety, 2016)²¹

²¹ Maren Batalden et al, “Coproduct of healthcare service,” BMJ Quality & Safety 25, no. 7 (2016) 509-517

แก่นสำคัญของ Quality 3.0 อยู่ที่ ความเป็นเจ้าของสุขภาพร่วมกัน (ownership of health) ความเป็นหุ้นส่วน (kinship) การบูรณาการองค์ความรู้หลายระบบ (clinical, lived experience, community) สถาปัตยกรรมการสร้างคุณค่า (value-creating system architecture) ซึ่งมีหลักฐานจากงานวิจัยและรายงานนโยบายระบุว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวเชื่อมโยงกับ ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น ความปลอดภัยที่สูงขึ้นความพึงพอใจและความไว้วางใจต่อระบบ มีการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมมากขึ้น

Quality 3.0 จึงเป็นการเปลี่ยน “ตรรกะของการให้บริการ” จาก Service-centric เป็น Value-centric และ People-centric ญาติและครอบครัวจากผู้รับบริการ เป็นผู้ร่วมสร้างคุณค่า ซึ่งการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ของ สรพ. ให้ความสำคัญและมุ่งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

การพัฒนาคุณภาพเป็นเส้นทางของการพัฒนาต่อเนื่องที่เชื่อมต่อกันตลอดสาย จาก Quality 1.0 ต่อยอดด้วย Quality 2.0 และยกระดับคุณภาพด้วย Quality 3.0 เพื่อทุกคน

1.4 ความท้าทายที่คาดการณ์: เส้นทางคุณภาพต้องมี Quality 4.0 สำหรับอนาคต

แม้ Quality 3.0 จะตอบโจทย์ด้านมนุษยธรรม ความหมาย และคุณค่า แต่ระบบสุขภาพกำลังเผชิญความท้าทายใหม่ ได้แก่ ปริมาณข้อมูลมหาศาล ปัญญาประดิษฐ์และการแพทย์ดิจิทัล ความเสี่ยงด้านความปลอดภัยข้อมูล ความต้องการความยั่งยืนและความยืดหยุ่นของระบบ (resilience) สิ่งเหล่านี้สอดคล้องทิศทางขององค์การอนามัยโลกที่กำหนด Global strategy on digital health 2020-2025 ที่ระบุว่าดิจิทัลต้องช่วยให้ระบบสุขภาพเข้าถึงได้ ปลอดภัย มีคุณภาพ และยั่งยืน และนำแนวคิดพัฒนาต่อยอดจาก Industry 4.0 และ Digital Transformation โดยถูกนำมาประยุกต์ในภาคสุขภาพมากขึ้นในทศวรรษล่าสุด

Quality 4.0 จึงอาจหมายถึง การใช้ Digital health, Big data & analytics, AI และ Predictive models รวมถึง Real-time dashboards เพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยอย่างเชิงรุก (proactive) และ เฉพาะบุคคล (personalized) ช่วยให้การปรับปรุงคุณภาพ “เร็วขึ้น แม่นยำขึ้น และตรงจุดมากขึ้น” แต่ต้องไม่แทนที่ความสัมพันธ์มนุษย์ โดยมุ่งหวังให้

Quality 4.0: คุณภาพยุคดิจิทัลอัจฉริยะที่ขับเคลื่อนด้วยคุณค่า

Future Trend of Quality in Healthcare ไม่ใช่การเลือก “ยุคใดยุคหนึ่ง” แต่คือการบูรณาการคุณภาพทุกยุค เข้าด้วยกันบนฐานของมนุษยธรรม ความร่วมมือ และเทคโนโลยีอัจฉริยะ โดยต้องรักษาฐานมาตรฐาน (Quality 1.0) เพื่อความปลอดภัยและความเชื่อมั่น ต่อยอดการพัฒนาและระบบและเชื่อถือได้ (Quality 2.0) ลดความแปรปรวนและความสูญเสีย ค่ายกระดับบริการโดยฝั่ง Co-production และ Holistic care (Quality 3.0) ให้ผู้ป่วยและประชาชนเป็นหุ้นส่วน และก้าวล้ำด้วยการใช้ดิจิทัลอย่างมีธรรมาภิบาล (Quality 4.0) เพื่อคาดการณ์ ป้องกัน และเรียนรู้แบบ Real-time เป็นการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพแห่งอนาคตเพื่อความยั่งยืน

2. Future Trend for Safety in Healthcare

ทิศทางอนาคตของความปลอดภัยในบริการสุขภาพระดับโลกมีแนวโน้มชี้ชัดว่า “ความปลอดภัยของผู้ป่วย” ไม่ใช่โครงการเฉพาะเรื่อง แต่เป็นคุณสมบัติของระบบ (system property) ที่ต้องฝังอยู่ในวัฒนธรรม กระบวนการ เทคโนโลยี และสภาพแวดล้อมการทำงาน ทั้งนี้ นิยามที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในอดีต คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง การไม่ทำให้เกิดอันตรายที่ป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้กับผู้ป่วย ครอบคลุมไปถึงการลดโอกาสเกิดอันตรายที่ไม่ควรเกิดขึ้นจากกระบวนการดูแลในระดับต่ำสุดที่ยอมรับได้ ได้ถูกยกระดับจาก “กระบวนการ” เป็นระดับ “องค์กร” จากการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 74 ในปี ค.ศ. 2021 โดยประกาศ Global Action on Patient Safety และประกาศ Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 โดยมีใจความ ความปลอดภัยของผู้ป่วย หมายถึง “กรอบการทำงาน หรือกิจกรรมขององค์กรที่ก่อให้เกิด วัฒนธรรม กระบวนการ ขั้นตอน พฤติกรรม เทคโนโลยี และสภาพแวดล้อมในการดูแลสุขภาพ ที่ลดความเสี่ยง อันตรายที่หลีกเลี่ยงได้ และการกระทำที่เกิดข้อผิดพลาด ให้มีโอกาสเกิดน้อยลง อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและยั่งยืน รวมไปถึงการลดผลกระทบจากอันตรายหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เมื่อเกิดขึ้น” (a framework of organized activities that creates cultures, processes, procedures, behaviors, technologies and environments in health care that consistently and sustainably lower risks, reduce the occurrence of avoidable harm, make error less likely and reduce impact of harm when it does occur.) และกำหนดให้ประเทศสมาชิกขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ พร้อมรายงานความก้าวหน้าต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่า “Patient Safety” ถูกยกระดับเป็นวาระของโลก และเป็นเงื่อนไขสำคัญของระบบสุขภาพที่ยืดหยุ่น เป็นธรรม และมีคุณภาพ และจากการประชุม ISQua Conference 2025 ซึ่งเป็นการประชุมขององค์กรที่ขับเคลื่อนเรื่องมาตรฐานและการรับรองคุณภาพจากประเทศต่างๆ ทั่วโลก ได้มีการเสนอนิยามของ Patient Safety สำหรับยุคใหม่ที่เริ่มมีเทคโนโลยีดิจิทัลเข้ามาเป็นปัจจัยในวิถีชีวิตว่า “A New Era for Patient Safety: Patient Safety is People caring for People” ซึ่งหมายถึงการตระหนักและคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการเป็นความปลอดภัยในระบบบริการที่เกิดจากความสัมพันธ์ การสื่อสาร และการร่วมมือกันของผู้คน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพทั้งหมด ทั้งผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร ทีมสหสาขา ผู้บริหาร รวมไปถึงระบบสนับสนุน

สำหรับประเทศไทยมีการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยในผู้ป่วย หรือ Patient Safety มาอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการร่วมกับการพัฒนาคุณภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ผ่านมาตรฐานและกระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ Hospital Accreditation ในปี พ.ศ. 2551 มีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือ Patient Safety Goals เพื่อเป็นแนวทางให้สถานพยาบาลมีเป้าหมายความปลอดภัยและนำสู่การปฏิบัติและสอดคล้องกับทิศทางองค์การ

อนามัยโลก อาทิ ในปี พ.ศ. 2556 ขับเคลื่อนเรื่อง WHO Patient Safety Curriculum ในสถาบัน การศึกษา ปี พ.ศ. 2557 เกิดการสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยและประชาชนผลักดันให้เกิด Patients for Patient Safety Thailand ปี พ.ศ. 2558-2560 เกิดโครงการ Engagement for Patient Safety ที่สร้างพื้นที่ร่วมตัวของสถานพยาบาลและกลุ่มคนที่สนใจการขับเคลื่อน เรื่องความปลอดภัยในผู้ป่วยสู่การปฏิบัติ ฯลฯ

จุดเปลี่ยนสำคัญของการขับเคลื่อน Patient Safety ในประเทศไทย คือการประกาศ นโยบายโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2560 ที่ให้ความสำคัญทั้งบุคลากร และผู้ป่วยในการประกาศนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร Patient and Personnel Safety หรือ 2P Safety และในปี พ.ศ. 2566 ได้ขยับก้าวเรื่องความปลอดภัยในระบบ บริการสุขภาพไปถึงประชาชน โดยได้ประกาศนโยบาย ความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน หรือ Patient, Personnel and People Safety หรือ 3P Safety ทำให้ ความหมายเรื่องความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยจึงครอบคลุม ความปลอดภัยเพื่อทุกคน ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงทิศทางแนวโน้มการให้ความสำคัญเรื่องความ ปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพทั้งระดับสากลและประเทศไทย ประกอบกับการเปลี่ยนแปลง ที่ท้าทายหลากหลาย ทำให้คาดการณ์แนวโน้มเรื่องความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพดังนี้

Trend 1: “Whole-of-system safety” ความปลอดภัยเป็นวาระกำกับดูแลระดับ องค์กรและประเทศ

Whole-of-system safety คือการมอง “ความปลอดภัย” เป็น คุณสมบัติของทั้งระบบ สุขภาพ ครอบคลุมตั้งแต่ นโยบาย/กฎหมาย/ธรรมาภิบาลระดับประเทศ การกำกับดูแลระดับ องค์กร (board/executives) โครงสร้างพื้นฐาน ข้อมูล บุคลากร การเงิน ความปลอดภัย จึงไม่ใช่ โครงการ หรือกิจกรรมของโรงพยาบาลเป็นครั้งๆ และไม่ใช้บทบาทหน้าที่ของฝ่ายคุณภาพเพียง ฝ่ายเดียว หรือของใครคนใดคนหนึ่ง รวมถึงต้องมีกระบวนการกำกับดูแล เพราะความเสี่ยงยุคใหม่ ทั้งในปัจจุบันและอนาคต เกิดจาก “รอยต่อ” ของระบบ (handoff, referral, transitions, digital interfaces) มากกว่าความผิดพลาดรายบุคคล

Trend 2: “3P Safety” ขยายขอบเขตความปลอดภัยจากผู้ป่วยไปสู่บุคลากร และสังคม

การขับเคลื่อนเรื่อง 3P Safety เป็นทิศทางที่สอดคล้องกับทิศทางระดับโลก โดยใน World Patient Safety Day 2020 ซึ่งองค์การอนามัยโลกกำหนดว่า ว่าความปลอดภัยบุคลากรคือฐาน ของ patient safety บุคลากรไม่ปลอดภัยนำไปสู่ผู้ป่วยไม่ปลอดภัย (Health worker safety is a priority for patient safety) เพราะความเหนื่อยล้า/ขาดอัตรากำลัง/ความรุนแรง/ปัญหา สุขภาพจิต อาจส่งผลต่อ ความคลาดเคลื่อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และมีการกำหนด WHO Health Worker Safety Charter เพื่อเชิญชวนประเทศสมาชิกทั่วโลกให้ความสำคัญกับ ความปลอดภัยของบุคลากร นอกจากนี้ทิศทางการขับเคลื่อนเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค และเป้าหมายความยั่งยืน Good Health and Well-being คือทิศทางที่ขยาย มุมมองไปสู่การสร้างความปลอดภัยให้กับประชาชนจากระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ

Trend 3: Learning System จาก “รายงานเหตุการณ์” สู่ “ระบบเรียนรู้เพื่อป้องกันอันตราย”

การยกระดับระบบรายงานเหตุการณ์ National Reporting and Learning System ให้ความสำคัญกับกระบวนการ Learning เพิ่มมากขึ้น เพื่อปรับจาก “เครื่องมือเก็บข้อมูลเหตุไม่พึงประสงค์” ไปสู่ “กลไกการเรียนรู้ของระบบสุขภาพ (learning health system)” ที่ทำให้ข้อมูล นำไปสู่ความรู้ เกิดการปรับระบบ เพื่อการป้องกันอันตราย ให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและวัดผลได้ องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ “Learning systems for patient safety” เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์หลักของ Global Patient Safety Action Plan โดย Incident reporting เป็นเพียง “จุดเริ่มต้น” ของ Patient safety หากไม่เชื่อมกับ Learning & Action จะไม่เกิดผลเชิงระบบ หัวใจสำคัญคือ รายงานเพื่อเรียนรู้ (reporting for learning) ไม่ใช่รายงานเพื่อพิสูจน์ความผิด (reporting for blame/compliance)

Trend 4: “Digital safety & AI for safety” หัวใจของความปลอดภัยยุคใหม่

ในโลกปัจจุบันการใช้ ดิจิทัล/AI เพื่อความปลอดภัย “เชิงรุก” เช่น ตรวจสอบความเสี่ยงเร็ว (early warning) การคาดการณ์ การลดความแปรปรวนของกระบวนการ จะช่วยระบบบริการเพื่อความปลอดภัย แต่สิ่งที่สำคัญคือต้องมี ธรรมาภิบาล (governance) เพราะเทคโนโลยีอาจสร้างความเสี่ยงใหม่ เช่น Wrong-patient selection, Alert fatigue, Algorithm bias, Downtime, Cyber/Privacy incidents การมี Digital Safety Governance เช่น มีคณะกรรมการ มีนโยบาย ต้องระวัง “ดิจิทัลเร็วกว่า Governance” เพราะอาจเสี่ยงต่อการเกิดเหตุไม่คาดคิด รวมถึงควรมีแนวทางการใช้ AI อย่างปลอดภัย เช่น การกำหนดให้ AI ใช้เพื่อเตือนหรือช่วยตัดสินใจ ไม่แทนการตัดสินใจ

Trend 5: Safety in disasters & climate resilience

ในสถานการณ์ความไม่แน่นอนและการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลายในปัจจุบัน ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของสถานพยาบาลและระบบบริการกับการรับมือกรณี เกิดภัยพิบัติ/เหตุฉุกเฉิน ที่อาจเกิดได้ทั้งแผ่นดินไหว/น้ำท่วม โรคระบาด รวมถึงภาวะสงคราม ซึ่งจะเกิดความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย บุคลากรและประชาชนเพิ่มขึ้นทันที ดังนั้น การบริหารจัดการเพื่อความปลอดภัยของทุกคนอย่างเป็นระบบ ต้องถูกฝังในกระบวนการทำงาน และสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยด้วยเตรียมแผน ซ้อมแผน เพื่อการดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟู (preparedness + continuity + resilience)

Trend 6: Leadership for safety

การขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยอย่างเป็นระบบทั้งองค์กร ผู้นำมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะ ผู้นำคือ “ตัวเร่ง” ให้เกิด 3 เรื่องพร้อมกัน คือ การวัฒนธรรมความปลอดภัย (just/learning culture) การจัดสรรทรัพยากรให้เหมาะสม (staffing, training, tech, time for improvement) และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการตัดสินใจ แก้ไขและดำเนินการ (data-to-decision and action)

“ยุคใหม่ของ Patient safety” ที่ขยับจากการแก้ปัญหาเป็นจุดๆ ไปสู่การสร้างระบบนิเวศความปลอดภัย (whole-of-system ecosystem) ตามแนว WHO GPSAP โดยขยายขอบเขตสู่ 3P Safety ใช้ดิจิทัลอย่างมีธรรมาภิบาล สร้างความยืดหยุ่นต่อภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน และยืนยันบทบาทผู้นำในการทำให้วัฒนธรรมและการเรียนรู้เกิดขึ้นจริง เป็นทิศทางของการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยให้ระบบยั่งยืน

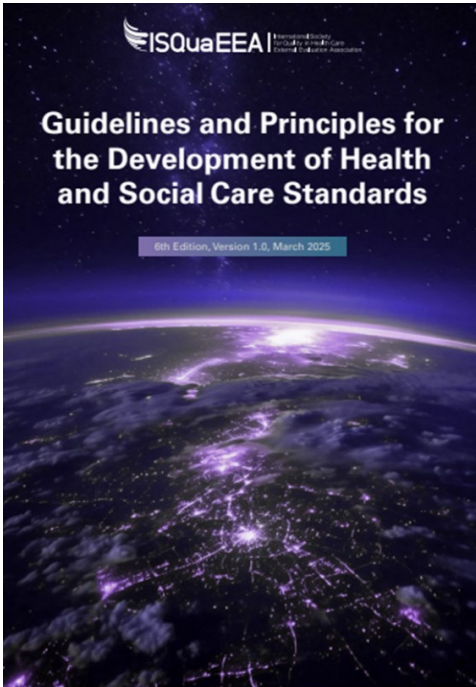
3. Future Trend ด้าน Standards: มาตรฐานสากลและตอบโจทย์อนาคต

การประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลต้องมีการกำหนดมาตรฐานเพื่อเป็นเสมือนแนวทาง เป้าหมาย หรือเกณฑ์ ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ความสำคัญของมาตรฐานในยุคเปลี่ยนผ่านของระบบสุขภาพมีหลากหลายมุมมองและวิธีคิดในการตอบโจทย์การเปลี่ยนแปลงของอนาคต

3.1 ความหมายของ “มาตรฐานสากล” ในบริบทอนาคต

มาตรฐานสากล (Internationally Recognized Standards) ในระบบบริการสุขภาพ หมายถึง มาตรฐานที่พัฒนาบนหลักการสากล ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ และสามารถปรับใช้ตามบริบทประเทศ ระบบ และวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม ซึ่งอาจเป็นมาตรฐานที่พัฒนาในประเทศหนึ่งและนำไปใช้ในอีกประเทศหนึ่ง มาตรฐานที่ออกแบบเพื่อใช้ในหลายประเทศ แต่ไม่ได้หมายถึง มาตรฐานเดียวใช้ได้ทั้งโลก บริบทแตกต่างกัน ทั้งด้านกฎหมาย วัฒนธรรม ความท้าทายเฉพาะ และรูปแบบระบบบริการสุขภาพ

ตามนิยามดังกล่าว มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของประเทศไทย จึงจัดเป็นมาตรฐานสากล เพราะมีกระบวนการพัฒนาบนหลักสากลตาม Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards และได้รับการรับรองจาก The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (ISQua IEAA) ซึ่งเป็นองค์กรสากลที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ (ภาพที่ 25)



ภาพที่ 25 แนวทางการพัฒนามาตรฐานและการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ
ระดับสากล

(ที่มา: ISQua EEA. Guidelines and Principles for the Development of Health and Social Care Standards, 6th Edition, Version 1.0, March 2025.)

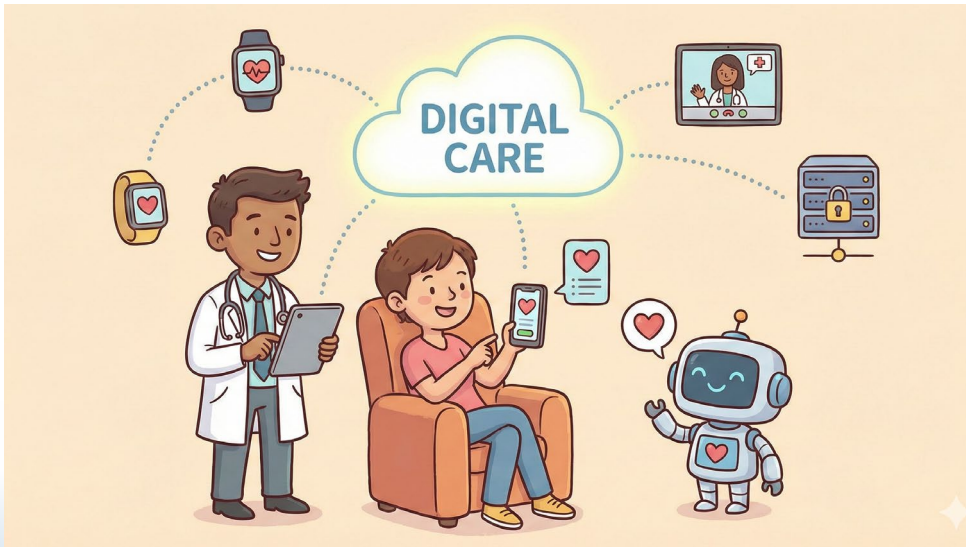
3.2 มาตรฐาน: จาก “ข้อกำหนด” สู่ “กลไกออกแบบระบบ” เพื่อสร้าง “ความเชื่อมั่นของสังคม”

มาตรฐานยุคใหม่ไม่ได้ทำหน้าที่เพียงกำหนด Minimum requirement แต่ทำหน้าที่เป็นเครื่องมือออกแบบระบบงาน (system design) กรอบคิดในการบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย และฐานของการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สิ่งที่สำคัญคือการเข้าใจเป้าหมายของมาตรฐานและแปลงมาตรฐานสู่การปฏิบัติจริงในงานประจำ ทั้งระบบบริการทางคลินิก ระบบบริการสนับสนุน และระบบปฏิบัติการต่างๆ เพื่อสร้าง วัฒนธรรมความปลอดภัยและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมาตรฐานสากลยุคใหม่เปลี่ยนจุดเน้นจาก Compliance “ทำตามข้อกำหนดครบหรือไม่” เป็น Learning & Improvement “ระบบงานเรียนรู้ ปรับตัวและพัฒนาได้จริงหรือไม่” นำไปสู่ผลลัพธ์เชิงระบบว่าการดูแลมีความปลอดภัย เชื่อถือได้ และมีความรับผิดชอบต่อสังคม ในโลกที่ประชาชนเข้าถึงข้อมูลได้มากขึ้น มาตรฐานจึงทำหน้าที่เป็นกลไกสร้าง Public trust ให้กับระบบบริการสุขภาพ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เป็นมาตรฐานที่มีเป้าหมายเพื่อเป็นเครื่องมือของ

สถานพยาบาลใช้สำหรับออกแบบระบบทั้งองค์กรตามหลัก 3C-DALI และเป็นการใช้กระบวนการสร้างการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ โดยใช้หลัก 3P-Purpose-Process-Performance ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางของมาตรฐานอนาคต

3.3 มาตรฐาน Integration of Global Megatrends

การเปลี่ยนแปลงที่เป็น Megatrends สำคัญของโลก ล้วนสัมพันธ์กับระบบบริการสุขภาพ หากมาตรฐานเป็นไปเพื่อยกระดับระบบบริการ เพื่อส่งมอบระบบบริการที่มีคุณภาพ ความปลอดภัย และสร้างคุณค่าให้กับประชาชนและสังคม มาตรฐานจำเป็นต้องมีเนื้อหาที่ขึ้นนำการเปลี่ยนแปลงเพื่อรองรับ ได้แก่ สังคมสูงวัย Digital health & Telemedicine, Climate change & Sustainability, Workforce, Well-being และ Health equity ซึ่งมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 6 มีกระบวนการพัฒนาที่ทำให้สาระและเนื้อหาในมาตรฐานส่งเสริมให้สถานพยาบาลออกแบบระบบที่คำนึงถึงประเด็นดังกล่าว โดยมีการพัฒนาการปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมเกณฑ์เพื่อขึ้นนำสถานพยาบาลพัฒนาประเด็นท้าทาย สอดคล้องกับข้อกำหนดในแนวทางการพัฒนา มาตรฐานขององค์กรสากล ISQua IEAA เช่น การเพิ่มมาตรฐาน บท II-10 การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วย (digital care), การบูรณาการในบท I-1.2 การกำกับดูแลองค์กร เรื่องการดูแลที่ยั่งยืน (sustainable care), และการสนับสนุนบุคลากร เรื่อง Workforce well-being ในบท I-5 บุคลากร เป็นต้น



4. Future Trends ด้าน Hospital Accreditation: จากการ “รับรอง” สู่ “ระบบขับเคลื่อนคุณภาพทั้งประเทศ

Hospital Accreditation ในอนาคต ไม่ได้หมายถึงการ “ผ่านการประเมินเป็นรอบๆ” แต่คือ กลไกการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement mechanism) ที่เชื่อมโยงมาตรฐาน ความปลอดภัย ผลลัพธ์ผู้ป่วย และคุณค่าทางสังคม โดย Wendy Nicklin และคณะ (2021) เสนอภาพ Accreditation ปี 2030 ว่าจะเป็นกลไกการเรียนรู้ของระบบสุขภาพ ไม่ใช่เพียงเครื่องมือรับรองสถานะเป็นการ “ขับเคลื่อนคุณค่าและความปลอดภัยของทั้งระบบ” ไม่ใช่เพียงการรับรององค์กรรายแห่ง โดยนำเสนอการ Reframing Accreditation จาก Accreditation 1.0 (2020) สู่ Accreditation 2.0 (2030) ตามภาพที่ 26

Reframing Accreditation		
	Accreditation 1.0 (2020)	Accreditation 2.0 (2030)
Standards	Criteria for a well-performing org.	Agenda to <u>achieve a defined aim</u>
Guidance	Specific requirements for structures & process (S&P)	Guidance for S&P, also for leading complex system
Examine process	For compliance with requirement	To <u>understand</u> why outcome are as they are
Survey	Examinatory	Exploratory
Judge on	Process compliance	Outcomes and report on mechanism
Mode	Telling you, what you should do	Helping you to achieve what you want to achieve
Assessment based on	Classical survey methodology	More data sources

Wendy Nicklin, Carsten Engel, Jacqui Stewart. "Accreditation in 2030" International Journal for Quality in Health Care, Volume 33, Issue 1, 2021

ภาพที่ 26 Reframing Accreditation จาก Accreditation 1.0 (2020) สู่ Accreditation 2.0 (2030)

เป็นการเปลี่ยนผ่านกระบวนการ Accreditation 1.0 ที่มาตรฐานถูกกำหนดเป็นเกณฑ์มุ่งความครบถ้วนของกระบวนการ กำหนดสิ่งที่ต้องมีต้องทำ เพื่อดูการปฏิบัติได้ในการตัดสินใจผ่านหรือไม่ผ่านคล้ายการสอบโดยผู้เยี่ยมสำรวจเป็นคนตัดสิน เป็น Accreditation 2.0 ที่มาตรฐานเป็นเสมือนเข็มทิศมุ่งไปที่เป้าหมาย เช่น ระบบนี้กำลังมุ่งไปสู่เป้าหมายด้านคุณค่า ความปลอดภัย และผลลัพธ์ที่สำคัญหรือไม่ โดยเปิดพื้นที่ให้ออกแบบกระบวนการสอดคล้องกับบริบท ยอมรับความหลากหลายของวิธีการ ค้นหาที่มาของผลลัพธ์ที่เกิดโดยการสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน ใช้ประโยชน์จากข้อมูล ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์และความสามารถของระบบ ในการสร้างผลลัพธ์นั้นอย่างยั่งยืน เป็นการรับรองคุณภาพแบบเสริมพลังให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย

สอดคล้องกับทิศทางการรับรองคุณภาพของ สรพ. ที่เน้น Education process และต่อยอดไปที่การเรียนรู้จากผลลัพธ์เพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง เป็น “การเปลี่ยนกรอบคิด (paradigm shift)” ของการรับรองคุณภาพ จาก เครื่องมือกำกับดูแลเชิง Compliance ไปสู่ กลไกการนำระบบสุขภาพไปสู่เป้าหมายที่มีความหมาย (purpose-driven system improvement) ที่ให้ความสำคัญกับ Educational process มากกว่าการตรวจรับรอง System-oriented มากกว่า organization-specific และ Value- and impact-driven มากกว่า Compliance-driven

ทิศทางการเปลี่ยนผ่านของ Accreditation ในอนาคต จากการตรวจประเมิน → การเรียนรู้ → การขับเคลื่อนคุณค่าและความยั่งยืนของระบบสุขภาพ โดยมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ดังนี้

แนวโน้มที่ 1: Next-generation accreditation – ใช้ดิจิทัลและ AI เพื่อเพิ่มความแม่นยำ ลดภาระ และทำให้ต่อเนื่อง การรับรองยุคใหม่จะเน้น

- การใช้ข้อมูลที่มีอยู่จริง (routine data) ลดการสร้างเอกสารเพื่อประเมิน
- การประเมินแบบผสมผสาน (hybrid) ทั้ง On-site และ Remote ตามความเสี่ยงและความพร้อม
- การใช้ Analytics เพื่อระบุสัญญาณเสี่ยงและติดตามการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ซึ่ง สรพ. กำลังพัฒนาการขับเคลื่อนการเยี่ยมชมสำรวจที่ใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีสนับสนุนรวมถึงมุ่งเน้นการใช้ประโยชน์จากข้อมูล เป็น Intelligence survey

แนวโน้มที่ 2: Accreditation จะวัด “ความสามารถของระบบ” (capability) มากกว่าการมี “เอกสาร” คำถามจะเปลี่ยนเป็น

- การออกแบบระบบและกระบวนการนำไปสู่การปฏิบัติและวัดผลได้อย่างไร
- ทีมงานมีการปรับกระบวนการโดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลอย่างไร
- กระบวนการกำกับติดตามทำให้ทราบผลการดำเนินการและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงอย่างไร
- ผู้ป่วย/ครอบครัวมีบทบาทร่วมในการออกแบบ/ทบทวนคุณภาพหรือไม่

โดย สรพ. ได้พัฒนากระบวนการประเมินเป็น Systematic approach ตาม HA scoring guideline ที่มุ่งเน้นการประเมินเชิงระบบและเป้าหมายของมาตรฐานมากกว่าการปฏิบัติตามมาตรฐาน

แนวโน้มที่ 3: การรับรองจะบูรณาการ Sustainability และ Resilience

มาตรฐานของ ISQua EEA และทิศทางของ Global ส่งเสริมให้การรับรองคุณภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการผลักดันและสนับสนุนให้สถานพยาบาลเป็นผู้นำในเรื่องความยั่งยืน รวมถึงการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เร็ว และ Reposition ของสถานพยาบาลเป็นส่วนสำคัญของชุมชนเพื่อสะท้อนบทบาทให้ตอบโจทย์คุณภาพและความปลอดภัยยุคใหม่ ที่ต้องเป็นส่วนหนึ่งและร่วม Co-production ระบบสุขภาพ เพราะ ระบบสุขภาพเป็นทั้ง “ผู้ได้รับผลกระทบจากโลกร้อน” และ “ผู้สร้างผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม” การดูแลที่มีคุณภาพจึงต้องรับผิดชอบต่อความยั่งยืนด้วย Accreditation เป็น “Healthcare Sustainability”

ซึ่งในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 6 ได้บูรณาการ เรื่องการจัดการบริการสุขภาพเพื่อความยั่งยืนและทำประโยชน์ให้สังคม (sustainable healthcare and social contribution) ไว้ในมาตรฐาน บท I-1.2 การกำกับดูแลองค์กร เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม รวมถึงให้ความสำคัญกับเรื่อง Resilience ในการดำเนินการกระบวนการให้มีประสิทธิภาพ โดยกำหนดให้มีมาตรฐานการเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยในภาวะภัยพิบัติ และภาวะฉุกเฉิน (safety and emergency/disaster preparedness)

แนวโน้มที่ 4: การรับรองต้องตอบโจทย์ “ความเชื่อมั่นสาธารณะ” (Public Trust)

อนาคตของ Accreditation คือการเป็น “สัญญาประชาคม” ว่าองค์กรมีระบบคุ้มครองผู้ป่วย บุคลากร และข้อมูล พร้อมสื่อสารความก้าวหน้าอย่างโปร่งใส โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ และเล่าเรื่องอย่างรับผิดชอบ (trustworthy transparency) ความท้าทายของการรับรองคุณภาพ คือ การสร้าง Value & Trust ทำให้ผลการรับรองสัมพันธ์กับความเชื่อมั่นสาธารณะ (public trust) ผ่านความโปร่งใสและการสื่อสารอย่างรับผิดชอบ

สอดคล้องกับข้อกำหนดของพระราชกฤษฎีกาการจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อเป็นหลักประกันให้ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพไม่ต่ำกว่ามาตรฐาน



4.2 ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน Spiritual Healthcare in Action (SHA) ในระบบบริการสุขภาพไทย

คณะขับเคลื่อนการนำมิติจิตวิญญาณสู่การปฏิบัติและ

ดร.ดวงสมร บุญผดุง

ผู้ทรงคุณวุฒิ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และ SHA Founder

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ Spiritual Healthcare in Action (SHA) เป็นกระบวนการยกระดับมาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) จากการเน้นเชิงระบบบริหารจัดการ (System-based) ไปสู่การบูรณาการมิติจิตวิญญาณและหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized care & spirituality) เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน (sustainable transformation) โดยมีเป้าหมายในการสร้างความผาสุก ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และคุณค่าความหมายในการทำงานให้เกิดขึ้นทั้งแก่ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ชุมชน และสังคมอย่างเป็นรูปธรรม

กรอบแนวคิดและระดับการพัฒนาจุดเน้นสำคัญ (Focus Area)

เพื่อให้การขับเคลื่อนมิติจิตวิญญาณเข้าสู่ระบบงานอย่างเป็นลำดับ คณะทำงานฯ และสถาบันฯ ได้จำแนกระดับการพัฒนาออกเป็น 3 ระดับหลัก ดังนี้:

ระดับการพัฒนา	มิติการขับเคลื่อน (Focus Area)	วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
ระดับที่ 1	Systemic safety & Spirit fostering	การวางรากฐานเชิงระบบตามมาตรฐานความปลอดภัยและความถูกต้องทางวิชาชีพ บูรณาการร่วมกับแนวคิด SHA ขั้นพื้นฐาน
ระดับที่ 2	Spirit at work & Spiritual care ในระดับ Program	การสร้างระบบงานที่ส่งเสริมสัมพันธภาพ ความเข้าอกเข้าใจ (empathy) และการสื่อสารอย่างสันติ เพื่อยกระดับจิตวิญญาณในการทำงานให้กับบุคลากร และคุณค่าในการเยียวยาในบางระบบงานหรือกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
ระดับที่ 3	Spirit at work & Spiritual care	การบูรณาการมิติจิตวิญญาณเข้าสู่ระบบงานทั่วทั้งองค์กร (organization-wide) มุ่งเน้นความสุขในการทำงาน ความหมายของชีวิต และการดูแลผู้ป่วยเชิงจิตวิญญาณอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อนำการเปลี่ยนแปลง

หัวใจสำคัญของการขับเคลื่อน SHA คือการพัฒนาบุคลากรที่มีขีดความสามารถเฉพาะทาง (Competency-based) เพื่อขยายความรู้อย่างถูกต้องลงสู่การปฏิบัติในสถานพยาบาลทั่วทั้งประเทศ โดยแบ่งระดับความเชี่ยวชาญออกเป็น 3 ลำดับ:

ระดับที่ 1: SHA Coach (รากฐานการขับเคลื่อน)

คุณสมบัติ	คัดเลือกจากที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ (Quality Coach) ของ สรพ. ที่มีประสบการณ์เยี่ยม สถานพยาบาลไม่น้อยกว่า 3 ปี และมีทัศนคติเชิงบวกต่อแนวคิดมิติจิตวิญญาณ
กระบวนการพัฒนา	ฝึกอบรมหลักสูตร SHA Skill & Guidelines พร้อมผ่านการประเมินผลจากการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ (Action-based Learning) เพื่อรับใบประกาศนียบัตรวิชาชีพ
บทบาทหน้าที่	<ul style="list-style-type: none">○ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ในการส่งเสริมการปฏิบัติเชิงจิตวิญญาณในระดับพื้นที่○ ให้คำปรึกษาและคัดกรองสถานพยาบาลที่มีศักยภาพเพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรอง SHA ในระดับที่เหมาะสม

ระดับที่ 2: Trainer & Surveyor (ผู้เชี่ยวชาญและผู้ประเมินมาตรฐาน)

คุณสมบัติ	ผู้เยี่ยมชมสำรวจ (surveyor) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ที่มีประสบการณ์สูงไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีความเชี่ยวชาญในการบูรณาการมาตรฐาน HA & SHA
กระบวนการพัฒนา	อบรมต่อเนื่องความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ SHA ปัจจุบันในโครงสร้างองค์กร รวมทั้งความรู้เฉพาะทางต่างๆ (specialized skills) ที่จำเป็นในการพัฒนาจิตวิญญาณในการทำงาน และการถอดบทเรียนจิตวิญญาณ รวมถึงการวิเคราะห์ความเชื่อมโยงกับมาตรฐานสากล
บทบาทหน้าที่	<ul style="list-style-type: none">○ เป็นวิทยากรหลักในกระบวนการจัด Workshop เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ ปรับมุมมอง ทัศนคติและพฤติกรรมบริการด้วยความเห็นอกเห็นใจ (empathy) ตามแนวคิด People Center Care○ ดำเนินการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อเชิดชูเกียรติโรงพยาบาลที่นำมิติจิตวิญญาณสู่การปฏิบัติ และเยี่ยมชมสำรวจรับรองกระบวนการคุณภาพ HA แบบบูรณาการ SHA (integrated survey)

ระดับที่ 3: SHA Expert (ผู้เชี่ยวชาญระดับยุทธศาสตร์และนวัตกรรม)

คุณสมบัติ	ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญระดับสูง สามารถสังเคราะห์องค์ความรู้และสร้างสรรค์นวัตกรรม การดูแลเชิงจิตวิญญาณ
บทบาทหน้าที่	<ul style="list-style-type: none">○ สร้างสรรค์และเรียบเรียงองค์ความรู้เชิงวิชาการ (knowledge management) เพื่อการถ่ายทอดสู่บุคลากรรุ่นหลัง○ ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา (mentor) ให้แก่ทีมงานและองค์กรในระดับยุทธศาสตร์ทั้งในและระหว่างประเทศ

ยุทธศาสตร์การขยายผลสู่สถานพยาบาลทั่วประเทศ (Implementation Roadmap)

สถาบันฯ กำหนดแนวทางการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อให้ครอบคลุมสถานพยาบาลทั่วประเทศ ดังนี้:

1) Strategic Communication: สื่อสารเชิงรุกเพื่อสร้างความตระหนักรู้ (awareness) สร้างความเข้าใจเชิงนโยบายแก่ผู้บริหารโรงพยาบาลทั่วประเทศ ผ่านเครือข่ายผู้เยี่ยมสำรวจสร้างโรงพยาบาลโมเดลต้นแบบสู่การขยายผล

2) Training Course: การจัดทำ Sand box หลักสูตรอบรมโรงพยาบาลนำร่องที่มีพื้นฐานด้านจิตตปัญญาและพัฒนาสู่หลักสูตรอบรม สำหรับโรงพยาบาล ที่สนใจ ในลักษณะและรูปแบบต่างๆ เช่น การประชุมวิชาการ หลักสูตรประจำของสถาบัน In-house training workshop เป็นต้น

3) Network Cultivation: ขยายผลผ่านเครือข่ายต่างๆ เช่น SHA Coach, HACC, UHosNet เพื่อสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ในระดับภูมิภาคผ่านกระบวนการ Coaching and Mentoring

4) HA Standard: บูรณาการในมาตรฐาน HA ที่ผ่านการรับรองจาก ISQua EEA สู่ความเป็นมาตรฐานสากล ร่วมกับการขับเคลื่อนเป็นจุดเน้นใน 3P Safety: Personnel Safety

5) SHA Certification: สนับสนุนสถานพยาบาลที่สามารถนำแนวคิดสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบในระดับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วย เพื่อเข้าสู่การรับรองมาตรฐาน SHA Certificate

6) SHA Organization Excellence: เชิดชูเกียรติสถานพยาบาลที่สามารถบูรณาการ SHA ได้อย่างสมบูรณ์ทั่วทั้งองค์กร ให้เป็นแบบอย่างการเรียนรู้ (best practice) และรับรางวัลองค์กรแห่งความเป็นเลิศ

การพัฒนาเครือข่ายความรู้

ด้วยการสร้างการเรียนรู้ ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation Collaborating Center: HACC) และเครือข่าย Quality Learning network รวมทั้งเครือข่ายอื่นๆ เช่น เครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet)

ขยายการเรียนรู้เชิงลึกให้ครอบคลุมทั่วประเทศผ่านเครือข่าย

ส่งเสริมให้โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองในระดับทั่วทั้งองค์กรและได้รับการยกย่องในระดับ SHA Organization Excellence เป็นแบบอย่างที่ดี ทำหน้าที่ขยายความรู้ ด้วยการเป็นที่ดูงานสร้างความเข้าใจเชิงลึก การให้ความรู้ผ่านการอบรมในหลักสูตรต่างๆ ตามลำดับขั้นการเรียนรู้

ปัจจุบันได้เริ่มดำเนินการนำร่องเป็นแห่งแรก ณ ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (Healthcare Accreditation and Certification Collaboration Center: HACC) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทสรุป

การทำความเข้าใจในเรื่องจิตวิญญาณในการทำงาน และการบูรณาการจิตวิญญาณในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง เป็นลักษณะผสมผสานระหว่างความรู้ในเชิงวิทยาศาสตร์ ที่สามารถจับต้องได้ เป็นคุณค่าที่จับต้องได้จริง (Tangibles values) ผสมผสานกับความเป็นมนุษย์ความเมตตา ความรัก และจิตวิญญาณในการทำงาน ซึ่งเป็นความรู้ และคุณค่าในลักษณะจับต้องไม่ได้ (Intangible values) ซึ่งมีคุณค่ามากมายมหาศาล การพัฒนาแนวคิดนี้ใช้เวลานาน และการทำความเข้าใจให้โรงพยาบาลนำไปปฏิบัติอาจจะใช้เวลานานเช่นกัน “แต่เมื่อทำสำเร็จ สิ่งนี้จะเป็นมรดกทางวัฒนธรรมของระบบสุขภาพของประเทศไทย ที่ควรคู่ในการรักษาไว้ และที่สำคัญนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน”



4.3 มาตรฐานสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ เชื่อมโยงบริบทไทย สู่คุณภาพระดับสากล

นพ.ทรง พิลาลัย

ผู้ช่วยผู้อำนวยการ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

บทนำ

การให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพ เนื่องจากเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย ใกล้บ้าน และต่อเนื่อง บริการในระดับนี้ ครอบคลุมการดูแลสุขภาพในทุกมิติ ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การตรวจวินิจฉัยและการรักษาพยาบาล ไปจนถึงการฟื้นฟูสุขภาพ และการประสานการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม บริการสุขภาพปฐมภูมิจึงมีบทบาทสำคัญต่อการสร้างสุขภาพของประชาชน ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ และเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพโดยรวม

อย่างไรก็ตาม แม้บริการสุขภาพปฐมภูมิจะอยู่ใกล้ประชาชนที่สุด แต่ต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการ ทั้งความหลากหลายของความต้องการด้านสุขภาพในทุกช่วงวัย ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและกำลังคน รวมถึงความแตกต่างของบริบทพื้นที่ การจัดการบริการให้มีคุณภาพปลอดภัย และต่อเนื่องจึงจำเป็นต้องอาศัยกรอบมาตรฐานที่ชัดเจนและเหมาะสม

มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิฉบับปรับปรุงใหม่ (ฉบับที่ 1 เวอร์ชัน 1.1) ของประเทศไทย ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยเชื่อมโยงหลักการพัฒนาคุณภาพระดับสากลของ ISQua External Evaluation Association (ISQua EEA) เข้ากับบริบทด้านกฎหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 นโยบาย และโครงสร้างระบบสุขภาพของประเทศ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปสาระสำคัญของมาตรฐานดังกล่าว และนำเสนอแนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย เพื่อช่วยให้หน่วยบริการสามารถนำมาตราฐานไปใช้ในการออกแบบและพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับความคาดหวังของประชาชน

แนวคิดและทิศทางการขับเคลื่อนมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ

มาตรฐานสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิฉบับนี้ถูกออกแบบภายใต้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพเชิงระบบ (Systems-based quality improvement) โดยมุ่งเปลี่ยนบทบาทของมาตรฐานจาก “เครื่องมือประเมิน” ไปสู่ “กลไกขับเคลื่อนการพัฒนา” ทิศทางการขับเคลื่อนเน้น 3 ประเด็นหลัก ได้แก่

ประการแรก การมุ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน (health outcomes-oriented) มาตรฐานกำหนดให้หน่วยบริการต้องแสดงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานจริง ทั้งในระดับ ผู้รับบริการและระดับชุมชน เพื่อสะท้อนคุณค่าของบริการปฐมภูมิต่อระบบสุขภาพโดยรวม

ประการที่สอง การพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ มาตรฐานให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้นำ บุคลากร และอาสาสมัครสาธารณสุข ในฐานะผู้ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง ผ่านการเสริมสร้างสมรรถนะด้านการใช้ข้อมูล การเรียนรู้ จากการปฏิบัติ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ประการที่สาม การบูรณาการการทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้เสีย มาตรฐานสนับสนุน การเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยบริการ เครือข่ายสุขภาพ หน่วยงานกำกับดูแล และชุมชน เพื่อสร้างการพัฒนาคุณภาพที่มีความสอดคล้อง ลดความซ้ำซ้อน และยั่งยืนในระดับระบบ

โครงสร้างมาตรฐานสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ

มาตรฐานฉบับนี้พัฒนาขึ้นบนแนวคิดสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

- 1) People-centered care ให้ความสำคัญกับประชาชน ผู้รับบริการ และครอบครัว เป็นศูนย์กลางของการออกแบบและจัดบริการ
- 2) Patient safety และ Continuous quality improvement มุ่งสร้างระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ปลอดภัย พร้อมเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 3) ความสอดคล้องกับบริบทประเทศไทย เชื่อมโยงกฎหมาย ระบบบริการ และบทบาทของเครือข่ายสุขภาพระดับพื้นที่

วัตถุประสงค์ของการจัดทำมาตรฐาน

- 1) เพื่อสร้างมาตรฐานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในลักษณะองค์รวม ให้รอบด้าน และครบถ้วน
- 2) ส่งเสริมการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายและความร่วมมือ เพื่อให้มีการพัฒนางานร่วมกันได้
- 3) มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพ ตั้งแต่เริ่มต้นของปัญหา โดยยึดหลักการ “สร้างนำซ่อม” เป็นแนวทางในการปฏิบัติ
- 4) ส่งเสริมให้มีการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการพัฒนาบริการให้ได้มาตรฐานตามบริบทของประเทศไทย
- 5) มุ่งหวังการสร้างอัตลักษณ์การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย

เป้าหมายสำคัญไม่ใช่เพียง “การผ่านการประเมิน” แต่คือการใช้มาตรฐานเป็นเครื่องมือพัฒนางานจริง เพื่อสร้างเอกลักษณ์ของบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยที่ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” และมีคุณภาพมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล

มาตรฐานสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ การบริหาร การบริการ และผลการดำเนินงาน



ภาพที่ 27 ภาพรวมของการบริหารสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (ที่มา: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), มาตรฐานสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ฉบับที่ 1 เวอร์ชัน 1.1)

ตอนที่ 1 การบริหาร

เน้นบทบาทผู้นำและระบบบริหารที่เอื้อต่อคุณภาพ เพื่อให้การให้บริการมีความปลอดภัย มีทิศทางชัดเจน และยกระดับผลการดำเนินงานด้านสุขภาวะ ครอบคลุม 6 ประเด็นสำคัญ เช่น

- ภาวะผู้นำที่กำหนดทิศทางคุณภาพและสื่อสารเป้าหมายอย่างชัดเจน
- การวางแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่
- การเคารพสิทธิผู้ป่วย ความหลากหลาย และการมีส่วนร่วมของประชาชน
- การใช้ข้อมูล ตัวชี้วัด และการจัดการความรู้เพื่อพัฒนางาน
- การดูแลบุคลากรและอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีสมรรถนะและความปลอดภัย
- ระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ตอนที่ 2 การบริการ

แบ่งเป็นสามส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 2.1 การบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่วนที่ 2.2 การบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ส่วนที่ 2.3 การสนับสนุนบริการ

การบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นแกนกลางของมาตรฐาน โดยเน้นการเข้าถึงบริการตั้งแต่ต้น การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม การวางแผนดูแลร่วมกับผู้รับบริการและครอบครัว การดูแลอย่างต่อเนื่อง การดูแลที่บ้าน การส่งเสริมการดูแลตนเอง รวมถึงบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ และระบบสนับสนุนบริการที่จำเป็น

ส่วนที่ 2.1 บริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Service)

เน้นการดูแลตั้งแต่ต้นทางและต่อเนื่อง แนวคิดสำคัญคือการออกแบบบริการจากมุมมองของประชาชน โดยไม่แยกโรคหรือแยกบริการออกจากกัน ได้แก่

- การเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม สะดวก และเหมาะสมกับทุกกลุ่ม
- การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม
- การวางแผนดูแลร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่าย
- การดูแลรักษาตามแนวทางวิชาการที่ปลอดภัย
- ความต่อเนื่องของการดูแล การส่งต่อ และการดูแลที่บ้าน
- การเสริมพลังให้ประชาชนดูแลตนเองได้

ส่วนที่ 2.2 บริการสาธารณสุขปฐมภูมิ (Primary Public Health Service)

มุ่งป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่

- การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ และการตอบโต้ภาวะระบาดอย่างทันที่
- การส่งเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน

ส่วนที่ 2.3 ระบบสนับสนุนบริการ (Service Support)

ครอบคลุมสิ่งแวดล้อมบริการ การควบคุมการติดเชื้อ การจัดการยาและวัคซีน การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และระบบข้อมูลสุขภาพดิจิทัล

สาระสำคัญของส่วนนี้คือ “การออกแบบบริการจากมุมมองประชาชน” โดยเชื่อมโยงการแพทย์ การสาธารณสุข และชุมชนเข้าด้วยกัน ทั้งนี้ต้องประสานความร่วมมือกับสถานพยาบาล เครือข่ายหรือหน่วยงานกำกับในการออกแบบระบบบริการสนับสนุนร่วมกัน

ตอนที่ 3 ผลการดำเนินงาน

ส่วนนี้สะท้อนความสำเร็จของการนำมาตรฐานไปใช้จริง โดยเน้นการแสดงผลลัพธ์ ไม่ใช่เพียงกระบวนการ เน้นการแสดงผลลัพธ์ที่มีความหมาย เช่น ผลลัพธ์ด้านการดูแลรักษา การเข้าถึงบริการ ความพึงพอใจของประชาชน การจัดการข้อร้องเรียน และผลลัพธ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน ซึ่งเป็นตัวสะท้อนคุณภาพของระบบบริการปฐมภูมิในภาพรวม

แนวคิดสำคัญคือ “วัดในสิ่งที่มีความหมายต่อประชาชนและพื้นที่” และใช้ผลลัพธ์เหล่านี้เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนา และนำมาตรฐานสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิสู่การปฏิบัติ

มาตรฐานสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ ฉบับนี้ถูกออกแบบให้สามารถบูรณาการและต่อยอดจากเกณฑ์คู่มือคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ใช้สำหรับการกำกับดูแลตามกฎหมาย พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 และนโยบายด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อลดภาระงานซ้ำซ้อนของหน่วยบริการ การนำไปใช้ในทางปฏิบัติควรเน้นการใช้มาตรฐานเป็นกรอบในการทบทวนตนเอง การกำหนดลำดับความสำคัญในการพัฒนา และการใช้ข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการประสานความร่วมมือกับโรงพยาบาล หน่วยงานกำกับ ชุมชน และภาคีเครือข่ายสำคัญที่เกี่ยวข้องตามบริบทของสถานพยาบาลปฐมภูมิแห่งนั้น

สาระสำคัญคือการเปลี่ยนมุมมองจาก “การทำเพื่อให้ผ่านการประเมิน” ไปสู่ “การใช้มาตรฐานเพื่อพัฒนางานประจำ” โดยเชื่อมโยงการพัฒนาในระดับหน่วยบริการกับกลไกการพัฒนาในระดับพื้นที่

บทสรุป

มาตรฐานสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิฉบับปรับปรุงใหม่ สะท้อนแนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นระบบเป็นสำคัญ โดยผสมผสานหลักการสากลด้านคุณภาพและความปลอดภัยเข้ากับบริบทของระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย มาตรฐานฉบับนี้ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการประเมินเพื่อการรับรอง แต่ทำหน้าที่เป็นกรอบแนวคิดและเครื่องมือในการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นการเปลี่ยนผ่านจากการประเมินเชิงโครงสร้างไปสู่การพัฒนาคุณภาพเชิงระบบและเชิงผลลัพธ์ การบูรณาการหลักการสากลเข้ากับบริบทประเทศไทยช่วยให้มาตรฐานมีความยืดหยุ่นและสามารถนำไปใช้ได้จริงในระดับพื้นที่

การนำมาตรฐานไปใช้ในทางปฏิบัติ จะช่วยให้หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถทบทวนกระบวนการทำงาน ออกแบบบริการ และพัฒนาระบบการดูแลที่ครอบคลุม เป็นธรรม และตอบสนองต่อความคาดหวังของประชาชนได้ดียิ่งขึ้น ควบคู่กับการเสริมสร้างความมั่นใจด้านคุณภาพและความปลอดภัยของบริการ เป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศ สนับสนุนการสร้างระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็ง เชื่อมโยง และยั่งยืน เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานและมีสุขภาวะที่ดีอย่างทั่วถึงในระยะยาว



การพัฒนาาระบบสุขภาพในยุคที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไม่อาจขับเคลื่อนด้วยความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีหรือประสิทธิภาพของระบบเพียงอย่างเดียว หากแต่ต้องหลอมรวมความใส่ใจ ความเข้าใจ และคุณค่าความเป็นมนุษย์เข้าไปในทุกกระบวนการของการดูแล

HA Update 2026 สะท้อนความพยายามในการเชื่อมโยงแนวคิด นวัตกรรม และการปฏิบัติจริง เข้ากับการดูแลที่ยึดผู้ป่วย บุคลากร และสังคมเป็นศูนย์กลาง เพื่อร่วมกันออกแบบระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย และยั่งยืน

Compassionate Innovation มิได้เรียกร้องให้ระบบสุขภาพชะลอตัว หากแต่เชื่อเชิญให้ก้าวไปข้างหน้าอย่างมีสติ รู้ว่ากำลังทำเพื่อใคร และไม่หลงลืมหัวใจของการดูแล หวังว่าหนังสือเล่มนี้จะเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ร่วมกัน และเป็นแรงสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนก้าวเดินไปข้างหน้าด้วยนวัตกรรมที่เปี่ยมด้วยความใส่ใจ ควบคู่กับการธำรงรักษาความเป็นมนุษย์ไว้ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลง หากเนื้อหาและประสบการณ์ที่ถ่ายทอดในเล่มนี้สามารถช่วยเตือนให้เรายังคงยึดคุณค่าดังกล่าวไว้ได้ นั่นอาจเป็นคุณค่าที่สำคัญที่สุดของการเดินทางครั้งนี้





- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2562). *มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ*. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. <https://www.ha.or.th/TH/Posts/Details/788>
- จิระประภา อัครบวร. (2565). *งานทรัพยากรมนุษย์ในยุค 5.0 (HR 5.0: Digital HR System)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กนกการพิมพ์.
- จิระประภา อัครบวร. (2566). *การบริหารผลการปฏิบัติงานเชิงกลยุทธ์: เครื่องมือพัฒนาองค์กร* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กนกการพิมพ์.
- จิระประภา อัครบวร. (2569). *ความสอดคล้องในการพัฒนาองค์กร (Alignment for Organization Development)*. กนกการพิมพ์.
- ดาวัญ ศรีธัญรัตน์ และคณะ. (2568). การพัฒนาเครื่องมือวินิจฉัยสุขภาวะองค์กร Delightfulness in Organization Analysis (DOA). *วารสารการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และองค์กร*, 17(1), 47-74.
- วรภัทร ภูเจริญ. (2550). *การบริหารนวัตกรรมอย่างยั่งยืนและพอเพียง*. อริยชน.
- Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opipari-Arrigan, L., & Hartung, H. (2016). Coproduction of healthcare service. *BMJ Quality & Safety*, 25(7), 509–517. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004315>
- Batalden, P., & Foster, T. (2021). From assurance to coproduction: A century of improving the quality of health-care service. *International Journal for Quality in Health Care*, 33 (Supplement_2), ii10–ii13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab116>
- Cherlin, E. J., et al. (2004). [ชื่อบทความ]. *Journal of Palliative Care*, 113-116.
- Christensen, C., & Gregersen, H. (2011). *The innovator's DNA: Mastering the five skills of disruptive innovators*. Harvard Business Review. <https://www.linkedin.com/pulse/innovators-dna-summary-chiraayu-k-pandya-gyr6f/>
- Cole-King, A., & Harding, K. G. (2001). Psychological factors and delayed healing in chronic wounds. *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 216–220.
- Dixon, N. (n.d.). *Nancy Dixon's Blog*. <https://www.nancydixonblog.com/>
- Epstein, R. M., et al. (2005). Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: Theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1516-1528. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.02.006>
- Hasso Plattner Institute of Design at Stanford. (n.d.). *Design thinking bootleg*. <https://dschool.stanford.edu/resources/design-thinking-bootleg>
- Levinson, W., et al. (1997). Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, 277(7), 553–559.
- Martin, L. A., & Mate, K. (2018). *IHI Innovation System (IHI White Paper)*. Institute for Healthcare Improvement.
- Papadopoulos, I., & Ali, S. (2016). Measuring compassion in nurses and other healthcare

professionals: An integrative review. *Nurse Education in Practice*, 16(1), 133–139. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.11.002>

School of Changemakers. (n.d.). *Knowledge Hub*. <https://www.schoolofchangemakers.com/>

Sinclair, S., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Hack, T. F., Hagen, N. A., McConnell, S., & Chochinov, H. M. (2016). Compassion in health care: An empirical model. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(2), 193–203. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.10.009>

Thailand Quality Award. (2567). *Thailand Quality Award 2567-2568: Criteria for Performance Excellence Framework*.

Kelley, T., & Littman, J. (2016). *The ten faces of innovation: IDEO's strategies for beating the devil's advocate & driving creativity throughout your organization*. Profile Books Limited.

United Nations Development Programme. (2025). *Sustainable Development Goals*. <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>

World Health Organization. (2021). *Promoting well-being*. <https://www.who.int/activities/promoting-well-being>





ที่ปรึกษา

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

พญ.เอกจิตรา สุขกุล

นพ.ทรงนง พิลาลัย

ผู้เรียบเรียง

ดร.การดี เสี่ยวไพโรจน์

ศ.ดร.จิระประภา อัครบวร

ดร.ดวงสมร บุญผดุง

นพ.ทรงนง พิลาลัย

นาถนภา คำลอยฟ้า

เนตรนภา ปานมน

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

นพ.มนต์ชัย วิวัฒนาสิทธิพงศ์

ทพญ.รัตนอร จูห้อง

ศ.นพ.รังสรรค์ ภูรยานนทชัย

รุ่งนภา บุชบง

วิพัตรา โตเต็มโชคชัยการ

สุนันฐา พงษ์เจริญ

สุภาเพ็ญ ศรีสดีใส

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผศ.นพ.อนุแสง จิตสมเกษม

พญ.เอกจิตรา สุขกุล



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
88/39 อาคารสุภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถนนติวานนท์
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-027-8844 โทรสาร 02-026-6680



www.ha.or.th



HA Thailand



HA Thailand



HA E-learning



Quality The Story