



# บทเรียน การพัฒนาคุณภาพ บนเส้นทางที่ก้าวหน้า



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

HA Thailand





# บทเรียน การพัฒนาคุณภาพ บนเส้นทางที่ก้าวหน้า



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

HA Thailand



## บทเรียนการพัฒนาคุณภาพบนเส้นทางที่ก้าวหน้า

### สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

บทเรียนการพัฒนาคุณภาพบนเส้นทางที่ก้าวหน้า

: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2565  
96 หน้ารวมปก

ISBN: 978-616-8024-45-4

บรรณาธิการ

พญ.เอกจิตรา สุขกุล  
uw.ทรงง พิลาสัย  
ร้อยเอกหญิง ปิ่นรัตน์ พันธุ์มณี  
นางสาววิญญาวรรณ งามสถาน

จัดทำและเผยแพร่โดย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)  
เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5  
กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ  
อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000  
โทรศัพท์ 0 2027 8844 โทรสาร 0 2026 6680  
[www.ha.or.th](http://www.ha.or.th)

พิมพ์ครั้งที่ 1

กันยายน 2565

จำนวนพิมพ์

500 เล่ม

ออกแบบรูปเล่ม

Famous & Successful

พิมพ์ที่

วัฒนาการพิมพ์

ISBN

978-616-8024-45-4

# คำนำ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) มีบทบาทในการส่งเสริม สนับสนุน และขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้และการให้บริการในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล สถาบันจึงได้รวบรวมบทเรียนการพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพที่สำคัญเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านคุณภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของสถานพยาบาลในการแลกเปลี่ยนบทเรียนการพัฒนาคุณภาพ

สถาบันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทเรียนการพัฒนาคุณภาพ จะเป็นประโยชน์ต่อสถานพยาบาล เครือข่ายบริการสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้อง นำไปสร้างการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพระบบงานและการดูแลผู้ป่วย เพื่อส่งมอบคุณค่าที่ผู้รับบริการต้องการ และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ขอขอบคุณสถานพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญที่ได้แบ่งปันความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าในการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาบริการสุขภาพของประเทศไทยให้มีคุณภาพและความปลอดภัย

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

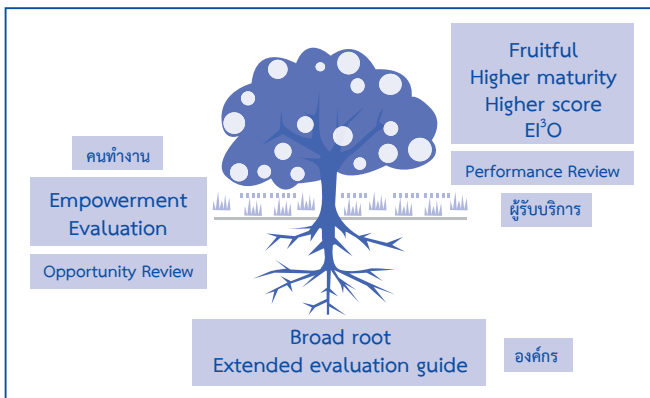
กันยายน 2565

# สารบัญ

ตอนที่ 1	คำนำ	i
	การรับรองกระบวนการคุณภาพขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)	1
	บทเรียนการพัฒนาเพื่อก้าวสู่การรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)	3
ตอนที่ 2	การรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (PDSC)	48
	บทเรียนการพัฒนาเพื่อก้าวสู่การรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (PDSC)	52
	บทเรียนการพัฒนาจาก PDSC-HIV สู่การรับรองระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (HNA-HIV)	55
ตอนที่ 3	การรับรองเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA)	77
	บทเรียนการพัฒนาเพื่อก้าวสู่การรับรองเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA)	79
	บทส่งท้าย	85

## ตอนที่ 1 การรับรองกระบวนการคุณภาพขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)

Advanced HA (A-HA) คือการรับรองกระบวนการคุณภาพของสถานพยาบาลในระดับขั้นก้าวหน้า ทั้งในด้านผลลัพธ์และระบบงาน รวมถึงความสามารถของทีมงานในการขับเคลื่อนการพัฒนาด้วยตนเอง ทั้งด้านการชี้แนะโดยผู้นำระดับสูง การวางระบบที่รัดกุม และมีการวัดผลลัพธ์ โดยมีการขับเคลื่อนทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ (1) ผู้บริหารและทีมงานมีความเข้าใจในมาตรฐาน HA และกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลัก 3C-PDSA ในระดับที่สามารถค้นหา โอกาสพัฒนาสำคัญได้ด้วยตนเอง (2) มีการวางระบบงานทุกส่วนขององค์กร โดยใช้แนวคิด Integrated Management System และสร้างความรัดกุมในระบบงานโดยไม่อ้อมมือ (3) มีการทำ Performance Check ซึ่งแสดงให้เห็นผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ของระบบงานสำคัญ



รูปที่ 1 แนวคิดการรับรอง Advanced HA

สถานพยาบาลที่ควรจะใช้แนวคิดของ A-HA คือทุกโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง HA แล้ว เพราะจะช่วยให้สถานพยาบาลมีผลดำเนินการที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีความพร้อมในด้านต่อไปนี้

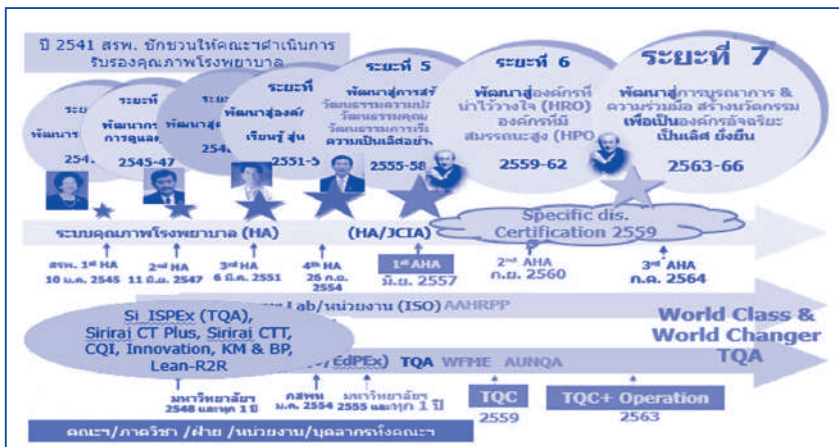
- (1) มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในทุกส่วนขององค์กร
- (2) มีการติดตามผลการดำเนินงาน (performance) ของระบบงานต่างๆ และการดูแลผู้ป่วยสำคัญของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
- (3) มีการนำ Core Values ของ HA มาใช้เป็นหลักในการดำเนินงาน



## บทเรียนการพัฒนาเพื่อก้าวสู่การรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)

### 1.1 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

เส้นทางคุณภาพของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เริ่มอย่างเป็นทางการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 โดยตั้งเป้าหมายได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลศิริราชในปี พ.ศ. 2545 จึงเรียนรู้และประยุกต์ใช้มาตรฐาน/แนวคิด HA ในการพัฒนาระบบคุณภาพโรงพยาบาลและคณะฯ และผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลครั้งแรกตามแผน และต่ออายุการรับรองทุก 3 ปี ทั้งนี้คณะฯ ใช้กระบวนการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องด้วยการบูรณาการและต่อยอดแนวคิดการพัฒนาคุณภาพจากมาตรฐานและกระบวนการของ HA ดังนี้



รูปที่ 2 ระยะเวลาพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

• **กำหนดผู้รับผิดชอบ** (รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพและหน่วยงานสนับสนุน ได้แก่ งานพัฒนาคุณภาพ งานจัดการความรู้ และงานบริหารทรัพยากรสุขภาพ) และเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพที่มุ่งเน้นการพัฒนาคน เพื่อพัฒนาระบบงานในทุกพันธกิจและหน่วยงานทุกระดับให้ตอบสนองความต้องการของลูกค้า ผู้มีส่วนได้เสีย สังคม และเป็นผู้นำ เป็นแบบอย่างของการพัฒนาคุณภาพ ผ่านการกำหนดระยะเวลาการพัฒนาคุณภาพทุกช่วง 4 ปี ข้างหน้า (รูปที่ 2) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 เพื่อใช้สื่อสารเป้าหมายและเส้นทางคุณภาพของคณะฯ ในแต่ละระยะ โดยประยุกต์ใช้มาตรฐาน HA ในการพัฒนาระบบบริหารจัดการโรงพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย ขยายสู่ระบบการพัฒนาคุณภาพ ทั้งคณะฯ และการบูรณาการระหว่างพันธกิจและระบบงานเพื่อความเป็นเลิศและยั่งยืน รวมทั้งกำหนดจุดเน้นการพัฒนาคุณภาพคณะฯ ประจำปี เพื่อให้ทุกส่วนงานใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพที่มุ่งเป้าและสอดคล้องกับบริบท



รูปที่ 3 กระบวนการพัฒนาคุณภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

- กำหนดเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ของคณะฯ ด้านคุณภาพ และการจัดการความรู้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และต่อเนื่อง เพื่อสร้างและส่งมอบ งานที่มีคุณภาพและปลอดภัย ทำให้มีการออกแบบกระบวนการพัฒนาคุณภาพ คณะฯ (รูปที่ 2) ที่บูรณาการระบบคุณภาพและการจัดการความรู้ด้วย Siriraj Link-Share-Learn ใช้ SIRIRAJ Cultural Values ในการขับเคลื่อน โดยทุกพันธกิจและระบบงานสนับสนุนสำคัญมีการพัฒนาและผ่านการรับรอง มาตรฐานระดับสากลอย่างต่อเนื่อง มุ่งสู่องค์กรที่น่าไว้วางใจ (High Reliability Organization: HRO) และวัฒนธรรมความปลอดภัย องค์กรแห่งการเรียนรู้ (Learning Organization: LO) และองค์กรที่มีผลลัพธ์ที่แสดงความเป็นเลิศ เป็นองค์กรสมรรถนะสูง (High Performance Organization: HPO)

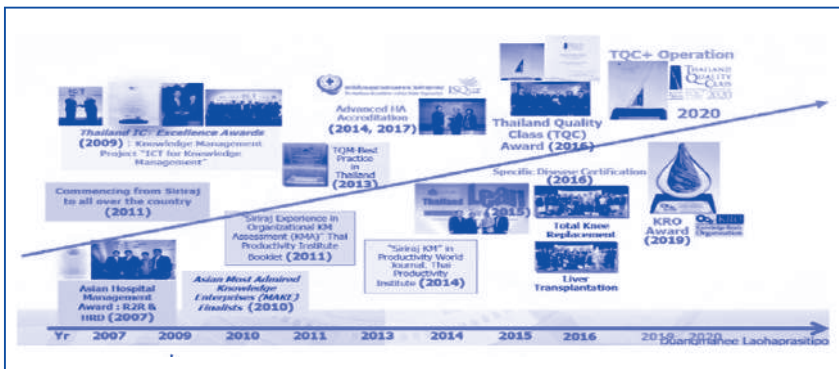
- ผลักดันและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ด้วยทีมสหสาขา ซึ่งเป็นสมรรถนะหลักของคณะฯ โดยใช้ Clinical Tracer และต่อยอดสู่การพัฒนาเครื่องมือเชิงกลยุทธ์ Siriraj Clinical Tracer (SiCT) Plus ที่บูรณาการและใช้ Siriraj Link-Share-Learn ส่งเสริมและสนับสนุน ให้ทีมผู้เชี่ยวชาญมีการรวบรวม สร้าง แบ่งปัน และจัดเก็บองค์ความรู้ ต่อยอด สู่การพัฒนาแนวปฏิบัติและสมรรถนะทีมงาน สร้างนวัตกรรมและงานวิจัย จากงานประจำ (Routine to Research: R2R) การเทียบเคียงสู่ความเป็นเลิศ ระดับสากล และการรับรอง Specific Disease Certification รวมทั้งพัฒนา เครื่องมือ Siriraj Concurrent Trigger Tool (SiCTT) เพื่อบริหารความเสี่ยง เชิงรุกโดยทีมสหสาขาที่ตอบสนองตัวชี้วัดโรงพยาบาลด้านความปลอดภัย ของผู้ป่วย

- **ติดตามประเมินคุณภาพทุกหน่วยงานทั้งคณะฯ** สร้างการเรียนรู้แนวคิด/มาตรฐาน/กระบวนการพัฒนาคุณภาพจากการประเมินตนเองจากผู้เยี่ยมสำรวจภายในและภายนอก ผ่านทางกระบวนการเยี่ยมสำรวจภายในประจำปี โดยออกแบบรายงานประเมินตนเองระดับกรรมการค่อมสายงาน ภาควิชาคลินิก/ปรีคลินิก หน่วยงานทางคลินิก/สนับสนุน บูรณาการมาตรฐาน HA-AHA ที่สอดคล้องกับแต่ละระดับ ต่อยอดสู่การประเมินระบบบริหารจัดการระดับคณะฯ/ภาควิชาในการเยี่ยมชมประกันคุณภาพการศึกษาภายในประจำปี ด้วยการออกแบบการประเมินที่เรียนรู้จาก A-HA และบูรณาการใช้เกณฑ์ TQA (SIIM-TQA) และรายการหลักสูตรด้วยเกณฑ์ WFME, AUNQA

### คุณค่าหลักของการพัฒนาที่ได้รับ

ด้วยความคาดหวังของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ต่อโรงพยาบาลที่ได้รับ Advanced HA คือ ใช้เป็นเครื่องมือเพื่อประเมิน Maturity ระบบคุณภาพโรงพยาบาลและพัฒนาต่อยอดจาก HA สู่ความยั่งยืน การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (LO) องค์กรที่น่าไว้วางใจ (HRO) และองค์กรที่ให้ผลงานสูง (HPO) ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของคณะฯ ปี พ.ศ. 2557 เมื่อสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) จัดให้มีการประเมินการรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลขั้นก้าวหน้า (Advanced HA: A-HA) ซึ่งโรงพยาบาลศิริราชถึงกำหนดต้องต่ออายุการรับรองคุณภาพ HA จึงสมัครเข้ารับการประเมินและผ่านการรับรองมาตรฐาน A-HA เป็นแห่งแรกของประเทศ ส่งผลต่อการสร้างพลังต่อบุคลากรที่ทีมงาน และความมั่นใจในระบบคุณภาพที่คณะฯ ออกแบบและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งได้รับข้อเสนอแนะที่สามารถต่อยอดให้เกิดการพัฒนากระบวนการที่บูรณาการ มีคุณค่า สู่ความเป็นเลิศและยั่งยืน มากขึ้น

จากการเรียนรู้สู่ A-HA อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการต่อยอดสู่การพัฒนาหลักสูตรและสร้างกระบวนการเรียนรู้มาตรฐาน เครื่องมือคุณภาพ ที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทั้งคณะฯ เชื่อมโยงกับระบบ HRM และ HRD และการประยุกต์ใช้เกณฑ์และมาตรฐานต่างๆ อย่างบูรณาการ ส่งผลให้ปี พ.ศ. 2559 คณะฯ ได้รับรางวัล Thailand Quality Class (TQC) และปี พ.ศ. 2563 ได้รับรางวัล TQC Plus: Operation จากสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ นับเป็นสถาบันการศึกษาและคณะแพทย์แห่งแรกของประเทศที่ได้รับรางวัลทั้งสองนี้ รวมทั้งรางวัลต่างๆ เป็นแห่งแรกของประเทศ (รูปที่ 4) ปลายปี พ.ศ. 2564 รับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรอง A-HA ครั้งที่ 2 เกิดการเรียนรู้และต่อยอดกระบวนการเยี่ยมแบบ Empowerment & Hybrid Evaluation ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) เพื่อมุ่งสู่การเป็น World Class



รูปที่ 4 การรับรองมาตรฐานและการรับรางวัลเป็นแห่งแรกของประเทศ

## บทเรียนการพัฒนาและปัจจัยความสำเร็จ

- การกำหนดนโยบายและความต่อเนื่องในการดำเนินการของผู้นำ/ผู้บริหารระดับสูง
- การมีผู้รับผิดชอบและทีมสนับสนุนที่ชัดเจน บูรณาการระบบคุณภาพ และการจัดการความรู้อย่างองค์รวม และเน้นการพัฒนาคนสู่การพัฒนาระบบ
- การสร้างความมีส่วนร่วมและคุณค่าของทุกฝ่าย ส่งผลให้เกิดการบริหารจัดการเป็นระบบและสู่ความยั่งยืน เชื่อมโยงผู้เชี่ยวชาญและระบบสนับสนุนสอดคล้องกับทิศทางของคณะฯ และสังคมอย่างสมดุล
- การมีระบบการประเมินผลทั้งจากภายในและภายนอกคณะฯ และใช้ผลเพื่อพัฒนาต่อเนื่อง ต่อยอด ขยายผล เป็นทีมสหสาขา สู่ความเป็นเลิศทั้งคณะฯ
- การใช้ Siriraj KM strategy (Siriraj Link-Share-Learn) และ SIRIRAJ Cultural Values ขับเคลื่อน ที่สำคัญคือ ชาวศิริราชมีความมุ่งมั่นในการทำดี เพื่อส่วนรวม

## 1.2 โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ ได้พัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลากว่า 21 ปี โดยผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล ชั้นก้าวหน้า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 และต่ออายุครั้งที่ 1 เมื่อปี พ.ศ. 2561 และในปี พ.ศ. 2564 ได้รับการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อต่ออายุการรับรองกระบวนการคุณภาพ ชั้นก้าวหน้า ครั้งที่ 2 โดยในห้วงเวลา 20 ปี ได้เปลี่ยนผู้อำนวยการโรงพยาบาล 13 ท่าน ตามบริบทของหน่วยงานที่เป็นทหาร การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องอย่างยั่งยืนจึงเป็นความท้าทายอย่างหนึ่งขององค์กร

ผู้นำขององค์กรได้เลือกใช้เครื่องมือที่สำคัญของ HA คือการทบทวนเพื่อจุดประกายพัฒนา การใช้ Scoring Guideline ประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนา มีการประเมินความเสี่ยงของกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ Maturity ของการพัฒนาเพิ่มขึ้นตามลำดับจนใช้ Extended Evaluation Guide เป็นแนวทางในการประเมินตนเองในระดับที่มระบบงานที่สำคัญและทีมนำทางคลินิก เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกำหนดประเด็นการพัฒนาด้วยตนเองและสร้างความเชื่อมโยงในระบบงานต่างๆ ของโรงพยาบาล ประกอบกับการมีการกำหนดทิศทางองค์กร ที่ผู้นำทุกระดับมีส่วนร่วม โดยการสัมมนาทิศทางเพื่อกำหนดเข็มมุ่งและแผนพัฒนาคุณภาพทุกปี และมีการทบทวนวิสัยทัศน์ทุก 3 ปีมาโดยตลอด การพัฒนาด้วยเครื่องมือต่างๆ เหล่านี้ทำให้ Quality Maturity ของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นตามลำดับ

จนมีผลการดำเนินงานที่ดีในหลายด้าน ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ โรงพยาบาลชั้นนำในที่สุด การพัฒนาระดับขั้นก้าวหน้าไม่ใช่จุดหมายปลายทางขององค์กร แต่เป็น Milestone ที่แสดงให้เห็นถึง Maturity ของการพัฒนาคุณภาพและเป็นสิ่งท้าทายสำหรับส่งต่อไปยังผู้นำองค์กรในรุ่นถัดไป



รูปที่ 5 วิสัยทัศน์และกลยุทธ์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ

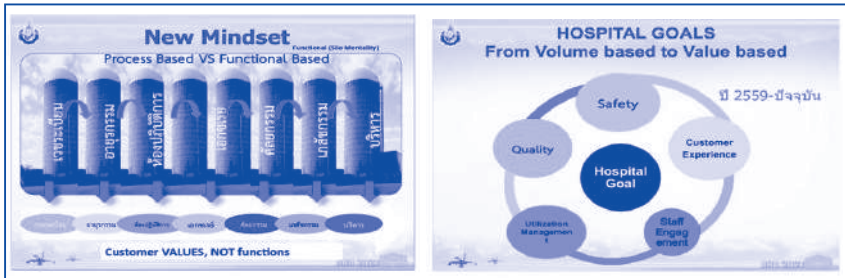
การเตรียมผู้นำรุ่นถัดไปเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการที่จะทำให้ Maturity ของการพัฒนาคุณภาพมีความยั่งยืน เพื่อให้การพัฒนาคุณภาพมีการบูรณาการ โดยมีผู้ปวยเป็นศูนย์กลางได้มีการกำหนดโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนา และกำหนดให้หัวหน้าทีมนำทางคลินิกหรือทีมนำเฉพาะด้านเป็นบุคลากรระดับปฏิบัติการที่มีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้และพัฒนา ซึ่งโรงพยาบาลมีการพัฒนาโดยส่งเข้ารับการอบรมทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล



เปิดโอกาสให้นำเสนอผลงานพัฒนาคุณภาพในการประชุมสภาคุณภาพ และการประชุมมหกรรมคุณภาพ ซึ่งจัดขึ้นปีละ 2 ครั้ง ในขณะเดียวกัน เพื่อพัฒนาผู้บริหารในระดับหัวหน้าหน่วยงาน มีการใช้ BAH Cluster Model โดยผู้บริหารระดับสูงจะได้รับการแบ่งมอบหน่วยงานตามโครงสร้างองค์กร เพื่อติดตามการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานตามเป้าหมายของโรงพยาบาล 5 ด้าน ทุก 1-2 เดือน การดำเนินการดังกล่าว ทำให้มีการเตรียมผู้นำรุ่นถัดไป ในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ฝังลึกในกระบวนการทำงาน ช่วยให้การพัฒนาคุณภาพมีความยั่งยืน ถึงแม้จะมีการเปลี่ยนแปลงผู้นำระดับสูง ทุก 1-2 ปี

ผู้นำขององค์กรได้เลือกใช้เครื่องมือที่สำคัญของ HA คือการทบทวน เพื่อจุดประกายพัฒนา การใช้ Scoring Guideline ประเมินตนเองเพื่อหา โอกาสพัฒนา มีการประเมินความเสี่ยงของกระบวนการทำงานมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ Maturity ของการพัฒนาเพิ่มขึ้นตามลำดับจนใช้ Extended Evaluation Guide เป็นแนวทางในการประเมินตนเองในระดับที่มระบบงาน ที่สำคัญและทีมนำทางคลินิก เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกำหนดประเด็น การพัฒนาด้วยตนเองและสร้างความเชื่อมโยงในระบบงานต่างๆ ของ โรงพยาบาล ประกอบกับการมีการกำหนดทิศทางองค์กร ที่ผู้นำทุกระดับ มีส่วนร่วม โดยการสัมมนาทิศทางเพื่อกำหนดเข็มมุ่งและแผนพัฒนาคุณภาพ ทุกปี และมีการทบทวนวิสัยทัศน์ทุก 3 ปีมาโดยตลอด การพัฒนาด้วยเครื่องมือ ต่างๆ เหล่านี้ทำให้ Quality Maturity ของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นตามลำดับ จนมีผลการดำเนินงานที่ดีในหลายด้าน ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ

โรงพยาบาลชั้นนำในที่สุด การพัฒนาระดับขั้นก้าวหน้าไม่ใช่จุดหมายปลายทางขององค์กร แต่เป็น Milestone ที่แสดงให้เห็นถึง Maturity ของการพัฒนาคุณภาพและเป็นสิ่งท้าทายสำหรับส่งต่อไปยังผู้นำองค์กร ในรุ่นถัดไป

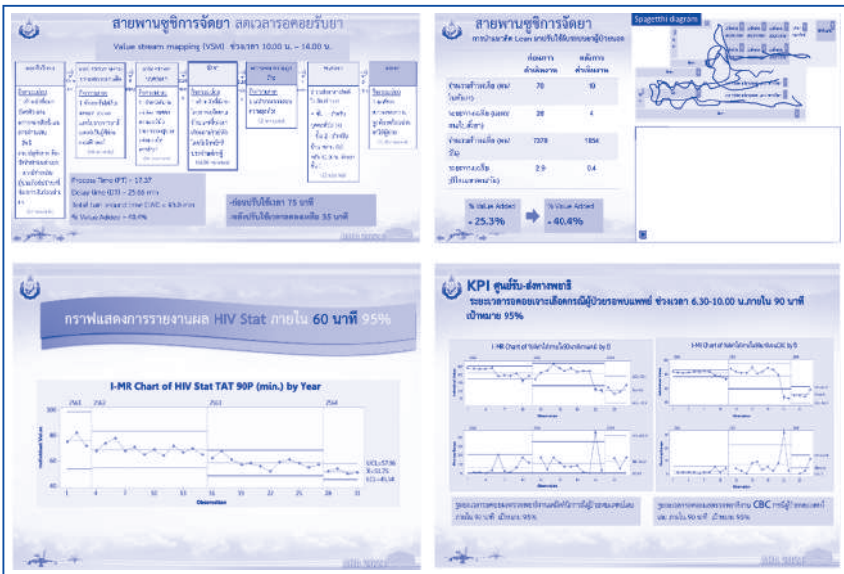


รูปที่ 6 แนวคิดการประสานงานและบูรณาการ

ศูนย์พัฒนาคุณภาพ ใช้แนวคิดการประสานงานและบูรณาการระหว่างทีมงานคุณภาพ ผ่านข้อมูลสารสนเทศและการรับฟังทีมงานที่เกี่ยวข้องอย่างทั่วถึง ใช้ RESPECT Model ในการทำงานร่วมกัน โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ครอบคลุมใน 4 ด้าน ด้านคุณภาพซึ่งส่งเสริมให้ทีมใช้แนวคิด LEAN, Statistic Process Control ในการพัฒนาด้านความเสี่ยงและการบริหารความปลอดภัย ใช้ระบบ RM, Non-Technical Skills อย่างกว้างขวาง มีการติดตามแผนกลยุทธ์และกำกับจุดเน้นในการพัฒนา เพื่อขอรับการสนับสนุนจากผู้นำสูงสุด รวมทั้งมีการใช้กลไกการเยี่ยมสำรวจภายใน (internal survey) ในการรับรู้ กระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ และเตรียมรับการเยี่ยมสำรวจ ศูนย์พัฒนาคุณภาพเน้นการทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ กำกับภาพรวมคุณภาพเชื่อมโยงกับทิศทางนำบูรณาการแก้ปัญหาาร่วมกันด้วยข้อมูลสารสนเทศชุดเดียวกัน ทุกทีมมีการประเมินตนเองด้วยเครื่องมือหลากหลาย หาโอกาสพัฒนาตามบริบทของทีมและระบบเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยและยกระดับคุณภาพ

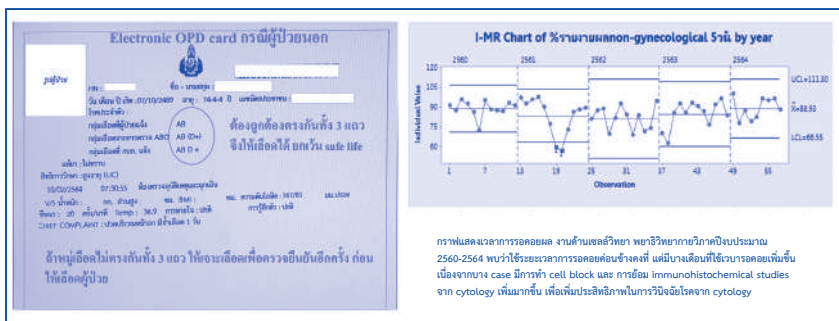
ที่มำนำทางคลินิกในทุทสาขาและทุทระบบ มีกำรค้นหาและปรับปรุ้ง  
บริการด้วยแนวคิด Value-based LEAN Mindset ปรับปรุ้งวิธีกำรรับฟัง  
ค้นหาควมต้องกำรของผู้ป่วยและญำติรวมถึงผู้รับผลงำน แล้วนำมำเป็น  
ประเด็นกำรปรับปรุ้งกระบวนการดูแลผู้ป่วย เน้นกำรค้นหา Pain Point  
และ Patient Experience คณะกรรรมกำรพัฒนำระบบบริการและลูกค้า  
สัมพันธ์ใช้เครื่องมือ Patient Experience Survey หรือ Patient Journey  
Map / Patient Shadow นำมำสู่กำรแก้ปัญหำเฉพาะรำน และกำรปรับปรุ้ง  
บริการเชิงระบบ เช่น ระบบกำรส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกับคลินิกปฐมภูมิในเครือข่ำย  
(e-Refer) ได้รำนงวัลบริการภำครัฐ ประเภทพัฒนำกำรบริการ ระดับดี  
ในปี 2563 และกระทรวงสำธำรณสุขมีแผนขย่ำยระบบ ทั้งในกรุงเทพมหมำนคร  
และต้ำงจังหวัด กำรลดควมคับคั่งและลดระยะเวลำรอคอยของผู้ป่วยนอก  
โดยเฉพาะในสถำนกำรณ์กำรระบำนของเชื้อ COVID-19 โดยกำรพัฒนำ  
Mobile Application BAH Connect ร่วมกับสถำนงำนหลักประกันสุขภาพ  
แห่งขำติ ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร้แห่งขำติ สถำนงำน  
พัฒนำรัฐบำนลดิจิทัล

โรงพยาบาลขับเคลื่อนการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยด้วยการใช้มาตรฐาน HA ตามแนวคิด 3C-DALI ใช้สมรรถนะหลักขององค์กรในเรื่องการคิดและปฏิบัติการเชิงระบบและการบริการโดยใช้ข้อมูลสารสนเทศร่วมกับ Core Values & Concepts เรื่อง Management by Fact ในการวัด วิเคราะห์ และติดตามการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ที่มระบบงานที่สำคัญและทีมนำทางคลินิกร่วมกันกำหนดข้อมูลนำเข้าที่สำคัญ นำมาวิเคราะห์หาความแปรปรวนโดยใช้ Statistic Process Control ผ่าน Control Chart ติดตามและปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่องด้วยแนวคิด Lean ร่วมกับการใช้ข้อมูลจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล BHIS ที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและกว้างขวาง ทำให้มีรูปธรรมของการพัฒนากระบวนการและระบบงาน เช่น การจัด OR Efficiency, สายพานการจัดยา (สายพานซูชิ) วงรอบบริการของห้องปฏิบัติการกองพยาธิกรรม เป็นต้น



รูปที่ 7 การปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย ด้วยแนวคิด LEAN

เพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงอันเกิดจากกระบวนการฝึกอบรม  
 โรงพยาบาลได้กำหนดเป็นจุดเน้นเรื่อง Effective Education Risk  
 Management ส่งผลให้มีการป้องกันและจัดการความเสี่ยงดังกล่าว  
 ในทุกทีมงานทางคลินิก (CLT) อาทิ การนำผลการทบทวน MM Conference  
 มาออกแบบปรับปรุงการเรียนการสอน การนำเรื่องความคลาดเคลื่อน  
 ในการวินิจฉัยโรค ซึ่งเป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย  
 9 ข้อ มาสู่การปฏิบัติในการวิเคราะห์ข้อมูลทบทวนเพื่อป้องกันการเกิด  
 อุบัติการณ์ในกระบวนการฝึกอบรม นอกจากนี้ระบบบริหารความเสี่ยง  
 และความปลอดภัยได้นำเครื่องมือ Risk Register จำนวน 14 เรื่องสำคัญ  
 ครอบคลุมประเด็นที่เป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อและ 2P Safety  
 ระดับโรงพยาบาล ติดตามการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย  
 มีการนำรายงานอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงระดับ GHI & Potential to Harm  
 มาวิเคราะห์ Root Cause และออกแบบ Safety Design เพื่อป้องกันต่อไป



รูปที่ 8 การทบทวนอุบัติการณ์

องค์กรพยาบาลสะท้อนถึงความต่อเนื่องของการพัฒนาเชิงวิชาชีพ และความเข้มแข็งของการบริหารจัดการทั้งภายใต้สถานการณ์ปกติและวิกฤติของ COVID-19 มีการปรับโครงสร้างการบริหาร "NSO Cluster Management" พัฒนาความสามารถของผู้นำระดับต่างๆ จัดอัตรากำลังโดยใช้ข้อมูลเปรียบเทียบภาระงานโดยแยกวิเคราะห์กลุ่มวิกฤต กึ่งวิกฤต สามัญ พิเศษ จากสถานการณ์การระบาดของเชื้อโรค COVID-19 ใช้ค่านิยม "Unity" on Patient-base เกิดความร่วมมือในทุกส่วนของโรงพยาบาล ทั้งการเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ปรับเปลี่ยนหอผู้ป่วยรองรับ การเตรียมความรู้และการสื่อสารให้บุคลากรเข้าใจสถานการณ์ การพัฒนาทักษะเรื่องการดูแลผู้ป่วยและป้องกันตนเอง การสำรองแยกทีม สนับสนุนให้กำลังใจแก่บุคลากรที่ต้องปฏิบัติงาน เตรียมพื้นที่กักตัวสำหรับผู้สัมผัสเสี่ยงสูง เพิ่มสวัสดิการด้วยการซื้อประกันการติดเชื้อและป่วยจาก COVID-19

ความท้าทายในก้าวต่อไปคงเป็นความยืดหยุ่นและความคล่องตัว (resilience & agility) ในการปรับทิศทางองค์กรให้ทันกับโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและรุนแรง หรือ Disruptive Change ผันผวน ไม่แน่นอน ซับซ้อน และยากจะคาดเดา เช่น ความเปลี่ยนแปลงของความร่วมมือในการให้บริการร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายและภาคเอกชน การพัฒนา Telemedicine และบริการที่มีลักษณะบูรณาการ (integrated care) ที่ไร้รอยต่อ มีความร่วมมือระหว่างวิชาชีพ และหน่วยบริการระดับต่างๆ ในระบบสุขภาพ เป็นต้น

### 1.3 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพเพื่อตอบสนองต่อความคาดหวังของผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสังคม คือ บริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูง มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่เป็นเลิศ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ฯ เป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งแรกในระดับภูมิภาค และเป็นแห่งที่ 5 ของประเทศไทย ที่ได้รับการรับรอง กระบวนการคุณภาพขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) เมื่อวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2562



รูปที่ 9 การรับรองกระบวนการคุณภาพขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)

แสดงให้เห็นว่าทุกส่วนในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการทำงานอย่างเป็นระบบ มีการติดตาม Performance ของระบบงานและการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และบุคลากรมีการนำค่านิยม CQIT มาใช้เป็นหลักในการทำงาน ที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในภาพรวมที่โดดเด่น (effective) ทำให้สังคมเชื่อมั่นว่าโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีระบบที่น่าเชื่อถือและเป็นที่น่าไว้วางใจของประชาชน (trust) ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพสูง (high performance) ไม่เสี่ยงต่อการดูแลรักษาที่ไม่ได้มาตรฐาน (appropriate) หรือถูกปล่อยปละละเลย (safety) ผู้ประกอบวิชาชีพได้ทำงานภายใต้ความเสี่ยงในระดับที่ต่ำสุด มีความราบรื่นและคล่องตัวในการทำงาน (efficiency) โรงพยาบาลมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับ รวมถึงองค์กรวิชาชีพก็มีหลักประกันว่ามาตรฐานของวิชาชีพ หรือข้อกำหนดต่างๆ ถูกนำไปปฏิบัติ (appropriate)

### กลไกในการขับเคลื่อนและปัจจัยความสำเร็จ

โดยกลไกในการขับเคลื่อนที่ทำให้เกิดความสำเร็จ คือ ผู้นำ ผู้ประสานงานคุณภาพ การมีส่วนร่วมของบุคลากร ผู้นำของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เป็นผู้อยู่เบื้องหน้าและเบื้องหลังของความสำเร็จ เป็นผู้นำที่คอยสร้างพื้นที่และโอกาสให้กับคนในโรงพยาบาลได้ลองผิดลองถูก คอยสร้างกระบวนการเรียนรู้ สร้างทีมงานและกระบวนการที่ทำให้ทีมงานมีความรู้สึกเป็นเจ้าของโรงพยาบาล ในส่วนของ Facilitator ถือเป็นอีกหนึ่งกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนา คุณภาพขึ้นก้าวหน้า ที่คอยช่วยประสานการทำงานให้สอดคล้องกัน ในทีมงานโดยมีเป้าหมายในการพัฒนา ในแต่ละส่วนที่รับผิดชอบตาม Roadmap ของโรงพยาบาลเพื่อการบรรลุวิสัยทัศน์ นอกจากนี้การมีส่วนร่วม



ของบุคลากร การทำให้บุคลากรมีจุดมุ่งหมายไปในแนวทางเดียวกัน บุคลากร ได้แสดงศักยภาพอย่างเต็มที่ เกิดเป็นพลังในการขับเคลื่อนการพัฒนา รวมถึง มาตรฐาน Advanced HA ที่มีลักษณะเป็น Empowerment Evaluation ทำให้การพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นอยู่บนพื้นฐานของต้นทุนที่มีอยู่ ส่งผลให้ การพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นเกิดจากความพยายามในการหาทางเลือกที่ เหมาะสม ทำให้คุณค่าและศักยภาพของบุคลากรทุกคนถูกปลดปล่อยออกมา อย่างเต็มที่ ภายใต้ข้อจำกัดโรงพยาบาลได้วิเคราะห์ตนเองได้ใกล้เคียงกับ ศักยภาพที่แท้จริง นำมาสร้างจุดแข็ง และพัฒนาพร้อมกับการแก้ไขจุดอ่อน ซึ่งพบว่าข้อจำกัดต่างๆ กลับกลายเป็นพลัง เป็นความท้าทายขององค์กร ในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement: CQI) เพื่อให้บรรลุการแก้ไขข้อจำกัด หรืออาจเรียกได้ว่า “การแปรวิกฤติ ให้เป็นโอกาส” “โอกาส” นี้จึงเป็นพลังในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ เพื่อก้าวสู่การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) เป็นองค์กร ที่น่าไว้วางใจ (high reliability organization) และองค์กรที่ให้ผลงานสูง (high performance organization)

ผลงานที่เกิดขึ้นรวมไปถึงความสำเร็จที่เกิดจากกระบวนการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาลชั้นก้าวหน้า ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ถือว่า เป็นปรากฏการณ์ที่ต้องมองย้อนกลับไปทิวทัศน์และมุมมองของทุกคนในองค์กร คือ การมีอุดมการณ์ร่วม ซึ่งมีความสำคัญในการเริ่มต้น เพราะจะทำให้ทุกคน ในองค์กรมีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ เห็นพ้องร่วมกันในการปฏิบัติงาน ให้บรรลุวิสัยทัศน์ รวมถึง มุมมองและการรับรู้ต่อกระบวนการในการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล ว่า Advanced HA นอกจากจะเป็นมาตรฐานที่ต้อง ถูกประเมินให้ผ่านแล้ว Advanced HA ยังเป็นส่วนหนึ่งของการทำงาน ที่โรงพยาบาลต้องทำเพื่อผู้มารับบริการไม่ใช่การทำคุณภาพเพื่อการรับรอง

## 1.4 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีวิสัยทัศน์เป็นสถาบันทางการแพทย์ชั้นนำในระดับสากล มีพันธกิจในการจัดการศึกษา สร้างงานวิจัย ให้การบริการวิชาการและดูแลสุขภาพ เพื่อสุขภาวะของสังคม มีค่านิยม มุ่งเรียนรู้ คู่คุณธรรม ใฝ่คุณภาพ ร่วมสานภารกิจ คิดนอกกรอบ รับผิดชอบต่อสังคม คณะฯ มุ่งมั่นที่จะพัฒนาองค์กรให้บรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้ ภายใต้การนำองค์กรอย่างมีวิสัยทัศน์ของผู้นำตั้งแต่คณบดี และทีมบริหารทุกระดับ ทุกทีมที่ผ่านมา โดยมีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์เป็นขั้นเป็นตอน ทั้งระยะสั้น ระยะยาว มีการถ่ายทอดแผนไปยังบุคลากรทุกระดับลงสู่การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างสรรค์ผลงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย ควบคู่กับการส่งเสริมการปลูกฝังค่านิยมองค์กร ลงไปในทุกกิจกรรมการปฏิบัติงาน ตั้งแต่กระบวนการดูแลผู้ป่วยของทีมนำทางคลินิก ทีมสนับสนุนทางคลินิก และระบบงานสำคัญต่างๆ มุ่งให้บริการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม เพื่อส่งมอบประสบการณ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย/ญาติ ตอบสนองความต้องการและสร้างความผูกพันต่อโรงพยาบาล ทั้งนี้คณะฯ ได้นำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพ จนได้รับการรับรองคุณภาพ จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ครั้งแรกตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ได้รับการรับรองซ้ำถึงสี่ครั้ง และผ่านการรับรองคุณภาพขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) ครั้งแรกปี พ.ศ. 2562 นอกจากนี้คณะฯ ยังใช้กระบวนการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพตามกลุ่มโรคเฉพาะ จนสามารถขอการประเมินรับรองเฉพาะโรค Disease Specific Certification ถึง 12 กลุ่ม ในช่วงสี่ปีที่ผ่านมา ด้วยการเล็งเห็นความสำคัญของการใช้เกณฑ์มาตรฐานขั้นก้าวหน้า นำมาใช้เป็นตัวขับเคลื่อนการพัฒนาคณะฯ ด้านการดูแลสุขภาพ อย่างเป็นระบบ มีประสิทธิผล ครอบคลุมทุกพื้นที่ของงานบริการสุขภาพ สร้างความเข้มแข็ง ตั้งแต่ระดับผู้บริหาร ทีมนำทางคลินิก (clinical lead team)

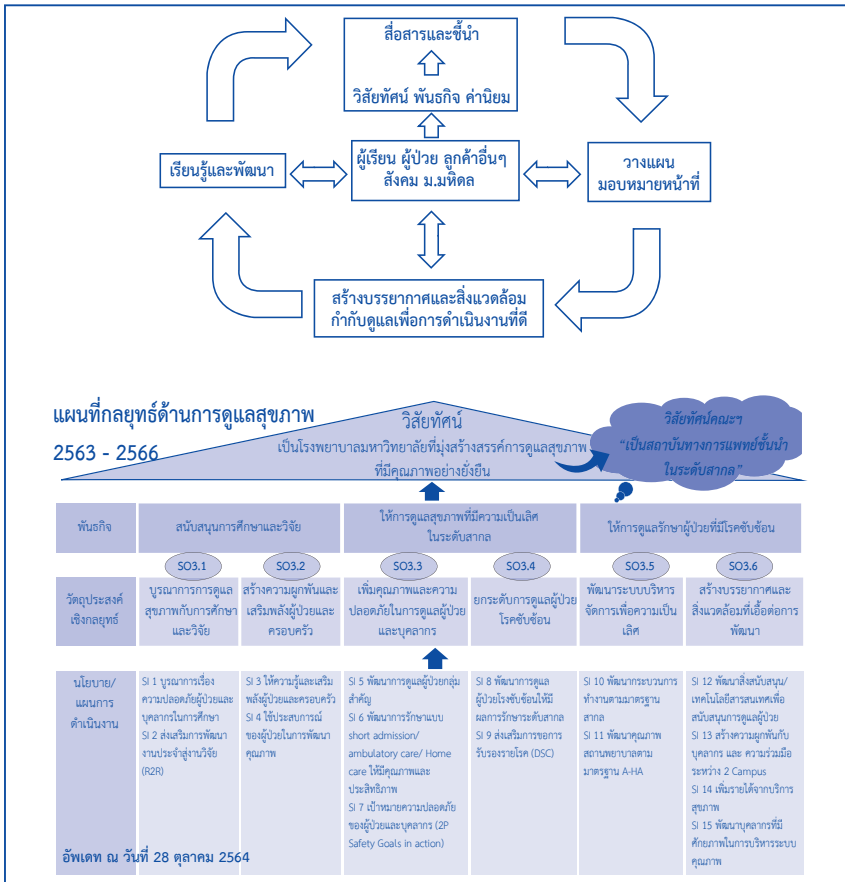
ทีมสนับสนุนทางคลินิก (clinical support team) ระบบงานสำคัญต่างๆ จนถึงทีมปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงคุณภาพและความปลอดภัย ความต้องการ/คาดหวังของผู้ป่วยและญาติ การดูแลสุขภาพและความปลอดภัย ตลอดจนความผูกพันของบุคลากร มีจัดเก็บข้อมูล การวัดวิเคราะห์และการใช้ระบบสารสนเทศเพื่อการพัฒนา การนำข้อมูลไปเปรียบเทียบค่าเป้าหมาย และคู่เทียบที่สำคัญ ส่งเสริมการเรียนรู้ที่หลากหลาย การจัดการความรู้ในทุกหน่วยงาน จนสามารถสร้างเป็นความรู้ที่ใช้พัฒนา ในงานประจำอย่างต่อเนื่อง จนเกิดนวัตกรรมบริการมากมาย จนกลายเป็นวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งเน้น การพัฒนาคุณภาพด้วยมาตรฐานสากลอื่นๆ ด้วย ได้แก่ มาตรฐาน ISO, JCI, TQA เพื่อยกระดับองค์กรเป็นองค์กรที่น่าไว้วางใจ (high reliability) และองค์กรที่มีความเป็นเลิศ (high performance)

คุณค่าหลักของการพัฒนาที่ได้รับ เป็นคุณค่าที่เกิดจากผู้ให้บริการ ได้ร่วมกันสร้างสรรค์กระบวนการทำงานแบบสหสาขา แบบทีมคร่อมสายงาน ทีมระบบงานสำคัญที่มีส่วนสนับสนุนกระบวนการดูแลผู้ป่วยในทุกกิจกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ/คาดหวัง จนเกิดเป็นความผูกพัน ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ/โรงพยาบาล บุคลากรในคณะฯ ทำงานอย่างมีความสุข มีความภาคภูมิใจที่อยู่ในองค์กรที่น่าอยู่น่าทำงาน มีบรรยากาศ แห่งการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง มีส่วนร่วมในเส้นทางพัฒนาคุณภาพ อย่างไม่หยุดยั้ง ทำให้คณะฯ ได้รับรางวัลต่างๆ ในระดับชาติ/นานาชาติ ช่วยขับเคลื่อน ให้บรรลุวิสัยทัศน์

### **กลไกการขับเคลื่อน การเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาที่สำคัญ**

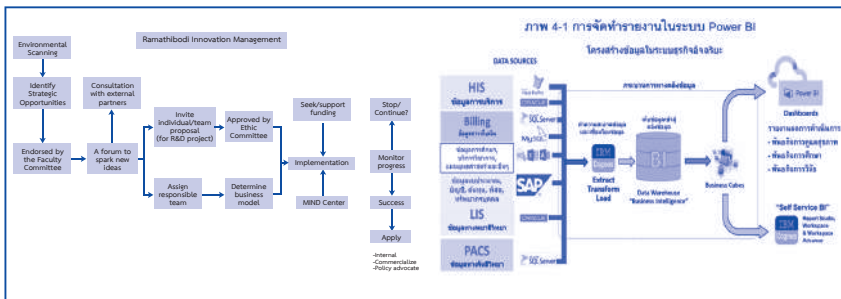
(1) โรงพยาบาลใช้ระบบการนำองค์กร การชี้นำ และสื่อสารวิสัยทัศน์ และเป้าหมายคณะฯ ไปยังบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกระดับ สร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพ ตลอดจน

การกำกับดูแลผ่านโครงสร้างธรรมาภิบาลทางคลินิก การกำหนดยุทธศาสตร์ระบบดูแลสุขภาพ ที่มีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กำกับการปฏิบัติตามแผนผ่านที่ประชุมคณะกรรมการอำนวยการระบบดูแลสุขภาพ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ การดูแลสุขภาพ สร้างแผนที่คุณภาพเพื่อเป็นเป้าหมายในการขับเคลื่อนองค์กรสู่การเป็นองค์กรคุณภาพอย่างยั่งยืน



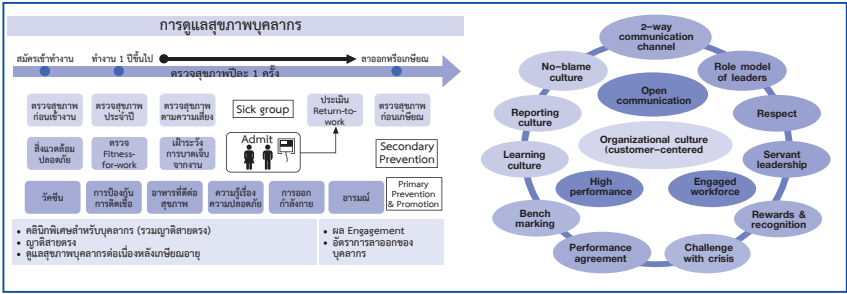
รูปที่ 10 การขับเคลื่อนองค์กรสู่การเปลี่ยนองค์กรคุณภาพอย่างยั่งยืน

(2) โรงพยาบาลใช้ค่านิยมร่วมสานภารกิจและคิดนอกกรอบ สื่อสาร และสร้างโอกาสให้บุคลากรร่วมกันสร้างสรรค์ผลงานคุณภาพ งานวิจัยจาก งานประจำ สิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรมโดยมีระบบการสนับสนุนส่งเสริมผ่านงาน มหกรรมคุณภาพในทุกๆ ปี มีกระบวนการบริหารนวัตกรรมผ่านศูนย์ MIND Center ร่วมกับการสนับสนุน ระบบสารสนเทศที่พัฒนาโดยบุคลากรคณะฯ เป็นหลักให้แก่พันธกิจ ภาควิชาโรงพยาบาล และทุกระบบงานต่างๆ ทำให้คณะฯ ได้รับรางวัล TQC+ Innovation ในปี พ.ศ. 2564



รูปที่ 11 นวัตกรรม คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

(3) โรงพยาบาลสนับสนุนส่งเสริมบุคลากรให้ทำงานตามอัตรากำลัง และสมรรถนะหลักที่สอดคล้องกับพันธกิจ การปรับโครงสร้างองค์กร เพื่อความคล่องตัวในการทำงาน ลดความแตกต่างและเส้นแบ่งระหว่างหน่วยงาน สร้างความเข้มแข็งให้ฝ่ายงานต่างๆ มีการดูแลสุขภาพและความปลอดภัย ของบุคลากรแต่ก่อนเข้าทำงานถึงหลังเกษียณ มีการสร้างวัฒนธรรมองค์กร ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทั้งวัฒนธรรมความปลอดภัย วัฒนธรรม การเรียนรู้ วัฒนธรรมการรายงาน วัฒนธรรมการไม่กล่าวโทษ ผ่านระบบ การนำของผู้นำ ระบบการสร้างความรู้ วัฒนธรรมการสื่อสารอย่างเปิดเผย และมีประสิทธิภาพ และระบบการสร้างผลงานที่เป็นเลิศ



รูปที่ 12 การดูแลบุคลากรด้านสุขภาพ

## สิ่งที่เป็นความท้าทาย ได้แก่

- (1) คู่แข่งในพันธกิจด้านต่างๆ ที่เร่งการพัฒนา และมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาล
- (2) การสร้างความยั่งยืนทางการเงิน
- (3) การทำงานประสานกันในด้านต่างๆ ระหว่าง 2 Campuses เพื่อสนับสนุนพันธกิจหลักของคณะฯ (seamless integration)
- (4) Disruptive Technology นวัตกรรมบริการ
- (5) โรคอุบัติใหม่ Emerging Infectious Diseases (EID)
- (6) ความคาดหวังในการรับบริการของชุมชนสังคม
- (7) ความสามารถในการดึงดูดบุคลากรที่มีศักยภาพและ Upskills & Reskills ให้บุคลากรส่งมอบงานได้ตามแผนยุทธศาสตร์ด้านทุนมนุษย์

## ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ

นอกเหนือจากปัจจัยด้านภาวะการนำของทีมนำระดับสูง การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบและมีธรรมาภิบาล การดูแลและสร้างความผูกพันกับบุคลากรทุกระดับ การมีวัฒนธรรมองค์กรที่เข้มแข็ง ยังมีที่มาจากสมรรถนะหลักของคณะฯ 4 ด้าน (RAMA) ได้แก่

(1) Research สร้างงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีผลกระทบสูง ปลูกฝังพื้นฐานของการเป็นนักวิจัยให้กับนักศึกษา สร้างงานวิจัยสุขภาพระดับ แนวหน้าแบบผสมผสาน เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ ใช้ปัญหาของผู้รับบริการเป็นโจทย์วิจัย และนำผลการวิจัยมาปรับปรุง การบริการ

(2) Academic ออกแบบหลักสูตรที่มีแนวคิดนวัตกรรม ผลิตบุคลากร ทางสุขภาพที่ครอบคลุมและจัดการเรียนรู้ เพื่อพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพ ไปปฏิบัติงานทั่วประเทศเพื่อสร้างสุขภาวะของสังคม ผลิตบุคลากรเพื่อสร้างผลงานวิจัย เนื่องจากมีการกำหนดวัตถุประสงค์/ผลลัพธ์ การเรียนรู้สร้างงานวิจัยไว้ในหลักสูตร ใช้อาคารสถานที่ชุมชนในเขตพื้นที่ การดูแลสุขภาพ เทคโนโลยีและอุปกรณ์ด้านการดูแลสุขภาพเป็นแหล่งฝึก ปฏิบัติ

(3) Medical Service พัฒนาระบบดูแลสุขภาพ และนวัตกรรมที่เป็น ต้นแบบโดยใช้สหสาขาวิชาชีพและชี้นำสังคม ตอบปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ของประเทศ เป็นปัจจัยหลักในการผลิตแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ทำให้มีแหล่งเรียนรู้และฐานข้อมูลสำหรับการวิจัย ให้การบริการดูแลผู้ป่วยโรคซับซ้อนที่โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทย ไม่สามารถให้การดูแลได้

(4) Advocacy ชี้นำ ผลักดัน และสร้างความร่วมมือ เพื่อสร้างนโยบาย สาธารณะและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ด้านสุขภาพในสังคม มีเครือข่ายสถาบัน สมทบสำหรับจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสม เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับ นักศึกษา เกิดเครือข่ายงานวิจัยเพื่อให้งานวิจัยมีคุณภาพและสามารถนำไป ประยุกต์ใช้ได้ มีการนำผลงานการวิจัยไปประยุกต์ใช้เพื่อชี้นำนโยบาย มีเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย เครือข่ายโรงพยาบาล โรงเรียนแพทย์ ที่ร่วมกัน แก้ปัญหาสำคัญ กระตุ้นให้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยสู่ความเป็นเลิศ

## 1.5 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มุ่งมั่นสู่การขอรับรองขั้นก้าวหน้า Advanced HA มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานที่สูงขึ้นจากระบบการรับรองคุณภาพ HA ที่คงไว้อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 และเพื่อแสดงศักยภาพของการให้บริการของโรงพยาบาลซึ่งเป็นที่พึงของคน 14 จังหวัดภาคใต้ให้ได้รับการบริการที่ดีขึ้น โดยมีการพัฒนาโรงพยาบาลในเชิงระบบ เน้นการนำเสนอ Clinical Outcome ที่สามารถเทียบเคียงกับระดับสากล เน้นการ Integrated Healthcare ผ่านกระบวนการ People Center และ Customer Driven Excellence ที่ผ่านการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพจากทีมงานระดับกลาง ด้วย MESO System นอกจากนี้องค์กรยังมี Roadmap เพื่อต่อยอดการรับรองด้วยมาตรฐานอื่นๆ เช่น PDSC, SHA, TQA, JCI เป็นต้น

### คุณค่าหลักของการพัฒนาที่ได้รับ

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์มุ่งเน้นผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบคุณภาพเพื่อให้มีผลต่อผู้เกี่ยวข้องหลักดังนี้

- (1) ต่อผู้รับบริการ
  - ผู้รับบริการที่มารับโดยตรง จะได้รับการส่งมอบบริการที่ตอบสนองความต้องการเพิ่มขึ้น
  - โรงพยาบาลใน 14 จังหวัดภาคใต้ที่ส่งต่อผู้ป่วยมาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ให้ได้รับการบริการแบบไร้รอยต่อ (seamless care)



- (2) ต่อบุคลากร มีความภาคภูมิใจที่ได้ทำงานในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองขั้นก้าวหน้า Advanced HA
- (3) ต่อบอร์ดฯ ภาพลักษณ์ต่อสาธารณะ เป็นโรงพยาบาลที่น่าไว้วางใจ
- (4) ต่อบุคลากรเป็นที่พึงของประชาชนในภาคใต้ สมดังปณิธานของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ที่ให้ถ้อยประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง

### กลไกการขับเคลื่อน การเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาที่สำคัญ

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มี Roadmap การพัฒนาคุณภาพสู่การรับรองขั้นก้าวหน้า ได้รับการสนับสนุนจากผู้นำสูงสุดขององค์กร ทั้งคณบดี คณะแพทยศาสตร์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลในการดำเนินการต่างๆ ที่ขับเคลื่อนกระบวนการนำทีมโดยรองคณบดีฝ่ายคุณภาพและทีมคุณภาพของโรงพยาบาล การมีส่วนร่วมของสาขาวิชาต่างๆ กรรมการที่มาร่วม และกรรมการระบบงานต่างๆ

กลไกขับเคลื่อนเริ่มจากการให้ความรู้แก่บุคลากรและทีมงานชุดต่างๆ และทำกิจกรรม Workshop รวมทั้งหมด 5 Episode การทำ Gap Assessment และการพัฒนาเพื่อปิด Gap ทีมนำและทีมคุณภาพกำหนดจัดกิจกรรม Internal Survey ครอบคลุมทุก CLT และระบบงานในพื้นที่สำคัญ โรงพยาบาลได้รับความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญมาให้ข้อเสนอแนะและเสนอแนะผ่านกิจกรรม Informal A-HA นำโดย นพ.สมจิตต์ ชี้เจริญ, อ.กนกรัตน์ แสงอำไพ และ อ.วนิดา แซ่อึ้ง ผู้เยี่ยมสำรวจจาก สรพ. นอกจากนี้ ทีมนำยังกำหนดจัดกิจกรรม Leadership Walk Round เข้าเยี่ยมและรับฟังปัญหาที่หน้างานของหน่วยงานด้านหน้าและหน่วยงานหลักโดยเชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วมเพื่อรับฟังปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน เช่น

เรื่องการจัดการโครงสร้าง สิ่งแวดล้อมต่างๆ ของหอผู้ป่วย เป็นต้น รวมทั้ง  
เข้ารับฟังปัญหาของทีมนำในที่ประชุมกรรมการของภาควิชาและระบบงาน

การเข้าร่วมเตรียมความพร้อม กับ สรพ. เพื่อขอรับรอง A-HA  
ในกิจกรรม Gap Assessment ทำให้โรงพยาบาลเห็นช่องว่างในการพัฒนา  
เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ของเกณฑ์ของ A-HA

นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังนำแนวคิดตามมาตรฐาน JCI โดยเชิญ  
ผู้เชี่ยวชาญมาตรฐานจากโรงพยาบาลกรุงเทพ ซึ่งเป็นผู้เยี่ยมประเมินของ  
มาตรฐาน JCI มาให้ความรู้แก่บุคลากร เพื่อช่วยนำมาตรฐาน JCI มาช่วย  
เติมเต็มในการจัดการตามมาตรฐาน A-HA อีกทั้งสนับสนุนการเข้าร่วมรับฟัง  
กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเวทีคุณภาพของระดับประเทศ เช่น งานประชุม  
วิชาการ HA National Forum, งานประชุม UHosnet เป็นต้น

แลกเปลี่ยนเรียนรู้คณะแพทยศาสตร์ส่วนภูมิภาค 3 สถาบัน และทีมนำ  
สนับสนุนให้ผู้บริหาร ทีมนำสาขาวิชา ทีมนำระบบเข้าศึกษาดูงานองค์กร  
ที่ผ่านการรับรอง A-HA มาแล้วเพื่อนำมาพัฒนาแนวทางสู่การรับรอง ได้แก่  
โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล,  
โรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

### **ความท้าทาย และปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จ**

ความท้าทายต่อการพัฒนาเพื่อให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ผ่าน  
การรับรองกระบวนการคุณภาพขั้นก้าวหน้าที่สำคัญ ได้แก่ ความร่วมมือของ  
บุคลากรทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนและร่วมใจสู่การพัฒนาคุณภาพในระดับ  
ที่สูงขึ้นจาก HA สู่ A-HA อีกทั้งการนำเครื่องมือคุณภาพที่มีอยู่มาบูรณาการสู่  
เครื่องมือความรู้ใหม่ๆ ที่ สรพ. ประกาศใช้งาน นอกจากนี้การพัฒนาเกี่ยวกับ

สิ่งที่เป็น Burden สำคัญของโรงพยาบาลคือการจัดการระบบข้อมูลและตัวชี้วัดองค์กรได้พัฒนาระบบรายงานสนับสนุนการบริหาร (Management Information System: MIS) โดยได้รับความร่วมมือจากรองคมนตรีฝ่ายเวชสารสนเทศ ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ในการพัฒนาระบบการรายงานให้่ง่ายต่อการบันทึกและการนำเสนอผลลัพธ์แบบ Control Chart

ปัจจัยความสำเร็จที่ทำให้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ มาจากผู้นำที่ให้ความสำคัญ กำกับติดตามความก้าวหน้า และให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง การใช้ค่านิยมเป็นพลังขับเคลื่อนกระบวนการคุณภาพ บุคลากรทุกภาคส่วนให้ความร่วมมือสมดังปณิธานของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก ที่ “ให้ถือประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง”

## 1.6 โรงพยาบาลชลบุรี กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลชลบุรี มีกระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมาโดยตลอด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 ทีมบุคลากรทุกฝ่ายเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบงานบริการอย่างมีคุณภาพมาต่อเนื่อง อีกทั้งช่วยส่งเสริมการพัฒนาบุคลากร ในการพัฒนาตนเอง พัฒนาทีม พัฒนาหน่วยงานตนเอง รวมกันเป็นการพัฒนาองค์กรให้มีการบริการอย่างมีคุณภาพ บุคลากรและทีมงานโรงพยาบาลได้รับคุณค่าจากการพัฒนามาตรฐานและบริการมาโดยตลอด จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2560 โรงพยาบาลชลบุรีมุ่งมั่นส่งเสริมพลังการพัฒนาระบบงานโรงพยาบาลขึ้นก้าวหน้า เนื่องจากทีมงานสังเกตเห็นประโยชน์จากการพัฒนาระบบงานนี้ จะส่งผลให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อผู้รับบริการและบุคลากรในโรงพยาบาล จึงขอรับการรับรอง A-HA แต่ในครั้งแรกพบปัญหาความไม่เข้าใจทิศทางในกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน A-HA อย่างไรก็ดีตามความคาดหวังไม่ทำให้พวกเราเปลี่ยนเป้าหมาย ทีมทุกภาคส่วนทุ่มเทศึกษามาตรฐาน ปรับปรุง พัฒนาแก้ไข สื่อสารเชื่อมโยง จนทำให้ในปี พ.ศ. 2561 โรงพยาบาลชลบุรีได้การรับรอง A-HA เป็นโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแห่งแรกและแห่งเดียวที่ได้รับการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพขึ้นก้าวหน้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแห่งเดียวใน 7 โรงพยาบาลที่ได้ผ่านการรับรองมาตรฐาน A-HA จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)

## คุณค่าที่โรงพยาบาลได้รับอย่างเป็นรูปธรรม ตัวอย่างเช่น

(1) เกิดการกำหนดนโยบายคุณภาพในทั้งระบบการดูแลผู้ป่วยทางคลินิกและระบบสนับสนุนของโรงพยาบาลทั้งองค์กร สามารถเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงาน เป็นหลักมาตรฐานที่โรงพยาบาลกำหนดช่วยประสานงาน สื่อสารร่วมกัน ทำให้เกิดการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

(2) สนับสนุนให้เกิดผลลัพธ์การดำเนินการขององค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น เพิ่มผลลัพธ์ต่อการดูแลผู้ป่วยที่ดี เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยระหว่างการมารับบริการ หรือกระทั่งเกิดความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ระหว่างการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความมั่นใจ เชื่อมมั่นและไวใจในระบบเกิดการเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการต่อเนื่อง

(3) ส่งเสริมการพัฒนางานด้วยการใช้ข้อมูลภายในโรงพยาบาล วิเคราะห์สาเหตุปัญหาที่แท้จริง และนำไปพัฒนาต่อยอดปรับบริการ โดยนำหลัก 3P ที่เข้าใจง่าย เป็นตัวขับเคลื่อนการวิเคราะห์ วางแผนงาน และการกำหนดการติดตามผลการดำเนินงาน เมื่อหลักการคิดพัฒนาเข้าถึงง่าย ทีมงานหน้าใหม่ๆ ที่เป็นกำลังหลักของการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล สามารถร่วมเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนางานคุณภาพ เมื่อเป้าหมายงานหรือองค์กร (vision) ชัด การปรับปรุงระบบงานสามารถเกิดขึ้นได้เสมอ เพื่อประโยชน์ทั้งต่อทั้งผู้รับบริการและองค์กร

โรงพยาบาลใช้ค่านิยมขององค์กร (core value) SMART: S: Service Mind & Safety Mind, M: Moral & Mastery, A: Achievement Motivation, R: Research & Result-based Management, T: Teamwork เป็นตัวขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพคนในองค์กรส่วนใหญ่รู้สึกผูกพันกับงานคุณภาพ มีความภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลคุณภาพ คู่คุณธรรม

และในฐานะโรงพยาบาลศูนย์เรามุ่งมั่นพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย  
 ชับซ้อนเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง อาทิ เพิ่มความสามารถการดูแลปลูกถ่าย  
 ไชกระดูก เพิ่มเครื่องมือและบุคลากรในการผ่าตัดซับซ้อน วางแผนพัฒนาที่ม  
 ตามแผนงานเพิ่มศักยภาพบริการควบคู่กันไป เพิ่มศักยภาพในการดูแลทารก  
 แรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ลดการส่งต่อออกนอกเขตบริการสุขภาพ เพื่อสามารถ  
 ให้บริการประชาชนในพื้นที่อย่างมีคุณภาพ และเน้นการดูแลผู้ป่วยภายใต้  
 มาตรฐานความปลอดภัย ทีมมีการพัฒนาระบบงานต่างๆ เกิดขึ้นตามมา  
 เช่น ผ่านการประเมินคุณภาพพยาบาลในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข  
 (NQA award) การประเมินรับรองเฉพาะโรคของเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (DSC ER)  
 และมีแนวคิดเพิ่มการรับรองเฉพาะโรค DSC กลุ่มโรคสำคัญอื่นๆ ตามมา  
 เป็นต้น



รูปที่ 13 การรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล

## ความท้าทายของการพัฒนาคุณภาพ

ความท้าทายของการพัฒนาคุณภาพ คือการเปลี่ยนแปลงของทั้งทีมงานระดับต่างๆ รวมทั้งบุคลากรในองค์กร ซึ่งต้องใช้ค่านิยมองค์กร ทำให้ทุกท่านเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนางานคุณภาพอย่างต่อเนื่อง บนมุมมอง เป้าหมายเดียวกันขององค์กร นอกจากนี้อุปสรรคที่สำคัญคือภาระงานของภาครัฐ ซึ่งมีผู้รับบริการจำนวนมาก มีอัตราค่าตอบแทนต่ำ โรงพยาบาลจึงควรนำอุปสรรค มาเป็นแรงผลักดันการพัฒนางานองค์กร โดยวิเคราะห์ปัญหา ลดกิจกรรมที่ไม่จำเป็น (ลด waste ในระบบงานเดิมๆ ที่ไม่จำเป็น สามารถปรับเหลือกิจกรรมที่ส่งคุณค่าสำคัญแก่องค์กรแทนได้)

เมื่อทุกคนในองค์กร รับรู้ ประโยชน์ของการพัฒนางานคุณภาพที่แท้จริง การนำมาตรฐานมาพัฒนาระบบงานองค์กรจึงเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง คุณค่าที่เกิดขึ้นจึงไม่ได้ส่งผลเพียงกำไรขาดทุน แต่ส่งผลถึงความสุขที่ได้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล การได้เป็นส่วนหนึ่งของการมอบบริการที่ดีแก่ผู้รับบริการ ได้แก่ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู รวมถึงการได้ร่วมเป็นส่วนสำคัญในองค์กรคุณภาพอย่างยั่งยืน

## 1.7 คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

“วชิรพยาบาล” เริ่มเข้าสู่การพัฒนาคุณภาพ ตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2540 โดยใช้แนวคิด TQM มีการเรียนรู้การใช้เครื่องมือคุณภาพพื้นฐาน ได้แก่ 5 ส., Suggestion System, OD-ESB, QA, QC ,CQI และมาตรฐาน HA (Gen1-Gen9) แต่ยังคงดำเนินการได้ไม่มากนัก เนื่องจากกรุงเทพมหานครมีนโยบายให้โรงพยาบาลใช้มาตรฐาน ISO ในการพัฒนาทั่วทั้งองค์กรจนผ่านการรับรองในปี พ.ศ. 2543 ต่อมาในปี พ.ศ. 2544 ทีมงานได้ตัดสินใจนำมาตรฐาน HA มาใช้อย่างจริงจังอีกครั้ง ได้มุ่งมั่นพัฒนาภายใต้คำนิยาม **“พัฒนาต่อเน้นเรื่องทีมงาน ผู้รับผลงาน คือ หัวใจ”** จนผ่านการประเมินและรับรองกระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA (hospital accreditation) ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2547 หลังจากนั้นได้พยายามธำรงคุณภาพจนผ่านการต่ออายุการรับรอง (Re-accreditation) อีก 4 ครั้ง อย่างต่อเนื่องตามรอบเวลา โดยไม่มีช่วงที่ขาดการรับรอง ในปี พ.ศ. 2549, 2552, 2555 และ 2558 ตามลำดับ ซึ่งในการประเมินปี พ.ศ. 2558 เป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญ คือ ผศ.นพ.ประยุทธ์ ศิริวงษ์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ในขณะนั้น ได้ประกาศเจตนารมณ์ระหว่างการประชุมการเยี่ยมสำรวจ (exit conference) ว่า **“ครั้งต่อไปวชิรพยาบาลจะไม่ขอรับรอง HA ซ้ำอีก แต่จะขอประเมินรับรอง Advanced HA”** โดยที่ในขณะนั้น มีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองในระดับ Advanced HA เพียง 3 แห่ง คือ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรมแพทย์ทหารอากาศ และโรงพยาบาลกรุงเทพ



จากคำประกาศของคณบดี ทำให้ทีมพัฒนาคุณภาพต้องเร่งศึกษาแนวคิดและเครื่องมือต่างๆ ในการที่จะขับเคลื่อนยกระดับคุณภาพเพื่อจะเข้าสู่การประเมินในช่วงปลายปี พ.ศ. 2561 มีการประเมินสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกเกี่ยวกับการพัฒนางองค์กร ทำความเข้าใจค่านิยมคุณภาพและค่านิยมองค์กรในการขับเคลื่อนคุณภาพ ซึ่งขณะนั้นได้เริ่มกำหนดค่านิยม We are VAJIRA (visionary, altruism, justice, integration, responsibility และ agility) มีการปรับปรุงโครงสร้างคุณภาพ กำหนดการประชุมและติดตามคุณภาพอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน มีการเชิญอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพ ทั้งทางคลินิก (PCT) ด้านการพยาบาล ระบบยา ระบบสนับสนุนจากภายนอกมาให้คำแนะนำและวางแผนงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง มีการเร่งการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐานเฉพาะสำหรับระบบสนับสนุน เช่น มาตรฐาน ISO สำหรับห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ มาตรฐานราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์สำหรับงานพยาธิวิทยาภาค มาตรฐาน GMP สำหรับบริการโภชนาการ มาตรฐานสมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลสำหรับระบบยา การรับรองมาตรฐาน Hand Hygiene จาก APIC เป็นโรงพยาบาลที่สองในประเทศไทย ในส่วนของคุณภาพทางคลินิกได้ใช้เครื่องมือสำคัญ คือ การพัฒนาและประเมินเฉพาะโรคหรือระบบ (Program and Disease Specific Certification: PDSC) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ทรงพลัง ที่ทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทางคลินิกแบบบูรณาการโดยทีมสหสาขาอย่างแท้จริง เกิดระบบการดูแลรักษาแบบองค์รวมและครบวงจร มีการเทียบเคียงคุณภาพผลการรักษากับหน่วยงานภายนอก ระดับชาติและสากล จนผ่านการรับรองในช่วงแรกจำนวน 4 โรค และมีการใช้ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการตัวชี้วัดเปรียบเทียบสำหรับสถานพยาบาลแห่งประเทศไทย (THIP) ในการติดตามผลลัพธ์ ร่วมกับการเทียบเคียงกับระดับนานาชาติ



รูปที่ 14 การพัฒนาและรับรองรายโรค

ในการพัฒนาคุณภาพตามเป้าหมายของมาตรฐาน HA และการใช้เครื่องมือคุณภาพขั้นก้าวหน้า ทีมทุกระดับมีการติดตามและยกระดับผลลัพธ์ให้ดียิ่งขึ้น รวมถึงการเรียนรู้และลงมือปฏิบัติตามคำแนะนำของที่ปรึกษาจากภายนอกอย่างต่อเนื่อง มีการทำแผนปรับปรุงอย่างจริงจัง โดยการสนับสนุนงบประมาณ คน เงิน ของ อย่างเต็มที่จากทีมนำและผู้มีระดับสูง จนโรงพยาบาลผ่านการประเมินและรับรองคุณภาพขั้นก้าวหน้า Advanced HA ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 เป็นลำดับที่ 6 ในประเทศไทย

หลังการรับรอง Advanced HA ครั้งแรก ทีมนำและทีมพัฒนาคุณภาพวชิรพยาบาลยังคงมุ่งมั่นในการพัฒนาต่อเนื่อง โดยการนำข้อเสนอแนะจากการเยี่ยมสำรวจ มาวิเคราะห์และวางแผนดำเนินการต่อเนื่องและติดตามผลลัพธ์อย่างจริงจัง โดยเฉพาะการใช้เครื่องมือการรับรองคุณภาพบริการรายโรค ซึ่งเป็นหลักประกันคุณภาพทางคลินิกที่สำคัญ จนผ่านการประเมิน

และรับรองเพิ่มอีก 5 โรค และมีการเร่งรัดการพัฒนาโรคอื่นๆ ให้มีความเป็นระบบและมีผลลัพธ์ที่ดีต่อเนื่องโดยมีการเทียบเคียงกับภายนอก มีการนำ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นมาดำเนินการอย่างจริงจัง โดยมีการประกาศนโยบาย Zero Event ในเรื่องการฆ่าตัดผิดคน ผิดข้างผิดตำแหน่ง การแพ้ยาซ้ำ และการให้เลือดผิดคน รวมทั้งใช้เครื่องมือ Risk Register ในการขับเคลื่อนการจัดการความเสี่ยง มีการขยายการรับรองระบบสนับสนุน ไปยังงานกายภาพบำบัด การทำ ISO ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การรับรองมาตรฐานด้านสิ่งแวดล้อม Bangkok GREEN & CLEAN Hospital Plus (BKKGC+) เป็นต้น มีการบูรณาการการพัฒนาระหว่างพันธกิจคือ การบริการ การเรียนการสอน และการวิจัย การบูรณาการภายในระหว่างทีมต่างๆ การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างทิศทางองค์กรคือวิสัยทัศน์และแผนกลยุทธ์กับการดำเนินการและพัฒนาในระดับทีมนำคลินิก/ทีมระบบงานและหน่วยงาน การส่งเสริมการเรียนรู้และนวัตกรรมต่างๆ จนผ่านการประเมินและต่ออายุการรับรอง Advance HA ครั้งที่ 1 ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 และได้มีการกำหนดให้การพัฒนาและประเมินเฉพาะโรคหรือระบบ (Program and Disease Specific Certification: PDSC) เป็นเป้าหมายสำคัญที่จะขยายผลไปยังทุกโรคที่มีความพร้อมอย่างน้อยปีละ 2 โรค โดยล่าสุดเมื่อ มิถุนายน พ.ศ. 2565 วชิรพยาบาลได้รับการรับรอง PDSC โรคที่ 10 คือ การดูแลผู้ป่วย HIV & STIs

**การพัฒนาและรับรองรายโรค ของทีมสหสาขา**  
**PDSC : Program and Disease Specific Certification**

<p><b>7</b> การดูแลผู้ป่วยใส่อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์หัวใจ (Cardiac Implantable Electronic Devices) 29 มกราคม 2564</p>	<p><b>8</b> การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) 29 มิถุนายน 2564</p>	<p><b>9</b> การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) 7 ตุลาคม 2564</p>	<p><b>10</b> การดูแลผู้ป่วย HIV &amp; STIs 23-24 มิถุนายน 2565</p>
---	--	---	--

รูปที่ 15 การพัฒนาและรับรองรายโรค

**บทเรียนความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ**



รูปที่ 16 บทเรียนความสำเร็จ

**1. Visionary Leadership** ทีมนำ มีวิสัยทัศน์ มุ่งมั่นและสนับสนุน การพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง มีการประกาศเจตนารมย์ (commitment) ที่ชัดเจนในช่วงเวลาที่เหมาะสม มีการสนับสนุนทรัพยากรและเสริมพลังอำนาจ (support & empowerment) ให้กับทีมพัฒนาคุณภาพ ทีมระบบงาน ทีม PCT และทีมหน่วยงาน มีการกำกับติดตามความก้าวหน้า และปัญหาอุปสรรคในการ พัฒนาคุณภาพ ทุกเรื่องราวและช่วยแก้ไขปัญหาย่างจริงจัง มีการให้แนวคิด คำแนะนำ และ ชื่นชม สร้างขวัญกำลังใจผ่านกิจกรรม Performance Talk และ Leadership Walk Round อย่างสม่ำเสมอและทั่วถึง

**2. Coaching & Learning** องค์กรมี Engagement กับสถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมคุณภาพ ที่จัดโดย สรพ. ในทุกระดับ ทุกครั้งอย่างสม่ำเสมอ โดยส่งบุคลากรจำนวนมาก ทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติการเข้าเรียนรู้เพิ่มประสบการณ์ จากหลักสูตร ต่างๆ การประชุม HA National Forum และกิจกรรมอื่นๆ พร้อมรับเอาแนวคิด และเครื่องมือคุณภาพใหม่ๆ ที่ สรพ.เสนอ มาทดลองใช้เป็นที่แรกๆ การรับ เป็นสถานฝึกปฏิบัติของหลักสูตรการเยี่ยมสำรวจภายใน (HA401) มีการส่ง ผู้นำในการพัฒนาคุณภาพไปเรียนรู้เพื่อเป็นผู้เยี่ยมสำรวจ สรพ. และที่สำคัญ คือ การเชิญผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านจาก สรพ. มาประเมินและให้คำแนะนำ ให้ความรู้อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งมีการศึกษาดูงาน เรียนรู้จากสถานพยาบาล อื่นๆ ที่ทำได้ดีกว่า เพื่อนำมาปฏิบัติ โดยไม่กลัวที่จะล้มเหลว ด้วยแนวคิด การเป็น “นักเรียน นักปฏิบัติ และนักสู้”

**3. Engaged & Effective Facilitator** มีทีมพัฒนาคุณภาพที่เข้มแข็งและผูกพันกับการพัฒนาคุณภาพอย่างจริงจัง คงอยู่กับการพัฒนาคุณภาพ มากกว่า 20 ปีจากรุ่นสู่รุ่น พร้อมร่วมมือกับผู้นำสูงสุดซึ่งเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ ด้วย “การทำงานเพื่อองค์กร ไม่ใช่เพื่อตำแหน่งหรืออำนาจหน้าที่” การจับจ้งหะทำงานร่วมกับผู้บริหารด้วยแนวคิด “Run & Learn: Fast-Slow-Fast” มีการทำงานคุณภาพ ด้วยวิธี 1) วางแผนให้ชัด สื่อสารให้ทั่วถึง 2) เดินตามแผนอย่างจริงจังแต่ยืดหยุ่น 3) ให้คำปรึกษาทั้งกับผู้บริหารและหน่วยงานอย่างตรงประเด็น 4) จัดกิจกรรมเสริมความรู้ Quality Meeting สม่่าเสมอ 5) เรียนรู้และเลือกใช้เครื่องมือคุณภาพให้เหมาะสม 6) กระตุ้นติดตาม เสริมพลังทีมทุกระดับตลอดเวลา ทั้งหมดเป็นการเดินทางไปตามปรัชญาของทีมที่กำหนดไว้ร่วมกันตั้งแต่เริ่มพัฒนาคุณภาพ ปี พ.ศ. 2540 คือ แม่นมาตรฐาน ประสานงานดี ชี้ทางพัฒนาเหมาะสม ผูกอบรมความรู้ เคียงคู่หน่วยงาน ตรวจทางคุณภาพ”

**4. Commitment of Staffs** ความมุ่งมั่น ทุ่มเท และร่วมมือของบุคลากรทุกระดับ ทุกวิชาชีพ และทุกกลุ่ม เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เรื่องยากๆ สำเร็จได้ ซึ่งเป็นผลจากการหลอมรวมบุคลากร จากปณิธาน “**วชิรพยาบาล เพื่อประโยชน์สาธารณะและสุขภาพประชาชน**” การสร้างความเป็นวชิรพยาบาล จากค่านิยม “**We are VAJIRA**” และการมีธรรมาภิบาลของผู้นำ

**5. Focus on Success** แผนเผด็จศึกยกสุดท้าย (ก่อนการรับรองครั้งแรก) การทุ่มสรรพกำลังโน้ดิ่งสุดท้าย 12 เดือน ด้วยแผนบันได 4 ขั้น ดังนี้

- 1) บันไดขั้นที่ 1 ปรับพื้นฐานและชี้ทิศให้ชัดเจน (1 เดือน) ผู้นำปรับทิศทางให้ชัดเจน ปรับทีม PCT ทีมระบบงานให้แข็งแกร่ง ผู้นำระดับสูงทุกคนต้องลงมามีส่วนร่วม ทบทวนตัวชี้วัดในแต่ละระดับ
- 2) บันไดขั้นที่ 2 เรียนรู้ และลงมือ (2 เดือน) ผู้บริหารและทีมคุณภาพ ทีมระบบ ทีม PCT ทบทวน Performance Evaluation Flamework และ EEG เพื่อหา Gap สำคัญ และลงมือปรับปรุง
- 3) บันไดขั้นที่ 3 ตรวจสอบตนเอง เพิ่มความพยายาม (1 เดือน) ทุกทีมประเมินตนเอง นำเสนอต่อทีมนำและทีม Super Facilitator (FA ที่เป็นผู้เยี่ยม สรพ.) เพื่อรับคำชี้แนะทั้งเนื้อหาและวิธีการนำเสนอ แล้วนำไปปรับปรุง
- 4) บันไดขั้นที่ 4 รับการประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมจากภายนอก (ทุก 3 เดือน) ผ่านกระบวนการ Pre-survey 1, 2, 3 จากทีมผู้เยี่ยมสำรวจ จาก สรพ. ชุดใหญ่ สลับกับการ Pre-survey เจาะลึกระบบงานสำคัญคือ ระบบยา ENV และ NSO จากผู้เชี่ยวชาญ/ที่ปรึกษาเฉพาะ ทุกเดือนเว้นเดือน

จวบจนวันนี้ “วชิรพยาบาล” ทีมคุณภาพทุกระดับยังคงมุ่งมั่นกับการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง ยังคงเดินหน้าพัฒนาและรับรองคุณภาพในด้านต่างๆ ทั้งที่ต่อเนื่องจากเดิม และการรับรองเรื่องใหม่ เช่น PDSC เพื่อยกระดับคุณภาพทั่วทั้งองค์กรให้สามารถแข่งขันได้ ตามมาตรฐาน HA และ TQA เพื่อบรรลุความสำเร็จตามวิสัยทัศน์ “สถาบันแพทยศาสตร์ชั้นนำ ที่ทรงคุณค่า ผู้นำด้านเวชศาสตร์เขตเมือง” ภายใต้ปณิธาน “วชิรพยาบาลเพื่อประโยชน์สาธารณะและสุขภาพประชาชน” ซึ่งสืบทอดพระประสงค์ของล้นเกล้ารัชกาลที่ 6 ผู้ทรงก่อตั้ง “วชิรพยาบาล” ต่อไป

## 1.8 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีการพัฒนาคุณภาพองค์กรมาอย่างต่อเนื่อง โดยได้เริ่มนำมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) มาเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 จนได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพ (HA) ในปี พ.ศ. 2545 และได้รับการต่ออายุการรับรองมาอย่างต่อเนื่อง 5 ครั้ง ในปัจจุบันได้ยกระดับการพัฒนาจนผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) ในปี พ.ศ. 2565 ตลอดระยะเวลา กว่า 20 ปี ของเส้นทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แสดงให้เห็นการเป็นต้นแบบขององค์กรที่พัฒนาคุณภาพมาอย่างต่อเนื่อง

### การนำอย่างมีวิสัยทัศน์

ด้วยพระราชปณิธานของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว ที่ทรงจัดตั้งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อน้อมรำลึกพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว โรงพยาบาลที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชนทั้งปวง ผู้บริหารของโรงพยาบาลทุกรุ่นจึงได้ส่งต่อวิสัยทัศน์ที่มุ่งมั่นในการพัฒนาการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพสำหรับทุกคน โดยในปี พ.ศ. 2559 จนถึงปัจจุบัน ได้กำหนดวิสัยทัศน์ “สถาบันต้นแบบทางการแพทย์ที่มีคุณธรรม ด้วยคุณภาพมาตรฐานระดับนานาชาติ” และมีอัตลักษณ์ “ซื่อสัตย์ รับผิดชอบ เอื้ออาทร” เป็นค่านิยมด้านคุณธรรมขององค์กร นำมาวิเคราะห์ความท้าทายและกำหนดแผนยุทธศาสตร์ 3 ด้าน ถ่ายทอดไปยังผู้เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ มีระบบติดตามกำกับ และทบทวนแผนอย่างสม่ำเสมอ

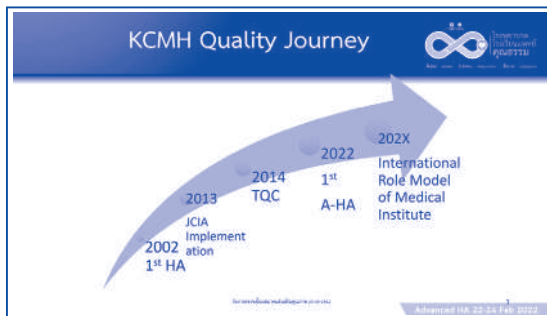




รูปที่ 17 ทิศทางองค์กรของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

### ใช้มาตรฐานสากล

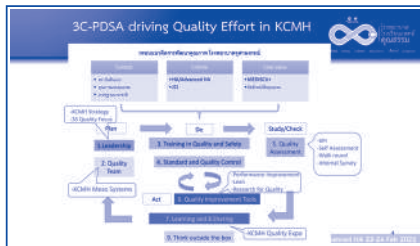
ถึงแม้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จะใช้มาตรฐาน HA มาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ได้ศึกษาและนำมาตราฐานสากลอื่นๆ มาประยุกต์ใช้ร่วมกัน ได้แก่ มาตรฐาน JCIA และเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) จนโรงพยาบาลได้รับรางวัลการบริหารสู่ความเป็นเลิศ (Thailand Quality Class) ในปี พ.ศ. 2557 ต่อมาในปี พ.ศ. 2560 คณะกรรมการอำนวยการกลุ่มบริการทางการแพทย์ ซึ่งกำกับดูแลโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้พิจารณาว่ามาตรฐาน HA ได้รับการรับรองมาตรฐานจากองค์กรสากล ISQua EEA ซึ่งเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ จึงมีมติให้โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ใช้มาตรฐาน HA ในการยกระดับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) โดยกำหนดเป็นกลยุทธ์หนึ่งของแผนยุทธศาสตร์ที่ 3 เพื่อความยั่งยืนขององค์กร



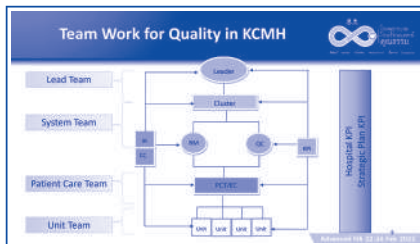
รูปที่ 18 เส้นทางคุณภาพ

## การค้นหาโอกาสพัฒนา การเรียนรู้ และการปรับปรุงที่สำคัญ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เริ่มต้นเส้นทาง Advanced HA ด้วยการที่ผู้บริหารทุกระบบงานสำคัญ นำเกณฑ์การประเมินสำหรับการรับรองชั้นก้าวหน้า (extended evaluation guide) มาใช้ประเมินตนเองเพื่อวิเคราะห์และหาโอกาสพัฒนา (gap analysis) นำมาจัดลำดับความสำคัญด้วยเกณฑ์ผลกระทบและความยากง่ายในการแก้ปัญหา จากนั้นนำ Gap ที่สำคัญมาจัดทำแผนปรับปรุง (action plan) ผ่านวงล้อ PDCA ถึง 3 รอบระหว่างปี 2561-2562 ส่วนในด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษา ทีมสหสาขาวิชาชีพ PCT และ Excellence Center ต่างๆ ได้ใช้ Driver diagram ในการค้นหา Change idea เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการและสร้างนวัตกรรมในการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรคสำคัญ (clinical tracer) กว่า 50 โรค ลงไปจนถึงหน่วยงานต่างๆ กว่า 180 หน่วยงาน ซึ่งเป็นหน่วยพัฒนาที่เล็กที่สุดแต่มีความสำคัญที่สุดในการนำระบบคุณภาพต่างๆ ไปพัฒนาในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ (unit optimization) ผ่านเครื่องมือ Service Profile ทั่วทั้งองค์กร



รูปที่ 19 ระบบบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร



รูปที่ 20 ทีมคุณภาพ

## การตอบสนองความต้องการผู้ป่วย

ด้วยช่องทางที่หลากหลายในการรับฟังเสียงผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ มาปรับปรุงบริการ เช่น การ Lean ระบบ Patient Flow การใช้เทคโนโลยีมาช่วยตรวจสอบสิทธิเพื่อความรวดเร็ว การเพิ่มการเข้าถึงบริการด้วยการจัดตั้งศูนย์ประสานงานรับส่งผู้ป่วย การจัดบริการที่คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยทั่วไป และครอบครัว กลุ่มที่มีความต้องการเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการสำรวจประสบการณ์ผู้ป่วย (patient journey experience) ด้วยวิธีการที่หลากหลาย เพื่อหา Pain Point นำมาปรับปรุงบริการให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น จนสามารถลด Total Service Time ได้ตามเป้าหมาย สร้างความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

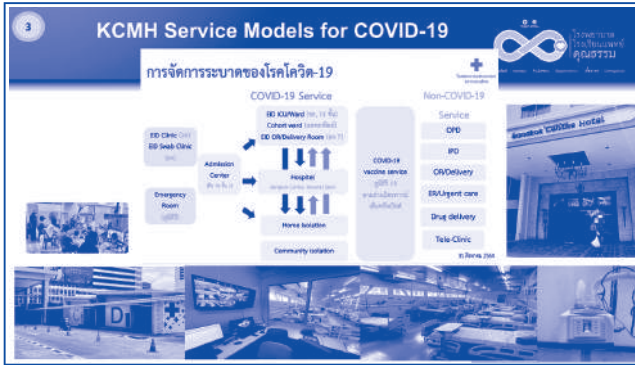
## ผลลัพธ์สู่ความเป็นเลิศ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ออกแบบระบบเพื่อยกระดับความสามารถในการแพทย์และการรักษาพยาบาลของประเทศ ด้วยระบบบริหารงานคุณภาพทางคลินิกในทุกภาควิชาผ่าน PCT จำนวน 10 ทีม และศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ต่างๆ จำนวน 28 ศูนย์ ได้แสดงให้เห็นการประสานงานการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ การบูรณาการเทคโนโลยีขั้นสูงเข้ากับการรักษาเชิงลึกซับซ้อน ผลักดันผลลัพธ์การดูแลสุขภาพที่เป็นเลิศและสร้างองค์ความรู้สู่สังคม เช่น ศูนย์โรคหัวใจที่มีการผ่าตัดปลูกถ่ายหัวใจมากที่สุดในประเทศ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านจีโนมิกส์ฯ สร้างนวัตกรรมการวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรม โดยการตรวจพันธุกรรมแบบเร่งด่วน (rapid exome sequencing) เป็นแห่งแรก ช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยวิกฤติให้ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องและเปลี่ยนแปลงการรักษาได้ ศูนย์ฯ โรคมะเร็งครบวงจรให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวจนมีอัตราการรอดชีวิตสูงกว่าผลจากองค์กรคู่แข่งระดับนานาชาติ ศูนย์ฯ โรคหลอดเลือดสมอง

ริเริ่มระบบ Tele-Stroke เพื่อช่วยรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างประเทศขึ้นเป็นครั้งแรกในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ศูนย์โปรตอนฯให้การรักษาผู้ป่วยด้วยแสงโปรตอนเป็นแห่งแรกในประเทศไทย เป็นต้น ส่งผลให้ได้รับการยอมรับทั้งในระดับประเทศและระดับสากล เช่น การได้รับรองมาตรฐานเฉพาะโรค (DSC) โดย สรพ. ร่วมกับสมาคมวิชาชีพหรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ ได้แก่ Primary Stroke Center, Chronic Kidney Failure, Parkinson Disease, DM Clinic และได้รับรางวัล Bronze Award สำหรับการรักษา Heart Failure ได้ตามมาตรฐานโดย American Heart Association เป็นแห่งแรกในประเทศไทย

### ความคล่องตัวและความสามารถในการฟื้นตัว

ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่มีผลกระทบไปทั่วโลก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้ปรับระบบการรักษาพยาบาลทั่วทั้งองค์กร (KCMH service models for COVID-19) เพื่อให้ทันต่อสถานการณ์ที่ผู้ป่วยโรค COVID-19 เพิ่มขึ้นอย่างมหาศาลในช่วงปี 2564 โดยจัดตั้งหอผู้ป่วยวิกฤติจำนวน 34 เตียง หอผู้ป่วยแยกโรค 370 เตียง และยังจัดระบบการดูแลนอกโรงพยาบาลในรูปแบบ Hospitel รองรับกว่า 500 เตียง และ Home isolation อีกกว่า 250 รายต่อวัน ให้การวินิจฉัยผู้ป่วย COVID-19 ได้เป็นแห่งแรกของประเทศ การใช้นวัตกรรมและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาช่วยในการให้บริการ เช่น การดูแลผู้ป่วยที่พำนักที่บ้าน Hospitel ศูนย์พักคอยผ่านระบบสารสนเทศที่ครบวงจร การให้บริการการฉีดวัคซีนและตรวจคัดกรองที่เป็นระบบแก่บุคลากรและประชาชน การส่งยาให้ผู้ป่วยโดยไม่ต้องมาโรงพยาบาลด้วยระบบสารสนเทศ การใช้นวัตกรรมที่มาช่วยดูแลผู้ป่วยโควิดเพื่อลดความเสี่ยงการติดเชื้อ ส่งผลให้ผู้ป่วย COVID-19 ที่มีอาการรุนแรงมีอัตราเสียชีวิตที่ต่ำเมื่อเทียบกับผลการรักษาระดับประเทศ



รูปที่ 21 KCMH Service Models for COVID-19

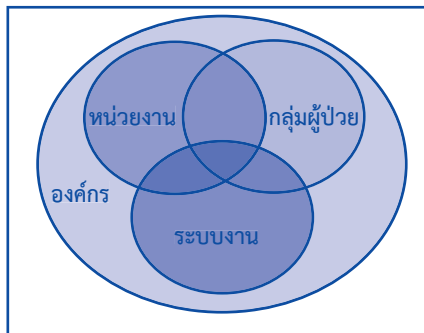
จากประสบการณ์พัฒนาคุณภาพขององค์กรที่ผ่านมา ผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ยังคงมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่อง เพื่อเอาชนะความท้าทายใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นในอนาคต ได้แก่ การปรับตัวสู่ New Normal ของบริการสุขภาพในยุคหลังการระบาดของโรค COVID-19 การดูแลสุขภาพในสังคมผู้สูงอายุ การปรับตัวเข้าสู่ระบบ Digitalized Healthcare & Cybersecurity ภัยคุกคามจากโรคอุบัติใหม่ที่รุนแรงขึ้น ความซับซ้อนของบริการสุขภาพที่ยิ่งเพิ่มช่องว่างระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ทั้งนี้ก็เพื่อองค์กรไปสู่วิสัยทัศน์ สถาบันต้นแบบทางการแพทย์ที่มีคุณธรรมด้วยคุณภาพมาตรฐานระดับนานาชาติ ที่เป็นที่ยิ่งของประชาชนอย่างแท้จริง

## ตอนที่ 2 การรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (PDSC)

การรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Certification: PDSC) คือ การรับรองระบบการดูแลผู้ป่วยหรือบริการสุขภาพที่มีเฉพาะกลุ่ม ผู้ป่วยที่ระบุขอบเขตชัดเจน เช่น โรค หรือ การผ่าตัด หรือการใช้ Intervention หรือกระบวนการดูแล สำหรับโรงพยาบาลที่มีกระบวนการคุณภาพ (อย่างน้อยบันไดขั้นที่ 2 ขึ้นไป) โดยสามารถแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยหรือบริการสุขภาพนั้นมีการออกแบบที่เหมาะสมรัดกุม มีการใช้แนวคิดคุณภาพ กระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การรับรอง PDSC เป็นกลไกเสริมของการรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล (HA) ซึ่งเป็นการรับรองระดับองค์กร เพื่อช่วยขับเคลื่อนการพัฒนาที่มีความเฉพาะเจาะจง สามารถทำได้ง่ายกว่าและเห็นผลชัดเจนกว่า โดยจะช่วยชักนำการพัฒนาในส่วนอื่นๆ ได้มากขึ้น และยังเป็นเครื่องมือที่ช่วย (1) ค้นหาเพื่อยกย่องชมเชย Clinical Excellence และสามารถเป็นต้นแบบให้ผู้อื่นได้เรียนรู้ (2) ส่งเสริมการใช้แนวคิด Continuous Quality Improvement ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการพัฒนาต่อเนื่อง และ (3) ยกกระตือรือร้นการพัฒนาของระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรคหรือระบบเฉพาะให้มีผลลัพธ์ที่ดีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาเพื่อขอรับรอง Advanced HA ต่อไป

การขอการรับรอง PDSC ใช้แนวคิดมาตรฐานของกระบวนการ HA โดยเชิญชวนให้ทีมดูแลระบบการดูแลผู้ป่วยรายโรค ทำความเข้าใจในกระบวนการคุณภาพของ HA ให้รอบด้าน เพิ่มเติมจากมิติของกระบวนการพัฒนา 3C-PDSA นั่นคือ มิติพื้นที่ของการพัฒนา เพื่อให้ครอบคลุมทั้งหน่วยบริการ กลุ่มผู้ป่วย ระบบงานที่เกี่ยวข้อง และการบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาขององค์กร



รูปที่ 22 พื้นที่การพัฒนา 4 วง เพื่อความครอบคลุม

สถานพยาบาลที่จะขอรับรอง PDSC ต้องผ่านการรับรองคุณภาพ HA ขั้น 2 ขึ้นไปหรือเทียบเท่าและยังอ้างสถานภาพการรับรอง และต้องแสดงให้เห็นถึงกระบวนการพัฒนาในโรคหรือระบบที่สะท้อนหลักพื้นฐานดังนี้

- (1) Process Management แสดงให้เห็นการจัดการกระบวนการอย่างเป็นระบบกับกระบวนการสำคัญที่ครอบคลุม ตลอดสายธารแห่งคุณค่า (value stream)
- (2) Result แสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีถึงดีมาก และแนวโน้มที่ดีขึ้น มีการใช้ข้อมูลเทียบเคียงที่ทำหายอย่างเป็นรูปธรรม

- (3) Learning (evaluation & improvement, integration, innovation) แสดงให้เห็นการประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เฉพาะโรค/ระบบที่ขอรับการรับรอง โดยระบบงานมีการบูรณาการ การสร้างนวัตกรรม และ/หรืองานวิจัยจากงานประจำ หรือการสร้าง องค์ความรู้ที่สำคัญ
- (4) Quality Concepts แสดงให้เห็นกระบวนการพัฒนาที่ขจัด ความสูญเปล่า ป้องกันความเสี่ยงใช้หลักฐานทางวิชาการรวมถึง การสร้างเสริมสุขภาพ และมีมิติด้านจิตวิญญาณ



### 1.1 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

#### มุมมองต่อการพัฒนาเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ

การรักษาโรคซับซ้อน ต้องการความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะและมีเป้าหมายตรงกัน ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยให้หายจากโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการจะประสบผลสำเร็จได้ นอกจากการมีทีมงานที่เข้มแข็งแล้ว ยังจะต้องมีการจัดองค์กรที่ดี มีวิสัยทัศน์ และพันธกิจร่วมกัน มีการวางแผน การออกแบบกระบวนการที่ดี ตั้งแต่การเข้าถึงของผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วย การวางแผนการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ความเข้าใจ และเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว และการดูแลต่อเนื่องระยะยาว ตลอดจนต้องมีการประสานงานที่มีประสิทธิภาพระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการประสานงานกับหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ และองค์กรภายนอก จึงจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนและเป็นสถาบันดูงานให้แก่สถาบันอื่นๆ ตลอดจนมีงานวิจัยที่เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ ตลอดจนมีนวัตกรรมต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

#### ทำไมจึงขอการรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ

- (1) เพื่อให้องค์กรภายนอกมาประเมินคุณภาพการให้บริการ ตลอดจนกระบวนการต่างๆ ที่ได้มาตรฐาน
- (2) เพื่อหาโอกาสพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

- (3) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และองค์กร
- (4) สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร คือ คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามารามิบัติ

### คุณค่าหลักของการพัฒนาที่ได้รับ

ปรับแนวคิดของบุคลากรให้วางแผนและปรับกระบวนการทำงาน ให้เป็นระบบมากยิ่งขึ้น โดยมีแนวคิดด้านการพัฒนาคุณภาพเข้าไปอยู่ในทุกกระบวนการในการให้บริการผู้ป่วย และมีแนวคิดที่จะพัฒนางานต่อยอดขึ้นไปเรื่อยๆ

### การเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาที่สำคัญ

เมื่อทีมนำองค์กรวางเป้าหมาย การขอรับรองมาตรฐานรายโรคแล้ว จะต้องเตรียมทีมงานให้มีความตื่นตัว และมีความร่วมใจกันที่จะรับการตรวจเยี่ยมเพื่อรับรองมาตรฐานรายโรค โดยจัดสัมมนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันและตั้งเป้าหมายร่วมกัน ที่จะก้าวไปสู่การรับการตรวจเยี่ยม จากนั้นจัดตั้งคณะทำงานพัฒนาคุณภาพเพื่อวางแผนการปฏิบัติการ โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านงานพัฒนาคุณภาพเป็นที่ปรึกษา จัดประชุมย่อยในแต่ละทีม เพื่อเตรียมการและเตรียมเอกสาร มีการตรวจเยี่ยมภายในเพื่อให้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านงานพัฒนาคุณภาพได้ชี้แนะประเด็นต่างๆ และชี้โอกาสพัฒนาให้แก่ทีมงาน

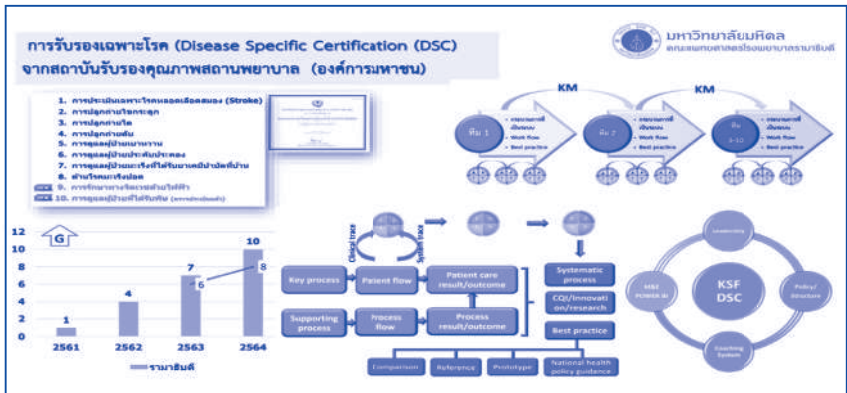
การพัฒนาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเตรียมรับการตรวจเยี่ยม คือ มีการรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ การตั้งเกณฑ์และตัวชี้วัดต่างๆ ทำให้มีเป้าหมายร่วมกันในการพัฒนางาน การจัดทำ Risk Matrix ทำให้ทุกคนในทีมได้ร่วมกันวิเคราะห์และหาแนวทางป้องกันความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ มีการวิเคราะห์ปัญหาและการวางแผนแก้ไขปัญหา และลงมือปฏิบัติและนำมาทบทวนเพื่อพัฒนางานต่อเนื่องไป

การพัฒนาที่เกิดขึ้น เมื่อได้รับการรับรองมาตรฐานเฉพาะโรคแล้ว ทำให้บุคลากรมีขวัญกำลังใจมากยิ่งขึ้น และมีแนวคิดที่จะพัฒนางานต่อยอดขึ้นไปเรื่อยๆ ซึ่งผลที่ได้คือเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย องค์กร และประเทศชาติต่อไป

### ปัจจัยความสำเร็จและกลไกการขับเคลื่อน

- ผู้นำองค์กรกำหนดนโยบายและเป้าหมายที่จะก้าวไปสู่การขอรับรองมาตรฐานเฉพาะโรค
- การสนับสนุนจากผู้บริหารคณะฯ ทั้งโอกาสและทรัพยากรทุกด้าน
- การได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านงานพัฒนาคุณภาพขององค์กร
- ความร่วมแรงร่วมใจของทีมงานทุกทีม ทั้งทีมหลักและทีมสนับสนุน กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

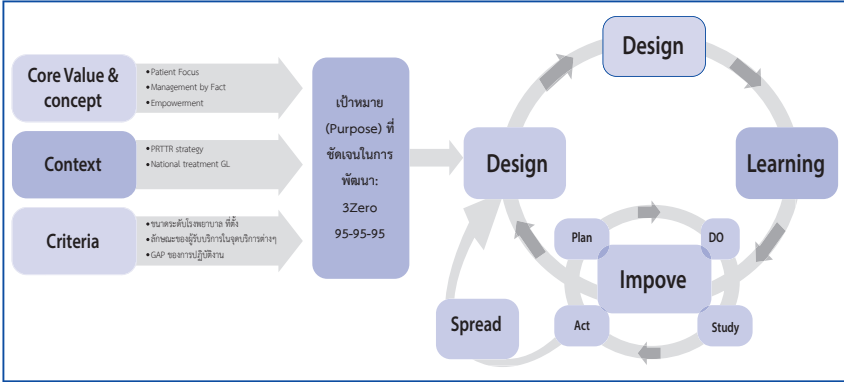
เริ่มจากการจัดการความรู้ในแต่ละคน ความเป็นผู้เชี่ยวชาญในแต่ละด้าน มารวมตัวกันด้วยเป้าหมายเดียวกัน เกิดการเรียนรู้และพัฒนางานพัฒนาระบบ ตามวงล้อคุณภาพ PDCA และการสร้างการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาที่สอดประสานทั้งกระบวนการหลักและกระบวนการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ตามสายธารคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย จนเกิดเป็นผลลัพธ์ที่ดีเกิดความภาคภูมิใจ เป็นแบบอย่างให้กลุ่มอื่นๆ ใช้พัฒนาจนได้รับการรับรองจาก สรพ. เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ



รูปที่ 23 ภาพแสดงกลไกการจัดการ

## การขับเคลื่อนการรับรองเฉพาะโรคด้านเอชไอวีในประเทศไทย

“คุณภาพบริการที่ปลอดภัย มีมาตรฐาน ยุติปัญหาเอดส์” กรมควบคุมโรค ร่วมกับ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ได้ร่วมกันพัฒนา มาตรฐานการรับรองเฉพาะโรคด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้กับสถานพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เชื่อมโยงกับกลยุทธ์ Reach-Recruit-Test-Treat-Retain (RRTR) มีการเชื่อมโยงและบูรณาการการดำเนินงานในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ระบบบริการงานโรคติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความเชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อ ตั้งแต่การส่งเสริม ป้องกันการติดเชื้อ การตรวจค้นหาโรค การตรวจวินิจฉัย และตรวจติดตาม ประเมินสภาวะโรคและการดูแลรักษา ซึ่งสอดคล้องกับขอบเขตของการรับรอง เฉพาะรายโรค คือ “การดูแลผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่งตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด หรือตลอดธรรมชาติของการกำเนิดโรค”



รูปที่ 24 รูปแบบการพัฒนาคุณภาพด้าน HIV เพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรอง

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพด้าน HIV เพื่อเข้าสู่กระบวนการรับรอง Program & Disease Specific Certification (PDSC) สามารถประยุกต์ใช้ 3C-DALI Framework ทำนองเดียวกับการพัฒนาคุณภาพองค์กรสู่กระบวนการรับรอง HA กล่าวคือ

1. การมีเป้าหมาย (purpose) ร่วมที่ชัดเจนในการพัฒนา: ในที่นี้คือเป้าหมาย 90-90-90 ในปี พ.ศ. 2020 และ 95-95-95 ในปี พ.ศ. 2030 สำหรับการยุติปัญหาเอดส์ โดยทุกกิจกรรมของการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV ควรสามารถเชื่อมโยงกับเป้าหมายดังกล่าว ได้ทั้งในด้านการอธิบายความสำเร็จและการระบุโอกาสพัฒนา

2. การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (core values and concepts) ในการพัฒนา 5 กลุ่ม คือ ทิศทางนำผู้รับผล คนทำงาน การพัฒนา พาเรียนรู้ ดังตัวอย่าง

i) ค่านิยม ‘Patient Focus’ ซึ่งนอกจากจะเน้นการ การเคารพสิทธิ การไม่สร้างความรู้สึกว่าถูกตีตราแล้ว ยังรวมไปถึงการอำนวยความสะดวกให้ ผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพต่างๆ สามารถใช้สิทธิของตนได้อย่างต่อเนื่อง

ii) ค่านิยม ‘Management by Fact’ เป็นการสนับสนุนให้ทุกคน ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ เช่น การวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสพบผล HIV บวกสูง เพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมาย, การใช้ Treatment Cascade Diagram เพื่อพิจารณา Gap ของการปฏิบัติ เป็นต้น

iii) ค่านิยม ‘Empowerment’ เช่น การเสริมพลังให้พยาบาลมีอำนาจ ในการตัดสินใจบางเรื่อง เพื่อแบ่งเบาภาระของแพทย์

**3. การพิจารณาบริบท (context) ขององค์กร:** เพื่อกำหนดทิศทาง และวิธีการทำงานที่เหมาะสมกับโจทย์ขององค์กร ซึ่งการใช้กระบวนการโค้ช ของที่ปรึกษาร่วมกับการเข้าเยี่ยมในพื้นที่จริงและพูดคุยกับผู้ปฏิบัติงาน จะมีส่วนช่วยให้ทีมงานได้เห็นโจทย์ของตนเองชัดเจนได้งายขึ้น เช่น

i) บริบทของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกรุงเทพ อาจไม่เอื้ออำนวยให้ ปฏิบัติตามกลยุทธ์ ‘Reach’ แต่มีโอกาสรับผู้ติดเชื้อที่เคยขึ้นทะเบียนไว้ที่ โรงพยาบาลอื่น ซึ่งจะต้องให้ความสำคัญกับการประสานงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ii) ลักษณะของผู้ป่วยซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ในจุดบริการต่างๆ ของโรงพยาบาล

iii) Gap ของการปฏิบัติงาน ซึ่งจะพบชัดเจนขึ้นในชั้น Learning

**4. การพิจารณาเกณฑ์ (criteria):** ในที่นี้อาจใช้ RRTTR Strategy เพื่อยุติปัญหาเอดส์ร่วมกับมาตรฐานการรับรองเฉพาะโรคด้าน HIV

**5. การออกแบบกระบวนการทำงาน (design):** ออกแบบระบบบริการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง บนพื้นฐานของแนวคิดและความเข้าใจใหม่ โดยทำความเข้าใจมุมมองเรื่องการรักษาและป้องกันที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงการทบทวนเป้าหมายของการบริการในแต่ละองค์ประกอบ อาทิ VCT ดังนั้นควรมีการระบุขั้นตอนการทำงานต่างๆ ให้ชัดเจนพอที่ผู้เกี่ยวข้องจะนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง โดยพิจารณาคุณค่า ความเสี่ยง ข้อกำหนด (requirement) หรือสิ่งที่พึงทำพึงได้จากขั้นตอนนั้น ซึ่งข้อกำหนดนี้จะเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการออกแบบกระบวนการหรือการระบุแนวทางเพื่อบรรลุข้อกำหนด และตัวชี้วัดเพื่อติดตามการบรรลุข้อกำหนด (in-process measure)

**6. การนำกระบวนการที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ (action):** ในการนำกระบวนการที่ออกแบบไว้ไปสู่การปฏิบัติ ควรพิจารณาองค์ประกอบสำคัญต่อไปนี้

- i) การสื่อสารและฝึกอบรม ทั้งในส่วนที่เป็นนโยบาย ความรู้ แนวทางการปฏิบัติใหม่ และบทบาทหน้าที่ใหม่
- ii) การกำกับดูแลและให้คำปรึกษา (supervision & consultation)
- iii) การทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (AAR) และปรับปรุงในประเด็นที่สามารถทำได้ทันที (refinement)

**7. การติดตามประเมินผลการปฏิบัติและเรียนรู้ (learning):** การติดตามประเมินผลการปฏิบัติสามารถทำได้หลายวิธี และเป็นขั้นตอนที่ทำให้เกิดความเข้าใจบริบทขององค์กรชัดเจนขึ้น ดังนี้

- i) การวิเคราะห์ข้อมูลผลงานที่ผ่านม่ว่าอะไรบรรลุเป้าหมาย อะไรยังไม่บรรลุเป้าหมาย กลุ่มที่เป็นปัญหาคือกลุ่มไหน



ii) การตามรอยการปฏิบัติงานโดยทีมงานของโรงพยาบาลเอง เพื่อรับรู้ความสำเร็จและปัญหาในการปฏิบัติงาน

iii) การโค้ชโดยที่ปรึกษาจากภายนอก เพื่อช่วยมองด้วยมุมมองที่กว้างขึ้น ใช้คำถามเพื่อกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาในจุดที่อาจถูกมองข้ามไป

**8. การปรับปรุงกระบวนการทำงาน (improve):** เป็นการนำประเด็นที่ไม่บรรลุเป้าหมายมาปรับปรุงโดยใช้แนวคิด ตั้งเป้า-เฝ้าดู-ปรับเปลี่ยน PDSA เพื่อทดสอบแนวคิดการเปลี่ยนแปลง (change idea) กล่าวคือ ตั้งเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ กำหนดตัววัดการบรรลุเป้าหมาย พิจารณาแนวคิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ แล้วเลือกมาออกแบบทดลอง ลงมือ ทดลองปฏิบัติ วัดติดตามผล และเลือกว่าจะรับไว้เป็นมาตรฐานการทำงานหรือต้องปรับปรุงต่อไป ในการทดสอบนี้ควรเริ่มทดสอบในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ใช้ระยะเวลาให้น้อยที่สุด เพื่อให้วงรอบของการเรียนรู้และปรับปรุงสั้นที่สุด

**9. การขยายผลทั่วทั้งองค์กร (spread):** ผลการออกแบบหรือปรับปรุงกระบวนการที่ได้ผลดีในจุดเล็กๆ สามารถขยายผลไปสู่หน่วยงานอื่นๆ ได้ เช่น การค้นหากลุ่มเสี่ยง การทำ Pre & Post-Test Counseling การขยายผลนั้นต้องพิจารณาถึงบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละหน่วยงาน และมีการปรับให้เหมาะสมกับหน่วยงานที่จะนำไปใช้

## โครงสร้างการขับเคลื่อนสำคัญของโรงพยาบาล

**ทีมนำ** ทีมนำเฉพาะด้านเพื่อยุติปัญหาเอดส์ ควรประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งผู้รับผิดชอบงานสนับสนุนที่เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่นำข้อมูลวิชาการที่ทันสมัยมากำหนดทิศทางและแนวทางการทำงาน ติดตามความก้าวหน้า ประสานความร่วมมือและแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ

โดยเชื่อมโยงกับทีมงานองค์กร วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ขององค์กร รวมทั้ง รายงานความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคต่างๆ ให้ทีมงานองค์กรรับทราบ

**ทีมประสานงาน** ควรมีบุคลากรที่ทำงานเต็มเวลาทำหน้าที่ประสาน ทิศทางและแนวทางการทำงานไปสู่การปฏิบัติในหน่วยงานต่างๆ ติดตาม และวิเคราะห์ข้อมูลความก้าวหน้าในการปฏิบัติงาน และผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ติดตามการสํ้างานนวัตกรรม และปัญหาอุปสรรคในการทำงานรวมทั้งการเชื่อมโยง ข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นเพื่อให้ทุกฝ่ายได้ใช้ประโยชน์ร่วมกัน และตรวจพบปัญหา ความต่อเนื่องของการดูแลผู้ติดเชื้อ

**Alignment** ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องกำหนดแนวทางการทำงาน ที่สอดคล้องกับทิศทางขององค์กร ใช้เป้าหมาย 90-90-90 เป็นตัวเชื่อมโยง แต่ละหน่วยงานต้องหมั่นทบทวนตลอดเวลาว่า งานของตนสนับสนุนหรือเป็น อุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมาย 90-90-90 อย่างไร ถ้าเป็นสาเหตุที่ทำให้ ไม่บรรลุเป้าหมาย จะต้องปรับปรุงอย่างไร

**Integration** การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญมากสำหรับการยุติปัญหาเอดส์ ซึ่งอาจมีแนวทางในการประสานงาน ดังนี้

i) การประสานงานที่ประชุมของทีมสหสาขาวิชาชีพหรือทีมคร่อมสายงาน ที่จัดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

ii) การวิเคราะห์ Process Flow ทั้งหมดว่าหน่วยงานต่างๆ ส่งต่องาน ให้แก่กันอย่างไร อะไรคือความต้องการของหน่วยงานผู้รับ หน่วยงานผู้ส่ง ทำอย่างไรเพื่อตอบสนองความต้องการดังกล่าว มีระบบในการติดตาม หรือให้ข้อมูลสะท้อนกลับอย่างไร

iii) การใช้ระบบสารสนเทศเพื่ออำนวยความสะดวกในการติดตามสถานะของผู้ป่วยที่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงได้

iv) การมีหน่วยประสานงานที่ผู้ป่วยสามารถขอรับความช่วยเหลือได้ตลอดเวลา “รูปแบบการพัฒนาคุณภาพด้านเอชไอวี/เอดส์ โดยใช้มาตรฐานการรับรองเฉพาะโรค/ระบบ เป็นแนวทางในการดำเนินงานของโรงพยาบาลพบว่า นอกจากโรงพยาบาลจะได้เรียนรู้การพัฒนาคุณภาพงานและได้รับการรับรองจาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) แล้วยังพบว่าโรงพยาบาลเหล่านั้นมีแนวทางหรือการดำเนินงานที่จะมุ่งสู่เป้าหมาย “การยุติปัญหาเอดส์” และการบรรลุเป้าหมายของการบริการ 95-95-95 ได้อย่างชัดเจน”

### Coach for HIV-Quality Driven

การโค้ชเพื่อการรับรอง PDSC-HIV คือการโค้ชสร้างแรงบันดาลใจให้เห็นคุณค่า เกิดการพัฒนาเปลี่ยนแปลงในกระบวนการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทุกขั้นตอน ทุกหน่วยงานด้วยความร่วมมือของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จากการดูแลเพื่อการรักษา ควบคุม และป้องกัน เดิมเป็นหน้าที่เฉพาะของคลินิกยาต้านไวรัส (ARV clinic) เป็นการดูแลอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในโรงพยาบาลที่สอดคล้องตามกระบวนการ RRTTR เพื่อที่มุ่งสู่เป้าหมายการยุติเอดส์ โดยนำมาตรฐานการรับรองเฉพาะโรคเป็นเครื่องมือในการโค้ชทั้งด้านการนำระบบงานสำคัญ และกระบวนการดูแลผู้ป่วย สอดรับกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีของประเทศเกิดภาพความสำเร็จ ในการพัฒนาระบบการทำงานร่วม การใช้เครื่องมือคุณภาพในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องให้บรรลุ 3 Zero คือ ไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา (95-95-95) อันนำไปสู่การยุติปัญหาเอดส์ระดับโรงพยาบาลและผ่านการรับรอง PDSC-HIV/STIs

## หลักคิดและเครื่องมือที่ใช้ในการโค้ชเพื่อการพัฒนา

Concept/ Criteria	อิงตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเอชไอวี ของประเทศ และมาตรฐาน HA
Context	บริบทการดูแลผู้ป่วยของรพ.ระดับต่างๆ และบริบทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาล
Core Value	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Focus on result: 95-95-95</li> <li>- Patient center/ S&amp;D/ Humanization</li> <li>- การทำงานเป็นทีม/การทำงานร่วมกันของ สหสาขาวิชาชีพ</li> </ul>
3P / PDCA	โดยการใช้ GAP Analysis และ Rapid PDCA ด้วย GROW Model
SIPOC	การทบทวน Value Stream ของระบบการดูแล รักษาผู้ป่วย HIV โดยคำนึงถึงความสำคัญในการ ปรับเปลี่ยน Process Design ที่ครอบคลุมทุก กระบวนการ (RRTRR และ care process) ทุกพื้นที่ บริการ ทุกกลุ่มผู้ติดเชื้อ/กลุ่มเสี่ยง พร้อมเชื่อมต่อ Process การทำงานของหน่วยงาน/สหสาขาวิชาชีพ ให้แนบแน่น

## ปัจจัยความสำเร็จ

- ผู้บริหารของโรงพยาบาลสนับสนุน ใช้การรับรองเฉพาะโรคขับเคลื่อนองค์กร
- ทีมนำทางคลินิก PDSC-HIV ที่เห็นคุณค่าของการเปลี่ยนแปลง/ผลลัพธ์ที่ได้ มีแรงใจในการสร้าง ประสานความร่วมมือกับทีมระบบหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการทำงานร่วมกันอย่างมีเป้าหมายร่วม
- ทีมประสานระบบคุณภาพ (QMR) ร่วมบูรณาการ สร้างความเข้าใจในการใช้เครื่องมือคุณภาพ
- การโค้ชสร้างแรงบันดาลใจ ค้นหาโอกาสพัฒนาเชิงระบบจากทีมผู้เชี่ยวชาญ และทีมคุณภาพทั้งภายใน/นอกโรงพยาบาลให้แก่วุฒุนี้อย่างต่อเนื่อง

## ความท้าทายที่สำคัญ

คือ การค้นหาผู้ที่มีแรงบันดาลใจ ทูมเท มีองค์ความรู้ด้าน HIV และงานพัฒนาคุณภาพ เข้าร่วมเป็นโค้ชในการขับเคลื่อนผลักดันให้เกิดความสำเร็จการยุติปัญหาเอดส์ของโรงพยาบาลและประเทศ

## 1.1 โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ กระทรวงสาธารณสุข

คุณภาพ สู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน ไม่อาจทำได้ตามลำพัง โดยบุคลากรที่มีเพียงน้อยนิดในคลินิกยาด้านหรือคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่ก้าวเข้ามาในหน่วยงาน “พลังมันไม่พอสำหรับผู้ป่วยจำนวนมากนอกหน่วยงานที่เราดูแล” อะไรคือสิ่งดึงดูด ที่มีแรงจูงใจพอสำหรับการสร้างส่วนร่วม บูรณาการงานกับสหวิชาชีพและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และทำให้การพัฒนาระบบดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อ HIV เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคสำคัญตามบริบทโรงพยาบาลศูนย์ ในจังหวัดเหนือสุดแดนสยามที่มีผู้ติดเชื้อหลังไหลเข้ามาจากทุกโรงพยาบาลในจังหวัดอย่างต่อเนื่อง

การเรียนรู้ ทำความรู้จักกับ PDSC-HIV ทำให้เห็นจุดเชื่อมต่อ ในการพัฒนางานด้าน HIV/STIs ในการปิดช่องว่าง ของระบบ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลการทำงาน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงการให้บริการและการดำเนินงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและนำไปสู่ผลลัพธ์ “ยุติปัญหาเอดส์”

### บทบาท ผู้ประสานงานด้านเอชไอวี HIV -coordinator ที่เกิดขึ้นหลัง ดำเนินการ PDSC-HIV

1. เป็นผู้ประสานงานทำให้เกิดเครือข่ายที่เข้มแข็ง เริ่มจากเรียนรู้ มาตรฐานร่วมกับทีมดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV ในระบบงานบริการที่มีซึ่งมีแพทย์โรคติดเชื้อให้ความสำคัญ สู่การประเมินตนเองในภาพรวมบริการตั้งแต่เริ่มต้น จนถึงสิ้นสุดกระบวนการดูแลผู้ป่วย HIV/STI นำมากำหนดเป้าหมายของโรงพยาบาล ไม่ใช่เฉพาะแค่หน่วยงานและนำเสนอต่อทีมนำของโรงพยาบาล

ในการสนับสนุน กำหนดเป็นทิศทางการพัฒนาระดับโรงพยาบาลและติดตามการทำงานอย่างต่อเนื่อง

2. ประสานทีมศูนย์คุณภาพร่วมสร้าง/ขยายเครือข่ายทีมให้บริการด้าน HIV/STI ที่มีการเชื่อมต่อการบริการ นำ Gap ที่ได้จากการประเมินตนเองผ่านมาตรฐาน PDSC-HIV มาร่วมเรียนรู้ สร้างรูปแบบการทำงานที่เป็นทีมอย่างเป็นระบบ เกิดแนวทางในการทำงานที่ครอบคลุมในทุกสาขาภาควิชาทุกหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง

3. ติดตามข้อติดขัด ให้ความช่วยเหลือ ร่วมคิด ร่วมหาทางออก โดยใช้มาตรฐาน PDSC-HIV เป็นแม่บทในการพัฒนากระบวนการ ต่อยอดติดตามผลลัพธ์อย่างสม่ำเสมอทำให้เกิดความรู้สึที่ดีๆ ในด้านการทำงานและไม่โดดเดี่ยว

### ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จ

“พลังใจในการทำงานที่ได้รับจากผู้ป่วย การเรียนรู้จากผลลัพธ์ การสนับสนุนจากทีมนำ และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของทีมหลัก ส่งผลให้เกิดกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ที่ดี”

## 1.2 โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร

ศูนย์คุณภาพคือ ศูนย์กลางของกลไกการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เป็นแหล่งเริ่มต้นในการเรียนรู้ เผยแพร่เครื่องมือคุณภาพ ประสานความร่วมมือของทีมระบบงานต่างๆ รวมทั้งส่งต่อปัญหา ขอกการสนับสนุนจากทีมนำองค์กร และส่งต่อทิศทางการขับเคลื่อนจากทีมนำองค์กรสู่การปฏิบัติในระดับทีม/หน่วยงาน การขับเคลื่อนการรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (PDSC) ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV ของโรงพยาบาลตากสินนั้น ศูนย์คุณภาพที่ติดตามความเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงของ สรพ. ได้เรียนรู้ สื่อสาร มาตรฐานทิศทางการพัฒนารับรองเฉพาะโรค ร่วมกับการเปิดประตูบ้าน ให้ทีมได้ชจากศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (TUC) ที่ต้องการพัฒนาระบบการดูแลรักษาโรค HIV/STI ให้เป็นระบบที่ครอบคลุมทุกหน่วยงาน ทุกสาขาวิชาของโรงพยาบาลเพื่อขอรับรอง Program & Disease Specific Certification เข้ามาสื่อสาร สร้างความเข้าใจถึงเป้าหมายคุณค่าของงานที่มีความหมาย ส่งผลกระทบที่ดีต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลชุมชน และสังคม คือการยุติเอ็ดส์ Getting to Zero: 3 Zero ลดติด ลดตาย ลดตีตรา 90-90-90

กระบวนการได้ชจากทีมผู้เชี่ยวชาญของ TUC ร่วมกับการสร้างคนให้มีศักยภาพในการขับเคลื่อนระบบภายในที่ต่อเนื่อง พร้อมงบประมาณสนับสนุน เป็นตัวจุดประกายในการค้นหาแกนนำ กำหนดทีมนำ/บทบาทหน้าที่เฉพาะด้าน แบบสหสาขาวิชาชีพที่ชัดเจนก่อน จึงคัดเลือกทีมที่มีใจ มีประสบการณ์เข้าร่วมศึกษามาตรฐานเฉพาะโรคด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และกลยุทธ์ RRTTR ผ่านการร่วม พร้อมการตั้งเป้าหมาย จัดทำนโยบาย แผนการดำเนินงาน ที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร สื่อสาร เป้าหมายให้แก่ทุกหน่วยงาน



## บทบาทที่ทีมศูนย์คุณภาพในการสนับสนุนการทำ DSC HIV/STI

1. ทีมศูนย์คุณภาพมีส่วนร่วมเรียนรู้ มาตรฐาน PDSC HIV&STI กับทีมนำเฉพาะด้านตั้งแต่เริ่มต้น สนับสนุนการใช้แนวคิด/เครื่องมือคุณภาพ 3P, 3C-PDSA, NEWS, SIPOC

2. ร่วมสร้างทีมงานภายในให้มีศักยภาพในการประเมินตนเองผ่าน กระบวนการโค้ช ตามรอยระบบ ดูระบบบริการดูแลผู้ป่วย HIV/STI ตั้งคำถาม กระตุ้นทีมงาน ทำให้เห็นโอกาสพัฒนาตั้งแต่จุดเริ่มต้นของการให้การดูแลผู้ป่วยไปจนถึงตลอดสายธาร

3. กระตุ้นทีมวางแผนการดำเนินงาน สรุบบัญญา กำหนดเป้าหมาย การขับเคลื่อน ดำเนินการตามแผนที่เข้มทิศตาม ส่วนขาดจากองค์ประกอบ ของมาตรฐาน DSC และกลยุทธ์ RRTTR นำมาปรับปรุงกระบวนการทำงาน ทั้ง 6 องค์ประกอบ (VCT, ARV, TB-HIV, STI, PMTCT, OI ซึ่งแต่เดิมทำแบบ แยกส่วน) โดยใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องและใช้สารสนเทศ เข้ามาสนับสนุน

4. สื่อสารทีมบริหารในการสนับสนุนนโยบาย ทรัพยากร เพื่อให้ ระบบเชื่อมต่อ ครอบคลุม และลดปัญหาอุปสรรคต่างๆ

5. ร่วมติดตามความก้าวหน้า/ตัวชี้วัด วิเคราะห์ข้อมูล ทบทวน Case RCA และร่วมจัดทำเอกสารคุณภาพขั้นตอน แนวทางปฏิบัติ ช่วยในกระบวนการ จัดทำแบบประเมินตนเอง รวบรวมผลงาน CQI Best Practice นวัตกรรม และงานวิจัย

6. ร่วมประเมินความพร้อม ประสานงาน ในกระบวนการเยี่ยม ประเมินตามมาตรฐาน PDSC HIV&STI

## การเปลี่ยนแปลงหลังการรับรอง PDSC HIV&STI

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เข้มแข็งขึ้น มีเครื่องมือ แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน รู้ความต้องการซึ่งกันและกัน มีการเชื่อมโยงประสานส่งต่อที่มีรอยต่อน้อยที่สุด โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. มีระบบการติดตามความก้าวหน้าและตั้งเป้าหมายในการยับยั้ง 95-95-95 มีการพัฒนาที่ทำหายมากขึ้น เช่น Same Day ART, Stay Negative ในกลุ่มเสี่ยงและคู่ ส่งเสริม Prevention: ให้อาา PrEP เป็นต้น
3. คนทำงานมีกำลังใจ เห็นคุณค่าของตนเอง เห็นคุณค่าของงานที่ทำ มีความประณีตในการทำงานและมีความสุข ทุ่มเทมากขึ้น ส่งผลให้มีผลงานที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
4. เป็นต้นแบบการดำเนินงานให้ PDSC ในกลุ่มโรคอื่นๆ ของโรงพยาบาล เช่น DM, Stroke เป็นต้น

## ปัจจัยความสำเร็จ

ทีมบริหารสนับสนุน ทีมนำเฉพาะด้านที่มุ่งมั่น มีเป้าหมายชัดเจน ทีมสหสาขาที่ร่วมจับมือไปด้วยกัน ทีมประสานงานจากศูนย์คุณภาพมีอาชีพ และทุกคนเห็นคุณค่าในงานที่ทำ

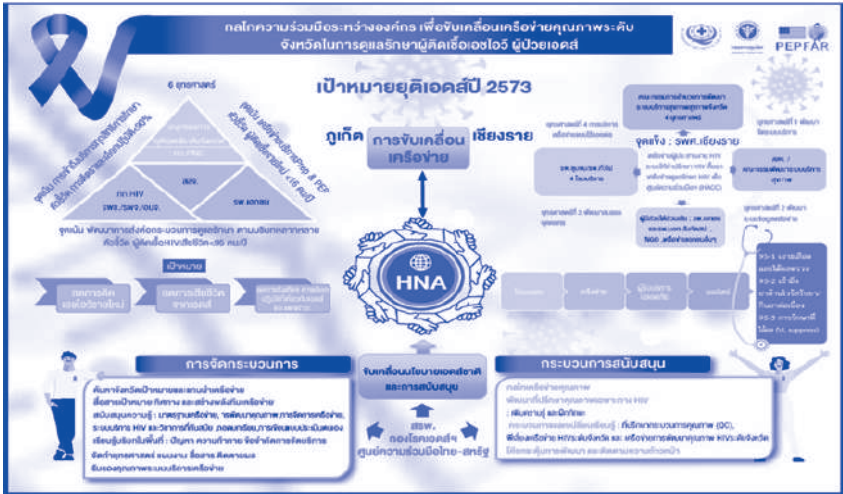
## ความท้าทาย

ความยั่งยืนต่อเนื่องของคุณภาพการดำเนินงานด้านเอชไอวี ส่งผลต่อความปลอดภัยเกิด Zero Defect และ เป็นต้นแบบขยายผล PDSC HIV&STI ไปยังโรงพยาบาลอีก 8 แห่งในสังกัดกรุงเทพมหานคร

## การพัฒนาเพื่อก้าวสู่การรับรองระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (HNA)

การพัฒนากระบวนการรับรองเฉพาะโรคด้านเอชไอวีที่เป็นการยกระดับผลการดูแลรักษาเฉพาะรายโรงพยาบาลนั้น ยังคงพบจุดอ่อนในการดำรงให้เกิดความยั่งยืนและบรรลุเป้าหมาย Getting to Zero จากระบบบริการสุขภาพระหว่างสถานพยาบาลที่ขาดความเชื่อมต่อกันให้แนบสนิท ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง ไม่สามารถเข้าถึงบริการ/ขาดนัด/สูญหาย/หลุดจากระบบ เกิดการสูญเสียทั้งผลลัพธ์การดูแลรักษา ทรัพยากร รวมทั้งกำลังใจของทีมผู้ปฏิบัติงาน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (TUC) ได้ร่วมมือจัดทำโครงการนำร่องพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เครือข่ายระดับจังหวัดด้วยการบูรณาการมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (HNA) ลงสู่การปฏิบัติจริงอย่างเป็นรูปธรรม ที่มีเป้าหมายร่วมกันคือการนำผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบบริการที่ครอบคลุม รวดเร็ว ต่อเนื่องไม่หายจากระบบ โรงพยาบาลในเครือข่าย เกิดพลังร่วมในการพัฒนาด้วยพันธสัญญาและส่วนร่วมของผู้นำในทุกโรงพยาบาล รวมทั้งสาธารณสุขจังหวัด ที่จะขับเคลื่อนสร้างที่มนำเครือข่ายคู่ขนานกับประสานความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้องภายในของแต่ละโรงพยาบาล และใช้ศักยภาพร่วมกันอย่างเต็มที่ ภายใต้การโอบอุ้มของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่จะเป็นแรงผลักดันให้เครือข่ายประสบผลสำเร็จ ซึ่งเป็นกลไกให้เกิดความยั่งยืนในการให้บริการที่มีคุณภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ สู่เป้าหมายการยุติเอดส์ ในอนาคต Getting to Zero : 95-95-95



รูปที่ 25 กลไกความร่วมมือระหว่างองค์กรเพื่อขับเคลื่อนเครือข่ายคุณภาพระดับจังหวัดในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากแผนภาพการขับเคลื่อนเครือข่ายคุณภาพพระระดับจังหวัดที่ได้ดำเนินการทดลองนำร่อง 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย และจังหวัดภูเก็ต นั้นมีรูปแบบการขับเคลื่อนที่แตกต่างกันตามโครงสร้างการดำเนินงานที่มีในพื้นที่ และความเข้มแข็ง Keyman ในการขับเคลื่อนซึ่งสามารถสรุปเป็นบทเรียนเพื่อขยายผลการขับเคลื่อนเครือข่ายอื่นๆ ต่อไปในวงกว้าง ร่วมกับการใช้บริบทของพื้นที่ในการร่วมจัดการ ดังนี้

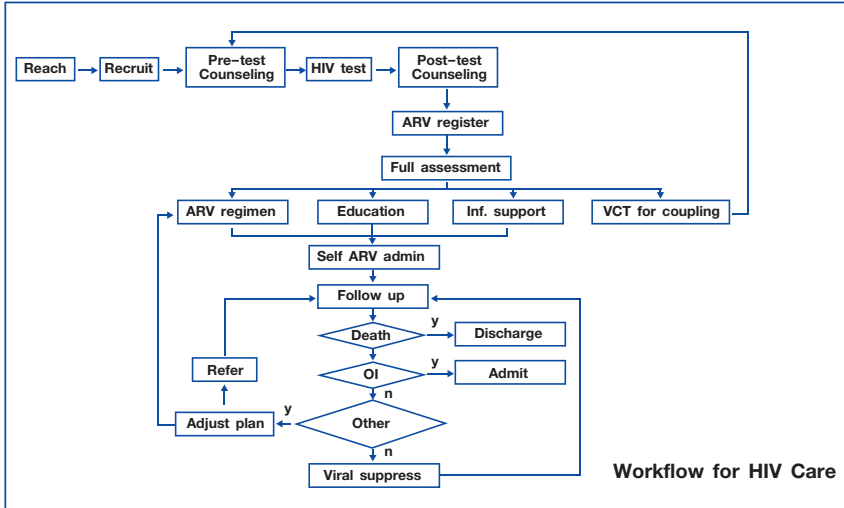
1. การศึกษาทำความเข้าใจโครงสร้าง บทบาทหน้าที่ของทีม/หน่วยงานที่ดำเนินการ ด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในทุกระดับ ทุกภาคส่วนของเครือข่าย มองหาความน่าจะเป็นในการเป็นทีมนำสูงสุดของเครือข่ายด้านนโยบาย และทีมนำด้านวิชาการ ซึ่งควรมีแพทย์/แกนนำในโรงพยาบาลแม่ข่าย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นจุดเชื่อมต่อกับผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อนำเสนอประเด็นต่างๆ สู่ทีมนำเครือข่าย (การทำให้โครงสร้างทีมนำมีบทบาทที่ชัดเจนอาจทำคู่ขนานกับกระบวนการอื่นๆ)

2. ค้นหา Keyman/ Key Success Factors ที่มีความสนใจ ทุ่มเท ให้คุณค่าในการทำงานด้าน HIV ในทุกระดับ ทุกภาคส่วน ขยายพลัง สร้างแนวร่วมให้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลในเครือข่าย (เน้นการพัฒนาจากระดับปฏิบัติการสู่ทีมระบบ ทีมนำ และทีมเครือข่าย) ร่วมกับการขอ Commitment จากผู้อำนวยการทุกโรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อตั้งเป้าหมายร่วมในการพัฒนาเครือข่าย
3. กำหนดแม่ข่ายที่มีศักยภาพ มีสมรรถนะเป็นแกนนำ (macro system network) ด้วยความเห็นชอบของผู้บริหารโรงพยาบาล ในการขับเคลื่อนการพัฒนาเชิงวิชาการและพัฒนา ระบบบริการด้วยการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของแพทย์และทีมดูแลรักษา HIV ที่มีใจ เห็นคุณค่าให้ความสำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อ และเห็นประโยชน์ ผลลัพธ์ที่ดีในการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV/ผู้ป่วยเอดส์ในรูปแบบเครือข่ายจังหวัด
4. จัดตั้งทีมขับเคลื่อนการพัฒนาเครือข่ายระดับกลาง (meso system network) ที่ประกอบด้วยแพทย์ HIV-Coordinator เกษีขกร เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ และศูนย์คุณภาพของทุกโรงพยาบาลในเครือข่ายเป็นอย่างน้อยเพื่อร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์

5. **ทบทวน/จัดทำแนวทางปฏิบัติ (national clinical practice guideline)** และหาส่วนขาด ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ตามมาตรฐานประเทศ ร่วมกับการวิเคราะห์การจัดบริการ ที่ควรมีตามแนวทางเทียบกับศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล ในเครือข่ายเพื่อเห็นส่วนต่าง ข้อจำกัดของระบบบริการในเครือข่าย กำหนดเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาด้วยกลไก/การบริหาร ของเครือข่าย
6. **ทบทวนผลลัพธ์การดำเนินงาน 90-90-90** ร่วมกับทบทวน การจัดเก็บข้อมูล ความครอบคลุม ความน่าเชื่อถือของข้อมูล เพื่อนำมาสู่การตัดสินใจในการพัฒนาระบบการจัดเก็บ/ใช้ข้อมูล เพื่อให้เห็นสถานการณ์แท้จริงของเครือข่ายและโรงพยาบาล
7. **ทบทวนกระบวนการให้บริการของแต่ละโรงพยาบาล (micro systems) และจุดเชื่อมต่อ (handover) ของแต่ละกระบวนการ** กับโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือหน่วยบริการอื่นๆ ในเครือข่ายทั้งภายใน/ภายนอกโรงพยาบาล กำหนดเป็นประเด็นสำคัญสู่การออกแบบ การเชื่อมต่อระบบบริการให้ไร้รอยต่อ (seamless network)
8. **ศึกษามาตรฐาน HNA** เพื่อพิจารณาส่วนขาดของเครือข่าย โดยเทียบเคียงองค์ประกอบสำคัญตามมาตรฐาน ด้วยการมีส่วนร่วม สร้างการเรียนรู้ของศูนย์คุณภาพ ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ/ พี่เลี้ยง HIV ระดับจังหวัด

9. **สรุปประเด็นที่เป็นส่วนขาด** ทั้งในด้านศักยภาพ สมรรถนะ กระบวนการ ผลลัพธ์ และมาตรฐาน HNA นำมาทบทวนปัญหาสาเหตุ ปัจจัย ข้อจำกัดตามบริบทของเครือข่าย (สิทธิการรักษา ลักษณะ/กลุ่มผู้ป่วย อาชีพ วิถีชีวิต เป็นต้น) นำมากำหนดภาพฝันของเครือข่าย จัดทำกลยุทธ์ในการขับเคลื่อน เป้าหมายระยะสั้น/ยาว กลวิธีในการจัดการด้วยกลไกเครือข่าย แผนปฏิบัติการ และตัวชี้วัดผลสำเร็จ
  
10. **นำเสนอภาพรวมสู่ทีมนำเครือข่าย** โดยทีมนำเครือข่ายที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อน (meso system) สรุปภาพรวมปัญหาของเครือข่ายจากระดับล่าง (micro system) ทั้งในด้านการศักยภาพจัดบริการ สมรรถนะ ปัญหาการดูแลรักษา สร้างเสริม ป้องกัน เพื่อสรุปเป้าหมาย จุดเน้นในภาพรวมของเครือข่ายระดับจังหวัด พร้อมการวิเคราะห์ Value Stream Mapping และ SIPOC ของเครือข่าย ในการพิจารณาแก้ไขปัญหา ขจัดอุปสรรค และให้การสนับสนุน จัดทำกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย และแผนการดำเนินงาน นำเสนอต่อทีมนำเครือข่ายในการขับเคลื่อน (macro system)



รูปที่ 26 กระบวนการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV

จากแผนภาพจะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถทบทวนกระบวนการจัดบริการภายในโรงพยาบาลเพื่อค้นหาส่วนขาด ปัญหาในการจัดบริการ โดยเทียบเคียงกับมาตรฐาน/แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV ที่เป็นมาตรฐาน นำมากำหนดเป้าหมายของโรงพยาบาลตนเองในการพัฒนา



## บทเรียนการพัฒนาาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (HNA) จังหวัดเชียงราย

จากการเป็นต้นแบบการทำงานเครือข่ายใน “โครงการพัฒนารูปแบบและขยายการดูแลรักษาเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยการสร้างเครือข่ายกับโรงพยาบาลชุมชน” ที่ประสบความสำเร็จสามารถขยายไปในทุกจังหวัดทั่วประเทศ (พ.ศ.2547-2556) และการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านการรับรองเฉพาะโรคด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (program & disease specific certification for HIV/STI: PDSC HIV/STI) 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลแม่สาย และโรงพยาบาลเชียงแสน ที่ทำให้ผลลัพธ์งานใน 3 โรงพยาบาลดีขึ้นอย่างชัดเจน เกิดการยอมรับว่าการใช้มาตรฐาน จะสามารถทำให้การยุติเอดส์ในจังหวัดเชียงรายเป็นไปได้ โรงพยาบาลแม่ข่าย เครือข่าย HIV Coordinator ของทุกโรงพยาบาลในจังหวัด และหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้กำหนดเป้าหมายร่วมกันในการเป็นจังหวัด “ยุติเอดส์” ด้วยการเครื่องมือใหม่ คือ มาตรฐานการรับรองระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อน เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพที่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการในเครือข่าย กระตุ้นให้เกิดการบริการที่เชื่อมต่อกัน ในระหว่างสถานพยาบาล ตั้งแต่ระดับแม่ข่ายจนถึงลูกข่ายทั้งหมด ให้ได้ผลลัพธ์รวมในการบริการด้านเอชไอวีที่ดีตามเป้าหมายของการยุติปัญหาเอดส์ ทำให้ประชาชนเกิดความมั่นใจในการได้รับบริการจากทุกสถานพยาบาล

จากปี พ.ศ. 2563 เส้นทางการเดิน (roadmap) สู่จังหวัดยุติเอดส์ตามมาตรฐานเครือข่ายฯ ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง ด้วยพลังเครือข่าย HIV Coordinator ที่เข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและการสนับสนุนของสาธารณสุขจังหวัด เกิดการขยายแนวร่วมสู่โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและหน่วยงาน ภาควิชาเครือข่ายภายนอก ในการร่วมเรียนรู้วิเคราะห์

บริบทพื้นที่ ลักษณะผู้ติดเชื้อ สิทธิการรักษา วิถีชีวิต และศักยภาพ ส่วนขาดของระบบบริการเทียบเคียงกับมาตรฐานการดูแลรักษา HIV นำมาปรับระบบบริการ แบ่งปันทรัพยากร องค์กรความรู้ในรูปแบบพี่ช่วยน้อง เพื่อนช่วยเพื่อน นอกจากนั้นได้พบรากสาเหตุปัญหาหลักจากระบบสารสนเทศในระบบ HIV Info Hub ที่ไม่เป็นปัจจุบัน เกิดการทับซ้อนของข้อมูล ทำให้ระบบ เครื่องมือ Data-driven Continuous for Quality Improvement (DQI) ได้ถูกนำมากำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัดในการพัฒนา และจัดการปัญหาอย่างครอบคลุมทุกโรงพยาบาลของภาครัฐทำให้มีข้อมูล ผลลัพธ์ที่ถูกต้อง น่าเชื่อถือ เกิดการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลต่อเนื่องทั้งจังหวัด และวางแผน

### ตอนที่ 3 การรับรองเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA)

การรับรองเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System Accreditation: DHSA) เป็นกลไกหนุนเสริมให้ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีความเข้มแข็ง และเป็นเครื่องมือที่จะช่วยพัฒนาการทำงานกับภาคีเครือข่ายต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ โดยเกื้อหนุนให้เกิดการเชื่อมโยงกระบวนการงานในระหว่างเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอให้เกิดการบริการที่ไร้รอยต่อ ด้วยกระบวนการเรียนรู้ จากการประเมินแบบเสริมพลัง (empowerment evaluation) เพื่อให้เกิดบริการสุขภาพที่จำเป็นและสอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่อย่างมีคุณภาพ โดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยความร่วมมือของเครือข่ายทุกภาคส่วน ทำให้ประชาชนมีสุขภาวะเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอที่จะขอรับการประเมินรับรอง DHSA โดยสถานพยาบาลในเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอแห่งนั้น ต้องผ่านการรับรองกระบวนการคุณภาพ (hospital accreditation) และดำรงสถานะการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งการประเมินรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ จะยังคงปรัชญาที่ สรพ. ใช้ในการประเมินโรงพยาบาล คือ การประเมินเพื่อเสริมพลัง (empowerment evaluation) ให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และจากบทเรียนการพัฒนาและการประเมินรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในหลายปีที่ผ่านมาของ สรพ. ทำให้เห็นหลักคิดที่สำคัญของการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ ดังนี้

(1) การบริหารจัดการเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ (effective network management) จากเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ต่อยอดความร่วมมือกับภาคส่วนพื้นที่ในภาพระดับอำเภอ

(2) มุ่งเน้นมิติของการส่งเสริมและป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยงภัยสุขภาพ เพื่อสร้างสุขภาวะ

(3) เสริมพลังคนทำงาน (empowerment)

(4) ระบบการดูแลที่ไร้รอยต่อ (seamless healthcare system)

(5) กระบวนการดูแลที่เป็นองค์รวม เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (integrated people-centered care)

(6) ระบบสนับสนุนบริการสำคัญที่รัดกุมในเครือข่าย (strengthening supporting systems)

## บทเรียนการพัฒนาเพื่อก้าวสู่การรับรองเครือข่ายระบบสุขภาพ ระดับอำเภอ (DHSA)

### 1.1 โรงพยาบาลหนองบัวระเหว

มุมมองผู้นำองค์กรต่อการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ คือ จากแนวคิดสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่สามารถบริหารจัดการเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดีได้ด้วยตนเอง โดยเริ่มจาก

**ระดับชุมชน** (1) มีการจัดการสุขภาพของประชาชนในการดูแลตนเอง โดยยึดหลัก 5 อ. การที่ครอบครัวร่วมกันจัดการสุขภาพของคนในครอบครัว ของตนเอง สร้างสิ่งแวดล้อมที่สะอาด ปลอดภัย ถูกหลักสุขาภิบาล สร้างบรรยากาศและความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว (2) ชุมชน/หมู่บ้านช่วยกัน จัดการสุขภาพ สร้างสิ่งแวดล้อมที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันในสังคมทั้งในกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ในการจัดการดูแลสุขภาพ ของตนเอง หรือคนในชุมชน ตามศักยภาพของชุมชนนั้น ทำให้เกิดเครือข่าย สุขภาพต่างๆ ในชุมชน (3) หน่วยงานภาครัฐเริ่มเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุน การจัดการสุขภาพ ชุมชนจะเริ่มมีการจัดทำกติกา ข้อตกลงร่วมกันในการจัดการ สุขภาพ เช่น โครงการหมู่บ้านปลอดภัย อำเภอปลอดภัย โครงการขับเคลื่อนปลอดภัย กลุ่มกิจกรรมธรรมชาติ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มอื่นๆ ที่มีการรวมกลุ่มกัน เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง ซึ่งมีทั้งร่วมกันจัดตั้งกลุ่มกันเอง และหรือได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ

**ระดับตำบล** มีหน่วยงานภาครัฐที่สำคัญคือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลขนาดต่างๆ ที่จะเป็นภาคีเครือข่ายสำคัญ ในการร่วมจัดการปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน ตามสภาวะปัญหาสุขภาพของพื้นที่นั้นๆ จะเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ เพราะมีกำลังคนงบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ร่วมสนับสนุนการทำงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ (รพสต./ศูนย์สุขภาพชุมชน/ศูนย์แพทย์ชุมชน) เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดี อยู่ดี กินดี มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และมีการใช้ทรัพยากรจากโรงพยาบาลในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน ที่ในท้องถิ่นไม่มี เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล กายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์และอื่นๆ รวมทั้ง ครุภัณฑ์ เครื่องมือบางอย่างที่ต้องอาศัยผู้ประกอบวิชาชีพ

**ระดับอำเภอ** จะมีโรงพยาบาลชุมชนที่มีบุคลากรด้านสุขภาพครบทุกสาขาวิชาชีพ ที่จะสนับสนุนการบริการ วิชาการ ให้กับภาคส่วนอื่นๆ ในพื้นที่ มีหน่วยงานภาครัฐต่างๆ เป็นตัวแทนกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ที่จะสนับสนุนการทำงาน มีโครงสร้างการทำงานในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นหัวหน้าทีม ร่วมกันกำหนดทิศทาง นโยบาย และเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งอำเภอหนองบัวระเหว ได้เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในอำเภอให้มีสุขภาพะวะที่ดี คุณภาพชีวิตที่ดี จึงร่วมกันในทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ในการกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน ภายใต้นโยบาย 3 ดี ได้แก่ คนดี รายได้ดี สุขภาพดี มีการจัดตั้งคณะทำงานในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์พัฒนาอำเภอร่วมกัน มีการประชุมทบทวนทุกปี มีการสื่อสารแผนไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปจัดทำแผนปฏิบัติการและงบประมาณ จัดระบบติดตาม โดยรายงานต่อที่ประชุมผู้บริหารระดับอำเภอเป็นประจำทุกเดือน สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคเพื่อปรับปรุงในปีถัดไป

## กลยุทธ์ในการขับเคลื่อนการพัฒนา

เพื่อให้การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอมีความยั่งยืนต่อเนื่อง แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงทีม พบปัจจัยสำคัญ คือ (1) การกำหนดเป้าหมายร่วมกันที่ชัดเจนและสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องนำสู่การปฏิบัติ กำหนดตัวชี้วัดที่จะใช้ติดตามความสำเร็จที่สอดคล้องกับเป้าหมาย มีการออกแบบการติดตามกำกับ รายงานการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ สื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบเพื่อนำไปทบทวนปรับปรุง (2) ในการกำหนดเป้าหมาย และการจัดทำแผนพัฒนาจะต้องมีข้อมูลข้อเท็จจริง ทั้งปัญหาสุขภาพในโรงพยาบาล ชุมชน สภาวะแวดล้อมต่างๆ รวมถึงนโยบายที่รอบด้าน

## ปัจจัยความสำเร็จในการขับเคลื่อน

ทำให้เป้าหมายร่วมระดับอำเภอบรรลุคือ (1) มีคณะทำงานที่จะประสานการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ภายใต้นโยบาย 3 ดี **คนดี รายได้ดี สุขภาพดี** โดยการมีส่วนร่วม และมีคณะทำงานในการติดตามกำกับ รายงานที่ประชุมผู้บริหารอำเภอสม่ำเสมอ สำหรับการทำงานร่วมกันของหน่วยงานสาธารณสุขโดยตรง (รพ./รพสต./สสอ.) จะใช้เวทีคณะกรรมการประสาน งานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ในการจัดทำแผนพัฒนายุทธศาสตร์เครือข่ายสุขภาพอำเภอร่วมกัน มีการกำหนดเป้าหมาย ทิศทางร่วมกัน ทบทวนเป็นประจำทุกปี ติดตามเป็นวาระประจำในคณะกรรมการประสาน งานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ทุกเดือน เพื่อบรรลุให้ประชาชนจัดการสุขภาพตนเองได้ สุขภาพดีอย่างยั่งยืน (2) มีเสริมพลังการทำงานให้กับทีมงานและภาคีเครือข่าย โดยการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ และร่วมเรียนรู้ ดังนี้ **ร่วมคิด:** เป้าหมายเดียวกัน/จัดทำแผน, **ร่วมทำ:** นำแผนสู่การปฏิบัติ/ติดตามกำกับ, **ร่วมรับผิดชอบ:** กับความสำเร็จ ไม่สำเร็จ และ **ร่วมเรียนรู้:** เพื่อพัฒนาปรับปรุง เพื่อสุขภาพดีของประชาชน ชุมชน

## 1.2 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

การพัฒนาาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA) เริ่มต้นง่ายๆ โดยการ “มองนอกรอบ” มองทั้งอำเภอเป็นพื้นที่ในการพัฒนา และวางแผนขับเคลื่อน โดยใช้เครื่องมือ 3P (Purpose-Process-Performance) ที่เราค้นเคย ควบคู่กับการใช้กลไกสำคัญที่มีพลังคือ กรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการขับเคลื่อนปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ระบบสาธารณสุขไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเองให้สามารถบรรลุความสำเร็จได้ ตัวอย่างเช่น ปัญหา RTI ซึ่งเดิมเราพยายามจะแก้ปัญหาในเชิงรุก เรามักจะมีปัญหาเวลาจะขอให้เครือข่ายต่างๆ ที่เป็น Non Health Sectors ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง แต่หลังจากที่ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ปี พ.ศ. 2561 กำหนดให้นายอำเภอเป็นประธานกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทำให้การขอความร่วมมือเครือข่ายที่เป็น Non Health Sectors ย่างขึ้นและได้รับความร่วมมือดี จากภาคีเครือข่ายต่างๆ เช่น ขอให้ทุกหน่วยงาน กำหนดมาตรการองค์กรด้านความปลอดภัยทางถนน ขอให้ตำรวจจัดการจราจรเพื่อลดอุบัติเหตุในพื้นที่เสี่ยง ขอให้ท้องถิ่นซ่อมแซมถนนหรือติดตั้งสัญญาณไฟในพื้นที่ที่เกิดอุบัติเหตุบ่อย เป็นต้น

### คุณค่าที่องค์กรและเครือข่ายจะได้รับจากการพัฒนา ได้แก่

(1) การนำมาตรฐาน DHSA มาพัฒนาและประเมินทำให้การดำเนินงานและพัฒนางานมีความครอบคลุมในประเด็นสำคัญ ที่ทางพื้นที่อาจจะยังมองไม่ครอบคลุม และเป็นการกระตุ้นแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้เยี่ยมและทีมที่เกี่ยวข้อง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน



(2) เกิดการเสริมพลังภาคีเครือข่ายในการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน โดยการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ และร่วมเรียนรู้ในการปรับปรุง เพื่อสุขภาพที่ดีของประชาชน

(3) เกิดการทำงานร่วมกันกับเครือข่ายต่างๆ ที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้เครือข่ายมีความเข้มแข็ง แล้วนำสิ่งที่มีคุณค่ามากอีกอย่างหนึ่งที่ได้มาคือ สัมพันธภาพที่ดีภายในคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับ (คปสอ.) และภาคีเครือข่ายต่างๆ สามารถทำงานหนักร่วมกันอย่างมีความสุขมากขึ้นซึ่งเป็นต้นทุนสำคัญที่จะทำให้เรากลับมาทำงานร่วมกับทุกภาคีเครือข่ายเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้อย่างมีพลังในอนาคต

(4) ทำให้เกิดระบบการดูแลร่วมกันแบบไร้รอยต่อ เช่น ระบบการดูแลต่อเนื่อง ระบบการดูแลโรคเรื้อรัง ระบบการส่งต่อ และระบบการจัดการปัญหาโรคระบาดในพื้นที่ (เช่น COVID-19, DHF ฯลฯ) ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและมีความปลอดภัย เป็นต้น

(5) เกิดการแบ่งปันและจัดการทรัพยากรร่วมกันทั้งในด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ กำลังคน องค์กรความรู้

## ข้อคิดสำคัญให้เกิดความยั่งยืน

สำหรับการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) นั้น ถึงแม้ว่าทีมจะถูกแยกออกไป แต่กระบวนการการดูแลรักษาเบื้องต้นและการดูแลต่อเนื่องก็ยังคงอยู่ ดังนั้นการทำ DHSA จะเป็นการพัฒนาระบบการทำงานเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้มีความชัดเจน ทั้งการดูแลผู้ป่วยและระบบสนับสนุนต่างๆ ก่อนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จะถ่ายโอนไปอยู่กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดซึ่งก็น่าจะเป็นเรื่องง่ายกว่า

# บทส่งท้าย

## ผู้นำคุณภาพ ในยุคดิจิทัล

ใครๆ ก็พูดกันว่า ยุคนี้เป็นยุคที่เรียกว่าดิจิทัล (digital) และยังมีอีกคำหนึ่งมาต่อไว้ด้วย คือ คำว่า ดิสรัปชัน (disruption) โดยทั้งสองคำนี้ มีคำแปลภาษาไทย โดยราชบัณฑิต คำว่า “ดิจิทัล” แปลว่า เซิงเลขในทฤษฎีข้อมูลหรือระบบข้อมูล ส่วนคำว่า “ดิสรัปชัน” แปลว่า การหยุดชะงักแตเมื่อนำสองคำมารวมกัน กลับแปลว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเป็นผลมาจากนวัตกรรมหรือเทคโนโลยีใหม่ๆ

คำว่า Digital Disruption มีความแตกต่างจาก คำว่า Digital Transformation จากคำจำกัดความของ Harvard Business School กล่าวว่า Transformation เป็นเพียงการเปลี่ยนหรือปรับสภาพจากของที่มีอยู่เดิมเท่านั้น แต่คำว่า Disruption หมายถึง การคิดค้นหรือจัดทำเป็นนวัตกรรมใหม่ ซึ่งเทอมนี้ถูกนำมาใช้มากขึ้นในปัจจุบัน และไม่ได้ใช้เฉพาะในวงการธุรกิจเท่านั้น แต่ถูกนำมาประยุกต์ใช้กับทุกเรื่อง โดยจะมีส่วนเชื่อมโยงไปถึงการนำเทคโนโลยีทางด้านคอมพิวเตอร์มาร่วมด้วยอย่างมากมาย ไม่ว่าจะเป็น IoT (internet of thing), Advance Robot, Blockchain และที่พูดถึงกันมากคือ AI หรือ Artificial Intelligent ซึ่งถูกนำมาใช้ในทุกที่ จนอาจจะเรียกได้ว่าความเป็นส่วนตัวของมนุษย์อาจจะไม่มีเหลืออยู่แล้ว เพราะระบบการสืบค้นข้อมูลเหล่านี้สามารถทะลุทะลวงเข้าไปหาข้อมูลของทุกสิ่งทุกอย่าง รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคล ที่ใครคนใดคนหนึ่งอยากได้ทั้งหมด

ผู้นำในยุคใหม่จึงต้องเปลี่ยนแปลงตัวเองมาก เพื่อให้สามารถที่จะขับเคลื่อนองค์กรที่ตัวเองรับผิดชอบอยู่ ให้ทันกับยุคการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลกใบนี้ได้ มนุษย์ทุกคนในยุคนี้หากไม่สามารถจะใช้คอมพิวเตอร์ได้ ก็จะถูกทิ้งไว้ข้างหลังโดยไม่มีใครเหลียวแลเลย จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้ทันกับความรู้และสิ่งที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีใหม่ๆ อยู่ตลอดเวลา

ในครั้งที่ผู้เขียนเป็นผู้บริหารระดับสูงของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ได้ดำเนินการเพื่อจะให้โรงพยาบาลที่ทำงานอยู่นั้น ปรับระบบของการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนและทุกอย่าง จากการเขียนด้วยมือ มาเป็นการใช้บันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์ และน่าจะเป็นโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยของภาครัฐแห่งแรกๆ ที่ใช้คอมพิวเตอร์ในการบันทึกประวัติ การเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วย ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งนับว่าเป็นการเปลี่ยนที่ต้องใช้ความพยายามอย่างมาก เพราะเป็นการเปลี่ยนแปลงทั้งเชิงพฤติกรรมและความคิด ที่จะต้องให้แพทย์และพยาบาล ตลอดจนนักศึกษาแพทย์มาทำงานบนระบบคอมพิวเตอร์ ซึ่งเป็นเรื่องปกติ ที่จะต้องมีกระแสต่อต้านเกิดขึ้นทุกครั้งที่จะมีการเปลี่ยนแปลง แต่จากการใช้เวลาเตรียมตัวบุคลากรในองค์กรโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วม เป็นระยะเวลา ประมาณ 1 ปี โรงพยาบาลก็สามารถเปลี่ยนมาสู่ระบบที่เรียกว่า Digital Hospital ได้ซึ่งเป็นช่วงเวลาใกล้เคียงกับการที่ทำให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล ที่คนทั่วไปน่าจะเริ่มรู้จักว่า HA (hospital accreditation) ตั้งแต่ตอนนั้น

ปัจจุบันนี้ โรงพยาบาลในประเทศไทยส่วนใหญ่ ก็ได้เปลี่ยนแปลง เป็นระบบ Digital Hospital แล้ว ถึงแม้จะยังไม่สมบูรณ์แบบแต่ก็เชื่อว่า จะมีการพัฒนาการให้ดีขึ้นโดยลำดับ ซึ่งมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนา คุณภาพโรงพยาบาล เพราะสามารถทำให้การให้บริการ การจัดเก็บ และดึงข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล รวมทั้งการดำเนินการ ต่างๆ อาทิ ด้านการเงิน บุคลากร และอาคารสถานที่ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น กว่าเดิมได้ทั้งหมด

ในอดีต คงไม่มีใครคาดคิดมาก่อนว่า เครื่องคอมพิวเตอร์จะทำหน้าที่ แทนแพทย์ในการตรวจรักษาได้ แต่ปัจจุบันอุปกรณ์การแพทย์ทั้งหลายเกี่ยวข้องกับคอมพิวเตอร์เกือบทั้งหมด และใช้ตรวจรักษาและแปลผลได้อย่างแม่นยำ ตัวอย่างที่น่าสนใจ คือ ตู้ตรวจสุขภาพที่เรียกว่า Ping An Health Check ของประเทศจีน สามารถใช้ตรวจรักษาผู้ป่วยได้เป็นจำนวนมากภายในแต่ละวัน โดยโรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศจีน มีการติดตั้งตู้นี้ไปหลายหมื่นตู้แล้ว เพียงเมื่อท่านรู้สึกไม่สบายแล้วเข้าไปยื่นตรวจในตู้นี้ ให้ประวัติของการเจ็บป่วย และอาการที่เกิดขึ้น ตู้นี้ก็จะทำหน้าที่เสมือนแพทย์ในการประมวลข้อมูล และให้การวินิจฉัยเบื้องต้น ซึ่งปัจจุบันตู้ดังกล่าวกำลังถูกพัฒนาความสามารถ ที่จะบอกให้ท่านต้องตรวจเพิ่มเติม ทำการเจาะเลือดโดยอุปกรณ์ในตู้นี้เอง หรือแม้แต่การตรวจ X-ray หรือ อัลตราซาวด์ บางส่วนของร่างกาย เพื่อให้ การวินิจฉัยแม่นยำขึ้น โดยการประมวลผลทั้งหมดด้วย AI หลังจากนั้นก็จะ จ่ายยาที่ใช้ในการรักษาให้ท่านได้ หรือมีข้อเสนอแนะให้ท่านไปตรวจรักษาต่อ ที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมต่อไป

คำว่า “Disruptive Leadership” สำหรับผู้นำและการนำยุคใหม่ ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องเกิดขึ้นในการนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จ ภายใต้ระบบคุณภาพที่เน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ และการที่จะไปถึงจุดนั้นได้ ผู้บริหารจะต้องมี 4 ส่วนประกอบที่สำคัญ คือ

1. ต้องคิดเปลี่ยนแปลงและเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว
2. ต้องมององค์กรอย่างคนรุ่นใหม่ และคิดแบบใหม่ให้ทันพวกเขา
3. ต้องสร้างความเชื่อมั่น ไว้วางใจ (trust) ให้กับผู้รับบริการ โดยเฉพาะกับคนรุ่นใหม่ ซึ่งอาจจะไม่เชื่อใครง่ายๆ ให้ได้
4. ต้องสามารถใช้สื่อ โดยเฉพาะสื่อออนไลน์และเทคโนโลยีทุกชนิด ในการกระจาย รับและฟังข้อมูล เพื่อติดตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอยู่ทุกขณะเวลา และนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

อย่ายึดติดอยู่กับคำว่า Disruption ที่แปลว่าการชะงักงัน อย่างมอมูอยู่กับปลั๊กโคลน แต่ต้องก้าวและดึงตัวเองให้หลุดพ้นออกมาจากปลั๊ก อย่างองอาจ และสง่าผ่าเผย ซึ่งจะทำให้ท่านประสบความสำเร็จในการนำองค์กรอย่างแน่นอน

รศ. นพ.ปิยะ เนตรวิเชียร

ประธานอนุกรรมการที่ปรึกษาเพื่อการรับรองคุณภาพ ชุดที่ 2

## บรรณาธิการและผู้เรียบเรียง

---

### บรรณาธิการ

พญ.เอกจิตรา สุขกุล

นพ.ทรงง พิลาสัย

ร้อยเอกหญิง ปิ่นรัตน์ พันธุ์มณี

นางสาววิญญาวรรณ แมตสถาน

### ผู้เรียบเรียง

ศ. พญ.ดวงมณี เลหาประสิทธิ์อิพร

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ. นพ.ปิยะ เนตรวิเชียร

ประธานอนุกรรมการที่ปรึกษา  
เพื่อการรับรองคุณภาพ ชุดที่ 2

ดร. นพ.สรรธวัช อัครเรืองชัย

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

นพ.เชิดพันธุ์ ภัทรพงศ์สินธุ์

โรงพยาบาลหนองบัวระเหว

นพ.วิโรจน์ เลิศพงศ์พิพัฒน์

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน

นพ.อร่าม ลิ้มตระกูล

พญ.รวิวรรณ หาญสุทธิเวชกุล

พล.อ.ต.หญิง อิศรญา สุขเจริญ

โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช  
กรมแพทย์ทหารอากาศ

ดร.อำพัน วิมลวัฒนา

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล  
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ชลลดา นันทวิสัย

ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐฯ  
ด้านสาธารณสุข

สุภาวดี พงษ์ประภาส                      โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์  
นิตยา ฉันทกิจ                              โรงพยาบาลตากสิน กรุงเทพมหานคร  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
โรงพยาบาลชลบุรี กระทรวงสาธารณสุข  
และคณะทำงานวิชาการ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)





สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง  
จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-027-8844 โทรสาร 02-026-6680 [www.ha.or.th](http://www.ha.or.th)  
88/39, 5<sup>th</sup> Floor, National Health Bldg, Ministry of Public Health Soi 6, Tiwanon Rd., A, Mueang,  
Nonthaburi 11000, Thailand Tel. 02-027-8844 Fax: 02-026-6680 [www.ha.or.th](http://www.ha.or.th)



HA Thailand



HA Thailand



HA Thailand



HA Thailand



HA Thailand