



HA²⁰ Update²⁴



๕๕ **GROWTH**
Mindset **for**
Better Healthcare System ๕๕

"ระบบบริการสุขภาพที่ก้าวหน้า
ด้วยกรอบความคิดที่กว้างไกล"

"เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum ครั้งที่ 24
12 - 15 มีนาคม 2567 ศูนย์ประชุมอิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี"

จัดโดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน) (สรพ.)



HA 20 Update 24



"ระบบบริการสุขภาพที่ก้าวหน้า
ด้วยกรอบความคิดที่กว้างไกล"

HA Update 2024

Growth Mindset for Better Healthcare System

บรรณาธิการ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ISBN 978-616-8024-59-1

พิมพ์ครั้งแรก กุมภาพันธ์ 2567

จำนวนพิมพ์ 7,500 เล่ม

จัดทำโดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6

ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02 027 8844 โทรสาร 02 026 6680

www.ha.or.th

พิมพ์ที่ บริษัท สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด

คำนำ

สถานการณ์โลกในปัจจุบันเกิดความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมากมาย ก่อให้เกิดโอกาสและความท้าทายในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพและสาธารณสุขของประเทศไทย อาทิ การเปลี่ยนแปลง Digitalization การเกิด Disruptive Technology ทางด้านสาธารณสุข การเปลี่ยนแปลง Globalization รวมถึงการระบาดใหญ่ (pandemic) ซึ่งส่งผลกระทบให้เกิดการปรับตัว และเปลี่ยนแปลงเพื่อการอยู่รอด กรอบความคิดหรือ Mindset ของผู้คนมีผลกระทบโดยตรงกับความสามารถ การตัดสินใจ รวมถึงศักยภาพของบุคคลนั้น จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อการดำรงชีวิตและการก้าวผ่านพายุการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้

Growth Mindset หรือกรอบแนวคิดแบบเติบโต คือแนวคิดที่เปิดกว้าง พร้อมรับมือกับความท้าทาย มองเห็นโอกาสในความล้มเหลว มองความล้มเหลวเป็นบทเรียนสำคัญ เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาต่อเนื่อง มองทุกอย่างทั้งดีร้ายที่เข้ามาเป็นโอกาสให้ชีวิตได้เติบโต กรอบแนวคิดแบบเติบโตนี้ จึงควรค่าอย่างยิ่งในการศึกษา เรียนรู้ แลกเปลี่ยน และพัฒนาตน เพื่อให้เรามีอาวุธในการรับมือกับสถานการณ์ความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะในบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลสำคัญที่ขับเคลื่อนและชี้นำสังคม เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่ก้าวหน้า ดูแลหล่อเลี้ยง และบริหารประชาชน รวมถึงดูแลตน เกิดสุขภาวะหรือความเป็นอยู่ที่ดี

ดังนั้น ในการประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum ครั้งที่ 24 ระหว่างวันที่ 12 – 15 มีนาคม 2567 ณ ศูนย์การประชุม IMPACT FORUM เมืองทองธานี ภายใต้แนวคิด “Growth Mindset for Better Healthcare System” ระบบบริการสุขภาพที่ก้าวหน้า ด้วยกรอบความคิดที่กว้างไกล พร้อมเป็นพื้นที่กลางที่เปิดกว้างให้ผู้คนที่รักการเปลี่ยนแปลงที่สร้างสรรค์ เดินก้าวไปด้วยกัน ขับเคลื่อนร่วมกันเป็นเครือข่าย เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพัฒนาไปสู่ระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืนและเป็นประโยชน์กับทุกคนต่อไป

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

กุมภาพันธ์ 2567

สารบัญ

หน้า

คำนำ		3
สารบัญ		4
Growth Mindset for Better Healthcare System		8
ตอนที่	1.1 Growth Mindset	9
1	1.2 Better Healthcare System	17
	1.3 Growth Mindset for Better Healthcare System	23
	1.4 การนำแนวคิด Growth Mindset สู่การปฏิบัติ	32
	<hr/>	
Update Knowledge of Quality Development and Safety		37
ตอนที่	2.1 2-Axis Swiss Cheese Root Cause Analysis	38
2	2.2 ทำความเข้าใจโครงสร้างของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5	53
	2.3 เติบโตด้วยจิตวิญญาณเบิกบานสู่ความปลอดภัย	61
	2.4 ประเด็นท้าทายในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ	79
	<hr/>	
Thai Healthcare Accreditation in the Future		100
ตอนที่	3.1 The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) in Thailand	101
3	3.2 People Safety	120
	3.3 Network	131
	3.4 การพัฒนาคุณภาพระดับเครือข่ายและการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อการรับรองคุณภาพ โดยใช้แนวคิด Growth Mindset (HNA: Healthcare Network Accreditation)	142
	3.5 มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ	146

ปัญหามีไว้เพื่อแก้ อุปสรรคมีไว้เพื่อจัดการ

ไม่ใช่มีไว้เพื่อให้รำคาญ

การเปลี่ยนแปลงมีไว้เพื่อให้เรียนรู้

ไม่ใช่มีไว้เพื่อให้หุดหู่

ปัญหา อุปสรรค และ **การเปลี่ยนแปลง**

เป็นสิ่งที่คู่มากับชีวิต

สามารถพิชิตได้ด้วย **Growth Mindset**



ศ.เกียรติคุณ ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา
ประธานกรรมการสถาบันส่งเสริมรองคุณภาพสหภาพพษมาด



มุ่งมั่น เรียนรู้ และ

พัฒนา ต่อเนื่อง

ไม่ย่อท้อต่อความยากลำบาก
หรืออุปสรรคใดๆ

ผ.รพ.อวิจารณ์ พานิช

อดีตรัฐมนตรีว่าการสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ปรับกรอบแนวคิด

รวมจิตรวมใจ ส่งเสริมการเรียนรู้

กล้าคิด กล้าทำ

มุ่งผลสัมฤทธิ์ ทำ ภายเป้าหมาย
สู่ภาพประชาชน



รพ.สุกัญญา คุณานุเวชอุดรธานี

อดีตรัฐมนตรีว่าการสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ตอนที่

1

***Growth Mindset
for Better Healthcare
System***



สถานการณ์ของโลกเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมากมาย ทั้งภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี สิ่งแวดล้อม และการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้เกิดการปรับตัวและเปลี่ยนแปลงเพื่อการอยู่รอดและมองไปข้างหน้า เพื่อการดำรงอยู่อย่างมีความสุขของมวลมนุษยชาติ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบโจทย์ การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัยได้อย่างครอบคลุม ในความต้องการที่หลากหลาย และความคาดหวังที่มากมาย ท่ามกลางข้อจำกัด จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายบุคลากรทางสาธารณสุข ทั้งในระดับนโยบาย บริหาร และการปฏิบัติในพื้นที่ กรอบความคิด กระบวนการทางความคิด ทักษะคิด อุปนิสัย หรือ Mindset ของผู้คนจึงมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง ระบบบริการสุขภาพที่ดีกว่า รวมไปถึงการดำรงชีวิตท่ามกลางวิถีของการเปลี่ยนแปลง อย่างมีคุณค่าและความหมาย อย่างมีความสุขและมีสุขภาพ

1.1 Growth Mindset

1.1.1 Growth Mindset คืออะไร

Mindset หรือ กรอบความคิด มีความหมายตาม Wikipedia คือ ชุดทัศนคติของบุคคล หรือกลุ่มคน ที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับวัฒนธรรม ค่านิยม ปรัชญา กรอบความคิด มุมมอง และ อุปนิสัย นอกจากนี้ยังอาจเกิดขึ้นจากโลกทัศน์หรือความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความหมาย ของชีวิตอีกด้วย ซึ่งในแต่ละบุคคลอาจมีกรอบความคิดที่หลากหลาย (A mindset is an established set of attitudes of a person or group concerning culture, values, philosophy, frame of mind, outlook, and disposition. It may also arise from a person's worldview or beliefs about the meaning of life.) เรื่อง Mindset เป็นเรื่อง ที่ได้รับความสนใจและเริ่มมีการศึกษาเชิงวิจัยทางด้านจิตวิทยา ตั้งแต่ปี 1997 จัดเป็น Cognitive Psychology ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ ของคน

ในปี ค.ศ. 2007 มีการศึกษาที่ทำให้คำว่า Mindset เป็นที่รู้จักและสนใจอย่างมาก โดย Dr. Carol S. Dweck นักจิตวิทยาและศาสตราจารย์ด้านจิตวิทยาแห่งมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด สหรัฐอเมริกา ศ.ดร. แครอล เอส ดเว็ค ได้ทำการศึกษาวิจัยและค้นพบว่า Mindset เป็น “The New Psychology of Success” กรอบความคิดหรือความเชื่อของมนุษย์คนหนึ่ง มีผลกระทบโดยตรงต่อความสามารถ หรือศักยภาพของบุคคลนั้น ซึ่งอาจส่งผลต่อความสำเร็จ และความล้มเหลวของเขาได้เช่นกัน ทั้งยังส่งผลต่อการตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) มองเห็นคุณค่าของตนเอง (self-esteem) จากการศึกษางานวิจัยในเด็ก 2 กลุ่ม พบว่า ความคิดสร้างสรรค์ และความสามารถในการรับมือและเผชิญอุปสรรค ต่าง ๆ ด้วยเป็นกรอบความคิดที่เชื่อว่าความสามารถ สติปัญญาของคนเรา สามารถพัฒนาได้จากการทุ่มเทและการทำงานหนัก สมอและพรสวรรค์เป็นเพียงจุดเริ่มต้น กระตุ้นให้บุคคลนั้นเกิดความพยายาม ขวนขวายและแสวงหาความรู้อยู่เสมอ มีความยืดหยุ่นเพื่อรับมือกับอุปสรรค (resilience) เพราะมองว่าสิ่งเหล่านั้นเป็นเพียงส่วนหนึ่งในเส้นทางไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้

ศ.ดร. แครอล เอส ดเว็ค แบ่ง Mindset เป็น 2 ประเภท คือ Growth Mindset และ Fixed Mindset ซึ่งทั้ง 2 แนวคิด มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนเสมือนแนวคิดของ ขั้วตรงข้าม คือ

- 1. Growth Mindset** เป็นกรอบความคิดแบบเติบโต มองว่าความฉลาดและพรสวรรค์ เป็นคุณสมบัติที่สามารถพัฒนาได้เมื่อเวลาผ่านไปด้วยความพยายามและการกระทำ ความล้มเหลวเป็นสิ่งชั่วคราวและเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้น ความคิดแบบนี้จึงมีความสำคัญ ต่อการเรียนรู้ ความยืดหยุ่น แรงจูงใจ และประสิทธิภาพการทำงาน กลุ่มคนเหล่านี้ มักจะเปิดรับการเรียนรู้ตลอดชีวิต ยอมรับความผิดพลาดและแก้ไข พร้อมรับงานที่ท้าทาย และเสียงสะท้อน รวมถึงมองทุกอย่างเป็นโอกาส
- 2. Fixed Mindset** เป็นกรอบความคิดแบบตายตัว มองว่าคุณลักษณะ ต่าง ๆ เช่น พรสวรรค์ และความฉลาดเป็นสิ่งติดมาพร้อมกับการเกิดมาตามธรรมชาติ ไม่จำเป็นต้องพัฒนาอีก และไม่สามารถพัฒนาได้ ความคิดที่ตายตัวอาจนำไปสู่การคิดเชิงลบ ด้อยค่า มักจะหลีกเลี่ยงงานที่ท้าทายเพราะเกรงความล้มเหลว ไม่กล้าทำในสิ่งที่ไม่เคยทำและไม่เชื่อว่า จะทำได้ กรอบความคิดทั้งสองด้านนี้มีโอกาสเปลี่ยนแปลงและพัฒนาภายใต้สังคม และสิ่งแวดล้อม



ภาพที่ 1 วิธีคิดและการรับมือกับปัญหาของคนที่มีความคิดแบบ Growth Mindset และ Fixed Mindset¹

¹ ศ.ดร. แครอล เอส ดเว็ค

1.1.2 ขั้นตอนของการเรียนรู้และพัฒนา Growth Mindset

Mindset หรือ กระบวนการทางความคิดของแต่ละคน ในการแสดงออกทางทัศนคติที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับความหลากหลายทางความคิด ความรู้สึก ความเชื่อจากประสบการณ์ส่วนตัวบุคคล การเลี้ยงดู ครอบครัว สภาพแวดล้อม และการศึกษา เป็นต้น และคนเราทุกคนต่างมีกรอบความคิด ทั้ง Growth และ Fixed Mindset อยู่ในตัว กับแต่ละเรื่องที่แตกต่างกัน บางคนมีความคิดที่จะปรับเปลี่ยนพัฒนาตัวเองหรือ Growth Mindset ในเรื่องงานตลอดเวลา ในขณะที่เรื่องเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายกลับไม่พร้อมที่จะเปลี่ยน เป็น Fixed Mindset ในทักษะที่ตัวเองคิดว่าทำไม่ได้ หรืออาจมีประสบการณ์หรือความทรงจำที่ไม่ดี

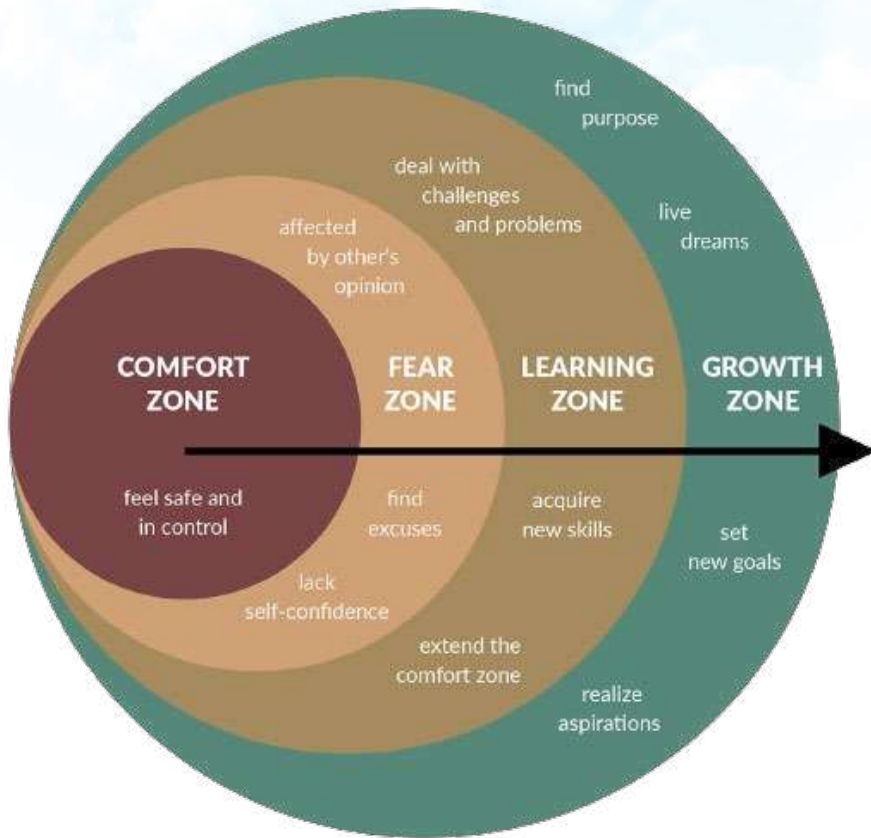
Growth Mindset นั้นสัมพันธ์โดยตรงกับการเรียนรู้ซึ่งเป็นหนึ่งในหนทางสู่การประสบความสำเร็จ เพราะกรอบความคิดภายในของผู้คนจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการลงมือทำ อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลง การเติบโตทางกรอบความคิด ต้องใช้เวลาและความมุ่งมั่นตั้งใจและต้องเริ่มต้นที่ตัวเองที่ต้องการจะเปลี่ยนแปลงโดยมีขั้นตอนในการสร้างหรือพัฒนา Growth Mindset ดังนี้

- 1. Self-Assessment** เริ่มต้นที่การสำรวจพฤติกรรมของตนว่า มีพฤติกรรมใดที่สะท้อนกรอบความคิดที่ยึดติด และพฤติกรรมใดที่สะท้อนกรอบความคิดที่เติบโต
- 2. Identify Value** เชื่อมโยงความสัมพันธ์ของพฤติกรรมที่เราสำรวจตัวเองกับผลกระทบหรือผลที่เกิดขึ้น ผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้นยอมรับได้และพบว่าเป็นเรื่องดี เป็นเรื่องที่มีคุณค่า หมั่นทำพฤติกรรมดังกล่าวต่อไป หากพฤติกรรมใดส่งผลให้เกิดข้อจำกัดต่อตัวเราหรือกระทบต่อองค์กร ให้ถามใจตัวเองว่าเราเห็นคุณค่าในพฤติกรรมนั้นไหม เราอยากเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นไหม
- 3. Set Priority** เมื่อเราค้นหาคุณค่าได้ว่าจะปรับให้ตัวเราเติบโตเพิ่มขึ้นในเรื่องใด จะเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องไหน ให้จัดลำดับความสำคัญและความเป็นไปได้ ว่าเราจะเลือกทำเรื่องใดก่อนหลัง
- 4. Take Action** ลงมือเปลี่ยนแปลง โดยกำหนดเป้าหมาย และลงมือทำ มีการวางแผนการสร้างสิ่งแวดล้อม และบันทึกผลของการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความสุขและชื่นชมความสำเร็จให้ตัวเอง

การพัฒนาตัวเองด้วยความคิดตามแบบ Growth Mindset นั้นเป็นเรื่องที่ทำท่ายและต้องอาศัยความตั้งใจเป็นอย่างสูง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการสร้างระเบียบวินัยที่ดี ฝึกฝนและพัฒนาตัวเองให้เติบโตอยู่เสมอ หรือการเตรียมตัวให้พร้อมรับมือกับความท้าทายใหม่ ๆ ในทุกวัน แต่เพื่อเป้าหมายสูงสุดที่อยากพัฒนาตัวเองไปในทางที่ดีขึ้น และความก้าวหน้าของชีวิตในอนาคต

1.1.3 รู้จักและเข้าใจ Growth Zone พื้นที่ของการเติบโต

พื้นที่ของการเติบโต “การเติบโตและพัฒนาตัวเอง” ในเชิงทฤษฎี นักจิตวิทยาเลยได้ทำการแบ่งโซนหรือ “พื้นที่” ของการเติบโตและพัฒนาตัวเองออกมาเป็น 4 โซนด้วยกันที่ถูกสร้างขึ้นมาจากจิตใจหรือความคิดภายในของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย Comfort Zone – Fear Zone – Learning Zone – Growth Zone โดยมีรายละเอียดดังนี้



ภาพที่ 2 พื้นที่การเติบโตและการพัฒนาตัวเอง²

1. Comfort Zone: พื้นที่ปลอดภัย (safe) ควบคุมได้ (control) ผ่อนคลาย (relax) ความเสี่ยงต่ำ (low risk) เป็นพื้นที่เริ่มต้นสำหรับทุกคนในการเติบโตและการเรียนรู้ เป็นพื้นที่ที่รู้สึกปลอดภัย (feel safe) เหมือนบ้านหลังแรก ที่บางคนไม่ออกไป เนื่องจากทุกอย่างควบคุมได้ (in control) ไม่ต้องปรับหรือเปลี่ยนแปลงอะไรอีก ทำในสิ่งที่ทำได้อยู่แล้ว ไม่ต้องการการเติบโต

²PositivePsychology.com Toolkit

อะไรอีก ทั้งเรื่องงานและเรื่องการดำเนินชีวิต “กลัวการเปลี่ยนแปลง ชอบทำงานแบบ routine ไม่เปิดใจเรียนรู้อะไรใหม่” คนจำนวนมากเลือกที่จะอยู่โซนนี้ เพราะมันใจ สบายใจ (relax) ความเสี่ยงต่ำ (low risk) คนที่อยู่ใน Comfort Zone ไม่ได้หมายความว่าไม่ทำงาน ไม่ขยัน บางคนขยันมาก ทำงานมาก แต่ไม่ทำงานใหม่ ไม่ทำงานที่แตกต่าง เลือกที่จะไม่เติบโต ซึ่งอาจจะเกิดจากสิ่งแวดล้อม ปัจจัยหรือประสบการณ์อื่นใดที่ส่งผลให้เป็นเช่นนั้น แต่ในขณะที่โลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในปัจจุบัน มีความจำเป็นที่ต้องกล้าที่จะก้าวออกจากพื้นที่นี้ ด้วยการเริ่มต้นเลือกเรื่องที่มีความสำคัญที่จะต้อง Growth Mindset อาจเป็นเรื่องการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการทำงาน หรือเป็นเรื่องสุขภาพ เช่น การเริ่มต้นออกกำลังกาย

2. Fear Zone: พื้นที่แห่งความกลัว ไม่มั่นใจ (low confidence) เห็นแต่ปัญหา (problem focused) หาข้อแก้ตัว (find excused) คนรอบตัวมีอิทธิพล (influenced by others) เป็นบททดสอบแรกสำหรับการเติบโตของทุกคน เหมือนตอนเราเป็นเด็ก แม้แต่การฝึกเดินของเราทุกคนต้องผ่านการไม่กล้าก้าว การกลัวล้ม เสียงเชียร์และกำลังใจ หรือความกังวล ความเป็นห่วงของคนรอบข้าง มีผลต่อการย่างก้าวเสมอ ดังนั้นการก้าวเข้ามาสู่โซนนี้เป็นการเติบโตทางความคิด ที่จะลองเปลี่ยนแปลงลองทำ สิ่งที่ไม่เคยทำ มักมาพร้อมความรู้สึก “กลัว” เป็นอย่างแรกเสมอ ความรู้สึกกลัวที่เกิดขึ้นในโซนนี้ จึงไม่ใช่เรื่องผิดหรือแปลกเป็นเรื่องธรรมชาติของมนุษย์ เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง แต่ถ้าเริ่มกล้าที่จะเปลี่ยน การปรับทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้น เริ่มสร้างพลังบวกให้แก่ตนเอง เริ่มตั้งเป้าหมายว่าจะต้องเป็นคนใหม่ จะทำเรื่องท้าทายให้ได้ จะต้องเก่งขึ้น จะต้องพัฒนาตัวเองให้ได้มากกว่านี้ พร้อมทั้งจะเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ เริ่มด้วยการเขียนสิ่งเป็นปัญหา สิ่งที่กังวล สิ่งที่กลัว หรือไม่กล้าออกมาเป็นข้อ ๆ และค่อย ๆ จัดการไปที่ละข้อด้วยความตั้งใจและอดทน คนรอบข้างพร้อมให้กำลังใจ ร่วมกันสร้างความมั่นใจ หากมองในมุมของการบริหารองค์กรผู้นำที่ต้องการเปลี่ยนแปลงสิ่งใหม่ในองค์กร ต้องพร้อมสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อการสนับสนุน รับฟังความต้องการและเสียงของผู้ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมก้าวออกจาก Fear Zone

3. Learning Zone: พื้นที่แห่งการเรียนรู้ แก่ทุกปัญหา (solving problems) เผชิญหน้ากับความท้าทาย (deal with challenges) หมั่นพัฒนาทักษะใหม่ (acquire new skills) เห็นโอกาสตลอดเวลา (looking for opportunities) ขยายพื้นที่ความปลอดภัย (extend the comfort zone) เมื่อก้าวจากพื้นที่แห่งความกลัวมาพื้นที่แห่งการเรียนรู้ ต้องทำในสิ่งที่ยาก ท้าทาย ไม่เคยทำ ต้องเพิ่มทักษะใหม่ วิธีการใหม่ตลอดเวลา ต้องเปลี่ยนแปลงไม่เหมือนเดิม ซึ่งมีโอกาสเจอกับ ความผิดหวัง ปัญหา อุปสรรค และความล้มเหลว ซึ่งอาจทำให้หลายคนกลับไปอยู่กับ Comfort Zone อีกครั้งและไม่พร้อมทำอะไรใหม่อีกต่อไป พื้นที่นี้จึงเป็น Growth Mindset ที่สำคัญของกรอบความคิด ความผิดหวังและล้มเหลวเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จ การก้าวข้ามอุปสรรค ทำให้เกิดความแข็งแกร่ง การบ่มเพาะทักษะที่หลากหลายนำมาซึ่ง

การเปลี่ยนแปลงมากมาย เรื่องท้าทายเป็นเรื่องสนุกที่ทำให้ได้ฝึกพัฒนาตัวเองแบบก้าวกระโดด สนุกไปกับงาน สนุกกับการแก้ปัญหา สนุกกับการสร้างความสำเร็จ สนุกกับการเรียนรู้ไม่หยุดยั้ง และมีความสุขกับทุกเรื่องราวที่เกิดขึ้น เห็นมุมดีและความสำเร็จเกิดขึ้นตลอดเวลา การเรียนรู้ จากข้อผิดพลาดเพื่อนำมาแก้ไขและบริหารความเสี่ยงเพื่อการป้องกัน และทำใหม่ให้ดีกว่าเดิม มีความยืดหยุ่น (agility) และ ล้มแล้วลุก ได้อย่างสง่างาม (resilience) จนในที่สุด Learning Zone จะกลายเป็น New Comfort Zone ที่รู้สึกสบาย ปลอดภัย มั่นใจ และทำได้แม้ได้ สถานการณ์ที่ยากลำบาก เป็นการสะท้อน Learning Zone ที่มีคุณค่าและความหมาย

4. Growth Zone: พื้นที่แห่งการเติบโต รับรู้วัตถุประสงค์ของชีวิต (find purpose) ตระหนักถึงความต้องการภายใน (realize aspiration) กำหนดเป้าหมายใหม่ ๆ (set new goals) มีความฝันยิ่งใหญ่ (live dreams) เต็มเปี่ยมด้วยความมั่นใจและศรัทธาในตัวเอง (high self-esteem) เมื่อก้าวออกจากพื้นที่แห่งความปลอดภัยจนมาถึงพื้นที่แห่งการเติบโต เราจะพบว่าชีวิตของเรามีคุณค่าและความหมาย จะรู้เป้าหมายของชีวิตที่อยากจะไปถึงคืออะไร จะมีการตั้งเป้าหมายใหม่ ๆ ให้ตัวเองบ่อยขึ้น และเต็มเปี่ยมไปด้วยพลังความมุ่งมั่นแห่ง Self Esteem รับรู้ถึงคุณค่าของความสำเร็จอย่างยิ่งใหญ่ ชื่นใจ อิ่มเอม สนุกกับทุกการเรียนรู้ กระจาย การพัฒนาตัวเองอยู่ตลอดเวลา และจะใช้เวลาศึกษาแต่ละเรื่องที่เราเรียนรู้ใหม่ไม่นาน มีมุมมองชีวิต ที่เป็นบวกโดยไม่ต้องพยายาม มีรอยยิ้มที่เปิดกว้าง ไม่มีความรู้สึกด้านลบ ไม่มี ความขุ่นมัว เห็นทุกอย่างที่เกิดขึ้นรอบตัวคือสิ่งที่จะทำให้เติบโตไปได้ในอนาคต ทุกเรื่องที่ทำหยาบเป็นเสมือน แรงกระตุ้นที่จะทำให้เดินไปข้างหน้าอย่างมีจุดมุ่งหมาย เมื่อเราเรียนรู้และพัฒนาจนก้าวมาถึง Growth Zone ได้แล้ว จะไม่มีทางได้กลับไปอยู่ใน Fear Zone หรือ Comfort Zone อย่างแน่นอน

การสร้างและเสริมพลังให้ผู้คนส่วนใหญ่มี Growth Mindset จะทำให้การทำงาน สิ่งใด ๆ แม้อยู่ท่ามกลางความท้าทายและการเปลี่ยนแปลงก็มีโอกาสเกิดความสำเร็จ การเริ่มสร้าง Growth Mindset กับเรื่องใกล้ตัวสามารถทำได้ทันที อาจเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลง ที่สร้างคุณค่าและความหมายให้ตัวเอง เริ่มด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่าง เช่น การพยายามออกกำลังกายสม่ำเสมอ การทานอาหารที่มีประโยชน์ลดและหลีกเลี่ยงอาหารหวาน การพักผ่อนให้เพียงพอนอนวันละ 6-8 ชั่วโมง และการทำจิตใจให้แจ่มใส หมั่นยิ้ม และ หัวเราะเสมอ การตั้งเป้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตัวเองจะนำมาสู่การมีสุขภาพดีและสังคม สุขภาวะ เราต้องเชื่อมั่นว่าเราจะทำได้ และลงมือทำด้วยตัวเราเอง

Know yourself better than anyone.

รู้จักตัวเอง ให้ดีกว่าคนอื่น

Think **positively that you can do** it.

คิดว่าเรา**ทำได้**

Feel thankful for every opportunity.

ขอบคุณทุกโอกาสที่เข้ามา



ผ.ดร.จิรประภา สัตถมอร

กรรมการสภามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์

คิดดี นำสู่การปฏิบัติดี

คิดก้าวหน้า นำสู่การปฏิบัติที่ก้าวหน้า

คิดบวก จะนำสู่โอกาสพัฒนา ที่เป็นประโยชน์

ต่อผู้คนและระบบสุขภาพของเรา



รศ.จิรุตม์ ศรีรัตนมงคล

กรรมการสภามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์



ก้าวข้ามข้อจำกัด

ไม่หยุดเรียนรู้ ไม่หยุดลงมือ ไม่หยุดการพัฒนา

ดร.กฤษดา แสงงดี

กรรมการสภามัธยมศึกษาตอนปลายสภามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์

ระบบบริการสุขภาพที่มีมาตรฐาน

คุณภาพการบริการสำหรับผู้ป่วย

อย่างทัดเทียมกัน โดยไม่จำแนก

วิธีการจ่ายค่ารักษาพยาบาล หรือประเภท

สิทธิรักษาพยาบาลของผู้ป่วย



รศ.พิรพล สุภทธีวิเศษศักดิ์

กรรมการสภามัธยมศึกษาตอนปลายสภามหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์

1.2 Better Healthcare System

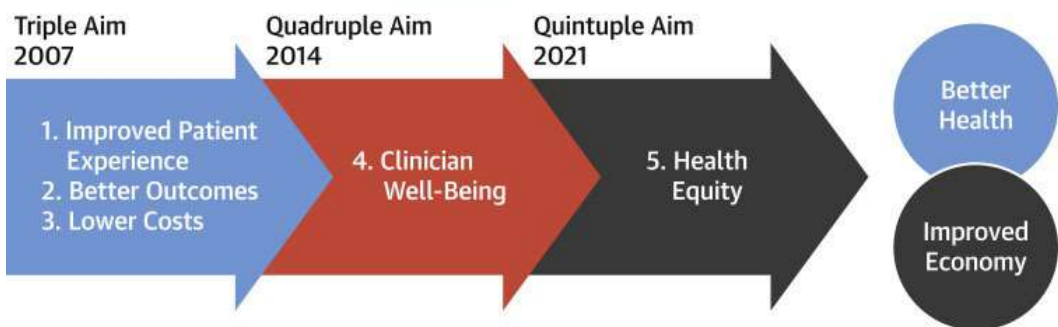
ระบบบริการสุขภาพเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพที่สถานพยาบาลส่งมอบให้กับประชาชน ซึ่งต้องมีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมความต้องการและประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างมีคุณภาพและความปลอดภัย ประเทศไทยนับเป็นประเทศที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่ามีระบบหลักประกันสุขภาพที่ดีสำหรับประชาชน ในด้านการครอบคลุมมากกว่า 90% ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงและความท้าทาย ทั้งจากกลไกภายนอกระบบสุขภาพ เช่น เทคโนโลยีสารสนเทศ การกระจายอำนาจ ภาวะสงคราม เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ การปรับเปลี่ยนเป็นสังคมเป็นสังคมผู้สูงอายุ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและเรื่องของประชาชน การก้าวด้านเทคโนโลยีการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู รวมไปถึงสถานการณ์โรคระบาด อยู่ท่ามกลางความคาดหวังของ ผู้ป่วย ญาติ ประชาชน และสังคมที่อยากเห็น และต้องการระบบบริการสุขภาพที่ดีกว่าเดิม ไม่เพียงแต่เข้าถึงบริการสุขภาพ แต่เป็นระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยเป็นระบบบริการสุขภาพที่สร้างคุณค่าให้กับประชาชนและสังคมอย่างยั่งยืน

1.2.1 The Quintuplet Aim for Healthcare Improvement

การระบาดใหญ่ของ COVID-19 ได้ส่งผลกระทบต่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพ พบประเด็นสำคัญที่สะท้อนคุณภาพบริการในมิติต่าง ๆ รวมไปถึงการคำนึงถึงบุคคลากรและความเท่าเทียมด้านสุขภาพในทั่วโลก ประชากรชายขอบทางสังคม รวมถึงกลุ่มชนกลุ่มน้อยทางเชื้อชาติและชาติพันธุ์ ผู้สูงอายุ และบุคคลที่อาศัยอยู่ในความยากจน ต้องเผชิญกับอัตราการติดเชื้อ COVID-19 และการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตจากการติดเชื้อที่สูงขึ้น รวมถึงการหยุดชะงักในการดูแลป้องกันและเรื้อรังมากขึ้น แม้ว่าเหตุผลจะมีมากมาย แต่ความจริงก็คือความแตกต่างเหล่านี้ซึ่งเกิดขึ้นมานานก่อนเกิดการระบาดใหญ่ คู่ขนานกับการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาประยุกต์ใช้ ประกอบกับการตื่นตัวทางชุมชน สังคม ที่รวมถึงความตระหนักรู้ในเรื่องสุขภาพของประชาชนเอง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีวิวัฒนาการของมิติคุณภาพในระบบบริการสุขภาพเป็น “The Evolution of the Quintuple Aim”

ปี ค.ศ. 2007 The Institute of Healthcare Improvement (IHI) เริ่มต้นแนะนำให้รู้จักกับ “the Triple Aim” ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญและท้าทายสำหรับระบบบริการสุขภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงนำไปสู่ High-Performing Health Systems of The Future. ประกอบด้วย Improving the Experience of Care, Improving the Health of Outcome, and

Reducing Per Capita Costs of Health Care ซึ่งมุ่งเน้นคุณภาพในระบบบริการสุขภาพมากกว่าปริมาณ กระตุ้นแนวคิด A Value-based Care Delivery System และเป็นการพัฒนาระบบบริการแบบองค์รวมที่มุ่งเน้นการดูแลรักษาที่เป็นมาตรฐาน แนวคิดดังกล่าวได้รับการตีพิมพ์และเผยแพร่อย่างกว้างขวางในปี 2008 ต่อมาในปี 2014 มีผลงานวิจัยที่สะท้อนว่า Clinician Engagement and Burnout มีความสัมพันธ์โดยตรงกับความพึงพอใจที่ลดต่ำลงของผู้ป่วย (lower patient satisfaction) ผลลัพธ์การรักษาที่ต่ำ (reduced health outcomes) และต้นทุนการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น (higher costs) ดังนั้นการที่จะบรรลุ Triple Aim ต้องให้ความสำคัญกับบุคลากร จึงปรับเป็น “the Quadruple Aim” ที่รวมเรื่องสุขภาวะของบุคลากรทางการแพทย์ (clinician well-being) เพื่อสร้างความผูกพัน หรือ Engagement บุคลากร จากสถานการณ์โควิดและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่กล่าวในข้างต้น ส่งผลให้ปัจจุบันองค์ประกอบสำคัญที่ต่อการบรรลุผลสำเร็จในผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยด้วยต้นทุนที่เหมาะสม รวมความเท่าเทียมด้านสุขภาพ (health equity) เป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญ พัฒนาเป็น “the Quintuple Aim”



ภาพที่ 3 Evolution to the Quintuple Aim³

1.2.2 องค์ประกอบสำคัญของ The Quintuplet Aim for Healthcare Improvement

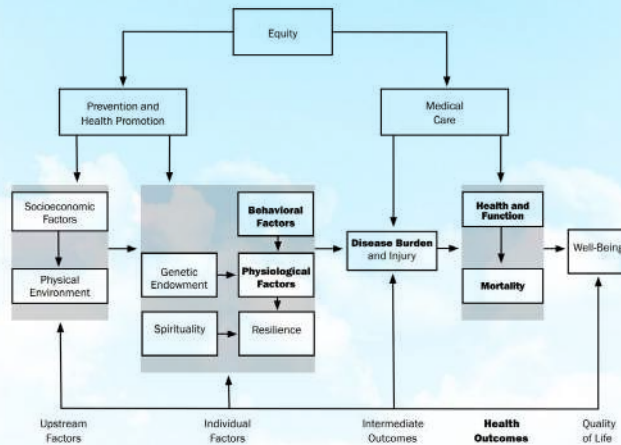
เป้าหมายที่ท้าทายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพเพื่อสร้างคุณค่าให้กับประชาชน โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 5 ประการคือ

1. Improved Patient Experience ถูกจัดให้เป็น Major Goal for a Better Healthcare System เพราะประสบการณ์ของผู้ป่วยจากการได้รับบริการเป็นสิ่งที่สะท้อนคุณภาพบริการที่เกิดขึ้น ซึ่ง Low-quality Care อาจนำไปสู่ การดูแลรักษาที่ไม่เพียง เหมาะสม

³ J Am Coll Cardiol. 2021 Nov 30; 78(22): 2262-2264.

ถูกต้อง และนำไปสู่ Patient Health Outcome ที่ไม่ดี การสร้างประสบการณ์ที่ไม่ดี เช่น ระยะเวลารอคอยที่นาน การดูแลรักษาไม่ทันในเวลาที่คุณคิดว่าเร่งด่วน พฤติกรรมบริการ การสื่อสาร แม้กระทั่งความคลาดเคลื่อนทางการรักษา เป็นต้น นำไปสู่การลดความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพของประชาชน ซึ่งการพัฒนาคุณภาพที่ตอบสนอง ทั้ง Health Needs และ Social Needs ตามมุมมองของผู้รับบริการเป็นเรื่องที่ทำหาย แต่การออกแบบระบบบริการ โดยใช้หลัก Person หรือ People Centred-care จะทำให้การพัฒนาคุณภาพตอบโจทย์ประชาชนมากยิ่งขึ้น ในมาตรฐานโรงพยาบาลสุขภาพ ฉบับที่ 5 จึงให้ความสำคัญกับการออกแบบระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (มาตรฐาน I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน) โดยการเป็นข้อมูลประสบการณ์ผู้ป่วยอาจมาจากแบบสอบถามความพึงพอใจ ความไว้วางใจ ข้อเสนอแนะ ข้อร้องเรียน รวมถึงแบบสอบถามประสบการณ์ผู้ป่วย (patient-reported experience measures) หรือ PREMs โดยความสำคัญต้องนำไปสู่การใช้ประโยชน์จากข้อมูลไปพัฒนาระบบบริการ

2. Better Patient Outcomes เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากกระบวนการรักษา เป็นเป้าหมายที่สำคัญหลักของการดูแลรักษาบนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพและต้องออกแบบการเก็บข้อมูลและวัดผลเพื่อสะท้อนการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น โดยการเก็บข้อมูลโดยสถานพยาบาล เพื่อประเมิน Health Outcomes จากกระบวนการดูแลรักษาซึ่งเป็น Patient Outcome ที่ประกอบด้วย Intermediate Outcomes ที่ประเมินจาก Disease Burden and Injury และ Health Outcomes ที่ประเมินจาก Mortality, Health and Function Status และ Health life Expectancy ซึ่งการจะมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนที่ดี นอกจากกระบวนการดูแลรักษาที่ดี ยังมีปัจจัยสำคัญที่จะป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน ซึ่งมีทั้งปัจจัยเฉพาะตัวบุคคล (individual factors) คือ ปัจจัยทางพฤติกรรม (behavioral factors) เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย เป็นต้น และปัจจัยทางสรีรวิทยา (physiology factors) เช่น ความดันโลหิต ไขมันในเลือด ระดับน้ำตาลหรือไขมันในเลือด เป็นต้น รวมถึงปัจจัยเริ่มต้น (upstream factors) ที่ประกอบด้วย ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ (socioeconomic factors) และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) ซึ่งการเชื่อมโยงทั้งหมดมีเป้าหมายร่วมสำหรับประชาชน คือ การมีสุขภาวะ (well-being) ซึ่งสะท้อนคุณภาพชีวิตของประชาชน (quality of life) การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ให้ความสำคัญกับมาตรฐานตอนที่ IV ผลลัพธ์ เป็นการแสดงผลการดำเนินงานขององค์กรด้านการดูแลสุขภาพซึ่งครอบคลุมการนำเสนอ Health Outcomes และ Health Results ที่สอดคล้องกับบริบทองค์กร โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลโดยผู้ป่วยและญาติ หรือ Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) เพิ่มเติม



ภาพที่ 4 A Model of Population Health⁴

3. Reducing Costs ทิศทางการพัฒนาคุณภาพในปัจจุบันก้าวสู่แนวคิดเรื่องการสร้างคุณค่าของระบบบริการ หรือ Value-based Healthcare ซึ่งคำนึงถึงทั้งความรู้สึกและความต้องการของผู้ป่วยวัดผลจากประสบการณ์ผู้ป่วย หรือ Patient Experience ผลลัพธ์จากการรักษาผู้ป่วย หรือ Health Outcomes ความคุ้มค่าคุ้มทุนของการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพนำไปสู่ความยั่งยืนขององค์กร การคำนวณ Per Capital Cost จึงมีความสำคัญ การลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพคือการลดค่าใช้จ่ายฟุ่มเฟือย หมายรวมถึงการใช้จ่ายที่เหมาะสมและเป็นค่าใช้จ่ายที่จำเป็น ค่าใช้จ่ายที่เกิดจาก Waste หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อันนำไปสู่ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เป็นค่าใช้จ่ายที่ต้องลดโดยการวางระบบเพื่อป้องกัน Avoidable Harms การวางระบบการคำนวณค่าใช้จ่าย การรักษา การคำนวณต้นทุน Per Capital Cost หรือการเรียนรู้เรื่อง Lean Management เพื่อลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นนำไปสู่กระบวนการ ลดค่าใช้จ่ายอย่างเป็นระบบ

4. Improved Staff Experience การออกแบบระบบบริการสุขภาพที่ดีและมีความหมายจะบรรลุผลสัมฤทธิ์ได้ต้องมีบุคลากรในการขับเคลื่อน การพัฒนาระบบที่คำนึงถึงประสบการณ์ของผู้ให้บริการจึงเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของการให้บริการที่สร้างคุณค่า การมุ่งเน้นที่จะดูแลบุคลากรให้มีสุขภาพกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณที่ดี มีความสมดุลในการทำงาน (work-life balance) ลดปัจจัยที่ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการทำงาน (burnout) สร้างความผูกพันให้กับบุคลากร (engagement) เสริมพลังให้บุคลากรเห็นคุณค่าและความหมายของงาน การที่บุคลากรมีสุขภาพที่ดีนำไปสู่คุณภาพในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

⁴ A Guide to Measuring the Triple Aim: Population Health, Experience of Care, and Per Capita Cost, IHI 2012

และผลลัพธ์ของการรักษา จึงเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญที่เพิ่มคุณค่าระบบบริการ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพจึงให้ความสำคัญกับบุคลากร (1-5)

5. Advancing Health Equity ความเท่าเทียมหรือความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เป็นการมุ่งเน้นการดูแลที่ให้คุณค่ากับความต้องการของประชาชนในบริบทต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน ความเสมอภาคด้านสุขภาพจึงถูกกำหนดเป็นองค์ประกอบสำคัญขององค์ประกอบที่ห้าของ Quintuple Aim เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงการดูแลสุขภาพและเพื่อความสำเร็จในการดูแลที่เน้นคุณค่าอย่างรอบด้านในระบบบริการสุขภาพ (value-based healthcare) เพื่อความเข้าใจและนำไปสู่การปฏิบัติการพัฒนาเรื่องความเป็นธรรมหรือความเท่าเทียมด้านสุขภาพมีขั้นตอนที่สำคัญ ดังนี้

1) Identify the Disparities ขั้นตอนแรกและเป็นขั้นตอนสำคัญในการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพ คือ การรับความแตกต่าง การวิเคราะห์หรือรับรู้ความแตกต่างจะนำไปสู่การออกแบบระบบบริการที่เท่าเทียม และนำไปสู่ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพตามเป้าหมายทั้งสี่ด้านได้อย่างครอบคลุม ตัวอย่างความแตกต่างที่สำคัญสะท้อนมาในผลลัพธ์สุขภาพ ตั้งแต่การเข้าถึงบริการของประชาชนที่มีข้อจำกัดไปจนถึงการรับการรักษาบริการที่อาจมีคุณภาพต่างกันตามความแตกต่างที่ไม่ได้ถูกกำหนดไว้สำหรับการออกแบบโดยเฉพาะ ความเหลื่อมล้ำของระบบบริการมีความต่างตั้งแต่ เชื้อชาติ ภาษา กลุ่มอายุ เพศสภาพ สถานะทางสังคม พื้นที่ที่อยู่อาศัย ศาสนา ความชอบส่วนบุคคล เป็นต้น หากไม่มีการระบุความแตกต่าง ไม่คำนึงถึง จะพบว่า ประชาชนจำนวนหนึ่ง เช่น คนชายขอบ ผู้ต้องขัง ในห้วงเวลาหนึ่ง อาจได้รับบริการสุขภาพที่ไม่เป็นธรรม

2) Design and Implement Evidence-based Interventions การออกแบบระบบบริการที่อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์มีความสำคัญ เช่น ข้อมูลการเข้าถึงบริการพบว่า ประชาชนกลุ่มด้อยโอกาสหรือกลุ่มเปราะบางเข้าไม่ถึงบริการ การเสียชีวิตจากโควิดโรคพบมากในผู้ต้องขัง การให้คะแนน Pain Score ของผู้หญิงกับผู้ชายต่างกัน การเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่แตกต่างกันในพื้นที่ เป็นต้น ความต่างของทางความต้องการทาง ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสังคม มีความสำคัญกับการเข้าถึงบริการของประชาชนในแต่ละบุคคล การออกแบบระบบบริการที่อาศัยการวิเคราะห์ และข้อมูลเชิงประจักษ์ จึงเป็นการสร้างคุณค่าและนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ 1-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (patient/customer) ให้ความสำคัญกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (patient/customer needs and expectations) โดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลการวิเคราะห์ และหลักฐานเชิงประจักษ์มาออกแบบหรือกำหนดบริการ รวมถึงนำไปสู่การกำหนดกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนระบบ ให้ความสำคัญกับการสร้างความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (patient/customer engagement) เคารพในความชอบส่วนบุคคล (respect personal preferences)

ที่มีความแตกต่าง รวมถึงตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย (patient rights) ที่ต้องอาศัยข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์มากำหนดบริการ

3) Invest in Equity Measurement การวัดความเป็นธรรมหรือความเท่าเทียมด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่สะท้อนความเป็นธรรมจากระบบบริการสุขภาพที่กำหนดประชาชนได้รับเท่าเทียมกันหรือไม่ในความแตกต่าง การลงทุนเรื่องการออกแบบการวัดดังกล่าวจึงมีความสำคัญจำเป็น เนื่องจากในปัจจุบันไม่มีข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นความเป็นธรรมด้านสุขภาพที่จะนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงระบบบริการ ตัวอย่างการวัดความเท่าเทียมด้านสุขภาพ โดยเอาผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เป็นข้อมูลทางคลินิกมาวิเคราะห์เชื่อมโยงกับข้อมูลพื้นฐานที่มี แบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้ (1) ความแตกต่างเชิงประชากรศาสตร์ (demographic identifiers) คือการนำข้อมูลทางคลินิกที่มีการวัดหรือเก็บข้อมูลอยู่แล้ว มาแบ่งการวิเคราะห์ตามข้อมูลพื้นฐานที่เก็บ เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ภูมิภาค เป็นต้น และมาวิเคราะห์ความแตกต่าง ผลของการควบคุมน้ำตาลและความดันโลหิตสูงในแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างไร จะต้องมีการออกแบบระบบบริการเฉพาะอย่างไรในแต่ละกลุ่ม (2) ความต้องการทางด้านสังคม (social needs) เช่น สภาวะทางเศรษฐกิจ สังคม รายได้ สิทธิการรักษา มีความแตกต่างหรือไม่ในระบบบริการและผลลัพธ์จากบริการสุขภาพ

4) Incentivize the Achievement of Healthcare Equity แรงจูงใจในการขับเคลื่อนเรื่องการพัฒนาบริการสุขภาพที่มีความเท่าเทียมและเป็นธรรมให้เกิดผลสัมฤทธิ์มีความจำเป็นเนื่องจากเป็นการวิเคราะห์หลังลึกไปในความแตกต่าง และอาจก้าวไปจนถึงการออกแบบการดูแลที่มีความเฉพาะเป็นรายบุคคล แรงจูงใจในระยะแรก อาจเกิดจากข้อมูลความแตกต่างและความสำเร็จของการลงมือทำ แต่ในระยะยาว งานดังกล่าวต้องได้รับการออกแบบเชิงระบบที่จะต้องคำนึงถึงงาน คน เงิน ของ รวมถึงองค์กรที่จะให้ความสำคัญกับการคำนึงถึงคุณค่าของระบบบริการรอบด้านจนถึงความเท่าเทียม ต้องได้รับการสนับสนุนที่มากพอเชิงระบบหลายประเทศพูดถึงแรงจูงใจทาง Financial ที่อาจต้องคำนึงถึงอย่างมากเพื่อให้กลไกและระบบไหลลื่น

1.3 Growth Mindset for Better Healthcare System

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันอยู่บนความท้าทาย ความคาดหวังและความยากลำบาก ด้วยข้อจำกัดด้านทรัพยากร การพัฒนาและแก้ไขปัญหาการแก้ไขเรื่องเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ จำเป็นต้องคิดอย่างเป็นระบบ (systems thinking) เข้าใจในภาพรวมสามารถเชื่อมโยงสิ่งต่าง ๆ เข้าด้วยกันได้ รวมถึงการเปิดรับวิธีการแนวทางใหม่ ๆ เปลี่ยนมุมมองในการออกแบบและพัฒนาาระบบโดยอาจใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาสนับสนุน รวมถึงการพัฒนาคนที่มีความหลากหลาย ภายใต้กรอบแนวคิดที่พร้อมรับความท้าทายและมีเป้าหมายระบบบริการสุขภาพที่ดีกว่าเดิม

1.3.1 The Iceberg Model of Systems Thinking

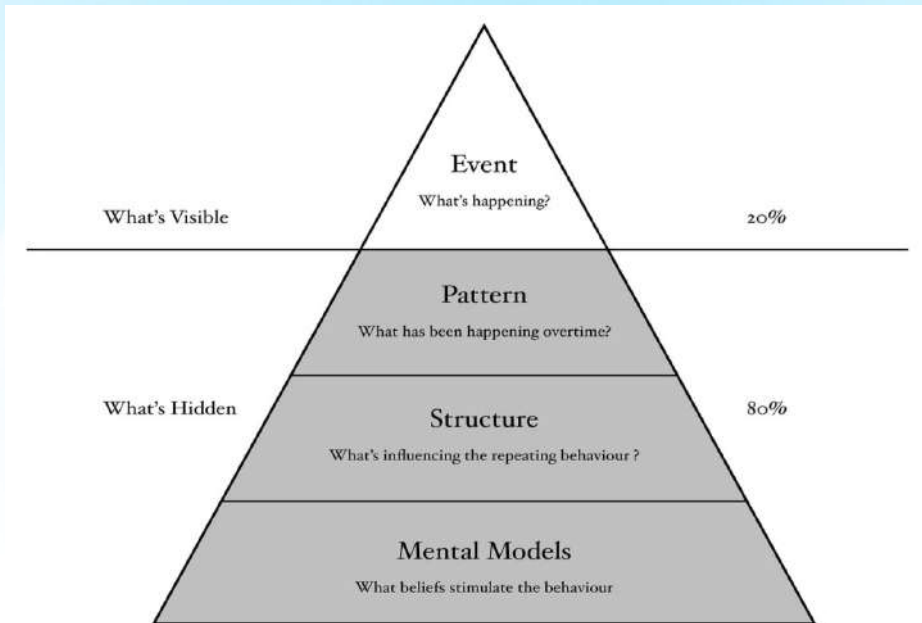
ทฤษฎีภูเขาน้ำแข็ง (iceberg model) เป็นหนึ่งในเครื่องมือของการคิดเชิงระบบ ที่ช่วยให้เราเข้าใจระบบและต้นกำเนิดของปัญหาได้อย่างลึกซึ้งมากขึ้น ไม่เพียงแต่ตอบสนองต่อเหตุการณ์กับสิ่งที่มองเห็นเท่านั้น แต่คือเชื่อมโยงไปภายใต้สิ่งที่ปรากฏชัดไปจนถึงแรงจูงใจที่ทำให้เกิดปัญหาตั้งแต่แรก แบบจำลองภูเขาน้ำแข็งมี 4 ระดับคือ เหตุการณ์ (events) รูปแบบ (patterns) โครงสร้าง (structure) และแบบจำลองทางจิต (mental model) แต่ละชั้นตอนจะเจาะลึกลงไปช่วยให้เปลี่ยนมุมมอง เพื่อค้นหาสาเหตุของระบบ โลกทัศน์ที่นำไปสู่เหตุการณ์นั้นๆ ตั้งแต่แรกดังนี้

1. The Events Level ภูเขาน้ำแข็งที่โผล่เหนือน้ำเป็นเพียงเหตุการณ์ (events) เป็นสิ่งที่สังเกตเห็นได้ (What's Visible) เปรียบได้กับยอดภูเขาน้ำแข็งที่โผล่มาเหนือน้ำ ทำให้เห็นว่าเกิดเหตุการณ์อะไรขึ้น (What's happening) แนวคิดเชิงระบบแบบ Iceberg Model ทำให้ไม่คิดเพียงการแก้ปัญหาเฉพาะในสิ่งที่เห็น (react to events) ซึ่งเป็นเพียง 20% ของเหตุการณ์ทั้งหมด แต่จะมองลึกไปถึงเหตุหรือสิ่งที่อยู่เบื้องลึกที่ทำให้เกิดสิ่งนั้น ตัวอย่าง ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันตัวอย่างสิ่งที่มองเห็น คือ จำนวนผู้ป่วยที่รอรับ OPD หรือหออผู้ป่วยนอก ในหลายโรงพยาบาล อันนำมาซึ่งความแออัด ซึ่งผลกระทบไปสู่คุณภาพทั้งในเรื่องการเข้าถึงเข้ารับบริการส่งต่อไปถึงภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นของบุคลากร การแก้ปัญหาหรือออกแบบระบบบริการภายใต้กรอบความคิดเดิมที่มุ่งหวังให้ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดี ผู้ป่วยมีประสบการณ์การรับบริการที่พึงพอใจ และบุคลากรมีความสุขไม่เหนื่อยหนักจากภาระงาน หากแก้ปัญหาเฉพาะสิ่งที่มองเห็น อาจแก้ด้วยการเพิ่มบุคลากร เพิ่มทรัพยากร ขยายห้องตรวจผู้ป่วยนอกเพื่อรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเรื่องความคุ้มค่า คุ้มทุน หรือ Cost Effective และอาจมีข้อจำกัด หรือความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของกลุ่มประชากรบางกลุ่ม

2. The Pattern Level ภูเขาน้ำแข็งขนาดใหญ่ระดับแรกที่ซ่อนอยู่ใต้น้ำ คือ รูปแบบ (patterns) ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง ซึ่งการรับรู้แนวโน้ม (trend) ที่ดีต้องอาศัยการสังเกตการใช้ข้อมูลและการวิเคราะห์เชิงระบบ เป็นการค้นหาหรือตั้งคำถามถึงสิ่งที่เกิดขึ้นต่อเนื่อง (What has been happening overtime?) จากกรณีจำนวนผู้ป่วยนอกแออัด เมื่อศึกษาข้อมูลต่อเนื่อง จะพบว่ารูปแบบกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยนอกจำนวนมากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และโรคที่พบมากในการมารอตรวจของผู้ป่วยนอกคือโรคเรื้อรัง จะทำให้สามารถคาดการณ์รูปแบบ (anticipate patterns) ของผู้ป่วยนอกได้และจะทำให้การแก้ปัญหาเป็นการออกแบบเชิงระบบในการวางโครงสร้างการทำงาน

3. The Structure Level สิ่งที่ซ่อนลึกลงไปในภายใต้ภูเขา คือ โครงสร้าง (structure) คำถามถึงอะไรที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดเหตุการณ์เหล่านั้น หรืออะไรมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของประชาชนให้ทำเหตุการณ์เหล่านั้นต่อเนื่องซ้ำๆ (What's influencing repeating behavior?) โครงสร้างระบบบริการสุขภาพของไทย ณ ปัจจุบันโดยเฉพาะช่วงก่อนสถานการณ์โควิด เป็นระบบบริการที่ออกแบบไว้ให้ผู้ป่วยต้องเข้ามาใช้บริการตรวจรักษาที่สถานพยาบาล ผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วยทุกคนจึงมาโรงพยาบาล การเปลี่ยนแปลงสำคัญ คือการออกแบบโครงสร้างระบบบริการสุขภาพที่ดีกว่าเดิม (design better structures) โดยควรเปิดกว้างรับฟังความคิดเห็นสร้างการมีส่วนร่วมไปจนถึงการออกแบบที่มีคุณค่าและความหมายนำไปสู่การสร้างงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

4. The Mental Model Level ฐานรากที่ใหญ่และอยู่ลึกที่สุดของภูเขาน้ำแข็งคือ Mental Model เป็นสิ่งที่อยู่ในใจของผู้คน เช่น ทักษะคิด ความเชื่อมั่น คุณธรรม ความคาดหวัง และค่านิยมที่สนับสนุนการดำเนินงาน เป็นต้น ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน สัมพันธ์กับ Mindset ซึ่งเป็นกรอบความคิด ทักษะคิด และมุมมอง และหากมี Growth Mindset หรือกรอบความคิดที่แตกต่างไปจากเดิม เปิดรับแนวความคิดใหม่ที่ท้าทาย เป็นการ Change Mental Models ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โครงสร้างและรูปแบบการดำเนินงาน เช่น การเปลี่ยนแนวความคิดว่า เมื่อเจ็บไข้ได้ป่วยไม่จำเป็นต้องเดินทางไปรักษาที่สถานพยาบาล แต่สามารถรักษาทางไกลผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลได้ จะทำให้การออกแบบโครงสร้างระบบบริการในการเข้าถึงบริการเปลี่ยนแปลงไป มี Telemedicine หรือการรักษาทางไกล มีรูปแบบที่เปลี่ยนแปลงคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถดูแลรักษาทางไกลได้ไม่ต้องมารักษาที่สถานพยาบาล ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยนอกที่มาโรงพยาบาลลดลง



ภาพที่ 5 The four levels of the iceberg model⁵

Growth Mindset จึงอาจเป็นจุดคานงัดที่สำคัญสำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้ดีกว่าเดิม การปรับเปลี่ยนความเชื่อและกรอบความคิดที่เติบโต เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลเป็นลำดับขั้น เช่น ในอดีต Traditional Mindset มุ่งเน้นการเพิ่มความสามารถบริการดูแลรักษา (increasing medical care volume) หากเปลี่ยนเป็น New Mindset มุ่งเน้นที่สุขภาพที่ดีของประชาชน (improving population health) เปลี่ยนการรักษาโรคเป็นการป้องกันโรค และสร้างเสริมสุขภาพแทนระบบบริการสุขภาพที่มุ่งผลสัมฤทธิ์ในปัจจุบัน เป็นการเปลี่ยนแปลงระดับ Mental Model ซึ่งส่งผลต่อการออกแบบโครงสร้าง (structure) ระบบบริการที่มุ่งเน้นสร้างเสริมสุขภาพ เกิดรูปแบบ (pattern) และแนวโน้มที่ประชาชนเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ออกกำลังกายมากขึ้น ใส่ใจสุขภาพมากขึ้น และอาจส่งผลปรากฏการณ์ (event) ที่ประชาชนแข็งแรง มีสุขภาพดี เจ็บป่วยน้อยลง ไปโรงพยาบาลน้อยลง ทำให้ลดความแออัดในห้องตรวจผู้ป่วยนอก

⁵ <https://bootcamp.uxdesign.cc/systems-thinking-the-iceberg-model>

1.3.2 Unlock Healthcare Transformation with Growth Mindset

การเปลี่ยนแปลง (transformation) เชิงระบบโดยการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในระบบบริการสุขภาพที่จะต้องเผชิญกับความกลัว (fear zone) ของผู้คนที่มีความกังวลที่แตกต่าง การเปลี่ยนแปลงไปจากระบบบริการที่คุ้นเคยกับการมาโรงพยาบาลแบบเดิม ๆ เป็นการเข้าถึงระบบบริการจากที่บ้าน การเปลี่ยนวิธีการวินิจฉัยโรคเป็นการประเมินสถานะสุขภาพด้วยตัวเอง ผ่านนาฬิกาที่ข้อมือ หรือการเปลี่ยนวิธีการรักษาการผ่าตัดจากศัลยแพทย์เป็นหุ่นยนต์ เมื่อมีกลุ่มคนที่เชื่อว่าทำได้ ก้าวข้ามข้อจำกัดและทดลองทำ จึงเกิดการเรียนรู้ (learning zone) และการเกิดการเปลี่ยนแปลงที่แปลกใหม่ (growth zone) ในระบบบริการสุขภาพ แนวคิดเรื่อง Growth Mindset เชิงระบบนำไปสู่ Unlock Healthcare Transformation

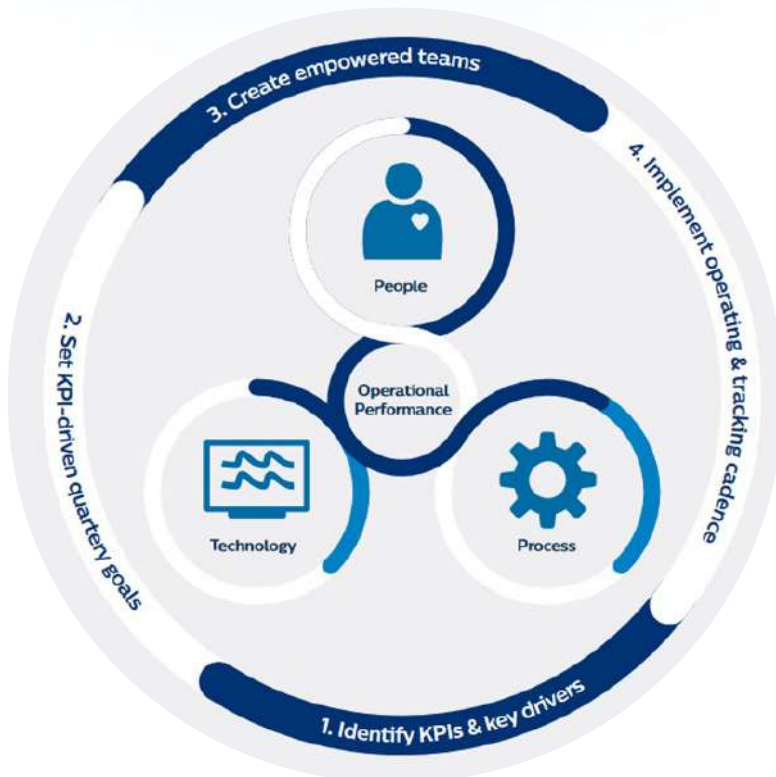
ในปี ค.ศ. 2021 มีการเสนอ The Growth Mindset Model ซึ่งเป็นรูปแบบการบริหารจัดการที่ชาญฉลาด (operational intelligence) สำหรับองค์กรสุขภาพ โดยวิธี Holistic Approach ที่บูรณาการการบริหารจัดการคน (people management) การจัดการกระบวนการ (process management) และการบริหารจัดการด้วยเทคโนโลยี (technology management) ไปด้วยกัน เป็น Service-based Healthcare Model ที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมของผู้คนทั้งผู้ให้และผู้รับบริการเป็นทีม นำไปสู่ Operation Performance ที่ดีภายใต้หลักคิดการดูแลผู้ป่วยเป็นกิจกรรมของมนุษย์ที่เทคโนโลยีไม่สามารถแทนที่ได้แต่เป็นเพียงกลไกที่เข้ามาช่วยสนับสนุน องค์กรจึงควรที่จะสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนและเปิดโอกาสให้บุคลากรสามารถมีแนวคิดสร้างสรรค์ แตกต่าง เพื่อออกแบบระบบและกระบวนการทำงานแบบ Growth Mindset เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนและท้าทายในโลกและสังคมปัจจุบัน

“Care is a human activity. Technology is not there to replace caregivers, it is there to support them.”

Dawn Bruce, Philips Services & Solutions Delivery Leader, Canada.

การบริหารจัดการที่ชาญฉลาด (Operational Intelligence) จะผ่านกระบวนการกำหนดเป้าหมายและแผนการดำเนินการร่วมกันในทีม โดยใช้เทคโนโลยีเป็นกลไกสนับสนุนทั้งระบบบริการและการติดตามผลลัพธ์ และมีการกำหนด Operation Performance โดย

1. Identify KPIs & Key Driver ระบุ KPI ที่สำคัญ และกลไก ปัจจัย หรือผู้ที่มีผลต่อการขับเคลื่อนสัมฤทธิ์ผล
2. Set KPI-driven Quarterly Goals กำหนดเป้าหมายรายไตรมาสที่ขับเคลื่อนด้วย KPI โดยมีการติดตามผลเป็นระยะ
3. Create Empowered Teams เสริมพลังในการขับเคลื่อนด้วยทีมอย่างต่อเนื่อง
4. Implement Operating & Tracking Cadence มีการส่งเสริมการดำเนินงานและมีการติดตามในจังหวะที่เหมาะสม



ภาพที่ 6 The Growth Mindset Model⁶

กลยุทธ์สำคัญที่จะปลดล็อกการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวัง มี 3 ประการ ได้แก่

1) การคิดนอกกรอบ (thinking out of the box) การมุ่งการพัฒนาบริการด้วยกรอบแนวความคิดใหม่ (new mindset) ที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนระยะยาวมากกว่าระยะสั้น คำนึงถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพคู่ไปกับค่าใช้จ่ายการลงทุน คำนึงเรื่องความคุ้มค่าในมิติคุณค่าที่ได้รับบริการทั้งผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ประสบการณ์ผู้ป่วย ความเป็นธรรมในระบบบริการ และสุขภาวะของผู้ให้บริการกับการทุ่มทุนในการจัดระบบบริการที่เหมาะสมทั้งคุณภาพและปริมาณจากการดำเนินงาน

2) การคิดใหม่ในการกำกับการดำเนินงาน (rethink governance) เป็นการเปิดรับนวัตกรรมใหม่และเปลี่ยนวิธีการกำกับการดำเนินงานเป็นลักษณะสร้างการเรียนรู้ ทดลองปฏิบัติ ร่วมแก้ปัญหา สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาต่อเนื่องแทน ตามกำกับตรวจสอบ

3) การสร้างทีมบูรณาการร่วม (great teams think unlike) ระหว่างทีมทางคลินิก (clinical) ทีมเทคโนโลยีสารสนเทศ (information technology) และทีมปฏิบัติการ (operations) กำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกันเพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาบริการสุขภาพที่มีคุณค่า และให้ผลลัพธ์สุขภาพที่ดีกว่า ภายใต้ความสามารถที่แตกต่าง เพื่อเติมเต็มและสรรค์สร้างสิ่งใหม่แต่เป้าหมายเดียวกัน

⁶Operational Intelligence

1.3.3 Key Drivers for Healthcare System Leader Prioritize



Patient Loyalty in a More Competitive Environment



Workforce Strategy and Adaption



Manage Financial Pressures through Smart Short-, Mid- and Long-term Growth Strategies



Build Operational Effectiveness and Improve Patient Care to Drive Total Quality Transformation



Develop a Spend Management Strategy



ตลอดระยะเวลา 3 ปี ในสถานการณ์ระบาดใหญ่ของ COVID-19 ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้ทบทวนระบบบริการสุขภาพ และมีรายงานเรื่อง The Growth Mindset for 2023 ได้เสนอ 5 ปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญ (key drivers) ที่ผู้นำระบบบริการสุขภาพควรให้ความสำคัญ ได้แก่

1) Patient Loyalty in a More Competitive Environment การพัฒนาระบบบริการในกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่เน้น People-centred Care เพื่อเพิ่มความภักดี (loyalty) และความผูกพัน (engagement) ของผู้รับบริการต่อสถานพยาบาลภายใต้สภาวะการแข่งขันที่สูงภายใต้แนวคิด Patients are Consumers Who have More Options นำไปสู่การออกแบบ

ระบบบริการที่ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการในรูปแบบต่าง ๆ ความสะดวก ราคาที่เหมาะสม และตอบสนองความต้องการรายบุคคล เป็นทิศทางการออกแบบระบบบริการที่ต้องคำนึงถึงการรับฟังความต้องการ ความคาดหวังของผู้รับบริการ สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 บทที่ 1-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

2) Workforce Strategy and Adaption การให้ความสำคัญกับบุคลากร การปรับกลยุทธ์ใหม่สำหรับการบริหารและดูแลบุคลากร ให้สามารถใช้ศักยภาพได้อย่างเต็มที่ และผูกพันกับองค์กร สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 บทที่ 1-5 บุคลากรโดยกลยุทธ์ใหม่ ๆ ประกอบด้วย การส่งเสริมพัฒนาให้บุคลากรมีทักษะที่หลากหลาย (multi-skill) เพิ่มขีดความสามารถของผู้บริหารให้ได้รับการรองหรือมีใบอนุญาตในระดับสูงสุดของทักษะที่จำเป็น และสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้ทุกคนเห็นคุณค่าและความหมายของงานและของตน

3) Manage Financial Pressures through Smart Short-, Mid- and Long-term Growth Strategies การใช้กลไกทางการเงินหรือการจัดการงบประมาณในการบริหารอย่างมีกลยุทธ์ มีการวางแผนบริหารจัดการระยะสั้นที่มุ่งเน้นการเข้าถึงในการดูแลผู้ป่วยระยะฉับพลัน (acute care) และบริการปฐมภูมิ (primary care) การจัดการระยะกลางที่มุ่งเน้นการบริการที่มีคุณภาพ (quality of care) และการจัดการระยะยาวที่มุ่งเน้นการดูแลต่อเนื่องและการลดผู้ป่วยใหม่ที่จะต้องมีการกำหนด คาดการณ์ ค่าใช้จ่าย ภายใต้การคำนวณความคุ้มค่าคุ้มทุนอย่างเหมาะสม ซึ่งต้องเป็นการบริหารจัดการกลไกการขับเคลื่อนทางการเงินแบบมองไปข้างหน้า

4) Build Operational Effectiveness and Improve Patient Care to Drive Total Quality Transformation การบริหารจัดการกระบวนการดูแลผู้ป่วยเชิงระบบให้ได้รับบริการ Right Level of Care at the Right Place โดยมีการพัฒนาระบบข้อมูลของผู้ป่วยที่เชื่อมโยงเข้าถึงได้และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพ เพื่อส่งมอบระบบบริการสุขภาพที่มีคุณค่า (value-base healthcare) และประสบการณ์ที่ดีให้กับผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

5) Develop a Spend Management Strategy พัฒนากลยุทธ์การจัดการที่มุ่งเน้นการบริหารทรัพยากรที่มากไปกว่าภายในห่วงโซ่อุปทาน แต่ครอบคลุมทรัพยากรทั้งหมด ได้แก่ Organization Resources ที่ครอบคลุม งาน คน เงิน ของ ขององค์กร, Patient Resources ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษา ค่ายารักษาโรค ค่าเดินทางของผู้ป่วย รวมไปถึง ต้องคำนึงความรู้ ความเข้าใจ ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย, Supplier Resources การสร้างความเข้าใจ ขอบเขต ศักยภาพ รวมถึงข้อตกลงในการดำเนินงานร่วมกับ Supplier มีความสำคัญสำหรับการประมาณการในการบริหารจัดการองค์กรในสิ่งที่ทำได้เองหรือการให้ Supplier สนับสนุนการดำเนินงานขององค์กร และ Community Resources ที่ความต้องการทรัพยากรของแต่ละพื้นที่จะมีความแตกต่างกัน ทั้งสิ่งแวดล้อม ข้อกำหนดด้านสุขภาพของแต่ละชุมชนที่สะท้อน

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของแต่ละพื้นที่ ต้นทุนพลังของชุมชน ทั้งในส่วประชาชน อสม. หรือทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีค่าในแต่ละชุมชน ซึ่งทั้ง 5 กลุ่มทรัพยากรต้องมีการบูรณาการระบบบริหารจัดการเพื่อต่อยอดการพัฒนา



1.4 การนำแนวคิด Growth Mindset สู่การปฏิบัติ

ในภาพรวมการดูแลสุขภาพที่พัฒนาอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน การเปิดรับ Growth Mindset ถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น Growth Mindset ส่งเสริมให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเรียนรู้ ปรับตัว และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งท้ายที่สุดจะนำไปสู่ผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่ดีขึ้นและการส่งมอบการดูแลสุขภาพโดยรวมที่ดีขึ้น บทความนี้ เจาะลึกแนวคิดเรื่อง Growth Mindset และความสำคัญของกรอบความคิดในการส่งเสริมนวัตกรรม การทำงานร่วมกัน และการพัฒนาทางวิชาชีพภายในระบบการดูแลสุขภาพ

1. การทำความเข้าใจ Growth Mindset: Growth Mindset ซึ่งกำหนด โดย นักจิตวิทยา ศ.ดร. แครอล เอส ดเว็ค คือความเชื่อที่ว่า ความฉลาด ความสามารถ และทักษะไม่ใช่คุณลักษณะที่ตายตัว แต่สามารถพัฒนาได้ผ่านการอุทิศตน ความพยายาม และความเต็มใจที่จะเรียนรู้จากความผิดพลาด Growth Mindset ส่งเสริมให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพมองว่าความท้าทายเป็นโอกาสในการเติบโตมากกว่าความล้มเหลว ส่งเสริมความสามารถในการฟื้นตัวและความมุ่งมั่นในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
2. ส่งเสริมนวัตกรรมและความสามารถในการปรับตัว: ในสภาพแวดล้อมด้านการดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว นวัตกรรมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Growth Mindset ส่งเสริมให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพคิดอย่างสร้างสรรค์ ทำทหายสภาพที่เป็นอยู่ และค้นหาวิธีแก้ปัญหาที่เป็นนวัตกรรมสำหรับปัญหาที่ซับซ้อน องค์กรด้านการดูแลสุขภาพหันมาใช้ Growth Mindset เพื่อสร้างวัฒนธรรมที่ส่งเสริมการทดลอง การกล้าเสี่ยง และการแสวงหาแนวทางใหม่ ๆ ซึ่งท้ายที่สุดจะนำไปสู่ความก้าวหน้าในการรักษา เทคโนโลยี และวิธีการให้บริการดูแล



3. การส่งเสริมการทำงานร่วมกันและการทำงานเป็นทีม: Growth Mindset เน้นพลังของการทำงานร่วมกันและความฉลาดโดยรวม ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพที่มี Growth Mindset มีแนวโน้มที่จะเห็นคุณค่าของมุมมองที่หลากหลาย กระตือรือร้นในการขอความคิดเห็น และทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน กรอบความคิดในการทำงานร่วมกันนี้ส่งเสริมวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม การแบ่งปันความรู้ และการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งช่วยให้ทีมดูแลสุขภาพสามารถให้การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางแบบบูรณาการมากขึ้น
4. การดูแลรักษาการพัฒนาวิชาชีพ: การเรียนรู้อย่างต่อเนื่องและการพัฒนาทางวิชาชีพมีความสำคัญสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการตามทันความก้าวหน้าล่าสุดและแนวปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ Growth Mindset ส่งเสริมให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพแสวงหาโอกาสในการเรียนรู้ เช่น การเข้าร่วมการประชุม การเข้าร่วมเวิร์คช็อป และการได้รับใบรับรองขั้นสูง การดูแล Growth Mindset ช่วยให้องค์กรด้านการดูแลสุขภาพสามารถสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการเรียนรู้ตลอดชีวิตและให้อำนาจแก่ผู้ประกอบวิชาชีพในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่อง
5. การเอาชนะความท้าทายและการยอมรับความสามารถในการฟื้นตัว: การดูแลสุขภาพเต็มไปด้วยความท้าทาย รวมถึงจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ข้อจำกัดด้านทรัพยากร และสภาพแวดล้อมการทำงานที่มีความต้องการสูง Growth Mindset ช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพมีความยืดหยุ่นและความมุ่งมั่นที่จำเป็นในการเอาชนะความท้าทายเหล่านี้ แทนที่จะถูกขัดขวางจากความล้มเหลว ผู้ที่มี Growth Mindset มองว่าสิ่งเหล่านี้เป็นโอกาสในการเรียนรู้ ปรับปรุง และท้าทายที่สุด คือ การดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุด

การเปิดรับ Growth Mindset ถือเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุด ด้วยการส่งเสริมวัฒนธรรมการทำงานร่วมกัน และการพัฒนาทางวิชาชีพ Growth Mindset ช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสามารถปรับตัวเข้ากับภูมิทัศน์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เอาชนะความท้าทาย และมอบการดูแลผู้ป่วยที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ในท้ายที่สุด เนื่องจากองค์กรและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพมุ่งมั่นที่จะปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง การปลูกฝัง Growth Mindset จึงเป็นเครื่องมืออันทรงพลังที่สามารถปฏิวัติอุตสาหกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นได้





พญ.มีขจรพร ลิ้มมีสงญาเลิศ
ผู้อำนวยการสภามรเมธโรดคุณภาพสภามหาวิทยาลัย

มีความสุขกับการเรียนรู้สิ่งใหม่ สนุกกับทุกเรื่องที่ทำกาย
หาความหมายชีวิตจากอุปสรรคและปัญหา
เชื่อเถอะว่าเราจะทำมันได้

ฮั๊บ ๆ และยิ้มเข้าไว้
เราเติบโตและเปลี่ยนแปลงได้ทุกคน



รพ.อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล

ผู้ทรงคุณวุฒิ สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ลองใคร่ครวญว่าเรามี **โอกาส** สร้างคุณค่าอะไรให้กับเพื่อนร่วมโลก
เราจะ **ร่วมมือ** กับผู้อื่นสร้างคุณค่าขึ้นได้อย่างไร ค้นหาคำความหมายและ

ปลดปล่อยศักยภาพในทุกเรื่องราว

ที่ผ่านมือเรา และปลดปล่อยตัวเองจากพันธนาการที่ไม่มีประโยชน์

ตอนที่ **2**

***Update Knowledge of Quality
Development and Safety***



2.1 2-Axis Swiss Cheese Root Cause Analysis

นพ.อนวัจน์ ศุภชาติกุล
ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

เกริ่นนำ

เป้าหมายสำคัญของการบริหารความเสี่ยง (risk management) คือการป้องกันมิให้เกิดอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งหัวใจสำคัญที่สุดที่จะป้องกันก็คือการเรียนรู้เป็นการเรียนรู้จากอุบัติเหตุเพื่อดูว่าระบบมีช่องโหว่อะไร และดำเนินการอย่างเข้มข้นที่จะสร้างระบบและวัฒนธรรมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น

เครื่องมือสำคัญของการเรียนรู้จากอุบัติเหตุคือการทำ Root Cause Analysis (RCA)

นิยาม “Root Cause” คือ สาเหตุพื้นฐานที่สุดที่สามารถระบุได้อย่างสมเหตุสมผล (อาจจะมึสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุก็ได้) ซึ่งผู้บริหารมีอำนาจที่จะปรับปรุงแก้ไข และเมื่อปรับปรุงแก้ไขแล้วจะป้องกันหรือลดโอกาสที่จะเกิดปัญหาดังกล่าวซ้ำ (ถ้าลดปัญหา ก็เป็นการลดอย่างมีนัยสำคัญ) [The most basic cause (or causes) that can reasonably be identified that management has control to fix and, when fixed, will prevent (or significantly reduce the likelihood of) the problem’s recurrence]

จะเห็นว่ามีความสำคัญที่ต้องใส่ใจอยู่หลายคำ เช่น สาเหตุพื้นฐานที่สุด ระบุได้อย่าง สมเหตุสมผล ผู้บริหารมีอำนาจปรับปรุงแก้ไข ป้องกันหรือลดโอกาสที่จะเกิดปัญหาซ้ำ สิ่ง ที่ฟังตระหนักให้มากที่สุดก็คือเราไม่ได้ทำ RCA เพื่อให้รู้ Root Cause แต่เพื่อป้องกันหรือลดปัญหา ในอนาคต และทั้งหมดเป็นเรื่องของการเรียนรู้ กล่าวคือเรียนรู้ว่าอะไรคือสาเหตุ แล้วนำมา เรียนรู้ต่อว่าจะป้องกันการเกิดซ้ำได้อย่างไร

ในประเทศแคนาดา ได้เปลี่ยนการใช้คำว่า RCA ไปเป็น Incident Analysis เพื่อป้องกันการติดกับของการค้นหาสาเหตุเพียงสาเหตุเดียว



ภาพที่ 7 Canadian Incident Analysis Framework⁷

Canadian Patient Safety Institute (CPSI) ร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้พัฒนา Canadian Incident Analysis Framework ขึ้นเป็นส่วนหนึ่งของ Incident Management Continuum สรุปได้ว่าภายใต้ Framework ดังกล่าว Incident Analysis คือการวิเคราะห์ เมื่อเกิดอุบัติการณ์ (incident) หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event) เพื่อตอบคำถามต่อไปนี้

⁷Canadian Patient Safety Institute, 2012. Canadian Incident Analysis Framework

- (1) เกิดอะไรขึ้น (incident/adverse event)
- (2) เกิดขึ้นอย่างไร และทำไมจึงเกิดขึ้น (root causes)
- (3) จะทำอะไรได้บ้างเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดซ้ำและทำให้การดูแลปลอดภัยยิ่งขึ้น (action)
- (4) ได้เรียนรู้อะไร จะแบ่งปันบทเรียนกันอย่างไร (learning)

ทั้งนี้โดยมีเป้าประสงค์สำคัญ (overarching goals) คือ การยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร การส่งเสริมการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง การกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และเผยแพร่ความรู้ทั้งภายในและออกไปนอกองค์กร การเพิ่มประสิทธิผลของการจัดการอุบัติการณ์ การปรับปรุงความสำเร็จในการใช้

ที่มาของ 2-Axis Swiss Cheese Model

James Reason^{8,9} เสนอว่าการพิจารณาปัญหาที่เกิดจากความผิดพลาดของมนุษย์ (human error problem) นั้นมี 2 Approach คือ Person Approach กับ System Approach

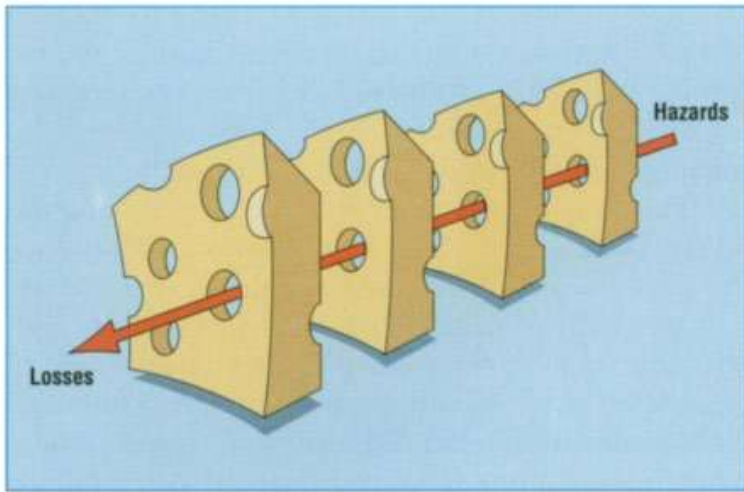
โดย Person Approach จะเน้นไปที่การกระทำที่ไม่ปลอดภัย (unsafe acts) ของผู้คนที่ Sharp End (จุดปฏิบัติงาน) ซึ่งมาจาก Mental Process ขณะที่ System Approach จะมองว่าความผิดพลาดของมนุษย์เป็นผลที่ตามมามากกว่าที่จะเป็นสาเหตุ ส่วนสาเหตุนั้นเป็นปัจจัยเชิงระบบที่อยู่ต้นน้ำ (upstream) จุดเน้นของการพิจารณาอยู่ที่ปราการป้องกันของระบบ (system defense) เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขึ้น จะต้องหาคำตอบว่าปราการเหล่านั้นล้มเหลวได้อย่างไร เพราะเหตุใด

James Reason ได้เสนอ Swiss Cheese Model of System Accidents กล่าวคือระบบจะมีปราการป้องกันเป็นชั้น ๆ ซ้อนกันหลายชั้น เช่น ระบบของเทคโนโลยี ระบบที่ต้องพึ่งคน ระบบที่ต้องพึ่งระเบียบปฏิบัติและการควบคุมของผู้บริหาร เป็นต้น โลกในอุดมคติก็คือ

⁸ Reason, J.(1990). Human error. New York: Cambridge University Press.

⁹ Reason, J. (2000). Human error: models and management. BMJ 2000; 320: 768-70.

ปราการป้องกันแต่ละชั้นจะทำงานได้สมบูรณ์ แต่ในโลกความเป็นจริง ปะการป้องกันแต่ละชั้นจะมีรูโหว่ มีหลายรู มีการเปิด ๆ ปิด ๆ และย้ายตำแหน่งอยู่ตลอดเวลา เมื่อไรก็ตามที่รูโหว่ของปราการป้องกันทุกชั้นมาอยู่ในตำแหน่งตรงกันก็จะเปิดโอกาสให้วิถีกระสุนของโอกาสเกิดอุบัติเหตุ (trajectory of accident opportunity) ไปกระทบกับผู้ใช้เสียหาย



The Swiss cheese model of how defences, barriers, and safeguards may be penetrated by an accident trajectory

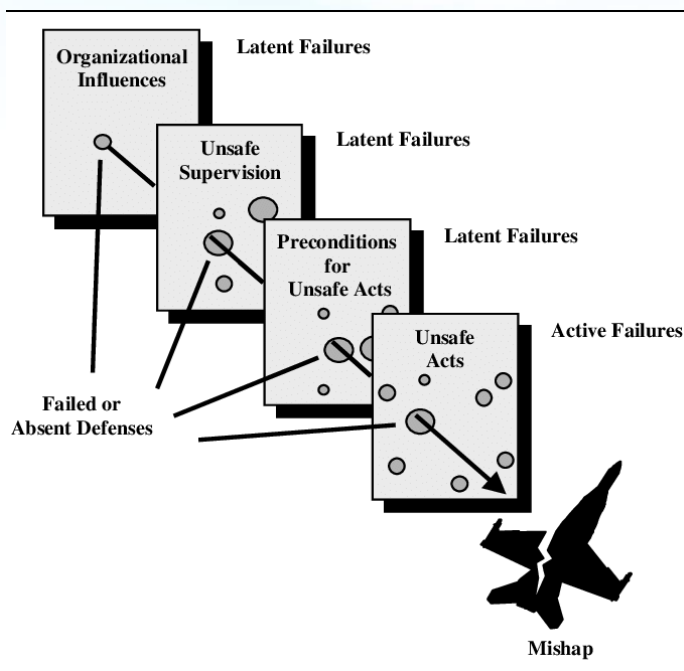
ภาพที่ 8 Swiss Cheese Model ของ James Reason

James Reason เสนอต่อไปว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกเหตุการณ์เป็นผลรวมของปัจจัยสองชุด คือ

- (1) **ความล้มเหลวจากการกระทำ (active failures)** ได้แก่ การกระทำที่ไม่ปลอดภัย (unsafe acts) ซึ่งกระทำโดยบุคคลที่สัมผัสโดยตรงกับผู้ป่วยหรือระบบ อาจเกิดจากความพลั้งเผลอหรือเจตนา
- (2) **ปัจจัยแวดล้อมที่ซ่อนเร้น (latent conditions)** เป็นตัวก่อโรคที่อาศัยอยู่ในระบบ (resident pathogen within the system) ซึ่งมาจากการตัดสินใจของผู้ออกแบบ ผู้สร้าง ผู้เขียนระเบียบปฏิบัติ และผู้บริหารระดับสูง การตัดสินใจนี้ นำมาสู่ผลที่ไม่พึงประสงค์ได้โดยสร้างปัจจัยแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดความผิดพลาดหรือสร้างรูโหว่ถาวรทิ้งไว้ในปราการป้องกัน ปัจจัยกลุ่มนี้ยากที่จะมองเห็น แต่หากพบจะสามารถปรับปรุงแก้ไขได้ก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และนำไปสู่ Proactive Risk Management

ในปี 2000 Scott A. Shappell และ Douglas A. Wiegmann ได้จัดทำรายงาน The Human Factors Analysis and Classification – HFACS โดยปรับปรุง Swiss Cheese Model ของ James Reason ให้มีความชัดเจนขึ้น กล่าวคือ จำแนกความล้มเหลวที่แฝงเร้น (latent failure) ออกเป็น

- (1) สภาวะหรือเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดการกระทำที่ไม่ปลอดภัย (precondition for unsafe acts)
- (2) การกำกับดูแลที่ไม่ปลอดภัยหรือไม่เพียงพอ (unsafe supervision)
- (3) อิทธิพลขององค์กร (organizational influence) ดังภาพ



ภาพที่ 9 Swiss Cheese Model ที่ปรับปรุงโดย Shappell & Wiegmann

จากการศึกษา VDO เรื่อง “Patient Safety: Preventing Serious Incidents”¹⁰ ซึ่งจัดทำโดย Manchester Mental Health and Social Care NHS Trust นำกรณีตัวอย่างของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชซึ่งพยายามฆ่าตัวตายมาแสดงให้เห็น Swiss Cheese Model ที่ผสมผสานทั้งกระบวนการดูแลผู้ป่วยและระบบงานที่เกี่ยวข้อง

¹⁰ <https://www.youtube.com/watch?v=NWL4kbiWypk>



ภาพที่ 10 Swiss Cheese Model ของ Manchester Mental Health and Social Care NHS Trust



ภาพที่ 11 Swiss Cheese Model ที่สะท้อนช่องโหว่ในกระบวนการดูแลที่ส่งผลต่อปฏิบัติการ

ในการประชุม CoP RM เมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2560 ผู้เขียนได้นำเสนอต่อที่ประชุมว่า ในการทำ RCA นั้นควรพิจารณา Swiss Cheese ใน 2 ระนาบ คือขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยก็อาจมีรูโหว่ที่ส่งผลต่อกัน และในแต่ละการกระทำที่ไม่ปลอดภัยนั้น ก็ควรมีการสืบสาวปัจจัยทั้งในระดับพื้นที่ปฏิบัติงาน (local workplace factors) และระดับองค์กร (organizational factors)



ภาพที่ 12 การประยุกต์ใช้ Swiss Cheese Model เป็น 2 ระนาบ

การพัฒนา RCA Template

เพื่อกระตุ้นให้มีการวิเคราะห์ RCA โดยใช้แนวคิด Swiss Cheese สองระนาบ เมื่อปี 2565 ผู้เขียนได้พัฒนา Easy RCA Template ขึ้นบนโปรแกรม Excel โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ชี้แนะข้อมูลสำคัญที่ควรสรุปให้ได้ในระหว่างการทำ RCA (2) ชี้แนะการระบุ Potential Change หรือ Unsafe Act ตามลำดับขั้นของกระบวนการทำงาน (3) ชี้แนะการวิเคราะห์ Root Cause ให้ไปถึงการออกแบบกระบวนการทำงานใหม่ การใช้หลัก Human Factor และบทบาทของผู้บริหาร

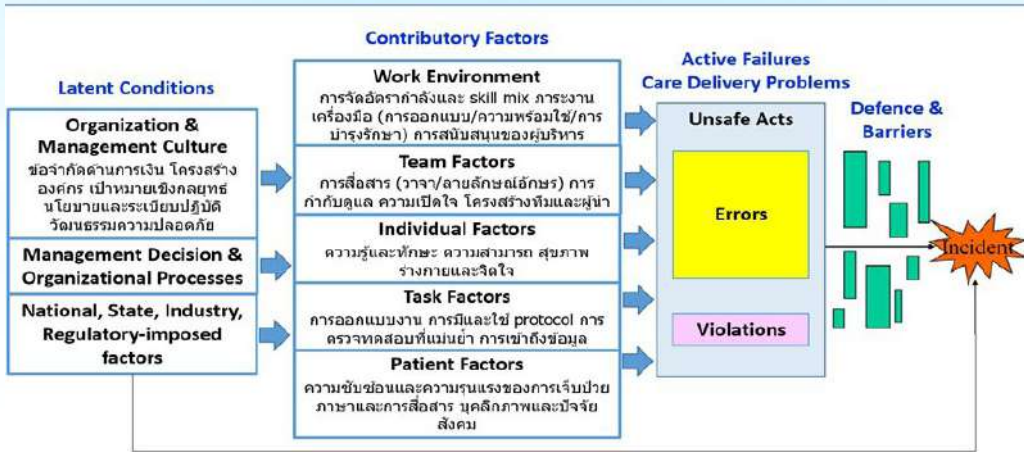
Template for Easy RCA									
Formal action for team: (ทีม/Task/Project)									
Clinical Information		ข้อมูลเบื้องต้น							
Incident start	วันที่และเวลาที่เริ่ม								
Change date	รายชื่อผู้เกี่ยวข้อง								
Investigator	ชื่อของ Investigator								
Diagnosis	กรณีศึกษา								
Superficial cause (if any)	สาเหตุที่มองเห็นได้								
Other issues	ข้อสังเกตอื่น ๆ								
Investigation	ขั้นตอนการสอบสวน								
Diagnosis	การวินิจฉัยสาเหตุของเหตุการณ์								
Superficial cause (if any)	สาเหตุที่มองเห็นได้ (ถ้ามี)								
Next Process		Unsafe Act / Unsafe Practice		Latent Factors			Immediate Causes		
Investigator	ชื่อของ Investigator	Expert/Non-Expert/Action Not Done	High-Risk/Not Patient Factor	Not High-Risk/Not Immediate Cause (Staff Factor)	Immediate Cause: Staff/Device	Not Immediate Cause: Patient Factor	Latent factors: Action Not Done	Other Cause/Action Not Done/Other Staff	Summary/Action
Other issues		ข้อสังเกตอื่น ๆ							
บทสรุป		Potential Change / Unsafe Act		Team Lesson		Corrective Solution			
1									
2									
3									
4									
5									
6									

ภาพที่ 13 Easy RCA Template

แนวคิดในการนำ Easy RCA Template ไปใช้มีดังนี้

1. ยึดขั้นตอนการทำ RCA 5 ขั้นตอนที่ สรพ. แนะนำไว้
2. เน้นการระบุรายละเอียดเกี่ยวกับอุบัติการณ์และข้อมูลทางคลินิกให้มีความชัดเจน จำเพาะ โดยไม่ต้องเสียเวลากับรายละเอียด สิ่งที่จะละเลยไม่ได้ก็คือการตัดสินใจและการกระทำของผู้เกี่ยวข้องในช่วงเวลาต่าง ๆ
3. การวิเคราะห์กระบวนการที่เกี่ยวข้อง จะมีทั้งช่วงก่อนเกิดอุบัติการณ์และหลังเกิดอุบัติการณ์ ซึ่งผู้ใช้จะต้องเติมกระบวนการเหล่านี้เองตามความเหมาะสม ที่จะเชื่อมโยงกระบวนการดูแลทั้งหมดกับการเกิดอุบัติการณ์ และสิ่งที่จำเป็นต้องทำทั้งหมดเพื่อบรรเทาความรุนแรงของผลกระทบจากอุบัติการณ์
4. การวิเคราะห์ Potential Change หรือ Unsafe Act ตามลำดับชั้นของกระบวนการ ทำให้เห็นลักษณะของ Swiss Cheese ในลักษณะหนึ่ง และช่วยให้มองหา Potential Change ได้ครอบคลุมมากขึ้น
5. การหาข้อมูลอย่างรอบด้านมีความสำคัญที่จะทำให้เข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ควรศึกษาประสบการณ์ของผู้รู้ในเอกสารแนบ และควรใช้หลัก Empathy ในการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง (เห็นอะไร ได้ยินอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอะไร ทำอะไร)
6. การวิเคราะห์ Root Cause โดยใช้ Organization Accident Causation Model ของ Adam S. & Vincent C. ทำให้เรามองเห็นปัจจัยเชิงระบบได้เป็นลำดับขั้นขึ้น อาจเรียกว่าเป็น Swiss Cheese ในอีกรูปแบบหนึ่ง

7. การออกแบบกระบวนการทำงานหรือความสัมพันธ์ระหว่างคนทำงานกับสิ่งแวดล้อม โดยใช้หลัก Human Factors จะทำให้ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุร้ายด้วยสาเหตุที่ค้นพบได้ดีขึ้น

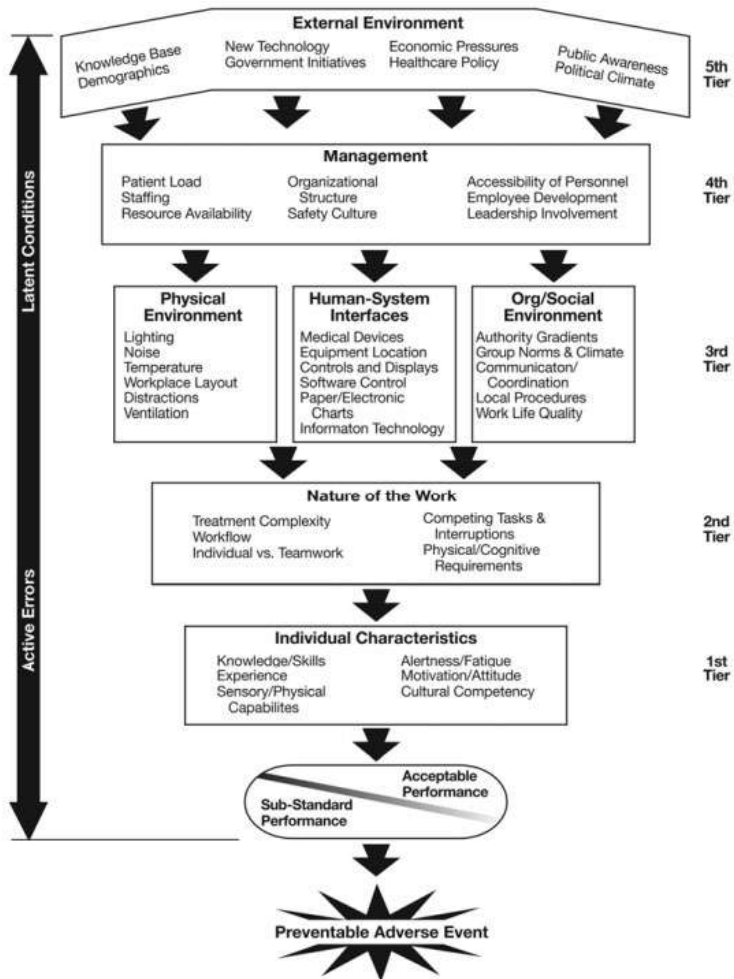


ภาพที่ 14 Organizational Accident Causation Model ของ Adam S & Vincent C ¹¹

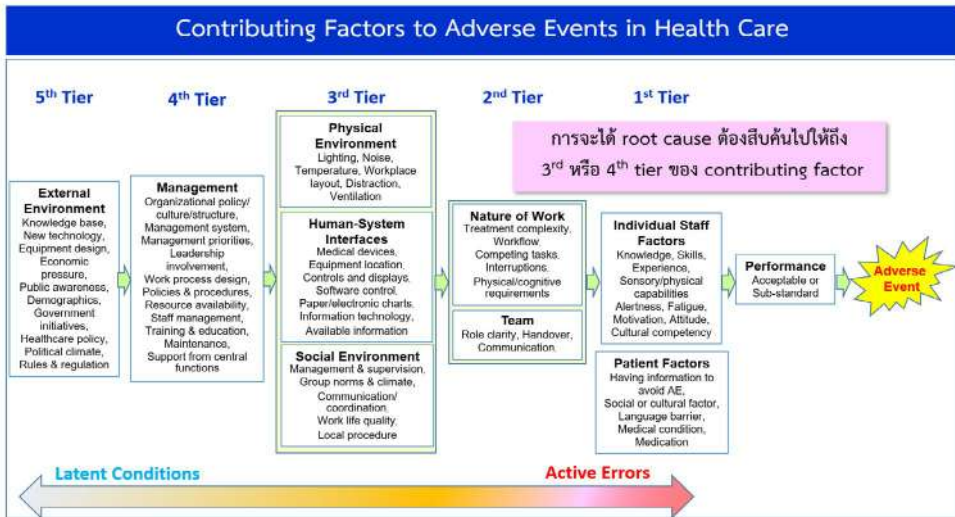
Template นี้ได้ใช้แนวคิด 5 Tiers of Contributing Factors to Adverse Event in Healthcare ของ Kerm Henriksen et al¹² โดยผู้เขียนได้นำรายละเอียดบางส่วน ของ Canadian Incident Analysis Framework และ Organizational Accident Causation Model ของ Adam S. & Vincent C. มาใส่เพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ขึ้น และกำหนดให้แต่ละ Column เป็นปัจจัยก่อเหตุแต่ละระดับชั้น โดยให้เชื่อมโยงกับ Unsafe Act หรือ Potential Change แต่ละการกระทำ

¹¹ Taylor-Adams S, Vincent C. London, UK: Clinical Safety Research Unit, Imperial College London; 2004.
¹² Kerm Henriksen et al. Understanding Adverse Events: A Human Factors Framework. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based handbook for Nurses.

Figure 1. Contributing Factors to Adverse Events in Health Care



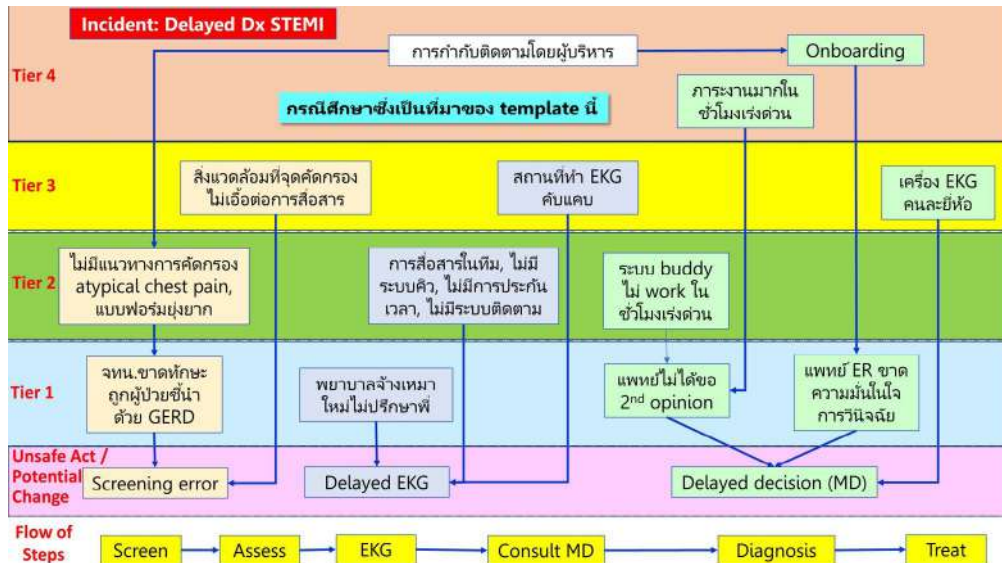
ภาพที่ 15 Contributing Factors to Adverse Events in Health Care โดย Kerm Henriksen



นพ.อนุวัฒน์ ชุมภูพิบูล ปรึกษาจาก Kern Henriksen et al. & Canadian Incident Analysis Framework

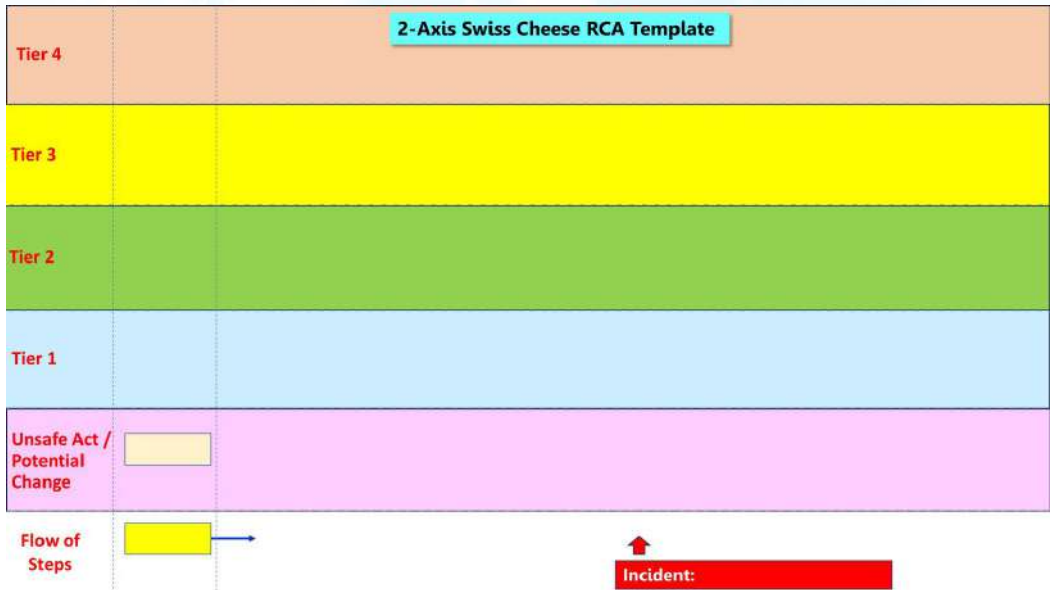
ภาพที่ 16 Contributing Factors to Adverse Events in Health Care ที่ผู้เขียนปรับปรุง

ในช่วงปี 2566 ผู้เขียนได้รับฟังการนำเสนอผลการทำ RCA ของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมประชุมกับ สรพ. แล้วก็เกิดความคิดที่จะสรุปผลการทำ RCA นั้นออกมาเป็น 2 ระนาบ ให้เป็นที่เข้าใจได้ง่าย ๆ ดังภาพ



ภาพที่ 17 ผลการทำ RCA จากกรณีศึกษาโดยใช้แนวคิด Swiss Cheese Model 2 ระนาบ

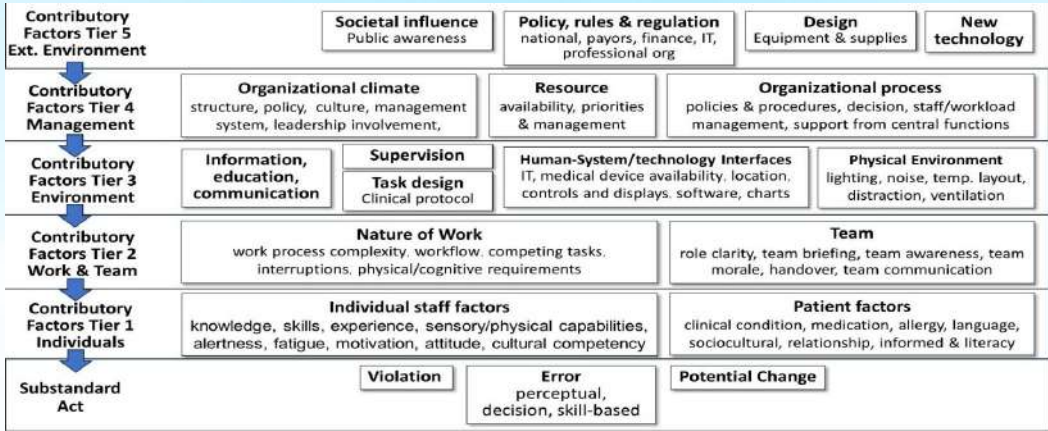
หลังจากที่เผยแพร่แผนภูมินี้ออกไป ก็ได้มีความพยายามที่จะนำไปใช้ประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นพ.ปริญญา สันติชาติงาม บอกว่านำเอาแผนภูมินี้ไปทำเป็น Template บนกระดาษ A3 เพื่อใช้ในการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งเป็นตัวช่วยให้ทีมเกิดความเข้าใจ ในความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ และสามารถuibันทึกข้อมูลในระหว่างการวิเคราะห์ไปด้วย ผู้เขียนเห็นว่าถ้าเช่นนั้นก็ควรใช้แผนภูมิอันนี้แทน Easy RCA Template ที่เป็น Excel ไปเสียเลย และปรับ Template เป็นดังนี้



ภาพที่ 18 Two-Axis Swiss Cheese RCA Template (มกราคม 2567)

ตัว Box ทางซ้ายมือมีไว้เพื่อให้ Copy ไปใช้ประโยชน์สำหรับแต่ละกรณี ซึ่งอาจจะมีจำนวนขั้นตอนที่เกี่ยวข้องและจำนวน Unsafe Act หรือ Potential Change ไม่เท่ากัน

เส้นประในแนวตั้งมีไว้เพื่อเตือนใจว่าแต่ละ Unsafe Act นั้นมีปัจจัยก่อเหตุเฉพาะของตัวเอง ซึ่งควรใช้คำถาม Why ไล่ถามไปตาม Guidelines ข้างล่างนี้

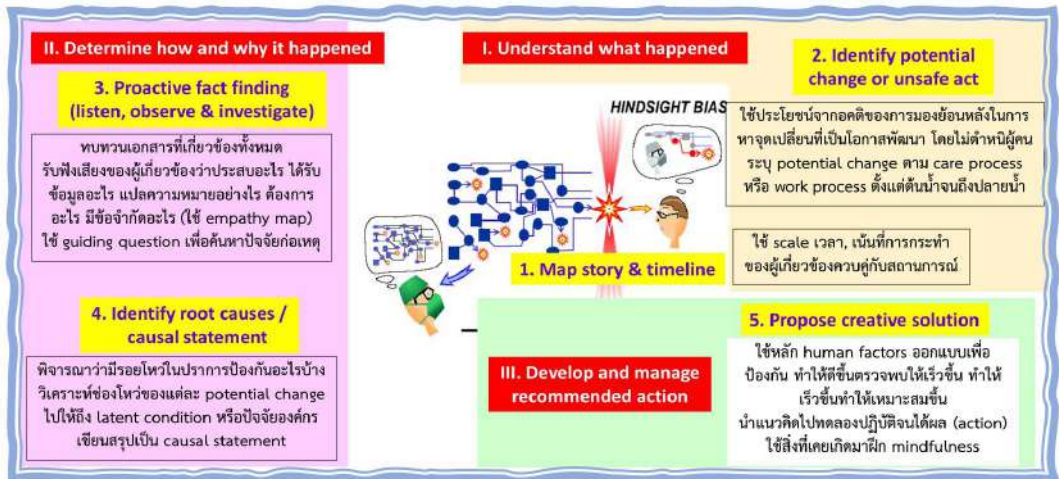


Flow of Steps

ภาพที่ 19 Guidelines สำหรับพิจารณาปัจจัยก่อเหตุในแต่ละระดับชั้น

สำหรับขั้นตอนของการทำ RCA โดยใช้ 2-Axis Swiss Cheese RCA Template นั้นก็ยังคงใช้ 5 ขั้นตอนตามที่ สรพ. แนะนำ

ขั้นตอนของการทำ RCA



อนุวัฒน์ ศุภชุตikul (13 สิงหาคม 2566) ปรับจาก "ภาพฝัน ความปลอดภัยของผู้ป่วย" @ 3rd Mini-conference ความปลอดภัยในผู้ป่วย ร่วมกับ ช่วยได้ทุกคน (2558)

ภาพที่ 20 ห้าขั้นตอนของการทำ RCA

ขั้นที่ 1 Map Story & Timeline เน้นการกระทำของผู้เกี่ยวข้องควบคู่กับสถานการณ์ อาจจะต้องทำเป็นเอกสารที่แสดง Timeline เพื่อให้เห็นความสัมพันธ์ของเวลากับเหตุการณ์ที่ชัดเจน และนำขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุ (การกระทำและการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องอย่างละเอียด) มาบันทึกในแถวกลางสุดของ Template คือ Flow of Steps

ขั้นที่ 2 Identify Potential Change or Unsafe Act ที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนของการทำงาน โดย Unsafe Act คือการทำในสิ่งที่ไม่ควรทำ หรือไม่ทำในสิ่งที่ควรทำ ซึ่งมีความชัดเจนจาก Evidence หรือ Guideline ที่จะเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ส่วน Potential Change นั้นยังไม่มีมีความชัดเจนว่าการทำหรือไม่ทำนั้นจะมีความสัมพันธ์กับความเสียหายที่เกิดขึ้น แต่เมื่อดูจากผลคือความเสียหายแล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนการกระทำหรือการตัดสินใจ อาจส่งผลให้ Clinical Outcome แตกต่างออกไป นำผลการวิเคราะห์หรือคาดการณ์นี้ บันทึกในแถวที่สองจากกลางของ Template

ขั้นที่ 3 Proactive Fact Finding ขั้นตอนนี้คือขั้นที่จะใช้ประโยชน์จากแนวคิด Contributing Factors to Adverse Events in Health Care คือการถาม Why ซ้ำ ๆ อย่างมีทิศทาง ว่าอะไรเป็นสาเหตุให้เกิด Unsafe Act หรืออาจจะถามในเชิงก้าวข้ามข้อบกพร่องไปเลยว่า เราสามารถจะทำอะไรกับปัจจัยในระดับขั้นนี้ได้ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงให้เกิดการกระทำที่พึงประสงค์

การใช้ประโยชน์จาก Template นี้ในอีกลักษณะหนึ่งคือการขอให้ผู้อยู่ในเหตุการณ์ บันทึกความคิดและความทรงจำของตนบน Template นี้ให้มากที่สุด และใช้กระบวนการตั้งคำถามเดียวกันกับการวิเคราะห์ RCA คือ (1) ถ้าจะมีการเปลี่ยนแปลงการกระทำเพื่อให้ผลลัพธ์ดีกว่าที่เป็นอยู่ เราจะเปลี่ยนแปลงอะไรได้บ้าง (2) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการกระทำดังกล่าว ปัจจัยระดับขั้นบน ๆ จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง ทั้งนี้ถ้าสามารถทำได้เสร็จสิ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังเกิดเหตุก็จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งที่จะได้รับข้อมูลและความคิดที่สมบูรณ์ที่สุด

ขั้นที่ 4 Identify root causes ก็คือแผนภาพนี้ทั้งหมดเป็นตัวแสดง Root Causes ซึ่งผู้บริหารอาจจะต้องพิจารณาจัดลำดับความสำคัญว่าอะไรที่เป็นไปได้ที่จะปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดผลกระทบมากที่สุด

ขั้นที่ 5 Propose creative solutions คือการนำ Root Cause ที่ผู้บริหารเลือกมา ดำเนินการปรับปรุงโดยใช้ความคิดสร้างสรรค์ แนวคิดเรื่องปัจจัยมนุษย์ และกระบวนการ CQI ทำการทดลองจนเห็นประสิทธิผลของมาตรการและนำเข้าเป็นมาตรฐานของการทำงานในเรื่องนั้น ๆ

ส่งท้าย

เครื่องมือทั้งหลายไม่สามารถเปลี่ยนแปลงระบบได้ หาก Mindset ของผู้คนที่เกี่ยวข้องยังคงติดกับอยู่กับกรอบเดิม ๆ ที่จะไม่เปลี่ยนแปลงวิถีการทำงานของตน สิ่งที่ขอเชิญชวนให้ทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยพิจารณาด้วยใจที่เป็นกลาง ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ก็คือ เมื่อเกิดอุบัติการณ์ใด ๆ เกิดขึ้น แล้วอุบัติการณ์นั้นเกิดขึ้นกับญาติพี่น้องของเรา เราเป็นคนที่อยู่ในเหตุการณ์นั้น อะไรคือสิ่งที่คิดว่าเราจะเปลี่ยนแปลงความคิด เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจ และเปลี่ยนแปลงการลงมือทำ เพื่อให้ผลลัพธ์ไม่เลวร้ายอย่างที่เป็น เพียงเท่านี้เราก็จะเริ่มเห็นการเปลี่ยนแปลงที่มากมาย มีความเห็นใจและเข้าใจเพื่อนร่วมงานกันมากขึ้น แล้วระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยก็จะเป็นระบบที่มีความปลอดภัยมากที่สุดในโลก



2.2 ทำความเข้าใจโครงสร้างของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

ภาพรวมโครงสร้างของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 เพื่อเป็นแนวทางในการออกแบบระบบงานที่เหมาะสม และส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนองค์กรสามารถแสดงผลการดำเนินงานในระดับที่เป็นที่ยอมรับ มีระบบบริหารความเสี่ยงที่ดี และเห็นโอกาสพัฒนาไปสู่ระดับที่เป็นเลิศ

มาตรฐานนี้ใช้สำหรับการพัฒนาและการประเมินสถานพยาบาลทั้งองค์กร ซึ่งสามารถใช้ได้กับสถานพยาบาลทุกระดับ โดยเนื้อหาในมาตรฐานแบ่งเป็น 4 ตอน ประกอบด้วย ตอนที่ I ภาพรวมการบริหารองค์กร ตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย และตอนที่ IV ผลลัพธ์



ภาพที่ 21 ภาพรวมโครงสร้างของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

โครงสร้างของมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 มีต้นแบบมาจากการประยุกต์ Malcolm Baldrige Framework มาใช้สำหรับสถานพยาบาลในประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย

บริบทองค์กร หมายถึง กำหนดบริบทสำหรับสถานพยาบาลเป็นพื้นฐานของการดำเนินการทั้งหมดขององค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยงที่สำคัญ

กลุ่มการนำองค์กร (the leadership triad) ได้แก่ บทที่ I-1 การนำ, บทที่ I-2 กลยุทธ์, และ I-3 ผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน มุ่งเน้นความสำคัญว่าการนำองค์กรต้องมุ่งที่กลยุทธ์และผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน โดยผู้นำต้องชี้แนะ สื่อสาร สร้างบรรยากาศเพื่อให้เกิดผลการดำเนินการที่ดี โดยมีกลยุทธ์เป็นตัวเชื่อมโยงไปสู่การบรรลุเป้าประสงค์ และต้องตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน

กลุ่มผลลัพธ์ (the results triad) ได้แก่ บทที่ I-5 บุคลากร, บทที่ I-6 การปฏิบัติการ, และ ตอนที่ IV ผลลัพธ์ มุ่งเน้นกระบวนการที่มุ่งเน้นบุคลากร กระบวนการปฏิบัติการที่สำคัญ และผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการเหล่านั้น โดยผลลัพธ์จะบรรลุได้ ต้องผ่านกระบวนการทำงาน และบุคลากร ทั้งนี้ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ได้มีการขยายรายละเอียดของกระบวนการปฏิบัติการที่สำคัญในบทที่ I-6 เพิ่มเติมเป็นตอนที่ II ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล และตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

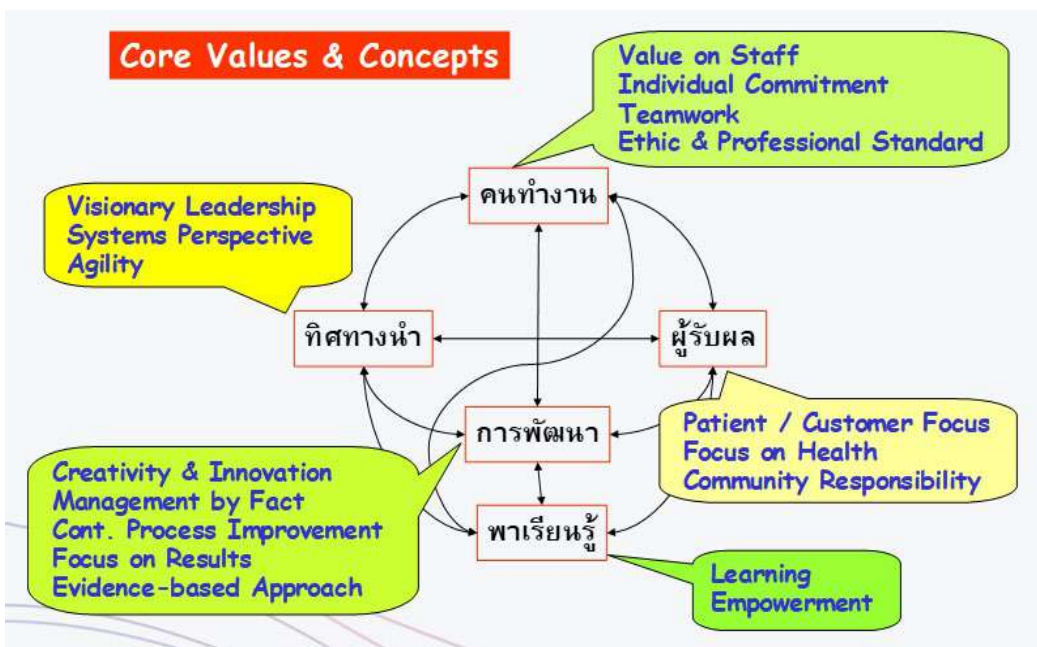
การทำงานทุกอย่างมุ่งสู่ผลลัพธ์ ซึ่งสถานพยาบาลแสดงให้เห็นผลการดำเนินงานที่ดี และการปรับปรุงในประเด็นสำคัญ ได้แก่ ผลด้านการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับผลงานและการดูแลทางคลินิก รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพ ผลด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ผลด้านบุคลากร ผลด้านการนำ/กำกับดูแล ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการทำงาน และผลด้านการเงิน

กลุ่มพื้นฐานของระบบ (the system foundation) คือ บทที่ I-4 การวัด วิเคราะห์ และจัดการความรู้ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการทำให้องค์กรมีการจัดการที่มีประสิทธิผล และมีระบบที่คล่องตัวในการปรับปรุงผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและความสามารถในการแข่งขัน ซึ่งต้องบริหารด้วยข้อมูลจริง และขับเคลื่อนโดยใช้องค์ความรู้เป็นแรงผลักดัน

สัญลักษณ์ ลูกศรสีทึบ ที่กลางภาพ หมายถึง การบูรณาการ ที่แสดงให้เห็นว่าทุกองค์ประกอบของระบบเชื่อมโยงกัน โดยลูกศรแนวอนแสดงการเชื่อมโยงที่สำคัญระหว่างกลุ่มการนำองค์กรกับกลุ่มผลลัพธ์ และลูกศรแนวตั้งแสดงความสัมพันธ์แบบสองทิศทางระหว่างพื้นฐานของระบบ ซึ่งให้สารสนเทศและข้อมูลป้อนกลับสำหรับกระบวนการที่สำคัญกับบริบทของสถานพยาบาล

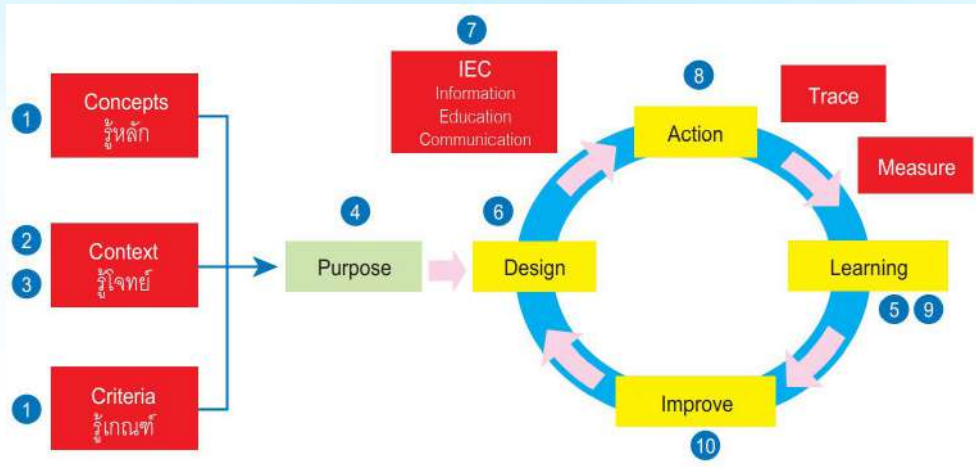
สิ่งที่ต้องใช้ควบคู่กับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ได้แก่

- 1) การพิจารณาบริบทของสถานพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหา ความท้าทาย และ ความเสี่ยงสำคัญ ซึ่งสามารถใช้ประโยชน์ผ่านการวิเคราะห์บริบทภาพรวมจาก Hospital Profile
- 2) การใช้ค่านิยมและแนวคิดหลัก (core values and concepts) ซึ่งเป็นหลักคิด ที่กระบวนการ HA นำมาใช้ เกิดจากการผสมผสานหลักคิดของการพัฒนาคุณภาพ การดูแลผู้ป่วย การสร้างเสริมสุขภาพ และการพัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ ประกอบด้วยค่านิยม 17 ประการ จัดกลุ่มเป็น 5 หมวดหมู่ ได้แก่ ทิศทางนำ (visionary leadership, systems perspective, agility), ผู้รับผล (patient & customer focus, focus on health, community responsibility), คนทำงาน (value on staff, individual commitment, teamwork, ethic & professional standard), การพัฒนา (creativity & innovation, management by fact, continuous process improvement, focus on results, evidence-based approach), และ พาเรียนรู้ (learning, empowerment) โดยหลักคิดดังกล่าวนี้เป็นสิ่งที่จะช่วยกำกับวิธีการคิด การตัดสินใจและพฤติกรรม ซึ่งสามารถใช้ประยุกต์ได้ในทุกสถานการณ์



ภาพที่ 22 Core Values & Concepts

- 3) วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้ อาทิ 3C-DALI/PDSA ซึ่งเป็นเครื่องมือการพัฒนาที่สำคัญในการนำมาตราฐานสู่การปฏิบัติ



ภาพที่ 23 3C-DALI/PDSA

- 4) แนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (HA scoring guideline)

เป็นเครื่องมือสำหรับการประเมินระดับการพัฒนาของระบบคุณภาพในการพัฒนาสถานพยาบาล รวมถึงใช้ประโยชน์จากมาตรฐาน HA ในการยกระดับการพัฒนา (maturity) และการขับเคลื่อนการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยสถานพยาบาลใช้ในการประเมินตนเองและจัดทำร่างประเด็นในแผนการพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพและสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ

แนวทางการกำหนดระดับคะแนน Scoring guideline

Score	Process	Result
1	ออกแบบและเริ่มต้นปฏิบัติ Design & early stage of implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน แต่ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ¹⁸¹ Partial implementation	ติดตามตัวชี้วัดที่ตรงเป้าหมายตามประเด็นที่สำคัญ Relevant and valid measure
3	มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล Effective implementation	วิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด Get use of measures
4	มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง Continuous improvement	มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average)
5	มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี Role model, good practices, innovation	มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)

ภาพที่ 24 แนวทางการกำหนดระดับคะแนน Scoring Guideline

แนวทางการกำหนดระดับคะแนน แบ่งระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ และพิจารณาตามระดับการพัฒนา (maturity) ของระบบคุณภาพของการพัฒนา ได้แก่ มาตรฐานหมวดกระบวนการ (process) ตอนที่ I-III และมาตรฐานหมวดผลลัพธ์ (result) ตอนที่ IV ทั้งนี้แนวทางในการรวมคะแนนในการประเมิน กรณีสถานพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานเกินกว่าระดับ Score 1 ขึ้นมา สามารถนำส่วนของคะแนนตั้งแต่ระดับ 2-5 มารวมกันได้โดยไม่ต้องให้ระดับขั้นที่ต่ำกว่าสมบูรณ์ เช่น ถ้าทำได้ระดับ Score 2 ได้สมบูรณ์ ระดับ Score 3 ได้ครึ่งหนึ่ง และระดับ Score 4 ได้ครึ่งหนึ่ง ก็สามารถนำครึ่งหนึ่งของระดับ Score 4 มารวมกับครึ่งหนึ่งของระดับ Score 3 เท่ากับว่าได้คะแนนระดับ Score 3 เป็นต้น

ระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2566 ซึ่งประกาศและมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ได้ให้ความสำคัญตามหลักการ Stepwise Recognition ส่งเสริมการใช้ผลการประเมินคะแนน HA Scoring Guideline จากการเยี่ยมสำรวจเป็นแรงกระตุ้นและผลักดันการพัฒนาต่อเนื่องและยกระดับการพัฒนา โดยกรณีที่มีผลคะแนนระดับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนดจะส่งผลให้สถานพยาบาลได้รับการรับรองเพิ่มขึ้น เป็นการสร้างแรงผลักดันการพัฒนาในเชิงบวก (positive reinforcement)

HOSPITAL ACCREDITATION

หลักการ Stepwise Recognition

- ใช้คะแนน HA Scoring เป็นแรงกระตุ้นการพัฒนา
- ให้ความสำคัญการพัฒนาต่อเนื่องและยกระดับการพัฒนา
- ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการใด ความปลอดภัยและผลลัพธ์ผู้รับบริการ
- ใช้เพื่อสร้างแรงผลักดันเชิงบวก (Positive Reinforcement)

- ❖ การรับรองขั้นก้าวหน้า (AHA) อายุการรับรอง 5 ปี
- ❖ การรับรองขั้นก้าวหน้า (AHA) อายุการรับรอง 4 ปี
- ❖ การรับรองขั้นมาตรฐาน (HA) อายุการรับรอง 4 ปี
- ❖ การรับรองขั้นมาตรฐาน (HA) อายุการรับรอง 3 ปี

HA Accreditation
 การรับรองขั้นมาตรฐาน (3 ปี)
 การรับรองขั้นก้าวหน้า (4 ปี)

Advanced-HA
 การรับรองขั้นก้าวหน้า (4 ปี)
 การรับรองขั้นก้าวหน้า (6 ปี)

Standards and Continuous Quality Improvement

อายุการรับรอง 4 ปี: ≥ 3 ; I-1, I-3, II-1, II-3, II-4, II-6, III, IV-1, IV-2
 อายุการรับรอง 3 ปี: ≥ 2.5 IV

Impact (EBO)

อายุการรับรอง 5 ปี: I-III ≥ 3.5 , IV ≥ 4.0
 อายุการรับรอง 4 ปี: I-III ≥ 3.0 , IV ≥ 3.5

การพัฒนาระดับที่ 1 (1 ปี)

Problem Solving

การพัฒนาระดับที่ 2 (2 ปี)

System Development/QA

Continuous Quality Improvement					
Accreditation	1.5	2.0	2.5	3.5	4.5
HA Scoring	1	2	3	4	5

ระเบียบคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ว่าด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล พ.ศ. 2566 มีผลตั้งแต่วันที่ 16 ตุลาคม 2566



การรับรอง	คะแนน HA Scoring				มาตรฐาน สำคัญจำเป็น	อายุการรับรอง
	I	II	III	IV		
การรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐาน (HA) อายุการรับรอง 3 ปี	≥ 2.5	≥ 2.5	≥ 2.5	≥ 2.5	ผ่าน	อายุการรับรอง 3 ปี
การรับรองคุณภาพขั้นมาตรฐาน (HA) อายุรับรอง 4 ปี	≥ 3.0* ≥ 2.5 *I-1, I-3	≥ 3.0* ≥ 2.5 *II-1, II-3, II-4, II-6	≥ 3.0	≥ 3.0* ≥ 2.5 *IV-1, IV-2	ผ่าน	อายุการรับรอง 4 ปี
การรับรองคุณภาพขั้นก้าวหน้า (AHA) อายุการรับรอง 4 ปี	≥ 3.0	≥ 3.0	≥ 3.0	≥ 3.5	ผ่าน	อายุการรับรอง 4 ปี
รับรองคุณภาพขั้นมาตรฐาน (AHA) อายุการรับรอง 5 ปี	≥ 3.5	≥ 3.5	≥ 3.5	≥ 4.0	ผ่าน	อายุการรับรอง 5 ปี

ภาพที่ 25 เกณฑ์การพิจารณาการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ



ประสบการณ์ที่มาพร้อมกับวัยที่สูงขึ้นจะทรงคุณค่าอย่างยิ่ง
ถ้าเราได้ใคร่ครวญมันอย่างรอบด้าน พร้อมแลกเปลี่ยนเรียนรู้
และพร้อมก้าวข้ามกรอบของแนวคิดเดิม อันจะนำสู่การ

เจริญจากภายใน และ
สร้างพลังใจในการขับเคลื่อนสิ่งดีๆ ให้เกิดขึ้น



นพ.กิตติวิเศษ อรรถมนต์
ผู้ทรงคุณวุฒิ สถาบันวิจัยรณรงค์คุณภาพสหภาพพษมาค

ทำงานให้ดีที่สุดในทุกสถานการณ์

ด้วย**ใจรัก**ในงาน **ความศรัทธา** ความ**เมตตา**

ความ**ปรารถนาดี**ต่อผู้อื่น และความ**ซื่อสัตย์**

ต่อตนเอง ไม่ว่าจะอยู่ต่อหน้าหรือลับหลังคนจะเหน็ด
หรือไม่เห็นการกระทำของเราเรียนรู้ คุณค่าและสิ่งที่ดีดี

ที่มีในทุกอุปสรรค หรือในทุกความพ่ายแพ้

ด้วยความเชื่อมั่นที่ว่า **“ไม่มีอะไรที่ทำได้”**

คิดและทบทวนกับตนเองเสมอว่า อะไรคือ คุณค่า

และความหมายของการมีชีวิตหนึ่งเดียวของเรา



ดร.ดวงสมร มุขผดุง

ผู้ทรงคุณวุฒิ สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

2.3 เติบโตด้วยจิตวิญญาณเบิกบานสู่ความปลอดภัย

ดร.ดวงสมร บุญผดุง ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และ SHA Founder
นพ.สุรชัย ปัญญาพฤทธิพงษ์ ประธานคณะกรรมการจิตวิญญาณในมาตรฐาน HA
รศ.นพ.ชเนนทร์ วานาภิรักษ์ ประธานคณะกรรมการขับเคลื่อน SHA และคณะกรรมการขับเคลื่อน SHA

ในช่วงเวลานี้นับว่าเป็นช่วงเวลาพิเศษที่สุดสำหรับพวกเราชาวทีมโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพทุกแห่ง ที่ได้มาร่วมชุมนุมเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ ในเวทีวิชาการระดับชาติ HA National Forum ประจำปี 2567 พวกเราได้มีโอกาสพบปะกัน มารวมตัวอยู่ด้วยกัน ด้วยความรักและพลังศรัทธา สำหรับเราที่ได้มีโอกาสใช้ชีวิตในการทำงาน สร้างและพัฒนาสิ่งที่ดีงามให้กับแผ่นดินของเรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้ทำงานเพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ทุกข์ทรมาน และครอบครัวที่มีความทุกข์ใจ

หลายปีที่ผ่านมา สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้พยายามริเริ่มการบูรณาการแนวคิดจิตวิญญาณ เข้ามาในระบบสุขภาพ คำว่า “บูรณาการ” เรามาทำความเข้าใจว่า เราจะทำงานแบบไม่แยกส่วน หรือการทำงานแบบใดที่จะช่วยสร้าง Growth Mindset หรือความมั่นใจในศักยภาพที่แท้จริงจากภายในตัวเราเอง สรพ. จึงมีการนำแนวคิดวิถีของความเป็นมนุษย์ที่มีจิตวิญญาณ มีชีวิตจิตใจ ผนวกกับองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีใหม่ ความรู้ในเชิงโครงสร้างทางสังคม ชุมชน และวิถีชีวิต ความเชื่อ นำทั้งหมดมาสังเคราะห์ แดกย่อย จนสามารถนำไปปฏิบัติได้ เรียกว่า SHA (Spiritual Healthcare in Action)

“ปฏิเสธไม่ได้ว่าหนึ่งในอาชีพซึ่งเป็นที่สุดของการทำงานหนัก เหนื่อย และกดดัน คือ อาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์มีความทุกข์ จากการโดนรุมเร้า ทั้งภาระงานที่อยู่ตรงหน้า ภาวะเจ็บ-ตายที่ต้องเผชิญและต้องรับผิดชอบใน ทุกวินาที ภาระงาน ล้นมือที่ต้องจัดการไปตามระบบ การสื่อสารกับคนไข้ที่มารอรับบริการไหลหลังตั้งกระแสน้ำไป มาถล่ม ความขัดแย้งและอุปสรรคต่าง ๆ ในการทำงาน วนเป็นวัฏจักรอยู่เช่นนี้วันแล้ววันเล่า ยังไม่นับรวมหลากหลายเรื่องราวปัญหาส่วนตัวที่ทุกคนต้องแบกรับเหมือนปุณฺุชคนทั่วไป สิ่งเหล่านี้สุ่มรมตตะกอนนอนกันถมทับอยู่ภายในจนหลายต่อหลายคนกว่าจะรู้ตัวก็กลายเป็นคนที่แม้แต่ตัวเองยังไม่รู้จัก” (ศูนย์ความรู้และประสานงานสุขภาพทางปัญญา)

จิตวิญญาณคืออะไร

หากเราลองค้นคว้าทบทวนองค์ความรู้ต่าง ๆ เราจะพบว่านับเป็นเวลาหลายศตวรรษแล้วที่เรื่องของจิตวิญญาณได้หล่อหลอมรวมอยู่ในชีวิตของมนุษย์ทุกคนตั้งแต่ เกิดจนตาย

และมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อก้าวถึงคำว่าจิตวิญญาณคนส่วนใหญ่จะยึดเหนี่ยวกับความเชื่อทางด้านศาสนา ความแตกต่างของการนิยามความหมายของจิตวิญญาณขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น การอบรมเลี้ยงดู ค่านิยม ปรัชญาในการดำเนินชีวิต วัฒนธรรม และความเชื่อในทางศาสนา ความหมายของคำว่าจิตวิญญาณ ในความหมายของนักวิชาการทั้งประเทศภูมิภาค ตะวันตก และประเทศภูมิภาคตะวันออก สามารถเห็นร่องรอยของการดำเนินชีวิต ความเชื่อทางศาสนาของมนุษย์แต่ไม่ว่าจะนิยามตามความหมายใด ๆ คำว่าจิตวิญญาณจะถูกสื่อถึงการรับรู้ความหมายในทางที่ดี เช่น คำว่า จิตวิญญาณของความเป็นครู จิตวิญญาณของความเป็นแพทย์ จิตวิญญาณของการเป็นพยาบาล เป็นต้น ซึ่งแสดงถึงการที่บุคคลมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะอุทิศตนเพื่อทำประโยชน์ให้กับผู้อื่น ด้วยอุดมการณ์และเป้าหมายชีวิตของตนเอง สรพ. ได้นำแนวคิดจิตวิญญาณมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน เรียกว่า จิตวิญญาณในการทำงาน (spirit at work) หรือ จิตวิญญาณในการทำงานในระบบสุขภาพ SHA

การขับเคลื่อน SHA ในประเทศไทย

เป็นเวลาเกือบ 20 ปีที่ สรพ. ได้เรียนรู้ ถอดบทเรียน และชักชวนให้สถานพยาบาล นำแนวคิดนี้มาใช้ในการบริหารจัดการ ในการดูแลผู้ป่วย ทีละก้าวอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไป ท่ามกลางความเห็นที่หลากหลาย ทั้งเห็นด้วย และมีข้อคิดเห็นที่ขัดแย้ง SHA เปรียบเสมือนดอกไม้ที่คนไม่รู้จัก จึงค่อย ๆ เติบโตอย่าง ช้า ๆ และค่อย ๆ เบ่งบานทีละเล็กละน้อย

“จุดเริ่มต้น ถึงแม้จะยากและมีอุปสรรคมากมาย แต่ปลายทางของความสำเร็จมักสวยงามเสมอ”

จุดกำเนิดของ SHA จากเวทีสนทนา

สรพ. เริ่มต้น โครงการนี้จากการใช้เวทีสนทนาและการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) เพื่อรับรู้ความสุข ความทุกข์ในการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลในทุกภาคของประเทศไทย ทั้งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ และโรงพยาบาลขนาดเล็ก เราพบว่า เมื่อเราค้นหาเรื่องราวที่ดีที่ทำให้คนทำงานแล้วรู้สึกมีความสุข มีความอึดอึ้งใจ กลับเป็นเรื่องง่าย ๆ พื้น ๆ ของความเป็นมนุษย์ที่เราหลงลืมไป เช่น พบว่า การได้ทำงานในบรรยากาศของความมีน้ำใจของเพื่อนร่วมงาน ความเป็นพี่น้อง ความเอื้ออาทรกัน การแบ่งปัน การให้อภัย และความกตัญญู และแม้การทำงานแม้เพียงงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ทำเป็นประจำในหน่วยงาน หากวันใดเมื่อทำด้วยความรัก และปรารถนาดี (compassionate care) ทำให้รับรู้ถึงความสุขของคนไข้ได้ และส่งผลให้งานนั้นสำเร็จ พร้อม ๆ กับคนทำงานหัวใจฟ่องฟูเกิดปิ๊ดสุขได้ ดังตัวอย่างเล็ก ๆ น้อยที่พอจะเห็นภาพ

“หนูมีโอกาสได้ไปอาบน้ำให้คนไข้ติดเตียงคนหนึ่ง หนูมีความรู้สึกว่าคุณคนไข้คนนี้คงต้องการอาบน้ำให้เนื้อตัวสะอาด เหมือนคนทั่วไป หนูจึงตั้งใจอาบน้ำให้เขาอย่างละเอียดเต็มความสามารถที่จะทำได้ จนคนไข้รู้สึกสบายตัว หนูสัมผัสว่าคุณคนไข้ คนนี้มีความสุขมาก เขาคงอยากจะขอบคุณหนู เพียงเท่านี้หนูก็มีความสุข และอยากทำงานนี้ตลอดไป” (พยาบาล รพศ.ลำปาง)

“หนูเป็นเภสัชกร ในขณะที่กำลังจัดยาและให้ทำปรีกษาแก่คนไข้รายหนึ่งที่สูงอายุมากแล้ว หนูสังเกตเห็นว่า คนไข้คนนี้ต้องการความช่วยเหลือมากในระหว่างหนูให้คำปรึกษาในการใช้ยา หนูจึงออกไปให้การช่วยเหลือแต่ สิ่งที่หนูพบคือ คนไข้คนอื่น ๆ ได้เข้ามาช่วยหนูดูแลคุณยายคนนี้ด้วย หนูรู้สึกดี ที่หนูกลายเป็นแบบอย่างให้คนอื่นเข้ามาช่วยเหลือกัน มันอบอุ่นที่ได้อยู่ในสังคมที่ดูแลกัน หนูคิดว่างานหนูมีความหมายมาก” (เภสัชกร รพศ.ลำปาง)

“ในช่วงสถานการณ์โรคระบาดโควิดกำลังรุนแรง โรงพยาบาลเราได้รับคนป่วยคนหนึ่งเป็นคนต่างชาติ คนไข้คนนี้ทีมเราไม่สามารถสื่อสารได้เลย เพราะคนไข้ไม่สามารถใช้ภาษาอังกฤษได้ เราพบว่าตลอดเวลา ผู้ป่วยมีความกังวลและเครียดสูง ทีมเราพยายามค้นหาความเสี่ยงรวมทั้งสาเหตุต่าง ๆ ของการรักษา เป็นเวลาหลายวัน อาการคนไข้ไม่ดีขึ้น เราโชคดีที่ทีมเรามีหมอนานหนึ่งชอบเลี้ยงหมา มีความสงสัยในการสื่อสารของคนไข้ ที่คงพยายามจะบอกบางอย่าง จึงได้ลองเข้าไปสื่อสาร ในที่สุดพบว่า คนไข้คนนี้เป็นห่วงหมาที่เลี้ยงไว้ เมื่อถูกส่งเข้าโรงพยาบาลหมาถูกทิ้งไว้ที่บ้าน ไม่มีใครเอาอาหารให้กิน เมื่อทราบความต้องการของคนไข้ เป็นสถานการณ์ที่ที่พวกเราไม่เคยคาดคิดมาก่อน เราจึงรีบดำเนินการให้ด้วยการลงไปดูแลจนคนไข้หายห่วงและรักษาตัวจนปลอดภัย คนไข้มีความประทับใจในความใส่ใจของเรามาก เป็นกรณีที่ทีมเราประทับใจมากเช่นกัน” (รพ.มหาราชนครเชียงใหม่)

“ตอนผมเรียนพยาบาล ผมได้ดูแลคนไข้คนหนึ่ง คนไข้คนนี้อายุน้อยป่วยด้วยโรคมะเร็งในกระดูก หมอจำเป็นต้องตัดขาทิ้ง ผมสังเกตเห็นว่า น้องมีความเครียด กังวล และไม่มีความสุข คิดตลอดเวลาว่าทั้งชีวิตจะต้องสูญเสียขาตลอดไปและต้องใช้ขาเทียม เริ่มมีอาการซึมเศร้า ผมพยายามเข้าไปพูดคุยให้กำลังใจ และผมบังเอิญค้นพบว่า น้องคนนี้ชอบวาดรูป ชอบศิลปะมาก ผมจึงจัดการจัดหาอุปกรณ์การวาดรูปต่าง ๆ เพื่อให้ น้องได้แสดงความสามารถที่แท้จริงออกมา น้องวาดรูปสวยงามมาก เส้นทางของน้องในอนาคตคงเดินไปในเส้นทางที่น้องภาคภูมิใจนี้ มีความมั่นใจ และรับรู้คุณค่าของตนเอง ผมเองได้รูปที่น้องวาดเป็นที่ระลึกด้วย นี่แหละงานที่มีความหมายของผม” (รพ.มหาราชนครเชียงใหม่)

**“การตระหนักถึงคุณค่าของชีวิตรับรู้ว่าเป็นใคร? เป้าหมายชีวิตคืออะไร?
และปฏิบัติตนจนบรรลุถึงเป้าหมายชีวิตดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความหมาย”**

ภาวะผู้นำบนวิถีบูรณาการจิตวิญญาณในการทำงาน

ภาวะผู้นำบนวิถีบูรณาการจิตวิญญาณ อาจจะไม่จำเป็นต้องอาศัยเงื่อนไขภายนอกมากมายนัก แต่มาจากภาวะ “ภายใน” ที่งดงาม ยังมีจิตวิญญาณลึกซึ้งมากเท่าไร การนำจะยิ่งใหญ่มากยิ่งขึ้นเท่านั้น ผู้นำที่ค้นพบตนเองว่า เป้าหมายชีวิตตนเองคืออะไร ตนเองเป็นใคร และทำหน้าที่อะไร ก็จะสามารถชี้นำตนเองและองค์กร สู่เป้าหมายหรืออุดมการณ์การทำงานได้ เป็นผู้นำที่ไม่ต้องการอำนาจหรือความเป็นใหญ่ แต่เลือกที่จะเสียสละและชี้นำให้ผู้อื่นเติบโต และสังคมได้ประโยชน์

การนำองค์กรบนวิถีการบูรณาการ ผู้นำจำเป็นต้องมี “ค่านิยม” ที่สามารถหล่อเลี้ยงจิตวิญญาณของคนทำงาน และนำค่านิยมเหล่านั้นลงมาปฏิบัติ เพื่อเป็นแบบอย่างและสร้างแรงบันดาลใจได้ “ค่านิยมด้านจิตวิญญาณ (spiritual core value)” จะเป็นคล้าย ๆ นิวเคลียสพร้อมที่จะสร้างพันธกรรมใหม่ หากคนในองค์กรมีความเข้าใจค่านิยม มีความศรัทธา และลงมือปฏิบัติร่วมกันอย่างดีงาม “ค่านิยม” นั้นจะกลายเป็นวัฒนธรรมองค์กร ที่สามารถหล่อเลี้ยงจิตวิญญาณคนทำงาน และจับต้องได้ สัมผัสได้ หรือวัฒนธรรมนั้นจะกลายเป็น DNA ขององค์กร เป็นเอกลักษณ์สำคัญขององค์กร

การนำองค์กร สามารถขับเคลื่อนด้วย “วิสัยทัศน์ที่มีคุณค่า” วิสัยทัศน์ที่ทรงพลังจะสามารถสร้างแรงบันดาลใจ และหล่อเลี้ยงจิตวิญญาณให้คนทำงานได้ พร้อมทั้งจะทำงานด้วยความมุ่งมั่น อุทิศตนเพื่อให้ภาพฝันที่สอดคล้องกับอุดมการณ์ของตนเองนั้นสำเร็จลุล่วง

การนำจิตวิญญาณในการทำงานลงสู่การปฏิบัติ ผู้นำจะต้องเชื่อมั่นในศักยภาพของทีมงานทุกคน จึงใช้กระบวนการสั่งการน้อยลง แต่ใช้กระบวนการสร้างการเรียนรู้ เปิดโอกาสให้ทีมงานแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเพิ่มมากขึ้น สร้างการเรียนรู้ สื่อสารเชิงบวก รับฟังกันมากขึ้น สร้างแรงบันดาลใจ และผู้นำมีความสามารถในการชี้แนะให้ทุกคนเห็นคุณค่าของตนเอง และความหมายของงานที่ทำเป็นประจำ จนงานที่ทำกลายเป็นแก่นแท้ของชีวิต เกิดปัญหาร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ มีความร่วมมือกัน เชื่อมโยงกันทั้งในหน่วยงานและข้ามหน่วยงานเป็นพลังขับเคลื่อนสู่เป้าหมายขององค์กรจนสำเร็จ

ในองค์กรที่ซับซ้อนในโลกสมัยใหม่ เราต้องการผู้นำ หลากหลายรูปแบบ เพราะทุกคนเกิดมาพร้อม “**ความฉลาดที่แตกต่างกัน**” เราต้องการผู้นำที่เชี่ยวชาญหลากหลายทักษะ และหาวิธีคิดในการทำงานร่วมกัน ฟังฟังกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายเดียวกัน ผู้นำบนวิถีบูรณาการจิตวิญญาณในการทำงาน จึงต้องสร้างให้มีในทุกระดับขององค์กร เพื่อช่วยขับเคลื่อนและทำงานสนับสนุนกัน เชื่อมโยงกัน “**ช่วยกันนำ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน**”

“ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะปลูกฝังให้เรา มีความคิดดี ๆ เช่น การช่วยเหลือผู้พิการ เด็ก ๆ เราจึงมีโอกาสทำแต่สิ่งดีดีตลอดเวลาการทำงาน” (พยาบาลปฏิบัติการ)

กลยุทธ์ จุดเริ่มของการปฏิบัติ เพื่อนเน้นการหล่อหลอมจิตวิญญาณ

กลยุทธ์ในการหล่อหลอมจิตวิญญาณในการทำงาน พัฒนาขึ้นมาเพื่อนเน้นการให้ความสำคัญกับบุคคล หรือทีมงาน ตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัวที่มารับบริการ (person-centered) เพื่อกันหาสิ่งที่มีความสำคัญ หรือสิ่งที่มีความหมายของคนทำงาน (staff experience) ตลอดจนผู้ป่วย (patient experience) ที่เราอาจจะละเลยมานาน โดยใช้กระบวนการฟังและการเรียนรู้ เพื่อนำมาจัดเป็นกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ หรือในการปรับระบบงานให้มีความประณีตในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ และเป็นการยกระดับและฟื้นฟูความเป็นมนุษย์ให้สูงขึ้น จากการสนทนากลุ่ม สามารถถอดบทเรียนได้ว่า การเรียนรู้จากโลกของความเป็นจริง โลกของคนทำงาน โลกของผู้รับบริการ เราจะสามารถเห็นช่องทางของการพัฒนาเพื่อให้เป็นระบบงานที่หล่อเลี้ยงจิตวิญญาณได้

“เราอยากให้คนทำงานที่นี่ มีความเอื้ออาทร เอาใจใส่กันมากขึ้น” (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล)

ที่ห้องยา เราทำงานตั้งแต่เช้า คนไข้เยอะมาก พอถึงเวลาเที่ยงวัน เราขอหยุดทานข้าวกลางวัน เมื่อหนูปิดช่องให้บริการบริการหนูสังเกตเห็นคุณยายคนหนึ่งยังนั่งรออยู่คนเดียว “คุณยายคะ พอตีเที่ยงวัน หนูขอพักทานอาหารแป๊บนะคะ เตี้ยวบายโมง หนูจะจัดยาให้คุณยายคนแรกเลยคะ” คุณยายพยักหน้าไม่ปริปากเอ่ยถ้อยคำใดใด”

เมื่อเราเริ่มทานอาหาร หนูยังแอบมองคุณยายผ่านช่องจ่ายยา คุณยายซึ่งยังคงนั่งที่เดิม สายตามองที่ช่องจ่ายยาอย่างไม่ละสายตา หนูเกิดต่อม เอ๊ะ จึงละงานข้าวที่กำลังทาน ออกไปหาคุณยายอีกครั้งด้วยความกังวล “คุณยาย ไปทานข้าวก่อนไหมคะ ร้านค้าอยู่ตรงนั้นคะ เตี้ยวกลับมาหนูจะจัดยาให้คุณยายคนแรกทันที” หนูให้คำสัญญาให้คุณยายสบายใจ

คราวนี้คุณยายปริปาก “หมอตานเออะ ยายไม่ได้เอาเงินมาเลย ตอนนี้อย่าจะรอรับยาอย่างเดียว เพราะว่า ยายขออาศัยติดรถมากับคนในหมู่บ้าน ตอนนี้นักอื่นเขาได้ยากันครบแล้ว เหลือยายคนเดียวนี้แหละ”

นับตั้งแต่วันนั้นมา ห้องยาเล็ก ๆ ของ รพช. แห่งนั้น ได้ปรับระบบใหม่ ไม่เคยปิดเวลาเที่ยงวัน แบ่งกันในการรับประทานอาหาร เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่ดีที่สุดตามบริบทของวิถีชีวิต (เรื่องเล่าจากเภสัชกรโรงพยาบาลชุมชน)

กลยุทธ์การค้นหาความสุข ความทุกข์ ของคนทำงานและของคนไข้ (staff experience & patient experience) จะทำให้องค์กรสามารถกำหนดนโยบาย แผนการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมคุณค่าของระบบงานให้สอดคล้องกับความต้องการของคนทำงาน และของผู้ป่วยได้อย่างตรงจุด เป็นการตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ทั้งผู้ทำงานและผู้รับบริการ เห็นความสำคัญของคน และเห็นคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างเป็นรูปธรรม และเป็นแนวคิดที่เป็นรูปธรรมของ Person-centered

วัฒนธรรมองค์กร DNA หรือ เอกลักษณ์องค์กร

สิ่งที่ทำให้องค์กรมีความโดดเด่นและเป็นเอกลักษณ์เฉพาะขององค์กร คือ วัฒนธรรมองค์กร อาจกล่าวได้ว่าเปรียบเสมือนเป็น ความเชื่อ ปรัชญา และหลักการในการขับเคลื่อนองค์กร เรียกได้ว่าเป็น DNA ขององค์กรนั่นเอง การมีวัฒนธรรมองค์กรที่ชัดเจน จะช่วยทำให้มั่นใจได้ว่าทุกคนในองค์กรมีเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายเดียวกันในการบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร ทำให้การสื่อสารระหว่างกันภายในองค์กร รวมไปถึงการสื่อสารกับผู้รับบริการ ตรงประเด็นและมีความเข้าใจร่วมกัน กล่าวแบบง่าย ๆ คือ วัฒนธรรมองค์กรเกิดจากการนำ “ค่านิยม” ลงมาสู่การปฏิบัติ ด้วยความเข้าใจ ความศรัทธา

ในการขับเคลื่อน SHA เราเสนอแนะให้องค์กรคัดเลือก “ค่านิยมทางจิตวิญญาณ (spiritual core value)” ที่สอดคล้องกับความต้องการของพนักงาน มาเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน จนเกิดเป็นวัฒนธรรม นั้นหมายความว่าคนส่วนใหญ่ในองค์กร ยึดถือ นำมาปฏิบัติร่วมกัน

วัฒนธรรมองค์กรที่มีจิตวิญญาณเป็นพื้นฐาน (spiritual-based culture) จะเอื้อให้พนักงานสามารถรับรู้ได้ว่า งานที่ตนเองรับผิดชอบมีความหมาย มีประโยชน์ และมีคุณค่าต่อตนเองและต่อผู้อื่น ต้องการมีส่วนร่วมในการทำงาน มีความรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของในความสำเร็จของงาน มีค่านิยมในการทำงานเพื่อประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคมสูง และพนักงานรับรู้ว่าจะมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของพนักงานทุกคน และสามารถหล่อเลี้ยงให้ไปถึงศักยภาพแห่งตนได้ยิ่งขึ้น

“วัฒนธรรมองค์กรที่ดีต้องเริ่มต้นจากรากฐานที่แข็งแกร่งเสมอ ซึ่งหนึ่งในนั้นก็คือนโยบายหลัก (core value) นั่นเอง วัฒนธรรมองค์กรที่มีพื้นฐานจิตวิญญาณ จึงต้องเริ่มต้นจากรากฐานการเริ่มต้นด้วยการกำหนด “ค่านิยมหลักด้านจิตวิญญาณ (spiritual Core value)” เพื่อหล่อเลี้ยงจิตวิญญาณให้คนทำงาน อย่างสม่ำเสมอ”

ปัจจุบันโรงพยาบาลชั้นนำต่าง ๆ ได้นำค่านิยมพื้นฐานด้านจิตวิญญาณมาเป็นจุดเริ่มต้นเพื่อหล่อเลี้ยงจิตวิญญาณในการทำงาน เช่น รพ.เซนต์หลุยส์ ได้กำหนดค่านิยมหลักทางจิตวิญญาณ (spiritual core) ไว้ 5 ประการ เพื่อนำลงสู่การปฏิบัติจนกลายเป็นวัฒนธรรมองค์กร (organization culture) ที่ทุกคนลงมือนำมาปฏิบัติเหมือนกัน นำสู่ความสำเร็จสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ และพันธกิจของโรงพยาบาล ได้แก่ ไม่เห็นแก่ตัว (selfless) พร้อมเสียสละ (sacrifice) เข้าใจความรู้สึก (understanding) เคารพ และยอมรับในเพื่อนมนุษย์ (respect) พร้อมให้อภัย (forgive)

การปลูกจิตสำนึกด้านจิตวิญญาณ ด้วยพลังของความนุ่มนวล อ่อนโยน และผลิดอกออกผล

การปลูกฝังจิตวิญญาณในการทำงาน จะใช้พลังความนุ่มนวล อ่อนโยน ใช้ความซาบซึ้ง ฉลาด ความงดงาม ในการกำหนดวิสัยทัศน์ การสร้างคุณค่า วัฒนธรรม และระบบงานที่เอื้อต่อการเติบโตทางจิตวิญญาณ การเปลี่ยนแปลงทางจิตวิญญาณ อาจจะเริ่มในระดับบุคคล (individual) ในระดับกลุ่ม (community) และในระดับครอบครัวองค์กร (organization)

“ทุกการเปลี่ยนแปลงจะเริ่มจากจุดเล็ก ๆ คนไม่กี่คน ที่มีใจอยากจะทำ ท่ามกลางคนอื่นมากมายที่อาจจะยังไม่เข้าใจ คนกลุ่มเล็ก ๆ เหล่านี้ จะเริ่มจากตนเองก่อนแล้วค่อยขยายวงออกไป ตามความเชื่อ และตามอุดมการณ์ของตนเอง”

กลุ่มคนจำนวนนี้ในองค์กร เราเรียกว่า “ผู้ขับเคลื่อนจิตวิญญาณในการทำงาน (SHA facilitators)” กิจกรรมที่ทำนั้นอาจจะเริ่มต้นอย่างง่าย ๆ ใช้หลักการฟัง Empathy Listening เข้าไปรับฟังในองค์กรที่ซับซ้อนผู้คนหลากหลาย ที่รับภาระงานหนัก ความอ่อนโยน ความนุ่มนวล ความเข้าอกเข้าใจกันจะเป็นพลังของการหล่อเลี้ยงจิตวิญญาณได้เป็นอย่างดี เกิดการรับรู้คุณค่าของตนเอง การรับรู้ว่าตนเองเป็นสมาชิกหนึ่งขององค์กร มีความหวัง และความปรารถนาดีต่อกัน

ทีมงานนี้เปรียบเสมือนผู้ที่คอยรดน้ำพรวนดินให้ต้นไม้เจริญเติบโตอย่างค่อยเป็นค่อยไป ภายใต้อาคารและปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่จะช่วยเสริมสร้างจิตวิญญาณในการทำงาน ทีม SHA Facilitator จะไม่กล่าวโทษระบบเดิม การทำงานเดิม ไม่กล่าวโทษสิ่งใด ๆ ในองค์กร แต่จะค่อย ๆ ต่อยอดสิ่งใหม่ ๆ เข้าไปให้คนทำงานเชื่อมั่นในขีดความสามารถและศักยภาพของตนเอง สามารถสร้างความสำเร็จได้ ทุกอย่างเป็นไปได้เสมอ และมีความหวัง (growth mindset)

HR เป็นหน่วยงานที่สำคัญที่จะเห็นภาพรวมของการปลูกฝังจิตวิญญาณนี้ จะเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ผ่านกลุ่มคนในหน่วยงานต่าง ๆ การปฐมนิเทศ หรือในกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์กร

องค์กรที่มีความต้องการบูรณาการจิตวิญญาณในการทำงานจะสนับสนุน SHA Facilitators และ HR ให้ทำงานสอดคล้องกัน และให้ความสำคัญในโครงสร้างการจัดการองค์กร เพื่อให้การบูรณาการจิตวิญญาณในการทำงานสำเร็จ

องค์ประกอบจิตวิญญาณในการทำงาน ที่วัดได้

การสร้างจิตวิญญาณในการทำงานที่แท้จริง เป็นวิธีการที่แสนง่ายผ่านการเสริมองค์ประกอบด้านโครงสร้าง เช่น การนำ วิสัยทัศน์ การกำหนด ค่านิยมด้านจิตวิญญาณ การสร้างวัฒนธรรม และระบบงาน รวมทั้งมีทีมขับเคลื่อนจิตวิญญาณในการทำงาน (SHA facilitators) ในการสร้างความอบอุ่น ความไว้วางใจด้วยวิธีการอ่อนโยน และที่นี้ควรมีกระจายตามหน่วยงานต่าง ๆ ทั่วทั้งองค์กร

เมื่อถึงจุดที่ เราจะสร้างจิตวิญญาณในการทำงานในระดับบุคคล หรือเราจะรับรู้ว่ามีแต่ละบุคคลมีจิตวิญญาณในการทำงานเป็นเช่นไร ก็สามารถทำได้ด้วยวิธีการแสนง่ายไม่ซับซ้อน ด้วยการเปิดใจ สนทนาและรับฟัง ชีวิตด้านในของพนักงาน (inner life) ว่าเขามีเป้าหมายอย่างไรในชีวิต การรับรู้คุณค่าของตนเองเป็นเช่นไร งานที่มีความหมาย (meaningful work) ในความคิดของเขาคืองานอะไร การรับรู้ว่าจะองค์กรที่เขาทำงานมีความสัมพันธ์เช่นไร เขาเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรหรือไม่ (sense of connection community) และสิ่งใดที่เป็นพลังยึดเหนี่ยว เมื่อเขาหมดพลังหรือหมดแรงในการทำงาน

ระดับจิตวิญญาณในการทำงาน สามารถวัดออกมาเป็นตัวเลขได้ ด้วยวิธีการจำแนกองค์ประกอบจิตวิญญาณทั้งหมดทุกองค์ประกอบ ออกมาด้วยวิธีการทางสถิติขั้นสูง มีความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้ และหากในองค์กรใดระบุได้ว่าบุคลากรในองค์กรมีระดับจิตวิญญาณสูง จะเป็นตัวบ่งบอกถึงพฤติกรรมการทำงานผ่านตัวชี้วัดด้านบุคลากรที่สำคัญ อาทิ มีความเป็นตัวของตัวเอง มีความปิติสุขในการทำงาน มีพลังใจในการทำงานจนสำเร็จตามเป้าหมาย พอใจในชีวิตที่มีคุณค่าของตนเอง ลดความเบื่อก่อนในการทำงาน ลดการอ้อมอ้อมทางสังคม มีความพึงพอใจในงานและมีความผูกพันองค์กร ลดระดับความที่ถอยความสิ้นหวัง ลดพฤติกรรมทำให้ร้ายคนอื่น

“บุคลากรที่มีคุณสมบัตินี้ เหล่านี้เป็นลักษณะของ “พฤติกรรมการเป็นสมาชิกที่ดีต่อองค์กร” (organizational citizenship behavior (OCB)) เป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้ระบุไว้ใน Job Description แต่เป็นที่ต้องการของทุกองค์กรชั้นนำในโลก”

ปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่นำการวัดระดับจิตวิญญาณไปใช้เพื่อสร้างคุณสมบัติของทีมงาน

ให้สามารถ ขับเคลื่อนงานในองค์กรให้สำเร็จ เช่น โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และ ผลงานนี้ได้รับการนำเสนอในเวทีวิชาการในระดับนานาชาติอย่างน่าภาคภูมิใจ

“อย่างไรก็ตามการใช้เครื่องมือวัดระดับจิตวิญญาณ มักจะใช้ควบคู่กับการสนทนาเชิงลึก เพื่อค้นหาความหมาย และองค์ประกอบแต่ละด้านให้ลึกซึ้งแม่นยำมากขึ้น”

เติบโตด้วยจิตวิญญาณเบิกบานสู่ความปลอดภัย

เมื่อเราแยกงานออกจากชีวิต หรือแยกงานออกเป็นส่วน ๆ เราอาจจะสามารถประเมินผลงานได้สำเร็จ แต่ชีวิตหนึ่งที่ทุ่มเทกับงานอาจจะยังไม่รับรู้ คุณค่าของสิ่งเหล่านั้น ความสำเร็จนั้นอาจจะเป็นเรื่องไกลตัว เป็นเรื่องขององค์กร เป็นเรื่องของนโยบาย หากเราต้องการบูรณาการจิตวิญญาณในการทำงานในระบบสุขภาพ เราต้องสามารถเชื่อมโยงกันได้และทุกอย่างเป็นเรื่องเดียวกัน

ในที่นี้พวกเราทราบกันชัดเจนว่า แก่นของการทำ HA คือการวางระบบการให้บริการที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และผสมผสานความต้องการของผู้ป่วยและการรับรู้ ซึ่งจะทำให้ระบบคุณภavnั้นมีความสมบูรณ์เพียงพอ และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ระบบบริการได้ผลลัพธ์ที่ดี มีคุณค่าต่อชีวิตผู้ป่วย และมีความหมาย

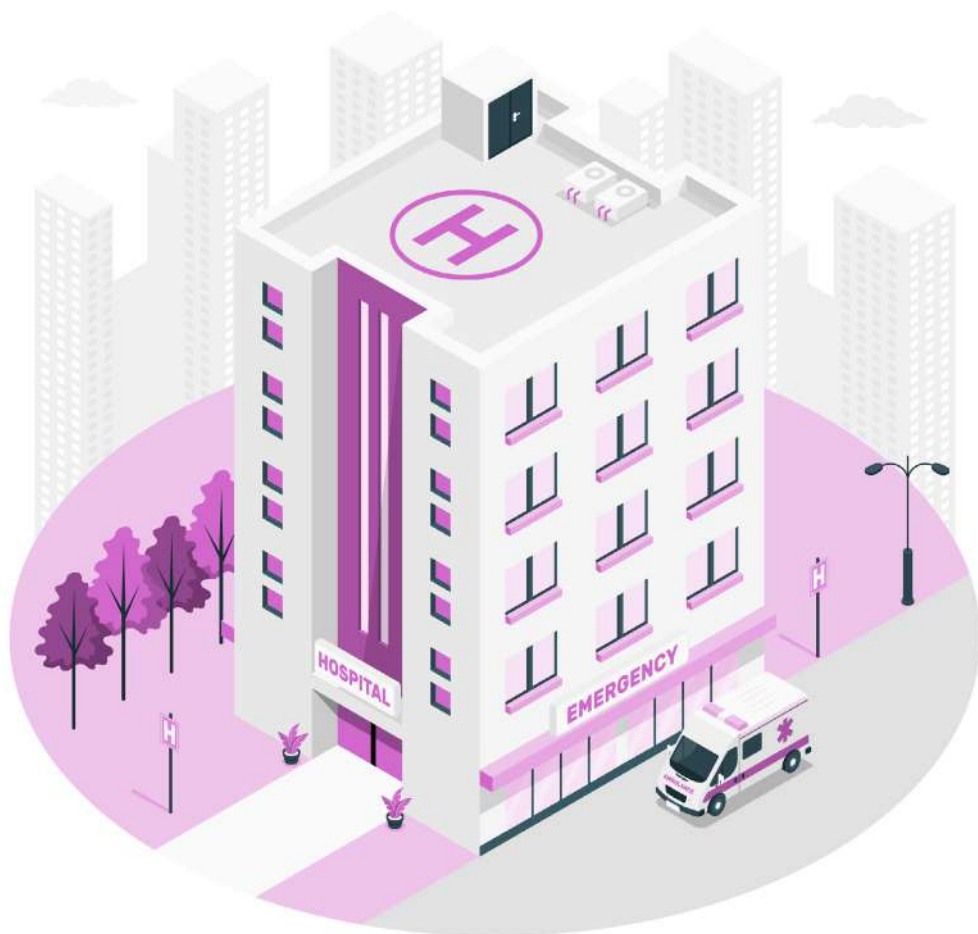
สรพ. นำแนวคิด SHA เพื่อเป็นพื้นฐานสำคัญของ Quality Care ด้วยการสร้างคุณค่าของบุคลากรทางการแพทย์และศักดิ์ศรีของวิชาชีพ การสร้างบรรยากาศระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วย คือการสร้างสัมพันธ์ภาพและมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลที่ดี การสื่อสาร สนทนากับผู้ป่วยและญาติ ครอบครัวเกี่ยวกับกระบวนการรักษาพยาบาล มีความสำคัญมากในการสร้าง Safety Culture ผู้ป่วยและครอบครัว คือ แหล่งข้อมูลที่สำคัญของการเกิด Adverse Events หรือเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ได้

“แนวคิดเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบการดูแลสุขภาพ และเป็นหนึ่งเดียวของเสาหลักของคุณภาพในองค์กรด้านการดูแลสุขภาพ”

ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญที่สุด “ไม่เพียงแต่คาดหวังแค่อาการเจ็บป่วย แต่คาดหวังการได้รับบริการที่ครบสมบูรณ์ครบถ้วนในทุกมิติ”

“ระดับความรู้ที่ดี ผสมผสานกับทัศนคติที่ดี และจิตวิญญาณของบุคลากร มีความสัมพันธ์กับความปลอดภัยของผู้ป่วยสูงสุด (optimal patient safety)”

หนึ่งในปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้อง
กับความปลอดภัยของผู้ป่วย คือ **คุณภาพทางจิตวิญญาณ**
ของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย
Elahe Mousavi 2022.



เราศรัทธาใน **การทำดี** เราจึงรู้ว่าเราทำได้
ในการเป็นฟันเฟืองเล็กๆ ในการสร้างระบบ
การพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย
เพื่อความปลอดภัยของชนทุกชาติ



อ.ผ่องพรรณ จันทะสมมติ


หัวหน้าทีม/ครูฝึก ผู้เชี่ยวชาญ สรพ.

ไม่ว่าตอนนี้จะมีความคิดแบบไหน จงเชื่อว่า
ทุกคนสามารถเก่งขึ้น ดีขึ้น และสามารถ
ประสบความสำเร็จได้กันทุกคน ขอแค่เพียงว่า
**“ถ้าเรามีความเพียรพยายามมากพอ
เราจะได้ทุกสิ่งที่ต้องการในชีวิต”**

อ.เรวดี ธีระนคร

หัวหน้าทีม/ครูฝึก ผู้เชี่ยวชาญ สรพ.





ชีวิตมีแต่ทำอะไร ได้ **พัฒนางาน**
เพื่อสุขภาพประชาชนและตนเอง



นพ.สุรชัย มัชฌิมภาพฤทธิพงษ์
ผู้อำนวยการ/ครูฝึก ผู้เชี่ยวชาญสร้างจจ. สรพ.

“ลิมข้อจำกัด และ มองหาโอกาส” การทำงาน
ไม่ควรกังวลว่ามีคนอยู่จำกัด เพียงมองให้ออกกว่า
ทีมงานของเราแต่ละคนมี **จุดแข็ง** อะไร และจุดแข็งนั้น
จะ **หนุนเสริม** ให้เกิดผลสำเร็จได้อย่างไร
การขับเคลื่อนงานกับจุดแข็งของทีมงานจะทำให้
สามารถมองเห็นโอกาสที่จะทำงานให้สำเร็จได้เสมอ



ดร.ธนาภรณ์ สุทธิวัฒนา
ผู้อำนวยการ/ครูฝึก ผู้เชี่ยวชาญสร้างจจ. สรพ.

การมีส่วนร่วมพัฒนาระบบบริการอย่างประณีต
ให้สามารถส่งมอบผู้ป่วยกลับสู่อ้อมกอดของครอบครัว
ได้อย่างปลอดภัย ประชาชนมีสุขภาพะ

คือ **ความภาคภูมิใจ** ของสหวิชาชีพ

คือ **ความตั้งใจ** ของทีมสนับสนุน

คือ **ปิติสุขและขุมพลัง** ที่ทำให้
ผู้เยี่ยมสำรวจ สรพ. เดินหน้าต่อไป

อ.ศุภวิมล ไก่ฟ้า
หัวหน้าทีม/ครูฝึก ผู้เยี่ยมสำรวจ สรพ.



Growth mindset,
Get mind Growth. With mind growth,
Get the. **Great Quality.**

นพ.สมจิตต์ ชัยเจริญ

หัวหน้าทีม/ครูฝึก ผู้เยี่ยมสำรวจ สรพ.



ในการทำงานพัฒนาคุณภาพหลายครั้ง
อาจจะพบข้อจำกัด อาจทำให้รู้สึกที่ไม่สามารถ
จะดำเนินการต่อได้ แต่ถ้าเราลองเปลี่ยน
ข้อจำกัดเป็นความท้าทาย แล้วกำหนดเป้าหมาย
ที่ต้องการบรรลุให้ชัดเจน แสวงหาความร่วมมือ เรียนรู้
ประสบการณ์จากเพื่อนหรือภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ข้อจำกัดก็จะกลายเป็นแรงผลักดัน

ให้ไปสู่ความสำเร็จที่ต้องการได้



อ.โกเมธ นวดวรรณกิจ
หอหน้าทีม/ครูฝึก ผู้เยี่ยมชมสำรวจ สรพ.

จง **กล้า** ที่จะกำหนดเป้าหมายที่ท้าทาย
และมีความหมาย เพราะจะทำให้ท่านก้าวเดิน
ออกจากความคุ้นชิน มุ่งสู่หนทางใหม่ และจง

กล้า ที่จะล้มเหลว เพื่อเห็นหนทางความสำเร็จในอนาคต
ดังคำกล่าวที่ว่า

ล้มให้เร็ว ลุกให้ไว

ไปให้ถึงความสำเร็จดังใจหมาย



ผ.อ.หญิง ภัทธร โสภะทองสงกร
หอหน้าทีม/ครูฝึก ผู้เยี่ยมชมสำรวจ สรพ.

คุณภาพ เริ่มต้นที่ตัวเรา ทำหน้าที่ของเราให้ดีที่สุดในทุกวัน
หน้าที่ที่เป็นความรับผิดชอบ ทั้งต่อตัวเอง ต่อครอบครัว
ต่องาน ต่อองค์กร ต่อชุมชน และหมั่นพิจารณาทบทวนหน้าที่
อย่างสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

อ.จกษณา มัชฌมาชีวิน
พอพระภัทรม/ครูฝึก ผู้เชี่ยวชาญสร้างจจ สรพ.

ตั้ง เป้าหมาย ให้ชัดเจน **ใจ** มุ่งมั่น พัฒนาตน
ทำ ความดี ร่วมแรงกัน **สร้าง** โอกาส ทำได้แน่
คุณ ประโยชน์ ต่อผู้อื่น **ค่า** ชีวิต สำเร็จผล



อ.มธุรส ภาสกรพิพัฒนกุล
พอพระภัทรม/ครูฝึก ผู้เชี่ยวชาญสร้างจจ สรพ.

Growth takes time naturally. Problems,
obstacles, and overcomings lead to
intellectual growth. Be thankful
for every story that makes us grow.

อ.ศุภาเพ็ญ ศรีสวัสดิ์
พอพระภัทรม/ครูฝึก ผู้เชี่ยวชาญสร้างจจ สรพ.



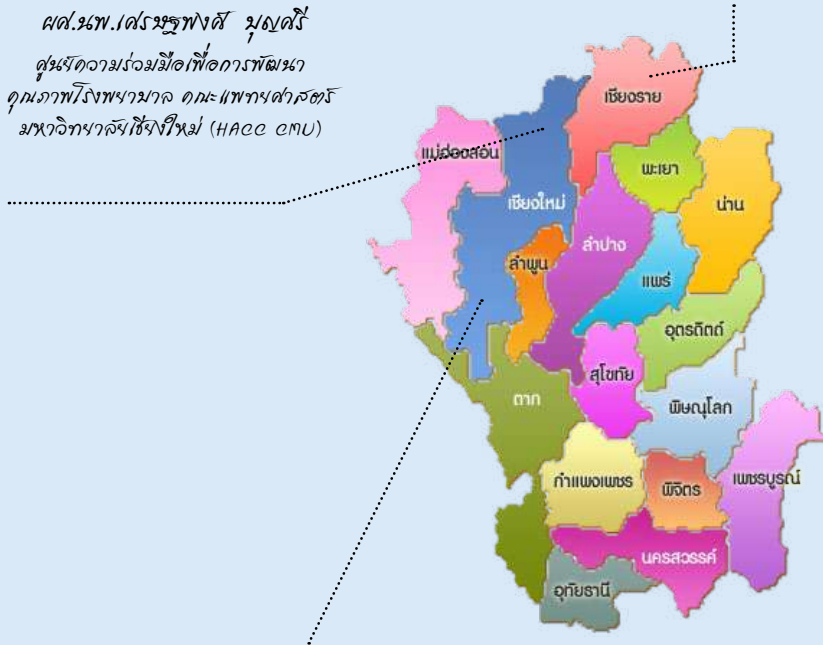
การพัฒนาอาจเกิดขึ้นได้โดยธรรมชาติ หรือเป็นเรื่องบังเอิญ แต่การพัฒนาที่สามารถยกระดับคุณภาพให้สูงขึ้นอย่างก้าวกระโดดและยั่งยืนจะเกิดขึ้นจากการตั้งเป้าหมายและวางแผนอย่างเป็นระบบ อาศัยการทำงานร่วมกันของทุกคนในองค์กรด้วย **“Growth Mindset”** เกิดเป็นพลังที่จะเปลี่ยนเรื่องบังเอิญให้เป็น การเปลี่ยนแปลงที่มีคุณค่า ส่งมอบคุณภาพ และความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย บุคลากร และชุมชน

ระบบบริการสาธารณสุข Growth Mindset เป็นเรื่องสำคัญเราจะก้าวไม่ถึงฝัน ถ้าเราไม่มี **Mindset แบบ Growth** ถ้าทุกคนอยู่เพียง Comfort Zone ระบบ บริการ จะไม่ถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้

พญ.อิริษฐา ละอองระลอกฟ้าวิชัย

ผู้อำนวยการร่วมมีโอเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
โรงพยาบาลศิริราช กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (HAAC CR)

ศฝ.รพ.ศิริราชพงษ์ดี มุขศิริ
ผู้อำนวยการร่วมมีโอเพื่อการพัฒนา
คุณภาพโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (HAAC CR)



คนเราทุกคนต้องการมีความสุข ความสุขส่วนใหญ่เกิดจากสิ่ง ที่ได้รับแบบมีคุณภาพทั้งสิ้น ไม่ว่าจะเป็นเรื่องใด สิ่งของ ผลงาน รวมทั้ง คุณภาพชีวิต เพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพเหล่านั้นจึงต้องมีการพัฒนาซึ่ง มีความหมายว่าดีขึ้น รวมความคือ **“การพัฒนา (เพื่อให้ได้) คุณภาพ (ที่ดีขึ้น)”** การได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพของ สถานพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นส่วนผู้ให้หรือผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องหรือ ผู้ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ ถือเป็นหนทางสร้างสุขแก่ชีวิตเรา สำคัญที่สุด อยู่ที่เราต้องลงมือสำคัญกันนี้แบบจริงจังจากข้างในด้วยกัน

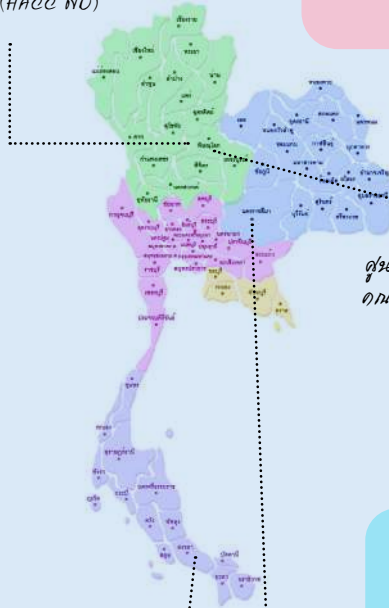
รศ.รพ.ศิริราชวิภากร วัฒนาวิจิตร

ผู้อำนวยการร่วมมีโอเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (HAAC CR)

ผู้ป่วยปลอดภัย บุคลากรปลอดภัย โรงพยาบาล
คุณภาพที่ปลอดภัย คือผลลัพธ์ที่สามารถ **ฝึกฝน
และพัฒนา** ได้ด้วยการ **เปิดรับความเป็นไปได้**
และความหลากหลายของสรรพสิ่งในสังคม

ศส.รพ. จตุจักรฯ หอพรรณฉากร
ศูนย์ริ้วงามร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (HACC NU)

Open mind find network work with
heart by the art of love ขอให้ **เชื่อมั่น**
ในตนเองว่าเราทำได้ **you can do it**



ศส.รพ. พิษณุฯ นครพิชัย
ศูนย์ริ้วงามร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (HACC NU)

คุณภาพเริ่มจากภายใน มองเห็น
ความสดใสในวันข้างหน้า ทำด้วยใจ
ทำให้ดี ทำด้วยกัน มุมมองจากแนวคิด
Growth Mindset ช่วย **ขับเคลื่อน
ความคิดที่ไม่ยึดติด** และจะเกิด
ความยั่งยืนในการทำคุณภาพ

ความสามารถของทุกคนนั้น
เปลี่ยนแปลง ได้ตลอดเวลา ความ
พยายามที่ไม่ยอมแพ้ ผ่านการเรียนรู้
อย่างต่อเนื่อง จะเป็นโอกาสที่จะได้รับ
สิ่งใหม่ ที่ดีกว่าเก่งเดิม เพื่อบรรลุ
เป้าหมายของคำว่าคุณภาพ และ
ประสบความสำเร็จในระยะยาวต่อไป

รศ.รพ. ๖๖๖ ธานีวัฒนา
ศูนย์ริ้วงามร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพ
โรงพยาบาล ภาคใต้ (HACC ST)

รพ. สุพรรณฯ ต.อ.พระเทพ
ศูนย์ริ้วงามร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพ
โรงพยาบาล นครปฐม (HACC KR)

2.4 ประเด็นท้าทายในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

2.4.1 การแพทย์ทางไกล (telemedicine)

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้คนด้วยเทคโนโลยีที่พัฒนาอย่างมากในปัจจุบัน “การแพทย์ทางไกล” จึงเป็นบริการทางการแพทย์วิธีหนึ่งที่ได้รับค่านิยมมากขึ้น สามารถทำได้โดยสะดวกระหว่างสถานพยาบาลและทำได้ถึงระดับบ้านพักอาศัยของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และเพิ่มประสิทธิภาพของการให้บริการ สำหรับประเทศไทยเริ่มเป็นที่นิยมและมีผู้ขอรับบริการการแพทย์ทางไกลเป็นจำนวนมากขึ้น ส่งผลให้มีการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่ออำนวยความสะดวกในการรับบริการที่สามารถพบเห็นได้ และมีการพัฒนาแนวทางการให้บริการการแพทย์ทางไกลทั้งนี้มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ได้มีการเพิ่มเติมมาตรฐานบทที่ III-4.3 ฅ. การแพทย์ทางไกล (telemedicine) ซึ่งถือเป็นการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการบริหารจัดการบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าการให้บริการการแพทย์ทางไกลยังธำรงไว้ซึ่งคุณภาพของการรักษาพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย ตลอดจนเป็นไปตามหลักกฎหมายและจริยธรรมวิชาชีพ

การแพทย์ทางไกล (Telemedicine) คืออะไร

องค์การอนามัยโลก ให้คำจำกัดความของคำว่า “การแพทย์ทางไกล”¹³ หมายถึงการจัดให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนที่อยู่ห่างไกลโดยบุคลากรผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์อาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยการรักษาและการป้องกันโรค รวมถึงการศึกษาวินิจฉัย และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์

องค์ประกอบที่สำคัญของ Telemedicine มี 4 ประการ ได้แก่

- 1) เป็นระบบที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การสนับสนุนด้านการแพทย์
- 2) เป็นระบบที่ตั้งใจจะเอาชนะอุปสรรคทางภูมิศาสตร์หรือการเข้าถึงบริการทางการแพทย์จากสถานที่ห่างไกล
- 3) มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารหลายชนิดมาใช้
- 4) มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ทางการรักษาโรคให้ดีขึ้น

¹³ WHO. Telemedicine: Opportunities and developments in Member States: report on the second global survey on eHealth 2009. Geneva, World Health Organization, 2010.

ในบริบทของประเทศไทย แพทยสภาให้ความหมายของ “การแพทย์ทางไกล” หรือ “โทรเวช” (telemedicine)¹⁴ เป็นการส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมทั้งจากสถานพยาบาลภาครัฐและ/หรือภาคเอกชน จากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่งโดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์เพื่อให้การปรึกษา คำแนะนำ แก่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือบุคคลอื่นใด เพื่อการดำเนินการทางการแพทย์ในกรอบแห่งความรู้ทางวิชาชีพเวชกรรม ตามภาวะ วัสดุ และเหตุการณ์ที่เป็นอยู่ ทั้งนี้โดยความรับผิดชอบของผู้ส่งผ่านหรือการสื่อสารเนื้อหาทางการแพทย์ นั้น ๆ ทั้งนี้บริบาลการแพทย์ทางไกลจำเป็นต้องดำเนินการผ่านสถานพยาบาลเท่านั้น โดยผู้ให้บริบาลและผู้รับบริบาล ต้องทราบว่ากิจกรรมที่ดำเนินการผ่านระบบสารสนเทศ มีความเสี่ยงจากระบบสารสนเทศด้วย จึงต้องทำภายใต้ระบบสารสนเทศที่มีมาตรฐานและความปลอดภัยด้านสารสนเทศที่เป็นสากล และได้รับการดูแลให้พร้อมใช้งาน

ในปี 2566 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. ซึ่งได้บรรจุ “บริการแพทย์ทางไกล” เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาตั้งแต่ปี 2563 และประกาศให้มีการขยายการให้บริการที่ครอบคลุมมาก 42 กลุ่มโรค/อาการ พร้อมจัดระบบส่งยาถึงบ้าน เพื่อลดช่องว่างในการเข้าถึงระบบสาธารณสุขขั้นพื้นฐานของประเทศไทย ทั้งนี้หน่วยงานต่าง ๆ ยังคงผลักดันให้มีการนำบริการการแพทย์ทางไกลมาใช้ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบสาธารณสุขได้

การแพทย์ทางไกลที่มีคุณภาพ¹⁵

The Institute for Healthcare Improvement (IHI) ได้จัดทำและเผยแพร่กรอบแนวคิดการจัดบริการการแพทย์ทางไกลที่มั่นใจได้ในความปลอดภัย (safety), ยึดคนไข้เป็นศูนย์กลาง (person-centered care) และมีความเสมอภาค (equitable) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่

- 1) การเข้าถึง (access)
- 2) ความเป็นส่วนตัว (privacy)
- 3) การวินิจฉัยโรคที่แม่นยำ (diagnostic accuracy)
- 4) การสื่อสาร (communication)
- 5) ความปลอดภัยทางจิตใจและอารมณ์ (psychological and emotional safety)
- 6) ปัจจัยด้านมนุษย์และการออกแบบระบบ (human factors and system design)

¹⁴ ประกาศแพทยสภา ที่ 54/2563 เรื่อง แนวทางปฏิบัติการแพทย์ทางไกลหรือโทรเวช (Telemedicine) และคลินิกออนไลน์

¹⁵ Perry AF, Federico F, Huebner J. Telemedicine: Ensuring Safe, Equitable, Person-Centered Virtual Care. IHI White Paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2021. (Available at www.ihl.org)



ภาพที่ 26 Framework for Ensuring Safe, Equitable, Person-Centered Telemedicine¹⁵

ในการนี้คณะผู้เชี่ยวชาญด้านระบบบริการการแพทย์ทางไกล ได้มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1) การเข้าถึง (access):

ควรมีการสนับสนุนสิ่งอำนวยความสะดวกและโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยี อาทิ การสนับสนุนอุปกรณ์/เครื่องมือและระบบสัญญาณเครือข่าย การพัฒนาความรู้ และทักษะพื้นฐานด้านการใช้เทคโนโลยี รวมถึงควรให้ความเคารพต่อการเลือกใช้ช่องทางบริการการแพทย์ทางไกลหรือการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลตามความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย



2) ความเป็นส่วนตัว (privacy)

ควรคำนึงและส่งเสริมการให้บริการที่คำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย มีความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลสารสนเทศ การบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัว การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ และจัดการความเสี่ยงด้านความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์

3) การวินิจฉัยโรคที่แม่นยำ (diagnostic accuracy)

การแพทย์ทางไกลมีความท้าทายในกระบวนการวินิจฉัยโรคเป็นอย่างมาก ดังนั้นผู้ให้บริการต้องให้ความสำคัญในการบริหารความเสี่ยงต่อการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ทั้งนี้คณะผู้เชี่ยวชาญได้ให้คำแนะนำในการลดความคลาดเคลื่อนของการวินิจฉัย อาทิ การซักชวนให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวหรือแสดงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบทของที่อยู่อาศัยของตน การสัมภาษณ์หรือซักประวัติเพิ่มเติมจากสมาชิกในครอบครัว การฝึกอบรมแพทย์ผู้ให้บริการในการวินิจฉัยโรค โดยควรคำนึงถึงข้อจำกัดในการตรวจร่างกายและการมองหาอาการและอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตของผู้ป่วย การสังเกตสิ่งทีพบจากสภาพแวดล้อมในบ้านที่ผู้ป่วยพักอาศัย รวมถึงการสร้างเครือข่ายร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขที่ใกล้ชิดหรือให้บริการดูแลที่บ้านของผู้ป่วยเพื่อประสานข้อมูลเพิ่มเติมประกอบการวินิจฉัยโรค



4) การสื่อสาร (communication)

ควรส่งเสริมให้มีกำหนดแนวทางปฏิบัติก่อน-ระหว่าง-หลังการบริการทางการแพทย์ทางไกลเพื่อช่วยเพิ่มประสบการณ์ที่ดีระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การฝึกอบรมเกี่ยวกับทักษะ เทคนิคและการใช้เครื่องมือในการสื่อสารผ่านระบบการแพทย์ทางไกลให้แก่แพทย์ผู้ให้บริการเพื่อการสื่อสารที่ได้ผล การสร้างความมั่นใจว่าจะมีระบบสนับสนุนการสื่อสาร (อาทิ ล่ามแปลภาษา เทคโนโลยีและอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการได้ยิน/การมองเห็น/การสื่อความหมาย)

5) ความปลอดภัยทางจิตใจและอารมณ์ (psychological and emotional safety)

พบว่าผู้ป่วยบางรายที่รู้สึกปลอดภัยและสะดวกใจมากขึ้นเมื่อรับบริการจากบ้านพักของตน และลดภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นจากการใช้บริการในสถานพยาบาล (อาทิ การลางาน ค่าใช้จ่ายการเดินทาง) ทั้งนี้ สิ่งที่ควรคำนึงและดำเนินการที่มีผลต่อความปลอดภัยทางจิตใจและอารมณ์ของผู้รับบริการ อาทิ การมีทางเลือกสำหรับช่องทางการใช้บริการการแพทย์ทางไกลตามความเหมาะสมและความชอบส่วนบุคคล การพูดคุยเกี่ยวกับความกังวลของผู้รับบริการการแพทย์ทางไกลโดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้งานครั้งแรก การรับฟังและแสดงความเห็นอกเห็นใจระหว่างการสนทนา การใส่ใจ

มองกล้องมากกว่าการมองภาพผู้ป่วยที่ปรากฏบนจอภาพ การสอบถามความกังวลใจของผู้รับบริการก่อนสิ้นสุดบริการ และส่งเสริมผู้ให้บริการให้คำนึงถึงมิติด้านความปลอดภัยทางจิตใจและอารมณ์ของผู้รับบริการ

6) ปัจจัยด้านมนุษย์และการออกแบบระบบ (human factors and system design)

บริการการแพทย์ทางไกลจะต้องบูรณาการเข้ากับระบบที่มีอยู่อย่างสมบูรณ์ ไม่ใช่แค่เพียงเพิ่มช่องทางการบริการเป็นกรณีพิเศษเท่านั้น ซึ่งต้องมีการทบทวนและปรับปรุงการออกแบบระบบใหม่เพื่อให้มั่นใจว่าระบบบริการปลอดภัย น่าเชื่อถือ มีประสิทธิภาพ และยึดคนเป็นศูนย์กลาง โดยการพัฒนาการออกแบบที่คำนึงถึงปัจจัยด้านมนุษย์ อาทิ การใช้แนวคิดเชิงออกแบบและการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในการออกแบบร่วมกับผู้ให้บริการ การวิเคราะห์ความเสี่ยงและปัจจัยที่ส่งผลต่อความไม่ปลอดภัยของระบบ เสาะแสวงหาเทคโนโลยีสนับสนุนบริการการแพทย์ทางไกลที่ยืดหยุ่นและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้งานที่มีความหลากหลาย การบริการร่วมกับพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ

การแพทย์ทางไกล (telemedicine) ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ได้กำหนดเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับบริการการแพทย์ทางไกล ในมาตรฐานบทที่ III-4.3 ณ. การแพทย์ทางไกล (telemedicine)



ภาพที่ 27 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 บทที่ III-4.3 ณ. การแพทย์ทางไกล



ณ. การแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine)

- (1) องค์กรวางระบบ แนวทางปฏิบัติ กำหนดกลุ่มผู้ป่วยโรค รวมถึงสนับสนุนทรัพยากรสำหรับการแพทย์ทางไกล
- (2) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยการแพทย์ทางไกล จะได้รับการประเมิน คัดกรอง ความเหมาะสมเพื่อเข้ารับบริการ และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแล/ข้อจำกัด ก่อนแสดงความยินยอมในการรับบริการ
- (3) ผู้ป่วยได้รับการบริการการแพทย์ทางไกล ในกระบวนการประเมิน วินิจฉัย วางแผน หรือดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติ โดยข้อมูลการให้บริการได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง
- (4) ผู้ให้บริการการดูแลผู้ป่วยการแพทย์ทางไกล สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยในระบบ เวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันกาล โดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลการแพทย์ทางไกลในแนวทางที่สอดคล้องกับองค์กรวิชาชีพที่เป็นที่เชื่อถือได้ แนะนำ และเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนด เช่น การรักษาความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคล
- (6) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผ่านทาง การแพทย์ทางไกล จะได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการ หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผนหรือสั่งการ รักษาไว้
- (7) กรณีที่คาดว่า การตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาผ่านทาง การแพทย์ทางไกลอาจทำให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้ เชื่อได้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย, ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และ ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธี การอื่นอย่างเหมาะสม

ภาพที่ 28 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 บทที่ III-4.3 ณ. การแพทย์ทางไกล, หน้า 192

เพื่อให้ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการการแพทย์ทางไกลอย่างทันทั่วทั้งที่ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีการวางระบบการให้บริการ การแพทย์ทางไกลตามบริบทของสถานพยาบาลและการนำเทคโนโลยีมาใช้อย่างเหมาะสม มีการกำหนดข้อบ่งชี้ในการให้บริการ แนวปฏิบัติ การสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการให้บริการ และกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยการแพทย์ทางไกลที่ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ ครอบคลุมตั้งแต่การเข้าถึงบริการ การคัดกรองความเหมาะสมเพื่อเข้ารับบริการ การให้ข้อมูล และการแสดงความยินยอมในการรับบริการ การประเมิน วินิจฉัย วางแผน ดูแลรักษา การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นและการบันทึกเวชระเบียน การดูแลต่อเนื่อง ตามแนวทางที่สอดคล้องกับองค์กรวิชาชีพที่เป็นที่เชื่อถือได้แนะนำและเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนด

หัวใจสำคัญของการพัฒนา คือ
การให้คุณค่ากับบุคลากร เปิดโอกาสให้เค้าได้
เรียนรู้และเติบโตจากการทำงาน
แม้ว่างานนั้นจะยุ่งยาก/ซับซ้อนเพียงใดก็ตาม


อ.จิหนาท สنجิสุวรรณ
ที่ปรึกษาระบบการจัดการคุณภาพ สรพ.



เริ่มต้นที่ Growth Mindset เปิดความคิดริเริ่มเรียนรู้
สิ่งใหม่ จิตใจอ่อนโยนเข้มแข็ง สัมผัสกับมุมมอง
ที่กว้างไกล สร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่ดั่งงาม และพร้อมผจญ
กับความท้าทายอย่างมีอุดมการณ์ สานความสำเร็จ
เพื่อบรรลุเป้าหมาย **“สุภาพะของประชาชน”**


พญ.สุรัชย์ ตรีสว่าง
ที่ปรึกษาระบบการจัดการคุณภาพ สรพ.





สำหรับผู้ที่มึจิตวิญญาณ
ของการพัฒนาระบบคุณภาพ
สิ่งที่กำกับไว้ในใจเสมอ คือ
“**ความปลอดภัย**” ซึ่งจะได้จาก
การทบทวนระบบงานอย่างสม่ำเสมอ และนำ
มาเป็นบทเรียนในการทำงานตลอดชีวิต

อ.สุพวีร์ วัฒวิสุข
ที่ปรึกษาระบบการจัดการคุณภาพ สรพ.



บุคลากรสาธารณสุข ที่มี
Growth Mindset ในการทำงาน
จะส่งผลลัพธ์ที่ดี ต่อทั้งตัวบุคลากร
ทีมงาน ผู้ใช้บริการ ประชาชน
องค์กรและระบบบริการสาธารณสุข



อ.อรชร มาลาพยอม
ที่ปรึกษาระบบการจัดการคุณภาพ สรพ.

2.2.2 Whole System Quality¹⁶

คุณภาพทั้งระบบ: แนวทางครบวงจรในการสร้างระบบดูแลสุขภาพที่ตอบสนองและยืดหยุ่น

กว่าสองทศวรรษที่การพัฒนาคุณภาพในระบบบริการสุขภาพมีการพัฒนาแบบก้าวกระโดด ทั้งลดการเกิดอุบัติการณ์รุนแรงที่ส่งผลถึงผู้ป่วย (เช่น ลดการติดเชื้อจากแผลผ่าตัด ลดอุบัติการณ์สำคัญต่างๆ ในโรงพยาบาล) และการพัฒนาระบบต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้มากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีโอกาสพัฒนาสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพิจารณาให้เห็นถึงความเสี่ยงสำคัญที่ไม่ได้รายงาน (under reported near misses)

คุณภาพ ตามแนวคิดของ Dr. Joseph M. Juran คือความเหมาะสมในการใช้ (fitness to use) ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ คือคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์/ บริการที่ตรงตามความต้องการของลูกค้า และไม่ขาดแคลน (features of products which meet customer needs and freedom from deficiencies)

การแสวงหาคุณภาพผ่านการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

การสนับสนุนของผู้นำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพที่รวดเร็ว และเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นคุณภาพ ไม่ว่าจะเป็นการส่งมอบการดูแลที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง การดูแลทางคลินิกตามหลักฐานเชิงประจักษ์ แบบอย่างของการดูแลที่ยั่งยืนและมีคุณค่าสูง และการออกแบบระบบเพื่อความเท่าเทียม เพื่อให้บรรลุสิ่งเหล่านี้ จำเป็นจะต้องมีการแสวงหาคุณภาพที่ประกอบไปด้วย

- การกำหนดว่าคุณภาพ หมายถึง ผู้ป่วย ประชากร ชุมชน และกำลังคนในองค์กร และวางแผน วิเคราะห์เพื่อจัดทำกลยุทธ์ให้บรรลุเป้าหมายคุณภาพอย่างยั่งยืน
- การสร้างโครงสร้างและระบบ และมีกระบวนการที่ฝังลึกที่ทำให้ผู้ปฏิบัติทำงาน เพื่อบรรลุในเรื่องคุณภาพอย่างง่าย ๆ ผ่านการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง และ
- ส่งเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องโดยเน้นการระบุปัญหา ทดลองปรับปรุง พัฒนา และประเมินผล เพื่อเลือกวิธีที่ดีที่สุด

¹⁶ Sampath B, Rakover J, Baldoza K, Mate K, Lenoci-Edwards J, Barker P. Whole System Quality: A Unified Approach to Building Responsive, Resilient Health Care Systems. IHI White Paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2021. (Available at www.ihl.org)

Peter Senge นักยุทธศาสตร์แห่งศตวรรษ ผู้เขียนหนังสือ The Fifth Discipline ได้กล่าวถึงแนวคิดเรื่อง องค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) ไว้ว่า คือองค์กรที่คนทำงานในองค์กรขยายศักยภาพของตนอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างผลงานที่ต้องการอย่างแท้จริง โดยแบบความคิด (patterns of thinking) ใหม่ของคนในองค์กรได้รับการพุ่มพูกอย่างอิสระ และคนทั้งองค์กรมีการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้จากนิยาม Learning Organization บทบาทของผู้นำในการสนับสนุนเรื่องคุณภาพ และแนวคิดคุณภาพที่กล่าวมาข้างต้น IHI (Institute for healthcare improvement) ได้เสนอวิธีการแบบองค์รวมที่จะบูรณาการการเรียนรู้สู่ระบบสุขภาพหรือคุณภาพทั้งระบบ

- คุณภาพทั้งระบบ (WSQ) คือการแสวงหาคุณภาพทั่วทั้งองค์กรผ่านแนวทางการบริหารจัดการที่อำนวยความสะดวกในการแลกเปลี่ยนความรู้และหลักของผู้นำที่ส่งเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้ (ภาพที่ 29)
- องค์กรที่ปฏิบัติคุณภาพทั้งระบบจะมองอย่างลึกซึ้งทั้งภายในและภายนอก เพื่อเรียนรู้ที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ประชากร และชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง เชื่อถือได้ และยั่งยืน
- คุณภาพทั้งระบบประกอบด้วย การวางแผนคุณภาพแบบบูรณาการ การควบคุมคุณภาพ และกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพที่มีทั่วทั้งองค์กร เชื่อมโยงกัน และยึดลูกค้าเป็นศูนย์กลาง เป็นแนวทางเชิงกลยุทธ์สู่คุณภาพ



ภาพที่ 29 Whole system quality practices and principles

Whole System Management Practice

แนวทางการบริหารจัดการทั้งระบบ รวมถึง บทบาท ความรับผิดชอบ กิจกรรมทั้งองค์กร จากผู้ป่วยและครอบครัว ผู้คณะกรรมการบริหารองค์กร ซึ่งแบ่งการปฏิบัติตาม Juran ได้เป็น

Quality Planning การวางแผนคุณภาพ (QP) เป็นกระบวนการที่องค์กรดำเนินการเพื่อระบุความต้องการลูกค้า กำหนดเป้าหมายคุณภาพ และออกแบบและนำกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุความต้องการตามลำดับความสำคัญ

Quality Control การควบคุมคุณภาพ (QC) เกี่ยวข้องกับการกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานและระบบถ่ายทอดข้อมูลที่พัฒนาต่อเนื่อง เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน ระบุช่องว่างระหว่างที่เกิดขึ้นจริงและผลการดำเนินงานที่ต้องการ และนำแนวทางการดำเนินงานที่ได้มาตรฐานมาปิดช่องว่าง

Quality Improvement การปรับปรุงคุณภาพ (QI) หมายถึงการออกแบบระบบใหม่เพื่อให้บรรลุผลการดำเนินงานที่ดีขึ้น ผ่านวงล้อการพัฒนาคุณภาพ (PDSA)

Whole System Quality: Leadership Principles โดยหลักการของผู้ผู้นำจะหมายรวมถึงผู้นำในทุกระดับ (ระดับหน่วยงาน กลุ่มงาน ทีมนำองค์กร หรือทีมบริหารองค์กร)

หลักการของผู้ผู้นำ	ความหมาย	ตัวอย่าง
สร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย	การร่วมกันจัดทำวิสัยทัศน์ เป้าหมายในการพัฒนาที่ให้คุณค่าร่วมกัน ทำให้เกิดความเป็นหนึ่งเดียวกันในการร่วมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย	การนำเรื่องที่สำคัญต่อเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ มาวิเคราะห์และจัดทำแผนเพื่อพัฒนาทั้งระยะสั้นและระยะยาว
ฝึกฝนการคิดเชิงระบบ	ความสามารถในการมององค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกันของระบบ และจำแนกรูปแบบได้ แทนการคิดแยกแยะเหตุการณ์	สร้างแบบจำลอง (เช่น แผนผังกระบวนการ/ Flowchart, แผนผังกระแสคุณค่าขององค์กร (enterprise value stream maps) ระบบการประเมินผล เป็นต้น เพื่อให้เข้าใจระบบและการพึ่งพาซึ่งกันและกัน ซึ่งต่างเป็นระหว่างส่วนประกอบในการนำสู่ผล
ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนและรวบรวมองค์ความรู้ และสุนทรียสนทนา (Dialogue)	จัดกระบวนการค้นหา สุนทรียสนทนา และการร่วมกันดำเนินการเพื่อไปสู่การบรรลุวิสัยทัศน์หรือเป้าหมายที่มีร่วมกัน	สร้างโอกาสในการใช้สุนทรียสนทนาโดยการลดสมมติฐานที่ไม่ได้พิสูจน์ กระตุ้นแนวคิดหลากหลาย นำด้วยความอยากรู้อยากเห็นและความถ่อมตัวใช้คำถาม (อะไรและอย่างไร ไม่ใช่ใครและทำไม) ค้นพบวิธีการใหม่ ๆ โดยเห็นและเข้าใจระบบและสร้างความคิดด้วยกัน

หลักการของผู้นำ	ความหมาย	ตัวอย่าง
ฝึกการชื่นชมและการสะท้อนกลับ	การทำความเข้าใจอย่างลุ่มลึกกับความเชื่อของตนเอง และทำความเข้าใจว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการแสดงออกอย่างไร	การใช้เวลาเพื่อใคร่ครวญอคติส่วนบุคคล และ การทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ว่าสิ่งเหล่านั้นมีผลต่อมุมมองประสบการณ์ และการตัดสินใจอย่างไร การเรียนรู้และเข้าใจบริบทของคนชายขอบ (เช่น บุคคลที่ถูกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมหรือไม่มีอำนาจต่อรองสิทธิขั้นพื้นฐาน เป็นต้น) และตระหนักว่าหัวหน้าทุกระดับสามารถออกแบบเพื่อให้เกิดระบบที่เท่าเทียมได้

ตารางที่ 1 หลักการของผู้นำ

ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นแนวทางคุณภาพทั้งระบบที่บูรณาการกิจกรรมการวางแผนคุณภาพ กิจกรรมการควบคุมคุณภาพ และกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ สำหรับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบการดูแลสุขภาพที่สำคัญ โดยกิจกรรมเหล่านี้ทำให้เกิดการดำเนินงานยุทธศาสตร์ทั่วทั้งองค์กร เชื่อมโยงถึงกัน และเน้นลูกค้าเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ได้คุณภาพและทำให้เกิดการเรียนรู้ทั่วทั้งองค์กร นำไปสู่ระบบคุณภาพทั้งระบบ

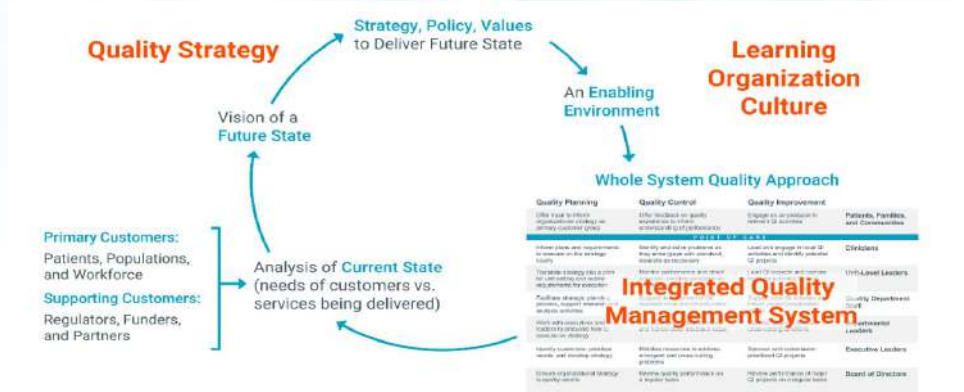
Quality Planning	Quality Control	Quality Improvement	ผู้ดำเนินการ
ให้ ข้อมูล ความ ต้องการเพื่อนำสู่การจัดทำกลยุทธ์	ให้ข้อมูลประสบการณ์เชิงคุณภาพสะท้อนกลับเพื่อทำความเข้าใจผลการดำเนินงาน	เป็นผู้ร่วมคิดและดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ	ผู้ช่วย ครอบครัวย และชุมชน
แจ้งสื่อสารแผนและความต้องการ/ข้อกำหนด เพื่อนำกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ	ระบุและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น (gaps with standard)	เป็นผู้นำและมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนา และระบุโอกาสพัฒนาเพื่อจัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพ	แพทย์ (clinicians)

Quality Planning	Quality Control	Quality Improvement	ผู้ดำเนินการ
นำยุทธศาสตร์จัดทำเป็นแผนงานสำหรับหน่วยงานและสรุปประเด็นความสำคัญในการนำสู่การปฏิบัติ	ติดตามผลการดำเนินงานและชี้แนะการแก้ปัญหา	เป็นผู้นำ/รับผิดชอบในโครงการพัฒนาคุณภาพและเก็บประเด็นแนวคิดที่สามารถนำไปเป็นผลงานการพัฒนาได้	หัวหน้าหน่วยงาน
จัดทำกระบวนการแผนยุทธศาสตร์ให้ง่ายขึ้น สนับสนุนการวิจัยและวิเคราะห์กิจกรรมต่าง ๆ	สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานการดำเนินการและโครงสร้างพื้นฐาน	สนับสนุนโครงการพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานและให้ข้อมูลเพื่อจัดลำดับความสำคัญโครงการ	ทีมพัฒนาคุณภาพ
ทำงานร่วมกับผู้บริหารระดับสูงและหัวหน้าหน่วยงาน ในการสื่อสารให้ชัดเจนถึงการนำกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ	ระบุปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหลายส่วนและดำเนินการสะท้อนกลับและปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตามความต้องการหรือคำแนะนำของลูกค้าและบอกกับลูกค้าว่าได้ดำเนินการอะไรไปบ้าง	สนับสนุนโครงการพัฒนาคุณภาพ ชี้นำโครงการที่เกี่ยวข้องหลายส่วน	หัวหน้ากลุ่มงาน/ แผนก
ระบุลูกค้า ความต้องการสำคัญ และยุทธศาสตร์ในการพัฒนา	เตรียมทรัพยากรเพื่อจัดการเรื่องเร่งด่วน และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับหลายเรื่อง	สนับสนุนและสร้างแรงจูงใจทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน ในการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพ	ผู้บริหารระดับสูง
สร้างความมั่นใจว่าองค์กรมียุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นด้านคุณภาพ	ทบทวนผลด้านคุณภาพตามที่ได้กำหนดอย่างสม่ำเสมอ	ทบทวนผลของผลงานการพัฒนาสำคัญตามที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอ	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 แนวทางคุณภาพทั้งระบบ

Journey to Whole System Quality

ท้ายที่สุดแล้ว คุณภาพทั้งระบบจะทำหน้าที่เป็นกรอบการทำงานในการแจ้งฝ่ายจัดการที่จำเป็น แนวปฏิบัติและหลักการเป็นผู้นำเพื่อฝังคุณภาพไว้ที่ศูนย์กลางขององค์กร ตามภาพที่ 30 แสดงให้เห็นถึงรูปแบบการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องจากลูกค้า วิทยุทัศน์ กลยุทธ์ และขีดความสามารถของบุคลากรที่ส่งมอบ ซึ่งทั้งหมดนี้คือเส้นทางสู่คุณภาพทั้งระบบ



ภาพที่ 30 Journey to Whole System Quality

Learning Organization Culture

การสนับสนุนวัฒนธรรมของการพัฒนาและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องใช้หลักการของผู้นำดังที่กล่าวข้างต้น โดยหากนำมาดำเนินการอย่างสม่ำเสมอแล้ว จะทำให้ห้องศรัทธาประสบความสำเร็จอย่างมาก ทั้งทำให้เกิด Psychological Safety (ทุกคนในองค์กร รวมถึงผู้ป่วยและครอบครัว สามารถบอกความกังวล ความท้าทาย หรือแนวคิดเพื่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ) วัฒนธรรมความไว้วางใจ ความมั่นคง ความเท่าเทียม และนวัตกรรม

หลักการของผู้นำในระบบคุณภาพทั้งระบบทั้ง 4 ข้อ ทำให้เกิดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ผู้การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ตามนิยามของ Senge ที่กล่าวในข้างต้น โดยหลักการของผู้นำทั้ง 4 ข้อ ได้แก่

- 1) สร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย
- 2) ฝึกฝนการคิดเชิงระบบ
- 3) ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนและรวบรวมองค์ความรู้ และสุนทรียสนทนา
- 4) ฝึกการชื่นชมและการสะท้อนกลับ

การวางแผนคุณภาพ: ให้นิยามเป้าหมายคุณภาพจากความต้องการของลูกค้า

ปกติแล้วคุณภาพมักถูกแยกออกจากยุทธศาสตร์ขององค์กร การประกันคุณภาพมักขับเคลื่อนโดยกิจกรรมคุณภาพซึ่งองค์กรพยายามที่จะดำเนินการให้ตรงตามกฎหมาย หรือเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ด้วยแรงผลักดันภายนอกทำให้ระบบสุขภาพจำนวนมากตกอยู่ในวงจรของการจัดการคุณภาพเชิงรับ แต่ถ้าเรื่องคุณภาพกลายเป็นหลักสำคัญของยุทธศาสตร์และการจัดการ ผู้นำจำเป็นต้องใช้กลไกในการมองความสัมพันธ์ระหว่างความพยายามด้านคุณภาพที่สำคัญและกิจกรรมเชิงรุกที่จะทำให้องค์กรสามารถบรรลุเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ได้

กระบวนการจัดทำแผนคุณภาพ ที่นิยามโดย Dr. Juran หมายถึงการพัฒนาผลิตภัณฑ์หรือกระบวนการเพื่อให้เป็นไปตามความต้องการของลูกค้า ดังนั้นกระบวนการหลักของการจัดทำแผนคุณภาพจึงประกอบด้วย ทำความเข้าใจความต้องการของลูกค้า ออกแบบกลยุทธ์คุณภาพ และถ่ายทอดกลยุทธ์ลงสู่การปฏิบัติในทุกระบบขององค์กร



ภาพที่ 31 A Sequenced Approach to Quality Planning

วิธีการตามลำดับในการจัดทำแผนคุณภาพ (ภาพที่ 31)

- ทำความเข้าใจความต้องการของลูกค้า
 - 1) ทำความเข้าใจลูกค้า เพื่อระบุและจัดลำดับความต้องการที่สำคัญ
 - 2) พัฒนาวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยมร่วมกัน
 - 3) สร้างคำจำกัดความขององค์กรเกี่ยวกับคุณภาพ
- ออกแบบกลยุทธ์คุณภาพ
 - 4) วิเคราะห์ระบบเดิมที่ดำเนินงานและระบุโอกาสในการพัฒนา
 - 5) พัฒนาเป้าหมายที่ก้าวหน้า และเป้าหมายแต่ละปีของกลยุทธ์คุณภาพ

- ถ่ายทอดกลยุทธ์ลงสู่การปฏิบัติในทุกระบบขององค์กร โดยอาศัยการออกแบบ การกำหนดเวลา และปฏิบัติที่ชัดเจนทั่วทุกระบบ
 - 6) แปลงเป้าหมายคุณภาพเป็นแผนปฏิบัติการและความต้องการสำคัญ
 - 7) เชื่อมโยงความสอดคล้องของเป้าหมายคุณภาพด้วยการวัดทั่วทั้งองค์กร
 - 8) สร้างโครงสร้างพื้นฐานในการจัดการคุณภาพ

การควบคุมคุณภาพ: จากการเปลี่ยนแปลงสู่ความยั่งยืน

การควบคุมคุณภาพ หมายถึง การทำให้มั่นใจว่ากระบวนการนั้นมั่นคง คงเส้นคงวา ดังนั้นการควบคุมคุณภาพจึงสัมพันธ์กับแนวคิดของคุณภาพในระบบสุขภาพคือ High Reliability หรือความเชื่อมั่นสูง หัวใจสำคัญของการพัฒนาสู่ความยั่งยืนคือการทำมีความสำคัญกับการกำกับการปฏิบัติหน้างานประจำของหัวหน้างาน และระบบในการสนับสนุนผลการดำเนินงาน คุณภาพสูง ซึ่งหมายถึงการทำงานตามมาตรฐานและการรับผิดชอบต่อในการบริหารจัดการของทุกระดับในองค์กร

ระบบการควบคุมคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ

บทความการพัฒนาคุณภาพสู่ความยั่งยืน ที่นำเสนอโดย IHI ได้ระบุ 6 ปัจจัยหลัก ที่เป็นองค์ประกอบของระบบควบคุมคุณภาพในสถานพยาบาล ดังนี้

- 1) Standardization กระบวนการในการระบุและเผยแพร่มาตรฐานงาน (ทำอะไร ทำอย่างไร และทำไมต้องทำ) ทั่วองค์กร
- 2) Accountability กระบวนการในการทบทวนการปฏิบัติตามมาตรฐานของงาน ในส่วนรับผิดชอบของผู้เกี่ยวข้อง
- 3) Visual management
- 4) Problem-solving ความเข้าใจในวงกว้างของกระบวนการการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าที่ หน้างาน และการปรับปรุงพัฒนา
- 5) Escalation ผู้ปฏิบัติหน้างานระบุขอบเขตของปัญหา และเพิ่มการจัดการที่เกี่ยวข้อง เพื่อแก้ปัญหา เช่น การเพิ่มการประสานข้ามแผนก
- 6) Integration การบูรณาการทั่วทั้งองค์กรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย มาตรฐานงาน และ กิจกรรมการพัฒนา

การพัฒนาคุณภาพ จากแผนสู่การเปลี่ยนแปลง



ภาพที่ 32 ความสัมพันธ์ระหว่างแผนคุณภาพ การพัฒนาคุณภาพ และการควบคุมคุณภาพ

โครงสร้างเฉพาะของการพัฒนาคุณภาพในแต่ละองค์กรจะมีความแตกต่างกัน แต่มีสิ่ง ที่เหมือน ๆ กันในองค์กรที่มีระบบการพัฒนาคุณภาพที่สำเร็จคือ

- Common Approach to Problem-solving มีแนวทางร่วมกันในการแก้ไขปัญหา ทั้งภาษา กระบวนการ และเครื่องมือที่ใช้ทั่วทั้งองค์กร เช่น การใช้ LEAN, Model for Improvement, PDSA, Six Sigma Tools เป็นต้น
- Improvement Capability and Capacity among Designated Staff องค์กรจำเป็นต้อง สนับสนุนการพัฒนาผ่านการสร้างความรู้ความเข้าใจในหลักของการพัฒนางานและ เครื่องมือคุณภาพให้บุคลากร
- Process to Track and Scale Up Improvement องค์กรจะต้องสามารถติดตามผลลัพธ์ การพัฒนางานได้ ระบุและแก้ไขปัญหา/ อุปสรรคในการทำงาน และแลกเปลี่ยนบทเรียน การทำงานระหว่างทีม เพื่อให้สามารถกระจายความสำเร็จไปทั่วทั้งองค์กรได้

Whole System Quality Organizational Assessment

แล้วเราจะรู้ได้อย่างไรว่าองค์กรของเราสามารถเกิดระบบคุณภาพทั้งระบบได้หรือไม่ องค์กรควรเริ่มที่จะประเมินตนเองเพื่อทำความเข้าใจในแต่ละพื้นที่ถึงจุดแข็งหรือโอกาสพัฒนา โดยมีเครื่องมือในการช่วยประเมินตนเองดังตารางด้านล่าง

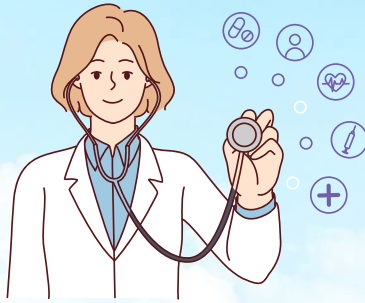
Stage of WSQ Implement	Description	Supporting Clarification
Stage 0	<ul style="list-style-type: none"> - องค์กรมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน - คุณภาพยังไม่ได้บูรณาการหรือ Align ไปกับยุทธศาสตร์ขององค์กร - กิจกรรมควบคุมคุณภาพและพัฒนาคุณภาพ (QC และ QI) ยังขับเคลื่อนโดยหัวหน้าแต่ละคน 	<ul style="list-style-type: none"> - ใน Stage นี้ องค์กรจะมีโครงการพัฒนาคุณภาพมากมาย หลากหลาย แต่ไม่เชื่อมโยงกัน หรือมีประเด็นโฟกัสที่หลากหลาย - องค์กรอาจมีทีมพัฒนาคุณภาพ แต่ทีมมักให้ความสนใจกับการประชุมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บังคับบัญชา หรือการรับรองคุณภาพมากกว่า การสนับสนุนให้ทีมผู้ปฏิบัติหรือหัวหน้าหน่วยงานพัฒนาคุณภาพของงาน
Stage 1	<ul style="list-style-type: none"> - คุณภาพชัดเจนในยุทธศาสตร์และเป้าหมายขององค์กร แต่ยังไม่ชัดเจนในระบบและกระบวนการ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้นำติดตามคุณภาพบางเรื่องซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ Executive Level Dashboard แต่ยังไม่เห็นการควบคุมคุณภาพทั้งองค์กร - กิจกรรมคุณภาพยังไม่เป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ โครงการการพัฒนางานมักไม่ได้ดำเนินการต่อ และไม่ได้พัฒนาจนเป็นมาตรฐานงาน และกิจกรรมควบคุมคุณภาพไม่ได้ถูกติดตามต่อเนื่อง
Stage 2	<ul style="list-style-type: none"> - คุณภาพถูกบูรณาการในยุทธศาสตร์ขององค์กรแต่ยังเป็นส่วนๆ - แผนคุณภาพมีเป้าหมายทางคลินิกที่สำคัญ 	<ul style="list-style-type: none"> - ในการแต่ละกลุ่มงาน แผนก หน่วยงาน มีการพัฒนาคุณภาพในงานประจำแต่ยังไม่เกิดขึ้นในระบบคร่อมหน่วยงาน - มียุทธศาสตร์ในเรื่องคุณภาพระดับองค์กรแต่ยังเป็นเรื่องทั่วไป ไม่มีมิติคุณภาพที่ไม่หลากหลายและยังไม่มีมุมมองเชิงลึกของความต้องการของลูกค้า

Stage of WSQ Implement	Description	Supporting Clarification
Stage 3	<ul style="list-style-type: none"> - พันธกิจ วิสัยทัศน์ และ ค่านิยมสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพ - มีการขับเคลื่อนเรื่องคุณภาพผ่านยุทธศาสตร์ - เป้าหมายคุณภาพชัดเจน สนับสนุนสื่อสาร และมีการติดตามทั่วทั้งองค์กร - องค์กรสามารถแสดงผลของคุณภาพ ประสิทธิภาพ และค่าใช้จ่ายซึ่งเชื่อมโยงกับระบบคุณภาพทั้งระบบได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - องค์กรมียุทธศาสตร์ที่บูรณาการและชัดเจนในเรื่องคุณภาพซึ่งบุคลากรทุกคนเข้าใจในการนำแผนสู่การปฏิบัติ - บุคลากรทุกคนตระหนักว่าคุณภาพคือความคงเส้นคงวาและเชื่อถือได้ ซึ่งตอบสนองความต้องการของลูกค้า โดยที่คุณภาพไม่ใช่เป็นแค่การทำผลลัพธ์ทางคลินิกให้ดี หรือโครงการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งแยกออกจากงานประจำ - บุคลากรในทุกระดับเข้าใจว่างานประจำของพวกเขา มีผลต่อเป้าหมายขององค์กร - บุคลากรมีการติดตามผลงานที่ชัดเจน และพัฒนางานเมื่อจำเป็น เพื่อให้ยุทธศาสตร์มีการก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง - หัวหน้าหน่วยงานทุกระดับเข้าใจว่าตนเป็นผู้แปลงยุทธศาสตร์สู่ระดับต่างๆ ในขณะที่พัฒนาบุคลากรเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้ดีและพัฒนางานได้

ตารางที่ 3 เครื่องมือในการช่วยประเมินตนเอง

ตอนที่ 3

*Thai Healthcare Accreditation
in the Future*



3.1 The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) in Thailand

3.1.1 กว่าจะมาเป็น HAI Thailand: The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือที่รู้จักกันในคำย่อว่า สรพ. มีเส้นทางการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่องภายใต้กรอบความคิดที่กว้างไกล (growth mindset) ของอดีตผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ มากมาย ที่เชื่อมั่นว่ากระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจะเป็นหนึ่งในกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพเพื่อส่งมอบระบบบริการที่มีคุณค่าให้แก่ประชาชน

ปี พ.ศ. 2527 นพ.บรรลุ ศิริพานิช รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้ริเริ่มให้มีการประเมินขีดความสามารถของโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ ทั้งในด้านบริหาร บริการ และวิชาการ โดยเป็นผู้นำแนวคิด Hospital Accreditation มาเป็นกลไกในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาลเป็นคนแรก ซึ่งเป็นที่รู้จักกันในชื่อ “โครงการติดดาวโรงพยาบาล” เป็นจุดเริ่มต้นสร้างกระบวนการเรียนรู้เรื่องคุณภาพกับสถานพยาบาล

ปี พ.ศ. 2528 นพ.ชัยสิทธิ์ ธารากุล ที่ปรึกษาปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) ขึ้น โดยมีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้ทุกระดับอย่างเท่าเทียมกัน มีการจัดเครือข่ายบริการสาธารณสุขแบบ Comprehensive Health Service ในเขตหนึ่ง ๆ โดยให้สถานบริการระดับต่าง ๆ สามารถเชื่อมโยงบริการเข้าด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ มีการกำหนดมาตรฐานสำหรับประเมินตนเอง โดยเน้นที่ระดับความสามารถในการให้บริการ เป็นอีกหนึ่งการเริ่มต้นชวนสถานพยาบาลทำในสิ่งที่ไม่เคยทำ

ปี พ.ศ.2533 พ.ร.บ.ประกันสังคม นำมาสู่ความตระหนักของผู้เกี่ยวข้องที่จะต้องสร้างระบบประกันคุณภาพในโรงพยาบาล และเกิดความท้าทายในระบบบริการสุขภาพ โรงพยาบาลเกิดความตื่นตัวที่จะต้องพัฒนาคุณภาพ เริ่มเกิดการเรียนรู้ทั้งผู้กำหนดทิศทางวิธีการและผู้ปฏิบัติ เพื่อการเปลี่ยนแปลง

ปี พ.ศ. 2536 ระบบคุณภาพประเทศไทยก้าวเข้าสู่ Learning Zone ที่สำคัญเริ่มจากสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยการนำของ ศ.นพ.ประพนธ์ ปิยะรัตน์ ได้นำทีมงานของสำนักงานและผู้อำนวยการโรงพยาบาลต่าง ๆ ไปดูงานระบบบริการสาธารณสุขในประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ ในครั้งนั้นทีมงานได้ไปดูงานการพัฒนาคุณภาพโดยแนวคิด TQM (Total Quality Management) และการรับรองคุณภาพของ The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) นำมาซึ่งการพัฒนาโครงการวิจัยและพัฒนานำ TQM/CQI เข้ามาใช้ในโรงพยาบาลนำร่องของรัฐ 8 แห่ง (2536-2539) โดยผสมผสานเข้ากับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการ และการพัฒนาองค์กรที่มีการดำเนินการอยู่แล้วในบางโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข โดยความร่วมมือของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานประกันสุขภาพ กองโรงพยาบาลภูมิภาค และองค์การอนามัยโลก ซึ่งมีการประเมินผลโดยทีมจากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่าง Breakthrough ในโรงพยาบาล 2 แห่งจาก 8 แห่ง

ปี พ.ศ. 2538 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด TQM/CQI มีกองโรงพยาบาลภูมิภาคเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงาน รวมถึงสำนักงานประกันสังคม ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สวรส. และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนหนึ่ง ได้จัดทำมาตรฐานสถานพยาบาลขึ้นเพื่อใช้ในการตรวจรับรองสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคม โดยใช้เนื้อหามาตรฐานของประเทศออสเตรเลียเป็นแนวทางในการยกร่าง โดย สวรส. ได้รับมอบหมายจากสำนักงานประกันสังคมให้จัดทำคู่มือประเมินสถานพยาบาลประกันสังคมตามมาตรฐานที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไว้ กระบวนการจัดทำคู่มือทำให้เกิดเครือข่ายของบุคคลที่สนใจเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพขึ้น มีการเรียนรู้จากวิทยากรชาวต่างประเทศว่า Hospital Accreditation เป็นกระบวนการเรียนรู้มากกว่าการตรวจสอบ

ปี พ.ศ.2539 เครือข่ายซึ่งร่วมงานกันเห็นว่าน่าจะมีการพัฒนามาตรฐานซึ่งมุ่งเน้นที่กระบวนการทำงาน มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมุ่งการพัฒนาอย่างต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศ จึงได้ร่วมกันจัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลขึ้น โดยได้รับทุนสนับสนุนจาก สวรส. และสถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพเสร็จสิ้นเมื่อปี 2539 และเรียกว่ามาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก

ปี พ.ศ. 2540 คณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการได้เสนอแนะให้นำมาตรฐานไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลจำนวนหนึ่ง จึงเป็นที่มาของ “โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” หรือ โครงการ HA (Hospital Accreditation) ซึ่งเป็นโครงการนำร่องกับโรงพยาบาลรัฐและเอกชน 35 แห่งที่สมัครใจนำมาตราฐานดังกล่าวไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ เริ่มต้นดำเนินงานมาตั้งแต่ มกราคม 2540 ซึ่งได้รับทุนวิจัยจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยมี ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา เป็นหัวหน้าโครงการ

ปี พ.ศ. 2541 มีการลงนามในสัตยาบันก่อตั้งภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Collaboration for Hospital Quality Improvement and Accreditation: CHIA) ขึ้นเมื่อวันที่ 19 มีนาคม 2541 โดยผู้แทนจากองค์กรวิชาชีพ ผู้แทนส่วนราชการ องค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่าง ๆ เพื่อเป็นเวทีของการมีส่วนร่วม การประสานพลังและความร่วมมือ การให้ทิศทางการนโยบาย การสนับสนุน และการเรียนรู้ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงอย่างสร้างสรรค์ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย เป็นข้อเสนอและคำแนะนำที่สะท้อนการ Growth Mindset ของคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาของโครงการ เนื่องจากการทำเรื่องยาก ๆ จะไม่สามารถใช้อำนาจได้ ไม่มีองค์กรใดองค์กรเดียวจะแก้ปัญหาได้ แต่ต้องสร้างพลังทางสังคมมาร่วมมือกัน พลังทางสังคมต้องการองค์ประกอบสามอย่างคือ พลังทางจริยธรรม พลังของการเรียนรู้ และพลังของการจัดการ

ศ.กิตติคุณ นพ.จรัส สุวรรณเวลา หัวหน้าโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้ให้หลักคิดสำคัญพื้นฐานในการดำเนินการดำเนินโครงการ ซึ่งเป็นหลักคิดที่ยังคงคุณค่าในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลตราบเท่าปัจจุบัน ดังนี้

1. **HA เป็นกระบวนการเรียนรู้** มิใช่การตรวจสอบ (HA as an education process) เป็นหลักการสำคัญซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันมิให้ถลำตัวลงไปทำกิจกรรมที่ให้คุณค่าน้อย
2. การพัฒนาคุณภาพด้วยการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลอาจจะไม่เกิดประโยชน์ หากมิได้นำปรัชญาหรือหลักการต่อไปนี้ไปสู่การปฏิบัติด้วย ได้แก่ **การมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การทำงานเป็นทีม และความมุ่งมั่นรับผิดชอบ**ของสมาชิกแต่ละคน
3. นำคติความเป็นไทยมาใช้ ได้แก่ **ศรัทธา**ของประชาชนซึ่งจะคงอยู่ได้ด้วย ความรับผิดชอบต่อผู้ให้บริการ, ใช้ความเป็นกัลยาณมิตรมาแก้ปัญหาความเกรงใจ, ใช้สัมมาคารวะในการอิงผู้มีสถานะและความเป็นผู้ใหญ่เพื่อทำให้เกิดสิ่งที่กว้างขวางมากขึ้น, ใช้การให้อภัยให้โอกาส ไม่ลงโทษ

ปี พ.ศ. 2541 จัดการประชุม National Forum on Hospital Accreditation ครั้งแรกในเดือน พฤศจิกายน 2541 โดยมี Theme การจัดประชุมว่า “เส้นทางสู่การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อประชาชน” มีผู้สนใจเข้าร่วมประชุมมากกว่าพันคน สะท้อนความตื่นตัวต่อการพัฒนาคุณภาพ ได้ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนจากผู้เข้าร่วมประชุม คณะกรรมการภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (CHIA) จึงได้เสนอให้ปรับปรุงการดำเนินงานจากโครงการ มาเป็นสถาบัน เพื่อให้เกิดการขยายผลการใช้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ราวปีนั้น สู่การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมในโครงการนำร่อง และสามารถตอบสนองต่อความตื่นตัวของโรงพยาบาลต่าง ๆ ได้อย่างทันการณ์

ปี พ.ศ. 2542 คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ให้ความเห็นชอบกับการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เมื่อวันที่ 8 เมษายน 2542 ภายใต้แผนงานพัฒนาเทคโนโลยีในการสร้างองค์ความรู้และใช้ประโยชน์งานวิจัย ซึ่งมีเป้าหมายให้มีการจัดการเครือข่ายเพื่อสร้างความรู้ และใช้ความรู้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในฐานะประธานกรรมการ สวรส. ได้ลงนามในข้อบังคับการจัดตั้ง พรพ. ให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 18 สิงหาคม 2542 โดยมี นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล เป็นผู้อำนวยการสถาบันเป็นท่านแรก พรพ. มีคณะกรรมการบริหารทำหน้าที่บริหารกิจการของสถาบันฯ ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ตามนโยบาย ข้อบังคับ ระเบียบ โดย ศ.กิตติคุณ นพ.จรัส สุวรรณเวลา เป็นประธานคณะกรรมการบริหาร และมีคณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดย ศ.เกียรติยศ นพ.สงคราม ทรัพย์เจริญ เป็นประธานท่านแรก ทำหน้าที่กำหนดรูปแบบและระเบียบปฏิบัติในการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พิจารณารายงานของผู้ประเมินและตัดสินการรับรอง และมี นพ.ปัญญา สอนคม เป็นผู้เยี่ยมสำรวจ เพื่อการรับรองคุณภาพเป็นท่านแรก โดยเริ่มให้การรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล (HA) แก่โรงพยาบาล โดยเข้ามาตราฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก



ศ.กิตติคุณ นพ.จรัส สุวรรณเวลา
ประธานคณะกรรมการบริหาร
สถาบัน ได้กล่าวว่

“การสร้าง การพัฒนาและการรักษาคุณภาพโรงพยาบาลนั้นทำได้ยาก เพราะระบบการรักษาพยาบาล มีความซับซ้อน มีผู้คนเกี่ยวข้องมาก... แต่ก็สามารถเกิดขึ้นได้ ด้วยการสร้างความร่วมมือ ระดมความรับผิดชอบและมีระบบงานที่ดี ฝึกฝนคุณธรรม จริยธรรม จึงเป็นกระบวนการที่มีวิธีการพิเศษที่ต้องอาศัยความชำนาญ และความเชี่ยวชาญตลอดจนฝึกอบรมเฉพาะ การทำงานของ พรพ. จึงเป็นการประสาน พลังความพยายามที่มีอยู่เดิม สอดใส่แนวคิดเชิงบวก ร่วมกับการมีกัลยาณมิตรเข้าไปให้ ข้อเสนอแนะและประเมินกับโรงพยาบาล ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องนี้ ผู้ป่วยจึงได้รับบริการที่ดีกว่าเมื่อวานเสมอ”

ศ.เกียรติยศ นว.สงคราม ทรัพย์เจริญ
ประธานคณะกรรมการ
รับรองคุณภาพโรงพยาบาล
กล่าวว่า



“จุดเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เกิดจากความร่วมมือกันในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอง ซึ่งมีความตั้งใจ และเห็นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและตัวผู้ปฏิบัติงาน การมีสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ส่งผลให้เกิดการประสานเชื่อมโยงหน่วยงานและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอย่างมีระบบ ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

เป็นที่น่ายินดีที่ว่า.....ได้มีโรงพยาบาลจำนวนมากได้เห็นความสำคัญ ในเรื่องนี้ ได้ประเมินพัฒนาตนเองและตรวจสอบตนเองเป็นระยะ ตามแนวทางที่สถาบันฯ เสนอ....เราจะต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชน ผู้เจ็บป่วยจะได้รับประโยชน์มากขึ้น จากกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล”



พว.ปัญญา สอนคม
ผู้เยี่ยมชมสำรวจคนแรกของ
สถาบันพัฒนาและรับรอง
คุณภาพโรงพยาบาล
ได้บันทึกไว้.... เพื่อเป็นเส้น
ทางการเรียนรู้ว่า...

“การเยี่ยมชมสำรวจ ในครั้งแรก ๆ นั้น เราเริ่มต้นด้วยแนวคิดและวิธีการของ
ต่างประเทศ ต้องขอขอบคุณเจ้าของหลักการนั้น ที่ทำให้เราไม่ต้องเริ่มจากศูนย์ แต่เราก็
ตั้งใจไว้ตั้งแต่แรกแล้วว่า เราจะสร้างระบบและกลไกต่าง ๆ ของเราเอง จากการเรียนรู้
ของเราเอง เพื่อให้กระบวนการ HA ของเราเป็นสิ่งที่ดีที่สุด และเหมาะสมที่สุด
สำหรับประเทศไทย โดยศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ จรัส สุวรรณเวลา ได้แสดง
ทัศนะของท่านไว้ว่า ให้นำคติความเป็นไทย 4 ประการคือ ศรัทธา กัลยาณมิตร สัมมา
คารวะและการให้อภัย ไม่เช่นฆ่ากัน มาปรับใช้ในกระบวนการต่าง ๆ ของ HA...”

การเยี่ยมชมสำรวจนั้น จึงเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ ผมมีความเห็นว่า “ผู้เยี่ยมชมสำรวจ
ทุกคน น่าจะต้องมีความเป็นสัตบุรุษหรือบัณฑิต ซึ่งมีธรรมของสัตบุรุษ ที่เรียกว่า
สัปปริสธรรม ๗ ประการคือ รู้จักหลัก รู้จักสาเหตุ รู้ความมุ่งหมายและรู้จักผล รู้จัก
ประมาณ รู้จักกาล รู้จักคน รู้จักชุมชน ... และนี่คือศาสตร์ของการเยี่ยมชมสำรวจโดยแท้”

นับเป็น ปฐมบท ของบุคคลที่นำพาแนวคิดที่ Growth Mindset เพื่อนำไปสู่ Better
Healthcare System ในระบบบริการสุขภาพของประเทศได้ ด้วยกลไก Hospital Accreditation



ปี พ.ศ. 2543 ได้มีการวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบโครงการพัฒนาเพื่อส่งเสริมและรับรองระบบคุณภาพโรงพยาบาล โดยทีมนักวิชาการจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผลการศึกษาพบว่า โครงการ ประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบการส่งเสริมและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีความเหมาะสมและใช้การได้ดีสำหรับประเทศไทย อันจะเป็นการยกระดับคุณภาพและป้องกันปัญหาความขัดแย้งซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุด ระบบนี้สามารถประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลทุกขนาด ทุกประเภทของประเทศไทย เป็นการยกระดับคุณภาพของโรงพยาบาลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการให้บริการ โครงการนี้แสดงให้เห็นในระดับดีมากที่ได้มีการดำเนินการตามวัตถุประสงค์ในการสร้างระบบพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้มีระบบมาตรฐานเทียบเคียงได้กับระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในต่างประเทศ และให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) โดยมีการบูรณาการมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาณูจนาภิเษก มาเป็นภาพรวมระดับโรงพยาบาล ประกอบด้วยมาตรฐาน 6 หมวด 20 บท

ปี พ.ศ. 2544 พรพ. ได้ขยายการพัฒนาคุณภาพไปสู่บริการในพื้นที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศ เพื่อส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจแนวคิดการพัฒนาคุณภาพในวงกว้าง พรพ. จึงได้ร่วมมือกับสถาบันที่มีศักยภาพจัดตั้งเป็น “ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล” (Hospital Accreditation Collaborating Center: HACC) เพื่อทำหน้าที่ ให้การฝึกอบรม ถ่ายทอดองค์ความรู้วิชาการเกี่ยวกับคุณภาพเป็นที่ปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพให้กับสถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ไกล ครอบคลุมทั้ง 4 ภาค ปัจจุบันมีศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาจำนวน 6 แห่ง ดังนี้ 1) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2) โรงพยาบาลเชียงใหม่พระราม 3) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก 4) ภาคใต้ โดยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับโรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลา 5) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และ 6) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

ปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยมีนโยบายสำคัญเรื่องหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมุ่งเน้นให้ประชาชนทุกคนมีสิทธิและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ คู่ขนานกับการพัฒนาความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ (access and coverage) ระบบบริการสุขภาพต้องมีคุณภาพและความปลอดภัย (quality and safety) พรพ. จึงจัดทำแนวทาง “บันไดสามขั้นสู่ HA” เพื่อให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพได้สอดคล้องกับภาระงานและทรัพยากรที่โรงพยาบาลมีอยู่ โดยบันไดขั้นที่หนึ่งสู่ HA เน้นการทบทวน แก้ไขป้องกัน และการวางระบบบริหารความเสี่ยงขั้นต้น บันไดขั้นที่สองสู่ HA เน้นการสร้างระบบประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องที่สอดคล้องกับความต้องการของหน่วยงานและองค์กร

บันไดขั้นที่สามสู่ HA คือการได้รับการรับรอง HA แสดงถึงการปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างครบถ้วน แสดงผลลัพธ์ให้ปรากฏ และเริ่มเกิดวัฒนธรรมคุณภาพ

ปี พ.ศ. 2546 พรพ. เริ่มบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานองค์กรอื่นเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพ โดย พรพ. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เริ่มให้การรับรองโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (HPH Accreditation) และต่อมาเรียกว่า การรับรองโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ และ พรพ. ร่วมกับสถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ ให้การรับรองสถานบำบัดรักษาผู้ติดยาและสารเสพติด ตามเกณฑ์ที่สถาบันธัญญารักษ์จัดทำขึ้นโดยอาศัยกรอบแนวคิด HA มีคณะกรรมการร่วมระหว่าง พรพ. และสถาบันธัญญารักษ์เป็นผู้พิจารณา

ปี พ.ศ. 2549 พรพ. ประกาศ “มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี” เป็นการบูรณาการมาตรฐานโรงพยาบาลเข้ากับมาตรฐานโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ และเกณฑ์รางวัลคุณภาพเพื่อองค์กรที่เป็นเลิศ ประกอบด้วยมาตรฐาน 4 ตอน ได้แก่ 1) ภาพรวมของการบริหารองค์กร 2) ระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล 3) กระบวนการดูแลผู้ป่วย และ 4) ผลการดำเนินงานขององค์กร ซึ่งตอนที่ 1 และตอนที่ 4 ก็คือ 7 องค์ประกอบของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ ที่นำองค์กรไปสู่ Performance Excellence

ตลอดระยะเวลา 10 ปี สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ภายใต้กำกับ สวรส. เป็นส่วนหนึ่งของการทดลองกลไกระดับชาติเพื่อสร้างหลักประกันคุณภาพและความปลอดภัยในบริการสาธารณสุข ได้ดำเนินงานมาภายใต้หลักการสำคัญคือการเป็นองค์กรที่เป็นกลาง มีความน่าเชื่อถือ คล่องตัว มีความดำเนินการบนพื้นฐานทางวิชาการ สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขและวัฒนธรรมของประเทศ การพัฒนาต่อเนื่องผ่านกระบวนการเรียนรู้ มีผลลัพธ์สำคัญที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ HA คือ ความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพ และความเข้าใจแนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่เหมาะสมกับโรงพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างกว้างขวางในโรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงเรียนแพทย์ไปจนถึงโรงพยาบาลชุมชน ก่อให้เกิดประโยชน์ดังนี้

1. ประโยชน์ที่ผู้รับบริการจากโรงพยาบาลจะได้รับคือ ได้รับการใส่ใจและตอบสนองความต้องการดีขึ้น ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและมีส่วนร่วมมากขึ้น ได้รับการพิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรีมากขึ้น ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพมากขึ้น มีความเสี่ยงจากการดูแลรักษาลดลง และได้รับการดูแลที่มีคุณค่ายิ่งขึ้น จากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลแบบองค์รวม

2. ประโยชน์ในส่วนของผู้ให้บริการ เกิดการทำงานอย่างเป็นระบบด้วยความเข้าใจในเป้าหมายและสามารถวัดผลลัพธ์ได้ชัดเจน มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องดีขึ้น ทำให้เกิดการประสานงานที่ดีและแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น มีการทบทวนเป้าหมายและผลงานของตนเพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่อง ผู้ปฏิบัติงานได้รับการเพิ่มพลังอำนาจ (empower) ให้สามารถตัดสินใจได้มากขึ้น โรงพยาบาลมีระบบการกำกับดูแลที่ดีขึ้น เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ มีความรับผิดชอบต่อสังคม และมีชื่อเสียงในทางที่ดี
3. ประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ คือ เป็นตัวบ่งชี้การสร้างหลักประกันคุณภาพและความปลอดภัยของประเทศ ซึ่งเป็นที่ยอมรับในประเทศที่มีระบบในลักษณะนี้ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับบริการของโรงพยาบาล ในกระบวนการประเมินจากภายนอก การเป็นกลไกในการคุ้มครองผู้บริโภค การเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และการส่งเสริมให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

ในปี พ.ศ. 2552 จึงได้มีการปรับเปลี่ยนสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานในกำกับของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ไปเป็น สถาบันประเมินและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ที่เป็นองค์กรอิสระ โดยได้จัดตั้งเป็นสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) องค์กรมหาชน (The Healthcare Accreditation Institute, Public Organization) ตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์กร ในวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ.2552

3.1.2 ปัจจุบันและอนาคตกับทิศทางกำกับการขับเคลื่อนของ HAI

วันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2552 ได้มีการประกาศในพระราชกฤษฎีกาให้จัดตั้งองค์การมหาชนขึ้น เรียกว่า “สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)” เรียกโดยย่อว่า “สรพ.” และให้ใช้ชื่อเป็นภาษาอังกฤษว่า “The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization)” เรียกโดยย่อว่า “HAI” ซึ่งเหตุผลในการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาฉบับนี้คือ โดยที่เป็นการสมควรให้มีการกำหนดมาตรฐานและการรับรองคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล เพื่อเป็นหลักประกันให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพไม่ต่ำกว่ามาตรฐาน ด้วยการกำหนดหลักเกณฑ์การประเมินคุณภาพของการให้บริการ ตลอดจนการพัฒนาระบบการให้บริการด้านสาธารณสุข อันเป็นการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล และเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพ โดยการจัดตั้งองค์กรในรูปแบบขององค์การมหาชนเพื่อทำหน้าที่ดังกล่าว ซึ่งจะทำให้มีการบริหารจัดการที่เป็นอิสระเป็นหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะมีความคล่องตัว และมีการประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าด้วยกันได้ดียิ่งขึ้น สมควรจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลขึ้นเป็นองค์การมหาชนตามกฎหมายว่าด้วยองค์การมหาชน จึงจำเป็นต้องตราพระราชกฤษฎีกานี้

โดยให้สถาบันมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนา และการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
2. รวบรวมข้อมูล ศึกษา วิเคราะห์ จัดให้มีการวิจัยและจัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล
3. ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการที่ดีมีคุณภาพ และมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ
4. ส่งเสริม สนับสนุน และดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้ และการให้บริการ การเข้าถึงและใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
5. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ องค์กรหรือหน่วยงานในประเทศหรือต่างประเทศ และภาคเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
6. จัดทำหลักสูตรและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลให้เกิดความเข้าใจกระบวนการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

ตลอดระยะเวลาการขับเคลื่อนงานภายใต้ความเป็นองค์กรมหาชนที่สอดคล้องกับเหตุผลในการจัดตั้งองค์กร สรพ. ภายใต้การนำของ นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (พ.ศ. 2552 - 2560) นพ.กิตตินันท์ อนรรฆมณี (พ.ศ. 2561 - 2564) และ พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ (พ.ศ. 2565 - ปัจจุบัน) ผู้อำนวยการทั้ง 3 ท่าน จึงผลักดันให้การขับเคลื่อนองค์กรในฐานะ External Evaluation Organization ที่เป็น National Body ได้รับการยอมรับในระดับสากล โดยได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกของ International Society for Quality in Healthcare External Evaluation Association (ISQua EEA) และพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารความรู้การพัฒนาคุณภาพที่เป็นระบบกับสถานพยาบาล ได้รับการรับรองจาก ISQua EEA ต่อเนื่องเป็นครั้งที่ 4 รวมถึงการบริหารองค์กรได้รับการรับรองมาตรฐาน Organization และรับรอง Surveyor Training Program โดยมีการชำระอายุการรับรองต่อเนื่องจาก ISQua EEA เช่นกัน ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 13 ประเทศทั่วโลก เช่นเดียวกับสหรัฐอเมริกา แคนาดา ฝรั่งเศส และออสเตรเลีย เป็นต้น เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับสถานพยาบาลในการใช้มาตรฐานและกระบวนการ Hospital Accreditation จะเป็นกลไกที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาให้เกิดระบบบริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพ

ในปี พ.ศ. 2566 สรพ. ได้ปรับวิสัยทัศน์เป็น “**สถานพยาบาลมีระบบคุณภาพระดับสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA**” เพื่อปึกหมุดหมายการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นการส่งมอบระบบบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัยให้กับประชาชน โดย หมายถึง นิยามสถานพยาบาล ตาม พรฎ. จัดตั้งองค์กร คือ สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และให้หมายความรวมถึงสถานพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นโดยหน่วยงานของรัฐ ระบบคุณภาพระดับสากล หมายถึง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพสอดคล้องกับหลักคิดสากล เช่น สอดคล้องกับหลักคิดตามมาตรฐาน ISQua EEA คือ สถานพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานจะแสดงให้เห็นถึง ผลการดูแลที่ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย (patient and personnel safety) มีการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง (continuous quality improvement) และ การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง และออกแบบระบบบริการที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง (people centred-care) ประชาชนปลอดภัย หมายถึง ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ที่ได้รับบริการหรือได้รับผลจากระบบบริการสุขภาพปลอดภัย โดยมาตรฐาน HA หมายถึง มาตรฐานของสถานพยาบาลที่กำหนดโดยคณะกรรมการ

สถาบัน ซึ่งปัจจุบัน สรพ. ได้ประกาศมาตรฐานสำหรับการใช้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ จำนวน 6 มาตรฐานดังนี้

สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วย
สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
และให้หมายความรวมถึง
สถานพยาบาลที่จัดตั้งขึ้นโดยหน่วยงานรัฐ

ใช้แนวคิดสากล

Patient and Personnel Safety ผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัย
Continuous Quality Improvement การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง
People Centred-Care เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง



“สถานพยาบาลมีระบบคุณภาพระดับสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA”

วิสัยทัศน์ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการจากสถานพยาบาลที่
เข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพสามารถแสดงผล
สะท้อนได้รับบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย

มาตรฐานเป็นเครื่องมือที่ช่วยพัฒนาและสะท้อน
ผลลัพธ์ด้วยกระบวนการ Hospital Accreditation
ทุกมาตรฐานและเป็นมาตรฐานที่ได้รับการรับรอง
ระดับสากล



12

ภาพที่ 34 วิสัยทัศน์ สถาบันรับของคุณภาพสถานพยาบาล



มาตรฐานสถานพยาบาลที่คณะกรรมการสถาบันกำหนด

1.

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and Healthcare Standards)

2.

มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ (Primary Care Standards)

3.

มาตรฐานศูนย์บริการสาธารณสุขสูง (Public Health Center Standards)

4.

มาตรฐานเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Standards)

5.

มาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System Standards)

6.

มาตรฐานระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (Healthcare Network System Standards)





ภาพที่ 35 มาตรฐานสถานพยาบาลที่คณะกรรมการสถาบันกำหนด

คณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล กำหนดนโยบายการเยี่ยมชมสำรวจ และประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อรองรับกับความท้าทายและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพในการประชุมครั้ง ครั้งที่ 7/2566 วันที่ 22 กรกฎาคม 2566 เพื่อการขับเคลื่อนองค์กร ดังนี้

โดยกำหนดทิศทางที่สำคัญคือ “พัฒนามาตรฐาน HA สู่สากลและใช้กระบวนการ Hospital Accreditation อย่างชาญฉลาด ครอบคลุมสถานพยาบาล ให้มีการยกระดับและพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง เพื่อความปลอดภัยของประชาชนในระบบบริการสุขภาพ” โดยกำหนดเป้าหมายที่ท้าทายใน 3 ระดับคือ

- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล กำหนดให้มีเป้าหมายที่ท้าทายใน 3 ประเด็นคือ

1. การพัฒนามาตรฐานสำหรับพัฒนาและรับรองสถานพยาบาลที่เป็นสากลและมีความแตกต่างที่ขึ้น้สากล (beyond international standards) โดยมาตรฐาน สรพ. จะพัฒนาความชัดเจน ในการบูรณาการมิติจิตวิญญาณ การสร้างเสริมสุขภาพ และการรับผิดชอบต่อสังคม เพื่อนำไปสู่การสร้างควมยั่งยืนในระบบสุขภาพ มีเป้าหมายของมาตรฐานมากกว่าปลอดภัยของผู้ป่วย แต่ขยายไปถึงความปลอดภัยของบุคลากรและประชาชน

2. การพัฒนากระบวนการเยี่ยมชมสำรวจที่ต่อบริการสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงให้เป็นการปรับตัวอย่างชาญฉลาด (intelligence survey) โดยมุ่งเน้นการใช้ประโยชน์จากข้อมูล

และใช้ดิจิทัลเทคโนโลยีมาช่วยการบริหารจัดการการเยี่ยมสำรวจ ให้มีประสิทธิภาพประสิทธิผล ออกแบบการเยี่ยมสำรวจตามบริบท มีวิธีการเยี่ยมสำรวจที่หลากหลาย สร้างคุณค่าจากกระบวนการเยี่ยมสำรวจให้โรงพยาบาล ผูกพันโดยสมัครใจ รวมถึงการใช้ระเบียบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลที่เป็นพลังส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3. การพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจที่ทันสมัยและสมาร์ต (smart surveyor) ให้ปรับวิธีการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจเป็นกลุ่ม และให้ผู้เยี่ยมสำรวจสามารถใช้ประโยชน์จากดิจิทัลเทคโนโลยีในการเยี่ยมสำรวจอย่างสร้างคุณค่า เพิ่มพูนทักษะที่สำคัญจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลง ค้นหาปัจจัยความผูกพัน เพื่อสานต่อและเสริมพลังผู้เยี่ยมสำรวจ

- สถานพยาบาล กำหนดให้มีเป้าหมายการพัฒนา 3 ประเด็นที่สำคัญคือ

1. กำหนดเป้าหมายความครอบคลุมของสถานพยาบาลที่มีการพัฒนาและรับรองคุณภาพ (coverage) เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่มีการพัฒนาคุณภาพไม่ว่าอยู่ที่ใด

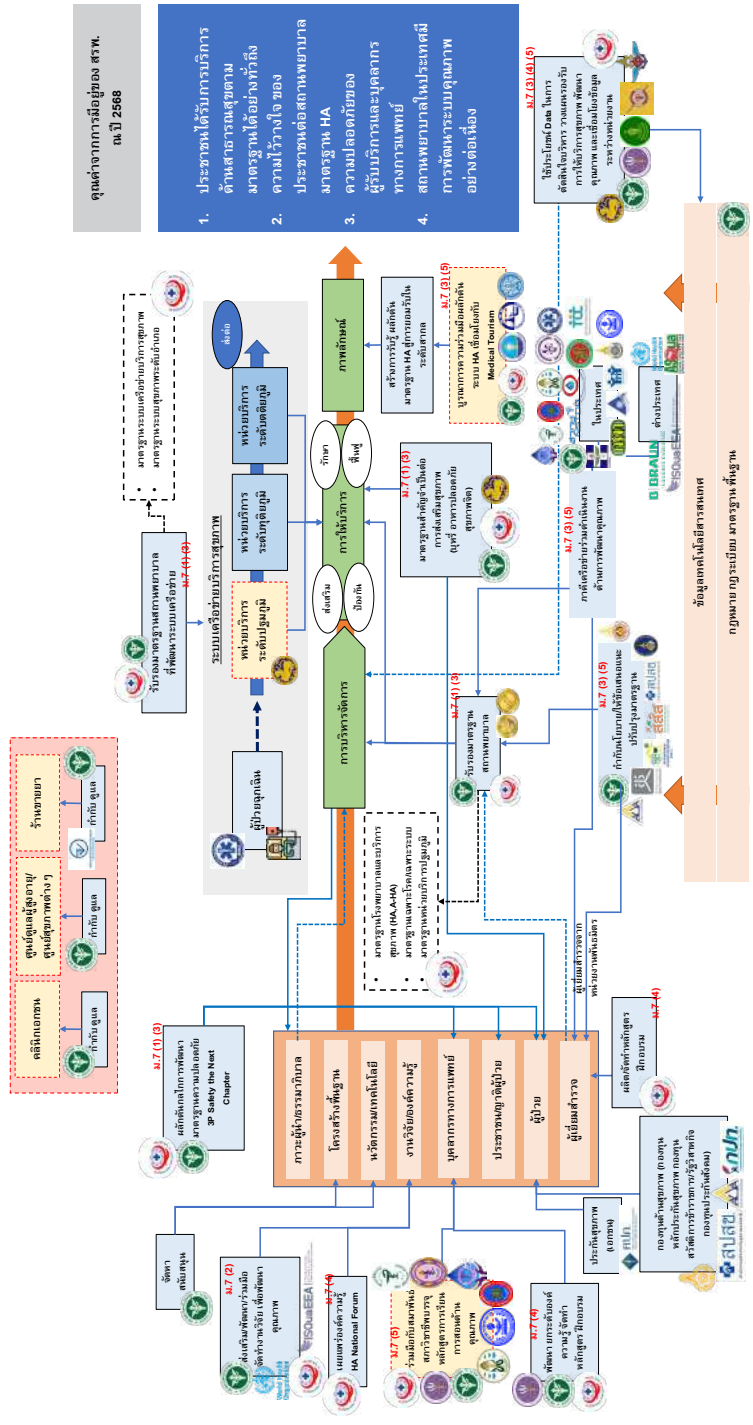
2. กำหนดเป้าหมายการพัฒนาระดับ (maturity) คือ สถานพยาบาลมีการพัฒนาที่สะท้อนให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทั้งกระบวนการและผลลัพธ์

3. กำหนดเป้าหมายการพัฒนาต่อเนื่อง (continuous improvement) สะท้อนให้เห็นการพัฒนาคุณภาพที่ต่อเนื่องของสถานพยาบาลจนเป็นวัฒนธรรม

- ประชาชน กำหนดเป้าหมายสำคัญ คือ ประชาชนต้องได้รับรับบริการที่มีความปลอดภัยจากสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองจากกระบวนการ Hospital Accreditation



ภาพที่ 36 นโยบายการเยี่ยมสำรวจและประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล



ภาพที่ 37 แผนผังความสัมพันธ์ของ สรพ. ในระบบนิเวศ (ecosystem)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีการพัฒนาหลากหลาย เพื่อพัฒนาระบบบริการตามเจตนารมณ์ของการจัดตั้งองค์กรอย่างต่อเนื่อง และมีการวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ขององค์กร เพื่อสะท้อนการอยู่ร่วมและการคงอยู่ของสถาบันในระบบนิเวศ หรือ Ecosystem เพื่อวางแผนในการทำงานขับเคลื่อนองค์กรสู่การสร้างความยั่งยืนในระบบสุขภาพประเทศไทย โดยสรุปคุณค่าของการมีอยู่ขององค์กรเป็นแรงผลักดันในการบริหารงาน บริหารคน ในองค์กร ที่ชื่อว่า สรพ. ดังนี้

คุณค่าจากการมีอยู่ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลใน Ecosystem

1. ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขตามมาตรฐานได้อย่างทั่วถึง
2. ความไว้วางใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลมาตรฐาน HA
3. ความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากรทางการแพทย์
4. สถานพยาบาลในประเทศไทยมีการพัฒนาระบบคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

การมีอยู่ของ สรพ. จึงเป็นการมีอยู่ที่มีคุณค่าและมีความหมายสะท้อนตามเหตุผลในการประกาศพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เพื่อเป็นหลักประกันให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพไม่ต่ำกว่ามาตรฐาน



3.2 People Safety

3.2.1 การขับเคลื่อน Patient and Personnel Safety ผู้ Patient, Personnel and People Safety

ทิศทางการขับเคลื่อนด้านความปลอดภัยขององค์การอนามัยโลก มีการส่งเสริมเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) มาต่อเนื่องตั้งแต่ปี ค.ศ.2002 ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก หรือ World Health Assembly ครั้งที่ 55 ได้มีมติเชิญชวนประเทศสมาชิกขับเคลื่อนเรื่อง คุณภาพการดูแลกับความปลอดภัยของผู้ป่วย Quality of Care and Patient Safety ซึ่งส่งผลให้มีการพัฒนาเครื่องมือ แนวทางปฏิบัติ และกลไกต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง เช่น การกำหนด Patient Safety Challenge การบูรณาการในหลักสูตรการเรียนการสอน การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมโดยการขับเคลื่อน Patients for Patient Safety Champion แต่ยังคงพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความไม่ปลอดภัยในผู้ป่วยอยู่หลายประเทศ ในปี ค.ศ. 2019 องค์การอนามัยโลกเสนอประเด็น Global Action on Patient Safety ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 72 โดยประเทศไทยร่วมสนับสนุนและเป็น Regional One Voice ของภูมิภาค ซึ่งมีมติให้ประเทศสมาชิกมีการขับเคลื่อน Patient Safety Action โดยกำหนดให้วันที่ 17 กันยายน ของทุกปี เป็นวัน World Patient Safety Day เพื่อมีช่วงเวลาของการทบทวนและรายงานความก้าวหน้าของแต่ละประเทศในเรื่องดังกล่าว ในช่วงปี ค.ศ.2020 เกิดสถานการณ์โควิดระบาดทำให้ประเทศต่างทั่วโลกพบว่าความปลอดภัยของบุคลากรมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย องค์การอนามัยโลกจึงออกกฎบัตร ในวัน World Patient Safety Day ว่า Health Worker Safety: a Priority for Patient Safety เพื่อเชิญชวนประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับบุคลากร ต่อมาในปี ค.ศ. 2021 ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก ครั้งที่ 74 องค์การอนามัยโลกได้เสนอ Global Patient Safety Action plan 2021-2030 ที่พัฒนาร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้าน Patient Safety จากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก และที่ประชุมมีมติให้ประเทศสมาชิกมีนโยบายและยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยสอดคล้องกับทิศทางขององค์การอนามัยโลก

ภายใต้การพัฒนาและขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทยสอดคล้องกับทิศทางการขับเคลื่อนขององค์การอนามัยโลก โดยบูรณาการเข้ากับกระบวนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งให้ความสำคัญในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยจากระบบบริการสุขภาพ ตั้งแต่ พ.ศ. 2540 เป็นต้นมาจนปัจจุบันโดยจุดเปลี่ยนสำคัญจากการขับเคลื่อนแนวราบจากการพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย เมื่อมาปี ค.ศ. 2016 ประเทศไทย

ร่วมเสนอ Resolution “Patient Safety Contributing to Sustainable ในประเด็น UHC ในที่ประชุมองค์การอนามัยโลกระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และร่วมพัฒนายุทธศาสตร์ การขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety โดยกำหนดให้มีการประเมิน Country Self-assessment for Patient Safety Situation ตามยุทธศาสตร์ ส่งผลให้เกิดการประกาศนโยบาย “ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข” หรือ Patient and Personnel Safety Policy เมื่อวันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2559 โดยการขับเคลื่อนร่วมกับสภาวิชาชีพ และหน่วยงานด้านสาธารณสุข 16 องค์กร ซึ่งร่วมกันเป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มียุทธศาสตร์การขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ระยะที่1 พ.ศ. 2561-2564 มีการนำเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรระดับประเทศ หรือ National Patient and Personnel Safety Goals ขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติกับสถานพยาบาลทั่วประเทศ ผ่านโครงการ 2P Safety Hospital พัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ผ่านระบบ National Reporting and Learning System ตามทิศทางองค์การอนามัยโลก มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบเพื่อความปลอดภัยระหว่างสถานพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญ หรือ (community of practice) อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการบูรณาการเข้าไปในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และกำหนดมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย เป็นหนึ่งในเกณฑ์รับรองคุณภาพสถานพยาบาล ส่งผลให้ประเทศไทยได้รับการยอมรับในระดับสากลในการขับเคลื่อนเรื่อง Patient and Personnel ปัจจุบันมีโรงพยาบาลสมัครใจเข้าร่วมโครงการ 2P Safety Hospital จำนวน 1,007 แห่ง ซึ่งเป็นกลุ่มโรงพยาบาลที่กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยในระบบบริการเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลอย่างเป็นระบบ มีการสร้างความร่วมมือกับองค์กรหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อพัฒนารูปแบบ กลไก องค์ความรู้และนวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและบุคลากร รวมถึงการประสานแลกเปลี่ยนองค์ความรู้กับต่างประเทศ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีความตื่นตัวในการพัฒนาระบบบริการที่สอดคล้องกับทิศทางของโลกเพื่อประโยชน์ต่อประชาชน ซึ่งการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยโดยการมีส่วนร่วมและคำนึงถึงความสำคัญของทุกภาคส่วน โดยมีเป้าหมายความปลอดภัยจากระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน ทำให้สถานพยาบาลตระหนักและคำนึงเกิดการออกแบบระบบบริการที่ครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และรับผิดชอบต่อสังคม เพื่อทุกคนมีความปลอดภัย สุขภาพดี และมีสุขภาวะ อย่างยั่งยืน

Journey of patient and personnel safety in Thailand



1997-present

Integrated quality and safety in hospital development for Hospital Accreditation

2013-2015

Engagement for Patient Safety program

2016

Country self-assessment for Patient Safety Announcement National Policy

2017-2018

National Committee National Strategy and National Goals

2018-2020

2P Safety Hospital Project and World Patient Safety Day

2022

Integrated in Hospital standards and criteria for accreditation

Overview	Step 1	Step 2	Step 3
Planning Phase	Review & Update System of Risk & Safety	Prevention	Quality Culture
Success Factors	Strong Leadership	Clear Roles & Responsibilities	Strong Governance
Challenges	Complexity of Care	Communication	Human Resources
Enabling Conditions	Clear Vision	Clear Roles & Responsibilities	Clear Roles & Responsibilities
Measurement	Clear Vision	Clear Roles & Responsibilities	Clear Roles & Responsibilities
Implementation	Clear Vision	Clear Roles & Responsibilities	Clear Roles & Responsibilities
Monitoring & Evaluation	Clear Vision	Clear Roles & Responsibilities	Clear Roles & Responsibilities
Improvement	Clear Vision	Clear Roles & Responsibilities	Clear Roles & Responsibilities



Thailand self-assessment for Patient Safety	Thailand self-assessment for Patient Safety
1. Patient Safety Culture	1. Patient Safety Culture
2. Patient Safety Education	2. Patient Safety Education
3. Patient Safety Reporting	3. Patient Safety Reporting
4. Patient Safety Investigation	4. Patient Safety Investigation
5. Patient Safety Improvement	5. Patient Safety Improvement
6. Patient Safety Leadership	6. Patient Safety Leadership
7. Patient Safety Governance	7. Patient Safety Governance
8. Patient Safety Resources	8. Patient Safety Resources
9. Patient Safety Information	9. Patient Safety Information
10. Patient Safety Partnerships	10. Patient Safety Partnerships



ภาพที่ 38 Journey of Patient and Personnel Safety in Thailand

ในช่วงระหว่างสถานการณ์โควิด พบว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรจากการติดเชื้อ COVID-19 ในสถานพยาบาลซึ่งป้องกันได้ มีญาติหรือประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างการเรียนรู้เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปด้วยกัน จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการคำนึงถึง People Safety หรือความปลอดภัยของประชาชน นำไปสู่การตั้งเป้าหมายในการพัฒนาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน หรือ Patient, Personnel and People Safety: 3P Safety ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2565 โดยคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน ได้มีการประชุมครั้งที่ 1/2565 วันที่ 22 สิงหาคม 2565 โดยมีมติที่ประชุมให้ปรับเป้าหมายความปลอดภัยเป็น 3P Safety Goals มอบหมายสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนด้านความปลอดภัยฯ ระยะที่ 2 และศึกษาการพัฒนา Thailand 3P Safety Action Plan รวมทั้งจัดทำ Country Self-assessment การขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety ในประเทศไทยเทียบกับ Global Patient Safety Action 2021 - 2030 เพื่อขับเคลื่อนสอดคล้องกับทิศทางองค์การอนามัยโลก โดยในการประชุม 5th Global Ministerial Summit on Patient Safety 2023 เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566 มีผู้เข้าร่วมประชุมมากกว่า 600 คน ประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 28 ประเทศ ผู้แทนที่ได้รับมอบหมายจากประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก (head of delegates) อีก 80 ประเทศ เพื่อร่วมกันกำหนดทิศทางและให้ความสำคัญกับการขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety ทุกประเทศต้องประกาศทิศทางทางการขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety ซึ่งประเทศไทยได้ประกาศว่า “ประเทศไทยจะก้าวไปสู่สุขภาพและความปลอดภัยของทุกคนเป็น Patient, Personnel and People Safety หรือ 3P Safety โดยจะบูรณาการการขับเคลื่อนร่วมกับ Global Patient Safety Action 2021 - 2030”



Thailand statement: Read by Dr. Piyawan Limpanyalert, Head of delegate.

On behalf of head of delegate from Thailand, we committed to reducing avoidable harm, and giving better care in the Healthcare system. We enhanced our national patient and personnel safety goals or 2P Safety to patient, personnel and people safety goals or 3P Safety. We engaged with all stakeholders for adapting the 2nd phase of National 3P safety strategy to relate with Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 before adopting in our country, to ensure that we walk together globally. We will reinforce safety culture including learning culture across all healthcare services and encourage and support implementation of science and research for safety. On the other hand, we also plan for sustainability, although we integrated all in standards and accreditation process, we must also build sustainable leadership on quality and safety for long term commitment. Finally, we committed to strengthen quality and safety in healthcare system for the achievement of universal health coverage and global health security, not only patient safety but safety and health for all, patient, personnel, and people in Thailand. Thank you.



ภาพที่ 39 การประชุม 5th Global Ministerial Summit on Patient Safety 2023

วันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2566 การประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นพ.ชลน่าน ศรีแก้ว เป็นประธาน ได้มีมติที่ประชุมที่สำคัญคือ ให้มีการประกาศนโยบายการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน ให้มีคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของ ผู้ป่วยบุคลากรสาธารณสุข และประชาชน ที่มีองค์ประกอบครอบคลุมทั้งองค์กรหน่วยงานทางสาธารณสุข องค์กรวิชาการและองค์กรที่ขับเคลื่อนภาคประชาชน และสังคม ให้นำกรอบร่างยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชนสื่อสารเผยแพร่ร่วมกับ การพัฒนาเป้าหมายความปลอดภัยของประชาชน (people safety) โดยได้มีการประกาศนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน ในวันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และมีการลงนามปฏิญาณการขับเคลื่อนร่วมกับ 21 องค์กร



ประกาศ

นโยบายการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน

ด้วยประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นพันธมิตรในการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย ตามหลักการประชานิยมซึ่งสอดคล้องกับหลักการของ WHO ครั้งที่ ๕๔ และครั้งที่ ๕๖ ที่เมืองจอร์เจียและอาติกา...

- ๓. กำหนดเป้าหมายตามความปลอดภัยเป็น National Patient, Personnel and People Safety Goals และวางยุทธศาสตร์การดำเนินงานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน...

ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖ (นายทนาน ศรีแก้ว) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



ประกาศนโยบายขับเคลื่อนด้านความปลอดภัย วันที่ 29 พฤศจิกายน 2566 ณ ห้องประชุมเอ็มพีดี เมืองทองธานี จ.นนทบุรี



ภาพที่ 40 การประกาศนโยบายขับเคลื่อนด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน



รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้แถลงนโยบาย
“ความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน”

หรือ Patient, Personnel and People Safety (3P Safety)

เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2566 โดยความร่วมมือกับ 21 หน่วยงานในการขับเคลื่อนนโยบาย
เพื่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชนทุกคนร่วมกัน

คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย
บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน จึงเสนอยุทธศาสตร์เพื่อการขับเคลื่อน
นโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชนของประเทศไทย

VISION

“ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ
และความปลอดภัยสำหรับทุกคน”

Healthcare Systems with Quality and Safety for All 2024-2027

GOALS

“ความปลอดภัยของผู้ป่วย
บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน”

Patient, Personnel and People Safety (3P Safety)



ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน

PATIENT, PERSONNEL AND PEOPLE SAFETY

ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับทุกคน
2024 - 2027

ยุทธศาสตร์ที่ 1	ยุทธศาสตร์ที่ 2	ยุทธศาสตร์ที่ 3	ยุทธศาสตร์ที่ 4	ยุทธศาสตร์ที่ 5
สร้างระบบให้มีการผลิต พัฒนา และส่งเสริม ให้บุคลากรสาธารณสุขมี ศักยภาพและความตระหนัก เรื่องคุณภาพและความ ปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและประชาชน	สร้างการมีส่วนร่วมกับ ผู้ป่วยครอบครัว ชุมชน เครือข่ายภาคประชาสังคม และองค์กรต่างๆ ใน การขับเคลื่อนเรื่อง ความปลอดภัยในระบบ บริการสุขภาพ (Engagement of all for 3P Safety in Healthcare System)	พัฒนากลไกและระบบ สนับสนุนที่สำคัญ ในการขับเคลื่อน 3P Safety	สร้างและพัฒนา ระบบข้อมูล องค์ความรู้ และงานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพและ ความปลอดภัย ของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน	ขับเคลื่อนนโยบาย กำกับ และอภิบาล ระบบบริการสุขภาพ เพื่อ 3P Safety
Health care Worker	Patient, Family, community, civil society	System and Process Design	Information, research and risk management	Policy and Governance

ภาพที่ 41 ยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน

3.2.2 People Safety คืออะไร

People Safety คือเป้าหมายความปลอดภัยของประชาชน ที่จะเกิดการขับเคลื่อน ร่วมกับ เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงจาก Patient and Personnel Safety หรือ 2P Safety เป็น Patient, Personnel and People Safety เป็น 3P Safety ตามนโยบายการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยคำว่าประชาชนหรือ People คือประชาชนที่ได้รับผลจากระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพ จะมีขอบเขตเป็นประชาชนชนในสถานพยาบาล เช่น ญาติ หรือผู้ที่เข้ามา รับบริการ ประสาน ติดต่อกับสถานพยาบาล และประชาชนในพื้นที่หรือชุมชน ที่ได้รับผลกระทบ หรือมีความเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพของสถานพยาบาล โดยแนวทางปฏิบัติที่สำคัญ เพื่อพัฒนาระบบที่คำนึงถึงความปลอดภัยของประชาชนจะบูรณาการในมาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ โดยมีหมวดหมู่ที่สำคัญแบ่งตาม SIMPLE สอดคล้องกับ Patient และ Personnel Safety Goals ดังนี้

**เป้าหมายความปลอดภัยของประชาชนในระบบบริการสุขภาพ
(people safety goals)**

SIMPLE	People Safety Goals
S: Social Responsibility	<p>S1: Social Responsibility</p> <p>S2: Environment Protection</p> <p style="padding-left: 20px;">S2.1: Efficient Water Treatment System</p> <p style="padding-left: 20px;">S2.2: Efficient Waste Disposal System</p> <p style="padding-left: 20px;">S2.3: Reducing Healthcare Carbon Emissions</p> <p style="padding-left: 20px;">S2.4: Comply with Indoor and Outdoor Air Pollution Standards.</p> <p>S3: Surveillance of Diseases and Health Hazard Surveillance</p> <p>S4: Community Empowerment for Strengthen Healthcare Systems</p>
I: Information System Management	<p>I1: Information Privacy and Security</p> <p>I2: Medical Record Safety and Security</p> <p>I3: Information Visualization, Dissemination and Alert</p>
M: Medication and Product Safety	<p>M1: Medication Safety (RDU and tele pharmacy)</p> <p>M2: Healthy Food and Product Safety</p>
P: Process strengthening for Health Promotion and People Safety	<p>P1: Strategy And Plan of Action on Health Promotion</p> <p>P2: Promotion of Health in Hospital and Community</p> <p style="padding-left: 20px;">P2.1: Process Improvement of Health Promotion by Health Service</p> <p style="padding-left: 20px;">P2.2: Empowerment Community Strengthening for HP</p> <p style="padding-left: 20px;">P2.3: Health Literacy for Community Health Promotion – NCD</p> <p>P3: Process to Improve People Safety</p> <p style="padding-left: 20px;">P3.1: Infection Prevention and Control</p> <p style="padding-left: 20px;">P3.2: Physical Environment and Safety</p> <p style="padding-left: 20px;">P3.3: Health Literacy for People Safety</p> <p style="padding-left: 20px;">P3.4: Psychological Safety</p>

เป้าหมายความปลอดภัยของประชาชนในระบบบริการสุขภาพ (people safety goals)

SIMPLE	People Safety Goals
L: Legislation/regulations and Rules	L1: Compliances of the Legislation/Regulations and Rules
E: Emergency response	E1: Emergency Preparedness for Any Disasters E2: Enhancement of Pre-hospital Emergency Medical Service



Thailand People Safety Goals



ภาพที่ 42 Thailand People Safety Goals

3.3 Network

จากถ้อยคำที่ได้ยินมาบ่อย ๆ “องค์กรไม่สามารถทำงานแบบยืนเดียวภายใต้สถานการณ์ยุคศตวรรษที่ 21 ได้” และ “การวางแผนทางมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อเป็นกรอบในการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ Healthcare Accreditation นั้น จะดำเนินการทั้งพัฒนาสถานพยาบาลและขับเคลื่อนงานตามบทบาทภารกิจเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ “สถานพยาบาลมีคุณภาพระดับสากล ประชาชนปลอดภัยด้วยมาตรฐาน HA” ได้เพียงลำพังหรือไม่” เป็นคำถามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้ขบคิดเพื่อยกระดับกลไกการส่งเสริมพัฒนาสถานพยาบาลและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลมาอย่างต่อเนื่อง

การทำงานแบบยืนเดียวเป็นการทำงานแบบองค์กรปิดหรือองค์กรเดียวซึ่งเป็นการดำเนินการขององค์กรเพียงลำพัง ในอดีตที่ผ่านมาพบว่าการทำงานดังกล่าว ไม่สามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้ ดังนั้น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในฐานะหน่วยงานของรัฐ จึงจะต้องหาวิธีการหรือกระบวนการที่มีประสิทธิภาพในการบริหารจัดการเพื่อส่งมอบบริการแก่ประชาชน ซึ่งวิธีการที่มีความเป็นไปได้และดีที่สุดวิธีการหนึ่งก็คือ การสร้างพันธมิตรในการทำงาน หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “การทำงานแบบเครือข่าย”

ในปัจจุบันปัญหาสังคม ปัญหาด้านสุขภาพ ความเปลี่ยนแปลงผันผวนในยุคศตวรรษที่ 21 รวมทั้งความคาดหวังของประชาชนในระบบสุขภาพสูงและมีความซับซ้อนมากขึ้น การจัดการผ่านกลไกระบบแบบทำตามบทบาทหน้าที่ ของหน่วยงานใด ๆ ที่มุ่งการทำงานแบบควบคุมและสั่งการตามสายการบังคับบัญชา (hierarchical control) อาจไม่สามารถดำเนินการให้ประสบผลสำเร็จได้อย่างทันท่วงที บ่อยครั้งที่การแก้ไขจัดการเรื่องต่าง ๆ เหล่านี้มีข้อจำกัดหรืออาจเกินกว่าขีดความสามารถในการปฏิบัติงานของหน่วยงานแต่เพียงลำพัง เมื่อเป็นเช่นนี้จะมีมาตรการใดที่ช่วยให้รัฐบาลและองค์กรของรัฐ รวมทั้งองค์กรเอกชน ภาคประชาสังคม มีขีดความสามารถในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ได้ตามที่ สังคมคาดหวัง ดังนั้น การทำงานในลักษณะ “เครือข่าย (Network)” จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

3.3.1 เครือข่าย (Network) คืออะไร

เครือข่าย (Network) คือ การเชื่อมโยงของกลุ่มของคนหรือกลุ่มองค์กร ที่สมัครใจจะแลกเปลี่ยนข่าวสารหรือทำกิจกรรมร่วมกัน โดยมีการจัดระเบียบโครงสร้างของคนในเครือข่าย ด้วยความเป็นอิสระเท่าเทียมกันภายใต้พื้นฐานของความเคารพสิทธิ เชื่อถือ เอื้ออาทร

ซึ่งกันและกัน ประเด็นสำคัญของนิยามข้างต้น คือ

- ความสัมพันธ์ต้องเป็นไปโดยสมัครใจ
- กิจกรรมที่ต้องมีลักษณะเท่าเทียมหรือแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน
- การเป็นสมาชิกต้องไม่มีผลกระทบต่อความเป็นอิสระหรือความเป็นตัวของตัวเองของคนหรือองค์กร

การเชื่อมโยงในลักษณะของเครือข่ายจะต้องพัฒนาไปสู่ระดับของการลงมือทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกันด้วย ดังนั้นเครือข่าย (network) ในการทำงานภายใต้การพัฒนามาตรฐานสถานพยาบาลและการจัดการความรู้ รวมทั้งกลไกการส่งเสริมพัฒนาสถานพยาบาลและการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ต้องมีการจัดระบบให้กลุ่มบุคคลในสถานพยาบาลหรือองค์กรที่เป็นสมาชิกดำเนินกิจกรรม เช่น การสร้างกระบวนการเรียนรู้ การกระตุ้นการพัฒนา การเสริมพลัง เพื่อนำไปสู่จุดหมายที่เห็นพ้องต้องกัน

การสร้างเครือข่าย (networking) หมายถึง การทำให้มีการติดต่อสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและการร่วมมือกันด้วยความสมัครใจ การสร้างเครือข่ายควรสนับสนุนและอำนวยความสะดวก ให้สมาชิกในเครือข่ายมีความสัมพันธ์กันฉันท์เพื่อน ที่ต่างก็มีความเป็นอิสระมากกว่าสร้างการคบค้าสมาคมแบบพืงพิง นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายต้องไม่ใช่การสร้างระบบติดต่อด้วยการเผยแพร่ข่าวสารแบบทางเดียว

เครือข่ายบริการสุขภาพ หมายถึง เครือข่ายสถานพยาบาลที่ต้องการพัฒนาระบบงานให้มีความเชื่อมโยง ในทิศทางเดียวกันโดยมีเป้าหมายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพประสิทธิผลร่วมกัน อาจเป็น เครือข่ายบริการระดับจังหวัด เครือข่ายบริการกลุ่มโรค เครือข่ายสถานพยาบาลสังกัดต่าง ๆ หรือ เครือข่ายสถานพยาบาลเอกชน เป็นต้น

เครือข่ายการพัฒนาระบบคุณภาพสถานพยาบาล หมายถึง เครือข่ายที่ต้องการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สภาวิชาชีพ สภาองค์กรผู้บริโภค โดยการพัฒนากระบวนการจะมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนามาตรฐานและการจัดการความรู้ รวมทั้งเครือข่ายกลไกการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเพื่อไปสู่การ Maturity ของสถานพยาบาล เช่น HACCP, QLN เป็นต้น

3.3.2 องค์ประกอบของเครือข่าย

มีองค์ประกอบสำคัญอยู่อย่างน้อย 7 อย่างด้วยกัน คือ

1. มีการรับรู้และมุมมองที่เหมือนกัน (common perception)

ต้องมีความรู้สึกนึกคิดและการรับรู้เหมือนกันถึงเหตุผลในการเข้ามาร่วมกันเป็นเครือข่าย เช่น มีความเข้าใจในตัวปัญหาและมีจิตสำนึกในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ประสบกับปัญหาอย่างเดียวกันหรือต้องการความช่วยเหลือในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกของเครือข่ายเกิดความรู้สึกผูกพันในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันเพื่อแก้ปัญหาหรือลดความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น

การรับรู้ร่วมกันถือเป็นหัวใจของเครือข่ายที่ทำให้เครือข่ายดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง เพราะถ้าเริ่มต้นด้วยการรับรู้ที่ต่างกัน มีมุมมองหรือแนวคิดที่ไม่เหมือนกันแล้ว จะประสานงานและขอความร่วมมือยาก เพราะแต่ละคนจะติดอยู่ในกรอบความคิดของตัวเอง มองปัญหาหรือความต้องการไปคนละทิศละทาง แต่ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าสมาชิกของเครือข่ายจะมีความเห็นที่ต่างกันไม่ได้ เพราะมุมมองที่แตกต่างช่วยให้เกิดการสร้างสรรค์ในการทำงาน แต่ความแตกต่างนั้นต้องอยู่ในส่วนของกระบวนการ (process) ภายใต้การรับรู้ถึงปัญหาที่สมาชิกทุกคนยอมรับแล้ว มิฉะนั้นความเห็นที่ต่างกันจะนำไปสู่ความแตกแยกและแตกหักในที่สุด

2. การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (common vision)

วิสัยทัศน์ร่วมกัน หมายถึง การที่สมาชิกมองเห็นจุดมุ่งหมายในอนาคตที่เป็นภาพเดียวกัน มีการรับรู้และเข้าใจไปในทิศทางเดียวกัน และมีเป้าหมายที่จะเดินทางไปด้วยกัน การมีวิสัยทัศน์ร่วมกันจะทำให้กระบวนการขับเคลื่อนเกิดพลัง มีความเป็นเอกภาพ และช่วยผ่อนคลายความขัดแย้งอันเนื่องมาจากความคิดเห็นที่แตกต่างกัน ในทางตรงกันข้าม ถ้าวิสัยทัศน์หรือเป้าหมายของสมาชิกบางกลุ่มขัดแย้งกับวิสัยทัศน์หรือเป้าหมายของเครือข่าย พฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มนั้นก็จะเริ่มแตกต่างจากแนวปฏิบัติที่สมาชิกเครือข่ายกระทำร่วมกัน ดังนั้น แม้ว่าจะต้องเสียเวลามากกับความพยายามในการสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน แต่ก็จำเป็นจะต้องทำให้เกิดขึ้นหรือถ้าสมาชิกมีวิสัยทัศน์ส่วนตัวอยู่แล้ว ก็ต้องปรับให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของเครือข่ายให้มากที่สุดแม้จะไม่ซ้อนทับกันแนบสนิทจนเป็นภาพเดียวกัน แต่อย่างน้อยก็ควรสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน

3. มีความสนใจหรือผลประโยชน์ร่วมกัน (mutual interests/benefits)

คำว่าผลประโยชน์ในที่นี้ครอบคลุมทั้งผลประโยชน์ที่เป็นตัวเงินและผลประโยชน์ไม่ใช่ตัวเงิน ถ้าการเข้าร่วมในเครือข่ายสามารถตอบสนองต่อความต้องการของเขาหรือมีผลประโยชน์ร่วมกัน ก็จะเป็นแรงจูงใจให้เข้ามามีส่วนร่วมในเครือข่ายมากขึ้น ดังนั้นในการที่จะดึงใครสักคนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของเครือข่าย จำเป็นต้องคำนึงถึงผลประโยชน์ที่เขาจะได้รับจากการเข้าร่วม ถ้าจะให้ดีต้องพิจารณาล่วงหน้าก่อนที่เขาจะร้องขอ ลักษณะของผลประโยชน์ที่สมาชิกแต่ละคนจะได้รับอาจแตกต่างกัน แต่ควรต้องให้ทุกคนและต้องเพียงพอที่จะเป็นแรงจูงใจให้เขาเข้ามามีส่วนร่วมในทางปฏิบัติได้จริง ไม่ใช่เป็นเข้ามาเป็นเพียงไม้ประดับเนื่องจากมีตำแหน่งในเครือข่าย แต่ไม่ได้ร่วมปฏิบัติภาระกิจ เมื่อใดก็ตามที่สมาชิกเห็นว่าเขาเสียประโยชน์มากกว่าได้ หรือเมื่อเขาได้ในสิ่งที่ต้องการเพียงพอแล้ว สมาชิกเหล่านั้นก็จะออกจากเครือข่ายไปในที่สุด

4. การมีส่วนร่วมของสมาชิกทุกคนในเครือข่าย (stakeholders participation)

การมีส่วนร่วมของสมาชิกในเครือข่าย เป็นกระบวนการที่สำคัญมากในการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย เป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมลงมือกระทำอย่างเข้มแข็ง ดังนั้น สถานะของสมาชิกในเครือข่ายควรมีความเท่าเทียมกัน ทุกคนอยู่ในฐานะ “หุ้นส่วน (partner)” ของเครือข่าย เป็นความสัมพันธ์ในแนวราบ (horizontal relationship) คือความสัมพันธ์ฉันทาเพื่อน มากกว่าความสัมพันธ์ในแนวตั้ง (vertical relationship) ในลักษณะเจ้านายลูกน้อง ซึ่งบางครั้งก็ทำได้ยากในทางปฏิบัติเพราะต้องเปลี่ยนกรอบความคิดของสมาชิกในเครือข่ายโดยการสร้างบริบทแวดล้อมอื่น ๆ เข้ามาประกอบ แต่ถ้าได้จะสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายมาก

5. มีการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (Complementary relationship)

องค์ประกอบที่จะทำให้เครือข่ายดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง คือ การที่สมาชิกของเครือข่ายต่างก็สร้างความเข้มแข็งให้กันและกัน โดยนำจุดแข็งของฝ่ายหนึ่งไปช่วยแก้ไขจุดอ่อนของอีกฝ่ายหนึ่ง แล้วทำให้ได้ผลลัพธ์เพิ่มขึ้นในลักษณะพลังทวีคูณ ($1+1 > 2$) มากกว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อต่างคนต่างอยู่

6. การเกี่ยวพันพึ่งพากัน (Interdependence)

เป็นองค์ประกอบที่ทำให้เครือข่ายดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน การที่สมาชิกเครือข่ายตกอยู่ในสภาวะจำกัดทั้งด้านทรัพยากร ความรู้ เงินทุน กำลังคน ฯลฯ ไม่สามารถทำงานให้บรรลุเป้าหมายอย่างสมบูรณ์ได้ด้วยตนเองโดยปราศจากเครือข่าย จำเป็นต้องพึ่งพาซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในเครือข่าย การทำให้หุ้นส่วนของเครือข่ายยึดโยงกันอย่างเหนียวแน่น จำเป็นต้องทำให้หุ้นส่วนแต่ละคนรู้สึกว่าเขาถือหุ้นส่วนคนใดคนหนึ่งออกไปจะทำให้เครือข่ายล้มลงได้ การดำรงอยู่ของหุ้นส่วนแต่ละคนจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงอยู่ของเครือข่าย การเกี่ยวพันพึ่งพากันในลักษณะนี้จะส่งผลให้สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันโดยอัตโนมัติ

7. มีปฏิสัมพันธ์ในเชิงแลกเปลี่ยน (Interaction)

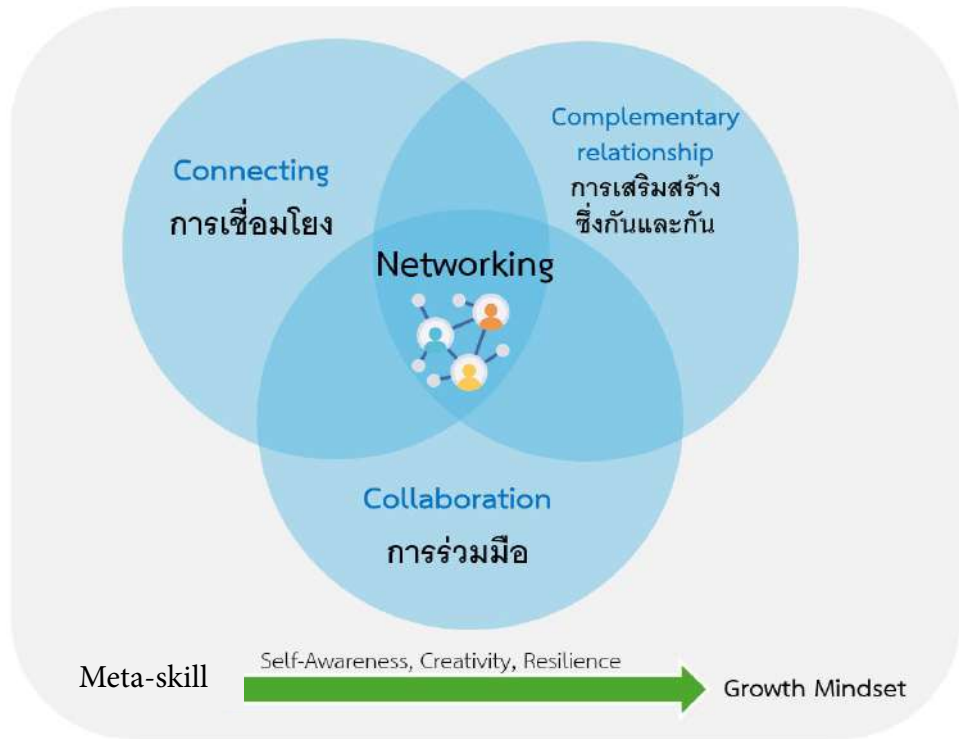
หากสมาชิกในเครือข่ายไม่มีการปฏิสัมพันธ์กันแล้ว ก็ไม่ต่างอะไรกับก้อนหินแต่ละก้อนที่รวมกันอยู่ในถุง แต่ละก้อนก็อยู่ในถุงอย่างเป็นอิสระ ดังนั้นสมาชิกในเครือข่ายต้องทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อก่อให้เกิดการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน เช่น มีการติดต่อกันผ่านทาง การเขียน การพบปะ พูดคุย การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน หรือมีกิจกรรมประชุมสัมมนา ร่วมกัน โดยที่ผลของการปฏิสัมพันธ์นี้ต้องก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเครือข่ายตามมาด้วย ลักษณะของปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกควรเป็นการแลกเปลี่ยนกัน (reciprocal exchange) มากกว่าที่จะเป็นผู้ให้หรือเป็นผู้รับฝ่ายเดียว (unilateral exchange) ยิ่งสมาชิกมีปฏิสัมพันธ์กันมากเท่าใด ก็จะทำให้เกิดความผูกพันระหว่างกันมากขึ้นเท่านั้น ทำให้การเชื่อมโยงแน่นแฟ้นมากขึ้น มีการเรียนรู้ระหว่างกันมากขึ้น สร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่าย

กล่าวได้ว่า ลักษณะสำคัญของการทำงานแบบเครือข่าย คือ การเชื่อมโยง (Connecting) ที่จะนำไปสู่การลงมือทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกัน รวมถึงการร่วมมือ (Collaboration)¹⁷ เพื่อจัดความสัมพันธ์กับเครือข่ายต่าง ๆ ในระบบคุณภาพสถานพยาบาล อันได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง สภาวิชาชีพ สภาองค์กรผู้บริโภค องค์กรภาคประชาชน โดยการพัฒนาระบบคุณภาพจะมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนามาตรฐานและการจัดการความรู้ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเพื่อไปสู่ความความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน โดยทั้ง 2 เรื่อง ตั้งอยู่บน Complementary Relationship หรือแต่ละเครือข่ายต่างก็สร้างความเข้มแข็งให้กันและกัน โดยนำจุดแข็งของฝ่ายหนึ่งไปช่วยแก้ไขจุดอ่อนของอีกฝ่ายหนึ่ง แล้วทำให้ได้ผลลัพธ์เพิ่มขึ้นในลักษณะพลังทวีคูณ ($1+1 > 2$) มากกว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเมื่อต่างคนต่างอยู่หรือที่เรียกว่า Synergy นั่นเอง

อย่างไรก็ตามเพื่อเชื่อมโยงให้สอดคล้องกับแนวคิด Growth Mindset ในการทำงานแบบเครือข่ายผู้เขียนขอสรุปเพิ่มเติมจากคำบรรยายหัวข้อ Meta-skill ของ ศ.เกียรติคุณ ดร.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา เมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2566 ในการประชุม Regional HA National Forum ณ ศูนย์ประชุมนานาชาติ รร.ดิเอมเพลส จ.เชียงใหม่ ได้กล่าวว่า Meta-skill เป็นทักษะทำให้เกิด Growth Mindset ช่วยให้เราเรียนรู้และสร้างทักษะใหม่ได้เร็วขึ้น โดย Meta-skill มีมุมมองเพื่อให้เกิด Growth Mindset ประกอบด้วย 1) Self-awareness การรู้จักและเข้าใจตัวเอง และการยอมรับความเป็นจริง 2) Creativity สร้างสรรค์ และ 3) Resilience ยืดหยุ่นทางความคิด มุมมอง Self-Awareness ที่เป็นมุมมองของการรู้จักและเข้าใจตัวเอง และการยอมรับความเป็นจริง การมองเห็นความสามารถและข้อบกพร่องของตนเอง รู้จักและเข้าใจตัวตนของตนเอง รู้ว่าคนอื่นมองเราอย่างไรด้วย เพื่อที่จะเปลี่ยนข้อด้อยให้กลายเป็นข้อได้เปรียบ อีกทั้งการยอมรับในความสามารถตนเอง ก็ช่วยให้ไม่รู้สึกด้อยกว่าใคร ภาคภูมิใจในตนเอง แก้ปัญหาได้เร็วขึ้น โดยวิธีการที่สำคัญช่วยให้เรารู้จัก คือ Connecting The Dot ที่เป็นความเชื่อมโยงของบุคคล เหตุการณ์ และเวลา ทำให้เราใช้โอกาสในการแก้ไขปัญหาดัง ๆ ได้เร็วขึ้น ดังนั้นการทำงานแบบเครือข่ายหากมีการใช้แนวคิด Metta Skill ช่วยให้เราเรียนรู้และสร้างทักษะใหม่ได้เร็วขึ้น จะทำให้ ทั้ง Collaboration – Connecting - Complementary relationship มีความครบถ้วนยิ่งขึ้น

¹⁷ HA UPDATE 2019 หน้า 18-24

3C กับ Networking



ภาพที่ 43 3C กับ Networking

3.3.3 สรพ. กับเครือข่ายการพัฒนาระบบคุณภาพสถานพยาบาลและความปลอดภัย

สรพ. มีเครือข่ายที่สำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 กลุ่มสำคัญคือ

1. เครือข่ายพื้นที่
2. เครือข่ายสร้างองค์ความรู้และวิชาการในการขับเคลื่อน เช่น โครงการ 3P Safety ที่สร้างเครือข่าย Expert หรือ CoP เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้
3. เครือข่ายความร่วมมือเชิงประเด็น คือ ความร่วมมือต่างที่เกิดขึ้นกับ สรพ. ในรอบสองปีที่ผ่านมา
4. เครือข่ายภาคประชาชน ที่มีการขับเคลื่อนประเด็นร่วม
5. เครือข่ายต่างประเทศ ในการขับเคลื่อนความร่วมมือต่าง ๆ

โดยมีรายละเอียดคือ

1. เครือข่ายพื้นที่ ประกอบด้วย

- 1) Quality Learning Network ที่ประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีลักษณะการทำงานแบบเพื่อนช่วยเพื่อน มีความครอบคลุม 76 จังหวัด ปัจจุบันมีการปรับ Membership จำนวน 21 สมาชิก (จังหวัด) เพื่อให้สอดคล้องกับระบบงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรดำเนินการ
- 2) ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation Collaborating Center: HACC) ในปัจจุบันมีศูนย์ HACC จำนวน 6 แห่ง มีความครอบคลุมพื้นที่เขตสุขภาพ แห่ง จำนวน 40 จังหวัด

HACC มช.	4 จังหวัด	เขต 1	เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง
HACC มน.	10 จังหวัด	เขต 2/3	สุโขทัย เพชรบูรณ์ ตาก อุตรดิตถ์ ชัยนาท อุทัยธานี กำแพงเพชร พิจิตร พิษณุโลก นครสวรรค์
HACC มข.	4 จังหวัด	เขต 7	ขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด หนองคาย (เขต 8)
HACC นครชัยบุรีรัมย์	4 จังหวัด	เขต 9	นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์
HACC ใต้	14 จังหวัด	เขต 11/12	พังงา กระบี่ ชุมพร ระนอง ภูเก็ต สุราษฎร์ธานี พัทลุง นครศรีธรรมราช ตรัง สตูล นราธิวาส ยะลา สงขลา ปัตตานี
HACC เชียงราย	4 จังหวัด	เขต 1	เชียงราย พะเยา แพร่ น่าน
รวม	40 จังหวัด		เขต 4 5 6 8 10 13 ยังไม่มี HACC

โดยในเครือข่ายพื้นที่จะมีการพัฒนาแกนนำเครือข่าย เช่น พี่เลี้ยง, QMR, Quality Coach ที่เป็น Key Persons ในการกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลในรูปแบบต่าง ๆ ในประเด็นที่สอดคล้องกับทิศทางที่ สรพ. มุ่งเน้น

2. เครือข่ายสร้างองค์ความรู้และวิชาการในการขับเคลื่อน เช่น โครงการ 3P Safety ที่สร้างเครือข่าย Expert หรือ CoP เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งการทำงานเครือข่ายเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดีในกลุ่มโรคสำคัญ หรือเครือข่ายระดับอำเภอ เช่น HIV MCH Stroke ACS, DHSAs เป็นต้น
3. เครือข่ายความร่วมมือเชิงประเด็น โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประสานความร่วมมือเกิดการ บูรณาการร่วมกัน เช่น
 - สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย (คปภ.) เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการขับเคลื่อนระบบประกันภัยควบคู่ไปกับการยกระดับมาตรฐานและคุณภาพการให้บริการของสถานพยาบาลเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการด้านการรักษาพยาบาลที่ดี มีคุณภาพ ปลอดภัย และผ่านมาตรฐานการรับรองกระบวนการคุณภาพ (Healthcare Accreditation: HA)
 - สมาพันธ์เครือข่ายแห่งชาติเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ และ เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในการใช้กระบวนการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นกลไกบูรณาการ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูภาวะติดนิโคติน
 - สมาคมเวชสารสนเทศไทย (TMI) ร่วมมือในการพัฒนาคุณภาพระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในโรงพยาบาล
 - องค์การบริหารส่วนจังหวัดสกลนคร (อบจ.) จังหวัดสกลนคร และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร (สสจ.) เพื่อร่วมมือพัฒนาคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิเป็นการยกระดับด้านการสาธารณสุขมูลฐาน และบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินำร่องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังมีการเปลี่ยนผ่านถ่ายโอนสู่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยในการบริการสุขภาพ
 - กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถาบันพระบรมราชชนกเพื่อการบูรณาการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอมาัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)

4. เครือข่ายภาคประชาชน ที่มีการขับเคลื่อนประเด็นความปลอดภัยสำหรับภาคประชาชน เพื่อส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการ สุขภาพให้เกิดความปลอดภัย เช่น SIMPLE ภาคประชาชน
5. เครือข่ายต่างประเทศ ในการขับเคลื่อนความร่วมมือต่าง ๆ เช่น
 - PLANETREE INTERNATIONAL เพื่อร่วมพัฒนาระบบ “People-centered care” ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา เน้นคนทำงาน และเน้นสิ่งแวดล้อมในการเยียวยา
 - ECRI (ECRI, Asia Pacific Regional Office) เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (2P Safety) ในประเทศไทย วางเป้าวิเคราะหข้อมูลรายงานความปลอดภัยของผู้ป่วยเพื่อสรุปประเด็นความน่ากังวลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย 10 อันดับแรกของไทย ตลอดจนสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาเร่งด่วนด้านสุขภาพ

3.3.4 In The Future

เพื่อขับเคลื่อนความร่วมมือกับเครือข่ายในการพัฒนาระบบคุณภาพสถานพยาบาล สรพ. ได้ตั้งเป้าหมายดังนี้

1. ขยายจำนวนศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation Collaborating Center: HACC) ให้มีความครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ ภายในระยะเวลา 3 ปี รวมทั้งขยายบทบาทหน้าที่ให้ครอบคลุม โดยมีระบบสนับสนุนจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ทั้งงบประมาณและอื่น ๆ
2. สร้าง สนับสนุน ส่งเสริม Quality Learning network หรือ QLN ให้ประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มีลักษณะการทำงานแบบเพื่อนช่วยเพื่อน มีกรอบโครงสร้างและอัตรากำลังงานคุณภาพที่มีระบบสนับสนุนจากต้นสังกัด
3. ขยายจำนวนและเพิ่มความเข้มแข็งของแกนนำเครือข่ายพื้นที่ เช่น Quality Management Representative ให้มีประจำทุกสถานพยาบาลในการกระตุ้นการเรียนรู้ในสถานพยาบาล
4. แสวงหาเครือข่ายใหม่ ๆ
5. ใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการบริหารจัดการเครือข่ายให้เข้าถึงองค์ความรู้ในพื้นที่ให้เข้าถึงองค์ความรู้มาตรฐานและแนวคิดในการพัฒนาคุณภาพ HA เกิดการแลกเปลี่ยนอย่างเหมาะสม และสร้างสรรค์

นอกจากนี้ ในการสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อความยั่งยืน (network development for sustainability) ทิศทางการดำเนินงานของ สรพ. จะมุ่งเน้นกิจกรรมที่หนุนเสริมดังนี้

- จัดให้มีและกระตุ้นให้มีการสื่อสารระหว่างกันอย่างทั่วถึง และสม่ำเสมอ
- สนับสนุนสมาชิกทุกกลุ่ม และทุกด้านที่ต้องการความช่วยเหลือ เน้นการช่วยเหลือกลุ่มสมาชิกที่ยังอ่อนแอให้สามารถช่วยตนเองได้
- สร้างความสัมพันธ์ของบุคลากรในเครือข่าย
- สนับสนุนให้สมาชิกได้พัฒนางานอย่างเต็มกำลังตามศักยภาพและความชำนาญที่มีอยู่ โดยร่วมกันตั้งเป้าหมายในการพัฒนางานให้กับสมาชิกแต่ละกลุ่ม ส่งผลให้สมาชิกแต่ละกลุ่มมีความสามารถพิเศษเฉพาะด้านเป็นพื้นฐานในการสร้างความหลากหลายและเข้มแข็งให้กับเครือข่าย
- สร้างความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น ระหว่างบุคลากรทุกระดับของสมาชิกในเครือข่ายในลักษณะความสัมพันธ์ฉันท์เพื่อน
- จัดกิจกรรมให้สมาชิกใหม่ของเครือข่าย เพื่อเชื่อมต่อคนรุ่นเก่ากับคนรุ่นใหม่ในการสืบทอดความเป็นเครือข่ายต่อไป
- จัดให้มีเวทีระหว่างคนทำงานเพื่อพัฒนาหรือแก้ปัญหาในการทำงานด้านต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
- จัดให้มีช่องทางการทำงานร่วมกันการสื่อสารที่ง่ายต่อการเข้าถึงที่ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน เช่น สร้างระบบการส่งต่องาน และสร้างเว็บไซต์เพื่อเชื่อมโยงเครือข่ายเข้าด้วยกัน

3.4 การพัฒนาคุณภาพระดับเครือข่ายและการเยี่ยมชมสำรวจ เพื่อการรับรองคุณภาพโดยใช้แนวคิด Growth Mindset (HNA: Healthcare Network Accreditation)

นพ.ชุตติเดช ตาบ-องครักษ์ ประธานคณะกรรมการขับเคลื่อน HNA
 รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภีรักษ์ คณะทำงานขับเคลื่อน HNA

เป็นเวลากว่า 25 ปี ที่โรงพยาบาลได้พัฒนาคุณภาพโดยมีทิศทางก้าวข้ามข้อจำกัดที่สะท้อนปัญหา ความท้าทายตามบริบท สู่การถ่ายทอด จัดระบบงานให้เป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อยกระดับคุณภาพ ความปลอดภัยในโรงพยาบาล ด้วยเครื่องมือคุณภาพ หลักคิดหลากหลายที่ สรพ. ได้สร้างกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องนั้น ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ว่าการ ที่โรงพยาบาลจะบรรลุผลสำเร็จ มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูอย่างยั่งยืนต่อระบบสาธารณสุขโดยรวมได้นั้น โรงพยาบาล ไม่สามารถดำเนินงานเพียงลำพัง ดังนั้นการสร้างร่วมมือของเครือข่ายในการดำเนินงาน จะทำให้คำว่า การดูแลอย่างเป็น องค์กรรวม การสร้างนำซ่อม และสุขภาพะ สามารถเกิดขึ้นได้อย่างเป็นรูปธรรมตลอดสายธาร ของวงจรสุขภาพประชาชน

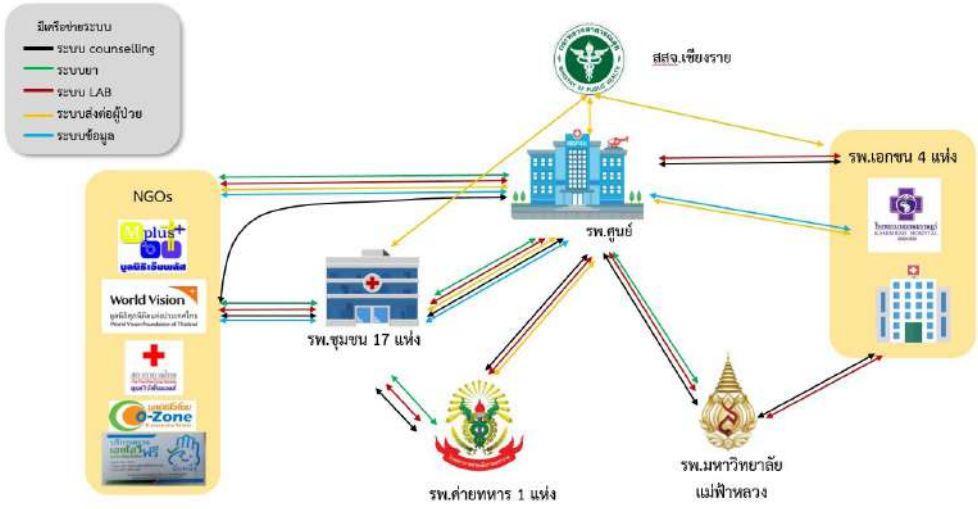
มาตรฐานระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ (Healthcare Network System Standards) เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้เกิดการพัฒนา เติบโตจากภายในโรงพยาบาลสู่ภายนอก ร่วมกับ เครือข่าย ภายใต้การกำหนดขนาด ขอบเขต ความกว้างใหญ่ของเครือข่ายที่สามารถกำหนด ได้เอง ในการร่วมพัฒนาบริการสุขภาพกลุ่มผู้ป่วย/กลุ่มโรค เช่น เครือข่ายระดับจังหวัด เครือข่าย ระดับเขต เครือข่ายสถานพยาบาลสังกัดต่าง ๆ เครือข่ายสถานพยาบาลเอกชน เครือข่ายบริการ กลุ่มโรค เป็นต้น โดยอาศัยการเติบโตของเครือข่ายภายใต้องค์ประกอบสำคัญ 4 ประการได้แก่ Seamless, Network, Patient safety, Output/Outcome ในภาพรวมของเครือข่ายที่ได้ กำหนดขอบเขตไว้



ภาพที่ 44 กรอบแนวคิดมาตรฐานเครือข่ายบริการสุขภาพ

การเรียนรู้จากการใช้มาตรฐานทำให้เครือข่ายเกิดการเติบโตในการมองเป้าหมายร่วม จากการวิเคราะห์ผลลัพธ์การดำเนินงานของทุกสถานพยาบาลในเครือข่าย วิเคราะห์ศักยภาพ การจัดบริการที่แตกต่างกัน ปัญหา อุปสรรคในการบริการของสถานพยาบาลในเครือข่าย ภายใต้มาตรฐานบริการตามหลักวิชาการ นำมาสู่การกำหนดทิศทาง เชื่อมโยง จัดทำยุทธศาสตร์ ในการขับเคลื่อนร่วมกัน มีการวางแผน แบ่งปันทรัพยากรร่วมกันในเครือข่าย โดยมีสถานพยาบาล แม่ข่ายซึ่งมีศักยภาพสูงสุดเป็นเจ้าภาพหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเติมเต็มความรู้ด้านวิชาการ การพัฒนาศักยภาพ การปรับปรุงระบบบริการระหว่างสถานพยาบาลให้เชื่อมโยงไร้รอยต่อ ทั้งการดูแลรักษา การขอคำปรึกษา การส่งต่อ ด้วยระบบสนับสนุนสำคัญเช่นระบบการส่งตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ ระบบยา ระบบข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงกันอย่างแนบสนิท ทำให้เกิด ประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ

เครือข่ายการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ จังหวัดเชียงราย



ภาพที่ 45 เครือข่ายการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ จังหวัดเชียงราย

จากการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรองมาตรฐานระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ ของการพัฒนา ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ HIV-STI เพื่อการยุติเอดส์จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่ในปี 2563-2566 นั้น ทีมผู้เยี่ยมชมสำรวจได้เรียนรู้มุมมอง แนวคิดในการพัฒนาของเครือข่ายจากแบบประเมินตนเอง การตามรอยการจัดบริการทั้งสถานพยาบาลแม่ข่าย ลูกข่ายที่กระจายตัว จำนวน 4 แห่ง รับฟังการนำเสนอ การสัมภาษณ์ที่มนำเครือข่ายในทุกระดับ พบว่าเครือข่ายมีมุมมอง วิธีคิด ที่เติบโต มองภาพใหญ่ของเครือข่ายมากขึ้น เกิดการรวมตัวของทีมผู้อำนวยการสถานพยาบาล ของรัฐทุกแห่งในจังหวัด การรวมตัวของแต่ละกลุ่มวิชาชีพ แพทย์ พยาบาลให้คำปรึกษา เกษีษกร ทีมเทคโนโลยี ร่วมพัฒนา ปรับปรุง กระบวนการ ระบบงานสำคัญด้านบริการที่ลดอุปสรรคปัญหา ที่ครอบคลุมความแตกต่างของสิทธิการรักษา ขาดพันธุ์ วัฒนธรรม วิธีชีวิต ความเชื่อ ทำให้เกิด ผลลัพธ์การดูแลรักษาที่ดีขึ้นบรรลุเป้าหมาย 95-95-95 (การรู้สถานะตนเอง การเข้าถึงยาต้านไวรัส การรักษาต่อเนื่อง กดเชื้อไวรัส VL<50)

แม้ว่าผลลัพธ์การดูแลรักษา (outcome) จะบรรลุต่อเป้าหมายแล้วก็ตาม **ระบบงาน สำคัญที่ยังคงต้องการสร้างระบบให้เติบโต ขยายถึงกันเห็นภาพทั้งเครือข่ายที่สำคัญ ได้แก่**

1) การดำเนินงานของระบบบริหารความเสี่ยงของเครือข่ายที่สะท้อนความเสี่ยงสำคัญ ของเครือข่าย (risk profile) ทั้ง Clinical (common clinical and specific clinical risk) และ Non-Clinical Risk ในทุกมิติของการพัฒนาเครือข่ายบริการ สร้างระบบการกำกับติดตาม และประเมินผลเป็นระยะ เพื่อนำไปสู่การทบทวน/ปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อลด ความแปรปรวน ลดความสูญเปล่า ป้องกันความผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทำให้ผลลัพธ์ การดูแลผู้ป่วยดีขึ้นในทุกมิติ และเพิ่มประสิทธิภาพความแข็งแรงของเครือข่ายแต่ละ ระดับ

2) การมองภาพรวมของระบบงานสำคัญที่สนับสนุนการจัดบริการของเครือข่าย ให้เกิด การแบ่งปัน บริหารทรัพยากรในเครือข่ายในการดำเนินการได้มีประสิทธิภาพ นำมาวิเคราะห์ พัฒนาการบริหารจัดการ สำรองทรัพยากร การขนส่งเคลื่อนย้าย ส่งมอบให้มีความพร้อม เพียงพอในการใช้งานภายในเครือข่ายได้อย่างต่อเนื่องทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน

แต่อย่างไรก็ตาม การขับเคลื่อนเครือข่ายดังกล่าวเป็นการลงแรงกาย แรงใจอย่าง ท่วมเท ของทีมระดับกลางของเครือข่าย (mesosystem) ซึ่งประกอบด้วยคณะทำงานเครือข่าย ในการพัฒนาเพื่อการบรรลุ 95 ที่ 1 คณะทำงานเครือข่ายในการพัฒนาเพื่อการบรรลุ 95 ที่ 2 และ 95 ที่ 3 คณะทำงานเครือข่ายด้านวิชาการและคณะทำงานเครือข่ายด้านสารสนเทศ ร่วมกับทีมผู้ให้การดูแลรักษา (microsystem) ในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง **สิ่งที่ยังคงเป็นหัวใจ สำคัญที่จะทำให้การขับเคลื่อนเครือข่ายให้ประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน ลดความกังวล**

จากความไม่แน่นอนจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมภายใน ภายนอกเครือข่าย และลดภาระงาน สร้างความสุขให้แก่ทีมผู้ให้บริการทั้งเครือข่ายได้นั้น **ยังคงต้องการพลังการขับเคลื่อนจากทีมนำเครือข่ายสูงสุด (macrosystem) ที่มองภาพรวมการพัฒนาของเครือข่าย** กำหนดนโยบาย เป้าหมายเฉพาะที่ชัดเจนตามบริบทที่เชื่อมโยงอย่างสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ที่กำหนดสู่การจัดทำแผนสนับสนุนในขับเคลื่อนเชิงบริหาร การจัดหาแหล่งทรัพยากร คน เงิน ของ ให้แก่เครือข่ายในการดำเนินงานที่ชัดเจน กำหนดกระบวนการสำคัญ (key process) ในการพัฒนาให้เครือข่ายบรรลุเป้าหมาย โดยกำกับ ติดตามผลการขับเคลื่อน ปัญหา อุปสรรค และตัดสินใจในการปรับปรุงเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่อง โดยเรียนรู้ต่อยอดการเติบโตในการกำหนดและใช้ประโยชน์จากตัวชี้วัด 1) **ตัวชี้วัดเชิงบริหารเครือข่ายทั้งด้าน Seamless Care** ที่บอกถึงการดูแลรักษา ระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ และด้าน Networking Performance โดยอาศัยแนวคิด Value Stream Map ที่เป็นบริบทของแต่ละเครือข่ายบริการย่อย เพื่อบูรณาการเชื่อมโยงกับภาพแม่ข่าย 2) **ตัวชี้วัดด้าน Safety & Quality ที่ครอบคลุมทั้งส่วนบริการดูแลรักษา การบริหารจัดการทรัพยากรเครือข่าย และด้านวิชาการที่เป็นทั้ง Evidence-based และการศึกษาวิจัย** และ 3) **ผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพประสิทธิผลของระบบงานสำคัญ** ในเครือข่ายและด้านการนำ ซึ่งการเรียนรู้พัฒนาอย่างต่อเนื่องนั้นจะช่วยยกระดับคุณภาพความปลอดภัยให้ระบบบริการสุขภาพของเครือข่ายให้แก่ประเทศไทย

3.5 มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ

3.5.1 การพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพสูง (high quality primary healthcare)

มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบรรลุความสำเร็จตามเป้าประสงค์ของการบริการสุขภาพถ้วนหน้า และการสร้างหลักประกันการมีสุขภาพที่ดีและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย (ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages) ตามเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) เป้าหมายที่ 3 สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ในการนี้องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เผยแพร่กรอบแนวคิดการกำกับติดตามผลผลิตของบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สำคัญ ประกอบด้วย 1) การเข้าถึงและพร้อมใช้งาน (access and availability) ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ความสามารถในการจ่ายได้ การยอมรับ ความพร้อมใช้ของบริการ และการใช้ประโยชน์จากบริการ, และ 2) มิติคุณภาพการดูแล ได้แก่ การดูแลตั้งแต่เริ่มแรก (first contact accessibility) การดูแลต่อเนื่อง (continuity of care) การดูแลที่รอบด้านและครบถ้วน (comprehensiveness) การประสานงานการดูแล (coordination of care) การดูแลที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง (person-centered care) การดูแลที่ได้ผล (effectiveness) ปลอดภัย (safety) มีประสิทธิภาพ (efficiency) และการเข้าถึงบริการที่ทันเวลา (timely access)

จากผลงานวิชาการตีพิมพ์ของ Asaf Bitton และคณะในวารสารวิชาการ BMJ Global Health เรื่อง The 5S-5M-5C schematic: transforming primary care inputs to outcome in low-income and middle-income countries ระบุองค์ประกอบสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เกื้อหนุนให้ประชาชนมีสุขภาพะ ดังนี้

- Five Ss การสนับสนุนการจัดการทรัพยากร ได้แก่ พื้นที่/อาคารสถานที่ (space) ระบบ (systems) บุคลากร (staff) เครื่องมือและเวชภัณฑ์ (stuff) และระบบการเฝ้าระวัง (surveillance)
- Five Ms กระบวนการบริหารจัดการทรัพยากรที่นำไปสู่การบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพสูง ได้แก่ การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (management) การสร้างทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary teams) การสร้างแรงจูงใจ (motivation) การกำกับติดตาม (monitoring) และการวัดผล (measurement)

- Five Cs กระบวนการบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพสูง ได้แก่ การดูแลตั้งแต่เริ่มแรก (first contact accessibility) การดูแลต่อเนื่อง (continuity of care) การดูแลที่รอบด้านและครบถ้วน (comprehensiveness) การประสานงานการดูแล (coordination of care) และการดูแลที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง (person-centered care)

3.5.2 การรับรองคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Healthcare Accreditation)

เป็นหนึ่งในกลไกสำคัญของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยจากผลการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบโดย Jafar Sadegh Tabrizi และคณะ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีการพัฒนาต้นแบบการรับรองคุณภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย อังกฤษ นิวซีแลนด์ จอร์แดน ซาอุดีอาระเบีย เลบานอน และอียิปต์ ซึ่งมีองค์ประกอบร่วมที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลที่มุ่งเน้นชุมชนเป็นฐาน (community-oriented care) การดูแลที่ปลอดภัย (safety care) การดูแลที่มีคุณภาพสูง (high-quality care) การดูแลต่อเนื่อง (care continuity) และการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (human resource management) โดยในปัจจุบันประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกได้ให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพสูงด้วยกลไกการรับรองคุณภาพ (primary healthcare accreditation) ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2566 มีประเทศที่สร้างและได้รับการรับรองมาตรฐานบริการด้านปฐมภูมิจาก ISQua EEA (The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association) อาทิ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย แคนาดา อียิปต์ จอร์แดน ซาอุดีอาระเบีย ตุนิเซีย โดยแนวทางการพัฒนามาตรฐานที่ได้รับการรับรองดังกล่าวมุ่งเน้นประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง และยึดคนเป็นศูนย์กลางของการดูแล

3.5.3 การสร้างมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิของประเทศไทย (Thailand Primary Care Standards)

การให้บริการของสถานพยาบาลปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดใกล้ชิดกับผู้รับบริการและประชาชน มีลักษณะบริการเฉพาะในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งมีหลากหลาย ที่ให้การดูแลตั้งแต่เริ่มแรก รอบด้านและครบถ้วน ผสมผสานครอบคลุมกับทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ดูแลใส่ใจ ต่อเนื่อง ประสานงานบริการเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลและเครือข่ายทุกระดับ และมุ่งเน้นการส่งต่อกับหน่วยงานอื่น ๆ ด้วย อย่างไรก็ตามการบริการดังกล่าว

จำเป็นต้องได้รับการยอมรับว่าเป็นการดูแลที่ได้มาตรฐาน ปลอดภัย เชื่อถือได้ มีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด รวมทั้งโอกาสและความท้าทายในการถ่ายโอนภารกิจสถานีนอนามัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ท้องถิ่นสามารถพึ่งพาตนเองได้และตัดสินใจในการจัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น โดยในปีงบประมาณ 2567 มีจำนวนสถานีนอนามัยฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนภารกิจไปแล้วทั้งสิ้น 4,275 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 43.29% จากทั้งหมด 9,872 แห่ง (อ้างอิงฐานข้อมูลจากสถาบันวิจัยระบบสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2566 <https://hsiu.hsiu.or.th/>) โดยมีองค์กรบริหารส่วนจังหวัดที่รับถ่ายโอนแล้ว 62 จังหวัด (ร้อยละ 81.58) และหน่วยบริการแม่ข่าย (CUP) ที่มีลูกข่ายถ่ายโอนแล้ว 646 หน่วยบริการ (ร้อยละ 69.84)

เพื่อจัดทำมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สามารถชี้้นำการพัฒนาคุณภาพให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง และใช้ประเมินการพัฒนาและรับรองคุณภาพการจากระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยบริการหรือเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิภาครัฐในประเทศไทย ดังนั้นมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับที่ 1 (Primary Care Standards, 1st edition) จึงถูกสร้างขึ้นด้วยอาศัยมาตรฐานของ ISQua EEA (The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association) ซึ่งเป็นมาตรฐานสากลที่มุ่งเน้นประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง และยึดคนเป็นศูนย์กลางของการดูแล รวมทั้งประเด็นคุณภาพสำคัญสอดคล้องตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 โดยมีคุณลักษณะเฉพาะ ดังนี้

1. ส่งเสริมการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายและความร่วมมือ ทำให้มีการพัฒนาร่วมกันได้
2. กำหนดมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิในลักษณะองค์รวมเป็นหลัก ให้รอบด้านและครบถ้วน
3. มุ่งเน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพตั้งแต่เริ่มต้นของปัญหา โดยยึดหลักการ “สร้างนำซ่อม” เป็นแนวทางในการปฏิบัติ
4. ส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการพัฒนาการบริการให้ได้มาตรฐานตามบริบทของประเทศ
5. สร้างอัตลักษณ์การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย

ในมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับนี้ ให้คำนิยามของ “สถานพยาบาลปฐมภูมิ” หมายความว่า สถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาล ที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 หรือพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ได้นำมาตรฐานดังกล่าวไปทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง ได้แก่ จังหวัดสกลนคร จังหวัดเชียงราย จังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดในเขตบริการสุขภาพนครชัยบุรีรินทร์ และได้มีการรับฟังเสียงสะท้อนของผู้มีส่วนได้เสียนำมาปรับปรุงมาตรฐานให้ตอบสนองต่อบริบทของสถานพยาบาลปฐมภูมิที่เปลี่ยนแปลงไป โดยคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้อนุมัติและประกาศใช้ “มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับที่ 1” สำหรับการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิ ตั้งแต่วันที่ 16 ธันวาคม 2566 เป็นต้นไป

มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับที่ 1 จะจัดเป็นหมวดหมู่ โดยแบ่งเป็น 5 ตอนดังต่อไปนี้





ภาพที่ 46 กรอบมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ฉบับที่ 1

ทั้งนี้ได้มีการกำหนดหมวดหมู่ของมาตรฐานเพิ่มเติมตามลักษณะของบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยที่มีความจำเพาะและให้ความสำคัญกับการบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ ซึ่งหมายความถึงการบริการสาธารณสุขมูลฐานที่จัดให้แก่ชุมชนและประชาชนที่รับผิดชอบที่ดำเนินการโดยบุคลากร อาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครประเภทอื่น รวมถึงการจัดการที่ดำเนินการโดยประชาชน ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค ความเจ็บป่วยและภัยสุขภาพ ซึ่งมีการประสานงานกับชุมชน เครือข่ายบริการ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของประชาชนตามบริบท

3.5.4 หลักคิดการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ “รู้เรื่องเรา เข้าใจหลัก รักประชาชน”

หลักคิดการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สถาบันส่งเสริมให้มีการนำมาใช้ควบคู่กับการนำมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิสู่การปฏิบัติ มีดังนี้

หลักคิดชุดที่ 1 “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ชยันตบทวน”

หลักคิดชุดที่ 1 “ทำงานประจำให้ดี มีอะไรให้คุยกัน ชยันตบทวน”

ทำงานประจำให้ดี

รู้เป้าหมาย
รู้ว่าจะทำให้ดีได้อย่างไร
รู้ว่าทำได้หรือไม่

มีอะไรให้คุยกัน

คุยกันภายในหน่วยงาน
คุยกันระหว่างหน่วยงาน
คุยกันระหว่างวิชาชีพ

ชยันตบทวน

ทบทวนหลังทำกิจกรรม (AAR)
ทบทวนเมื่อมีเหตุการณ์ (RCA)
ทบทวนข้อมูลที่เป็นประโยชน์



อนุวัฒน์ ตุกชุตikul (24 พฤศจิกายน 2562) “ระบบคุณภาพที่ยั่งยืน” @ Thailand LA Forum 2019

หลักคิดชุดที่ 2 “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด”

หลักคิดชุดที่ 2 “เป้าหมายชัด วัดผลได้ ให้คุณค่า อย่ายึดติด”

เป้าหมายชัด

พิจารณาจากมิติคุณภาพต่างๆ

วัดผลได้

วัดการบรรลุเป้าหมาย
วัดคุณภาพในกระบวนการทำงาน
ทำให้สอดคล้องกับการประเมินโดยไม่ต้องวัด

ให้คุณค่า

ให้คุณค่าแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

อย่ายึดติด

ไม่ติดรูปแบบ
ใช้แว่นความงามจัดการกับระบบที่หน้าเบื้อ
จุดกำเนิดของนวัตกรรมคือคนชี้ราคาญ

อนุวัฒน์ ตุกชุตikul (24 พฤศจิกายน 2562) “ระบบคุณภาพที่ยั่งยืน” @ Thailand LA Forum 2019

หลักคิดชุดที่ 3 “รู้เรื่องราว เข้าใจหลัก รักประชาชน”

หลักคิดการนำมาตรฐานไปใช้พัฒนา “รู้เรื่องราว เข้าใจหลัก รักประชาชน”

รู้เรื่องราว

- เข้าใจบริบทของประชาชนพื้นที่และสถานพยาบาลของเรา
- ความเสี่ยงสำคัญของระบบบริการและบริหารของเราคืออะไร?
- กลุ่มคนใช้สำคัญของเราคืออะไร?
- ปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนคืออะไร?
- ใครเกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพปฐมภูมิของเราบ้าง? (ผู้รับผลงาน/ผู้มีส่วนได้เสีย/หน่วยงาน)

เข้าใจหลัก

- อะไรคือข้อกำหนด?
- อะไรคือหลักของการทำงาน?
- อะไรคือสิ่งที่ต้องทำ?
- อะไรคือมาตรฐาน? อะไรคือคุณภาพ?
- อะไรคือมาตรฐานวิชาชีพ? อะไรคือมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ?

รักประชาชน

- ทำเรื่องพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิแล้วประชาชนได้อะไร?
- อะไรคือสิ่งที่ประชาชนต้องการในบริการสุขภาพปฐมภูมิ?
- อะไรคือสิ่งที่บอกได้ว่าการทำงานของเราสื่อถึงความรักประชาชน และประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ?

พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ (21 มิถุนายน 2566), สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

3.5.5 แนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ (Primary Care Standards Accreditation)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มีนโยบายการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ ดังนี้ 1) มุ่งเน้นการขับเคลื่อนการพัฒนาและนำมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิสู่การปฏิบัติ ผ่านประสบการณ์การขับเคลื่อนและใช้ประโยชน์ในระดับพื้นที่ 2) การออกแบบระบบประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลปฐมภูมิที่เหมาะสมและตอบสนองต่อบริบทของสถานพยาบาล ประชาชน ผู้มีส่วนได้เสีย รวมถึงหน่วยงานกำหนดนโยบาย และ 3) ส่งเสริมให้มีการพัฒนากำลังคนผู้มีความเชี่ยวชาญในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการสร้างหลักสูตรฝึกอบรมและกลไกการจัดการความรู้เพื่อการปรับปรุงมาตรฐานให้มีความเป็นพลวัต โดยคงไว้ซึ่งเจตจำนงของการสร้างมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิเพื่อขึ้นนำทิศทางการขับเคลื่อนการพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิของสถานพยาบาลที่จำเป็นต้องทำงานร่วมกันในลักษณะเครือข่ายระบบบริการสุขภาพที่มีเป้าหมายในการดูแลสุขภาพของประชาชนร่วมกัน และส่งเสริมการพัฒนานวัตกรรมการบริหารจัดการใหม่ ๆ ที่ไม่ยึดติดรูปแบบเดิม มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสารสนเทศ

ในการดำเนินงาน และส่งเสริมให้สถานพยาบาลปฐมภูมิใช้มาตรฐานดังกล่าวในการต่อยอดการพัฒนาโดยสมัครใจจากเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้ พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562

เป้าหมายการขับเคลื่อนการพัฒนาและรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ มีดังนี้

- 1) ผู้นำและแกนนำการดำเนินงานของสถานพยาบาลปฐมภูมิ สามารถใช้แนวคิดคุณภาพและนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ เพื่อการบริหารจัดการและพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิ จนสามารถแสดงผลลัพธ์การดำเนินงานในระดับที่เป็นที่ยอมรับของประชาชน
- 2) หน่วยงานกำกับดูแลและเครือข่ายสถานพยาบาล สามารถพัฒนาเป็นศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยพัฒนาขีดความสามารถในการประเมินการพัฒนาและให้การรับรองการพัฒนาคุณภาพขั้นพัฒนา ตามมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิได้
- 3) บุคลากรสาธารณสุขและบุคคลผู้เกี่ยวข้อง สามารถพัฒนาความสามารถและความเชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิตามมาตรฐาน อาทิ พี่เลี้ยงคุณภาพระดับพื้นที่ ที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ วิทยากร ผู้เชี่ยวชาญระบบคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผู้เยี่ยมสำรวจ
- 4) สถานพยาบาลปฐมภูมิ ในพื้นที่นำร่อง สามารถเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพและได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ

ระดับความสำเร็จที่คาดหวังตามแผนดำเนินงานในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566 – 2570)

ผลลัพธ์	2566	2567	2568	2569	2570
ตัวชี้วัดแผนปฏิบัติการ สรพ. (2566-2570) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพ สถานพยาบาลปฐมภูมิอย่างมีส่วนร่วม*	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
องค์ประกอบ 1: ระดับความสำเร็จของการพัฒนา มาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิตามแนวทาง สากล	ทดสอบการใช้ มาตรฐานฉบับ ทดลองวงจำกัด	นำมาตรฐานสู่การ ปฏิบัติ เพื่อการพัฒนา ในกลุ่มเป้าหมาย	ใช้มาตรฐานรับรองชั้น มาตรฐาน และจัดทำ แบบประเมินตนเอง	มาตรฐานได้รับการ รับรองจาก ISQua EEA	ทบทวนและพัฒนา มาตรฐาน Revise 1.2 และเผยแพร่
องค์ประกอบ 2: ระดับความสำเร็จของการพัฒนา ระบบประเมินและรับรองมาตรฐานสถานพยาบาล ปฐมภูมิ (หลักเกณฑ์ ระบบ Digital Platform)	พัฒนารูปแบบการ รับรองชั้นพัฒนา	-รับรองชั้นพัฒนา -พัฒนารูปแบบรับรอง ชั้นมาตรฐาน -PCSA Platform blueprint	- รับรองชั้นมาตรฐาน - พัฒนา PCSA Survey Digital Platform	- กลไกการรับรองชั้น พัฒนาโดยศูนย์เรียนรู้ - ทดลองใช้ platform วงจำกัด	- หน่วยงานหนด นโยบายใช้ผลการ รับรองเป็นเงื่อนไขใน การให้ดูคุณค่า
องค์ประกอบ 3: จำนวนศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ที่ ขึ้นทะเบียนและได้รับการรับรองศูนย์การเรียนรู้	พัฒนาต้นแบบ	จำนวน 5 แห่ง (เขต/จังหวัด/อำเภอ)	จำนวน 10 แห่ง (เขต/จังหวัด/อำเภอ)	จำนวน 20 แห่ง (เขต/จังหวัด/อำเภอ)	จำนวน 30 แห่ง (เขต/จังหวัด/อำเภอ)
องค์ประกอบ 4: จำนวนหน่วยบริการที่ได้รับการ รับรองคุณภาพ	พัฒนาต้นแบบ	ชั้นพัฒนา 35 แห่ง	ชั้นพัฒนา 100 แห่ง ชั้นรับรอง 10 แห่ง	ชั้นพัฒนา 350 แห่ง ชั้นรับรอง 35 แห่ง	ชั้นพัฒนา 650 แห่ง ชั้นรับรอง 100 แห่ง
องค์ประกอบ 5: จำนวน Quality Expert		-พี่เลี้ยง/QC 60 คน	-พี่เลี้ยง/QC 100 คน -วิทยากร 10 คน -ผู้เยี่ยมสำรวจ 10 คน	-พี่เลี้ยง/QC 350 คน -วิทยากร 35 คน -ผู้เยี่ยมสำรวจ 20 คน	-พี่เลี้ยง/QC 650 คน -วิทยากร 65 คน -ผู้เยี่ยมสำรวจ 30 คน

สรพ. หวังว่ามาตรฐานสถานพยาบาลปฐมภูมิ จะเป็นเครื่องมือสำหรับผู้นำสถานพยาบาลปฐมภูมิในการบริหารจัดการหน่วยบริการปฐมภูมิ และเป็นเครื่องมือสำหรับบุคลากรของหน่วยบริการใช้ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพ โดยสามารถให้การดูแลตั้งแต่เริ่มแรก รอบด้านและครบถ้วน ดูแลใส่ใจ ต่อเนื่อง มีการประสานเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลและเครือข่ายทุกระดับ ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ

Quality tools เป็นเครื่องมือที่คิดมาเพื่อช่วย

อำนวยความสะดวกในการพัฒนาคุณภาพ

ขององค์กรให้เป็นระบบ ยั่งยืน เรียบง่าย

เราควรเลือกใช้มันตามความ **เหมาะสม**

อย่าให้มันมาใช้เรา มันจะทำให้เราเหนื่อย

เบื่อหน่ายและเจ็ดหลาบในการพัฒนาคุณภาพองค์กร

รพ.ธานี จิตต์วิวัฒน์/ระยองรัฐ
วิทยาการหลักสูตธรรม สรพ.

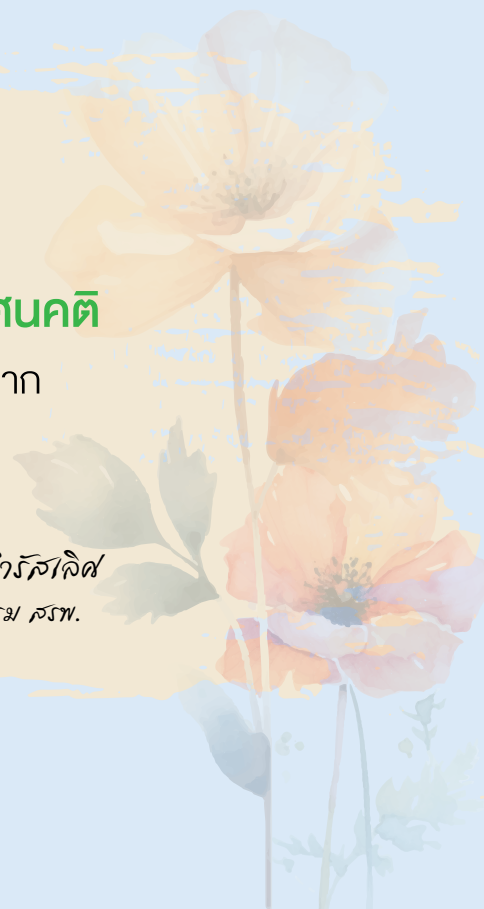


ปัญหาไม่ใช่ปัญหา ปัญหา คือ **ทัศนคติ**

ของท่านเกี่ยวกับปัญหาต่างหาก



รพ.ไธดชัย นพ.มนิจารย์สโรจ
วิทยาการหลักสูตธรรม สรพ.



HA คือ อะไร ใคร ๆ ตาม
อยากตอบเพียงว่า เป็น **วิถีแห่งปัญญา**
ในการสร้างความสุข ลดทุกข์โศก
ชื่อนิรันดร์กาลเวลา

ศ.ดร.เพ็ญจันทร์ แสนประเสริฐ
อธิการบดีหลักสูตรศึกษาศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์



บันทึก

A series of horizontal dotted lines for writing notes, set against a background of a blue sky with white clouds.

บันทึก

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

บรรณาธิการและผู้เรียบเรียง

ที่ปรึกษา

ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

บรรจง จำปา

เอกจิตรรา สุขกุล

บรรณาธิการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

ผู้เรียบเรียง

ขวัญหทัย เปรมพงษ์

ชาญณรงค์ กิจรักษา

ดวงสมร บุญผดุง

ทรนง พิลาลัย

เนตรนภา ปานมน

บรรจง จำปา

ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

รตนอร จูห้อง

รุ่งนภา บุชบง

วิญญาวรรณ แมตสถาน

สุภาเพ็ญ ศรีสดีใส

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

และ

คณะทำงานวิชาการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5 ซอย 6 กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-027-8844 โทรสาร 02-026-6680

 www.ha.or.th  HA Thailand  HA Thailand  HA E-learning  Quality The Story

