



FUTURES OF QUALITY AND SAFETY IN THAILAND'S **HEALTHCARE SYSTEM** FOR SUSTAINABILITY

อนาคตของคุณภาพและความปลอดภัย
ของระบบบริการสุขภาพประเทศไทย
เพื่อความยั่งยืน

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

ISBN

อนาคตของคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพประเทศไทยเพื่อความยั่งยืน
Futures of Quality and Safety in Thailand's Healthcare System for Sustainability

เขียน สถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
ศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา FutureTales LAB by MQDC

พิมพ์ครั้งที่ 1 ธันวาคม 2568

จัดทำโดย สถาบัน รับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
ศูนย์วิจัยอนาคตศึกษา FutureTales LAB by MQDC

พิมพ์ที่ โรงพิมพ์

สงวนสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537

Futures of Quality
and Safety in Thailand's
**Healthcare
System**
for Sustainability

อนาคตของคุณภาพและความปลอดภัย
ของระบบบริการสุขภาพประเทศไทย
เพื่อความยั่งยืน



FOREWORD

คำนำ

โครงการวิจัยนี้เป็นความร่วมมือระหว่างสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สว. และ FutureTales Lab ภายใต้หัวข้อ “อนาคตของคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพประเทศไทยเพื่อความยั่งยืน” มีวัตถุประสงค์เพื่อคาดการณ์แนวโน้มและปัจจัยการเปลี่ยนแปลงที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพไทยในอนาคต ตลอดจนพัฒนายุทธศาสตร์และแนวทางการวางแผนระยะยาวที่สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในสถานพยาบาลอย่างยั่งยืน

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อสรุป วิเคราะห์ และจัดลำดับความสำคัญของสัญญาณและแนวโน้ม (Signals/Trends) ที่มีศักยภาพในการส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพไทยในอนาคต ข้อมูลที่ได้ถูกนำไปใช้ในการกำหนดปัจจัยขับเคลื่อนหลัก (Drivers of Change) และพัฒนาเป็นฉากทัศน์อนาคต (Future Scenarios) ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการกำหนดยุทธศาสตร์และนโยบายเชิงรุก

ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยกำลังเผชิญความท้าทายหลากหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ภาวะเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนความคาดหวังของประชาชนที่สูงขึ้น ขณะเดียวกันยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากรด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการ การเตรียมความพร้อมเชิงยุทธศาสตร์ผ่านการศึกษา วิเคราะห์ และคาดการณ์อนาคต จึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้ประเทศสามารถพัฒนานโยบายและระบบบริหารจัดการที่ตอบโจทย์ต่อความเปลี่ยนแปลงได้อย่างยั่งยืน

CONTENTS

สารบัญ

04

Forward
คำนำ

05

Contents
สารบัญ

07

Executive
Summary
บทสรุปผู้บริหาร

09

Foresight
Process
กระบวนการ
พัฒนาภาพอนาคต

10

Research
Framework
กรอบแนวคิด
การวิจัย

15

Literature
review
การทบทวน
วรรณกรรม

41

Current
Situation
สถานการณ์
ปัจจุบัน

45

Signals
of Change
สัญญาณ
การเปลี่ยนแปลง

65

Megatrends
แนวโน้มใหญ่

67

Driving Forces
ปัจจัยขับเคลื่อน
สำคัญ

73

Future
personas
บุคคลในภาพอนาคต

75

Future
Scenarios
จากทัศน์
ในอนาคต

63

Preferred
Future vision
จากทัศน์
ที่พึงประสงค์

99

Guide
to Actions
ข้อเสนอ
ต่อการปฏิบัติ

102

References
บรรณานุกรม

104

Acknowledgement
กิตติกรรมประกาศ

EXECUTIVE SUMMARY

บทสรุปผู้บริหาร

รายงานฉบับนี้เป็นผลงานความร่วมมือระหว่าง สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. (HA) และ FutureTales Lab โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์และคาดการณ์แนวโน้ม ปัจจัยการเปลี่ยนแปลง ที่อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบสุขภาพไทยในอีก 10 ปีข้างหน้า รายงานนี้มุ่งเน้นที่การเตรียม ความพร้อมเชิงยุทธศาสตร์และการพัฒนานโยบายเชิงรุก เพื่อให้ประเทศสามารถรับมือกับความท้าทายที่ซับซ้อน ได้อย่างยั่งยืน

เครื่องมือและกระบวนการมองอนาคต (Foresight Process) โครงการได้นำเครื่องมือด้านการมองอนาคตมาใช้ เป็นระบบ เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลจากอดีตสู่ภาพอนาคต ดังนี้

- Horizon Scanning & STEEPV: ใช้ตรวจจับสัญญาณการเปลี่ยนแปลง (Signals) ในมิติต่าง ๆ เพื่อระบุประเด็น ที่มีผลกระทบสูง
- Driving Forces & Megatrends: สังเคราะห์กลุ่มสัญญาณเพื่อหาปัจจัยขับเคลื่อนหลักที่กำหนดทิศทางของระบบ
- Morphological Box: เทคนิคการสร้างทางเลือกเชิงสัญญาณเพื่อจับคู่ส่วนประกอบของปัจจัยขับเคลื่อนที่หลากหลาย
- Scenario Building: การจำลองจากทัศนอนาคตที่เป็นไปได้ (Plausible Scenarios) เพื่อให้เห็นเส้นทางที่ หลากหลายและใช้เป็นกรอบในการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์
- Future Personas (บุคคลในภาพอนาคต): การสร้างบุคลิกลักษณะของตัวแทนกลุ่มเป้าหมายในอนาคต เพื่อ สะท้อนภาพความคิด ความรู้สึก ค่านิยม และพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นภายใต้จากทัศนอนาคต
- Preferred Future & Backcasting: การกำหนดภาพอนาคตที่พึงประสงค์และวางแผนย้อนกลับเพื่อสร้าง เส้นทางการทำงานที่ปฏิบัติได้จริง



กระบวนการนี้ทำให้ค้นพบ 5 ฉากทัศน์ที่เป็นไปได้ (Plausible Scenarios) ซึ่งสะท้อนเงื่อนไขที่แตกต่างกันของระบบสุขภาพ:

1. เงาแห่งความไม่ไว้วางใจ (Shadows of Distrust): เมื่อระบบคุณภาพกลายเป็นเพียงพิธีกรรม
2. เสียงแห่งความพยายาม (Echoes of Effort): ช่วงเวลาแห่งความพยายามที่ยังติดขัดจำกัดเชิงโครงสร้าง
3. จุดเปลี่ยนแห่งการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Turning Point of Improvement): การเริ่มยอมรับจุดอ่อนเพื่อสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้
4. แสงแห่งความร่วมมือ (Light of Collaboration): ยุคแห่งการทำงานร่วมกันอย่างแท้จริงระหว่างรัฐและเอกชน
5. ที่สุดของความเชื่อมั่น (Ultimatum of Trust): เป็นฉากทัศน์การเปลี่ยนผ่านแบบก้าวกระโดด ที่บุคลากรเป็นผู้นำเชิงคุณภาพและใช้เทคโนโลยีอัจฉริยะคาดการณ์ความเสี่ยงล่วงหน้า

การขับเคลื่อนอนาคต (Driving the Future) ผลลัพธ์สุดท้ายของรายงานจะนำเสนอ ฉากทัศน์ที่พึงประสงค์ (Preferred Future) ซึ่งมี 'ความไว้วางใจ การเรียนรู้ร่วม และสุขภาวะของผู้คน' เป็นศูนย์กลาง รายงานจะทำหน้าที่เป็นเข็มทิศผ่านข้อเสนอต่อการปฏิบัติ (Guide to Action) ที่แบ่งเป็นระยะ 1-2 ปี, 3-6 ปี และ 7-10 ปี- โดยมุ่งหวังให้ สสว. ปรับบทบาทเป็น 'ผู้ออกแบบระบบคุณภาพ (System Steward)' ที่เปลี่ยนจากการตรวจสอบย้อนหลังไปสู่การสร้างเชื่อมั่นเชิงคาดการณ์ เพื่อส่งมอบคุณค่าสูงสุดแก่ประชาชนอย่างยั่งยืน

FORESIGHT PROCESS

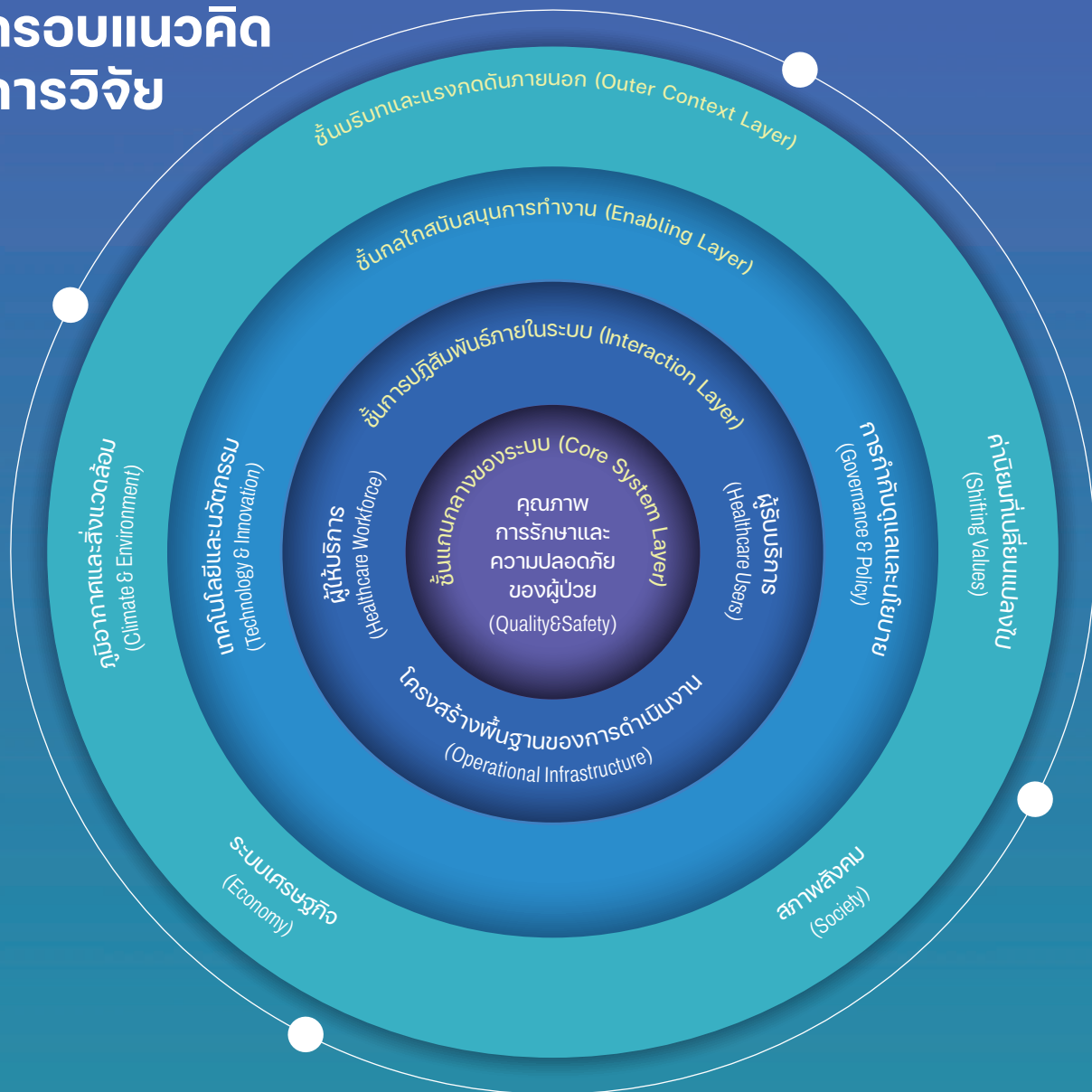
กระบวนการพัฒนาภาพอนาคต

โครงการนี้ได้นำเครื่องมือด้านการมองอนาคต (Foresight Tools) มาใช้ในการดำเนินงาน ได้แก่

เครื่องมือ (Tool)	วัตถุประสงค์ (Purpose)	ผลลัพธ์ (Outcome)
Look Back to Look Forward (ย้อนมองอดีตเพื่อมองอนาคต)	สร้างพื้นฐานความเข้าใจด้านบริบททางประวัติศาสตร์ให้กับผู้เข้าร่วม เพื่อระบุประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อปัจจุบันและอนาคต	เพิ่มความสามารถในการคาดการณ์ผลกระทบ และสัญญาณการเปลี่ยนแปลง
Horizon Scanning (การสแกนสัญญาณการเปลี่ยนแปลง)	ตรวจจับสัญญาณการเปลี่ยนแปลงในระยะเริ่มต้นในทุกมิติของSTEEPV เพื่อคาดการณ์สิ่งที่จะมีผลกระทบต่อประเด็นที่ศึกษา	ได้ลิสต์ของสัญญาณการเปลี่ยนแปลงเกิดใหม่ ที่คาดว่าจะมีผลกระทบและความสำคัญ
Morphological Box (กล่องมอร์โฟโลจีคัล)	แยกปัญหาที่ซับซ้อนออกเป็นองค์ประกอบย่อย และสร้างทางเลือกที่หลากหลาย	ได้ภาพที่ครอบคลุมความเป็นไปได้ของจากทัศนียภาพในอนาคต
Scenario Building (แม่แบบจากทัศนียภาพ)	เป็นจุดเริ่มต้นสำหรับการสร้างอนาคตที่มีความเป็นไปได้ โดยการสำรวจเงื่อนไขเชิงระบบ	ได้ชุดจากทัศนียภาพที่หลากหลายแต่มีโครงสร้างชัดเจน ซึ่งช่วยให้มองเห็นความเสี่ยงและโอกาสเชิงกลยุทธ์
Preferred Future Canvas (จากทัศนียภาพที่พึงประสงค์)	ใช้เทียบกับระดับความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	สร้างภาพอนาคตที่พึงประสงค์
Backcasting (การทำงานย้อนกลับจากอนาคตที่ต้องการ)	สร้างเส้นทางการดำเนินงานที่สามารถปฏิบัติได้จริงเพื่อบรรลุเป้าหมายระยะยาว ด้วยการทำงานย้อนกลับจากอนาคตที่ต้องการ	แผนปฏิบัติการแบบมีระยะเวลาและขั้นตอนชัดเจน เชื่อมโยงจากทัศนียภาพที่พึงประสงค์ในอนาคต เข้ากับการลงมือทำในปัจจุบัน

RESEARCH FRAMEWORK

กรอบแนวคิด การวิจัย



Layer 1: ชั้นแกนกลางของระบบ (Core System Layer)

ชั้นที่สะท้อนเป้าหมายสูงสุดของระบบบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นไปที่คุณภาพการรักษาและความปลอดภัยของผู้รับบริการ ถือเป็นศูนย์กลางที่ระบบทั้งหมดต้องสนับสนุนและปฏิบัติตาม เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ยั่งยืน

คุณภาพการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Quality & Safety)

การรับรองให้ระบบบริการสุขภาพมีมาตรฐานสูงสุด ครอบคลุม ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety) ได้แก่ การลดความเสี่ยงจาก ความผิดพลาดทางยา (medication error) การควบคุมการติดเชื้อ (infection control) และการจัดการเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse events) รวมถึงธรรมาภิบาลทางคลินิก (clinical governance) ซึ่งเป็นกลไกกำกับดูแลด้านวิชาชีพที่เน้นความรับผิดชอบ และความโปร่งใสในบริการสุขภาพ

นอกจากนี้ยังรวมถึง ระบบโลจิสติกส์ (logistics systems) และการจัดการทรัพยากร (resource management) เช่น เวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ดิจิทัล ที่มีบทบาทสำคัญต่อความต่อเนื่องของการรักษาและความสามารถของโรงพยาบาล ในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน การลงทุนและการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานให้มีความทันสมัย (modernized) ยืดหยุ่น (flexible) และ ยั่งยืน (sustainable) จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยคงไว้และยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

Layer 2: ชั้นการปฏิสัมพันธ์ภายในระบบ (Interaction Layer)

ชั้นที่แสดงให้เห็นกลไกการทำงานภายในโรงพยาบาลและระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และโครงสร้างพื้นฐานการดำเนินงาน เป็นชั้นที่เป้าหมายด้านคุณภาพและความปลอดภัยถูกทำให้เป็นจริงในทางปฏิบัติ

ผู้ให้บริการ (Healthcare Workforce)

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกสาขาที่เป็น กลไกหลักในการสร้างคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ ภาวะขาดแคลนบุคลากร (shortage of workforce) และ อาการหมดไฟ (burnout) ซึ่งเป็นความท้าทายที่กระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน การพัฒนาศักยภาพจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะ การฝึกอบรม (training) การปรับทักษะใหม่ (reskilling) และการเพิ่มทักษะ (upskilling) ด้านสุขภาพดิจิทัล (digital health) และปัญญาประดิษฐ์ (AI) เพื่อรองรับความต้องการใหม่ ๆ ในการดูแลรักษา

ในอนาคตบุคลากรจะไม่ได้จำกัดอยู่เพียงมนุษย์ แต่จะก้าวไปสู่ ทีมผสม (hybrid workforce) ที่ประกอบด้วยมนุษย์ AI และ หุ่นยนต์ เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ ลดภาระงาน และยกระดับความปลอดภัย ขณะเดียวกัน วิชาชีพด้านสุขภาพยังต้อง ปรับบทบาทให้สอดคล้องกับพลวัตการเปลี่ยนแปลงและความคาดหวังของสังคมในอนาคต

ผู้รับบริการ (Healthcare Users)

ผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชนทั่วไปที่เป็นผู้ใช้บริการสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการกำหนดทิศทางและความคาดหวังของระบบบริการสุขภาพ ความต้องการในอนาคตจะมุ่งไปสู่การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) โดยมีปัจจัยขับเคลื่อนจาก โครงสร้างประชากรสูงวัย (aging population) การเพิ่มขึ้นของ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) และการเกิดโรคอุบัติใหม่ (emerging diseases) อย่างต่อเนื่อง

ความรู้และทักษะทางดิจิทัลของผู้รับบริการ (digital literacy) จะเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพยุคใหม่ เช่น การแพทย์ทางไกล (telemedicine) ระบบสุขภาพดิจิทัล (digital health systems) และเครื่องมือ การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (self-care tools) นอกจากนี้ ประเด็นเรื่องความเท่าเทียม (equity) และ การเข้าถึงบริการที่เป็นธรรม (equitable access) ยังคงเป็นโจทย์เชิงนโยบายที่กำลังท้าทาย และจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข เพื่อให้ระบบสุขภาพตอบสนองต่อประชาชนทุกกลุ่มอย่างทั่วถึง

โครงสร้างพื้นฐานของการดำเนินงาน (Operational Infrastructure)

รากฐานเชิงกายภาพและระบบที่สนับสนุนให้บริการสุขภาพ ดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ครอบคลุม โครงสร้างอาคาร (facility infrastructure) ที่ออกแบบเพื่อความปลอดภัยและการป้องกันการติดเชื้อ อุปกรณ์และเครื่องมือแพทย์ที่ได้มาตรฐาน (medical equipment and devices) ไปจนถึง ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (Health Information Systems: HIS) ที่เชื่อมโยงข้อมูลเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย การรักษา และการตัดสินใจเชิงนโยบาย

นอกจากนี้ยังรวมถึง ระบบโลจิสติกส์ (logistics systems) และ การจัดการทรัพยากร (resource management) เช่น เวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์ดิจิทัล ที่มีบทบาทสำคัญต่อความต่อเนื่องของการรักษาและความสามารถของโรงพยาบาล ในการตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉิน การลงทุนและการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานให้มีความ ทันสมัย (modernized) ยืดหยุ่น (flexible) และ ยั่งยืน (sustainable) จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยคงไว้และยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพในระยะยาว

Layer 3: ชั้นกลไกสนับสนุนการทำงาน (Enabling Layer)

ชั้นที่ทำหน้าที่เป็นกลไกสนับสนุนการทำงานและศักยภาพของระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม ตลอดจนกรอบกติกาและนโยบายกำกับดูแล ที่ทำให้ระบบสามารถพัฒนาได้อย่างมีมาตรฐาน ยืดหยุ่น และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง

เทคโนโลยีและนวัตกรรม (Technology & Innovation)

ปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญที่ช่วยยกระดับศักยภาพของระบบบริการสุขภาพ โดยครอบคลุมการประยุกต์ใช้ สุขภาพดิจิทัล(digital health) การแพทย์ทางไกล (telemedicine) ปัญญาประดิษฐ์ (AI) หุ่นยนต์ (robotics) อินเทอร์เน็ตของสรรพสิ่ง (Internet of Things: IoT) บล็อกเชน (blockchain) และ ดิจิทัลทวิน (digital twin) เพื่อเสริมความแม่นยำ ลดข้อผิดพลาด และเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษา

นอกจากนี้ยังรวมถึงการใช้อุปกรณ์สวมใส่สุขภาพ (wearables) และ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก (data-driven healthcare) สำหรับการเฝ้าระวังสุขภาพแบบเรียลไทม์ รวมทั้งการพัฒนา ระบบเตือนภัยและการเฝ้าระวังโรคอัจฉริยะ (intelligent disease surveillance) ที่ช่วยเพิ่มขีดความสามารถของประเทศในการตอบสนองต่อโรคระบาด อย่างไรก็ตาม การใช้เทคโนโลยีเหล่านี้จำเป็นต้องมาพร้อมกับมาตรการด้านความมั่นคงไซเบอร์และการคุ้มครองข้อมูลผู้ป่วย (cybersecurity & data privacy) เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือ และความไว้วางใจจากสังคม

การกำกับดูแลและนโยบาย (Governance & Policy)

กลไกด้านการกำกับดูแล กฎหมาย มาตรฐาน และนโยบาย ที่เป็นรากฐานสำคัญต่อความมั่นคงและความน่าเชื่อถือของระบบบริการสุขภาพ ครอบคลุม การกำกับมาตรฐาน คุณภาพและความปลอดภัย (quality and safety governance) เช่น การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) มาตรฐานสากล (JCI, ISO) และแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO guidelines) ที่กำหนดกรอบการดำเนินงานเพื่อความปลอดภัย ความโปร่งใส และการปฏิบัติตามหลักจริยธรรม

ในขณะเดียวกัน การกำหนดนโยบาย (policy-making) มีบทบาทสำคัญต่อการจัดสรรทรัพยากรและการสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ เช่น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ที่รับรองสิทธิการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม รวมถึง การกำกับดูแลความปลอดภัยของเทคโนโลยีใหม่ (emerging technologies) ที่เข้าสู่ระบบสุขภาพอย่างรวดเร็ว ตลอดจนนโยบายระยะยาว (long-term policies) ที่เชื่อมโยงกับ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่มีความมั่นคงและยั่งยืนทั้งในระดับประเทศและระดับโลก

Layer 4: ชั้นบริบทและแรงกดดันภายนอก (Outer Context Layer)

ชั้นที่สะท้อนสภาพแวดล้อมและแรงกดดันจากภายนอกที่ส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพโดยตรงและโดยอ้อม ไม่ว่าจะเป็นภูมิอากาศ เศรษฐกิจ สังคม หรือค่านิยมที่เปลี่ยนไป ซึ่งบังคับให้ระบบสุขภาพต้องปรับตัวและพัฒนายุทธศาสตร์เพื่อความยั่งยืน

ภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม (Climate & Environment)

ปัจจัยด้านสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชนและความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ ครอบคลุมผลกระทบจาก การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (climate change) และมลพิษสิ่งแวดล้อม (environmental pollution) ซึ่งเชื่อมโยงกับการเพิ่มขึ้นของโรคระบบทางเดินหายใจ (respiratory diseases) โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (emerging infectious diseases) และความเสียหายจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ (natural disasters) การจัดการปัจจัยเหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยการเตรียมความพร้อมด้านภัยพิบัติ (disaster preparedness) และการเสริมสร้างความสามารถในการฟื้นตัวของโรงพยาบาล (hospital resilience) โดยทั้งหมดเป็นส่วนหนึ่งของ ระบบการจัดการความเสี่ยง (risk management system) ที่ช่วยปกป้องทั้งผู้ป่วย บุคลากร และโครงสร้างพื้นฐานของระบบสุขภาพให้สามารถรองรับแรงกดดันจากสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระบบเศรษฐกิจ (Economy)

ปัจจัยทางเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อความมั่นคงและความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ ครอบคลุมงบประมาณ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (health budget and expenditure) ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญในการจัดสรรทรัพยากรและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ นอกจากนี้ยังรวมถึงแรงกดดันจากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (medical tourism) และการแข่งขันในระดับภูมิภาค ที่ผลักดันให้โรงพยาบาลไทยต้องพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและมาตรฐานบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาความสามารถในการแข่งขัน อีกทั้งแนวคิดโรงพยาบาลสีเขียว (Green Hospital) การใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ (energy efficiency) และการจัดการของเสียทางการแพทย์ (medical waste management) ได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์ด้านเศรษฐกิจและการลงทุนที่ไม่เพียงมุ่งเน้นการลดต้นทุน แต่ยังสนับสนุนเป้าหมายด้านสิ่งแวดล้อมและความยั่งยืนของระบบสุขภาพในระยะยาว

สภาพสังคม (Society)

โครงสร้างและพลวัตทางสังคมที่ส่งผลโดยตรงต่อความต้องการและรูปแบบการให้บริการสุขภาพ ปัจจัยสำคัญได้แก่ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร (demographic change) โดยเฉพาะการเข้าสู่ สังคมสูงวัย (aging society) ที่ก่อให้เกิดความต้องการด้าน การดูแลระยะยาว (long-term care) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การย้ายถิ่นฐานของแรงงานและประชากร (migration and workforce mobility) ทำให้ความหลากหลายทางสังคมเพิ่มสูงขึ้น และสร้างความท้าทายต่อการจัดบริการสุขภาพที่ต้องตอบสนองต่อ ความแตกต่างทางภาษาและวัฒนธรรม (linguistic and cultural diversity) ขณะเดียวกัน ความเหลื่อมล้ำทางสังคม (social inequality) ยังคงเป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและเท่าเทียม ซึ่งเป็นโจทย์เชิงนโยบายที่ระบบสุขภาพต้องเผชิญในอนาคต

ค่านิยมที่เปลี่ยนแปลงไป (Shifting Values)

การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความคาดหวังของประชาชนที่ส่งผลโดยตรงต่อการออกแบบและการดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพ สังคมไทยและสังคมโลกกำลังตื่นตัวต่อสิทธิผู้ป่วย (patient rights) ความโปร่งใส (transparency) ความรับผิดชอบต่อสังคม (social accountability) และความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อม (environmental sustainability) ซึ่งสะท้อนถึงมาตรฐานใหม่ที่ประชาชนต้องการจากการให้บริการสุขภาพ ค่านิยมเหล่านี้ผลักดันให้เกิดความต้องการการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพ (participatory governance) และเรียกร้องบริการที่ไม่เพียงแต่ปลอดภัย (safety) แต่ยังคงเป็นมิตรต่อสังคมและสิ่งแวดล้อม (socially and environmentally friendly) การปรับตัวของระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางค่านิยมเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรักษาความไว้วางใจ ความชอบธรรม และความยั่งยืนของระบบในระยะยาว

LITERATURE REVIEW

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้มุ่งศึกษาวิวัฒนาการของการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Healthcare Accreditation: HA) ตั้งแต่อัตถิยจนถึงปัจจุบัน ทั้งในบริบทสากลและประเทศไทย โดยให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์จุดเปลี่ยนสำคัญ (Trigger Points) ประเด็นมุ่งเน้น (Key Focus) และผลลัพธ์เชิงระบบที่สะท้อนถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย ตลอดจนความยั่งยืนในอนาคต

1. วิวัฒนาการของการรับรองคุณภาพ สถานพยาบาลระดับสากล

อธิบายพัฒนาการของ Healthcare Accreditation ตั้งแต่ต้นศตวรรษที่ 20 ซึ่งเริ่มต้นจาก Minimum Standard for Hospitals ของ American College of Surgeons (ACS) จนถึงการจัดตั้ง The Joint Commission (TJC) และการเผยแพร่รายงานสำคัญ เช่น To Err is Human (2000) และ Crossing the Quality Chasm (2001) รวมถึงมาตรฐานร่วมสมัยที่บูรณาการความปลอดภัยผู้ป่วยและความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อมในยุค 2020s

2. การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในต่างประเทศ

วิเคราะห์กรณีศึกษาจาก 11 ประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย แคนาดา ฝรั่งเศส เยอรมนี ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ สิงคโปร์ นิวซีแลนด์ และเนเธอร์แลนด์ โดยอธิบายกลไกการประเมินหน่วยงานหลัก ลักษณะการบังคับใช้ตัวชี้วัดหลัก ตลอดจนจุดแข็งและความท้าทายของแต่ละประเทศ เพื่อสะท้อนความหลากหลายของรูปแบบการกำกับคุณภาพ

2. การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในต่างประเทศ

อธิบายการริเริ่มมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพในช่วง พ.ศ. 2539-2541 การจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรอง

คุณภาพโรงพยาบาล (psw.) ในปี 2542 การยกระดับสู่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ในปี 2552 และการพัฒนามาตรฐานHA ฉบับที่ 4 และ 5 รวมถึงนโยบาย 2P-3P Safety โดยชี้ให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้น เช่น การลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล การเพิ่มวัฒนธรรมความปลอดภัย และการยอมรับในระดับสากล

4. ข้อมูลและสถานการณ์ปัจจุบัน: 10 มิติคุณภาพ และความปลอดภัยระบบสุขภาพ

4.1. คุณภาพและความปลอดภัย (Quality & Safety)

ผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 1 ใน 10 เผชิญเหตุไม่พึงประสงค์จากการรักษา และกว่า 50% ป้องกันได้ (WHO, 2019; 2023) ในไทยอัตราความต้องการบริการที่ยังไม่ได้รับ (unmet need) ต่ำกว่า 3% ต่อปี สะท้อนความครอบคลุมสูง แต่ยังมีโจทย์การป้องกันความผิดพลาดด้านยาและการติดเชื้อในโรงพยาบาล

4.2. บุคลากรสุขภาพ (Healthcare Workforce)

ประเทศไทยขาดพยาบาลวิชาชีพกว่า 50,000 คน และมีอัตราภาวะหมดไฟสูงถึง 25-30% ในช่วงโควิด-19 (Kunno et al., 2022) แนวโน้มอนาคตคือการสร้าง workforce ผสม (มนุษย์-AI-หุ่นยนต์) เพื่อรองรับความต้องการ

4.3. ผู้รับบริการ (Healthcare Users)

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยเต็มรูปแบบ ($\geq 20\%$ อายุ 60 ปีขึ้นไป) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) คิดเป็น 76% ของการเสียชีวิตทั้งหมด และ telemedicine ขยายตัวอย่างมากในช่วงโควิด-19 แต่ยังมีปัญหา digital divide โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและพื้นที่ชนบท

4.4. โครงสร้างพื้นฐานและการดำเนินงาน (Operational Infrastructure)

โรงพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุข 905 แห่ง กระจายครอบคลุมทั่วประเทศ มีระบบ HIS เช่น HOSxP แต่ยังมีปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลและโลจิสติกส์ด้านยา การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเน้นความมั่นคงสุขภาพ และการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

4.5. เทคโนโลยีและนวัตกรรม (Technology & Innovation)

ตลาด digital health ไทยเติบโต $>20\%$ ต่อปี โดย telehealth คาดว่าจะโตถึง ~9.5 พันล้าน USD ในปี 2030 (Grand View Research, 2024) โจทย์สำคัญ คือ cybersecurity และการคุ้มครองข้อมูลสุขภาพ

4.6. การกำกับดูแลและนโยบาย (Governance & Policy)

ประเทศไทยมีกฎหมายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ครอบคลุม $>99\%$ ของประชากร สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HAI) ได้รับการรับรองจาก ISQua IEEA (2022-2025) นโยบายเน้น Value-based Healthcare และ 3P Safety

4.7. ภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม (Climate & Environment)

PM2.5 ส่งผลต่อสุขภาพเด็กกว่า 13 ล้านคนในไทย (UNICEF, 2025) โรงพยาบาลจำนวนมากยังเปราะบาง ต่อภัยแล้ง น้ำท่วม และโลกร้อน มีการผลักดัน Green Hospital และมาตรฐาน Climate-resilient Healthcare

4.8. เศรษฐกิจสุขภาพ (Economy)

งบสาธารณสุขไทย คิดเป็น 14-15% ของงบรัฐ คิดเป็น 2.9% GDP (World Bank, 2023) Medical tourism ดึงดูด >2.5 ล้านคนต่อปี มูลค่าตลาด 31.5 พันล้าน USD (2024) คาดทะลุ 110 พันล้าน USD ในปี 2034

4.9. สังคม (Society)

สังคมสูงวัย การย้ายถิ่นฐานแรงงาน และความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพยังเป็นความท้าทาย โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางและแรงงานข้ามชาติ ซึ่งพบ unmet need สูงถึง 14-15% ในบางจังหวัด (Wongsuwanphon et al., 2024)

4.10. ค่านิยมและความคาดหวัง (Shifting Values)

ประชาชนเรียกร้องสิทธิผู้ป่วย ความโปร่งใส และความรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น รวมถึงคาดหวังโรงพยาบาลที่ยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อม ขณะที่กลไกการมีส่วนร่วม เช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (NHA) เป็นพื้นที่สร้าง ownership และความชอบธรรมเชิงนโยบาย

หัวข้อที่ 1 วิวัฒนาการของการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลระดับสากล (Healthcare Accreditation)

การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (Healthcare Accreditation) มีพัฒนาการยาวนานกว่าหนึ่งศตวรรษ สะท้อนการเรียนรู้จาก ความผิดพลาด การเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ และความท้าทายใหม่ ๆ ที่เชื่อมโยงทั้งด้านคลินิก เศรษฐกิจ สังคม และ สิ่งแวดล้อม การทำความเข้าใจพัฒนาการเหล่านี้สามารถแบ่งได้ตาม จุดเปลี่ยนสำคัญ (Trigger Points) และ ประเด็นมุ่งเน้น (Key Focus) ของแต่ละยุค ดังนี้

ต้นศตวรรษที่ 20
(ราว ค.ศ. 1917)

จุดเปลี่ยนสำคัญ (Trigger Point):

ระบบบริการสุขภาพในสหรัฐอเมริกาเต็มไปด้วยอัตราการบาดเจ็บและการเสียชีวิตจากความผิดพลาดที่ป้องกันได้ (preventable medical errors) หลายหมื่นรายต่อปี โรงพยาบาลยังไม่มี มาตรฐานพื้นฐาน เช่น การล้างมือหรือเวชระเบียนที่สม่ำเสมอ ขณะเดียวกันการจัดองค์กร และกระบวนการทำงานก็ยังคงเป็นลักษณะกระจัดกระจายและแยกส่วน

ประเด็นมุ่งเน้น (Key Focus):

American College of Surgeons (ACS) จึงริเริ่ม “Minimum Standard for Hospitals” ในปี 1917 นับเป็นก้าวแรกของการสร้างมาตรฐานด้านความปลอดภัยขึ้นต่ำในโรงพยาบาล โดยเปลี่ยน มุมมองจากการโทษบุคคลไปสู่การมองว่า “ระบบที่บกพร่อง” คือรากปัญหา

กลางศตวรรษที่ 20
(1950s-1970s)

จุดเปลี่ยนสำคัญ (Trigger Point):

แม้การแพทย์ก้าวหน้า เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะ การดมยาสลบ และการรักษาแบบผู้ป่วยวิกฤติ (intensive care) แต่ระบบยังไม่สามารถติดตาม วิเคราะห์ และเรียนรู้จากผลลัพธ์ผู้ป่วยได้ ข้อมูล ยังไม่ถูกเก็บอย่างเป็นระบบ

ประเด็นมุ่งเน้น (Key Focus):

มีการก่อตั้ง Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH, 1951) ซึ่งภายหลังพัฒนา เป็น The Joint Commission (TJC) เพื่อกำหนดมาตรฐานการทำงานและทรัพยากรที่เหมาะสม ของโรงพยาบาล จุดเน้นคือการสร้างโครงสร้างและทรัพยากรที่เอื้อต่อการดูแลที่ปลอดภัย

ปลายศตวรรษที่ 20
- ต้นศตวรรษที่ 21
(1980s-2000)

จุดเปลี่ยนสำคัญ (Trigger Point):

เกิดการตระหนักว่าความผิดพลาดทางการแพทย์ส่วนใหญ่เป็นผลจาก “ความล้มเหลวเชิงระบบ” (systemic failures) ไม่ใช่ความบกพร่องเฉพาะบุคคล รายงานวิจัยเชิงหลักฐานหลายฉบับชี้ถึง จำนวนการเสียชีวิตที่สูงจากข้อผิดพลาดที่ป้องกันได้

ประเด็นมุ่งเน้น (Key Focus):

การรับรองคุณภาพแพร่ขยายสู่ยุโรปและประเทศรายได้ปานกลาง/ต่ำ ขณะที่ Institute of Medicine (IOM) สหรัฐฯ ได้กำหนด 6 มิติคุณภาพ (Six Domains of Quality): ความปลอดภัย (safe), ประสิทธิภาพ (effective), ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered), ความทันเวลา (timely), ประสิทธิภาพ (efficient), และความเท่าเทียม (equitable) แนวคิดเหล่านี้กลายเป็นกรอบสากล ของคุณภาพการดูแล

ยุค 2000s-2010s
จุดเปลี่ยน
จากรายงานสำคัญ

จุดเปลี่ยนสำคัญ (Trigger Point):

รายงาน “To Err Is Human” (2000) เปิดเผยว่ามีผู้เสียชีวิต 44,000-98,000 ราย/ปี ในสหรัฐอเมริกาจากข้อผิดพลาดที่ป้องกันได้ ตามด้วยรายงาน “Crossing the Quality Chasm” (2001) ที่เสนอการปฏิรูประบบสุขภาพให้มีโครงสร้างคุณภาพครอบคลุม

ประเด็นมุ่งเน้น (Key Focus):

ยเน้นการตอบสนองเชิงระบบ (systemic response) ที่มุ่งจัดการกับรากปัญหามากกว่าการโทษบุคคล โรงพยาบาลและองค์กรด้านสุขภาพเริ่มนำกระบวนการเรียนรู้จากอุตสาหกรรมที่มีความเสี่ยงสูง เช่น การบิน มาใช้เพื่อออกแบบกระบวนการทำงานที่ปลอดภัยและมีมาตรฐานมากขึ้น ขณะเดียวกันการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information Technology: HIT) ได้รับการผลักดันให้กลายเป็นเครื่องมือหลักในการบันทึกและใช้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดูแลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice) อีกทั้งยังเกิดการจัดตั้ง International Society for Quality in Health Care - External Evaluation Association (ISQua IEAA) ซึ่งทำหน้าที่เป็น Accreditor of the Accreditors หรือผู้รับรององค์กรที่ทำการประเมินคุณภาพเพื่อสร้างมาตรฐานสากลและยกระดับความน่าเชื่อถือของระบบการรับรองทั่วโลก

ยุค 2020s - คุณภาพ
เชื่อมกับความยั่งยืน
(Quality & Sustainability)

จุดเปลี่ยนสำคัญ (Trigger Point):

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (climate change) ถูกยอมรับว่าเป็นวิกฤตสุขภาพ (“Climate crisis = Health crisis”) โดยส่งผลกระทบต่ออากาศ น้ำ อาหาร และการแพร่โรค ขณะเดียวกันโรงพยาบาลเป็นโครงสร้างพื้นฐานสำคัญที่ใช้ทรัพยากรสูงและต้องมีความสามารถรองรับภัยพิบัติ

ประเด็นมุ่งเน้น (Key Focus):

การพัฒนามาตรฐานใหม่ที่บูรณาการทั้งความปลอดภัยของผู้ป่วยและความสามารถในการปรับตัวต่อสภาพภูมิอากาศ (climate resilience) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ออกคู่มือ Climate-Resilient and Environmentally Sustainable Health Care Facilities ในปี 2020 เพื่อเป็นแนวทางให้สถานพยาบาลพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องแม้ในภาวะภัยพิบัติและสภาวะโลกร้อน ต่อมาองค์กรรับรองคุณภาพระดับสากล เช่น The Joint Commission (2024) และ Joint Commission International (2024-2025) ได้เปิดตัวมาตรฐานการรับรองใหม่ด้านความยั่งยืน (Sustainable Healthcare Certification และ Healthcare Sustainability Certification: HSC) ที่เน้นการลดการปล่อยก๊าซคาร์บอน การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารจัดการของเสีย และการเสริมสร้างความยืดหยุ่นของโรงพยาบาลให้เป็นโครงสร้างพื้นฐานที่พร้อมรองรับชุมชนในยามวิกฤต การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่เพียงทำให้การรับรองคุณภาพครอบคลุมด้านสิ่งแวดล้อม แต่ยังเชื่อมโยงกับความเท่าเทียม

หัวข้อที่ 2 การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในต่างประเทศ



สหรัฐอเมริกา (United States of America)

สหรัฐฯ มีระบบการประเมินที่ใหญ่และซับซ้อนที่สุดแห่งหนึ่งในโลก เนื่องจากมีผู้จ่ายเงินหลายฝ่าย (multi-payer system) และประชาชนใช้ทั้ง Medicare (ผู้สูงอายุ), Medicaid (ผู้มีรายได้น้อย), และประกันเอกชน โรงพยาบาลสามารถขอรับการรับรองคุณภาพจาก The Joint Commission (TJC - คณะกรรมการร่วมด้านการรับรองโรงพยาบาล) ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงกำไร ก่อตั้งตั้งแต่ปี ค.ศ. 1951 การรับรองเป็นสมัครใจ แต่หากโรงพยาบาลผ่านการรับรอง TJC จะได้รับสิทธิ deemed status ทำให้สามารถเบิกจ่าย Medicare/Medicaid ได้ จึงถือว่าทั้งบังคับในทางปฏิบัติ

ขณะเดียวกัน Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS - ศูนย์บริการ Medicare และ Medicaid) มีระบบ Hospital Compare / Care Compare ที่เผยแพร่ ดาวคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Overall Star Ratings) ต่อสาธารณะ โดยใช้ตัวชี้วัดกว่า 45 ตัว เช่น อัตราตาย (mortality), การกลับมานอนใหม่ภายใน 30 วัน (readmission), เหตุไม่พึงประสงค์ (safety indicators), ประสิทธิภาพผู้ป่วย (HCAHPS survey) และความทันเวลาที่ในการรักษา (timeliness of care) นอกจากนี้ CMS ยังมี Value-Based Purchasing (VBP) และ Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP) ที่ผูกคุณภาพกับการจ่ายเงิน ส่งผลให้โรงพยาบาลถูกกระตุ้นทั้งจากชื่อเสียงสาธารณะและเงิน



สหราชอาณาจักร (United Kingdom - เน้นอังกฤษ England)

ระบบสุขภาพอังกฤษขับเคลื่อนด้วย National Health Service (NHS - บริการสุขภาพแห่งชาติ) ที่รัฐเป็นผู้จัดบริการหลักทั้งหมด หน่วยงานกำกับคือ Care Quality Commission (CQC - คณะกรรมการคุณภาพการดูแลสุขภาพและสังคม) มีหน้าที่ตรวจเยี่ยม (inspection) และจัดระดับโรงพยาบาลใน 5 มิติ ได้แก่ ความปลอดภัย (safe), ประสิทธิภาพ (effective), การดูแลด้วยความเอื้ออาทร (caring), การตอบสนองต่อผู้ป่วย (responsive), และการนำองค์กร (well-led) ผลลัพธ์ถูกเผยแพร่ต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ ทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลและเลือกโรงพยาบาลได้อย่างโปร่งใส

นอกจากนี้ NHS England ยังมีนโยบาย Never Events (เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ไม่ควรเกิดขึ้นเลย) เช่น ผ่าผิดข้าง หรือให้ยาผิดอันตรายรุนแรง โรงพยาบาลที่เกิดเหตุจะถูกสอบสวนและต้องดำเนินการแก้ไขเชิงระบบ จุดเด่นของอังกฤษคือความโปร่งใสและการตรวจสอบเข้มข้น แต่ความท้าทายคือกำลังคนไม่พอและเวลารอคิวนาน



ออสเตรเลีย (Australia)

ออสเตรเลียมีระบบมาตรฐานระดับชาติที่ใช้ทั่วประเทศ เรียกว่า National Safety and Quality Health Service Standards (NSQHS Standards) ซึ่งพัฒนาโดย Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC - คณะกรรมการความปลอดภัยและคุณภาพการดูแลสุขภาพแห่งชาติ ออสเตรเลีย) การปฏิบัติตาม NSQHS เป็นข้อบังคับทั้งโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

อีกกลไกคือ Hospital Acquired Complications (HACs - ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดในโรงพยาบาล) ซึ่งมี 16 รายการ เช่น การติดเชื้อ, แผลกดทับ, การพลัดตกหกล้ม ข้อมูล HACs ถูกรวบรวมและเผยแพร่โดย Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) และใช้ในการปรับงบประมาณโดย Independent Hospital and Aged Care Pricing Authority (IHACPA) ข้อมูลปี 2023-24 พบว่าประมาณ 1.9% ของการนอนโรงพยาบาลรัฐมีภาวะแทรกซ้อน ≥ 1 รายการ จุดเด่นคือการเชื่อมคุณภาพและเงิน แต่ท้าทายเรื่องความแตกต่างข้ามรัฐและพื้นที่ห่างไกล



แคนาดา (Canada)

แคนาดาเป็นระบบรัฐเป็นผู้จ่ายรายเดียวในแต่ละมณฑล (single-payer provincial system) กลไกสำคัญคือ Accreditation Canada ที่พัฒนามาตรฐาน Qmentum International Standards และมี Required Organizational Practices (ROPs - แนวปฏิบัติบังคับ) เช่น hand hygiene, medication reconciliation, safe surgery เป็นต้น

นอกจากนี้ Canadian Institute for Health Information (CIHI) พัฒนาดัชนี Hospital Harm Indicator ที่วัดอัตรา เหตุไม่พึงประสงค์ที่อาจป้องกันได้ ครอบคลุม 31 กลุ่มความเสี่ยง แบ่งเป็น 4 หมวดใหญ่ (การใช้ยาและสาร, การติดเชื้อ, การดูแลผู้ป่วย, ภาวะแทรกซ้อนการผ่าตัด) ข้อมูลนี้เปิดเผยสาธารณะเพื่อให้แต่ละมณฑลเปรียบเทียบ benchmark จุดแข็งคือผสานมาตรฐานการประเมินกับข้อมูลระดับชาติ แต่ท้าทายคือความไม่เท่าเทียมด้านทรัพยากรระหว่างเขตเมือง ชนบท ชนพื้นเมือง



ฝรั่งเศส (France)

ฝรั่งเศสกำหนด Hospital Certification (Certification de la qualité des soins) โดย Haute Autorité de Santé (HAS - สำนักงานคุณภาพสุขภาพระดับสูง) ซึ่งเป็นข้อบังคับตามกฎหมาย Public Health Code โรงพยาบาลทุกแห่งต้องเข้ารับการประเมินทุก 4 ปี เกณฑ์ล่าสุด (2020-2025) เน้นผลลัพธ์ที่เน้นผู้ป่วย (patient-reported outcomes and experiences - PROMs/PREMs) ควบคู่กับประสิทธิภาพทางคลินิก

ตัวอย่างตัวชี้วัดเช่น อัตราติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICSHA) การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการจัดการสิ่งแวดล้อม จุดแข็งคือระบบบังคับระดับชาติและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง แต่ความท้าทายคือการระดมข้อมูลจำนวนมากที่โรงพยาบาลต้องส่ง



เยอรมนี (Germany)

เยอรมนีมีระบบประกันสุขภาพแบบภาคบังคับ (Statutory Health Insurance - SHI) ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่ กลไกกำกับคือ Federal Joint Committee (G-BA - คณะกรรมการร่วมระดับชาติ) ซึ่งกำหนดมาตรฐานคุณภาพภาคบังคับ ขณะที่ Institute for Quality Assurance and Transparency in Health Care (IQTIG - สถาบันประกันคุณภาพและความโปร่งใสด้านสุขภาพ) ทำหน้าที่พัฒนาโครงการประเมินคุณภาพ (quality assurance projects) เช่น การรักษาโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (AMI), โรคหลอดเลือดสมอง (stroke), สูติกรรม และการผ่าตัดใหญ่ ข้อมูลเหล่านี้ถูกเผยแพร่ในรูปแบบ “พอร์ทัลคุณภาพโรงพยาบาล” เพื่อให้ผู้ป่วยใช้เลือกสถานพยาบาล จุดแข็งคือใช้ผลลัพธ์จริง ข้อท้าทายคือความซับซ้อนและภาระงานข้อมูล



ญี่ปุ่น (Japan)

ญี่ปุ่นมีการรับรองโดย Japan Council for Quality Health Care (JCQHC - สภาคุณภาพการดูแลสุขภาพญี่ปุ่น) ที่ทำ Hospital Function Evaluation (การประเมินสมรรถนะโรงพยาบาล) เป็นระบบสมัครใจแต่โรงพยาบาลขนาดใหญ่เข้าร่วมสูงมาก ($\geq 90\%$)

นอกจากนี้ ญี่ปุ่นมีระบบ National Adverse Event/ Near Miss Reporting ที่รวบรวมเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเกือบผิดพลาด จากโรงพยาบาลทั่วประเทศ และเผยแพร่บทเรียนให้สาธารณะ จุดแข็งคือวัฒนธรรมการเรียนรู้จากความผิดพลาดและการเตรียมพร้อมภัยพิบัติ (disaster preparedness) เนื่องจากบริบทประเทศเสี่ยงแผ่นดินไหวและสึนามิ



เกาหลีใต้ (Republic of Korea)

เกาหลีใต้มีกฎหมาย Medical Service Act มาตรา 58 กำหนดให้โรงพยาบาลระดับใหญ่ต้องได้รับการรับรองจาก Korean Institute for Healthcare Accreditation (KOIHA - สถาบันการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเกาหลี) การรับรองนี้ผูกกับสิทธิชำระเงินจาก Health Insurance Review & Assessment Service (HIRA - หน่วยประเมินคุณภาพและการชำระเงินระบบประกันสุขภาพ)

HIRA ยังพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพระดับชาติและเผยแพร่สู่สาธารณะ เช่น อัตราตายโรคหัวใจ, เวลารอการผ่าตัด elective, และอัตราการกลับมาอน จุดแข็งคือกรอบกฎหมายและฐานข้อมูลดิจิทัลครอบคลุมทั่วประเทศ ข้อท้าทายคือภาระงานประเมินและแรงกดดันเชิงพาณิชย์



สิงคโปร์ (Singapore)

สิงคโปร์เป็นประเทศขนาดเล็ก ใช้การกำกับโดย Ministry of Health (MOH - กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งเผยแพร่ข้อมูลสาธารณะเกี่ยวกับ เวลารอรับเข้าหอผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉิน (ED waiting time) และ อัตราครองเตียง (Bed Occupancy Rate - BOR) รายวัน/รายสัปดาห์ ปัจจุบันบางเครือข่าย (เช่น National University Health System) ใช้แดชบอร์ดแสดงเวลารอแบบ “ใกล้เคียงไทม์” (near real-time) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการคิวผู้ป่วย

นอกจากนี้ โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งเลือกเข้ารับรอง Joint Commission International (JCI) เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและดึงดูดผู้ป่วยต่างชาติ จุดแข็งคือความโปร่งใสและ IT แข็งแรง แต่ท้าทายคือความหนาแน่นสูงและเตียงตึง



นิวซีแลนด์ (New Zealand)

นิวซีแลนด์มีหน่วยงาน Health Quality & Safety Commission (HQSC - คณะกรรมการคุณภาพและความปลอดภัยด้านสุขภาพ) ที่ขับเคลื่อน Quality & Safety Markers (QSMs - ตัวชี้วัดคุณภาพและความปลอดภัย) เช่น การล้างมือ (hand hygiene), การป้องกันหกล้ม (falls), การป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (VTE), และการป้องกันแผลติดเชื้อผ่าตัด (SSI) QSMs รายงานสาธารณะเป็นรายไตรมาส และประชาชนเข้าถึงผ่านแดชบอร์ดออนไลน์

นอกจากนี้ HQSC ยังทำ Patient Experience Survey ทุกไตรมาส โดยเปิดเผยผลการตอบรับของผู้ป่วย จุดแข็งคือวัฒนธรรมเรียนรู้ร่วม (collective learning) แต่ความท้าทายคือความสม่ำเสมอและทรัพยากรไม่เท่ากันในเขตชนบท



เนเธอร์แลนด์ (Netherlands)

เนเธอร์แลนด์มีผู้กำกับคือ Inspectorate for Health and Youth Care (IGJ - ผู้ตรวจการด้านสุขภาพและการดูแลเยาวชน) และ National Health Care Institute (Zorginstituut Nederland - สถาบันการดูแลสุขภาพแห่งชาติ) โดยใช้ระบบ Clinical Quality Registries (CQRs - ทะเบียนคุณภาพเฉพาะโรค) เช่น NHR (ทะเบียนหัวใจ), LROI (ข้อเข่า/สะโพก), NICE (ICU registry) ข้อมูลผลลัพธ์ถูกเปิดเผยสาธารณะและใช้กำหนดนโยบาย/ชดเชย

บริบทเนเธอร์แลนด์คือระบบประกันสุขภาพบังคับโดยบริษัทเอกชนหลายเจ้า แต่รัฐกำกับเข้มด้านคุณภาพ ทำให้ transparency และ accountability สูง จุดแข็งคือใช้ข้อมูลผลลัพธ์จริง แต่ท้าทายคือค่าใช้จ่ายระบบสูงและบุคลากรขาดแคลน

ตารางสรุปการรับรองคุณภาพและความปลอดภัยสถานพยาบาลต่างประเทศ

ประเทศ	หน่วยงาน/กลไกหลัก	ลักษณะการบังคับใช้
สหรัฐอเมริกา (USA)	The Joint Commission (TJC), Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)	สมัครใจแต่ผูกกับสิทธิชำระเงิน CMS
สหราชอาณาจักร (UK)	Care Quality Commission (CQC), National Health Service (NHS)	บังคับตามกฎหมาย เผยแพร่ผลสาธารณะ
ออสเตรเลีย (Australia)	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)	บังคับใช้ทั่วประเทศ
แคนาดา (Canada)	Accreditation Canada, Canadian Institute for Health Information (CIHI)	สมัครใจแต่เชื่อมโยง Benchmarks ระดับมณฑล
ฝรั่งเศส (France)	Haute Autorité de Santé (HAS)	บังคับตาม Public Health Code ทุก 4 ปี
เยอรมนี (Germany)	Federal Joint Committee (G-BA), Institute for Quality Assurance and Transparency (IQTIG)	บังคับตามกฎหมาย SHI
ญี่ปุ่น (Japan)	Japan Council for Quality Health Care (JCQHC)	สมัครใจแต่ครอบคลุมสูง
เกาหลีใต้ (South Korea)	Korean Institute for Healthcare Accreditation (KOIHA), Health Insurance Review and Assessment Service (HIRA)	ทั้งบังคับ ผูกกับระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ
นิวซีแลนด์ (New Zealand)	Health Quality & Safety Commission (HQSC)	รายงานผลสาธารณะระดับชาติ
เนเธอร์แลนด์ (Netherlands)	Inspectorate for Health and Youth Care (IGJ), Zorginstituut Nederland (ZIN)	บังคับโดยกฎหมาย + Clinical Quality Registries

ตัวชี้วัดหลัก/สถานการณ์ล่าสุด	จุดแข็ง	ความท้าทาย
TMortality, Readmission, HCAHPS, Star Ratings	แรงจูงใจด้านเงิน + ชื่อเสียง	ค่าใช้จ่ายสูง ความเหลื่อมล้ำ
Inspection 5 มิติ: Safe, Effective, Caring, Responsive, Well-led	โปร่งใส ตรวจสอบ	เวลารอคิวนาน กำลังคนน้อย
Hospital Acquired Complications (HACs), NSQHS Standards	เชื่อมโยงกับการเงินและผลลัพธ์จริง	พื้นที่ห่างไกล เข้าถึงยาก
Required Organizational Practices (ROPs), Hospital Harm Indicators	เชื่อมโยงข้อมูลคุณภาพระดับชาติ	ความเหลื่อมล้ำ ระหว่างมณฑล
PROMs, PREMs, Infection Control (ICSHA)	มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	การระดมข้อมูลสูง
Acute MI, Stroke, Birth outcomes, National Registries	ใช้ผลลัพธ์ทางคลินิกจริง	ระบบซับซ้อน ภาระงานสูง
Hospital Function Evaluation, National Adverse Event Reporting	วัฒนธรรมเรียนรู้และการเตรียมภัยพิบัติ	sw.เล็กเข้าร่วมน้อย
Quality Indicators (mortality, waiting time), HIRA database	ฐานข้อมูลดิจิทัลครอบคลุม	แรงกดดันสูง จากภาคธุรกิจ
Quality & Safety Markers (QSMs), Patient Experience Survey	การเรียนรู้ร่วมระดับชาติ	ทรัพยากร ไม่สม่ำเสมอ
NHR (Heart), LROI (Orthopedic), NICE (ICU Registry)	ผลลัพธ์โปร่งใส เน้น registryเฉพาะโรค	ค่าใช้จ่ายสูง บุคลากรขาด

หัวข้อที่ 3 วิวัฒนาการและสถานการณ์ ของการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในประเทศไทย

การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ Healthcare Accreditation (HA) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้โรงพยาบาลพัฒนามาตรฐาน การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง ในประเทศไทย การริเริ่มใช้ระบบการรับรองคุณภาพเริ่มขึ้นตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2539 (ค.ศ. 1996) และได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยมีการปรับปรุงมาตรฐานหลายครั้งเพื่อให้สอดคล้อง กับความเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและมาตรฐานสากล



ระยะสถาบันในฐานะองค์กรมหาชน (พ.ศ. 2552-2559)

รัฐบาลจัดตั้ง สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) - สสพ. ตามพระราชกฤษฎีกา ทำให้การทำงานมีความเป็นทางการ มั่นคง และยั่งยืน สามารถขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพครอบคลุมทั่วประเทศ

โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนเข้าสู่ระบบรับรองมากขึ้นอย่างก้าวกระโดด ระบบการรายงานอุบัติการณ์ (incident reporting) และการเฝ้าระวังด้านคุณภาพเริ่มเป็นที่ยอมรับ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน การผ่าตัด และการใช้ยา มีมาตรฐานความปลอดภัยสูงขึ้น

ระยะวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย (พ.ศ. 2564-ปัจจุบัน)

มีการประกาศใช้ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 (เริ่มมีผล ปี 2565) เน้น “วัฒนธรรมคุณภาพ ความปลอดภัย และการเรียนรู้” (safety and learning culture) รวมทั้งบูรณาการแนวคิด Value-Based Healthcare (ระบบสุขภาพที่เน้นคุณค่าและผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย)

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังผลักดันนโยบาย 2P Safety (Patient-Personnel Safety) และต่อยอดเป็น 3P Safety (Patient-Personnel-People Safety) ขยายความครอบคลุมจากผู้ป่วยสู่บุคลากรและประชาชน

- ความครอบคลุมการรับรอง: ปัจจุบัน (ก.ค. 2568) มีโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองแล้วกว่า 1,171 แห่ง
- คุณภาพบริการ: อัตราความต้องการบริการที่ยังไม่ได้รับ (unmet healthcare needs) ต่ำกว่า 3% ต่อปี ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศรายได้ปานกลางหลายประเทศ
- สุขภาพประชาชน: อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยเพิ่มขึ้นแตะ 77-78 ปี และอัตราการตายมารดาลดลงต่อเนื่องในรอบสามทศวรรษ
- วัฒนธรรมความปลอดภัย: โรงพยาบาลจำนวนมากมีระบบรายงานเหตุไม่พึงประสงค์ การทบทวนและเรียนรู้ ทำให้เกิดการลดความผิดพลาดซ้ำ และสร้างความมั่นใจแก่ประชาชน

ระยะมาตรฐานสากล (พ.ศ. 2560-2563)

มีการพัฒนา มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 โดยปรับให้เน้นองค์กรทั้งระบบ และได้รับการรับรองมาตรฐานจาก International Society for Quality in Health Care - External Evaluation Association (ISQua IEEA) ซึ่งเป็นองค์กรระดับนานาชาติที่ทำหน้าที่ตรวจสอบมาตรฐานการรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลไทยเริ่มได้รับการยอมรับในระดับสากล ทำให้ผู้ป่วยทั้งในและต่างประเทศมีความเชื่อมั่นมากขึ้น ขณะเดียวกันระบบคุณภาพเชื่อมโยงกับเป้าหมายระดับชาติ เช่น ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) และการใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อปรับปรุงคุณภาพ

วิวัฒนาการการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลในประเทศไทย



สถานการณ์เรื่อง คุณภาพและความปลอดภัย ของระบบบริการสุขภาพ ในประเทศไทย

ประเทศไทยพัฒนากรอบเชิงนโยบายเพื่อยกระดับคุณภาพและความปลอดภัยให้เชื่อมโยงกับความยั่งยืนของระบบมานาน ทั้งผ่านยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะยาว 20 ปี ซึ่งมุ่งเพิ่มสมรรถนะระบบบริการให้รับมือความท้าทายใหม่ ๆ และลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน-กำลังคนอย่างต่อเนื่อง (Ministry of Public Health, 2017) และผ่านกรอบทิศทางระดับโลกขององค์การอนามัยโลกที่ผลักดัน Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 เพื่อวางยุทธศาสตร์ความรับผิดชอบ และตัวชี้วัดร่วมในการทำให้บริการปลอดภัยยิ่งขึ้นในทุกระดับ (World Health Organization, 2024). ในภาพรวม งานเหล่านี้สะท้อนว่าประเทศไทยวางรากฐานไปสู่การขับเคลื่อนคุณภาพ-ความปลอดภัยที่คิดเชิงระบบและเชิงอนาคต (Ministry of Public Health, 2017; World Health Organization, 2024).

ในระดับระบบประกันสุขภาพ งานทบทวนโดยองค์การอนามัยโลกชี้ว่าไทยทำได้ดีในด้านความครอบคลุมสิทธิ แต่โจทย์อนาคตคือ คุณภาพและความเท่าเทียมเชิงผลลัพธ์ โดยเฉพาะบทบาทบริการปฐมภูมิในการลดการนอนโรงพยาบาลที่หลีกเลี่ยงได้ และยกระดับผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยให้คุณค่า ซึ่งเชื่อมโยงโดยตรงกับความยั่งยืนทางการเงิน(Sumriddetchkajorn et al., 2019). ทิศทางนี้สอดคล้องกับการขยับจาก การประเมินกระบวนการ ไปสู่ ระบบสุขภาพที่เน้นผลลัพธ์และคุณค่า ซึ่งต้องพัฒนาเครื่องมือวัดผลลัพธ์เชิงคลินิกและมุมมองผู้ป่วยควบคู่กัน (Sumriddetchkajorn et al., 2019).

ด้านมาตรฐานและวัฒนธรรมความปลอดภัย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ขับเคลื่อนการรับรองคุณภาพและวัฒนธรรมการเรียนรู้จากความคลาดเคลื่อนมายาวนาน และพบหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการรับรองมีระดับวัฒนธรรมความปลอดภัยและภาวะผู้นำที่เอื้อต่อคุณภาพสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งชี้ว่าการลงทุนใน ผู้นำ-วัฒนธรรม-มาตรฐาน จะยังเป็นหัวใจของคุณภาพในอนาคต (Sriratanaban, 2004; Bunsake et al., 2025). ขณะเดียวกัน HAI และพันธมิตรได้จัดทำรายงาน “Top 10 Patient Safety Issues” เพื่อชี้แนวโน้มนความเสี่ยงและทางเลือกการจัดการเชิงรุก และประกาศ People/3P Safety Goals ระดับชาติ ซึ่งถือเป็นเครื่องมือ มองอนาคตเชิงประเด็นเสี่ยง ให้หน่วยบริการนำไปแปลงเป็นแผนปฏิบัติ (Healthcare Accreditation Institute, 2023; Healthcare Accreditation Institute, 2024).

มีทิศการวัดคุณภาพของไทยมีการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพเชิงระบบ เช่น Thai QOF โดยใช้เกณฑ์ที่โยงการะโรค ความแปรปรวนคุณภาพ และคู่มือเวชปฏิบัติ พร้อมทดสอบความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง เพื่อใช้เป็นฐานต่อยอดไปสู่ตัวชี้วัดผลลัพธ์และคุณค่าที่ผู้ป่วยรับรู้ ซึ่งเป็นทิศทางสำคัญสำหรับการออกแบบกลไกจูงใจและการซื้อบริการในอนาคต (Khampang et al., 2017). สิ่งนี้เชื่อมเข้ากับความจำเป็นในการออกแบบระบบข้อมูลสุขภาพและ eHealth ให้รองรับมาตรฐานข้อมูล ความเป็นส่วนตัว และการเชื่อมโยงข้ามระดับบริการอย่างปลอดภัย (Ministry of Public Health, 2017).

สำหรับประเด็นเฉพาะด้านที่เป็นฐานของความปลอดภัยในอนาคต ประเทศไทยและงานสาขาระบุชัดว่าควรเน้นความปลอดภัยด้านยา, การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) และ การดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) โดยมีทั้งแบบจำลองการจัดการความปลอดภัยด้านยาในโรงพยาบาลไทยเพื่อค้นหาสาเหตุรากและลดความคลาดเคลื่อน (Khammanee et al., 2014) หลักฐานระดับชาติที่สะท้อนอุปสรรคการขับเคลื่อน IPC ในบริบททรัพยากรจำกัด (Apisarnthanarak et al., 2012) และยุทธศาสตร์ AMR แห่งชาติที่รายงานความก้าวหน้าและปัจจัยคงค้างในห่วงโซ่การเฝ้าระวังและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Sumpradit et al., 2017; Pumtong et al., 2021). ในเชิงความมั่นคงสุขภาพ ประเทศไทยยังมียุทธศาสตร์ NAPHS เพื่อบูรณาการการป้องกัน-เตรียมพร้อม-ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ซึ่งเป็นฐานสำคัญของความยืดหยุ่นระบบในระยะยาว (World Health Organization, 2024).

ในเชิงภาพรวมการศึกษาที่ผ่านมา มักศึกษาในมิตินโยบายและการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็นการรับรองคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย IPC/AMR eHealth และการวัดคุณภาพ แต่งานคาดการณ์เชิงอนาคต (foresight) ที่บูรณาการคุณภาพ ความปลอดภัย และความยั่งยืนแบบองค์รวมยังมีจำกัด ยกเว้นชิ้นงานที่จัดลำดับความเสี่ยงและกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยระดับชาติ ซึ่งเป็นมุมมองอนาคตเชิงประเด็น มากกว่าจากทัศนระบบเติมรูปแบบ (Healthcare Accreditation Institute, 2023; Healthcare Accreditation Institute, 2024) ดังนั้น ช่องว่างงานวิจัยที่ควรต่อยอดคือการผสาน foresight (จากทัศนและสัญญาณอ่อน) เข้ากับตัวชี้วัดผลลัพธ์/ความปลอดภัย และ เครื่องมือบริหารความยืดหยุ่นระบบ, เพื่อให้ได้ roadmap นโยบายที่ลงทุนคุ้มค่าและยั่งยืน ในทศวรรษหน้า (World Health Organization, 2024).



หัวข้อที่ 4 ข้อมูลและสถานการณ์ปัจจุบัน: 10 มิติคุณภาพและความปลอดภัยระบบสุขภาพ

4.1 คุณภาพและความปลอดภัย (Quality & Safety)

ภาระและภาพรวมความเสี่ยง. ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นแกนกลางของคุณภาพบริการ โดยหลักฐานระดับโลกชี้ว่าประมาณ 1 ใน 10 ผู้ป่วย ได้รับอันตรายจากการรักษา และมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 3 ล้านรายต่อปีจากการดูแลที่ไม่ปลอดภัย; ในประเทศรายได้ปานกลาง/ต่ำสูงถึงราว 4 ใน 100 คน ที่เสียชีวิตจากการดูแลที่ไม่ปลอดภัย ขณะที่มากกว่าครึ่งของอันตรายสามารถป้องกันได้ และราวครึ่งหนึ่งเกี่ยวข้องกับยา (WHO, 2023). นอกจากนี้ งานสังเคราะห์ของ WHO ระบุว่าในโรงพยาบาลของกลุ่มประเทศรายได้ปานกลาง/ต่ำ เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ปีละราว 134 ล้านเหตุการณ์ ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตราว 2.6 ล้านราย (WHO, 2019).



ความปลอดภัยด้านยา

ความผิดพลาดทางยาเป็นสาเหตุสำคัญของอันตรายที่ป้องกันได้ โดย WHO ประเมินต้นกุนทั่วโลกจากความผิดพลาดทางยาราว 42 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี (ประมาณ 1% ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด) และเปิดตัวความท้าทายระดับโลก Medication Without Harm เพื่อมุ่งลดความเสียหายรุนแรงจากยาให้ได้ 50% ภายใน 5 ปี ครอบคลุมความเสี่ยงในทุกช่วงการใช้ยา (สั่งใช้, จ่ายยา, ให้ยา, เฝ้าระวัง) (WHO, 2017a; WHO, 2017b).



การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC)

การติดเชื้อในสถานพยาบาลเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยโดยเฉลี่ย 1 ใน 10 ของจำนวนผู้ป่วย ได้รับผลกระทบจาก HAI และในผู้ป่วยวิกฤต/กลุ่มเสี่ยงอาจสูงกว่นั้น ขณะที่ โปรแกรม IPC ที่มีคุณภาพ สามารถลดการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการรักษาลงได้ถึง 70% (WHO, 2022; WHO, 2024).



ธรรมาภิบาลทางคลินิก (Clinical governance)

แนวคิดธรรมาภิบาลทางคลินิกถูกกำหนดให้เป็นระบบที่องค์กรบริการสุขภาพรับผิดชอบต่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและอ้างอิงมาตรฐานสูงของการดูแล โดยสร้างสภาพแวดล้อมให้ความเป็นเลิศทางคลินิกงอกงาม (Scully & Donaldson, 1998). ในบริบทไทย การประเมินคุณภาพทั้งภายใน (เช่น ระบบทบทวนเวชระเบียน/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์) และ ภายนอก โดยองค์กรกำกับมาตรฐาน เช่น สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)–HAI ซึ่งได้รับการรับรองมาตรฐานโดย ISQua IEAA ต่อเนื่อง—ทำหน้าที่ยกระดับความปลอดภัยและความโปร่งใส อีกทั้งโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งยังเลือกเข้ารับการรับรองมาตรฐานสากลอย่าง JCI เพื่อยืนยันสมรรถนะตามกรอบนานาชาติ (Scully & Donaldson, 1998; HAI, n.d.; HAI, 2018–2022; JCI, n.d.).



การวัดผลลัพธ์และระบบชี้วัดความปลอดภัย

องค์กรบริการสุขภาพใช้ ตัวชี้วัดความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Indicators: PSI) ของ AHRQ เพื่อติดตามอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อน/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และชี้เป้าการปรับปรุง โดย PSI-90 composite รวมตัวชี้วัดสำคัญ เช่น ภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด (postoperative sepsis) แผลแยก (wound dehiscence) และการบาดเจ็บจากการผ่าตัดโดยไม่ตั้งใจ (AHRQ, 2024; AHRQ, n.d.). นอกเหนือจากตัวชี้วัดเหตุการณ์ ระบบคุณภาพสมัยใหม่ยังเน้นผลลัพธ์ที่รายงานโดยผู้ป่วย (PROMs) เป็นตัวแทนคุณภาพ/ความเป็นศูนย์กลางผู้ป่วย ทั้งในหัตถการเฉียบพลัน (เช่น สะโพก/เข่าเทียม) และโรคเรื้อรังตามความริเริ่ม OECD PaRIS (OECD, 2023; OECD, 2025).



แนวคิด outcome-/value-based healthcare

การขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่เน้นผลลัพธ์ เกี่ยวพันโดยตรงกับกรอบ Value-Based Health Care ที่นิยามคุณค่า ว่าเป็นผลลัพธ์สุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับต่อรายจ่าย ซึ่งควรเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบบริการ และต้องคู่กับการวัดผลลัพธ์อย่างเข้มแข็ง (Porter, 2010). ในระดับระบบ ประเทศต่าง ๆ ใช้ตัวชี้วัดผลลัพธ์เชิงระบบ เช่น การรับไว้รักษาที่หลีกเลี่ยงได้ เป็นสัญญาณคุณภาพและการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ (OECD, 2023) ขณะเดียวกัน งานวิเคราะห์เศรษฐศาสตร์ความปลอดภัยชี้ว่าความเสียหายที่ป้องกันได้ ก็นิรภัยการจำนวนมาก และการลงทุนเชิงป้องกันให้ผลคุ้มค่าในระยะยาว (OECD, 2022).

4.2 ผู้ให้บริการ (Healthcare Workforce)

ประเทศไทยกำลังเผชิญภาวะ ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ (workforce shortage) อย่างชัดเจน—โดยเฉพาะในกลุ่มพยาบาลลงทะเบียน (RNs) ที่มีจำนวนขาด 59,509 คนในปี 2017 และแนวโน้มองค์กรสุขภาพไทยต้องเผชิญขาดแคลน 50,000 ตำแหน่งในปี 2023 โดยหลายคนมีแนวโน้มลาออก (Phakdeechanuan et al., 2023). ที่สำคัญคือ ในโรงพยาบาลชุมชน 33.6% ของพยาบาลมีความตั้งใจจะลาออก ถึงสะท้อนถึงปัญหา burnout และภาระงานที่หนัก (Phakdeechanuan et al., 2023)

ในสถานการณ์โควิด-19 บังคับให้บุคลากรทางการแพทย์ทำงานภายใต้ความตึงเครียดสูง โดยมีอัตราภาวะหมดไฟสูงถึง 25.9% ในหมู่บุคลากรทางการแพทย์ งานวัดโดยใช้ Copenhagen Burnout Inventory ในกรุงเทพฯ (Kunno et al., 2022). ขณะที่กลุ่มอื่นในเขตจังหวัดขอนแก่น รายงานอัตรา burnout สูงถึง 29.21% โดยปัจจัยสำคัญ คือ การขาดโอกาสพัฒนาทักษะ (reskilling/upskilling) ความเครียดสูง และสมดุลระหว่างงานกับชีวิต (work-life balance) ที่ไม่ดี (Khon Kaen PAO study, 2024) เพื่อรับมือกับวิกฤตเหล่านี้ รัฐบาลไทยได้วางแผนเสริมกำลังบุคลากรสุขภาพ มากกว่า 219,000 คนในอีก 10 ปีข้างหน้า โดยเน้นการสรรหาใหม่, การฝึกผู้ช่วยพยาบาล, การรักษามูลค่าที่มีประสบการณ์ และดึงผู้เกษียณกลับมาให้บริการ (Ministry of Public Health, 2025) นอกจากนี้ สถาบันพระบรมราชชนก (Praboromarajchanok Institute) ได้รับการทวงในการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขเพื่อรองรับการขาดแคลน นอกจากนี้ขนาดของแรงงาน ในไทยมีความเปลี่ยนแปลงจากรูปแบบเดิมที่คนเป็นแกนกลาง มุ่งสู่ ทีมผสม (hybrid workforce) ที่มีมนุษย์ AI และหุ่นยนต์เข้ามาช่วยจัดการงานที่ซ้ำซ้อน ลดภาระ ลดข้อผิดพลาด และเพิ่มคุณภาพการดูแล (Thaiger, 2023; OpenGovAsia, 2023) การปรับบทบาทของบุคลากรด้านสุขภาพตามการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นหัวใจสำคัญเพื่อสร้างระบบที่มีความพร้อมต่ออนาคตอย่างยั่งยืน

4.3 ผู้รับบริการ (Healthcare Users)

ผู้รับบริการสุขภาพ หมายถึงผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชนทั่วไป ถือเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสุขภาพที่กำหนดทั้งทิศทางและความคาดหวังของนโยบายสุขภาพในอนาคต การเปลี่ยนแปลงเชิงประชากรที่สำคัญที่สุดคือ การเข้าสู่สังคมสูงวัยสมบูรณ์ของประเทศไทย โดยในปี 2023 สัดส่วนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปแตะ 20% ของประชากรทั้งหมด ทำให้ไทยเป็นหนึ่งในประเทศแรกๆ ของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่เข้าสู่ Complete-Aged Society (Kaikew, 2023). แนวโน้มนี้เชื่อมโยงโดยตรงกับความต้องการบริการ long-term care (LTC) ทั้งในระดับครัวเรือนและสถานบริการ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเปราะบางต่อโรคเรื้อรังและความพิการมากกว่ากลุ่มวัยอื่น (World Bank, 2017).

ภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เป็นอีกแรงกดดันที่สำคัญต่อระบบสุขภาพ โดยองค์การการค้าและพัฒนาแห่งสหรัฐฯ รายงานว่าในปี 2024 NCDs คร่าชีวิตประชาชนไทยเกือบ 400,000 คน คิดเป็นกว่า 76% ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ โดยกลุ่มโรคที่สำคัญได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน มะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (U.S. Trade & Development Agency, 2025). ในกลุ่มผู้สูงอายุ สัดส่วนที่มีโรค NCDs สูงถึง 75% หรือประมาณ 7.4 ล้านคน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาระบบสุขภาพในระยะยาวมากยิ่งขึ้น (U.S. Trade & Development Agency, 2025). นอกจากนี้ โรคอุบัติใหม่ (emerging diseases) เช่น COVID-19 และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจอื่น ๆ ยังตอกย้ำความจำเป็นที่ผู้รับบริการต้องเข้าถึงระบบสุขภาพที่ยืดหยุ่นและพร้อมรับมือเหตุการณ์ไม่คาดคิด

ในยุคดิจิทัล ความรู้และทักษะดิจิทัล (digital literacy) ของผู้รับบริการกลายเป็นเงื่อนไขหลักต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพสมัยใหม่ ไม่ว่าจะเป็น telemedicine, eHealth platforms หรือเครื่องมือ self-care อย่าง mobile apps และ wearables อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศรายได้ปานกลาง (รวมถึงไทย) พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีระดับ eHealth literacy ต่ำ ทำให้การใช้บริการสุขภาพดิจิทัลไม่แพร่หลายเท่าที่ควร (Sainimnuan, 2025). การเข้าถึงเทคโนโลยีไม่เท่ากันยังสร้าง digital divide ที่อาจซ้ำเติมความเหลื่อมล้ำในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยและผู้สูงอายุที่อาศัยในพื้นที่ชนบท





การใช้บริการ telemedicine ในไทยเพิ่มขึ้นชัดเจนในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 โดยงานศึกษาของ Yan และคณะ (2025) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการ telemedicine ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และถิ่นที่อยู่อาศัย โดยผู้ที่มีรายได้เกิน 30,000 บาท/เดือน และอยู่ในเขตเมือง มีแนวโน้มเข้าถึง telemedicine มากกว่าผู้มีรายได้น้อย หรือผู้ที่อาศัยในชนบท ข้อมูลนี้สะท้อนว่าถึงแม้ telemedicine จะช่วยลดอุปสรรคทางกายภาพและเวลา แต่ความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างยังเป็นอุปสรรคสำคัญต่อ equitable access

นอกจากนี้ ประเด็น equity หรือความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ยังคงเป็นโจทย์เชิงนโยบายที่สำคัญต่อผู้รับบริการในอนาคต ความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพแม้จะสูง (มากกว่า 99% ของประชากรอยู่ภายใต้ความคุ้มครองตาม UHC) แต่ยังมีความแตกต่างในคุณภาพการบริการที่ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มได้รับ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือกลุ่มเปราะบางที่ขาดแคลนทักษะดิจิทัลและทรัพยากรสนับสนุน (World Bank, 2017).

ผู้รับบริการ (Healthcare Users) ของไทยกำลังเปลี่ยนแปลงทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ความคาดหวังของประชาชนในอนาคตจะไม่เพียงมุ่งหวังการรักษา แต่ยังรวมถึง การเข้าถึงที่เท่าเทียม คุณภาพที่โปร่งใส และการใช้เทคโนโลยีที่เป็นมิตรกับผู้ใช้ทุกกลุ่ม ซึ่งเป็นปัจจัยชี้ขาดต่อการรักษาความเชื่อมั่นในระบบสุขภาพไทย

4.4 โครงสร้างพื้นฐานของการดำเนินงาน (Operational Infrastructure)

ประเทศไทยมีเครือข่ายสถานพยาบาลสาธารณะที่ครอบคลุม โดยมีโรงพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุขถึง 905 แห่ง (แยกเป็นโรงพยาบาลระดับภูมิภาค, ทัวไป, และชุมชน) ณ ปีงบประมาณ 2566 นับเป็นโครงสร้างแสงสว่างด้านกายภาพที่หนุนระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โครงสร้างนี้ช่วยให้บริการทั้งในเขตเมืองและชนบทกระจายไปอย่างเป็นระบบและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

ในด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพ (HIS) ประเทศไทยมีระบบ HOSxP ซึ่งเป็น Electronic Health Record (EHR) ที่ใช้งานโดยโรงพยาบาลกว่า 300 แห่ง ช่วยลดการใช้เอกสารกระดาษและเวลาในการรอคอย และยังรองรับการจัดการเวชระเบียนและข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Suratemekul, 2023).

ระบบโลจิสติกส์ภายในโรงพยาบาลยังเผชิญความท้าทายในเรื่องการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างแผนก เช่น ระหว่างคลังยาในแต่ละวอร์ดกับคลังกลางหรือฝ่ายจัดซื้อ ส่งผลให้เกิดการสั่งยาไม่สอดคล้องกับความต้องการจริง (Kritchanchai & Suwandechochai, 2010). อย่างไรก็ตาม การปรับปรุงกระบวนการโดยใช้ IDEFO ในงานศึกษาถึง Supply Chain ระบบยา ช่วยลดข้อผิดพลาดและปรับปรุงความแม่นยำของระบบจัดสรรยาในโรงพยาบาลไทย (Kritchanchai & Suwandechochai, 2010).

ยุทธศาสตร์ในระดับประเทศยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขเชิงสังคมและสิ่งแวดล้อม ผ่านแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพระดับชาติ (Global Health Action Plan 2021–2027) ที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุขไทย เพื่อเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพและรองรับการเปลี่ยนแปลงในบริบทโลก (Ministry of Public Health, Thailand, 2021).

4.5 เทคโนโลยีและนวัตกรรม (Technology & Innovation)

ตลาดสุขภาพดิจิทัล (digital health) ของไทยมีแนวโน้มเติบโตสูง โดยมีรายได้สูงถึง 3.82 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี 2024 และมีการคาดการณ์ว่าจะเติบโตเป็น 1.29 หมื่นล้านเหรียญสหรัฐ ภายในปี 2030 อัตราการเติบโตเฉลี่ยต่อปี (CAGR) อยู่ที่ 22.7% (Grand View Research, 2024). และเฉพาะ telehealth (การแพทย์ทางไกล) มีรายได้ 1.60 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี 2023 และคาดว่าจะขยับไปถึง 9.51 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี 2030 ด้วยอัตราการเติบโต 29.1% (Grand View Research, 2024).

ในช่วงการระบาดของ COVID-19 เทคโนโลยี telemedicine ถูกนำมาใช้จริงในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) โดยผู้ป่วยกว่า 70% ที่ใช้บริการ telemedicine เป็นผู้มีอายุเกิน 40 ปี และมีการใช้บริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตถึง 25.6% โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง (12.6%) และเบาหวาน (9.2%) (Zayar et al., 2024)

จากมุมมองเชิงนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขไทย (MoPH) ได้ประกาศ ยุทธศาสตร์สุขภาพดิจิทัล (Digital Health Strategy 2021–2025) เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตและระบบสาธารณสุขโดยใช้ eHealth, mHealth และแพลตฟอร์มดิจิทัลในการรักษา (Wongsrikaeo et al., 2024). แนวโน้มนี้สะท้อนว่าเทคโนโลยีสุขภาพไม่ได้เป็นเพียงเครื่องมือทางการแพทย์ แต่เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพยุคใหม่ (Health 4.0) ที่เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยผ่านแพลตฟอร์มและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล (DKSH, 2024).

แต่การใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ย่อมต้องให้ความสำคัญกับ รักษาความเป็นส่วนตัวและความมั่นคงไซเบอร์ (cybersecurity & data privacy) เช่น การใช้ AI, wearables และ IoMT เพื่อเฝ้าระวังระยะไกลต้องมีมาตรการป้องกันข้อมูลผู้ป่วยไม่ให้รั่วไหล (DKSH, 2024)

4.6 การกำกับดูแลและนโยบาย (Governance & Policy)

ประเทศไทยยืนอยู่บนฐานกฎหมายและโครงสร้างกำกับดูแลที่ชัดเจน ในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย โดยพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 จัดตั้งคณะกรรมการและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (NHSO) เพื่อออกแบบกลไกบริหารงบประมาณและสิทธิประโยชน์ให้กับประชาชนทั้งประเทศ (National Health Security Office, n.d.) ข้อมูลสื่อสารปี 2024 ระบุว่าประชากรไทยกว่า 99% อยู่ภายใต้ความคุ้มครองของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (National Health Security Office, 2024) ในเชิงเศรษฐกิจสุขภาพ องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า รายจ่ายสุขภาพของไทยอยู่ที่ 5.16% ของ GDP (ปี 2021) ซึ่งสะท้อนระดับการลงทุนเมื่อเทียบกับประเทศรายได้ปานกลางค่อนข้างสูง (World Health Organization, 2022) ด้านมาตรฐานคุณภาพ ประเทศไทยมี สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ HAI ซึ่งทำหน้าที่รับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA โดยมาตรฐานฉบับล่าสุด (Version 5) ได้รับการรับรองจาก ISQua EEA ในเดือนกุมภาพันธ์ 2022 (Healthcare Accreditation Institute, 2024) ล่าสุด HAI ยังได้รับการรับรององค์กรจาก ISQua EEA ในปี 2025 ตอกย้ำความเป็นที่ยอมรับในระดับสากล (Healthcare Accreditation Institute, 2025)

ในด้านการกำกับดูแลข้อมูลและความปลอดภัยไซเบอร์ ระบบบริการสุขภาพต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 ซึ่งระบุว่าข้อมูลสุขภาพเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่มีความอ่อนไหว และการประมวลผลต้องอยู่บนพื้นฐานของการยินยอมและการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย (ราชกิจจานุเบกษา, 2562). นอกจากนี้ยังอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ. 2562 ที่จัดให้สารสนเทศสุขภาพเป็นหนึ่งในโครงสร้างพื้นฐานสำคัญด้านสารสนเทศ (Office of the National Cyber Security Committee, 2019) ขณะเดียวกัน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ใช้ พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2562 เพื่อควบคุมความปลอดภัยของอุปกรณ์การแพทย์และเทคโนโลยีสุขภาพใหม่ (Thai Food and Drug Administration, n.d.) ในระดับนโยบายระยะยาว ประเทศไทยได้บูรณาการเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) เข้ากับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) โดยรายงาน VNR 2025 ระบุว่ามีความก้าวหน้าในการบูรณาการเป้าหมายเหล่านี้เข้ากับแผนพัฒนาประเทศ (Ministry of Foreign Affairs of Thailand, 2025; Office of the National Strategy Committee, 2018) ขณะเดียวกัน ระบบ UHC ของไทยยังมีกลไกชดเชยผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ผ่าน มาตรา 41 ที่เป็นรูปแบบ no-fault compensation ซึ่งช่วยเสริมความโปร่งใสและสร้างความไว้วางใจของประชาชน (National Health Security Office, 2022)



4.7 ภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม (Climate and Environment)

การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ เช่น คลื่นความร้อนที่รุนแรง ภัยแล้ง น้ำท่วม และสภาพอากาศสุดขั้วอื่น ๆ ได้สร้างผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของไทยอย่างชัดเจน โดย องค์การพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) รายงานว่าไทยกำลังเผชิญกับภาวะอากาศสุดขั้วอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาคสาธารณสุขโดยตรง (UNDP, 2024) การแพร่ระบาดของรุนแรงของฝุ่น PM_{2.5} โดยเฉพาะในช่วงฤดูหมอกควันที่กระทบเขตกรุงเทพฯ และภาคเหนือ ยังส่งผลให้เด็กประมาณ 13.6 ล้านคน ต้องเผชิญกับอากาศที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (UNICEF, 2025). การศึกษาในเชียงใหม่ยังระบุว่า ฝุ่น PM_{2.5} และ PM₁₀ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอัตราผู้ป่วยติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัดและปอดบวม โดยความผันผวนของภูมิอากาศ เช่น อุณหภูมิ ความชื้น และปริมาณฝน ยังทำให้สถานการณ์แย่ลง (Choo et al., 2023).

เพื่อจัดการกับผลกระทบเหล่านี้ ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องสร้างความเข้มแข็งเชิงระบบ (resilience) โดยเฉพาะ ระบบเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ (disaster preparedness) และเสริมความสามารถในการฟื้นตัวของโรงพยาบาล (hospital resilience) ภายหลังเหตุการณ์พิบัติธรรมชาติ เช่น น้ำท่วมฉับพลันหรือภาวะฝุ่นหนา การศึกษาด้านความมั่นคงของน้ำในโรงพยาบาลภาคเหนือของไทย พบว่าในช่วงภัยแล้งปี 2019-2020 โรงพยาบาลจำนวนมากต้องพึ่งพาการแก้ขัดชั่วคราว เช่น บ่อเจาะน้ำตื้นหรือถังเก็บน้ำชั่วคราว และหลายแห่งใช้ปริมาณน้ำต่อเตียงสูงกว่ามาตรฐานสากล แสดงให้เห็นช่องว่างในระบบการบริหารน้ำและความพร้อมรับมือของโรงพยาบาล (Ziegler et al., 2025).

ทั้งปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเหล่านี้สร้างแรงกดดันให้ระบบบริการสุขภาพของไทยจำเป็นต้องพัฒนา ระบบการจัดการความเสี่ยง (risk management system) ที่บูรณาการแนวทางด้านนโยบาย เทคโนโลยี และความร่วมมือเชิงชุมชน เพื่อปกป้องผู้ป่วย บุคลากร และโครงสร้างพื้นฐานสุขภาพจากแรงสั่นสะเทือนของสิ่งแวดล้อมในระยะยาว

4.8 ระบบเศรษฐกิจ (Economy)

ปัจจัยทางเศรษฐกิจถือเป็นตัวกำหนดความมั่นคงและความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพโดยตรง ในประเทศไทย งบประมาณด้านสุขภาพมีสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับงบประมาณภาครัฐทั้งหมด โดยในปีงบประมาณ 2023 งบด้านสุขภาพคิดเป็นประมาณ 14-15% ของงบประมาณแผ่นดิน และคิดเป็น 2.9% ของ GDP ซึ่งแม้จะเป็นภาระงบประมาณหลัก แต่ยังต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่พัฒนาแล้ว (World Bank, 2023). การใช้จ่ายด้านสุขภาพจึงเป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดทั้งการจัดสรรทรัพยากรและความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงบริการคุณภาพ

อีกด้านหนึ่ง เศรษฐกิจบริการสุขภาพของไทยได้รับแรงขับเคลื่อนจาก การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (medical tourism) ซึ่งเป็นหนึ่งในอุตสาหกรรมที่เติบโตเร็วที่สุด ข้อมูลระบุว่าในแต่ละปีมีนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเดินทางเข้ามารับบริการในประเทศไทยมากกว่า 2.5 ล้านคน ทำให้ประเทศไทยติดอันดับจุดหมายปลายทางด้านสุขภาพชั้นนำของโลก (Medical Tourism Report, 2025). ในปี 2024 มูลค่าตลาดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของไทยอยู่ที่กว่า 31.5 พันล้านดอลลาร์สหรัฐ และคาดว่าจะขยายตัวเกิน 110 พันล้านดอลลาร์สหรัฐภายในปี 2034 โดยได้รับแรงผลักดันจากคุณภาพการรักษาที่แข่งขันได้ ราคาที่ต่ำกว่าประเทศตะวันตก และชื่อเสียงของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Medical Tourism Report, 2025). ปรากฏการณ์นี้ทำให้โรงพยาบาลไทยจำนวนมากหันมาลงทุนพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและมาตรฐานบริการ เพื่อรองรับทั้งผู้ป่วยในประเทศและผู้ป่วยต่างชาติ ซึ่งเป็นแรงกดดันที่สะท้อนถึงพลวัตของเศรษฐกิจสุขภาพไทยโดยตรง

นอกจากนี้ การบูรณาการมิติด้านสิ่งแวดล้อมเข้ากับเศรษฐกิจสุขภาพเริ่มมีบทบาทเด่นมากขึ้นผ่านแนวคิด โรงพยาบาลสีเขียว (Green Hospital) ที่กระทรวงสาธารณสุขผลักดันมาตั้งแต่ปี 2018 โดยมีการประเมินผลในหลายพื้นที่ พบว่าโรงพยาบาลที่ดำเนินงานตามมาตรฐาน Green & Clean สามารถลดการใช้พลังงานไฟฟ้าได้เฉลี่ย 15-20% และลดปริมาณขยะติดเชื้อที่ไม่ผ่านการแยกแยะลงอย่างมีนัยสำคัญ (Ministry of Public Health, 2018). กลยุทธ์นี้ไม่เพียงช่วยลดต้นทุนการดำเนินงาน แต่ยังเสริมสร้างภาพลักษณ์ความยั่งยืน (sustainability branding) ของโรงพยาบาลไทยในตลาดโลก ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

เศรษฐกิจด้านสุขภาพของไทยจึงเป็นมากกว่าการจัดสรรงบประมาณ แต่ยังรวมถึงการตอบสนองต่อแรงกดดันจากการแข่งขันระดับภูมิภาค การสร้างความสามารถในการดึงดูดผู้ป่วยต่างชาติ และการลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานที่สอดคล้องกับเป้าหมายด้านสิ่งแวดล้อมในระยะยาว ทั้งหมดนี้สะท้อนว่าเศรษฐกิจสุขภาพ คือกลไกหลักที่เชื่อมโยง การเงิน ความยั่งยืน และภาพลักษณ์ระดับโลกของระบบบริการสุขภาพไทย

4.9 สภาพสังคม (Society)

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว โดยในปี 2567 ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วน 20.7% ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 25% ภายในปี 2573 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2568; กรมการปกครอง, 2568) การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลโดยตรงให้ความต้องการด้านการดูแลระยะยาว (long-term care) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชน ซึ่งยังเป็นการที่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) ของไทยไม่ครอบคลุมอย่างเต็มรูปแบบ เนื่องจากต้นทุนสูงและข้อจำกัดเชิงนโยบาย (World Bank, 2021)

การย้ายถิ่นฐานของแรงงานและประชากร (migration and workforce mobility) เป็นอีกความท้าทายสำคัญ เนื่องจากก่อให้เกิด ความหลากหลายทางภาษาและวัฒนธรรม (linguistic and cultural diversity) ที่กระทบต่อการออกแบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองอย่างครอบคลุม กลไกที่ถูกพัฒนาขึ้น เช่น Migrant Health Workers (MHW) และ Migrant Health Volunteers (MHV) ได้รับการยกย่องว่าช่วยเพิ่มมิตรภาพทางวัฒนธรรมและการสื่อสารในระบบสุขภาพไทย แม้จะยังเผชิญข้อจำกัดด้านงบประมาณและกรอบกฎหมาย (Kosiyaporn et al., 2020; WHO, 2020). ข้อมูลเชิงประจักษ์จากจังหวัดภูเก็ตยังระบุว่า ประชากรกลุ่มแรงงานข้ามชาติมี ความต้องการบริการสุขภาพที่ไม่ได้รับ (unmet healthcare needs) สูงถึง 14.86% โดยมีสาเหตุจากสถานะที่ไม่มีเอกสาร (34.09%) ปัญหาความสามารถในการจ่าย (20.45%) และอุปสรรคด้านภาษา (18.18%) (Wongsuwanphon et al., 2024)

นอกจากนี้ ความเหลื่อมล้ำทางสังคม (social inequality) ยังคงเป็นตัวแปรสำคัญที่กำหนดความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพ แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมกว่า 96% ของประชากร แต่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจนยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการที่เหมาะสม ขณะที่ผู้สูงอายุที่มีฐานะดีกว่ายังคงสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ง่ายกว่า (Mulati, 2025).



4.10 ค่านิยมที่เปลี่ยนแปลงไป (Shifting Values)

การเปลี่ยนแปลงของค่านิยมและความคาดหวังของประชาชนถือเป็นแรงขับเคลื่อนสำคัญที่กำหนดทิศทางของระบบบริการสุขภาพในอนาคต ปัจจุบัน ทั้งในประเทศไทยและในระดับโลก มีแนวโน้มที่ประชาชนให้ความสำคัญกับ สิทธิผู้ป่วย (patient rights) ความโปร่งใส (transparency) ความรับผิดชอบต่อสังคม (social accountability) และ ความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อม (environmental sustainability) มากยิ่งขึ้น กระบวนการเหล่านี้สะท้อนว่าคุณภาพและความปลอดภัยของระบบสุขภาพไม่เพียงแต่ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการรักษาเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความสามารถของระบบในการตอบสนองต่อมาตรฐานทางสังคมและค่านิยมร่วมสมัย

ในบริบทของประเทศไทย กลไก การกำกับดูแลแบบมีส่วนร่วม (participatory governance) ได้รับการบรรจุอย่างเป็นทางการในกฎหมายด้านสุขภาพถ้วนหน้า (UHC law) โดยมีบทบัญญัติถึง 23 มาตราที่เกี่ยวข้องกับ participatory governance และ 18 มาตราที่เกี่ยวข้องกับ responsive governance ซึ่งสะท้อนถึงความพยายามในการสร้างความโปร่งใสและการมีส่วนร่วมของประชาชนในระบบสุขภาพ (Marshall, 2021) ยิ่งไปกว่านั้น กระบวนการ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Assembly: NHA) ซึ่งจัดขึ้นในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2551 เป็นต้นมา ถือเป็นเวทีสำคัญที่เปิดโอกาสให้ประชาชน ภาคประชาสังคม และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกระดับ เข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบและกำหนดนโยบายสุขภาพเชิงโครงสร้าง โดย Rajan (2019) วิเคราะห์ว่าในช่วง 9 ปีแรกของการดำเนินงาน NHA ได้แสดงให้เห็นว่ากระบวนการแบบมีส่วนร่วมสามารถสร้างความเป็นเจ้าของ (ownership) และความชอบธรรมให้กับนโยบายสาธารณะได้จริง

แนวโน้มในระดับโลกก็สะท้อนทิศทางเดียวกัน โดยมีการเน้นเรื่อง ความโปร่งใสด้านค่าใช้จ่ายสุขภาพ (healthcare cost transparency) ที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่น ในสหรัฐอเมริกา รัฐบาลได้บังคับใช้กฎหมายให้โรงพยาบาลและบริษัทประกันเปิดเผยราคาที่แท้จริงต่อผู้บริโภคตั้งแต่ปี 2021 เป็นต้นมา เพื่อให้ประชาชนสามารถเปรียบเทียบราคาและตัดสินใจบนฐานข้อมูลที่ถูกต้อง (The Conference Board, 2025) องค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนา (OECD) ก็ได้เผยแพร่รายงานว่า การเปิดเผยราคายาและค่ารักษาพยาบาลจะช่วยสร้างแรงกดดันเชิงบวกต่อผู้ผลิตยาและผู้ให้บริการ และยังเสริมสร้าง ความรับผิดชอบต่อสาธารณะ (public accountability) ของระบบสุขภาพ (Barrenho, 2022)

นอกจากประเด็นสิทธิและความโปร่งใสแล้ว ประชาชนยังให้ความสำคัญกับ ความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อมในระบบบริการสุขภาพ มากขึ้น งานศึกษาของ WHO ระบุว่า ภาคบริการสุขภาพทั่วโลกปล่อยก๊าซเรือนกระจกราว 4.4% ของการปล่อยก๊าซเรือนกระจกทั้งหมด และมีแนวโน้มที่โรงพยาบาลและคลินิกจะถูกคาดหวังให้ดำเนินงานแบบ green hospital เช่น การใช้พลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดการของเสียทางการแพทย์อย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม (World Health Organization, 2022) ความคาดหวังดังกล่าวทำให้การออกแบบนโยบายสุขภาพยุคใหม่ไม่เพียงแต่ต้องตอบสนองต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่还必须เชื่อมโยงกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) อีกด้วย

ในภาพรวม การเปลี่ยนแปลงของค่านิยมที่เน้นสิทธิ ความโปร่งใส ความรับผิดชอบต่อสังคม และสิ่งแวดล้อม กำลังสร้างแรงกดดันให้ระบบบริการสุขภาพทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ต้องปรับตัวอย่างเป็นระบบมากขึ้น การตอบสนองต่อค่านิยมเหล่านี้ไม่ได้เป็นเพียงการเพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ แต่ยังเป็นกลไกสำคัญต่อการสร้างความไว้วางใจ ความชอบธรรม และความยั่งยืนของระบบสุขภาพในระยะยาว

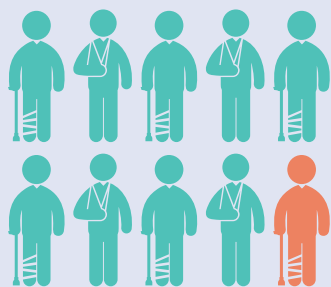
CURRENT SITUATION

สถานการณ์ปัจจุบัน

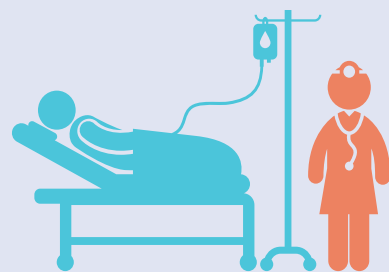
คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นแกนหลักของระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการบรรลุเป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ในหลายประเทศทั่วโลก การมี “สิทธิในการเข้าถึงบริการ” ไม่สามารถสร้างผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีได้ หากปราศจากคุณภาพบริการที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย ประเทศไทยเช่นเดียวกับสังคมโลกกำลังอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านของระบบบริการสุขภาพ โดยต้องรับมือกับความท้าทายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Events) ภาระโรคที่เกิดจากกระบวนการรักษา และข้อจำกัดด้านโครงสร้างพื้นฐาน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้ความปลอดภัย (Safety) และคุณภาพบริการ (Quality) กลายเป็นวาระสำคัญระดับชาติ

สถานการณ์คุณภาพและความปลอดภัยในระดับโลก

รายงาน Global Patient Safety Report 2024 ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าประชากรโลกจำนวนมากยังเผชิญเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างการรักษาพยาบาล โดยข้อมูลสะท้อนว่า ผู้ป่วยหนึ่งในสิบคนในประเทศรายได้สูงประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะที่ประเทศรายได้ต่ำและปานกลางพบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รวมกว่า 134 ล้านครั้งต่อปี และนำไปสู่การเสียชีวิตมากกว่า 2.6 ล้านคนต่อปี นอกจากนี้ ร้อยละ 50 ของอันตรายจากการรักษาพยาบาลถือเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันได้ สะท้อนช่องว่างด้านคุณภาพและระบบความปลอดภัยที่ยังต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน



ผู้ป่วย **1 ใน 10 คน**
ในประเทศรายได้สูงประสบเหตุการณ์
ไม่พึงประสงค์ระหว่างเข้ารับการรักษา
ส่วนประเทศรายได้ปานกลางและต่ำพบ
134 ล้านครั้งต่อปี



50%
ของอันตรายจากการรักษา
พยาบาลถือเป็นสิ่งที่สามารถ
ป้องกันได้

ค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจที่เกิดจากความผิดพลาดทางการแพทย์มีมูลค่าสูง โดยเฉพาะในประเทศรายได้สูงซึ่งสูญเสียต้นทุนทางเศรษฐกิจประมาณ 1 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี ขณะที่ในประเทศกำลังพัฒนา ความผิดพลาดด้านยา (Medication Error) พบได้ หนึ่งในสี่สิบผู้ป่วย และก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายที่สามารถสูงถึง 42 พันล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี การลดความเสี่ยงและป้องกันอันตรายจึงเป็นมาตรการที่สามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐกิจได้อย่างชัดเจน

เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ดังกล่าว WHO ได้กำหนด **Global Patient Safety Action Plan 2021-2030** เพื่อเป็นกรอบยุทธศาสตร์ระดับโลกในการกำจัดอันตรายที่ป้องกันได้ โดยกำหนดแนวทางสำคัญ ได้แก่ การเสริมสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย การพัฒนาระบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การเสริมสร้างทักษะบุคลากร การใช้ข้อมูลเชิงระบบ และการพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยย้ำว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (Fundamental Human Right)



ประเทศรายได้สูงสูญเสียทางเศรษฐกิจจากความผิดพลาดทางการแพทย์

1 ล้านล้าน
ดอลลาร์สหรัฐต่อปี

ประเทศกำลังพัฒนาพบความผิดพลาดด้านยา **1 ใน 20** ของผู้ป่วย

ระบบสุขภาพของประเทศไทย: บทบาท คุณภาพ และการยกระดับมาตรฐาน



ประเทศไทยก้าวสู่สังคมสูงวัย
อัตราเติบโตของประชากร ปี 2023
อยู่ที่ **-0.046%**



ค่าใช้จ่ายด้าน
สุขภาพรวม
ของประเทศ
ปี 2021 อยู่ที่

364.37 ดอลลาร์สหรัฐต่อคน

โครงสร้างระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีขนาดใหญ่และหลากหลาย โดยประกอบด้วยโรงพยาบาลภาครัฐ **1,107 แห่ง**, โรงพยาบาลเอกชน **384 แห่ง**, ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนกว่า **9,768 แห่ง**, คลินิกเอกชนกว่า **25,615 แห่ง**, และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่า **1 ล้านคน** โครงสร้างดังกล่าวทำให้ประเทศไทยสามารถขยายความครอบคลุมของบริการสุขภาพได้อย่างกว้างขวางภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) แต่ยังคงพบความแตกต่างด้านคุณภาพบริการระหว่างพื้นที่และระดับของสถานบริการ

สถานะประชากรไทยมีลักษณะเข้าสู่สังคมสูงวัย โดยอัตราการเติบโตของประชากรในปี 2023 อยู่ที่ **-0.046%** และอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดในปี 2024 อยู่ที่ **77.92 ปี** โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลโดยตรงต่อความต้องการบริการสุขภาพ การจัดสรรทรัพยากร ตลอดจนความจำเป็นในการพัฒนาระบบคุณภาพและความปลอดภัยที่รองรับความซับซ้อนของโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ

ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพรวมของประเทศในปี 2021 อยู่ที่ **364.37 ดอลลาร์สหรัฐต่อคน คิดเป็น 4.3% ของ GDP** โดยการระดมความเสี่ยงของระบบสุขภาพยังคงสูง หากไม่สามารถยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยได้อย่างรอบด้าน

พัฒนาการด้านคุณภาพและความปลอดภัยของประเทศไทย

ประเทศไทยได้ดำเนินการยกระดับระบบคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาลผ่านสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ HAI โดยมีพัฒนาการยาวนานตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา ผ่านแนวคิด 3P Safety Policy ได้แก่



พัฒนาการดังกล่าวสะท้อนความพยายามต่อเนื่องของประเทศไทยในการยกระดับมาตรฐานเทียบเท่าระดับสากลผ่านระบบ Hospital Accreditation (HA) ซึ่งรวมถึงการกำหนดมาตรฐานโรงพยาบาล (HNA), มาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA), มาตรฐานเฉพาะโรค (PDSC) และมาตรฐานขั้นสูง (Advanced-HA)

ปัจจุบันประเทศไทยมีสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพจำนวน 1,073 แห่ง จากทั้งหมด 1,491 แห่ง คิดเป็นครอบคลุม 71.96% โดยโรงพยาบาลภาครัฐผ่านการรับรอง 80.76% และโรงพยาบาลเอกชน 46.61% สะท้อนความก้าวหน้าเชิงโครงสร้าง แต่ยังมีพื้นที่จำเป็นต้องเร่งยกระดับคุณภาพอย่างครอบคลุม



ประเทศไทยมีสถานพยาบาล
ที่ผ่านการรับรองคุณภาพจำนวน

1,073 แห่ง
จากทั้งหมด 1,491 แห่ง
คิดเป็นครอบคลุม

71.96%

ระบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศ (NRLS)

ระบบ NRLS ปี 2025 พบว่า
มีการรายงานเหตุการณ์มากกว่า
244,334 รายงาน



ซึ่งลดจำนวน
เหตุการณ์รุนแรง
ลงได้กว่า
17,460
รายการในระยะ 4 ปี

ประเทศไทยมีระบบ National Reporting and Learning System (NRLS) ซึ่งทำหน้าที่รวบรวม วิเคราะห์ และถอดบทเรียนจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทั่วประเทศ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการโดยไม่เน้นการกล่าวโทษ (No Blame Culture) ระบบดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการระบุความเสี่ยงเชิงระบบและเป็นกลไกหลักในการเรียนรู้ขององค์กรสุขภาพ

ข้อมูลล่าสุดในปี 2025 พบว่า มีการรายงานเหตุการณ์มากกว่า 244,334 รายงาน และอุบัติการณ์ระดับรุนแรง (E-up) มีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง โดยสามารถลดจำนวนเหตุการณ์รุนแรงได้กว่า 17,460 รายการในระยะ 4 ปี คิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจที่ประหยัดได้กว่า 3,492 ล้านบาท ขณะเดียวกันจำนวนรายงานเหตุการณ์ทั้งหมดเพิ่มขึ้น ซึ่งสะท้อนถึงการสร้างวัฒนธรรมการรายงานและการเรียนรู้ที่เข้มแข็งขึ้นในสถานบริการ

บทเรียนจากการดำเนินงานระยะต้นของยุทธศาสตร์ความปลอดภัย

จากผลการติดตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยระดับโลก 2021-2030 ประเทศไทยดำเนินงานสอดคล้องกับแนวทางของ WHO โดยมีผลลัพธ์สำคัญ เช่น



- การบูรณาการเป้าหมายความปลอดภัยด้านบุคลากรตั้งแต่ปี 2018
- ความก้าวหน้าในระบบวิเคราะห์ปัจจัยมนุษย์ (Human Factors)
- การพัฒนาทักษะของบุคลากรด้านความปลอดภัย
- การขยายบทบาทผู้ช่วยและครอบครัวในการร่วมออกแบบบริการ
- การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนระบบความปลอดภัย

บทเรียนเหล่านี้ช่วยให้ประเทศไทยสามารถปรับระบบคุณภาพให้เทียบเท่ามาตรฐานสากล และส่งเสริมการพัฒนาอย่างยั่งยืน

เครื่องมือและแพลตฟอร์มเพื่อเสริมสร้างคุณภาพบริการ

ประเทศไทยมีการพัฒนาเครื่องมือสำคัญหลายประการเพื่อยกระดับคุณภาพและการใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่



- ระบบ HRMS และ NRLS สำหรับข้อมูลปฏิบัติการ
- ระบบ Hospital Safety Culture Survey
- แพลตฟอร์ม Patient Experience
- ระบบ THIP สำหรับการติดตามคุณภาพระดับประเทศ
- ระบบ HAI Trust
- แพลตฟอร์มข้อมูลผลลัพธ์ระดับชาติ (National Healthcare Result Platform)

เครื่องมือเหล่านี้ช่วยให้ประเทศไทยสามารถเก็บข้อมูลคุณภาพแบบ Real-time พร้อมทั้งสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการประเมินมาตรฐานได้อย่างเป็นระบบ

ความคาดหวังของประชาชนและภาพลักษณ์ต่อระบบคุณภาพ



ผลสำรวจการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA Accreditation) พบว่า มีผู้ที่รู้จักหรือเคยได้ยินเพียง 28.2% ขณะที่ประชาชนส่วนใหญ่ 62.7% ไม่รู้จักหรือไม่เคยรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบรับรองคุณภาพ แม้จำนวนสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลการสำรวจดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นในการสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเชื่อมั่น ความโปร่งใส และความเข้าใจต่อมาตรฐานคุณภาพของระบบสุขภาพไทยมากยิ่งขึ้น

สรุปสถานการณ์และข้อพิจารณาเชิงระบบ

ภาพรวมสถานการณ์ปัจจุบันสะท้อนว่า ประเทศไทยมีความก้าวหน้าอย่างชัดเจนในการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ ทั้งในมิติการกำหนดมาตรฐาน การรับรองคุณภาพ การจัดทำระบบฐานข้อมูลปฏิบัติการ และการสร้างวัฒนธรรมองค์กรด้านความปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ความท้าทายในระดับประเทศยังคงมีอยู่ ทั้งความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพระหว่างพื้นที่ ความตระหนักของประชาชนที่ยังต่ำ และความจำเป็นในการพัฒนาระบบข้อมูลแบบบูรณาการเพื่อการตัดสินใจเชิงนโยบายในอนาคต

SIGNALS OF CHANGE

สัญญาณ การเปลี่ยนแปลง

การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล หรือ Healthcare Accreditation (HA) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้โรงพยาบาลพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง ในประเทศไทย การริเริ่มใช้ระบบการรับรองคุณภาพเริ่มขึ้นตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2539 (ค.ศ. 1996) และได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน โดยมีการปรับปรุงมาตรฐานหลายครั้งเพื่อให้สอดคล้องกับ ความเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและมาตรฐานสากล



Demographic Crisis Recognition in Policy

ช่วงปลายปี 2024-ต้นปี 2025 สื่อและผู้กำหนดนโยบาย
สะท้อนซ้ำว่าประเทศเข้าสู่ 'วิกฤตประชากร' อย่างเต็มรูปแบบ
จากอัตราเกิดต่ำติดอันดับโลก

Rise of Cross-Border Populations

รายงาน Migration 2024 ชี้ไทยมี non-Thai nationals
อย่างน้อย 5.3 ล้านคน เพิ่มขึ้น 8% จากรอบก่อน
สะท้อนความหลากหลายเชิงชาติพันธุ์
และภาษาในผู้รับบริการ



Physician Workforce Strain

ฐานข้อมูลแพทยสภาระบุจำนวนแพทย์ ~71.6k คน
แต่ยังขาดแคลนเฉพาะทาง/พื้นที่

Nursing Pressure & Shortages

หลายแห่งมีปัญหาขาดแคลนพยาบาลในภาครัฐ
(เช่น ขาด ~51,000 อัตรา) และบทความวิชาการ
สะท้อนภาระงานสูงและภาวะหมดไฟ



AMR Progress, Still a Threat

WHO Thailand สรุปผลแผน AMR ระยะ AMC ในคน
ลด 26.3% และในสัตว์ลด 60.5% แต่ยังต้องเร่ง
มาตรการกำกับการใช้ยา



Marriage Equality & Gender-Affirming Care

ไทยประกาศใช้กฎหมายสมรสเท่าเทียม มีผล
22 ม.ค. 2025 และบอร์ด สปสช. อนุมัติงบ
145.63 ล้านบาท ดูแลบริการสุขภาพสำหรับ
คนข้ามเพศ (รวม HRT) ภายใต้สิทธิ UC

Mental Health Crisis Signals

WHO-Thailand รายงาน 2020-2024
คนไทย>8% เครียดสูง, ประมาณ 10% เสี่ยงซึมเศร้า,
>5% เสี่ยงฆ่าตัวตาย; ปี 2025 Nation
ระบุเฉลี่ย 15 เสียชีวิต/วัน





Cyclical Outbreak Pressure

ปี 2024 ไทยรายงานเคสไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นอย่างมาก เมื่อเทียบกับปีก่อนและยังคงความเสี่ยงในปี 2025

Family/Community Caregivers

สังคมสูงวัยและโรคเรื้อรังผลักดันบทบาทผู้ดูแลครอบครัว/ชุมชน โดยเฉพาะดูแลที่บ้านและระยะยาว



Cybersecurity Fears in Healthcare Data

ข้อมูลผู้ป่วยกว่า 600,000 ราย ถูกขโมยจากการโจมตีไซเบอร์ (2024) และข้อมูลผู้ป่วยการรักษาสมเทียมรั่วไหลใน dark web (2025)

Unequal Standards of Care in Society

46% ของรายได้ไม่น้อย งดเยี่ยมแพทย์, ตรวจวินิจฉัย หรือรับยาต่อเนื่อง เนื่องจากค่าใช้จ่าย สะท้อนว่ารายได้น้อยยังถูกจำกัดในการเข้าถึง การรักษาอย่างเท่าเทียม



Low Birth, High Death Nation

ปี 2024 การเกิดของไทยลดต่ำกว่า 500,000 ครั้ง เป็นครั้งแรกตั้งแต่ปี 1949 ทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่ม ต่อเนื่องและภาระโรคเรื้อรังสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ



Elderly Care Gap in the Age of Value Shift

คนทำงานรุ่นใหม่ต้องรับภาระการทำงานและ ภาวะเศรษฐกิจถดถอย ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุ ได้เต็มที่ ขณะที่ค่านิยม 'ความกตัญญู' ลดลง ส่งผลให้เกิดช่องว่างการดูแล



Digital Divide: 3 Million Without Smartphones

รัฐประเมินว่ามีประชาชนราว 3 ล้านคนไม่มีสมาร์ทโฟน ทำให้เข้าไม่ถึงบริการดิจิทัลของรัฐและสุขภาพ เช่น นีโดออนไลน์-Telehealth

Mobile-First Patients

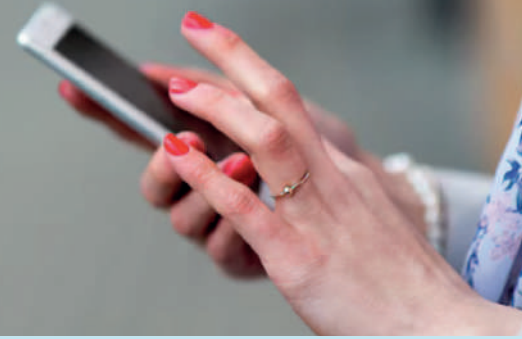
การเชื่อมต่อมือถือ 136.1% ของประชากร ทำให้ผู้ป่วยคาดหวังบริการผ่านมือถือทั้งนัดหมาย แจ้งผล และ feedback

Virtual-First Pathways (Telemedicine & Health rider)

แผน สร. ปี 2025 ขยาย Telehealth/ ส่งยาถึงบ้าน/ในรับรองแพทย์ดิจิทัล ลดความแออัด OPD 5%

Smartphone Rebound

IDC รายงานตลาดสมาร์ทโฟนกลับมาขยายตัว
โดย 4Q24 โต 27% YoY หนุนฐานผู้ใช้
แอปสุขภาพ-Telehealth



Health Link Expansion

Health Link เปิดให้ sw. ที่เข้าร่วม
เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยจาก sw. อื่น ช่วยทั้งแพทย์
และผู้ป่วย และอยู่ระหว่างการขยาย



Health as a Right, Digitally Enabled

WHO-MoPH ตอกย้ำสิทธิด้านสุขภาพ
และบทบาทดิจิทัลเพื่อลดเหลื่อมล้ำการเข้าถึง



Digital Medical Certificates Normalized

แผนของ สร. ผลักดันใบรับรองแพทย์ดิจิทัล
เพื่อลดความแออัด OPD อย่างน้อย 5%





Data-Privacy Scandals

ปี 2025 มีข่าวโรงพยาบาลเอกชนถูกปรับตาม PDPA หลังเอกสารคนไข้รั่วไหล
สังคมจับตาดูการคุ้มครองข้อมูลสุขภาพมากขึ้น

Generative-AI Clinical Utilities

HIMSS25 และรายงานอุตสาหกรรมปี 2025 สะท้อนการใช้ GenAI ในสรุปเวชระเบียน, ambient scribing, triage และ knowledge retrieval เพิ่มขึ้น



AI-Enabled Devices Proliferation

FDA อับเตตราายการอุปกรณ์แพทย์ที่มี AI/ML อย่างสม่ำเสมอในปี 2025
สะท้อนตลาดที่ขยายตัวเร็ว



FHIR Adoption Momentum

แบบสำรวจ FHIR 2025 รายงานการยอมรับ R4 เพิ่มขึ้น และมีการใช้งานผ่าน Health Link/HIE



Digital ID in Care Journeys

ไทยเดินหน้าเฟส 2 โครงสร้าง Digital ID
และมีการประยุกต์ใช้ biometrics ในระบบ
สาธารณสุขเพื่อยืนยันตัวตน



Health Wallet Adoption

ช่อง 'Health bag' ช่วยเช็กสิทธินัดหมาย
และรับแจ้งเตือนล่วงหน้าใน sw. ที่เข้าร่วม
สะท้อนการคุ้นชินบริการสุขภาพดิจิทัลในวงกว้าง

Cloud-First Health IT

ระบบเวชระเบียน/ภาพทางการแพทย์
ย้ายขึ้นคลาวด์มากขึ้นเพื่อความคล่องตัว
และ DR/BCP



MediChain

ข้อมูลเกี่ยวกับ Blockchain ด้านสุขภาพ



Healthcare Cyber Baselines

กก. ความมั่นคงไซเบอร์ออกหลักเกณฑ์ใหม่
มีผลปี 2025 สำหรับโครงสร้าง
พื้นฐานสำคัญ (CIIOs)

Wearables & RPM Normalization

รายงานอุตสาหกรรม 2024-2025 ระบุการใช้
wearable/RPM (Remote Patient Monitoring)
ในการติดตามโรคเรื้อรังและวิจัยเพิ่มขึ้น



Health Data Space Regulations

สหภาพยุโรปออกระเบียบ EHDS มีผลปี 2025
เป็นกรอบข้อมูลสุขภาพสำหรับ
primary/secondary use

E-Rx & Digital Therapeutics Expansion

หลายประเทศในอาเซียนเริ่มบังคับใช้ e-Rx
(เช่น เวียดนามปี 2025) และ DTx มีการออก
คำแนะนำกำกับเพิ่มขึ้น



WHO SMART Guidelines Uptake

งานทบทวนปี 2024 ชี้แนวทาง WHO SMART
สนับสนุนการทำแกนข้อมูล/
แบบปฏิบัติที่อ่านได้โดยเครื่อง



AI Device Governance Tightening

FDA เผยร่างแนวทางปี 2025
สำหรับ AI-enabled device functions
เน้น transparency/bias/PLC



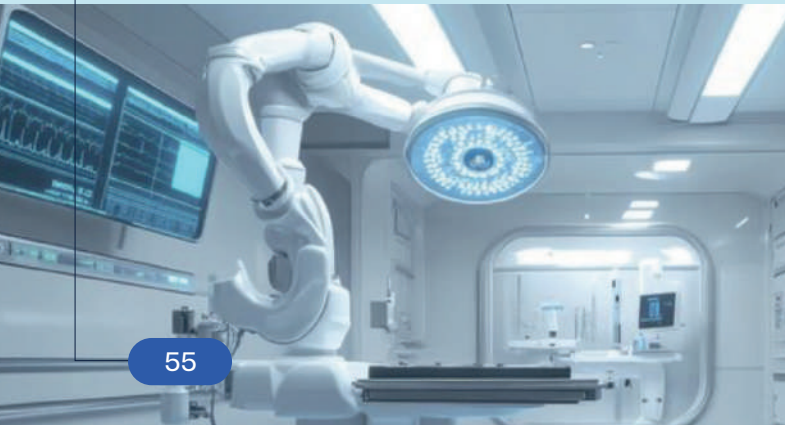
Third-Party Cyber Assurance

เหตุข้อมูลหลุดจากผู้รับเหมาทำลายความเชื่อมั่น
สะท้อนความเสี่ยง outsourcing
without oversight



AI & Smart Tech Surge in Global Healthcare

คาดว่า AI, IoT และ robotics จะเข้ามามีบทบาท
ด้านคุณภาพการรักษาและเพิ่มประสิทธิภาพ
การทำงาน คาดว่าจะมีมูลค่าถึง 148 พันล้าน
ดอลลาร์สหรัฐภายในปี 2029





Hospital Automation Systems

ใช้หุ่นยนต์/IoT/AI ในงาน routine เช่น
จ่ายยา, ขนส่งเวชภัณฑ์, ตรวจสอบสต็อกยา

Human Fatigue Detection & Suggestion

ระบบ AI/wearable ตรวจสอบสัญญาณชีพ
จังหวะการทำงาน และพฤติกรรม
เพื่อแจ้งเตือนเมื่อนักลากรเหนื่อยล้าเกินไป



Elderly Care Goes Mobile & Robotic

การเกิดบริการเคลื่อนที่ทางการแพทย์ต่อผู้สูงอายุ
ที่ไม่สามารถเดินทางไปยังสถานพยาบาลได้ รวมถึง
การมี Healthcare Assistance Robot
อยู่กับผู้สูงอายุในบ้าน

Killer Heatwaves (คลื่นความร้อนรุนแรง)

กระทรวงสาธารณสุขรายงานยอดตายจาก
Heatstroke ปี 2024 อย่างน้อย 61 ราย
สูงกว่าทั้งปี 2023 อย่างมีนัยสำคัญ



Persistent PM2.5 Exposure (การสัมผัส PM2.5 อย่างต่อเนื่อง)

รายงานคุณภาพอากาศโลก 2024 ยืนยันค่าเฉลี่ย
PM2.5 ไทยยังสูงเกินมาตรฐาน WHO หลายเท่า
และอยู่ในกลุ่มประเทศมลพิษสูง



Private Networks Go Green

เครือข่ายเอกชนเริ่มให้ความสำคัญกับ GHG,
อาคารเขียว, และการลด Carbon



Climate Extremes Break Healthcare System

สภาพภูมิอากาศสุดขั้วส่งผลให้เกิดการหยุดชะงักของการทำงานในโรงพยาบาล ทำให้เกิดไฟดับ และระบบล้มเหลว ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

Green Innovations in Medical Waste Management

อุตสาหกรรมอุปกรณ์การแพทย์มีการพัฒนาสู่การใช้ biodegradable plastics และการพัฒนาการทำความสะอาด/recycle เนื่องจากโลกให้ความสำคัญกับการลดการใช้พลาสติกแบบครั้งเดียว



Healthcare's Carbon Burden and the Green Transition

เน้นที่ GHG อาคารเขียว และการลด carbon



Private Health Insurance Uptick

สมาคม/อุตสาหกรรมคาดเบี้ยประกันเติบโตต่อเนื่อง
ปี 2025 จากโครงสร้างสังคมสูงวัยและ
ความต้องการคุ้มครอง



CHE as %GDP – Mid Range

รายจ่ายสุขภาพต่อ GDP
ของไทยอยู่ราว 5%



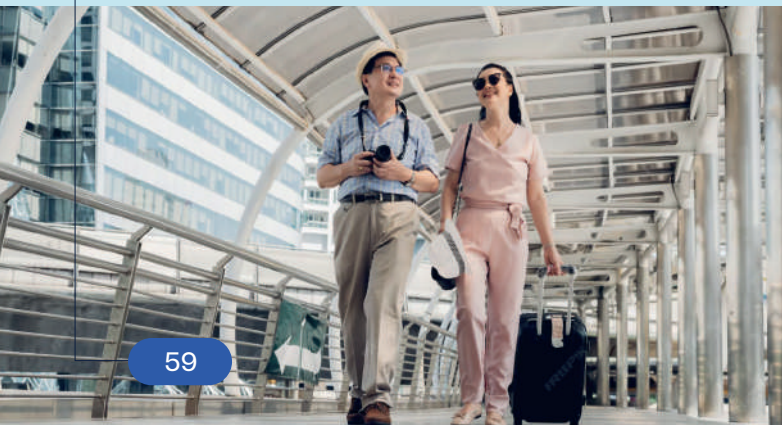
Bumpy Recovery

NESDC รายงาน GDP ไตรมาส 1/2025
โต $\sim 3.1\%$ แต่ทั้งปีคาด 1.3-2.3%
ท่ามกลางความเสี่ยงภายนอก



Tourism-Driven Health Demand

นักท่องเที่ยวต่างชาติปี 2024 >35 ล้านคน
สร้างรายได้ $>1.8\%$ ล้านล้านบาท
ขยายโอกาสตลาดผู้ป่วยต่างชาติ



Workforce Scarcity Cost

ต้นทุนที่เกิดจากการขาดแคลนบุคลากร

Healthtech Spending Continues

การใช้จ่ายด้าน Healthtech
อย่างต่อเนื่อง



Value-Based Payment (การจ่ายเงินตามคุณค่า)

รัฐต้องขยับจาก 'จ่ายตามบริการ'
ไปสู่ 'จ่ายตามผลลัพธ์'

Universal Coverage Pressure

โครงสร้างงบ UHC เสี่ยงไม่ยั่งยืน
จากภาระ NCDs และ aging



Tele-Health as Public Strategy

กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าลดความแออัด OPD 5% ผ่าน Telemedicine ส่งยาถึงบ้าน และใบรับรองแพทย์ดิจิทัล



Telemedicine Service Standards

ภาครัฐย้ามาตรฐาน Telemedicine ปี 2024 ว่าด้วยคุณสมบัติผู้ให้บริการ และการยืนยันตัวตน-เชื่อมต่อระบบ

Pharmacy First Pilots

โครงการนำร่องให้ร้านยาดูแล 7 กลุ่มอาการ เพื่อช่วยลดคิว OPD กำลังถูกทดลองเชิงความปลอดภัยและมาตรฐานคลินิก



Medical Tourism Tailwind

จำนวนนักท่องเที่ยวต่างชาติปี 2024 ทะลุ 35 ล้าน สร้างรายได้มหาศาล ขยายโอกาสตลาดผู้ป่วยต่างชาติ



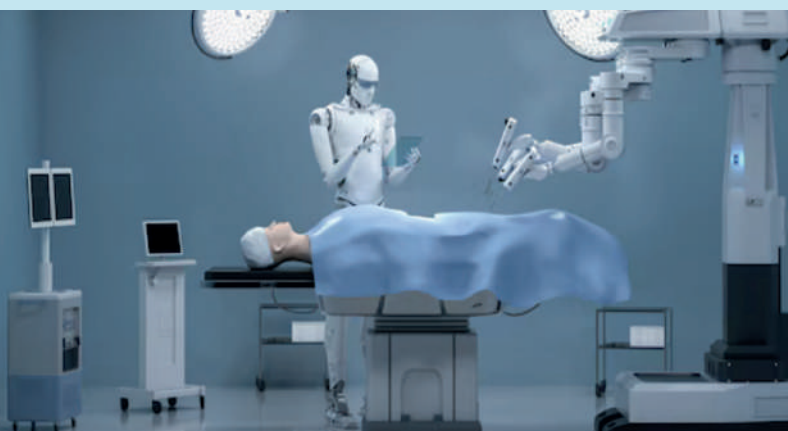


Self-Care & OTC Shift

การขยายบทบาทร้านยา
(Pharmacy-First) ช่วยดูแล
อาการเล็กน้อยและลดภาระ OPD

Virtual Care Aligned with Traditional Standards/ Telehealth Under Formal Certification Oversight

มาตรฐานวิธีการให้บริการเสมือนจริง
(virtual care) ต้องสอดคล้องกับเป้าหมาย
ด้านการปรับปรุงคุณภาพและผลลัพธ์ของผู้ป่วย
เพื่อให้ 'มีความสอดคล้องกับการรักษา
ในสถานพยาบาลแบบดั้งเดิม'



When Telesurgery Outpaces Regulation

การผ่าตัดทางไกลด้วยหุ่นยนต์ (telesurgery)
กำลังขยายตัว แต่ยังขาดกรอบกฎหมาย
และมาตรฐานความรับผิดชอบที่ชัดเจน

Patient Complaints Spotlight

NHSO เผยร้องเรียน 3,771 เรื่อง กรณีส่วนใหญ่ เกี่ยวข้องกับคลินิกปฐมภูมิและการส่งต่อ สะท้อน ความคาดหวังคุณภาพ-ประสิทธิภาพบริการ UC



Cyber-Privacy Anxiety

PwC Voice of the Consumer 2024
ระบุ 41%กังวลความเสี่ยงไซเบอร์
อยู่ในกลุ่มท็อปของปี

Sustainability Mindset Rising

ผู้บริโภคไทย 'มากกว่าครึ่ง' ยอมจ่ายเกือบ
+12% สำหรับสินค้าสีเขียว



Trust as Health Currency

Edelman Trust Barometer 2025
ชี้ 'ความไว้วางใจ' ส่งผลต่อการยอมรับ
ข้อมูลสุขภาพและนวัตกรรมการรักษา



International-Standard Expectation

เอกชนรายใหญ่ประกาศแนวทาง
Green/Net-Zero และมาตรฐานคุณภาพสากล
ในหลายสถาบันเพื่อรองรับตลาดต่างชาติ

When Patients Trust AI over Doctors

การพึ่งพา AI แทนคำแนะนำจากบุคลากร
ทางการแพทย์ อาจส่งผลเสียต่อ
ความปลอดภัยของผู้ป่วย



Alternative Nature Therapy Accreditation

การตรวจสอบและรับรองมาตรฐานการใช้วิธีบำบัด
จากธรรมชาติในระบบสุขภาพ ซึ่งหากขาดหลักฐาน
วิทยาศาสตร์และเกณฑ์กำกับที่ชัดเจน อาจบั่นทอน
ความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือของ
การรับรองสถานพยาบาล



The Rise of Nature-based Therapy

แนวคิดและวิธีการรักษาแบบใหม่ ๆ



MEGATRENDS

แนวโน้มใหญ่

แนวโน้มใหญ่ คือ การสังเคราะห์และจัดกลุ่มของสัญญาณ การเปลี่ยนแปลงที่สะท้อนทิศทาง การเปลี่ยนแปลงระดับลึก และต่อเนื่องในระยะยาว ซึ่งมีอิทธิพลต่อระบบ โครงสร้าง และกำลังของสังคม และช่วยให้เราเข้าใจภาพรวมของอนาคตที่กำลังค่อย ๆ ก่อตัวขึ้น

Digital Health, Data Privacy & AI in Healthcare



Aging Society & Workforce Shortage



เกิดจากกลุ่มสัญญาณ (Signals Clustering)

- Cybersecurity Fears in Healthcare Data
- Data-Privacy Scandals
- Cyber-Privacy Anxiety
- Healthcare Cyber Baselines
- Third-Party Cyber Assurance
- Health Data Space
- Regulations
- Digital Medical Certificates
- Normalized
- Digital ID in Care Journeys
- MediChain (health blockchain)
- Mobile-First Patients
- Smartphone Rebound
- Digital Divide: 3 Million
- Without Smartphones
- Health as a Right, Digitally Enabled
- Virtual-First Pathways (Telemedicine & Health Rider)
- Tele-Health as Public Strategy
- Telemedicine Service Standards
- Virtual Care Aligned with Traditional Standards
- When Telesurgery Outpaces Regulation
- Generative-AI Clinical Utilities
- AI-Enabled Devices Proliferation
- AI Device Governance Tightening
- When Patients Trust AI Over Doctors

- Demographic Crisis Recognition in Policy
- Low Birth, High Death Nation
- Rise of Cross-Border Populations (as workforce + caregivers)
- Physician Workforce Strain
- Nursing Pressure & Shortages
- Family / Community Caregivers
- Elderly Care Gap in The Age of Value Shift
- Elderly Living Preference Shift

ระบบคุณภาพต้องขยายความหมายของ 'ความปลอดภัย' จากความถูกต้องทางคลินิก ไปสู่ความน่าเชื่อถือของข้อมูลและจริยธรรมของเทคโนโลยี เพื่อสร้างความไว้วางใจใน ระบบดิจิทัล

จุดเน้นของคุณภาพจะขยายจาก 'โรงพยาบาล' ไปสู่ 'บ้านและชุมชน' ทำให้ต้อง มีระบบประเมินคุณภาพ การดูแลในระดับ ครอบครัวและผู้ดูแลในชุมชน

Social & Environmental Health Pressures

- Mental Health Crisis Signals
- AMR Progress –Still a Threat
- Cyclical Outbreak Pressure
- Sustainability Mindset Rising
- Alternative Nature Therapy
- Accreditation
- The Rise of Nature-Based Therapy
- Marriage Equality & Gender-
- Affirming Care (social acceptance + inclusive health)

ความปลอดภัยของระบบสุขภาพในอนาคต ต้องรวม 'สิ่งแวดล้อมและสุขภาพจิต' เข้า เป็นมาตรฐานสำคัญ เพื่อสร้างระบบที่ ปลอดภัยและยั่งยืนทั้งต่อคนและโลก

Trust & Governance in Innovation

- Unequal Standards of
- Care in Society
- International-Standard
- Expectation
- Trust as Health Currency
- Patient Complaints
- Spotlight
- Universal Coverage
- Pressure
- When Patients Trust AI
- Over Doctors (trust dynamics)
- Telemedicine Service Standards
- Virtual Care Aligned with
- Traditional Standards
- AI Device Governance
- Tightening
- When Telesurgery Outpaces
- Regulation
- Health Data Space
- Regulations
- Third-Party Cyber Assurance
- Healthcare Cyber Baselines

ระบบคุณภาพในอนาคตต้องรักษาสมดุล ระหว่างนวัตกรรมเทคโนโลยี และ Human Integrity เพื่อไม่ให้ความปลอดภัยของผู้ป่วย ถูกกลดทอนด้วยพลังของเทคโนโลยี

DRIVING FORCES

ปัจจัยขับเคลื่อน สำคัญ

ปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญ คือ ปัจจัยหรือ
กลุ่มสัญญาณการเปลี่ยนแปลงที่เป็น
องค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลกระทบ
และเป็นแนวทางการขับเคลื่อนไปสู่
ภาพอนาคต

ปัจจัยขับเคลื่อนหลัก (Drivers of Change)



1. การยกระดับสมรรถนะบุคลากรและการพัฒนา
ทักษะใหม่ (Human Capital & Capacity Building)



2. การใช้เทคโนโลยีและข้อมูลเพื่อความปลอดภัย
(Smart Technology & Data-Driven Safety)



3. มาตรฐานการประเมินและระบบรับรองคุณภาพ
(Accreditation & Evaluation Standards)



4. ความเสมอภาคและการเข้าถึงบริการ (Equitable
Access & Health Inclusion)



5. การกำกับดูแลเชิงคุณธรรมและความไว้วางใจ
ในระบบ (Ethical Governance & Trust)



6. การสร้างความเข้าใจและความรับผิดชอบร่วม
ในระบบคุณภาพ ควบคู่กับการจัดสรรทรัพยากร
และงบประมาณอย่างยั่งยืน (Health Literacy
& Sustainable Financing for Quality)

บทบาทต่ออนาคตของระบบคุณภาพและความปลอดภัยในอีก 10 ปี

นี่คือฐานสำคัญของระบบที่ยั่งยืน คุณภาพของบริการขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ให้บริการ การพัฒนาทักษะใหม่ เช่น ด้านดิจิทัล มนุษยสัมพันธ์ การจัดการคุณภาพ จะเป็นตัวกำหนดขีดความสามารถของระบบในการคงไว้ซึ่งมาตรฐานความปลอดภัย

เทคโนโลยีคือหัวใจของระบบตรวจสอบและติดตามคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Traceability) เทคโนโลยีและข้อมูลจะเปลี่ยนจากเครื่องมือช่วย เป็นกลไกตัดสินใจของระบบคุณภาพ (AI, Big Data, Digital Companion) ช่วยให้การติดตามคุณภาพเป็นไปอย่างต่อเนื่องและโปร่งใส

นี่คือการยกระดับระบบที่สร้างความไว้วางใจซึ่งเป็นรากฐานของความยั่งยืน ระบบประเมินกำลังเคลื่อนจากการตรวจสอบตามข้อกำหนด ไปสู่การประเมิน ผลลัพธ์ที่แท้จริง (Outcome-based) โดยใช้ข้อมูลแบบเรียลไทม์และวงจรเรียนรู้ย้อนกลับ (Feedback Loop)

ความยั่งยืนของระบบหมายถึงไม่มีใครถูกทิ้งไว้ข้างหลัง อนาคตของคุณภาพและความปลอดภัยจะขึ้นอยู่กับความสามารถของระบบในการเข้าถึงทุกพื้นที่และกลุ่มประชากร การขยายการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน และการพัฒนา Caregiver จะช่วยลดช่องว่าง

หากไม่มี Trust และ Ethics ระบบคุณภาพใดก็ไม่ยั่งยืน ความโปร่งใส ความรับผิดชอบ และการใช้เทคโนโลยีอย่างมีจริยธรรมจะกลายเป็นตัวชี้ขาดความน่าเชื่อถือ โดยต้องอาศัยกรอบจริยธรรมและธรรมาภิบาลที่รัดกุม

ระบบคุณภาพที่ยั่งยืนต้องสร้างทั้งความเข้าใจร่วมของทุกภาคส่วน และกลไกการเงินที่ขับเคลื่อนด้วยผลลัพธ์เชิงคุณภาพ การบริหารทรัพยากรด้วยแนวคิด Outcome-based Budgeting จะช่วยให้ระบบคุณภาพมีฐานทางการเงินที่มั่นคงและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

MORPHOLOGICAL BOX

ระดับ/ ปัจจัยขับเคลื่อน	การยกระดับสมรรถนะบุคลากร และการพัฒนาทักษะใหม่	การใช้เทคโนโลยีและ ข้อมูลเพื่อความปลอดภัย	มาตรฐานการประเมิน และระบบรับรองคุณภาพ
Collapse ล่มสลาย	บุคลากรขาดแรงจูงใจ อัตราออกสูง ระบบฝึกรอบรมล้าหลัง ความเหนื่อยล้าสูง ขาดผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่สำคัญ ทำให้คุณภาพบริการตกต่ำและความปลอดภัยถูกละเลยพอ	ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีขาดการบูรณาการ ใช้เพื่อรายงานมากกว่าปรับปรุงจริง เกิดช่องโหว่ข้อมูล ความผิดพลาดทางคลินิกและความปลอดภัยพุ่งสูง	การรับรองคุณภาพหยุดอยู่ที่เอกสารและการตรวจเช็คแบบ 'ตึกดู' ขาดการใช้ผลลัพธ์จริง ไม่สะท้อนคุณภาพที่แท้จริงของการดูแล
Constraint ถูกจำกัด	บุคลากรขาดโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาทักษะใหม่ ระบบฝึกรอบมเฉพาะส่วนไม่เชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานจริง ขาดแรงจูงใจในการรักษาคนเก่ง	มีเทคโนโลยีช่วยแต่ไม่ต่อเนื่อง ใช้แยกส่วน ขาดระบบเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ข้อมูลไม่ถูกนำมาวิเคราะห์เชิงคุณภาพ	ระบบประเมินคุณภาพยังเน้นการปฏิบัติตามเกณฑ์มากกว่าผลลัพธ์ ขาด Feedback Loop ที่นำไปสู่การพัฒนา
Growth เติบโต	มีการสร้างระบบพัฒนาและยกระดับสมรรถนะบุคลากรต่อเนื่อง ใช้เทคโนโลยีช่วยลดภาระงาน เพิ่มประสิทธิภาพและความพึงพอใจในการทำงาน	มีระบบ AI และข้อมูลสุขภาพช่วยตรวจสอบความปลอดภัยแบบ Realtime ลดความผิดพลาดและเพิ่มความโปร่งใส	ระบบการประเมินเริ่มเน้นผลลัพธ์ มีการใช้ข้อมูล Feedback จากผู้ป่วยและบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
Transformation เปลี่ยนผ่านแบบ ก้าวกระโดด	บุคลากรถูกยกระดับให้เป็นผู้นำด้านคุณภาพ มีทักษะผสมผสานด้านเทคโนโลยี มนุษยสัมพันธ์ และจริยธรรม นำไปสู่ระบบการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	ระบบเทคโนโลยีเชื่อมโยงทุกระดับ ตั้งแต่ผู้ป่วยจนถึงผู้บริหาร ข้อมูลถูกนำมาใช้ในการคาดการณ์ความเสี่ยงและปรับระบบความปลอดภัยเชิงรุก	การประเมินคุณภาพเปลี่ยนจากการตรวจสอบ เป็นการเรียนรู้ร่วม ผ่าน Smart Accreditation ที่ใช้ข้อมูลจริงและ AI วิเคราะห์เชิงคาดการณ์

Morphological Box คือ เทคนิคสำหรับสร้างสรรค์ทางเลือกตามลักษณะเชิงสัณฐาน โดย “สัณฐาน” คือ คุณลักษณะหรือคุณสมบัติเฉพาะเชิงโครงสร้างของสิ่งที่พิจารณา และสำหรับการออกแบบภาพอนาคต สัณฐานแปรผันได้กับปัจจัยขับเคลื่อน (Driving force) ที่เป็นคุณลักษณะเฉพาะด้านของภาพอนาคตและมีความเป็นไปได้ที่หลากหลาย Morphological box จึงเป็นการสร้างจากทัศนทางเลือกผ่านการจับคู่ส่วนประกอบต่างๆ ของปัจจัยขับเคลื่อนเพื่อให้ได้จากทัศนในอนาคต (Future scenarios) บนฐานของกลุ่มปัจจัยขับเคลื่อนที่หลากหลาย

ความเสมอภาคและการเข้าถึงบริการ	การกำกับดูแลเชิงคุณธรรมและความไว้วางใจในระบบ	การสร้างความเข้าใจและความรับผิดชอบร่วมในระบบคุณภาพ ควบคู่กับการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณอย่างยั่งยืน	
ช่องว่างระหว่างเมืองกับชนบทยังคงกว้าง กลุ่มเปราะบางเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ทำให้ความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น	ความไม่โปร่งใสในระบบการดูแลสุขภาพ การคอร์รัปชันและข้อมูลเท็จ บั่นทอนความไว้วางใจ ประชาชนหมดศรัทธาในระบบ	งบประมาณส่วนใหญ่ถูกกำหนดตายตัว ปรับเปลี่ยนได้ยาก ใช้ไปกับค่าใช้จ่ายประจำและโครงสร้างมากกว่าการพัฒนาคุณภาพจริง ทำให้ระบบปรับตัวได้ช้าและขาดความยั่งยืน	
มีโครงการสนับสนุนบางพื้นที่ แต่ยังไม่ทั่วถึง ระบบส่งต่อผู้ป่วยยังซับซ้อน ผู้ป่วยบางกลุ่มยังถูกทิ้งไว้ข้างหลัง	ระบบมีกลไกกำกับ แต่ขาดความโปร่งใสในกระบวนการตัดสินใจ ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานไม่แน่นแฟ้น	การจัดสรรงบประมาณไม่ยืดหยุ่น ขาดกลไกติดตามผลลัพธ์เชิงคุณภาพ ใช้งบเพื่อการดำเนินการระยะสั้นมากกว่าพัฒนาเชิงระบบ	
การกระจายบริการขยายถึงชุมชนผ่านเครือข่ายผู้ดูแลผู้ป่วย และ อสม. ที่ได้รับการอบรมด้านคุณภาพและความปลอดภัยร่วมกับคลินิกหรือศูนย์สุขภาพใกล้บ้าน เพื่อดูแลต่อเนื่อง ลดช่องว่างการเข้าถึงและสร้างความไว้วางใจในชุมชน	มีแนวปฏิบัติด้านจริยธรรมและความโปร่งใสในระดับองค์กร เกิดระบบติดตามและตรวจสอบแบบร่วมมือ	ระบบคุณภาพขับเคลื่อนด้วยความเข้าใจร่วมของทุกภาคส่วน งบประมาณถูกใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ความยั่งยืนทั้งทางเศรษฐกิจและสุขภาพ	
ทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพคุณภาพได้อย่างเท่าเทียม ระบบการดูแลเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล คลินิกใกล้บ้าน ชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย มีการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่รักษา ฟื้นฟู จนถึงติดตามผลในชีวิตประจำวัน	สังคมมีวัฒนธรรมแห่งความไว้วางใจ โปร่งใส ตรวจสอบได้ และยึดหลักจริยธรรมในทุกระดับ ตั้งแต่บุคลากรถึงผู้กำหนดนโยบาย	ประชาชนเข้าใจระบบคุณภาพและมีส่วนร่วมดูแลตนเอง ระบบการเงินและทรัพยากรเชื่อมโยงกับผลลัพธ์คุณภาพอย่างยั่งยืน	

MORPHOLOGICAL BOX

มิติจาก Morphological Box และ Workshop Input	Scenario 1 เงาแห่งความไม่ไว้วางใจ Shadows of Distrust	Scenario 2 เสียงแห่งความพยายาม Echoes of Effort
การยกระดับสมรรถนะบุคลากร และการพัฒนาทักษะใหม่	Collapse	Constraint
การใช้เทคโนโลยีและ ข้อมูลเพื่อความปลอดภัย	Constraint	Growth
มาตรฐานการประเมิน และระบบรับรองคุณภาพ	Collapse	Constraint
ความเสมอภาค และการเข้าถึงบริการ	Collapse	Growth
การกำกับดูแลเชิงคุณธรรม และความไว้วางใจในระบบ	Constraint	Collapse
การสร้างความเข้าใจและ ความรับผิดชอบร่วมในระบบคุณภาพ ควบคู่กับการจัดสรรทรัพยากร และงบประมาณอย่างยั่งยืน	Constraint	Constraint

Scenario 3 จุดเปลี่ยนแห่งการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง Turning Point of Improvement	Scenario 4 แสงแห่งความร่วมมือ Light of Collaboration	Scenario 5 ที่สุดของความเชื่อมั่น Ultimatum of Trust
Growth	Growth	Transformation
Constraint	Growth	Transformation
Growth	Transformation	Transformation
Growth	Transformation	Growth
Growth	Growth	Transformation
Growth	Transformation	Growth

FUTURE PERSONAS

บุคคลในภาพอนาคต

บุคคลในภาพอนาคต คือ เทคนิคในการสร้างบุคลิกลักษณะของบุคคลที่เป็นตัวแทนกลุ่มเป้าหมายในอนาคต เพื่อช่วยในการสะท้อนภาพความคิด ความรู้สึก ค่านิยม และการแสดงออกเชิงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากจากทัศนวิสัยในอนาคต



ฟ้า (16 ปี)

เพศ: หญิง
ที่อยู่: ขอนแก่น
สถานะ: นักเรียน
ครอบครัวรายได้ต่ำ

บริบทชีวิตและสภาพแวดล้อม

อาศัยอยู่ต่างจังหวัดในครอบครัวขยาย พึ่งพาเทคโนโลยีดิจิทัลในชีวิตประจำวัน แต่สภาพครอบครัวมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรและโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ

สุขภาพและการเข้าถึงบริการ

สุขภาพร่างกายค่อนข้างแข็งแรง แต่การเข้าถึงบริการสุขภาพเชิงป้องกันและบริการสุขภาพจิตยังไม่สม่ำเสมอ เนื่องจากข้อจำกัดด้านพื้นที่และความพร้อมของระบบ

ความท้าทายที่ต้องเผชิญ

เสี่ยงต่อความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพและช่องว่างระหว่างเมืองและชนบท รวมถึงความซับซ้อนของการใช้บริการสุขภาพดิจิทัล

ความคาดหวังต่อระบบสุขภาพและ

คุณภาพบริการ

ต้องการระบบที่เข้าถึงง่าย เท่าเทียม และสร้างความเชื่อมั่นได้ โดยเฉพาะบริการสุขภาพดิจิทัลและสุขภาพจิตที่เป็นมิตรต่อเด็กและเยาวชน



เหมียน (29 ปี)

เพศ: ชาย
สัญชาติ: แรงงานข้ามชาติ
ที่อยู่: สมุทรปราการ
อาชีพ: แรงงานโรงงาน

บริบทชีวิตและสภาพแวดล้อม

อาศัยและทำงานในไทยเพื่อส่งเงินกลับประเทศต้นทาง มีข้อจำกัดด้านภาษา กฎหมาย และการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ **สุขภาพและการเข้าถึงบริการ** สุขภาพกายเสี่ยงจากงานใช้แรงงานหนัก และเวลาพักผ่อนน้อย แม้มีระบบประกันบางส่วน แต่ความเข้าใจและความเชื่อมั่นต่อระบบยังไม่ชัดเจน

ความท้าทายที่ต้องเผชิญ

อุปสรรคด้านภาษา การสื่อสาร ความรู้เรื่องสิทธิ และความรู้อีกว่าอยู่ชายขอบของระบบสุขภาพไทย

ความคาดหวังต่อระบบสุขภาพและคุณภาพบริการ

ต้องการระบบที่เป็นธรรม ครอบคลุม และเป็นมิตรต่อแรงงานข้ามชาติ รวมทั้งสร้างความไว้วางใจว่าทุกคนได้รับการดูแลอย่างมีคุณค่า



นิชา (51 ปี)

เพศ: หญิง
ที่อยู่: กรุงเทพมหานคร
สถานะ: ผู้บริหารระดับกลาง และ Caregiver ของครอบครัว

บริบทชีวิตและสภาพแวดล้อม
ต้องรับบทบาทหลายด้านพร้อมกัน ทั้งการทำงาน การดูแลพ่อแม่สูงอายุ และดูแลลูก เป็นตัวแทน Sandwich Generation ของสังคมไทย

สุขภาพและการเข้าถึงบริการ
เริ่มมีความเสี่ยงด้านสุขภาพกายจากความเครียดและเวลาทำงานที่ยาวนาน ต้องพึ่งบริการสุขภาพทั้งแบบโรงพยาบาล และดูแลที่บ้านให้กับสมาชิกครอบครัว

ความท้าทายที่ต้องเผชิญ
ภาระการดูแลระยะยาว การประสานบริการหลายหน่วย และความกังวลด้านคุณภาพและความต่อเนื่องของระบบสุขภาพ

ความคาดหวังต่อระบบสุขภาพและคุณภาพบริการ
ต้องการระบบที่เชื่อถือได้ มีมาตรฐาน ดูแลต่อเนื่อง ช่วยแบ่งเบาภาระครอบครัว และยังคงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลไปพร้อมกัน



พิมพ์ (37 ปี)

เพศ: หญิง
ที่อยู่: เชียงใหม่
อาชีพ: พยาบาลวิชาชีพ

บริบทชีวิตและสภาพแวดล้อม
ทำงานในสถานบริการสุขภาพที่ต้องปรับตัวต่อเทคโนโลยีใหม่ ระบบดิจิทัล และความคาดหวังของประชาชนที่สูงขึ้น

สุขภาพและการเข้าถึงบริการ
แม้เป็นผู้ดูแลสุขภาพผู้อื่น แต่เผชิญภาระงานสูง ความกดดัน และความเสี่ยงต่อการเหนื่อยล้าทางร่างกายและอารมณ์

ความท้าทายที่ต้องเผชิญ
สมดุลระหว่างมาตรฐานคุณภาพ ความปลอดภัยผู้ป่วย ภาระงานจริง และการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่อง

ความคาดหวังต่อระบบสุขภาพและคุณภาพบริการ
ต้องการระบบที่สนับสนุนทีมสุขภาพอย่างเป็นธรรม มีมาตรฐานที่ช่วยพัฒนาคุณภาพจริง ไม่สร้างภาระ และทำให้การดูแลผู้ป่วยปลอดภัยขึ้น



คุณอรุณ (45 ปี)

เพศ: ชาย
ที่อยู่: กรุงเทพมหานคร
บทบาท: ผู้เยี่ยมสำรวจ และ ภาาติคุณภาพด้านระบบบริการสุขภาพ

บริบทชีวิตและสภาพแวดล้อม
ทำงานเชื่อมระหว่างมาตรฐาน ระบบบริการสุขภาพ เทคโนโลยี และประสบการณ์จริงของผู้ป่วยและบุคลากร

สุขภาพและการเข้าถึงบริการ
เป็นผู้ใช้งานระบบสุขภาพในฐานะประชาชนทั่วไป แต่ในขณะเดียวกันเป็นส่วนหนึ่งของกลไกที่สร้างความเชื่อมั่นให้ระบบ

ความท้าทายที่ต้องเผชิญ
ต้องตามให้ทันนวัตกรรม ความซับซ้อนของระบบ และทำงานอย่างสมดุลระหว่างบทบาท ทำกับมาตรฐาน และสนับสนุนการพัฒนา

ความคาดหวังต่อระบบสุขภาพและคุณภาพบริการ
ต้องการเห็นมาตรฐานที่ใช้ได้จริงในชีวิตคน ไม่ใช่เพียงเชิงเอกสาร และช่วยให้ระบบสุขภาพไทยมั่นคง น่าเชื่อถือ และเป็นที่ไว้วางใจของสังคม

FUTURE SCENARIOS จากทัศน์ในอนาคต

บุคคลในภาพอนาคต คือ เทคนิค
ในการสร้างบุคลิกลักษณะของบุคคล
ที่เป็นตัวแทนกลุ่มเป้าหมายในอนาคต
เพื่อช่วยในการสะท้อนภาพความคิด
ความรู้สึก ค่านิยม และการแสดงออก
เชิงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายที่มี
ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจาก
จากทัศน์ในอนาคต

Scenario 1 เงาแห่งความไม่ไว้วางใจ Shadows of Distrust



Scenario 2 เสียงแห่งความพยายาม Echoes of Effort



Scenario 3
จุดเปลี่ยนแห่งการพัฒนา
อย่างต่อเนื่อง
Turning Point of Improvement



Scenario 4
แสงแห่งความร่วมมือ
Light of Collaboration



Scenario 5
ที่สุดของความเชื่อมั่น
Ultimatum of Trust





Shadows of Distrust

เงาแห่งความไม่ไว้วางใจ

ในฉากทัศน์ที่ 1 นี้ เราได้เห็นได้ว่า ‘เมื่อความไม่ไว้วางใจกลายเป็นบรรทัดฐาน ระบบคุณภาพก็กลายเป็นเพียงพิธีกรรม ไม่ใช่เครื่องมือสร้างความปลอดภัยอีกต่อไป’ แม้ประเทศจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่คุณภาพและความปลอดภัยกลับถูกตั้งคำถามจากทุกฝ่าย



สิ่งที่เห็นในฉากทัศน์ที่ 1

- โรงพยาบาลเอกชนรับคนได้มากกว่า แต่ช่องว่างมาตรฐานกว้างขึ้น
- เกิดแพลตฟอร์มรีวิวโรงพยาบาล ที่สะท้อนความไม่ไว้วางใจของประชาชน
- ภาพลักษณ์ของระบบสุขภาพเสื่อมถอย ทั้งในประเทศและระดับนานาชาติ

ภาพรวมของระบบ

บุคลากรสุขภาพต้องทำงานเกินขีดจำกัด ภาระงานสูงแต่แรงจูงใจต่ำ ระบบฝึกอบรมล้าหลัง ไม่สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลง เช่น การดูแลผู้สูงอายุหรือการใช้ข้อมูลดิจิทัล ในขณะเดียวกัน ความเหลื่อมล้ำในระบบยังมีมากขึ้น โรงพยาบาลใหญ่ในเมืองมีเทคโนโลยีทันสมัย แต่โรงพยาบาลชุมชนขาดคน ขาดงบ ขาดระบบสนับสนุน มาตรฐานการประเมินคุณภาพกลายเป็นงานเอกสารมากกว่าการเรียนรู้ ระบบการเยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรอง (survey) กลายเป็นสิ่งที่สร้างความกลัวมากกว่าการพัฒนา ขณะที่ช่องทางร้องเรียนของประชาชนเพิ่มขึ้น แต่ระบบติดตามผลยังอ่อนแอ ด้านเทคโนโลยี มีการใช้งานระบบดิจิทัลหลายรูปแบบแต่ไม่เชื่อมโยงกัน

เกิด Data Silos ที่ทำให้การติดตามคุณภาพและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทำได้ยาก ความไม่โปร่งใสของข้อมูลกลายเป็นจุดอ่อนที่ทำให้ประชาชนเริ่มตั้งคำถามต่อความปลอดภัยของระบบ ด้านงบประมาณก็ยังรวมศูนย์และไม่ยืดหยุ่น โครงการคุณภาพดีๆ ในพื้นที่ไม่สามารถต่อยอดได้เพราะขาดแหล่งทุนระยะยาว ทุกอย่างจึงวนอยู่ใน ‘วงจรของความพยายามแบบแยกส่วน’

องค์ประกอบหลักจาก Morphological Box



บุคลากร: Collapse

บุคลากรขาดแรงจูงใจและทักษะ ทำให้คุณภาพบริการลดลง



เทคโนโลยี: Constraint

เทคโนโลยีไม่เชื่อมต่อ ขาดการใช้ข้อมูลคุณภาพ



มาตรฐาน: Collapse

ระบบตรวจคุณภาพหยุดชะงัก ใช้มาตรฐานล้าสมัย



ความเสมอภาค: Collapse

ช่องว่างระหว่างชุมชนขยาย คนเปราะบางเข้าไม่ถึงบริการ



จริยธรรม: Constraint

มีระบบกำกับแต่ไม่เข้มแข็ง ขาดการบังคับใช้จริง



งบประมาณ: Constraint

งบประมาณกระจุกตัว ใช้จ่ายไม่ยั่งยืน

หนูโตมากับเทคโนโลยีและข้อมูลออนไลน์ แต่ทุกวันนี้ยังอ่านยังสับสนว่าอะไรจริง อะไรควรเชื่อ เวลามีคนพูดว่า ‘โรงพยาบาลนี้มีมาตรฐานตก’ หรือ ‘ระบบไม่ปลอดภัยแล้ว’ มันทำให้หนูกลัวแบบที่ไม่เคยเป็นมาก่อน ถึงโรงพยาบาลจะดูทันสมัย แต่หนูไม่แน่ใจว่าข้อมูลที่อยู่ข้างในเชื่อถือได้แค่ไหน ความรู้สึกว่ามันไม่จริงนี่แหละที่ทำให้หนูลังเลว่าจะฟังใครได้จริง

สิ่งที่หนักที่สุดคือความรู้สึกว่าเราไม่รู้ว่าจะพาครอบครัวไปฟังใครได้อย่างไร มันใจ เวลาพ่อแม่ต้องรักษา เราอยากให้ทุกอย่างแน่นอน ชัดเจน และปลอดภัย แต่ตอนนี้เหมือนต้องตัดสินใจอยู่บนความกังวล เพราะมาตรฐาน ระบบ ข้อมูล และคำอธิบายจากหลายแห่งไม่ตรงกัน มันไม่ได้กระทบแค่ระบบ แต่มันกระทบความสบายใจ และคุณภาพชีวิตของทั้งครอบครัว

สิ่งที่น่ากังวลที่สุดไม่ใช่แค่ระบบที่อ่อนแอ แต่คือความหมายของมาตรฐานที่เริ่มถูกตั้งคำถาม เมื่อผู้คนมองว่าการตรวจรับรองเป็นเพียงพิธีกรรม ไม่ใช่หลักฐานของความปลอดภัย มันสะท้อนว่าเราต้องกลับไปทบทวนว่า ระบบคุณภาพควรอยู่ตรงไหนในชีวิตจริงของประชาชน ถ้าเราทำให้มาตรฐานกลับมามีความหมาย และเป็นสิ่งที่คนเชื่อได้อีกครั้งไม่ได้ ความไม่ไว้วางใจก็คงยิ่งลุกลามกว่านี้

ผมไม่ค่อยกล้าไปโรงพยาบาลถ้าไม่จำเป็นจริงๆ เพราะกลัวว่าจะเจอปัญหา ทั้งภาษา ทั้งเอกสารที่ไม่ตรงกัน ต้องเล่าเรื่องซ้ำๆ หลายรอบ และบางครั้งก็รู้สึกเหมือนระบบไม่ได้เห็นเราชัดเจนเท่าคนอื่น ยิ่งคนในชุมชนพูดกันว่า ‘ระบบไม่เหมือนเดิมแล้ว’, ‘ไม่รู้ปลอดภัยไหม’ มันยิ่งทำให้ผมรู้สึกว้าวุ่น ถ้าเข้าไป ก็ไม่แน่ใจว่าจะได้รับการดูแลที่เท่าเทียมและปลอดภัยจริงหรือเปล่า

เราพยายามดูแลคนไข้เต็มที่ แต่เมื่อระบบไม่เชื่อมั่น เครื่องมือไม่พร้อม และมาตรฐานถูกตั้งคำถาม คนไข้ก็เริ่มไม่เชื่อใจ และบางครั้งก็ไม่เชื่อเราไปด้วย มันทำให้ภาระงานไม่ได้หนักแค่ร่างกาย แต่นักทางใจด้วย เราเองก็อยากทำงานในระบบที่มันใจได้เหมือนกัน ว่าสิ่งที่เราทำอยู่มันช่วยให้คนไข้ปลอดภัยจริงๆ ไม่ใช่แค่ทำตามกระบวนการที่คนไม่เชื่อแล้ว



ฟ้า
(16 ปี)



เหียน
(29 ปี)



นิชา
(51 ปี)



พิมพ์
(37 ปี)



คุณอรุณ
(45 ปี)



Echoes of Effort

เสียงแห่งความพยายาม

ในฉากทัศน์ที่ 2 นี้ เราจะเห็นได้ว่า ‘นี่คือช่วงเวลาแห่งความพยายามแบบ
ไม่สมบูรณ์ ที่ผู้คนเริ่มเห็นทางข้างหน้าแต่ยังไม่มีแรงพอจะเปลี่ยนทั้งระบบ’
ภายหลังวิกฤติความเชื่อมั่น หลายฝ่ายเริ่มขยับ ‘เสียงแห่งความพยายาม’
ดังขึ้นจากพื้นที่ต่าง ๆ แม้ยังเบาแต่เริ่มมีแรงสั่นสะเทือนในระบบ



สิ่งที่เห็นในฉากทัศน์ที่ 2

- มีการใช้ระบบ Dashboard ติดตามคุณภาพในบางเขตสุขภาพ
- ผู้บริหารเริ่มมองการรับรองคุณภาพ เป็นเรื่องของการพัฒนา ไม่ใช่การแค่ผ่านหรือไม่ผ่านมาตรฐาน
- แรงต้านภายในระบบราชการยังสูง มีความกลัวการเปลี่ยนแปลง
- ช่องว่างระหว่างผู้นำกับผู้ปฏิบัติงานยังคงอยู่

ภาพรวมของระบบ

ในฉากทัศน์นี้มีเครือข่ายเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาลที่เริ่มเกิดขึ้นในบางจังหวัด มีการรวมตัวของทีมพยาบาลและแพทย์รุ่นใหม่เพื่อแลกเปลี่ยนแนวทางการจัดการคุณภาพที่ทำได้จริง (Practical QA) แนวคิดชุมชนดูแลกันเองเริ่มเติบโต โดยอาศัยผู้ดูแลผู้ป่วยและ อสม. เป็นกลไกสำคัญในพื้นที่

ในระดับประเทศ หน่วยงานกลางเริ่มขับเคลื่อน Health Data Hub เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพระหว่างเขตบริการ แม้ยังมีปัญหาเรื่องมาตรฐานข้อมูลและ PDPA แต่ถือเป็นก้าวแรกที่ทำให้คุณภาพเริ่มวัดได้จากข้อมูลจริง เริ่มมีการพูดถึง Digital Medical Certificate & Health Link ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงข้อมูลของตนเองได้มากขึ้น ระบบงบประมาณเริ่มปรับ โดยเปิดโอกาสให้โครงการนำร่องด้านคุณภาพสามารถขอติดตามผลลัพธ์เชิงคุณภาพ (Outcome-based budgeting) แต่โดยรวมระบบยังติดอยู่ระหว่าง 'ความตั้งใจดี' กับ 'โครงสร้างที่ไม่เอื้ออำนวย'

องค์ประกอบหลักจาก Morphological Box



บุคลากร: Constraint

โอกาสพัฒนากักตุนจำกัด ไม่มีระบบเรียนรู้จริง
ส่งผลให้บุคลากรขาดความมั่นใจ



เทคโนโลยี: Growth

มีระบบ AI และข้อมูลสุขภาพช่วยลดความผิดพลาด



มาตรฐาน: Constraint

ยังเป็นการประเมินเชิงเอกสาร ขาดการเรียนรู้ต่อเนื่อง



ความเสมอภาค: Growth

บริการกระจายถึงชุมชน เพิ่มความเท่าเทียม



จริยธรรม: Collapse

ขาดความโปร่งใสและความรับผิดชอบ ประชาชนไม่ไว้วางใจ



งบประมาณ: Constraint

การจัดสรรงบประมาณไม่สมดุล ผลลัพธ์ระยะยาวจำกัด

หนูเริ่มเห็นว่าในจังหวัดเริ่มมีอะไรใหม่ๆ เกิดขึ้น ทั้งกิจกรรมสุขภาพในโรงเรียน ทั้งข้อมูลสุขภาพที่ดูเป็นระบบมากขึ้น แต่ก็ยังรู้สึกว่ามันเกิดขึ้นแค่บางที่ บางโรงพยาบาลเท่านั้น คนรุ่นอย่างหนูอยากเชื่อว่าระบบกำลังดีขึ้น แต่พอเห็นความต่างระหว่างจังหวัดหรือโรงพยาบาลใหญ่กับเล็ก มันยังทำให้รู้สึกว่าความหวังยังไม่เท่ากันสำหรับทุกคน

ช่วงนี้เริ่มเห็นเครื่องมือใหม่ๆ ที่ช่วยติดตามข้อมูลสุขภาพพ่อแม่ได้ดีขึ้น และบุคลากรบางแห่งก็เริ่มสื่อสารเปิดเผยมากขึ้น ทำให้เรารู้สึกว่าระบบกำลังพยายามเข้าใจคนใช้กับครอบครัวมากขึ้น แต่ขณะเดียวกัน เวลาย้ายโรงพยาบาลหรือเปลี่ยนพื้นที่ ข้อมูลก็ยังไม่เชื่อมกัน ความพยายามที่เกิดขึ้นทำให้เรายังมีความเชื่อ แต่ก็ยังอยากเห็นความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอมากกว่านี้

นี่คือช่วงเวลาที่เรารู้สึกได้ว่าระบบเริ่มได้หายใจอีกครั้งหลายพื้นที่ไม่รอความเปลี่ยนแปลงจากส่วนกลาง แต่ลุกขึ้นพัฒนาคุณภาพด้วยตัวเอง เกิดนวัตกรรมเล็กๆ ที่มีความหมายต่อชีวิตคนใช้จริงๆ แต่สิ่งที่ต้องยอมรับคือความพยายามเหล่านี้ยังไม่เข้มแข็งพอจะยกระดับทั้งระบบ หากไม่มีกรอบ มาตรฐาน และการสนับสนุนที่เหมาะสม ความพยายามที่ดีอาจค่อยๆ หายไป เราจึงต้องคิดว่า จะทำอย่างไรให้ความตั้งใจดีกลายเป็นระบบที่ยืนได้ในระยะยาว

ผมเริ่มรู้สึกว่ามีคนมองเห็นเราเพิ่มขึ้น บางพื้นที่มีสแลม มีคนช่วยอธิบายเรื่องสิทธิ และขั้นตอนต่างๆ ดีขึ้น แต่ก็ยังไม่ใช้ทุกที่ เวลาย้ายที่ทำงานหรือไปโรงพยาบาลใหม่ ทุกอย่างก็กลับไปเริ่มใหม่เหมือนเดิม ความพยายามที่เกิดขึ้นทำให้ผมกล้าเข้าไปฟังระบบมากขึ้น แต่สักๆ ยังกลัวว่ามันจะหยุดแค่นี้ไหม หรือจะกลายเป็นแค่ช่วงเวลาชั่วคราว

เรารู้สึกว่าช่วงนี้ไม่ใช่แค่ทำงานไปวันๆ อีกต่อไป เริ่มมีระบบ เครื่องมือ และแนวคิดใหม่ ที่ช่วยให้การทำคุณภาพจับต้องได้มากขึ้น ไม่ใช่แค่ทำตามเอกสารเหมือนเดิม แต่ความท้าทายคือ ความพยายามพวกนี้ยังไม่เท่ากันในทุกที่ บุคลากรบางแห่งมีโอกาสเรียนรู้และพัฒนา แต่บางแห่งก็ยังไม่รู้สึกโดดเดี่ยว สิ่งที่เราต้องการมากที่สุดคือ ความชัดเจน ความต่อเนื่อง และการสนับสนุนที่ทำให้เรารู้สึกว่าเราไม่ได้พยายามอยู่คนเดียว



ฟ้า
(16 ปี)



เฮงเยน
(29 ปี)



นิชา
(51 ปี)



พิมพ์
(37 ปี)



คุณอรุณ
(45 ปี)



Turning Point of Improvement

จุดเปลี่ยนแห่งการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ในฉากทัศน์ที่ 3 นี้ เราจะเห็น ‘จุดเปลี่ยนซึ่งเป็นหัวใจของระบบสุขภาพใหม่ ระบบที่กลายอมรับจุดอ่อนเพื่อเปลี่ยนให้เป็นพลังของการเรียนรู้’ ระบบสุขภาพเริ่มก้าวสู่การเรียนรู้ร่วม เพราะถ้าไม่สร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ ระบบจะไม่มีวันปลอดภัยจริง



สิ่งที่เห็นในจากทัศน์ที่ 3

- ระบบเริ่มขับเคลื่อนด้วยข้อมูลจริงมากกว่าความรู้สึก เกิดวัฒนธรรมการเรียนรู้และปรับปรุงบริการอย่างต่อเนื่อง
- ความร่วมมือข้ามระดับเริ่มเห็นผลจริง เช่น โรงพยาบาลส่งต่อข้อมูล และ Feedback ให้คลินิกท้องถิ่นและชุมชนใช้บริการดูแล
- บุคลากรรู้สึกภูมิใจในอาชีพมากขึ้น เพราะเห็นผลลัพธ์จริงจากการเปลี่ยนแปลง
- การรับรองคุณภาพถูกปรับให้เน้นการเรียนรู้ต่อเนื่อง ใช้ข้อมูล Feedback และผลลัพธ์จริงมากกว่าการตรวจสอบรายปี

ภาพรวมของระบบ

บุคลากรสุขภาพเริ่มเห็นความสำคัญของระบบกระบวนการทำงานที่ผิดพลาดมากกว่าการหาคนผิด จึงเกิดแนวคิด Psychological Safety Culture คือการที่องค์กรเริ่มสร้างพื้นที่ให้คนพูดถึงปัญหาได้โดยไม่ถูกลงโทษ หน่วยงานกำกับเริ่มใช้ข้อมูลจริงจากเหตุการณ์ (Incident Report) มาพัฒนาแนวทางเชิงป้องกัน ระบบการประเมินคุณภาพเริ่มเปลี่ยนบทบาทจากการตรวจสอบเอกสาร ไปสู่การใช้ข้อมูลผลลัพธ์และข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยและบุคลากร เพื่อพัฒนาแนวทางบริการแบบต่อเนื่อง (Continuous Feedback Loop) เกิดระบบ Data-Driven Quality Learning Platform ที่ให้โรงพยาบาลเครือข่ายเรียนรู้ข้ามพื้นที่ และนำข้อมูลจริงจากผู้ป่วยและบุคลากรมาใช้เป็นฐานข้อมูลพัฒนาเกณฑ์คุณภาพ เทคโนโลยีสุขภาพเริ่มมีมาตรฐานร่วม เช่น ระบบ Digital ID ที่เชื่อมโยงกับเวชระเบียน, AI ถูกใช้ช่วยจับสัญญาณความเสี่ยงในห้องฉุกเฉินและหอผู้ป่วยวิกฤติ ระบบการประเมินคุณภาพเริ่มทำหน้าที่เป็นผู้ร่วมพัฒนามากกว่าผู้ตรวจสอบ มุ่งเน้นให้หน่วยบริการเรียนรู้และยกระดับคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามกำกับดูแลยังคงท้าทาย เพราะขาดกฎหมายเฉพาะด้านในระดับชุมชน ผู้ดูแล (Caregivers) ได้รับการอบรมเรื่องความปลอดภัยขั้นพื้นฐาน เครือข่ายอสม. ทำงานร่วมกับคลินิกท้องถิ่นและโรงพยาบาลประจำอำเภอ บริการสุขภาพเคลื่อนที่ (Mobile Health) เริ่มเกิดขึ้นในหลายพื้นที่ห่างไกล

องค์ประกอบหลักจาก Morphological Box



บุคลากร: Growth

มีระบบพัฒนาและยกระดับทักษะต่อเนื่อง เพิ่มประสิทธิภาพงานบริการ



เทคโนโลยี: Constraint

เทคโนโลยีไม่เชื่อมต่อ ขาดการใช้ข้อมูลคุณภาพ



มาตรฐาน: Growth

ประเมินจากผลลัพธ์จริง เชื่อม Feedback
สู่การเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง



ความเสมอภาค: Growth

บริการกระจายถึงชุมชน เพิ่มความเท่าเทียม



จริยธรรม: Growth

มีกลไกกำกับดูแลด้วยข้อมูล โปร่งใสและตรวจสอบได้



งบประมาณ: Growth

งบประมาณยืดหยุ่น มีการบูรณาการข้ามหน่วยงาน

ช่วงนี้หนูเริ่มรู้สึกว่ระบบสุขภาพ
ดูจริงใจ กับประชาชนมากขึ้น เวลา
เกิดปัญหา มีการอธิบาย มีข้อมูล
โปร่งใส และไม่แค่ประกาศทิ้งไว้
แต่มีการเรียนรู้และปรับปรุงต่อ
เนื่อง หนูรู้สึกว่าถ้าหนูหรือ
ครอบครัวต้องใช้บริการสุขภาพ
มันไม่ได้น่ากลัวเหมือนเดิมแล้ว
เพราะเรารู้สึกว่าระบบกำลังฟัง
และพยายามทำให้ดีขึ้นจริงๆ

สิ่งที่แตกต่างจากที่ผ่านมา คือเรา
สัมผัสได้ว่าระบบไม่ได้ปกปิดความ
ผิดพลาด แต่เอามาเรียนรู้เพื่อทำให้
ดีขึ้น ข้อมูลสุขภาพของพ่อแม่ถูก
เชื่อมโยงและติดตามได้จริง ทำให้
เรากล้าตัดสินใจและร่วมมือกับทีม
สุขภาพมากขึ้น ความรู้สึกที่เราไม่ได้
ดูแลครอบครัวคนเดียว กลายเป็น
ความจริงมากขึ้น เพราะเรามีระบบ
ที่เชื่อถือได้คอยช่วยเหลือ

ช่วงนี้ทำให้ผมเห็นว่าสิ่งที่เราพูดกันมานาน
เรื่องระบบคุณภาพที่มีชีวิต เริ่มเกิดขึ้นจริง
โรงพยาบาลไม่เพียงแค่ทำตามมาตรฐาน
แต่เริ่มสร้างวัฒนธรรมเรียนรู้จากข้อมูลและ
ประสบการณ์จริง เกิดวงจร Feedback ที่หมุน
ต่อเนื่อง ความท้าทายต่อไปคือทำอย่างไรให้
สิ่งเหล่านี้ยืนระยะ และกระจายออกไปทั่ว
ประเทศ แต่ในวันนี้ อย่างน้อยเราก็เริ่มเห็น
จุดเปลี่ยนที่ชัดเจนแล้ว ว่าแนวคิดคุณภาพ
สามารถแปลเป็นความเชื่อมั่นที่จับต้องได้

ตอนที่ผมเริ่มไว้วางใจมากขึ้น เพราะเวลา
ไปโรงพยาบาล เขาไม่เพียงแค่รักษา
แต่เก็บข้อมูลจริง ฟังเสียงคนไข้ และ
ทำให้เห็นว่าปัญหาที่เคยเกิดขึ้นได้รับ
การแก้ไข ไม่ใช่แค่พูดว่าจะแก้ ระบบที่
มีข้อมูลเชื่อมต่อกันช่วยให้ผมไม่ต้อง
เล่าเรื่องเดิมซ้ำๆ และรู้สึกว่าผมเป็น
ส่วนหนึ่งของระบบ ไม่ใช่คนนอกเหมือน
เมื่อก่อน ความรู้สึกปลอดภัยเริ่มกลับ
มาอีกครั้ง

นี่เป็นครั้งแรกในรอบหลายปีที่รู้สึกว่
ระบบคุณภาพอยู่ข้างเรา ไม่ได้อยู่เหนือ
เรา เรากล้าพูดถึงความผิดพลาดมาก
ขึ้นโดยไม่รู้สึกว่าจะถูกกล่าวโทษ เพราะ
รู้ว่าทุกอย่างถูกนำมาใช้เพื่อเรียนรู้และ
พัฒนา ไม่ใช่เพื่อจับผิด บรรยากาศแบบ
นี้ทำให้เรากล้าทดลอง ปรับปรุง และ
ร่วมกันยกระดับความปลอดภัยให้คนไข้
มันทำให้คำว่าคุณภาพ กลายเป็นสิ่งที่มี
ชีวิตจริงๆ ในงานประจำวัน



ฟ้า
(16 ปี)



เหียน
(29 ปี)



นิชา
(51 ปี)



พิมพ์
(37 ปี)



คุณอรุณ
(45 ปี)



Light of Collaboration

แสงแห่งความร่วมมือ

ในฉากทัศน์ที่ 4 นี้คือภาพที่ 'คำว่าคุณภาพไม่ได้อยู่แค่ในเอกสาร แต่อยู่ในความสัมพันธ์ของทุกคนในระบบ' ระบบสุขภาพไทยเริ่มเข้าสู่ยุคของการทำงานร่วมกันอย่างแท้จริง โดยหน่วยงานรัฐ เอกชน และชุมชนไม่ทำงานแยกส่วนอีกต่อไป แต่มีเป้าหมายเดียวกันคือ คุณภาพชีวิตของประชาชน



สิ่งที่เห็นในฉากทัศน์ที่ 4

- ระบบข้อมูลกลาง (National Health Data) ถูกใช้จริงทั่วประเทศ เชื่อมโยงข้อมูลโรงพยาบาล คลินิก และหน่วยบริการชุมชน
- เกิดแพลตฟอร์มคุณภาพแบบเปิด (Open Quality Platform) ที่ทุกหน่วยงานสามารถเรียนรู้และเทียบมาตรฐานได้แบบ Realtime
- การประเมินคุณภาพกลายเป็นระบบร่วมประเมินระหว่างหน่วยงาน ไม่ใช้การตรวจจากบนลงล่าง
- หน่วยงานด้านกำกับเริ่มปรับบทบาทจากผู้ตรวจสอบ เป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้
- บุคลากรสุขภาพได้รับการยอมรับและไว้วางใจจากประชาชนมากขึ้น เพราะความโปร่งใสและการสื่อสารที่จริงใจ
- ความไว้วางใจในระบบกลับมาอีกครั้ง ผ่านความร่วมมืออย่างต่อเนื่องระหว่างรัฐ เอกชน และชุมชน

ภาพรวมของระบบ

เทคโนโลยีและข้อมูลสุขภาพถูกรวมศูนย์ในระบบเดียวที่ปลอดภัยและตรวจสอบได้ AI วิเคราะห์แนวโน้มความเสี่ยงล่วงหน้าและช่วยวางแผนทรัพยากร ระบบการรับรองคุณภาพพัฒนาไปสู่รูปแบบ Predictive Accreditation ที่เน้นการให้คำแนะนำก่อนเกิดปัญหา มากกว่าการตรวจหลังเหตุ บุคลากรสุขภาพได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในมิติเทคนิคและจิตสำนึกความปลอดภัย ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรฐาน เช่น ผ่านระบบประเมินออนไลน์และเวทีชุมชน ความเหลื่อมล้ำลดลงเพราะบริการชุมชนมีมาตรฐานเดียวกับโรงพยาบาล งบประมาณปรับเป็น Value-based Financing ที่จ่ายตามผลลัพธ์เชิงคุณภาพจริง

องค์ประกอบหลักจาก Morphological Box



บุคลากร: Growth

มีระบบพัฒนาและยกระดับทักษะต่อเนื่อง
เพิ่มประสิทธิภาพงานบริการ



เทคโนโลยี: Growth

มีระบบ AI และข้อมูลสุขภาพช่วยลดความผิดพลาด



มาตรฐาน: Transformation

ระบบรับรองคุณภาพอัจฉริยะ
ใช้ข้อมูลเรียลไทม์ประเมินผลและแนะนำเชิงรุก



ความเสมอภาค: Transformation

ระบบบริการสุขภาพเป็นธรรม ครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร



จริยธรรม: Growth

มีกลไกกำกับดูแลด้วยข้อมูล โปร่งใสและตรวจสอบได้



งบประมาณ: Transformation

ประชาชนมีส่วนร่วมบริหารงบ โปร่งใสและขับเคลื่อนอย่างยั่งยืน

หนูรู้สึกว่ายานี้ระบบสุขภาพไม่ได้อยู่ไกลตัวอีกต่อไป ทุกอย่างดูเชื่อมโยงกันและโปร่งใสมากขึ้น เวลาโรงเรียนทำกิจกรรมสุขภาพหรือพ่อแม่ไปใช้บริการ หนูสามารถดูข้อมูล ติดตาม และเข้าใจได้ว่าระบบกำลังดูแลเราอย่างไร หนูไม่ได้รู้สึกว่าเราต้องเลือกว่าโรงพยาบาลไหนดี เหมือนเมื่อก่อน เพราะรู้สึกว่ามาตรฐานและการร่วมมือกันของทุกฝ่ายทำให้ความปลอดภัยเป็นเรื่องที่เราเชื่อถือได้จริงๆ

สำหรับครอบครัวเรา สิ่งที่เราสืบทอดที่สุดคือคำว่าทีมเดียวกัน ไม่ได้หมายถึงแค่ทีมแพทย์ แต่รวมถึงโรงพยาบาล ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชนที่เชื่อมกันด้วยข้อมูลเดียวกัน เราวางแผนการดูแลพ่อแม่ได้ชัดเจนขึ้น มีคนรับฟัง และมีระบบที่ช่วยสนับสนุน ทำให้ความกังวลลดลงอย่างมาก คุณภาพในวันนี้ไม่ได้อยู่แค่บนเอกสาร แต่มาอยู่ในความมั่นใจและคุณภาพชีวิตของคนที่เรารักจริง ๆ

สิ่งที่แตกต่างอย่างแท้จริงในช่วงเวลานี้คือคุณภาพไม่ได้เกิดจากการกำกับจากบนลงล่างเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากความร่วมมือระหว่างรัฐ สถาบันการสุขภาพ ชุมชน และประชาชนที่เชื่อมโยงกันด้วยข้อมูลจริงและความไว้วางใจ Predictive Accreditation ทำให้บทบาทการกำกับกลายเป็นการสนับสนุนให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน มากกว่าการตรวจหลังเกิดเหตุ นี่คือช่วงที่เราารู้สึกว่าระบบคุณภาพไม่ได้สร้างความกลัว แต่สร้างพลังให้ทุกฝ่ายทำงานเพื่อเป้าหมายเดียวกัน คือคุณภาพชีวิตของประชาชน

ผมไม่รู้สึกลดเดี๋ยวเหมือนเมื่อก่อนอีกแล้ว ทุกที่ที่ผมไป ข้อมูลยังตามผมไปด้วย ไม่ต้องเริ่มใหม่ ไม่ต้องพิสูจน์ตัวเองซ้ำๆ และมีคนช่วยแปล ช่วยอธิบาย สัทธิชัดเจนมากขึ้น ทำให้รู้สึกว่าระบบไม่ได้ดูว่าเราเป็นคนชาติไหน แต่ดูว่าเราเป็นคนไข้ ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียม ผมเริ่มเชื่อจริงๆ ว่าระบบสุขภาพไทยตั้งใจดูแลชีวิตของทุกคน

นี่คือช่วงเวลาที่เรารู้สึกว่าเราไม่ได้ทำงานคนเดียว ระบบช่วย เรามีข้อมูล มีเครื่องมือ และที่สำคัญที่สุดคือมีความร่วมมือที่แท้จริงจากทุกภาคส่วน การทำคุณภาพไม่ได้รู้สึกเป็นภาระ แต่เป็นสิ่งที่มีความหมาย เพราะเรารู้ว่ามันสะท้อนกลับไปที่ความปลอดภัยและความเชื่อมั่นของคนไข้ การสื่อสารดีขึ้น ความเข้าใจตรงกันมากขึ้น และทำให้เราภูมิใจในสิ่งที่ทำทุกวันมากกว่าเดิม



ฟ้า
(16 ปี)



เหียน
(29 ปี)



นิษา
(51 ปี)



พิมพ์
(37 ปี)



คุณอรุณ
(45 ปี)



Ultimatum of Trust

ที่สุดของความเชื่อมั่น

ในฉากทัศน์ที่ 5 นี้คือภาพที่ 'ใจกลางแห่งความไว้วางใจ' ไม่ได้เกิดจากเทคโนโลยี หรือ
กฎระเบียบใหม่ แต่มาจากการเข้าใจว่า คุณภาพคือความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์
กับมนุษย์' นี่คือการของระบบสุขภาพไทยในฝัน ระบบที่ความไว้วางใจเป็นแกนกลาง
คุณภาพและความปลอดภัยไม่ต้องพิสูจน์ เพราะประชาชนรู้สึกได้จากทุกประสบการณ์



สิ่งที่เห็นในฉากทัศน์ที่ 5

- ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในระบบทั้งในเชิงนโยบายและระดับพื้นที่
- ระบบข้อมูลสุขภาพแห่งชาติเป็นแบบเปิด (Open Health Ecosystem) ที่เชื่อมโยงภาคการศึกษา ธุรกิจ และชุมชนเข้าด้วยกัน
- เกิดระบบ Trust-based Accreditation ที่เน้นความรับผิดชอบร่วมกันมากกว่าการตรวจสอบจากภายนอก
- งบประมาณและทรัพยากรถูกจัดสรรอย่างยืดหยุ่นตามความต้องการจริงของพื้นที่
- บุคลากรทุกระดับมี Well-being สูงขึ้น มีสมดุลชีวิตและงาน และรู้สึกว่าเป็นเจ้าของคุณภาพร่วมกัน
- ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรเป็นเรื่องธรรมดาในทุกวัน ไม่ใช่เพียงเป้าหมายของนโยบาย
- ประเทศไทยเริ่มถูกยกย่องว่าเป็นต้นแบบของระบบสุขภาพที่มีความไว้วางใจสูงในภูมิภาค

ภาพรวมของระบบ

ข้อมูลสุขภาพของประชาชนเป็นของทุกคนแต่ได้รับการคุ้มครองอย่างรัดกุม AI ทำงานเคียงข้างมนุษย์ในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวิเคราะห์ การวางแผน ไปจนถึงการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล และการตอบโจทย์ความต้องการและวิถีชีวิตใหม่ ๆ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ มาตรฐานคุณภาพไม่ใช่แค่เครื่องมือประเมิน แต่เป็นระบบที่เรียนรู้และปรับปรุงตัวเองอัตโนมัติจนแทบไม่เกิดความผิดพลาด งบประมาณเชื่อมโยงกับเป้าหมายความสุขและคุณภาพชีวิตของประชาชน บุคลากรรู้สึกว่าการทำงานของตนมีคุณค่า และเป็นส่วนหนึ่งของระบบที่ใหญ่กว่า ระบบนี้เปิดโอกาสให้ประชาชนร่วมตรวจสอบและมีเสียงในทุกขั้นตอน ความโปร่งใสไม่ใช่สิ่งที่บังคับ แต่เป็นวัฒนธรรม การดูแลสุขภาพไม่หยุดอยู่ที่การรักษา แต่ครอบคลุมถึงการสร้างสุขภาวะทางกาย จิตใจ และสังคม

องค์ประกอบหลักจาก Morphological Box



บุคลากร: Transformation

บุคลากรเป็นผู้นำเชิงคุณภาพ ใช้เทคโนโลยี และมนุษยศาสตร์ผสานเพื่อยกระดับบริการ



เทคโนโลยี: Transformation

ใช้เทคโนโลยีเชิงลึกและวิเคราะห์ข้อมูลแบบอัจฉริยะ เพื่อคาดการณ์และป้องกันความเสี่ยง



มาตรฐาน: Transformation

ระบบรับรองคุณภาพอัจฉริยะ ใช้ข้อมูลเรียลไทม์ ประเมินผลและแนะนำเชิงรุก



ความเสมอภาค: Growth

บริการกระจายถึงชุมชน เพิ่มความเท่าเทียม



จริยธรรม: Transformation

สังคมยึดจริยธรรมสุขภาพ โปร่งใส และมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วน



งบประมาณ: Growth

งบประมาณยืดหยุ่น มีการบูรณาการข้ามหน่วยงาน

ในโลกที่ทุกอย่างเชื่อมต่อกัน หนูรู้สึก
ว่าเรื่องสุขภาพไม่ได้เป็นเรื่องที่เรา
ต้องกลัวอีกต่อไป แต่เป็นสิ่งที่เรา
ร่วมดูแลกันได้ หนูเห็นว่าคุณครู
โรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัว
ทำงานเป็นทีมเดียวกันเพื่อดูแลเด็ก
และคนในชุมชน ข้อมูลที่ชัดเจนโปร่งใส
และเข้าใจง่ายทำให้เราเชื่อมั่นว่า ถ้า
เกิดอะไรขึ้น ระบบจะยืนอยู่ข้างเรา
และช่วยให้เรากลับมาใช้ชีวิตที่ดีได้จริงๆ

ความเชื่อมั่นในระบบสุขภาพตอนนี้ไม่ได้
มาจากคำพูด แต่มาจากประสบการณ์
จริงที่เราเจอ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลพ่อแม่
ที่ต่อเนื่อง การมีข้อมูลครบถ้วน การได้
รับคำอธิบายที่ชัดเจน และความร่วมมือ
ระหว่างทีมแพทย์และครอบครัว ทุกอย่าง
ทำให้รู้สึกว่าเราไม่ได้อยู่ลำพัง และ
คุณภาพชีวิตของคนในครอบครัวได้รับการ
ปกป้องอย่างแท้จริง ระบบสุขภาพ
ไม่ได้แค่รักษา แต่ช่วยให้เรายังมีชีวิตที่มี
คุณค่า

สิ่งที่เห็นชัดที่สุดในช่วงเวลานี้คือ ระบบ
คุณภาพไม่ได้ทำให้เกิดความกลัวหรือแรง
ต้านเหมือนในอดีต แต่กลับกลายเป็นพื้นที่
แห่งความไว้วางใจและความร่วมมือ ทุก
ภาคส่วนเข้ามามีบทบาทเพราะความเชื่อ
ไม่ใช่เพราะถูกบังคับ AI และเทคโนโลยี
ยืนอยู่ในฐานะเครื่องมือสนับสนุนมนุษย์
ไม่ใช่สิ่งที่มาทดแทนมนุษย์ และการรับรอง
คุณภาพไม่ใช่เพียงตราสัญลักษณ์ แต่เป็น
จุดเริ่มต้นของความรับผิดชอบร่วมกันต่อ
ชีวิตของประชาชนทั้งประเทศ

วันนี้ผมไม่รู้สึกว่าเป็นผู้มาขอรับบริการ
แต่รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของระบบ
สุขภาพ ที่ให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรี
ของมนุษย์ ผมได้รับการดูแลแบบที่
เข้าใจความแตกต่างของผม เห็นความ
เป็นคน ไม่ใช่แค่ข้อมูลหรือบัตรประจำ
ตัว ความเชื่อมั่นที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจาก
กฎหมายหรือเทคโนโลยีเพียงอย่าง
เดียว แต่เกิดจากความรู้สึกว่าทุกฝ่าย
ตั้งใจดูแลชีวิตของเราอย่างจริงจัง

คือช่วงเวลาที่ฉันรู้สึกว่าความหมายของ
คำว่าคุณภาพชัดเจนที่สุด เราไม่ได้ทำ
เพราะระเบียบ แต่ทำเพราะเชื่อว่ามันคือ
สิ่งที่ดีที่สุดต่อคนไข้ ระบบสนับสนุนเรา
ด้วยข้อมูล เครื่องมือ และวัฒนธรรมที่
เห็นคุณค่าของมนุษย์ ทำให้เราทำงาน
อย่างมั่นใจ ภูมิใจ และรู้สึกว่าทุกความ
พยายามของเราสัมผัสได้ถึงจริงผ่านความ
เชื่อมั่นของประชาชน



ฟ้า
(16 ปี)



เฮงเยน
(29 ปี)



นิชา
(51 ปี)



พิมพ์
(37 ปี)



คุณอรุณ
(45 ปี)

PREFERRED FUTURE VISION

ฉากทัศน์ ที่พึงประสงค์

ปัจจัยขับเคลื่อนสำคัญ คือ
ปัจจัยหรือกลุ่มสัญญาณ
การเปลี่ยนแปลงที่เป็น
องค์ประกอบสำคัญที่ส่ง
ผลกระทบและเป็นแนวทาง
การขับเคลื่อนไปสู่ภาพอนาคต

ภาพอนาคตที่พึงประสงค์ของระบบคุณภาพและความปลอดภัยของประเทศไทยในอีก 10 ปีข้างหน้าเป็นภาพอนาคตที่ระบบคุณภาพและความปลอดภัยของประเทศไทยเป็นระบบที่มี 'ความไว้วางใจ, การเรียนรู้ร่วม, และสุขภาวะของผู้คน' เป็นศูนย์กลาง ระบบคุณภาพในอนาคตไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการรับรองมาตรฐานขององค์กร แต่เป็นระบบนิเวศของการดูแลสุขภาพที่เชื่อมโยงข้อมูล, ผู้คน, และกระบวนการเข้าด้วยกันอย่างมีจริยธรรม

โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลและออกแบบระบบคุณภาพเชิงระบบ (system steward) ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้, การป้องกันความเสี่ยง, และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกกระดับ โดยข้อมูลสุขภาพถูกใช้เป็นโครงสร้างพื้นฐานของความปลอดภัย เชื่อมโยงหน่วยบริการและภาคส่วนต่างๆ โดยไม่เพิ่มภาระให้กับบุคลากร ภายใต้ธรรมาภิบาลที่ชัดเจนและเคารพสิทธิของประชาชน เทคโนโลยีและ AI ทำงานร่วมกับมนุษย์เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจ, ลด workload, และเพิ่มคุณภาพของการดูแล

สุขภาวะของบุคลากรได้รับการยอมรับว่าเป็นหัวใจของความปลอดภัย ระบบคุณภาพจึงออกแบบให้สนับสนุนการทำงานที่ยั่งยืน มี psychological safety และเส้นทางการพัฒนาที่ชัดเจน คุณภาพและความปลอดภัยขยายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ชุมชน และระบบดิจิทัล โดยมีประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบคุณภาพ ไม่ใช่เพียงผู้รับบริการในภาพอนาคตนี้ ความไว้วางใจไม่ได้เป็นผลลัพธ์ปลายทาง แต่เป็นโครงสร้างพื้นฐานของระบบคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งทำให้ระบบบริการสุขภาพไทยสามารถรับมือกับความไม่แน่นอนและการเปลี่ยนแปลงในอนาคตได้อย่างยั่งยืน



GUIDE TO ACTION

ข้อเสนอต่อการปฏิบัติ

	สถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (HA)	ศูนย์ความร่วมมือเพื่อ การพัฒนาคุณภาพ สถานพยาบาล (HACC)	หน่วยบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลและ หน่วยบริการทุกระดับ
Guide to Actin ระยะสั้น (1-2 ปี)	- กำหนดบทบาทเชิงระบบของ HA อย่างชัดเจน จากผู้รับรอง ผู้ผู้ออกแบบระบบการเรียนรู้ด้านคุณภาพและความปลอดภัย - ทบทวนมาตรฐานและเกณฑ์การประเมิน เพื่อลดภาระงาน เอกสาร และแยกบทบาทของข้อมูลให้ชัดเจนระหว่างข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และป้องกันความเสี่ยง กับข้อมูลเพื่อการกำกับและความรับผิดชอบ - ออกแบบเครื่องมือมาตรฐาน (toolkits) ให้หน่วยบริการใช้ ข้อมูลคุณภาพในงานประจำ ไม่ใช่เฉพาะช่วงรับรอง - สื่อสารแนวคิด psychological safety และ learning culture ให้เป็นพื้นฐานของระบบ	- ทำหน้าที่ facilitator และ coach ให้หน่วยบริการ เข้าใจความหมายของ คุณภาพมากกว่าขั้นตอน - สนับสนุนการใช้ข้อมูล คุณภาพในระดับพื้นที่ - สร้างพื้นที่แลกเปลี่ยน เรียนรู้ระหว่างหน่วยบริการ	- ปรับ mindset จากการทำ เพื่อผ่านการรับรอง ผู้การใช้คุณภาพเพื่อการพัฒนา งานจริง - ลดภาระเอกสารซ้ำซ้อน และเริ่มใช้ข้อมูลที่มีอยู่ - ดูแล work-life balance และความปลอดภัยทางจิตใจ ของบุคลากร
Guide to Actin ระยะกลาง (3-6 ปี)	- ปรับรูปแบบการประเมินจาก event-based เป็น learning-based เพื่อสะท้อน learning curve ของหน่วยบริการ - ทำงานร่วมกับ HACC เพื่อออกแบบระบบ coaching และ feedback เชิงพื้นที่ - เชื่อมมาตรฐานคุณภาพกับข้อมูล ระดับประเทศ เช่น dashboard หรือ data platform - ทดลองระบบประเมินที่เชื่อม outcome, risk, และ quality ใน บางกลุ่มบริการ	- พัฒนาศักยภาพ ด้าน coaching, system thinking, และ data interpretation - เชื่อมข้อมูลพื้นที่ เข้ากับ platform ระดับประเทศ - ทำงานเชิงรุกกับ พื้นที่ที่มี ข้อจำกัดสูงหรือบริบทเฉพาะ	- พัฒนาระบบ dashboard หรือ data center ภายใน - เชื่อมข้อมูลกับ ระบบ ระดับประเทศ - ยกระดับบทบาท ทีมคุณภาพเป็นเชิงกลยุทธ์

บุคลากรด้านคุณภาพและความปลอดภัย เช่น QMR, ทีมคุณภาพ	หน่วยงานข้อมูลและเทคโนโลยีภาครัฐ เช่น DGA และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	หน่วยงานนโยบายและงบประมาณ	ประชาชนและผู้ป่วย	สถาบันการศึกษาและองค์กรวิชาชีพ
1. พัฒนา soft skill ด้านการสื่อสาร, การ facilitation, และการทำงานข้ามทีม 2. เปลี่ยนบทบาทจากผู้ทำเอกสาร เป็น system supporter	1. แก้ปัญหา data silo และความซ้ำซ้อน 2. วางมาตรฐานข้อมูลด้านคุณภาพและความปลอดภัย	1. เริ่มเชื่อมโยงงบประมาณกับประเด็นคุณภาพและความปลอดภัย	1. เข้าถึงข้อมูลคุณภาพได้ง่าย 2. มีช่องทางสะท้อนประสบการณ์การรับบริการ	1. บรรลุคุณภาพและความปลอดภัยในหลักสูตร
1. เป็น change agent และ data translator 2. เชื่อมคุณภาพกับการตัดสินใจเชิงบริหาร	1. พัฒนา national health quality data platform 2. วาง data governance ที่เอื้อต่อการเรียนรู้และความโปร่งใส	1. ทดลอง value-based payment และ outcome-based incentive 2. สนับสนุนงบประมาณ ข้อมูล และ บุคลากร	1. มีส่วนร่วมในการออกแบบบริการและการประเมิน	1. ร่วมพัฒนาหลักสูตรเฉพาะด้าน quality & safety 2. เชื่อมกับ HA และ HACCC

GUIDE TO ACTION

ข้อเสนอต่อการปฏิบัติ

	สถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (HA)	ศูนย์ความร่วมมือเพื่อ การพัฒนาคุณภาพ สถานพยาบาล (HACC)	หน่วยบริการสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลและ หน่วยบริการทุกระดับ
Guide to Actin ระยะยาว (7-10 ปี)	- ทำหน้าที่เป็นแกนกลางของระบบคุณภาพระดับชาติที่เชื่อมโยง มาตรฐาน, ข้อมูล, ธรรมชาติ, และงบประมาณ - เป็นผู้ออกแบบ trust-based quality system ที่ใช้ข้อมูลเพื่อป้องกัน ไม่ใช่เพื่อลงโทษ - ร่วมกำหนดทิศทาง value-based system ของประเทศ	- เป็นศูนย์กลาง ecosystem ด้านคุณภาพในระดับพื้นที่ - ส่งเสริมและสนับสนุนการขยาย คุณภาพสู่ community care, digital health, และบริการนอกโรงพยาบาล	- ใช้ outcome และ value เป็นฐานการพัฒนา คุณภาพ - ขยายคุณภาพสู่การบริการรูปแบบใหม่ - ใช้ประสบการณ์จริงของการทำงาน เพื่อเรียนรู้ปรับตัว และป้องกันความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านคุณภาพและความปลอดภัย

บุคลากรด้านคุณภาพ และความปลอดภัย เช่น QMR, ทีมคุณภาพ	หน่วยงานข้อมูลและ เทคโนโลยีภาครัฐ เช่น DGA และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	หน่วยงาน นโยบายและ งบประมาณ	ประชาชน และผู้ป่วย	สถาบันการศึกษา และองค์กรวิชาชีพ
1. มี career path ชัดเจน เป็นวิชาชีพ เฉพาะด้าน 2. มีบทบาทในระดับ กลยุทธ์องค์กร	1. สนับสนุนและพัฒนา AI และ analytics เพื่อการป้องกัน ความเสี่ยงเชิงระบบ	1. ปรับงบประมาณ โครงสร้าง สะท้อน value ของทั้ง ระบบให้สุภาพ	1. มีบทบาทร่วมใน ระบบการตัดสินใจ และการพัฒนา คุณภาพในเรื่อง ที่กระทบต่อ ประสบการณ์ ความปลอดภัย และความไว้วางใจ ของผู้ใช้บริการ โดยตรง	1. สร้างระบบ พัฒนาวิชาชีพ ต่อเนื่องด้าน คุณภาพและ ความปลอดภัย

REFERENCES

บรรณานุกรม

- American College of Surgeons. (1917). Minimum Standard for Hospitals. Chicago, IL: ACS.
- Institute of Medicine. (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/10027>
- The Joint Commission. (2024). Sustainable Healthcare Certification. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission. Retrieved from <https://www.jointcommission.org>
- Joint Commission International. (2025). Healthcare Sustainability Certification (HSC). Oakbrook Terrace, IL: JCI. Retrieved from <https://www.jointcommissioninternational.org>
- World Health Organization. (2020). Climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities guidance. Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240012226>
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2025). Hospital Compare datasets: overall star ratings. CMS. Retrieved July 2025, from <https://data.cms.gov/provider-data/topics/hospitals/overall-hospital-quality-star-rating>
- The Joint Commission. (2025). Hospital accreditation overview. Joint Commission. Retrieved July 2025, from <https://www.jointcommission.org/accreditation-and-certification/hospitals>
- Care Quality Commission. (2025). What we do on an inspection. CQC. Retrieved July 2025, from <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/what-we-do-inspection>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2021). National Safety and Quality Health Service (NSQHS) Standards (2nd ed.). ACSQHC. Retrieved July 2025, from <https://www.safetyandquality.gov.au/media/892001/national-safety-and-quality-health-service-nsqhs-standards.pdf>
- Accreditation Canada. (2025). Qmentum Accreditation Program. Accreditation Canada. Retrieved July 2025, from <https://accreditation.ca/accreditation/qmentum>
- Haute Autorité de Santé. (2020). Certification for quality of care. HAS. Retrieved July 2025, from https://www.has-sante.fr/jcms/c_2044304/en/the-certification-of-health-care-facilities-for-quality-of-care
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). (2025). About G-BA (English). G-BA. Retrieved July 2025, from <https://www.g-ba.de/english>
- Japan Council for Quality Health Care. (2023). FY2022 Annual Report. JCQHC. Retrieved July 2025, from <https://jcqhc.or.jp/en/publications/annual-reports/>
- Health Insurance Review & Assessment Service. (2025). Quality Assessment Information (English). HIRA. Retrieved July 2025, from <https://www.hira.or.kr/eng/>
- Ministry of Health Singapore. (2025). Resources and statistics: hospital wait times and more. MOH. Retrieved July 2025, from <https://www.moh.gov.sg/resources-statistics>

- Health Quality & Safety Commission New Zealand. (2025). Quality and Safety Markers (QSMs). HQSC. Retrieved July 2025, from <https://www.hqsc.govt.nz/our-data/quality-and-safety-markers/>
- Inspectorate for Health and Youth Care (IGJ). (2025). About the IGJ (English). IGJ. Retrieved July 2025, from <https://www.igj.nl/en/about-the-igj>
- Institute of Medicine. (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press.
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2564). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. กรุงเทพฯ: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. กรุงเทพฯ: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2568). รายงานสถิติการรับรองสถานพยาบาล ณ 31 กรกฎาคม 2568. กรุงเทพฯ: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.
- Limwattananon, S., et al. (2021). Annual prevalence of unmet healthcare need in Thailand, 2011–2019. *International Journal for Equity in Health*, 20, 238.
- World Health Organization. (2020). Climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities guidance. Geneva: WHO.
- World Bank. (2025). Life expectancy at birth – Thailand. Washington, DC: World Bank.
- World Bank. (2025). Maternal mortality ratio – Thailand. Washington, DC: World Bank.
- Apisarnthanarak, A., et al. (2012). A national survey of infection preventionists in Thailand: Barriers to implementing infection control. *American Journal of Infection Control*.
- Bunsake, S., et al. (2025). The relationships among hospital characteristics, transformational leadership, safety culture and accreditation status of community hospitals in Thailand. *Thai Journal of Public Health*, 55(1), 1201–1214.
- Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2023). Top 10 Patient Safety Issues: Thailand 2023.
- Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2024). Thailand People/3P Safety Goals (SIMPLE 2024).
- Khammanee, T., et al. (2014). A medication safety model: A case study in a Thai hospital. *Hospital Practices and Research*.
- Khampang, R., et al. (2017). Developing and testing quality indicators for the Thai quality and outcomes framework. *Safety in Health*, 3, 15.
- Ministry of Public Health, Thailand. (2017). Twenty-Year National Strategic Plan (Public Health).
- Pumtong, S., et al. (2021). Thailand's national strategic plan on antimicrobial resistance, 2017–2021: Progress and challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 99(11), 839–849.
- Sriratanaban, J. (2004). Hospital-wide quality improvement in Thailand: Future challenges. *Journal of Healthcare Quality*, 26(6), 26–34.
- Sumpradit, N., et al. (2017). Antimicrobial resistance: From global agenda to Thailand's national strategic plan. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(8), 599–603.
- Sumriddetchkajorn, K., et al. (2019). Universal health coverage and primary care, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(6), 415–422.

World Health Organization. (2024). Global Patient Safety Action Plan 2021–2030; Thailand – National Action Plan for Health Security (NAPHS).

Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.). Patient Safety Indicators (PSIs) resources. https://quality-indicators.ahrq.gov/measures/psi_resources

Agency for Healthcare Research and Quality. (2024, July). PSI composite measures, v2024 (User guide). https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PSI/V2024/PSI_Composite_Measures.pdf

Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (n.d.). About HAI. <https://www.ha.or.th/EN/Home>

Healthcare Accreditation Institute (Public Organization). (2018–2022). HA standards—ISQua IEEA recognition. <https://www.ha.or.th/EN/Contents/มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ%20HA>

Joint Commission International. (n.d.). Find accredited international organizations. <https://www.jointcommission.org/en/about-us/recognizing-excellence/find-accredited-international-organizations>

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2022). The economics of patient safety: From analysis to action. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2022/08/the-economics-of-patient-safety_dda2a072/761f2da8-en.pdf

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023). Health at a Glance 2023: Avoidable hospital admissions. https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/avoidable-hospital-admissions_836e2826.html

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2023). Health at a Glance 2023: Patient-reported outcomes in acute care. https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/patient-reported-outcomes-in-acute-care_9b407012.html

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2025). PROMoting quality of care through patient-reported outcome measures (PROMs). https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/06/promoting-quality-of-care-through-patient-reported-outcome-measures-proms_5b840fb9/c17bb968-en.pdf

Porter, M. E. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21142528/>

Scally, G., & Donaldson, L. J. (1998). Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*, 317(7150), 61–65. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1113460/>

World Health Organization. (2017a, March 29). WHO launches global effort to halve medication-related errors in 5 years. <https://www.who.int/news/item/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>

World Health Organization. (2017b). Medication Without Harm (Global Patient Safety Challenge). <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>

World Health Organization. (2019, August 26). 10 facts on patient safety. <https://www.who.int/news-room/photo-story/detail/10-facts-on-patient-safety>

World Health Organization. (2022, May 6). Global report on infection prevention and control—News release. <https://www.who.int/news/item/06-05-2022-who-launches-first-ever-global-report-on-infection-prevention-and-control>

World Health Organization. (2023, September 11). Patient safety: Fact sheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

World Health Organization. (2024). World Hand Hygiene Day—Key facts and figures. <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day/key-facts-and-figures> Khon Kaen PAO study. (2024). Factors associated with burnout syndrome among healthcare workers at sub-district health promotion hospitals in Khon Kaen. *Journal of Public Sector Studies*. <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/jpss/article/view/284320>

Kunno, J., Supawattanabodee, B., Sumanasrethakul, C., WiriyaSirivaj, B., & Yubonpant, P. (2022). Burnout prevalence and contributing factors among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey study in an urban community in Thailand. *PLoS ONE*, 17(8), e0269421. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269421>

Ministry of Public Health, Thailand. (2025). Thai government to enhance healthcare workforce over next decade. *ThaiTimes*. <https://thaitimes.com/thai-government-to-enhance-healthcare-workforce-over-next-decade>

Phakdeechanuan, K., Kellett, U., Henderson, S., Coronas-Watkins, K., Saito, A., & Thiangchanya, P. (2023). Addressing registered nurse retention and attrition in Thailand hospitals: An integrative review. *Asia Pacific Journal of Public Health*. <https://www.nur.psu.ac.th/...integrative-review>

Thaiger. (2023). Thailand's healthcare sector transformed by AI innovations. *Thaiger*. <https://thethaiger.com/news/national/thailands-healthcare-sector-transformed-by-ai-innovations> Kaikeaw, S. (2023). Socioeconomic inequalities in health outcomes among Thai elderly in 2022–2023. *International Journal of Equity in Health*. <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-023-01952-0>

Sainimnuan, S. (2025). Low prevalence of adequate eHealth literacy among older adults in a middle-income country. *Journal of Medical Internet Research*. <https://www.jmir.org/2025/1/e65380>

U.S. Trade & Development Agency. (2025). Thailand healthcare non-communicable diseases. *International Market Intelligence Report*. <https://www.trade.gov/market-intelligence/thailand-healthcare-non-communicable-diseases>

World Bank. (2017). Caring for Thailand's aging population—Demographic trends and long-term care implications. *World Bank*. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/249641622725700707/pdf/Labor-Markets-and-Social-Policy-in-a-Rapidly-Transforming-Caring-for-Thailand-s-Aging-Population.pdf>

Yan, C., et al. (2025). Factors influencing user decisions to utilize telemedicine services in Thailand. *Journal of Telemedicine and Telecare*. <https://doi.org/10.3390/ijerph18189721>

Ministry of Public Health, Thailand. (2021). Global Health Action Plan 2021–2027. Ministry of Public Health. <https://ghd.moph.go.th/Foreword>

Kritchanchai, D., & Suwandechochai, R. (2010). Supply chain management in health sector in Thailand: a case study. *International Journal of Services, Economics and Management*, 2(2), 211–224. <https://doi.org/10.1504/IJSEM.2010.030920>

Suratemekul, C. (2023). HOSxP hospital information system serving over 300 hospitals in Thailand. *HOSxP*. <https://en.wikipedia.org/wiki/HOSxP>

DKSH Business Unit Healthcare. (2024). Healthtech revolution is transforming healthcare in Thailand. DKSH. Retrieved from <https://www.dksh.com/global-en/home/insights/healthtech-revolution-is-transforming-healthcare-in-thailand>

Grand View Research. (2024). Thailand digital health market size & outlook, 2024–2030. Retrieved from <https://www.grandviewresearch.com/horizon/outlook/digital-health-market/thailand>

Grand View Research. (2024). Thailand telehealth market size & outlook, 2024–2030. Retrieved from <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/thailand-telehealth-market-report>

Wongsrikaeo, J., Tulachom, P., Wongpho, B., & Santiboon, T. (2024). The impact and benefits of the Digital Health Technology Management System Model on environmental public health underserved Thai people and stakeholders. *Journal of Ecohumanism*, 3(8), 3919–3944. <https://doi.org/10.62754/joe.v3i8.5046>

Zayar, N.-N., Kittiratchakool, N., Saeraneesopon, T., Butchon, R., Teerawattananon, Y., & Isaranuwatthai, W. (2024). Telemedicine utilization patterns and implications amidst COVID-19 outbreaks in Thailand under the Universal Coverage Scheme. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 61, 1-12. <https://doi.org/10.1177/00469580241246466> Healthcare Accreditation Institute. (2024). An observational study of HA scoring guidelines and ISQua EEA recognition [PDF]. Healthcare Accreditation Institute. <https://backend.ha.or.th/fileupload/DOCUMENT/00187/dalb128c-8676-4492-903f-0eadd409b6b3.pdf>

Healthcare Accreditation Institute. (2025, August 26). HAI Thailand reinforces global standards with ISQua EEA recognition. Healthcare Accreditation Institute. <https://www.ha.or.th/EN/Home>

Ministry of Foreign Affairs of Thailand. (2025, June 20). Thailand voluntary national review (VNR) 2025 (ENG) [PDF]. MFA. https://image.mfa.go.th/mfa/0/wmuEa8nR2N/VNR_2025/Thailand_VNR_2025_%28ENG%29.pdf

National Health Security Office. (n.d.). National Health Security Act B.E. 2545 (A.D. 2002). NHSO. https://eng.nhso.go.th/view/1/National_Health_Security_Act_B.E.2545/EN-US

National Health Security Office. (2022, January 21). One billion baht paid to COVID-19 vaccine recipients under Section 41. NHSO. <https://eng.nhso.go.th/view/1/home/News/409/EN-US>

National Health Security Office. (2024, May 17). NHSO homepage (English). NHSO. <https://eng.nhso.go.th/>

Office of the National Cyber Security Committee. (2019). Cybersecurity Act, B.E. 2562 (Unofficial translation) [PDF]. ONCSC. <https://www.en.nhone.or.th/file/get/file/20230519184646691370.pdf>

Office of the National Strategy Committee. (2018). National strategy 2018-2037 (Summary) [PDF]. Office of the National Strategy Committee. https://bic.moe.go.th/images/stories/pdf/National_Strategy_Summary.pdf

ราชกิจจานุเบกษา. (2562). พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 [PDF]. ราชกิจจานุเบกษา. https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2562/A/069/T_0052.PDF

Thai Food and Drug Administration. (n.d.). Medical device control in Thailand. Thai FDA. <https://www.fda.moph.go.th/en/consumers-products/medical-devices-2/>

World Health Organization. (2022). Thailand – Current health expenditure (% of GDP): 5.16 (2021). WHO. <https://data.who.int/countries/764>

Choo, E. L. W., Janhavi, A., Koo, J. R., et al. (2023). Association between ambient air pollutants and upper respiratory tract infection and pneumonia disease burden in Thailand from 2000 to 2022: A high frequency ecological analysis. *BMC Infectious Diseases*, 23, 379. <https://doi.org/10.1186/s12879-023-08185-0>

UNICEF Thailand. (2025, January 27). Estimated 13.6 million children in Thailand highly exposed to PM2.5. Retrieved from <https://www.unicef.org/thailand/press-releases/estimated-136-million-children-thailand-highly-exposed-pm25-unicef>

UNDP. (2024). Global Boiling and Climate Change: Impacting every part of our lives. UNDP. Retrieved from <https://www.undp.org/stories/climate-impact-thailand>

Ziegler, A. D., et al. (2025). Hospital resilience in a multi-hazard era: Water security during the 2019–2020 drought and COVID-19 overlap in northern Thailand. *Sustainability in Health Research (assumed)*. Retrieved from relevant publication (MDPI).

Medical Tourism Report. (2025). Thailand medical and wellness tourism market size and forecasts. Retrieved from <https://www.gminsights.com/industry-analysis/thailand-medical-and-wellness-tourism-market>

Ministry of Public Health, Thailand. (2018). Success stories of GREEN and CLEAN hospital practice. Retrieved from https://env.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/env/n1548_7137f2e6268190d82470687ec31a02cf_book52.pdf

World Bank. (2023). Thailand public revenue and spending assessment. Retrieved from <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099052523201013657/pdf/P17715701357680240b0bb0a306c229d46d.pdf>

Department of Provincial Administration, Ministry of Interior. (2025, January 9). Thailand has become a Complete Aged Society; statistics of elderly population 2024. Section09 ThaiHealth. Retrieved from <https://section09.thaihealth.or.th/2025/01/09/complete-aged-society/>

Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2024, October 31). Thailand enters Aged Society with over 20% elderly population [Press release]. Retrieved from https://ipsr.mahidol.ac.th/post_-multimedia/ageing-in-place/

Kosiyaporn, H., et al. (2020). Strengthening the migrant-friendliness of Thai health services through interpretation and cultural mediation: A systems analysis. *Global Health Research and Policy*, 5(1), 1-13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33372646/>

Mulati, N. (2025). Disparity in the burden of caring for older persons. *PMC*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11762797/>

Wongsuwanphon, S., Chottanapund, S., Knust, B., Wongjindanon, N., & Suphanchaimat, R. (2024). Access to healthcare services and factors associated with unmet needs among migrants in Phuket Province, Thailand, 2023: A cross-sectional mixed-method study. *BMC Health Services Research*, 24, 1161. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-024-11589-6>

World Bank. (2021). Caring for Thailand's aging population. Retrieved from <https://www.worldbank.org/en/country/thailand/publication/caring-for-thailand-s-aging-population>

World Health Organization. (2020). Migrant and non-national population health program: Country cooperation strategy 2022-2026, Thailand. WHO. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/thailand/country-cooperation-strategy/2022-2026/4.1.3-migrant-health_ccs_25102021-thaihealth--clear.pdf

Barrenho, E. (2022). Exploring the consequences of greater price transparency on the dynamics of pharmaceutical markets. *OECD*. Retrieved from https://www.oecd.org/en/publications/exploring-the-consequences-of-greater-price-transparency-on-the-dynamics-of-pharmaceutical-markets_c9250e17-en.html

Marshall, A. I. (2021). Participatory and responsive governance in universal health coverage (UHC) systems. *PubMed Central*. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7896578/>

Rajan, D. (2019). Institutionalising participatory health governance: Lessons from nine years of the National Health Assembly model in Thailand. *BMJ Global Health*, 4(Suppl 1), e001769. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6703293/>

The Conference Board. (2025, February 28). Policy Alert: Transparency in health care costs. The Conference Board. Retrieved from <https://www.conference-board.org/research/CED-Newsletters-Alerts/transparency-in-health-care-costs>

World Health Organization. (2022). Healthcare climate footprint report. WHO. Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/climate-change>

ACKNOWLEDGEMENT

กิตติกรรมประกาศ

LOGO