

HA UPDATE 2022



TOWARDS SCALING UP AND RESILIENCE IN HEALTHCARE

เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี **HA National Forum** ครั้งที่ 22

8-11 มีนาคม 2565 ศูนย์การประชุมอิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี

จัดโดย สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

HA UPDATE 2022



สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

HA UPDATE 2022

บรรณาธิการ: วิทยาวรรณ แมตสถาน

ผู้เรียบเรียง: กิตติพันธ์ อนรรฆมณี ขวัญหทัย เปรมพงษ์

รองศาสตราจารย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ จักษณา ปัญญาชีวิน

ชลลดา นันทวิสัย รองศาสตราจารย์ชเนนทร์ วนาภิรักษ์

ดวงสมร บุญผดุง ทรวง พิลาลัย ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

ร้อยเอกหญิง ปิ่นรัตน์ พันธุ์มณี เรวดี ศรินคร

รวีวรรณ หาญสุทธิเวชกุล ลักษณะณ์ ปภินิวิชกุล

วารภรณ์ สักกะโต สุภาเพ็ญ ศรีสดีใส สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิ์พงศ์

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล เอกจิตตรา สุขกุล อารัม ลิ้มตระกูล



จัดพิมพ์โดย:

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5

กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร. 0-2027-8844 โทรสาร 0-2026-6680

www.ha.or.th

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ฉบับพิมพ์ครั้งแรก: มีนาคม 2565

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

HA Update 2022.--นนทบุรี : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

(องค์การมหาชน), 2565.

120 หน้า.

1. สถานพยาบาล -- การประเมิน. I. ชื่อเรื่อง.

362.110684

ISBN 978-616-8024-42-3

ออกแบบ: P2P

พิมพ์: บริษัท ก.การพิมพ์เทียนทอง จำกัด

บทนำ

วันนี้การพัฒนาคุณภาพการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยได้มาถึงจุดที่ได้รับความไว้วางใจเชื่อถือนิยมในระดับหนึ่ง จากเดิมการที่ยังไม่มีมาตรฐานที่ชัดเจนเป็นเพียงใช้มาตรฐานทางวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย แต่เมื่อ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ก่อเกิดขึ้น ได้สร้างมาตรฐานขึ้นจนเป็นที่นิยมและยอมรับของสถานพยาบาลทั่วประเทศทั้งภาครัฐและเอกชน และได้รับการรับรองจาก ISQua External Evaluation Association (IEEA) ทำให้สถานพยาบาลเข้าร่วมรับการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลต่อเนื่องกันมาเป็นลำดับ

ปัจจุบันเรามาถึงจุดที่สถานพยาบาลส่วนใหญ่เข้าใจระบบคุณภาพและมีความต้องการในการที่จะจัดระบบการบริการที่ปลอดภัยมีมาตรฐานให้กับผู้ป่วย ซึ่งยังประโยชน์ให้กับระบบการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศเป็นอย่างมาก กระแสความนิยมและต้องการคุณภาพของการรักษาพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยยังมีอยู่ชัดเจน อย่างไรก็ตามยังมีโอกาสที่ทิศทางของการพัฒนายังต้องดำเนินต่อไปในประเด็นดังต่อไปนี้

ประเด็นแรก การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเกิดขึ้นใหม่ ๆ ตลอดเวลาตามสถานการณ์และความจำเป็น เช่น สภาวะที่มีโรคระบาดหรือในการขยายเครือข่ายการบริการให้ครอบคลุมพื้นที่ห่างไกล การบริการเฉพาะโรคที่ซับซ้อน เหล่านี้ เป็นประเด็นที่น่าขบคิดว่าจะให้บริการใหม่ ๆ รูปแบบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้มาตรฐานที่ควรจะเป็นเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยได้อย่างไร สรพ. ควรจะเป็นตัวกลางในการที่จะเชื่อมโยงหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างมาตรฐานเหล่านี้ให้เกิดขึ้นได้อย่างไร

ประเด็นที่ 2 คุณภาพของสถานพยาบาลจะช่วยคุ้มครองผู้บริโภค (ผู้ป่วยและญาติ) ได้อย่างไร จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเลือกใช้บริการกับสถานพยาบาล

ที่มีอยู่อย่างถูกต้องและตรงตามความต้องการ หรือ เลือกสถานพยาบาลที่มีคุณภาพและมีมาตรฐานได้อย่างไร เมื่อใดตราสัญลักษณ์ของการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจะเป็นส่วนหนึ่งของการพิจารณาเลือกสถานพยาบาลของผู้รับบริการเหมือนเครื่องหมายอื่นๆ ในการเลือกซื้อสินค้า เช่น เครื่องหมาย ออย. และเครื่องหมาย มอก. เป็นต้น

ประเด็นที่ 3 มาตรฐานและการรับรองสถานพยาบาลของประเทศไทย ควรจะได้รับการยอมรับเทียบเท่ากับมาตรฐานระหว่างประเทศอื่นๆ หรือไม่ เราควรจะขยายการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลออกไปยังระหว่างประเทศ เช่น ประเทศเพื่อนบ้านใกล้เคียงหรือไม่ ซึ่งถ้าทำได้โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งที่รับคนไข้ต่างชาติก็จะสามารถใช้มาตรฐานการรับรองของเราในการเคลมประกัน จากบริษัทประกันข้ามชาติ ได้รวมทั้งประเทศเพื่อนบ้านของเราก็ควรมีระบบการรักษาพยาบาลที่ได้มาตรฐานเดียวกันและมีการไปมาหาสู่กันระหว่างประเทศ ประชากรของประเทศในภูมิภาคนี้อยู่ตลอดเวลา

การจัดประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum ครั้งที่ 22 ประจำปี พ.ศ. 2565 ในสถานการณ์ระบาดระลอกใหม่ของ COVID-19 เป็นเรื่องที่ทำให้ท้อความสามารถในการประเมินและจัดการ แม้จะมีความยากลำบากเพียงใด ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพของทุกสถานพยาบาลที่ประสงค์จะเข้าร่วมประชุมและความตั้งใจ ทุ่มเทของผู้อำนวยการ สรพ. และทีมงาน จะทำให้งานนี้สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างรวดเร็ว และได้ผลตามเป้าหมาย

นพ.ธีรพล โตพันธานนท์
ประธานกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

สารบัญ

บทนำ	iii
สารบัญ	v
ตอนที่ 1 Towards Scaling Up and Resilience in Healthcare	1
1.1 Towards Scaling Up and Resilience in Healthcare	2
1.2 ความท้าทายของระบบบริการสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพ กับการปรับปรุงมาตรฐาน HA	4
1.3 การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลของไทยกับแนวคิด Scaling Up and Resilience	7
ตอนที่ 2 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5	11
2.1 เส้นทางการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ	12
2.2 หลักการสำคัญและลักษณะเด่นของมาตรฐาน HA ฉบับที่ 5	15
2.3 การเปลี่ยนแปลงในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5	18
2.4 Profound Understanding of HA Standards	30
2.5 เครื่องมือ HA ที่ก้าวข้ามขีดจำกัด	54
ตอนที่ 3 บทเรียนการพัฒนาระบบสุขภาพที่สำคัญ	61
3.1 การพัฒนาเพื่อก้าวสู่การรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)	62
3.2 การพัฒนาเพื่อก้าวสู่การรับรองเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA)	65
3.3 การพัฒนาเพื่อก้าวสู่การรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ (PDSC)	67
3.4 การพัฒนา SHA จิตวิญญาณในการทำงาน	76
3.5 การพัฒนาเพื่อยกระดับกลไกเครือข่ายการเรียนรู้	78

3.6 การพัฒนาหลักเกณฑ์ขับเคลื่อน Patient and Personnel Safety หรือ 2P Safety สู่ 3P Safety	81
ตอนที่ 4 ตัวอย่างของ สรพ. “รากฐาน สานต่อ ก่อการไกล”	87
4.1 Hospital Accreditation	88
4.2 ทิศทางการก้าวอย่าง...ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	91
ตอนที่ 5 มุมมองต่อการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลและระบบบริการสุขภาพ	101
5.1 ความปรกติใหม่ในยุคต่อไป (next normal)	102
5.2 ระบบสุขภาพที่ผู้ป่วยหรือประชาชนเป็นศูนย์กลาง	105
5.3 คำตอบ...ของความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล	108
บทส่งท้าย	111

ตอนที่



Towards Scaling Up and Resilience in Healthcare





Towards Scaling Up and Resilience in Healthcare

การแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัส 2019 (COVID-19) ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นวงกว้าง เป็นสถานการณ์ที่มีความยากลำบากและมีผลกระทบที่ใหญ่หลวงกับประเทศต่างๆ ทั่วโลก ทั้งในด้านการดำรงชีวิตของประชาชน การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจ และส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพซึ่งเป็นเสมือนด่านหน้าที่ต้องรับมือกับสถานการณ์โรคระบาดที่เกิดขึ้น บุคลากรทางสาธารณสุขต้องทำงานอย่างหนัก ทั้งการรักษา การส่งเสริม การป้องกัน การเฝ้าระวังและการสอบสวนโรค อีกทั้งยังต้องดูแลรักษาผู้ป่วยโรคอื่นๆ รวมถึงดูแลสุขภาพตนเองเพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล มีการใช้ทรัพยากรต่างๆ เป็นจำนวนมาก ทั้งวัสดุ อุปกรณ์ ยา และวัคซีน อีกทั้งต้องศึกษา วิจัย ค้นคว้าเพื่อให้ได้มาซึ่งคำตอบในการรับมือกับสถานการณ์โรคระบาดที่มีการเปลี่ยนแปลงและกลายพันธุ์ การบริหารจัดการเพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อ การบริหารจัดการเตียงเพื่อรับผู้ป่วยให้เพียงพอ เหมาะสม ทันเวลา และการผดุงไว้ซึ่งระบบบริการสุขภาพที่แข็งแกร่งเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของประชาชนทุกคน สิ่งเหล่านี้เป็นโจทย์ที่ทำให้บุคลากรทางด้านสาธารณสุขทุกระดับที่ต้องร่วมแรงร่วมใจกันฟันฝ่าเพื่อก้าวข้ามและพร้อมรับมือกับทุกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

1.1 Towards Scaling Up and Resilience in Healthcare

“Resilience” เป็นคำที่หลายวงการให้ความสนใจ Resilience มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน แปลว่า “กระดอนกลับ” Oxford Dictionary ได้ให้คำนิยามไว้ว่า “The Capacity to Recover Quickly from Difficulties” เป็นความสามารถในการฟื้นตัวอย่างรวดเร็วจากปัญหา แนวคิดนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้ง

ในระดับบุคคลและเชิงระบบ ในแวดวงของงานทรัพยากรบุคคล มีการนำคำว่า “Resilience” มาใช้ในการพัฒนาด้านในและเสริมสร้างศักยภาพของคน ให้มีความสามารถในการปรับตัวอย่างรวดเร็ว ภายหลังการเผชิญกับอุปสรรคความทุกข์ยาก หรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เป็นเสมือนความยืดหยุ่นทางจิตใจเพื่อก่อให้เกิดการตอบสนองเชิงบวกและพร้อมรับกับสถานการณ์ต่างๆ ในทางวิศวกรรม มีการนำคำว่า “Resilience” มาใช้เชิงระบบ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ คือ “Rebound” เป็นการฟื้นตัวจากเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงที่ไม่คาดฝันให้กลับมาทำหน้าที่เหมือนเดิมได้รวดเร็ว โดยอาศัยขีดความสามารถและทรัพยากรที่มีอยู่ “Robustness” เป็นความสามารถที่จะดูดซับความแปรปรวน ความยุ่งเหยิง สามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เลวร้ายได้ “Graceful Extensibility” เป็นความยืดหยุ่น การปรับตัวเชิงระบบ ขยายความพร้อมรับมือกับทุกเหตุการณ์อย่างสง่างาม และ “Sustained Adaptability” เป็นความสามารถที่จะปรับตัวได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว รับมือกับความท้าทายในรูปแบบต่างๆ ที่จะเข้ามาซ้ำแล้วซ้ำอีกในอนาคต โดยรวม “Resilience” ของระบบใดๆ คือ ความยืดหยุ่น ความสามารถในการกลับสู่สภาพเดิม และความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ที่ไม่คาดฝัน ทั้งก่อน ระหว่าง และหลังเหตุการณ์

ในระบบบริการสุขภาพ เริ่มต้นนำคำว่า “Resilience in Healthcare” มาใช้ในประเด็นเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการดูแลรักษา เริ่มจากการเรียนรู้เรื่องความปลอดภัยแบบ Safety I ที่เรียนรู้จากข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น เป็น Safety II ที่เรียนรู้จากการประสบความสำเร็จในการสร้างความปลอดภัย ไม่ว่าจะเกิดสถานการณ์หรือข้อจำกัดใดๆ ในสถานพยาบาล นำมาสู่เรื่อง Resilience in Healthcare System ที่ให้ความสำคัญในการพัฒนาเชิงระบบภาพใหญ่ คือ “The Health System’s Ability to Prepare, Manage (absorb, adapt and transform) and Learn from Shocks” เน้นความสามารถของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมีการเตรียมตัวและการจัดการ (ซึมซับ, ปรับตัว และปรับเปลี่ยน) โดยเรียนรู้จากแรงกระแทกหรือสถานการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นในสถานการณ์โควิด ด้วยการเตรียมความพร้อม มีการบริหารจัดการที่ดี มีการประสานความร่วมมือ เพื่อนำระบบบริการสาธารณสุขก้าวไปข้างหน้า รวมถึงยกระดับและขยายศักยภาพ เพื่อ Scaling Up ระบบบริการสุขภาพไทยให้คง

อยู่อย่างยั่งยืน

ในสถานการณ์ COVID-19 ที่ผ่านมา เกิด “Resilience” ทั้งในระดับบุคคลที่ทำให้บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถยืนหยัดทำงานในสถานการณ์ที่ยากลำบาก เกิด “Resilience” เชิงระบบในระดับโรงพยาบาลเพื่อรับมือกับสถานการณ์ COVID-19 ที่มีความหลากหลายเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลทั้งคนไข้ COVID-19 และคนไข้ทั่วไป เกิด “Resilience” ในระดับ Health System ที่ต้องมีการบริหารจัดการกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก ทั้งการควบคุมการระบาด เชื้อกลายพันธุ์ การบริหารจัดการวัคซีนให้ครอบคลุม และการสื่อสารกับประชาชน เกิดความร่วมมือ เกิดนวัตกรรม เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เปล่งประกายศักยภาพที่หลากหลาย มีเรื่องราวมากมายจากหลากหลายประสบการณ์ของผู้คนที่ควรค่าแก่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการยกระดับ หรือ “Scaling Up” ระบบบริการสุขภาพประเทศไทย

1.2 ความท้าทายของระบบบริการสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพกับการปรับปรุงมาตรฐาน HA

พัฒนาการของบริการสุขภาพเป็นไปอย่างไม่เคยหยุดยั้ง ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นด้าน การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ ในด้านอื่นๆ โดยเฉพาะเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ อีกส่วนหนึ่งเป็นผลจากแนวโน้มทางสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากแนวโน้มของสังคมผู้สูงอายุที่มาพร้อมกับการเพิ่มขึ้นของความเจ็บป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรังและความพิการ การให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ ความสามารถในการค้นหาข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ การสนใจเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจและมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชน การเปรียบเทียบทางเลือกของบริการสุขภาพที่นำมาสู่ความต้องการและความคาดหวังต่อบริการที่แตกต่างไปจากเดิม มีการแข่งขันด้านการให้บริการสุขภาพ ทั้งในรูปแบบเดิม และรูปแบบใหม่ๆ เช่น ผ่านสื่อออนไลน์ มีการจัดบริการสุขภาพชนิดใหม่ๆ รวมถึงแรงขับเคลื่อนจากกลไกเชิงระบบของรัฐ

เช่น นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ที่ส่งผลให้สถานพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลต้องปรับตัว

ยิ่งไปกว่านั้น สถานการณ์การระบาดของ COVID-19 อย่างต่อเนื่องในประเทศไทยตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2563 ได้กลายเป็นบททดสอบสำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศ ทั้งในส่วนของสถานพยาบาลและกลไกอื่นในระบบ ในการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีความไม่แน่นอนสูง ตลอดจนมีผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อเครือข่ายอุปทานของบริการสุขภาพ เช่น ยา เวชภัณฑ์ วัคซีน วัสดุทางการแพทย์และเครื่องมือแพทย์ รวมไปถึงบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างไม่เคยมีมาก่อน ซึ่งผลกระทบดังกล่าวหลายเรื่องเกิดขึ้นในระดับที่เกินกว่าที่สถานพยาบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง ซึ่งแม้ว่าจะจะเป็นสถานพยาบาลขนาดใหญ่และมีความพร้อมสูง จะสามารถตอบสนองโดยการเตรียมความพร้อม ป้องกันหรือแก้ไขได้โดยลำพัง สถานพยาบาลหลายแห่งต้องปรับลดบริการปกติลงเพื่อจัดสรรทรัพยากรใหม่ นำแนวทางการจัดบริการในแบบที่ไม่เคยมีมาก่อนและอาจไม่ได้รับการยอมรับว่าจะสามารถทำได้ รวมถึง “นวัตกรรม” ที่สถานพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ คิดค้นสร้างสรรค์ สิ่งของที่มีผู้นำมาบริจาคให้กับสถานพยาบาล ได้ถูกนำมาใช้เพื่อจัดการปัญหาเฉพาะหน้าเป็นจำนวนมาก ทั้งเพื่อการจัดสถานที่เพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เพื่อทดแทนเวชภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์ที่จัดหาได้ไม่พอใช้งาน เพื่อปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพให้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ในภาวะที่ต้องลดการใช้ทรัพยากรในส่วนที่ไม่จำเป็น เว้นระยะห่าง ลดความหนาแน่นของสถานพยาบาล และเพื่อรองรับปริมาณและความรุนแรงของผู้ป่วย COVID-19 ของแต่ละพื้นที่ เช่น การดัดแปลงหอผู้ป่วยเพื่อเป็น Airborne Infection Isolation Room หรือ Modified AIIR, การแพทย์ทางไกลผ่านทาง Video Call, การส่งยาทางไปรษณีย์, การจัดการบริการโรงพยาบาลสนาม, Hospitel และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านแบบ Home Isolation ซึ่งบางเรื่องเหล่านี้ยังคงมีการใช้ประโยชน์อยู่เสมอแม้บางพื้นที่สถานการณ์จะดีขึ้น มีการต่อยอดขยายผลมาสู่บริการเพื่อผู้ป่วยและผู้รับบริการกลุ่มอื่น และมีแนวโน้มว่าจะมีการดำเนินการกันต่อไปเป็น Next Normal แม้ว่าสถานการณ์วิกฤติจาก COVID-19 จะสิ้นสุดลง

เหตุข้างต้นส่งผลให้ทิศทางของระบบบริการสุขภาพในอนาคตรวมจำเป็นต้องพัฒนาเพื่อรองรับแนวโน้มที่สำคัญอย่างน้อยในเรื่องต่อไปนี้ที่จะมีอยู่ต่อไป

และอาจมากขึ้นอีกในอนาคต 5 ปีข้างหน้า (5 C's)

1) Care Innovation: การปรับตัวเพื่อรับมือกับนวัตกรรมที่จะมีการนำมาประยุกต์ใช้มากขึ้นและนำมาใช้เป็นบริการสุขภาพใหม่หรือเป็นส่วนหนึ่งของบริการสุขภาพที่ทำอยู่เดิมแล้ว นวัตกรรมเหล่านี้ อาจเกิดจากการวิจัยทางการแพทย์ หรือการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีใหม่ในสาขาอื่นที่ถูกนำมาบูรณาการ หรือการพัฒนาในรูปแบบอื่นที่สถานพยาบาลจะนำมาใช้ในการดูแลสุขภาพให้กับผู้ป่วยและประชาชน ส่งผลให้สถานพยาบาลจำเป็นต้องมีความตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและต้องมีการเตรียมการเพื่อรองรับความเสี่ยงเหล่านั้น ควบคู่ไปการมองเห็นประโยชน์และโอกาสที่จะร่วมในการพัฒนานวัตกรรมและนำนวัตกรรมนั้นมาใช้กับผู้ป่วย

2) Continuity of Care: การผสมผสานรูปแบบการจ้ดบริการสุขภาพเพื่อการดูแลปัญหาสุขภาพในเรื่องหนึ่ง ๆ ของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะมีมากขึ้น ทั้งในส่วนที่ยังอยู่ในความดูแลของสถานพยาบาลเดียวกันแต่คนละหน่วยงาน คนละรูปแบบการดูแล และที่ผ่านระบบการส่งต่อหรือการทำงานร่วมกันของสถานพยาบาลที่เป็นเครือข่าย หรือจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน ส่งผลให้การสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นนั้นได้จริง และได้อย่างต่อเนื่องแต่ภายใต้การดูแลของผู้ให้บริการหรือหน่วยบริการที่หลากหลาย และอาจอยู่คนละสถานที่ เหล่านี้เป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้ป่วย

3) Co-creation of Care: การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการวางแผน ตัดสินใจและการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองให้ประสบผลสำเร็จ ซึ่งเกิดขึ้นได้จากปัจจัยต่างๆ ที่เข้ามาผลักดัน ทั้งการเปลี่ยนแปลงแนวคิดของผู้บริโภคที่ขอเป็นผู้เลือกเอง, การให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตโดยรวมที่มีใช่เพียงผลการรักษาโรค, ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง, เทคโนโลยีที่สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย และแรงผลักดันเพื่อประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรในระบบ

4) Complexity of Care: ความซับซ้อนของบริการสุขภาพและสหสาขาวิชาชีพที่ทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมากมีมาตรฐาน แนวปฏิบัติ กฎระเบียบข้อบังคับจากหลากหลายองค์กร องค์ประกอบของบริการสุขภาพที่มีมากขึ้นแต่ประสงค์จะให้มีความเป็นองค์รวมและบูรณาการทำให้บริการสุขภาพในเรื่องหนึ่ง ๆ มีความคาบเกี่ยวกับวิชาชีพหรือสาขาวิชาที่มีมาแต่ดั้งเดิม

มากกว่าหนึ่งสาขาอยู่เสมอ เป็นงานคร่อมสายงานที่ต้องมีการประสานบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเป็นศูนย์กลางของการดูแลได้อย่างแท้จริง ลดความซ้ำซ้อน ตกหล่นและเพิ่มความปลอดภัย

5) Care Resilience: ความยืดหยุ่นของการดูแลสุขภาพที่มีการคาดการณ์เตรียมการ รักษาระดับการให้บริการ สามารถฟื้นตัวได้รวดเร็วหากต้องยุติหรือจำกัดการบริการ และสามารถปกป้องผลกระทบของการหยุดชะงักของการดูแลสุขภาพที่เกิดจากภัยพิบัติที่จะกระทบต่อผู้ป่วยและบุคลากรได้ ความยืดหยุ่นนี้เป็นศักยภาพสำคัญภายใต้สถานการณ์แวดล้อมในระบบบริการสุขภาพที่มีความผันผวน ความไม่แน่นอน ความซับซ้อน และความไม่ชัดเจน (หรือ VUCA) ในระดับสูงดังเช่นในระยะที่ผ่านมาเร็ว ๆ นี้

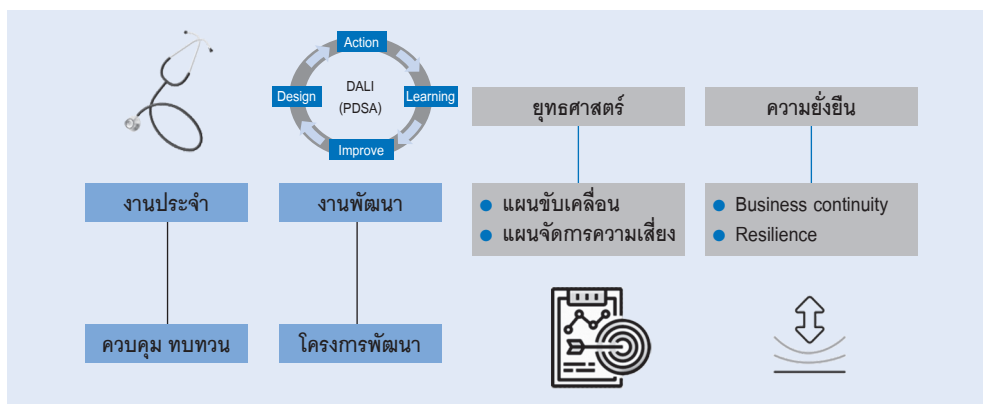
1.3 การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลของไทยกับแนวคิด Scaling Up and Resilience

การพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลในประเทศไทยได้ก้าวหน้ามาโดยลำดับ จากการพัฒนาคุณภาพของบริการสุขภาพเป็นรายวิชาชีพ ได้พัฒนาไปสู่คุณภาพในภาพรวมของสถานพยาบาล โดยในช่วงแรกของการพัฒนาคุณภาพแนวคิดยังเน้นอยู่ที่การควบคุมขั้นตอนของงานบริการและงานประจำต่างๆ ให้ตรงกับสิ่งที่ผู้เชี่ยวชาญกำหนดไว้ ต่อมาแนวคิดมีการพัฒนาต่อยอดสู่การเรียนรู้ของคนหน้างานจากการทบทวนผลที่เกิดขึ้นจากงานประจำ เพื่อพัฒนาต่อยอดสู่กระบวนการงานที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าเดิม และใช้การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ขององค์กรมาช่วยในการผลักดันให้เกิดการพัฒนาคุณภาพแบบก้าวกระโดดและช่วยแก้ไขความเสี่ยงในระบบบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนสูงได้

การพัฒนาคุณภาพภายในสถานพยาบาลในช่วง 25 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะเริ่มจากบางหน่วยที่มีความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงของแนวคิดซึ่งนำไปสู่การปรับปรุงวิธีการทำงาน แล้วค่อยขยายผล (scaling up) บทเรียนที่เกิดขึ้นไปได้อย่างสอดประสานกันทั้งองค์กร นอกจากนี้ การ Scaling Up ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ยังขยายไปสู่การเชื่อมโยงบริการสุขภาพเป็นเครือข่ายสถานพยาบาลเพื่อการพัฒนากระบวนการสุขภาพตาม Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข

และการสร้างเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างมาก
 มหาศาล ในช่วงเวลาที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับการระบาดของโรค COVID-19
 ซึ่งต้องมีการประสานความร่วมมือในการบริหารจัดการการควบคุมโรคและการ
 ดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

อย่างไรก็ตาม การ Scaling Up ของระบบบริการสุขภาพอย่างเดียวยัง
 ไม่เพียงพอ เพราะโลกยุคหลังการระบาดของ COVID-19 จะมีการเปลี่ยนแปลง
 อย่างพลิกโฉมของสังคมและเศรษฐกิจ จะมีการสถาปนาสังคม เศรษฐกิจ และ
 ชุมชนแบบใหม่ คู่ไปกับการสูญสลายของหน่วยเดิมที่มีอยู่ในสังคมยุคปัจจุบันที่
 ปรับตัวไม่ได้ สถานพยาบาลทุกระดับจึงจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้การจัดทำ Business
 Continuity Plan เพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบที่สามารถคาดการณ์
 ล่วงหน้าได้ ขณะเดียวกัน ก็จำเป็นต้องพัฒนาองค์กรให้มีความยืดหยุ่นสูง
 (resilience) เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงในรูปแบบที่ไม่สามารถคาดการณ์
 ล่วงหน้าได้



รูปภาพประกอบหัวข้อ 1.3 การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลของไทยกับแนวคิด Scaling Up and Resilience

ชีวิตของมนุษย์เรามีวิวัฒนาการมาอย่างยาวนาน และอยู่รอดมาได้แม้จะ
 เผชิญภัยคุกคามในหลากหลายรูปแบบ จึงถือได้ว่ามนุษย์เป็นสิ่งที่มีความ Resilience สูง
 เราจึงน่าจะเรียนรู้จากชีวิตมนุษย์และนำมาปรับใช้กับการสร้าง Resilience ของ
 องค์กร กล่าวคือ

1. มนุษย์ลงทุนสูงมากกับการสร้างระบบประสาทที่ซับซ้อน เพื่อการประมวลผลการเปลี่ยนแปลงของสภาวะแวดล้อมรอบตัว เพื่อนำมาตอบสนองอย่างเหมาะสม แล้วมีการเรียนรู้เพื่อปรับปรุงการตอบสนองนั้นอย่างสม่ำเสมอ สถานพยาบาลจึงจำเป็นต้องลงทุนกับสร้างระบบสารสนเทศที่สร้างภูมิปัญญา (intelligence) ให้องค์กร และมีระบบจัดการความรู้ที่ดี เพื่อการเฝ้าระวัง วิเคราะห์ข้อมูล เฝ้าระวังเหตุ และปรับตัวเพื่อตอบโต้ภาวะคุกคามได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ (sustained adaptability) อันนำมาสู่การกลับเข้าภาวะปกติอย่างรวดเร็ว (rebound)

2. ระบบสำคัญในร่างกายมนุษย์ถูกสร้างโดยมีกำลังสำรอง (reserved capacity) จำนวนหนึ่งเสมอ มนุษย์สามารถรอดชีวิตได้แม้เสียหู ตา ปอด ลำไส้ ไต ไปเกินกึ่งหนึ่ง องค์กรที่จะมี Resilience ได้ จึงต้องมีกำลังสำรองในระบบสำคัญ เพื่อรองรับการสูญเสียที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในช่วงการเผชิญภาวะคุกคามช่วงแรก อันจะช่วยให้ระบบใหญ่ไม่พังทลายลง

3. การมีสุขอนามัยที่ดี มีการสร้างเสริมสุขภาพ และมีการสร้างภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็ง เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตมนุษย์ องค์กรที่มี Resilience ก็ต้องมีความเข้มแข็ง (robustness) ของระบบงานและกระบวนการ ซึ่งเปรียบได้กับภูมิคุ้มกันหลักขององค์กร และภูมิคุ้มกันหลักนั้นก็ต้องสามารถพัฒนาได้อย่างรวดเร็วเพื่อเผชิญเหตุใหม่ๆ (graceful extensibility) ที่มีเข้ามาในหลากหลายรูปแบบ

ผู้บริหารสถานพยาบาลในยุคปัจจุบันจึงจำเป็นที่จะต้องบูรณาการรูปแบบของการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ทั้งในลักษณะ Quality Control, Quality Improvement and Risk Management, Strategic Management และ Sustained Success of an Organization เข้าด้วยกัน อย่างประสานกลมกลืน

ตอนที่



**มาตรฐานโรงพยาบาล
และบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5**

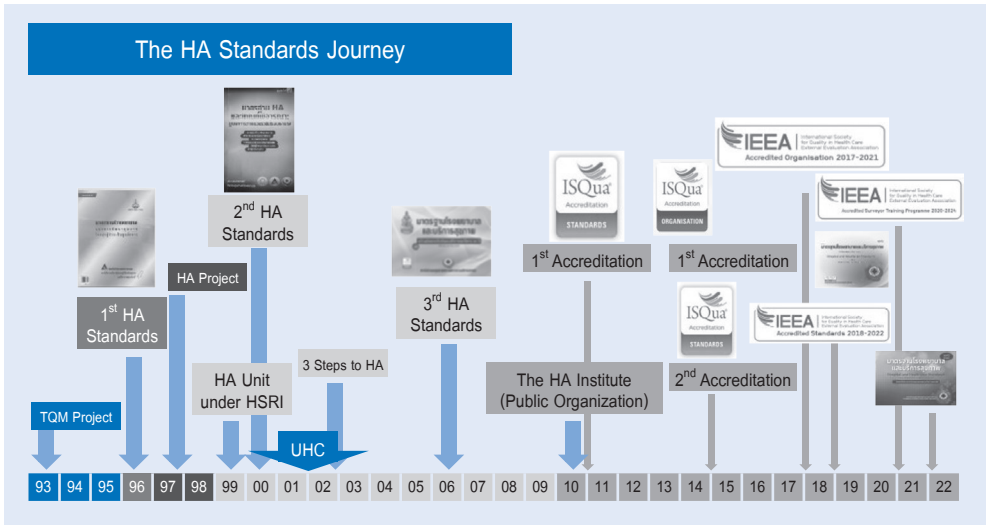
2.1 เส้นทางการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ หรือที่เรียกง่าย ๆ ว่ามาตรฐาน HA เป็นเครื่องมือสำคัญของกระบวนการ HA เนื่องจากเป็นข้อกำหนดที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับผู้เยี่ยมชมสำรวจในการประเมินระบบงานของสถานพยาบาล และการปฏิบัติตามมาตรฐานถึงระดับที่กำหนด เป็นเกณฑ์ที่คณะกรรมการ สรพ. ใช้ในการตัดสินใจรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาล

สรพ. หรือ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เดิมได้เริ่มมีการพัฒนามาตรฐานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 โดยมาตรฐานฉบับแรก เป็นมาตรฐานโรงพยาบาลซึ่งจัดทำเป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อใช้ในโครงการและพัฒนาโรงพยาบาลนำร่อง ต่อมาในปี พ.ศ. 2543 ได้มีการปรับมาตรฐานให้กระชับที่มีข้อกำหนดหรือเกณฑ์การพิจารณา เป็นมาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา: บัณฑิตการภาควรรวมระดับโรงพยาบาล/สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นมาตรฐานฉบับที่ 2 และในปี พ.ศ. 2549 สรพ. ได้บัญญัติการข้อกำหนดของมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับที่ 2 (ฉบับบัณฑิตการ) ข้อกำหนดของมาตรฐานโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ และข้อกำหนดของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA/MBNQA) ทำให้เป็นมาตรฐานที่ครอบคลุมองค์ประกอบต่างๆ ทั้งด้านการบริหารองค์กรสู่ความเป็นเลิศ การสร้างเสริมสุขภาพ คุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย เป็นมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 3 หรือฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี

ในปี พ.ศ. 2552 สถาบันได้รับการจัดตั้งเป็นองค์การมหาชนตามกฎหมายว่าด้วยองค์การมหาชน และมีพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ให้ สรพ. ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล สถาบันมีความมุ่งมั่นในการพัฒนามาตรฐานให้มีความเชื่อถือได้ น่าไว้วางใจ และเป็นที่ยอมรับในระดับสากล จึงดำเนินการขอรับการรับรองมาตรฐานจาก ISQua (International Society for Quality in Healthcare) ซึ่งเป็นองค์กรสากลที่รับรอง Healthcare Accreditor ทั่วโลก ใน 3 Scheme คือ รับรองมาตรฐาน (standards) รับรององค์กร (organization) และรับรองกระบวนการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ (surveyor training program) โดยมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี เป็นมาตรฐานที่ได้รับการรับรองจาก ISQua ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2553 และได้รับการต่ออายุการรับรองครั้งที่ 2 เมื่อปี พ.ศ. 2557 ในปี พ.ศ. 2559 ISQua มีการปรับปรุงข้อกำหนดสำหรับการรับรองมาตรฐาน HA รวมถึงในปี พ.ศ. 2561 ได้มีการปรับเปลี่ยนชื่อองค์กรจาก ISQua เป็น IEEA: ISQua External Evaluation Association รวมถึงเกณฑ์ MBNQA/TQA มีการปรับปรุงทุก 2 ปี และในปี พ.ศ. 2561 สรพ. จึงได้พัฒนามาตรฐานเพื่อสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทั้งเกณฑ์ของ IEEA, MBNQA/TQA รวมทั้งให้สัมพันธ์กับองค์ความรู้และความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 โดยได้รับการต่ออายุการรับรองมาตรฐานจาก IEEA ในปี พ.ศ. 2561

ในปี พ.ศ. 2562 สถานการณ์โลกมีการปรับเปลี่ยนด้วยเรื่องโรคอุบัติใหม่ ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพในหลายประเด็น ผนวกกับ IEEA มีการปรับเปลี่ยนข้อกำหนดของการพัฒนามาตรฐานเพิ่มเติม สรพ. จึงได้มีการปรับเปลี่ยนมาตรฐานเพื่อต่ออายุการรับรอง จาก IEEA ในปี พ.ศ. 2565 เป็น มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5



รูปภาพประกอบหัวข้อ 2.1 เส้นทางการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ

การพัฒนามาตรฐานตามเกณฑ์ IIEEA ทำให้สามารถมั่นใจได้ว่ามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของประเทศไทย สอดคล้องกับความต้องการที่เป็นสากล โดยเป้าหมายของมาตรฐานจะต้องแสดงให้เห็นถึงการพัฒนาของสถานพยาบาลที่มุ่งเน้นในเรื่อง ความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) การมุ่งเน้นที่บุคคล ผู้ป่วยหรือประชาชนเป็นศูนย์กลาง (person-centred care)

การพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 ใช้กระบวนการพัฒนามาตรฐานอย่างมีส่วนร่วมในรูปแบบของคณะกรรมการพัฒนามาตรฐานที่มีองค์ประกอบของผู้ทรงคุณวุฒิที่หลากหลาย มีการกำหนดหลักการในการพัฒนามาตรฐาน (principle of standards development) และหลักการในการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติและการประเมินผล (principle of standard implementation and evaluation) กำหนดแนวทางการพัฒนา ระยะเวลาการพัฒนา การรับฟังความคิดเห็น การทดลองใช้ และการประเมินผล อย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้มาตรฐานฉบับนี้เป็นมาตรฐานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากหลากหลายภาคส่วน มีการปรับรูปแบบและเนื้อหาให้สอดคล้องกับความต้องการของสถานพยาบาล ผู้เยี่ยมชมสำรวจ องค์กรวิชาชีพและหลายภาคส่วนที่มีความเกี่ยวข้อง รวมถึงปรับปรุงเพิ่มเติมที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่

เปลี่ยนแปลงไป เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้นำมาตรฐานไปใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างการเรียนรู้และพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ซึ่งสถานพยาบาลเป็นจิ๊กซอว์สำคัญที่จะเชื่อมโยงให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีคุณภาพและน่าไว้วางใจในระดับสากล

2.2 หลักการสำคัญและลักษณะเด่นของมาตรฐาน HA ฉบับที่ 5

ตามที่คณะกรรมการพัฒนามาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลสรุปไว้ อย่างน้อย 6 ประการ คือ

1) ใช้การพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมที่กว้างขวางครอบคลุมทั้งภาควิชาการและผู้ใช้มาตรฐาน ประกอบด้วย องค์กรด้านสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้เยี่ยมสำรวจ โรงพยาบาลและประชาชน

การดำเนินการทบทวนและปรับปรุงมาตรฐานครั้งนี้ครอบคลุมการรับฟังและรวบรวมข้อมูลที่เป็นประสบการณ์และข้อคิดเห็นต่อมาตรฐานที่ผ่านมา แนวโน้มของระบบที่แต่ละภาคส่วนให้ความสำคัญ และความเห็นต่อร่างมาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 ที่ได้รับการปรับปรุงและเรียบเรียงขึ้นมาใหม่แล้ว ทำให้มั่นใจว่าการดำเนินการตามมาตรฐานเป็นสิ่งที่ควรทำ และอยู่ในวิสัยที่สามารถทำได้ในระบบบริการสุขภาพของไทย แม้สถานพยาบาลบางแห่งอาจมีข้อจำกัดอยู่บ้าง

2) นำมาตรฐานต่างประเทศและหลักการพัฒนามาตรฐานขององค์กรในระดับสากล The International Society for Quality in Healthcare External Evaluation Association (IEEA) มาเป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานอย่างเป็นรูปธรรม

มาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 นี้ ไม่เพียงจะได้รับการวางโครงสร้างด้วยการมุ่งเน้นมุมมองเชิงระบบ รวมถึงค่านิยมและแนวคิดหลักอื่นของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award) ซึ่งมีที่มาที่อ้างอิงมาจาก Malcolm Baldrige Criteria for Performance Excellence ของประเทศสหรัฐอเมริกา มาปรับใช้ในบริบทของระบบบริการสุขภาพของไทย แต่ยังมีความเป็นสากลสอดคล้องกับประเด็นสำคัญที่ระบบการรับรองคุณภาพในระดับนานาชาติให้

ความสำคัญ ซึ่งทำให้ได้รับการรับรองจาก IEEA ในปี พ.ศ. 2564 อีกครั้ง เช่นเดียวกับมาตรฐาน HA ฉบับที่ 4

3) บูรณาการบทเรียนและประสบการณ์ของโรงพยาบาลในการตอบสนองในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และวิธีหรือแนวปฏิบัติใหม่ ๆ (new normal) ที่โรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยน

สถานการณ์ COVID-19 เป็นบททดสอบสำคัญว่ามาตรฐาน HA สามารถเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพและเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ ให้กับสถานพยาบาลได้ กระนั้น คณะอนุกรรมการฯ ได้มีการปรับปรุงและเพิ่มเติมมาตรฐานอีกจำนวนหนึ่งเพื่อนำบทเรียนที่ได้มาบูรณาการไว้ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของแนวปฏิบัติที่ดีที่สถานพยาบาลได้ริเริ่มไว้ หรือเพื่อซี้อโอกาสในการทบทวนและปรับปรุงบริการหรือการปฏิบัติการเหล่านั้นให้มีคุณภาพและความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยบุคลากร หรือชุมชนและสังคมยิ่งขึ้น หากจะดำเนินการต่อไปเมื่อพ้นระยะวิกฤติแล้ว เช่น การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การแพทย์ทางไกล (Tele-medicine)

4) คาดการณ์แนวโน้มการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพและการใช้เทคโนโลยีใหม่ ๆ เพื่อชี้แนะและส่งเสริมการเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ด้วยความก้าวหน้าทางการแพทย์และการจัดบริการสุขภาพที่ไม่หยุดยั้ง มาตรฐาน HA ฉบับนี้ จึงมีเนื้อหาในมาตรฐานหลายเรื่องเตรียมไว้เพื่อรองรับพัฒนาการในอนาคตที่อาจเป็นบริการที่มีแนวโน้มว่าจะขยายตัวต่อยอดต่อเนื่องไปจากปัจจุบันและอาจเป็นเรื่องใหม่ที่จะเข้ามา อย่างน้อยในช่วง 5 ปีข้างหน้า เพื่อเป็นข้อแนะนำในการพัฒนาคุณภาพขององค์กร เช่น การจัดการระบบสารสนเทศโดยเฉพาะเรื่องการรักษาความลับของผู้ป่วยในการสื่อสารข้อมูลโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์และระบบบริการการแพทย์ทางไกล การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองที่มุ่งการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อคุณภาพชีวิตไม่ใช่เพียงการดูแลระยะสุดท้าย การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้านที่ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะการเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายหรือการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง รวมถึงการดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงที่มีข้อพิจารณาให้ครอบคลุมทั้งปัจจัยตัวผู้ป่วย การดูแล บริการและหัตถการ อาทิ การเป็นส่วนหนึ่งการวิจัยและการทดลองทางคลินิกที่มีการดำเนินการในสถานพยาบาล เพื่อรองรับนโยบายของ

รัฐที่ส่งเสริมการวิจัยและการพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการพัฒนา หรือนำเข้ายา ผลิตภัณฑ์การแพทย์ขั้นสูง (ATMPs) หรือเครื่องมือแพทย์ที่ยัง ไม่ได้รับอนุญาตโดยหน่วยงานของรัฐในประเทศมาใช้กับผู้ป่วย

5) บุรณาการเอกลักษณ์ของไทย เช่น มติจิตวิญญูณ (SHA) การ แพทย์แผนไทย การสร้างเสริมสุขภาพ การรณรงค์ลดการสูบบุหรี่

ประเด็นสำคัญที่เป็นเอกลักษณ์ของบริการสุขภาพของไทยเหล่านี้ บางส่วนมีการเรียบเรียงไว้เป็นหัวข้อใหม่ชัดเจน เช่น การแพทย์แผนไทยที่อยู่ใน ตอนที่ III-4.3 ซ ในขณะที่บางเรื่องจะมีสาระกระจายอยู่ตามหัวข้อต่างๆ ของ มาตรฐาน ซึ่งการตีความและใช้ประโยชน์มาตรฐานควรคำนึงถึงเส้นทางของ ผู้ป่วย (patient journey) ที่จะพาดผ่านขั้นตอนต่างๆ ของบริการหรือตามหัวข้อ ต่างๆ ของมาตรฐานกระบวนการดูแลผู้ป่วย เช่น เรื่องการรณรงค์ลดการ สูบบุหรี่ที่การดำเนินการจะต่อเนื่องตั้งแต่ตอนที่ III-1 ไปจน III-6 รวมถึง กระบวนการสนับสนุนที่จำเป็นซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับมาตรฐานในข้ออื่นๆ ร่วม ด้วยเมื่อสถานพยาบาลมีการจัดบริการในเรื่องนี้ อาทิ บุคลากร สิ่งแวดล้อมใน การดูแลผู้ป่วย และการทำงานกับชุมชน

6) การเรียบเรียงเกณฑ์มาตรฐานให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นเพื่อ นำไปใช้ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพเป็นหลัก ไม่ใช่เพียงเพื่อการประเมิน รับรอง

การจัดทำรายละเอียดของเนื้อหาของมาตรฐานมีการเรียบเรียงภายใน หัวข้อต่างๆ ใหม่ จัดระดับของหัวข้อและจัดกลุ่มให้มีสาระที่สอดคล้องกันภายใน มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการจัดทำเชิงอรรถ (footnote) เพื่ออธิบายความเพิ่ม เต็มในสิ่งที่ผู้ใช้มาตรฐานควรศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียด หรือเพื่อให้ได้เห็น ตัวอย่างที่สถานพยาบาลสามารถนำไปพิจารณาดำเนินการในส่วนที่สอดคล้อง กับบริบท กลุ่มผู้ป่วยและการจัดบริการในสถานพยาบาลของตนเองได้

การใช้ประโยชน์จากมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 เป็นเสมือนเครื่องมือ ของผู้บริหารในการบริหารองค์กร และเครื่องมือของบุคลากรในการพัฒนา คุณภาพสถานพยาบาล สามารถใช้มาตรฐานเป็นกลไกในการกระตุ้นการ ขับเคลื่อนการพัฒนาและสร้างการเรียนรู้ในสถานพยาบาล ใช้เป็นแนวทางใน

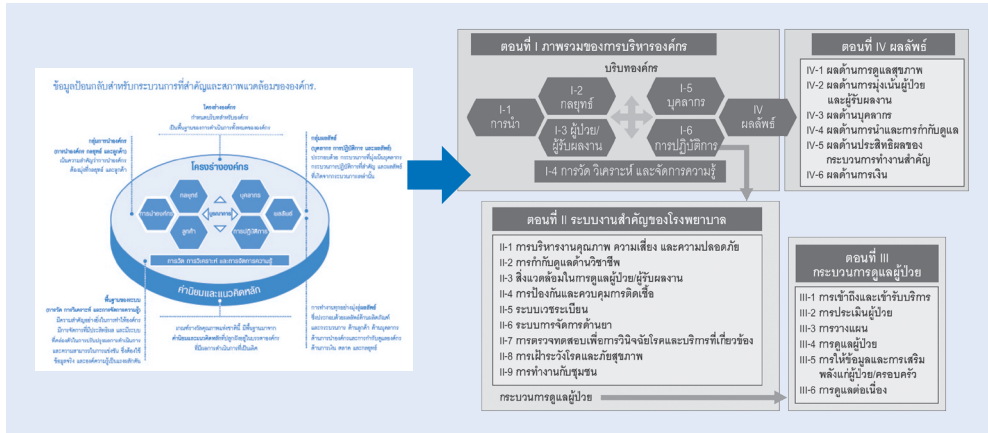
การออกแบบระบบงานที่เหมาะสม และใช้เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้มาตรฐานเพื่อการพัฒนาที่สามารถใช้ได้ตลอดเวลา โดยทุกคน และใช้ร่วมกับการพิจารณาบริบทขององค์กร/หน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคำนึงถึง ปัญหา ความท้าทาย และความเสี่ยงที่สำคัญ ประกอบการตัดสินใจด้วยค่านิยมและแนวคิดหลักของการพัฒนาคุณภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีการหมุนวงจรพัฒนา Plan Do Check Act อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนาไปสู่เป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ขององค์กร โดยมีแนวทางการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน (scoring guideline) เป็นเครื่องมือสนับสนุน

การใช้มาตรฐานเพื่อการประเมินและรับรองสถานพยาบาลตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 มีผลบังคับใช้สำหรับสถานพยาบาลที่เข้าสู่กระบวนการประเมินรับรองโดยการส่งเอกสารขอรับการรับรองหรือต่ออายุการรับรอง ที่ประกอบด้วยใบแสดงเจตจำนงค์และเอกสารเกี่ยวกับการประเมินตนเอง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป

2.3 การเปลี่ยนแปลงในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5

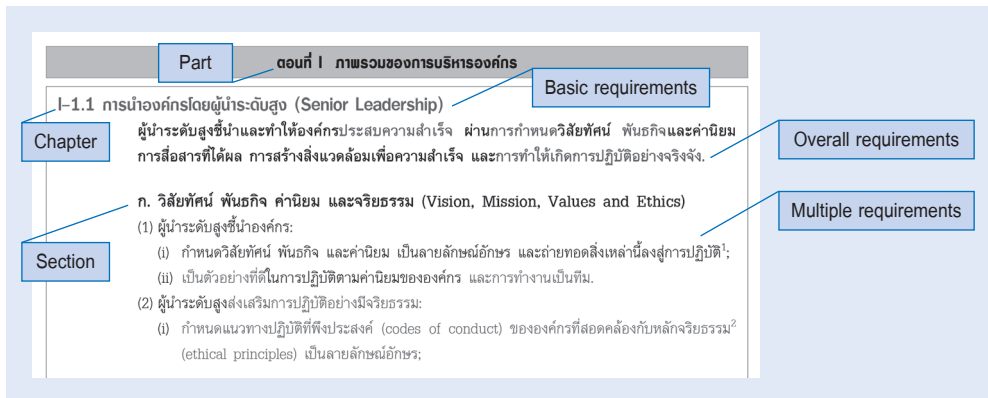
ขอบเขตและเนื้อหาของมาตรฐาน

มาตรฐานนี้ใช้สำหรับการพัฒนาและการประเมินโรงพยาบาลทั้งองค์กรซึ่งสามารถใช้ได้กับโรงพยาบาลทุกระดับ โดยเนื้อหาในมาตรฐานแบ่งเป็น 4 ตอน (part) ประกอบด้วย ตอนที่ I ภาพรวมการบริหารองค์กร ตอนที่ II ระบบงานที่สำคัญของโรงพยาบาล ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย ตอนที่ IV ผลลัพธ์ โดยโครงสร้างของมาตรฐานยังคงไว้ซึ่งหลักคิดที่สอดคล้องกับเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ



รูปภาพประกอบหัวข้อ 2.3 โครงร่างมาตรฐานที่สอดคล้องกับหลักคิดเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ

เนื้อหาในมาตรฐานทั้ง 4 ตอนได้มีการแบ่งเป็นบท (chapter) โดยเรียงลำดับแต่ละบทตามตัวเลขอารบิกตามหลังด้วยเลขโรมัน เช่น มาตรฐานตอนที่ I ประกอบด้วยมาตรฐานบทที่ I-1 ถึง I-6 โดยบางบทจะมีการจัดหมวดหมู่ (section) เป็น ตัวตัวอักษร เช่น ก. ข. และค. และแต่ละบทของมาตรฐานจะมีข้อกำหนด (requirement) 3 ระดับ คือ ข้อกำหนดพื้นฐาน (basic requirements) ข้อกำหนดในภาพรวม (overall requirements) และข้อกำหนดย่อย (multiple requirements)



รูปภาพประกอบหัวข้อ 2.3 โครงร่างองค์กรประกอบเนื้อหามาตรฐาน

การเปลี่ยนแปลงในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 มีประเด็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเขียนมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5
2. การปรับ/เปลี่ยนแปลงชื่อบทมาตรฐาน
3. การเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติม/ปรับข้อความในข้อกำหนดในภาพรวมของแต่ละบท
4. การเพิ่มหมวดหมู่ในมาตรฐาน
5. การเปลี่ยนแปลงชื่อหมวดมาตรฐาน
6. การเพิ่มข้อย่อยหรือปรับการเขียนข้อย่อยให้มือนุข้อย่อยในการอธิบาย
7. การทบทวนการเขียนเนื้อหาให้กระชับและครอบคลุม
8. การใช้คำที่มีความหมายกว้างขึ้นในมาตรฐาน
9. การสลับที่/ควบรวมมาตรฐาน

การเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติม/ปรับข้อความในข้อกำหนดในภาพรวมของแต่ละบท

ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติม/ปรับข้อความในข้อกำหนดภาพรวม หรือ Overall Requirements เพื่อครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ปัจจุบัน ทั้งโรคอุบัติใหม่ เทคโนโลยี เศรษฐกิจ สังคม และทิศทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศ โดยมีการเปลี่ยนแปลงข้อความในข้อกำหนดในบทต่างๆ ดังนี้

การเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติม/ปรับข้อความในข้อกำหนดในภาพรวมของแต่ละบท

มาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ ฉบับที่ 4	มาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ ฉบับที่ 5	เหตุผลในการเปลี่ยนแปลง
<p>I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (LED.1)</p> <p>“การกระทำของผู้นำระดับสูง ชี้นำและทำให้องค์กรยั่งยืน ผ่านวิสัยทัศน์และค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผลกับบุคลากร การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จและการกำหนดจุดเน้นที่การปฏิบัติ”</p>	<p>I-1.1 การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูง (Senior Leadership)</p> <p>“ผู้นำระดับสูงชี้นำและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อความสำเร็จ และการทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง”</p>	<p>การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมุ่งเน้นให้การนำองค์กรโดยผู้นำระดับสูงนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงของผู้นำและบุคลากรในองค์กรที่ทำให้ให้องค์กรประสบความสำเร็จ เน้นการทำให้เกิดการปฏิบัติมากกว่าการกำหนดจุดเน้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงข้อกำหนดในภาพรวมจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในข้อกำหนดย่อย</p>
<p>I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและความรับผิดชอบต่อสังคม (LED.2)</p> <p>“องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม มีความรับผิดชอบต่อสังคม”</p>	<p>บทที่ I-1.2 การกำกับดูแลองค์กรและการทำประโยชน์ให้สังคม (Governance and Societal Contributions)</p> <p>“องค์กรทำให้มั่นใจในระบบการกำกับดูแลกิจการที่มีความรับผิดชอบต่อสังคม ปฏิบัติตามกฎหมาย มีจริยธรรม และการเป็นองค์กรที่ทำประโยชน์ให้สังคม”</p>	<p>เป็นการปรับให้สอดคล้องกับเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award: TQA)</p>
<p>I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (STG.2)</p> <p>“องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุเป้าประสงค์”</p>	<p>I-2.2 การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ (Strategy Implementation)</p> <p>“องค์กรถ่ายทอดแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ และติดตามความก้าวหน้าเพื่อให้มั่นใจว่าบรรลุวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์”</p>	<p>การเปลี่ยนแปลงจากเป้าประสงค์เป็นวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์เพื่อให้มีความสัมพันธ์และสอดคล้องกับเนื้อหาและข้อความในข้อกำหนดในข้อย่อย</p>

การเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติม/ปรับข้อความในข้อกำหนดในภาพรวมของแต่ละบท

มาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ ฉบับที่ 4	มาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ ฉบับที่ 5	เหตุผลในการเปลี่ยนแปลง
<p>I-3.1 เสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (PCM.1)</p> <p>“องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น เพื่อให้ได้ข้อมูลนำไปใช้ประโยชน์ในการตอบสนองของความต้องการ/ความคาดหวัง”</p>	<p>I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Needs and Expectations)</p> <p>“องค์กรรับฟังและเรียนรู้จากผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และกำหนดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการ และความคาดหวัง”</p>	<p>เพื่อสะท้อนให้เห็นการนำข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยมาเป็นการดำเนินการ กำหนดบริการสุขภาพที่ชัดเจน ซึ่งจะเป็นการกำหนดบริการสุขภาพที่ตอบสนองของความต้องการและความคาดหวังอย่างมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ในเนื้อหาของมาตรฐานมีการเพิ่มหมวดหมู่ ข. บริการสุขภาพ</p>
<p>I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น (PCM.2)</p> <p>“องค์กรสร้างความผูกพันกับผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น ด้วยการตอบสนองของความต้องการและสร้างความสัมพันธ์”</p>	<p>I-3.2 ความผูกพันของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน (Patient/Customer Engagement)</p> <p>“องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน และประเมินความพึงพอใจ/ความผูกพัน”</p>	<p>ปรับการเขียนให้สะท้อนการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม ซึ่งจะสะท้อนผลออกมาเป็นความพึงพอใจ/ความผูกพัน และสัมพันธ์กับเกณฑ์ TQA</p>
<p>I-5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน (WKF.1)</p> <p>“องค์กรบริหารขีดความสามารถและอัตรากำลังเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อให้กำลังคนมีสุขภาพดีและมีความปลอดภัย”</p>	<p>I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร (Workforce Environment)</p> <p>“องค์กรบริหารขีดความสามารถและความเพียงพอของบุคลากรเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ องค์กรจัดให้มีสภาพแวดล้อมในการทำงานและบรรยากาศที่เอื้อต่อสวัสดิภาพ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร”</p>	<p>ปรับจากคำว่าอัตรากำลัง ซึ่งสถานพยาบาลรัฐไม่สามารถดำเนินการเองได้จริงเป็นความเพียงพอในการบริหารจัดการ ซึ่งอาจหมายรวมถึงบุคลากรที่นิยามมากกว่าอัตรากำลัง และเพิ่มประเด็น สวัสดิภาพ สุขภาพ ความปลอดภัย และคุณภาพชีวิตของบุคลากร ตามเกณฑ์ของ IEAA ที่ให้ความสำคัญ ส่งผลให้ในเนื้อหาของมาตรฐานมีการปรับและเพิ่มหมวดหมู่ให้สอดคล้อง</p>

การเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติม/ปรับข้อความในข้อกำหนดในภาพรวมของแต่ละบท

มาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ ฉบับที่ 4	มาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ ฉบับที่ 5	เหตุผลในการเปลี่ยนแปลง
<p>I-5.2 ความผูกพันของกำลัง คน (WKF.2)</p> <p>“องค์กรสร้างความผูกพันกับ กำลังคน มีระบบจัดการผลการ ปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้ และพัฒนาเพื่อให้กำลังคนมีผล การดำเนินการที่ดี”</p>	<p>I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร (Workforce Engagement)</p> <p>“องค์กรสร้างความผูกพันกับ บุคลากร มีระบบจัดการผลการ ปฏิบัติงาน ส่งเสริมการเรียนรู้ และพัฒนา เพื่อรักษาบุคคลไว้ และให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติ งานที่ดี”</p>	<p>ปรับเปลี่ยนเพื่อแสดงให้เห็นถึง ความชัดเจนของความผูกพัน จะนำมาซึ่งการปฏิบัติงานที่ดี และคงอยู่ของบุคลากร รวมถึง ขยายความคำว่าความผูกพัน ให้เป็นรูปธรรมในเชิงอรรถ</p>
<p>I-6.1 กระบวนการ (OPT.1)</p> <p>“องค์กรออกแบบ จัดการ และ ปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/ กระบวนการทำงานที่สำคัญ เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ ผู้รับผลงานอื่น และทำให้ องค์กรประสบความสำเร็จ”</p>	<p>I-6.1 กระบวนการทำงาน (Work Processes)</p> <p>“องค์กรออกแบบ จัดการ และ ปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพ/ กระบวนการทำงานที่สำคัญ มี การจัดการเครือข่ายอุปทาน และมีการจัดการนวัตกรรม เพื่อส่งมอบคุณค่าแก่ผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน และทำให้องค์กร ประสบความสำเร็จ”</p>	<p>เพิ่มเติม มีการจัดการเครือข่าย อุปทาน และมีการจัดการ นวัตกรรมเพื่อให้ข้อความในข้อ กำหนดรวมสอดคล้องกับหมวด หมู่หัวข้อในข้อกำหนดย่อย โดย มีการปรับข้อความจากห่วงโซ่ อุปทานเป็นเครือข่ายอุปทาน ตามเกณฑ์ TQA</p>
<p>II-3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการ สร้างเสริมสุขภาพและการ พิทักษ์สิ่งแวดล้อม (ENV.3)</p> <p>“องค์กรแสดงความมุ่งมั่นใน การที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็น สถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อ สุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม”</p>	<p>II-3.3 สิ่งแวดล้อมเพื่อการ สร้างเสริมสุขภาพและการ พิทักษ์สิ่งแวดล้อม (Environ- ment for Health Promotion and Environment Protection)</p> <p>“องค์กรแสดงความมุ่งมั่นในการ ที่จะทำให้โรงพยาบาลเป็น สถานที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การเรียนรู้ การสร้างความสัมพันธ์และ พิทักษ์สิ่งแวดล้อม”</p>	<p>ปรับเพิ่มข้อความในข้อกำหนด รวมเพื่อให้สัมพันธ์กับข้อความ ในข้อกำหนดย่อย (relevance) และสะท้อนเรื่องมิติจิตวิญญาณ ในการสร้างความสัมพันธ์และ เยียวยา</p>

การเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติม/ปรับข้อความในข้อกำหนดในภาพรวมของแต่ละบท

มาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ ฉบับที่ 4	มาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ ฉบับที่ 5	เหตุผลในการเปลี่ยนแปลง
<p>III-2 การประเมินผู้ป่วย (ASM)</p> <p>“ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม”</p>	<p>III-2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment)</p> <p>“ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษา อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม”</p>	<p>การปรับเพิ่มการประเมินความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษา เพื่อสร้าง safety awareness ในการประเมินผู้ป่วยและสอดคล้องกับทิศทาง การขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety ในระดับ Global และประเทศไทยรวมถึง สอดคล้องกับข้อกำหนดของ IEEA เกี่ยวกับความเสี่ยงที่สำคัญในกระบวนการดูแลที่อธิบายในเชิงอรรถ</p>
<p>III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (PLN.1)</p> <p>“ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกัน อย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย”</p>	<p>III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care)</p> <p>“ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกัน อย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์”</p>	<p>การปรับเพิ่มการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อสอดคล้องกับการประเมินความเสี่ยงหรือโอกาสเกิด และเป็น การบูรณาการเรื่อง Patient Safety ในกระบวนการวางแผน เพื่อป้องกัน โดยมีคำนิยาม เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในเชิงอรรถ ซึ่งสอดคล้องกับ ทิศทางการขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety ในระดับ Global และประเทศไทยรวมถึง สอดคล้องกับข้อกำหนดของ IEEA</p>

การเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติม/ปรับข้อความในข้อกำหนดในภาพรวมของแต่ละบท

มาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ ฉบับที่ 4	มาตรฐานโรงพยาบาลและ บริการสุขภาพ ฉบับที่ 5	เหตุผลในการเปลี่ยนแปลง
<p>III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (PCD.2)</p> <p>“ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและให้บริการที่มีความเสี่ยงสูงอย่างทันท่วงทีปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ”</p>	<p>III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง (High-Risk Patients and High-Risk Services)</p> <p>“ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การให้บริการและเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงได้อย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ”</p>	<p>การปรับเพิ่มเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงและมีคำอธิบายเชิงอรรถเพื่อให้คำนึงถึงและมี safety awareness ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งที่ซับซ้อน และไม่ซับซ้อน แต่เป็น invasive procedure</p>
<p>III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (IMP)</p> <p>“ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว และกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล”</p>	<p>III-5 การให้ข้อมูลและการเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว (Information Provision and Empowerment for Patients/Families)</p> <p>“ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูล และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบต่อในการจัดการสุขภาพของตนเองให้คงสุขภาพและสุขภาพะที่ดี รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง”</p>	<p>ปรับคำว่าดูแลสุขภาพเป็นจัดการสุขภาพซึ่งเน้นการดำเนินการด้วยตนเองและเพิ่มข้อความเรื่องสุขภาพและสุขภาพะที่ดีตามเกณฑ์ของ IEAA ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยที่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง</p>

การเพิ่มหมวดหมู่ในมาตรฐาน

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 มีการปรับ/เปลี่ยนแปลง ขอบทมาตรฐาน รวมถึง มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติม/ปรับข้อความในข้อกำหนด ในภาพรวมของแต่ละบท ซึ่งส่งผลให้ต้องมีการเพิ่มหมวดหมู่ต่างๆ เพิ่มเติมใน บางบทเพื่อให้สอดคล้องและสัมพันธ์ในเนื้อหาของมาตรฐาน (relevant) ที่มีการ เปลี่ยนแปลงในข้อกำหนดภาพรวม และการเพิ่มหมวดหมู่บางบทเป็นไปเพื่อให้ สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและข้อเสนอขององค์กรวิชาชีพที่เป็นไป ตาม Principle ของการพัฒนามาตรฐาน ดังนี้

- **I-3.1 ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน** เพิ่มหมวดหมู่ ข้อ ข. บริการสุขภาพ ให้สอดคล้องกับข้อกำหนดใน ภาพรวม และเป็นการปรับเพิ่มให้สอดคล้องกับเกณฑ์ของ TQA ที่ ต้องมีการกำหนด Product Offering ซึ่งเมื่อมาปรับใช้กับระบบ บริการสุขภาพจึงปรับ Product เป็น Service Offering แทน
- **I-5.1 สภาพแวดล้อมของบุคลากร** เพิ่มหมวดหมู่ข้อ ง. ชีวิตความเป็น อยู่ของบุคลากร ให้สอดคล้องกับข้อกำหนดในภาพรวม และเป็นการ เพิ่มข้อตามเกณฑ์ของ IEEA ที่ให้ความสำคัญกับ Person Centred ครอบคลุมถึงการให้ความสำคัญกับบุคลากรในเรื่องชีวิตความเป็นอยู่
- **I-5.2 ความผูกพันของบุคลากร** เพิ่มหมวดหมู่ข้อ ข. วัฒนธรรมองค์กร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างความผูกพันของบุคลากรในองค์กร การให้ความสำคัญกับการสร้างวัฒนธรรมในองค์กร สอดคล้องกับ แนวทางของการพัฒนาองค์กรด้วย มิติจิตวิญญาณ หรือ Spiritual Healthcare Appreciation: SHA ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนา คุณภาพของสรพ. รวมถึงสอดคล้องกับเกณฑ์ของ IEEA และ TQA
- **III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ** เพิ่มหมวดหมู่ข้อ ก. การจัดบริการ ข. การเข้าถึงบริการ ค. การเข้ารับบริการ เป็นการปรับการเขียนจาก เดิมที่เป็นข้อต่อกันให้มีหมวดหมู่ที่ชัดเจน และตอบสนองสถานการณ์ ปัจจุบันที่ให้ความสำคัญกับการออกแบบจัดบริการ ให้สอดคล้องกับ ความต้องการของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ซึ่งมีช่องทางเข้าถึงบริการที่ หลากหลาย ทั้งในและนอกสถานพยาบาล ซึ่งมีคำอธิบายในเชิงอรรถ หลังจากนั้นจึงเป็นกระบวนการเข้าถึง ซึ่งมีข้อจำกัด อุปสรรค และ

รูปแบบที่หลากหลายต้องคำนึงถึงตามเกณฑ์ IEEA รวมถึงการเข้ารับซึ่งมีรายละเอียดที่แตกต่างทั้งรับและไม่รับตามเกณฑ์ IEEA

- **III-4.3 การดูแลเฉพาะ** มีการเพิ่มหมวดหมู่ดังนี้
 - ซ. การแพทย์แผนไทย เพิ่มขึ้นตามคำแนะนำและข้อเสนอแนะขององค์กรวิชาชีพและผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งแพทย์แผนไทยเป็นทิศทางและนโยบายของประเทศ มี พรบ.แพทย์แผนไทย รวมถึงเป็นระบบบริการที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะของประเทศไทย ซึ่งเข้าได้ตามหลัก Principle ในการพัฒนามาตรฐานของ สรพ.
 - ณ. การแพทย์ทางเลือก เพิ่มตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและคณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐาน เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ COVID-19 และการเปลี่ยนทางดิจิทัลเทคโนโลยี
 - ญ. การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน เพิ่มตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและคณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐาน เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ COVID-19 และการพัฒนาระบบบริการที่ให้ความสำคัญกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการสร้างความแข็งแกร่งให้กับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิซึ่งเป็นทิศทางนโยบายระบบบริการสุขภาพประเทศไทย
- **III-6 การดูแลต่อเนื่อง** มีการปรับการเขียนใหม่ให้เป็นหมวดหมู่ ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ของ IEEA รวมถึงบางประเด็นสอดคล้องกับมาตรฐาน JCI เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องครอบคลุมทั้งการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาล การดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านชุมชน โดยมีหมวดหมู่ดังนี้ ก.การจำหน่าย การติดตาม และการดูแลตามนัด ข.การส่งต่อผู้ป่วย และ ค.การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

การใช้คำที่มีความหมายกว้างขึ้นในมาตรฐาน

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 ให้ความสำคัญกับคำ โดยเฉพาะคำที่จะต้องทำความเข้าใจให้ตรงกัน และคำบางคำที่ต้องการขยายความหมายที่กว้างขึ้น หรือคำที่เป็นคำเฉพาะ ซึ่งจะมีคำอธิบายหรือคำนิยามที่ชัดเจนในเชิงอรรถ (footnote) ตัวอย่างคำที่มีความหมายกว้างขึ้น เช่น

- **ผู้ป่วย** หมายถึง ผู้ที่มารับบริการสุขภาพในการดูแลรักษาโรค การบาดเจ็บ หรืออาการที่ไม่ปกติต่างๆ ทางสุขภาพ และครอบคลุมถึงผู้รับบริการด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น รับบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค
- **ผู้รับผลงาน** หมายถึง ผู้รับบริการด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่ด้านบริการสุขภาพ และผู้รับผลงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่ผู้รับบริการ เช่น ครอบครัวของผู้ป่วยผู้มาเยี่ยม ชุมชนที่สถานพยาบาลไปเสริมพลัง ตำรวจที่มาขอชั้นสูตร และสื่อมวลชนที่ต้องการข่าว เป็นต้น
- **คณะผู้กำกับดูแลทางคลินิก** หมายถึง คณะกรรมการที่องค์กรมอบหมายให้กำกับดูแลกระบวนการและผลลัพธ์ด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยทุกแง่มุมโดยมีผู้บริหารสูงสุดทางด้านการแพทย์เป็นประธาน เป็นอย่างน้อย
- **การรับฟังผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน** หมายถึง การรับฟังเสียงที่สะท้อนที่แสดงออกถึงความรู้สึก นึกคิด ความคาดหวัง ความต้องการ ของผู้ป่วย/ผู้รับผลงาน ซึ่งอาจเกิดจากการพูด การตอบแบบสอบถาม การส่งข้อความ การแสดงออก และการกระทำ เป็นต้น โดยอาจใช้กระบวนการรับฟังโดยตรง หรือการสังเกต
- **ระบบบริการการแพทย์ทางไกล (telemedicine and information-sharing platforms)** หมายถึง ระบบงานที่มีการนำดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่อยู่ต่างสถานที่ด้วยวิธีการส่งสัญญาณข้อมูลภาพ และเสียง หรือวิธีการอื่นใด ในการให้บริการการแพทย์และสาธารณสุขของสถานพยาบาลแก่ผู้ขอรับบริการโดยผู้ประกอบวิชาชีพ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการรักษา การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และเพื่อประโยชน์สำหรับการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
- **ภัยพิบัติ** หมายถึง ภัยที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สิน โดยส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ และวิถีชีวิตของผู้นคนในสังคม เป็นวงกว้าง ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ (1) ภัยพิบัติทางธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม, แผ่นดินไหว, พายุและ

การระบาดของโรคติดต่อ (2) ภัยพิบัติที่มีมนุษย์สร้าง เช่น อัคคีภัยในพื้นที่หรือชุมชน, อุบัติเหตุจากอุตสาหกรรม, และการก่อการร้ายทางชีวภาพ

การกำหนดเกณฑ์ที่สำคัญในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 5 เป็นเสมือนเครื่องมือของสถานพยาบาล ในการพัฒนาโรงพยาบาลให้มีคุณภาพและความปลอดภัย รวมถึงสามารถใช้ประโยชน์จากมาตรฐานในการยกระดับการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยมีการกำหนดเกณฑ์ที่สำคัญดังนี้

1. คณะกรรมการสถาบันกำหนดให้มี **เกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัย (essential criteria for safety)** ของผู้ป่วย/บุคลากร โดยเลือกจากข้อกำหนดที่มีในมาตรฐาน เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาให้การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลตามที่คณะกรรมการสถาบันประกาศในแต่ละช่วงเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรมีความมั่นใจในระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพความปลอดภัยในประเด็นที่สำคัญ โดยโรงพยาบาลต้องมีการดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมตามที่กำหนด
2. คณะอนุกรรมการพัฒนามาตรฐานกำหนดให้มี **เกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืน (core criteria for sustainability)** ของระบบคุณภาพของสถานพยาบาล โดยเลือกจากข้อกำหนดที่มีในมาตรฐาน เพื่อโรงพยาบาลและผู้เยี่ยมสำรวจได้ใช้ประโยชน์ในการกระตุ้นการพัฒนาเพื่อยกระดับการพัฒนาและการขับเคลื่อนการพัฒนาให้เป็น รพ. ที่มีคุณภาพอย่างยั่งยืน โดยเลือกข้อกำหนด ที่มีพลังในการส่งเสริมให้เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ (quality culture) สะท้อนการพัฒนาที่สอดคล้องกับค่านิยม (core value) และการดำเนินการตามข้อกำหนดดังกล่าวจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาเชิงระบบและเกิดการดำเนินการในข้อกำหนดอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งมีการกำหนดรวมเป็นหัวข้อสำหรับการประเมินตนเองใน HA Scoring จำนวน 27 ข้อ จากจำนวนทั้งหมด 100 ข้อ

โดยสถานพยาบาลควรให้ความสำคัญกับเกณฑ์ที่จำเป็นต่อความปลอดภัยในการวางระบบให้เกิดการปฏิบัติรวมถึงมีการติดตามเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเกิดประโยชน์กับสถานพยาบาล และระบบบริการสุขภาพของประเทศ รวมถึงสร้างความไว้วางใจกับประชาชน ในประเด็น Preventable Harms ที่นำมาซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ส่วนเกณฑ์เกณฑ์หลักเพื่อความยั่งยืนของระบบคุณภาพของสถานพยาบาล สถานพยาบาลควรสร้างการเรียนรู้ใช้ประโยชน์ในการกระตุ้นการพัฒนาในสถานพยาบาล เพื่อสร้างความยั่งยืนในอนาคต

2.4 Profound Understanding of HA Standards

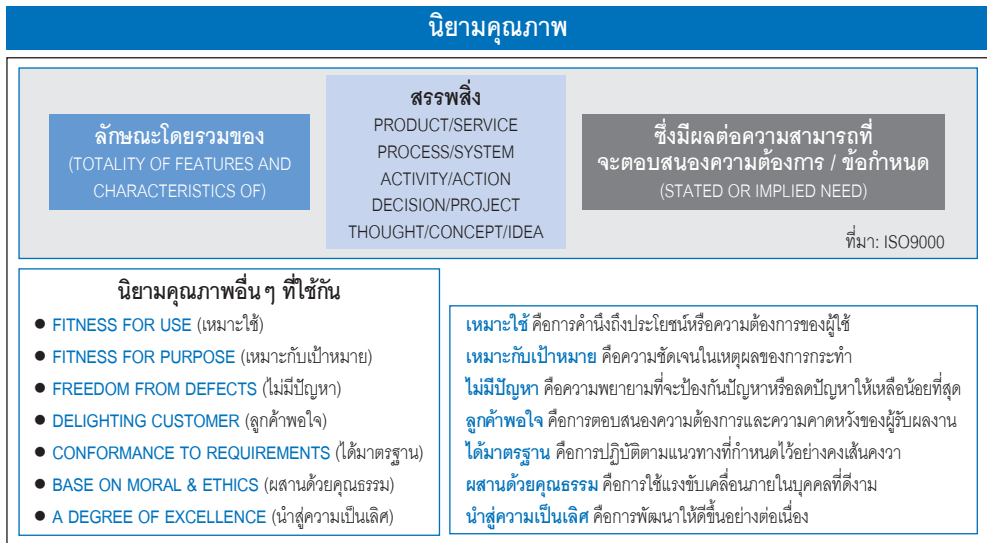
มาตรฐาน HA มีเป้าหมายเพื่อชี้แนะให้สถานพยาบาลออกแบบกระบวนการต่างๆ ในระบบงานอย่างเป็นระบบและมีเป้าหมาย เพื่อส่งมอบคุณค่าหรือผลงานที่มีคุณภาพให้แก่ผู้ป่วยและผู้รับผลงาน การศึกษาทำความเข้าใจมาตรฐานอย่างลึกซึ้งซึ่งร่วมกับการพิจารณาประยุกต์ใช้มาตรฐานให้เหมาะสมกับสถานการณ์หรือโจทย์ขององค์กรจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

การทำความเข้าใจมาตรฐาน HA อาจมีแง่มุมต่างๆ ได้แก่ (1) การทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งรวมไปถึง คุณค่า ความเป็นเลิศ ความเชื่อถือได้ ความน่าไว้วางใจ ความเสี่ยง (2) สิ่งที่ซ่อนอยู่ในมาตรฐานคือการปูพื้นฐานของการสร้างวัฒนธรรมไปสู่องค์กรในฝัน (3) การพิจารณาผู้มีบทบาทหลักในมาตรฐานแต่ละส่วน (4) การพิจารณาประเด็นที่เชื่อมโยงหรือคาบเกี่ยวกันระหว่างมาตรฐานบทต่างๆ เช่น การทบทวนและเรียนรู้ การจัดการกระบวนการ การสร้างเสริมสุขภาพ (5) การตีความหมายที่อาจจะขยายให้กว้างขึ้นหรือหดให้จำกัดวง เพื่อการปฏิบัติที่เป็นประโยชน์ที่สุด รวมทั้งการค้นหาประเด็นที่ซ่อนอยู่ในมาตรฐาน ซึ่งอาจจะซ่อนอยู่ในคำสำคัญบางคำ

2.4.1 แนวคิดเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย

เป้าหมายของการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ก็เพื่อคุณภาพและความปลอดภัย เราจำเป็นต้องทำความเข้าใจนิยามของคำสำคัญที่เกี่ยวข้อง

นิยามของ “คุณภาพ”



นพ.อนุวัฒน์ คุชชุกติกุล "ศาสตร์และศิลป์ในการบริหารคุณภาพ" @ การสัมมนาแนวทางการพัฒนาระบบคุณภาพมหาวิทยาลัยมหิดล (สิงหาคม 2562)

คุณภาพในความหมายที่กว้าง อาจอิงตามนิยามของ ISO9000 คือ “ลักษณะโดยรวมของสรรพสิ่ง ซึ่งมีผลต่อความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการ (รวมทั้งข้อกำหนด) ทั้งที่แสดงออกอย่างชัดเจนและที่ไม่ได้แสดงออก” สรรพสิ่งในที่นี้เป็นได้ทั้งผลิตภัณฑ์ บริการ กระบวนการ ระบบ กิจกรรม การกระทำ การตัดสินใจ โครงการ ความคิด และแนวคิด ทั้งหมดนี้สามารถระบุลักษณะที่บ่งบอกคุณภาพได้

นอกจากนี้ยังมีนิยามคุณภาพอื่นๆ ที่มีการใช้กัน ซึ่งเป็นคำที่ให้ความหมายที่เข้าใจได้ง่ายขึ้น ได้แก่

- **Fitness for Use** **เหมาะใช้** คือการคำนึงถึงประโยชน์หรือความต้องการของผู้ใช้เป็นหลัก
- **Fitness for Purpose** **เหมาะกับเป้าหมาย** คือความชัดเจนในเหตุผลของการกระทำ

- **Freedom from Defects** ไม่มีปัญหาหรือข้อบกพร่อง คือความพยายามที่จะป้องกันปัญหาหรือลดปัญหาให้เหลือน้อยที่สุด
- **Delighting Customer** ลูกค้าพอใจ คือการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับผลงาน
- **Conformance to Requirements** ได้มาตรฐาน คือการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างคงเส้นคงวา
- **Base on Moral and Ethics** ผสานด้วยคุณธรรม คือการใช้แรงขับเคลื่อนภายในบุคคลที่ดีงาม
- **A Degree of Excellence** นำสู่ความเป็นเลิศ คือการพัฒนาให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ISQua External Evaluation Association (IEEA) เป็นองค์กรที่กำหนดมาตรฐานและให้การรับรองระบบรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของประเทศต่างๆ ทั่วโลก ซึ่ง สรพ. ก็อาศัยแนวทางของ IEEA เป็นหลักในการดำเนินงานและได้รับการรับรองจาก IEEA ทั้งในส่วนของกระบวนการ องค์กร และการฝึกอบรมผู้เยี่ยมชมสำรวจ นิยามคุณภาพของ IEEA จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องให้ความสนใจ โดย IEEA กำหนดว่า คุณภาพหมายถึง “ระดับความเป็นเลิศ หรือความสามารถที่องค์กรจะตอบสนองความต้องการหรือวัตถุประสงค์ที่ระบุ และทำให้เกิดความคาดหวัง” (the degree of excellence, or extent to which an organisation meets identified needs or objectives and exceeds expectations.) จะเห็นได้ว่า IEEA ตั้งความคาดหวังในเรื่องคุณภาพไว้ที่ความเป็นเลิศ และทำให้เกิดความคาดหวัง มิใช่เพียงแต่การปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือตามมาตรฐานวิชาชีพเท่านั้น

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความหมายของคุณภาพบริการสุขภาพว่า “ระดับของบริการสุขภาพสำหรับบุคคลและประชากร ที่จะเพิ่มความเป็นไปได้ของผลลัพธ์สุขภาพที่พึงประสงค์ และสอดคล้องกับความรู้ของวิชาชีพซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป” (the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge.) ตามนิยามนี้ นอกจากจะให้บริการตามความรู้ของวิชาชีพที่ทันสมัยซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปแล้ว ยังเน้นในเรื่องของผลลัพธ์สุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับปัจเจกบุคคลและกลุ่มประชากรด้วย

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกขยายความว่าบริการสุขภาพที่มีคุณภาพควรมีลักษณะดังนี้:

- Effective - ได้ผล ให้บริการสุขภาพบนฐานความเชื่อเชิงประจักษ์แก่ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับ
- Safe - ปลอดภัย หลีกเลี่ยงอันตรายต่อผู้รับบริการ
- People-centred - คนเป็นศูนย์กลาง ตอบสนองความพึงใจ (preference) ความต้องการ และคุณค่าของบุคคล
- Timely - ทันท่วงที ลดระยะเวลารอคอย หรือความล่าช้าที่ก่อให้เกิดอันตราย
- Equitable - เป็นธรรม ไม่เลือกเพศ เชื้อชาติ ที่อยู่ สถานะทางเศรษฐกิจสังคม
- Integrated - บูรณาการ ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพต่างๆ ที่จำเป็นได้ตลอดช่วงชีวิต
- Efficient - ประสิทธิภาพ ใช้ประโยชน์สูงสุดจากทรัพยากรที่มีและหลีกเลี่ยงความสูญเปล่า

ซึ่งทั้งหมดนี้ก็คือการตอกย้ำว่าบริการสุขภาพที่มีคุณภาพจะต้องส่งมอบคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการ คือ คุณคน (people-centered, equitable) คุณใช้ (effective, safe, timely, integrated) และคุณคุ้ม (efficient)

สำหรับประเทศไทย ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ระบุว่า “คุณภาพบริการสาธารณสุข” หมายความว่า “คุณลักษณะของบริการสาธารณสุขที่อยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ทั้งด้านมนุษย สังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และด้านอื่น ๆ และพื้นฐานด้านคุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนและสังคมได้อย่างเหมาะสม”

มีการขยายความว่าคุณภาพนั้นจะต้องอยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ในทุกสาขาที่เกี่ยวข้อง ไม่ใช่เฉพาะด้านการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น และยังให้ความสำคัญกับคุณธรรมและจริยธรรมของวิชาชีพอย่างชัดเจน โดยกล่าวควบคู่กันทั้ง “คุณธรรม” ที่เป็นสำนึกเรื่องความจริง ความดี ความงาม และจริยธรรม ซึ่งเป็นรูปธรรมของแนวทางแห่งความประพฤติที่ยึดหลักคุณธรรม

จะเห็นว่า “คุณภาพ” มีความหมายที่กว้างขวาง ลุ่มลึก ผู้ใช้มาตรฐาน HA ไม่ควรพยายามที่จะตีกรอบความหมายของคุณภาพอย่างแคบๆ เพียงเพื่อให้เราพอใจว่าเราทำได้ หรือเป็นข้ออ้างเพื่อจะได้ไม่ต้องรับผิดชอบ เพราะนั่นเท่ากับเราพยายามลดทอนคุณค่าของกระบวนการที่พยายามยกระดับงานของพวกเขาให้มีคุณค่าและความหมายแก่สังคม

นิยามของคำอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพ

“การดำเนินการที่เป็นเลิศ” (performance excellence) หมายถึง แนวทางการจัดการอย่างบูรณาการ ซึ่งส่งผลให้เกิด (1) การส่งมอบคุณค่าที่ดีขึ้นอยู่เสมอให้แก่ลูกค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จอย่างต่อเนื่องขององค์กร (2) การปรับปรุงประสิทธิผลและขีดความสามารถขององค์กรโดยรวม (3) การเรียนรู้ระดับองค์กรและระดับบุคคลของบุคลากร (Thailand Quality Award)

“คุณค่า” (value) หมายถึง ความคุ้มค่าของผลิตภัณฑ์ กระบวนการ สิทธิประโยชน์ หรือการใช้งาน เมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายและทางเลือกอื่นๆ (Thailand Quality Award) ความหมายนี้จะแคบเกินไปเมื่อพิจารณาการนำเรื่องคุณค่ามาใช้ในระบบบริการสุขภาพ

“บริการสุขภาพที่เน้นคุณค่า” (value-based healthcare-VBHC) ในช่วงต้น Michael Porter ให้ความหมายว่าหมายถึงบริการสุขภาพที่มีผลลัพธ์ที่ดีที่สุดที่จะเป็นไปได้ โดยใช้ต้นทุนตลอดวงจรของการดูแลน้อยที่สุด ซึ่งต่อมามีผู้ขยายความว่าผลลัพธ์อาจมองจาก 2 ด้านคือ ผลลัพธ์ด้านคลินิก (clinical outcome) และผลลัพธ์ซึ่งผู้ป่วยรับรู้หรือรายงาน (perceived quality หรือ patient reported outcome/experience)

ในความหมายที่แคบลง มีผู้นำไปใช้ในเชิงของวิธีการจ่ายเงินบนฐานของคุณค่าที่ผู้รับบริการได้รับ ซึ่งจะลดข้อเสียของวิธีการจ่ายแบบ fee-for-service กับ capitation

ในความหมายที่กว้างขึ้น NHS ของสหราชอาณาจักร ให้ความหมายว่าเป็นการใช้ทรัพยากรสุขภาพที่มีอยู่อย่างเป็นธรรม ยั่งยืน และโปร่งใส เพื่อให้เกิดผลลัพธ์และประสบการณ์ที่ดีขึ้นสำหรับทุกคน

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ให้ความหมายที่เข้าใจ และจดจำได้ง่ายคือ **คุณ คน ใช้ คุณ คัม** ซึ่งครอบคลุมทั้งประสบการณ์ของผู้รับบริการ ผลลัพธ์ทางด้านคลินิก และความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร

มีผู้ให้ความเห็นว่า Value-based Healthcare มีความหมายที่ใกล้เคียง กับ Triple Aim ที่ IHI เสนอไว้ เป้าหมายสามประการของบริการสุขภาพ ได้แก่ (1) ยกระดับคุณภาพบริการซึ่งผู้รับบริการรับรู้ (2) ยกระดับสุขภาพของ ประชากร (3) ลดต้นทุนของบริการสุขภาพ แต่หากตีความหมายของ VBHC ในมุมมองที่แคบแล้วก็อาจเกิดปัญหาในทางปฏิบัติ เช่น การจ่ายเงินโดยใช้ Disease Specific Approach จะไม่สามารถรองรับการเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความ ซับซ้อนได้ หรือแนวคิด VBHC จะส่งเสริมให้เกิดการแข่งขัน ขณะที่แนวคิด Triple Aim ส่งเสริมความร่วมมือและการประสานงานให้เกิดการดูแลบูรณาการ

“ความเชื่อถือได้” (reliability) หมายถึง **ความสามารถของสรรพสิ่ง** (ระบบ บริการ ผลิตภัณฑ์ กระบวนการ อุปกรณ์ เครื่องมือ คน) **ในการทำ** **หน้าที่ที่กำหนดได้ด้วยความคงเส้นคงวา ไม่มีข้อผิดพลาดหรือบกพร่อง** มาโดยตลอด (without failure or failure-free over time) การวัดความเชื่อถือ ได้สามารถวัดได้ในลักษณะอัตราการเกิดข้อบกพร่อง (defect rate)

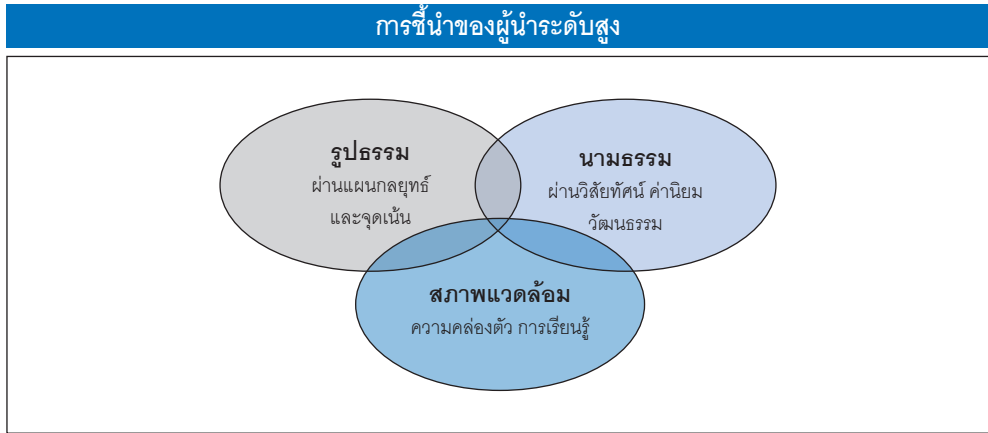
“ความไว้วางใจ” (trust) หมายถึง **ความรู้สึกมั่นใจในความน่าเชื่อถือ** และ**วางใจว่าเป็นที่พึ่งได้** ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวนี้เกิดขึ้นจากองค์ประกอบ ต่อไปนี้ (1) ทิศทางขององค์กรที่ใส่ใจในประเด็นที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความสำคัญ (2) ระบบคุณภาพที่มีความสมบูรณ์พร้อม เชื่อถือได้ (3) สมรรถนะของ องค์กรและคนที่ตอบสนองความต้องการได้ (4) คุณธรรม จริยธรรม ความโปร่งใส

“ความเสี่ยง” ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก หมายถึง **ความเป็น** **ไปได้ที่จะเกิดอุบัติการณ์**เกี่ยวกับอันตราย การบาดเจ็บ การสูญเสีย การ เสียชีวิต

ขณะที่นิยามของความเสี่ยงตาม ISO31000 นั้นกว้างขวางมาก คือ **ผลของความไม่แน่นอนต่อการบรรลุวัตถุประสงค์** เบี่ยงเบนไปจากสิ่งที่ คาดหวังทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งความไม่แน่นอนนี้เกิดจากการมีข้อมูล ความ เข้าใจ หรือความรู้ที่ไม่เพียงพอ เกี่ยวกับเหตุการณ์ ผลที่ตามมา หรือโอกาสที่ จะเกิด

2.4.2 ใช้มาตรฐานให้ตี ๖:หล่อหลอมวัฒนธรรม นำสู่องค์กรในฝัน

2.4.2.1) บทบาทของผู้นำกับการสร้างวัฒนธรรม



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (ธันวาคม 2564)

ผู้นำระดับสูงมีบทบาทสำคัญในการชี้นำองค์กร การชี้นำตามมาตรฐาน HA ซึ่งอิงมาจากเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) จึงไม่ได้มีขอบเขตเพียงการชี้นำเรื่องคุณภาพเท่านั้น แต่เป็นการชี้นำในภาพรวมเพื่อนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จ เป็นองค์กรที่สร้างคุณค่าให้แก่ผู้รับบริการ มาตรฐานตอนที่ 1 ทั้งหมด จึงเป็นเครื่องมือบริหารงานที่สำคัญสำหรับผู้นำองค์กร

การชี้นำของผู้ในระดับสูงอาจมองได้เป็นสามลักษณะ คือ (1) การชี้นำที่เป็นรูปธรรม สื่อความคาดหวังที่จับต้องได้ วัดได้ ผ่านแผนกลยุทธ์ [มาตรฐาน I-2 ทั้งบท] และการปฏิบัติที่มุ่งเน้น [มาตรฐาน I-1.1 ค(2)] (2) การชี้นำที่เป็นนามธรรม ผ่านวิสัยทัศน์ ค่านิยม วัฒนธรรม [มาตรฐาน I-1.1 ก] (3) การสร้างสภาพแวดล้อมที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ เป็นองค์กรที่คล่องตัว เป็นองค์กรเรียนรู้ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง [มาตรฐาน I-1.1 ค(1)(3)]

2.4.2.2) วัฒนธรรมองค์กรที่มาตรฐาน HA มุ่งเน้น

วัฒนธรรมที่มาตรฐาน HA มุ่งเน้นมีดังต่อไปนี้

Ref	Culture	HA Core Values	องค์กรในฝัน
I-1.1 ค(3)	Learning culture	Learning	Learning Organization
I-5.2 ข(1)	Open communication & empowerment	Empowerment	Living Organization
I-1.1 ค(3)	Safety culture	Ethical and professional practice	High Reliability Organization
I-1.1 ค(3)	People-centered / customer-focused culture	Patient and customer focus	High Performance Organization
I-1.1 ค(3)	Improvement culture	Continuous process improvement	
I-5.2 ข(1)	High performance culture	Focus on results	

วัฒนธรรม คือพฤติกรรมร่วมของหมู่คณะซึ่งตอบสนองต่อสถานการณ์ต่างๆ โดยอัตโนมัติ เป็นผลมาจากการมีความเชื่อ ให้คุณค่าและความหมายในทิศทางที่สอดคล้องกัน ดังนั้นค่านิยมขององค์กรจึงมีส่วนสำคัญในการสร้างวัฒนธรรม และวัฒนธรรมเหล่านั้นก็จะนำไปสู่องค์กรในฝัน ตามที่เทียบเคียงไว้ในตาราง

ในการทำความเข้าใจเรื่องวัฒนธรรม มีผู้เปรียบเทียบว่าเสมือนกับการค่อยๆ ปอกหอมใหญ่ออกทีละชั้น ชั้นนอกๆ จะเป็นสิ่งที่เห็นและรับรู้ได้ชัดเจน ขณะที่ชั้นลึกๆ ลงไปจะมีความเป็นนามธรรมมากขึ้น เริ่มจากชั้นนอกสุดตามลำดับดังนี้ (1) สิ่งที่สรรค์สร้างขึ้นมาเป็นสัญลักษณ์เพื่อสืบทอด (artefacts) ชั้นต่อไปคือ (2) สิ่งที่กระทำหรือพฤติกรรม (behavior) (3) ความรู้สึกว่าจะอะไรคือสิ่งที่น่าพอใจ (feeling) (4) ค่านิยมว่าจะอะไรคือสิ่งที่ดี (values) (5) ความเชื่อว่าจะอะไรคือความจริง (belief) และชั้นในสุด (6) โลกทัศน์ว่าจะอะไรคือความจริงแท้

ในทางปฏิบัติเรามักจะกำหนดค่านิยมขององค์กรและถ่ายทอดค่านิยมออกมาเป็นพฤติกรรมที่พึงปฏิบัติ แต่ถ้าจะให้ยั่งยืนควรจะใช้ผลลัพธ์ของการกระทำซึ่งก่อให้เกิดประสบการณ์หรือความรู้สึกที่ดีเป็นตัวเชื่อมต่อ แล้วจะนำไปสู่การต่อยอดความเชื่อให้มั่นคงยิ่งขึ้น ทั้งนี้โดยมีภาพขององค์กรในฝันเป็น

จุดหมายว่าจะหล่อหลอมวัฒนธรรมไปเพื่ออะไร

ในสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เราไม่อาจรอให้วัฒนธรรมเป็นสิ่งที่ค่อยเป็นค่อยไป แต่ผู้นำจะต้องสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดวัฒนธรรมที่พึงประสงค์ ดังตัวอย่างที่บางองค์กรใช้เทคนิค Culture Hacking เช่น เปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงานบ่อยๆ ให้รางวัลอย่างสร้างสรรค์สำหรับผู้กล้าทำสิ่งใหม่ๆ โดยไม่กลัวที่จะล้มเหลว ทำให้เป็นการยากที่หัวหน้าจะปฏิเสธความคิดใหม่ๆ

วัฒนธรรมควรเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้อย่างง่ายๆ สม่าเสมอ เช่น วัฒนธรรมเรื่อง Open Communication ผู้นำอาจพิจารณาแนวคิดและเครื่องมือต่อไปนี้ Daily Huddle, Open Door Policy, One-on-one Meeting, Dialogue, Deep Democracy, Synergy/3rd Alternative หรือวัฒนธรรมเรื่อง People-centered Care อาจเริ่มด้วยการถามผู้ป่วยทุกๆ วันถึงสิ่งที่ผู้ป่วยชื่นชมและสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการให้ปรับปรุง การบรรจุเรื่องประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นวาระแรกของการประชุม

2.4.3 ปฏิบัติภาคหลักในมาตรฐานแต่ละส่วน

2.4.3.1 องค์สามของการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ

มาตรฐานตอนที่ I ซึ่ง HA นำ Framework ของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติหรือเกณฑ์สู่ความเป็นเลิศมาประยุกต์ใช้ ได้ให้บทเรียนในเรื่องผู้เกี่ยวข้องไว้พอสมควร เริ่มต้นด้วยผู้รับผิดชอบงานคุณภาพหรือศูนย์คุณภาพของโรงพยาบาล พยายามที่จะเป็นผู้ขับเคลื่อนมาตรฐานส่วนนี้ ซึ่งต่อมาก็พบว่าไม่ประสบความสำเร็จ เพราะมาตรฐานส่วนนี้เน้นความสำเร็จขององค์กรที่เป็นผลจากการชี้แนะของผู้บริหารระดับสูง จึงต้องไปทำความเข้าใจกันว่ามาตรฐานตอนที่ I ของ HA เป็นมาตรฐานที่ผู้นำองค์กรต้องให้ความสำคัญและลงมาขับเคลื่อนด้วยตนเอง เมื่อ Advanced HA ต้องการเห็นผลลัพธ์ของการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติก็จะพบช่องโหว่สำคัญว่าหากผู้ปฏิบัติงานที่หน้างานไม่ได้ลงมือกระทำตามการชี้แนะของผู้บริหาร ก็จะไม่เกิดผลตามที่ต้องการ ต้องสร้างกิจกรรมขึ้นมาช่วยสร้างความเข้าใจว่าผู้ปฏิบัติจะรับลูกจาก Key Word ต่างๆ ที่ผู้นำชี้แนะมาให้อย่างไร

โดยสรุป มาตรฐานตอนที่ I ภาพรวมของการบริหารองค์กร จะต้องอาศัย ผู้มีบทบาทหลัก 3 กลุ่ม คือ (1) ผู้นำระดับสูงซึ่งเป็นผู้ให้ทิศทางผ่านทั้งสิ่งที่ เป็นรูปธรรม นามธรรม และสร้างสภาพแวดล้อม (2) คนทำงานที่จะนำการชี้ นำ ของผู้นำไปสู่การปฏิบัติจริง (3) กลไกเชื่อมต่อระหว่างการชี้ นำกับการปฏิบัติ ซึ่งอาจจะเป็นผู้บริหารหรือคณะกรรมการที่ได้รับมอบหมายสำหรับแต่ละภารกิจ หรือระบบงาน ผู้ประสานงาน เวทีการสื่อสาร ระบบสารสนเทศ การติดตาม ประเมินผล เป็นต้น

ผู้ปฏิบัติงานทุกคนจึงต้องเข้าใจความคาดหวังของมาตรฐานตอนที่ I ว่า จะต้องรู้อะไร ต้องทำอะไร ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตนเอง ซึ่งได้มีการพัฒนาคู่มือ “เรียนรู้มาตรฐานตอนที่ I (ประยุกต์ใช้ในระดับหน่วยงาน)” ขึ้นมาช่วยใน ส่วนนี้ เมื่อใช้หลักคิดนี้ไปพิจารณากับมาตรฐานตอนที่ II และตอนที่ III ก็ สามารถใช้ได้เช่นเดียวกัน เพียงแต่เปลี่ยนผู้นำจากผู้นำระดับสูง เป็นผู้นำหรือ คณะกรรมการหรือ CLT/PCT ที่รับผิดชอบแต่ละระบบหรือแต่ละภารกิจบริการ ในส่วนของผู้ปฏิบัติกับกลไกเชื่อมต่อก็ยังคงใช้หลักการเดียวกัน

2.4.3.2 ผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาคุณภาพ

การพิจารณาผู้รับผิดชอบแผนพัฒนาคุณภาพ เป็นอีกตัวอย่างหนึ่ง ที่ทำให้เห็นความสำคัญของการใช้มุมมองเชิงระบบหรือการมององค์กรเป็นหนึ่ง เดียวที่มีการเชื่อมต่อองค์ประกอบต่าง ๆ อย่างดี ถ้าแต่ละหน่วยงานหรือระบบ งานกระโจนเข้าไปทำแผนพัฒนาคุณภาพของตนโดยไม่มองผู้อื่น ก็จะพบว่า มี สิ่งที่จะต้องพัฒนาจำนวนมาก และมีความซ้ำซ้อนกันอยู่ไม่น้อย

การเริ่มต้นที่ดี คือการรวบรวมประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาหรือโอกาส สร้างนวัตกรรมในภาพรวมเสียก่อน พิจารณาว่าประเด็นใดที่เป็นประเด็นร่วม ที่ควรดำเนินการร่วมกันหรือดำเนินการโดยทีมงานส่วนกลาง ประเด็นใดเป็น ประเด็นเฉพาะที่แม้จะมีเนื้อหาเดียวกัน แต่ก็มีวิธีการที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วย แต่ละกลุ่ม ซึ่งควรจะกระจายความรับผิดชอบไปให้แต่ละ CLT/PCT ด้วยวิธีนี้ เรา ก็จะเริ่มเห็นเค้าโครงของแผนพัฒนาคุณภาพ (1) ในส่วนที่จะต้องดำเนินการ โดยส่วนกลาง (2) ในส่วนที่จะต้องดำเนินการโดยทีมผู้รับผิดชอบระบบหรือการ ดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เมื่อสองส่วนนี้ชัดแล้ว ที่เหลือก็จะเป็นการเพิ่มเติมโอกาส พัฒนาที่แต่ละระบบงาน แต่ละ CLT/PCT หรือแต่ละหน่วยงานเห็นว่าเป็น

ปัญหาสำคัญของตนเอง เราก็จะได้แผนพัฒนาคุณภาพในสามระดับที่ครบถ้วน สมบูรณ์ มีการประสานงานกัน และปราศจากความซ้ำซ้อน

2.4.3.3 ผู้รับผิดชอบในมาตรฐานเฉพาะแต่ละส่วน

โครงสร้างผู้รับผิดชอบระบบงานต่างๆ มักจะสอดคล้องไปกับมาตรฐาน เช่น ระบบ IC ก็มีคณะกรรมการ IC รับผิดชอบ ระบบยา ก็มี PTC รับผิดชอบ แต่ไม่ได้เป็นเช่นนั้นเสมอไป ดังตัวอย่าง

มาตรฐาน I-4 มีสามเรื่องอยู่ด้วยกันคือ การวัดผลการดำเนินการ ระบบสารสนเทศ และการจัดการความรู้ ซึ่งทั้งสามเรื่องนี้ต้องการความเชี่ยวชาญคนละอย่าง ถ้าจะคาดหวังให้มีคณะกรรมการชุดเดียวเข้ามารับผิดชอบ ก็มักจะไม่ได้ครบถ้วนทั้งสามองค์ประกอบ นอกจากนั้นเนื่องงานเรื่องการจัดการความรู้ อาจจะกลมกลืนไปกับการพัฒนาบุคลากรมากกว่าการวัด การวิเคราะห์ และระบบสารสนเทศ

มาตรฐาน II-2 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการแพทย์ หน้าที่ในการกำกับดูแลที่กำหนดไว้ในมาตรฐานบทนี้อาจจะมีหน่วยงานต่างๆ ที่ไม่ใช่องค์กรแพทยรับผิดชอบในการปฏิบัติอยู่แล้ว เช่น แผนก/กลุ่มงาน/ภาควิชาที่แพทย์แต่ละคนปฏิบัติงานอยู่ CLT/PCT ที่ทำการทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ องค์กรแพทย์จึงต้องเข้าใจในการทำบทบาทหน้าที่เหล่านี้ของหน่วยงานต่างๆ เป็นตัวแทนของแพทย์ทุกคน มองภาพรวม เสริมจุดอ่อน และประมวลผลงานของทุกฝ่ายมาเป็นผลงานขององค์กร

2.4.4 การทบทวนและเรียนรู้ (review and learn)

การทบทวนเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะทำให้ทีมงานได้รับรู้สถานการณ์และเรียนรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ซึ่งจะนำมาสู่การแก้ปัญหาหรือปรับระบบอย่างตรงประเด็น

การทบทวนเป็นเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับทีมงานทุกระดับที่จะต้องมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ มีขอบเขตและการส่งต่อผลลัพธ์ของการทบทวนระหว่างระดับต่างๆ ในองค์กรที่ชัดเจน ทั้งการส่งต่อไปยังระดับที่สูงขึ้นเพื่อขยายขอบเขตของการทบทวนหรือขอรับการสนับสนุนในการแก้ปัญหา และการส่งต่อไปยังระดับที่ต่ำกว่าเพื่อให้เกิดการนำไปปฏิบัติ

การทบทวนเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA และ
เป็นบันไดที่ต้องใช้หรือต้องปฏิบัติในทุกๆ วัน

เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการทบทวนยิ่งขึ้น อาจพิจารณาเป้าหมาย
Value-based Healthcare คือ “ดูคน ดูไข้ ดูคุ้ม” หรือใช้ตัวย่อ NEWS เป็นจุด
เริ่มต้นของการทบทวน

NEWS	ประเด็นการทบทวน	กิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรม ในบันไดขั้นที่ 1 สู่ HA
N: Need & Expectation of Customer		
I-3.1ก(1)	ความต้องการและความคาดหวังของ ผู้ป่วยและผู้รับผลงาน	2. การทบทวนความคิดเห็น/ คำร้องเรียนของผู้รับบริการ
I-3.2ข(1)	กลุ่มผู้ป่วยที่ Underserve ซึ่งควรเป็น จุดมุ่งเน้น	
I-3.2ก(3)	คำร้องเรียนของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน	
III-3.1(2), III-4.1(5)	การตอบสนองของความต้องการที่เป็น องค์รวม	
I-3.2ข(1)(2), IV-2	ประสบการณ์และความพึงพอใจของ ผู้ป่วย	
E: Evidence & Effectiveness		
II-1.1ก(4)	การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย	1. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย
III-6ข(6)	การทบทวนข้อมูลย้อนกลับเพื่อปรับปรุง การส่งต่อและการดูแลก่อนส่งต่อ	3. การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ ปฏิเสธการรักษา
II-2.2(5)	การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า (รวมทั้ง ให้คำแนะนำ ปรีกษา ควบคุม)	4. การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า
I-1.2ก(3)	Clinical Review/Audit	9. การทบทวนเวชระเบียน
III-2ก(3)	การใช้ Evidence ในการประเมินผู้ป่วย	10. การทบทวนการใช้ความรู้ทาง วิชาการ
III-3.1(4)	การใช้ Evidence ในการวางแผนดูแล ผู้ป่วย	

NEWS	ประเด็นการทบทวน	กิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรม ในวันไต่ชั้นที่ 1 สู่ HA
I-4.1ก(1), IV-1	ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ	12. การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ
I-4.1ก(1), IV-3/4/5/6	ประสิทธิผลของระบบงาน	
W: Waste		
I-3.2ข(1)	ระยะเวลารอคอย	
I-4.2ก(2)	โอกาสนำระบบ IT มาเพิ่มประสิทธิภาพงาน	
I-6.1ค(1)	การจัดซื้อ คลังพัสดุ และเครือข่ายอุปทาน	
I-6.2ก(1)	วงรอบเวลา (turn-around-time)	
I-6.2ก(1)	การลดการใช้ การนำกลับมาใช้ซ้ำ	
II-1.1ข(1)	Patient Flow	
II-1.1ข(1)	โอกาสบูรณาการกระบวนการดูแลผู้ป่วย	11. การทบทวนการใช้ทรัพยากร
II-1.1ข(1)	การใช้สถานที่ (OPD, ER, ward, ICU)	
II-1.1ข(1), III-2ข(1)	การตรวจ investigation	
II-1.1ข(1), II-6ก(5)	การใช้ยา	
II-1.1ข(1), III-4.3ข	การทำหัตถการ	
II-3.1ก, II-3.2ก	การบำรุงรักษา	
II-3.2ข	การใช้สารอนุมูลอิสระ	
S: Safety		
II-1.2ก(3)	การทบทวนการปฏิบัติตามเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย (PSG)	
II-1.2ก(2)	ความครอบคลุมของการระบุความเสี่ยง	5. การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง
II-4.1ข(1)(2)	การเฝ้าระวังการติดเชื้อ	6. การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล
II-6.1ก(3)	การทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา	7. การเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา

NEWS	ประเด็นการทบทวน	กิจกรรมทบทวน 12 กิจกรรม ในวันได้ชั้นที่ 1 สู่ HA
II-1.2ก(4)	การทบทวนและเรียนรู้จากอุบัติการณ์	8. การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ
II-1.1ก(4)	การทบทวนและเรียนรู้จากสถานการณ์ประจำวัน	
I-4.1ข(1)	การทบทวน Reliability/ Defect Rate	
I-6.1ก(3)	การทบทวนการใช้ Stronger Action/ HFE	

ถ้ามีเวลาและทรัพยากรจำกัด เช่น ในสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 กิจกรรมทบทวนเหล่านี้ควรเป็นกิจกรรมที่ทุกทีมควรรักษาไว้ให้มีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอ และนำไปดำเนินการพัฒนาตามความเหมาะสม

ถ้าจะให้เป็นระบบ ควรนำโอกาสพัฒนาทั้งหมดมาเรียงร้อยกันตามกระบวนการหลัก จัดลำดับความสำคัญ แล้วนำโอกาสพัฒนาที่สำคัญไปทำแผนพัฒนาคุณภาพ หรือเชื่อมต่อการบริหารกระบวนการ (process management)

2.4.5 การจัดการกระบวนการ (process management)

มาตรฐาน I-6.1 กระบวนการทำงาน ได้ระบุข้อกำหนดเกี่ยวกับการออกแบบ การนำไปปฏิบัติ การควบคุมและการปรับปรุงบริการสุขภาพและกระบวนการทำงาน หรือ PDSA/DALI นั้นเอง

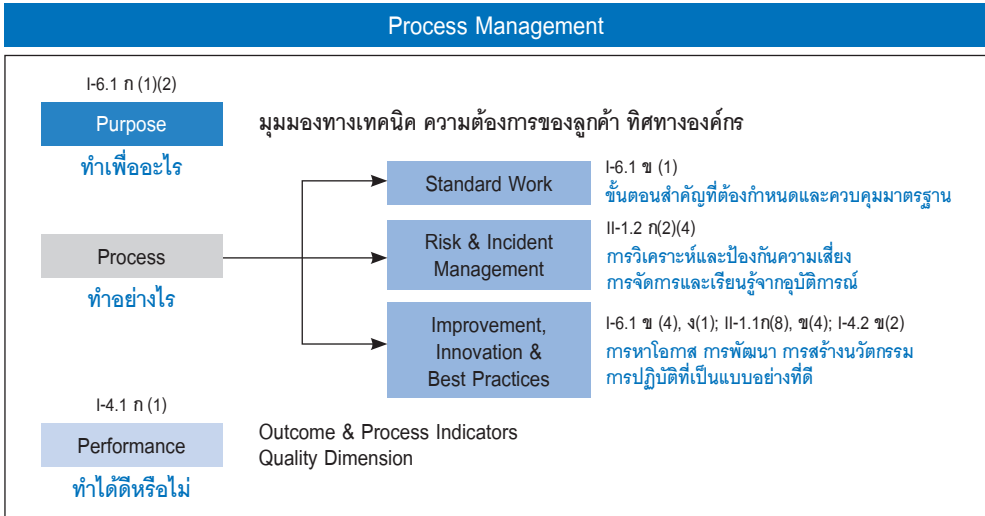
มาตรฐานบทนี้เป็นบทที่สถานพยาบาลจัดทำรายงานการประเมินตนเองยากที่สุด และผู้เยี่ยมชมสำรวจก็ลำบากใจในการเยี่ยมชมมากที่สุด เนื่องจากมาตรฐานบทนี้ถูกขยายความหรือไปทับซ้อนกับมาตรฐานตอนที่ II และตอนที่ III

2.4.5.1 กระบวนการในระดับต่าง ๆ

การพิจารณาการจัดการกระบวนการอย่างครอบคลุม อาจมอง กระบวนการในระดับต่าง ๆ ดังนี้

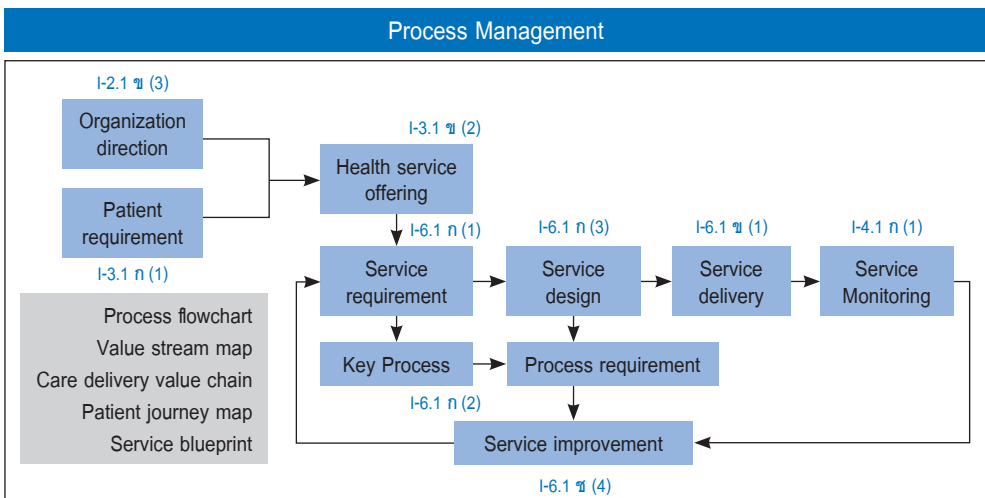
- (1) **กระบวนการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย** การประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยก็คือการออกแบบกระบวนการ (design) การดูแลผู้ป่วยก็คือการนำกระบวนการที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ (action) การเฝ้าระวังและประเมินซ้ำก็คือการเรียนรู้ (learning) การปรับแผนก็คือการปรับปรุงกระบวนการ (improvement) อาจกล่าวได้ว่าการจัดการกระบวนการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานบทนี้ และอาจครอบคลุมงานมากกว่าครึ่งหนึ่งของกระบวนการทั้งหมด
- (2) **กระบวนการดูแลผู้ป่วยทั่วไปของแต่ละแผนก สาขาบริการ หน่วยบริการ** (แผนกผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วย) คือการรับฟังความต้องการของผู้ป่วยและกำหนดคุณลักษณะบริการสุขภาพของแต่ละแผนก สาขา หน่วยบริการ ตามมาตรฐาน I-3.1 และนำมาออกแบบบริการและกระบวนการตามมาตรฐาน I-6.1
- (3) **กระบวนการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มประชากรหรือกลุ่มโรคต่าง ๆ (clinical population)** คือการกำหนดเป้าหมายการดูแลรักษา การออกแบบกระบวนการดูแลสำหรับแต่ละกลุ่มโรคตามข้อมูลวิชาการ/มาตรฐานวิชาชีพพร้อมกับความต้องการของผู้ป่วยในกลุ่มโรคนั้น ๆ แล้วก็หมุนวงล้อ PDSA มีการใช้ Clinical Tracer เพื่อรับรู้การปฏิบัติที่หน้างาน มีการทำ Clinical Audit เพื่อตรวจสอบผลลัพธ์ของการดูแลและนำไปสู่การปรับปรุง
- (4) **กระบวนการอื่น ๆ** ที่มีการจัดการตามวงล้อ PDSA เช่น กระบวนการสำหรับบริการใหม่ กระบวนการสำหรับระบบงานต่าง ๆ กระบวนการเพื่อตอบสนองแผนกลยุทธ์

2.4.5.2 การจัดการกระบวนการ



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (ธันวาคม 2564)

หลักการในการจัดการกระบวนการอย่างง่ายที่สุดคือการพิจารณา Purpose-Process-Performance เป็นการตอบคำถามสำคัญว่ากระบวนการนั้นทำไปเพื่ออะไร ทำอย่างไร และผลลัพธ์เป็นอย่างไร โดยในส่วนของ Process นั้นอาจจะพิจารณาตาม Spectrum of Performance ก็จะเห็นว่ามีความเกี่ยวข้องของการควบคุมให้เป็นไปตามมาตรฐานหรือข้อกำหนด การจัดการความเสี่ยงและอุบัติการณ์ การพัฒนาและสร้างนวัตกรรม



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (ธันวาคม 2564)

เมื่อพิจารณาตามมาตรฐาน HA แม้ว่าจัดการกระบวนการส่วนใหญ่จะปรากฏอยู่ในมาตรฐาน I-6.1 ก(1)(2)(3) ข(1)(4) แต่ก็มีความเชื่อมโยงกับมาตรฐานในเรื่องการรับฟังเสียงของผู้รับผลงาน [I-3.1ก(1)] การกำหนดบริการสุขภาพ [I-3.1ข(2)] ทิศทางองค์กร [I-2.1ข(3)] การกำหนดและติดตามตัววัด [I-4.1ก(1)]

เครื่องมือคุณภาพที่ใช้ทำความเข้าใจกระบวนการทำงานมีได้หลากหลาย ซึ่งควรทำความเข้าใจ ทดลองทำ และเลือกใช้ให้เหมาะสมกับกระบวนการที่จะนำไปใช้ เช่น Process Flowchart, Value Stream Map, Care Delivery Value Chain, Patient Journey Map, Service Blueprint

2.4.5.3 กระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด (End-to-end processes)

การพิจารณากระบวนการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุด หรืออาจเรียกในชื่ออื่น เช่น ห่วงโซ่แห่งคุณค่า (value chains) กระบวนการคร่อมสายงาน (cross-functional processes) อยู่บนพื้นฐานของการเชื่อมต่อกระบวนการต่างๆ ที่มีเป้าหมายสุดท้ายร่วมกัน ซึ่งจะทำให้สร้างคุณค่าแก่ผู้รับผลงานได้อย่างแท้จริง เปลี่ยนจากการทำงานแบบต่างคนต่างทำของแต่ละหน่วยงานมาเป็นการมุ่งเป้าหมายร่วมกัน ปรับปรุงการส่งมอบงานระหว่างกัน ลดการกล่าวโทษกัน ให้ความสำคัญกับการสร้างประสบการณ์ที่ดีให้แก่ผู้รับผลงานมากกว่าการทำงานของตนให้สำเร็จ มีการจัดการแบบองค์รวมที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพที่มีความพอเหมาะพอดี (optimization) ในการใช้ทรัพยากรโดยไม่เบียดเบียนกัน

การจัดการกระบวนการหรือการพัฒนาคุณภาพที่จะให้ผลตอบแทนมากที่สุดควรมุ่งเน้นไปที่ End-to-end Processes ที่มีความสำคัญสูง มีคุณค่าสูง มีความซับซ้อน และสอดคล้องกับทิศทางเชิงกลยุทธ์

2.4.6 การสร้างเสริมสุขภาพ

มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับที่ 3 พ.ศ. 2549 มีชื่อเรียกว่า มาตรฐาน HA/HPH เนื่องจากได้ผสมผสานมาตรฐานโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promoting Hospital) กับมาตรฐาน HA เข้าด้วยกัน โดยขยายโครงจาก TQA Framework ซึ่งมี 7 หมวด ออกมาเป็นมาตรฐานที่มี 4 ตอน

ก่อนหน้านี้ นั้น มาตรฐาน HA และมาตรฐาน HPH จะเป็นมาตรฐานคนละฉบับ คือมีมาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการ และมาตรฐาน HPH การรับรองสามารถรับรองแยกมาตรฐานหรือรับรองทั้งสองมาตรฐานพร้อมกัน และมีการออกไปรับรองให้สองฉบับสำหรับโรงพยาบาลที่ขอการรับรองทั้งสองมาตรฐาน

ด้วยเห็นความสำคัญของการนำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพมาสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง HA การปรับปรุงมาตรฐานในครั้งนั้น จึงได้รวบรวมมาตรฐานทั้งสองเรื่องเข้าด้วยกัน มีการพิจารณาว่าควรจะทำให้มาตรฐานโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพที่รวบรวมเข้ามานั้นปรากฏให้ชัดเจนหรือไม่ ซึ่งได้ข้อสรุปว่าให้เป็นมาตรฐานที่ผสมผสานเข้าเป็นเนื้อเดียวกัน

ที่มานี้มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ใช้มาตรฐาน HA พึงตระหนักกว่าจะต้องให้ความสำคัญกับหลักการและแนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพควบคู่กันไปด้วย

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพว่า “เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้ผู้คนสามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพและยกระดับสุขภาพของตนเอง”

ข้อกำหนดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพที่กระจายอยู่ในมาตรฐานส่วนต่าง ๆ



การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในสถานพยาบาลตามมาตรฐาน HA อาจทำได้ในลักษณะต่อไปนี้

การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพจากล่างขึ้นบน คือการหาโอกาสให้บริการสร้างเสริมสุขภาพในงานประจำให้มากที่สุด พิจารณว่ามีปัจจัยกำหนดสุขภาพอะไรบ้างที่ผู้ป่วยควรจะควบคุมได้ ทั้งในด้าน พฤติกรรมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อม แล้วหาทางส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถที่จะทำได้

การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพจากบนลงล่าง คือการกำหนดทิศทางและประเด็นสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพไว้ในกลยุทธ์ขององค์กร แล้วถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติ ประเด็นเหล่านั้นอาจจะมาจาก (1) นโยบายระดับชาติ เช่น การควบคุมการบริโภคยาสูบ การยุติเอดส์ (2) ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ (3) กลุ่มประชากรที่ต้องการบริการสร้างเสริมสุขภาพเป็นพิเศษ เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ต้องขังหญิง คนไร้บ้าน ผู้มีปัญหสถานะบุคคลและประชากรข้ามชาติ

การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นเรื่องที่ไม่ง่ายนัก จะต้องพิจารณาความเป็นไปได้ในการวัดร่วมกับระดับความสัมพันธ์ของสิ่งที่วัดกับ Intervention ที่ใส่เข้าไป วิธีการหนึ่งที่จะช่วยได้คือวิเคราะห์ Value Chain ของสิ่งที่จะเกิดขึ้นจาก Health Promotion Intervention เลือกตัววัดที่ใกล้กับปัจจัยกำหนดสุขภาพมากที่สุด โดยระวังที่จะไม่เลือกตัววัดสิ่งที่อาจเป็นผลจากปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับ Intervention ที่ใส่เข้าไป

2.4.7 สร้างความเข้าใจเพื่อใช้ให้เกิดผลอย่างก้าวกระโดด

ถ้าจะใช้มาตรฐานให้เกิดผลอย่างก้าวกระโดด ทีมงานจะต้องศึกษาให้เข้าใจความหมายและเป้าหมายของมาตรฐานจนแตกฉาน ไม่ติดกรอบกับถ้อยคำหรือแนวคิด แต่เชื่อมโยงเป้าหมายของมาตรฐานกับแนวคิดที่ก้าวหน้าและความรู้ต่างๆ ในทุกสาขา ซึ่งจะมีเพิ่มเติมเข้ามาอยู่ตลอดเวลา ดังจะยกตัวอย่างให้เห็นพอสังเขปต่อไปนี้

การกำกับดูแลทางคลินิก [I-1.2ก(3)] ไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะตัวคณะกรรมการที่จะมากำกับดูแล แต่ควรพิจารณาพีระมิดของความรับผิดชอบทั้งระบบ จากคณะกรรมการกำกับดูแลมาสู่คณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการเฉพาะระบบ/ทีมนำทางคลินิก หน่วยปฏิบัติต่างๆ และบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งทั้งหมดจะต้องช่วยกันตอบคำถามว่าสิ่งที่ส่วนต่างๆ ในองค์กรกำลัง

ทำอยู่นั้นเพียงพอหรือไม่ที่จะให้หลักประกันด้านคุณภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย รายงานผลสำเร็จและปัญหาอุปสรรคที่จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ที่อยู่สูงขึ้นไปเป็นลำดับ จนสามารถคลี่คลายสถานการณ์ปัญหาซึ่งคนหน่วยงานต้องเผชิญ

โอกาสเชิงกลยุทธ์ [I-1.2ข(2)] โอกาสเชิงกลยุทธ์ในที่นี้ไม่ได้หมายถึง O หรือโอกาสใน SWOT ซึ่งเป็นการพิจารณาปัจจัยภายนอกที่มีอะไรที่เอื้อต่อความสำเร็จขององค์กร แต่โอกาสเชิงกลยุทธ์เป็นผลของการพิจารณาปัจจัยทั้งภายในและภายนอก รวมถึงการคิดนอกกรอบ การนึกฝันอนาคตที่แตกต่างไปจากเดิม นำมาสู่การคาดการณ์สิ่งใหม่ๆ หรือการเปลี่ยนแปลงของผลิตภัณฑ์ บริการ กระบวนการ โมเดลธุรกิจ พันธมิตร หรือตลาด ซึ่งจะเป็นตัวเลือกสำหรับการนำมาดำเนินการและกำหนดไว้ในวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ต่อไป

ความผูกพันของผู้ป่วย [I-3.2] ในความหมายทั่วไป ความผูกพันของลูกคำหมายถึง Emotional Connection ระหว่างลูกคำและตราผลิตภัณฑ์ ซึ่งจะปรากฏออกมาในรูปแบบของการกลับมาใช้บริการหรือซื้อผลิตภัณฑ์ซ้ำ การแนะนำบอกต่อ การเข้าร่วมในกิจกรรมที่มีความสำคัญ แต่คำว่าความผูกพันของผู้ป่วยมีความหมายไปไกลเกินกว่านั้น กล่าวคือหมายถึงการที่ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ มีความสามารถ และมีความเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา และรับผิดชอบจัดการกับสุขภาพของตนเอง ที่ไปไกลกว่านั้นคือนอกจากจะรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองแล้ว ยังเข้าร่วมหรือริเริ่มที่จะทำสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นด้วย ถ้าเป็นไปได้ ที่ทีมควรศึกษาแนวคิดเรื่อง Maturity Level of Patient Engagement และการวัด Patient Activation

การวิเคราะห์ข้อมูล [I-4.1ข(1)] ควรนำมาสู่ Insight เกี่ยวกับการทำงานขององค์กร ทำให้อธิบายเหตุผลของปรากฏการณ์ต่างๆ ได้ด้วยหลักฐานข้อมูล มิใช่การคาดเดา ตัวอย่างเช่น (1) การวิเคราะห์ข้อมูลที่มีลักษณะ Heterogeneous ด้วยการแบ่งกลุ่มย่อยอย่างมีเหตุผลเพื่อดูว่าผลลัพธ์ของแต่ละกลุ่มแตกต่างกันหรือไม่ หรือเป็นไปตามการอธิบายด้วยการคาดเดาหรือไม่ (กลุ่มย่อยในที่นี้อาจจะเป็นลักษณะของผู้ป่วย ช่วงเวลาที่แตกต่างกัน หน่วยบริการที่แตกต่างกัน) (2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของตัวแปรสองชุด เช่น ระหว่างความหนักเบาของผู้ป่วยกับผลลัพธ์การดูแลรักษา ปัจจัยนำเข้าหรือความเข้มข้นของการทำกิจกรรมกับผลลัพธ์ของกิจกรรมหรือผลการดำเนินการขององค์กร (3)

การตั้งโจทย์จากข้อมูลเชิงปริมาณที่เห็น เพื่อนำไปสู่การหาคำอธิบายเชิงลึก ด้วยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติม

การเรียนรู้ [I-4.2ข(3)] ควรขยับจาก **Single-loop Learning** ที่มุ่งเรียนรู้เพื่อปรับการปฏิบัติให้เป็นไปตามที่ออกแบบ ไปสู่ **Double-loop Learning** การเรียนรู้เพื่อปรับกรอบวิธีการทำงาน เป้าหมาย หรือจุดเน้นของงาน (reframe) เช่น จากการมุ่งความเจียมในยามคำ เป็น ผู้ป่วยหลับพักผ่อนได้เพียงพอ หรือ **Triple-loop Learning** การเรียนรู้เพื่อเปลี่ยนแปลงวิธีการมองเห็นประเด็นและแก้ปัญหา (transform)

การจัดระบบงานเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผลสำเร็จ [I-5.1ก(4)] หัวข้อนี้เน้นว่ามีความสำคัญไม่น้อยกว่าเรื่องขีดความสามารถและความผูกพันของบุคลากร เพราะเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้คนใช้ศักยภาพของตนได้อย่างเต็มที่ และเป็นโอกาสสร้างนวัตกรรมด้านการบริหารได้มาก มีต้องจำแนกต่อข้อจำกัดเรื่องจำนวนบุคลากร สิ่งที่เป็นพื้นฐานที่เข้มแข็งซึ่งโรงพยาบาลต่าง ๆ ดำเนินการอยู่แล้ว คือการทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งในส่วนของกรีนและทบทวน (clinical lead team หรือ patient care team) และการทำงานประจำ ยังมีข้อคิดในเรื่องการจัดระบบงานที่ควรพิจารณาต่อยอดไปอีก เช่น (1) วัฒนธรรมของการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นอย่างสม่ำเสมอ (2) Platform ของการเรียนรู้จากงานประจำ (3) การใช้ Digital Technology เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดภาระงาน (4) End-to-end Process Redesign (5) การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมออกแบบระบบบริการ (co-creation) (5) การมีผู้ทำหน้าที่สำคัญบางอย่างที่ช่วยในการเชื่อมประสาน (เช่น case manager) หรือทบทวนเชิงวิชาชีพ (เช่น clinical pharmacist) และ ฯลฯ ที่รอการสร้างสรรคจากโรงพยาบาล

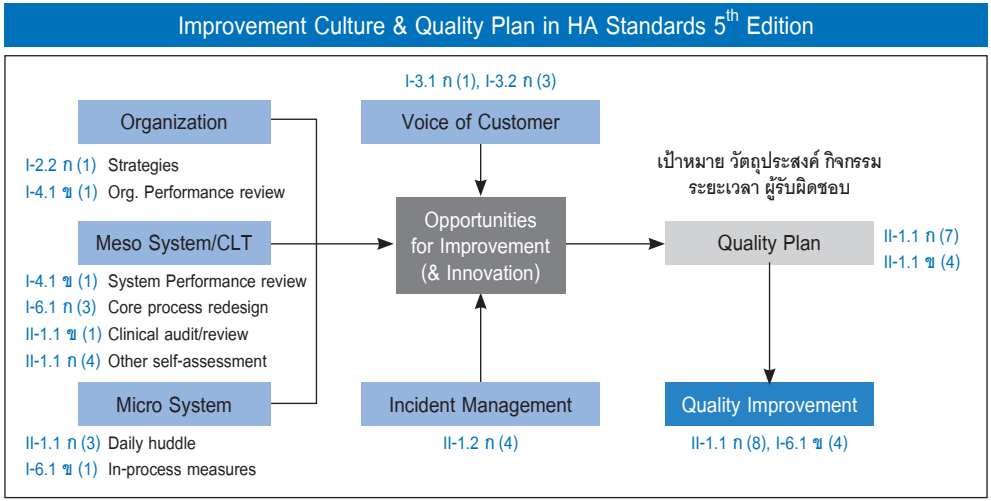
ความผูกพันและการประเมินความผูกพันของบุคลากร [I-5.2ก] มาตรฐาน HA ฉบับที่ 5 ให้ความหมายเรื่องความผูกพันของบุคลากรไว้อย่างชัดเจนว่า หมายถึง ระดับความมุ่งมั่นทั้งด้านอารมณ์และสติปัญญาของบุคลากร เพื่อให้งาน พันธกิจ และวิสัยทัศน์ขององค์กรบรรลุผล คือคาดหวังให้องค์กรทำให้บุคลากรมีทั้ง Passion และการทุ่มเทสติปัญญาความคิดเพื่อให้งานขององค์กรบรรลุผล ความผูกพันในที่นี้จึงไม่ใช่เพียงความรักองค์กร อยู่กับองค์กร โดยไม่หนีไปไหน หรือคอยแก้ต่างแทนองค์กร แต่เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้งานขององค์กรประสบความสำเร็จ การประเมินความผูกพันที่ผ่านมามีปัญหาอย่างน้อยสองเรื่องคือ การประเมินโดยใช้ความรู้สึกของบุคลากร และการประเมินที่

เน้นความพึงพอใจต่อปัจจัยที่มีผลต่อความผูกพัน มิได้ประเมินไปที่ระดับความทุ่มเทที่บุคลากรให้กับองค์กร ซึ่งเป็นเรื่องที่ต้องเร่งทบทวน

ระบบการจัดการผลการปฏิบัติงานของบุคลากร [I-5.2ค(1)] ระบบราชการยังคงติดกรอบการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อเลื่อนขั้นเงินเดือนที่ล้าหลัง และไม่อาจช่วยจูงใจให้บุคลากรสร้างผลงานที่ได้อย่างเต็มความสามารถ หัวใจสำคัญของการจัดการผลการปฏิบัติงานคือการสื่อสารความคาดหวังและให้ความช่วยเหลือให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานที่ดี ซึ่งการสื่อสารนี้จะต้องทำตั้งแต่เริ่มงวดของการประเมิน และทำอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเมื่อขั้นตอนที่เป็นหัวใจสำคัญของระบบนี้ขาดหายไปแล้ว ระบบทั้งหมดก็เป็นระบบที่ไม่ได้ผลตามที่มุ่งหวัง

การจัดการนวัตกรรม [I-6.1ง(1)] ที่ผ่านมานวัตกรรมมักจะเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติ จากความพยายามของบางคนที่สนใจหาทางแก้ปัญหา และเป็นนวัตกรรมชิ้นเล็กๆ เพื่อแก้ปัญหาหน้างานของตน องค์กรสามารถจัดการนวัตกรรมได้ดีขึ้นด้วยการ (1) ตีตอวูธให้บุคลากรมีทักษะในการคิดสร้างสรรค์เพื่อสร้างนวัตกรรม ดังตัวอย่าง Adobe Kickbox ซึ่งมีทั้งคู่มืออย่างละเอียดและเงินที่จะใช้ทดลอง (2) สร้างบรรยากาศและวัฒนธรรมของการเปิดรับความคิดเห็น การกล้าเสี่ยงโดยไม่ต้องกลัวล้มเหลว (3) กำหนดทิศทางในการสนับสนุนการสร้างนวัตกรรมให้ชัดเจน (โอกาสเชิงกลยุทธ์)

แผนพัฒนาคุณภาพ [II-1.1ก(7)] ควรมาจากแหล่งต่างๆ รอบด้าน มีการจัดทำในทุกระดับขององค์กร และเริ่มจัดทำตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ

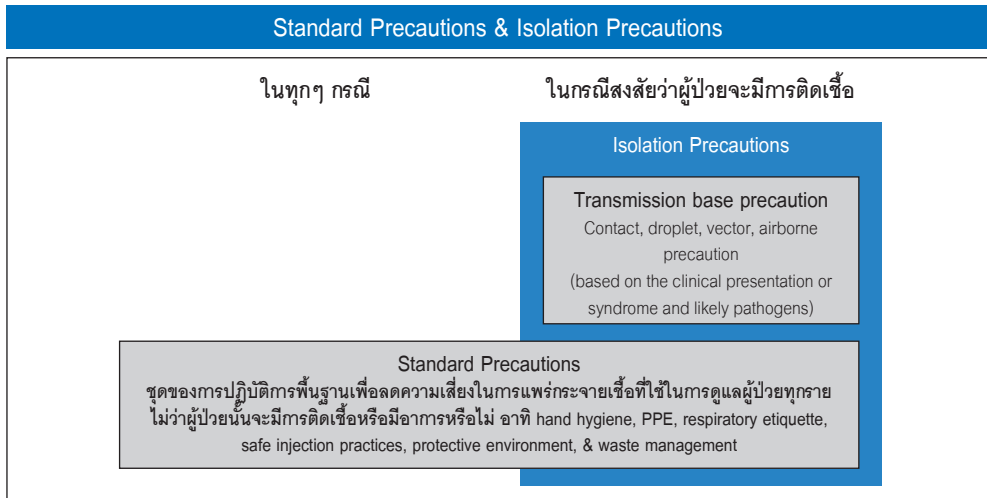


นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (ธันวาคม 2564)

การบริหารความเสี่ยง [II-1.2] แม้จะมีเครื่องมือในการบริหารความเสี่ยงที่ชัดเจน ได้แก่ Risk Matrix, Risk Register, RCA รวมทั้ง SP/WI หรือ Policies & Procedures แต่เราก็ยังไม่ได้ใช้ประโยชน์จากเครื่องมือเหล่านี้ อย่างเต็มที่และเชื่อมโยงกัน (1) Risk Matrix ควรเป็นเครื่องมือที่ทุกหน่วยงานทุกระบบงาน ทุก CLT/PCT ใช้นำเสนอสรุปความเสี่ยงที่ต้องเผชิญพร้อมการวิเคราะห์ความสำคัญ ซึ่งควรมีการเชื่อมโยงระหว่างความเสี่ยงของส่วนงานที่เกี่ยวข้องกันด้วย (เช่น ระหว่าง PCT กับหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยของ PCT) และควรครอบคลุมความเสี่ยงทั้งที่เคยเกิดและมีโอกาสเกิด (2) RCA ควรเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ค้นหา Root Cause ที่จะนำไปสู่การป้องกันที่ได้ผล โดยมุ่งหาสาเหตุและแนวทางการป้องกัน Unsafe Act ของผู้เกี่ยวข้อง (ดูย่อหน้าต่อไป) (3) SP/WI หรือ Policies & Procedures ควรเป็นเอกสารที่สามารถใช้อ้างอิงได้ว่า แนวปฏิบัติที่จะต้องทำนั้นคืออะไร และเป็นเอกสารที่มีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันตลอดเวลา โดยอาศัยผลการทำ RCA ว่าพบจุดโหว่ของการออกแบบหรือการปฏิบัติอะไร ก็นำจุดโหว่นั้นมาอุดด้วยการปรับปรุงคู่มือ (4) Risk Register ควรเป็นเสมือนปมหรือบันทึกรูป หรือเครื่องเตือนใจเพื่อให้การบริหารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่มีชีวิต เตือนว่าเมื่อไรที่จะต้องมีการทบทวนมาตรการป้องกันความเสี่ยงและการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ โดยมีข้อมูลสรุปเท่าที่จำเป็นเพื่อให้ง่ายต่อการทบทวน

Root Cause Analysis ควรทบทวนจุดเน้นในขั้นตอนต่างๆ ดังนี้ (1) Story & Timeline ควรเน้นที่การกระทำของผู้เกี่ยวข้องควบคู่กับสถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก (2) Potential Change ควรระบุพฤติกรรมตาม Care Process หรือ Work Process ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการให้มากที่สุด (3) Proactive Fact Finding ควรรับฟังผู้เกี่ยวข้องโดยใช้ Empathy Map คือถามว่า เห็นอะไร ได้ยินอะไร รู้สึกอย่างไร คิดอะไร พุดอะไร ทำอะไร (4) Causal Statement ควรระบุสาเหตุในระดับ 3rd Tier (สิ่งแวดล้อม เครื่องมือ อุปกรณ์ และ human-system interface) และ 4th Tier (การบริหารจัดการ วัฒนธรรมองค์กร ทรัพยากร) ในทุก Potential Change (5) Creative Solution ควรเน้นการใช้ Human Factors ให้มาก นอกจากนั้นควรใช้ประโยชน์จากการวิเคราะห์เหล่านี้ไปฝึก Situation Awareness ให้มากที่สุด (คาดการณ์ เตรีียมพร้อม ต่อมาเอ๊ะ)

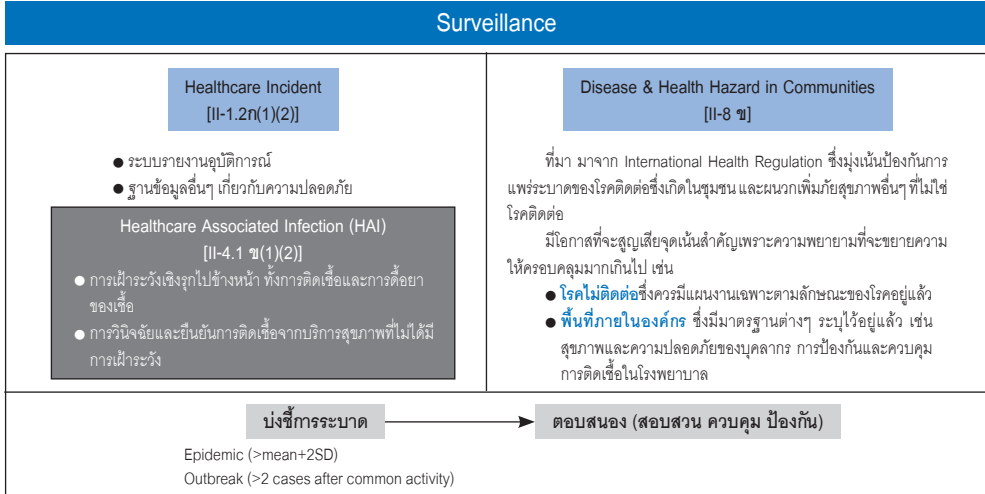
การป้องกันการติดเชื้อ [II-4.2ก(1)] ขอบริบายความหมายและที่ใช้
ของคำว่า Standard Precautions และ Isolation Precautions ด้วยภาพนี้แทน



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (ธันวาคม 2564)

Medication Reconciliation [II-6.2ก(2)] การใช้คำใหม่อาจจะทำให้เปลี่ยนมุมมองใหม่ แต่ทำให้หลุดลอยจากฐานเดิม ในมาตรฐานระบุข้อความ เป็นภาษาไทยในเรื่องนี้ไว้ว่า “กระบวนการทำงานที่ประกันความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล” และยิ่งแปลความตามกระบวนการในอุดมคติบวกกับความคาดหวังที่มีต่อเรื่องนี้ ก็ยิ่งทำให้เรื่องนี้เป็นเรื่องไกลตัว ไม่เป็นธรรมชาติ และยากที่จะบรรลุ แต่ถ้ากลับมาสู่ฐานเดิมว่าแท้จริงเรื่องนี้เป็นหน้าที่ของแพทย์ในการทบทวนคำสั่งใช้ยาที่แพทย์ทุกคนทำอยู่แล้วและเรียกมันอย่างคุ้นปากว่า Med Review เพียงแต่เรื่องนี้มีคนและระบบเข้ามาช่วยให้แพทย์ทำ Med Review ได้ง่ายขึ้นและครบถ้วนมากขึ้น เราก็จะได้รับความร่วมมือจากแพทย์ง่ายขึ้น และเริ่มยอมรับว่าธรรมชาติของแพทย์แต่ละแผนกมีความแตกต่างกัน แล้วมาร่วมกันออกแบบระบบให้รองรับธรรมชาติเหล่านั้น

การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ [II-8] ขอให้ศึกษาแนวคิดและความเชื่อมโยงเรื่องการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ การติดเชื้อจากบริการสุขภาพ โรคและภัยสุขภาพตามภาพ



นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล ผู้ทรงคุณวุฒิสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (ธันวาคม 2564)

สังท้าย

ที่กล่าวมานี้เป็นข้อคิด ข้อสังเกต เพื่อชักชวนให้ผู้เชี่ยวชาญได้นำไปขบคิด แสวงหา และทดลองปฏิบัติให้เกิดความหลากหลายมากขึ้น มีบทเรียนมาแลกเปลี่ยนกันมากขึ้น ไม่เกี่ยวกับการตีความเพื่อใช้ในการประเมินและรับรองคุณภาพ トラบดที่ที่ยังไม่เกิดบทเรียนจนเกิด Consensus ในเรื่องเหล่านี้ว่าพวกเราพร้อมใจจะยอมรับและเดินไปในทิศทางใด

2.5 เครื่องมือ HA ที่ก้าวข้ามขีดจำกัด

ความสำเร็จของกระบวนการ HA ที่ผ่านมา เป็นผลของการใช้แนวคิดสำคัญที่ก้าวหน้า คือ “HA เป็นกระบวนการเรียนรู้ ไม่ใช่การตรวจสอบ” การเยี่ยมสำรวจคือ External Peer Review ที่เข้าไปยืนยันผลการประเมินตนเองของสถานพยาบาล ด้วยแนวคิดดังกล่าว สร้างบรรยากาศเชิงบวกที่เอื้อต่อการเรียนรู้ มีพลังในการพัฒนาต่อยอดและคิดหาแนวทางใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง สำหรับสถานพยาบาลที่ยังอยู่ในขั้นแรกๆ ของการพัฒนา อาจต้องใช้ศิลปะของ

การเยี่ยมสำรวจที่จะชี้แนะและโน้มน้าวให้เห็นประโยชน์ของการพัฒนาในประเด็นต่างๆ มากขึ้น

สิ่งที่เกิดขึ้นในภาพรวมของระบบของประเทศคือการเห็นยวนำให้เกิดการพัฒนาขึ้นในทุกระดับตามศักยภาพของแต่ละสถานพยาบาล โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ซึ่งจะแตกต่างจากการประเมินและรับรองที่ยึดเอาผลการรับรองว่าผ่านหรือไม่ผ่านเป็นเป้าหมาย และปล่อยให้ผู้ที่ไม่ผ่านต้องดิ้นรนขวนขวายด้วยตนเอง หรือหลุดไปจากระบบการ HA เนื่องจาก HA ยังคงเป็นระบบของความสมัครใจ

การประเมินและรับรอง HA ในปัจจุบันถือว่าเป็นทั้ง Formative Evaluation คือให้ความสำคัญกับการพัฒนาผ่านการประเมินตนเองและการให้ข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมสำรวจ ร่วมกับ Summative Evaluation คือการตัดสินใจให้การรับรองในระดับต่างๆ

ทิศทางที่ HA ควรพัฒนาต่อยอดจากระบบที่เป็นอยู่ในปัจจุบันคือการนำแนวคิดเรื่อง Developmental Evaluation มาสู่การปฏิบัติ ซึ่งจะเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่ระบบบริการสุขภาพกำลังเผชิญอยู่

2.5.1 Developmental Evaluation (DE)

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช มีความสนใจในเรื่องนี้มาก อยากจะเห็นการใช้ DE เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงด้วยกระบวนการทัศน์ใหม่ของการประเมิน ใช้ประเมินเพื่อสร้างการพัฒนาหรือสร้างการเปลี่ยนแปลงซึ่งขับเคลื่อนโดยผู้เกี่ยวข้องทั้งระบบ ผู้ประเมินต้องเป็นทั้งผู้ประเมิน (evaluator) และเป็นวิทยากรกระบวนการ (facilitator) พร้อมกัน ตามที่ระบุในหนังสือเล่มสุดท้ายข้างบน

ท่านได้ทบทวนองค์ความรู้ในเรื่องนี้ไว้อย่างละเอียด ซึ่งจะนำมาสรุปเพื่อทำความเข้าใจในเบื้องต้นไว้ดังนี้

DE ทำให้เกิดพลังสร้างการเปลี่ยนแปลงในระบบ ที่เรียกว่า “การขยายผล” (scale-up) ในรูปแบบใหม่ มุมมองใหม่ คือมองระบบเป็นระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว ไม่ใช่ระบบที่ Simple & Linear

จากข้อมูลที่ทีมประเมินรวบรวมมาภายใต้วิธีการที่แม่นยำและคำนึงถึงบริบท นำมาจัดกระบวนการตีความผลตามข้อมูล โดยมีสมาชิกจากทุกภาคส่วนของระบบนั้นๆ เข้าร่วมกระบวนการ ชวนกันมองเป้าหมายร่วมที่เลียดจาก

ผลประโยชน์ของกิจการ แล้วในที่สุดกระบวนการจะต้องดำเนินการกระบวนการสะท้อนคิดสู่ข้อสรุปว่า ผลการประเมินให้ความรู้ความเข้าใจอะไรบ้าง และนำไปสู่ข้อเสนอแนะให้มีการเปลี่ยนแปลงที่จุดใดบ้างในระบบ และเปลี่ยนแปลงสู่สภาพใด

การพัฒนาในสภาพที่ซับซ้อน (complexity) สูง ไม่ประสบความสำเร็จก็เพราะสาเหตุต่อไปนี้ (1) ปฏิเสธความซับซ้อน (2) พยายามควบคุมความซับซ้อน (3) พยายามหลีกเลี่ยงความซับซ้อน และ (4) ไม่ตระหนักในความซับซ้อนของเรื่องนั้น เคล็ดลับความสำเร็จอยู่ที่การเผชิญความซับซ้อนอย่างมีสติและปัญญา นำเอาข้อค้นพบที่เผยตัวขึ้นจากการดำเนินการมาใช้เป็นพลังโดยทีม DE เป็นผู้ช่วยให้ทีมปฏิบัติงานค้นพบพลังนั้น

จุดบอดของนักประเมินโดยทั่วไปคือมุ่งจับจ้องที่ ผลตามที่ได้คาดหวัง (intended outcome) ทำให้ละเลยผลดีที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดหวังไว้ก่อน หรือละเลยเรื่องราวของผลร้ายที่เกิดขึ้น อาจกล่าวได้ว่า ทฤษฎีความซับซ้อน ช่วยเปิดโลกทัศน์ของนักประเมิน ให้เอาใจใส่ปรากฏการณ์ หรือพลวัต ที่เกิดขึ้นในโครงการที่กำลังดำเนินอยู่ในลักษณะที่จับจ้องมองหาวัตกรรม หรือหน่ออ่อนของนวัตกรรม ที่ไม่ได้คาดหวังไว้ก่อน ภายใต้แนวคิดว่าหน่ออ่อนของนวัตกรรมที่ไม่คาดหวังเกิดขึ้นได้เสมอในระบบที่ซับซ้อนและปรับตัว

นักประเมินที่มีมุมมองเชิงระบบ หรือมุมมองเชิง Complexity สามารถตั้งคำถามที่ลึกและเสนอแนะการพัฒนาที่เลยจากการพัฒนางานไปสู่การพัฒนาระบบได้ เกิดคุณค่าต่อการพัฒนามากกว่ากันอย่างไรเปรียบเทียบไม่ได้

ตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญการแพทย์สหรัฐที่ไปเยือนโรงพยาบาลภาคสนามที่อิรัก ในสงครามอิรัก และพบว่าโรงพยาบาลให้การดูแลการบาดเจ็บที่นัยน์ตาอย่างได้ผลดีมาก แต่ผู้เชี่ยวชาญคือ Atul Gawande ตั้งข้อสังเกตว่า ทำไมจึงมีการบาดเจ็บที่ตามากนัก ได้ความว่าเพราะทหารไม่สวมแว่นป้องกัน เนื่องจากสวมแล้วดูไม่สง่างาม เมื่อมีการออกแบบแว่นป้องกันเสียใหม่ให้ถูกใจทหารและทหารสวมกันทุกคน อัตราบาดเจ็บที่ตาลดลงหลายเท่าตัว นี่คือผลของการตั้งคำถามที่ลึก เป็นคำถามเชิงระบบที่นำไปสู่ Double-loop Learning นำไปสู่การแก้ปัญหาที่ Root Cause หรือต้นตอ

ขอยกตัวอย่างบทพบทวนของ ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช พอหอมปากหอมคอเพียงเท่านี้ เพื่อให้ผู้สนใจมาร่วมกันศึกษาและทดลองนำแนวคิดดังกล่าวมาสู่

การปฏิบัติ และพิจารณาว่าจะนำมาใช้พัฒนากระบวนการเยี่ยมสำรวจของ HA ได้อย่างไร

DE คือเครื่องมือที่จะช่วยให้กระบวนการ HA ก้าวไปข้างหน้า เราควรช่วยกันนำพา HA ให้ก้าวไปข้างหน้า มิใช่ถอยหลังกลับมาเลียนแบบระบบการประเมินอื่นๆ ที่มุ่งหวังเพียงแค่ Compliance และไม่ได้คุณค่าอะไรเพิ่มเติม เพียงแต่ทำให้เป็นที่พอใจของผู้เกี่ยวข้องเท่านั้น

2.5.2 การรับรอง HA ควรไล่ตามและใช้ประโยชน์จากการรับรอง Advanced HA

การรับรอง Advanced HA มีจุดมุ่งหมายที่จะให้สถานพยาบาลที่มีศักยภาพ เป็นผู้บุกเบิกในโลกของความเป็นจริง ถ้าวางแรงอย่างเต็มที่แล้ว สถานพยาบาลต่างๆ สามารถพัฒนาไปได้ไกลเพียงใด การรับรอง Advanced HA ใช้มาตรฐานชุดเดียวกับการรับรอง HA เพียงแต่มีคำขยายความเป็นตัวช่วย (ซึ่งก็ใกล้เคียงกับ SPA ของ HA) และมีความคาดหวังว่าจะพบ Maturity Level ที่สูงกว่า โดยในเบื้องต้นก็คือมี EI³O (evaluation & improvement, innovation, integration) ซึ่งเป็นสิ่งที่สถานพยาบาลที่มุ่งหวังคุณภาพสำหรับผู้รับบริการ จะพึงปฏิบัติอยู่แล้ว ในอนาคต สถานพยาบาลที่จะได้รับ Advanced HA ก็พึงขยับไปสู่การเป็น Role Model หรือ Excellent Result ขณะที่สถานพยาบาลที่จะได้รับ HA ก็พึงมี EI³O ให้มากขึ้น

เราต้องไม่ทำให้ Advanced HA เป็นเรื่องที่ได้ยาก หรือเป็นเรื่องที่แตกต่างจาก HA โดยสิ้นเชิง แต่ต้องทำให้ความรู้และประสบการณ์ของสถานพยาบาลที่ได้ Advanced HA ถูกถ่ายทอดมาสู่สถานพยาบาลอื่นๆ อย่างกว้างขวาง และร่วมใจกันนำมาปฏิบัติให้เกิดประโยชน์

2.5.3 บทบาทที่เปลี่ยนไป

2.5.3.1 บทบาทหน้าที่ของสถานพยาบาล

สถานพยาบาลจะทำอะไรได้บ้างเพื่อให้กระบวนการ HA ก้าวไปข้างหน้าเท่าที่นี้ก็ได้ในขณะนี้ก็มีสองประการคือ (1) การแสดง Compliance ของการปฏิบัติตามข้อกำหนด (2) การแสดงผลการดำเนินการและหมุนงรอบของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การแสดง Compliance ของการปฏิบัติตามข้อกำหนด ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การนำข้อกำหนดมาทบทวนเพื่อปรับปรุง การใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ติดตามวัดผลโดยเฉพาะอย่างยิ่งตัววัดเชิงกระบวนการ (in-process measures) การนำเสนอผลการตามรอยหรือการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอตามแนวปฏิบัติที่องค์กรวางไว้ การรับเสียงสะท้อนจากผู้เกี่ยวข้อง การเรียนรู้จากอุบัติเหตุและความแปรปรวนในงานประจำ การใช้งานวิจัยหรือการประเมินแบบฉับไวเพื่อหาโอกาสพัฒนา

หากสถานพยาบาลมี Maturity ในด้านนี้มากขึ้นเท่าไร ผู้เยี่ยมชมสำรวจก็ลดบทบาทในการประเมิน compliance ได้มากขึ้นเท่านั้น และใช้เวลาของการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อกระตุ้นให้องค์กรเห็นโอกาสใหม่ๆ ก้าวไปข้างหน้าเพื่อสร้างคุณค่าและความเป็นเลิศได้มากขึ้น

การแสดงผลการดำเนินการและหมุนงรอบของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การเน้น Performance ที่ใช้ในการเยี่ยมชมสำรวจ Advanced HA ควรค่อยๆ นำมาปรับใช้กับการเยี่ยมชมสำรวจ HA ปกติ นั่นหมายถึงการยกระดับสถานพยาบาลที่ได้ HA ให้มีผลการดำเนินการที่ดีขึ้นเป็นลำดับ จึงเป็นหน้าที่ของสถานพยาบาลทุกแห่งที่ขอ HA ที่จะค่อยๆ เรียนรู้การประเมิน Performance ของบริการและกระบวนการสำคัญ และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2.5.3.2 คำถามที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจควรใช้ในอนาคต

เมื่อสถานพยาบาลเก่งขึ้นในการแสดงถึง Compliance ในการปฏิบัติตามมาตรฐานและมีการหมุนงรอบของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง งานของผู้เยี่ยมชมสำรวจก็จะลดลงในพื้นฐานส่วนนี้ แต่จะต้องเพิ่มบทบาทในการกระตุ้นให้ทีมของสถานพยาบาลสามารถค้นหาโอกาสพัฒนาเพื่อมาดำเนินการ เช่น

- ทีมเห็นโอกาสพัฒนาอะไรบ้าง มี Gap อะไรที่ทีมยังมองไม่เห็น
- ทีมให้ความสำคัญกับโอกาสพัฒนาหรือ Gap ดังกล่าวอย่างไร
- ทีมเห็นแนวทางการพัฒนาหรือการสร้างนวัตกรรมสำหรับโอกาสดังกล่าวอย่างไร
- ทีมมีศักยภาพที่จะดำเนินการตามแนวทางดังกล่าวเพียงใด
- อะไรที่ทีมต้องการความช่วยเหลือจากภายนอก

นอกจากนั้น ผู้เยี่ยมสำรวจควรยกระดับคำถาม จาก Single-loop Learning ไปสู่ Double & Triple Loop Learning

- **Single-loop Learning** คือการมุ่งเน้นที่ Process ว่าทีมทำถูกต้องหรือไม่ (HOW) การเรียนรู้เป็นไปเพื่อปรับเปลี่ยนการแปลความหมาย การใช้ดุลยพินิจ และการกระทำ (action)
- **Double-loop Learning** คือการมุ่งเน้นที่ Purpose ว่าทีมทำสิ่งที่ควรทำหรือไม่ (WHAT) การเรียนรู้เป็นไปเพื่อกำหนดกรอบวิธีการทำงานใหม่ อันได้แก่ ระบบ โปรแกรม เป้าหมาย กฎ บทบาท ทัศนคติ (reframe)
- **Triple-loop Learning** คือการมุ่งเน้นที่ Principle ว่าทีมใช้หลักอะไรในการตัดสินใจ (WHY) การเรียนรู้เป็นไปเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการมอง ประเด็นและแก้ปัญหา ซึ่งอาจเชื่อมโยงกับวิสัยทัศน์ ค่านิยม วัฒนธรรม ข้อตกลง (transform)

เมื่อทั้งสองฝ่ายคือสถานพยาบาลและผู้เยี่ยมสำรวจเก่งขึ้น กระบวนการเยี่ยมสำรวจก็จะพัฒนาไปสู่ Developmental Evaluation ได้ง่ายขึ้น ข้อมูลที่สถานพยาบาลเก็บรวบรวมจะเป็นวัตถุดิบที่ดีที่สุดสำหรับการนำมาวิเคราะห์สะท้อนคิดร่วมกันโดยผู้เยี่ยมสำรวจทำหน้าที่ Facilitator คือตั้งคำถามชวนคิดกับทีมงานของสถานพยาบาล

2.5.4 มาตรฐาน HA ควรเป็นฐานสำหรับการเชื่อมต่อ

การใช้มาตรฐานหลายมาตรฐานเป็นความยุ่งยากของสถานพยาบาล ถ้ามีมาตรฐานใดมาตรฐานหนึ่งที่สามารถใช้เป็นฐานสำหรับเชื่อมต่อกับมาตรฐานอื่นๆ ได้ ก็จะช่วยลดภาระของสถานพยาบาลได้มาก ดังตัวอย่างที่มาตรฐาน HA สามารถใช้เป็นฐานเพื่อต่อยอดไปสู่รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) เนื่องจากได้นำ Framework ของเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติรวมทั้ง Core Values and Concepts มาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของบริการสุขภาพ

การเชื่อมต่อที่เป็นไปได้ เช่น การรับรองเฉพาะโรค การรับรองเครือข่ายบริการ ซึ่งในปัจจุบันก็ได้ใช้มาตรฐาน HA เป็นฐาน เพียงแต่ไปเขียนเป็นมาตรฐานเฉพาะอีกฉบับหนึ่ง ในอนาคตอาจจะมีการเชื่อมต่อมาตรฐาน HA กับการรับรองด้านจิตวิญญาณหรือ SHA ซึ่งในต่างประเทศมีองค์กรที่ให้การรับรอง

เรื่องนี้เป็น Planetree ที่ให้การรับรอง Excellence in Person-Centered Care การที่จะทำให้มาตรฐานเป็นฐานสำหรับการเชื่อมต่อกับเรื่องอื่นๆ ต้องพยายามทำให้มาตรฐานสั้น กระชับ ครอบคลุมแก่นสำคัญ แก่นที่จะเป็นสำหรับทุกมาตรฐาน และพร้อมที่จะนำไปขยายความให้เข้ากับเรื่องนั้นๆ

การเขียนมาตรฐานในลักษณะนี้อาจจะไม่เป็นที่ชอบใจสำหรับผู้ใช้มาตรฐาน ซึ่งต้องการความชัดเจนให้มากที่สุด แต่พึงตระหนักว่าการระบุชัดเจนไปตามใจผู้ใช้จะนำมาสู่การจำกัดกรอบความหมายโดยไม่ได้ตั้งใจ ตัวอย่าง “ผู้นำชี้แนะและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จผ่านวิสัยทัศน์ ค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล....” กับ “ผู้นำชี้แนะและทำให้องค์กรประสบความสำเร็จผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์ ค่านิยม การสื่อสารที่ได้ผล....” มีความหมายแตกต่างกันพอสมควร การชี้แนะผ่านวิสัยทัศน์นั้นอาจจะแปลความหมายสู่การปฏิบัติได้มากมาย ขณะที่การชี้แนะผ่านการกำหนดวิสัยทัศน์และการสื่อสารที่ได้ผล จะจำกัดสิ่งที่ต้องปฏิบัติเพียงสิ่งที่เขียน (หากผู้ใช้ต้องการทำให้ง่าย)

HA คือความหวังของการชวนกันเดินบนเส้นทางคุณภาพที่ไม่สิ้นสุด

ถ้าการพัฒนาคุณภาพเป็น Never Ending Journey กลไกขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพ HA ก็ควรเป็นทั้งผู้จุดประกาย ผู้ถือธงนำ ผู้ปฏิบัติ เป็นตัวอย่าง ในการเดินไปบนเส้นทางที่ไม่รู้จบ ไม่สิ้นสุด นี้ด้วยเช่นเดียวกัน

ตอนที่

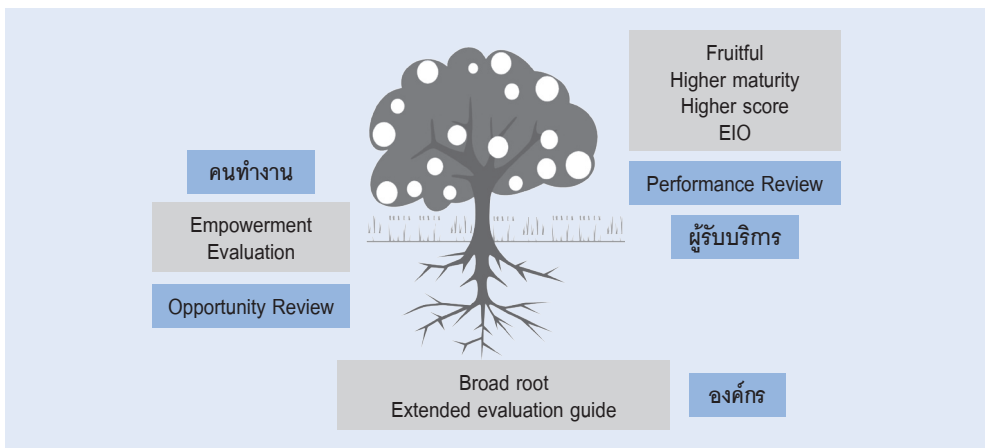


**บทเรียนการพัฒนา
ระบบสุขภาพที่สำคัญ**

ตอนที่ 3 บทเรียนการพัฒนา ระบบสุขภาพที่สำคัญ

3.1 การพัฒนาเพื่อก้าวสู่การรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA)

การรับรอง Advanced HA คือการรับรองกระบวนการคุณภาพของสถานพยาบาลในระดับที่เหนือชั้นทั้งในด้านผลลัพธ์และระบบงาน รวมถึงความสามารถของทีมงานในการขับเคลื่อนการพัฒนาด้วยตนเอง ทั้งด้านการชี้้นำโดยผู้นำระดับสูง การวางระบบที่รัดกุม และมีการวัดผลลัพธ์ โดยมีการขับเคลื่อนทั้ง 3 ส่วน คือ (1) ผู้บริหารและทีมงาน มีความเข้าใจในมาตรฐาน HA และกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลัก 3C-PDSA ในระดับที่สามารถค้นหาโอกาสพัฒนาสำคัญได้ด้วยตนเอง (2) มีการวางระบบงานทุกส่วนขององค์กร โดยใช้แนวคิด Integrated Management System และสร้างความรัดกุมในระบบงานโดยไม่อ้อมมือ (3) มีการทำ Performance Check ซึ่งแสดงให้เห็นผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยและผลลัพธ์ของระบบงานสำคัญ



รูปภาพประกอบหัวข้อ 3.1 แนวคิดการรับรอง Advanced HA

เกณฑ์ตัดสินใจสำหรับโรงพยาบาลที่จะเข้าโปรแกรม **Advanced HA** มีดังต่อไปนี้:

- 1) ทีมนำบูรณาการแนวคิดและเครื่องมือคุณภาพ/ความปลอดภัยมาใช้ในการบริหารงานปกติขององค์กร
- 2) มีระบบคุณภาพพื้นฐานที่เข้มแข็ง ทั้งโครงสร้าง ทีมคุณภาพ การผสมผสาน การพัฒนา QI (quality improvement) เข้ากับระบบการชำระระบบงานที่มีคุณภาพ QA (quality assurance)
- 3) การมีส่วนร่วมของทีมงานและวิชาชีพที่เข้มแข็ง สามารถแปลความหมายของมาตรฐานได้อย่างลึกซึ้ง และระบุโอกาสพัฒนาสำคัญได้
- 4) สามารถนำเสนอตัวอย่างการพัฒนาระบบที่มีเป้าหมายบนพื้นฐานของข้อมูล มีการใช้นวัตกรรมที่เห็นผล
- 5) มีระบบวัด Performance ของระบบและใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบ

เมื่อโรงพยาบาลได้ประเมินตนเองในระดับความก้าวหน้าของการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ข้างต้น สามารถ Empowerment Evaluation โดยคนทำงานที่เห็นโอกาสพัฒนาได้ด้วยตนเอง และพบว่ามีลักษณะที่พร้อมทั้งด้านการนำมีการกำหนดเป้าหมายขององค์กรที่ชัดเจน มีการออกแบบระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบท มีระบบการกำกับระบบงาน (alignment) และเรียนรู้ปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อการบรรลุเป้าหมาย ที่มีการวัดผลลัพธ์ที่ดีกว่าอยู่เสมอ สามารถแจ้งความจำนงค์มาที่ สรพ. เพื่อขอรับการประเมินและรับรอง A-HA

องค์ประกอบสำคัญของสถานพยาบาลที่ได้รับการรับรอง A-HA

องค์ประกอบ	รายละเอียดสำคัญ
Performance Excellence	<ul style="list-style-type: none"> ● เลือก Performance ที่สำคัญขององค์กร มีการใช้หลัก 3C-PDSA ในการขับเคลื่อน ● มีระบบและใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อการพัฒนาคุณภาพ ● พัฒนา Performance ที่เป็นเป้าหมาย ประเด็นสำคัญ หรือจุดเน้นของสถานพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ให้มีแนวโน้มดีขึ้น หรือเป็น Positive Trend ● พัฒนาระบบงานในการดูแลโรคสำคัญของสถานพยาบาลให้ Performance ที่สำคัญตามบริบทสถานพยาบาลอยู่ใน Top Quartiles ● ให้ความสำคัญกับ Performance ด้าน Safety ในการวางระบบเพื่อป้องกันและเห็นการเปลี่ยนแปลง
Systematic Process Design and Implementation	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ คือ มีขั้นตอนชัดเจน เป็นไปตามหลักวิชาการ ทำซ้ำได้ วัดผลได้ ทำนายผลได้ โดยเฉพาะระบบพื้นฐานที่สำคัญเกี่ยวกับความปลอดภัย สอดคล้องกับบริบท สัมผัสได้ด้วยมุมมองของประชาชน และมีผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับ Maturity ● มี Systematic Process Design ที่ครอบคลุม National Patient and Personnel Safety Goals ที่เกี่ยวข้อง ● ผู้นำระดับสูงสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาและสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยให้เกิดขึ้น
Quality Improvement, Learning, Innovation	<ul style="list-style-type: none"> ● มีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ดี สอดคล้องกับหลักวิชาการ บริบท และใช้ผลการวิเคราะห์มากำหนดแผนการพัฒนาได้ชัดเจน เห็นการเปลี่ยนแปลงโดยการนำเสนออย่างเป็นรูปธรรม และอาจใช้ Control Chart ในข้อมูลกลุ่มที่มี Variation หรือมีเครื่องมือทางสถิติอื่นมาช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงมีตัวอย่างของการต่อยอดการพัฒนาคุณภาพเป็นนวัตกรรม
Core Values Driven Organization	<ul style="list-style-type: none"> ● แสดงให้เห็นประโยชน์และการเชื่อมโยงค่านิยมของสถานพยาบาลกับการใช้ค่านิยมของ HA มาใช้เป็นหลักในการสร้างกระบวนการขับเคลื่อนการพัฒนา โดยสามารถนำเสนอตัวอย่างที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน จากการนำค่านิยมไปใช้ประโยชน์ในระดับสถานพยาบาล และเป็นค่านิยมที่บุคลากรในสถานพยาบาลใช้เป็นหลักในการปฏิบัติและตัดสินใจ

สรรพ. ได้ส่งเสริมให้มีการพัฒนาเพื่อก้าวสู่การรับรองขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) หรือการรับรอง A-HA มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง A-HA จนถึงปัจจุบัน 10 แห่ง และมีโรงพยาบาลอีกจำนวนมากที่ให้ความสนใจในการพัฒนาเพื่อก้าวสู่การรับรอง A-HA

3.2 การพัฒนาเพื่อก้าวสู่การรับรองเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA)

DHSA (District Health System Accreditation) เป็นกลไกหนุนเสริมให้ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีความเข้มแข็ง ด้วยกระบวนการเรียนรู้จากการประเมินแบบเสริมพลัง (empowerment evaluation) เพื่อให้เกิดบริการสุขภาพที่จำเป็นและสอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่อย่างมีคุณภาพโดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ด้วยความร่วมมือของเครือข่ายทุกภาคส่วน ทำให้ประชาชนมีสุขภาพะ

การขับเคลื่อนซึ่งเป็นที่มาของการรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ

- (1) เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ และได้รับความร่วมมือจากส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี
- (2) การทำงานโดยใช้พื้นที่เป็นฐานเป็นทิศทางที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้ดีที่สุด และอำเภอเป็นระดับที่เหมาะสมในการบริหารจัดการตามแนวคิดนี้
- (3) WHO ส่งเสริมให้ปรับระบบบริการตามแนวคิด people-centred and integrated health service
- (4) สถานพยาบาลที่ สรรพ. การรับรองในระดับอำเภอ คือ โรงพยาบาลชุมชนซึ่งต้องทำงานร่วมกับเครือข่ายบริการและภาคส่วนต่างๆ ในอำเภอ ขณะที่มีความต้องการที่จะสร้างหลักประกันคุณภาพให้กับเครือข่ายบริการปฐมภูมิในระดับอำเภอด้วย ปัจจัยเหล่านี้ให้ทำ สรรพ. มีนโยบายที่จะขยายขอบเขตของการรับรองจากการรับรองโรงพยาบาลชุมชนมาเป็นการรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ

คุณค่า และหลักคิดการพัฒนา

จากบทเรียนการพัฒนาและการประเมินรับรองระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในหลายปีที่ผ่านมาของ สรพ. ทำให้เห็นภาพรวมและความเชื่อมโยงเครือข่าย ดังกล่าวข้างต้น และได้หลักคิดที่สำคัญของการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ DHSA 6 มิติ ดังนี้

- (1) การบริหารจัดการเครือข่ายที่มีประสิทธิผล (effective network management) จากเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ต่อยอดความร่วมมือกับภาคส่วนพื้นที่ในภาพระดับอำเภอ
- (2) มุ่งเน้นมิติของการส่งเสริมและป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยงภัยสุขภาพ เพื่อสร้างสุขภาวะ
- (3) เสริมพลังคนทำงาน (empowerment)
- (4) ระบบการดูแลที่ไร้รอยต่อ (seamless healthcare system)
- (5) กระบวนการดูแลที่เป็นองค์รวม เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (integrated people-centered care)
- (6) ระบบสนับสนุนบริการสำคัญที่รัดกุมในเครือข่าย (strengthening supporting systems)

คุณค่าที่คนทำงานในพื้นที่จะได้รับ ได้แก่

- (1) คนทำงานปฐมภูมิในพื้นที่ได้รับการเสริมพลังในการทำงานที่ทำอยู่
- (2) การเรียนรู้และพัฒนาตนเอง ปรับเปลี่ยนให้มองในมุมที่กว้างขึ้น เรียนรู้การทำงานในลักษณะภาคีเครือข่าย เรียนรู้เครื่องมือที่จะแก้ปัญหาสุขภาพของพื้นที่
- (3) เกิดการทำงานที่เป็นระบบ มีเป้าหมาย การติดตาม การพัฒนา จนเกิดเป็นวัฒนธรรมการเรียนรู้ร่วมกันของเครือข่าย

3.3 การพัฒนาเพื่อก้าวสู่การรับรองเฉพาะโรค/เฉพาะระบบ

3.3.1 บทเรียนการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพการดูแลเฉพาะโรคด้านเอชไอวีในประเทศไทย

“คุณภาพบริการที่ปลอดภัย มีมาตรฐาน ยุติปัญหาเอ็ดส์” กรมควบคุมโรค ร่วมกับ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และ ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข ได้ร่วมกันพัฒนามาตรฐานการรับรองเฉพาะโรคด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้กับสถานพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เชื่อมโยงกับกลยุทธ์ Reach - Recruit - Test - Treat - Retain (RRTTR) มีการเชื่อมโยงและบูรณาการการดำเนินงานในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ระบบบริการงานโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความเชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อ ตั้งแต่การส่งเสริมป้องกันการติดเชื้อ การตรวจค้นหาโรค การตรวจวินิจฉัย และตรวจติดตามประเมินสภาวะโรค และการดูแลรักษา ซึ่งสอดคล้องกับขอบเขตของการรับรองเฉพาะรายโรค คือ “การดูแลผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่งตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดหรือตลอดธรรมชาติของการกำเนิดโรค”

Coach for HIV-Quality Driven

การโค้ชเพื่อการรับรอง DSC HIV คือ การโค้ชสร้างแรงบันดาลใจให้เห็นคุณค่า เกิดการพัฒนาเปลี่ยนแปลงในกระบวนการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทุกขั้นตอน ทุกหน่วยงานด้วยความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ จากการดูแลเพื่อการรักษา ควบคุม ป้องกัน ที่เดิมเป็นหน้าที่เฉพาะของคลินิกยาต้านไวรัส (ARV Clinic) เป็นการดูแลอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในโรงพยาบาลที่สอดคล้องตามกระบวนการ RRTTR เพื่อที่มุ่งสู่เป้าหมายการยุติเอ็ดส์ โดยนำมาตรฐานการรับรองเฉพาะโรคเป็นเครื่องมือในการโค้ชทั้งด้านการนำ ระบบงานสำคัญ และกระบวนการดูแลผู้ป่วย สอดรับกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีของประเทศ เกิดภาพความสำเร็จในการพัฒนาระบบ การทำงานร่วม การใช้เครื่องมือคุณภาพในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องให้บรรลุ 3 Zero คือ ไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา (95-95-95) อันนำไปสู่การยุติปัญหาเอ็ดส์ระดับโรงพยาบาลและผ่านการรับรอง DSC-HIV/STIs

หลักคิดและเครื่องมือที่ใช้ในการโค้ชเพื่อการพัฒนา

Concept/ Criteria	อิงตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีของประเทศ และมาตรฐาน HA
Context	บริบทการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับต่างๆ และบริบทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาล
Core Value	<ul style="list-style-type: none"> ● Focus on Result: 95-95-95 ● Patient Center/ S&D/ Humanization ● การทำงานเป็นทีม/การทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ
3P / PDCA	โดยการใช้ GAP Analysis และ Rapid PDCA ด้วย GROW Model
SIPOC	การทบทวน Value Stream ของระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย HIV โดยคำนึงถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยน Process Design ที่ครอบคลุมทุกกระบวนการ (RRTR และ care process) ทุกพื้นที่บริการ ทุกกลุ่มผู้ติดเชื้อ/กลุ่มเสี่ยง พร้อมเชื่อมต่อกับ Process การทำงานของหน่วยงาน/สหสาขาวิชาชีพให้แนบแน่น

ปัจจัยความสำเร็จ

- (1) ผู้บริหารของโรงพยาบาลสนับสนุน ใช้การรับรองเฉพาะโรคขับเคลื่อนองค์กร
- (2) ทีมนำทางคลินิก DSC-HIV ที่เห็นคุณค่าของการเปลี่ยนแปลง/ผลลัพธ์ที่ได้ มีแรงใจในการสร้าง ประสานความร่วมมือกับทีมระบบ หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการทำงานร่วมกันอย่างมีเป้าหมายร่วม
- (3) ทีมประสานระบบคุณภาพ (QMR) ร่วมบูรณาการ สร้างความเข้าใจในการใช้เครื่องมือคุณภาพ
- (4) การโค้ชสร้างแรงบันดาลใจ ค้นหาโอกาสพัฒนาเชิงระบบจากทีมผู้เชี่ยวชาญและทีมคุณภาพทั้งภายใน/นอกโรงพยาบาลให้แก่ทุกระดับอย่างต่อเนื่อง

ความท้าทาย คือ การค้นหาผู้ที่มีแรงบันดาลใจ ทุ่มเท มีองค์ความรู้ด้าน HIV และงานพัฒนาคุณภาพ เข้าร่วมเป็นโค้ชในการขับเคลื่อน ผลักดันให้เกิดความสำเร็จการยุติปัญหาเอดส์ของโรงพยาบาลและประเทศ

Lesson Learn from HIV Coordinator: Scaling up HIV/STI from Disease specific certification

คุณภาพ **สู่การเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน** ไม่อาจทำได้ตามลำพังโดยบุคลากรที่มีเพียงน้อยนิดในคลินิกยาต้านหรือคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่ก้าวเข้ามาในหน่วยงาน **“พลังมันไม่พอสำหรับผู้ป่วยจำนวนมากนอกหน่วยงานที่เราดูแล”** อะไรคือสิ่งดึงดูด ที่มีแรงจูงใจพอสำหรับการสร้างส่วนร่วม บูรณาการงานกับสหวิชาชีพและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และทำให้การพัฒนาระบบดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคสำคัญตามบริบทโรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดเหนือสุดแดนสยามที่มีผู้ติดเชื้อหลังไหลเข้ามาจากทุกโรงพยาบาลในจังหวัดอย่างต่อเนื่อง

การเรียนรู้ ทำความรู้จักกับ HIV-DSC ทำให้เห็นจุดเชื่อมต่อในการพัฒนางานด้าน HIV/STI ในการปิดช่องว่าง ของระบบ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพ และประสิทธิผลการทำงาน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ปรับปรุงการให้บริการ และการดำเนินงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและนำไปสู่ผลลัพธ์ “ยุติปัญหาเอดส์”

บทบาท ผู้ประสานงานด้านเอชไอวี (HIV-Co) ที่เกิดขึ้นหลังดำเนินการ DSC-HIV

- (1) เป็นผู้ประสานงานทำให้เกิดเครือข่ายที่เข้มแข็ง เริ่มจากเรียนรู้มาตรฐานร่วมกับทีมดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV ในระบบงานบริการที่มีซึ่งมีแพทย์โรคติดเชื้อให้ความสำคัญ **สู่การประเมินตนเองในภาพรวมบริการตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการดูแลผู้ป่วย HIV/STI นำมากำหนดเป้าหมายของโรงพยาบาล ไม่ใช่เฉพาะแค่หน่วยงาน และนำเสนอต่อที่มนำของโรงพยาบาลในการสนับสนุน กำหนดเป็นทิศทางการพัฒนาระดับโรงพยาบาลและติดตามการทำงานอย่างต่อเนื่อง**
- (2) ประสานทีมศูนย์คุณภาพร่วมสร้าง/ขยายเครือข่ายทีมให้บริการด้าน HIV/STI ที่มีการเชื่อมต่อการบริการ นำ Gap ที่ได้จากการประเมินตนเองผ่านมาตรฐาน DSC-HIV มาร่วมเรียนรู้ สร้างรูปแบบการทำงานที่เป็นที่มอย่างเป็นระบบ เกิดแนวทางในการทำงานที่ครอบคลุมในทุกสาขาภาควิชา ทุกหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง

- (3) ติดตามข้อติดขัด ให้ความช่วยเหลือ ร่วมคิด ร่วมหาทางออกโดยใช้มาตรฐาน DSC-HIV เป็นแม่บทในการพัฒนากระบวนการ ต่อยอดติดตามผลลัพธ์อย่างสม่ำเสมอทำให้เกิดความรู้สึกดี ๆ ในด้านการทำงานและไม่โดดเดี่ยว
- (4) ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จ: *“พลังใจในการทำงานที่ได้รับจากผู้ป่วย การเรียนรู้จากผลลัพธ์ การสนับสนุนจากทีมนำ และความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของทีมหลัก ส่งผลให้เกิดกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ที่ดี”*

3.3.2 บทเรียนการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก

การที่ผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ จนสามารถได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง ถือเป็นแนวปฏิบัติที่ดีที่ได้รับการยอมรับในระดับสากล เพราะจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และอัตราการรอดชีวิตที่หนึ่งปีสูงขึ้นมาก อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาจากรายงานการผ่าตัดของโรงพยาบาลทั่วประเทศ ที่ส่งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2560-2562 แล้ว จะพบว่า มีโรงพยาบาลจำนวนไม่น้อยที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้ได้ โดยค่าเฉลี่ยผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักได้รับการผ่าตัดอยู่ที่ประมาณร้อยละ 60 เท่านั้น และที่ผ่าตัดก็มักจะเป็นการผ่าตัดที่เกิน 48 ชั่วโมง อย่างไรก็ตาม ก็มีโรงพยาบาลอีกจำนวนหนึ่งที่สามารถให้การผ่าตัดผู้ป่วยได้สูงเกินร้อยละ 80 ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2563-2564

สรพ. ร่วมกับราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยอายุรศาสตร์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อการบริหารจัดการการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุ และได้เชิญชวนโรงพยาบาลทั่วประเทศจำนวน 21 แห่ง เข้าร่วมเป็นเครือข่ายการเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก โดยมีพี่เลี้ยงหลักจากโรงพยาบาลศิริราชและโรงพยาบาลแพร์ เพื่อขยายผล (scaling up) กระบวนการที่ดีที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลพี่เลี้ยงสู่โรงพยาบาลในเครือข่ายต่อไป

กลวิธีที่ใช้ในการสร้างการเรียนรู้ภายในเครือข่าย ได้แก่

- 1) การสร้างแรงบันดาลใจและความเชื่อมั่นว่า โรงพยาบาลในประเทศไทยก็สามารถให้การผ่าตัดผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักได้ภายใน 48 ชั่วโมง
- 2) การให้ความรู้ในการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด การจัดการความปวด และการยืนยันผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่ามาก ในโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง
- 3) การถ่ายทอดประสบการณ์ในการจัดการปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถผ่าตัดผู้ป่วยได้ โดยโรงพยาบาลภายในเครือข่าย เช่น ความยากลำบากในการสร้างทีมสหวิชาชีพ ความกังวลของญาติและทีมโรงพยาบาลเองว่าสภาพร่างกายผู้ป่วยไม่พร้อมรับการผ่าตัด การที่ห้องผ่าตัดไม่ว่างและไม่สามารถผ่าตัดนอกเวลาราชการได้
- 4) การประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอทุก 3 เดือน (จากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ทำให้เป็นการประชุมผ่าน Zoom) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กระตุ้นการพัฒนา และติดตามประเมินผล

ในปี พ.ศ. 2565 สรพ. จะได้มีการติดตามประเมินผลความสำเร็จของเครือข่ายการเรียนรู้นี้ เพื่อถอดบทเรียนในการนำไปใช้กับโรงพยาบาลทั่วประเทศต่อไป และสรพ. คาดหวังว่าข้อมูลที่ได้รับจากเครือข่ายการเรียนรู้จะเป็นประโยชน์ในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเรื่องการจ่ายเงินเพิ่มเติมให้กับโรงพยาบาลที่มีผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักที่ดีกว่าเดิมตามแนวคิดของ Value-based Payment ต่อไป

บทเรียนการดูแลการดูแลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหัก โรงพยาบาลแพร์

การพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก จังหวัดแพร์ เริ่มดำเนินการอย่างจริงจัง เมื่อ พ.ศ. 2546 ด้วยตระหนักว่าผู้สูงอายุที่ประสบปัญหากระดูกข้อสะโพกหักมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ มารับรักษาที่โรงพยาบาลทุกวัน ก่อนหน้านั้น การรักษาพยาบาลจะใช้วิธีอนุรักษ์ คือ ไม่ผ่าตัดรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะใช้วิธีดั่งถ่วงขาแล้วให้กระดูกสมานติดเองโดยธรรมชาติ ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการปวดอยู่ไม่กี่วันก่อนส่งตัวกลับบ้าน แล้วให้ญาติไปดูแลต่อเอง และส่วนใหญ่ก็มักจะไม่นัดมาติดตามอาการที่โรงพยาบาลอีก

กระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ถึง 31% ภายใน 1 ปี จากอุบัติการณ์นี้ ทำให้โรงพยาบาลแพร่เริ่มให้ความสำคัญกับแนวทางการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดตามกระดูกด้วยโลหะ หรือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ในช่วงแรก ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญคือ ความเชื่อมั่นและความกังวลใจจากผลแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว ในกลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อเอง และผู้บริหาร ไม่นับรวมถึงความเชื่อใจของผู้ป่วยและญาติที่กังวลว่า ผู้สูงอายุ อายุมากแล้ว มีโรคประจำตัวหลายอย่าง กว่าจะทนการผ่าตัดไม่ไหว การพูดคุยทำความเข้าใจสร้างความเชื่อมั่นกับผู้เกี่ยวข้องทั้งหมดในการรักษาพยาบาล จึงเป็นหน้าที่ของศัลยแพทย์กระดูกและข้อ ทำให้อัตราการผ่าตัดรักษาจาก 34% ในปี พ.ศ. 2555 เพิ่มขึ้นเป็น 90% ในปลายปี พ.ศ. 2564 เป็นผลทำให้อัตราเสียชีวิตภายใน 1 ปี ลดลงจาก 21% เหลือ 11% ในปี พ.ศ. 2563 (อัตราเสียชีวิตภายใน 1 ปี ในยุโรปและสหรัฐอเมริกา ~22-30%)

คุณค่าหลักของการดูแลภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ นอกจากการลดอัตราเสียชีวิตที่สามารถควบคุมได้ จากอัตราเข้าถึงการผ่าตัดรักษาที่เพิ่มขึ้นแล้ว การย่นระยะเวลาการรอคอยผ่าตัดให้เร็วขึ้นภายหลังกระดูกสะโพกหัก (early surgery) ก็สามารถทำให้อัตราเสียชีวิตขณะนอนโรงพยาบาล ภายใน 30 วัน และภายใน 1 ปี ลดลงไปอีกหลายเท่าเช่นกัน เราพบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดภายใน 48 ชม. (686 ราย) ไม่เสียชีวิต ขณะนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลเลย เทียบกับเสียชีวิต 2 รายจาก 633 ราย ที่ผ่าตัดหลัง 48 ชม. (0.3%) เสียชีวิตที่ 30 วัน 1% (ผ่าภายใน 48 ชม.) เทียบกับ 2.7% ถ้าผ่าตัดหลัง 48 ชม. และอัตราตายที่ 1 ปี ลดลงเหลือ 6.7% (ผ่าภายใน 48 ชม.) เทียบกับ 16.9% (ผ่าหลัง 48 ชม.)

นอกจากนี้การผ่าตัดเร็ว (ผ่าตัดภายใน 48 ชม. หลังกระดูกหัก) จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมากอีกด้วย เช่น ภาวะแผลกดทับ (pressure sore), ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (UTI), ปอดติดเชื้อ (pneumonia), ภาวะสับสนในผู้สูงอายุ (delirium), ภาวะโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ลง 50%

การจัดการให้ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกได้รับการผ่าตัดที่เร็วขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว เราได้ใช้ระบบ Fast Track surgery ซึ่งเป็นหลักการมาจากประเทศสวีเดน เดนมาร์ก อังกฤษ และสหรัฐอเมริกา มาปรับใช้ให้เข้ากับบริบท

ในจังหวัดแพร่เริ่มจากมีช่องทางด่วนให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการรักษาพยาบาล ด้วยการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669 และเตรียมตัวเพื่อให้ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลแพร่ โดยมีการเตรียมตัวตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน (activate fast track surgery) เช่น การให้คำแนะนำผู้ป่วย และญาติถึงการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการผ่าตัดรักษา เป็นต้น

การงดน้ำงดอาหาร เจาะ Lab Investigation, CXR, EKG การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ, ให้ออกซิเจน การให้ยาแก้ปวด การใส่อุปกรณ์ตามกระดูก และนำผู้ป่วยส่งตัวมาโรงพยาบาลแพร่

ที่โรงพยาบาลแพร่ เราทำช่องทางด่วน (ER fast pass) เพื่อให้ผู้ป่วยรออยู่ที่ห้องฉุกเฉินนานเกิน 2 ชม.

การทำความเข้าใจกับวิสัญญีแพทย์, อายุรแพทย์ และหน่วยงานที่สนับสนุน เช่น ห้องผ่าตัด ธนาคารเลือด ทีมช่วยผ่าตัด ก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน

เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยควรต้องได้รับการผ่าตัดรักษา และต้องผ่าตัดให้เร็วภายใน 48 ชั่วโมง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ในช่วงก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดใหม่ๆ กลุ่มงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ เราเริ่มให้ความสำคัญกับโปรแกรมเพื่อกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วหลังผ่าตัด หรือ Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Pathway

องค์ประกอบของแนวทางนี้ ได้แก่ การให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัวตลอดการรักษากับผู้ป่วยและญาติ การไม่งดน้ำงดอาหารนานเกินไป การผ่าตัดเร็ว (early surgery < 48 ชม.) การผ่าตัดชนิดบาดเจ็บเนื้อเยื่ออ่อน (Minimal Invasive Surgery: MIS), การลดความเจ็บปวด ด้วยการใช้ยาแก้ปวดแก้อักเสบที่ออกฤทธิ์หลากหลายชนิด และหลีกเลี่ยงการใช้มอร์ฟีน (multimodal & opioid-sparing analgesia), การให้สารน้ำที่เพียงพอ, การให้เลือดเมื่อจำเป็น (restrictive blood transfusion) และที่สำคัญ หลังผ่าตัดควรต้องมีโปรแกรมทำกายภาพบำบัดและฝึกเดินให้เร็วที่สุดถ้าไม่มีข้อห้ามใดๆ (early mobilization with walking with gait-aid without restriction: FWB as tolerated)

ก่อนจะกลับบ้านที่มที่ดูแลต้องมีการประเมินผู้ป่วย และวางแผนการจำหน่าย เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง (discharge plan) โดยแบ่งระดับของผู้ป่วยตามความสามารถในการเดิน การช่วยเหลือตัวเอง (Barthel Index ADL) และ

AMT (Abbreviation Mental Test) สถิติความรู้ ที่จะร่วมมือในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

ซึ่งทีมเราแบ่งเป็น 5 ระดับ เพื่อจะได้จัดสรรทรัพยากรในการทำการเยี่ยมบ้าน การพยาบาล ทำกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่อง และจะมีการติดตามเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 1 ปี เพื่อส่งเสริมป้องกันการพลัดตกหกล้ม รักษาภาวะกระดูกพรุน และป้องกันภาวะกระดูกหักซ้ำ และมีการประเมินผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล ในด้านต่างๆ เช่น การเดิน ความเจ็บปวด คุณภาพชีวิต การช่วยเหลือตัวเองได้ของผู้ป่วย ภาวะแทรกซ้อน อัตราเข้าสู่ภาวะ Long-term Care อัตราเสียชีวิต เป็นต้น เป็นระยะๆ

การดูแลภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ที่กล่าวมาข้างต้น เกิดจากการวิเคราะห์ว่าผู้ป่วยต้องเผชิญกับอะไรบ้าง ตลอดเส้นทางของการรักษาพยาบาล (patient journey mapping) และเราในฐานะบุคลากรทางการแพทย์จะสามารถทำอะไรที่จะช่วยให้อุปสรรคระหว่างทางที่ผู้ป่วยต้องพบเจอนั้นลดน้อยลง บุคลากรทำงานง่ายขึ้น และบรรลุวัตถุประสงค์ของการรักษาพยาบาล ทำอย่างไรให้การรักษาพยาบาลเป็นไปด้วยความราบรื่น รวดเร็ว ลดเวลารอคอยการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดระยะเวลาของความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยให้เหลือน้อยที่สุด และทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วที่สุด (fast track recovery) สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด ไม่เป็นภาระกับตัวเอง ลูกหลานญาติพี่น้อง และสังคมโดยรวม

ในท้ายสุดระบบบริการสุขภาพเองก็จะได้ผลลัพธ์ที่ดี คือ ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้น จะมีผลลัพธ์การรักษาพยาบาลที่ดี ผู้ป่วยหายเร็ว อัตราตายลดลง ภาวะแทรกซ้อนน้อย ลดวันนอน และประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมหาศาล

โดยสรุป คุณค่าของการรักษาพยาบาล (value-based healthcare: VBHC) ในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักแบบนี้ จะทำให้ประโยชน์กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องคือ

- 1) **ผู้ป่วย ญาติพี่น้อง ชุมชนและสังคมโดยรวม (patient)** ผู้ป่วยจะหายเร็ว ช่วยเหลือตัวเองได้ตามอัตรภาพ พึ่งพาตัวเองได้ ภาวะแทรกซ้อนน้อย ไม่เป็นภาระกับครอบครัว ชุมชน และสังคม

- 2) **โรงพยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาล (provider)** ระยะเวลาการรักษาพยาบาลไม่นาน มีเตียงและบุคลากร เพียงพอให้ผู้ป่วย ที่มีอาการหนักรายอื่นได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด บุคลากรทำงานเป็นทีม ทำให้งานเสร็จเร็วไม่ค้างคั่ง และไม่หนักเกินไป บริหารทรัพยากรได้มีประสิทธิภาพ
- 3) **กองทุน (purchaser)** สามารถควบคุมและกำกับ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถวัดผลลัพธ์ ต่อเงินที่ลงทุนไปได้ ระบบที่ออกแบบมาดีจะช่วยให้ประหยัดค่ารักษาพยาบาลไปอย่างมาก เช่น ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลไม่นาน ไม่ต้องเสียเงิน เสียเวลารักษาโรคแทรกซ้อน ลดการนอนในหอผู้ป่วยหนัก (ICU) นานๆ ไม่เสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการทำกายภาพบำบัดต่อเนื่องอย่างยาวนาน ถ้าภายใน 6 เดือนจัดการผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักให้หายเป็นปกติช่วยเหลือ และอยู่ในสภาพไม่พึ่งพิงได้ (independent) ก็จะช่วยลดภาระการดูแลผู้ป่วยพึ่งพิงระยะยาว (long term care) ได้อย่างมหาศาล
- 4) **ผู้กำกับนโยบาย และกระทรวงสาธารณสุข (policy maker)** สามารถนำมาสร้างเป็นผลงานและทำเป็นนโยบายต่อยอดให้ดีขึ้นกว่าเดิม จะทำให้ได้รับความนิยมและชื่นชมจากประชาชนโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มาใช้บริการอย่างมาก การสร้างระบบการรักษาพยาบาลที่มีคุณค่า มีผลลัพธ์การรักษาพยาบาลที่ดี ในขณะที่ค่าใช้จ่ายในการพยาบาลลดลง (value-based healthcare) ของภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ จะเป็นการพัฒนารูปแบบหนึ่งของการดูแลรายโรค (disease specific) ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage) ให้พัฒนาเป็นระบบหลักประกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพถ้วนหน้า (effective universal health coverage) ที่ทุกท่านฝันถึงและอยากเห็นภาพนี้ในอนาคตอันใกล้

3.4 การพัฒนา SHA จิตวิญญาณในการทำงาน

จิตวิญญาณในการทำงาน: กระบวนการตอบสนองด้วยจิตใจเพื่อก้าวข้ามและเอาชนะอุปสรรค (Spiritual well-being a productive resilience component)

ดร.ดวงสมร บุญผดุง

Resilience ในความหมายง่าย ๆ คือ ความสามารถในการปรับตัวของบุคคล ได้อย่างรวดเร็ว หลังจากเผชิญกับอุปสรรค ความทุกข์ยากหรือเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เป็นความยืดหยุ่นทางจิตใจที่ฝึกฝน หรือได้รับการหล่อหลอม เพื่อให้เกิดการตอบสนองเชิงบวกต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น จนสามารถก้าวข้ามและผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ มีความพร้อมในการดำรงชีวิตและสามารถรับมือกับภารกิจ หรืองานต่าง ๆ ที่ต้องบริหารจัดการต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ (scaling up)

ทุกองค์กรได้เผชิญกับเหตุการณ์และความเปลี่ยนแปลงมากมายหลายอย่างไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์การระบาดไปทั่วโลกของ COVID-19 ที่ทำให้ชีวิตประจำวันของมนุษย์ทุกคนเปลี่ยนไป เช่น ระบบการทำงาน ระบบการศึกษาการเรียนการสอน และระบบบริการสุขภาพ อีกทั้งการเติบโตของประชากรยุคใหม่ ๆ ที่ได้มีความคิดตลอดจนวัฒนธรรมการทำงานในรูปแบบใหม่ การเข้ามาของเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ ที่ได้เข้ามาเปลี่ยนแปลงจากหน้ามือ เป็นหลังมือ (disruption) จนทำให้ธุรกิจและบางอาชีพสูญหายไป กล่าวได้ว่านับจากนี้ไปโลกจะเต็มไปด้วยความไม่แน่นอน ความผันผวน และเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทั้งหมดนี้เพราะเรากำลังอยู่ในโลกของ VUCA

ในสถานการณ์เช่นนี้ องค์กรทุกแห่งรวมทั้งระบบสุขภาพต้องมีการปรับตัว ยืดหยุ่น และปรับแนวคิด กระบวนทัศน์ในการทำงานที่ปรับตัวได้ง่าย (resilience organization) ซึ่งเน้นการให้ความสำคัญกับคนมากที่สุด เน้นการสื่อสารมากกว่าการทำเอกสาร เน้นการตอบสนองผู้รับบริการมากกว่าการทำเฉพาะตามหน้าที่ บุคลากรมีความสำคัญยิ่งที่จะนำพาองค์กรสร้างศักยภาพด้านนี้ได้

ผลการวิจัยจากนักวิจัยในประเทศต่าง ๆ ได้สนับสนุนและชี้ชัดว่า การบ่มเพาะจิตวิญญาณในการทำงานให้บุคลากร ให้รับรู้ คุณค่า ความหมายของ

งานที่รับผิดชอบ (meaningful work) การสร้างวัฒนธรรมที่มี Spiritual Value จะมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกหรือมีผลโดยตรงต่อการเป็น Resilience Organization

“เมื่อแต่ละบุคคลเติบโต ความยืดหยุ่นที่บ่มเพาะไว้จะนำไปสู่ซึ่งชีวิตที่มีความหมายมากยิ่งขึ้น และมีความพึงพอใจในวัยชรา”

“As individual grow older, greater resilience may lead to a more meaningful and satisfying old age” (Wagnild & Collins. 2009).

จิตวิญญาณ และการปรับตัว (spirituality and resilience)

จิตวิญญาณมีความเชื่อมโยงกับความสามารถในการปรับตัวเพื่อข้ามพ้นสถานการณ์ต่าง ๆ จิตวิญญาณยังให้การปลอบประโลมและปลอบโยนตลอดชีวิต และหวังว่าจะฟื้นตัวในช่วงเจ็บป่วย หรือมีความหวังว่าสถานการณ์ต่าง ๆ จะดีขึ้น

มีการค้นพบว่าผู้ที่มีคุณสมบัติของการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปได้ดีนั้นเกิดขึ้นได้ทั้งในระดับปัจเจก ระดับครอบครัว และในระดับชุมชน คุณสมบัตินี้ บุคคลสามารถสร้างให้เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เช่น การใช้มุมมองเชิงบวก การชื่นชมความสำเร็จเล็กๆ น้อยๆ การตั้งเป้าหมายชีวิต ความมุ่งมั่นเพื่อความสำเร็จ เพื่อส่วนตัว หรือส่วนรวม การลงมือปฏิบัติ และการเชื่อมโยงกับสิ่งที่มีพลังเหนือกว่า การสร้างพลังใจ ความพึงพอใจในชีวิต และจากการค้นคว้าทางวิชาการ พบคุณสมบัติเหล่านี้ในกลุ่มบุคคลที่ได้รับการสร้างเสริมด้านจิตวิญญาณ และความเป็นมนุษย์ (Nolty, A. A. T., Bosch, D. S., An, E., Clements, C. T., & Buckwalter, J. G. (2018))

จิตวิญญาณเป็นความตระหนักรู้ในระดับสูงของมนุษย์ จะทำให้มนุษย์เป็นผู้มีสติรับรู้ธรรมชาติและยอมรับความเป็นจริงของชีวิต ตลอดจนมีความสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมมีความกตัญญูรู้คุณให้อภัยคนได้และมีเมตตา กรุณา คุณสมบัติของผู้ที่มีจิตวิญญาณเป็นคุณลักษณะที่ดีของพนักงานที่ทุกองค์กรมีความต้องการและเป็นคุณสมบัติของมนุษย์ที่สมบูรณ์

3.5 การพัฒนาเพื่อยกระดับกลไกเครือข่ายการเรียนรู้

ล้มแล้วลุกได้เร็วด้วยเครือข่ายเข้มแข็ง (resilience and scaling up with collaboration)

ท่ามกลางสถานการณ์แพร่ระบาดของ COVID-19 ที่ถาโถมอย่างหนัก ในปี พ.ศ. 2564 ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานของ สรพ. ทั้งในการรับรอง กระบวนการคุณภาพ ตลอดจนกระบวนการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ



เนื่องจากภาระงานของบุคลากรสาธารณสุขในการร่วมจัดการการระบอบตามภารกิจของชาติ อย่างไรก็ตาม ความร่วมมือของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) กับเครือข่ายในรูปแบบต่างๆ เช่น องค์การวิชาชีพ เครือข่ายพื้นที่ ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล รวมทั้งเครือข่ายในรูปแบบใหม่ๆ ช่วยเสริมความสามารถในการรับมือวิกฤติให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง มองหาโอกาสใหม่ พร้อมทั้งร่วมสนับสนุนนโยบายการป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 ของประเทศไทย เครือข่ายจึงเป็นส่วนสำคัญยิ่งที่ส่งผลต่อการสร้างไว้ซึ่งคุณภาพ มาตรฐานการทำงานที่มุ่งที่ความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุขและประชาชน โดยสรุปการมองหาโอกาสใหม่ในการทำงานกับเครือข่ายในปี พ.ศ. 2564 สรุปได้ดังนี้

สรพ. ร่วมมือกับ บริษัท บี. บราวน์ (ประเทศไทย) และ GIZ Thailand สนับสนุนความรู้ในการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 จัดทำโครงการเพิ่มการผลิตผลิตภัณฑ์ฆ่าเชื้อโรคและส่งเสริมการทำความสะอาดมือ ภายใต้ความร่วมมือ สนับสนุนการต่อสู้ COVID-19 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการทำงานของ บุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขในการรับมือกับสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 และรณรงค์ให้ประชาชนคนไทยหมั่นล้างมือให้สะอาดอย่างถูกวิธี สนับสนุนเจลแอลกอฮอล์ และองค์ความรู้การล้างมือสำหรับสถานพยาบาลในพื้นที่ระบาดสูง (สีแดงเข้ม จำนวน 6 จังหวัด) ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี อยุธยา สระบุรี อ่างทอง สมุทรปราการ รวมสถานพยาบาลที่เข้าร่วมจำนวน 62 แห่ง

เผยแพร่องค์ความรู้เพื่อให้เกิดการบริการระบบบริการวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ โดยร่วมมือกับศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของ เครือข่าย "นครชัยบุรีนทร์" ถอดบทเรียนหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่ให้บริการระบบวัคซีนในจังหวัดนครราชสีมา ศูนย์ฉีดวัคซีน บางชื่อ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และ โรงพยาบาลบางใหญ่ รวบรวม และสังเคราะห์เพิ่มเติมเป็นแนวปฏิบัติในการฉีดวัคซีนเพื่อลดความเสี่ยงและความผิดพลาดในการฉีดวัคซีน เผยแพร่ใน Website ของสรพ. www.ha.or.th

ร่วมมือกับศูนย์ส่งเสริมสังคม ระบบโตโยต้า บริษัท โตโยต้า ไดฮัทสึ เอ็นจิเนียริง แอนด์ แมนูแฟคเจอร์ จำกัด ทดลองนำร่องการเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการวัคซีน กับโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และโรงพยาบาลบางใหญ่ ซึ่งส่งผลให้สถานพยาบาลสามารถลดระยะเวลาการให้บริการต่อคน และเกิดการปรับเปลี่ยนระบบงานที่เป็นรูปธรรม ระยะเวลาการรับบริการวัคซีน ลดลง (รวมทั้งกระบวนการ) ลดลงจาก 60.4 นาที เหลือ 42 นาทีต่อคนเพื่อตอบสนองต่อทิศทางของประเทศในการส่งเสริมภูมิคุ้มกันหมู่ และควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 รวมทั้งนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากร (Patient and Personnel Safety)

ร่วมมือในการบริหารจัดการโรงพยาบาลสนาม โดยการถอดบทเรียนจากหน่วยงาน/สถานพยาบาลที่ให้บริการ โรงพยาบาลสนาม ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี การดูแลแบบ Home Isolation และ Community Isolation ที่โรงพยาบาลท่าเรือ

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ศูนย์พักคอยหลักสี่ กรุงเทพมหานคร รวบรวม และจัดทำเป็นข้อเสนอในการบริหารจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ เผยแพร่ใน Website ของ สรพ. www.ha.or.th

ความร่วมมือกับเครือข่ายในพื้นที่ เกิดเครือข่ายใหม่ที่เข้ามาร่วมในเส้นทางการพัฒนาคุณภาพ เช่น เครือข่ายทัศนสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ที่มีเป้าหมายจะพัฒนาสู่การรับรอง HA ในขั้นที่ 1 และร่วมมือกับศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (HACC) จำนวน 6 แห่ง และเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง จำนวน 73 จังหวัด จัดเวทีแลกเปลี่ยนผลการดำเนินงานของเครือข่าย การส่งผลงานจากเครือข่าย และโรงพยาบาลในสถานการณ์ COVID-19 รวมทั้งสิ้น 15 ผลงาน เป็นผลงานในหัวข้อ การจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม การพัฒนาระบบส่งต่อในจังหวัด การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ระบบบริการวัคซีน Community Isolation และเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล มีผลงานที่ได้รับรางวัล Good Practice จำนวน 3 รางวัล ดังนี้

ลำดับที่ 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ผลงาน AHA COVID-19 Vaccination

ลำดับที่ 2 โรงพยาบาลระยอง

ผลงาน การจัดตั้ง Community Isolation ในสถานพินิจ

ลำดับที่ 3 โรงพยาบาลจอมทอง

ผลงาน รุก คลีน เคลียร์ “สู้ภัย COVID-19”

ร่วมแก้ปัญหาสุขภาพที่ทำทนาย..โดย สรพ.ร่วมมือกับกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุขดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เครือข่ายระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโดยระบบเครือข่ายความร่วมมือและกระบวนการรับรองการพัฒนาคุณภาพในรูปแบบเครือข่ายที่สามารถบูรณาการความร่วมมือของโรงพยาบาลในจังหวัดตามประเด็นปัญหาโดยใช้มาตรฐาน Healthcare Network System (HNA) เป็นเครื่องมือในการพัฒนา โดยได้ดำเนินการนำร่องพัฒนารูปแบบในจังหวัดที่สนใจจำนวน 3 แห่ง ได้แก่ จังหวัดภูเก็ต นครราชสีมา และเชียงราย รวมทั้งเผยแพร่เพื่อขยายผลการดำเนินงาน

ไปยัง 10 จังหวัดที่ดำเนินงานต่อเนื่อง ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ สงขลา อุบลราชธานี อุตรธานี ขอนแก่น สมุทรปราการ ปทุมธานี นนทบุรี ชลบุรี และ กรุงเทพฯ หรือจังหวัดอื่นที่มีความสนใจ ผลการดำเนินงานทำให้เกิดรูปแบบ โครงสร้างของการขับเคลื่อนเครือข่าย 3 รูปแบบที่แตกต่างกันตามบริบทของ โครงสร้างบริการ ลักษณะเครือข่าย และความเข้มแข็ง ได้แก่ เชียงรายโมเดล ภูเก็ตโมเดล และโคราชโมเดล นอกจากนี้ได้พัฒนาผู้หล่อเลี้ยงคุณภาพ HIV หรือ HIV Coach จำนวน 13 คน

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยสำคัญของเครือข่ายในการฟื้นคืนการทำงานให้ใกล้เคียงรูปแบบเดิม คือ การมีระบบการทำงานที่ดีและยืดหยุ่นที่พร้อมจะปรับให้ เข้ากับการเปลี่ยนแปลงจึงเป็นสิ่งสำคัญ บุคลากรในเครือข่ายมี Resilience Mindset ด้วย นั่นคือต่อให้เผชิญกับวิกฤติหรือการเปลี่ยนแปลงเพียงไร ก็พร้อม ที่จะปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และพร้อมที่จะลุกขึ้นยืนใหม่และ มองหาโอกาสใหม่ๆ จากวิกฤติที่เกิดขึ้นได้อีกคราหนึ่ง และ “เมื่อใดที่เราล้ม ไม่ว่าจะกี่ครั้ง เราจะลุกได้เร็วด้วยพลังของเครือข่าย และจะแข็งแกร่งขึ้น เสมอ”

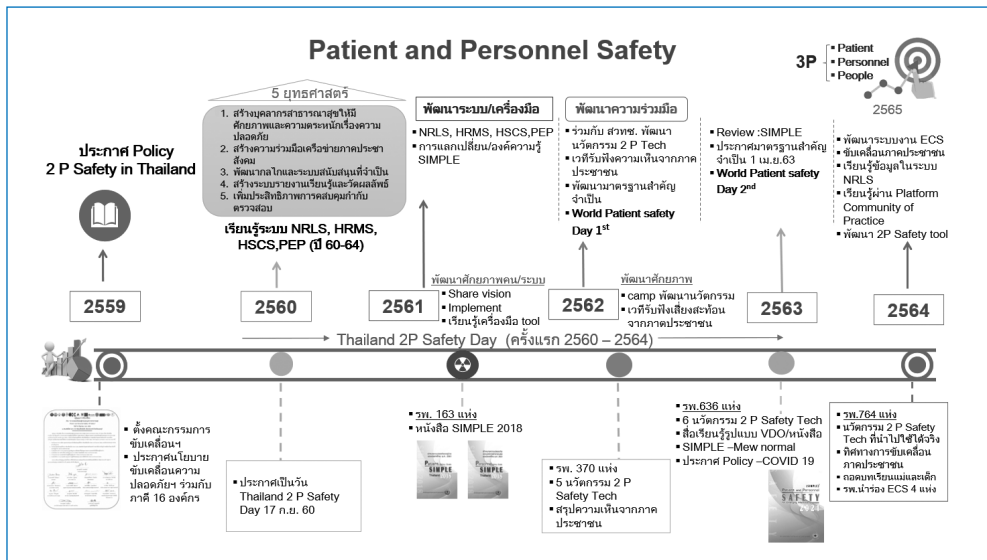
3.6 การพัฒนาภาคีขับเคลื่อน Patient and Personnel Safety หรือ 2P Safety สู่ 3P Safety



การขับเคลื่อน 2P Safety ผ่านยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ระยะแรก ในช่วงปี พ.ศ. 2561-2564 เพื่อพัฒนาไปสู่เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข มีแนวคิดสำคัญในการดำเนินการโครงการ คือ การบูรณาการ “Risk & Safety อยู่ในทุกระบวนการดูแลรักษา” และ “2P Safety อยู่ในมาตรฐาน HA และเป็นเรื่องเดียวกัน” มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่สำคัญ 5 ด้าน ได้แก่

- (1) สร้างศักยภาพและสร้างความตระหนักด้านคุณภาพและความปลอดภัย
- (2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อคุณภาพความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ
- (3) สร้างระบบพัฒนาเทคโนโลยี ระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ
- (4) สร้างระบบรายงานเรียนรู้ และการวัดผลลัพธ์
- (5) เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมกำกับตรวจสอบ และอภิบาลระบบบริการสุขภาพ

ช่วงระยะแรก (พ.ศ. 2561-2564) ของการขับเคลื่อนงาน 2P Safety เป็นระยะของการพัฒนาเครื่องมือและวางระบบกลไกการขับเคลื่อน



ปี พ.ศ. 2561 ปีแห่งการเริ่มต้น สรพ. ขับเคลื่อนโดยการประกาศ เป้าหมายความปลอดภัยของประเทศ เป็น Patient and Personnel Safety Goals หรือ 2P Safety Goals ตามหมวด (SIMPLE)² และสร้างการเรียนรู้กับสถานการณ์ให้มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ พัฒนาเครื่องมือเข้ามาช่วยติดตามการขับเคลื่อนเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย และบุคลากรเป็นระบบรายงานอุบัติการณ์ Healthcare Risk Management System (HRMS) ที่พัฒนามาเพื่อสถานพยาบาลใช้ในการพัฒนาระบบบริหาร ความเสี่ยงในสถานพยาบาล และเชื่อมต่อข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์สู่การ เรียนรู้ในระดับประเทศในระบบ National Reporting & Learning System (NRLS) ซึ่งกำหนดหมวดหมู่ของการรายงานเป็นอุบัติการณ์ที่สอดคล้องกับ เป้าหมายความปลอดภัยของประเทศ รวมถึงข้อมูลที่รายงานสอดคล้องกับแนวทาง ที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) มีการจัดการข้อมูลอุบัติการณ์จาก เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศด้วยการบริหารข้อมูลที่มีชั้นความลับและ มีการวิเคราะห์ข้อมูลสู่การเรียนรู้และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย มีระบบสำรวจ วัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์ (Hospital Safety Culture Survey: HSCS) ที่ได้แบบอย่างมาจาก Agency for Healthcare Research and Quality ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยได้รับอนุญาตให้แปลเป็นภาษาไทยและ นำมาใช้ในการประเมินเจตคติ การรับรู้พฤติกรรมความปลอดภัย การดำเนินงาน ขององค์กรนำไปสู่การลำดับความสำคัญ การวางแผนพัฒนาด้านความปลอดภัย ในสถานพยาบาลจากบุคลากรในสถานพยาบาล และระบบการรับฟังประสบการณ์ ผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ (Patient Experience Program: PEP) ซึ่งพัฒนา ข้อคำถามมาจากทีม Patients for Patient Safety ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่รวมตัว กันขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัย เพื่อรับฟังเสียงของผู้ป่วยและญาตินำไปสู่ การปรับปรุงระบบบริการให้ตรงความต้องการและความคาดหวังของผู้มารับ บริการ

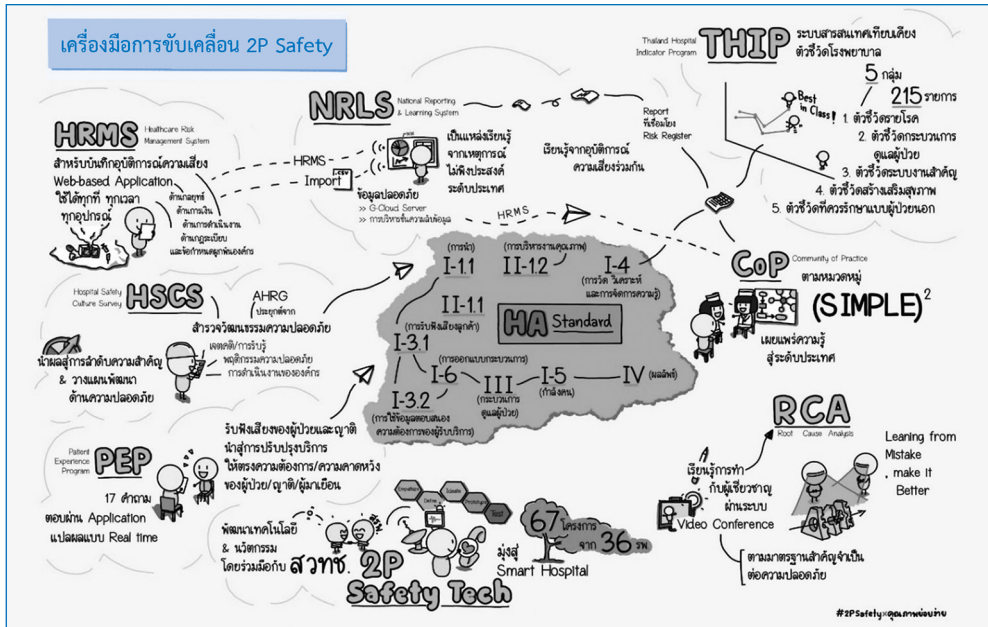
ปี พ.ศ. 2562 ปีแห่งก้าวกระโดด เกิดการผลักดันนโยบาย 2P Safety ซึ่งเป็นนโยบายสมัครใจ สำหรับสถานพยาบาลทุกสังกัดในประเทศไทย ให้เป็น นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประกาศให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นโรงพยาบาล 2P Safety มีการกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของโรงพยาบาลสอดคล้องกับเป้าหมาย

ความปลอดภัยของประเทศ (National Patient and Personnel Safety Goals) และบูรณาการเรื่องดังกล่าวในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 เพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่องในสถานพยาบาลและนำไปสู่การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล Hospital Accreditation นอกจากนี้ได้ทำความร่วมมือกับ สวทช. จัดทำโครงการ 2P Safety Tech พัฒนานวัตกรรมเพื่อความปลอดภัยภายใต้แนวคิด Human Factor Engineering เพื่อป้องกันความเสี่ยงตามแนวทาง SIMPLE และตอบโจทย์ความต้องการหรือ Pain Point ของโรงพยาบาลและสามารถใช้ได้จริง และได้มีการขับเคลื่อนร่วมกับประเทศต่างๆ ทั่วโลกในการจัดงาน World Patient Safety Day เป็นครั้งแรกในประเทศไทย ตามมติที่ประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก (World Health Assembly) ครั้งที่ 72 ที่ประเทศไทยเป็นส่วนหนึ่งของการผลักดันและขับเคลื่อนเรื่องดังกล่าวในเวทีโลก

ปี พ.ศ. 2563 ปีแห่งการเดินหน้า ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา-19 มี การขับเคลื่อนเรื่อง 2P Safety มีความโดดเด่นในการผลักดันประเด็น Personnel Safety เกิดการประกาศนโยบายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขทุกคนในสถานการณ์ COVID-19 โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และเป็นพื้นที่กลางในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้เชิงวิชาการสำหรับบุคลากรในสถานพยาบาลเกี่ยวกับเรื่อง COVID-19 กับผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติในสถานพยาบาล นำมาซึ่งการจัดทำแนวทางปฏิบัติ Patient and Personnel Safety for Emerging Infectious Diseases 2021 และสร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพโดยการนำประเด็นที่สำคัญใน 2P Safety Goals มากำหนดเป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยจำนวน 9 ข้อ เพื่อเป็นเกณฑ์ในการตัดสินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ปี พ.ศ. 2564 ปีแห่งการเรียนรู้ ในสถานการณ์ COVID-19 สรพ. ได้ใช้กระบวนการจัดการความรู้ผ่านการรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยี และสร้างการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดการเรียนรู้ข้อมูลอุบัติการณ์ในระบบ NRLS การเรียนรู้ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญผ่าน Platform ในหลากหลายรูปแบบ เช่น การเรียนรู้ผ่านระบบ Community of Practice System (CoPs) ระบบ Virtual Conference และการพัฒนาองค์ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ ได้แก่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์ความรู้จาก SIMPLE ระหว่างผู้ปฏิบัติกับผู้เชี่ยวชาญ การถอดบทเรียนสถานการณ์ COVID-19 จากสถานพยาบาล และการวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหาของเหตุการณ์

ไม่เพียงประสงค์ (Root Cause Analysis: RCA) จากสถานพยาบาลที่รายงานอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป กับผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ ผ่านระบบการสื่อสารทางไกลรวมทั้ง สรพ. ได้ทำความร่วมมือกับองค์กรต่างประเทศ Better Health Programme Thailand (BHP) ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้ประโยชน์และพัฒนาระบบ NRLS รวมทั้งการเรียนรู้จากข้อผิดพลาด เกิดเป็นองค์ความรู้ใหม่ และเป็นการพัฒนาระบบให้เกิดการป้องกันความเสี่ยงที่ป้องกันได้สำหรับประชาชน



ตอนที่ 3
บูรณาการพัฒนาระบบสุขภาพที่สำคัญ

ปี พ.ศ. 2565 เป็นปีของการเริ่มต้นการดำเนินงานในระยะที่ 2 ที่ สรพ. วางแผนในการพัฒนางานต่อเนื่องด้าน Patient and Personnel Safety โดยส่งเสริมและสนับสนุนให้สถานพยาบาลกำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขที่สอดคล้องกับ National Patient and Personal Safety Goals เพื่อสร้างวัฒนธรรมคุณภาพให้สถานพยาบาลมีคุณภาพและประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย

รวมทั้งมีการขยายแนวคิดเป็น 3P Safety ที่เพิ่มความปลอดภัยในด้าน People Safety และส่งเสริมการใช้ประสบการณ์ของผู้ป่วยหรือให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการเพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืนตามความต้องการของประชาชน

ตอนที่



**ตัวอย่างของ สรพ.
“รากฐาน สานต่อ ก่อการไกล”**

เส้นทางการเกิดสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. เติบโตมาจากโครงการวิจัย จนกลายเป็นองค์กร เกิดจากการมีวิสัยทัศน์ของผู้หลักผู้ใหญ่ในวงการสาธารณสุขที่มองเห็นการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานจะเป็นหนึ่งในกลไกของการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพให้มีความยั่งยืน

4.1 Hospital Accreditation

ปี พ.ศ. 2527 นพ.บรรลุ ศิริพานิช รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้ริเริ่มให้มีการประเมินขีดความสามารถของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ทั้งในด้านบริหาร บริการ และวิชาการ โดยใช้แนวคิด Hospital Accreditation ซึ่งเป็นที่รู้จักกันในชื่อ “โครงการติดตามโรงพยาบาล” ต่อมาในปี พ.ศ. 2533 พ.ร.บ. ประกันสังคม นำมาสู่ความตระหนักของผู้เกี่ยวข้องที่จะต้องสร้างระบบประกันคุณภาพในโรงพยาบาล และความตื่นตัวของโรงพยาบาลต่างๆ ที่จะต้องพัฒนาคุณภาพ ในช่วงปี พ.ศ. 2535-2539 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้เข้าไปมีส่วนในการจัดทำเครื่องมือประเมินสถานพยาบาลคู่สัญญาตามมาตรฐานที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดขึ้น การศึกษากลไกประกันสุขภาพระบบบริการสุขภาพในประเทศต่างๆ การทดลองนำแนวคิด TQM มาใช้ในโรงพยาบาล และสนับสนุนให้มีการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อการรับรองคุณภาพขึ้น ปลายปี พ.ศ. 2539 มาตรฐานโรงพยาบาลได้รับการจัดทำ และได้ทดลองปฏิบัติผ่านโครงการพัฒนาเพื่อส่งเสริมและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ในปี พ.ศ. 2540 โดยมี ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา เป็นหัวหน้าโครงการ ปี พ.ศ. 2542 มีการออกข้อบังคับ สวรส. ให้จัดตั้งสถาบัน

พัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เป็นส่วนงานหนึ่งของ สวรส. ตามข้อเสนอแนะของภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Collaboration for Hospital Quality Improvement and Accreditation: CHIA) โดยมี นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล เป็นผู้อำนวยการสถาบันเป็นท่านแรก เพื่อขับเคลื่อนโครงการต่อเนื่อง 3 ปี

ในปี พ.ศ. 2543 ได้มีการวิจัยเพื่อประเมินผลกระทบโครงการพัฒนาเพื่อส่งเสริมและรับรองระบบคุณภาพโรงพยาบาล โดยที่มณฑลวิชาการจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผลการศึกษาพบว่า โครงการฯประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบการส่งเสริมและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีความเหมาะสมและใช้การได้ดีสำหรับประเทศไทย อันจะเป็นการยกระดับคุณภาพและป้องกันปัญหาความขัดแย้งซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุด ระบบนี้สามารถประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลทุกขนาด ทุกประเภทของประเทศไทย เป็นการยกระดับคุณภาพของโรงพยาบาลโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการให้บริการ โครงการนี้แสดงให้เห็นในระดับดีมากที่ได้มีการดำเนินการตามวัตถุประสงค์ในการสร้างระบบพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้มีระบบมาตรฐานเทียบเคียงได้กับระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในต่างประเทศ ซึ่งมีพัฒนาการมาหลายสิบปี และให้ความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement)

ในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการประเมินผลการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย โดยทีมงานซึ่งประกอบไปด้วย ที่ปรึกษาจากประเทศแคนาดา และนักวิชาการจากระบบสุขภาพของประเทศ ซึ่งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นผู้สนับสนุน ผลจากรายงานการประเมินพบว่า ในภาพรวมโครงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้เป็นที่ยอมรับอย่างสูงจากในทุกวงการ ทั้งที่ได้มีการดำเนินการมาในระยะเวลาอันสั้น ทั้งบุคลากรของโรงพยาบาลและผู้รับบริการส่วนใหญ่มองเห็นในทางบวก มีความพอใจและเห็นว่าเป็นประโยชน์มากต่อคุณภาพของบริการ ทั้งในด้านการปรับปรุงกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล การบริการวิชาการด้านความรู้เกี่ยวกับคุณภาพ การฝึกอบรมแก่บุคลากรของโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในหลักสูตรประจำของ สรพ. ในด้านการต่างประเทศเป็นที่ดูงานด้านคุณภาพของประเทศเพื่อนบ้าน เช่น เวียดนาม เนปาล มาเลเซีย อินเดียนและเมียนมาร์

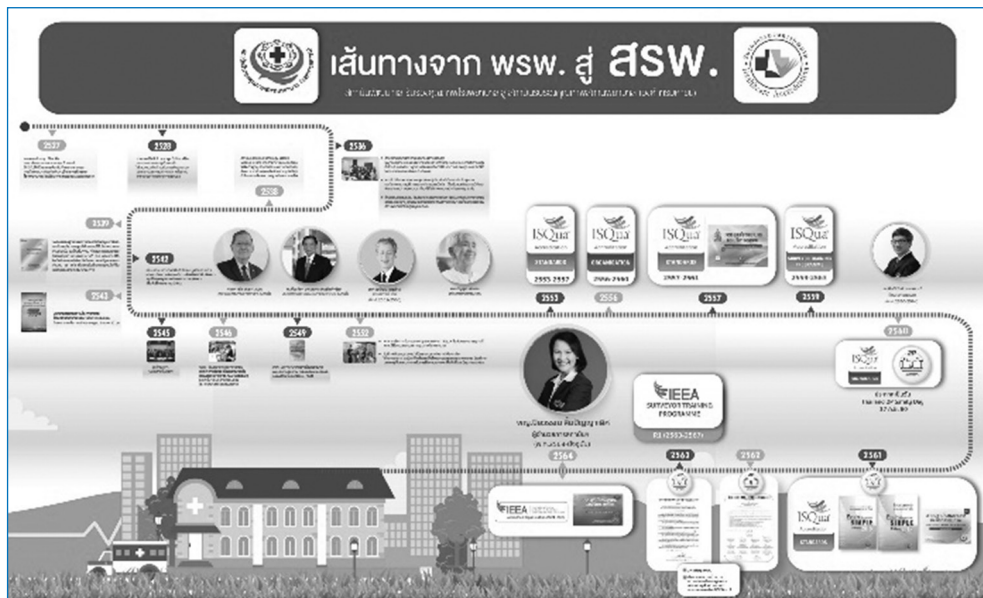
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ภายใต้งำกับ สวรส. เป็นส่วนหนึ่งของการทดลองกลไกระดับชาติเพื่อสร้างหลักประกัน คุณภาพและความปลอดภัยในบริการสาธารณสุข ได้ดำเนินงานมาภายใต้ หลักการสำคัญคือการเป็นองค์กรที่เป็นกลาง มีความน่าเชื่อถือ คล่องตัว มีความดำเนินการบนพื้นฐานทางวิชาการ สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุขและ วัฒนธรรมของประเทศ ผลลัพธ์สำคัญที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ HA คือความ ตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพ และความเข้าใจแนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่ เหมาะสมกับโรงพยาบาล ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างกว้างขวางใน โรงพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่โรงเรียนแพทย์ไปจนถึงโรงพยาบาลชุมชน

ประโยชน์ที่ผู้รับบริการจากโรงพยาบาลจะได้รับคือ ได้รับการใส่ใจและ ตอบสนองความต้องการดีขึ้น ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและมีส่วนร่วม มากขึ้น ได้รับการพิทักษ์สิทธิและศักดิ์ศรีมากขึ้น ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพมากขึ้น มีความเสี่ยงจากการดูแลรักษาลดลง และได้รับ การดูแลที่มีคุณค่ายิ่งขึ้นจากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลแบบ องค์กรรวม

ในส่วนของผู้ให้บริการเอง จะมีการทำงานอย่างเป็นระบบด้วยความ เข้าใจในเป้าหมายและสามารถวัดผลลัพธ์ได้ชัดเจน มีความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานและวิชาชีพที่เกี่ยวข้องดีขึ้น ทำให้เกิดการประสานงานที่ดีและแก้ ปัญหาต่างๆ ได้ง่ายขึ้น มีการทบทวนเป้าหมายและผลงานของตนเพื่อให้เกิด การพัฒนาต่อเนื่อง ผู้ปฏิบัติงานได้รับการเพิ่มพลังอำนาจ (empower) ให้ สามารถตัดสินใจได้มากขึ้น โรงพยาบาลมีระบบการกำกับดูแลที่ดีขึ้น เป็น องค์กรแห่งการเรียนรู้ มีความรับผิดชอบต่อสังคมและมีชื่อเสียงในทางที่ดี

ประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติคือเป็นตัวบ่งชี้การสร้างหลักประกัน คุณภาพและความปลอดภัยของประเทศซึ่งเป็นที่ยอมรับในประเทศที่มีระบบ ในลักษณะนี้ การเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็นเกี่ยว กับบริการของโรงพยาบาลในกระบวนการประเมินจากภายนอก การเป็นกลไก ในการคุ้มครองผู้บริโภค การเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และ การส่งเสริมให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ในปี พ.ศ. 2552 ได้มีการปรับ เปลี่ยนสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งเป็นหน่วยงานใน กำกับของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ไปเป็น สถาบันประเมินและพัฒนา

คุณภาพโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ที่เป็นองค์กรอิสระ โดยได้จัดตั้งเป็นสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) (องค์การมหาชน) ตามพระราชกฤษฎีกา ในวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2552



ภาพที่ 1 เส้นทางจากพสว.สู่สรพ.

4.2 ทิศทางการก้าวอย่าง...ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

คุณภาพและความปลอดภัยของบริการสาธารณสุขที่แท้จริง มาจากปัจจัยหลายด้าน ที่สำคัญที่สุดคือความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพในการให้บริการ และความเต็มใจที่จะทบทวนผลการปฏิบัติงานของตน นำมาสู่การออกแบบระบบงานที่รัดกุมและให้คุณค่าแก่ผู้รับบริการ กลไกส่งเสริมให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยที่ประจักษ์และยอมรับทั้งในระดับประเทศและในระดับนานาชาติ คือการส่งเสริมให้สถานพยาบาลมีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้การประเมินและยกย่องจากภายนอกเป็นตัวกระตุ้นที่สำคัญ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจึงถูกผลักดันให้เป็น

องค์การมหาชน เป็น External Evaluation Organization ตามพระราชกฤษฎีกา
จัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 และ
ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งกำหนดวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กร 6 ข้อดังนี้

- (1) ดำเนินการเกี่ยวกับการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพ
ของสถานพยาบาลรวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อ
ใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของ
สถานพยาบาล
- (2) รวบรวมข้อมูล ศึกษา วิเคราะห์ จัดให้มีการวิจัยและจัดทำข้อเสนอ
แนะเกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาคุณภาพของ
สถานพยาบาล
- (3) ส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดกลไกในการพัฒนาระบบการให้บริการที่
ดีมีคุณภาพและมาตรฐานความปลอดภัยของสถานพยาบาลอย่าง
เป็นระบบ
- (4) ส่งเสริม สนับสนุน และดำเนินการเผยแพร่องค์ความรู้ และการให้
บริการ การเข้าถึง และใช้ประโยชน์เกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนา
และการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- (5) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ องค์กรหรือหน่วยงาน
ในประเทศหรือต่างประเทศ และภาคเอกชนที่ดำเนินการเกี่ยวกับ
การประเมิน การพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล
- (6) จัดทำหลักสูตรและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลให้เกิด
ความเข้าใจกระบวนการเกี่ยวกับการประเมิน การพัฒนาและการ
รับรองคุณภาพของสถานพยาบาล

โดยให้นิยามสำคัญเพื่อกำหนดขอบเขตการทำงานพัฒนาและรับรอง
คุณภาพตามพระราชกฤษฎีกาดังนี้ “สถานพยาบาล” หมายความว่า สถานพยาบาล
ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และให้
หมายความรวมถึงสถานพยาบาลที่จัดตั้ง ขึ้นโดยหน่วยงานรัฐ

“การรับรองคุณภาพ” หมายความว่า การรับรองว่าสถานพยาบาลมี
องค์ประกอบของการปฏิบัติงานและการพัฒนาคุณภาพที่เชื่อได้ว่าจะสามารถให้
บริการด้านสาธารณสุขที่ดีและมีคุณภาพตามมาตรฐานที่คณะกรรมการกำหนด

โดยเป็นการรับรองระบบการดำเนินงานของสถานพยาบาล มิใช่การรับรองผลการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย

ตลอดระยะเวลา มากกว่า 23 ปี สรพ. ได้มีผลการพัฒนาองค์กรจนได้รับการยอมรับผ่านการรับรององค์ที่เป็นมาตรฐานในระดับสากลและได้ต่ออายุการรับรองต่อเนื่องถึงจนถึงปัจจุบันโดยองค์กรระหว่างประเทศ IEEA และมีผลการดำเนินการด้านต่างๆ ที่สำคัญดังนี้

4.2.1 การพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ:

- (1) มีการประกาศ “มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก” เมื่อปี พ.ศ. 2539 และปรับปรุงเป็น “มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับบูรณาการ” ในปี พ.ศ. 2543
- (2) มาตรฐานโรงพยาบาลได้รับการปรับปรุงและประกาศเมื่อปี 2549 โดยใช้ชื่อว่า “มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี”
- (3) มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ได้รับการรับรองจาก ISQua ว่าเป็นมาตรฐานที่เป็นไปตามหลักการ และข้อกำหนดสากลเมื่อปี พ.ศ. 2553 และรับรองซ้ำเมื่อปี พ.ศ. 2557
- (4) ในปี พ.ศ. 2561 ได้มีการทบทวนมาตรฐานให้สอดคล้องกับแนวทางสากล เป็นมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 และต่ออายุการรับรองจาก ISQua เป็นครั้งที่ 3
- (5) สรพ. มีการพัฒนามาตรฐานที่หลากหลายขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือหรือกลไกสำหรับพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลและระบบบริการ เช่น มาตรฐานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ (District Health System Standard) เพื่อตอบโจทย์การพัฒนาบริการปฐมภูมิ มาตรฐานเฉพาะโรคเฉพาะระบบ (Program and Disease Specific Standards) เพื่อตอบโจทย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะของสถานพยาบาล และ มาตรฐานเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ (Healthcare Network System Standards) เพื่อตอบเจ็ทน์นโยบาย Service Plan และการพัฒนาระบบบริการในลักษณะเครือข่าย

- (6) การพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 เพื่อตอบโจทยระบบบริการที่เปลี่ยนไปในสถานการณ์ COVID-19 เรื่องเทคโนโลยีและการให้ความสำคัญเรื่องการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึงให้ความสำคัญเรื่อง Patient and Personnel Safety และสอดคล้องกับทิศทางที่เป็นสากล เพื่อต่ออายุการรับรองมาตรฐานจาก ISQua หรือ IEEA เป็นครั้งที่ 4

4.2.2 การพัฒนาต้นการประเมินและรับรอง และการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ

ด้านการประเมินและรับรอง

- (1) มีการประกาศรับรอง HA ให้แก่โรงพยาบาลชุดแรก 4 แห่ง เมื่อปี พ.ศ. 2542
- (2) มีการนำหลักคิดบันไดสามขั้นสู่ HA มาใช้เมื่อปี พ.ศ. 2545 และเริ่มให้เกิดกิจกรรมประกาศในบันไดขั้นที่ 1 และ 2 เมื่อปี พ.ศ. 2547
- (3) มีการประกาศรับรอง HPH ร่วมกับกรมอนามัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546
- (4) มีการรวมการประเมินและรับรอง HA และ HPH ไว้ในครั้งเดียวกัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550
- (5) เริ่มมีการประเมินและรับรอง Advance HA และ Disease Specific Certification ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556
- (6) เริ่มมีการประเมินและรับรอง District Health System Accreditation ในปี พ.ศ. 2560 และการพัฒนาการประเมินเครือข่ายระบบบริการสุขภาพระดับจังหวัด (Provincial Network Certification)
- (7) พัฒนารูปแบบการประเมินรับรองแบบ Virtual Survey และ Adjusted Survey เพื่อสอดคล้องกับสถานการณ์ COVID-19

ด้านการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจ: มีการพัฒนาผู้เยี่ยมสำรวจโดยกระบวนการที่เป็นมาตรฐานสากล โดยได้รับการรับรองและต่ออายุการรับรอง 2 ครั้ง จาก IEEA ปัจจุบันมีผู้เยี่ยมสำรวจจำนวน 155 คน

ด้านกลไกการพัฒนา

พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมทั้ง On-line และ On-site ที่ตอบโจทย์ความต้องการของบุคลากร เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ ควบคู่กับการถ่ายทอดความรู้ผ่านเวทีและช่องทางต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่าน Facebook Live พัฒนาสื่อการเรียนการสอนในรูปแบบต่าง และพัฒนานักถอดบทเรียนเพื่อถอดองค์ความรู้เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพเป็นองค์ความรู้เพื่อการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องต่อไป

การประชุมวิชาการระดับชาติ HA National Forum ซึ่งเป็นพื้นที่ของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและสร้างแรงบันดาลใจให้กับบุคลากรสาธารณสุข จัดต่อเนื่องมาเป็นปีที่ 22 โดยมีการปรับรูปแบบการจัดประชุมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ทั้งในรูปแบบจัดการประชุมและแสดงนิทรรศการในพื้นที่ รูปแบบเสมือนจริง (virtual survey) ผ่านระบบสื่ออิเล็กทรอนิกส์ และในการประชุมครั้งที่ 22 ได้จัดการประชุมแบบผสมผสาน (hybrid) ทั้งเป็นพื้นที่สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพและเสริมสร้างพลังใจให้คนทำงานในสถานที่และผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์โดยเรียนรู้อยู่ที่สถานพยาบาล

เป็นแกนนำในการขับเคลื่อนเรื่อง Patient and Personnel Safety ประสานและผลักดันให้มีการประกาศเป็นนโยบาย 2P Safety Policy โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มี 2P Safety Goals เป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยให้กับสถานพยาบาลเป็นหมวดหมู่ SIMPLE ซึ่งเป็นกลุ่ม Preventable Harms ที่สำคัญทั้งกลุ่มผู้ป่วยและบุคลากร รวมถึงขับเคลื่อนประเด็น Patient Safety ร่วมกับเวทีโลก โดยจัดงาน World Patient Safety Day ในวันที่ 17 กันยายน ของทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 รวมถึงบูรณาการเรื่อง Patient and Personnel Safety ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 และ 5 รวมถึงให้ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยโดยกำหนดประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรที่สำคัญเป็นมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย (essential standards for safety) และเป็นเงื่อนไขในการรับรอง

พัฒนาระบบวัดผลด้วยเทคโนโลยี เช่น การพัฒนาระบบเก็บอุบัติการณ์และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับประเทศ (National Reporting and Learning

System) ในปีพ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเรื่อง Patient Safety และเป็นหนึ่งในนโยบายการขับเคลื่อนเรื่อง Patient and Personnel Safety ประเทศไทย รวมถึงสอดคล้องกับทิศทางขององค์การอนามัยโลกที่สนับสนุนให้ประเทศสมาชิกพัฒนาระบบเพื่อสร้างการเรียนรู้จากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์สู่การพัฒนาาระบบเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร และโครงการ Thailand Hospital Indicators Project (THIP) ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ (UHosNet) เพื่อยกระดับคุณภาพในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลให้เทียบเท่าสถาบันในต่างประเทศ โดยการเทียบเคียงผลการดำเนินงานกับสถาบันในและต่างประเทศ จนปัจจุบันเป็นสำหรับการติดตามคุณภาพระบบบริการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสร้างองค์ความรู้และการพัฒนาสถานพยาบาลด้วยข้อมูล

การสร้างเครือข่ายพัฒนาในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2544 สถาบันได้สร้างความร่วมมือกับสถาบันที่มีศักยภาพจัดตั้งเป็นศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA Collaborating Center-HACC) ครอบคลุมทั้ง 4 ภาค ประกอบด้วย (1) คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2) โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ (3) มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก (4) ภาคใต้ โดยคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับโรงพยาบาลหาดใหญ่และโรงพยาบาลสงขลา (5) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (6) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เพื่อทำหน้าที่ให้การฝึกอบรมถ่ายทอดองค์ความรู้ทางวิชาการ ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาด้านการพัฒนาคุณภาพให้กับสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ใกล้เคียง รวมถึงการสร้างเครือข่ายพัฒนาในพื้นที่ระดับจังหวัดเป็น Quality Learning Network หรือ QLN ครอบคลุม 73 จังหวัด และพัฒนาบุคลากรให้เป็น Quality Coach เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาคุณภาพในพื้นที่

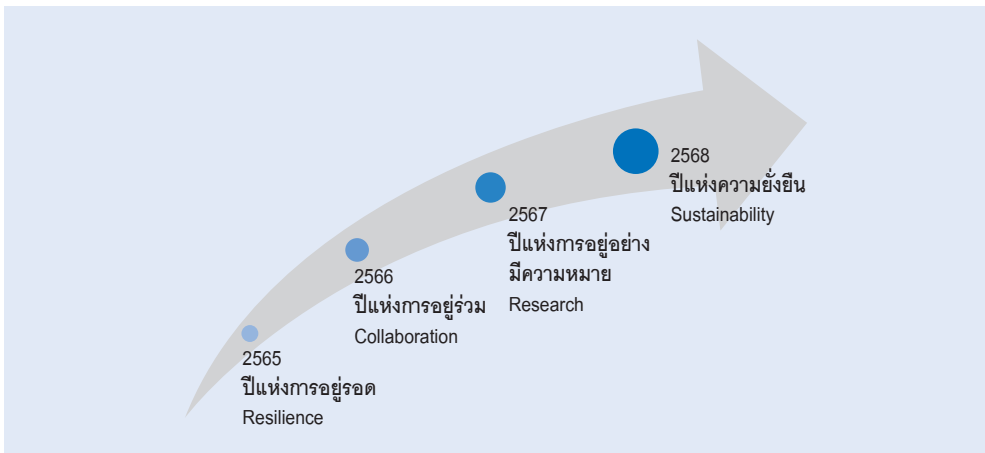
บูรณาการมิติจิตวิญญาณพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลภายใต้โครงการ Spiritual Healthcare Appreciation หรือ SHA ในปี พ.ศ. 2547 ในปี พ.ศ. 2552 สถาบันได้สานต่อแนวคิดมิติจิตวิญญาณโดยจัดทำโครงการ “การสร้างเสริมสุขภาพผ่านกระบวนการคุณภาพเพื่อการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืน” (Sustainable Health Care and Health Promotion by Appreciation and Accreditation-SHA) ที่นำมิติด้านจิตวิญญาณ มาเติมเต็มให้กับการทำงานด้วยพื้นฐานด้าน

ความปลอดภัยและมาตรฐานวิชาชีพในโรงพยาบาลที่สมัครใจ ซึ่งสอดคล้องกับหลักสากลที่ให้ความสำคัญกับ People-centred Care และปัจจุบันได้มีการพัฒนา มาตรฐานและบูรณาการกับการประเมินรับรองเป็น SHA Program Certification

4.2.3 ทิศทางการก้าวอย่างของสสว.

ทิศทางการขับเคลื่อนของ สรพ. ภายใต้สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลาย ภาวะโรคระบาดที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีที่ก้าวกระโดด และเปลี่ยนแปลงที่ผู้บริหารสถาบัน ภายใต้การกำหนดวิสัยทัศน์และเป้าหมายร่วมในระยะ ปี พ.ศ. 2565-2568

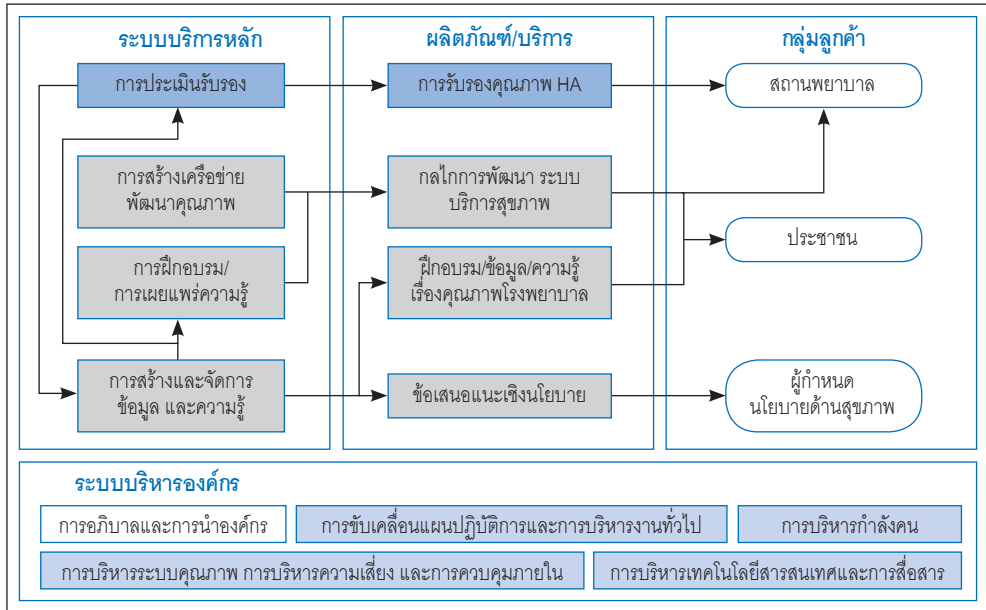
วิสัยทัศน์: “ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพและไว้วางใจได้ในระดับสากลด้วยมาตรฐาน HA”



ภาพที่ 2 ทิศทางการขับเคลื่อนของ สรพ.

สถาบันยังคงมีเป้าหมายที่ชัดเจนและต่อเนื่องในการเป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและไว้วางใจได้โดยเพิ่มความท้าทายเป็นระดับสากลโดยยังใช้กลไกสำคัญคือมาตรฐาน HA ภายใต้กลยุทธ์ที่สำคัญ 3 กลยุทธ์ ในการขับเคลื่อนองค์กรคือ กลยุทธ์เพื่อการอยู่รอด กลยุทธ์เพื่อการอยู่ร่วม และกลยุทธ์เพื่อการอยู่อย่างมีความหมาย เพื่อให้องค์กรเป็น “องค์กรที่มีชีวิต องค์กรกัลยาณมิตร และองค์กรที่ใคร่ก็คิดถึง” ภายใต้การดำเนินงานตามวัตถุประสงค์การจัดตั้งองค์กรและบทบาทภารกิจ

การดำเนินงานของ สรพ. (HAI Business Model)



ภาพที่ 3 โครงร่างการดำเนินงานของ สรพ. ตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งองค์กร

แนวทางการบริหารองค์กร

ใช้หลักการบริหารองค์กร คือ “บริหารด้วยหัวใจ ใช้มาตรฐาน มีธรรมาภิบาล บูรณาการและทันสมัย” ซึ่งมีที่มาจาก “การบริหาร HAI แบบ HAI³”

การบริหารแบบ HAI คือการบริหารสถาบันรับรองสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ The Healthcare Accreditation Institute ซึ่งมีชื่อย่อว่า สรพ. หรือ HAI โดยใช้หลักการบริหารเพื่อการสื่อสารและสร้างความเข้าใจร่วม โดยอาศัยคำย่อขององค์กรมาสัมพันธ์หลักการบริหารสำคัญ ดังนี้

H: Humanization คือ การบริหารด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

A: Accreditation Standards คือการบริหารโดยมาตรฐานการรับรองคุณภาพของสถาบัน และมาตรฐานของ IEEA มาเป็นหลักในการบริหารองค์กร เพื่อเป็นแบบอย่างขององค์กรรับรองคุณภาพที่ได้ทำตามมาตรฐาน

I³: Integrate, Integrity and Intrend คือการบริหารโดยใช้กระบวนการบูรณาการ ยึดหลักธรรมาภิบาล และมีความทันสมัยต่อสถานการณ์ เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

แผนบริหารองค์กร ปี พ.ศ. 2565-2568

แผนบริหารองค์กร ปี พ.ศ. 2565-2568		
VISION	“ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพและไว้วางใจได้ในระดับสากลด้วยมาตรฐาน HA”	
St.1: อยู่รอด (Living organization)	St.2: อยู่ร่วม (Friendly Organization)	St.3: อยู่อย่างมีความหมาย (Meaningful Organization)
Goal: องค์กรมีศักยภาพ มีความมั่นคง ผลดำเนินงานดี และบุคลากรมีความสุข	Goal: องค์กรขับเคลื่อนการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพด้วยความร่วมมือ	Goal: องค์กรเป็นที่พึ่งของประชาชนและสังคมในเรื่อง คุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการ
12 แผนดำเนินการ		
<ol style="list-style-type: none"> 1. การเป็นองค์กรแห่งอนาคต 2. บริหารบุคลากรให้มีพลัง 3. บริหารการเงินการคลังให้มีความมั่นคง 4. สร้างและบริหารผลิตภัณฑ์/บริการให้มีคุณค่า 	<ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างความร่วมมือภายในเพื่อขยายการทำงานและความสัมพันธ์ 2. ขับเคลื่อนเครือข่ายความร่วมมือเพื่อ การสร้างความเข้มแข็ง 3. การมีส่วนร่วมเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง 4. สร้างความร่วมมือกับองค์กรต่างประเทศ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง 2. การสร้าง Branding และการสื่อสารสาธารณะ and society 3. การคุ้มครองผู้บริโภคด้าน Q&S ในระบบบริการสุขภาพ 4. Brand Ambassador of Quality Safety and Accreditation from Thailand
12 ตัวชี้วัดเป้าหมาย		
<ol style="list-style-type: none"> 1. ผลสัมฤทธิ์ของการประเมินการบริหาร องค์กรจากหน่วยงานภายนอก 2. ผลการประเมินวัฒนธรรมองค์กรใน ระดับสากล 3. ระดับความมั่นคงทางการเงินการคลัง ขององค์กร 4. ผลสัมฤทธิ์หรือบริการขององค์กรเป็น เงื่อนไขในการให้คุณค่าสถาน พยาบาลโดยหน่วยงานองค์กรอื่น 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวน new products/activities ที่ เกิดจากการทำงานแบบ internal co-operation 2. จำนวน products ที่เพิ่มคุณค่าหรือ สร้างขึ้นใหม่ จากกลไกเครือข่าย ความร่วมมือ 3. จำนวนข้อเสนอนะเชิงนโยบาย/ ประเด็นสังคมขับเคลื่อนกับองค์กร หน่วยงานอื่น 4. จำนวนผลสัมฤทธิ์ของความร่วมมือนับ องค์กรต่างประเทศในเรื่องเกี่ยวกับ Quality & Safety และ Accreditation 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จำนวนองค์ความรู้ ข้อเสนอแนะ และงานวิจัย เกี่ยวกับ การดำเนินงานของสถาบัน 2. ร้อยละความไว้วางใจของประชาชนต่อสถานพยาบาลที่ได้ รับการรับรอง HA 3. ระดับความสำเร็จการพัฒนาการรับรองคุณภาพโดย ประชาชน 4. จำนวนครั้งของการขับเคลื่อนเรื่อง Accreditation Quality and Safety ในนามประเทศไทยในระดับสากล

รูปภาพประกอบหัวข้อ 4.2.4 แผนบริหารองค์กร สรพ. ปี พ.ศ. 2565-2568

แผนบริหารองค์กรระยะ 4 ปี มีแผนปฏิบัติการที่สำคัญในการขับเคลื่อน 3 แผนดังนี้

(1) **แผนปฏิบัติการเพื่อองค์กรอยู่รอดและเป็น Living Organization เป้าประสงค์ (goals):** องค์กรมีศักยภาพ มีความมั่นคง ผลดำเนินการดี และบุคลากรมีความสุข

โดยมีแผนดำเนินการที่สำคัญ 4 แผนคือ

แผนดำเนินการที่ 1 การดำเนินการสู่การเป็นองค์กรแห่งอนาคต

แผนดำเนินการที่ 2 การบริหารบุคลากรให้มีพลัง

แผนดำเนินการที่ 3 การบริหารเงินการคลังให้มีความมั่นคง
แผนดำเนินการที่ 4 การสร้างและบริหารผลิตภัณฑ์/บริการให้มี

คุณค่า

(2) แผนปฏิบัติการเพื่อการอยู่ร่วมเป็น **Friendly Organization**

เป้าประสงค์ (goals): องค์กรยกระดับการพัฒนาและยกระดับระบบบริการสุขภาพด้วยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือและการมีส่วนร่วม

โดยมีแผนดำเนินการที่สำคัญ 4 แผนคือ

แผนดำเนินการที่ 1 สร้างความร่วมมือภายในเพื่อขยายการทำงานและสร้างความสัมพันธ์

แผนดำเนินการที่ 2 ขยับเคลื่อนเครือข่ายความร่วมมือเพื่อการสร้างความเข้มแข็งระบบบริการสุขภาพ

แผนดำเนินการที่ 3 การมีส่วนร่วมเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง

แผนดำเนินการที่ 4 สร้างความร่วมมือกับองค์กรต่างประเทศแบบ

Win-win Situation

(3) แผนปฏิบัติการเพื่อการอยู่อย่างมีความหมาย **Meaningful Organization**

เป้าประสงค์ (goals): องค์กรเป็นรู้จักและน่าไว้วางใจเป็นที่พึ่งของประชาชนและสังคมในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ

โดยมีแผนดำเนินการที่สำคัญ 4 แผนคือ

แผนดำเนินการที่ 1 การจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง

แผนดำเนินการที่ 2 การสร้าง Branding และการสื่อสารสาธารณะ

แผนดำเนินการที่ 3 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ

แผนดำเนินการที่ 4 การเป็น Brand Ambassador Organization เรื่อง Accreditation, Quality and Safety ของประเทศ

ตอนที่



**มุมมองต่อการพัฒนาคุณภาพ
ของสถานพยาบาล
และระบบบริการสุขภาพ**

5.1 ความปรกติใหม่ในยุคต่อไป (next normal)

รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

สถานการณ์วิกฤติการระบาดของ COVID-19 ในประเทศไทยและทั่วโลก เป็นความท้าทายและบททดสอบที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพของไทยว่าจะสามารถดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพจาก COVID-19 ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและผันผวนแบบที่ไม่เคยมีมาก่อน ในขณะที่เดียวกับที่ต้องรักษาความต่อเนื่องของการดำเนินการตามพันธกิจปกติที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย และประชาชนผู้ใช้บริการที่เจ็บป่วยด้วยโรคภัยอื่นๆ ที่ยังคงมีอยู่ต่อไป การเผชิญหน้ากับสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ระบบได้เรียนรู้ถึงผลกระทบที่รุนแรงและกว้างขวางของ “การหยุดชะงัก” หรือ Disruption ที่ไม่เพียงกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพในสถานพยาบาลที่ต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้เอื้อต่อมาตรการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อและเพื่อบริหารทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่นๆ ที่มีอยู่อย่างจำกัด แต่สถานการณ์ดังกล่าวยังกระทบต่อเครือข่ายอุปทานของบริการสุขภาพด้วย ทั้งในส่วนของการส่งต่อผู้ป่วย ยา เวชภัณฑ์ วัสดุทางการแพทย์ อุปกรณ์ป้องกันตนเอง (PPEs) และเครื่องมือแพทย์ ที่ทำให้เกิดความต้องการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนในบางช่วงเวลาและบางพื้นที่เกิดความขาดแคลน

สถานการณ์ข้างต้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของวิถีการดำรงชีวิต และนำรูปแบบการทำงานใหม่ๆ มาปฏิบัติ หรือที่นิยมเรียกกันว่า “ความปรกติใหม่” หรือ New Normal และเป็นที่ยกคานาหมายกันว่าเมื่อสถานการณ์วิกฤติผ่านไป ความปรกติใหม่จำนวนไม่น้อยจะกลายเป็น “ความปรกติในยุคต่อไป” หรือ Next Normal ซึ่งคงจะทำให้ความต้องการด้านสุขภาพ ความคาดหวังต่อบริการ และมาตรฐานทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องเปลี่ยนแปลงไป และทำให้การจัดบริการ

สุขภาพในหลายเรื่องและหลายแง่มุมต้องปรับเปลี่ยนไปจากยุคก่อนเกิดสถานการณ์ COVID-19 สิ่ง que คิดว่าไม่สามารถเป็นไปได้ หรือคงต้องใช้เวลากว่า จะได้รับการยอมรับว่านำมาใช้ได้ กลายเป็นสิ่งที่ทำได้ และถูกนำมาใช้อย่าง กว้างขวาง เช่น บริการการแพทย์ทางไกล และการจัดช่องทางบริการตามความ เสี่ยงเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ อาทิ ARI Clinic และ AIIR ICU ใน ขณะที่ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ และความก้าวหน้าของ เทคโนโลยีในด้านอื่นๆ โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างคงดำเนินต่อ ไปอย่างรวดเร็ว และได้รับการนำมาบูรณาการไว้ ทำให้เกิดบริการสุขภาพ รูปแบบใหม่ๆ เช่น การแพทย์จีโนมิกส์ (genomic medicine) และการแพทย์ แม่นยำ (precision medicine)

- ความท้าทายข้างต้นทำให้สถานพยาบาลในทุกกระดับโดยเฉพาะ โรงพยาบาล จำเป็นต้องมีความคล่องตัวในการปรับตัว (agility) และความยืดหยุ่นหรือความสามารถในการฟื้นฟูกลับสู่สภาพเดิม (resilience) โดยเฉพาะ Resilience นี้จะเป็นสมรรถนะสำคัญที่ องค์กรที่จะประสบความสำเร็จในอนาคตขาดไม่ได้ ซึ่งมาจากการ ดำเนินการใน 4 เรื่องสำคัญ
- การคาดการณ์สถานการณ์ (anticipation) โดยการรวบรวมและ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อคาดการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญว่ามีเรื่องใดบ้าง มี โอกาสมากน้อยเพียงใด และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับองค์กร อย่งไร ครอบคลุมถึงผลกระทบที่อาจมีต่อเครือข่ายอุปทานของ องค์กรด้วย เพื่อกำหนดประเด็นสำคัญที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องของ การดำเนินการตามพันธกิจขององค์กรที่องค์กรมีความจำเป็นต้องมี แนวทางในการเตรียมการเพื่อตอบสนองทั้งในระดับกลยุทธ์และ ระดับปฏิบัติการ ตลอดจนกำหนดปัจจัยเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังทั้งที่เป็น ปัจจัยภายนอกและเป็นปัจจัยภายในขององค์กร การคาดการณ์นี้อาจ ดำเนินการโดยการวางแผนที่มีการจัดทำจากทัศนซ์ของอนาคตไว้ หลากหลายแบบ การทบทวนผลการดำเนินการที่ผ่านมาและ คาดการณ์โอกาสและผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงเฉพาะเรื่อง หรือการ เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การรับฟังข้อมูลจากหน่วยงานด้าน สาธารณสุขหรือหน่วยงานทางวิชาการที่เชื่อถือได้ หรือวิธีการอื่นๆ

- การเตรียมความพร้อม (preparation) โดยอาจเป็นการเตรียมความพร้อมด้านทรัพยากรและการบริหารจัดการขององค์กรครอบคลุมไปถึงเครือข่ายอุปทานเพื่อการคงสภาพให้องค์กรสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องทำให้เกิดผลกระทบจากเหตุการณ์ฉุกเฉินหรือภัยพิบัติที่มีต่อการดำเนินการขององค์กรและผู้เกี่ยวข้องถึงลูกค้าอื่น และบุคลากรเกิดขึ้นน้อยที่สุดหรือไม่เกิดเลย อาทิ การฝึกอบรมบุคลากรให้สามารถทำงานแทนกันได้หรือโยกย้ายมาปฏิบัติงานเสริมกันได้ การเตรียมเงินหรืองบประมาณสำรองในปริมาณที่เพียงพอสำหรับรองจ่ายหรือลงทุนฉุกเฉินหากต้องปรับปรุงพื้นที่บริการ การเพิ่มระดับของยา เวชภัณฑ์ หรือวัสดุทางการแพทย์สำรองล่วงหน้าเมื่อมีพวาระดับความเสี่ยงของเหตุการณ์ที่เฝ้าระวังมีโอกาสเกิดมากขึ้น รวมถึงการเตรียมแผนปฏิบัติการหรือแผนสำรองในกรณีเกิดภาวะภัยพิบัติไว้ล่วงหน้าเพื่อใช้ทดแทนแผนปฏิบัติการเดิมหรือเพื่อให้สามารถตอบสนองได้อย่างรวดเร็วหากเกิดเหตุขึ้น เป็นต้น ทั้งนี้การเตรียมการจำเป็นต้องคำนึงถึงสมดุลกับต้นทุนหรือประสิทธิภาพที่อาจสูญเสียไปเพื่อการเตรียมการในส่วนที่เป็นทรัพยากรส่วนเกิน
- การฟื้นตัวเมื่อเกิดสถานการณ์ (recovery) ที่ในสถานการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงจนเป็นเหตุให้สถานพยาบาลต้องปรับลดหรือยุติการให้บริการหรือการดำเนินการลงชั่วคราว สถานพยาบาลควรมีแนวทางที่จะดำเนินการเพื่อให้สามารถกลับมาให้บริการได้โดยเร็วซึ่งอาจดำเนินการได้เป็นลำดับขั้นตามข้อจำกัดด้านทรัพยากรหรืออื่นๆ หรืออาจแสวงหาความช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากภายนอก เช่น เครือข่ายในพื้นที่ เพื่อลดทอนผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นเกินกว่าที่สิ่งที่สถานพยาบาลเตรียมการไว้จะรองรับได้
- การปกป้องดูแลผลกระทบและยกระดับความผูกพันของบุคลากรและของลูกค้า ตลอดจนผลการดำเนินการของเครือข่ายอุปทานและผลการดำเนินการด้านการเงินขององค์กร (protection) ซึ่งอาจได้รับผลกระทบจากการหยุดหรือลดบริการของสถานพยาบาล ทั้งในผลกระทบโดยตรงจากภัยพิบัตินั้น เช่น โรคระบาดที่เกิดขึ้น และ

ผลกระทบจากปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคลที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนผลกระทบอื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นใน ขณะที่รายได้ลดลง หรือปัญหาทางสังคมและวัฒนธรรม

นอกจากนี้ องค์กรยังควรมีความสามารถที่จะวิเคราะห์และปรับปรุงการดำเนินการที่สำคัญเข้าสู่ Next Normal ภายหลังจากวิกฤติเพื่อให้สามารถก้าวต่อไปในสภาพแวดล้อมใหม่ที่อาจไม่เหมือนเดิมเพื่อบรรลุความสำเร็จต่อไปในอนาคตด้วยเหตุที่องค์กรอาจต้องเตรียมพร้อมต่อสถานการณ์ที่ไม่แน่นอน มีความผันผวน หรือจากความคาดหวังและพฤติกรรมของผู้ป่วยผู้ใช้บริการที่เปลี่ยนแปลงไปแล้วจากผลของสถานการณ์วิกฤตินั้น หรือจากการนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้ที่กลายเป็นมาตรฐานใหม่ของการให้บริการไปในที่สุด

ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลในอนาคตข้างหน้า จึงไม่ใช่เพียงจะมุ่งเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรและสาธารณะ ตลอดจนการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในทันกาล มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ แต่ยังคงรวมถึงการสร้างสมรรถนะหรือขีดความสามารถเพื่อให้เป็นองค์กรที่มีความยืดหยุ่นหรือ Resilience เพื่อบริหารความเสี่ยงอันเกิดจากเหตุฉุกเฉินและภัยพิบัติในอนาคต ที่อาจส่งผลกระทบต่อองค์กรโดยตรงหรือระบบบริการสุขภาพและสังคมในวงกว้าง ดังเช่น COVID-19 ด้วย

5.2 ระบบสุขภาพที่ผู้ป่วยหรือประชาชนเป็นศูนย์กลาง

รศ.นพ.ชเนนทร์ วนาภิรักษ์

การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 นับเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย นโยบายด้านสุขภาพกลายเป็นนโยบายเร่งด่วนและเป็นนโยบายสำคัญของทุกประเทศนำหน้านโยบายด้านอื่นๆ อย่างไม่ได้คาดคิดกันมาก่อน นอกจากนี้วิกฤตการณ์นี้ยังเป็นการทดสอบที่สำคัญและชัดเจนของระบบสุขภาพของทุกๆ ประเทศครั้งใหญ่รวมทั้งประเทศไทย ทำให้เราเห็นข้อดีและจุดอ่อนของระบบที่จะต้องดำเนินการปรับปรุงพัฒนา เพื่อรองรับความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตที่อาจจะคาดการณ์ไม่ได้อีกหลายอย่าง นอกจากนี้สถานการณ์ COVID-19 ยังสร้างความเปลี่ยนแปลง

ในหลายมิติต่อระบบสุขภาพ โดยเฉพาะด้านมาตรฐานสุขอนามัย ความสนใจ ใส่ใจของประชาชนในด้านสุขภาพ เช่น เราจะพบว่าไม่มีช่วงใด ยุคใดที่ประชาชนสนใจ เรียกร้องการป้องกันโรคโดยวัคซีนมากเท่ากับเหตุการณ์ในครั้งนี้ เป็นต้น ในด้านความร่วมมือของประชาชนในด้านสุขภาพก็มีให้เห็นชัดเจนรวมทั้งความเอื้ออาทรของประชาชนต่อประชาชน ประชาชนต่อบุคลากรทางสาธารณสุขและในทางกลับกันด้วย รวมทั้งในระดับชาติยังเป็นโอกาสที่ได้แสดงสมรรถนะของระบบสุขภาพของประเทศ ซึ่งอาจนำไปสู่การมีชื่อเสียงและโอกาสสร้างรายได้เข้าประเทศเมื่อวิกฤตโควิดจบลงหรือเบาบางลง นอกจากนี้จากสถานการณ์โควิดนี้ ระบบสุขภาพยังได้รับผลกระทบจากปัจจัยสำคัญอื่น ๆ เช่น การดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มอื่น ๆ การจัดการเรื่องทรัพยากรและทรัพยากรด้านบุคลากร เป็นต้น ซึ่งต้องการการปรับตัวให้สอดคล้องทั้งสิ้น

ระบบสุขภาพที่ผ่านมาของประเทศไทย มุ่งเน้นที่การดูแลรักษาเป็นส่วนใหญ่ หมายถึงซ่อมแซมสุขภาพมากกว่าสร้างเสริมหรือป้องกันในสัดส่วนที่สูงมาก ซึ่งมักจะมีค่าใช้จ่ายที่สูงกว่ามาก ช่วงที่ผ่านมาของการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้เราพบว่าการพัฒนาความรู้สุขภาพ (health literacy) ของประชาชน และร่วมกันสร้างเครือข่ายด้านสุขภาพเชิงป้องกัน เพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพหรือสุขภาพะบบองค์รวมได้ดีมากยิ่งขึ้น น่าจะเป็นทางออกที่ดีและเป็นไปได้

ประเทศไทยมีจุดแข็งของบริการสุขภาพทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ อีกทั้งยังมีบริการสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว เช่น การแพทย์แผนไทย และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรไทย นอกจากนี้กระบวนการบริการสุขภาพของคนไทยเองมีลักษณะจำเพาะที่ดี ผู้ให้บริการมีคุณลักษณะของคนไทยในด้านความเห็นอกเห็นใจเป็นพื้นฐานที่ดี สังเกตได้จากระบบสาธารณสุขของไทยได้รับความเชื่อมั่นว่ามีคุณภาพ จากความสำเร็จในการจัดการการแพร่ระบาดของ COVID-19 ประกอบกับภาพลักษณ์ความมีน้ำจิตน้ำใจในการช่วยเหลือกันและกัน และ ดูแลชาวต่างประเทศโดยไม่เลือกปฏิบัติ ซึ่งแตกต่างจากบางประเทศ นอกจากนี้ ระบบบริการสุขภาพมีแนวโน้มเปลี่ยนจากผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลาง (healthcare provider-centered) เป็นผู้ป่วยหรือประชาชนเป็นศูนย์กลาง (patient- and people-centered) มากขึ้น หลายปีที่ผ่านมาการให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะในสถานพยาบาลภาครัฐ ได้เพิ่มการให้ความสำคัญ

กับความสะดวกที่ผู้ป่วยจะได้รับ และ บริการสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ประเด็นเหล่านี้ทำให้คาดหวังได้ว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ดี สมเหตุสมผล และ ปกป้องสิทธิของคนไข้มากขึ้นด้วย

ในอนาคตอันใกล้ ประเทศไทยจะมีการกระจายอำนาจจัดการด้านสุขภาพ จากเดิมที่รวมศูนย์การดำเนินการโดยภาครัฐหรือสถานพยาบาล เปลี่ยนเป็นการกระจายอำนาจการบริหารสุขภาพ และการจัดการด้านสุขภาพ โดยชุมชนและประชาชน โดยเฉพาะการบริหารจัดการระบบสุขภาพในระดับปฐมภูมิ การจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพไปยังชุมชนจะเพิ่มขึ้น หากการกระจายอำนาจมีประสิทธิภาพมากขึ้น คาดว่ากิจกรรมการบริการสุขภาพเชิงป้องกันจะมากขึ้น อีกทั้งโรคระบาดอาจทำให้เกิดความเสี่ยงต่อระบบสุขภาพแบบรวมศูนย์ ดังเช่นตัวอย่างของ COVID-19 ที่ผ่านมา ดังนั้นการกระจายความเสี่ยงเหล่านี้จะเป็นทางออกที่ดีได้เช่นกัน เพียงแต่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจำเป็นต้องบริหารความเสี่ยงด้านคุณภาพบริการให้ดี การเข้าถึงบริการจำเป็นที่ไม่ติดขัด ไม่เช่นนั้นจะเกิดผลเสียได้ เพราะในด้านการดูแลรักษาโรคในปัจจุบันและอนาคต จะเป็นแบบ Precision Medicine ที่ต้องการความแม่นยำสูง

จากที่กล่าวมาต้องยอมรับว่า ปัจจัยสำคัญส่วนหนึ่งในความสำเร็จของระบบสาธารณสุขของไทยในการรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 นั้น ได้รับการเตรียมตัวมาระยะหนึ่งแล้วจากกระบวนการดูแลคุณภาพของการให้บริการ หรือ ที่ทราบกันในเรื่องราวของ กระบวนการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล นั่นเอง อย่างไรก็ตาม เมื่อเวลาผ่านไปพลังงานที่สั่งสมมา หรือ พลังใจที่เคยมีเต็มเปี่ยม ย่อมร่อยหรอไปตามความเหนื่อยล้า ความยากลำบากที่ผ่านมา ดังนั้น การฟื้นฟูสุขภาพของระบบสาธารณสุข ให้สามารถชำระไว้ซึ่งคุณภาพที่ดีเท่าที่ผ่านมาหรือทำให้ดีกว่าเดิมได้อีกนั้น จำเป็นต้องอาศัยกลไกที่เรียกกันว่า Resilience Healthcare โดยอาศัยประสบการณ์ของบุคลากร สถานบริการและพื้นที่ที่ให้บริการ ให้ได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อนำมาสรุปเป็นองค์ความรู้เพื่อใช้ในการฟื้นตัว (rebound) เพิ่มความสามารถในการจัดการความแปรปรวน ยุ่งเหยิง (robustness) ยืดหยุ่นในการปรับตัวเชิงระบบและพร้อมรับมือกับเหตุการณ์ต่างๆที่ต้องเผชิญอย่างไม่หวาดหวั่น (graceful extensibility) เพื่อให้การปรับตัวแบบนี้เป็นความสามารถที่ยั่งยืนและพร้อมในทุกๆสถานการณ์ (sustained adaptability) หากเรา

สามารถจัดการได้ดี จะทำให้ระบบบริการสุขภาพของไทยเรามีการยกระดับและเพิ่มศักยภาพได้อย่างยั่งยืนต่อไป ทั้งนี้ทั้งนั้น ปัจจัยสำคัญส่วนสำคัญมากส่วนหนึ่งอยู่ที่บุคลากรทางสาธารณสุข ดังนั้น หากเราสามารถพัฒนากระบวนการทำงานให้เข้าสู่ Spiritual Healthcare อย่างเต็มที่ ซึ่งหมายถึงการดูแลผู้รับบริการด้วยมิติจิตวิญญาณโดยผู้ให้บริการที่ใช้มิติจิตวิญญาณในการส่งมอบ จะส่งผลให้ทุกคนในระบบสุขภาพมีความสุขจากผลงานที่ดีอย่างแท้จริง

5.3 คำตอบ...ของความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาล

นพ.สุรชัย ปัญญาพฤทธิ์พงศ์

โรคระบาดโคโรนาไวรัส 2019 เป็นมหันตภัยของมนุษยชาติ ส่งผลกระทบโดยตรงและรุนแรงต่อระบบการแพทย์และสาธารณสุข ประชาชนทั่วโลกเจ็บป่วยล้มตายเป็นจำนวนมากอย่างต่อเนื่องนานนับปี และยังไม่สามารถพยากรณ์ได้ว่าโรคร้ายจะสิ้นสุดอย่างไรและเมื่อไร

จากบทเรียนครั้งนี้ ระบบการแพทย์และสาธารณสุขไทย จะก้าวต่อไปอย่างไรในอนาคต

ความร่วมมือภาครัฐและเอกชน...เป็นทางออก

เกิดการทำงานร่วมกันของสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน ในการเผชิญสถานการณ์วิกฤตครั้งนี้ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริการสุขภาพในภาพรวม และเป็นนิมิตหมายที่ดีที่จะมีการแชร์ทรัพยากรร่วมกันในการให้บริการในอนาคต โดยใช้ฐานคิดเพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วยและประชาชน

สุขภาพ...เป็นหน้าที่ของทุกคน

ประชาชนได้เรียนรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันโรค การตระหนักความสำคัญการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นการสร้างภูมิคุ้มกันโรคที่ทรงพลัง และพลิกโฉมการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

กระบวนการคุณภาพ...ใช้ได้จริง

สถานพยาบาลใช้กระบวนการ PDSA ในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหา ผู้บริหารจัดการไกลที่คล่องตัวในการปรับกลยุทธ์และระบบงาน เพื่อให้ทันสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว บุคลากรทำงานเป็นทีม บูรณาการการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายและชุมชน มีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่ากระบวนการคุณภาพใช้ได้ผลจริง กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของไทยก้าวมาถูกทาง

วิถีใหม่...สร้างปัญญา

การบริการทางการแพทย์เกิดการเปลี่ยนแปลง มีการพัฒนาเทคโนโลยี และนวัตกรรมในการให้บริการทางการแพทย์ทางไกล ความจำเป็นของผู้ป่วยที่ต้องมาสถานพยาบาลลดลง ทศนคติของประชาชนเปลี่ยนจากการเป็นผู้พึ่งพิงบุคลากรสาธารณสุข เป็นการใช้ปัญญาในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ

การแพทย์และสาธารณสุขของไทย...ไม่มีล้ม

ท่ามกลางข้อจำกัดด้านทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข ในช่วงที่โรคระบาดรุนแรง จนเกินศักยภาพของสถานพยาบาล ระบบการแพทย์และสาธารณสุขของไทยกลับรับมือได้ สร้างผลงานดีอันดับต้นๆ ของโลก หนึ่งในปัจจัยสำคัญคือการทำงานของบุคลากร

ความรัก...คือคำตอบ

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทำงานด้วยความภาคภูมิใจและเชื่อมั่นในวิชาชีพ มีความมุ่งมั่นที่ใช้ความรู้ทักษะวิชาชีพในการดูแลรักษาพยาบาล การเห็นคุณค่าในชีวิตและตระหนักถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และมีจิตวิญญาณความรักต่อเพื่อนมนุษย์

บทส่งท้าย

HA คือความหวังของการชวกันเดิน
บนเส้นทางคุณภาพที่ไม่สิ้นสุด

ถ้าการพัฒนาคุณภาพเป็น Never Ending Journey
กลไกขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพ HA
ก็ควรเป็นทั้งผู้จุดประกาย ผู้ถือธงนำ ผู้ปฏิบัติเป็นตัวอย่าง
ในการเดินไปบนเส้นทางที่ไม่รู้จบ ไม่สิ้นสุด นี้ด้วยเช่นเดียวกัน

นพ.อนวัจน์ สุภชุตikul
ผู้ทรงคุณวุฒิ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

บรรณาธิการและผู้เรียบเรียง

ที่ปรึกษา

ธีรพล โตพันธานนท์
อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ

บรรณาธิการ

วิญญาวรรณ แมตสสถาน

ผู้เรียบเรียง

กิตตินันท์ อนรรฆมณี
ขวัญหทัย เปรมพงษ์
รองศาสตราจารย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
จักษณา ปัญญาชีวิน
ชลลดา นันทวิสัย
รองศาสตราจารย์ชเนนทร์ วนาภิรักษ์
ดวงสมร บุญผดุง
ทรนง พิลาสัย
ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ
ร้อยเอกหญิง ปิ่นรัตน์ พันธุ์มณี
เรวดี ศิรินคร
รวีวรรณ หาญสุทธิเวชกุล
ลักษณะ ปภินวิชกุล
วราภรณ์ สักกะโต
สุภาเพ็ญ ศรีสดีใส
สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิ์พงศ์
อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล
เอกจิตรา สุขกุล
อร่าม ลิ้มตระกูล
และ
คณะทำงานวิชาการ

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



HA คือความหวังของการชวนกันเดิน
บนเส้นทางคุณภาพที่ไม่สิ้นสุด

ถ้าการพัฒนาคุณภาพเป็น Never Ending Journey
กลไกขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาคุณภาพ HA
ก็ควรเป็นทั้งผู้จุดประกาย ผู้ที่องรงนำ ผู้ปฏิบัติเป็นตัวอย่าง
ในการเดินไปบนเส้นทางที่ไม่รู้จบ ไม่สิ้นสุด นี้ด้วยเช่นเดียวกัน



ISBN 978-616-8024-42-3



9 786168 024423

ราคา 125 บาท