

รายงานฉบับสมบูรณ์

การประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564

พฤษภาคม 2565

คณะผู้วิจัย

นางสาววิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร

ภญ.บุษดี ไสบุญ

นายนภดล พิมสาร

นางสาวปภาดา ราษฎร์รอน

ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

ดร. ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวชส



โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
มิใช่ความเห็นของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

การประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและ
บุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564

จัดทำโดย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

พฤษภาคม 2565

ผู้ประเมิน

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. น.ส.วิลารรณ ล้วนคงสมจิตร | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 2. ภญ.บุษดี โสบุญ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 3. นายณภดล พิมสาร | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 4. น.ส.ปภาดา ราษฎร์อน | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 5. ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 6. ดร. ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

คำนำ

ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety หรือ 2P Safety) ระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2561-2564) เป็นยุทธศาสตร์ที่ถูกประกาศโดยกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเมื่อ พ.ศ. 2560 เพื่อให้ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับทุกคน อีกทั้งยังเป็นการพัฒนานโยบายเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทยให้สอดคล้องกับมติในเรื่อง Global action for patient safety ในการประชุมสมัชชาสุขภาพโลกใน พ.ศ. 2562 และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลกระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (SEA Regional Strategy for Patient Safety)

เนื่องจากยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ สิ้นสุดลงใน พ.ศ. 2564 จึงถือเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการประเมินความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานตลอดระยะเวลา 4 ปีอย่างเป็นระบบ และเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินไปใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในอนาคต

ผู้ประเมิน

พฤษภาคม 2565

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ประเมินขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าเพื่อให้ข้อมูลและความคิดเห็นต่าง ๆ สำหรับการประเมินการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในครั้งนี้ และขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญรวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ทุกท่านที่เข้าร่วมประชุมเพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อโครงการการศึกษา ผลการศึกษาเบื้องต้น และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อให้ผู้ประเมินนำข้อมูลและข้อคิดเห็นที่ได้จากการประชุมไปใช้ในการปรับปรุงการประเมิน และตรวจทานความถูกต้องของข้อมูลที่น่าเสนอ

รายงานการประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ฉบับนี้จะเสร็จสมบูรณ์ไม่ได้หากขาดการสนับสนุนและความช่วยเหลือจากบุคลากรของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพทุกท่าน โดยเฉพาะนางสาวจุฬาทิพย์ บุญมา นักวิเคราะห์สถิติ และนายธนายศ เศรษฐ์โสภณ ผู้ช่วยวิจัยที่ช่วยเหลือคณะผู้ประเมินในการทำความสะดวกข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่รวบรวมได้จากฐานข้อมูลต่าง ๆ นายมานิต สิทธิมาตร เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างประเทศ ผู้ช่วยแปลบทสรุปผู้บริหารฉบับภาษาอังกฤษ นางสาวกานต์ชนก ศิริสอน นางสาวแพรวา กุลรัตน์นาม นางสาวจิราธร สุตะวงศ์ และนางสาวจิตาภา ผลานุสนธิ์ วิทยากรและผู้ช่วยจัดการประชุมผู้พัฒนาและผู้ใช้เครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ผู้ประเมินจึงขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือมา ณ โอกาสนี้

สุดท้ายนี้ ผู้ประเมินขอขอบคุณสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. ที่ได้สนับสนุนงบประมาณในการประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในครั้งนี้ รวมทั้งให้การสนับสนุนในด้านข้อมูลที่ใช้ประกอบการประเมิน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษา ข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้เป็นข้อมูลที่เกิดจากการรวบรวม วิเคราะห์ และสรุปผลของผู้ประเมินเท่านั้น ไม่ได้แสดงทัศนคติของหน่วยงานผู้ให้ทุนแต่อย่างใด

ผู้ประเมิน

พฤษภาคม 2565

บทสรุปผู้บริหาร

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564 ทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอันจะเป็นประโยชน์ต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในอนาคต การประเมินนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ได้แก่ การทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก การอภิปรายกลุ่ม การจัดประชุมผู้พัฒนาและผู้ใช้เครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ การวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีภูมิแบบย้อนหลังจากระบบข้อมูลภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากผลการประเมินพบว่าความปลอดภัยทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ของประเทศไทยใน พ.ศ. 2559-2563 มีจำนวนสูงถึง 434,408 ครั้งต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 7 ของการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยในในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยสูงถึง 4,443,511 วันต่อปี และคิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 11,849 ล้านบาทต่อปี หรือประมาณร้อยละ 6.2 ของงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อีกทั้ง การระบาดของโควิด-19 ในช่วงที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทางสาธารณสุขทั้งก่อให้เกิดการเจ็บป่วย ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ทำให้ต้องกักตัว และเสียชีวิต ดังนั้น ความไม่ปลอดภัยในการให้หรือรับบริการทางสาธารณสุขจึงถือเป็นประเด็นสำคัญของระบบสาธารณสุขในประเทศ และการมียุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขจึงถือเป็นนโยบายที่ควรได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินงานต่อไป

ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ทั้ง 5 ยุทธศาสตร์มีความครอบคลุมและสามารถนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ คือ เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยการดำเนินงานในช่วง พ.ศ. 2561-2564 ผู้ประเมินพบหลักฐานการดำเนินงานตามกลยุทธ์ของยุทธศาสตร์จำนวน 28 กลยุทธ์ จาก 30 กลยุทธ์ (หรือร้อยละ 93 ของกลยุทธ์ทั้งหมด) โดยกลยุทธ์ที่ไม่พบหลักฐานการดำเนินงานเกิดจากความไม่พร้อมของระบบข้อมูลและมีการเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานตามความเหมาะสมของสถานการณ์ในประเทศที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด นอกจากนี้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ได้ทำให้ผู้บริหารและบุคลากรในโรงพยาบาลทั้งภาครัฐบาลและเอกชนจำนวนมากถึง 764 แห่ง ตระหนักถึงความสำคัญของยุทธศาสตร์และสมัครใจเข้าร่วมรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในระบบฐานข้อมูลของประเทศ

ถึงแม้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ จะมีความก้าวหน้าในการดำเนินงาน แต่ผู้ประเมินยังคงค้นพบความท้าทายจำนวนมากในการเพิ่มความสำเร็จของนโยบาย ดังนี้ 1) ควรเร่งพัฒนาวิธีการติดตามประเมินผลใน

ระดับสถานพยาบาลให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นเพื่อสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับพัฒนาการดำเนินงานในระยะต่อไป 2) สร้างแนวร่วมให้ผู้มีส่วนได้เสียอื่น ๆ ในระบบสุขภาพกลายเป็นผู้เล่นที่กระตือรือร้น (active participants) 3) ทำให้กลยุทธ์และวิธีการทำงานภายใต้ยุทธศาสตร์มีความยืดหยุ่นเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพในการรับมือกับการระบาดของโรคโควิด-19 เช่น บริการการแพทย์ทางไกลหรือมาตรการรับยาที่ร้านยา เป็นต้น 4) ขยายความครอบคลุมในการดำเนินงานให้ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศ 5) สร้างองค์ความรู้และระบบสนับสนุนให้มีข้อมูลที่มีคุณภาพและใช้ข้อมูลเหล่านี้เพื่อพัฒนาและนวัตกรรมด้านความปลอดภัย และ 6) เพิ่มการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานใช้สำหรับก้าวข้ามข้อจำกัดและความท้าทายต่าง ๆ ที่พบจากการประเมินในครั้งนี้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในระยะต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ และ สรพ.

1) ใช้กลไกในคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานเพื่อสร้างแนวร่วม เพิ่มความร่วมมือ และส่งเสริมการสื่อสารในระดับนโยบาย โดยควรปรับแก้ไของค์ประกอบ ดังนี้

- แก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการให้เหมาะสม ซึ่งจากการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis) พบว่า ควรเพิ่มตัวแทนจากกองทุนประกันสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และสื่อมวลชน เป็นต้น
- เพิ่มการมีส่วนร่วมของหน่วยงานผู้เล่นสำคัญ โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่และสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน เช่น การวางแผนกิจกรรมของยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับพันธกิจ/อำนาจหน้าที่ของหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรของหน่วยงานนั้น ๆ เช่น อาจเชื่อมโยงตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ กับงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น
- ผลักดันให้เกิดการบูรณาการระหว่างยุทธศาสตร์ โดย สรพ. ในฐานะฝ่ายเลขานุการควรเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการแบ่งปันข้อมูลและการดำเนินงานร่วมกันระหว่างยุทธศาสตร์และระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ควรปรับปรุงเครื่องมือและกลไกภายใต้ยุทธศาสตร์ให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาล เช่น การปรับค่านิยมของสถานพยาบาลให้หมายรวมถึง บ้านของผู้ป่วย โรงแรม และสถานที่ชุมชนอื่นที่เป็นที่พักของผู้ป่วยชั่วคราว
- พัฒนาระบบการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะ โดยควรมีการกำหนดตัวชี้วัด วิธีการได้มาซึ่งข้อมูล ผู้รับผิดชอบ และกรอบระยะเวลาให้สอดคล้องกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่สร้างขึ้นและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2) สนับสนุนให้เกิดการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระบบต่าง ๆ เพื่อสร้างความเปลี่ยนแปลง เช่น

- ทำให้ทุกคนเข้าถึงข้อมูลในระบบฐานข้อมูล NRLS เพื่อการใช้ประโยชน์ในการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม ภายใต้ข้อจำกัดที่ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังตัวโรงพยาบาล บุคคลผู้รายงาน เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง
- พัฒนาความสามารถของบุคลากรในระดับโรงพยาบาลในการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลในเชิงลึกนอกเหนือจากข้อมูลที่ปรากฏในภาพรวมแบบภาคตัดขวาง และจัดสรรบุคลากรทั้งในระดับประเทศและระดับโรงพยาบาลที่รับผิดชอบระบบฐานข้อมูลโดยตรง
- จัดทำวารสารวิชาการหรือวารสารฉบับพิเศษในวารสารวิชาการระดับชาติและ/หรือในระดับนานาชาติ เพื่อตีพิมพ์ผลงานวิชาการในประเด็นด้านความปลอดภัยโดยเฉพาะ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีอุปทานในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บได้จากเครื่องมือทั้งสาม และสร้างความตระหนักแก่กลุ่มบุคลากรและนักวิชาการ เพื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลไปใช้ในการแก้ไขปัญหา พัฒนานวัตกรรม เพื่อการสื่อสารสร้างความตระหนักและตื่นตัวให้กับประชาชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3) เพิ่มการสื่อสารในทุกระดับ เน้นการสื่อสารสองทางอย่างเหมาะสมและทันสถานการณ์ สร้างความรู้และความตระหนักด้านความปลอดภัยแก่บุคลากรและประชาชน โดยใช้ช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งมีการกำกับติดตามผลการพัฒนาองค์ความรู้และความตระหนัก เช่น

- จัดประชุมในระดับนโยบาย คือ คณะทำงาน คณะอนุกรรมการ และคณะกรรมการอย่างสม่ำเสมอ
- เพิ่มช่องทางการสื่อสาร/รับข้อคิดเห็นจากหน่วยงานระดับปฏิบัติต่อหน่วยงานในระดับนโยบาย
- ใช้โอกาสจากการระบาดของโควิด-19 ในการประชาสัมพันธ์ให้เห็นความสำคัญของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ
- เพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดมาตรการของสถานพยาบาล เช่น การตัดสินใจผ่านคณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาลที่มีบุคคลในชุมชนรวมอยู่ด้วย เป็นต้น

4) สรพ. ควรเจรจากับสำนักงานงบประมาณและแหล่งทุนอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานที่บริหารระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคมและกรมบัญชีกลาง ในการจัดสรรงบประมาณในระยะยาวเพื่อดำเนินการตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ โดยกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนและสะท้อนถึงความคุ้มค่าจากการลงทุน ซึ่งมีความเป็นไปได้อย่างมากว่าถึงแม้จะต้องใช้งบประมาณจำนวนมากว่าปัจจุบันหลายเท่าตัว นโยบายนี้ก็ยังคงมีความคุ้มค่าเพราะขนาดของปัญหามีผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจสูง หากการดำเนินงานมีประสิทธิผลดีย่อมทำให้ลดผลกระทบ

เหล่านั้ันได้มาก ทั้งความเสียหายจากค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากความไม่ปลอดภัยและค่าเยียวยาตาม
มาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

Executive summary

The purposes of this study were to assess the implementation of the Patient Safety Strategy (2018-2021) in all five strategic domains and to develop policy recommendations that would be useful in driving the Safety Strategy in the future. The assessment used in this study had employed both qualitative and quantitative research methods. These included document reviews, in-depth interviews, focus-group discussions, workshops for users and developers of Strategy tools, and retrospective analysis of secondary data from information systems, including electronic databases of reimbursement records of inpatient medical services from the National Health Security Office (NHSO).

According to the assessment results, preventable harm in Thailand during 2016 to 2020 had an average incidence of 434,408 times per year, accountable for 7% of hospital stays among patients under the Universal Coverage Scheme (UCS). This was also associated with 4,443,511 days of hospital stay per year, contributing to an economic loss of 11,849 million baht per year which was 6.2% of the total budget for the UCS. In addition, the outbreak of COVID-19 has affected the safety of healthcare workers, increasing the risk of mortality, getting infected, and developing poor mental well-being due to self-quarantine. As the safety for patient and healthcare personnel during the provision of care services is considered as a key issue of the public health system, having a policy to implement the Patient and Personnel Safety Strategy should therefore be supported and continued.

All five domains of the Safety Strategy were found to be comprehensive, demonstrating a potential to achieve their goal of promoting the safety of patients and healthcare personnel. Especially, during 2018-2021, it was evident that there had been 93% of all strategies implemented (28 out of 30 strategies). Among these, readiness of information system and rapid change of processes were key challenges hindering the implementation of some strategies. Indeed, the Safety Strategy inspired the importance of the safety at work to many of executive officers and healthcare staff, at which 764 government and private hospitals had decided to partake in report on clinical risk and adverse events.

Regardless of decent progress in the implementation of the Safety Strategy, challenges to further enhance the success of such policy are remained. These include challenges of 1) developing a clear approach for monitoring and evaluation that can be used as input for further development and implementation; 2) building allies and transforming key actors into active participants; 3) making strategies with more flexibility in response to changes in health service provision; 4) expanding the implementation coverage to hospitals across the country; 5) creating knowledge and supportive system for high-quality data to continue improve safety strategies and innovations; and 6) providing support to staff or operators to overcome resource constraints and enable more implementation.

Policy recommendations

1) Use the mechanism in relevant board, subcommittee, and working groups to create more cooperation and promote communication at the policy level.

Elements which should be modified are listed as follows:

- i. The composition of committee and sub-committees should be amended as appropriate. According to the stakeholder analysis, inclusion of more representatives from the health benefit schemes, local government, civil society and mass media should be considered.
- ii. Participation of key players should be elevated by defining motivating roles and responsibilities, for example, planning activities of the strategy which align with the mission/authority of the agency.
- iii. Integration between relevant strategies should be encouraged, and the Healthcare Accreditation Institute, as the secretariat, should be the catalyst to promote information-sharing and co-operation between strategies including between relevant departments.
- iv. The tools and mechanisms under the strategy should be regularly updated, corresponding to contextual situations and policies of the Ministry of Public Health and the government.
- v. Monitoring and evaluation system(s) for the strategy implementation should continue to be developed on a regular basis, where indicators, methods for

obtaining information, responsible persons, and timeframes should align with change theory continually developed.

2) Encourage utilisation and analysis of data from databases to create change, including:

- i. Making information in the NRLS database become accessible to everyone for use in research and innovation under the condition that data cannot be linked to the hospitals, reporting persons, and related patients.
- ii. Building capacity of hospital staff to analyse and utilise the database in depth, beyond the cross-sectional overview of information, as well as allocating personnel both at the national and hospital levels to be directly responsible for the database system.
- iii. Publishing more academic journals or special editions relevant to an issue of safety in national and/or international journals. This will increase more supply of analytics of data collected from the tools and raise awareness among personnel and academics to use evidence-based information in solving problems and creating innovation.

3) Increase communication at all levels via having two-way communication that is relevant and timely to current situation, building knowledge and raise awareness of safety for healthcare personnel and public, using communication channels that are suitable for each target groups, and monitoring the knowledge built and awareness raised. These for example may include:

- i. Organising policy-level meetings (i.e., working groups, sub-committees, and the Board of Directors) on a regular basis
- ii. Increasing communication channels to receive feedback and opinions from operationalising-level agencies.
- iii. Using the COVID-19 outbreak to demonstrate and raise awareness of the importance of the Safety Strategy.
- iv. Increasing public involvement in determining the measures of healthcare facilities, such as having representatives of community people in a hospital advisory committee during decision making process.

4) **The Healthcare Accreditation Institute (Public Organization) should negotiate with key healthcare payers or other funders**, such as the Comptroller General's Department, the Social Security Office (SSO), and the National Health Security Office (NHSO) to allocate long-term budgets for the implementation of the Safety Strategy. Clear indicators should be set to reflect the value from the investment as it is highly probable that budgets required for the implementation will be much larger than that of usual circumstances. Nevertheless, such implementation will be worthwhile, given the large scale of the safety problems to which profoundly cause social and economic impacts. Particularly, if the implementation is effective, those impacts (including costs of medical expenses caused by insecurity and compensation according to section 41 of the National Health Security Act B.E.2545) can be greatly reduced accordingly.

สารบัญ

บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ.....	1
1.2 การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง.....	2
1.2.1 ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564.....	2
1.2.2 การติดตามและประเมินผลนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในต่างประเทศ	5
1.3 กรอบแนวคิดและขอบเขตสำหรับการประเมิน.....	10
1.4 วัตถุประสงค์	11
บทที่ 2 วิธีการประเมิน	12
2.1 วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ.....	12
2.1.1 การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง.....	12
2.1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่ม	12
2.1.3 การจัดประชุมผู้พัฒนาและผู้ใช้เครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ.....	15
2.1.4 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ	16
2.2 วิธีวิจัยเชิงปริมาณ.....	17
2.2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบรายงานภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ.....	17
2.2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของ ผู้ป่วยใน (IPD e-claim) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	19
2.3 การประกันคุณภาพของการประเมิน.....	20
2.4 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม	20
บทที่ 3 ระบบอภិบาลและทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ	22
3.1 ระบบอภิบาล	22
3.2 องค์ประกอบของระบบอภิบาล (ความเหมาะสมและกระบวนการ).....	32
3.2.1 การสื่อสาร.....	32

3.2.2 การสร้างแรงจูงใจ.....	34
3.2.3 การติดตามและประเมินผล	35
3.2.4 ความเหมาะสมและความสำเร็จของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ.....	36
3.2.5 ความยั่งยืนของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ.....	38
3.3 ความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ของยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้านที่มีต่อเป้าหมายของยุทธศาสตร์	39
3.4 ทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงาน (ปัจจัยนำเข้า)	44
3.4.1 งบประมาณ.....	44
3.4.2 บุคลากร	46
3.4.3 ระบบข้อมูล	47
บทที่ 4 ผลการดำเนินงาน	49
4.1 ความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามกลยุทธ์ภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ (ผลผลิต).....	49
4.2 อุปสรรคในการดำเนินงาน	49
4.3 ผลลัพธ์.....	53
4.3.1 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามตัวชี้วัดความสำเร็จ	53
4.3.2 ผลลัพธ์อื่น ๆ ที่ได้จากระบบข้อมูลภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ	77
4.3.3 ข้อมูลที่น่าสนใจจาก IPD e-claim	86
บทที่ 5 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	95
5.1 ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขเป็นเรื่องสำคัญของประเทศไทย.....	95
5.2 ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขนับเป็นก้าวสำคัญของระบบสุขภาพ ของประเทศไทย	97
5.3 ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขยังต้องเผชิญกับความท้าทายอีกมาก	99
5.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ และ สรพ.....	102
5.5 ข้อจำกัดของการศึกษาและข้อเสนอแนะต่อการวิจัยในอนาคต	104
อ้างอิง	106

ภาคผนวก	117
ภาคผนวก 1	118
ภาคผนวก 2	128
ภาคผนวก 3	131
ภาคผนวก 4	132
ภาคผนวก 5	138

สารบัญรูปร่างภาพ

รูป 1 เป้าหมายความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety Goals) ^[14, 15]	4
รูป 2 Process evaluation framework ของ Agency for Healthcare Research and Quality ^[17]	7
รูป 3 Patient safety and Donabedian’s structure-process-outcome framework ^[21, 25]	8
รูป 4 กรอบการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพของกลุ่มประเทศ OECD ^[25] ..	9
รูป 5 กรอบการประเมินผลยุทธศาสตร์ 2P Safety	11
รูป 6 คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ	23
รูป 7 กรอบแนวคิดของยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย ^[10]	39
รูป 8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง	41
รูป 9 การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากข้อมูลย้อนหลังที่รวบรวมได้จากการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ และการอภิปรายกลุ่ม	42
รูป 10 ค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวก (ผลเฉลี่ยรวมของปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564).....	74
รูป 11 ผลการตอบแบบสำรวจข้อ G “จำนวนการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้บันทึกและส่งรายงานจำนวนเท่าไร”	76
รูป 12 ร้อยละของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ NRLS (กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 – มกราคม พ.ศ. 2565) แยกตามชนิดอุบัติการณ์.....	77
รูป 13 ตัวอย่างการอธิบายข้อมูลในระบบ NRLS ด้วย Sankey Diagram.....	82
รูป 14 ตัวอย่างการนำเสนอข้อมูลระยะเวลาในการรายงานอุบัติการณ์.....	83
รูป 15 ตัวอย่างการนำเสนอข้อมูลโดยใช้แผนภาพการกระจาย (Scatter Plot) ตามความรุนแรงของอุบัติการณ์ต่อโรงพยาบาล	84
รูป 16 ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม	87
รูป 17 ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม	88

รูป 18	ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม	88
รูป 19	จำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อการเข้ารับบริการ 100,000 ครั้งร่วมกับรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม	89
รูป 20	จำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อการเข้ารับบริการ 100,000 ครั้งร่วมกับรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม	89
รูป 21	จำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อการเข้ารับบริการ 100,000 ครั้งร่วมกับรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม	90
รูป 22	ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม.....	91
รูป 23	ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อโรงพยาบาลทั่วไปที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม	92
รูป 24	ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม	93
รูป 25	ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม	94
รูป 26	ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดที่ส่งรายงาน NRLS (ที่มา https://thai-nrls.org/)	98

สารบัญตาราง

ตาราง 1	คำร้องและจำนวนเงินขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ได้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล จำแนกตามผลการพิจารณา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547-2563 ^[9]	2
ตาราง 2	แผนการประเมินการดำเนินงานด้านการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย ในช่วง ค.ศ. 2003-2006 ของ Agency for Healthcare Research and Quality ^[17]	6
ตาราง 3	รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล	13
ตาราง 4	ลักษณะของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ	14
ตาราง 5	การระบุสถานะของบุคคลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง	17
ตาราง 6	ตัวแปรที่จะใช้และวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบรายงาน	18
ตาราง 7	จำนวนโรงพยาบาลที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจาก IPD e-claim ในแต่ละปีงบประมาณ	19
ตาราง 8	การประชุมและมติที่สำคัญของคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการ	25
ตาราง 9	งบประมาณที่ สรพ. ได้รับจัดสรรเพื่อใช้ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ	44
ตาราง 10	จำนวนข้อมูลว่าง (null value) ในตัวแปรสำคัญ	53
ตาราง 11	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขตามระดับศักยภาพของกลุ่มสถานพยาบาลและระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์	56
ตาราง 12	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ แบ่งตามระดับศักยภาพของกลุ่มสถานพยาบาลและระดับความรุนแรง	58
ตาราง 13	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขตามสถานะการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์	60
ตาราง 14	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขตามประเภทของสถานที่เกิดเหตุการณ์และระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์	63
ตาราง 15	ค่าเฉลี่ยต้นทุนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์เทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ ^[83]	66
ตาราง 16	ลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นในระบบรับฟังความคิดเห็นผู้ป่วย ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564	68
ตาราง 17	ผลการสำรวจระบบรับฟังความคิดเห็นผู้ป่วย (PEP) ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564	69

ตาราง 18 จำนวนข้อมูลแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564.....	71
ตาราง 19 ลักษณะของผู้ตอบแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564.....	71
ตาราง 20 ค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวก รายงานแยกตามปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564.....	75
ตาราง 21 จำนวนอุบัติการณ์และร้อยละของอุบัติการณ์ในแต่ละประเภทของ CP.....	78
ตาราง 22 อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกและผลกระทบของอุบัติการณ์	79
ตาราง 23 อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไปและผลกระทบของอุบัติการณ์	80
ตาราง 24 ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์แบ่งตามประเภทอุบัติการณ์และระดับความรุนแรง	81
ตาราง 25 ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์แบ่งตามสถานะการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	81
ตาราง 26 จำนวนครั้งในการเข้ารับบริการ จำนวนวันนอน และจำนวนค่าบริการของผู้ป่วยใน พ.ศ. 2559-2563 ตามรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย	86
ตาราง 27 รายงานอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขจากระบบ NRLS	138
ตาราง 28 จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ NRLS (กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 – มกราคม พ.ศ. 2565) แยกตามชนิดอุบัติการณ์.....	140
ตาราง 29 ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์แบ่งตามประเภทอุบัติการณ์และระดับความรุนแรง	150
ตาราง 30 ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์แบ่งตามประเภทอุบัติการณ์และระดับความรุนแรง (2).....	152
ตาราง 31 การรายงานอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ แบ่งตามระดับศักยภาพของกลุ่มสถานพยาบาลและระดับความรุนแรง	154
ตาราง 32 ผลจากระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์ ปีงบประมาณ 2561	166
ตาราง 33 ผลจากระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์ ปีงบประมาณ 2562	170
ตาราง 34 ผลจากระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์ ปีงบประมาณ 2563	175
ตาราง 35 ผลจากระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์ ปีงบประมาณ 2564	180

อภิธานศัพท์

อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ (adverse event) หมายถึง การบาดเจ็บ อันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากการดูแลรักษา มิใช่กระบวนการตามธรรมชาติของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตหรือต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น หรืออวัยวะในร่างกายต้องสูญเสียการทำงานที่ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากความผิดพลาดในการดูแลรักษา (medical error)^[1]

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ (preventable adverse event) หมายถึง เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่จะไม่เกิดขึ้นหากผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานปกติที่มีความเหมาะสม ณ ช่วงเวลาที่ได้รับ การดูแล ทั้งนี้ การที่เหตุการณ์ใด ๆ สามารถป้องกันได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับพื้นฐานการยอมรับจากสังคม^[2]

ประเภทของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ ตามการรายงานในระบบรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย แบ่งเหตุการณ์/อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ทาง การแพทย์ ออกเป็น 2 กลุ่ม^[3] ได้แก่

1) อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical risk incident: C)

- อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกทั่วไปที่รายงานอุบัติการณ์ตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Clinical risk incident and Patient safety goals: CP) ประกอบด้วยอุบัติการณ์ประเภท Safe surgery (CPS), Infection prevention and control (CPI), Medication and blood safety (CPM), Patient care processes (CPP), Line tube catheter and laboratory (CPL), Emergency response (CPE), Other (CPO)
- อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกที่จำเพาะ หรืออุบัติการณ์ความเสี่ยงจำเพาะโรค (Clinical risk incident and Specific clinical risk: CS) ประกอบด้วยอุบัติการณ์ประเภท Surgical diseases and procedure (CSS), Orthopedic diseases and procedure (CSO), Medical diseases and procedure (CSM), Eye ear nose throat diseases and procedure (CSE), Gynecology & Obstetrics diseases and procedure (CSG), Pediatric diseases and procedure (CSP), Dental diseases and procedure (CPD)

2) อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General risk incident: G)

- อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไปที่รายงานตามเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากร (General risk incident and Personnel safety goals: GP) ประกอบด้วยอุบัติการณ์ประเภท Security and privacy of information and social media (GPS), Infection and exposure (GPI), Mental

health and mediation (GPM), Process of work (GPP), Lane and legal issues (GPL), Environment and working conditions (GPE), Other (GPO)

- อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไปที่รายงานตามเป้าหมายความปลอดภัยขององค์กร (General risk incident and Organization safety goals: GO) ประกอบด้วยอุบัติการณ์ประเภท Strategy structure and security (GOS), Information technology & communication & internal control & inventory (GOI), Manpower and management (GOM), Policy & process of work & operation (GOP), Licensed & professional certificate (GOL), Economy (GOE)

ระดับความรุนแรงและผลกระทบของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์^[4] ตามการรายงานในระบบรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย แบ่งระดับความรุนแรงและผลกระทบของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ออกได้เป็น

- 1) **เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่มีผลกระทบต่อองค์กร** แบ่งออกเป็น 5 ระดับความรุนแรง
 - 1 หมายถึง เกิดความผิดพลาดขึ้นแต่ไม่มีผลกระทบต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 0-0,000 บาท)
 - 2 หมายถึง เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว โดยมีผลกระทบ (ที่ควบคุมได้) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 10,001-50,000 บาท)
 - 3 หมายถึง เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลกระทบ (ที่ต้องทำการแก้ไข) ต่อผลสำเร็จหรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 50,001-250,000 บาท)
 - 4 หมายถึง เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหาย 250,001-10,000,000 บาท)
 - 5 หมายถึง เกิดความผิดพลาดขึ้นแล้ว และมีผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง (เกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหายมากกว่า 10 ล้านบาท)
- 2) **เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่มีผลกระทบต่อบุคคล** แบ่งออกเป็น 9 ระดับความรุนแรงประกอบด้วย
 - A หมายถึง เกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้วจากตัวเองและค้นพบได้ด้วยตัวเอง สามารถปรับแก้ไขได้ ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่นและผู้ป่วยหรือบุคลากร
 - B หมายถึง เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นแล้วโดยส่งต่อเหตุการณ์/ความผิดพลาดนั้นไปที่ผู้อื่น แต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ โดยยังไม่มีผลกระทบใด ๆ ถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร
 - C หมายถึง เกิดเหตุการณ์/ความผิดพลาดขึ้นและมีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร แต่ไม่เกิดอันตรายหรือเสียหาย
 - D หมายถึง เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร ต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษว่าจะไม่เป็นอันตราย

E หมายถึง เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือบุคลากร เกิดอันตรายชั่วคราวที่ต้องแก้ไข/รักษาเพิ่มมากขึ้น

F หมายถึง เกิดความผิดพลาดขึ้น มีผลกระทบที่ต้องใช้เวลาแก้ไขนานกว่าปกติหรือเกินกำหนด ผู้ป่วยหรือบุคลากรต้องรักษา/นอนโรงพยาบาลนานขึ้น

G หมายถึง เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร ทำให้เกิดความพิการถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ความเชื่อถือ และ/หรือมีการร้องเรียน

H หมายถึง เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร มีผลทำให้ต้องทำการช่วยชีวิต หรือกรณีทำให้เสียชื่อเสียง และ/หรือมีการเรียกร้องค่าเสียหายจากโรงพยาบาล

I หมายถึง เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยหรือบุคลากร เป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิต เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/สื่อ

บทที่ 1 บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญ

อันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งก่อให้เกิดการเสียชีวิตและสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life years: DALYs) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า 1 ใน 10 ของผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการเข้ารับบริการในสถานพยาบาล และมากกว่าร้อยละ 50 ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้^[5] แม้ว่าจะมีความพยายามในการสร้างความตระหนักในการลดความสูญเสียที่เกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ในระดับนานาชาติและมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมากกว่า 15 ปี (ตั้งแต่ ค.ศ. 2002) แต่ใน ค.ศ. 2018 พบว่ายังคงมีการรายงานการเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์จากการรักษาที่ไม่ได้คุณภาพในผู้ป่วยในกลุ่มประเทศรายได้ต่ำและปานกลางจำนวน 5.7-8.4 ล้านคนต่อปี คิดเป็นการสูญเสียปีสุขภาวะจำนวน 107 ล้านปีสุขภาวะจากการตายก่อนวัยอันควร หรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก อันนำมาซึ่งการสูญเสียผลิตภาพ (lost productivity) เป็นมูลค่าสูงถึง 1.4-1.6 ล้านล้านเหรียญสหรัฐต่อปี^[6, 7]

ในประเทศไทย ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 มีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์จำนวนทั้งสิ้น 207,073 ครั้ง จากโรงพยาบาลภาครัฐ 389 แห่ง^[8] นอกจากนี้ การรายงานคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ผู้รับบริการได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาล (ตามมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2547-2563 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ตาราง 1) แสดงให้เห็นว่าจำนวนการยื่นคำร้องและคำร้องที่เข้าเกณฑ์รับเงินช่วยเหลือเพิ่มขึ้นทุกปี และรัฐบาลต้องสูญเสียเงินช่วยเหลือสำหรับผู้รับบริการที่ได้รับความเสียหายจากการรักษาพยาบาลสูงถึง 200 ล้านบาทต่อปี^[9] นอกจากการสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อชดเชยแล้ว การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์อาจส่งผลกระทบต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เช่น การบาดเจ็บ ทูพพลภาพ เสียชีวิต การได้รับผลกระทบทางจิตใจ หรืออาจนำมาซึ่งความขัดแย้งระหว่างผู้ป่วยและญาติกับผู้ให้บริการ หากไม่มีการทำความเข้าใจซึ่งกันและกันหรือดำเนินการร่วมกันเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย^[10]

เมื่อ พ.ศ. 2560 กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ประกาศยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety หรือ 2P Safety) ระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2561-2564) เพื่อให้ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับทุกคน^[10] เนื่องจากยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ สิ้นสุดลงใน พ.ศ. 2564 จึงถือเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการประเมินความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานตลอดระยะเวลา 4 ปีอย่างเป็นระบบ และเพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินไปใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในอนาคต

ตาราง 1 คำร้องและจำนวนเงินขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่ได้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาล จำแนกตามผลการพิจารณา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547-2563^[9]

ปีงบประมาณ	รวมคำร้อง (ราย)	ไม่ เข้าเกณฑ์ (ราย)	เข้าเกณฑ์			อุทธรณ์ (ราย)	จำนวนเงิน (บาท)	
			รวม	เสียชีวิต (ประเภท 1)	พิการ (ประเภท 2)			บาดเจ็บ (ประเภท 3)
2547	99	26	73	49	11	13	12	4,865,000
2548	221	43	178	113	29	36	32	12,815,000
2549	443	72	371	215	71	85	60	36,653,500
2550	511	78	433	239	74	120	59	52,177,535
2551	658	108	550	303	73	174	74	64,858,148
2552	810	150	660	344	97	219	67	73,223,000
2553	876	172	704	361	139	204	72	81,920,000
2554	965	182	783	401	141	241	114	92,206,330
2555	951	117	834	401	140	293	88	98,527,000
2556	1,182	187	995	533	125	337	98	191,575,300
2557	1,112	181	931	478	116	337	112	218,439,200
2558	1,045	221	824	442	105	277	82	202,929,300
2559	1,069	184	885	457	118	310	102	212,952,000
2560	1,108	201	907	461	99	347	96	222,026,900
2561	1,158	231	927	415	110	402	142	202,156,100
2562	1,188	218	970	466	126	378	153	228,013,900
2563	1,079	176	903	438	119	346	87	213,957,100
รวม	14,475	2,547	11,928	6,116	1,693	4,119	1,450	2,209,295,313

1.2 การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

1.2.1 ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564

ใน พ.ศ. 2559 ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety หรือ 2P Safety) ได้รับการประกาศให้เป็นนโยบายเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นทางการโดยศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นโยบายดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายที่จะสร้างระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืน มีความสมดุล มีการพัฒนาเชิงระบบด้วยการมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์จากทุกภาคส่วน ดังนั้นจึงเกิดการลงนามในปฏิญญาประกาศเจตนารมณ์ร่วมกันของหน่วยงานในภาคีเครือข่ายจำนวน 15 หน่วยงาน¹ ในวันที่ 16 กันยายน พ.ศ. 2559^[10, 11]

¹ สภาวิชาชีพ (แพทยสภา สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาเทคนิคการแพทย์ สภากายภาพบำบัด) กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน ชมรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค

โดยมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาเชิงระบบและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ ผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นคณะกรรมการเพื่อวางยุทธศาสตร์และกลไกการขับเคลื่อน 2P Safety ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลกระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัย ส่งเสริมให้เกิดกลไกการรายงานและระบบฐานข้อมูลกลาง ส่งเสริมให้สถาบันการศึกษาให้ความสำคัญบูรณาการการเรียนการสอนในเรื่อง 2P Safety กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยสำหรับผู้รับและผู้ให้บริการ (patient and personnel safety goals) และส่งเสริมให้เกิดการรวบรวมองค์ความรู้ แนวทางปฏิบัติ ข้อเสนอแนะ และงานวิจัยเกี่ยวกับ 2P Safety

ใน พ.ศ. 2560 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข^[12] เพื่อตอบรับกับนโยบายที่เกิดขึ้น โดยมีผู้แทนจากหลายภาคส่วนร่วมเป็นกรรมการ และมีสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. เป็นฝ่ายเลขานุการ คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ จึงได้ประเมินสถานการณ์เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทยตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO – South-East Asia Region: WHO – SEAR) ตลอดจนฝ่ายเลขานุการได้ดำเนินการรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ นโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ พร้อมทั้งรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และนำข้อมูลดังกล่าวพิจารณาจัดทำเป็นยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2561–2564) เพื่อเป็นเข็มทิศในการพัฒนาเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยจัดพิมพ์เผยแพร่เอกสารยุทธศาสตร์เป็นครั้งแรกเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2560 ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์^[10] ได้แก่

ยุทธศาสตร์ 1 สร้างบุคลากรสาธารณสุขให้มีศักยภาพและความตระหนักในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ 2 สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม ผู้ป่วย และองค์กรต่าง ๆ ในระบบบริการทางสาธารณสุข

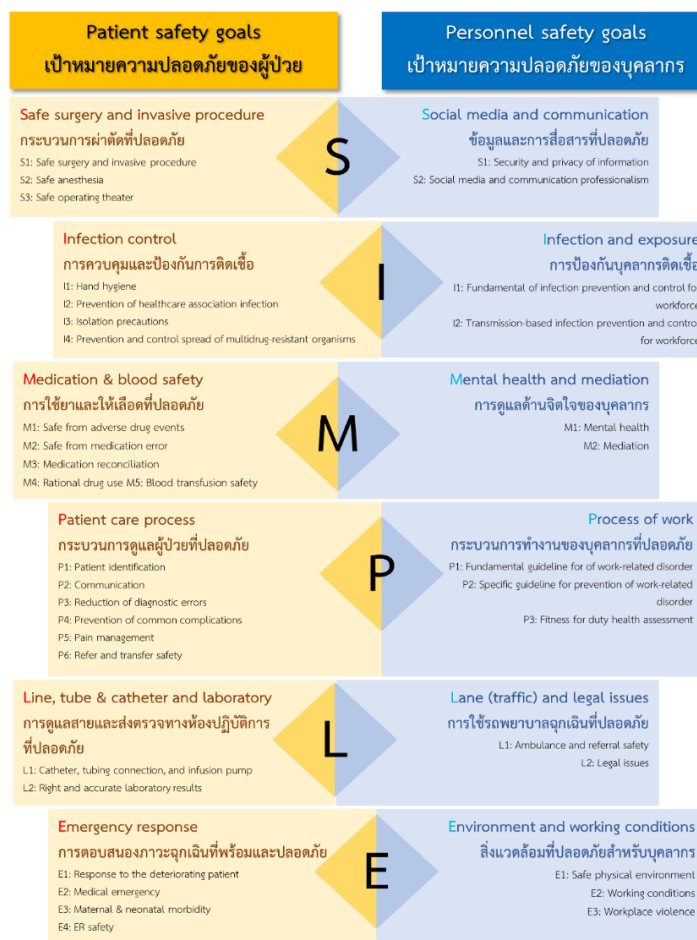
ยุทธศาสตร์ 3 พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการทางสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ 4 สร้างระบบรายงาน เรียนรู้ และวัดผลลัพธ์บริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพและความปลอดภัย

ยุทธศาสตร์ 5 เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมกำกับ ตรวจสอบ และอภิบาลระบบบริการทางสาธารณสุข

ใน พ.ศ. 2562 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายให้โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกโรงพยาบาลเป็นโรงพยาบาล Patient and Personnel Safety หรือ 2P Safety^[13] โดยให้โรงพยาบาลนำเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขระดับประเทศ หรือ SIMPLE (รูป 1)^[14, 15] ไปปฏิบัติให้เหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาล 2P Safety มีคุณสมบัติ ดังนี้

- 1) ผู้บริหารสูงสุดของโรงพยาบาลประกาศเป้าหมายเป็น “2P Safety Hospital”
- 2) โรงพยาบาลนำ National Patient and Personnel Safety Goals ไปสื่อสารและวางแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาล
- 3) โรงพยาบาลมีระบบบริหารความเสี่ยงและรายงานอุบัติการณ์ที่สอดคล้องกับ 2P Safety เข้าสู่ระบบรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย (National Reporting and Learning System, NRLS)
- 4) โรงพยาบาลมีการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยและมีการประเมินผลวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร



รูป 1 เป้าหมายความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety Goals)^[14, 15]

ในด้านการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัตินั้น สรพ. ได้ร่วมมือกับภาคีเครือข่ายดำเนินโครงการ “พัฒนากลไกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการอย่างมีส่วนร่วม” โดยพัฒนาเครื่องมือและกลไกต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาล 2P Safety อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การพัฒนาระบบ National Reporting and Learning System (NRLS) การพัฒนาแบบประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล (Hospital Safety Culture Survey: HSCS) และการพัฒนาแบบประเมินประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ (Patient Experience Survey) โดยมีโรงพยาบาลสมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ใน พ.ศ. 2561-2563 จำนวน 163, 370 และ 636 แห่ง ตามลำดับ

1.2.2 การติดตามและประเมินผลนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในต่างประเทศ

รัฐบาลของประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้ทุนสนับสนุน Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ตั้งแต่ ค.ศ. 2001 เพื่อดำเนินการศึกษาวิจัยและพัฒนานโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วย^[16] จากนั้น ใน ค.ศ. 2003-2006 ได้มีการประเมินการดำเนินงานด้านการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยของ AHRQ โดยผู้ประเมินภายนอกคือ RAND Corporation มีเป้าหมายของการประเมินเพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานและพัฒนาข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานในระยะถัดไป โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลไปข้างหน้าและวิเคราะห์ผล (longitudinal data analysis) ซึ่ง RAND Corporation ได้ทำการประเมินโดยใช้กรอบการประเมิน CIPP model หรือ Context-Input-Process-Product model เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ตามลำดับ และเนื่องด้วยข้อจำกัดของการดำเนินงานในระยะเวลา 4 ปี ทำให้ไม่สามารถประเมินผลลัพธ์ (outcome) และผลกระทบ (impact) ที่เกิดขึ้นจากนโยบายได้^[17] ในปีแรกของการประเมินนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยของ AHRQ เน้นที่การประเมินด้านบริบทและปัจจัยนำเข้าเป็นหลัก โดยใช้ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ได้รับทุนจาก AHRQ บุคคลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับนโยบายระดับประเทศด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย บุคลากรผู้ปฏิบัติงานใน AHRQ หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง องค์กรผู้บริโภคน บุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่ฝักใฝ่กับ Patient Safety Improvement Corps (PSIC) และกลุ่มอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กลุ่มผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข หน่วยงานประกันสุขภาพ เป็นต้น ในส่วนของการประเมินผลผลิตจะเริ่มขึ้นในปีที่สองของการประเมิน และจะมีการประเมินกระบวนการในทุกปีของการประเมิน (

ตาราง 2) ซึ่งผลการประเมินได้มีการเผยแพร่เป็นรายงาน 3 ฉบับ คือ รายงานผลการประเมินบริบทและข้อมูลพื้นฐานตั้งต้น (context and baseline) ใน ค.ศ. 2005^[18] รายงานผลการประเมินและนำไปสู่การ

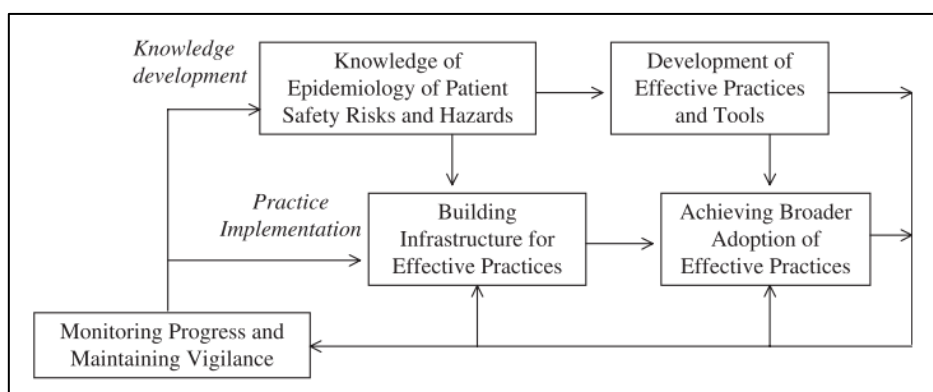
พัฒนาแนวทางปฏิบัติ ใน ค.ศ. 2007 และรายงานผลการประเมินโดยเน้นการประเมินนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ใน ค.ศ. 2008^[19]

ตาราง 2 แผนการประเมินการดำเนินงานด้านการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย ในช่วง ค.ศ. 2003-2006 ของ Agency for Healthcare Research and Quality^[17]

	<i>Contents and Time Periods of Evaluation Reports</i>			
	<i>Report 1: History- September 2003</i>	<i>Report 2: October 2003- September 2004</i>	<i>Report 3: October 2004- September 2005</i>	<i>Report 4: October 2005- September 2006</i>
Context evaluation				
Initial assessment of context	X			
Updates on context changes		X	X	X
Input evaluation				
Assessment of goals and strategy established for the initiative	X			
Updates on changes in goals or strategy		X	X	X
Process evaluation				
Baseline documentation patient safety activities related to the initiative	X			
Assessment of contributions by AHRQ-funded patient safety projects to <i>patient safety knowledge</i> and <i>patient safety practices</i>	X	X	X	X
Assessment of other mechanisms used by AHRQ to strengthen patient safety practices		X	X	X
Assessment of dissemination of new knowledge to stakeholders in the field		X	X	X
Assessment of progress in adoption of effective patient safety practices		X	X	X
Product evaluation				
Initial identification of potential outcome measures and data sources		X		
Development of data sources when feasible			X	X
Documentation of baseline trends for selected measures			X	X
Assessment of impacts of the patient safety initiative on selected measures				X
Establishment of infrastructure for AHRQ to continue and expand monitoring impacts			X	X

นอกจากการใช้กรอบการประเมิน CIPP model แล้ว RAND Corporation ยังได้พัฒนารอบการประเมินกระบวนการ (process evaluation) ในการสร้างระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (effective patient safety system) ซึ่งประกอบด้วย 2 กระบวนการหลัก^[17] (รูป 2) ได้แก่ 1) กระบวนการพัฒนาองค์ความรู้ (knowledge development) แบ่งเป็น การพัฒนาองค์ความรู้ด้านระบาดวิทยาความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (knowledge of epidemiology of patient safety risks and hazards) และการพัฒนาเครื่องมือและแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (development of effective practices and tools) และ 2) กระบวนการในการปฏิบัติ (practice implementation) แบ่งเป็นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่เอื้อต่อการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ (building

infrastructure for effective practices) และการขยาย/พัฒนาให้เกิดระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพในทางปฏิบัติ (achieving broader adoption of effective practices) โดยในทั้ง 2 กระบวนการที่เกิดขึ้นควรจะต้องมีการติดตามความก้าวหน้าและมีการเฝ้าระวังอย่างสม่ำเสมอ (monitoring progress and maintaining vigilance) รวมทั้งนำผลที่ได้จากการติดตามและเฝ้าระวังไปใช้ในการพัฒนา/ปรับปรุงกระบวนการต่อไป

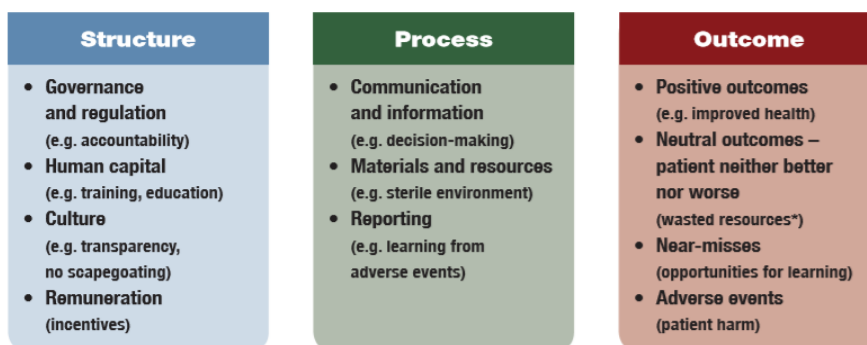


รูป 2 Process evaluation framework ของ Agency for Healthcare Research and Quality^[17]

การประเมินการดำเนินงานด้านการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยของ AHRQ ใน ค.ศ. 2003-2006 พบว่า การดำเนินนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยมีความคืบหน้าในส่วนของการพัฒนาองค์ความรู้ ทั้งองค์ความรู้ทางระบาดวิทยาความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือ/แนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งวัดผลได้จากจำนวนเป้าหมายของโครงการและแนวทางที่ AHRQ วางแผน จะให้การสนับสนุน และจำนวนโครงการและแนวทางที่ AHRQ ได้ให้การสนับสนุนจริง อย่างไรก็ตามในส่วน ของความก้าวหน้าในกระบวนการปฏิบัติพบว่า AHRQ มีข้อจำกัดในการขยาย/พัฒนาให้เกิดระบบความ ปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากไม่ได้มีการกำหนดเป้าหมายหรือแผนการดำเนินงานรายปีที่ ชัดเจน ทำให้ยากต่อการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน รวมถึงยังขาดการวิเคราะห์สถานการณ์จาก หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการวางแผนนโยบาย^[20]

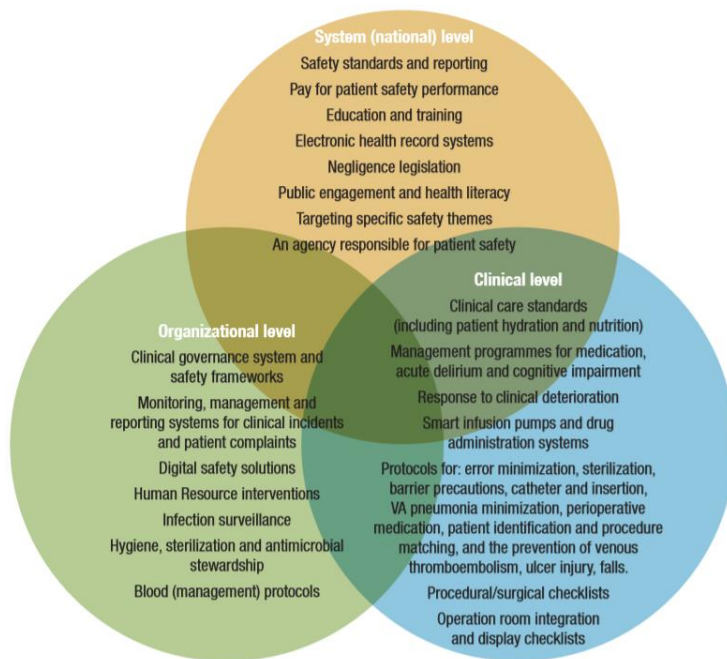
European Observatory on Health Systems and Policies และ Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) ได้พัฒนารอบการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพของ ระบบบริการสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาและประเมินคุณภาพของระบบบริการสุขภาพในกลุ่ม ประเทศยุโรป และสามารถนำผลการประเมินมาเปรียบเทียบระหว่างประเทศได้ ซึ่งความปลอดภัยของผู้ป่วย (patient safety) ถูกระบุเป็นหนึ่งในกรอบการดำเนินงานและเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพของ ระบบบริการสุขภาพด้วย^[21] โดยการประเมินผลการดำเนินงานด้านคุณภาพ (รวมทั้งหัวข้อด้านความปลอดภัย ของผู้ป่วย) ใช้กรอบแนวคิดและวิธีการประเมินของ Donabedian ซึ่งประกอบด้วย 1) โครงสร้างพื้นฐาน

(structure) หรือปัจจัยนำเข้า (input) เป็นการประเมินความพร้อมและความเหมาะสมของทรัพยากรที่จำเป็นต่อระบบบริการสุขภาพทั้งเวชภัณฑ์ เครื่องมือ วัสดุอุปกรณ์ โครงสร้างพื้นฐาน ความรู้ทางการแพทย์ ระบบข้อมูล และบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงฝ่ายสนับสนุน 2) กระบวนการ (process) เป็นการประเมินองค์ประกอบของขั้นตอนการให้บริการสุขภาพซึ่งรวมถึงทรัพยากรที่ใช้ในการทำงาน โดยแบ่งเป็น 2 ประเภทหลัก คือ กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (เช่น การจ่ายยา การทำหัตถการ การส่งต่อการรักษา) และกระบวนการของหน่วยงาน (เช่น การสำรองเวชภัณฑ์ การบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน) อย่างไรก็ตาม การนำตัวชี้วัดกระบวนการมาใช้ในการประเมินระบบบริการสุขภาพซึ่งมีกระบวนการทำงานที่หลากหลายและแตกต่างกันตามประเภทบริการ ระดับการให้บริการ และประชากรกลุ่มเป้าหมาย หากกำหนดตัวชี้วัดให้ครอบคลุมทุกประเด็นอาจทำให้มีจำนวนมากเกินไปจนไม่สามารถประเมินได้ครบถ้วน หรือหากกำหนดตัวชี้วัดเฉพาะบางตัวอาจทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีแนวโน้มที่จะข้ามบางขั้นตอนที่ไม่ใช่ตัวชี้วัดกระบวนการได้ ดังนั้นการกำหนดตัวชี้วัดกระบวนการจำเป็นต้องพิจารณาอย่างถี่ถ้วนและกำหนดให้เหมาะสม และ 3) ผลลัพธ์ (outcome) เป็นการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระดับผู้ป่วยและประชากร ซึ่งแบ่งเป็นผลลัพธ์สุดท้าย (final outcome) เช่น การเสียชีวิตและทุพพลภาพ คุณภาพชีวิต การสูญเสียสุขภาพ และผลลัพธ์ระยะกลาง (intermediate outcome) เช่น ผลลัพธ์การรักษาทางคลินิก ความดันโลหิต น้ำหนัก ความรู้ ความสามารถ ด้านกายภาพ ตัวชี้วัดกลุ่มนี้มีความสำคัญต่อทั้งผู้กำหนดนโยบายและผู้มารับบริการและสามารถสะท้อนถึงความสำเร็จตามเป้าหมายของระบบสุขภาพ ข้อจำกัดของตัวชี้วัดด้านสุขภาพ คือ ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพมากหรือน้อยอย่างไร เนื่องจากยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพอาจเกิดขึ้นในระยะยาวและยากต่อการเชื่อมโยงกับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน^[22] วิธีการประเมินของ Donabedian^[23, 24] สามารถนำมาใช้เพื่อประเมินด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยใช้กรอบการประเมินทั้ง 3 ประเด็น (structure-process-outcome) (รูป 3)^[21, 25]



รูป 3 Patient safety and Donabedian’s structure-process-outcome framework^[21, 25]

นอกจากนี้ OECD ได้จัดทำกรอบการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพ ใน ค.ศ. 2017 โดยแบ่งระดับของการดำเนินงานออกเป็น 3 ระดับ^[25] (รูป 4) คือ ระดับระบบสุขภาพ/ระดับชาติ (system/national level) ระดับองค์กร (organizational/institutional level) และระดับปฏิบัติ (clinical level) เพื่อมุ่งเน้นให้มีการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับนโยบาย และเกิดการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่ระดับองค์กรและระดับปฏิบัติ โดยมาตรการ/กิจกรรมที่ OECD แนะนำให้มุ่งเน้นในระดับระบบสุขภาพ/ระดับชาติ เป็นหลัก ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข (professional education and training) การมีแนวทางมาตรฐานความปลอดภัย (safety standards) และการสร้างระบบรายงานข้อมูล (solid information infrastructure) ในส่วนของมาตรการ/กิจกรรมที่เกิดขึ้นในระดับองค์กร และระดับปฏิบัติควรมุ่งเน้นที่การดำเนินมาตรการแบบมีส่วนร่วมจากกลุ่มผู้ป่วย (patient engagement) และสร้างวัฒนธรรมองค์กรด้านความปลอดภัย (safety culture) เพื่อให้คนในองค์กรตระหนักและปฏิบัติงานโดยยึดถือความปลอดภัยเป็นหลักสำคัญ อันนำไปสู่การเพิ่มคุณภาพบริการและส่งผลถึงการเพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพในที่สุด



รูป 4 กรอบการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในระบบบริการสุขภาพของกลุ่มประเทศ OECD^[25]

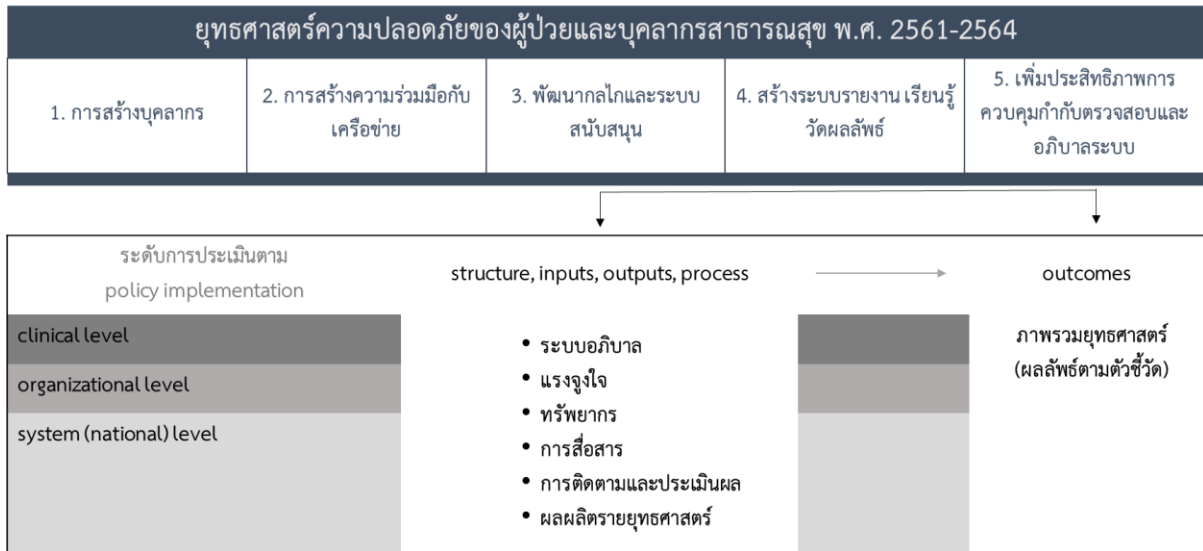
การทบทวนวรรณกรรมการดำเนินงานเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยพบว่า การพัฒนาระบบการให้บริการเพื่อเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องมีฐานข้อมูลที่มีความถูกต้องและเชื่อถือได้เพื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการเรียนรู้และประกอบการตัดสินใจดำเนินนโยบาย ดังนั้นการรายงานความผิดพลาดที่เกิดขึ้นโดยบุคลากรสาธารณสุขจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง และการกระตุ้นให้เกิดการรายงานความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจำเป็นต้องอาศัยวัฒนธรรมองค์กรที่ดีและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องบทเรียนจากการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศอังกฤษที่สรุปว่า

การที่จะผลักดันให้ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยประสบผลสำเร็จมีปัจจัยที่สำคัญ ดังนี้^[26, 27] 1) สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการดำเนินงานและมีผู้นำที่เข้มแข็ง 2) ระบบการประเมินผลที่มีประสิทธิภาพและมีการทบทวนผลการดำเนินงานทุกปีเพื่อตรวจสอบว่าเป็นไปตามที่วางแผนไว้หรือไม่ และ 3) นโยบายที่มีความครอบคลุมและง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ รวมถึงสนับสนุนการสร้างวัฒนธรรมการเปิดเผยข้อมูล โดยปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องต่อการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ได้แก่ ความพร้อมของข้อมูลและเทคโนโลยี โครงสร้างองค์กร ผู้นำองค์กร ทรัพยากรบุคคล ผลตอบแทนหรือบทลงโทษ ระบบประกันหรือสิทธิการรักษาของผู้ป่วย กฎหมาย วัฒนธรรมการรายงานและเปิดเผยข้อมูล การขับเคลื่อนของสังคมต่อเรื่องระบบความปลอดภัย (sociocultural dynamic) และกลไกทางการตลาดที่มีผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพระบบการให้บริการและความปลอดภัย^[27-29]

1.3 กรอบแนวคิดและขอบเขตสำหรับการประเมิน

จากการทบทวนแนวทางการประเมินนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในต่างประเทศพบว่า การประเมินด้านบริบท (context) และปัจจัยนำเข้า (input) โดยใช้ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงการประเมินผลผลิต (product) และการประเมินกระบวนการ (process) เป็นแนวทางการประเมินที่เหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการประเมินยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ของประเทศไทย เนื่องจากเป็นการประเมินที่มีความครอบคลุมและสามารถปรับให้เข้ากับบริบทการดำเนินงานได้

นอกจากการใช้กรอบการประเมินดังกล่าวแล้ว ผู้ประเมินพิจารณาระดับของการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติร่วมด้วย เพื่อประเมินการดำเนินงานและการขับเคลื่อนของยุทธศาสตร์จากระดับนโยบายไปสู่ระดับองค์กรและระดับปฏิบัติ โดยผู้ประเมินแบ่งระดับของการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) **ระดับชาติ** (national level) หมายถึง กลไก นโยบาย องค์กร หรือโครงสร้างพื้นฐานที่มีอยู่ในระดับชาติ เช่น การบริหารยุทธศาสตร์ฯ และนโยบายของประเทศ เป็นต้น และนโยบาย กิจกรรม หรือมาตรการของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข เช่น กระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัย สรพ. เป็นต้น 2) **ระดับองค์กร** (organizational level) หมายถึง มาตรฐาน การบริหารจัดการ มาตรการที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในระดับสถานพยาบาล และ 3) **ระดับปฏิบัติ** (clinical level) หมายถึง การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล (รูป 5)



รูป 5 กรอบการประเมินผลยุทธศาสตร์ 2P Safety

1.4 วัตถุประสงค์

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอันจะเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขระยะต่อไป มีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

- 1) เพื่อประเมินการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ความเหมาะสม ความสำเร็จ และความยั่งยืนของการดำเนินงาน
- 2) เพื่อประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์
- 3) เพื่อศึกษาความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ของยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้านที่มีต่อเป้าหมายของยุทธศาสตร์
- 4) เพื่อประเมินและให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาการติดตามและประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้าน

บทที่ 2 วิธีการประเมิน

การประเมินนี้ใช้ 1) วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง (document review) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) การอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion) และการจัดประชุมผู้พัฒนาและผู้ใช้เครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ และ 2) วิธีวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ วิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีแบบย้อนหลังจากระบบรายงานภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยใน (IPD e-claim) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อตอบวัตถุประสงค์เฉพาะของการประเมิน โดยมีรายละเอียดของวิธีวิจัย ดังนี้

2.1 วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

2.1.1 การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ผู้ประเมินทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ อันได้แก่ ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561–2564 เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข คู่มือการใช้งานระบบ/เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นจากการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ รายงานการประชุมของคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข และคณะอนุกรรมการ และเอกสารจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เช่น สถาบันการศึกษา สภาวิชาชีพ เป็นต้น เพื่อนำข้อมูลไปใช้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล พัฒนาแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่ม รวมถึงใช้เป็นข้อมูลประกอบการประเมินยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ตามกรอบแนวคิด

2.1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่ม

ผู้ประเมินคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีเจาะจง (purposive selection) โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่

- 1) ระดับนโยบายหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ผู้ประเมินคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากรายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ และคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ตั้งแต่ พ.ศ. 2560-2564 รวมเป็นผู้ให้ข้อมูลจำนวน 26 คน (ตาราง 3)
- 2) ระดับองค์กร ผู้ประเมินเก็บข้อมูลในระดับองค์กร ประกอบด้วย ผู้บริหารสถานพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน/แผนกที่รับผิดชอบงานด้านคุณภาพและความปลอดภัยในสถานพยาบาล จำนวน 24 คน

(ตาราง 3) จากโรงพยาบาลจำนวน 20 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety² และไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety อย่างละ 10 แห่ง (ตาราง 4)

3) ระดับปฏิบัติ ผู้ประเมินเก็บข้อมูลจากบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 79 คน (ตาราง 3) จากโรงพยาบาลจำนวน 20 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety³ และไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety อย่างละ 10 แห่ง (ตาราง 4)

ผู้ประเมินเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทั้งในระดับนโยบาย ระดับองค์กร และระดับปฏิบัติในช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่มจากผู้ให้ข้อมูลโดยตรง (face to face interview) และเก็บข้อมูลทางไกลผ่านระบบออนไลน์ ตามแนวคำถามสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่ม (ภาคผนวก 1) ผู้ประเมินใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลระดับนโยบายและระดับองค์กร และใช้วิธีการเก็บข้อมูลโดยการอภิปรายกลุ่มกับผู้ให้ข้อมูลระดับปฏิบัติที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล โดยจัดกลุ่มการอภิปรายขนาดเล็ก แต่ละกลุ่มมีผู้เข้าร่วมการอภิปราย 3-5 คนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (homogenous group) เช่น เป็นบุคลากรจากโรงพยาบาลเดียวกัน อายุ ประสบการณ์ และตำแหน่งหน้าที่ใกล้เคียงกัน เป็นต้น เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสะดวกใจในการเปิดเผยข้อมูล ลดความเกรงกลัวหรือเกรงใจผู้ที่อาวุโสกว่า ไม่ให้ผู้อาวุโสชี้นำการอภิปราย ซึ่งช่วยให้ผู้ประเมินสามารถควบคุมคุณภาพของการอภิปรายกลุ่มได้

ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล ผู้ประเมินขอคำยินยอมในการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเป็นลายลักษณ์อักษรทุกครั้ง รวมทั้งขออนุญาตบันทึกเสียงในรูปแบบแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ ภายหลังจากเก็บข้อมูลแล้วเสร็จ ผู้ประเมินนำแฟ้มบันทึกเสียงการสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่มไปแปลงเป็นตัวอักษรแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ตาราง 3 รายละเอียดเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล

ระดับของผู้ให้ข้อมูล (คน)	หน่วยงาน (จำนวนผู้ให้ข้อมูล - คน)
National Level (26)	สภาวิชาชีพ 4 หน่วยงาน (9) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (1) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (1) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2) มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (1) สมาคมโรงพยาบาลเอกชน (1)

² หมายถึง สถานพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข อ้างอิงจากฐานข้อมูลของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2563

³ หมายถึง สถานพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข อ้างอิงจากฐานข้อมูลของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2563

ระดับของผู้ให้ข้อมูล (คน)	หน่วยงาน (จำนวนผู้ให้ข้อมูล - คน)
	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (1) สำนักงานบริหารโครงการร่วมผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท (1) ชมรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (1) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (1) คณะทำงาน Patient and Personnel Safety Goals (2) คณะทำงาน NRLS (1)
Organizational Level (24)	โรงพยาบาลศูนย์หรือเทียบเท่า ที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety (2) ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety (3) โรงพยาบาลทั่วไปหรือเทียบเท่า ที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety (8) ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety (2) โรงพยาบาลชุมชน ที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety (2) ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety (7)
Clinical Level (79)	โรงพยาบาลศูนย์หรือเทียบเท่า ที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety (16) ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety (6) โรงพยาบาลทั่วไปหรือเทียบเท่า ที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety (13) ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety (5) โรงพยาบาลชุมชน ที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety (16) ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety (23)

ตาราง 4 ลักษณะของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์	ลำดับ	จังหวัด (เขตสุขภาพ)	สังกัด	ระดับ*
โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety	1	กทม. (13)	กรมการแพทย์	เทียบเท่า รพศ.
	2	กทม. (13)	เอกชน	เทียบเท่า รพศ.
	3	เชียงราย (1)	เอกชน	เทียบเท่า รพท.
	4	ตรัง (12)	เอกชน	เทียบเท่า รพท.
	5	ศรีสะเกษ (10)	สป.	รพศ.(A)
	6	ราชบุรี (5)	สป.	รพท.(S)
	7	นครศรีธรรมราช (11)	สป.	รพท.(M1)
	8	นครศรีธรรมราช (11)	สป.	รพช.(M2)
	9	เพชรบุรี (5)	สป.	รพช.(F2)
	10	เชียงราย (1)	สป.	รพช.(F2)
โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety	11	กทม. (13)	กรมการแพทย์	เทียบเท่า รพศ.
	12	กทม. (13)	เอกชน	เทียบเท่า รพท.
	13	เชียงราย (1)	มหาวิทยาลัย	เทียบเท่า รพศ.
	14	สุราษฎร์ธานี (11)	สป.	รพศ.(A)
	15	อุบลราชธานี (10)	สป.	รพท.(S)
	16	ราชบุรี (5)	สป.	รพช.(F2)
	17	เชียงราย (1)	สป.	รพช.(F2)
	18	ร้อยเอ็ด (7)	สป.	รพช.(F2)
	19	สุราษฎร์ธานี (11)	สป.	รพช.(F2)
	20	นครปฐม (5)	สป.	รพช.(F1)

* หมายเหตุ^[30]

รพช. (F2) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางที่มีเตียง 30-90 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 2-5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด ห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในแต่ละอำเภอ

รพช. (F1) หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ที่มีเตียง 90-120 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์) 3-10 คน มีห้องผ่าตัด ผู้ป่วยใน ห้องคลอด

รพช. (M2) หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงขึ้นไป แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3-5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีแพทย์ สาขาละอย่างน้อย 2 คน มีผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนัก และห้องปฏิบัติการ มีแพทย์เฉพาะทางรังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทาง 6 สาขาหลัก รองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอื่นและลดการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลทั่วไป

รพท. (M1) หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาหลักทุกสาขา และสาขารองในบางสาขาที่จำเป็น กำหนดให้เป็นโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยระดับกลาง (ระดับ M1)

รพท. (S) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยบางสาขา

รพท. (A) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ มีเทคโนโลยีขั้นสูงและราคาแพง มีภารกิจด้านแพทยศาสตรศึกษาและงานวิจัยทางการแพทย์จึงประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งสาขาหลัก สาขารอง และสาขาย่อยครบทุกสาขาตามความจำเป็น

เทียบเท่า หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดอื่นที่นอกเหนือจากสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และมีขนาด/ศักยภาพเทียบเท่ากับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในระดับนั้น

2.1.3 การจัดประชุมผู้พัฒนาและผู้ใช้เครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ

ผู้ประเมินจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาเครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ (ได้แก่ ระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล และระบบรับฟังประสบการณ์ของผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ) ระหว่างวันที่ 15-17 มีนาคม พ.ศ. 2565 ผู้เข้าประชุมประกอบด้วยผู้พัฒนาเครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์ฯ จำนวนรวม 12 คน และผู้ใช้งานเครื่องมือซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขระดับปฏิบัติจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety (ตาราง 3) ที่สะดวกและยินยอมเข้าร่วมประชุม จำนวน 5 คน (รวมทั้งสิ้น 17 คน) ในการประชุมดังกล่าว ผู้วิจัยแบ่งการประชุมออกเป็น 2 รอบ ได้แก่ 1) การประชุมของกลุ่มผู้พัฒนาเครื่องมือ และ 2) การประชุมของกลุ่มผู้ใช้งานเครื่องมือ เพื่อจำกัดจำนวนคนต่อรอบให้เหมาะสมต่อจำนวนผู้ประเมิน (ทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการประชุม) เพิ่มโอกาสในการให้ข้อมูลหรือแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม โดยแบ่งกลุ่มจากบทบาทหน้าที่ของผู้ให้ข้อมูลที่คล้ายคลึงกัน

ผู้ประเมินให้ผู้เข้าร่วมแต่ละคนเขียนปัจจัยนำเข้า ผลผลิต ผลลัพธ์ เป้าหมาย เจ็อนไข ความเสี่ยง และตัวชี้วัดของแต่ละเครื่องมือตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (Theory of change: TOC) ลงบนกระดาษ (แผ่นละหนึ่งข้อความ) โดยไม่จำกัดจำนวนกระดาษและไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล เพื่อเก็บข้อมูลประสบการณ์การใช้เครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในช่วง พ.ศ.

2561-2564 รวมถึงเก็บข้อมูลความคิดเห็นต่อการใช้เครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในอนาคต (ตั้งแต่ พ.ศ. 2565 เป็นต้นไป)

ผู้ประเมินวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ในเบื้องต้นโดยการวิเคราะห์ตามประเด็น (thematic analysis) เพื่อจัดประเด็นความคิดเห็นที่คล้ายคลึงกันในแต่ละรอบและสรุปผลเบื้องต้นโดยใช้โปรแกรม miro® (<https://miro.com/index/>) จากนั้นผู้ประเมินทำการสรุปผลที่ได้ในเบื้องต้นกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มเพื่อตรวจทานความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ตามประเด็น เช่น ความครบถ้วนของข้อมูล ความถูกต้องของการเลือกใช้คำและการสรุปผล ความเหมาะสมของข้อมูลในแต่ละส่วน (อาทิ ปัจจัยนำเข้า ผลผลิต ผลลัพธ์) เป็นต้น เมื่อทำการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลครบถ้วนทั้งสองกลุ่มแล้ว ผู้ประเมินทำการวิเคราะห์และสรุปผลที่ได้จากทั้งสองกลุ่มโดยใช้มุมมองของผู้ประเมิน (บุคคลที่สาม) จากนั้นผู้ประเมินส่งผลการทำ TOC แก่ผู้ให้ข้อมูลทุกท่านทางอีเมลเพื่อตรวจทานความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้ง

2.1.4 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผู้ประเมินวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ และการอภิปรายกลุ่มโดยใช้วิธีวิเคราะห์ตามประเด็น (thematic analysis) โดยเริ่มจากการกำหนดประเด็นหลัก (main themes) ตามวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิด ต่อจากนั้นจัดหมวดหมู่และสังเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้จากแหล่งต่าง ๆ เป็นรายประเด็น และจัดทำรายงานผลการประเมิน

นอกจากนี้ผู้ประเมินยังได้ทำการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis)⁴ ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 จากข้อมูลย้อนหลังที่รวบรวมได้จากการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ และการอภิปรายกลุ่ม ผู้ประเมินวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการระบุสถานะของบุคคลหรือองค์กรที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก (key stakeholders) หรือบุคคลหรือองค์กรที่มีอิทธิพลสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ อันได้แก่ สภาวิชาชีพ (แพทยสภา สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สภาเทคนิคการแพทย์) กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน ชมรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และกลุ่มประชาชน

ผู้ประเมินได้กำหนดนิยามของอิทธิพล (power) และความสนใจ (interest) เพื่อใช้ในการระบุสถานะของบุคคลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง (ตาราง 5) ดังนี้ **1) อิทธิพลมาก** (ช่อง A และ B) หมายถึง บุคคลหรือองค์กรที่มีอำนาจหน้าที่โดยตรงในการสั่งการหน่วยงาน (เช่น โรงพยาบาล) และ/หรือบุคลากรสาธารณสุขได้บังคับ

⁴ บุคคลหรือองค์กรที่อาจได้หรือเสียประโยชน์จากปัญหารวมทั้งการดำเนินนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหา นั้น ๆ

ปัญหา 2) **อิทธิพลน้อย** (ช่อง C และ D) หมายถึง บุคคลหรือองค์กรที่ไม่มีอำนาจหน้าที่โดยตรงในการสั่งการหน่วยงานและบุคลากรสาธารณสุขใต้บังคับบัญชา 3) **ความสนใจมาก** (ช่อง B และ D) หมายถึง บุคคลหรือองค์กรที่ร่วมผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ อย่างต่อเนื่อง และ 4) **ความสนใจน้อย** (ช่อง A และ C) หมายถึง บุคคลหรือองค์กรที่ไม่มีโอกาส/ช่องทางในการเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เท่าที่ควร

ตาราง 5 การระบุสถานะของบุคคลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง

A อิทธิพลมาก ความสนใจน้อย	B อิทธิพลมาก ความสนใจมาก
C อิทธิพลน้อย ความสนใจน้อย	D อิทธิพลน้อย ความสนใจมาก

เนื่องจากการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไม่ใช่วัตถุประสงค์ที่ถูกกำหนดไว้ในการศึกษาตั้งแต่ต้น แต่เป็นเพียงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่ผู้ประเมินให้ความสนใจและต้องการนำเสนอเพื่อเป็นตัวอย่างหรือแนวทางที่สามารถใช้ประกอบการวางแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในอนาคตให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และใช้เป็นข้อมูลสำหรับการให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในครั้งนี้ผู้ประเมินจึงทำการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยใช้มุมมองและความคิดเห็นของผู้ประเมินซึ่งเป็นบุคคลภายนอกแผนยุทธศาสตร์เท่านั้น (ไม่มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลด้วย) จึงอาจทำให้เกิดผลการวิเคราะห์สถานะที่คลาดเคลื่อนอันเกิดจากความไม่รู้/ไม่เข้าใจในบุคคลหรือหน่วยงานนั้น ๆ จริง ทั้งนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรคำนึงถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากอำนาจและความสนใจของบุคคล/หน่วยงานนั้น ๆ ต่อนโยบาย และใช้เป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ด้วย เช่น การประเมินทรัพยากรที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น เงิน บุคลากร เครือข่าย) หรือระดับ/ความรุนแรงของการได้หรือเสียผลประโยชน์ เป็นต้น

2.2 วิธีวิจัยเชิงปริมาณ

2.2.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบรายงานภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ

ผู้ประเมินใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิแบบย้อนหลัง (retrospective secondary data analysis) จากข้อมูลในระบบรายงาน 3 ระบบ อันได้แก่ ระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (National Reporting and Learning System: NRLS) ระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล (Hospital Safety Culture Survey: HSCS) และระบบรับฟัง

ประสบการณ์ของผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ (Patient Experience Program: PEP) ซึ่งเป็นระบบรายงานข้อมูลภายใต้แผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลการรายงานด้านอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ วัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล และความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพของผู้รับบริการจากสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ในระหว่าง พ.ศ. 2561-2564 โดยผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลใน 3 ระบบข้างต้นจะสามารถนำไปใช้ตอบตัวชี้วัดความสำเร็จ 3 ข้อ (จาก 5 ข้อ) ของแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ได้แก่ ร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้รับการแก้ไขเชิงระบบ ร้อยละความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ และร้อยละของสถานพยาบาลที่มีการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ผู้ประเมินวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Microsoft Power BI และโปรแกรม Stata® (version 14.0) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนาตามตัวแปรในตาราง 6

ตาราง 6 ตัวแปรที่จะใช้และวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบรายงาน

ระบบรายงาน	ตัวแปร	วัตถุประสงค์การวิเคราะห์
NRLS	EditStatusName (สถานะการแก้ไขความเสี่ยง)	- เพื่อตอบตัวชี้วัดความสำเร็จ (วิเคราะห์ข้อมูลภาพรวม) - วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อดูการเชื่อมโยงหรือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร EditStatusName กับตัวแปรอื่น ๆ ดังนี้ Risk (รหัสรายการความเสี่ยง) OrgLevelGrpName (ระดับศักยภาพของกลุ่มสถานพยาบาล) HAStatusName (สถานะการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล) LocationGrpName (ประเภทของสถานที่เกิดเหตุการณ์)
	RiskEff (ระดับความรุนแรง)	- วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อดูการเชื่อมโยงหรือความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร RiskEff กับตัวแปรอื่น ๆ ดังนี้ Risk (รหัสรายการความเสี่ยง) OrgLevelGrpName (ระดับศักยภาพของกลุ่มสถานพยาบาล) HAStatusName (สถานะการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล) LocationGrpName (ประเภทของสถานที่เกิดเหตุการณ์) ReportDate (วันที่รายงานความเสี่ยงเข้าระบบ) RiskDetectDate (วันที่ค้นพบเหตุการณ์)
	ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์ (วิเคราะห์จาก ReportDate – RiskDetectDate)	- วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อดูการเชื่อมโยงหรือความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์กับตัวแปรอื่น ๆ ดังนี้ Risk (รหัสรายการความเสี่ยง) OrgLevelGrpName (ระดับศักยภาพของกลุ่มสถานพยาบาล) HAStatusName (สถานะการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล)
HSCS	ทุกตัว	- เพื่อตอบตัวชี้วัดความสำเร็จ (วิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมและแนวโน้มรายปี)
PEP	ทุกตัว	- เพื่อตอบตัวชี้วัดความสำเร็จ (วิเคราะห์ข้อมูลภาพรวม)

2.2.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยใน (IPD e-claim) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้ประเมินวิเคราะห์ข้อมูลการรักษาพยาบาลในระดับบุคคล (individual-level data) ของผู้ป่วยใน⁵ ที่เข้ารับบริการทางสาธารณสุขด้วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระหว่าง พ.ศ. 2559-2563 จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยใน (IPD e-claim) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลที่มีการปกปิดตัวตนและไม่สามารถเข้าถึงตัวบุคคลได้ (de-identified by encryption)

ผู้ประเมินวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive analysis) ได้แก่ ผลรวม ค่าเฉลี่ย และค่ามัธยฐาน โดยใช้โปรแกรม Stata® (version 14.0) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลจากตัวแปรดังนี้

1) ตัวแปรปัจจัย

- รหัสโรค (ICD-10) ผู้ประเมินเลือกใช้รหัสโรค (โรคหลักและโรคร่วม) ที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล^[31] รหัสโรสดังกล่าวแบ่งกลุ่มตามหลักการ SIMPLE เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย พ.ศ. 2561 (ภาคผนวก 2)
- รหัสโรงพยาบาล (HCode) เพื่อใช้ในการแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ในแต่ละปี โดยสามารถสรุปจำนวนโรงพยาบาลในแต่ละปีได้ ดังตาราง 7

ตาราง 7 จำนวนโรงพยาบาลที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจาก IPD e-claim ในแต่ละปีงบประมาณ

ปีงบประมาณ (จำนวนโรงพยาบาลรวม)	โรงพยาบาลที่เข้าร่วม โครงการ 2P Safety*	โรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม โครงการ 2P Safety
2561 (913)	148	765
2562 (862)	334	528
2563 (1,115)	576	539

* หมายเหตุ: โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety อาจมีจำนวนไม่ตรงกับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมจริงตามการรายงานของ สรพ. เนื่องจากเป็นจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการและมีการรายงานรหัสโรค (ICD-10) ตามที่กำหนดไว้ในการศึกษาเท่านั้น

2) ตัวแปรผลลัพธ์

- จำนวนครั้งในการใช้บริการ (number of visits) คือ จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในตามรหัสโรค
- จำนวนวันนอน (length of stay) คือ จำนวนวันที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในตามรหัสโรค

⁵ ผู้ป่วยใน หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลาอย่างน้อย 6 ชั่วโมง

- ค่าบริการ (total charges) คือ ค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ตามรหัสโรค

2.3 การประกันคุณภาพของการประเมิน

ผู้ประเมินประกันคุณภาพของการประเมินโดยการสอบทานข้อมูลแต่ละประเด็นที่รวบรวมได้จากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ (triangulation) โดยเริ่มการสอบทานตั้งแต่อยู่ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หากพบความแตกต่างหรือไม่สอดคล้องซึ่งกันและกัน ผู้ประเมินจะหาสาเหตุหรือคำอธิบายความแตกต่างของข้อมูลในประเด็นนั้น ๆ และหาข้อยุติ หากไม่สามารถหาข้อยุติได้ ผู้ประเมินจะนำเสนอความแตกต่างที่พบในการอภิปรายผลการประเมินเพื่อประโยชน์ทั้งด้านนโยบายและด้านวิชาการต่อไป

2.4 ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

เนื่องจากการประเมินยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ มีการเก็บข้อมูลโดยการสอบถามผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งการเก็บข้อมูลอาจเกิดการก้าวล่วงเข้าไปในเรื่องส่วนบุคคล เรื่องภายในหน่วยงาน หรือเรื่องที่เป็นประเด็นอ่อนไหว (sensitive issues) หรือเป็นความลับที่หากนำออกเผยแพร่อาจส่งผลเสียต่อผู้ให้ข้อมูลและหน่วยงานต้นสังกัด รวมถึงมีการใช้ข้อมูลการรักษาพยาบาลในระดับบุคคล และข้อมูลจากระบบรายงานภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ดังนั้น ผู้ประเมินจึงได้เสนอโครงการฯ ไปยัง คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) เพื่อรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย และได้รับอนุมัติให้ดำเนินโครงการตามเอกสารลงวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2564 (ภาคผนวก 3)

ในการประเมินนี้ ผู้ประเมินมีข้อพึงปฏิบัติในการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และการอภิปรายกลุ่ม ดังนี้ ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูลผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการอธิบายถึงที่มา วัตถุประสงค์ และระเบียบวิธีวิจัยของโครงการโดยย่อ จากนั้นผู้ประเมินจะเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลซักถามเพิ่มเติมก่อนเซ็นเอกสารในการยินยอมให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิปฏิเสธการให้ข้อมูลในบางประเด็นหรือยกเลิกการให้ข้อมูลได้ทุกเมื่อ การปฏิเสธการให้ข้อมูลหรือยกเลิกการให้ข้อมูลจะไม่ส่งผลใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูลในทุกกรณี นอกจากนี้ ผู้ประเมินจะไม่เปิดเผยชื่อหรือลักษณะของบุคคลที่ให้ข้อมูลในการรายงานผลการประเมินแต่จะใช้วิธีการให้รหัสผู้ให้ข้อมูล (coding) เพื่อใช้สำหรับการอ้างอิง และจะเก็บรักษาข้อมูลที่ได้จากการประเมิน อันได้แก่ ไฟล์เสียงการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่ม ไฟล์การแปลงเสียงการสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่มเป็นตัวอักษรแบบคำต่อคำ และเอกสารยินยอมในการให้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลเป็นเวลา 5 ปี เพื่อนำมาใช้ตรวจสอบในกรณีที่ทำเป็นเท่านั้น

ผู้ประเมินมีข้อพึงปฏิบัติในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้ ผู้ประเมินดำเนินการขออนุญาตในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการประเมินแก่หน่วยงานผู้เป็นเจ้าของข้อมูล และ

จะรักษาข้อมูลที่ได้จากฐานข้อมูลโดยการจำกัดจำนวนบุคคลที่สามารถเข้าถึงข้อมูลดิบ (raw data) รวมถึงไม่เปิดเผยชื่อ ลักษณะหรือข้อมูลส่วนบุคคลที่อยู่ในฐานข้อมูลแก่บุคคลภายนอก

บทที่ 3 ระบบอภิบาลและทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ

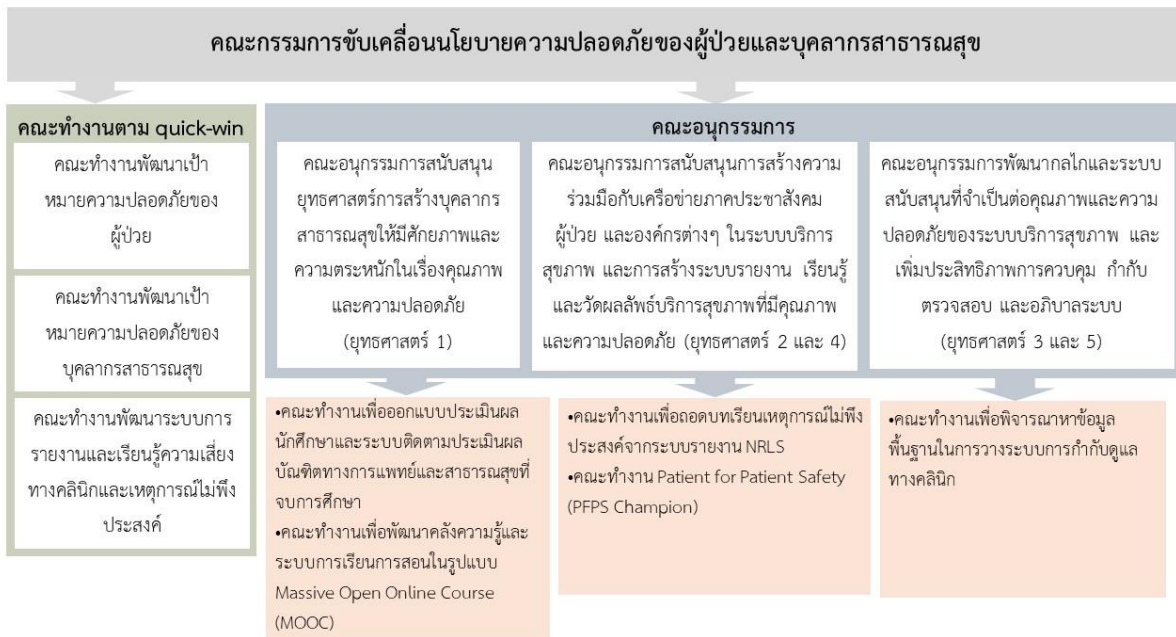
3.1 ระบบอภิบาล

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ^[12] เมื่อวันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2560 โดยคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าหมายการพัฒนาโลก กำกับและติดตามการดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ รวมถึงสนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ การรายงานและระบบฐานข้อมูลกลาง การบูรณาการเรื่องความปลอดภัยในการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษา และแนวทางปฏิบัติ ข้อเสนอแนะ และงานวิจัยเรื่องความปลอดภัย โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานกรรมการ ผู้อำนวยการ สรพ. เป็นเลขานุการ และมีกรรมการจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข นายกษมาคมโรงพยาบาลเอกชน เลขาธิการมูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค และนายกสภาวิชาชีพต่าง ๆ เป็นต้น

คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ ได้แต่งตั้งคณะทำงาน 3 คณะ เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 เพื่อช่วยดำเนินงานภารกิจเร่งด่วน (quick-win) ของแผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ^[7, 32] ประกอบด้วย คณะทำงานพัฒนาเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย คณะทำงานพัฒนาเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข และคณะทำงานพัฒนาระบบการรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จากนั้นในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ ได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการจำนวน 3 คณะ เพื่อผลักดันให้เกิดการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย คณะอนุกรรมการสนับสนุนยุทธศาสตร์การสร้างบุคลากรสาธารณสุขให้มีศักยภาพและความตระหนักในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย (ยุทธศาสตร์ที่ 1) คณะอนุกรรมการสนับสนุนการสร้างร่วมมือกับเครือข่ายภาคประชาสังคม ผู้ป่วย และองค์กรต่าง ๆ ในระบบบริการสุขภาพ และการสร้างระบบรายงาน เรียนรู้ และวัดผลลัพธ์บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัย (ยุทธศาสตร์ที่ 2 และ 4) และคณะอนุกรรมการพัฒนาโลกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ และเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุม กำกับ ตรวจสอบ และอภิบาลระบบ (ยุทธศาสตร์ที่ 3 และ 5)

คณะอนุกรรมการทุกคณะได้แต่งตั้งคณะทำงานภายใต้คณะอนุกรรมการขึ้นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของแต่ละยุทธศาสตร์ เช่น คณะทำงานเพื่อถอดบทเรียนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากระบบรายงาน NRLS และคณะทำงานเพื่อพิจารณาหาข้อมูลพื้นฐานในการวางระบบการกำกับดูแลทางคลินิก เป็นต้น รายละเอียดดังรูป 6 จากโครงสร้างการดำเนินงานและการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในช่วงต้นแสดงให้เห็นถึงการวางรากฐานการดำเนินงาน

ภายใต้ยุทธศาสตร์ที่มีความชัดเจน ซึ่งจะช่วยสนับสนุนการดำเนินงานจากระดับนโยบายลงไปสู่ระดับปฏิบัติการได้อย่างเป็นระบบ



รูป 6 คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ

จากการทบทวนเอกสารรายงานการประชุมของคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ และคณะอนุกรรมการ ผู้ประเมินพบว่าการประชุมในช่วงเริ่มต้นของการดำเนินงานแต่ละคณะเป็นการประชุมเพื่อร่างแผนปฏิบัติการตามรายยุทธศาสตร์สำหรับใช้ในการดำเนินงาน ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน (ตาราง 8) อย่างไรก็ตาม ผู้ประเมินไม่สามารถเข้าถึงเอกสารแผนปฏิบัติการตามรายยุทธศาสตร์ได้ ผู้ประเมินพบเพียงแผนการดำเนินงานที่ถูกระบุไว้ในโครงการพัฒนาโลกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบประกันสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564^[33-36] ซึ่งเป็นแผนการดำเนินงานในภาพรวมของยุทธศาสตร์ที่ไม่ได้ระบุรายละเอียดแผนการดำเนินงานเป็นรายยุทธศาสตร์ รวมถึงไม่ได้ระบุหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/ผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการในกิจกรรมนั้น ๆ ด้วย ทำให้การติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานเป็นไปได้ยาก ประกอบกับการใช้กลไกการประชุมของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานอาจยังไม่เพียงพอ ดังจะเห็นได้จากมติสำคัญจากการประชุมของคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ และคณะอนุกรรมการใน พ.ศ. 2561-2562 (ตาราง 8) บางมติขาดการติดตามอย่างต่อเนื่องและไม่พบหลักฐานการดำเนินงานจนแล้วเสร็จ เช่น มติให้ สรพ. จัดทำจดหมายถึงทุกสภาวิชาชีพเพื่อประมวลผลการดำเนินการและจัดทำแผนปฏิบัติการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยสอดคล้องกับ 2P Safety และระบบอภิบาลทางคลินิก (clinical governance) ที่ผู้ประเมินไม่พบหลักฐานการดำเนินงาน และข้อมูลที่ได้จากสภาวิชาชีพชี้ให้เห็นว่าไม่มีการดำเนินงานตามกิจกรรมดังกล่าวจริง

ใน พ.ศ. 2563 กระทรวงสาธารณสุขมีคำสั่งยกเลิกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ เดิม และแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ คณะใหม่จำนวนหนึ่งคณะ^[37] โดยเพิ่มกรรมการ 3 ท่าน จากคณะ เดิมเพื่อให้การดำเนินงานมีความครอบคลุมมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของคณะกรรมการขับเคลื่อน นโยบายฯ ใหม่ไม่มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานเหมือนดังเช่นการดำเนินงานใน พ.ศ. 2561-2562 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าผู้ให้ข้อมูลในระดับนโยบายหลายท่านยังไม่ทราบถึงการปรับเปลี่ยนองค์ประกอบ คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ ใน พ.ศ. 2563 และเห็นว่า การเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบอาจส่งผลต่อการ ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในช่วง พ.ศ. 2563-2564 เนื่องจากทำให้ขาดความต่อเนื่องในการ ดำเนินงาน การสื่อสาร และการติดตามผล

ตาราง 8 การประชุมและมติที่สำคัญของคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข และคณะกรรมการ

การประชุม (วันที่)	มติสำคัญ	ผลการดำเนินงาน (ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565)
<p>คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ ครั้งที่ 1/2560 (24 มี.ค. 2560)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ที่ประชุมมีมติให้ฝ่ายเลขานุการปรับปรุงแก้ไข (ร่าง) ยุทธศาสตร์ขับเคลื่อนความปลอดภัยในผู้ป่วยและบุคลากรทางสาธารณสุขตามข้อเสนอแนะที่ได้จากที่ประชุม และเห็นชอบให้มีการเสนอแผนการดำเนินงานยกร่างยุทธศาสตร์ฯ (จัดประชุมรับฟังความคิดเห็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย) ● ที่ประชุมมีมติให้แต่งตั้งประธานคณะกรรมการ จำนวน 3 ชุด และให้ประธานคณะกรรมการแต่ละชุดพิจารณารายชื่อกรรมการที่ร่วมเป็นทีมการประชุมตามที่ยื่นเสนอมา <ul style="list-style-type: none"> - ชุดที่ 1 เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 1 มีประธานชั่วคราว คือ ศาสตราจารย์เกียรติคุณอาวุธ ศรีสุกรี - ชุดที่ 2 เพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ที่ 2 และ 4 มีประธานชั่วคราว คือ ศาสตราจารย์นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา - ชุดที่ 3 ดูแลยุทธศาสตร์ที่ 3 และ 5 มีประธานชั่วคราว คือ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ● ที่ประชุมมีมติให้แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนเป้าหมาย Quick Win จำนวน 3 คณะ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> - คณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวทาง Patient Safety Goals เสนอให้ นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล เป็นประธาน และให้เพิ่มตัวแทนภาคประชาชนในคณะทำงานชุดนี้ - คณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวทาง Personnel Safety Goals เสนอให้ แพทย์หญิงประนอม คำเที่ยง เป็นประธาน - คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบ National Reporting and Learning System เสนอให้ ศ.นพ.ประสิทธิ์ วัฒนาภา เป็นประธาน 	<p>มติสำคัญมีการดำเนินงานแล้วเสร็จ^[7]</p>
<p>คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ ครั้งที่ 2/2560</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ที่ประชุมมีมติเห็นชอบให้ไปดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการจำนวน 3 ชุด ตาม (ร่าง) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ 	<p>มติสำคัญมีการดำเนินงานแล้วเสร็จ [38]</p>

การประชุม (วันที่)	มติสำคัญ	ผลการดำเนินงาน (ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565)
(24 ก.ค. 2560)		
คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ ครั้งที่ 1/2561	<ul style="list-style-type: none"> ● ที่ประชุมมีมติให้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการทั้ง 3 คณะ โดยให้ปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากในที่ประชุม (เห็นชอบให้สภากายภาพบำบัดเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ) 	มติสำคัญมีการดำเนินงานแล้วเสร็จ [39]
(4 ธ.ค. 2560)	<ul style="list-style-type: none"> ● ที่ประชุมมีมติรับทราบความก้าวหน้าการดำเนินงานของคณะทำงานพัฒนาระบบการรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และให้คณะกรรมการพิจารณาการดำเนินงานในแผนปฏิบัติการต่อไป โดยให้พิจารณาให้ความสำคัญเรื่องข้อมูลในระบบ NRLS ที่ควรเป็นข้อมูลที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัยของข้อมูล 	
คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ ครั้งที่ 2/2561	<ul style="list-style-type: none"> ● รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานรายยุทธศาสตร์ 	ไม่มีมติสำคัญ
(3 ส.ค. 2561)		
คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ ครั้งที่ 1/2562	<ul style="list-style-type: none"> ● แผนการดำเนินงานและเป้าหมาย พ.ศ. 2562 <ul style="list-style-type: none"> ○ ยุทธศาสตร์ที่ 1: <ul style="list-style-type: none"> - ที่ประชุมมีมติให้เพิ่ม สสร. เข้าเป็นภาคีเครือข่ายในการพัฒนาหลักสูตร Training for the Trainers - ที่ประชุมมีมติให้จัดตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาคลังความรู้และระบบการเรียนการสอนในรูปแบบ Massive Open Online Course (MOOC) - ที่ประชุมมีมติให้แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อออกแบบประเมินผลนักศึกษาและระบบติดตามประเมินผลบัณฑิตทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จบการศึกษา 	มติสำคัญมีการดำเนินงานแล้วเสร็จ [13, 33-36, 40-46]
(4 ม.ค. 2562)		

การประชุม (วันที่)	มติสำคัญ	ผลการดำเนินงาน (ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565)
<p>คณะกรรมการพัฒนา กลไกและระบบสนับสนุนฯ</p> <p>ครั้งที่ 1/2561</p> <p>(26 มี.ค. 2561)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>ยุทธศาสตร์ที่ 2 และ 4:</u> <ul style="list-style-type: none"> - ที่ประชุมมีมติให้ สปสช. ออกแบบแนวทางการจัดตั้งองค์กรกลางเพื่อผู้ป่วยและบุคลากรที่ได้รับผลกระทบทางการแพทย์ - ที่ประชุมมีมติให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นผู้ดำเนินงานทบทวนระเบียบและกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูล และผู้รายงานข้อมูล ○ <u>ยุทธศาสตร์ที่ 3 และ 5:</u> <ul style="list-style-type: none"> - ที่ประชุมมีมติประกาศให้ รพ. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขประกาศเป็น 2P Safety - ที่ประชุมมีมติให้ กระทรวงสาธารณสุขโดยรองปลัดกระทรวงฯ ร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตั้งงบประมาณขับเคลื่อนระบบรายงานและการเรียนรู้ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศ (NRLS) <ul style="list-style-type: none"> ● ที่ประชุมมีมติให้ทบทวน (ร่าง) แผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์ที่ 3 และ 5 ดังนี้ 	<p>มติสำคัญมีการดำเนินงานแล้วเสร็จ</p> <p>[47]</p>
<p>คณะกรรมการพัฒนา กลไกและระบบสนับสนุนฯ</p> <p>ครั้งที่ 2/2561</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ที่ประชุมมีมติให้แต่ละสภาวิชาชีพกร่างแผนปฏิบัติการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัย 	<p>ไม่พบหลักฐานการดำเนินงาน (จากการสอบถามผู้ให้ข้อมูลจากสภาวิชาชีพต่าง ๆ ผู้ให้ข้อมูลแจ้งว่าไม่มีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านความ</p>

การประชุม (วันที่)	มติสำคัญ	ผลการดำเนินงาน (ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565)
(2 พ.ค. 2561)		ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยตามที่กล่าวถึงในที่ประชุม แต่มีการดำเนินงานของสภาวิชาชีพเพื่อพัฒนาการให้บริการทางสาธารณสุขให้มีความปลอดภัย)
<p>คณะอนุกรรมการพัฒนา กลไกและระบบสนับสนุนฯ ครั้งที่ 3/2561 (11 ก.ค. 2561)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ที่ประชุมมีมติให้ สรพ. จัดทำจดหมายถึงทุกสภาวิชาชีพ เพื่อประมวลผลการดำเนินการและจัดทำแผนปฏิบัติการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยสอดคล้องกับ 2P Safety และ clinical governance ต่อไป ● ที่ประชุมมีมติเห็นชอบในการเผยแพร่แนวทางการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยกับผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (SIMPLE)² และเสนอให้มีการเผยแพร่แนวทางของสภาวิชาชีพในการสนับสนุน 2P Safety ร่วมด้วย 	<p>มติสำคัญมีการดำเนินงานแล้วเสร็จ^[14]</p> <p>ไม่พบหลักฐานการประมวลผลการดำเนินการและจัดทำแผนปฏิบัติการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยด้านความปลอดภัยสอดคล้องกับ 2P Safety และ clinical governance ของทุกสภาวิชาชีพ</p>
<p>คณะอนุกรรมการพัฒนา กลไกและระบบสนับสนุนฯ ครั้งที่ 1/2562 (25 ธ.ค. 2561)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● แผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์ที่ 3 และ 5 <ul style="list-style-type: none"> ○ ที่ประชุมมีมติแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณาหาข้อมูลพื้นฐานในการวางระบบการกำกับดูแลทางคลินิกที่เหมาะสมกับประเทศไทย โดยให้ นพ.สรลัทธ์ มิ่งไทยสงคฺ์ เป็นประธาน และให้ นพ.บุญชัย ธีรกาญจน์ เป็นที่ปรึกษา ให้คณะทำงานมีองค์ประกอบจากกองประกอบโรคศิลป์ สาธารณสุขนิเทศก์ มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค สปสช. และ สรพ. 	<p>มติสำคัญมีการดำเนินงานแล้วเสร็จ^[48]</p>

การประชุม (วันที่)	มติสำคัญ	ผลการดำเนินงาน (ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565)
<p>คณะอนุกรรมการพัฒนา กลไกและระบบสนับสนุนฯ ครั้งที่ 2/2562 (24 เม.ย. 2562)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● แผนการขับเคลื่อน 2P Safety Hospital สำหรับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดต่าง ๆ <ul style="list-style-type: none"> ○ ที่ประชุมมีมติให้ ประกาศและยกร่างแผนประสานกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประกาศเป้าหมายความปลอดภัย 2P Safety และ พ.ศ. 2563 กระทรวงสาธารณสุขต้องออกแบบแผนการจัดฝึกอบรมการใช้ระบบ NRLS โดยจัดการอบรมเป็น phase โดยแบ่งตามเขตบริการสุขภาพ ○ ที่ประชุมมีมติให้เลขานุการ (สรพ.) จัดทำสรุปข้อดี ข้อเสียในการเข้าร่วมเป็นโรงพยาบาล 2P Safety และ วิเคราะห์ข้อมูลส่งให้กองบริหารการสาธารณสุขเพื่อเป็นข้อมูลในการขออนุมัติงบประมาณ ○ ที่ประชุมมีมติให้เชิญชวนโรงพยาบาลสังกัดอื่น ๆ เช่น มหาวิทยาลัย กองทัพบก โรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วม เป็น 2P Safety Hospital โดยการ MOU ประกาศเป็นนโยบายร่วมในวันที่ 17 กันยายน พ.ศ. 2562 ○ มีมติให้กระทรวงสาธารณสุขต้องออกแบบแผนการจัดฝึกอบรมการใช้ระบบ NRLS โดยจัดการอบรมเป็น phase โดยแบ่งตามเขตบริการสุขภาพ* ○ มติให้เชิญชวนโรงพยาบาลสังกัดอื่น ๆ เช่น มหาวิทยาลัย กองทัพบก โรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมเป็น 2P Safety Hospital โดยการ MOU ประกาศเป็นนโยบายร่วม** 	<p>มติสำคัญมีการดำเนินงานแล้วเสร็จ [13, 49]</p> <p>* มีการอบรมรวม (ไม่ได้แบ่งตามเขต บริการ) และมีจัดประชุมใน 3 จังหวัดใน ภาคใต้ (เขต 12)</p> <p>** ใช้รูปแบบการประชาสัมพันธ์ให้เข้าร่วม แทนการทำ MOU โดยในปัจจุบันมี โรงพยาบาลกองทัพเข้าร่วม จำนวน 38 แห่ง</p>
<p>คณะอนุกรรมการสนับสนุน การสร้างความร่วมมือฯ ครั้งที่ 1/2561 (4 พ.ค. 2561)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● มีมติเห็นชอบร่างแผนกลยุทธ์ แผนปฏิบัติการในการดำเนินการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและ บุคลากรสาธารณสุขในยุทธศาสตร์ที่ 2 และยุทธศาสตร์ที่ 4 (ร่าง) แผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์ที่ 2 และ 4 	<p>ไม่มีมติสำคัญ</p>

การประชุม (วันที่)	มติสำคัญ	ผลการดำเนินงาน (ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565)
<p>คณะกรรมการสนับสนุน การสร้างร่วมมือฯ ครั้งที่ 1/2562</p> <p>(28 ธ.ค. 2561)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● (ร่าง) แผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์ที่ 2 และ 4 <ul style="list-style-type: none"> ○ ที่ประชุมมีมติให้แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อถอดบทเรียนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากระบบรายงาน NRLS โดยผู้เชี่ยวชาญ ใน 12 ด้านของ SIMPLE เพื่อสร้าง dynamic guidelines ○ ที่ประชุมมีมติให้จัดทำแนวทางการดำเนินงานให้เกิดกฎหมายคุ้มครองข้อมูลเพื่อพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในสถานพยาบาล ● ที่ประชุมมีมติให้เสนอเรื่องการแต่งตั้งองค์กรกลางเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้เสียหายทางการแพทย์ในที่ประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบาย ครั้งที่ 1/2562 	<p>มติสำคัญมีการดำเนินงานแล้วเสร็จ</p> <p>[40, 41, 50]</p>
<p>คณะกรรมการสนับสนุน การสร้างร่วมมือฯ ครั้งที่ 2/2562</p> <p>(13 พ.ค. 2562)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● แผนการขับเคลื่อนการใช้โปรแกรม NRLS ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประชุมมีมติให้กองบริหารสาธารณสุข (กบรส.) ดำเนินการจัดหางบประมาณสนับสนุน (ประมาณ 20 ล้านบาท) ในการดำเนินงานจัดสรรงบประมาณโครงการในพ.ศ. 2563 	<p>มติสำคัญมีการดำเนินงานแล้วเสร็จ</p> <p>[33-36]</p>
<p>คณะกรรมการสนับสนุน ยุทธศาสตร์การสร้างบุคลากร สาธารณสุขฯ ครั้งที่ 1/2561</p> <p>(25 เม.ย. 2561)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● รายงานความก้าวหน้า และรายงาน (ร่าง) แผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์ที่ 1 ที่ประชุมมีมติให้ปรับแก้ (ร่าง) แผนปฏิบัติการ 	<p>ไม่มีมติสำคัญ</p>

การประชุม (วันที่)	มติสำคัญ	ผลการดำเนินงาน (ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565)
<p>คณะกรรมการสนับสนุน ยุทธศาสตร์การสร้างบุคลากร สาธารณสุขฯ ครั้งที่ 2/2561 (10 ก.ค. 2561)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ที่ประชุมมีมติให้ปรับแก้ (ร่าง) แผนปฏิบัติการของยุทธศาสตร์ที่ 1 	<p>ไม่มีมติสำคัญ</p>
<p>คณะกรรมการสนับสนุน ยุทธศาสตร์การสร้างบุคลากร สาธารณสุขฯ ครั้งที่ 1/2562 (18 ธ.ค. 2561)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● รายงานความก้าวหน้า และรายงาน (ร่าง) แผนปฏิบัติการยุทธศาสตร์ที่ 1 ● ที่ประชุมมีข้ออภิปรายและเห็นชอบให้ปรับแก้บัญชีรายละเอียดตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ที่ 1 ในบางประเด็น 	<p>ไม่มีมติสำคัญ</p>
<p>คณะกรรมการสนับสนุน ยุทธศาสตร์การสร้างบุคลากร สาธารณสุขฯ ครั้งที่ 2/2562 (14 พ.ค. 2562)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ที่ประชุมมีมติเห็นชอบร่างคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานออกแบบระบบการติดตามประเมินผล มอบหมายให้ทีม เลขานุการดำเนินการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งต่อไป ● ที่ประชุมมีมติให้บูรณาการแนวทางการสอนเรื่อง Diagnostic error เข้าไปเป็น 12+1 Modules ของ Patient Safety ในหลักสูตร Training for the Trainers 	<p>มติสำคัญมีการดำเนินงานแล้วเสร็จ [35, 51, 52]</p>

3.2 องค์ประกอบของระบบอภิบาล (ความเหมาะสมและกระบวนการ)

3.2.1 การสื่อสาร

การสื่อสารในระดับนโยบายของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ คือการสื่อสารภายในคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ คณะอนุกรรมการแต่ละคณะ และการสื่อสารระหว่างคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ กับภาคีเครือข่าย ผู้ประเมินพบว่า การสื่อสารในระดับนโยบายจะใช้การสื่อสารอย่างเป็นทางการ (formal communication) ผ่านการจัดประชุมคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการที่มีปีละ 1-2 ครั้งโดยประมาณเป็น ช่องทางการสื่อสารหลัก เพื่อนำเสนอความก้าวหน้าในการดำเนินงานและแผนการดำเนินงานในอนาคต^[32, 39, 41, 47, 48, 53-56] แต่หลังจากที่มีการปรับเปลี่ยนองค์ประกอบของคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ ใน พ.ศ. 2563 และการปรับลดจำนวนคณะอนุกรรมการซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากหน่วยงาน/เครือข่ายที่เป็นผู้ทำให้เกิดการดำเนินกิจกรรม หรือเป็นผู้เชื่อมต่อระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและผู้ปฏิบัติ ผู้ประเมินพบว่า การปรับเปลี่ยนดังกล่าวส่งผลให้การประสานงานระหว่างหน่วยงานในช่วงหลัง รวมถึงความกระตือรือร้น (active) ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อการขับเคลื่อนงานยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ลดลง เนื่องจากการปรับ องค์ประกอบของระบบอภิบาลส่งผลให้ไม่มีการสื่อสารอย่างเป็นทางการ (การประชุม) ในระดับนโยบายใน พ.ศ. 2563-2564 และทำให้กลไกการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานและการสื่อสารผ่านการประชุม ขาดหายไป

ถึงแม้ว่าช่องทางการสื่อสารอย่างเป็นทางการจะถูกลดบทบาทลงในช่วงหลังของการดำเนินงาน แต่ จากการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในระดับนโยบาย ผู้ประเมินพบว่า สรพ. ยังมีการใช้ช่องทางการสื่อสารในรูปแบบ ไม่เป็นทางการ (informal communication) โดยการพูดคุยส่วนตัวและพูดคุยแบบกลุ่มผ่านทางโทรศัพท์และ แอปพลิเคชันไลน์เพื่อสื่อสารหรือประสานงานระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง แต่การสื่อสารด้วยช่องทางดังกล่าว ไม่ได้ครอบคลุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง/ภาคีเครือข่ายครบทุกหน่วยงาน ประกอบกับการสื่อสารด้วยช่องทางที่ไม่เป็น ทางการง่ายต่อการสูญหายของข้อมูล/มติสำคัญ หรืออาจสร้างความไม่สะดวกต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องบางราย และยากต่อการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน/การให้ความร่วมมือ ส่งผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลาย ท่านขาดการสื่อสารและไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในช่วง พ.ศ. 2563-2564

"...ผมก็ไม่รู้เหตุผลที่ยุบเหลือชุดเดียวนะ เพียงแต่ว่าผมไม่คุ้นกับการทำงานให้บอร์ดลงมา ทำงานผมไม่คุ้น ยกเว้นว่าชุดใหญ่ นั้นจะออกเป็นหนังสือ (หนังสือสั่งการ-ผู้ประเมิน) ออก มา..." (รหัสผู้ให้ข้อมูล NL08)

"...ผมก็ยังอยู่ 2-3 ชุดที่เป็นคณะทำงานลงมาจากคณะอนุกรรมการของผม แล้วก็ตั้งกลุ่ม กัน LINE group ยังอยู่ แต่ผมคิดว่ามันไม่เวิร์กนะ เพราะว่า LINE group พอท่านประธาน คณะทำงานเข้ามาเสนอแนะอะไรมันก็เงียบหายไป..." (รหัสผู้ให้ข้อมูล NL08)

การสื่อสารจากระดับนโยบายไปสู่ระดับองค์กร (โรงพยาบาล) มีการสื่อสารแบบเป็นทางการผ่านการประกาศของกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2562 ที่ประกาศให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข^[13] และส่งผลให้โรงพยาบาลในสังกัด (ทั้งโรงพยาบาลที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety) นำเอาเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขซึ่งเป็นหนึ่งในเครื่องมือสำคัญภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ไปปรับใช้ตามบริบทของโรงพยาบาล และทำให้บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดรู้จักและมีความเข้าใจถึงความสำคัญของวัฒนธรรมความปลอดภัยในระบบบริการสาธารณสุขมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ทั้ง 10 โรงพยาบาลที่ผู้ประเมิณพบว่าโรงพยาบาลทุกแห่งรู้จักและคุ้นเคยกับคำว่า 2P Safety และนำเอาเป้าหมายความปลอดภัยไปปรับใช้ รวมถึงมีความพยายามในการสร้างกลไกเพื่อรับมือในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาล และเพิ่มวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยในองค์กร

ถึงแม้การประกาศของกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2562 จะสร้างผลกระทบให้ 2P Safety เป็นที่รู้จักมากขึ้น และมีการนำเอาเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขไปใช้ก็ตาม แต่ผู้ประเมิณพบว่า การประกาศของกระทรวงสาธารณสุขยังขาดความชัดเจนด้านแนวทางการดำเนินงาน (sub-strategies) และระยะเวลาในการดำเนินงานที่ชัดเจนสำหรับโรงพยาบาลในแต่ละระดับ อันจะส่งผลให้การกำกับติดตามและประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติตามประกาศกระทรวงทำได้ยาก

“...คือ concept อาจจะเหมือนกันว่ามี patient safety, personnel safety แต่ว่าจุดที่โรงเรียนแพทย์จะต้องมุ่งไป...หรือว่าโรงพยาบาลสาธารณสุข (โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข – ผู้ประเมิณ) ระดับต่าง ๆ sub-strategic ของเขา จะต้องไม่เหมือนกัน เพราะว่าความใหญ่ของโรงพยาบาลความ complex ของโรงพยาบาลไม่เหมือนกัน...”
(รหัสผู้ให้ข้อมูล NL12)

สรพ. ในฐานะที่เป็นหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ได้มีการสื่อสารกับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ผ่านการจัดประชุมเป็นประจำทุกปี เพื่อให้ความรู้ สร้างความตระหนักและความเข้าใจกับโรงพยาบาล^[50] นอกจากนี้ยังมีการจัดงาน World Patient Safety Day ใน พ.ศ. 2562-2564^[57-59] และจัดประชุม อบรม และสัมมนาต่าง ๆ กับโรงพยาบาล เช่น HA Forum โดยมีเรื่อง 2P Safety เป็นหนึ่งในประเด็นที่กล่าวถึงในการอบรม

สรพ. มีช่องทางที่หลากหลายสำหรับใช้สื่อสารข้อมูลข่าวสารไปสู่โรงพยาบาลต่าง ๆ เช่น เว็บไซต์ เฟซบุ๊ก ไลน์ และการตรวจเยี่ยมโรงพยาบาล เป็นต้น แต่จากการสัมภาษณ์ในการประเมินนี้แสดงให้เห็นว่า

สรพ. ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มให้มากขึ้น เนื่องจากการสื่อสารในลักษณะกลุ่มสาธารณะอาจทำให้ผู้รับสาร (บุคลากรสาธารณสุข) พลาดข้อมูลข่าวสารที่สำคัญ หรืออาจไม่สามารถเสนอข้อคิดเห็นได้อย่างสะดวก โดย สรพ. ควรพัฒนาการสื่อสารให้เป็นในลักษณะการสื่อสารสองทาง (two-way communication) ระหว่างกลุ่มเป้าหมายและสรพ./หน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องมากขึ้น เพื่อให้เกิดการแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายที่มีผลต่อการดำเนินงาน ยุทธศาสตร์และความยั่งยืนของความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

“...ไลน์มันเป็นไลน์สแควร์คือปริมาณคนเยอะมาก คำถามแต่ละวันคือเป็นหลักร้อยแล้ว ค่ะ บางทีเราก็กไล่อ่านไม่ทันแล้วก็จะพลาดอะไรสำคัญ ๆ ไปเหมือนกัน อันนี้ก็ถือเป็นปัญหาสำหรับเราเหมือนกันนะคะ ก็อาจจะมียช่องทางอย่างอื่นด้วยที่จะให้เราสามารถ feedback แล้วเราก็สามารถอัปเดตด้วยว่าวันนี้คุยกันเรื่องนี้นะ...” (รหัสผู้ให้ข้อมูล OL05, CL05)

การสื่อสารจากระดับองค์กรไปสู่ระดับปฏิบัติมีการสื่อสารทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการ ได้แก่ การประชุม/อบรมภายในโรงพยาบาล การสื่อสารผ่านโครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาล (เช่น จากผู้อำนวยการไปสู่หัวหน้าแผนก หัวหน้าแผนกไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน) การส่งจดหมายเวียน เป็นต้น และการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการ เช่น โทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์ เป็นต้น

3.2.2 การสร้างแรงจูงใจ

การสร้างแรงจูงใจในหน่วยงานเป็นตัวกระตุ้นในการปฏิบัติงานของบุคลากรในการรายงานความเสี่ยงอย่างสม่ำเสมอ โดยหวังผลให้เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล ทีมผู้บริหารโรงพยาบาลหลายแห่งได้กำหนดมาตรการในการสร้างแรงจูงใจ ดังนี้ 1) การชื่นชมในหน่วยงาน/แผนกที่ตื่นตัวและมีการรายงานความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ 2) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารหรือหัวหน้างานเป็นตัวแทนโรงพยาบาลเข้ารับการอบรม เพิ่มตำแหน่ง เลื่อนขั้นตามโครงสร้างของหน่วยงาน ในฐานะของบุคลากรที่ทำงานด้านบริหารความเสี่ยง 3) การให้รางวัล เช่น ใบประกาศ หรือเงินรางวัล เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคลากรในโรงพยาบาลรายงานความเสี่ยง และ 4) การตั้งตัวชี้วัดในการทำงาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับเงินเดือน เป็นที่น่าสังเกตว่าปัจจุบันยังไม่มีระบบการสร้างแรงจูงใจโดยตรงในระยะยาวของผู้ปฏิบัติงาน เช่น ความก้าวหน้าทางวิชาชีพและการเลื่อนขั้นตำแหน่ง ซึ่งอาจเป็นที่ต้องการของบุคลากรสายวิชาชีพในระบบสุขภาพ ผู้ประเมินเห็นโอกาสนี้ด้วยการต่อยอดให้เกิดการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลต่าง ๆ ภายใต้อุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เพื่อให้บุคลากรนำไปวิจัยและตีพิมพ์ผลงานวิจัยเหล่านั้นเพื่อใช้ประกอบการเลื่อนวิทยฐานะหรือเลื่อนขั้นตำแหน่ง ขณะเดียวกันจะเป็นการสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อ

ติดตามความปลอดภัยและบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยโดยรวม ดังที่จะได้กล่าวในส่วนของ ทฤษฎีความเปลี่ยนแปลง (หัวข้อ 3.3 ความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ของยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้านที่มีต่อ เป้าหมายของยุทธศาสตร์) อย่างไรก็ตาม การเพิ่มการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ของระบบข้อมูลเหล่านี้ต้องกระทำ ด้วยความระมัดระวังอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรมการวิจัยเพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่ง สรพ. ในฐานะผู้พัฒนาและบริหารฐานข้อมูลอาจมีส่วนช่วยเหลือในการจัดทำแนวทางในระดับประเทศไว้

3.2.3 การติดตามและประเมินผล

จากการทบทวนเอกสารยุทธศาสตร์ความปลอดภัย^[10] พบว่า มีการระบุตัวชี้วัดทั้งในภาพรวมของ ยุทธศาสตร์และรายยุทธศาสตร์ย่อย (ยุทธศาสตร์ที่ 1-5) เพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ภายใต้ยุทธศาสตร์ แต่ตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดขึ้นยังขาดความชัดเจน ได้แก่ ไม่มีการกำหนดข้อมูลพื้นฐาน (baseline data) ค่าเป้าหมาย วิธีการได้มาซึ่งตัวชี้วัด (เช่น ข้อมูลที่ใช้และวิธีการคำนวณผล) ช่วงเวลาที่จะ ประเมินผล และหน่วยงานผู้รับผิดชอบในการติดตามและประเมินผลแต่ละตัวชี้วัด ถึงแม้ว่า สรพ. จะเป็น เลขาธิการของคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ และถือเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ในการผลักดันการ ดำเนินงานของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ก็ตาม แต่ตัวชี้วัดในรายยุทธศาสตร์บางส่วนสามารถมอบหมายการ ติดตามและประเมินผลให้แก่ภาคีเครือข่ายที่เป็นผู้ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดได้ เช่น ตัวชี้วัดร้อยละ ของสถาบันการศึกษาที่มีการบูรณาการการเรียนการสอนเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในหลักสูตรของ สถาบันการศึกษา ที่อาจมอบหมายการติดตามและประเมินผลแก่สภาวิชาชีพ เป็นต้น ความไม่ชัดเจนของ ตัวชี้วัดส่งผลให้การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานทำได้ยาก ไม่เห็นความแตกต่างระหว่างก่อนและหลัง การดำเนินงาน ไม่สามารถสรุปได้ว่าการดำเนินงานประสบผลสำเร็จจริงหรือไม่ และอาจทำให้ขาดการมีส่วนร่วม/การสนับสนุนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากหน่วยงานไม่เห็นผลความสำเร็จที่ชัดเจนในการ ดำเนินงาน

สรพ. (เลขานุการของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ) เป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ติดตามความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในระดับ นโยบายและระดับองค์กร (โรงพยาบาล) และนำเสนอผลในการประชุมคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการที่ ถูกจัดขึ้นเป็นระยะใน พ.ศ. 2560-2562^[32, 39, 41, 47, 48, 53-56] การปรับโครงสร้างระบบอภិบาล ใน พ.ศ. 2563 ส่งผลให้การรายงานผลความก้าวหน้าในการดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากไม่มีการประชุมของ คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ถึงแม้ว่าจะยังมีการติดตามผลการ ดำเนินงานยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ จาก สรพ. อยู่ก็ตาม^[58] จากการทบทวนรายงานการประชุมของ คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการใน พ.ศ. 2560-2562 และการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับนโยบาย พบว่า การรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานผ่านการประชุมของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ (ปี ละ 0-2 ครั้ง) ยังไม่เพียงพอ รวมทั้งการนำเสนอความก้าวหน้าในการดำเนินงานยังขาดความชัดเจนและไม่เห็น

ผลความสำเร็จในการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม จากข้อมูลทั้งหมดที่รวบรวมได้ในการศึกษานี้ ผู้ประเมินสรุปว่า กระบวนการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ควรได้รับการปรับปรุง และพัฒนากระบวนการให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ทั้งการปรับปรุงตัวชี้วัด ระยะเวลา/ความถี่ในการติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน และวิธีการติดตามหรือประเมินผลการดำเนินงานจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

"...ผมก็เลยไม่เห็นอะไรที่มันเป็นรูปธรรมนะ ในความรู้สึกผมว่าการติดตามประเมินผล ผม ยังรู้สึกมันไม่เป็นรูปธรรม ไม่มีอะไรให้จับต้องได้ ..." (ผู้ให้ข้อมูล NL03)

"อันนี้ (ผู้ประเมิน: การกำกับติดตาม) ไม่เห็นเลยคะ เพราะถ้ามีการกำกับมันต้องมีผลใช้ ใหม่ มีผลลัพธ์บ้าง แต่ว่ามันยังไม่เห็นผลลัพธ์ตรงนั้นคะ อาจจะยังไม่มีการประชุมต่อเนื่อง ไปก็เลยไม่ทราบว่าเป็นอย่างไรคะ เห็นแต่ว่ามีเรื่อง timeline ของการทำงานเท่านั้นเองว่าจะทำเรื่องนี้ตอนนี่..." (ผู้ให้ข้อมูล NL11)

จากการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มในระดับองค์กรและปฏิบัติการพบว่า โรงพยาบาลไม่ได้ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อตอบตัวชี้วัดหรือรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เนื่องจากยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ไม่ได้กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จหรือกิจกรรมสำหรับโรงพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุข^[10] แต่โรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมีการติดตามผลการดำเนินงานด้านคุณภาพและความปลอดภัยในการให้บริการตามตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลกำหนดขึ้น เช่น จำนวนครั้งในการรายงานความเสี่ยงของบุคลากร จำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในหมวดที่โรงพยาบาลสนใจ จำนวนการฟ้องร้อง/ร้องเรียนของผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อใช้ในการพัฒนาการให้บริการให้มีคุณภาพและความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น โดยโรงพยาบาลมอบหมายให้หัวหน้าฝ่ายทำหน้าที่ประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในฝ่าย และมอบหมายให้คณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและ/หรือฝ่ายงานคุณภาพทำหน้าที่ติดตามผลการดำเนินงานจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เช่น การรายงานของหัวหน้าฝ่าย ระบบข้อมูลของโรงพยาบาล ระบบข้อมูลภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เป็นต้น และรายงานผลการดำเนินงานในการประชุมของคณะผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นประจำทุกเดือนหรือทุกไตรมาส (ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลแต่ละแห่ง)

3.2.4 ความเหมาะสมและความสำเร็จของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ

ความปลอดภัยในระบบบริการสาธารณสุขเป็นปัญหาสำคัญของทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ดังเห็นได้จากการให้ความสำคัญและการดำเนินงานเพื่อผลักดันนโยบายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมากกว่า 20 ปี ขององค์การอนามัยโลกจนเกิดเป็นแผนปฏิบัติการความปลอดภัยของผู้ป่วยโลก ค.ศ. 2021-2030 ดังนั้น การมีนโยบายหรือยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทยอย่าง ‘ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564’ จึงถือเป็นเรื่องที่เหมาะสมและจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อพัฒนาให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพ รวมถึง

ผลักดันให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยมีความน่าเชื่อถือและมีการให้บริการที่ทัดเทียมกับระบบบริการสุขภาพในระดับสากล^[60, 61]

จากการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีความคิดเห็นด้านความเหมาะสมของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ไปในทิศทางเดียวกัน โดยทุกคนเห็นว่าการมียุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ช่วยให้เกิดความชัดเจนในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทั้งในผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้น ก่อให้เกิดการประสานงานและดำเนินงานร่วมกันทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน เป็นแนวทางการดำเนินงานด้านคุณภาพและความปลอดภัยที่ดีให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง และคิดว่ายุทธศาสตร์ที่ถูกกำหนดภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ (ยุทธศาสตร์ 1-5) มีความครอบคลุมในการดำเนินงานและเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยในขณะนั้น

"...หลังจากที่มี 2P (ยุทธศาสตร์ฯ - ผู้ประเมิน) เข้ามามันก็จะทำให้เราเห็นกระบวนการเห็นเรื่องราวเป็นรูปเป็นร่างเป็นขั้นตอน มีการแยกที่ค่อนข้างชัดเจนเป็นหมวดหมู่ค่ะ ก็จะทำให้เราเห็น คือหมายถึงว่าเราสามารถแก้ปัญหาได้ชัดเจนประเด็นมากยิ่งขึ้นแล้วก็ทำให้เรามองเห็นภาพไม่กว้างจนเกินไปค่ะ" (รหัสผู้ให้ข้อมูล OL05, CL05)

"พอมียุทธศาสตร์เนี่ยมันทำให้เกิดการขยายผลที่ชัดเจนคือการมีภาคีเครือข่ายเข้ามาร่วมคิดร่วมขับเคลื่อนด้วย ก่อนหน้าจะมียุทธศาสตร์ส่วนใหญ่ทุกคนก็จะพูดกันแต่ สรพ. อย่างเดียวแทบจะไม่มีหน่วยงานอื่นเข้ามาร่วมในการขับเคลื่อน แต่พอมีโครงการเนี่ย ผมคิดว่ามันทำให้เกิดภาคี..." (รหัสผู้ให้ข้อมูล NL16)

การดำเนินงานของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในช่วง พ.ศ. 2561-2564 กำหนดภารกิจที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน 3 ภารกิจ ได้แก่ การพัฒนาเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยในระดับประเทศ การพัฒนาเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขในระดับประเทศ และการพัฒนาระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานให้แก่โรงพยาบาลและเป็นระบบข้อมูล/เครื่องมือที่ช่วยในการขับเคลื่อนนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข^[32] ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ที่เห็นด้วยกับการมีเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขและการมีระบบรายงานฯ ในระดับประเทศ เพราะทำให้บุคลากรผู้ปฏิบัติงานและโรงพยาบาลสามารถเข้าใจและปฏิบัติตามนโยบายได้ง่ายยิ่งขึ้น

ภารกิจที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนทั้ง 3 ภารกิจนั้น ได้รับการดำเนินการแล้วเสร็จและได้มีการเผยแพร่/ประกาศใช้ตั้งแต่ พ.ศ. 2561^[14, 62] โดยใน พ.ศ. 2564 มีโรงพยาบาลที่ประกาศใช้เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขและเข้าร่วมการรายงานในระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์จำนวน 764 โรงพยาบาล^[61] จากการทบทวน

เอกสารเกี่ยวกับผลการสำรวจด้านประโยชน์ที่ได้รับจากเครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ (ระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์) ในปีงบประมาณ 2564 พบว่าระบบการรายงานฯ มีส่วนช่วยในการสร้างวัฒนธรรมองค์กรในระดับมาก^[63] ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มที่แสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ช่วยให้บุคลากรมีความตระหนักในความสำคัญของการปฏิบัติงานโดยคำนึงถึงความปลอดภัยทั้งต่อตนเอง ต่อเพื่อนร่วมงาน และต่อผู้ป่วย ตลอดจนมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลลดลงอย่างเป็นรูปธรรม

“...คิดว่าสำเร็จ เพราะมีการรายงานในระดับ E up (ผู้ประเมิน: ผลกระทบจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรับการรักษาเพิ่มขึ้นหรือนานขึ้น) ลดลง และบุคลากรมีการรายงานเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ เหตุการณ์บางส่วนในระดับที่สำคัญไม่เกิดซ้ำ...”
(รหัสผู้ให้ข้อมูล OL04)

3.2.5 ความยั่งยืนของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ

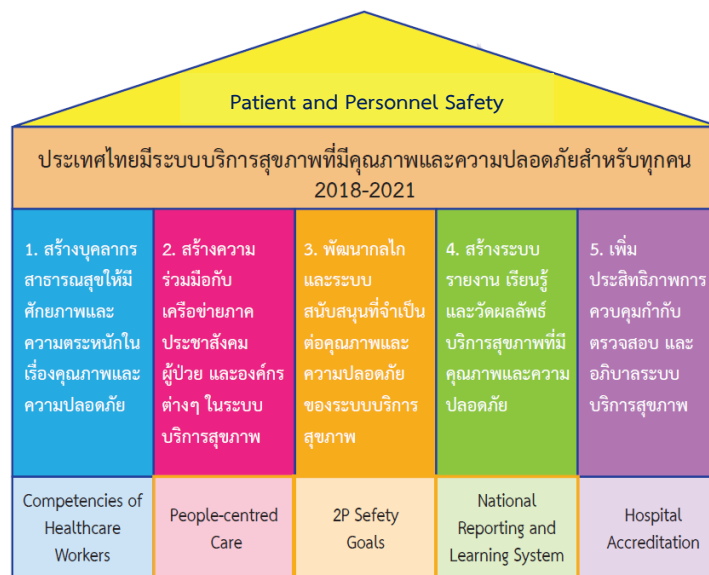
ในอดีตการมีระบบบริหารความเสี่ยงและการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น โรงพยาบาลถือเป็นกิจกรรมโดยสมัครใจที่โรงพยาบาลสามารถเลือกที่จะทำหรือไม่ทำก็ได้ แต่ในปัจจุบันสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ. หน่วยงานที่มีบทบาทในการประเมินระบบงานและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล รวมทั้งกำหนดมาตรฐานของสถานพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางการประเมินการพัฒนาและการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล (hospital accreditation: HA) ได้กำหนดให้การดำเนินงานด้านการบริหารคุณภาพและความปลอดภัย การมีระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล และการมีระเบียบปฏิบัติในการรายงานอุบัติการณ์รวมทั้งการจัดการเมื่อได้รับรายงานและการบันทึกข้อมูลถูกผนวกรวมเข้าไปในมาตรฐานและบริการสุขภาพฉบับที่ 4 เพื่อขอรับการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2561^[14] ส่งผลให้โรงพยาบาลจำเป็นต้องให้ความสำคัญและใส่ใจต่อการพัฒนาระบบบริการ รวมถึงวัฒนธรรมความปลอดภัยในการให้บริการของโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น เพื่อให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองมาตรฐานและได้รับความไว้วางใจจากผู้รับบริการ การผสมผสานนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขเข้ากับการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลจะก่อให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เนื่องจากกระบวนการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลจะมีการเยี่ยมชมสำรวจอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นโรงพยาบาลจึงต้องดำเนินงานและรักษาคุณภาพให้เป็นไปตามมาตรฐานเพื่อให้ได้รับการรับรอง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มของผู้เกี่ยวข้องที่เห็นว่า การบูรณาการยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เข้ากับงานประจำของโรงพยาบาล รวมถึงงานด้านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลจะทำให้การขับเคลื่อนนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทยมีความยั่งยืน

“...แต่ส่วนที่คิดว่ามันจะ maintain ต่อเนื่องได้ก็คือต้องเข้าไปอยู่ในมาตรฐาน HA เพราะ การที่มันเข้าไปอยู่ในมาตรฐานมันคือชีวิตวิถีประจำของโรงพยาบาลที่เขาจะพัฒนาต่อ ยอดการทำงาน...” (รหัสผู้ให้ข้อมูล NL01)

โดยสรุปในประเด็นความเหมาะสม ความสำเร็จ และความยั่งยืนของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ความปลอดภัยฯ ผู้ประเมินพบว่ายุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เป็นยุทธศาสตร์ที่จำเป็นสำหรับประเทศไทย โดยยุทธศาสตร์มีความเหมาะสมและครอบคลุมประเด็นการดำเนินงานตามบริบทของประเทศไทยในขณะนั้น นอกจากนี้ การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ยังประสบความสำเร็จในด้านการสร้างทัศนคติและความตระหนักด้านความปลอดภัยให้กับบุคลากรสาธารณสุข สามารถเป็นแนวทางในการดำเนินงานทางสาธารณสุขให้มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ก่อให้เกิดการบูรณาการองค์ความรู้และความร่วมมือทั้งในสถานพยาบาลและหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมาที่มีการบูรณาการการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เข้ากับการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลยังก่อให้เกิดความยั่งยืนในการขับเคลื่อนนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทย

3.3 ความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์ของยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้านที่มีต่อเป้าหมายของยุทธศาสตร์

จากการทบทวนเอกสารยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ พบว่ายุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้านมีความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์กันในการก่อให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ^[10] ทั้งนี้ การจะผลักดันให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดของยุทธศาสตร์ได้ ยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้านจะต้องมีการดำเนินงานไปพร้อม ๆ กัน ดังกรอบแนวคิดของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ (รูป 7)

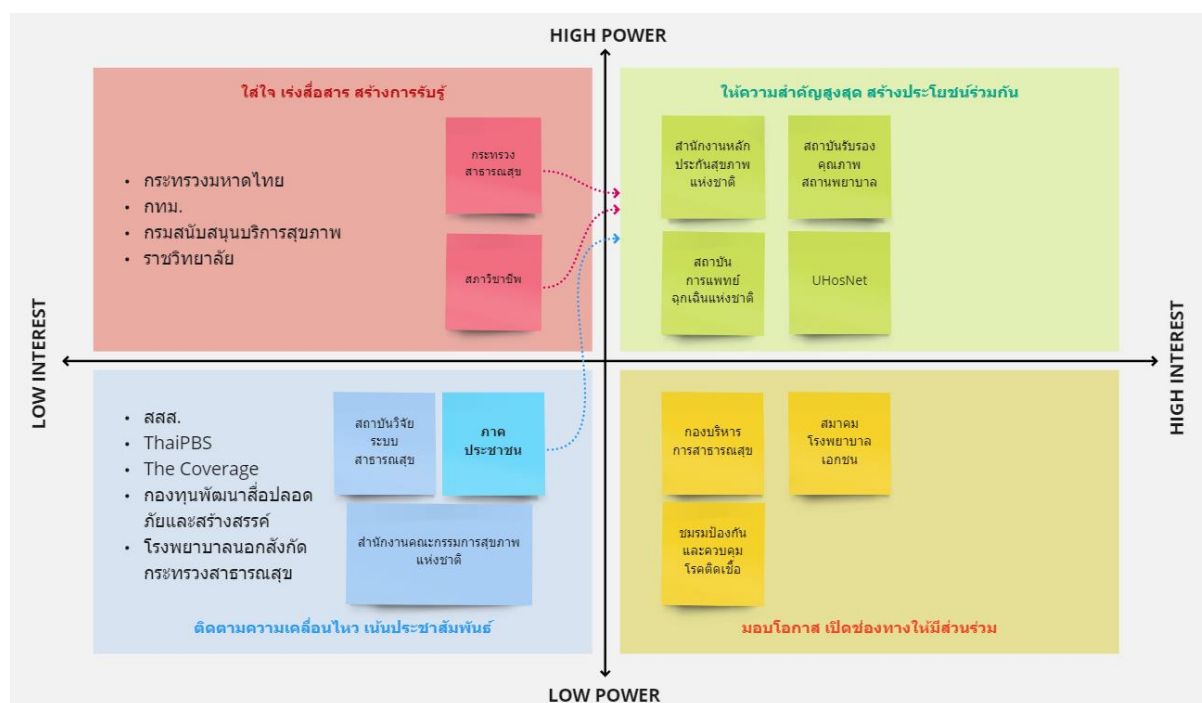


รูป 7 กรอบแนวคิดของยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย^[10]

จากการจัดประชุมผู้พัฒนาและผู้ใช้เครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง พบว่าเป้าหมายสูงสุดในการพัฒนาและใช้เครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ทั้ง 3 ระบบ (NRLS, HSCS, และ PEP)^[10] (รูป 8) ประกอบด้วย 1) การเกิดสัมพันธภาพ/ความร่วมมือระหว่างบุคลากรและประชาชน 2) การเกิดระบบบริการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย 3) ลดปัญหาการฟ้องร้องจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และ 4) เกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในประเทศ ซึ่งผู้ประเมินพบว่าผลกระทบ (impact) ที่ได้จากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงในช่วงต้นสอดคล้องกับเป้าหมายสูงสุดของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เนื่องจากการเกิด ‘ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข’ ย่อมต้องหมายถึงการมีวัฒนธรรมความปลอดภัยในการให้บริการในระดับประเทศ การได้รับความร่วมมือจากประชาชนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ การมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและปลอดภัย และเมื่อเกิดความปลอดภัยในผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขแล้ว ย่อมลดปัญหาการฟ้องร้องระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ในประเทศได้

ถึงแม้ว่ายุทธศาสตร์ทั้ง 5 ด้านจะส่งผลให้เกิดเป้าหมายสูงสุดของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ได้ แต่การดำเนินงานที่เกิดขึ้นในช่วง พ.ศ. 2561-2564 ที่เป็นการดำเนินงานในลักษณะแยกส่วน หรือแบ่งขอบเขตการดำเนินงานในรายยุทธศาสตร์ออกจากกันอย่างชัดเจน อาจส่งผลให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายสูงสุดที่วางไว้ได้ ดังจะเห็นได้จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง (รูป 8) ที่แสดงให้เห็นว่าการจะเกิดผลกระทบหรือเป้าหมายสูงสุดที่ตั้งไว้ได้นั้น ต้องมีการผลักดันให้เกิดผลลัพธ์ (outcome) ได้แก่ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาระบบบริการ การนำข้อมูลจากระบบข้อมูลไปใช้ประโยชน์ และการเกิดวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล โดยการนำข้อมูลจากระบบข้อมูลไปใช้ประโยชน์เป็นผลลัพธ์ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์อื่น ๆ ตามมา ซึ่งหากเปรียบเทียบกับกลไกการดำเนินงานใน พ.ศ. 2561-2564 ที่ผ่านมา จะพบว่าผลลัพธ์ที่ตั้งไว้มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานของทุกรายยุทธศาสตร์ เช่น การนำข้อมูลจากระบบข้อมูลไปใช้ประโยชน์ เกี่ยวพันกับยุทธศาสตร์ที่ 4 เรื่องการสร้างและพัฒนาระบบให้เหมาะสมต่อการใช้งาน ยุทธศาสตร์ที่ 1 เรื่องการสร้างความตระหนักในบุคลากรให้มีการรายงานข้อมูลที่มีคุณภาพเข้าสู่ระบบ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ที่จะต้องมีการสื่อสารข้อมูลที่ได้จากระบบไปสู่ภาคประชาชนเพื่อผลักดันให้เกิดการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์และทำให้เกิดการมีส่วนร่วม เป็นต้น ดังนั้น การดำเนินงานของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในอนาคต คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ และ สรพ. จึงควรพัฒนาการดำเนินงานของยุทธศาสตร์ให้มีการสื่อสาร แบ่งปันข้อมูล และประสานงานระหว่างรายยุทธศาสตร์มากขึ้น เพื่อผลักดันให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายสูงสุดตามที่ได้กำหนดไว้

การขับเคลื่อนนโยบายต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคล/หน่วยงานที่หลากหลาย ซึ่งบุคคลแต่ละคนหรือหน่วยงานแต่ละแห่งย่อมมีความสนใจ มีประสบการณ์ มีบทบาท หรือมีอำนาจหน้าที่ต่อนโยบายที่ต้องขับเคลื่อนแตกต่างกัน ความหลากหลายของบุคคล/หน่วยงานจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ผู้ประสานงาน (สรพ.) ควรพิจารณาเพื่อเลือกใช้วิธีการสื่อสารหรือการประสานงานที่เหมาะสม ดังนั้น ผู้ประเมินจึงได้วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder analysis) จากข้อมูลย้อนหลังที่รวบรวมได้จากการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ และการอภิปรายกลุ่ม เพื่อเป็นแนวทางให้แก่ สรพ. ในการระบุบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์ ทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเดิมและผู้เล่นใหม่ ๆ ที่มีส่วนเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในอนาคต^[64] โดยผู้ประเมินสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ได้ (รูป 9) ดังนี้



รูป 9 การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากข้อมูลย้อนหลังที่รวบรวมได้จากการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ และการอภิปรายกลุ่ม

กลุ่มที่ 1 high power, high interest ประกอบด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ และเครือข่ายโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHosNet) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อโรงพยาบาล บุคลากรสาธารณสุขในสังกัด หรือมีเครือข่ายการดำเนินงานที่เป็นกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขอย่างกว้างขวาง และเป็นกลุ่มที่ร่วมผลักดัน/สนับสนุนการดำเนินงานของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ อย่างต่อเนื่องตลอด 4 ปี หน่วยงานในกลุ่มนี้จึงถือเป็นหน่วยงานที่ สรพ. ควรให้ความสำคัญสูงสุด โดยการหมั่นสื่อสารถึงแผนการ

ดำเนินงาน ผล/ความก้าวหน้าในการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้หน่วยงานกลุ่มนี้ยังคงอยู่ในสถานะเดิมต่อไป

กลุ่มที่ 2 high power, low interest ประกอบด้วยกระทรวงสาธารณสุข และสภาวิชาชีพต่าง ๆ เป็นกลุ่มที่มีอำนาจหน้าที่ในการสั่งการต่อหน่วยงานใต้บังคับบัญชา หรือออกระเบียบ/ข้อบังคับแก่บุคลากรทางสาธารณสุข แต่ยังไม่ให้ความสนใจหรือใช้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เป็นนโยบายหลักของหน่วยงาน ดังนั้น ผู้เกี่ยวข้องในกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มที่ สรพ. ควรเพิ่มการสื่อสารข้อมูลเพื่อให้หน่วยงานดังกล่าวเห็นถึงความสำคัญของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ และควรเพิ่มการสร้างแรงจูงใจ โดยการจัดให้มีกิจกรรมภายใต้ยุทธศาสตร์ที่สามารถสร้างผลประโยชน์ร่วมกันทั้งสองฝ่าย หรือทำให้หน่วยงานเห็นประโยชน์จากการเข้าร่วมอย่างเป็นรูปธรรม เช่น แสดงข้อมูลความปลอดภัย/ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับบุคลากรแต่ละวิชาชีพเพื่อชี้ให้เห็นถึงสภาวิชาชีพตระหนักถึงความสำคัญของการมียุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เป็นต้น นอกจากนี้ในกลุ่มที่ 2 ยังมีผู้เล่นอื่น ๆ ที่ไม่ได้ถูกระบุ/มีส่วนร่วมในการดำเนินงานใน พ.ศ. 2561-2564 ที่ผ่านมา แต่เป็นผู้เล่นที่มีอำนาจหน้าที่ในการสั่งการต่อหน่วยงานใต้บังคับบัญชาและสามารถสนับสนุนการดำเนินงานของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ให้ดียิ่งขึ้นได้ เช่น กระทรวงมหาดไทย กรุงเทพมหานคร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และราชวิทยาลัยต่าง ๆ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 low power, high interest ได้แก่ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน กองบริหารการสาธารณสุข และชมรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ เป็นกลุ่มที่มีความตื่นตัวในเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ แต่มีได้มีอำนาจหน้าที่ในการสั่งการต่อหน่วยงานอื่น ดังนั้น สรพ. จึงควรเลือกใช้วิธีการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง และควรเปิดโอกาสให้หน่วยงานในกลุ่มนี้ได้มีบทบาทในการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์มากขึ้น เพื่อรักษาความสนใจต่อยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ของหน่วยงานในกลุ่มนี้ไว้

กลุ่มที่ 4 low power, low interest ได้แก่ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และภาคประชาชน เป็นกลุ่มที่ไม่มีอำนาจหน้าที่ในการสั่งการบุคลากรสาธารณสุขโดยตรง และยังไม่ได้รับโอกาสหรือช่องทางในการเข้ามามีบทบาทในยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เท่าที่ควร สรพ. จึงควรพัฒนาการสื่อสารโดยเพิ่มการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับยุทธศาสตร์ และเพิ่มโอกาส/ช่องทางแก่หน่วยงานในการเข้ามามีบทบาทในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์มากขึ้น เช่น การร่วมมือกับ สวรส. เพื่อสนับสนุนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ประเมินยังพบว่านอกจากหน่วยงานในข้างต้นแล้วยังมีหน่วยงานอื่น ๆ ที่น่าสนใจและอาจมีบทบาทในการขยายขอบเขตการดำเนินงาน/ช่วยสื่อสารและประชาสัมพันธ์ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในอนาคต ได้แก่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ ไทยพีบีเอส หน่วยงานด้านสื่อสารมวลชนอื่น ๆ หรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลต่อความคิดและการตัดสินใจของกลุ่มเป้าหมาย (influencer) และโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น

3.4 ทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงาน (ปัจจัยนำเข้า)

3.4.1 งบประมาณ

ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงบประมาณ ดังสรุปได้ตามตาราง 9 โดยสามารถแบ่งที่มาของงบประมาณได้จาก 2 แผนงาน ได้แก่ 1) แผนงานบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2562 และ 2) แผนงานยุทธศาสตร์สร้างหลักประกันทางสังคม ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 เนื่องจากไม่มีแผนงานบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 โดยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานรับงบประมาณหลัก และ สรพ. เป็นหนึ่งในหน่วยงานรับงบประมาณที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง สรพ. ได้รับจัดสรรงบประมาณจากแผนงานดังกล่าวมาใช้ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในฐานะที่เป็นหน่วยงานรับผิดชอบโครงการการพัฒนาเพื่อให้ประชาชนผู้มีสิทธิเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพอย่างเสมอภาคกัน^[65-67] สรพ. จัดสรรงบประมาณที่ได้รับจากสำนักงบประมาณเพื่อใช้ในกิจกรรมการจัดประชุม/สัมมนาเพื่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ, การจ้างเหมาเอกชนในการดูแล บำรุง รักษาระบบข้อมูล, กิจกรรมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ และกิจกรรมการเผยแพร่องค์ความรู้ ประชาสัมพันธ์ โครงการ 2P Safety โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2564 งบประมาณถูกนำไปใช้กับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบข้อมูลเป็นส่วนใหญ่^[34, 35] เช่น การดูแลและพัฒนาระบบ หรือการจัดกิจกรรมเพื่อชี้แจงถึงการใช้และวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบให้แก่โรงพยาบาล เป็นต้น แสดงให้เห็นว่าระบบข้อมูลเป็นสิ่งที่ต้องลงทุนและจำเป็นต้องมีงบประมาณอย่างต่อเนื่องในการดูแล รักษา และพัฒนาระบบ

ตาราง 9 งบประมาณที่ สรพ. ได้รับจัดสรรเพื่อใช้ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ

ปีงบประมาณ	จำนวน (บาท)	ที่มา
2561	10,000,000	แผนงานบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ
2562	20,939,600	แผนงานบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ
2563	10,016,200	แผนงานยุทธศาสตร์สร้างหลักประกันทางสังคม
2564	19,296,300	แผนงานยุทธศาสตร์สร้างหลักประกันทางสังคม

ผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เข้าร่วมการประเมินนี้ส่วนใหญ่มีความเห็นว่า งบประมาณสำหรับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ที่ได้มานั้น ไม่เพียงพอสำหรับการบริหารจัดการ ในขณะที่ผู้กำหนดนโยบายส่วนหนึ่งคิดว่า งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ นอกเหนือจากที่ได้รับจากสำนักงบประมาณแล้ว ยังสามารถดึงงบประมาณจากแต่ละหน่วยงานมาใช้ได้ แต่คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ ต้องมีการมอบหมาย/จัดสรรกิจกรรมหรือหน้าที่ในการดำเนินงานให้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน เช่น การกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม เพื่อให้หน่วยงานจัดสรรงบประมาณของตัวเองมาใช้ในการดำเนินกิจกรรมที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ได้

"พินิจงบประมาณใช้จากหน่วยงานนะใช้ได้งบประมาณมีเหลือเพื่อยุทธศาสตร์ เพียงแต่ว่าการให้ความสำคัญ แล้วก็ทิศทางที่จะต้องจัดสรรเนี่ยมันไม่ได้ถูกพูดถึงชัดเจนว่าคุณควรจะจัดงบประมาณเพื่อการเหล่านี้ไว้ยังไง แล้วเราจะติดตามผลลัพธ์การ implement เหล่านี้ยังไง..." (รหัสผู้ให้ข้อมูล NL06)

งบประมาณที่ใช้สำหรับดำเนินงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในระดับองค์กร (โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety) มาจากงบประมาณของโรงพยาบาล เพื่อใช้ในการบริหาร/จัดการและดำเนินงานภายในโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เช่น การอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลเรื่องโครงการ 2P Safety การให้รางวัลเป็นแรงจูงใจแก่บุคลากรในการรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล และการเตรียมอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เพื่อรองรับระบบรายงานข้อมูล เป็นต้น สำหรับค่าลงทุนด้านระบบข้อมูลภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ อื่น ๆ ที่นอกเหนือจากค่าอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น ค่าซอฟต์แวร์/โปรแกรม และค่าติดตั้งระบบ จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างพบว่า ค่าใช้จ่ายในส่วนดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานส่วนกลาง (สรพ.) ที่สนับสนุนให้โรงพยาบาลสามารถเข้าใช้งานโปรแกรมได้ฟรีและไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับการติดตั้งระบบ ซึ่งถือเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาลและปฏิบัติการเป็นอย่างมาก เนื่องจากโรงพยาบาลบางแห่งอาจมีข้อจำกัดด้านงบประมาณที่ไม่สามารถลงทุนด้านการพัฒนาระบบ/เครื่องมือเพื่อใช้รายงานและวิเคราะห์ข้อมูลด้านความปลอดภัยได้

"...รายได้ของโรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก ขนาดกลางในต่างจังหวัดเนี่ย ครบรายได้อันนั้นจะไม่มีมากพอที่จะไปลงทุนพัฒนาโปรแกรมพวกนี้ เพราะฉะนั้นก็คือพอ สรพ. ทำตรงนั้นมันก็เลยคิดว่าส่วนหนึ่งก็คือทำให้โรงพยาบาลที่อยู่กลาง ๆ ระดับล่างลงมาได้มีโอกาสที่จะใช้เทคโนโลยีหรือโปรแกรมที่มันทันสมัยเทียบเท่ากับโรงพยาบาลที่เขามีงบประมาณในการดำเนินการอย่างนี้ครับ อันนี้ถือว่าเป็นประโยชน์กับโรงพยาบาลในภาพรวมทั้งรัฐและเอกชน..." (รหัสผู้ให้ข้อมูล OL08)

ในการประเมินนี้ ผู้ประเมินยังไม่ได้คำนึงถึงต้นทุนอื่น ๆ ของโรงพยาบาลที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมโครงการ 2P Safety เช่น ต้นทุนค่าแรงของผู้บริหารและบุคลากรที่ใช้ในการดำเนินงานรวมทั้งการลงข้อมูลต่าง ๆ ซึ่งอาจมีมูลค่ามากหรือน้อยขึ้นกับขนาดของโรงพยาบาล ระดับของผู้ปฏิบัติงาน และความเข้มข้นของการดำเนินงาน ฯลฯ อย่างไรก็ตามผู้ประเมินพบว่าผู้บริหารและผู้รับผิดชอบด้านความปลอดภัยในโรงพยาบาลส่วนใหญ่คิดว่าการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เป็นสิ่งจำเป็น เป็นหัวใจของการให้บริการที่มี

คุณภาพ จึงไม่ได้ใส่ใจกับต้นทุนที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลในส่วนนี้ และนับเป็นจุดแข็งหนึ่งของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ

3.4.2 บุคลากร

คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานที่มีหน้าที่ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ตามเป้าประสงค์ในการดำเนินงานของแต่ละคณะ ซึ่งมีตัวแทนทั้งจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งสมาชิวิชาชีพ สถาบันการศึกษา (ระดับมหาวิทยาลัย) และกลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค/กลุ่มผู้ป่วย โดยมีบุคลากรจาก สรพ. อยู่ในทุกคณะ ทั้งในฐานะกรรมการ อนุกรรมการ เลขานุการ และผู้ช่วยเลขานุการ^[37, 38] นอกจากนี้ยังมีกลุ่มบุคคลที่นอกเหนือจากที่กล่าวมาข้างต้น แต่มีส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เช่น ผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการในสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือทีมผู้พัฒนาระบบข้อมูล เป็นต้น^[32, 39, 41, 47, 48, 53-56]

จากการทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน ผู้ประเมินพบข้อสังเกตเกี่ยวกับองค์ประกอบ ดังนี้ 1) ผู้บริหาร/เจ้าหน้าที่ สรพ. ที่ทำหน้าที่ฝ่ายเลขานุการคณะต่าง ๆ มีรายชื่อซ้ำกัน แสดงว่ามีบุคลากรจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนคณะและปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ 2) การแต่งตั้งตำแหน่งเลขานุการร่วม หากขอให้ประธานคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงาน ส่งบุคลากรในหน่วยงานที่สังกัดเป็นเลขานุการร่วม จะทำให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินการระหว่างภาคีเครือข่ายและเพิ่มบุคลากรในการดำเนินงานที่นอกเหนือจาก สรพ. ซึ่งจะส่งผลให้มีบุคลากรที่สามารถช่วยสนับสนุนการประสานงานเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ มากขึ้น และช่วยให้การกำกับติดตามและการดำเนินงานราบรื่นและเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ในระดับโรงพยาบาล ฝ่ายบริหารความเสี่ยงหรือฝ่ายคุณภาพของโรงพยาบาลเป็นผู้ดำเนินงานด้านความปลอดภัย รวมถึงการขับเคลื่อนโครงการ 2P Safety ของโรงพยาบาล เช่น การส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมของ สรพ. การวางแผนปฏิบัติการ จัดทำค่าของงบประมาณสนับสนุนงาน/กิจกรรมด้านความปลอดภัย การจัดอบรม/ปฐมนิเทศให้แก่บุคลากร การกำกับติดตามการทำงานและการประเมินผลบุคลากรในโรงพยาบาล และการประชาสัมพันธ์ข้อมูลผ่านช่องทางต่าง ๆ ผู้ประเมินพบว่า ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขนาดใหญ่มีบุคลากรของฝ่ายบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลที่มีความรู้ความสามารถ ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากได้รับการฝึกอบรมด้านงานคุณภาพจาก สรพ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาโดยตลอด และมีประสบการณ์การทำงานด้านพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมาเป็นเวลานาน ก่อนจะมีโครงการ 2P Safety อย่างไรก็ตาม ในโรงพยาบาลขนาดเล็กบางแห่ง การที่มีบุคลากรจำนวนน้อยทำให้ผู้บริหารต้องมอบหมายบุคลากรเพียง 1-2 คน ให้รับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยง หากเกิดสถานการณ์ที่ไม่ปกติที่มีความต้องการ

บริการสุขภาพและการใช้ทรัพยากรของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างมาก (เช่น การระบาดของโรคโควิด-19) อาจทำให้การดำเนินงานด้านคุณภาพและความปลอดภัยขาดช่วง/หยุดชะงักได้

“...ช่วงโควิดผมเห็นพยาบาลของผมร้องไห้บ่อยมากเลย ของผมต้องมีหมอบ FT 7 คน
นี้ผมยังมี 4 คนเอง 4 คนนี้นับผู้บริหารไปด้วยนะ ณ ปัจจุบันงานแบบนี้ (งานบริหาร
ความเสี่ยง-ผู้ประเมิน) ทำนอกเวลาหมดเพราะในเวลาต้องช่วยตรวจคนไข้หมดเลย
...” (รหัสผู้ให้ข้อมูล OL15)

3.4.3 ระบบข้อมูล

ในการดำเนินการของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติหรือเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข^[14, 68] และเผยแพร่ให้ทุกโรงพยาบาลในประเทศไทยนำไปปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทของตนเอง นอกจากนี้ยังได้พัฒนาระบบข้อมูลที่ช่วยสนับสนุนการดำเนินงานด้านความปลอดภัยแก่โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety และใช้เป็นระบบข้อมูลส่วนกลางของประเทศ ได้แก่

- 1) **National Reporting and Learning System (NRLS)** หรือระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของประเทศไทย เป็นระบบที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของประเทศไทยที่ได้รับรายงานจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety (รวบรวมข้อมูลจากระบบข้อมูลของโรงพยาบาลและข้อมูลจาก Healthcare Risk Management System) โดยมีการรายงานผลจากข้อมูลในระบบ NRLS ในรูปแบบภาพรวมของประเทศในช่องทางออนไลน์ (dashboard) ผ่านเว็บไซต์ <https://thai-nrls.org/>^[69-71]
- 2) **Healthcare Risk Management System (HRMS)** หรือระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล เป็นเครื่องมือที่ช่วยเก็บบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของโรงพยาบาล โดยข้อมูลในระบบจะถูกบันทึกและส่งต่อไปยังระบบข้อมูลกลางของประเทศ (NRLS) แบบอัตโนมัติ (real time)^[70, 72]
- 3) **Hospital Safety Culture Survey (HSCS)** หรือระบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาล เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยจำนวน 12 หัวข้อ เพื่อประเมินถึงความตระหนักเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในบุคลากร และประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้เครื่องมือต่าง ๆ เพื่อพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยระบบจะเปิดให้บุคลากรในโรงพยาบาลตอบแบบสำรวจในรูปแบบออนไลน์ (hscs.ha.or.th) เป็นประจำทุกปี และแสดงผลการทำแบบสำรวจในรูปแบบสี ได้แก่ สีเขียว (ได้คะแนนการสำรวจมากกว่าร้อยละ

80 ขึ้นไป) เป็นวัฒนธรรมที่ควรส่งเสริม, สีเหลือง (ได้คะแนนการสำรวจร้อยละ 50-80) เป็นวัฒนธรรมที่ควรพัฒนา, และสีแดง (ได้คะแนนการสำรวจต่ำกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไป)^[73]

- 4) **Patient Experience Program (PEP)** เป็นระบบสำรวจประสบการณ์ผู้ป่วยในรูปแบบออนไลน์ (<https://pex.ha.or.th/index>) เพื่อสอบถามความพึงพอใจต่อการให้บริการในโรงพยาบาล โดยแนวคำถามครอบคลุมการประเมินทั้งในส่วนของแพทย์ผู้ทำการรักษา พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ การใช้จ่าย และภาพรวมในการใช้บริการ^[74, 75]

ถึงแม้ว่าระบบข้อมูลทั้ง 4 ระบบในข้างต้นจะถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านความปลอดภัยแก่โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety โดยมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันดังที่ได้อธิบายในทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงในรูป 8 แต่การเลือกใช้งานระบบรวมถึงการรายงานข้อมูลในระบบ HRMS, HSCS, และ PEP เป็นไปโดยสมัครใจและขึ้นกับความพร้อม/บริบทของโรงพยาบาลนั้น ๆ (มิได้บังคับให้ใช้งานหรือรายงาน) โดยการมีระบบข้อมูลส่วนกลางของประเทศจะเอื้อต่อการพัฒนาด้านคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสาธารณสุขอย่างยั่งยืน ช่วยลดรอยต่อและเพิ่มความต่อเนื่องในการดำเนินงานในกรณีที่บุคลากรมีการหมุนเวียนระหว่างโรงพยาบาล นอกจากนี้การมีระบบข้อมูลทั้ง 4 ระบบยังก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาระบบงานในโรงพยาบาล และนำไปสู่การจัดทำนโยบาย มาตรการ กิจกรรม และโครงการเพื่อกระตุ้น/สร้างวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยในโรงพยาบาล สร้างวัฒนธรรมด้านการเรียนรู้ (learning culture) สร้างนิสัยพฤติกรรมในการพยายามเรียนรู้จากข้อผิดพลาด ความเสี่ยง หรือปัญหาที่พบ^[63] ทั้งนี้ในบทต่อไปจะได้แสดงผลการวิเคราะห์ฐานข้อมูลเหล่านี้เพื่อนำเสนอโอกาสในการพัฒนาเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ

บทที่ 4 ผลการดำเนินงาน

4.1 ความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามกลยุทธ์ภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ (ผลผลิต)

ผู้ประเมินทบทวนความก้าวหน้าในการดำเนินงานจากกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ในรายยุทธศาสตร์ (ยุทธศาสตร์ 1-5) ที่เกิดขึ้นในช่วง พ.ศ. 2561-2564 ซึ่งการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องในระดับนโยบายสามารถสรุปความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามกลยุทธ์ของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ได้ตั้งภาคผนวก 4 โดยพบว่า โครงการและกิจกรรมที่ระบุในกลยุทธ์ภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ส่วนมาก (ร้อยละ 93 ของกลยุทธ์ทั้งหมด) ได้ถูกดำเนินการโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แต่ยังคงมีบางกลยุทธ์ที่ผู้ประเมินไม่พบหลักฐานการดำเนินงานที่ชัดเจน ได้แก่

กลยุทธ์ 3.1 การมีโครงสร้างหรือคณะกรรมการที่ส่งเสริมและพัฒนาเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยทั้งในระดับสถานพยาบาล ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ และ/หรือ มีหน่วยงานหรือองค์กรที่มีบทบาทส่งเสริมพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสาธารณสุขในระดับประเทศ ผู้ประเมินไม่พบหลักฐานการมีโครงสร้างหรือคณะกรรมการที่ส่งเสริมและพัฒนาเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในระดับเขต จากการสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพบว่า เนื่องจากคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ และคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้องต้องการผลักดันให้ใช้โครงสร้างเดิมที่มีอยู่ในระบบบริการสาธารณสุข คือ โครงสร้างการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในระดับประเทศ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับโรงพยาบาล ในการดำเนินงานเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยแทนการแต่งตั้งคณะกรรมการใหม่ เพื่อช่วยลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนและระบบการสั่งการที่ไม่จำเป็น โดยมีการส่งเสริมให้โครงสร้างหรือกลไกการพัฒนาเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในระดับเขตผนวกรวมอยู่ในโครงสร้างการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขในระดับจังหวัด

กลยุทธ์ 3.5 มีการวิเคราะห์และสนับสนุน จำนวนบุคลากร ทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ โครงสร้างอาคารสถานที่ และงบประมาณที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนที่มุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัย เนื่องจากระบบข้อมูลภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถใช้ในการสำรวจจำนวนทรัพยากรและความต้องการของทรัพยากรในสถานบริการสุขภาพได้ ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์และสนับสนุนทรัพยากรที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลได้

4.2 อุปสรรคในการดำเนินงาน

จากการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ผู้ประเมินสรุปอุปสรรคในการดำเนินงานในช่วง พ.ศ. 2561-2564 ได้ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างบุคลากรสาธารณสุขให้มีศักยภาพและความตระหนักในเรื่องความปลอดภัย

การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นอุปสรรคต่อการฝึกอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข เช่น ไม่สามารถจัดการอบรมเชิงปฏิบัติการได้ (ต้องปรับรูปแบบการอบรมเป็นแบบออนไลน์) อันส่งผลให้บุคลากร/นักศึกษาที่มีประสิทธิภาพในการเรียนรู้ที่ลดลง เนื่องจากความไม่คุ้นชินและต้องปรับตัวต่อการเรียนหรือฝึกอบรมในรูปแบบออนไลน์^[76, 77] หรือภาระงานที่เพิ่มขึ้นด้วยข้อจำกัดเรื่องจำนวนบุคลากรในแต่ละแผนกทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการอบรมได้ เป็นต้น

"...ณ ปัจจุบันเรื่องของ safety คือเพราะว่าคนมันเจคนน้อยลง มันเรียนรู้ผ่านออนไลน์ ไม่ได้ฝึกปฏิบัติจริง ไม่ได้เห็นจริง ไม่ได้ไปล้างมือจริง ไม่ได้ไปรู้ว่าการให้ยาจริง บางอย่างมันถูกหยุดอยู่มันมีเรื่องของ lack experience เยอะเหมือนกัน การเทรนนิ่งมันเป็น knowledge มันไม่ใช่ attitude กับ skill หมอคิดว่าจุดนี้เป็นจุดที่เราต้องพัฒนาแล้วก็เรียนรู้ในการจัดการเทรนต่าง ๆ ในช่วงโควิดด้วย..." (รหัสผู้ให้ข้อมูล NL12)

นอกจากนี้ ในช่วงการระบาดของโควิด-19 ชี้ให้เห็นว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ (medical staff) เท่านั้น แต่เกี่ยวข้องกับบุคลากรทุกตำแหน่งในโรงพยาบาล เช่น พนักงานฝ่ายประชาสัมพันธ์ พนักงานทำความสะอาด พนักงานเวรเปล เป็นต้น ซึ่งจากการทบทวนเอกสารเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goals) เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข (Personnel Safety Goals) และ เอกสาร SIMPLE² Patient and Personnel Safety for Emerging Infectious Diseases 2021^[14, 71, 78] พบว่า ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัยและการป้องกันความเสี่ยงสำหรับบุคลากรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ (non-medical staff) ดังนั้นหน่วยงานผู้รับผิดชอบจำเป็นต้องพัฒนาแนวทางในการอบรมและสร้างความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยแก่บุคลากรกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบเพิ่มเติมจากแนวปฏิบัติในปัจจุบัน

ยุทธศาสตร์ที่ 2 สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายภาคประชาสังคม ผู้ป่วย และองค์กรต่าง ๆ ในระบบบริการสุขภาพ

จากการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลให้การสร้างเครือข่ายภาคประชาชนหยุดชะงักและไม่เกิดความต่อเนื่องในการจัดกิจกรรม อาทิ กิจกรรมการส่งเสริมนักสื่อสารคุณภาพ ที่ให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety จัดสรรตัวแทนชุมชนเพื่อร่วมมือกันระหว่างชุมชนและโรงพยาบาลในการพัฒนาการสื่อสารและประชาสัมพันธ์เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร หรือการสร้างกลุ่มผู้นำจากกลุ่มผู้ป่วย (ตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยในโรคต่าง ๆ) เพื่อพัฒนาแนวทางสำหรับประชาชน เป็นต้น โดยหลังจากเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 กิจกรรมดังกล่าวจำเป็นต้องระงับและไม่สามารถจัดกิจกรรมได้

อย่างไรก็ตาม นอกจากการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในระดับพื้นที่แล้ว หน่วยงานส่วนกลางหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนการเพิ่มช่องทางหรือเวทีสำหรับภาคประชาชนที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบายระดับประเทศ เนื่องจากในปัจจุบัน ภาคประชาชนมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในระดับการให้ความร่วมมือ (participation as collaboration) แต่ไม่ได้มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนานโยบาย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการสร้างความเข้มแข็งของกลไกในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและความปลอดภัย และหากภาคประชาชนสามารถมีส่วนร่วมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เป็นรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ก็จะสามารถส่งเสริมให้เกิดกระบวนการที่ก่อให้เกิดการตระหนักรู้ (critical awareness) ในภาคประชาชนได้^[79]

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ

ระบบการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่ไม่ชัดเจนส่งผลต่อการพัฒนาและปรับปรุงในเชิงบริหาร^[80] เนื่องจากผู้กำหนดนโยบายหรือหน่วยงานต้นสังกัดจะไม่สามารถทราบถึงปัญหาของบุคลากรระดับปฏิบัติ และเป็นอุปสรรคต่อการแก้ไขหรือปรับปรุงแผนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับความต้องการและสถานการณ์ที่บุคลากรต้องเผชิญในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

นอกจากนี้ การไม่มีระบบข้อมูลด้านทรัพยากรของสถานบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ไม่สามารถสนับสนุนหรือใช้ข้อมูลเพื่อผลักดันให้เกิดนโยบาย/กลไกในระดับประเทศที่จะช่วยพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพได้

ยุทธศาสตร์ที่ 4 สร้างระบบรายงาน เรียนรู้ และวัดผลลัพธ์บริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัย

แม้ว่าในการดำเนินงานขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ จะมีการสร้างระบบรายงาน เรียนรู้ และวัดผลลัพธ์บริการสุขภาพ แต่ระบบรายงานดังกล่าวยังมีข้อจำกัดในด้านความครอบคลุมของข้อมูล เนื่องจากผู้ใช้งานระบบรายงานส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่ผู้ใช้งานระบบจากโรงพยาบาลจากภาคส่วนอื่นนั้นมีจำนวนน้อย ส่งผลให้ข้อมูลที่นำเสนอจากระบบรายงานอาจไม่สามารถแสดงผลเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลทั่วประเทศได้ จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและบุคลากรในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety หรือใช้งานระบบข้อมูลภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ พบว่ามีสาเหตุหลัก ๆ ดังนี้ 1) ไม่มีแรงจูงใจในการใช้ระบบข้อมูลของส่วนกลาง ในหลายโรงพยาบาลมีระบบข้อมูลของโรงพยาบาลที่บันทึกการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์หรือระบบข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการอยู่แล้ว ซึ่งในความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลคิดว่าระบบข้อมูลของโรงพยาบาลใช้งานได้ง่ายกว่า ไม่ต้องอบรม/พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพิ่ม (บุคลากรในโรงพยาบาลคุ้นชินกับระบบแล้ว) และได้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของโรงพยาบาลมากกว่าการใช้ระบบข้อมูลภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ

ประกอบกับไม่มีข้อมูลที่สร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ/ใช้ระบบข้อมูลของส่วนกลาง ทำให้ไม่ทราบว่า การเข้าร่วมโครงการ/ใช้ระบบข้อมูลของส่วนกลางจะเกิดประโยชน์ต่อโรงพยาบาลอย่างไร 2) **ความไม่มั่นใจในระบบข้อมูล** โดยเฉพาะในประเด็นด้านความปลอดภัยของข้อมูลที่อาจมีการรั่วไหลของข้อมูลที่อ่อนไหว (sensitive data) และ 3) **ไม่ทราบถึงการมีอยู่ของระบบข้อมูล** หลายโรงพยาบาลในกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบถึงการมีอยู่ของระบบข้อมูลภายใต้ยุทธศาสตร์ฯ ทราบเพียงแต่การมีเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น

นอกจากนี้ การใช้งานระบบรายงานที่มีความซับซ้อนหรือยากต่อการใช้งาน ถือเป็นอุปสรรคในการใช้งานระบบภายในองค์กรหรือโรงพยาบาล^[81] โดยสรุปจากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมการประเมินพบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้งานของบุคลากรระดับปฏิบัติ เกิดจากประเด็นดังนี้ 1) ความไม่พร้อมของเทคโนโลยี เช่น อินเทอร์เน็ตและคอมพิวเตอร์ที่โรงพยาบาลมีอยู่ 2) การขาดความรู้ในการใช้งานระบบข้อมูล ทำให้บุคลากรบางส่วนไม่สามารถที่จะใช้งานระบบข้อมูลสารสนเทศที่มีความซับซ้อนได้ 3) ภาระงานของบุคลากรที่มีจำนวนมาก 4) ภาระงบประมาณหรือค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลต่อการใช้งานระบบข้อมูล 5) ระบบที่ใช้งานยากและไม่สอดคล้องกับสิ่งที่สถานพยาบาลต้องการทราบ เช่น หัวข้อความเสี่ยงในระบบ NRLS ที่ไม่ครอบคลุม การกรอกข้อมูลจำนวนมาก มีระยะเวลาจำกัดในการกรอกข้อมูล และแก้ไขข้อมูลได้ยาก เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ที่ 5 เพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมกำกับ ตรวจสอบ และอภิบาลระบบบริการสุขภาพ

ระบบอภิบาลทางคลินิก (clinical governance) ที่สนับสนุนให้เกิดการร่วมมือระหว่างวิชาชีพในทุกระดับเป็นระบบการบริหาร/ดำเนินงานที่มีความซับซ้อนและยากต่อการทำความเข้าใจสำหรับบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคลากรระดับปฏิบัติ^[82] ส่งผลให้ระบบอภิบาลทางคลินิกยังไม่มีมีการดำเนินงาน/ขับเคลื่อนอย่างชัดเจนในช่วงที่ผ่านมา ถึงแม้ว่า สรพ. จะพยายามสื่อสารและสร้างความเข้าใจเรื่องระบบอภิบาลทางคลินิกให้แก่บุคลากรระดับปฏิบัติก็ตาม^[68, 78] นอกจากประเด็นเรื่องความเข้าใจของบุคลากรแล้ว ระบบอภิบาลทางคลินิกจะไม่สามารถพัฒนาขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากไม่เกิดการพิจารณาและบูรณาการหลักสูตรร่วมกันระหว่างสภาวิชาชีพเพื่อสนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพในทุกระดับ

จากข้อมูลที่ได้ในการประเมินนี้ ผู้ประเมินพบว่าอุปสรรคในการดำเนินงานหลายประเด็นสามารถแก้ไขได้ผ่านการสนับสนุนของหน่วยงานส่วนกลางหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ แนวทางการปฏิบัติหรือการอบรมสำหรับบุคลากรที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ การขยายขอบเขตผู้ใช้งานระบบรายงานความเสี่ยงและระบบข้อมูลอื่น ๆ การเพิ่มแนวทางการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงาน หรือการสร้างเสริมความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพให้มีการบูรณาการหลักสูตรร่วมกัน เป็นต้น ทั้งนี้ ในบางอุปสรรคที่เกิดจากปัจจัยบริบท เช่น การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นต้น คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ ควรถอดบทเรียนเพื่อเตรียมพร้อมรับมือ

เมื่อเกิดวิกฤตการณ์ และพัฒนาแนวทางเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทย
ในอนาคต

4.3 ผลลัพธ์

4.3.1 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นตามตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ประเมินวัดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ใน พ.ศ. 2561-2564 โดยอ้างอิงข้อมูลจากตัวชี้วัดความสำเร็จที่ถูกระบุไว้ในเอกสารยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ซึ่งสามารถสรุปผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ ดังนี้

1) อุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ป้องกันได้และได้รับการแก้ไขเชิงระบบ

ผู้ประเมินวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย (NRLS)⁶ โดยใช้ข้อมูลที่มีการรายงานระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 – 31 มกราคม พ.ศ. 2565 จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามีกรรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในช่วงเวลาดังกล่าวทั้งสิ้น 2,013,264 เหตุการณ์ ผู้ประเมินพบว่าข้อมูลว่าง (null value) ในตัวแปรสำคัญ⁷ ถึง 219,566 หรือคิดเป็นร้อยละ 10.91 ของข้อมูลอุบัติการณ์ทั้งหมด (ตาราง 10) ซึ่งผู้ประเมินตัดข้อมูลที่ป็นข้อมูลว่างออก และคงเหลือข้อมูลที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์จำนวน 1,799,074 เหตุการณ์ (สามารถอ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากสถานะการแก้ไขความเสี่ยงได้จากหัวข้อ 4.3.2 ผลลัพธ์อื่น ๆ ที่ได้จากระบบข้อมูลภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ)

ตาราง 10 จำนวนข้อมูลว่าง (null value) ในตัวแปรสำคัญ

ตัวแปร	จำนวนของข้อมูลว่าง (เหตุการณ์)	ร้อยละของข้อมูลว่าง (จากข้อมูลทั้งหมด 2,013,264 เหตุการณ์)
SIMPLE	157,609	7.83
RiskDetectDate	51,797	2.57
Detail	3,083	0.15
RiskDetail	2,999	0.15

⁶ <https://thai-nrls.org/>

⁷ ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนพจนานุกรมข้อมูล (data dictionary) ของระบบข้อมูล NRLS และการสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (สรพ.) ผู้ประเมินสามารถกำหนดตัวแปรที่มีความสำคัญสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลของระบบได้จำนวน 12 ตัวแปร ได้แก่ Risk (รหัสรายการความเสี่ยง) SIMPLE (รหัส SIMPLE) RiskEffName (ระดับความรุนแรง) ReportDate (วันที่รายงานความเสี่ยงเข้าระบบ) RiskDetectDate (วันที่ค้นพบเหตุการณ์) ConfirmDate (วันที่แจ้งเหตุให้ผู้แก้ไขทราบ) LocationGrpName (ประเภทของสถานที่เกิดเหตุการณ์) EditStatusName (สถานะการแก้ไขความเสี่ยง) WorkPeriodName (ช่วงเวลา/เวรที่เกิดAE) LocationTypeName (ชนิดของสถานที่เกิดเหตุการณ์) Detail (สรุปประเด็นปัญหา) และ RiskDetail (รายละเอียดการเกิดเหตุการณ์)

ตัวแปร	จำนวนของข้อมูลว่าง (เหตุการณ์)	ร้อยละของข้อมูลว่าง (จากข้อมูลทั้งหมด 2,013,264 เหตุการณ์)
ReportDate	2,148	0.11
WorkPeriodName	1,247	0.06
ConfirmDate	680	0.03
EditStatusName	1	0.00005
LocationGrpName	1	0.00005
LocationTypeName	1	0.00005
Risk	0	0
RiskEffName	0	0
รวม	219,566	10.91

จากอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ถูกรายงานทั้งหมดมีอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข⁸ จำนวน 803,160 เหตุการณ์ หรือคิดเป็นร้อยละ 44.64 ของอุบัติการณ์ความเสี่ยง (ภาคผนวก 5 ตาราง 27) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลสถานะการแก้ไขความเสี่ยงตามระดับศักยภาพของกลุ่มสถานพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลภาคเอกชนมีจำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขถึงร้อยละ 75.37 ของอุบัติการณ์ทั้งหมดในโรงพยาบาลภาคเอกชน ซึ่งถือเป็นจำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสถานพยาบาลอื่น และหากพิจารณาร้อยละของจำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขตามระดับความรุนแรงและผลกระทบของอุบัติการณ์จะพบว่า โรงพยาบาลภาคเอกชนมีร้อยละการแก้ไขอุบัติการณ์สูงกว่ากลุ่มสถานพยาบาลอื่นในทุกระดับความรุนแรง (ตาราง 11) ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความยืดหยุ่นของโครงสร้างองค์กรและการบริหารจัดการทรัพยากร ทำให้เอื้อต่อการแก้ไขและปรับปรุงการให้บริการที่ง่ายกว่ากลุ่มสถานพยาบาลในภาครัฐ

ผู้ประเมินวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ถูกรายงานทั้งหมดตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ⁹ ได้แก่ 1) การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ 2) การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่มการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดชั้นตื้น (superficial incisional) ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator - associated pneumonia) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการใส่สายสวน (catheter associated urinary tract infection) และการติดเชื้อในกระแสโลหิตที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง (catheter associated bloodstream infection) 3) บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ 4) การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug event) 5) การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด 6) การระบุตัวผู้ป่วย

⁸ ถูกรายงานว่าอยู่ในสถานะแก้ไขแล้ว แก้ไขได้ในระดับกรรมการความเสี่ยง และแก้ไขได้ในระดับกลุ่ม/หน่วยงาน

⁹ ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนพจนานุกรมข้อมูล (data dictionary) ของระบบข้อมูล NRLS และการสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (สรพ.)

ผิดพลาด 7) ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค 8) การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน และ 9) การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน โดยในช่วงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 – 31 มกราคม พ.ศ. 2565 มีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยทั้ง 9 ข้อจำนวน 761,485 เหตุการณ์ ข้อที่มีการรายงานมากที่สุด คือ การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จำนวน 638,145 เหตุการณ์ รองลงมา คือ การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดจำนวน 59,375 เหตุการณ์ (ดังภาคผนวก 5 ตาราง 31) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลสถานะการแก้ไขความเสี่ยงตามระดับศักยภาพของกลุ่มสถานพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลภาครัฐ-ชุมชน มีการรายงานความเสี่ยงตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย 9 ข้อ มากที่สุด จำนวน 288,494 เหตุการณ์ โรงพยาบาลเอกชนมีการรายงานความเสี่ยงน้อยสุด จำนวน 48,255 เหตุการณ์ แต่กลับพบว่ามีจำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขของโรงพยาบาลเอกชนถึงร้อยละ 75.73 ของอุบัติการณ์มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ซึ่งถือเป็นจำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มสถานพยาบาลอื่น (ตาราง 12)

เมื่อเปรียบเทียบร้อยละของจำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขตามสถานะการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลพบว่า สถานพยาบาลที่ยังไม่เคยเข้าสู่กระบวนการรับรองคุณภาพมีร้อยละของจำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขน้อยกว่าสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ (ตาราง 13) นอกจากนี้ ผู้ประเมินพบว่าสถานพยาบาลที่มีสถานะการรับรองคุณภาพในระดับ Re-accreditation ครั้งที่ 5 และ Re-accreditation ครั้งที่ 6 มีการรายงานจำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขน้อยกว่ากลุ่มอื่น ๆ

เมื่อเปรียบเทียบร้อยละของจำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขตามประเภทของสถานที่เกิดเหตุการณ์พบว่า มีการรายงานอุบัติการณ์ในพื้นที่ของโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยในมากที่สุด และพบ ร้อยละของจำนวนอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขที่งานสนับสนุนทางการแพทย์มากกว่าสถานที่เกิดเหตุการณ์อื่น (ตาราง 14)

ตาราง 11 อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขตามระดับศักยภาพของกลุ่มสถานพยาบาลและระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุ

ระดับศักยภาพของกลุ่มสถานพยาบาล	ระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุ*														
	1	2	3	4	5	A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
ภาครัฐ-Advance (มีการเรียนการสอน)															
รวม (เหตุการณ์)	13,073	4,661	1,791	207	59	17,756	118,426	52,643	26,060	15,743	4,107	276	1,493	1,437	257,732
อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	3,471	1,311	320	40	13	6,618	36,102	19,924	10,663	6,440	1,484	78	529	482	87,475
	26.55%	28.13%	17.87%	19.32%	22.03%	37.27%	30.48%	37.85%	40.92%	40.91%	36.13%	28.26%	35.43%	33.54%	33.94%
อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	9,602	3,350	1,471	167	46	11,138	82,324	32,719	15,397	9,303	2,623	198	964	955	170,257
	73.45%	71.87%	82.13%	80.68%	77.97%	62.73%	69.52%	62.15%	59.08%	59.09%	63.87%	71.74%	64.57%	66.46%	66.06%
ภาครัฐ-ชุมชน															
รวม (เหตุการณ์)	81,780	26,337	4,728	535	140	71,595	339,382	116,119	42,821	20,478	7,768	924	3,533	3,382	719,522
อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	33,343	11,328	1,936	183	55	31,322	180,538	58,972	21,484	9,822	3,266	381	1,681	1,550	355,861
	40.77%	43.01%	40.95%	34.21%	39.29%	43.75%	53.20%	50.79%	50.17%	47.96%	42.04%	41.23%	47.58%	45.83%	49.46%
อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	48,437	15,009	2,792	352	85	40,273	158,844	57,147	21,337	10,656	4,502	543	1,852	1,832	363,661
	59.23%	56.99%	59.05%	65.79%	60.71%	56.25%	46.80%	49.21%	49.83%	52.04%	57.96%	58.77%	52.42%	54.17%	50.54%
ภาครัฐ-ตติยภูมิ															
รวม (เหตุการณ์)	10,743	4,944	1,297	185	49	21,934	92,432	36,158	22,802	12,578	2,266	306	942	1,026	207,662
อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	2,898	1,755	424	62	19	3,214	35,198	12,257	8,565	5,395	928	121	411	447	71,694
	26.98%	35.50%	32.69%	33.51%	38.78%	14.65%	38.08%	33.90%	37.56%	42.89%	40.95%	39.54%	43.63%	43.57%	34.52%
อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	7,845	3,189	873	123	30	18,720	57,234	23,901	14,237	7,183	1,338	185	531	579	135,968
	73.02%	64.50%	67.31%	66.49%	61.22%	85.35%	61.92%	66.10%	62.44%	57.11%	59.05%	60.46%	56.37%	56.43%	65.48%
ภาครัฐ-ทั่วไป															
รวม (เหตุการณ์)	30,209	13,579	2,764	319	86	40,831	218,976	91,371	46,013	26,101	6,338	595	1,959	2,546	481,687
อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	11,663	3,166	557	67	19	18,028	88,191	33,974	17,799	10,673	2,360	217	742	837	188,293
	38.61%	23.32%	20.15%	21.00%	22.09%	44.15%	40.27%	37.18%	38.68%	40.89%	37.24%	36.47%	37.88%	32.88%	39.09%
อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	18,546	10,413	2,207	252	67	22,803	130,785	57,397	28,214	15,428	3,978	378	1,217	1,709	293,394

ระดับศักยภาพของกลุ่มสถานพยาบาล	ระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุ*														
	1	2	3	4	5	A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
	61.39%	76.68%	79.85%	79.00%	77.91%	55.85%	59.73%	62.82%	61.32%	59.11%	62.76%	63.53%	62.12%	67.12%	60.91%
ภาคเอกชน															
รวม (เหตุการณ์)	22,573	15,413	740	33	6	9,655	51,232	25,994	4,140	2,217	296	14	60	98	132,471
อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	16,803	11,043	550	20	3	7,456	37,879	21,159	2,947	1,659	210	7	45	56	99,837
	74.44%	71.65%	74.32%	60.61%	50.00%	77.22%	73.94%	81.40%	71.18%	74.83%	70.95%	50.00%	75.00%	57.14%	75.37%
อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	5,770	4,370	190	13	3	2,199	13,353	4,835	1,193	558	86	7	15	42	32,634
	25.56%	28.35%	25.68%	39.39%	50.00%	22.78%	26.06%	18.60%	28.82%	25.17%	29.05%	50.00%	25.00%	42.86%	24.63%
รวม (เหตุการณ์)	158,378	64,934	11,320	1,279	340	161,771	820,448	322,285	141,836	77,117	20,775	2,115	7,987	8,489	1,799,074

* สามารถอ่านรายละเอียดได้ที่อภิธานศัพท์

ตาราง 12 อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ แบ่งตามระดับศักยภาพของกลุ่มสถานพยาบาลและระดับความรุนแรง

ระดับศักยภาพของ กลุ่มสถานพยาบาล		ระดับความรุนแรง*									รวม
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	
ภาครัฐ-Advance (มีการเรียนการสอน)	รวม (เหตุการณ์)	8,321	85,495	19,328	7,475	1,980	995	28	73	125	123,820
	อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	4,275	24,947	8,392	3,726	787	430	9	17	39	42,622
		51.38%	29.18%	43.42%	49.85%	39.75%	43.22%	32.14%	23.29%	31.20%	34.42%
	อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	4,046	60,548	10,936	3,749	1,193	565	19	56	86	81,198
	48.62%	70.82%	56.58%	50.15%	60.25%	56.78%	67.86%	76.71%	68.80%	65.58%	
ภาครัฐ-ชุมชน	รวม (เหตุการณ์)	16,910	215,693	37,632	12,006	3,704	1,590	202	435	322	288,494
	อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	7,748	117,364	20,648	6,372	1,671	643	81	191	144	154,862
		45.82%	54.41%	54.87%	53.07%	45.11%	40.44%	40.10%	43.91%	44.72%	53.68%
	อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	9,162	98,329	16,984	5,634	2,033	947	121	244	178	133,632
	54.18%	45.59%	45.13%	46.93%	54.89%	59.56%	59.90%	56.09%	55.28%	46.32%	
ภาครัฐ-ตติยภูมิ	รวม (เหตุการณ์)	6,336	67,223	13,346	5,469	1,634	480	43	52	72	94,655
	อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	1,415	27,828	5,276	2,229	708	158	21	21	25	37,681
		22.33%	41.40%	39.53%	40.76%	43.33%	32.92%	48.84%	40.38%	34.72%	39.81%
	อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	4,921	39,395	8,070	3,240	926	322	22	31	47	56,974
	77.67%	58.60%	60.47%	59.24%	56.67%	67.08%	51.16%	59.62%	65.28%	60.19%	
ภาครัฐ-ทั่วไป	รวม (เหตุการณ์)	12,038	148,010	30,258	10,747	3,723	1,113	74	113	185	206,261
	อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	6,521	59,183	12,200	3,954	1,403	357	21	37	62	83,738
		54.17%	39.99%	40.32%	36.79%	37.68%	32.08%	28.38%	32.74%	33.51%	40.60%
	อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	5,517	88,827	18,058	6,793	2,320	756	53	76	123	122,523
	45.83%	60.01%	59.68%	63.21%	62.32%	67.92%	71.62%	67.26%	66.49%	59.40%	
ภาคเอกชน	รวม (เหตุการณ์)	2,128	34,950	9,345	1,182	530	100	2	4	14	48,255
	อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	1,656	25,928	7,635	845	384	84	1	2	9	36,544

ระดับศักยภาพของ กลุ่มสถานพยาบาล	ระดับความรุนแรง*									รวม	
	A	B	C	D	E	F	G	H	I		
	77.82%	74.19%	81.70%	71.49%	72.45%	84.00%	50.00%	50.00%	64.29%	75.73%	
อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	472	9,022	1,710	337	146	16	1	2	5	11,711	
	22.18%	25.81%	18.30%	28.51%	27.55%	16.00%	50.00%	50.00%	35.71%	24.27%	
รวมทุกระดับ	รวม (เหตุการณ์)	45,733	551,371	109,909	36,879	11,571	4,278	349	677	718	761,485
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	21,615	255,250	54,151	17,126	4,953	1,672	133	268	279	355,447
		47.26%	46.29%	49.27%	46.44%	42.81%	39.08%	38.11%	39.59%	38.86%	46.68%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	24,118	296,121	55,758	19,753	6,618	2,606	216	409	439	406,038
		52.74%	53.71%	50.73%	53.56%	57.19%	60.92%	61.89%	60.41%	61.14%	53.32%

* สามารถอ่านรายละเอียดได้ที่อภิธานศัพท์

ตาราง 13 อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขตามสถานะการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุ

สถานะการรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล	ระดับความรุนแรง*														
	1	2	3	4	5	A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
ยังไม่เคยเข้าสู่กระบวนการรับรอง															
รวม (เหตุการณ์)	2,239	984	201	29	1	1,364	4,237	2,265	483	151	45	16	27	42	12,084
อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	626	221	42	2	1	384	1,486	754	185	67	27	9	10	16	3,830
	27.96%	22.46%	20.90%	6.90%	100%	28.15%	35.07%	33.29%	38.30%	44.37%	60.00%	56.25%	37.04%	38.10%	31.69%
อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	1,613	763	159	27	-	980	2,751	1,511	298	84	18	7	17	26	8,254
	72.04%	77.54%	79.10%	93.10%	0.00%	71.85%	64.93%	66.71%	61.70%	55.63%	40.00%	43.75%	62.96%	61.90%	68.31%
รับรองคุณภาพ ขั้นที่ 1															
รวม (เหตุการณ์)	1,167	304	84	8	1	1,639	3,719	1,106	304	99	19	6	6	13	8,475
อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	786	124	38	6	1	1,035	2,563	503	129	42	5	4	2	5	5,243
	67.35%	40.79%	45.24%	75.00%	100%	63.15%	68.92%	45.48%	42.43%	42.42%	26.32%	66.67%	33.33%	38.46%	61.86%
อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	381	180	46	2	-	604	1,156	603	175	57	14	2	4	8	3,232
	32.65%	59.21%	54.76%	25.00%	0.00%	36.85%	31.08%	54.52%	57.57%	57.58%	73.68%	33.33%	66.67%	61.54%	38.14%
รับรองคุณภาพ ขั้นที่ 2															
รวม (เหตุการณ์)	5,340	2,409	620	45	16	4,773	14,979	7,827	2,824	1,172	334	45	102	161	40,647
อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	3,064	1,304	319	22	9	1,983	7,630	4,226	1,449	588	194	26	53	61	20,928
	57.38%	54.13%	51.45%	48.89%	56.25%	41.55%	50.94%	53.99%	51.31%	50.17%	58.08%	57.78%	51.96%	37.89%	51.49%
อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	2,276	1,105	301	23	7	2,790	7,349	3,601	1,375	584	140	19	49	100	19,719
	42.62%	45.87%	48.55%	51.11%	43.75%	58.45%	49.06%	46.01%	48.69%	49.83%	41.92%	42.22%	48.04%	62.11%	48.51%
รับรองคุณภาพ ขั้นที่ 3 (Accreditation)															
รวม (เหตุการณ์)	14,094	11,546	1,279	105	19	12,091	50,007	20,856	5,982	3,257	1,121	127	455	415	121,354
อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	6,984	5,706	303	22	3	6,765	26,248	10,873	2,460	1,429	361	49	125	141	61,469
	49.55%	49.42%	23.69%	20.95%	15.79%	55.95%	52.49%	52.13%	41.12%	43.87%	32.20%	38.58%	27.47%	33.98%	50.65%
อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	7,110	5,840	976	83	16	5,326	23,759	9,983	3,522	1,828	760	78	330	274	59,885

สถานะการรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล	ระดับความรุนแรง*														รวม
	1	2	3	4	5	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
	50.45%	50.58%	76.31%	79.05%	84.21%	44.05%	47.51%	47.87%	58.88%	56.13%	67.80%	61.42%	72.53%	66.02%	49.35%
Re-accreditation ครั้งที่ 1															
รวม (เหตุการณ์)	26,296	9,373	1,742	209	51	29,013	158,588	56,150	22,403	12,844	3,346	308	1,588	1,676	323,587
อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	10,625	4,038	597	56	6	10,952	66,270	22,407	9,072	4,840	1,152	89	635	524	131,263
	40.41%	43.08%	34.27%	26.79%	11.76%	37.75%	41.79%	39.91%	40.49%	37.68%	34.43%	28.90%	39.99%	31.26%	40.56%
อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	15,671	5,335	1,145	153	45	18,061	92,318	33,743	13,331	8,004	2,194	219	953	1,152	192,324
	59.59%	56.92%	65.73%	73.21%	88.24%	62.25%	58.21%	60.09%	59.51%	62.32%	65.57%	71.10%	60.01%	68.74%	59.44%
Re-accreditation ครั้งที่ 2															
รวม (เหตุการณ์)	53,491	19,287	3,083	401	133	44,579	232,652	93,755	41,947	22,100	6,625	637	2,226	2,634	523,550
อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	24,708	9,365	1,076	114	49	19,833	119,424	46,652	19,886	10,436	2,785	220	978	1,174	256,700
	46.19%	48.56%	34.90%	28.43%	36.84%	44.49%	51.33%	49.76%	47.41%	47.22%	42.04%	34.54%	43.94%	44.57%	49.03%
อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	28,783	9,922	2,007	287	84	24,746	113,228	47,103	22,061	11,664	3,840	417	1,248	1,460	266,850
	53.81%	51.44%	65.10%	71.57%	63.16%	55.51%	48.67%	50.24%	52.59%	52.78%	57.96%	65.46%	56.06%	55.43%	50.97%
Re-accreditation ครั้งที่ 3															
รวม (เหตุการณ์)	36,710	11,820	2,584	268	78	31,198	212,919	79,082	36,097	20,440	5,517	643	2,375	1,791	441,522
อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	15,833	4,490	735	88	29	13,267	96,336	37,749	15,587	9,484	2,301	265	1,151	777	198,092
	43.13%	37.99%	28.44%	32.84%	37.18%	42.53%	45.25%	47.73%	43.18%	46.40%	41.71%	41.21%	48.46%	43.38%	44.87%
อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	20,877	7,330	1,849	180	49	17,931	116,583	41,333	20,510	10,956	3,216	378	1,224	1,014	243,430
	56.87%	62.01%	71.56%	67.16%	62.82%	57.47%	54.75%	52.27%	56.82%	53.60%	58.29%	58.79%	51.54%	56.62%	55.13%
Re-accreditation ครั้งที่ 4															
รวม (เหตุการณ์)	11,586	5,178	1,371	173	35	20,333	100,630	44,705	23,513	12,816	2,952	287	936	1,496	226,011
อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	4,445	2,785	623	57	10	11,267	48,423	21,837	11,987	6,686	1,286	137	420	644	110,607
	38.37%	53.79%	45.44%	32.95%	28.57%	55.41%	48.12%	48.85%	50.98%	52.17%	43.56%	47.74%	44.87%	43.05%	48.94%
อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	7,141	2,393	748	116	25	9,066	52,207	22,868	11,526	6,130	1,666	150	516	852	115,404
	61.63%	46.21%	54.56%	67.05%	71.43%	44.59%	51.88%	51.15%	49.02%	47.83%	56.44%	52.26%	55.13%	56.95%	51.06%

สถานะการรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล	ระดับความรุนแรง*														รวม
	1	2	3	4	5	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
Re-accreditation ครั้งที่ 5															
รวม (เหตุการณ์)	7,412	3,999	351	40	6	16,612	41,536	15,835	7,996	4,142	778	43	261	259	99,270
อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	1,099	561	54	5	1	1,135	9,457	1,272	696	417	137	5	33	30	14,902
	14.83%	14.03%	15.38%	12.50%	16.67%	6.83%	22.77%	8.03%	8.70%	10.07%	17.61%	11.63%	12.64%	11.58%	15.01%
อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	6,313	3,438	297	35	5	15,477	32,079	14,563	7,300	3,725	641	38	228	229	84,368
	85.17%	85.97%	84.62%	87.50%	83.33%	93.17%	77.23%	91.97%	91.30%	89.93%	82.39%	88.37%	87.36%	88.42%	84.99%
Re-accreditation ครั้งที่ 6															
รวม (เหตุการณ์)	43	34	5	1	-	169	1,181	704	287	96	38	3	11	2	2,574
อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	8	9	-	-	-	17	71	13	7	-	-	-	1	-	126
	18.60%	26.47%	0.00%	0.00%	-	10.06%	6.01%	1.85%	2.44%	0.00%	0.00%	0.00%	9.09%	0.00%	4.90%
อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	35	25	5	1	-	152	1,110	691	280	96	38	3	10	2	2,448
	81.40%	73.53%	100%	100%	-	89.94%	93.99%	98.15%	97.56%	100%	100%	100%	90.91%	100%	95.10%
รวม (เหตุการณ์)	135,495	49,657	9,131	1,091	303	141,735	746,325	289,527	131,956	72,342	19,218	1,918	7,386	7,856	1,799,074

* สามารถอ่านรายละเอียดได้ที่อภิธานศัพท์

ตาราง 14 อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขตามประเภทของสถานที่เกิดเหตุการณ์และระดับความรุนแรงของอุบัติเหตุ

ประเภทของสถานที่เกิดเหตุการณ์	ระดับความรุนแรง*														
	1	2	3	4	5	A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
ในพื้นที่ของโรงพยาบาล-ผู้ป่วยใน (IPD)															
รวม (เหตุการณ์)	27,747	14,333	2,239	269	58	44,848	233,715	125,600	64,725	33,578	9,656	815	3,984	4,029	565,596
อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	12,768	6,293	709	70	21	17,877	98,563	58,281	29,466	15,169	4,096	277	1,779	1,692	247,061
	46.02%	43.91%	31.67%	26.02%	36.21%	39.86%	42.17%	46.40%	45.52%	45.18%	42.42%	33.99%	44.65%	42.00%	43.68%
อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	14,979	8,040	1,530	199	37	26,971	135,152	67,319	35,259	18,409	5,560	538	2,205	2,337	318,535
	53.98%	56.09%	68.33%	73.98%	63.79%	60.14%	57.83%	53.60%	54.48%	54.82%	57.58%	66.01%	55.35%	58.00%	56.32%
ในพื้นที่ของโรงพยาบาล-ผู้ป่วยนอก (OPD)															
รวม (เหตุการณ์)	37,271	16,185	2,475	201	58	46,911	232,072	71,581	20,085	7,708	1,508	170	420	328	436,973
อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	15,284	6,463	924	65	14	16,989	101,546	29,709	8,244	3,839	693	66	189	144	184,169
	41.01%	39.93%	37.33%	32.34%	24.14%	36.22%	43.76%	41.50%	41.05%	49.81%	45.95%	38.82%	45.00%	43.90%	42.15%
อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	21,987	9,722	1,551	136	44	29,922	130,526	41,872	11,841	3,869	815	104	231	184	252,804
	58.99%	60.07%	62.67%	67.66%	75.86%	63.78%	56.24%	58.50%	58.95%	50.19%	54.05%	61.18%	55.00%	56.10%	57.85%
ในพื้นที่ของโรงพยาบาล-งานสนับสนุนทั่วไป (Back office)															
รวม (เหตุการณ์)	45,007	14,569	2,948	381	118	12,109	16,155	8,753	2,139	740	130	70	46	55	103,220
อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	17,839	6,410	896	106	37	4,239	6,853	3,661	719	250	45	21	17	14	41,107
	39.64%	44.00%	30.39%	27.82%	31.36%	35.01%	42.42%	41.83%	33.61%	33.78%	34.62%	30.00%	36.96%	25.45%	39.82%
อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	27,168	8,159	2,052	275	81	7,870	9,302	5,092	1,420	490	85	49	29	41	62,113
	60.36%	56.00%	69.61%	72.18%	68.64%	64.99%	57.58%	58.17%	66.39%	66.22%	65.38%	70.00%	63.04%	74.55%	60.18%
ในพื้นที่ของโรงพยาบาล-งานสนับสนุนทางการแพทย์															
รวม (เหตุการณ์)	22,751	8,724	1,329	135	27	28,831	236,455	46,478	7,778	2,271	423	69	151	101	355,523
อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	11,718	4,958	538	39	11	15,861	126,685	26,222	3,965	1,099	179	28	66	46	191,415
	51.51%	56.83%	40.48%	28.89%	40.74%	55.01%	53.58%	56.42%	50.98%	48.39%	42.32%	40.58%	43.71%	45.54%	53.84%
อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	11,033	3,766	791	96	16	12,970	109,770	20,256	3,813	1,172	244	41	85	55	164,108

ประเภทของสถานที่เกิดเหตุการณ์	ระดับความรุนแรง*														
	1	2	3	4	5	A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
	48.49%	43.17%	59.52%	71.11%	59.26%	44.99%	46.42%	43.58%	49.02%	51.61%	57.68%	59.42%	56.29%	54.46%	46.16%
ในพื้นที่ของโรงพยาบาล-หออภิบาลผู้ป่วยหนัก															
รวม (เหตุการณ์)	3,529	1,657	312	53	14	6,447	26,657	16,847	17,920	12,116	2,260	135	693	988	89,628
อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	1,389	641	94	8	7	2,644	9,970	6,940	7,538	5,130	805	62	345	374	35,947
	39.36%	38.68%	30.13%	15.09%	50.00%	41.01%	37.40%	41.19%	42.06%	42.34%	35.62%	45.93%	49.78%	37.85%	40.11%
อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	2,140	1,016	218	45	7	3,803	16,687	9,907	10,382	6,986	1,455	73	348	614	53,681
	60.64%	61.32%	69.87%	84.91%	50.00%	58.99%	62.60%	58.81%	57.94%	57.66%	64.38%	54.07%	50.22%	62.15%	59.89%
ในพื้นที่ของโรงพยาบาล-ห้องคลอด															
รวม (เหตุการณ์)	3,766	1,304	223	16	6	3,895	12,475	6,652	5,973	6,605	1,849	181	683	365	43,993
อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	1,973	639	85	6	2	1,740	5,253	2,963	2,670	3,129	908	95	336	153	19,952
	52.39%	49.00%	38.12%	37.50%	33.33%	44.67%	42.11%	44.54%	44.70%	47.37%	49.11%	52.49%	49.19%	41.92%	45.35%
อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	1,793	665	138	10	4	2,155	7,222	3,689	3,303	3,476	941	86	347	212	24,041
	47.61%	51.00%	61.88%	62.50%	66.67%	55.33%	57.89%	55.46%	55.30%	52.63%	50.89%	47.51%	50.81%	58.08%	54.65%
ในพื้นที่ของโรงพยาบาล-ห้องผ่าตัด															
รวม (เหตุการณ์)	3,440	2,110	514	32	8	5,871	16,304	11,069	7,888	6,673	2,209	273	617	415	57,423
อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	1,356	757	96	14	3	1,905	5,312	3,848	2,935	2,786	650	93	229	131	20,115
	39.42%	35.88%	18.68%	43.75%	37.50%	32.45%	32.58%	34.76%	37.21%	41.75%	29.43%	34.07%	37.12%	31.57%	35.03%
อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	2,084	1,353	418	18	5	3,966	10,992	7,221	4,953	3,887	1,559	180	388	284	37,308
	60.58%	64.12%	81.32%	56.25%	62.50%	67.55%	67.42%	65.24%	62.79%	58.25%	70.57%	65.93%	62.88%	68.43%	64.97%
ในพื้นที่ของโรงพยาบาล-อุบัติเหตุและฉุกเฉิน															
รวม (เหตุการณ์)	13,281	5,299	1,063	156	37	11,533	42,811	31,378	12,947	6,052	2,332	337	1,061	1,816	130,103
อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	5,215	2,114	372	59	13	4,911	22,329	13,384	5,242	2,191	738	140	376	667	57,751
	39.27%	39.89%	35.00%	37.82%	35.14%	42.58%	52.16%	42.65%	40.49%	36.20%	31.65%	41.54%	35.44%	36.73%	44.39%
อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	8,066	3,185	691	97	24	6,622	20,482	17,994	7,705	3,861	1,594	197	685	1,149	72,352
	60.73%	60.11%	65.00%	62.18%	64.86%	57.42%	47.84%	57.35%	59.51%	63.80%	68.35%	58.46%	64.56%	63.27%	55.61%

ประเภทของสถานที่เกิดเหตุการณ์	ระดับความรุนแรง*														รวม
	1	2	3	4	5	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
ในพื้นที่ของโรงพยาบาล-อื่นๆ															
รวม (เหตุการณ์)	4	1	0	0	0	2	9	3	9	1	0	1	0	0	30
อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	2	1	0	0	0	1	5	0	3	0	0	0	0	0	12
	50.00%	100%	0	0	0	50.00%	55.56%	0	33.33%	0	0	0.00%	0	0	40.00%
อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	2	0	0	0	0	1	4	2	7	1	0	1	0	0	18
	50.00%	0	0	0	0	50.00%	44.44%	66.67%	77.78%	100%	0	100%	0	0	60.00%
นอกพื้นที่ของโรงพยาบาล															
รวม (เหตุการณ์)	1,582	752	217	36	14	1,324	3,795	3,917	2,379	1,373	408	64	332	392	16,585
อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	634	327	73	5	1	471	1,392	1,275	679	396	134	22	71	151	5,631
	40.08%	43.48%	33.64%	13.89%	7.14%	35.57%	36.68%	32.55%	28.54%	28.84%	32.84%	34.38%	21.39%	38.52%	33.95%
อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	948	425	144	31	13	853	2,403	2,642	1,700	977	274	42	261	241	10,954
	59.92%	56.52%	66.36%	86.11%	92.86%	64.43%	63.32%	67.45%	71.46%	71.16%	67.16%	65.63%	78.61%	61.48%	66.05%
รวม (เหตุการณ์)	158,378	64,934	11,320	1,279	340	161,771	820,448	322,285	141,836	77,117	20,775	2,115	7,987	8,489	1,799,074

* สามารถอ่านรายละเอียดได้ที่อภิธานศัพท์

2) ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลที่ป้องกันได้

จากการศึกษาเรื่องผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์และสังคมของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ของ ธนพร บุชขาวไลและคณะ ใน พ.ศ. 2563^[83] พบว่า ผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์มีต้นทุนค่ารักษาพยาบาลและต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์ และอาจเกิดต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการทุพพลภาพ/เสียชีวิตก่อนวัยอันควรในบางกรณี (ตาราง 15) นอกจากนี้ยังพบว่าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์อาจส่งผลกระทบต่อบุคลากรสาธารณสุขผู้เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ดังกล่าวจนทำให้เกิดการลาออกและสูญเสียบุคลากร โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการหาบุคลากรใหม่เพื่อทดแทนบุคลากรเดิมที่สูญเสียไปมีจำนวนทั้งสิ้น 1,258,350 บาท ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายในการปฐมนิเทศ 350 บาท ค่าอบรมข้าราชการใหม่ 10,000 บาท และค่าศึกษาต่อเฉพาะทางประมาณ 1,248,000 บาท

ตาราง 15 ค่าเฉลี่ยต้นทุนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์เทียบกับผู้ป่วยที่ไม่เกิดเหตุการณ์^[83]

อุบัติการณ์	ค่าเฉลี่ยต้นทุนค่ายาและค่ารักษาพยาบาล (บาท/ราย)	ค่าเฉลี่ยต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการนอนโรงพยาบาล (บาท/ราย)	ค่าเฉลี่ยต้นทุนผลิตภาพที่สูญเสียจากการทุพพลภาพ/ตายก่อนวัยอันควร (บาท/ราย)
S: Safe Surgery and Invasive Procedure (จำนวนผู้ป่วย 82 ราย)			
กรณีเกิดเหตุการณ์	105,116.6	4,065.8	127,023.3
กรณีไม่เกิดเหตุการณ์	50,392.4	2,213.4	-
ส่วนต่าง (p-value, 95% CI)	54,724.2 (0.041, 16,286.7 ถึง 93,161.7)	1,852.4 (0.014, 382.4 ถึง 3,322.4)	-
I: Prevention of Healthcare Associated Infection (จำนวนผู้ป่วย 17 ราย)			
กรณีเกิดเหตุการณ์	280,175.4	4,627.9	227,742.3
กรณีไม่เกิดเหตุการณ์	164,400	1,400.8	-
ส่วนต่าง (p-value, 95% CI)	115,774.5 (0.05, 4,602.9 ถึง 219,029.9)	2,415.0 (0.512, -3,469.7 ถึง 9,053.2)	-
M: Safe from Medication Error (จำนวนผู้ป่วย 2 ราย)			
กรณีเกิดเหตุการณ์	160,618.7	2,766.2	0
กรณีไม่เกิดเหตุการณ์	88,709.6	296.4	-
ส่วนต่าง (p-value, 95% CI)	71,909.1 (0.655, -65,920 ถึง 209,738)	2,212.9 (0.569, -1,106.5 ถึง 5,532.4)	-

อุบัติการณ์	ค่าเฉลี่ยต้นทุนค่ายาและค่า รักษาพยาบาล (บาท/ราย)	ค่าเฉลี่ยต้นทุนผลิตภาพที่ สูญเสียจากการนอน โรงพยาบาล (บาท/ราย)	ค่าเฉลี่ยต้นทุนผลิตภาพ ที่สูญเสียจากการทุพพล ภาพ/ตายก่อนวัยอันควร (บาท/ราย)
P: Reduction of Diagnostic Errors (จำนวนผู้ป่วย 17 ราย)			
กรณีเกิดเหตุการณ์	132,398.3	3,682.8	504,941.2
กรณีไม่เกิดเหตุการณ์	49,707.7	2,254.3	-
ส่วนต่าง (p-value, 95% CI)	82,690.6 (0.053, -6,174 ถึง 159,851.9)	1,428.4 (0.493, -2,453 ถึง 5,816)	-
P: Prevention of Common Complications (จำนวนผู้ป่วย 14 ราย)			
กรณีเกิดเหตุการณ์	240,143.8	12,201.4	137,297.4
กรณีไม่เกิดเหตุการณ์	144,516.2	6,619.2	-
ส่วนต่าง (p-value, 95% CI)	95,627.6 (0.420, -134,633.7 ถึง 290,294.5)	5,582.2 (0.493, -8,753.8 ถึง 23,795.4)	-
L: Line, Tube & Catheter and Laboratory (จำนวนผู้ป่วย 1 ราย)			
กรณีเกิดเหตุการณ์	359,588.6	-	-
กรณีไม่เกิดเหตุการณ์	177,456.9	-	-
ส่วนต่าง (p-value, 95% CI)	211,141 (167,074)	-	-
E: Maternal & Neonatal Morbidity (จำนวนผู้ป่วย 22 ราย)			
กรณีเกิดเหตุการณ์	92,624.1	2,405.8	530,572.7
กรณีไม่เกิดเหตุการณ์	77,655.3	1,365.8	-
ส่วนต่าง (p-value, 95% CI)	14,968.8 (0.838, -122,968.8 ถึง 141,288.4)	1,039.9 (0.248, -223.9 ถึง 2,888.6)	-

นอกจากค่าต้นทุนทางตรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในข้างต้นแล้ว การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ยังอาจทำให้เกิดต้นทุนอื่น ๆ ในระบบบริการสาธารณสุข^[83] เช่น (1) ค่าต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับการฟ้องร้องบุคลากรสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุขต้องสูญเสียงบประมาณเพื่อใช้ในการชำระตามคำพิพากษาของศาลจากการแพคดีจำนวน 13,211,592 ล้านบาท (ข้อมูลค่าใช้จ่ายจากคดีแพ่งที่สิ้นสุดแล้วและแพคดี จำนวน 5 คดี) (2) ค่าจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย จากข้อมูลการพิจารณาจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายตามมาตรา 41 ประจําปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ที่มีผู้เข้าเกณฑ์การจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นทั้งหมดจำนวน 970 ราย คิดเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 222,286,900 บาท

3) ความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการสุขภาพ

ผู้ประเมินวัดผลความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ให้และผู้รับบริการจากการวิเคราะห์ผลทางสถิติของระบบรับฟังความคิดเห็นผู้ป่วย (PEP)¹⁰ ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 จาก 572 โรงพยาบาล ซึ่งมีผู้ตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นจำนวน 386,546 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 66.33 ของจำนวนครั้งทั้งหมดที่มีการเปิดหน้าเว็บไซต์แบบสอบถามในช่วงเวลาดังกล่าว) และสามารถแบ่งผู้ตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นออกได้เป็นการตอบแบบสอบถามของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกจำนวน 238,887 ครั้ง และผู้ป่วยในจำนวน 147,659 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 61.8 และ 38.2 ตามลำดับ) โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61) มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 19-35 ปี (ร้อยละ 33.1) และมีวุฒิการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 31.7) (ตาราง 16)

ตาราง 16 ลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นในระบบรับฟังความคิดเห็นผู้ป่วย ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

ลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น	จำนวนในการตอบแบบสอบถาม (ครั้ง)
แผนกที่เข้ารับบริการ	
ผู้ป่วยใน	147,659 (38.2%)
ผู้ป่วยนอก	238,887 (61.8%)
เพศ	
ชาย	150,582 (39.0%)
หญิง	235,964 (61.0%)
อายุ	
ต่ำกว่า 18 ปี	33,675 (8.7%)
19-35 ปี	127,931 (33.1%)
36-51 ปี	107,660 (27.9%)
52-70 ปี	88,166 (22.8%)
70 ปีขึ้นไป	29,114 (7.5%)
วุฒิการศึกษาสูงสุด	
ประถมศึกษา	103,455 (26.8%)
ปริญญาตรี	111,984 (29.0%)
มัธยมศึกษา	122,553 (31.7%)
สูงกว่าปริญญาตรี	11,313 (2.9%)
อนุปริญญา	37,241 (9.6%)

¹⁰ <https://pex.ha.or.th/admin>

ผู้ตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นทั้งหมด

386,546 (100%)

จากผลการสำรวจพบว่าความพึงพอใจส่วนใหญ่ของผู้รับบริการต่อการให้บริการในโรงพยาบาลอยู่ในระดับพอใจมากที่สุดในทุกรายการ (ร้อยละ 45-50 ของผู้ตอบแบบสำรวจเสร็จสิ้น) และอยู่ในระดับพอใจมากรองลงมา (ร้อยละ 37-40 ของผู้ตอบแบบสำรวจเสร็จสิ้น) และผู้รับบริการส่วนมากต้องการแนะนำให้ญาติหรือคนรู้จักมาใช้บริการที่โรงพยาบาลนั้น ๆ ต่อ (ร้อยละ 94 ของผู้ตอบแบบสำรวจเสร็จสิ้น) (ตาราง 17)

ตาราง 17 ผลการสำรวจระบบรับฟังความคิดเห็นผู้ป่วย (PEP) ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

ข้อ 1 แพทย์ให้ความสำคัญกับการตรวจร่างกายเพื่อการวินิจฉัยโรค (386,546 คำตอบ, 100%)

พอใจมากที่สุด 191,167 (49%)	พอใจมาก 145,851 (38%)	พอใจปานกลาง 38,979 (10%)
พอใจน้อย 4,484 (1%)	พอใจน้อยที่สุด 2,623 (1%)	ไม่ได้ใช้บริการ 3,442 (1%)

ข้อ 2 แพทย์ให้ข้อมูล/แนะนำวิธีการและทางเลือกในการรักษา (386,546 คำตอบ, 100%)

พอใจมากที่สุด 186,780 (48%)	พอใจมาก 150,441 (39%)	พอใจปานกลาง 38,585 (10%)
พอใจน้อย 4,998 (1%)	พอใจน้อยที่สุด 2,244 (1%)	ไม่ได้ใช้บริการ 3,498 (1%)

ข้อ 3 คำถามและข้อสงสัยได้รับคำตอบที่ชัดเจนจากแพทย์ (386,546 คำตอบ, 100%)

พอใจมากที่สุด 187,120 (48%)	พอใจมาก 148,367 (38%)	พอใจปานกลาง 40,030 (10%)
พอใจน้อย 5,186 (1%)	พอใจน้อยที่สุด 2,338 (1%)	ไม่ได้ใช้บริการ 3,505 (1%)

ข้อ 4 แพทย์รับฟัง/พุดคุยให้ท่านคลายความกังวลในอาการเจ็บป่วย (386,546 คำตอบ, 100%)

พอใจมากที่สุด 189,479 (49%)	พอใจมาก 145,232 (38%)	พอใจปานกลาง 40,354 (10%)
พอใจน้อย 5,485 (1%)	พอใจน้อยที่สุด 2,559 (1%)	ไม่ได้ใช้บริการ 3,437 (1%)

ข้อ 5 มีโอกาสได้พุดคุยกับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่เรื่องอาการเจ็บป่วย (386,546 คำตอบ, 100%)

พอใจมากที่สุด 177,950 (46%)	พอใจมาก 151,108 (39%)	พอใจปานกลาง 44,192 (11%)
พอใจน้อย 6,905 (2%)	พอใจน้อยที่สุด 3,243 (1%)	ไม่ได้ใช้บริการ 3,148 (1%)

ข้อ 6 พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สามารถตอบคำถามและข้อสงสัยได้ชัดเจน (386,546 คำตอบ, 100%)

พอใจมากที่สุด 180,672 (47%)	พอใจมาก 152,344 (39%)	พอใจปานกลาง 41,472 (11%)
พอใจน้อย 6,105 (2%)	พอใจน้อยที่สุด 3,300 (1%)	ไม่ได้ใช้บริการ 2,653 (1%)

ข้อ 7 ท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่ (386,546 คำตอบ, 100%)

พอใจมากที่สุด 189,853 (49%)	พอใจมาก 145,182 (38%)	พอใจปานกลาง 39,646 (10%)
พอใจน้อย 5,996 (2%)	พอใจน้อยที่สุด 3,752 (1%)	ไม่ได้ใช้บริการ 2,117 (1%)

ข้อ 8 ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องการรักษา (386,546 คำตอบ, 100%)

พอใจมากที่สุด 175,474 (45%)	พอใจมาก 153,283 (40%)	พอใจปานกลาง 45,466 (12%)
พอใจน้อย 5,753 (1%)	พอใจน้อยที่สุด 2,688 (1%)	ไม่ได้ใช้บริการ 3,882 (1%)

ข้อ 9 ได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมและไม่เลือกปฏิบัติ (386,546 คำตอบ, 100%)

พอใจมากที่สุด 192,404 (50%)	พอใจมาก 147,151 (38%)	พอใจปานกลาง 36,194 (9%)
พอใจน้อย 5,137 (1%)	พอใจน้อยที่สุด 3,185 (1%)	ไม่ได้ใช้บริการ 2,475 (1%)

ข้อ 10 ได้รับคำแนะนำและขั้นตอนในการรับบริการของโรงพยาบาล (386,546 คำตอบ, 100%)

พอใจมากที่สุด 184,100 (48%)	พอใจมาก 152,802 (40%)	พอใจปานกลาง 38,316 (10%)
พอใจน้อย 5,369 (1%)	พอใจน้อยที่สุด 3,142 (1%)	ไม่ได้ใช้บริการ 2,817 (1%)

ข้อ 11 อาการเจ็บป่วยทั้งกายและใจได้รับการดูแลเป็นอย่างดี (386,546 คำตอบ, 100%)

พอใจมากที่สุด 178,699 (46%)	พอใจมาก 145,523 (38%)	พอใจปานกลาง 38,661 (10%)
พอใจน้อย 5,081 (1%)	พอใจน้อยที่สุด 2,884 (1%)	ไม่ได้ใช้บริการ 15,698 (4%)

ข้อ 12 แพทย์ผู้ให้การรักษาเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติได้ซักถาม (386,546 คำตอบ, 100%)

พอใจมากที่สุด 188,273 (49%)	พอใจมาก 147,149 (38%)	พอใจปานกลาง 38,717 (10%)
พอใจน้อย 5,298 (1%)	พอใจน้อยที่สุด 2,612 (1%)	ไม่ได้ใช้บริการ 4,497 (1%)

ข้อ 13 ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลการรักษาที่เป็นประโยชน์จนสามารถดูแลตนเองได้ (386,546 คำตอบ, 100%)

พอใจมากที่สุด 182,025 (47%)	พอใจมาก 154,608 (40%)	พอใจปานกลาง 39,089 (10%)
พอใจน้อย 4,837 (1%)	พอใจน้อยที่สุด 2,455 (1%)	ไม่ได้ใช้บริการ 3,532 (1%)

ข้อ 14 ได้รับข้อมูลการเข้ายา ผลข้างเคียง และอาการที่ต้องเฝ้าระวังอย่างชัดเจน (386,546 คำตอบ, 100%)

พอใจมากที่สุด 177,000 (46%)	พอใจมาก 150,649 (39%)	พอใจปานกลาง 39,877 (10%)
พอใจน้อย 5,016 (1%)	พอใจน้อยที่สุด 2,320 (1%)	ไม่ได้ใช้บริการ 11,684 (3%)

ข้อ 15 ได้รับคำแนะนำอย่างชัดเจนถึงอาการผิดปกติที่ต้องกลับมาพบแพทย์และการมาตรวจตามนัด (386,546 คำตอบ, 100%)

พอใจมากที่สุด 186,485 (48%)	พอใจมาก 152,248 (39%)	พอใจปานกลาง 36,013 (9%)
พอใจน้อย 4,483 (1%)	พอใจน้อยที่สุด 2,356 (1%)	ไม่ได้ใช้บริการ 4,961 (1%)

ข้อ 16 ท่านมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาลโดยรวมในระดับใด (386,546 คำตอบ, 100%)

พอใจมากที่สุด 195,170 (50%)	พอใจมาก 144,580 (37%)	พอใจปานกลาง 36,335 (9%)
พอใจน้อย 4,747 (1%)	พอใจน้อยที่สุด 3,398 (1%)	ไม่ได้ใช้บริการ 2,316 (1%)

ข้อ 17 ท่านจะแนะนำญาติหรือคนรู้จักให้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลนี้หรือไม่ (386,545 คำตอบ, 100%)

แนะนำ 363,028 (94%)	ไม่แนะนำ 23,517 (6%)
---------------------	----------------------

อย่างไรก็ตามหากเปรียบเทียบกับจำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของคนไทยที่ระดับโรงพยาบาลชุมชนขึ้นไปซึ่งมีค่าประมาณ 78 ล้านครั้งต่อปีสำหรับบริการผู้ป่วยนอก และประมาณ 4 ล้านครั้งต่อปีสำหรับผู้ป่วยใน^[84] นับว่าอัตราการตอบแบบสอบถาม PEP ของผู้มารับบริการยังมีจำนวนต่ำมาก คือคิดเป็นร้อยละ 0.08 ของกลุ่มเป้าหมายที่แผนกผู้ป่วยนอก และร้อยละ 0.92 ของกลุ่มเป้าหมายที่แผนกผู้ป่วยใน ดังนั้นหากต้องการเสียงสะท้อนของผู้รับบริการอย่างแท้จริงเพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพและความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น สรพ. อาจต้องมีการพัฒนารูปแบบการเก็บข้อมูลในส่วนนี้ เช่น มีระบบสนับสนุน

และแรงจูงใจสำหรับกลุ่มตัวอย่างในการให้ข้อมูล หรืออาจใช้วิธีการสุ่มสำรวจผู้มารับบริการให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เป็นต้น

4) การประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ผู้ประเมินวัดการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลจากข้อมูลในระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์ (HSCS online)¹¹ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564 จาก 613 โรงพยาบาล โดยผู้ประเมินพบว่ามีการตอบแบบสำรวจทั้งสิ้น 662,746 ครั้ง ในขั้นตอนการทำความเข้าใจสภาวะข้อมูล ผู้ประเมินพบข้อมูลว่าง (null value) และข้อมูลแบบสำรวจที่ไม่สมบูรณ์ (ตอบข้อคำถามไม่ครบถ้วน) จำนวน 28,996 ครั้ง (ร้อยละ 4.38) ซึ่งผู้ประเมินตัดข้อมูลดังกล่าวออก และคงเหลือข้อมูลที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์จำนวน 633,750 ครั้ง (ตาราง 18) จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสำรวจ ผู้ประเมินพบลักษณะของบุคลากรผู้ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นข้าราชการ อยู่ในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพและมีอายุงานในตำแหน่งปัจจุบันมากกว่า 20 ปี (ตาราง 19)

ตาราง 18 จำนวนข้อมูลแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564

ปีงบประมาณ	จำนวนโรงพยาบาลที่ตอบแบบสำรวจ (แห่ง)	จำนวนแบบสำรวจ (ครั้ง)	จำนวนข้อมูลว่างและแบบสำรวจที่ไม่สมบูรณ์ (ครั้ง)	จำนวนแบบสำรวจที่สมบูรณ์ (ครั้ง)
2561	160	99,054	23,838	75,216
2562	335	145,253	3,346	141,907
2563	496	196,157	1	196,156
2564	613	222,282	1,811	220,471
รวม		662,746	28,996	633,750

ตาราง 19 ลักษณะของผู้ตอบแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล	จำนวนการตอบแบบสอบถามในแต่ละปี (ครั้ง)			
	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
เพศ				
หญิง	60,967	113,732	155,325	175,235
	81.06%	80.15%	79.18%	79.48%
ชาย	14,249	28,175	40,831	45,236

¹¹ <http://hscs.ha.or.th/64/>

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล	จำนวนการตอบแบบสอบถามในแต่ละปี (ครั้ง)			
	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	18.94%	19.85%	20.82%	20.52%
ประเภทการจ้าง				
ข้าราชการ	27,476	56,647	76,735	97,358
	36.53%	39.92%	39.12%	44.16%
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	13,350	29,459	46,871	47,021
	17.75%	20.76%	23.89%	21.33%
ลูกจ้างชั่วคราว	10,204	18,216	22,404	21,165
	13.57%	12.84%	11.42%	9.60%
พนักงานมหาวิทยาลัย	8,336	6,699	7,748	7,703
	11.08%	4.72%	3.95%	3.49%
พนักงานราชการ	2,960	5,829	8,431	8,135
	3.94%	4.11%	4.30%	3.69%
ลูกจ้างประจำ	5,879	10,789	13,299	14,436
	7.82%	7.60%	6.78%	6.55%
พนักงาน full time (รพ.เอกชน)	4,395	9,866	15,187	17,507
	5.84%	6.95%	7.74%	7.94%
พนักงาน part time (รพ.เอกชน)	194	334	426	468
	0.26%	0.24%	0.22%	0.21%
อื่น ๆ	2,422	4,068	5,055	6,678
	3.22%	2.87%	2.58%	3.03%
สายงาน/วิชาชีพในปัจจุบัน				
พยาบาลวิชาชีพ	26,968	49,198	65,872	74,239
	35.85%	34.67%	33.58%	33.67%
อื่น ๆ	12,699	27,102	39,347	43,722
	16.88%	19.10%	20.06%	19.83%
พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย	8,609	16,910	23,416	25,960
	11.45%	11.92%	11.94%	11.77%
อำนวยการ/back office	8,358	14,077	18,774	21,125
	11.11%	9.92%	9.57%	9.58%
ผู้ช่วยพยาบาล/เภสัช/ทันตแพทย์	6,678	10,789	15,194	17,382
	8.88%	7.60%	7.75%	7.88%
แพทย์	1,873	4,323	6,270	6,791
	2.49%	3.05%	3.20%	3.08%
เภสัชกร	1,683	3,621	5,049	5,796
	2.24%	2.55%	2.57%	2.63%
พนักงานซัพพลาย/supply	1,405	2,679	3,578	4,002
	1.87%	1.89%	1.82%	1.82%
พนักงานเปล	1,319	2,686	3,957	4,369

ลักษณะของผู้ให้ข้อมูล	จำนวนการตอบแบบสอบถามในแต่ละปี (ครั้ง)			
	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
เทคนิคการแพทย์	1.75%	1.89%	2.02%	1.98%
	1,260	2,432	3,630	3,990
นักโภชนาการ	1.68%	1.71%	1.85%	1.81%
	1,085	1,693	2,120	2,553
Technician (เช่น Respiratory Therapist, เทคนิคการแพทย์ และรังสีเทคนิค)	1.44%	1.19%	1.08%	1.16%
	841	1,553	2,199	2,374
นักกายภาพบำบัด อาชีวบำบัด วชิบำบัด	1.12%	1.09%	1.12%	1.08%
	752	1,619	2,175	2,642
แพทย์ประจำบ้าน	1.00%	1.14%	1.11%	1.20%
	518	373	584	533
ทันตแพทย์	0.69%	0.26%	0.30%	0.24%
	579	1,558	2,310	3,171
พยาบาลเทคนิค	0.77%	1.10%	1.18%	1.44%
	348	585	650	665
ทันตภิบาล	0.46%	0.41%	0.33%	0.30%
	241	709	1,031	1,157
	0.32%	0.50%	0.53%	0.52%
อายุงานในสาขาหรือวิชาชีพในปัจจุบัน				
น้อยกว่า 1 ปี	3,262	5,172	8,718	8,655
	4.34%	3.64%	4.44%	3.93%
1-5 ปี	18,046	33,661	46,615	54,071
	23.99%	23.72%	23.76%	24.53%
มากกว่า 5 ปี-10 ปี	15,833	30,522	41,086	45,666
	21.05%	21.51%	20.95%	20.71%
มากกว่า 10 ปี-15 ปี	10,717	21,054	29,925	34,982
	14.25%	14.84%	15.26%	15.87%
มากกว่า 15 ปี-20 ปี	8,580	16,185	21,666	23,738
	11.41%	11.41%	11.05%	10.77%
มากกว่า 20 ปีขึ้นไป	18,778	35,313	48,146	53,359
	24.97%	24.88%	24.54%	24.20%

จากข้อมูลแบบสำรวจจำนวน 633,750 ครั้ง ผู้ประเมินวิเคราะห์ผลลัพธ์ของวัฒนธรรมความปลอดภัย โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวก (average percent of positive responses)¹² ผู้ประเมินพบว่าผู้ตอบแบบสำรวจในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564 (รูป 10) มีค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิง

¹² คำตอบเชิงบวก หมายถึง ผู้ตอบแบบสำรวจเห็นด้วยหรือมองว่าตัวชี้วัดด้านวัฒนธรรมความปลอดภัย/ข้อคำถามนั้น ๆ อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ หรือการเลือกตอบ “ยอมรับได้ (acceptable)”, “ดีมาก (very good)” และ “ดีเยี่ยม (excellent)” ในข้อคำถามนั้น ๆ

บวกในตัวชี้วัดวัฒนธรรมความปลอดภัยทุกด้านอยู่ที่ 34.61 หรือหมายความว่าผู้ตอบแบบสำรวจประมาณร้อยละ 66 มองว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลของตนอยู่ในระดับไม่ดี/ตก หากพิจารณาผลที่ได้ตามตัวชี้วัดวัฒนธรรมความปลอดภัยในแต่ละด้าน ผู้ประเมินพบว่าตัวชี้วัดด้านกำลังคนและชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมมีค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวกมากที่สุด (ร้อยละ 52.54) และตัวชี้วัดด้านการเรียนรู้ขององค์กรและการพัฒนาอย่างต่อเนื่องมีค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวกน้อยที่สุด (ร้อยละ 26.59)



รูป 10 ค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวก (ผลเฉลี่ยรวมของปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564)

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวกในแต่ละตัวชี้วัดเป็นรายปีงบประมาณจะพบว่าตัวชี้วัดด้านกำลังคนและชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมและตัวชี้วัดด้านการตอบสนองต่อความไม่ปลอดภัยมีแนวโน้มลดลงในทุกปี และปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 มีค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวกต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับปีงบประมาณอื่น ๆ (ตาราง 20) และหากพิจารณาค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวกในแต่ละข้อคำถาม (ภาคผนวก 6) ผู้ประเมินพบว่าข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวกมากที่สุดคือข้อ E “ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) หรือผู้รับบริการ (Customer Safety Grade)” (ประมาณร้อยละ 98 ของผู้ตอบแบบสำรวจ) และข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวกน้อยที่สุดคือข้อ A15 “แม้จะต้อง

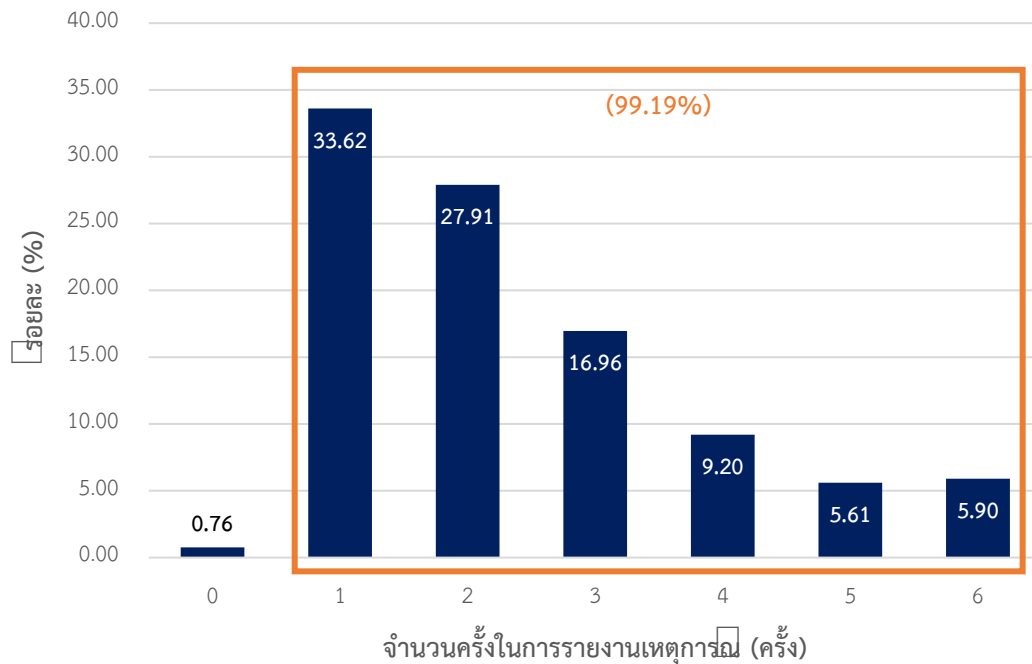
ทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ” (ประมาณร้อยละ 12 ของผู้ตอบแบบสำรวจ)

ตาราง 20 ค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวก รายงานแยกตามปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564

ตัวชี้วัดความปลอดภัยของผู้ป่วย	ค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวก				เฉลี่ย
	2561	2562	2563	2564	
กำลังคนและชั่วโมงทำงานที่เหมาะสม	56.83	55.55	49.05	48.75	52.54
การรายงานเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย	45.50	46.95	44.56	43.07	45.02
ความปลอดภัยในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย	43.92	44.68	43.07	42.11	43.44
การตอบสนองต่อความไม่ปลอดภัย	43.45	43.42	41.29	38.93	41.77
การสื่อสารที่เปิดกว้าง	37.07	37.47	35.96	34.42	36.23
การส่งต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน	34.74	34.81	32.34	30.70	33.15
แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	33.09	34.14	31.57	29.03	31.96
การสื่อสารเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัย	31.55	33.31	31.69	30.50	31.76
การทำงานเป็นทีม	30.93	31.56	28.76	27.94	29.80
หัวหน้าหรือผู้จัดการให้การสนับสนุนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย	27.82	28.73	26.53	25.61	27.17
การเรียนรู้ขององค์กรและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	27.25	28.23	25.94	24.94	26.59
ผลเฉลี่ยในทุกหัวข้อ	35.68	36.32	33.79	32.64	34.61

หมายเหตุ: สีในตารางหมายถึงจำนวนตัวเลขในตาราง โดยสีเข้มสุดแสดงถึงจำนวนตัวเลขที่สูงที่สุดในแถว และสีอ่อนสุดแสดงถึงจำนวนตัวเลขที่น้อยสุดในแถว

เมื่อพิจารณาเฉพาะคำถามข้อ G “จำนวนการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้บันทึกและส่งรายงานจำนวนเท่าไร” ผู้ประเมินพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนมากมีการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาอย่างน้อย 1 ครั้ง (คิดเป็นร้อยละ 99.19 ของผู้ตอบแบบสำรวจ) (รูป 11)



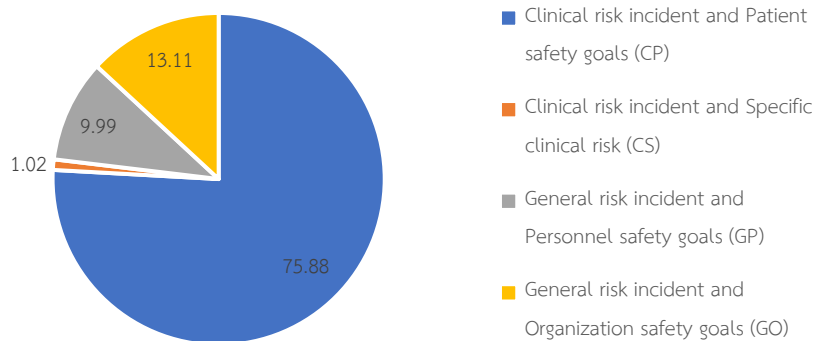
รูป 11 ผลการตอบแบบสำรวจข้อ G “จำนวนการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้บันทึกและส่งรายงานจำนวนเท่าไร”

จากผลการตอบแบบสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลจะสังเกตได้ว่ามีประเด็นปัญหาในระดับโรงพยาบาลที่น่าสนใจและยังต้องการการส่งเสริมและพัฒนาเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ดังนี้ 1) วัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังไม่เข้มแข็ง สะท้อนได้จากคำตอบส่วนใหญ่ที่มองว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาลของตนอยู่ในระดับไม่ดี/ตก 2) ความตระหนักของบุคลากรต่อความปลอดภัยของผู้รับบริการที่สวนทางกับการปฏิบัติจริง อันจะเห็นได้จากการที่ผู้ตอบแบบสำรวจส่วนใหญ่เห็นว่าระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ถึงดีเยี่ยม ซึ่งความคิดเห็นดังกล่าวสวนทางกับตัวชี้วัดความปลอดภัยส่วนมากเกือบทุกตัวชี้วัด (ยกเว้นด้านกำลังคนและชั่วโมงทำงานที่เหมาะสม) ที่มีค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวกน้อยกว่า 50 3) ยังต้องการสนับสนุนจากระดับหัวหน้าหรือผู้บริหารในการผลักดันงานด้านความปลอดภัยในโรงพยาบาล ถึงแม้จะได้รับการสนับสนุนจากคนกลุ่มนี้ให้โรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ 2P Safety แล้วก็ตาม สะท้อนจากคำตอบส่วนใหญ่ที่มองว่าการสนับสนุนจากหัวหน้า/ผู้บริหาร ด้านความปลอดภัยในโรงพยาบาลที่มีค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวกน้อยกว่า 30 4) ยังมีความต้องการนวัตกรรมและเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงานเรื่องความปลอดภัยในโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งของวัฒนธรรมความปลอดภัยในโรงพยาบาล เพิ่มความตระหนักของบุคลากร หัวหน้า/ผู้บริหาร และพัฒนาด้านความปลอดภัยในการให้บริการ

4.3.2 ผลลัพธ์อื่น ๆ ที่ได้จากระบบข้อมูลภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ

1) ระบบ NRLS

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระบบ NRLS พบว่ามีการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สมบูรณ์ในช่วงระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 – 31 มกราคม พ.ศ. 2565 ทั้งสิ้น 1,799,074 เหตุการณ์ แบ่งเป็น (1) **กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิก (Clinical risk incident: C)** 1,383,530 เหตุการณ์ ประกอบด้วยอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกทั่วไปที่รายงานอุบัติการณ์ตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือ SIMPLE (Clinical risk incident and Patient safety goals: CP) จำนวน 1,365,117 เหตุการณ์ (ร้อยละ 75.88 ของอุบัติการณ์ทั้งหมด) และอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกที่จำเพาะ หรืออุบัติการณ์ความเสี่ยงจำเพาะโรค (Clinical risk incident and Specific clinical risk: CS) จำนวน 18,413 เหตุการณ์ (ร้อยละ 1.02 ของอุบัติการณ์ทั้งหมด) (2) **กลุ่มอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไป (General risk incident: G)** 415,544 เหตุการณ์ ประกอบด้วยอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไปที่รายงานตามเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากร หรือ SIMPLE (General risk incident and Personnel safety goals: GP) 179,665 เหตุการณ์ (ร้อยละ 9.99 ของอุบัติการณ์ทั้งหมด) และอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไปที่รายงานตามเป้าหมายความปลอดภัยขององค์กร (General risk incident and Organization safety goals: GO) 235,879 เหตุการณ์ (ร้อยละ 13.11 ของอุบัติการณ์ทั้งหมด) (รูป 12)



รูป 12 ร้อยละของการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ NRLS (กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 – มกราคม พ.ศ. 2565) แยกตามชนิดอุบัติการณ์

อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกที่รายงานตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (ตาราง 21) พบการรายงานในหมวด M หรือ Medication & Blood Safety มากที่สุดจำนวน 686,045 เหตุการณ์ (ร้อยละ 50.26 ของอุบัติการณ์ CP) โดยพบว่าเป็นการรายงานจากกรณีที่เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการ

จัดเตรียมจ่ายยา (Pre-dispensing) มากที่สุดจำนวน 204,213 เหตุการณ์ (ร้อยละ 29.77 ของอุบัติการณ์หมวด Medication & Blood Safety) และการรายงานจากกรณีที่เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการสั่งใช้ยา (Prescribing) เป็นอันดับสอง จำนวน 201,794 เหตุการณ์ (ร้อยละ 29.41 ของอุบัติการณ์หมวด Medication & Blood Safety) (ภาคผนวก 5 ตาราง 28)

ตาราง 21 จำนวนอุบัติการณ์และร้อยละของอุบัติการณ์ในแต่ละประเภทของ CP

ประเภทของอุบัติการณ์ CP	จำนวนอุบัติการณ์ (เหตุการณ์)	ร้อยละ
S (Safe Surgery)	62,569	4.58
I (Infection Prevention and Control)	53,549	3.92
M (Medication and Blood Safety)	686,045	50.26
P (Patient Care Processes)	367,421	26.91
L (Line, Tube, and Catheter & Laboratory)	127,005	9.30
E (Emergency Response)	68,506	5.02
O (Other)	22	0.00
รวม	1,365,117	100.0

ระดับความรุนแรงหรือผลกระทบของอุบัติการณ์

ผู้ประเมินพบว่าอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกที่เกิดขึ้นส่วนมากส่งผลกระทบในระดับ B หรือเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยแล้วแต่สามารถตรวจพบและแก้ไขได้ทัน ทำให้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ป่วย (ตาราง 22) และอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไปส่วนมากส่งผลกระทบในระดับ 1 หรือเกิดความผิดพลาดขึ้นแต่ไม่มีผลกระทบต่อผลการดำเนินงานและมีมูลค่าความเสียหายไม่เกิน 10,000 บาท (ตาราง 23)

อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกที่ส่งผลกระทบรุนแรงตั้งแต่ระดับ G¹³ ถึง I¹⁴ เกิดขึ้นในอุบัติการณ์ประเภท Emergency Response หรืออุบัติการณ์ที่เกิดจากการให้/รับบริการผู้ป่วยฉุกเฉินมากที่สุด จำนวน 10,327 เหตุการณ์ (ร้อยละ 57.28 ของอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกระดับ G ถึง I ทั้งหมด) และอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไปที่ส่งผลกระทบรุนแรงในระดับ 5¹⁵ เกิดขึ้นในอุบัติการณ์ประเภท Information Technology & Communication, Internal control & Inventory มากที่สุด จำนวน 126 เหตุการณ์ (ร้อยละ 37.06 ของอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไประดับ 5 ทั้งหมด)

¹³ อุบัติการณ์ที่ส่งผลให้ผู้ป่วย/บุคลากรเกิดทุพพลภาพถาวร หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียง/ความเชื่อถือและ/หรือมีการร้องเรียน

¹⁴ อุบัติการณ์ที่ส่งผลให้ผู้ป่วย/บุคลากรเสียชีวิต หรือมีผลกระทบทำให้เสียชื่อเสียงโดยมีการฟ้องร้องทางศาล/สื่อ

¹⁵ อุบัติการณ์ที่ส่งผลให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย ทำให้ภารกิจขององค์กรเสียหายอย่างร้ายแรง และเกิดผลกระทบที่มีมูลค่าความเสียหายมากกว่า 10 ล้านบาท

ตาราง 22 อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกและผลกระทบของอุบัติเหตุ

ประเภท อุบัติเหตุ*	ระดับความรุนแรง*														รวม (เหตุการณ์)
	1	2	3	4	5	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
CPS	-	-	-	-	-	8,209	18,916	16,294	8,222	7,140	2,905	230	376	277	62,569
CPI	-	-	-	-	-	10,241	18,944	9,531	6,237	5,995	2,402	16	34	149	53,549
CPM	-	-	-	-	-	36,941	526,276	78,613	34,079	8,501	1,326	64	151	94	686,045
CPP	4	-	2	-	-	43,766	142,685	107,472	42,937	20,489	5,795	632	2,035	1,604	367,421
CPL	-	-	-	-	-	10,240	34,277	52,865	18,463	9,968	710	39	362	81	127,005
CPE	-	-	-	-	-	3,606	6,127	17,255	12,275	13,769	5,147	753	4,022	5,552	68,506
CPO	8	-	-	-	-	2	2	2	1	5	-	-	-	2	22
CSS	-	-	-	-	-	142	27	54	183	415	418	13	62	65	1,379
CSO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CSM	-	-	-	-	-	668	620	1,857	3,751	3,847	1,026	70	658	386	12,883
CSE	-	-	-	-	-	6	22	292	294	222	108	13	7	11	975
CSG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CSP	-	-	-	-	-	96	135	381	1,114	831	344	13	157	102	3,173
CSD	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	3
รวม	12	-	2	-	-	113,917	748,031	284,616	127,559	71,182	20,181	1,843	7,864	8,323	1,383,530

* สามารถอ่านรายละเอียดได้ที่อภิธานศัพท์

ตาราง 23 อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไปและผลกระทบของอุบัติเหตุ

ประเภท อุบัติเหตุ*	ระดับความรุนแรง*														รวม (เหตุการณ์)
	1	2	3	4	5	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
GPS	2	2	-	-	-	393	687	660	269	120	18	34	7	15	2,207
GPI	-	-	-	-	-	1,373	1,327	2,053	4,348	2,835	203	7	1	1	12,148
GPM	2	-	-	-	-	1,370	2,184	5,399	1,061	398	47	89	26	57	10,633
GPP	2	2	-	-	-	3,578	3,315	3,404	2,188	719	67	10	5	9	13,299
GPL	15	4	-	-	-	21,038	41,547	12,319	1,638	404	84	27	44	44	77,164
GPE	224	79	26	-	-	20,098	23,342	13,826	4,769	1,458	175	105	40	39	64,181
GPO	28	1	-	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	1	33
GOS	35,058	12,404	2,975	335	104	-	1	-	2	-	-	-	-	-	50,879
GOI	84,490	34,084	5,437	594	126	3	6	5	1	-	-	-	-	-	124,746
GOM	3,839	1,487	384	53	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,781
GOP	19,216	11,036	1,004	123	21	-	1	-	-	1	-	-	-	-	31,402
GOL	2,109	1,385	443	62	25	1	1	1	-	-	-	-	-	-	4,027
GOE	13,381	4,450	1,049	112	46	-	5	1	-	-	-	-	-	-	19,044
รวม	158,366	64,934	11,318	1,279	340	47,854	72,417	37,669	14,277	5,935	594	272	123	166	415,544

* สามารถอ่านรายละเอียดได้ที่อภิธานศัพท์

ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์

ผลการวิเคราะห์ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์พบว่า ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์ในแต่ละระดับความรุนแรงมีแนวโน้มไม่แตกต่างกัน แต่พบว่าในเหตุการณ์ที่มีระดับความรุนแรงสูงขึ้นไปจะมีแนวโน้มของค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 75 เพิ่มขึ้น (ภาคผนวก 5 ตาราง 29-ตาราง 30)

จากการวิเคราะห์ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์แบ่งตามระดับศักยภาพของกลุ่มสถานพยาบาลพบว่า สถานพยาบาลภาคเอกชนมีค่ามัธยฐาน ค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75 น้อยกว่าสถานพยาบาลกลุ่มอื่น (ตาราง 24) และหากพิจารณาตามสถานะการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลพบว่า สถานพยาบาลที่ยังไม่เคยเข้าสู่กระบวนการรับรองมีระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์น้อยกว่าสถานพยาบาลที่ผ่านการรับรอง (ตาราง 25)

ตาราง 24 ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์แบ่งตามประเภทอุบัติการณ์และระดับความรุนแรง

ระดับศักยภาพของกลุ่มสถานพยาบาล	ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์ (วัน)							
	Mean	SD	Median	p25	p75	Min	Max	N
ภาครัฐ-Advance (มีการเรียนการสอน)	15.94946	33.88215	5	1	18	0	1126	257,583
ภาครัฐ-ชุมชน	18.16361	50.06406	3	0	15	0	1872	718,951
ภาครัฐ-ตติยภูมิ	12.47738	28.43364	3	0	13	0	964	207,560
ภาครัฐ-ทั่วไป	15.9204	35.01614	5	1	17	0	1129	481,297
ภาคเอกชน	5.865907	19.80714	1	0	5	0	1097	132,363

ตาราง 25 ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์แบ่งตามสถานะการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

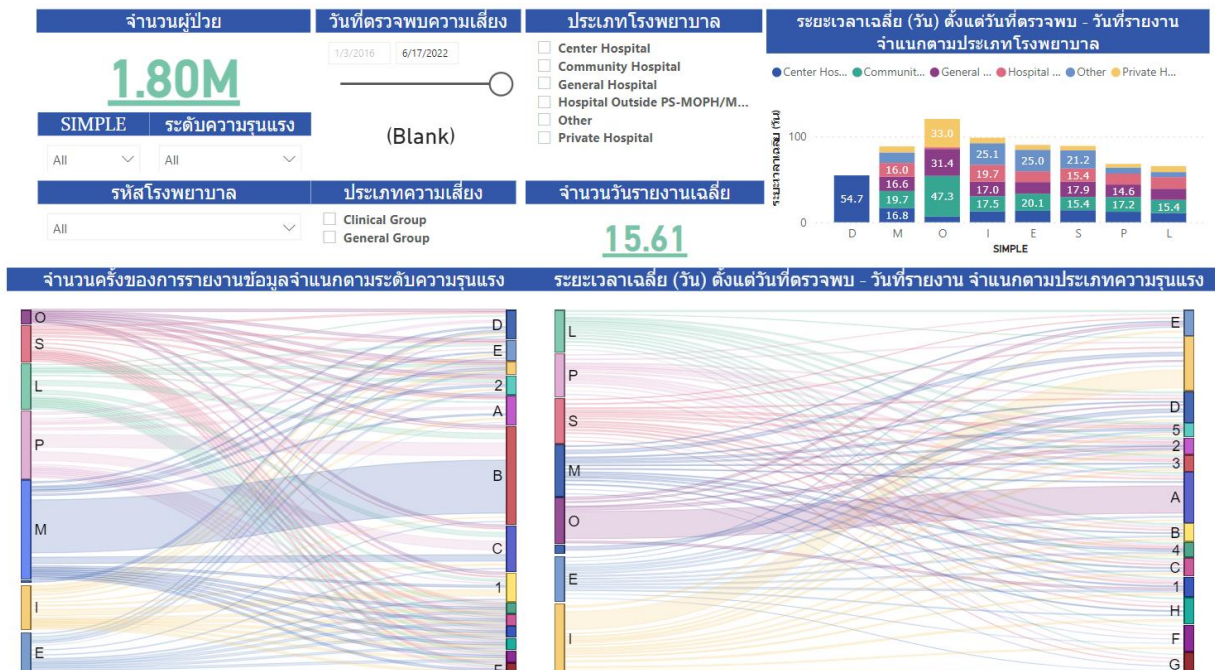
สถานะการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์ (วัน)							
	Mean	SD	Median	p25	p75	Min	Max	N
ยังไม่เคยเข้าสู่กระบวนการรับรอง	6.164625	21.4328	0	0	3	0	528	12,082
รับรองคุณภาพ ขั้นที่ 1	10.0451	36.86196	2	0	10	0	1034	8,470
รับรองคุณภาพ ขั้นที่ 2	16.02159	64.81479	1	0	11	0	1333	40,613
รับรองคุณภาพ ขั้นที่ 3 (Accreditation)	12.66726	34.01329	2	0	10	0	988	121,140
Re-accreditation ครั้งที่ 1	19.13766	41.43225	5	1	20	0	1132	323,406
Re-accreditation ครั้งที่ 2	17.8571	48.83898	4	0	16	0	1872	523,160
Re-accreditation ครั้งที่ 3	14.30626	32.42637	4	0	15	0	1098	441,234
Re-accreditation ครั้งที่ 4	13.72928	34.28442	4	1	14	0	1094	225,871
Re-accreditation ครั้งที่ 5	8.957371	22.50496	2	0	9	0	843	99,204
Re-accreditation ครั้งที่ 6	6.818182	21.59071	1	0	6	0	497	2,574

การรายงานผลข้อมูล

ข้อมูลในระบบ NRLS เป็นข้อมูลที่มีขนาดใหญ่ (big data) ที่ต้องการการจัดการข้อมูลรวมถึงการนำเสนอผลที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจของผู้รับสารหรือผู้ใช้งานระบบ อันประกอบด้วย ผู้กำหนดนโยบายโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการรายงานข้อมูล และประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์และกระตุ้นให้ผู้ใช้งานระบบเห็นความสำคัญของข้อมูล โดยลักษณะการรายงานข้อมูลขนาดใหญ่ที่น่าสนใจประกอบด้วย

1. การนำเสนอข้อมูลแบบ Interactive คือ ผู้ใช้งานระบบสามารถสื่อสารหรือโต้ตอบกับระบบได้อย่างอัตโนมัติ
2. ข้อมูลมีการรายงานในหลายระดับ ทั้งภาพรวมในระดับประเทศและระดับโรงพยาบาล เพื่อให้เห็นภาพรวมของปัญหา และเอื้อต่อผู้ใช้งานระบบในการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์
3. ผู้ใช้งานระบบเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว และข้อมูลเป็นปัจจุบัน
4. ระบบการรายงานเลือกนำเสนอข้อมูลที่สำคัญ หรือประเด็นที่ผู้ใช้งานระบบควรให้ความสนใจ

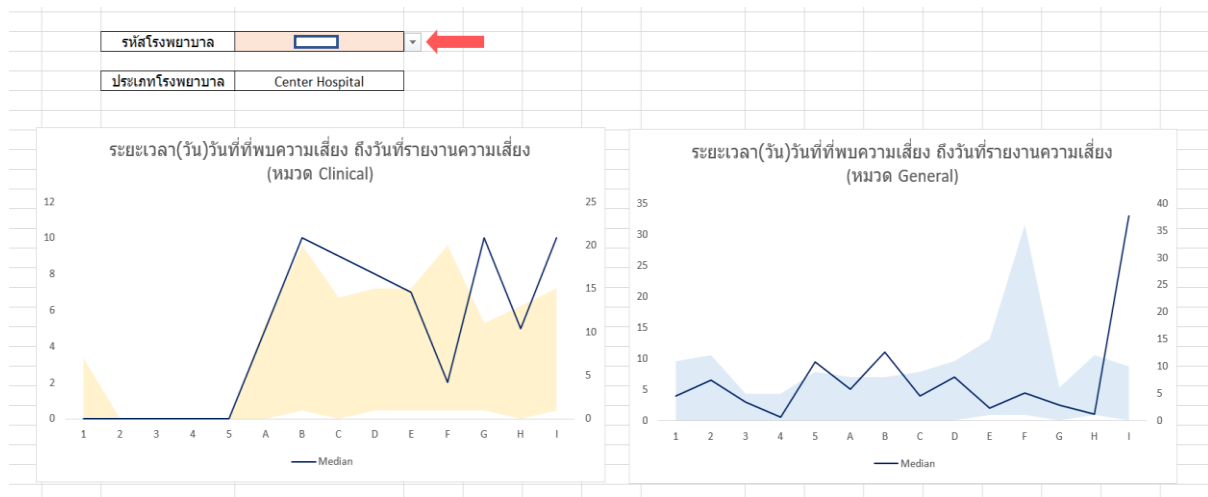
ผู้ประเมินมีข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบการรายงานข้อมูล NRLS โดยการเสนอให้ผู้ดูแลและพัฒนาระบบ (สรพ.) นำเสนอข้อมูลในภาพรวมของระบบด้วย Sankey Diagram (ดังตัวอย่างรูป 13) เพื่อช่วยให้ผู้ใช้งานระบบเข้าใจภาพรวมของข้อมูลที่มีความซับซ้อนได้ และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลเชิงปริมาณระหว่างเซตข้อมูลหรือตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันได้ง่ายขึ้น



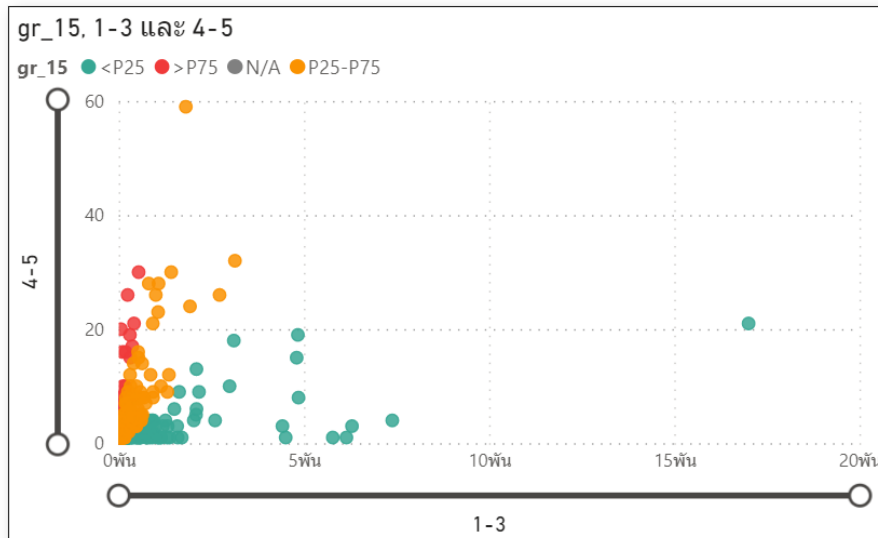
รูป 13 ตัวอย่างการอธิบายข้อมูลในระบบ NRLS ด้วย Sankey Diagram

จากตัวแปรที่หลากหลายในระบบ NRLS ผู้ประเมินเห็นว่าตัวแปรระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ และระยะเวลาในการรายงานอุบัติการณ์เป็นข้อมูลส่วนสำคัญที่ควรเร่งนำเสนอให้ผู้ใช้งานระบบ (โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการรายงานข้อมูล) ได้รับทราบและสามารถเปรียบเทียบข้อมูลของโรงพยาบาลตนเองกับโรงพยาบาลอื่น ๆ ในระดับศักยภาพเดียวกันได้ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาการทำงานด้านความปลอดภัยไปจนถึงพัฒนาวัฒนธรรมด้านความปลอดภัยในองค์กร อันเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทยในอนาคต ดังนั้น ผู้ประเมินจึงเลือกนำเสนอข้อมูลระยะเวลาในการรายงานอุบัติการณ์ดังรูป 14 โดยรายงานผลตามรหัสโรงพยาบาลและเปรียบเทียบข้อมูลของโรงพยาบาลตนเอง (เส้นสีน้ำเงิน) กับช่วงต่ำสุดและสูงสุดของระยะเวลาในการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลในประเภทเดียวกัน (พื้นหลังสีเหลืองและสีฟ้า)

ในส่วนของตัวแปรความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นในรายโรงพยาบาล ผู้ประเมินมีสมมติฐานว่าหากมีการพบอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงน้อย (ระดับ 1-3 หรือ A-D) มาก จะพบอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงมาก (ระดับ 4-5 หรือ E-I) น้อย ผู้ประเมินจึงเลือกนำเสนอข้อมูลดังกล่าวโดยใช้แผนภาพการกระจาย (Scatter Plot) ในการนำเสนอข้อมูล โดย 1 จุด บนแผนภาพเป็นค่าอัตราส่วนระหว่างอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงน้อยต่ออุบัติการณ์ที่มีความรุนแรงมากของแต่ละโรงพยาบาล จากนั้นแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลตามเปอร์เซ็นต์ไทล์ของอัตราส่วนดังกล่าวออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่อยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 0 ถึง 25, 2) กลุ่มที่อยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 26 ถึง 75, และ 3) กลุ่มที่อยู่ในช่วงเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 76 ถึง 100 (ดังรูป 15)



รูป 14 ตัวอย่างการนำเสนอข้อมูลระยะเวลาในการรายงานอุบัติการณ์



รูป 15 ตัวอย่างการนำเสนอข้อมูลโดยใช้แผนภาพการกระจาย (Scatter Plot) ตามความรุนแรงของอุบัติการณ์ต่อโรงพยาบาล

ผู้ประเมินพบว่าการนำข้อมูลจากระบบ NRLS เพื่อไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีข้อจำกัด/ปัญหา ได้แก่ (1) **พบข้อมูลผิด/ข้อมูลที่ไม่มาเกิดขึ้น** เช่น การระบุวันที่ค้นพบเหตุการณ์ (RiskDetectDate) ก่อนมีระบบ NRLS หรือเหตุการณ์ในอนาคต โดยผู้ประเมินพบการรายงานอุบัติการณ์ตั้งแต่ ค.ศ. 1902-2015 จำนวน 21 เหตุการณ์ และพบการรายงานใน ค.ศ. 2028-2477 จำนวน 9 เหตุการณ์ เป็นต้น (2) **รูปแบบข้อมูลที่หลากหลาย** เช่น การระบุวันที่เกิดเหตุโดยใช้ปี พ.ศ. และ ค.ศ. เป็นต้น (3) **ข้อมูลส่วนรายละเอียดของเหตุการณ์ยากต่อการวิเคราะห์/ใช้งานในระดับประเทศ** เนื่องจากเป็นข้อมูลในลักษณะข้อความที่สามารถบันทึกผลได้อย่างอิสระทำให้เป็นข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ในลักษณะรายโรงพยาบาลเท่านั้น (4) **พบข้อมูลว่าง/ไม่กรอกข้อมูล** ซึ่งหากพิจารณาเฉพาะตัวแปรสำคัญ 12 ตัวแปร จะพบข้อมูลว่างถึงร้อยละ 10.9 ของข้อมูลอุบัติการณ์ที่มีการรายงานเข้าสู่ระบบ (5) **ความซ้ำซ้อนของตัวแปร** เช่น Risk และ SIMPLE ที่สื่อถึงประเภทของอุบัติการณ์เหมือนกัน จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ประเมินไม่พบข้อมูลว่างในตัวแปร Risk แต่พบข้อมูลว่างในตัวแปร SIMPLE ถึง 157,609 เหตุการณ์ (ร้อยละ 7.83 ของข้อมูลอุบัติการณ์ทั้งหมด)

ระบบ PEP

ผู้ประเมินพบว่าการนำข้อมูลจากระบบ PEP เพื่อไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีข้อจำกัด/ปัญหา ได้แก่ (1) **ไม่มีพจนานุกรมข้อมูล (data dictionary)** ส่งผลให้ผู้ประเมินซึ่งเป็นบุคคลภายนอกการดำเนินงานยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ และไม่ใช่ผู้เคยมีประสบการณ์ใช้/พัฒนาระบบข้อมูล PEP มีความสับสนในการตีความข้อมูลที่ได้จากระบบ เช่น ข้อมูลในข้อคำถามที่ 17 ‘ท่านจะแนะนำญาติหรือคนรู้จักให้มาใช้บริการที่โรงพยาบาลนี้หรือไม่’ ที่มีคำตอบเป็น 0 และ 1 การไม่มีพจนานุกรมข้อมูลทำให้ผู้ประเมินไม่อาจตีความด้วย

ตนเองได้ว่า 0 หมายถึงแนะนำหรือไม่แนะนำการให้บริการต่อ หรืออาจทำให้ตีความได้ว่า 0 หมายถึง ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ประสงค์ตอบข้อความดังกล่าว หรือข้อมูลวันที่ 12/01/2564 ที่สามารถตีความได้หลายแบบ อาจหมายถึงข้อมูลในวันที่ 12 เดือนมกราคม พ.ศ. 2564 หรืออาจหมายถึงข้อมูลวันที่ 1 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 เป็นต้น (2) รูปแบบคำตอบที่หลากหลาย เช่น ข้อมูลวันที่ที่มีการให้ข้อมูลทั้งแบบคริสต์ศักราชและพุทธศักราช (อาทิ 2021 และ 2564) หรือมีการกรอกข้อมูลทั้งในลักษณะตัวเลขและตัวอักษร (อาทิ มี.ค. และ มีนาคม และ 03) เป็นต้น (3) ใช้คำที่หลากหลายเพื่อสื่อถึงคำเดียวกัน เช่น คำตอบเรื่องสิทธิการรักษาของผู้รับบริการที่อยู่ภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีผู้ตอบโดยกตเลือกตัวเลือกหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเลือกตอบโดยกตตัวเลือกอื่น ๆ พร้อมระบุข้อความด้วยตนเองโดยใช้คำว่า บัตรทอง, บัตรทองนอกเขต, บัตร 30 บาท, 30 บาท, 30 บาทรักษาทุกโรค, สามสิบบ, UC และคำอื่น ๆ ที่สื่อถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือการใช้คำเพื่อสื่อถึงการชำระเงินเอง อาทิ ชำระเงินเอง ชำระเงินสด เงินสด ชำระเงินจ่ายเอง หรือสำรองจ่ายเอง เป็นต้น (4) ช่องกรอกข้อความอิสระทำให้ได้ข้อมูลที่ยากต่อการใช้ประโยชน์ เช่น ข้อความอิสระในช่องสิทธิการรักษาที่ผู้ตอบบางคนเลือกแสดงความคิดเห็นต่อการบริการแทนการให้ข้อมูลสิทธิ เป็นต้น

ระบบ HSCS

ผู้ประเมินพบว่า การนำข้อมูลจากระบบ HSCS เพื่อไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีข้อจำกัด/ปัญหา ได้แก่ (1) ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลมีจำนวนมากเกินไป และอาจไม่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร เช่น สถานภาพสมรส จำนวนผู้ได้อุปการะ/บุตรหลาน/คนที่ท่านต้องส่งเสียเลี้ยงดู เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ประเมินยังพบข้อคำถามที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เช่น ท่านทำงานในโรงพยาบาลแห่งนี้มานานเท่าไร ท่านทำงานในสาขาหรือวิชาชีพนี้มานานเท่าไร และท่านทำงานในพื้นที่ปฏิบัติงานหรือหน่วยงานปัจจุบันมานานเท่าไร หรือคำถามเรื่องตำแหน่งงานกับสายงาน/วิชาชีพในปัจจุบัน เป็นต้น (2) ตัวเลือกในข้อคำถามมีส่วนทับซ้อนกัน เช่น ข้อคำถามสายงาน/วิชาชีพในปัจจุบันที่มีการกำหนดตัวเลือกทั้ง ‘นักเทคนิคการแพทย์’ และ ‘Technician (เช่น Respiratory Therapist เทคนิคการแพทย์ และ รังสีเทคนิค)’ เป็นต้น (3) ระบบฐานข้อมูลยากต่อการรวบรวมข้อมูล/ใช้งาน เนื่องจากมีการแบ่งฐานข้อมูลรายปีงบประมาณ (พ.ศ. 2561-2565) เป็น 3 ฐานข้อมูล (ต้องเข้าถึงด้วย 3 เว็บไซต์) ทำให้ยากต่อการเข้าถึงข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล อีกทั้งรหัสโรงพยาบาลที่ถูกบันทึกในระบบฐานข้อมูลยังไม่สอดคล้องกับรหัสโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามคุณลักษณะของกลุ่มโรงพยาบาล เช่น ขนาดโรงพยาบาล กลุ่มโรงพยาบาล หรือสังกัดโรงพยาบาลได้ (4) การจัดกลุ่มของคำถามไม่เอื้อต่อการวิเคราะห์ข้อมูลในระดับประเทศ เนื่องจากการแบ่งกลุ่มคำถามในปัจจุบัน (คำถามหมวด A-G) ค่อนข้างมีความกระจัดกระจายและยากต่อการวิเคราะห์ผลรายประเด็นในระดับประเทศ

ผู้ประเมินแนะนำให้มีการวิเคราะห์แบบสอบถามโดยใช้คำตอบที่ได้ในปัจจุบันเพื่อหาทางลดจำนวนข้อคำถามที่เหลือข้อคำถามที่สำคัญมากต่อการประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัยในระดับหน่วยงานอย่างแท้จริง รวมทั้งอุปสรรคเพื่อการพัฒนา เช่น การวิเคราะห์ทางสถิติด้วยวิธีการ factor analysis ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ที่นิยมใช้ในการจัดกลุ่มและยุบรวมคำถาม^[85]

4.3.3 ข้อมูลที่น่าสนใจจาก IPD e-claim

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์การเบิกชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของผู้ป่วยใน (IPD e-claim) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559-2563 ตามรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่า มีการเกิดเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่สามารถป้องกันได้ในโรงพยาบาลเฉลี่ย 434,408 ครั้งต่อปี (หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 7 ของจำนวนการเข้ารับบริการของผู้ป่วยในตลอดปี) จากเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นคิดเป็นจำนวนวันนอนสำหรับผู้ป่วยในเฉลี่ย 4,443,511 วันต่อปี และคิดเป็นจำนวนค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้นประมาณ 11,849 ล้านบาทต่อปี (ตาราง 26)

ตาราง 26 จำนวนครั้งในการเข้ารับบริการ จำนวนวันนอน และจำนวนค่าบริการของผู้ป่วยใน พ.ศ. 2559-2563 ตามรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย

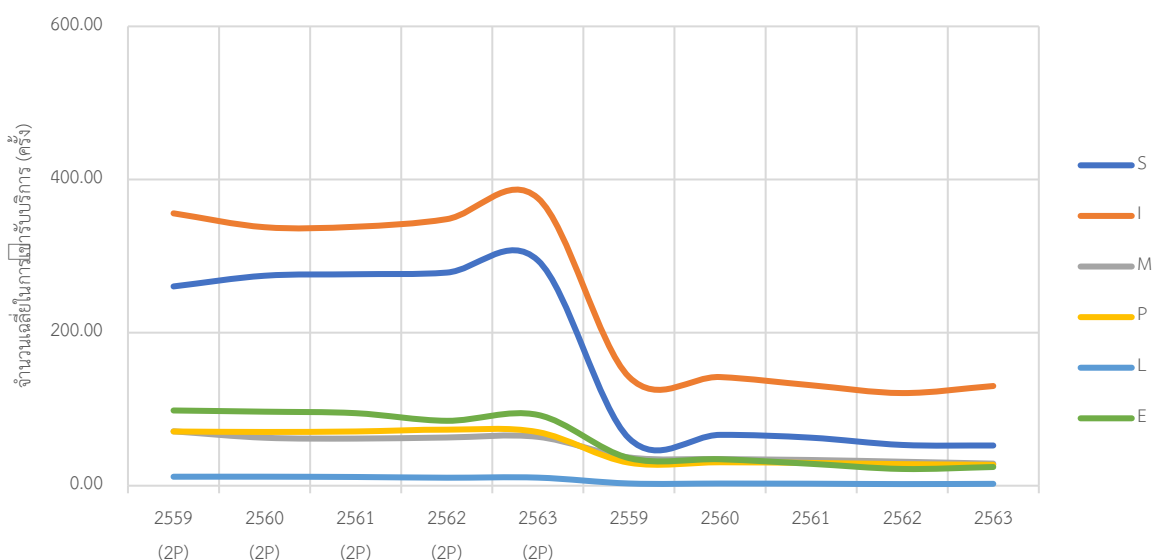
ปี (จำนวนครั้งในการเข้ารับบริการ IPD ทั้งหมด-ครั้ง)	จำนวนครั้งในการเข้ารับบริการ (ครั้ง)	จำนวนวันนอน (วัน)	จำนวนค่าบริการ (บาท)
2559 (6,056,500)	424,411	4,615,882	11,182,638,949
2560 (6,006,660)	422,869	4,659,989	11,217,960,332
2561 (6,264,661)	427,341	4,640,600	11,485,590,566
2562 (6,366,463)	439,386	4,706,869	11,991,559,705
2563 (5,758,165)	458,034	3,594,216	13,368,783,978
ค่าเฉลี่ย	434,408	4,443,511	11,849,306,706

หากพิจารณาเป็นจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการ จำนวนวันนอน และจำนวนค่าบริการที่เกิดขึ้นใน พ.ศ. 2559-2563 ผู้ประเมินสามารถสรุปได้ว่าปัจจุบันยังคงมีการเกิดเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยที่สามารถป้องกันได้ในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากต่อปี และจากความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นนั้นสามารถสร้างผลกระทบทั้งต่อโรงพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากการเกิดเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัย ผลกระทบต่อตัว

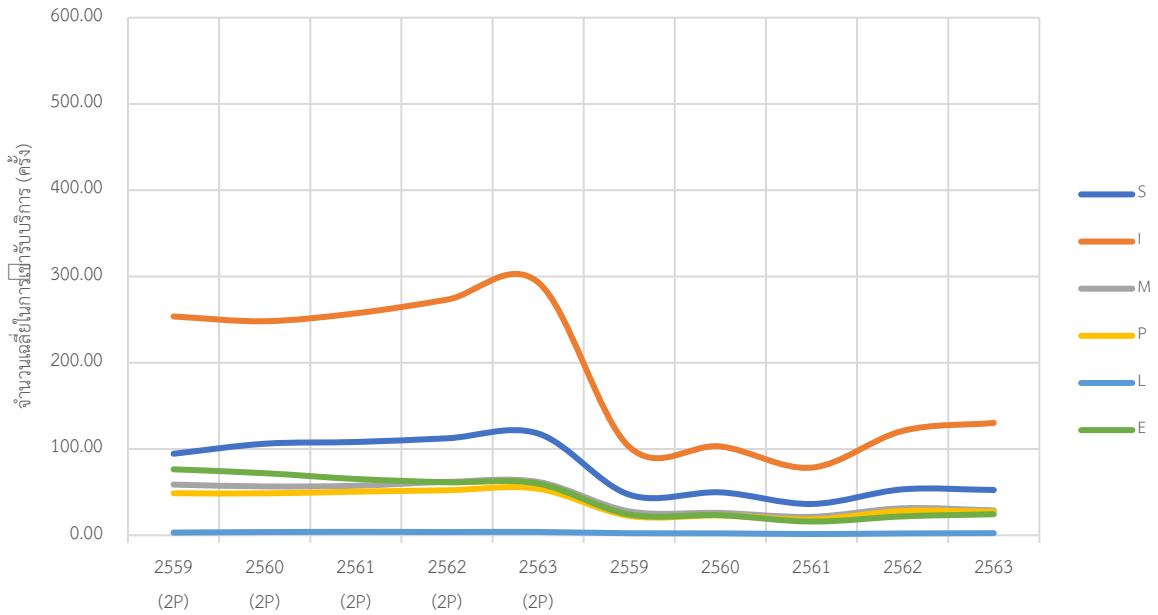
ผู้ป่วยที่อาจต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และผลกระทบต่อเศรษฐกิจและงบประมาณของประเทศที่ต้องสูญเสียให้กับเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยในโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากในแต่ละปี

จำนวนครั้งในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยใน

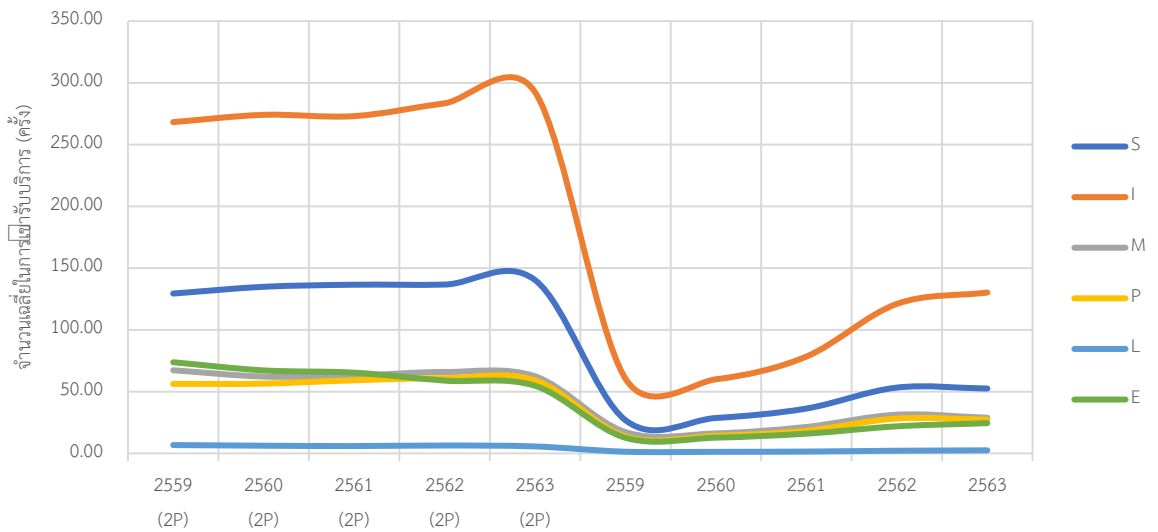
จากการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยในต่อโรงพยาบาลร่วมกับรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และรายงานผลการวิเคราะห์แยกตามกลุ่มของโรงพยาบาลโดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 (2) กลุ่มโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 และ (3) กลุ่มโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เทียบกับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ในแต่ละปีพบว่า โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการมีแนวโน้มการรายงานรหัสโรคที่เป็นปัญหาความไม่ปลอดภัยมากกว่าโรงพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วม (รูป 16-รูป 18)



รูป 16 ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม



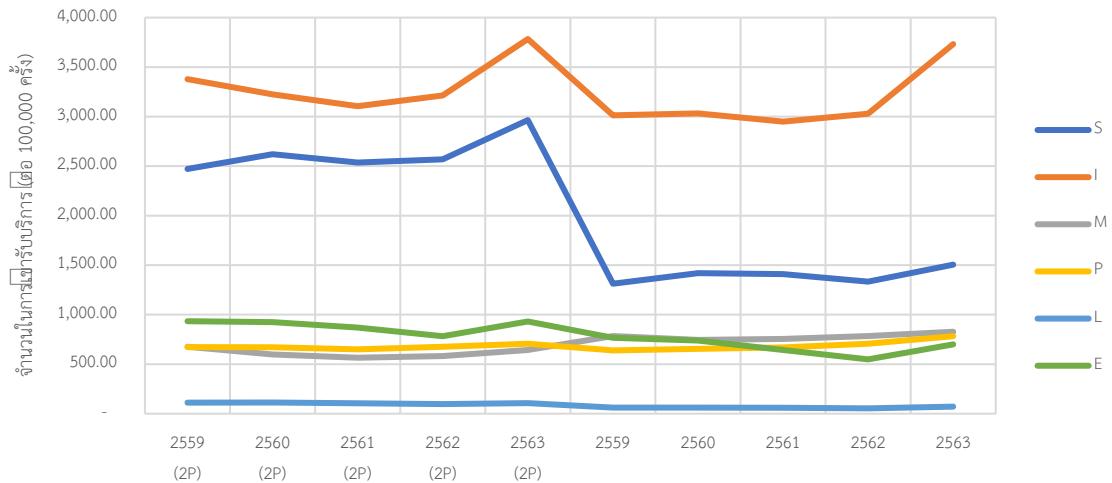
รูป 17 ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม



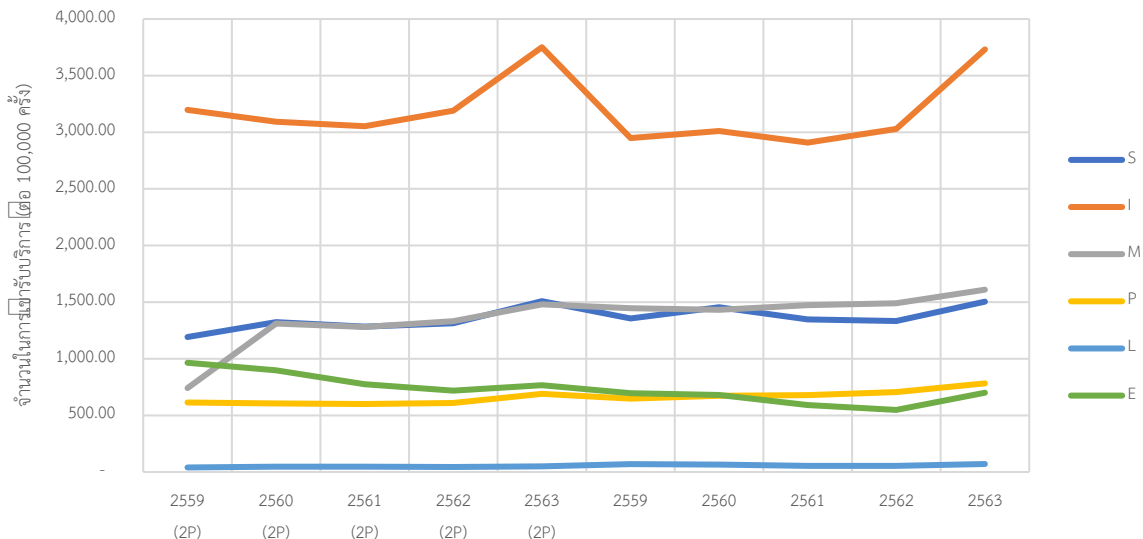
รูป 18 ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม

หากรายงานผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อการเข้ารับบริการ 100,000 ครั้ง ร่วมกับรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ผลแสดงให้เห็นว่าการรายงานรหัสโรคที่

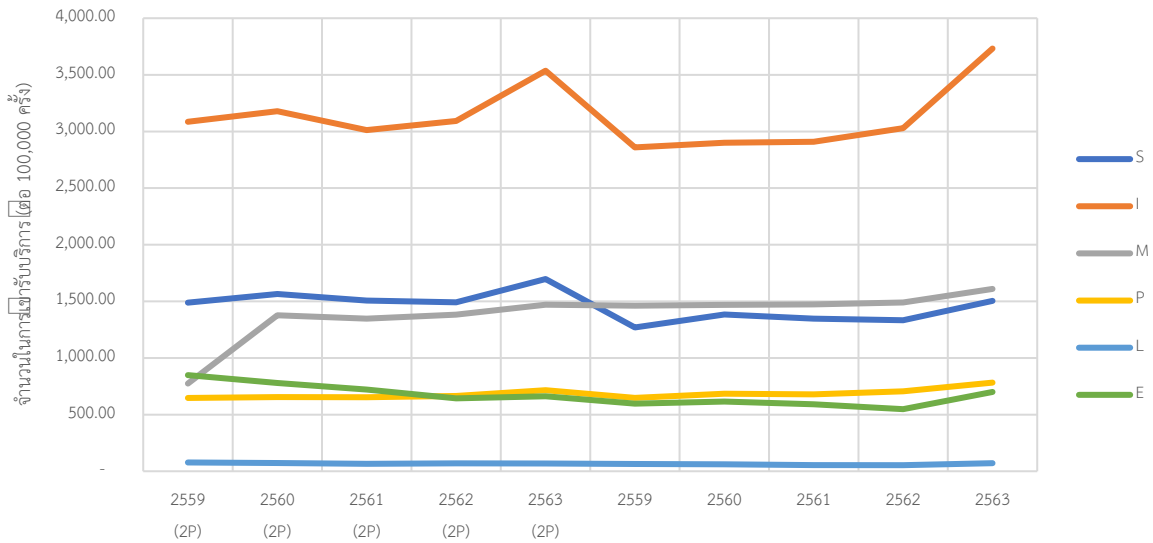
เป็นปัญหาความไม่ปลอดภัยระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ในแต่ละปี พบว่า โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการและไม่เข้าร่วมโครงการมีแนวโน้มการรายงานรหัสโรคที่เป็นปัญหาความไม่ปลอดภัยคล้ายคลึงกัน (รูป 19-รูป 21)



รูป 19 จำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อการเข้ารับบริการ 100,000 ครั้งร่วมกับรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม

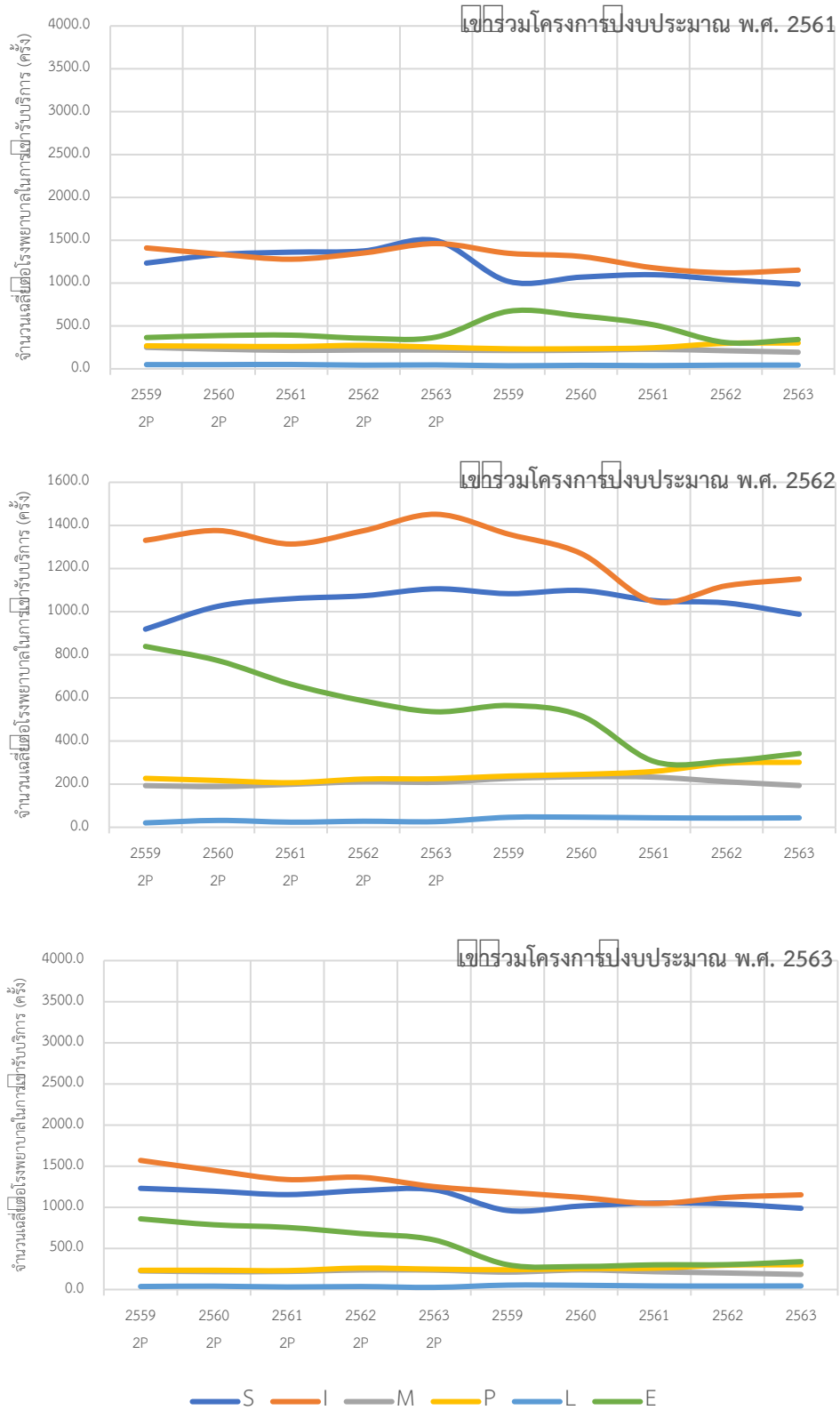


รูป 20 จำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อการเข้ารับบริการ 100,000 ครั้งร่วมกับรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม



รูป 21 จำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อการเข้ารับบริการ 100,000 ครั้งร่วมกับรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2 P Safety ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม

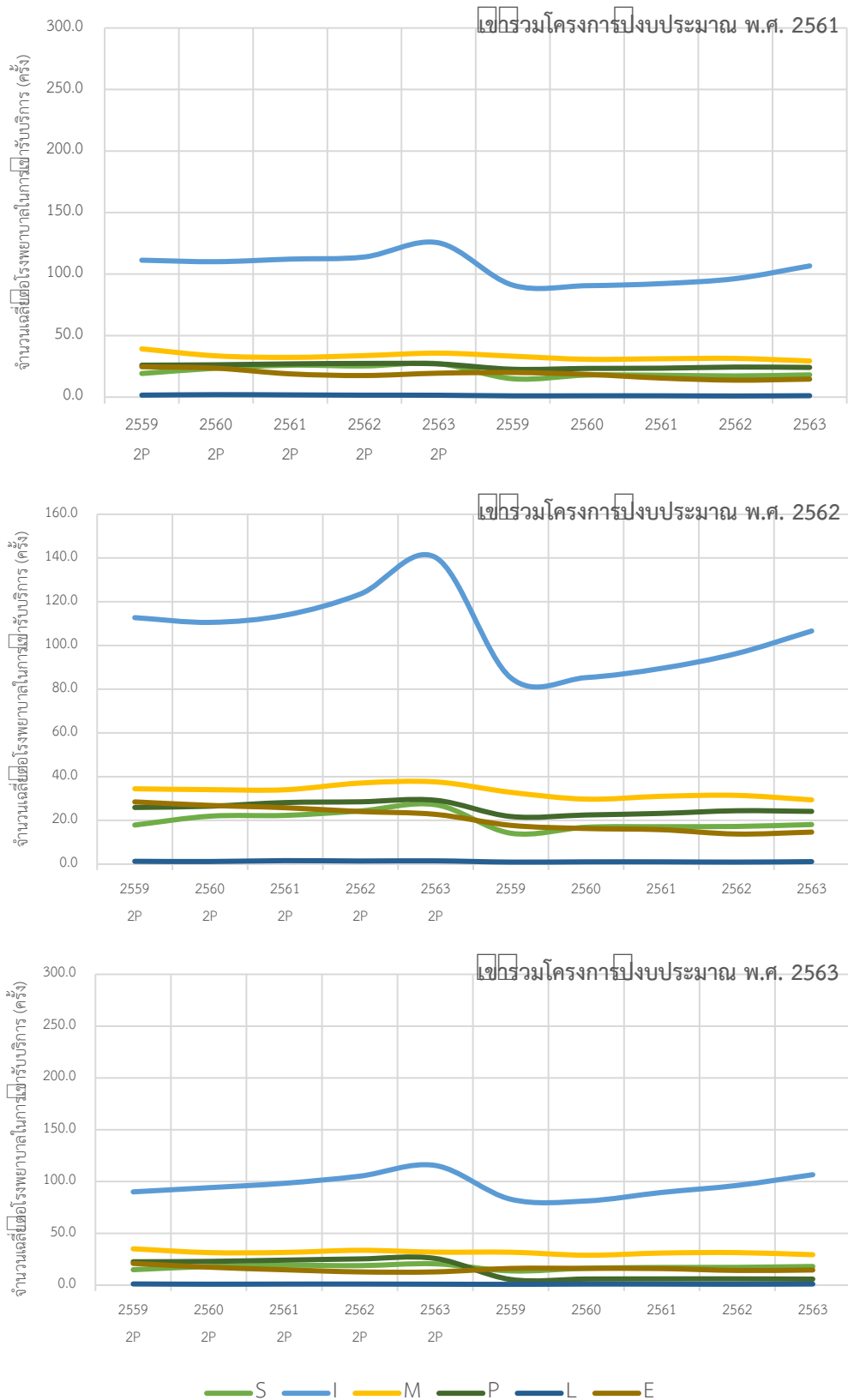
เมื่อรายงานผลการวิเคราะห์จำนวนครั้งในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยในต่อโรงพยาบาลร่วมกับรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยตามคุณลักษณะของโรงพยาบาล 4 ประเภท ได้แก่ (1) โรงพยาบาลศูนย์ (2) โรงพยาบาลทั่วไป (3) โรงพยาบาลชุมชน และ (4) โรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รูป 22-รูป 25) ผลแสดงให้เห็นว่าการรายงานรหัสโรคที่เป็นปัญหาความปลอดภัยระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety มีแนวโน้มความแตกต่างกันน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับลักษณะการรายงานในโรงพยาบาลกลุ่มอื่น ๆ และพบแนวโน้มความแตกต่างในการรายงานในกลุ่มโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเปรียบเทียบโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม และหากเปรียบเทียบผลการรายงานตามการเข้าร่วมโครงการ 2P Safety ของกลุ่มโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจะพบว่าอัตราการเข้ารับบริการเฉลี่ยต่อโรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลงในกลุ่มโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2563 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ซึ่งอาจมีสาเหตุจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ส่งผลกระทบต่อจำนวนการเข้ารับบริการผู้ป่วยในในกลุ่มโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ลดลง ทำให้การเกิดเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยตามรหัสโรคที่ผู้ประเมินสนใจเกิดน้อยลง แต่ด้วยข้อจำกัดด้านข้อมูลที่ผู้ประเมินไม่มีข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วยในทั้งหมดแยกตามกลุ่มโรงพยาบาล จึงทำให้ไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่ชัดเจนจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อจำนวนผู้เข้ารับบริการเฉพาะกลุ่มโรงพยาบาลได้



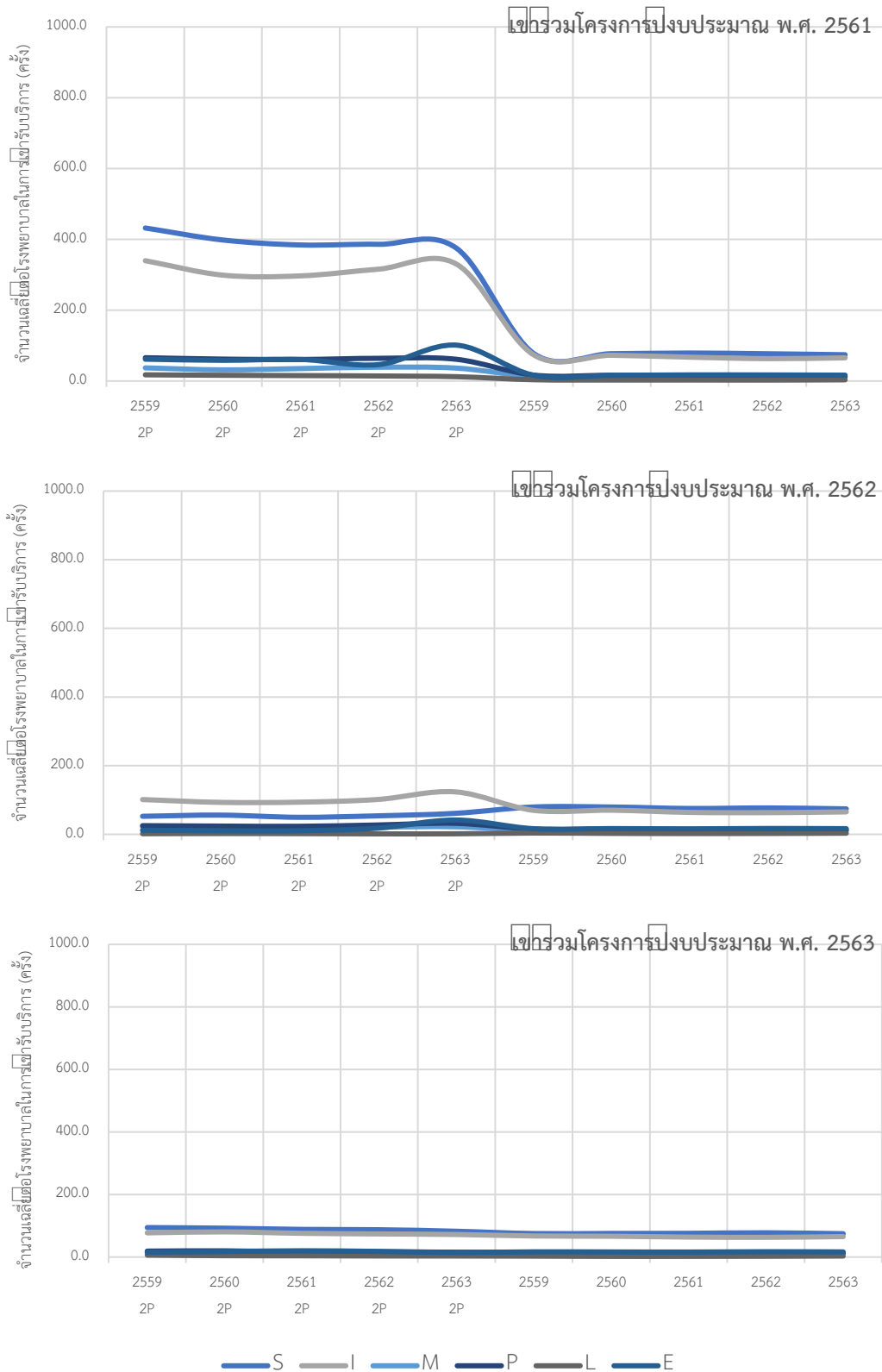
รูป 22 ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อโรงพยาบาลศูนย์ที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม



รูป 23 ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อโรงพยาบาลทั่วไปที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม



รูป 24 ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อโรงพยาบาลชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม



รูป 25 ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งในการเข้ารับบริการต่อรหัสโรคที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อโรงพยาบาลนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety กับโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วม

บทที่ 5 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.1 ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขเป็นเรื่องสำคัญของประเทศไทย

ถึงแม้การประเมินในครั้งนี้จะไม่ได้มุ่งตอบคำถามในประเด็นความสำคัญของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยๆ แต่ผู้ประเมินสามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าประเด็นความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขเป็นเรื่องที่มีความสำคัญระดับต้น ๆ ของระบบสาธารณสุขประเทศ ดังข้อมูลของต่างประเทศที่ระบุว่าความปลอดภัยของผู้ป่วยนับเป็นสาเหตุสำคัญ 1 ใน 10 ลำดับแรกของการเสียชีวิตและสูญเสียสุขภาพของประชากรทั่วโลก^[86] ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในช่วง พ.ศ. 2559-2563 แสดงให้เห็นว่าความปลอดภัยที่เกิดจากการรับบริการทางการแพทย์และเป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้มีอุบัติการณ์สูงถึง 434,408 ครั้งต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 7 ของการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประเทศไทย ซึ่งหากเปรียบเทียบกับประมาณการที่อ้างอิงโดยองค์การอนามัยโลกที่ระบุว่าผู้ป่วย 1 ใน 10 คนในประเทศที่มีรายได้สูงประสบปัญหาความไม่ปลอดภัยจากบริการในโรงพยาบาล^[87] นับว่าอุบัติการณ์ในประเทศไทยมีจำนวนใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยในต่างประเทศ

นอกจากนี้ผู้ประเมินยังพบว่าอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยมีความเกี่ยวข้องกับวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ยสูงถึง 4,443,511 วันต่อปี หากเปรียบเทียบกับจำนวนวันในหนึ่งปีคือ 365 วัน จะเทียบได้กับการใช้เตียงนอนผู้ป่วยในโรงพยาบาลจำนวน 12,174 เตียงตลอดทั้งปี หรือเท่ากับงานบริการของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงจำนวนสูงถึง 406 แห่งต่อปี ถึงแม้จะไม่สามารถระบุได้ว่า จำนวนวันนอนดังกล่าวเป็นความสูญเสียจากความไม่ปลอดภัยในบริการสุขภาพทั้งหมดเพราะไม่ใช่ผู้ป่วยทุกรายจะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในวันแรกที่นอนในโรงพยาบาลและบางเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อาจไม่ได้ทำให้เกิดวันนอนที่เพิ่มขึ้น แต่จำนวนตัวเลขที่สูงเช่นนี้ย่อมเป็นเหตุผลที่ดีที่ต้องเฝ้าระวัง ติดตาม และวิจัยเพื่อให้เข้าใจภาระของระบบสาธารณสุขที่เกิดจากความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทย

ในทางเศรษฐกิจผู้ประเมินพบว่าความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจคิดเป็นค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องประมาณ 11,849 ล้านบาทต่อปี หรือประมาณร้อยละ 6.2 ของงบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับจัดสรรจากรัฐบาลใน พ.ศ. 2563 (จำนวน 190,366 ล้านบาท)^[88] ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ หรือ Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) ที่ระบุว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่วนหนึ่ง (ร้อยละ 15) สูญเสียไปอย่างเปล่าประโยชน์จากปัญหาความไม่ปลอดภัยของการให้บริการทางการแพทย์^[89] ตัวเลขความสูญเสียทางเศรษฐกิจต่าง ๆ ที่รายงานไปเป็นเพียงตัวเลขประมาณการที่ยังไม่นับ

รวมถึงชีวิตที่ต้องสูญเสียไปก่อนวัยอันควรของผู้ป่วย ความทุกข์และความเศร้าโศกของญาติ รวมถึงค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากฝั่งผู้ป่วยและครอบครัว

สถิติข้างต้นทั้งหมดเป็นเพียงการประเมินจำนวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และผลกระทบจากผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น ยังไม่รวมผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลในระบบประกันสุขภาพอื่น และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในแผนกอื่น ๆ ของโรงพยาบาล เช่น แผนกผู้ป่วยนอก แผนกห้องฉุกเฉิน ห้องปฏิบัติการ ฯลฯ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาระบบติดตามและประเมินอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้ครบถ้วนในทั้งสามระบบประกันสุขภาพและจุดให้บริการอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถประเมินติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ได้อย่างชัดเจน

นอกจากนี้ ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาบุคลากรในระบบสุขภาพของไทยต้องเผชิญปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการปฏิบัติหน้าที่จนกลายเป็นข่าวที่ทำให้หลายขวัญและกำลังใจของเจ้าหน้าที่หลายต่อหลายกรณี เช่น การประสบอุบัติเหตุของรถพยาบาลในขณะส่งต่อผู้ป่วยทำให้พยาบาลบาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต หรือการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 และบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำนวนมากต้องกักตัวเป็นเวลานานส่งผลกระทบต่อครอบครัวและงานบริการในโรงพยาบาลที่ต้องหยุดชะงัก กระทั่งต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่ไม่สามารถเข้ารับบริการได้ เพราะขาดแคลนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตามเนื่องจากประเทศไทยไม่มีระบบข้อมูลหรือไม่มีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องกับฝ่ายผู้ให้บริการ คือ บุคลากรทางการแพทย์และทีมงาน ทำให้ยากต่อการประมาณการขนาดของปัญหาความไม่ปลอดภัยในส่วนของผู้ให้บริการ ดังนั้น ข้อมูลความไม่ปลอดภัยของผู้ให้บริการจึงควรได้รับการแก้ไขอย่างเป็นระบบ ควรมีการวิจัยและพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลปัญหาความไม่ปลอดภัยในผู้ให้บริการเพื่อการใช้ประโยชน์ในการจัดลำดับความสำคัญและนำไปสู่การแก้ไขปัญหาในอนาคตต่อไป

จากข้อมูลทั้งหมดที่ระบุทำให้ผู้ประเมินสามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ **ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขเป็นนโยบายสำคัญสำหรับประเทศ** เพราะปัญหาความไม่ปลอดภัยจากการรับหรือให้บริการทางสาธารณสุขมีผลกระทบต่อประชาชนและบุคลากรทุกคนโดยตรง รวมทั้งส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและระบบเศรษฐกิจของประเทศ ดังนั้น นโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขจึงถือเป็นนโยบายที่ควรได้รับการสนับสนุนและดำเนินงานต่อไป

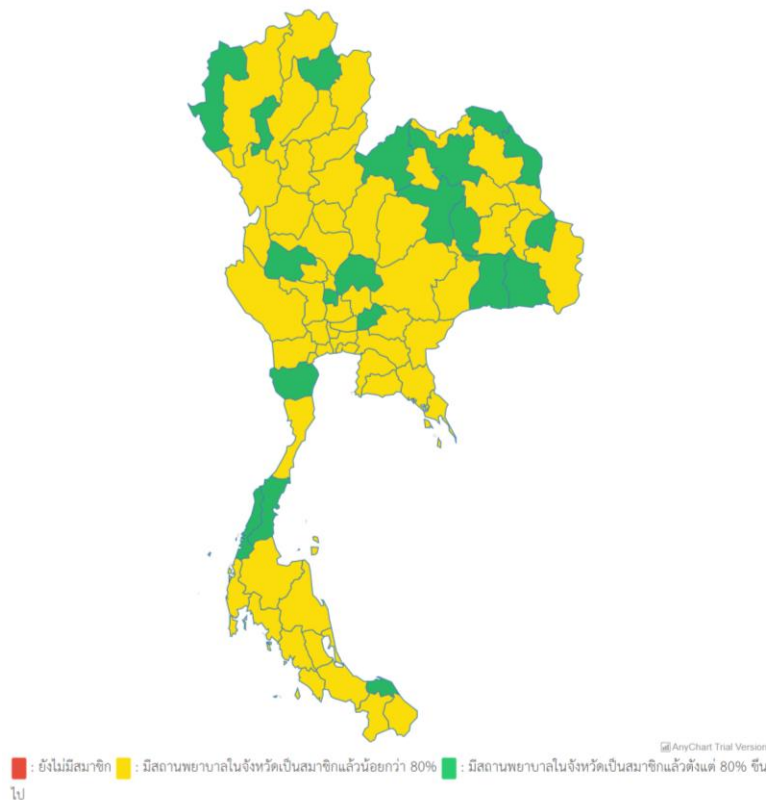
5.2 ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขนับเป็นก้าวสำคัญของระบบสุขภาพของประเทศไทย

การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พ.ศ. 2561-2564 ซึ่งเป็นระยะแรกของการดำเนินงานได้ทำให้เกิดความก้าวหน้าด้านความปลอดภัยในสถานพยาบาลในประเทศไทยหลายส่วน และแสดงให้เห็นว่ามีทิศทางการดำเนินงานที่ถูกต้อง ซึ่งสามารถสรุปความสำเร็จได้เป็นข้อ ๆ ดังต่อไปนี้

- คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ และ สรพ. ในฐานะฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ กลายเป็นผู้เล่นสำคัญกลุ่มใหม่ในระบบสุขภาพของประเทศไทยเพื่อผลักดันนโยบายด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ผู้เล่นกลุ่มใหม่นี้มีจุดเด่นที่ไม่ยึดโยงกับระบบราชการมากเกินไป ไม่มีกรอบการทำงานเฉพาะกลุ่มบุคคล แต่มียุทธศาสตร์ในการประสานและร่วมงานกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม นับเป็นการเติมเต็มช่องว่างในระบบอบภิบาลสุขภาพ ซึ่งแตกต่างจากผู้เล่นสำคัญอื่น ๆ ในระบบสุขภาพที่มีอยู่เดิม^[90] เช่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้การสนับสนุนเฉพาะโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, กองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ดูแลคุณภาพบริการเฉพาะสถานพยาบาลเอกชน, สภาวิชาชีพต่าง ๆ ที่ดูแลมาตรฐานเฉพาะผู้ประกอบการวิชาชีพในกลุ่มของตนเองเท่านั้น, สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ควบคุมคุณภาพเฉพาะยา วัคซีนและเครื่องมือแพทย์, หรือคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ดูแลเฉพาะบริการที่ครอบคลุมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งหมดนี้แตกต่างจากคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ และ สรพ. ที่มีกรอบและวิธีการทำงานที่ยืดหยุ่นทั้งการสร้างความตระหนักและความตื่นตัวด้านความปลอดภัยในทุกประเด็น ดังจะเห็นได้จากเป้าหมายความปลอดภัย (หรือ SIMPLE) ที่มีทั้งประเด็นด้านโครงสร้างและสิ่งแวดล้อม กระบวนการทำงานระหว่างบุคคลกลุ่มต่าง ๆ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ไปจนถึงเรื่องของสื่อและการสื่อสาร นับเป็นการทำงานในแนวระนาบดังที่จะกล่าวในหัวข้อถัดไป
- ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ทั้ง 5 ยุทธศาสตร์มีความครอบคลุมรอบด้านและสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างดี สามารถนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของยุทธศาสตร์ คือ เกิดความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขที่ตั้งไว้ได้ ยุทธศาสตร์ทั้ง 5 ซึ่งเน้น 1) การทำให้บุคลากรสาธารณสุขให้มีศักยภาพและความตระหนักในเรื่องความปลอดภัย 2) การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมผู้ป่วย และองค์กรที่เกี่ยวข้อง 3) การพัฒนาโลกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ 4) การสร้างระบบรายงาน เรียนรู้ และวัดผลลัพธ์บริการสุขภาพที่

มีคุณภาพและความปลอดภัย และ 5) การเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุมกำกับ ตรวจสอบและอภิบาลระบบบริการสุขภาพ โดยผู้ประเมินพบว่าผู้ให้ข้อมูลในการประเมินทั้งหมดเห็นว่ายุทธศาสตร์ทั้ง 5 ข้อมีความเหมาะสมและไม่เห็นว่าขาดประเด็นสำคัญใดเลย

- การดำเนินงานใน 4 ปีแรก ได้สร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นกับผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาลทั่วประเทศจำนวนมาก ส่งผลให้โรงพยาบาลทั้งภาครัฐบาลและเอกชนจำนวนมากถึง 764 แห่ง สมัครเข้าร่วมโครงการครบทุกจังหวัดในทุกภูมิภาคของประเทศ ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลทั้งหมดจะไม่ได้สมัครเข้าร่วมโครงการในปีเดียวกัน ทำให้อาจไม่มีความเข้มข้นในการดำเนินงานอย่างเท่าเทียมกันและอาจยังไม่ประสบความสำเร็จในระดับเดียวกัน แต่การที่ผู้บริหารของโรงพยาบาลจำนวนมากแสดงเจตจำนงในการเข้าร่วมและทำตามเงื่อนไขของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ด้วยการรายงานข้อมูลเข้าสู่ระบบ NRLS อย่างพร้อมเพรียง ดังแสดงในรูป 26 บ่งบอกถึงความสำเร็จในขั้นแรกของนโยบายนี้ได้เป็นอย่างดี



รูป 26 ร้อยละของโรงพยาบาลในจังหวัดที่ส่งรายงาน NRLS (ที่มา <https://thai-nrls.org/>)

- มีการดำเนินงานตามกลยุทธ์ในยุทธศาสตร์ทั้ง 5 เกือบครบถ้วน (ดังภาคผนวก 4) ทั้งที่ในสองปีสุดท้ายของการดำเนินงาน ระบบสุขภาพของประเทศต้องรับมือกับวิกฤตด้านสาธารณสุขอันเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ครั้งใหญ่ แต่ด้วยการดำเนินงานที่ดีของคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ

และ สรพ. ในฐานะฝ่ายเลขานุการทำให้กลยุทธ์ส่วนใหญ่สามารถดำเนินงานไปข้างหน้าได้ ผู้ประเมินพบว่า มีหลักฐานการดำเนินงานจำนวน 28 กลยุทธ์ จากทั้งหมด 30 กลยุทธ์ (ร้อยละ 93 ของกลยุทธ์ทั้งหมด) ขาดเพียง 2 กลยุทธ์ ได้แก่ กลยุทธ์ 3.1 มีโครงสร้างหรือคณะกรรมการที่ส่งเสริมและพัฒนาเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยทั้งในระดับสถานพยาบาล ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ และ/หรือ มีหน่วยงานหรือองค์กรที่มีบทบาทส่งเสริม พัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสาธารณสุขในระดับประเทศที่ไม่ได้ถูกดำเนินการ เนื่องจากคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ และคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องต้องการผลักดันให้ใช้โครงสร้างเดิมที่มีอยู่ในระบบบริการสาธารณสุขในการดำเนินงานเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย และกลยุทธ์ 3.5 มีการวิเคราะห์และสนับสนุน จำนวนบุคลากร ทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ โครงสร้างอาคารสถานที่และงบประมาณที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนที่มุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัยที่ไม่สามารถเกิดขึ้นได้ เนื่องจากระบบข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถใช้เพื่อการสำรวจจำนวนทรัพยากรและความต้องการของทรัพยากรในสถานบริการสุขภาพได้

- แม้การประเมินนี้จะไม่ได้พิจารณาประเด็นเรื่องความคุ้มค่าของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ แต่การที่คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ และ สรพ. สามารถดำเนินงานที่ผ่านมาได้ด้วยงบประมาณอันจำกัด (รวมประมาณ 70 ล้านบาทในระยะเวลา 4 ปี) และงบประมาณดังกล่าวยังไม่นับรวมต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อมอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นกับหน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องและโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการอีกจำนวนหนึ่ง ผู้ประเมินพิจารณาว่ายุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ นี้ใช้งบประมาณที่ต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับ การแก้ไขปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบทางสุขภาพและเศรษฐกิจขนาดใหญ่ดังกล่าวไปแล้ว ทำให้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ น่าจะมีความคุ้มค่าและมีความยั่งยืนในระยะยาวหากยังได้รับการสนับสนุนจากระดับนโยบายอย่างต่อเนื่อง

5.3 ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขยังต้องเผชิญกับความท้าทายอีกมาก

ถึงแม้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ จะมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานในระยะแรก แต่ผู้ประเมินยังคงพบความท้าทายจำนวนมากในการเพิ่มความสำเร็จของนโยบายนี้ในระยะต่อไป ดังที่จะสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

- 1) การสร้างแนวร่วมให้ผู้เล่นสำคัญอื่น ๆ ภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ กลายเป็นผู้เล่นที่กระตือรือร้น (active participants) มากกว่าที่เป็นผู้เล่นตามน้ำ (passive participants) เพราะถึงแม้จะมีการลงนามในปฏิญญาประกาศเจตนารมณ์ร่วมกันของหน่วยงานภาคีเครือข่าย จำนวน 15 องค์กร ในระยะแรกของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ผู้ประเมินพบว่าผู้เล่นส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับกลไกการทำงานเดิมของตนเองซึ่งมีข้อจำกัดดังที่กล่าวไว้ในประเด็นแรกในข้อ 5.2 โดยผู้เล่นเหล่านี้ยังไม่ได้

เห็นว่าการดำเนินกลยุทธ์ตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ที่คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ และ สรพ. สร้างขึ้นจะเป็นทางเลือกใหม่และกลายเป็นทางเลือกหลักของตนเอง โจทย์สำคัญคือจะทำอย่างไรที่จะให้ผู้เล่นเหล่านี้เห็นและได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่จากการเข้ามามีส่วนร่วมในยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เช่น การดำเนินงานยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ อาจช่วยลดปัญหาการฟ้องร้องโรงพยาบาลหรือการฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อโรงพยาบาลและสภาวิชาชีพต่าง ๆ หรือการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากปัญหาความไม่ปลอดภัยในโรงพยาบาลที่ป้องกันได้ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อ สปสช. และกองทุนประกันสุขภาพต่าง ๆ เป็นต้น ผลกระทบทั้งหมดนี้ต้องการการสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ และ สรพ. กับผู้บริหารของหน่วยงานเหล่านั้นและสมาชิกของหน่วยงาน การมีกลยุทธ์และกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการ มีระบบติดตามประสิทธิผลของการทำงานที่น่าเชื่อถือ รวมทั้งมีทรัพยากรและเวลาที่ต้องใช้ในการทำงานจึงจะสามารถทำให้เกิดผลสำเร็จตามที่คาดหวังได้

2) **การทำให้กลยุทธ์และวิธีการทำงานภายใต้ยุทธศาสตร์มีความยืดหยุ่นเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของบริการสุขภาพภายใต้สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19** การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญต่อการให้บริการด้านสุขภาพ ตัวอย่างเช่น ร้านขายยากลายเป็นจุดจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยแทนห้องยาในโรงพยาบาลและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ สถานที่อื่น ๆ เช่น บ้าน โรงแรม โรงเรียน วัด หรือที่พักคนงานกลายเป็นสถานพยาบาลตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข^[91] และการเพิ่มขึ้นของอุปสงค์และอุปทานของบริการแพทย์ทางไกลในประเทศไทย สิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อภารกิจเป้าหมายของยุทธศาสตร์ที่กำหนดให้ประชาชนและบุคลากรมีความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ หากยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ยังจำกัดขอบเขตการทำงานเฉพาะโรงพยาบาลเป็นหลัก ไม่ครอบคลุมไปยังสถานที่อื่น ๆ ทั้ง รพ.สต. ร้านขายยา และสถานที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชน หรือรวมไปถึงความปลอดภัยของบริการทางไกลผ่านระบบสื่อสารสมัยใหม่ **ซึ่งสถานที่เหล่านี้ยังขาดผู้ดูแลรับผิดชอบเรื่องความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ** อาจทำให้เป้าหมายด้านความปลอดภัยไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างแท้จริง

3) **การเติมเต็มส่วนที่ยังขาดไปจากการดำเนินกลยุทธ์ในระยะที่หนึ่ง** ตัวอย่างเช่น (1) การชักชวนให้โรงพยาบาลที่ยังไม่เข้าร่วมโครงการสมัครใจเข้าร่วมดำเนินการภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ (รูป 26) ซึ่งจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์และวิธีการที่แตกต่างจากการดำเนินงานในระยะแรกเพราะโรงพยาบาลเหล่านี้มีลักษณะที่แตกต่างจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมดำเนินงานไปแล้ว เช่น อาจลดเงื่อนไขให้เข้าร่วมได้เฉพาะบางฝ่ายในโรงพยาบาลที่สนใจแต่ยังไม่พร้อมดำเนินการร่วมกันทั้งโรงพยาบาล หรือการให้ข้อมูลที่ถูกต้องว่าการเข้าร่วมดำเนินงานจะไม่ก่อให้เกิดผลเสียในด้านชื่อเสียงกับโรงพยาบาลเมื่อมีการรายงานอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ดังที่ค้นพบในการสัมภาษณ์ในบทที่ 3 เป็นต้น (2) ปรับปรุงการประเมินผลการดำเนินงาน

ในระดับประเทศและระดับโรงพยาบาลที่ยังไม่ชัดเจนและผู้เกี่ยวข้องยังไม่มีแนวทางกำกับและติดตามผลจากการใช้เครื่องมือ/กลไกภายใต้ยุทธศาสตร์ ซึ่งสามารถทำได้โดยการพัฒนาตัวชี้วัด วิธีการวัด ค่าเป้าหมาย หลักฐาน และกำหนดหน่วยงานที่รับผิดชอบรวมทั้งสื่อสารข้อมูลเหล่านี้ให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น (3) พัฒนาเครื่องมือภายใต้ยุทธศาสตร์ให้ใช้งานง่ายขึ้น เช่น หัวข้อความเสี่ยงในระบบ NRLS ที่มีจำนวนมาก ซับซ้อน ตีความได้หลากหลาย ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญในการกรอกข้อมูล ต้องกรอกข้อมูลจำนวนมาก มีระยะเวลาจำกัดและแก้ไขข้อมูลได้ยาก เป็นต้น ดังที่พบในส่วนของผลการศึกษาระดับที่ 4 อัตราการตอบแบบสอบถาม PEP ของผู้มารับบริการนับว่ามีจำนวนต่ำมาก คือคิดเป็นร้อยละ 0.08 ของกลุ่มเป้าหมายที่แผนกผู้ป่วยนอก และร้อยละ 0.92 ของกลุ่มเป้าหมายที่แผนกผู้ป่วยใน หากมีการปรับปรุงแก้ไขระบบให้ใช้งานง่าย ลดความซับซ้อน เช่น การวิเคราะห์ทางสถิติด้วยวิธีการ factor analysis และปรับปรุงแบบสอบถามและระบบการลงข้อมูลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้งานและครอบคลุมบุคลากรทุกระดับผ่านการหารือกับผู้ใช้งานทั้งรายเดิมและรายใหม่ ๆ ในโรงพยาบาล จะทำให้ข้อมูลที่ได้รับจากระบบมีประสิทธิภาพมากขึ้น และ (4) พัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยให้ครอบคลุมสำหรับบุคลากรทุกตำแหน่งในโรงพยาบาล รวมทั้งเพิ่มแนวทางการปฏิบัติ/การอบรมที่ชัดเจนสำหรับกลุ่มเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือคนไข้ เจ้าหน้าที่รักษาความสะอาดและรักษาความปลอดภัย เจ้าหน้าที่สำนักงานอื่น ๆ

- 4) **สร้างองค์ความรู้และระบบสนับสนุนให้มีข้อมูลเพื่อพัฒนาการทำงานและนวัตกรรม** เนื่องจากองค์ประกอบด้านบริบทมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อสาเหตุและทางออกของปัญหาความไม่ปลอดภัยของทั้งผู้ป่วยและบุคลากรผู้ให้บริการ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการศึกษาเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ในเรื่องนี้ที่สอดคล้องกับบริบทประเทศหรือพื้นที่ต่าง ๆ ภายในประเทศ ซึ่งประเด็นนี้นับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงที่ผู้ประเมินได้ร่วมพัฒนาและนำเสนอในบทที่ผ่านมา เพราะหากขาดการนำข้อมูลจากฐานข้อมูลทั้งสามระบบ คือ HSCS, NRLS และ PEP มาใช้ประโยชน์ในระดับโรงพยาบาลระดับจังหวัด เขต หรือภาพรวมทั้งประเทศ ย่อมไม่สามารถสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมเพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบได้อย่างแน่นอน ดังนั้น สรพ. ควรสร้างทีมนักวิทยาศาสตร์ข้อมูล (data scientists) หรือทำงานร่วมกับทีม data scientists เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกที่มีในฐานข้อมูลทั้งสามระบบ รวมทั้งจัดทำแนวทางการทำความสะอาดข้อมูล (data cleaning) การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูลเพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลต่าง ๆ ใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูลของโรงพยาบาลตนเอง และนำความรู้ที่ได้ไปพัฒนาการทำงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ โดยการสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีการวิเคราะห์ วิจัยและตีพิมพ์เผยแพร่ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย หรือ Routine to Research (R2R) ที่ สรพ. ให้การสนับสนุนจนประสบความสำเร็จในระดับหนึ่งมาแล้ว นอกจากการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลทั้งสามอย่างเต็มที่ ผู้ประเมินยังพบว่า สรพ. ควรเพิ่มการ

วิจัยและพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลปัญหาความไม่ปลอดภัยในฝ่ายผู้ให้บริการเพื่อการใช้ประโยชน์ในการจัดลำดับความสำคัญ สื่อสารและพัฒนานวัตกรรมต่อไป

- 5) การเพิ่มทรัพยากรเพื่อให้สามารถดำเนินก้าวข้ามความท้าทายในการดำเนินงานในระยะต่อไป ผู้ประเมินได้รับข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety ว่า หลายแห่งประสบปัญหาข้อจำกัดด้านทรัพยากรมนุษย์และทรัพยากรสนับสนุนอื่น ๆ เช่น อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ อินเทอร์เน็ต ในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ และ สรพ. เองก็ยังประสบปัญหาความไม่แน่นอนของงบประมาณที่จะได้รับจากสำนักงบประมาณในการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์นี้ ทั้งทั้งงบประมาณและทรัพยากรที่ใช้นั้นเป็นส่วนน้อยมากเมื่อเทียบกับประโยชน์และความจำเป็นของประเทศไทย คณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ และ สรพ. จึงควรพิจารณาหากลไกสนับสนุนด้านทรัพยากรให้มีความยั่งยืนและหาแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ เพิ่มเติมนอกเหนือจากงบประมาณปกติของสำนักงบประมาณ ดังที่จะอธิบายเพิ่มเติมในส่วนถัดไป

5.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ และ สรพ.

- 1) ใช้กลไกในคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานเพื่อสร้างแนวร่วม เพิ่มความร่วมมือและส่งเสริมการสื่อสารในระดับนโยบายและควรปรับแก้ไของค์ประกอบ ดังนี้
- แก้ไขเพิ่มเติมองค์ประกอบของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการให้เหมาะสม ซึ่งจากการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder analysis) พบว่า ควรเพิ่มตัวแทนจากกองทุนประกันสุขภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาสังคม และสื่อมวลชน เป็นต้น
 - เพิ่มการมีส่วนร่วมของหน่วยงานผู้เล่นสำคัญ โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่และสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงาน เช่น การวางแผนกิจกรรมของยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับพันธกิจ/อำนาจหน้าที่ของหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรของหน่วยงานนั้น ๆ เช่น อาจเชื่อมโยงตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ กับงบจ่ายตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (QOF) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น
 - ผลักดันให้เกิดการบูรณาการระหว่างยุทธศาสตร์ โดย สรพ. ในฐานะฝ่ายเลขานุการควรเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการแบ่งปันข้อมูลและการดำเนินงานร่วมกันระหว่างยุทธศาสตร์และระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - ควรปรับปรุงเครื่องมือและกลไกภายใต้ยุทธศาสตร์ให้มีความทันสมัย สอดคล้องกับสถานการณ์และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและรัฐบาล เช่น การปรับคำนิยามของสถานพยาบาลให้หมายรวมถึง บ้านของผู้ป่วย โรงแรม และสถานที่ชุมชนอื่นที่เป็นที่พักของผู้ป่วยชั่วคราว

- พัฒนาระบบการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะ โดยควรมีการกำหนดตัวชี้วัด วิธีการได้มาซึ่งข้อมูล ผู้รับผิดชอบ และกรอบระยะเวลาให้สอดคล้องกับ ทยุทธการเปลี่ยนแปลงที่สร้างขึ้นและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 2) สนับสนุนให้เกิดการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากข้อมูลในระบบต่าง ๆ เพื่อสร้างความเปลี่ยนแปลง เช่น
- ทำให้ทุกคนเข้าถึงข้อมูลในระบบฐานข้อมูล NRLS เพื่อการใช้ประโยชน์ในการวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมภายใต้ข้อจำกัดที่ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลไปยังตัวโรงพยาบาล บุคคลผู้รายงาน เจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง
 - พัฒนาความสามารถของบุคลากรในระดับโรงพยาบาลในการวิเคราะห์และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูล ในเชิงลึกนอกเหนือจากข้อมูลที่ปรากฏในภาพรวมแบบภาคตัดขวาง และจัดสรรบุคลากรทั้งใน ระดับประเทศและระดับโรงพยาบาลที่รับผิดชอบระบบฐานข้อมูลโดยตรง
 - จัดทำวารสารวิชาการหรือวารสารฉบับพิเศษในวารสารวิชาการระดับชาติและ/หรือในระดับนานาชาติ เพื่อตีพิมพ์ผลงานวิชาการในประเด็นด้านความปลอดภัยโดยเฉพาะ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีอุปทานใน การวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บได้จากเครื่องมือทั้งสาม และสร้างความตระหนักแก่กลุ่มบุคลากรและ นักวิชาการ เพื่อนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลไปใช้ในการแก้ไขปัญหา พัฒนา นวัตกรรม เพื่อการสื่อสารสร้างความตระหนักและต้นตัวให้กับประชาชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- 3) เพิ่มการสื่อสารในทุกระดับ เน้นการสื่อสารสองทางอย่างเหมาะสมและทันสมัย สร้างความรู้ และความตระหนักด้านความปลอดภัยแก่บุคลากรและประชาชน โดยใช้ช่องทางการสื่อสารที่ เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งมีการกำกับติดตามผลการพัฒนาองค์ความรู้และความตระหนัก เช่น
- จัดประชุมในระดับนโยบาย คือ คณะทำงาน คณะอนุกรรมการ และคณะกรรมการอย่างสม่ำเสมอ
 - เพิ่มช่องทางในการสื่อสาร/รับข้อคิดเห็นจากหน่วยงานระดับปฏิบัติต่อหน่วยงานในระดับนโยบาย
 - ใช้โอกาสจากการระบาดของโควิด-19 ในการประชาสัมพันธ์ให้เห็นความสำคัญของยุทธศาสตร์ความ ปลอดภัยฯ
 - เพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดมาตรการของสถานพยาบาล เช่น การตัดสินใจผ่าน คณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาลที่มีบุคคลในชุมชนรวมอยู่ด้วย เป็นต้น
- 4) สรพ. ควรเจรจากับสำนักงานประมาณและแหล่งทุนอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานที่บริหารระบบ ประกันสุขภาพต่าง ๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคมและ กรมบัญชีกลาง ในการจัดสรรงบประมาณในระยะยาวเพื่อดำเนินการตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ

โดยกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจนและสะท้อนถึงความคุ้มค่าจากการลงทุน ซึ่งมีความเป็นไปได้อย่างมากว่าถึงแม้จะต้องใช้งบประมาณจำนวนมากกว่าปัจจุบันหลายเท่าตัว นโยบายนี้ก็ยังคงมีความคุ้มค่าเพราะขนาดของปัญหาที่มีผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจสูง หากการดำเนินงานมีประสิทธิภาพดีเยี่ยมทำให้ลดผลกระทบเหล่านั้นได้มาก ทั้งความเสียหายจากค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากความไม่ปลอดภัยและค่าเสียหายตามมาตรา 41 ของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

5.5 ข้อจำกัดของการศึกษาและข้อเสนอแนะต่อการวิจัยในอนาคต

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ การขาดเอกสารบางส่วน เช่น รายงานการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ใน พ.ศ. 2563 ทำให้ไม่สามารถประเมินความต่อเนื่อง และการเปลี่ยนแปลงนโยบายของคณะกรรมการฯ ได้ นอกจากนี้ การเข้าถึงสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเพื่อประเมินยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เป็นการสัมภาษณ์ในช่วง พ.ศ. 2564-2565 ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถจดจำรายละเอียดของข้อมูลและช่วงเวลาได้ทั้งหมด ตลอดจนยังพบข้อจำกัดของผู้ให้ข้อมูลบางส่วนที่ไม่ได้อยู่ในรายชื่อของคณะกรรมการหรือคณะกรรมการแต่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้แทนเพื่อให้ข้อมูลกับผู้ประเมิน ซึ่งจะไม่ทราบข้อมูลการกำหนดนโยบายและการวางแผนเพื่อขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ตั้งแต่เริ่มต้น ผู้ประเมินจึงใช้วิธีการตรวจทานความถูกต้องของข้อมูลโดยการทบทวนเอกสารเพิ่มเติม

การเข้าถึงสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลของการประเมินยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เป็นการเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ในโรงพยาบาล ตลอดจนภาระงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรสาธารณสุขในช่วงระยะเวลาดังกล่าว ส่งผลให้เกิดความไม่สะดวกหรือปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ ดังนั้น การประเมินยุทธศาสตร์ในครั้งนี้ควรใช้ระเบียบวิธีวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ตลอดจนควรมีการเก็บข้อมูลเป็นระยะและต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบการสัมภาษณ์จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อใช้ในการประเมิน และเก็บข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ในการตอบตัวชี้วัดอย่างชัดเจน ซึ่งจะช่วยให้เห็นถึงความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ เพิ่มความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการกำกับติดตามและปรับปรุงการดำเนินงานได้อย่างทันทั่วถึง ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อการประเมินผลสัมฤทธิ์ของยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ได้ในอนาคต

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นการใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่มีอยู่แล้วทั้งสิ้น ผู้ประเมินไม่ได้ออกแบบและเก็บข้อมูลใหม่จึงอาจไม่ได้ตอบคำถามงานวิจัยโดยตรง ต้องอาศัยการแปลความหมายโดยอ้อม เช่น การวิเคราะห์พฤติกรรมกรรายงานความไม่ปลอดภัยของโรงพยาบาลกลุ่มต่าง ๆ จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางแห่งที่รายงานจำนวนอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยน้อย อาจไม่ได้แปลว่ามีอุบัติการณ์ความไม่ปลอดภัยน้อยกว่าโรงพยาบาลที่รายงานมากกว่าก็เป็นได้ เพราะขึ้นกับความสมัครใจในการรายงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ นอกจากนี้การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลให้โรงพยาบาลต่าง ๆ ออก

มาตรการเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลและการเพิ่มขึ้นของภาระหน้าที่ของบุคลากรในโรงพยาบาลอาจทำให้จำนวนและข้อมูลการรายงานข้อมูลในฐานข้อมูล HSCS, NRLS และ PEP เปลี่ยนแปลงไปจากสถานการณ์ก่อนการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 โดยไม่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ก็ได้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากฐานข้อมูลทั้งหมดเป็นการพิจารณาในภาพรวม ยังไม่ได้วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประเมินเชิงลึกของแต่ละโรงพยาบาลในรายละเอียด ซึ่งข้อมูลจากฐานข้อมูลทั้งสามที่ สรพ. ดูแลอยู่ และจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในของ สปสช. น่าจะนำมาวิเคราะห์ร่วมกันในระดับโรงพยาบาลเพื่อให้เห็นภาพของปัญหาหรือความสำเร็จของการทำงานตามยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ได้ชัดเจนยิ่งขึ้นและเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลนั้น ๆ จึงเป็นโจทย์วิจัยที่ควรดำเนินการในระยะต่อไป

อ้างอิง

1. อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. HA Update 2010. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2553.
2. World Health Organization. The WHO Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (v.1.1). 2009.
3. บัญชีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของระบบ NRLS & HRMS on Cloud ประจำปีงบประมาณ 2565. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
4. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). งานภาคประชาชน [อินเทอร์เน็ต] นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2564 [วันที่อ้างถึง 8 เมษายน 2565]. Available from: <https://www.ha.or.th/TH/Posts/ภาคประชาชน/Details/176>.
5. World Health Organization. Patient Safety Fact File [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [Cited 2022 Apr 29]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
6. World Health Organization. Executive Board 144th session, EB144/29 Patient safety: global action on patient safety: report by the Director-General. Geneva: World Health Organization; 2018.
7. National Academies of Sciences E, and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Health Care Services, Board on Global Health, Committee on Improving the Quality of Health Care Globally. Chapter 4 The Current State of Global Health Care Quality. Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018
8. กระทรวงสาธารณสุข. (ร่าง) คู่มือการบริหารความเสี่ยง และส่งเสริมความปลอดภัยในโรงพยาบาล. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
9. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2564.
10. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข Patient and Personnel Safety (2P Safety) ระยะ 4 ปี (พ.ศ. 2561-2564). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2560.
11. กระทรวงสาธารณสุข. ปฏิญญาการขับเคลื่อน เรื่อง "ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข" (Patient and Personnel Safety: 2P Safety). (ลงวันที่ 16 กันยายน 2559).
12. กระทรวงสาธารณสุข. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 22/2560 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข. (ลงวันที่ 11 มกราคม 2560).

13. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นโรงพยาบาลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) พ.ศ. 2562 (ลงวันที่ 20 มีนาคม 2562).
14. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย พ.ศ. 2561 (Personnel Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2561.
15. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศไทย พ.ศ. 2561 (Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand 2018). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2561.
16. Agency for Healthcare Research and Quality. About AHRQ. USA: AHRQ; 2014 [Cited 2022 Feb 20]. Available from: <https://www.ahrq.gov/cpi/about/index.html>.
17. Farley D, Battles J. Evaluation of the AHRQ Patient Safety Initiative: Framework and Approach. Health services research. 2009;44:628-45.
18. Farley DF, Morton SC, Damberg C, Fremont A, Berry S, Greenberg M, et al. Assessment of the National Patient Safety Initiative: Context and Baseline. Evaluation Report I. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2005. Contract No.: RAND No TR-203-AHRQ.
19. Farley DO, Damberg CL, Ridgely MS, Sorbero MES, Greenberg MD, Haviland AM, et al. Assessment of the AHRQ Patient Safety Initiative: Focus on Implementation and Dissemination. Evaluation Report III. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2007. Contract No.: RAND No. TR-508-AHRQ.
20. Farley DO, Damberg CL. Evaluation of the AHRQ patient safety initiative: synthesis of findings. Health services research. 2009;44(2 Pt 2):756-76.
21. Wagner C, Kristensen S, Sousa P, Panteli D. Patient safety culture as a quality strategy. In: Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W, editors. Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. (Health Policy Series, No. 53.) Copenhagen, Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies; 2019.
22. Lilford R, Mohammed MA, Spiegelhalter D, Thomson R. Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. Lancet (London, England). 2004;363(9415):1147-54.
23. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund quarterly. 1966;44(3):Suppl:166-206.

24. Berwick D, Fox DM. "Evaluating the Quality of Medical Care": Donabedian's Classic Article 50 Years Later. *The Milbank quarterly*. 2016;94(2):237-41.
25. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. THE ECONOMICS OF PATIENT SAFETY: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Paris: OECD; 2017.
26. Johnson C. Patient Safety Strategy 2019-22: Becoming a High Reliability Organisation. Willerby, England: Humber Teaching NHS Foundation Trust; 2018.
27. Lewis RQ, Fletcher M. Implementing a national strategy for patient safety: lessons from the National Health Service in England. *Qual Saf Health Care*. 2005;14(2):135-9.
28. Canadian Patient Safety Institute. Strengthening Commitment for Improvement Together: A Policy Framework for Patient Safety. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute; 2019.
29. Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L, et al. What Exactly Is Patient Safety?. In: Kerm Henriksen, James B Battles, Margaret A Keyes, Mary L Grady, editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol 1: Assessment)*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
30. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. หลักเกณฑ์การจัดตั้งและการปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ. สมุทรสาคร: บรอนทูปี้ พับลิชซิง จำกัด; 2561.
31. Southern DA, Burnand B, Droesler SE, Flemons W, Forster AJ, Gurevich Y, et al. Deriving ICD-10 Codes for Patient Safety Indicators for Large-scale Surveillance Using Administrative Hospital Data. *Med Care*. 2017;55(3):252-60.
32. นาริรัตน์ ผุดผ่อง, ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. รายงานการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2560. วันที่ 24 มีนาคม 2560; ณ ห้องประชุมสานใจ 2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: 2560.
33. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). โครงการ "พัฒนาทั่วโลกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบประกันสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ประจำปีงบประมาณ 2563". นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
34. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). โครงการ "พัฒนาทั่วโลกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบประกันสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ประจำปีงบประมาณ 2564". นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.

35. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). Overview Patient Safety curriculum for Multi-Professional Education and Patient Safety Training for the Trainer Program in Thailand. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
36. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). โครงการ "พัฒนากลไกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบประกันสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ประจำปีงบประมาณ 2561". นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
37. กระทรวงสาธารณสุข. คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ 316/2563 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข. (ลงวันที่ 9 มีนาคม 2563).
38. กระทรวงสาธารณสุข. คำสั่งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ที่ 010/2561 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข. (ลงวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2561).
39. รัฐวรวงศ์, วราภรณ์ สักกะโต, ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. รายงานการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ครั้งที่ 2/2561. วันที่ 3 สิงหาคม 2561; ณ ห้องประชุมสานใจ 2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: 2561.
40. พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136, ตอนที่ 69 ก (ลงวันที่ 27 พฤษภาคม 2562).
41. ชนกวรรณ ดิลกโกมล, รัฐวรวงศ์, วราภรณ์ สักกะโต, ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. รายงานการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ครั้งที่ 1/2562. วันที่ 4 มกราคม 2562; ณ ห้องประชุมสานใจ 1/2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: 2562.
42. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คำสั่งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ที่ 35/2562 เรื่อง การแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบกำกับดูแลทางคลินิกที่เหมาะสมกับประเทศไทย. (ลงวันที่ 23 เมษายน 2562).
43. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คำสั่งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ที่ 45/2562 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาคัลังความรู้และระบบการเรียนการสอนในรูปแบบ Massive Open Online Course (MOOC) for Patient Safety. (ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2562).
44. จักรกริช ไ้วศิริ, ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. (ร่าง) แผนการขับเคลื่อนคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข : แผนการดำเนินการร่วมของ สปสช. และสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) นนทบุรี; 2565.
45. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ เรื่อง บูรณาการการดำเนินงานตรวจประเมินและการกำกับคุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการ ระหว่าง สำนักงานปลัดกระทรวง

สาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. นนทบุรี 2562.

46. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ลงนามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการบูรณาการดำเนินงานตรวจประเมินและการกำกับคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการ. (ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2563).

47. รัฐวรรณ กุลวงศ์, พัทธนันท์ คงชุ่ม, วราภรณ์ สักกะโต, ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. รายงานการประชุม คณะอนุกรรมการพัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพและเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุม กำกับ ตรวจสอบ และอภิบาลระบบบริการสุขภาพ ครั้งที่ 1/2561. วันที่ 26 มีนาคม 2561; ณ ห้องประชุมसानใจ 1 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: 2561.

48. นาริรัตน์ ผุดผ่อง, ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. รายงานการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ครั้งที่ 2/2560. วันที่ 24 กรกฎาคม 2560; ณ ห้องประชุม สานใจ 2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: 2560.

49. ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข [สัมภาษณ์]. ผู้อำนวยการสถาบัน สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; 20 มิถุนายน 2565.

50. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). ถอดบทเรียนการดำเนินโครงการพัฒนากลไกเพื่อคุณภาพความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม ระยะเวลาดำเนินการ ปี 2561-2564. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2564.

51. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คำสั่งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ที่ 46/2562 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อออกแบบประเมินผลนักศึกษาและระบบติดตามประเมินผลบัณฑิตทางการแพทย์และสาธารณสุข. (ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2562).

52. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). สรุปผลการประเมินความพึงพอใจการอบรมเชิงปฏิบัติการ “Patient Safety Training for the Trainer Program Integration For Quality Improvement”. Patient Safety Training for the Trainer Program Integration For Quality Improvement; 2-4 กันยายน 2562; ณ ห้องดอนเมือง 1-2 โรงแรมอมารีดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพมหานคร; 2561.

53. ชนกพรรณ ดิลกโกมล, รัฐวรรณ กุลวงศ์, วราภรณ์ สักกะโต, ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพและเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุม กำกับ ตรวจสอบ และอภิบาลระบบบริการสุขภาพ ครั้งที่ 1/2562. วันที่ 25 ธันวาคม 2561; ณ ห้องประชุมसानใจ 1/2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: 2561.

54. ชนกพรรณ ดิลกโกมล, รัฐวรรณ กุลวงศ์, วราภรณ์ สักกะโต, ปิยวรรณ ลิ่มปัญญาเลิศ. รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนากลไกและระบบสนับสนุนที่จำเป็นต่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพและเพิ่มประสิทธิภาพการควบคุม กำกับ ตรวจสอบ และอภิบาลระบบบริการสุขภาพ ครั้งที่ 2/2562. วันที่ 24 เมษายน 2562; ณ ห้องประชุมสานใจ 1/2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: 2562.
55. ชนกพรรณ ดิลกโกมล, รัฐวรรณ กุลวงศ์, วราภรณ์ สักกะโต, ปิยวรรณ ลิ่มปัญญาเลิศ. รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนยุทธศาสตร์การสร้างบุคลากรสาธารณสุขให้มีศักยภาพและความตระหนักในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ครั้งที่ 1/2562. วันที่ 18 ธันวาคม 2561; ณ ห้องประชุมสานใจ 2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: 2561.
56. ชนกพรรณ ดิลกโกมล, รัฐวรรณ กุลวงศ์, วราภรณ์ สักกะโต, ปิยวรรณ ลิ่มปัญญาเลิศ. รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนยุทธศาสตร์การสร้างบุคลากรสาธารณสุขให้มีศักยภาพและความตระหนักในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ครั้งที่ 2/2562. วันที่ 14 พฤษภาคม 2562; ณ ห้องประชุมสานใจ 2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: 2562.
57. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. เตรียมจัดงานวันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วย-บุคลากรสาธารณสุข 16-17 ก.ย.นี้ [อินเทอร์เน็ต] นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [วันที่อ้างถึง 11 เมษายน 2565]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17728>.
58. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และ 16 องค์กรวิชาชีพ. วันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยโลก และ วันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต] นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2563 [วันที่อ้างถึง 11 เมษายน 2565]. Available from: http://med.swu.ac.th/msmc/ha/images/2P%20safety%20Day%202020%20630929%20_MSMC.pdf.
59. โพสต์ทูเดย์. วันแห่งความปลอดภัยของผู้ป่วยโลก สรพ.ยกโควิดตัวอย่างความร่วมมือคุมโรค [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพฯ: โพสต์ทูเดย์; 2564 [วันที่อ้างถึง 11 เมษายน 2565]. Available from: <https://www.posttoday.com/social/general/663373>.
60. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021.
61. Limpanyalert P, editor Thailand experience in patient safety implementation, 23-24 Feb 2022. The policymakers forum: Patient safety implementation; 2022.
62. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). ระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย (National Reporting and Learning

System: NRLS) [อินเทอร์เน็ต] กรุงเทพมหานคร: RelationSoft Co.,Ltd.; 2565 [วันที่อ้างถึง 21 เมษายน 2565]. Available from: <https://thai-nrls.org/>.

63. บริษัท ทริส คอร์ปอเรชั่น จำกัด. รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report) การประเมินผลการดำเนินงานโครงการพัฒนากลไกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: บริษัท ทริส คอร์ปอเรชั่น จำกัด; 2564.

64. Varvasovszky Z, Brugha R. A stakeholder analysis. Health Policy and Planning. 2000;15(3):338-45.

65. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เอกสารประกอบการชี้แจงงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 แผนงานบูรณาการพัฒนาระบบประกันสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]: กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [วันที่อ้างถึง 4 เมษายน 2565]. Available from: https://www.nhso.go.th/storage/files/841/nhso_BudgetDefend/nhso_2018/nhso_62budgetdefend07.pdf.

66. สำนักงบประมาณของรัฐสภา. รายงานวิเคราะห์งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 : กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2563 [วันที่อ้างถึง 8 เมษายน 2565]. Available from: https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parbudget/download/article/article_20191213151725.pdf.

67. สำนักงบประมาณของรัฐสภา. รายงานการวิเคราะห์งบประมาณรายจ่าย: สรุปภาพรวมงบประมาณ แผนงานบูรณาการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 - 2565 [อินเทอร์เน็ต]: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2564 [วันที่อ้างถึง 8 เมษายน 2565]. Available from: https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/parbudget/download/article/article_20210813154520.pdf.

68. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2561.

69. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือการใช้งาน ระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย National Reporting and Learning System: NRLS (Thailand) Version 4.0 (Beta 20/11/2562). นนทบุรี; : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2562.

70. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือการใช้งาน ระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิก และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย National Reporting and Learning System: NRLS (Thailand) Version 4.3 (30/09/2563). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2563.

71. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้การใช้งานระบบ National Reporting and Learning System on Cloud “โครงการ การพัฒนา กลไกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ”. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2561.
72. งานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. คู่มือการใช้งาน ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (Healthcare Risk Management System: HRMS) (พัฒนาโดย สรพ. ณ มีนาคม 2561). ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.
73. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรียนรู้การใช้งานระบบ National Reporting and Learning System on Cloud “โครงการ การพัฒนา กลไกเพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของระบบบริการสุขภาพ” นนทบุรี; 2561.
74. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือการใช้งาน ระบบสารสนเทศการบริหาร จัดการความเสี่ยงของ สถานพยาบาล Healthcare Risk Management System on Cloud (HRMS on Cloud) Version 3.8 (21/09/2563). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2563.
75. ปิยวรรณ ลัมปัญญาเลิศ, ชาญณรงค์ วงศ์วิชัย, วัชรกร นาคทองกุล. ประสบการณ์ผู้ป่วย : เสี่ยง สะท้อนระบบคุณภาพบริการสาธารณสุข 2559 [วันที่ปรับปรุง 21 กรกฎาคม 2559; วันที่อ้างอิง 31 มกราคม 2565]. Available from: https://www.hfocus.org/sites/default/files/files_upload/fullpaperesiyngsathnrabbkhunphaap hbrikaarsaathaarnsukh.pdf.
76. หนังสือกระทรวงมหาดไทย ที่ มท 0230/ว 3020 เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ผ่อนผันการเดินทางของ นักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกเพื่อไปฝึกปฏิบัติงานในโรงพยาบาล. (ลงวันที่ 25 พฤษภาคม 2564).
77. วิจิตรา นุชอยู่. บทเรียนการประชุมวิชาการ HA National Forum ครั้งที่ 22 เรื่อง “R2R ผ่านทางต้น เขย่าวิถีเรียนแสนสนุกในยุคโควิด” [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: งานจัดการความรู้ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล; 2565 [วันที่อ้างอิงถึง 15 มีนาคม 2565]. Available from: <https://www2.si.mahidol.ac.th/km/knowledgeassets/kmexperience/lessons/18951/>.
78. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (SIMPLE)² Patient and Personnel Safety for Emerging Infectious Diseases 2021. นนทบุรี; : สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2564.
79. เรณู ศรีนาม. โครงการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมการสูบบุหรี่ ตำบลสามพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี [รายงานการศึกษาอิสระ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2556.
80. เทศบาลตำบลทองผาภูมิ. รายงานการติดตามและประเมินผลแผนพัฒนาเทศบาลตำบลทองผาภูมิ ประจำปี พ.ศ. 2560 ครั้งที่ 1 (ระหว่างเดือนตุลาคม 2559 ถึง มีนาคม 2560) กาญจนบุรี: เทศบาลตำบลทอง

ผาภูมิ; 2560 [Available from: https://www.tpm.go.th/files/com_news_plan/2021-09_f8fb9e2de39f24c.pdf].

81. Whittaker B. What went wrong? Unsuccessful information technology projects. *Information Management & Computer Security*. 1999;7(1):23-30.
82. วิรุฬห์ ลีสมิท. การอภิบาลระบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยหลังการประกาศใช้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550: กรอบแนวคิด พัฒนาการ และข้อเสนอเพื่อการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต] นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552 [วันที่อ้างถึง 29 เมษายน 2565]. Available from: https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/dmdocs/National_Health_System_Governance_of_Thailand.pdf.
83. ธนพร บุชขาวไล, จอมขวัญ โยธาสุมุท, วิไลลักษณ์ แสงศรี, ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี, อภิญญา พูนชัย, วิลาวรรณ ล้วนคงสมจิตร. การศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์และสังคมของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่ป้องกันได้ นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP); 2563.
84. ซาอีดา วิริยาทร, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, กัญจนา ติชยาธิคม, วลัยพร พัชรนฤมล, สุกพล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์ และคณะ. การใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ของประชากรไทย พ.ศ. 2558. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*. 2560;11.
85. Frazier CB, Ludwig TD, Whitaker B, Roberts DS. A hierarchical factor analysis of a safety culture survey. *Journal of safety research*. 2013;45:15-28.
86. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf*. 2013;22(10):809-15.
87. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga NS. The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. *OECD Health Working Papers*. 2017;96.
88. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณ 2563. นนทบุรี; 2563.
89. Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V, Tantivess S, Mills A. Health sector regulation in Thailand: recent progress and the future agenda. *Health Policy*. 2003;63(3):323-38.
90. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อ กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19))

ณ ที่พำนักของผู้ป่วย เป็นการชั่วคราว. ราชกิจจานุเบกษา วันที่ 3 เมษายน 2563 เล่ม 137, ตอนพิเศษ 77ง (ลงวันที่ 31 มีนาคม 2563).

91. ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สถานพยาบาลอื่นซึ่งได้รับการยกเว้นไม่ต้องอยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยโรคติดต่ออันตรายตามกฎหมายว่าด้วยโรคติดต่อกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) ณ ที่พำนักของผู้ป่วย เป็นการชั่วคราว ลงวันที่ 19 สิงหาคม 2564. 2564.

92. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือหลักสูตรความปลอดภัยของผู้ป่วยขององค์การอนามัยโลก: ฉบับสหวิชาชีพ (ฉบับภาษาไทย) เล่ม 2. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2558.

93. วาสนา อุปป้อ, ฐิติณัฐ อัครคะเดชอนันต์, จิระภา สุมาลี, ดารินทร์ พนาสันต์, วรางคณา คุ่มสุข. การศึกษาคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับพยาบาล: เปลี่ยนการศึกษาเปลี่ยนการปฏิบัติ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2563;12(2):51-61.

94. ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. Hospital Safety Model: Move by CoP [อินเทอร์เน็ต]: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2558 [วันที่อ้างอิงถึง 8 เมษายน 2565]. Available from:

<http://www.ayhosp.go.th/ayh/images/HA/ceovision/15.pdf>.

95. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). คู่มือการใช้งานระบบการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย National Reporting and Learning System: NRLS (Thailand) version 4.0 (Beta 20/11/2562). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2562.

96. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). 2P Safety Tech [อินเทอร์เน็ต] นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2563 [วันที่อ้างอิงถึง 8 เมษายน 2565]. Available from: <https://www.ha.or.th/TH/Contents/2P%20Safety%20Tech>.

97. ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, จิรพรรณ พิรุณดี, มยุรา ธนภัทรภรณ์, กมลพรรณ รามแก้ว. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมสร้างความปลอดภัย. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2559;36(3):247-60.

98. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. เครือข่ายผู้ป่วย Health Forum [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2558 [วันที่อ้างอิงถึง 18 เมษายน 2565]. Available from:

https://www.nhso.go.th/page/health_forum.

99. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). แนวทางปฏิบัติเพื่อความ Patient Safety โดยประชาชนมีส่วนร่วม [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2564 [วันที่อ้างอิงถึง 8 เมษายน 2565]. Available from:

https://drive.google.com/file/d/1_Hk0_a4RaYxaYuHcAAArVaJUCsUdwWoe/view.

100. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). ผลการดำเนินงานตามภารกิจสำคัญ ของสถาบันปีงบประมาณ 2563. นนทบุรี; 2559.
101. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการคุ้มครองและจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล พ.ศ. 2561 ประกาศลงในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 31 พฤษภาคม 2561 เล่ม 135 ตอนพิเศษ 124 ง. (ลงวันที่ 28 มีนาคม 2561).
102. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). ผลการดำเนินงานตามภารกิจสำคัญ ของสถาบันปีงบประมาณ 2563. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน); 2563.
103. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). Overview 2P Safety in New HA Standard and Risk Management. การอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตร (SIMPLE)2 Patient Safety and Personnel Safety Goals; 17-19 กรกฎาคม 2561; ณ ห้องฟินิกซ์ 1-6 อาคารอิมแพ็ค เอ็กซิบิชั่น เซ็นเตอร์ เมืองทองธานี (โชน Hall 5-8); 2561.

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1

แนวคำถามสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่ม

แนวคำถามสัมภาษณ์ที่ 1: ระดับนโยบาย (คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง)

1. ก่อนปี พ.ศ.2561 (ก่อนหน้ามียุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ) ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขอย่างไรบ้าง? มีความเหมือนหรือแตกต่างจากการดำเนินงานภายหลังการมียุทธศาสตร์อย่างไร?
2. ท่าน/องค์กรของท่านเข้ามามีส่วนร่วมในยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ ตั้งแต่เมื่อใด? เพราะเหตุใด?
3. ท่าน/องค์กรของท่านมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์อย่างไร? (เพิ่มเติมแนวคำถามแยกตามรายยุทธศาสตร์)
4. ท่าน/องค์กรของท่านมีวิธีการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ที่ท่านได้รับอย่างไร?
 - การพัฒนาระบบหรือกลไกเพื่อรองรับการดำเนินงาน เช่น การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ/คณะทำงาน การทำแผนปฏิบัติการขององค์กร การตั้งเป้าหมายการดำเนินงาน/ตัวชี้วัด เป็นต้น
 - การบริหารจัดการทรัพยากร ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ แหล่งข้อมูล
 - การดำเนินกิจกรรม และการสื่อสาร ชี้แจง หรือสร้างแรงจูงใจแก่กลุ่มเป้าหมาย
 - การประสานงานระหว่างองค์กรและการสร้างเครือข่ายภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
 - การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน (ภายในองค์กร)
5. ท่านคิดว่ากลยุทธ์และตัวชี้วัดที่ถูกกำหนดขึ้นภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ท่าน/องค์กรของท่านมีส่วนรับผิดชอบ มีความเหมาะสมและสามารถนำไปสู่การบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ได้หรือไม่? เพราะเหตุใด?
6. ท่านคิดว่าระบบและกลไกในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ ที่กล่าวมา มีความเหมาะสม/เพียงพอในการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์หรือไม่? ท่านคิดว่าควรมีระบบและกลไกอะไรเพิ่มเติมหรือไม่เพื่อให้การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน?
7. ท่านคิดว่าการทำงานที่ผ่านมาของคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายฯ คณะอนุกรรมการ และฝ่ายเลขานุการ (สรพ.) ในการอภิบาลระบบประสบความสำเร็จหรือไม่ อย่างไร? มีปัจจัยใดเป็นปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค?
8. จากการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในช่วงที่ผ่านมา ท่านคิดว่ายุทธศาสตร์ที่ท่านมีส่วนร่วมรับผิดชอบสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้อีกหรือไม่? หากสามารถพัฒนาได้อีก ท่านคิดว่าควรทำอย่างไรและใครควรเป็นผู้ดำเนินการ?
9. จากการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในช่วงที่ผ่านมา ท่านคิดว่าการทำงานภายใต้ยุทธศาสตร์ประสบผลสำเร็จตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่? และท่านมีความพึงพอใจต่อผลดังกล่าวหรือไม่ อย่างไร?

10. ท่านคิดว่ามีปัจจัยสนับสนุนหรืออุปสรรคใดบ้างที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทย?
11. หากมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ในระยะถัดไป ท่านมีข้อเสนอแนะหรือคิดว่าควรมีการปรับปรุงในด้านใด?

แนวคำถามแยกรายยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์ 1

- ท่าน/องค์กรของท่าน ได้มีส่วนในการผลักดันให้ราชวิทยาลัย สภาวิชาชีพ สถาบันการศึกษาต่างๆ ตลอดจนนิสิตนักศึกษาให้ตระหนักถึงเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขหรือไม่ อย่างไร? และมีการวัดผลความสำเร็จในการดำเนินงานนั้นอย่างไร?
 - ส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนรู้ด้านคุณภาพและความปลอดภัยแก่นิสิตนักศึกษา
 - สร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากร เช่น ความก้าวหน้าในอาชีพ
 - พัฒนารูปแบบและช่องทางในการให้คำปรึกษาในระบบบริการสุขภาพ
 - ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ยุทธศาสตร์ที่ 2

- ท่าน/องค์กรของท่าน ได้มีส่วนในการผลักดันให้เกิดความร่วมมือในภาคส่วนต่างๆ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและความปลอดภัยหรือไม่? อย่างไร? และมีการวัดผลความสำเร็จในการดำเนินงานนั้นอย่างไร?
 - สร้างพื้นที่/เวที ระหว่างผู้ป่วยและประชาชน
 - ส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข
 - มีระบบการให้ข้อมูลและรับข้อมูลสะท้อนกลับจากประชาชน/ผู้รับบริการ
 - พัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อคุณภาพความปลอดภัย
 - ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- จากการดำเนินงานในระยะที่ผ่านมา ท่านคิดว่าองค์กร เครือข่าย หรือบุคคลที่มีอยู่เพียงพอต่อการผลักดันให้แผนยุทธศาสตร์ฯ ประสบผลสำเร็จหรือไม่ อย่างไร? หากไม่เพียงพอ ท่านคิดว่าควรมีบุคคล องค์กร หรือเครือข่ายใดเพิ่ม?

ยุทธศาสตร์ที่ 3

- ท่าน/องค์กรของท่าน ได้มีส่วนในการผลักดันให้สถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความพร้อมและศักยภาพในการให้บริการอย่างมีคุณภาพและปลอดภัยหรือไม่ อย่างไร? และมีการวัดผลความสำเร็จในการดำเนินงานนั้นอย่างไร?
 - ผลักดันให้เกิดโครงสร้าง/คณะกรรมการเรื่องความปลอดภัยทั้งในระดับจังหวัด เขต และประเทศ

- พัฒนากลไก เครื่องมือ เทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมคุณภาพและความปลอดภัย
- พัฒนาเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข
- พัฒนาเครือข่ายและชุมชนนักปฏิบัติ
- วิเคราะห์และสนับสนุนจำนวนบุคลากร ทรัพยากร วัสดุอุปกรณ์ อาคารสถานที่อัตรากำลังที่เหมาะสมกับบริบทของสถานบริการ
- ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ยุทธศาสตร์ที่ 4

- ท่าน/องค์กรของท่าน ได้มีส่วนในการผลักดันให้เกิดวัฒนธรรมการรายงานและเรียนรู้เรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขหรือไม่ อย่างไร? และมีการวัดผลความสำเร็จในการดำเนินงานนั้นอย่างไร?
 - พัฒนาระบบตัวชี้วัดเปรียบเทียบผลลัพธ์คุณภาพบริการ
 - พัฒนาระบบ NRLS
 - ส่งเสริมให้มีการสื่อสาร/เผยแพร่ข้อมูลผลลัพธ์การบริการ และผลการปรับปรุงการบริการ
 - ส่งเสริมให้เกิดกฎหมายคุ้มครองข้อมูลและการรายงานด้านความปลอดภัย
 - ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- ระบบตัวชี้วัดเปรียบเทียบผลลัพธ์คุณภาพบริการคืออะไร? มีขั้นตอนในการพัฒนา เก็บข้อมูล และวิเคราะห์ผลเป็นอย่างไร?

ยุทธศาสตร์ที่ 5

- ท่าน/องค์กรของท่าน ได้มีส่วนในการควบคุมกำกับ ตรวจสอบและอภิบาลระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนเกิดความพึงพอใจและมั่นใจในระบบบริการสุขภาพหรือไม่ อย่างไร? และมีการวัดผลความสำเร็จในการดำเนินงานนั้นอย่างไร?
 - ส่งเสริมให้เกิดระบบอภิบาลคลินิก
 - ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนา ป้องกัน วางระบบ และชดเชยเยียวยาอย่างมีส่วนร่วม
 - ส่งเสริมให้เกิดการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ (สร้างแรงจูงใจต่อบุคลากร)
 - พัฒนาระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เพื่อสะท้อนด้านคุณภาพและความปลอดภัย
 - ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคำถามสัมภาษณ์ที่ 2: ระดับนโยบาย (เลขานุการ)

1. การกำหนดยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ และตัวชี้วัดทั้งในภาพรวมของยุทธศาสตร์ และยุทธศาสตร์ย่อยมีกระบวนการเป็นอย่างไร? มีการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม/มาตรการต่างๆ อย่างไรบ้าง?
2. การดำเนินงานในระยะที่ผ่านมา มีการใช้ระบบหรือกลไกใดบ้างในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้
 - การบริหารจัดการ (เช่น แต่งตั้งคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน การทำแผนปฏิบัติการ การจัดสรรทรัพยากร เป็นต้น)
 - การประสานงาน สื่อสาร ชี้แจง สร้างแรงจูงใจแก่คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน หน่วยงาน หรือเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
 - การสนับสนุน/เชื่อมโยงการดำเนินงานของทั้ง 5 ยุทธศาสตร์
 - การกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (ทั้งในภาพรวมและรายยุทธศาสตร์)
3. ท่านคิดว่าระบบและกลไกในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่กล่าวมา มีความเหมาะสม/เพียงพอในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์หรือไม่? อย่างไร? ท่านคิดว่าควรมีระบบและกลไกอะไรเพิ่มเติมหรือไม่เพื่อให้การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน?
4. จากการดำเนินงานของทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ที่ผ่านมา ท่านคิดว่ามีช่องว่างของนโยบาย (gap) ระหว่างแต่ละยุทธศาสตร์หรือไม่ อะไรบ้าง? และคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ หรือฝ่ายเลขานุการจัดการ/วางแผนที่จะจัดการกับช่องว่างของนโยบายนั้นอย่างไร?
5. ท่านคิดว่าการทำงานที่ผ่านมาของคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และฝ่ายเลขานุการ (สรพ.) ในการอภิบาลระบบประสบความสำเร็จหรือไม่ อย่างไร? มีปัจจัยใดเป็นปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรค? หากไม่ประสบความสำเร็จ คณะกรรมการฯ คณะอนุกรรมการ และฝ่ายเลขานุการ มีวิธีในการจัดการปัญหานั้นอย่างไร?
6. หากสิ้นสุดยุทธศาสตร์ ในปี พ.ศ.2564 แล้ว สรพ. มีแผน/กลไกในการขับเคลื่อนงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศในอนาคตอย่างไร?

แนวคำถามสัมภาษณ์ที่ 3: ระดับนโยบาย (คณะทำงานพัฒนาระบบการรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์)

1. ท่านคิดว่าระบบการรายงานและเรียนรู้ ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่ พึงประสงค์ ระดับประเทศมีความสำคัญต่อการพัฒนางานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทยอย่างไร?
2. ระบบการรายงานและเรียนรู้ ความเสี่ยงฯ มีขั้นตอนการดำเนินงานอย่างไร?
 - การพัฒนาระบบ
 - การดำเนินงานและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาเชิงระบบ
 - การสื่อสารไปยังกลุ่มเป้าหมาย (วิธีการสื่อสาร กลุ่มเป้าหมาย แรงจูงใจ)
 - การติดตามและประเมินผล
 - การสะท้อนข้อมูลกลับไปยังสถานพยาบาล
 - การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
 - การรายงานผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะไปยังคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข
3. ท่านคิดว่าวิธีในการดำเนินงานระบบการรายงานและเรียนรู้ ความเสี่ยงฯ ที่กล่าวมา มีความเหมาะสมหรือไม่? ท่านคิดว่าควรมีการปรับปรุงและพัฒนาส่วนใดเพื่อให้การดำเนินงาน/การใช้งานระบบการรายงานและเรียนรู้ ความเสี่ยงฯ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน?
4. ท่านคิดว่าการใช้ระบบการรายงานและเรียนรู้ ความเสี่ยงฯ ในช่วงที่ผ่านมา (พ.ศ.2561-2564) ประสบความสำเร็จหรือไม่ อย่างไร? มีปัจจัยใดเป็นปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรค?

แนวคำถามสัมภาษณ์ที่ 4: ระดับนโยบาย (คณะทำงานพัฒนาเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและคณะทำงานพัฒนาเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข)

1. ท่านคิดว่าเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขมีความสำคัญต่อการพัฒนางานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทยอย่างไร?
2. ท่านเข้ามามีส่วนช่วยในการพัฒนาเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขตั้งแต่เมื่อใด? และเพราะเหตุใดท่านจึงยอมรับหน้าที่นั้น?
3. เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขมีขั้นตอนการดำเนินงานอย่างไร?
 - การพัฒนาเป้าหมายความปลอดภัย
 - การประกาศใช้ และการสื่อสารไปยังกลุ่มเป้าหมาย (วิธีการสื่อสาร กลุ่มเป้าหมาย แรงจูงใจ)
 - การติดตามและประเมินผล
 - การพัฒนาเป้าหมายความปลอดภัยให้ทันสถานการณ์ (อัปเดต)
 - การรายงานผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะไปยังคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข
4. ท่านคิดว่าวิธีในการดำเนินงานตามที่กล่าวมา (จากข้อ 3) มีความเหมาะสม หรือไม่ อย่างไร? ท่านคิดว่าควรมีการปรับปรุงและพัฒนาส่วนใดเพื่อให้การดำเนินงาน/การใช้งานเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน?
5. ท่านคิดว่าเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขที่ถูกพัฒนาขึ้นนั้น มีประสิทธิผลตามวัตถุประสงค์ที่แผนยุทธศาสตร์ฯ ตั้งไว้หรือไม่ อย่างไร? มีปัจจัยใดเป็นปัจจัยสนับสนุน และอุปสรรคอะไรบ้าง?
6. ท่านคิดว่าเป้าหมายความปลอดภัยดังกล่าว ได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ปฏิบัติ (โรงพยาบาล) หรือไม่ อย่างไร?

แนวคำถามสัมภาษณ์ที่ 5: ระดับองค์กร (รพ. ที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety)

1. โรงพยาบาลของท่านเข้าร่วม 2P Safety ตั้งแต่เมื่อไหร่? และเหตุใดจึงเข้าร่วม?
2. เมื่อโรงพยาบาลของท่านเข้าร่วม 2P Safety โรงพยาบาลได้รับการสนับสนุนเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขจากหน่วยงานส่วนกลาง (เช่น กระทรวงสาธารณสุข สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เป็นต้น) ด้านใดบ้าง?
3. ภายหลังจากเข้าร่วม 2P Safety โรงพยาบาลของท่านมีการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการและความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขอย่างไรบ้าง? และการดำเนินงานดังกล่าวมีความแตกต่างจากช่วงก่อนเข้าร่วม 2P Safety อย่างไร?
 - การจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล
 - การพัฒนาระบบหรือกลไกเพื่อรองรับการดำเนินงาน
 - การบริหารจัดการทรัพยากร ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ แหล่งข้อมูล วัสดุ/อุปกรณ์
 - การพัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในโรงพยาบาล
 - การสร้างวัฒนธรรมขององค์กรหรือสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติให้แก่บุคลากร
 - การสร้างเครือข่าย การประสานงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล/องค์กร
 - การสื่อสาร ชี้แจง และให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมาย (บุคลากรและประชาชนทั่วไป)
 - การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน (ภายในโรงพยาบาล)
 - การนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาแก้ไขเชิงระบบ
4. จากการดำเนินงานที่ผ่านมา (ตั้งแต่เข้าร่วม 2P Safety ถึงปัจจุบัน) ท่านคิดว่าโรงพยาบาลของท่านประสบความสำเร็จในการพัฒนาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขหรือไม่ อย่างไร?
5. ท่านคิดว่ามีปัจจัยสนับสนุนหรืออุปสรรคใดบ้างที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล?
6. ท่านคิดว่าในปัจจุบันระบบ/วัฒนธรรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลของท่านมีความยั่งยืนหรือไม่ อย่างไร? (หากยั่งยืน) ท่านคิดว่าเป็นเพราะสาเหตุหรือปัจจัยใด (หากไม่ยั่งยืน) ท่านคิดว่าควรมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างไรเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

แนวคำถามสัมภาษณ์ที่ 6: ระดับปฏิบัติ (รพ. ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety)

1. โรงพยาบาลของท่าน มีการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขหรือไม่? หากมี โรงพยาบาลของท่านมีการดำเนินงานในด้านดังกล่าวอย่างไร?
 - นโยบาย/ มาตรการ/ แนวทาง ที่ใช้ในโรงพยาบาล
 - ที่มาของนโยบาย/ มาตรการ/ แนวทาง
 - จุดแข็งและจุดอ่อน
2. หากมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์¹⁶เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (ทั้งกับผู้ป่วยและบุคลากร) โรงพยาบาลของท่านมีวิธีการจัดการกับเหตุการณ์ดังกล่าว และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นอย่างไร?
 - การมีระบบ/กลไกเพื่อรองรับการจัดการกับเหตุการณ์ฯ เช่น การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ/คณะทำงาน การทำแนวปฏิบัติให้แก่บุคลากร เป็นต้น
 - การพัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในโรงพยาบาล
 - การสื่อสาร ชี้แจง และให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมาย (บุคลากรและประชาชนทั่วไป)
 - การสร้างเครือข่าย
 - การกำกับ ติดตาม และประเมินผลภายหลังจากที่มีการแก้ไขปัญหา
 - การนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาแก้ไขเชิงระบบ (ป้องกันการเกิดซ้ำ)
3. จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ท่านพบปัญหา/อุปสรรคในการจัดการกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (ทั้งกับผู้ป่วยและบุคลากร) หรือไม่ อย่างไร?
4. จากข้อมูลของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลของท่านยังไม่ได้เข้าร่วม 2P Safety ที่เป็นเช่นนี้มีสาเหตุจากอะไร?
5. หากหน่วยงานต้นสังกัดของโรงพยาบาลของท่าน มีนโยบายให้โรงพยาบาลทุกแห่งเข้าร่วม 2P Safety เพื่อการพัฒนาการให้บริการสุขภาพให้มีคุณภาพและความปลอดภัย ท่านคิดว่าโรงพยาบาลของท่านต้องการสนับสนุนในเรื่องใดบ้าง? และจะขอการสนับสนุนจากหน่วยงานใด?
6. ท่านคิดว่ามีปัจจัยสนับสนุนหรืออุปสรรคใดบ้างที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล?

¹⁶ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ หมายถึง เหตุการณ์ที่ก่อ/อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือบุคลากรสาธารณสุข โดยอันตรายที่เกิดขึ้นครอบคลุมถึงการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน การบาดเจ็บ ความทุกข์ทรมาน ความพิการ การเสียชีวิต หรือผลกระทบต่อจิตใจหรือสังคมของบุคคลนั้นๆ

แนวคำถามสัมภาษณ์ที่ 7: ระดับปฏิบัติ (รพ. ที่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety)

1. ท่านเคยมีประสบการณ์/มีส่วนร่วมในการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลของท่านหรือไม่? หากมี กรุณายกตัวอย่างประสบการณ์/เหตุการณ์ที่ท่านมีส่วนร่วม (ทั้งในการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข)
2. ภายหลังจากที่โรงพยาบาลของท่านเข้าร่วม 2P Safety (ปี พ.ศ.XXXX) การดำเนินงานเพื่อพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขมีความแตกต่างจากช่วงก่อนเข้าร่วม 2P Safety อย่างไร?
 - การจัดการเมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาล
 - การพัฒนาระบบหรือกลไกเพื่อรองรับการดำเนินงาน เช่น การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ/คณะทำงาน การทำแผนปฏิบัติการ การตั้งเป้าหมายการดำเนินงาน/ตัวชี้วัด การพัฒนาระบบการรายงาน เป็นต้น
 - การบริหารจัดการทรัพยากร ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ แหล่งข้อมูล วัสดุ/อุปกรณ์
 - การพัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในโรงพยาบาล
 - การสื่อสาร ชี้แจง และให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมาย (บุคลากรและประชาชนทั่วไป)
 - การสร้างวัฒนธรรมขององค์กรหรือสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติให้แก่บุคลากร
 - การประสานงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างโรงพยาบาล/องค์กร
 - การสร้างเครือข่าย
 - การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน (ภายในโรงพยาบาล)
 - การนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาแก้ไขเชิงระบบ
3. จากการดำเนินงานที่ผ่านมา (ตั้งแต่เข้าร่วม 2P Safety ถึงปัจจุบัน) ท่านคิดว่าโรงพยาบาลของท่านประสบความสำเร็จในการพัฒนาด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขหรือไม่ อย่างไร?
4. ท่านคิดว่ามีปัจจัยสนับสนุนหรืออุปสรรคใดบ้างที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล?
5. ท่านคิดว่าในปัจจุบันระบบ/วัฒนธรรมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลของท่านมีความยั่งยืนหรือไม่ อย่างไร?
 - หากยั่งยืน ท่านคิดว่าเป็นเพราะสาเหตุหรือปัจจัยใด
 - หากไม่ ท่านคิดว่าควรมีการปรับปรุงแก้ไขอย่างไรเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

แนวคำถามสัมภาษณ์ที่ 8: ระดับปฏิบัติ (รพ. ที่ไม่เข้าร่วมโครงการ 2P Safety)

1. โรงพยาบาลของท่านให้ความสำคัญ/มีการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขหรือไม่? หากมี โรงพยาบาลของท่านมีการดำเนินงานในด้านดังกล่าวอย่างไร?
2. ท่านเคยมีประสบการณ์/มีส่วนร่วมในการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลของท่านหรือไม่? หากมี กรุณายกตัวอย่างประสบการณ์/เหตุการณ์ที่ท่านมีส่วนร่วม (ทั้งในการพัฒนาความปลอดภัยของผู้ป่วยและการพัฒนาความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข)
3. หากมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์¹⁷เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (ทั้งกับผู้ป่วยและบุคลากร) โรงพยาบาลของท่านมีวิธีการจัดการกับเหตุการณ์ดังกล่าว และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นอย่างไร?
 - การมีระบบ/กลไกเพื่อรองรับการจัดการกับเหตุการณ์ฯ เช่น การแต่งตั้งผู้รับผิดชอบ/คณะทำงาน การทำแนวปฏิบัติให้แก่บุคลากร เป็นต้น
 - การพัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในโรงพยาบาล
 - การสื่อสาร ชี้แจง และให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมาย (บุคลากรและประชาชนทั่วไป)
 - การสร้างเครือข่าย
 - การกำกับ ติดตาม และประเมินผลภายหลังจากที่มีการแก้ไขปัญหา
 - การนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาแก้ไขเชิงระบบ (ป้องกันการเกิดซ้ำ)
4. จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ท่านพบปัญหา/อุปสรรคในการจัดการกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (ทั้งกับผู้ป่วยและบุคลากร) หรือไม่ อย่างไร?
5. ท่านคิดว่ามีปัจจัยสนับสนุนหรืออุปสรรคใดบ้างที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล?

¹⁷ เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ หมายถึง เหตุการณ์ที่ก่อ/อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือบุคลากรสาธารณสุข โดยอันตรายที่เกิดขึ้นครอบคลุมถึงการเกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน การบาดเจ็บ ความทุกข์ทรมาน ความพิการ การเสียชีวิต หรือผลกระทบต่อจิตใจหรือสังคมของบุคคลนั้นๆ

ภาคผนวก 2

รหัสโรค (ICD-10) ที่เกี่ยวข้องกับการวัดผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

รหัส ICD-10	รายละเอียดโรค	SIMPLE
A02	Salmonella enteritis	I
A04	Other bacterial intestinal infections	I
A41	Other sepsis	I
B95	Streptococcus and staphylococcus as the cause of diseases classified to other chapters	I
B96	Other specified bacterial agents as the cause of diseases classified to other chapters	I
B97	Viral agents as the cause of diseases classified to other chapters	I
E15	Nondiabetic hypoglycemic coma (Incl. Drug-induced insulin coma in nondiabetic, Hyperinsulinism with hypoglycemic coma, Hypoglycemic coma NOS)	M
E16.0	Drug-induced hypoglycemia without coma	M
E27.3	Drug-induced adrenocortical insufficiency	M
E89	Postprocedural endocrine and metabolic disorders, not elsewhere classified	S
G97	Postprocedural disorders of nervous system, not elsewhere classified	S
H59	Postprocedural disorders of eye and adnexa, not elsewhere classified	S
I26	Pulmonary embolism	S
I82	Other venous embolism and thrombosis	S
J95	Postprocedural respiratory disorders, not elsewhere classified	S
K91	Postprocedural disorders of digestive system, not elsewhere classified	S
L89	Decubitus ulcer and pressure area	P
M96	Postprocedural musculoskeletal disorders, not elsewhere classified	S
N99	Postprocedural disorders of genitourinary system, not elsewhere classified	S
O29	Complications of anesthesia during pregnancy	E

รหัส ICD-10	รายละเอียดโรค	SIMPLE
O70	Perineal laceration during delivery (แผลฉีกขาดบริเวณฝีเย็บที่เกิดจากการคลอด (Obstetric Perineal Laceration))	E
O71	Other obstetric trauma	E
O74	Complications of anesthesia during labor and delivery	E
O75	Other complications of labor and delivery, not elsewhere classified	E
O85	Puerperal sepsis	E
O86	Other puerperal infections	E
O89	Complications of anesthesia during the puerperium	E
O90	Complications of the puerperium, not elsewhere classified	E
P03	Fetus and newborn affected by other complications of labor and delivery	E
P12	Birth injury to scalp	E
P13	Birth injury to skeleton	E
P14	Birth injury to peripheral nervous system	E
P15	Other birth injuries	E
T36	Poisoning by systemic antibiotics	M
T37	Poisoning by other systemic anti-infectives and antiparasitics	M
T38	Poisoning by hormones and their synthetic substitutes and antagonists, not elsewhere classified	M
T39	Poisoning by nonopioid analgesics, antipyretics and antirheumatics	M
T41	Poisoning by anesthetics and therapeutic gases	M
T42	Poisoning by antiepileptic, sedative-hypnotic and antiparkinsonism drugs	M
T42.7	Antiepileptic and sedative-hypnotic drugs, unspecified	M
T43	Poisoning by psychotropic drugs, not elsewhere classified	M
T44	Poisoning by drugs primarily affecting the autonomic nervous system	M
T45	Poisoning by primarily systemic and hematological agents, not elsewhere classified	M
T45.5	Anticoagulants	M
T45.7	Anticoagulant antagonists, vitamin K and other coagulants	M
T46	Poisoning by agents primarily affecting the cardiovascular system	M
T47	Poisoning by agents primarily affecting the gastrointestinal system	M

รหัส ICD-10	รายละเอียดโรค	SIMPLE
T48	Poisoning by agents primarily acting on smooth and skeletal muscles and the respiratory system	M
T49	Poisoning by topical agents primarily affecting skin and mucous membrane and by ophthalmological, otorhinolaryngological and dental drugs	M
T50	Poisoning by diuretics and other and unspecified drugs, medicaments and biological substances	M
T80	Complications following infusion, transfusion and therapeutic injection	L
T81	Complications of procedures, not elsewhere classified (ex. Hemorrhage and hematoma complicating a procedure, Shock during or resulting from a procedure, Disruption of operation wound, Infection following a procedure, Foreign body accidentally left in body cavity or operation wound following a procedure etc.)	S
T82	Complications of cardiac and vascular prosthetic devices, implants and grafts	S
T83	Complications of genitourinary prosthetic devices, implants and grafts	S
T84	Complications of internal orthopedic prosthetic devices, implants and grafts	S
T85	Complications of other internal prosthetic devices, implants and grafts	S
T87	Complications peculiar to reattachment and amputation	S
T88	Other complications of surgical and medical care, not elsewhere classified	S

ภาคผนวก 3

เอกสารรับรองการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์

COA No. IHRP2021095

IHRP No. 090-2564



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์
อาคาร 8 ชั้น 7 ห้อง 702 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถนนพหลโยธิน 11000

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัย: การประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข
พ.ศ. 2561-2564

ผู้วิจัยหลัก: ดร.นพ.ศ. ตีระวัฒน์ นานนท์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารรับรอง:

1. สรุปย่อโครงการวิจัย: Version 2.0 Date 23.06.2564
2. โครงร่างการวิจัย: Version 2.0 Date 23.06.2564
3. เอกสารแนะนำสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย: Version 2.0 Date 23.06.2564
4. ใบยินยอมจากความเข้าใจเบื้องต้น: Version 2.0 Date 18.06.2564
5. แนวคำถามสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่ม: Version 2.0 Date 23.06.2564
6. แบบแสดงรายการ/ประมาณค่าใช้จ่ายในการวิจัย: Version 2.0 Date 23.06.2564
7. ประวัติผู้วิจัยทุกคน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ฯ ได้พิจารณาโครงการวิจัยดังกล่าว โดยได้คำนึงถึงประเด็นทางด้านวิชาการ ICH-GCP และด้านจริยธรรม และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย ตามโครงการวิจัยดังกล่าวแล้ว อนึ่ง ขอให้ผู้วิจัยปฏิบัติตามจรรยาบรรณนักวิจัยสภาวิจัยแห่งชาติด้วย

(ลงนาม).....

(นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

(ลงนาม).....

(นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์)

เลขาธิการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

วันที่ประชุมครั้งแรก: 16 มิถุนายน พ.ศ.2564

รับรองตั้งแต่วันที่: 25 มิถุนายน พ.ศ.2564

ภาคผนวก 4

ผลการดำเนินงานตามกลยุทธ์ภายใต้ยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ (พ.ศ. 2561-2564)

กลยุทธ์	ผลการดำเนินงาน
ยุทธศาสตร์ 1	
<p>1.1 ส่งเสริมการจัดการเรียนรู้ด้านคุณภาพและความปลอดภัยแก่นักศึกษาในสาขาที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุขโดยการบูรณาการเข้าไปในหลักสูตรทั้งก่อนปริญญาตรีและหลังปริญญาตรี รวมถึงจัดให้มีการเรียนรู้ในแบบสหสาขาวิชาชีพ</p>	<p>มีแนวทางการบูรณาการการเรียนการสอนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยเข้าในหลักสูตรวิชาชีพสุขภาพ โดยมีการลงนามความร่วมมือระหว่างกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) สภาวิชาชีพต่าง ๆ และ สรพ. ในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกสถาบันการศึกษา ^[92, 93]</p>
<p>1.2 พัฒนาระบบประเมินผลบัณฑิตในเรื่องความรู้ ทักษะ สมรรถนะ และเจตคติในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยเพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับให้สถาบันการศึกษา</p>	<p>บางสภาวิชาชีพ อาทิ สภาการพยาบาล เป็นต้นกำหนดหัวข้อคุณภาพและความปลอดภัยให้เป็นส่วนหนึ่งของเกณฑ์สำคัญในการต่ออายุใบประกอบวิชาชีพ (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์)</p>
<p>1.3 ส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขได้ปฏิบัติงานอย่างมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และสมรรถนะในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ</p>	<p>การจัดอบรมหลักสูตร Patient Safety Training for the Trainer Program (ข้อมูลจากการประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนยุทธศาสตร์การสร้างบุคลากรฯ ครั้งที่ 1/2561)</p>
<p>1.4 สร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรที่ทำงานในเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ และมีความก้าวหน้าในวิชาชีพ</p>	<p>ผลักดันให้มีตำแหน่งงานคุณภาพ (โดย กพ.) (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์)</p>
<p>1.5 พัฒนาผู้นำขององค์กรในระบบบริการสุขภาพให้เป็นผู้นำด้านคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข</p>	<p>ผู้นำสถานพยาบาล 148 แห่ง เข้าร่วมโครงการการพัฒนาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Engagement for Patient Safety) และมีโรงพยาบาลประกาศเจตนารมณ์เป็นโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย (2P safety) จำนวน 764 แห่ง ^[78, 94]</p>

กลยุทธ์	ผลการดำเนินงาน
1.6 พัฒนาช่องทางและรูปแบบการให้คำปรึกษาในระบบบริการสุขภาพ กรณีที่อาจเกิดความเสี่ยงจากการรักษาซึ่งยากต่อการตัดสินใจ หรือมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในกรณีดังกล่าว ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ	จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการการเรียนรู้ชุมชนนักปฏิบัติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (Community of Practice: CoPs) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และพัฒนาช่องทางให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญในระบบ NRLS ^[94, 95]
1.7 ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขในกลุ่มนักศึกษา บัณฑิต และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์และสาธารณสุข	โครงการ 2P Safety Tech ส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรมที่เพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน โดยความร่วมมือระหว่างนวัตกรรมและบุคลากรสาธารณสุข ^[96]

ยุทธศาสตร์ 2

2.1 สร้างพื้นที่หรือเวที (platform) ความร่วมมือกับผู้ป่วยและประชาชนให้มีบทบาทและมีส่วนร่วมในการพัฒนาเรื่องคุณภาพ และความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขอย่างเป็นระบบทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ	จัดทำระบบการรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ (PEP) เพื่อพัฒนาระบบบริการจากประสบการณ์ของผู้ป่วย และให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ^[95]
2.2 สร้างความเข้มแข็งของกลไก ทีมผู้นำ หรือพื้นที่ที่มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและความปลอดภัย	โครงการการพัฒนาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Engagement for Patient Safety) โดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยตามมาตรฐานคุณภาพบริการโรงพยาบาล ฉบับเฉลิมพระเกียรติครบ 60 ปี มีการจัดตั้งเครือข่ายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Thailand patients for patient safety) ประกอบด้วยเครือข่ายผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ผู้ให้บริการทางสุขภาพและภาคประชาสังคม และจัดตั้งเครือข่ายพลเมืองขับเคลื่อนสิทธิด้านสุขภาพ (Healthy Forum) ^[97, 98]
2.3 สร้างและส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารเรื่องคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วย บุคลากรสาธารณสุข และประชาชน เพื่อสร้างความรู้และความเข้าใจร่วมกัน	ผลิตสื่อในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สื่อวีดิทัศน์ สื่อประชาสัมพันธ์ “อย่าลืมหอม” และ “อย่าลืมถามหมอ” เพื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับความปลอดภัยและสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันความเสี่ยง ^[99]

กลยุทธ์	ผลการดำเนินงาน
2.4 มีระบบการให้ข้อมูลและรับข้อมูลสะท้อนกลับจากประชาชนและผู้รับบริการ เพื่อการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและความปลอดภัย	พัฒนาระบบการรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยสู่การปรับระบบบริการ (PEP) โดยมีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมระบบ จำนวน 572 แห่ง ^[95]
2.5 พัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อคุณภาพความปลอดภัย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและประชาชนที่มีประสบการณ์หรือเคยได้รับความเสียหายเข้ามามีส่วนร่วม	พัฒนาเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goals) รวมถึงจัดทำแนวทางปฏิบัติความปลอดภัย “อย่าลืมหามอ” และ “อย่าลืมบอกหมอ” ^[71, 99]
2.6 ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม และงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย บุคลากร และประชาชน	โครงการ 2P Safety Tech ส่งเสริมให้เกิดการสร้างนวัตกรรมที่เพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน โดยความร่วมมือระหว่างนวัตกรรมและบุคลากรสาธารณสุข ^[96] นอกจากนี้ มีการจัดตั้งคณะทำงานภาคประชาชน ประกอบด้วยหน่วยงานต่าง ๆ อาทิ ตัวแทนผู้เสียหายทางการแพทย์ มูลนิธิคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น เพื่อประสานงานและสื่อสารระหว่างหน่วยงานส่วนกลางและภาคประชาชน

ยุทธศาสตร์ 3

- 3.1 มีโครงสร้างหรือคณะกรรมการที่ส่งเสริมและพัฒนาเรื่องคุณภาพและความปลอดภัย ทั้งในระดับสถานพยาบาล ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ และ/หรือ มีหน่วยงานหรือองค์กรที่มีบทบาทส่งเสริม พัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสาธารณสุขในระดับประเทศ (National Body)
- ระดับสถานพยาบาล มีประกาศให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย (2P safety) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนเรื่อง 2P Safety โดยใช้โครงสร้างที่มีอยู่ภายในโรงพยาบาล ^[13, 68]
 - ระดับจังหวัด จัดตั้งศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation Collaborating Center: HACC) ทั้งสิ้น 6 แห่ง และจังหวัดที่อยู่ในความรับผิดชอบมีทั้งหมด 38 จังหวัด ^[100]
 - ระดับเขต *ไม่พบหลักฐานการดำเนินงาน

กลยุทธ์	ผลการดำเนินงาน
	<ul style="list-style-type: none"> ระดับประเทศ แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข^[37]
<p>3.2 มีการพัฒนาเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety Goals) และแนวทางปฏิบัติในระดับประเทศ</p>	<p>กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goals) และเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากรสาธารณสุข (Personnel Safety Goals)^[14, 71]</p>
<p>3.3 มีการพัฒนาเทคโนโลยี เครื่องมือ และเทคโนโลยี โดยความร่วมมือกับองค์กร และหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในและนอกระบบบริการสุขภาพ เพื่อส่งเสริมคุณภาพและความปลอดภัย</p>	<p>ในปี พ.ศ. 2563 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ 2P Safety Tech ทั้งหมด 19 แห่งเป็นโรงพยาบาลที่มีนวัตกรรมที่ได้รับรางวัลดีเด่น 6 แห่ง โดยมีโรงพยาบาล 1 แห่ง ได้จดลิขสิทธิ์ทะเบียนการค้า 1 เทคโนโลยี และนำไปใช้จริง และมีการพิจารณาผลการดำเนินโครงการสำรวจต่าง ๆ เช่น Safety Culture Survey และโครงการสำรวจความพึงพอใจและความไว้วางใจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่อระบบบริการสุขภาพในด้านคุณภาพและความปลอดภัยของสถานพยาบาล โดยคณะกรรมการยุทธศาสตร์ความปลอดภัยฯ^[95, 96]</p>
<p>3.4 ส่งเสริมให้มีการพัฒนาเครือข่ายและชุมชนนักปฏิบัติในเรื่องต่าง ๆ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข</p>	<p>การอบรมเชิงปฏิบัติการ การเรียนรู้ชุมชนนักปฏิบัติด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย (CoPs) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง^[94]</p>
<p>3.5 มีการวิเคราะห์และสนับสนุน จำนวนบุคลากร ทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ โครงสร้างอาคารสถานที่และงบประมาณที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนที่มุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัย</p>	<p><i>*ไม่พบหลักฐานการดำเนินงาน</i></p>

กลยุทธ์	ผลการดำเนินงาน
3.6 ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้นวัตกรรม และงานวิจัยเพื่อสุขภาพ ความปลอดภัย และลดความเสี่ยงในระบบบริการสุขภาพ	ในปี พ.ศ. 2563 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการ 2P Safety Tech ทั้งหมด 19 แห่งเป็นโรงพยาบาลที่มีนวัตกรรมที่ได้รับรางวัลดีเด่น 6 แห่ง ^[96]

ยุทธศาสตร์ 4

4.1 พัฒนาระบบตัวชี้วัดเปรียบเทียบผลลัพธ์คุณภาพบริการในระดับสถานพยาบาล ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ	ในปีงบประมาณ 2561-2563 มีโรงพยาบาลที่เป็นสมาชิกโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Program: THIP) ทั้งหมด 424 แห่ง เป็นระบบการเปรียบเทียบตัวชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลอื่น ๆ เป็นเครื่องมือในการพัฒนาแนวทางการทำงาน โดยมีตัวชี้วัดรวมทั้งสิ้น 213 ตัวชี้วัด ^[100]
4.2 พัฒนาระบบการรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศ (National Reporting and Learning System; NRLS)	พัฒนาระบบรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศ โดยมีจำนวนโรงพยาบาลเข้าร่วมใช้งานระบบในปี 2562-2564 ทั้งสิ้น 764 แห่ง ^[95, 99]
4.3 ส่งเสริมให้มีการสื่อสารและเผยแพร่ข้อมูลผลลัพธ์บริการที่มีคุณภาพ และผลการปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ เพื่อความปลอดภัยต่อสาธารณะอย่างเป็นระบบ	เผยแพร่ข้อมูลการรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทยทางเว็บไซต์ https://thai-nrls.org/
4.4 ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม และงานวิจัยเพื่อการพัฒนากระบวนการและข้อมูลคุณภาพบริการและความเสี่ยงทางคลินิกในสถานพยาบาล	โครงการ 2P Safety Tech ^[96]
4.5 ส่งเสริมให้เกิดกฎหมายคุ้มครองข้อมูลและรายงานด้านความปลอดภัยเพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล	มีกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองและจัดการข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล ^[101]

ยุทธศาสตร์ 5

กลยุทธ์	ผลการดำเนินงาน
5.1 ส่งเสริมให้เกิดระบบอภิบาลทางคลินิก (clinical governance) ซึ่งผู้เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วน และทุกระดับ (ระดับประเทศ ระดับสถานพยาบาล และระดับผู้ประกอบวิชาชีพ) ร่วมกันรับผิดชอบในลักษณะสหสาขาวิชาชีพอย่างประสานสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน	เพิ่มประเด็นระบบอภิบาลทางคลินิก (clinical governance) ในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 และ 5 ^[68, 99]
5.2 ส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ตั้งแต่พัฒนา ป้องกัน วางระบบ และชดเชยเยียวยาอย่างมีส่วนร่วม โดยสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้รวมถึงการพัฒนาในลักษณะของแผนบูรณาการร่วมกัน	มีหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นให้แก่ผู้ประกันตนที่ได้รับความเสียหายจากการรับบริการทางการแพทย์ตามมาตรา 41 ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ^[76]
5.3 ส่งเสริมให้มีระบบแรงจูงใจที่เป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุขและต่อสถานพยาบาลที่ส่งเสริมการสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ	ผลักดันให้มีตำแหน่งงานคุณภาพ (โดย กพ.) (ข้อมูลจากการสัมภาษณ์)
5.4 พัฒนาระบบการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) มีการกำหนดจุดเน้น ที่ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขอย่างชัดเจน และมีผลลัพธ์ที่สะท้อนมิติคุณภาพและความปลอดภัย	โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน HA ใช้ Quality Measurement เป็นกลไกในการขับเคลื่อนและยกระดับ จำนวน 424 แห่ง ^[102]
5.5 เป็นผู้นำในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและความปลอดภัยที่เป็นที่ยอมรับในระดับภูมิภาคและระดับสากล	สรพ. ขับเคลื่อนการประเมิน Country Self-Assessment on Patient Safety Situation ของประเทศไทย ระดับโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ^[103]
5.6 ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ นวัตกรรม และงานวิจัย เพื่อพัฒนาระบบการควบคุมกำกับ การตรวจสอบ และธรรมาภิบาล ทางคุณภาพและความปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ	ส่งเสริมการเกิดระบบอภิบาลทางคลินิก ผ่านมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ^[4, 68]

ภาคผนวก 5

ผลจากระบบ NRLS

ตาราง 27 รายงานอุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไขจากระบบ NRLS

ประเภทของอุบัติการณ์	จำนวนอุบัติการณ์ (เหตุการณ์)	จำนวนอุบัติการณ์ที่ ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	ร้อยละอุบัติการณ์ที่ได้รับ การแก้ไขจากอุบัติการณ์ แต่ละประเภท
อุบัติการณ์คลินิกทั่วไปที่รายงานอุบัติการณ์ตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Clinical risk incident and Patient safety goals)			
Safe Surgery	62,569	23,361	37.34
Infection Prevention and Control	53,549	22,311	41.66
Medication & Blood Safety	686,045	319,704	46.60
Patient Care Processes	367,421	163,141	44.40
Line, Tube, and Catheter & Laboratory	127,005	62,672	49.35
Emergency Response	68,506	27,203	39.71
อื่น ๆ	22	0	0
อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกที่จำเพาะหรืออุบัติการณ์ความเสี่ยงจำเพาะโรค (Clinical risk incident and Specific clinical risk)			
Surgical diseases and procedure	1,379	513	37.20
Orthopedic diseases and procedure	0	0	0
Medical diseases and procedure	12,883	5,565	43.20
Eye, Ear, Nose, Throat diseases and procedure	975	257	26.36
Gynecology & Obstetrics diseases and procedure	0	0	0
Pediatric diseases and procedure	3,173	1,016	32.02
Dental diseases and procedure	3	0	0
อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไปที่รายงานตามเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากร (General risk incident and Personnel safety goals)			
Security and Privacy of Information and social media	2,207	853	38.65
Infection and Exposure	12,148	5,444	44.81
Mental Health and Mediation	10,633	5,809	54.63
Process of work	13,299	5,180	38.95
Lane (Ambulance) and Legal Issues	77,164	34,264	44.40
Environment and Working Conditions	64,181	24,829	38.69
อื่น ๆ	33	0	0
อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไปที่รายงานตามเป้าหมายความปลอดภัยขององค์กร (General risk incident and Organization safety goals)			

ประเภทของอุบัติการณ์	จำนวนอุบัติการณ์ (เหตุการณ์)	จำนวนอุบัติการณ์ที่ ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	ร้อยละอุบัติการณ์ที่ได้รับ การแก้ไขจากอุบัติการณ์ แต่ละประเภท
Strategy, Structure, Security	50,879	20,020	39.35
Information Technology & Communication, Internal control & Inventory	124,746	50,484	40.47
Manpower, Management	5,781	2,588	44.77
Policy, Process of work & Operation	31,402	17,517	55.78
Licensed & Professional certificate	4,027	1,930	47.93
Economy	19,044	8,499	44.63
รวม	1,799,074	803,160	44.64

ตาราง 28 จำนวนอุบัติการณ์ความเสี่ยงในระบบ NRLS (กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561 – มกราคม พ.ศ. 2565) แยกตามชนิดอุบัติการณ์

ประเภทของอุบัติการณ์		จำนวน อุบัติการณ์ (เหตุการณ์)
อุบัติการณ์คลินิกทั่วไปที่รายงานอุบัติการณ์ตามเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Clinical risk incident and Patient safety goals)		
CPS101	ผ่าตัดผิดตำแหน่ง ผิดข้าง	727
CPS102	ผ่าตัดผิดคน	178
CPS103	ผ่าตัดผิดชนิด	135
CPS104	Wrong implant/prosthetic	147
CPS105	บาดเจ็บอวัยวะข้างเคียงระหว่างผ่าตัด	1,116
CPS106	Perioperative hemorrhage or hematoma	505
CPS107	ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของผู้ป่วยระหว่างการผ่าตัดที่ป้องกันได้	1,454
CPS108	ผ่าตัดซ้ำโดยไม่ได้วางแผน	2,546
CPS109	ความคาดเคลื่อนของการส่งผลชิ้นเนื้อ หรือสิ่งส่งตรวจอื่นในกระบวนการผ่าตัด	663
CPS110	Intraoperative or immediately postoperative/post procedure death in an ASA PS I patient	150
CPS111	Surgical Site Infection	1,494
CPS112	Postoperative Acute Kidney Injury Requiring Dialysis	196
CPS113	Postoperative Hip Fracture	55
CPS114	Postoperative Respiratory failure	75
CPS115	Postoperative Sepsis	83
CPS116	Postoperative Wound dehiscence	183
CPS117	ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ป้องกันได้	1,405
CPS118	เกิดภาวะ Venous Thromboembolism (VTE) หลังผ่าตัด	180
CPS201	เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการระงับความรู้สึก	5,203
CPS202	ภาวะหัวใจหยุดเต้นระหว่างผ่าตัดในผู้ป่วย ASA PS I, II	96
CPS203	ใส่ท่อหายใจเข้าภายใน 2 ชั่วโมงหลังการถอดท่อหายใจ	1,146
CPS301	สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดไม่ปลอดภัย	1,234
CPS302	ไฟฟ้าสำรองไม่ทำงานภายในระยะเวลาที่กำหนดเมื่อไฟดับระหว่างผ่าตัด	270
CPS303	เครื่องมือ-อุปกรณ์สำหรับผ่าตัดไม่พร้อมใช้งาน	16,070
CPS304	ภาวะแทรกซ้อนจากเครื่องมือ/อุปกรณ์เกี่ยวกับการผ่าตัด	915
CPS305	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด	10,501
CPS306	การเลื่อนการผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วนจากความไม่พร้อมหรือการประเมินไม่ครบถ้วน	14,877
CPS307	การมีอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างอื่นใดในร่างกายผู้ป่วย	604
CPS308	การปฏิบัติโดยไม่คำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิผู้ป่วย	361
CPI101	ไม่ล้างมือ/ล้างไม่เหมาะสมตามข้อบ่งชี้ของการทำความสะอาดมือ	2,125
CPI201	Catheter Associated Urinary Tract Infection	2,547
CPI202	Ventilator-Associated Pneumonia	3,410
CPI203	Central Line-Associated Bloodstream Infection	1,106
CPI204	การไม่ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อโรคในสถานพยาบาล (ยกเว้นการล้างมือ)	35,769
CPI301	การเกิดระบบโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	985

ประเภทของอุบัติการณ์		จำนวน อุบัติการณ์ (เหตุการณ์)
CPI302	เกิดการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน (Vaccine Preventable Disease) ภายในโรงพยาบาล	43
CPI303	เกิดการระบาดของโรคติดต่ออื่น ๆ (Other Communication Disease) ภายใน โรงพยาบาล	293
CPI401	เกิดการติดเชื้อมือ	7,271
CPM101	แพ้ยาซ้ำ	2,417
CPM102	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตาม Guideline ของการใช้ High Alert Drug	6,275
CPM103	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้จากการได้รับยาความเสี่ยงสูง	4,954
CPM104	Mis-selection of a strong potassium containing solution	31
CPM105	แพ้ยา (ยกเว้น แพ้ยาซ้ำ)/ADE: Adverse Drug Events ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป	4,173
CPM106	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตาม Guideline ของการใช้ Fatal Drug	326
CPM107	ผู้ป่วยได้รับยาที่มีอยู่ยาปฏิชีวนะรุนแรง	413
CPM201	Medication error: Prescribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการสั่ง ใช้น้ำยา)	201,794
CPM202	Medication error: Transcribing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการ คัดลอกยา)	59,080
CPM203	Medication error: Pre-dispensing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอน การจัดเตรียมจ่ายยา)	204,213
CPM204	Medication error: Dispensing (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการจ่าย ยา)	87,082
CPM205	Medication error: Administration (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอน การให้ยา)	83,559
CPM206	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Look-Alike Sound-Alike Medication Names	2,535
CPM207	ผู้ป่วยได้รับยา ในกลุ่ม Look-Alike Sound-Alike Medication Names	650
CPM208	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานของการใช้น้ำยา ยกเว้น HAD, Fatal drug, Look-Alike Sound-Alike, Antibiotics	8,812
CPM301	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Medication Reconciliation	7,117
CPM302	ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเดิมต่อเนื่องจากไม่ได้ทำ Medication Reconciliation	2,583
CPM303	ผู้ป่วยได้รับยาซ้ำซ้อนจากไม่ได้ทำ Medication Reconciliation	704
CPM304	ผู้ป่วยได้รับยาที่มีปฏิกริยากันโดยไม่ได้ทำ Medication Reconciliation	112
CPM401	ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตาม Guideline เกี่ยวกับ Rational Drug Use	1,791
CPM402	การใช้น้ำยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจของบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	393
CPM403	การใช้น้ำยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	194
CPM404	การใช้น้ำยาอย่างไม่สมเหตุผล (ยกเว้นยาปฏิชีวนะ)	602
CPM501	การให้เลือดผิด (Incorrect blood component transfused, IBCT หรือ Wrong blood transfused)	791
CPM502	การมีปฏิกิริยาจากการได้รับเลือด (Transfusion reaction)	2,093
CPM503	การไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด ซึ่งเป็นเหตุให้ผู้ป่วยได้รับส่วนประกอบของเลือดที่ไม่เป็นไปตามที่กำหนด	463
CPM504	การให้เลือดที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate transfusion)	291
CPM505	เกิดความผิดพลาดในการนำส่งและจัดเก็บส่วนประกอบของเลือด	978
CPM506	กระบวนการปฏิบัติงาน/ขั้นตอนการดำเนินงานในการให้เลือดผู้ป่วยคลาดเคลื่อนจากข้อกำหนด	1,619
CPP101	Patient Identification	59,375
CPP201	การรายงานอาการ หรือสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยไม่เหมาะสม/ไม่ครบถ้วน	15,269
CPP202	การสื่อสารเพื่อการส่งตรวจหรือการรักษาทางรังสีวิทยาผิดพลาด/ไม่ครบถ้วน	15,682
CPP203	การสื่อสารเพื่อการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด/ไม่ครบถ้วน	36,403
CPP204	การสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดพลาด เช่น ไม่สื่อสาร/ สื่อสารผิด/สื่อสารไม่ครบถ้วน/ล่าช้า	81,737
CPP205	ไม่รายงาน Critical Test Results หรือรายงานล่าช้า	1,557
CPP206	เกิดความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลซึ่งมีสาเหตุมาจาก Verbal or Telephone Order/Communication	1,350

	ประเภทของอุบัติการณ์	จำนวน อุบัติการณ์ (เหตุการณ์)
CPP207	เกิดความผิดพลาดจากการใช้สื่อในกระบวนการรักษาพยาบาล เช่น ใช้ค้าย่อ/ ชื่อย่อ/สัญลักษณ์ที่ไม่เป็นสากล	1,051
CPP301	Misdiagnosis or delay diagnosis	1,200
CPP302	ผู้ป่วยเข้าถึงหรือได้รับบริการผิด/ล่าช้าไปจากเกณฑ์หรือโรคที่เป็น	20,023
CPP303	ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน/ประเมินผิด/ประเมินไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ อาการหรือการดำเนินโรค	24,741
CPP304	ผู้ป่วยไม่ได้รับการวางแผนดูแล/วางแผนไม่ครอบคลุม หรือวางแผนผิดไปจากพยาธิสภาพ/สภาวะของโรค	11,084
CPP305	ผู้ป่วยกลุ่มโรคจำเป็นไม่ได้รับการวางแผนจำหน่าย/ วางแผนไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์หรือประเด็น	4,223
CPP306	ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ครอบคลุม/ ไม่เชื่อมโยง/ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์ อาการ หรือโรค	14,907
CPP307	ผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการที่มีความเสี่ยงในสถานการณ์ หรือสถานที่ที่ไม่เหมาะสม	3,978
CPP308	ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เหมาะสมตามความต้องการพื้นฐาน หรือข้อบ่งชี้ของโรค/การเจ็บป่วย	8,766
CPP309	ผู้ป่วย/ครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลเพื่อเสริมพลัง หรือได้รับไม่ชัดเจน/ ไม่ต่อเนื่อง/ไม่เหมาะสม	2,545
CPP310	ข้อมูลการวินิจฉัย/การดูแลรักษาของผู้ป่วยไม่ได้รับการบันทึกหรือได้รับการบันทึกไม่ครบถ้วน/ไม่ชัดเจน/ไม่เชื่อมโยง	10,685
CPP311	ผู้ป่วยได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง/ไม่เชื่อมโยง/ไม่ สอดคล้อง กับบริบทและสภาวะของโรค	10,308
CPP401	ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลซึ่งป้องกันได้ (ยกเว้น เกิดแผลกดทับ, ตกเตียง/fall)	13,274
CPP402	ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตาย	762
CPP403	ผู้ป่วยถูกลักพาตัว สลัก หรือสูญหาย หรือพลัดหลง หรือหลบหนี	2,790
CPP404	เกิดแผลกดทับ	7,992
CPP405	ตกเตียง/fall	9,392
CPP406	ผู้ป่วยอาละวาดก้าวร้าว	589
CPP501	ผู้ป่วยไม่ได้รับ หรือได้รับการบรรเทาอาการปวดไม่เหมาะสมกับสภาพอาการ	449
CPP502	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการจัดการความปวด	1,500
CPP503	ผู้ป่วย Acute Pain ไม่ได้รับ หรือได้รับการบรรเทาอาการปวดไม่เหมาะสม	160
CPP504	Chronic Non-Cancer Patients ได้รับการสั่งใช้ Opioids ไม่เหมาะสม	6
CPP505	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ opioids ใน การระงับปวดเรื้อรังที่มีไข่มะเร็ง	20
CPP506	Management for Cancer Pain and Palliative Care ไม่เหมาะสม	123
CPP601	ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อเพื่อการรักษา ไม่ได้รับการส่งต่อหรือส่งต่อได้ใน ช่วงเวลาไม่เหมาะสม	3,691
CPP602	มีภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ระหว่างส่งต่อ	1,789
CPL101	ท่อเลื่อนหลุดเกิด re-intubation	19,682
CPL102	Mis-connect, Dis-connect	6,896
CPL103	ความคลาดเคลื่อนการให้สารน้ำจากการใช้ Infusion pump	2,978
CPL201	ผลการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด ล่าช้า หรือไม่สามารรถ ปฏิบัติการตรวจวิเคราะห์ได้	22,709
CPL202	สิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม หรือไม่มีสิ่งส่งตรวจ	60,238
CPL203	เตรียมตรวจ/ตรวจทางรังสีผิดพลาด (เช่น ผิดประเภท/ผิดคำสั่ง/ผิดตำแหน่ง/ ผิดข้าง/ผิดเทคนิคการตรวจ)	14,502
CPE101	Un-planned Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)	6,295
CPE201	Sepsis with death	1,372
CPE202	ผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome ไม่ได้รับการตรวจรักษาในช่วงเวลา golden period	628
CPE203	Acute Ischemic Stroke ที่ให้การรักษาไม่ทัน golden period	736
CPE204	เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำ Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)	170
CPE301	PPH with Complicate	5,845
CPE302	มารดาเสียชีวิตจากการคลอด	70

ประเภทของอุบัติการณ์		จำนวน อุบัติการณ์ (เหตุการณ์)
CPE303	ทารกเสียชีวิตจากการคลอด	340
CPE304	ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่ป้องกันได้เกิดขึ้นกับมารดา	4,335
CPE305	ภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่ป้องกันได้เกิดขึ้นกับทารก (Birth injury)	2,781
CPE306	Severe Birth Asphyxia	2,809
CPE401	ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่ได้รับการตรวจรักษาภายในระยะเวลา 30 นาที	892
CPE402	Under triage	5,612
CPE403	Over triage	1,333
CPE404	ผู้ป่วยไม่รอดตรวจ ไม่ฟังพหุใจ ร้องเรียน	18,329
CPE405	Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วย ฉุกเฉิน และผู้ป่วย Fast Track	3,362
CPE406	ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินระหว่างรอการตรวจรักษา	330
CPE407	Missed Diagnosis	3,534
CPE408	Un-planned ICU ในผู้ป่วยฉุกเฉิน/ ผู้ป่วยวิกฤติ	6,223
CPE409	ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาในห้องฉุกเฉินนานมากกว่า 2 ชั่วโมงก่อน Admit หรือนานมากกว่า 4 ชั่วโมงก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน	3,273
CPE410	เกิดอุบัติภัยหมู่ที่ให้ความช่วยเหลือได้ไม่ทันเวลา	71
CPE411	เกิด disaster หรือภาวะฉุกเฉินที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ ที่ ER	166
CPO101	เรื่องอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE	22
อุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกที่จำเพาะหรืออุบัติการณ์ความเสี่ยงจำเพาะโรค (Clinical risk incident and Specific clinical risk)		
CSS101	ทำ Perm-cath insertion แล้วเกิด Bleeding/Pneumothorax	65
CSS102	เกิด Bleeding with shock ในโรค Blunt abdominal injury	76
CSS103	เกิด Bowel gangrene ในโรค Hernia	6
CSS104	เกิด Gut obstruction ในโรค Carcinoma of colon	17
CSS105	เกิด Intracranial hemorrhage ในโรค Head injury	221
CSS106	เกิด Rupture ในโรค Acute appendicitis	803
CSS107	เกิด Sepsis ในโรค Acute cholecystitis	39
CSS108	เกิด Sepsis ในโรค Cellulitis	129
CSS201	เกิด Bleeding ใน PCNC (Percutaneous Nephrocystostomy catheter)	9
CSS202	เกิด Hydro-pneumothorax ใน PCNC (Percutaneous Nephrocystostomy catheter)	11
CSS203	เกิด Renal pelvis perforation ใน PCNC (Percutaneous Nephrocystostomy catheter)	3
CSO101	กระดุกหักใกล้ข้อ/หลังเข้าเฝือก 24 ชั่วโมง แล้วเกิด Compartment syndrome	0
CSO102	ดึงถ่วงน้ำหนักผ่านกระดุก แล้วเกิดการเปลี่ยนแปลงระบบไหลเวียนเลือด ส่วนปลาย และระบบประสาท	0
CSO103	เกิดภาวะแทรกซ้อนในโรค Long bone fracture เช่น Chest injury/Abdominal injury/C-spine injury/Fat embolism	0
CSO104	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Total knee replacement เช่น Active blood loss/spinal shock	0
CSO105	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Hip replacement เช่น Dislocation/Sciatic nerve injury/Hematoma/Fracture	0
CSO106	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Laminectomy/Discectomy เช่น Cauda equina syndrome/Nerve root injury	0
CSM101	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ใน Exacerbation of COPD	505
CSM102	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ใน Severe asthma	160
CSM103	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ในโรค Avian influenza	6

ประเภทของอุบัติการณ์		จำนวน อุบัติการณ์ (เหตุการณ์)
CSM104	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ในโรค H1N1 influenza	12
CSM105	เกิด Hypoxemia/Respiratory failure ในโรค SARS	16
CSM106	เกิดภาวะ Hypoxemia/Pneumothorax ในโรค PCP	44
CSM107	เกิดภาวะ Hypoxemia/Respiratory failure ในโรค TB Lung	151
CSM201	เกิด CHF/Arrhythmia/Cardiogenic shock ใน AMI	572
CSM301	เกิดภาวะ Hypokalemia ในโรค Acute/Chronic Diarrhea	109
CSM302	เกิดภาวะ Hypovolumic Shock ในโรค Acute/Chronic Diarrhea	64
CSM303	เกิดภาวะ Hypovolumic Shock ในโรค UGI Bleeding	229
CSM401	เกิดภาวะ Brain herniation ในโรค Toxoplasmosis	1
CSM402	เกิดภาวะ Brain herniation ในโรค CVA	58
CSM403	เกิดภาวะ Aspirate pneumonia ในโรค CVA	128
CSM404	เกิดภาวะ IICP ในโรค Cryptococcal meningitis	102
CSM501	เกิด Internal bleeding จากการทำให้ Liver biopsy	13
CSM502	เกิด Pneumothorax จากการทำให้ Bronchoscopy	45
CSM504	เกิด Gut perforation จากการทำให้ Gastroscopy/Colonoscopy	28
CSM601	เกิดภาวะ Sepsis/Malnutrition ใน Steven Johnson Syndrome	4
CSM602	เกิดภาวะ Septic shock ในโรค Acute pyelonephritis	75
CSM603	เกิดภาวะ Septic shock/Cardiac arrest ใน Sepsis	825
CSM604	เกิดภาวะ Severe acidosis ใน Lactic acidosis	45
CSM605	เกิดภาวะ Shock/Arrhythmia จากการทำให้ Hemodialysis	850
CSM606	เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในโรค DM (เช่น Hypoglycemia/DKA)	6,371
CSM607	เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในโรค Dengue fever (เช่น Shock/Bleeding)	128
CSM608	เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในโรค ESRD (เช่น Fluid overload/Hyperkalemia)	1,357
CSM609	เกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินในโรค HT (เช่น CVA/Encephalopathy)	985
CSE101	Iris prolapsed ใน ECCE	32
CSE102	Rupture posterior capsule ใน ECCE	47
CSE103	Rupture posterior capsule ใน Phaco with IOL	264
CSE104	กระจกตาบวม ใน ECCE	4
CSE105	กระจกตาบวม ใน Phaco with IOL	254
CSE106	Endophthalmitis ใน ECCE	7
CSE107	Endophthalmitis ใน Phaco with IOL	98
CSE108	Endophthalmitis ใน Intravitreal	21
CSE201	เกิดภาวะแทรกซ้อนในการทำให้ Tracheostomy Tube (เช่น Subcutaneous Emphysema/Bleeding/Pneumothorax/ T-E fistula/Nerve injury)	106
CSE202	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Thyroidectomy (เช่น Nerve injury/Hematoma/Hypoparathyroidism/Dysphagia)	65
CSE203	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Tonsillectomy (เช่น Bleeding/Nasopharyngeal stenosis)	77
CSG101	เกิดปัญหาใน VBAC เช่น Uterine rupture/ตกเลือด	0
CSG102	เกิดปัญหาใน Preclampsia (เช่น Eclampsia/HELLP Syndrome/Severe eclampsia/Abruption/SE from MgSO4)	0

ประเภทของอุบัติการณ์		จำนวน อุบัติการณ์ (เหตุการณ์)
CSG103	เกิดปัญหาใน Pregnancy with GDM (เช่น Polyhydramnios/PIH/Macrosomia/DFIU)	0
CSG104	เกิดปัญหาใน Pregnancy with HIV เช่น M-F transmission	0
CSG105	เกิดภาวะวิกฤติใน Placenta Previa (เช่น APH/PPH)	0
CSG106	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Amniocentesis (เช่น Haemorrhage/Sepsis/Fetal loss/Abort/Uterine contraction)	0
CSG107	เกิดปัญหาใน Premature Contraction (เช่น Preterm labour/SE from Inhibit)	0
CSG201	เกิดปัญหาใน Twin (เช่น Preterm labour/PROM/PPH/Birth asphyxia/PIH/Discordant twin)	0
CSG301	เกิด TOA ใน PID	0
CSG302	เกิดภาวะวิกฤติ ใน Abort (เช่น Embolism/Shock)	0
CSG303	เกิดภาวะวิกฤติใน Ectopic pregnancy (เช่น Rupture/Shock)	0
CSG304	เกิดภาวะวิกฤติใน Ovarian tumor (เช่น Rupture/Twist)	0
CSG305	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน CIN (เช่น Persistence/Recurrent/CA Cervix)	0
CSG306	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Myoma uteri (เช่น Hypermenorrhea/Infertile/Urinary Incontinence)	0
CSP101	เกิด Apnea/RDS/BPD/ROP/NEC/Anemia ใน Preterm ที่ VLBW	777
CSP102	เกิด Hypo-Hyperglycemia ใน Preterm ที่ VLBW	258
CSP103	เกิด Hypo-Hyperthermia ใน Preterm ที่ VLBW	717
CSP104	เกิด Hypo-Hyperglycemia/Polycythemia ใน Macrosomia/LGA/GDM	427
CSP105	เกิด PPHN/Pneumothorax ใน MAS	165
CSP201	เกิด Acidosis/Electrolyte Imbalance ในโรค Acute Diarrhea	161
CSP202	เกิด Sepsis/Emphysema/IRDS/Hypoxia ในโรค Pneumonia	543
CSP203	เกิด Shock/Bleeding/Pleural effusion ในโรค DHF	125
CSD101	เกิดปัญหาใน Dental Tx ผู้ป่วยโรค DM เช่น Hypo-Hyperglycemia/แผล หายช้า/Advance Periodontitis	3
CSD102	เกิดปัญหาใน Dental Tx in Hemorrhagic disorders เช่น Spontaneous or prolong bleeding/Delayed healing	0
CSD103	เกิด Airway obstruction ในโรค Ludwig's Angina	0
CSD104	เกิด Allergy to Local anesthesia ใน Dental Tx	0
CSD105	เกิด Chest pain/Acute MI ใน Dental Tx ผู้ป่วยโรค Angina pectoris or MI	0
CSD107	เกิด Tumor that extends to malignancy ในโรค Oral lesion แผลในช่องปาก	0
CSD108	เกิดภาวะฉุกเฉินใน Emergency in dental clinic เช่น Syncope/Hyperventilation/Toxic effect of local anesthesia	0
CSD109	เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย Head and neck cancer therapy เช่น Osteoradionecrosis/Halitosis/Mucositis	0
CSD110	เกิดภาวะแทรกซ้อนใน Oral surgery/Simple-Surgical extraction เช่น Bleeding/Pain and Swelling/Fibrinolytic alveolitis	0
CSD111	ผลถอนฟันหายช้าและติดเชื้อ ในผู้ป่วย HIV/Immunosuppressive/On steroid	0
อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไปที่รายงานตามเป้าหมายความปลอดภัยของบุคลากร (General risk incident and Personnel safety goals)		
GPS101	เกิดอุบัติการณ์ด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ที่ทำให้ข้อมูลความลับของ สถานพยาบาลรั่วไหล	366
GPS102	เกิดอุบัติการณ์ด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ที่ทำให้ข้อมูลสารสนเทศของ สถานพยาบาลถูกแก้ไข/ลบ/เพิ่มเติม/ทำให้เสียหายหรือสูญหายโดยมิชอบ	131
GPS103	เกิดอุบัติการณ์ด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ที่ทำให้ระบบสารสนเทศของ สถานพยาบาลขัดข้อง/ใช้การไม่ได้/ทำงานช้าหรือไม่ปกติ	625

ประเภทของอุบัติการณ์		จำนวน อุบัติการณ์ (เหตุการณ์)
GPS104	เกิดอุบัติการณ์ด้านความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อข้อมูล หรือระบบสารสนเทศของสถานพยาบาลมากกว่าหนึ่งด้าน (Multiple Failures) ระหว่าง Confidentiality Failure, Integrity Failure และ Availability Failure	54
GPS105	เกิดอุบัติการณ์การละเมิดความเป็นส่วนตัว (Privacy) ของข้อมูลส่วนบุคคลของ บุคลากรหรือนักศึกษาของสถานพยาบาล ที่ไม่ใช่อุบัติการณ์ด้านความมั่นคง ปลอดภัยไซเบอร์	75
GPS106	เกิดอุบัติการณ์การละเมิดความเป็นส่วนตัว (Privacy) ของข้อมูลส่วนบุคคลของ ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ หรือบุคคลภายนอก ที่ไม่ใช่อุบัติการณ์ด้านความมั่นคง ปลอดภัยไซเบอร์	268
GPS201	บุคลากรถูกกล่าวถึงหรือวิพากษ์วิจารณ์ในทางลบบนสื่อสังคมออนไลน์หรือสื่อ สารณะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่	319
GPS202	บุคลากรถูกกล่าวถึงหรือวิพากษ์วิจารณ์ในทางลบบนสื่อสังคมออนไลน์หรือสื่อ สารณะที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติหน้าที่	55
GPS203	บุคลากรใช้สื่อสังคมออนไลน์ไม่เหมาะสม เกิดผลกระทบต่อตนเอง บุคลากรคนอื่น สถานพยาบาล ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ หรือบุคคลภายนอก	204
GPS204	เกิดอุบัติการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อสถานพยาบาลบนสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Drama, Fake News แต่ไม่ได้เกิดจากบุคลากร และไม่กระทบบุคลากรคนใดคน หนึ่งโดยตรง	110
GPI101	บุคลากรถูกวัสดุอุปกรณ์มีคมทิ่มตำ	8,255
GPI102	บุคลากรสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งบริเวณเยื่อหรือผิวหนังที่มีแผล (mucous membrane and non-intact skin exposure to blood and body fluid)	1,924
GPI103	บุคลากรไม่ได้รับการสร้างภูมิคุ้มกันโรคก่อนสัมผัส (pre-exposure prophylaxis, active immunization) ที่เหมาะสมตามลำดับความสำคัญและหน้าที่	33
GPI104	บุคลากรไม่ได้รับการป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัสเชื้อที่อาจก่อโรคได้จากการ ปฏิบัติงาน (post-exposure prophylaxis, passive immunization)	611
GPI201	บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ทางอากาศ (airborne transmission) จากการปฏิบัติงาน ได้แก่ วัณโรค หัด และอีสุกอีใส	559
GPI202	บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ผ่านละอองฝอย (droplet transmission) จากการ ปฏิบัติงาน เช่น ใช้หวัดใหญ่ หัดเยอรมัน	559
GPI203	บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ทางการสัมผัส (contact transmission) จากการปฏิบัติงาน เช่น เอชไอวี ตับอักเสบบี ตับอักเสบบี ซี ฯลฯ	119
GPI204	บุคลากรติดเชื้อที่แพร่ผ่านพาหะ (vector borne transmission) จากการ ปฏิบัติงาน เช่น ไข้เลือดออก ชิเกา ฯลฯ	88
GPM101	เจ้าหน้าที่ทะเลาะกันในขณะปฏิบัติงาน	215
GPM102	เจ้าหน้าที่ถูกคุกคามทางจิตใจ	846
GPM103	เจ้าหน้าที่มีภาวะเป็น second victim	26
GPM104	เจ้าหน้าที่มีภาวะเครียดจากการทำงาน	729
GPM201	เจ้าหน้าที่ถูกร้องเรียน	4,228
GPM202	เจ้าหน้าที่ถูกฟ้องร้อง	26
GPM203	เกิดเรื่องร้องเรียนจากการบริการทางการแพทย์	2,087
GPM204	เกิดเรื่องร้องเรียนทั่วไป ซึ่งไม่เกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์	2,460
GPM205	เกิดเรื่องฟ้องร้องทางคดีผู้บริโภค	6
GPM206	เกิดเรื่องฟ้องร้องทางคดีแพ่ง	3
GPM207	เกิดเรื่องฟ้องร้องทางคดีอาญา	5
GPM208	เกิดเรื่องฟ้องร้องทางคดีปกครอง	2

	ประเภทของอุบัติเหตุ	จำนวนอุบัติเหตุ (เหตุการณ์)
GPP101	บุคลากรปฏิบัติงานโดยมีภาระงานที่มากเกินไปจนเกินเกณฑ์มาตรฐาน	2,136
GPP102	บุคลากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือรับการแพร่กระจายเชื้อ ไม่ได้รับการ ป้องกันหรือดูแลที่เหมาะสม	3,168
GPP103	บุคลากรประสบอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการปฏิบัติงาน (ยกเว้น ถูกวัสดุอุปกรณ์ มีคมทิ่มตำ)	3,130
GPP201	องค์กรเกิดภาวะที่คุกคามบุคลากรด้านกายภาพ ได้แก่ เสียงดัง (noise) แสงสว่าง (light) ความร้อน (heat)	1,065
GPP202	บุคลากรไม่ได้รับ/ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ หรือใช้ไม่ถูกต้องในการป้องกันและคุ้มครอง ความปลอดภัยทางกายภาพ	1,707
GPP203	บุคลากรเกิดโรคจากการทำงาน ซึ่งมีสาเหตุจาก Physical Hazard	106
GPP204	องค์กรมีภาวะความปลอดภัยจากสารเคมีและวัตถุอันตราย	447
GPP205	บุคลากรไม่ได้รับ/ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ หรือใช้ไม่ถูกต้องในการป้องกันและคุ้มครอง ความปลอดภัยทางเคมี	241
GPP206	บุคลากรเกิดโรคจากการทำงาน ซึ่งมีสาเหตุจาก Chemical Hazard	28
GPP207	องค์กรเกิดความปลอดภัยจากรังสีในที่ทำงาน เช่น เกิดการรั่วไหลของรังสี	53
GPP208	บุคลากรไม่ได้รับ/ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ หรือใช้ไม่ถูกต้องในการป้องกันและคุ้มครอง ความปลอดภัยทางรังสี	239
GPP209	บุคลากรเกิดโรคจากการทำงาน ซึ่งมีสาเหตุจาก Radiation Hazard	12
GPP210	บุคลากรมีการทำงานในท่าทางหรือลักษณะอันอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพด้านโครงร่างของกระดูกและกล้ามเนื้อ	465
GPP211	บุคลากรไม่ได้รับคำแนะนำ/อุปกรณ์ในการปรับการทำงานเพื่อลดผลกระทบต่อสุขภาพด้านโครงร่างของกระดูกและกล้ามเนื้อ	34
GPP212	บุคลากรเกิดโรคจากการทำงานเกี่ยวกับโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งมีสาเหตุ จาก Biomechanical Hazard	137
GPP301	บุคลากรไม่ได้ตรวจสุขภาพก่อนการรับเข้าทำงาน	63
GPP302	บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งมีโปรแกรมการตรวจไม่ครบถ้วน เหมาะสม ตรงตามลักษณะงาน	33
GPP303	บุคลากรที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อต่างๆ มาทำงานโดยไม่ป้องกันและควบคุม	235
GPL101	อุปกรณ์บนรถพยาบาลไม่พร้อมใช้ไม่เหมาะสมและไม่ปลอดภัยสำหรับการส่งต่อผู้ป่วย	2,990
GPL102	บุคลากรที่เกิดอุบัติเหตุจากการคมนาคมหรือการเดินทางโดยระบบขนส่ง สาธารณะระหว่างการปฏิบัติงาน	151
GPL103	บุคลากรเสียชีวิตหรือบาดเจ็บจากการปฏิบัติหน้าที่ระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยด้วย รถพยาบาล	24
GPL104	เกิดอุบัติเหตุของรถพยาบาลระหว่างปฏิบัติหน้าที่	468
GPL105	พนักงานขับรถมีสภาพไม่พร้อมสมบูรณ์สำหรับการขับรถพยาบาล เช่น พักผ่อนน้อย อายุมาก ต้มสุรา	480
GPL106	พนักงานขับรถไม่ปฏิบัติตามแนวทางความปลอดภัยของรถบริการการแพทย์ฉุกเฉินและรถพยาบาล เช่น ขับรถเร็วเกินกว่ากำหนด	759
GPL201	บุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวทางการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ	2,748
GPL202	บุคลากรให้ข้อมูลไม่ครบถ้วนแก่ผู้ป่วยและญาติ	3,031
GPL203	บุคลากรบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน ไม่ถูกต้อง	63,661
GPL204	บุคลากรแก้ไขข้อมูลในเวชระเบียนโดยไม่ถูกต้องตามแนวทางและข้อกำหนดตามกฎหมาย	886
GPL205	เกิดปัญหาด้านการบริหารจัดการ/การเก็บรักษาเวชระเบียน เช่น เวชระเบียนสูญหาย ผู้ป่วยคนเดียวมีเวชระเบียนสองฉบับ เป็นต้น	1,966
GPE101	อันตรายจากโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเชิงกายภาพ เช่น แสง เสียง ฝุ่นละออง มีเชื้อรา เป็นต้น	6,346
GPE102	ห้องแยกโรค/Isolation room มีการระบายอากาศไม่เหมาะสม และ/หรือไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน	472
GPE201	บุคลากรได้รับผลกระทบ Psychosocial factors จากผู้บังคับบัญชา หรือเพื่อนร่วมงาน	229
GPE202	บุคลากรไม่มี work-life balance	524
GPE203	บรรยากาศในการทำงานและสภาวะแวดล้อมไม่เหมาะสม	2,481
GPE204	บุคลากรได้ทำงานในตำแหน่งที่ไม่มีความชำนาญ และไม่มีการเตรียมความพร้อม	810

ประเภทของอุบัติการณ์		จำนวน อุบัติการณ์ (เหตุการณ์)
GPE205	เกิดปัญหาด้านการจัดการสภาพแวดล้อมในการให้บริการ เช่น ไม่มีป้ายให้ คำแนะนำ/บอกทาง, ไม่มีทางหนีไฟหรือมีแต่ไม่พร้อมใช้/มีสิ่งกีดขวาง, ลิฟต์ขัดข้อง มีคนติดในลิฟต์ หรือลิฟต์ไม่พร้อมใช้งาน/ชำรุด/ติดค้าง เป็นต้น	5,951
GPE206	เกิดปัญหาด้านการควบคุมสิ่งแวดล้อมในสถานที่ทำงาน เช่น ระบบน้ำอุปโภคบริโภคไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้, ระบบไฟฟ้าไม่เพียงพอ ไม่พร้อมใช้/ดับ/ช็อต/กระพริบ, การบำบัดน้ำเสีย/กำจัดขยะ ไม่ถูกวิธี/ไม่ได้มาตรฐาน	35,892
GPE207	เกิดปัญหาความไม่ปลอดภัย/ขาดการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามนโยบายความปลอดภัย เช่น ทรัพย์สินสูญหาย/ถูกลักขโมย เป็นต้น	6,497
GPE301	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางวาจาจากบุคคลภายใน	754
GPE302	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางกายจากบุคคลภายใน	107
GPE303	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางวาจาจากผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลภายนอก	1,919
GPE304	บุคลากรได้รับภัยคุกคามหรือถูกทำร้ายทางกายจากผู้ป่วยและญาติหรือบุคคลภายนอก	1,118
GPE305	เกิดกรณีความไม่สงบในสถานพยาบาล เช่น เมาส์รอาละวาด	1,081
GPO101	เรื่องอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ SIMPLE	33
อุบัติการณ์ความเสี่ยงทั่วไปที่รายงานตามเป้าหมายความปลอดภัยขององค์กร (General risk incident and Organization safety goals)		
GOS101	เกิดปัญหาด้านการควบคุมการวางแผน เช่น ไม่มีแผนปฏิบัติการ-แผนไม่ครอบคลุม/การสื่อสารแผน/การมอบหมายผู้รับผิดชอบ/ไม่กำหนดวัตถุประสงค์	2,242
GOS102	เกิดปัญหาด้านการควบคุมกระบวนการปฏิบัติงาน เช่น ไม่กำหนดกระบวนการปฏิบัติงานที่สำคัญ/ขาดการประเมินประสิทธิภาพ/ขาดการติดตามผล/ไม่มีการปรับปรุงแก้ไขข้อเสนอแนะ	13,230
GOS103	เกิดปัญหาด้านการติดตามประเมินผล เช่น ไม่มีการประเมินความคืบหน้า/ ไม่เปรียบเทียบผลการใช้จ่ายเงิน/ไม่แจ้งผลการประเมินให้ทราบ/ไม่ได้ทบทวนวัตถุประสงค์-แผนและกระบวนการดำเนินงาน	479
GOS201	อาคารสถานที่/พื้นที่ให้บริการ ไม่เหมาะสม/ไม่ปลอดภัย/ไม่ถูกสุขลักษณะ	27,476
GOS202	ห้องน้ำหรือห้องสุขาไม่พร้อมใช้ (เช่น ชำรุด/กดชักโครกไม่ลง/ส้วมเต็ม/ไม่ พอใช้) หรือไม่สะดวกต่อผู้พิการ	6,478
GOS301	อันตรายจากภัยธรรมชาติ อุทกภัย อัคคีภัย วาดภัย	974
GOI101	เกิดปัญหาด้าน Hardware เช่น ไม่มีแผนบริหารจัดการ/ไม่เพียงพอ/ไม่พร้อมใช้/ใช้ไม่ตรงวัตถุประสงค์/ใช้ผิดวิธี-เทคนิค	4,445
GOI102	เกิดปัญหาด้าน Network & Security เช่น ไม่พร้อมใช้/ระบบล่ม/มีการเข้าถึงโดยผู้ไม่มีสิทธิ์	7,332
GOI103	เกิดปัญหาด้าน Software เช่น ไม่เข้ากัน hardware/ไม่พร้อมใช้/ไม่ตอบสนองความต้องการ/ใช้ผิดวิธี-เทคนิค	5,914
GOI104	เกิดปัญหาด้าน User & IT Team เช่น ไม่มอบหมายผู้รับผิดชอบ/ไม่พร้อม/ ไม่ครอบคลุมบทบาทหน้าที่/ขาดความรู้และทักษะ	1,119
GOI105	เกิดปัญหาด้านข้อมูลสารสนเทศ เช่น ไม่ถูกต้อง/ไม่ครบถ้วน/ไม่น่าเชื่อถือ/ ไม่เป็นปัจจุบัน	34,918
GOI106	เกิดปัญหาด้านระบบ/กระบวนการสื่อสาร เช่น ไม่มีแผน/วิธีการหรือช่องทางการสื่อสาร, ไม่สื่อสารหรือสื่อสารไม่ต่อเนื่อง/ไม่ครบถ้วน, ขาดการติดตามประเมินผลการสื่อสาร	20,392
GOI201	เกิดปัญหาด้านการควบคุมทรัพย์สิน เช่น ไม่กำหนดระเบียบ/ผู้รับผิดชอบ, ไม่มีทะเบียนคุม/เอกสารหลักฐานกำกับ, ขาดการตรวจสอบหรือสอบทาน	9,399
GOI202	เกิดปัญหาด้านระบบบริหารการพัสดุ เช่น ไม่กำหนดระเบียบ/แผนความต้องการและการจัดหา, ไม่มีทะเบียนคุม/การตรวจรับ/การบำรุงรักษา, ขาดการควบคุมการแจกจ่าย/การจำหน่าย	8,662
GOI203	เกิดปัญหาด้านการควบคุมการใช้ทรัพยากร เช่น จัดสรรไม่เหมาะสม/ใช้ไม่คุ้ม-ไม่ถูกตามมาตรฐาน/บุคลากรไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด-ขาดทักษะการใช้	32,565

ประเภทของอุบัติการณ์		จำนวน อุบัติการณ์ (เหตุการณ์)
GOM101	เกิดปัญหาด้านการรับสมัคร บรรจุ แต่งตั้งบุคลากร เช่น ไม่มีการกำหนด กระบวนการคัดเลือก/ทักษะและความสามารถที่จำเป็นกับตำแหน่ง, ไม่มีการเผยแพร่ข้อมูลการรับสมัคร/การสอบคัดเลือก, ไม่มีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษรโดยผู้บริหารสูงสุด	187
GOM102	เกิดปัญหาด้านการบริหารจัดการเกี่ยวกับบุคลากร เช่น ไม่กำหนดหน้าที่ ความรับผิดชอบ/การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเกี่ยวกับการมอบหมายงานเป็น ลายลักษณ์อักษร, ไม่มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติเรื่องค่าตอบแทน, การเลื่อนขั้นเงินเดือนไม่มีการพิจารณาอนุมัติและจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร	1,506
GOM103	เกิดปัญหาด้านการพัฒนาบุคลากร เช่น ไม่มีการจัดสรรงบประมาณ/ ทรัพยากร/เครื่องมือ และการจัดฝึกอบรม, ไม่มีการพิจารณาความต้องการฝึกอบรมของบุคลากรเพื่อพัฒนาทักษะ	722
GOM201	เกิดปัญหาด้านการควบคุมสภาพแวดล้อมของการทำงาน เช่น เอกสาร กระบวนการดำเนินงานไม่เป็นปัจจุบัน/ไม่มีกฎ ระเบียบ ความรับผิดชอบที่ชัดเจน/ขาดการติดตามผลและวางแผนป้องกัน	3,366
GOE101	เกิดปัญหาด้านการควบคุมภารกิจ เช่น ไม่กำหนดวัตถุประสงค์-เป้าหมายการดำเนินงาน/ภารกิจไม่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร/ขาดการประกาศสื่อสารภารกิจ	771
GOE201	เกิดปัญหาด้านกระบวนการบริการ เช่น ไม่มีการกำหนดมาตรฐานขั้นตอน กระบวนการบริการ, ให้บริการไม่ครอบคลุม/ไม่พร้อม/ไม่ตรงตามช่วงระยะเวลา	30,631
GOL101	เกิดปัญหาด้านการควบคุมกำกับดูแลด้านวิชาชีพ เช่น บุคลากรมีคุณสมบัติไม่เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ, ละเลยการปฏิบัติหน้าที่ หรือปฏิบัติหน้าที่โดยไม่ใช้ความรู้ตามหลักวิชาการ, ประพฤติตนและประกอบกิจแห่งวิชาชีพโดยไม่ถูกต้องตามกฎหมาย	3,920
GOL102	เกิดเหตุการณ์การทุจริตในหน้าที่ หรือปฏิบัติโดยมีอคติ และ/หรือใช้อำนาจหน้าที่เพื่อผลประโยชน์ส่วนตน	107
GOE101	เกิดปัญหาด้านการควบคุมการเงิน เช่น ไม่กำหนดระเบียบ/ผู้รับผิดชอบ, ไม่มี เอกสารหลักฐานกำกับ, ขาดการตรวจสอบหรือสอบทาน เป็นต้น	13,954
GOE201	เกิดปัญหาด้านการควบคุมงบประมาณ เช่น ไม่กำหนดระเบียบ/ผู้รับผิดชอบ, ไม่มีทะเบียนคุม/เอกสารหลักฐานกำกับ, ขาดการตรวจสอบหรือสอบทาน เป็นต้น	5,090
รวม		1,799,074

ตาราง 29 ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์แบ่งตามประเภทอุบัติการณ์และระดับความรุนแรง

ประเภทอุบัติการณ์	ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์ (วัน)														
	ระดับความรุนแรง 1			ระดับความรุนแรง 2			ระดับความรุนแรง 3			ระดับความรุนแรง 4			ระดับความรุนแรง 5		
	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75
CPS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CPI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CPM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CPP	1	0	60	-	-	-	4.5	0	9	-	-	-	-	-	-
CPL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CPE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CPO	7	3.5	7.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CSS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CSO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CSM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CSE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CSG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CSP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CSD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GPS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GPI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GPM	4	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GPP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GPL	10	1	61	19.5	0	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GPE	8	1	21	2	0	12	3	0	53	-	-	-	-	-	-
GPO	2.5	0	14	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GOS	3	0	11	2	0	9	1	0	7	1	0	7	1	0	7

ประเภทอุบัติเหตุ	ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติเหตุ (วัน)														
	ระดับความรุนแรง 1			ระดับความรุนแรง 2			ระดับความรุนแรง 3			ระดับความรุนแรง 4			ระดับความรุนแรง 5		
	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75
GOI	3	0	13	2	0	8	1	0	7	1	0	7	2	0	9
GOM	4	0	17	2	0	10	3	0	10	2	0	5	0.5	0	7
GOP	2	0	8	1	0	4	1	0	7	1	0	5	2	0	4
GOL	3	0	16	2	0	9	2	0	12	2.5	1	11	3	1	6
GOE	2	0	11	3	0	12	1	0	8	4.5	0	14	1	0	10

หมายเหตุ: M หมายถึง ค่ามัธยฐาน (median)

P25 หมายถึง เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25

P75 หมายถึง เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75

ตาราง 30 ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์แบ่งตามประเภทอุบัติการณ์และระดับความรุนแรง (2)

ประเภทอุบัติการณ์	ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์ (วัน)																										
	A			B			C			D			E			F			G			H			I		
	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75
CPS	5	1	16	5	1	16	4	1	15	5	1	17	7	1	21	6	1	20	4	1	15	5	1	17	5	1	23
CPI	5	0	19	3	0	12	2	0	11	4	1	16	11	2	43	11	2	36	6.5	4.5	13.5	10	8	36	89	28	265
CPM	3	0	16	6	1	20	4	0	16	5	1	18	4	1	17	4	1	17	3	1	19	5	1	20	5	1	20
CPP	2	0	12	3	0	13	2	0	12	4	1	15	4	1	17	5	1	19	3	1	16	4	1	17	5	1	22
CPL	3	0	10	4	1	15	4	0	15	3	0	14	4	1	15	3	1	14	1	0	10	6	1	20	5	1	24
CPE	2	0	14	3	0	17	2	0	8	4	1	17	4	1	17	4	1	17	3	1	14	3	1	13	4	1	16
CPO	236.5	0	473	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	3	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	5	101
CSS	27	3	48	4	0	19	3	1	28	5.5	1	17	5	1	28	11	2	56	3	2	24	12	2	31	6	1	20
CSO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CSM	3	0	14	3	0	20	4	0	20	4	0	17	3	0	16	4	0	25	4.5	1	21	4	1	33	8	1	52
CSE	1	1	3	1	0	3	2	0	7	9	1	22	5	2	19	5	1	14.5	11	4	191	5	3	26	21	3	203
CSG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CSP	3.5	0	14	5	1	11	5	1	18	6	1	17	5	1	19	2	1	13	9	1	56	3	1	31	8	2	68
CSD	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69	21	74	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GPS	1	0	9	2	0	9	2	0	9	1	0	7	2	0	12	3	0	10	2	0	7	1	0	2	1	0	11
GPI	5	1	19	3	0	15	3	0	12	4	1	18	4	1	18	11	4	50	2	1	19	4	4	4	6	6	6
GPM	2	0	12	3	0	15	1	0	4	3	0	10	3	1	11	2	1	10	4	1	15	2.5	0	15	8	1	21
GPP	4	0	15	2	0	12	3	0	12	2.5	0	11	3	1	13	5	2	18	5	0	15	8	6	12	1	0	1
GPL	1	0	9	1	0	9	1	0	9	2	0	8	2	0	9	3	1	45.5	1	0	22	2	0	17	2	1	10.5
GPE	3	0	12	3	0	12	2	0	9	2	0	8	1	0	8	2	0	7	2	0	6	3	0	13	3	1	8
GPO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	33	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1
GOS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	3	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

ประเภทอุบัติการณ์	ระยะเวลาที่ใช้ในการรายงานอุบัติการณ์ (วัน)																										
	A			B			C			D			E			F			G			H			I		
	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75	M	P25	P75
GOI	0	0	2	0.5	0	1	1	1	3	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GOM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GOP	-	-	-	12	12	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GOL	3	3	3	1	1	1	6	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
GOE	-	-	-	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

หมายเหตุ: M หมายถึง ค่ามัธยฐาน (median)

P25 หมายถึง เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25

P75 หมายถึง เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75

ตาราง 31 การรายงานอุบัติการณ์ตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น 9 ข้อ แบ่งตามระดับศักยภาพของกลุ่มสถานพยาบาลและระดับความรุนแรง

ระดับศักยภาพของ กลุ่มสถานพยาบาล	ระดับความรุนแรง*										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม	
มาตรฐานสำคัญจำเป็น: การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ											
ภาครัฐ-Advance (มีการเรียนการสอน)	รวม (เหตุการณ์)	13	50	31	17	28	6	4	3	1	153
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	2	17	6	4	6	3	-	-	-	38
		15.38%	34.00%	19.35%	23.53%	21.43%	50.00%	-	-	-	24.84%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	11	33	25	13	22	3	4	3	1	115
84.62%		66.00%	80.65%	76.47%	78.57%	50.00%	100.00%	100.00%	100.00%	75.16%	
ภาครัฐ-ชุมชน	รวม (เหตุการณ์)	58	41	21	10	13	7	2	-	-	152
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	12	24	13	7	11	6	2	-	-	75
		20.69%	58.54%	61.90%	70.00%	84.62%	85.71%	100.00%	-	-	49.34%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	46	17	8	3	2	1	-	-	-	77
79.31%		41.46%	38.10%	30.00%	15.38%	14.29%	-	-	-	50.66%	
ภาครัฐ-ตติยภูมิ	รวม (เหตุการณ์)	9	52	21	9	16	7	12	-	-	126
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	3	35	8	3	7	-	6	-	-	62
		33.33%	67.31%	38.10%	33.33%	43.75%	-	50.00%	-	-	49.21%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	6	17	13	6	9	7	6	-	-	64
66.67%		32.69%	61.90%	66.67%	56.25%	100.00%	50.00%	-	-	50.79%	
ภาครัฐ-ทั่วไป	รวม (เหตุการณ์)	80	330	89	27	35	17	2	-	2	582
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	45	149	38	5	10	8	1	-	-	256
		56.25%	45.15%	42.70%	18.52%	28.57%	47.06%	50.00%	-	-	43.99%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	35	181	51	22	25	9	1	-	2	326
43.75%		54.85%	57.30%	81.48%	71.43%	52.94%	50.00%	-	100.00%	56.01%	
ภาคเอกชน	รวม (เหตุการณ์)	3	16	2	4	2	-	-	-	-	27
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	3	14	-	3	1	-	-	-	-	21

ระดับศักยภาพของ กลุ่มสถานพยาบาล	ระดับความรุนแรง*										
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
		100.00%	87.50%	-	75.00%	50.00%	-	-	-	-	77.78%
	อุบัติเหตุการที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	-	2	2	1	1	-	-	-	-	6
รวมทุกระดับ	รวม (เหตุการณ์)	163	489	164	67	94	37	20	3	3	1,040
	อุบัติเหตุการที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	65	239	65	22	35	17	9	-	-	452
		39.88%	48.88%	39.63%	32.84%	37.23%	45.95%	45.00%	-	-	43.46%
	อุบัติเหตุการที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	98	250	99	45	59	20	11	3	3	588
60.12%		51.12%	60.37%	67.16%	62.77%	54.05%	55.00%	100.00%	100.00%	56.54%	
มาตรฐานสำคัญจำเป็น: การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI, VAP, CAUTI, CABS I											
ภาครัฐ-Advance (มีการเรียนการสอน)	รวม (เหตุการณ์)	33	270	156	330	661	646	-	1	38	2,135
	อุบัติเหตุการที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	12	58	40	129	340	318	-	1	5	903
		36.36%	21.48%	25.64%	39.09%	51.44%	49.23%	-	100.00%	13.16%	42.30%
	อุบัติเหตุการที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	21	212	116	201	321	328	-	-	33	1,232
63.64%		78.52%	74.36%	60.91%	48.56%	50.77%	-	-	86.84%	57.70%	
ภาครัฐ-ชุมชน	รวม (เหตุการณ์)	73	81	203	198	345	153	-	3	3	1,059
	อุบัติเหตุการที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	60	34	139	118	193	60	-	2	1	607
		82.19%	41.98%	68.47%	59.60%	55.94%	39.22%	-	66.67%	33.33%	57.32%
	อุบัติเหตุการที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	13	47	64	80	152	93	-	1	2	452
17.81%		58.02%	31.53%	40.40%	44.06%	60.78%	-	33.33%	66.67%	42.68%	
ภาครัฐ-ตติยภูมิ	รวม (เหตุการณ์)	68	134	100	269	540	214	2	1	5	1,333
	อุบัติเหตุการที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	5	16	16	48	137	49	2	-	-	273
		7.35%	11.94%	16.00%	17.84%	25.37%	22.90%	100.00%	-	-	20.48%
	อุบัติเหตุการที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	63	118	84	221	403	165	-	1	5	1,060
92.65%		88.06%	84.00%	82.16%	74.63%	77.10%	-	100.00%	100.00%	79.52%	
ภาครัฐ-ทั่วไป	รวม (เหตุการณ์)	67	146	427	745	1,617	471	-	-	15	3,488

ระดับศักยภาพของ กลุ่มสถานพยาบาล	ระดับความรุนแรง*										
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
	อุบัติเหตุการณ่ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	30	47	108	219	643	143	-	-	3	1,193
		44.78%	32.19%	25.29%	29.40%	39.76%	30.36%	-	-	20.00%	34.20%
	อุบัติเหตุการณ่ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	37	99	319	526	974	328	-	-	12	2,295
		55.22%	67.81%	74.71%	70.60%	60.24%	69.64%	-	-	80.00%	65.80%
ภาคเอกชน	รวม (เหตุการณ่)	134	79	56	22	203	48	-	-	-	542
	อุบัติเหตุการณ่ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	134	76	52	20	161	44	-	-	-	487
		100.00%	96.20%	92.86%	90.91%	79.31%	91.67%	-	-	-	89.85%
	อุบัติเหตุการณ่ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	-	3	4	2	42	4	-	-	-	55
-		3.80%	7.14%	9.09%	20.69%	8.33%	-	-	-	10.15%	
รวมทุกระดับ	รวม (เหตุการณ่)	375	710	942	1,564	3,366	1,532	2	5	61	8,557
	อุบัติเหตุการณ่ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	241	231	355	534	1,474	614	2	3	9	3,463
		64.27%	32.54%	37.69%	34.14%	43.79%	40.08%	100.00%	60.00%	14.75%	40.47%
	อุบัติเหตุการณ่ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	134	479	587	1,030	1,892	918	-	2	52	5,094
35.73%		67.46%	62.31%	65.86%	56.21%	59.92%	-	40.00%	85.25%	59.53%	
มาตรฐานสำคัญจำเป็น: บุคลากรติดเชือ้จากการปฏิบัติหน้าที่											
ภาครัฐ-Advance (มีการเรียนการสอน)	รวม (เหตุการณ่)	16	21	10	31	40	28	-	-	-	146
	อุบัติเหตุการณ่ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	2	3	2	3	2		-	-	-	12
		12.50%	14.29%	20.00%	9.68%	5.00%	0.00%	-	-	-	8.22%
	อุบัติเหตุการณ่ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	14	18	8	28	38	28	-	-	-	134
87.50%		85.71%	80.00%	90.32%	95.00%	100.00%	-	-	-	91.78%	
ภาครัฐ-ชุมชน	รวม (เหตุการณ่)	50	77	44	61	164	61	-	1	-	458
	อุบัติเหตุการณ่ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	20	21	15	20	54	12	-	-	-	142
		40.00%	27.27%	34.09%	32.79%	32.93%	19.67%	-	-	-	31.00%
	อุบัติเหตุการณ่ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	30	56	29	41	110	49	-	1	-	316
60.00%		72.73%	65.91%	67.21%	67.07%	80.33%	-	100.00%	-	69.00%	

ระดับศักยภาพของ กลุ่มสถานพยาบาล	ระดับความรุนแรง*										
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
ภาครัฐ-ตติยภูมิ	รวม (เหตุการณ์)	11	11	19	38	70	19	-	-	-	168
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	2	3	5	12	49	6	-	-	-	77
		18.18%	27.27%	26.32%	31.58%	70.00%	31.58%	-	-	-	45.83%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	9	8	14	26	21	13	-	-	-	91
81.82%		72.73%	73.68%	68.42%	30.00%	68.42%	-	-	-	54.17%	
ภาครัฐ-ทั่วไป	รวม (เหตุการณ์)	14	29	37	111	118	39	-	-	-	348
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	4	13	10	54	38	7	-	-	-	126
		28.57%	44.83%	27.03%	48.65%	32.20%	17.95%	-	-	-	36.21%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	10	16	27	57	80	32	-	-	-	222
71.43%		55.17%	72.97%	51.35%	67.80%	82.05%	-	-	-	63.79%	
ภาคเอกชน	รวม (เหตุการณ์)	49	26	27	48	42	13	-	-	-	205
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	48	23	26	42	25	13	-	-	-	177
		97.96%	88.46%	96.30%	87.50%	59.52%	100.00%	-	-	-	86.34%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	1	3	1	6	17	-	-	-	-	28
2.04%		11.54%	3.70%	12.50%	40.48%	-	-	-	-	13.66%	
รวมทุกระดับ	รวม (เหตุการณ์)	140	164	137	289	434	160	-	1	-	1,325
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	76	63	58	131	168	38	-	-	-	534
		54.29%	38.41%	42.34%	45.33%	38.71%	23.75%	-	-	-	40.30%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	64	101	79	158	266	122	-	1	-	791
45.71%		61.59%	57.66%	54.67%	61.29%	76.25%	-	100.00%	-	59.70%	
มาตรฐานสำคัญจำเป็น: การเกิด Medication Error และ Adverse Drug Event											
ภาครัฐ-Advance (มีการเรียนการสอน)	รวม (เหตุการณ์)	6,652	77,743	13,664	6,061	751	125	4	20	7	105,027
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	3,737	22,325	6,553	3,262	318	60	3	8	5	36,271
		56.18%	28.72%	47.96%	53.82%	42.34%	48.00%	75.00%	40.00%	71.43%	34.53%
อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	2,915	55,418	7,111	2,799	433	65	1	12	2	68,756	

ระดับศักยภาพของ กลุ่มสถานพยาบาล	ระดับความรุนแรง*										
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
		43.82%	71.28%	52.04%	46.18%	57.66%	52.00%	25.00%	60.00%	28.57%	65.47%
ภาครัฐ-ชุมชน	รวม (เหตุการณ์)	12,505	199,862	23,481	8,158	1,250	247	7	26	9	245,545
	อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	5,751	109,047	12,680	4,553	620	123	4	15	6	132,799
		45.99%	54.56%	54.00%	55.81%	49.60%	49.80%	57.14%	57.69%	66.67%	54.08%
	อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	6,754	90,815	10,801	3,605	630	124	3	11	3	112,746
54.01%		45.44%	46.00%	44.19%	50.40%	50.20%	42.86%	42.31%	33.33%	45.92%	
ภาครัฐ-ตติยภูมิ	รวม (เหตุการณ์)	4,049	59,960	9,096	3,936	572	116	1	6	5	77,741
	อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	985	24,819	3,640	1,771	352	61	1	4	2	31,635
		24.33%	41.39%	40.02%	44.99%	61.54%	52.59%	100.00%	66.67%	40.00%	40.69%
	อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	3,064	35,141	5,456	2,165	220	55	-	2	3	46,106
75.67%		58.61%	59.98%	55.01%	38.46%	47.41%	-	33.33%	60.00%	59.31%	
ภาครัฐ-ทั่วไป	รวม (เหตุการณ์)	9,425	134,884	21,057	7,442	871	154	3	14	14	173,864
	อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	5,442	54,424	8,851	2,854	401	66	1	5	5	72,049
		57.74%	40.35%	42.03%	38.35%	46.04%	42.86%	33.33%	35.71%	35.71%	41.44%
	อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	3,983	80,460	12,206	4,588	470	88	2	9	9	101,815
42.26%		59.65%	57.97%	61.65%	53.96%	57.14%	66.67%	64.29%	64.29%	58.56%	
ภาคเอกชน	รวม (เหตุการณ์)	865	31,083	3,095	804	112	9	-	-	-	35,968
	อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	575	22,902	2,269	568	83	4	-	-	-	26,401
		66.47%	73.68%	73.31%	70.65%	74.11%	44.44%	-	-	-	73.40%
	อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	290	8,181	826	236	29	5	-	-	-	9,567
33.53%		26.32%	26.69%	29.35%	25.89%	55.56%	-	-	-	26.60%	
รวมทุกระดับ	รวม (เหตุการณ์)	33,496	503,532	70,393	26,401	3,556	651	15	66	35	638,145
	อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	16,490	233,517	33,993	13,008	1,774	314	9	32	18	299,155
		49.23%	46.38%	48.29%	49.27%	49.89%	48.23%	60.00%	48.48%	51.43%	46.88%
อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	17,006	270,015	36,400	13,393	1,782	337	6	34	17	338,990	

ระดับศักยภาพของ กลุ่มสถานพยาบาล	ระดับความรุนแรง*										
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
		50.77%	53.62%	51.71%	50.73%	50.11%	51.77%	40.00%	51.52%	48.57%	53.12%
มาตรฐานสำคัญจำเป็น: การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด											
ภาครัฐ-Advance (มีการเรียนการสอน)	รวม (เหตุการณ์)	3	50	24	30	17	7	-	-	-	131
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	1	17	7	11	4	1	-	-	-	41
		33.33%	34.00%	29.17%	36.67%	23.53%	14.29%	-	-	-	31.30%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	2	33	17	19	13	6	-	-	-	90
66.67%		66.00%	70.83%	63.33%	76.47%	85.71%	-	-	-	68.70%	
ภาครัฐ-ชุมชน	รวม (เหตุการณ์)	21	70	29	19	24	4	1	2	1	171
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	10	41	15	7	13	-	1	1	-	88
		47.62%	58.57%	51.72%	36.84%	54.17%	-	100.00%	50.00%	-	51.46%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	11	29	14	12	11	4	-	1	1	83
52.38%		41.43%	48.28%	63.16%	45.83%	100.00%	-	50.00%	100.00%	48.54%	
ภาครัฐ-ตติยภูมิ	รวม (เหตุการณ์)	9	101	31	42	27	8	2	-	1	221
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	5	53	14	26	14	8	1	-	1	122
		55.56%	52.48%	45.16%	61.90%	51.85%	100.00%	50.00%	-	100.00%	55.20%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	4	48	17	16	13	-	1	-	-	99
44.44%		47.52%	54.84%	38.10%	48.15%	-	50.00%	-	-	44.80%	
ภาครัฐ-ทั่วไป	รวม (เหตุการณ์)	16	116	28	41	33	12	2	1	-	249
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	5	39	11	16	13	6	1	-	-	91
		31.25%	33.62%	39.29%	39.02%	39.39%	50.00%	50.00%	-	-	36.55%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	11	77	17	25	20	6	1	1	-	158
68.75%		66.38%	60.71%	60.98%	60.61%	50.00%	50.00%	100.00%	-	63.45%	
ภาคเอกชน	รวม (เหตุการณ์)	3	5	4	4	1	-	-	2	-	19
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	3	4	2	4	1	-	-	-	-	14
		100.00%	80.00%	50.00%	100.00%	100.00%	-	-	-	-	73.68%

ระดับศักยภาพของ กลุ่มสถานพยาบาล	ระดับความรุนแรง*										
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
	อุบัติเหตุการที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	-	1	2	-	-	-	-	2	-	5
		-	20.00%	50.00%	-	-	-	-	100.00%	-	26.32%
รวมทุกระดับ	รวม (เหตุการณ์)	52	342	116	136	102	31	5	5	2	791
	อุบัติเหตุการที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	24	154	49	64	45	15	3	1	1	356
		46.15%	45.03%	42.24%	47.06%	44.12%	48.39%	60.00%	20.00%	50.00%	45.01%
	อุบัติเหตุการที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	28	188	67	72	57	16	2	4	1	435
53.85%		54.97%	57.76%	52.94%	55.88%	51.61%	40.00%	80.00%	50.00%	54.99%	
มาตรฐานสำคัญจำเป็น: การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด											
ภาครัฐ-Advance (มีการเรียนการสอน)	รวม (เหตุการณ์)	1,285	5,962	3,647	316	90	9	1	2	1	11,313
	อุบัติเหตุการที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	419	2,143	1,425	123	38	4	1	-	-	4,153
		32.61%	35.94%	39.07%	38.92%	42.22%	44.44%	100.00%	-	-	36.71%
	อุบัติเหตุการที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	866	3,819	2,222	193	52	5	-	2	1	7,160
67.39%		64.06%	60.93%	61.08%	57.78%	55.56%	-	100.00%	100.00%	63.29%	
ภาครัฐ-ชุมชน	รวม (เหตุการณ์)	2,043	9,129	4,167	533	91	14	3	2	2	15,984
	อุบัติเหตุการที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	1,014	4,951	2,196	273	49	7	2	-	1	8,493
		49.63%	54.23%	52.70%	51.22%	53.85%	50.00%	66.67%	-	50.00%	53.13%
	อุบัติเหตุการที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	1,029	4,178	1,971	260	42	7	1	2	1	7,491
50.37%		45.77%	47.30%	48.78%	46.15%	50.00%	33.33%	100.00%	50.00%	46.87%	
ภาครัฐ-ตติยภูมิ	รวม (เหตุการณ์)	1,869	5,686	2,673	531	56	4	2	2	-	10,823
	อุบัติเหตุการที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	325	2,375	1,130	145	28	2	1	1	-	4,007
		17.39%	41.77%	42.27%	27.31%	50.00%	50.00%	50.00%	50.00%	-	37.02%
	อุบัติเหตุการที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	1,544	3,311	1,543	386	28	2	1	1	-	6,816
82.61%		58.23%	57.73%	72.69%	50.00%	50.00%	50.00%	50.00%	-	62.98%	
ภาครัฐ-ทั่วไป	รวม (เหตุการณ์)	1,660	10,051	4,390	426	62	14	2	-	1	16,606
	อุบัติเหตุการที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	722	3,764	1,745	180	21	6	-	-	-	6,438

ระดับศักยภาพของ กลุ่มสถานพยาบาล	ระดับความรุนแรง*										
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
		43.49%	37.45%	39.75%	42.25%	33.87%	42.86%	-	-	-	38.77%
	อุบัติเหตุการที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	938	6,287	2,645	246	41	8	2	-	1	10,168
		56.51%	62.55%	60.25%	57.75%	66.13%	57.14%	100.00%	-	100.00%	61.23%
ภาคเอกชน	รวม (เหตุการณ์)	831	2,729	1,027	51	9	1	1	-	-	4,649
	อุบัติเหตุการที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	729	2,127	764	37	4	1		-	-	3,662
		87.73%	77.94%	74.39%	72.55%	44.44%	100.00%	-	-	-	78.77%
	อุบัติเหตุการที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	102	602	263	14	5	-	1	-	-	987
		12.27%	22.06%	25.61%	27.45%	55.56%	-	100.00%	-	-	21.23%
รวมทุกระดับ	รวม (เหตุการณ์)	7,688	33,557	15,904	1,857	308	42	9	6	4	59,375
	อุบัติเหตุการที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	3,209	15,360	7,260	758	140	20	4	1	1	26,753
		41.74%	45.77%	45.65%	40.82%	45.45%	47.62%	44.44%	16.67%	25.00%	45.06%
	อุบัติเหตุการที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	4,479	18,197	8,644	1,099	168	22	5	5	3	32,622
58.26%		54.23%	54.35%	59.18%	54.55%	52.38%	55.56%	83.33%	75.00%	54.94%	
มาตรฐานสำคัญจำเป็น: ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค											
ภาครัฐ-Advance (มีการเรียนการสอน)	รวม (เหตุการณ์)	3	3	9	11	21	17	7	25	29	125
	อุบัติเหตุการที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	1	2	2	3	3	2	3	5	13	34
		33.33%	66.67%	22.22%	27.27%	14.29%	11.76%	42.86%	20.00%	44.83%	27.20%
	อุบัติเหตุการที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	2	1	7	8	18	15	4	20	16	91
66.67%		33.33%	77.78%	72.73%	85.71%	88.24%	57.14%	80.00%	55.17%	72.80%	
ภาครัฐ-ชุมชน	รวม (เหตุการณ์)	2	16	25	56	96	137	56	139	107	634
	อุบัติเหตุการที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	1	3	7	9	33	41	20	61	52	227
		50.00%	18.75%	28.00%	16.07%	34.38%	29.93%	35.71%	43.88%	48.60%	35.80%
	อุบัติเหตุการที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	1	13	18	47	63	96	36	78	55	407
50.00%		81.25%	72.00%	83.93%	65.63%	70.07%	64.29%	56.12%	51.40%	64.20%	
ภาครัฐ-ตติยภูมิ	รวม (เหตุการณ์)	3	6	8	12	26	17	15	15	19	121

ระดับศักยภาพของ กลุ่มสถานพยาบาล	ระดับความรุนแรง*										
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
	อุบัติเหตุการณ่ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	1	2	3	3	5	6	6	4	7	37
		33.33%	33.33%	37.50%	25.00%	19.23%	35.29%	40.00%	26.67%	36.84%	30.58%
	อุบัติเหตุการณ่ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	2	4	5	9	21	11	9	11	12	84
		66.67%	66.67%	62.50%	75.00%	80.77%	64.71%	60.00%	73.33%	63.16%	69.42%
ภาครฐรัฐ-ทั่วไป	รวม (เหตุการณ่)	1	10	12	27	76	57	20	27	51	281
	อุบัติเหตุการณ่ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	-	1	3	8	18	20	6	12	17	85
		-	10.00%	25.00%	29.63%	23.68%	35.09%	30.00%	44.44%	33.33%	30.25%
	อุบัติเหตุการณ่ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	1	9	9	19	58	37	14	15	34	196
100.00%		90.00%	75.00%	70.37%	76.32%	64.91%	70.00%	55.56%	66.67%	69.75%	
ภาคเอกชน	รวม (เหตุการณ่)	-	1	1	7	17	4	1	-	8	39
	อุบัติเหตุการณ่ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	-	1	-	3	8	4	1	-	6	23
		-	100.00%	-	42.86%	47.06%	100.00%	100.00%	-	75.00%	58.97%
	อุบัติเหตุการณ่ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	-	-	1	4	9	-	-	-	2	16
-		-	100.00%	57.14%	52.94%	-	-	-	25.00%	41.03%	
รวมทุกระดับ	รวม (เหตุการณ่)	9	36	55	113	236	232	99	206	214	1,200
	อุบัติเหตุการณ่ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	3	9	15	26	67	73	36	82	95	406
		33.33%	25.00%	27.27%	23.01%	28.39%	31.47%	36.36%	39.81%	44.39%	33.83%
	อุบัติเหตุการณ่ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	6	27	40	87	169	159	63	124	119	794
66.67%		75.00%	72.73%	76.99%	71.61%	68.53%	63.64%	60.19%	55.61%	66.17%	
มาตรฐานสำคัญจำเป็น: การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิวิทยา คลาดเคลื่อน											
ภาครฐรัฐ-Advance (มีการเรียนการสอน)	รวม (เหตุการณ่)	286	1,234	1,595	444	108	26	1	2	1	3,697
	อุบัติเหตุการณ่ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	90	284	324	117	20	3	-	-	-	838
		31.47%	23.01%	20.31%	26.35%	18.52%	11.54%	-	-	-	22.67%
	อุบัติเหตุการณ่ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ่)	196	950	1,271	327	88	23	1	2	1	2,859
68.53%		76.99%	79.69%	73.65%	81.48%	88.46%	100.00%	100.00%	100.00%	77.33%	

ระดับศักยภาพของ กลุ่มสถานพยาบาล	ระดับความรุนแรง*										
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
ภาครัฐ-ชุมชน	รวม (เหตุการณ์)	1,563	5,129	7,888	1,558	356	74	10	6	5	16,589
	อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	685	2,533	4,619	740	178	25	4	2	1	8,787
		43.83%	49.39%	58.56%	47.50%	50.00%	33.78%	40.00%	33.33%	20.00%	52.97%
	อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	878	2,596	3,269	818	178	49	6	4	4	7,802
56.17%		50.61%	41.44%	52.50%	50.00%	66.22%	60.00%	66.67%	80.00%	47.03%	
ภาครัฐ-ตติยภูมิ	รวม (เหตุการณ์)	236	1,196	1,221	367	83	18	1	2	1	3,125
	อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	84	508	420	163	32	7	-	1	-	1,215
		35.59%	42.47%	34.40%	44.41%	38.55%	38.89%	-	50.00%	-	38.88%
	อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	152	688	801	204	51	11	1	1	1	1,910
64.41%		57.53%	65.60%	55.59%	61.45%	61.11%	100.00%	50.00%	100.00%	61.12%	
ภาครัฐ-ทั่วไป	รวม (เหตุการณ์)	713	2,138	3,636	1,052	224	41	5	3	-	7,812
	อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	251	690	1,281	367	64	15	2	-	-	2,670
		35.20%	32.27%	35.23%	34.89%	28.57%	36.59%	40.00%	-	-	34.18%
	อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	462	1,448	2,355	685	160	26	3	3	-	5,142
64.80%		67.73%	64.77%	65.11%	71.43%	63.41%	60.00%	100.00%	-	65.82%	
ภาคเอกชน	รวม (เหตุการณ์)	233	612	4,991	131	18	3	-	-	-	5,988
	อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	162	515	4,417	111	18	2	-	-	-	5,225
		69.53%	84.15%	88.50%	84.73%	100.00%	66.67%	-	-	-	87.26
	อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	71	97	574	20	-	1	-	-	-	763
30.47%		15.85%	11.50%	15.27%	-	33.33%	-	-	-	12.74	
รวมทุกระดับ	รวม (เหตุการณ์)	3,031	10,309	19,331	3,552	789	162	17	13	7	37,211
	อุบัติเหตุที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	1,272	4,530	11,061	1,498	312	52	6	3	1	18,735
		41.97%	43.94%	57.22%	42.17%	39.54%	32.10%	35.29%	23.08%	14.29%	50.35%
	อุบัติเหตุที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	1,759	5,779	8,270	2,054	477	110	11	10	6	18,476
58.03%		56.06%	42.78%	57.83%	60.46%	67.90%	64.71%	76.92%	85.71%	49.65%	

ระดับศักยภาพของ กลุ่มสถานพยาบาล	ระดับความรุนแรง*										
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
มาตรฐานสำคัญจำเป็น: การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน											
ภาครัฐ-Advance (มีการเรียนการสอน)	รวม (เหตุการณ์)	30	162	192	235	264	131	11	20	48	1,093
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	11	98	33	74	56	39	2	3	16	332
		36.67%	60.49%	17.19%	31.49%	21.21%	29.77%	18.18%	15.00%	33.33%	30.38%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	19	64	159	161	208	92	9	17	32	761
63.33%		39.51%	82.81%	68.51%	78.79%	70.23%	81.82%	85.00%	66.67%	69.62%	
ภาครัฐ-ชุมชน	รวม (เหตุการณ์)	595	1,288	1,774	1,413	1,365	893	123	256	195	7,902
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	195	710	964	645	520	369	48	110	83	3,644
		32.77%	55.12%	54.34%	45.65%	38.10%	41.32%	39.02%	42.97%	42.56%	46.11%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	400	578	810	768	845	524	75	146	112	4,258
67.23%		44.88%	45.66%	54.35%	61.90%	58.68%	60.98%	57.03%	57.44%	53.89%	
ภาครัฐ-ตติยภูมิ	รวม (เหตุการณ์)	82	77	177	265	244	77	8	26	41	997
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	5	17	40	58	84	19	4	11	15	253
		6.10%	22.08%	22.60%	21.89%	34.43%	24.68%	50.00%	42.31%	36.59%	25.38%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	77	60	137	207	160	58	4	15	26	744
93.90%		77.92%	77.40%	78.11%	65.57%	75.32%	50.00%	57.69%	63.41%	74.62%	
ภาครัฐ-ทั่วไป	รวม (เหตุการณ์)	62	306	582	876	687	308	40	68	102	3,031
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	22	56	153	251	195	86	10	20	37	830
		35.48%	18.30%	26.29%	28.65%	28.38%	27.92%	25.00%	29.41%	36.27%	27.38%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	40	250	429	625	492	222	30	48	65	2,201
64.52%		81.70%	73.71%	71.35%	71.62%	72.08%	75.00%	70.59%	63.73%	72.62%	
ภาคเอกชน	รวม (เหตุการณ์)	10	399	142	111	126	22	-	2	6	818
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	2	266	105	57	83	16	-	2	3	534
		20.00%	66.67%	73.94%	51.35%	65.87%	72.73%	-	100.00%	50.00%	65.28%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	8	133	37	54	43	6	-	-	3	284

ระดับศักยภาพของ กลุ่มสถานพยาบาล	ระดับความรุนแรง*										
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	รวม
		80.00%	33.33%	26.06%	48.65%	34.13%	27.27%	-	-	50.00%	34.72%
รวมทุกระดับ	รวม (เหตุการณ์)	779	2,232	2,867	2,900	2,686	1,431	182	372	392	13,841
	อุบัติการณ์ที่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	235	1,147	1,295	1,085	938	529	64	146	154	5,593
		30.17%	51.39%	45.17%	37.41%	34.92%	36.97%	35.16%	39.25%	39.29%	40.41%
	อุบัติการณ์ที่ไม่ได้รับการแก้ไข (เหตุการณ์)	544	1,085	1,572	1,815	1,748	902	118	226	238	8,248
69.83%		48.61%	54.83%	62.59%	65.08%	63.03%	64.84%	60.75%	60.71%	59.59%	

* สามารถอ่านรายละเอียดได้ที่อภิธานศัพท์

ภาคผนวก 6

ตาราง 32 ผลจากระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์ ปีงบประมาณ 2561

ข้อความในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
กำลังคนและชั่วโมงทำงานที่เหมาะสม									
เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของหน่วยงาน (คำถาม A2)	63.65	14.36	0.00	46.86	56.69	64.48	71.02	78.63	100.00
เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด (คำถาม A5)	42.91	13.24	0.00	28.43	37.80	42.92	50.27	55.15	100.00
เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราว (part time) หรือเจ้าหน้าที่จากภายนอก (outsources) จำนวนเหมาะสม เพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด (คำถาม A7)	63.92	12.59	0.00	50.00	56.11	65.20	70.54	75.17	100.00
การรายงานเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย									
เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือการรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล (คำถาม A12)	42.86	11.53	0.00	30.09	37.77	44.58	48.71	52.84	100.00
มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ A, B หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 1) (คำถาม D1)	46.08	11.18	0.00	35.78	40.66	47.91	51.86	55.18	100.00
มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ C, D หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 2) (คำถาม D2)	47.57	11.53	0.00	35.69	42.72	49.16	53.96	57.64	100.00
ความปลอดภัยในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย									
เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม ระมัดระวัง ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode) (คำถาม A14)	20.52	8.01	0.00	12.33	16.75	20.24	24.67	29.57	50.00

ข้อความคำถามในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม A15)	12.29	6.90	0.00	4.95	8.51	11.82	15.47	18.81	50.00
เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้ (คำถาม A17)	44.17	12.49	0.00	33.05	37.91	44.03	50.36	57.41	100.00
ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) หรือผู้รับบริการ (Customer Safety Grade) (คำถาม E)	98.70	1.34	91.43	97.32	98.21	98.91	99.62	100.00	100.00
การตอบสนองต่อความไม่ปลอดภัย									
เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าคุณผิดพลาดของตนเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนา จะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them) (คำถาม A8)	39.88	11.10	0.00	29.26	35.33	39.97	45.80	50.06	100.00
เจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลยว่าคุณผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ (คำถาม A16)	47.01	13.40	0.00	37.11	42.21	47.28	52.85	57.76	100.00
การสื่อสารที่เปิดกว้าง									
เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม C2)	31.12	10.88	0.00	19.97	26.40	31.92	36.34	41.39	100.00
เจ้าหน้าที่กล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า (คำถาม C4)	50.82	12.41	0.00	40.72	45.22	51.31	55.19	61.54	100.00
เจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง (คำถาม C6)	29.27	10.61	0.00	19.50	24.92	29.43	34.39	38.71	95.77
การส่งต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน									
ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือส่งต่องานระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ (คำถาม F3)	37.23	12.90	0.00	23.92	30.69	37.66	44.71	50.33	100.00
ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือการต้องเฝ้าระวังงานที่สำคัญมีการบันทึกไว้หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร (คำถาม F5)	26.68	12.58	0.00	15.14	20.01	25.70	31.93	37.05	100.00
ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ (คำถาม F7)	44.66	12.03	0.00	32.05	39.29	44.87	51.02	56.64	100.00
จะไม่เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวรหรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ (คำถาม F11)	30.37	11.69	0.00	18.66	24.21	29.29	37.09	42.65	100.00

ข้อความคำถามในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย									
แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี (คำถาม A18)	33.09	12.12	0.00	21.86	27.07	32.65	38.17	44.91	100.00
การสื่อสารเกี่ยวกับความปลอดภัย									
เราได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์ (คำถาม C1)	43.12	14.14	0.00	29.71	35.71	42.77	50.00	56.95	100.00
เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด (errors) ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้ (คำถาม C3)	30.39	10.06	0.00	18.84	25.25	31.43	36.72	42.40	51.43
ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก (คำถาม C5)	21.14	8.32	0.00	11.41	16.54	21.36	26.46	29.52	50.00
การทำงานเป็นทีม									
สมาชิกในหน่วยงานนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน (คำถาม A1)	22.95	8.57	0.00	11.39	19.00	23.64	28.27	31.94	51.11
ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม (คำถาม A3)	21.16	8.69	0.00	12.20	16.67	20.73	25.36	30.80	50.00
สมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติกัน (คำถาม A4)	24.90	8.90	0.00	13.49	20.31	26.20	30.80	34.34	50.00
ถ้าส่วนใดในหน่วยงานนี้มีงานยุ่ง จะมีคนอื่นมาช่วยเหลือ (คำถาม A11)	51.33	12.97	0.00	39.21	47.18	53.13	57.40	63.04	100.00
หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ ให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี (คำถาม F2)	34.05	13.44	0.00	20.01	26.11	33.79	41.46	48.46	100.00
มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ ที่ต้องทำงานร่วมกัน (คำถาม F4)	32.90	12.50	0.00	19.61	26.26	32.90	40.00	45.92	100.00
รู้สึกมีความสุขในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ (คำถาม F6)	33.55	11.65	0.00	20.89	27.09	33.58	40.49	45.95	78.99
หน่วยงานในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ ทำงานร่วมกันได้ดี เพื่อให้การดูแลหรือการบริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม F10)	26.61	11.62	0.00	14.48	20.71	26.29	33.39	38.07	100.00

ข้อความถามในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
หัวหน้าหรือผู้จัดการให้การสนับสนุนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย									
หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามี การปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้ (คำถาม B1)	31.38	11.33	0.00	21.01	26.51	31.61	36.67	42.01	100.00
หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างจริงจัง (คำถาม B2)	27.35	9.49	0.00	17.39	23.10	27.63	32.65	38.14	50.94
เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานจะขอให้เราทำงานด้วยความรวดเร็ว ระมัดระวัง แม้จะมีการลดขั้นตอน (shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (คำถาม B3)	30.25	10.89	0.00	20.02	24.94	30.29	35.47	41.07	100.00
หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก (คำถาม B4)	20.79	8.26	0.00	12.62	16.17	20.53	25.15	30.54	44.44
ผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ สร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม F1)	32.12	13.66	0.00	17.07	24.74	31.90	39.40	47.57	100.00
การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ แสดงให้เห็นว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด (top priority) (คำถาม F8)	24.99	11.67	0.00	11.96	18.26	24.59	31.08	38.46	100.00
ดูเหมือนว่าผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ สนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้ว่าจะยังไม่เห็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น (คำถาม F9)	27.88	12.53	0.00	14.24	20.33	27.38	34.04	41.14	100.00
การเรียนรู้ขององค์กรและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง									
เรากำลังเร่งพัฒนางานเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม A6)	21.94	9.06	0.00	11.44	16.55	22.12	28.37	32.65	50.00
ที่หน่วยงานนี้ ความผิดพลาดทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก (คำถาม A9)	29.76	9.83	0.00	18.28	25.28	30.17	35.18	41.37	66.67
การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่หน่วยงานนี้เป็นเพราะมีการวางระบบป้องกัน ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ (by chance) (คำถาม A10)	29.18	11.48	0.00	16.91	23.29	28.38	33.47	40.99	100.00

ข้อความในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
เราประเมินประสิทธิผล หลังจากที่เราดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม A13)	28.10	9.90	0.00	16.75	22.83	28.10	34.30	40.00	53.33
จำนวนการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้บันทึกและส่งรายงานจำนวนเท่าไร (คำถาม G)									
มีการรายงาน 1-6 ครั้ง	98.66	1.19	93.59	97.01	98.23	98.80	99.44	100.00	100.00

หมายเหตุ: Average % Pos. หมายถึง ค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวก, SD หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, P หมายถึง เปอร์เซ็นไทล์

ตาราง 33 ผลจากระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์ ปีงบประมาณ 2562

ข้อความในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
กำลังคนและชั่วโมงทำงานที่เหมาะสม									
เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของหน่วยงาน (คำถาม A2)	62.37	12.92	0.00	46.11	54.83	64.36	70.85	76.05	100.00
เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด (คำถาม A5)	42.25	11.24	0.00	27.97	35.64	42.82	49.67	54.46	100.00
เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราว (part time) หรือเจ้าหน้าที่จากภายนอก (outsources) จำนวนเหมาะสม เพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด (คำถาม A7)	62.03	11.67	0.00	47.06	54.73	64.58	69.28	72.70	100.00
การรายงานเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย									
เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือการรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล (คำถาม A12)	43.67	9.14	0.00	32.17	39.31	44.63	48.99	53.46	73.88
มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีที่มีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ A, B หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 1) (คำถาม D1)	47.35	9.89	0.00	36.25	43.08	48.65	53.13	56.58	100.00

ข้อความถามในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ C, D หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 2) (คำถาม D2)	49.83	9.97	0.00	38.17	45.60	50.79	55.08	58.97	100.00
ความปลอดภัยในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย									
เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม ระมัดระวัง ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode) (คำถาม A14)	22.07	7.01	0.00	13.54	17.83	22.15	26.61	30.62	51.49
แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม A15)	13.46	5.52	0.00	6.90	9.81	13.16	17.26	19.88	47.76
เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้ (คำถาม A17)	44.64	10.61	0.00	31.94	38.39	45.59	51.08	55.74	100.00
ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) หรือผู้รับบริการ (Customer Safety Grade) (คำถาม E)	98.55	1.35	91.30	96.89	97.99	98.80	99.47	100.00	100.00
การตอบสนองต่อความไม่ปลอดภัย									
เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าการผิดพลาดของตนเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนา จะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them) (คำถาม A8)	39.86	8.65	0.00	29.40	35.91	40.55	44.97	49.46	67.16
เจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลยว่าการผิดพลาด (mistake) ของตนจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ (คำถาม A16)	46.99	9.49	0.00	34.96	41.90	47.89	52.96	57.40	73.81
การสื่อสารที่เปิดกว้าง									
เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะมีผลด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม C2)	32.11	8.95	0.00	20.69	26.89	32.77	37.99	42.65	58.96
เจ้าหน้าที่กล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า (คำถาม C4)	49.82	9.86	0.00	38.82	45.04	50.44	55.01	60.06	100.00
เจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง (คำถาม C6)	30.48	8.01	0.00	20.73	26.07	30.80	35.48	39.30	55.97
การส่งต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน									

ข้อความในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือส่งต่องานระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ (คำถาม F3)	37.17	11.39	0.00	23.73	29.83	37.35	44.95	50.31	100.00
ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือการต้องเฝ้าระวังงานที่สำคัญมีการบันทึกไว้หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร (คำถาม F5)	27.43	9.63	0.00	16.01	21.48	26.92	32.98	38.08	100.00
ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ (คำถาม F7)	43.35	10.58	0.00	30.80	37.80	44.57	50.49	55.41	70.15
จะไม่เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวรหรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ (คำถาม F11)	31.29	10.52	0.00	18.65	24.16	31.71	37.87	42.90	100.00
แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย									
แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี (คำถาม A18)	34.14	10.08	0.00	22.04	28.57	34.46	40.29	46.31	100.00
การสื่อสารเกี่ยวกับความปลอดภัย									
เราได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์ (คำถาม C1)	42.72	11.02	0.00	29.50	37.08	43.69	49.31	55.41	73.03
เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด (errors) ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้ (คำถาม C3)	33.52	8.86	0.00	22.35	28.47	34.58	38.37	43.46	61.80
ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก (คำถาม C5)	23.68	7.69	0.00	14.46	19.07	23.90	28.06	31.96	63.43
การทำงานเป็นทีม									
สมาชิกในหน่วยงานนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน (คำถาม A1)	23.67	7.41	0.00	14.35	18.96	24.36	28.53	32.28	47.83
ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม (คำถาม A3)	22.17	8.62	0.00	13.24	17.95	22.02	26.78	30.02	100.00
สมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติกัน (คำถาม A4)	25.07	7.97	0.00	15.96	19.81	25.00	30.25	35.19	60.87
ถ้าส่วนใดในหน่วยงานนี้มีงานยุ่ง จะมีคนอื่นมาช่วยเหลือ (คำถาม A11)	52.66	10.02	0.00	41.25	47.22	53.39	58.29	63.10	100.00

ข้อความในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ ให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี (คำถาม F2)	34.58	11.54	0.00	19.81	26.70	34.81	42.59	48.31	70.15
มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ ที่ต้องทำงานร่วมกัน (คำถาม F4)	33.54	11.32	0.00	20.06	26.19	34.08	41.22	46.72	100.00
รู้สึกมีความสุขในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ (คำถาม F6)	33.55	10.38	0.00	21.08	27.19	33.84	39.98	44.55	100.00
หน่วยงานในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ ทำงานร่วมกันได้ดี เพื่อให้การดูแลหรือการบริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม F10)	27.24	10.04	0.00	15.02	20.39	27.62	34.34	38.82	65.17
หัวหน้าหรือผู้จัดการให้การสนับสนุนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย									
หัวหน้างานของฉันทันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามี การปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้ (คำถาม B1)	32.76	9.59	0.00	22.33	27.86	32.94	37.86	42.13	100.00
หัวหน้างานของฉันทันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างจริงจัง (คำถาม B2)	28.60	9.18	0.00	17.69	24.32	29.09	33.50	38.21	100.00
เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานจะขอให้เราทำงานด้วยความรวดเร็ว ระมัดระวัง แม้จะมีการลดขั้นตอน (shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (คำถาม B3)	31.14	8.90	0.00	21.51	26.52	31.28	36.12	40.51	100.00
หัวหน้างานของฉันทันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้น เพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก (คำถาม B4)	22.57	8.48	0.00	13.06	18.09	22.47	26.84	31.05	100.00
ผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ สร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม F1)	32.59	11.81	0.00	17.04	25.35	32.78	40.35	45.98	80.90
การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ แสดงให้เห็นว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด (top priority) (คำถาม F8)	25.91	9.79	0.00	13.79	19.58	26.46	32.36	37.71	64.04

ข้อความในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
ดูเหมือนว่าผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทย์ฯ สนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้ว่าจะยังไม่มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น (คำถาม F9)	27.51	10.35	0.00	14.40	21.00	27.59	34.26	39.50	67.42
การเรียนรู้ขององค์กรและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง									
เรากำลังเร่งพัฒนางานเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม A6)	22.90	8.10	0.00	12.67	17.88	22.96	28.61	32.37	50.56
ที่หน่วยงานนี้ ความผิดพลาดทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก (คำถาม A9)	30.85	8.81	0.00	20.72	25.93	31.01	35.92	41.03	61.94
การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่หน่วยงานนี้เป็นเพราะมีการวางระบบป้องกัน ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ (by chance) (คำถาม A10)	29.72	10.14	0.00	18.19	23.73	29.26	34.78	39.48	100.00
เราประเมินประสิทธิผล หลังจากที่ได้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม A13)	29.46	9.48	0.00	17.96	24.33	29.67	34.89	39.36	100.00
จำนวนการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้บันทึกและส่งรายงานจำนวนเท่าไร (คำถาม G)									
มีการรายงาน 1-6 ครั้ง	99.09	0.91	93.75	98.09	98.77	99.28	99.66	100.00	100.00

หมายเหตุ: Average % Pos. หมายถึง ค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวก, SD หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, P หมายถึง เปอร์เซ็นไทล์

ตาราง 34 ผลจากระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์ ปีงบประมาณ 2563

ข้อความในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
กำลังคนและชั่วโมงทำงานที่เหมาะสม									
เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของหน่วยงาน (คำถาม A2)	54.34	13.24	0.00	38.86	46.79	55.72	62.58	68.82	100.00
เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด (คำถาม A5)	35.81	12.32	0.00	22.34	27.67	35.88	42.49	47.10	100.00
เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราว (part time) หรือเจ้าหน้าที่จากภายนอก (outsources) จำนวนเหมาะสม เพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด (คำถาม A7)	56.99	12.00	0.00	42.76	51.67	58.58	64.03	68.84	100.00
การรายงานเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย									
เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือการรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล (คำถาม A12)	41.58	10.26	0.00	31.58	36.59	42.56	46.92	50.54	100.00
มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ A, B หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 1) (คำถาม D1)	44.69	10.61	0.00	34.44	39.53	45.55	49.80	54.39	100.00
มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ C, D หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 2) (คำถาม D2)	47.42	10.55	0.00	36.62	42.49	47.91	52.56	57.24	100.00
ความปลอดภัยในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย									
เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม ระมัดระวัง ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode) (คำถาม A14)	20.52	8.43	0.00	12.42	16.04	20.23	24.15	28.21	100.00
แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม A15)	12.67	6.56	0.00	6.29	9.14	12.31	15.60	19.69	100.00
เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้ (คำถาม A17)	40.21	11.07	0.00	28.41	34.66	40.61	46.03	50.43	100.00

ข้อความคำถามในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) หรือผู้รับบริการ (Customer Safety Grade) (คำถาม E)	98.86	1.19	87.50	97.49	98.44	99.13	99.66	100.00	100.00
การตอบสนองต่อความไม่ปลอดภัย									
เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าคุณผิดพลาดของตนเองเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนา จะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them) (คำถาม A8)	38.10	9.91	0.00	28.11	32.88	38.50	43.33	47.25	100.00
เจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลยว่าคุณผิดพลาด (mistake) ของตนเองจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ (คำถาม A16)	44.48	10.29	0.00	33.68	39.75	45.15	50.48	54.49	100.00
การสื่อสารที่เปิดกว้าง									
เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม C2)	30.52	9.53	0.00	20.67	25.19	30.47	35.39	40.95	100.00
เจ้าหน้าที่กล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า (คำถาม C4)	47.77	10.55	0.00	37.37	43.04	48.34	53.25	58.49	100.00
เจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง (คำถาม C6)	29.58	8.85	0.00	20.72	24.64	29.64	34.07	38.97	100.00
การส่งต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน									
ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือส่งต่องานระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกันเสมอ (คำถาม F3)	34.74	12.22	0.00	20.75	27.47	34.42	41.85	47.33	100.00
ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือการต้องเฝ้าระวังงานที่สำคัญมีการบันทึกไว้หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร (คำถาม F5)	25.59	9.98	0.00	14.27	19.64	25.41	31.08	36.57	100.00
ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ (คำถาม F7)	40.36	11.69	0.00	27.20	33.12	41.35	47.06	51.75	100.00
จะไม่เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวรหรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ (คำถาม F11)	28.68	11.24	0.00	15.81	21.95	28.63	34.67	39.27	100.00
แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย									
แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี (คำถาม A18)	31.57	11.38	0.00	19.94	25.58	31.15	36.20	41.64	100.00

ข้อความคำถามในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
การสื่อสารเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัย									
เราได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์ (คำถาม C1)	39.46	11.64	0.00	26.20	33.45	39.72	45.72	51.19	100.00
เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด (errors) ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้ (คำถาม C3)	32.64	10.02	0.00	22.28	27.46	32.34	37.48	42.63	100.00
ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก (คำถาม C5)	22.97	8.52	0.00	13.96	18.30	22.71	27.35	32.53	100.00
การทำงานเป็นทีม									
สมาชิกในหน่วยงานนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน (คำถาม A1)	22.08	8.16	0.00	13.08	17.16	22.55	26.67	30.83	100.00
ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม (คำถาม A3)	19.70	8.35	0.00	11.31	15.46	19.19	23.09	27.65	100.00
สมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติกัน (คำถาม A4)	23.41	8.96	0.00	14.05	18.34	23.26	27.90	32.59	100.00
ถ้าส่วนใดในหน่วยงานนี้มีงานยุ่ง จะมีคนอื่นมาช่วยเหลือ (คำถาม A11)	48.41	11.07	0.00	36.09	42.82	49.44	54.92	59.03	100.00
หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ ให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี (คำถาม F2)	30.43	11.42	0.00	17.35	22.88	30.63	37.33	44.35	100.00
มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ ที่ต้องทำงานร่วมกัน (คำถาม F4)	30.89	11.72	0.00	18.48	23.39	30.38	37.44	43.19	100.00
รู้สึกมีความสุขในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ (คำถาม F6)	30.38	10.59	0.00	17.97	24.49	30.68	36.59	41.66	100.00
หน่วยงานในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ ทำงานร่วมกันได้ดี เพื่อให้การดูแลหรือการบริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม F10)	24.74	10.54	0.00	13.28	17.87	24.53	30.89	36.63	100.00
หัวหน้าหรือผู้จัดการให้การสนับสนุนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย									

ข้อความในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามีการปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้ (คำถาม B1)	30.04	10.36	0.00	19.13	24.47	30.10	34.77	39.45	100.00
หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างจริงจัง (คำถาม B2)	27.09	10.84	0.00	16.67	21.33	26.86	31.47	36.00	100.00
เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานจะขอให้เราทำงานด้วยความรวดเร็ว รมัดระวัง แม้จะมีการลดขั้นตอน (shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (คำถาม B3)	28.62	9.52	0.00	17.97	23.69	28.64	33.33	38.17	100.00
หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้นเพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก (คำถาม B4)	21.47	9.39	0.00	12.79	16.55	21.05	25.53	30.04	100.00
ผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทย์ฯ สร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม F1)	29.34	12.44	0.00	15.16	20.79	29.27	36.59	44.28	100.00
การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทย์ฯ แสดงให้เห็นว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด (top priority) (คำถาม F8)	24.05	11.04	0.00	12.30	17.00	23.63	29.61	35.55	100.00
ดูเหมือนว่าผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทย์ฯ สนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้ว่ายังไม่เห็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น (คำถาม F9)	25.11	10.89	0.00	13.06	17.86	25.22	31.17	37.58	100.00
การเรียนรู้ขององค์กรและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง									
เรากำลังเร่งพัฒนางานเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม A6)	20.69	9.72	0.00	11.14	14.78	20.00	25.00	29.73	100.00
ที่หน่วยงานนี้ ความผิดพลาดทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก (คำถาม A9)	29.09	10.13	0.00	18.93	23.54	28.56	34.09	39.31	100.00
การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่หน่วยงานนี้เป็นเพราะมีการวางระบบป้องกัน ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ (by chance) (คำถาม A10)	27.19	9.55	0.00	17.39	21.41	26.84	32.13	38.41	100.00

ข้อความในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
เราประเมินประสิทธิผล หลังจากที่เราดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม A13)	26.79	9.72	0.00	16.04	21.80	26.53	31.55	37.13	100.00
จำนวนการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้บันทึกและส่งรายงานจำนวนเท่าไร? (คำถาม G)									
มีการรายงาน 1-6 ครั้ง	99.80	0.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

หมายเหตุ: Average % Pos. หมายถึง ค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวก, SD หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, P หมายถึง เปอร์เซ็นไทล์

ตาราง 35 ผลจากระบบการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของโรงพยาบาลออนไลน์ ปีงบประมาณ 2564

ข้อความในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
กำลังคนและชั่วโมงทำงานที่เหมาะสม									
เรามีกำลังคนเพียงพอที่จะรองรับปริมาณงานของหน่วยงาน (คำถาม A2)	55.10	12.76	0.00	39.28	47.26	55.82	63.25	69.62	100.00
เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานนี้มีจำนวนชั่วโมงทำงานที่เหมาะสมกับการให้การดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด (คำถาม A5)	34.71	10.91	0.00	21.50	28.13	35.25	41.13	46.45	100.00
เราใช้เจ้าหน้าที่ชั่วคราว (part time) หรือเจ้าหน้าที่จากภายนอก (outsources) จำนวนเหมาะสม เพื่อช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการแก่ผู้รับบริการได้ดีที่สุด (คำถาม A7)	56.44	11.72	0.00	43.51	50.30	57.38	63.64	68.08	100.00
การรายงานเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วย									
เมื่อมีการรายงานเหตุการณ์ จะเกิดความรู้สึกว่าสิ่งที่ถูกรายงานคือการรายงานระบบที่เป็นปัญหา ไม่ใช่ตัวบุคคล (คำถาม A12)	39.47	10.00	0.00	29.36	33.96	39.73	44.68	49.99	100.00
มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ได้รับการตรวจพบและแก้ไขก่อนที่จะมีผลต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ A, B หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 1) (คำถาม D1)	43.36	10.42	0.00	31.87	37.42	44.10	49.04	53.73	100.00
มีการรายงานเหตุการณ์บ่อยเพียงใด ในกรณีมีการกระทำผิดพลาด (mistake) เกิดขึ้น แต่ไม่มีโอกาสเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (ความรุนแรงระดับ C, D หรือความเสี่ยงทั่วไปที่มีความรุนแรงระดับ 2) (คำถาม D2)	46.38	10.44	0.00	35.38	40.75	46.75	52.02	56.19	100.00
ความปลอดภัยในการเข้ารับบริการของผู้ป่วย									
เราพยายามทำงานอย่างรัดกุม ระมัดระวัง ไม่เร่งรีบจนเกินไป แม้จะอยู่ในภาวะวิกฤติ (crisis mode) (คำถาม A14)	19.44	6.84	0.00	11.66	15.45	19.15	23.35	26.94	80.00
แม้จะต้องทำงานมากขึ้น แต่ก็ไม่เคยละเลยความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม A15)	12.56	6.70	0.00	6.29	9.09	11.88	15.56	18.69	100.00
เราไม่มีปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในหน่วยงานนี้ (คำถาม A17)	37.48	10.08	0.00	26.35	31.50	37.98	43.21	47.86	100.00

ข้อความคำถามในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
ระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Grade) หรือผู้รับบริการ (Customer Safety Grade) (คำถาม E)	98.95	1.14	92.23	97.69	98.54	99.17	100.00	100.00	100.00
การตอบสนองต่อความไม่ปลอดภัย									
เจ้าหน้าที่รู้สึกว่าคุณผิดพลาดของตนเองเป็นบทเรียนสำหรับการพัฒนา จะไม่ถูกนำมาจัดการลงโทษ (held against them) (คำถาม A8)	36.00	9.35	0.00	25.80	31.22	36.59	41.03	45.21	100.00
เจ้าหน้าที่ไม่กังวลเลยว่าคุณผิดพลาด (mistake) ของตนเองจะถูกเก็บบันทึกไว้ในแฟ้มประวัติ (คำถาม A16)	41.86	10.03	0.00	31.43	36.69	42.49	47.75	52.80	100.00
การสื่อสารที่เปิดกว้าง									
เจ้าหน้าที่สามารถให้ข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเมื่อพบเห็นบางสิ่งบางอย่างที่อาจจะ มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม C2)	29.63	10.29	0.00	19.11	24.21	29.41	34.02	38.75	100.00
เจ้าหน้าที่กล้าตั้งคำถามต่อการตัดสินใจหรือการกระทำของผู้ที่มีอำนาจมากกว่า (คำถาม C4)	45.03	10.25	0.00	35.05	40.16	44.92	50.52	55.61	100.00
เจ้าหน้าที่กล้าที่จะซักถามเมื่อเห็นว่าบางสิ่งบางอย่างไม่ถูกต้อง (คำถาม C6)	28.60	9.50	0.00	19.52	23.36	27.94	32.80	37.19	100.00
การส่งต่อและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน									
ปัญหาในการย้ายผู้ป่วยหรือส่งต่องานระหว่างหน่วยงาน จะถูกนำมาทบทวนร่วมกัน เสมอ (คำถาม F3)	32.80	11.56	0.00	19.82	25.33	32.78	39.78	45.38	100.00
ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหรือการต้องเฝ้าระวังงานที่สำคัญมีการบันทึกไว้หรือมีการสื่อสารกันระหว่างเปลี่ยนเวร (คำถาม F5)	24.58	10.21	0.00	14.15	18.56	24.18	29.47	33.97	100.00
ไม่มีปัญหาเกิดขึ้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ (คำถาม F7)	38.00	10.88	0.00	25.95	31.22	38.37	44.29	49.84	100.00
จะไม่เกิดปัญหาขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในช่วงเปลี่ยนเวรหรือเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ (คำถาม F11)	27.40	10.78	0.00	16.50	21.02	27.08	32.98	37.67	100.00
แนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย									
แนวทางปฏิบัติและระบบของเราสามารถป้องกันความผิดพลาด (error) ได้ดี (คำถาม A18)	29.03	9.90	0.00	18.35	23.40	29.05	34.06	38.75	100.00

ข้อความคำถามในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
การสื่อสารเกี่ยวกับความปลอดภัย									
เราได้รับข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลมาจากรายงานเหตุการณ์ (คำถาม C1)	37.64	11.33	0.00	25.43	31.71	37.11	43.07	49.00	100.00
เราได้รับการบอกเล่าข้อมูลเกี่ยวกับความผิดพลาด (errors) ซึ่งเกิดขึ้นในหน่วยงานนี้ (คำถาม C3)	31.29	10.51	0.00	21.09	25.64	30.67	35.48	40.87	100.00
ในหน่วยงานนี้ เราพูดคุยกันถึงวิธีการที่จะป้องกันความผิดพลาด (errors) ไม่ให้เกิดซ้ำขึ้นอีก (คำถาม C5)	22.57	9.69	0.00	13.19	17.39	21.82	26.32	31.53	100.00
การทำงานเป็นทีม									
สมาชิกในหน่วยงานนี้ช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน (คำถาม A1)	20.95	7.82	0.00	12.38	16.67	20.84	25.09	29.13	100.00
ถ้ามีงานจำนวนมากที่ต้องทำให้เสร็จอย่างรวดเร็ว เราจะทำงานร่วมกันเป็นทีม (คำถาม A3)	19.10	8.04	0.00	10.76	14.91	18.64	23.00	26.60	100.00
สมาชิกในหน่วยงานนี้ปฏิบัติต่อกันด้วยความเคารพให้เกียรติกัน (คำถาม A4)	21.89	8.03	0.00	12.80	16.94	21.79	26.67	31.02	100.00
ถ้าส่วนใดในหน่วยงานนี้มีงานยุ่ง จะมีคนอื่นมาช่วยเหลือ (คำถาม A11)	47.00	11.01	0.00	35.00	41.32	47.76	53.51	57.66	100.00
หน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ ให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี (คำถาม F2)	30.44	12.10	0.00	16.63	23.15	30.22	37.40	44.15	100.00
มีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ ที่ต้องทำงานร่วมกัน (คำถาม F4)	29.82	11.66	0.00	16.49	22.97	29.11	36.61	42.23	100.00
รู้สึกมีความสุขในการทำงาน แม้เมื่อต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ (คำถาม F6)	29.88	10.89	0.00	17.34	23.31	29.49	36.13	41.12	100.00
หน่วยงานในโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ ทำงานร่วมกันได้ดี เพื่อให้การดูแลหรือการบริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม F10)	24.45	10.93	0.00	12.58	17.57	23.93	30.72	36.20	100.00
หัวหน้าหรือผู้จัดการให้การสนับสนุนเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย									

ข้อความในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
หัวหน้างานของฉันจะกล่าวชื่นชม (says a good word) เมื่อเห็นว่ามีการปฏิบัติงานตามแนวทางด้านความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่กำหนดไว้ (คำถาม B1)	28.63	9.32	0.00	18.67	23.36	28.75	33.83	38.10	100.00
หัวหน้างานของฉันจะพิจารณาข้อเสนอแนะของเจ้าหน้าที่เพื่อปรับปรุงความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการอย่างจริงจัง (คำถาม B2)	25.51	9.05	0.00	15.61	20.22	25.51	30.39	34.78	100.00
เมื่อไรก็ตามที่มีภาวะกดดัน หัวหน้างานจะขอให้เราทำงานด้วยความรวดเร็ว รมัดระวัง แม้จะมีการลดขั้นตอน (shortcuts) แต่ต้องไม่ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (คำถาม B3)	27.80	9.45	0.00	17.76	22.45	27.92	32.50	36.89	100.00
หัวหน้างานของฉันใส่ใจกับปัญหาความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้นเพื่อหาทางป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก (คำถาม B4)	20.57	8.41	0.00	12.18	15.93	20.41	24.83	29.17	100.00
ผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ สร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม F1)	28.69	12.33	0.00	14.29	20.68	28.06	36.02	42.90	100.00
การกระทำของผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ แสดงให้เห็นว่า ความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นเรื่องสำคัญสูงสุด (top priority) (คำถาม F8)	23.35	10.65	0.00	11.76	16.56	22.65	29.31	34.92	100.00
ดูเหมือนว่าผู้บริหารโรงพยาบาล/คณะแพทยฯ สนใจในความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แม้ว่ายังไม่เห็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น (คำถาม F9)	24.68	11.32	0.00	12.63	17.50	24.03	30.53	36.69	100.00
การเรียนรู้ขององค์กรและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง									
เรากำลังเร่งพัฒนางานเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม A6)	20.01	8.71	0.00	10.82	14.84	20.00	24.18	28.83	100.00
ที่หน่วยงานนี้ ความผิดพลาดทั้งหลายนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในด้านบวก (คำถาม A9)	27.83	9.37	0.00	17.85	22.49	27.44	32.25	37.55	100.00
การที่ไม่เกิดความผิดพลาดร้ายแรงขึ้นที่หน่วยงานนี้เป็นเพราะมีการวางระบบป้องกัน ควบคุมเป็นอย่างดี ไม่ใช่เพราะเหตุบังเอิญ (by chance) (คำถาม A10)	26.15	9.17	0.00	16.44	20.73	25.95	30.69	35.81	100.00

ข้อความในแบบสำรวจ	ร้อยละ (%)								
	Average % Pos.	SD	ค่าต่ำสุด	P10	P25	P50	P75	P90	ค่าสูงสุด
เราประเมินประสิทธิผล หลังจากที่เราดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อยกระดับความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ (คำถาม A13)	25.77	10.06	0.00	15.15	20.72	25.29	30.28	35.23	100.00
จำนวนการรายงานเหตุการณ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านได้บันทึกและส่งรายงานจำนวนเท่าไร? (คำถาม G)									
มีการรายงาน 1-6 ครั้ง	99.19	1.45	70.09	98.35	98.91	99.39	100.00	100.00	100.00

หมายเหตุ: Average % Pos. หมายถึง ค่าเฉลี่ยร้อยละของคำตอบเชิงบวก, SD หมายถึง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, P หมายถึง เปอร์เซ็นไทล์