



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง การบริหารประสานความเสี่ยงของโรงพยาบาล
ประสาทเชียงใหม่เพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน
และระดับสากล

จัดทำโดย นายวีระวัฒน์ สุขสง่าเจริญ
รหัส ๕๐๗๑

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ ๕ ปี ๒๕๕๖
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
ลิขสิทธิ์ของกระทรวงการต่างประเทศ



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล (Individual Study)

เรื่อง การบริหารประสานความเสี่ยงของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เพื่อเข้าสู่
ประชาคมอาเซียนและระดับสากล

จัดทำโดย นายวีระวัฒน์ สุขสง่าเจริญ
รหัส ๕๐๗๑

หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ ๕ ปี ๒๕๕๖
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ
รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



เอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคลนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูตของกระทรวงการต่างประเทศ

ลงชื่อ

(รองศาสตราจารย์ ดร. ดำรงค์ วัฒนา)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ

(เอกอัครราชทูต จันทร์ทิพา ภูตระกูล)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ

(ศาสตราจารย์ ดร. ไชยวัฒน์ คำชู)

อาจารย์ที่ปรึกษา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ในโลกยุคปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงเป็นไปอย่างรวดเร็วเป็นพลวัต (Dynamic) จากความก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ การเข้าถึงข้อมูลต่างๆ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) การติดต่อสื่อสารเป็นไปอย่างรวดเร็ว ลดกิจกรรม ลดการสิ้นเปลืองและขั้นตอนต่างๆลงได้อย่างมาก ถ้าองค์กรใดสามารถลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นต่างๆ ลงได้ย่อมทำให้องค์กรนั้นมีประสิทธิภาพนำหน้าองค์กรอื่นๆ

การบริหารองค์กร ผู้นำองค์กรจึงต้องมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล คว้าโอกาส และสร้างความเป็นไปได้ในการนำพาองค์กรให้ประสบความสำเร็จอยู่ในระดับต้นๆ ได้ อย่างไรก็ตามความรู้และทักษะยังเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องพัฒนาตลอดเวลา สร้างความท้าทายให้ตนเองและองค์กรอย่างต่อเนื่อง การบริหารจัดการความเสี่ยงในองค์กรก็เช่นกัน เป็นปัจจัยพื้นฐานในการนำสู่ความสำเร็จ ความเสี่ยงในองค์กรมิได้จัดการลำพังเพียงคนเดียวแต่เป็นการจัดการของทุกคนในองค์กร นั่นคือทั้งองค์กรหมายถึงทีมงานเอง อาจจะมีได้หลายทีมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของหน้าที่ความรับผิดชอบที่เหมือนหรือคล้ายกัน มีความสัมพันธ์ของผลผลิตของงาน หรือผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของขบวนการที่มอบผลงานต่อกัน เมื่อสร้างทีมในองค์กรแล้วย่อมต้องมีการประสานระหว่างทีม ดังนั้นการบริหารจัดการจึงต้องมีการบริหารประสานความเสี่ยงเพื่อให้เกิดการไหลลื่นอย่างไร้รอยต่อในการดำเนินงาน

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทาง ให้บริการในกลุ่มโรคเฉพาะด้าน ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อน มีความเสี่ยงสูงและความเสี่ยงนั้นสามารถแสดงผลในระยะเวลาที่รวดเร็ว เช่น ความพิการหรือเสียชีวิต ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของผู้ป่วย ญาติหรือผู้มารับบริการ การจัดการความเสี่ยงโดยการจำแนกความเสี่ยงเป็นความเสี่ยงทั่วไปซึ่งหมายถึงความเสี่ยงที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมอาคาร สถานที่และอื่นๆที่มีได้กระทบกับสุขภาวะผู้ป่วยโดยตรง ความเสี่ยงทางคลินิกเป็นความเสี่ยงที่มีผลกระทบกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น การแพทย์ การได้รับยาที่ไม่ตรงกับโรค ผ่าตัดที่ก่อให้เกิดผลแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ เป็นต้น

เมื่อพบความเสี่ยงเกิดขึ้นต้องเข้าดำเนินการ (Approach) เรียนรู้ (Learning) จำแนกประเภทของความเสี่ยงแล้ว ต้องระบุความรุนแรงของผลกระทบ ความถี่ นำข้อมูลมาศึกษาวิเคราะห์ (Analysis) หาสาเหตุ (Root cause analysis) หาช่องว่างที่เกิด (Gap analysis) แล้วนำมาแก้ไขให้ตรงกับสาเหตุ (Practice) สร้างระบบหรือนวัตกรรมเพื่อให้องค์กรมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง มีการประเมิน (Assessment) อย่างสม่ำเสมอในทุกมิติที่สร้างเสริมคุณภาพ สร้างจิตสำนึกให้ตระหนักในเชิงป้องกัน (Proactive risk management) ทำให้เกิดเป็นนิสัยแล้วองค์กรนั้นจะเจริญก้าวหน้าและมีความยั่งยืน

การนำเครื่องมือต่างๆมาใช้อย่างเหมาะสมเช่น ธรรมาภิบาล (Good Governance) ด้านธรรมาภิบาลจัดทำเป็นแบบฟอร์มในการจัดเก็บเพื่อย่อยในการรวบรวมและตรงประเด็นโดยการทำแบบฟอร์มครอบคลุม ๙ ด้านที่มีโอกาสทำให้เกิดความเสี่ยงต่อองค์กร

๑. ประสิทธิภาพ
๒. ประสิทธิภาพ
๓. การมีส่วนร่วม

๔. ความโปร่งใส
๕. การตอบสนอง
๖. การรับผิดชอบ
๗. นิติธรรม
๘. การกระจายอำนาจ
๙. ความเสมอภาค

การกำกับติดตามความเสี่ยงในภาพใหญ่ขององค์กรโดยใช้ COSO มาประกอบการกำกับติดตามและปรับปรุงแก้ไขพิจารณา ๔ ด้านได้แก่

๑. ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)
๒. ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operation Risk)
๓. ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk)
๔. ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ (Compliance Risk)

ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นมีตรงไหนที่มีการสูญเสียและขาดความต่อเนื่องหรือไม่โดยการใช้ Lean and seamless หาปัจจัยที่มีผลกระทบโดยการกำกับติดตามใน ๗ หัวข้อเพื่อให้องค์กรเป็น Zero Waste Organization

๑. การกำจัดความสูญเสียในด้านการบริการโดยมีผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ
๒. การพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
๓. สร้างความเชื่อมั่น ความรู้ทางวิชาการ ศักยภาพ ของทีม กำหนดเป้าหมาย บทบาท

ความรับผิดชอบต่อให้ชัดเจน

๔. ตอบสนองความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในระดับที่เกินคาดหวัง
๕. สร้างความเปลี่ยนแปลงและระบบให้ตอบสนองผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ
๖. สร้าง ประสานการทำงานอย่างมีบูรณาการระหว่างหน่วยงาน
๗. สร้างขบวนการคุณภาพกำหนดตัวชี้วัดกำกับติดตามและปลูกฝังให้เป็นจิตสำนึก

องค์กรจะได้รับความเชื่อมั่นหากมีระบบรองรับในภาวะวิกฤติหรือไม่คาดหวังเกิดขึ้น ซึ่งองค์กรที่ให้การรักษายาบาลมีโอกาสดังกล่าวจึงต้องมีการจัดการกับความเสี่ยงในภาวะวิกฤติ BCM (Business continuity management) เป็นการบริหารจัดการได้ครอบคลุมทุกมิติและกำจัดข้อบกพร่องได้อย่างมีทิศทางและมีประสิทธิภาพโดย

๑. มีการวางแผนรองรับภาวะวิกฤติ (planning)
๒. สร้างแผนในการดำเนินงาน (establishing)
๓. มอบหมายงาน (implementing)
๔. ดำเนินการ (operating) มีการซ้อมอย่างสม่ำเสมอ
๕. กำกับติดตาม (monitoring)

๖. ทบทวน ปรับปรุง พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (reviewing and improving a documented Business Continuity)

การจัดการต้องครอบคลุมทั้งคน เงิน ของ อุปกรณ์และการจัดการในภาวะวิกฤติ การจัดการที่ดีจะทำให้องค์กรมีความเชื่อถือ ไว้วางใจ (High reliability and Trust Organization) จากผู้รับบริการและมีความมั่นคง (Sustainable)

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาส่วนบุคคล เรื่อง การบริหารประสานความความเสี่ยงของโรงพยาบาล
ประสาทเชียงใหม่ เพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียนและระดับสากล ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ ๕ ปี ๒๕๕๖

ผู้เขียนหวังว่าผลการศึกษาและข้อเสนอแนะต่าง ๆ จะเป็นประโยชน์ต่อผู้อ่านและ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับประกอบการพิจารณาปรับปรุงแนวทางการบริหารความเสี่ยง นำพา
องค์กรประสบความสำเร็จและยั่งยืน และพัฒนาศักยภาพการบริหารจัดการองค์กร

ผู้เขียนขอขอบคุณกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานต้นสังกัดที่
สนับสนุนให้เข้ารับการอบรมหลักสูตรนี้ และกระทรวงการต่างประเทศในการจัดการอบรมให้แก่
ผู้เขียนตลอดหลักสูตร รายงานฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ภายใต้ระยะเวลาที่จำกัดด้วยความช่วยเหลือของ
บุคคลต่าง ๆ ซึ่งผู้เขียนขอแสดงความขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ ดังนี้

๑. ผู้บริหารกรมการแพทย์ที่อนุญาตให้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรนี้

๒. ครอบครัวที่เป็นกำลังใจให้ในการฝึกอบรมและในทุกกิจกรรม

๓. คณะอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งประกอบด้วย เอกอัครราชทูตจันทร์ทิพา ภู่อรรถกุล
ศาสตราจารย์ ดร. ไชยวัฒน์ คำชู และรองศาสตราจารย์ ดร.ดำรงค์ วัฒนา ที่เสียสละในการให้ความรู้
และข้อแนะนำต่างๆที่เป็นประโยชน์ยิ่ง รวมถึงเจ้าหน้าที่สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการทุก
ท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก

๔. แพทย์หญิงสุนีย์ ศรีสว่างและเจ้าหน้าที่ศูนย์คุณภาพ และงานเวชระเบียน ที่ดำเนินการ
จัดหาข้อมูลประกอบการศึกษาในครั้งนี้

วีระวัฒน์ สุขสง่าเจริญ

สิงหาคม ๒๕๕๖

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	๗
สารบัญ	๗
สารบัญตาราง	ณ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑.๑ ภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
๑.๒ วัตถุประสงค์ของการศึกษา	๕
๑.๓ ขอบเขตการศึกษา	๕
๑.๔ ประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษา	๖
บทที่ ๒ แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	๗
๒.๑ แนวคิดทฤษฎีด้านความเสี่ยงในสถานบริการสุขภาพ	๑๑
๒.๒ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	๑๖
๒.๓ สรุปกรอบแนวคิด	๒๑
บทที่ ๓ ผลการศึกษา	๒๙
บทที่ ๔ บทสรุปและข้อเสนอแนะ	๓๑
๔.๑ สรุปผลการศึกษา	๓๑
๔.๒ ข้อเสนอแนะ	๔๓
บรรณานุกรม	๔๕
ภาคผนวก	๕๑
ก DALYs คือเครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of disease)	๕๒
ข (๑) ผังการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๘	๕๓
(๒) แผนภูมิประเด็นนโยบายรัฐบาล เป้าประสงค์เชิงนโยบาย ตัวชี้วัดและ กลยุทธ์/วิธีการ ของแผนการบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๘ ที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข	๕๖
(๓) แผนภูมิความเชื่อมโยงนโยบายรัฐบาล (น.ส.ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี) ของแผนบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๘ กับกรอบแผนปฏิบัติการ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๕๙ กระทรวงสาธารณสุข	๕๗
ค แผนปฏิบัติการ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๕๙ กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข	๕๘
ง วิสัยทัศน์กรมการแพทย์สู่ประชาคมอาเซียน	๖๑
ประวัติผู้เขียน	๖๒

สารบัญตาราง

ตารางที่ ๑	จำนวน DALYs ของโรคทางระบบประสาท และสัดส่วนเปอร์เซ็นต์ทั่วโลก DALYsในปี ค.ศ.๒๐๐๕, ๒๐๑๕, ๒๐๓๐	๓
ตารางที่ ๒	ข้อผิดพลาดจากเครื่องมือบกพร่อง ไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือ เสียชีวิต	๑๘
ตารางที่ ๓	บัญชีความเสี่ยงของโรงพยาบาล	๒๕
ตารางที่ ๔	อุบัติการณ์ด้านธรรมาภิบาล	๒๙
ตารางที่ ๕	ความรุนแรงของอุบัติการณ์	๒๙
ตารางที่ ๖	ประเภทของความเสี่ยง	๓๐
ตารางที่ ๗	จำนวนสถานพยาบาลและจำนวนเตียงที่รองรับการบริการในประเทศ สิงคโปร์ ปี ค.ศ. ๒๐๑๒	๓๔
ตารางที่ ๘	จำนวนบุคลากร	๓๕
ตารางที่ ๙	วิเคราะห์ SWOT ประเทศสิงคโปร์	๓๖
ตารางที่ ๑๐	อัตราส่วนของบุคลากรแพทย์ด้านระบบประสาทต่อประชากรจำแนกตาม ภาคและจังหวัด ปี พ.ศ. ๒๕๕๑	๓๙
ตารางที่ ๑๑	Comparative advantage of private health facilities in Asia	๔๐
ตารางที่ ๑๒	จำนวนบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มอาเซียน ๒๕๕๓	๔๐
ตารางที่ ๑๓	จำนวน CT Scanในประเทศไทย ๒๕๕๓ ๔๑	
ตารางที่ ๑๔	จำนวน CT Scan, MRI และ รพพยาบาลในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๓	๔๑
ตารางที่ ๑๕	อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและการกระจาย พ.ศ. ๒๕๕๕	๔๒
ตารางที่ ๑๖	อัตราส่วนเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงต่อประชากรหนึ่งล้านคน จำแนกรายภาค พ.ศ. ๒๕๕๒, พ.ศ. ๒๕๕๓และ พ.ศ. ๒๕๕๕	๔๒
ตารางที่ ๑๗	เครื่องตรวจอวัยวะด้วยคลื่นแม่เหล็ก MRI (Magnetic Resonance Imaging)	๔๓

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่ ๑ DALYs ของโรคทางระบบประสาท	๘
แผนภูมิที่ ๒ DALYs โรคทางระบบประสาท ๒๐๐๕, ๒๐๑๕, ๒๐๓๐ ตามรายได้ของ ธนาคารโลก	๘
แผนภูมิที่ ๓ เหตุการณ์ข้อผิดพลาดทางการแพทย์ที่มีความถี่สูงระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๙๕ – ๒๐๑๐	๑๘
แผนภูมิที่ ๔ สาเหตุข้อผิดพลาดทางการแพทย์ ค.ศ. ๒๐๑๐– ๒๐๑๒	๑๙
แผนภูมิที่ ๕ ข้อผิดพลาดทางการแพทย์จากการผ่าตัด ค.ศ. ๒๐๑๐ – ๒๐๑๒	๑๙
แผนภูมิที่ ๖ ข้อผิดพลาดและผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและหลังผ่าตัด	๒๐
แผนภูมิที่ ๗ ข้อแทรกซ้อนจากการรักษาที่ล่าช้า	๒๐
แผนภูมิที่ ๘ กระบวนการคุณภาพ	๒๒
แผนภูมิที่ ๙ ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง	๒๓

บทที่ ๑

บทนำ

๑.๑ ภูมิหลังความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความสำคัญในการศึกษาเรื่องนี้ บริบทของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่คือมีวิสัยทัศน์เป็นโรงพยาบาลชั้นนำทั้งด้านวิชาการและบริการด้านระบบประสาทในพื้นที่เขตภาคเหนือและมีพันธกิจเป็นศูนย์วิชาการชั้นนำทางการแพทย์ด้านระบบประสาทในพื้นที่เขตภาคเหนือด้านการวิจัย การถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านระบบประสาท และมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ในระดับตติยภูมิโดยยึดถือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีพื้นที่ ๑๒ ไร่ ตั้งอยู่ ณ.เลขที่ ๒ ถนนสุเทพ ต.สุเทพ อ.เมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีขนาด ๑๐๗ ไร่ ๓ งาน ๓๖ ตารางวา มีพื้นที่รับผิดชอบ ๑๗ จังหวัด ภาคเหนือ การที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางทางระบบประสาททำให้มีความเสี่ยงในด้านการให้บริการแก่ผู้มารับบริการโดยการบริการมี ๒ หน่วยงานหลักคือ ด้านประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ โดยให้บริการครอบคลุมโรคทางระบบประสาทแก่ผู้มารับบริการซึ่งเป็นโรคครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ได้แก่

๑) โรคความผิดปกติของโครงสร้างหรือการทำงานของสมอง กระดูกสันหลังและไขสันหลังตั้งแต่กำเนิด (Congenital Anomaly) เช่น ศีรษะโตจากโพรงน้ำในสมองขยายตัว (Congenital Hydrocephalus) โรคลมชักจากความผิดปกติของสมอง (Gastaut Lennox Syndrome) โรคลมชักจากภาวะไข้สูง (Febrile Convulsion) โรคเนื้อสมองยื่นออกด้านหน้าจากกระดูกฐานกะโหลกและกระดูกหน้าผากปิดไม่สนิท (Fronto – ethmoidal - encephalomeningocoele) โรคกระดูกสันหลังปิดไม่สนิททำให้เป็นก้อนที่สันหลังมีน้ำเลี้ยงไขสันหลังและเส้นประสาทอยู่ด้านใน (Lumbosacral meningo - encephalocoele) เป็นต้น

๒) โรคติดเชื้อทางระบบประสาท (Neurological Infection) อาจเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส เชื้อรา หรือพยาธิหรือไขพยาธิ เช่น โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis) โรคสมองอักเสบ (Encephalitis) โรคไขสันหลังอักเสบ (Myelitis) โรคฝีในสมอง (Brain Abscess) ฝีในไขสันหลัง (Spinal Abscess) โรคไขพยาธิในสมอง (Cerebral Cysticercosis) โรคหนอนพยาธิซ่อนอยู่ในระบบประสาท (Larva Migrans Profundus) จากพยาธิตัวจิ๋ว (Gnathostoma Spinigerum, Gnathostoma Hispidum) โรคติดเชื้อราในสมองโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Cryptococcal Infection) เป็นต้น

๓) โรคอุบัติเหตุของสมอง ไขสันหลัง กระดูกสันหลังหรือเส้นประสาท เช่น เลือดออกในกะโหลกศีรษะ (Intracranial Hematoma) ทั้งนอกเยื่อหุ้มสมอง (Epidural Hematoma) ใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subdural Hematoma) ในเนื้อสมอง (Intracerebral Hematoma) ในก้านสมอง (Brainstem Hematoma) สมองชอกช้ำ (Cerebral contusion, Diffuse Axonal Injury) กระดูก

สันหลังหักทับไขสันหลัง (Spinal and Spinal Cord Injury) ในทุกระดับ เส้นประสาทบาดเจ็บหรือขาด เป็นต้น

๔) โรคเนื้องอกหรือมะเร็งในสมอง (Brain Tumor, Cerebral Cancer) เช่นเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองหรือไขสันหลัง (Meningioma) , มะเร็งเนื้อสมอง (Glioblastoma Multiforme), มะเร็งจากอวัยวะอื่นกระจายมาที่สมอง (Metastatic Brain Tumor) เป็นต้น

๕) โรคหลอดเลือดสมอง เช่นเส้นเลือดโป่งพอง (Cerebral Aneurysm) โรคเส้นเลือดผิดปกติในสมอง (Cerebral Arterio-venous Malformation) โรคเส้นเลือดอุดตันในสมอง (Cerebral vascular occlusion) โรคเส้นเลือดตีบในสมอง (Ischemic Stroke) โรคเส้นเลือดแตกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) เป็นต้น

๖) โรคการเสื่อมสภาพของเซลล์ เนื้อเยื่อของระบบประสาทได้แก่ โรคพาร์กินสัน (Parkinson Disease) โรคสมองเสื่อม (Alzheimer Disease, Dementia, Cognitive Impairment) โรคไขสันหลังเสื่อม (Myelopathy) เส้นประสาทเสื่อม (Neuropathy) เป็นต้น

๗) โรคทางสมองซึ่งเกิดจากสารพิษต่างๆทั้งจากแร่ธาตุและพิษสัตว์ เช่นสารตะกั่ว (Lead Poisoning) ทองแดง (Copper Poisoning) สารทั้งสองชนิดมีผลต่อสมองและเนื้อเยื่อระบบประสาท พิษสะสมของทองแดงทำให้เกิดโรควิลสัน (Wilson Disease) หรือจาก

๘) พิษงู พิษจากอาหารเช่นในหน่อไม้ปิ้งที่ทำไมถูกต้องทำให้เกิดสารพิษ โบ툴ินัม (Botulinum Toxin) เป็นต้น

นอกจากนี้ยังรวมถึงโรคอื่นๆที่สัมพันธ์กับระบบประสาทด้วยปัจจุบันกลุ่มโรคที่คุกคามและเป็นปัญหาทั่วโลกคือโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มโรคเส้นเลือดตีบหรือตันในสมอง (Ischemic Stroke) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้รายงานเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๑ มีอัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วประเทศ ๑๙๖.๔๕ อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองทั่วประเทศ ๒๐.๗๒ อัตราป่วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคเหนือ ๒๕๕.๕๑ อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองในภาคเหนือ ๒๓.๔๗ (คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง x ๑๐๐,๐๐๐ / จำนวนประชากร)^(๑, ๒, ๓) จะเห็นว่าอัตราการป่วยและการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในภาคเหนือจะสูงกว่าระดับประเทศ แต่น้อยกว่าภาคกลางซึ่งมีอัตราการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ๒๗๔.๖๖ และอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ๒๖.๒๖

โรคทางระบบประสาทเป็นกลุ่มโรคที่มีความซับซ้อนในการรักษาและมีโอกาสเกิดผลแทรกซ้อนไม่พึงประสงค์ได้ง่าย และมีการสูญเสียปีสุขภาวะที่เกิดจากโรคและการบาดเจ็บของประชากร DALYs (Disability-Adjusted Life Years) (คำอธิบายในภาคผนวก ก หน้า ..) เป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวมที่เป็นปัญหาทั่วโลกโดยองค์การอนามัยโลกได้รายงานไว้เมื่อปี ค.ศ. ๒๐๐๕, ๒๐๑๕, ๒๐๓๐ ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ จำนวน DALYs ของโรคทางระบบประสาท และสัดส่วนเปอร์เซ็นต์ทั่วโลกDALYsในปี
ค.ศ.๒๐๐๕, ๒๐๑๕, ๒๐๓๐^๔

Cause category	๒๐๐๕		๒๐๑๕		๒๐๓๐	
	No. of DALYs (๐๐๐)	Percentage of total DALYs	No. of DALYs (๐๐๐)	Percentage of total DALYs	No. of DALYs (๐๐๐)	Percentage of total DALYs
Epilepsy	๗,๓๐๘	๐.๕๐	๗,๔๑๙	๐.๕๐	๗,๔๔๒	๐.๔๙
Alzheimer and other dementias	๑๑,๐๗๘	๐.๗๕	๑๓,๕๔๐	๐.๙๑	๑๘,๓๙๔	๑.๒๐
Parkinson's disease	๑,๖๑๗	๐.๑๑	๑,๗๖๒	๐.๑๒	๒๐๑๕	๐.๑๓
Multiple sclerosis	๑,๕๑๐	๐.๑๐	๑,๕๘๖	๐.๑๑	๖๔๘	๐.๑๑
Migraine	๗,๖๖๐	๐.๕๒	๗,๗๓๖	๐.๕๒	๗,๕๙๖	๐.๕๐
Cerebrovascular disease	๕๐,๗๘๕	๓.๔๖	๕๓,๘๑๕	๓.๖๓	๖๐,๘๖๔	๓.๙๙
Poliomyelitis	๑๑๕	๐.๐๑	๔๗	๐.๐๐	๑๓	๐.๐๐
Tetanus	๖,๔๒๓	๐.๔๔	๔,๘๗๑	๐.๓๓	๓,๑๗๔	๐.๒๑
Meningitis	๕,๓๓๗	๐.๓๖	๓,๕๒๘	๐.๒๔	๒,๐๓๙	๐.๑๓
Japanese encephalitis	๕๖๑	๐.๐๔	๓๐๔	๐.๐๒	๑๕๐	๐.๐๑
Total	๙๒,๓๙๒	๖.๒๙	๙๔,๖๐๘	๖.๓๙	๑๐๓,๓๓๕	๖.๗๗

ที่มา: ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก WHO)

โอกาสเกิดความเสี่ยงในองค์กรจึงมีได้ทุกขั้นตอน ตั้งแต่อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม สาธารณูปโภคเส้นทางการเข้ารับบริการในจุดต่างๆ สื่อแสดงการรับรู้ต่างๆทั้ง เสียง ป้าย การแนะนำจากบุคลากรด้านหน้า ในส่วนการรักษา ตั้งแต่การระบุอัตลักษณ์ของผู้มารับบริการ การพิสูจน์สิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ข้อมูลในการติดต่อทั้งของตัวผู้ป่วยหรือบุคคลที่สามารถติดต่อได้รวดเร็ว ข้อมูลสำคัญของการเจ็บป่วย ข้อมูลโรคประจำตัวหรือโรคร่วม เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคความดัน โรคเบาหวาน เป็นต้น ประวัติการแพ้ยาประวัติการสูบบุหรี่ สุรา และสารเสพติดอื่นๆ ประวัติประจำเดือน การคลอด และประวัติสำคัญอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับอาการสำคัญที่เป็นเหตุให้มารับบริการที่โรงพยาบาล ความเสี่ยงจากการตรวจชั้นสูตรบางอย่าง เช่น การแพ้สารทึบรังสีในการตรวจX-Ray ความเสี่ยงจากความผิดพลาดในการจ่ายยาทั้งผิดพลาดในเวชภัณฑ์ ขนาด จำนวน หรือการจ่ายยาผิดคน ด้านการเรียกเก็บเงินอาจมีการเก็บเงินผิดคน ผิดจำนวน หรือเก็บเงินในผู้ป่วยสิทธิบัตร ประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยไม่ต้องจ่าย รวมทั้งความเสี่ยงต่อผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน ด้าน

สิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยง จากการออกแบบ ความเหมาะสม การใช้ งานเพื่อการเข้าถึงทั้งของผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่ในการเข้าถึงผู้รับบริการ เช่น ห้องน้ำ อุปกรณ์ สำหรับการเช็ดตัว การขับถ่าย เป็นต้น การถ่ายเทของอากาศ อุณหภูมิ ความปลอดภัยต่างๆ ความ พร้อมใช้และความครบถ้วนของเครื่องมือ สภาพการปลอดภัยในพื้นที่ให้บริการเฉพาะที่อาจเกิด ผลกระทบต่อผู้ป่วย รวมทั้งความเสี่ยงในการรับรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับไปอยู่ที่ บ้าน นอกจากนั้นยังรวมถึงความเสี่ยงทางด้านการดำเนินงานที่มีผลต่อความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ

การรักษาคุณภาพในการให้บริการและการบริหารจัดการความเสี่ยงที่เกิดจากการ รักษาพยาบาลภาพพจน์และความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลถือว่าเป็นหัวใจสำคัญ ต่อการตัดสินใจเข้ามาใช้บริการของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ได้รับการรับรองมาตรฐานจากสถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล องค์การมหาชน (The health care accreditation institute, Public Organization) ซึ่งเป็นมาตรฐานระดับประเทศไทยทางการให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ และการบริหารองค์กรครั้งแรกเมื่อวันที่ ๑๕ เดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ ครั้งที่ ๒ ได้รับการรับรองเมื่อ วันที่ ๒๒ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยมีผลการรับรอง ๓ ปีจึงต้องรักษาคุณภาพให้คงอยู่ใน ระดับมาตรฐานและเตรียมพร้อมในการเข้าร่วมประชาคมอาเซียนและระดับสากล

ความเสี่ยงจากการถูกฟ้องร้อง ปัจจุบันประชาชนมีความรู้ความสามารถในการสืบค้นข้อมูล หาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคภัยต่างๆ การเจ็บป่วย และเรื่องสิทธิของผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้มีความเสี่ยง จากการถูกฟ้องร้องจากการให้บริการด้านรักษาพยาบาลที่ไม่ตอบสนองความพึงพอใจของผู้มารับ บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคทางระบบประสาทที่มีความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน ความพิการ หรือ เสียชีวิตได้ ดังนั้น ในเรื่องสิทธิของผู้ป่วยในการรับรู้ เข้าใจข้อมูล ความคาดหวังของผู้ใช้บริการ กระบวนการตอบสนองในการให้บริการและการแก้ไขปัญหาเมื่อมีเรื่องร้องเรียนจากผู้รับบริการ จึง เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องพัฒนาเพื่อตอบสนองความพึงพอใจของผู้มารับบริการ

ความเสี่ยงในด้านการแข่งขันในปัจจุบันโรงพยาบาลหลายแห่งมีการตื่นตัวในการปรับ มาตรฐานทั้งทางด้านวิชาการและบริการ มีการใช้สื่อประชาสัมพันธ์สร้างภาพลักษณ์ขององค์กร ทั้ง ด้านการให้บริการด้านหน้า (Front Office) ความสะดวกรวดเร็วเทคนิคการรักษา เทคโนโลยีที่ ทันสมัย สถานที่และอาคารที่ทันสมัย ทำให้ประชาชนสามารถเลือกใช้สถานพยาบาลที่ตัวเองเลือกได้ ง่ายขึ้น แต่อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลภาครัฐยังมีข้อจำกัด ทั้งตัวอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม ความแออัด ของผู้มารับบริการบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญลาออกหรือขาดความกระตือรือร้นจึงล้วนเป็นความเสี่ยงที่ ต้องศึกษาและบริหารจัดการ

ความเสี่ยงทางด้านการเรียกเก็บเงิน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา (พ.ศ.๒๕๕๕) โรงพยาบาลมี หนี้สูญจากการเรียกเก็บเป็นจำนวน ๑๗,๑๙๕,๖๗๖ บาท จากสิทธิประกันสุขภาพ (๓๐ บาท) สิทธิ ข้าราชการ และแรงงานต่างด้าว โดยส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพ (๓๐ บาท) เป็นจำนวน ๑๖,๙๙๑,๐๔๔ บาท ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่สะท้อนถึงการบริหารจัดการด้านการเงินที่ยังขาด ประสิทธิภาพ

ดังนั้นการบริหารจัดการด้านความเสี่ยง จึงเป็นการยกระดับองค์กรให้มีการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพระดับสากลให้เป็นที่ยอมรับของผู้มารับบริการและสร้างโอกาสให้องค์กรสามารถแข่งขันกับประเทศในประชาคมอาเซียนได้

ปัจจุบันมีการดำเนินการด้านการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โดยมี คณะกรรมการจัดการความเสี่ยง (Risk Management Committee) รับผิดชอบ มีหน้าที่วางแผนการดำเนินงานค้นหาความเสี่ยง ติดตาม ประเมินผลและพัฒนา

ในการค้นหาความเสี่ยงได้มีการออกแบบฟอร์มรายงานขององค์กร กำกับเป็นพื้นฐานในการรายงาน และช่องทางอื่นๆเช่น จากกล่องร้องเรียน เว็บไซต์ (Web Site) ทางโทรศัพท์ สื่อต่างหรือ แม้กระทั่งจากการสังเกต

แต่ในการดำเนินงานภายหลังได้ข้อมูล การดำเนินการแก้ไขมักประสบปัญหาในการจัดการทางด้านปฏิบัติ ขาดผู้รับผิดชอบโดยตรงในการจัดการกับปัญหา จึงเห็นว่าควรมีการศึกษาในเชิงการบริหารจัดการด้านการบริหารประสานความเสี่ยงในองค์กรเป็นเรื่องสำคัญขององค์กรและจำเป็นต้องยกระดับในการเป็นองค์กรที่น่าเชื่อถือและไว้วางใจ (High reliability and Trust Organization) ในการเตรียมเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี พ.ศ.๒๕๕๘ เพื่อเป็น Medical Hub ตามนโยบายของรัฐบาล ดังนั้นจะเห็นว่าขบวนการในการรักษาโรคทางระบบประสาทมีความยุ่งยาก ซับซ้อน มีโอกาสเกิดผลกระทบบໍ่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วยได้ทุกขั้นตอน ถึงแม้ภายในองค์กรจะมีการจัดการความเสี่ยง แต่ยังมี ความเสี่ยงที่บໍ่พึงประสงค์เกิดขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน บໍ่มีความรับผิดชอบ หรือมีรายงาน เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากกลัวความผิด หรือตั้งใจละเลย ตลอดจนผู้บริหารระดับสูงในแต่ละสายงาน ละเลยต่อความรับผิดชอบในการกำกับ ติดตาม ประเมินผลจึงทำให้ในปีงบประมาณที่ผ่านมา (๒๕๕๕) ไม่มีขบวนการจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ การบริหารจัดการประสานความเสี่ยงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในรูปแบบบูรณาการ รับรู้และรับผิดชอบร่วมกัน และเป็นการสร้างทีมในการทำงานโดยมีเป้าหมายอันเดียวกัน สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์ และพันธกิจ

๑.๒ วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- ๑.๒.๑ เพื่อศึกษาหาวิธีการลดความเสียหายที่เกิดจากความเสี่ยงต่อองค์กร
- ๑.๒.๒ เพื่อศึกษาพฤติกรรมของบุคลากรผู้รับผิดชอบโดยตรง (Owner Process) ในองค์กร
- ๑.๒.๓ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของแนวทางในการจัดการความเสี่ยงที่ดำเนินการมาก่อน
- ๑.๒.๔ เพื่อศึกษาการบริหารความเสี่ยงขององค์กรในทุกมิติ

๑.๓ ขอบเขตการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา และระเบียบวิธีการศึกษา

ศึกษาความเสี่ยงทุกระดับทั้งภายในและภายนอกองค์กรที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ระยะเวลาการศึกษา ๒ เดือน ตั้งแต่วันที่ ๑ เดือนมิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๖ ถึง วันที่ ๓๑ เดือนกรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๖ โดยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกรายงานความเสี่ยงของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๕ ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.๒๕๕๖

ระเบียบวิธีการศึกษา ศึกษาจากแบบบันทึกรายงานความเสี่ยงขององค์กร จัดทำบัญชีและลำดับความสำคัญของความเสี่ยง นำข้อมูลความเสี่ยงมาจัดกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูล นำมาประเมินผลเพื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนาองค์กรต่อไป

๑.๔ ประโยชน์ของการศึกษา

ได้ทราบถึงปัจจัยต่างๆที่มีผลกระทบต่อภาพลักษณ์และชื่อเสียงขององค์กร นำผลการศึกษามาพัฒนาด้านการบริหารจัดการเพื่อป้องกัน หรือลดความเสี่ยง สร้างบรรยากาศในองค์กรให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (KM) เพื่อสร้างองค์ความรู้เป็นภูมิคุ้มกัน ให้เกิดการตระหนักในการป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงซึ่งเป็นขบวนการเชิงรุก ส่งบุคลากรเพื่อรับการอบรม พัฒนาความรู้ ทักษะ ให้สอดคล้องกับช่องว่างขององค์ความรู้หรือปัญหาที่ทำให้เกิดความเสี่ยง (Gap) ซึ่งเป็นการจัดการโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base) มาดำเนินการ นำผลการศึกษามาออกแบบโครงสร้าง (Structure) ในการบริหารจัดการมอบหมายงานให้ตรงกับบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบและเหมาะสม (Command line) พร้อมทั้งสร้างผังการทำงานกำกับให้เห็นชัดเจน (Work Flow) ในการดำเนินการแบบบูรณาการในทุกกระนาบ รวมทั้งพัฒนาความรู้และทักษะในการบริหารจัดการของผู้บริหารระดับสูงขององค์กร

บทที่ ๒

แนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

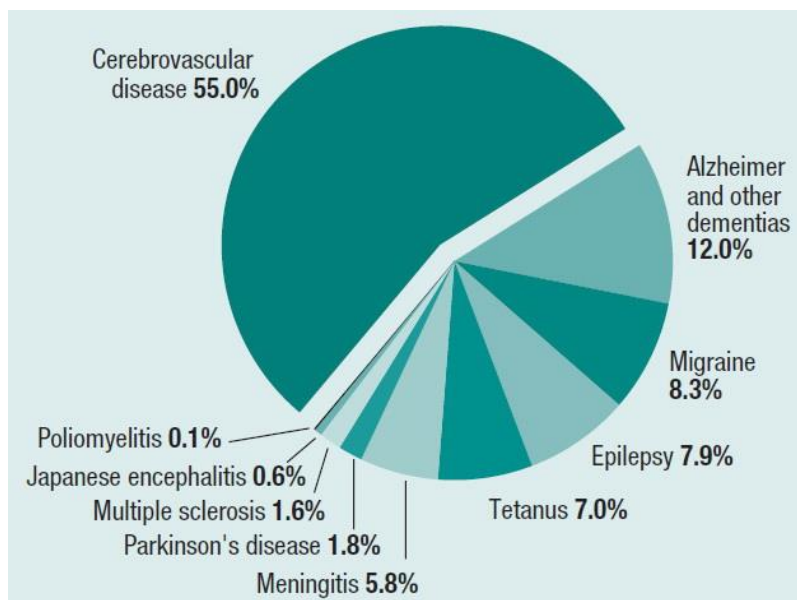
การเปลี่ยนแปลงของกระแสโลกในปัจจุบันทำให้เกิดการพัฒนาด้านบริหารจัดการองค์กร นวัตกรรมและเครื่องมือต่างๆถูกนำมาใช้เพื่อให้องค์กรก้าวสู่ความเป็นเลิศ การเทียบเคียงองค์กรที่ประสบความสำเร็จ (Benchmark) การศึกษาจากตัวอย่างดีเลิศ (Best Practice) ในระดับสากล ล้วนมีวัตถุประสงค์เพื่อนำองค์กรให้ประสบความสำเร็จในระยะเวลารวดเร็ว ก้าวนำองค์กรอื่นได้มีความเป็นพลวัต (Dynamic) ตลอดเวลาและมีความยั่งยืน

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ได้จัดทำแผนดำเนินการสอดคล้องกับกรมการแพทย์ ซึ่งเป็นสายบังคับบัญชาโดยตรง และกรมการแพทย์ได้รับมอบหมายภารกิจหลักจากกระทรวงสาธารณสุข รายละเอียดของแผนการดำเนินการ กระทรวงสาธารณสุขตามนโยบายของรัฐบาล นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๖ (ภาคผนวก ข หน้า ..) และแผนปฏิบัติราชการ ๔ ปี ของกรมการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๕๙ (ภาคผนวก ค หน้า ..) แผนร่างนโยบายกรมการแพทย์สู่ประชาคมอาเซียน (AEC) (ภาคผนวก ง หน้า ..) โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่เป็นหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค ได้รับมอบหมายภารกิจให้เป็นศูนย์ความเป็นเลิศทางระบบประสาทในภาคเหนือ เพื่อการพัฒนางค์กรให้สอดคล้องกับการเตรียมองค์กรเข้าสู่ประชาคมอาเซียน จำเป็นต้องวิเคราะห์องค์กร หาช่องว่าง (Gap Analysis) ในองค์กรเพื่อพัฒนา ความเสี่ยงต่างๆจึงเป็นประเด็นพื้นฐานสำคัญใน การสร้างมาตรฐานขององค์กรให้เกิดความเชื่อมั่นในด้านคุณภาพการให้บริการในทุกมิติ

ในกลุ่มประเทศอาเซียน ไม่มีประเทศไหนที่มีโรงพยาบาลที่ให้บริการเฉพาะทางทางระบบประสาท แม้กระทั่งประเทศสิงคโปร์ที่มีความเจริญก้าวหน้าในหลายๆด้าน ในประเทศไทยมีโรงพยาบาลทางระบบประสาท ๒ แห่ง คือสถาบันประสาทวิทยาไท ตั้งอยู่ที่เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร แห่งที่ ๒ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ตั้งอยู่ที่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

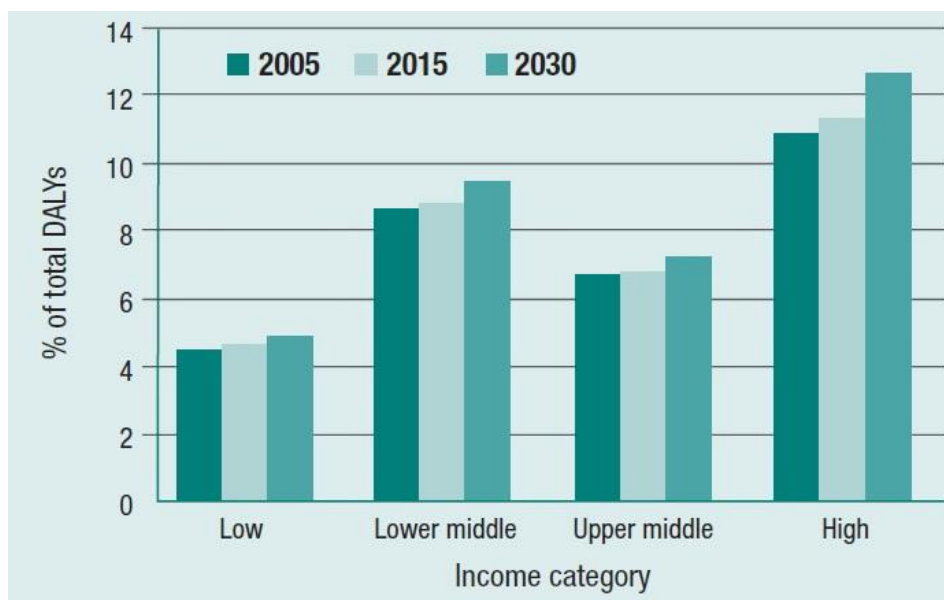
ในประเทศอาเซียนอื่นๆ การให้บริการรักษาโรคทางระบบประสาทจะมีการจัดตั้งเป็นหน่วยหรือแผนกอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไป (General Hospital) ขนาดใหญ่ เพราะการจัดตั้งโรงพยาบาลเฉพาะทางมีการลงทุนสูง ทั้งการจัดหาพื้นที่ที่เหมาะสม อาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึง และส่งเสริมต่อประสิทธิภาพในการรักษา การสรรหาบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านงบประมาณ การบริหารจัดการ การเป็นโรงพยาบาลต้นแบบและศูนย์ด้านเครือข่ายโรคทาง ระบบประสาท จึงเป็นลักษณะเฉพาะเพื่อสร้างผลผลิตที่เป็นเลิศ การเทียบเคียงองค์กรที่ประสบความสำเร็จ (Benchmark) การศึกษาจากตัวอย่างดีเลิศ (Best Practice) การสืบค้นหาข้อมูล การศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มประเทศอาเซียน จึงไม่สามารถหาได้ มีเพียงการศึกษาเปรียบเทียบศักยภาพโดยรวมของการให้บริการสุขภาพภาคเอกชนในกลุ่มประเทศอาเซียน มีการรวบรวมการสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคทางระบบประสาทที่เป็นปัญหา ความเสี่ยงทั่วโลกอันดับแรกๆของการ

ก่อให้เกิดความพิการ รายงานโดยองค์การอนามัยโลกดังแผนภูมิที่ ๑ และความสัมพันธ์กับรายได้ดังแผนภูมิที่ ๒



แผนภูมิที่ ๑ DALYs ของโรคทางระบบประสาท^๕

ที่มา: ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก WHO



แผนภูมิที่ ๒ DALYs โรคทางระบบประสาท ๒๐๐๕, ๒๐๑๕, ๒๐๓๐ ตามรายได้ของ ธนาคารโลก^๕

ที่มา: ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก WHO

โรคระบบประสาทที่เป็นปัญหาในระดับประเทศ

มีรายงานการศึกษามากมายที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบประสาท แต่โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมองพบมากที่สุด ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม เป็นปัญหาที่ทุกประเทศเผชิญทั่วโลก ในปี ค.ศ. ๑๙๙๐

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๒ รองจากโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหัวใจขาดเลือด^๖ และพบว่ามีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองเป็นจำนวน ๕.๕ ล้านคนในปี ค.ศ. ๒๐๐๑ หรือ ๙.๖% ของการตายจากทุกสาเหตุ^๗ WHO ประมาณว่าทุกปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ๑๕ ล้านคนทั่วโลก ๕ ล้านคนพิการถาวร จำนวน ๒/๓ อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา คาดว่าปี ๒๕๖๓ จะเพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่า

นอกจากนั้นยังพบว่า ในประเทศกำลังพัฒนาพบมีผู้เสียชีวิตจำนวนสองในสาม มีถึง ๔๐% เป็นผู้มีอายุน้อยกว่า ๗๐%^๘ และมีความพิการเป็นจำนวนมาก เป็นภาระต่อครอบครัว ญาติพี่น้อง มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ ด้านความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในเชื้อชาติ พบว่าการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแยกตามประเภท ในประชากรกลุ่มคอเคเซียน (Caucasian) ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มเส้นเลือดตีบในสมอง ๘๐% เส้นเลือดแตกในสมอง ๑๐%-๑๕% (Intracerebral Hematoma) เส้นเลือดแตกใต้เยื่อหุ้มสมอง (Subarachnoid Hemorrhage) มีจำนวน ๕% ที่เหลือเกิดจากสาเหตุอื่นๆ^{๙-๑๒} ในเชื้อชาติเอเชีย มีการเกิดเส้นเลือดแตกในสมอง ๒๐%-๓๐% ทั้งนี้อาจเป็นเพราะขาดเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ตรวจสมอง (CT Scan) ที่เพียงพอ หรือการใช้เกณฑ์มาตรฐาน (Standard Criteria) ในการตรวจวินิจฉัยโรค^{๑๓,๑๔} มีการศึกษาในประเทศฮ่องกง ประเทศไต้หวัน ประเทศเกาหลี ประเทศสิงคโปร์ ประเทศไทย ประเทศฟิลิปปินส์ ประเทศอินโดนีเซียพบมีการเกิดโรคเส้นเลือดตีบและเส้นเลือดแตกในสมองตั้งแต่ ๒๐% ถึง ๓๓%^{๑๕}

ในประเทศอาร์เจนตินา ชนพื้นเมืองมีเส้นเลือดแตกในสมองมากกว่ากลุ่มเชื้อชาติคอเคเซียน (Caucasian)^{๑๖} ในทวีปแอฟริกา มีข้อมูลลงทะเบียนโรงพยาบาลจำนวนน้อยพบเส้นเลือดแตกในสมอง^{๑๗,๑๘}

จากการตรวจวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ตรวจสมอง (CT Scan) ๒๖% ถึง ๓๓%^{๑๙} การเกิดเส้นเลือดแตกในสมองมีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูง และระดับไขมันในเลือด^{๒๐,๒๑} ในกรณีความดันโลหิตสูงและมีระดับไขมันในเลือด (Cholesterol) ต่ำมักพบกลุ่มเส้นเลือดแตกในสมอง โดยเฉพาะในประเทศตะวันตก^{๒๒} มีการใช้ค่ากลางของระดับไขมันในเลือด (Cholesterol) ในการพิจารณาสัดส่วนกลุ่มกลุ่มเส้นเลือดแตก และเส้นเลือดตีบในสมอง การบริโภค สุรา บุหรี่ ขาดการออกกำลังกายทำให้เกิดความเสี่ยง ๑๕ - ๓๐ สัดส่วนกลุ่มกลุ่มเส้นเลือดแตกในสมอง ในยุโรปและสหรัฐอเมริกา มี ๑๕% ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (South-East Asian Region) และแปซิฟิกตะวันตก (Western Pacific Region) มี ๓๐%^{๒๓} นอกจากนี้ในการศึกษายังพบว่ามีความสัมพันธ์กับความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ๕๐%^{๒๔} ความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองจะเพิ่มเป็นสองเท่าเมื่อความดันโลหิตเพิ่มทุก ๗.๕ มม.ปรอท ของความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic pressure) การทานยาลดความดันโลหิตสูงสามารถลดความเสี่ยงได้ถึง ๓๘%^{๒๓,๒๔} ปัจจัยเสี่ยงอีกอย่างหนึ่งคือบุหรี่โดยเพิ่มความเสี่ยงของเส้นเลือดตีบในสมองอย่างน้อยเป็นสองเท่า^{๒๕} ผู้สูบบุหรี่จัดมีความเสี่ยงมากกว่าผู้สูบบุหรี่น้อยและผู้อยู่ในพื้นที่ที่มีควันบุหรี่ก็มีความเสี่ยงเช่นกัน^{๒๖} มีข้อมูลสนับสนุนว่ามีผู้สูบบุหรี่ทั่วโลก

๑.๒ พันล้านคน^{๒๗} ในประเทศจีนมี ๓๐๐ ล้านคน^{๒๘-๓๑} นอกจากนั้นความอ้วนก็เป็นปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดเส้นเลือดตีบในสมองเช่นกัน

ในประเทศไทยสถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง

รายงานการศึกษาโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทพบ พ.ศ. ๒๕๕๑ พบว่าอัตราผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง ๒๕๗/๑๐๐,๐๐๐ ผู้ป่วยนอก ๙๘๐/๑๐๐,๐๐๐ คน และในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราเสียชีวิต ๒๑/๑๐๐,๐๐๐ คน รองจากมะเร็งและโรคหัวใจ คาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ คนไทยจะมีอายุเฉลี่ย ๗๕.๖ ปี (ชาย ๖๘ ปี หญิง ๗๕ ปี) ในปี พ.ศ.๒๕๕๑ ผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยในจากโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ ๙๙๕/๑๐๐,๐๐๐ คน ประเทศไทย คาดว่ามีผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปี ๑๕๐,๐๐๐ ราย ปี ๒๕๕๒ เสียชีวิต ๒๑ ต่อแสนประชากร (๓๗คน/วัน) คนไทยอายุ ๑๕-๗๔ ปี

พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐ พบความชุกโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต เพิ่มขึ้นเป็น ๐.๕ ล้านคน (ร้อยละ ๑.๑) พ.ศ.๒๕๕๑ ผู้ป่วยนอก ๙๘๐/๑๐๐,๐๐๐ คน ค่ารักษาเฉลี่ย ๑,๖๒๙ บาทต่อราย ผู้ป่วยใน ๒๕๗/๑๐๐,๐๐๐ คน (๔๔๖/วัน) ค่ารักษาเฉลี่ย ๒๙,๕๗๑ บาทต่อราย ค่ารักษาทั้งสิ้น ๒,๙๗๓ ล้านบาทต่อปี หากประมาณการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๐.๕ ล้านคนจะต้องเสียค่ารักษาประมาณ ๒๐,๖๓๒ ล้านบาทต่อปี^{๓๒} ปี พ.ศ.๒๕๕๓ มีรายงานผู้ป่วยใหม่โรคหลอดเลือดสมองจำนวน ๓๒,๒๑๐ รายอัตราป่วย ๕๐.๕๖ ต่อประชากรแสนคนและผู้ป่วยสะสม (พ.ศ. ๒๕๔๙-๒๕๕๓) จำนวน ๑๔๐,๒๔๓ รายอัตราความชุก ๒๒๐.๑๖ ต่อประชากรแสนคนจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ๓๒,๒๑๐ ราย จำแนกเป็นเพศชาย ๑๘,๐๐๐ ราย อัตราป่วย ๕๗.๓๘ต่อประชากรแสนคนและเพศหญิง ๑๔,๒๑๐ ราย อัตราป่วย ๔๓.๙๕ ต่อประชากรแสนคนอัตราส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ ๑.๒๗ : ๑ จำแนกตามกลุ่มอายุพบสูงสุดในกลุ่มอายุ ๖๐ปีขึ้นไป ๑๙,๙๔๓ รายอัตราป่วย ๒๖๗.๖๓ ต่อประชากรแสนคน รองลงมา กลุ่มอายุ ๔๐ - ๕๙ ปี ๖,๖๐๘ ราย อัตราป่วย ๘๘.๑๔ ต่อประชากรแสนคนกลุ่มอายุ ๔๐ - ๔๙ ปี ๓,๓๐๘ ราย อัตราป่วย ๓๑.๖๗ ต่อประชากรแสนคนและกลุ่มอายุต่ำกว่า ๔๐ ปี ๒,๓๕๐ ราย อัตราป่วย ๖.๑๓ ต่อประชากรแสนคนจากการรายงานผู้ป่วยรายใหม่พบว่าจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด คืออ่างทองอัตราป่วย ๔๐๑.๙๑ ต่อประชากรแสนคนรองลงมาคือ ราชบุรี (๒๖๗.๓๓) และสงขลา (๒๕๐.๕๘)ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่จำนวน ๓๒,๒๑๐ รายพบอาการอัมพาต ๑๘,๘๑๖ ราย ร้อยละ ๕๘.๔๒รองลงมาคือเนื้อสมองตายจากการขาดเลือด ๘,๓๕๖ ราย ร้อยละ๒๕.๙๔ และเลือดออกในสมองใหญ่ ๓,๒๓๑รายร้อยละ ๑๐.๐๓ ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองสะสมจำนวน ๑๔๐,๒๔๓ รายพบอาการอัมพาต ๗๙,๒๖๔ รายร้อยละ ๕๖.๕๒ รองลงมา คือเนื้อสมองตายจากการขาดเลือด ๓๖,๒๑๘ รายร้อยละ ๒๕.๘๓ และเลือดออกในสมองใหญ่ ๑๗,๓๔๑ รายร้อยละ ๑๒.๓๖ เลือดออกในสมองที่อื่นๆ ๔,๓๗๖ ราย ร้อยละ ๓.๑๒ และเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง ๓,๐๔๔ ราย ร้อยละ ๒.๑๗ ตามลำดับ^{๓๓}

๒.๑ แนวคิดทฤษฎีด้านความเสี่ยงในสถานบริการสุขภาพ

๒.๑.๑ Lean and Seamless^{๓๔}

คำนิยามของ Lean ความสูญเสียจากการทำงานหรือการใช้ทรัพยากรอย่างไม่มีประสิทธิภาพ Lean ในระดับองค์กร คือการจัดความสูญเสียของการใช้ทรัพยากรโดยรวม

คำนิยาม Seamless คือ ต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ ในการให้บริการ

การปรับปรุงคุณภาพขององค์กรให้มีประสิทธิภาพสูงสุดและได้คุณภาพจึงควรมีทั้ง Lean และ Seamless ควบคู่ไปด้วยการให้บริการของโรงพยาบาลก็คือ ระบบบริการสุขภาพที่บูรณาการ ผสมผสานหรือเชื่อมต่อกันแบบสนิทเป็นระบบบริการที่ไม่เกิดการสูญเสีย (Waste) โดยทั่วไปทุกหน่วยงานจะมีหน่วยบริการหลายระดับ หลายส่วน กระจายอยู่ตามพื้นที่ต่างๆ ถ้ามีการจัดการแบบ Seamless healthcare จะทำให้กระบวนการบริการทั้งด้านการสื่อสารข้อมูลเป็นไปอย่างทั่วถึง ทันเวลา และความหมายก็ไม่เปลี่ยนไปจากเดิม มีความสัมพันธ์ สอดคล้องกันไป ทั้งการรับรู้ การประมวลผล ตอบสนองต่อความพึงพอใจผู้รับบริการ

๒.๑.๒ ธรรมาภิบาล (Good Governance)^{๓๕} ประกอบด้วย ๔ หลัก

ธรรมาภิบาล (Good Governance) คือ การปกครอง การบริหารการจัดการการควบคุมดูแล กิจกรรมต่าง ๆ ให้เป็นไปในครรลองธรรมนอกจากนี้ยังหมายถึงการบริหารจัดการที่ดี ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ทั้งภาครัฐและเอกชนธรรมที่ใช้ในการบริหารงานนี้ มีความหมายอย่างกว้าง กล่าวคือ หากได้มีความหมายเพียงหลักธรรมทางศาสนาเท่านั้น แต่รวมถึง ศีลธรรม คุณธรรม จริยธรรมและความถูกต้องชอบธรรมทั้งปวง ซึ่งวิญญูชนพึงมีและพึงประพฤติปฏิบัติ

ธรรมาภิบาลเป็นหลักการที่นำมาใช้บริหารงานในปัจจุบันอย่างแพร่หลาย ด้วยเหตุเพราะช่วยสร้างสรรค์และส่งเสริมองค์กรให้มีศักยภาพและประสิทธิภาพ อาทิพนักงานต่างทำงานอย่างซื่อสัตย์สุจริตและขยันหมั่นเพียรทำให้ผลประกอบการขององค์กรธุรกิจนั้นขยายตัวนอกจากนี้แล้วยังทำให้บุคคลภายนอกที่เกี่ยวข้อง ศรัทธาและเชื่อมั่นในองค์กรนั้น ๆ อันจะทำให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ประชาชนตลอดจนส่งผลดีต่อเสถียรภาพขององค์กรและความเจริญก้าวหน้า เป็นต้น

ขั้นตอนในการดำเนินการตามหลักธรรมาภิบาลสามารถจำแนกรายละเอียดเป็นขั้นตอนได้ดังนี้

๑) ยึดมั่นในหลักของวัตถุประสงค์ในการให้บริการแก่ประชาชนหรือผู้ที่มาใช้บริการ (Clear statement-high service quality) มีการประกาศ (statement) พันธกิจวัตถุประสงค์ขององค์กรที่ชัดเจนและใช้เป็นแนวทางในการวางแผน การปฏิบัติงานขององค์กรนั้นๆ

๒) ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพในหน้าที่และบทบาทขององค์กร (Public Statement) แจ้งให้ประชาชนได้ทราบในการประกาศสาธารณะ (Public Statement) ถึงหน้าที่และความรับผิดชอบโดยระบุให้ทราบถึงการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับขนาดและความซับซ้อน (Complexity) ขององค์กร

๓) ส่งเสริมค่านิยม (Values) ขององค์กร แสดงให้เห็นถึงคุณค่าของธรรมาภิบาล โดยการปฏิบัติหรือพฤติกรรม (Behaviors, moral, integrity and etiquette in the

responsiveness to the diverse public) ผู้บริหารควรทำตัวเป็นตัวอย่าง กำกับ ติดตาม ประเมินผล ในการให้บริการแก่ผู้รับบริการ ประชาชนทุกระดับอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน

๔) มีการสื่อสารที่ดีการตัดสินใจอย่างโปร่งใส และมีการบริหารความเสี่ยงที่รัดกุม มีการสื่อสารรับรู้อย่างสองทาง (Providing information to flow two-ways) มีระบบตรวจสอบการทำงานเพื่อให้แน่ใจว่าขั้นตอนดำเนินไปตามแผนการทำงานมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลต่างๆที่ผลิตโดยองค์กร

๕) พัฒนาศักยภาพและความสามารถของส่วนบริหารจัดการอย่างต่อเนื่องและให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น (ผู้บริหารต้องมีความสามารถและพัฒนาตัวเองอย่างต่อเนื่องมีความรับผิดชอบในผลงานโดยการประเมินผลงานเป็นระยะๆ ทั้งนี้รวมทั้งการประเมินความต้องการในการฝึกอบรมหรือการพัฒนาทักษะที่ต้องการใช้ในการปฏิบัติหน้าที่

๖) การเข้าถึงผู้รับบริการ ประชาชนกำกับ ส่งเสริมบุคลากรให้มีความรับผิดชอบต่อการทำงานและผลงานอย่างจริงจัง

ธรรมาภิบาลและการบริหารความเสี่ยงทั้งสองเรื่องเป็นเครื่องมือที่ช่วยส่งเสริมการดำเนินงานขององค์กรให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพแก้ไขได้ตรงกับสาเหตุ ช่วยลดการสูญเสียหรือให้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้โดยต้องมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านธรรมาภิบาลที่อาจเกิดขึ้นกับกระบวนการหลักนั้นคือ แผนงาน / โครงการที่สำคัญตามนโยบายของกรมการแพทย์ซึ่งรับนโยบายจากรัฐบาลสามารถสรุปกระบวนการประเมินความเสี่ยงตามหลักธรรมาภิบาลได้พอสังเขป ดังนี้

๑) ตรวจสอบข้อมูลในเบื้องต้นเช่นเอกสารหรือรายงานการสำรวจโครงการเบื้องต้นและรายงานการศึกษาความเป็นไปได้ในเบื้องต้นถึงความเป็นไปได้อย่างที่สามารถดำเนินโครงการให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้หรือไม่ซึ่งความเสี่ยงในขั้นตอนนี้เป็นการริเริ่มแผนงาน / โครงการโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงเชิงยุทธศาสตร์ต่างๆ หลักการมีส่วนร่วมและการเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงาน / โครงการ

๒) วิเคราะห์การวางแผนรายละเอียดโครงการโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความสมเหตุสมผลและครอบคลุมขอบเขต กฎ ระเบียบข้อบังคับ และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ ความคุ้มค่าความพร้อมในการดำเนินการ เทคโนโลยี และความเสี่ยงของโครงการ

๓) วิเคราะห์การจัดทำค่าของงบประมาณโดยนำข้อมูลต่างๆ ทั้งหมดมาวิเคราะห์เพื่อลำดับความสำคัญโครงการและการจัดทำค่าของงบประมาณซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญโดยส่งผลต่อการบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้และที่สำคัญต้องอยู่บนพื้นฐานของความสมเหตุสมผลและความคุ้มค่าในการใช้จ่ายงบประมาณเป็นสำคัญ ความโปร่งใส ใช้กฎหมายข้อบังคับหรือมติมาใช้ในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมการเปิดเผยข้อมูลค่าของงบประมาณให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบและแสดงความเห็น

๔) ตรวจสอบความคืบหน้าของการดำเนินงานจริงเปรียบเทียบกับแผนปฏิบัติงานและแผนงบประมาณที่กำหนดไว้การปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติงานและแผนงบประมาณรายงานความคืบหน้าโครงการและข้อเสนอแนะตามระยะเวลาที่กำหนด

๕) ตรวจสอบสถานภาพของโครงการต่อเนื่องโดยการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานจริงเปรียบเทียบกับแผนที่กำหนดทั้งในเชิงปริมาณคุณภาพ และงบประมาณ โครงการที่ดำเนินการ

แล้วเสร็จ และต้องการขยายผลของโครงการโดยการทบทวนและตรวจสอบผลผลิต ผลลัพธ์และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการจริงเปรียบเทียบกับเป้าหมายตัวชี้วัดที่โครงการกำหนดไว้

ความเสี่ยงด้านธรรมาภิบาลที่อาจเกิดขึ้นประกอบด้วย

๑) ประสิทธิภาพ : การทำแผนไปสู่การปฏิบัติไม่ทั่วทั้งองค์กร ผลผลิตไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของแผนงานหรือผลผลิตไม่เป็นไปตามเป้าหมายในเชิงคุณภาพที่กำหนด

๒) ประสิทธิภาพ : ระบบ กระบวนการขั้นตอนการปฏิบัติงาน ล่าช้า ชັบซ้อนและยุ่งยากผลผลิตไม่ตรงกับระยะเวลาและกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด

๓) การมีส่วนร่วม : การปิดกั้นโอกาส ไม่เปิดช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร การปฏิเสธการรับรู้ความต้องการของผู้รับบริการ ตรงข้ามกับการมีส่วนร่วมด้านธรรมาภิบาลซึ่งต้องเปิดโอกาสให้บุคลากร ผู้รับบริการ ลูกค้า ผู้มีส่วนได้เสียกับองค์กรมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลทั้งโดยช่องทางที่องค์กรจัดให้ เช่น กล้องรับซื้อร้องเรียน โทรศัพท์ สื่อสารสนเทศต่างๆเพื่อนำไปดำเนินการพัฒนาองค์กรให้ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ

๔) ความโปร่งใส : ไม่เปิดเผยข้อมูลเพื่อการตรวจสอบการทำงาน เปิดเผยข้อมูลไม่ครบถ้วนบิดเบือนข้อเท็จจริงไม่เปิดเผยข้อมูลและขั้นตอนการดำเนินงาน

๕) การตอบสนอง : ไม่ตอบสนองต่อวัฒนธรรม ประเพณีท้องถิ่น ไม่ตอบสนองต่อข้อเรียกร้องไม่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อองค์กร

๖) ภาวะรับผิดชอบ : ไม่รับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้น เกี่ยง โยนความผิดให้ผู้อื่น ไม่ยินดีให้มีการตรวจสอบ ไม่รับผิดชอบต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสังคมและองค์กร

๗) นิติธรรม : ใช้ช่องโหว่ของกฎหมายระเบียบและอำนาจเพื่อ เอื้อแสวงหาผลประโยชน์ให้ตนเอง ข้อความในระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างคลุมเครือไม่ชัดเจน

๘) การกระจายอำนาจ : มอบอำนาจให้ผู้ปฏิบัติไม่ตรงความรู้ความสามารถ กลัวเสียผลประโยชน์ ขาดการควบคุมและติดตาม ผู้รับมอบอำนาจขาดความรับผิดชอบ ขาดความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง

๙) ความเสมอภาค : ปฏิบัติต่อผู้รับบริการอย่างไม่เป็นธรรม เอื้อประโยชน์ต่อกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ไม่เปิดเผยข้อมูลและขั้นตอนการบริการต่อผู้รับบริการอย่างเท่าเทียม

การวิเคราะห์ความเป็นไปได้และระดับความเสี่ยงโดยการกำหนดปัจจัยเสี่ยงของแผนงานหรือโครงการโอกาสที่จะเกิดผลกระทบอย่างใดระดับความเสี่ยงของแต่ละขั้นตอนของการปฏิบัติงานจากนั้นทำการจัดลำดับความเสี่ยงจากมากไปน้อย และการจัดการความเสี่ยงพิจารณาการดำเนินการในปัจจุบันว่าขั้นตอนของการปฏิบัติงานนั้นๆสามารถที่จะลดความเสี่ยงได้หรือไม่ อย่างไร มีการดำเนินการเพิ่มเติมหรือไม่อย่างไร สุดท้ายจะต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบ (Owner Process)

สำหรับเกณฑ์การพิจารณาของผลกระทบและโอกาสที่จะเกิดความเสียหายมีหลายองค์ประกอบซึ่งผลกระทบอาจพิจารณาได้จากระดับของการอันตรายต่อชีวิต ระดับผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของหน่วยงานระดับความปลอดภัย มูลค่าความเสียหายที่เป็นจำนวนเงินร้อยละของผลสำรวจความพึงพอใจ จำนวนผู้ที่ได้รับความเสียหาย จำนวนผู้ร้องเรียนต่อเดือนเป็นต้นสำหรับโอกาสที่จะเกิดความเสียหายพิจารณาได้จากการปฏิบัติตามระเบียบและคู่มือปฏิบัติความถี่ในการเกิดข้อผิดพลาดการปฏิบัติงาน โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความถี่ในการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น

มาตรฐาน COSO^{๓๖} ได้สร้างมาตรฐานที่เป็นกรอบแนวคิด ของการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กร (Enterprise Risk Management (ERM) Framework)

๒.๑.๓ การบริหารความเสี่ยงตามแนวทางของ COSO (The Committee of Sponsoring Organization) Enterprise Risk Management

การควบคุมภายในขององค์กร (Internal Control Framework) อย่างเป็นระบบ เมื่อช่วงต้นทศวรรษของ ปี ค.ศ. ๑๙๙๐ จนกระทั่งเป็นที่รู้จักและมีความนิยมอย่างแพร่หลาย หลังจากทวิวิธีการและการดำเนินการควบคุมภายใน (Internal Control) นั้นเป็นที่ถกเถียงกันมาเป็นเวลานานในการจัดการความเสี่ยง (Risk Management) เป็นเรื่องที่จำเป็นและต้องมีวิธีในการจัดการกับความเสี่ยงที่ดี แต่การจัดการความเสี่ยงนั้นก็ประสบกับปัญหาเกี่ยวกับการเริ่มทำการควบคุมภายในในช่วงแรก ๆ เพราะการจัดการความเสี่ยงนั้นยังไม่สามารถที่จะกำหนดค่านิยามได้อย่างชัดเจน องค์กรที่แสวงหาผลกำไร หรือองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไรต่างก็พยายามที่จะกำหนด ค่านิยามและความหมายของการจัดการความเสี่ยง ตลอดจนพยายามคิดถึงโครงสร้างของการจัดการกับความเสี่ยงต่าง ๆ เหล่านั้น ในการจัดการกับความเสี่ยง ได้กำหนดออกมาเป็น COSO ERM (COSO Enterprise Risk Management) ซึ่ง COSO ได้กำหนดโครงสร้างและความหมายในการจัดการกับความเสี่ยงและนำเสนอต่อสาธารณะในปลายปี ค.ศ. ๒๐๐๔ ให้องค์กรในทุกขนาด สามารถนำเอาแนวทางใน

การบริหารจัดการกับความเสี่ยงไปใช้ได้ COSO Internal Control Framework เป็นกระบวนการที่ออกแบบให้กรรมการบริหาร ผู้บริหาร บุคลากรต่าง ๆ ของหน่วยงาน ต้องมีความรับผิดชอบ และพยายามที่จะให้หน่วยงานประสบความสำเร็จ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

- ๑) ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk)
- ๒) ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operation Risk) ให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- ๓) ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) มีการรายงานทางการเงินที่น่าเชื่อถือ
- ๔) ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎหมายและกฎ ระเบียบ (Compliance Risk) การปฏิบัติตามข้อกำหนดทางกฎหมาย และระเบียบต่าง ๆ

๒.๑.๔ การบริหารความต่อเนื่องทางธุรกิจ (Business Continuity Management)^{๓๗}

กระบวนการบริหารจัดการโดยองค์กรรวมทั้งระยะภัยคุกคามที่เป็นไปได้สำหรับองค์กร และผลกระทบต่อการดำเนินธุรกิจซึ่งอาจเกิดขึ้นจากภัยคุกคามเหล่านี้ โดยกำหนดกรอบการดำเนินงานในการสร้างภูมิคุ้มกันขององค์กร (Business Resilience) เพื่อให้มีความสามารถในการตอบโต้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสามารถปกป้อง ผลประโยชน์ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ชื่อเสียงขององค์กร เครื่องหมายการค้า กิจกรรมในการสร้างมูลค่า

๒.๑.๔.๑ BCM มีกระบวนการที่ประกอบด้วย

- ๑) Awareness and Training ตระหนักในด้านความเสี่ยงขององค์กร จัดอบรมให้ความรู้ในการจัดการ
- ๒) Incident Management Plan (IMP) วางแผนการจัดการความเสี่ยง
- ๓) Disaster Management Plan (DMP) วางแผนการกู้ภาวะวิกฤตใน

สถานการณ์ที่เกิดภัยพิบัติทั้งทรัพยากรสิ่งที่จะต้องดำเนินการและข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้ในการกู้ธุรกิจ กลับคืนสู่สภาวะปกติ Business Continuity Plan (BCP) วางแผนที่ทำให้องค์กรดำเนินงานไปได้อย่างต่อเนื่องหรือทำให้องค์กรกลับคืนสู่สภาพที่สามารถดำเนินงานต่อไปได้ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน

๔) Incident Communication Plan (ICP) แผนที่จะระบุถึงการกำหนดช่องทางของการติดต่อสื่อสารในภาวะวิกฤต

๕) Test Maintain and Review ทดสอบ ปฏิบัติต่อเนื่องและทบทวน เป็นระยะ

๖) Business Resumption and Continuity แผนการฟื้นฟูสภาพของ ความต่อเนื่องขององค์กร

๒.๑.๔.๒ กระบวนการของ BCM (BCM Life-Cycle)^{๑๔}

๑) เข้าใจธุรกิจของตนเอง (Understand your business) ทำการวิเคราะห์ผลกระทบต่อองค์กร (Business Impact Analysis) การระบุผลกระทบต่อกระบวนการทางธุรกิจขององค์กรอันเกิดจากเหตุการณ์ทั่วไปที่ไม่อาจควบคุมได้โดยพิจารณาจากกระบวนการดำเนินธุรกิจลำดับความสำคัญทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการดำเนินธุรกิจที่สำคัญทั้งจำนวนบุคลากร อาคารสถานที่ ข้อมูล เทคโนโลยีสารสนเทศ เครื่องมือ งบประมาณ ความเสี่ยงหรือจุดอ่อนขององค์กร การควบคุมและระบบรักษาความปลอดภัยภัยคุกคามที่จะมีผลกระทบต่อกระบวนการดำเนินธุรกิจ (Threat & Impact)

๒) กลยุทธ์การบริหารความต่อเนื่องทางธุรกิจ (Business continuity strategies) จัดลำดับความสำคัญของระบบเชิงกลยุทธ์กระบวนการที่สำคัญที่มีผลต่อความอยู่รอดขององค์กร (Critical) งานที่สำคัญและมีความจำเป็น (Vital) ความไวในการตอบสนอง (Sensitive) หรือไม่ตอบสนอง (Non-sensitive) ระบุวัตถุประสงค์ทั้งสถานะ และเวลาในการฟื้นตัว (Recovery Point Objective and Recovery Time Objective)

๓) พัฒนาและนำไปปฏิบัติ (Develop & Implement Business Continuity Response) การพัฒนาและการนำไปสู่การปฏิบัติตามแผนยุทธศาสตร์ในภาพรวมทั้งองค์กรเป็นลายลักษณ์อักษรการจัดตั้งทีมงานหรือหน่วยงานและมอบหมายอำนาจหน้าที่ความรับผิดชอบเพื่อเตรียมการและปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉินเช่น Incident Response Team, Emergency Action Team, Emergency Management Team

๔) สร้างและปลูกฝังให้บุคลากรตระหนักในการจัดการความเสี่ยงต่อองค์กรอย่างเป็นระบบ ให้กลายเป็นวัฒนธรรมขององค์กร (Build & Embed a Continuity Culture)

๕) มีการทดสอบขบวนการความถูกต้อง ความไว ความเหมาะสมของ แผนงานด้านความเสี่ยงเป็นระยะ ขับเคลื่อนขบวนการให้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ และมีการตรวจสอบคง มาตรฐานในระบบให้มีประสิทธิภาพ (Exercise, Maintain and Audit)

๖) มีโปรแกรมการจัดการ (BCM Program Management) กำหนด นโยบาย และการประกันผลงาน

๒.๑.๔.๓ การวิเคราะห์ผลกระทบต่อธุรกิจและการประเมินความเสี่ยงอย่างครอบคลุม

ผลกระทบต่อองค์กรมีมากกว่าการกู้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศการทดสอบ BCP อย่างละเอียดทั่วถึงและผลการทดสอบควรได้รับการตรวจสอบอย่างเป็นอิสระการปรับปรุงเป็นระยะแนวทางการตรวจสอบพิจารณาความเหมาะสมของแผนรองรับการดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องในระดับภาพรวมทั้งองค์กรทั้งด้านคุณภาพของการกำกับดูแลการสนับสนุนของคณะกรรมการและผู้บริหารระดับสูง

ผลกระทบต่อธุรกิจและการประเมินความเสี่ยงความเหมาะสมของการบริหารความเสี่ยงในกระบวนการดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องความเหมาะสมของการทดสอบความครอบคลุมและความสอดคล้องของแผนรองรับการดำเนินงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างต่อเนื่องกับฝ่ายงานอื่นๆและรวมเป็นส่วนหนึ่งขององค์การความพร้อมของการสำรองและความสามารถใช้งานระบบต่างๆและเทคโนโลยีสารสนเทศได้เหมือนในภาวะปกติความรัดกุมของวิธีการปฏิบัติงานด้านการรักษาความปลอดภัยความครอบคลุมของการเตรียมการสำหรับกระบวนการกู้กลับคืนสู่ภาวะปกติความครอบคลุมของการระบุกิจกรรมสำคัญที่ดำเนินการส่งต่อผู้รับบริการ

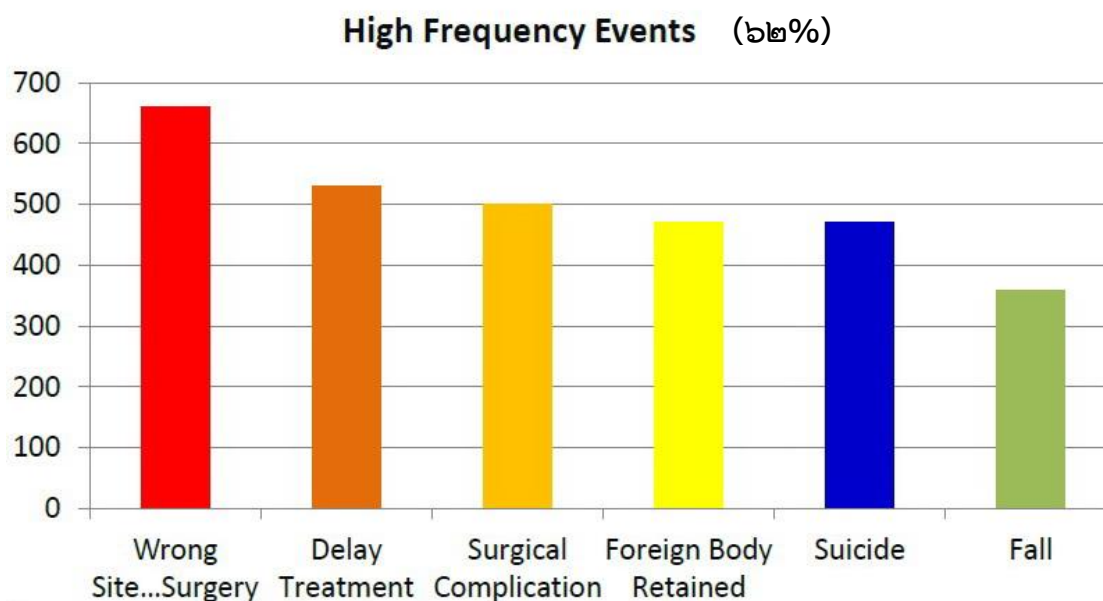
๒.๒ วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

๒.๒.๑ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีการรายงานผลงานวิจัยด้านความเสี่ยงในการให้บริการการรักษา ความผิดพลาดทางการแพทย์ที่เผยแพร่และเป็นที่สนใจอย่างแพร่หลาย โดยผลงานตีพิมพ์ที่ทำให้เป็นที่สนใจด้านความเสี่ยงทางการแพทย์เป็นอย่างมากในระยะแรกๆที่นำเสนอใน New England Journal of Medicine ในปี ค.ศ. ๑๙๙๑ เป็นการศึกษา Harvard Medical Practice Study ๑๙๘๔ พบว่าผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาลที่ประสบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นจำนวน ๑,๑๓๓ (๓.๗ %) จากจำนวนผู้ป่วย ๓๐,๑๒๑ ราย ในจำนวน ๑,๑๓๓ รายนี้ มี ๗๔ รายที่มีความพิการถาวร ๑๕๔ (๐.๕%) ในรายเสียชีวิตเป็นผู้ป่วยศัลยกรรม ๔๗.๗% และ ๑๗ % เกิดจากการประมาทและในกลุ่มที่ไม่ได้รับการผ่าตัดพบว่า ๓๒.๒% เกิดจากความประมาทเช่นกัน^{๓๙,๔๐} เช่นเดียวกับการศึกษาในประเด็นความเสี่ยงในประเทศออสเตรเลีย^{๔๑} เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยรวบรวมจากผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาล ๒๘ แห่ง ในรัฐนิวเซาท์เวลส์และภาคใต้ของออสเตรเลีย จำนวน ๑๔,๐๐๐ ของการรับเป็นผู้ป่วยใน (Admissions) ผลการศึกษาพบว่าจำนวน ๑๖.๖% ที่พบข้อผิดพลาดทางการแพทย์ทำให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้นหรือก่อให้เกิดความพิการ ซึ่งสามารถป้องกันได้ถึง ๕๑% และสามารถพ้นจากความพิการใน ๑๒ เดือน ๗๗.๑% ยังเหลือความพิการ ๑๓.๗% และเสียชีวิต ๔.๙% การศึกษาอีกผลงานคือ The University College London Study^{๔๒} พบว่าผู้ป่วย ๑,๐๑๔ รายในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในลอนดอน พบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์ ๑๑๐ ราย (๑๐.๘ %) อาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมด ๑๑.๗ % ในผู้ป่วยบางรายมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากกว่า ๑ อย่าง ประมาทครั้งหนึ่งของผู้ป่วยจำนวนนี้ สามารถป้องกันได้โดยปฏิบัติตามมาตรฐานการรักษาจำนวนหนึ่งในสามของผู้ป่วยก่อให้เกิดความพิการในระดับปานกลาง ระดับรุนแรง และมี ๙ รายที่เสียชีวิตนอกจากนั้นความเสี่ยงที่เกิดจากความรับผิดชอบและเอาใจใส่ทางการศึกษาของเทอร์เนอร์และ

คณะ (Turner et al)^{๔๗} ได้ศึกษาความเสี่ยงในการให้เลือดต่อผู้ป่วยในหน่วยโลหิตวิทยาแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลขนาด ๑,๕๐๐ เตียงของสหราชอาณาจักรภายหลังการกำหนดบาร์โคดในป้ายชื่อมือผู้ป่วยแล้ว พบว่าในจำนวนผู้ป่วย ๑,๕๐๐ รายมีผู้ป่วย ๙๓% ที่ไม่ได้ถูกสอบสวนชื่อ ๑๒% ไม่ได้ตรวจสอบ วัน เดือน ปี ที่เกิด ๙๐% ในรายที่มีข้อบ่งชี้เฉพาะในการให้เลือดไม่ได้สอบสวนกับแพทย์ผู้สั่ง ความเสี่ยงที่เกิดจากเครื่องมือทางการแพทย์มีการศึกษาเช่นกัน เมเยอร์และอีตัน (Mayor, Eaton)^{๔๘} ทำสำรวจในหัวข้อ ความพร้อมของเครื่องมือยาเสพติดพบว่าการตรวจสอบเช็คเครื่อง ๔๑% เช่นเดียวกับกับ บาร์ธัม (Bartham) และ แมคไคลมอนท์ (McClymont)^{๔๙} ศึกษาในประเด็นเดียวกันพบว่าเครื่องมือยาเสพติดเป็นปัญหารุนแรงมีถึง ๑๘% บางครั้งความเสี่ยงเป็นสิ่งคุกคามองค์กร ทำลายความน่าเชื่อถือดังปรากฏในการนำเสนอข่าวหน้าหนึ่งหนังสือพิมพ์ไทม์วันศุกร์ที่ ๑๓ กันยายน ค.ศ. ๒๐๐๔^{๕๐} เสนอข่าวข้อผิดพลาดทางการแพทย์ทำให้มีผู้เสียชีวิตถึง ๗๒,๐๐๐ รายต่อปี และถูกฟ้องร้องจำนวน ๔๐,๐๐๐ รายโดยอ้างอิงกับการเสียชีวิตจำนวน ๙๘,๐๐๐ รายของ Harvard Study แต่การศึกษานี้มีผู้แย้งว่าผู้ป่วยบางรายอาการเจ็บป่วยสุดวิสัยในการรักษา^{๕๑} ในกลุ่มผู้ป่วยฉับพลันหรือระยะสุดท้าย มีการตั้งประเด็น ข้อสงสัยในการรักษาพยาบาลว่าเกิดจากข้อผิดพลาด การละเลยในการให้บริการหรือให้บริการไม่เต็มที่ เพราะเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการหนัก ไม่ให้ออกาส หรือผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย รักษาไปก็ไม่เกิดประโยชน์

เฮเวิร์ด และโฮเฟอร์ (Hayward and Hofer)^{๕๒} ได้ศึกษาระหว่างผู้ป่วยฉับพลันและผู้ป่วยที่รักษาประคับประคองระยะสุดท้ายพบว่ามี ๐.๕% สามารถอยู่ได้เกิน ๓ เดือน ผลแทรกซ้อนอันไม่พึงประสงค์ในโรงพยาบาลในผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลพบ ๒.๙ – ๓.๗ % มีการศึกษาที่นำเสนอความเสี่ยงที่เกิดจากการรักษาพยาบาล ข้อผิดพลาดทางการแพทย์เป็นสาเหตุทำให้มีผู้เสียชีวิต ๔๔,๐๐๐ – ๙๘,๐๐๐ รายต่อปีจาก^{๕๓} เหตุการณ์ข้อผิดพลาดทางการแพทย์ที่พบบ่อยแสดงไว้ในแผนภูมิที่ ๓ค.ศ. ๑๙๙๕ – ๒๐๑๐ และเกิดจากปัญหาของเครื่องมือในตารางที่ ๒ สาเหตุข้อผิดพลาดทางการแพทย์ในแผนภูมิที่ ๔^{๕๔} ข้อผิดพลาดทางการแพทย์จากการผ่าตัด ค.ศ. ๒๐๑๐ – ๒๐๑๒ ในแผนภูมิ ที่ ๕^{๕๕} ข้อผิดพลาดและผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและหลังผ่าตัดในแผนภูมิที่ ๖^{๕๖} ข้อแทรกซ้อนจากการรักษาที่ล่าช้าในแผนภูมิที่ ๗



แผนภูมิที่ ๓ เหตุการณ์ข้อผิดพลาดทางการแพทย์ที่มีความถี่สูงระหว่างปี ค.ศ. ๑๙๙๕ – ๒๐๑๐^{๕๐}

ที่มา: Joint Commission Sentinel Event Data Base..๑๙๙๕ – ๒๐๑๐.

ตารางที่ ๒ ข้อผิดพลาดจากเครื่องมืออุปกรณ์ ไม่สมบูรณ์ทำให้เกิดการบาดเจ็บหรือเสียชีวิต^{๕๐}

Equipment	Device Design	User Error	Incorrect Maintenance	Other	Total
Radiology	๒๓ (๔๗%)	๘ (๑๖%)	๑๗ (๓๕%)	๑	๔๙
Anesthesia/ Intensive Care	๓๒ (๓๕%)	๓๒ (๓๕%)	๒๐ (๒๒%)	๘	๙๒
Surgical	๓๔ (๕๑%)	๑๗ (๒๕%)	๑๐ (๑๕%)	๖	๖๗
Others	๕๓ (๕๔%)	๒๔ (๒๔%)	๑๖ (๑๖%)	๕	๙๘
Total	๑๔๒ (๔๖%)	๘๑ (๒๖%)	๖๓ (๒๑%)	๒๐	๓๐๖

Most Frequently Identified Root Causes of Sentinel Events Reviewed by The Joint Commission by Year

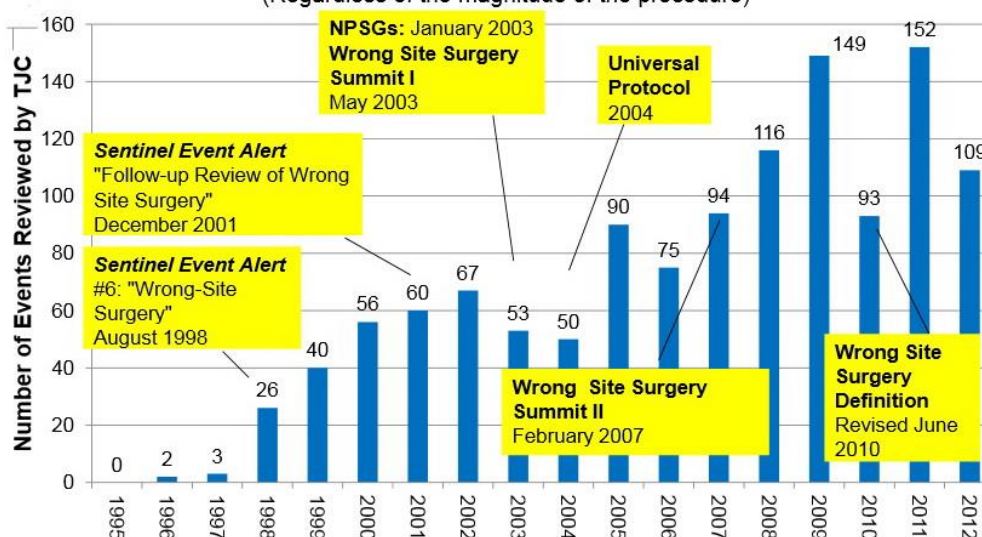
*The majority of events have multiple root causes
(Please refer to subcategories listed on slides 5-7)*

2010 (N=802)		2011 (N=1243)		2012 (N=901)	
Leadership	710	Human Factors	899	Human Factors	614
Human Factors	699	Leadership	815	Leadership	557
Communication	661	Communication	760	Communication	532
Assessment	555	Assessment	689	Assessment	482
Physical Environment	284	Physical Environment	309	Information Management	203
Information Management	226	Information Management	233	Physical Environment	150
Operative Care	160	Operative Care	207	Continuum of Care	95
Care Planning	135	Care Planning	144	Operative Care	93
Continuum of Care	112	Continuum of Care	137	Medication Use	91
Medication Use	86	Medication Use	97	Care Planning	81

แผนภูมิที่ ๔ สาเหตุข้อผิดพลาดทางการแพทย์ ค.ศ. ๒๐๑๐- ๒๐๑๒^{๕๑}

Wrong-patient, Wrong-site, Wrong-procedure Events Reviewed by The Joint Commission

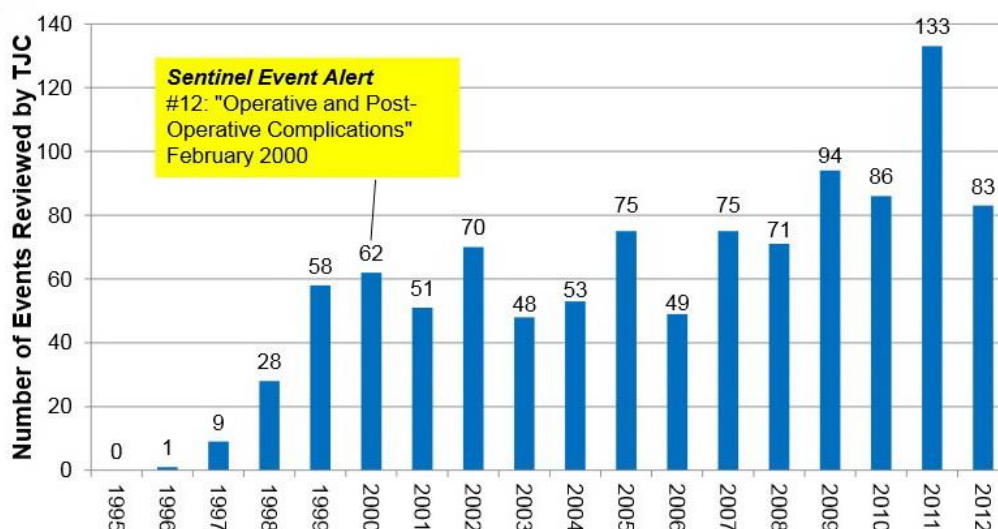
(Regardless of the magnitude of the procedure)



แผนภูมิที่ ๕ ข้อผิดพลาดทางการแพทย์จากการผ่าตัด ค.ศ. ๒๐๑๐ - ๒๐๑๒^{๕๑}

Op/Post-op Complication Events Reviewed by The Joint Commission

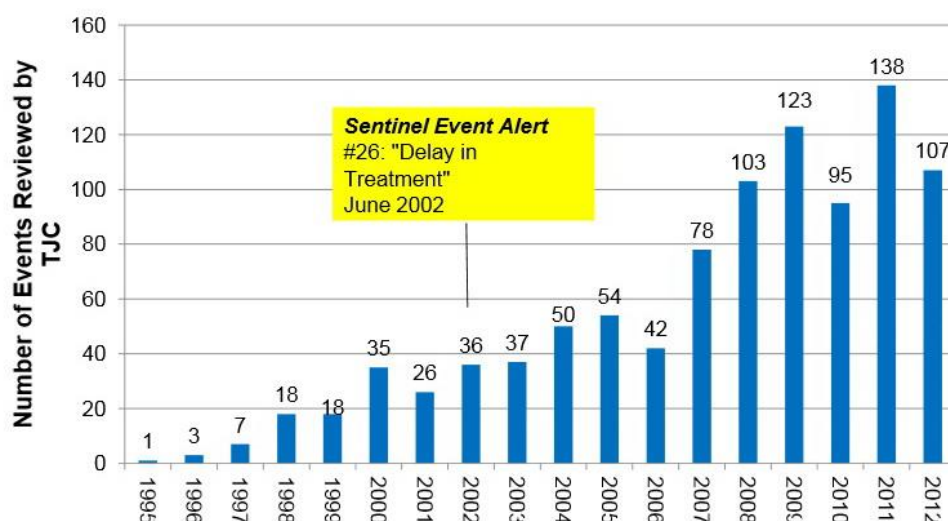
(Resulting in death or permanent loss of function)



แผนภูมิที่ ๖ ข้อผิดพลาดและผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและหลังผ่าตัด

Delay in Treatment Events Reviewed by The Joint Commission

(Resulting in death or permanent loss of function)



แผนภูมิที่ ๗ ข้อแทรกซ้อนจากการรักษาที่ล่าช้า^{๕๑}

ด้านมาตรฐานการรับรองสถานบริการระดับนานาชาติ JCI (The Joint Commission International Accreditation) เป็นมาตรฐานการรับรองสถานพยาบาลระดับนานาชาติเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลกโรงพยาบาลที่ได้รับ JCI ในอาเซียน ไทย ๑๘ โรง สิงคโปร์ ๑๔ โรง มาเลเซีย ๖ โรง อินโดนีเซีย ๕ โรง ฟิลิปปินส์ ๔ โรง^{๕๖}

จะเห็นว่าประเทศไทยมีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองระดับนานาชาติ (JCI) ในจำนวนมากกว่าทุกประเทศในอาเซียน โรงพยาบาลในสิงคโปร์ผ่านการรับรองในการให้บริการบางด้าน ไม่ใช่รับรองทั้งโรงพยาบาล เช่น การให้บริการด้านหน้า การให้บริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน การบริการเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือด เป็นต้น ประเทศสิงคโปร์มีนโยบายในการเน้นการให้บริการด้านคุณภาพมากกว่าปริมาณ ในด้านปริมาณของผู้รับบริการจากต่างชาติ ประเทศไทยได้รับการยอมรับและมาใช้บริการมากที่สุดในอาเซียน

ส่วนรายงานการศึกษาในประเทศไทยไม่สามารถค้นหาได้ จึงเป็นประเด็นน่าสนใจที่ควรมีการศึกษาและเผยแพร่เพื่อให้องค์กรต่างๆตระหนักและดำเนินการด้านความเสี่ยงในองค์กรให้ผู้รับบริการได้ประโยชน์สูงสุด

๒.๓ สรุปกรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดจากทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรมได้นำมาพิจารณาสร้างกรอบแนวคิดในการศึกษาในครั้งนี้ โดยมีการจัดกลุ่มความเสี่ยงดังนี้

๒.๓.๑ ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

หมายถึงเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วยอันมีเหตุเกิดจากกระบวนการให้บริการหรือกิจกรรมการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาพยาบาลหรืออุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์อาจประกอบด้วย

- ๑) อุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์และ หรือไม่น่าเกิด (Sentinel Events)
 - ๒) โรคที่เกิดผลไม่พึงประสงค์จากการรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ (iatrogenic injury)
 - ๓) เวชปฏิบัติไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ (Malpractice)
 - ๔) ความคาดเคลื่อนหรือความล้มเหลวของการรักษาจากแผนการรักษาที่วางไว้ (Medical errors)
 - ๕) ภาวะไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการดูแลรักษาที่ไม่ตั้งใจ (Complications)
- และแบ่งลงอีกระดับตามการรักษาคือ

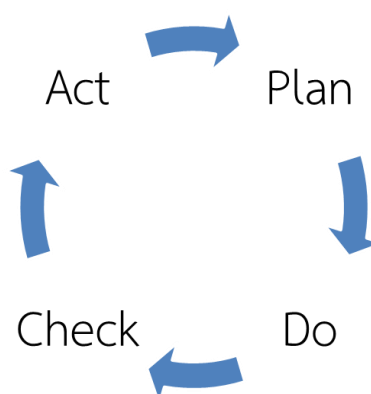
๑) Common clinical risk เป็นความเสี่ยงในภาพรวมกว้างๆความเสี่ยงจากกระบวนการทางการแพทย์ , เป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Sentinel Events) เป็นความเสี่ยงแบบที่เดิม ๆ ที่มักนิยมเก็บกันแต่ยังมีความสำคัญในมุมมองด้านคุณภาพเหมือนกัน เช่น ความผิดพลาดในการให้การรักษา (medication error), เส้นเลือดดำอักเสบ (Phlebitis), การติดเชื้อจากเครื่องช่วยหายใจ (VAP), แผลกดทับ (Bed sore), ลื่นล้ม, ตกเตียง เป็นต้น

๒) Specific Clinical Risk เป็นตัวบ่งบอกถึงพันธกิจหลักของการดูแลรักษาผู้ป่วยมากกว่าและต้องอาศัยแพทย์และทีมงานเป็นผู้ช่วยค้นหาความเสี่ยงที่เคยเกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นจาก

กระบวนการวินิจฉัยดูแล รักษา ซึ่งจะส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วย เป็นความเสี่ยงที่มีความเฉพาะและแตกต่างกันของแต่ละหน่วยวิชาชีพ / หน่วยงานแบ่งออกเป็น ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค และเฉพาะราย ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรคได้แก่การค้นหากลุ่มโรคหรือสภาวะ ที่เกิดขึ้นบ่อยและ/หรือมีความเสี่ยงสูงจากการพบพบการรักษา หรือตัวชี้วัดที่ยังไม่ดีซึ่งมักส่งผลให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์ไม่ดีหรือยังไม่เป็นที่พอใจ เช่นอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูง อัตราการตายสูง หรือจากการรวบรวมอุบัติการณ์ที่ผ่านมาของทีมวิชาชีพหรือหน่วยงาน

๒.๓.๒ ความเสี่ยงทั่วไปที่ไม่ใช่ทางคลินิก เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ สาธารณูปโภค เครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ การจัดเก็บเวชระเบียน เวชภัณฑ์ อาหารหรือวัตถุดิบ ความปลอดภัย การติดต่อสื่อสาร

นำประเด็นทั้งความเสี่ยงทางคลินิกและความเสี่ยงทั่วไปมากำหนดแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลและนำมาประเมินผลเดือนละครั้งในกรณีที่มีผลกระทบไม่รุนแรง แต่ถ้ามีเหตุการณ์รุนแรงสามารถเรียกประชุมรองผู้อำนวยการทั้ง ๓ ท่านได้แก่รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจบริการวิชาการ (การพยาบาล) รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจอำนวยการ และคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงได้ทันทีที่ผู้อำนวยการเป็นประธานที่ประชุม สรุปประเด็นปัญหา ผู้รับผิดชอบ กำหนดกรอบเวลาในการจัดการ มอบหมายศูนย์พัฒนาคุณภาพ ติดตามประเมินผลและนำเสนอในวาระการประชุมครั้งต่อไปตามกระบวนการคุณภาพตามแผนภูมิที่ ๘



แผนภูมิที่ ๘ กระบวนการคุณภาพ

รวบรวมข้อมูลความเสี่ยงจากบัญชีการบันทึกอุบัติการณ์ของโรงพยาบาล (ตารางที่ ๔) ทั้งหมด มาจำแนก จัดกลุ่มลงในแบบฟอร์มความเสี่ยงที่สร้างขึ้นใหม่ (FR-RM ๐๐๑) โดยแยกเป็นหัวข้อตามธรรมาภิบาล (Good Governance) นำมาพิจารณาความเสี่ยงขององค์กรตาม COSO ต่อจากนั้นนำมาพิจารณาการสูญเสียเปล่าและขาดความต่อเนื่อง (Lean and Seamless) เพื่อพัฒนาองค์กรให้มีการดำเนินการมีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ เพื่อให้องค์กรมีความยั่งยืนจำเป็นต้องมีกระบวนการจัดการในกรณีเกิดภาวะวิกฤติหรืออุบัติภัยในองค์กร โดยใช้ Business Continuity Management (BCM) ตามกรอบแนวคิดที่แสดงในแผนภูมิที่ ๙



แผนภูมิที่ ๙ ขั้นตอนการจัดการความเสี่ยง

รายละเอียดของแบบฟอร์มนำเสนอ

รายงานอุบัติการณ์ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่

ที่เกิดเหตุ..... วันที่เกิดเหตุ..... เวลา.....

รายละเอียดเหตุการณ์: จำแนกตามประเด็นธรรมาภิบาล ให้ลงรายละเอียดตรงหัวข้อด้านล่าง

๑. ประสิทธิภาพ :

๒. ประสิทธิภาพ :

๓. การมีส่วนร่วม :

๔. ความโปร่งใส :

๕. การตอบสนอง :

๖. การรับผิดชอบ :

๗. นิติธรรม :

๘. การกระจายอำนาจ :

๙. ความเสมอภาค :

สาเหตุ(ถ้าทราบ):

การแก้ไขที่ได้ทำไปแล้ว:

ประเภทของความเสียหาย ☐ ความเสียหายทั่วไป ☐ ความเสียหายทางคลินิก

รหัส (รายการบัญชีความเสียหายโรงพยาบาล).....

ระดับผลกระทบ.....

ระดับผลกระทบ กรณีความเสียหายทั่วไป

A=ไม่เกิดความคลาดเคลื่อนแต่อาจเป็นสาเหตุให้เกิดความคลาดเคลื่อนขึ้น

B= เกิดความคลาดเคลื่อนแต่ไม่มีความเสียหายต่อทรัพย์สินและองค์กร

C=เกิดความคลาดเคลื่อนก่อให้เกิดความเสียหายเล็กน้อย ต่อทรัพย์สินและองค์กร

D= เกิดความคลาดเคลื่อนก่อให้เกิดความเสียหายปานกลางต่อทรัพย์สินและองค์กร

E= เกิดความคลาดเคลื่อนก่อให้เกิดความเสียหายมากต่อทรัพย์สินและองค์กร

ระดับผลกระทบ กรณีความเสียหายทางคลินิก

A = เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน

B = เกิดความคลาดเคลื่อนแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย

C = เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย

D = เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย

E = เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา

F = เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนโรงพยาบาล หรือต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น

G = เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย

H = เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต

I = เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต

โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่สนับสนุนให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการรายงานอุบัติการณ์/ความเสียหาย ให้ถือเป็นหน้าที่ โดยไม่ถือเป็นความผิดและข้อมูลที่ได้เป็นความลับของข้อมูลในโรงพยาบาล และนำไปปรับปรุงระบบการทำงาน มิได้มีวัตถุประสงค์ในการจับผิดผู้ใด

ผู้รายงาน..... วันที่..... เวลา.....
 หัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่ม..... วันที่..... เวลา.....

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาล..... วันที่..... เวลา..... (กรณี
 แรงด่วน/รุนแรง)
 ศูนย์พัฒนาคุณภาพ..... วันที่..... เวลา.....
 (ศูนย์รับเรื่องและสำเนาคืนหน่วยงาน).....
 สำหรับคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง.....

สรุปความคิดเห็นของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง IR No...../.....รหัส.....ระดับ.....
 () มีการแก้ไขเหมาะสมแล้ว ให้รวบรวมข้อมูลเพื่อจัดทำสถิติ(ปิดประเด็น)
 () ติดตามข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็น..... โดยมอบหมาย.....
 () ส่งเรื่องให้ () หน่วยงาน/กก.....เพื่อ () ทราบ () วางแผนทบทวน () ทำ RCA ประเด็น.....
 () หน่วยงาน/กก.....เพื่อ () ทราบ () วางแผนทบทวน () ทำ RCA ประเด็น.....
 () หน่วยงาน/กก.....เพื่อ () ทราบ () วางแผนทบทวน () ทำ RCA ประเด็น.....
 () รายงานผู้บริหาร..... () อื่นๆ.....

ตารางที่ ๓ บัญชีความเสี่ยงของโรงพยาบาล

บัญชีความเสี่ยงของโรงพยาบาล	
๑. ด้าน IC	๑.๑. SSI ๑.๒. VAP ๑.๓. CAUTI ๑.๔ เจ้าหน้าที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น เข็มทิ่มตำ สารคัดหลั่ง ๑.๕. อื่นๆ.....
๒. ด้าน ME	๒.๑. Prescribing Error ๒.๒. Processing Error ๒.๓. Dispensing Error ๒.๔. Administration Error ๒.๔. การแพ้ยาซ้ำ ๒.๕ การแพ้สารที่บ่งชี้ที่ต้องให้การรักษา ๒.๖ การแพ้เลือด ๒.๗. ให้เลือดผิดคน/ ผิดหมู่ ๒.๘. ไม่มียา/เวชภัณฑ์ที่จะใช้ในการรักษาผู้ป่วย ๒.๙. ผู้ป่วยได้รับยาหมดอายุ/ เสื่อมสภาพ ๒.๑๐. อื่นๆ.....
๓. ด้านเครื่องมือแพทย์	๓.๑. เครื่องมือแพทย์ไม่พร้อมใช้ ๓.๒. เครื่องมือแพทย์ไม่เพียงพอ ๓.๓. เครื่องมือแพทย์เสีย/ทำงานไม่ปกติ

บัญชีความเสี่ยงของโรงพยาบาล	
	๓.๔. เจ้าหน้าที่ขาดความรู้/ความชำนาญในการใช้เครื่องมือ ๓.๕. ระบบคอมพิวเตอร์ใช้การไม่ได้ ๓.๖. เครื่องมืออื่นๆ...
๔. ด้านสิทธิผู้ป่วย	๔.๑. ข้อมูลผู้ป่วยถูกเปิดเผย ๔.๒. ผู้ป่วยถูกเผยแพร่ร่างกาย ๔.๓. ผู้ป่วยฟ้องร้อง/ ร้องเรียน ๔.๔. เอกสารสำคัญสูญหาย ๔.๕. ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลก่อนการรักษา/ ใบบินยอม ๔.๖. อื่นๆ...
๕. ด้านบริการ	๕.๑. ระบบบริการ ๕.๒. รอแพทย์ตรวจนาน ๕.๓. รอรับบริการอื่นนาน ๕.๔. พฤติกรรมบริการ ๕.๕. การสื่อสารคลอเคลื่อน ๕.๖. อื่นๆ...
๖. ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	๖.๑. เจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุขณะทำงาน ๖.๒. ผู้ป่วย / ญาติได้รับอุบัติเหตุในโรงพยาบาล ๖.๓. อุบัติเหตุในโรงพยาบาลที่ทำให้อาคาร/ทรัพย์สินเสียหาย ๖.๔. คุกคาม/ ช่มชู้/ ทำร้ายร่างกาย ๖.๕. พยายามทำร้ายตนเอง/ ฆ่าตัวตาย ๖.๖. อัคคีภัย ๖.๗. โจรกรรม ๖.๘. ไฟฟ้าขัดข้อง/ ไฟฟ้าดับ ๖.๙. ไฟฟ้าลัดวงจร ๖.๑๐. ระบบประปาขัดข้อง ๖.๑๑. ลิฟท์ไม่ทำงาน/ ค้าง ๖.๑๒. เงิน/ ทรัพย์สินสูญหาย ๖.๑๓. พัสตุ / ครุภัณฑ์สูญหาย ๖.๑๔. สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ (เสียง กลิ่น คว้น) ๖.๑๕. น้ำรั่ว/ ชั่ง ๖.๑๖. พื้นลื่น ๖.๑๗. ทิ้งขยะผิดที่/ ผิดประเภท ๖.๑๘. อื่นๆ...
๗. ด้านคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย	๗.๑ การรักษาพยาบาล ๗.๑.๑ ภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

บัญชีความเสี่ยงของโรงพยาบาล	
	๗.๑.๑.๑ พลัดตกหกล้ม ๗.๑.๑.๒ แผลกดทับ ๗.๑.๑.๓ ท่อ สายเลื่อนหลุด ๗.๑.๒ CPR ขาดประสิทธิภาพ ๗.๑.๓ คัดกรองผู้ป่วยผิดพลาด ๗.๑.๔ ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตจนระอตรวจ ๗.๑.๕ ให้การรักษาผิดคน ๗.๑.๖ ภาวะแทรกซ้อนขณะทำกายภาพบำบัด/ อาชีวบำบัด ๗.๑.๗ การไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ๗.๑.๘ ความผิดพลาดของการระบุตัวผู้ป่วย ๗.๑.๙ อื่นๆ... ๗.๒ การผ่าตัด/ หัตถการระงับความรู้สึก ๗.๒.๑ เสียชีวิตจากการผ่าตัด / หัตถการ ๗.๒.๒ ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ๗.๒.๓ ภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก ๗.๒.๔ ทำผ่าตัด/ หัตถการ ผิดคน/ ผิดข้าง / ผิดหัตถการ ๗.๒.๕ ผ่าตัดโดยไม่มีการวางแผน ๗.๒.๖ เลื่อน/ ลดผ่าตัด ๗.๒.๗ การเตรียมผ่าตัดไม่ครบ/ ไม่ถูกวิธี ๗.๒.๘ อื่นๆ... ๗.๓ การชันสูตร ๗.๓.๑ รายงานผลผิดพลาด ๗.๓.๒ ส่งสิ่งส่งตรวจผิดพลาด ๗.๓.๓ สิ่งส่งตรวจไม่ได้คุณภาพ ๗.๓.๔ เทคนิคการตรวจผิดพลาด ๗.๓.๕ ผลการตรวจหาย ๗.๓.๖ อื่นๆ... ๗.๔ เวชระเบียน ๗.๔.๑ เวชระเบียนหาย ๗.๔.๒ ข้อมูลในเวชระเบียนไม่ถูกต้อง ๗.๔.๓ อื่นๆ... ๗.๕ โภชนาการ ๗.๕.๑ อาหารบูด/ เสีย ๗.๕.๒ อื่นๆ...
๘. อื่นๆ.....	

รวบรวมข้อมูลจากการค้นหาความเสี่ยงจากทั้งแบบฟอร์มการรายงานอุบัติการณ์ ตู้
ร้องเรียน อินเทอร์เน็ต หรือสื่อต่างที่มีผลกระทบต่อองค์กร นำมาจัดลำดับกำหนดความสำคัญและ
น้ำหนักของปัญหา (Risk Weighting) ผลกระทบ ความรุนแรง ความถี่ของปัญหา หน่วยงาน
รับผิดชอบ นำมาศึกษาวิเคราะห์ ประเมินผลการดำเนินการ สังเคราะห์และพัฒนานวัตกรรมการ
บริหารความเสี่ยงให้ต่อเนื่องและยั่งยืน

บทที่ ๓
ผลการศึกษา

ตารางที่ ๔ อุบัติการณ์ด้านธรรมาภิบาล

	ตุลาคม	พฤศจิกายน	ธันวาคม	มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม	เมษายน	รวม
๑. ประสิทธิภาพ	๓	๒	๓	๕	๓			๑๖/๑๕.๙%
๒. ประสิทธิภาพ	๕	๑	๑	๑๑	๒	๒	๑	๒๓/๒๒.๘%
๓. การมีส่วนร่วม				๒	๑		๑	๔/๔%
๔. ความโปร่งใส				๑				๑/๑%
๕. การตอบสนอง	๑			๓	๓	๓	๕	๑๕/๑๔.๖%
๖. การรับผิดชอบต่อ	๑	๓	๒	๑๐	๑๑	๖	๕	๓๘/๓๗.๖%
๗. นิติธรรม		๑	๑					๒/๒%
๘. การกระจายอำนาจ				๑	๑			๒/๒%
๙. ความเสมอภาค								
รวม	๑๐	๗	๗	๓๓	๒๑	๑๑	๑๒	๑๐๑/๑๐๑

ตารางที่ ๕ ความรุนแรงของอุบัติเหตุ

ระดับความรุนแรง	จำนวน	เปอร์เซ็นต์ (%)
A เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน	๑๒	๑๖.๘๗
B เกิดความคลาดเคลื่อนแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย	๑๗	๑๙.๘๘
C เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย	๔๒	๓๙.๒๓
D เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วย	๒๒	๒๐.๕๕
E เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา	๘	๗.๔๗
F เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราวและต้องนอนโรงพยาบาล หรือต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น	๐	๐
G เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายถาวรแก่ผู้ป่วย	๐	๐
H เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต	๐	๐
I เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต	๐	๐
รวม	๑๐๑	๑๐๐

ตารางที่ ๖ ประเภทของความเสีย

	ตุลาคม	พฤศจิกายน	ธันวาคม	มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม	เมษายน	
ความเสี่ยงคลินิค	๑	๕	๓	๑๒	๔	๔	๘	๓๗/๓๖.๖%
ความเสี่ยงทั่วไป	๙	๒	๔	๒๑	๑๗	๗	๔	๖๔/๖๓.๔%

ยอดผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมทั้งหมดจำนวนตั้งแต่ วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๕ ถึง วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๖ เป็นจำนวน ๓๑,๙๖๓ คน คิดเป็นอุบัติการณ์ทั้งหมดร้อยละ ๐.๓๒

บทที่ ๔

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

๔.๑ บทสรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลย้อนหลังที่รวบรวมความเสี่ยงตั้งแต่ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๕ ถึง วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๕๖ รวมระยะเวลา ๗ เดือน พบอุบัติการณ์จำนวน ๑๐๑ เหตุการณ์ จากจำนวนผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำนวน จำนวน ๓๑,๙๖๓ คนคิดเป็นอุบัติการณ์ทั้งหมด ๐.๓๒% เมื่อเทียบกับ Harvard Medical Practice Study ปี ค.ศ. ๑๙๘๔ พบ ๓.๗% The Quality in Australian Health Care Study พบ ๑๖.๖% The University College London Study ๒๐๐๑ พบ ๑๑.๗% เสียชีวิต ๙ ราย ซึ่งสูงกว่าอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลประสาทมากการศึกษาทั้ง ๓ แห่งเป็นการศึกษาในโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งมีบริการหลากหลาย การให้บริการแตกต่างกันในแต่ละแผนก การใช้อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆไม่เหมือนกันทำให้เกิดความเสี่ยงได้ง่าย ความเสี่ยงจากขบวนการให้เลือดพบในระดับ B เกิดความคลาดเคลื่อนแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย ๔ เหตุการณ์ การสอบสวนชื่อ วัน เดือน ปี ไม่มีการบันทึกเมื่อเทียบกับการศึกษาของเทอร์เนอร์และคณะ (Turner et al) ในด้านเครื่องมือดมยาสลบมีการตรวจสอบก่อนใช้งานทุกครั้งและเตรียมเครื่องสำรองทุกครั้งเช่นกันจึงไม่พบอุบัติการณ์เหมือนการศึกษาของ เมเยอร์และอีตัน (Mayor, Eaton) ที่พบว่าไม่มีการตรวจเช็คเครื่องมือยาสลบ ๔๑%และการศึกษาของ บาร์ธัม (Bartham) และ แมคโคลมอนท์ (McClymont) ศึกษาในประเด็นเดียวกัน พบว่าเครื่องมือยาสลบที่เป็นปัญหารุนแรงมีถึง ๑๘% ในกลุ่มผู้ป่วยฉับพลันหรือระยะสุดท้ายไม่มีการบันทึกในบัญชีความเสี่ยงของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่จึงเปรียบเทียบกับการศึกษาของ เฮเวิร์ด และโฮเฟอร์ (Hayward and Hofer) ไม่ได้ผลที่ได้อาจเกิดจากการรายงานอุบัติการณ์ของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ที่มีการบันทึกต่ำกว่าความเป็นจริงและเป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางมีบริบทที่ต่างกันในการดำเนินการ การให้บริการ และเป้าหมายที่แตกต่างกัน จึงทำให้การนำมาเปรียบเทียบเป็นเพียงบอกทิศทางและแนวโน้มขององค์กรในด้านความเสี่ยงเมื่อเทียบกับองค์กรนานาชาติ

๔.๑.๑ ประเด็นความรุนแรงพบตามลำดับ ดังนี้

ระดับ C เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายเสียหายเล็กน้อย ต่อทรัพย์สินและองค์กร ๓๙.๒๓%

ระดับ D เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วยเกิดความเสียหายปานกลางต่อทรัพย์สินและองค์กร ๒๐.๕๕%

ระดับ A เหตุการณ์ซึ่งมีโอกาสที่จะก่อให้เกิดความคลาดเคลื่อน ๑๖.๘๗%

ระดับ B เกิดความคลาดเคลื่อนแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วยไม่มีความเสียหายต่อทรัพย์สินและองค์กร ๑๕.๘๘%

ระดับ E เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษาหรือก่อให้เกิดความเสียหายมากต่อทรัพย์สินและองค์กร ๗.๔๗%

จากผลการศึกษาความเสี่ยงของโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ในด้านความรุนแรงและความเสียหายต่อองค์กรอยู่ในระดับที่ไม่รุนแรงและอยู่ในขั้นที่แก้ไขได้เป็นความเสี่ยงทางคลินิก ๓๗ (๓๖.๖%) เหตุการณ์ และเป็นความเสี่ยงทั่วไป ๖๔ (๓.๔%) เหตุการณ์ จะเห็นว่าความเสี่ยงทั่วไปมีจำนวนเกือบสองเท่าของความเสี่ยงทางคลินิก อย่างไรก็ตามถึงแม้ระดับความรุนแรงส่วนใหญ่จะอยู่ระดับ C เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยแต่ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายเสียหายเล็กน้อยต่อทรัพย์สินและองค์กร รองลงมาคือ D เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องมีการเฝ้าระวังให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วยเกิดความเสียหายปานกลางต่อทรัพย์สินและองค์กร ส่วนระดับ E เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษาหรือก่อให้เกิดความเสียหายมากต่อทรัพย์สินและองค์กรพบน้อย แต่ในด้านการบริหารจัดการในอุดมคติไม่ควรมีความเสี่ยงเหล่านี้เลย (Zero Waste Organization) ในความเป็นจริงควรลดความเสี่ยงให้ได้มากที่สุดในการศึกษานี้ยังสะท้อนด้านที่อยู่ข้างคือความเสี่ยงระดับ A มีจำนวน ๑๖.๗๘% สะท้อนถึงวัฒนธรรมของบุคลากร (Proactive Behavior)

ประเด็นที่พบบ่อยในด้านธรรมาภิบาลคือ ภาระรับผิดชอบ ๓๘ (๓๗.๖%) ประสิทธิภาพ ๒๓ (๒๒.๘%) ประสิทธิภาพ ๑๖ (๑๕.๙%) การตอบสนอง ๑๕ (๑๔.๖%) การมีส่วนร่วม ๔ (๔%) นิติธรรมและความเสมอภาคเท่ากัน ๒ (๒%) ความเสมอภาคไม่พบ เรียงตามลำดับความถี่ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสะท้อนด้านพฤติกรรมทำให้บริการของบุคลากรเป็นอันดับแรกจึงส่งผลกระทบต่อผลงานหลักขององค์กร ในการดำเนินการเพื่อแก้ไขปรับปรุงองค์กรให้มีการพัฒนาเพื่อลดความเสี่ยง โดยการใช้ COSO เป็นเครื่องมือในการพิจารณา วิเคราะห์ได้ ดังนี้

๑) ความเสี่ยงด้านกลยุทธ์ (Strategic Risk) ประเด็นที่ทำให้เกิดความเสี่ยงในด้านกลยุทธ์คือ ประสิทธิภาพ และประสิทธิภาพมีจำนวนเหตุการณ์ที่อยู่ในอันดับที่ ๒ และ อันดับที่ ๑ ตามลำดับ

๒) ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operation Risk) ให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพประเด็นที่สำคัญคือ ภาระรับผิดชอบ การตอบสนองการมีส่วนร่วมความโปร่งใส

๓) ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) ความเสี่ยงทางการเงินเกี่ยวกับการเรียกเก็บเงินในปีงบประมาณที่ผ่านมา (พ.ศ. ๒๕๕๕) โรงพยาบาลมีหนี้สูญจากการเรียกเก็บเป็นจำนวน ๑๗,๑๙๕,๖๗๖ บาท จากสิทธิประกันสุขภาพ (๓๐ บาท) สิทธิข้าราชการ และแรงงานต่างด้าว โดยส่วนใหญ่เป็นสิทธิประกันสุขภาพ (๓๐ บาท) เป็นจำนวน ๑๖,๙๙๑,๐๔๔ บาทซึ่งจำเป็นต้องสร้างระบบในการลดความเสี่ยง สามารถจัดหรือลดหนี้สูญในการดำเนินการในปีต่อไป

๔) ความเสี่ยงด้านการปฏิบัติตามกฎหมายและกฎระเบียบ (Compliance Risk) การปฏิบัติตามข้อกำหนดทางกฎหมาย และระเบียบต่าง ๆ ประเด็นในหัวข้อนี้คือ ด้านนิติธรรม การกระจายอำนาจ และความเสมอภาค พบว่าอยู่ในระดับที่มีความถี่ต่ำ

๔.๑.๒ ในกระบวนการ Lean and Seamlessได้พิจารณาด้านบูรณาการ ๗ ประเด็นคือ

๑) การกำจัดความสูญเปล่าในด้านการบริการโดยมีผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยการรับข้อมูลสะท้อนกลับของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ในด้านการเสียโอกาส ความไม่คุ้มค่า

การใช้เวลารอคอยนาน การดูแลผู้ป่วยไม่ได้มาตรฐานและไม่พึงพอใจ ซึ่งประเด็นเหล่านี้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้ โดยเฉพาะความเสี่ยงที่เกิดจากการรับผิดชอบ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล การตอบสนอง การมีส่วนร่วม

๒) การพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ปัจจุบันระบบเทคโนโลยีสารสนเทศขององค์กรไม่สามารถสร้างแบบรายงานเป็นปัจจุบันได้ จึงทำให้การตอบสนองล่าช้า ไม่ทันเหตุการณ์

๓) สร้างความเชื่อมั่น ความรู้ทางวิชาการ ศักยภาพ ของทีม กำหนดเป้าหมาย บทบาท ความรับผิดชอบให้ชัดเจน

๔) ตอบสนองความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในระดับที่เกินคาดหวัง ตลอดขั้นตอนหรือขบวนการการให้บริการ มิใช่ทำตามหน้าที่ ขาดความเอาใจใส่ ในประเด็นนี้บุคลากรขององค์กรยังขาดความตระหนักและความกระตือรือร้น อาจเกิดจากการปฏิบัติงานตามหน้าที่ ซ้ำๆ ทุกวัน มีความเบื่อหน่ายและขาดความท้าทาย

๕) สร้างความเปลี่ยนแปลงให้ตอบสนองผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ มีการเรียงลำดับความสำคัญเช่น โรคฉุกเฉินเร่งด่วนหรือโรคที่สามารถรอคอยได้ จัดระบบบริการให้สอดคล้องกับความรู้แรงเร่งด่วนของโรคผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ ลดเวลาของขบวนการแต่คงไว้ในด้านคุณภาพและประสิทธิภาพ ลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น นำขบวนการในการทำงานมาทบทวนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในประเด็นนี้ยังขาดความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ

๖) สร้าง ประสานการทำงานอย่างมีบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ประเด็นนี้ก็เช่นกันการบูรณาการยังเกิดปัญหาจากความละเลยไม่เอาใจใส่

๗) สร้างขบวนการคุณภาพกำหนดตัวชี้วัดกำกับติดตามและปลูกฝังให้เป็นจิตสำนึก ในขั้นตอนนี้ยังต้องหาปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมดังกล่าวและวางแผนในการแก้ไขต่อไป

๔.๑.๓ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษา เมื่อนำมาพิจารณาหาขบวนการแก้ไขภาวะวิกฤติที่อาจเกิดขึ้นหรือฟื้นฟูองค์กรเพื่อให้องค์กรมีความมั่นคงและยั่งยืนโดยใช้เครื่องมือ BCM (Business Continuity Management)

ขบวนการ BCM (Business Continuity Management) มีขบวนการที่ประกอบด้วย

๑) Awareness and Trainingตระหนักในด้านความเสี่ยงขององค์กร จัดอบรมให้ความรู้ในการจัดการด้านความเสี่ยงทั้งด้านความรุนแรง ความเสี่ยง ความถี่ ผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม

๒) Incident Management Plan (IMP)วางแผนการจัดการความเสี่ยง กระตุ้นปรับปรุงการรายงาน การตอบสนองอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

๓) Disaster Management Plan (DMP) วางแผนการกู้ภาวะวิกฤติในสถานการณ์ที่เกิดภัยพิบัติทั้งทรัพยากรสิ่งที่ต้องดำเนินการและข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้ในการกู้ธุรกิจกลับคืนสู่สภาวะปกติ จัดให้มีการซ้อมแผนรองรับอุบัติภัยต่างๆ ปัจจุบันยังขาดความสม่ำเสมอในการจัดการ

๔) Business Continuity Plan (BCP) วางแผนที่ทำให้องค์กรดำเนินงานไปได้อย่างต่อเนื่องหรือทำให้องค์กรกลับคืนสู่สภาพที่สามารถดำเนินงานต่อไปได้ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินปัจจุบันยังขาดแผนในการดำเนินการต่างๆ จึงต้องดำเนินการจัดการทำแผนโดยเร่งด่วน

๕) Incident Communication Plan (ICP) แผนที่จะระบุถึงการกำหนดช่องทางของการติดต่อสื่อสารในภาวะวิกฤต ปัจจุบันยังขาดการกำหนดช่องทางสื่อสารหลักในองค์กร เนื่องจากบุคลากรยังคุ้นเคยกับการใช้โทรศัพท์พื้นฐานและโทรศัพท์มือถือ วิทยุสื่อสารขาดยังไม่ดำเนินการแก้ไข

๖) Test Maintain and Review ทดสอบ ปฏิบัติต่อเนื่องและทบทวนเป็นระยะยังขาดความสม่ำเสมอต้องกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินสมรรถนะ พิจารณาความดีความชอบ

๗) Business Resumption and Continuity แผนการฟื้นฟูสภาพของความพร้อมขององค์กร ยังไม่มีการจัดทำ ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน

๔.๑.๔ การเทียบเคียงกับประเทศในกลุ่มอาเซียน (Asian Country Benchmark)

การศึกษาเปรียบเทียบความเสี่ยงด้านระบบประสาทโดยตรงในกลุ่มประเทศอาเซียนไม่สามารถสืบค้นได้ ปัจจุบันมีเพียงประเทศไทยที่มีโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านระบบประสาทมีจำนวน ๒ โรง คือสถาบันประสาทวิทยาไท และโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ นอกนั้นในกลุ่มประเทศอาเซียนการให้บริการโรคด้านระบบประสาท เป็นเพียงหน่วยงานหนึ่งในแผนกอายุรกรรมหรือศัลยกรรม และอยู่ในโรงพยาบาลที่ให้บริการทั่วไป (General Hospital) ประเทศสิงคโปร์ซึ่งถือว่าเป็น City State ที่มีความก้าวหน้าในหลายๆด้าน แต่ในด้านการให้บริการสาธารณสุขยังมีประเด็นที่ประเทศไทยได้เปรียบดังการศึกษาต่อไปนี้

๔.๑.๔.๑ สัดส่วนสถานพยาบาล จำนวนเตียง คลินิกปฐมภูมิ ภาครัฐและเอกชนของสิงคโปร์

สิงคโปร์มีโรงพยาบาลทั่วไป ๔๗ แห่ง แพทย์ทั้งหมด ๑๐,๒๒๕ คน ^{๕๓}

ตารางที่ ๗ จำนวนสถานพยาบาลและจำนวนเตียงที่รองรับการบริการในประเทศสิงคโปร์ ปี ค.ศ. ๒๐๑๒

	๒๐๑๐	๒๐๑๑	๒๐๑๒
No. of Acute Hospitals/Specialty Centres	๒๓	๒๓	๒๕
<u>Public Sector</u>	๑๕	๑๕	๑๕
▶ Acute Hospitals	๗	๗	๗
▶ Specialty Centres	๘	๘	๘
<u>Private Sector</u>	๘	๘	๑๐
▶ Acute Hospitals	๗	๗	๙
▶ Other Hospitals	๑	๑	๑
Total No. of Beds	๑๐,๒๘๓	๑๐,๓๓๔	๑๐,๗๕๕
▶ Acute Hospitals	๘,๐๖๔	๘,๑๑๙	๘,๕๕๐

	២០១០	២០១១	២០១២
▶ Specialty Centres	២,១៩៥	២,១៩៥	២,១៩៥
▶ Other Hospitals	២៤	២០	២០
Public Sector	៨,៨៨១	៨,៩៣៥	៩,១៨០
▶ Acute Hospitals	៦,៦៨៦	៦,៧៤០	៦,៩៨៥
▶ Specialty Centres	២,១៩៥	២,១៩៥	២,១៩៥
Private Sector	១,៤០២	១,៩៣៧	១,៩៧៥
▶ Acute Hospitals	១,៣៧៨	១,៩៣៧	១,៩៥៥
▶ Other Hospitals	២៤	២០	២០
No. of Residential Intermediate and Long Term Care Facilities (by services offered)			
▶ Community Hospitals	៦	៦	៥
▶ Chronic Sick Hospitals	៣	៣	៣
▶ Nursing Homes	៦៣	៦៥	៦៥
▶ Inpatient Hospice Care	៤	៤	៤
Total No.of Beds	១០,៤៩២	១០,៦០៣	១០,៦៩២
▶ Community Hospitals	៨៣៨	៨០០	៨២២
▶ Chronic Sick Hospitals	២៦៨	២២៨	២២៨

តារាងទី ៨ ទំនាក់ទំនងបុគ្គលិក

	២០១០	២០១១	២០១២
Total No. of Doctors	៩,០៣០	៩,៦៤៦	១០,២២៥
▶ Public Sector	៥,១៨០	៥,៦២១	៦,១៣១
▶ Private Sector	៣,៣១០	៣,៤៤៩	៣,៩១៥
▶ Not in Active Practice	៥៤០	៥៧៦	៥៧៩
Doctor to Population Ratio	១:៥៦០	១:៥៤០	១:៥២០
Doctor per ១,០០០ Population	១.៨	១.៨	១.៩
<i>Breakdown by:</i>			
No. of Specialists	៣,៣៧៤	៣,៦៣៥	៣,៨៦៧
▶ Public Sector	១,៩៧៦	២,១៦៥	២,៣៤២
▶ Private Sector	១,៤៩៨	១,៤៧៩	១,៥២៥
▶ Not in Active Practice	២០០	២០០	២០០
No. of Non-Specialists	៥,៦៥៦	៦,០១១	៦,៣៥៨
▶ Public Sector	៣,២០៨	៣,៤៥៦	៣,៧៨៩

	๒๐๑๐	๒๐๑๑	๒๐๑๒
▶ Private Sector	๒,๑๕๙	๒,๒๒๐	๒,๒๒๒
▶ Not in Active Practice	๓๑๓	๓๓๕	๓๔๗
Total No. of Nurses/Midwives	๒๙,๓๔๐	๓๑,๗๔๙	๓๔,๕๐๗
▶ Public Sector	๑๗,๖๑๓	๑๙,๒๕๐	๒๑,๐๐๐
▶ Private Sector	๖,๙๖๕	๗,๗๐๙	๘,๔๑๓
▶ Not in Active Practice	๔,๗๖๒	๔,๗๙๐	๕,๐๙๔
Nurse to Population Ratio	๑:๑๗๐	๑:๑๖๐	๑:๑๕๐
Nurse per ๑,๐๐๐ Population	๕.๘	๖.๑	๗.๑
No. of Registered Nurses	๒๑,๕๗๕	๒๓,๕๙๘	๒๕,๙๗๑
▶ Public Sector	๑๒,๙๙๔	๑๔,๔๙๔	๑๕,๙๑๖
▶ Private Sector	๕,๑๔๐	๕,๖๖๑	๖,๓๒๑
▶ Not in Active Practice	๓,๔๔๑	๓,๔๔๓	๓,๗๓๔
No. of Enrolled Nurses	๗,๘๗๘	๗,๘๖๙	๘,๒๗๔
▶ Public Sector	๔,๕๒๕	๔,๖๖๑	๔,๙๙๕
▶ Private Sector	๑,๗๕๗	๑,๙๗๙	๒,๐๒๗
▶ Not in Active Practice	๑,๑๙๖	๑,๒๒๙	๑,๒๕๒

มีโรงพยาบาลปฐมภูมิเอกชน ๘๐% โพลีคลินิกของรัฐบาล ๒๐% โรงพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูงเป็นภาครัฐ ๘๐% เอกชน ๒๐% และมีจำนวนเตียงรองรับผู้ป่วย ๑๐,๗๕๖ เตียงใน โรงพยาบาลและศูนย์แพทย์เฉพาะด้าน ๒๕ แห่ง ในปี ๒๐๑๒ สิงคโปร์มีแพทย์ทั้งหมดจำนวน ๑๐,๒๒๕ คน อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร ๑:๕๒๐ มีพยาบาลจำนวน ๓๔,๕๐๗ คน อัตราส่วนของพยาบาลต่อประชากร ๑:๑๕๐^{๕๓}

๔.๑.๔.๒ SWOT Analysis of the Sector ของสิงคโปร์^{๕๔,๕๕}

ตารางที่ ๙ วิเคราะห์ SWOT ประเทศสิงคโปร์

STRENGTHS	OPPORTUNITIES
- มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ - มีเครื่องมือทันสมัย - มีสถานะทางการเงินที่แข็งแกร่ง - มีช่องทางสื่อสารทางเข้าถึงอินเทอร์เน็ตสำหรับต่างชาติ	- สิงคโปร์มีชื่อเสียงทางด้านบริการที่มีคุณภาพ - สามารถทำอันดับทางด้านธุรกิจได้ง่าย - การขยายตัวของสังคมสูงอายุ และโรคเรื้อรัง - ส่วนแบ่งในตลาดเฉพาะที่มีมูลค่าสูง - รัฐบาลมีความมุ่งมั่นในด้านการศึกษากายภาพการแพทย์

WEAKNESSES	THREATS
- ขาดนักบริหารในการแข่งขันในระดับโลก - ขาดความมั่นใจในด้านธุรกิจ บุคลากรขาดทักษะในการใช้เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีใหม่ๆ - ขาดเครือข่ายทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ	- ค่าใช้จ่ายทางด้านการไฟฟ้าและการติดต่อสื่อสารที่มีมูลค่าสูง - ตลาดภายในประเทศและต่างชาติ อิ่มตัว - การควบคุมทางด้านคุณภาพทำได้ลำบาก มีการจ้างแพทย์ต่างประเทศเข้ามาปฏิบัติงาน - ค่าประกอบการที่มีราคาสูง แม้กระทั่งคนในพื้นที่ยังต้องไปรับบริการนอกประเทศ

เปรียบเทียบในด้านบุคลากร ประเทศไทยมีผู้เชี่ยวชาญในสาขาสาธารณสุขโดยเฉพาะแพทย์จำนวนน้อยมาก ประมาณ ๓ คน/ประชากร ๑๐,๐๐๐ คน ขณะที่พยาบาลอยู่ในสัดส่วน ๑ คน/ประชากร ๖๐๐ คน น้อยกว่าสิงคโปร์และมาเลเซียที่มีอยู่ในระดับ ๑ คน/ประชากร ๒๕๐ คน และ ๓๐๐ คนตามลำดับ^{๕๖} จึงมีโอกาสมันจะมีแพทย์จากประเทศอื่นโยกย้ายเข้ามาทำงานในประเทศไทย หรือแพทย์ไทยโยกย้ายไปสิงคโปร์ที่ให้ค่าตอบแทนที่สูงกว่าอย่างไรก็ตามไทยมีโอกาสรักษาสุขภาพและโอกาสด้วยการมุ่งให้บริการกลุ่มผู้สูงอายุในอาเซียน ที่มีจำนวนมากขึ้นจาก ๙% เป็น ๑๒% ในอีก ๑๐ ปีข้างหน้า^{๕๗} ด้านกำลังของบุคลากรทางด้านระบบประสาทซึ่งข้อมูลของประเทศในกลุ่มอาเซียนไม่สามารถสืบค้นได้กำลังคนด้านระบบประสาท แยกเป็นประสาทศัลยแพทย์ในประเทศไทยมีทั้งหมด ๔๑๔ คน อนุบัตร ๓๖ คน วุฒิบัตร ๓๗๘ คน^{๕๘} อยู่ในภาคเหนือมีจำนวน ๔๔ คน จำนวนประชากรทั้งประเทศ ๖๔,๔๕๖,๖๙๕ อัตราส่วนระดับประเทศ จำนวนประสาทศัลยแพทย์ ต่อ ประชากร ๑ ต่อ ๑๕๕,๖๙๒.๕^{๕๙} หรืออัตราแพทย์ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนเท่ากับ ๐.๖๔ อัตราส่วนในภาคเหนือ จำนวนแพทย์ประสาทศัลยแพทย์ ต่อ ประชากร ๑ ต่อ ๒๘๙,๗๐๐ หรืออัตราแพทย์ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน เท่ากับ ๐.๓๕ ประสาทศัลยแพทย์ในภาคเหนือจึงรับภาระสูงกว่าภาระเฉลี่ยของประเทศ

จำนวนประสาทศัลยแพทย์ในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อ เดือนมกราคม ค.ศ. ๒๐๐๙^{๖๐,๖๑,๖๒,๖๔} มีจำนวน ๔,๓๘๘ คน จากจำนวนศัลยแพทย์ทั้งหมด ๑๓๕,๘๕๔ คน เท่ากับ ๓.๒% เป็นแพทย์ต่างชาติที่เข้ามาทำงาน ๑๓.๓% ประสาทศัลยแพทย์ที่อายุระหว่าง ๕๕ – ๖๙ ปี มี ๓๕.๕% อัตราแพทย์ ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนเท่ากับ ๑.๔ กำลังการผลิตประสาทศัลยแพทย์ ๓๐๙ คน อัตราทดแทน ๑.๔ นอกจากนั้นยังมีผลงานการศึกษากำลังคนด้านประสาทศัลยศาสตร์ของประเทศในสหภาพยุโรป ๒๗ ประเทศ โดยใช้ข้อมูลจากแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ทำการศึกษาในปี ค.ศ. ๒๐๐๕-๒๐๐๖ ผลการศึกษาจำนวนประสาทศัลยแพทย์ในกลุ่มประเทศสหภาพยุโรป^{๖๒,๖๓}

๑) อัตราส่วนเฉลี่ย (Mean) ประสาทศัลยแพทย์ : จำนวนประชากร ๑ : ๙๙,๑๕๒ซึ่งความเห็นของการศึกษา ตัวเลขที่เหมาะสมควรเป็น ๑: ๖๐,๐๐๐ ถึง ๑ : ๘๕,๐๐๐

๒) มีปริมาณงาน (Average caseload) อยู่ที่ ๑๕๐การผ่าตัด (Operations) / ประสาทศัลยแพทย์ / ปี

๓) อัตราการผลิตประสาทศัลยแพทย์ใหม่ อยู่ที่ ๕.๒ % ของจำนวนประสาทศัลยแพทย์ที่มีอยู่ต่อปี

๔.๑.๔.๓ ด้านการผลิต

ปัจจุบันแพทยสภาได้อนุมัติให้มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาสถาปัตยกรรมศาสตร์ได้ปีละ ๒๘ อัตรา ให้ ๘ สถาบันฝึกอบรม และในช่วง ปี พ.ศ. ๒๕๓๕ – ๒๕๕๓ ผลิตได้เฉลี่ย ๑๑.๗ คน/ปี หากเปรียบเทียบกับ ค่าเฉลี่ยของสหภาพยุโรป อยู่ที่ ๕.๒ % ของประสาทศัลยแพทย์ จึงควรมีจำนวนในประเทศไทยคือ ๑๘.๑ คน/ปี เห็นได้ว่าการผลิตไม่ทันและเพียงพอต่อภาระงานที่มีอยู่ในปัจจุบันและที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต

อัตราส่วนของประสาทศัลยแพทย์ต่อประชากรในประเทศไทยต่ำกว่าของสหภาพยุโรปและประเทศสหรัฐอเมริกามาก ควรปรับปรุงด้านนโยบายให้เพิ่มการผลิตประสาทศัลยแพทย์อย่างเป็นระบบ รวมทั้งปรับค่าตอบแทนให้เหมาะสมกับภาระงานที่หนัก จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลที่มีประสาทศัลยแพทย์อยู่อย่างน้อย ๓ คน มีประสิทธิผลสูงกว่าโรงพยาบาลที่มีประสาทศัลยแพทย์น้อยกว่า ๓ คน การกระจายและผลิตแพทย์เฉพาะทางยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของระบบบริการด้วยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขที่ทำการจัดสรรโควตาแพทย์ประจำบ้านในแต่ละปีเพื่อตอบสนองระบบบริการสุขภาพ พบว่าในบางสาขามีแพทย์สมัครเข้ารับทุนต่ำกว่าครึ่งได้แก่ ศัลยแพทย์ทั่วไป (ร้อยละ ๓๔ ของทุน) สูตินรีแพทย์ (ร้อยละ ๓๘ ของทุน)และมีหลายสาขาที่รับทุนประมาณครึ่งหนึ่ง ได้แก่ ประสาทศัลยแพทย์ (ร้อยละ ๔๗ ของทุน)

ดังนั้นเมื่อเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกาประเทศไทยมีประสาทศัลยแพทย์ทั้งประเทศน้อยกว่าถึงสองเท่า ทำให้มีภาระงานที่หนักซึ่งเสี่ยงต่อการลาออก หรือด้อยประสิทธิภาพ ด้านแพทย์ประสาทวิทยาทั้งประเทศมีจำนวน ๓๙๙ คน อนุมัติบัตร ๓๐ คน วุฒิบัตร ๓๖๙ คน^{๖๔,๖๕} อัตราส่วนระดับประเทศจำนวนแพทย์ประสาทวิทยาต่อประชากร ๑ ต่อ ๑๖๑,๕๔๕.๖๑ อัตราส่วนในภาคเหนือ จำนวนแพทย์ประสาทวิทยาต่อประชากร ๑ ต่อ ๒๖๓,๓๖๓.๖๓^{๕๙} เทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกามีแพทย์ประสาทวิทยา ๑๓,๕๐๐ คน อายุเฉลี่ย ๔๗ ปีมี ๕๐% ที่อายุน้อยกว่า ๕๐ ปี ในสหราชอาณาจักรมีแพทย์ประสาทวิทยา ๓๕๘ คน ซึ่งมีจำนวนไม่แตกต่างจากประเทศไทย^{๕๒}

ข้อมูลดังกล่าวเมื่อเปรียบเทียบแล้วจำนวนแพทย์ประสาทวิทยายังน้อยกว่าประเทศสหรัฐอเมริกามากแต่มีจำนวนใกล้เคียงกันในสหราชอาณาจักร ที่มีจำนวนพลเมืองใกล้เคียงกัน ปัจจุบันจำนวนแพทย์ประสาทวิทยาในประเทศไทยมี ๕๘๖ คน แพทย์ประสาทวิทยา ๑ คนต้องดูแลประชากร ๒๓๐,๕๑๐.๗๖ คน (สมาชิก ๒๗๕, ๒๕๕๑)

ตารางที่ ๑๐ อัตราส่วนของบุคลากรแพทย์ด้านระบบประสาทต่อประชากรจำแนกตามภาคและ
จังหวัด ปี พ.ศ. ๒๕๕๑^{๖๗}

ภาค/จังหวัด	สาขาความเชี่ยวชาญ				จำนวน ประชากร	จำนวน ประชากร อายุ ๔๕ ปีขึ้นไป
	ประสาทวิทยา		ประสาทศัลยศาสตร์			
	จำนวน	อัตราส่วน	จำนวน	อัตราส่วน		
ทั่วประเทศ	๒๗๕	๑:๒๓๐,๕๑๐.๗๖	๓๓๒	๑:๑๙๐,๙๓๕.๑๑	๖๓,๓๙๐,๔๕๘	๑๙,๑๒๙,๓๖๗
กรุงเทพมหานคร	๑๔๕	๑:๓๙,๓๘๕.๔๐	๑๓๕	๑:๔๒,๓๐๒.๘๔	๕,๗๑๐,๘๘๓	๑,๘๓๕,๓๙๖
ภาคเหนือ	๒๖	๑:๔๕๖,๘๙๘.๘๑	๓๓	๑:๓๕๙,๙๘๐.๘๘	๑๑,๘๗๙,๓๖๙	๓,๙๕๔,๐๙๑
ภาคกลาง	๔๓	๑:๓๖๓,๑๖๒.๐๕	๗๑	๑:๒๑๙,๙๔๓.๒๑	๑๕,๖๑๕,๙๖๘	๔,๖๗๘,๓๐๘
ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ	๑๕	๑: ๑,๔๒๙,๕๑๒.๘๗	๓๓	๑:๖๔๙,๗๗๘.๕๘	๒๑,๔๔๒,๖๙๓	๕,๘๙๔,๘๘๔
ภาคใต้	๑๔	๑:๖๒๔,๓๙๖.๐๗	๓๓	๑:๒๘๔,๘๙๕.๓๐	๘,๗๔๑,๕๔๕	๒,๗๖๖,๕๘๘

จากข้อมูลการศึกษาเปรียบเทียบกับประเทศสหรัฐอเมริกาและยุโรป ประเทศไทยยังด้อยกว่าในด้านกำลังคน การผลิต ภาระงานที่น้อยกว่า ถ้าจะสร้างโอกาสให้สามารถแข่งขันได้จำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขจากทั้งภาครัฐและโรงเรียนแพทย์ในการเพิ่มผลการผลิตด้วยกำลังคนที่น้อยกว่าประกอบกับภาระงานที่มากกว่าถึงแม้ไม่สามารถเปรียบเทียบความเสี่ยงโดยตรงแต่มีโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยงที่สูงได้

เปรียบเทียบในกลุ่มประเทศอาเซียนด้วยกัน เนื่องจากไทยมีชื่อเสียงและขีดความสามารถทางด้านบริการสาธารณสุขบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งโรงพยาบาลซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยมีโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน Joint Commission International : JCI Accreditation ของสหรัฐอเมริกา จำนวน ๑๘ แห่งถือว่ามากที่สุดในอาเซียนจึงทำให้ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลในประเทศไทยมีความโดดเด่นด้านมาตรฐานของสถานพยาบาล ในแง่ตลาดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ประเทศไทยมีมากถึง ๖๐% ส่วนสิงคโปร์และมาเลเซียมีเพียง ๑๔% ถือว่าไทยมีศักยภาพในเชิงได้เปรียบกว่าประเทศอื่นในประชาคมอาเซียน

ด้านศักยภาพของภาคสาธารณสุขไทยเมื่อเทียบกับกลุ่มประเทศอาเซียน ประเทศไทยและสิงคโปร์ ศักยภาพที่โดดเด่นมากกว่า ประเทศฮ่องกง ประเทศอินเดีย ประเทศมาเลเซีย ดังแสดงในตารางที่ ๑๑

ตารางที่ ๑๑ Comparative advantage of private health facilities in Asia^{๖๘}

Competitive Advantage	Thailand	Singapore	India	Malaysia	Hong Kong
Service & Hospitality	*****	**	*	*	**
Hi-technological Hardware	***	****	**	*	**
HR Quality	****	****	**	**	***
International Accredited Hosp.	**	**	-	*	*
Pre-emptive Move	**	***	*	*	*
Synergy/Strategic Partner	**	**	*	*	*
Accessibility/Market Channel	***	***	*	**	**
Reasonable Cost	****	*	****	***	*

Source: Modified from Private Hospital Association and Business Council of Thailand, ๒๐๐๔

ตารางที่ ๑๒ จำนวนบุคลากรทางการแพทย์กลุ่มอาเซียน ๒๕๕๓^{๖๘}

ประเทศ	แพทย์			พยาบาล			ทันตแพทย์		
	จำนวน	ต่อประชากร	กำลังผลิต	จำนวน	ต่อประชากร	กำลังผลิต	จำนวน	ต่อประชากร	กำลังผลิต
ไทย	๑๘,๙๑๘	๑:๓,๓๓๓	๒,๕๐๐	๙๖,๗๐๔	๑:๖๕๘	๙,๐๐๐	๔,๑๒๙	๑:๑๔,๒๘๖	๘๐๐
บรูไน	๕๖๔	๑:๗๐๔		๑,๙๔๑	๑:๒๐๗		๘๒	๑:๔,๗๖๒	
กัมพูชา	๓,๓๙๓	๑:๔,๓๔๘		๑๑,๗๓๖	๑:๑,๒๖๖		๒๕๘	๑:๕๐,๐๐๐	
อินโดนีเซีย	๖๕,๗๒๒	๑:๓,๔๔๘		๔๖๕,๖๖๒	๑:๔๙๐		๑๓,๗๐๙	๑:๑๖,๖๖๗	
ลาว	๑,๖๑๔	๑:๓,๗๐๔		๕,๗๒๔	๑:๑,๐๓๑				
มาเลเซีย	๒๕,๑๐๒	๑:๑,๐๖๔		๗๒,๘๔๗	๑:๓๖๖		๓,๖๔๐	๑:๗,๑๔๓	
พม่า	๒๓,๗๐๙	๑:๒,๑๗๔		๔๑,๔๒๔	๑:๑,๒๕๐		๒,๕๕๙	๑:๒๐,๐๐๐	
ฟิลิปปินส์	๙๓,๘๖๒	๑:๘๗๐		๔๘๘,๔๓๔	๑:๑๖๗		๔๕,๙๐๓	๑:๑,๗๘๖	
สิงคโปร์	๘,๓๒๓	๑:๕๔๖		๒๖,๗๙๒	๑:๑๖๙		๑,๔๖๓	๑:๓,๑๒๕	
เวียดนาม	๑๐๗,๑๓๑	๑:๘๒๐		๘๘,๐๒๕	๑:๙๙๐				
ความต้องการ		๑:๔,๐๐๐			๑:๖๕๐			๑:๑๐,๐๐๐	

ที่มา: World Health Statistics ๒๐๑๑

จากตารางที่ ๑๒ จะเห็นว่าประเทศไทยยังมีบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์ ยังถือว่าน้อยมาก จึงเป็นปัญหาในด้านการผลิตให้เพียงพอต่อไปในอนาคต ในขณะเดียวกันจำนวน แพทย์เฉพาะทาง ทางระบบประสาทยังมีจำนวนน้อย

จากตารางวิเคราะห์ SWOT ในตารางที่ ๙ ด้านจุดแข็ง โอกาส ของ สิ่งคโปร์ใน การบริการทางการแพทย์ไม่ได้แตกต่างจากประเทศไทย ในทางตรงกันข้ามในประเด็น จุดอ่อนและสิ่งคุกคามประเทศไทยมีข้อจำกัดที่น้อยกว่า โดยเฉพาะโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ซึ่งมี การให้บริการที่เป็นระดับตติยภูมิ มีเครือข่ายบริการทั้งทางด้านวิชาการและบริการ เป็นศูนย์ส่งต่อโรค ทางระบบประสาท มีการศึกษาวิจัย/พัฒนาโรคทางระบบประสาท เป็นศูนย์อ้างอิงโรคทางระบบ ประสาทในภาคเหนือ มีการให้การอบรมระยะสั้นโรคทางระบบประสาทในภาคเหนือประเด็นที่ควร พัฒนาคือการฝึกอบรมสร้างบุคลากรผู้เชี่ยวชาญทางระบบประสาทในระยะยาว

๔.๑.๔.๔ ด้านเครื่องมือในการวินิจฉัย จำนวนยังน้อยมีอัตราต่อประชากรที่สูง และ มีการกระจายที่ยังไม่เหมาะสม มีผลต่อการให้บริการขาดความคล่องตัวดัง ตารางที่ ๑๓, ๑๔, ๑๕, ๑๖ และเครื่อง MRI ในภาคเหนือ

ตารางที่ ๑๓ จำนวน CT Scanในประเทศไทย ๒๕๕๓^{๖๙}

ภาค	จำนวน CT Scan (เครื่อง)	พื้นที่ (ตร.กิโลเมตร)	ประชากร (คน)	อัตราส่วน: พื้นที่	อัตราส่วน: ประชากร
กรุงเทพมหานคร	๘๓	๑๕,๖๕๒.๒๒	๕,๗๐๑,๓๙๔	๑:๑๘๙	๑:๖๘,๖๙๑
เหนือ	๕๐	๑๖๙,๖๔๔.๒๙	๑๑,๗๘๘,๔๑๑	๑:๓,๓๙๓	๑:๒๓๕,๗๖๘
ตะวันออกเฉียงเหนือ	๕๑	๑๖๘,๘๕๔.๓๔	๒๑,๕๗๓,๓๑๘	๑:๓,๓๑๑	๑:๔๒๓,๐๐๖
กลาง	๙๗	๑๐๒,๓๕๕.๙๘	๑๕,๙๒๒,๐๙๔	๑:๑,๐๕๕	๑:๑๖๔,๑๔๕
ใต้	๓๘	๗๐,๗๑๕.๑๙	๘,๘๙๓,๐๕๐	๑:๑,๘๖๑	๑:๒๓๔,๐๑๘
รวม	๓๑๙	๕๒๗,๒๐๒.๐๒	๖๓,๘๗๘,๒๖๗	๑:๑,๖๕๓	๑:๒๐๐,๒๔๕

ตารางที่ ๑๔ จำนวน CT Scan, MRI และ รพพยาบาลในประเทศไทย ปี พ.ศ. ๒๕๕๓^{๗๐}

ลำดับ	ภาค	CT Scan	MRI	รพพยาบาล	รวม
รวมทั้งประเทศ		๓๑๙	๔๗	๓,๘๙๘	๔,๒๖๔
๑	กรุงเทพมหานคร	๘๓	๒๐	๓๖๔	๔๖๗
๒	ภาคกลาง	๙๗	๘	๙๕๖	๑,๐๖๑
๓	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	๕๑	๕	๑,๑๑๒	๑,๑๖๘
๔	ภาคเหนือ	๕๐	๕	๘๕๑	๙๐๖
๕	ภาคใต้	๓๘	๙	๖๑๕	๖๖๒

การกระจายเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงกระจุกตัวในกรุงเทพฯ และพื้นที่ที่มีความเจริญ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรควบคุมจำนวนและการกระจายเครื่องมือแพทย์ราคาแพงตามเกณฑ์ที่เหมาะสม

เครื่องมือแพทย์ที่มีเทคโนโลยีสูง มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น แต่มีการกระจุกตัวในเมืองใหญ่และอยู่ในภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐ

ตารางที่ ๑๕ อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและการกระจาย พ.ศ. ๒๕๕๕

อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ	จำนวนทั้งหมด	กรุงเทพมหานคร	ภูมิภาค	รวม		หมายเหตุ
				รัฐ	เอกชน	
๑. เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ CT Scan	๔๙๖	๑๖๑ (๓๒.๕)	๓๓๕ (๖๗.๕)	๑๗๘ (๓๕.๙)	๓๑๘ (๖๔.๑)	พ.ศ. ๒๕๕๕
๒. เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า MRI	๙๓	๔๗ (๕๐.๕)	๔๖ (๔๙.๕)	๓๔ (๓๖.๖)	๕๙ (๖๓.๔)	พ.ศ. ๒๕๕๕

ที่มา : (๑) สำนักวิจัยและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (๒) รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์หมายเหตุ : ตัวเลขใน () คือ ร้อยละ

ตารางที่ ๑๖ อัตราส่วนเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงต่อประชากรหนึ่งล้านคน จำแนกรายภาค พ.ศ. ๒๕๕๒, พ.ศ. ๒๕๕๓ และ พ.ศ. ๒๕๕๕^{๗๑}

ภาคภูมิศาสตร์	จำนวนเครื่องมือแพทย์ต่อประชากรล้านคน			
	CT Scan		MRI	
	๒๕๕๒	๒๕๕๕	๒๕๕๒	๒๕๕๕
กรุงเทพฯ	๒๒.๕	๒๘.๒	๓.๐	๗.๙
ภูมิภาค	๔.๗	๕.๗	๐.๖	๐.๗
กลาง	๘.๓	๖.๙	๐.๘	๐.๘
เหนือ	๔.๗	๕.๕	๐.๕	๐.๗
ตะวันออกเฉียงเหนือ	๒.๓	๔.๔	๐.๔	๐.๖
ใต้	๔.๑	๖.๙	๐.๘	๐.๙
ทั้งประเทศ	๖.๓	๗.๗	๐.๘	๑.๓

ตารางที่ ๑๗ เครื่องตรวจอวัยวะด้วยคลื่นแม่เหล็ก MRI (Magnetic Resonance Imaging)^{๗๒}

ภาคเหนือ	จำนวน
เชียงใหม่	๓
เชียงราย	๑
ลำปาง	๑
พิษณุโลก	๑
นครสวรรค์	๑
รวม	๗

ด้านเครื่องมือตรวจวิเคราะห์ที่มีความจำเพาะเฉพาะโรคมีจำนวนที่พอเพียง และสามารถลดความเสี่ยงได้จากการเข้าถึงบริการแต่ต้องมีการบริหารจัดการที่ดีและเข้าถึงง่าย

การศึกษานี้ดังได้กล่าวไว้ในตอนแรกที่ไม่สามารถเปรียบเทียบข้อมูลโดยตรงได้ จึงเป็นการเทียบเคียงกับกำลังคนที่มีอยู่ การผลิต ทรัพยากรรองรับและภาระงานต่อจำนวนแพทย์ แต่ไม่สามารถหาข้อมูลในโรงพยาบาลเฉพาะด้านลักษณะเดียวกันมาเปรียบเทียบได้ อย่างไรก็ตามผลของการศึกษาดังกล่าวทำให้รู้สถานการณ์ขององค์กรในการพัฒนาอย่างมีทิศทางโดยหลักฐานเชิงประจักษ์ และได้เครื่องมือในการบริหารจัดการ พร้อมทั้งได้แบบฟอร์มในการปฏิบัติ การดำเนินการ การกำกับติดตามอย่างเป็นรูปธรรม

๔.๒ ข้อเสนอแนะ

๔.๒.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๔.๒.๑.๑ ในภาครัฐบาล

๑) รัฐบาลควรส่งเสริมหรือกำหนดให้สถานพยาบาลร่วมและผ่านการประเมินรับรองคุณภาพการบริการในระดับสากล HA, PMQA, TQC, TQA, JCI เป็นต้นเพื่อเพิ่มการแข่งขันในระดับสากล

๒) รัฐบาลควรมีนโยบายในการปรับค่าตอบแทนบุคลากรในภาครัฐที่เหมาะสม ให้สามารถดำรงชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรี เพื่อเป็นการรักษาบุคลากรไว้ในระบบและเกิดความเท่าเทียมในการให้บริการแก่ผู้ด้อยโอกาสที่ไม่สามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลที่สูงในภาคเอกชน

๓) รัฐบาลควรส่งเสริมในด้านเทคโนโลยีให้ใกล้เคียงกันทั่วประเทศ มิใช่เฉพาะกรุงเทพมหานครเท่านั้นให้มีการกระจาย เกิดความเสมอภาคในภูมิภาคอื่นของประเทศ

๔) รัฐบาลควรส่งเสริมการผลิตและสร้างแรงจูงใจให้มีบุคลากรเข้ามารับการฝึกอบรมเพื่อทดแทน บุคลากรที่เกษียณหรือลดภาระงานมวลรวม ทำให้ลดความเสี่ยงของสถานพยาบาลในประเทศ

๔.๒.๑.๒ ในภาคขององค์กร

๑) กำหนดนโยบายในการจัดการความเสี่ยงในองค์กรเป็นตัวชี้วัดในระดับผู้บริหารที่รับผิดชอบแต่ละด้านการกำกับติดตามพร้อมทั้งมอบหมายตัวชี้วัดให้ผู้ได้บังคับบัญชาตามลำดับ

๒) จัดให้มีการทำแผนการจัดการความเสี่ยงในองค์กรอย่างเป็นรูปธรรม อาจเป็นรูปแบบกรรมการรับผิดชอบ

๓) ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมเพื่อให้มีสำนึก ตระหนักในความรับผิดชอบต่อร่วมกัน

๔) กระตุ้นให้มีการรายงานอุบัติการณ์ เพื่อหาโอกาสในการพัฒนา โดยไม่ถือเป็นความผิดตรงกันข้ามทำให้องค์กรได้โอกาสพัฒนา

๕) จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และดำเนินการซ่อม ทบทวน การประสานงานและดำเนินการในการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ เตรียมพร้อมในการจัดการความเสี่ยงหรือเป็นการจัดการความเสี่ยงเชิงรุก

๖) เน้นในการลดขั้นตอน ลดเวลา แต่คงไว้ซึ่งประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ โดยลำดับความสำคัญในแต่ละเรื่องและสร้างระบบให้มีความต่อเนื่องรวมทั้งองค์ความรู้เฉพาะด้าน โดยมุ่งเน้นเป็นภารกิจที่สำคัญตามหลักการ Patient Safety Goal

๔.๒.๒ ข้อเสนอแนะในการดำเนินการ

๑) การศึกษานี้เป็นการศึกษาในระยะเวลากำหนด ทั้งการสืบค้นข้อมูล การรวบรวม ประเด็นเนื้อหาในการศึกษา อาจทำให้ความแม่นยำของการศึกษาไม่สะท้อนภาพความเป็นจริงขององค์กรได้อย่างแม่นยำ

๒) เป็นการศึกษาย้อนหลัง อาจไม่ได้ข้อมูลครบถ้วนจึงควรศึกษาแบบ Prospective

๓) ประเด็นการศึกษาเทียบเคียงกับประเทศอื่นไม่ได้เทียบเคียงการศึกษาในประเด็นเฉพาะที่ตรงกัน (Direct Compare) แต่ในบางประเด็นเป็นการเทียบเคียงโดยอ้อม (Indirect Compare) โดยเทียบข้อมูลในการประเมินศักยภาพ อาจทำให้การศึกษามีอคติได้

บรรณานุกรม

๑. จำนวนประชากรจากกรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย. สืบค้นเมื่อ ๑/๗/๒๕๕๖.
แหล่งข้อมูล <http://www.dopa.go.th>; อัตราป่วยคำนวณจากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง $\times 100,000$ / จำนวนประชากร; อัตราตายคำนวณจากจำนวนผู้เสียชีวิตโรคหลอดเลือดสมอง $\times 100,000$ / จำนวนประชากร
๒. จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกรุงเทพมหานครสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร. สืบค้นเมื่อ ๓๑/๗/๒๕๕๒. แหล่งข้อมูล <http://www.dmsbma.go.th>.
๓. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สปสธ. จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. แหล่งข้อมูล <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=55>, ๒ มิถุนายน ๒๕๕๕
๔. Neurological disorders public health challenges. Available from http://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf, p.32
๕. Neurological disorders public health challenges. Available from http://www.who.int/mental_health/neurology/neurological_disorders_report_web.pdf, p.33.
๖. Murray CJL and Lopez AD. The global burden of disease. 1. 1996. Harvard school of public health.
๗. World Health Organization. The World Health Report: 2002: Reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization, 2002.
๘. Thomas Truelsen, Stephen Begg and Colin Mathers. The Global burden of cerebrovascular disease. Available from http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_cerebrovasculardiseasestroke.pdf.
๙. Sudlow CLM and Warlow CP. Comparable studies of the incidence of stroke and its pathological types. Results from an international collaboration. Stroke 28, 491-499, 1997.
๑๐. Hu HH, Sheng WY, Chu FL, Lan CF, Chiang BN, Lo YK et al. - Incidence of stroke in Taiwan. Stroke 23;1273-41, 1992.
๑๑. Asian Acute Stroke Advisory Panel. Stroke epidemiological data of nine Asian countries. J Med Assoc Thai 83, 1-7, 2000.
๑๒. Shi FL, Hart RG, Sherman DG, Tegeler CH. Stroke in the People's Republic of China. Stroke 1989;20:1581-85.

១៣. Suzuki K, Kutsuzawa T, Takita K, Ito M, Sakamoto T, Hirayama A et al. Clinico-epidemiologic study of stroke in Akita, Japan. *Stroke* 1987;18:402-06.
១៤. Kay R, Woo J, Kreel L, Wong HY, Teoh R, Nicholls MG. Stroke subtypes among Chinese living in Hong Kong: the Shatin Stroke Registry. *Neurology JID - 0401060* 1992;42:985-87.
១៥. Asian Acute Stroke Advisory Panel. Stroke epidemiological data of nine Asian countries. *J Med Assoc Thai* 83, 1-7. 2000.
១៦. Saposnik G, Caplan LR, Gonzalez LA, Baird A, Dashe J, Luraschi A et al. Differences in stroke subtypes among natives and caucasians in Boston and Buenos Aires. *Stroke JID - 0235266* 2000;31:2385-89.
១៧. Matenga J, Kitai I, and Levy L. Strokes among black people in Harare, Zimbabwe: results of computed tomography and associated risk factors. *BMJ* 292, 1649-1651. 1986.
១៨. Rosman, K. D. The epidemiology of stroke in an urban black population. *Stroke* 17 (4), 667-669. 1986.
១៩. Connor, M. and Warlow, C. Stroke in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *Stroke (abstract)* 31, 2793. 2001.
២០. Eastern Stroke and Coronary heart Disease Collaborative Group. Blood pressure, cholesterol, and stroke in eastern Asia. *Lancet* 352, 1801-1807. 1998.
២១. Prospective Studies Collaboration. Cholesterol, diastolic blood pressure, and stroke 13 000 strokes in 450 000 people in 45 prospective cohorts. *Lancet* 346, 1647-1653. 1995.
២២. Dunbabin DW and Sandercock P. Preventing stroke by the modification of risk factors. *Stroke* 21;suppl IV, 36-39. 1990.
២៣. Eastern Stroke and Coronary heart Disease Collaborative Group. Blood pressure, cholesterol, and stroke in eastern Asia. *Lancet* ៣៥២, ១៨០១-១៨០៧. ១៩៩៨.
២៤. Singh RF, Suh IF, Singh VF, Chaithiraphan SF, Laothavorn PF, Sy RF et al. - Hypertension and stroke in Asia: prevalence, control and strategies in developing countries for prevention. - *J Hum Hypertens* 2000 Oct-Nov;14 (10-11):749-63.
២៥. Shinton R and Beevers G. Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. *BMJ* 298, 789-795. 1989.
២៦. Bonita R, Jackson RT, Truelsen T, Duncan J, and Beaglehole R. Passive smoking, active smoking, and the risk of stroke. *Tobacco Control* 19, 117-125. 1999.
២៧. Tobacco control country profiles. 2000. The American Cancer Society, Atlanta.
២៨. Pongvarin N. Stroke in the developing world. *Lancet* 352 (SIII), 19-22. 1998.

๒๙. Cooper RS, Rotimi CN, Kaufman JS, Muna WFT, and Mensah GA. Hypertension treatment and control in sub-Saharan Africa: the epidemiological basis for policy. BMJ 316, 614-617. 1998.
๓๐. Abebe M and Haimanot RT. Cerebrovascular accidents in Ethiopia. Ethiop Med J 28, 53-61. 1990.
๓๑. Fuh, J., Wang, S., Liu, H., and Shyu, H. Incidence of stroke on Kinmen, Taiwan. Neuroepidemiology 19, 258-264. 2000.
๓๒. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. Thai Stroke Society. แหล่งข้อมูล <http://thaistrokesociety.org/purpose/>.
๓๓. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ (Weekly Epidemiological Surveillance Report,Thailand) ปีที่ ๔๓ ฉบับที่ ๑๗ : ๔ พฤษภาคม ๒๕๕๕ Volume ๔๓ Number ๑๗ : May ๔, ๒๐๑๒. สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, <http://203.157.15.4/wesr/file/y56/H56172013-04-222013-04-28.pdf>
๓๔. Lean & Seamless Health Care Lean & Seamless Health Care นพ.อนวัตนศุภชุตินุกูล ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลบรรยายในการประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๕๑, สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/ha/Lean%20and%20Seamless%2010/Anuwat%20081225%20Lean%20&%20Seamless%20@%20CMU.pdf>
๓๕. คู่มือการจัดระดับการกำกับดูแลองค์การภาครัฐ ตามหลักธรรมาภิบาลของการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (Good Governance Rating), จัดทำโดย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน ก.พ.ร.) ISBN : ๙๗๘ ๖๑๖ ๗๑๔๕ ๑๓ ๖, จัดพิมพ์โดย บริษัท พรีเมียร์ โปร จำกัด, ๒๕๕๒
๓๖. Enterprise Risk Management Integrated Framework Executive Summary September ๒๐๐๔, the Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission., ๒๐๐๔
๓๗. Business Continuity Management Toolkit, How prepared are you? Version ๑, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/137994/Business_Continuity_Managment_Toolkit.pdf
๓๘. Andy Mason, BSc, MBCS, CITP, MBCI, Head Of Business Continuity, Pricewaterhouse Coopers LLP, EMBEDDING BCM IN THE ORGANIZATION'S CULTURE, The business continuity journal, <http://www.continuitycentral.com/bcmculture.pdf>
๓๙. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients; results from the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991; 324: 370-6.

๔๐. Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med* 1991; 324: 377–84
๔๑. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust.* 1995 Nov 6;163 (9):458-71.
๔๒. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *Br Med J* 2001;322: 517–19
๔๓. Turner C, Casbard A, Murphy M. Barcode technology: its role in increasing safety of blood transfusion ๒๐๐๓. London: National Patient Safety Agency; ๒๐๐๓.
๔๔. Mayor AH, Eaton JM. Anaesthetic machine checking practices. A survey. *Anaesthesia* 1992; 47: 866–8.
๔๕. Bartham C, McClymont W. The use of a checklist for anaesthetic machines. *Anaesthesia* 1992; 47: 1066–9.
๔๖. Reynard, Chapter ๑, General principles of management of patients, Clinical error: the scale of the problem, 2/26/09 11:37 AM, Page 9.
๔๗. McDonald CJ, Weiner M, Hui SL. Deaths due to medical errors are exaggerated in Institute of Medicine report. *JAMA* 2000; 284: 93–5.
๔๘. Hayward R, Hofer T. Estimating hospital deaths due medical error. *JAMA* 2001; 286: 415–20.
๔๙. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors, To Err Is Human Building a Safer Health System, Committee on Quality of Health Care in America INSTITUTE OF MEDICINE, NATIONAL ACADEMY PRESS, Washington, D.C , Page 26, <http://books.nap.edu/openbook.php?isbn=0309068371>
๕๐. Commission Sentinel Event Data Base 1995 – 2010, <http://www.jointcommission.org/sentinel>
๕๑. Root Causes by Event Type (2004 – Q4 2012), http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx
๕๒. เอกสารประกอบการประชุม Network for Quality ครั้งที่ ๕ “Changing Paradigm in Health Care Sector” เตรียมพร้อมรองรับ การเปลี่ยนแปลงในระบบบริการสุขภาพ ๒๓-๒๔ สิงหาคม ๒๐๑๒ ณ แกรนด์บอลรูม โรงแรมโกลเด้นทิวลิปชูเวอรินจ์ พระราม ๙ กรุงเทพฯ (เรดิสัน) จัดโดยชมรมโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่มุ่งผลประโยชน์ส่วนตน (Not for Profit Private Hospital) วันพฤหัสบดีที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๐๑๒.
๕๓. Ministry of Health Singapore. Available from http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/statistics/Health_Facts_Singapore/Health_Manpower.html.

๕๔. Kai Hong Phua, Nicola S. Pocock, Transforming the ASEAN Economic Community (AEC) into a Global Services Hub: Enhancing the Competitiveness of the Health Services Sector in Singapore, March, 2012.
๕๕. Tullao, T. S. and H. H. Lim (eds.), Developing ASEAN Economic Community (AEC) into A Global Services Hub, ERIA Research Project Report 2011-1, Jakarta: ERIA, pp.111-146
๕๖. Pocock, N. S., K. H. Phua (2011), 'Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia', Globalization and Health 7 (12). Available from: <http://www.globalizationandhealth.com/content/7/1/12>.
๕๗. <http://www.hfocus.org/content/2013/01/07> หนังสือพิมพ์มติชน วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๕๖.
๕๘. <http://www.tmc.or.th/statistics๐๔.php>, แพทยสภา, ข้อมูลแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ-วุฒิบัตรจากแพทยสภา ๒๕๕๕.
๕๙. ประกาศสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง เรื่อง จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร แยกเป็นกรุงเทพมหานครและจังหวัดต่าง ๆตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๕๕.
๖๐. AMA Physician Masterfile (January 2005, January 2009).
๖๑. Reulen, HJ., Hide, RAB. A repeat on neurosurgical workforce in the countries of EU and associated state. ActaNeurochirurgia. 2009 ; 151: 715-721.
๖๒. วิชัย โชควิวัฒน์. แพทยสภากับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ จุลสารสมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย ๒๕๓๕;๓ (๑):๗-๑๐ พงศสัปดาห์ที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๐๑๒ เวลา ๐๖:๕๔ น. เรื่อง แนวทางการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ด้านประสาทศัลยศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข
๖๓. ประสาทศัลยแพทย์ / ปี นิพนธ์ต้นฉบับ ชื่อเรื่อง “สถานการณ์กำลังคนและปริมาณงานด้านประสาทศัลยศาสตร์ ของประเทศไทยในปัจจุบัน : ปัญหาและแนวทางแก้ไข
๖๔. The Surgical Workforce in the United States: Profile and Recent Trends, American college of surgeons health policy research institute, The Surgical Workforce in the United States:Profile and Recent Trends, April 2010, http://www.acshpri.org/documents/ACSHPRI_Surgical_Workforce_in_US_apr2010.pdf
๖๕. How many neurologists in US <http://answers.google.com/answers/threadview/id/607409.html>; United Kingdom needs to double the number of neurologists BMJ 2001; 322 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.322.7301.1508> (Published 23 June 2001) Cite this as: BMJ 2001;322:1508.1 <http://www.bmj.com/content/322/7301/1508.1>.

๖๖. ฝ่ายทะเบียนสมาชิก สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย มิ.ย.๒๕๕๖
๖๗. รายงานการศึกษา เพื่อพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ ระดับตติยภูมิและสูงกว่า ด้านโรคหลอดเลือดสมองสถาบันประสาทวิทยา, กันยายน ๒๕๕๒
๖๘. ผลกระทบของ AEC และ แนวทางการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือในภาคบริการ สาธารณสุข, Modified from Private Hospital Association and Business Council of Thailand, 2004. http://www.google.co.th/#sclient=psy-ab&q=%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B9%80%E0%B8%8B%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%99+PPT+%E0%B8%AD%E0%B8%A0%E0%B8%B4%E0%B8%8A%E0%B8%B1%E0%B8%A2+%E0%B8%A1%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A5&oq=%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B9%80%E0%B8%8B%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%99+PPT+%E0%B8%AD%E0%B8%A0%E0%B8%B4%E0%B8%8A%E0%B8%B1%E0%B8%A2+%E0%B8%A1%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A5&gs_l=hp.12...331.16054.2.19020.11.11.0.0.0.118.1066.6j5.11.0...0...1c.1.23.psy-ab..10.9.1301.C-Qd_nkvEHQ&pbx=1&bav=on.2,or.r_qf.&bvm=bv.49967636,d.bmk&fp=f1e451e688383bdd&biw=1366&bih=648
๖๙. จำนวน CT Scan, ศูนย์ข้อมูลข่าวสารระบบประสาท, NEUROLOGICAL INFORMATION CENTER, สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ปรับปรุงวันที่ ๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๕ http://www.thaineuroinfo.com/th/?page_id=1830
๗๐. จำนวนครุภัณฑ์ทางการแพทย์รวมทั้งประเทศ จำแนกตามประเภท ปี ๒๕๕๓ ข้อมูลทรัพยากรกระทรวงสาธารณสุข, ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ข้อมูลทรัพยากรกระทรวงสาธารณสุข, ระบบข้อมูลเพื่อการบริหาร ติดตามผลการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุข <http://moc.moph.go.th/Resource/?tab=tab0>
๗๑. Health Fact Sheet- รายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ - สำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ข้อมูล CT, MRI ปี ๒๕๕๒ และ ๒๕๕๕) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข <http://www.moph.go.th/ops/thp/thp/userfiles/Issue%2012.pdf>
๗๒. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงจิรพรเหลาธรรมทัศน์, ผู้ช่วยศาสตราจารย์เสานีอัศวมาติบุญ, The MRI Distribution and Utilization in Thailand, http://med.mahidol.ac.th/aimc/sites/default/files/public/Img/file/mriutilization_update.pdf

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

DALYs คือเครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of disease)

DALYs คือเครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of disease) ใช้วัดปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคและการบาดเจ็บของประชากร (Disability-Adjusted Life Years-DALYs) จัดเป็นการวัดสถานะสุขภาพของประชากรแบบองค์รวม ที่วัดภาวะการสูญเสียด้านสุขภาพ สูตรการคำนวณพื้นฐานคือ

$DALY = YLL + YLD$ โดย YLLs, Years of Life Lost จำนวนปีที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร YLDs, Years of Life Lost due to Disability จำนวนปีที่มีชีวิตอยู่กับความบกพร่องทางสุขภาพ สูตร $YLL = N \times L$

โดยที่ N = จำนวนคนที่เสียชีวิต

L = Standard life expectancy

YLD (years lived with disability) หมายถึง จำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความเจ็บป่วยและพิการ คำนวณจาก

สูตร $YLD = I \times D \times L$

โดยที่ I = อุบัติการณ์ (incidence)

D = น้ำหนักความพิการ (disability weight)

L = ระยะเวลาที่อยู่อย่างเจ็บป่วยและพิการ (duration of disability)

ซึ่งค่า I, D และ L จะมีความแตกต่างกันตามโรค และกลุ่มอายุ

ดังนั้น DALYs = ๑ จึงหมายความว่า ๑ ปี สุขภาวะที่สูญเสียไป เนื่องจากความบกพร่องทางสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วย พิการ รวมถึงการเสียชีวิต)

DALYs ในปี ค.ศ. ๒๐๐๕ ของโรคทางระบบประสาทโรคหลอดเลือดสมอง ติดเชื้อ รวมทั้งโรคของสุขภาพจิตทั่วโลกมีร้อยละ ๖.๓ ของเครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of disease)

ภาคผนวก ข

(๑) ผังการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ของ
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘^๑

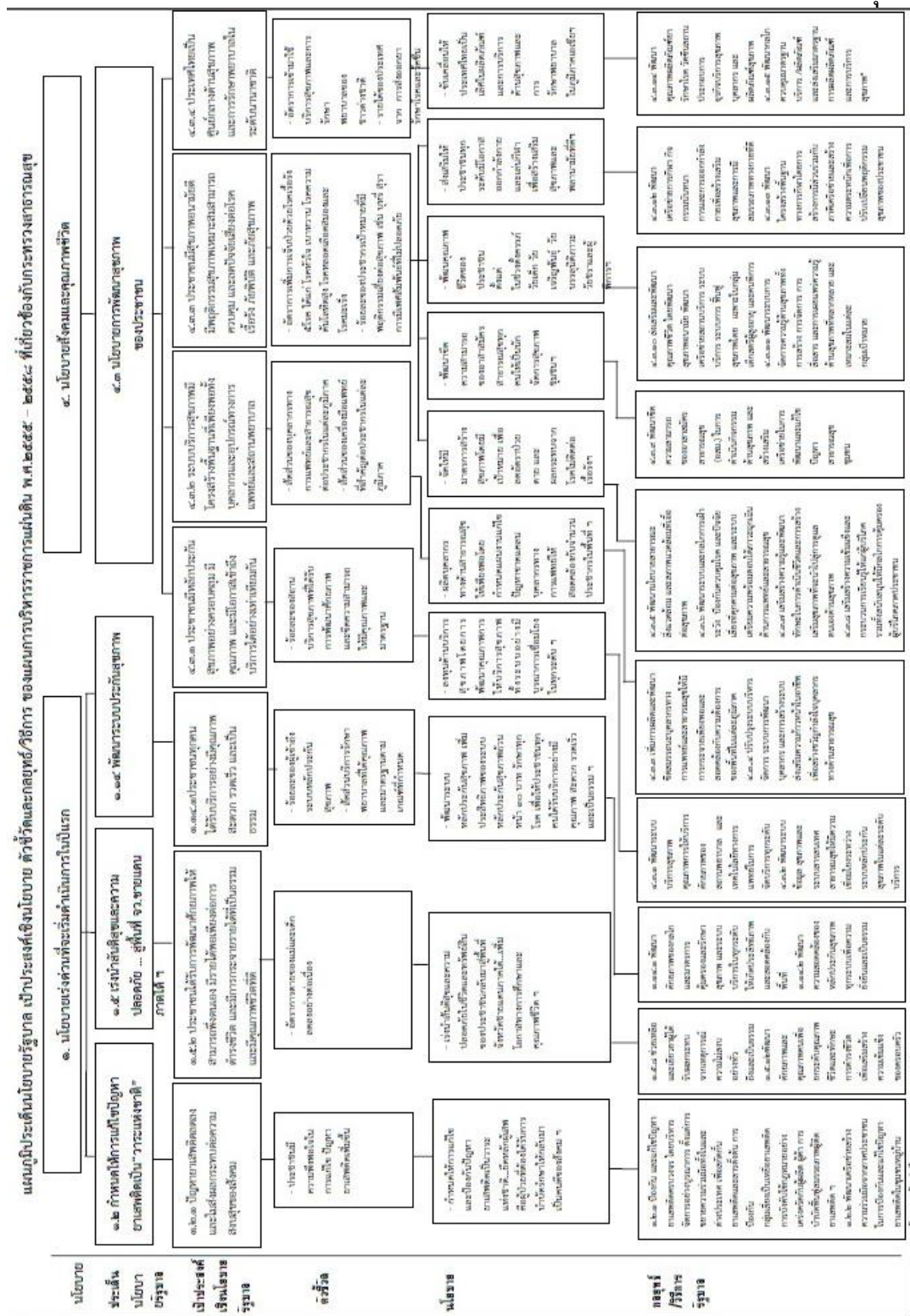
ผังการดำเนินงานตามนโยบายรัฐบาล นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรี ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2555 - 2558					KPI	
นโยบายรัฐบาล	ประเด็นสำคัญ	นโยบายรัฐบาล	ประเด็นสำคัญ	หน่วยงานสำคัญ		
1.2 ยาเสพติด	ยาเสพติด	15. ยาเสพติด	ยาเสพติด มาตรการควบคุมยาและสาร ตั้งต้น	ปภ.ค. รัชชา ทิพย์ ตรวจควบคุม สารเสพติด สารตั้งต้น	ร้อยละประชาชน ผู้เสพ ผู้ติดยาและสารเสพติดผ่านการ บำบัดรักษา และฟื้นฟูตามเกณฑ์ที่กำหนด (80)	
1.5 ปลอดภัย	ปลอดภัย				ร้อยละของอัตราป่วยหรือตายด้วยปัญหาสุขภาพที่สำคัญของ ประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ 3 อันดับแรกลดลง (5)	
1.6 ความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านและนานาชาติ	ภาคใต้			สร้างเสริมสุขภาพ เอชอาร์เอสแอล อวทพร.โลดสมัย	ความร่วมมือระหว่างไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน และระหว่างไทย กับประเทศอาเซียนสถานการณ์ดีขึ้นต่อเนื่องไปได้ตามแผนการ ดำเนินงาน (แผนบริหาร)	
1.14 ระบบประกันสุขภาพ บริการสุขภาพ	ประสิทธิภาพบริการ หมอประจำครอบครัว Telemedicine ลดค่าใช้จ่ายค่ายา	2. คลินิกสุขภาพหลักประกัน สุขภาพ	1 พมอ 1 รพ. สด. พัฒนา รพ. สด./ ศสม Telemedicine ใยยาดี อย่างมีเหตุผล 30 นาที รักษาทุกโรค	เตรียมพร้อมสู่ ASEAN	ระดับคะแนนของความพร้อมของประชาชนต่อระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (8.5) ร้อยละของความพึงพอใจของประชาชนต่อการให้บริการของ สถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (85) จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่นำด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (2,118,900) จำนวนประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่สถานพยาบาลระบบไม่ต่ำกว่า (1,400,000) ร้อยละของสถานบริการสุขภาพภาครัฐผ่านการรับรองมาตรฐาน HA (35)	
บูรณาการสิทธิ	ลดความเหลื่อมล้ำ 3 กองทุน		ลดความเหลื่อมล้ำ 3 กองทุน: อุบัติเหตุ จงเงิน	สุขภาพจิต		
เทคโนโลยีสารสนเทศ		13. ข้อมูล		พัฒนาระบบฉุกเฉิน พัฒนาระบบส่งต่อ		
ลดการเจ็บป่วยเรื้อรัง (DM, HT, HD, Vascular, Cancer)	สร้างสุขภาพ	3. NCD	สร้างภาพที่มีชีวิตชีวา มะเร็ง: มะเร็งท่อน้ำดี	Data Center ระบบยา ระบบสารสนเทศพื้นฐาน	ร้อยละของอัตราตายโรคหลอดเลือดสมองลดลง (2) ร้อยละของอัตราตายโรคหัวใจขาดเลือดลดลง (1)	
โรคอุบัติใหม่			เฝ้าระวัง ควบคุม โรคอุบัติใหม่			

^๑ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สป สธ ๒ มิถุนายน ๒๕๕๕

กลุ่มวัยต่างๆ	เด็กปฐมวัย 0 - 6 ปี	6. กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เด็ก สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ	ลดโรค เพิ่มสุข บัตรสุขภาพเด็กปฐมวัย ศูนย์ 3C พัฒนาการเด็กปฐมวัย ANC คนภาพ 70 ปีไม่มีตัว	พัฒนาศูนย์เด็กเล็ก ศูนย์สิงใต้ ศูนย์ 3C พัฒนาเด็กปฐมวัย เด็กไทยสุขภาพดี ลดโรค เพิ่มสุข พัฒนาสติปัญญาเด็กไทย โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เสริมสร้างสุขภาพสตรีไทย ดูแล พื้นฟู และ ส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ดูแล พื้นฟู ผู้พิการ	อัตราตายทารกต่อการเกิดมีชีวิตพื้นคน ไม่เกิน (15) อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีวิตพื้นคน ไม่เกิน (18)
	ลานชุมชนสร้างสรรค์ สุขภาพแม่ตั้งครรภ์				
กีฬา ออกกำลังกาย	ออกกำลังกาย	11. Medical Hub 12. ppp	Medical Hub: แพทย์แผนไทย	คนไทยไร้พุง ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ	
	Medical Hub & ppp				

สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สป สธ 2 มิถุนายน 2555

(๒) แผนภูมิประเด็นนโยบายรัฐบาล เป้าประสงค์เชิงนโยบาย ตัวชี้วัดและกลยุทธ์/วิธีการ ของแผนการบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘ ที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข^๒



[illegible]

ภาคผนวก ค

แผนปฏิบัติการ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ - ๒๕๕๙ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข^๔

แผนปฏิบัติการ ๔ ปี พ.ศ. ๒๕๕๕- ๒๕๕๘ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

วิสัยทัศน์ เป็นผู้นำทางวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ระดับสากลที่สมคุณค่าเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าของประชาชน

คำนิยามองค์กร HMRL

H Harmonization การประสานที่สอดคล้องกันอย่างดี
 M Middle Path ทางสายกลาง
 R Respect ให้เกียรตินับถือซึ่งกันและกัน
 L Love to work รักในงานที่ทำ

พันธกิจ

๑. ศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับสากล
๒. ดูแลและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการรักษาพยาบาลของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน
๓. ถ่ายทอดและเพิ่มพูนทักษะบุคลากรทางการแพทย์ให้มีคุณภาพ
๔. ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทางในระดับตติยภูมิและสูงกว่าอย่างได้มาตรฐาน
๕. พัฒนานโยบายด้านสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน

^๔ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สป สธ ๒ มิถุนายน ๒๕๕๕

ประเด็นยุทธศาสตร์

๑. เสริมสร้างองค์ความรู้ด้านการแพทย์ระดับตติยภูมิโดยการศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้/เทคโนโลยี และการบริการ
๒. พัฒนาสถานบริการสุขภาพด้านวิชาการเพื่อสร้างมาตรฐานการบริการ ตติยภูมิและระบบเครือข่าย
๓. นำเอาความรู้ความชำนาญของกรมการแพทย์ไปแก้ไขปัญหาสุขภาพสำคัญของประชาชน

ประเด็นยุทธศาสตร์

๔. บำบัดรักษาฟื้นฟู และแก้ไขปัญหาการติดยาและสารเสพติด

เป้าหมายการให้บริการที่ ๒

- บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับรองความรู้ที่มีคุณภาพ
- ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย
๑. จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้รับการพัฒนาวิชาการ
 ๒. ความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

เป้าหมายการให้บริการที่ ๑

- ผู้เสพ ผู้ติดยาและสารเสพติดได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน
- ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย
๑. จำนวนผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่ได้รับการบริการด้านการแพทย์ระดับตติยภูมิ
 ๒. ผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่รับบริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิได้รับการจำหน่ายแบบครบเกณฑ์กำหนด

ยุทธศาสตร์

๑. พัฒนาสถาบันกรมการแพทย์เป็นสถาบันเฉพาะทางขั้นสูง/สถาบันระดับชาติ (Centers of Excellence/ National Institutes)
๒. ยกระดับสถานบริการสุขภาพระดับภูมิภาค ให้มีศักยภาพ ด้านบริการ ระดับตติยภูมิ (Regional Referral Centers)
๓. ดำเนินการแก้ไขปัญหาลักษณะที่สำคัญตามบริบทของกรมการแพทย์ และผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติ

ผลผลิต ๑ องค์ความรู้ด้านสุขภาพได้รับการศึกษา วิจัยและถ่ายทอด
กิจกรรมที่ ๑ พัฒนาการรักษาระดับตติยภูมิและสูงกว่า
กิจกรรมที่ ๒ ศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้
กิจกรรมที่ ๓ พัฒนาเครือข่ายวิชาการการส่งต่อทุกระดับ

๔. พัฒนาศึกษา/บริการทางการแพทย์ด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟู ผู้ติดยาและสารเสพติดอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน

ผลผลิต ๒ ผู้เสพ ผู้ติดยา และสารเสพติดได้รับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ
กิจกรรมที่ ๑ ศึกษา วิจัย ประเมิน พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านยาเสพติดและสารเสพติด
กิจกรรมที่ ๒ พัฒนาการรักษาระดับตติยภูมิและสูงกว่าด้านยาเสพติด
กิจกรรมที่ ๓ พัฒนาการรักษาระดับตติยภูมิและสูงกว่าด้านสารเสพติด

ภาคผนวก ง.
วิสัยทัศน์กรมการแพทย์สู่ประชาคมอาเซียน^๕

เป็นผู้นำทางวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ระดับสากลที่สมคุณค่า เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าของประชาชนในประชาคมอาเซียน

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การสร้างความยั่งยืนทางด้านการแพทย์และการมีสุขภาพที่ดีให้กับประชาคมอาเซียน

กลยุทธ์

๑. พัฒนาต่อยอดศูนย์ความเป็นเลิศ ไปสู่ประชาคมอาเซียน (๒๑ DMS Center of Excellences)

๒. พัฒนาความร่วมมือทางวิชาการร่วมกับสถาบันทางการแพทย์ในประชาคมอาเซียน

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ Excellence Medical Services การสร้างความเชื่อมโยงการบริการฉุกเฉิน

กลยุทธ์

๑. เชื่อมโยงบริการทางการแพทย์กับประเทศต่างๆในประชาคมอาเซียน DMS Medical Mobile Units

๒. พัฒนาความร่วมมือด้านบริการทางการแพทย์ระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อรองรับอาเซียน (Public and Private Sectors Cooperation to provide best service to Asian Country Citizen)

๓. บริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ Academic Drug Addict Treatment cooperation การสร้างความร่วมมือด้านวิชาการ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด

กลยุทธ์

๑. Treatment and Rehabilitation Potential Development

๒. Treatment and Rehabilitation Model Development

๓. Treatment Center Potential Development

๔. Human Resource Development

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ การบริหารจัดการเพื่อเตรียมความพร้อมสู่อาเซียน

กลยุทธ์

๑. พัฒนาคมน

๒. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

๓. ทบทวนกฎระเบียบทางด้านวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร

^๕ แผนกรมการแพทย์ฉบับร่าง วันอังคารที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๕๖ ณ ห้องประชุมแสงสิงแก้ว กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล นายวีระวัฒน์ นามสกุล สุขสง่าเจริญ

ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง รอง ผอ.โรงพยาบาลฝ่ายการแพทย์
ผู้อำนวยการสำนักแพทย์เขต ๑๖
ระดับ นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาประสาทศัลยกรรม
สถานที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
เลขที่ ๒ หมู่ ๓ ตำบล สุเทพ อำเภอ เมือง จังหวัด เชียงใหม่
รหัสไปรษณีย์ ๕๐๒๐๐ โทรศัพท์ ๐๕๓ ๙๒๐๒๐๓
E-mail address suksngacharoen@yahoo.com

ประวัติวุฒิการศึกษา

พ.ศ. ๒๕๒๒ วิทยาศาสตร์บัณฑิต (วท.บ.การแพทย์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พ.ศ. ๒๕๒๕ แพทยศาสตรบัณฑิต (พบ.) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พ.ศ. ๒๕๒๘ ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางคลินิก คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
พ.ศ. ๒๕๓๐ วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญ (ว.ว.) สาขาประสาทศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล

การดำรงตำแหน่ง

๑. ตำแหน่งที่ได้รับมอบหมายและเคยได้รับมอบหมาย
 - ๑.๑ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจวิชาการ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่
 - ๑.๒ คณะกรรมการบริหารวิทยาลัยประสาทศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
 - ๑.๓ ผู้เชี่ยวชาญของศาลยุติธรรมทางการแพทย์
 - ๑.๔ คณะกรรมการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดเชียงใหม่ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๔ ประกอบด้วย
 - คณะอนุกรรมการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย (Call-center)
 - คณะทำงานรับ-ส่งต่อผู้ป่วยศัลยกรรมและอุบัติเหตุฉุกเฉิน
 - คณะทำงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท
 - ๑.๕ คณะทำงานกำหนดการจ่ายเพื่อจูงใจ ให้มีการพัฒนาระบบบริการในพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ๑ เชียงใหม่
 - ๑.๖ คณะทำงานด้านวิชาการโรคไม่ติดต่อ เขต ๑๕ ปี ๒๕๕๔
 - ๑.๗ ประธานฯจัดการประชุมวิชาการโครงการพัฒนาระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายเขตสุขภาพ ๑๕, ๑๖ ปี ๒๕๕๔

การฝึกอบรมและดูงาน

๑. ด้านบริหาร

๑.๑ วันที่ ๒๗ เมษายน – ๒๙ มิถุนายน ๒๕๕๕ : นักบริหารการแพทย์ และสาธารณสุขระดับสูง รุ่นที่ ๒๘ วิทยาลัยนักรับบริหารสาธารณสุข (หลวงพ่เป็นอุปถัมภ์)

๑.๒ วันที่ ๑๖ พฤษภาคม – ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๘ : ผู้บริหารสาธารณสุขระดับกลาง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีจกรรรัช ราชบุรี รุ่นที่ ๑๙

๒. ด้านวิชาการ

๒.๑ ประเททวียัย (บทควมวียัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการ)

วียัย เรื่องควมชุกของอาการปวดหลังส่วนเอวในจังหวัดเชียงใหม่ (พ.ศ.๒๕๕๒) ตีพิมพ์และเผยแพร่ ณ ห้องสมุดกรมการแพทย์ ห้องสมุดงานวียัย สำนักงานคณะกรรมการวียัยแห่งชาติ (วช.)

๒.๒ บทควมพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการ

- บทควมวิชาการเรื่อง Thoraco-Lumbar Injury และเรื่อง Cervical Spondylotic Myelopathy เผยแพร่ในหนังสือ NAT update ๒๐๑๑ ประสาทศัลยศาสตร์ทันยุค ๒๐๑๑ ปี พ.ศ.๒๕๕๔

- บทควมวิชาการ เรื่องผลการรักษาภาวะไขสันหลังเสื่อมขั้นรุนแรง จากการตีบแคบของกระดูกต้นคอ โดยการผ่าตัดขยายช่องกระดูกต้นคอทางหลัง เผยแพร่ในวารสารกรมการแพทย์ ปีที่ ๓๒ เล่มที่ ๓ เดือน ก.ค.-ก.ย. ๒๕๕๐