



ค่า คุณภาพ 'ธรรม'

19th HA National Forum

13-16 มีนาคม 2561 ♦ ศูนย์การประชุม IMPACT FORUM เมืองทองธานี

Update New HA Standard

รองพรธณ ธนา

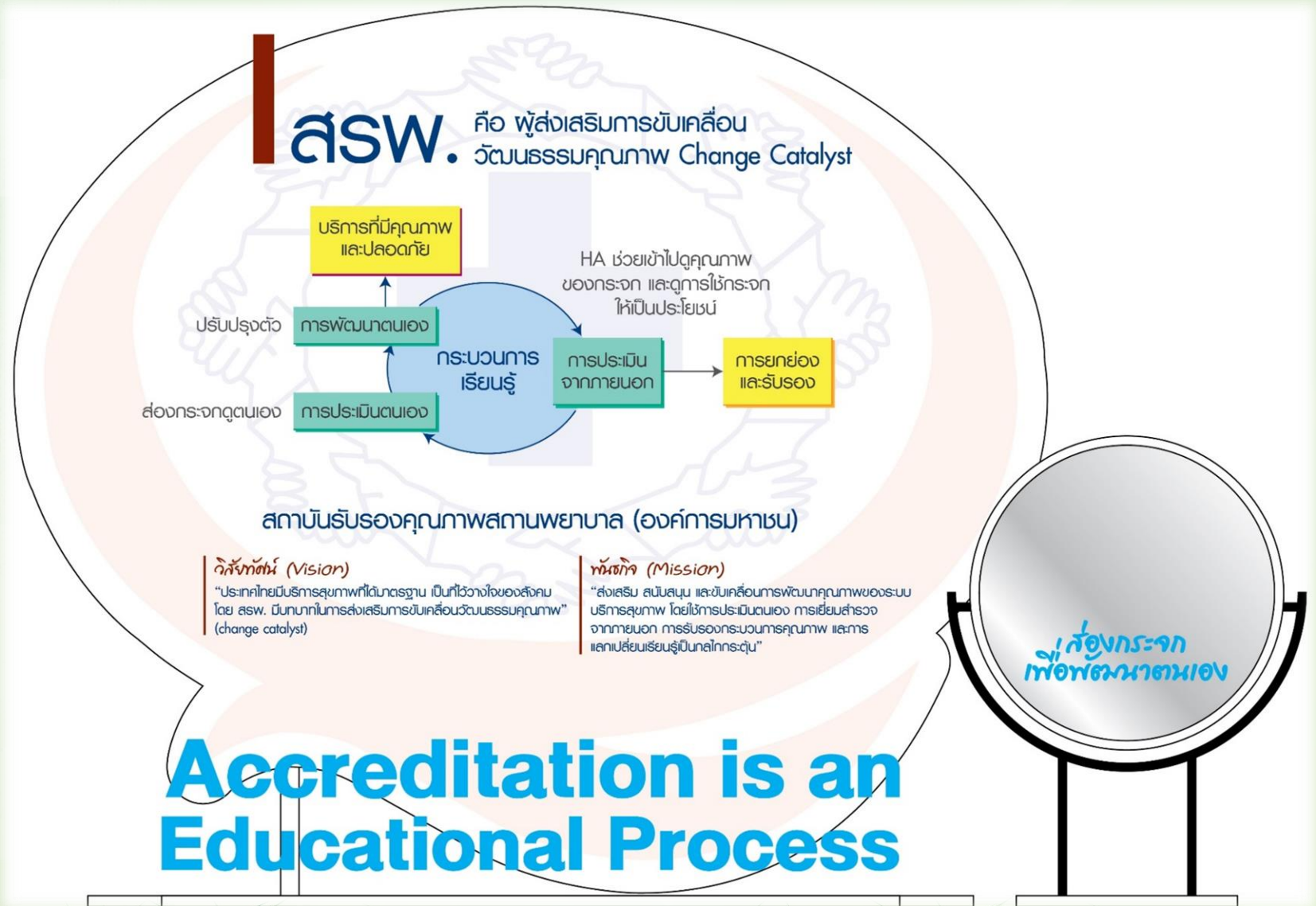
ปรมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์

อากากร สุปัญญา

ขอบเขตการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- ทบทวนแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ
- องค์กรในฝัน
- แนวทางการใช้มาตรฐาน HA
- มีอะไรเปลี่ยนแปลงไปในมาตรฐานใหม่

HA คือกลไกการส่งกระจกดูตัวเอง



Accreditation is an Educational Process

อะไรคือจุดสุดท้ายของการพัฒนาคุณภาพ

Oneself

การที่เราได้เรียนรู้และพัฒนาตนเองจนมั่นใจว่าเราเป็นคนที่มีความรู้ มีส่วน contribute ต่อส่วนรวม

Patients

ทุกครั้งที่เราเข้าไปให้บริการแก่ผู้ป่วย เราสัมผัสได้ถึงรอยยิ้ม ความสุข และการเยียวยาที่ได้รับ ในผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค

Organization

การที่เราเข้าไปในที่ชุมชนและภูมิใจที่จะบอกกับทุกคนว่าเราทำงานที่องค์กรแห่งนี้ และเสียงชุมชนตอบรับเราเป็นอย่างดี

**องค์กรที่ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA อย่างเต็มที่
จะเป็นองค์กรในฝัน นำสู่ระบบสุขภาพในฝัน**

**Performance driven
System approach
Core values
CQI**

**Effective RMS
Safety mindset,
mindfulness, &
culture**



**Embed learning
into the way we
operate**

**Organization
agility**

HA Standards 2006 (2549)

บูรณาการมาตรฐาน HA, HPH และเกณฑ์ TQA/MBNQA

Users

ผู้ใช้สะท้อนให้ทราบถึงประโยชน์และปัญหาในการใช้

Professional Organization

องค์กรวิชาชีพสะท้อนให้เห็นความรู้ใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้น

MBNQA

มีการปรับปรุงข้อกำหนดทุก 2 ปี และ TQA ปรับตามเช่นกัน

ISQua

ให้การรับรองมาตรฐาน HA ว่าเป็นไปตามหลักสากล มีอายุรับรองทุก 4 ปี ในปี 2016 มีการปรับปรุงเพิ่มเติมข้อกำหนด

ที่มาของการ
ปรับปรุงมาตรฐาน
HA

การใช้เพื่อการประเมินและรับรองสถานพยาบาล

เริ่มใช้ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2561

การใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล

สามารถใช้ได้ทันทีตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ความคาดหวังต่อข้อกำหนดใหม่

- ไม่จำเป็นต้องสมบูรณ์แบบ
- ขอให้
 - ทำความเข้าใจ
 - วิเคราะห์โจทย์ของตนเองให้ชัด
 - วางระบบที่ง่ายต่อการปฏิบัติและเป็นประโยชน์ต่อสถานพยาบาล

Effective Date:

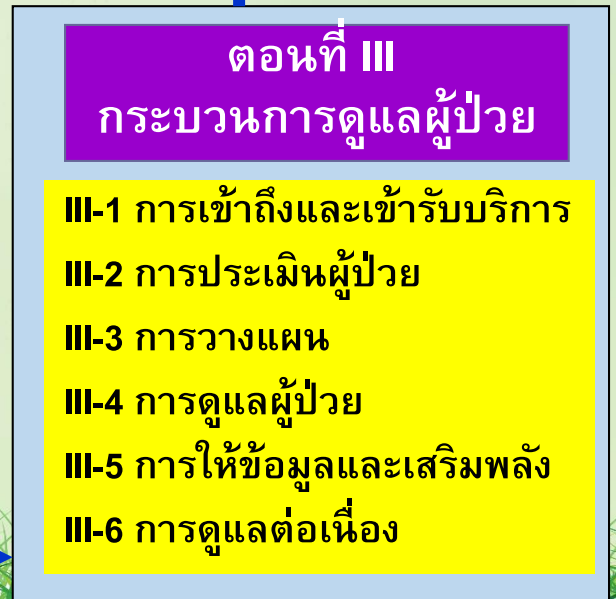
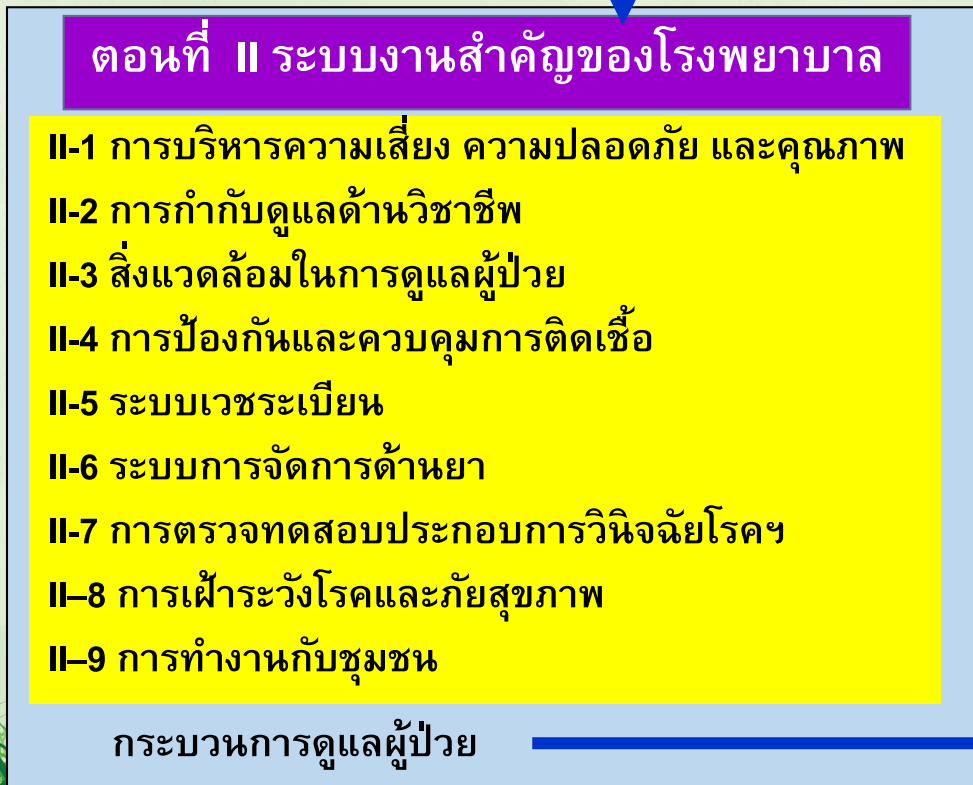
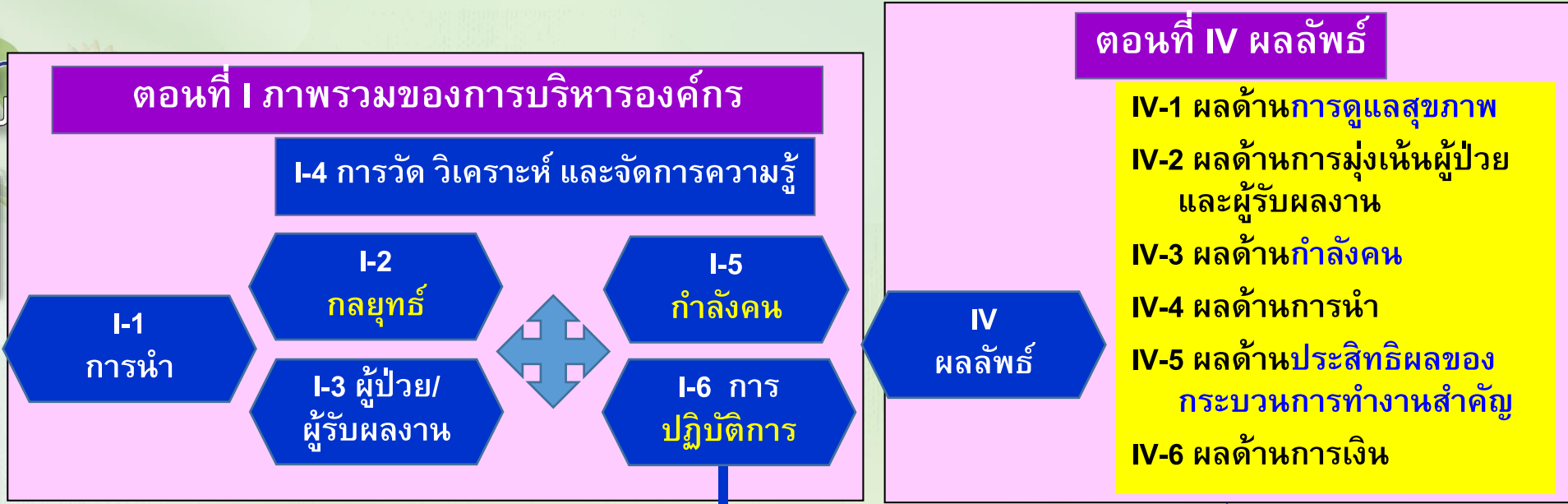
1 July 2018

Scoring Guideline

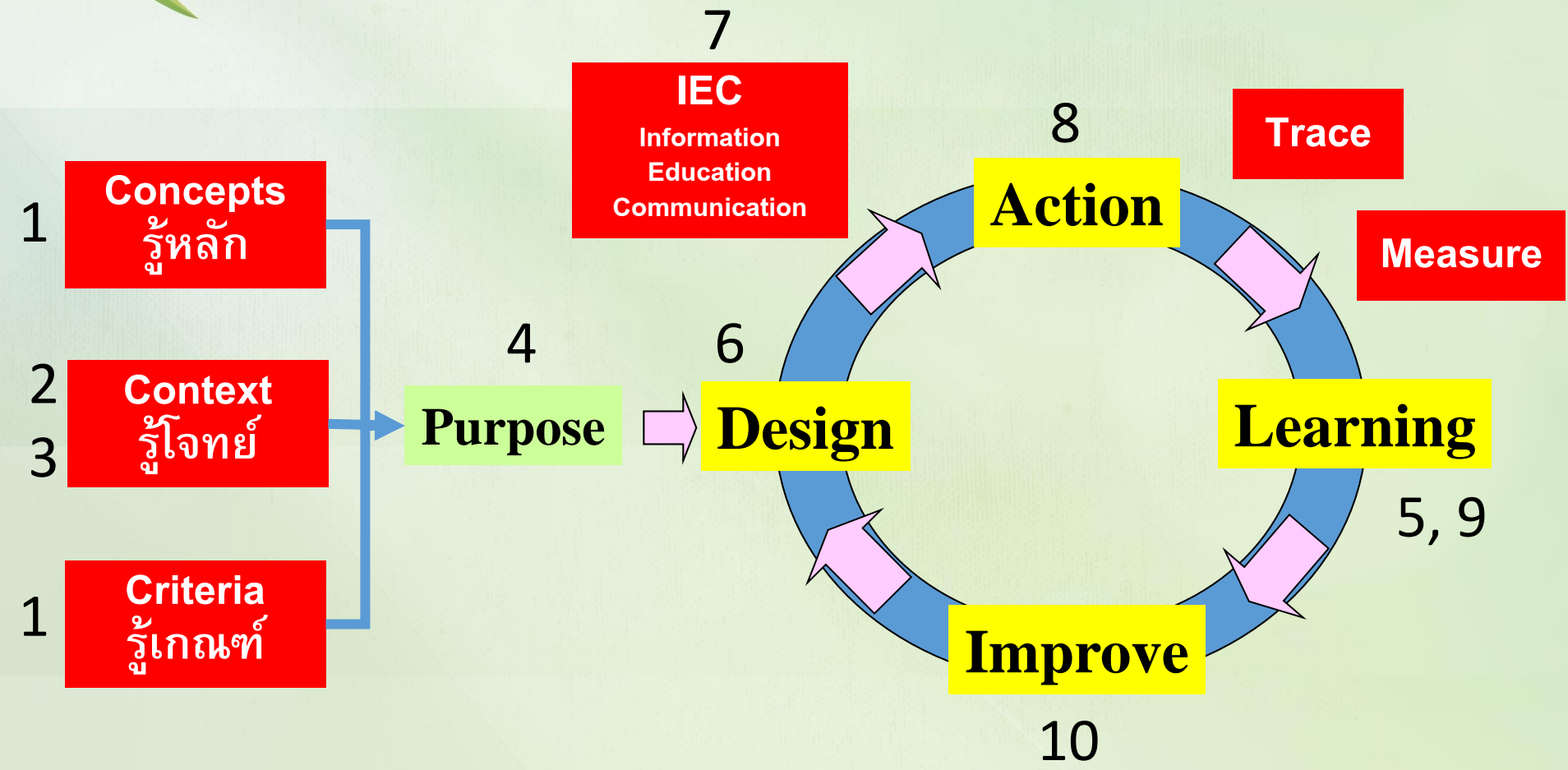
Score	Process	Result
1	เริ่มต้นปฏิบัติ Design & early implementation	มีการวัดผล Measure
2	มีการปฏิบัติได้บางส่วน Partial implementation	มีการวัดผลในตัววัดที่สำคัญ ตรงประเด็น อย่างครบถ้วน Valid measures
3	มีการปฏิบัติที่ครอบคลุมและได้ผล Effective implementation	มีการใช้ประโยชน์จากตัววัด Get use of measures
4	มีการปรับปรุงกระบวนการต่อเนื่อง Continuous improvement	มีผลลัพธ์ในเกณฑ์ดี (สูงกว่าค่าเฉลี่ย) Good results (better than average)
5	มีกระบวนการที่เป็นแบบอย่างที่ดี Role model, good practices	มีผลลัพธ์ที่ดีมาก (25% สูงสุด) Very good results (top quartile)

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง
มาตรฐาน HA ฉบับที่ 4

HA Standards 4th Edition,
 Effective 1 July 2018



3C- PDSA/DALI กับการนำมาตรฐานไปปฏิบัติ



ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเพิ่มเติมในหัวข้อสำคัญ

- I-1.2 ก.(3) การวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก (clinical governance)
- I-1.2 ข.(3) ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ
- I-2.1 ก.(2) การกำหนดโอกาสเชิงกลยุทธ์
- I-3.3 ข.(7) การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมงานวิจัยทางคลินิก
- **I-4.2 ข.(3) การส่งข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์**
- I-6.1 ค.(1) การจัดการห่วงโซ่อุปทาน
- I-6.1 ง.(1) การจัดการเหตุการณ์
- I-6.1 จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเพิ่มเติมในหัวข้อสำคัญ

- II-6.1 ก.(5) แผนงานใช้ยาสมเหตุผล
- II-6.1 ข.(4) ระบบคอมพิวเตอร์สนับสนุนการจัดการระบบยา
- III-4.3 ช.(1) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- III-6 (1) การระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ
- III-6 (2) การดูแลขณะส่งต่อ
- III-6 (3) ยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วย

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลงสาระสำคัญ

- II-1.2 การบริหารความเสี่ยง

มาตรฐานที่มีการใช้คำที่มีความหมายกว้างขึ้น

- I-5 กำลังคน หมายถึงบุคลากรประจำ ผู้ประกอบวิชาชีพอิสระ อาสาสมัคร

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการสลับที่/ควบรวม

- รวมการตัดสินใจเชิงกลยุทธ์จาก I-6 มาอยู่ I-2 เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับระบบงาน และสมรรถนะหลักขององค์กร
- เปลี่ยน คุณภาพของข้อมูล สารสนเทศและความรู้ ใน I-4.2 ค. เป็น การจัดการสารสนเทศ แล้วย้ายมาเป็น I-4.2 ข. สลับกับการจัดการความรู้ กับ
- สลับ I-5.1 กับ I-5.2 เป็น I-5.1 สภาพแวดล้อมของกำลังคน, I-5.2 ความผูกพันของกำลังคน
- I-5.1 ค.(1) รวมข้อกำหนดเกี่ยวกับโปรแกรมสุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคนไว้ด้วยกัน

มาตรฐานที่มีการสลับที่/ควบรวม

- ย้ายการจัดการและปรับปรุงกระบวนการทำงาน จาก I-6.2 มา I-6.1 ข.
- ย้าย ความพร้อมต่อภาวะฉุกเฉิน จาก I-6.1 ค. มาอยู่ I-6.2 ข.
- ย้าย II-4.3 การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลมาอยู่ร่วมกับ II-4.1
- แยก II-7 เป็น II-7.1 บริการรังสีวิทยา, II-7.2 บริการป้องกันปฏิบัติการทางการแพทย์, II-7.3 บริการพยาธิวิทยากายวิภาค, II-7.4 ธนาคารเลือด, II-7.5 บริการตรวจวินิจฉัยโรคอื่น ๆ
- ย้ายผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ไปรวมกับผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพ IV-1 (2)
- ย้ายสลับตำแหน่งของผลการดำเนินการดังนี้ IV-3 ผลด้านกำลังคน, IV-4 ผลด้านการนำ, IV-5 ผลด้านประสิทธิผลของกระบวนการ IV-6 ผลด้านการเงิน

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเพื่อความในซ้อย่อยที่มีอยู่เดิม

- I-1.2 ก.(1) ระบบกำกับดูแลองค์กรกับความรับผิดชอบต่อแผนกลยุทธ์
- I-1.2 ค.(1) การรับผิดชอบต่อความผาสุกของสังคม (สิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ)
- I-2.1 ก.(1) การพิจารณาความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงแบบพลิกโฉม และความคล่องตัวขององค์กรในการวางแผนกลยุทธ์
- I-2.1 ข.(2) การพิจารณาโอกาสเชิงกลยุทธ์ในการจัดทำวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์
- I-3.3 ข.(4) การจัดการสวัสดิภาพและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเพื่อความในข้อย่อยที่มีอยู่เดิม

- I-4.2 ข.(2) ความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคลหรือข้อมูล/สารสนเทศที่ถ้ารั่วไหลแล้วจะเกิดผลกระทบได้มาก
- I-4.2 ค.(2) การแลกเปลี่ยนและขยายผลแนวทางปฏิบัติที่ดี
- I-4.2 ค.(3) การทำให้การเรียนรู้ฝังลึกไปในวิถีการปฏิบัติงาน
- I-5.1 ก.(1) แผนบริหารทรัพยากรบุคคล หน้าที่รับผิดชอบและการมอบหมายหน้าที่
- I-5.1 ก.(2) การปฐมนิเทศ ฝึกอบรม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับกำลังคนใหม่ การทบทวนขอบเขตการปฏิบัติงาน

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเพื่อความในซ้อย่อยที่มีอยู่เดิม

- I-6.1 ข.(2) กระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ
- I-6.2 ข.(1) สภาพแวดล้อมของการปฏิบัติการที่ปลอดภัย
- I-6.2 ข.(2) การเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติหรือภาวะฉุกเฉิน เพิ่มการพึ่งพากำลังคน ผู้ส่งมอบ และพันธมิตร รวมทั้งความมั่นคงปลอดภัยและพร้อมใช้งานต่อเนื่องของระบบสารสนเทศ
- II-1.2 ก.(1) กรอบการบริหารงานคุณภาพ (6) การวัดผลการดำเนินการ (7) การประเมินและชี้้นำการพัฒนาคุณภาพ (8) การจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ (9) การนำแผนไปปฏิบัติ (10) การเผยแพร่ข้อมูล
- II-3.2 ข.(2) ระบบสำรองสำหรับ**แก๊สที่ใช้ในทางการแพทย์**

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเพื่อความในซ้อย่อยที่มีอยู่เดิม

- II-4.1 ก.(4) นโยบายและแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อ
- II-4.2 ก.(1) การ reprocess กล้องส่องอวัยวะต่าง ๆ, การจัดการกับวัสดุที่หมดอายุ และการนำอุปกรณ์การแพทย์ที่ออกแบบเพื่อใช้ครั้งเดียวกลับมาใช้ใหม่
- II-4.2 ก.(2) การประเมินและลดความเสี่ยงจากงานก่อสร้าง
- II-4.2 ก.(3) พื้นที่ที่ต้องใส่ใจในการป้องกันและควบคุม เพิ่มเติมหอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม (โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีความแออัด) หน่วยบริการฉุกเฉิน หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก (สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยวัณโรคที่ยังไม่ได้รับการรักษาเพียงพอ และผู้ป่วยเด็ก)

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเพื่อความในข้อย่อยที่มีอยู่เดิม

- II-5.1 ก.(3) ข้อกำหนดเกี่ยวกับการบันทึกเวชระเบียน เพิ่มเติม ลายมือที่อ่านออก การแจ้งเตือนข้อมูลสำคัญ บันทึกความก้าวหน้า สิ่งที่สังเกตพบ รายงานการให้คำปรึกษา ผลการตรวจวินิจฉัย เหตุการณ์สำคัญ เหตุการณ์เกือบพลาด หรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น.
- II-5.1 ข.(1) เพิ่มเติม การจัดเก็บเวชระเบียนอย่างเหมาะสม รักษาความลับได้ การเก็บรักษาและทำลายตามที่กำหนดไว้ในกฎหมายและระเบียบ

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเพื่อความในข้อย่อที่มีอยู่เดิม

- II-6.1 ก.(1) หน้าที่ของ PTC ในการกำกับดูแลระบบการจัดการด้านยาให้มีความปลอดภัย ใช้อย่างสมเหตุผล มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ
- II-6.2 ก.(2) ความถูกต้องของยาที่ผู้ป่วยได้รับในช่วงรอยต่อหรือการส่งต่อการดูแล (medication reconciliation):
- II-6.2 ก.(3) ข้อมูลช่วยสนับสนุนการตัดสินใจในระบบ CPOE
- II-6.2 ข.(1) ขยายความการทบทวนคำสั่งใช้ยา

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเพื่อความในข้อย่อยที่มีอยู่เดิม

- II-6.2 ข.(2) การจัดเตรียมยา เพิ่มการหลีกเลี่ยงการสัมผัสยาโดยตรง การใช้ laminar air flow hood
- II-6.2 ข.(4) การส่งมอบยาให้หน่วยดูแลผู้ป่วย เพิ่มการปกป้องสุขภาพและความปลอดภัยของบุคลากรที่สัมผัสยาเคมีบำบัด และการรับคีนยา
- II-6.2 ค.(1) การให้ยาแก่ผู้ป่วย เพิ่ม การตรวจสอบซ้ำโดยอิสระก่อนให้ยาที่ต้องใช้ความระมัดระวังสูง ณ จุดให้บริการ การบันทึกเวลาที่ให้ยาจริงสำหรับกรณีการให้ยาล่าช้าหรือ ลืมให้
- II-6.2 ค.(4) การให้ผู้ป่วยบริหารยาที่นำติดตัวมาได้ด้วยตนเอง

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเพื่อความในข้อย่อยที่มีอยู่เดิม

- III-1 (2) การประสานงานเพื่อการส่งต่อ กับหน่วยงานผู้ส่ง
- III-1 (3) การคัดแยก (triage)
- III-1 (7) ข้อบ่งชี้ในการให้ความยินยอมจากผู้ป่วย/ครอบครัว
- III-2 ก.(2) การประเมินแรกรับของผู้ป่วย เพิ่ม การรับรู้ความต้องการของตนโดยตัวผู้ป่วยเอง ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย
- III-4.3 ค.(1) การวิเคราะห์ความเสี่ยงจากบริการด้านอาหารและโภชนาการ และการป้องกัน
- III-4.3 จ.(1) การคัดกรองและประเมินความปวด
- III-4.3 จ.(2) การให้ข้อมูลผู้ป่วย ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการความปวด
- III-4.3 จ.(3) การดูแลผู้ป่วยที่มีความปวด และการเฝ้าระวัง

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติมเพื่อความในข้อย่อยที่มีอยู่เดิม

- III-4.3 จ.(3) บริการฟื้นฟูสภาพเป็นไปตามมาตรฐาน กฎระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง.
- IV-4 (2) ผลลัพธ์เรื่องการสื่อสารและการสร้างความผูกพันกับกำลังคนและลูกค้า
- IV-4 (6) ผลลัพธ์สำคัญด้านความรับผิดชอบต่อสังคมและการสนับสนุนชุมชนที่สำคัญ
- IV-5 (1) ตัวชี้วัดของกระบวนการทำงานสำคัญ (ตามมาตรฐานตอนที่ I และ II) และกระบวนการสนับสนุนสำคัญ ครอบคลุมตัววัดด้านผลิตภาพ รอบเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และมิติคุณภาพที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ
- IV-5 (2) ประสิทธิภาพระบบความปลอดภัยขององค์กร การเตรียมพร้อมต่อภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน และผลการดำเนินการด้านห่วงโซ่อุปทาน

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่ระบุ Patient Safety Goal ไว้อย่างชัดเจน

- II-6.2 ก.(2) medication reconciliation
- III-1 (8) การบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง
- III-2 ค.(4) การลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค
- III-4.3 ข.(4) การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ

ภาพรวมของการเปลี่ยนแปลง

มาตรฐานที่มีการเชื่อมโยงเพื่อความสมบูรณ์ (ไม่ต้องประเมินให้คะแนนในหมวดต่อไปนี้)

- II-1.1 ก.(6) การวัดผลการดำเนินการ
- II-1.2 ข. ข้อกำหนดเฉพาะประเด็นของระบบบริหารความเสี่ยง

มาตรฐานที่ควรให้ความสำคัญ

- I-1.2 ก.(3) การวางระบบกำกับดูแลทางคลินิก (clinical governance)
- I-1.2 ข.(3) ประเด็นทางจริยธรรมที่ยากลำบากในการตัดสินใจ
- I-4.2 ข.(3) การส่งข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์
- I-6.1 จ. การจัดการด้านการเรียนการสอนทางคลินิก
- II-1.2 การบริหารความเสี่ยง
- II-6.1 ก.(5) แผนงานใช้ยาสมเหตุผล
- มาตรฐานเกี่ยวกับ Patient Safety Goals

**รายงานการประเมินตนเอง
SAR (Self-assessment Report)**



เป้าหมายของการเขียน SAR

1. เพื่อสร้างการเรียนรู้ในองค์กร
 - ทีมงานสรุปบทเรียน ความสำเร็จ ความล้มเหลวในการทำงาน
 - ทีมงานตรวจสอบความสมบูรณ์ของการพัฒนา
 - สร้างการเรียนรู้กับหน่วยงานอื่นและกับผู้บริหาร
2. เพื่อสื่อสารกับผู้เยี่ยมชมสำรวจของ สรพ.
3. เพื่อเป็นฐานข้อมูลสำหรับการต่อยอดและขยายผล

1. ใช้หลัก 3P

- เป้าหมายในการพัฒนาคืออะไร
- การเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงระบบงานคืออะไร ตอบใจത്യตรงประเด็นหรือไม่
- ผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงไปคืออะไร สอดคล้องกับเป้าหมายหรือไม่

2. ข้อมูลที่ยืนยันการปฏิบัติ

- ข้อมูลเชิงปริมาณที่องค์กรนำเสนอ เช่น ความถี่ ความครอบคลุมของการทำกิจกรรม
- ข้อมูลเชิงคุณภาพที่องค์กรนำเสนอ เช่น เนื้อหาในกิจกรรมต่าง ๆ
- กิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้เห็นความมุ่งมั่นในการปฏิบัติ เช่น การฝึกอบรม, การ monitor, การปรับปรุงต่อเนื่อง

ส่วนที่ 1 ตัวชี้วัด

- รพ.มีสิทธิที่จะกำหนดตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องในมาตรฐานแต่ละบทได้เอง
- ควรนำเสนอข้อมูลครอบคลุมช่วงเวลาทั้งหมดที่เคยเก็บข้อมูลไว้
- รูปแบบการนำเสนอ
 - ควรนำเสนอข้อมูลสรุปในรูปแบบตารางในส่วนต้นของแต่ละมาตรฐาน
 - เลือกข้อมูลบางตัวมานำเสนอเป็น run chart หรือ control chart พร้อม annotation สรุปเหตุการณ์หรือ intervention ในกราฟให้มากที่สุด โดยไม่ต้องอธิบายซ้ำใน text ยกเว้นเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

รายงานการประเมินตนเอง

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติตามมาตรฐาน

- ใช้ risk-based thinking แสดงให้เห็นการวิเคราะห์ภัย/ความเสี่ยง/ปัญหา และโอกาสพัฒนาที่สำคัญของ รพ.
- ควรแสดงให้เห็นว่ากระบวนการทำงานได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสม (**Design**)
- ควรนำเสนอข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่ามีการปฏิบัติตามที่ออกแบบไว้
- ควรนำเสนอข้อมูลที่เป็น feedback loop และการนำข้อมูลมาใช้ ประโยชน์ (**Study & Act**)
 - เสี่ยงสะท้อนจากผู้รับผลงานและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ
 - Rapid assessment
 - KPI

รายงานการประเมินตนเอง

ส่วนที่ 3 แผนการพัฒนาต่อเนื่องในช่วง 1-2 ปีข้างหน้า

- ตามโจทย์/ความเสี่ยง/ปัญหาที่ยังเหลืออยู่
- ตามกลยุทธ์เพื่อความสำเร็จขององค์กรในอนาคต
- ตาม scoring guideline เพื่อยกระดับ maturity ของระบบงาน หรือการขยายผลในองค์กร
- ตามผลการทำ rapid assessment และเสียงสะท้อนของผู้เกี่ยวข้อง
- ตามผลการใช้เครื่องมือประเมินระบบงานและเครื่องมือประเมินองค์กรต่างๆ ที่ รพ.เห็นว่าเหมาะสม

ทำเพิ่มสะสมผลงาน เพื่อช่วยเขียน SAR

ตั้งโครงสร้างแต่เริ่มต้น

- ทุกหัวข้อในมาตรฐานที่รับผิดชอบ

Update ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ

- ทุกครั้งที่มีการสรุปผลงานแต่ละเรื่อง
- อย่างน้อยปีละครั้ง
- ถือเป็นโอกาสวิเคราะห์และเรียนรู้จากข้อมูลที่ใช้ติดตาม

ครอบคลุม 3P

- ที่มาของปัญหาและเป้าหมาย
- การปรับปรุงกระบวนการที่เกิดขึ้น
- ผลลัพธ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

Risk-based Thinking

คืออะไร

- ความเสี่ยง คือโอกาสที่จะไม่บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด
- Risk-based thinking คือการจัดการความเสี่ยงและโอกาสในอนาคต

ทำไม

- เพื่อวิเคราะห์ความต้องการของ รพ. ได้ตรงประเด็น
- เพื่อเป็นหลักประกันความสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ

อย่างไร

- วิเคราะห์และจัดลำดับความเสี่ยง
- วางแผนรับมือกับความเสี่ยง

Opportunity

- มีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจำนวนมากที่รอการ
ขับเคลื่อนในระดับองค์กร

Risk / Failure Mode

- ไม่มี body ที่ทำหน้าที่กำกับดูแลในระดับสูง
- มีคณะกรรมการซึ่งมีแต่บุคคลภายใน
- คณะกรรมการไม่สามารถกำกับให้มีการดำเนินการตามที่ควรจะเป็น
- ไม่มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ
- ไม่มีการสรุปรายงานเสนอคณะกรรมการ
- สมาชิกในคณะกรรมการสนใจแต่เรื่องส่วนงานของตนเอง
- การตอบสนองมิได้มุ่งไปที่การสร้างวัฒนธรรมองค์กร