

### บทที่ 3

## โครงการการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย

แนวความคิดของกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพในแคนาดา ถือเป็นกระบวนการนำแนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย เพื่อเป็นการประเมินตนเองร่วมกับการทบทวนยืนยันโดยผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก โดยมุ่งเน้นหาวิธีการที่จะปรับปรุงการให้บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การประเมินนี้เป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลกับผู้ประเมิน โดยมุ่งหวังที่จะค้นหาประเด็นที่ทำได้ดีเลิศและประเด็นที่ควรปรับปรุงแก้ไข ความสำเร็จของกระบวนการนี้อยู่ที่ความตระหนักในคุณค่าของ การประเมินตนเองและการยืนยันผลการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญภายนอกด้วยความสมัครใจ นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพจำนวนหนึ่งที่อุทิศตนมาทำงานร่วมกัน เพื่อเป็น หลักประกันว่ากระบวนการนี้สะท้อนเป้าหมายร่วมกันในการให้บริการที่มีคุณภาพสูง

วิวัฒนาการของการพัฒนาคุณภาพ สามารถแบ่งได้เป็นยุคต่าง ๆ ดังนี้

1. ยุคเริ่มต้น มีความพยายามที่จะตรวจสอบผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยโดยผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรม Nightingale และ Codeman ซึ่งนำไปสู่การตั้งวิทยาลัยศัลยแพทย์ของอเมริกา ในปี พ.ศ. 2356 ที่กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับรับรองโรงพยาบาลที่จะเป็นที่ฝึกอบรมศัลยแพทย์ขึ้น ในปี พ.ศ. 2394 ได้มีการก่อตั้งองค์กรเพื่อให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization : JCAHO) ในอเมริกา
2. ยุคการติดตามประเมินผล มีการนำกรอบทฤษฎีสำหรับการประเมินผลการดูแลผู้ป่วย โดยเน้นความสำคัญของการเชื่อมโยงโครงสร้างและกระบวนการกับผลลัพธ์ ต่อมาได้มีความพยายามที่จะประเมินผลลัพธ์และติดตามไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดกระบวนการประกันคุณภาพ (Quality Assurance : QA) ซึ่งเน้นการกำหนดระดับที่ยอมรับได้ซึ่งมักจะเน้นค่าเฉลี่ยของทั้งหมด
3. ยุคการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นการนำแนวความคิดการพัฒนาคุณภาพซึ่งประสบความสำเร็จจากวงการอุตสาหกรรมมาใช้กับระบบบริการสุขภาพ โดยใช้แนวความคิด

การควบคุมคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management : TQM) และการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuos Quality Improvement : CQI) เข้ามาเป็นแกนหลักในการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

TQM และ CQI อาจใช้ควบคู่กันและมีความหมายทดแทนกัน โดยหมายถึงการประสานแนวความคิดของการบริหารจัดการกับการพัฒนาคุณภาพ ระดมทรัพยากรทั้งหมดขององค์กรมาร่วมกันปรับปรุงระบบหรือกรรมวิธีการทำงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า โดยมีการเรียนรู้และการปรับปรุงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพในแคนาดา เริ่มมาในระยะเวลาใกล้เคียงกับของอเมริกา ในปี 2462 วิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกากำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับโรงพยาบาลที่จะเป็นที่ฝึกอบรมศัลยแพทย์

ในปี 2494 มีการจัดตั้ง Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations โดยแพทยสมาคมอเมริการ่วมกับแพทยสมาคมของแคนาดา

ในปี 2497 แคนาดาได้แยกตัวออกมาจัดตั้ง Canadian Commission on Healthcare Organizations (CCHA)

ในปี 2501 แคนาดาได้จัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลของตนเอง

ในปี 2531 มีการเปลี่ยนชื่อมาเป็น Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHFA)

ในปี 2538 กระบวนการรับรองคุณภาพ (Accreditation) ได้ขยายการดูแลในสถานพยาบาลไปสู่การดูแลในชุมชน จึงได้เปลี่ยนชื่อมาเป็น Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) โดยยอมรับเอาปรัชญาของการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) เป็นพื้นฐานในการประเมินและรับรองสถานพยาบาล โดยมาตรฐานของแคนาดาไม่ได้กำหนดเรื่องทรัพยากรไว้ชัดเจน แต่สิ่งที่กำหนดมาตรฐานคือกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการจัดหา การใช้การบำรุงรักษาเครื่องมือมากกว่าที่จะกำหนดว่าควรจะมีเครื่องมืออะไร

## ลำดับเหตุการณ์ของการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในประเทศไทย

ระหว่างปี พ.ศ. 2495 – 2502 รัฐบาลมีนโยบายให้ความสำคัญกับประชาชนในชนบท โดยให้มีการก่อสร้างโรงพยาบาลในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ เมื่อการก่อสร้างโรงพยาบาลประจำทุกจังหวัดแล้วเสร็จ ก็เริ่มพิจารณาในเรื่องของคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาลเหล่านั้น

พ.ศ. 2503 – 2504 มีการจัดตั้งโรงพยาบาลบางแห่งขึ้น ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับโรงพยาบาลอื่นในพื้นที่ใกล้เคียง โดยคัดเลือกจากโรงพยาบาลที่มีความสามารถในเรื่องการบริหารงาน ความสามารถในการตรวจรักษาโรค หรือทำการผ่าตัดเช่น ผ่าตัดหน้าท้อง, การผ่าตัดเอามดลูกออก

หลัง พ.ศ. 2504 คุณภาพทางการแพทย์เริ่มพัฒนาขึ้นอีกระดับ โดยเริ่มมีแพทย์จบจากต่างประเทศ เริ่มมีการ X – ray มีวิสัญญีแพทย์ พร้อมกับมีพัฒนาการวิชาการทางการแพทย์เช่น หอผู้ป่วยเด็กก่อน

ในช่วงก่อน พ.ศ. 2500 คุณภาพคือ การบริการที่ปลอดภัย

พ.ศ. 2514 – 2516 คือช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงมากมาย แพทย์สภาเริ่มจัดตั้งขึ้นพร้อมกับปัญหาที่แพทย์กว่า 80% เดินทางไปทำงานต่างประเทศ และมีการเปิดอบรมเฉพาะทางของมหาวิทยาลัย แพทย์ที่อยู่ในจังหวัดต่าง ๆ จึงเดินทางเข้ามาในกรุงเทพฯ เพื่อศึกษาต่อซึ่งทั้งหมดนี้ทำให้เกิดการขาดแคลนแพทย์ในชนบท

รัฐบาลจึงเริ่มมีนโยบายให้แพทย์อินเทอร์นออกไปทำงานในชนบท โดยในช่วงแรกเริ่มได้ 22 จังหวัด พร้อมกับนโยบายของรัฐบาลที่ให้มีการเปิดโรงเรียนแพทย์ในต่างจังหวัด

การวัดคุณภาพในขณะนั้นจึงเป็นเรื่องของการศึกษา และการฝึกอบรม

พ.ศ. 2527 – 2528 น.พ. บรรลุ ศิริพานิช รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นได้ริเริ่มให้มีโครงการติดตามโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ที่ท่านเคยเห็นมาจากอเมริกา จัดให้มีระบบการประเมินโรงพยาบาล ศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป การประเมินจะครอบคลุมทั้งด้านบริหาร บริการ และวิชาการ

พ.ศ. 2528 – 2529 น.พ. อุตัย สูดสุข รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นได้ริเริ่มโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.)

ขึ้น โดยมีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนทุกคนไม่ว่าจะอยู่ที่แห่งหนตำบลใดสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน มีการกำหนดมาตรฐานงานขึ้นมา 9 งานสำหรับเป็นแนวทางการประเมินตนเอง และให้มีการจัดเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือกัน จุดเน้นของการประเมินคือความสามารถในการให้บริการของสถานบริการแต่ละระดับ

พ.ศ. 2536 ทีมจากสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยการนำของ ศ.นพ. ประพนธ์ ปิยะรัตน์ ได้ไปดูงานเรื่องระบบบริการสาธารณสุขในประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ ในครั้งนั้นทีมงานได้ไปดูงานการพัฒนาคุณภาพโดยแนวความคิด TQM และการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของออสเตรเลีย (Australian Council for Hospital Standards : ACHS)

พ.ศ. 2536 - 2539 สำนักงานประกันสุขภาพ, กองโรงพยาบาลภูมิภาค, องค์การอนามัยโลก และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ให้การสนับสนุนโครงการวิจัยและพัฒนาการนำ TQM/CQI เข้ามาใช้ในโรงพยาบาลนรอร่อง 8 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ โดยผสมผสานเข้ากับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการ และการพัฒนาองค์กรที่มีการดำเนินการอยู่แล้วในบางโรงพยาบาล ในปลายปี พ.ศ. 2536 ได้มีผู้บริหารจำนวนหนึ่งไปดูงานระบบบริการสาธารณสุขในประเทศอเมริกา ส่งผลให้เกิดความกระตือรือร้นในการดำเนินงานมากขึ้น จากการประเมินผลโดยทีมของ นพ. องอาจ วิพุดศิริ ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างทันทีทันใดในโรงพยาบาล 2 แห่ง จาก 8 แห่ง

พ.ศ. 2536 - 2537 สำนักงานประกันสังคมร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และผู้ทรงคุณวุฒิอีกหลายท่านได้ร่วมกันจัดทำมาตรฐานสถานพยาบาลขึ้นเพื่อใช้ในการรับรองสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคม โดยใช้เนื้อหามาตรฐานของประเทศออสเตรเลียเป็นแนวทางในการยกร่าง

ปลายปี พ.ศ. 2538 ผลจากการนำ TQM/CQI มาใช้ในโรงพยาบาลนรอร่องกระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพขึ้น โดยมีเป้าหมายจะให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งดำเนินการพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด TQM/CQI ภายในสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 โดยกองโรงพยาบาลภูมิภาคให้การสนับสนุนในเรื่องงบประมาณและวิทยากร ซึ่งยังคงขยายตัวต่อไปอย่างต่อเนื่อง

พ.ศ. 2538 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้รับมอบหมายจากสำนักงานประกันสังคมให้จัดทำคู่มือประเมินสถานพยาบาลประกันสังคมตามมาตรฐานที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไว้ กระบวนการจัดทำได้ก่อให้เกิดเครือข่ายของบุคคลที่สนใจเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพขึ้น ในช่วงนั้นมีการเชิญวิทยากรจากต่างประเทศมาบรรยายเรื่อง การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ให้แก่ผู้สนใจเช่น John K. Lee จากเครือ Seventh Day Adventist (โดยการประสานของ ดร. ศิริพร ดันติพูลวินัย) Anthony Wagemaker และ Marion Suski จากประเทศแคนาดา (โดยการประสานของ น.พ. ปัญญา สอนคม และเกษม กรณ์เสรี) อีกทั้งมีการสาธิตกระบวนการ Hospital Accreditation ในลักษณะที่เป็นกระบวนการเรียนรู้มากกว่าการตรวจสอบโดย Anthony Wagemaker

พ.ศ. 2538 – 2539 หลังจากการทำงานให้สำนักงานประกันสังคมเสร็จสิ้น ที่มงานเห็นว่าน่าจะมีการพัฒนามาตรฐานซึ่งมุ่งเน้นที่กระบวนการทำงาน มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมุ่งการพัฒนาอย่างต่อเนื่องไปสู่ความเป็นเลิศ จึงได้ร่วมกันจัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลขึ้นได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ มี น.พ. ปัญญา สอนคม เป็นผู้อำนวยการโครงการ ทำให้นักวิชาการและผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น จนเกิดมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญจนภิเษกในตอนปลายปี พ.ศ. 2539 ทางคณะกรรมการที่ปรึกษาแนะนำให้นำมาตรฐานฯ ไปทดลองใช้

พ.ศ. 2539 กองโรงพยาบาลภูมิภาคได้นำผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขไปดูงานการพัฒนาและการรับรองคุณภาพในประเทศแคนาดา ทำให้ได้รับทราบแนวคิดที่ชัดเจนมากขึ้น และรับทราบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกระบวนการรับรองคุณภาพ ซึ่งให้การยอมรับแนวความคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) ว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับโรงพยาบาล การดูงานครั้งนี้ ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการเขียน มาตรฐานโรงพยาบาลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และมีผู้คนจำนวนหนึ่งที่มีความมุ่งมั่นจะสร้างระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้เกิดขึ้นในประเทศไทย

พ.ศ. 2540 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับกองโรงพยาบาลภูมิภาคได้เชิญชวนโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อทดลองนำ

มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาณจนากิเชกไปทดลองใช้ มีโรงพยาบาลจากภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กไปถึงโรงเรียนแพทย์ จำนวน 35 แห่งเข้าร่วมโครงการ โดยมี บุคลากรอาวุโสทางการแพทย์หลายท่าน อาทิ นพ. ประเวศ วะสี, นพ. จรัส สุวรรณเวลา, นพ. ไพโรจน์ ینگานนท์ ได้ให้การสนับสนุนโครงการอย่างแข็งขัน นำไปสู่การก่อตั้งภาคีพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น โดยชักชวนผู้ทรงคุณวุฒิ องค์กรวิชาชีพและหน่วยราชการต่าง ๆ เข้า มาร่วมเป็นภาคี อีกทั้งได้รับทุนวิจัยร่วมจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ทุกฝ่ายที่ เข้าร่วมโครงการได้เรียนรู้ประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพ และการประเมินคุณภาพ อย่างมากมาย ขณะเดียวกันโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่ไม่ได้เข้าโครงการนำร่องก็เกิดความตื่นตัว และ นำมาตรฐานโรงพยาบาลไปเป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาตนเอง

พ.ศ. 2541 รัฐสภาได้ผ่านพระราชบัญญัติสถานพยาบาลฉบับใหม่ และทางกระทรวง สาธารณสุขได้กำหนดกฎกระทรวงซึ่งระบุมาตรฐานในเชิงโครงสร้างและกำลังคนที่จะเป็นพื้นฐาน สำคัญสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

วันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2541 ด้วยองค์กรทั้งหลายที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ, นักวิชาการ, องค์กรวิชาชีพ, ตัวแทน ผู้บริโภคและสื่อมวลชนได้ลงนามในสัตยาบันก่อตั้งภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลว่า "เพื่อประโยชน์ของสังคมไทยในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ จึงเห็นสมควรร่วมจัดตั้งภาคีพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น โดยมีผู้ลงนามข้างทำนี้เป็นสมาชิกภาคี ซึ่งจะแสวงหาความร่วมมือจากองค์กรต่าง ๆ ดำเนินงาน พัฒนาและวิจัย เพื่อนำไปสู่การวางระบบการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลที่น่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับของสังคมไทย

หลังจากการประชุม National Forum on Hospital Accreditation ครั้งที่ 1 ในเดือน พฤศจิกายน 2541 ทางภาคีฯ เห็นความตื่นตัวต่อการพัฒนาคุณภาพ จึงมีมติสนับสนุนให้ปรับ รูปแบบการทำงานในลักษณะโครงการฯ ให้เป็นสถาบันฯ เพื่อให้รองรับต่อความต้องการต่าง ๆ ได้ มากขึ้น โดยในช่วงแรกให้เป็นสถาบันภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ไปก่อน สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จึงเป็นเสมือนหน่วยปฏิบัติการของภาคีฯ

8 เมษายน 2542 โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ให้ความเห็นชอบกับการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแห่ง

ประเทศไทย (พรพ.) (Hospital Accreditation Thailand) ภายใต้แผนงานกลไกในการสร้างองค์ความรู้และใช้ประโยชน์งานวิจัย ซึ่งมีเป้าหมายให้มีการจัดเครือข่ายเพื่อสร้างความรู้ และใช้ความรู้มาดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

สวรต. มีนโยบายจะให้สถาบันฯ ภายในแผนงานนี้มีความคล่องตัวและเป็นอิสระในการบริหารจัดการ แต่ยังคงมีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบโดย สวรต. ได้ จึงให้สถาบัน พรพ. นี้มีคณะกรรมการบริหารแยกออกไป และดำเนินงานโดยได้รับการสนับสนุนและชี้แนะทิศทางการดำเนินงานจากภาคีฯ

19 กันยายน 2542 นายกร ทัพพะรังสี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและประธานกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ลงนามในข้อบังคับสถาบันฯ ว่าด้วยระเบียบการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พ.ศ. 2542 โดยมีฐานะเป็นหน่วยงานของรัฐ

### **สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)**

#### **พันธกิจ**

ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล โดยอาศัยการประเมินตนเอง ร่วมกับการประเมินจากภายนอกและการรับรองเป็นกลไกกระตุ้นที่สำคัญ ส่งผลให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ของสังคม

#### **ความเชื่อหลัก**

1. กระบวนการนี้มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพ คุณธรรม และจริยธรรมของคนในองค์กร เพื่อร่วมมือกันปรับปรุงระบบงานด้วยวิธีการที่มีเหตุผล ตรวจสอบได้ และตอบสนองปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย
2. กระบวนการทั้งหมดเป็นกระบวนการเรียนรู้ ที่จะรักษาวิสัยด้วยตนเอง และสร้างระบบที่เอื้อต่อการผดุงคุณภาพ
3. การตรวจสอบตนเองของเจ้าหน้าที่แต่ละคน และระบบทบทวน/ตรวจสอบภายในองค์กรเพื่อสร้างความรับผิดชอบต่อวิชาชีพและต่อสังคม เป็นหลักประกันที่สำคัญสำหรับการให้บริการที่มีคุณภาพ, การประเมินจากภายนอกคือการไปดูความเหมาะสมเพียงพอของระบบเหล่านี้

4. ความร่วมมือระหว่างสถาบันต่าง ๆ ในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์จะทำให้กระบวนการพัฒนานี้สำเร็จลุล่วงได้ง่ายกว่าต่างคนต่างทำ

5. การมีกรอบสำหรับประเมินและพัฒนาที่เน้นเป้าหมายและยืดหยุ่นในการนำไปใช้ จะสามารถรองรับความหลากหลายของโรงพยาบาลต่าง ๆ

#### ภารกิจ

1. สร้างความตื่นตัวและการมีส่วนร่วม ได้แก่ การรับทราบข้อมูลและข้อคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องทั้งในส่วนของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และสังคมโดยรวม เกี่ยวกับลักษณะของคุณภาพที่มุ่งหวัง ทิศทางการพัฒนาที่คุณภาพที่พึงเป็น กระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพ, สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องกับสาธารณชน

2. เป็นศูนย์รวมองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยการรวบรวมองค์ความรู้ ประสบการณ์ และกรณีศึกษาจากการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย ดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพให้เหมาะสมกับยุคสมัย

3. เผยแพร่แนวความคิดและองค์ความรู้ ดำเนินการฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพให้แก่ผู้บริหาร, ผู้ประสานงานคุณภาพ, พี่เลี้ยงคุณภาพ (facilitator) และผู้ประกอบการวิชาชีพ ตลอดจนสร้างวิทยากรผู้สอนเพิ่ม สร้างเครือข่ายในการฝึกอบรม จัดทำสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบต่าง ๆ

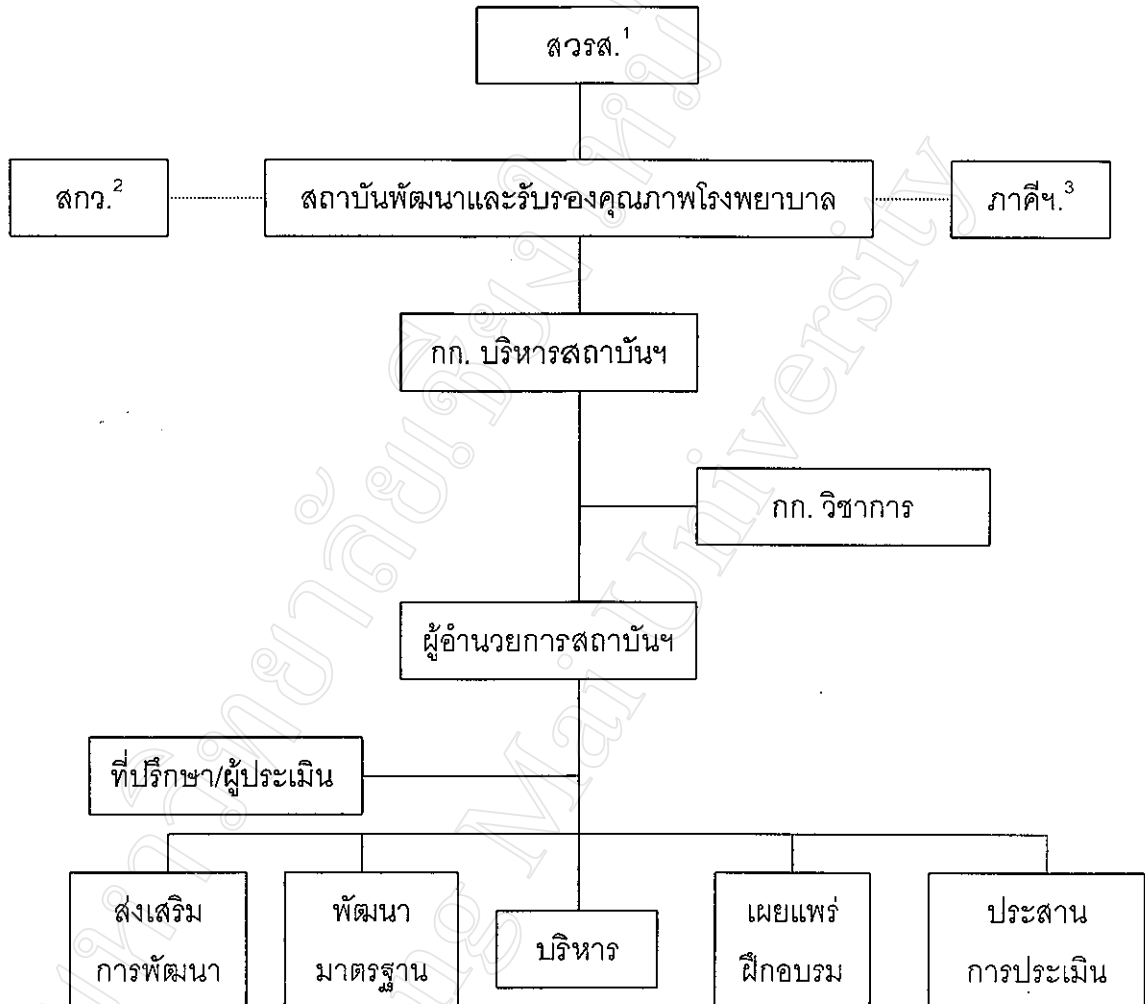
4. สร้างเครือข่ายและพันธมิตร ร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพสร้างมาตรฐานวิชาชีพหรือแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย, การให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาล จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในภูมิภาคและกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ

5. ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ด้วยการให้ข่าวสาร คู่มือ แนวทางพัฒนาคุณภาพ ฝึกอบรม ให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลที่ต้องการพัฒนาคุณภาพ สร้างโปรแกรมทดสอบความพร้อมสำหรับให้โรงพยาบาลประเมินตนเอง

6. การประเมินและรับรองคุณภาพ ทบทวนข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาลให้เหมาะสม, พัฒนารูปแบบการประเมิน/ตัดสิน, รับรอง, พัฒนาผู้ประเมินจากภายนอก, กำหนดระเบียบปฏิบัติในการขอการรับรอง, ประสานการประเมิน, ตัดสินผลการประเมิน, ให้คำรับรองเฝ้าระวังหลังจากการประเมินด้วยการติดตามเครื่องชี้วัด การรายงาน sentinel event และการประเมินซ้ำ



## โครงสร้างองค์กร



<sup>1</sup> สวรส. คือ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

<sup>2</sup> สกว. คือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

<sup>3</sup> ภาคิฯ คือ ภาคิพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

### มาตรฐานสำหรับการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

มาตรฐานที่ใช้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลคือ มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญญาภิเชก ซึ่งมาตรฐานชุดนี้มีจุดประสงค์เพื่อให้โรงพยาบาลต้องการพัฒนาคุณภาพของตนบนพื้นฐานของทรัพยากรที่มีอยู่ สามารถใช้เป็นแนวทางในการประเมินตนเองและพัฒนาในส่วนที่เป็นจุดอ่อนหรือข้อจำกัด โดยมีได้มุ่งหวังที่จะใช้เป็นเครื่องมือสำหรับตรวจสอบโดยหน่วย

งานภายนอก หากมุ่งที่จะให้การใช้มาตรฐานนี้เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน อย่างไรก็ตามในกระบวนการเรียนรู้นั้น การมีผู้เชี่ยวชาญ หรือที่ปรึกษาจากภายนอก เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ และให้ข้อคิดเห็นอาจจะช่วยให้เกิดการมองอย่างเป็นกลาง และมีมุมมองที่กว้างขึ้น ซึ่งนอกจากจะเป็นการยืนยันผลการประเมินโดยโรงพยาบาลเองแล้ว ยังสามารถยืนยันกับสาธารณชนได้ว่าโรงพยาบาลมีระบบควบคุมคุณภาพที่สามารถให้ความไว้วางใจได้

แนวความคิดพื้นฐานของมาตรฐานโรงพยาบาลนี้ใช้แนวความคิดการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัย ที่ถือว่าผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งปวงของโรงพยาบาล เน้นการทำงานเป็นทีม เพื่อปรับปรุงระบบงานให้ตอบสนองของปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้นำองค์กรให้การสนับสนุนอย่างแข็งขัน และต่อเนื่อง

แม้ว่ามาตรฐานโรงพยาบาลกำหนดไว้ครอบคลุมทั้งในด้านทรัพยากร กระบวนการทำงานและกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่เหมือนกับการวัดผลงานและเก็บข้อมูลย้อนกลับเพื่อปรับปรุงงาน แต่จุดที่ต้องการเน้นมากที่สุดคือกระบวนการทำงาน กิจกรรมพัฒนาคุณภาพและทรัพยากรบุคคลซึ่งสามารถพัฒนาให้เป็นทรัพย์สินที่ทรงคุณค่าของโรงพยาบาลได้ ในส่วนของทรัพยากรด้านโครงสร้างกายภาพอันได้แก่ อาคารสถานที่และเครื่องมือ นั้นจะให้ความสำคัญเฉพาะจุดที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เนื่องจากการปรับปรุงในส่วนนี้ต้องใช้เวลาและต้นทุนสูง และผลที่เกิดขึ้นอาจจะไม่เกี่ยวข้องกับความคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยได้รับโดยตรง ดังนั้นไม่ควรให้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรเป็นอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในส่วนอื่น ๆ ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยชัดเจนกว่า

### โครงสร้างของมาตรฐานโรงพยาบาล

มาตรฐานโรงพยาบาลแบ่งออกเป็น 31 เรื่อง ตามลักษณะงานบริการหรือการบริหารจัดการซึ่งทั้ง 31 เรื่อง สามารถจัดกลุ่มได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 การนำขององค์กร มีมาตรฐาน 3 เรื่อง

- 1.1 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร
- 1.2 องค์กรการบริหารสูงสุด
- 1.3 การนำและการบริหาร

กลุ่มที่ 2 มาตรฐานร่วมหรือมาตรฐานทั่วไปที่ทุกหน่วยงานหรือทุกบริการจะใช้เหมือนกัน

กลุ่มที่ 3 การบริหารระดับองค์กร มีมาตรฐาน 6 เรื่อง

3.1 โครงสร้างทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

3.2 การบริหารและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

3.3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

3.4 ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล

3.5 การบริการทางการแพทย์/องค์กรแพทย์

3.6 การบริการทางการแพทย์/องค์กรพยาบาล

กลุ่มที่ 4 การบริการทางคลินิก มีมาตรฐาน 17 เรื่อง

4.1 บริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

4.2 บริการวิสัญญี

4.3 บริการโลหิต

4.4 บริการผู้ป่วยวิกฤติ

4.5 บริการสุขศึกษา

4.6 บริการผู้ป่วยใน

4.7 บริการพยาธิวิทยาคลินิก

4.8 บริการทารกแรกเกิด

4.9 บริการอาหารและโภชนาการ

4.10 บริการสูติกรรม

4.11 บริการผู้ป่วยนอก

4.12 บริการผ่าตัด/ห้องผ่าตัด

4.13 บริการพยาธิวิทยากายวิภาค

4.14 บริการเภสัชกรรม

4.15 บริการรังสีวิทยา

4.16 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

## 4.17 บริการสังคมสงเคราะห์

กลุ่มที่ 5 การบริการสนับสนุนอื่น ๆ มีมาตรฐาน 4 เรื่อง

5.1 งานรับผู้ป่วยใน

5.2 งานบริการจ่ายกลาง

5.3 งานบริการห้องสมุดและข้อมูลวิชาการ

5.4 งานบริการผ้า/ซักฟอก

มาตรฐานแต่ละเรื่องจะแบ่งออกเป็นข้อ ๆ โดยมาตรฐานทั่วไปและมาตรฐานบริการต่าง ๆ จะแบ่งออกเป็น 9 ข้อเพื่อให้สามารถใช้ร่วมกันได้สะดวก ได้แก่

- ข้อ 1 พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์
- ข้อ 2 การจัดองค์กรและการบริหาร
- ข้อ 3 การจัดทรัพยากรบุคคล
- ข้อ 4 การพัฒนาทรัพยากรบุคคล
- ข้อ 5 นโยบายและวิธีปฏิบัติงาน (คู่มือปฏิบัติงาน)
- ข้อ 6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่
- ข้อ 7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก
- ข้อ 8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ
- ข้อ 9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

### ขั้นตอนการดำเนินการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

สิ่งที่โรงพยาบาลจะต้องทำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงานที่มีคุณภาพได้แก่

1. ปรับเปลี่ยนเจตคติ และความพร้อมของบุคลากรต่อการพัฒนา โดยใช้วิธีพื้นฐานคือ
  - การอบรมเรื่องการพัฒนาองค์กร (Organization Development : OD)
  - การอบรมหลักสูตรการบริการสู่ความเป็นเลิศ (Excellent Services Behavior : ESB)

โดยมีเป้าหมายเพื่อให้บุคลากรมีความรัก, สามัคคี, เสียสละ พร้อมให้บริการและสร้างทีมที่มีพลังในการเปลี่ยนแปลง

2. พัฒนาวิสัยทัศน์ พันธกิจและแผนกลยุทธ์ใหม่ที่ชัดเจนเป็นไปได้และเกิดจากความพร้อมใจกันของบุคลากรภายในโรงพยาบาล มีส่วนร่วมกันกำหนดขึ้น และต้องมีวิธีสื่อสารให้กับผู้ปฏิบัติทราบวิสัยทัศน์ และกลยุทธ์ใหม่ ๆ อย่างต่อเนื่อง แต่ที่นิยมใช้กันมากคือกระบวนการ A – I – C (Appreciation – Influence – Control) ซึ่งใช้สมองทั้งสองส่วนคือ ด้านซ้ายที่คิดแบบตรรกะเป็นวิทยาศาสตร์กับด้านขวาที่คิดแบบจินตนาการ เป็นศิลป์ ผสมผสานกัน ทำให้มีลักษณะของความฝันที่น่าจะเป็นไปได้ ลดความขัดแย้ง แต่เพิ่มความรัก ความสามัคคีและความเมตตา เข้าไปในกระบวนการสร้างวิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนกลยุทธ์นั้น ๆ

3. พัฒนาระบบการ เพื่อพัฒนาคุณภาพงาน โดยใช้เทคนิคเช่น 5ส, QC, CQI, TQM, ISO, Re – engineering ฯลฯ ซึ่งกระบวนการพัฒนาคุณภาพงานแบ่งได้เป็น 3 ประเภทคือ

3.1 เพื่อคุณภาพบริการ (Services Quality) เช่น การลดระยะเวลาตรวจ/รอรับยา, การให้บริการด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส จริงใจ ฯลฯ

3.2 เพื่อคุณภาพทางคลินิกบริการ (Clinical Quality) เช่น มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในแ่งมุมต่าง ๆ เป็นต้นว่า การได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ทันต่อเวลา ไม่ว่าผู้ป่วยจะมาใช้บริการที่โรงพยาบาลในช่วงเวลาใด, ลดภาวะการติดเชื้อ, ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในโรงพยาบาล, เวชระเบียนที่ถูกต้อง มีคุณภาพ เป็นต้น

3.3 เพื่อคุณภาพทางการบริหาร (Management Quality) เช่น การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารในโรงพยาบาล, ระบบการจัดซื้อ, การบริหารเวชภัณฑ์, การบริหารคลังยา ฯลฯ

4. เสริมพลังการเปลี่ยนแปลง เป็นหน้าที่ของผู้อำนวยการและทีมงานบริหารที่จะหาวิธีการกระตุ้น และสนับสนุนให้มีพลังขับเคลื่อนตลอดเวลา โดยมีวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การบริหารงานอย่างโปร่งใส และให้มีส่วนร่วม, มีการสร้างภาวะผู้นำ, สร้างทีมงานที่มีคุณภาพและมีการกระจายอำนาจ, ปรับลักษณะองค์กรจากลักษณะแนวตั้งให้เป็นลักษณะแนวราบ, การปรับปรุงด้านกายภาพ และสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้น่าอยู่ รวมทั้งการปรับปรุงสวัสดิการภายในให้บุคลากรทุกระดับ ตามคำสั่งของแต่ละโรงพยาบาล

5. ชื่นชมผลสำเร็จของงานในระยะสั้น ๆ โดยมีการเสนอผลงานเป็นระยะ ๆ เป็นการสร้างกำลังใจ และเป็นแรงกระตุ้นให้พัฒนางานต่อไป โดยผู้บริหารอยู่ร่วมรับฟังข้อเสนอ
6. พยายามให้มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น
7. ให้เกิดเป็นวัฒนธรรมองค์กร เมื่อโรงพยาบาลพัฒนาคุณภาพงานด้านต่าง ๆ แล้วจะต้องมีระบบการประเมินตนเอง เพื่อให้เกิดวงจรของการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและถือเป็นเรื่องปกติภายในองค์กร

### ขั้นตอนในการดำเนินการ

1. ระยะตื่นตัว - ผู้นำศึกษาแนวความคิด, ตัดสินใจดำเนินการ, ตั้งกรรมการอำนวยการคุณภาพ, ศึกษาต้นทุนและผลของความด้อยคุณภาพ และผู้นำเป็นตัวอย่าง เตรียมเป็นผู้นำทีมพัฒนา
2. ระยะเรียนรู้ - โดยจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพ, สสำรวจบรรยากาศองค์กรและความต้องการของลูกค้า, สร้างพันธกิจและวิสัยทัศน์, จัดทำแผนปฏิบัติการ, ฝึกอบรมพฤติกรรมบริการ, สร้างทีมงาน
3. ระยะติดตั้งระบบประกันคุณภาพ - ทุกหน่วยงานวิเคราะห์ระบบงานและลูกค้า, จัดทำแผนกำกับการพัฒนาคุณภาพ, วิเคราะห์และป้องกันความเสี่ยง, จัดทำมาตรฐานและคู่มือ, จัดทำตัวชี้วัด
4. ระยะดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง - ทุกหน่วยงานทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, จัดตั้งองค์กรแพทย์และคณะกรรมการอื่น ๆ ที่จำเป็น, ปรับระบบสื่อสารและการประเมินผลงาน
5. ระยะประสานกับงานปกติ - จัดทำนโยบายประจำปีและนำไปปฏิบัติ, ทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพระหว่างหน่วยงาน, ประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาล

### โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้แก่ ความมุ่งมั่นของผู้นำ, การมีทีมประสานงานและสนับสนุนที่มีศักยภาพ, ความร่วมมือระหว่างวิชาชีพและหน่วย

งาน ปัจจัยข้างต้นนั้นล้วนเชื่อมโยงมาถึงสิ่งที่เรียกว่า “โครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพ” ซึ่งหมายถึงการกำหนดหน้าที่และความสัมพันธ์ของผู้รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพ ความสำคัญของโครงสร้างองค์กรคือช่วยให้การนำ การติดตามและการประสานงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โครงสร้างนี้ควรจะสนับสนุนการทำงานของโครงสร้างปกติ โดยไม่สร้างความซ้ำซ้อนและสับสน โครงสร้างองค์กรในลักษณะ 3 ประสาน เป็นแนวคิดที่กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมแต่ละประเภท ให้ชัดเจนได้แก่

1. ทีมชี้นำ (Quality Steering Team) เป็นผู้ระบุทิศทางการพัฒนา ให้การสนับสนุนทรัพยากรและติดตามความก้าวหน้า
2. ทีมพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement Team) เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับปัญหา และเป็นผู้คิดหาวิธีการเปลี่ยนแปลงเพื่อคุณภาพที่ดีขึ้น
3. ทีมสนับสนุน (Quality Support Team) เป็นผู้ช่วยเหลือทีมชี้นำในการวางแผนและประสานในระดับโรงพยาบาล เป็นผู้ช่วยเหลือหน่วยงานและทีมพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ ในด้านเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ

#### การประเมินโดยผู้ประเมินภายนอก (External Survey)

การประเมินโดยผู้ประเมินภายนอก (External Survey) มี 3 ลักษณะคือ การประเมินความพร้อมของโรงพยาบาล การประเมินเพื่อพิจารณารับรอง และการประเมินหลังการรับรอง

1. การประเมินความพร้อมของโรงพยาบาล (Presurvey) เป็นการประเมินเพื่อดูว่าโรงพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามข้อกำหนดในกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลได้ครบถ้วนแล้วหรือไม่ มีประเด็นความเสี่ยงที่ชัดเจนหลงเหลืออยู่หรือไม่ โรงพยาบาลจะขอให้มีการทำ presurvey ต่อเมื่อผลการประเมินตนเองอยู่ในระดับที่มั่นใจว่าได้มีการพัฒนาตามมาตรฐานโรงพยาบาลในประเด็นสำคัญ ๆ ครบถ้วน ผลการประเมินในขั้นตอนนี้คือ การให้คำแนะนำเพื่อให้โรงพยาบาลนำไปปรับปรุง การประเมินความพร้อมอาจจะทำเป็นระยะ ๆ หลายครั้ง จนกว่าจะมั่นใจว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมเต็มที่สำหรับการประเมินเพื่อรับรอง

2. การประเมินเพื่อพิจารณารับรอง (Accreditation Survey) คือ การไปรับทราบหลักฐานและความจริงว่าโรงพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล สิ่งที

ระบุไว้ในนโยบาย/คู่มือการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และ ข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงจากการประเมินความพร้อม เครื่องมือสำคัญที่ผู้ประเมินภายนอกจะใช้ คือ ข้อมูลที่โรงพยาบาลประเมินตนเองตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ซึ่งผู้ประเมินภายนอกจะต้องศึกษาล่วงหน้าก่อนที่จะไปประเมินในพื้นที่

เพื่อให้สอดคล้องกับแนวความคิดของมาตรฐานซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การประเมินจะเน้นกิจกรรมสำคัญที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการบริหารองค์กร เพื่อตอบคำถามต่อไปนี้

- มีการออกแบบหรือจัดระบบงานไว้อย่างเหมาะสมหรือไม่ (system design)
- มีการปฏิบัติตามกระบวนการที่กำหนดไว้หรือไม่ (deployment)
- มีการประเมินผลกระบวนการเหล่านั้นหรือไม่ ผลการประเมินเป็นอย่างไร (assessment & result)
- โรงพยาบาลกำลังพยายามปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนหรือไม่ (continual improvement)

ข้อสรุปจากการประเมินคือ จุดแข็งของโรงพยาบาล ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ข้อเสนอแนะมี 2 ประเภท ได้แก่

- ข้อเสนอแนะประเภทที่ 1 คือ ข้อเสนอแนะซึ่งมีผลต่อการรับรองคุณภาพในครั้งนี้ โรงพยาบาลจะต้องปรับปรุงแก้ไขให้เรียบร้อยก่อนจึงจะได้รับการรับรอง การติดตามผลการแก้ไขปรับปรุงอาจจะเป็นการดูรายงานหรือการ survey ซ้ำเฉพาะเรื่อง (focused survey)
- ข้อเสนอแนะประเภทที่ 2 คือข้อเสนอแนะเพื่อให้โรงพยาบาลพัฒนาอย่างต่อเนื่องไปสู่ความเป็นเลิศ การได้รับข้อแนะนำประเภทนี้ไม่มีผลต่อคำตัดสินการรับรองในครั้งนั้น แต่อาจจะนำมาพิจารณาในการประเมินรอบต่อไปว่าได้นำข้อแนะนำเหล่านี้มาพิจารณาเพียงใด

### 3. การประเมินหลังการรับรอง

การประเมินหลังการรับรองมี 3 ลักษณะได้แก่



ก) การประเมินเฝ้าระวัง (Surveillance Survey) เป็นการประเมินตามกำหนดเวลา ทุก 6 – 12 เดือน โดยเน้นประเด็นสำคัญหรือประเด็นที่มีแนวโน้มจะมีปัญหาในภาพรวม

ข) การประเมินเมื่อมีปัญหา (Unscheduled Survey) เป็นการประเมินเมื่อได้รับทราบว่าจะมีปัญหารุนแรงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรือความปลอดภัย

ค) การประเมินเมื่อมีการปรับเปลี่ยน (Verification Survey) ได้แก่ การเปิดบริการ การขยายบริการ การเปลี่ยนเจ้าของหรือผู้บริหารระดับสูง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น โรงพยาบาลจะต้องแจ้งให้ทราบภายใน 30 วัน และจะมีการประเมินซ้ำเพื่อยืนยันการรับรอง หากอายุการรับรองยังมีเหลือมากกว่า 9 เดือน โดยอายุการรับรองจะไม่ขยายมากกว่าเดิม

### กิจกรรมในวันประเมิน

การประเมินเป็นการสรุปผลโดยสมาชิกของคณะผู้ประเมินทุกคน ซึ่งใช้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ในเวลาและสถานที่แตกต่างกัน ทำให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น กิจกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการประเมิน

1. การทบทวนเอกสาร (Document Review) เพื่อทราบระบบรวมและบริการที่สำคัญ โดยจัดทำเอกสารประกอบคือ ทิศทางนโยบายและแผนยุทธศาสตร์, รายงานการประชุมของคณะกรรมการต่าง ๆ, คู่มือการปฏิบัติงาน, เกณฑ์การตัดสินใจ, แนวทางการออกแบบ, การปรับปรุงบริการ รายงานการติดตามศึกษาเครื่องชี้วัดการนำเสนอผลการพัฒนา, ผลการศึกษาความต้องการของผู้รับผลงาน, กิจกรรมการบริหารความเสี่ยง, งบประมาณ

2. การสัมภาษณ์ผู้นำของโรงพยาบาล (leadership Interview)

3. การเยี่ยมหน่วยบริการผู้ป่วยและสัมภาษณ์ และพูดคุยกับผู้ป่วย

4. การเยี่ยมหน่วยบริการอื่น ๆ (Auxiliary Service Visit) เช่น สุขศึกษา, พยาธิวิทยา, เภสัชกรรม ฯลฯ

5. การสัมภาษณ์ตามระบบงานหรือหน้าที่ (Function Interview) เป็นการสัมภาษณ์กลุ่มเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานและวิชาชีพต่าง ๆ ซึ่งมีบทบาทสำคัญเกี่ยวข้องกับระบบงานใดระบบงานหนึ่ง

6. กิจกรรมประเมินอื่น ๆ เช่น การเดินดูรอบ ๆ บริเวณ การทบทวนเอกสารเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของการดูแลผู้ป่วย (อาคารและเครื่องมือ)

7. การสะท้อนข้อมูล (Feedback Session) การให้คะแนนผลการประเมินจะทำเมื่อได้เยี่ยมหน่วยบริการและสัมภาษณ์ครบแล้ว นำมาอภิปรายกันในแต่ละวัน

### ประเด็นหลักในการรับรองและสิ่งที่คาดว่าจะพบ

ประเด็นหลักในการรับรอง	สิ่งที่คาดว่าจะพบ
รพ. มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ	มีการนำองค์กรที่เชื่อต่อการพัฒนาคุณภาพ มีเป้าหมายและแผนที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ทุกระดับเข้าใจบทบาทของตัวเอง มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งส่งผลต่อผู้รับบริการอย่างชัดเจน
มีทรัพยากรที่เพียงพอและการจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ	มีการวางแผนและบริหารทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ มีความร่วมมือและประสานงานที่ดี มีโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม การบำรุงรักษา และระบบจัดการความปลอดภัยที่ดี มีการบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพและการพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ มีระบบสารสนเทศโรงพยาบาลที่เชื่อต่อการบริหาร การบริการ และการพัฒนาคุณภาพ
การบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	มีการทำงานเป็นที่มภายในหน่วยงานระหว่างหน่วยงานระหว่างวิชาชีพ มีการศึกษาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน

ประเด็นหลักในการรับรอง	สิ่งที่คาดว่าจะพบ
	<p>มีการติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ</p> <p>มีการค้นหา/ป้องกันความเสี่ยง, ควบคุมความสูญเสีย/เสียหาย</p> <p>มีระบบประกันคุณภาพในทุกกระบวนการหลัก</p>
มาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ	<p>มีการดูแลมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพทางด้านการแพทย์และพยาบาล โดยเน้นการทบทวนตรวจสอบผลการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบต่าง ๆ</p>
สิทธิผู้ป่วยและจรรยาบรรณองค์กร	<p>มีการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย</p> <p>มีการปฏิบัติอย่างเหมาะสมในเรื่องการประชาสัมพันธ์, การรับ/ส่งต่อผู้ป่วย, การแจ้งค่ารักษาพยาบาล, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย</p>
กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ	<p>มีการทำงานเป็นทีม</p> <p>มีการเตรียมความพร้อมและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ</p> <p>มีการประเมินแรกรับที่สมบูรณ์และวางแผนดูแลผู้ป่วยแต่ละราย</p> <p>กระบวนการดูแลรักษาเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ</p> <p>มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนสมบูรณ์เพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่อง</p> <p>มีการเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย</p>

### แนวทางการให้คะแนน

1. คุณภาพของระบบงาน/แนวทางการปฏิบัติงาน (System Design/Approach) พิจารณาจาก

- การมีเป้าหมายที่ชัดเจน
- มีการออกแบบอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
- ครอบคลุมประเด็นในมาตรฐานโรงพยาบาล
- ครอบคลุมความต้องการของผู้รับผลงาน
- มีมาตรการป้องกันปัญหาและความบกพร่อง
- มีนวัตกรรม

2. คุณภาพของการปฏิบัติตามระบบงานที่กำหนดไว้ (Deployment) พิจารณาจาก

- ครอบคลุมหน่วยงานที่ปฏิบัติ
- ความสอดคล้องกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนด
- การปฏิบัติเต็มตามศักยภาพ
- การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ มีการประสานงานที่ดี
- การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ

3. การประเมินผลและผลลัพธ์ พิจารณาจาก

- การรับฟังเสียงจากผู้รับผลงาน
- ความเหมาะสมและเพียงพอของข้อมูลและเครื่องชี้วัด
- การวิเคราะห์ผลและนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุง
- ผลลัพธ์

เกณฑ์ขั้นต่ำที่ยอมรับได้ (Minimal Passing Level)

โรงพยาบาลที่จะได้รับการนำเสนอผลการประเมินให้คณะกรรมการรับรองโรงพยาบาล พิจารณา จะต้องมีการปฏิบัติหรือสิ่งตรวจพบในลักษณะต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย

## 1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ

1.1 ผู้บริหารระดับสูงต้องแสดงให้เห็นความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ, แสดงถึงแรงขับเคลื่อนที่ต้องการพัฒนา, มีความสามารถในการชักจูงให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญของการพัฒนา, มีการมอบหมายให้มีทีมผู้รับผิดชอบในการประสานงานและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพอย่างชัดเจน, รวมทั้งมีการติดตามปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกเดือน

1.2 ทีมผู้ประสานงานและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพมีความเข้าใจแนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน, เข้าใจความมุ่งหมายของข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล, สามารถประสานแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องคุณภาพเพื่อนำมาสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสม, มีทีมพี่เลี้ยง (facilitator) ที่มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพเพียงพอสำหรับกระตุ้นและสนับสนุนหน่วยงานต่าง ๆ

1.3 มีการกำหนดเป้าหมายร่วมของโรงพยาบาลซึ่งผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่สามารถอธิบายได้ว่าตนเองจะมีบทบาทต่อการบรรลุเป้าหมายนั้นได้อย่างไร, มีการกำหนดกลยุทธ์และแผนปฏิบัติงานที่ชัดเจนว่าจะไปสู่เป้าหมายร่วมนั้นได้อย่างไร

1.4 ผู้รับบริการสามารถบอกได้ว่าการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นกับโรงพยาบาลและเป็นสิ่งที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ

## 2. ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร

2.1 สามารถแสดงเหตุผลที่ใช้จัดลำดับความสำคัญในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการลงทุนและการตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน

2.2 มีความร่วมมือและการประสานงานที่ดีในการจัดบริการ, มีการใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาใช้ในการพิจารณาขยายหรือปรับลดบริการ, มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ปัญหาระบบบริการ และ/หรือวางแผนสำหรับบริการใหม่

2.3 มีโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมที่สะอาด เป็นระเบียบ ปราศจากความเสี่ยง สร้างความมั่นใจแก่ผู้รับบริการและเอื้อต่อการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ

2.4 มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและระบบรักษาความปลอดภัยสำหรับอาคารสถานที่ เครื่องมือ สิ่งอำนวยความสะดวก ระบบสาธารณูปโภค ซึ่งได้รับการปฏิบัติโดยบุคคลที่มีความรู้ และมีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ

2.5 มีการวางแผนเพื่อรองรับอุบัติภัยและอัคคีภัย มีการซ้อมแผนอย่างสม่ำเสมอ เจ้าหน้าที่ทุกคนรู้ว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน

2.6 มีการจัดกำลังคนปฏิบัติงานโดยอาศัยปริมาณงาน/ความต้องการของผู้ป่วย เป็นเกณฑ์, มีการกำหนด training need ของเจ้าหน้าที่ในสายงานต่าง ๆ มีการเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่และการพัฒนาความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ตาม training need ที่วิเคราะห์ได้

2.7 มีการออกแบบระบบสารสนเทศเพื่ออำนวยความสะดวกในการให้บริการผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพการดูแลรักษา

2.8 มีการวางระบบและกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, มีพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อซึ่งได้รับการฝึกอบรมอย่างน้อย 1 คน, มีคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อปฏิบัติหน้าที่ มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลครอบคลุมอย่างน้อยหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยเด็กอ่อน ผู้ป่วยผ่าตัด

### 3. การประกันและพัฒนาคุณภาพ

3.1 มีทีมพัฒนาคุณภาพในทุกหน่วยงาน, มีทีมพัฒนาคุณภาพทางคลินิกในสาขาหลักทุกสาขา โดยอย่างน้อยประกอบด้วยแพทย์และพยาบาล

3.2 มีการวิเคราะห์ความต้องการ/ความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ๆ มีการทบทวนโอกาสที่จะเกิดความเสียหายขึ้นในสิ่งแวดล้อมและระบบบริการ

3.3 มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติงานสำหรับกระบวนการที่สำคัญและมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหา และผู้ปฏิบัติงานรับทราบแนวทางปฏิบัติดังกล่าว

3.4 เริ่มจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยสำหรับโรคและเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงหรือมีปริมาณมาก, มีหลักฐานว่านำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่จัดทำขึ้นไปปฏิบัติ

3.5 มีการกำหนดเครื่องชี้วัดและติดตามเครื่องชี้วัดที่สำคัญทั้งในระดับโรงพยาบาล และในระดับหน่วยงาน

3.6 มีระบบที่จะติดตามการแก้ไขปัญหา และพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

### 4. การรักษามาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ

4.1 มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์เพื่อดูแลมาตรฐาน จรรยาบรรณของวิชาชีพ, พัฒนาความรู้และทักษะของแพทย์, มีการทบทวนตรวจสอบผลการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในรูปแบบต่าง ๆ

4.2 มีระบบบริหารการพยาบาลเพื่อดูแลมาตรฐาน จริยธรรมของวิชาชีพ พัฒนา ความรู้และทักษะของพยาบาล

#### 5. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

5.1 มีการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบสิทธิของตน, แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตระหนัก ในเรื่องสิทธิผู้ป่วย, และมีการจัดระบบเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย

5.2 มีแนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจนในเรื่องที่จะเป็นปัญหาด้านจริยธรรมองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดค่าบริการ การเรียกเก็บเงิน/แฉ่งหนี้ การรับ/ส่งต่อ/จำหน่ายผู้ป่วย

#### 6. การดูแลรักษาผู้ป่วย

6.1 มีการทำงานเป็นทีมและการประสานงานที่ดีระหว่างวิชาชีพที่ให้บริการผู้ป่วย

6.2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามลำดับความเร่งด่วน, มีการลงนามยินยอมรับการรักษา หลังจากที่ได้รับการอธิบายจนเป็นที่เข้าใจ

6.3 ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสให้ข้อมูลและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เพียงพอ

6.4 มีการประเมินผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ, มีการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องใน เวลาเร็วที่สุด

6.5 ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย, มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการ อย่างต่อเนื่อง, ได้รับการตอบสนองหรือแก้ไขปัญหาได้ทันท่วงทีเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน, ได้รับการ ดูแลรักษาครบถ้วนทุกองค์ประกอบโดยบุคคลที่เหมาะสม

6.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยซึ่งมีความครบถ้วนสมบูรณ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

6.7 มีการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยและให้ความรู้เพื่อดูแลตนเองตามระดับความรู้ ความสามารถของผู้ป่วย