

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยในปี 2540 ทำให้โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนจำเป็นต้องเน้น “คุณภาพบริการ” เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความเชื่อและยอมรับว่า บริการที่ได้รับนั้นเป็นสิ่งที่ดีที่สุด แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้วางพื้นฐานการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยต่อเนื่องถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) กระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นแกนนำหลักในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้กำหนดให้มีการพัฒนาระบบบริการและการประกันคุณภาพในทุกเครือข่ายบริการสุขภาพของรัฐเป็นยุทธศาสตร์ที่ 2 ของการพัฒนาคุณภาพสู่มาตรฐานบริการสาธารณสุข นอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติยังกำหนดให้หน่วยบริการที่ขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องผ่านการประเมินคุณภาพ(สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549) ทำให้หน่วยบริการสุขภาพทุกระดับต้องพัฒนาระบบบริการประชาชนให้ได้คุณภาพมาตรฐานที่เหมาะสม (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) การสร้างหลักประกันสุขภาพยังถูกใช้เป็นกลไกการสนับสนุนและส่งเสริมด้านงบประมาณแก่โรงพยาบาลที่มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพเพื่อมุ่งใจในการพัฒนาคุณภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2549) โรงพยาบาลหลายแห่งได้พยายามนำแนวคิดและกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพรูปแบบต่างๆ มาใช้มากมาย โดยเฉพาะแนวคิดการบริหารจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management : TQM) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement : CQI) ซึ่งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เลือกใช้เป็นแนวคิดหลัก ปัจจุบันแนวคิดการพัฒนาคุณภาพของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกระแสสำคัญของประเทศไทยที่บุคลากรสาธารณสุข องค์กรวิชาชีพ รวมถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความสำคัญและยอมรับว่า เป็นสิ่งจำเป็นต่อการให้บริการสุขภาพเพื่อคุณภาพบริการที่ให้กับประชาชน (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นแนวคิดการพัฒนาคุณภาพร่วมสมัยใช้เป็นกลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์การอย่างเป็นระบบ

ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินตนเองและการรับรองคุณภาพ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) ในปี พ.ศ.2539 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้จัดทำ “มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกเชก” ขึ้นเป็นครั้งแรก (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ, 2541) เป็นมาตรฐานที่ประกอบด้วย มาตรฐานระดับองค์กรและมาตรฐานระดับหน่วยงาน ต่อมาในปี พ.ศ.2543 มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกเชกได้ถูกเรียบเรียงใหม่ เรียกว่า มาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการ โดยนำข้อกำหนดทั้งหมดมาสรุปรวมเป็น 6 หมวด 20 บท แต่ละบทจะแสดงความเชื่อมโยงจากระดับองค์กรไปสู่ระดับหน่วยงาน ทำให้วิเคราะหภาพรวมขององค์กรได้ง่ายขึ้น (สิทธิศักดิ์ พฤษชัยพิติกุล, 2543) ได้มีการแบ่งระดับการพัฒนาออกเป็น 3 ระดับ คือ ส่วนที่ 1 เป็นมาตรฐานระดับโรงพยาบาล ส่วนที่ 2 เป็นมาตรฐานระดับทีมงานทางคลินิก และส่วนที่ 3 เป็นมาตรฐานระดับหน่วยงาน ซึ่งมาตรฐานระดับหน่วยงานเป็นมาตรฐานที่บุคลากรทุกคนต้องมีส่วนร่วม โดยมาตรฐานระดับหน่วยงานจะครอบคลุมในเรื่อง 1) การนำ 2) ทิศทางนโยบาย 3) การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ 4) การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล 5) การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย 6) เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ 7) ระบบสารสนเทศ 8) กระบวนการคุณภาพทั่วไป 9) กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ 10) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ, 2545)

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลนั้น ต้องอาศัยความมุ่งมั่นและการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน (Burrill & Ledolter, 1999) ดังนั้นปัจจัยหลักที่ถือเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จึงขึ้นอยู่กับความมุ่งมั่น ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ, การสนับสนุนทรัพยากรอย่างเพียงพอ, การทำงานที่มีการประสานในแนวราบ และการอบรมให้ความรู้อย่างทั่วถึงและเพียงพอ (สิทธิศักดิ์ พฤษชัยพิติกุล, 2543; อนุวัฒน์ สุภษฏิกุล และคณะ, 2543 จิตศิริ ชันเงิน, 2547) เพราะคุณภาพเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทุกคน ถ้าเ้าเอนไม่ได้และเกิดขึ้นได้จากการปฏิบัติเท่านั้น (Katz & Green, 1997) ชัยศรีกล้าณรงค์ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยเชิงใจ ปัจจัยค้ำจุนกับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของพยาบาล โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ พบว่า ระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{x} = 3.39$, $SD = 0.50$) การปฏิบัติด้านความมุ่งหมาย/เจตจำนง เป้าหมาย วัตถุประสงค์ ด้านนโยบายและวิธีปฏิบัติ ด้านกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ และด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล อยู่ในระดับมาก รัชดา ตันติสารศาสน์งามพิศ อักษรไพโร-ชิกส์ วัลลภา คชภักดี และหทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2543) ได้ศึกษาความพร้อมของบุคลากรในการเข้าสู่ระบบการพัฒนาคุณภาพตามการรับรู้ของบุคลากรโรงพยาบาล

โรงพยาบาลทันตกรรม พบว่า ความพร้อมในการเข้าสู่ระบบคุณภาพตามการรับรู้ของบุคลากร ร้อยละ 77.4 อยู่ในระดับ มาก โดยผู้บริหาร มีความพร้อมด้านนโยบาย ความมุ่งมั่น และตระหนักถึงความสำคัญ และความพร้อมโดยรวมสูงกว่าผู้ปฏิบัติงานมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พบว่า บุคลากรร้อยละ 67.7 มีความรู้อยู่ในระดับสูงและพบว่า คะแนนความรู้ของบุคลากรมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพร้อมด้านความเข้าใจ ด้านการทำงานเป็นทีม ด้านการปรับปรุงงานและความพร้อมโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการสร้างการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ การพัฒนาความรู้ความสามารถ การจัดระบบงานและการกำกับดูแลตรวจสอบที่ดี โดยหน่วยงานต้องมีความเข้าใจเจตจำนงของมาตรฐาน มีการประเมินตนเองเพื่อหาโอกาสพัฒนาและตรวจสอบความก้าวหน้าของการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2544) จึงจะสามารถบรรลุผลตามมาตรฐานโรงพยาบาลได้

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในเขตภาคเหนือขนาด 561 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุขเปิดให้บริการตั้งแต่ปี พ.ศ.2494 มีการนำแนวคิด TQM มาใช้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการในปี พ.ศ.2538 และในปี 2540 โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ได้สมัครเข้าร่วมเป็น 1 ใน 35 โรงพยาบาลนำร่องในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) โดยใช้มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษก ต่อมาในปี 2545 ได้นำมาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการมาใช้ในโรงพยาบาล มีการอบรมให้ความรู้ด้านการพัฒนาและรับรองคุณภาพแก่บุคลากรทุกระดับ มีการเยี่ยมให้คำปรึกษาและเยี่ยมสำรวจภายในเพื่อประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพเป็นระยะ ๆ จากรายงานการเยี่ยมให้คำปรึกษาหน่วยงานของทีมเยี่ยมสำรวจภายใน ปี พ.ศ.2548 พบว่า หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ หัวหน้าหน่วยงานมีการชี้นำสนับสนุนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ มีการกำหนดเจตจำนง ความมุ่งหมายของหน่วยงานเป็นลายลักษณ์อักษรครอบคลุม ร้อยละ 71.9 หมวดที่ 2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร มีการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ในหน่วยงาน มีการค้นหาความต้องการการฝึกอบรม มีการฝึกอบรมความรู้ทักษะระหว่างประจำการ มีระบบการบริหารความเสี่ยงในหน่วยงานโดยพบปัญหาลักษณะความเสี่ยงของหน่วยงานที่ครอบคลุมและเหมาะสมร้อยละ 54.4 และการกำหนดมาตรการที่สามารถประกันได้ของหน่วยงานที่ครอบคลุมและเหมาะสมร้อยละ 38.6 มีการจัดทำบัญชีเครื่องมือของหน่วยงานครอบคลุมร้อยละ 50.9 มีระบบการบำรุงรักษาของหน่วยงานที่ครอบคลุมและเหมาะสมร้อยละ 45.6 หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ มีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานที่ครอบคลุมและเหมาะสมร้อยละ 42.1 มีกิจกรรมการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงานที่ครอบคลุมและเหมาะสมร้อยละ 28.1 ทุกหน่วยงานมีผู้รับผิดชอบและดำเนินงานตามนโยบายของงานป้องกันและ

ควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและจากผลการเยี่ยมให้คำปรึกษาและประเมินระดับขั้นการพัฒนา
มาตรฐาน HA ของทีมที่ปรึกษาจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 25
มกราคม 2548 โดยเสนอแนะให้ทบทวนเครื่องชี้วัดในทุกระดับของโรงพยาบาล โดยเฉพาะเครื่องชี้
วัดเชิงผลลัพธ์ ทบทวนการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พิจารณาความเหมาะสมของปริมาณระเบียบปฏิบัติ
ต่างๆ และนำสู่การปฏิบัติ ระบบการบริหารความเสี่ยง และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน
โรงพยาบาล โดยเฉพาะการล้างมือของบุคลากร (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2548)

จากผลการเยี่ยมให้คำปรึกษาและประเมินระดับขั้นการพัฒนามาตรฐาน HA ข้างต้น
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ได้มีการทบทวน ปรับปรุงตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดคุณภาพ
บริการ มีการทบทวนการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในเรื่องการยุติการช่วยชีวิต มีการแต่งตั้งกรรมการบริหาร
ความเสี่ยง จัดระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงแต่ละด้าน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วย การบริการตามมาตรฐาน
วิชาชีพ ด้านกายภาพสิ่งแวดล้อมความปลอดภัย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
ด้านการป้องกันอัคคีภัย ด้านเรื่องร้องเรียน ด้านการใช้จ่าย และด้านอื่นๆ ได้รณรงค์การล้างมืออย่าง
ถูกวิธีของบุคลากรทั้งโรงพยาบาล ส่วนข้อเสนอแนะในเรื่องความเหมาะสมของปริมาณระเบียบ
ปฏิบัติต่างๆ และนำสู่การปฏิบัตินั้น ได้มีการตรวจสอบการปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติต่างๆ ที่จัดทำขึ้น
โดยทีมผู้ตรวจติดตามคุณภาพภายใน ISO แต่สามารถตรวจสอบได้เฉพาะหน่วยงานที่เข้าระบบ
มาตรฐาน ISO เท่านั้น ได้แก่ ห้องผู้ป่วยหนัก กลุ่มงานรังสีวิทยา กลุ่มงานพยาธิวิทยา ฝ่ายโภชนาการ
หน่วยจ่ายกลาง ฝ่ายวิชาการ งานสารสนเทศ ฝ่ายพัสดุและบำรุงรักษา ฝ่ายบริหารทั่วไป ศูนย์พัฒนา
คุณภาพ และกลุ่มงานเภสัชกรรม อย่างไรก็ตามการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA จำเป็นต้องม
ีการปฏิบัติในบุคลากรทุกระดับ ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม การทำงานเป็น
ทีมสหวิชาชีพ และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ยังไม่ได้รับการจัดลำดับขั้น
ของการพัฒนาคุณภาพและอยู่ระหว่างเตรียมความพร้อมรับการตรวจประเมินเพื่อการรับรองในปี
2550 (ศูนย์พัฒนาคุณภาพ, 2549)

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะเลขานุการศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทำหน้าที่
ประสานงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล จึงสนใจที่จะศึกษาการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรอง
คุณภาพโรงพยาบาลตามการรับรู้ของบุคลากร โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ซึ่งผลการศึกษาคาดว่าจะเป็น
ข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลในการปรับปรุงระบบในงานพัฒนาคุณภาพและรับรอง
คุณภาพโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอัครดิตถ์ตามการรับรู้ของบุคลากร โรงพยาบาลอัครดิตถ์

คำถามของการศึกษา

1. การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวมและรายบทตามการรับรู้ของบุคลากรระดับผู้บริหารของโรงพยาบาลอัครดิตถ์อยู่ในระดับใด
2. การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยรวมและรายบทตามการรับรู้ของบุคลากรระดับผู้ปฏิบัติของโรงพยาบาลอัครดิตถ์อยู่ในระดับใด

ขอบเขตของการศึกษา

ศึกษาการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของบุคลากรระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอัครดิตถ์ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไปในช่วงเดือนมกราคม 2550

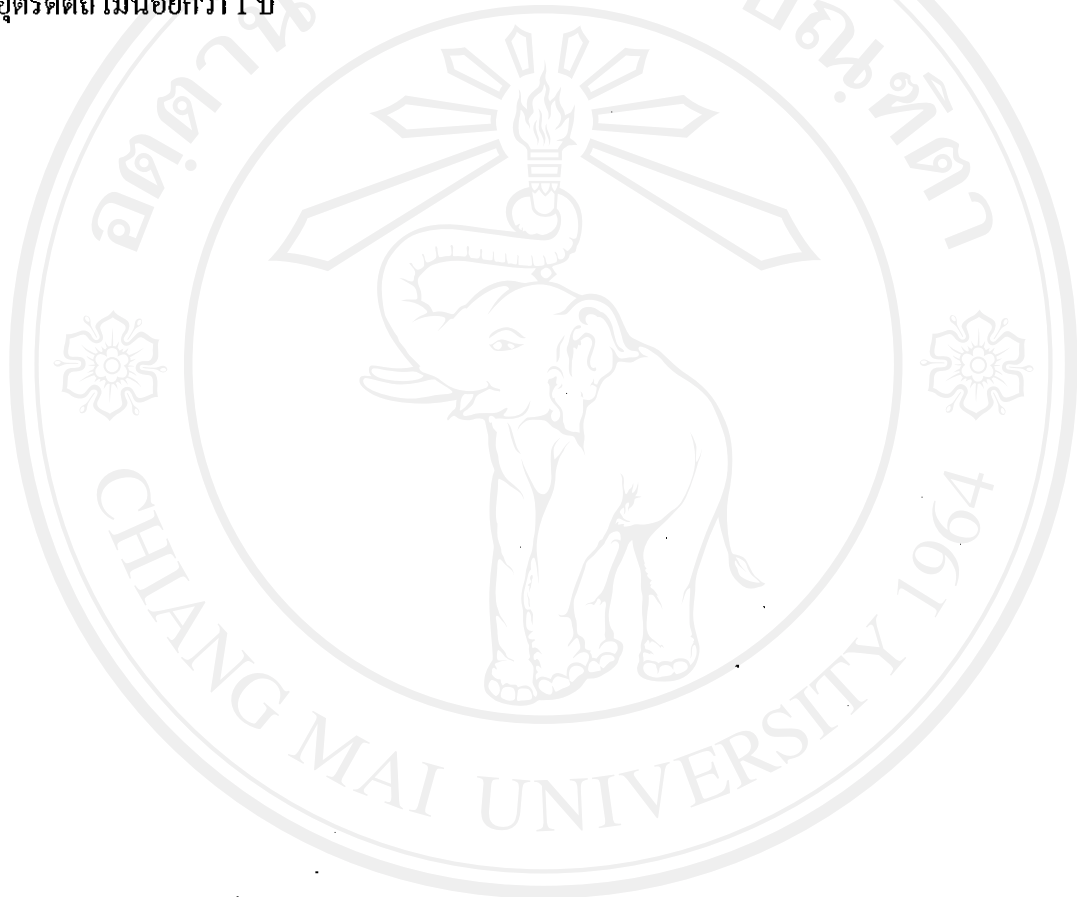
คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตามการรับรู้ของบุคลากรในมาตรฐาน HA ฉบับบูรณาการ ข้อมูลระดับหน่วยงานประกอบด้วย 10 บท ได้แก่ บทที่ 1 การนำ บทที่ 2 ทิศทางนโยบาย บทที่ 3 การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ บทที่ 4 การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล บทที่ 5 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย บทที่ 6 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ บทที่ 7 ระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล บทที่ 8 กระบวนการคุณภาพทั่วไป บทที่ 9 กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ และ บทที่ 10 การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2545) ซึ่งในการศึกษานี้ ประเมินจากแบบสอบถามการปฏิบัติงานพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ผู้ศึกษาคัดแปลงจาก แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA ส่วนที่ 3 ข้อมูลระดับหน่วยงานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2545)

บุคลากรโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ตั้งแต่ 1 ปี
ขึ้นไป และไม่อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ โดยแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ

ระดับผู้บริหาร หมายถึง บุคลากรที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้ากลุ่มภารกิจ/
หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ไม่น้อยกว่า 1 ปี

ระดับผู้ปฏิบัติ หมายถึง บุคลากรที่ไม่ได้อยู่ในตำแหน่งผู้บริหารและปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ไม่น้อยกว่า 1 ปี



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Copyright© by Chiang Mai University

All rights reserved