

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรม

ในการศึกษาวิจัย องค์ประกอบการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและรวบรวมแนวคิด ทฤษฎี จากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดของกระบวนการรับรองคุณภาพและการประเมินคุณภาพโรงพยาบาล
2. แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพ (Concept of Quality Improvement)
3. องค์ประกอบสำคัญของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

#### 1. แนวคิดของกระบวนการรับรองคุณภาพและการประเมินคุณภาพโรงพยาบาล

##### กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีจุดกำเนิดเมื่อปี ค.ศ. 1919 ในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศแคนาดา โดยเริ่มมาในระยะเวลาใกล้เคียงกัน โดยที่มหาวิทยาลัย ศัลยแพทย์ของอเมริกากำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับโรงพยาบาลที่จะใช้เป็นที่ฝึกอบรมศัลยแพทย์ไว้ 5 ข้อ คือ 1) การจัดตั้งองค์กรแพทย์ 2) แพทย์จะต้องได้รับปริญญาและใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ 3) คณะแพทย์จะต้องประชุมกันอย่างน้อยเดือนละครั้ง ทบทวนบันทึกและการให้บริการ 4) แพทย์จะต้องบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายถูกต้องสมบูรณ์ 5) มีสถานที่และเครื่องมือเพียงพอรวมทั้งบริการพยาธิวิทยา รังสีวิทยา และชันสูตร โดยโรงพยาบาลในแคนาดาก็เข้าร่วมในกระบวนการนี้ตั้งแต่ช่วงต้น (อนูวัฒน์ สุภชุตikul, 2540)

ในปี ค.ศ. 1951 มีการจัดตั้งองค์กรพัฒนาการรับรองคุณภาพสหรัฐอเมริกา (The Joint Commission on Accreditation of Hospital and Organization : JCAHO) โดยรวมตัวกันระหว่างวิทยาลัยศัลยแพทย์ วิทยาลัยอายุรแพทย์ สมาคมโรงพยาบาล แพทยสมาคมในอเมริกากับแพทยสมาคมในแคนาดา เพื่อทำหน้าที่ตรวจรับรองโรงพยาบาล โดยตั้งแต่ปี ค.ศ.1995 มาตรฐานโรงพยาบาลจะครอบคลุมระดับของผลการปฏิบัติงานในหน้าที่ และการให้ความสำคัญแก่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยในการดำเนินงานเกี่ยวกับองค์ประกอบมาตรฐานการดำเนินงาน ได้แก่ ภาวะผู้นำ การปรับปรุงการปฏิบัติงาน การจัดการด้านสารสนเทศ สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร การให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การจัดการด้านทรัพยากร

มนุษย์ การจัดการด้านการดูแลสิ่งแวดล้อม การจัดตั้งองค์กรแพทย์ และการควบคุมการติดเชื้อ (อนุวัฒน์ ศุภชติกุล, 2540 ; Sears, 1997 quoting JCAHO, 1995 ; JCAHO, 2001)

ในปี ค.ศ. 1954 แคนาดาได้แยกตัวออกมาจัดตั้ง Canadian Commission on Hospital Accreditation (CCHA) ซึ่งเป็นองค์กรเอกชนไม่คำกำไร ทำหน้าที่ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลในแคนาดา โดยในระยะแรกใช้มาตรฐานเดียวกับอเมริกา ในปี ค.ศ. 1958 ได้จัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลของตนเอง และปีต่อมาก็กำหนดภารกิจขององค์กรไว้อย่างชัดเจนว่า เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเหมาะสมในทุกแห่งทุกมุม โดยการที่โรงพยาบาลและสถานบริการทุกแห่งบรรลุมาตรฐานการรับรองคุณภาพ (Accreditation) ด้วยวิธีการสมัครใจ ต่อมาในปี ค.ศ. 1988 มีการเปลี่ยนชื่อมาเป็น Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHFA) เนื่องจากมีการประเมินสถานพยาบาลประเภทต่างๆที่หลากหลายมากขึ้น

ต่อมาปี ค.ศ.1992 สภารับรองคุณภาพแคนาดามีการยอมรับปรัชญาการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นพื้นฐานในการประเมินคุณภาพอย่างเป็นทางการ นำไปสู่การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแล และการประเมินคุณภาพทำให้เกิดมาตรฐานฉบับใหม่ฉบับปี ค.ศ. 1995 ใช้หลักเกณฑ์การประเมินใหม่ และปี ค.ศ. 1995 มีการปฏิรูปเกิดขึ้นหลายประเทศในแคนาดา เช่น การรวมกลุ่มของโรงพยาบาล และตั้งคณะกรรมการเพื่อบริการโรงพยาบาลในพื้นที่ การให้ความสำคัญกับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนมากขึ้น กระบวนการรับรองคุณภาพ จึงได้ก้าวทันไปกว่าการดูแลในสถานพยาบาล (institution – based care) ไปสู่การดูแลชุมชนด้วย (community – based care) จึงได้เปลี่ยนชื่อจาก CCHFA มาเป็นสภารับรองคุณภาพสถานพยาบาลแคนาดา (Canadian Council on Health Services Accreditation : CCHSA) ยอมรับเอาปรัชญาการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นพื้นฐานในการประเมินคุณภาพอย่างเป็นทางการโดยมีหลักการ 5 ประการ คือ

1. แนวคิดเรื่องลูกค้า (Client) ผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งหมดของสถานพยาบาล ซึ่งต้องตอบสนองความคาดหวังต่อการดูแลรักษาและบริการ
2. กระบวนการและผลลัพธ์ (Process and Outcomes) มุ่งให้ความสนใจในวิธีการทำงานหรือระบบงานเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ การประเมินผลจะประเมินที่กระบวนการเป็นหลัก และจะดูที่ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการด้วย
3. ทีมผู้ให้บริการ (Teams) โดยการให้อำนาจ ทรัพยากร และการฝึกอบรมที่จำเป็น มีการส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการประเมินและปรับปรุงกระบวนการทำงาน และมีความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานหรือสาขาวิชาชีพต่างๆ โดยการทำงานเป็นทีมซึ่งประกอบด้วยผู้ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการทั้งหมด

4. ผู้นำ (Leadership) มีบทบาทสำคัญในการกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน อำนาจ ความสะดวก ซึ่งแนวทางให้แก่ทีมผู้ปฏิบัติงานในการปรับปรุงคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องมีบทบาทในการสร้างวิสัยทัศน์เพื่อคุณภาพและการวางแผนคุณภาพ

5. การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) มีความพยายามที่จะทำให้ดีขึ้นอยู่ตลอดเวลา (อนูวัฒน์ สุภษุติกุล, 2540 อ้างจาก CCHSA, 1995)

ปัจจุบันได้มีเครือข่ายขององค์กรพัฒนาการรับรองคุณภาพสหรัฐอเมริกา เป็นหน่วยงานที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกระบวนการรับรองคุณภาพระดับนานาชาติที่เรียกว่า Joint Commission International Accreditation (JCIA) องค์กรนี้ได้มีการพัฒนากระบวนการรับรองคุณภาพจากการทบทวนมาตรฐาน และทดสอบนำร่องในหลายโรงพยาบาลในละตินอเมริกา ยุโรป และแถบตะวันออกกลาง เมื่อปี ค.ศ. 1999 โดยมาตรฐานดังกล่าวนี้ จะเป็นเรื่องของการดูแลผู้ป่วย และการบริหารองค์กรเป็นหลัก โดยมีรายละเอียดมาตรฐานด้านการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ 1) การเข้าถึง บริการและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 2) สิทธิผู้ป่วยและครอบครัว 3) การประเมินผู้ป่วย 4) การดูแลผู้ป่วย และ 5) การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนที่ 2 มาตรฐานเกี่ยวกับการบริหารองค์กร ได้แก่ 1) การบริหารจัดการและปรับปรุงด้านคุณภาพ 2) การนำองค์กร ภาวะผู้นำ และการบริหารองค์กร 3) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัย 4) การกำหนดคุณสมบัติและการให้การศึกษาต่อบุคลากร 5) การจัดการด้านสารสนเทศ และ 6) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ปัจจุบันได้มีการนำประเด็นใหม่ในด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยที่นำมาสอดแทรกใน มาตรฐานเพื่อให้ผู้นำใช้ในการวิเคราะห์ และบริหารจัดการในเรื่องกระบวนการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และลดความเสี่ยงต่างๆที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทั้งในระบบสารสนเทศ การให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการปฐมนิเทศ กระบวนการทำงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยให้บุคลากรมีความตระหนักในเรื่องดังกล่าว (Loring, 2001 quoting JCAHO, 2001)

ในประเทศออสเตรเลีย มีองค์กรอิสระที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพในบริการสุขภาพ เป็นองค์กรที่ 3 ปี ค.ศ. 1994 องค์กรการพัฒนาคุณภาพในบริการสุขภาพออสเตรเลีย (The Australian Council on Healthcare Standards : ACHS) มีการทบทวนวารสารโลก ไม่เฉพาะในโรงพยาบาล แต่เป็นเรื่องคุณภาพความสำเร็จในธุรกิจขององค์กรที่มีการพัฒนา หลังจากนั้นได้นำแนวคิดวงจรคุณภาพ (quality cycle) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ เมื่อ ปี ค.ศ. 1990 พบว่าองค์กรคุณภาพต้องประกอบด้วยลักษณะดังนี้ 1) ต้องรู้ว่าลูกค้าต้องการอะไร จะส่งมอบผลผลิตและบริการให้ลูกค้าอย่างไร (customer focus) 2) มีการนำที่เข้มแข็ง (strong leadership) 3) มีวัฒนธรรมของการพัฒนา ทบทวนวิธีการทำงานของตนเอง และหาทางทำให้ดีขึ้น (a culture of improvement) 4) มีหลักฐาน

ข้อมูลของการวัดผลลัพธ์ (evidence of outcome) และ 5) เป็นการมองคู่งค์กรอื่นตลอดเวลาว่าทำอย่างไร ไม่ว่าจะเป็กลุ่มแข่งหรือไม่ (striving for best practice) ต่อมา มีการสร้างโครงการประเมินผลการปรับปรุงคุณภาพที่มีชื่อว่า EquIP Principle (Evaluation and Quality Improvement Program) ซึ่งเป็นวิธีการทำให้โรงพยาบาลพัฒนาคุณภาพ โดยกำหนดมาตรฐานและเกณฑ์ แสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงผลลัพธ์ที่มาจากโครงสร้างและกระบวนการ คือ

- 1) การดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งส่งกลับเข้าไปในชุมชน (continuum of care)
- 2) การบริหารจัดการและภาวะผู้นำ (leadership & the environment)
- 3) การบริหารจัดการด้านบุคลากร (human resource)
- 4) การบริหารข้อมูล (information management) คือ มีข้อมูลที่ถูกต้อง ในสถานที่ที่ถูกต้อง ในเวลาที่เหมาะสม และการรักษาความลับ
- 5) การปฏิบัติงานที่มีความปลอดภัย รวมถึงด้านสิ่งแวดล้อม (safe practice & the environment) และ
- 6) การปรับปรุงการปฏิบัติงาน (Improving performance) (ACHS, 1998 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543 )

ในทวีปแอฟริกา มีองค์กรรับรองคุณภาพด้านบริการสุขภาพของแอฟริกาใต้ (The Council for Health Service Accreditation of Southern Africa : COHSASA) ศึกษา ร่องมาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานบริการสาธารณสุข ปี ค.ศ. 1992 และเริ่มพัฒนาโครงการรับรองคุณภาพไปยังหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งในโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ โครงการด้านจิตเวช สำหรับการปรับปรุงมาตรฐาน มีความผู้เชี่ยวชาญระดับชาติและระดับนานาชาติ มีส่วนร่วมในการปรับปรุง โดยสรุปแนวคิดที่มุ่งผู้ป่วยและครอบครัว โดยสนองความต้องการของผู้ป่วยตามความเหมาะสมมีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ตามพันธกิจและทรัพยากรที่มีอยู่ ผู้นำในองค์กรมีความรับผิดชอบที่จะดำเนินการบริหารจัดการในองค์กรให้มีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการป้องกันรักษา และบริการต่างๆ สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระบบบริการที่มีคุณภาพ รวมทั้งการมีระบบงานที่สามารถวัดและปรับปรุงกระบวนการดูแล และลดภาวะเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดกับผู้ป่วย

โครงสร้างมาตรฐานขององค์กรรับรองคุณภาพด้านบริการสุขภาพของแอฟริกาใต้ จะเน้นในเรื่อง การดูแลผู้ป่วย การจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัย และการบริหารองค์กรที่มีประสิทธิภาพ มาตรฐานดังกล่าวในเรื่องการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วย 1) สิทธิผู้ป่วย 2) การเข้าถึงบริการ 3) การดูแลอย่างต่อเนื่อง 4) การประเมินสภาพผู้ป่วย 5) การวางแผนการดูแลและการจัดให้บริการ และ 6) การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติอย่างเหมาะสม ในเรื่องการบริหารองค์กร ประกอบด้วย 1) ภาวะผู้นำและการนำองค์กร 2) บทบาทและความรับผิดชอบของบุคลากร 3) การจัดการด้านข้อมูลสารสนเทศ 4) การสร้างสรรค์และการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อผู้ป่วย 5) การป้องกัน

และควบคุมการติดเชื้อ และ 6) การบริหารด้านคุณภาพและทรัพยากรมนุษย์ (Whittaker, 1999 quoting COHSASA, 1992)

ในขณะที่ประเทศแซมเบีย ได้เริ่มมีการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างจริงจังในกลางศตวรรษที่ 1990 โดยมีแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพเข้ามาใช้ในบริการสาธารณสุขมูลฐานทั่วประเทศเพื่อสนับสนุนต่อกระบวนการปฏิรูป ผู้นำในวงการสุขภาพตระหนักถึงการพัฒนากลไกเพื่อประเมินโรงพยาบาลและส่งเสริมให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องของระบบโรงพยาบาล การพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและการรับรองคุณภาพจึงเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2540 (Maboshe and Tembo, 1999) มีองค์การจัดการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Zambia Health Accreditation Council : ZHAC) มีองค์ประกอบดำเนินงานที่สำคัญที่อยู่ภายใต้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศแซมเบียมีมาตรฐาน 13 ด้าน คือ 1) ด้านการประเมินการรับเข้าในโรงพยาบาล ประกอบด้วยกระบวนการรับและการประเมินการบริการโรงพยาบาล การประเมินด้านการแพทย์และการพยาบาล 2) ด้านการบริการทางห้องปฏิบัติการ 3) ด้านการให้บริการทางรังสี 4) ด้านการให้บริการทางเภสัชกรรม 5) ด้านการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยการปฏิบัติการทางคลินิก การจัดทำแผนและการปฏิบัติ และการให้สุขศึกษากับผู้ป่วย 6) ด้านสิทธิผู้ป่วย 7) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น กระบวนการย้าย/ส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 8) ด้านการจัดการดูแลสิ่งแวดล้อม โดยมีการจัดระบบป้องกันอัคคีภัย มีแผนการบรรเทาสาธารณภัย มีระบบน้ำที่เหมาะสมต่อการบริโภค การจัดการเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ และมีการบริหารความเสี่ยงต่างๆ 9) การควบคุมการติดเชื้อ โดยจัดให้มีมาตรการการควบคุมการติดเชื้อ การเฝ้าระวัง และการให้ความรู้กับบุคลากรในเรื่องการควบคุมการติดเชื้อ 10) ภาวะผู้นำ เช่น การจัดทำนโยบายและระเบียบปฏิบัติการวางแผนด้านทรัพยากรและด้านบุคลากร ตลอดจนการบริหารทรัพยากรและระบบการเงินการคลัง 11) การประกันคุณภาพ เช่น การมีส่วนร่วมของบุคลากรในการประกันคุณภาพ การจัดทำระบบประกันคุณภาพในหน่วยงานให้บริการอื่นๆ 12) ด้านทรัพยากรมนุษย์ เช่น การค้นพบความต้องการผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ กระบวนการจัดจ้างบุคลากร การปฐมนิเทศ การศึกษาต่อเนื่อง และการประเมินบุคลากร และ 13) ด้านการจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร เช่น การบันทึกงานเวชระเบียนผู้ป่วย การบันทึกด้านวิสัญญี และการรวบรวมข้อมูลในการบริหารจัดการด้านสุขภาพ (Bukonda, et al., 2000 quoting ZHAC, 1997)

ประเทศฝรั่งเศส มีการจัดทำคู่มือมาตรฐานสำหรับพัฒนาการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 1999 ของหน่วยงานรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Agence Nationale d' Accreditation and d' Evaluation en Sante : ANAES) จัดมาตรฐานได้ 3 กลุ่มคือ

มาตรฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยและสิทธิผู้ป่วย มาตรฐานการบริหารจัดการเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วย และ มาตรฐานคุณภาพและการป้องกันความเสี่ยง (ANAES, 1999) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

มาตรฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยและสิทธิผู้ป่วย จะประกอบด้วยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ได้รับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องสิทธิผู้ป่วยที่พึงได้รับในการรับบริการสาธารณสุข ในเรื่องของการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรงพยาบาล การดูแลรักษา การให้เกียรติในความเป็นบุคคล การได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยและหรือครอบครัวในเรื่องการบริการดูแลในโรงพยาบาล มีการกำหนดข้อตกลงในกรณีที่ต้องจัดผู้สามารถใช้สิทธิแทนผู้ป่วย มีการสอบถามความสมัครใจและการปฏิเสธของผู้ป่วยในเรื่องการใช้/บริจาคผลิตภัณฑ์ในร่างกาย และผู้ดูแลได้รับการแจ้งก่อนที่จะทำการพิสูจน์ศพก่อนการทดสอบต่างๆ (แยกจากการสืบสวนสาเหตุการตายทางกฎหมาย) การเก็บความลับของผู้ป่วย เปิดโอกาสรับข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการ มีการประเมินในเรื่องการปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย

ระบบการบันทึกผู้ป่วยในเวชระเบียน มีนโยบายสำหรับการปฏิบัติในองค์กรสำหรับผู้ที่มีส่วนร่วมในการบันทึกรายงานดังกล่าว จัดระบบการเก็บรักษาความลับ โดยข้อมูลดังกล่าวใช้ในการประสานงานด้านการดูแลรักษาระหว่างทีมการรักษา การติดตามผลเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการประเมินคุณภาพการบันทึก และนำมากำหนดกลวิธีในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

สำหรับระบบการดูแลผู้ป่วย มีระบบที่จะสนับสนุนให้ความสะดวกเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว มีการประเมินสภาวะความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษา จัดบริการตลอด 24 ชั่วโมง มีการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ มีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกันกับครอบครัวผู้ป่วยในการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามข้อกำหนดของวิชาชีพ

มาตรฐานคุณภาพและการป้องกันความเสี่ยง ประกอบด้วย การบริหารจัดการและป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและบุคลากร การวิเคราะห์ข้อร้องเรียนของผู้ป่วย การประเมินระบบความเสี่ยง นอกจากนี้มีโครงการการป้องกันสำหรับบริการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ได้มาจากส่วนของร่างกายมนุษย์ (เนื้อเยื่อ การปลูกถ่ายเนื้อเยื่อ) รวมถึง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ANAES, 1999)

ปัจจุบัน มีการจัดทำมาตรฐานนานาชาติสำหรับการรับรองคุณภาพบริการ ขององค์กรด้านสังคมสำหรับคุณภาพในบริการสุขภาพระดับนานาชาติ (2000) (International Society for Quality in Health care : ISQua) ที่มีชื่อว่า ALPHA standards (Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation) ที่ได้พัฒนาและปรับปรุงมาตรฐานของหน่วยงานมีทำหน้าที่ใน

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศนิวซีแลนด์ ประเทศออสเตรเลีย ประเทศสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และประเทศแคนาดา โดยมีองค์ประกอบของมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโรงพยาบาล คือ 1) ด้านการกำหนดเป้าหมายและการนำองค์กร เช่น การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ แผนกลยุทธ์ ภาวะผู้นำ และการนำองค์กรที่มีประสิทธิภาพ 2) การบริหารจัดการระบบคุณภาพ เช่นการมีนโยบาย และความมุ่งมั่นในเรื่องคุณภาพ มีการแนะนำให้บุคลากรใช้ดัชนีชี้วัดในการติดตามการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพ ตลอดจนการอบรมทักษะเกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพในทุกหน่วยงาน 3) การบริหารและพัฒนาบุคคล มีนโยบายและระเบียบปฏิบัติ การจัดสรร คัดเลือก และการแต่งตั้งบุคลากรตามคุณสมบัติและความสามารถของตำแหน่งต่างๆ จัดให้มีการปฐมนิเทศ ในเรื่องวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยมขององค์กร ลักษณะงานและความรับผิดชอบ ระบบบริการคุณภาพ การพัฒนาบุคลากรเกี่ยวกับทักษะและความรู้โดยจัดฝึกอบรม นอกจากนี้มีการประเมินความพึงพอใจของบุคลากร และจัดระบบความปลอดภัยในการทำงาน 4) การบริหารระบบการเงินการคลัง ซึ่งมีการประเมินและตรวจสอบงบประมาณ และการจัดการที่มีประสิทธิภาพ และ 5) การจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร โดยมีการออกแบบระบบตามความต้องการของผู้ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูล การส่งต่อข้อมูล มีการอบรมผู้ใช้เทคโนโลยีด้านข้อมูลข่าวสาร มีระบบข้อมูลที่มีความถูกต้องแม่นยำ ทันสมัย มีความน่าเชื่อถือ มีระบบรักษาความปลอดภัยของข้อมูล (ISQua, 2000)

สำหรับประเทศไทย สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสาธารณสุข มีโครงการวิจัยประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐบาลด้วยแนวคิดการบริหารคุณภาพทั้งองค์กรและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2539 - มีนาคม 2540 สามารถวิเคราะห์องค์ประกอบต่างๆที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ คือ ความมุ่งมั่นของผู้นำระบบข้อมูลและการวิเคราะห์สารสนเทศ การวางแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพ การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล กระบวนการคุณภาพ ผลงานขององค์กร (ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยตรง การสนับสนุนบริการ และการให้บริการอนามัยชุมชน) และการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางที่มุ่งความพึงพอใจของผู้ป่วย ในขณะที่ชาติริ บานชื่น (2541) กล่าวถึงกระบวนการคุณภาพของโรงพยาบาลประกอบด้วยกระบวนการ 3 ระดับ คือ

1. คุณภาพพื้นฐานในการรับประกันความปลอดภัยของการเป็นสถานพยาบาล คือ การบริหารความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย (Risk Management)
2. การประกันคุณภาพ (Quality Assurance) คือ เกณฑ์มาตรฐานในการปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยที่มีตัวชี้วัดชัดเจน อ้างอิงได้ เช่น อัตราการติดเชื้อ มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคต่างๆ

3. การพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement) คือ ความพยายามในการพัฒนางานให้ดีขึ้นในทุก ๆ ด้าน ทั้งบริหาร บริการ และวิชาการ โดยมีการประเมินตนเองเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือตัวชี้วัดทั้งภายนอกและภายใน เป็นกระบวนการคุณภาพขั้นสูงในโรงพยาบาล

นอกจากนี้ แอนโธนี เวจเมคเกอร์ (2541) กล่าวถึงโรงพยาบาลคุณภาพมีลักษณะพื้นฐาน 7 ประการ คือ 1) การเป็นผู้นำ (leadership) โดยผู้นำจะต้องแบ่งปันพลังและอำนาจไปสู่ผู้อื่น (empowerment) ต้องเสริมพลังให้แก่ผู้บริหารโดยช่วยให้ผู้บริหารนำศักยภาพภาวะผู้นำออกมา เพื่อให้สามารถประเมินและปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเอง ผู้นำจะต้องทำงานอย่างมีเป้าหมาย และมุ่งเน้นความสัมพันธ์ของบุคคล ผู้นำจะต้องอุทิศเวลาส่วนใหญ่ให้กับการสอน การมอบอำนาจ และสร้างผู้นำเพิ่ม 2) บริการที่มุ่งคุณภาพ (quality oriented service) เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้ทำงานในเรื่องที่ตนมีความเชี่ยวชาญ 3) ความมุ่งมั่นอุทิศตน (commitment) โดยมีวิสัยทัศน์ พันธกิจ และมุ่งมั่นที่จะทำให้บรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจนั้นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยผู้คนที่เชื่อมั่นในตนเอง ผู้คนที่มุ่งมั่นอุทิศตนต่อตนเอง ต่อผู้อื่น ต่อการทำงานเป็นทีม มีเป้าหมายที่ต้องการให้ทุกคนทำงานร่วมกันเป็นทีม เคารพในความคิดของผู้อื่นและยอมรับในข้อจำกัดของตนเอง นำจุดแข็งของผู้อื่นมาปรับปรุงการทำงานของตนเอง 4) โครงสร้างเชิงหน้าที่ (functional structure) เป็นความสัมพันธ์ทั้งในด้านตัวบุคคลและกายภาพ ในด้านกายภาพจะกล่าวถึง การมีแผนงาน หน่วยงานและสถานที่ ในด้านตัวบุคคล จะมีเรื่องความสัมพันธ์กัน ดังนั้นจึงมีความสัมพันธ์ระหว่างแผนงาน สถานที่ และผู้คนที่ต้องการคือ การทำงานเป็นทีมทั้งภายในหน่วยงาน และร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ 5) การพัฒนาเจ้าหน้าที่ (staff development) ลักษณะของโรงพยาบาลคุณภาพ คือ มีแผนงานฝึกอบรมและพัฒนาเจ้าหน้าที่ การให้บริการที่มีคุณภาพจะเกิดขึ้นได้ ผู้ให้บริการหรือเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลจะต้องได้รับการฝึกอบรมและเรียนรู้ที่จะทำงานอย่างมีคุณภาพ โรงพยาบาลคุณภาพจะต้องมีการฝึกอบรมตนเอง 6) การปรับองค์กร (re-organizing, re-structure) โรงพยาบาลจะต้องเปิดรับความรู้ใหม่ๆ เทคโนโลยีใหม่และการพัฒนาใหม่ๆ และนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา การสื่อสารและการสร้างเครือข่ายเพื่อรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่จะช่วยให้โรงพยาบาลรับทราบสิ่งใหม่ๆที่เกิดขึ้น และ 7) ประกาศวิสัยทัศน์ (express of mission) โรงพยาบาลจะมีการเสนอตัวที่ดี คือ การประกาศผ่านพันธกิจ พลังของพันธกิจของโรงพยาบาล ขึ้นกับความสามารถที่จะทำให้เกิดบรรลุผล

กรอบมาตรฐานที่ใช้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศไทย คือ มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษก ที่กล่าวถึงระบบงานที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของโรงพยาบาลในภาพรวม การประเมินตามมาตรฐานนี้จึงมุ่งเน้นที่การประเมินระบบงาน ไม่ได้มุ่ง



ประเมินการทำงานในระดับบุคคลหรือวิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละราย ระบบงานที่กำหนดไว้จะส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐานวิชาชีพมาปฏิบัติมากขึ้น ซึ่งถือว่าผู้ป่วยและลูกค้ำเป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งปวง เน้นการทำงานเป็นทีม เพื่อปรับปรุงระบบงานให้ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้นาองค์กรให้การสนับสนุนอย่างแข็งขันและต่อเนื่อง (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539) ภายในมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษก จะพบว่ามีเนื้อหาทั้งหมด 31 เรื่อง ตามลักษณะงานบริการหรือการบริหารจัดการ ซึ่งแบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ 1) การนำองค์กร 2) มาตรฐานร่วมที่ทุกหน่วยงานต้องใช้ 3) การบริหารระดับองค์กร 4) บริการทางคลินิก และ 5) บริการสนับสนุนอื่นๆ

การนำองค์กร ได้แก่ 1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร 2) องค์กรบริหารสูงสุด และ 3) การนำและการบริหาร

มาตรฐานระดับองค์กร ได้แก่ 1) โครงสร้างทางกายภาพ 2) การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล 3) การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 4) ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล 5) บริการทางการแพทย์/องค์กรแพทย์ และ 6) บริการพยาบาล/องค์กรพยาบาล (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539 ; สิทธิศักดิ์ พุทธิบัญญัติ, 2543 ; อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และคณะ, 2544)

มาตรฐานระดับหน่วยงาน ก็คือ มาตรฐานที่ใช้ร่วมกัน ได้แก่ มาตรฐานทั่วไป มีองค์ประกอบ 9 ข้อ คือ 1) พันธกิจ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ 2) การจัดองค์กรและการบริหาร 3) การจัดการทรัพยากรบุคคล 4) การพัฒนาทรัพยากรบุคคล 5) นโยบายและวิธีปฏิบัติ 6) สิ่งแวดล้อม อาคาร สถานที่ 7) เครื่องมือ อุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก 8) ระบบงาน/กระบวนการให้บริการ และ 9) กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

สำหรับมาตรฐานบริการด้านคลินิกและบริการสนับสนุนอื่นๆ เป็นการนำมาตรฐานทั่วไประดับหน่วยงานไปขยายความให้เฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละบริการ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539 ; สิทธิศักดิ์ พุทธิบัญญัติ, 2543)

ต่อมาเดือนกุมภาพันธ์ 2543 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้จัดทำมาตรฐานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลฉบับบูรณาการขึ้น โดยนำข้อกำหนดร่วมทั้งหมดมาสรุปรวม 6 หมวด 20 บท ซึ่งเชื่อมโยงจากระดับองค์กรไปสู่ระดับหน่วยงาน โดยมีเกณฑ์ในการรับรอง ดังนี้

1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ประกอบด้วย การนำองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ ผู้บริหารระดับสูงต้องแสดงถึงความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ มีความสามารถในการชักจูงให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญของการพัฒนา มีการมอบหมายให้มีทีมผู้รับผิดชอบ

ในการประสานงานและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพอย่างชัดเจน นอกจากนี้มีการกำหนดทิศทางนโยบายที่เป็นเป้าหมายร่วมของโรงพยาบาล มีการสื่อสารเพื่อให้เจ้าหน้าที่เกิดความเข้าใจและรู้บทบาทของตน ตลอดจนการนำแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล

2. ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ประกอบด้วย การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ การบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีโครงสร้างทางกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่ดี สะดวกสบาย และปลอดภัย มีเครื่องมือที่ได้มาตรฐาน และเพียงพอในการให้บริการ มีระบบบำรุงรักษาที่ดี และระบบสารสนเทศที่เอื้อต่อการบริหาร การบริการ และการพัฒนาคุณภาพ

3. กระบวนการคุณภาพ ประกอบด้วย กระบวนการคุณภาพทั่วไป กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ เช่น มีการค้นหาความเสี่ยง มีระบบป้องกันความเสี่ยง มีการทำงานเป็นทีมทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน และระหว่างสาขาวิชาชีพ มีการศึกษาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับบริการ มีการประกันคุณภาพในทุกกระบวนการหลัก มีการติดตามดัชนีชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ และมีการปรับปรุงระบบงานและกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านการบริการทั่วไปและด้านคลินิกบริการ

4. การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ประกอบด้วย การจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาล เพื่อดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ มีการกำหนดการคัดเลือก การจัดอัตราค่าจ้าง รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทักษะของแพทย์ มีกิจกรรมเพื่อทบทวนและตรวจสอบผลการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ เช่น การทบทวนทางการแพทย์ และการทบทวนการใช้ทรัพยากร เป็นต้น นอกจากนี้มีระบบการบริหารการพยาบาล เพื่อดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ และพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาล

5. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร ประกอบด้วย การแจ้งให้ผู้ป่วยทราบสิทธิของตนเอง โดยแพทย์แลเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตระหนักในเรื่องสิทธิของผู้ป่วย และมีการจัดระบบเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย นอกจากนี้มีแนวทางปฏิบัติงานที่ชัดเจนในเรื่องที่จะเป็นปัญหาด้านจริยธรรมองค์กร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การกำหนดค่าบริการที่เรียกเก็บเงิน/เจ้าหน้าที่ การรับ/ส่งต่อ/จำหน่ายผู้ป่วย เป็นต้น

6. การดูแลรักษาผู้ป่วย ประกอบด้วย การทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วย มีการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยได้รับการดูแลตามลำดับความเร่งด่วน มีการลงนามยินยอมรับการรักษาหลังจากที่ได้รับทราบอธิบายจนเป็นที่เข้าใจ นอกจากนี้ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสให้ข้อมูลและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเพียงพอ

มีการประเมินและวางแผนดูแลรักษา โดยจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับการดูแลรักษา กระบวนการให้บริการ/การดูแลผู้ป่วย และการเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องและให้ความรู้ เพื่อการดูแลตนเองตามระดับความรู้ความสามารถของผู้ป่วย (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล, 2542 ; สิทธิศักดิ์ พฤกษ์ปีติกุล, 2543)

ในความหมายของกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีผู้ให้นิยามว่า กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกระบวนการประเมินคุณภาพระดับบริการของ สถานพยาบาลในทุกด้าน เปรียบเทียบกับมาตรฐานระดับชาติ เป็นระบบที่ทำด้วยความสมัครใจ ประกอบด้วย การประเมินและปรับปรุงคุณภาพของสถานพยาบาล เป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ควบคู่ไปกับการเรียนรู้ และการรับรองจากองค์กรภายนอก การรับรองเป็นเพียงส่วนเดียวและส่วนสุดท้ายของกระบวนการ แต่จุดสำคัญ คือ การประเมิน และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล, 2540 ; กฤษฎ์ อุทัยรัตน์, 2543) เป็นการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรตามปรัชญาการบริหารคุณภาพทั้งองค์กร ที่ต้องมีการมุ่งเน้น การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับบริการเป็นสำคัญ (customer focus) มีการคำนึงถึง เป้าหมายขององค์กร วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายของการจัดบริการในองค์กร พยายามรักษา ไว้ซึ่งมาตรฐานและจรรยาบรรณ มีความมุ่งมั่นพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมุ่งเน้น ความสอดคล้องต่อมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งมีขอบเขตในเรื่องการมีระบบบริหารคุณภาพ ระบบ บริหารความเสี่ยง และระบบบริหารผู้ประกอบวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และระบบบริการที่มีความสัมพันธ์กับผู้รับบริการที่มีประสิทธิภาพพร้อมด้วย (สิทธิศักดิ์ พฤกษ์ปีติกุล, 2543) โดยพื้นฐานสำคัญของกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ การเรียนรู้ร่วมกัน มีความตระหนักในความจำเป็นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเองไป พร้อมๆกัน มีการพัฒนาทีมงานและองค์กร เพื่อเป้าหมายคือ ให้ผู้รับบริการได้รับผลการดำเนินงาน ที่มีคุณภาพ (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2543)

คุณค่าของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีทั้งคุณค่าในส่วนของเนื้อหา ซึ่งจะ เป็นแนวคิดเชิงบวกในการปรับปรุงคุณภาพ กระตุ้นและส่งเสริมให้สถานพยาบาลมีความมุ่งมั่นเป็นเลิศ อีกทั้งเป็นการให้แนวทางสำหรับการบริหารและการปฏิบัติงานที่ดี ส่วนคุณค่าของกระบวนการ จะเกิดขึ้นได้อย่างแท้จริง เมื่อคนในองค์กรมีความเต็มใจที่จะเรียนรู้ และรับคำแนะนำเพื่อปรับปรุง ให้ดีขึ้น ไม่ปิดบังจุดอ่อนของตนเอง โดยการมีบุคคลภายนอกมาให้ความรู้และเป็นที่ปรึกษา ส่วนคุณค่าของการนำไปใช้ประโยชน์ เนื่องจากองค์กรที่ได้รับการรับรองคุณภาพ จะเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นให้กับประชาชนได้รับทราบ ว่า ระบบงานและคุณภาพบริการของสถานพยาบาลที่ได้ รับการรับรองนั้นเป็นไปตามมาตรฐาน สถานพยาบาลมีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการและการดูแล

รักษาที่มีคุณภาพ และมีความพยายามที่จะปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (อนูวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2540 อ้างจาก CCHSA, 1995)

สรุปแนวคิดกระบวนการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับบริการเป็นสำคัญ (customer focus) (โยธิน แสงดี, พิมลพรรณ อิศรภักดี และ มาลี สันภูวรรณ, 2543) 2) ยึดถือปรัชญาแนวคิดแบบการบริหารคุณภาพทั้งองค์กร (TQM Approach) มีการใช้ภาวะผู้นำ มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงาน มีการเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมการเสริมเพิ่มพลัง และกระตุ้นการพัฒนาอย่างเหมาะสม ยึดหลักการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน (interdependency) มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ทั้งทีมในหน่วยงาน ทีมระหว่างหน่วยงาน และทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ 3) มุ่งมั่นการพัฒนาคุณภาพให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการตลอดจนแนวคิดที่เป็นระบบ และเป็นวิทยาศาสตร์ ทั้งการวิเคราะห์ความต้องการของผู้รับบริการของผู้รับบริการ การค้นหาปัญหา/โอกาสพัฒนา การวางระบบงาน/ระบบประกันคุณภาพ/ระบบบริหารความเสี่ยง การติดตามรวมทั้งการปรับปรุงให้ดีขึ้น เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ และ 4) มุ่งเน้นที่ความสอดคล้องต่อมาตรฐานโรงพยาบาล (conformance / compliance to hospital standard) และประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลตลอดเวลา (compliance level) โดยมีระบบบริหารคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ (quality management system) มีระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ (risk management system) รวมถึงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีระบบบริหารผู้ประกอบวิชาชีพที่มีประสิทธิภาพ (professional management system) และมีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและระบบบริหารความสัมพันธ์กับลูกค้าที่มีประสิทธิภาพ (patient's right protect & customer relation management system) โดยคาดว่าผลที่จะได้รับจากกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนา มีทรัพยากรที่เพียงพอและการจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ มีการบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีการดูแลมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพที่น่าไว้วางใจ ตลอดจนมีระบบคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยและดูแล จริยธรรมที่น่าเชื่อถือ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539 ; กฤษณ์ อุทัยรัตน์, 2543 ; สิทธิศักดิ์ พงษ์ปิติกุล, 2543 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2544 ; อนูวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ, 2542) โดยมีองค์ประกอบของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในเรื่องของการทำงานเป็นทีม มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทั้งองค์กร โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2544)

### การประเมินคุณภาพ (Quality Assessment )

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) กล่าวว่า การประเมินคุณภาพ คือ การตรวจสอบระบบงาน และสิ่งที่ปฏิบัติกับข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งจะทำได้โดยโรงพยาบาลและผู้ประเมินภายนอก ดังรายละเอียดดังนี้

1. การประเมินคุณภาพโดยโรงพยาบาล (self assessment) เป็นการประเมินตนเองเพื่อตรวจสอบความพร้อมที่จะได้รับการประเมินและรับรองจากภายนอก การประเมินตนเองของโรงพยาบาลควรประเมินโดยทีมที่เกี่ยวข้อง โดยควรครอบคลุมการประเมินเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา การตรวจเยี่ยมเพื่อสังเกตการปฏิบัติงานจริง การทบทวนแนวคิด แนวทางปฏิบัติ การปฏิบัติงานจริง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและพัฒนาวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง การใช้แบบประเมินตนเองเพื่อบันทึกและวิเคราะห์ระบบงานตามข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล

#### 1.1 การประเมินโดยผู้ประเมินภายนอก (External survey) มี 3 ลักษณะ คือ

1.1.1 การประเมินความพร้อมของโรงพยาบาล โดยทางโรงพยาบาลจะขอให้มีการ presurvey เพื่อเป็นการประเมินว่า โรงพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามข้อกำหนดในกรอบมาตรฐานโรงพยาบาลได้ครบถ้วนแล้วหรือไม่ ผลของการประเมินในขั้นตอนนี้ คือ การให้คำแนะนำเพื่อให้โรงพยาบาลนำไปปรับปรุง การประเมินความพร้อมอาจทำเป็นระยะๆ หลายครั้ง จนกระทั่งมีความพร้อมเต็มที่สำหรับการประเมินเพื่อการรับรอง

1.1.2 การประเมินเพื่อพิจารณารับรอง (Accreditation survey ) เครื่องมือสำคัญที่ผู้ประเมินภายนอกจะใช้ คือ ข้อมูลที่โรงพยาบาลประเมินตนเองตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้ประเมินภายนอกจะต้องศึกษาล่วงหน้าก่อนที่จะประเมินในพื้นที่ เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดมาตรฐานซึ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การประเมินจะเน้นกิจกรรมสำคัญที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการบริหารองค์กร

การประเมินหลังการรับรอง มี 3 ลักษณะ คือ

1.1.2.1 การประเมินการเฝ้าระวัง เป็นการประเมินตามกำหนดเวลา ทุก 6-12 เดือน โดยเน้นประเด็นสำคัญหรือประเด็นที่มีแนวโน้มจะมีปัญหาในภาพรวม

1.1.3.2 การประเมินเมื่อมีปัญหา เป็นการประเมินเมื่อได้รับทราบว่าจะมีปัญหารุนแรงที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรือความปลอดภัย

1.1.3.3 การประเมินเมื่อมีการปรับเปลี่ยน ได้แก่ การเปิดบริการ การขยายบริการ การเปลี่ยนเจ้าของและผู้บริหารระดับสูง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น โรงพยาบาลจะต้องแจ้งให้ทราบภายใน 30 วัน และจะมีการประเมินซ้ำ เพื่อยืนยันการรับรองหากอายุการรับรองยังมีเหลือมากกว่า 9 เดือน โดยอายุการรับรองจะไม่ขยายมากกว่าเดิม

การรับรองโรงพยาบาล เป็นการรับรองว่าโรงพยาบาลมีการจัดระบบงานที่ดี เอื้อต่อการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้มีคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ แต่ไม่ได้หมายความว่าไม่เกิดความผิดพลาดขึ้นในการดูแลรักษา แต่รับรองว่าโรงพยาบาลมีระบบที่รัดกุมในการป้องกันความผิดพลาด ซึ่งจะให้ผู้รับบริการมีความเสี่ยงน้อยที่สุด โดยผู้ตัดสินใจให้การรับรองโรงพยาบาล คือ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแต่งตั้งขึ้นมีประเด็นหลักในการรับรองโรงพยาบาล คือ 1) ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ 2) ทรัพยากรและประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร 3) การประกันคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง 4) มาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ 5) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร และ 6) กระบวนการดูแลผู้ป่วย ลักษณะการรับรอง คือ รับรอง 2 ปี สำหรับโรงพยาบาลที่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานได้ครบถ้วน บริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ไม่มีความเสี่ยงที่ชัดเจน มีหลักฐานของความพยายามในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง อีกกรณี คือ ไม่รับรอง สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลได้ครบถ้วน ยังมีความเสี่ยงปรากฏอย่างชัดเจน (กฤษฎ์ อุทัยรัตน์, 2543 ; อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2544)

สำหรับโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองในประเทศไทย เช่น โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี โรงพยาบาลราชบุรียินดี จังหวัดสงขลา โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี และจากการสำรวจนาร่องโดยใช้แบบสอบถามส่งไปยังโรงพยาบาลดังกล่าว พบว่า การดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ได้ใช้องค์ประกอบการดำเนินงานตามมาตรฐานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นเกณฑ์ มีทั้งหมด 6 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ 2) ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร 3) ด้านกระบวนการคุณภาพ 4) ด้านการรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ 5) ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร และ 6) ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นต้น

## 2. แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพ (Concept of Quality Improvement)

แนวคิดที่กล่าวว่า คุณภาพ คือ การตอบสนองความต้องการของลูกค้า หรือการทำสิ่ง ที่ควรทำอย่างถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรก เมื่อนำมาใช้กับระบบบริการสุขภาพก็จะผสมผสานเรื่อง มาตรฐานวิชาชีพร่วมด้วย (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2541) สำหรับมาตรฐานของการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล กำหนดให้คุณภาพ หมายถึง การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้รับบริการ

บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ รวมทั้งการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้รับบริการ (สิทธิศักดิ์ พุทธิพิทักษ์, 2543)

แนวคิดเรื่องการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กร มีพื้นฐานการดำเนินงานมาจากทางด้านอุตสาหกรรม ซึ่ง เดมมิ่ง (Deming, 1995) เป็นผู้ริเริ่มควบคุมคุณภาพ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 ในประเทศญี่ปุ่น ประมาณ 30 ปีต่อมาได้มีการนำแนวคิดนี้ไปใช้ในสหรัฐอเมริกาและขยายผลการนำไปใช้ประโยชน์ในประเทศอื่นๆ หลักการบริหารเพื่อคุณภาพที่ดีนั้น เดมมิ่ง กล่าวว่า ต้องไม่เฉพาะด้านที่เป็นรูปธรรมอย่างเดียว ซึ่งจะนำไปสู่ความล้มเหลวได้ ทั้งนี้ยังมีสิ่งที่สำคัญอีกมากที่ยังไม่รู้และยังไม่เข้าใจ เขาเชื่อว่าการบริหารจะประสบผลสำเร็จหากทุกคนทำงานอย่างมีคุณภาพ โดยให้ข้อแนะนำ 14 ข้อ ซึ่งสามารถประยุกต์ใช้ในองค์กรหลายแห่ง หลักการบริหาร 14 ประการของเดมมิ่ง มีดังนี้

1. สร้างเป้าหมายและจุดประสงค์ขององค์กรให้เป็นลายลักษณ์อักษร
2. ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานทุกคนเรียนรู้ปรัชญาใหม่
3. สร้างคุณภาพจากกระบวนการผลิตมากกว่าการตรวจสอบเมื่อสิ้นสุดกระบวนการ
4. เลิกการตัดสินใจโดยใช้ราคาเพียงอย่างเดียว
5. ปรับปรุงระบบการผลิตและบริการอย่างสม่ำเสมอและตลอดไป
6. ให้ความสำคัญกับการฝึกอบรม
7. ผู้นำของสถาบันมีการสร้างภาวะผู้นำให้บุคคลในองค์กรเพื่อคุณภาพการปฏิบัติงาน

โดยปฏิบัติงานเป็นทีมงาน

8. ขจัดความกลัว สร้างบรรยากาศให้เกิดความคิดริเริ่ม
9. ขจัดปัญหาอุปสรรคระหว่างแผนก มีการทำงานระหว่างแผนก ใช้การติดต่อสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญของการทำงานในทีมและให้สามารถปรับปรุงกระบวนการทำงานได้เอง
10. ขจัดคำขวัญเพื่อเกี่ยวเชิญให้ผู้ร่วมงานทำงานมากขึ้น
11. ขจัดโควตาการผลิตที่เป็นตัวเลข ต้องเน้นที่คุณภาพมากกว่าปริมาณ เลิกการบริหารโดยวัตถุประสงค์
12. ขจัดอุปสรรคที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความภาคภูมิใจในผลงานของตน
13. กระตุ้นการศึกษาและการปรับปรุงตนเองของทุกคน
14. ให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมกับการทำงานเพื่อให้การเปลี่ยนแปลงบรรลุผลสำเร็จและถือว่าการเป็นของเจ้าหน้าที่ทุกคน

ครอสบี (Crosby, 1984) กล่าวถึงการปรับปรุงคุณภาพ มี 14 ขั้นตอน คือ

1. ความมุ่งมั่นในการบริหารจัดการบนพื้นฐานคุณภาพ กำหนดนโยบายคุณภาพ และการจัดการเพื่อให้เกิดคุณภาพอย่างจริงจัง
2. การปรับปรุงคุณภาพโดยทีม ทุกคนได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร มุ่งมั่นในการสร้างคุณภาพตลอดเวลา สมาชิกทีมมีหน้าที่ความรับผิดชอบพัฒนาและปฏิบัติกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพร่วมกับทีมในหน่วยงานของตน เผยแพร่การทำงานเป็นทีมให้เกิดขึ้นทั่วทั้งแผนก และสนับสนุนโปรแกรมคุณภาพ
3. การวัดคุณภาพ มีการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญและไม่ผิดพลาด เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาการปฏิบัติกิจกรรมคุณภาพ
4. ต้นทุนคุณภาพ หมายถึงต้นทุนคุณภาพที่เกิดจากเศษสิ่งเหลือใช้ การทำซ้ำใหม่ การประกันคุณภาพ การตรวจสอบและการควบคุมผู้ปฏิบัติงาน การเปลี่ยนแปลงรูปแบบหรือการผลิต และวิธีการอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการตรวจสอบต้นทุนคุณภาพ จะทำให้ทีมตระหนักว่าเกิดอะไรขึ้น และควรปรับปรุงอย่างไร
5. ความตระหนักหรือจิตสำนึกในคุณภาพ
6. การปฏิบัติกิจกรรมปรับปรุงแก้ไข
7. การวางแผนไร้ข้อผิดพลาด (Zero defects planning) โดยอธิบายแนวคิดและโปรแกรมการตรวจสอบทุกระดับ อธิบายโปรแกรมแก้ไขความผิดพลาด (The error-cause-remove program) และวางแผนจัดการความผิดพลาดที่เกิดขึ้น
8. สนับสนุนให้ฝึกอบรม (Supervisor training)
9. วันแห่งข้อผิดพลาดเป็นศูนย์ (Zero defects day) คือ วันที่ให้ทุกคนร่วมกันสร้างนโยบายมุ่งคุณภาพ และให้การยอมรับนำไปปฏิบัติด้วยความสมัครใจ
10. การกำหนดเป้าหมายคุณภาพของระบบที่สามารถปฏิบัติให้สำเร็จได้
11. การกำจัดข้อผิดพลาดหรือสาเหตุของความบกพร่อง เป็นวิธีการทางระบบเพื่อให้เกิดความแน่ใจว่าผู้ปฏิบัติสามารถรับข้อมูลการจัดการปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพ และนำไปปฏิบัติในงานของตนได้
12. การให้การยอมรับผู้ปฏิบัติงาน
13. การตั้งคณะกรรมการคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มวิชาชีพต่างๆและผู้ปฏิบัติงานในสัดส่วนที่สมดุล ร่วมกันสร้างคุณภาพในหน่วยงาน โดยการวางแผน และสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับหลักพื้นฐานการปฏิบัติเพื่อคุณภาพไปยังทุกๆแผนกในองค์กร
14. ทบทวนทำซ้ำทุกขั้นตอนซ้ำใหม่ทั้งหมด (Do it over again) เพราะคุณภาพเป็นสิ่งที่ต้องปรับปรุงต่อเนื่องอย่างไม่หยุดยั้ง



อะริเคียน (Arikian, 1991) ได้ศึกษาเรื่องการนำการบริหารคุณภาพทั้งองค์กรไปใช้ใน งานบริการของพยาบาล กล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญของการบริหารคุณภาพทั้งองค์กร คือ

1. เจ้าหน้าที่คือผู้รับบริการ หมายถึง เจ้าหน้าที่แต่ละคนเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ เช่นเดียวกับผู้รับบริการอื่น เขาคาดหวังว่าจะได้รับสินค้าและบริการที่สมบูรณ์แบบที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

2. การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทุกกระบวนการในองค์กรเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องมีการพัฒนา ต่อเนื่องเพื่อสนองความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพิ่มผลผลิตและลดต้นทุนโดยกระบวนการ วางแผน ปฏิบัติ ตรวจสอบ และปรับปรุง (Plan, Do, Check, Act )

3. การประเมินผล ความต้องการของผู้รับบริการตลอดจนประสบการณ์เกี่ยวกับ สินค้าหรือบริการถูกนำมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ การติดต่อสื่อสารทุกระดับขององค์กรต้องมีการพัฒนาในแนวทางที่เหมาะสม

4. ความรับผิดชอบในการบริการ ผู้บริหาร ผู้จัดการ ต้องมีความรับผิดชอบต่อระบบ การทำงานของเจ้าหน้าที่ “ พัฒนาระบบ พัฒนางาน ”

5. การศึกษาและการฝึกอบรม

6. ข้อมูลทางสถิติ การวัดทางสถิติในทุกหน่วยงานและมีการติดต่อสื่อสารทั่วองค์กร เพื่อเจ้าหน้าที่ทุกคนได้พัฒนาระบบฐานข้อมูล

7. การประกันคุณภาพและการควบคุมคุณภาพ เป็นการหาข้อมูลที่เกิดขึ้นมาวิเคราะห์ ระดับคุณภาพในองค์กร โดยผู้ปฏิบัติเป็นผู้รวบรวมข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ร่วมกับหน่วยงานที่ รับผิดชอบเกี่ยวกับการประกันคุณภาพและส่งข้อมูลที่ไ้จากการวิเคราะห์ไปยังหน่วยงานผู้ปฏิบัติ เพื่อการปรับปรุงคุณภาพต่อไป

8. ผู้ส่งมอบ องค์กรต้องพัฒนาความร่วมมือกับผู้ส่งมอบทั้งภายในและภายนอก องค์กรให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการคุณภาพทั้งองค์กร

9. การทำงานเป็นทีม ช่วยให้บุคลากรใช้กระบวนการแก้ปัญหา และจัดอุปสรรค ระหว่างบุคลากรกับบทบาท

10. การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กร เพื่อให้งานดังกล่าวประสบความสำเร็จ ต้องมีการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม ด้านทัศนคติต่อการปกครองที่มีระเบียบขั้นตอน มนุษยสัมพันธ์และ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง

ดังนั้นการบริหารเพื่อคุณภาพทั้งองค์กร จึงเป็นแนวทางการบริหารซึ่งพยายามทำให้เกิดศักยภาพในการแข่งขันสูงสุดโดยผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย การใช้หลักการ บริหารเชิงยุทธศาสตร์ ลูกค้าหรือผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลาง องค์กรจะต้องมีความมุ่งมั่นในการ

พัฒนาคุณภาพ มีการสร้างวัฒนธรรมให้บุคลากรทุกระดับมีจิตสำนึกและตระหนักเรื่องคุณภาพตลอดเวลา มีการทำงานเป็นทีม ใช้หลักคิดที่เป็นวิทยาศาสตร์มีการปรับปรุงระบบงานและกระบวนการอย่างต่อเนื่อง จัดให้มีการศึกษาและการอบรมให้กับบุคลากรอย่างเพียงพอที่จะทำงานได้อย่างมีคุณภาพ นอกจากนี้องค์กรควรจัดโครงสร้างให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจและร่วมกันแก้ไขปัญหา รวมถึงการมีเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้ผลลัพธ์การพัฒนางานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (สิทธิศักดิ์ พฤษชัยดิกุล, 2543) มีการประชาสัมพันธ์ในด้านแนวคิดและด้านปฏิบัติให้ชัดเจน และเป็นทางเดียวกัน โดยปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้เกิดทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงาน มีผู้นำที่เอื้อต่อการพัฒนา สร้างแรงจูงใจ ให้ความรู้และอบรมให้กับเจ้าหน้าที่อย่างทั่วถึงและสม่ำเสมอ และการสนับสนุนทรัพยากรหรืองบประมาณอย่างเพียงพอ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการให้ประสบความสำเร็จ (สายสมร กลยาณี, 2543)

สรุปแนวคิดของนักวิชาการหลายๆคน และจากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาของนักวิชาการและองค์กรที่ทำหน้าที่ในการรับรองคุณภาพทั้งต่างประเทศและในประเทศที่ผ่านมาพบว่า การพัฒนาคุณภาพในองค์กรควรมีลักษณะ 10 ประการ ดังนี้

1. ต้องมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ (Crosby,1984 ; แอนโรนี เวจเมคเกอร์, 2541 ; โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2543 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543 ) ตระหนักถึงจิตสำนึกในคุณภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, 2540 อ้างจาก CCHSA, 1995 ; ชาตรี บานชื่น, 2541 ; องอาจ วิพุทธศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ มยุรี จิระวิศิษฐ์, 2541 ; Roa, 1999 quoting JCIA, 1999 ; Whittaker, 1999 quoting COHSASA, 1992)
2. มีการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Crosby,1984 ; อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, 2540 อ้างจาก CCHSA, 1995 ; ACHS, 1998 ; Bukonda, et al., 2000 quoting ZHAC, 1997 )
3. มีการประกันคุณภาพงาน (ชาตรี บานชื่น, 2541 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543 ; Bukonda, et al., 2000 quoting ZHAC, 1997)
4. มีการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมในองค์กร (Arikian, 1991) โดยการพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ (Deming, 1995)
5. เน้นการทำงานเป็นทีม และการมีส่วนร่วมในการทำงานทั้งการบริหารในองค์กรและระหว่างทีมคร่อมสาขางาน (Deming, 1995 ; ANAES, 1999 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543 ; อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, 2544)
6. มีการสร้างภาวะผู้นำให้เกิดขึ้นในทุกระดับของการบริหาร (Deming, 1995 ; อนุวัฒน์ สุขชาติกุล, 2540 อ้างจาก CCHSA, 1995 ; แอนโรนี เวจเมคเกอร์, 2541 ; องอาจ วิพุทธศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ มยุรี จิระวิศิษฐ์, 2541 ; Roa, 1999 quoting JCIA, 1999 ; สิทธิศักดิ์

พฤกษ์ปิติกุล, 2543 ; Bukonda, et al., 2000 quoting ZHAC, 1997 ; JCAHO, 2001) การบริการที่มุ่งคุณภาพ ผู้บริหารจะต้องช่วยให้ผู้ปฏิบัติงาน ค้นพบภูมิปัญญา และศักยภาพของตนเอง มาใช้ในการทำงาน (แอนโซนี่ เวจเมคเกอร์, 2541 ; Roa, 1999 quoting JCIA, 1999)

7. มีการกำหนดเป้าหมายคุณภาพของระบบงาน (Crosby, 1984 ; Deming, 1995 ; องอาจ วิพุทธศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ มยุรี จิระวิศิษฐ์, 2541 ; ISQua, 2000) จัดตั้งคณะกรรมการคุณภาพ มีการประเมินความต้องการของผู้รับบริการ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

8. มีการประกันความปลอดภัยของการเป็นสถานบริการ รวมถึงการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย (ACHS, 1998 ; Roa, 1999 quoting JCIA, 1999 ; Whittaker, 1999 quoting COHSASA, 1992 ; Bukonda, et al., 2000 quoting ZHAC, 1997 ; JCAHO, 2001)

9. มีการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลและสนับสนุนในการฝึกอบรมให้กับบุคลากร (Crosby, 1984 ; Arikian, 1991 ; Deming, 1995 ; อนุวัฒน์ ศุภสุทธิกุล, 2540 อ้างจาก CCHSA, 1995 ; แอนโซนี่ เวจเมคเกอร์, 2541 ; Roa, 1999 quoting JCIA, 1999 ; Whittaker, 1999 quoting COHSASA, 1992 ; ISQua, 2000)

10 มีการใช้ระบบข้อมูลต่างๆในการวิเคราะห์ระบบการทำงานในองค์กร เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ดี (องอาจ วิพุทธศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ มยุรี จิระวิศิษฐ์, 2541 ; Bukonda, et al., 2000 quoting ZHAC, 1997 ; ISQua, 2000 ; JCAHO, 2001) ด้วยจริยธรรมและมาตรฐานแห่งวิชาชีพและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2543)

จากแนวคิดองค์ประกอบการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพของนักวิชาการ และองค์กรที่ทำหน้าที่ในการรับรองคุณภาพทั้งต่างประเทศและในประเทศไทยที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีแนวคิดที่เป็นองค์ประกอบหลักของการดำเนินงานของโรงพยาบาลคุณภาพ เช่น ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพในองค์กร ที่รวมถึงความมุ่งมั่นของผู้นำในการพัฒนาคุณภาพการประกันคุณภาพ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และกระบวนการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้แนวคิดอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบย่อยของการดำเนินงานของโรงพยาบาลคุณภาพ เช่น มีการเรียนรู้ปรัชญาใหม่ ซึ่งหมายถึง คุณภาพ ที่เน้นการปรับปรุงระบบงาน เพื่อเสริมสร้างคุณภาพให้เกิดขึ้น โดยการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การกำหนดเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน การมีส่วนร่วมในการทำงานเป็นทีม การเปิดโอกาสและกระตุ้นให้บุคลากรกล้าแสดงออกในการเสนอแนะวิธีการปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น มีคณะกรรมการคุณภาพ ที่ประกอบด้วยกลุ่มวิชาชีพต่างๆและผู้ปฏิบัติงาน ร่วมกันสร้างคุณภาพในหน่วยงาน มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จัดระบบการบริหารความเสี่ยงรวมถึงความปลอดภัยในการทำงาน

และสิ่งแวดล้อม มีระบบการควบคุมการติดเชื้อ การบริหารและพัฒนาบุคลากร ในรูปแบบการศึกษาอบรม มีการประเมินความต้องการของผู้รับบริการทั้งผู้ให้บริการ ที่เปรียบเสมือนลูกค้า ภายใน และผู้รับบริการที่จัดเป็นลูกค้าภายนอก การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศในการติดต่อสื่อสาร และใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนา ตลอดจนกระบวนการดูแลผู้ป่วยในด้านการประเมินผู้ป่วย การเข้าถึงบริการและการดูแลอย่างต่อเนื่อง

สำหรับประเทศไทย นักวิชาการและองค์กรที่ทำหน้าที่รับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตลอดจนโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพจำนวนหนึ่ง ได้กล่าวถึงองค์ประกอบหลักของการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ มีองค์ประกอบการดำเนินงาน 6 องค์ประกอบ คือ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร กระบวนการคุณภาพ มาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ, สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร และกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผู้วิจัยสามารถสรุปประเด็นที่เป็นองค์ประกอบหลัก และองค์ประกอบย่อยของการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลคุณภาพของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นสำคัญ ดังรายละเอียดตามตาราง 1-2

















### 3. องค์ประกอบสำคัญของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ในปัจจุบันการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จัดเป็นการพัฒนาคุณภาพสมัยใหม่เน้นการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้นอยู่เสมอ ด้วยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในองค์กร ด้วยการสร้างความตื่นตัวต่อการเรียนรู้และการพัฒนา (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2542) และการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องของทุกคนในองค์กร มีการเรียนรู้การทำงานร่วมกัน (สิทธิศักดิ์ พงษ์ปิติกุล, 2543) ดังนั้นการดำเนินงานของโรงพยาบาล เพื่อเข้าสู่การเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ บุคลากรของโรงพยาบาล ควรมีแนวทางของโครงสร้างการดำเนินงาน เพื่อให้ผ่านการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ จากแนวคิดนักวิชาการ และประสบการณ์ขององค์กรที่ทำหน้าที่รับรองคุณภาพสถานพยาบาลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมทั้งแนวคิดของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพในประเทศไทยบางส่วน ผู้วิจัยสามารถสรุปรายละเอียดและจัดกลุ่มองค์ประกอบการดำเนินงานของโรงพยาบาลคุณภาพได้ดังนี้ คือ

**3.1 ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ** ผู้บริหารระดับสูงต้องแสดงให้เห็นความมุ่งมั่นในการพัฒนา ชงชัย วงศ์ชัยสุวรรณ (2540) กล่าวว่า ผู้นำมีอิทธิพลต่อความสำเร็จ โดยเฉพาะผู้นำระดับสูงที่มีผลในการกำหนดกลยุทธ์และนโยบาย โดยเฉพาะผู้นำคุณภาพ ต้องเป็นผู้ที่มีความมุ่งมั่นจริงจัง (George, 1992 ; วิฑูรย์ ลิ้มะโชคดี, 2541 ; งามอาจ วิฑูรศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ มยุรี จิระวิศิษฐ์, 2541) ซึ่งองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในองค์กรคุณภาพ คือ ความมุ่งมั่นของผู้บริหารองค์กร (รัชดา ตันติสารศาสน์ และคณะ, 2543 ; อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2544) ต้องมีวิสัยทัศน์ และมีการสร้างภาวะผู้นำ (hands-on leadership) รวมถึงการมีส่วนร่วมอย่างเด่นชัดในการบริหารคุณภาพ โดยการให้ทุกฝ่ายมีเป้าหมายร่วมกัน พร้อมทั้งจะทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยเฉพาะการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ในรูปแบบของทีมคร่อมสายงาน (cross functional team) เช่น ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Patient Care Team) และสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2543) โดยต้องตระหนักถึงจิตสำนึกในคุณภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ( อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2540 อ้างจาก CCHSA,1995 ; งามอาจ วิฑูรศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และ มยุรี จิระวิศิษฐ์, 2541 ; ชาตรี บานชื่น, 2541 ; Roa, 1999 quoting JCIA, 1999 ; Whittaker, 1999 quoting COHSASA, 1992) สิ่งที่ผู้บริหารหรือผู้บังคับบัญชาต้องตระหนักคือ การทำให้บุคลากรมองเห็นคุณค่าในเรื่องคุณภาพบริการมากขึ้น ตลอดจนการคำนึงถึงความสำคัญในเรื่องสภาพการทำงานของบุคลากรในการบริหารคุณภาพทั้งองค์กร (สายสมร กลยาณี, 2543 ; สุดารัตน์ แก้วกาญจนารัตน์, 2542) มีความสามารถในการชักจูงให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญของการพัฒนา มีการมอบหมายให้มีทีมผู้รับผิดชอบในการประสานงาน และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ

อย่างชัดเจน รวมทั้งมีการติดตามปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ มีทีมผู้ประสานงาน และสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพที่มีความเข้าใจแนวคิดการพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน เข้าใจ ความมุ่งหมายของข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล สามารถประสานแนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับคุณภาพ เพื่อนำมาสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสม มีการจัดตั้งทีมที่เลี้ยงที่มีความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพเพียงพอ สำหรับกระตุ้นและสนับสนุนหน่วยงานต่างๆ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543 ; สิทธิศักดิ์ พฤษย์ปิติกุล, 2543 ; อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2544) มีการจัดทำแนวทางพัฒนาคุณภาพตั้งแต่ การกำหนดนโยบาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ (ISQua, 2000) ตลอดจนรายละเอียด แต่ละทีมคุณภาพในภาพรวมของโรงพยาบาล นอกจากนี้จัดให้มีการสื่อสาร เพื่อให้เจ้าหน้าที่เกิดความเข้าใจ (แอนโรนี เวจเมกเกอร์, 2541) และรับรู้บทบาทของตนเอง รวมถึงการนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างชัดเจน (กฤษณ์ อุทัยรัตน์, 2543 ; โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2543) รวมถึงการมีวัฒนธรรมในการพัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับบริการเป็นหลัก ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อเจ้าหน้าที่ทำด้วยความสมัครใจและมี ทัศนคติร่วมกัน (สิทธิศักดิ์ พฤษย์ปิติกุล, 2543)

**3.2 ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร** เป็นการบริหารทรัพยากรและประสานงานที่ดีในการจัดบริการ โดยกล่าวถึง การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย การบริหารในด้านสิ่งแวดล้อม และความปลอดภัย จะรวมถึงการบริหารด้านอาคาร สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ความสำคัญเหล่านี้ จะมีผลต่อคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย ในเรื่องความปลอดภัยตั้งแต่ความปลอดภัยของอาคารสถานที่ และการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือต่างๆ การป้องกันอัคคีภัย และการเจ็บป่วยจากการทำงาน (องอาจ วิพุทธศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ มยุรี จิระวิศิษฐ์, 2541 ; ACHS, 1998 ; ANAES, 1999, สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543 ; Whittaker, 1999 quoting COHSASA, 1992 ; Bukonda, et al., 2000 quoting ZHAC, 1997 ; JCAHO, 2001) ตลอดจนมีการออกแบบระบบสารสนเทศโรงพยาบาล เพื่ออำนวยความสะดวกในการให้บริการผู้ป่วย (Whittaker, 1999 quoting COHSASA, 1992 ; Bukonda, et al., 2000 quoting ZHAC, 1997 ; องอาจ วิพุทธศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ มยุรี จิระวิศิษฐ์, 2541 ; Roa, 1999 quoting JCIA, 1999 ; ISQua, 2000 ; JCAHO, 2001) มีการประเมินคุณภาพการดูแลรักษา มีการวางระบบและกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในด้านการวางแผนและกำหนดมาตรฐานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Roa, 1999 quoting JCIA, 1999 ; Whittaker, 1999 quoting COHSASA, 1992) โดยจัดให้มีพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อซึ่งได้รับการอบรมอย่างน้อย 1 คน มีคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อปฏิบัติหน้าที่ มีการเฝ้าระวังในโรงพยาบาลครอบคลุมอย่างน้อยหอผู้ป่วยหนัก หอผู้ป่วยเด็กอ่อน ผู้ป่วยผ่าตัด เป็นต้น (Bukonda,

et al., 2000 quoting ZHAC, 1997 ; กฤษณ์ อุทัยรัตน์, 2543 ; โรงพยาบาลเชียงราย ประชาณุเคราะห์, 2543 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543) รวมทั้งการป้องกันอันตรายจากเชื้อโรค มีกลไกส่งเสริมให้มีการประกอบวิชาชีพที่ได้มาตรฐานและตรงไว้ซึ่งจริยธรรมแห่งวิชาชีพ (สงวนสิน รัตนเลิศ, 2543)

**3.3 ด้านระบบสารสนเทศโรงพยาบาล** ถือว่ามีความสำคัญต่อการบริหารจัดการในระบบคุณภาพของโรงพยาบาล (Roa, 1999 quoting JCIA, 1999 ; Whittaker, 1999 quoting COHSASA, 1992) ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย รวมทั้งการศึกษาวิจัย และการเป็นหลักฐานทางกฎหมาย การออกแบบระบบสารสนเทศให้เหมาะสม และจะเอื้อต่อกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (ISQua, 2000) ระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพอยู่หลายขั้นตอน โดยทำหน้าที่เฝ้าระวังและแสดงปัญหาที่เกิดขึ้นต่อการพัฒนาคุณภาพ ช่วยชี้แนะสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา รวมทั้งทำนายผลที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนช่วยในการประเมินผลการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (ชัชชนะ มะกรสาร, 2541 ; ANAES, 1999) โดยมีการวางแผนการใช้สารสนเทศในการดูแลรักษาผู้ป่วย (กุลยา ตันติพลาชีวะ, 2539) โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ซึ่งจะมีบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีส่วนให้ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการวางแผน และออกแบบระบบ เช่น การมีส่วนร่วมของกิจกรรมเฉพาะกิจ หรือมีการจัดตั้งเป็นกรรมการถาวร หรือการมีส่วนร่วมในการประเมิน การคัดเลือกเทคโนโลยีสารสนเทศ นอกจากนี้มีการจัดทำและทบทวนแผนบริหารระบบสารสนเทศ ซึ่งจะรวมถึงมาตรฐานข้อมูล และเทคโนโลยีขั้นตอนดำเนินงาน ตลอดจนการรักษาความปลอดภัยและความลับของข้อมูล (ดารافر คงจา, 2541 ; ACHS, 1998 ; ANAES, 1999 ; ISQua, 2000 ) มีการให้บริการเวชระเบียนที่ตอบสนองต่อผู้ป่วย และผู้ให้บริการ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539 ; องอาจ วิบุรศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ มยุรี จิระวิศิษฎ์, 2541 ; โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2543) เพื่อเป็นแนวทางในการสื่อสารเพื่อการดูแลผู้ป่วยในทีมการรักษา ใช้ในการศึกษาวิจัย และการทบทวนคุณภาพ (ปิยะ เนตรวิเชียร, 2541 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

**3.4 ด้านการบริหารและพัฒนาบุคลากร** โดยกล่าวถึง การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล เนื่องจากบุคคลเป็นทรัพยากรที่สามารถพัฒนาให้มีศักยภาพเพิ่มขึ้นได้ บุคคลเป็นทั้งผู้ที่กำหนดระบบงานที่เหมาะสม คงเป็นผู้ปฏิบัติในระบบงานที่กำหนดไว้ องค์กรที่ประสบความสำเร็จส่วนหนึ่งมาจากการให้ความสำคัญในการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคลเป็นอันดับต้นๆ ซึ่งมีมาตรฐานของการบริหารทรัพยากรบุคคล ตั้งแต่ การวางแผน การสรรหา คัดเลือก บรรจุ เนื่องจาก การคัดเลือกหากขาดประสิทธิภาพ ไม่มีมาตรฐานชัดเจน จะทำให้ไม่สามารถคัดเลือกบุคคลที่มีความเหมาะสมกับตำแหน่ง และมีผลทำให้องค์กรไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

(สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539 ; ญัตติพนธ์ เขจรนันท์, 2541 ; สิทธิศักดิ์ พฤษชัยดิกุล, 2543) และสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2543) กล่าวถึงการบริหารทรัพยากรบุคคลในโรงพยาบาลคุณภาพ นอกจากมีการสรรหา และคัดเลือกเพื่อให้ได้บุคลากรที่มีคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ควรมีการจัดทำหนังสือจ้างเพื่อกำหนดเงื่อนไขในระยะเวลาจ้างเป็นลายลักษณ์อักษร ทั้งนี้เพื่อความชัดเจน และความเป็นธรรม มีการจัดทำทะเบียนประวัติ และมีการรักษาความลับของข้อมูลบุคลากร โดยโรงพยาบาลควรจำกัดผู้มีสิทธิรู้ข้อมูลบุคคลอื่น นอกเหนือจากผู้ที่มิสิทธิดังกล่าว ต้องขออนุญาตเจ้าของข้อมูลก่อน นอกจากนี้ควรมีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพ (วิระพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540 ; องอาจ วิบุรุษศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ มยุรี จิระวิศิษฐ์, 2541 ; ACHS, 1998 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543 ; Bukonda, et al., 2000 quoting ZHAC, 1997 ; ISQua, 2000 ; JCAHO, 2001) และมีการตอบสนองความต้องการของเจ้าหน้าที่ ในด้านการบริหาร และพัฒนาทรัพยากรบุคคลอย่างสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และปรัชญาของโรงพยาบาล (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539) โดยเฉพาะการจัดอบรมบุคลากรด้านคุณภาพ เพื่อเตรียมความพร้อม เป็นสิ่งจำเป็นและสมควรได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง (รัชดา ตันติสารศาสตร์ และคณะ, 2543)

**3.5 ด้านกระบวนการคุณภาพ** เป็นกระบวนการประกันและพัฒนาคุณภาพทั่วไป รวมทั้งด้านคลินิกบริการ มีการค้นหาความเสี่ยง มีระบบป้องกันความเสี่ยง และวิธีการควบคุมความสูญเสีย หรือความเสียหายที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล เพื่อสร้างหลักประกันว่า ประชาชนผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัยจากความเสี่ยงที่เกิดขึ้น โดยหน่วยงานที่ไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง จะหมายถึง การมีระบบงานที่ดีที่ได้มาตรฐาน มีการป้องกันความเสี่ยง ความสูญเสีย หรือ ความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นในระบบงานของตนเอง สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการหรือลูกค้าภายในได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้หน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วยสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่สำหรับหน่วยงานที่ให้บริการผู้ป่วย มีการป้องกันความเสี่ยง ความผิดพลาด หรือผลแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543) รัชดา ตันติสารศาสตร์ และคณะ (2543) กล่าวว่า โรงพยาบาลคุณภาพต้องมีระบบให้บริการหรือดูแลผู้ป่วยที่ดี ได้มาตรฐานวิชาชีพ และสามารถตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างมีประสิทธิภาพ และได้คุณภาพตามที่มุ่งหวัง (ANAES, 1999) โดยจัดให้มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ทั้งภายในหน่วยงานระหว่างหน่วยงาน และระหว่างสาขาวิชาชีพ (Deming, 1995 ; ANAES, 1999 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543, 2544 ; รัชดา ตันติสารศาสตร์ และคณะ, 2543) มีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีลักษณะของสหวิทยาการ โดยเฉพาะโรคทางหัตถการ และโรคที่มีความเสี่ยงสูง ที่พบบ่อย เพื่อเป็น

การช่วยในการตัดสินใจของผู้ประกอบวิชาชีพ อันจะช่วยลดความแตกต่างที่ไม่จำเป็นลงในการดูแลรักษา และประหยัดค่าใช้จ่าย (ยวดี เกตุสัมพันธ์, 2541 ; อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2541) มีการกำหนดเครื่องชี้วัดและติดตามเครื่องชี้วัดที่สำคัญทั้งในระดับโรงพยาบาล และด้านคลินิกบริการ (กฤษฎ์ อุทัยรัตน์, 2543 ; โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2543 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543 ; สิทธิศักดิ์ พฤษย์ปิติกุล, 2543)

**3.6 ด้านมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ** เป็นการจัดการบริการทางการแพทย์ และทางกายภาพของโรงพยาบาล และของหน่วยให้บริการทางการแพทย์แต่ละสาขา รวมถึงการจัดการบริการทางการแพทย์ เพื่อให้การให้บริการหรือการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการเหล่านั้น เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน รวมทั้งจะต้องมีการสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ เข้าใจ และตระหนักในบทบาทของตนเอง เพื่อให้บรรลุพันธกิจและเป้าหมายร่วมกัน เนื่องจากกลุ่มแพทย์เป็นกลุ่มที่สำคัญมาก มีผลกระทบต่อการทำงานของโรงพยาบาลได้อย่างกว้างขวาง ทั้งด้านบวกและด้านลบ (วาทีต วัฒนศัพท์, 2541) เป็นผู้ที่มีความคิดดี มีความสามารถสูง หากเข้าร่วมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ จะทำให้เกิดความสำเร็จเร็วขึ้น (องอาจ วิบุรชศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ มยุรี จิระวิศิษฐ์, 2541 ; อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2542) ในด้านการบริการทางการแพทย์ ที่มีมาตรฐาน โดยมีองค์กรแพทย์ที่มีความรู้ ความสามารถ และมีจริยธรรม โดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย รวมทั้งมีกลไกให้แพทย์มีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจ และกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับบริการทางการแพทย์ (สิทธิศักดิ์ พฤษย์ปิติกุล, 2543) เป็นผู้ให้บริการร่วมกับผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆในเรื่องการดูแลรักษาผู้ป่วย การปรับปรุงคุณภาพ การบริหารความเสี่ยง การทบทวนการใช้ทรัพยากร การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมทั้งการเรียนการสอนและการวิจัย (ในโรงเรียนแพทย์) มีกิจกรรมเพื่อทบทวนและตรวจสอบผลการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ เช่น การบริการทางการแพทย์ (medical audit) การทบทวนระหว่างสาขาวิชาชีพทางคลินิก (clinical review) และมีการพัฒนาความรู้และทักษะของแพทย์ เป็นต้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539 ; โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2543 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543)

ระบบบริหารการพยาบาล เพื่อดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ ตลอดจนพัฒนาความรู้ และทักษะของพยาบาล โครงสร้างการบริหาร มีการกำหนด บทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบขององค์กรพยาบาล ผู้นำทีมและพยาบาลทุกระดับเป็นลายลักษณ์อักษร มีโครงสร้างและกลไกการติดต่อสื่อสารและการที่ปัญหา เช่น การประชุมพยาบาล การแต่งตั้งคณะกรรมการระบบสารสนเทศเพื่อการบริหาร เป็นต้น นอกจากนี้ องค์กรพยาบาลควรมีการประเมินความต้องการ และกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล จัดหาแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคล บุคลากรใหม่ได้รับการเตรียมพร้อมก่อนเข้าประจำการ และมีการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะ



ระหว่างประชากรอย่างสม่ำเสมอ ระบบงาน มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ทั้งในวิชาชีพพยาบาล กับ วิชาชีพอื่น โดยผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมก่อนการดูแลรักษา มีการแลกเปลี่ยน ข้อมูลที่จำเป็นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมผู้ให้บริการผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและ วางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย มีการ บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหา แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิด การสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงาน ผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา นอกจากนี้มี การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญมาประเมินและปรับปรุง เพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว (สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข, 2539; โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2543; สิทธิศักดิ์ พงษ์ปิติกุล, 2543)

**3.7 ด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร** ในระบบบริการของหน่วยงานที่ให้บริการ ด้านสุขภาพ จำเป็นต้องระลึกถึงคือสิทธิของผู้ป่วย (กฤษณ์ อุทัยรัตน์, 2543 ; สถาบันพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543 ; Roa, 1999 quoting JCIA, 1999 ; Whittaker, 1999 quoting COHSASA, 1992 ; Bukonda, et al., 2000 quoting ZHAC, 1997 ; JCAHO, 2001) สำหรับ ประเทศไทยมีการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามที่ประกาศโดยองค์กรวิชาชีพ เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2541 เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วยบนพื้นฐานของ ความเข้าใจอันดี (สุกัญญา โลจนาภิวัฒน์, วัลยา คุโรปรกรณ์พงษ์ และ สุชาติ ธิติวรรณะ, 2536) โดยโรงพยาบาลจะต้องมีกลไกทำให้เจ้าหน้าที่ทุกคนตระหนักและเคารพในสิทธิของผู้ป่วยที่มี การรับรองโดยแพทยสภา และสภาวิชาชีพต่างๆ เช่น มีการให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาารอคอย บริการต่างๆของโรงพยาบาล ขั้นตอนในการรับการตรวจรักษา คู่มือหรือ ข้อแนะนำในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย สิ่งที่จะเกิดขึ้นระหว่างการรักษา มีระบบการยินยอม รับการรักษา โดยเฉพาะอย่างหนึ่งในเรื่องเกี่ยวกับการดมยาสลบ/ให้ยาระงับความรู้สึก การผ่าตัด การให้ยาพิเศษซึ่งไม่ได้ใช้ในกรณีทั่วไป (ANAES, 1998 ; JCAHO, 2001) การบันทึกภาพ หรือ เสียงของผู้ป่วย การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (electro-convulsive) การตรวจวินิจฉัยที่มีความเสี่ยงสูง (วีรวรรณ บุญทริก, 2540) การเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือการเรียน การสอน และการปฏิบัติอื่น ที่ต้องได้รับการยินยอมตามข้อกำหนดของกฎหมาย ทั้งนี้ผู้ป่วยและญาติควรได้รับการอธิบาย จนเข้าใจก่อนการลงนามยินยอมรับการรักษาเสมอ นอกจากนี้มีการจัดระบบที่เอื้อในการให้ผู้ป่วย และญาติทราบว่า ใครคือผู้รักษามีความชำนาญพิเศษเรื่องใด มีระบบให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ กรณีวิกฤต โดยไม่คำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ เช่น ค่าใช้จ่าย ศาสนา หรือสัญชาติ ฯลฯ มีขั้นตอนที่จะ ปกป้องเรื่องสิทธิและความลับของผู้ป่วยรวมถึงระบบการเปิดเผยข้อมูลต่อสื่อมวลชน (บรรลุ ศิริพานิช, 2536) มีระบบให้ผู้ป่วยเลือกแพทย์หรือเปลี่ยนแพทย์ผู้รักษาได้ ตลอดจนสามารถ

ขอความเห็นจากแพทย์ท่านอื่นได้ ในเรื่องการมอบอำนาจตัดสินใจแทน มีการระบุอย่างชัดเจนว่าใครบ้างที่สามารถใช้สิทธิแทนผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยที่หมดสติหรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เป็นต้น (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539 ; ดาราพร คงจา, 2541 ; ทศนีย์ แนนุคร, 2543 ; โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2543 ; สิทธิศักดิ์ พุกษ์ปิติกุล, 2543)

จริยธรรมองค์กร เป็นนโยบายและวิธีปฏิบัติสำหรับกรณีเสี่ยงต่อปัญหาจริยธรรม โดยไม่ขัดต่อกฎหมาย ขนบธรรมเนียมประเพณีอันดีงามของสังคม เพื่อให้โรงพยาบาลดำเนินการให้บริการอย่างมีจริยธรรมและมีคุณธรรม ทั้งด้านการเก็บเงิน การกำหนดค่าบริการ การประชาสัมพันธ์ การจัดหาวิยะ เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประเด็นที่สุ่มเสี่ยงต่อปัญหาด้าน จริยธรรม เช่น การจัดทำนโยบาย หรือระเบียบปฏิบัติกรณีการยุติการฟื้นคืนชีพ หรือการรักษาเพื่อชะลอความตายนอกจากนี้ในบางกรณีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอาจถูกกล่าวหาจากผู้ป่วยและญาติ เรื่องละเมิดสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม โรงพยาบาลควรจัดให้มีกลไกที่ให้ความเป็นธรรมกับเจ้าหน้าที่ดังกล่าว เช่น การจัดตั้งคณะกรรมการสอบสวนเฉพาะกิจหรือคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาล เป็นต้น (โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2543 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543 ; สิทธิศักดิ์ พุกษ์ปิติกุล, 2543)

**3.8 ด้านกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย** เป็นการทำงานเป็นทีมในการดูแลผู้ป่วยระหว่างวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามลำดับการเร่งด่วน ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสให้ข้อมูลและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเพียงพอ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้และครอบครัวมีความเข้าใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (อรชร อาษาฤทธิ์, 2541 อ้างจาก Heard, 1997) มีการประเมินผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ขงยุทธ พงษ์สุภาพ, 2542) มีการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องในเวลาเร็วที่สุด ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการอย่างต่อเนื่องได้รับการตอบสนองหรือแก้ปัญหาได้ทันท่วงที่จะเกิดภาวะฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาครบถ้วนทุกองค์ประกอบโดยบุคคลที่เหมาะสม มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่เพียงพอสำหรับการสื่อสารการต่อเนื่องของการรักษา และการประเมินคุณภาพ (กฤษณ์ อุทัยรัตน์, 2543 ; โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2543 ; สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543 ; สิทธิศักดิ์ พุกษ์ปิติกุล, 2543 ; โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2544) รวมถึงการเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง (ANAES, 1999 ; Bukonda, et al., 2000 quoting ZHAC, 1997 ; JCAHO, 2001)

กล่าวโดยสรุปภาพรวมองค์ประกอบของการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพตามแนวคิดของนักวิชาการหลายๆคน และจากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้กล่าวถึงโรงพยาบาลที่เข้าสู่การรับรอง ควรมียุทธศาสตร์ประกอบหลักในการรับรองโรงพยาบาล

8 ประการ ได้แก่ 1) ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ 2) ทรัพยากรและประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร 3) ด้านระบบสารสนเทศ 4) ด้านการบริหารและพัฒนาบุคลากร 5) กระบวนการคุณภาพ 6) มาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ 7) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร และ 8) กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ภาพรวมองค์ประกอบการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพตามแนวคิดนักวิชาการหลายๆคนทั้งในและต่างประเทศ และจากผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา จะมีรายละเอียดที่มีความใกล้เคียงกัน สำหรับประเทศไทยจะเห็นว่าโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพที่มีอยู่ จะประกอบด้วยองค์ประกอบอะไรบ้าง และมีองค์ประกอบย่อยอะไรบ้าง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะวิเคราะห์องค์ประกอบการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ในโรงพยาบาลเชิงรายนุเคราะห์ ที่เป็น 1 ใน 35 โรงพยาบาลนาร่องที่จัดว่าเป็นโรงพยาบาลศูนย์แห่งแรก ที่ผ่านการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ เพื่อให้มีความชัดเจนขององค์ประกอบมากขึ้น ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามนาร่อง เรื่อง องค์ประกอบการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ และส่งไปถึงโรงพยาบาลคุณภาพจำนวนหนึ่งคือ โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดปทุมธานี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลราชบุรียินดี จังหวัดสงขลา และโรงพยาบาลเชิงรายนุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย พบว่าองค์ประกอบการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพที่กล่าวนี้ ใช้องค์ประกอบการดำเนินงานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่มี 6 ด้าน คือ ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร กระบวนการคุณภาพ มาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร และกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งไม่แตกต่างจากแนวคิดองค์ประกอบการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพของนักวิชาการ และองค์กรที่ทำหน้าที่รับรองคุณภาพที่ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม เนื่องจากองค์ประกอบที่ 3 และ 4 ใน 8 องค์ประกอบ คือ ประเด็นของด้านระบบสารสนเทศ และด้านการบริหารและพัฒนาบุคลากร สามารถนำไปจัดกลุ่มร่วมกับทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ของ องค์ประกอบด้านทรัพยากร และการจัดการทรัพยากรของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่มีประเด็นหลักในการรับรอง คือ การบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพและการพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง และการมีระบบสารสนเทศ ที่เอื้อต่อการบริหาร บริการ และการพัฒนาคุณภาพ จัดในองค์ประกอบนี้ ผู้วิจัยจึงได้นำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือในการศึกษาองค์ประกอบการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพที่มี 6 องค์ประกอบ ของการวิจัยครั้งนี้