

ภาคผนวก ก.

เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูล

เรื่อง องค์ประกอบการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็น โรงพยาบาลคุณภาพ
ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

เลขที่

แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่อง องค์ประกอบการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ
ใน โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม แบบสอบถามทั้งหมดมี 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับองค์ประกอบการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองของโรงพยาบาล

คุณภาพของบุคลากร โรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กรุณาทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง

1. เพศ 1.ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 1. โสด
 2. คู่
 3. หม้าย
 4. หย่า/แยก
4. ระดับการศึกษา
 1. ประถมศึกษา
 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย
 4. ปวช/ปวส/อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
 5. ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
 6. ปริญญาโท
 7. ปริญญาเอก
 8. อื่นๆระบุ.....

สำหรับผู้วิจัย

- 4
- 5-6
- 7
- 8

5. ตำแหน่งปัจจุบันที่ท่านปฏิบัติงาน

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. แพทย์ | <input type="checkbox"/> 2. ทันตแพทย์ |
| <input type="checkbox"/> 3. เกษัตริกร | <input type="checkbox"/> 4. พยาบาลวิชาชีพ |
| <input type="checkbox"/> 5. พยาบาลเทคนิค | <input type="checkbox"/> 6. นักวิชาการ |
| <input type="checkbox"/> 7. นักสังคมสงเคราะห์ | <input type="checkbox"/> 8. นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| <input type="checkbox"/> 9. นักเทคนิคการแพทย์ | <input type="checkbox"/> 10. นักกายภาพบำบัด |
| <input type="checkbox"/> 11. จนท.เวชสถิติ | <input type="checkbox"/> 12. ผู้ช่วยทันตแพทย์ |
| <input type="checkbox"/> 13. จนท.เภสัชกรรม | <input type="checkbox"/> 14. จนท.ธุรการ |
| <input type="checkbox"/> 15. จนท.การเงิน | <input type="checkbox"/> 16. จนท.พัสดุ |
| <input type="checkbox"/> 17. จนท.รังสีเทคนิค | <input type="checkbox"/> 18. ลูกจ้างประจำ |
| <input type="checkbox"/> 19. ลูกจ้างชั่วคราว | <input type="checkbox"/> 20. อื่นๆระบุ..... |

สำหรับผู้วิจัย

9-10

5. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน.....ปี.....เดือน

11-12

6. ในช่วงที่โรงพยาบาลดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

13

ท่านมีส่วนร่วมเป็นสมาชิกในทีมต่างๆหรือไม่

1. มี (กรุณาตอบข้อ 8)
 2. ไม่มี (จบการตอบแบบสอบถามส่วนที่ 1)

7. ลักษณะงานที่ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล คือ

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. สมาชิกกลุ่มกิจกรรมคุณภาพ
 2. สมาชิกทีมพัฒนาคุณภาพบริการ
 3. สมาชิกทีมประสานงานคุณภาพ
 4. สมาชิกทีมนำ
 5. สมาชิกบริการสหสาขา (PCT)
 6. อื่นๆระบุ.....

14 15 16 17 18 19

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับองค์ประกอบการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ

ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

คำถามในส่วนนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับองค์ประกอบการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบทั้งหมด 6 ด้าน ได้แก่ ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ทรัพยากรการจัดการทรัพยากร กระบวนการคุณภาพ การรักษามาตรฐาน และจริยธรรมวิชาชีพ สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร และการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งจะประเมินระดับความคิดเห็นของบุคลากรที่จะวัดการดำเนินงานเกี่ยวกับโรงพยาบาลคุณภาพ ที่ได้นำมาปฏิบัติจริงในการทำให้เกิดความสำเร็จเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ

ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว โดยมีเกณฑ์ให้แสดงความคิดเห็น 5 ระดับ เรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้

คะแนน	ระดับความคิดเห็น
5	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4	เห็นด้วยมาก
3	ไม่แน่ใจ
2	ไม่เห็นด้วย
1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

องค์ประกอบการดำเนินงานของ โรงพยาบาลคุณภาพ	ระดับความคิดเห็น					สำหรับ นักวิจัย
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย มาก	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ						
1. ผู้บริหารระดับสูงจัดประชุมชี้แจงกับบุคลากรทุกระดับให้เห็นถึงความจำเป็นและความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการ						20 <input type="checkbox"/>
2. ผู้บริหารระดับสูงทำความเข้าใจกับบุคลากรทุกระดับให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการพัฒนาคุณภาพ						21 <input type="checkbox"/>
3. มีการพัฒนาบุคลากรครอบคลุมทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง						22 <input type="checkbox"/>

คำถามเชิงคุณภาพ (แนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึก)
เรื่อง “องค์ประกอบการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ
ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์.”

1. ช่วยอธิบายลักษณะพึงประสงค์ของผู้นำในองค์กรคุณภาพ

.....

10. ท่านมีความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาล
คุณภาพอย่างไร

ภาคผนวก ข.

ตาราง 19 ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ
ในโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์

องค์ประกอบ	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (n = 30)
ด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ	.9102
ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร	.9648
ด้านกระบวนการคุณภาพ	.9016
ด้านมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ	.9272
ด้านสิทธิผู้ป่วยและจรรยาบรรณองค์กร	.9225
ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย	.9405
ทั้งหมด	.9822

ภาคผนวก ค.

1. นำนักองค์ประกอบย่อยการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ
ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
2. แบบวัดการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพในโรงพยาบาลเชียงราย
ประชานุเคราะห์ที่ได้จากผลวิจัย

ตาราง 20 น้ำหนักองค์ประกอบย่อยการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ
ในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบ								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
commitment1	0.161	0.447	6.426E-02	0.12	0.158	-2.253E-02	0.651	3.595E-02	8.009E-02
commitment2	0.168	0.417	0.105	0.157	0.118	1.046E-02	0.711	9.491E-02	1.659E-02
commitment3	4.771E-02	0.417	0.195	0.158	0.122	0.165	0.673	0.124	0.102
commitment4	0.14	0.42	0.159	8.151E-02	8.654E-02	0.197	0.649	7.657E-02	-2.528E-02
commitment5	0.158	0.601	0.128	0.176	0.146	0.114	0.395	-2.831E-02	-4.702E-02
commitment6	0.131	0.604	0.127	0.228	0.127	0.158	0.353	-1.565E-03	-0.124
commitment7	0.201	0.702	8.413E-02	0.185	0.193	3.502E-02	0.202	7.444E-02	3.156E-02
commitment8	0.157	0.714	0.116	0.202	0.131	8.533E-02	0.18	7.257E-02	5.101E-02
commitment9	0.194	0.718	6.679E-02	0.212	0.206	6.605E-02	0.139	1.342E-02	5.169E-02
commitment10	0.173	0.726	0.155	0.165	0.165	9.765E-02	0.106	5.319E-02	9.446E-02
commitment11	0.16	0.694	0.202	0.159	0.142	4.926E-02	6.985E-02	8.217E-02	9.890E-03
commitment12	0.165	0.705	0.277	0.11	0.159	0.111	9.224E-02	4.270E-02	6.022E-02
commitment13	0.167	0.708	0.224	5.651E-02	0.105	0.139	0.116	7.534E-02	-1.262E-02
commitment14	0.131	0.647	0.109	0.162	4.414E-02	1.456E-02	0.123	0.128	0.131
commitment15	0.212	0.704	0.169	0.104	0.233	5.513E-02	3.705E-02	8.460E-02	4.448E-02
commitment16	0.289	0.693	0.176	0.145	0.239	9.931E-02	4.280E-02	3.908E-03	9.050E-02
commitment17	0.238	0.684	0.218	0.104	0.297	0.1	-1.949E-02	4.576E-02	0.109
commitment18	0.247	0.685	0.149	9.151E-02	0.198	0.105	3.514E-02	0.143	-3.376E-02
commitment19	0.298	0.313	0.266	0.273	0.422	0.149	0.144	9.913E-02	-0.148
resource1	0.2	0.309	0.219	0.311	0.6	0.155	3.075E-02	1.813E-02	2.957E-02
resource2	0.286	0.299	0.168	0.335	0.633	0.108	3.881E-02	5.279E-02	9.981E-03
resource3	0.245	0.312	0.304	9.072E-02	0.589	0.13	4.864E-02	6.908E-02	0.103
resource4	0.286	0.285	0.289	0.17	0.642	0.199	8.896E-02	7.959E-02	9.202E-02
resource5	0.293	0.248	0.284	0.12	0.615	0.29	0.116	3.375E-02	0.1
resource6	0.292	0.256	0.134	0.234	0.621	0.134	3.104E-02	0.153	0.178
resource7	0.347	0.231	8.557E-02	0.336	0.599	0.108	7.200E-02	0.166	0.181

ตาราง 20 (ต่อ)

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบ								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
resource8	0.334	0.273	0.181	0.231	0.54	0.104	6.298E-02	0.227	4.526E-02
resource9	0.206	0.244	0.394	5.775E-02	0.558	0.211	0.152	5.764E-02	5.761E-02
resource10	0.215	0.183	0.404	7.033E-02	0.556	0.201	0.173	3.933E-03	2.504E-02
resource11	0.325	0.206	0.194	0.318	0.546	-3.901E-02	7.990E-02	0.167	2.224E-02
resource12	0.274	0.23	0.341	0.208	0.549	0.142	0.101	0.148	-3.022E-02
resource13	0.196	0.155	0.287	0.129	0.291	0.151	0.114	0.589	5.159E-02
resource14	0.262	0.204	0.275	0.272	0.293	9.680E-02	0.1	0.557	0.111
resource15	0.308	0.196	0.497	0.247	0.191	0.163	0.132	0.276	0.224
resource16	0.31	0.18	0.247	0.319	9.112E-02	0.18	0.142	0.542	-5.866E-02
resource17	0.281	0.19	0.567	0.264	0.24	0.192	8.950E-02	0.165	6.924E-03
resource18	0.304	0.14	0.621	0.334	0.233	9.098E-02	0.114	6.538E-02	7.260E-02
resource19	0.196	0.125	0.717	2.739E-02	0.245	0.263	7.587E-02	6.641E-02	8.218E-02
resource20	0.286	0.223	0.684	0.198	0.169	0.105	0.128	5.033E-02	1.220E-02
resource21	0.329	0.272	0.712	0.195	0.197	6.759E-02	4.147E-02	2.340E-02	-1.191E-02
resource22	0.172	0.183	0.762	0.161	0.197	0.132	9.290E-02	0.14	7.572E-02
resource23	0.229	0.207	0.774	0.157	0.194	0.14	0.105	4.678E-02	-5.908E-02
resource24	0.374	0.174	0.554	0.288	0.259	7.236E-02	1.407E-02	3.454E-02	0.102
resource25	0.229	0.137	0.667	0.281	0.231	0.218	4.931E-02	0.105	0.119
resource26	0.316	0.246	0.461	0.224	0.129	0.341	1.821E-02	0.15	-2.146E-02
resource27	0.311	0.214	0.523	0.384	0.115	0.243	1.151E-02	9.826E-02	0.166
resource28	0.264	0.153	0.399	0.245	4.678E-02	0.214	-0.101	0.302	0.234
resource29	0.206	0.226	0.517	0.29	6.852E-02	0.171	3.435E-02	0.212	0.348
resource30	0.235	0.178	0.553	0.348	0.104	0.188	2.188E-02	6.188E-02	0.422
resource31	0.331	8.356E-02	0.264	0.456	0.197	0.121	5.933E-02	2.717E-02	0.622
resource32	0.354	0.132	0.239	0.453	0.235	0.189	8.276E-02	0.1	0.502
resource33	0.389	0.11	0.269	0.418	0.264	0.137	6.399E-02	5.936E-02	0.505
quality process1	0.408	0.204	0.225	0.56	0.189	2.516E-02	0.144	0.167	0.169

ตาราง 20 (ต่อ)

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบ								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
quality process2	0.358	0.144	0.263	0.601	0.23	7.434E-02	7.497E-02	0.122	0.191
quality process3	0.346	0.227	0.218	0.617	0.197	0.19	1.305E-02	4.772E-02	6.554E-05
quality process4	0.299	0.227	0.126	0.667	0.148	0.201	0.111	0.186	-3.778E-02
quality process5	0.29	0.195	0.141	0.745	0.133	0.108	0.103	0.171	4.352E-02
quality process6	0.373	0.22	0.181	0.666	0.204	0.139	4.926E-02	0.143	-1.937E-02
quality process7	0.309	0.175	0.251	0.7	0.148	6.040E-02	6.302E-02	5.342E-03	0.141
quality process8	0.371	0.206	0.319	0.608	0.166	4.413E-02	0.133	2.667E-02	0.177
quality process9	0.328	0.25	0.214	0.65	0.179	0.111	0.14	4.587E-02	0.153
quality process10	0.337	0.214	0.262	0.671	0.18	0.111	0.107	5.412E-02	5.632E-02
quality process11	0.398	0.203	0.233	0.643	0.202	0.156	9.452E-03	1.830E-02	7.841E-02
standard1	0.24	0.202	3.817E-02	0.389	0.163	0.302	0.106	0.396	1.204E-03
standard2	0.345	0.101	0.356	0.102	0.182	0.537	7.823E-02	0.305	8.568E-02
standard3	0.462	0.129	0.237	0.343	0.213	0.357	5.428E-02	0.236	7.588E-02
standard4	0.393	8.746E-02	0.295	0.151	0.255	0.577	0.146	8.226E-02	0.154
standard5	0.377	0.144	0.351	0.128	0.239	0.5	7.935E-02	0.153	9.569E-02
standard6	0.4	0.177	0.23	0.35	0.238	0.497	0.108	9.366E-02	0.115
standard7	0.438	0.192	0.215	0.348	0.262	0.441	9.641E-02	9.892E-02	8.860E-02
standard8	0.449	0.314	0.34	0.24	0.18	0.482	2.881E-02	0.116	9.936E-02
standard9	0.437	0.279	0.336	0.284	0.216	0.467	3.716E-02	6.236E-02	7.815E-02
standard10	0.442	0.253	0.255	0.257	0.201	0.548	6.831E-02	9.203E-02	7.163E-02
standard11	0.29	8.140E-02	0.398	7.876E-02	0.193	0.639	5.648E-02	1.638E-02	1.807E-02
standard12	0.355	0.159	0.357	0.264	0.204	0.564	8.455E-02	8.946E-02	2.453E-02
standard13	0.395	9.330E-02	0.157	0.354	0.226	0.124	-2.460E-02	5.298E-02	0.135

ตาราง 20 (ต่อ)

องค์ประกอบย่อย	องค์ประกอบ								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
standard14	0.427	0.197	0.248	0.328	0.163	0.152	4.751E-02	0.119	0.183
standard15	0.462	0.149	0.322	0.324	0.124	0.249	6.807E-02	-4.079E-02	0.317
standard16	0.469	0.167	0.408	0.264	0.134	0.264	6.128E-02	1.113E-02	0.202
pt&culture1	0.619	0.174	0.224	0.263	0.258	0.162	3.765E-02	0.103	3.278E-02
pt&culture2	0.672	0.165	0.259	0.22	0.22	0.145	-6.961E-03	7.878E-02	1.102E-02
pt&culture3	0.668	0.158	0.172	0.269	0.266	0.197	3.009E-02	4.296E-02	1.838E-02
pt&culture4	0.667	0.169	0.176	0.245	0.204	0.26	2.970E-03	0.122	0.105
pt&culture5	0.628	0.212	0.158	0.202	0.224	0.101	-4.069E-02	0.144	2.419E-02
pt&culture6	0.668	0.173	0.176	0.248	0.22	0.141	-3.451E-02	0.146	2.121E-02
pt&culture7	0.681	0.158	6.390E-02	0.295	0.223	3.803E-02	1.425E-02	0.203	5.607E-02
pt&culture8	0.712	0.136	0.218	0.207	0.212	0.187	-2.610E-02	2.989E-02	0.146
pt&culture9	0.648	0.113	0.262	0.297	0.121	8.763E-02	7.988E-02	4.643E-03	0.242
pt&culture10	0.658	0.14	0.168	0.344	0.114	-4.643E-03	0.115	9.899E-02	0.163
pt&culture11	0.713	0.109	0.158	0.358	0.15	0.112	0.134	7.950E-02	5.452E-02
pt&culture12	0.66	0.169	0.235	0.267	0.121	0.158	6.840E-02	-3.273E-03	9.134E-02
pt&culture13	0.676	0.16	0.261	0.139	0.116	0.128	8.216E-02	0.15	-2.020E-02
pt&culture14	0.689	0.187	0.27	0.125	0.145	0.121	6.789E-02	0.267	8.786E-02
pt&culture15	0.719	0.192	0.227	0.103	0.126	0.136	7.512E-02	0.243	7.611E-02
pt&culture16	0.723	0.188	0.224	0.107	0.15	0.154	5.868E-02	0.212	0.104
pt&culture17	0.599	0.152	0.193	0.114	0.187	0.167	0.141	0.124	-7.054E-02
pt&culture18	0.532	0.107	0.237	-2.217E-03	0.151	0.329	0.105	4.424E-02	-6.612E-02
pt&culture19	0.672	0.125	0.281	0.203	0.157	0.259	0.114	6.306E-02	6.600E-03
care1	0.711	0.102	0.119	0.368	0.231	0.109	9.084E-02	5.502E-02	3.721E-02
care2	0.721	7.757E-02	0.168	0.263	0.217	0.15	0.117	7.153E-02	5.579E-02
care3	0.728	0.221	0.169	0.192	0.164	0.166	0.112	-2.067E-02	-6.981E-02
care4	0.744	0.233	0.221	0.163	0.153	0.144	7.333E-02	1.995E-03	2.249E-02
care5	0.748	0.243	0.133	0.211	0.145	0.104	8.633E-02	-2.040E-02	0.12

ตาราง 20 (ต่อ)

องค์ประกอบ ย่อย	องค์ประกอบ								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
care6	0.705	0.223	7.546E-02	0.324	0.116	0.127	7.813E-02	-2.897E-03	0.104
care7	0.711	0.237	0.152	0.179	0.135	0.169	6.752E-02	3.969E-02	0.147
care8	0.717	0.239	0.149	0.201	0.176	5.836E-02	3.688E-02	-3.297E-02	7.033E-02
care9	0.688	0.23	0.29	0.181	0.117	0.125	0.111	1.037E-02	0.206

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

2. แบบวัดการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพในโรงพยาบาลเชียงราย ประชาชนเคราะห์ ที่ได้จากผลการวิจัย

คำชี้แจง โปรดอ่านคำอธิบายข้อความแต่ละข้อก่อนตอบแบบสอบถาม

คำถามในส่วนนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับองค์ประกอบการดำเนินงานที่ได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ ซึ่งมีองค์ประกอบทั้งหมด 9 ด้าน ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยด้วยจริยธรรมและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ความมุ่งมั่นในองค์กร การพัฒนาบุคคลและระบบสารสนเทศ กระบวนการคุณภาพ การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย กิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของแพทย์ ความมุ่งมั่นของผู้นำในการพัฒนาคุณภาพ และมาตรการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งจะประเมินระดับความคิดเห็นของบุคลากรที่จะวัดการดำเนินงานเกี่ยวกับโรงพยาบาลคุณภาพ ที่ได้นำมาปฏิบัติจริงในการทำให้เกิดความสำเร็จเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ

ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย / ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว โดยมีเกณฑ์ให้แสดงความคิดเห็น 5 ระดับ เรียงจากมากไปหาน้อย ดังนี้

คะแนน	ระดับความคิดเห็น
5	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4	เห็นด้วยมาก
3	ไม่แน่ใจ
2	ไม่เห็นด้วย
1	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ภาคผนวก ง.

บริบทการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็น 1 ใน 35 โรงพยาบาลนำร่องที่สมัครเข้าโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation : HA) ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ต่อมาได้เปลี่ยนเป็นสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล) ตั้งแต่เดือนมกราคม 2540

ผู้บริหารโรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญของการบริหารคุณภาพเป็นอันดับแรก เพราะเป็นหัวใจของความสำเร็จหรือความอยู่รอดขององค์กร ประกอบกับเศรษฐกิจและสังคมเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้รับบริการด้านสุขภาพมีความคาดหวังสูงขึ้น รวมทั้งบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญ มาตรา 52 ได้บัญญัติว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ” และมาตรา 82 บัญญัติว่า “ รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ” ทำให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการด้านสุขภาพต้องคำนึงถึงเรื่องของมาตรฐานและประสิทธิภาพในทุกโอกาส

ก่อนที่จะนำโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาสู่การปฏิบัติทางโรงพยาบาลได้เริ่มกิจกรรมพัฒนาคุณภาพตั้งแต่ปี 2537 โดยให้กลุ่มงานจิตเวชสร้างหลักสูตรอบรมพฤติกรรมบริการและจัดอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ระดับต่างๆ ทั่วทั้งโรงพยาบาล ได้นำกิจกรรม 5 ส. มาใช้ตั้งแต่ปี 2538 ตามด้วยหลักสูตรพัฒนาองค์กร (Organization Development) การประกันคุณภาพของกลุ่มงานการพยาบาลและกลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก (Quality Assurance) รวมทั้งการพัฒนาพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ (Excellence Service Behavior) จัดให้มีการอบรมกิจกรรมข้อเสนอแนะ (Suggestive System) และการบริหารคุณภาพแบบองค์รวม (TQM) ทั้งหมดนี้ทำให้บุคลากรส่วนหนึ่งได้มีส่วนร่วมและมีความเข้าใจในการทำกิจกรรมคุณภาพ

เมื่อมีการกำหนดนโยบายคุณภาพ และนำโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มาปฏิบัติโดยใช้กระบวนการ TQM เป็นกลยุทธ์ ทำให้เกิดกลไกกระตุ้นให้บุคลากรมีการพัฒนาตนเองควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบ โดยที่ผู้บริหารมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ด้วยเกิดการปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กร จากการบริหารในแนวตั้งมาเป็นบริหารในแนวราบมากขึ้น เพื่อให้โอกาสทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีการทบทวนตนเอง ค้นหาความเสี่ยงและจุดอ่อนรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย เพื่อนำมาปรับปรุงให้ดีขึ้น

หลังจากประกาศนโยบายคุณภาพ ทางโรงพยาบาลได้ตั้งให้มีผู้รับผิดชอบทำหน้าที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ (Lead Team) ทีมพัฒนาคุณภาพ (Quality Team) ทีมผู้ประสานงานกลางและทีมสนับสนุน (Coordinator and Facilitator) มีการอบรมสัมมนาบุคลากรเพื่อสร้างองค์ความรู้ ปรับเจตคติ ระดมความคิดจนกระทั่งได้ เป้าหมาย วิสัยทัศน์ และพันธกิจร่วมกันของโรงพยาบาล บุคลากรวิชาชีพต่างๆทำงานร่วมกันเป็นทีมแบบสหสาขาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้ได้ใช้กรอบมาตรฐาน 9 มาตรฐานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นแม่บท ขณะเดียวกันทางโรงพยาบาลได้จัดทำคู่มือพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเชิงรายประชาชนุเคราะห์ขึ้นเพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถใช้เป็นคู่มือในการปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

จากความมุ่งมั่นของผู้บริหาร และความร่วมแรงร่วมใจของบุคลากรทุกหน่วยงาน ที่ทำให้โรงพยาบาลเชียงรายประชาชนุเคราะห์สามารถฟันฝ่าอุปสรรคต่างๆ ให้ก้าวไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพได้ในเร็วๆ นี้ สิ่งที่จะได้จากการพัฒนาคุณภาพ คือผู้ป่วยมีหลักประกันว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ประชาชนเกิดความมั่นใจและความพึงพอใจต่อสถานบริการของรัฐ บุคลากรมีความภาคภูมิใจที่ได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีระบบมาตรฐานและมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับของสังคม

การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลเชียงรายประชาชนุเคราะห์ ได้บูรณาการมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพตามแนวคิดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 6 หมวด ได้แก่ 1) ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ 2) ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร 3) กระบวนการคุณภาพ 4) การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ 5) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร และ 6) การดูแลรักษาผู้ป่วย โดยมีรายละเอียดประเด็นหลักดังนี้

1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ

1.1 ผู้บริหารระดับสูงแสดงความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ โดยมีความพยายามที่จะทำความเข้าใจกับบุคลากรทุกระดับให้เห็นถึงความจำเป็น ความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการพัฒนาคุณภาพ ความพยายามนี้ได้กระทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอมาตั้งแต่ต้นปี พ.ศ.2540 นอกเหนือไปจากการเตรียมความพร้อมต่าง ๆ ที่ได้ริเริ่มมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2537 คือกระบวนการสร้างวิสัยทัศน์ของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลฯ การพัฒนาพฤติกรรมบริการด้านหน้าของบุคลากรทุกคนบริเวณห้องตรวจผู้ป่วยนอก ตามด้วยหลักสูตรพัฒนาองค์กร (OD) การประกันคุณภาพของกลุ่มงานการพยาบาล และกลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก (QA) การพัฒนาพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ (ESB) การอบรมกิจกรรมข้อเสนอแนะ (SS) และการบริหารคุณภาพแบบองค์รวม (TQM)

1.2 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ (Lead Team) ทีมพัฒนาคุณภาพ (Quality Team) และทีมประสาน (Facilitator) รวมทั้งได้บรรจุรายงานความก้าวหน้าของงานพัฒนาคุณภาพทั้ง 3 ระบบคือ Hospital Accreditation (HA) Health Promoting Hospital (HPH) และ ISO9002 (ของงานบริการส่วนหน้า) ในวาระการประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ฯ

1.3 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากชุมชน ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เชี่ยวชาญทางด้านอื่น ๆ เช่น กฎหมาย ธุรกิจ การเงินการคลัง ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ฯ

1.4 มีการจัดทำธรรมนูญของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เพื่อใช้เป็นหลักปฏิบัติร่วมกันของคณะกรรมการชุดต่างๆและบุคลากรทุกระดับ

1.5 มีกระบวนการสร้างวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม คำขวัญและสัญลักษณ์งานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลจากบุคลากรทุกระดับรวมทั้งมีกระบวนการหาวิสัยทัศน์และพันธกิจในระดับกลุ่ม/ฝ่ายต่างๆ ด้วย จัดให้มีการประกาศสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กรในบริเวณสาธารณะ รวมทั้งมีการวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพเป็นระยะๆ

1.6 มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทั้งบริเวณส่วนหน้าและบริเวณหอผู้ป่วยในเป็นระยะๆ รวมทั้งจัดผู้รับความคิดเห็นจากผู้รับบริการทั้งลูกค้าภายนอกและภายในตามจุดต่างๆจำนวนมา ผลที่ได้ถูกนำเสนอในที่ประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลฯโดยสม่ำเสมอเพื่อให้ทุกกลุ่ม/ฝ่ายเห็น โอกาสที่จะพัฒนาร่วมกัน

2. ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร

2.1 มีโครงสร้างทางกายภาพที่เหมาะสมและนำวิธี 5 ส. มาใช้ในทุกกลุ่ม/ฝ่าย เพื่อบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมและสถานที่ทำงาน

2.2 มีระบบบำรุงรักษาเชิงป้องกันและระบบรักษาความปลอดภัย สำหรับอาคาร สถานที่ เครื่องมือ สิ่งอำนวยความสะดวก ระบบสาธารณูปโภค ซึ่งได้รับการปฏิบัติโดยบุคคลที่มีความรู้ และมีการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ

2.3 มีแผนการรองรับอุบัติภัยหมู่และอัคคีภัย จัดให้มีการซ้อมแผนอย่างสม่ำเสมอ และมีระเบียบปฏิบัติที่ชัดเจน

2.4 มีการจัดกำลังคนที่เหมาะสม มีแผนพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากรทุกระดับ

2.5 มีการออกแบบระบบสารสนเทศเพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย ประเมินคุณภาพการดูแลรักษาและจัดระเบียบการเงินการคลัง รวมทั้งมีการพัฒนาและประกันระบบงานเวชระเบียน

2.6 มีนโยบาย ระบบและมาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อซึ่งได้รับการฝึกอบรม และคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อปฏิบัติหน้าที่ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วย

3. กระบวนการคุณภาพ

3.1 มีการใช้การบริหารคุณภาพแบบองค์รวม (TQM) ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยคำนึงถึงขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความเป็นไปได้ในการแก้ไข และความคุ้มค่าในการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการแก้ปัญหา

3.2 มีการเก็บรวบรวมข้อมูลทางระบาดวิทยา โดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคมและฝ่ายพัฒนาคุณภาพบริการวิชาการอย่างสม่ำเสมอ และนำผลที่ได้มาใช้ในการแก้ปัญหาที่มีทีมพัฒนาคุณภาพในทุกทีมสหสาขาวิชาชีพ (Patient Care Team : PCT)/กลุ่ม/ฝ่าย/งาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีทีมพัฒนาคุณภาพใน ทีมสหสาขาวิชาชีพ 8 สาขาหลัก คือ อายุรกรรม, ศัลยกรรม, สูติรีเวชกรรม, กุมารเวชกรรม, ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์, จักษุวิทยา, โสต ศอ นาสิกและลาริงส์วิทยา, จิตเวช ทั้งนี้เน้นการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและให้คำนึงถึงผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางตลอดเวลา รวมทั้งตอบสนองวิสัยทัศน์และพันธกิจอย่างดีที่สุด โดยให้คำนึงถึงการดูแลผู้ป่วยให้ครบองค์รวมคือ ร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณและการดูแลผู้ป่วยแบบผสมผสาน คือ รักษา ส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู

3.3 มีการประสานงานแนวราบ (Horizontal Integration) ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ/กลุ่ม/ฝ่าย/งาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้จัดให้มีทีมประสานงานพัฒนาคุณภาพประจำทุกทีมสหสาขาวิชาชีพ/กลุ่ม/ฝ่าย/งาน รวมทั้งจัดให้มีกระบวนการเยี่ยมสำรวจภายใน (Internal Survey) เป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ

3.4 มีการมอบหมายงานให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ (Lead Team) ซึ่งจะรับผิดชอบงานบริหารความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาล ทั้งนี้ให้ร่วมมือกันทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง (Risk Management Committee) อีกตำแหน่งหนึ่ง

3.5 มีการจัดบันทึกและบริหารความเสี่ยงในทุกหอผู้ป่วย รวมทั้งมีระเบียบปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงในระดับภาพรวมของโรงพยาบาล

3.6 มีการเตรียมความพร้อมด้วยมาตรฐาน GEN 1-7 ตามข้อกำหนดให้ดีที่สุด รวมทั้งจัดให้มีการประกันคุณภาพ (Quality Assurance) ในระดับต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้จัดให้มีการประกันคุณภาพด้วยระบบ ISO 9002 ในงานบริการด้านหน้า

3.7 มีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guideline : CPG) สำหรับโรค ปัญหา หรือเหตุการณ์ที่มีความสำคัญ หรือความเสี่ยงสูง รวมทั้งสนับสนุนให้มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ (GEN9) ในทุกทีมสหสาขาวิชาชีพ/กลุ่ม/ฝ่าย/งาน และระหว่างสาขา (interdepartmental)

3.8 มีการกำหนดเครื่องชี้วัด (indicator) และติดตามเครื่องชี้วัดที่สำคัญทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับหน่วยงาน

3.9 มีการใช้วิธีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง สำหรับปัญหาที่มีความสำคัญอย่างต่อเนื่อง

3.10 มีนโยบาย ระบบและมาตรการการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีพยาบาลควบคุมโรคติดเชื้อซึ่งได้รับการฝึกอบรม และคณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อปฏิบัติหน้าที่ครอบคลุมทุกหอผู้ป่วย

4. การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ

4.1 มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ และจัดทำธรรมนูญองค์กรแพทย์

4.2 มีการจัดตั้งองค์กรพยาบาล และจัดทำวิธีปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure : SOP)

5. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

5.1 มีการบริหารสิทธิผู้ป่วยให้เป็นรูปธรรม

5.2 มีการจัดทำจริยธรรมองค์กรและให้มีการทบทวนในบุคลากรทุกระดับสม่ำเสมอ

6. การดูแลรักษาผู้ป่วย

6.1 มีการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

6.2 มีการลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วย และการลงนามยินยอมรักษา (Consent)

6.3 ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสให้ข้อมูล รับข้อมูล และ เข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Accountability)

6.4 มีการประเมินผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม (Psychosocial care and record)

6.5 มีการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงและลงบันทึกอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ (Progress note)

6.6 มีการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ในเวชระเบียนอย่างพอเพียง

6.7 มีแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพอย่างชัดเจน (Discharge plan)

แผนปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพตามระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

1. งานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพและทีมพัฒนาคุณภาพ
 - 1.1 ทำความเข้าใจเรื่องวิสัยทัศน์/พันธกิจกับหัวหน้างานและผู้ปฏิบัติงาน ทั้ง 26 ทีมสหสาขาวิชาชีพ/กลุ่ม/ฝ่าย/งาน โดยเน้นคำสำคัญต่างๆ ที่ปรากฏในวิสัยทัศน์/พันธกิจ คือ บริการเป็นที่น่าพึงพอใจ บริการแบบองค์รวม และบริการแบบผสมผสาน
 - 1.2 ปรับปรุงธรรมนูญโรงพยาบาลและวาระการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ให้มีเรื่องการพัฒนาคุณภาพบรรจุอยู่ทุกครั้ง
 - 1.3 ทำความเข้าใจเรื่องกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในทุกหน่วยงาน โดยต้องตอบสนองต่อวิสัยทัศน์/พันธกิจ และให้เนื้องานเกิดขึ้นจากการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างเคร่งครัด
 - 1.4 จัดให้มีคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงและดูแลเรื่องความเสี่ยงในระดับโรงพยาบาล
2. งานของทีมสหสาขาวิชาชีพ/กลุ่ม/ฝ่าย/งาน
 - 2.1 ทบทวนมาตรฐานร่วมระดับหน่วยงานข้อ 1-7 (GEN 1-7) ในแต่ละหน่วยงานและปรับปรุงเอกสารให้ตรวจสอบได้
 - 2.2 จัดทำแนวทางการดูแลรักษา ในหัวข้อที่มีความสำคัญ โดยเน้นการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
 - 2.3 จัดให้มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในทุกหน่วยงาน โดยต้องตอบสนองต่อวิสัยทัศน์/พันธกิจ และให้เนื้องานเกิดขึ้นจากการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
 - 2.4 จัดให้มีการแก้ไขส่วนขาดในหน่วยงานด้วยกระบวนการ TQM
 - 2.5 จัดให้มีกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพและการระดมสมองจากบุคลากรทุกระดับ รวมทั้งจัดทำตัวชี้วัดที่จำเป็น
3. งานขององค์กรพยาบาล
 - 3.1 จัดให้มีระบบการให้ข้อมูลและการให้คำแนะนำผู้ป่วย
 - 3.2 จัดให้มีบริการทางจิตสังคมในทุกหอผู้ป่วยพร้อมทั้งการบันทึก
 - 3.3 จัดให้มีแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ดำเนินการโดยทีมสหวิชาชีพ
 - 3.4 ปรับปรุงบันทึกการรักษาผู้ป่วยให้สอดคล้องกับการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ
 - 3.5 ปรับปรุงการบริหารยาและความเสี่ยงในหอผู้ป่วย
4. งานขององค์กรแพทย์

4.1 จัดให้มีประชุมทางวิชาการในรูปแบบของการทบทวนทางการแพทย์ (Medical Review) อย่างพอเพียง

4.2 ปรับปรุงความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน รวมทั้งใบบันทึกความก้าวหน้า (progress note)

ผลการดำเนินงานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตั้งแต่ มกราคม พ.ศ. 2540 พบว่าโรงพยาบาลและทุกหน่วยงานมีเป้าหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ และองค์ประกอบการพัฒนาเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล บุคลากรของโรงพยาบาลมีความตระหนัก มีความรู้ และเข้าใจในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ทุกคนมีส่วนร่วม นอกจากนี้ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญในการพัฒนา

การประเมินผลของโรงพยาบาลเชิงรายประชาชนเคราะห์ มีการประเมินผลภายในโรงพยาบาลโดยทีมของโรงพยาบาล ให้เจ้าของหน่วยงานเป็นผู้ประเมินตนเองก่อน และให้หน่วยงานอื่นมาเป็นผู้ประเมินหน่วยงานของตนด้วย จำนวน 3 ครั้ง เมื่อมีการประเมินครบ 3 ครั้ง และมีการปรับปรุงแก้ไขส่วนที่บกพร่อง จากนั้นจึงเชิญคนนอกมาทำการประเมิน (Pre – Survey) จนกระทั่งทุกหน่วยงานมีความพร้อมที่จะได้รับการรับรองโดยการประเมินแบบ Accreditation Survey เมื่อวันที่ 28-30 สิงหาคม พ.ศ. 2543 และผ่านการรับรองเมื่อวันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2543 โดยรับรองว่าโรงพยาบาลเชิงรายประชาชนเคราะห์ มีความมุ่งมั่นให้บริการอย่างมีคุณภาพโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีทรัพยากรเพียงพอ และบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ มีกระบวนการทำงาน และการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม มีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยควบคู่ไปกับการกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพ มีระบบป้องกันความเสี่ยง และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

เมื่อได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ โรงพยาบาลเชิงรายประชาชนเคราะห์ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการโดยการรักษาระดับคุณภาพ และพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นด้วยการจัดระบบใช้ข้อมูลข่าวสาร ลดการประชุม และครอบคลุมด้วยการประเมินตนเอง ซึ่งการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลเชิงรายประชาชนเคราะห์ เป็นโครงการที่มุ่งการเข้าใจคน ไม่ใช่การตรวจสอบ โดยมีแนวคิดลูกค้าเป็นศูนย์กลาง เน้นความพึงพอใจ บุคลากรมีความสุขในการทำงาน คุณภาพตรงตามมาตรฐานคุณภาพของโรงพยาบาล การที่จะพัฒนาไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพได้นั้น ต้องเริ่มจากการสร้างความศรัทธาแก่เจ้าหน้าที่ คือ ผู้ใหญ่เมตตาผู้น้อย ผู้น้อยสัจมาคารวะผู้ใหญ่ คนระดับเดียวกันมองเห็นแบบกัลยาณมิตร และให้ยึดหลักการได้ใจคนนั้นต้องซื่อด้วยใจ บุคลากรมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพเพื่อคุณภาพ มิใช่เพื่อใบรับรอง

ภาคผนวก จ.

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผศ.นพ. สมศักดิ์ เชาว์วิศิษฐเสรี
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่
2. ผศ.นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร
3. นายแพทย์สุรชัย ปัญญาพฤทธิพงษ์
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
4. นาวาตรีบุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์
โรงพยาบาลชัยภูมิ อำเภอชัยภูมิ จังหวัดปทุมธานี
5. ดร.วัลลภา คชภักดี
สำนักงานประกันคุณภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
6. คุณสมสมัย สุธีรสานต์
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
7. คุณสุจินต์ สุรภาคย์พงษ์
กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา