



จะเข้าสู่ HA ได้อย่างไร

50.168
363ป
2543



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

จะเข้าสู่ ได้อย่างไร | A



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

โดยการสนับสนุนของ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

จะเข้าสู่ HA ได้อย่างไร

จัดพิมพ์โดย



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

ชั้น 2 อาคารกรมการแพทย์ 6 กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 589-0023-4 โทรสาร 951-0238

ISBN : 974-293-466-5

พิมพ์ครั้งที่ 1 มิถุนายน 2543 จำนวน 3,000 เล่ม

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ.2537

ออกแบบ, พิมพ์ที่



บริษัท โฮลิสติก พับลิชชิ่ง จำกัด

108/19 บ้านกลางกรุง ซอยประดิพัทธ์ 19 ถนนประดิพัทธ์ แขวงสามเสนใน
เขตพญาไท กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 618-4877-8 โทรสาร 618-4507

สารบัญ

..... คำนำ

5 1. แนวคิดสำคัญของการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล

12 2. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

16 3. การติดต่อประสานงานเพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพ

28 4. การตัดสินใจรับรองโรงพยาบาล

33 5. ค่าใช้จ่ายสำหรับโรงพยาบาล

35 6. หนังสือแสดงความจำนงเพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล

45 6. ภาคผนวก

ก. แผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพ

ข. รายการหนังสือ/สื่อเพื่อการพัฒนาคุณภาพ

คำนำ

“จะเข้าสู่ HA ได้อย่างไร” อาจจะฟังดูเหมือนคู่มือสำหรับโรงพยาบาลที่ต้องการได้ใบรับรองคุณภาพเพื่อประกาศให้สังคมรู้ แต่ความมุ่งหมายที่แท้จริง HA เป็นแนวทางเพื่อให้โรงพยาบาลพัฒนาไปสู่องค์กรแห่งการเรียนรู้ หากโรงพยาบาลได้ดำเนินไปตามแนวทางที่แนะนำไว้ จะเกิดการพัฒนาคูณภาพและการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในทุกระดับขององค์กร ซึ่งจะเป็นพื้นฐานและหลักประกันของคุณภาพและทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าขององค์กรในระยะยาว เมื่อถึงวันนั้น ใบรับรองจะกลายเป็นผลพลอยได้ เป็นรางวัลของความมุ่งมั่นและความร่วมมือ

การรับรองนั้นเป็นสิ่งจูงใจเพื่อให้โรงพยาบาลทำในสิ่งที่ควรจะทำหากต้องการเป็นโรงพยาบาลที่ดีสำหรับประชาชน โรงพยาบาลที่เข้าใจในหลักการนี้จะดำเนินการพัฒนาคูณภาพด้วยความสบายใจ ไม่สร้างแรงกดดันให้เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาลจนเกิดความเครียด และอาจจะใช้เวลาไม่นานเท่าที่คิด

“การแสดงความจำนงเพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล” เป็นการสร้างความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการระหว่างโรงพยาบาลกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) อันจะนำมาสู่การสื่อสาร การทำความเข้าใจ การให้ข้อเสนอแนะ และการวางแผนร่วมกันเป็นลำดับขั้น เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถนำมาตราฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกะไปสู่อการปฏิบัติให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความจำเป็นของโรงพยาบาล

เอกสารฉบับนี้ได้สรุปหัวใจสำคัญเกี่ยวกับคุณภาพ การพัฒนาคูณภาพ การรับรองคุณภาพ ความเป็นมา และบทบาทหน้าที่ของ พรพ. ขั้นตอนการดำเนินงานที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลกับ พรพ. ในบทที่ 3 และขั้นตอนการดำเนินงานโดยละเอียดของโรงพยาบาลในภาคผนวก รวมทั้งแบบฟอร์มการแสดงความจำนงเพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล

ขอเชิญชวนทุกท่านมาร่วมทำสิ่งที่ควรทำเพื่อให้สังคมไทยเป็นสังคมคุณภาพ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

19 พฤษภาคม 2543

1. แนวคิดสำคัญของการรับรอง กระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล

คุณภาพคืออะไร

- ภาวะที่เป็นคุณประโยชน์ต่อผู้รับผลงาน (ด้วยการแก้ปัญหาตอบสนองความต้องการ ตอบสนองความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ๆ)
- การทำงานอย่างมีมาตรฐาน (ทั้งด้านระบบงานทั่วไปและมาตรฐานวิชาชีพ)
- การเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

การพัฒนาคุณภาพคืออะไร

- การปรับปรุงกระบวนการที่เกี่ยวข้องเพื่อป้องกันปัญหา หรือเพื่อให้ตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานให้มากขึ้น
- เป็นกระบวนการเรียนรู้ของคนในองค์กร ที่จะทำให้แต่ละคนมีโอกาสพัฒนาทั้งในด้านวิธีการทำงานร่วมกัน และวิธีการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย

แนวคิดสำคัญของการพัฒนาคุณภาพคืออะไร

- การมุ่งตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน (ทั้งภายนอกและภายใน)
- การทำงานเป็นทีมในทุกระดับ ทั้งภายในหน่วยงาน/วิชาชีพ และระหว่างหน่วยงาน/วิชาชีพ โดยทุกคนมีความมุ่งมั่นร่วมกัน
- มุ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการทำงานและการออกแบบระบบงานเพื่อป้องกันปัญหา โดยใช้ความคิดสร้างสรรค์ควบคู่กับการคิดอย่างเป็นระบบและใช้ข้อเท็จจริง

ปัญหาการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

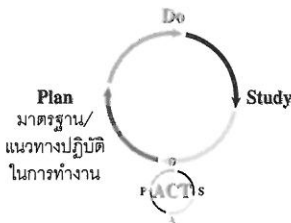
- อยู่ภายใต้กระบวนทัศน์ของการควบคุม ตรวจสอบ
- ขาดวัฒนธรรมของการเรียนรู้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
- เน้นการตอบสนองผู้ให้บริการมากกว่าผู้ป่วยและผู้รับผลงาน
- มองว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากตัวบุคคลมากกว่าระบบงาน
- ใช้ความรู้สึกมากกว่าข้อมูล/ข้อเท็จจริง
- ขาดการประสานและร่วมมือระหว่างหน่วยงาน
- ผู้บริหารไม่ได้แสดงบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนจริงจัง
- ขาดเป้าหมายระยะยาวขององค์กรซึ่งทุกคนมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ
- มีการยึดติดในรูปแบบมากกว่าที่จะคำนึงถึงเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์
- ขาดการเชื่อมโยงกับกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำมาในอดีต และขาดการเชื่อมโยงแนวคิดที่ดูเหมือนจะแตกต่างกัน

กระบวนการคุณภาพคืออะไร

● ท่อกระบวนการเรียนรู้และพัฒนา ซึ่งประกอบด้วย

- **PLAN** การวางแผน ออกแบบระบบ การกำหนดแนวทางปฏิบัติงาน
- **DO** การปฏิบัติตามระบบหรือแนวทางที่กำหนดไว้ โดยบุคคลที่มีศักยภาพเหมาะสม มีสิ่งอำนวยความสะดวกหรือสิ่งเตือนใจ
- **STUDY** การศึกษาวิธีการทำงานและผลงานที่เป็นอยู่ ด้วยการวัด/ทบทวน/ตรวจสอบ เปรียบเทียบกับเป้าหมายของงาน แนวทางปฏิบัติ และเสียงสะท้อนจากผู้รับผลงาน
- **ACT** การตอบสนองต่อผลการศึกษา ด้วยการแก้ปัญหา การป้องกันปัญหา การสร้างสรรค์พัฒนา

กระบวนการคุณภาพ : วงล้อของการเรียนรู้และพัฒนา



จะทำให้ดีขึ้นได้อย่างไร

- ปรับวิธีให้ง่าย กระชับ
- มีสิ่งอำนวยความสะดวก เครื่องเตือนใจ
- ใช้วิธีแปลกใหม่ สร้างสรรค์

ทำไปทำไม

- ผู้รับผลงานต้องการอะไร
- เป้าหมายของกระบวนการคืออะไร

ทำได้ดีหรือไม่

- มาตรฐานวิชาชีพกำหนดอย่างไร
- ผู้รับผลงานพึงพอใจ?
- สอดคล้องกับทิศทางนโยบายโรงพยาบาล?
- สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาล?
- การไหลเวียนของงานมีประสิทธิภาพ?
- ระดับคุณภาพจากเครื่องชี้วัด?

- มีความหมายครอบคลุมกิจกรรมหลักต่อไปนี้

- การบริหารความเสี่ยง (risk management)
- การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement)
- การรับรองไว้ซึ่งระดับคุณภาพที่พัฒนาได้ (quality assurance)

Hospital Accreditation-HA คืออะไร

- แปลตามศัพท์ HA คือการรับรองว่าโรงพยาบาลมีความน่าเชื่อถือ น่าไว้วางใจ
- แปลตามขั้นตอนการปฏิบัติ HA คือการพัฒนาคุณภาพ การประเมิน และการรับรองโรงพยาบาล
- แปลตามเนื้อหา HA คือการรับรองกระบวนการคุณภาพของโรงพยาบาล
- แปลตามความมุ่งหมาย HA คือกลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาโรงพยาบาลทั้งองค์รวมอย่างมีทิศทาง เป็นระบบ และต่อเนื่อง

ความเชื่อหลักของ HA

1. กระบวนการนี้มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพ คุณธรรม และจริยธรรมของคนในองค์กร เพื่อร่วมมือกันปรับปรุงระบบงานด้วยวิธีการที่มีเหตุผล ตรวจสอบได้ และตอบสนองปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย
2. กระบวนการทั้งหมดเป็นกระบวนการเรียนรู้ ที่จะรักษาวิสัยทัศน์ตัวเอง และสร้างระบบที่เอื้อต่อการผดุงคุณภาพ

3. การตรวจสอบตนเองของเจ้าหน้าที่แต่ละคน และระบบทบทวน/ตรวจสอบภายในองค์กร เพื่อสร้างความรับผิดชอบต่อวิชาชีพ และต่อสังคม เป็นหลักประกันที่สำคัญสำหรับการให้บริการที่มีคุณภาพ การประเมินหรือการเยี่ยมสำรวจจากภายนอกคือการไปดูความเหมาะสมเพียงพอของระบบเหล่านี้ในลักษณะของกัลยาณมิตร
4. ความร่วมมือระหว่างสถาบันต่าง ๆ ในการแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์ จะทำให้กระบวนการพัฒนานี้สำเร็จลุล่วงได้ง่ายกว่าต่างคนต่างทำ
5. การมีกรอบสำหรับประเมินและพัฒนาที่เน้นเป้าหมาย และยืดหยุ่นในการนำไปใช้ จะสามารถรองรับความหลากหลายของโรงพยาบาลต่าง ๆ

HA รับรองอะไร

1. มีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการอย่างมีคุณภาพโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. มีทรัพยากรเพียงพอและมีการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
3. มีระบบการป้องกันความเสี่ยง การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการธำรงไว้ซึ่งคุณภาพที่พัฒนาได้
4. มีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ควบคู่ไปกับการกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพ
5. มีกระบวนการทำงาน และการดูแลผู้ป่วยซึ่งเน้นการนำมาตร-

ฐานวิชาชีพ และความรู้ที่ทันสมัยเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจสังคมมาตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย

HA กับ TQM/CQI เหมือนหรือต่างกันอย่างไร

- ในแง่แนวคิดการพัฒนาคุณภาพ HA และ TQM/CQI คือสิ่งเดียวกัน
- ในแง่เนื้อหา TQM/CQI จะเน้นในส่วนของการบริหารปัญหาและพัฒนา HA จะมีรายละเอียดในส่วนเนื้อหาของได้แก่ องค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นสำหรับโรงพยาบาลที่มีคุณภาพ
- ในแง่ขั้นตอนการปฏิบัติ TQM/CQI คือการพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล HA มีขั้นตอนเพิ่มขึ้นคือ การประเมินและรับรองจากองค์กรภายนอก
- ในแง่องค์กรที่เกี่ยวข้อง TQM/CQI เป็นเรื่องภายในของโรงพยาบาล HA จะมีองค์กรที่มารับรอง และองค์กรที่ใช้ผลการรับรองเพิ่มเข้ามา

ใครจะได้ประโยชน์อะไรจาก HA

- ผู้ป่วย จะได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีความเสี่ยงน้อย ได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
- ผู้ปฏิบัติงาน จะปฏิบัติงานภายใต้บรรยากาศการทำงานที่ดีขึ้น มีความเสี่ยงต่อความผิดพลาดน้อยลง ได้เรียนรู้และพัฒนา

ศักยภาพของตนเอง

- **โรงพยาบาล** มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ทำให้หยุดและยั่งยืน
- **ระบบบริการสุขภาพ** บริการโรงพยาบาลทั้งระบบจะดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกันอย่างกว้างขวางด้วยการให้คำปรึกษาและการประเมิน
- **สังคม** จะมีความเชื่อมั่นต่อระบบบริการของโรงพยาบาลมากขึ้น โรงพยาบาลมีความโปร่งใสและ social accountability เมื่อมีโรงพยาบาลได้รับการรับรองมากพอ ประชาชนจะสามารถใช้ข้อมูลนี้เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกสถานบริการได้

2. สถาบันพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

ความเป็นมาและสถานภาพของ พรพ.

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) จัดตั้งขึ้นตามข้อเสนอแนะของภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยปรับปรุงการดำเนินงานจากโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งเป็นโครงการวิจัยและพัฒนาที่มีขอบเขตการดำเนินงานในโรงพยาบาลนำร่อง 35 แห่ง และได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2540-31 กรกฎาคม 2543

คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ให้ความเห็นชอบกับการจัดตั้ง พรพ. เมื่อวันที่ 8 เมษายน 2542 ภายใต้แผนงานพัฒนากลไกในการสร้างองค์ความรู้และใช้ประโยชน์งานวิจัย ซึ่งมีเป้าหมายให้มีการจัดการเครือข่ายเพื่อสร้างความรู้และใช้ความรู้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

สวรส. มีนโยบายที่จะให้สถาบันภายในแผนงานนี้ มีความคล่องตัว และเป็นอิสระในการบริหารจัดการ แต่ยังคงมีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบโดย สวรส. ได้ จึงให้ พรพ. นี้มีคณะกรรมการสถาบันแยกออกไป และดำเนินงานโดยได้รับการสนับสนุน

สนุน และชี้แนะทิศทางจากภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะกรรมการ สวรส. ได้ลงนามในข้อบังคับ สวรส. ว่าด้วยการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เมื่อวันที่ 19 กันยายน 2542 และได้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหาร พรพ. ซึ่งมีศาสตราจารย์นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา เป็นประธานคณะกรรมการ เมื่อวันที่ 20 พฤศจิกายน 2542

พันธกิจ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีพันธกิจที่จะส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล โดยอาศัยการประเมินตนเองร่วมกับการประเมินจากภายนอกเป็นกลไกกระตุ้นที่สำคัญ ส่งผลให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ของสังคม

ภารกิจ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีภารกิจดังนี้

1. สร้างความตื่นตัว และการมีส่วนร่วม

ได้แก่ การรับทราบข้อมูลและข้อคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้อง ทั้งในส่วนของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และสังคมโดยรวม เกี่ยวกับลักษณะของคุณภาพที่มุ่งหวัง ทิศทางการพัฒนาคุณภาพที่พึงเป็น การกระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวในการ

พัฒนาคุณภาพ สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องกับ
สาธารณชน

2. เป็นศูนย์รวมองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ด้วยการรวบรวมองค์ความรู้ ประสบการณ์ และกรณี
ศึกษาจากการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย
ดำเนินการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพให้
เหมาะสมกับยุคสมัย

3. เผยแพร่แนวคิดและองค์ความรู้

ดำเนินการฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพให้แก่ผู้บริหาร ผู้
ประสานงานคุณภาพ พี่เลี้ยงคุณภาพ (facilitator) และ
ผู้ประกอบการวิชาชีพ ตลอดจนสร้างวิทยากรผู้สอนเพิ่ม สร้าง
เครือข่ายในการฝึกอบรม จัดทำสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบ
ต่าง ๆ

4. สร้างเครือข่ายและพันธมิตร

ร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพสร้างมาตรฐานวิชาชีพ หรือแนว
ทางปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วย และการให้คำปรึกษา
แก่โรงพยาบาล จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ใน
ภูมิภาค และกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ

5. ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

ด้วยการให้ข่าวสาร คู่มือ แนวทางพัฒนาคุณภาพ ฝึ
กอบรม ให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลที่ต้องการพัฒนา
คุณภาพ สร้างโปรแกรมทดสอบความพร้อมสำหรับให้
โรงพยาบาลในการประเมินตนเอง

6. การประเมินและรับรองคุณภาพ

ทบทวนข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาลให้เหมาะสม พัฒนารูปแบบการประเมิน/ตัดสินรับรอง พัฒนาผู้เยี่ยม สํารวจจากภายนอก (external surveyor) กำหนดระเบียบปฏิบัติในการขอการรับรอง ประสานการประเมิน ตัดสินผลการประเมิน ให้คำรับรอง เฝ้าระวังหลังจากการ ประเมินด้วยการติดตามเครื่องชี้วัด การรายงาน sentinel event และการประเมินซ้ำ

3. การติดต่อประสานงานเพื่อ การรับรองกระบวนการคุณภาพ

โรงพยาบาลที่ต้องการเข้าร่วมกระบวนการ Hospital Accreditation สามารถติดต่อประสานงานกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ตามขั้นตอนดังนี้

1. การขอข้อมูลเบื้องต้น
2. การเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการในหลักสูตรต่าง ๆ ที่จัดโดย พรพ.
3. การแสดงความจำนงขอการรับรอง
4. การให้คำปรึกษาโดย พรพ.
5. การให้คำปรึกษาโดยองค์กรวิชาชีพ
6. การประเมินตนเอง (self assessment)
7. การเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม (preparation survey)
8. การวางแผนเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง
9. การเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง (accreditation survey)
10. กลไกต่อเนื่อง

1. การขอข้อมูลเบื้องต้น

โรงพยาบาลสามารถขอข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพและรับรองโรงพยาบาลได้โดยตรงที่

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

อาคารกรมการแพทย์ 6 ชั้น 2 กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 589-0023-4, 591-8617-8, 589-9125

โทรสาร 589-0556, 951-0238

e-mail address: ha@hsrint.hsri.or.th

web site: <http://welcome.to/thaiha>

ข้อมูลที่จะได้รับประกอบด้วยแนวคิดสำคัญเกี่ยวกับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล การติดต่อประสานงานกับพรพ. หลักสูตรอบรมการพัฒนาคุณภาพ

นอกจากนั้น โรงพยาบาลสามารถสั่งซื้อเอกสารและวีดิทัศน์เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานต่าง ๆ เช่น คู่มือการเข้าสู่การรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล, มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีพ.ศ. ๒๕๕๓, บทเรียนจากประเทศแคนาดา, ก้าวแรกของ TQM/CQI ในโรงพยาบาล, ขั้นตอนการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ, เส้นทางการพัฒนาคุณภาพเพื่อบริการประชาชน, แบบประเมินตนเอง, Facilitator กับการเพิ่มประสิทธิภาพของทีม, คู่มือการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, วีดิทัศน์ Hospital Accreditation

2. การเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการในหลักสูตรต่าง ๆ ที่จัดโดย พรพ.

พรพ. ได้จัดหลักสูตรการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ผู้เข้าประชุมได้เรียนรู้แนวคิดและฝึกฝนทักษะที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาคุณภาพ โดยมีหลักสูตรสำหรับผู้บริหาร ผู้ประสานงาน สำหรับวิชาชีพ เช่น งานเภสัชกรรม งานบริการพยาบาล และงานสนับสนุนบริการในโรงพยาบาล และอื่น ๆ (โปรดดูรายละเอียดในหลักสูตรอบรมการพัฒนาคุณภาพ)

หลักสูตร HA สำหรับผู้บริหารระดับสูง ทำให้เห็นภาพรวมของกระบวนการทั้งหมด โดยจะเน้นหนักเรื่องแนวคิด/ปรัชญาพื้นฐาน และข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล รวมทั้งการจัดวางกลไกเพื่อให้เกิดการนำไปปฏิบัติอย่างได้ผล การเข้าร่วมอบรมในหลักสูตรนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาล (ผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการ) เพราะจะทำให้ชี้นำการทำงานได้อย่างถูกต้อง และเป็นตัวอย่างที่ดีในการเปลี่ยนแปลง

หลักสูตร HA สำหรับผู้ประสานงานและผู้บริหาร เป็นหลักสูตรที่ให้ความรู้และทักษะครบถ้วนสำหรับการเป็นผู้ประสานงาน HA ของโรงพยาบาล แต่ละโรงพยาบาลควรมีแกนนำในการพัฒนาคุณภาพซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรนี้ไม่น้อยกว่า 5 คน แกนนำเหล่านี้ต้องเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับจากเพื่อนร่วมงาน มีทักษะในการประสานงานและสื่อสารที่ดี พร้อมทั้งจะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และมีความคิดเชิงบวก

หลักสูตร HA สำหรับวิชาชีพ ได้แก่ งานเภสัชกรรม งานบริการพยาบาล และงานสนับสนุน ซึ่งมีหลักสูตรที่จัดขึ้นเฉพาะ

สำหรับแต่ละวิชาชีพ ในเรื่อง เส้นทางการสู่คุณภาพ การสร้างระบบ ประกันคุณภาพ และการเป็นผู้เยี่ยมสำรวจภายใน ซึ่งจะทำให้ผู้ เข้าอบรมเฉพาะวิชาชีพนั้น ๆ เข้าใจแนวคิด/ปรัชญาของกระบวนการ พัฒนาคุณภาพ สามารถนำไปวิเคราะห์ วางระบบงานที่รับผิดชอบ และเชื่อมโยงถึงความสัมพันธ์ในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

พรพ. กำลังจะขยายเครือข่ายของการฝึกอบรมออกไป โดย ร่วมมือกับสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการโรงพยาบาล โรงพยาบาลที่ได้การรับรองแล้ว และองค์กรเอกชนไม่คำกำไร สถาบันการฝึกอบรมเครือข่ายเหล่านี้จะใช้หลักสูตรที่ได้รับการรับรองจาก พรพ. และใช้วิทยากรที่ผ่านการอบรมจาก พรพ. แล้ว เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้เข้ารับการอบรมจะได้รับเนื้อหาและทักษะ ที่ใกล้เคียงกัน

นอกจากนั้น พรพ. ยังร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพ ได้แก่ สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) สภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย และสมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย จัด อบรมการพัฒนาคุณภาพให้แก่สมาชิกขององค์กรด้วย

3. การแสดงความจำนงขอการรับรอง

เมื่อผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลได้ศึกษาแนวคิด ขั้นตอนการทำงาน ประโยชน์ที่จะได้รับ กิจกรรมที่ต้องผลักดันให้เกิด ขึ้น บทบาทของผู้บริหาร และตัดสินใจว่าจะดำเนินการพัฒนา คุณภาพตามทิศทางในมาตรฐานโรงพยาบาลแล้ว ทางโรงพยาบาล

สามารถแจ้งความจำนงมาที่ พรพ. เพื่อขึ้นทะเบียนรับการสนับสนุนจาก พรพ.

พรพ. จะจัดส่งแบบฟอร์มแสดงความจำนง และแบบบันทึกข้อมูลเบื้องต้นของโรงพยาบาลให้แก่โรงพยาบาล

เมื่อโรงพยาบาลกรอกแบบฟอร์มดังกล่าวครบถ้วนและส่งมาให้ พรพ. โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ แล้ว พรพ. จะออกหนังสือรับรองการขึ้นทะเบียนให้แก่โรงพยาบาล

โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ จะได้รับข่าวสารจาก พรพ. อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ได้รับทราบว่าจะมีการจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลอย่างไรบ้าง และจะได้รับการติดตามความก้าวหน้าจาก พรพ. เป็นระยะ ๆ

4. การให้คำปรึกษาโดย พรพ.

การให้คำปรึกษาโดย พรพ. มีรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้

1) การสื่อสารทางไกลผ่าน (Bulletin Board Service; BBS) บน homepage ของ HA

วิธีการนี้เป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด มีค่าใช้จ่ายน้อย และสามารถกระจายคำปรึกษาได้อย่างกว้างขวาง เหมาะสำหรับปัญหาทั่วไปในช่วงเริ่มต้น ซึ่งมักจะเป็นเรื่องของการทำความเข้าใจแนวคิดและกลยุทธ์ต่าง ๆ ที่จะนำไปใช้

ผู้ขอคำปรึกษาสามารถใช้ข้อแฝงได้หากไม่ต้องการให้ข้อมูลโรงพยาบาลของตนเองเปิดเผยต่อผู้อื่น

2) การประชุมปรึกษาและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (HA Club)

พรพ. จะจัดให้มีการประชุมผู้ประสานงานคุณภาพหลักของโรงพยาบาลทุก 2 เดือน เพื่อให้แต่ละโรงพยาบาลได้นำปัญหาของตนเข้ามาปรึกษา และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทั้งนี้ผู้ที่สนใจเข้าร่วมประชุมจะต้องแจ้งให้ พรพ. ทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน พร้อมทั้งเสนอประเด็นปัญหาและรายละเอียดของปัญหาที่ต้องการนำเสนอด้วย

3) การเชื่อมโยงโรงพยาบาลโดยที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ

พรพ. จะแต่งตั้งผู้ที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เช่น ผู้ประสานงานคุณภาพในโรงพยาบาลที่ได้การรับรองแล้ว และได้ผ่านหลักสูตรการให้คำปรึกษาของ พรพ. เป็นที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพ

โรงพยาบาลที่ประสบปัญหาการทำความเข้าใจกับผู้ปฏิบัติงานหรือต้องการให้มีที่ปรึกษาไปให้ข้อคิดเห็นต่อวิธีการทำงานของโรงพยาบาล อาจใช้ประโยชน์จากที่ปรึกษากระบวนการคุณภาพเหล่านี้ได้ โดยการทำจดหมายถึง พรพ. แสดงความจำนงขอให้ที่ปรึกษาไปเยี่ยม พร้อมทั้งระบุสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และวัตถุประสงค์ของการเยี่ยม

4) การสร้างเครือข่ายในกลุ่มโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง

โรงพยาบาลที่อยู่ในเขตพื้นที่ใกล้เคียงกัน ควรจะรวมตัวกันเป็นเครือข่าย และมีการประชุมพบปะแลกเปลี่ยนอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้กำลังใจกันและกัน กระตุ้น เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากกันและกัน กิจกรรมในลักษณะนี้อาจจะเชิญที่

ปรึกษาจาก พรพ. ไปร่วมด้วย หากทางเครือข่ายเห็นว่าจะเป็นการ
ประโยชน์

5. การให้คำปรึกษาโดยองค์กรวิชาชีพ

เมื่อโรงพยาบาลเริ่มต้นพัฒนาไปได้ระยะหนึ่ง ผู้ปฏิบัติงานมีความตื่นตัวและเข้าใจกระบวนการพัฒนาคุณภาพดีพอสมควรแล้ว การมีที่ปรึกษาซึ่งมีความรู้เฉพาะด้านเข้าไปเยี่ยมหน่วยงานจะช่วยให้เห็นประเด็นในการพัฒนาได้ชัดเจนมากขึ้น

ขณะนี้ พรพ. มีความร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพ ได้แก่ ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย) ที่จะส่งที่ปรึกษาขององค์กรวิชาชีพเหล่านี้เข้าไปเยี่ยมโรงพยาบาล

โรงพยาบาลจะต้องได้รับการเยี่ยมโดยองค์กรที่ พรพ. กำหนดอย่างน้อย 1 ครั้งก่อนการเยี่ยมสำรวจโดย พรพ. ข้อมูลจากการเยี่ยมขององค์กรวิชาชีพจะถูกนำมาใช้ในการเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง (accreditation survey) ที่ปรึกษาอาจจะเสนอให้มีการติดตามเยี่ยมซ้ำก่อนที่จะมีการเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรองตามความจำเป็น

6. การประเมินตนเอง (Self Assessment)

พรพ. ได้ออกแบบประเมินตนเองเพื่อให้โรงพยาบาลใช้สำรวจความพร้อมของตนเอง และเพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ประเมินได้เตรียมตัวทำความรู้จักโรงพยาบาลล่วงหน้า แบบประเมินนี้จะมีลักษณะ

หลากหลาย ได้แก่ การวิเคราะห์เพื่อค้นหาจุดอ่อนและวางแผนพัฒนา การตรวจสอบลำดับขั้นของการพัฒนา และการเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลได้บรรยายกิจกรรมที่ทำในแต่ละเรื่อง จุดเด่น นวัตกรรม รวมทั้งการประเมินว่าบรรลุเป้าหมายในแต่ละเรื่องได้เพียงใด

โรงพยาบาลอาจจะใช้แบบประเมินนี้ตั้งแต่ช่วงแรก ๆ ของการพัฒนาเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา หรืออาจจะรอจนพัฒนามาแล้วระยะหนึ่ง การประเมินในช่วงนี้ไม่ต้องส่งผลให้กับ พรพ.

การส่งแบบประเมินตนเองให้ พรพ. จะทำต่อเมื่อ

1. โรงพยาบาลต้องการรับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจาก พรพ.
2. โรงพยาบาลต้องการให้ พรพ. ส่งผู้แทนไปเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม (preparation survey)
3. โรงพยาบาลต้องการให้ พรพ. ส่งผู้แทนไปเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง (accreditation survey)

การกรอกแบบประเมินตนเองให้อยู่ในรูปแบบ electronic file ซึ่งโรงพยาบาลสามารถ download แบบฟอร์มได้จาก web site ของ พรพ.

7. การเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม (Preparation Survey)

การเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม เป็นการเยี่ยมเพื่อดูว่าโรงพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามข้อกำหนดในกรอบ

มาตรฐานโรงพยาบาลได้ครบถ้วนแล้วหรือไม่ มีประเด็นความเสี่ยงที่ชัดเจนหลงเหลืออยู่หรือไม่

โรงพยาบาลจะขอให้มีการเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อมต่อเมื่อผลการประเมินตนเองอยู่ในระดับที่มั่นใจว่าได้มีการพัฒนาตามมาตรฐานโรงพยาบาลในประเด็นสำคัญ ๆ ครบถ้วน แล้ว แสดงความจำนงมาที่ พรพ. พร้อมกับผลการประเมินตามแบบประเมินตนเอง ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล และข้อมูลเครื่องชี้วัดของโรงพยาบาล

พรพ. จะกำหนดให้มีทีมผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าไปเยี่ยมโรงพยาบาล ผลการเยี่ยมในขั้นตอนนี้คือการให้คำแนะนำเพื่อให้โรงพยาบาลนำไปปรับปรุง การเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อมอาจจะทำเป็นระยะ ๆ หลายครั้ง จนกว่าจะมั่นใจว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมเต็มที่สำหรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง

8. การวางแผนเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง

เมื่อ พรพ. ได้รับรายงานจากทีมผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อมว่าโรงพยาบาลพร้อมที่จะเข้ารับการเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรองแล้ว พรพ. จะขอให้ทางโรงพยาบาลเพิ่มเติมข้อมูลในแบบประเมินตนเองให้สมบูรณ์หลังจากที่มีการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้ว รวมทั้งข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล และส่งเอกสารดังกล่าวพร้อมจดหมายขอรับการเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง ซึ่งระบุช่วงเวลาที่ดีคาดว่าจะพร้อมให้ดำเนินการสำรวจโรงพยาบาล

มายัง พรพ. ไม่น้อยกว่า 2 เดือนก่อนวันเยี่ยมสำรวจ

เมื่อ พรพ. ได้รับแบบประเมินที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว จะกำหนดวันเยี่ยมสำรวจ (ภายใน 2 เดือน) กำหนดตัวผู้เยี่ยมสำรวจ และกิจกรรมการเยี่ยมสำรวจ ส่งให้โรงพยาบาลพิจารณา โรงพยาบาลสามารถขอปรับเปลี่ยนตารางการเยี่ยมสำรวจให้เหมาะสมและสะดวกในการทำงาน โดยการปรับเปลี่ยนนั้นต้องไม่ขัดกับวัตถุประสงค์หลักของการเยี่ยมสำรวจ และจะต้องตอบกลับมายัง พรพ. ภายใน 1 สัปดาห์

9. การเยี่ยมชมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง (Accreditation Survey)

โรงพยาบาลจะได้รับกำหนดการเยี่ยมสำรวจที่ปรับเรียบร้อยแล้วอย่างน้อย 2 สัปดาห์ก่อนวันเยี่ยมสำรวจ ซึ่งโรงพยาบาลจะต้องใส่ชื่อเจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละช่วง รวมทั้งกำหนดสถานที่ประชุม

โรงพยาบาลจะต้องรวบรวมเอกสาร ข้อมูล และบันทึกต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับการทบทวนของผู้เยี่ยมสำรวจ

ในวันที่มีการเยี่ยมสำรวจ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการกำหนดตัวไว้จะต้องเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้เยี่ยมสำรวจ

ในวันสุดท้ายของการเยี่ยมสำรวจ ผู้เยี่ยมสำรวจจะสรุปสิ่งที่พบเห็นระหว่างการเยี่ยม รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะแก่โรงพยาบาล

โรงพยาบาลจะได้รับทราบผลการตัดสินใจและข้อเสนอแนะเป็นลายลักษณ์อักษรภายใน 3 เดือนหลังการเยี่ยมสำรวจ

10. กลไกต่อเนื่อง

กลไกต่อเนื่องเพื่อให้มั่นใจว่าโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองจะรักษาคุณภาพและมีการพัฒนาต่อเนื่อง ได้แก่

1) การเยี่ยมสำรวจเมื่อมีปัญหา

เมื่อ พรพ. ได้รับทราบว่าจะมีปัญหารุนแรงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรือความปลอดภัย จะมีการเยี่ยมสำรวจโดยแจ้งให้โรงพยาบาลทราบล่วงหน้า 24-48 ชั่วโมง

2) การเยี่ยมสำรวจเฝ้าระวัง (Surveillance Survey)

โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองแล้ว จะได้รับการเยี่ยมสำรวจเฝ้าระวังในช่วงเดือนที่ 10-14 หลังจากได้รับรอง หรือในช่วงกึ่งกลางของอายุการรับรอง โดยเน้นประเด็นสำคัญหรือประเด็นที่มีแนวโน้มที่จะมีปัญหามากในภาพรวม

3) การเยี่ยมสำรวจเมื่อมีการปรับเปลี่ยน (Verification Survey)

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญซึ่งจะต้องมีการเยี่ยมสำรวจซ้ำ ได้แก่ การเปิดบริการใหม่, การขยายบริการ, มีการเปลี่ยนแปลงสถานะของโรงพยาบาล, การเปลี่ยนเจ้าของ และการเปลี่ยนผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น โรงพยาบาลจะต้องแจ้งให้ทราบภายใน 30 วัน และจะมีการเยี่ยมสำรวจซ้ำเพื่อยืนยันการรับรองหากอายุการรับรองยังมีเหลือมากกว่า 9 เดือน โดยจะไม่ขยายอายุการรับรองมากกว่าเดิม

4) การติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพ

จะมีการกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพระดับโรงพยาบาล โดยให้โรงพยาบาลทุกแห่ง monitor และส่งรายงานให้แก่สถาบันอย่างสม่ำเสมอ

5) การรายงานเหตุการณ์ร้ายแรงด้วยความสมัครใจ

เมื่อเกิดเหตุการณ์ร้ายแรงซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วย ทางโรงพยาบาลจะต้องรายงานให้แก่สถาบันทราบถึงเหตุการณ์ดังกล่าว และการแก้ไขปรับปรุงที่ได้ดำเนินการไป การปกปิดไม่รายงานอาจจะมีผลต่อสถานะการรับรองในครั้งปัจจุบัน และครั้งต่อไป

4. การทัศนรับรองโรงพยาบาล

แนวคิด

การรับรองโรงพยาบาล คือการรับรองว่าโรงพยาบาลมีการจัดระบบงานที่ดี เชื้อต่อการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ และปลอดภัย, มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้มีคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง, มีการตรวจสอบตนเองอย่างสม่ำเสมอ

กล่าวโดยสรุปคือเป็นการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล

หลักสำคัญของการพัฒนาคุณภาพคือการปรับปรุงกระบวนการ, การรับรองโรงพยาบาลจึงเน้นที่การดูกระบวนการ ทั้งในส่วนของการบริหารจัดการ และการดูแลผู้ป่วย

การประเมินติดตามผลที่เกิดขึ้น เป็นหน้าที่ของโรงพยาบาลที่จะต้องกระทำเพื่อให้เกิดหลักประกันว่าจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การรับรองโรงพยาบาล มิได้หมายความว่าไม่เกิดความผิดพลาดขึ้นในการดูแลรักษา แต่รับรองว่าโรงพยาบาลมีระบบที่รัดกุมในการป้องกันความผิดพลาด ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการมีความเสี่ยงน้อยที่สุด

การรับรองโรงพยาบาล มิได้รับรองการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพแต่ละคน แต่รับรองว่าโรงพยาบาลมีระบบในการคัดเลือกผู้ปฏิบัติงาน มีระบบที่จะตรวจสอบกำกับดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ

ข้อมูลในบทนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นกับมติของคณะกรรมการรับรองโรงพยาบาล

ประเด็นสำคัญในการรับรอง

ประเด็นหลักในการรับรองโรงพยาบาลมี 6 ประการ ได้แก่

1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ
2. ทรัพยากรและประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร
3. การประกันคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
4. มาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ
5. สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร
6. กระบวนการดูแลผู้ป่วย

ตารางที่ 4.1 แสดงสิ่งที่คาดหวังว่าจะพบในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

ตารางที่ 4.1 ประเด็นหลักในการรับรองและสิ่งที่คาดว่าจะพบ

ประเด็นหลักในการรับรอง	สิ่งที่คาดว่าจะพบ
โรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ	มีการนำองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ มีเป้าหมายและแผนที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ทุกระดับเข้าใจบทบาทของตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการอย่างชัดเจน
มีทรัพยากรที่เพียงพอและการจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ	มีการวางแผนและบริหารทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ มีความร่วมมือและประสานงานที่ดี มีโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม การบำรุงรักษา และระบบจัดการความปลอดภัยที่ดี มีการบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพและการพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ มีระบบสารสนเทศโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการบริหาร การบริการ และการพัฒนาคุณภาพ
การบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	มีการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ มีการศึกษาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน มีการติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ มีการค้นหา/ป้องกันความเสี่ยง, ควบคุมความสูญเสีย/เสียหาย มีระบบประกันคุณภาพในทุกกระบวนการหลัก มีการปรับปรุงระบบงาน/กระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องทั้งในงานบริการทั่วไป และงานคลินิกบริการ มีทีมประสานงานที่มีประสิทธิภาพ
มาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ	มีการดูแลมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพทางการแพทย์และพยาบาล โดยเน้นการทบทวนตรวจสอบผลการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบต่าง ๆ
สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร	มีการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย มีการปฏิบัติอย่างเหมาะสมในเรื่องการประชาสัมพันธ์, การรับ/ส่งต่อผู้ป่วย, การแจ้งคำรักษาพยาบาล, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ	มีการทำงานเป็นทีม มีการเตรียมความพร้อมและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ มีการประเมินแรกรับที่สมบูรณ์และวางแผนดูแลผู้ป่วยแต่ละราย กระบวนการดูแลรักษาเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนสมบูรณ์เพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่อง มีการเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย

แนวทางการให้คะแนน

สิ่งที่นำมาพิจารณาในการให้คะแนนคือ

1. การออกแบบระบบ/แนวทางการปฏิบัติงาน
2. การปฏิบัติตามระบบงานที่กำหนดไว้
3. การประเมินผลและผลลัพธ์

1. การออกแบบระบบงาน/แนวทางการปฏิบัติงาน (Approach)

พิจารณาจาก

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

2. การปฏิบัติตามระบบงานที่กำหนดไว้ (Deployment)

พิจารณาจาก

- ความครอบคลุมหน่วยงานที่ปฏิบัติ
- ความสอดคล้องกับแนวทางที่โรงพยาบาลกำหนด
- การปฏิบัติเต็มตามศักยภาพ
- การปฏิบัติอย่างเป็นระบบ มีการประสานงานที่ดี
- การปฏิบัติด้วยความเข้าใจ

3. การประเมินผลและผลลัพธ์ (Assessment & Result)

พิจารณาจาก

- การรับฟังเสียงจากผู้รับผลงาน
- ความเหมาะสมและเพียงพอของข้อมูลและเครื่องชี้วัด
- การวิเคราะห์ผลและนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุง
- ผลลัพธ์

ผลการตัดสิน

ผู้ตัดสินให้การรับรองโรงพยาบาล คือ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่ง พรพ. แต่งตั้งขึ้น คณะกรรมการจะตัดสินโดยพิจารณาข้อมูลที่ได้รับจากคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจ ลักษณะของการรับรองมีดังนี้

1. รับรองโรงพยาบาลเป็นเวลา 2 ปี พร้อมทั้งข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาต่อเนื่อง สำหรับโรงพยาบาลที่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานได้ครบถ้วน บริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ไม่มีความเสี่ยงที่ชัดเจน มีหลักฐานของความพยายามในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
2. ไม่รับรอง สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานโรงพยาบาลได้ครบถ้วน ยังมีความเสี่ยงปรากฏอย่างชัดเจน

หมายเหตุ รายละเอียดเกี่ยวกับการเยี่ยมชมสำรวจโรงพยาบาล โปรดศึกษาเพิ่มเติมในหนังสือ “คู่มือการประเมิน และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” ซึ่งจัดพิมพ์โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

5. ค่าใช้จ่ายสำหรับโรงพยาบาล

ค่าใช้จ่ายสำหรับโรงพยาบาล ได้แก่

1. การเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง

จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจ และวันทำงานขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาลดังนี้

ขนาดโรงพยาบาล	จำนวนผู้เยี่ยมสำรวจ	จำนวนวันทำการ	Man-day
10-90 เตียง	3 คน	2 วัน	6
91-200 เตียง	3 คน	3 วัน	9
201-400 เตียง	4 คน	3 วัน	12
401 เตียงขึ้นไป	5 คนหรือมากกว่า	3 วัน	15 หรือ มากกว่า

ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลจะต้องรับผิดชอบได้แก่ ค่าเดินทางและค่าที่พักของผู้เยี่ยมสำรวจ (ตามที่จ่ายจริง) และค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมสำรวจ man-day ละ 5,000 บาท

2. การเยี่ยมชมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม

จำนวนผู้เยี่ยมชมสำรวจและวันทำงานขึ้นอยู่กับระดับการพัฒนาและความต้องการของโรงพยาบาลซึ่งจะต้องวางแผนร่วมกันเป็นครั้ง ๆ ไป

ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลจะต้องรับผิดชอบได้แก่ ค่าเดินทางและค่าที่พักของผู้เยี่ยมชมสำรวจ (ตามที่จ่ายจริง) และค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมชมสำรวจ man-day ละ 5,000 บาท

3. ค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมชมให้คำปรึกษาขององค์กรวิชาชีพ

ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบได้แก่ ค่าเดินทางและค่าที่พักของผู้แทนขององค์กรวิชาชีพ และค่าตอบแทนซึ่งคิดเหมาจ่ายครั้งละ 3,000 บาท



หนังสือแสดงความจำนงเพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพ โรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

1. หนังสือฉบับนี้ ให้ไว้เพื่อแสดงว่า (ชื่อองค์กร) _____

มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกเชก และยินดีที่จะให้สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ส่งผู้แทนเข้ามาเยี่ยมสำรวจ และประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานฉบับดังกล่าว.

2. โรงพยาบาลผู้แสดงความจำนง ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบประเมินตนเอง และการเยี่ยมสำรวจของ พรพ. อย่างจริงจัง เปิดเผย และไม่นำเสนอข้อมูลซึ่งไม่เป็นความจริง.

3. ผู้บริหารของโรงพยาบาลผู้แสดงความจำนงรับทราบ ว่า พรพ. จะใช้ข้อมูลที่โรงพยาบาลส่งให้เพื่อการเยี่ยมสำรวจและพิจารณารับรอง. ผู้บริหารของโรงพยาบาลขอรับรองว่า ข้อมูลทั้งหมดที่ให้แก่ พรพ. เป็นความจริงและถูกต้อง, หากพบว่าข้อมูลที่ส่งให้แก่ พรพ. มีความไม่ถูกต้อง หรือไม่สมบูรณ์ ทางโรงพยาบาลจะรีบแจ้งให้ พรพ. ทราบ และจะดำเนินการแก้ไขโดยด่วน. โรงพยาบาลพร้อมที่จะให้ข้อมูลเพิ่มเติมตามที่ พรพ. ต้องการเพื่อใช้ในการเยี่ยมสำรวจ, ทั้งนี้โดยเป็นที่รับรู้ว่าจะข้อมูลและเอกสารที่ พรพ. ได้มาทั้งหมดระหว่างการเยี่ยมสำรวจ เป็นความลับระหว่างโรงพยาบาลกับ พรพ. ซึ่ง พรพ. จะเปิดเผยต่อเมื่อจำเป็นต้องปฏิบัติตามบทบัญญัติในกฎหมาย.

4. โรงพยาบาลผู้แสดงความจำนง ยินดีจะชำระค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมสำรวจให้แก่ พรพ. ตามอัตราที่มีผลบังคับใช้ ณ วันเยี่ยมสำรวจ.

5. โรงพยาบาลผู้แสดงความจำนง จะไม่สื่อให้สาธารณชนเกิดความเข้าใจผิด หรือสำคัญผิดว่าโรงพยาบาลได้รับการรับรองแล้ว จนกว่า พรพ. จะแจ้งให้ทราบผลการตัดสินใจรับรองอย่างเป็นทางการ.

ลงชื่อ _____ ผู้บริหารสูงสุด
(_____)
วันที่ _____

(ประทับตราโรงพยาบาล)

ข้อมูลประกอบหนังสือแสดงความจำนงเพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลโรงพยาบาล (เพื่อการติดต่อสื่อสาร)

ชื่อโรงพยาบาล : _____

ที่อยู่สำหรับติดต่อทางไปรษณีย์ : _____

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____ e-mail address _____

(โปรดแนบแผนที่แสดงที่ตั้งของโรงพยาบาล)

1.2 เจ้าของ/ต้นสังกัด

โรงพยาบาลเอกชน

ชื่อเจ้าของ (บุคคล/บริษัท) _____

โรงพยาบาลรัฐบาล _____

ต้นสังกัดในส่วนกลาง (กรม/กระทรวง) _____

ต้นสังกัดในพื้นที่ _____

1.3 ผู้บริหาร

	ชื่อ	โทรศัพท์/โทรสาร	e-mail address
ประธานกรรมการ รพ.			
ผู้อำนวยการ			
ประธานองค์กรแพทย์			
ผอ./รองฝ่ายการแพทย์			
ผอ./รองฝ่ายบริหาร			
ผอ./รองฝ่ายปฏิบัติการ			
หัวหน้าพยาบาล			

(โปรดแนบโครงสร้างองค์กรของโรงพยาบาล)

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

1.4 ผู้ประสานงาน

(ระบุชื่อบุคคลที่จะเป็นผู้ประสานงานหลักระหว่างโรงพยาบาลกับ พรพ.)

ชื่อ _____ ตำแหน่ง _____

หน่วยงาน _____

โทรศัพท์ _____ โทรสาร _____ e-mail address _____

1.5 เป้าหมายเวลาโดยประมาณ

การส่งแบบประเมินตนเองให้ พรพ. เดือน _____ พ.ศ. _____

การเยี่ยมสำรวจเตรียมความพร้อม (preparation survey)¹ เดือน _____ พ.ศ. _____

การเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง (accreditation survey)² เดือน _____ พ.ศ. _____

¹ ห่างจากการส่งแบบประเมินตนเองประมาณ 3 เดือน ถ้าการประเมินตนเองมีความครบถ้วนสมบูรณ์

² ห่างจากการเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อมประมาณ 3 เดือน ถ้าสามารถปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของผู้เยี่ยมสำรวจได้

ตอนที่ 3 ลักษณะบริการ

(ข้อมูลส่วนนี้จะช่วยกำหนดหัวข้อมาตรฐานที่ใช้ในการประเมิน และผู้เยี่ยมสำรวจที่เหมาะสม)

จำนวนเตียงผู้ป่วยในที่เปิดให้บริการ _____ เตียง

ระดับของการให้บริการ

- โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (ต่ำกว่า 100 เตียง)
- โรงพยาบาลทั่วไป (ขนาด 100 เตียงขึ้นไป)
- โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย/โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระดับตติยภูมิ

ลักษณะของผู้ป่วยที่ให้การดูแล

- ผู้ป่วยทั่วไป
- ผู้ป่วยเฉพาะทาง
- ผู้ป่วยจิตเวช
- ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ
- อื่น ๆ ระบุ _____

ตอนที่ 4 ปริมาณผู้ป่วย

	พ.ศ.25..... (2 ปีก่อน)	พ.ศ.25..... (1 ปีก่อน)	พ.ศ.25..... (ปีปัจจุบัน)	จำนวนเตียง ที่เปิดบริการ
4.1 จำนวนผู้ป่วยใน				
รวมทุกแผนก (ราย)				
-อายุรกรรม (ราย)				
-ศัลยกรรม (ราย)				
-สูติกรรม (ราย)				
-นรีเวชกรรม (ราย)				
-กุมารเวชกรรม (ราย)				
-ออร์โธปิดิกส์ (ราย)				
-ตา (ราย)				
-หูคอจมูก (ราย)				
-เวชกรรมฟื้นฟู (ราย)				
-อื่นๆ/ไม่แยกแผนก (ราย)				
4.2 อัตราการครองเตียง (ในสวนข้อมูลแยกแผนก ให้ระบุเท่าที่ทำได้)				
รวมทุกแผนก				
-อายุรกรรม				
-ศัลยกรรม				
-สูติกรรม				
-นรีเวชกรรม				
-กุมารเวชกรรม				
-ออร์โธปิดิกส์				
-ตา				
-หูคอจมูก				
-เวชกรรมฟื้นฟู				
-เตียงที่ไม่แยกแผนก				

	พ.ศ.25..... (2 ปีก่อน)	พ.ศ.25..... (1 ปีก่อน)	พ.ศ.25..... (ปีปัจจุบัน)	จำนวนเตียง ที่เปิดบริการ
4.3 ผู้ป่วยนอก				
รวมทุกแผนก (ราย)				
-อายุรกรรม (ราย)				
-ศัลยกรรม (ราย)				
-สูติกรรม (ราย)				
-นรีเวชกรรม (ราย)				
-กุมารเวชกรรม (ราย)				
-ออโรโอบิดิกส์ (ราย)				
-ตา (ราย)				
-หูคอจมูก (ราย)				
-เวชกรรมฟื้นฟู (ราย)				
-อุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ราย)				
-ทันตกรรม (ราย)				
-อื่นๆ/ไม่แยกแผนก (ราย)				
4.4 ผู้ป่วยผ่าตัด/คลอด				
-ผ่าตัดเล็ก (ราย)				
-ผ่าตัดใหญ่แบบ OPD (ราย)				
-ผ่าตัดใหญ่ปกติ (ราย)				
-คลอดปกติ (ราย)				
-ผ่าตัดคลอด (ราย)				
4.5 การระงับความรู้สึก				
-General anesthesia (ราย)				
-Regional anesthesia (ราย)				

ตอนที่ 5 ก่าลึงคน

5.1 แพทย์

สาขา	Full time (คน)	Part time (ชั่วโมง/สัปดาห์)
-อายุรแพทย์		
-ศัลยแพทย์		
-สูตินรีแพทย์		
-กุมารแพทย์		
-ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์		
-จักษุแพทย์		
-โสต ศอ นาสิกแพทย์		
-วิสัญญีแพทย์		
-รังสีแพทย์		
-พยาธิแพทย์		
-แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู		
-แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป		
-ทันตแพทย์		
-แพทย์สาขาอื่น ๆ (ระบุ)		

5.2 บุคลากรสาขาอื่น

สาขา	Full time (คน)		Part time (ชั่วโมง/สัปดาห์)
	ระดับปริญญา	ต่ำกว่าปริญญา ³	
-เภสัชกร			
-พยาบาลวิชาชีพ			
-พยาบาลเทคนิค			
-เทคนิคการแพทย์			
-รังสีเทคนิค			
-กายภาพบำบัด			
-สุขศึกษา			
-โภชนาการ			
-สังคมสงเคราะห์			

³ หมายถึง การศึกษาในระดับอนุปริญญาหรือประกาศนียบัตร

6. ภาคผนวก

ก. แผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาไปสู่โรงพยาบาลคุณภาพ

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา													
I. ขั้นเตรียมการ																
1. สร้างความตระหนักในทีมผู้บริหาร																
2. ค้นหาผู้ประสานงานคุณภาพ																
3. สร้างทีมแกนนำ																
4. วิเคราะห์บรรยากาศในการทำงานและ ดำเนินการปรับปรุง																
5. รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วยและชุมชน (ในภาพรวมของ รพ.)																
6. กำหนดทีมเพื่อประเมินตนเอง																
7. ประเมินตนเองตามมาตรฐาน รพ. และ กำหนดแนวทางพัฒนากว้าง ๆ																

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา											
8. สรรหาและเพิ่มพูนทักษะของพี่เลี้ยงทีม (facilitator)														
III. ขั้นตอนการ														
ก. พัฒนาคุณภาพในแต่ละหน่วย														
1. ฝึกฝนทักษะของทีม/ทักษะในการตรวจสอบตนเองให้เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานทุกคน														
2. แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์ตนเอง (ความมุ่งหมาย, ลูกค้า, ประเด็นสำคัญเรื่องคุณภาพ, เครื่องชี้วัด, กระบวนการหลัก, โอกาสพัฒนา)														

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา											
3. แต่ละหน่วยงานรับฟังเสียงจาก ผู้ปวยและผู้รับผลงานทั้งภายนอก และภายใน ตอบสนองในเบื้องต้น														
4. สมาชิกใหม่ในหน่วยงานกำหนด มาตรฐานพฤติกรรมบริการและนำ ไปปฏิบัติ														
5. กำหนดมาตรฐานการให้ข้อมูลแก่ ผู้ปวยในจุดต่าง ๆ และนำไปปฏิบัติ														
6. ฝึกทักษะความคิดสร้างสรรค์และ จัดระบบข้อเสนอแนะเพื่อให้งาน ง่ายขึ้น														
7. แต่ละหน่วยงานวิเคราะห์ความเสี่ยง ของตนและวางมาตรการป้องกัน														

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา											
8. จัดทำคู่มือปฏิบัติงาน/CPG ที่ จำเป็นของหน่วย, รวบรวมรายการ คู่มือที่ควรจัดทำร่วมกันของ รพ.														
9. เปิดโอกาสให้วิพากษ์วิจารณ์คู่มือ และจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก เพื่อปฏิบัติได้ง่าย														
10. Monitor เครื่องชี้วัดของหน่วย งาน														
11. ทำกิจกรรม CQI ให้มากที่สุด														
12. จัดกิจกรรมทบทวนผลการดูแล ผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ														
13. ปรับปรุงจุดอ่อนอื่น ๆ ที่ค้นพบ จากการประเมินตนเอง														

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา											
ข. การประสานในแนวราบ														
1. ทบทวนความต้องการของหน่วยงานที่ทำงานร่วมกันและตอบสนอง														
2. สร้างระบบการสื่อสารและความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน														
3. ทีมคร่อมสายงานที่ทำหน้าที่ประเมินตนเองไว้ ติดตามความก้าวหน้าของแต่ละหน่วยงานและประเมินตามมาตรฐาน รพ. ชำ จัดทำแผนและกำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินการตามความจำเป็น														
4. วางแผนจัดทำคู่มือปฏิบัติงานที่ต้องใช้ทำงานร่วมกัน แบ่งหน้าที่รับผิดชอบ														

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา											
5. ดำเนินการจัดทำคู่มือ (ระดับ รพ.)														
6. เปิดโอกาสให้วิพากษ์วิจารณ์ คู่มือ/ทบทวนคู่มือ และจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อปฏิบัติ ได้ง่าย														
7. จัดตั้งองค์กรแพทย์ และคณะกรรมการต่าง ๆ ดำเนินการตาม หน้าที่ที่กำหนดไว้														
ค. เชื่อมโยงทิศทางการองค์กร														
1. คัดเลือกเป้าหมายสำคัญในแผน ยุทธศาสตร์มาจัดทำเข็มมุ่งของ รพ.														

กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา											
3. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานและการยกยอผลงานของกันและกัน														
4. เชิญองค์การวิชาชีพมาเยี่ยมให้คำปรึกษาและดำเนินการปรับปรุงตามที่ได้รับคำแนะนำ														
5. ประเมินตนเองซ้ำ														
6. เยี่ยมสำรวจภายใน														
7. ปรับปรุงแก้ไขจุดอ่อน														
8. ประเมินตนเองเพิ่มเติมและส่งแบบประเมินให้ พรพ.														
9. ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะที่ได้รับจาก พรพ.														

๒. รายการหนังสือ/สื่อเพื่อการพัฒนาคุณภาพ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ลำดับที่	รายการ	ราคาต่อชุด/เล่ม
1.	วิดีโอเทป การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	500.-
2.	วิดีโอเทป มิติใหม่โรงพยาบาลคุณภาพ	300.-
3.	วิดีโอเทป งานประชุม National Forum on Hospital Accreditation 2	2,000.-
4.	เทปคาสเซต การประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปี 2541	680.-
5.	หนังสือ เส้นทาง...สู่การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อประชาชน	170.-
6.	หนังสือ ขั้นตอนการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	240.-
7.	หนังสือ ก้าวแรกของ TQM/CQI ในโรงพยาบาล	300.-
8.	หนังสือ มาตรฐานโรงพยาบาล	600.-
9.	หนังสือ บทเรียนจากแคนาดา	240.-
10.	หนังสือ เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ	600.-
11.	หนังสือ โรงพยาบาลที่ (ไม่) น่าไว้ใจ	50.-
12.	หนังสือ คู่มือการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล	80.-
13.	หนังสือ Facilitator กับการเพิ่มประสิทธิภาพของทีม	180.-
14.	หนังสือ เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพ	150.-
15.	หนังสือ คุณภาพสู่ประชาชน	100.-

ลำดับที่	รายการ	ราคาต่อชุด/เล่ม
16.	หนังสือ มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา	55.-
17.	หนังสือ แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA	70.-
18.	หนังสือ เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล	65.-
19.	หนังสือ ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล	40.-
20.	หนังสือ พัฒนาคุณภาพด้วยความคิดสร้างสรรค์	35.-
21.	หนังสือ เรื่องยุ่ง...ที่หน้ารู้	65.-
22.	หนังสือ นานาทัศนะต่อ HA	45.-
23.	หนังสือ Clinical Practice Guidelines	80.-



ภาพปก :

เครื่องหมายรับรองกระบวนการคุณภาพของโรงพยาบาล

ภาพ :

เครื่องหมายกากบาทสีน้ำเงินที่กำลังเปิดออก สื่อถึงโรงพยาบาลที่เปิดโอกาสให้กัลยาณมิตรจากภายนอกเข้าไปเยี่ยมชมสำรวจ

เครื่องหมายถูก ✓ สื่อถึงการที่โรงพยาบาลสามารถแสดงให้เห็นว่า

1. มีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการอย่างมีคุณภาพโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
2. มีทรัพยากรเพียงพอและมีการบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
3. มีระบบการป้องกันความเสี่ยง การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการธำรงไว้ซึ่งคุณภาพที่พัฒนาได้
4. มีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ควบคู่ไปกับการกำกับดูแลผู้ประกอบการวิชาชีพ
5. มีกระบวนการทำงาน และการดูแลผู้ป่วยซึ่งเน้นการนำมาตรฐานวิชาชีพและความรู้ที่ทันสมัยเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจสังคมมาตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของผู้ป่วย

เจ้าของลิขสิทธิ์ : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)

พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อคุณภาพชีวิต

ISBN 974-293-466-5



9 789742 934668