

กำหนดการประชุม  
การก่อตั้งภาคีความร่วมมือเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล  
ห้องประชุม 1 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
19 มีนาคม 2541 เวลา 9.00-10.30 น.

9.00-9.15 น.	ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกล่าวเปิดประชุม
9.15-9.40 น.	ความเป็นมาและความก้าวหน้าของโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล (ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา และคณะ)
9.40-10.00 น.	ที่ประชุมให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทและแนวการทำงานของภาคี
10.00-10.30 น.	ลงนามก่อตั้งภาคีฯ และแถลงข่าวแก่สื่อมวลชน

รายนามผู้เข้าร่วมประชุมก่อตั้งภาคีเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล  
ห้องประชุม 1 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
19 มีนาคม 2541 เวลา 9.00-10.30 น.

ประธานที่ประชุม นพ.ปรากรม วุฒิพงษ์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ผู้เข้าร่วมประชุม

**ผู้ทรงคุณวุฒิ**

ศ.นพ.ประเวศ วะสี

นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์

ศ.นพ.วันชัย วัฒนศัพท์

**ผู้แทนองค์กรวิชาชีพ/สมาคม**

รศ.กัญญา กาญจนบุรานนท์

เลขาธิการสภาการพยาบาล

พ.ต.อ.(พิเศษ) นพ.ชุมศักดิ์ พุกษาพงศ์

เลขาธิการกลุ่มสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง

พลโท.ศ.(พิเศษ)พิศาล เทพลีธา

นายกทันตแพทยสภา

รศ.ภาวิศ ทองโรจน์

นายกสภาเภสัชกรรม

นพ.ไศล สุขพันธ์ไพฑาราม

นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชน

ศ.นพ.อรุณ เผ่าสวัสดิ์

นายกแพทยสภา

**ผู้แทนส่วนราชการ/หน่วยงาน**

นพ.ชาติ พิษณุางกูร

อธิบดีกรมการแพทย์

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นพ.สมเกียรติ ฉายะศรีวงศ์

รองเลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

นพ.สุรเดช วลีอิทธิกุล

ผู้อำนวยการกองประสานการแพทย์

ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช

ผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์

ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

**ผู้บริหารโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**

ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา

ผู้อำนวยการโครงการ

นพ.ปัญญา สอนคม

ผู้อำนวยการแผนงานที่ 1 (พัฒนา รพ.)

นพ.ศุภชัย คุณารัตนพฤษ์

ผู้อำนวยการแผนงานที่ 2 (พัฒนามาตรฐาน)

พญ.มาลินี สุขเวชชวรกิจ

ผู้อำนวยการแผนงานที่ 3 (พัฒนาการประเมิน)

รศ.ธิดา นิงสานนท์

ผู้อำนวยการแผนงานที่ 4 (ประชาสัมพันธ์)

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

ผู้ประสานงานกลาง

**คำกล่าวของท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข**  
**ในการประชุมก่อตั้งภาคีความร่วมมือเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**  
**ห้องประชุม 1 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**  
**19 มีนาคม 2541 9.00-10.30 น.**

**นโยบายต่อการพัฒนาคุณภาพบริการ**

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 กำหนดหน้าที่ของฝ่ายผู้ให้บริการและสิทธิของผู้รับบริการเกี่ยวกับบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน เป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขและผู้ให้บริการที่จะต้องปฏิบัติตามรัฐธรรมนูญ เป็นความจำเป็นนอกเหนือนโยบายของผู้ใด

การพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขถือว่าเป็นนโยบายสำคัญที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาพเศรษฐกิจอย่างนี้ทำให้ประชาชนกังวลว่าจะมีผลต่อคุณภาพบริการ **เราต้องทำให้ประชาชนมั่นใจในระบบบริการของรัฐว่าจะให้บริการที่มีคุณภาพ ในราคาที่เหมาะสม** ขณะนี้ทางกองโรงพยาบาลภูมิภาค ซึ่งดูแลโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน 92 แห่ง ได้มีนโยบายที่จะให้โรงพยาบาลทุกแห่งพัฒนาคุณภาพโดยนำแนวคิด Total Quality Management มาเสริมกับกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ทำอยู่แล้ว

**โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**

เมื่อโรงพยาบาลต่างๆพัฒนาคุณภาพกันไปแล้ว การมีระบบรับรองคุณภาพน่าจะเป็นสิ่งที่ดีสำหรับสังคมไทย พวกเราไปดูงานกันมาหลายแห่งแล้วพบการเปลี่ยนแปลงในประเทศตะวันตก ที่เปลี่ยนแนวคิดจากการตรวจสอบ มาสู่แนวคิดที่ใช้เป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดความอยากในการพัฒนาตนเอง มาเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ประเมินกับผู้ถูกประเมิน ทำให้ทั้งสองฝ่ายรู้สึกสบายใจมากขึ้น ผู้ประเมินไปแบบกัลยาณมิตร ไปให้ความช่วยเหลือ

เราคาดว่าแนวคิดนี้น่าจะใช้ได้กับประเทศไทย แต่เพื่อให้มั่นใจมากขึ้น และเพื่อให้รู้ว่าจะเผชิญกับปัญหาอะไรบ้าง ทางกองโรงพยาบาลภูมิภาคร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จึงได้ไปเชิญเชิญฝ่ายต่างๆมาร่วมมือกันทำโครงการทดลองขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับสังคมไทย

โครงการนี้มีผู้ใหญ่จากข้างนอกเข้ามาช่วยดูแลในเรื่องนี้ เป็นอาจารย์อาวุโส เป็นอดีตผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุข ผมได้บอกกับผู้บริหารโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการว่าผมสนับสนุนโครงการนี้เต็มที่ ให้ช่วยกันทำด้วยความมั่นใจ ด้วยความตั้งใจว่าเราจะทำให้สำเร็จ

การลงมือทำคราวนี้เป็นการศึกษาด้วย เป็นโอกาสที่ผู้บริหารโรงพยาบาลจะได้มาอยู่ใน  
เนื้อ ร่วมคิดร่วมทำ ไม่ได้ถูกผู้อื่นมาขีดเส้นให้เดินโดยไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการทำจะต้อง  
ประมาณตัวเอง ไม่เอามาตรฐานของฝรั่งมาบีบคั้นตัวเอง ทำให้เกิดความเครียดโดยไม่จำเป็น  
เท่าที่ได้รับฟังผลงานที่โรงพยาบาลทำไปแล้ว ถือว่าดี ได้รับรางวัลชมเชยแล้ว ขอให้  
ค่อยๆ ขยับทำขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง ก็จะได้รับรางวัลที่สูงขึ้นไปอีก

### การก่อตั้งภาคีความร่วมมือ

โครงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมักจะถูกถามว่า ใครจะมาประเมิน ใครจะมารับรอง  
จึงจำเป็นต้องมีองค์กรซึ่งเป็นที่ยอมรับและเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายมาเป็นผู้รับรอง ซึ่ง  
องค์กรในอุดมคติน่าจะประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง องค์กรวิชาชีพ และ  
ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นที่ยอมรับของสังคม เมื่อเดือนพฤศจิกายนที่ผ่านมาได้มีการพูดคุยกันระหว่าง  
กระทรวงสาธารณสุขกับกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิไปแล้วเพื่อเตรียมการที่จะก่อตั้งภาคีความร่วมมือเพื่อ  
การพัฒนาและรับรองคุณภาพ

ในอนาคตกระบวนการนี้จะต้องขยายตัวไปเป็นแผนงานในระดับชาติ แม้ว่าจะใช้แนวคิด  
ของการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ แต่โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะอยู่เฉยไม่ได้ ต้องลุกขึ้นมาพัฒนา  
คุณภาพ ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานทุกคน การเปลี่ยนแปลงใดๆ มักจะประสบกับ  
การต่อต้าน หากสามารถเตรียมการเพื่อลดแรงต้านอันเนื่องจากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง  
ลงได้ จะทำให้การยกระดับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลต่างๆ เป็นไปได้ง่ายขึ้น การร่วมมือ  
กันทำงานขององค์กรวิชาชีพต่างๆ ในฐานะสมาชิกของภาคีน่าจะช่วยกระจายความเข้าใจที่ถูกต้อง  
ไปสู่ผู้ประกอบการวิชาชีพต่างๆ ได้เป็นอย่างดี

คุณภาพบริการของโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่ต้องจัดการในลักษณะองค์รวม หากแยกกันทำ  
จะได้ผลเฉพาะจุด จึงมีความจำเป็นที่สาขาวิชาชีพต่างๆ ควรมาร่วมมือกัน ประสานพลังให้  
สอดคล้องกัน องค์กรวิชาชีพแต่ละแห่งมีความรู้และมีแนวทางเกี่ยวกับเรื่องคุณภาพอยู่  
แล้วจำนวนมาก ความร่วมมือกันจะเป็นโอกาสให้นำสิ่งที่มีอยู่เหล่านั้นมาใช้ให้เกิด  
ประโยชน์พร้อมๆ กัน เช่น แพทย์สภาร่วมกับสภาวิชาชีพอื่นๆ ได้กำหนดสิทธิผู้ป่วยขึ้น ราช  
วิทยาลัย/สภาวิชาชีพ/สมาคมต่างๆ มีการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยในส่วนที่เกี่ยวข้อง  
กับวิชาชีพของตน การรับรองคุณภาพก็จะเป็นโอกาสที่จะกระตุ้นให้โรงพยาบาลต่างๆ ได้นำเอาสิ่ง  
ที่กำหนดไว้เหล่านี้ไปใช้อย่างจริงจัง

เมื่อมารวมตัวกันเป็นภาคีก็จะเกิดคำถามว่าภาคีนี้จะอยู่ในฐานะอะไร จึงจะมีความ  
คล่องตัว มีประสิทธิภาพ ได้รับการยอมรับและเป็นที่ยอมรับ ขณะเดียวกันก็สมควรได้รับการ  
สนับสนุนจากรัฐบาลในระดับหนึ่งเพื่อไม่ให้เป็นการค่าใช้จ่ายแก่โรงพยาบาลมากเกินไป เราคง

จะต้องนึกถึงรูปแบบใหม่ๆในการทำงานที่มีสถานะเป็นนิติบุคคล มีอิสระในการทำงาน เป็นกลาง  
ท่านสมาชิกภาคีทั้งหลายคงจะต้องช่วยกันให้ความเห็นว่ารูปแบบใดจึงจะมีความเหมาะสมกับ  
กิจกรรมที่เรากำลังจะทำต่อไป

ขอขอบคุณทุกท่านที่มาร่วมประชุมกันในวันนี้เพื่อประกาศการก่อตัวภาคีอย่างเป็นทางการ  
หวังว่าจะเป็นการก่อให้เกิดจุดเปลี่ยนที่สำคัญขึ้นกับระบบสาธารณสุขของบ้านเรา  
ขอขอบคุณอาจารย์ผู้ใหญ่ทุกท่านที่ช่วยเป็นกำลังใจ และให้ข้อเสนอแนะกับกิจกรรมนี้มาอย่าง  
ต่อเนื่อง

# ความเป็นมาและความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

## โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา เกิดกระแสการเปลี่ยนแปลงและแรงกดดันต่างๆ ขึ้นกับระบบบริการสาธารณสุขมากมาย ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง เทคโนโลยี ระบบการเงินการคลังเพื่อสุขภาพ กระแสแรงกดดันดังกล่าวอาจผลักดันให้เราเข้าไปอยู่ในพายุหมุนเหมือนกับที่เคยเกิดในหลายๆ ประเทศ ทำให้เกิดความสูญเปล่า และความขัดแย้ง จึงจำเป็นต้องเร่งดำเนินการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง โดยการลดความผิดพลาดของการดูแลผู้ป่วยและลดความไม่เข้าใจระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ มีระบบที่จะตรวจสอบและเตือนตนเองให้มีสติ

ในการตรวจสอบนั้นจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทำโดยผู้ประกอบวิชาชีพด้วยตนเอง เพราะเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยความรู้วิชาการเฉพาะด้าน และเป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่ไม่ชอบการตรวจสอบจากผู้อื่น จึงต้องทำให้กระบวนการนี้เป็นการตรวจสอบในกลุ่มผู้ประกอบวิชาชีพด้วยกัน และเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้ เป็นการที่เพื่อนช่วยเตือนเพื่อน แต่ต้องแสดงให้บุคคลภายนอกเห็นว่ากระบวนการนี้ตรงไปตรงมา มุ่งรักษาจริยธรรมและความรับผิดชอบของวิชาชีพ

**การนำแนวคิดข้างต้นไปสู่การปฏิบัติได้สำเร็จ จำเป็นจะต้องมีสิ่งต่อไปนี้**

1. มีแนวทางดำเนินงาน ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาล
2. มีตัวอย่างหรือประสบการณ์ให้เห็นว่าทำแล้วได้ผลอย่างไร มีวิธีปฏิบัติอย่างไร ประสบปัญหาอุปสรรคอย่างไร และมีวิธีการแก้ไขอย่างไร
3. มีการประเมินและพัฒนาโดยโรงพยาบาลเอง ร่วมกับการมีบุคคลหรือองค์กรภายนอกไปกระตุ้นและยืนยันผลการประเมินของโรงพยาบาลว่ามีความน่าเชื่อถือและเป็นไปแนวทางเดียวกัน
4. มีแรงจูงใจที่จะทำให้โรงพยาบาลและผู้ปฏิบัติงานตื่นตัวที่จะพัฒนาตนเอง

### กิจกรรมที่เป็นพื้นฐานของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับกอง รพ.ภูมิภาค และกองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพร่วมกันดังนี้

- นำแนวคิด TQM/CQI มาใช้ในโรงพยาบาล 8 แห่ง และขยายตัวออกไปใน รพศ./รพท. 27 แห่ง

- การศึกษารูปแบบของการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลโดยใช้มาตรฐานที่แพทยสภากำหนดไว้
- การจัดทำคู่มือประเมินเพื่อรับรองโรงพยาบาลคู่สัญญาให้กับสำนักงานประกันสังคม
- การสาธิตกระบวนการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลโดยผู้เชี่ยวชาญจากแคนาดา
- การศึกษาดูงานในประเทศแคนาดา
- การยกร่างมาตรฐานโรงพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

### กิจกรรมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

- เชิญผู้ทรงคุณวุฒิมาร่วมกันปรึกษาหารือเกี่ยวกับแนวคิดและแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย เพื่อวางรากฐานการพัฒนาให้มั่นคง สร้างความเชื่อมั่นและความศรัทธาให้แก่สังคมในระยะยาวให้ข้อคิดเห็นเพื่อเป็นแนวทางในการทำงานของโครงการ (ผนวก 1)
- เชิญชวน รพ.รัฐและเอกชน ทุกระดับ จำนวน 35 แห่ง (เป็น รพ.ในสังกัด สธ.21 แห่ง กลาโหม1 แห่ง, โรงเรียนแพทย์ 1 แห่ง, เอกชน 12 แห่ง) เข้าร่วม**โครงการนำร่อง**เพื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลที่ยกร่างไว้ ไปประเมินและพัฒนาตนเอง (ผนวก 2)
- **ทำความเข้าใจ**กับผู้บริหารและผู้ประสานงานคุณภาพของโรงพยาบาลเกี่ยวกับแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพ การใช้มาตรฐานในการประเมินตนเอง การเริ่มต้นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ
- สร้าง**ทีมที่ปรึกษา**สำหรับโรงพยาบาลในโครงการ เพื่อติดตามประเมินความก้าวหน้าและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และเตรียมตัวสำหรับเป็นผู้ประเมินในอนาคต
- สร้าง**ทีมนักวิจัย**เพื่อเก็บเกี่ยวความรู้ในระหว่างการประเมินและพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล
- จัดให้มีการ**แลกเปลี่ยนประสบการณ์**ระหว่างโรงพยาบาล ในระดับผู้ประสานงานคุณภาพ และระดับหน่วยงานย่อยในโรงพยาบาลตามสาขาวิชาชีพ/กลุ่มผู้ป่วย
- **ประสานงานกับองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ**เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาผู้ป่วยและการตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลในโครงการ (ผนวก 3)
- พัฒนา**ความรู้และทักษะ**ของผู้ที่จะทำหน้าที่**ผู้ประเมิน** (ผนวก 4)

## เป้าหมาย

- เริ่มต้นรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่พัฒนาได้ครบถ้วนตามข้อกำหนดตั้งแต่ต้นปี 2542 เป็นต้นไป และมีโรงพยาบาลอย่างน้อย 5 แห่งได้รับการรับรองภายในเดือนมีนาคม 2542 เพื่อเป็นตัวอย่างแก่โรงพยาบาลอื่นๆ



## ผนวก 1

# สรุปสาระสำคัญของการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาโครงการ

## การประชุมครั้งที่ 1 วันที่ 13 มีนาคม 2540

ประเทศที่ทำ Hospital Accreditation มาแต่เดิมไม่ได้เน้นที่การตรวจและรับรองอีกต่อไป แต่เน้นที่การสร้างระบบภายในขึ้นดูแลตนเองของ รพ. และมีคนนอกเข้าไปดูเป็นการเสริม

ควรรวบรวมความพยายามพัฒนาคุณภาพของวิชาชีพต่างๆซึ่งเป็นไปอย่างกระจัดกระจายเข้ามาให้เป็นระบบ

ระบบที่จะสร้างขึ้นใหม่ต้องไม่ทำลายความดีที่ยังมีอยู่ในสังคมไทย (ศรัทธาของประชาชน ความรับผิดชอบ ความเมตตา กรุณา ความเกรงใจและกัลยาณมิตร) และต้องส่งเสริมให้มีความคิดสร้างสรรค์ การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง

ควรส่งเสริมให้ผู้เชี่ยวชาญเรื่องคุณภาพมาพบกัน ปรับแนวทางและมาตรฐานไปเรื่อยๆ ส่งเสริมให้ที่ปรึกษาคุณภาพมีทักษะและความรู้ความเข้าใจ เพิ่มจำนวนที่ปรึกษาให้มากขึ้น โดยไม่ต้องหวังว่าเขาจะอยู่ที่ไหน

## องค์กรเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

หลักการในการจัดตั้งองค์กรเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะต้องพิจารณาวัตถุประสงค์หลักให้ชัดเจน ใช้พลังทางสังคมมาร่วมมือกัน (พลังทางจริยธรรม พลังของการเรียนรู้ พลังของการจัดการ) ยุทธศาสตร์หลักคือการเป็นแหล่งก่อเกิดการพัฒนาและส่งเสริมการเรียนรู้ การดำเนินงานในลักษณะอาสาสมัครจะทำให้เกิดมาตรฐานระดับสูง องค์กรที่จะจัดตั้งต้องสะท้อนยุทธศาสตร์หลัก คือเป็นอิสระ ไม่เป็นส่วนราชการ ไม่ถูกแทรกแซงจากการเมืองหรือใช้เงินซื้อได้

รูปแบบขององค์กรอาจจะเป็นองค์กรพิเศษในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือเป็นองค์กรที่เป็นอิสระจากระบบราชการแต่มีอุดมการณ์เป็น public mode ซึ่งในระยะแรกให้ทำในลักษณะของการศึกษาวิจัยไปก่อน

## แนวทางการทำงาน

ภาพลักษณ์ของกระบวนการนี้เป็นภาพของการพัฒนา ไม่ใช่การตัดสินว่าสอบได้หรือตก ประชาชนให้การยอมรับ มีความศรัทธาและเชื่อมั่นว่าจะมีการดำเนินงานอย่างเที่ยงตรง วิธีการทำงานจะต้องสร้างกลุ่มที่ปรึกษาให้มากเพียงพอ ประสานกันระหว่างส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและภาคเอกชน

ควรริบทำความเข้าใจกับโรงพยาบาล ให้เขาทำได้เอง ยิ่งทำได้เองมากเท่าไร ก็จะเกิดเร็วขึ้น เป็น active learning ริบวางแผนว่าจะขยายตัวอย่างไร โรงพยาบาลอื่นๆ ที่ไม่ได้อยู่ในโครงการวิจัยจะทำอย่างไร

ที่ปรึกษา/ผู้ประเมินที่จะไปให้คำแนะนำหรือประเมินโรงพยาบาล นั้นควรกำหนดคุณสมบัติให้ชัดเจน ต้องมีประสบการณ์สูงมาก มีบารมี มีเมตตาธรรมสูงต้องวางแผนให้มีที่ปรึกษาเพียงพอ คนที่ทำในโรงพยาบาลต่อไปจะเป็นที่ปรึกษาได้ดี เพราะเป็นคนลงมือทำเอง

การตัดสินใจรับรองเป็นงานที่จะต้องมียุทธศาสตร์มาช่วยกัน ส่วนผู้ที่จะลงนามรับรองนั้นควรเป็นคนที่ประชาชนยอมรับ คนรับก็จะดีใจและภาคภูมิใจ เพราะสังคมไทยคาดหวังความถูกต้องสูง ต้องระมัดระวังความไม่งามในความสัมพันธ์เชิงอำนาจกับนักการเมือง

### **ความเห็นร่วมของที่ประชุม**

1. ให้ดำเนินการกิจกรรมวิจัยและพัฒนาที่ทำมาแล้วต่อไป โดยตั้งโครงสร้างขึ้นมาดูแลการวิจัยและพัฒนาให้ชัดเจน มีการประสานกับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้การทำงานคู่ขนานกันไปและมีแนวคิดที่ตรงกัน

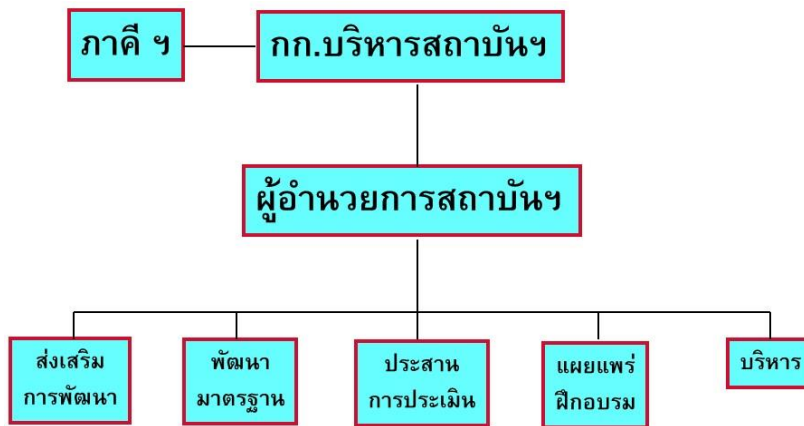
2. สิ่งที่สรุปได้ขณะนี้คือ องค์กรที่จะมาดูแลเรื่องนี้ต้องเป็นองค์กรอิสระ เป็นที่ศรัทธาและน่าเชื่อถือของประชาชน มีหลายฝ่ายและหลายวิชาชีพเข้ามาร่วม และกระทรวงสาธารณสุขจะต้องมีบทบาท

3. ยังไม่ต้องรีบสรุปขณะนี้ว่าองค์กรระดับชาติในอนาคตจะมีหน้าตาอย่างไร มีองค์ประกอบและที่มาอย่างไร ให้จัดทำเอกสารรวบรวมความคิด หลักการ เกี่ยวกับองค์กร รับผิดชอบ เผยแพร่ รับฟังความคิดเห็น และดูวิวัฒนาการของการทำงาน

## การประชุมครั้งที่ 2 วันที่ 18 มิถุนายน 2540

### โครงสร้างองค์กร

ฝ่ายเลขานุการได้นำเสนอแผนภูมิโครงสร้างองค์กรดังนี้



โครงสร้างนี้ต้องการกระจายอำนาจให้ผู้ดำเนินงานแผนงานแต่ละแผนมีอำนาจในการตัดสินใจได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากแต่ละแผนงานมีกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนของตัวเอง เช่น แผนงานที่ 1 เน้นที่ รพ.จำนวน 35 แห่ง ในขณะที่แผนงานที่ 2 ต้อง mobilise องค์กรวิชาชีพต่างๆมากมาย เพื่อให้เกิดมาตรฐานที่เป็นพลวัต และตอบสนองในขอบเขตที่กว้างขวางกว่ารพ.ทั้ง 35 แห่ง แผนงานที่ 3 อาจเห็นว่าวิธีการซ้อนกับแผนที่ 1 แต่แยกออกมาเพื่อเน้นการพัฒนาเจตคติของผู้ประเมินให้เหมาะสม แยกออกมาเพื่อให้มีเสรีภาพในการพัฒนา แผนที่ 4 เน้นการค้นหากลยุทธ์ในการทำหน้าที่ advocate

ที่ประชุมให้ความเห็นว่า

1) **สภาที่ปรึกษา** เป็นการสร้างเวทีของการมีส่วนร่วม ควบคู่ไปกับการเรียนรู้ด้วยการกระทำในระบบที่ซับซ้อน ควรพิจารณาองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง แต่สภาที่ปรึกษาควรมีจำนวนให้พอเหมาะ ถ้ามากเกินไปก็จะไม่งาม ส่วนที่ไม่ได้อยู่ในสภาที่ปรึกษายังคงเป็นสมาชิกของภาคีซึ่งจะมีการประชุมใหญ่ร่วมกันอย่างน้อยปีละครั้ง

2) **กรรมการอำนวยการ** ควรเน้น **creativity** ให้ความคิดในการชี้แนวทางที่ต่างไปจากเดิม เรื่องการพัฒนาต้องประสานระหว่างความคิดสร้างสรรค์กับการยืนอยู่บนดิน กรรมการอำนวยการควรมีโอกาสชี้ให้เห็นช่องทางใหม่ๆหากเห็นว่ายังฝืนไม่พอ และควรชี้ให้เห็นข้อจำกัดต่างๆเพื่อให้ยืนอยู่บนดินได้

กรรมการอำนวยการควรมีกลไกการทำงานแบบเอกชน แต่ทำงานเพื่อประเทศ จำนวนของคณะกรรมการอำนวยการไม่ควรจะมากเกินไป อยู่ในระหว่าง 12-16 คน และควรเน้นที่การสร้างความรู้ การคิดสร้างสรรค์อย่างกว้างขวาง ส่วนการนำความรู้ไปสู่การปฏิบัตินั้นอาจจะใช้รูปแบบของการจัดประชุมประจำปีซึ่งสามารถเชิญผู้เกี่ยวข้องจำนวนมากมาร่วมได้

ที่ประชุมเห็นว่าควรเชิญองค์กรใหญ่ ๆ ที่สมควรเข้าร่วมเป็นภาคีมาประชุมร่วมกัน แล้วลงนามก่อตั้งภาคีในตอนนั้น

3) คณะกรรมการประสานแผน จะต้องมีส่วนที่รับผิดชอบต่อความสำเร็จของโครงการ มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน รวมอำนาจการจัดสรรทรัพยากรไว้ที่ส่วนกลางเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น ให้เลียนแบบการทำงานของเซลล์ประสาทในสมองซึ่งแต่ละตัวต้องสร้างเครือข่ายและเรียนรู้ไปพร้อมกัน มี feed back mechanism ที่เหมาะสม

### วิธีการทำงาน

1) งานลักษณะนี้มีการดำเนินการควบคู่ไปกับการปรับปรุงพัฒนาวิธีการ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเพื่อสร้างวิธีการทำงานใหม่ ต้องการความเป็นพลวัตและการปรับตัวสูง สามารถชักนำให้เกิดการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องและทำให้โรงพยาบาลยอมรับวิธีการทำงานและความเป็นพลวัต

2) การทำงานทั้งหมดเป็นกระบวนการวิจัย ต้องเน้นการเก็บบันทึกอยู่ตลอดเวลาในทุกขั้นตอนของการทำงานของโรงพยาบาล และโครงการเพื่อหายุทธวิธีที่เหมาะสมและนำไปสู่การสรุปบทเรียน

3) ผลลัพธ์สุดท้ายที่ต้องการคือการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล แต่ก่อนจะถึงตรงนั้น อาจจะมีอะไรที่นุ่มนวลกว่า เช่น การให้ quality award หรือ การทำ quality fitness test เพื่อสร้างความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพงาน

4) การกระตุ้นให้คนในโรงพยาบาลทำงานไม่ควรมองที่คุณภาพตรงผลลัพธ์อย่างเดียว แต่ควรมองที่กระบวนการและคนด้วย

5) โครงการต้องเน้นการสร้างปัญญาซึ่งเป็นของจริง องค์กรที่ใช้อำนาจในแนวตั้งจะไม่เกิดปัญญาและตราบใดที่ไม่ใช่ของจริงจะล้มและประสบความสำเร็จปวด

6) โลกอนาคตเป็นโลกของความหลากหลาย เราต้องดูแลความหลากหลายนั้นให้ได้ ไม่ใช่บีบให้เหมือนกันทั้งหมดจะเกิดความล้มเหลว

7) ควรส่งเสริมให้โรงพยาบาลทำหน้าที่ส่งเสริมป้องกันด้วย

### การประชาสัมพันธ์

ที่ประชุมให้ข้อเสนอแนะต่อแผนประชาสัมพันธ์ดังนี้

1) จัดลำดับความสำคัญของกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน อันดับแรกน่าจะเป็นโรงพยาบาลในโครงการนำร่อง

2) กำหนดเป้าหมายให้ชัดเจนสำหรับแต่ละกลุ่มเป้าหมายว่าต้องการให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน หรือต้องการทำให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลที่เป็นที่ยุติแล้ว

3) กำหนดจังหวะในการสื่อสารให้เหมาะสม มองให้เป็นกระบวนการ อย่างมองเป็นจุดๆ หลายครั้งพลาดเพราะให้ความสำคัญกับสื่อมวลชนก่อนแทนที่จะเป็นกลุ่มแกนข้างใน ถ้าเขาได้รับรู้ที่หลังเขาจะเกิดความรู้สึก

4) จัดทำเอกสารที่แจ่มที่สุดที่จะทำให้ประชาชนและผู้ประกอบวิชาชีพเกิดความเข้าใจชัดเจน เกิดพลังว่าจะเกิดความดีงาม ต้องทำความเข้าใจว่าไม่ใช่การประจาน ต้องมีเอกสารเพราะสังคมไทยพื้ยนง่าย ดูถ้อยคำให้ดี มีความอสังการ์ ดึงผู้คนไปสู่ความสูงส่ง

5) ทำให้เกิดกระบวนการ internalization ในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ ให้มีการระดมความคิดเห็นเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าได้มีส่วนร่วมสร้าง และเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง

6) โรงพยาบาล 35 แห่งน่าจะเป็นจุดเริ่ม เป็นจิตวิทยา สร้างความเข้าใจร่วมกัน จากจุดนั้นแจกเอกสารไปยัง รพ.ต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการรับรู้ หลังจากนั้นอาจจะตามด้วยกระบวนการสื่อต่างๆ

## การประชุมครั้งที่ 3 วันที่ 16 พฤศจิกายน 2541

### ข้อคิดเห็นในภาพรวม

การทำงานโดยมีคุณภาพมาตรฐานจะทำให้เกิดการประหยัดทรัพยากร และควรสร้างวัฒนธรรมแบบยั่งยืน ให้ประชาชนในประเทศทำงานโดยมุ่งเพื่อคุณภาพ

ในภาวะที่ทรัพยากรจำกัด ควรต้องพิจารณาถึง 3 มุมมอง คือ relevance, quality, resource

โครงสร้างของระบบพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลหรือ Total Hospital Quality Improvement System น่าจะประกอบด้วย 4 ระบบย่อย คือ

1. Qualification & standardization
2. Internal quality control & improvement
3. External expert supervision
4. Standard rating mechanism ควรเป็นองค์กรภายนอกที่เป็นอิสระ รัฐบาลควรมีนโยบายว่าจะนำ rating นี้ไปใช้อย่างไร เช่น การจัดสรรงบประมาณ

### ข้อคิดเห็นต่อการดำเนินงานแผนงานที่ 1 พัฒนาโรงพยาบาล

ผู้บริหารโรงพยาบาลควรมองว่า horizontal คือ บารมี ด้าน vertical คืออำนาจและการสั่งการ ผู้บริหารต้องเรียนรู้ทั้งสองด้าน เรื่องที่น่าทำก็ควรสั่ง บางเรื่องการพัฒนาทำกันเองจะทำให้เกิดความยั่งยืน

เรื่องการขาดงบประมาณ ถึงแม้บางส่วนจะถูกตัด แต่เรื่องที่ต้องทำก็ทำได้ สิ่งที่ถูกต้องที่ดีก็ทำได้

### ข้อคิดเห็นต่อการดำเนินงานแผนงานที่ 2 พัฒนามาตรฐาน

ระวังการใช้คำว่ามาตรฐานกับเกณฑ์ปฏิบัติ เพราะอาจทำให้สับสน เกณฑ์ปฏิบัติที่ได้ผลมากที่สุดคือในระดับ primary care และส่วนของพยาบาล แต่ระดับ tertiary care จะมีความหลากหลายมาก

ควรให้มีการนำ guideline ไปให้รพ.ทดลองใช้แล้วนำมาปรับให้เกิดความเหมาะสม ไม่ควรสั่งจากเบื้องบน หรืออาจจะเริ่มจากการให้ รพ.สร้าง guideline ของตนเอง

### ข้อคิดเห็นต่อการดำเนินงานแผนงานที่ 3

ควรระมัดระวังอย่าให้การประเมินจากภายนอกส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพของ  
โรงพยาบาล

ควรพิจารณานำผลการประเมินมาใช้เป็น incentive เช่น การมี autonomy มากขึ้น หรือ  
การให้งบประมาณแบบเหมารวม (global budget)

โครงการควรตั้งคำถามเพื่อเก็บเกี่ยวความรู้ว่า การประเมินจากภายนอกควรเป็นใคร ทำ  
อย่างไร จะผสมผสานกับการพัฒนาภายในอย่างไร อะไรควรมาก่อน อะไรมีผลกระทบมากกว่า  
กัน

### **การขยายตัวของภาคีความร่วมมือเพื่อการพัฒนาและรับรองคุณภาพรพ.**

การดำเนินงานของเราต้องเป็นภาคี มีองค์กรสนับสนุน แต่ไม่ขึ้นกับรัฐบาล ต้องมี  
องค์กร/หน่วยงานร่วมกัน องค์กรต้องเป็น 2 แบบ คือวิชาชีพ (สภา) กับวิชาการ (ราชวิทยาลัย)  
หน่วยงานควรประกอบด้วยภาครัฐและเอกชน เมื่อดำเนินงานไปขึ้นหนึ่งแล้วควรดึงกลุ่ม  
ผู้บริโภคมาร่วมด้วย

ภาคีควรเปิดกว้าง แต่องค์กรต้องดำเนินงานแบบธุรกิจ มีเลขานุการกิจที่แข่งขัน ทำแบบ  
ราชการไม่ได้ เพราะความสัมพันธ์ทางดิ่งจะเกิดผลในแง่ลบ

### เอกสารหมายเลข 3

## ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน

### แผนงานที่ 1 บทเรียนใหม่ๆในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

นับแต่ได้มีการทำโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมาตั้งแต่ มกราคม 2541 ได้มีการนำแนวความคิดต่างๆไปทดลองปฏิบัติ ทำให้เกิดบทเรียนใหม่ๆขึ้นในจุดต่างๆ แสดงให้เห็นแนวโน้มที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังตัวอย่างต่อไปนี้

#### 1. บทบาทของผู้นำองค์กร

ผู้นำองค์กรเริ่มเข้าใจมากขึ้นว่าคุณภาพเกิดจากความร่วมมือระหว่างผู้บริหารกับผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้นำของ รพ.บางแห่งจัดให้มีการประชุมเพื่อติดตามและให้ข้อคิดเห็นแก่ทีมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานต่างๆอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกสัปดาห์ เป็นการส่งสัญญาณให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นความมุ่งมั่นของผู้นำที่จะสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ

#### 2. ผู้ประสานงานที่อุทิศตน

การมีแพทย์เข้ามาร่วมเป็นตัวหลักของทีมผู้ประสานงานทำให้เกิดความก้าวหน้าในการพัฒนาอย่างชัดเจน มีแพทย์ใน รพ.เอกชนอย่างน้อย 2 แห่ง ประกาศตนชัดเจนว่าจะทุ่มเทให้การประสานงานพัฒนาคุณภาพโดยไม่ได้รับผลตอบแทนจากรพ.เพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ร่วมงานเกิดความไว้วางใจ ใน รพ.แห่งหนึ่งสามารถพัฒนาระบบคุณภาพตามข้อกำหนดของ ISO9000 จนผ่านการรับรองโดยไม่ต้องอาศัยที่ปรึกษาจากภายนอก และในอีก รพ.หนึ่ง สามารถชักจูงให้คณะแพทย์เข้ามาร่วมทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยเริ่มต้นวิเคราะห์ความเสี่ยงต่างๆที่จะเกิดกับผู้ป่วย

#### 3. การจัดตั้งองค์กรแพทย์

ความเป็นอิสระในการตัดสินใจของแพทย์ถือเป็นหลักการสำคัญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม แต่บางครั้งก็เกิดปัญหาเรื่องมาตรฐานและจริยธรรมในการประกอบวิชาชีพ ซึ่งผู้บริหารไม่สามารถเข้าไปดำเนินการได้เต็มที่ ทำให้เกิดปัญหาการร้องเรียนอยู่เนืองๆ การเปิดโอกาสให้แพทย์จัดตั้งองค์กรเพื่อดูแลกันเองทำให้ปัญหาต่างๆถูกหยิบยกขึ้นมาพิจารณาแก้ไขหรือป้องกัน องค์กรแพทย์ที่จัดตั้งขึ้นอาจจะอยู่ในรูปแบบของที่ประชุมแพทย์สำหรับ รพ.ที่มีแพทย์ไม่มากนัก หรือการมีคณะกรรมการเป็นตัวแทนทั้งจากการเลือกตั้งและการแต่งตั้งสำหรับ รพ.ที่มีแพทย์จำนวนมาก



การจัดตั้งองค์กรแพทย์ใน รพ.แห่งหนึ่ง ทำให้รพ.อื่นๆในโครงการตื่นตัวที่จะตั้งองค์กรแพทย์ขึ้น โดยปรับให้เหมาะสมกับรูปแบบการทำงานของตนเอง

#### 4. การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย

ทีมอายุรกรรมของ รพ.แห่งหนึ่งได้จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย upper GI bleeding ทำให้มีการใช้ยาในแนวทางเดียวกัน สงวนยาที่มีราคาแพงไว้ใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้ และมีการทำ gastroscopy รวดเร็วขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยลดลงถึง 50% โดยที่ผลลัพธ์ดีขึ้นกว่าเดิม

ทีมผู้ประกอบวิชาชีพต่างสาขาซึ่งดูแลผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันได้ร่วมกันจัดทำ clinical pathway สำหรับภาวะที่พบบ่อยๆ ซึ่งจะใช้เป็นแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นเครื่องมือในการบันทึกข้อมูล และเป็นการกระตุ้นให้มีการทบทวนข้อมูลวิชาการเพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติ

#### 5. การเปลี่ยนวัฒนธรรมในการแก้ปัญหา

ผู้บริหารการพยาบาลของ รพ.แห่งหนึ่งพบว่ามีการอุบัติการณ์ของ ruptured urethra เกิดขึ้น 3 รายในเวลาใกล้เคียงกัน จึงได้ตั้งคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้ที่ทำให้เกิดอุบัติการณ์นั้น ร่วมกับบุคคลอื่นๆ สร้างบรรยากาศที่เปิดรับความเห็น มุ่งพัฒนาระบบมากกว่าการลงโทษ ตักเตือนผู้กระทำผิด ใช้กระบวนการวิเคราะห์สาเหตุและใช้ความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหา ทำให้ได้ทางออกในการแก้ปัญหาย่างง่ายแต่ได้ผล คือ การใช้ข้อความเตือนใจใส่ไว้ใน set สวนปัสสาวะทุก set ว่า "ใส่สายให้สุด หยุดดู urine ไหล จึงค่อยใส่น้ำ" หลังจากนั้นไม่เคยเกิดปัญหาขึ้นอีกเลย

#### 6. การสร้างระบบคุณภาพ

รพ.ที่สร้างระบบคุณภาพตามข้อกำหนดของ ISO9000 ได้สร้างระบบเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาได้โดยผู้บริหารไม่จำเป็นต้องลงมาสั่งการทุกเรื่อง กล่าวคือมีการรายงานสิ่งที่ไม่สอดคล้องกับระเบียบปฏิบัติหรือไม่สอดคล้องกับความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้อง (non conformity) ให้แก่ผู้ประสานงานคุณภาพ ซึ่งผู้ประสานงานคุณภาพจะส่งใบขอให้มีการแก้ไข (corrective action request) ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และติดตามว่าได้มีการแก้ไขเสร็จสิ้นแล้วจึงจะปิดเรื่อง ระบบนี้เป็นหลักประกันว่าปัญหาต่างๆจะต้องได้รับการแก้ไขและป้องกัน ไม่ปล่อยให้ละเลยไปได้

## 7. การสร้างระบบทบทวนตรวจสอบตนเอง

รพ.ศูนย์/รพ.ทั่วไปจำนวน 8 แห่ง ได้เข้าร่วมโครงการ trauma registry กับกองระบาดวิทยา ผลของการเก็บข้อมูลนี้ทำได้สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรายใดที่ไม่ควรเสียชีวิต นำมาสู่การทบทวนกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ทำให้ทราบว่ามีค่าหรือความผิดพลาดขึ้นที่จุดใด และร่วมกันกำหนดแนวทางดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป

## 8. การปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียน

เวชระเบียนเป็นจุดอ่อนสำคัญของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย ข้อมูลที่จำเป็นเพื่อให้เกิดการรักษาที่ต่อเนื่องและเพื่อการประเมินคุณภาพการดูแลรักษาไม่ได้รับการบันทึกได้อย่างสมบูรณ์เท่าที่ควร ข้อมูลที่บันทึกอยู่ใช้ประโยชน์ได้น้อย รพ.ต่างๆพยายามปรับปรุงระบบการบันทึกให้สะดวกสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพและได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ขึ้น เช่น ปรับระบบการบันทึก progress note โดยบันทึกร่วมกันทุกวิชาชีพ เรียงตามลำดับเวลาที่เกิดเหตุการณ์ บันทึกเฉพาะข้อมูลที่จำเป็น ทำให้แต่ละวิชาชีพทราบความก้าวหน้าของผู้ป่วยที่ตนดูแลอยู่ได้ดียิ่งขึ้น

## แผนงานที่ 2 ความร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพ/หน่วยงานวิชาการ

ความร่วมมือที่โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพได้รับจากองค์กรวิชาชีพ/หน่วยงานวิชาการ ได้แก่

1. การให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาล ฉบับปีกัญญาภิเศก ซึ่งขณะนี้ยังคงเปิดรับข้อเสนอแนะอยู่ และจะนำไปพิจารณาร่วมกับข้อเสนอแนะจาก รพ.ที่เข้าร่วมโครงการในช่วงเดือนพฤษภาคมนี้

2. การเข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายของวิชาชีพต่างๆ ซึ่งมาจากผู้แทนของวิชาชีพหรือหน่วยงานต่างๆใน รพ.ที่เข้าร่วมโครงการ เช่น บริการวิสัญญีวิทยา บริการกุมารเวชกรรม การควบคุมโรคติดเชื้อ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพ

3. การจัดทำ clinical practice guideline ซึ่งขณะนี้แพทยสภาเป็นผู้ประสานงานกับราชวิทยาลัยต่างๆ โดยจะนำ guideline ที่สร้างขึ้นส่งให้ รพ.ที่เข้าร่วมโครงการพิจารณานำไปปรับใช้ และสะท้อนปัญหาหรือประโยชน์ที่เกิดจากการใช้ guideline ดังกล่าวกลับมายังผู้จัดทำ

4. การร่วมเยี่ยม รพ.ในโครงการเพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก่ รพ. และข้อเสนอแนะในการพัฒนามาตรการเพื่อสนับสนุน รพ.ในภาพรวม โดยได้ร่วมงานกับสำนักงานมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, ราชวิทยาลัยพยาธิแห่งประเทศไทย ในด้านบริการชันสูตรและบริการพยาธิวิทยาไปแล้ว และกำลังวางแผนการเยี่ยม รพ.ร่วมกับราชวิทยาลัยศัลยกรรมแห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, สมาคมเวชปฏิบัติปริกำเนิด, ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ต่อไป ผลการเยี่ยมและการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะขององค์กรวิชาชีพ/หน่วยงานวิชาการ จะถูกใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินว่าจะรับรองคุณภาพแก่ รพ.หรือไม่

5. การรวบรวมปัญหาหรือ pitfall ซึ่งเกิดขึ้นในแต่ละสาขา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวิเคราะห์ความเสี่ยงและการหามาตรการเพื่อป้องกันความเสี่ยง

### แผนงานที่ 3 การพัฒนาระบบประเมินภายนอกและการพัฒนาผู้ประเมิน

หลักการสำคัญของการประเมินจากภายนอก คือการทำให้เป็นกระบวนการเรียนรู้ ผู้ประเมินภายนอกถือว่าเป็น external peer หรือ กัลยาณมิตร ซึ่งจะมาช่วยยืนยันผลการประเมินตนเองของทีมงานใน รพ. รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในมุมมองที่แตกต่างออกไป

กรอบที่ใช้ในการประเมินคือมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกเศก ซึ่งยังเปิดรับข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น มาตรฐานนี้เป็นข้อกำหนดเชิงระบบงานกว้างๆซึ่งเปิดโอกาสให้ รพ.มีความยืดหยุ่นในการเลือกวิธีปฏิบัติให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของ รพ.

หน้าที่ของผู้ประเมินคือการค้นหาความจริง และการให้ข้อเสนอแนะในจุดที่สมควรปรับปรุงให้ดีขึ้นแก่ รพ. ผู้ประเมินไม่ได้มีหน้าที่ตัดสินว่า รพ.จะได้รับการรับรองหรือไม่ ผู้ตัดสินจะเป็นคณะกรรมการที่ภาคีแต่งตั้งขึ้น เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะเกิดความเป็นธรรมในการรับรอง

คุณสมบัติที่สำคัญของผู้ประเมินคือ จะต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการบริหาร รพ. เป็นที่ยอมรับของผู้ร่วมงาน มีเจตคติในเชิงบวกในการกระตุ้นและส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีทักษะในการสังเกต การตั้งคำถาม การรับฟัง และการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ประเมินที่ดีจะต้องไม่ทำให้เกิดความรู้สึกว่าเป็นการตรวจสอบหรือจับผิด แต่จะใช้เทคนิคการสนทนาหรือตั้งคำถามเพื่อประเมินความสมบูรณ์ของระบบงานที่ปฏิบัติอยู่ และเพื่อกระตุ้นให้เห็นโอกาสในการพัฒนาให้ดีขึ้น

โครงการฯได้เชิญชวนผู้บริหาร รพ.จำนวนหนึ่งเข้าร่วมรับการอบรมเป็นผู้ประเมิน (surveyor) และได้จัดอบรมทั้งเชิงทฤษฎีและการปฏิบัติภาคสนาม โดยคาดหวังว่าผู้ที่ได้รับการอบรมจะทำหน้าที่กระตุ้นให้เกิดการประเมินตนเองใน รพ.ของตน ไปร่วมกระตุ้นรพ.ในเครือข่าย และเป็นผู้ประเมินในระดับประเทศเมื่อมีประสบการณ์มากพอ

ปัญหาที่พบบ่อยในระหว่างการฝึกอบรมผู้ประเมินคือ

1. การที่ผู้ประเมินยังคงสวมหมวกผู้บริหาร ถ้ามวิธีการปฏิบัติซึ่งผู้ประเมินสนใจ แต่ไม่ได้เป็นประโยชน์ในการประเมินคุณภาพหรือกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนา
2. ผู้ประเมินยังไม่สามารถเชื่อมโยงองค์ประกอบต่างๆของระบบคุณภาพเข้าด้วยกัน ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ปัญหาเชิงระบบที่ลึกลงไป
3. ผู้ประเมินต้องทำหน้าที่เป็น generalist ซึ่งอาจจะไม่แน่ใจหากไปประเมินในเรื่องที่ตนไม่เคยมีความรู้ในเรื่องนั้นมาก่อน

เชื่อว่าปัญหาเหล่านี้จะสามารถแก้ไขได้ด้วยการจัดกิจกรรมเพิ่มพูนประสบการณ์ในภาคสนามอย่างต่อเนื่อง

## เป้าหมาย

ภายในปี 2541 นี้จะสร้างผู้ประเมินที่สามารถทำหน้าที่ได้ด้วยตนเองอย่างน้อย 15 คน รวมทั้งมีผู้ที่เข้าใจแนวคิดและกระบวนการประเมินอีกไม่ต่ำกว่า 100 คน ซึ่งจะเป็นพื้นฐานที่ดีสำหรับการขยายตัวเพื่อรองรับความต้องการในอนาคต

ภายในต้นปี 2542 จะสามารถดำเนินการประเมินเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลชุดแรก  
ได้