

คู่มือสำหรับที่ปรึกษา

ในคู่มือประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ส่วนแรกนี้ เป็นเรื่องเกี่ยวกับ สถาบันฯ เช่น
 - ความเป็นมาของสถาบัน
 - แผนยุทธศาสตร์และเป้าหมายของ สถาบัน
 - สถานที่ติดต่อ บุคคลที่ติดต่อ
2. ที่ปรึกษา ส่วนนี้จะประกอบด้วย เรื่องที่ที่ปรึกษาควรรู้ เช่น
 - คุณสมบัติของที่ปรึกษา
 - ระเบียบปฏิบัติสำหรับที่ปรึกษา
 - ระเบียบปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาล
 - อัตราค่าตอบแทนสำหรับที่ปรึกษา
 - หน้าที่ความรับผิดชอบของที่ปรึกษา
 - ตัวอย่างกำหนดการเยี่ยมโรงพยาบาล
 - ประเด็นสำคัญในการเยี่ยมโรงพยาบาล
 - รายงานการเยี่ยมโรงพยาบาล (เกริ่นนำ, format การรายงาน ครั้งที่ 1 2 3)
3. ทบทวนองค์ความรู้ของ HA
 - core concept เรื่อง HA
 - คำถามเพื่อทดสอบความรู้ ความเข้าใจเรื่องการพัฒนาคุณภาพ
 - คำถามที่พบบ่อย (Frequently Asked Questions)
 - ตัวอย่างบันทึกการเยี่ยม / ตัวอย่างการสัมภาษณ์ของที่ปรึกษา (บันทึกถาม-ตอบ แบบตัดตอนมา) / หรือ ตัวอย่างสรุปประเด็น
4. ยังไม่ได้ตั้งชื่อหัวข้อ
 - ใบสมัครที่ปรึกษา/วิทยากร
 - แบบสอบถามสำหรับบุคคลอ้างอิง
 - feedback form สำหรับโรงพยาบาลตอบ
 - แบบประเมินความสามารถในการทำงานของที่ปรึกษา (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นผู้รวบรวม feedback แล้วส่งกลับให้ที่ปรึกษาโดยใช้ format นี้)

ตอนที่ 1 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation – Thailand)

1.1 ความเป็นมาและสถานภาพของสถาบัน

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) ได้จัดตั้งขึ้นตามข้อเสนอแนะของภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มุ่งหวังที่จะให้ระบบบริการสุขภาพของประเทศพัฒนาไปในทิศทางที่ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น จากความตื่นตัวของโรงพยาบาลต่างๆ ต่อกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จึงได้ปรับรูปแบบการดำเนินงานจากโครงการวิจัยและพัฒนา ซึ่งมีขอบเขตการดำเนินงานในโรงพยาบาลนำร่อง 35 แห่ง โดยได้รับทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (ตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2540 - 31 กรกฎาคม 2543) มาเป็น "สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล" เมื่อวันที่ 8 เมษายน 2542 โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ภายใต้แผนงานพัฒนากลไกในการสร้างองค์ความรู้และใช้ประโยชน์งานวิจัย ซึ่งมีเป้าหมายให้มีการจัดการเครือข่ายเพื่อสร้างความรู้ และใช้ความรู้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้สามารถตอบสนองต่อความตื่นตัวของโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมและส่งผลกระทบต่อประชาชนได้มากขึ้น โดยในช่วงแรกให้อยู่ภายใต้การดูแลของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และพิจารณารูปแบบองค์กรที่เหมาะสมต่อไป

โดยที่ผ่านมาได้ทำการวิจัยและพัฒนา องค์ความรู้ เครื่องมือ วิธีการ และพัฒนาระบบ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ทั้งในภาครัฐและเอกชน เริ่มจากการยกร่างมาตรฐานโรงพยาบาลในปี พ.ศ.2539 และนำมาตรฐานดังกล่าวมาทดลองใช้เมื่อปี พ.ศ.2540 ซึ่งในช่วง 2 ปี ของการดำเนินการนั้น มีนวัตกรรมในการพัฒนาคุณภาพเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ มีความเข้าใจในแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางเพิ่มขึ้น มีการพัฒนาระบบงานเพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยและผู้ให้บริการจะได้รับบริการอย่างปลอดภัย มีคุณภาพ และสอดคล้องกับความต้องการ อีกทั้งมีการพัฒนากำลังคนที่จะเป็นผู้ช่วยเหลือการพัฒนาคุณภาพในระดับต่าง ๆ และในปีพ.ศ.2541 ได้มีการรวมตัวกันขึ้นเป็น "ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล" ประกอบด้วยกระทรวงสาธารณสุข ข้าราชการในส่วนที่เกี่ยวข้อง องค์กรวิชาชีพ และผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่าง ๆ ทำหน้าที่เป็นผู้กำหนดทิศทางนโยบายและสนับสนุนการทำงานของโครงการฯ

พันธกิจ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีพันธกิจในการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล โดยอาศัยการประเมินตนเองร่วมกับการประเมินจากภายนอกเป็นกลไกกระตุ้นที่สำคัญ ส่งผลให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ของสังคม

ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น

1. ผู้ป่วย จะได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีความเสี่ยงน้อย ได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์
2. ผู้ปฏิบัติงาน (แพทย์, พยาบาล, เจ้าหน้าที่ในรพ.) จะทำงานภายใต้บรรยากาศการทำงานที่ดีขึ้น มีความเสี่ยงต่อความผิดพลาดน้อยลง ได้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเอง
3. โรงพยาบาล มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ทำให้อยู่รอด และยั่งยืน
4. ระบบบริการสุขภาพ บริการของโรงพยาบาลทั้งระบบจะดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกันอย่างกว้างขวางด้วยการให้คำปรึกษาและการประเมิน
5. สังคม จะมีความเชื่อมั่นต่อระบบบริการของประเทศมากขึ้น โรงพยาบาลมีความโปร่งใสและsocial accountability เมื่อมีโรงพยาบาลได้รับการรับรองมากพอ ประชาชนจะสามารถใช้ข้อมูลนี้เพื่อประกอบการตัดสินใจเลือกสถานบริการได้

1.2 แผนยุทธศาสตร์และเป้าหมายของสถาบัน (ปี 2542-2544)

สถานการณ์ปัจจุบัน

- 1). ความตื่นตัวของสังคมและประชาชน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 มีหลักการเกี่ยวกับบริการสาธารณสุขว่าเป็นสิ่งที่รัฐต้องจัดบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพให้แก่ประชาชน ให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงและได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน ผู้ให้บริการจะต้องสามารถถูกตรวจสอบได้ จะต้องส่งเสริมให้ประชาชนและภาคเอกชนมีส่วนร่วมเท่าที่จะทำได้

ความก้าวหน้าในเรื่องความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ เทคโนโลยีสารสนเทศ ทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลและมีความคาดหวังเพิ่มขึ้น ประชาชนเริ่มเรียกร้องและทวงถามสิทธิในการที่จะได้รับบริการอย่างมีคุณภาพและอย่างสมศักดิ์ศรี มีการร้องเรียนและฟ้องร้องเมื่อเห็นว่าได้รับบริการที่ไม่ถูกต้องหรือด้อยคุณภาพ

2). การพัฒนาความรู้และประสบการณ์

ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมีมาอย่างต่อเนื่อง โดยโรงพยาบาล และหน่วยงานที่มีหน้าที่ให้การสนับสนุน เช่น กองการพยาบาล กองโรงพยาบาล ภูมิภาค กองการประกอบโรคศิลป์ กรมการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม แพทยสภา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) เป็นการประสานพลังความพยายามที่มีมาแต่เดิม และสอดคล้องแนวคิดการพัฒนาเชิงบวก ร่วมกับการมี กัลยาณมิตรเข้าไปประเมินและให้ข้อเสนอแนะแก่โรงพยาบาล ดำเนินงานใน ลักษณะของการวิจัยและพัฒนามาตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 มีการจัดตั้งภาคีพัฒนาและ รับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อให้ทิศทางนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงาน ขณะนี้ได้ข้อสรุปในเรื่องรูปแบบของการพัฒนา รูปแบบการประเมินตนเอง รูปแบบ การประเมินจากภายนอก เรียบร้อยแล้ว พร้อมทั้งจะขยายการดำเนินงานออกไปเป็น แผนงานระดับชาติ

3). ความตื่นตัวและการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน

กระแสการแข่งขันส่งผลให้โรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนให้ความสนใจกับการพัฒนา คุณภาพอย่างจริงจัง ในการประชุม National Forum on Hospital Accreditation เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2541 มีผู้แทนจากโรงพยาบาลต่างๆ เข้าร่วมประชุมกว่า 2000 คน เมื่อได้เห็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆ ทำให้ โรงพยาบาลที่อยู่นอกโครงการเกิดความตื่นตัวมากยิ่งขึ้น ทำให้โครงการต้องปรับตัว เพื่อตอบสนองต่อความต้องการดังกล่าวด้วยการจัดอบรมให้อย่างต่อเนื่อง

สำหรับโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายจากรัฐมนตรีที่จะให้ โรงพยาบาลทุกแห่งพัฒนาคุณภาพจนได้รับการรับรอง ISO9002 หรือ HA มีการจัด อบรมให้ทีมแกนนำสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปเกือบทุกแห่ง มีการ วางแผนพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนทั้งจังหวัดไปพร้อมๆกันอย่างน้อยใน 3 จังหวัด ขณะเดียวกันโรงพยาบาลในสังกัดอื่นๆ ก็เริ่มตื่นตัวที่จะพัฒนา ขณะนี้โรงเรียนแพทย์ ทุกแห่งต่างสนใจและวางแผนที่จะพัฒนาคุณภาพบริการและการศึกษาไปพร้อมกัน

4). การคาดการณ์ความต้องการในการรับรอง

โรงพยาบาลขนาดใหญ่ในกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายว่าจะได้รับการรับรอง HA จำนวน 6, 39, 41, 30, 16, 6, 4 แห่งในปี พ.ศ.2542-48 ตามลำดับ

ในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน 716 แห่งนั้น ได้มีการตั้งเป้าหมายว่า โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชจำนวน 8 แห่ง จะได้รับการรับรอง HA ภายในปี พ.ศ.2543 และ

โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียงขึ้นไปจำนวน 66 แห่ง มีความพร้อมที่จะพัฒนาไป
ได้พร้อมๆ กับโรงพยาบาลทั่วไป

โรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด 473 แห่ง ซึ่งมีโรงพยาบาลขนาด 100 เตียงขึ้นไป 114
แห่งนั้น ไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งจะเข้าร่วมการพัฒนาเพื่อขอรับรอง

ตามร่าง policy matrix สำหรับ public health sector reform ซึ่งรัฐบาลไทยร่วมกับ
ธนาคารโลกได้กำหนด benchmark ในเรื่องของความโปร่งใสและความรับผิดชอบต่อ
สังคมของผู้ให้บริการสุขภาพว่าจะมีการรับหลักการในเรื่อง HA ภายในเดือนกันยายน
2542, จะมีการจัดตั้งหน่วยงานระดับชาติทำหน้าที่นี้ภายในเดือนกันยายน 2543 และ
จะใช้สถานะการรับรองเป็นเงื่อนไขในการรับค่ารักษาพยาบาลจากรัฐภายในเดือน
กันยายน 2544 หากเงื่อนไขนี้เป็นจริง จำนวนโรงพยาบาลที่จะพัฒนาเพื่อขอการ
รับรองจะเพิ่มขึ้นกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ไม่น้อยกว่าเท่าตัว นั่น
คือจาก 151 แห่งในปี 2542-2544 อาจจะเพิ่มขึ้นเป็น 300 แห่ง

แผนยุทธศาสตร์

แผนงาน	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	กลยุทธ์
1. ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ	1.1 มีโรงพยาบาลเป็นแบบอย่าง	<ul style="list-style-type: none"> ● ร่วมมือกับ รพ.ที่มีความพร้อม ● ร่วมมือกับ รพ.ที่ผ่านการรับรอง ISO9002
	1.2 มีแหล่งให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำแก่ รพ.	<ul style="list-style-type: none"> ● ที่ปรึกษาจาก พรพ. ● ที่ปรึกษาจากองค์กรแนวร่วม ● ที่ปรึกษาจาก รพ.ที่ประสบความสำเร็จ
	1.3 มีความรู้และเครื่องมือในการพัฒนา รพ.	<ul style="list-style-type: none"> ● ศึกษาวิจัยจาก รพ.ที่เข้ากระบวนการพัฒนาคุณภาพ ● สรุปการปรับใช้ในสถานการณ์ต่างๆ
	1.4 มีความตื่นตัวอย่างต่อเนื่อง และเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น	<ul style="list-style-type: none"> ● National Forum ● เครือข่ายในพื้นที่ใกล้เคียง ● เครือข่ายตามสาขาวิชาชีพ
	1.5 มีการตรวจสอบตนเองเป็นระยะ	<ul style="list-style-type: none"> ● การใช้แบบประเมินตนเอง ● Internal Survey
2. พัฒนามาตรฐาน	2.1 มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างกว้างขวางในทุกระดับ	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่งเสริมแนวคิด evidence-based guideline ● ประสานงานกับองค์กรวิชาชีพ ● ประสานงานกับผู้ประกอบวิชาชีพใน รพ.ระดับต่างๆ
	2.2 ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถเข้าถึงข้อมูลแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้สะดวก	<ul style="list-style-type: none"> ● รวบรวม เผยแพร่ผ่านสื่อต่างๆ เช่น web page, CD Rom

แผนงาน	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	กลยุทธ์
	2.3 มีการนำแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยไปสู่การปฏิบัติ	<ul style="list-style-type: none"> ● ส่งเสริม peer review ใน รพ. ● เวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์
3. เผยแพร่อบรม	3.1 มีหลักสูตรการฝึกอบรมที่จำเป็นและสอดคล้องความต้องการของโรงพยาบาล	<ul style="list-style-type: none"> ● วิเคราะห์ความต้องการ ● พัฒนาหลักสูตร ● สร้างสื่อและวิทยากร
	3.2 มีสื่อการเรียนรู้ที่ดีและเข้าถึงได้กว้างขวาง	<ul style="list-style-type: none"> ● พัฒนาสื่อ ปรับให้ง่าย ● ผลิตเผยแพร่ในรูปแบบต่างๆ
	3.3 มีผู้รู้วิทยากรที่ปรึกษาเพียงพอกับความต้องการ	<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างความร่วมมือกับองค์กรไม่คำกำไร, สถาบันการศึกษา ในการจัดอบรมและให้คำปรึกษา ● สร้างเครือข่ายของการอบรม ● พรพ.ทำหน้าที่พัฒนาหลักสูตรและทำ TOT (training of the trainer) ● เน้นการสร้าง trainer ให้ รพ.
4. ประเมินและรับรอง	4.1 มีรูปแบบและวิธีการประเมินซึ่งเป็นที่ยอมรับและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	<ul style="list-style-type: none"> ● ศึกษา เลือกรร ทดลอง ปรับให้เหมาะกับสังคมไทย ● รับ feed back จาก รพ.ที่รับการประเมิน ● การสังเกตและให้ข้อคิดเห็น โดยองค์กรประเมิน โรงพยาบาลของประเทศอื่น

แผนงาน	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง	กลยุทธ์
	4.2 มีผู้ประเมินที่มีความสามารถเพียงพอกับความต้องการ	<ul style="list-style-type: none"> • สรรหาผ่าน QI workshop, สังเกตพฤติกรรม, สัมภาษณ์ • ฝึกอบรมโดยร่วมกับองค์กรต่างประเทศ (CESO) • มีทั้ง full time และอาสาสมัคร และเน้นระบบอาสาสมัครในระยะยาว
	4.3 มีกระบวนการตัดสินใจรับรองที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับ	<ul style="list-style-type: none"> • เรียนรู้จากประเทศที่มีประสบการณ์ • รับฟังข้อคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง
	4.4 รพ.ที่ได้รับการรับรองรางวัลซึ่งการพัฒนาคุณภาพ	<ul style="list-style-type: none"> • การเฝ้าระวังเครื่องชี้วัดคุณภาพ • การรายงาน sentinel event ด้วยความสมัครใจ
	4.5 ประชาชนเข้าถึงข้อมูลที่สามารถเปิดเผยได้	<ul style="list-style-type: none"> • เลือกสรรข้อมูลเผยแพร่ผ่านสื่อต่างๆ
5. การบริหาร	5.1 พนักงานมีคุณสมบัติและศักยภาพสอดคล้องกับภาระกิจและมีการพัฒนาต่อเนื่อง	
	5.2 การบริการจัดการทั่วไปมีประสิทธิภาพ	
	5.3 ประชาชนและผู้เกี่ยวข้องมีความเข้าใจปรัชญาและเป้าหมายของ HA	<ul style="list-style-type: none"> • กำหนดเป้าหมายชัดเจน • ใช้มีสื่อประชาสัมพันธ์
	5.4 มีฐานข้อมูลที่จำเป็นครบถ้วนในทุกด้าน	

แผนปฏิบัติการ เป้าหมาย กำหนดเวลา

แผนงานที่ 1 ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

ผลลัพธ์ 1.1 มีโรงพยาบาลเป็นแบบอย่าง

กลยุทธ์ 1.1.1 ร่วมมือกับโรงพยาบาลที่มีความพร้อม

พรพ.จะส่งทีมที่ปรึกษาเข้าไปช่วยเหลือโรงพยาบาลที่มีความพร้อมสูงเพื่อปรับปรุงในจุดอ่อนที่เหลือจนสามารถขอการรับรองได้ คาดว่าภายในสิ้นปี 2542 จะมีโรงพยาบาลที่พร้อมขอการรับรองเพิ่มขึ้นอีก 6 แห่ง และ ภายในกลางปี 2543 จะมีโรงพยาบาลที่พร้อมขอการรับรองเพิ่มขึ้นอีก 10 แห่ง

กลยุทธ์ 1.1.2 ร่วมมือกับโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง ISO9002

พรพ.จะประสานงานกับโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง ISO9002 แล้ว ดำเนินการพัฒนาเพื่อให้ได้การรับรอง HA ขณะนี้ได้ประสานงานกับ รพ.เซ็นหลุยส์และ รพ.ตะพานหินไว้แล้ว คาดว่าภายในกลางปี 2543 จะมีโรงพยาบาลที่ได้ ISO9002 ได้รับ HA จำนวนอย่างน้อย 5 แห่ง

สำหรับ รพ.ที่ได้รับการรับรอง ISO9002 ซึ่งอยู่ในโครงการ HA อยู่แล้ว ภายในเดือนพฤศจิกายน 2542 จะจัดให้มีการสรุปประสบการณ์สำหรับโรงพยาบาลอื่นๆต่อไป ว่าอะไรเป็นจุดร่วม อะไรคือความแตกต่าง

ผลลัพธ์ 1.2 มีแหล่งให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำแก่โรงพยาบาล

กลยุทธ์ 1.2.1 ที่ปรึกษาจาก พรพ.

จะมีการสรุปแนวทางปฏิบัติสำหรับที่ปรึกษาของ พรพ.ซึ่งทำงานมาตั้งแต่เริ่มต้นโครงการเพื่อใช้ในการให้คำปรึกษา และสำหรับวิทยากรที่สร้างใหม่ซึ่งมีความสามารถเป็นที่ปรึกษาได้ เพื่อทำหน้าที่ติดตามกระตุ้นและให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลในโครงการเดิม และโรงพยาบาลที่ต้องการเริ่มต้นใหม่ ส่วนหนึ่งของที่ปรึกษาเหล่านี้คือผู้ที่ทำหน้าที่ผู้ประเมินด้วย เป้าหมายจำนวนที่ปรึกษา ภายในเดือน ธันวาคม 2542 จะมีที่ปรึกษาพร้อมปฏิบัติงาน 30 คน

กลยุทธ์ 1.2.2 ที่ปรึกษาจากองค์กรแนวร่วม

พรพ.จะสร้างแนวร่วมกับองค์กรไม่ค้ากำไรอย่างน้อย 1 แห่งภายในเดือนธันวาคม 2542 เพื่อทำหน้าที่ฝึกอบรมและให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลที่ต้องการ โดยมีอิสระในการดำเนินธุรกิจ ภายใต้เนื้อหาทางวิชาการที่ พรพ.จัดทำขึ้น และแบ่งปันผลประโยชน์ให้กับ พรพ. ตามสมควร

กลยุทธ์ 1.2.3 ที่ปรึกษาจากโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จ

โรงพยาบาลทุกแห่งที่ผ่านการรับรองหรือได้รับเกียรติบัตร จะได้รับการสนับสนุนให้เป็นที่ฝึกอบรมหรือเป็นที่ให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลในเขตใกล้เคียง โดย พรพ.จะสนับสนุนทางด้านหลักสูตร เนื้อหาวิชาการและสื่อการเรียนรู้

ผลลัพธ์ 1.3 มีความรู้และเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ

กลยุทธ์ 1.3.1 ศึกษาวิจัยจากโรงพยาบาลที่เข้ากระบวนการพัฒนาคุณภาพ

พรพ.จะส่งทีมนักวิจัยเข้าไปศึกษาบทเรียนความสำเร็จและความล้มเหลวต่างๆ เพื่อนำมาสรุปเป็นแนวทางสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ โดยจะเก็บข้อมูลในช่วงเดือน กันยายน 2542-มีนาคม 2543 พร้อมทั้งนำความรู้และเครื่องมือใหม่ๆ ไปทดสอบความเป็นไปได้ในโรงพยาบาล

กลยุทธ์ 1.3.2 สรุปการปรับใช้ในสถานการณ์ต่างๆ

ทีมที่ปรึกษาแกนนำของ พรพ.จะสรุปกลยุทธ์และการใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ โดยในช่วงเดือนกันยายน 2542 เป็นการสรุปบทเรียนที่ผ่านมา และช่วงเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2543 เป็นการสรุปหลังจากที่ได้ข้อมูลจากทีมวิจัยแล้ว

ผลลัพธ์ 1.4 มีความตื่นตัวอย่างต่อเนื่องและเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น

กลยุทธ์ 1.4.1 การจัดประชุม National Forum

การประชุม National Forum ครั้งที่ 2 จะจัดขึ้นในเดือนกุมภาพันธ์ 2543 เพื่อนำเสนอและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ และต่อไปจะจัดให้มีขึ้นเป็นประจำทุกปี

กลยุทธ์ 1.4.2 เครือข่ายในพื้นที่ใกล้เคียง

พรพ.จะสนับสนุนให้มีการรวมตัวเป็นเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูลการประเมินระหว่างโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียง (เช่น ในจังหวัดเดียวกัน ในเขตใกล้เคียงกัน) หรือโรงพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (เช่น เครือข่าย รพ.สมเด็จพระยุพราช)

กลยุทธ์ 1.4.3 เครือข่ายตามสาขาวิชาชีพ

พรพ.จะสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในสาขาวิชาชีพเดียวกัน โดยเน้นความคิดสร้างสรรค์ในการพัฒนา, การสร้าง practice guideline, การนำไปปฏิบัติ, การ monitor เครื่องชี้วัด และการทำ peer review ในแต่ละสาขา เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีการนำมาตรฐานวิชาชีพไปสู่การปฏิบัติ ภายในสิ้นเดือนธันวาคม 2542 จะมีการจัดตั้งเครือข่ายตามสาขาวิชาชีพหลักด้านอายุรกรรม ศัลยกรรม สูตินรีเวช และกุมารเวชกรรม

ผลลัพธ์ 1.5 มีการตรวจสอบตนเองเป็นระยะ

กลยุทธ์ 1.5.1 การใช้แบบประเมินตนเอง

พรพ. จะเผยแพร่แบบประเมินตนเองที่ได้รับการปรับปรุงแล้วให้โรงพยาบาลต่างๆ ใช้ตรวจสอบตนเองเป็นระยะ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดจะเผยแพร่ได้ภายในเดือนสิงหาคม 2542

กลยุทธ์ 1.5.2 Internal Survey

พรพ. จะสนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกแห่งที่พัฒนาคุณภาพมาแล้วระดับหนึ่ง สามารถใช้กระบวนการ internal survey เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบตนเองและกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา โดยการจัดอบรม internal surveyor ให้เป็นระยะอย่างน้อยปีละ 3 รุ่น โดยในปี 2542 นี้ได้จัดมาแล้ว 2 รุ่นให้กับโรงพยาบาลในโครงการ และจะจัดรุ่นที่ 3 ภายในเดือนพฤศจิกายน 2542

แผนงานที่ 3 การเผยแพร่อบรม

ผลลัพธ์ 3.1 มีหลักสูตรการฝึกอบรมที่จำเป็นและสอดคล้องกับความต้องการ

กลยุทธ์ 3.1.1 วิเคราะห์ความต้องการ

จากการประเมินปัญหาการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา หลักสูตรที่ควรจัดเพิ่มเติมสำหรับโรงพยาบาลได้แก่ การพัฒนาคุณภาพสำหรับวิชาชีพต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์, การเป็นวิทยากรภายในโรงพยาบาล, ทักษะและบทบาทของผู้บริหารต่อการพัฒนาคุณภาพ

กลยุทธ์ 3.1.2 จัดทำหลักสูตร

พรพ. ได้รับความร่วมมือจากสำนักพัฒนาวิชาการ กรมสุขภาพจิต ในการปรับหลักสูตรให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งโดยใช้เทคนิคการเรียนรู้โดยมีส่วนร่วม (participatory learning) โดยได้เริ่มไปแล้วสำหรับหลักสูตรพื้นฐาน Road to HA และจะนำเทคนิคนี้ไปใช้กับหลักสูตรอื่นๆต่อไป หลักสูตรทั้งหมดควรจะพัฒนาเรียบร้อยแล้วภายในเดือนธันวาคม 2542

ผลลัพธ์ 3.2 มีสื่อการเรียนรู้ที่ดีและเข้าถึงได้กว้างขวาง

กลยุทธ์ 3.2.1 พัฒนาสื่อ ปรับให้ง่าย

สื่อหลักที่ใช้อยู่ในปัจจุบันคือสื่อเอกสาร และ slide ซึ่งยังมีลักษณะเนื้อหาวิชาการสูงเหมาะสำหรับผู้ที่มีพื้นฐานมาแล้วระดับหนึ่ง แต่ไม่เหมาะที่จะนำไปใช้กับเจ้าหน้าที่ในระดับล่าง จะมีการปรับปรุงเนื้อหาของสื่อให้ง่ายขึ้น มีตัวอย่างที่ชัดเจนที่สามารถติดตามต่อเนื่องได้

พรพ.จะร่วมมือกับสถาบันการศึกษาซึ่งมีศักยภาพในการประเมินและผลิตสื่อ เช่น คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อทำการพัฒนาและผลิตสื่ออย่างต่อเนื่อง

กลยุทธ์ 3.2.2 การผลิต เผยแพร่ในรูปแบบต่างๆ

ภายในเดือน สิงหาคม 2542 สื่อที่เป็น slide ทั้งหมดจะบันทึกลง CD ROM และเผยแพร่ให้ผู้สนใจได้นำไปใช้

สื่อที่ได้จากการพัฒนาตามกลยุทธ์ 3.2.1 จะได้รับการผลิตและเผยแพร่อย่างช้าภายในเดือนมิถุนายน 2543

ผลลัพธ์ 3.3 มีผู้รู้/วิทยากร/ที่ปรึกษา เพียงพอกับความต้องการ

กลยุทธ์ 3.3.1 สร้างความร่วมมือกับแนวร่วมในการจัดอบรมและให้คำปรึกษา

พรพ.จะคงบทบาทในการจัดอบรมหลักสูตร Road to HA จนถึงสิ้นปี 2542 โดยเพิ่มปริมาณการอบรมให้ได้เป็นเดือนละ 200 คนในเดือนกันยายน 2542 และเพิ่มเป็นเดือนละ 600 คนในเดือนธันวาคม 2542 จากนั้นจะโอนภารกิจให้กับองค์กรไม่คำกำไรเพื่อดำเนินงานต่อ ซึ่งจะมีการหมุนเวียนไปจัดในต่างจังหวัด เพื่อเป็นการปูพื้นฐานสำหรับการให้สถาบันการศึกษาในพื้นที่นั้นเป็นศูนย์กลางการฝึกอบรมไปด้วยในอนาคต

กลยุทธ์ 3.3.2 สร้างเครือข่ายของการฝึกอบรม

โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองแล้วจะได้รับการสนับสนุนให้เป็นศูนย์กลางของการฝึกอบรมและให้คำปรึกษาในพื้นที่

กลยุทธ์ 3.3.3 ปรับบทบาทของ พรพ.ในการฝึกอบรม

พรพ.จะปรับบทบาทไปทำหน้าที่พัฒนาหลักสูตร และสร้างวิทยากรแทนที่จะเป็นการจัดฝึกอบรมเอง

กลยุทธ์ 3.3.4 เน้นการสร้างวิทยากรภายใน รพ.

หลักสูตรที่ พรพ.จะยังคงจัดเองจะมีลักษณะของการต่อยอดจากหลักสูตรพื้นฐาน เช่น การสร้างวิทยากรภายใน รพ.

1.3 สถานที่ติดต่อ

หากท่านมีข้อสงสัย หรือมีข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของสถาบันฯ กรุณาติดต่อ

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

อาคารกรมการแพทย์ 6 ชั้น 2 กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 5890023-4, 5899125, 5918267 โทรสาร 9510238

email address: ha@hsrint.hsri.or.th

ตอนที่ 2 ที่ปรึกษา

2.1 คุณสมบัติของที่ปรึกษา

- เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานในโรงพยาบาลอย่างน้อย 5 ปี
- ผ่านการอบรมหลักสูตร TQM/CQI ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและหรือจากสถาบันที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพให้การยอมรับ
- มีประสบการณ์ในการดำเนินงานร่วมกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพในฐานะที่ปรึกษา หรือวิทยากร หรือผู้ประเมินภายนอกมาไม่น้อยกว่า 2 ปี หรือเคยเป็นผู้ประสานงาน HA พี่เลี้ยง (facilitator) หรือผู้ประเมินภายในของโรงพยาบาลมาไม่น้อยกว่า 2 ปี
- สอบผ่านตามข้อกำหนดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- เป็นผู้ที่มีบุคคลทั่วไปให้การยอมรับ
- มีทักษะในการสื่อสารดี
- สามารถเสียสละเวลา และให้ความร่วมมือกับกิจกรรมที่จัดโดย สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

2.2 ระเบียบปฏิบัติสำหรับที่ปรึกษา

- ขึ้นทะเบียนเป็นที่ปรึกษาโดยผ่านกระบวนการคัดเลือกที่ปรึกษาของสถาบันฯ
- ที่ปรึกษา 1 ท่านสามารถที่จะเป็นที่ปรึกษาให้กับโรงพยาบาลได้ไม่เกิน 4 แห่ง
- ที่ปรึกษาทำสัญญากับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นรายปี อายุของที่ปรึกษาจะอยู่ได้ 3 ปี และต้องสอบขึ้นทะเบียนใหม่ทุกครั้ง
- ในกรณีที่ที่ปรึกษาปฏิบัติงานไม่เหมาะสมหรือไม่ครบถ้วนตามข้อกำหนดในสัญญา หรือมีการร้องเรียนจากโรงพยาบาลที่ไปดำเนินการ คณะกรรมการบริหารของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลมีสิทธิ์ที่จะพิจารณาปรับเปลี่ยนบุคคลหรือถอดถอนได้ก่อนถึงกำหนดอายุสัญญา ตามความเหมาะสม
- อัตราค่าตอบแทนสำหรับที่ปรึกษา สถาบันฯ จะเป็นผู้จ่ายค่าตอบแทนให้กับที่ปรึกษาโดยตรง ที่ปรึกษาไม่มีสิทธิ์ที่จะเรียกร้อยค่าตอบแทนใด ๆ จากโรงพยาบาลที่ไปเป็นที่ปรึกษา และที่ปรึกษาจะสามารถรับค่าตอบแทนได้ต่อเมื่อมีการส่งผลการดำเนินงานตามข้อกำหนดเท่านั้น

- ในกรณีที่สถาบันฯ มีหลักฐานชัดเจนว่าที่ปรึกษารับสินบนจากโรงพยาบาลในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คณะกรรมการบริหารของสถาบันฯ มีสิทธิ์ที่จะถอดถอนออกจากหน้าที่ที่ปรึกษา และไม่มีสิทธิ์ที่จะมาดำเนินงานร่วมกับสถาบันฯ อีกโดยไม่มีข้อยกเว้นใด ๆ ทั้งสิ้น

2.3 ระเบียบปฏิบัติสำหรับโรงพยาบาล

- โรงพยาบาลแจ้งความจำเป็นลายลักษณ์อักษรมาที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล และรับทราบระเบียบข้อตกลงของสถาบันฯ และทำสัญญา
- โรงพยาบาลจ่ายค่าใช้จ่ายต่าง ๆ คือ ค่าตอบแทน ค่าพาหนะ ค่าที่พัก(ในกรณีที่ตั้งของโรงพยาบาลอยู่นอกเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ซึ่งต้องอาศัยเวลาในการเดินทางมากและระยะทางไกลไม่สะดวกต่อการเดินทางไป-กลับ) ให้กับที่ปรึกษาโดยติดต่อผ่านสำนักสนับสนุนการบริหารจัดการของสถาบันฯ เท่านั้น และสถาบันฯ จะไม่รับผิดชอบในกรณีที่โรงพยาบาลได้จ่ายกับที่ปรึกษาโดยตรง
- โรงพยาบาลสามารถประเมินผลการดำเนินงานของที่ปรึกษาได้ ในกรณีที่เห็นว่าที่ปรึกษาไม่ทำหน้าที่ให้สมบูรณ์ตามข้อตกลง โรงพยาบาลสามารถร้องขอความรับผิดชอบจากสถาบันฯ ให้พิจารณาเปลี่ยนที่ปรึกษาใหม่ หรือให้ที่ปรึกษาได้รับทราบปัญหาและปรับปรุงตนเอง
- ในกรณีที่ไม่มีหลักฐานชัดเจนจากกระบวนการตรวจสอบที่ถูกต้องตามกฎหมายพบว่าโรงพยาบาลได้ดำเนินการทุจริตในการขอรับรองจากสถาบันฯ เพื่อให้ได้ใบรับรอง หรือมีกระบวนการทุจริตเกิดขึ้นชัดเจน สถาบันฯ ของตรับคำร้องเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 1 ปี และถ้าในกรณีที่ได้ใบรับรองการเป็นโรงพยาบาลคุณภาพแล้ว คณะกรรมการบริหารสามารถที่จะขอยกเลิกใบรับรองนั้นและงัดพิจารณาใบคำร้องขอรับรองคุณภาพ เป็นระยะเวลา ที่ไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับความผิดที่ปรากฏ

2.4 อัตราค่าตอบแทนสำหรับที่ปรึกษา

- สถาบันฯ จะเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากโรงพยาบาลทันทีที่มีการทำสัญญาเกิดขึ้นโดยคิดในอัตราค่าตอบแทนครั้งละ 5,000 บาท ต่อคน ไม่รวมค่าใช้จ่ายด้านที่พัก และพาหนะ
- สำหรับจำนวนครั้งของการปรึกษานั้นขึ้นอยู่กับความต้องการของโรงพยาบาลพร้อมด้วยสรุปผลการดำเนินงาน

- สถาบัน ฯ หักค่าตอบแทนสำหรับที่ปรึกษา จำนวน ร้อยละ 20 ของอัตราค่าตอบแทนที่ได้รับ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบริหารงานของสถาบันฯ

2.5 หน้าที่ความรับผิดชอบของที่ปรึกษา

- ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน เช่นการทำงานเป็นทีม การสนับสนุนจากผู้บริหาร ขั้นตอนและเทคนิคการพัฒนาคุณภาพ
- สาธิตการประเมินตนเองตามกรอบมาตรฐาน
- สะท้อนให้ทีมงานเห็นจุดอ่อน จุดแข็ง ของตนเอง
- ให้คำปรึกษา คำแนะนำ เพื่อเป็นแนวทางแก่ทีมในการปรับปรุงจุดอ่อนของตน
- สรรหานวัตกรรมใหม่ ๆ หรือวิธีการที่จะทำให้รพ.พัฒนาขึ้น
- เป็นสื่อกลางระหว่างโรงพยาบาลและสถาบันฯ ในการถ่ายทอดความคิดเรื่องการพัฒนาคุณภาพและแผนการดำเนินงานของสถาบันฯ ให้โรงพยาบาลได้รับรู้ และทำหน้าที่ประสานงานให้เกิดความเข้าใจอันดีของทั้งสองฝ่าย
- ติดตามการดำเนินงานตามแผนงาน
- ในกรณีที่โรงพยาบาลยังอยู่ในระยะของการแสวงหาความรู้และวิธีการพัฒนา จะต้องทำหน้าที่ให้ความรู้และช่วยพัฒนาจนกระทั่งโรงพยาบาลสามารถที่จะดำเนินการพัฒนาที่เป็นรูปธรรมที่เห็นชัดเจน และสามารถดำเนินการได้
- รายงานความก้าวหน้าในการทำหน้าที่ที่ปรึกษาให้แก่โรงพยาบาล

2.6 ตัวอย่างกำหนดการเยี่ยมโรงพยาบาล

2.7 ประเด็นสำคัญในการเยี่ยมโรงพยาบาล

2.8 รายงานการเยี่ยมโรงพยาบาล (format การรายงาน ครั้งที่ 1 2 3)

ตอนที่ 3 ทบทวนองค์ความรู้ของ HA

3.1 Core concept เรื่อง HA

3.2 คำถามเพื่อทดสอบความรู้ ความเข้าใจเรื่องการพัฒนาคุณภาพ

1. ผู้ป่วยมาหาด้วยอาการปวดศีรษะเรื้อรัง ไปตรวจมาแล้ว 5 แห่งแต่อาการยังไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยขอทำ CT scan เพื่อให้รู้แน่ชัดว่าเป็นอะไรแน่ แพทย์ควรจะทำอย่างไรจึงจะได้ชื่อว่าให้บริการที่มีคุณภาพ
2. โรงพยาบาลมุ่งเน้นการสร้างบริการที่ประทับใจ ด้วยการให้บริการดุจญาติมิตร แพทย์กลุ่มหนึ่งโจมตีผู้บริหารว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดีประโยชน์ เป็นการปลุกผัดซีโรยหน้า ไม่ใช่คุณภาพการดูแลรักษาที่แท้จริง ผู้บริหารกล่าวว่าในสถานการณ์ที่แพทย์ไม่ใส่ใจกับเรื่องคุณภาพ การสร้างบริการที่ประทับใจก็เป็นสิ่งที่ช่วยลดการร้องเรียนของผู้ป่วยได้ ท่านสนับสนุนความคิดของฝ่ายใด
3. อาจารย์แพทย์ท่านหนึ่งกล่าวว่า “คุณภาพของโรงพยาบาลอยู่ที่แพทย์ การประเมินคุณภาพต้องดูเฉพาะที่แพทย์บันทึกเป็นสำคัญ” ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลซึ่งไม่ใช่แพทย์กล่าวว่า “คุณภาพของโรงพยาบาลเกิดจากการทำงานของทุกวิชาชีพ ทุกวิชาชีพมีความสำคัญต่อคุณภาพ การทำงานของผู้ที่ไม่ใช่แพทย์ก็มีผลต่อความเป็นความตายของผู้ป่วย เช่นเดียวกับแพทย์” ท่านสนับสนุนความคิดของฝ่ายใด
4. มีผู้กล่าวว่าคุณภาพเป็นเรื่องนามธรรม ไม่สามารถวัดได้ ท่านคิดว่าท่านจะวัดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่ อย่างไร
5. อะไรคือความต้องการของผู้ป่วยในเรื่องคุณภาพ อะไรคือความต้องการของผู้ปฏิบัติงานในการพัฒนาคุณภาพ ท่านคิดว่ามีส่วนที่เป็นจุดร่วมหรือไม่ ตรงไหน
6. ท่านจะใช้คำพูดหรือเหตุผลอะไรเพื่อชักชวนพนักงานผู้ช่วยมาทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ คำพูดหรือเหตุผลนั้นจะใช้กับพยาบาลได้ผลหรือไม่
7. เมื่อญาติของท่านต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ท่านมั่นใจว่าญาติของท่านจะ ได้รับการดูแลอย่างดีหรือไม่ เพราะเหตุใด
8. ท่านคิดว่าคำร้องเรียนของผู้ป่วยต่อโรงพยาบาลที่เกิดขึ้นบ่อยๆ นั้น มีสาเหตุพื้นฐานมาจากอะไร
9. ท่านคิดว่า Total ใน TQM หมายถึงอะไร
10. ท่านคิดว่า Management ใน TQM หมายถึงอะไร
11. ขอให้ท่านสรุป keyword ว่าหลักการของ TQM มีอะไรบ้าง เพียง 3-4 คำ

12. ทำไมต้องนำแนวคิด TQM มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล
13. ท่านคิดว่า QC (Quality Control) หมายถึงอะไรบ้าง
14. ท่านคิดว่า QA (Quality Assurance) หมายถึงอะไร
15. ท่านคิดว่า CQI (Continuous Quality Improvement) หมายถึงอะไร
16. ท่านคิดว่า QA และ CQI มีอะไรที่เหมือนและอะไรที่ต่างกัน
17. ท่านคิดว่า QA และ CQI มีส่วนเสริมกันอย่างไร
18. ท่านคิดว่าในการพัฒนาคุณภาพนั้น ควรเริ่มที่การพัฒนาคนก่อน หรือเริ่มที่การพัฒนา ระบบก่อน
19. กิจกรรมคุณภาพที่ทำอยู่ในโรงพยาบาลของท่าน มีจุดร่วมอะไรบ้างในด้าน กลุ่มเป้าหมาย ผู้ทำกิจกรรม หลักการ วิธีการ
20. เมื่อพูดถึง Hospital Accreditation ท่านนึกถึงอะไร
21. ท่านคิดว่าการรับรองโรงพยาบาลควรรับรองอะไร: รับรองความมุ่งมั่นในการพัฒนา, รับรองคุณภาพที่น่าเชื่อถือ, รับรองว่ามีระบบคุณภาพที่รักษาความสอดคล้องกับ ข้อกำหนด, รับรองว่ามีกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
22. เป้าหมายของการทำ HA ในโรงพยาบาลของท่านคืออะไร ระหว่างการได้ใบรับรอง กับการให้บริการที่มีคุณภาพ ผู้บริหารกับผูปฏิบัติงานมีเป้าหมายเหมือนกันหรือไม่
23. กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพประกอบด้วยการพัฒนาคุณภาพ การประเมิน และการรับรอง ท่านคิดว่าขั้นตอนใดสำคัญที่สุด
24. เกณฑ์สำคัญที่ใช้ในการพิจารณารับรองกระบวนการคุณภาพควรประกอบด้วย อะไรบ้าง
25. หากท่านเป็นผู้ประเมิน ท่านจะดูอะไรบ้างจึงจะบอกได้ว่าโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพหรือไม่
26. หากท่านเป็นผู้ประเมิน ท่านจะดูอะไรบ้างจึงจะมั่นใจว่าโรงพยาบาลมีความเสี่ยงน้อยที่สุด
27. หากท่านเป็นผู้ประเมิน ท่านจะดูอะไรบ้างจึงจะบอกได้ว่าโรงพยาบาลมีระบบ ตรวจสอบการทำงานของตนเอง (โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้ป่วย)
28. หากท่านเป็นผู้ประเมิน ท่านจะดูอะไรบ้างจึงจะบอกได้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ
29. หากท่านเป็นผู้ประเมิน ท่านจะดูอะไรบ้างจึงจะบอกได้ว่าโรงพยาบาลมีการทำงาน เป็นทีม และเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

30. ท่านคิดว่าใครจะได้รับประโยชน์อะไรจากกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว
31. ท่านคิดว่าระหว่างการกระตุ้นให้โรงพยาบาลพัฒนา กับกรรให้ข้อมูลแก่ประชาชนว่าโรงพยาบาลได้นำไว้วางใจ ข้อใดควรจะให้น้ำหนักความสำคัญมากกว่ากัน

3.3 คำถามที่พบบ่อย (Frequently Asked Questions)

- 3.4 ตัวอย่างบันทึกการเยี่ยม / ตัวอย่างการสัมภาษณ์ของที่ปรึกษา (ตัดตอนบันทึกถาม-ตอบ จากการเยี่ยมรพ.) / หรือ ตัวอย่างสรุปประเด็น

ตอนที่ 4 ข้อมูลส่วนบุคคล

- 4.1 ใบสมัครที่ปรึกษา/วิทยากร
มีเอกสารแนบ
- 4.2 แบบสอบถามสำหรับบุคคลอ้างอิง
มีเอกสารแนบ
- 4.3 feedback form สำหรับโรงพยาบาลตอบ
- 4.4 แบบประเมินความสามารถในการทำงานของที่ปรึกษา (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นผู้รวบรวม feedback แล้วส่งกลับให้ที่ปรึกษาโดยใช้ format นี้)