

รายงานการศึกษาดูงาน

การจัดทำมาตรฐาน และประเมินคุณภาพโรงพยาบาล
งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสถานพยาบาล
ของประเทศสหรัฐอเมริกา

โดย

นายแพทย์มงคล ณ สงขลา

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

และ คณะ

14-22 สิงหาคม พ.ศ. 2538

(รายงานนี้ เพื่อนำเสนอต่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง
เพื่อเป็นแนวทางกำหนดนโยบายและวิธีปฏิบัติงานด้านมาตรฐานสถานพยาบาล)

กองการประกอบโรคศิลปะ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ISBN 974-8222-24-1

THAI NATIONAL ASSEMBLY LIBRARY



3961130767

คำนำ

จากสภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และเทคโนโลยีอย่างรวดเร็วส่งผลให้ความต้องการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชนทวีจำนวนเพิ่มมากขึ้น สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนได้ทวีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เกิดการแข่งขันกันทางด้านบริการทางการแพทย์ การนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้ ประชาชนมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็ว และทันสมัย จึงเกิดการร้องเรียนและมีความสงสัยต่อการบริการของสถานพยาบาลว่ามีคุณภาพ และมาตรฐานจริงหรือไม่ กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่โดยตรงในการที่จะคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทางสาธารณสุข ให้ได้รับความปลอดภัยในชีวิต ร่างกายและทรัพย์สิน จึงได้พิจารณาหาแนวทางในการที่จะคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการดังกล่าว และเห็นว่าน่าจะนำแนวทางของประเทศอื่นๆ มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับสภาพของประเทศไทยได้ จึงได้อนุมัติโครงการศึกษาดูงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นเวลา ๑ วัน

รายงานการศึกษาดูงานฉบับนี้ ได้บรรจุรายละเอียดในการเดินทางและคำบรรยายของผู้ให้การต้อนรับในเรื่องต่างๆ รวมทั้งข้อเสนอแนะของผู้ที่จัดทำรายงานฉบับนี้ เพื่อประกอบให้ผู้อ่านได้ศึกษาถึงสภาพการสาธารณสุขในประเทศสหรัฐอเมริกาและแนวทางที่จะนำมาปรับใช้ต่อไป

หวังว่ารายงานการศึกษาฉบับนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้ที่สนใจทุกท่าน และหากมีข้อผิดพลาดสมควรแก้ไขประการใด กรุณาแจ้งกองการประกอบโรคศิลปะเพื่อแก้ไขต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาดูงานครั้งนี้ได้รับการประสานงานและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีจาก นายแพทย์พงษ์ศักดิ์ วิทยาการ และนายแพทย์ชาติรี ดวงเนตร โรงพยาบาลกรุงเทพ ทำให้คณะผู้ศึกษาดูงานได้รับฟังการบรรยายการศึกษาสุขภาพข้อเท็จจริงอย่างละเอียดถี่ถ้วนจากผู้ทรงคุณวุฒิของประเทศสหรัฐอเมริกา อันเป็นประโยชน์ต่อการนำมาดำเนินงานมาตรฐานสถานพยาบาลของประเทศไทย รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานประมาณ กรมบัญชีกลาง สำนักงาน ก.พ. และนายอารีย์ ศรีบูรธรรม ที่ปรึกษาปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทำให้การเดินทางศึกษาดูงานครั้งนี้ลุล่วงไปด้วยดี และใคร่ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งต่อแพทย์หญิงชมพูนุท สดอเรีย และ ดร.โดนัลด์ เอสซิลเบอร์เบอร์ก แห่งมหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย นายแพทย์อดุลย์ เริ่มก่อสกุล แห่งแผนกสาธารณสุขแมรีแลนด์ นายแพทย์ศิลาชัย ศิริพงศ์ และนายแพทย์โทมัส ไวท์ แห่งเจมสันเฮลท์ซิสเต็ม เมืองนิวยอร์ก นายแพทย์วิบูลย์ วิจิตรวาทการ และนายแพทย์จำนง แห่งโกเซอร์เปอร์มาเนนเต้ เอช เอ็ม โอ ซึ่งได้ให้การต้อนรับบรรยายให้ความรู้ ตลอดจนดูแลอำนวยความสะดวกเป็นที่ประทับใจเป็นอย่างยิ่งต่อคณะผู้ศึกษาดูงาน

จึงใคร่ขอขอบพระคุณต่อทุกท่านที่เอื้อนามมานี้ รวมทั้งผู้สนับสนุนอีกหลาย ๆ ท่านไว้ ณ ที่นี้เป็นอย่างยิ่ง ขอให้กุศลจากที่ประชาชนจะได้รับการบริการที่มีมาตรฐานยิ่งขึ้น ได้ดลให้ท่าน ประสบความสุขสมหวังทุกประการ

บทนำ

จากการเจริญของสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในปัจจุบัน มีผลให้บริการสาธารณสุขของประเทศมีการเติบโตและพัฒนาก้าวหน้าขึ้นทั้งในภาครัฐและเอกชน ได้มีการลงทุนทั้งของภาครัฐและเอกชนในการจัดให้บริการสาธารณสุขให้กว้างขวางครอบคลุมและทันสมัยขึ้น

ทิศทางและแนวโน้มการขยายตัวในรอบ 3-4 ปีที่ผ่านมา การลงทุนของผู้ให้บริการและการใช้จ่ายของผู้รับบริการขยายขึ้นมากกว่า 2 เท่าตัว และเป็นสัดส่วนถึง 6 เปอร์เซ็นต์ ของ G.N.P. ซึ่งเทียบจากเดิมซึ่งมีการใช้จ่ายเพียง 3 เปอร์เซ็นต์เท่านั้น โดยมีการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ และทันสมัยถูกนำมาใช้ในการบริการ ผลกระทบที่เกิดขึ้นก็คือ การขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุขของสถานบริการแทบทุกแห่งการกระจุกตัวของสถานบริการในเขตเมืองการใช้บริการอย่างฟุ่มเฟือยและไม่จำเป็น ค่าบริการรักษาพยาบาลแพงขึ้นอย่างรวดเร็ว การขาดคุณภาพและมาตรฐานของสถานบริการ มีการร้องเรียนและฟ้องร้องมากขึ้น การขาดระบบข้อมูลข่าวสารและมีความสามารถในการดูแลสถานบริการเหล่านี้ได้ทั่วถึง

ลักษณะแนวโน้มนี้มีทิศทางที่จะก่อผลกระทบในทางร้ายต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศดังที่เคยเกิดขึ้นมาแล้วในหลายประเทศ และเป็นสภาพที่ไม่ได้ทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนด้านสาธารณสุขดีขึ้นแต่อย่างใด และถ้าปล่อยตามสภาพนี้ต่อไปอาจจะเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยากในอนาคต

จากการแก้ไขรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2537 ได้มีการกำหนดไว้ในมาตราที่ 41 และ 89 ให้ประชาชนมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน

กระทรวงสาธารณสุขโดยกองการประกอบโรคศิลปะซึ่งรับผิดชอบการอนุญาตและดูแลสถานพยาบาลเอกชน จึงได้จัดคณะทำงานที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูง ส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคของกระทรวง รวมทั้งผู้รับผิดชอบด้านทะเบียน, มาตรฐาน, งานกฎหมาย, งานคุ้มครองผู้บริโภคไปศึกษาดูงานสถาบันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลมาตรฐานสถานพยาบาลเพื่อกำหนดนโยบายและจัดทำองค์การดูแลมาตรฐานในประเทศไทยขึ้น โดยได้ศึกษาทั้งข้อดีข้อเสีย และนำประสบการณ์ต่าง ๆ มาปรับปรุงคัดลอกเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพการบริการของประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนคนไทยทุกคนได้มีโอกาสรับบริการจากสถานพยาบาลที่มีทั้งคุณภาพและมาตรฐานตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญต่อไป

สารบัญ

บทที่ 1	สรุปการเดินทาง	1-4
บทที่ 2	รายงานการศึกษาดูงาน ณ โรงเรียนแพทย์มหาวิทยาลัยเพซิลวาเนีย	5-11
บทที่ 3	รายงานการศึกษาดูงาน ณ สำนักงานสาธารณสุขรัฐแมรี่แลนด์	13-16
บทที่ 4	รายงานการศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลเจมสันเมโมเรียล	17-21
บทที่ 5	รายงานการศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลโกเซอร์ เอช เอ็ม โอ	23-25
บทที่ 6	สรุปผลจากการศึกษาดูงาน	27-29
บทที่ 7	แนวคิดเพื่อการปฏิบัติจากการศึกษาดูงาน	26-27

ภาคผนวก

-	โครงการศึกษาดูงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสาธารณสุข และมาตรฐานสถานพยาบาล ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา	33-39
-	รายชื่อ ตำแหน่งผู้ร่วมศึกษาดูงาน	40
-	เอกสารเรื่อง The Joint Commission	41-49
-	เอกสารเรื่อง Issue of consumer Protection in health care in Pennsylvania	50-57
-	เอกสารเรื่อง Health care consumer protection in The United state, Pennsylvania, and Pheladelphia	58-68
-	เอกสารเรื่อง Certificate of Need	69-71
-	เอกสารเรื่อง Hospital Effectiveness Report	72-77
-	เอกสารเรื่อง Hospital Questionair	78-88

สรุปการเดินทาง

- 14 สิงหาคม 2538 คณะศึกษาดูงานจำนวน 16 คน ออกเดินทางจากท่าอากาศยานกรุงเทพ ผ่านกรุงโซล ประเทศเกาหลีสู่ศูนย์นครลอสแอนเจลิส ผ่านการตรวจคนเข้าเมืองและเดินทางโดยสายการบิน ภายในประเทศสหรัฐอเมริกา ผ่านเมืองพิตส์เบิร์ก สู่เมืองฟิลาเดลเฟีย มลรัฐเพนซิลวาเนีย ประเทศสหรัฐอเมริกา ใช้เวลาเดินทางทั้งสิ้น 36 ชั่วโมง และเข้าพักแรม ณ โรงแรมฮิลตัน เขตชานเมืองฟิลาเดลเฟีย
- 15 สิงหาคม 2538 ดร.โดนัลด์ เอช ซิลเบอร์เบิร์ก ผู้ช่วยคณบดีคณะแพทยศาสตร์แห่งมหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย ได้มารับพาคณะเข้ารับฟังบรรยาย ณ ห้องบรรยายของคณะ โดยมีการบรรยาย ดังนี้
1. การตรวจสอบมาตรฐานขององค์การและรัฐบาล
บรรยายโดย นายโดนัลด์ เอฟ สเนล
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย
มีเนื้อหา ภาพรวม และกลไกการคุ้มครองผู้บริโภค ข้อกฎหมาย มาตรฐานคุณภาพ และกระบวนการตรวจสอบควบคุม
 2. การคุ้มครองผู้บริโภคและกฎหมายสถานพยาบาล
บรรยายโดย นางเบตตี เอส แอดเลอร์
นักกฎหมายที่ปรึกษาของโรงพยาบาล
มีเนื้อหาเกี่ยวกับปัญหาที่ได้รับร้องเรียนข้อกฎหมายและกระบวนการทางกฎหมายที่ใช้ในการดูแลสถานพยาบาลและคุ้มครองผู้ป่วย
 3. การบริหารคุณภาพ
บรรยายโดย นายแพทย์แซนฟอร์ด เจ ชวาร์ซ
ผู้อำนวยการสถาบันเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลมาตรฐานของสถานพยาบาล และแนวความคิดการควบคุมสถานพยาบาลจากมุมมองของนักเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข รวมทั้งกลไกการประกันสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา
 4. การดูแลสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล

บรรยายโดย นายปีเตอร์อี แฟรงค์
หัวหน้าวิศวกรเครื่องกล
นายโรเบิร์ต ดี ลินน์
ผู้ช่วยด้านการออกแบบและวางแผนวิศวกรรม
นายชาร์ล ซี โอท์เคน
ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ได้บรรยายถึงมาตรการข้อกำหนดในด้านสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล รวมทั้ง
วิธีปฏิบัติและเทคนิคต่าง ๆ

หลังจากนั้นจึงได้พายเยี่ยมชมโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์แห่งแรก
ของประเทศสหรัฐอเมริกา และเป็นมหาวิทยาลัยเอกชน แล้วจึงกลับเข้าที่พัก ณ โรงแรม
ฮิลตัน ฟิลาเดลเฟีย

- 16 สิงหาคม 2538 คณะเดินทางโดยรถยนต์สู่เมืองบัลติมอร์ มลรัฐแมรี่แลนด์ และเยี่ยมชม Howard County
Department of Health ซึ่งเป็นแผนกสาธารณสุขของรัฐบาล เทียบได้กับหน่วยงานสา-
ธารณสุขส่วนภูมิภาค โดยมีแพทย์หญิงวิลล่าบราวน์ ซี.แจจ หลังจากนั้นก็เข้ารับฟัง
การบรรยายเรื่อง การดูแลระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยนายแพทย์อดุล เริ่มก่อสกุล
ซึ่งเป็นจิตแพทย์อยู่ใน Howard County แล้วจึงเข้าพักแรมที่โรงแรมฮิลตัน วอชิงตัน ดี ซี
- 17 สิงหาคม 2538 คณะเดินทางโดยรถยนต์ย้อนกลับมาเมืองนิวคาสเซิลรัฐเพนซิลวาเนียเข้ารับฟังการบรรยาย
ณ โรงพยาบาลเจมสัน เมโมเรียล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนของเมืองโดยเป็นโรงพยาบาล
เอกชนที่ไม่หวังกำไร ได้รับฟังการบรรยาย โดย
นายโทมัส ไวท์ ประธาน เจมสัน เฮลท์ ซิสเต็ม
นางเดอบรา พาเรตตา ผู้อำนวยการด้านคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลเจมสัน
นางแพทตี้ เอฟพิงเกอร์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจมสัน
นายแพทย์คิลบชัย ศิริพงษ์ ศัลยแพทย์ประจำโรงพยาบาลเจมสันและรับผิดชอบ
ประสานงานให้กับคณะ

เนื้อหาการบรรยาย ประกอบด้วย

ประวัติและพัฒนาการของโรงพยาบาล ซึ่งมีแนวโน้มการลดขนาดโดยใช้เทคโนโลยีการรักษา
มาทดแทนการรับรักษาแบบผู้ป่วยใน

การขออนุญาตและระเบียบข้อกำหนดในการจัดสร้างโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล

การควบคุมมาตรฐานโรงพยาบาลของรัฐและของเอกชน

มาตรการบังคับโรงพยาบาลให้มีคุณภาพมาตรฐาน

ระบบข้อมูลข่าวสารในการควบคุมดูแลมาตรฐานและการตรวจสอบ

ผลกระทบจากข้อกำหนดการตรวจสอบมาตรฐานและคู่มือต่าง ๆ ทั้งด้านบวกและด้านลบ

การดูแลคุณภาพและใบอนุญาตของกำลังคนด้านสาธารณสุข ระบบข้อมูลและระบบการต่อไป

อนุญาต

หลังจากนั้นจึงเข้าพักที่โรงแรมคอมฟอร์ตอิน เมืองนิวคาสเซิล

18 สิงหาคม 2538 คณะได้แวะเยี่ยมชมเมืองบัพฟาโลและเข้าพักที่โรงแรมฮิลตัน เมืองบัพฟาโล เพื่อรอการเดินทางตามกำหนดนัดหมาย

19 สิงหาคม 2538 คณะได้เดินทางโดยสายการบินในประเทศ กลับสู่เมืองลอสแอนเจลิส และเข้ารับฟังการบรรยาย ณ ไกเซอร์ เพอร์มาเนนต์ เฮลท์ ซิสเต็ม ซึ่งเป็นระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลเอกชนที่มีเครือข่ายใหญ่ที่สุดของประเทศสหรัฐอเมริกาโดยได้รับการบรรยายจาก

นายแพทย์วิบูล วิจิตรวาทการ กุมารแพทย์จากมหาวิทยาลัยแห่งคาลิฟอร์เนีย และ
นายแพทย์จำนง จักษุแพทย์โรงพยาบาลไกเซอร์ และเป็นผู้บริหาร
ของไกเซอร์ เอช เอ็ม โอ

เนื้อหาการบรรยายเกี่ยวกับประวัติความเป็นมาขององค์กรโครงสร้างวิธีการบริหารจัดการการจัดสร้างเครือข่ายการบริการสมาชิก การเงินและงบประมาณ การควบคุมมาตรฐาน ทิศทางและแนวโน้มของโครงการ ประโยชน์ของโครงการต่อระบบบริการสาธารณสุข

หลังจากนั้นได้ร่วมงานเลี้ยงพบปะแพทย์ไทยในลอสแอนเจลิส ได้พบกับแพทย์อาวุโสหลายท่าน นายแพทย์มงคล ณ สงขลา รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข หัวหน้าคณะได้เล่าสถานการณ์การสาธารณสุขในประเทศไทยและได้ตอบปัญหาข้อสงสัยต่าง ๆ รวมทั้งการเชิญชวนแพทย์หลายท่านที่มีความสนใจจะกลับมาทำงานในประเทศไทย จากนั้นจึงกลับเข้าพัก ณ โรงแรมอมนิ ฮิลตัน ลอสแอนเจลิส

- 20 สิงหาคม 2538 คณะได้ดูงานการจัดบริการของโรงพยาบาลโกเซอร์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย เน้นบริการผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยใน โดยมีระบบนัดหมายและระบบส่งต่อจากเครือข่ายสำหรับผู้ป่วยนอก
จากนั้นจึงกลับเข้าที่พัก
- 21 สิงหาคม 2538 ออกเดินทางจากเมืองลอสแอนเจลิสผ่านกรุงโซล สู่กรุงเทพมหานคร ใช้เวลาเดินทาง 20 ชั่วโมง

บทที่ 2

รายงานการศึกษาดูงาน

ณ โรงเรียนแพทย์แห่งมหาวิทยาลัยเพนซิลวาเนีย

รายงานการศึกษาดูงานที่ University of Pennsylvania School of Medicine 15 สิงหาคม 2538
09.00-18.00 น. โดยมี Professor Donalds H. Silberberg, M.D., Department of Neurology, Associate Dean,
International Medical Programs เป็นผู้ต้อนรับและนำคณะศึกษาดูงานตาม Program คือ

- 09.15 - 10.00 น. เป็นการบรรยายเรื่อง Organization-Government and Agency Surveys โดย Donald F Snell. Executive Director ของโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย Pennsylvania
- 10.00 - 11.00 น. บรรยายเรื่อง Consumer Protection and Health Law โดย Betty S. Adler, ESQ. Staff Counsel
- 11.00 - 12.00 บรรยายเรื่อง Quality Management โดย Sanford J. Schwartz, Executive Director Leonard Davis Institute of Health Economics
- 13.00 - 13.45 น. บรรยายเรื่อง Environmental Protection โดย ผู้บรรยาย 3 ท่าน นำโดย Charles.t. Aitken Associate Hospital Director for Facilities และผู้ร่วมบรรยายอีก 2 ท่าน คือ Peter E. Frank และ Robert D. Lynn Associates, Architects, Engineers & Planners

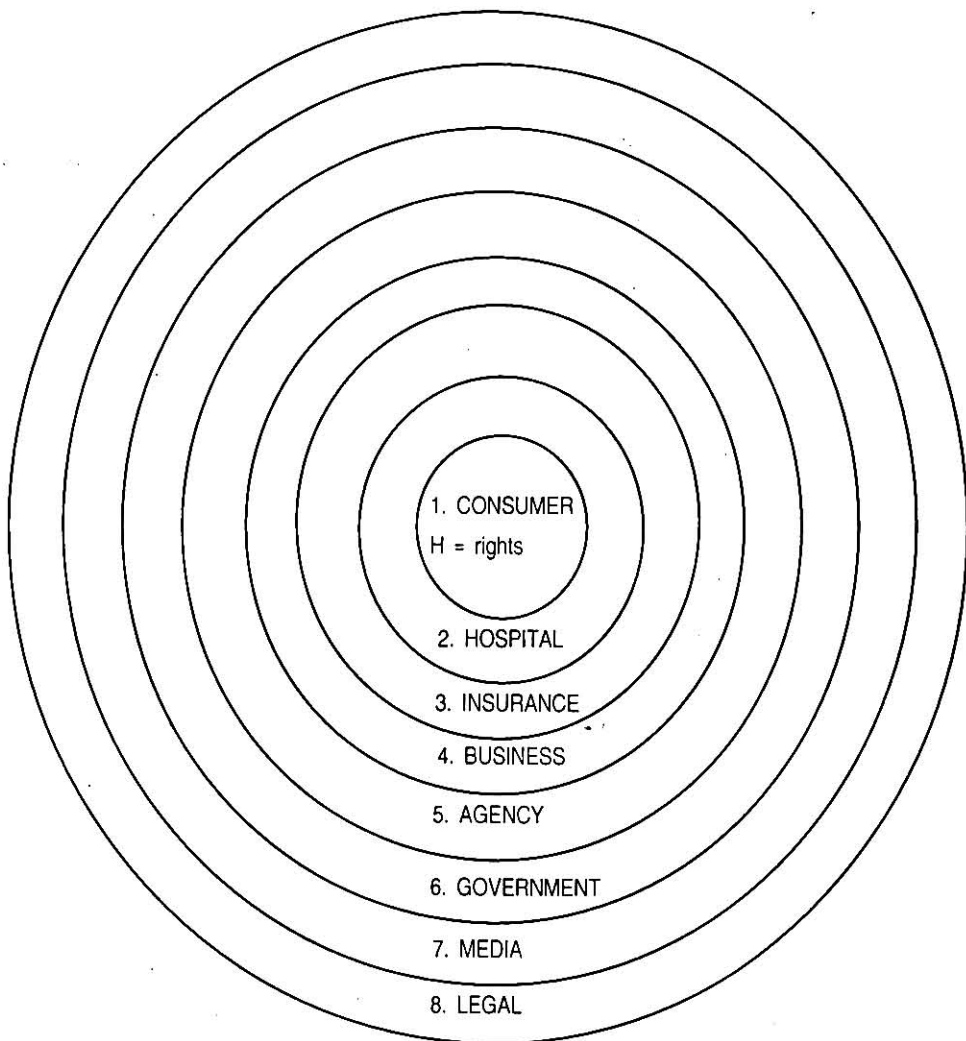
หลังจากนั้นเป็นการเยี่ยมชมมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาล

สรุปเนื้อหาที่สำคัญจากการศึกษาดูงาน

ระบบสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกาเป็นระบบที่มีความหลากหลาย ประกอบด้วยระบบย่อย ๆ มากมาย (Pleuralistic System) และอยู่ในกลไกของตลาดที่ค่อนข้างเสรี ดังนั้น การควบคุมคุณภาพและราคาของบริการจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งประเทศสหรัฐอเมริกาได้ชื่อว่ามีระบบนี้ได้ดีที่สุดในขณะนี้และดูเหมือนจะดีขึ้นความพอดีไปด้วย

วัตถุประสงค์ของการควบคุมคุณภาพและราคาของบริการก็เพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้าน Health Services นั้นเอง องค์ประกอบที่มีผลต่อ Health Care Consumer Protection มี 8 องค์ประกอบ คือ

1. CONSUMER INVOLVEMENT
2. HOSPITAL INVOLVEMENT
3. INSURANCE หรือ THIRD PARTY PAYOR INVOLVEMENT
4. BUSINESS INVOLVEMENT
5. AGENCY INVOLVEMENT
6. GOVERNMENTAL INVOLVEMENT
7. MEDIA INVOLVEMENT
8. LEGAL INVOLVEMENT



CONSUMER INVOLVEMENT ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้ใช้บริการมีสิทธิอันชอบธรรมในการที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพ ดังนั้น คุณภาพบริการจึงเริ่มต้นที่ผู้รับบริการ คือ Patient Rights ซึ่งประกอบด้วย

- ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่ที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพด้วยบริการที่มีความสะดวก รวดเร็ว อบอุ่น และมีศักดิ์ศรี
- ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะรับรู้กฎระเบียบ (Rules and Regulations) ของโรงพยาบาลเพื่อที่จะได้ปฏิบัติตามได้ถูกต้อง
- ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานทางการแพทย์ซึ่งโรงพยาบาลจะต้องทบทวนพัฒนาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
- บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องปราศจากการกีดกันทางเชื้อชาติ ศาสนา เพศ สีผิว ผู้ด้อยโอกาสหรือแม้แต่ความยากจน
- ผู้รับบริการมีสิทธิในการร่วมคิดและร่วมตัดสินใจกับแพทย์ที่ให้การรักษา และกฎหมาย ยังอนุญาตให้ผู้รับบริการมอบหมายผู้แทนพิจารณาแทนในกรณีที่ผู้รับบริการไม่อยู่ในสภาพที่จะพิจารณาและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
- ผู้รับบริการมีสิทธิที่ขอให้รับหรือให้ถอดถอนเครื่องประทุษร้ายชีวิต(Life-Sustaining Treatment) ภายใต้กฎหมายกำหนด (Advance Directives/Living will)
- ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับทราบชื่อของแพทย์และบุคลากรทุกประเภทที่มีส่วนในการรักษาพยาบาลตน
- ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับสิทธิส่วนบุคคลและความลับที่เกี่ยวข้องกับการตรวจการวินิจฉัยการรักษา
- ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารรายงานการแพทย์ทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกายของตนอย่างเป็นทางการเป็นความลับ ยกเว้นมีกฎหมายหรือสัญญาที่เป็นอย่างอื่น (หากมีอุปสรรคในด้านภาษาท่านมีสิทธิที่จะร้องขอล่ามได้)
- แพทย์จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้รับบริการก่อนทำการรักษาหรือผ่าตัด (Consent to treatment) ยกเว้นในกรณีฉุกเฉิน

HOSPITAL INVOLVEMENT, GOVERNMENTAL INVOLVEMENT, AGENCY INVOLVEMENT

โรงพยาบาลต้องมีการพัฒนาคุณภาพทุกระดับขององค์กรเพื่อให้มีคุณภาพของบริการเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการทั้งภายนอกและภายในโรงพยาบาล (TOTAL QUALITY MANAGEMENT)

ระบบการควบคุมคุณภาพของโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาจะมีการสำรวจคุณภาพ 3 ระดับ คือ

2.1 Mandatory Governmental Surveys

2.2 Voluntary Organizational Accreditation Surveys

(Joint Commission on the Accreditation of Health care Organization = Jcaho)

2.3 Professional Surveys

นอกจากนี้โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะทำ Patient satisfaction Surveys เพื่อปรับปรุงบริการให้เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการอีกด้วย

ในการทำ Governmental Survey นั้น โรงพยาบาลต้องยื่นเรื่องขออนุญาตดำเนินการสถานพยาบาลต่อ Department of Health ตามข้อกำหนดของกฎหมาย, กฎระเบียบ (Laws, Rules and Regulation) เช่น ต้องเสนอขอความเห็นชอบด้าน Certificates of need. เสนอขอความเห็นชอบเกี่ยวกับมาตรฐานสุขาภิบาล, บริการอาหาร (Food service), ยา (Pharmacy), ระบบไฟฟ้า (Electric Wiring), กัมมันตภาพรังสี (Radiologic health) และระบบความปลอดภัยต่าง ๆ (Life-Safety) นอกจากนี้โรงพยาบาลจะต้องผ่านการ Accredit จาก JCAHO ด้วย ไมเช่นนั้นจะต้องได้รับการทำ Full Survey หรือประเมินและตรวจสอบโดย Department of Health อาทิเช่น การประเมินระบบบริหาร, ระบบการเงิน, Medical Staff, Nursing services, การบริหารเวชภัณฑ์ อาหาร (Dietetic Facilities) Emergency services, Medical Records, Out-patient services, Short-term Procedure Units. Social work services, Radiology Services, Nuclear Medicine Services, Rehabilitation Services, Intensive Care Units, Surgical Services. Obstetrical Services. Newborn Services, Dental Services, Infection Control, Environmental Services (จะรวมถึง House-Keeping services, Laundry Services, Water Supply, Waste Disposal), Professional Library Services, Central Supply Services, Fire, Safety and Disaster Services, Construction Standards, Psychiatric Services etc. ซึ่งไม่แตกต่างกับการ Accreditation ของ JCAHO

Department of Health จะเป็นผู้ออกใบอนุญาต (Licensing) และโรงพยาบาลต้องต่อใบอนุญาตทุก ๆ 2 ปี

สำหรับ Professional Surveys เป็นการดำเนินการควบคุมคุณภาพของวิชาชีพเฉพาะทาง (Specialty Organization) เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพของวิชาชีพสาขาต่าง ๆ ซึ่งจะมีการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ

โดยสรุป จะเห็นว่าการควบคุมคุณภาพของโรงพยาบาลนั้น ภาครัฐ (Governmental Involvement) มีการควบคุมตั้งแต่เริ่มออกใบอนุญาตและการต่อใบอนุญาตและยังบังคับให้โรงพยาบาลต้องผ่านการ Accredited จาก JCAHO ประกอบกับ Health System ในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นระบบที่มีการแข่งขันกันมาก ดังนั้น โรงพยาบาลจึงต้องพัฒนาตนเอง ทั้ง Quality Improvement และ Performance Improvement เพื่อให้ได้ทั้งมาตรฐานตามข้อกำหนดของรัฐและ JCAHO และสามารถแข่งขันกับ Providers อื่น ๆ ได้อีกด้วย

INSURANCE/THIRD PARTY PAYOR/BUSINESS INVOLVEMENT

ปกติ Health cares จะเป็นเรื่องโดยตรงระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเท่านั้น แต่ในระบบที่พัฒนามาก ๆ แล้ว จะมีกลุ่มบุคคลที่ 3 และ 4 เข้ามาเกี่ยวข้อง คือ บริษัทประกัน จะทำหน้าที่เป็นบุคคลที่ 3 เพื่อสรรหาและเจรจาดำเนินการกับผู้ให้บริการ (Providers) เพื่อให้ผู้รับบริการ (USER) ได้รับบริการที่มีคุณภาพและในราคาที่ยุติธรรมและทำหน้าที่กำกับ ดูแล ประเมินการให้บริการของ Providers ในด้าน Cost, Utilization, Quality, Outcomes และความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

ปัจจุบันจะมีกลุ่มคนที่ 4 ได้แก่ บริษัทธุรกิจต่าง ๆ ซึ่งต้องจัดหาสวัสดิการให้กับคนงานมีแนวโน้มจะรวมตัวกัน เพื่ออำนาจในการต่อรองกับทั้งบริษัทประกันและผู้ให้บริการเพื่อสรรหาหลักประกันและบริการที่มีคุณภาพในราคาที่ยุติธรรมให้กับผู้ใช้บริการ

AGENCY INVOLVEMENT

ใน U.S.A. มีองค์กรอิสระทั้งที่เป็นอาสาสมัครและไม่ค่ากำไรมากมายที่เข้ามามีบทบาทในการจัดบริการ Health cares นอกจาก JCAHO ซึ่งเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ Accredited โรงพยาบาลต่าง ๆ แล้ว ยังมีการจัดตั้งองค์กรที่เป็น Non-Profit รวบรวมทุนจากสมาชิกโดยการจ่ายเป็นค่าสมาชิกต่อปี แล้วดำเนินการบริการ Comprehensive Health cares ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพให้กับสมาชิกทุกคน ซึ่งเรียกองค์กรนี้ว่า Health Maintenance Organization (HMOs) ซึ่งเป็น Agency หนึ่งที่กำลังได้รับความนิยมอย่างสูง

นอกจากนี้ยังมี Health Care Cost Containment Commission (HC₂) ซึ่งเป็น Agency ที่ศึกษาข้อมูลเชิงเปรียบเทียบของ Providers ทั้งโรงพยาบาลและแพทย์ และนำเสนอข้อมูลให้ทราบเกี่ยวกับคุณภาพบริการและราคาของ Providers ต่าง ๆ เช่น การเปรียบเทียบด้านราคา, Morbidity และ Mortality เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดการแข่งขันระหว่าง Providers และเปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการได้ตัดสินใจเลือก Provider ที่เหมาะสม

Governmental Involvement

นอกจาก Department of Health ที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับ License and Certification แล้ว ยังมีหน่วยงานอื่น ๆ อีกได้แก่

- Food and Drug Administration (FDA) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมเกี่ยวกับเวชภัณฑ์มประเภทการรักษาต่าง ๆ และเครื่องมือแพทย์
- Department of Justice (DOJ) ที่สำคัญ คือ Federal Bureau of Investigation (FBI) ที่ทำหน้าที่ดูแลการใช้เครื่องมือแพทย์ที่ใช้เทคโนโลยีสูงและมีราคาแพง

MEDIA INVOLVEMENT

สื่อมวลชนทุกแขนงนับว่ามีบทบาทในการควบคุมคุณภาพของผู้ให้บริการได้เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเป็นสื่อนำเสนอข้อมูลในเชิงเปรียบเทียบ เช่น Quality/Outcomes Comparisons, Cost comparisons, Morbidity/Mortality และการนำเสนอกรณีสืบสวนฟ้องร้อง เป็นต้น

LEGAL INVOLVEMENT

ในประเทศ U.S.A. มีกฎหมายหลายฉบับที่เกี่ยวข้อง เช่น

- Unfair Trade Practices and Consumer Protection Law
- Patient's Bill of Right
- Patient Self Determination Act and Advance Directive Law
- Plain Language Consumer Contract Act

วัตถุประสงค์ก็เพื่อป้องกันการโฆษณาและบริการที่หลอกลวงการประกอบอาชีพที่ผิดจรรยาบรรณ การทำธุรกิจที่ไม่ยุติธรรม ฯลฯ

ผลของการมีกฎหมาย กฎระเบียบมากมาย ก็ทำให้เกิดกรณีพิพาท การฟ้องร้องมากเป็นเงาตามตัว จนต้องมีการบังคับให้ผู้ประกอบการต้องทำ Professional liability เพื่อเป็นหลักประกันว่าเมื่อผู้ประกอบการแพ็คดีจะสามารถชดใช้ค่าเสียหายแก่ผู้ฟ้องร้องได้

บทสรุป Healthcare System ของอเมริกามีการควบคุมคุณภาพอย่างกว้างขวาง ทั้งทางกว้างและทางลึกจนส่งผลให้มีการคุ้มครองผู้บริโภคจนเกินความจำเป็น และกรณีที่มีคดีฟ้องร้องมาก ก็ส่งผลให้แพทย์ต้องให้บริการแบบปกป้องตนเอง ทำให้มี Over utilization และค่าใช้จ่ายสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากประสบการณ์นี้หากจะนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย ผู้เขียนมีความเห็นว่าระบบที่มีความพอดีหรือทางสายกลางน่าจะมีประโยชน์และมีประสิทธิภาพที่สุด

บทที่ 3

รายงานการศึกษาดูงาน

ณ Maryland Department of Health

วันที่ 16 สิงหาคม 2538 คณะศึกษาดูงานได้เข้าเยี่ยมชม Haward County Department of Health โดยมีแพทย์หญิงวิลล่า บราวน์ เป็นผู้ต้อนรับ หลังจากนั้นนายแพทย์อดุลย์ เริ่มก่อสกุล ซึ่งเป็นจิตแพทย์อยู่ใน Haward County Department of Health ได้บรรยายความโดยสรุปว่า Haward County Department of Health เป็นหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐระดับ County ซึ่งเทียบเท่ากับหน่วยงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค (ระดับจังหวัดหรือระดับอำเภอ) แบ่งงานเป็น 4 แผนกกับ 1 คณะทำงาน คือ

1. แผนกบริหาร ดูแลการสาธารณสุขท้องถิ่น ประกอบด้วย
 - ฝ่ายบุคคลด้านสาธารณสุข
 - ฝ่ายการเงินงบประมาณ
 - ฝ่ายเงินอุดหนุน สถานบริการรัฐและเอกชน
 - ฝ่ายข้อมูลข่าวสาร และเครือข่ายคอมพิวเตอร์
2. แผนกอนามัยบุคคล แบ่งเป็น
 - ฝ่ายเวชศาสตร์ป้องกัน
 - ฝ่ายบริการสังคมศาสตร์การแพทย์
 - ฝ่ายโภชนาการ
 - ฝ่ายประเมินผู้สูงอายุ
 - คลินิกบริการ ได้แก่
 - คลินิกมะเร็งเต้านมปากมดลูก
 - คลินิกโรคไม่ติดต่อ
 - ศูนย์อนามัย
 - ฯลฯ
3. แผนกจิตเวชและยาเสพติด แบ่งเป็น
 - แพทย์จิตเวช
 - หน่วยเคลื่อนที่

- คลินิกบริการผู้ป่วยนอก
 - แผนกบำบัดยาเสพติด
4. แผนกอนามัยสิ่งแวดล้อม
- ฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหาร
 - ฝ่ายสุขภาพชุมชน
 - ฝ่ายน้ำดื่มและขยะ
 - ฝ่ายแผนงานและการอนุญาต
5. คณะทำงาน ประกอบด้วย
- ผู้ประสานงานบริการสาธารณสุข
 - นักสุขศึกษาชุมชน
 - นักวางแผนสาธารณสุข

ในการออกใบอนุญาตสถานพยาบาล จะมีคณะกรรมการระดับรัฐและระดับเมืองเป็นผู้พิจารณา โดยมีเกณฑ์มาตรฐานตามข้อกำหนดโดยเน้นในเรื่องความปลอดภัยของผู้บริโภคทั้งด้านกายภาพและด้านบริการ ในส่วนการตรวจมาตรฐาน จัดทำโดยองค์กรกลาง โดยมีเครื่องมือและแบบฟอร์มที่พัฒนาขึ้นทุกปี

หลักการประเมินจะแบ่งเป็นสามส่วน คือ

1. ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง ได้แก่
 - สำหรับผู้ป่วยและจริยธรรม
 - วิธีการดูแลซักประวัติ ตรวจร่างกาย ชันสูตร และการประเมินผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยรักษา
 - วิธีการรักษาผู้ป่วยด้านการเตรียมการ การใช้ยา โภชนาการ การรักษาพิเศษอื่น ๆ
 - การให้ความรู้ผู้ป่วย
 - การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
2. ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานขององค์กร (โรงพยาบาล)
 - การพัฒนาบริการ โดยดูจากแผนงานและผลงาน
 - ผู้นำและการบริหารจัดการองค์กร
 - การดูแลสิ่งแวดล้อม
 - การดูแลกำลังคนของโรงพยาบาล
 - การพัฒนาฝึกอบรมสวัสดิการ ฯลฯ

- การบริหารข้อมูลข่าวสาร
 - ข้อมูลบริหาร
 - ข้อมูลผู้ป่วย
 - ข้อมูลวิชาการ
 - การวิเคราะห์และใช้ข้อมูล
- การเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันการแพร่เชื้อ
- 3. ส่วนที่เกี่ยวกับโครงสร้างการปฏิบัติการ
 - หน่วยบริหาร
 - งานบริหาร
 - กลุ่มแพทย์
 - กลุ่มการพยาบาล
 - กลุ่มอื่น ๆ

การประเมินทั้งหมดนี้ทำเมื่อโรงพยาบาลพร้อมและทำได้ทุก 3 ปี โดยจะมีองค์กรกลางเป็น
ประเมินตามแบบที่กำหนด

บทที่ 4

รายงานการศึกษาดูงาน

ณ Jameson Health System

วันที่ 17 สิงหาคม 2538 คณะศึกษาดูงานได้เข้าศึกษาดูงานที่โรงพยาบาลเจมสัน เมมโมเรียน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนของเมือง เป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้หวังผลกำไร โดยได้รับฟังการบรรยายจาก นายโทมัส ไวน์ ประธานเจมสัน เฮลท์ ซิสเต็ม ความโดยสรุปว่า โรงพยาบาลเจมสัน เมมโมเรียน มีต้นกำเนิดมากกว่า 70 ปี โดยเริ่มจาก นายแพทย์เจมสัน ร่วมกับชาวเมืองนิวคาสเซิล จัดตั้งเป็นคณะกรรมการสร้างเป็นโรงพยาบาลชุมชน (Community Hospital) มีการบริหารแบบเอกชน แต่ผลกำไรจะนำไปรวมกับเงินบริจาค เพื่อการลงทุนขยายและพัฒนาโรงพยาบาลเท่านั้น

โรงพยาบาลเจมสันได้มีการขยายตัวและมีกิจกรรมบริการสาธารณสุขหลายแผนกมากขึ้น ได้แก่ โรงเรียนพยาบาล สถานบริการสุขภาพ ศูนย์สาธารณสุขชุมชน สมาคมพยาบาลเยี่ยมบ้าน ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ ศูนย์ผ่าตัดผู้ป่วยนอก งานบริการสาธารณสุขชุมชน และกำลังจัดตั้งสถานพยาบาลรูปแบบ Nursing home จึงได้เปลี่ยนชื่อจากโรงพยาบาลเป็น เจมสัน เฮลท์ ซิสเต็ม

โรงพยาบาลได้มีการขยายตัวต่อเนื่องจนมีขนาด 400 เตียง และมีแพทย์ประมาณ 200 คน ครอบคลุมประชากร 60,000 คน ของเมืองนิวคาสเซิล ต่อมาเมื่อมีการพัฒนาเทคนิคการรักษา เช่น เครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย ยา และเทคนิคการผ่าตัด ความจำเป็นในการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนลดลงอย่างมาก จนทำให้การรักษาส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยไปกลับ การรับผู้ป่วยในจึงเหลือเพียงประมาณ 240 เตียง

ลักษณะการบริหารโรงพยาบาลจะมีคณะกรรมการบริหารคัดเลือกโดยชุมชนมาบริหารเป็นวาระการบริหารของแพทย์และพยาบาล แยกเป็นอิสระจากโรงพยาบาล การดำเนินการใช้งบประมาณปีละ 2,000 ล้านบาท โดยมีการสนับสนุนจากเงินบริจาคของชุมชน

ระบบการอนุญาต

การขออนุญาตตั้งสถานพยาบาล ขยายแผนกบริการหรือการใช้เครื่องมือเทคโนโลยีที่มีราคาแพงจะต้องยื่นขอต่อคณะกรรมการขอรัฐบาลทุกระดับ โดยคำขอจะต้องแสดงข้อมูลและความจำเป็นในการขยายหรือจัดตั้งสถานพยาบาลเหล่านั้น

รายละเอียดในคำขอต้องระบุพื้นที่ประชากร สถานที่ตั้ง ความจำเป็นและคัมภ์ประโยชน์ของบริการ รวมทั้งต้องแสดงถึงความปลอดภัย มั่นคงของอาคารโครงสร้าง เครื่องมือ เทคนิคบริการ สิ่งแวดล้อม ความเหมาะสมต่อบริการสาธารณสุขของชุมชน

หลังจากได้รับใบอนุญาตแล้วผู้ก่อสร้างจึงจะสามารถระดมทุนมาใช้ในการก่อสร้างได้ทั้งในรูปเงินกู้ เงินบริจาค เงินลงทุน และพันธบัตร

เมื่อก่อสร้างเสร็จแล้ว คณะกรรมการแห่งรัฐจะดำเนินการตรวจสอบให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานเพื่อการอนุญาตและออกใบอนุญาตให้ดำเนินการได้

หลังจากการอนุญาตจะมีการตรวจสอบโดยหลายหน่วยงาน คือ

1. ตรวจสอบโดยหน่วยงานรัฐ

- การตรวจมาตรฐานเพื่อต่อใบอนุญาตประจำปี
- การตรวจทางด้านสิ่งแวดล้อม
- การตรวจสอบราคาและคุณภาพบริการในระบบประกันสุขภาพ (โครงการผู้สูงอายุ, ผู้มีรายได้น้อยของรัฐ)
- การตรวจตามข้อร้องเรียน

2. ตรวจสอบโดยองค์กรกลางเพื่อประเมินคุณภาพ

จะมีการตรวจทุก 3 ปี เพื่อนำไปใช้ในการทำสัญญากับหน่วยงานหรือบริษัทประกัน

สุขภาพ

ถ้าตรวจไม่ผ่าน จะให้มีการแก้ไขปรับปรุงในกำหนดเวลา ถ้าแก้ไขไม่ได้จะเสนอข้อมูลให้รัฐเพื่อการพักใช้ใบอนุญาต

3. ตรวจสอบคุณภาพมาตรฐาน โดยองค์กรวิชาชีพเฉพาะ เช่น

- งานชั้นสูตร
- งานรังสี
- งานการพยาบาล
- งานกายภาพบำบัด

กรรมการแพทย์

การควบคุมมาตรฐานของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลแต่ละแห่ง จะมีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพภายในโรงพยาบาล ซึ่งจะกำหนดมาตรฐานบริการของแต่ละโรงพยาบาล โดยนำมาจากข้อกำหนดขององค์กรมาตรฐานต่าง ๆ

การควบคุมจะเริ่มตั้งแต่การตรวจสอบประวัติบุคคลที่จะรับเข้ามาทำงานในโรงพยาบาล โดยมี การตรวจสอบจากคลังข้อมูลบุคคลแห่งชาติ (National Personal Data Bank) ซึ่งจะเก็บข้อมูลทะเบียนประวัติ การศึกษา อบรม การทำงาน การถูกร้องเรียน การถูกสอบสวน ลงโทษ ซึ่งสถานพยาบาลทุกแห่งต้องส่งข้อมูลให้กับคลังข้อมูล ถ้าฝ่าฝืนมีโทษปรับถึง 2.5 แสนบาท

เมื่อตรวจสอบแล้วบุคคลจะต้องยอมรับมาตรฐานของโรงพยาบาลที่กำหนดแล้ว จึงจะรับเข้าทำงานได้

การปฏิบัติงานของแต่ละบุคคลจะต้องมีการลงบันทึกการปฏิบัติงานทุกอย่าง ตามข้อกำหนดของกฎหมายและเป็นส่วนสำคัญที่ใช้ในการตรวจสอบประเมินคุณภาพหรือการสอบสวนเมื่อมีเหตุร้องเรียน

ระบบข้อมูลข่าวสาร

ข้อมูลผู้ป่วยบันทึกโดยผู้เกี่ยวข้องเก็บเป็นเวชระเบียนของโรงพยาบาล โดยตัวจริงเก็บไว้ 5 ปี หลังจากนั้นเก็บในรูปแบบไมโครฟิล์ม

ข้อมูลสรุปผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการเจ็บป่วย การวินิจฉัยการรักษา ผลการรักษาและค่ารักษาพยาบาล จะถูกบรรจุระบบข้อมูลคอมพิวเตอร์ไปปรากฏทุกหน่วยงาน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการนำมาใช้ในการประเมิน ผลการรักษาและคุณภาพการรักษาของแต่ละโรงพยาบาลและแพทย์แต่ละคน ผลสรุปนี้รัฐบาลสามารถนำเสนอเพื่อให้ประชาชนทราบในงานคุ้มครองผู้บริโภคได้

นอกจากนี้โรงพยาบาลยังต้องทำรายงานผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อเบิกจ่ายเงินคืนจากกองทุนสงเคราะห์ ของรัฐบาลและหน่วยงานประกันสุขภาพต่าง ๆ

ในแต่ละปีจะมีแบบสำรวจสอบถามจากหน่วยงานต่าง ๆ มาให้โรงพยาบาลกรอกข้อมูลตอบ ตามข้อกำหนดของกฎหมายเพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพด้วย

ในส่วนของโรงพยาบาลเองจะมีแบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยจากการมารับบริการระบบควบคุมวิชาชีพ

การควบคุมวิชาชีพ นอกเหนือจากการอนุญาตประกอบวิชาชีพโดยรัฐบาลกลางแล้วยังมีกฎหมาย กรอบการปฏิบัติของแต่ละวิชาชีพเป็นการเฉพาะและกำหนดให้แต่ละวิชาชีพมีการต่ออายุใบอนุญาตอย่างมีเงื่อนไข เช่น มีการปฏิบัติงานครบตามกำหนด มีการฟื้นฟูฝึกอบรม มีการประชุมวิชาการครบตามกำหนด เป็นต้น

THAI NATIONAL ASSEMBLY LIBRARY



3961130767

บทที่ 5

รายงานการศึกษาดูงาน

ณ โรงพยาบาล Kaiser Permanente HMO's

วันที่ 18 สิงหาคม 2538 คณะศึกษาดูงานได้เข้าศึกษาดูงานที่โรงพยาบาล Kaiser Permanente HMO's โดยมีนายแพทย์วิบูลย์ วิจิตรวาทการ และนายแพทย์จำนงค์ เป็นผู้ต้อนรับและบรรยาย โรงพยาบาล ไกเซอร์ รัฐแคลิฟอร์เนีย เป็นโรงพยาบาลเอกชนแห่งแรกที่เริ่มทำระบบประกันสุขภาพโดยตรงกับบริษัทหรือองค์กรธุรกิจที่มีลูกจ้าง ให้ลูกจ้างสามารถเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลโดยเสียค่าสมาชิกเป็นรายปี

การดำเนินการต่อมาได้มีการขยายสมาชิกและองค์กรเครือข่ายไปทั่วประเทศ โดยปัจจุบันมีสมาชิกในระบบนี้ประมาณ 45 ล้านคน โดยในรัฐแคลิฟอร์เนียมีสมาชิก 4 ล้านคน และโรงพยาบาลในเครือข่าย 11 แห่ง

สำหรับโรงพยาบาลไกเซอร์ ลอสแอนเจลิส มีสมาชิก 230,000 คน โดยโรงพยาบาลมีขนาด 600 เตียง มีแพทย์ 500 คน และกำลังคนด้านต่าง ๆ 4,500 คน นอกจากนี้ยังทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ให้การรักษาถึงขั้นสูงสุด และรับส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่ายซึ่งมีกรอบความสามารถลดลงไป

นอกจากนี้ยังมีโรงพยาบาลสาขาและสำนักงานแพทย์ในบริเวณรับผิดชอบเพื่อการดูแลผู้ป่วยนอกและมีการดูแลรักษาที่บ้าน ซึ่งเป็นการลดค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาล ปัจจุบันจึงมีอัตราการครองเตียงต่ำกว่า 50%

การบริการระดับสูงของโรงพยาบาล ได้แก่ ด้านประสาทศัลยศาสตร์ รังสีวินิจฉัย และรังสีบำบัด การปลูกต่ออวัยวะ การผ่าตัดหัวใจ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นต้น

ระบบบริหาร

องค์กร HMO's ประกอบด้วย 3 องค์กรย่อย คือ

1. โรงพยาบาล เป็นการบริหารและจัดบริการของโรงพยาบาล มีผู้บริหารที่ไม่ใช่แพทย์ และมีผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล เกสซักร เทคนิคการแพทย์ รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล
2. สหภาพแพทย์ เป็นองค์กรกลุ่มแพทย์ที่ทำงานให้โรงพยาบาล รับเงินเดือนจากโรงพยาบาล ไม่มีค่าบริการจากผู้ป่วย มีระบบการดูแลรักษาคุณภาพการบริการภายในกลุ่ม
3. องค์กรธุรกิจ (Kaiser Health Plan) เป็นองค์กรรับผิดชอบด้านการบริหารการตลาด หาสมาชิก จัดสรรเงินงบประมาณและการวางแผนพัฒนาบริการโดยจัดทำรูปแบบมูลนิธิไม่เสียภาษี

การบริหารงบประมาณจากสมาชิก จะจัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายจ้างแพทย์ประมาณ 45% และเป็น ส่วนของโรงพยาบาล 55%

ค่าสมาชิกเก็บเป็นรายปี คนละ 25,000 บาทต่อปี ค่าจ้างแพทย์ตักประมาณเฉลี่ย 200,000 บาทต่อคนต่อเดือน

ระบบบริการ

สมาชิกจะมารับบริการต้องมีการแจ้งนัดหมายทางโทรศัพท์ล่วงหน้า ยกเว้นกรณีฉุกเฉิน ซึ่ง เป็นการลดปัญหาการแออัดของผู้ป่วยนอก นอกจากนั้นจะเป็นผู้ป่วยซึ่งมาจากระบบส่งต่อของโรงพยาบาลสาขา และโรงพยาบาลเครือข่าย

ผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นสมาชิกจะมารับบริการไม่ได้ ยกเว้นกรณีฉุกเฉินซึ่งเป็นข้อบังคับตามกฎหมาย การรับบริการผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายบางส่วน ยกเว้นกรณีส่งต่อ

ผู้ป่วยต้องรับบริการจากแพทย์ในสหภาพของโรงพยาบาลเท่านั้น ถ้ามีการเลือกแพทย์เป็น กรณีพิเศษ ผู้ป่วยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเองและหักเพิ่มให้โรงพยาบาล 20%

ผู้ป่วยสามารถไปรับบริการจากโรงพยาบาลในเครือข่ายแห่งใดก็ได้ ยกเว้นกรณีฉุกเฉินสามารถ เข้าโรงพยาบาลใกล้เคียงนอกเครือข่าย ซึ่งทางระบบจะเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่าย

นอกเหนือจากระบบบริการในโรงพยาบาลยังได้จัดให้มีบริการรักษาพยาบาลที่บ้าน การจัดการบริการ Nursing Home บริการ Hospid รวมทั้งงานเวชศาสตร์ป้องกันบริการต่อสมาชิก

ระบบมาตรฐานของเครือข่าย

นอกเหนือจากตรวจสอบมาตรฐานตามข้อกำหนดตามกฎหมายและองค์กรกลางแล้ว โรงพยาบาล ในเครือข่ายจะกำหนดมาตรฐานภายในเครือข่าย โดยมีคณะกรรมการในแต่ละสาขากำหนดขึ้นและมีการจัด ประชุมทุก 3-4 เดือน เพื่อทบทวนและพัฒนามาตรฐานการรักษาและบริการ

มีการจัดประชุมวิชาการ โดยนำผลการรักษาอัตราป่วย อัตราตาย และรายงานการตาย มาหา ข้อบกพร่องเพื่อการพัฒนา

มีข้อกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานต้องได้รับการอบรมศึกษาฟื้นฟูทุกปี อย่างน้อยปีละ 20 ชั่วโมง

ระบบเวชศาสตร์ป้องกัน

ระบบบริการ HMO's จะเน้นการบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยใช้งบประมาณ จากระบบซึ่งเป็นการลดการเจ็บป่วยและลดต้นทุนค่ารักษาพยาบาล ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงกว่ามาก บริการได้แก่

- บริการ วัคซีน เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่
- คลินิกคอเลสเตอรอล
- การตรวจร่างกายประจำปี
- การอบรมสุขภาพการดูแลตนเอง
- การเฝ้าระวังมะเร็ง
- การส่งเสริมออกกำลังกาย
- คลินิกยาเสพติด บุหรี่ และแอลกอฮอล์ เป็นต้น

บทที่ 6

สรุปผลจากการศึกษาดูงาน

1. กรอบแนวคิดของการคุ้มครองผู้บริโภค

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสาธารณสุขเป็นการดำเนินการร่วมกันจากหลายส่วน ได้แก่

1. ตัวผู้บริโภค จะต้องมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง รู้สิทธิต่าง ๆ ในการรับบริการ และมีความรับผิดชอบต่อการรับบริการได้อย่างเหมาะสม
2. โรงพยาบาลหรือผู้ให้บริการจะต้องจัดบริการได้อย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน และสามารถให้ประชาชนเข้าถึง และบริหารอย่างมีประสิทธิภาพ มีระบบตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานและพัฒนามาตรฐานภายในโรงพยาบาล มีการจัดระบบข้อมูลข่าวสารที่ตรวจสอบได้ และให้สิทธิต่อผู้บริโภคได้รับบริการที่เหมาะสมเป็นธรรม
3. ระบบประกันหรือผู้จ่ายแทน จะต้องมีการตรวจสอบคุณภาพสถานพยาบาล เลือกสถานพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้บริโภค
4. องค์กรธุรกิจหรือนายจ้างของผู้บริโภค ต้องมีข้อตกลงที่ดีและการตรวจสอบคัดเลือกสถานพยาบาลและระบบประกัน ทั้งนี้เพื่อสิทธิประโยชน์ของลูกค้า
5. องค์กรควบคุมมาตรฐานคุณภาพสถานพยาบาล ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรวิชาชีพ ต้องมีการจัดทำมาตรฐานการตรวจสอบการเผยแพร่มาตรฐานอย่างถูกต้องตามข้อกำหนดและตรงไปตรงมา ไม่เบี่ยงเบน
6. องค์กรรัฐบาล ทั้งระดับประเทศรัฐ และท้องถิ่น ต้องทำหน้าที่ในการตรวจสอบและปฏิบัติตามข้อกำหนดของกฎหมาย
7. กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคต้องมีความทันสมัยเหมาะสม และบังคับใช้ได้
8. สื่อมวลชน ทำหน้าที่ในการเผยแพร่ให้ประชาชนได้มีความรู้ความเข้าใจและได้ข้อมูลที่ถูกต้องของบริการและสิทธิประโยชน์ รวมทั้งการเผยแพร่สิ่งที่ไม่ถูกต้องเพื่อให้ได้รับการแก้ไข

2. มาตรฐานสถานพยาบาลและการอนุญาตจัดตั้งสถานพยาบาล หรือจัดให้มีบริการในสถานพยาบาล

ระบบของสหรัฐอเมริกาจะมีหน่วยงานรัฐ 3 ระดับ คือ รัฐบาลกลาง รัฐบาลของรัฐ และรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งจะมีแผนกสาธารณสุขรับผิดชอบในการอนุญาตการต่อใบอนุญาต การตรวจสอบตามข้อกำหนดของกฎหมาย

ที่สำคัญ คือ การอนุญาตจัดตั้งจะต้องมีการขออนุญาตล่วงหน้าและมีการประเมินความเหมาะสมของบริการหรือโรงพยาบาลแห่งนั้นต่อท้องถิ่นนั้น ๆ ซึ่งเป็นการควบคุมมิให้มีบริการหรือโรงพยาบาลที่ไม่จำเป็นมากเกินไปอันเป็นผลกระทบต่อการใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของระบบเศรษฐกิจของประเทศ

นอกจากนี้ยังมีมาตรฐานและแนวทางข้อกำหนดชัดเจนในทุกด้าน ทั้งด้านโครงสร้าง ความปลอดภัย บุคลากร ด้านสิ่งแวดล้อม

ในด้านบริหาร ยังจัดให้มีระบบรายงานและการตรวจสอบประจำปี ซึ่งถือเป็นส่วนสำคัญของการคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีอำนาจการสั่งแก้ไขปรับปรุงรวมถึงการพักใช้ใบอนุญาตได้อย่างสมบูรณ์

3. ระบบการประเมินคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาล

แบ่งระบบการประเมินเป็น 2 ส่วน คือ

1. ระบบประเมินภายในโรงพยาบาลแต่ละแห่งจะมีผู้รับผิดชอบและมีกรรมการคุณภาพมาตรฐานภายในกำหนดตรวจสอบมาตรฐานตัวเอง พัฒนาคุณภาพมาตรฐานของโรงพยาบาล มีการอบรมฟื้นฟูวิชาการประสานงานเพื่อทำการตรวจสอบจากองค์กรภายนอกโรงพยาบาล

2. ระบบประเมินจากภายนอก ที่สำคัญคือ

2.1 องค์กรกลางเพื่อประเมินคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งทำหน้าที่รับแจ้งประเมินและออกประกาศนียบัตรรับรอง สามารถนำไปใช้ในการทำสัญญาธุรกิจกับหน่วยงานประกันหรือผู้จ่ายแทน รวมทั้งระบบสังคมสงเคราะห์ของรัฐ องค์กรกลางนี้เป็นองค์กรอิสระเกิดจากตัวแทนของหลายฝ่ายโดยมีรัฐบาลเป็นผู้แต่งตั้งและมีการบริหารแบบเอกชน มีการพัฒนาวิจัยคุณภาพมาตรฐานและมีเจ้าหน้าที่ทำงานเพื่อการตรวจสอบโดยเฉพาะ

2.2 องค์กรประเมินคุณภาพมาตรฐานของรัฐ ซึ่งเป็นการจัดตั้งขึ้นมาใหม่

2.3 องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคซึ่งใช้การประเมินจากผลการรักษาและคำรักษาของแพทย์หรือของโรงพยาบาลมาเปรียบเทียบ และเผยแพร่เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้และเลือกใช้โรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

2.4 องค์กรวิชาชีพเฉพาะ ซึ่งจะเข้าไปทำหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานตามวิชาชีพเฉพาะสาขา

3. กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคที่สำคัญ

1. กฎหมายเพื่อการอนุญาตจัดตั้งและบริการของสถานพยาบาล

2. กฎหมายการแสดงสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วย

3. กฎหมายการเซ็นยินยอมของผู้ป่วยโดยใช้ภาษาสามัญ

4. การยื่นแสดงความเหมาะสมเพื่อขออนุญาตจัดตั้งสถานพยาบาล

5. กฎหมายแสดงเจตจำนงการรักษาเพื่อดำรงชีพต่อ

6. กฎหมายการประกอบวิชาชีพแต่ละสาขา

7. กฎหมายควบคุมการขึ้นทะเบียน

- เครื่องมือแพทย์

- ยา

- วิธีการประกอบโรคศิลปะ

8. กฎหมายสิ่งแวดล้อม และการสุขภาพ
9. การใช้อำนาจอนุญาตตุลาการ
10. กฎหมายว่าด้วยการบันทึกข้อมูลและการรายงาน
11. กฎหมายว่าด้วยการค้าที่ไม่เป็นธรรม

4. ระบบบริการสาธารณสุขที่น่าสนใจ

1. ระบบการอุดหนุนเอกชนให้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุและผู้มีรายได้น้อย โดยใช้ระบบค่าตอบแทนตามกลุ่มโรค (DRG.)
2. ระบบประกันสุขภาพ โดยโรงพยาบาลและโดยหน่วยประกัน
3. งานเวชศาสตร์ป้องกันของหน่วยประกันหรือผู้จ่ายแทน
4. ระบบเครือข่ายของโรงพยาบาล
5. ระบบข้อมูลข่าวสาร

บทที่ 7

แนวคิดเพื่อการปฏิบัติจากการศึกษาดูงาน

1. การจัดตั้งองค์กรประเมินคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาล

- 1.1 จัดตั้งคณะทำงานเพื่อพิจารณารูปแบบ องค์กรการบริหารและการบริการประเมินผล
- 1.2 แต่งตั้งคณะกรรมการกลางโดยกระทรวง
- 1.3 แต่งตั้งหน่วยงานรับผิดชอบการประเมินคุณภาพทั้งภาครัฐและเอกชน
- 1.4 จัดส่งคนไปศึกษาอบรมกระบวนการสำรวจและประเมินมาตรฐาน
- 1.5 ยกร่างมาตรฐานบริการของกระทรวง
- 1.6 ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้บังคับคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลผ่านทางระบบ

เบิกจ่าย

2. การปรับปรุงกฎหมายสถานพยาบาล

- 2.1 แยกประเภทสถานพยาบาลและประเภทบริการ
- 2.2 กำหนดให้มีการขออนุมัติแผนการขยายก่อสร้างจัดซื้อสถานพยาบาลหรือบริการบางประเภทก่อนการดำเนินการ
- 2.3 กำหนดให้มีคณะกรรมการสถานพยาบาลขึ้นดูแลพิจารณาติดตามตรวจสอบรับข้อร้องเรียน
- 2.4 จัดตั้งระบบอนุญาตตุลาการเพื่อรับพิจารณาไกล่เกลี่ยการร้องทุกข์
- 2.5 กำหนดให้มีการจัดทำรายงานของโรงพยาบาลก่อนการอนุญาตทุกปี
- 2.6 ออกข้อบังคับให้โรงพยาบาลมีระบบเวชระเบียนที่สามารถใช้เก็บข้อมูลตรวจสอบได้
- 2.7 กำหนดรายละเอียดมาตรฐานของสถานพยาบาลแต่ละประเทศให้เป็นรูปธรรม

3. การปรับปรุงกฎหมายวิชาชีพและการประกอบโรคศิลปะ

- 3.1 ปรับปรุงให้วิธีการประกอบโรคศิลปะที่มีขึ้นใหม่ ต้องผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการ
- 3.2 ปรับปรุงให้มีเงื่อนไขการต่อใบอนุญาตการประกอบโรคศิลปะและวิชาชีพ
- 3.3 กำหนดให้มีการรายงานตัว รายงานสถานที่และผลการประกอบโรคศิลปะต่อนายทะเบียนทุกปี
- 3.4 ปรับปรุงเงื่อนไขการกำหนดการประกอบโรคศิลปะสาขาใหม่ ๆ
- 3.5 ให้องค์กรวิชาชีพกำหนดมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และมีระบบติดตามประเมินสอบสวนพัฒนามาตรฐานแห่งวิชาชีพแก่หน่วยงานและสถานพยาบาลต่าง ๆ
- 3.6 จัดให้มีระบบคลังข้อมูลบุคคลที่ประกอบโรคศิลปะ

มาตรฐานแห่งวิชาชีพแก่หน่วยงานและสถานพยาบาลต่าง ๆ

4. การปรับปรุงสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วย

- 4.1 ตั้งคณะทำงานพิจารณากรอบสิทธิและหน้าที่ของผู้ป่วย
- 4.2 กำหนดวิธีการให้ผู้ป่วยได้รับทราบสิทธิและหน้าที่ของตนเอง
- 4.3 ส่งเสริมโรงพยาบาลให้ดูแลสิทธิของผู้ป่วยที่พึงได้รับ พร้อมทั้งมีการประเมิน
- 4.4 พิจารณาสถานการณ์ในการรักษาผู้ป่วยที่หมดหวัง

5. แผนงานสนับสนุนโรงพยาบาลเอกชน

- 5.1 ส่งเสริมระบบประกันสุขภาพโดยโรงพยาบาลเอกชน
- 5.2 มีระบบจูงใจลดภาษีให้โรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานทั้งคุณภาพและราคา
- 5.3 ส่งเสริมงานบริการสาธารณสุขผ่านภาคเอกชน เช่น งานเวชศาสตร์ป้องกัน โดยมีระบบเงินอุดหนุนหรือการอุดหนุนทดแทนด้านทรัพยากร
- 5.4 จัดตั้งกองทุนลดภาระความเสี่ยง กรณีรับผู้ป่วยฉุกเฉินและหนีสูญ

6. การพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาล

- 6.1 จัดทำโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาล
- 6.2 จัดข้อบังคับให้โรงพยาบาลมีคณะกรรมการมาตรฐานโรงพยาบาล และมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
- 6.3 ให้โรงพยาบาลมีระบบรายงานและการสอบสวนกรณีความรุนแรงของโรคหรือเวลาออกโรงพยาบาลหรืออัตราการตายของโรคแต่ละโรคสูงกว่ามาตรฐาน และจัดทำสถิติเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาล

7. โครงการสนับสนุนผู้ประกอบการวิชาชีพคนไทยได้มีโอกาสกลับมาทำงานในประเทศ

- 7.1 จัดตั้งคณะทำงานศึกษา
- 7.2 ประสานองค์กรวิชาชีพ เรื่องการออกใบอนุญาตกรณีเป็นผู้มีใบประกอบโรคศิลปะหรือใบประกอบวิชาชีพจากต่างประเทศอยู่แล้ว
- 7.3 เป็นสื่อกลางรวบรวมตำแหน่งความต้องการภายในประเทศให้กับผู้ประกอบการในต่างประเทศ

ภาคผนวก

โครงการศึกษาดูงานการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทางสาธารณสุขและมาตรฐานสถานพยาบาล
ณ ประเทศสหรัฐอเมริกาสำหรับผู้บริหาร และประเทศมาเลเซีย สิงคโปร์ สำหรับผู้ปฏิบัติการ
ระหว่างวันที่ 14-19 สิงหาคม 2538
และ 28 สิงหาคม - 2 กันยายน 2538

1. หลักการและเหตุผล

อนุสนธิจากนโยบายของรัฐบาลและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบายพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 ที่จะคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทางสาธารณสุขให้ได้รับความปลอดภัยในชีวิตร่างกายและทรัพย์สินด้วยบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานและมีราคายุติธรรม นั้น

เนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบันได้มีการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง อุตสาหกรรม และเทคโนโลยี ยังผลให้ความต้องการรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชนทวีมากขึ้น สถานพยาบาลเอกชนได้ทวีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เกิดการแข่งขันกันในด้านบริการทางการแพทย์ การนำเอาเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ และสืบเนื่องมาจากการประชุมสัมมนาผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน เมื่อวันที่ 2 มีนาคม 2538 ซึ่งการประกอบโรคศิลปะได้จัดประชุมร่วมกับสมาคมโรงพยาบาลเอกชนพบปัญหาต่าง ๆ ที่จะต้องดำเนินการแก้ไขและสนับสนุนในการคุ้มครองประชาชนผู้บริโภค 11 ประเด็น คือ

- 1) การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร
- 2) การรับรองมาตรฐาน (Joint Accreditation)
- 3) การปรับปรุงกฎหลักเกณฑ์
- 4) การจัดระบบราคาค่ารักษา
- 5) การสนับสนุนองค์กรตัวแทนโรงพยาบาล
- 6) การกระจายอำนาจและลดขั้นตอนออกใบอนุญาต
- 7) การปรับปรุงหลักเกณฑ์การเปิดต้นสังกัด
- 8) การปรับปรุงภาระภาษี
- 9) การส่งเสริมบริการสาธารณสุขในโรงพยาบาลเอกชน
- 10) การสนับสนุนกำลังคนให้โรงพยาบาลเอกชน
- 11) การจัดทำขั้นตอนการลงทุน

และจากการตรวจสอบสถานพยาบาลเอกชนพบว่าบางแห่งมีปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับการบำบัดน้ำเสียประเด็นปัญหาดังกล่าวแล้วมีความสำคัญอย่างยิ่งที่กองการประกอบโรคศิลปะจะต้องดำเนินการแก้ไข ในฐานะที่เป็นหน่วยงานหนึ่งของกระทรวงสาธารณสุขที่มีหน้าที่ในการดูแลและคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้บริโภคด้านบริการทางสาธารณสุข จึงจำต้องศึกษาและหามาตรการ รวมทั้งต้องกำหนดกลยุทธ์/กลวิธีในการที่จะสนองตอบนโยบายและแก้ไขปัญหาดังกล่าวซึ่งกองการประกอบโรคศิลปะได้ดำเนินการตามกลยุทธ์/กลวิธีที่กำหนดไว้แล้วหลายประการ อาทิเช่น

1. การระดมความคิดเห็นจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน
2. การจัดดำเนินงานโครงการเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม เรื่อง การบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ
3. การจัดทำโครงการปรับปรุงองค์กร มอบอำนาจการดูแลสถานพยาบาลเอกชนในระดับจังหวัด
4. จัดดำเนินการยกร่างมาตรฐานสถานพยาบาลภาคเอกชนให้บริการประชาชนผู้บริโภคให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

และเพื่อให้การตอบสนองต่อนโยบายดังกล่าวให้สามารถดำเนินการได้สำเร็จลุล่วงอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น กองการประกอบโรคศิลปะซึ่งมีภาระและหน้าที่ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทางการแพทย์ จึงเห็นควรกำหนดให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติได้มีการศึกษาดูงานในต่างประเทศ โดยเฉพาะประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วสำหรับผู้บริหาร และประเทศมาเลเซีย สิงคโปร์ ซึ่งเป็นประเทศหนึ่งที่อยู่ระหว่างพัฒนาประเทศเช่นเดียวกับประเทศไทยสำหรับผู้ปฏิบัติการ โดยที่ประเทศทั้งสามนี้ได้มีการเจริญเติบโตของสถานพยาบาลเอกชนมาก รวมทั้งมีการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีใหม่ ๆ ทางด้านแพทย์และสาธารณสุข และรัฐได้มีนโยบายคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการตลอดจนปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเช่นเดียวกับประเทศไทย ซึ่งเห็นว่าการศึกษาดูงานครั้งนี้จะเป็นประโยชน์แก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานให้เกิดการเรียนรู้ มีประสบการณ์ และมีแนวคิดเชิงเปรียบเทียบ สามารถนำมาประยุกต์และปรับปรุงหาวิธีการที่จะให้งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทางสาธารณสุขตลอดจนงานด้านสิ่งแวดล้อมในประเทศไทยได้ประสบผลสำเร็จต่อไป

ด้วยเหตุผลดังกล่าว กองการประกอบโรคศิลปะจึงได้จัดทำโครงการศึกษาดูงานด้านคุ้มครองผู้บริโภค ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา สำหรับผู้บริหาร และประเทศมาเลเซีย สิงคโปร์ สำหรับผู้ปฏิบัติการขึ้น

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ ของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านการสาธารณสุขและด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับการกำจัดน้ำเสีย

2.2 มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และเทคโนโลยีใหม่ด้านบริการแพทย์ ระหว่างผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานกับเจ้าของประเทศ

2.3 นำความรู้ ประสบการณ์ที่ได้จากการศึกษาดูงานไปพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคด้านการสาธารณสุขและงานด้านสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับการกำจัดน้ำเสียให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

3.1 กลุ่มผู้บริหาร จำนวน 16 คน ศึกษาดูงาน ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา

3.2 กลุ่มผู้ปฏิบัติ จำนวน 25 คน ศึกษาดูงาน ณ ประเทศมาเลเซีย สิงคโปร์

4. วิธีดำเนินการ

4.1 กลุ่มผู้บริหารศึกษาดูงานด้านมาตรฐานสถานพยาบาลและการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการ ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา ในเรื่องดังต่อไปนี้

- 1) การจัดทำมาตรฐานสถานพยาบาลเอกชน
- 2) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสาธารณสุข
- 3) รูปแบบการจัดองค์กรของรัฐในการควบคุมกำกับสถานพยาบาลภาคเอกชน
- 4) กลยุทธ์ของรัฐในการสนับสนุนภาคเอกชน
- 5) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข

4.2 กลุ่มผู้ปฏิบัติการ ศึกษาดูงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทางสาธารณสุข ณ ประเทศมาเลเซีย สิงคโปร์ ในเรื่องดังต่อไปนี้

- 1) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทางสาธารณสุข
- 2) รูปแบบการจัดองค์กรของรัฐในการควบคุมกำกับสถานพยาบาลภาคเอกชน
- 3) กลยุทธ์ของรัฐในการสนับสนุนภาคเอกชน
- 4) กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทางการแพทย์

5. ผู้ศึกษาดูงาน

5.1 กลุ่มที่ 1 ผู้บริหาร, หัวหน้าฝ่าย, หัวหน้างาน และผู้ที่เกี่ยวข้องจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองการประกอบโรคศิลปะ ที่รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านทางสาธารณสุข จำนวน 7 คน (ประเทศสหรัฐอเมริกา)

5.2 กลุ่มที่ 2 ผู้บริหาร, หัวหน้าฝ่าย, หัวหน้างาน, พนักงานเจ้าหน้าที่ระดับผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 25 คน (ประเทศมาเลเซีย และสิงคโปร์)

6. ระยะเวลาดำเนินการ

กลุ่มที่ 1 วันที่ 14-22 สิงหาคม 2538 ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา

กลุ่มที่ 2 วันที่ 28 สิงหาคม - 1 กันยายน 2538 ณ ประเทศมาเลเซีย, สิงคโปร์

7. งบประมาณ

กลุ่มที่ 1 ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าพาหนะ ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ สำหรับผู้บริหาร หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองการประกอบโรคศิลปะ จากงบประมาณหมวดคุ้มครองผู้บริโภค กองการประกอบโรคศิลปะ จำนวน 560,000 บาท และจากงบประมาณหมวดค่าตอบแทนใช้สอย และวัสดุ งานบริหารงานกฎหมายสาธารณสุข จำนวน 80,000 บาท

กลุ่มที่ 2 ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าพาหนะ ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ สำหรับผู้บริหาร หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข จากงบประมาณหมวดคุ้มครองผู้บริโภค กองการประกอบโรคศิลปะ จำนวน 562,500 บาท จำนวน 25 คน ๆ ละประมาณ 22,500 บาท

8. การประเมินผล จากรายงานสรุปผลการศึกษาดูงาน

9. ผู้รับผิดชอบโครงการ กองการประกอบโรคศิลปะ

10. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาดูงานจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้จากสิ่งที่เป็นจริง และมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น ซึ่งจะได้นำมาปรับปรุงการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ให้เหมาะสมและเป็นแนวทางพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทางสาธารณสุข ส่งผลให้ประชาชนผู้บริโภคได้รับบริการที่มีมาตรฐานและสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับการบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาลเอกชนดีขึ้นและมีประสิทธิภาพสูงสุดต่อไป

ลงนาม ศศิเพ็ญ โมไยกุล ผู้จัดทำโครงการ
(นางศศิเพ็ญ โมไยกุล)
หัวหน้าฝ่ายพัฒนามาตรฐาน

ลงนาม วิทยา คุณานุกรกุล ผู้เสนอโครงการ
(นายวิทยา คุณานุกรกุล)
รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุข
รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ

ลงนาม ยุทธ โพธารามิก ผู้อนุมัติโครงการ
(นายยุทธ โพธารามิก)
รองปลัดกระทรวง
รักษาราชการแทน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(สำเนาถูกต้อง)

(นางศศิเพ็ญ โมไยกุล)
เจ้าหน้าที่ทะเบียนวิชาชีพ 7

กำหนดการศึกษาดูงานคัมภรองผู้บริโภค
ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา
กองการประกอบโรคคิลปะ กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
ระหว่างวันที่ 14-22 สิงหาคม 2538

ว.ด.ป.	รายการศึกษาดูงาน
วันจันทร์ที่ 14 สิงหาคม 2538 06.00 น. 07.10 น. 11.00 น. 12.00 น. 13.15 น. 20.40 น. 22.23 น.	กรุงเทพฯ-ลอสเองเจลลีส-ฟิลาเดลเฟีย - คณะพร้อมกันที่สนามบินดอนเมืองแคนเตอร์สายการบิน-ไทย หมายเลข 1 - ออกเดินทางสู่สหรัฐอเมริกา โดยสายการบินไทย เที่ยวบินที่ TG 770 - เดินทางถึง "นครลอสเองเจลลีส" - เตรียมตัวเดินทางสู่ "ฟิลาเดลเฟีย" ที่อาคารห้องผู้โดยสารอาคารสนามบินภายในประเทศ - ออกเดินทางสู่ "ฟิลาเดลเฟีย" โดยสายการบิน ยูเอสแอร์ เที่ยวบินที่ US 2 - แวะเปลี่ยนเครื่องที่ "ฟิตสเบิร์ก" เป็นเที่ยวบินที่ US 1880 - ถึง "ฟิลาเดลเฟีย เข้าพักที่โรงแรม
วันอังคารที่ 15 สิงหาคม 2538 07.00 น. 09.00 - 12.00 น. 12.00 น. 13.00 น. 19.00 น.	ฟิลาเดลเฟีย-ศึกษาดูงาน - รับประทานอาหารเช้า - ศึกษาดูงานที่ UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA (UNIVERSITY HOSPITAL SURVEYS) - รับประทานอาหารกลางวัน - ศึกษาดูงานต่อที่ UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA - ทักษะศึกษา - รับประทานอาหารค่ำ และเข้าพักที่โรงแรม "ฟิลาเดลเฟีย"

ว.ด.ป.	รายการศึกษาดูงาน
<p>วันพุธที่ 16 สิงหาคม 2538</p> <p>07.00 น.</p> <p>08.00 น.</p> <p>10.00 - 12.00 น.</p> <p>12.00 น.</p> <p>13.00 น.</p> <p>19.00 น.</p>	<p>ฟิลาเดลเฟีย-วอชิงตัน ดี.ซี.</p> <ul style="list-style-type: none"> - รับประทานอาหารเช้า - ออกเดินทางสู่กรุงวอชิงตัน ดี.ซี. โดยรถโค้ช เข้าสู่ตัวเมืองวอชิงตัน ดี.ซี. - ศึกษาดูงานที่ MARYLAND DEPARTMENT OF HEALTH - รับประทานอาหารกลางวัน - ทักษะศึกษา - รับประทานอาหารค่ำ และเข้าพักใน Washington D.C.
<p>วันพฤหัสบดีที่ 17 สิงหาคม 2538</p> <p>08.00 น.</p> <p>09.00 น.</p> <p>12.00 น.</p> <p>13.30 - 16.00 น.</p> <p>18.00 น.</p> <p>19.00 น.</p>	<p>วอชิงตัน ดี.ซี. - นิวคาสเซิล</p> <ul style="list-style-type: none"> - รับประทานอาหารเช้า - ออกเดินทางสู่เมือง "นิวคาสเซิล" - รับประทานอาหารกลางวัน - ศึกษาดูงานที่ JAMESON HEALTH SYSTEM - รับประทานอาหารค่ำร่วมกับผู้บริหาร - เข้าที่พัก
<p>วันศุกร์ที่ 18 สิงหาคม 2538</p> <p>07.00 น.</p> <p>08.00 น.</p> <p>12.00 น.</p> <p>13.00 น.</p> <p>18.00 น.</p>	<p>นิวคาสเซิล-พัฟฟาโล</p> <ul style="list-style-type: none"> - รับประทานอาหารเช้า - ออกเดินทางสู่เมืองบัฟฟาโล - รับประทานอาหารกลางวัน - ทักษะศึกษา - รับประทานอาหารเย็น และเข้าพัก
<p>วันเสาร์ที่ 19 สิงหาคม 2538</p> <p>06.00 น.</p> <p>07.45 น.</p> <p>08.42 น.</p> <p>10.05 น.</p>	<p>พัฟฟาโล-ลอสแอนเจลิส</p> <ul style="list-style-type: none"> - เดินทางสู่สนามบิน - ออกเดินทางสู่ ลอสแอนเจลิสโดยสายการบิน ยูเอสแอร์ เที่ยวบินที่ VS 1285 - ถึงสนามบินเมืองฟิตสเบิร์ก รอเปลี่ยนเครื่อง - ออกเดินทางสู่ลอสแอนเจลิสสายการบิน ยูเอสแอร์ เที่ยวบินที่ US 71

ว.ด.ป.	รายการศึกษาดูงาน
<p>12.02 น.</p> <p>14.00 น.</p> <p>17.00 น.</p> <p>18.00 น.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ถึงลอสแอนเจลิส - รับประทานอาหารกลางวัน - ศึกษาดูงานที่ (NETWORK HOSPITAL SURVEYS) - เข้าที่พัก KAISER PERMANENTE - รับประทานอาหารค่ำ
<p>วันอาทิตย์ที่ 20 สิงหาคม 2538</p> <p>07.00 น.</p> <p>08.00 น.</p> <p>12.00 น.</p> <p>13.00 น.</p> <p>19.00 น.</p>	<p>ลอสแอนเจลิส</p> <ul style="list-style-type: none"> - รับประทานอาหารเช้า - ออกเดินทางโดยรถตู้ทัศนศึกษา - รับประทานอาหารกลางวัน - ทัศนศึกษา - รับประทานอาหารค่ำ และเข้าพัก
<p>วันจันทร์ที่ 21 สิงหาคม 2538</p> <p>07.00 น.</p> <p>09.00 น.</p> <p>10.00 น.</p> <p>13.00 น.</p>	<p>ลอสแอนเจลิส-ประเทศไทย</p> <ul style="list-style-type: none"> - รับประทานอาหารเช้า - ออกจากที่พัก - เดินทางถึงสนามบินลอสแอนเจลิส - ออกเดินทางสู่กรุงเทพ โดยสายการบินไทย เที่ยวบินที่ TG 771
<p>วันอังคารที่ 22 สิงหาคม 2538</p> <p>22.35 น.</p>	<p>ลอสแอนเจลิส-กรุงเทพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ถึงสนามบินกรุงเทพฯ

บัญชีรายชื่อผู้เดินทางไปศึกษาดูงาน ณ ประเทศสหรัฐอเมริกา
ระหว่างวันที่ 14-22 สิงหาคม 2538

1. นายแพทย์มงคล	ณ สงขลา	รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. นายแพทย์นรา	นาควัฒนานุกูล	นายแพทย์ใหญ่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. นายแพทย์ทรงยศ	ชัยชนะ	รองผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ
4. นายพจน์	นรากร	เจ้าหน้าที่ทะเบียนวิชาชีพ 7 กองการประกอบโรคศิลปะ
5. ศศิเพ็ญ	โมไนยกุล	เจ้าหน้าที่ทะเบียนวิชาชีพ 7 กองการประกอบโรคศิลปะ
6. นางอุบล	มณีกุล	พยาบาลวิชาชีพ 7 กองการประกอบโรคศิลปะ
7. นายเสถียร	แจ้งศิริเจริญ	เจ้าหน้าที่ทะเบียนวิชาชีพ 6 กองการประกอบโรคศิลปะ
8. นายแพทย์พงศ์ศักดิ์	ศรีมุสิกโพธิ์	ผู้แทนกองสาธารณสุขภูมิภาค
9. นายทองล้วน	พุ่มกลิ่น	นักวิชาการสาธารณสุข 8 กองสาธารณสุขภูมิภาค
10. นางทัศนีย์	อักษรมัต	เจ้าหน้าที่บริหารงานบุคคล 7 สำนักงาน กพ.
11. นายอุดม	โตสงวน	ผู้อำนวยการกองนิติการ
12. นายแพทย์ประดิษฐ์	วงศ์คุณารัตนกุล	ผู้อำนวยการศูนย์ข้อมูลข่าวสาร
13. แพทย์หญิงมาลินี	สุขเวชชวรกิจ	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
14. แพทย์หญิงวีณา	เคาวางกูร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
15. นางอารียา	สัพพะเลข	ผู้อำนวยการกองการพยาบาล
16. นางวิไลลักษณ์	เลิศสมบูรณ์	พยาบาลวิชาชีพ 6 กองกลาง

ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับ The Joint Commission

แปลและเรียบเรียงโดย

- * แพทย์หญิงมาลินี สุขเวชชวรกิจ
- * นายแพทย์สิทธิชัย วงศ์ณิชากุล

ภาระหน้าที่ของ Joint Commission คือช่วยให้คุณภาพของการดูแลรักษาพยาบาลประชาชนดีขึ้น The Joint Commission (ต่อไปจะใช้ตัวย่อว่า "J.C.") เป็นองค์กรเอกชนที่ไม่มุ่งหวังผลกำไร มีหน้าที่ช่วยตรวจสอบและให้ credit แก่โรงพยาบาลจำนวน 5,200 แห่ง และองค์กรที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอีกกว่า 6,000 แห่ง

องค์กรที่ J.C. ดูแล มีดังนี้

- * โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลจิตเวช, โรงพยาบาลเด็ก และการฟื้นฟูกายภาพบำบัด
- * เครือข่ายระบบสุขภาพ รวมถึง HMOs (Health Maintenance Organization), PPOs (Preferred Provider Organization)
- * หน่วยงานที่ดูแลสุขภาพที่บ้าน รวมทั้งสามารถดูแลสุขภาพ, การดูแลส่วนบุคคล, การให้คำแนะนำ, การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำที่บ้าน และหรือ การบริการด้านเครื่องมือแพทย์
- * Nursing Home และหน่วยที่ต้องดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ดูแลระยะยาวนาน
- * หน่วยงานเกี่ยวกับสุขภาพจิต, พวกปัญญาอ่อน, พวกด้อยพัฒนาการ, หน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยทุก ๆ อายุ
- * องค์กรหรือหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยนอกบ้าน รวมถึงผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ ศูนย์รวม infusion และกลุ่มอื่น ๆ นอกจากนี้
- * ห้องปฏิบัติการชันสูตรโรค

ในปี ค.ศ. 1987 ได้มีภาคบังคับเกิดขึ้นใหม่เกี่ยวกับการวัดผลที่เป็นจริง J.C. จึงต้องเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น จุดประสงค์สำคัญของการเปลี่ยนแปลงคือ ต้องการสร้างกระบวนการให้ Credit ที่ทันสมัย เพื่อเน้นถึงการปฏิบัติตามที่เป็นจริง (Actual Performance) ในต้นปี ค.ศ. 1994 ได้เริ่มดำเนินงานระบบใหม่นี้ตั้งใจที่จะให้เป็นการดูแลใกล้ชิดที่ละเอียดลึกซึ้งต่อองค์กรที่จะเข้าไปตรวจสอบ โดยใช้การปฏิบัติกรที่มีมาตรฐาน และการวัดผลการปฏิบัติการ (Performance Standards and Performance Measures)

การเปลี่ยนแปลงนี้มีด้วยกัน 3 ประการ.-

1. ตั้งสูตรมาตรฐานของ J.C. ใหม่ โดยเน้นถึงการปฏิบัติการจริง ๆ
2. สร้างระบบสำรวจใหม่ โดยทำให้เกิดผลอย่างจริงจังต่อการสำรวจและให้ความรู้ตรงจุดนั้น
3. พัฒนาระบบการวัดผล เพื่อเป็นฐานข้อมูลของชาติ ที่จะช่วยเหลือให้โรงพยาบาลและ

สถานพยาบาล ปฏิบัติงานให้ดีขึ้น

J.C. บริหารงานโดยมีสมาชิก 28 คน มีจำนวน 6 คน ที่มาจาก Public และมีพยาบาลร่วมงานด้วย ส่วนสมาชิกอื่น ๆ ถูกเลือกโดย สมาคมแพทย์ของ U.S.A., ศัลยแพทย์สมาคมของ U.S.A., ทันตแพทย์สมาคม, สมาคมโรงพยาบาล และแพทยสมาคม U.S.A.

J.C. ช่วยเหลือองค์กรที่ดูแลสุขภาพได้โดย-

- * ช่วยทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น
- * ช่วยให้ได้ถึง Medicare certification requirements
- * ช่วยให้ชุมชนนั้นเกิดความมั่นใจ
- * ช่วยในการหาบุคลากรทางการแพทย์ได้มากขึ้น
- * ช่วยในการจัดหาเครื่องมือทางการศึกษาให้กับ Staff
- * ช่วยให้มีการจ่ายเงินเร็วขึ้นจากบริษัทประกันภัย Third-Party Payment
- * ช่วยในเรื่องการสอบใบประกอบโรคศิลปะ
- * ช่วยให้ค่า Premium ของบริษัทประกันลดลง

- J.C. มีคนทำงาน Survey มากกว่า 600 คน ที่เป็นแพทย์, พยาบาล, เทคนิคการแพทย์, นักจิตวิทยา, นักกายภาพระบบทางเดินหายใจ, เภสัชกร, ผู้เชี่ยวชาญด้านเครื่องมือแพทย์, นักสังคมสงเคราะห์ และยังมีอีก 500 คน ที่ทำงานส่วนกลางใน illinois และยังมีที่ทำงานย่อย ๆ อีกแห่งที่ Washington D.C.

- มากกว่า 40 ปี ที่ J.C. ได้พยายามสร้างมาตรฐานของการดูแลสุขภาพให้แก่ประเทศชาติ ภายหลังได้มีการใช้วิธีนี้เข้าไปจัดการปฏิบัติงานโดยตรง รวมทั้งวัดผลที่ออกมาด้วย ในการที่จะสร้างมาตรฐาน หรือ performance measures นี้ ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญมากมาย และรวมทั้ง Providers และ Consumers ด้วย

The Joint Commission On Accreditation of Health Care Organizations

(JCAHO)

ภาระหน้าที่ของ J.C. คือ ช่วยให้คุณภาพของการดูแลรักษาพยาบาลประชาชนดีขึ้น จุดประสงค์

J.C. ได้ตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1951 J.C. ได้มีการประเมินผลตรวจสอบและให้ credit แก่องค์การที่ดูแลด้านสุขภาพใน U.S.A. มากกว่า 11,000 แห่ง รวมทั้งโรงพยาบาลต่าง ๆ 5,200 แห่ง องค์กรที่ดูแลสุขภาพที่บ้านอีก 4,000 แห่ง และประมาณ 1,000 แห่ง ที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลเป็นเวลานาน และรวมทั้งองค์กรที่ดูแลสุขภาพจิตอีก 1,000 แห่ง J.C. ยังให้ credit แก่องค์กรที่ดูแลผู้ป่วยนอก รวมทั้งเครือข่ายที่ดูแลด้านสุขภาพ และห้องปฏิบัติการชันสูตรโรค

J.C. เหล่านี้ ต้องการมี credit เพื่อที่จะ

- * ช่วยทำให้คุณภาพการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น
- * ช่วยทำให้เกิดความมั่นใจแก่ชุมชน
- * ช่วยให้ประสบความสำเร็จในการแข่งขันด้านการตลาด
- * เพื่อที่จะให้เป็นไปตามจุดประสงค์ของการที่จะได้มาซึ่งประกาศนียบัตร หรือใบ

ประกอบโรคศิลปะ

- * เป็นการรวบรวมแพทย์
- * เป็นการช่วยให้บริษัทประกันจ่ายเงินเร็วขึ้น
- * มีอิทธิพลต่อการจ่ายค่าธรรมเนียมนៃการประกันของสถานพยาบาลนั้น ๆ

โปรแกรมการให้ credit นี้ครอบคลุมถึง

- * องค์กรที่ดูแลผู้ป่วยนอกรวมถึงผู้ป่วยผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก การฟื้นฟูสภาพและกายภาพบำบัด รวมถึงองค์กรที่ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือการทำ Dialysis
- * เครือข่ายระบบบริการสุขภาพ รวมถึง HMOs, PPOs (Prefer Provider Organization) และมีระบบซึ่งดูแลประชาชนบางกลุ่ม
- * องค์กรที่ดูแลสุขภาพที่บ้าน รวมถึงการดูแลส่วนบุคคล, การให้คำแนะนำ, การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และหรือการบริการด้านเครื่องมือแพทย์
- * โรงพยาบาล รวมทั้งโรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลโรคจิต, การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย, โรงพยาบาลเด็กและโรงพยาบาลเฉพาะทางบางแห่ง
- * ห้องปฏิบัติการ (Laboratories) รวมถึงห้องปฏิบัติการที่ทำการตรวจโดยไม่วิเคราะห์ด้วยผู้ใด และห้องปฏิบัติการที่ขึ้นอยู่กับองค์กรที่ให้ Credit
- * องค์กรที่ดูแลผู้ป่วยระยะยาว รวมถึง Nuring home และ subacute care
- * การบริการดูแลด้านสุขภาพจิต รวมถึงพวกติดยาเสพติด พวกที่มีปัญหาวัยรุ่น, พวกปัญญาอ่อน และพวกด้อยพัฒนาการ

บุคลากร (Staff)

J.C. มีผู้ตรวจมาตรฐานประมาณ 550 คน ซึ่งประกอบไปด้วย แพทย์, พยาบาล, ผู้บริหาร, เทคนิคการแพทย์, จิตแพทย์, เภสัชกร, ผู้ที่ชำนาญด้านเครื่องมือแพทย์, วิศวกร, นักสังคมสงเคราะห์ นอกจากนี้ J.C. ยังประกอบด้วยบุคลากรอีกประมาณ 600 คน ซึ่งอยู่ใน Chicago และมีที่ทำงานย่อย ๆ อีกแห่งที่ Washington D.C.

Board of Commission

J.C. ประกอบด้วยสมาชิก 28 คน เป็นสมาชิกจากสาธารณชน 6 คน และตัวแทนแพทย์, พยาบาล ซึ่งถูกเลือกโดยสมาคมแพทย์ วิทยาลัยแพทย์ U.S.A., คัลยแพทย์สมาคมของ U.S.A., ทันตแพทย์สมาคม, แพทย์สมาคมของ U.S.A.

ผลประโยชน์ที่จะได้รับ

- * ช่วยให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น จุดมุ่งหมายที่เป็นหลักคือ ยกระดับคุณภาพการรักษาผู้ป่วยให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ มาตรฐานนี้เป็นศิลปะขั้นสูงสุดในการที่จะทำให้เกิดการกระทำที่ดีขึ้นโดยช่วยให้องค์กรนั้น ๆ มีการปฏิบัติงานที่ดีขึ้น ช่วยให้คุณภาพการรักษาพยาบาลดีขึ้นด้วย
- * ช่วยให้ชุมชนนั้นเกิดความเชื่อมั่นว่า องค์กรนั้นมีมาตรฐานและมีคนมาให้ Credit ทำให้การบริการได้คุณภาพดีที่สูงสุด
- * จัดหาคนปรึกษาที่เป็นมืออาชีพ กระบวนการตรวจสอบ (Survey) นี้ จัดขึ้นเพื่อให้ความรู้ มิใช่เป็นการรับผิดชอบหรือทำโทษ J.C. survey นี้ ประกอบด้วยคนที่มีประสบการณ์ต่าง ๆ และได้จัดหาที่ปรึกษามืออาชีพ และยังมีกรให้การศึกษาระหว่างการ survey ด้วย

* ให้การช่วยเหลือเป็นระยะต่อเนื่อง J.C. ได้จัดและเสนอให้มีการสัมมนา การให้ความรู้เป็นร้อย ๆ เรื่อง เพื่อช่วยให้การปฏิบัติดีขึ้น นอกจากนั้น ถ้ามีปัญหา ยังสามารถติดต่อขอคำแนะนำได้ทางโทรศัพท์

* ช่วยให้เกิดความพยายามปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น มาตรฐานที่สร้างไว้มีความยืดหยุ่นได้ เพื่อช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมขึ้น

* ช่วยหาบุคลากร กลุ่ม resident จะต้องอยู่ในโรงพยาบาลที่มี J.C. นอกจากนี้ J.C. ยังช่วยหาบุคลากรที่มีคุณภาพมาร่วมทำงานให้เหมาะสมด้วย

* จะทำให้ได้ Licence ง่ายขึ้น

* บริษัทประกันที่พบว่าโรงพยาบาลเหล่านี้มี J.C. จะทำให้จ่ายเงินได้เร็ว ไม่ต้องตรวจสอบมาก เพราะมี credit และทำให้เป็นสถานพยาบาลคู่สัญญากับรัฐบาลได้

* เป็นการส่งต่อมาตรฐาน

- โรงพยาบาลที่มี credit จะสามารถไปยืมเงินได้
- ถ้าได้ credit แล้ว จะทำให้ลดค่าประกันไปด้วย
- ช่วยให้ประกันจ่ายเงินเร็วขึ้น

การตรวจสอบและระบบการให้ credit

(Joint Commission Survey and Accreditation Process)

* การประเมินผลและการให้คำปรึกษา เป็นวัตถุประสงค์หลักหรือพื้นฐานของการตรวจสอบและระบบการให้ credit ในระหว่างการตรวจสอบ ผู้ที่ตรวจสอบจะต้องประเมินว่าจะต้องให้ได้มาตรฐานเพื่อจะสามารถให้ข่าวสาร คำแนะนำ เพื่อช่วยให้เกิดการปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จ

* กระบวนการจะเริ่มจาก องค์กรจะต้องสมัคร ส่วนระยะเวลา และทีมงานที่จะตรวจสอบจะจัดขึ้นตามจุดประสงค์ของโบสถ์นั้น ๆ

* โบสถ์ที่กรอกข้อความเรียบร้อยแล้ว จะถูกส่งไปยังหน่วยงาน และจะถูกกำหนดว่าเมื่อใดจะไปตรวจสอบ ส่วนใหญ่ประมาณ 4-6 สัปดาห์ ล่วงหน้า

* ค่าธรรมเนียมที่จะต้องจ่าย ขึ้นอยู่กับว่าจะตรวจสอบอะไร, ขอบเขตของงานและจำนวนงานที่จะต้องทำขององค์กรที่ให้บริการนั้น ๆ

* องค์กรที่จะให้บริการด้านสุขภาพที่ตั้งขึ้นใหม่ จะต้องเปิดให้บริการก่อนเป็นอย่างน้อย 6 เดือน ถึงจะได้รับการตรวจสอบ

* การตรวจสอบเพื่อจะให้ credit นั้น จะทำโดยผู้ชำนาญเฉพาะทาง ซึ่งจะมีพื้นฐานทางด้านแพทย์, พยาบาล, ผู้จัดการด้านบริการสุขภาพ, ผู้อำนวยการ, นักจิตวิทยา, นักสังคมสงเคราะห์

* การตรวจสอบนี้จะเริ่มต้นด้วยการมีประชุมหารือ จัดขึ้นที่องค์กรนั้นเลย ทีมที่ทำการตรวจสอบ จะต้องพบปะกับผู้บริหาร Staff

ผู้ตรวจสอบจะให้สัมภาษณ์กับหนังสือพิมพ์ เพื่อช่วยให้มีการโฆษณาด้วย และยังเปิดโอกาสให้องค์กรต่าง ๆ มีการร่วม discuss เกี่ยวกับองค์กร มีการติชมได้

* ในระหว่างที่มีการตรวจสอบ ทีมงานจะต้องพิจารณาตรวจสอบว่า องค์กรนั้นได้มาตรฐานหรือไม่ โดยการ review เอกสาร สัมภาษณ์ผู้ป่วยและสังเกตการบน ward

* มาตรฐานที่ใช้ตรวจสอบแต่ละเรื่อง จะถูกบันทึกเป็นคะแนน มี 5 ระดับ

* หลังจากมีการตรวจสอบเรียบร้อยแล้ว จะมีการประชุมหารือกับผู้นำ มีการสรุปผล มีการแนะนำให้ปฏิบัติอย่างไรต่อไป

* แบบฟอร์มการสำรวจและเอกสารอื่น ๆ จะถูกนำไปยัง J.C. โดยผู้ทำการตรวจสอบเพื่อจะวิเคราะห์ดู และนำไปวางเป็นรูปแบบประกอบการตัดสินใจ

* J.C. Staff จะดูผลของการสำรวจ และพิจารณาว่าจะแก้ไขข้อบกพร่องอย่างไร เพื่อทำให้ดีขึ้น

* คณะกรรมการของ J.C. จะพิจารณาดังกล่าว ซึ่งจะมีสมาชิก 14 คนจะพบปะกันทุก ๆ 6-8 สัปดาห์

* คณะกรรมการจะดูว่าถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่วางไว้หรือไม่

* ประมาณ 10% ของการตัดสินใจ จะถูกนำไปตัดสินอีกครั้งกับคณะกรรมการใหญ่ และพิจารณาให้คำตอบขั้นสุดท้าย และจะพิจารณาถึงสภาพการให้ credit และตรวจสอบดูว่าบางอย่างที่กฎปฏิเสชนั้นมีสาเหตุอย่างไร

* มีการตัดสินใจให้ credit 5 ประการ ดังนี้

1. ให้ credit และชมเชย (Accreditation with Commendation)
2. ให้ credit แต่ยังคงต้องมีการปรับปรุง (Accreditation with or without type I

Recommendations)

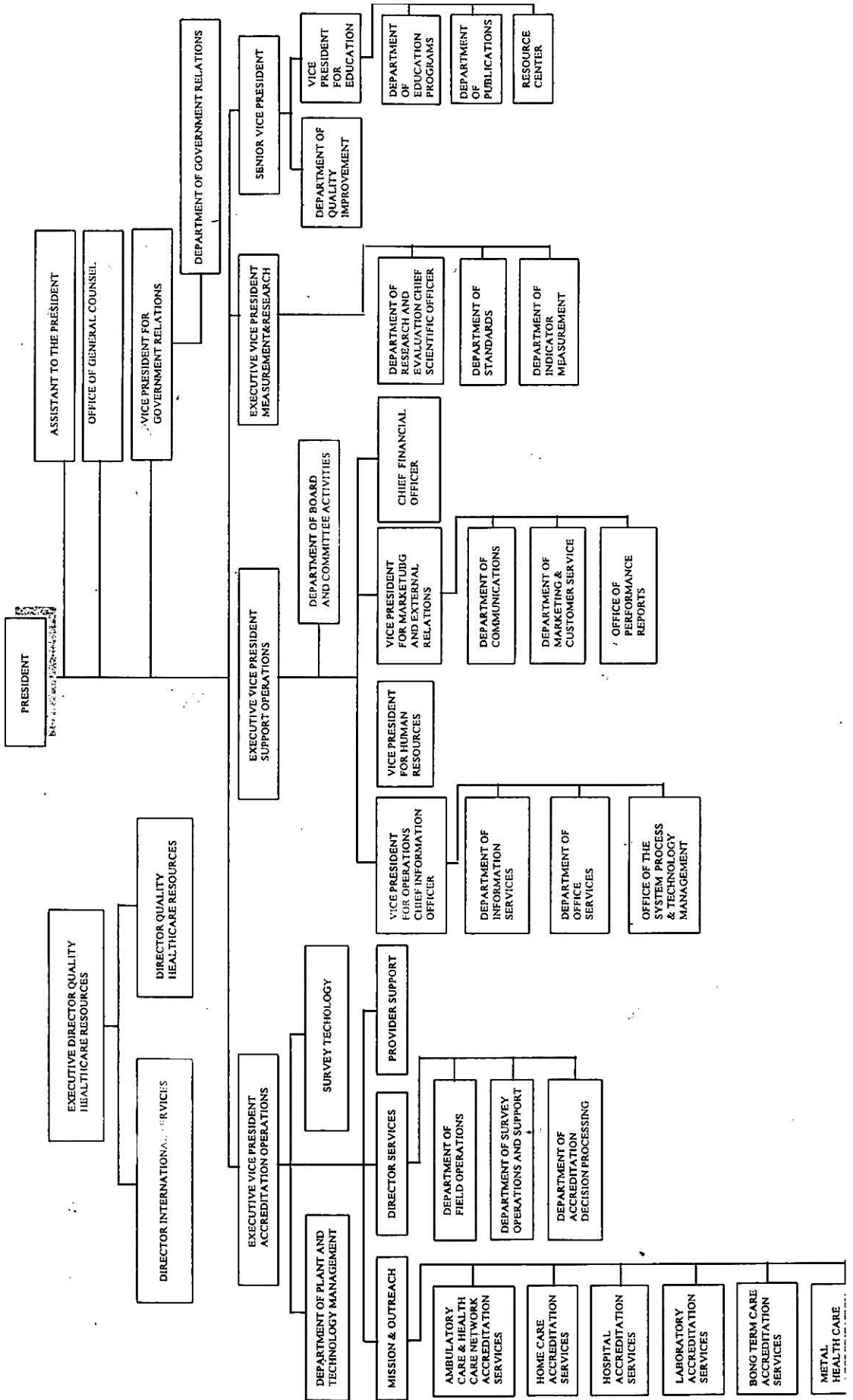
3. ไม่ให้ credit แต่ต้องไปปรับปรุงแก้ไขใหม่ก่อน (Provisional Accreditation)
4. มีเงื่อนไข (Conditional Accreditation)
5. ไม่ให้ credit (Not Credired)

* ถ้าองค์กรนั้น ๆ พบว่ามีปัญหาและไม่สามารถทำให้ได้มาตรฐานได้ และถ้าไม่ถึงกับแย่มาก ก็ยอมได้ แต่ต้องพิจารณาปรับปรุงอีกครั้ง

* J.C. จะดูแลติดตามผลที่ได้ให้คำแนะนำไปแล้วนั้น ว่าปรับปรุงหรือไม่ ทำโดยการตรวจสอบโดยตรงหรือเขียนเป็นเอกสารรายงาน หรือทำทั้ง 2 อย่างดังกล่าว

* ถ้าองค์กรนั้นได้รับการยอมรับว่ามีมาตรฐาน จะได้รับ credit 3 ปี เมื่อครบ 3 ปี แล้วจะต้องนำมา apply ใหม่ และจะต้องมีร่วมตรวจสอบใหม่ ไม่ใช่จะได้รับ credit อีกโดยอัตโนมัติ

* J.C. จะทำการตรวจสอบองค์กรโดยมีการสุ่มตัวอย่างประมาณ 5% โดยเริ่มในวันที่ 1 กรกฎาคม 1993 - กระบวนการ Survey จะใช้เวลา 1 วัน และจะ Survey ช่วงระยะเวลาประมาณกลางของ Accredital cycle.



Joint Commission International Services

Customized Evaluation Services

Consultative Surveys

Quality Assurance/Management Education and Consultation

Development of Accreditation Systems

Development and Support of Infrastructures
to Improve Health Care Systems

Visitors Bureau

JCI Customized Evaluation Services

Joint Commission International can measure and compare your health care organization or system to Joint Commission standards of standards customized to your organization.

The customized evaluation involves selection of and agreement on, or development of, organization or project-specific standards. Once the standards are determined, JCI experts conduct an evaluation of actual performance compared to the requirements of the standards. The results of the evaluation are summarized in a report.

These standards and results can then be used for assessment of the organization in the future.

JCI Consultative Surveys*

If you are interested in a survey or evaluation using Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) standards and survey processes, this is available in the form of a Consultative Survey.

A Consultative Survey is conducted much like a Joint Commission survey in the United States. The process includes an on-site visit by a professional survey team, a final report summarizing the results of the survey and a certificate of participation.

*In accordance with JCAHO policy, accreditation decisions are not available to non-U.S. entities.

JCI Quality Assurance/Management Education and Consultation

JCI can provide consultation and education on quality assurance, quality management, quality improvement or other quality programs.

JCI's framework for quality improvement applies to all health care settings, including performance assessment, process analysis and the use of indicators.

JCI has the expertise in quality management programs and international services to meet the consultation needs of any health care organization.

JCI Development of Accreditation Systems

JCI has the technical experience and expertise to assist your country in developing or enhancing an accreditation system.

JCI has provided consultation and technical assistance to countries in Latin America, Eastern Europe and Saudi Arabia.

Consultation begins with an evaluation of the country's proposed or current accreditation system. Then developed are:

Presentation to the Ministry of Health Thailand

HEALTH CARE CONSUMER PROTECTION
IN THE
UNITED STATES, PENNSYLVANIA, AND PHILADELPHIA

Don Snell
Executive Director; H.U.P. , P.M.C.
August 15, 1995

I. Introduction

A. Issues of consumer protection in healthcare

1. Patient confidentiality
 2. Access to medical records
 3. Medical bills
 4. Informed consent of patient to treatment
 5. Patient to have understanding of care --, medical treatment and financial impact
 6. State and federal law has developed to assist and protect patients --consumers (several laws will be discussed more fully later)
- a. Unfair Trade Practices and Consumer Protection Law (73 Pa. Cons. Stat. Ann. §201-1-201-9.2 (1993))
 1. Purpose of statute is to protect public from fraud and unfair or deceptive business practices
 2. There are differences in how it applies to health care;
 3. Pa. courts split on whether the Consumer Protection Law applies--depending on context
 - b. Patient's Bill of Rights (28 Pa. Code §103.21-103.24 (West Supp. 1995))
 1. Purpose is to promote the interests and well-being of patients in hospitals, even when interests of the patients run counter to those of the hospital (§ 103.21)
 - c. Patient Self Determination Act and Advance Directive law
 1. federal and state laws enabling patients to make their wishes regarding life-sustaining treatment known in advance
 - d. Plain Language Consumer Contract Act (73 Pa. Cons. Stat. Ann. §2201-2212 (West Supp. 1995))
 1. Most recent; took effect June 1994
 2. Commonwealth of Pennsylvania wanted to promote the writing of consumer contracts in plain language, to protect consumers from making contracts they don't understand
 3. Law doesn't say whether it applies to health care
 4. Violation of plain language law is violation of Unfair Trade Practices and Consumer Protection Law

II. Unfair Trade Practices and Consumer-Protection Law

A. Purposes

1. Act intended to prevent deceptive practices in order to place sellers and consumers on more level playing field
2. Goal is to wipe out fraud
3. Law is to be construed broadly to have greatest effect

B. Statutory language

1. the Act makes illegal "unfair methods of competition and unfair or deceptive acts or practices in the course of trade or commerce" as defined by the act.
 - i. Excludes owners, agents, and employees of radio, television, newspapers or other periodicals who publish a deceptive advertisement without knowing that it was false (73 Pa. Cons. Stat. Ann. §201-3)
2. "Trade or commerce" is defined as the advertising, offering for sale, sale or distribution of any services

c. Relation to health care

1. Is health care trade or commerce?
2. Court decisions are mixed, in 1 federal case-health care was said to fall under the unfair trade law
 - a. *Chalfin v. Beverly Enterprises, Inc.*, 741 F. Supp. 1162 (E.D. Pa. 1989), *reconsideration denied*, 745 F. Supp. 1117 (E.D. Pa. 1990)
 - i. Nursing home patient and her family sued the nursing home after the patient was transferred to another facility.
 - ii The patient had been admitted as a private patient, but her husband immediately asked a social worker about applying for medical assistance.
 - iii The nursing home told the family that there were no Medicaid beds available and that the home would help place the patient in another facility.
 - iv When the family refused to transfer the patient, the family claims the nursing home harassed them and refused to allow them to visit
 - a. Family sued on several grounds, including under the Pa. Unfair Trade Practices and Consumer Protection Law.
 - i The family said that the nursing home acted fraudulently by claiming that it would help the patient apply for medical assistance when in fact the nursing home did not intend to help
 - b. The court found that health care provided by the nursing home fell under "trade or commerce" under a broad application of the Act

- i The court allowed the patient's claim to stand but not that of her family, since it was the patient who was provided the services under the statute
 - ii In looking at the statute, the court decided that health care providers were not specifically excluded from the law. If the legislature had intended to exclude health care providers, it would have made the exclusion as it did for media employees in false advertising claims.
 - c. I believe this case came under the statute because it involved the financial/business side of health care
 - d. Other cases that have involved medical care and treatment have been held by the courts to not be covered by the trade law
3. Court decisions, state -- medical care falls outside the trade law
- a. Gatten v. Merzi, 397 Pa. Super. 148, 579 A. 2d 974 (1990), *appeal denied*, 528 Pa. 611, 596 A.2d 157 (1991)
 - i Patient sued after an unsuccessful surgical procedure designed to make weight loss easier. The patient complained that doctor made statements to her about the procedure and the probable results of the treatment
 - ii The court rejected the patient's claim under the Consumer Protection Law. The court found that even though the law did not exclude services performed by doctor, the law is clearly intended to prohibit unlawful trade or practices dealing with business
 - iii. The court also said that it was clear the legislature did not intend for the law to apply to doctors rendering medical services.
 - iv The court did express concern that imposing liability in this case would have, in effect, made every doctor the absolute guarantor of his treatment and the results, even absent a contract, and that a doctor could be liable for each unsuccessful procedure
 - b. Foflygen v. Zemel 420 Pa. Super. 18, 615 A. 2d 1345 (1992), *appeal denied*, 535 Pa. 619, 629 A. 2d 1380 (Pa. Super. 1993)
 - i The court in this case followed the exact language of Gatten and found that the unfair trade practices and consumer protection law was inapplicable to medical services
 - ii The patient in this case had a "stomach stapling" procedure in order to help her lose weight. Although she consented to the procedure, she claimed she wasn't warned of the risk or told about other methods of treatment. The patient developed a number of health problems which she blamed on the surgery, including stroke

4. - No other recent court cases have raised the issue of whether medical services fall under the consumer protection law.
 - a. However, Pennsylvania has other laws that set out the rights and responsibilities of medical care providers and patients alike including laws regarding medical malpractice

III. Pa Patient's Bill of Rights

- A. Intended to promote and protect the interests of patients
 1. However, the hospital still has the right to expect that patients will fulfill their responsibilities as stated in hospital rules regarding patient care and conduct (§103.21)
 2. Bill of Rights must be prominently displayed and given to patients at admission or as soon as possible (§103.23)
 - (see patient admissions package)
- B. Bill provides certain standards (§103.22(b))
 1. **Privacy/confidentiality**
 - a. Case discussion, examination, treatment and consultation are considered confidential and should be done discreetly
 - b. A patient has the right to have all medical records kept confidential except when they must be disclosed under law or contract
 - (i) confidential patient information is not limited to medical records
 - (ii) even the fact that the person is a patient here is confidential
 - (iii) we as Health System employees must respect patient confidentiality
 - a. we caution employees not to discuss with family or friends
 - b. and not to discuss in the elevator or other public area
 - c. and to only reveal medical info with a release signed by the patient or a valid subpoena or court order
 - (1) Special Categories of Patient Information
 - (a) accorded special, heightened legal protection
 - (b) special requirements for:
 - (i) drug/alcohol abuse treatment
 - (ii) psychiatric care generally
 - (iii) any information re HIV/AIDS
 2. **Patient's right to know**
 - a. Patient has the right to know the names of all attending doctors and all other health care personnel having contact with the patient

- b. Patient has the right to know what hospital rules and regulations apply to his conduct
- c. Patient has the right to full information in layman's terms as to his diagnosis, treatment and prognosis,
 - i or if the patient cannot receive the information, that information should be given to the next of kin or other appropriate person
- d. Patient has the right to examine and receive a detailed explanation of his medical bill and to receive information on possible financial assistance
- e. Patient has the right to full access to his medical records, unless restricted by the doctor for medical reasons
 - i However, the record belongs to/is owned by the hospital, not the patient.

3. Informed consent

- a. The patient must give the doctor consent before any treatment or procedure, or consent must be given by a legally responsible party if the patient cannot give consent
- b. key: patient's autonomy and control over his/her own body and health is to be respected to the greatest extent legally permissible
- c. patient is entitled to know all reasonable risks and alternatives before agreeing to surgery
- d. job of physicians to discuss and get consent
- i. We obtain consent to treat from:
 - (1) adult patient if competent/capable
 - (2) if not, generally from surrogate or guardian
 - (a) surrogate is substitute decision maker who knows the patient's wishes under certain circumstances
 - (b) e.g. close family members
- ii. in appropriate circumstances, Legal Affairs assists Medical Center clinical professional by securing emergency court orders permitting medical treatment necessary to prevent death or other life-threatening consequences (or limited emergency guardianships)
- c. **Handling complaints** - Under Bill of Rights (28 Pa. Cons. Stat. Ann. §103.24)
 - 1. Complaints must be in writing
 - 2. Hospital must have system to review, record and investigate complaints
 - 3. Complaints and case records are to be kept for a year or until the hospital's next annual State survey is done, and must be made available to the State department of health upon request

IV. Patient Self Determination Act and Advance Directives (living wills)

- a. right to autonomy/self determination
- b. something in writing to communicate wishes
- c. Hospital assists patients with forms
 - Patients are not required to have an advance directive
- d. State Advance Directive statute
 - i. requires document to be signed by competent adult, 2 witnesses
- e. federal Patient Self Determination Act requires that:
 - i. hospital provide information upon admission regarding
 - a. the hospital's policy and
 - b. State law about advance directives and
 - c. that hospital ask the patient if they have an advance directive or
 - d. if the patients wants to fill one out
 - e. whether they have an advance directive is not a condition of care;
 - f. the hospital will not discriminate based on whether the patient has one or not

V. Plain Language Consumer Contract Act

- A. 1993 Pennsylvania statute intended to encourage the drafting of consumer contracts in plain language to protect consumers from making contracts they don't understand
 1. Consumer contracts are written agreements made primarily for personal, family or household purposes.
 2. The law addresses only consumer contracts made, solicited or intended to be performed in Pennsylvania
 - a. The law speaks of purchasing services, but does not specifically refer to medical care
 - b. Language of the statute is broad; "consumer contracts" may mean agreements for legal services, rental of storage space **or, possibly medical care**
 3. The law does make some exclusions. It does not cover contracts for amounts of more than \$50,000 or contracts for insurance
 - i. We at Medical Center want our agreements with patients to be in plain, understandable language regardless of whether the law applies
 - a. Examples:
 1. Consent forms for surgery
 2. Consent for Release of Medical Records and Confidential Information

3. Financial Accountability form

4. Plain Language Law provides a "readability test" to ensure the contracts are easy to read. Examples:
 - a. Use short words, sentences and paragraphs
 - b. Do not use technical legal terms that are not widely understood
 - c. Do not use foreign or Latin words
 - d. A sentence cannot contain more than one condition
 - e. Even the layout of the contract is questioned -- for example, the law requires that type size, column width and the spacing of margins be considered in determining if the contract is readable
5. Penalties for violation
 - a. Violating the plain meaning statute is considered a violation of the consumer protection law
 - b. Any creditor, seller or lessor who does not comply with the readability standards may be liable
 - i. Compensation may be equal to the value of any actual loss caused by the violation of the act
 - ii. Statutory damages up to \$100, or the total amount of the contract if less than \$100
 - iii. Court costs and attorney's fees
 - c. Hospitals should ensure that the contracts they draft with patients are in compliance with the law, in the event the courts rule that health care services fall under the act
 - d. The Pennsylvania state code explains how to submit a contract for preapproval to the attorney General's Office under the Plain Language Act (37 Pa. Code §307.7 (West Supp. 1995))
 - e. Preapproval, however, does not mean that the contents of the contract are approved by the Attorney General's Office, only that it meets the plain language requirements

Conclusion

- A. Consumer -- patient rights -- protected by Hospital in a number of ways every day
 1. in the care they receive
 2. in the forms they sign -- being readable, understandable
 3. in the information they receive

*PRESENTATION TO THE MINISTRY OF HEALTH
THAILAND*

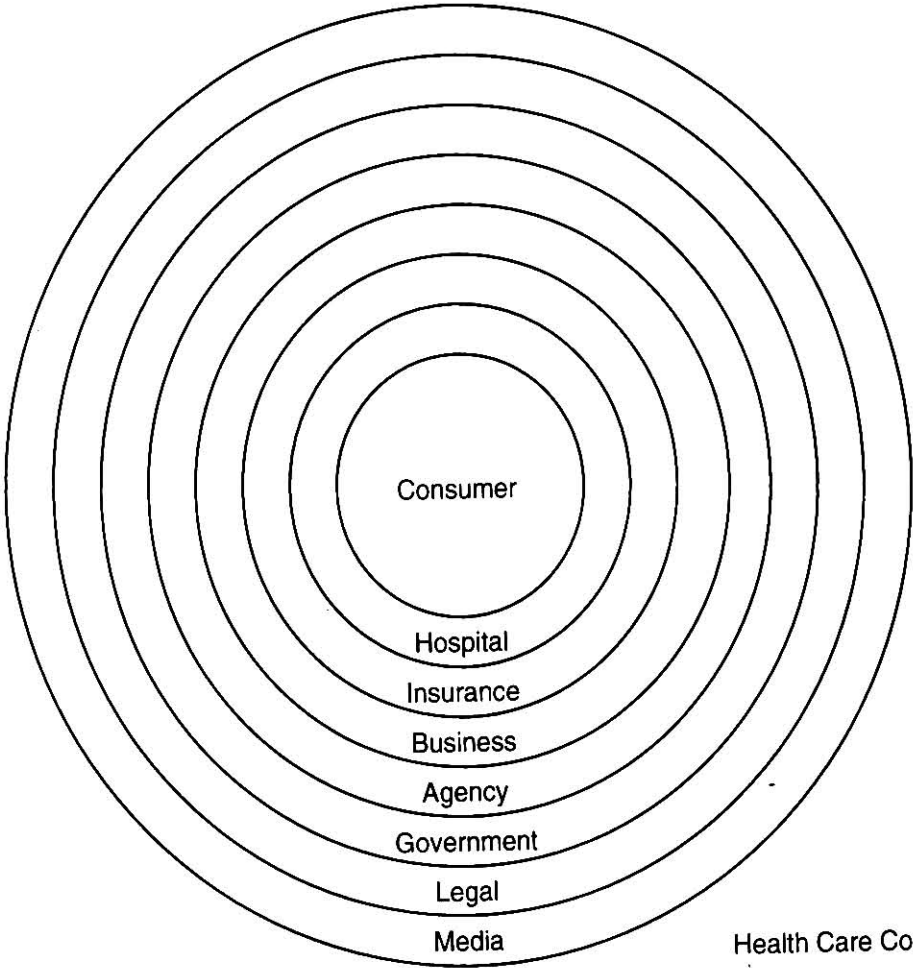
*ISSUES OF CONSUMER PROTECTION
IN HEALTH CARE IN PENNSYLVANIA*

*BETTY S. ADLER, ESQUIRE
OFFICE OF LEGAL AFFAIRS
UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA HEALTH SYSTEM
AUGUST 15, 1995*

Health Care Consumer Protection

Levels of Involvement / Protection

- Hospital / Provider Specific
- Insurance / Third Party Payor
- Business
- Agency
- Governmental
 - National
 - State
 - Local
- Legal
- Media



Health Care Consumer
Protection in the U.S.
health care system

Health Care Consumer Protection

Hospital Specific

- Patient Rights and Responsibilities
- Consent to Treatment
- Advance Directives / Living Will
- Quality Improvement / Performance Improvement
- Patient Satisfaction Surveys
- Patient Advocacy / Guest Services Function
 - "complaint department"

Health Care Consumer Protection

Insurance / Third Party Payor Involvement

- Contracts With Providers (Hospitals, Physicians, Etc...)
- Monitor Provider Performance
 - Cost
 - Utilization
 - Quality./ Outcomes
 - Patient Satisfaction
- Case Management
- Audits

Health Care Consumer Protection

Business Involvement

- Annual Enrollment
 - Cost
 - Quality
 - Outcomes
 - Employee Satisfaction

- Interaction With Insurance Carriers
 - Cost
 - Quality
 - Outcomes
 - Satisfaction

- Business Alliances
 - Provider Comparisons
 - Cost
 - Utilization
 - Quality / Outcomes
 - Satisfaction

Health Care Consumer Protection

Agency Involvement

- Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO)
 - Scope
 - Hospitals
 - Ambulatory Care
 - Psychiatric and Substance Abuse
 - Long Term Care
 - Sub Acute Care
 - Networks
 - Voluntary
 - Triennial
 - Deemed Status By HCFA, States
- N.C.Q.A.
 - Health Maintenance Organizations (HMOs)
 - Quality
 - Outcomes
 - Patient Satisfaction
- H.C.C.C.C. (HC4)
 - Charges
 - Morbidity / Mortality
- C.A.R.F. / C.O.R.F.
- P.T.C.F.

Health Care Consumer Protection

Governmental Involvement

- National
 - Department of Health and Human Services (DHHS)
 - Health Care Financing Administration (HCFA)
 - Licensing and Certification
 - Conditions of Participation
 - Audits
 - Food and Drug Administration (FDA)
 - Drugs
 - Therapies
 - Devices
 - Department of Justice (DOJ)
 - Office of Inspector General (OIG)
 - Federal Bureau of Investigation (FBI)
 - Fraud and Abuse
 - Medical Device Utilization
 - Nuclear Regulatory Commission (NRC)
 - Licensing and Inspection
 - Certification

Health Care Consumer Protection

Governmental Involvement

- State
 - Department of Health (DOH)
 - Licensure
 - Annual Certification
 - Complaint Investigation
 - Department of Environmental Resources (DER)
 - Air, Water Quality
 - Waste Management
 - Insurance Commission
 - Rates
 - Service Quality

- Local
 - Department of Health (DOH)
 - Licensure / Certification
 - Complaint Investigation
 - Sanitation
 - Licensing and Inspection

(continued)

Health Care Consumer Protection

Legal Involvement

- Access to Legal System
 - Professional Liability
 - Malpractice / Injury
 - Pain and Suffering
- Arbitration
- Trial by Jury

Health Care Consumer Protection

Media Involvement

- Health Care a Current Focus of Media Attention
- Quality / Outcomes Comparisons
- Cost Comparisons
- Incidents
- Investigative Reporting

Certificate of Need

ข้อกำหนดการอนุญาตสถานพยาบาล

ข้อกำหนดการอนุญาตสถานพยาบาล เป็นข้อกำหนดที่เกิดจากการพัฒนาการทางกฎหมายการดูแลสถานพยาบาล ซึ่งอยู่ในส่วนแผนงานสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา ทั้งในกฎหมายรัฐบาลกลางและกฎหมายของรัฐ โดยข้อกำหนดปัจจุบันกำหนดจากกฎหมายสถานพยาบาล 1992 (The Health Care Facilities Act 1992)

ในกฎหมายสถานพยาบาลเดิม ได้ให้คำนิยามสถานพยาบาล (Health Care Facility) โดยกำหนดเป็นรายชื่อประเภทสถานพยาบาล คือ

1. โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลเฉพาะทาง รวมทั้งโรงพยาบาลโรคติดต่อ และโรงพยาบาลจิตเวช

2. สถานกายภาพบำบัด

3. สถานบริการพยาบาล

4. สถานพยาบาลโรคไต

5. Intermediate care facilities

6. Ambulatory Surgical facilities

ยกเว้น

1. คลินิกเวชกรรม, ทันตกรรม

2. การบำบัดยาเสพติดนอกสถานพยาบาล

ในบทบัญญัติใหม่ให้คำนิยามเป็นคำรวมโดยไม่เรียงเป็นรายประเภท โดยให้คำนิยามว่า **สถานพยาบาล** หมายถึงสถานที่ให้บริการทางการแพทย์ หรือการบริการสาธารณสุขทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเฉพาะทาง โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศัลยกรรม สถานบริการพยาบาล สถานบำบัดมะเร็ง ฯลฯ แต่ไม่รวมถึงคลินิกเอกชนต่างๆ ที่ไม่มีบริการสาธารณสุขด้านคลินิกอื่นๆ เป็นเพียงสถานที่ประกอบโรคศิลปะ หรือประกอบวิชาชีพตามใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเท่านั้น สถานพยาบาลประเภทหลังนี้ให้คำจำกัดความเป็น **สถานเวชปฏิบัติ (Health Care Practitioner)**

การบริการสาธารณสุขด้านคลินิกที่เกี่ยวข้อง (Clinically related health services) ถูกนิยามโดยกำหนดชื่อประเภทบริการโดยตรงเลย ได้แก่

1. สถานฟื้นฟูผู้ป่วยติดสุราและยาเสพติด ที่พักฟื้นน้อยกว่า 60 วัน
2. คลินิกศัลยกรรมสาขาเดียว
3. คลินิกศัลยกรรมหลายสาขา
4. Cardiac Catheterization diagnostic
5. Comprehensive medical rehabilitation
6. Emergency Department
7. Skilled nursing care – inpatient
8. Magnetic resonance Imaging
9. Open heart Surgery

..... ฯลฯ

จากคำนิยามสถานพยาบาลกำหนดให้การอนุญาตจัดตั้งสถานพยาบาลต้องขออนุญาต ยกเว้น Health Care Practitioner ที่ไม่มี Clinically related health Services โดยการขออนุญาตต้องเป็นไปตามข้อกำหนดสถานพยาบาล (Certificate of Needs)

การขออนุญาตให้รวมถึง สถานพยาบาลที่มีใบอนุญาตแล้ว แต่จะมีการขยายเพิ่ม บริการในประเภทสาขาใหม่

สำหรับสถานพยาบาล องค์กร ที่ไม่เป็นสถาบัน เช่น การบริการศัลยกรรมฉุกเฉิน สถานรังสีบำบัด และคลินิกแพทย์เอกซน ก็ให้มีการตรวจสอบตามข้อกำหนด แม้จะไม่ใช่สถานพยาบาลตามคำนิยามและไม่มี Clinically related Health Service

ในการดำเนินงาน ให้แต่งตั้งคณะกรรมการนโยบาย (Health Policy Board) ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนรัฐ โรงพยาบาลเอกซน แพทย์ ผู้ประกอบการสถานพยาบาลอื่น ประกันสังคม ฯลฯ ทำหน้าที่กำหนดแผนบริการสาธารณสุข (State health service Plan) ซึ่งประกอบด้วย

1. กำหนดบริการที่จำเป็นต้องมีให้ประชาชน ทั้งเขตเมืองและชนบท
2. วิเคราะห์การจัดให้มี การเข้าถึง การใช้จ่าย ของบริการที่จำเป็น
3. มาตรฐาน ปริมาณ และคุณภาพ ของข้อกำหนดสถานพยาบาล
4. ข้อยกเว้นมาตรฐาน กรณีจำเป็น

ขั้นตอนการตรวจตามข้อกำหนดอนุญาตสถานพยาบาล

1. รวบรวมข้อมูล
 - 1.1 ข้อมูลจากแบบคำขอ
 - 1.2 ข้อมูลจากการประชุมร่วมกับผู้ขออนุญาต

1.3 ข้อมูลตามคำร้องเพิ่มเติม

2. ประเมินตามข้อมูลโดยคณะทำงาน และให้ข้อสรุปโดยอาจมีการฟังเสียงประชาชนร่วมด้วยผลการพิจารณาอนุญาต จะมีอายุอยู่ได้ 2 ปี ระยะเวลาการพิจารณาให้แล้วเสร็จใน 225 วัน

ข้อกำหนดและมาตรฐาน

ข้อกำหนดและมาตรฐานอยู่บนพื้นฐานการใช้ดุลยพินิจ เพื่อสะท้อนข้อเท็จจริงโดยมีข้อพิจารณาจากความจำเป็น คุณภาพ และการมีอยู่ของสถานบริการซึ่งสรุปเป็น

1. **Affirmative finding** ได้แก่

- 1.1 ความจำเป็นต้องมีบริการของประชากรในพื้นที่
- 1.2 มีคุณภาพตามมาตรฐาน ข้อกำหนดของรัฐ
- 1.3 การเป็นไปตามมาตรฐานของแผนงานบริการสาธารณสุข
- 1.4 สอดคล้องกับแผนงานบริการสาธารณสุข

1. **Negative finding** ได้แก่

- 1.1 มีความเหมาะสม ต้นทุนน้อยกว่า ประสิทธิภาพสูงกว่าเดิม
- 1.2 มีความสามารถด้านการเงินงบประมาณ และคุ้มค่าการลงทุน
- 1.3 ไม่มีผลกระทบต่อรายจ่าย ค่ารักษาพยาบาลของประชาชนในภาพรวม
- 1.4 ไม่มีผลกระทบต่อกระจายบริการในเขตเมืองและชนบท และกลุ่มด้อย

โอกาส

Hopital Effectiveness Report

นายแพทย์ทรงยศ ชัยชนะ

รองผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ

Health Care Cost Containment Council (HCCCC) สภาการตรวจดูแลค่า
บริการทางการแพทย์ ถูกตั้งขึ้นตามกฎหมายของรัฐ เมื่อปี ค.ศ.1986 ให้อำนาจหน้าที่ในการดูแล
อัตราค่ารักษาพยาบาลและคุณภาพการบริการพยาบาลและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาล
ของผู้ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจ

Hospital Effectiveness Report (H.E.R.) รายงานประสิทธิผลโรงพยาบาลเป็นส่วน
หนึ่งของ HCCCC โดยใช้กระบวนการแข่งขันบริการ จากการเปรียบเทียบประสิทธิผลบริการ ของ
แต่ละโรงพยาบาล ตามกลุ่มโรค (Diagnostic Related Group) ที่ถูกคัดเลือกขึ้นมาเป็นตัวแทน
ของโรคที่ โรงพยาบาลให้การบริการรักษาอยู่ โดยเป็นข้อมูลทั้งด้านการแพทย์ ผลการรักษาและ
ราคาค่ารักษา ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภคหรือผู้จ่าย เช่นบริษัทประกันสามารถมีข้อมูลในการ
คัดเลือก โรงพยาบาลที่เหมาะสมที่สุดของแต่ละบุคคลให้

ที่มาของรายงาน

HCCCC ได้ว่าจ้างบริษัทเอกชนในการรวบรวม วิเคราะห์ ข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาล
ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ โดยเป็นข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และใบสำคัญรับเงินโรงพยาบาล

การเปรียบเทียบจัดกลุ่มข้อมูล ใช้ฐานเปรียบเทียบเพื่อลดความต่างของผู้ป่วยคือ

1. ในระบบ DRG (Diagnostic Related Group) ซึ่งหมายถึงการจัดกลุ่มผู้ป่วยที่
อาการหรือการวินิจฉัยใกล้เคียงกัน อยู่ในกลุ่มโรค (DRG) เดียวกัน โดยผู้ป่วยในกลุ่มโรคเดียวกัน
อาจมีรายละเอียดอาการ หรืออาการแทรกซ้อนที่ต่างกันได้ แต่ใช้วิธีการรักษาและระยะเวลาในการ
รักษาใกล้เคียงกัน

DRG มีทั้งหมด 492 กลุ่มโรค

DRG ที่ใช้เป็นฐานข้อมูลเปรียบเทียบประสิทธิผลของโรงพยาบาล มี 53 กลุ่ม

โรค ซึ่งคัดเลือกมาจากบริการที่พบบ่อยในโรงพยาบาล

2. ระบบฐานอายุ (Age Group)

3. ระบบฐานความรุนแรงของอาการแรกรับ (Medical Situation Group)

โดยผู้ป่วยทุกราย แรกรับจะได้รับการประเมินความรุนแรงของโรคตามข้อกำหนดเป็น

4 ระดับ

ข้อมูลในรายงานของแต่ละกลุ่ม DRG

1. ชื่อกลุ่มโรค (DRG) เช่น ผ่าตัดเปิดกระโหลกศีรษะผู้ป่วยที่ไม่ได้เกิดจากอุบัติเหตุ ในกลุ่มอายุ > 17 ปี
2. ชื่อโรงพยาบาลที่นำมาเปรียบเทียบ
3. จำนวนผู้ป่วยของโรงพยาบาลใน DRG นี้
4. น้ำหนักความรุนแรงเฉลี่ยของผู้ป่วยตาม DRG นี้ ที่อายุ > 65 ปี
5. อัตราร้อยละของผู้ป่วยใน DRG นี้ ที่อายุ > 65 ปี
6. จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากกลุ่มโรคนี้
7. จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการน่าจะเสียชีวิต ที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลนี้
8. เปรียบเทียบผล ข้อ 6, ข้อ 7
9. จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากในสัปดาห์แรก
10. จำนวนผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีอาการรุนแรงมากในสัปดาห์แรก (คำนวณจากค่ามาตรฐาน)
11. จำนวนวันที่รับการรักษาในโรงพยาบาล
12. จำนวนเงินค่ารักษาพยาบาล

COLUMN DEFINITIONS

These column definitions are provided for reference while using both the Diagnosis-Related Gro (DRG) and Summary Charts found on following pages. For your convenience, these definitio can also be found on the inside back cover.

Comments :	A checkmark indicates formal remarks from hospitals.
Number of Patients :	The number of patients the hospital treated.
Average Admission Severity Score:	Measures how sick a patient is at the beginning of their hospital stay on a scale of 0-4 is not very sick, 4 is very sick.
Patients Age 65 & Over (%)	The percentage of patients age 65 and over who were hospitalized.
Actual Deaths:	The number of patients who died during hospitalization.
Expected Deaths:	The number of patients who were expected to die during the hospitalization.
Actual Medically Unstable during the first week of hospital treatment: (Major Morbidity)	The number of patients who were medically unstable during the first week of hospital trêatment, measured on the third to seventh day for medical patients and within five days after an operation for surgical patients.
Expected Medically Unstable during the first week of hospital treatment: (Major Morbidity)	The number of patients who were expected to be medically unstable during the first week of hospital treatment.
Statistical Rating:	Compares the number of patients who died or were medically unstable during first week of hospital treatment with the number of patients who were expected to die or were expected to be medically unstable.

- + Statistically fewer deaths or fewer patients who were medically unstable during the first week of hospital treatment than hospitals in Comparative Database.
- Statistically more deaths or more patients who were medically unstable during the first week of hospital treatment than hospitals in Comparative Database.
- ◇ Single occurrence of a death or medical instability during the first week of hospital treatment in a DRG where death or medical instability is very rare.
- No Symbol Actual number of deaths or actual number of patients who were medically unstable during the first week of hospital treatment were not statistically significantly different from hospitals in Comparative Database.

Average Stay (Days): The average number of days patients spend in the hospital

Average Charge: The total average amount billed to patients.

Case-Mix Index: Measure of the relative "costliness" of patients treated in the hospital.

Adjusted Charge: The average charge adjusted for patient case mix in the hospital.

"HOW TO READ CHART"

This chart is presented as a guide to help readers understand the information in the charts.

Please note that it is not actual data, but used for reference purposes only.

1 DRG 1 2 Craniotomy Without Trauma, Age Greater Than 17

3 Hospital	4 Comments	5 Number of Patients	6 Average Admission Severity Score	7 Age 65 and Over (%)	8 Deaths			12 Medically Unstable during the first week (Major Morbidity)			16 Average Stay (Days)	17 Average Charge (S)
					9 Actual Number	10 Expected Number	11 Statistical Rating	13 Actual Number	14 Expected Number	15 Statistical Rating		
Hospital A	✓	18	1.2	42.3	0	1.59	+	0	0.01		5.2	1,719
Hospital B		35	1.8	27.6	2	0.05	-	0	0.02		2.3	2,544
Hospital C		26	2.1	51.1	0	0.03		0	0.04		4.0	1,792
Hospital D	✓	14	0.5	0.0	1	0.02	◇	0	0.0		3.3	1,836
Region Total 18		93	1.57								2.1	2,068

1. Diagnosis-Related Group, an illness classification system. (See Diagnosis-Related Groups, page 140)
2. Name of medical condition or surgical procedure, complication and/or comorbidity.
3. Name of hospital which treated patients for this condition.
4. Indication of those hospitals who provided written comments on this DRG; these comments are available separately to the ordering information.
5. The actual number of patients treated by the hospital for this DRG.
6. This column measures how sick a patient is at the beginning of their hospital stay on a scale of 0-4. 0 is not very sick, 4 is very sick.
7. The % of patients 65 years and over treated.
8. Patients who died during hospitalization.
9. The number of patients who died.
10. The number expected to die, based on a system which compares hospitals and their patients.

- 11.&15 \pm Fewer deaths or fewer patients who were medically unstable during the first week of hospital treatment than hospitals in the Comparative Database.
- More deaths or more patients who were medically unstable during the first week of hospital treatment than hospitals in the Comparative Database.
- ◇ Single occurrence where death or Actual number of deaths or major morbidity is very rare.
- No symbol Actual number of deaths or patients who were medically unstable during the first week of hospital treatment were not statistically significantly different from hospitals in the Comparative Database.
12. Patients who were medically unstable during the first week of hospital treatment.
13. The actual number who were medically unstable during the first week of hospital treatment.
14. The number who were expected to be medically unstable during the first week of hospital treatment and based on the same system which compares hospitals and their patients.
16. The average number of days patients stayed in the hospital.
17. The average amount amount billed for the stay in the hospital.
- 18.. Regional figures for each category.

Hospital Questionair

นายแพทย์ทรงยศ ชัยชนะ

Hospital Questionair เป็นระบบรายงานที่โรงพยาบาลต้องกรอกข้อมูลตามแบบสอบถาม
ให้กับกระทรวงสาธารณสุขของรัฐปีละ 1 ครั้ง ซึ่งข้อมูลประกอบด้วย

1. ช่วงเวลาของผลงานที่รายงาน
2. ชื่อโรงพยาบาล ผู้รับอนุญาต และที่ตั้ง
3. ประเภทของโรงพยาบาล
 - 3.1 ประเภทของผู้ประกอบการ
 - โรงพยาบาลรัฐ ที่ไม่ใช่ของรัฐบาลกลาง
 - โรงพยาบาลรัฐ ที่เป็นของรัฐบาลกลาง
 - โรงพยาบาลเอกชน ที่ไม่หวังผลกำไร
 - โรงพยาบาลเอกชนที่หวังผลกำไร
 - 3.2 ประเภทของการบริการหลัก
 - โรงพยาบาลทั่วไป (เวชกรรม และศัลยกรรม)
 - โรงพยาบาลโรคจิต
 - โรงพยาบาลแม่และเด็ก
 - โรงพยาบาลหู คอ จมูก และตา
 - โรงพยาบาลกายภาพบำบัด
 - โรงพยาบาลบำบัดการติดยาและสุรา
 - อื่น ๆ ระบุ
4. ข้อมูลบริการผู้ป่วยใน

4.1 จำนวนผู้ป่วยจำหน่ายต่อปี ยกเว้นผู้ป่วยเรื้อรัง เด็กเกิดใหม่ ผู้เสียชีวิต จำนวน
วันที่รับรักษาของผู้ป่วยจำหน่ายต่อปี แยกตามกลุ่มอายุดังนี้

- 0 - 17 ปี
 - 18 - 64 ปี
 - 65 ปี ขึ้นไป
- 4.2 หน่วยผู้ป่วยเรื้อรัง (Long Term Care Unit)
 - 4.3 หน่วยเด็กแรกคลอด จำนวนเด็กเกิดมีชีพ

4.4 จำนวนผู้ป่วยแยกตามแผนก

- อายุกรรม
 - ศัลยกรรม
 - จิตเวช
 - สูติกรรม
- ฯลฯ

5. ข้อมูลแผนกบริการของโรงพยาบาล (ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน)

- 5.1 แผนกบำบัดสุราและยาเสพติด (Alcohol Drug Detoxification)
 - 5.2 แผนกไฟไหม้รื้อถอนลวก (Burn unit)
 - 5.3 แผนกฟื้นฟูสภาพปอดและหัวใจ (Cardiopulmonary Rehabilitation)
 - 5.4 เคมีบำบัด
 - 5.5 พยาธิวิทยา
 - 5.6 จิตเวช
 - 5.7 คลินิกพันธุกรรม
 - 5.8 แผนกส่งเสริมสุขภาพ
 - 5.9 บังคับบำบัด (hospid care) สำหรับผู้ป่วยที่หมดทางเยียวยา ใกล้เสียชีวิต จากโรคเรื้อรัง
 - 5.10 Hyperbaric chamber การรักษาด้วยความดันบรรยากาศ
 - 5.11 แผนกบำบัดผู้ป่วยปัญญาอ่อน
 - 5.12 ประสาทศัลยศาสตร์
 - 5.13 การตรวจวัดสายตา
 - 5.14 คลังอวัยวะ (Organ Bank) เพื่อการเปลี่ยนแทน
- ฯลฯ

6. ข้อมูลประเภทบริการของโรงพยาบาล (จำนวนผู้รับบริการ)

- 6.1 การสลายนิ่วด้วยคลื่น
- 6.2 Hemodialysis
- 6.3 Transplant การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ
- 6.4 กายภาพบำบัด

6.5 รังสีวินิจฉัย

- C.T.Scanners
- X - ray
- M.R.I.
- Ultrasound

รังสีรักษา

- Grammaknife
- Linear accelerator
- Cobalt or Radium

ไอโซโทป

- วินิจฉัย
- รักษา

6.6 Respiratory Therapy

6.7 ศัลยกรรม

- ท้วไป
- หัวใจ

7. การบริการฉุกเฉิน

Survey ID Number

1 0 1 2

C. CLASSIFICATION

1. TYPE OF ORGANIZATION LEGALLY RESPONSIBLE FOR THE OPERATION OF THE HOSPITAL. (INDICATE ONLY ONE CODE)

16 2 1

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| GOVERNMENT
NON-FEDERAL | NON-GOVERNMENT
NOT FOR PROFIT | INVESTOR OWNED
FOR PROFIT | GOVERNMENT
FEDERAL |
| 11 STATE | 20 CHURCH OPERATED | 23 INDIVIDUAL | 16 USPHS |
| 12 COUNTY | 21 NON-PROFIT CORPORATION | 24 PARTNERSHIP | 17 ARMED FORCES |
| 13 CITY | 22 OTHER NOT FOR PROFIT | 25 CORPORATION | 18 VA |
| 14 CITY-COUNTY | | | 19 OTHER FEDERAL AGENCY |
| 15 HOSPITAL DISTRICT | | | |

2. INDICATE THE ONE CATEGORY THAT BEST DESCRIBES THE TYPE OF SERVICE THAT YOUR HOSPITAL PROVIDES TO THE MAJORITY OF ADMISSIONS.

17 1 0

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------------|
| 10 GENERAL MEDICAL AND SURGICAL | 14 REHABILITATION |
| 11 PSYCHIATRIC | 16 ALCOHOLISM- DRUG ABUSE |
| 12 MATERNITY | 17 OTHER (SPECIFY TREATMENT AREA)----- |
| 13 EYE EAR NOSE AND THROAT | |

3. DOES YOUR HOSPITAL RESTRICT ADMISSIONS PRIMARILY TO CHILDREN?

(1=YES2=NO)

18 2

D. INPATIENT UTILIZATION

1. REPORT DISCHARGES AND DISCHARGE DAYS FOR THE ENTIRE FACILITY, EXCLUDING LONG TERM CARE UNITS REPORT DATA FOR THE ENTIRE REPORTING PERIOD EXCLUDE BIRTHS UNLESS ADMITTED TO YOUR HOSPITAL'S NEONATAL SPECIAL CARE UNIT - SEE INSTRUCTION MANUAL FOR ADDITIONAL CLARIFICATION INCLUDE DEATHS

	TOTAL NUMBER OF DISCHARGES	TOTAL NUMBER OF DISCHARGE DAYS
0-17 YEARS	19 0 1 1 9 5	0 0 4 0 7 7
18-64 YEARS	20 0 2 9 9 7	0 1 2 7 7 9
65 YEARS AND OVER	21 0 3 8 4 1	0 1 2 9 2 8 0
TOTAL	22 0 0 8 0 3 3	0 0 4 6 1 3 6

2. DOES YOUR HOSPITAL OPERATE A LONG TERM CARE FACILITY WHICH IS SUBJECT TO YOUR BY-LAWS AND OPERATING DECISIONS?

(1=YES 2=NO)

23 1

IF YES IS IT ON-SITE?

(1=YES 2=NO)

24 1

NAME OF LONG TERM CARE FACILITY LONG TERM CARE UNIT

3. INFANT/NEONATAL UTILIZATION

(A) NUMBER OF LIVE BIRTHS 25 0 5 9 9 (B) NUMBER OF BASSINETS IN WELL INFANT NURSERY (LEVEL 1) AS OF 6/30/94. DO NOT

0 2 5

INCLUDE NEONATAL SPECIAL CARE UNITS

(C) NUMBER OF LIVE BIRTHS EXPOSED TO ILLEGAL DRUGS BEFORE BIRTH (IF NONE ENTER ZERO 26 0 0 0 3

0 0 0 0

(D) NUMBER OF LIVE BIRTHS WITH FETAL ALCOHOL SYNDROME (IF NONE ENTER ZERO) 27 0 0 0 0

0 0 0 0

(E) ENTER THE NUMBER OF ROOMS USED EXCLUSIVELY BY EACH FACILITY LISTED

BIRTHING ROOMS 28 0 1 DELIVERY ROOMS 0 2 LABOR ROOMS 0 4

COMBINED MULTI-PURPOSE ROOMS 29 0 0 POST-DELIVERY RECOVERY ROOMS 1 8

Survey ID Number 1 0 1 2

D INPATIENT UTILIZATION (Continued)

4 INPATIENT BEDS BY UNIT. PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING

1=UNIT AVAILABLE AS OF JUNE 30, 2=UNIT AVAILABLE DURING REPORTING PERIOD, BUT CLOSED JUNE 30; 3=UNIT NOT AVAILABLE. REPORT A UNIT ONLY WHEN A SET NUMBER OF BEDS HAVE BEEN PERMANENTLY ASSIGNED AND MAINTAINED FOR A SPECIFIC SERVICE.

INPATIENT BEDS BY UNIT	UNIT AVAIL-ABLE	BEDS C.O.N. DESIGNATED LICENSED OR APPROVED AS OF 6/30/94	BEDS SET UP AND STAFFED FOR USE AS OF 6/30/94	ADMISSIONS	CENSUS PATIENT DAYS OF CARE	NUMBER OF BED DAYS AVAILABLE
ALCOHOL AND/OR DRUG DETOXIFICATION	30 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ALCOHOL AND/OR DRUG TREATMENT & REHABILITATION	31 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMPREHENSIVE MEDICAL REHABILITATION	32 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
MEDICAL/SURGICAL	33 1	0 1 3 7	0 1 3 7	0 5 4 9 6	0 3 3 1 2 4	0 5 0 0 0 5
NEONATAL (EXCLUDING WELL INFANT NURSERY)						
LEVEL II	34 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LEVEL III	35 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OBSTETRIC	36 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OB-GYN COMBINED**	37 1	0 0 1 8	0 0 1 8	0 0 9 5 4	0 0 2 7 5 0	0 0 6 5 7 0
PEDIATRIC	38 1	0 0 2 1	0 0 2 1	0 1 1 1 8	0 0 3 7 9 0	0 0 7 6 6 5
PSYATRIC 0-17 YRS	39 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSYCHIATRIC OVER 17 YRS	40 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SPECIAL CARE UNITS						
BURN CARE	41 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CARDIAC ONLY	42 1	0 0 0 6	0 0 0 6	0 0 0 8 2	0 0 1 0 6 9	0 0 2 1 9 0
INTENSIVE CARE	43 1	0 0 0 6	0 0 0 6	0 0 0 9 0	0 0 1 2 1 1	0 0 2 1 9 0
MIXED ICU/CCU	44 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OTHER***						
LONG TERM CARE	45 1	0 0 1 8	0 0 1 8	0 0 3 2 8	0 0 5 7 1 0	0 0 6 5 7 0
REHABILITATION	46 1	0 0 1 4	0 0 1 4	0 0 2 6 0	0 0 4 1 9 2	0 0 5 1 1 0
.....	47 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL FACILITY	48	0 2 2 0	0 2 2 0	0 0 8 3 3 5	0 0 5 1 8 4 6	0 0 8 0 3 0 0

* C.O.N.-CERTIFICATE OF NEED

** IF YOUR FACILITY HAS AN OB-GYN COMBINED UNIT, PLEASE REPORT THE COMBINED FIGURES ABOVE ON LINE 37 REPORT BELOW ON LINE 49, ONLY THE NUMBER OF OVSTETRIC ADMISSIONS AND PATIENT DAYS OF CARE IN THE COMBINED UNIT.

*** HOSPITALS WITH SWING-BEDS SHOULD REEPORT THEM ON LINE 47.

ADMISSIONS ** 0 0 7 2 0 DAYS OF CARE 0 0 1 1 6 7

Survey ID Number

1 0 1 2

E. HOSPITAL SERVICES AND FACILITIES

1 PLACE THE APPROPRIATE AVAILABILITY CODE IN THE SINGLE SPACE TO THE LEFT OF EACH ITEM

- 1= ORGANIZED SERVICE OFFERED BY AND LOCATED WITHIN THE HOSPITAL OR ITS OWN SATELLITE LOCATIONS. THERE MUST BE WRITTEN POLICIES AND PROCEDURES, SEPARATE RECORDS AND BUDGET, AND A PHYSICIAN OR OTHER PROFESSIONAL WHO IS THE ACCOUNTABLE PROGRAM DIRECTOR WITH ULTIMATE RESPONSIBILITY FOR THIS SERVICE OR FACILITY. MAY BE PROVIDED THROUGH A CONTRACT OR ARRANGEMENT WITH A PHYSICIAN, PHYSICIAN GROUP OR OTHER AGENCY, BUT MUST BE ONSITE OR IN A SATELLITE LOCATION.
- 2= SERVICES OFFERED BY AND LOCATED WITHIN THE HOSPITAL OR ITS SATELLITE LOCATIONS BUT NOT FORMALLY ORGANIZED AS A SEPARATE SERVICE OR DEPARTMENT
- 3= NOT AVAILABLE WITHIN THE HOSPITAL OR ITS SATELLITE LOCATIONS SERVICES THAT ARE OBTAINED OFF-SITE BY REFERRAL OR CONTRACT WITH ANOTHER HOSPITAL. PHYSICIAN GROUP OR OTHER AGENCY SHOULD BE INCLUDED IN THIS CATEGORY.

AVAILABILITY	SERVICE	AVAILABILITY	SERVICE	AVAILABILITY	SERVICE	AVAILABILITY	SERVICE
50	3 ALCOHOLIC AND/OR DRUG DETOXIFICATION	2	GENETIC COUNSELING	1	NEUROLOGY	3	PSYCHIATRIC FOSTER AND/OR HOME CARE
51	3 BURN CARE SERVICES	1	HEALTH PROMOTION	3	NEUROSURGERY	3	PSYCHIATRIC INPATIENT CARE
52	1 CARDIOPULMONARY REHABILITATION	3	HOSPICE	3	OPTOMETRY	3	PSYCHIATRIC PARTIAL HOSPITALIZATION
53	1 CHEMOTHERAPY	3	HYPERBARIC CHAMBER	3	ORGAN BANK	1	REGISTRY - CANCER
54	1 CLINICAL LABORATORY	3	INTERMEDIATE CARE FOR MENTALLY RETARDED	1	PHARMACY	3	REGISTRY-OTHER SPECIFY.....
55	2 CLINICAL PSYCHOLOGY	1	INTERMEDIATE REHABILITATION CARE	2	PODIATRY	1	SOCIAL WORK

2. IDENTIFY THE AVAILABILITY OF EACH FACILITY OR SERVICE LISTED BELOW BY PLACING THE APPROPRIATE CODE (AS INDICATED ABOVE) IN THE SINGLE SPACE TO THE LEFT OF EACH ITEM THEN, ENTER THE REQUESTED UNIT OF MEASUREMENT THE TOTAL NUMBER OF EXAMINATIONS, TREATMENTS, VISITS, ETC. (TOTAL, INPATIENT, AND OUTPATIENT) PERFORMED DURING THE REPORTING PERIOD. IF THE SERVICE IS NOT AVAILABLE, LEAVE THE UNIT OF MEASUREMENT BLANK; IF THE SERVICE IS AVAILABLE BUT WAS NOT UTILIZED DURING THE REPORTING PERIOD, ENTER ZEROS.

AVAILABILITY	SERVICE	TOTAL	INPATIENT	OUTPATIENT
56	1 CARDIAC CATHETERIZATION. C.O.N. APPROVED ONLY			
	DIAGNOSTIC VISUALIZATIONS			
	PEDIATRIC (0-17)	57		
	ADULT (18 YEARS AND OVER)	58	0 1 1 5	0 0 4 4
	TOTAL	59	0 1 1 5	0 0 4 4
	ELECTROPHYSIOLOGIC STUDIES			
	PEDIATRIC (0-17)	60		
	ADULT (18 YEARS AND OVER)	61		
	TOTAL	62		
	OTHER DIAGNOSTIC PROCEDURES			
	PEDIATRIC (0-17)	63		
	ADULT (18 YEARS AND OVER)	64	0 0 1 5	0 0 0 6
	TOTAL	65	0 0 1 5	0 0 0 6
	THERAPEUTIC PROCEDURES (INC PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLASTY-PTCA, THROMBOLYTIC THERAPY, ETC)			
	PEDIATRIC (0-17)	66		
	ADULT (18 YEARS AND OVER)	67		
	TOTAL	68		
	TOTAL IN-LABORATORY CATHETERIZATION	69	0 1 3 0	0 0 5 0
	TOTAL NUMBER OF PATIENTS	70	0 1 1 9	0 0 4 5
	NUMBER OF CARDIAC CATHETERIZATION LABS			
	DISCRETE DIAGNOSTIC LABS	71	0 1	0 0
	DISCRETE THERAPEUTIC LABS		0 0	0 0
	INTEGRATED LABS			0 0
	MULTI-PURPOSE ROOMS	72	0 0	0 1
	TOTAL LABS		0 1	

Survey ID Number

1 0 1 2

E. HOSPITAL SERVICES AND FACILITIES (Continued)

AVAILABILITY	SERVICE	TOTAL	INPATIENT	OUTPATIENT
73	1 EXTRACORPOREAL SHOCK-WAVE LITHOTRIPSY (ESWL) TREATMENTS	0 0 0 7 0	0 0 0 0 5	0 0 0 6 5
74	3 HEMODIALYSIS (HOME CARE/MOBILE UNIT-CHRONIC SERVICES ONLY) TREATMENTS			
75	3 HEMODIALYSIS (CHRONIC SERVICES ONLY) PATIENTS			
	TREATMENTS 76			
	STATIONS 77			
	NUMBER OF SHIFTS PER DAYS - WEEKDAYS 78			
	SATURDAY 79			
	SUNDAY 80			

ORGANTRANSPLANTS

81	3 HEART TRANSPLANTS	
82	3 KIDNEY TRANSPLANTS	
83	3 LIVER TRANSPLANTS	
84	3 OTHER (SPECIFY) _____ TRANSPLANTS	

PHYSICAL MEDICINE/REHABILITATION

85	1 OCCUPATIONAL THERAPY VISITS	0 0 7 1 3 1	0 0 7 0 1 8	0 0 0 1 1 3
86	1 PHYSICAL THERAPY VISITS	0 1 8 3 9 4	0 1 3 4 2 2	0 0 4 9 7 2
87	1 SPEECH PATHOLOGY & AUDIOLOGY VISITS	0 0 1 2 9 2	0 0 1 2 1 5	0 0 0 0 7 7
88	3 OTHER THERAPY VISITS			

**RADIOLOGY AND NUCLEAR MEDICINE
DIAGNOSTIC RADIOLOGY (EXCLUDES NUCLEAR MEDICINE)**

89	1 CT SCANNERS			
	TOTAL NUMBER OF PROCEDURES 90	0 0 4 8 5 9	0 1 9 6 2	0 2 8 9 7
	NUMBER OF CT SCANNERS 91	1		

92	1 DIAGNOSTIC X-RAY (EXCLUDING CT SCANNER) EXAMINATIONS 80	0 5 0 5 9 6	0 0 9 7 6 2	0 4 0 8 3 4
93	1 MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) ON-SITE PATIENTS	0 2 6 0 0	0 4 1 4	2 1 8 6

NUMBER OF MRI UNITS ON SITE 94 1

DO YOU HAVE A SHARED MRI (1=YES 2=NO) 1

IF YES IS IT A MOBILE UNIT (1=YES 2=NO) 95 1

IF MRI SERVICES ARE NOT AVAILABLE ON-SITE PATIENTS ARE REFERRED TO

(NAME OF PRIMARY PROVIDER)

96	1 ULTRA SOUND EXAMINATIONS	0 0 8 4 8 2	0 0 2 6 8 7	0 0 5 7 9 5
----	----------------------------	-------------	-------------	-------------

Survey ID Number 1012

E. HOSPITAL SERVICES AND FACILITIES (Continued)

AVAILABILITY	SERVICE	TOTAL	INPATIENT	OUTPATIENT
RADIOLOGY AND NUCLEAR MEDICINE				
THERAPEUTIC RADIOLOGY (EXCLUDES NUCLEAR MEDICINE)				
97	3 GAMMA KNIFE	TREATMENTS	 	
98	1 LINER ACCELERATOR	TREATMENTS	0 0 6 4 0 3	0 0 6 3
	NUMBER OF LINEAR ACCELERATORS	99	2	
	TOTAL NUMBER OF PATIENTS	100	0 0 3 6 6	
	NUMBER OF NEW PATIENTS	101	0 2 9 2	
102	1 OTHER (INCLUDES BETATRON COBALT ORTHOVOLTAGE & RADIUM)	TREATMENTS	0 0 0 0 0 1	0 0 0 0 0 0
NUCLEAR MEDICINE				
103	1 DIAGNOSTIC RADIOISOTOPE FACILITY (IN-VIVO IMAGING)	EXAMINATIONS	0 0 4 1 3 8	0 0 1 7 1 5
104	1 THERAPEUTIC RADIOISOTOPE FACILITY	TREATMENTS	0 0 0 0 1 1	0 0 0 0 0 0
105	3 POSITRON EMISSION TOMOGRAPHY (PET)	EXAMINATIONS	 	
RESPIRATORY THERAPY				
106	1 RESPIRATORY THERAPY	TREATMENTS	0 6 7 7 0 3	0 0 2 4 6 1
SURGICAL SERVICES				
107	1 ALL SURGERY (ICD-9-CM PROCEDURE CODES 01-86 (INCLUDE OPEN HEART SURGERIES AND SHORT PROCEDURE UNIT OPERATIONS REPORTED BELOW.))	OPERATIONS	108 0 6 2 4 7	0 3 1 3 3
109	3 OPEN HEART SURGERY			0 3 1 1 4
	PEDIATRIC (0-17 YEARS)	OPERATIONS	110 	
	ADULT (18 YEARS AND OVER)	OPERATIONS	111 	
	TOTAL	OPERATIONS	112 	
SHORT PROCEDURE UNIT				
1	DOES YOUR HOSPITAL HAVE A SHORT PROCEDURE UNIT ? (1=YES 2=NO)			113 1
2	IF YES, ENTER NUMBER OF OPERATIONS (ICD-9-CM PROCEDURE CODES 01-86) PERFORMED THROUGH THE SHORT PROCEDURE UNIT (THESE OPERATIONS SHOULD BE INCLUDED ABOVE IN LINE 108 OUTPATIENT INCLUDE ONLY SURGICAL OPERATIONS. DO NOT INCLUDE MEDICAL PROCEDURES.)	OPERATIONS	114 0 3 1 1 4	
LICENSED OPERATING ROOMS				
	DISCRETE INPATIENT	NO OF ROOMS	115 0 0	GENERAL (USED FOR ALL TYPES OF SURGERY AND CYSTOSCOPIES WHETHER INPATIENT OR OUTPATIENT)
	DISCRETE AMBULATORY	NO OF ROOMS	116 0 0	0 9
	DISCRETE CYSTOSCOPY	NO OF ROOMS	117 0 0	TOTAL OPERATING ROOMS 0 9
	POST-OPERATIVE RECOVERY ROOMS	NO OF ROOMS	118 0 1	

Survey ID Number 1 0 1 2

F. AMBULATORY CARE

1. DOES YOUR FACILITY HAVE AN EMERGENCY DEPARTMENT? (1=YES 2=NO) 119 1
 IF YES PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING

(A) VISITS TO EMERGENCY DEPARTMENT 120 0 3 4 7 1 9

(B) NUMBER OF INPATIENT ADMISSIONS FROM THE EMERGENCY DEPARTMENT DURING THE REPORTING PERIOD 121 0 3 9 6 9

(C) EMERGENCY SERVICES CAPABILITY, AS OF JUNE 30, 1994. PLEASE REFER TO INSTRUCTIONS AND DEFINITIONS FOR DEFINITIONS OF LEVELS OF CAPABILITY BEFORE ENTERING ONE OF THE FOLLOWING CODES (0=LIMITED, 1=BASIC, 2=GENERAL, 3=COMPREHENSIVE) 122 2

(D) DOES YOUR FACILITY OWN OR LEASE ANY OF THE FOLLOWING AMBULANCE SERVICES? (REFER TO INSTRUCTIONS AND DEFINITIONS FOR DETAILED DEFINITIONS) (1=YES 2=NO)

ADVANCED LIFE SUPPORT (ALS) 123 2 MOBILE INTENSIVE CARE UNIT (MICU) 2

BASIC LIFE SUPPORT (BLS) 124 2 MOBILE CRITICAL CARE UNIT (MCCU) 2

AIR AMBULANCE 125 2

2. STRUCTURED CLINICS

(A) REPORT CLINICS IN THE APPROPRIATE GENERAL CATEGORY, REFER TO INSTRUCTIONS FOR CATEGORIZATION OF SPECIALTY CLINICS. (1=AVAILABLE AS OF JUNE 30, 1994 2=NOT AVAILABLE)

DENTAL 126 2 PSYCHIATRIC 2

MEDICAL (INCLUDES ALLERGY, ARTHRITIS, CARDIAC, DERMATOLOGY, DIABETES, ETC.) 127 1 SURGICAL (INCLUDES ENT, EYE, ORTHOPEDICS, PLASTIC SURGERY, UROLOGY, ETC.) 2

OBSTETRIC-GYNECOLOGY 128 2 GENERAL OUTPATIENT ONLY 2

PEDIATRIC 129 1 ALL OTHERS 2

PHYSICAL MEDICINE 130 1

(B) TOTAL NUMBER OF VISITS TO STRUCTURED CLINICS DURING THE REPORTING PERIOD 131 0 1 7 6 1 4

Survey ID Number 1 0 1 2

G. MEDICAL STAFF

1. INDICATE THE NUMBER OF PRACTITIONERS WITH CLINICAL PRIVILEGES IN EACH OF THE FOLLOWING CATEGORIES ON JUNE 30, 1994. WHO PROVIDE PATIENT MEDICAL CARE IN THE HOSPITAL. PLEASE DO NOT INCLUDE COURTESY, RETIRED, OR OTHER STAFF WHO DO NOT ACTIVELY ADMIT OR PRACTICE IN YOUR HOSPITAL

	Active Staff	
(A) LICENSED M.D'S	132	0 0 6 5
(B) LICENSED D.O'S	133	0 0 0 3
(C) LICENSED DENTISTS	134	0 0 0 6
(D) LICENSED PODIATRISTS	135	0 0 0 3
TOTAL (A.D.)	136	0 0 7 7

2. OF THE MEDICAL PRACTITIONERS IDENTIFIED IN QUESTION G.A. ABOVE. INDICATE THE NUMBER ON ACTIVE STAFF WITH CLINICAL PRIVILEGES IN EACH OF THE FOLLOWING DEPARTMENTS OR SERVICES ON JUNE 30, 1994. THE TOTAL NUMBER OF PRACTITIONERS INDICATED IN THIS ITEM (G.2.) SHOULD BE EQUAL TO OR GREATER THAN THE TOTAL NUMBER REPORTED IN G.1

		Board Certified	Other			Board Certified	Other			Board Certified	Other
ALLERGY AND IMMUNOLOGY	137	 	 	NUCLEAR MEDICINE	 	 	PLASTIC SURGERY	0 0 1	 	 	
ANESTHESIOLOGY	138	0 0 2	0 0 2	OBSTETRICS & GYNECOLOGY	0 0 3	0 0 1	PODIATRY	 	 	0 0 3	
COLON RECTAL SURGERY	139	 	 	OPHTHALMOLOGY	0 0 2	 	PREVENTIVE MEDICINE	 	 	 	
DENTISTRY	140	 	0 0 5	ORAL SURGERY	 	0 0 1	PSYCHIATRY & NEUROLOGY	 	 	 	
DERMATOLOGY	141	 	 	ORTHOPEDIC SURGERY	0 0 5	 	RADIOLOGY	0 0 5	 	 	
EMERGENCY MEDICINE	142	 	0 0 5	OTOLARYNGOLOGY	0 0 1	0 0 1	SURGERY	0 0 3	 	0 0 1	
FAMILY PRACTICE	143	0 0 5	0 0 5	PATHOLOGY	0 0 2	0 0 1	THORACIC SURGERY	 	 	 	
INTERNAL MEDICINE	144	0 0 4	0 1 0	PEDIATRICS	0 0 3	0 0 1	UROLOGY	0 0 3	 	 	
NEUROLOGICAL SURGERY	145	 	 	PHYSICAL MEDICINE & REHABILITATION	0 0 1	 	ALL OTHERS	 	 	0 0 3	
TOTAL								146	0 0 4 0	0 0 4 9	

3. INDICATE THE NUMBER OF MEDICAL PRACTITIONERS ON ACTIVE STAFF WHO PRACTICE IN THE FOLLOWING AREAS (INCLUDE THESE PRACTITIONERS IN THE APPROPRIATE CATEGORIES IN G1 AND G2 ABOVE)

CARDIAC SURGERY	147	 		ONDOLOGY	
-----------------	-----	---------------------------------------------------------------	--	----------	---------------------------------------------------------------

H. ROOM RATES

PLEASE LIST YOUR MOST COMMON ROUTINE DAILY RAIES AS OF JUNE 30 1994 FOR MEDICAL SURGICAL UNITS (SPECIALTY HOSPITALS AL SOREPORT YOUR MOST COMMONROUTINE DAILY RATES)

PRIVATE ROOM	148	& 0 4 0 0		SEMEPRIVAE ROOM	\$ 0 3 8 0
--------------	-----	-----------------------------------------------------------------------	--	-----------------	------------------------------------------------------------------------

คณะผู้จัดทำ

1.	นายแพทย์มงคล	ณ สงขลา	ประธานที่ปรึกษา
2.	นายแพทย์วิทยา	คุณานุกรกุล	ที่ปรึกษา
3.	นายแพทย์ทรงยศ	ชัยชนะ	ประธานจัดทำ
4.	นายแพทย์นรา	นาควัฒนานุกูล	ผู้จัดทำ
5.	แพทย์หญิงมาลินี	สุขเวชวรกิจ	ผู้จัดทำ
6.	นายแพทย์นพพร	ศรียุทธโพธิ์	ผู้จัดทำ
7.	นางอุบล	มณีกุล	ผู้จัดทำ
8.	นางสายสุนีย์	ชัยชนะ	ผู้จัดทำ
9.	นางศศิเพ็ญ	โมไนยกุล	เลขานุการ
10.	นางพรพิศ	กาลนาน	ผู้ช่วยเลขานุการ

15447

สข
03
7.336211
2538

กระทรวงสาธารณสุข. สำนักงานปลัด
กระทรวงสาธารณสุข. กองการ
ประกอบโรคศิลปะ
รายงานการศึกษาคุณภาพการจัดทำ
มาตรฐานและประเมินคุณภาพโรงพยา-
บาลงานคุ้มครองผู้บริโภค คัดค้านสถาน
พยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา



กระทรวงศึกษาธิการ

รวมพลัง 3 เดือน ขับเคลื่อนการศึกษาไทย