

## บทที่ 3

# สาธารณสุขกับการบริการของโรงพยาบาล

เมื่อกล่าวถึงการให้บริการสุขภาพอนามัย หรือ Health Service แล้วแทบจะครอบคลุมทุกกระบวนการหรือทั้งระบบ แต่เมื่อพิจารณาในประเทศไทยแล้ว ความหมายบางอย่างอาจคล้อยคลึงกับการสาธารณสุข จึงจำเป็นที่จะต้องศึกษาเกี่ยวกับสาธารณสุข (Public Health) เพื่อจะได้ทราบถึงระบบการสาธารณสุข ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการด้านนี้

“การสาธารณสุข” คือ วิทยาศาสตร์ของการป้องกันโรค การทำให้ชีวิตยืนยาวและการส่งเสริมสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์ โดยความร่วมมือขององค์การในชุมชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในด้าน

- การควบคุมการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
- การควบคุมโรคติดต่อ
- การให้การศึกษาเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล
- การจัดองค์การในการให้บริการด้านการแพทย์และพยาบาล เพื่อทำการวินิจฉัยโรคระยะเริ่มแรก และการรักษาโรคที่ป้องกันได้
- พัฒนากลไกของสังคมโดยจัดให้มีการประกันสังคมให้ทุกคนได้รับการรักษาสุขภาพอนามัยได้อย่างพอเพียงไม่เดือดร้อนในการครองชีพ

ในการจัดระบบต่าง ๆ อาจแบ่งเป็นโครงสร้างการจัดระบบงานดังต่อไปนี้

- 3.1 ระบบการบริการด้านสุขภาพอนามัยภาคเอกชน
- 3.2 ระบบการบริการด้านสุขภาพอนามัยภาครัฐบาล

### 3.1 ระบบการบริการด้านสุขภาพอนามัยภาคเอกชน

- 3.1.1 โรงพยาบาล
  - โรงพยาบาลเอกชนที่ทำการด้านธุรกิจ
  - ด้านมูลนิธิ

- 3.1.2 คลินิก - โพลีคลินิก  
- คลินิกเฉพาะโรค
- 3.1.3 สถานพยาบาล - เฉพาะโรค - ผดุงครรภ์  
- ดูแลระหว่างพักฟื้น

### 3.2 ระบบการบริการด้านสุขภาพอนามัยภาครัฐบาล

- 3.2.1 โรงพยาบาล - โรงพยาบาลทั่วไป  
- โรงพยาบาลเฉพาะโรค
- 3.2.2 สถานอนามัย
- 3.2.3 การให้บริการในลักษณะเคลื่อนที่

### ลักษณะการบริการในโรงพยาบาลต่าง ๆ

การแบ่งแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาล มีการแบ่งได้หลาย ๆ แผนกแล้วแต่ละโรงพยาบาล มีแผนกที่สำคัญที่ทางโรงพยาบาลควรมีเพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งพอแบ่งได้ ดังนี้

1. แผนกโภชนาการ (A Dietary Department)
2. เวชระเบียน (Medical Records Department)
3. แผนกเภสัชกรรม (Pharmacy or Drug Room)
4. ห้องปฏิบัติการ (Laboratories)
5. แผนกรังสี (Radiology)
6. แผนกฉุกเฉิน (Emergency Service)
7. ห้องสมุด (Medical Library)

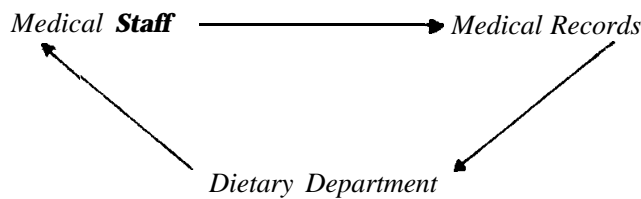
#### แผนกโภชนาการ (Dietary Department)

การให้บริการด้านอาหารซึ่งถือว่าเป็นส่วนสำคัญเพราะต้องให้บริการเป็นประจำทุกวัน อาหารในทุก ๆ วัน สัปดาห์ หรือเดือน ซึ่งจำเป็นต้องให้บริการอาหารตามคุณภาพของอาหารที่ ถูกสุขลักษณะ เพราะให้บริการแก่ผู้ป่วย และให้บริการแก่พนักงานและผู้มาเยี่ยม ซึ่งการ ให้บริการอาหารอาจจะมี 2 ส่วน

- ให้บริการสำหรับผู้ป่วย
- ให้บริการกับพนักงาน และประชาชนทั่วไป

การให้บริการสำหรับผู้ป่วยนั้น แผนกโภชนาการจะต้องมีระบบการสื่อสาร หรือเกี่ยวข้องกับแผนกที่เก็บข้อมูลของผู้ป่วย (Medical Record Department) เพื่อจะได้ทราบว่าผู้ป่วยคนใดต้องการอาหารแบบไหน ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่เหมือนกัน ก็ต้องมีขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นเริ่มเตรียมการด้านอาหาร ถ้าเป็นโรงพยาบาลเอกชนที่ต้องการเอาใจผู้ป่วยก็อาจจะมีรายการอาหาร (Menu) มาให้ผู้ป่วยเลือกซึ่งจะทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีสำหรับผู้ป่วย และการได้ข้อมูลจากส่วนของข้อมูลเกี่ยวกับคนป่วยก็จำเป็นมาก ต้องมีระบบ การจัดระบบข้อมูลให้ถูกต้อง ถ้าเกิดความผิดพลาดแล้ว แม้จะให้บริการอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ก็อาจจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ เช่น ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน แล้วให้อาหารแบบที่มีคุณค่าทางโภชนาการธรรมดา ก็จะเป็นผลร้ายต่ออัตราน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายหรืออาจถึงตายได้ ซึ่งถือว่าเป็นความรับผิดชอบของโรงพยาบาลต่อผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นว่ามีผลสำคัญมาก การแบ่งหน้าที่รับผิดชอบจึงจำเป็นต้องมีผู้ที่มีความรู้ทางด้านโภชนาการอย่างแท้จริง

การเตรียมอาหารอย่างถูกต้อง และที่สำคัญก็คือการแจกจ่ายอาหารไปสู่ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ซึ่งถือว่าการจัดระบบจะต้องได้ถูกต้องมากที่สุด ซึ่งก็ต้องเชื่อมโยงกันอย่างถูกต้องระหว่างคณะแพทย์คือได้ข้อมูลแล้วส่งต่อไปยังแผนกโภชนาการ



#### แผนกเวชระเบียน (Medical Record Department)

การจัดเก็บรวบรวมข้อมูลของแผนกที่เก็บข้อมูลตั้งแต่ทั่ว ๆ ไป เริ่มตั้งแต่การรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ซึ่งก็ต้องเป็นไปตามนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลที่มีนโยบายในการให้บริการผู้ป่วยในลักษณะใดบ้าง ระบบข้อมูลในแผนกที่เปรียบเสมือนเป็นส่วนกลางที่จะเก็บเกี่ยวกับอะไรบ้าง

- ประวัติของผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา
- ลักษณะของอาการของผู้ป่วย
- การรักษาของโรงพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วย
- การพัฒนาของผู้ป่วย
- อุปสรรคต่าง ๆ ที่การรักษาไม่ดีขึ้นที่ต้องการ

สิ่งที่โรงพยาบาลต้องพยายามรักษาก็คือ ต้องเก็บข้อมูลเหล่านี้ให้ดี และไม่เผยแพร่ โดยไม่มีเหตุผล เพราะเป็นลักษณะ เป็นความเฉพาะส่วนตัวของผู้ป่วยกับการรักษาพยาบาล (Confidential) การแบ่งแยกระบบข้อมูลจึงจำเป็นต้องมีการแบ่งเป็นหมวดหมู่เพื่อความสะดวก ในการนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ หรืออาจจะแบ่งโดยใช้ระยะเวลาเป็นตัวกำหนดความแตกต่าง ของข้อมูลของผู้ป่วยก็ได้ ซึ่งความสำคัญของการเก็บรวบรวมข้อมูลของคนไข้ จำเป็นต้องใช้ พนักงานที่มีประสิทธิภาพและมีความรับผิดชอบสูงมาก เพราะถ้าโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วย มากแล้วอาจจะเกิดความสับสน ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้

ฉะนั้น การบริหารในส่วนนี้ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าแผนกจะต้องให้ความระมัดระวังเริ่มตั้งแต่ การจัดบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย จนถึงขั้นส่งข้อมูลไปยังแผนกอื่น จะต้องระวังเพื่อความถูกต้อง อย่างมาก ซึ่งข้อมูลควรจะมีการกระทำดังนี้

- การจัดเป็นหมวดหมู่ (Category)
- ชนิดของโรค (Disease)
- การปฏิบัติการผ่าตัด (Operation)
- ตามแพทย์ (Physician)
- ปรับปรุงข้อมูลให้ถูกต้องกับเหตุการณ์ปัจจุบันในการรักษา (Updated)
- จัดเก็บเป็นดัชนี (Recognized indexing)

ในการที่กล่าวว่า Medical Record เป็นเหมือนศูนย์กลาง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน ต่าง ๆ ได้ดังนี้

- (1) Patient Care
- (2) Medical and Related Education
- (3) Research
- (4) Legal Consideration
- (5) Administrative

ซึ่งการปฏิบัติงานเพื่อให้การบริการต่าง ๆ เหล่านี้ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอย่าง ถูกต้อง ซึ่งเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยก้าวเข้าสู่โรงพยาบาล ดังรายละเอียด

Patient Care การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกที่แรกสู่โรงพยาบาล ซึ่งเริ่มจากการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติส่วนตัว

- ชื่อคนไข้ (Patient name)
- ที่อยู่ (Address)

- ข้อมูลเกี่ยวกับการประกัน (Insurance information)

หลังจากเข้ารับการรักษาจากแพทย์ ซึ่งบางครั้งก็ได้รับการตรวจแบบปกติ หรือในห้องปัจจุบันทันด่วน (Hospital's Emergency Room) ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยโรคและเป็นคนลงชื่อเพื่อเป็นการระบุข้อมูลเกี่ยวกับคนไข้ต่อไป แล้วจึงจะดำเนินการต่อเนื่องในการให้รักษาแบบใดต่อไป หรือจะส่งไปยังแผนกอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการเก็บรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่นี่ จะเป็นการระบุความเป็นไปอย่างถูกต้อง

**แผนกเภสัชกรรม (Pharmacy or Drug Room)**

แผนกยาซึ่งจะเป็นส่วนที่จะมีขนาดใหญ่หรือเล็ก ในแต่ละโรงพยาบาลต่าง ๆ มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปริมาณของการให้บริการว่ามีความหลากหลายมากน้อยเพียงใด ซึ่งต้องเกี่ยวข้องกับแผนกอื่น ๆ เช่น แผนกที่รับผู้ป่วย แพทย์ หรือรวมถึงการให้คำแนะนำจากแพทย์ต่าง ๆ แต่ถ้าจะกล่าวถึงหน้าที่หลักคงจะต้องพิจารณาตามลำดับดังนี้

(1) แผนกยาจำเป็นต้องมีเภสัชกรที่เป็นผู้ดูแลในการจัดการตามลักษณะทางปฏิบัติงานที่เฉพาะในแผนกยา เพื่อจะได้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ความผิดพลาดเกิดจากความไม่รู้ในเรื่องของการใช้ยาในบ้านเมืองปัจจุบันมีให้เห็นอยู่ ซึ่งโรงพยาบาลต่าง ๆ คงจะไม่มีแห่งใดที่ไม่มีเภสัชกรอยู่ประจำ แต่ในเมืองไทยเราให้ความสำคัญกับเภสัชกรน้อยมาก แต่ในต่างประเทศแล้วที่มีการพัฒนาทางด้านการบริการด้านสุขภาพอนามัย ก็ให้ความสำคัญเกี่ยวกับเภสัชกรมากกว่า

การให้บริการในแผนกเภสัชกรรมนั้น จำเป็นต้องให้บริการ 24 ชั่วโมง ส่วนจะแยกเป็นช่วงเช้า 8.00-20.00 น. สำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป และจ่ายยาให้ผู้ป่วยภายในซึ่งจำเป็นต้องมีเภสัชกรปรีดยุญา ประจำแผนกการจ่ายยาและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจจะมีระบบต่าง ๆ ดังนี้

- Pharmacy Authority Structure
- The Pharmacist's Role
- Pharmacy Facilities
- Security Problems
- Paper Work Requirements

ในการศึกษาในเรื่องของยานั้น จะต้องศึกษาในแนวทางการพัฒนาก็คือต้องศึกษาว่าประเทศไทยมีแนวการเปลี่ยนแปลง หรือแนวโน้มในลักษณะใดบ้าง เพราะราคาของยาในปัจจุบัน

กำลังมีราคาเพิ่มขึ้นอยู่ตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องศึกษาและข้อมูลก็จะเปลี่ยนไปตามระยะเวลา

### นโยบายราคาขายของประเทศไทย

จากการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ทั้งในและนอกประเทศในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา รวมทั้งผลการสัมมนาวิชาการเรื่อง “นโยบายราคาขาย” ซึ่งจัดโดยหน่วยงานต่าง ๆ มี “ปัญหาयरาคาแพงเกินสมควร” (Overpricing) ขึ้นในประเทศไทยเพราะ

1) มีการบิดเบือนราคาโอนให้สูงกว่าความเป็นจริง ในการนำเข้าทั้งวัตถุดิบทางยาและยาสำเร็จรูป

2) การนำเข้าวัตถุดิบ มิได้มีการขึ้นทะเบียนตัวยานำเข้า จึงทำให้ขาดการตรวจสอบคุณภาพของวัตถุดิบควบคู่กับราคา ทำให้เกิดการนำเข้าวัตถุดิบคุณภาพต่ำ แต่ต้องเสียภาษีนำเข้าในราคาสูง ซึ่งเกิดจากการตั้งราคาโอนสูงของบริษัทข้ามชาติที่นำเข้าวัตถุดิบตัวเดียวกัน แต่แหล่งนำเข้าต่างกัน (กรมศุลกากรประเมินอัตราภาษีนำเข้า โดยใช้ราคานำเข้าสูงสุดเป็นเกณฑ์ ซึ่งมักเป็นราคาโอนสูงของบริษัทข้ามชาติ)

3) คุณภาพของยาบางส่วนน่าสงสัย ทำให้ไม่มั่นใจที่จะใช้เกณฑ์ “คุณภาพเทียบราคา” เพราะกระบวนการผลิตและควบคุมคุณภาพของโรงงานอุตสาหกรรมยาขนาดเล็กในประเทศยังมีปัญหา เนื่องจากยังมิได้กำหนดให้นำหลักเกณฑ์การปฏิบัติที่ดีในการผลิตยา (Good Manufacturing Practice = GMP) เข้ามาใช้ในโรงงานอย่างเคร่งครัด เป็นเพียงแต่เสนอให้ทำด้วยความสมัครใจ รวมทั้งการตรวจสอบคุณภาพยาสำเร็จรูปที่นำเข้ายังทำได้ไม่ทั่วถึง

4) การส่งเสริมการขายและการโฆษณา โดยใช้ซื้อการค้า มีการดำเนินการกันอย่างเข้มข้นหลายรูปแบบ ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อแพทย์และผู้บริโภค ซึ่งเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้यरาคาแพง และผู้บริโภคไม่มีทางรู้จักซื้อทางยา

5) สูตรตำรับยามีมากเกินไป (มากกว่า 25,000 ตำรับ) หลากหลายทั้งรูปแบบและชื่อทางการค้า ทำให้ผู้บริโภคเกิดความสับสน เรียนรู้ได้ยาก เกิดการลองยา ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ใช้จ่ายผิด ใช้จ่ายแพง ฯลฯ

6) การกำหนดและการควบคุมราคาขาย พบว่าผู้บริโภคต้องซื้อยาในราคาแพง เพราะราคาขายปลีกยาบางตัวตั้งราคาไว้สูงมาก มากถึง 37.5 เท่า เมื่อเทียบกับราคาทุนหรือราคาขายส่งจากโรงงานอุตสาหกรรมยาท้องถิ่น หรือสูงเพียง 2 เท่าเมื่อเทียบกับราคาขายส่งจากบริษัทข้ามชาติ โดยที่ราคาขายส่งจากบริษัทข้ามชาติสูงกว่าจากอุตสาหกรรมยาท้องถิ่นถึง 37 เท่า ทั้ง ๆ ที่มีคุณภาพทัดเทียม แต่ราคาขายปลีกที่ร้านขายต่างกันเพียง 4 เท่า

ร้านขายยามีการเอากำไร หลังจากหักค่าใช้จ่ายทั้งหมดแล้วถึงร้อยละ 25.40 ของยา

จากอุตสาหกรรมยาท้องถิ่น แต่ได้กำไรน้อยกว่าจากยาของบริษัทข้ามชาติเอากำไรจากการตั้งราคาขายส่งสูงมาก โดยที่ร้านขายยา ขายปลีกในราคาที่ไม่ต่างกันมากนัก

เพื่อให้การพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภคทางด้านยา ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ “ราคายา” เกิดขึ้นและเป็นไปตามหลักการ สร้างความเป็นธรรมในสังคมและการพึ่งตนเองของ “นโยบายและกลวิธีการพัฒนาการสาธารณสุข” ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 และตามเป้าหมายของ “นโยบายแห่งชาติทางด้านยา” (ประกาศใช้ตั้งแต่เดือนเมษายน 2524) ที่ต้องการจัดให้มียาที่มีคุณภาพดี และปลอดภัยในการใช้ ในชนิดและจำนวนที่พอเพียง รวมทั้งมีราคาพอสมควรไม่แพงเกินไปไว้บริการแก่ประชาชนทุกระดับโดยทั่วถึง และเท่าเทียม

จึงเห็นควรให้ประกาศใช้ “นโยบายราคายา” ของประเทศไทย เพื่อสร้างความเป็นธรรมให้เกิดทั้งกับผู้บริโภค ผู้ผลิต และผู้จำหน่ายปลีกอย่างสมดุลกัน โดยมีมาตรการดังนี้ คือ

1. ให้มีการควบคุมราคาขายปลีกของยาแต่ละชนิดตามความเป็นจริงของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการผลิต และ/หรือนำเข้ายาสำเร็จรูป ทั้งนี้ โดยมีมาตรการดังนี้

1.1 ให้มีคณะกรรมการหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องการกำหนด และควบคุมยา

1.2 กำหนดให้ผู้ผลิตและผู้นำเข้า เสนอโครงสร้างราคายา โดยแสดงรายละเอียด “ต้นทุน” สินค้า ตลอดจนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในขั้นตอนต่าง ๆ ของการผลิต และ/หรือการนำเข้า จนกระทั่งเป็นยาสำเร็จรูปสำหรับจำหน่ายในท้องตลาด เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการกำหนดราคาที่เหมาะสม โดยเสนอให้กำหนดอัตรากำไรหลังหักภาษีของอุตสาหกรรมยา ดังนี้

- อุตสาหกรรมขั้นปลายให้อยู่ในช่วงร้อยละ 14-17 ของราคายาจากโรงงาน

- อุตสาหกรรมขั้นพื้นฐาน (ผลิตวัตถุดิบ) ร้อยละ 17-20 ของราคายาจากโรงงาน

(ราคาจากโรงงาน = ต้นทุนทั้งหมด + กำไร + ภาษี)

การกำหนดราคาที่เหมาะสมนี้ ให้ทำควบคู่กับกระบวนการขึ้นทะเบียนยา ในกรณีที่เป็นยาขึ้นทะเบียนใหม่

สำหรับยาที่ขึ้นทะเบียนแล้ว ให้ดำเนินการเช่นเดียวกันภายในระยะเวลาที่เหมาะสม นับแต่ประกาศใช้นโยบายราคายา

1.3 ราคาขายปลีกจะกำหนดให้สูงกว่าราคาค่าต้นทุนสินค้าที่แสดงไว้ในข้อ 1 ได้ไม่เกินร้อยละ 100-120 หรือ ร้อยละ 75-100

1.4 ให้มีการควบคุมคุณภาพการผลิตยาในประเทศให้มีคุณภาพดี โดยใช้หลักเกณฑ์การปฏิบัติที่ดีของการผลิตยา (Good manufacturing practices, GMP) เพื่อให้ได้ยาที่มีคุณภาพดีในราคาที่กำหนด

1.5 การขึ้นราคาขายสำหรับยาสำเร็จรูปในแต่ละขั้นตอนต้องขออนุญาตต่อคณะกรรมการหรือหน่วยงานที่มีหน้าที่ที่กำหนดราคาขายในข้อ 1.1 โดยแสดงโครงสร้างราคาขายพร้อมเหตุผลในการเปลี่ยนแปลงอย่างละเอียดและชัดเจน

2. ห้ามมิให้นำเข้ายาสำเร็จรูปที่สามารถผลิตได้แล้วในประเทศ หรือยาสำเร็จรูปที่นำเข้าต้องมีราคาขายปลีกเท่ากับหรือสูงกว่าราคาขายปลีกของยาที่มีตำรับเหมือนกันได้ไม่เกินค่าใช้จ่ายส่วนเกินในอัตราภาษีนำเข้า

3. ให้จัดสรรการผลิตยาในส่วนยาสำเร็จรูปที่ห้ามนำเข้าให้เหมาะสมในแต่ละโรงงาน เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ต้องสูญเสียไปโดยเปล่าประโยชน์ เนื่องจากกำลังผลิตของเครื่องจักรและกำลังคนไม่คุ้มค่างำลังการผลิต (ปัจจุบันกำลังใช้ในการผลิตของเครื่องจักรเพียง 1 ใน 3 ของกำลังผลิตที่มีอยู่เท่านั้น)

4. ให้มีการควบคุมราคาและคุณภาพของวัตถุดิบทางยาที่นำเข้าในประเทศ โดยให้ขึ้นทะเบียนการนำเข้าวัตถุดิบทางยา ร่วมกับการเปรียบเทียบคุณภาพและราคานำเข้ากับคุณภาพและราคาอ้างอิงถึง เช่น ราคาของ ราคากลางโลก ราคาประเทศกำเนิด แล้วกำหนดเป็นราคานำเข้าสูงสุด ซึ่งจะมีการทบทวนเป็นระยะ ๆ

5. ห้ามมิให้มีการส่งเสริมการขายและโฆษณาทุกชนิด หรือห้ามการแจกแถมตัวอย่างยาในการส่งเสริมการขาย ยกเว้น ในกรณีการศึกษาวิจัยและตรวจสอบเอกลักษณ์หรือคุณภาพมาตรฐาน เพื่อช่วยลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในโครงสร้างราคาขาย

6. ให้ยกเลิกสูตรตำรับยาที่ไม่เหมาะสม โดยใช้หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกเช่นเดียวกับการคัดเลือกยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งนี้ เพื่อให้ง่ายต่อการปฏิบัติในการควบคุมการผลิต การจัดซื้อ การกระจาย การสั่งใช้ และการบริโภค

#### ห้องปฏิบัติการ (Laboratories)

แผนกทางห้องปฏิบัติการเป็นการตรวจเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับห้องปฏิบัติการในการตรวจ สิ่งที่ช่วยแพทย์ให้ได้วินิจฉัยโรคได้แม่นยำขึ้น

- การตรวจความเข้มข้นของเลือด
- คูณจำนวนและแยกชนิดของเม็ดเลือดขาว
- ตรวจไขมัน และน้ำตาลในเลือด
- ตรวจสมรรถภาพของไต และตับ
- ตรวจภูมิคุ้มกันต่อเชื้อซิฟิลิส ไทฟอยด์ หัดเยอรมัน
- ภูมิคุ้มกันอวัยวะต่าง ๆ
- การตรวจการตั้งครรภ์ โดยตรง ทั้งเลือดและปัสสาวะ



- ตรวจสอบความเป็นกรดและค่าของเลือด
- ตรวจหาเซลล์มะเร็งในช่องคลอดและอวัยวะต่าง ๆ

ซึ่งที่ระบุข้างบนนี้เป็นเพียงบางส่วนของงานในแผนกปฏิบัติการ ลักษณะหน่วยงานด้านนี้อาจจะขยายใหญ่และมีเครื่องมือที่มีเทคโนโลยีที่ก้าวหน้า เช่น ที่โรงพยาบาลสยาม จะมีเครื่องมือในการตรวจคลื่นสมอง เพื่อหาความผิดปกติได้อย่างรวดเร็วแล้ว ในปัจจุบันนี้ก็มีแนวโน้มที่พัฒนาไปสู่โรงพยาบาลอื่นแล้ว ซึ่งก็เป็นผลให้อัตราค่าบริการถูกลง จากระยะแรกก็ถือว่าเป็นประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ ซึ่งระบบงานอาจจะแบ่งเป็นกว้าง ๆ ดังนี้

1. Clinical Pathology
2. Blood Bank
3. Pathological Anatomy

#### แผนกรังสี (Radiology)

แผนกรังสีจะเป็นแผนกเล็ก ๆ ในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ซึ่งงานในส่วนที่เกี่ยวข้องก็มักจะเป็นการตรวจเอกซเรย์ช่วยในการวินิจฉัยโรคได้มาก เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลจะได้เป็นไปได้อย่างถูกต้องยิ่งขึ้น รังสีแพทย์ก็มีความสำคัญที่ต้องประจำอยู่ในแผนกนี้เพื่อจะได้วินิจฉัยตลอดจนการให้การรักษาอย่างถูกต้อง ซึ่งจำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญในการวินิจฉัยโรคด้วยเอกซเรย์ มีอุปกรณ์ที่ทันสมัย

#### แผนกบริการฉุกเฉิน (Emergency Service)

แผนกบริการฉุกเฉินเป็นแผนกที่ต้องการความรวดเร็วในการบริการ เพราะหลักสำคัญในการบริการด้านการรักษาพยาบาลก็คือ ระยะเวลาในการรักษาจำกัดต้องวินิจฉัยโรคหรืออาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยอย่างรวดเร็วแล้วรีบรักษาพยาบาลทันที สาเหตุของการเข้ารับการรักษาอาจจะมากันหลาย ๆ สาเหตุ

- รถยนต์อุบัติเหตุ
- ระเบิดโรงงาน
- ตึกถล่ม
- ไฟไหม้
- อุบัติเหตุส่วนตัว

แผนกบริการฉุกเฉินจำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับแผนกอื่น ๆ ซึ่งแบ่งออกเป็นหลาย ๆ หน่วย แต่ละหน่วยมีหัวหน้ารับผิดชอบคือ แพทย์ พยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล ที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลพยาบาลผู้ป่วยทุกประเภท

### ห้องสมุด (The Medical Library)

ห้องสมุดในแต่ละโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่จำเป็นมาก เพราะจะเป็นแหล่งข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าต่าง ๆ ในการให้บริการรักษาว่าควรจะมีแนวปฏิบัติอย่างไร จึงจะเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคต่าง ๆ เพราะ

- เป็นที่เก็บรวบรวมประวัติการรักษาในรายที่ผ่านมาแล้วว่ามีปัญหาอะไรบ้าง
- การนำเสนอเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่นำมาใช้วินิจฉัยโรคและการรักษา

เมื่อได้ศึกษาการแบ่งแผนกตามลักษณะงานของโรงพยาบาลต่าง ๆ แล้วก็นำไปสู่การบริการงานด้านการรักษาทั้งในระบบที่ประเทศพัฒนาแล้วทั้งหลายจะจัดเป็นคณะกรรมการต่าง ๆ โดยแต่ละคณะกรรมการก็จะประกอบไปด้วยบุคคลและข้อปฏิบัติในการทำงาน ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ และมีเอกสารประกอบการศึกษาในท้ายบทนี้

- The Executive Committee
- Joint Conference Committee
- The Credentials Committee
- The Medical Records
- The Tissue Committee
- The Infection Committee
- The Utilization Committee

## The Executive Committee

This committee serves as the focal point of the entire committee process for the medical staff. As such, the executive committee has the broadest range of authority of any internal committee within the hospital.

With the expressed authorization of the medical staff, it coordinates policies and departmental activities for the entire staff, serves in an oversight capacity for the other standing committees of the medical staff, and is the primary authority for disciplinary actions taken against any individual staff member.

Membership in this committee usually consists of the chief of staff, the secretary, and a minimum of three active members of the hospital's medical staff. This membership is by election or appointment, usually not to exceed a one-year term.

Meetings are normally conducted once a month, more often if staff business so dictates, with written minutes containing time of meeting, members present and absent, and details of any items of business decided at the meeting. Also included would be any reports or recommendations to be made to the medical staff and the hospital's governing body. This written report of the committee meeting must be signed by the chairman of the executive committee.

## Joint Conference Committee

The Joint Conference Committee serves in a special liaison capacity within the medical staff committee framework, bridging the communication void between the medical staff, the administrator's office, and the governing board of the hospital. In this capacity, the joint conference committee is the forum where ideas, policies, programs, and problems which merit consideration by both clinical and administrative management structures are formulated.

The composition, responsibilities, and actions of the joint conference committee are usually spelled out in the bylaws governing the medical staff. As a general rule, this committee is composed of three doctors from the medical staff and three members of the governing board. The administrator serves, usually, as secretary for the group.

Tenure on the joint conference committee, applying to both medical staff members and board members, is generally limited to one year. By maintaining a fairly frequent turnover, a deeply entrenched power structure in this vital area is avoided.

The method of committee record keeping is similar to that discussed in the section on the Executive Committee.

One area in which the joint conference committee is particularly important is in handling appeals of any disputed rulings made by other medical staff committees. This appeal authority should be granted to the joint conference committee through the by-law and regulations governing the medical staff.

Any recommendations made in the joint conference committee should, of course, be passed on to the entire medical staff and to the governing board for their disposition.

## The Credentials Committee

The primary function of the credentials committee is to serve as a screening body for applicants to positions on the medical staff, as well as to review the suitability of present members for continued tenure.

With direct responsibility to the executive committee, the credentials committee is generally composed of three to five members of the active and consulting staff. In larger hospitals, this may be varied to include a member of each specialty offered in the hospital.

Members of the credentials committee are elected, or in some cases appointed, by the chief of staff or the executive committee. The usual term of committee membership is one year.

The business of the credentials committee is usually conducted in a formally prescribed manner. Any applicants subject to review by the committee normally submit a written application on a prescribed form, stating full details of their qualifications for the appointment; education, experience, and interests are all pertinent information in this area.

Applicants' information should normally be supported by two or more written references from physicians known to members of the committee. Also, any character references that the applicant might wish to offer can be considered.

When this information is given to the committee, they will verify, or ask the administrator to do so, that the applicant being considered has the necessary educational and licensing credentials to practice the area of medicine or surgery for which application is made. Any documentation obtained as verification should be maintained in the personnel file for the doctor retained on the hospital's staff. Also, the file should include a signed statement by the applicant stating that he (or she) will abide by the bylaws and regulations established for the medical staff of the hospital.

The lines of communication from the Credentials Committee include responsibility to the Executive Committee and regular communications with the hospital's administrator; it also passes its recommendations to the governing board for final action.

When the credentials committee has made its final decision on an applicant, they pass this on to the Administrator. The administrator is responsible for making the presentation to the governing board.

The governing board, in turn, either accepts or rejects the applicant after consultation with the joint conference committee. If the physician is appointed, the administrator processes the appointment and notifies the applicant of the action in writing.

As outlined for the executive committee earlier, similar record-keeping for the committee's activities is required here.

The credentials committee's oversight function is a vital link in assuring that the minimum standards for hospital accreditation (from a medical and surgical viewpoint) are attained and maintained.

## The Medical Records Committee

In the area of day-to-day quality control over a hospital's clinical activities, no medical staff committee holds a greater share of the responsibility than the Medical Records Committee. By a thorough review of patient records, this committee monitors the professional activities of every member of the hospital's staff, making certain that the highest standards of professionalism are met. In addition, this review process provides a high level of legal protection to hospital, staff members, and patients alike.

Membership in this vital committee should have a minimum of three active members from the medical staff, appointed for a minimum one-year term by the executive committee.

In conducting their mandated review process, the medical records committee works closely with the medical records librarian. The Librarian's job is to conduct the clerical functions of the task, leaving the committee with only the responsibility of judging the quality of care based on the documentation presented by the librarian.

One of the primary functions of the medical records committee is to be sure that adequate records are kept of all clinical activities conducted in the hospital. For this reason, this committee should have the authority to approve new forms, delete unnecessary ones, and make recommendations on the record-keeping procedures to insure that the highest standards in patient care, professional education, and medical staff functioning are maintained.

Patient records, according to customary committee standards should include each of the eight following specific items:

- (1) Summary Sheet.
- (2) Patient History.
- (3) Physical Examination.
- (4) Laboratory Reports.
- (5) Physicians' Orders.
- (6) Progress Notes.
- (7) Graphic Record.
- (8) Nurses' Notes.

These eight items comprise the recognized minimum of information required by every patient who has been hospitalized, regardless of the time period involved.

In cases involving more extensive care, surgical procedures, or the death of a patient, a far more involved list of forms and records is utilized to be certain that the legally and scientifically valid informational system is adequate. Some of these additional records might include:

- (1) Consultations.
- (2) Labor Record.
- (3) Birth Certificate.
- (4) Release from Responsibility for Abortion.
- (5) Authority to Operate.
- (6) Anesthesia Record.
- (7) Operation Record.
- (8) Tissue Report.
- (9) Report of Infection.
- (10) Death Certificate.
- (I 1) Authority for Autopsy.
- (12) Autopsy Report.
- (13) Survey of Operative Mortality Case.
- (14) Survey of Maternal Mortality Case.
- ( 15) X-ray reports.
- (16) Electrocardiography Report.
- (17) Urology Report.
- (18) Release from Responsibility for Discharge.
- (19) Others, as instructed.

Based on the 20 or more reports that could potentially find their way into a patient's record, the total picture of a hospital's quality of medical and surgical care can be obtained. If each member of the medical and surgical staff makes sure his records are kept current, the medical records committee's job is made relatively simple.

This committee serves as the hospital's "insurance policy" that adequate standards are being met. If you, as administrator, maintain an effective liaison with this committee, you can be reasonably assured that the fundamental standards for hospital care will be met.

### **The Tissue Committee**

Somewhat similar to the functions of the medical records committee, the Tissue Committee serves as the monitoring point for the surgical procedures conducted within the hospital. Here, the primary liaison point comes between this committee and the hospital's staff pathologist.

Surgery, unlike general medicine, tends to be more specific in its objectives. Based on the human tissue removed during surgery, a subjective analysis of the merits (or demerits) of any given procedure can be made. This analytical process is the primary reason for the existence of a tissue committee in a surgical hospital.

The tissue committee, whether appointed by the chief of staff or by the executive committee, should contain at least one surgeon and the hospital's pathologist. The total membership of the tissue committee should be a minimum of three, each member being appointed for a minimum one-year term.

At minimum, meetings of the tissue committee should be conducted monthly, more frequently if surgical business warrants it. Minutes of committee meetings, kept and written by the medical records librarian or the medical secretary, serving as secretary for the committee, are kept for all committee functions.

Also included in the committee secretary's functions is maintaining a running report on surgical success rates and related data for committee analysis and comment. These would include appropriate items from the records presented for review by the medical records committee.

Records for all surgical patients discharged from the hospital subsequent to the last committee meeting are made available for tissue committee scrutiny. For the sake of impartiality, the attending surgeon on any case is not permitted to review his own records. These are assigned to another member of the committee.

An overall analysis of surgical results is compiled for each individual member of the hospital's surgical staff. When appropriate, these reports and tissue committee recommendations are passed on to the executive committee. None of these review reports, or the resulting recommendations, are to be included in the official record for any individual patient.

### **The Medical Audit Committee**

In some hospitals, serving the interests of greater efficiency, the Medical Audit Committee becomes a form of consolidation between two previously mentioned committees, medical records and tissue.

In this capacity, the functions of the medical audit committee would be the combined responsibilities already discussed for the medical records committee and the tissue committee.

If this mode is adopted, membership in the medical audit committee should have a minimum of three, representing the departments of Medicine, Obstetrics, and Surgery. Larger hospitals might wish to include a representative from each of the hospital's specialties.

Appointments to the medical audit committee, like those of the two component committees this one might replace, would be made by the chief of staff or by the executive committee. The general length of term is usually one year, though members may serve for three to six-month periods, in rotation.

Meetings are held monthly, more often if necessary, with functions and reporting mechanisms similar to those outlined for other committees in this chapter. This committee is ultimately responsible to the executive committee and to the chief of Staff.

## The Infection Committee

The Infection Committee is one of the broadest-based committees in the medical organizational structure of the hospital. Containing representatives from the medical and surgical staffs, the nursing staff, the pathology department, the local health department, and other departments (as indicated by need), this Committee serves a vital monitoring function over hospital activities to reduce incidences of infection in patients and hospital personnel.

In this capacity, the infection committee is responsible for developing a detailed hospital policy for infection control, as well as periodically reviewing it to judge its adequacy for changing conditions.

The policy structure instituted for infection control is, by necessity, relatively complex. Here, in brief, are some elements of an effective infection control policy. These 14 points of policy, though varied somewhat according to need, form the cornerstone for effective hospital infection control.

### Elements for Effective Hospital Infection Control

- (1) Continuing orientation and education of all staff members on effective infection prevention, identification, control, and management procedures.
- (2) Detailed review of all infection cases.
- (3) An effective mechanism for tracing the source and causes of any infections occurring within the hospital.
- (4) Availability of lab facilities to conduct periodic evaluations and cultures on infant formulas, autoclaves, and water sterilizers. This would include a detailed microbiological analysis.
- (5) Admitting physician must notify committee of any infection present in patient, if known, upon admission to the hospital.
- (6) A detailed policy to control the use of any antibiotics in the hospital, prohibiting their use as a preventive measure when no infection is present. This would also include cultures and sensitivity tests in infected cases prior to administering any antibiotics. (Routine use of antibiotics tends to increase incidents of infection.)
- (7) Enforcement of proper hygienic procedures, including proper handwashing and scrubbing practices, gown and mask techniques, materials and instruments packaging, packing of the autoclaves, and appropriate procedures for dressing-cart usage.
- (8) Maintenance and proper use of isolation facilities and techniques.
- (9) Effective and efficient housekeeping procedures to assure that proper standards for cleanliness in all areas of the hospital are maintained; this is the surest method of restricting the spread of infection.
- (10) Monitoring all dietary and food handling procedures, refrigeration, ice bins, dishwashing, and proper disinfection procedures for all contaminated utensils.
- (11) Monitoring laundry practices.



- (12) Implementing appropriate safeguards on all air conditioning, ventilation, and heating systems for a hospital, with positive air pressure for operating, delivery, recovery, emergency, newborn nursery, and central supply rooms. Negative air pressure should be maintained for isolation, anesthesia storage, autopsy, laundry and soiled linen rooms, kitchen, toilets and bathrooms. The recirculation of air should be prohibited in the surgical suite, obstetrical suite, emergency room, isolation, formula preparation units, nurseries, pathology, virus and bacteriological labs, media, rooms, autopsy and dark rooms, laundry and soiled linen rooms, kitchens, toilets and bathrooms.
- (13) Establishment of proper handling procedures and disposal techniques for wastes and the excretions of sputum, feces and urine, and environmental wastes of dressings, food, and floor sweepings.
- (14) Maintenance of effective traffic controls and visiting rules in all areas of the hospital, with particular emphasis on the operating room, nursery, obstetrical, and isolation areas.

Though the dangers of infection will probably always be present in the hospital environment, the implementation of these 14 specific control areas in a concerted fashion should effectively minimize the dangers to both patients and hospital personnel.

This is the primary responsibility of the infection committee. Encouraging the proper discharge of its function will assure you of the maximum safety and efficiency for your hospital.

### **The Utilization Committee**

In the area of total hospital resource management, no single committee or authority wields greater power on the lives of patients and doctors alike than the hospital's Utilization Committee. As the monitoring entity for usage levels of hospital resources, it is the utilization committee's function to be certain that appropriate resource utilization levels, neither too high nor too low, are maintained.

Because either extreme can have an adverse effect on the quality and cost of the patient care delivered to the community, the effects of this committee's actions on public relations, personnel and facilities costs, benefits of prepayment plans and other hospital care financing options, and the general public perceptions of the hospital and its medical and surgical staffs can never be underestimated.

The utilization committee normally consists of appointed representatives from the medical staff, a minimum of four, with assistance from the medical records librarian and administration. Meetings, as with other hospital committees, should be held monthly (at minimum) to review records regarding the use of facilities.

Though many portions of the utilization committee's function are monitored by other internal committees of the medical staff, this separate committee is a requirement of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals as well as for participation in the federal Medicare program. (If, as alluded to earlier in this book, National Health Insurance becomes a reality, the utilization committee will play an even greater role in the hospital's overall functions.)

For each hospital admission, a hospital's utilization committee **must** have established criteria to cover the following five areas:

- (1) Conditions for patient admission.
- (2) Standards for diagnostic procedures.
- (3) Complications affecting length of stay.
- (4) The customary length of hospitalization for any given illness.
- (5) Indications for discharge.

From the broad range viewpoint, the utilization committee has ten general goals in the area of resource management. They are:

- (1) Reducing the number of excessive patient hospitalization days.
- (2) Restricting unnecessary admissions and preventing over-utilization of ancillary services.
- (3) **Maintaining** close communications links between the medical staff, administration, and the hospital social service department.
- (4) **Sfaintaining** heightened **awareness** of over-utilization's effects on preparation plans and public and private insurance carriers.
- (5) Enhancing **quality** and speed of medical charting.
- (6) Reviewing, as needed, of the admission and discharge procedures.
- (7) Reducing pre-operative hospitalization.
- (8) Improving procedures for emergency admissions.
- (9) Rapid transfer from one medical or surgical service to another, as indicated by patient's condition.
- (10) Improving procedures, where necessary, for handling disposition problems and transition difficulties for discharges of long-stay cases.

In reviewing the goals and standards that are the province of the utilization committee, the criteria that each hospital's committee sets for its medical staff have a broad-range impact on the quality and quantity of hospital care that will be rendered. Because of this fact, it is imperative that a hospital's administration take an extremely active role in this particular area.

Without your active participation in the actions of the utilization committee, some administrative objectives could be scuttled by committee actions.