



ภูมิปัญญาประชาคม
สู่คุณภาพประเทศไทย

คุณภาพ สู่ ประชาชน

จัดทำโดย

ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

จัดพิมพ์โดย

สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
กระทรวงสาธารณสุข

คุณภาพสู่ประชาชน

จัดทำโดย

ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

จัดพิมพ์โดย



สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
อาคาร 3 ชั้น 7 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวง
กระทรวงสาธารณสุข
ถ. ติวานนท์ อ. เมือง จ. นนทบุรี 11000
โทร. 590-1851-2 fax: 590-1850

ISBN 974-293-248-4

พิมพ์ครั้งที่ 1 ธันวาคม 2542

จำนวน 1,000 เล่ม

ออกแบบ, พิมพ์ที่
บริษัท ดีไซน์ จำกัด

57 ซ.สุทธิพงษ์ 1 ถ.สุทธิสาร ดินแดง กทม. 10320
โทร. 275-7076, 276-5450
โทรสาร 693-6079

คำนำ

ถึงวันนี้ ได้มีโรงพยาบาลจำนวนไม่น้อยเข้ามาร่วมในกระบวนการพัฒนา “คุณภาพบริการ” โดยมุ่งมั่นที่จะให้บริการแก่ผู้ใช้บริการให้ได้รับความพึงพอใจมากที่สุด สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นกลไกที่จะประสานความร่วมมือจากหลายๆ ฝ่าย ให้เข้ามามีบทบาทร่วมพัฒนา ฉะนั้น ไม่ว่าเวทีใดที่มีการพูดถึงเรื่อง “คุณภาพ” สถาบันฯก็จะเข้าไปมีส่วนร่วมในทุกโอกาส

“คุณภาพบริการโรงพยาบาล” เป็นเพียงเสี้ยวส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ แต่ก็มีความสำคัญที่สุดประการหนึ่ง เพราะหากระบบบริการมีคุณภาพก็จะช่วยบรรเทาความทุกข์ประชาชนให้เห็นเป็นรูปธรรมที่สุด

ในโอกาสที่สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับองค์กรภาคีได้จัดเวทีโดยใช้ชื่อว่า “ร่วมคิด ร่วมทำ เพื่อการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขในสหัสวรรษหน้า” ในระหว่างวันที่ 13-15 ธันวาคม 2542 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงได้ถือโอกาสนี้รายงานผลเป็นเอกสารฉบับนี้ให้องค์กรภาคีได้ร่วมแสดงความคิดเห็นและเสนอข้อวิพากษ์วิจารณ์ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการสร้างเสริมสุขภาพคนไทย

จะเห็นว่า หน้าปกของเอกสารฉบับนี้ได้ระบุองค์กรจัดทำไว้
มากถึง 4 องค์กร (หากนับจำนวนบุคคลที่เกี่ยวข้องอาจถึง 100
คนก็ได้) ซึ่งเป็นเจตนายิ่งของสถาบันฯที่จะแสดงให้เห็นว่า
สถาบันฯ ได้เก็บเกี่ยวความคิดและสาระจากผู้เกี่ยวข้องในองค์กร
ทั้ง 4 แล้วย่อยมาเป็นเอกสารฉบับนี้

สารบัญ

คำนำ	(3)
ตอนที่ 1 กระบวนทัศน์ในการพัฒนาคุณภาพ	1
ตอนที่ 2 คุณภาพข้ามขอบฟ้า	7
2.1 ประสบการณ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในต่างประเทศ	8
2.2 ประสบการณ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในประเทศสหรัฐอเมริกา	19
2.3 ประสบการณ์การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในประเทศแคนาดา	28
2.4 การพัฒนาการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในประเทศแซมเบีย	36
2.5 การรับรองคุณภาพในภาคอื่นๆ ของระบบสุขภาพ นอกเหนือจากโรงพยาบาล	41
ตอนที่ 3 หยั่งรากคุณภาพทั่วแผ่นดินไทย	45
3.1 การบ่มเพาะเมล็ดพันธุ์	46
3.2 รากแก้วสำคัญคือการเปลี่ยนวิธีคิด	57
3.3 หยั่งรากคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป	68

3.4	หยังรกกคุณภาพในกรมการแพทย	78
3.5	หยังรกกคุณภาพในโรงพยาบาลเอกชน	91
3.6	หยังรกกคุณภาพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	93
3.7	The Thai Hospital Accreditation Program in Health Care Reform Enviroment	97

ตอนที่

1

กระบวนการทัศน์ ในการ พัฒนาคุณภาพ

นพ.สมเกียรติ โพรธิตย์

กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

การพัฒนาคุณภาพของการบริการด้านสุขภาพ เป็นเรื่องที่กำลังถกเถียงกันอย่างกว้างขวางในช่วงระยะที่ผ่านมา นับตั้งแต่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้มีโครงการวิจัยดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ ตั้งแต่ปี 2536

อย่างไรก็ตามคำว่า “คุณภาพ” ยังเป็นคำที่มีความเข้าใจไปหลากหลาย การให้ความหมายของ “คุณภาพ” เป็นเรื่องที่ยากลำบาก ค่อนข้างเป็นนามธรรม และ “คุณภาพ” ก็มีหลายมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณภาพของการบริการด้านสุขภาพ หรือการรักษาพยาบาล

“คุณภาพ” คืออะไร

มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย เช่น

Crosby “คุณภาพคือ ความสอดคล้องกับความต้องการ” (Crosby, 1957)

Feigenbaum “คุณภาพเป็นความสามารถที่จะทำให้ผลผลิตนั้นเป็นไปตามข้อกำหนด หรือการออกแบบ” (Feigenbaum, 1952)

Juran “คุณภาพคือ ความเหมาะสมในการใช้ประโยชน์” (Juran, 1988)

ISO 8402 “คุณภาพเป็นคุณลักษณะโดยรวมของผลิตภัณฑ์ หรือการบริการ ที่สามารถบรรลุถึงความต้องการที่คาดหวังไว้” (ISO, 1979)

Crosby ได้ขยายความหมายคุณภาพให้กว้างขึ้นว่า “การที่ทุกคนทำในสิ่งที่ตกลงกันว่าจะทำ และทำในสิ่งที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่ม

แรก เป็นโครงสร้างที่สำคัญขององค์กร โดยมีการเงินเป็นสิ่งหล่อเลี้ยง และจิตวิญญาณของคุณภาพก็คือสัมพันธภาพ (relationship)” (Crosby, 1992)

บางบริษัทในญี่ปุ่น พบว่าการให้ความหมายคุณภาพว่า “ความสอดคล้องกับมาตรฐาน” นั้นแคบเกินไป จึงให้ความหมายใหม่ว่า “การทำให้ผู้รับผลงาน (customer) พึงพอใจอย่างพิเศษ”

จะสังเกตพบว่า ความหมายต่างๆ ของ “คุณภาพ” นั้นค่อนข้างเป็นนามธรรมมากกว่า ทำให้กระบวนการทัศน์ในการจัดการเรื่องคุณภาพก็ย่อมมีการเปลี่ยนแปลง

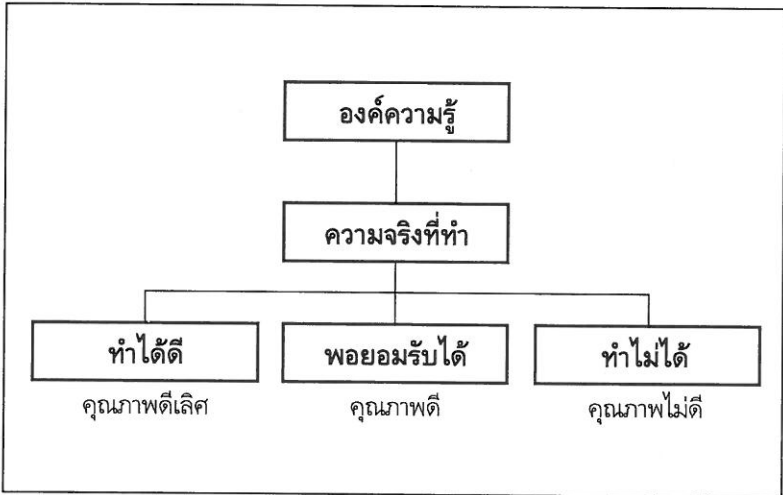
คุณภาพการรักษาพยาบาล

กระบวนการทัศน์ในการจัดการเรื่องคุณภาพของการรักษาพยาบาล อาจเน้นจากมุมมองของผู้ให้บริการ (provider-oriented) หรือเน้นระบบการให้บริการ (system-oriented) จะเป็นการเปรียบเทียบองค์ความรู้ที่มีอยู่ในเรื่องนั้นๆ กับการปฏิบัติจริงตามรูปที่ 1

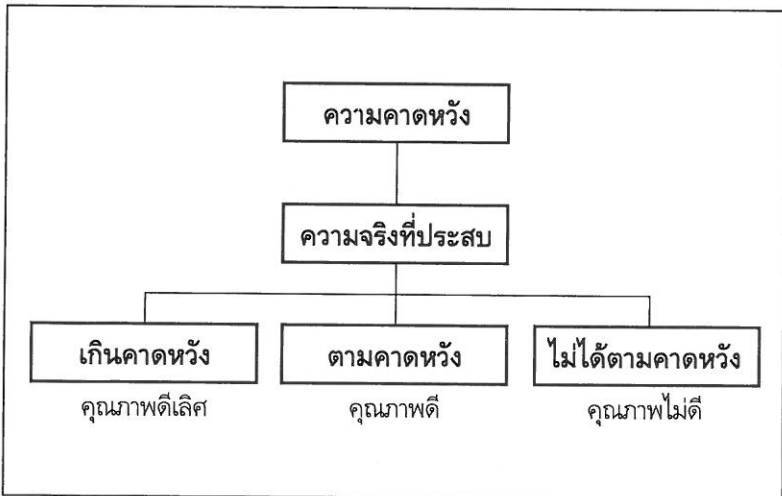
กระบวนการทัศน์อีกด้านหนึ่ง อาจเน้นด้านลูกค้า หรือผู้ได้รับผลงาน (customer) จะเป็นการเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวังกับความจริงที่ประสบ ตามรูปที่ 2

กระบวนการทัศน์ที่เน้นด้านใดด้านหนึ่ง จะไม่ครบถ้วน จำเป็นต้องมีการถ่วงดุลทั้งสองด้าน ซึ่งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้ให้ความหมาย “คุณภาพ” ว่า “การทำตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการ (need) ของผู้ป่วย และลูกค้า”

รูปที่ 1 รูปแบบกระบวนการทัศน์ที่เน้นจากมุมมองของผู้ให้บริการ (provider-oriented)



รูปที่ 2 รูปแบบกระบวนการทัศน์ที่เน้นจากมุมมองของลูกค้า หรือผู้ได้รับผลงาน (customer)



เอกสารอ้างอิง

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. ก้าวแรกของ TOM/COI ในโรงพยาบาล.
กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

Crosby, P.B. (1979). Quality is Free: The Art of Making
Quality Certain. New York: New American Library.

Juran, J.M. (1992) Juran on Quality by Design. New York:
The Free Press, Inc.

Fiegenbaum, A.V. (1951). Quality Control. New York: Mc
Graw-Hill Book Company.

ตอนที่

2

คุณภาพ ข้าม ขอบฟ้า

ผศ. นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.1 ประสบการณ์การรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

ในต่างประเทศ

คุณภาพของบริการและการดูแลรักษาพยาบาลเป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการทางสุขภาพของประเทศ เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า คุณภาพเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นที่ปรารถนาของผู้รับบริการ เพื่อเป็นเครื่องรับรองว่าการบริการนั้นจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงปรารถนา เกิดความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ การทำงานเป็นไปตามมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับ และมีโอกาสเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด

การรับรองคุณภาพ (Accreditation) เป็นกระบวนการที่ประเทศต่างๆ ทั่วโลกนำมาใช้เป็นกลไกในการกระตุ้นให้เกิดการประกันคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาลอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในโรงพยาบาล ได้รับการยอมรับและส่งเสริมให้องค์การอนามัยโลกใช้เป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษา⁽¹⁾ การรับรองคุณภาพสถานพยาบาลเป็นกระบวนการแบบสมัครใจที่มักดำเนินการโดยหน่วยงานกลางอิสระที่ไม่ใช่ของรัฐ ทำหน้าที่ในการเข้าไปประเมินและรับรองการดำเนินงานของสถานพยาบาลว่าได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งจะมุ่งที่ระบบงานขององค์กรมากกว่าความสามารถในระดับปัจเจกของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งนี้โดยอาศัยผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor) ที่ได้รับการฝึกฝนอบรมมาแล้ว⁽²⁾ การรับรองคุณภาพ

ต่างจากกระบวนการให้ใบอนุญาต (Licensure) ตรงที่การรับรองคุณภาพจะให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์ในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการบรรลุถึงมาตรฐานคุณภาพที่ถือว่าดีที่สุดที่ได้วางไว้ มากกว่าการปฏิบัติได้ตามมาตรฐานขั้นต่ำเพื่อประกันความปลอดภัยแก่สาธารณะ อันเป็นจุดประสงค์หลักของการให้ใบอนุญาต

วัตถุประสงค์ของบทความนี้มุ่งที่จะยกตัวอย่างประสบการณ์ของกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ในต่างประเทศโดยภาพรวมในแง่มุมที่สำคัญ และยกตัวอย่างประสบการณ์ของการรับรองคุณภาพในบางประเทศที่น่าสนใจ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ากระบวนการดังกล่าวที่ได้เริ่มนำมาใช้ในประเทศไทยของเรา จะเป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพัฒนาและยกระดับคุณภาพของโรงพยาบาลภายในประเทศได้

การเปรียบเทียบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในต่างประเทศ

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศต่างๆ ที่ได้ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันมีอยู่หลากหลาย ดังที่สรุปไว้โดยย่อในตารางที่ 1 ซึ่งสามารถสรุปรูปแบบในประเด็นที่สำคัญได้ดังนี้

- **องค์กรที่รับผิดชอบ (Accreditation body)** ส่วนใหญ่เป็นองค์กรอิสระที่เป็นเอกชน การดำเนินงานการรับรองคุณภาพเป็นไปโดยสมัครใจ
- **รูปแบบของคู่มือมาตรฐาน (Standards manual format)** มีแนวโน้มว่าจะเป็นไปตามหน้าที่การทำงาน (Functional) มากกว่าเป็นไปตามหน่วยงาน (Departmental) ของโรงพยาบาล

- ประเภทของมาตรฐาน (Types of standards) มักประกอบด้วยมาตรฐานทางด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ซึ่งในระยะหลังมีแนวโน้มจะเน้นที่กระบวนการและผลลัพธ์มากขึ้น
- มาตรฐานวัดคะแนน (Scoring scale) ส่วนใหญ่มีการแบ่งเป็นระดับ โดยมีเกณฑ์ในการตัดสินเป็นแนวทางกว้างๆ ไม่จำเพาะเจาะจงมาก
- การพัฒนาเครื่องชี้วัด (Developed indicators) อาจมีหรือไม่มี แต่ในระบบที่มีพัฒนาการมาระยะเวลาหนึ่งแล้ว มักพบว่ามีการใช้ระบบเครื่องชี้วัดคุณภาพด้วย แต่อาจไม่นำผลการประเมินจากเครื่องชี้วัดมาใช้ในการตัดสินใจรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
- แหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงาน (Funding sources) ส่วนใหญ่ได้มาจากการเก็บค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมชมสำรวจโรงพยาบาล มีบ้างที่ได้จากค่าสมาชิก การจัดโปรแกรมฝึกอบรมหรือตีพิมพ์เอกสารคู่มือต่างๆ เงินสนับสนุนจากรัฐบาล หรือทุนอื่นๆ
- การจำกัดขอบเขตของการประเมิน (Limited scope) ระบบที่เพิ่งเริ่มต้นมักจำกัดขอบเขตอยู่ที่โรงพยาบาล ในขณะที่ระบบที่มีมานานแล้ว จะขยายขอบเขตของการรับรองคุณภาพไปสู่สถานพยาบาลและบริการทางสุขภาพประเภทอื่นด้วย

นอกจากนี้ ในปัจจุบันยังมีการพัฒนาระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศกำลังพัฒนาที่อยู่ระหว่างดำเนินการอีกหลายประเทศ ไม่นับประเทศไทย หลักการและแนวทางพัฒนาระบบศึกษาได้โดยย่อในตารางที่ 2 ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจก็คือในบางประเทศจะกำหนดให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นกลไกภาคบังคับด้วย เช่น ในประเทศฝรั่งเศส

ตารางที่ 1 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (รพ.) ที่ดำเนินการอยู่ในประเทศต่างๆ

ประเทศ	องค์กรการรับรอง	รูปแบบของ คู่มือมาตรฐาน	ประเภทของ มาตรฐาน	มาตรวัด คะแนน	การพัฒนา เครื่องชี้วัด	แหล่งเงินทุน สนับสนุน	จำกัด ขอบเขต	จำนวน รพ. ที่ ได้รับการรับรอง
สหรัฐอเมริกา	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations	ตามหน้าที่	โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์	5 ระดับ	มี	ค่าเยี่ยมสำรวจ งานตีพิมพ์ การฝึกอบรม ให้คำปรึกษา	ไม่มี	5,155
สหรัฐอเมริกา	American Osteopathic Association	ตามหน่วยงาน	โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์	4 ระดับ	ไม่มี	ค่าเยี่ยมสำรวจ	เฉพาะ รพ.	400
สหรัฐอเมริกา	Commission of Accreditation of Rehabilitation Facilities	ตามหน้าที่	โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์	4 ระดับ	อยู่ระหว่าง การเสนอใช้	ค่าเยี่ยมสำรวจ งานตีพิมพ์ การฝึกอบรม	บริการ กายภาพบำบัด	700 - 800
แคนาดา	Canadian Council on Health Services Accreditation	ตามหน้าที่	โครงสร้าง กระบวนการ	4 ระดับ	เสนอใช้ ปี 2543	ค่าสมาชิก ค่าเยี่ยมสำรวจ	ไม่มี	502 (ปี 2539)

ตารางที่ 1 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (รพ.) ที่ดำเนินการอยู่ในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	องค์กรการรับรอง	รูปแบบของ คู่มือมาตรฐาน	ประเภทของ มาตรฐาน	มาตรวัด คะแนน	การพัฒนา เครื่องชี้วัด	แหล่งเงินทุน สนับสนุน	จำกัด ขอบเขต	จำนวน รพ. ที่ ได้รับการรับรอง
อังกฤษ	Health Services Accreditation	ตามหน้าที่	โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์	ไม่มี	มี	ค่าเยี่ยมชมสำรวจ หรือทุนอุดหนุน	แผนกต่างๆ ของ รพ.	-
อังกฤษ	Kings Fund Organizational Audit	ตามหน่วยงาน (ปี 2539)	โครงสร้าง และ กระบวนการ	2 ระดับ	ไม่มี	ค่าเยี่ยมชมสำรวจ งานตีพิมพ์	เฉพาะ รพ.	79 (ปี 2537)
อังกฤษ	Southwestern Hospital Accreditation Program	-	โครงสร้าง และ กระบวนการ	-	ไม่มี	ค่าเยี่ยมชมสำรวจ ทุนอุดหนุน งานตีพิมพ์ ให้คำปรึกษา	เฉพาะ รพ. ชุมชน	67 (ปี 2537)
เนเธอร์แลนด์	National Organization for Quality Assurance in Hospitals	-	โครงสร้าง และ กระบวนการ	-	-	-	แพทย์ เฉพาะทาง	-

ตารางที่ 1 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (รพ.) ที่ดำเนินการอยู่ในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	องค์กรการรับรอง	รูปแบบของ คู่มือมาตรฐาน	ประเภทของ มาตรฐาน	มาตรฐาน คะแนน	การพัฒนา เครื่องมือวัด	แหล่งเงินทุน สนับสนุน	จำกัด ขอบเขต	จำนวน รพ. ที่ ได้รับการรับรอง
เนเธอร์แลนด์	Institute voor Accreditation van Ziekenhuizen	ตามหน่วยงาน	โครงสร้าง และ กระบวนการ	4 ระดับ	ไม่มี	ค่าเยี่ยมชมสำรวจ	เฉพาะ รพ.	18
ออสเตรเลีย	Australian Council on Healthcare Standards	ตามหน่วยงาน (ปี 2540)	โครงสร้าง และ กระบวนการ	4 ระดับ	มี	ค่าเยี่ยมชมสำรวจ งานตีพิมพ์ การฝึกอบรม	ไม่มี	201 (ปี 2537)
นิวซีแลนด์	Ministry of Health	ตามหน้าที่	โครงสร้าง และ กระบวนการ	-	เสนอให้ใช้	ค่าสมาชิก (ปี 2541)	ไม่มี	115 (ปี 2537; 116 ในทุก บริการ)
ไต้หวัน	Ministry of Health	ตามหน้าที่ และตาม หน่วยงาน	โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์	6 ระดับ	มี	รัฐบาล	เฉพาะ รพ.	525

ตารางที่ 1 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (รพ.) ที่ดำเนินการอยู่ในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	องค์กรการรับรอง	รูปแบบของ คู่มือมาตรฐาน	ประเภทของ มาตรฐาน	มาตรฐาน คะแนน	การพัฒนา เครื่องชี้วัด	แหล่งเงินทุน สนับสนุน	จำกัด ขอบเขต	จำนวน รพ. ที่ ได้รับการรับรอง
ญี่ปุ่น	Council for Quality Health Care	-	-	-	-	-	เฉพาะ รพ. ชุมชน	79
เกาหลีใต้	Joint Commission on Accreditation of Hospitals	ตามหน่วยงาน	โครงสร้าง และ กระบวนการ	3 ระดับ	ไม่มี	ค่าเยี่ยมชมสำรวจ	รพ. ที่มี การเรียน การสอน	131
เกาหลีใต้	Hospital Performance Evaluation Program	-	กระบวนการ และผลลัพธ์	-	-	-	เฉพาะ รพ.	96
จีน	Hospital Grade Appraisal Committee, HB	ตามหน่วยงาน	-	-	-	-	รพ. และ รพ. ที่มีการ เรียนการสอน	1086 (ปี 2534)
แอฟริกาใต้	Council for Health Service Accreditation of South Africa	ตามหน้าที่ และตาม หน่วยงาน	โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์	4 ระดับ	เสนอให้ใช้	ค่าเยี่ยมชมสำรวจ	ไม่มี	40

ตารางที่ 1 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (รพ.) ที่ดำเนินการอยู่ในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	องค์กรการรับรอง	รูปแบบของ คู่มือมาตรฐาน	ประเภทของ มาตรฐาน	มาตรวัด คะแนน	การพัฒนา เครื่องชี้วัด	แหล่งเงินทุน สนับสนุน	จำกัด ขอบเขต	จำนวน รพ. ที่ ได้รับการรับรอง
สาธารณรัฐเชค	Joint Committee on Accreditation	ตามหน้าที่	โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์	5 ระดับ	มี	ค่าเยี่ยมชมสำรวจ	เฉพาะ รพ.	13
เดนมาร์ก	Ministry of Health	ตามหน่วยงาน	โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์	3 ระดับ	ไม่มี	ค่าเยี่ยมชมสำรวจ การสนับสนุน จากองค์กร สมาชิก และอื่นๆ	เฉพาะ รพ.	-
ลิทัวเนีย	State Accreditation Services by Ministry of Health	ตามหน่วยงาน	โครงสร้าง และ กระบวนการ	ไม่มี	ไม่มี	กระทรวง สุขภาพและค่า เยี่ยมชมสำรวจ	Nursing, Rehab., Medical Care Hospital	53

หมายเหตุ ดัดแปลงจาก Rooney and van Ostenberg (1999)

ตารางที่ 2 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (รพ.) ที่กำลังได้รับการพัฒนาอยู่ในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	องค์กรการรับรอง	การพัฒนา มาตรฐาน	การพัฒนา กระบวนการ เยี่ยมสำรวจ	การทดสอบ นำร่อง	เวลาเริ่ม ดำเนินการ	การพัฒนา เครื่องชี้วัด	ระบบ สมัครใจ	แหล่งเงินทุน สนับสนุน	จำกัด ขอบเขต
แซมเบีย	Zambia Health Accreditation Council	มี	บางส่วน	บางส่วน	มกราคม 2542	เสนอให้ใช้	ยังไม่ ตัดสินใจ	ยังไม่ ตัดสินใจ	เฉพาะ รพ.
บราซิล	Consortium for Brazilian Accreditation	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	2542	-	ยังไม่ ตัดสินใจ	ยังไม่ ตัดสินใจ	รพ. ใน Rio Region / รพ. มหาวิทยาลัย
โปแลนด์	Accreditation Council	มี	มี	มี	2542	กำลังอยู่ ระหว่าง การทดสอบ	ใช่	สภากาการรับรอง คุณภาพของ รัฐบาล และ ค่าเยี่ยม สำรวจ	เฉพาะ รพ.

ตารางที่ 2 การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (รพ.) ที่กำลังได้รับการพัฒนาอยู่ในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	องค์กรการรับรอง	การพัฒนา มาตรฐาน	การพัฒนา กระบวนการ เยี่ยมสำรวจ	การทดสอบ นำร่อง	เวลาเริ่ม ดำเนินการ	การพัฒนา เครื่องชี้วัด	ระบบ สมัครใจ	แหล่งเงินทุน สนับสนุน	จำกัด ขอบเขต
โรมาเนีย	National Agency for Accreditation and Evaluation of Health Services	มี	มี	มี	2542	ไม่มี	ใช่	ยังไม่ตัดสินใจ	เฉพาะ รพ.
ฮังการี	Ministry of Welfare	มี	มี	มี	-	ไม่มี	-	-	เฉพาะ รพ.
ยูเครน	Ministry of Health	มี	มี	บางส่วน	-	-	-	-	เฉพาะ รพ.
ซาอุดีอาระเบีย	Independent organization	มี	บางส่วน	บางส่วน	ใน 3-5 ปี	เสนอให้ใช้	-	-	เฉพาะ รพ.
อียิปต์	-	มี	-	-	-	-	-	-	เฉพาะ รพ.

หมายเหตุ ดัดแปลงจาก Rooney and van Ostenberg (1999)

2.2 ประสบการณ์การรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา มีความเป็นมาและพัฒนาการที่ยาวนานตั้งแต่ปี ค.ศ.1910⁽³⁾ ปัจจุบัน มีการพัฒนาจากรูปแบบการรับรองคุณภาพที่เป็นการประกันคุณภาพ (Quality assurance) มาสู่การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous quality improvement) โดยเน้นที่ผลการปฏิบัติงาน (performance) ที่มีต่อผู้ป่วยเป็นหลัก หน่วยงานที่รับผิดชอบการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลคือ Joint Commission on the Accreditation on Healthcare Organizations (JCAHO) ซึ่งในปัจจุบันได้ขยายงานไปรับรองคุณภาพสถานพยาบาลรูปแบบอื่นๆ นอกเหนือจากโรงพยาบาล ด้วย JCAHO ประเมินและให้การรับรองสถานพยาบาลและโปรแกรมการดูแลสุขภาพต่างๆ มากกว่า 18,000 แห่ง

JCAHO เป็นองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร (Not-for-profit organization) มีคณะกรรมการอำนวยการ (Board of Directors) ประกอบด้วยบุคคลจากหลายวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีพันธกิจและบทบาทในการพัฒนาคุณภาพของการดูแลรักษาพยาบาลที่ให้แก่สาธารณะ โดยการให้การรับรองคุณภาพของการให้บริการทางสุขภาพ และการให้บริการที่เกี่ยวข้อง โดยสนับสนุนให้มีการปรับปรุงผลการปฏิบัติงานขององค์กรที่ให้บริการทางสุขภาพ

นอกเหนือจากนี้ JCAHO ยังมีกิจกรรมอื่นๆ ด้วย เช่น การเผยแพร่ข้อมูลตัวชี้วัดผลการดำเนินงานต่อสาธารณะในรูปแบบต่างๆ จัดเป็น National Library of Healthcare Indicators รวมทั้งการให้คำปรึกษาโดยจัดให้มีบริษัทลูก Quality Healthcare Resource Inc. (OHR) และให้คำปรึกษาระหว่างประเทศโดย Joint Commission International (JCI) เป็นต้น

ปรัชญาของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การได้รับการรับรองคุณภาพโดย JCAHO ได้รับการยอมรับกันทั่วประเทศว่าเป็นสัญลักษณ์ของคุณภาพว่าโรงพยาบาลบรรลุถึงมาตรฐานการปฏิบัติงานระดับหนึ่ง การได้รับการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลจะต้องผ่านการสำรวจโดยคณะของ JCAHO อย่างน้อยทุกๆ 3 ปี โรงพยาบาลแต่ละแห่งสามารถสมัครขอรับการรับรองมาตรฐานได้โดยสมัครใจ

ในอดีต เป้าหมายของการประเมินโรงพยาบาลอยู่ที่ความสามารถ (capacity) ที่องค์กรจะสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้ การประเมินคุณภาพทำโดยการตรวจสอบย้อนหลัง (Retrospective audit) ในช่วงปลายทศวรรษ 1980s การรับรองคุณภาพหันไปให้ความสำคัญกับผลการปฏิบัติงานจริง (actual performance) ซึ่งวัดได้เป็นจำนวน (quantitatively quantifiable) โดยการสร้างเป็นเครื่องชี้วัดผลการดำเนินงาน (performance indicators) ขึ้นมา มิติต่างๆ ของผลการปฏิบัติงานที่ใช้ในการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลอาจสรุปได้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 มิติของผลการปฏิบัติงาน (*Dimensions of performance*)

Dimensions of performance related to “Doing the right thing”

Efficacy: the degree to which the care of the patient has been shown to accomplish the desired or projected outcome(s)

Appropriateness: the degree to which the care provided is relevant to the patient's clinical needs, given the current state of knowledge

Dimensions of performance related to “Doing things well”

Availability: the degree to which appropriate care is available to meet the patient's needs

Timeliness: the degree to which the care is provided to the patient at the most beneficial time

Effectiveness: the degree to which the care is provided in the correct manner, given the current state of knowledge, to achieve the desired or projected outcome(s) for the patient

Continuity: the degree to which the care for the patient is coordinated among practitioners among organizations, and over time

Safety: the degree to which the risk of an intervention and the risk in the care environment are reduced for the patient and others, including the healthcare provider

Efficiency: the relationship between the outcomes (results of care) and the resources used to deliver patient care

Respect and caring: the degree to which the patient or a designee is involved in his or her own care decisions and to which those providing services do so with sensitivity and respect for the patient's needs, expectations, and individual differences

ประมาณต้นทศวรรษ 1990s JCAHO ริเริ่มการเปลี่ยนที่สำคัญ 3 ประการ เป็นที่รู้จักกันทั่วไปว่า JCAHO Agenda for change ได้แก่ (1) ริเริ่มกระบวนการสำรวจเพื่อรับรองมาตรฐานใหม่โดยมีการสุ่มสำรวจโรงพยาบาลและให้มีการร่วมทำงานเป็นทีมระหว่างผู้สำรวจ แพทย์ พยาบาลและผู้บริหาร (2) มีการวางมาตรฐานในรูปแบบใหม่ และ (3) การพัฒนาแหล่งสารสนเทศขึ้นมาเพื่อเผยแพร่ต่อสาธารณะ

มาตรฐานโรงพยาบาล

ตั้งแต่ปี 1995 เป็นต้นมา มาตรฐานโรงพยาบาลครอบคลุมระดับของผลการปฏิบัติงานในหน้าที่ (function) สำคัญๆ ของโรงพยาบาล และให้ความสำคัญแก่การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (continuous improvement) มิใช่ให้ความสำคัญเพียงแต่สิ่งที่สถานพยาบาลมีหรือขีดความสามารถ (capability) ของสถานพยาบาล แต่รวมถึงสิ่งที่สถานพยาบาลได้ทำจริงๆ (what is done) และสิ่งที่ทำนั้นทำได้ดีเพียงใด (how well it is done) นั่นคือหลักการของการประกันคุณภาพ (quality assurance) และการประเมินคุณภาพ (quality assessment) ถูกแทนที่โดยการปรับปรุงผลการปฏิบัติงาน (performance improvement)

มาตรฐานเป็นตัวตั้งความคาดหวังที่จะเกิดขึ้นในผลการปฏิบัติงานของกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลต่อคุณภาพของบริการดูแลรักษาผู้ป่วย ให้ความสำคัญกับผลการปฏิบัติงานตามหน้าที่ที่สำคัญต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยการสร้างมาตรฐานไปตามหน้าที่ของโรงพยาบาลซึ่งมักเป็นกระบวนการข้ามสายงานหน้าที่ (cross-functional) ระหว่างแผนก (department) และกลุ่มวิชาชีพ

(discipline) ต่างๆ ในโรงพยาบาล แทนที่ระบบมาตรฐานตามแผนกและสายงานที่มีมาแต่เดิม ซึ่งแนวคิดที่นำมาใช้ใหม่นี้อยู่บนพื้นฐานที่ว่า ถ้าโรงพยาบาลทำสิ่งที่ถูกต้อง (do right things) และทำได้อย่างดี (doing things well) จะส่งผลให้โอกาสที่ผู้ป่วยจะได้รับผลลัพธ์ของการรักษาที่ดีนั้นสูงไปด้วย ทั้งนี้ มาตรฐานที่ตั้งขึ้นได้จากการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพสาขาต่างๆ ผู้ให้บริการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดผล ผู้ซื้อบริการและผู้บริโภค เกณฑ์การให้คะแนนตามมาตรฐานแต่ละเรื่องแบ่งได้เป็น 5 ระดับดังนี้

- Score 1 ทำได้ตามมาตรฐานเป็นอย่างดี (Substantial compliance) แสดงให้เห็นว่าองค์กรสามารถบรรลุข้อกำหนดที่สำคัญๆ ตามมาตรฐานได้ทั้งหมด (การทำตามมาตรฐานบางข้ออาจอยู่ในรูปของความตั้งใจจะทำ)
- Score 2 ทำได้ตามมาตรฐานอย่างมีนัยสำคัญ (Significant compliance) แสดงให้เห็นว่าองค์กรสามารถบรรลุข้อกำหนดมาตรฐานได้เกือบทั้งหมด
- Score 3 ทำได้ตามมาตรฐานเป็นบางส่วน (Partial compliance) แสดงให้เห็นว่าองค์กรสามารถบรรลุข้อกำหนดมาตรฐานได้เป็นบางส่วน
- Score 4 ทำได้ตามมาตรฐานขั้นต่ำ (Partial compliance) แสดงให้เห็นว่าองค์กรสามารถบรรลุข้อกำหนดมาตรฐานได้เป็นบางข้อ
- Score 5 ทำไม่ได้ตามมาตรฐาน (Noncompliance) แสดงให้เห็นว่าองค์กรไม่สามารถบรรลุข้อกำหนดมาตรฐานได้เลย

- NA ไม่สามารถระบุได้ เนื่องจากมาตรฐานเรื่องนั้นๆ ไม่สามารถนำมาใช้กับองค์กร

กระบวนการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล (Hospital survey)

JCAHO จ้างแพทย์ พยาบาล ผู้บริหารบริการทางสุขภาพ ผู้ชำนาญการทางสุขภาพ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัดระบบทางเดินหายใจ เภสัชกร ผู้จำหน่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์ และนักสังคมสงเคราะห์กว่า 500 คนในการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลและสถานพยาบาลประเภทต่างๆ

ประมาณ 6 สัปดาห์ก่อนวันเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล โรงพยาบาลจะได้รับการติดต่อจากตัวแทนจาก JCAHO ที่รับผิดชอบในการประสานงานการทบทวนใบสมัครและการวางหัวข้อการสำรวจ (on-site survey agenda) สำหรับโรงพยาบาลแห่งนั้นๆ ซึ่งโดยทั่วไปคณะผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor) มักจะประกอบด้วยผู้บริหาร 1 คน พยาบาล 1 คน และแพทย์ 1 คน ในโรงพยาบาลขนาดเล็กคณะผู้สำรวจจะมีเพียง 2 คนคือ พยาบาลและแพทย์ อย่างไรก็ตามคณะผู้เยี่ยมสำรวจอาจประกอบด้วยผู้ประกอบวิชาชีพด้านอื่นๆ ได้อีก ขึ้นกับบริการพิเศษอื่นๆ ที่โรงพยาบาลอาจจะมี ผู้เยี่ยมสำรวจคนหนึ่งจะได้รับแต่งตั้งเป็นผู้นำคณะ เป็นผู้รับผิดชอบประสานงานกิจกรรมการสำรวจในโรงพยาบาลและสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในหัวข้อต่างๆ

การเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลมักใช้เวลาประมาณ 2-3 วัน กิจกรรมต่างๆ ประกอบด้วย

- การประชุมแนะนำเบื้องต้น (Opening conference) เพื่อแนะนำทำความเข้าใจกันและทบทวนหัวข้อการเยี่ยมชมสำรวจ ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที
- การทบทวนเอกสาร (Document review) เช่น บันทึกการประชุม รายงานสถิติ กฎระเบียบต่างๆ
- การสัมภาษณ์ผู้บริหารองค์กร
- การเยี่ยมชมสำรวจบริการดูแลผู้ป่วย (Site visits to patient care areas) เช่น หอผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด คลินิกผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน ห้องปฏิบัติการ และห้องตรวจทางรังสีวิทยา เป็นต้น
- การสัมภาษณ์กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน (Function interview) เช่น เรื่องการดูแลผู้ป่วย การจัดการยาและเวชภัณฑ์ การควบคุมการติดเชื้อ การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ การปรับปรุงการปฏิบัติงาน และเรื่องจริยธรรม เป็นต้น
- การประเมินบริการอื่นๆ เช่น เวชระเบียน การเดินสำรวจอาคาร
- การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback session) เพื่อสื่อสารสิ่งที่คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจพบให้แก่บุคลากรของโรงพยาบาลรับทราบ
- การประชุมปิด (Exit conference) เพื่อสรุปสิ่งที่คณะผู้เยี่ยมชมสำรวจพบให้แก่ทางโรงพยาบาล การตัดสินใจสุดท้ายว่าโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับ JCAHO

ค่าใช้จ่ายในการขอรับการรับรอง⁽³⁾

Base fee	Patient volume fees	Add-on fees		Maximum fee
\$7,185	Inpatient Fee = \$0.365 per patient day over 8,500 patient days	Alcohol/drug specialist surveyor	\$2,390 per day	\$3,700 per surveyor day (excluding specialist surveyors) plus the specialist surveyor fees
	Outpatient Fee = \$0.06 per outpatient visit over 9,500 visits	Ambulatory care specialist surveyor	\$2,390 per day	

สถานะการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

JCAHO จัดสถานะการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลออกเป็น 7 ระดับดังตารางที่ 4 ต่อไปนี้

ตารางที่ 4 ระดับสถานะการให้การรับรองคุณภาพของ JCAHO

ระดับสถานะการรับรอง	คำอธิบายโดยย่อ
Accreditation with commendation	● การรับรองคุณภาพในระดับสูงสุด โรงพยาบาลมีการปฏิบัติสอดคล้องกับมาตรฐานในระดับที่ตีเยี่ยม ทำได้ตามข้อกำหนดทุกข้อ โดยไม่มีประเด็นที่ต้องแก้ไขก่อนรับการรับรอง (Type 1 recommendation)
Accreditation	● โรงพยาบาลมีการปฏิบัติสอดคล้องกับมาตรฐานในระดับที่ยอมรับได้ โดยไม่มีประเด็นที่ต้องแก้ไขก่อนรับการรับรอง (Type 1 recommendation)

ตารางที่ 4 ระดับสถานะการให้การรับรองคุณภาพของ JCAHO (ต่อ)

ระดับสถานะการรับรอง	คำอธิบายโดยย่อ
Accreditation with recommendation for improvement	<ul style="list-style-type: none"> ● ได้รับการรับรองคุณภาพโดยยังมีการปฏิบัติไม่สอดคล้องกับมาตรฐานในการปฏิบัติงานเฉพาะบางประเด็น ได้รับคำแนะนำประเภทที่ 1 ไว้ (Type 1 recommendation) ซึ่งต้องแก้ไขก่อนเพื่อรับการรับรองคุณภาพในครั้งนั้น ● ต้องผ่านการเยี่ยมสำรวจ เฉพาะเรื่องในเวลาที่กำหนดไว้ เพื่อรักษาสถานะการรับรองคุณภาพ
Provisional accreditation	<ul style="list-style-type: none"> ● โรงพยาบาลปฏิบัติสอดคล้องกับมาตรฐานได้ในบางข้อตามที่ตกลงกันไว้ จะต้องมีการเยี่ยมสำรวจซ้ำใน 6 เดือน เพื่อยืนยันการแก้ไขปรับปรุง ● การสำรวจครั้งแรกเป็นการประเมินโครงสร้างพื้นฐาน ● การตัดสินใจให้การรับรองคุณภาพขึ้นกับผลการเยี่ยมสำรวจในครั้งที่ 2 ซึ่งพิจารณาตามมาตรฐานทั้งหมด
Conditional accreditation	<ul style="list-style-type: none"> ● การปฏิบัติยังไม่สอดคล้องกับมาตรฐานเป็นส่วนใหญ่ แต่มีเหตุผลเชื่อได้ว่าโรงพยาบาลสามารถปฏิบัติตามได้ในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งจะมีการเยี่ยมสำรวจซ้ำในเวลาต่อมาตามแต่ละตกลงกัน
Preliminary non accreditation	<ul style="list-style-type: none"> ● การปฏิบัติไม่สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างมาก ● JCAHO ถอนการรับรองด้วยเหตุผลอื่นก่อนการตัดสินใจขั้นสุดท้าย
Not accredited	<ul style="list-style-type: none"> ● การปฏิบัติไม่สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างมาก ● JCAHO ถอนการรับรองด้วยเหตุผลอื่น หรือโรงพยาบาลขอถอนตัวจากการรับรอง

หมายเหตุ ดัดแปลงจาก JCAHO (1999)

2.3 ประสิทธิภาพการรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลในประเทศแคนาดา

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศแคนาดาเริ่มต้นร่วมกับประเทศสหรัฐอเมริกา โดยแคนาดาแยกตัวออกมาจัดตั้ง Canadian Commission on Hospital Accreditation (CCHA) ในปี ค.ศ. 1954 เป็นองค์กรเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร ทำหน้าที่ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลในแคนาดา ซึ่งในระยะแรกยังคงใช้มาตรฐานเดียวกัน CCHA เปลี่ยนชื่อมาเป็น Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHFA) ในปี ค.ศ. 1988 ซึ่งขยายขอบเขตการรับรองคุณภาพไปสู่สถานพยาบาลอื่นๆ ด้วย ในปี ค.ศ. 1995 CCHFA เปลี่ยนชื่ออีกครั้งเป็น Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) โดยทำหน้าที่รับรองคุณภาพบริการอื่นๆ นอกสถานพยาบาลด้วย

CCHSA มีพันธกิจในการส่งเสริมให้มีการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพในสถานพยาบาลทั้งหมดของแคนาดา โดยเปิดโอกาสให้สถานพยาบาลต่างๆ เข้าร่วมกระบวนการรับรองคุณภาพด้วยความสมัครใจ ซึ่งผู้ที่จะได้รับประโยชน์สูงสุดคือประชาชนนั่นเอง ตัวแทนขององค์กรสมาชิกประกอบด้วยองค์กรสมาคมวิชาชีพ สมาคมโรงพยาบาล ราชวิทยาลัยแพทย์และศัลยแพทย์ สมาคมโรงเรียนแพทย์ และตัวแทนผู้บริโภค

ปรัชญาของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

CCHSA ให้คำจำกัดความของคุณภาพว่า “เป็นการทำสิ่งที่ดีถูกต้อง ทำให้ดีและลูกค้าพึงพอใจ” CCHSA ได้เริ่มนำปรัชญาของ Continuous Quality Improvement (COI) มาใช้เป็นพื้นฐานในการรับรองคุณภาพอย่างเป็นทางการในปี ค.ศ. 1992 โดยการเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแลและการประเมินคุณภาพ CCHSA ได้ให้คำจำกัดความว่า “เป็นปรัชญาและระบบการบริหารซึ่งผู้กำหนดนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ประกอบวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ทุกระดับมีส่วนร่วมในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน และผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นการประยุกต์วิธีการทางสถิติและเครื่องมือของกระบวนการกลุ่มเพื่อลดความสูญเปล่า ความซ้ำซ้อน และความซับซ้อนที่ไม่จำเป็น เป้าหมายคือการตอบสนองหรือทำให้เกิดความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ส่งมอบสินค้า และชุมชน”⁽⁵⁾

จุดเน้นของ CCHSA อยู่ที่ความเป็นเลิศของการบริการ ประเมินภาพรวมขององค์กรว่าทำงานร่วมกันอย่างไร ประเมินการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร และวิธีการบริหารจัดการ เน้นการประสานงานที่ดี โดยมุ่งที่

- ลูกค้า ผู้ป่วยและครอบครัว
- บทบาท ความรับผิดชอบ และความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สนับสนุนอื่นๆ ในฐานะผู้ให้บริการ และสมาชิกของทีม
- โครงสร้างพื้นฐานและบริการสนับสนุนซึ่งเอื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพ
- การปรับปรุงคุณภาพของบริการและการดูแลรักษา

อย่างไรก็ตาม CCHSA จะไม่เข้าไปประเมินโรงพยาบาลในส่วนที่มีองค์กรอื่นทำหน้าที่ประเมินอยู่แล้ว แต่จะนำผลการประเมินและข้อเสนอแนะขององค์กรเหล่านั้นเข้ามาพิจารณาาร่วมด้วย ทั้งนี้กระบวนการรับรองคุณภาพต้องการให้บุคลากรในโรงพยาบาลทำงานเป็นทีม สร้างให้เกิดการร่วมมือแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันระหว่างสถานพยาบาลและผู้ประเมิน เน้นที่กระบวนการเรียนรู้ไม่ใช้การตรวจสอบ ใช้หลักการของการปรับปรุงคุณภาพ การทำงานให้ดีที่สุดภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด มุ่งเน้นที่เป้าหมายมากกว่าวิธีการ ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและความสัมพันธ์ระหว่างผู้สร้างและผู้รับผลงาน

มาตรฐานโรงพยาบาล

มาตรฐานสำหรับกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลแต่เดิมเป็นมาตรฐานที่เน้นด้านโครงสร้าง มีลักษณะคล้ายคำสั่งว่าต้องมี หรือทำอะไรบ้าง (prescriptive) การนำแนวคิด COI มาใช้ในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของแคนาดานำไปสู่มาตรฐานฉบับใหม่ในปี ค.ศ. 1995 ทำให้มาตรฐานใหม่ของแคนาดาประกอบด้วยเนื้อหาที่สะท้อนถึงปรัชญาเรื่องคุณภาพ มีเนื้อหาด้านมาตรฐานเชิงโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ในระดับที่สมดุลกัน และมุ่งสู่ความเป็นเลิศ ไม่ใช่มาตรฐานขั้นต่ำ

การจัดทำมาตรฐานเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง และมีการทบทวนกันทุก 2 ปีครั้ง กระบวนการทบทวนมาตรฐานเริ่มต้นด้วยข้อมูลและความต้องการจากพื้นที่ มีการศึกษาค้นคว้ามาตรฐานของต่างประเทศ สร้างกรอบความคิด นำมาจัดทำเป็นร่างมาตรฐานให้คณะกรรมการที่ปรึกษาพิจารณา อาจมีการ

ทดลองใช้ก่อนผ่านการทบทวนอีกครั้ง และจะมีการติดตามประเมินผลหลังใช้งานไปแล้ว 1 ปี

กรอบมาตรฐานในปัจจุบันยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จะถือว่ากิจกรรมทุกอย่างเป็นไปเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และลูกค้าอื่นๆ อาจแบ่งได้เป็นระดับดังนี้คือ

- (1) **ผู้ป่วย ครอบครัวและลูกค้า** ซึ่งจะพิจารณาที่กระบวนการการให้ข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายและติดตามรักษา ความพึงพอใจของผู้ป่วย และลูกค้า
- (2) **ผู้ให้บริการ** จะพิจารณาจากกระบวนการในการเตรียมผู้ป่วย การประเมินผู้ป่วย การวางแผนดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษา การประเมินผลการดูแลรักษา การจำหน่ายและติดตามรักษา กิจกรรมประเมินและปรับปรุงคุณภาพ
- (3) **ระบบที่สนับสนุน** ได้แก่ การประเมินการพัฒนาและจัดการทรัพยากรบุคคล การจัดการสารสนเทศ การจัดการสิ่งแวดล้อม
- (4) **ทิศทางเชิงยุทธศาสตร์** ได้แก่ การประเมินภาวะผู้นำและการทำงานร่วมกันในระดับการกำหนด/กำกับนโยบาย และการจัดการเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการปรับปรุงคุณภาพ

เกณฑ์ในการประเมินความสอดคล้องของการปฏิบัติต่อมาตรฐาน แบ่งเป็น 4 ระดับคือ

N Non-applicable	ไม่จำเป็นต้องนำมาตราฐานข้อ
หรือ	นั้นมาปฏิบัติ
Non-compliant	ไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐาน
M Minimal compliant	มีการปฏิบัติตามมาตรฐานเพียงบางข้อ ไม่มีการสื่อสารและประสานงานที่ดี ไม่มีกลไกรับข้อมูลจากผู้ป่วย

- และลูกค้าอย่างเป็นระบบ ผู้ปฏิบัติ
งานมีความรู้เกี่ยวกับความต้องการ
และความคาดหวังของลูกค้าน้อย
- P Partial compliant มีการปฏิบัติตามมาตรฐานเป็นส่วน
ใหญ่ มีการสื่อสารและการประสาน
งานที่ดี มีกลไกรับข้อมูลจากผู้ป่วย
และลูกค้า นำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้
ในการตัดสินใจ
- S Substantial compliant มีการปฏิบัติตามมาตรฐานทุกข้อ
มีการสื่อสารและการประสานงานที่ดี
มีกลไกรับข้อมูลจากผู้ป่วยและ
ลูกค้า นำข้อมูลเหล่านั้นมาทำให้เกิด
การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และมี
หลักฐานว่าทำให้บรรลุถึงผลลัพธ์ที่
ต้องการ

กระบวนการเยี่ยมชมสำรวจโรงพยาบาล (Hospital survey)

CCHA ออกเยี่ยมสำรวจสถานพยาบาลต่างๆ ประมาณ 400
ครั้งในแต่ละปี ผู้เยี่ยมชมสำรวจประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ผู้
บริหารบริการทางสุขภาพ จำนวนประมาณ 250 คน

เวลาในการเยี่ยมชมสำรวจโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับขนาดของ
โรงพยาบาลเป็นสำคัญ ประมาณได้ว่าประมาณ 50 เที่ยงต่อ 1 วัน
ทำงานของผู้เยี่ยมชมสำรวจ 1 คน การเยี่ยมชมสำรวจประกอบด้วย
กิจกรรมต่างๆ เช่นเดียวกับระบบของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่
การประชุมแนะนำเบื้องต้น การทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์ผู้

บริหารองค์กร การสัมภาษณ์ทีมดูแลผู้ป่วย ทีมผู้รับผิดชอบ
บริการสนับสนุน ทีมพัฒนาคุณภาพ ทีมผู้กำหนดนโยบายและทีม
ผู้บริการ การเยี่ยมสำรวจบริการดูแลผู้ป่วยต่างๆ และการนำ
เสนอสรุปผลการประเมินในการประชุมปี¹

ค่าใช้จ่ายในการขอรับการรับรอง

ค่าใช้จ่ายในการขอรับการรับรองคุณภาพจาก CCHSA
ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ

1. ค่าธรรมเนียมประจำปี ซึ่งในปี 2539 อยู่ประมาณ
C\$699 - C\$48,193
2. ค่าเยี่ยมสำรวจ ซึ่งขึ้นกับจำนวนงานและวันที่ทำการ
เยี่ยมสำรวจ โดยคิดในอัตราวันละ C\$1,400 ต่อผู้เยี่ยมสำรวจ 1
คน

สถานะการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

CCHSA จัดสถานะการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลออกเป็น
6 ระดับดังในตารางที่ 5

¹ ผู้สนใจสามารถศึกษาในรายละเอียดเพิ่มเติมได้จาก อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (พ.ศ. 2541)

ตารางที่ 5 ระดับสถานะการให้การรับรองคุณภาพของ CCHSA

ระดับสถานะการรับรอง	คำอธิบายโดยย่อ
Four year award	<ul style="list-style-type: none"> ● การรับรองคุณภาพในระดับสูงสุด มีการปฏิบัติ สอดคล้องกับมาตรฐานในระดับที่ดีเยี่ยม คะแนนส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก เป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลผู้ป่วย และมีระบบทบทวนการจัดการความเสี่ยงและการใช้ทรัพยากรที่ดี
Three year award	<ul style="list-style-type: none"> ● โรงพยาบาลมีการปฏิบัติสอดคล้องกับมาตรฐานในระดับที่ดี ไม่มีบริการที่ได้คะแนนในระดับต่ำที่สุด ● ไม่มีความเสี่ยงที่สำคัญต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ สถานพยาบาลสามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพสูง
Three year award with review	<ul style="list-style-type: none"> ● โรงพยาบาลมีการปฏิบัติสอดคล้องกับมาตรฐานในระดับที่ดี (3) เป็นส่วนใหญ่ ● มีบริการที่จำเป็นไม่เกิน 1 ถึง 2 ประเภทที่ได้รับคะแนนระดับพอใช้ ไม่มีบริการที่ได้คะแนนในระดับต่ำที่สุด ● ไม่มีความเสี่ยงที่สำคัญต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ สามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพ ● สถานพยาบาลต้องเขียนรายงานความก้าวหน้าของการปรับปรุงบริการที่จำเป็นที่ได้คะแนนต่ำยื่นต่อ CCHSA ภายใน 12 เดือน เพื่อรักษาสถานะที่ระดับนี้
Two year award	<ul style="list-style-type: none"> ● การปฏิบัติสอดคล้องกับมาตรฐานส่วนใหญ่ในระดับพอใช้ (2) ● ไม่มีบริการที่จำเป็นที่ได้คะแนนในระดับต่ำที่สุด ● ไม่มีความเสี่ยงที่สำคัญต่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

ตารางที่ 5 ระดับสถานะการให้การรับรองคุณภาพของ CCHSA (ต่อ)

ระดับสถานะการรับรอง	คำอธิบายโดยย่อ
Two year award with review	<ul style="list-style-type: none">● การปฏิบัติสอดคล้องกับมาตรฐานส่วนใหญ่ในระดับพอใช้ มีบริการที่ได้รับคะแนนระดับต่ำสุดไม่เกิน 5 ประเภท● มีบริการที่จำเป็น 1 ถึง 2 ประเภทที่ได้คะแนนระดับต่ำสุด● สถานพยาบาลต้องเขียนแผนปฏิบัติการเพื่อปรับปรุงส่ง CCHSA ภายใน 3 เดือน ถ้าความเสี่ยงไม่สูง เขียนรายงานความก้าวหน้าใน 12 เดือน ถ้าความเสี่ยงสูงจะมีการสำรวจซ้ำภายใน 12 เดือน เพื่อรักษาสถานะการรับรอง
Non accreditation	<ul style="list-style-type: none">● การปฏิบัติไม่สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนดไว้อย่างมาก คะแนนส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ N● มีหลักฐานว่ามีความเสี่ยงที่สำคัญในเรื่องคุณภาพการดูแลผู้ป่วย การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และความไม่ปลอดภัยของโครงสร้างทางกายภาพ

2.4 การพัฒนาการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลในประเทศแซมเบีย

ประเทศแซมเบียเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่มีประชากรประมาณ 9 ล้านคนอยู่ในทวีปแอฟริกาตอนกลางค่อนข้างไปทางใต้ ประเทศแซมเบียได้เริ่มการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างจริงจังราวกลางทศวรรษที่ 1990s ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาคบริการทางสุขภาพทั้งในด้านการวางแผน การคลัง และการติดตามประเมินผลโครงสร้างและงานด้านต่างๆ แซมเบียได้ริเริ่มให้มีการนำแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพเข้ามาใช้ในบริการสาธารณสุขมูลฐานทั่วประเทศเพื่อเป็นการสนับสนุนต่อกระบวนการปฏิรูป และมุ่งหวังในการปรับปรุงประสิทธิภาพประสิทธิผลและการเข้าถึงบริการ โดยการสนับสนุนของ USAID Quality Assurance Project ซึ่งกลไกดังกล่าวได้ขยายขอบเขตมาครอบคลุมการประเมินและการรักษามาตรฐานในระบบโรงพยาบาลในระยะต่อมา

เนื่องจากแต่เดิม แซมเบียไม่มีมาตรฐานหรือกฎเกณฑ์อะไรในการควบคุมการดำเนินการหรือประเมินผลโรงพยาบาลที่มีอยู่ประมาณ 80 แห่งทั่วประเทศ นอกเหนือไปจากการออกใบอนุญาต (Licensure) ให้แก่โรงพยาบาลเอกชนซึ่งมีอยู่ 3 แห่ง ผู้นำในวงการสุขภาพของประเทศจึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องพัฒนากลไกเพื่อประเมินโรงพยาบาลและส่งเสริมให้เกิดการ

ปรับปรุงอย่างต่อเนื่องของระบบโรงพยาบาลและกระบวนการต่างๆ ของโรงพยาบาล การพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจึงเริ่มขึ้นในปี พ.ศ.2540⁽²⁾ ซึ่งเป็นเวลาที่ใกล้เคียงกับการเริ่มต้นของระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย

องค์กรจัดการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

Zambia Health Accreditation Council (ZHAC) เป็นกลุ่มที่ปรึกษาที่รับผิดชอบในการออกแบบการรับรองคุณภาพและพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาล ZHAC ประกอบด้วยสมาชิกจากสมาคมวิชาชีพต่างๆ ผู้เชี่ยวชาญภายในประเทศและตัวแทนจากชุมชน โดยจะทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้แก่ Zambian Central Board of Health และกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนามาตรฐานในการรับรองคุณภาพ กระบวนการเยี่ยมสำรวจ นโยบายและวิธีปฏิบัติในการรับรองคุณภาพ ZHAC มีวิสัยทัศน์ระบุไว้ว่าจะเป็นอย่างองค์กรที่ปรับปรุงบริการทางสุขภาพที่ให้บริการโดยสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ชาวแซมเบียมีสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

มาตรฐานโรงพยาบาล

มาตรฐานชุดแรกที่กำลังได้รับการทดสอบอยู่ในขณะนี้มีความครอบคลุมหน้าที่ด้านที่สำคัญ (Key functional areas) ของโรงพยาบาล 13 ด้านดังแสดงในตารางที่ 6 และมีมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Performance standards) 49 เรื่อง การส่งมาตรฐานไปให้โรงพยาบาลในภาคสนามก่อนหน้านี้ได้ทบทวนพบ

ว่าการตอบสนองเป็นไปในเชิงบวก แม้ว่าจะมีประเด็นที่ต้องแก้ไขบ้าง หลังจากนั้นการใช้มาตรฐานและกระบวนการเยี่ยมสำรวจได้รับการดำเนินการขั้นทดลองในโรงพยาบาลอีก 8 แห่งที่มีขนาดและประเภทต่างๆ กัน

ตารางที่ 6 การดำเนินงานด้านที่สำคัญที่อยู่ภายใต้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศแซมเบีย

Admission and Assessment	Environment of Care
Laboratory Services	Infection Control
Radiology Services	Leadership
Pharmaceutical Services	Quality Assurance
Patient Care	Human Resource Management
Patient Rights	Management of Information
Continuity of Care	

การประเมินตามมาตรฐานจะแบ่งเป็น 4 หัวข้อ 3 ระดับคือ

- เป็นไปตามมาตรฐาน (Met)
- เป็นไปตามมาตรฐานบางส่วน (Partially met)
- ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน (Not met)
- ไม่เกี่ยวข้อง (Not applicable)⁽²⁾

กระบวนการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล

กระบวนการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศแซมเบีย มีความคล้ายคลึงกับกระบวนการที่มีใช้อยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว ตัวอย่างหัวข้อกิจกรรมในการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล (Survey agenda)

ประกอบด้วย

- การประชุมแนะนำเบื้องต้นกับผู้บริหาร (Opening conference with hospital leaders)
- การสัมภาษณ์ผู้นำและการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการประกันคุณภาพ (Leadership and quality assurance interview)
- การทบทวนเอกสาร (Document review)
- การสำรวจสถานที่และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ (Building, facilities and department tour, and staff interviews)
- การทบทวนบริการดูแลผู้ป่วย และการสังเกตการให้บริการทางคลินิก (Patient care area review and clinical observation)
- การสัมภาษณ์และทบทวนเอกสารเกี่ยวกับด้านทรัพยากรมนุษย์ (Human resources interview and document review)
- การให้คะแนนของคณะผู้เยี่ยมชมสำรวจและเรียบเรียงเอกสาร (Surveyor team scoring and documentation completion)
- การประชุมสรุปกับผู้นำองค์กร (Leadership exit conference and summary of findings)

การฝึกอบรมผู้เยี่ยมชมสำรวจ

ผู้เยี่ยมชมสำรวจมีทั้งแพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกรและเจ้าหน้าที่เทคนิคห้องปฏิบัติการ ซึ่งทั้งหมดจะได้รับการฝึกอบรมเบื้องต้นเป็นระยะเวลา 3 วัน ในหัวข้อครอบคลุมเรื่องต่อไปนี้ ได้แก่

- บทนำสู่การรับรองคุณภาพ
- ภาพรวมของหัวข้อการทำงานของโรงพยาบาล มาตรฐาน และ

ลักษณะที่เกี่ยวข้องที่สามารถประเมินได้

- กรณีศึกษาและแบบฝึกหัดเป็นกลุ่ม เพื่อฝึกใช้มาตรฐาน
- ภาพรวมเกี่ยวกับกระบวนการเยี่ยมสำรวจและบทบาทผู้เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการเยี่ยมสำรวจ
- การสัมภาษณ์ การให้คำปรึกษา และทักษะในการคิดเชิงวิเคราะห์
- การให้คะแนนและการทำเอกสาร
- การดำเนินการประชุมสรุป และนำเสนอผลการเยี่ยมสำรวจ
- จริยธรรมและวิธีปฏิบัติสำหรับผู้เยี่ยมสำรวจ

หลังจากนี้ผู้เยี่ยมสำรวจจะได้รับโอกาสการฝึกฝนจากการลง
ไปปฏิบัติงานจริงกับครูผู้ฝึกหรือผู้เยี่ยมสำรวจที่มีประสบการณ์
มากพอแล้ว จนมีความชำนาญมากพอที่จะปฏิบัติหน้าที่ได้ด้วย
ตนเอง

การทดสอบนำร่องและการให้คำปรึกษา

ในช่วงการทดสอบระหว่างปี 2541 ถึง 2543 โรงพยาบาล
ทั้งหมดในประเทศจะได้รับการเยี่ยมสำรวจเพื่อให้คำปรึกษา
(Consultative survey) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในความพยายามให้การ
ศึกษาและคำปรึกษาแก่โรงพยาบาล โรงพยาบาลแต่ละแห่งจะ
ได้รับการเยี่ยมสำรวจเช่นนี้ 1 ปีก่อนได้รับการเยี่ยมสำรวจเพื่อรับ
การรับรองคุณภาพ เพื่อให้ผู้นำและบุคลากรของโรงพยาบาลได้
เรียนรู้มาตรฐานและกระบวนการเยี่ยมสำรวจ รวมทั้งได้รับข้อมูล
ป้อนกลับเพื่อให้ตนเองได้แก้ไขและปรับปรุงโรงพยาบาลต่อไป

2.5 การรับรองคุณภาพในภาคอื่นของระบบ สุขภาพ นอกเหนือจากโรงพยาบาล

จากความสำเร็จของกระบวนการรับรองคุณภาพ (Accreditation) ของโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพของ บริการและการดูแลรักษาผู้ป่วย ปัจจุบันจึงมีผู้นำกระบวนการดังกล่าวไปใช้เป็นกลไกในการส่งเสริมให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพของสถานพยาบาล และบริการทางสุขภาพด้านอื่นๆอย่างกว้างขวาง เช่น บริการผู้ป่วยนอก (Ambulatory care services) บริการดูแลสุขภาพจิต (Mental health care) บริการดูแลรักษาระยะยาว (Long-term care) บริการการดูแลที่บ้าน (Home health care) องค์กรด้านพฤติกรรมบำบัด (Behavioral health care organizations) บริการสุขภาพเครือข่าย (Health care network) บริการการฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) การรักษาโรคมะเร็ง (Cancer treatment) บริการสุขภาพระดับชุมชน (Community health services)⁽³⁻⁵⁾ รวมถึงแผนการประกันสุขภาพในรูปแบบของแมนเนจด์แคร์ (Managed care)⁽⁶⁾ อีกด้วย องค์กรที่เข้ามา มีบทบาทในการรับรองคุณภาพมีหลากหลาย ทั้งที่ได้กล่าวไว้แล้ว ข้างต้น และองค์กรอื่นๆ อีก อย่างไรก็ตามส่วนใหญ่ยังคงเป็น องค์กรเอกชนอิสระที่ไม่แสวงหาผลกำไร

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) เป็นกลไกและกระบวนการที่ประเทศต่างๆ ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศกำลังพัฒนา นำมาใช้เพื่อการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล แม้ว่าระบบในแต่ละประเทศจะมีความแตกต่างกันในรายละเอียด แต่ในด้านแนวคิดและหลักการแล้ว ล้วนมีความคล้ายคลึงกันทั้งสิ้น อย่างไรก็ตามการจะทำให้การรับรองคุณภาพเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งที่ฝ่ายต่างๆ ต้องมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องคุณภาพ และแนวทางการพัฒนาคุณภาพ ประสบการณ์ในต่างประเทศได้ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนากระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจะต้องใช้เวลา และความร่วมมือจากทุกฝ่าย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Hospital Accreditation. Report of an Intercountry Meeting, Bangkok, Thailand, 7-11 December 1998. New Delhi. 1999.
2. Rooney A.L., van Ostenberg, P.R. Licensure, Accreditation and Certification: Approaches to Health

Services Quality. Quality Assurance Methodology Refinement Series. Quality Assurance Project, Center for Human Services. Bethesda, MD. 1999.

3. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. การรับรองโรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา. ใน: มีใจ มีคุณภาพ. เอกสารประกอบการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างโรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation). วันที่ 6-7 สิงหาคม 2541 ณ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. กรุงเทพมหานคร: 2-31 - 40.
4. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. <http://www.jcaho.org>. December 5th, 1999.
5. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. Hospital Accreditation บทเรียนจากแคนาดา. ฉบับปรับปรุง พิมพ์ครั้งที่ 2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพฯ. พ.ศ.2541.
6. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, วิชช์ เกษมทรัพย์. “การประกันสุขภาพภาคเอกชน: ประสบการณ์ของต่างประเทศ.” รายงานการศึกษาค้นคว้าได้รับทุนอุดหนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กุมภาพันธ์ 2542.

ตอนที่
3

หยั่งราก คุณภาพ ทั่วแผ่นดินไทย

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
บรรณาธิการ

3.1 การเพาะบ่มเมล็ดพันธุ์¹

นพ.อนวัชณ์ ศุภชุติกุล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ที่มา

โรงพยาบาลเป็นส่วนสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่ใช้วิทยาการและเทคโนโลยีซึ่งเจริญก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว. การเปลี่ยนแปลงในสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ รายได้ของประชาชนสูงขึ้น การศึกษาและข่าวสารดีขึ้น ทำให้ความคาดหวังและความต้องการบริการเพิ่มมากขึ้น. ระบบบริการสุขภาพได้ปรับเปลี่ยนไป มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น มีการขยายตัวของบริการภาคเอกชนและบริการเฉพาะทาง ผู้ทำหน้าที่จ่ายหลากหลายมากขึ้น. ความไม่เข้าใจกันและความขัดแย้งจึงเพิ่มมากขึ้น โดยที่คุณภาพของบริการและค่าบริการเป็นปัจจัยหลักในการไม่เข้าใจกัน. การพัฒนาคุณภาพและการรับรองโดยองค์กรภายนอกจึงเป็นกลไกสำคัญที่จะป้องกันปัญหาดังกล่าว.

แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้เกิดขึ้นมานานแล้วในต่างประเทศ และมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับกาลเทศะ

¹ นำเสนอต่อคณะกรรมการติดตามและประเมินผลการสนับสนุนการวิจัยของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2542

ตลอดมา. ประสบการณ์เหล่านี้อาจนำมาใช้เป็นจุดเริ่มต้นและปรับเปลี่ยนพัฒนาให้เหมาะสมกับสภาพในประเทศไทย โดยใช้สมรรถนะความเป็นไทยให้เป็นประโยชน์. ระบบนี้ต้องเสริมสร้างศรัทธาของประชาชนต่อโรงพยาบาลและบริการทางการแพทย์ ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ บนฐานของความมีเมตตา กรุณา และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ.

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วยกิจกรรมหลักคือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมิน และการรับรอง.

การพัฒนาคุณภาพสมัยใหม่ จะเน้นการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้นอยู่เสมอด้วยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในองค์กร, ส่งเสริมผู้ที่ดี และปรับปรุงแก้ไขส่วนที่ยังด้อยด้วยการสร้างความตื่นตัวต่อการการเรียนรู้และการพัฒนา.

การประเมินจะใช้เกณฑ์มาตรฐานที่เหมาะสม และถูกต้องตามวิทยาการเป็นหลักในการประเมิน โดยมีผู้เยี่ยมสำรวจซึ่งเป็นกลางและปฏิบัติตัวในลักษณะกัลยาณมิตร.

การรับรองในที่นี้หมายถึง “การรับรองกระบวนการคุณภาพ” ซึ่งประกอบด้วย 1) การออกแบบระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย 2) การนำระบบที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ 3) การทบทวนตรวจสอบวิธีการทำงานและผลงาน 4) การแก้ไขและปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง.

วัตถุประสงค์ของโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อสร้างกลไกส่งเสริมและกระตุ้นการ
พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่เหมาะสมและใช้งานได้สำหรับ
ประเทศไทย อันจะเป็นการยกระดับคุณภาพและป้องกันปัญหา
ความขัดแย้ง ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับบริการที่ดี
ที่สุด.

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ให้โรงพยาบาลนาร่องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
โดยพัฒนาศักยภาพ คุณธรรม และจริยธรรมของคนในองค์กร
เพื่อร่วมมือกันปรับปรุงระบบงานด้วยวิธีการที่มีเหตุผล ตรวจสอบ
ได้ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ.
2. สร้างกระบวนการในการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานที่
เหมาะสม เพื่อใช้เป็นกรอบการประเมินกระบวนการคุณภาพ
โรงพยาบาลโดยมีพลวัตตามวิทยาการ และใช้ได้สำหรับ
โรงพยาบาลที่มีลักษณะหลากหลาย.
3. พัฒนาระบวนการประเมินและรับรอง รวมทั้งผู้ที่มี
ความสามารถรวมทั้งเจตคติที่เหมาะสมในการประเมินยืนยันจาก
ภายนอกองค์กร.
4. วางโครงสร้างการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดระบบที่พึง
ประสงค์ และสามารถดำเนินการได้ในระยะยาว.
5. สังคมเห็นคุณค่าของกระบวนการนี้ และเข้ามามีส่วนร่วม
ผลักดันให้เกิดขึ้น.

ระยะเวลาดำเนินการ

สิงหาคม 2540 - กรกฎาคม 2543 (โครงการเริ่มดำเนินการจริงมาตั้งแต่เดือนมกราคม 2540).

เป้าหมาย

ภายในระยะเวลา 3 ปี หลังจากเริ่มโครงการ จะมียอดความรู้อื่นๆ และผู้มีความรู้ความเข้าใจเพียงพอสำหรับเป็นพื้นฐานของการวางระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับชาติ, มีโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งเป็นแบบอย่างของการมีระบบคุณภาพที่ดี, และมีรูปแบบโครงสร้างระบบบริหารจัดการเพื่อการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย.

แนวคิดและกลยุทธ์ในการพัฒนา

1. สร้างความเข้าใจ ความตื่นตัว และความตระหนักให้แก่วงการของผู้ให้บริการ วงการวิชาชีพ และสังคมโดยทั่วไป ถึงความจำเป็นต้องมีการดำเนินการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อันจะนำไปสู่การยอมรับและร่วมกันปฏิบัติ.

2. ระดมพลังของผู้ที่มีประสบการณ์และผู้สนใจให้ร่วมกันบุกเบิกพัฒนา ตลอดจนสร้างตัวอย่างของการพัฒนาที่ได้ผล โดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศที่นำแนวคิดและประสบการณ์มาช่วยในการตั้งต้น ทั้งนี้เป็นการสืบต่อจากผลการศึกษาดูงาน ณ ต่างประเทศ และกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลที่ได้เริ่มดำเนินการอยู่แล้ว. นำตัวอย่างที่ได้เรียนรู้มาปรับใช้และมีทีมวิจัยเข้าไปศึกษาในแง่มุมต่างๆ.

3. ระดมองค์กรวิชาชีพเข้ามาศึกษาพิจารณา และวางเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพสำหรับระบบงานและการทำงานของผู้ประกอบการวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นเกณฑ์ที่เป็นพลวัต และใช้ได้กับสถานการณ์ที่แตกต่างกัน.

4. ระดมผู้นำในสังคมที่ได้รับการเชื่อถือ และมีความคิดในด้านนี้ มาร่วมกันพิจารณาวางโครงสร้างระบบพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตลอดจนทำหน้าที่คณะกรรมการกลาง หรือคณะกรรมการอำนวยการ

5. จัดหาและพัฒนาบุคลากรที่จะมาทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจจากภายนอก

ผลลัพธ์จากการดำเนินงานตั้งแต่เดือนมกราคม 2540 - กรกฎาคม 2542

1. การสร้างความเข้าใจและความตื่นตัว

1.1 การสร้างความเข้าใจและความตื่นตัวกับโรงพยาบาลในโครงการ

รูปแบบที่นำมาใช้ได้แก่ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการใน ส่วนกลางให้แก่ผู้อำนวยการ/ผู้ประสานงานคุณภาพ/facilitator/ ผู้แทนของทีมงานในระดับกลุ่มผู้ป่วย/internal surveyor, การ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล, การส่งทีม ที่ปรึกษาออกไปเยี่ยมโรงพยาบาล, การไปดูงานในประเทศแคนาดา, การ จัดประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์, การมีจดหมายข่าว เผยแพร่อย่างต่อเนื่อง.

การทำงานในลักษณะของการพัฒนาทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ และสร้างความสับสนให้กับเจ้าหน้าที่ของ

โรงพยาบาล, แต่ทำให้เห็นข้อผิดพลาดและจุดอ่อนต่างๆ ซึ่งนำมาเป็นข้อสรุปสำหรับโรงพยาบาลที่จะเข้าโครงการในช่วงหลังได้ดีขึ้น.

จากการประเมินของทีมงานวิจัย พบว่าการจัดประชุม internal surveyor ให้แก่ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาล ได้ก่อให้เกิดความเข้าใจ การยอมรับ และการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงดีขึ้น.

1.2 การสร้างความเข้าใจและความตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ

ในระหว่างการทำงานกับโครงการนำร่อง ทางผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนให้โรงพยาบาลต่างๆ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพเพื่อเตรียมการไว้สำหรับการประเมินและรับรองในอนาคต. มีการประสานงานและร่วมจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่นอกโครงการนำร่องที่มีความตื่นตัว. ขณะเดียวกันกระแสความตื่นตัวเรื่อง ISO9000 ทำให้เกิดการเปรียบเทียบและทำความเข้าใจแนวทางของ ISO9000 และ HA ไปพร้อมกัน. ความตื่นตัวได้ปรากฏให้เห็นชัดเจนในการประชุม National Forum on Hospital Accreditation ครั้งที่ 1 เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2541 ซึ่งมีผู้สนใจเข้าร่วมประชุมถึง 2000 คน และมีการนำข้อมูลที่ได้รับจากการประชุมไปเริ่มต้นพัฒนาในโรงพยาบาลของตน. ขณะนี้โรงเรียนแพทย์ทุกแห่งได้ให้ความสำคัญและเริ่มต้นพัฒนาตามแนวทางในมาตรฐานโรงพยาบาล.

2. การบุกเบิกพัฒนาและสร้างตัวอย่างของการพัฒนา

เป็นความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลนำร่องกับโครงการที่จะเรียนรู้จากกันและกัน. โดยโครงการเป็นผู้จุดประกาย ให้ความรู้ และความคิดแก่ผู้รับผิดชอบของโรงพยาบาล. โรงพยาบาลนำไป

ปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเองพร้อมกับแสวงหาข้อมูลและความรู้จากแหล่งอื่นๆ เรียนรู้จากการลงมือทำ. ทางโครงการเก็บเกี่ยวความรู้และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นโดยส่งนักวิจัยและที่ปรึกษาออกไปในพื้นที่.

รูปแบบของการพัฒนาใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นได้แก่ การพัฒนาหัตถ์กรอย่างมีทิศทาง, การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยการทำงานในลักษณะ Patient Care Team, การมีทีม facilitator, การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย, การจัดตั้งองค์กรแพทย์, การบริหารความเสี่ยง, การประเมินตนเอง, การเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม (HA preparation) เป็นต้น.

เมื่อเดือน เมษายน 2542 มีโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่พัฒนาก้าวหน้าและได้รับการเยี่ยมสำรวจ (survey) จากทีมผู้เยี่ยมสำรวจของโครงการ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทดสอบกระบวนการเยี่ยมสำรวจ.

โรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนามีลักษณะร่วมได้แก่ 1) ผู้นำที่มีความมุ่งมั่นสูง เข้าใจแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพ มีการกระตุ้นติดตามอย่างสม่ำเสมอ 2) ทีมผู้ประสานงานที่เข้มแข็งและเป็นที่ยอมรับของคนในโรงพยาบาล 3) ความสามารถในการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างวิชาชีพ 4) แพทย์ส่วนใหญ่เข้าร่วมในกระบวนการพัฒนา.

3. บทบาทขององค์กรวิชาชีพ

องค์กรวิชาชีพได้เข้ามามีบทบาทใน 2 ลักษณะคือ:

1) การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นองค์กรวิชาชีพทางด้านกายภาพ ซึ่งได้มีการประสานงานผ่านทาง

แพทยสภา. แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยในช่วงแรกจัดทำโดย อาศัยความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นส่วนใหญ่ และกำลังอยู่ใน ระหว่างการพัฒนาให้มีลักษณะของ evidence-based มากขึ้น รวมทั้งการที่จะให้มีการนำไปทดลองปฏิบัติเพื่อปัญหาต่างๆ มา ปรับปรุงให้เหมาะสมต่อไป.

2) การเยี่ยมโรงพยาบาลเพื่อให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ มาตรฐานและเทคนิคการทำงานเฉพาะวิชาชีพ ได้รับความร่วมมือ จากสมาคมเทคนิคการแพทย์ สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัด รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ.

4. การวางโครงสร้างกลไกระดับประเทศ

มีความก้าวหน้ามาเป็นลำดับ เริ่มจากที่ประชุมของผู้ทรง คุณวุฒิที่ปรึกษาโครงการ ซึ่งเสนอให้มีการรวมตัวกันก่อตั้งเป็น “ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” ซึ่งประกอบด้วย ตัวแทนของส่วนราชการ องค์กรวิชาชีพ และผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา ต่างๆ มารวมตัวกันสร้างเวทีแห่งการเรียนรู้และสนับสนุนการ ทำงานของโครงการ ทำให้โครงการสามารถทำงานได้อย่างเป็นอิสระ.

หลังการประชุม National Forum on Hospital Accreditation ครั้งที่ 1 ทางภาคีได้ตระหนักถึงความตื่นตัวที่เกิดขึ้น จึง เสนอให้ปรับรูปการทำงานจากโครงการไปเป็น “สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” เพื่อขยายขอบเขตการทำงานให้ กว้างขวางขึ้น, โดยในช่วงแรกให้เป็นหน่วยงานภายใต้สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุขไปก่อน และปรับรูปไปเป็นองค์การมหาชนใน อนาคต.

“สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีพันธกิจ ที่จะส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล

โดยอาศัยการประเมินตนเองร่วมกับการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก เป็นกลไกกระตุ้นที่สำคัญ ส่งผลให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับ บริการที่ดีที่สุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ของสังคม”

5. การพัฒนารูปแบบของการเยี่ยมสำรวจจากภายนอกและ สร้างผู้เยี่ยมสำรวจ (surveyor)

โครงการได้ศึกษารูปแบบของการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาล และการประเมินเพื่อพิจารณารางวัลคุณภาพต่างๆ นำมาปรับให้ ง่ายและเหมาะสมสำหรับสถานการณ์ของประเทศไทย โดยให้การ เยี่ยมสำรวจภายนอกมีเป้าหมายเพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง ของโรงพยาบาล และกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาที่กว้างขึ้น. ดังนั้นการเยี่ยมสำรวจจึงเริ่มต้นด้วยการใช้แบบประเมินตนเองซึ่ง ชี้นำลำดับขั้นของการพัฒนา, การเยี่ยมสำรวจภายใน (internal survey) เป็นระยะ, การเยี่ยมโดยองค์กรวิชาชีพ, การเยี่ยม สํารวจเพื่อตรวจสอบความพร้อม (HA preparation) และการ เยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง (accreditation survey).

จากการทำ HA preparation และ accreditation survey พร้อมกับการรับ feed back จากโรงพยาบาล ทำให้ทีมผู้เยี่ยม สํารวจมีการปรับบทบาท วิธีการทำงาน และเกิดความมั่นใจใน กระบวนการเยี่ยมสำรวจมากขึ้น สามารถสรุปเป็นมาตรฐานการ ทำงานของผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อการฝึกอบรมในอนาคตได้.

ประโยชน์ต่อสังคมไทย

การรับรองกระบวนการคุณภาพเป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการ เรียนรู้และพัฒนาที่มีพลัง สามารถชี้นำทิศทางการพัฒนาได้.

ผลจากการพัฒนาจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีคุณภาพดีขึ้น มีความเสี่ยงลดลง ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการใส่ใจมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นคน.

กลไกนี้จะอาศัยอาสาสมัครซึ่งเป็นผู้บริหารและผู้ประกอบวิชาชีพที่ทำงานอยู่ส่วนต่างๆ ของสังคมทำหน้าที่เป็นแหล่งให้คำปรึกษา และทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจ, จึงเป็นกลไกที่จะสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ที่ยิ่งใหญ่อันหนึ่ง อีกทั้งเป็นการป้องกันการสูญเสียเงินตราออกนอกประเทศหากต้องอาศัยองค์กรจากต่างประเทศเข้ามารับรอง.

การยินยอมให้องค์กรภายนอกเข้าไปเยี่ยมสำรวจเป็นการแสดง social accountability ของโรงพยาบาล.

ความสำเร็จของโครงการนี้จะเป็นตัวอย่างสำหรับการพัฒนาในภาคส่วนอื่นๆ ของสังคม เช่น บริการสุขภาพในระดับอื่นๆ การศึกษา อุตสาหกรรมฯ เป็นต้น.

ความท้าทาย

ความท้าทายของกระบวนการนี้ซึ่งจะต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบเพื่อแก้ปัญหาหรือป้องกันปัญหาที่จะตามมาได้แก่:

- 1) ความเข้าใจและความคาดหวังของประชาชนต่อการรับรองกระบวนการคุณภาพ.
- 2) การที่โรงพยาบาลมุ่งเอาการรับรองเป็นเป้าหมายแทนที่จะมุ่งเน้นคุณภาพที่ผู้ป่วยจะได้รับ.
- 3) การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ วัฒนธรรมองค์กรและพฤติกรรมกรรมการบริหารในโรงพยาบาล.

4) การรักษามาตรฐานและจริยธรรมของผู้เยี่ยมสำรวจ
จากภายนอก.

สรุป

โครงการนี้ได้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และกระบวนการ
สร้างความรู้ที่ตอบสนองต่อความต้องการของโรงพยาบาลและ
สังคม. ปัจจัยที่ส่งเสริมความก้าวหน้าของโครงการเกิดจากการทำงานที่เป็นอิสระร่วมกับการมีภาคีฯ สนับสนุน. กระบวนการ
สร้างความรู้ที่สำคัญเริ่มจากคำถามของผู้เกี่ยวข้องทั้งใน
โรงพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องการเปลี่ยนแปลง. คำตอบได้มาจากการสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆ การศึกษาทบทวน การ
สังเคราะห์ การทดลองทำ ภายใต้กระบวนการทัศน์ใหม่.

3.2 รากแก้วสำคัญคือการพัฒนาวิธีคิด

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทยมีมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในภาครัฐและเอกชน, แต่ปัจจุบันยังคงพบว่าคุณภาพบริการมีปัญหาอยู่อีกมาก. บทความนี้นำเสนอการวิเคราะห์ประสบการณ์การทำงานในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) เพื่อนำไปสู่ความเคลื่อนไหวที่มีสัมฤทธิ์ผลมากขึ้น โดยพิจารณาสภาพปัญหาและแนวทางแก้ไขใน 3 ระดับ ได้แก่ บุคคล องค์กร และระบบใหญ่ที่เกี่ยวข้อง.

1. ปัจจัยในระดับบุคคล

ปัจจัยในระดับบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ.

1.1 ปัจจัยด้านความรู้

สถานการณ์ปัจจุบันคือมีตัวความรู้มากขึ้น แต่ผู้รู้จริงในระดับนำไปใช้ประโยชน์ได้กลับมีน้อย ด้วยลักษณะดังต่อไปนี้:

ก) ความรู้ส่วนหนึ่งถูกเผยแพร่ออกมาแบบแยกส่วน เจ้าสำนักแต่ละคนพยายามตั้งทฤษฎีของตัวเองขึ้นมา โดยขาดการชี้

ให้เห็นความเชื่อมโยงให้เห็นภาพใหญ่, มีการใช้คำศัพท์เฉพาะซึ่งก่อให้เกิดความสับสนยิ่งขึ้นเนื่องจากบางคำไม่ตรงกับความหมายทั่วไปที่เข้าใจกันอยู่, บางคำมีความหมายหลากหลาย โดยลืมไปว่าการใช้คำศัพท์เหล่านี้เป็นเพียงเรื่องสมมติเพื่อให้เข้าใจแนวคิดของเรื่องที่มีความซับซ้อนและสัมพันธ์กัน, บางคนถึงขั้นชี้ผิดชี้ถูกให้แก่บุคคลอื่นซึ่งพูดไม่ตรงกับความเข้าใจของตนเอง.

ทางแก้ไขในเรื่องนี้คือการที่แต่ละคนจะต้องศึกษาให้เข้าใจหลักการและปรัชญาที่อยู่เบื้องหลังแนวคิดวิธีการหรือทฤษฎีแต่ละอย่าง มิใช่การนำวิธีการหรือทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ทั้งดุ้น, นำหลักการร่วมมาสู่การปฏิบัติอย่างเป็นทางการหนึ่งเดียวโดยการเชื่อมโยกันอย่างกลมกลืน, มีความยืดหยุ่นพอที่จะรับการตีความหมายที่แตกต่างกันได้.

ข) กระบวนการถ่ายทอดความรู้ที่ได้ผลทำให้ซ้ำและครั้งละน้อยคน การเรียนรู้ที่ดีต้องลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง และการปฏิบัติในห้องเรียนโดยที่ไม่ได้ใช้ข้อมูลหรือเหตุการณ์จริงก็เป็นการเรียนรู้ที่ไม่สมบูรณ์.

ทางแก้ไขในเรื่องนี้คือการพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่ใกล้ของจริงมากขึ้น และการสร้างวิทยากรในด้านนี้ให้มากขึ้น.

1.2 ปัจจัยด้านเจตคติ

เจตคติมีความสัมพันธ์กับวิธีการคิด, การแสวงหาความรู้, และการนำความรู้ที่มีอยู่ไปสู่การปฏิบัติ. เจตคติที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาคุณภาพได้แก่:

ก) ความต้องการเป็นผู้เสพมากกว่าผู้สร้าง ผู้สร้างจะต้องผ่านความเจ็บปวด ต้องยากลำบาก ต้องเดินไปบนหนทางแห่ง

ความไม่แน่นอน, ในขณะที่ผู้เสพนั้นสามารถเรียกร้องความชัดเจนได้ ไม่ต้องเสี่ยงต่อความล้มเหลว. แต่หากดูในมุมมองของสังคมแล้วจะพบว่าสังคมไทยจะต้องก้าวไปสู่การเป็นผู้สร้างมากกว่าจะเป็นผู้เสพแต่ฝ่ายเดียว. กระบวนการ Hospital Accreditation คือความพยายามที่จะทำให้สังคมไทยกลายเป็นผู้สร้างที่เข้มแข็ง, สร้างความสามารถของผู้คนที่จะเยี่ยมสำรวจและพัฒนาคุณภาพ, สร้างบริการที่มีคุณภาพขึ้นมาด้วยตัวเอง ที่สำคัญที่สุดคือการสร้างความมั่นใจแก่สมาชิกของสังคม.

ข) ความไม่เข้าใจว่ากระบวนการเรียนรู้เกิดขึ้นได้อย่างไร ส่วนใหญ่มักจะคิดว่าการเรียนรู้เกิดขึ้นในห้องเรียน เมื่อเรียนในห้องจบแล้วก็ควรจะสามารถนำไปใช้ได้ เนื่องจากไม่เข้าใจว่าการเรียนรู้นั้นมีอย่างน้อย 3 ระดับ คือการเรียนรู้คำตอบ, การเรียนรู้วิธีหาคำตอบ, และการเรียนรู้ที่จะนำวิธีการหาคำตอบนั้นไปใช้ให้เกิดผล.

การเรียนรู้คำตอบอาจจะเกิดจากการอ่าน การฟัง หรือการคิดด้วยตนเอง.

การคิดหาคำตอบที่น่าเชื่อถือต้องเป็นการคิดที่มีระบบเป็นขั้นเป็นตอน มีการใช้ข้อมูลประกอบ และหากเป็นการหาคำตอบที่เกี่ยวข้องกับผู้คนมากกว่า 1 คนแล้ว จะต้องมีการปรึกษามารยาทในการทำงานเข้ามากำกับ.

การเรียนรู้ที่จะนำวิธีการหาคำตอบไปใช้ให้เกิดผล คือการเรียนรู้ผ่านการทำงานร่วมกัน (participatory learning), มีการศึกษาผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ, ร่วมกับการ feed back พฤติกรรมในการทำงานร่วมกัน; ทำให้มีการพัฒนาคุณภาพของทีมงานสามารถแก้ปัญหาที่ยากและซับซ้อนขึ้นเป็นลำดับ. บางคนเรียก

กระบวนการนี้ว่า “การเรียนรู้วิธีการเรียน” หรือ learning how to learn.

ทางแก้ไขในเรื่องนี้คือการสร้างผู้ที่เข้าใจกระบวนการเรียนรู้ในลักษณะดังกล่าวให้เพียงพอที่จะทำหน้าที่ที่เลี้ยงกระบวนการเรียนรู้ในโรงพยาบาลต่างๆ, การที่ผู้บริหารจะเป็นผู้สนับสนุนและเป็นตัวอย่างของการเรียนรู้ผ่านการทำงานร่วมกัน.

ค) การมองว่าคนเป็นตัวก่อปัญหามากกว่าระบบงานหรือวิธีการทำงาน ทำให้ไม่สามารถชักนำให้เกิดความร่วมมือในการพัฒนาได้ มองไม่เห็นโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ที่สำคัญคือตัวคนพูดนั่นเองเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาในสายตาของสมาชิก.

ทางแก้ไขในเรื่องนี้คือการแสดงตัวอย่างให้เห็นว่าภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดและบุคคลเท่าที่มีอยู่นั้น เราสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นได้ไม่ยาก และก่อให้เกิดผลดีกับทุกฝ่าย.

ง) การมองว่าการที่มีบุคคลภายนอกมาเยี่ยมสำรวจ (survey) การทำงานของโรงพยาบาลเป็นการตรวจสอบ ทำให้พยายามปิดบังสิ่งที่เป็นจุดอ่อน หรือเกิดแรงต่อต้านขึ้นในใจลึกๆ ไม่ได้ใช้ประโยชน์ให้เป็นกลไกกระตุ้นกระบวนการเรียนรู้ตามที่ควรจะเป็น.

ทางแก้ไขในเรื่องนี้คือการที่กลุ่มคนผู้ศรัทธาในแนวทางนี้จะต้องร่วมมือกันอย่างแข็งขัน แสดงให้ผู้ที่ยังลังเลสงสัยได้ประจักษ์ในผลที่เกิดขึ้น. ความร่วมมือนั้นมีได้ทั้งในส่วนของการพัฒนาภายในองค์กร และการไปทำหน้าที่เยี่ยมสำรวจองค์กรอื่น.

จ) ติดเหยื่อล่อไม่เข้าใจเป้าหมายที่แท้จริงของกลไกกระตุ้นการรับรองโดยองค์กรภายนอกนั้นแท้จริงแล้วเป็นกลไกเพื่อ

กระตุ้นให้เกิดการพัฒนา, มุ่งหวังว่าผลลัพธ์ที่ได้คือคุณภาพของผลผลิตหรือบริการ. แต่ผู้บริหารจำนวนหนึ่งติดเหยื่อล่อ มุ่งทำการพัฒนาเพื่อให้ได้การรับรองแต่เพียงอย่างเดียว มุ่งหวังการใช้ผลการรับรองเพื่อประโยชน์ในเชิงพาณิชย์หรือประโยชน์ในความก้าวหน้าของตนเอง, จึงสร้างแรงกดดันและความสับสนให้แก่ผู้ปฏิบัติงานซึ่งมุ่งที่ผลลัพธ์คุณภาพ

ทางแก้ไขในเรื่องนี้คือการแสดงให้เห็นว่าประโยชน์ร่วมกันของผู้ปฏิบัติงาน ผู้ป่วย และผู้บริหาร คืออะไร หากมีการพัฒนาไปในทิศทางที่ถูกต้อง, และต้องไม่ยอมให้องค์กรที่ทำการพัฒนาอย่างฉาบฉวยนั้นผ่านการรับรองไปได้.

1.3 ปัจจัยด้านการปฏิบัติ

แม้เมื่อมีความรู้ที่ถูกต้องและมีเจตคติที่ดีต่อการพัฒนาแล้ว ก็ยังคงมีปัญหาในด้านการนำไปปฏิบัติในลักษณะต่อไปนี้:

ก) กลัวทำผิด **ติดรูปแบบ** ทำให้ลังเลไม่กล้าลงมือทำ รอให้คนอื่นทำก่อน รอให้มีแบบแผนที่ชัดเจนก่อน, เป็นผลมาจากความไม่เข้าใจว่ากระบวนการเรียนรู้เกิดขึ้นได้อย่างไร มีความจำเป็นอย่างไร จึงฝึกธรรมชาติด้วยการคิดว่า จะทำงานครั้งเดียวให้ได้ผลดีสมบูรณ์ไปเลย.

ทางแก้ไขในเรื่องนี้คือการทำความเข้าใจว่าการพัฒนาคุณภาพคือการเรียนรู้. เราสามารถเรียนรู้ได้ไม่ว่าจะประสบความสำเร็จหรือไม่ก็ตาม. เรายอมที่จะให้มีการทำผิดได้ แต่จะต้องนำมาสู่การเรียนรู้ว่าจะป้องกันความผิดพลาดในอนาคตได้อย่างไร.

ข) **ไม่มีเวลา รอทีม** ลักษณะการทำงานเป็นเวร เข้า-ป่วย-ดึก ของพยาบาล ร่วมกับปริมาณงานที่ค่อนข้างมาก ทำให้คำว่า

“ไม่มีเวลา” กลายเป็นข้ออ้างที่ใช้มาตลอด.

ทางแก้ไขในเรื่องนี้คือต้องหาวิธีการที่ใช้ศักยภาพของทุกคนได้ตลอดเวลา ไม่จำเป็นต้องรอเฉพาะในช่วงของการประชุมเท่านั้น เช่น การจัดทีมให้เล็ก, ประชุมให้น้อย, บันทึกเหตุการณ์และความคิดเห็นบ่อยๆ, คอยติดตามวิเคราะห์และนำเสนอ.

ค) **ไม่ใส่ใจวิถึญญาณในการพัฒนาลงไป** บางท่านยึดติดกับตัวหนังสือ พยายามทำตามสิ่งที่เขียนไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลโดยไม่ได้พิจารณาว่าเป้าหมายของมาตรฐานนั้นคืออะไร จิตวิญญาณที่สำคัญคือ ความมุ่งมั่นและรับผิดชอบที่จะทำงานอย่างมีคุณภาพของแต่ละบุคคล, การทำงานร่วมกันเป็นทีม และการเน้นประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย.

ทางแก้ไขในเรื่องนี้คือการตีเป้าหมายของตัวหนังสือให้แตก และมุ่งมั่นไปสู่เป้าหมายนั้นมากกว่าสิ่งที่ปรากฏออกมาเป็นตัวหนังสือ.

ง) **ไม่เห็นด้วยกับรายละเอียดวิธีปฏิบัติ จึงไม่เข้าร่วมหรือไม่ได้รับ recognition** บางท่านมีความเข้าใจ เห็นความจำเป็น และมีศักยภาพสูงที่จะเป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพ, แต่มีข้อขัดแย้งในรายละเอียดกับผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบ, หรือบางครั้งไม่ได้รับ recognition ข้อเสนอที่เคยให้ไปไม่ได้รับการพิจารณา, โรงพยาบาลจึงเสียโอกาสที่จะได้บุคคลเหล่านี้มาเป็นกำลังสำคัญ.

ทางแก้ไขในเรื่องนี้คือการเปิดกว้าง ยอมรับ ให้เกียรติกันและกัน ให้มีการนำความคิดที่หลากหลายไปทดลองปฏิบัติ.

2. ปัจจัยในระดับองค์กร

ปัจจัยในระดับองค์กรที่สำคัญได้แก่ วัฒนธรรม โครงสร้าง ทรัพยากร ผู้บริหาร.

2.1 ปัจจัยด้านวัฒนธรรม

วัฒนธรรมที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาคุณภาพได้สำเร็จได้แก่ การทำงานเป็นทีม การมีความตื่นตัวและบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การใช้ความคิดสร้างสรรค์ การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูล การเปิดโอกาสให้ทีมงานระดับล่างได้มีส่วนตัดสินใจ.

วัฒนธรรมเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อมีการปรับฐานความคิดหรือกระบวนการที่ตนเองไม่ยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง แต่มุ่งเน้นผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยและการพัฒนาศักยภาพของทีมงาน.

การทำงานที่ผ่านมาเป็นการเริ่มต้นของการสร้างวัฒนธรรมใหม่ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือผู้ทำงานมีความสุขขึ้นจากวัฒนธรรมใหม่นี้ แต่ยังไม่มีความชัดเจนว่าวัฒนธรรมนี้จะยั่งยืนอยู่ได้อย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร.

2.2 ปัจจัยด้านโครงสร้าง

โครงสร้างองค์กรโดยทั่วไปจะเน้นสายการบังคับบัญชาในแนวดิ่ง ในขณะที่การพัฒนาคุณภาพที่เน้นกระบวนการและผู้ป่วยนั้นต้องอาศัยการประสานงานในแนวราบมากกว่า. การจัดโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพเสริมขึ้นมาเพื่อให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานและระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ ได้ดีขึ้น เป็นการเสริมจุดอ่อนหรือช่องโหว่ที่แต่ละหน่วยงานหรือแต่ละวิชาชีพไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง. โรงพยาบาลใด

ที่สามารถจัดให้มีโครงสร้างเสริมดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเกิดการพัฒนาย่างรวดเร็ว. โรงพยาบาลใดที่ไม่เข้าใจหรือไม่ให้ความสำคัญต่อโครงสร้างดังกล่าว จะประสบความยากลำบากในการประสานงานและสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่างๆ.

2.3 ปัจจัยด้านทรัพยากร

ทรัพยากรที่เพียงพอและเหมาะสมเป็นปัจจัยพื้นฐานสำหรับการกำหนดระดับของบริการและบริการที่มีคุณภาพ. แต่การมีทรัพยากรเพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะให้บริการที่มีคุณภาพเสมอไป จำเป็นต้องอาศัยจิตวิญญาณของการทำงานที่มีคุณภาพร่วมด้วย. ในทางตรงข้าม การเน้นที่ระดับทรัพยากรอาจเป็นข้ออ้างสำหรับโรงพยาบาลบางแห่งว่ามีทรัพยากรไม่พร้อมไม่สามารถพัฒนาคุณภาพได้. ดังนั้นการพิจารณาเรื่องทรัพยากรจึงจำเป็นต้องให้มีความสมดุลระหว่างความจำเป็นที่ต้องมี กับ การใช้ความขาดแคลนทรัพยากรเป็นข้ออ้างที่จะไม่พัฒนา.

ทรัพยากรที่สำคัญที่สุดขององค์กรคือคน การลงทุนพัฒนาคนคือการลงทุนที่คุ้มค่าเพราะทำให้ทรัพยากรบุคคลมีคุณค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แทนที่จะเสื่อมไปตามระยะเวลาเหมือนกับทรัพยากรประเภทอื่นๆ. แต่โรงพยาบาลจำนวนหนึ่งกลับไม่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรบุคคลเห็นว่าเป็นการสิ้นเปลืองกลับไปทุ่มเทกับการซื้อเครื่องมือหรือการก่อสร้างอาคาร.

ทางออกในเรื่องนี้คือการที่ผู้บริหารจะกลับมาตรวจสอบความคิดในการลงทุนเรื่องทรัพยากรเสียใหม่.

2.4 ปัจจัยด้านผู้บริหาร

ผู้บริหารเป็นบุคคลที่จะทำให้ปัจจัยขององค์กรที่กล่าวมาแล้วทั้ง 3 ประการนั้นเกื้อหนุนต่อการพัฒนาคุณภาพ. ผู้บริหารที่จะนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จคือผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำสูง นำด้วยการทำเป็นตัวอย่าง กล่าวคือตัดสินใจสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น และส่งเสริมให้มีผู้นำในองค์กรเพิ่มมากขึ้น.

การทำงานที่ผ่านมากทำให้ได้เห็นตัวอย่างของผู้นำที่เกื้อหนุนการเปลี่ยนแปลง และผู้บริหารที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง. เมื่อมีตัวอย่างความสำเร็จเพิ่มมากขึ้น น่าจะได้รูปแบบของผู้นำที่เกื้อหนุนต่อความสำเร็จมากขึ้น และเป็นตัวเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น.

3. ปัจจัยในระบบใหญ่

ปัจจัยสำคัญในระบบใหญ่ที่มีผลต่อคุณภาพขององค์กร ได้แก่ การได้มาซึ่งผู้บริหาร, รายได้ของโรงพยาบาลรวมทั้งแรงจูงใจอื่นๆ, กฎระเบียบที่มีผลต่อประสิทธิภาพขององค์กร.

3.1 การได้มาซึ่งผู้บริหาร

ดังได้กล่าวแล้วว่าผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญที่จะขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในองค์กร. การคัดเลือกผู้บริหารที่ดีและระบบประเมินผู้บริหารโดยอาศัย performance ซึ่งเน้นผลลัพธ์ในการให้บริการที่มีคุณภาพน่าจะเป็นกลไกสำคัญที่ส่งผลกระทบอย่างใหญ่หลวงต่อคุณภาพขององค์กร.

3.2 รายได้และแรงจูงใจ

ระบบการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลย่อมจะเป็นแรงจูงใจสำคัญที่จะชี้แนะ performance ของโรงพยาบาล. การจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลของรัฐให้เพียงพอตามภารกิจของการให้บริการโดยไม่คิดมูลค่าเป็นมาตรการพื้นฐานที่จะทำให้โรงพยาบาลอยู่รอดได้. เงื่อนไขการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลของรัฐในปัจจุบันยังไม่ส่งเสริมให้โรงพยาบาลทำดี, โรงพยาบาลที่ทำดีมากยิ่งขึ้นมีผู้ป่วยมารับบริการมาก และต้องให้บริการโดยไม่คิดมูลค่าเพิ่มขึ้นตามไปด้วย. ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนหนึ่งไม่มีบัตรสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย โรงพยาบาลจึงไม่ได้รับการจ่ายเงินชดเชยอย่างเหมาะสม และต้องนำรายได้จากส่วนอื่นมาชดเชย, นับว่าเป็นการลงโทษผู้ที่พยายามทำดี.

หากระบบการจ่ายเงินตามภารกิจของการให้บริการโดยไม่คิดมูลค่าเป็นไปอย่างเหมาะสมแล้ว ย่อมสามารถพัฒนาไปสู่การจ่ายเงินซึ่งจูงใจให้เกิดการจัดบริการที่มีคุณภาพได้ต่อไป, นั่นคือการใช้คุณภาพเป็นเงื่อนไขในการจ่ายในระดับที่สูงขึ้น. หน่วยงานที่เป็นผู้ดูแลระบบการคลังรวมหมู่ (collective financing) เช่น กระทรวงการคลัง, สำนักงานประกันสังคม, สำนักงานประกันสุขภาพ, บริษัทประกันสุขภาพ จะมีบทบาทสำคัญในการสร้างแรงจูงใจนี้. แรงจูงใจนี้สามารถใช้ได้กับทั้งโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน.

3.3 กฎระเบียบที่มีผลต่อประสิทธิภาพขององค์กร

ในภาครัฐ กฎระเบียบที่จะมีผลต่อประสิทธิภาพขององค์กรคือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารพัสดุ, การเงิน, และบุคลากร. ระเบียบการเงินและพัสดุซึ่งมุ่งป้องกันการทุจริต

มากเกินไป นำมาซึ่งการได้ของใช้ที่ราคาไม่สมกับราคาหรืออายุใช้งานสั้นเกินกว่าที่ควร. การจำกัดกำลังคนของภาครัฐทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องรับภาระงานเกินกว่าที่จะให้บริการอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ.

กลไกที่เหมาะสมคือการปล่อยให้เป็นไปตามธรรมชาติ เมื่อมีผู้ป่วยมากขึ้น ก็ควรมีรายได้มากขึ้นตาม และควรนำรายได้นั้นมาใช้ในการจัดหาทรัพยากรให้เพียงพอกับปริมาณบริการ. การที่รัฐเข้าควบคุมโดยไม่ตระหนักข้อเท็จจริงเหล่านี้ทำให้สถานพยาบาลของรัฐถูกมองว่าเป็นที่ให้บริการชั้นสอง ไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน.

สรุป

หากจะหยั่งรากคุณภาพทั่วแผ่นดินไทยให้สัมฤทธิ์ผลจริงๆ แล้ว ควรที่ผู้เกี่ยวข้องจะพิจารณาปัจจัยในทุกๆระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล องค์กร และระบบใหญ่, ทั้งนี้โดยปรับเปลี่ยนวิธีคิดหรือมุมมองเสียใหม่. การเปลี่ยนแปลงในเชิงระบบใหญ่ควรจะมีน้อยที่สุดแต่ให้ส่งผลกระทบมากที่สุด นั่นคือส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กรและในระดับบุคคลอย่างมหาศาล, จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ราบรื่นและยั่งยืน.

3) ให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและเครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพโดยผสมผสาน TOM/COI, การฝึกอบรมพฤติกรรมบริการ (Excellent Service Behaviour) และการพัฒนาองค์กรเข้าด้วยกัน

4) ติดตามให้คำปรึกษาและกระตุ้นให้กลุ่มนำร่องดำเนินการปรับปรุงคุณภาพให้เสร็จสิ้นสมบูรณ์และกระตุ้นให้มีการขยายผลไปสู่กลุ่มอื่นๆ

5) จัดประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้าของผู้ประสานงานและผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และกระตุ้นให้มีการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

6) กระตุ้นให้โรงพยาบาลสร้างวิสัยทัศน์ร่วมขององค์กร, ขยายกิจกรรมคุณภาพ, นำกิจกรรมคุณภาพอื่นๆ มาเสริม

7) ประเมินผลการดำเนินงานโดยนักวิจัยภายนอก

ผลการดำเนินงาน²

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจกันของเจ้าหน้าที่มากขึ้น ยอมรับแนวคิด TOM/COI การสัมมนาพัฒนาองค์กรทำให้บรรยากาศการทำงานร่วมกันดีขึ้น การอบรมพฤติกรรมบริการทำให้เจ้าหน้าที่เปิดใจกันมากขึ้น เจ้าหน้าที่ระดับล่างกล้าแสดงความคิดเห็นมากขึ้น และเกิดความเข้าใจมากขึ้นว่าประชาชนมีความคาดหวังอย่างไร

ผลสำเร็จที่เห็นชัดเจนคือความสำเร็จในระดับโครงการมีการประยุกต์ใช้เครื่องมือและขั้นตอนในการปรับปรุงวิธีการทำงานทั้ง

² อนุวัฒน์ ศุภชุตินุกูล และคณะ. ก้าวแรกของ TOM/COI ในโรงพยาบาล, รายงานการศึกษา โครงการวิจัยดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพ. โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541.

ด้านบริการทั่วไปและบริการทางคลินิก ผู้ร่วมกิจกรรมจำนวนหนึ่งมีศักยภาพที่จะถ่ายทอดความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่นได้

ผลกระทบของโครงการ ทำให้เกิดนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นเมื่อปลายปี 2538 และทำให้ผู้บริหาร/ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเกิดความเข้าใจและยอมรับแนวคิดเรื่องลูกค้า การพัฒนาพฤติกรรมบริการและการใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อปรับปรุงระบบงานมากขึ้น

ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นได้แก่ การต่อต้านจากผู้ปฏิบัติงานบางส่วน ปัญหาความขัดแย้งเดิมในองค์กร ความเข้าใจว่าเป็นเรื่องยาก ความร่วมมือของแพทย์ การสื่อสารกับผู้บริหาร ความหยุดชะงักเนื่องจากมีโครงการอื่นๆ เข้ามาแทรก หรือการเปลี่ยนแปลงตัวผู้บริการและผู้ประสานงาน ผู้ปฏิบัติงานยังติดกับขั้นตอนและเทคนิคเครื่องมือไม่สามารถนำแนวคิดที่สำคัญมาใช้กับงานประจำของตนเองได้ วัฒนธรรมองค์กร ระบบแรงจูงใจ และโครงสร้างการบริหารงานคุณภาพที่ไม่เอื้ออำนวย

ข้อเสนอแนะ

1) กระทรวงสาธารณสุข ควรสร้างศรัทธาและความมุ่งมั่นต่อปรัชญาการพัฒนาคุณภาพที่ยึดผู้ป่วยและผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง, ส่งสัญญาณให้ผู้บริหารโรงพยาบาลได้รับทราบความมุ่งมั่นนี้ด้วยการกำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จของโรงพยาบาล เกณฑ์และวิธีการประเมินความก้าวหน้าของการพัฒนาตามปรัชญาดังกล่าวควบคู่ไปกับการใช้ประโยชน์ในการคัดเลือกและสนับสนุนความก้าวหน้าของผู้บริหาร, ควรลดภาระงานที่ไม่จำเป็นในโรงพยาบาลและจัดสรรงบประมาณให้สอดคล้องกับภาระค่าใช้จ่าย

จ่ายที่ไม่สามารถเรียกเก็บจากผู้ป่วยได้ หน่วยงานวิชาการใน ส่วนกลางที่ทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ควรศึกษาปรัชญาการพัฒนาคุณภาพนี้ให้เข้าใจอย่างถ่องแท้และ วางแผนการสนับสนุนไปในทิศทางเดียวกัน

2) โรงพยาบาลที่จะพัฒนาคุณภาพควรจัดให้มีโครงสร้าง องค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพโดยประสานกับระบบบริหารปกติ อย่างแนบสนิท, ปรับปรุงระบบการสื่อสาร ระบบสารสนเทศ และ ระบบประเมินผลการปฏิบัติงาน, เน้นกิจกรรมคุณภาพที่เกี่ยวข้อง กับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง, ฝึกอบรมกลุ่มแกนและผู้บริหารทุก ระดับให้มีความรู้ความเข้าใจแนวคิดการพัฒนาคุณภาพตามปรัชญา TQM/COI

ระยะที่สอง ขยายผล TQM (2540-2541)

รูปแบบ/วิธีการ

1) จากนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพของสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีเป้าหมายจะให้โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลคุณภาพภายในสิ้นแผน พัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2544) จึงได้มีการนำ หลักการและวิธีการของ TQM มาเป็นกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน อย่างจริงจัง มอบให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบโครงการ TQM และให้มีการจัดตั้งศูนย์ TQM โดย หมุนเวียนเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานต่างๆ มาปฏิบัติงานครั้งละ 1-3 ปี

2) ในปี 2540 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้จัดทำ โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital

Accreditation) เพื่อพัฒนาระบบการส่งเสริมและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับประเทศไทย มีโรงพยาบาลสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาคเข้าร่วมเป็นโรงพยาบาลนำร่อง 13 แห่ง ขณะเดียวกันโรงพยาบาลอื่นๆ ก็เกิดความตื่นตัวที่จะเรียนรู้ไปพร้อมกัน

การดำเนินงาน

การดำเนินงานตามนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพได้มีการตั้งคณะกรรมการ TOM ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, จัดตั้งศูนย์ TOM ที่กองโรงพยาบาลภูมิภาค, สัมมนาผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งเพื่อรับทราบนโยบายและหลักการ, จัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้แก่ทีมแกนนำโรงพยาบาลละ 4-5 คนเพื่อกลับไปดำเนินการในโรงพยาบาลของตนเอง, ทีมวิทยากรจากส่วนกลางลงไปเป็นที่ปรึกษาให้แก่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมและผู้บริหารมีความสนใจ ปีละ 15 แห่ง

ผลการดำเนินงาน

โรงพยาบาลที่อยู่ในโครงการวิจัยและพัฒนา Hospital Accreditation 13 แห่ง มีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง เห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน และผ่านการรับรองแล้ว 1 แห่ง

โรงพยาบาลที่พัฒนาคุณภาพด้วยกลยุทธ์ TOM มีการพัฒนาต่อยอดอย่างมีเป้าหมายและมีขั้นต่อน อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลที่สามารถดำเนินการพัฒนาคุณภาพด้วยกลยุทธ์ TOM มีจำนวนน้อย เนื่องจากขาดวิทยากรที่ปรึกษา ระดับกิจกรรมยังเป็นเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่และเป็นเรื่องที่ไม่ยุ่งยากนัก กิจกรรมยังจำกัดอยู่ในวิชาชีพพยาบาลและปฏิบัติงานระดับต้น แพทย์เข้าร่วมกิจกรรมคุณภาพไม่มากนัก ผู้

ประสานงานต้องทุ่มเทกำลังใจ กำลังกายอย่างมากเพื่อผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนทั้งองค์กรเนื่องจากยังขาดกลไกในระดับโครงสร้างที่เกื้อหนุน

โรงพยาบาลที่ยังไม่ได้เริ่มดำเนินการ เกิดการตื่นตัวและรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลง แสดงความจำนงที่จะเดินไปตามเส้นทางสู่ Hospital Accreditation จำนวนมาก

ระยะที่สาม มุ่งสู่ HA (ตั้งแต่ 2542)

รูปแบบ/วิธีการ

มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดำเนินงานสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ เนื่องจากผู้บริหารของกองโรงพยาบาลภูมิภาค เห็นว่าการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นไปอย่างเชื่องช้าไม่ทันต่อกระแสความต้องการของโรงพยาบาลและประชาชน รวมทั้งการปฏิรูประบบราชการ จึงปรับแผนดำเนินการโดยเน้นกระบวนการพัฒนาในระดับต้นแต่ครอบคลุมโรงพยาบาลได้เป็นจำนวนมาก ทำให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งสามารถเริ่มต้นพัฒนาไปสู่ HA ได้ทั้งหมดในปีงบประมาณ 2542 พร้อมทั้งได้มีการจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมการพัฒนาและรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลขึ้นในกองโรงพยาบาลภูมิภาค

การดำเนินงาน

- 1) สร้างความเข้าใจกับผู้บริหารโรงพยาบาลในภาพรวมและแนวคิด
- 2) สร้างแกนนำ/ที่ปรึกษาในโรงพยาบาลแห่งละ 10 คน เพื่อ

ทำหน้าที่ผู้ประสานงานภายในโรงพยาบาล โดยจัดอบรม ณ ส่วนกลาง

3) เสนอแนะโครงสร้างองค์กรที่ส่งเสริมระบบบริการ คุณภาพโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

4) กระจายแนวคิดและวิธีการพัฒนาคุณภาพสู่วิชาชีพ แพทย์

5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างโรงพยาบาล

6) พัฒนาศักยภาพแกนนำที่ปรึกษาให้สูงขึ้นเป็นลำดับ

ผลการดำเนินงาน

เห็นผลที่เป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น ได้แก่

1) มีการกำหนดเป้าหมายร่วมขององค์กร

2) เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบ มีโครงสร้างองค์กรที่ เอื้ออำนวย มีการเชื่อมประสานในทุกระดับอย่างต่อเนื่องโดยมีทีม ผู้ประสานงานกลางเป็นกลไกสำคัญ

3) ยอมรับแนวคิด customer focus

4) มีการจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย

5) มีการทำงานเป็นทีมทั้งภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงาน และระหว่างวิชาชีพต่างๆ

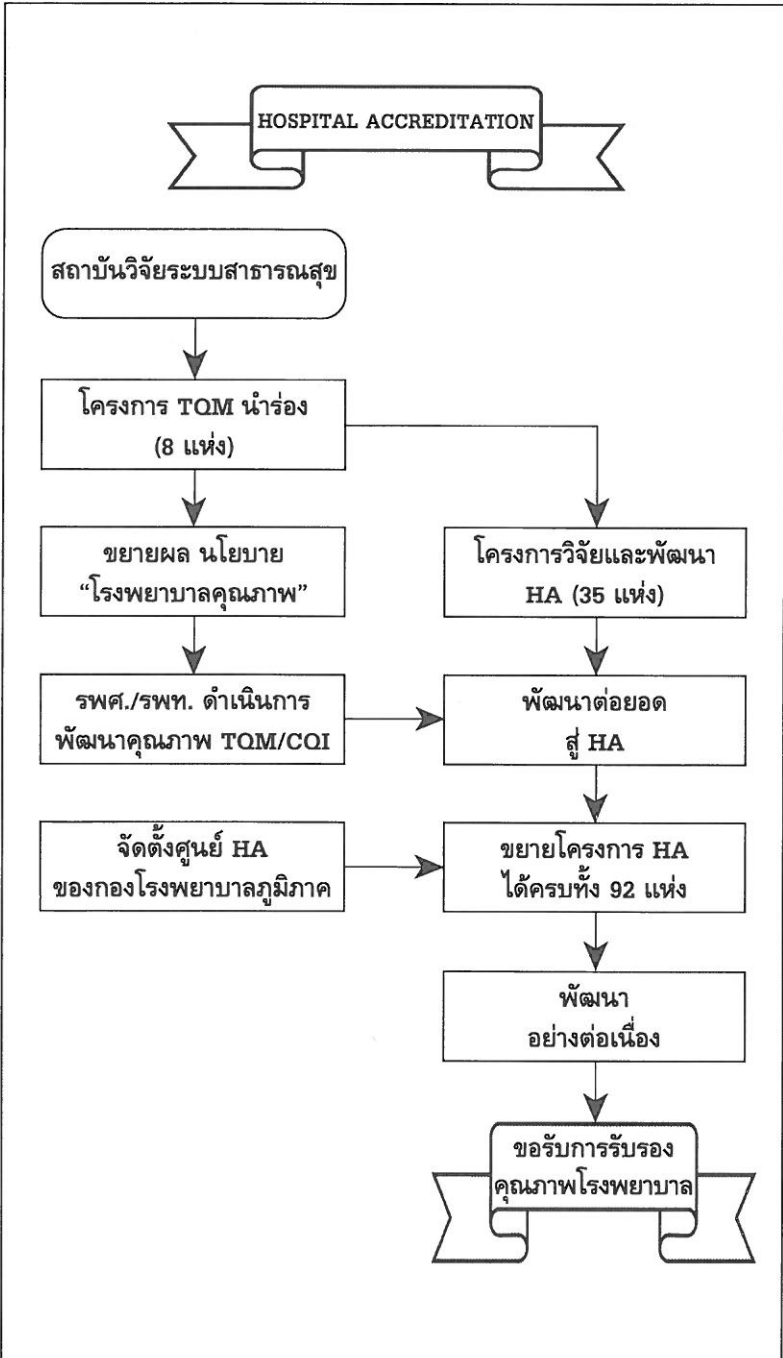
6) มีการจัดตั้งองค์กรแพทย์ และมีแพทย์ให้ความร่วมมือ มากขึ้นเป็นลำดับ

7) มีการประเมินตนเอง

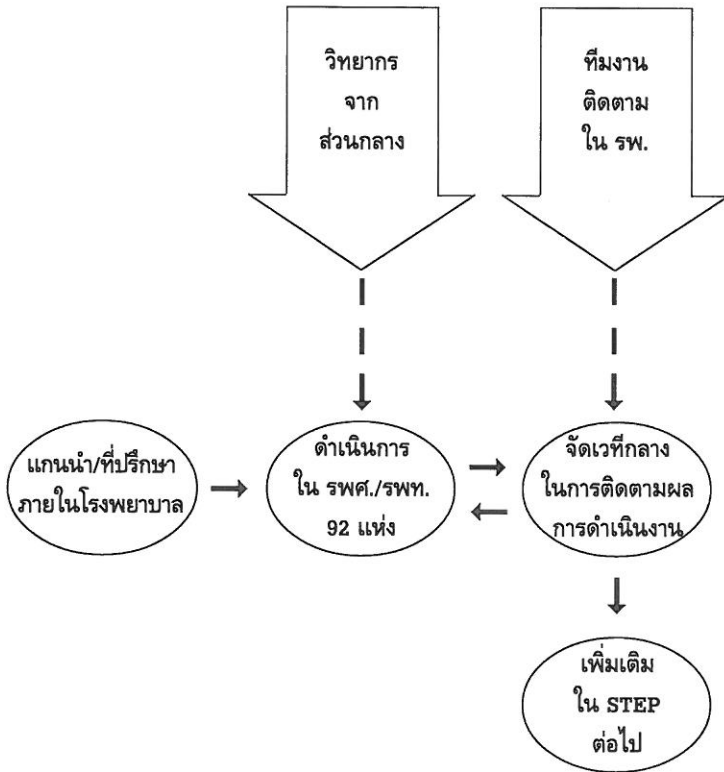
8) มีระบบบริหารความเสี่ยง

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีปัญหาอุปสรรคเป็นระยะ ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ พัฒนา

หารูปแบบที่เหมาะสม ผลจากการพัฒนาตลอด 3 ช่วงเวลาที่ผ่าน
มาเป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป จากการรับรู้ในลักษณะของ
โครงการทดลอง เปลี่ยนเป็นโครงการประจำ และฝังตัวอยู่ใน
ระบบที่มีวัฒนธรรมองค์กรของการทำงานเป็นทีมโดยยึดผู้ป่วย
เป็นศูนย์กลาง ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เป็นพลวัตมากขึ้น
กลไกในการพัฒนาสอดคล้องกันทั้งโรงพยาบาลมุ่งสู่เป้าหมาย
เดียวกันที่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลร่วมกันสร้างฝันไว้ (common
vision) กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข ได้ร่วมเคียงบ่าเคียงไหล่กับโรงพยาบาลศูนย์/
โรงพยาบาลทั่วไป โดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาลให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด เพื่อมุ่ง
ตอบสนองนโยบาย “โรงพยาบาลคุณภาพ”



รูปแบบในการดำเนินงานโครงการ
HOSPITAL ACCREDITATION
ของกองโรงพยาบาลภูมิภาค ในปีงบประมาณ 2542-2543



3.4 ขัยงรกรคณภพในกรมการแพทย

นพ.ชาตรี บานชื่น

รองอธิบดีกรมการแพทย์

กรมการแพทย์เป็นกรมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่พัฒนาระบบบริการ ประเมินและถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ โดยมีวิสัยทัศน์ว่า “กรมการแพทย์เป็นผู้นำทางวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่สมคุณค่า เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าของประชาชน” และมีพันธกิจว่า “กรมการแพทย์มุ่งมั่นเป็นผู้นำในการค้นคว้า วิจัย ประเมิน และถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายระดับชาติ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน” ทั้งนี้กรมการแพทย์มีโรงพยาบาลและสถาบันวิชาการในสังกัด 25 แห่ง

ภารกิจหลักของกรมการแพทย์เป็นเรื่องของการพัฒนาวิชาการ ส่วนงานบริการเป็นภารกิจรอง แต่อย่างไรก็ตามงานบริการผู้ป่วยในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ไปจนถึงระดับตติยภูมินั้นเป็นความจำเป็นเพื่อพัฒนาระบบและความรู้ในการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ให้ดียิ่งขึ้น อีกทั้งในบางพื้นที่ในเขตกรุงเทพมหานครนั้น งานบริการยังเป็นความจำเป็นจากการที่ประชาชน ต้องใช้โรงพยาบาลและสถาบันวิชาการของกรมการแพทย์ในการให้บริการทางการแพทย์อยู่

งานบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลและสถาบันวิชาการของกรมการแพทย์ เป็นสิ่งที่กรมการแพทย์ จำเป็นต้องพัฒนาให้

มีคุณภาพดียิ่งขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ ซึ่งเป็นงานหลักทางวิชาการของกรมการแพทย์

หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ได้มีการพัฒนาคุณภาพมาเป็นลำดับ เริ่มจากการพัฒนาในระดับโรงพยาบาล และขยายตัวมาเป็นความเคลื่อนไหวระดับกรม เมื่อ พ.ศ. 2536 โรงพยาบาลของกรมการแพทย์ 2 แห่ง ได้ร่วมในโครงการนำร่องของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในการนำระบบ TQM (Total Quality Management) มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำหรับโครงการ Hospital Accreditation ในเวลาต่อมา

ประสบการณ์ TQM ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 500 เตียง มีทรัพยากรจำกัดโดยเฉพาะด้านบุคลากร เนื่องจากถูกจำกัดการขยายอัตรากำลัง ในขณะที่ความต้องการด้านบริการจากประชาชนขยายตัวอย่างมากจากเป็นชุมชนที่มีการขยายตัวเร็ว และไม่มีโรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่อื่นๆ อยู่ในละแวกนั้นเลย จึงต้องจ้างลูกจ้างชั่วคราวมากถึง 1,400 คน โรงพยาบาลมีปัญหาด้านบริการอย่างมาก ผู้ป่วยและญาติมีความคาดหวังสูง และไม่พอใจในการบริการที่ล่าช้า หรือปัญหาอื่นๆ มาก เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเหนื่อย เครียด และอ่อนล้ากับงาน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีรับโครงการ TQM ด้วยความกระตือรือร้น ด้วยความหวังว่า “ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด เราสามารถพัฒนาคุณภาพงาน โดยเน้นการปรับปรุงระบบงาน ที่ทุกคนมีส่วนร่วม”

ขั้นตอน

1. ปรับเจตคติ และความพร้อมของบุคลากร

เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ OD, ESB ในขั้นตอนนี้ผู้นำต้องมุ่งมั่นในการสร้างกระแสการพัฒนา สร้างทีมผู้ประสานงานพัฒนาคุณภาพ และสร้างทีมพัฒนา

2. พัฒนาวิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนกลยุทธ์ใหม่

เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ A-I-C เน้นการร่วมกันทำและสื่อสารให้ทราบอย่างต่อเนื่อง

3. พัฒนาระบบการเพื่อพัฒนาคุณภาพงาน

ได้แก่การทำ 5 ส., การประกันคุณภาพการพยาบาล, ระบบข้อเสนอแนะ, กิจกรรม COI ภายในหน่วยงานและคร่อมสายงาน

4. สร้างระบบประเมินตนเอง

ได้แก่การจัดทำคู่มือ/เกณฑ์การปฏิบัติ, ตัวชี้วัด, การประเมินความต้องการผู้ป่วย/ญาติ/ลูกค้าภายใน

5. เสริมพลังการเปลี่ยนแปลง

ได้แก่การบริหารที่โปร่งใส ให้มีส่วนร่วม, สร้างภาวะผู้นำในทุกระดับ, สร้างทีมงาน-กระจายอำนาจ, ปรับโครงสร้างองค์การ-เน้นกระบวนการทำงาน, ปรับปรุงด้านกายภาพ-สิ่งแวดล้อม, ปรับปรุงสวัสดิการเจ้าหน้าที่

6. ชื่นชมผลสำเร็จของงานเป็นระยะ

เสนอผลงาน, ให้รางวัล หน่วยงาน/บุคลากร พัฒนาดีเด่น, การดูงาน และประเมินจากคนภายนอก

7. ขยายผลให้กว้างมากขึ้น

ขยายผลไปสู่ฝ่ายการพยาบาล, หน่วยบริการต่าง ๆ, หน่วย

สนับสนุนบริการ, แพทย์, และทั่วทั้งองค์กร

8. หยั่งรากให้ยั่งยืน

พัฒนาคุณภาพเป็นงานประจำ, สร้างตัวชี้วัด และประเมินอย่างต่อเนื่อง, เน้นคุณค่าทางใจ

โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ด้วยระบบ TOM ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 มาจนถึงปัจจุบัน การประเมินผลโครงการ TOM ในโรงพยาบาลนรททั้ง 8 แห่ง โดยคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี พ.ศ. 2539 พบว่าโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ได้รับคะแนนประเมินสูงสุด และเป็นหนึ่งในสองของโรงพยาบาลที่ผลการพัฒนาคุณภาพด้วยระบบ TOM อยู่ในระดับ “break through”

ผลที่เกิดขึ้นที่โรงพยาบาลได้รับ

1. โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีได้รับรางวัลต่างๆ หลายครั้งจากสำนักงานประกันสังคม กรมการแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุข
2. บุคลากรในโรงพยาบาลมีความภูมิใจ และมีความสุขในการทำงานมากขึ้น
3. โรงพยาบาลมีชื่อเสียงมากขึ้น
4. ฐานะการเงินของโรงพยาบาลดีขึ้น
5. สิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลดี และน่าอยู่มากขึ้น
6. บุคลากรได้รับการยอมรับนับถือ
7. ประชาชนเชื่อมั่น ศรัทธา โรงพยาบาลมากขึ้น การฟ้องร้อง/ร้องเรียนลดลง

จาก TQM สู่ Hospital Accreditation

ปี พ.ศ. 2539 โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี เข้าร่วมโครงการนำร่อง HA (Hospital Accreditation) ด้วยความเชื่อมั่นว่า TQM เป็นรากฐานและเป็นหัวใจของ HA และได้สรุปขั้นตอนเพื่อนำโรงพยาบาลจาก TQM ไปสู่ HA ดังนี้

1. การเตรียมบุคลากร (สร้างเจตคติ สร้างทีม)
2. กำหนดทิศทางขององค์กรร่วมกัน
3. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง (COI)
4. การพัฒนาคร่อมสายงาน (cross-functional process)
5. ดำเนินการตามมาตรฐานโรงพยาบาลของชาติฉบับปี
กฤษฎีกาพิเศษ
6. เตรียมรับการประเมินจากภายนอก

จากนพรัตนราชธานีสู่กรมการแพทย์

ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปัจจุบัน (พ.ศ. 2540) มาตราที่ 82 กำหนดไว้ว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน” ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพของสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบบริการที่มีคุณภาพ และมีการรับรองคุณภาพที่เป็นมาตรฐาน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยคุณภาพการบริการจะเกิดขึ้นได้จากการพัฒนาและรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพ

กรมการแพทย์ ซึ่งเป็นกรมวิชาการ มีหน้าที่รับผิดชอบในการพัฒนาเทคโนโลยี และระบบบริการทางการแพทย์ ถือเป็นภารกิจที่ต้องดำเนินการทางด้านการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการ

บริการทางการแพทย์ให้เป็นไปตามวิสัยทัศน์แห่งรัฐธรรมนูญของ
ราชอาณาจักรไทย

ในปี พ.ศ. 2540 กรมการแพทย์ได้กำหนดนโยบายที่จะให้
หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ เร่งรัดการดำเนินงานพัฒนา
คุณภาพสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระบบ Hospital
Accreditation โดยกำหนดเป้าหมายให้หน่วยงานของกรมการ
แพทย์ที่มีงานบริการทางการแพทย์ ได้แก่โรงพยาบาล/สถาบัน
รวมทั้งศูนย์วิชาการในส่วนภูมิภาค ทั้ง 25 แห่ง มีการพัฒนาคุณภาพ
เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการประเมินจากองค์กรภายนอกในปี พ.ศ.
2543

ทั้งนี้ นอกจากเพื่อพัฒนาตนเองแล้ว ยังจะมีความพร้อมที่
จะช่วยพัฒนาหน่วยงานบริการทางการแพทย์อื่นๆ โดยเฉพาะ
อย่างยิ่งในกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่กรม
การแพทย์มีศักยภาพในฐานะเป็นศูนย์วิชาการ เช่นในส่วนของ
มาตรฐานและเทคโนโลยีด้านคลินิกบริการ เป็นต้น

วิสัยทัศน์ “ทุกหน่วยงานบริการของกรมการแพทย์ เป็น
หน่วยบริการที่ได้รับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital
Accreditation)

แผนกลยุทธ์ที่ 1: สร้างความเข้าใจ และเจตคติที่ดีต่อแนวคิดการ
พัฒนาคุณภาพร่วมสมัย

มีการประกาศนโยบายและสัมมนาผู้บริหารเมื่อเดือนมีนาคม
2541 และประชุมนำเสนอผลงานพัฒนาคุณภาพในเดือนสิงหาคม
ของทุกปี

แผนกลยุทธ์ที่ 2: ส่งเสริมให้หน่วยบริการสามารถประยุกต์ใช้องค์
ความรู้ด้านการบริหารจัดการร่วมสมัย และเทคโนโลยีทางการ

แพทย์ที่เหมาะสมใช้ในการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการ

มีการสร้างผู้ประสานงานคุณภาพ วิทยากร และสัมมนาการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพ

แผนกลยุทธ์ที่ 3: สนับสนุนให้หน่วยบริการมีระบบประเมินตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA.)

มีการตรวจเยี่ยม/ประเมินการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ, การประเมินตนเอง, การเยี่ยมสำรวจภายใน, และการประเมินความพร้อมของหน่วยงานเพื่อการเยี่ยมสำรวจจากภายนอก

ขณะนี้โรงพยาบาล/สถาบันและศูนย์วิชาการทุกแห่งในสังกัดกรมการแพทย์ กำลังดำเนินการในขั้นตอนต่างๆ เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2543

นอกจากนี้กรมการแพทย์ยังได้ดำเนินการร่วมกับสถาบันอื่นๆ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการพัฒนาระบบคุณภาพ Hospital Accreditation อีก เช่น

1. การจัดประชุม National Forum on Hospital Accreditation ร่วมกับกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข และภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 24-26 พฤศจิกายน 2541 ณ อาคารเฉลิมพระบารมี แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย มีผู้เข้าร่วมประชุมมากกว่า 2,000 คน และรับชมทางการถ่ายทอดโทรทัศน์ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ของกระทรวงสาธารณสุขอีกประมาณ 1,700 คน นับว่าเป็นการประชุมที่มีผู้ให้ความสนใจมากที่สุดครั้งหนึ่ง แสดงถึงความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกองค์การเป็นอย่างมาก

การประชุม National Forum ครั้งที่สอง คาดว่าจะจัดใน
ประมาณเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2543

2. การเป็นเจ้าภาพจัด WHO/SEA Region Inter-country Meeting on Hospital Accreditation ที่กรุงเทพฯ เมื่อวันที่ 7-11 ธันวาคม พ.ศ. 2541 มีผู้เข้าร่วมประชุม 30 คน จาก 10 ประเทศ ที่ประชุมสรุปมติดังนี้ :

Recommendation for member countries:

1. To mobilise political commitment for introducing hospital accreditation for improving quality of care.
2. To promote and generate awareness on hospital accreditation among professional bodies, private and public health care providers, academic circles public figures or opinion makers.
3. To designate focal points within the respective Ministries of Health for promotion of hospital accreditation
4. To form working groups for the development standards of care for various services in the hospital
5. To use the documentation provided by SEARO including the manual on hospital accreditation as a starting point for developing country specific manuals.
6. To promote and support the establishment of national body on hospital accreditation

7. To develop national capacity through training of a core team in the concept and application of accreditation activities.
8. To introduce quality assurance and accreditation in both basic and postgraduate education in all healthcare professions, particularly in courses on health services management.
9. Establish network (formal / informal) within and between countries.
10. To research, document and disseminate case studies.

3. เป็นที่ปรึกษาการพัฒนาคุณภาพด้วยระบบ Hospital Accreditation ให้กับโรงพยาบาลหลายแห่ง เช่น กลุ่มโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช 7 แห่ง และโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนบางแห่ง

4. เป็นวิทยากรด้านการพัฒนาคุณภาพให้กับโรงพยาบาลภาครัฐ และเอกชนต่าง ๆ

บทออบาคค

ในปัจจุบันประเทศไทยเผชิญกับภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ ระบบราชการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง ภายใต้กระแสการปฏิรูประบบราชการ และการปรับบทบาทและภารกิจขององค์กรรัฐ กระทรวงสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งของระบบราชการที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง กรมการแพทย์เป็นกรมวิชาการหนึ่งของกระทรวง

สาธารณสุข จำเป็นต้องพัฒนาความพร้อมขององค์กรต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในปัจจุบันและอนาคต

สิ่งที่กรรมการแพทย์ต้องเตรียมการ

1. รัฐบาลทบทวนหน้าที่ของตนเองอย่างชัดเจน ซึ่งต้องมีการปรับบทบาทภารกิจพร้อมกับกระทรวง โดยการมีส่วนร่วมจากสังคม
2. เตรียมความพร้อม ความเข้มแข็งของบุคลากรและระบบงาน เพื่อรองรับต่อการเปลี่ยนแปลง เช่น
 - ความพร้อมด้านระบบคุณภาพ ทั้งบุคลากรและระบบงาน
 - ความพร้อมด้านระบบการประเมินองค์กร ประเมินหน่วยงาน และประเมินบุคลากร
 - ความพร้อมด้านระบบการเงิน ที่จะมีการเปลี่ยนไปเป็นระบบ Performance Based Budgeting System
 - ความพร้อมด้านระบบข้อมูล และเทคโนโลยีของระบบข้อมูล ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

TQM/HA เป็นระบบคุณภาพที่ครอบคลุมงานด้านต่างๆ ของโรงพยาบาล และเป็นระบบที่สามารถทำให้เกิดความยั่งยืนได้ต่อไปในอนาคต เนื่องจากเป็นระบบที่เน้นการพัฒนาคน และเน้น “ใจ” คนเป็นเป้าหมายสำคัญ

กรรมการแพทย์มีนโยบายการใช้ TQM/HA เป็นเครื่องมือในการพัฒนาให้หน่วยงานในสังกัดมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ปัญหาอุปสรรค

1. การสร้างความเข้าใจ การยอมรับ และความมุ่งมั่นร่วมกันในการพัฒนาคุณภาพ เป็นเรื่องไม่ถนัดนักในการสื่อสารนโยบาย

ไปสู่ผู้บริหารโรงพยาบาล/สถาบันทั้ง 25 แห่งในกรมการแพทย์ เพื่อให้เรียนรู้และมีความมุ่งมั่นในการนำองค์กรของตนเอง ไปสู่เป้าหมายเดียวกันการให้ความรู้ในโอกาสต่างๆ อย่างต่อเนื่อง เช่น การประชุม การสัมมนา การอบรม การดูงาน รวมทั้งการดูงานในต่างประเทศของผู้บริหารจะมีส่วนในการกระตุ้นให้ผู้บริหารยอมรับ เข้าใจ และนำองค์กรภายใต้การบังคับบัญชาของตนได้

2. ความสับสนในระบบ/เครื่องมือการพัฒนาคุณภาพด้านต่างๆ รวมถึงการยึดติดในการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ และระบบที่ต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่าง Hospital Accreditation กับ ISO จนทำให้เกิดความสับสน และเกิดความรู้สึกของการเป็นคู่แข่ง

3. ความไม่แน่ใจในความต่อเนื่องของนโยบายการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล/สถาบันในสังกัดกรมการแพทย์ โดยเฉพาะในประเด็นว่ากรมการแพทย์ควรมีบทบาทมากเท่าใด ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลของประเทศ

4. ประชาชนและสังคมให้ความสำคัญกับคุณภาพของโรงพยาบาลมากขึ้น แต่ยังไม่เข้าใจในหลักการและวัตถุประสงค์ของ Hospital Accreditation อย่างแท้จริง และส่วนมากยังมองเรื่องคุณภาพโรงพยาบาลในมิติด้านบริการ (service quality) เป็นสำคัญและอาจมีความคาดหวังต่อโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพผิดได้ โดยอาจจะเปรียบเทียบกับโรงแรมระดับ 5 ดาว หรือจะต้องไม่มีความผิดพลาดในการรักษาพยาบาลเลย

ข้อเสนอแนะ

1. สร้างผู้นำ การพัฒนาคุณภาพทุกระดับในองค์กร
2. ให้ความรู้ที่ถูกต้องและทันสมัยในกระบวนการพัฒนา

คุณภาพ

3. สร้างใจ-ความมุ่งมั่น ให้กับผู้ร่วมงาน
4. หาแนวร่วม ด้วยการสร้างพันธมิตรในระดับต่างๆ ระหว่างองค์กร และสร้างทีมในองค์กรเดียวกันให้มากขึ้น
5. สร้างกระแส ในองค์กรและในสังคม
6. ช่วยกันสร้างระบบ ในระดับองค์กร และในระดับประเทศ

การพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล เป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างยิ่งประการหนึ่ง ในการปฏิรูปบริการสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งมีองค์ประกอบอื่นๆ หลายประการ เช่น การพัฒนาระบบการเงินด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพและการกระจายของบุคลากร การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการการแพทย์ และการส่งต่อ เป็นต้น

การพัฒนาคุณภาพด้วยระบบ Hospital Accreditation มีความครอบคลุมในมิติคุณภาพต่างๆ ทั้งด้านบริการ บริหาร และด้านคุณภาพทางการแพทย์รวมถึงจริยธรรมองค์กร และจริยธรรมวิชาชีพ ในกระบวนการและมาตรฐานทั่วไปของระบบ HA จะมีความคล้ายคลึงและมีองค์ประกอบใกล้เคียงกับระบบมาตรฐานคุณภาพ ที่มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับในระดับสากลหลายระบบ เช่น Malcolm Balridge Quality Criteria, ISO, Benchmarking เป็นต้น

การพัฒนาองค์กรด้วยระบบคุณภาพต่างๆ จะนำไปสู่สิ่งทีเรียกว่า องค์กรแห่งการเรียนรู้ (learning organization) และ องค์กรธรรมรัฐ (good governance) ในที่สุด ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมของคนภายในองค์กร (participation)
2. มีความโปร่งใส (transparency)
3. ตรวจสอบได้ (accountability)

4. มีประสิทธิผล (efficiency)
5. มีประสิทธิภาพ (effectiveness)
6. มีกฎระเบียบที่ดี (good legal framework)

3.5 หยั้งรากลคุณภาพในโรงพยาบาลเอกชน

นพ.สิทธิศักดิ์ พฤษชัยปิติกุล

ภาพข้างล่างนี้แสดงความกดดันที่กำลังเกิดขึ้นแก่
โรงพยาบาลเอกชน

- ความคาดหวังของชุมชนเพิ่มมากขึ้น
- ความคาดหวังของผู้รับบริการสูงขึ้น
- ความคาดหวังของพนักงานสูงขึ้น
- ความคาดหวังของผู้ถือหุ้นเรื่องเงินปันผล
- ข้อบัญญัติของกฎหมายใหม่ๆ เพิ่มขึ้น
- ค่าประกาศสิทธิผู้ป่วยที่มีผลบังคับใช้
- ภาวะกีดกันทางการค้าที่รุนแรงขึ้น
- ผลของโลกาภิวัตน์และการแข่งขันไร้พรมแดน รวมทั้งการเคลื่อนย้ายของเงินทุนที่รวดเร็ว
- ความเสี่ยงในการถูกฟ้องร้องเพิ่มขึ้น
- มาตรฐานวิชาชีพที่เข้มงวดขึ้น
- เทคโนโลยีที่เปลี่ยนไป
- ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลเอกชน

- ความเชื่อมั่นของผู้รับบริการ
- ความผิดพลาดในการให้บริการ
- ข้อกำหนดด้านสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มขึ้น
- ข้อกำหนดด้านสุขภาพและความปลอดภัย
- การตรวจสอบจากองค์กรภายนอกเพิ่มขึ้น
- วิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ
- สถานะการเงินที่ผันผวน
- การเป็นองค์กรมหาชนอิสระของรพ.ของรัฐ
- ความสำเร็จของคู่แข่งทั้งในเรื่องธุรกิจและการได้รับการรับรองเรื่องคุณภาพ
- ความเข้มแข็งขององค์กรผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย อาทิ สำนักงานประกันสังคม บริษัทประกันชีวิต บริษัทประกันสุขภาพ
- ปัจจัยทางการเมือง การปกครองประเทศ

บุคลากรที่ดี?

ระบบงานที่ดี?

ความสัมพันธ์ที่ดี?

ระบบบริหารจัดการที่ดี?

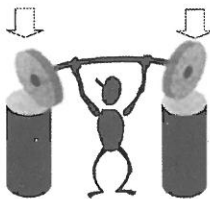
พันธมิตรธุรกิจที่เข้มแข็ง?

การบริหารความเสี่ยงที่ดี?

ระบบเครือข่ายสุขภาพที่ดี?

การสื่อสาร/สารสนเทศที่ดี?

จรรยาบรรณ/มาตรฐานวิชาชีพ?



โรงพยาบาลควรใช้อะไร
เป็นตัวช่วยเพื่อรับมือ
ความกดดันเหล่านี้?

ทิศทางการปรับตัวของโรงพยาบาลเอกชนไทยควรเป็นไปในทิศทางใด ยังคงเป็นคำถามที่ท้าทาย ขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์ และการปรับตัวของแต่ละองค์กร อย่างไรก็ตาม มีแนวโน้มที่จะเป็นไปในทิศทางนี้คือ

1. มีระบบบริการที่ได้ตามมาตรฐาน
2. มีระบบงานและระบบบริหารเงิน/ทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใสและตรวจสอบได้
3. มุ่งเน้นการบรรลุความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการเป็นหลัก
4. มุ่งเน้นความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชน
5. การร่วมกันจัดตั้งเป็นเครือข่ายสุขภาพ
6. การทำงานร่วมกันกับองค์กรผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในลักษณะที่เป็นพันธมิตร
7. การมุ่งพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้สามารถดำรงศักยภาพในการแข่งขันได้อย่างยั่งยืน
8. การร่วมรับผิดชอบต่อสังคม ชุมชน และสิ่งแวดล้อมมากขึ้น
9. มุ่งเน้นการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด

3.6 ขยับรากคุณภาพใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

รศ. นพ.อภิชาติ ศิวยาธร

รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพงาน

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ปัญหาในด้านคุณภาพบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีพื้นฐานปัญหาที่แตกต่างจาก
โรงพยาบาลทั่วไปหลายประการ

1. พันธกิจ

โรงเรียนแพทย์มีพันธกิจหลักหลายด้าน ได้แก่ การเรียน การสอน การวิจัยและการรักษาพยาบาล ในทางปฏิบัติ คณาจารย์ในโรงเรียนแพทย์ส่วนใหญ่มุ่งเน้นความสำคัญในการผลิตแพทย์ทั่วไปและแพทย์เฉพาะทางเป็นพันธกิจหลัก พัฒนาการจึงมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางวิชาการ โดยมีการทุ่มเททรัพยากรต่างๆ ไปในการพัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีความชำนาญเฉพาะทางและการพัฒนาเทคโนโลยีระดับสูง โครงสร้างการบริการสาธารณสุขในโรงเรียนแพทย์จึงน่าจะตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยตติยภูมิ แต่ในขณะเดียวกันโรงเรียนแพทย์ก็จำเป็นต้องให้บริการทางการแพทย์พื้นฐานเพื่อให้มีผู้ป่วยเพียงพอสำหรับการสอนนักศึกษาแพทย์ ส่งผลให้มีการบริการทางการแพทย์ในทุกระดับ ประกอบกับการได้รับความนิยมนิยมจากประชาชนซึ่งมีความเชื่อว่าโรงเรียนแพทย์มีบุคลากรซึ่งมีความเชี่ยวชาญสูง มีเครื่องมือเครื่องมือในการ

รักษาโรคที่ทันสมัย จึงทำให้มีผู้ป่วยมาใช้บริการเป็นจำนวนมาก ส่งผลกระทบถึงคุณภาพการบริการซึ่งไม่อาจดูแลได้ทั่วถึง

2. ระบบบริหาร

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสังกัดอยู่กับคณะแพทยศาสตร์ โดยมีคณบดีเป็นผู้บริหารสูงสุด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมิได้มีอำนาจบังคับบัญชาอย่างเบ็ดเสร็จ โดยจะดูแลโครงสร้างพื้นฐาน และบุคคลากรทั่วไปเป็นหลัก ส่วนแพทย์ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ก็คืออาจารย์ซึ่งสังกัดอยู่กับภาควิชาต่างๆ นอกจากนั้นในเรื่องของการเงิน การเจ้าหน้าที่ ก็มักจะมียอคะณบดีท่านอื่นๆ เป็นผู้ดูแล ส่งผลให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลไม่เป็นเอกภาพ การพัฒนางานบริการผู้ป่วย ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลากรหลายๆ ฝ่ายจึงเป็นไปได้ด้วยความลำบาก และมักจะดำเนินการไปในลักษณะที่ต่างคนต่างทำ

3. การวางแผนพัฒนา

เน้นในเรื่องของโครงสร้างและเทคโนโลยีระดับสูง ขาดการกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กรที่ชัดเจน จึงทำให้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีขนาดใหญ่ขึ้นเรื่อยๆ และขยายความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ต้องใช้งบประมาณจำนวนมหาศาลในการดำเนินการ

4. การปฏิรูปการดำเนินการ

เป็นไปได้ด้วยความลำบาก เนื่องจากผู้บริหารส่วนใหญ่ไม่ใช่ นักบริหารมืออาชีพ รวมทั้งการขาดความต่อเนื่องในนโยบาย เนื่องจากผู้บริหารต้องเปลี่ยนชุดไปตามวาระ นอกจากนั้น

คณาจารย์ซึ่งเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีบทบาทสูงภายในองค์กร ต่างก็มีความเป็นอิสระในความคิด จึงทำให้แนวคิดใหม่ๆ เพื่อการ พัฒนาระบบบริหารไม่อาจก้าวหน้าไปได้มากเท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาในระยะต่อไป

ในปัจจุบันได้มีกระแสการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญหลาย ประการที่ทำให้โรงเรียนแพทย์จำเป็นต้องทบทวนและปฏิรูป โครงสร้าง ระบบบริหาร ของตนเองอย่างจริงจัง และสามารถ เปลี่ยนกระแสนีบริดเหล่านี้มาเป็นโอกาสในการพัฒนา

1. การพัฒนาคุณภาพบริการ

การจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองระบบคุณภาพ โรงพยาบาลขึ้น นับว่ามีส่วนสำคัญยิ่งในการผลักดันให้ โรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศต้องดำเนินการพัฒนาคุณภาพการ บริการอย่างจริงจัง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยไม่อาจจะหลีกเลี่ยง จากกระแสนี้ได้ และมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการปรับปรุง คุณภาพบริการของตนเอง การดำเนินการในแนวนี้นี้ของ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยน่าจะเป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้การพัฒนา องค์กรเป็นไปได้

2. การออกนอกกรอบ

การผลักดันให้มหาวิทยาลัยของรัฐเปลี่ยนสถานภาพเป็น มหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐบาลได้มีการดำเนินการมาอย่าง ต่อเนื่องทำให้มหาวิทยาลัยต้องมีการเตรียมการในเรื่องนี้อย่าง จริงจังและจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในระบบโครงสร้างบริหาร

ระบบบุคลากร ระบบการเงินและงบประมาณ ระบบการกำกับ
ตรวจสอบ และระบบสารสนเทศ การดำเนินการในแนวนี้จะทำให้
โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยมีโครงสร้างการบริหารที่ชัดเจนขึ้น
มีระบบบุคลากรและการเงินของตนเอง และสามารถกำหนด
เป้าหมายทิศทางและจุดเน้นของการบริการทางการแพทย์ได้
ชัดเจนมากขึ้น

3. การลดลงของทรัพยากร

มาตรการปรับลดจำนวนข้าราชการของรัฐและแนวโน้มใน
การจ่ายค่าตอบแทนสวัสดิการการรักษาพยาบาลตามกลุ่มการ
วินิจฉัยโรค จะเป็นแรงกระตุ้นที่สำคัญที่ทำให้โรงพยาบาล
มหาวิทยาลัยต้องปรับระบบการดำเนินงาน โดยเน้นเป้าหมายและ
ผลลัพธ์ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ตอบสนองต่อความ
ต้องการของสังคมและประเทศชาติได้

3.7 The Thai Hospital Accreditation Program in Health Care Reform Environment

Anthony Wagemakers

ที่ปรึกษาสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

เป็นที่แน่ชัดว่ากำลังมีการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างขนานใหญ่ขึ้นในปัจจุบัน การปฏิรูปนี้ได้ดำเนินการมาเป็นเวลาหลายปีแล้ว ถึงวันนี้กำลังเป็นที่สนใจทั้งภายในประเทศและจากต่างประเทศ เรากำลังเคลื่อนผ่านช่วงเวลาที่เป็นรอยต่อซึ่งระบบบริการสุขภาพที่เราเคยรู้จักนั้นไม่เป็นที่ยอมรับอีกต่อไป ไม่เป็นที่ยอมรับของผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นผู้ให้บริการ ไม่เป็นที่ยอมรับของผู้จ่ายเงิน ซึ่งได้แก่ รัฐบาล บริษัทประกัน และปัจเจกซึ่งจ่ายเงินจากกระเป๋าของตัวเอง รวมทั้งไม่เป็นที่ชอบรับของผู้รับบริการ มีเสียงเรียกร้องให้ปรับปรุงไปสู่บริการที่มีคุณภาพ ภายใต้การควบคุมค่าใช้จ่ายที่เหมาะสม

จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น แต่เราไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง เป็นการยากลำบากที่สุดที่จะให้มีการเปลี่ยนแปลงและบริหารการเปลี่ยนแปลง วิฤต เศรษฐกิจเมื่อปี 1997 ทำให้เราตั้งข้อสงสัยกับระบบบริการสุขภาพของเรา เรามีเหตุผลอย่างเต็มเปี่ยมที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เราต้องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อสู้กับปัญหาที่ทำนาย ผู้บริหารทุกระดับขององค์กรถูกกดดันให้ประเมินบริการสุขภาพที่ตนรับผิดชอบอยู่ มีทางเลือกเหลืออยู่น้อยมากหรือไม่มีเลย ผู้อำนวยการต้องบริหารจัดการให้ได้ภายในทรัพยากรที่มีอยู่ วิฤตค่าเงินทำให้ทรัพยากร

เหล่านี้ลดลงเกือบครึ่งหนึ่ง ผู้อำนวยการถูกคาดหวังให้จัดบริการมากขึ้นในขณะที่ทรัพยากรลดลง

น่าจะเป็นการดีที่จะได้มีการทบทวนกันว่ากระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation-HA) มีบทบาทอย่างไรต่อการปฏิรูประบบสุขภาพ HA เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบของผู้บริหารที่จะให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพภายในทรัพยากรที่จำกัดโดยสร้างสิ่งแวดล้อมที่มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง HA เป็นเรื่องของ การประเมินตนเอง การเรียนรู้และการพัฒนาอย่างต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด การประเมินตนเองนี้ไม่ได้ประเมินเพียงกิจกรรมของผู้ให้บริการ แต่ประเมินภาพรวมของบริการแต่ละโปรแกรมที่เกิดขึ้นด้วย HA ผลักดันให้เกิดวัฒนธรรมของการนำและความร่วมมือทำงานเป็นที่ระหว่างวิชาชีพ HA ผลักดันให้เกิดค่านิยม บรรทัดฐาน ภาษา และพฤติกรรมใหม่ๆ HA ผลักดันให้มีการพัฒนาทักษะใหม่ๆ สำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ HA ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พื้นฐานหรือ DNA ขององค์กร เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีคิดและพฤติกรรมของแต่ละคน รวมทั้งพฤติกรรมขององค์กรในโรงพยาบาล HA ส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ โดยมีศูนย์รวมอยู่ที่การประเมินตนเองสำหรับการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

เราให้ความหมายของการประเมินตนเองอย่างไร

คำถามซึ่งแต่ละคนจะต้องถามตนเองอย่างต่อเนื่องคือ:

เรากำลังทำอะไรอยู่, เราทำได้ดีหรือไม่, เราพยายามหาโอกาสที่จะปรับปรุงให้ดีขึ้นหรือไม่

แต่ละบุคคล แต่ละทีมสหสาขาในหน่วยงานของเรา และ
ทีมงานของโรงพยาบาลโดยรวม ปฏิบัติตามข้อกำหนดใน
มาตรฐานโรงพยาบาลหรือไม่

เราวัดสัมฤทธิ์ผลของเราในเรื่องต่อไปนี้ได้อย่างไร: พันธกิจ
เป้าประสงค์ วัตถุประสงค์, โครงสร้างองค์กร การนำ การบริหาร
การดูแลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และการวางแผนยุทธศาสตร์,
การบริหารทรัพยากรบุคคลและความเหมาะสมเพียงพอของ
เจ้าหน้าที่ที่จะให้บริการ

สิ่งเหล่านี้สัมพันธ์กับพันธกิจ วิสัยทัศน์ และเป้าประสงค์ทาง
ยุทธศาสตร์และลำดับความสำคัญของโรงพยาบาลอย่างไร: การ
พัฒนาทักษะและความรู้ของเจ้าหน้าที่, นโยบายและระเบียบ
ปฏิบัติที่จะให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ, การ
ประเมินสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัย และการบริหารความเสี่ยง,
การบำรุงรักษาและซ่อมแซมเครื่องมือ, กระบวนการพัฒนาและ
ระบบคุณภาพ

การเรียนรู้

เราจะต้องเน้นความสำคัญขององค์กรแพทย์และกิจกรรม
ขององค์กรแพทย์เกี่ยวกับคุณภาพ กิจกรรมเหล่านี้ได้แก่
credentialing หรือการตรวจสอบคุณสมบัติของแพทย์แต่ละคน
และการให้สิทธิวิสาสามารถให้การดูแลผู้ป่วยอะไรได้บ้าง, peer
review หรือการทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพซึ่งเป็นเครื่องมือ
เรียนรู้เพื่อการพัฒนาทักษะของแพทย์, การตรวจสอบการวินิจฉัย
ความเหมาะสมของการรักษา และการตอบสนองต่อการรักษา,
การบันทึกเวชระเบียน การใช้เวชระเบียนในการประเมินและการ

การพัฒนาคุณภาพ

ถ้าการพัฒนาคุณภาพเป็นเกม เราต้องสนใจกฎของเกม เพื่อให้มั่นใจว่าจะบรรลุเป้าหมายที่เราต้องการ

กฎข้อ 1 เราต้องยอมรับปรัชญาของการเน้นตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน ชำรงความมุ่งหมาย พันธกิจ เป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ของเราไว้ในใจ

กฎข้อ 2 เราต้องริเริ่มกิจกรรมของเราในลักษณะการทำงาน เป็นทีมระหว่างวิชาชีพหรือระหว่างหน่วยงาน ในลักษณะที่พึ่งพาอาศัยกันและกัน นั่นคือ ฉันจะทำงานได้ดีเมื่อเธอส่งงานที่ดีให้ฉัน

กฎข้อ 3 เราต้องทำงานโดยอาศัยกระบวนการวิทยาศาสตร์ โดยการสืบค้น การประเมิน และการวิจัย เพื่อให้มีข้อมูลและข้อเท็จจริงเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจ

กฎข้อ 4 เราต้องมุ่งเน้นที่มาตรฐานโรงพยาบาลและประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐานอยู่ตลอดเวลา