

Original Article

นิพนธ์จันทน์ฉบับ

# ความเห็นของผู้ให้บริการต่อการพัฒนาคุณภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล ฉบับปีกาณจนากิเชก : กรณีศึกษาระบบสารสนเทศ

กฤษณ์ พงศ์พิรุฬห์

สัญญา ศรีรัตนะ

หทัยชนก สุมาลี

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาประเด็นปัญหาที่สำคัญต่อโรงพยาบาลซึ่งได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation, HA) ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขต่อไป โดยใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง ซึ่งจัดขึ้นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๕ แห่ง ได้แก่ กาญจนบุรี ขอนแก่น ภูเก็ต พิษณุโลก และระยอง จังหวัดละ ๑ กลุ่ม กลุ่มละ ๒๒-๔๑ คน โดยเป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างในการสุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในจังหวัด ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาและดำเนินการระบบสารสนเทศและ/หรือการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล แห่งละ ๑-๒ คน รวมทั้งสิ้น ๑๓๗ คน จากโรงพยาบาล ๖๐ แห่ง ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๗ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลร่วมกับการสอบถามเพิ่มเติมหลังการอภิปราย ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดตั้งคณะกรรมการสารสนเทศโดยที่ยังไม่เข้าใจถึงบทบาทที่แท้จริง โดยเฉพาะบทบาทที่ทับซ้อนกันระหว่างหน่วยงานผู้ดูแลระบบคอมพิวเตอร์ หรือเวพระเบียม และคณะกรรมการสารสนเทศของโรงพยาบาล ก่อให้เกิดปัญหาในการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ประกอบกับความสับสนในการตีความมาตรฐาน ทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงการทำงานเข้ากับตัวมาตรฐานได้ นอกจากนี้ การนำสารสนเทศที่มีอยู่ไปใช้ประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย การบริหารจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ ที่กำหนดไว้เป็นประเด็นสำคัญ เป็นปัญหาที่โรงพยาบาลทุกแห่งยังคงประสบอยู่

**คำสำคัญ:** การพัฒนาคุณภาพ, ระบบสารสนเทศ, มาตรฐานโรงพยาบาล, ความเห็นของผู้ให้บริการ

## บทนำ

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในประเทศไทย มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ (Hospital Accreditation, HA) โดยอิงตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปี

กาณจนากิเชก<sup>(๑)</sup> ซึ่งมีสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เป็นองค์กรหลักในการเข้าเยี่ยมชมให้คำปรึกษาและประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ดังกล่าว กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรง-



พยาบาลของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วย ๒ ส่วนใหญ่ ๆ คือ การเข้าเยี่ยมให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพโดยที่ปรึกษา และการเยี่ยมสำรวจโดยผู้เยี่ยมสำรวจจากภายนอกเพื่อเก็บหลักฐานของการพัฒนาคุณภาพ แล้วจัดทำรายงานส่งคณะกรรมการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ทางสถาบันฯ ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อพิจารณา ทั้งนี้โรงพยาบาลจะต้องจัดทำแบบประเมินตนเองให้ที่ปรึกษาและ/หรือผู้เยี่ยมสำรวจศึกษาก่อนที่จะเข้าเยี่ยมโรงพยาบาล

การรับรองคุณภาพในปัจจุบันแบ่งเป็น ๓ ระดับใช้ชื่อว่า “บันได ๓ ชั้น” โดยบันไดชั้นที่ ๑ หมายถึงการที่โรงพยาบาลได้มีการทบทวนเหตุการณ์หรือข้อมูลสำคัญต่าง ๆ มีการเรียนรู้จากเหตุการณ์จริง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงคตติในการมองปัญหา ความเข้าใจสาเหตุของปัญหา เริ่มมีการวางระบบเพื่อป้องกันปัญหาหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อเป็นพื้นฐานไปสู่การวางระบบงานที่รัดกุมมากขึ้นเป็นลำดับเมื่อมีการทำต่อเนื่องเป็นประจำ ในขณะที่บันไดชั้นที่ ๒ หมายถึงโรงพยาบาลมีการวางระบบงานที่สามารถครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมดได้ดี นำมาตรฐานโรงพยาบาลในส่วนที่จำเป็นและปฏิบัติได้ไม่ยากมาวิเคราะห์และพัฒนา นอกจากนี้ยังรวมถึงโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดบางอย่างที่อาจต้องใช้ระยะเวลาในการแก้ปัญหา เช่น การปรับปรุงโครงสร้างที่จำเป็น ความขาดแคลนทรัพยากร ทำให้ยังไม่สามารถได้รับการ

รับรองในบันไดชั้นที่ ๓ ซึ่งหมายถึงโรงพยาบาลได้มีการวางระบบที่สมบูรณ์ สอดคล้องกับมาตรฐานโรงพยาบาลรวมทั้งมีวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ<sup>(๒)</sup>

อย่างไรก็ตาม แม้ว่ากระบวนการให้คำปรึกษาและเยี่ยมสำรวจจะได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องมาระดับหนึ่งแต่กลับเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลซึ่งผ่านการรับรองได้น้อยกว่าที่ควรจะเป็น เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลทั้งหมดดังแสดงในตารางที่ ๑<sup>(๒,๓)</sup>

ข้อมูลจากงานวิจัยภายในประเทศหลายชิ้น พบว่าเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ ยังไม่เข้าใจในหลักการพัฒนาคุณภาพตามแนวทางของ HA ที่ดีเพียงพอ<sup>(๔,๕)</sup> การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหารายละเอียดเพิ่มเติมของปัญหาดังกล่าว เพื่อนำมาประกอบการวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขต่อไป โดยใช้ประเด็นเกี่ยวกับระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลเป็นกรณีศึกษาเนื่องจากมีความเป็นนามธรรมสูง

### วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคมถึงตุลาคม พ.ศ. ๒๕๔๗ ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๕ แห่ง ได้แก่ กาญจนบุรี ขอนแก่น ภูเก็ต พิชณุโลก และระยอง จังหวัดละ ๑ กลุ่ม โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วยผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ

ตารางที่ ๑ โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ในระดับต่าง ๆ ช่วง พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๔๗

	๒๕๔๔	๒๕๔๕	๒๕๔๖	๒๕๔๗
ผ่านการรับรอง HA	๖	๑๒	๓๕	๓๐
กิตติกรรมประกาศ บันไดชั้นที่ ๒	-	-	๑	๑๐
กิตติกรรมประกาศ บันไดชั้นที่ ๑	-	-	๑	๔๒๕

ที่มา: คัดแปลงจาก รายงานประจำปีสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๗<sup>(๒,๓)</sup>

และเอกชนในจังหวัด ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนา และดำเนินการระบบสารสนเทศและ/หรือการพัฒนา คุณภาพของโรงพยาบาล แห่งละ ๑-๒ คน รวมเป็น จำนวนทั้งสิ้น ๑๓๗ คน จากโรงพยาบาล ๖๐ แห่ง (ตารางที่ ๒)

ทีมผู้วิจัย กำหนดแนวคำถามเกี่ยวกับการพัฒนา คุณภาพ ในภาพรวมและในส่วนของระบบสารสนเทศ ของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง โดยเน้นความเป็นกันเองใน วงสนทนา เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมจากผู้เข้าร่วม ประชุมให้มากที่สุด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ร่วมกับการสอบถามเพิ่มเติมหลังการสนทนากลุ่ม (inter-viewer & data triangulation)

### ผลการศึกษา

#### ลักษณะทั่วไปของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม ได้ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามแนวทางของสถาบันฯ โดยมีการจัดตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา คุณภาพตามความเข้าใจของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง มี การศึกษามาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาฎจนภิเษก และจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพต่าง ๆ จนได้รับการ รับรองคุณภาพในแต่ละระดับการพัฒนาตามบันได ๓ ชั้น

ดังแสดงให้เห็นในตารางที่ ๒

#### ปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ

ในภาพรวม แม้ว่าโรงพยาบาลหลายแห่ง จะประสบ ความสำเร็จในการดำเนินงาน แต่ก็พบว่าโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ยังคงสับสนในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ในหลายประเด็น โดยเฉพาะการจัดตั้งคณะกรรมการ สารสนเทศ ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกจากหลายหน่วย งานในโรงพยาบาล เพื่อทำหน้าที่มองภาพรวมของ โรงพยาบาล วิเคราะห์และออกแบบระบบสารสนเทศที่ เหมาะสม เพื่อใช้สารสนเทศให้เกิดประโยชน์ต่อการ ดูแลรักษา การบริหารจัดการ และการพัฒนาคุณภาพ

จากการสนทนากลุ่ม พบว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่ง จัดโครงสร้างการทำงานแตกต่างกัน ส่วนใหญ่ยังไม่ สามารถเชื่อมโยงการทำงานเข้ากับตัวมาตรฐานได้ มี การจัดตั้งคณะกรรมการสารสนเทศโดยที่ยังไม่เข้าใจถึง บทบาทที่แท้จริง โดยเฉพาะบทบาทที่ทับซ้อนกัน ระหว่างหน่วยงานผู้ดูแลระบบคอมพิวเตอร์ และคณะ กรรมการสารสนเทศของโรงพยาบาล

“...ไม่เข้าใจเรื่องการจัดทีม...” (ผู้ประสานงานของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)

“...มีปัญหาเรื่องการจัดกรรมการ เนื่องจากคนมัก คิดว่ากรรมการเป็นคนรับใช้...” (รพ.ป)

ตารางที่ ๒ จำนวนและระดับการพัฒนาของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ตามบันได ๓ ชั้น

จังหวัด	โรงพยาบาล ทั้งหมดในจังหวัด	โรงพยาบาล ที่เข้าร่วมสนทนา	จำนวน คน	ยังไม่ ผ่าน	บันได ชั้นที่ ๑	บันได ชั้นที่ ๒	บันได ชั้นที่ ๓
กาญจนบุรี	๒๐	๑๓	๒๖	๕	๑	๐	๑
ขอนแก่น	๒๗	๒๐	๔๑	๑๒	๖	๐	๒
ภูเก็ต	๗	๗	๒๖	๖	๐	๐	๑
พิษณุโลก	๑๘	๑๑	๒๒	๕	๖	๐	๐
ระยอง	๑๑	๕	๒๒	๕	๔	๐	๐

ที่มา: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (ข้อมูลปี ๒๕๔๗)

“...ตอนนี้มีกรรมการ IT (Information Technology) ๔-๕ คน เน้นเพียงเรื่องการติดตามตัวชีวิตต่าง ๆ ...” (รพ.ฝ)

“...ไม่มั่นใจว่ากรรมการ IM (Information Management) จะทำหน้าที่ได้เต็มที่หรือไม่ โดยเฉพาะการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล แม้ว่าบางเรื่อง เช่น การทบทวนเวชระเบียนจะค่อนข้างชัด...” (รพ.อ)

“...พบปัญหาในเรื่องการจัดตั้งคณะกรรมการ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่อยู่นานจะอายุมาก ส่วนคนที่ลงข้อมูลจริง ๆ มักเป็นเด็กจบใหม่ ซึ่งเมื่อได้รับการอบรมแล้ว อยู่ได้ไม่นานก็ย้ายไป การตั้งคณะกรรมการก็ต้องเปลี่ยนไปเรื่อย ๆ ซึ่งปัญหาก็เปลี่ยนตาม...” (รพ.ก)

“...ดูเหมือนว่ามาตรฐานที่เขียนไว้ พยายามรวมเรื่องเวชระเบียนเข้ากับสารสนเทศ ซึ่งจริง ๆ แล้วคิดว่ายังไม่พอ... ปัญหาก็คือ ในรพ.จะมีใครคอยมาทำ ซึ่งรพ.ในระดับต่าง ๆ มีขอบเขตงานและการกิจไม่เหมือนกัน...” (รพ.ข)

“...แม้แต่ในคณะกรรมการสารสนเทศก็ยังคงจึงเริ่มทำส่วนของเวชระเบียนก่อน ไม่ได้พูดถึงคอมพิวเตอร์เลย จึงขอให้แพทย์มาช่วยเกี่ยวกับการทบทวนเวชระเบียนก่อน อย่างน้อยก็เพื่อป้องกันการฟ้องร้อง...” (รพ.ย)

“...ช่วงเริ่มต้นจะงง แต่โชคดีที่มีเครือข่ายคอยช่วย guide... ช่วงแรกคิดว่าเป็นหน้าที่ของฝ่ายคอมพิวเตอร์ แต่จริง ๆ ไม่ใช่ จึงได้ปรับใหม่โดยให้ดำเนินการผ่านคณะกรรมการ...” (รพ.ช)

“...คน IT มักมองแบบรวมศูนย์ แล้วเราจำเป็นต้องมีศูนย์ข้อมูลหรือไม่...” (รพ.อ)

จากความสับสนในบทบาทดังกล่าว ทำให้เกิดปัญหาต่อการประสานงานภายในโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น “...ER (งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน) ทะเลาะกับทีม IT โดยเฉพาะช่วงนอกเวลา เนื่องจาก ER ไม่มั่นใจระบบเก็บข้อมูลที่มีอยู่ จึงต้องลงทะเบียนเองด้วยกระดาษ ตอนนี้นำ print ใบสั่งยาเฉพาะ case ที่จ่ายเงินเท่านั้น...” (รพ.ฉ)

## ปัญหาเกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐานระบบสารสนเทศ

โรงพยาบาลเกือบทุกแห่ง เคยประสบปัญหาในการทำความเข้าใจเกณฑ์มาตรฐานระบบสารสนเทศ รวมทั้งถ้อยคำที่ใช้ในข้อคำถามในแบบประเมินตนเอง โรงพยาบาลส่วนใหญ่มักใช้วิธีการลองผิดลองถูกตามความเข้าใจของตนเอง หรือทำตามสิ่งที่โรงพยาบาลอื่น ๆ ทำ

“...แรก ๆ กิ่ง อ่านแล้วไม่รู้จะเริ่มตรงไหน เนื้อหากว้างมาก...” (รพ.ย)

“...คำถามเป็นภาษาเทพทุกบทเลย เข้าใจยาก ต้องมาตีความ...แค่เจอคำว่า ออกแบบ กิ่งแล้ว...” (รพ.ง)

“...รู้สึกว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่ทุกโรงพยาบาลต้องทำให้ได้ แต่ในสถานการณ์ของโรงพยาบาลเล็กจะทำอย่างไร แม้ว่าบุคลากรอยากทำ แต่ก็ไม่รู้ว่าจะเอาความรู้จากที่ไหน...” (รพ.ญ)

“...วันนี้ที่ต้องการมากคือการทำความเข้าใจ เนื่องจากมาตรฐานบทที่ ๗ กว้างมาก ไม่แน่ใจว่าจะแปลความถูกต้องหรือไม่...ไม่รู้ว่าต้องเก็บข้อมูลอะไรบ้าง...” (ผู้ประสานงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)

ประเด็นที่มักมีความสับสน คือ ความหมายของคำว่า ระบบสารสนเทศ ซึ่งโรงพยาบาลส่วนหนึ่งเข้าใจว่า หมายถึงการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล

“...ตอนที่อ่าน ก็ตีความไปเรื่อง IT เลย จะวัดอย่างไรก็ไม่รู้...” (รพ.ม)

“...ยังงงระบบสารสนเทศก็ต้องใช้คอมพิวเตอร์ เนื่องจากต้องมีการเชื่อมโยงข้อมูล จึงควรมีคำตอบกลาง พรพ.บอกมาเลยได้ไหมว่าต้องการอะไรบ้าง...” (รพ.ล)

“...จาก ICV (Intensive Consultation Visit) ครั้งแรก เป็นเรื่องตลกมาก เนื่องจากตอนแรกคิดว่าระบบเราดี จึงนำเสนอแต่เรื่องเทคโนโลยี ตอนหลังพบว่ามันไม่ใช่เลย...” (รพ.ค)

“...ครั้งแรกบอกตรง ๆ ว่าอ่านมาตรฐานไม่เข้าใจ

พอใช้คำว่าสารสนเทศก็จะนึกถึง IT ทันที ตอนแรก รู้จักแต่ข้อมูล ตอนหลังเริ่มคิดว่าระบบสารสนเทศ ในรพ. น่าจะหมายถึงระบบเวชระเบียน บวกระบบ รายงาน ซึ่งต้องมีความถูกต้อง รวดเร็ว และไม่ซ้ำซ้อน...” (รพ.ผ)

“...ช่วงแรกมีการใช้คอมพิวเตอร์ทั้งระบบ แต่พอมี HA เข้ามา ก็เกิดความขัดแย้งในคณะกรรมการ สารสนเทศ เนื่องจากการตีความมาตรฐาน สรุปออกมาได้ว่าต้องใช้ OPD card (บัตรเวชระเบียนผู้ป่วยนอก) ด้วย ทั้ง ๆ ที่แพทย์ส่วนหนึ่งก็คุ้นเคยกับระบบแล้ว ทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ต่อเนื่องตามมา เช่น แพทย์ที่ชอบ คอมพิวเตอร์ อาจลืมนบันทึกในกระดาษ หรือกลับกัน...” (รพ.ภ)

“...ยังทั้งกระดาษไม่ได้ เนื่องจากปัญหาที่ติดอยู่ เช่น พรพ., ต้องใช้เป็นหลักฐานทางศาล...”

หลังจากผ่านการลองผิดลองถูกมาระยะหนึ่ง พบว่าโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งสามารถค้นพบคำตอบที่เหมาะสมได้ในที่สุด

“...ช่วงแรกอ่านแล้วเข้าใจยาก แต่พอได้อ่าน หนังสือของ..... แล้วเข้าใจขึ้นว่าในมาตรฐานจะพูด ค่อนข้างกว้าง จะไม่เน้นเรื่อง IT แต่จะเน้นเรื่องการใช้ ประโยชน์ข้อมูล ส่วน IT จะอยู่ในส่วนของการเชื่อมโยงข้อมูลมากกว่า สรุปแล้วมาตรฐานเป็น guide ที่ดี...” (รพ.ก)

“...ตอนแรกรู้สึกว่ายาก ตีความได้หลากหลาย แต่พอกรรมการ IT เริ่มเอามาคุยกันในรายละเอียด ก็พบว่าปัญหาลดลง รู้สึกว่าเป็นเหมือนแนวทางช่วยเรา เตรียมระบบให้เหมาะสม...” (รพ.ฉ)

“...มองว่าเป็น guideline ที่ดี เพราะว่ามีการจัดหมวดหมู่ให้แล้ว...” (รพ.ฎ)

“...ทางรพ.ได้ตอบแบบประเมินตนเองทั้งหมดไปแล้ว รู้สึกเหมือน รพ.ฎ ว่าเป็น guideline (แนวทาง) ที่ดี เรามีการเรียกประชุมกันบ่อยครั้ง ว่าหัวข้อนี้จะตอบ คำถามอย่างไรดี...” (รพ.ช)

“...ระบบคุณภาพ ทุกคนต้องมาร่วมกันนั่งคิด แต่ ระบบ IT ไม่สามารถทำแบบนั้นได้...” (รพ.ถ)

นอกจากนี้ การนำสารสนเทศที่มีอยู่ไปใช้ประโยชน์ ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย บริหารจัดการ และพัฒนา คุณภาพ ที่กำหนดไว้เป็นประเด็นสำคัญ เป็นสิ่งที่ โรงพยาบาลทุกแห่งยังคงประสบปัญหาอยู่ ทั้งอาจ เนื่องจากโรงพยาบาลยังขาดทักษะในการวิเคราะห์เพื่อ ใช้ประโยชน์ข้อมูลที่มีอยู่ ในขณะที่ที่ปรึกษามักคาดหวัง จะเห็นผลสำเร็จในเรื่องดังกล่าว จึงระบุแต่เพียงว่า มาตรฐานต้องการเห็น “อะไร” แต่ไม่ได้ให้คำแนะนำ แก่โรงพยาบาลว่าควรทำ “อย่างไร”

“...ถูกที่ปรึกษา comment เยอะ เรื่องการนำ ข้อมูลไปใช้...” (รพ.ฮ)

“...ดึงข้อมูลมาใช้ประโยชน์ได้เฉพาะงาน routine...” (รพ.ผ)

“...หากใช้ระบบ manual เหมือนแต่ก่อน จะทำให้ การใช้ประโยชน์ข้อมูลทำได้ยาก... รพ.ต้องพยายาม พัฒนาโปรแกรมย่อย ๆ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อ การพัฒนาคุณภาพได้...” (รพ.ง)

### วิจารณ์

การศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลจำนวน หนึ่งยังคงประสบปัญหาในการทำความเข้าใจหลักการ พัฒนาคุณภาพและเกณฑ์มาตรฐานระดับประเทศที่มี อยู่ในปัจจุบัน ซึ่งน่าจะมีสาเหตุมาจาก

๑. ในอดีต ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล เป็นประเด็นที่ยังไม่เคยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบโดย เฉพาะ โรงพยาบาลส่วนหนึ่งที่เข้าร่วมโครงการพัฒนา คุณภาพตามแนวทางของ HA จึงใช้วิธีมอบหมายให้ หน่วยงานที่มีอยู่แล้วในโรงพยาบาล เช่น แผนกเวช- ระเบียน หรือแผนกคอมพิวเตอร์ เป็นผู้รับผิดชอบ ทำให้เกิดความสับสนระหว่างความเป็น ‘หน่วยงาน’ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนอยู่แล้ว และความเป็น ‘คณะกรรมการสารสนเทศ’ ซึ่งถือเป็นทีมคร่อมสายงาน

ที่มีบทบาทในการมองภาพรวม วิเคราะห์ และออกแบบระบบสารสนเทศที่เหมาะสม

๒. การเปลี่ยนแปลงในวิธีคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ เนื่องจากมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกเชก ได้รับการจัดทำขึ้นในกลุ่มโรงพยาบาลที่เข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ทำให้สามารถคัดกรองโรงพยาบาลที่ยังไม่พร้อมและ/หรือไม่เข้าใจออกไปได้ แต่ด้วยนโยบายที่กำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งในประเทศต้องพัฒนาคุณภาพ ทำให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่ต้องเข้าร่วมแบบถูกบังคับทางอ้อม โดยมุ่งหวังที่จะผ่านการรับรองมากกว่าการพัฒนา จึงต้องประสบปัญหาต่าง ๆ ดังที่ได้พบจากการศึกษา

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ได้สังเกตเห็นถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการปรับปรุงกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดที่สุด คือการปรับเปลี่ยนวิธีการประเมินผลการรับรอง จาก “ผ่าน/ไม่ผ่าน” ให้เป็นแบบ “บันได ๓ ชั้น” ซึ่งพบว่าได้รับการตอบสนองเป็นอย่างดี นอกจากนี้ มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับใหม่ที่กำลังอยู่ในระหว่างการจัดทำ ก็เป็นอีกความพยายามหนึ่งในการแก้ปัญหาดังกล่าว

แต่อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่ท้าทายมากที่สุดก็คือ การประสานความร่วมมือระหว่างสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งเน้น “การพัฒนาคุณภาพ” มากกว่า “การรับรองคุณภาพ” และโรงพยาบาลส่วน-

หนึ่งที่เข้าร่วมโครงการเพียงเพื่อหวังจะให้ผ่านการรับรอง

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกแห่งที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องระบบสารสนเทศแบบคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาลและคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งได้รับสนับสนุนทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยมี รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และ นพ.อนุวัฒน์ ศุขชุติกุล เป็นที่ปรึกษา

### เอกสารอ้างอิง

๑. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกเชก : แนวทางการพัฒนาคุณภาพโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; ๒๕๓๕.
๒. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. รายงานประจำปี ๒๕๔๗. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; ๒๕๔๗.
๓. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. รายงานประจำปี ๒๕๔๖. นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; ๒๕๔๖.
๔. วรณดี ศุภวงสานนท์. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาเวชศาสตร์ชุมชน, คณะแพทยศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; ๒๕๔๓.
๕. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, ยุพิน อังสุโรจน์. การประเมินผลกระทบโครงการพัฒนาเพื่อการส่งเสริมและรับรองระบบคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation). นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; ๒๕๔๓.

**Abstract**    **Providers' Opinion on Quality Improvement according to Hospital Accreditation Standards: Hospital Information System**

**Krit Pongpirul, Sanya Sriratana, Hathaichanok Sumalee**

International Health Policy Program (IHPP-Thailand)

*Journal of Health Science* 2005; 14:790-6.

This qualitative study was aimed to explore problems about quality improvement and hospital information system standards encountered by hospital under Hospital Accreditation (HA) program. Five provinces (Kanchanaburi, Khon Kaen, Phuket, Phitsanulok, and Rayong) were purposively selected for focus group discussions held at provincial health offices during August - October, 2004. Participants consisted of 1-2 staffers from provincial health office and 1-2 representatives from all hospitals in the province who were responsible for hospital information system or quality improvement. It was concluded that the committee responsible for information system in most hospitals was not equipped with full comprehension about its roles and responsibilities. They were hardly able to interpret and transform the HA standards into practice. Moreover, utilization of available information to benefit health services, administration, and quality improvement, overly specified by the standards, showed limited prospects.

**Key words:**    **quality improvement, information system, hospital accreditation standard, provider's opinion**