

Hospital Accreditation:

สถานการณ์และแนวทางพัฒนาในประเทศไทย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ปัจจุบัน หลายหน่วยงานตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการสร้างหลักประกันให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพเป็นเรื่องจำเป็น ปัญหาที่คือระบบและวิธีการที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยควรจะเป็นอย่างไร สิ่งที่ต้องคัดกรองต่างๆ พยายามทำอยู่นั้นสอดคล้องกันหรือไม่ มีโอกาสสนับสนุนเกื้อกูลกันหรือไม่ หรือเป็นความซ้ำซ้อนที่อาจนำไปสู่ความสูญเปล่าและสิ้นเปลืองโรงพยาบาล

ความเป็นมา

หน่วยงาน องค์กรวิชาชีพ โรงพยาบาลต่างๆ มีความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน อาทิ

- แพทยสภา ได้จัดทำมาตรฐานโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการตรวจรับรองโรงพยาบาล

- กองโรงพยาบาลภูมิภาค ได้ใช้มาตรฐานโรงพยาบาลของแพทยสภาไปใช้ในการประเมินโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อคัดเลือกโรงพยาบาลดีเด่น

- สำนักงานประกันสังคม ได้นำมาตรฐานโรงพยาบาลของแพทยสภามาปรับปรุงเพิ่มเติมเป็นมาตรฐานสถานพยาบาลประกันสังคม เพื่อใช้ในการตรวจรับรองโรงพยาบาลที่จะเป็นคู่สัญญาในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน

- องค์กรวิชาชีพต่างๆ เริ่มต้นตัวในการจัดทำมาตรฐานเพื่อใช้ในการตรวจรับรองในสาขาวิชาชีพของตน เช่น สภาการพยาบาล สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล

- กองการประกอบโรคศิลปะ ได้กำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลเอกชน และเตรียมประกาศเป็นกฎ

กระทรวง

- โรงพยาบาลเอกชน ที่มุ่งมั่นในคุณภาพกำลังพยายามพัฒนาตนเอง และแสวงหาองค์กรภายนอกที่จะมารับรอง เช่น ISO9000, Hospital Accreditation

- กรมบัญชีกลาง พยายามที่จะแก้ปัญหาการเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ โดยเริ่มด้วยการปรับปรุงระบบข้อมูลในการเบิกจ่ายค่ารักษายา

- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับสถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ องค์กรวิชาชีพต่างๆ ผู้บริหารโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน นักวิชาการ และกองโรงพยาบาลภูมิภาค กำลังยกย่องมาตรฐานโรงพยาบาลและขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้นๆ ว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาตราฐานนั้นมาใช้ในระดับใด

การที่หลายๆ ฝ่ายมีความพยายามในการเคลื่อนไหวเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ แสดงให้เห็นชัดว่าการสร้างหลักประกันให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพเป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องทำให้เกิดขึ้น ปัญหาที่คือระบบและวิธีการที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยควรจะเป็นอย่างไร สิ่งที่ต้องคัดกรองและหน่วยงานต่างๆ พยายามทำอยู่นั้นสอดคล้องกันหรือไม่ มีโอกาสสนับสนุน

เกื้อกูลกันหรือไม่ หรือเป็นความซ้ำซ้อนซึ่งอาจจะส่งผลให้เกิดความสูญเปล่าและความสับสนแก่โรงพยาบาล

ในช่วงเดือนมีนาคม-เมษายน 2539 ทางสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้รับความร่วมมือจากองค์กรที่ปรึกษาอาสาสมัครของประเทศแคนาดา (CESO International Services) จัดส่งที่ปรึกษาด้านการบริหารงานบริการสุขภาพคือ Mr.Anthony Wagemakers มา

ปฏิบัติงานในประเทศไทยเป็นเวลา 6 สัปดาห์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความคิดเห็นของบุคคลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็นที่ควรพิจารณาในการพัฒนาระบบ Hospital Accreditation สำหรับประเทศไทย มีผู้ให้สัมภาษณ์รวมทั้งสิ้น 47 คน ข้อสรุปต่อไปนี้ได้จากการสัมภาษณ์ การประชุมระดมความคิดเห็นขั้นต้น และข้อเสนอแนะของที่ปรึกษา

จำนวนบุคคลที่ให้สัมภาษณ์ข้อคิดเห็นในการศึกษาสถานการณ์และแนวทางการพัฒนา

Hospital Accreditation ในประเทศไทย

บุคคลที่ให้สัมภาษณ์	จำนวน (คน)
ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข	7
ผู้บริหารโรงพยาบาล	
เอกชน	10
รัฐ/กระทรวงสาธารณสุข	3
นักวิชาการจากกรม/กองวิชาการของกระทรวงสาธารณสุข	6
คณบดี/หัวหน้าภาควิชา มหาวิทยาลัยต่างๆ	7
นักการเมือง	2
นายก/ประธาน/เลขา องค์กรวิชาชีพ/ราชวิทยาลัย	9
หน่วยราชการอื่นๆ ที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ	3
รวม	47

ผลการศึกษาข้อคิดเห็นต่อสถานการณ์และแนวทางการพัฒนา Hospital Accreditation ในประเทศไทย

ก. ความเข้าใจที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเริ่มต้นพัฒนา

ยังมีความเข้าใจที่อาจเป็นอุปสรรคในการเริ่มต้นกระบวนการพัฒนาคุณภาพในผู้ที่เกี่ยวข้องค่อนข้างมาก ประเด็นที่สำคัญได้แก่

1. คุณภาพขึ้นอยู่กับทรัพยากร

แนวคิดที่ว่าคุณภาพขึ้นอยู่กับทรัพยากร ทำให้มีความเห็นว่าสภาพการขาดแคลนทรัพยากรในปัจจุบัน

เป็นอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพ และยังไม่ถึงเวลาที่จะนำเอากระบวนการ accreditation เข้ามาใช้ มีข้อเสนอแนะให้แบ่งแยกมาตรฐานสำหรับ รพ. ที่มีขนาดและความรับผิดชอบแตกต่างกัน

แท้จริงแล้วคุณภาพขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของวิธีการใช้ทรัพยากร การที่จะกำหนดความเหมาะสมได้นั้นผู้ให้บริการจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ของการให้บริการด้วยตนเอง โดยพิจารณาว่าภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่จะสามารถปฏิบัติงานได้ในระดับใด ทรัพยากรที่แตกต่างกันไม่ควรเป็นสาเหตุของการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม การทำงานร่วมกันเป็นที่ระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ ต่างหากที่เป็นตัวกำหนดคุณภาพ

2. การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) คือการตรวจสอบ

ความเข้าใจที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับปรัชญาของกระบวนการนี้ร่วมกับวัฒนธรรมไทยที่มักไม่ปฏิบัติในระบบที่เป็นการสมัครใจ ทำให้มีข้อเสนอจำนวนหนึ่งว่ารัฐบาลจะต้องออกกฎหมายหรือบังคับให้โรงพยาบาลต้องปฏิบัติตามมาตรฐาน

หัวใจสำคัญของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ที่การประเมินตนเอง และการยืนยันผลการประเมินตนเองนั้นโดยบุคคลภายนอก ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการศึกษาเรียนรู้ มิใช่การตรวจสอบ

3. ความสับสนระหว่างมาตรฐานโรงพยาบาลกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย

การจำแนกไม่ออกว่ามาตรฐานโรงพยาบาลเน้นที่ระบบและกลไกเพื่อสร้างหลักประกันสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดแรงต้านจากกลุ่มแพทย์ว่าจะสูญเสียความเป็นอิสระของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย เก่งกว่าบทบาทขององค์กรวิชาชีพจะลดลง

4. การพัฒนาคุณภาพคือการผลักดันให้แพทย์ต้องทำงานมากขึ้น

การพัฒนาคุณภาพเป็นหน้าที่ของผู้บริหารที่จะจัดให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมเพื่อสนับสนุนผู้ประกอบการวิชาชีพ มิใช่การผลักดันให้แพทย์ต้องทำงานมากขึ้น ผู้บริหารมีวิธีการอื่นที่สามารถทำได้

ข. การยอมรับและการต่อต้าน

โดยทั่วไปทุกคนยอมรับว่าคุณภาพบริการเป็นสิ่งสำคัญ ผู้บริหารโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนส่วนหนึ่งมีความต้องการที่จะให้โรงพยาบาลในความรับผิดชอบของตนได้รับการรับรอง เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของประชาชนมากขึ้น มีโรงพยาบาลเอกชนที่ดีและมีความพร้อมหลายแห่งต้องการให้องค์กรเข้าไปรับรองคุณภาพ

ระดับของการยอมรับหรือต่อต้าน มีผู้ให้เห็นว่ามีโอกาสเป็นไปได้ตั้งแต่ระดับสูงมาก ไปจนถึงเห็นด้วยแต่ไม่ปฏิบัติ หรือปฏิบัติอย่างไม่เต็มใจหากถูกบังคับ

1. ความไม่เห็นด้วย เสียงสะท้อนจากฝ่ายต่างๆ ในเชิงลบ พอจะประมวลได้ ดังนี้

1.1 แพทย์

มีความเห็นว่าตนเองมีภาระงานมาก ไม่มีเวลาที่จะมาทำเรื่องเหล่านี้ คิดว่าสิ่งที่แพทย์แต่ละคนทำนั้นดีที่สุดในแล้ว ไม่ต้องการสูญเสียอิสรภาพในการประกอบวิชาชีพ ไม่ต้องการให้มีคนอื่นเข้ามาดูการทำงานของตนเอง ไม่ต้องการถูกควบคุม จะไม่มองว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ แต่จะมองว่าเป็นการตรวจสอบ รู้สึกว่าตนเองได้รับค่าตอบแทนต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณงาน

1.2 ผู้บริหารโรงพยาบาลเอกชน

มีความเห็นว่าเป้าหมายหลักของโรงพยาบาลอยู่ที่การเพิ่มจำนวนผู้ป่วยและรายได้ และต้องตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติ รู้สึกว่ารัฐต้องการควบคุมเฉพาะภาคเอกชน ไม่ต้องการเพิ่มค่าใช้จ่าย เห็นว่าไม่มีช่องว่างที่จะปรับปรุงเพื่อลดการใช้ทรัพยากร ไม่ต้องการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันเพราะเกรงว่าจะเป็นผลเสียต่อกิจการของตน การเห็นคุณภาพกับแพทย์เฉพาะทางในบางโรงพยาบาลไม่มีโอกาสสำเร็จ เพราะแพทย์มีโอกาสเลือกมากกว่าผู้บริหารโรงพยาบาล

1.3 ผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐ

ไม่ต้องการการเปลี่ยนแปลง และไม่ต้องการถูกประเมิน

1.4 ทั่วไป

มาตรฐานสำหรับคุณภาพการดูแลรักษาเป็นสิ่งไม่จำเป็น ในขณะที่บุคคลที่มีคุณภาพยังมีไม่เพียงพอ ทรัพยากรสาธารณสุขในชนบทยังขาดแคลน ทำให้วิตกและขาดความมั่นใจว่าจะทำได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้

2. ข้อเสนอในการลดแรงต้านและสร้างแรงจูงใจ

2.1 ใช้สิ่งที่ปฏิบัติได้ในปัจจุบันเป็นมาตรฐานขั้นต่ำ เพื่อให้ทุกฝ่ายมีความรู้สึกมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติตามสิ่งที่เรียกว่ามาตรฐานได้ จะต้องไม่มีสิ่งใหม่ใส่เข้าไปในขั้นเริ่มแรก การพัฒนาไปสู่มาตรฐานระดับชาติเป็นสิ่งที่ตามมาจากหลัง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์กร ผู้รับผิดชอบที่จะชี้้นำการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และวิธีการเปรียบเทียบมาตรฐานระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ในช่วงต้นมาตรฐานอาจจะมีลักษณะไม่แน่นอนและมีความยืดหยุ่นสูง อย่างไรก็ตามงานบริการประเภทเดียวกันควรจะมีคุณภาพเหมือนกันไม่ว่าจะให้บริการที่ใด

การกำหนดมาตรฐานและพยายามให้ทุกโรงพยาบาลนำไปปฏิบัติจะทำให้เป็นข้ออ้างว่าไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานได้จนกว่าจะมีทรัพยากรมากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ที่จะปล่อยให้สถานการณื เช่นนั้น องค์กรกลางมีบทบาทเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ มีใช้ผู้ตรวจสอบและทำโทษ

2.2 การใช้เงื่อนไขผ่านการรับรองคุณภาพ สำหรับพิจารณากระจายอำนาจอาจจะเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งสำหรับ รพ.รัฐ

2.3 สร้างแรงจูงใจอื่นๆ ได้แก่ ความพึงพอใจในวิชาชีพ การได้รับความเชื่อมั่น การพิจารณาว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ ให้แพทย์มีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรฐานผ่านองค์กรวิชาชีพ สร้างความเข้าใจว่ากระบวนการนี้จะเป็นประโยชน์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ และแสดงให้เห็นภัยของการมีอิสระมากเกินไป จนละเอียดไม่ใส่ใจที่จะพัฒนาระบบงานที่ดี

2.4 ผู้บริหารจัดการระบบสนับสนุนเพื่อไม่เพิ่มงานของแพทย์ เช่น การบันทึกเวชระเบียน

ค. ประเทศไทยสมควรนำกระบวนการนี้มาใช้หรือยัง

ในต่างประเทศมีแรงจูงใจทางการเงินสูงซึ่งทุกโรงพยาบาลจะต้องพยายามให้ได้รับการรับรอง แม้จะดู

เหมือนว่าในขณะนี้ประเทศไทยยังไม่มีระบบที่จะเป็นแรงจูงใจที่มากพอ และวิธีการบังคับก็อาจจะได้รับการต่อต้านและไม่ได้ผลอย่างแท้จริง แต่ก็มี ความจำเป็นที่เราจะต้องเริ่มโครงการ accreditation เหตุผลก็คือเราซึ่งเป็นผู้ประกอบการวิชาชีพเป็นหนี้ต่อประชาชนไทย เรามีหน้าที่ที่จะต้องให้การดูแลรักษาที่มีคุณภาพแก่คนไทย เราจะต้องพิจารณาดูในสิ่งที่เรากำลังทำอยู่ว่ามีคุณภาพหรือไม่ ในขณะที่มองไปในด้านอุตสาหกรรมเราจะพบว่ามี การควบคุมมากมาย แต่ดูเหมือนว่าเราจะไม่ใส่ใจเรื่องคุณภาพในระบบบริการสุขภาพมากนัก แรงจูงใจที่ดีที่สุดคือความพึงพอใจของแต่ละคนเองที่ได้ทำดีที่สุด และนำไปสู่ความเชื่อมั่นในจิตใจของประชาชนต่อสถาบันบริการสุขภาพ ส่วนแรงจูงใจภายนอกคงเป็นเพียงส่วนเสริมเท่านั้น

ง. ความคิดเห็นที่แตกต่างต่อวิธีดำเนินงาน

มีความเห็นเกี่ยวกับวิธีการดำเนินงานที่ไม่สอดคล้องกันในประเด็นต่อไปนี้

1. ใครควรจะเป็นผู้รับผิดชอบ รัฐบาลหรือหน่วยงานอิสระ

ส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะให้องค์กรที่รับผิดชอบในเรื่องนี้เป็นองค์กรอิสระซึ่งรัฐบาลแต่งตั้งและมอบหมายให้มีภารกิจที่ชัดเจน แต่ไม่ต้องการให้รัฐบาลเข้ามาควบคุมองค์กรนี้หรือใช้อำนาจนี้เป็นเครื่องมือในการควบคุมภาคเอกชน

2. ควรจะเป็นการบังคับหรือเป็นการทำด้วยความสมัครใจ

มีแนวโน้มที่จะเสนอให้ใช้วิธีบังคับค่อนข้างมาก เพราะเห็นว่าวิธีสมัครใจจะไม่ได้รับความสนใจจากผู้บริหารโรงพยาบาล คนไทยไม่ชอบทำอะไรด้วยความสมัครใจ ต้องการให้มีการชี้้นำ กระบวนการประเมินตนเองเหมาะสำหรับคนดี คนที่เป็นตัวปัญหาจะไม่ยอมทำการใช้ระบบสมัครใจไม่มีทางสำเร็จ

เหตุผลแย้งต่อการใช้วิธีบังคับก็คือ หากยึดถือตามปรัชญาว่ากระบวนการนี้เป็นการเรียนรู้มากกว่าการ

ตรวจสอบแล้ว ก็ไม่อาจทำในลักษณะที่เป็นการบังคับได้

3. กระบวนการนี้ควรขยายจากหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในลักษณะนี้อยู่แล้วและมีอำนาจในการสร้างแรงจูงใจทางการเงิน เช่น สำนักงานประกันสังคม หรือไม่

เหตุผลที่เห็นว่าไม่สมควรก็คือ ปรัชญาของการทำงานของสำนักงานประกันสังคมกับกระบวนการ accreditation มีความแตกต่างกัน ส่วนราชการจะมีความคิดติดอยู่กับเรื่องของการตรวจสอบ เรามีความเคยชินกับการใช้คนไปควบคุมคน แต่กระบวนการ accreditation เน้นปรัชญาของการใช้คนเพื่อสอนคน การตรวจสอบคุณภาพของการดูแลรักษาจำเป็นต้องทำโดยบุคคลที่ให้บริการเอง การยืนยันโดยบุคคลภายนอกเป็นกระบวนการในการศึกษาเรียนรู้ หากเราจะนำระบบของประกันสังคมมาขยาย นั้นหมายถึงการรับเอาปรัชญาของการตรวจสอบเข้ามาด้วยซึ่งไม่ใช่สิ่งที่พึงประสงค์

มาตรฐานของสำนักงานประกันสังคมส่วนมากเกี่ยวกับโครงสร้างทางกายภาพ มีส่วนที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการ และคุณภาพการดูแลรักษาหรือส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิธีการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพน้อย มาตรฐานดังกล่าวจึงเหมาะสมที่จะใช้ตรวจรับรองโรงพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคม ซึ่งสำนักงานประกันสังคมยังคงทำหน้าที่ในแนวทางที่กำหนดไว้แล้วต่อไป และไม่น่าจะเป็นส่วนของ accreditation

จ. ยุทธศาสตร์และทางเลือกในการพัฒนา

1. การจำแนกวิธีการทำงาน/กิจกรรมตามจุดเน้นอย่างเหมาะสม

ความเห็นที่ไม่ตรงกันเกิดจากการมองปัญหาจากมุมมองที่แตกต่างกัน หากสามารถจำแนกความต้องการต่างๆ ให้ชัดเจนจะทำให้เห็นวิธีทำงานที่สอดคล้องกันได้ดีขึ้น ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ

1.1 การคุ้มครองผู้บริโภค โดยเน้นเรื่องความปลอดภัยของโครงสร้างอาคารสถานที่ ความพอเพียงของเครื่องมือและกำลังคนที่จำเป็น การตรวจสอบเรื่องนี้ควร

กระทำครอบคลุมสถานพยาบาลทั้งหมด และสถานพยาบาลที่จะเปิดดำเนินการได้จะต้องผ่านมาตรฐานเหล่านี้โดยหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ตรวจสอบ ขณะนี้กองประกอบโรคศิลปะได้ยกวางมาตรฐานด้านนี้เรียบร้อยแล้วและอยู่ในระหว่างการพิจารณาประกาศเป็นกฎกระทรวง ซึ่งควรนำมาใช้กับสถานพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชน

1.2 การปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ ซึ่งเน้นที่ความรู้/ทักษะของผู้ให้บริการ ความถูกต้องตามหลักวิชาและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ การพัฒนาเรื่องนี้มีกิจกรรมที่สำคัญอย่างน้อย 2 อย่างคือ การนำความรู้ที่ทันสมัยและเหมาะสมไปสู่การปฏิบัติ กับการทบทวนการทำงานโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ (peer review) ทั้งสองกิจกรรมจำเป็นต้องมีการจัดองค์กรของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล โดยได้รับความร่วมมือและสนับสนุนจากองค์กรวิชาชีพ และสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้อง กระบวนการในเรื่องนี้ในปัจจุบันมีลักษณะตั้งรับ กล่าวคือ องค์กรวิชาชีพจะเข้าไปตรวจสอบต่อเมื่อได้รับคำร้องเรียน ยังขาดกระบวนการเชิงรุกที่จะป้องกันปัญหา

1.3 การบริหารจัดการเพื่อจัดบริการที่เป็นเลิศ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ให้บริการอื่นๆ การพัฒนาส่วนนี้ต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ทั้งนี้สถานพยาบาลจะต้องผ่านมาตรฐานในด้านการคุ้มครองความปลอดภัยแก่ผู้บริโภค อีกทั้งจะช่วยส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ กระบวนการที่อยู่ในลักษณะนี้ได้แก่ ISO9000 หรือ Hospital Accreditation

จะเห็นว่าการจำแนกวิธีการทำงานตามจุดเน้น 3 ด้านข้างต้นทำให้ปัญหาที่ว่าควรจะเป็นการบังคับหรือการสมัครใจ หมดไปโดยปริยาย แม้ว่าอาจจะยังมีความคาบเกี่ยวกันอยู่บ้างโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านกำลังคน เช่น จำนวนและคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลควรจะต้องตรงไหน การพัฒนาการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพควรจะต้องตรงไหน นอกจากนั้น

ทำให้เห็นชัดเจนมากขึ้นว่าใครควรจะมีหน้าที่สำหรับแต่ละเรื่อง กล่าวคือ กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในด้านการตรวจสอบเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค องค์กรวิชาชีพ สถาบันการศึกษา และสถานพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ สำนักงานมาตรฐานอุตสาหกรรมมีบทบาทสำคัญในการรับรองตามมาตรฐาน ISO ส่วน Hospital Accreditation ในขณะนี้ยังไม่มีหน่วยงานที่จะรับผิดชอบโดยตรง

2. การทำความเข้าใจกับภารกิจของกิจกรรม Hospital Accreditation ให้ชัดเจน

ภาระกิจของกิจกรรมนี้อาจจะมองได้เป็น 2 ประเด็นคือ

2.1 มุ่งเน้นผลลัพธ์ หรือการใช้ประโยชน์ของประชาชน

2.2 มุ่งเน้นที่กระบวนการพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล

โดยทั่วไปมักมีความคาดหวังว่า เมื่อมีการประเมินโรงพยาบาลแล้วจะมีการติดตามให้กับโรงพยาบาลเหมือนติดตามให้โรงแรม หรือเหมือนกับการติดตามเชลล์ชวนชิม เพื่อให้ประชาชนทราบว่าโรงพยาบาลใดที่มีคุณภาพดีกว่ากัน ความคาดหวังดังกล่าวเป็นการมุ่งเน้นที่การใช้ประโยชน์ของประชาชน แต่อาจจะเกิดปัญหาได้ว่า โรงพยาบาลที่ไม่ผ่านการรับรองหมายความว่าอย่างไร ไม่สมควรที่ประชาชนจะไปใช้บริการใช่หรือไม่ ซึ่งความจริงไม่เป็นเช่นนั้น โรงพยาบาลที่ไม่ผ่านมาตรฐานขั้นต่ำในด้านความปลอดภัย ในข้อ 1.1 จะต้องไม่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการให้บริการแก่ประชาชน การที่โรงพยาบาลผ่านการรับรองจึงเป็นการแสดงว่าโรงพยาบาลนั้นมีการจัดระบบงานและมีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการที่เป็นเลิศมากกว่าการเป็นโรงพยาบาลที่ผ่านเพียงมาตรฐานขั้นต่ำ ดังนั้นภาระกิจของกิจกรรมนี้จึงควรมุ่งเน้นที่การสร้างระบบกำกับคุณภาพ และกระบวนการพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพการดูแลรักษา

ผู้ป่วย และพยายามสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีระบบหรือกระบวนการดังกล่าว

3. หน่วยงาน/องค์กรผู้รับผิดชอบ

ปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานใดทำหน้าที่พัฒนาระบบ Hospital Accreditation ขึ้นมาได้สมบูรณ์ มีความจำเป็นที่หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจะเข้ามาร่วมมือกันและแบ่งหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน

ความเป็นไปได้ในเรื่องหน่วยงาน/องค์กรผู้รับผิดชอบมี 3 แนวทางคือ

3.1 กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักจัดทำแผนงาน/โครงการระดับชาติขึ้น ข้อดีของทางเลือกนี้คือทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความมั่นใจว่ารัฐบาลสนับสนุนเรื่องนี้อย่างจริงจัง มีอำนาจรองรับในการทำงาน จุดอ่อนของทางเลือกนี้คือวิธีการดำเนินงานในรูปแบบราชการอาจจะนำเอาแนวคิดของการตรวจสอบเข้ามาใช้โดยไม่รู้ตัว และผู้ให้บริการในภาคเอกชนอาจจะไม่มั่นใจว่าจะถูกตรวจสอบเมื่อไร นอกจากนั้นหากแยกเอามาตรฐานในส่วนของการคุ้มครองผู้บริโภคไปปฏิบัติในลักษณะบังคับแล้วความจำเป็นที่จะต้องใช้อำนาจของส่วนราชการจะลดลง

3.2 จัดตั้งองค์กรอิสระที่เป็นกลางขึ้นมาในลักษณะของ Joint Commission for Healthcare Organization Accreditation โดยมีตัวแทนของผู้บริโภค ผู้จัดบริการ ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย องค์กรวิชาชีพ และหน่วยงานที่ควบคุมสถานพยาบาลเข้ามาร่วม แล้วพัฒนาไปสู่ “สถาบันพัฒนามาตรฐานและคุณภาพสถานพยาบาล” ในอนาคต ข้อดีของทางเลือกนี้คือผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมีส่วนร่วม ผู้บริหารของสถานพยาบาลต่างๆ มีความมั่นใจว่าจะไม่เกิดการตรวจสอบ จุดอ่อนของทางเลือกนี้คือความเข้าใจของหน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ซึ่งมีไม่เท่าเทียมกัน เห็นความสำคัญไม่เหมือนกัน และประเทศไทยยังไม่มีตัวอย่างความสำเร็จขององค์กรอิสระดังกล่าว

3.3 ให้แต่ละหน่วยงานที่มีความพร้อมพัฒนาไป

Hospital Accreditation: สถานการณ์และแนวทางพัฒนาในประเทศไทย

ตามศักยภาพที่มีอยู่ และมีการประสานกันในระดับที่
เหมาะสม ข้อดีของทางเลือกนี้คือเป็นการพัฒนาไปตาม
ธรรมชาติ มีการถ่วงดุลจุดอ่อนของหน่วยงาน/องค์กรโดย
อัตโนมัติ จุดอ่อนของทางเลือกนี้คืออาจไม่ส่งผลกระทบต่อ
ที่ชัดเจนได้ในระยะสั้น
ไม่ว่าจะเป็นทางเลือกใด แต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
หรือองค์กรสมาชิก จะมีบทบาทในการสนับสนุน
กิจกรรม Hospital Accreditation ดังต่อไปนี้

หน่วยงาน	หน้าที่โดยตรง	หน้าที่ต่อ Hospital Accreditation
องค์กรกลางหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ	ประสานความร่วมมือในการ -กำหนดมาตรฐาน -สนับสนุนสถานพยาบาล -ประเมินและรับรอง	-ชำระไว้ซึ่งปรัชญาของกระบวนการเรียนรู้และการใช้คนสอนคน
กองการประกอบโรคศิลปะ	-ออกใบอนุญาตสถานพยาบาล -ตรวจสอบสถานพยาบาลตามรบ. และกฎกระทรวง	-สนับสนุนการประเมินและพัฒนาตนเองของโรงพยาบาลเอกชน -ร่วมในการ verify ผล
กองโรงพยาบาลภูมิภาค	-สนับสนุนทรัพยากรและการพัฒนาคุณภาพแก่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	-สนับสนุนการประเมินและพัฒนาตนเองของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป -ร่วมในการ verify ผล
กองสาธารณสุขภูมิภาค	-สนับสนุนทรัพยากรและการพัฒนาคุณภาพแก่โรงพยาบาลชุมชน	-สนับสนุนการประเมินและพัฒนาตนเองของโรงพยาบาลชุมชน -ร่วมในการ verify ผล
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	-ตรวจสอบความปลอดภัยจากรังสี -สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยาคลินิกและการทำ external QC	-เหมือนหน้าที่โดยตรง ร่วมกับ -ดำเนินการ accredit ห้องปฏิบัติการเป็นโครงการต่างหาก หรือร่วมอยู่ในกระบวนการเดียวกัน
สำนักงานประกันสังคม	-ตรวจรับรองสถานพยาบาลประกันสังคม	-ดำเนินการตรวจต่อไปตามแนวทางปัจจุบัน -รับผลของการตรวจโดยสถาบันฯ เพื่อลดงานของสำนักงานประกันสังคม -ยังคงมีอำนาจสิทธิขาดในการพิจารณา รับหรือไม่รับเป็นสถานพยาบาลประกันสังคม
ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพอื่นๆ	-ควบคุมการใช้จ่ายเงินเพื่อบริการสุขภาพ	-สร้างแรงจูงใจให้ผู้บริหารสถานพยาบาลในการพัฒนาตนเองให้ได้มาตรฐาน
องค์กรวิชาชีพ	-พัฒนามาตรฐานการประกอบวิชาชีพ	-เป็นผู้นำในการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพ -ร่วมในการกำหนดมาตรฐานส่วนที่เกี่ยวข้องกับแต่ละสาขาวิชาชีพ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	-การวิจัยและพัฒนาาระบบ	-สาธิตให้เห็นประโยชน์ของกระบวนการวิจัยและพัฒนาในประเด็นที่เกี่ยวข้อง
สถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	-สร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค	-เหมือนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข -สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่ประชาชน
สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข	-วิเคราะห์นโยบายและพัฒนาแผนงานดำเนินงานด้านสาธารณสุข	-รวบรวมองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาวิเคราะห์นโยบายที่เหมาะสมสำหรับระบบใหญ่ทั้งหมด

ฉ. การวิจัยและพัฒนาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจะร่วมมือกับหน่วยงาน และองค์กรวิชาชีพต่างๆ ให้การสนับสนุนโรงพยาบาลที่สมัครใจจะพัฒนาตนเองโดยอาศัยมาตรฐานที่จัดทำขึ้นเป็นกรอบในการพัฒนา โครงการนำร่องในระยะแรกมีเป้าหมายที่โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวนไม่เกิน 20 แห่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) แสดงให้เห็นว่ากระบวนการนี้เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน มิใช่กระบวนการตรวจสอบ
- 2) สาธิตให้เห็นประโยชน์ของการใช้กระบวนการนี้ส่งเสริมการพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล
- 3) พัฒนาระบบการประเมินและพัฒนาผู้ประเมินจากผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆและผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
- 4) ปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลที่ได้ยกวางไว้ให้มีความเหมาะสมกับการใช้
- 5) ตอบสนองความต้องการของโรงพยาบาลที่มีความพร้อมและได้พัฒนาระบบคุณภาพจนถึงระดับที่เป็นตัวอย่างได้

กิจกรรมหลักของโครงการได้แก่ การรวมตัวของผู้รับผิดชอบการจัดบริการสาขาต่างๆ ในโรงพยาบาลที่เข้าโครงการมาศึกษาร่างมาตรฐานโรงพยาบาลร่วมกัน ทบทวนจุดเด่นที่แต่ละโรงพยาบาลได้ปฏิบัติอยู่นำจุดเด่นของโรงพยาบาลอื่นและกรอบความคิดในร่างมาตรฐานไปพิจารณาทบทวนระบบงานของโรงพยาบาลและดำเนินการปรับปรุง การมีที่ปรึกษาจากภายนอก การสลับกัน

ไปประเมิน/ยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลอื่น และการประเมินผลโครงการตลอดจนตัวมาตรฐานโรงพยาบาล

สรุป

การที่จะพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับโรงพยาบาลนั้น มีความจำเป็นที่จะต้องมีการคัดเลือกที่จะตัดสินใจในประเด็นที่สำคัญ เช่น การกำหนดบทบาทในการพัฒนา หน่วยงานที่รับผิดชอบ ภาระกิจของแต่ละแผนงาน/โครงการ นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างสมประสพการณ์และความรู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเมื่อถึงเวลาที่เหมาะสม โดยไม่ด่วนตัดสินใจเร็วเกินไป หรือชะลอการตัดสินใจจนช้าเกินไป

เอกสารอ้างอิง

Wagemakers, A. *The Situation Analysis on Hospital Accreditation Program in Thailand*. March 1 - April 9, 1996, Health Systems Research Institute.

