

การบรรยายพิเศษ

เรื่อง

ACCREDITATION
FOR HEALTH CARE ORGANIZATION

โดย MR. JOHN K. LEE

การบรรยายพิเศษ

เรื่อง

ACCREDITATION FOR HEALTH CARE ORGANIZATION

โดย MR. JOHN K. LEE

**วันที่ 25 มกราคม 2538 ห้องประกายเพชร โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข**

การบรรยายพิเศษเรื่อง ACCREDITATION FOR HEALTH CARE ORGANIZATION

วันที่ 25 มกราคม 2538 ห้องประกายเพชร โรงแรมเอเชีย

โดย MR. JOHN K. LEE

น.พ. อนุวัฒน์ ศุภชติกุล กล่าวเปิดการประชุม

ในวันนี้เราเริ่มเข้าไปนิดหนึ่งเพราะว่าการจราจรค่อนข้างเป็นปัญหา คงไม่ต้องกล่าวถึงความสำคัญของหัวข้อเรื่องที่เราจะประชุมกันในวันนี้ว่า ACCREDITATION FOR HEALTH CARE ORGANIZATION มีความสำคัญมากน้อยแค่ไหน เพราะว่าทุกท่านที่ได้มาประชุมกันในวันนี้คงได้ตระหนักอยู่แล้ว เป็นที่น่ายินดีนับว่า เดิมนั้นเราได้วางแผนจะจัดประชุมสำหรับผู้เข้าประชุมเพียง 50 ท่าน เพื่อให้มี INTERACTION ระหว่างวิทยากรและผู้เข้าร่วมประชุม แต่ปรากฏว่าได้รับการขอร้องให้เชิญเพื่อนๆของผู้ที่ได้รับการเชิญเป็นลูกโซ่ เพราะฉะนั้นทำให้เราไม่มีโต๊ะมีแต่เก้าอี้เป็นสิ่งที่ตึ้นะครับทำให้เราขยายวงของเราให้กว้างขึ้น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในฐานะที่เป็นผู้จัดประชุมครั้งนี้ มีความคาดหวังอะไรกับเรื่องนี้ สำหรับผู้ที่ไม่เคยรู้จักสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมาก่อน ผมอยากสรุปสั้นๆว่าเป็นหน่วยราชการประเภทอื่นๆ ไม่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ว่าทำงานประสานอย่างใกล้ชิดกับกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่รัฐวิสาหกิจแต่มีอิสระในการบริหารงานและดำเนินงานโดยมีกรรมการของสถาบันเป็นผู้กำหนดภายใต้กฎหมายที่ได้กำหนดไว้ สถาบันมีหน้าที่ในการส่งเสริมให้มีการใช้ความรู้และข้อมูลในการพัฒนาระบบสาธารณสุข ซึ่งมีทั้งส่วนที่เป็นการหาความรู้และเอาความรู้นั้นไปใช้ ในการตัดสินใจเน้นทั้งระดับนโยบายและปฏิบัติการ เมื่อพูดถึงเรื่องระบบสาธารณสุขแล้วก็ครอบคลุมถึงเรื่องของส่วนที่เป็นบริการสาธารณสุขและส่วนที่ไม่ใช่บริการสาธารณสุขหรือว่าส่วนที่เป็นพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อมของประชาชนทั่วไป สถาบันได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับเรื่องของ ACCREDITATION FOR HEALTH CARE ด้วยโครงการ 2 โครงการด้วยกัน

1. โครงการที่เกี่ยวกับกองโรงพยาบาลภูมิภาคที่ต้องการพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ
2. สถาบันได้รับมอบหมายจากสำนักงานประกันสังคมให้จัดทำคู่มือสำหรับตรวจรับรองโรงพยาบาล ตามมาตรฐานที่อนุกรรมการประกันสังคมได้กำหนดไว้เมื่อปีที่แล้วและวางแผนว่า สำนักงานประกันสังคมต้องการใช้มาตรฐานนั้นในปีนี้

ในการดำเนินงานนี้ สถาบันได้พยายามติดต่อประสานงานองค์กร บุคคลที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมคิด ร่วมทำด้วยกัน จากการดำเนินงานครั้งนี้ และการที่เราได้สัมผัสกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง เราพบว่า มีหน่วยงานต่างๆ ได้ดำเนินการ ได้มีความพยายามในเรื่องนี้อยู่ค่อนข้างมากพอสมควร บางหน่วยงานมี QA PROGRAM ซึ่งได้ดำเนินงานมาแล้วเป็นเวลาหลายปี แล้วก็เริ่ม SETTLE DOWN ไปแล้ว บางหน่วยงานก็เอา TQM (TOTAL QUALITY MANAGEMENT) หรือว่า REENGINEERING เข้ามาใช้ในหน่วยงานของตน พยายามพัฒนากลุ่มของตนได้รับ ACCREDITED จากองค์กรในต่างประเทศ แล้วก็โปรแกรม ACCREDITATION ของตนเอง ก็คือ ในเครือของ ADVENTIST

ในวันนี้ท่านประธานของ ADVENTIST HEALTH CARE SERVICE OF ASIA ก็คือ MR. JOHN LEE ได้กรุณาให้เกียรติมาเป็นวิทยากรในวันนี้ ซึ่งทางสถาบันคิดว่าโอกาสนี้เป็นโอกาสดีที่เราได้แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ จะเป็นการเร่งให้กระบวนการพัฒนาคุณภาพในประเทศเราตอบสนองต่อความต้องการของสังคมได้เร็วขึ้น

ที่เราคาดหวังประการแรกสุดคือว่า เราได้มีโอกาสทำความเข้าใจร่วมกันว่า แนวความคิดที่ถูกต้องของเรื่องนี้คืออะไร อะไรคือสิ่งที่เป็นไปได้ที่เราควรจะคาดหวัง อะไรคือสิ่งที่ไม่น่าจะเกิดหรือว่าไม่ควรจะเกิดขึ้น และหวังว่าเครื่องมือนี้จะถูกใช้ในทางที่ผิดซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียต่อระบบในระยะยาว ประการที่สอง เราคาดหวังว่าเราจะได้เห็นโอกาสเริ่มก่อตัวของชุมชนที่มีจุดมุ่งหมายเดียวกันและมีโอกาสทำงานร่วมกันในอนาคต ไม่ว่าองค์กรที่จะเข้ามารับผิดชอบในเรื่องนี้ในอนาคตจะมีรูปร่างหน้าตาเป็นอย่างไร ถ้าหากปราศจากเสียซึ่งความร่วมมือของเรา ท่านๆซึ่งนั่งอยู่ในที่นี้ก็คิดว่าเป็นการยากที่จะนำไปสู่ความสำเร็จได้

เพื่อให้แน่ใจว่าสถาบันสามารถติดต่อกับสมาชิกของชุมชนนี้ได้อย่างสอดคล้องต่อความต้องการของสมาชิกนี้ได้ ขอความกรุณาทุกท่านรอกแบบสอบถามที่ได้แจกไว้ที่โต๊ะข้างหน้าและส่งให้กับเจ้าหน้าที่ของเราก่อนที่จะกลับ บางสิ่งที่ท่านไม่แน่ใจว่าจะตัดสินใจอย่างไร อยากรอฟังวิทยากรของเราพูดเสียก่อนว่า มีความคิดอย่างไรแล้วค่อยตัดสินใจก็ได้ โปรแกรมในวันนี้เราจะยึดลงไปถึงช่วงบ่าย กลางวันเรามีอาหาร ท่านไม่ต้องรีบกลับขอความกรุณาอย่าเพิ่งรีบกลับทานอาหารกับเราเสียก่อน ถ้าท่านจะรีบกลับก็ขอให้หลังจากทานอาหารเรียบร้อยแล้ว ท่านที่มีเวลาในช่วงบ่ายนะครับ เราจะพยายาม ORGANIZE ให้เป็น WORKSHOP ให้ได้มีโอกาสสัมผัสว่าการทำงานจริง ๆ นั้นจะมีลักษณะหรือการตัดสินใจอะไรขึ้นมา อีกประการหนึ่งในแบบสอบถาม ผมอยากเรียนถามเพิ่มเติมอีกข้อหนึ่งว่าอยากให้ช่วยกันเสนอชื่อบุคคลที่เป็นที่ยอมรับของพวกเราว่าคนที่จะมาทำงานในเรื่องนี้หรือจะไปเป็นผู้ตรวจประเมินโรงพยาบาลที่ท่านเชื่อใจ กรุณา

ช่วยกันเสนอเพื่อที่เราจะได้ทำทำเนียบของท่านผู้ทรงคุณวุฒิเหล่านี้ไว้แล้วก็ได้ไปเรียนรบกวนท่านเหล่านี้ภายหลัง

ในอันดับต่อไปผมขอเรียนเชิญ อาจารย์ดร.ศิริพร ตันติพลวินัย ซึ่งเป็น VICE PRESIDENT ของโรงพยาบาลมิชชั่น กรุณากล่าวแนะนำวิทยากรครับ

ดร. ศิริพร ตันติพลวินัย

เรียนท่านผู้อำนวยการแผนงานวิจัยพัฒนาคุณภาพบริการ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ท่านผู้นำทางการศึกษาและแขกผู้มีเกียรติทุกท่าน วันนี้ดิฉันรู้สึกเป็นเกียรติและขอบคุณท่านผู้อำนวยการแผนงานวิจัยพัฒนาคุณภาพบริการที่ได้ให้โอกาสกับดิฉันมาเป็นผู้แนะนำท่านวิทยากร ท่านวิทยากรที่จะมาให้คำแนะนำกับท่านในวันนี้ ประวัติการศึกษาท่านนั้นมีมากมาย ประวัติการทำงานของท่านนั้นก็มากมาย แต่เนื่องจากเวลาสั้น ก็เลือกเอาส่วนที่สำคัญมาแนะนำให้ท่านรู้จัก

ประวัติการศึกษา

ปริญญาตรี และปริญญาโท ทางด้าน HISTORY & PHILOSOPHY ที่ PHILIPPINES UNION COLLAGE จากนั้นไป TRAINING ทางด้าน CLINICAL TRAINING ที่ SAINT LUX HOSPITAL ที่ MANILA และได้ปริญญาโท MPH ทางด้าน COMMUNITY & INTERNATIONAL HEALTH ที่ ROMALINDA UNIVERSITY USA. และนอกจากนั้นยังใช้เวลาใน CLINICAL TRAINING & POST GRADUATE STUDY ในเรื่องของ HEALTH ADMINISTRATION ที่ ROMALINDA UNIVERSITY ด้วย

ประวัติการทำงาน

เมื่อจบการศึกษาใหม่ ๆ มาอยู่ที่เมืองไทย 10 ปีและการอยู่เมืองไทย 10 ปีนี้เองก็เสียตุลการคำ ไม่ใช่ได้ตุลการคำ เสียตุลบุคลากรคือท่านแต่งงานกับสุภาพสตรีชาวไทย ดังนั้นท่านวิทยากรท่านนี้สามารถพูดภาษาไทยได้ค่อนข้างชัด รวมทั้งภาษาพ้อซุนด้วยในบางครั้งที่คนไทยสอนเอาไว้ ในขณะที่อยู่เมืองไทย 10 ปีนี้ ท่านทำหน้าที่หลายอย่างด้วยกัน เป็นผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำโรงพยาบาล เป็นผู้อำนวยการฝ่ายบุคคลของโรงพยาบาลมิชชั่น กรุงเทพฯ ท่านอาจารย์สอนที่โรงเรียนพยาบาลของเราที่มิชชั่น และเป็นอาจารย์พิเศษที่ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จากประเทศไทยไประยะเวลา 5 ปี ท่านไปทำงานที่ได้วันที่วิทยาลัยของเราที่นั่น 1 แห่งและก็ได้เป็นผู้บริหารโรงพยาบาลมิชชั่นที่ป็นัง นอกจากนั้นท่านยังไป

ทำหน้าที่เป็น EXECUTIVE VICE PRESIDENT ของ ASA ทางด้าน PLANNING & MARKETING และในปัจจุบันท่านทำหน้าที่เป็น PRESIDENT ADVENTIST HEALTH SERVICE ASIA อยู่ที่สิงคโปร์ นอกจากนั้นท่านยังเป็นอาจารย์พิเศษให้กับ ADVENTIST INTERNATIONAL INSTITUTE OF ADVANCE STUDY เป็น SCHOOL OF GRADUATE STUDY ที่ PHILIPPINES ท่าน LECTURE ในด้าน HEALTH CARE MANAGEMENT STRATEGIC PLANNING & MARKETING นอกเหนือจากนั้นท่านยังเป็นสมาชิกของ AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION เป็น FELLOW ของ DELTA OMEGA PUBLIC HEALTH OWNER SOCIETY เป็นสมาชิกของ SINGAPORE INSTITUTE OF MANAGEMENT เป็น CONSULTANT OF SIR RUN RUN SHAW HOSPITAL ที่ทางโจวประเทศจีน และ MEMBER OF INTERNATIONAL HEALTH CARE ADVISORY COUNCIL WASHINGTON DC. ท่านผู้มีเกียรติทั้งหลายดิฉันมีความยินดีและเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่จะขอแนะนำให้ท่านรู้จักกับ MR.JOHN K. LEE

MR.JOHN K. LEE

เรียนท่านประธาน ขอบคุณที่ศิริพรที่แนะนำ เขาบอกว่าคำแนะนำนั้นเปรียบเหมือนกับเป็น SHAVING CREAM เมื่อใส่ลงไปแล้วมันรู้สึกดีเหลือเกิน แต่อย่าใส่เข้าไปในปากครับคืออย่ากลืนเข้าไปในท้อง ถ้าไม่อย่างนั้นจะต้องไปหาหมอ วันนี้ผมมีความยินดีที่ได้มาพบกับท่านอาวุโสทั้งหลายที่อยู่ในวงการแพทย์ ที่จริงตัวผมเองไม่กล้าที่จะมาพูดที่นี่เพราะผมอยู่ต่างประเทศเป็นเวลา 14 ปีแล้ว การเคลื่อนไหวทางการแพทย์ในประเทศไทยก็มีหลายสิ่งหลายอย่างได้พัฒนาก้าวหน้าขึ้นไปตลอด 10 ปีที่ผ่านมา ทำให้ผมรู้สึกว่าตัวผมเองไม่พร้อมที่จะมาเป็นวิทยากร พี่น้องทั้งหลาย ขอให้เราคิดว่านี่เป็นโอกาสที่เราได้แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ผมหวังว่าหลังจากการประชุมของวันนี้แล้ว ผมสามารถเรียนรู้จากท่านทั้งหลายด้วย ก่อนอื่นผมขอใช้ OVERHEAD PROJECTOR ถ้ามีข้อไหนที่คำศัพท์ไทยผมใช้ไม่คล่อง ผมขอความช่วยเหลือจากพี่น้องทั้งหลายด้วย

ผมขอโอกาสโฆษณาเกี่ยวกับองค์กรของเราก่อน องค์กรเราไม่ใช่องค์กรเพื่อผลกำไร การโฆษณาไม่ผิดกฎหมาย ADVENTIST HEALTH SERVICE OF ASIA หรือองค์กรทางการแพทย์ ADVENTIST แห่งเอเชีย เป็นองค์กรหนึ่งที่ตั้งขึ้นเมื่อ 1982 เป็นเวลา 14 ปีมาแล้ว สาเหตุที่เราตั้งขึ้นมาเพราะโรงพยาบาลมิชชั่นซึ่งอยู่ทั่วโลกทั้งหมดมี 170 กว่าแห่ง สมัยที่เราตั้งขึ้นมานั้นโรงพยาบาลเราเป็นโรงพยาบาลเอกชนแห่งเดียวในชุมชนที่เราตั้งขึ้น เช่น กรุงเทพฯ เราเป็นโรง

พยาบาลเอกชนแห่งแรกที่ได้ตั้งขึ้นมา ที่ภูเก็ตก็เช่นเดียวกัน แต่ว่าหลังจากหลายปีผ่านไปแล้ว ปรากฏว่าการทำงานของโรงพยาบาลเรามันไม่ดีพอ เพราะการเคลื่อนไหวทางด้านการแพทย์ ความก้าวหน้าของโรงพยาบาลอื่นๆ ทำให้โรงพยาบาลเรากลายเป็นโรงพยาบาลชั้น 2 ไป และเราพบว่าโรงพยาบาลของเราทั้งหมดมี 20 กว่าแห่งทั่วเอเชีย ทั้งๆที่เราเป็นโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือเดียวกันแต่เราไม่ได้ร่วมมือกันทำงาน บางที่ผู้อำนวยการของเราแห่งหนึ่งไม่รู้จักกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลอีกแห่งหนึ่ง เราจึงตั้งขึ้นมาเป็นองค์กรนี้เมื่อ 1982 เพื่อช่วยโรงพยาบาลเหล่านี้ทำงานร่วมมือซึ่งกันและกันและทำงานปรับปรุงโรงพยาบาลให้ดีขึ้น ผมได้เข้าร่วมองค์กรนี้เมื่อปี 1986 ประมาณ 9 ปีก่อน ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาก็ได้ทำงานเกี่ยวกับโรงพยาบาลทั้งหมด 24 แห่งทั่วเอเชีย อีก 2 สัปดาห์ผมจะไปอินเดียซึ่งมีโรงพยาบาลในเครือทั้งหมดอีก 17 แห่งที่อินเดีย เขาอยากขอร่วมองค์กรของเราด้วย แต่ปัจจุบันนี้ผมยังไม่กล้าเพราะ 24 แห่งนี้ เป็นองค์กรที่ใหญ่พอแล้ว ทั้งหมดมีอีก 35 แห่งที่ภาคพื้นเอเชียแปซิฟิก เราก็มีบริการอย่างหนึ่งซึ่งเราเพิ่งเริ่มต้นเมื่อ 2-3 ปีมานี้ องค์กรเราเป็น COUNSELLING COMPANY ทางนี้ด้วย ถ้าหากว่ามีองค์กรไหนต้องการให้เราช่วยทางด้าน CONSULTATION องค์กรเราก็นิยามความหมายว่าถ้าเราทำได้ทำผิดไปครั้งหนึ่งในขณะเดียวกันเราสามารถแก้ความผิดนั้นไป ทำให้โรงพยาบาลเราดีขึ้น คนอื่นมีปัญหาเดียวกัน ก็มาแลกเปลี่ยนกัน ล้อชนิดเดียวกัน เรามี 10 ล้อให้ไปล้อหนึ่ง เอาให้คนอื่นใช้ได้ นี่เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เราเริ่มต้นมี CONSULTING SERVICE ผมได้ไปเมืองจีนเมื่อปีที่แล้ว ผมก็ได้เป็นที่ปรึกษาของ RUN RUN SHAW ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่ หางโจว มีจำนวนเตียง 450 เตียง เดียวนี้กำลังเปิดอีก 150 เตียง ภายในอีก 2-3 ปีข้างหน้า ก็จะเป็นโรงพยาบาลชั้นหนึ่งของจีน ขณะเดียวกันเราได้มี สัมมนา PROFESSIONAL เพื่อเราเองสำหรับองค์กรเราเอง เดียวนี้เราก็เชิญคนอื่นผู้ที่มีความสนใจเข้าร่วมประชุมด้วย จบการโฆษณา

ที่อยากจะพูดเรื่องนี้เพราะไม่ใช่โฆษณาอย่างเดียวเพราะว่าสิ่งที่เราจะพูดถึงในวันนี้มีส่วนเกี่ยวข้องกับองค์กรของเรา ผมอยากจะบอกว่าเราจะทำอย่างไรเพื่อจะช่วยโรงพยาบาลของเรานั้นดีขึ้น ความจำเป็นทางด้าน ACCREDIT มีสิ่งหนึ่งที่สำคัญทำให้ประเทศชาติทั้งหลายคิดถึงเรื่องนี้นั่นคือการพัฒนาทางด้านอุตสาหกรรมทางการแพทย์ ผมใช้คำว่าอุตสาหกรรม **HEALTH CARE INDUSTRY** ในอดีตเราไม่เคยคิดว่า HEALTH CARE เป็นอุตสาหกรรม เพราะโรงพยาบาลเป็นสถาบันอนาถา สถาบันทางการแพทย์เป็นสถาบันที่ช่วยเหลือคนยากจน ไม่ใช่อุตสาหกรรม คือเราไม่เคยคิดว่าอันนี้เป็นอุตสาหกรรมอย่างหนึ่ง เมื่อคืนอยู่บนเครื่องบิน ผมได้อ่านหนังสือพิมพ์ไทย ผมก็นับว่าในตลาดหลักทรัพย์ไทยมีโรงพยาบาลกี่แห่ง ได้อยู่บน BIG

BOARD ของไทย ตามที่ผมได้นับเมื่อคืนมี 11 แห่ง อันนี้เริ่มต้นจากผมอยู่เมืองไทย 10 กว่าปีก่อนมี 1 แห่ง 2 แห่ง แต่ว่าเดี๋ยวนี้มี 11 แห่ง มากกว่าสิงคโปร์ มากกว่ามาเลเซีย มากกว่าฮ่องกง มากกว่าไต้หวัน, ญี่ปุ่น ทำไมถึงมากขนาดนี้ สาเหตุอย่างหนึ่งคือเมื่อเรามองเห็น HEALTH CARE แล้วเรามองเห็นการแพทย์เป็นโอกาสหนึ่งซึ่งผู้ลงทุนทั้งหลายเขาบอกว่าเราลงทุนลงไป 10,000 เราสามารถได้รายได้ของโรงพยาบาล อาจจะเป็น 10 หมื่นและ MARGIN ของ HEALTH CARE ไม่มีใครบอกว่า MARGIN ของเขาเท่าไร มีกำไรสักเท่าไร มีหลายคนบอกว่ามีระหว่าง 10-20% การลงทุนการค้าแบบนี้ดีแน่นอน หลายคนจำเป็นต้องเข้าไปเป็นผู้ถือหุ้น เพราะเขาหวังว่าจะมีเงินปันผล แต่ทำไม HEALTH CARE INDUSTRY COMPANY พัฒนาก้าวหน้ามากยิ่งขึ้น ทำไมทำได้ ที่เกิดขึ้นนั้นเพราะว่ามี ECONOMIC DEVELOPMENT อยู่ในเอเชียแปซิฟิก ประเทศชาติเราก้าวหน้าขึ้นในอดีต

สมมติว่าผมไม่สบายถ้ามียา หมอ หมอก่อนขอโทษ แพทย์ทั้งหลายต้องแพทย์ก่อน มีหมอมียาดีแล้ว ถ้าไม่มีหมอมียาคำศัพท์คำหนึ่งที่โรงพยาบาลศิริราช ผมเคยเข้าร่วมประชุมครั้งหนึ่งเมื่อ 15 ปีก่อน 16 ปีก่อน เราใช้คำหนึ่งว่า “ หมอดี ” เคยฟังคำนี้ไหม ถ้าไม่มีหมอเรามีหมอดี หมายความว่า เป็นคนที่ขายยา เราไปที่ร้านขายยาบอกเราเจ็บคอ OK. 12345 กิน 5 เม็ดเข้าไป เสร็จแล้ว เขาก็เป็นหมอเหมือนกัน ไม่ได้เป็นแบบหมอพ.บ.นะ ในอดีตถ้ามีหมอดีก็ดีมียากี่ดีและไม่ต้องคิดว่าห้องที่ในโรงพยาบาลเป็นแบบไหน มีแอร์หรือเปล่า มีพัดลมไหม มีตู้เย็นไหม เดี่ยวนี้ต้องมี FAX ด้วย มีโทรศัพท์ด้วย โทรศัพท์แบบมือถือด้วย ผมรู้ว่าโรงพยาบาลแห่งหนึ่งให้โทรศัพท์มือถือด้วย เมื่อคนไข้คนนี้ไปที่ X-RAY เกิดตลาดหลักทรัพย์ต้องการติดต่อเขา ติดต่อได้เพราะมีมือถือถือไป X-RAY ด้วย เพราะว่าคนเรามองดูสถาบันการแพทย์นั้น ไม่ใช่เป็นสถาบันแห่งหนึ่งที่ช่วยผม ไม่ใช่เป็นสถาบันแห่งหนึ่งที่ขายสินค้า สินค้าอันนั้นคือสุขภาพ สินค้าอันนั้นคือสิ่งที่ผมสูญเสียไป และผมต้องการจะซื้อสุขภาพนั้นกลับมา กลายเป็นการซื้อขาย ถ้ากลายเป็นการซื้อขายแล้ว ก็มีผู้ขาย-ผู้ซื้อ ผู้ผลิต-ผู้บริโภค สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นเพราะเศรษฐกิจของเรา ของบ้านเมืองเราได้เพิ่มขึ้นได้ดีขึ้น สมัยที่กระเป๋าของผมมีเหลือแค่ 5 บาทเท่านั้น และ 5 บาทของผมในสมัยนั้นสามารถกินกล้วยได้สามหนึ่ง เมื่อผมมาเมืองไทยใหม่ๆ มีน้ำแข็ง เปล่าแก้วหนึ่งยังมีเงินเหลือ สมัยนั้นกล้วยเดียว 2 บาท น้ำแข็งเปล่าสี่สิ่งเดียว เดี่ยวนี้สี่สิ่งเดียวซื้ออะไรได้ครบ ให้คนขอทานเขาก็บอกคนนี้ขี้เหนียวจัง เพราะว่าราคาของเงินของเรานั้นเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงมากเหลือเกิน และคุณค่าของชีวิตเรานั้นก็ได้ทำให้สูงขึ้น เพราะว่าเมื่อผมไม่สบายนั้นผมก็คิดถึงว่า ถ้าผมได้ไปเที่ยวที่พญาหรือหัวหินหรืออะไรก็ตาม ผมต้องการพักโรง

แรมชั้นหนึ่ง เมื่อผมไม่สบายชีวิตผมก็สำคัญเหมือนกัน ผมต้องการโรงพยาบาลชั้นหนึ่ง เพราะผมต้องจ่ายเงิน ผมต้องการซื้อ นี่เป็นส่วนหนึ่งของการแพทย์

อีกส่วนหนึ่งของการแพทย์คือการพัฒนาทางเศรษฐกิจ ทำให้สิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นด้วยคือ ไข่ว่าผู้ที่มีมั่งมีคือผมพูดหมายถึงคนที่อยู่ในชั้นกลางลงไปนั้น หมายความว่าประชากรส่วนใหญ่ของประเทศชาติ เขาก็คิดถึงการแพทย์นั้นเป็นสิทธิของเขา เป็นสิทธิไม่ใช่เป็นการซื้อขายสินค้า แต่ว่าเป็นสิทธิอย่างหนึ่ง สิทธิของเขานั้นคือ ผมเป็นคนหนึ่งที่เป็นประชากรประเทศนี้ เมื่อผมไม่สบาย รัฐบาลมีหน้าที่รับผิดชอบ ที่จะรักษาช่วยให้ผมดีขึ้น ถ้าไม่นั้น ที่นี้มันมีการเมืองใหม่ ครั้งต่อไป ลองดูซิจะไม่เลือกคุณ เราก็ใช้อำนาจของแผ่นนั้นที่เราใส่เข้าไปในกล่อง ใช้อันนี้เพื่อที่จะช่วยทำให้ตัวผมเองได้รับสิทธิของผม ผมต้องการที่จะมีสุขภาพที่ดี ทั้ง 2 อย่างนี้อยู่ทั้งในคนชั้นสูงของประเทศชาติและคนชั้นกลางลงไปของประเทศชาติทั้ง 2 กลุ่มต้องการการแพทย์ที่ดี เพราะเราเห็นถึงคุณค่าของชีวิต ประเทศยังไม่พัฒนานั้นไม่เคยคิดถึงแบบนี้ พี่น้องไทยหลายคนที่เคยไปที่อินเดีย ไปบังคลาเทศ ไปปากีสถาน หรือประเทศอื่นๆของแอฟริกา ซึ่งคุณค่าของชีวิตนั้นไม่สูงพอที่จะทำให้คนเรายอมที่จะใช้เงินเพื่อการแพทย์ไปซื้อสินค้าสุขภาพ และเวลาเดียวกันยังไม่สูงพอที่ทำให้เราเป็นห่วงถึงคุณภาพของสินค้าสุขภาพ ถ้าหากว่าไม่มีความต้องการเหล่านี้คือเราเห็นคุณค่าชีวิตของเราไม่สูงพอ โรงพยาบาลของเราเปิดขึ้นมาแบบไหนก็ตาม คนอื่นมาเขามองเห็นโรงพยาบาลเราแล้ว เขาก็บอกว่าขอบคุณมาก

ขอเอ่ยถึงโรงพยาบาลในระบบราชการประเทศไหนขอไม่เอ่ยถึง ผมเคยไปมาก็ไม่สมควรจะบอกว่าประเทศไหน ก็แน่นอนไม่ใช่ประเทศไทย ผมเคยไปโรงพยาบาลแห่งหนึ่งซึ่งอยู่ในประเทศแห่งนี้ เป็นโรงพยาบาลในเมืองหลวงของเขาและเป็นโรงพยาบาลที่ค่อนข้างใหญ่ เข้าไปก็เห็นภาพหนึ่งที่ผมไม่เคยเห็นในประเทศอื่นเลย ผมเห็นขวด IV แขนงไว้อยู่ข้างบน มีเตียงๆหนึ่งที่นี่และ IV นั้นก็มีสาย IV ลงมา มี Y-JUNCTION เคยเห็นไหม ลงมาเป็น 2 สาย สายที่หนึ่งเข้าไปในคนไข้คนนี้ อีกสายหนึ่งลงมาที่คนไข้คนนั้น เข่าบนหรือเปล่า ไม่เคยบนเลย ก็นั่นเป็นชีวิตของเขา นั่นเป็นคุณค่าของชีวิตของเขา ประเทศนั้นยังไม่พัฒนาถึงขั้นนี้ เมืองไทยพัฒนาถึงขั้นนี้แล้ว ถ้าเราทำแบบนี้คนไข้ของเราจะอย่างไร ถ้าเธอไม่ TAKE CARE ฉัน ฉันจะย้ายไปอยู่ที่อื่น เพราะเขาเลือกได้แม้แต่ในโรงพยาบาลของรัฐเขายังเลือกได้ คนไข้ประกันสังคมเขาเลือกได้หรือเปล่า เลือกได้เขาก็ย้ายเหมือนกัน เราออกเสียงโดยใช้ปากไม่ได้ใช้กระดาก เราออกเสียงโดยใช้ขาของเราเดินไปเลย ถ้าเดินไม่ได้ WHEELCHAIR ก็ไปได้เลย

การเปลี่ยนแปลงทางการแพทย์นั้น เราทุกคนในที่นี้ก็ห่วงถึงคุณภาพ การเปลี่ยนแปลงทางการแพทย์มีอะไรบ้าง เมื่อที่ผมพูดถึงเศรษฐกิจเป็นส่วนหนึ่ง แต่มีอย่างอื่น

ด้วยที่ทำให้การแพทย์นั้นเราคิดถึงการเปลี่ยนแปลง หนึ่งคือการเปลี่ยนแปลงทางด้าน HEALTH CARE SIZE และ TECHNOLOGY ในอดีตเราซื้อเครื่องมือผมยังจำได้ที่มีชั้นที่ที่เราซื้อ X-RAY MACHINE ซื้อแล้วใช้ได้ 10 กว่าปีตั้งแต่คุณปู่ซื้อแล้วหลานยังใช้ได้ แต่สมัยนี้ลองไปซื้อ CT-SCAN หลังจาก 3 ปีกว่าเขาบอกว่าล้าสมัยแล้ว MRI ออกมาไม่ถึง 2-3 ปีเขาบอกล้าสมัยแล้ว ในอดีตไม่เคยบอกเลยว่าล้าสมัย เดียวนี้เราต้องเปลี่ยนนโยบายของเราหมดเลย เดียวนี้เครื่องมือของเราตัดค่าเสื่อมราคา ภายใน 2-5 ปี ในอดีตเราตัดค่าเสื่อมราคาภายใน 15 ปี การเปลี่ยนแปลงทำให้มีหลายสิ่งที่เราไม่เคยคิดถึงในอดีต ตัวอย่างเช่น ULTRASOUND เมื่อผมเรียนหนังสืออยู่ปี 1973-1974 สมัยนั้นยังไม่มี ULTRASOUND ผมเคยเข้าร่วมประชุมสัมมนาที่เขานำ ULTRASOUND เข้ามาเป็นสิ่งที่ใหม่เอี่ยมเหลือเกิน เดียวนี้คลินิกก็มี ULTRASOUND ด้วย เป็นสิ่งที่ธรรมดาเหลือเกิน ยังจำได้หรือเปล่า พูดถึง ENDOSCOPE เก่งเหลือเกินว่ามองเห็นข้างในได้โดยไม่ต้องใช้ X-RAY โดยไม่ต้องผ่าตัด เดียวนี้ ENDOSCOPE เป็นสิ่งที่ธรรมดาเหลือเกิน ถ้าไม่มีเป็นสิ่งที่ไม่ทันสมัย ต้องเปลี่ยนแปลง

สิ่งที่ 2 เป็นสิ่งที่ผมจะใช้เวลาน้อยเป็นสิ่งที่กำลังเกิดขึ้นในเมืองไทยคือ ระบบการจ่ายเพื่อสุขภาพ *First party payer* หมายความว่าผู้ที่ให้บริการเป็นผู้จ่ายเองในโรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลอนาถา คนไข้เข้ามาไม่ต้องเสียเงิน โรงพยาบาลเป็นผู้ให้ มีชั้นเริ่มต้นเมื่อ 50 กว่าปีก่อนก็เป็นแบบนี้ กรุงเทพมหานครเริ่มต้นเมื่อ 30 ปีก่อนก็แบบนี้ โรงพยาบาลของรัฐมีหลายแห่งจนกระทั่งทุกวันนี้ส่วนหนึ่งเป็น *first party payer* ไม่ต้องเสียอะไรเลยมาถึง *second party payer* หมายถึงผมเป็นคนไข้ผมเสียค่าใช้จ่าย ผมซื้อสินค้าจากโรงพยาบาล มาถึงขั้นต่อไปคือ *third party payer* หมายความว่า party ที่ 1 และ 2 ไม่ต้องจ่ายเงินมากเกินไป party ที่ 3 เป็นผู้จ่ายเงินโดยทางอ้อมหรือตรง แน่نون คนที่เป็นคนไข้เขาต้องจ่ายด้วย เขาเสียภาษี ประเทศชาติมีการประกันสังคม เขาก็เสียให้โรงพยาบาล เขาซื้อประกันสุขภาพ HEALTH INSURANCE ผมซื้อประกันสุขภาพ ผมจำเป็นต้องมีบริการของโรงพยาบาล บริษัทประกันภัยเป็นผู้จ่าย การที่จะมี THIRD PARTY PAYER นั้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในสถาบันการแพทย์มากเหลือเกิน เพราะว่าคนที่เป็น THIRD PARTY PAYER นั้นวิถีทัศน์ของเขาและคนไข้ไม่เหมือนกันคือถ้าผมเป็นคนที่ไม่สบายและผมจ่ายเงินเพราะว่าผมเองเป็นชีวิตผมเอง เป็นสิ่งที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเงินของผม ผมยินดีจะจ่ายมากสักเท่าไร คุณพ่อไม่สบายไปหาหมอ ไม่ว่ายาแพงเท่าไรใช้เลยหมอไม่ต้องห่วง แต่เมื่อคุณพ่อเสียไปแล้ว ผมก็มาเจรจากับโรงพยาบาล ทำไมแพงอย่างนี้ เพราะสมัยที่กำลังไม่สบายนั้น ผมเป็นคน *EMOTIONALLY INVOLVED* หมายความว่าความรู้สึกและอารมณ์ของผมมีส่วน

เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ ก็ทำให้การตัดสินใจของผมนั้นไม่ OBJECTIVE หมายความว่าขึ้นอยู่กับอารมณ์ของผมนั้น บังเอิญวันนั้นท่านศรียกรรยากำลังไม่สบายอยู่ ผมก็บอกกับหมอว่าค่าใช้จ่ายเท่าไรใช้ไปเลย นี่เป็นภรรยาคนเดียวของผม ไม่ใช่ใครเลย ผ่าก็ได้ ตัดก็ได้ ให้อายุก็ได้ ทำอะไรก็ได้ ผมยินดีจ่าย แต่หลังจากนั้นแล้วเมื่อภรรยาสบายแล้ว เมื่อผมไปยื่นต่อหน้าแคชเชียร์นั้นเป็นอีกเรื่องหนึ่ง แพงเกินไป เพื่อแก้ไขปัญหานี้ก็จำเป็นต้องมี THIRD PARTY PAYER ซึ่งอารมณ์ของเขาไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคนไข้เลย คนนี้สบายหรือไม่ฉันไม่แคร์ ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับอารมณ์ของผม คือผมจ่ายเพราะผมเห็นว่าสินค้านี้มีคุณค่าแค่ไหน ผมจ่ายแค่นี้ถ้าไม่มีคุณภาพแค่นี้ ผมจะย้ายไปที่อื่น

ประกันสังคมก็เช่นเดียวกัน ประกันสังคมเจ้าของนั้นคือประชาชน คือรัฐบาล ถ้ารัฐบาลมองเห็นว่าโรงพยาบาลของผมไม่ถึงประสิทธิภาพขั้นไหนจะไม่ยอมเซ็นสัญญากับคุณ THIRD PARTY ทำได้ แต่ SECOND PARTY ทำไม่ได้ เพราะว่ามี EMOTION FIRST PARTY ทำไม่ได้เพราะว่ากลัวเสียชื่อ เคยมีใครที่นึกถ้าจะคิดว่ามีคนไข้คนหนึ่งมาถึงประตูโรงพยาบาลของท่านและตายอยู่หน้าประตู เป็นสิ่งที่เสียชื่อมากที่สุดเลย ไม่มีใครกล้าที่จะบอกว่าไม่ยอมรับรักษาคนไหนเลย เพราะว่าเราเป็น FIRST PARTY EMOTION ของเรามีส่วนเกี่ยวข้องกับชื่อเสียงของเรา วันรุ่งขึ้นอยู่ในเดลินิวส์บอกว่าคนไข้คนไหนเสียอยู่หน้าโรงพยาบาลไหน เพราะว่า DEFRIBURATOR ของเราไม่ทำงาน ขายหน้าหมดเลย คือ หนึ่งกับสองนั้นตัวโรงพยาบาลเองและคนไข้เองทั้งนั้นเป็นสิ่งที่ไม่ OBJECTIVE แล้วสำหรับ THIRD PARTY สิ่งที่เกิดขึ้นนั้นคือ ผู้ที่จ่ายเงินผู้ที่มีทองคำเป็นนายของเรา เขาว่าอะไรเราต้องฟัง เขาตั้งประสิทธิภาพถึงแค่นี้ เราต้องไปถึงแค่นี้ มิฉะนั้นเขาจะไม่ยอมจ่ายให้เราหรือไม่จ่ายตามที่สมควร การทำงานของเราได้เปลี่ยนไปแล้ว หมอทั้งหลายไม่ชอบ THIRD PARTY PAYER เลย ที่ประชุมที่นี่มีหลายคนเป็นหมอ เพราะว่าอำนาจของการตัดสินใจว่าควรผ่าตัดหรือไม่ควรผ่าตัดไม่ได้อยู่ในกำมือของหมอ เดี่ยวนี้อยู่ในกำมือของ THIRD PARTY PAYER หมายความว่าคนที่ตัดสินใจว่าจะไปที่ไหน อยู่ในสถาบันที่เป็น THIRD PARTY PAYMENT เช่น ประกันภัย ถ้าอยู่ในประกันสังคมอย่างในเมืองไทย ผู้ที่ตัดสินใจคือผู้บริหารโรงพยาบาล เพราะว่าคนไข้คนนี้จะผ่าหรือไม่ผ่านั้น รายได้ของผมจะไม่มีเปลี่ยนแปลง ตามที่ผมเข้าใจระบบที่กำลังเกิดขึ้นในเมืองไทยคือแบบนี้ แต่ละคนที่ได้มานั้นถ้าผมสามารถที่จะป้องกันไม่ให้ใครสักคนที่ไม่ได้เข้าร่วมสมมติว่ามีหนึ่งหมื่นคน ถ้าใครสักคนในหนึ่งหมื่นคนสบายดี ขอให้เขาสบายดีในปีนี้อะ ต้องไปสวดหนึ่งร้อยครั้งขอให้คนเหล่านี้สบายดีด้วยเถอะ ถ้าสบายดีทั้งหมดเลย กำไรผมได้หมดเลย ไข้ไหมครับ ใครเป็นผู้ตัดสินใจจะผ่าตัดหรือไม่ผ่าตัด เครื่องมือจะซื้อ

หรือไม่ซื้อ และ TEST CBC ครั้งเดียวพอไหม หรือต้องไปทำครั้งที่ 2 ต้องไปทำทันทีหรือรอ
พรุ่งนี้เข้าได้ ใครตัดสินใจ หมอตัดสินใจได้ไหม ในเวลานี้หมอยังตัดสินใจได้แต่พอนานๆเข้า
หมอตัดสินใจไม่ได้แล้ว ผู้บริหารก็บอกนี่หมอ พี่น้องทั้งหลายหมอคนนี้ทำอย่างคุณเหมือนกัน
การผ่าตัด APPENDECTOMY คนไข้ของเขาคนนี้เฉื่อยแล้วทั้งปีคนไข้ของหมอคนนี้อยู่ใน
โรงพยาบาล 2.3 วัน ของคุณ 3.3 ทำไมของคุณ 3.3 และคนนี้ 2.3 เฉื่อยแล้วผ่าตัด
APPENDECTOMY เหมือนกัน คนไข้ของหมอคนนี้เขาเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาล 2.3 วันนั้นเขา
ใช้ AUXILIARY SERVICE ห้อง X-RAY ห้อง LAB ทั้งหมดนั้น แต่ละครึ่งที่เขามานั้น
(ADMISSION) เขาใช้ 15.6 ครั้ง หมายความว่าเขาจะมีเจาะเลือดไปทำ X-RAY เขาใช้ 15.6
ครั้ง ของคุณ 26 ครั้ง หมายความว่าหมอคนนี้ทำให้โรงพยาบาลได้กำไร หมอคนนี้ทำให้
โรงพยาบาลขาดทุน ถึงสิ้นปีถึงเวลาการประเมินผลแล้ว ถ้าสมมติว่าผมจะ promote คน
หนึ่งเป็นหัวหน้า คิดว่าใครจะได้ คนที่ 3.3 หรือ 2.3 วัน แน่หนอนคนที่ 2.3 ใช่ไหมครับ
เมื่อมาถึงเวลาเงินของเราไม่พอ หมอคนหนึ่งต้องออก หมอคนไหนออกก่อน แน่หนอนคนที่
3.3 ออกก่อน ปัญหาที่เกิดขึ้นกับวงการแพทย์นั้นคือ เมื่อสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นแล้วเรากล้าที่จะ
รับรองว่าหมอคนที่ 2.3 นั้นประสิทธิภาพของบริการของเขาจะแยกว่า 3.3 ไหม 3.3 จะดี
กว่า 2.3 ไหม ไม่แน่ ใครจะรู้ ใครตัดสินใจ การเปลี่ยนแปลงนี้แหละอาจทำให้ประสิทธิภาพ
ของการแพทย์ลดลง แต่เมื่อไปพูดถึงกับ THIRD PARTY PAYER ไม่ เป็นไปไม่ได้ เพราะว่า
เป็นไปตามสถิติของเรา การผ่า APPENDECTOMY มีกี่คนตายไป หมอ 2.3 ก็มีสถิติแบบนี้
หมอ 3.3 ก็มีแบบนี้ เราวัดอย่างไร ใช้วิธีไหนวัดว่าประสิทธิภาพของโรงพยาบาลแห่งนี้
ดีหรือไม่ เราจะกลับมาพูดถึงเรื่องนี้

ต่อไปคือ **CONSUMER MARKET** เมื่อการแพทย์นั้นกลายเป็นอุตสาหกรรมอย่าง
หนึ่ง มีผู้ผลิตมีผู้ขายก็มีผู้ซื้อและมีผู้บริโภค ผู้บริโภคเดียวกันเขาก็ต้องการมีสิทธิของผู้บริโภค
CONSUMER MARKET ทำให้การทำงานของเรามาโดยไม่ได้คิดถึงสิ่งที่สำคัญที่สุดคือชีวิต เราคิด
ถึงสิ่งที่สำคัญที่สุดคือผู้บริโภคพอใจหรือเปล่า หมอของรัฐก็บอกว่าผู้บริโภคทางด้านนี้เขาไม่
รู้ดีกว่าเรา เพราะเราเป็นนักวิชาการ เราเป็นผู้ที่ตัดสินใจให้ เขาตัดสินใจไม่ถูก จริงหรือเปล่า
คำถามเหล่านี้เกิดขึ้นมาเมื่อการแพทย์พัฒนาถึงขั้นนี้ เราจำเป็นต้องถามทุกๆที่ที่เราบอกว่าคนที่
ไปรับยาจากห้องยานั้น เขาไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง PARACETAMOL กับ ASPIRIN
เขาอาจจะไม่รู้ แต่เรากล้าที่จะบอกว่าเขาดัดสินใจไม่ถูกไหม เมื่อระดับการศึกษากำลังสูงขึ้น
เป็นไปได้อาจหรือเปล่าว่า CONSUMER MARKET นั้น แท้ที่จริงเขารู้ มีบริษัทแห่งหนึ่งที่อเมริกา
กำลังก่อตั้งอยู่หรือในขณะนี้ก่อตั้งขึ้นแล้ว จุดประสงค์ของบริษัทนี้เขาจะมีเบอร์โทร 800

เป็น AREA CODE ที่ผู้โทรไม่ต้องเสียเงิน ทางไกลก็ไม่เสียเงิน มีบริษัทที่ตั้งขึ้นมา เขาบอกว่า ใครก็ตามที่ต้องการจะรู้ว่าหมอคนไหนประสิทธิภาพของเขาคือไหน สามารถที่จะโทรไปได้ โดยใช้โทรศัพท์ที่เป็น CODE ตาม DRG เช่น โทรไปถาม DRG ของ APPENDECTOMY สมมติ CODE ของ APPENDECTOMY เป็น 1153 ผมก็บอกว่า 1153 หมอคนไหนเบอร์อะไร เขาก็สามารถจะบอกได้ หมอคนไหนเกี่ยวข้องกับ PROCEDURE 1153 APPENDECTOMY หมอคนไหน อยู่ในเปอร์เซ็นต์ไหน เขาว่าอย่างไร เขาใช้แบบที่ว่า หมอคนไหนรักษาที่คนเสียไปกี่คน เปอร์เซ็นต์ของ MORTALITY ยุติธรรมไหม หมอทั้งหลายที่อยู่ที่นี่บอกว่า ไม่ยุติธรรม แต่เราช่วยได้ไหม อยู่ในประเทศที่เสรีเราช่วยไม่ได้ เพราะภานายของเราเป็นผู้บริโภค ผู้ที่ยอมเสียเงินจะมีผู้ที่ยอมขาย ทั้งๆที่สินค้านั้นจะมีความหมายหรือไม่ก็ตามจะมีคนขายและจะมีอิทธิพลด้วย สมมติว่าสิ่งนี้เกิดขึ้นในเมืองไทย โรงพยาบาลทั้งหมดใส่ข้อมูลเข้าไปเลย ใส่เข้าไปได้ไหม ได้ เดียวนี้สักระยะสังคมเพราะรัฐบาลข้อมูลทั้งหมดนี้ใส่เข้าไปในจุดเดียวกันนะ คอมพิวเตอร์ของเราผลิตข้อมูลออกมาข้อมูลจะมีความหมายหรือไม่ก็ผลิตออกมา ข้อมูลที่ไม่มีความหมายใส่เข้าไปก็จะได้ข้อมูลที่ไม่มีความหมายออกมา (GARBAGE IN GARBAGE OUT) แล้วข้อมูลเหล่านี้ก็มีแล้ว สักวันหนึ่ง ผมกล้าทำนายว่า สักวันหนึ่งจะมีบริษัทแบบนี้ จ่าย 200 บาท ผมจะช่วยให้คุณพิมพ์ออกมาเลย โดยใช้ INTERNET เข้าไปเลย INTERNET ออกมาว่าสำหรับ procedure 1153 โรงพยาบาลแห่งใดที่อยู่ในกรุงเทพฯ DEATH RATE สูงสุด แห่งไหน DEATH RATE ต่ำสุด มีราคาสูงสุดมีราคาต่ำสุด มีไหม มีความหมายหรือเปล่าผมไม่รู้ ผมยอมรับว่าอยู่ในวงการแพทย์เป็นสิ่งที่ DEBATE อยู่ แต่เมื่อมาถึง CONSUMER MARKET IN HEALTH CAREที่กำลังพัฒนาอยู่ไม่ว่าเราชอบหรือไม่ชอบ ถ้ามีใครกล้าที่จะลงทุนและมีใครจ่าย 100-200 บาท อิทธิพลของเขาจะใหญ่กว่าอิทธิพลของหมอ ใหญ่กว่าอิทธิพลของกระทรวงด้วย ขอโทษ ผมต้องระวังนะเพราะผมไม่ใช่คนไทย ผมไม่ควรอภิปรายเลย แต่อันนี้พูดเป็นความจริงนะว่าอิทธิพลของ CONSUMER เหล่านี้ เดียวนี้เราอยู่ในเมืองไทยเรามองเห็นกันชัดเจน อิทธิพลของผู้บริโภคกำลังสูงขึ้นอยู่ COMPLAIN ได้ อยู่ในวงการแพทย์ก็เหมือนกัน เราจะรอให้เขา COMPLAIN หรือ

ต่อไป **DEMAND FOR LOW COST , HIGH QUALITY CARE** อะไรก็ตามที่ถูกที่สุด ดีที่สุด ลูกชิ้นใหญ่ที่สุดซามละ 15 ลูก แต่ขอให้ 30 บาทเท่านั้น เดียวนี้ 30 บาทแล้ว 20 บาทซื้อได้ไหมเดี๋ยวนี้ ผมยังคิดว่าซามละ 2 บาทสมัยนั้นดีเหลือเกิน เราต้องการสิ่งที่ถูกที่สุด ราคาต่ำที่สุดและคุณภาพดีที่สุด นี่คือการคิดของผู้บริโภค เราช่วยได้ไหม เราพยายามให้การศึกษาเขา เราพยายามอบรมเขา เพื่อให้เขาเข้าใจว่าสิ่งที่ถูกที่สุดอาจจะไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุด

แต่เป็นไปได้หรือเปล่า เป็นความจริงหรือเปล่าว่าบางทีพวกเราผู้ซึ่งอยู่ในสถาบันการแพทย์นั้น เราอาจจะจำเป็นต้องตัดค่าใช้จ่ายของเรา ตัดได้ไหม เมื่อตัดแล้วจะทำให้คุณภาพประสิทธิภาพลดลงไหม ก็กลับมาที่ QUALITY V.S. PRICE

สุดท้าย **INCREASED FOR PROFIT HEALTH CARE ORGANIZATION** อันนี้เป็นอีกครั้งหนึ่งที่พูดถึงผู้ที่ตั้งโรงพยาบาลขึ้นมาเพื่อผลประโยชน์ ไม่ใช่สิ่งที่ผิด ผมไม่อยากจะให้น้องเข้าใจผิดว่า ผมที่ทำอยู่ในโรงพยาบาลที่ NOT FOR PROFIT เช่นที่มิชชั่น ผมก็คิดว่าพวกที่ทำเพื่อผลประโยชน์ ไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้เลย แต่ผมคิดว่า การที่มีโรงพยาบาลเพื่อผลกำไรนั้น ทำให้เราที่ทำงานอยู่ในวงการแพทย์ต้องเผชิญหน้ากับการท้าทายอย่างหนึ่ง การท้าทายอย่างนี้ก็คือว่าจะมีการแข่งขัน ในอดีตเราไม่เคยมีการแข่งขันเลย เช่น ปอเต็กตึ๊งไม่เคยแข่งกับร่วมกตัญญู คือต่างคนต่างทำความดี การทำความดีนั้นแข่งกันได้อย่างไร 2-3 วันนี้สัปดาห์ที่แล้วถึงสัปดาห์นี้มีแผ่นดินไหวที่โกเบ เรารู้ว่ามีคนไปช่วยเหลือเขาที่โน่น การไปช่วยเหลือคนแสนกว่าคนที่ไม่มีบ้านนั้นเราแข่งกันหรือเปล่า ไม่ เราไม่กล้าที่จะแข่งกัน แต่ว่าในวงการแพทย์ในอดีตเราไม่แข่งกัน แต่เดี๋ยวนี้เราต้องแข่งกัน แข่งกันทางด้านสัญญา โรงพยาบาลของผมกับโรงพยาบาลของคุณแข่งกันเรื่องบริษัทโตโยต้าจะได้พนักงานทั้งหมด 7,000 กว่าคนอยู่ในโรงพยาบาลของเรา จะแข่งกัน เราแข่งกันได้อย่างไร อีกครั้งหนึ่งการแข่งขันเป็นสิ่งที่ดี แต่ขณะเดียวกัน HEALTH ที่มีการแข่งขันกันอาจจะทำให้ประสิทธิภาพลดลง ประสิทธิภาพของสิ่งที่มองเห็นได้อาจจะไม่ลดลง แต่ประสิทธิภาพของสิ่งที่มองไม่เห็นอาจจะลดลงก็ได้ ใครจะรู้สิ่งที่เกิดขึ้นในห้องผ่าตัด และใครกล้าที่จะรับรองต่อหน้าชุมชนว่าโรงพยาบาลแห่งนี้มีประสิทธิภาพถึงขั้นนี้ ใครมองเห็นได้ เคยมีหลายคนเคยเสนอว่าเรามาถึงขั้นหนึ่งที่ต้องรับรองประสิทธิภาพของสถาบันทางการแพทย์ เราอาจจะต้องทำเหมือนกับโรงแรม มีห้าดาว มีสี่ดาว มีสองดาวและไม่มีดาวด้วย เป็นไปได้หรือเปล่าที่โรงพยาบาลสักวันหนึ่งจะมีห้าดาว บางคนที่นี่แอบยิ้ม มีใครที่อยู่ในที่ห้องประชุมนี้เห็นด้วยกับผมว่าสักวันหนึ่งอาจจะมียะบบหนึ่งระบบใด ไม่รู้ว่าจะเป็ระบบไหน ที่บอกว่าจะมีโรงพยาบาลห้าดาว สองดาว หนึ่งดาว ศูนย์ดาว มีใครเห็นด้วย ผู้ที่ไม่เห็นด้วย (โปรดยกมือ) ผู้กล้าหาญขอเคารพ พูดจริงๆผมไม่รู้ ผมอยากรู้จากความคิดของท่านด้วย สาเหตุที่ผมบอกผมไม่รู้ เพราะเหตุว่าโรงแรมนั้นเป็นสิ่งที่เปิดเผยทั้งหมด เรามองเห็นทั้งหมดเลย เป็นอุตสาหกรรมที่เปิดเผย แต่ว่าอุตสาหกรรมทางการแพทย์นั้นเป็นสถาบันที่ปิด ค่อนข้างปิด เพราะว่าชีวิตของเราส่วนที่เกี่ยวข้องเราไม่กล้าที่จะเปิดเผยอย่าง 100% เลย

มีอยู่อีกอย่างที่ผมจะพูดถึง แต่เอ่ยถึงเรื่องนี้ก่อน อยู่ในวงการแพทย์นั้นไม่ใช่คนเดียว หรือนักวิชาชีพกลุ่มเดียวที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับคุณภาพ มีหลายกลุ่ม พวกเราที่นั่งอยู่ที่นั่น ผมเข้าใจว่าอย่างน้อยที่สุด 5-6 กลุ่มด้วยกันหรืออาจจะมากกว่านั้น เรามีหมอเรามีพยาบาล 2 กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่สำคัญมาก แล้วก็ยังมีอย่างอื่น มีเภสัช มี x-ray ผู้บริหาร มีหลายอย่าง แต่ละคนนั้นที่เรามองเห็นประสิทธิภาพ อะไรคือคุณภาพ เราเห็นด้วยกันได้ไหม แต่เราจะลองดูว่าเป็นไปได้ไหม ตอนบ่ายจะลองดูใน WORKSHOP ของเรา จากประสบการณ์ของผมพบว่ามันเข้าใจกันยากเหลือเกินเพราะว่าอย่างวิชาที่ผมเรียนมาทางด้าน PUBLIC HEALTH ทางด้าน ADMINISTRATION ทำให้ผมมองดูปัญหานี้ไม่เหมือนกับผู้ที่ เป็นหมอผู้ที่เป็นพยาบาล เมื่อเรามีความรู้ที่แตกต่างกันและนำความรู้ที่ต่างกันมาประกอบในการตัดสินใจนั้น หลายครั้งที่เคยทำให้เราตัดสินใจไม่ถูก สักวันอาจจะมิกี้ได้ เราพยายามทำอยู่ในเครือข่ายของมิชชั่นแล้ว เครือของ ADVENTISE แล้ว เรามี 24 แห่งในองค์กรของเรา เรามีคุณภาพที่ต่างกัน เรามีแบบที่เป็น ZERO STAR ก็มี เรามีแบบ FIVE STAR ก็มี ทั้งหมดเลยอยู่ใน 24 แห่งนี้ แต่ว่าใครตัดสินใจ ผมปีที่แล้วเกือบทำเอกสารออกมาบอกว่าอันไหนเป็นห้าดาว แต่ไม่กล้าทำเพราะเมื่อออกมาแล้วใครตาย คนนี้ตายก่อน เมื่อถึงเวลาเลือกประธาน ไม่เลือก การเมืองเข้ามาเกี่ยวข้อง ถ้าผมบอกว่าโรงพยาบาลแห่งนี้มีห้าดาวจะทำให้ความคาดหวังของผู้เข้าโรงพยาบาลจะสูงขึ้นไหม เป็นไปได้หรือเปล่า เดียวนี้เป็นไปได้ เพราะว่าผมเข้าระดับห้าดาวความคาดหวังระดับมาตรฐานโรงแรม ในขณะที่เดียวกันหมอยังอยู่ในห้าดาวเขาจะยอมไปสองดาวไหม เขาต้องไม่ยอม เขาต้องรักษาคำสัตย์ของเขาด้วย เรื่องนี้ผมยังไม่อยากจะพูดเพราะตกลงผมก็ยังไม่รู้เหมือนกัน ขอขอบคุณที่แสดงความคิดเห็น อีกสองปีถ้ามีโอกาสผมจะสอบถามอีกที

ในอดีตและในปัจจุบันวิธีที่จะรักษาช่วยควบคุม HEALTH CARE ORGANIZATION นั้น มีทั้งหมด 3 วิธีด้วยกัน วิธีที่ 1 เป็นวิธีที่ปัจจุบันยังใช้อยู่ในประเทศหลายประเทศด้วยกัน รวมทั้งเมืองไทยด้วย นั่นคือเราควบคุม HEALTH CARE ORGANIZATION โดยการควบคุม DECISION อยู่ในเมืองไทยโรงพยาบาลทุกแห่งต้องมีผู้นำหน่วยงาน ผู้นำหน่วยงานนั้นไม่ใช่เป็นคนแบบผม คนนี้ทำไม่ได้ ต้องเป็นคนที่ มี MD อยู่หลังชื่อของเขา ทำให้ถึงออกกฎหมายแบบนี้ เพราะว่ารัฐบาลไม่สามารถบังคับผม ถ้าผมทำผิดอย่างมากที่สุดคือเข้าคุก อย่างมากที่สุดคือปรับ 20,000 บาท 200,000 บาท แต่ถ้าผมเป็นหมอ ผมทำผิดเขายกเลิกใบประกอบโรคศิลป์ได้ รัฐก็ใช้ใบประกอบโรคศิลป์เป็นวิธีหนึ่งที่ควบคุมว่าโรงพยาบาลนั้นจะมีคุณภาพสูงแค่ไหน คนที่เป็นผู้นำหน่วยงานนั้นแท้ที่จริงเขาใช้ชื่อเสียงของเขามาแลกเปลี่ยน

กับการยอมรับในประสิทธิภาพจากรัฐบาล และเมื่อคนอื่นมองถึงสิ่งเหล่านี้แล้ว เขาก็เห็นว่าโรงพยาบาลแห่งนี้ได้ทำตามกฎหมาย ก็แน่นอนโรงพยาบาลแห่งนี้ควรจะเป็นโรงพยาบาลที่ดี อันนี้อยู่ในอดีตและในปัจจุบันด้วย อยู่ในหลายประเทศ มาเลเซียก็เป็น สิงคโปร์ก็เป็น ญี่ปุ่นแบบเดียวกัน อินโดนีเซียแบบเดียวกัน เดียวนี้กฎหมายเขายังระบุว่าจำเป็นต้องเป็นหมอหนึ่งคน ซึ่งเป็นผู้ดำเนินงาน หมอคนนี้ต้องมีคุณสมบัติแบบไหน จำเป็นต้องจบบริหารหรือเปล่า ตามที่ผมเข้าใจ ไม่จำเป็น เขาต้องมีประสบการณ์กี่ปี ตามที่ผมเข้าใจ ไม่มีความต้องการเลย เขาเป็นผู้ชายหรือผู้หญิง ไม่เป็นไร จะเก่งหรือเปล่า ก็ไม่เป็นไร ขอให้มันนั้นไปประกอบโรคศิลป์ แค่นี้เอง ผมไม่ได้ไปตำหนิว่า วิธีของปัจจุบันจะถูกหรือไม่ถูกนะ เพียงแต่จะอธิบายวิธีของปัจจุบัน อันนี้มีหลายแห่งนะ ประเทศอื่นก็มี แท้ที่จริงอันนี้เป็นวิธีของอดีตตั้งแต่บรรพบุรุษจนถึงปัจจุบัน คำถามไม่ได้อยู่ตรงที่ถูกหรือไม่ แต่คำถามอยู่ที่ EFFECTIVE หรือเปล่า

ประเทศบางแห่งก็มีเพิ่มขึ้นอีกอย่างหนึ่งคือ LICENSING HOSPITAL คือการตั้งโรงพยาบาลนั้นจำเป็นต้องได้รับใบอนุญาต นอกจากมีหมอหนึ่งคนแล้ว ยังต้องมี MINIMUM STANDARD และ MINIMUM STANDARD ได้ตั้งขึ้นมาจากกระทรวงก็ได้หรือจากองค์การไหนของกระทรวง ว่าถ้ามีแบบนี้แบบนี้ก็เสร็จแล้ว ผมจำเป็นต้องบอกว่าสิ่งที่ผมเล่าเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับประเทศไทย ผมไม่เคยติดต่อเมื่อผมอยู่เมืองไทย ไม่เคยติดต่อกับกระทรวงทางด้านนี้ แต่เมื่อผมอยู่อีกประเทศที่ทำงานผมเคยติดต่อ เมื่อเรามองดู LICENSING REQUIREMENT ผมใช้คำว่า MINIMUM STANDARD แท้ที่จริงก็มีความหมายอย่างนี้แหละ MINIMUM ก็ MINIMUM จริงๆนะ ยังจำได้หรือเปล่ากฎหมายที่เกี่ยวกับโรงพยาบาลของเรา STANDARD มีกี่ใบมีกี่หน้า ทั้งเล่มหรือทั้งปี่อย่างนี้หรือ ไม่ มีนิดเดียวเท่านั้น ทุกประเทศเหมือนกัน ไม่ใช่ว่าเมืองไทยแห่งเดียว ขณะนี้กำลังเปลี่ยนแปลงอยู่ เราต้องวิจัยว่าระบบปัจจุบันนั้นไปได้แค่ไหน เพราะว่าเป็น MINIMUM STANDARD นั้นใครเป็นคนที่ตั้ง MINIMUM STANDARD นี่ขึ้นมา พวกเราหรือ ผู้บริโภคหรือ ไม่ สิ่งเหล่านี้ตั้งขึ้นมายังไม่มีความคิดเห็นของผู้บริโภค ยังไม่มี THIRD PARTY PAYER สมัยนั้นยังไม่มีคนที่อยากจะซื้อโทรศัพท์มือถืออยู่ใน x-ray สมัยนั้นการแพทย์ยังอยู่ในระดับ PRIMITIVE อยู่

นี่คือความจริง มาตรฐานกับความจริงสอดคล้องกันได้ไหม เข้าถึงมาตรฐานใหม่ พูดถึง PROCESS ไม่ใช่ว่ามีหรือไม่มีเท่านั้นแต่ว่ามีคุณภาพมากน้อยเพียงใด มีนั้นหมายความว่ามีความทำอะไร คำถามเหล่านี้เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องถามในระยะเวลาหนึ่ง ไม่ใช่ว่าเพียงหนึ่งวัน หนึ่งชั่วโมงว่ามี ไม่มี ผมเคยผ่านการตรวจสอบโรงพยาบาลของกระทรวงที่ต่างประเทศ

กระทรวงสาธารณสุขเขาเข้ามาตรวจสอบโรงพยาบาลของผมภายใน 2 ชั่วโมงเสร็จ เพราะ
ว่านั่นคือ MINIMUM STANDARD ถ้าพูดถึง PROCESS ไม่ใช่ 2 ชั่วโมงเสร็จ เราใช้เวลา
นานแค่ไหน 1 ปีหรือ 2 ปี ความเชื่อของผมนั้นจำเป็นต้องเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง ไม่
ใช่ว่าวันนี้เข้ามาตรวจสอบเพื่อรับรองประสิทธิภาพ วันนี้มาถึงพรุ่งนี้ไม่ต้องมา ไม่ใช่ควรจะเป็น
สิ่งที่เป็นอย่างนั้นตลอดไป ถ้าไม่อย่างนั้นคนไข้ที่เข้าในโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ก่อน
ตรวจสอบ กับ 2 สัปดาห์หลังตรวจสอบ คนที่มาก่อนนั้นจะเสียเปรียบ คนที่มาหลังจากนั้น
จะได้เปรียบ เราพอใจหรือเปล่า แต่ว่าถ้าพูดจริงๆถ้าเราใช้ ACCREDITATION เป็น
PROCESS จะไม่เป็นอย่างนั้น การตรวจเท่านั้นจะเป็นเช่นนั้น ก็ ACCREDITATION ไม่ใช่เป็น
การตรวจว่าเราเข้าถึง MINIMUM STANDARD หรือเปล่า ACCREDITATION นั้นเป็นการรับ
ผิดชอบอย่างหนึ่งซึ่งตัวเราเองผู้ซึ่งอยู่ในวงการแพทย์ ผู้ซึ่งอยู่ในอุตสาหกรรมการแพทย์นั้น
เราเป็นผู้ริเริ่ม เราเป็นผู้ที่บอกว่าเราต้องการรับรองว่าเรามีประสิทธิภาพถึงแค่นี้ เมื่อเรามอง
ดู คนอื่นมองดูเราแล้วบอกว่าคนนี้ไม่ใช่คนที่ทำอะไรแล้วตามใจเขาเป็นคนที่มีความ
เรื่องเดียวกันกับคณะแพทย์ คณะแพทย์เขาไม่กล้าที่จะรับคนหนึ่งคนใดเป็นสมาชิกของเขา
ไม่กล้าไปรับรองว่าคนนี้เป็นหมอรักษาได้ จนกระทั่งเขาได้ผ่านการการศึกษา เขาได้ผ่านการ
สอบ เพราะว่าชื่อเสียงของกลุ่มนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องด้วย ถ้าเรารับคนอื่นมาอยู่ในกลุ่มของเรา
ซึ่งเราไม่สามารถที่จะยอมรับได้ ก็ทำให้ทุกคน ทุกองค์การในวงการของเราเสียชื่อหมดเลย
นี่แหละคือ **HOSPITAL ACCREDITATION ไม่ใช่เป็นสิ่งที่เริ่มจากคนข้างนอก แต่เริ่มจาก
คนข้างในภายในวงงานของเรา** ภายในอุตสาหกรรมที่เราบอกว่า ต้องการให้คนอื่นเห็นว่า
ภายในอุตสาหกรรมของเรา เราเป็นผู้ที่ได้รับการรับรอง ความแตกต่างระหว่าง 5 ดาว กับ
1 ดาว ในโรงแรม 5 ดาวกับ 1 ดาวนั้นผู้ที่รับรองคือ ผู้บริโภคไม่ใช่ตัวเขาเอง แต่ว่าอยู่ในวง
การแพทย์เราต้องทำด้วยตัวเอง สำคัญไหมที่เราต้องทำด้วยตัวเอง สิ่งสำคัญที่สุดก็คือว่าคน
อื่นที่อยู่นอกวงเราเขาไม่รู้เกี่ยวกับการแพทย์ เขาไม่รู้เขาจะตัดสินใจให้เราได้อย่างไร
ตัวอย่างง่ายๆก็คือ ไก่ออกไข่ แต่ไก่ไม่รู้ไข่ ไข่ของเขาร่อยหรือไม่ เขาต้องการมนุษย์อย่าง
เรา เอาไปทอดเสร็จแล้วกินจึงบอกว่าไข่ฟองนี้ร่อย ไข่ฟองนี้สดหรือไม่ นั่นคือโรงแรม
แต่ว่าโรงพยาบาลนั้นไม่ใช่ไก่เพราะเรารู้ว่าเราดีหรือไม่ดี คนอื่นไม่รู้หรือถึงรู้ก็ไม่รู้เท่าเรา
เราจำเป็นต้องวัดเองนี่คือความคิดอย่างหนึ่งที่ผมหวังว่า อย่าคิดว่าการ ACCREDITATION
นั้นคนอื่นเข้ามา IMPROVE คนอื่นมาบังคับ แต่เริ่มจากตัวเราเองเพื่อชื่อเสียงของตัวเรา
ความแตกต่างอีกอย่างหนึ่งคือเมื่อเราเข้าไปอยู่ในโรงแรมเราไม่จำเป็นต้องมีความไว้วางใจใน
ผู้บริหารของโรงแรม จำเป็นไหม พี่น้องทั้งหลายมาที่นี้คุณเคยคิดหรือเปล่าว่า โรงแรมเอ

เซียเป็นสถานที่ที่น่าไว้วางใจหรือเปล่า เคยไหม ไม่เคยคิด เราเดินเข้ามาเลย ก่อนที่เราจะ
รับประทานอาหารเที่ยงที่โรงแรม เราเคยคิดไหมว่าอาหารนี้เหมาะสำหรับบริโภครึเปล่า ไม่
เคย ทำไม เพราะนั่นไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับชีวิตไม่ใช่สิ่งสำคัญที่สุดในชีวิต ไม่ใช่สิ่งที่ทำให้
เราตายหรืออยู่ แต่ว่าโรงพยาบาลไม่เหมือนกัน ก่อนที่ผมจะยอมให้หมอรักษา ผมต้องถาม
ก่อนว่า หมอคนไหนเรียนจบจากไหน อยู่ในชั้นเขาเป็นที่หนึ่งหรือ 39 ผมกล้าถามไหม ผมไม่
กล้าถาม พี่น้องไทยที่เป็นหมอมักมีคนไข้ของท่านเคยถามไหม เขาไม่กล้าถาม ทำไม เพราะว่า
อยู่ในวงการแพทย์ผมเป็นผู้ที่ไม่รู้ ท่านเป็นผู้รู้ ผมกล้าที่จะมาท้าทายท่านหรือว่าท่านเป็น 1
หรือ 39 และคนไข้ที่อยู่ในกำมือของท่านที่ผ่าไส้ติ่งนี้ตายไปกี่คน และถ้าท่านบอกว่าผู้ตายนั้น
1 ใน 100 จะเชื่อถือหรือไม่ ผมอาจจะเป็น 1 ใน 100 คนนั้น ไม่ใช่ 99 นะ เพราะว่าสาเหตุ
อย่างนี้ การที่จะรับรองแบบวางใจนั้น ใ้วางใจและต้องการคนมาวิจัยว่าใช้น้อยหรือ
เปล่านั้น ไข้ไม่ได้ในวงการแพทย์ เพราะว่าผู้รู้มากที่สุดคือพวกเราเองที่อยู่ในห้องนี้ และผู้
ที่รู้มากพอสมควรคือผู้ที่อยู่นอกวงนี้ แต่ผู้ที่อยู่นอกวงนี้เขารู้แต่เขาไม่กล้าที่จะถาม เพราะ
สังคมของเราเป็นแบบนี้ เพราะสาเหตุนี้ผมจึงเสนอว่า **PROCESS** นี้ควรจะออกมาจาก
ภายใน เริ่มจากภายในเราไม่ใช่เป็นไก่อ ขอให้พี่น้องทั้งหลายจำให้ได้ว่าโรงพยาบาลไม่ใช่ไก่อ
เพราะว่าโรงพยาบาลไม่ใช่ไก่อที่วางใจและก็ให้คนอื่นเข้ามาบอกว่าไข้ที่เราวางนั้นดีแค่ไหน ขอ
ให้พี่น้องไทยจำคำอธิบายนี้ได้ก็ดีพอแล้วที่รถติดมา 2 ชั่วโมงก็คุ้มค่าแล้ว

ที่ USA มีองค์การหนึ่งดำเนินการเรื่อง ACCREDITATION FOR HEALTH CARE
ORGANIZATION เป็นองค์การที่ใหญ่ที่สุดในโลกในการให้บริการ ACCREDITATION ผู้ที่เป็น
สมาชิกขององค์การนี้สามารถที่จะขอร้องให้องค์การนี้เข้าไปสำรวจโรงพยาบาลของเขา และ
เวลาเดียวกันถ้าตรวจสอบแล้วถึงประสิทธิภาพที่เขาตั้งไว้ก็ให้ผ่าน และก็หมายความว่าองค์
การนี้รับรองว่า สถาบันแห่งนี้ไปได้ถึงมาตรฐานที่องค์การอิสระนั้นตั้งไว้ สาเหตุที่สำคัญที่
สุดคือเขาไม่ต้องการให้มีใครเป็นผู้ที่เข้ามายุ่งเกี่ยวกับการงานของเขา หรือใครที่บังคับว่าให้
ผ่านไม่ผ่าน อันนี้เป็นกลุ่มที่ 1 เป็นองค์การอิสระ กลุ่มที่ 2 คือองค์การของรัฐบาล เช่น
ไต้หวัน สิงคโปร์ ก็ทำแบบนี้ เป็นองค์การที่ตั้งขึ้นมาเพื่อที่จะทำการ ACCREDITATION ญี่ปุ่น
ก็แบบเดียวกัน รัฐบาลก็มีสิ่งที่ดี สิ่งที่ไม่ดี ดีคือมีอำนาจมากกว่า องค์การอิสระนั้นเรา
สามารถจะฟังก็ได้ไม่ฟังก็ได้ แต่ว่ารัฐบาลนั้นเราจำเป็นต้องฟัง ถ้าไม่ฟังก็หมายความว่าจะมี
อะไรเกิดขึ้นตามมา สิ่งที่ไม่ดีนั้นคือบางทีก็มีการเมืองเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย ผมไม่ได้หมายความว่า
เมืองไทยจะเป็นอย่างนั้น ผมหมายถึงต่างประเทศที่กำลังเกิดขึ้นอยู่ ในเมืองไทยควร
จะเป็นแบบรัฐบาลหรืออิสระ ผมก็ไม่รู้เหมือนกัน พี่น้องชาวไทยต้องตัดสินใจกันเอง ที่

สิงคโปร์เขาก็ทำเหมือนกันรัฐบาลตั้งขึ้นมาเอง แต่รัฐบาลก็ให้องค์การนี้มีอิสระภาพทำเองได้ โดยรัฐบาลไม่ยุ่งเกี่ยว อาจจะเป็นไปได้ อันนี้เป็นประเภทที่ 2 ประเภทที่ 3 นั้นเป็น IN HOUSE เราทำสำหรับตัวเราเองเท่านั้น คือองค์การของเราเป็นหนึ่งในโลกนี้ที่ทำให้ตัวเราเอง เราทำแบบนี้มาประมาณ 20 ปีแล้ว ทุก 4 ปีเราทำครั้งหนึ่ง แต่เดี๋ยวนี้เรากำลังเปลี่ยนอยู่เพราะพบว่า 4 ปีครั้งหนึ่งนั้นไม่พอ ถ้าทำมากกว่านั้น 2 ปีครั้งหนึ่งโรงพยาบาลก็จะบ่นว่าเรายุงมากเกินไป เราพยายามที่จะบอกว่า 4 ปีอย่างเก่า แต่ว่าในระหว่าง 2 ปี จะทำเหมือนกับ ACCREDIT ทั่วไป แต่พยายามทำให้เล็กกว่า แล้วเป็น FOLLOW UP อย่างหนึ่ง สาเหตุที่เราทำขึ้นมาอย่างที่ผมได้เล่าให้ฟังตอนต้นว่า โรงพยาบาลของเราเมื่อเริ่มต้นเป็นโรงพยาบาลที่ดีในสมัย 40 -50 ปีก่อน พอหลายๆเข้าโรงพยาบาลมีชั้นทั่วโลกก็ตกต่ำลง ก็เพื่อที่จะทำให้โรงพยาบาลมีชั้นขององค์การเราสูงขึ้น เราก็ทำด้วยตัวเราเอง ที่เราทำได้เพราะว่าในกลุ่มของเรามี 170 กว่าแห่งทั่วโลก ถ้ามี 2 แห่งเราทำไม่ได้แน่ ถ้าปีนี้ไปโรงพยาบาลของท่าน ปีหน้าก็รู้ว่าท่านจะมาโรงพยาบาลของผม ผมกล้าที่จะชมไหม กล้า แต่ไม่กล้าติ เราจำเป็นต้องมีกลุ่มที่ใหญ่พอที่จะทำแบบนี้ได้ ผมกล้าที่จะเชื่อว่าอยู่ในเมืองไทยผู้ที่ทำได้คือ PRIVATE HOSPITAL ทำได้ส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งรัฐบาลเป็นผู้ทำ หรือร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลเอกชนและรัฐบาลรวมเข้ามาและตั้งขึ้นเป็นองค์การหนึ่ง

ตอนบ่ายนี้ผมจะพูดถึงถ้าตั้งขึ้นเป็นอีกองค์การหนึ่งขึ้นมา การเงินขององค์การแบบนี้จะมาจากไหน กลุ่มของเรานั้นวิธีที่เราทำคือ เลือกผู้ไปสำรวจ ซึ่งมาจากโรงพยาบาลที่ทำงานเป็นอย่างดี คือเราไม่สามารถเอาโรงพยาบาลที่เกือบจะเจ๊งแล้ว เอาผู้อำนวยการของเขาไปสำรวจโรงพยาบาลแห่งอื่น เราก็เลือกผู้ที่เป็นห้าดาว เราก็ให้เขาไป แต่สิ่งหนึ่งที่เราพยายามมากที่สุดคือภายในปีหนึ่งเราจะไม่ให้โรงพยาบาล ก ส่งผู้แทนไปสำรวจโรงพยาบาล ข และ ข กลับมาสำรวจโรงพยาบาล ก เราจะไม่ทำอย่างนั้น ก ถึง ข ข ถึง ง เพื่อที่จะป้องกันไม่ให้มีปัญหา ACCREDITATION

มีปัญหาหลายอย่างซึ่งทำให้การตั้งขึ้นมาใหม่ๆ ผมจะพูดถึงปัญหาเหล่านี้ แต่จะไม่เจาะจงบอกว่าจะเป็น 3 แบบเหมือนที่ผมเคยไป โรงพยาบาลของเราอยู่ในเมืองควรเป็นโรงพยาบาลแบบไหนผมจะไม่พูดถึง กลุ่มของท่านจำเป็นต้องตัดสินใจเอง หรือรัฐบาลจะตัดสินใจให้ก็ยังไม่แน่ ผมกำลังพูดถึงอย่างทั่วไป มีปัญหาหลายอย่างที่เราต้องเผชิญหน้ากับมัน ซึ่งทำให้การ ACCREDITATION นั้นเป็นสิ่งที่มีลักษณะเฉพาะตัว คือเป็นสิ่งที่ไม่มีการสำรวจองค์การอื่นที่เหมือนกับของเรา ก็เพราะว่ามีสิ่งเหล่านี้ที่สำคัญ ได้แก่ **CONCEPT OF HEALTH** คืออะไร สิ่งนี้กำลังเปลี่ยนแปลงอยู่ ความจริงที่ WORLD HEALTH ORGANIZATION เขามีการตี

ความหมายของ HEALTH คืออะไร แต่ว่าความหมายนั้นก็กำลังเปลี่ยนแปลงอยู่ทุกวัน ทั้งที่ความหมายนั้นเป็นลายลักษณ์อักษร แต่ว่ามองดูแล้ว ผมมองไปก็อาจจะบอกว่ามีความหมายอย่างนี้ ท่านมองไปก็อาจจะมีความหมายอีกอย่าง และเราใช้ข้อความขององค์การอนามัยโลกมาเป็นมาตรฐานของโรงพยาบาลแล้ว เราก็พบว่าข้อความนั้นมันกว้างเกินไป มันหมายความว่าเราควรมี MRI หรือเปล่า ไม่รู้ เราควรมี X-RAY ถึงขั้นไหน ไม่มีใครกล้าพูด คือมันกว้างเกินไป CONCEPT OF HEALTH ได้เปลี่ยนแปลงไป มาตรฐานของ ACCREDITATION ก็ได้เปลี่ยนแปลงไปเช่นเดียวกัน

ผมได้ทำเกี่ยวกับ ACCREDITATION มาเป็นเวลาเกือบ 20 ปีแล้ว เมื่ออยู่มิชชันที่นี่ ผมเป็นคนหนึ่งที่ต้องรับผิดชอบในการเตรียมตัว เตรียมโรงพยาบาลให้เรียบร้อยให้คนเข้ามาสำรวจ ผมยังจำได้ต้องเล่าเรื่องนี้ให้ฟัง ผมเป็นคนหนึ่งที่นำฝรั่งเข้ามา ผมต้องเป็นคนแปลให้เขา เป็นคนนำเขาไปแต่ละแผนก แผนกแรกที่ผมพาเขาเข้าไปคือห้องครัว ท่านทั้งหลายก็รู้ว่าโรงพยาบาลมิชชันเรามีอาหารมังสวิรัต และก็เดินไปเขาก็ถามโรงพยาบาลของท่านมีครัวที่เป็นมังสวิรัตไหม มีประเภทเนื้ออยู่ในอาหารไหม ไม่มี ที่เขาถามอย่างนั้นเพราะอยู่ในคำถามข้อหนึ่งว่ามีเนื้ออยู่หรือเปล่า ถ้ามี สิ่งที่จะต้องเราต้องมีห้องครัว 2 แห่ง หนึ่งสำหรับเนื้อ และอีกแห่งสำหรับมังสวิรัต ผมบอกว่าไม่มี เขาก็เช็ด ไม่มี ทั้งหมดมีอีกสลิปกว่าข้อที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลของเรา เขาจะไม่ถาม ไปถึงห้องครัวสิ่งแรกเขาบอกขอดูสิ่งเหล่านี้ได้ไหม ได้เชิญครับ กะทะแรกที่เขายกขึ้นมาข้างในมีปลาสามตัว ฝรั่งคนนั้นมองดูปลาสามตัวและเขาก็เขียนลงไป ผมไม่กล้าถามว่าเขาเขียนอะไร ตั้งแต่สมัยนั้นจนเดี๋ยวนี้ สมัยนั้นผมยังไม่เคยรู้ว่า การทำ ACCREDITATION นั้นควรจะทำอย่างไร แต่เมื่อผมย้อนกลับไปจนถึงเดิวนั้น วิธีที่เราทำตลอดสลิปกว่าปีมานั้นได้เปลี่ยนไปมาก วิธีที่เราใช้ปัจจุบันได้ตั้งขึ้นมา 4-5 ปีก่อน เดิวนี้อีกกำลังเปลี่ยนอยู่ REVISE ครั้งที่ 4 แล้วคือ ทุก 4-5 ปีมีการ REVISE ต่อไปอาจจะต้องเปลี่ยนมากขึ้น เร็วขึ้น อาจจะทุก 2-3 ปีเปลี่ยนทีหนึ่ง ที่เราจำเป็นต้องเปลี่ยนเพราะ CONCEPT OF HEALTH CARE เปลี่ยนแปลงไป ACCEPTABLE STANDARD ก็ได้เปลี่ยนแปลงไป มาตรฐานที่ในอดีตเคยใช้ได้เดิวนี้อาจจะใช้ไม่ได้ ยกตัวอย่าง UTILITY ROOM เดิวนี้อาจเปลี่ยนไปจากเดิม เมื่อก่อนบอกว่า UTILITY ROOM ต้องมีทางเข้าสกรปรก ทางออกสะอาด ต้องมีสองประตู สะอาดกับสกรปรก กฎนั้นได้ตั้งขึ้นมาในสมัยที่เราส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้สิ่งที่เป็น DISPOSABLE เดิวนี้อาจโรงพยาบาลของเราใช้เกือบทุกอย่างที่เป็น DISPOSABLE อยู่แล้ว บางคนเคยถามว่าเราจำเป็นต้องมีมาตรฐานแบบนี้ใหม่ว่าเข้ากับออก ต้องเป็นสองประตู จำเป็นไหม ถ้าจำเป็นต้องทำถึงขั้นไหน เดิวนี้อาจมีคนกำลังทำทนายอยู่

ยังไม่มี การตัดสินใจ การจ่ายยาในอดีต 20 กว่าปีก่อนไม่มีใครเคยคิดถึงเรื่องนี้ เดียวนี้มีโรงพยาบาลหลายแห่ง ใช้ UNIT SYSTEM มาตรฐานที่เราเคยใช้ในอดีตที่แจกยาไปที่หนึ่ง 4-5 วันนั้น เราใช้ STANDARD แบบนั้นกับ UNIT SYSTEM ไม่ได้แล้ว อีกอย่างหนึ่งเมื่อ 20 กว่าปีก่อนเราไม่มี ULTRASOUND เดียวนี้มีแล้ว มาตรฐานของ ULTRASOUND มาจากไหน เราไม่สามารถใช้ STANDARD อันเก่า เราต้องเขียนขึ้นมาเองเป็นมาตรฐานใหม่ แต่มีหลายสิ่งหลายอย่างที่ได้เปลี่ยนแปลงไปในวงการแพทย์ ซึ่งทำให้มาตรฐานของเราจำเป็นต้องเปลี่ยน หรือบางที่มาตรฐานบางอย่างภายใน 4-5 ปีข้างหน้าจะล้าสมัย เราจำเป็นต้องเปลี่ยนหมดเลย อีกอย่างคือระบาดวิทยาของโรคภัยไข้เจ็บก็เปลี่ยนแปลงไป 10 ปีก่อนเรายังไม่คิดถึงเอดส์ เดียวนี้ถ้า INFECTION CONTROL ในโรงพยาบาลใดก็ตาม ไม่พูดถึงเรื่องเอดส์ เราก็ไม่สามารถพูดถึง INFECTION CONTROL เลย เคยมีโรงพยาบาลบางแห่งบอกว่าทุกคนจำเป็นต้องใส่ถุงมือแบบ DISPOSABLE สองชั้น จำเป็นหรือเปล่า อันนี้จะกลายมาเป็นมาตรฐานของเราหรือ การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำให้มาตรฐานของเราในอดีตนานๆเข้าจะล้าสมัยไป เราจำเป็นต้องเปลี่ยนอยู่เสมอ

อีกอย่างที่ผมได้พูดแล้วคืออยู่ในวงการแพทย์นั้นมีผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาที่เดียวและแต่ละคนได้เข้ามามีส่วนร่วมกัน ผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้ต่างคนต่างมีความคิดเห็นของตัวเองเกี่ยวกับมาตรฐานของแพทย์เปรียบเทียบกับที่พยาบาลได้ตั้งขึ้นมาไม่เหมือนกัน กลุ่มที่อยู่ในงานของผม ผมต้องช่วยเจรจา ผมไม่ได้หมายความว่าใครผิดใครถูกนะ ผมไม่ได้เป็นหมอเป็นพยาบาล ปีที่แล้วเราได้แต่งตั้ง VICE PRESIDENT คนหนึ่งขององค์การของเราขึ้นมา เราก็ได้เลือกคนหนึ่งที่เป็นพยาบาลและเป็นหมอด้วย เขาจบ RN เสร็จแล้วไปเรียน MD ไม่พอเขาไปเรียน MPH PROFESSION 3 อย่างในหนึ่งคนเหมาะที่สุดเลย ผมเคยไปถามเขาว่าแบบนี้ดีไหมเขาบอกว่า จะใส่หมวกไหน ก็เขาไปอยู่ในกลุ่มของหมอทำไมดูปฏิเสธ ก็เป็นปัญหาเหมือนกันเพราะว่าเราแต่ละคนมีอาชีพของเราเอง เราอยากจะร่วมมือ ร่วมกันอยู่ในวงเดียวกันเพื่อที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องนี้ พูดตรงๆไม่ใช่เป็นของง่าย หลังจากนั้นผมจะอธิบายว่าเราจะทำอย่างไร

เมื่อมาถึง ACCREDITATION STANDARD สิ่งแรกที่เราถามถึงนั่นคือ งานของเราคืออะไร เราจะต้องตัดสินใจว่า ใคร องค์การไหน มีอำนาจรับรองคุณภาพ หลังจากคำถามสำคัญนั้นแล้วต่อไปก็คือว่า มาตรฐานของเราคืออะไร เราจะต้องทำสายวัดของเราก่อน สายวัดของเราคืออะไร HOSPITAL ACCREDITATION STANDARD ของเรานั้น รวมอยู่ในนี้ อันดับแรก คือ HOLISTIC QUALITY OF CARE นั่นคือการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ เราจำเป็นต้อง

ต้องตั้งความหมายว่าประสิทธิภาพคืออะไร เป็นภาษาอังกฤษ 4 คำเท่านั้น แต่ทำยากเหลือเกิน ผมจะไม่พูดเรื่องนี้แต่ตอนบ่ายจะพูด ผมจะให้ท่านตั้งความหมายอันนี้ ผมจะไม่ตั้งให้ท่าน กลับมาอีกครั้งหนึ่ง เราเป็นผู้ที่วางไข่ไม่ใช่คนอื่น อันดับที่หนึ่งคือเราต้องตั้งว่าอะไรเป็นสิ่งที่ เป็น QUALITY อันดับที่ 2 REQUIREMENTS หมายความว่าความจำเป็นที่ PROFESSION ของเราต้องมีเป็นมาตรฐานอย่างหนึ่งที่เราจำเป็นต้องเขียนลงไป ผมหมายถึงอะไร สมมติว่าในประเทศไทยกฎหมายของเราบอกว่าผู้ที่ทำการผ่าตัดจำเป็นต้องได้รับการอบรมกี่ปี หลังจากนั้นจำเป็นต้องสอบวุฒิบัตร ถ้าอันนั้นเป็นมาตรฐานที่อยู่ใน LEGAL REQUIREMENT ขอให้เรามี อะไรคือสิ่งนี้ นั่นเป็นมาตรฐานของเรา ในเมืองไทยคิดว่าคนที่ไม่ได้เป็นพยาบาลให้ยาไม่ได้ใช่ไหม ง่ายเพราะดูตามกฎหมายว่าอย่างไร ส่วนใหญ่แล้วเห็นด้วยได้ แต่ PROFESSIONAL REQUIREMENT นั้นไม่เหมือนกัน แม้แต่พยาบาลจากวิทยาลัยแห่งหนึ่งกับอีกแห่งหนึ่งอาจจะมีมาตรฐานที่ไม่เหมือนกัน เราพยายามทำให้มาตรฐานของเราใกล้เคียงที่สุดเท่าที่จะทำได้ แต่ว่ามีหลายอย่างที่อาจจะไม่เห็นด้วย

ถ้ามีกรณีแบบนี้เรามีมาตรฐานของ PROFESSIONAL กลุ่มหนึ่งกับอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่เหมือนกัน เราจะใช้ของกลุ่มไหน เราจะทำอย่างไรที่จะให้สองกลุ่มนี้เข้าใจกันได้ หรือสามารถที่จะยอมรับกัน ในอดีตวิธีที่ทำคือ เราใช้ MINIMUM STANDARD คือเป็นสิ่งที่ทุกคนยอมรับได้ ก็กลับมาอีกครั้งหนึ่งโรงพยาบาลนั้นมีเตียง ถ้ามทุกคนก็บอกว่าโรงพยาบาลต้องมีเตียง ต้องมีพยาบาลทุกคนเห็นด้วย เป็นสิ่งที่อันตรายอย่างหนึ่ง เพราะถ้าเราเอา PROFESSIONAL เข้ามาแล้วบอกว่าเอาต่ำที่สุด เพราะว่าถ้าสูงเกินไปเราเห็นด้วยกันไม่ได้ก็หาสิ่งที่เห็นด้วยกันได้ก็ลดๆ มาตรฐานลง จนกระทั่งของผมกับของคุณพอใช้ได้ นั่นคือโรงพยาบาลต้องมีเตียง เราไม่ใช่ออย่างนั้นแล้วเราบอกว่าของเราเป็น PROFESSIONAL REQUIREMENT ไม่ใช่ MINIMUM STANDARD หมายความว่าเราทุกคนจำเป็นต้องเจรจากันให้เข้าใจกัน ทั้งที่วิธีของผมกับคุณอาจจะไม่เหมือนกันแต่ขอให้เรามองดูหลักที่อยู่ข้างใน

พูดถึง MEDICAL RECORD ส่วนหนึ่งมาตรฐานอาจจะบอกว่าการผ่าตัดทุกอย่างต้องมีรายงาน ที่ไม่เห็นด้วยกันนั้นคือรายงานนั้นควรจะมีความใกล้เคียง MINIMUM STANDARD ก็บอกว่าต้องมีรายงานแค่นี้เอง แต่ว่า ACCEPTABLE PROFESSIONAL STANDARD บอกว่าพยาบาล คณะแพทย์ อยู่ร่วมกันบอกว่าอะไรเป็นสิ่งที่สำคัญที่จำเป็นต้องอยู่ใน MEDICAL RECORD ที่จะทำให้งานสำหรับการผ่าตัดนี้เป็นสิ่งที่สมบูรณ์ อย่างน้อยๆต้องมีอะไรอย่างน้อยที่สุดต้องมีชื่อคนไข้เข้าผ่าตัด PROCEDURE คืออะไร INTENDED SURGERY กับการผ่าตัดที่แท้จริง แล้วจากนั้น การวินิจฉัยโรคก่อนกับหลัง ใครทำหน้าที่ดมยาสลบ หลัง

จากนั้นการผ่าตัด ผ่าอย่างไร สภาพของคนไข้เป็นอย่างไร ทั้งหมดนี้เราก็เขียนออกมาได้ว่า มาตรฐานของเราคืออะไร นี่ไม่ใช่ MINIMUM STANDARD แต่เป็นมาตรฐานที่ทั้งกลุ่มนั้น เป็นพร้อมกันได้ ทั้ง 3 กลุ่มบอกว่านี่เป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับคนไข้ของผม สำคัญสำหรับอาชีพ ของผม ผมคิดว่าอันนี้เป็น PROFESSIONAL REQUIREMENT

PROFESSIONAL EXPECTATION นั้นไม่เหมือนกับ REQUIREMENT ซึ่งจำเป็นต้องมี แต่ EXPECTATION บางทีอาจไม่จำเป็นต้องมี เพราะว่าอยู่ในโรงพยาบาลแห่งนี้ เขาได้มีการ สอนนักเรียนเป็น TEACHING HOSPITAL เพราะเขามี RESIDENTS EXPECTATION ของเขาจึง ไม่เหมือนกับโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ต่างจังหวัด EXPECTATION ของ CONSUMER นี่เราได้มา จากไหน เมื่อก็บอกว่าผู้บริโภคนั้นเป็นนายของเรา ความคิดของเขามาจากไหน สิ่งที่เขาคาดหวัง เราได้มาอย่างไร เราถามได้จากคนไข้ของเรา ผู้ที่เป็น PROFESSIONAL จำเป็นต้องฟัง ด้วยอันนี้เป็นสิ่งที่ยากที่สุดสำหรับพวกเราที่เป็น PROFESSIONAL ผมเองก็เหมือนกัน ผมมี ปัญหาแบบเดียวกัน ผมคุยกับคนไข้ของเรา ถ้าคุณรู้มากขนาดนี้ทำไมคุณต้องเข้ามาในโรง พยาบาล เปิดโรงพยาบาลเองเถอะ ถ้าเกิดอย่างนี้แล้ว เขาจะไปเปิดโรงพยาบาลจริงๆนะ ใน อดีตเขาไม่กล้าทำ เดียวนี้เขากล้าเปิด เขาเปิดอย่างไร ง่าย ตลาดหลักทรัพย์เป็นที่เปิดโรง พยาบาลหมายความว่า ใครก็ตามสามารถเปิดโรงพยาบาล ใครก็ได้ เป็นผู้ถือหุ้นส่วนใหญ่ เท่ากับเป็นประธานแล้ว ในฐานะที่เป็น PROFESSIONAL อยู่ในโรงพยาบาล เราจำเป็นต้อง ฟังผู้ที่เข้ามาเป็น CONSUMER ของเรา ผมไม่เคยบอกว่าทั้ง 4 อย่างนี้ทำทุกข้อ ทั้ง 4 อย่างนี้ เราจำเป็นต้องมีอยู่ใน STANDARD ของเรา ไม่ได้หมายความว่าเราต้องฟัง CONSUMER ของ เราทุกอย่าง เราจำเป็นต้องเอาข้อมูลเหล่านี้เข้ามาตั้งมาตรฐานของเรา

ตั้งแต่เข้าจนบัดนี้ผมยังไม่ได้ตอบใครสักคำถามเลย แต่ผมคิดอยู่ว่าถ้าใครมีคำถาม อะไรหลังจากนี้ เราพอมีเวลา เข้านี้ส่วนใหญ่จะเป็น INTRODUCTION ตอนบายนีเราจะแบ่ง กลุ่มเพื่อที่จะตั้งมาตรฐานของเราเอง อันนี้คือมาตรฐานขอให้เรามองดูมาตรฐาน ย้อนกลับ ไปถึงหน้าสีเขียว หน้าหนึ่ง หน้าสีเขียวเราจะใช้ตอนบายนี อันนี้เป็นตัวอย่างเอามาจาก ACCREDITATION INSTRUMENT ขององค์การเรา แผนกนั้นคือ MANAGEMENT AND ADMINISTRATION น่าสนใจที่สุด อันนี้เป็นแผนกของผมและก็บางท่าน บางคนบอกว่า แผนกนี้เป็นแผนกที่มีอำนาจมาก เราจะวัดแผนกนี้ได้อย่างไร STANDARD นี่เป็นมาตรฐานที่ เราใช้อยู่ปัจจุบันเป็นสายลักษณะอักษร เป็นสิ่งที่เราใช้อยู่ปัจจุบัน อาจจะไม่ใช่สิ่งที่ดีที่สุด

“THE HOSPITAL HAS AN ORGANIZED MEDICAL STAFF WITH ADEQUATE ORGANIZATIONAL STRUCTURE FOR CREDENTIALING, PEER REVIEW, COMMUNICATION

WITH ADMINISTRATION AND BOARD AND QUALITY ASSURANCE นี่คือมาตรฐานบอก
ว่าแผนกบริหารควรมีมาตรฐานนี้ เห็นด้วยหรือเปล่า มีอะไรที่ขัดใหม่ แนนอนมี เมื่อเรา
เห็นอันนี้แล้ว ADMINISTRATION นั้นไม่ใช่เป็นผู้ที่ทำการรักษาแต่ว่าตัดสินใจ ประสิทธิภาพ
ของ ADMIN นั้นอาจจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษาก็ได้ สมมติว่า ADMINISTRATION นั้นไม่มี
ON CALL SYSTEM ก็หมายความว่า ถ้าโม่งเย็นผมกลับบ้านแล้ว ตีหนึ่ง ระบบออกซิเจน ของ
โรงพยาบาลนั้นเกิดขัดข้อง ผู้ที่รับผิดชอบอยู่ในไอซียู เป็นพยาบาล เขาเปิดออกซิเจนพบว่าไม่
มีออกซิเจนเข้ามา เขายกหูโทรศัพท์โทรไปหาซูปเปอร์ไวเซอร์ๆ ก็ไปดูแล้ว เขาเป็นพยาบาลไม่
ใช่เป็นช่าง ดูไปดูมาแล้วก็พบว่าถึงนั้นยังอยู่ เขามองดูแล้วเขาก็ไม่รู้ อันนั้นไม่มีระบบว่าถ้าซูป
เปอร์ไวเซอร์ไม่รู้แล้วควรจะตัดสินใจให้ใครทำ เขาก็โทรไปหา สมมติว่าโทรไปหาช่าง ช่าง
อะไรช่างไฟฟ้า ช่างสำหรับแก๊สไม่ใช่ช่างออกซิเจน ไม่มีใครรับสาย เขาควรจะทำอย่างไร โทร
ไปหาผู้อำนวยการ ผู้อำนวยการไม่อยู่ คินนั้นมิกินเสียงแล้วไปไนท์คลับ หาใคร ทำอย่างไร นี่
คือระบบ ADMINISTRATION มีปัญหาใหม่ มีปัญหา ใครรับผิดชอบ เราสามารถให้ผู้อำนวยการ
การนั่งอยู่ข้างโทรศัพท์ทุกวันได้หรือ ไม่ได้ เราซื้อโทรศัพท์มือถือให้เขาได้ไหม ไม่ได้ เขาอาจ
จะคุยกับแฟนก็ได้ เราต้องมีระบบ ระบบนั้น อยู่ในนี้บอกว่า ADMINISTRATIVE STRUCTURE
คำถามอย่างหนึ่งเมื่อเราไปถึงหน่วยที่ตรวจว่า DO YOU HAVE ADMINISTRATIVE
STRUCTURE ต้องมีระบบที่ช่วยทำให้สิ่งเหล่านี้ที่เล่าให้ฟังไม่เกิดขึ้นใช้วิธีไหน ไม่จำเป็นต้อง
ใช้วิธีเดียวเท่านั้นที่แก้ปัญหาแบบนี้ ขึ้นกับขนาดของโรงพยาบาลนั้นว่าใหญ่แค่ไหน เป็นโรง
พยาบาลเล็กไม่มีระบบออกซิเจน มีแต่ถึงให้คนเฝ้ายามมาเปลี่ยน เสร็จแล้วปัญหาของโรง
พยาบาลเล็ก หมอไม่ควรหวังว่าซูปเปอร์ไวเซอร์เป็นคนที่เก่ง โรงพยาบาลใหญ่ระบบของเขา
ควรมี ADMINISTRATION ON CALL หมายความว่าในระหว่างกลุ่มผู้บริหารนั้นเขาจับฉลาก
ของเขาเอง หนึ่งในห้าคนที่เขาผู้บริหารกับรองผู้อำนวยการจะเป็นคนที่ ON CALL สิ่งนี้
ยุติธรรมไหมที่หมอเป็นผู้ ON CALL ตลอด 24 ชั่วโมง แต่พวกเราไม่ ON CALL ไม่ยุติธรรม
ON CALL ระบบไหนก็ได้ แต่ขอให้ ON CALL ที่ผมตั้งขึ้นตอนไปปีหนึ่งใหม่นั้นคือ 14 ปีก่อน
แล้วที่เราตั้งขึ้นเป็น ADMINISTRATIVE ON CALL แม้ว่าระบบของเราไม่ใช่มาจากปัญหาที่เล่า
แต่ถ้าไม่มีระบบ ON CALL นั้นสักวันหนึ่งผู้ที่เข้าคุกคือคนนี้แหละ ผมถือว่าผมเองเป็นผู้รับผิดชอบ
ผมตั้งขึ้นมาเป็น ON CALL เปลี่ยนกันเป็น ON CALL หนึ่งสัปดาห์ผู้ที่ ON CALL นั้นใน
เวลากลางคืน 1 ทุ่มถึง ตีหนึ่ง ตีสอง คนที่ ON CALL ถึง 7 โมงเช้านั้นต้องเข้ามาในโรง
พยาบาลอย่างน้อยครึ่งหนึ่ง ชั่วโมงไหนก็ได้ เวลาใดก็ได้ ทำไมต้องให้เขาเข้ามา อยากจะ
เรียนถามท่านผู้ที่เป็นผู้บริหารทั้งหลาย มีอะไรเกิดขึ้นในโรงพยาบาลระหว่าง 3 ทุ่มถึงตีห้า

ลองเข้าไปดูสักครั้งหนึ่ง มีหลายอย่างเกิดขึ้น บางอย่างดีเราชมได้ บางอย่างไม่ดี เราต้องแก้ คนนี้เป็นคนที่ ON CALL แล้วเขาบอกว่าไม่ยุติธรรมฉัน ON CALL แต่พຽງนี้เข้าต้องทำงาน ON CALL นั้น ถ้าเมื่อคืนมี CALL มาสายหน่อยผมเข้าใจ แล้วสัปดาห์ต่อไปไม่ต้องทำงาน ระบบแบบนี้ทำให้โรงพยาบาลของเราอย่างน้อยที่สุดมีคนหนึ่งรับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง เราไม่กล้าหวังว่าผู้อำนวยการต้องนั่งเฝ้าโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง แต่เราจำเป็นต้องมีระบบ ที่เราดูนั้นคือระบบ ไม่ใช่ช่วงงานของเขาทำอะไร แต่ขอให้มึระบบที่ทำได้ มาตรฐานเหล่านี้ เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องมีเพื่อที่จะช่วยให้โรงพยาบาลนั้นมี QUALITY HEALTH อันนี้คือความหมาย ของมาตรฐาน ผมจะขอหยุดสักพักหนึ่ง เพราะคำว่ามาตรฐานเป็นสิ่งสำคัญมาก ใครมีปัญหาอะไรไหม

ดูหน้าที่ 2 เป็นเรื่องเกี่ยวกับ MEDICAL STAFF เป็นเรื่องน่าสนใจ ใครเป็น MEDICAL STAFF คณะแพทย์ทั้งหลายที่รักษาคนไข้ในโรงพยาบาล มาตรฐานคืออะไร อันนี้ เป็นสิ่งที่เราใช้อยู่ในปัจจุบัน **THE HOSPITAL HAS AN ORGANIZED MEDICAL STAFF WITH ADEQUATE ORGANIZATIONAL STRUCTURE FOR CREDENTIALING ,PEER REVIEW , COMMUNICATION WITH ADMINISTRATION AND BOARD AND QUALITY ASSURANCE** นี่คือมาตรฐานของเรา คณะแพทย์นั้นมีตัวนี้ หมายความว่าอะไร ORGANIZED MEDICAL STAFF หมายถึง คณะแพทย์ ไม่ใช่เป็นหนึ่งร้อยคนที่ทำงานเสรีของเขา คำว่าคณะไม่ได้ หมายความว่า เป็นกลุ่มที่แต่ละคนทำงานด้วยตัวเขาเอง แต่กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ร่วมมือกัน หรือ องค์การของเขาก็ไม่ใช่องค์การที่เราเข้าใจในคำศัพท์ว่าองค์การ จัดระบบขึ้นมาเพื่อที่จะทำให้ ทำงานร่วมมือกันเป็นทีม ในกลุ่มนี้มีอะไรบ้าง **HEALTH ORGANIZATIONAL STRUCTURE** มี หมอหนึ่งร้อยคนหรือหมอสามคนก็ได้ เราจำเป็นต้องมีคนหนึ่งเป็นหัวหน้าใครรับผิดชอบ เกี่ยวกับอะไร ตามธรรมดาแล้วเป็นสิ่งที่ นี้ต้องพูดระวังหน่อย มิฉะนั้นเราอาจจะไม่ได้กิน ข้าว ตามธรรมดาแล้วหมอเป็นผู้ที่ทำงานอย่างเสรีคนเดียว คือหมอส่วนใหญ่เป็นอย่างนั้น ต้องตัดสินใจว่า ในวินาทีนั้นจะช้ยาอะไร DOSE เท่าไหร่ ภายในวินาทีนั้นเลย เขาจะไป เรียกประชุมผู้ถือหุ้น เป็นไปไม่ได้ ถ้าหมอไปเรียกประชุมผู้ถือหุ้น ผมตายไปแล้ว หมอจำเป็นต้องทำแบบนั้น การอบรมของหมอนั้นในมหาวิทยาลัยก็เป็นแบบนี้ คือการอบรมให้เขา ตัดสินใจทันทีคนเดียวรับผิดชอบเลย เพราะฉะนั้นเราผู้ซึ่งไม่เป็นหมอนั้นเรามองดูหมอ คน นี้ใหญ่จริง ๆนะ ใหญ่กว่าคนไหนในโลกนี้ ใหญ่กว่ามนุษย์ เป็นซูเปอร์แมน ความจริงแล้ว เขาจำเป็นต้องเป็นแบบนั้น ถ้าเราเป็นคนไข้ เราก็หวังว่าหมอของเรานั้น ถ้าจำเป็นต้องตัด เขาจะตัด ถ้าจำเป็นต้องผ่าเขาก็ผ่า ถ้าจำเป็นต้องให้ยากก็ให้ยา นั้นเป็นสิ่งที่เขาอบรมมาแบบ

นี้ ทำให้หมอเป็น INDIVIDUALISTIC เป็นคนที่เด็ดขาด เขาตัดสินใจด้วยตัวเองเขาต้องรับผิดชอบด้วยตัวเอง แต่เมื่อเขาทำงานร่วมกับหมอคนอื่นๆ นั้นแหละเป็นสิ่งที่ทำให้มีปัญหา SOLO PRACTICE ง่ายนิดเดียว เขาเรียนจบมาแล้วคนหนึ่งเป็น INTERNIST คนหนึ่งเป็น SURGEON คนหนึ่งเป็น RADIOLOGIST ทั้งกลุ่มนี้เขาทำงานร่วมกันได้ เขาจะเป็นกลุ่ม แต่ว่าโรงพยาบาลใหญ่นั้นเป็นไปไม่ได้ว่าทุกคนจะเป็นจุฬาปี 25 เท่านั้น มาจากต่างประเทศก็ได้ มาจากที่อื่นก็ได้ คนกลุ่มนี้จะทำงานร่วมกันได้อย่างไร มาตรฐานของเราคือเขาจะต้องมีระบบ เพราะว่าเขาเองเมื่อเขาเรียนอยู่ที่มหาวิทยาลัย เขาเรียนด้วยปรัชญาว่าหมอจะต้องตัดสินใจคนเดียว เราจำเป็นต้องมีระบบเพื่อให้หมอทำงานร่วมมือกับหมอและช่วยให้หมอทำงานร่วมมือกันกับคนอื่น นักวิชาการอื่นที่อยู่ในโรงพยาบาล คือ ORGANIZATIONAL STRUCTURE

ต่อไปคือ **CREDENTIALING** หมายถึงอะไร เมื่อกี้ผมล้อเล่นบอกว่า หมอครับอยู่ในชั้นของหมอหมอเป็นเบอร์หนึ่งหรือเบอร์ 39 ผมไม่กล้าถามแล้วใครถาม อ้อ CREDENTIALING เป็นสิ่งที่ถาม CREDENTIALING PROCESS ในโรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลอันนี้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการทำงานของโรงพยาบาล ซึ่งหมอถามระหว่างหมอเป็นคณะแพทย์เอง ส่วนใหญ่แล้วเป็นระดับอาวุโสที่เป็นคนตัดสินใจว่าคนนั้นมีประสิทธิภาพสูงพอจะทำงานไหม ถ้าสมมติว่าหมอ JOHN LEE เข้าไปสมัครเป็นศัลยแพทย์ คุณจะรู้ได้อย่างไรว่าหมอ JOHN LEE 1. มีใบประกอบโรคศิลปะ 2. ได้รับการอบรมทางด้านศัลยแพทย์สามารถจะทำได้ รู้ได้อย่างไร CREDENTIALING PROCESS หมายความว่า มีกลุ่มหนึ่งที่จะพิจารณาใบสมัครของผม ไม่ใช่มีในใบสมัครเท่านั้น ในใบสมัครบอกว่ามี 2-3 คนเป็นผู้รับรอง ผู้รับรองไม่ใช่ว่าบางที่เรามองดูแล้วยังมีคำถามอื่นด้วย สมมติว่านาย JOHN LEE คนนี้อ้างตัวว่าเป็นหมอเขาเรียนจบมหาวิทยาลัยปี 1974 ปี 75 - 80 ผมเป็นหมอที่จุฬา ปี 80-84 ว่างเปล่าไป 84 ผมเป็นหมออยู่ที่โรงพยาบาลหนองคาย 80 - 84 นั้นว่างเปล่าไป อยู่ใน CREDENTIAL COMMITTEE คำถามแรกที่เขาถามคือ ทำไมถึงว่างเปล่า เขาจำคุกหรือบวชเป็นพระเป็นเวลา 4 ปี หรือไปต่างประเทศ ไปต่างประเทศก็ต้องเขียนด้วย คือผู้ที่เป็น CREDENTIAL เขาก็มองดูสิ่งนี้และมีคำถามอย่างอื่นด้วย อันนี้เป็นคำถามของ CREDENTIAL ถ้าผมบอกว่าเป็น UROLOGIST การอบรมของผมมาจากไหน ส่วนหนึ่งของ CREDENTIAL ทำไมต้องมี CREDENTIAL ต้องสำรวจอย่างนี้ จำเป็นต้องมีมาตรฐานแบบนี้ ก็เพราะว่าคนอย่างเราที่แหละไม่กล้าจะถามว่าเบอร์ 1 หรือ เบอร์ 39 เพราะว่าเราไม่กล้าถาม หมอต้องถามกันเอง

ผมพูดแค่นี้แล้วเราหยุดกันสักพักหนึ่ง มีใครเสนอว่าอาหารเที่ยงนั้นผมไม่ควรทานที่ผมพูดอย่างนี้เพราะผมอยากจะได้รับ FEED BACK ท่านทั้งหลายส่วนใหญ่ที่นี้เป็นแพทย์หรือพยาบาล หรือท่านทั้งหลายที่ไม่กล้าพูดเพราะส่วนใหญ่เป็นพยาบาล ผมไม่เคยเห็นคณะแพทย์ที่เป็นอย่างนี้เลย หมายความว่าถ้ามีแพทย์คนเดียวพยาบาล 100 คน คนเดียวเขาจะพูดเป็นส่วนใหญ่ เพราะจริงๆเขาเป็นคนที่ต้องรับผิดชอบมากที่สุดเลย เขาได้รับการศึกษาสูงที่สุดเลย แล้วจะเคารพตนเองมากทีเดียว แต่ขณะเดียวกันก็มีปัญหาอื่นๆด้วย คือถ้าท่านไม่ถาม ผมไม่กล้าถาม เมื่อมาถึงเวลานี้แล้วท่านไม่ถาม ผมไม่ถาม ใครถาม สักวันหนึ่งอาจจะมีคนอื่นถาม ผมเคยเข้าร่วมประชุมของกระทรวงสาธารณสุขที่มาเลเซีย ท่านปลัดกระทรวงพูดกับเราว่า **YOU'D BETTER GET YOUR ACT TOGETHER, IF YOU DON'T CONTROL YOURSELVES WE WILL CONTROL YOU** นี่แหละคือความจำเป็นที่เราต้องถามคำถามแบบนี้ถามอย่างไร ต่อไป CREDENTIAL เป็นส่วนหนึ่งเท่านั้น อันนี้ง่ายหน่อย ถ้าคนนี้เป็นคนที่มาจากภายนอกอยากเข้ามา แนนอน เรากล้าถามคำถามแบบนี้ คำถามแปลกๆเราถามได้ เพราะเขายังไม่ใช่เป็นกลุ่มหนึ่งของเรา ที่ยากกว่านี้คือ เขาเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในคณะแพทย์แล้ว เราพบว่าหมอคนนี้ไม่ใช่ 3.3 วันเท่านั้นเขาเป็น 4.5 วันและคนอื่น 2.5 จำได้ไหมตัวอย่างของผม 4.5 ใครเป็นคนที่เปิดปาก หัวหน้าแผนก ผมยังไม่อยากเป็นหัวหน้าแผนก ผมลาออก หัวหน้าแผนกมีเงินเดือนเดือนละเท่าไร นิดเดียวเท่านั้น นี่เป็นปัญหาใหญ่ อีกอย่างหนึ่งไม่ใช่แค่ 4.5 เท่านั้น DEATH RATE ยิ่งแย่กว่านั้น การผ่า APPENDECTOMY ของหมอทั้งหมด 10 คนนั้น DEATH RATE ของเขานั้น แต่ละคน 0.005 % นายคนนี้แหละที่ 1 เลย 2 % เราอาจจะว่า 2% นั้นน้อยเหลือเกิน แต่ไม่มีใครอยากจะอยู่ใน 2 % นั้น ทำอย่างไร ผู้อำนวยการ REVIEW หรือ ถ้าผู้อำนวยการไม่ใช่เป็นหมอทำอย่างไร PEER REVIEW นั้น หมายความว่าหมอ REVIEW กันเอง ผมจะค่อยๆพูดถึงเท่านั้น อันนี้เป็นหลักสูตรหนึ่งของ PEER REVIEW ที่ยาวเหลือเกิน ผมจะใช้ง่ายๆ สมมติว่าผมยกตัวอย่างของผมก็แล้วกัน มีครั้งหนึ่งอยู่ในโรงพยาบาลที่ผมอยู่บอกที่เลย อยู่ที่บ้าน ผมเป็นผู้อำนวยการที่นั่นและจำเป็นต้องมีหมออีกคนหนึ่งเป็นคนรับผิดชอบ เป็นคนที่ 2 ที่อยู่ที่ทำงานของโรงพยาบาล บังเอิญพบคนไข้คนหนึ่งที่เป็นมาเลเรียที่มาจากอินโดนีเซีย วันที่ 1 ที่อยู่โรงพยาบาลใน BLOOD TEST ของเขา NAGATIVE วันที่ 2 NAGATIVE วันที่ 3 NAGATIVE วันที่ 4 NAGATIVE วันที่ 5 POSITIVE วันที่ 5 ตอนบ่ายคนไข้ตายแล้ว แบบนั้นพูดง่ายๆคือแบบนี้ะ ปีนั้นเป็นปีแรกที่ผมเป็นผู้อำนวยการอายุ 37 ปี อายุน้อยๆยังหนุ่มยังหล่ออยู่ ผมทำอย่างไรคนไข้ตายไปเราสามารถที่จะบอกว่าโชคไม่ดี ทำได้หรือ ไม่ได้ไม่ควรทำ ตามหลักหนังสือ

ของผมควรจะมี DEATH REVIEW เราเรียกว่าเป็น M&M ถ้าไม่ใช่ DEATH REVIEW ในวงการแพทย์ที่ USA เขาจะไม่ใช้คำว่า DEATH REVIEW เขาจะใช้ M&M เขาเรียก M&M คืออะไร ซอคโกแลตใช้ไหม MORTALITY AND MORBIDITY REVIEW เขาเรียก M&M ผมก็เรียก M&M ผมก็บอกว่าควรจะมี M&M หมอคนนั้นที่คนไข้ได้ตายไปนั้น เขาก็ถามผมว่าทำไมต้องเป็นเขา WHY SHOULD IT BE ME ? คนอื่นไม่ตรวจ ทำไมมาถึงคนนี้ตาย คนไข้ของหมอคนอื่นตาย ทำไมถึงไม่มี M&M พูดตรงๆ เมื่อตอนนั้นผมอายุ 37 ผมไม่รู้จะตอบเขาอย่างไร เพราะว่าปีที่แล้วเราทะเลาะกันครั้งหนึ่ง เลยก๊อ้ง ทำอย่างไรดี ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาผมได้รับบทเรียน หนังสือใช้ไม่ได้ วิธีที่เราใช้นั้นคือผมพยายาม CONVINCЕ คณะแพทย์ทุก 2 เดือนก็ได้ ทุกเดือนก็ได้จะมี M&M ทุกเดือนมีคนตายแบบธรรมดาที่ตามไม่ธรรมดาที่ตามเราจะมี M&M พูดแบบนี้ ผมก็พูดเล่นกันไปพูดเล่นกันมา ก็พูดว่าคุณเป็นคนที่จะ REVIEW เอง เมื่อคุณ REVIEW ผมจะไม่อยู่ คือคณะแพทย์อยู่ด้วยกัน เดือนหนึ่งมีกี่คนเสียชีวิต หลังจากนั้นต้อง REVIEW ทุก CASE ไม่ว่าใครก็ตามต้อง REVIEW REVIEW นั้นมีประโยชน์อะไร อย่างน้อยคนที่ตายไปจะไม่ตายเปล่าๆ ถ้าพบว่าเขาไม่ควรตาย หวังว่าเราจะไม่ทำผิดอย่างเดียวกัน ก็เถียงกันเถียงๆ กันเป็นเวลาหลายเดือน จนในปีต่อมาในที่สุดเขาก็ยอมเห็นด้วย 2 เดือนครั้งหนึ่ง MORTALITY & MORBIDITY และ PEER REVIEW เราสามารถที่จะ REVIEW ได้หลายอย่าง REVIEW แบบที่ INTENDED SURGERY AND ACTUAL SURGERY ไม่เหมือนกัน อาจจะต้อง REVIEW คนที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลนานเกินไป คนอื่น 2.3 คนนี้ 6.5 ทำไมต้องเป็นแบบนี้ ทำให้เราต้องมี REVIEW อะไรก็ตามที่ผิดปกติเราต้อง REVIEW , DEATH RATE สูงเกินไป หรือ CAESARIAN SECTION RATE มากเกินไป โรงพยาบาลเฉลี่ยแล้วโดยทั่วไป 35 % แต่หมอคนนี้ 75% เขาตีคอสล์ คนอื่นไม่กล้าตี ทำไม เพราะเขาสามารถที่จะ SCHEDULE DELIVERY ตอนบ่ายนี้ต้องการตีคอสล์เข้านี้สามารถ CONVINCЕ ทุกคน CAESARIAN SECTION ได้หมดเลย อาทิตย์หน้าตรุษจีน SCHEDULE ก่อน ก่อนกินเลี้ยงฆ่าตัวหมดเลย เป็นไปได้ไหม ไม่ใช่ว่าผมไม่เป็นหมอไปตีหมอนะ อันนี้สถิติเคยแสดงออกมาแล้วและ INTERVIEW เสร็จแล้วพบว่า เป็นความจริง ผมในฐานะเป็นผู้บริหารโรงพยาบาลหรือในฐานะผู้ถือหุ้น ถามไม่ได้ สิ่งเหล่านี้เราถามไม่ได้ ขอให้หมอถามเองก็แล้วกัน ถ้าหมอไม่ถามเองสักวันหนึ่งจะมีคนอื่นถาม แต่ขอให้คนอื่นที่ถามนั้นเป็นคณะแพทย์ก็แล้วกันที่จะถาม ถ้าเป็นคนอื่นถามไม่ดีเลย

COMMUNICATION WITH ADMINISTRATION AND BOARD นั้นหมายความว่าอะไร ผมเคยเข้าไปโรงพยาบาลหลายแห่งไปคุยกับหมอ หมอบอกว่า แหม X-RAY ตัวนี้ใช้มาตั้งแต่

สมัยกรุงศรีอยุธยา ต้องเปลี่ยนแล้ว เราเคยเสนอเปลี่ยนไปหลายครั้ง ไม่เคยเปลี่ยนได้เลย ผมก็ถามเขาว่ามีผู้แทนจากคณะแพทย์เข้าไปประชุมกับผู้บริหารไหม ไม่มี มีวิธีอื่นไหม ไม่มี ใครอยู่ในคณะที่ประชุมของผู้บริหาร มีหมอไหม ไม่มี หมอมีหมออยู่ในนั้นเขาจะรู้ได้อย่างไร ว่า X-RAY ของสมัยกรุงศรีอยุธยากับรัตนโกสินทร์มันใช้กันไม่ได้ เขาจะรู้ได้อย่างไร ไม่มีใครรู้ ก็เลยจำเป็นต้องมี COMMUNICATION ระหว่างคณะแพทย์กับคณะบริหาร โดยจัดระบบใหม่ขึ้นมาคือให้มีผู้แทน ถ้าไม่เข้าไปออกเสียงก็เข้าไปเสนอ มีโอกาสที่จะพูดคุยพบปะกัน

หัวข้อสุดท้ายผมจะใช้คำนี้แล้วหยุด เป็นหัวข้อใหญ่ทีเดียว **QUALITY ASSURANCE** นั่นคืออะไร เราจะไม่พูดถึงอย่างละเอียดนัก คือสิ่งนี้เป็นสิ่งหนึ่งที่ภายใน 2-3 ปีนี้ เราได้ริเริ่มขึ้นมาอยู่ในเอเชีย พูดง่ายๆสินค้าแบบนี้ไม่ใช่เป็นสินค้าที่มีผู้ผลิต ผู้จัด ผู้ขาย ผู้ใช้ โดยเฉพาะไม่ใช่เป็นสินค้าที่เราจับใส่เข้าไปในกล่องได้ หรือติดสติ๊กเกอร์ที่นี้บอกว่าตรวจแล้ว ใช่ ก็เหมือนกัน มีใ้วางแล้วก็มีคนตรวจ ตรวจแล้วใส่เข้าไปในกล่องแล้วขาย แต่ว่าสินค้าสุขภาพเราไม่สามารถที่จะทำแบบนี้ได้ ผู้ผลิตกับผู้รับอยู่ในที่เดียวกัน หมอผลิตคนใช้รับเวลาเดียวกันเลย ใครเป็นคนที่ติดสติ๊กเกอร์บอกว่าใช่แล้ว เป็นไปไม่ได้ เราจำเป็นต้องมี QUALITY ASSURANCE ไม่ใช่ว่าผลิตเสร็จแล้วถึงบอกว่าติดสติ๊กเกอร์หรือไม่ติด คนไข้เข้าไปอยู่ในห้องแล้วคอยติดมีประโยชน์อะไร ไม่มีประโยชน์เลย แต่ขอให้เราต้องมีระบบเพื่อช่วยรับรองว่าอยู่ในโรงพยาบาลของเรา อย่างน้อยที่สุดเรารู้ว่าเราทำตามระบบแบบนี้ 99% จะไม่มีผิดพลาด แต่เราไม่กล้ารับรอง 100% แต่ว่า 99% เรารับรองไม่ผิดพลาดเพราะเราใช้ระบบแบบนี้ พูดถึง INFECTION CONTROL อยู่ในโรงพยาบาลรับรองว่าไม่มีใครกล้าที่จะบอกว่ารับรอง 100% แต่เรากล้าที่จะบอกว่าอยู่ในโรงพยาบาลของเรา เราทุกคนที่เข้าห้องผ่าตัดก่อนที่จะเข้าใกล้คนไข้ นั้น ทุกคนต้อง SCRUB ก่อน เรามีระบบวิธีการ SCRUB ในระบบของเรา เราทำทุกอย่างเลยและเรากล้าที่จะรับรองว่าอย่างน้อย 99% นั้น INFECTION จะไม่เกิดขึ้นเราไม่กล้ารับรอง 100% พูดง่ายๆ QUALITY ASSURANCE นี้คือ วิธีหนึ่งที่จะช่วยให้เราสามารถที่จะรับรองตัวเอง วิธีทำอย่างไร ต้องแบ่งเป็นรายละเอียดต้องใช้เวลาอย่างน้อย 4-5 ชั่วโมง แต่เมื่อไม่นานมานี้เพิ่งเข้าร่วมประชุมที่ฮ่องกงใช้เวลาถึง 2 วันทีเดียว ทุกวันนี้กล่าวขวัญถึง TOTAL QUALITY MANAGEMENT มาก มีโรงพยาบาลบางแห่งพยายามที่จะไปหาวิธีการอื่นๆนั่นคือ ISO 9002 เหมาะสำหรับโรงพยาบาลหรือไม่ ไม่อยากพูดถึง เพราะมีโรงพยาบาลบางแห่งเข้าไป เขามี PROCESS แต่ PROCESS ของเราอาจไม่เหมือน ISO ก็ได้ PROCESS ของเราอาจจะต้องมีนักวิชาการหลายคนเข้ามา

คำถาม “ มีอะไรเป็น INDICATOR ตัวแจ้งๆ ในการวัด QUALITY OF CARE เพราะเรามี PERFORMANCE มากมาย ”

พูดตรงๆผมก็ไม่รู้ว่าใครมี แต่ไม่ได้หมายความว่าเราไม่ควรทำ เพราะเราแต่ละคนที่เกี่ยวข้องกับชีวิตนั้น มันอธิบายยากเหลือเกิน ยกตัวอย่างถ้าเราใช้ DEATH RATE ของโรงพยาบาลแห่งนี้ซึ่งมี 1,000 PATIENT DAYS ใน 1,000 PATIENT DAYS นั้นเขาตาย 2 คน เราสามารถบอกว่าแห่งนี้มี 2 บางแห่งมี 4 คนที่ตายหมายความว่าผู้ที่มี 2 และมี 4 นั้น 2 ดีกว่า 4 หรือ เป็นไปได้หรือ เป็นไปไม่ได้ เพราะโรงพยาบาลที่มี DEATH RATE 4 นั้นเขามีชื่อเสียงมาก โรงพยาบาลแห่งอื่นรักษาไม่ได้ ในหมอ 1-2-3-4-5 หาหมอ 1-2-3-4-5 มา DEATH RATE ของเขาจะสูงขึ้น เพราะคนอื่นว่าโรงพยาบาลแห่งนี้เป็นที่สุดท้ายยินดีที่จะเข้ามา หรือ ACTIVITIES ของโรงพยาบาลแห่งนี้สูง หรือโรงพยาบาลแห่งนี้อาจมีการผ่าตัดบางอย่าง รักษาโรคบางอย่างที่เป็น HIGH RISK ที่โรงพยาบาลแห่งอื่นไม่มี มีหลายสิ่งที่เกิดขึ้นได้เพราะฉะนั้น DEATH RATE ใช้ไม่ได้ มีอะไรอีก INFECTION CONTROL ใช้ INFECTION RATE แต่นั่นเป็น INFECTION อย่างหนึ่งเท่านั้น อาจจะมีโรงพยาบาลที่ INFECTION RATE เป็น 0 แต่ไม่มีคนไข้ด้วย ก็ว่าไม่ได้

ผมยินดีที่ท่านถาม ผมแสวงหาอยู่จนทุกวันนี้ยังหาไม่เจอและยังไม่พบใครที่มีปัจจัยแบบที่พูด ลำบากจริงๆ ที่ท่านพูดนั้นจริง แต่ให้เราหันกลับมาหาหมอ 1 กับหมอ 39 ถ้าสมมติว่าเรามีหมอที่ดีที่สุดเท่านั้น หัวข้อสำคัญที่สุดคือโรงพยาบาลไหนที่มีหมอที่เก่งที่สุดนั้นเป็นโรงพยาบาลที่ดี หมายความว่าหมอ 39 ทั้งหลายนั้นส่งเขาไปเมืองจีน ไปอินเดีย ก็พูดลำบากเหมือนกัน ผมเห็นด้วยว่าโรงพยาบาลไหนที่มีหมอดีๆ โรงพยาบาลนั้นจะมีประสิทธิภาพที่สูงกว่า แน่แน่นอน แต่ว่าเวลาเดียวกันหมอก็ดีนั้น หมอคนหนึ่งเล่าให้ผมฟัง เขาบอกว่าหมอดีกับหมอที่ไม่ดีคือ THE DIFFERENCE BETWEEN THE MAN AND THE BOY คือผู้ที่เป็นผู้ใหญ่กับผู้ที่ยังเป็นเด็กอยู่ ในวงการแพทย์นั้นคือเขาบอกว่าทั้ง 2 คนเหมือนกัน เกือบทุกอย่างเหมือนกัน หมายความว่าคนนี้ผ่าได้ คนนี้ก็ผ่าได้ คนนี้ให้ยาคนนี้ก็ให้ยาได้ คนนี้เอา STETHOSCOPE มาฟังคนนี้ก็ฟังได้ 80%-90% ทั้ง 2 คนเหมือนกัน ที่ไม่เหมือนกันนั้นคือ 10% นั้นแหละ คนหนึ่งพบ อีกคนหนึ่งไม่พบ คนหนึ่งดูแล้วไม่เข้าใจว่าคืออะไร ดูแล้วผิดพลาดไป อีกคนหนึ่งไม่ ผู้ที่ไม่นั้นหรือผู้ที่ทุกครั้งพบทุกอย่างนั้น ใครจะกล้ารับรองว่าเขาจะพบได้ถูกต้อง 100% ไม่มี HUMAN MISTAKE เลย ลำบากเหลือเกิน เคยพบคนหนึ่งซึ่งมีคนยกย่องเขาเป็นคนที่ 100% เต็มเลย แต่ว่าตัวเขาเองบอกว่าไม่กล้า สาเหตุนี้ อยู่ที่ธนาคารเราเคยไปเห็นเขานับเงินจำนวนมาก เขานับกี่ครั้ง ในบัญชีนั้นเขาให้คนตรวจ 2 คนตรวจ ทั้งที่เขาับเก่งแค่ไหน นั้นเขาให้คนช่วยตรวจ นี่แหละเป็นสิ่งที่พูดลำบาก เมื่ออยู่ในคณะแพทย์นั้นสิ่งที่เกี่ยวข้องมากที่สุดคือความเชื่อถือและความไว้วางใจระหว่างคนไข้และหมอ สิ่งที่สำคัญมากเหลือเกิน ไม่ใช่การนับเงินนั้นผมสามารถบอกว่าพี่ช่วยนับหน่อยเงินนี้จะไม่ปนใช่มี นับอีกทีหรือสองทีก็ได้ แต่ถ้าผมเป็นคนไข้ไปหาหมอ หมอบอกว่าเพราะมี PEER REVIEW ขอให้คุณไปหาคนอื่นหน่อยหนึ่ง หมอคนนี้ทำอะไร นี่แหละเป็นปัญหาใหญ่ ไม่ใช่ว่าเป็นความผิดของหมออะ ความผิดของเราเอง คือความไว้วางใจนั้นทำให้เราไม่กล้าถามไม่กล้าจัดระบบของเราเองขึ้นผู้ซึ่งเป็น CONSUMER ADVOCATE อันนี้เลยไม่กล้า จำเป็น

ต้องให้หมอปรึกษากันเอง เพื่อที่จะช่วยหมอระหว่างคณะแพทย์อยู่ในกลุ่มของเขา เขาช่วยกันทำให้เกิดประสิทธิภาพของตนสูงขึ้น คือไม่มีวิธีไหนเลยที่สามารถบอกได้ว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด เดียวนี้ QUALITY ASSURANCE อยู่ในโรงพยาบาล อยู่ในวงการแพทย์นั้นกำลังเริ่มต้นอยู่ ขอเพียงให้เข้าใจคืออยู่ในโรงพยาบาลไม่มีผู้ผลิต ผู้ติดสติ๊กเกอร์และผู้ขาย ผู้ใช้ไม่มี ทั้งหมดนี้เกิดขึ้นภายในวินาทีเดียวกัน และความสัมพันธ์ระหว่างหมอและคนไข้ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมากในระบบนี้ เราไม่สามารถที่จะใช้ระบบอุตสาหกรรมเราต้อง INVENT ของเราเอง ผู้ที่ INVENT ไม่ใช่ผมไม่ใช่ท่าน แต่เราทั้งหมดรวมอยู่ในที่เดียวกันสามารถทำได้ มีโรงพยาบาลหลายแห่งได้ทำอย่างนี้สำเร็จแล้วและเราสามารถที่จะวัดผลได้ ถ้าสมมติว่าโรงพยาบาลนี้มีระบบแบบนี้ ภายในระยะยาวโรงพยาบาลเหล่านี้จะไม่มีปัญหาเหมือนกับที่โรงพยาบาลแห่งอื่นที่ไม่มีระบบนี้ มี ทั้งที่หมอดีเท่ากันแต่เพราะระบบของเขานั้นดีกว่า ทำให้ช่วยแก้ปัญหาเหล่านี้ เป็นสิ่งที่เรา DOCUMENT ได้

ขอบคุณมากครับ เป็นคำถามที่ดีมาก ที่เราตัวผมเองไม่กล้าบอกว่ามีเลย ผมบอกว่าเป็นที่แบ่งปันซึ่งกันและกัน ผมไม่ใช่หมอนะมาถึงมีข้อแก้ไข มี PENICILLIN ที่แก้ไขทุกอย่าง เป็นไปไม่ได้ เพราะความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด อะไรก็ตามที่ช่วยให้ความสัมพันธ์อยู่ใกล้ชิด ให้หมอเก่งสักเพียงไหนก็ตาม ถ้าไม่มีความสัมพันธ์ที่ดีคนไข้ก็จะไม่ได้รับความช่วยเหลือเท่าที่ควร มันก็เป็นส่วนหนึ่งของประสิทธิภาพด้วย เป็นส่วนหนึ่งของ QUALITY ด้วย เป็น QUALITY OF RELATIONSHIP หลังจากเราได้ตั้งมันขึ้นมาเป็นมาตรฐานแล้ว คำถามต่อไปนั้นคือเราจะรู้ได้อย่างไรว่ามาตรฐานเหล่านี้เป็นมาตรฐานที่โรงพยาบาลนี้มีแต่โรงพยาบาลนั้นไม่มี หรือมี มีถึงขนาดไหน พูดง่าย ๆ ว่าเราจะให้คะแนนได้อย่างไร ในการสำรวจนั้นเราให้คะแนน ถ้าไม่ให้คะแนนอยู่ในการสำรวจนั้นเราใช้วิธีไหน อันนี้มาถึงคำถามที่ผมได้ตั้งขึ้นเมื่อคืนนี้ว่า วิธีหนึ่งที่เราใช้ในอดีตคือ MINIMUM STANDARD แต่เดี๋ยวนั้นใช้ไม่ได้แล้ว เราก็ใช้ STANDARD ของเราเป็น IDEAL STANDARD แต่ว่าคำถามต่อไปยังมีอยู่ เราจะรู้ได้อย่างไรว่าโรงพยาบาลนี้มี QUALITY แบบนี้อยู่ ขอให้เราย้อนกลับไป MANAGEMENT AND ADMINISTRATION อีกทีหนึ่ง ภายใต้มาตรฐานนั้นผมได้ตั้งหัวข้อขึ้น 6 หัวข้อด้วยกัน ข้างหลังมีคำถามที่มีตัวเลขซึ่งหมายถึงคำถามที่อยู่ใน ACCREDITATION SURVEY FORM ซึ่งเราได้ใช้ ซึ่งผมไม่ได้พิมพ์ออกมาสำหรับทุกท่าน สาเหตุที่เราไม่มีพิมพ์ออกมานั้นแต่ละเล่มหนาแค่นี้ ว่าแต่ละแผนกมี 8 หน้า 7 หน้า 10 หน้า ไม่แน่ ผมเลยไม่พิมพ์ออกมา ผมจะอ่านให้ฟัง ที่ 1 นั้นคือบอกว่า HAS A QUALIFIED ADMINISTRATION TEAM อยู่ในคำถามข้อที่ 1 ถามว่า ในโรงพยาบาลแห่งนี้มี ADMINISTRATIVE ที่ QUALIFIED หรือเปล่า มีไหม คำถามที่ผู้ไปสำรวจต้องดูว่าโรงพยาบาลใหญ่แค่ไหน มีผู้บริหารกี่ท่าน สมมติว่ามี 1,000 เตียง แต่มีผู้บริหารเพียงคนเดียวเท่านั้นและนักบริหารคนนี้มีคลินิกของเขาด้วย เราสามารถบอกได้ว่า โรงพยาบาลแห่งนี้มี QUALIFIED TEAM ใหม่ว่า ทั้งที่เขาเป็นหมอที่ดีที่สุด มีคลินิกของเขา เขาให้เวลามากสักเท่าไรและมีผู้ช่วยหรือไม่ อันนี้ตอบง่ายเหลือเกิน สมมติคนนี้เป็นหมอมจริง ๆ เป็นเบอร์ 1 ของปี 37 และปัจจุบันเป็นผู้อำนวยการของโรงพยาบาล 1,000 เตียง แล้วผู้สำรวจต้องดูว่าคนนี้เป็นคนที่มีประสิทธิภาพจริงหรือ มี QUALITY สูงสุดหรือ QUALIFICATION ของเขาคืออะไร เขาเป็นลูกชายของนายธนาคาร

ธนาคารอะไร ธนาคารที่เป็นผู้ถือหุ้นใหญ่ที่สุด ใช้ได้ไหม อันนี้เป็นส่วนหนึ่งของคำถาม เราจำเป็นต้องสำรวจ คนนี้และกลุ่มของเขามีประสิทธิภาพอย่างไร ได้รับการอบรมมาจากไหน ไม่จำเป็นต้องบอกว่าทุกคนจบ MBA ในวงการแพทย์ไม่มีมาตรฐานที่จะบอกว่าใครสามารถที่จะเป็นผู้อำนวยการได้ ไม่มีเลย ไม่มีมาตรฐานอะไรเลย นานๆเข้าอาจมีบางคนเป็น MBA , MPH ก็มี MD ก็มี RN ก็มี แต่เราจำเป็นต้องดูว่าเขามีประสบการณ์มาจากไหน ผมเคยเห็นคนหนึ่งเป็นทนายความ เขาเป็นผู้บริหารที่ดีที่สุดเลย เพราะเขาไม่ได้เป็นทนายเท่านั้น เขามีความรู้ด้านบริหารด้วย ไม่จำเป็นที่ทุกคนต้องมีประสิทธิภาพอย่างนี้ แต่อย่างน้อยที่สุดเขาเรียนด้านไหนรับปริญญาด้านไหนมา เขาสามารถที่จะช่วยเราได้หรือไม่ ประสบการณ์เขามาจากไหน

แน่นอนคนที่จบจุฬาปี 39 นั้นปี 40 ให้เขาเป็นผู้อำนวยการของโรงพยาบาลที่ใหญ่ที่สุดเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยากหน่อย คำว่ายากหน่อยนั้นเป็นอันตราย ผมจำเป็นต้องเสนอว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่งต้องเป็นผู้ตัดสินใจ แต่ผู้ที่สำรวจนั้นดูที่ว่า เขาไม่ใช่ผู้เดียวเท่านั้น เขามีทีมที่ดีหรือเปล่า ทีมของเขานั้นมีกี่คน โรงพยาบาลใหญ่ๆ โรงพยาบาลที่มีกว่า 100 เตียงนั้นเราจำเป็นต้องมีผู้ช่วย 2 คนขึ้นไป 150 เตียงขึ้นไปต้องมีอย่างน้อย 3 คนอาจจะผู้ช่วย 4 คนก็ได้ แต่ถ้ามีผู้ช่วยมากเกินไปอาจจะมีปัญหา ผมเคยเห็นโรงพยาบาลแห่งหนึ่งมี 50 เตียง รองผู้อำนวยการ 10 คนมันมากเกินไป จำนวนนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญมาก แต่ละคน ไม่ใช่ว่ามี 10 คนเท่านั้น เขาทำหน้าที่ของเขาหรือเปล่า

ประโยคที่ 2 **HAS AN EFFECTIVE , FUNCTIONAL ORGANIZATIONAL PLAN** หมายความว่า ORGANIZATION CHART เป็นสิ่งที่สำคัญมากอยู่ในการบริหารแสดงให้เห็นว่าใครเป็นนายของใคร แต่ละคนควรมีนายคนเดียว แต่ละคนนั้นอยู่ภายใต้การบริหารซึ่งควรจะมีคนอื่นที่รับผิดชอบต่อเขาเป็นคนที่เขาสามารถสั่งได้ EMPOWERMENT ผมเคยเห็น ORGANIZATION CHART ของโรงพยาบาลหลายแห่งที่มองดู ORGANIZATION CHART อย่างเดียวก็รู้ว่าโรงพยาบาลนี้มีปัญหา ตัวอย่างง่ายๆ สมมติเอาโรงพยาบาลที่มีรองผู้อำนวยการ 4 คน ที่มีเตียง 200 เตียง 4 คนไม่มีปัญหา 200 เตียงไม่มีปัญหา มี 4 คน ผู้อำนวยการใหญ่ที่สุด รองผู้อำนวยการคนที่ 1 จบพยาบาลศาสตร์สำหรับพยาบาล ไม่มีปัญหา เพราะมีพยาบาลอยู่ภายใต้ทำได้ดี รองผู้อำนวยการคนที่ 2 เป็นเกี่ยวกับ PROFESSIONAL SERVICE นายแพทย์ทั้งหลายอยู่ภายใต้คนนี้ อันนี้ไม่มีปัญหา คนที่ 3 ADMINISTRATION ก็ไม่มีปัญหา คนที่ 4 เกี่ยวกับการเงินไม่มีปัญหา มีการเงินมี ADMINISTRATION คนหนึ่งมีคณะแพทย์คนหนึ่งและอีกคนหนึ่งพยาบาล 4 คนนี้ไม่มีปัญหา ที่เป็นปัญหาเราดูต่อไป อยู่ภายใต้คณะแพทย์นั้นเป็น CHIEF ACCOUNTANT ทำไมต้องเข้าไปอยู่ใต้หมอ ถ้ามองไปถามมา อ้อแบบนี้ เพราะว่า VICE PRESIDENT FOR FINANCE เกี่ยวกับการเงินนั้นเคยมีปัญหาครั้งหนึ่งเมื่อปีที่แล้ว เขาเซ็นเช็ค 1 แสนบาทโดยไม่มีใบเสร็จ ผู้อำนวยการไม่กล้าเชื่อเขา แต่ผู้อำนวยการเป็นเพื่อนที่ดีของ VICE PRESIDENT FOR PROFESSIONAL SERVICE เป็นผู้ที่เขาไว้วางใจได้ก็เลยเอา ACCOUNTING เข้ามาที่นี้เลย อธิบายเข้าใจ ถูกแล้ว แต่เข้าใจแล้วถูกต้องไหม ไปดู ORGANIZATION CHART ทันทีทันใดเราเข้าใจเลยว่า เขากำลังใช้ ORGANIZATION CHART ในการแก้ปัญหาบุคคลของเขา วิธีที่ถูกต้องนั้นคือถ้าคนนี้เซ็น 1 แสนบาทออกไปโดยไม่ได้รับอนุญาต ไม่มีใบเสร็จอะไรเลย 1 ใน 2 ที่เขาทำได้คือ สมมติว่าแท้ที่จริงแล้วคนนี้เป็นคน

ข้อสุดท้าย ทางโรงพยาบาลต้องให้เขามีอำนาจมากขึ้น 1 แส่นบาทอาจจะน้อยเกินไป อาจจะ
ต้องให้เขามีอำนาจมากขึ้นถึง 1 ล้านบาทก็ได้ เพราะ 1 แส่นบาททุกวันนี้ซื้ออะไรได้ ก็อาจ
จะพูดได้ว่าเขาไม่มีอำนาจมากพออยู่ภายใต้การควบคุมของเขาเพราะเป็นโรงพยาบาลใหญ่
มาก อันนี้จะเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งก็ได้ สาเหตุอีกอย่างหนึ่งอาจจะจะเป็นความจริงที่ 1 แส่น
บาทนั้นเป็นเช็คสำหรับภรรยาของเขาซึ่งไม่ได้ทำงานที่ไหนเลย อันนี้ถ้าเป็นความจริง วิธี
แก้ไขก็คือคนนั้นต้องเชิญออกไปเลย และแต่งตั้งอีกคนหนึ่งขึ้นมา ไม่ใช่เอา CHIEF
ACCOUNTANT อยู่ใต้ VICE PRESIDENT FOR PROFESSIONAL SERVICE ที่เล่าให้ฟังนี้ไม่ใช่
เป็นเรื่องที่ผมตั้งขึ้นมา เป็นเรื่องจริงที่เคยเกิดขึ้น ผมเคยพบเมื่อไป CONSULT ถามเขามี
เหตุผลจริง ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้อง แต่ว่า ORGANIZATION CHART ของเขานั้นใช้ไม่ได้ ก็เลยถาม
ต่อไป **HAS EFFECTIVE , FUNCTIONAL ORGANIZATION PLAN** เราต้องมองดู
ORGANIZATION CHART เวลาเดียวกันเมื่อเรามองดู CHART แล้ว CHART นั้นอาจจะดี ผู้
สำรวจต้องไปถามต่อว่า CHART นี้ที่เป็นลายลักษณ์อักษรตรงกับสิ่งที่ปฏิบัติหรือเปล่า อันนี้
อีกครั้งหนึ่งผมก็ได้พบเข้าไปเบอร์ 1 ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการ มี 3 คน อยู่ภายใต้รอง
ผู้อำนวยการมีคนละ 4 คน รองผู้อำนวยการคนหนึ่งมาจากอุบล ผอ.มาจากเชียงใหม่ ลูก
น้องของคนอุบล 4 คน 3 คน เป็นลูกศิษย์ของผม คนที่เรียนจบมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ขอโทษผู้ที่มาจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผมแค่ยกตัวอย่างเท่านั้น เรื่องนี้อาจจะเป็นเรื่องจริง
ที่เกิดขึ้นในประเทศอีกประเทศหนึ่ง เพราะว่ามียอยู่ในโรงพยาบาลเดียวกันเป็นลูกศิษย์ด้วย
คำสั่งของเขานั้นไม่ใช่ INTERNET นะเขาใช้ดาวเทียมเลย ผู้อำนวยการสั่งให้คนนั้นไปซื้อ X-
RAY โดยไม่ได้ผ่านรองผู้อำนวยการเลย สั่งไปเลย เมื่อสินค้านั้นส่งถึงโรงพยาบาล รองผู้
อำนวยการก็บอกว่าไม่รู้เลย ใครสั่ง ผอ.สั่ง ใครเซ็นลูกน้องเขาเซ็น โดยตัวเขาเองไม่รู้ อันนี้
ผ่านดาวเทียมไป เป็น ORGANIZATION CHART ที่ดี แต่ว่าเนื่องจากความสัมพันธ์บางอย่าง
ทางด้านมนุษยสัมพันธ์ทำให้ ORGANIZATION CHART นั้นใช้ไม่ได้ กลายเป็นสิ่งที่คนอื่นดู
แล้วไม่เข้าใจ สิ่งนี้วนวายไป ต่อไปถ้ามีอะไรเกิดขึ้นจะให้รองผู้อำนวยการคนนั้นรับผิดชอบหรือ
ไม่ได้ เขาไม่กล้ารับผิดชอบ เขาไม่สามารถที่จะรับผิดชอบ ผมว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลคน
นี้ไม่ได้ทำตามแผนของเขาที่ได้วางไว้ อันนี้คิดเป็นระบบ ORGANIZATION PLAN มีคำถาม
ใหม่ครับ อันนี้เป็นสิ่งที่อยู่ในข้อ 2 กับ ข้อ 3 และเรา REVIEW MINUTE คือเอกสารที่อยู่ใน
โรงพยาบาล รายงานการประชุมของเขา แต่ละข้อเราต้องพยายามดูใช้เวลาหน่อยหนึ่งในการ
ดู ถ้าไม่มีเวลาดูอย่างน้อยที่สุดเรา SAMPLING ดูว่าเป็นไปได้หรือเปล่า

HAS EFFECTIVE FINANCIAL MANAGEMENT เรื่องนี้อยู่ในโรงพยาบาลบางแห่งเรา
เคยทำแบบแบ่งแยกออกมาคือ ADMINISTRATION กับ FINANCE เราต้องดูรายงานของผู้
ตรวจบัญชี ปีที่แล้ว 2 ปีที่แล้ว 3 ปีที่แล้ว อย่างน้อยต้องไปดู 3-4 ปี 3 ปี อย่างน้อย มองดู
ว่าผู้ตรวจบัญชีรายงานนั้นดีหรือไม่ มีอะไรต้องแก้ไขไหม ดู FINANCIAL STATEMENT ของ
เขา ไปดูและเช็คว่ามีระบบที่ดีไหมอยู่ในนั้น อีกอย่างหนึ่งที่ผมชอบทำเกือบทุกครั้งและ
พยายามที่จะดูว่าระบบของเขากับสิ่งที่เกิดขึ้นแท้จริงนั้นตรงกันหรือเปล่า เพราะอยู่ในโรง
พยาบาลมีหลายต่อหลายครั้งที่เดี๋ยวมียเงินที่ผ่านได้โตะ มีหลายครั้งเราที่เป็นผู้บริหารจำ
เป็นต้องรู้ แต่ไม่ใช่เราจะไปจับผิด เราเพียงแต่ไปดูว่ามีระบบนี้หรือไม่ สมมติว่าระบบหนึ่ง

ที่เราพยายามมองดูคือผู้สั่งสินค้า ผู้รับสินค้า ผู้จ่ายเงิน ไม่ควรเป็นคนๆเดียวกันเป็น INTERNAL CONTROL PROCEDURE ถ้าผมสั่งยา 100 เม็ด รับยา 100 เม็ดท่านจะรู้หรือเปล่าว่าผมรับยา 100 เม็ดจริงๆ ไม่รู้ ถ้าผมเป็นคนจ่ายเงินยิ่งแยกกว่านั้น อันนี้ผมไม่กล้าบอกว่าคนนี้โกงหรือไม่โกง คนนี้บริสุทธิ์หรือไม่ ไม่ใช่คำถามของผม ไม่ใช่หน้าที่ของผู้สำรวจด้วย ผู้สำรวจเพียงแต่บอกว่าระบบนี้ไม่ถูกต้องหลัก จำเป็นต้องบอกว่า ผู้สั่ง ผู้รับ ผู้จ่ายเงินต้องแยกกัน เงินก็เหมือนกัน การเงินก็เหมือนกัน ผู้ที่เป็นแคชเชียร์ เคยเกิดขึ้นครั้งหนึ่งเขาได้รับเงินวันนี้แล้วพรุ่งนี้ถึงจะส่งกลับที่แคชเชียร์ คินทั้งคินอยู่ในกล่องเงินของผมนั้น เขาบอกว่ามี 4 แส่น เสร็จนี้ผมใส่กุญแจ แล้วเอาไปให้ผู้รับผิดชอบใส่ตู้เซฟเพื่อป้องกัน กุญแจผมมี ผู้อำนวยการก็มี ถ้าผมทำหาย ผู้อำนวยการจะได้รับผิดชอบ เขาจะได้ไม่มาเปิด อันนี้เป็นระบบของเขา ผมใส่กุญแจแล้วใส่เข้าไป ผมรู้ว่าในนั้นมี 2 แส่นกว่าบาท และบัญชีแสดงว่ามี 2 แส่นกว่าบาท ใส่เข้าไปในตู้เซฟ ผู้อำนวยการสามารถที่จะเปิดเข้าไปในตู้เซฟ เพราะว่า มีคีย์ลิม COMBINATION ของตู้เซฟก็ไปหาผู้อำนวยการ ผู้อำนวยการรู้ทุกอย่าง ล็อคไป ผมกลับบ้าน ผู้อำนวยการกลับบ้าน ทุกคนกลับบ้าน วันรุ่งขึ้นกลับมาเปิดตู้เซฟกล่องนั้นยังอยู่ แต่เปิดกล่องไปศูนย์ ใครรับผิดชอบสั่งให้ผมออกหรือ ให้ผมจ่ายหรือ เพราะว่ามี 2 คนที่มีกุญแจ ใครจะรู้ว่าผู้อำนวยการของผมไม่ได้เป็นผู้ขโมย ไม่มีใครรู้ ผู้อำนวยการสามารถจะบอกได้ว่า เมื่อคุณเอากล่องนี้มาให้ผม กล่องนี้ข้างในมันว่างเปล่า ไม่มีใครรู้ คือทั้งหมดนี้เป็นสิ่งที่ เป็นระบบ ผมไม่บอกว่าใครเป็นคนขโมย แต่ขอให้ระบบเพื่อที่จะป้องกันไม่ให้มีสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้น วิธีแก้ไขวิธีหนึ่ง เมื่อถึงเวลาที่ผมต้องส่งงาน ผมเปิดกล่องนับต่อหน้าผู้อำนวยการ นับ 2 คนแล้วเขารับผิดชอบไปเลย กล่องอันนี้ผมเป็นคนที่ได้รับผิดชอบเองคนเดียวเท่านั้น มีกุญแจ ถ้ากุญแจหายทำอะไร ซื้กล่องใหม่เพราะกล่องถูกกว่า 2 แส่นบาท อันนี้มีระบบก็เลยจำเป็นที่ต้องมีระบบ EFFECTIVE FINANCIAL MANAGEMENT บางคนบอกทำไมถึงต้องซื้กล่องใหม่ มีกุญแจอยู่ลูกหนึ่งอีกลูกหนึ่งเอาไปให้ใครก็ได้ เป็นไปไม่ได้ ขอให้มีคนเดียวเท่านั้นรับผิดชอบอันนี้

HAS EFFECTIVE PERSONNEL MANAGEMENT เป็นสิ่งที่สำคัญมาก แต่ผมไม่สามารถที่จะบอกว่าสำคัญแค่ไหน เมื่อท่านทั้งหลายไปมองดูรายจ่ายของโรงพยาบาลของท่านที่เปอร์เซ็นต์ของรายจ่ายเป็นเงินเดือน 40% สูงกว่า 50% ไหม 60%ประมาณแค่นั้น มีใครสูงกว่า 60% ไหม 60%สูงมากเป็นรายจ่ายส่วนใหญ่มากที่สุดของโรงพยาบาล ผู้จัดการฝ่ายบุคคล เขาทำงานของเขาดีหรือเปล่า มีระบบไหม คนงานคนหนึ่งคนใดที่อยู่ในโรงพยาบาลของคุณทำงานอย่างดีที่สุดไหม เรามี ORGANIZATIONAL CULTURE ที่ดีหรือไม่ คนที่อยู่ในวงการของเราเขาจะถือว่าคนอื่นขี้เกียจเขาจะขี้เกียจเหมือนกัน เมื่อถึงสิ้นเดือนขอให้เงินเดือนก็แล้วกัน อยู่ใน PERSONNEL MANAGEMENT เราจำเป็นต้องมองดูว่ามี EVALUATION หรือไม่ ทุกวันนี้ถ้าทำอะไรผิดพลาดเกี่ยวกับบุคลากรของเรา เขาฟ้องเราได้ อาจมีสหภาพแรงงานมาหาเรื่องก็ได้ มีปัญหาที่แย่มากที่สุดคือบุคลากรไม่ร่วมมือกับเรา เราก็จะสูญเสียไปกว่า 60 % บุคลากรของเราช่วยเราได้มากพอหรือไม่ ส่วนหนึ่งที่จะให้มีการบริหารบุคคลที่ดี คือ HAS ADEQUATE JOB SPECIFICATION คนทำงานไม่ดีส่วนใหญ่ก็เพราะเราไม่ได้สั่งงานอย่างดี เราไม่สามารถ EVALUATION เขาอย่างดี

ข้อสุดท้ายคือ **HAS EFFECTIVE REVIEW SYSTEM** เราเคย REVIEW ผู้อำนวยการหรือไม่ ใคร ลูกน้องหรือไม่ใช่ คณะกรรมการของโรงพยาบาล จะเข้ามาสำรวจโรงพยาบาลหรือไม่ เราต้องสำรวจ ถ้าสิ่งเหล่านี้ทุกอย่าง 1, 2, 3, 4, 5, 6 ทั้งหมดนี้ทุกอย่างมีและครบถ้วน และสิ่งที่เป็นลายลักษณ์อักษรกับสิ่งที่เกิดขึ้นนั้น สอดคล้องกัน เราสามารถให้เขา 100% แต่ว่าผมไม่เคยเห็นโรงพยาบาลไหนเลยที่ 100% ถ้าเป็นไปได้เราจะทำอย่างไร อยู่ในข้างล่างนี้ ที่เราเรียกว่า SCORING GUIDELINE เป็นวิธีให้คะแนน ถ้าภายใน 6 ข้อนี้ เขาได้ทำเราก็ให้เขา 0% - 17% อันนี้เป็นสิ่งที่ เป็น OBJECTIVE อย่างมากที่สุด แต่บางครั้งบางครั้งเราไม่สามารถที่จะ OBJECTIVE 100% ธรรมดาแล้วสิ่งที่ผมทำข้อที่ 1 HAVE QUALIFIED EFFECTIVE TEAM อยู่ใน 0-1 นั้น สมมติว่ามี ผู้อำนวยการดี แต่ว่ารองผู้อำนวยการใช้ไม่ได้ อยู่ใน 17% ของข้อที่ 1 นั้น ผมอาจจะให้เขา 3% เท่านั้น 14% เท่านั้น ผมก็เขียนลงไป ข้อที่ 1 ได้ 12 ข้อที่ 2 เขาอาจจะได้ครึ่งหนึ่งเท่านั้น ORGANIZATION PLAN บางอย่างก็ดี บางอย่างไม่ดี ผมจะให้เขาครึ่งหนึ่งเท่านั้น แต่ละอย่างผมให้คะแนนแล้ว หลังจากนั้นบวกทั้งหมดลงมา คะแนนสำหรับแผนก็คือ กี่ % อันนี้คือวิธีที่เราใช้ แต่อาจจะไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุด แต่เราก็ได้ใช้มา 10 กว่าปีแล้ว ก็พบว่าเราสามารถจะมองเห็นได้ว่าโรงพยาบาลไหนที่ผ่านหรือไม่ผ่าน หรือได้คะแนนสูง ไม่สูง เมื่อเราเข้าไปหรือคนอื่นเข้าไปโรงพยาบาลของเรา เราอาจจะรู้ว่าโรงพยาบาลของเรามีประสิทธิภาพที่แท้จริงกับที่เขียนไปนั้น สอดคล้องกันหรือไม่ เข้านี้ผมก็ไม่อยากจะบอกว่าโรงพยาบาลมิชชั่น กรุงเทพฯ คะแนนของเขาเท่าไร เมื่อปีที่แล้วเราเพิ่งส่งทีมมาที่นี่ ผมเคยเป็นผู้บริหารที่นั่น ผมไม่เคยกลับมาเป็นผู้สำรวจโรงพยาบาลมิชชั่น พี่น้องทั้งหลายจากมิชชั่นก็เคยสังเกต ผมไม่เคยกลับมาเลย ที่ผมไม่เคยกลับมา สาเหตุอย่างหนึ่งคือผมกลับมาผม OBJECTIVE ไม่ได้ จะพบบางอย่างที่ผมเริ่มเมื่อ 10 ปีก่อน ได้เปลี่ยนไปแล้ว ผมอาจไม่พอใจคะแนนไปเลย แท้จริงเขาเปลี่ยนอาจจะ เป็นสิ่งที่ถูกต้อง พวกเราซึ่งเป็นนักบริหาร บอกว่า วิธีแก้ไขปัญหของปัจจุบันอาจจะ เป็นปัญหาของอนาคตก็ได้ วิธีที่ผมแก้ไขปัญหของอดีตอาจเป็นปัญหาของปัจจุบันก็ได้

เรื่องของ **SURVEY TEAM** มีหลายคนอยากจะทราบว่า ถ้าเรามีแนวทางแล้วเราจะตั้งทีมได้อย่างไร ในอดีตเคยมีบางคนคิดว่า SURVEY TEAM นี้ สมมติว่าคนเดียวเข้าไปตรวจทั้งหมดก็ทำได้ แต่ผมขอเสนอว่าเป็นไปไม่ได้ ตามธรรมดาแล้วทั้งหมดมี 5-7 คน อยู่ในกลุ่มของเราคณะสำรวจของเรานั้นต้องมี HOSPITAL ADMINISTRATOR ไม่ได้หมายความว่าเขาจำเป็นต้องเป็นผู้สำรวจ อาจจะ เป็นผู้สำรวจหรือรองผู้อำนวยการก็ได้ คนนี้อาจจะเป็นหมอกก็ได้เป็นคนอื่นก็ได้ แต่ขอให้ เป็นนักบริหารคนหนึ่ง อย่างน้อยที่สุดต้องมีนักบริหาร ต้องมีหมอด่วย ถ้าไม่มีหมอดคนหนึ่งอยู่ในนี้ บางทีหมอ 2 คนด้วย คนที่หนึ่งอาจจะ เป็นหมอกก็ได้ หรือไม่เป็นไม่มีปัญหา แต่อย่างน้อยที่สุดต้องมีคนหนึ่งเป็นหมอหรือ 2 คนก็ยิ่งดี ต้องมีพยาบาลคนหนึ่ง เพราะว่าอย่างน้อยครึ่งหนึ่งของคนงานอยู่ในโรงพยาบาล เป็นพยาบาล ถ้าไม่มีพยาบาลคนหนึ่งไปดูงานของเขานั้น อาจจะมีปัญหา ที่ 4 คือการเงิน จำเป็นต้องมี FINANCIAL ADMINISTRATOR คนหนึ่งที่ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเงิน

OTHERS เป็นใคร อันนี้ขึ้นอยู่กับว่าโรงพยาบาลที่เราไปสำรวจนั้นต้องการคนแบบไหน สมมติว่าโรงพยาบาลแห่งนี้มี DIALYSIS CENTER ที่ใหญ่เหลือเกิน เราอาจจะจำเป็นต้องไปหาคนหนึ่งที่มาจากโรงพยาบาลอื่นที่มี DIALYSIS PROGRAM ด้วย เพื่อที่จะเข้ามาดู สมมติว่าโรงพยาบาลแห่งนี้เขาเป็นโรงพยาบาลที่ทำ OPEN HEART SURGERY เราอาจจำเป็นต้องหาหมอคนหนึ่งจากโรงพยาบาลที่ทำ OPEN HEART SURGERY พยายามที่จะดู QUALIFICATION ของทีมของเรานั้น ต้องไปตรงกับความต้องการของโรงพยาบาลที่เราไปสำรวจเท่าที่ทำได้ มองดูอย่างนั้นอย่างน้อยที่สุดต้องมี 4 คน ธรรมดาแล้ว เรามี 5-6 คน หรือ 7 คนที่เข้าไปในกลุ่ม ที่เราเข้าไปนั้นไม่ใช่ว่าแต่ละคนไปเอง เพราะถ้าแต่ละคนไปเอง ผมเข้าไปถึง ผมก็ใส่แว่นตาสีชมพูผมก็ดูทุกอย่างสีชมพูหมดเลย คนอื่นเข้าไปเขาใส่แว่นตาสีม่วงของเขา เขาเข้าไปเขาก็มองดูของเขาเลย ตรงนี้หมอเข้าไปหมอก็มองดูจากสายตาของหมอ เขาก็เข้าไปดูในกลุ่มของเขาเลย พยาบาลเข้าไปดูมองจากสายตาของพยาบาล ถ้าต่างคนต่างไปเอง รายงานที่ออกมาจากการสำรวจที่ออกมา นั้นแทนที่จะเป็นหนังสือเล่มเดียว อาจจะเป็นหนังสือ 4 เล่ม และแต่ละเล่มนั้นเขียนด้วยภาษาที่ต่างกัน ก็จะได้ประโยชน์ เราเสนอว่า สิ่งที่ทั่วโลกทำทุกแห่งคือ ทั้งกลุ่มนี้ไปในเวลาเดียวกันและสำรวจโรงพยาบาล ใช้เวลา 3-4 วัน ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลนั้นใหญ่แค่ไหน ถ้าโรงพยาบาลที่เล็ก 2 วัน อาจทำได้ ตามประสบการณ์ของผมนั้นถ้ามี 5 คน 6 คน 7 คน เราต้องการใช้เวลา 3-4 วัน ภายใน 3-4 วันสิ่งที่เราก็คือ เราเป็นคน OBSERVE เราไม่ใช่คนที่มองดูลายลักษณ์อักษรเท่านั้น เราไปถึงต้องมองดูด้วยสายตาของเราที่บอกว่าสิ่งที่เกิดขึ้น กับสิ่งที่เขียนอยู่ใน POLICY ของเขา อยู่ในกฎเกณฑ์ของเขา ถูกต้องหรือเปล่า และที่สำคัญว่านั่นคือ เรามีเวลา มีโอกาสที่จะมี INTERACTION กับนักบริหารโรงพยาบาลแห่งนั้น อันนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญมากเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยให้เราเรียนรู้ซึ่งกันและกัน สามารถมองดูสิ่งที่เกิดขึ้นนั้น ดูว่าสอดคล้องกับสิ่งที่เราดูอยู่ในหนังสือหรือเปล่า

อยู่ใน 4-5 วัน , 3-4 วัน ธรรมดาแล้วที่เราทำนั้น วันที่ 1 เราไปถึงเราก็มีโอกาสที่จะพบกับคณะบริหาร 5,6,7 คนก็ได้ เข้าไปในกลุ่มนี้และก็อธิบายให้กลุ่มนี้รับทราบว่าที่มานั้น ไม่ใช่เป็นผู้แทนของกรมตำรวจมาจับผิด ไม่ใช่ ที่มานั้นเราอยากจะเรียนรู้จากโรงพยาบาล ว่าท่านทำอะไร และหวังว่าพวกเราผู้ซึ่งมาจากที่อื่น ขอให้มองดูกลับไปว่า ถ้าสิ่งเหล่านี้เกิดขึ้นอยู่ในโรงพยาบาลของผม ผมจะทำอย่างไร จะช่วย อย่างไร ผมก็รับความรู้เหล่านั้นกลับไป เพื่อที่จะเอากลับไปปรับปรุงโรงพยาบาลของผม อันนี้คือการสำรวจโรงพยาบาล ผมแนะนำว่าไม่ควรมี 5 คน ไป 5 ครั้ง ควรจะเป็น 5 คนไปในเวลาเดียวกัน ทำงานร่วมกันและภายใน 2 - 4 วันที่อยู่ในโรงพยาบาลแห่งนั้น กลุ่มนี้กับนักบริหารของโรงพยาบาล ควรจะกลายเป็นเพื่อนฝูงที่ดี และต่อไปการร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลจะดีขึ้น หลังจากสำรวจเสร็จแล้ว เราจะเตรียมรายงาน วันสุดท้ายก่อนที่จะจากไป คณะนี้จะรายงานต่อคณะบริหารของโรงพยาบาล การรายงานนั้นไม่ใช่เป็นการสอน เป็นอีกครั้งหนึ่งที่มีโอกาส INTERACTION เขาถามได้ ผู้ที่รับฟังนั้นสามารถที่จะเห็นด้วย และไม่เห็นด้วย บางทีวิธีที่ผมแก้ไขปัญหานี้ อาจไม่เหมือนวิธีที่ท่านแก้ไข เราสามารถที่จะเรียนรู้ สมมติว่าผมแนะนำว่า คนที่ส่งของ คนที่รับของ คนที่จ่ายของ ไม่ควรจะเป็นคนเดียวกัน สมมติว่าโรง

พยาบาลแห่งนี้มีแค่ 10 เตียง และมีคนงานไม่ถึง 30 คน จะหา 3 คนมาทำงานแบบนี้ได้อย่างไร เขาอาจจะต้องใช้ระบบอื่นเพื่อที่จะป้องกันมิให้สิ่งเหล่านี้ผิดพลาด อาจจะมีวิธีอื่นก็ได้ การซักถามกัน การอภิปรายกันจะทำให้การสำรวจครั้งนี้ดีขึ้น ตอนบ่ายที่เราจะทำนั่นคือพยายามย้อนกลับมาพูดถึงมาตรฐานอีกครั้งหนึ่งและตั้งมาตรฐาน พยายามที่จะพูดเรื่อง SURVEY มากขึ้น มีคำถามอื่นอีกหรือไม่ หรือมีอะไรที่ท่านทั้งหลายไม่เห็นด้วย หรือมีอะไรที่ผมพูดผิดไป ผมยินดีที่จะรับฟังครับ

คำถาม “ ผมขอเรียนถามสิ่งหนึ่งครับ ในโรงพยาบาลของเรา มีการตั้ง STANDARD อย่างไรบ้าง ขนาดไหน ”

กลุ่มของเรามีมีแห่งไหนที่มีแล้วมีไหมครับ มีแล้ว โอเค ดีครับ

“ คำถามผมคงจะบอกอย่างนี้ เป็นการเขยื้อนครับ คือผมดีใจที่ได้เข้ามาอยู่ในกลุ่มในวันนี้ แล้วก็ความจริงในเรื่องนี้ ผมเชื่อว่าต่างคนต่างมีมาตรฐาน แต่ตัวมาตรฐานนี้ ไม่ใช่มาตรฐานกลาง ผมมีความฝันคือว่า มาตรฐานของบ้านเราในวันนี้มันไม่ว่าเป็นเรื่อง BRAIN DRAIN หรือ โลกาภิวัตน์ เป็นปัญหา เรื่องการชี้แจงอะไรมักเป็นตัวปัญหา อันนั้นมันต้องมาอยู่ในระบบเดียวกัน ระหว่างภาครัฐ เอกชน ผมฝันอย่างนั้นนะ ภาครัฐ เอกชน อยู่ในระบบเดียวกัน ถ้าอยู่ในระบบเดียวกันนั้นจะต้องมีมาตรฐานที่ใกล้เคียงกัน ตรงนี้คือสิ่งที่เกิดขึ้น และถ้าบ่ายวันนี้สามารถที่จะ PUSH STANDARD เหล่านี้ กระทรวงสาธารณสุข ทำมา 4 ปีแล้ว ในเรื่องการทำ STANDARD โรงพยาบาลที่ถูกต้อง แล้ววันนี้ก็คิดว่าเป็นโอกาสดีที่จะมีการขยายผลของมาตรฐานโรงพยาบาลที่ภาครัฐกำหนดไว้ให้ แล้วก็มีความดีใจ แล้วก็อยากจะฝากไว้ให้พวกเรา ผมคิดว่าในแบบสอบถามที่เห็นก็ควรจะมี HOSPITAL ACCREDITATION ”

ขอบคุณมากครับ ที่ท่านพูดนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ถ้าเราอยากจะร้องเพลงพร้อมกันอยู่ในคณะหนึ่งร้องกลุ่มหนึ่ง ขอให้เราร้องเพลงเดียวกัน ถ้าส่วนหนึ่งร้องเพลงไทยเดิม ส่วนหนึ่งลูกกรุง อีกส่วนลูกทุ่ง ผลที่เกิดออกมานั้น อาจจะไม่ใช่ว่าดีที่สุดที่สุด อันนี้ไม่ใช่ว่าเราเริ่มวันนี้ พรุ่งนี้จะเสร็จ ใช้เวลานานเหลือเกิน สิ่งที่ผมพูดเมื่อกี้ ผมมาในฐานะวิทยากรไม่ใช่ว่าสิ่งที่ผมพูดเป็นสิ่งที่ถูกต้อง รู้ทุกอย่างทั้งหมด ไม่ ผมกับคณะเราได้เริ่มมาเมื่อเกือบจะ 20 ปีก่อนแล้ว และจนกระทั่งเดี๋ยวนี้ผมเป็นประธานคนที่ 4 ,5 แล้ว และได้ปรับปรุงต่อไป กระทั่งทุกวันนี้ 17 - 18 ปีหลังจากที่เราเริ่มทำ ACCREDITATION จนถึงทุกวันนี้เรายังไม่มีวิธีที่ดีที่สุด ทุกครั้งเราบอกว่าดีที่สุด ๆ เอาไปใช้แล้วใช้ไปรอบหนึ่ง ไปสำรวจอีก 4-5 แห่ง กลับมาพบปัญหาอีกแล้ว ต้องแก้ไขอีกแล้ว เขาบอกว่าการแพทย์เป็นสิ่งที่กำลังขยาย ปรับปรุงอยู่เสมอ เป็น DYNAMIC INDUSTRY เป็น INDUSTRY ที่ไม่เหมือน INDUSTRY อื่น เป็น DYNAMIC เป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอและผมหวังว่า เราสามารถที่จะเรียนรู้ ตั้งแต่เข้ามาก็คุยกับบางคนที่เป็นฝ่ายบุคคลก็ได้เรียนรู้หลายสิ่งหลายอย่าง อันนี้เป็นโอกาสหนึ่งที่จะได้เรียนรู้ซึ่งกันและกัน ผมบอกว่าตอนบ่ายนี้เราจะได้เรียนรู้มากขึ้นอีก ตอนบ่ายนี้เราจะพยายามเจาะจงถึง STANDARD บางอย่างของแต่ละแผนก เมื่อเช้าผมเอาตัวอย่างของ 2 แผนก เท่านั้น เป็น STAFF กับ ADMINISTRATION ตอนบ่ายนี้ ผม

จะพูดถึง INFECTON CONTROL และส่วนอื่นๆ มีแผนอื่นที่เราจะพยายามมองดูว่า มีมาตรฐานไหนที่เราจะหาเพลงที่เราร้องเป็นกลุ่มได้ มีคำถามอื่นไหมครับ เชิญครับ

คำถาม “คงจะไม่ใช้คำถามนะคะ ในเรื่อง ACCREDITATION นี่ก็ได้มีคนริเริ่มขึ้นก็พยายามหาวิธีที่จะทำกัน แม้ในเรื่องของการกำหนดมาตรฐานพยาบาลที่จะรับเข้ามาเป็นพยาบาล ในเครือข่ายของการประกันสังคมก็อยู่ในมาตรฐานหนึ่งของ ACCREDITATION แต่อย่างไรก็ตาม เราคงมองได้ออกมา 2 รูปแบบคือ ACCREDITATION ที่ถูกบังคับให้ทำ กับ ACCREDITATION ที่ทำด้วยตัวของแม่ไก่เอง ทีนี้ ACCREDITATION ที่ถูกบังคับให้ทำนี่คงไม่มีปัญหา เพราะถ้าคุณไม่ทำคุณก็จะไม่ได้รับผลตอบแทน ไม่ว่าในรูปของการเข้ามาเป็นเครือข่าย หรือในรูปของผลประโยชน์เพราะว่า THIRD PARTY เป็นผู้ที่กำหนด SPECT ได้ว่าอย่างไรจึงจะซื้อ ปัญหาคือว่า แล้ว ACCREDITATION ที่สมัครใจ อยากจะถามว่า แม่ไก่ตัวไหน ที่จะทำ ACCREDITATION ของตัวเอง คงจะชี้ให้เห็นปัญหาว่า การทำ ACCREDITATION ต้องการทั้งกำลังเงินและกำลังแรงขององค์กรนั้นๆ ตรงนี้จะได้จากไหน เวลาที่เราประเมินผลวันนี้ ดิฉันแน่ใจว่า ทุกแผ่นกระดาษที่กลับไป คงจะบอกว่าอยากจะทำ แต่จะทำได้จริงแค่ไหน วันที่ท่านมานั่งอยู่ตรงนี้ ท่านคงจะไม่ใช่อำนาจการทุกท่านที่จะอนุมัติงบประมาณให้ คงต้องฝากตรงนี้ไว้ว่าเป็นสิ่งหนึ่งที่พวกเราต้องคิดกัน อีกอย่างหนึ่งในฐานะ POINT OF VIEW ของผู้บริโภคคือ ตัวของคนไข้เขาไม่สามารถรับรู้ถึง ACCREDITATION สิ่งที่คุณใช้รับรู้ได้นั้นคือ โรงพยาบาลหน้าตาทันสมัยใหม่ สะอาดดีใหม่ ดูแล้วเป็นที่น่าวางใจใหม่ แต่ในครัวจะมีปลา 3 ตัวในกะทะหรือเปล่า เขาไม่รู้ แล้วทำไปแล้วมีประโยชน์อะไร ทำก็มีคนไข้ ไม่ทำก็มีคนไข้ แล้วจริงๆ จะทำไปทำไม ทำก็เสียเงินมากขึ้นด้วย ทำคนไข้ก็มาเท่าเดิม ไม่ทำก็มาเท่าเดิม ใครจะมารู้เรื่อง ACCREDITATION ตรงนี้ ดิฉันกำลังชี้ให้เห็นว่า มันคงต้องมีอะไรสักอย่าง ซึ่งทำแล้วจะเห็นข้อแตกต่าง ต้องมีแรงจูงใจให้โรงพยาบาลนั้นทำเพื่อผลประโยชน์ของประชาชนผู้มาใช้บริการ อีกอย่างหนึ่งแม่ไก่ก็ออกไข่ที่ดีที่สุด แต่ตรงนี้ คนที่จะมาบอกว่าไข่นี้ดี ไม่ดี คงต้องมีองค์กรกลางที่ต้องเกิดขึ้นจาก PROFESSIONAL และหน่วยงานหลายๆหน่วย ซึ่งไม่มีแว่นสีชมพู แว่นสีม่วง ต้องเป็นแว่นสีขาว ก็คงจะ POINT 2 อันว่า ตัวคนที่ติดสติ๊กเกอร์ให้กับไข่นั้นคงต้องเป็นองค์กรกลาง อาจจะประกอบขึ้นด้วยบุคคลหลายฝ่าย ตัวแม่ไก่ที่ถูกประเมินนั้น ก็จำเป็นอย่างยิ่งที่ว่าเมื่อไข่ของตัวประเมินออกมาดีแล้ว ทำอย่างไรผู้ซื้อถึงจะรู้ เพราะตรงนี้เบื้องหลังเป็นงานปิดทองหลังพระ ดิฉันแทบจะบอกว่า ไม่ใช่งานปิดทองหลังพระนะเป็นงานปิดทองอยู่ที่กันพระ ผู้บริโภคไม่มีทางรู้ ซึ่งผลของ ACCREDITATION จะตกอยู่กับผู้บริโภคแน่นอน ”

ขอบคุณมากครับ ที่พูดขึ้นมา นั้น ถูกต้องจริงๆที่ว่าปิดทองหลังพระหรือปิดทองกันพระนั้น เป็นเรื่องจริงด้วย เพราะว่าอยู่ในองค์กรของเรานั้น ทุกวันนี้ทั้งที่ ACCREDITATION อยู่ในวงการของเราเอง เราอยากถามคำถามแบบเดียวกันด้วยว่า เพื่ออะไร ค่าใช้จ่ายเท่าไร เราไม่คิดถึงเงินเดือนหรือค่าตอบแทน สำหรับผู้ที่เป็น ACCREDITATION TEAM MEMBER เพียงแต่ค่าเดินทาง องค์กรของเราแน่นอนอยู่ทั่วเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ค่าใช้จ่ายของเรานั้น ทุกๆปีเราใช้ในการสำรวจโรงพยาบาลนั้น เราใช้ประมาณ 1 แสนเหรียญ US. ก็

หมายความว่า ค่าใช้จ่ายนี้เป็นสิ่งที่มากเกินไป อยู่ในเมืองไทยอาจจะใช้น้อยกว่า เพราะค่าเดินทางอาจจะน้อยกว่า แต่การเชิญไปเป็น SURVEY TEAM จำเป็นต้องมีค่าตอบแทน อันนั้นมาจากไหน ค่าเดินทาง เวลาของเขา ใครจะเป็นคนที่จ่าย ค่าใช้จ่ายเหล่านี้ที่พูดถึง ปิดทองหลังพระนั้นเป็นสิ่งที่ผู้บริโภคมองไม่เห็น เราจะทำอย่างไรให้ผู้บริโภคมองเห็น ถ้าเราเห็นถึงความสำคัญ เป็นสิ่งที่เราควรจะต้องคิดถึง และตอนปลายนี้ผมจะพูดถึงการเงินส่วนหนึ่งด้วย

คำถาม “สิ่งที่ได้พูดมานั้นสามารถจะเข้ากับภาครัฐบาลและเอกชนได้ทั้ง 2 ส่วนโดยระบบเดียวกันได้หรือไม่ เนื่องจากองค์กรของ 2 ภาคไม่เหมือนกัน แต่ว่าแนวทางนั้นอาจจะได้ จะต่างที่ออกมาในภาคราชการ เอกชน STANDARD ที่ออกมาจะเป็น LINE เดียวกัน อันเดียว ที่พูดมาก็ไม่ใช่แต่ละโรงพยาบาลก็มี STANDARD ที่พันในขีดของมาตรฐาน แต่ว่าจะได้ดีแค่ไหนก็ขึ้นกับการบริหาร โรงพยาบาล 500 เตียง โรงพยาบาลที่มีคนมาก คนน้อย หรือว่าเป็นที่ยอมรับว่า ตรวจสอบแล้วมันได้มาตรฐาน อันนี้ยอมรับคือว่า ทุกโรงพยาบาลต้องการทำตัวของตัวเองให้ได้ ต้องรู้ตัวของตัวเอง จะต้องให้คนอื่นมาชี้ว่า จะต้องทำอย่างนั้นทำอย่างนี้ ผมว่าเป็นเรื่องที่ยากมาก ”

ครับ ที่ท่านถามเป็นสิ่งที่ผมจะตอบใน 2 ทางด้วยกัน หนึ่งคือ ถ้าสมมติว่าที่ทำไปนั้นเป็นสิ่งที่ปิดทองหลังพระจริงๆ ก็เป็นสิ่งที่ทำยากเหลือเกิน ที่จะให้คนจ่ายเงินโดยไม่เห็นผล เพราะว่าผู้ที่รับบริการแบบนี้ ก็เป็นผู้บริโภคเหมือนกัน เขาจะต้องเห็นถึงคุณค่าของการที่จะให้คนมาผ่าตัด ผ่าแล้วผมยังไม่รู้ว่าเป็นอย่างไร ก็เป็นเหมือนการตรวจร่างกาย ต้องมีคุณค่าอยู่ในสิ่งนั้น ถ้าไม่มีคุณค่า ทำไมผมต้องไปตรวจร่างกาย จี๋นี่ จี๋โน่น ก็คล้ายๆ กัน อยู่ในประเทศอื่นนั้น บางทีสิ่งที่ช่วยนั้นหรืออาจเป็นสิ่งที่เกะกะก็ได้คือ กฎหมาย ถ้ากฎหมายบอกว่าต้องมี ถ้าไม่มีกลุ่มเหล่านี้โรงพยาบาลนี้จะไม่ได้คนไข้ของประกันสังคม และถ้าหากเราต้องการคนไข้ของประกันสังคม นั้นอาจเป็นวิธีหนึ่ง สิ่งหนึ่ง ที่แก้ไขปัญหาที่เราคุยถึง แต่ถ้าหากมองดูคนไข้ประกันสังคมแล้วไม่เอา ไม่มีกำไรให้คนอื่นทำดีกว่า เขาก็บอกทำไมต้องทำอย่างนี้ สิ่งต่อไปพูดถึงการประกันภัย เดียวนี้โรงพยาบาลแต่ละแห่งในเอเชีย เริ่มต้นที่จะต้องจ่ายค่าประกัน 2 อย่าง คือ PROFESSIONAL LIABILITY กับ PROPERTY LIABILITY , PROPERTY นั้นง่ายแต่ PROFESSIONAL LIABILITY นั้น ต่อไปอีกวันหนึ่งภายใน 10 ปี หรืออาจน้อยกว่า 10 ปีข้างหน้า บริษัทประกันภัยต้องบอกว่า คุณมีประสิทธิภาพถึงขั้นไหนถึงจะได้รับประกันแบบนี้ ด้วยราคานี้ PREMIEM นั้นกำลังเปลี่ยนอยู่ที่อเมริกา กำลังเกิดขึ้นแล้ว

อีกอย่างหนึ่งคือ ถ้าหากว่า ACCREDITATION นั้นเป็นการแจกให้โรงพยาบาลมีประกาศนียบัตร อันหนึ่งที่สามารถจะประกาศได้ว่า อันนี้เป็น 4 ดาว 5 ดาว อาจจะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยบอกโรงพยาบาลว่า ถ้าเรามี 5 ดาว คนอื่นมี 4 ดาว เป็นสิ่งบอกคุณค่าอยู่ในนั้น อันนี้เป็นสิ่งที่ เป็น PROJECTION ในอนาคต อะไรที่จะเกิดขึ้นในเมืองไทยนั้นผมไม่กล้าบอกว่าจะเกิดขึ้นปีหน้าหรือสองปีข้างหน้า แต่ผมกล้าที่จะบอกว่าภายใน 5 - 7 ปีข้างหน้า สิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้น เพราะว่าเรามองเห็นประเทศอื่นกำลังทำสิ่งเหล่านี้ รัฐบาล

แน่นอนจะไม่ยอมอยู่หนึ่ง จ่ายเงินสำหรับการประกันสังคมโดยไม่มีการควบคุมเลย เป็นไปไม่ได้ จำเป็นต้องมีและถึงเวลานั้นแล้ว พวกเราผู้เป็นแม่ไก่จะตอบสนองอย่างไร ถึงเวลานั้นเราจะคิดว่าปิดทองหลังพระหรือเปล่า หรือเราควรเตรียมตัวเองแทนที่จะให้รัฐบาลจูงตัวเราไปเหมือนกับควาย ขอให้เราเป็นผู้ที่เดินเองดีกว่า แบบไหนดีกว่า อันนี้ผมคิดว่าโรงพยาบาลเอกชนต้องคุยเรื่องนี้ อีกคำถามคือ โรงพยาบาลรัฐและเอกชนสามารถที่จะรวมกันได้ไหม สามารถใช้มาตรฐานเดียวกันได้หรือเปล่า ถ้าเป็นไปได้ เป็นสิ่งที่เราต้องการหรือไม่ สิ่งที่ผมจะถามต่อไปคือ ถ้าเป็นไปได้ หมายความว่าเราจำเป็นต้องร้องเพลงไทยเดิมกับเพลงลูกทุ่งเวลาเดียวกันตลอดไปหรือ เป็นสิ่งที่ดีหรือ หรือสักวันหนึ่งเราจำเป็นต้องรวมกันบอกว่าใช้ 2 เพลงนี้รวมกันเพื่อที่จะเป็นเพลงใหม่ของเรา ผมกล้าที่จะเชื่อว่าถ้าเรารวมกันเป็นหนึ่ง ผู้บริโภคและประเทศชาติจะได้รับผลประโยชน์ อันนี้เป็นความคิดเห็นส่วนตัวของผมนะ ผมไม่ใช่เป็นนักการเมืองที่นี่ พุดไปก็ไม่มีใครออกเสียงให้ผม แต่ในฐานะที่ผมเป็นนักวิชาการ ทันใดที่ผมมองเห็นคนอื่นประเทศอื่นผู้ที่ไม่ยอมทำ จนกระทั่งในที่สุดรัฐบาลบังคับให้ทำ ถึงเวลานั้นผู้ที่เสียเปรียบนั้นคือโรงพยาบาล จะเสียเปรียบด้านการเงิน ถ้าเราไม่เตรียมพร้อมคนอื่นอาจจะตั้งมาตรฐานที่เรายอมรับไม่ได้ ผมไม่ดูถึง RATIO ของเตียงเอกชน เตียงรัฐบาลอันไหนสูงแค่ไหน อยู่ในเมืองไทยประมาณ 20 % เป็นของเอกชน ถ้าอย่างนั้น MARKET SHARE ของรัฐบาลใหญ่เหลือเกิน สักวันหนึ่ง 80 % นั้นตื่นมาพูดว่า เราจะเป็น MARKET ECONOMY ด้วย ในเวลาเดียวกัน 80 % นั้นกระทรวงสาธารณสุขสามารถที่จะบังคับทั้งหมดเลย ถึงเวลานั้นเรายินดีที่จะเป็นส่วนน้อยหรือ อันนี้เป็นคำถาม เราไม่สามารถที่จะหาคำตอบวันนี้เลย แต่เป็นคำถามที่ผมสามารถที่จะเสนอว่า โรงพยาบาลเอกชนพร้อมกับรัฐบาลควรจะเจรจากัน อาจจะใช้เวลาานเหลือเกินกว่าจะมีคำตอบ

และคำถามสุดท้ายที่ผมต้องเอ่ยถึง นั่นคือ ที่ท่านบอกว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่งควรตั้งมาตรฐานของตัวเองหรือ ที่ผมบอกท่าน ไม่ใช่ว่าโรงพยาบาลแต่ละแห่งควรตั้งมาตรฐานของตัวเอง ถึงเวลานั้นแล้วจะไม่มี ความหมาย คือมาตรฐานของผมนั้น ผมอยากจะให้คะแนนของตัวเอง 5 ดาว คือมาตรฐานของผมนั้น 5 ดาวนั้นจะมีความหมายอะไร ไม่มี 5 ดาวนั้นความหมายควรจะมาจากไหน คำถามข้อหนึ่งที่ผมถามในนี้คือ ใครเป็น ACCREDITATION AUTHORITY ผู้ซึ่งมีอำนาจทางกฎหมายก็ตามหรือเป็นที่ยอมรับของกลุ่มเราก็คตาม ถ้าโรงพยาบาล ก. เป็นโรงพยาบาลที่ออกคำถามตั้งมาตรฐานและตั้ง 5 ดาว 5 ดาวนั้นเป็น 5 ดาวบนกระดานเท่านั้น อันนั้นเป็นสิ่งที่เราควรจะต้องคิดถึง แต่ตอนนี้ไม่มีคำตอบ ถ้ามีคำตอบง่ายเลย เราหาคนที่เขียนหนังสือ 4-5 คน พิมพ์ออกไปขายทั่วโลกเลยเกือบทุกประเทศทั่วโลกที่อยู่ในการพัฒนา กับเมืองไทย อันนี้กำลังเผชิญหน้ากับปัญหาเดียวกัน

คำถาม “อันนี้ผมอยากจะเชียร์ท่านวิทยากร เพราะว่าผมมองไปข้างหน้าในระบบ SUE จะเข้ามาในบ้านเรา เพราะว่าในองค์กรของการแพทย์บ้านเรานั้นเริ่ม DOWN เพราะว่าไม่มี STANDARD มาวัดว่าตรงนี้ดีตรงนี้ไม่ดี เพราะผมทราบว่าในวงการกฎหมายนั้นเขาเริ่ม STUDY ทางด้านเรา เขาเริ่ม STUDY ว่ามีแนวทางที่จะทำในด้านนี้ได้อย่างไร เป็นตัวเร่งตัว

หนึ่ง ว่าเราควรจะต้อง IMPROVE เป็นที่น่ายินดีที่เรามีความคิดอยากจะทำเรื่องนี้ แล้วคิดว่า CONSUMER นั้นควรจะต้อง MAINTAIN STANDARD เพราะว่าเราต้องยึดถือประชาชนเป็นหลักในการที่จะให้บริการแก่เขา ผมถึงอยากเห็นว่า ในภาครัฐและเอกชนนั้นควรจะอยู่ในระบบเดียวกัน มันถึงเวลาแล้วที่ต้องอยู่ในระบบเดียวกัน เมื่ออยู่ในระบบเดียวกัน เพื่อป้องกันหลายอย่างในการถ่ายเทแพทย์ในระบบบริการ และเมื่ออยู่ในระบบเดียวกันแล้ว สิ่งที่สำคัญที่ต้องยึดถือไว้คือ ตัว STANDARD ที่ใกล้เคียงกัน พอที่จะ ACCEPTABLE ในพวกเรา ใน CONSUMER และในภาคกฎหมาย สำหรับเรื่องประกันสังคมนั้นเป็นตัวเร่งตัวหนึ่งที่จะมี STANDARD เราได้เอา STANDARD ที่จะทำนี้ใส่เข้าไปในประกันสังคม แต่ยังอยู่ใน CONSUMER ขนาดยังเล็ก เมื่อ CONSUMER ขยายออกไปทั่วประเทศแล้ว ตัวนี้ต้องถามหา STANDARD ก็จारीกันนี้ที่เราพร้อมคิดร่วมสร้างตรงนี้ขึ้นมา อีก 17 ปีอย่างที่ท่านว่าก็ได้ กว่าจะถึงวันนั้นน้องๆของเรา ก็จะบอกว่า พวกพี่ๆ เขาได้คิดไว้แล้วนะ เขาอยากทำในสิ่งนี้ เพราะฉะนั้นอยากให้ร่วมมือร่วมกัน "

ขอบคุณครับ ขอยกตัวอย่างเกี่ยวกับไต้หวัน เมื่อ 10 กว่าปีก่อน การประกันสังคม เพิ่งเริ่มที่ไต้หวัน ในสมัยนั้นไม่มีใครคิดถึงว่าการประกันสังคมเลย นั่นเป็นปัญหาของโรงพยาบาลที่ไม่มีเงิน เขาก็ต้องไปขอร้องรัฐบาลเพื่อที่จะได้คนไข้ ปีนี้เขาเริ่ม 100 % ของประชากรจะได้รับการประกัน ที่แรกจะเป็นต้นเดือนนี้ วันที่ 1 แต่ว่าไม่สำเร็จ ในที่สุดก็เลยเลื่อนไป วันที่ 1 มีนาคม อาจจะเป็นไปได้ อาจจะวันที่ 1 เมษายน อันนี้ผมไม่รู้ แต่ว่าสักวันหนึ่ง 100 % ของประชากร ได้รับประกันสังคม คนไข้มาจากไหน ถึงเวลานั้น เราจะให้เขาสูงหรือจะเดินเองดีกว่า ทางกระทรวงและสมาคมโรงพยาบาลเอกชนเป็น 2 ฝ่ายที่ใหญ่ที่สุดในเมือง 80% กับ 20% ทั้ง 2 ฝ่ายนี้ รวมทั้งสมาคมแพทย์อาจจะเป็นส่วนหนึ่งเป็นผู้ที่เจรจากัน ตัดสินใจว่ากลุ่มไหนเป็นกลุ่มที่จะตั้งขึ้นมา ที่ผมใช้คำว่าตั้งขึ้นมา ที่ผมคิดเริ่มต้นใหม่อาจจะต้องเป็นกลุ่มกลาง ถ้าใช้เป็นกระทรวง ทำไมต้องเป็นกระทรวง เขามี 80% เขาเป็นกลุ่มใหญ่กว่าเราหรือ ถ้าเป็นกลุ่มกลางขึ้นมาอาจเป็นที่ไว้วางใจ เชื่อถือของคนทั่วไป หลังจากตัดสินใจว่าใครเป็นผู้มี AUTHORITY แล้ว ขั้นที่ 2 คือ การตัดสินใจเกี่ยวกับ STANDARD นั้นเป็นสิ่งที่ลำบากที่สุด STANDARD นี้ไม่ใช่ว่าต่างคนต่างตั้ง STANDARD ของตน ถ้าเป็นเช่นนั้นแล้วจะไม่มีความหมาย แต่ว่าต้องเห็นใจโรงพยาบาลเล็กกับโรงพยาบาลใหญ่ เราไม่สามารถที่จะใช้ STANDARD เดียวกัน ในการที่จะวัดโรงพยาบาลเล็กกับโรงพยาบาลใหญ่ 40 เตียงอยู่ชนบท กับ 900-800 เตียงอยู่ในเมืองหลวงเช่นกรุงเทพ หรืออยู่ในเมืองใหญ่ๆ เช่น เชียงใหม่ หรือภูเก็ต หาดใหญ่ เทียบกันไม่ได้เลย อาจจำเป็นต้องมี เราเริ่มด้วย IDEAL ก่อน ทั่วไปก่อน แล้วหลังจากนั้น IDENTIFY ว่าอยู่ใน STANDARD ของเรา มาตรฐานข้อไหนเป็นสิ่งที่เราใช้ได้ทั่วไป ใช้กับโรงพยาบาลขนาดเล็ก ข้อใดใช้กับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อาจจะต้องใช้เวลาทำแบบนี้

ตอนบ่ายนี้ผมก็อยากจะเสนอว่า วิธีหนึ่ง อันนี้ไม่ใช่ว่าวิธีทั้งหมด ที่เรากำลังมาตรฐานขึ้นมาคือ โดยใช้กลุ่มนั้น (GROUP PROCESS) มีทุกวิชาชีพอยู่ในกลุ่มนั้น และใช้เวลาในการเขียน การตัดสินใจ อะไรเป็นสิ่งที่สำคัญ อยู่ในแผนกหนึ่งแผนกใดที่กลุ่มนั้นอยากจะทำ หลังจากนั้นเราอภิปรายกันภายในกลุ่ม อยากจะเสนอมามีหลายอย่างที่เป็นสิ่งที่สำคัญ

ก่อนที่เราแบ่งเป็นกลุ่ม ผมคิดว่าเรามีเวลาที่จะเลือกแผนกเดียวเป็นตัวอย่างในการทำเท่า นั้น ก่อนอื่นจะพยายามแบ่งกลุ่มโดยที่ทุกกลุ่มที่เราแบ่งนั้นจะมี หมอ พยาบาล และมีคนอื่น รวมอยู่ด้วย เกือบทุกแผนกของโรงพยาบาลนั้นจะมีปัจจัยสำคัญๆ มี 4-5 อย่างที่เกือบทุก แผนกมี คือ มีบุคลากร และเกือบทุกแผนกต้องมีระบบบริหาร ระบบการทำงาน ซึ่งรวมอยู่ ใน JOB DESCRIPTION ทั้งหมดนี้ สังเกตได้อย่างไร มีคนก็ต้องมีระบบ เราจะต้องดูว่า ระบบนั้น เรารู้ได้อย่างไรว่ามีระบบหรือไม่ เพียงแต่พูดเท่านั้น หรือจำเป็นต้องมีลายลักษณ์ อักษร DOCUMENTATION และระบบที่เราพูดถึงนั้นทำงานได้อย่างไร และงานที่อยู่ใน แผนกนั้นเดินได้อย่างไร ตอนที่ 4 นั่นคือ PROCESS และตอนที่ 5 บางแผนกมีมากกว่าที่ อื่นนั่นคือ เครื่องมือ ท่านทั้งหลายจะสังเกตว่า ภายใน 5 อย่างนี้นั้น 4 อย่างจะเกี่ยวข้องกับ คน หนึ่งอย่างจะเกี่ยวข้องกับ สิ่งที่มีชีวิตสำคัญกว่าสิ่งไม่มีชีวิต แต่ว่าเราต้องการสิ่งที่มีชีวิต ทั้ง 5 อย่างนี้มีส่วนเกี่ยวพันกันในการที่จะตั้งมาตรฐานขึ้นมาแล้วเราจะต้องดูถึงมาตรฐานที่ เราตั้งขึ้นมาจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับทั้ง 5 อย่างนี้ ระบบอาจจะไม่มีแต่ไม่มีลายลักษณ์อักษร ก็ไม่มี ความหมาย คนนี้เสียไป คนนี้ย้ายไป ระบบก็เปลี่ยนแล้ว แต่ต่อไปคืองานเดินได้อย่างไร การเดินทางและสุดท้ายคือเครื่องมือและเครื่องใช้ 5 อย่างนี้เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด นอกเหนือ จากนี้แล้วยังมีอย่างอื่นอีก แต่ว่าเกือบทุกแผนกในโรงพยาบาลถ้าท่านไปดูแผนกต่างๆของ โรงพยาบาลท่านว่ามี 5 อย่างนี้ทุกแผนกหนีไม่พ้นเลย มีข้อไหนที่ผมได้ละทิ้งไปหรือเปล่า ลองคิดดูผมอาจจะผิดพลาดไปก็ได้ มีอย่างอื่นอีกไหมที่ผมไม่ได้คิดถึงแต่ท่านคิด

คำถาม “ระบบกับที่ว่างงานเดินได้อย่างไร ต่างกันอย่างไร”

ระบบกับงานเดินนั้น หมายความว่า เราอธิบายให้ฟังว่า เราจะทำอย่างนี้ๆ แต่แท้ ที่จริงเราทำหรือเปล่า สามอย่างนี้มีส่วนเกี่ยวพันกันอย่างใกล้ชิดทีเดียว อาจจะมียระบบ แต่ว่าไม่เป็นลายลักษณ์อักษร อาจจะมียระบบแต่ว่าการเดินทางนั้นไม่สอดคล้องกับที่เขียน เป็นลายลักษณ์อักษร เป็น DOCUMENT และไม่สอดคล้องกับสิ่งที่เป็นระบบที่เขาอธิบายให้ ฟังเลย แต่ทั้ง 3 อย่างนี้เดินไปด้วยกัน หมายความว่าระบบที่เขาตั้งขึ้นคิดไว้ในใจ หรือเป็น ลายลักษณ์อักษรนั้นเดินไปอย่างไร มันเดินอย่างไร คือระบบที่อยู่ในตัวหนังสือมันเป็น ระบบที่ตาย แต่ว่าระบบที่มีชีวิตนั้นคือการเดินทาง

คำถาม “ORGANIZATION CHART มีความหมายอย่างไร”

ORGANIZATION CHART คือ ระบบการเดินทาง อย่างที่ผมอธิบายให้ฟังเมื่อกี้ นี้ ORGANIZATION มีอยู่ แต่ว่าผู้อำนวยการนั้นลงไปชั้นที่ 2 เลย อันนั้นแสดงว่าระบบไม่เกิด ก็ หมายความว่า แผนกหนึ่งแผนกใดสามารถที่จะมีคน มีระบบ แต่ว่าไม่ได้เขียนออกมาเป็น DOCUMENT อาจจะมียระบบเขียนออกมาถูกต้อง แต่ว่าไม่ทำ ไม่เดิน WORK FLOW เป็น ACTUAL ระบบนั้นเป็น THEORY รองลงมา THEORY นั้นกลายเป็น DOCUMENT อาจจะมี THEORY แต่ไม่มี DOCUMENT ถ้ามี THEORY, DOCUMENT แล้วอาจจะไม่เป็น ACTUAL และบางแผนกก็มีเครื่องมือมากกว่าแผนกอื่นอันนั้นก็ขึ้นกับแผนกนั้น ไม่ทราบว่ามีอย่างอื่น ที่ผมไม่ได้รวมอยู่ในนี้อีกหรือเปล่า ทั้งหมดก็รวมอยู่ในนี้ อาจจะเกี่ยวข้องกับหน่วยงานที่อยู่ บน ข้างล่าง หน่วยงานที่อยู่ข้างๆเรา ที่เป็นชั้นเดียวกัน อันนี้ไม่ใช่ว่าทุกแผนกต้องทำ ผม

อยากจะเสนอว่า ถ้าอย่างนี้เป็นสิ่งที่เราควรจะคิดถึง เมื่อตั้งมาตรฐานขึ้นมา ถ้ามาตรฐานของเราไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ 5 อย่างนี้ มาตรฐานของเราอาจไม่สมบูรณ์

คำถาม “ ไม่ทราบว่าเป็นต้องมี EXPECTED OUTCOME หรือไม่ ”

การดำเนินงานก็เป็นส่วนหนึ่งของ EXPECTED OUTCOME อาจเดินแค่ 10 % เดินแล้วได้ผลงานที่ดีไหม เมื่อ 4-5 ปีที่แล้ว EMPHASIS ของ ACCREDITATION นั้นคือ DOCUMENT ถ้ามี DOCUMENT พอแล้ว แต่ว่าสมัยนั้นเราไปล้อเล่นกันว่าโรงพยาบาลแห่งหนึ่งแห่งใดสามารถที่จะผ่าน FLYING POWER เลย ถ้าหากว่าคนที่เป็นผู้บริหารนั้นรู้ว่าจะ DOCUMENT อย่างไร สมัยนั้นเขาเน้นเกี่ยวกับ DOCUMENT ง่ายๆ แต่เดี๋ยวนี้เราไม่ได้เน้นเรื่อง DOCUMENT เราเน้นเรื่อง ACTUAL รวมอยู่ใน EXPECTED OUTCOME ถ้าไม่มี ACTUAL จะไม่มี OUTCOME ถ้ามี OUTCOME แนนอนมี ACCREDITATION

คำถาม “ ทั้ง 5 ข้อนี้จะครบมันขึ้นอยู่กับ BUDGET พอสมควร ถ้าเป็นองค์กรที่มันสร้างขึ้นมาแล้ว ถ้าไม่มีงบประมาณอยู่ในตัวเอง การที่เรามานั่งตั้ง STANDARD ตรงนี้ มันขึ้นอยู่กับ BUDGET เหมือนกัน การที่ตั้ง STANDARD มา EXPECTED OUTCOME ไม่มี STANDARD ก็ล้ม ”

แต่ที่ผมอยากจะเสนอว่าเมื่อเราตั้งขึ้นมา ขอให้เรารวบรวม UP เลย ที่ IDEAL และหลังจากนั้นด้วยความจำเป็นเราตัดเลย ตัดง่ายกว่า การที่จะตั้งแบบต่างๆ นั้นต่อไปจะทำให้ถึงยาก และต่อไปที่อันตรายคือถ้าเราตั้งมาตรฐานตาม EXPECTED OUTCOME เวลาที่เราตั้งนั้นมัน BIAS อยู่แล้ว คือเราไม่มีเงิน เราก็ไม่เสนอออกมา แต่ถ้าเราเสนอทั้งหมดแล้ว ก็ขึ้นกับคนอื่น ใครจะรู้ BUDGET เป็นแผนการของเราในอนาคต ถ้าแผนการของเราคนส่วนใหญ่ในวงของเราเห็นว่า ไม่ควรมีเพื่อที่จะสนองต่อ BUDGET ได้ หรือควรจะเพิ่มอยู่ในส่วนใดส่วนหนึ่ง อยู่ในงานชิ้นหนึ่ง เพื่อให้มาตรฐานของเราสูงขึ้น เขาตัดสินใจได้ BUDGET เป็น ALLOCATION OF RESOURCES ที่มี 60% ของ RESOURCE คือ HUMAN RESOURCE เราจะเปลี่ยนจาก MACHINE เป็น HUMAN หรือจาก HUMAN เป็น MACHINE ก็ได้ หรือใช้วิธีอื่น หรือ COST SHARING ก็ได้ อันนั้นขึ้นอยู่กับ INDUSTRY ENGINEERING ซึ่งเป็นอีกส่วนหนึ่งที่วันนี้เราจะไม่พูดถึง

คำถาม “ ลักษณะการตั้ง STANDARD ถ้าเริ่มตั้ง STANDARD ที่สูง วิธีการจะให้มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานซึ่งแต่ละแห่งมี FACILITIES ไม่เท่ากันนั้น ระดับการลดลงมาของระดับ STANDARD ที่ตั้งขึ้นจะเป็นอย่างไร ”

ผมถึงบอกว่าเราสามารถที่จะทำตัวอย่างของแผนกเดียวเท่านั้น หลังจากที่ทำแบ่งแยกเป็นกลุ่มแล้ว ท่านจะพบว่า ภายในกลุ่มนั้นเห็นด้วยกันไม่ได้เลย อาจจะต้องใช้เวลาวิธีเดียวคือต้องใช้เวลา ก็เหมือนกับการเลือกสรรรัฐบาลที่เพิ่งตั้ง เขาบอกเข้าไปในห้องเลยออกมาไม่ได้จนกระทั่งเลือกเสร็จ บางทีเราจะใช้วิธีแบบนี้ สิ่งที่แปลกคือภายใน 2-3 วันที่อยู่ด้วยกัน แล้วเห็นพ้องต้องกัน สามารถที่จะ CONVINCING กันและกัน และที่ CONVINCING มานั้น กลายเป็นมาตรฐานที่สูงพอสมควรไม่ใช่สูงสุดเลย ในโลกนี้ไม่มี IDEAL เราต้องยอม

รับว่า เป้าหมายของเราคือสูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ แต่ในอดีตเป้าหมายของเราคือต่ำที่สุด MOST COMMON DENOMINATOR คือทุกคนเห็นพ้องกันได้กลายเป็นต่ำที่สุด ถ้าเราหวังแค่นี้ 100% เราอาจจะไป 90% ก็ดีกว่า 20%

ผมจะไม่ตัดสินใจว่า ท่านจะเลือกแผนไหน อยากจะให้ท่านเสนอวิธีที่ทำ แทนที่จะคุยกัน อาจจะมีบางคนที่พูดมากหน่อย ความคิดของเขาจะออกเป็นปนกๆกัน คนที่ไม่กล้าพูดจะเงียบไป อยู่ในกระดานนี้ ผมอยากเสนอวิธีหนึ่งที่ผมได้ใช้มันมากที่สุดทีเดียว และใช้ได้ก็คือ ท่านทั้งหลายใช้เวลาเขียนภาพก่อน แต่ละคนเขียนเลยโดยไม่ต้องอธิบายเลย เขียนเสร็จแล้ว อยู่ในวงของท่านรวมกัน คนไหนก็ตาม คนหนึ่งๆ ไป ถ้าเขียนเข้าไปแล้วไม่เป็นไร ก็ทำต่อไป จนกระทั่งครบทุกข้อ เขียนไปคนละ 5 ข้อ ทุกข้อที่ท่านเขียนไปนั้น ควรจะเข้าอยู่ในการอภิปรายของกลุ่ม สมมติว่ากลุ่มนั้นมี 7 คน ภาพทุกคนไม่เหมือนกันเลย ออกมาจะเป็น 35 ข้อ 35 ข้อนั้นก็อยู่ที่การตัดสินใจของท่านว่าจะ RANKING เอาลงมาเป็น 5-7 ข้อที่สำคัญที่สุด ไม่มีการจำกัดว่าเป็น 5 ข้อ ไม่มีความจำเป็นต้องเป็น 6 ข้อ หรือ 7 ข้อ ถ้าในที่สุดนั้นทุกคนเห็นสมควร ควรจะอยู่ใน STANDARD ของเรา ขอให้เป็นอย่างนั้น ถ้า 10 ข้อ ทั้งไว้ทั้ง 10 เบอร์ นั้น เข้าใจไหม ขอให้แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ใช้เวลาสัก 25-30 นาที ถ้าเมื่อไหร่มีคำถามกรุณาถามได้เลย ผมยินดีที่จะรับฟัง และท่านทั้งหลายประชุมกลุ่มเอง DEPARTMENT ไหน ตัดสินใจเอง เลือกแผนไหนก็ได้ แต่ขอให้กลุ่มหนึ่งทำแผนหนึ่ง ในกลุ่มของท่านเลือกท่านผู้หนึ่งเป็นประธาน

ดูเหมือนทุกคนเลือกข้อ 5 เป็นสิ่งที่ยากเหลือเกิน มีวิธีใดเป็นวิธีที่ง่ายที่สุด วิธีที่ง่ายที่สุดคือ ไปซื้อหนังสือเล่มหนึ่งของ JOINT COMMITTEE FOR HEALTH CARE ORGANIZATION ที่อเมริกา สัก 40-50 เหรียญ เล่มหนึ่ง ซื้อมาแล้วก็ทำตาม ใช้ได้หรือใช้ได้แต่แล้วก็กลายเป็นโรงพยาบาลแบบอเมริกันไม่ใช่โรงพยาบาลไทย เราเคยใช้วิธีนั้น ในอดีต 10 กว่าปีก่อน เดียวนี้เราพบว่าใช้ไม่ได้ เราใช้อันนั้นเป็นข้อมูลเป็นที่ปรึกษาเป็นตัวอย่าง ใช้ได้ นั่นเป็นสิ่งหนึ่งถ้าท่านทั้งหลายอยากจะทำ ปรับปรุงตัวเอง อาจจะไปซื้อหนังสือเล่มนั้น ทั้งหมด 3 เล่ม เล่มหนึ่งคือ STANDARD เล่มหนึ่งคือ SCORING STANDARD RESEARCH อีกเล่มหนึ่งคือ INTRODUCTION FOR SURVEY ทั้งหมด 3 เล่ม ประมาณ 100 กว่าเหรียญ ถ้าใครต้องการกรุณาเขียนจดหมายมาหาผม ผมยินดีจะหาที่อยู่ให้ ต่อจากนี้ไปทำอะไร ผมหวังว่าจะช่วยกระตุ้นความคิดของท่าน วันนี้จะไม่แก้ไขปัญหาแผนกทั้งหมดของท่าน ถ้าสามารถจะแก้ไขปัญหทั้งหมด พวกเราทุกคนจะกลายเป็นรัฐมนตรี ขอบขอบคุณทุกท่านที่สละเวลาของท่านและผมก็ได้เรียนรู้หลายอย่าง ขอบคุณมากครับ

พ.อนุวัฒน์

ผมขอเรียนเชิญท่านอธิบดีจากกรมการแพทย์ นายแพทย์ปัญญา สอนคม เป็นผู้แทนของพวกเราในการกล่าวขอบคุณและมอบของขวัญให้ท่านวิทยากร เชิญครับ

นายแพทย์ ปัญญา สอนคม

ในนามของผู้เข้าร่วมสัมมนาครั้งนี้และในนามของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และในนามของประชาชนชาวไทย ขอขอบคุณ ท่านอาจารย์ที่ได้มาให้ความรู้แก่เราในครั้งนี้ ถึงแม้ว่าจะมีเวลาอันสั้นแต่เวลาอันสั้นที่กล่าว ทำให้เราได้เข้าใจอย่างมาก เพราะว่าคำอธิบาย คำบรรยายของท่านทำให้เราเห็นภาพค่อนข้างชัดเจนและสอดคล้องกับสถานการณ์ของเราที่มีอยู่ คงไม่เหมือนกับอเมริกันหรืออะไรที่มาอธิบายให้เราฟัง ฉะนั้นก็ทำให้เราเข้าใจค่อนข้างชัดเจน เสียดยที่เรามีโอกาสน้อยที่จะเข้าถึงวิธีการทำตั้งแต่ STANDARD SURVEY ผมหวังใจว่า ในอนาคตถ้าหากว่าเราสนใจและถ้าหากอาจารย์กรุณาก็คงจะช่วยเราในกรณีที่เรายังขาดนี้ได้ ผมขอถือโอกาสนี้มอบของขวัญเล็กๆน้อยๆเพื่อเป็นที่ระลึกถึงความรู้สึกของเราที่ขอบคุณ

ท่านวิทยากรเป็นอย่างมาก ในโอกาสนี้ ขอบพระคุณ อาจารย์ศิริพร ที่เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงอย่างสูงในการนำท่านวิทยากรท่านนี้ และก็ประสบความสำเร็จและได้รับประโยชน์อย่างมาก ขอบพระคุณอาจารย์ครับ ขอบพระคุณอีกครั้งในนามของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



ADVENTIST HEALTH SERVICES ASIA

ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATION

A. INTRODUCTION

Health care industry has been undergoing rapid changes in the past decade, especially in industrialized countries and newly industrialized countries.

Driving factors related to changes in health care are:

- ▶ Changes in health care science and technology
- ▶ Increasing third party payment for health care
- ▶ Evolution of a consumer market in health care
- ▶ Demand for low cost, high quality care
- ▶ Increased for profit health care organizations

These factors have led to demand for greater accountability and responsibility on the part of health care providers: physicians and health care organizations¹. Health care has moved from the realm of "humanitarian service" to an "industry." With it, the necessity of standard for measurement of quality.

B. ASSURING QUALITY HEALTH CARE

There are several ways of ensuring that quality care are provided. These methods are both historical and current practices:

1. Control of practitioners who operate hospitals: physician

A physician is licensed to be the legal operator by provision of the law. He is legally responsible for the operation of the hospital to meet certain minimum standards.

2. Control of organization through licensing

Hospitals are required to meet certain requirements provided for by the law in order to be licensed.

¹Health Care Organization, as used in this document, refers to hospital, skilled nursing facilities, surgicenters, ambulatory care centres, clinics, etc.

3. Control by accreditation process

Hospitals are subject to evaluation by professional teams based on certain sets of standard criteria for measurement. Such accreditation may be provided by:

Independent organization: eg Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations

Government Agencies: eg: Ministry of Health or government funded health care insurance agencies

Multi hospital organization: eg. Adventist Health Services Asia

C. ACCREDITATION: BASIC CONCEPTS

Due to the nature of health care organizations, it is not possible for health care process and product to be examined for quality before they are given to patients. Thus the concept of accreditation was evolved over the years as health care regulators and administrators search for the most appropriate process of determining whether a hospital is operating according to the acceptable guidelines:

The basic concepts of accreditation includes the following:

- Health care industry is a dynamic industry, where acceptable standard and criteria of quality may change with new knowledge.
- Health care organizations involves numerous professionals who bring to the process of health care their unique contribution, thus bringing their unique concept of standard also.
- Accreditation standards have moved from static measurement of building, equipment and documentation to emphasis on clinical performance and outcome.
- Accreditation also emphasizes the educational value of the process, both for the surveyor as well as the management of the organization to be accredited.

D. ACCREDITATION STANDARD AND SCORING CRITERIA OR GUIDELINES

ACCREDITATION STANDARDS are qualities or characteristics that are required or expected in order for a health care organization to provide quality services in the specific area concerned. These are standards for accreditation.

- ★ Usually there are several of these statements of standards for each of the departments of the institutions.
- ★ The statements are developed by professionals in the field, and through years of experience in clinical practice as well as survey of hospital for accreditation.
- ★ Statements of standard are objective statements, clearly defining what are expected to be present in a quality health care organization.

SCORING CRITERIA OR GUIDELINES are the most common ways (or one of the ways) that the intents of the standard can be met.

- The criteria or guidelines are parameters for surveyor's judgement.
- There may be more than one way for an organization to meet the intent of the standards. The organization may demonstrate to the survey how effectively can they meet the standard while the survey will have to determine, based on the guideline, how such standards may be met.
- As far as possible, scoring criteria or guidelines are intended to bring about objectivity and uniformity as far as possible, while recognizing that each health care organization is different.

E. PREPARATION FOR ACCREDITATION SURVEY

ACCREDITATION INSTRUMENT is a document that contains statements of standards. and for each standard a set of questions to be completed by the hospital

- ▶ Each organization to be accredited will receive a set of Accreditation Instrument well in advance of the date of the survey.
- ▶ The questionnaire is part of the self evaluation process in which hospital administration and middle managers review the standards and, with the help of the questions, measures the hospital with the established standards.
- ▶ This is also an opportunity for education, administration and middle managers can learn ways and means of improving the health care organization.

Other survey preparation may also include the following:

- ▶ Physical plant preparation
- ▶ Getting ready documentations
- ▶ Reviewing with middle managers and staff the process of survey

In order for hospital accreditation to be meaningful, it should be an ongoing process, and not just a ritual to be performed once every few years in order to satisfy the survey team.

F. ACCREDITATION SURVEY

SURVEY TEAM are selected from qualified health care administrators or clinical professionals who are experienced. Usually a team will consist of the following:

- ☺ Hospital Administrator
- ☺ Physician Administrator
- ☺ Nurse Administrator
- ☺ Financial Administrator
- ☺ Others

Accreditation survey has the following objectives:

- ▶ To provide an opportunity for the survey team to see the hospital first hand, and to interact with hospital administration.
- ▶ To enable the survey team to evaluate the operation of the hospital, and to compare documentation with actual practices

- ▶ To facilitate learning experience for both survey team and hospital administration.

Accreditation survey usually takes 2 to 4 days, depending on the size of the organization.

The process usually has the following component:

- ✓ Introductory meeting of survey team with administration and middle managers
- ✓ Grand tour of the hospital
- ✓ Review of documentation
- ✓ Interview with administrators
- ✓ Departmental visits, observation and interview with departmental managers
- ✓ Compilation of survey data and preparation of oral report
- ✓ Exit interview with administration and presentation of oral report

G. HOW TO START AN ACCREDITATION PROGRAM

Even though there are many aspects of health care standard that are universal, the application of these standards can vary from country to country. As health care industry develops in Asian countries it is apparent that accreditation of health care organizations have not evolved into a cohesive system like the Joint Commission in the US. It is observed that each organization initiating an accreditation process will have to consider the following:

- ◆ Who is the accreditation authority?
- ◆ What are the basic standards for health care organization?
- ◆ How to measure health care organizations against the established standards?
- ◆ How to implement the accreditation program?

Therefore, instead of presenting a whole set of completed hospital accreditation program, I am proposing exercises that will assist in the process of setting up the accreditation program.

Exercise 1: Setting up standard for hospital accreditation

Exercise 2.: Setting up accreditation scoring criteria and guideline

Exercise 3: Setting up accreditation self evaluation questionnaire

SEMINAR ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS

LISTING OF HOSPITAL DEPARTMENTS

- Anesthesia & Surgery
- Central Services
- Counseling & Pastoral Services
- Dental Services
- Diagnostic Radiology
- Dietary Services (including public food outlets)
- Emergency Services
- Financial Administration
- Governing Board
- Health Promotion
- Infection Control
- Linen & Laundry
- Management and Administration
- Medical Record
- Medical Staff
- Nuclear Medicine Services
- Nursing Care Services
- Obstetrics & Perinatal Units
- Out Patient Services (including Ambulatory Care Units)
- Pathology & Clinical Lab
- Pharmacy
- Planning, P R & Marketing
- Plant, Ground and Safety
- Professional Library
- Quality Assurance
- Radiologic Oncology
- Social Work
- Special Care Units
 - Coronary Care Unit
 - Dialysis
 - Intensive Care Unit
 - Neonatal Intensive Care Unit
 - Respiratory Care Unit
 - Rehabilitation Unit
 - etc
- Training Programs (including Research Program)
- Utilization Review

SEMINAR ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS

DEPARTMENT: Management and Administration

STANDARD: The hospital is under the management of a competent administrative team, with adequate administrative structure and system in place for efficient planning, control and evaluation of the hospital to ensure that quality health care is provided in the hospital.

- | | | |
|----|--|---|
| 1. | has a qualified administrative team | 1 |
| 2. | has an effective, functional organizational plan | 2, 13 & review minutes |
| 3. | has effective financial management | 3, 8-12 & review auditors report, financial records |
| 4. | X has effective personnel management | 4--7 & review records |
| 5. | has adequate job specification | review job description |
| 6. | * has effective review system | review evaluation reports and minutes |

SCORING GUIDELINE:

Compliance	Score
0--1	0% to 17%
1--2	17% to 33%
2--3	33% to 50%
3--4	50% to 67%
4--5	67% to 83%
5--6	83% to 100%

SEMINAR ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS

DEPARTMENT: Medical Staff

STANDARD: The hospital has an organized medical staff with adequate organizational structure for credentialing, peer review, communication with administration and board and quality assurance

- | | | |
|----|---|---|
| 1. | has organized medical staff | 1,2,15,18,19-34
documentation & minutes |
| 2. | has effective credential process | 3--14
documentation & minutes |
| 3. | has effective peer review system and accountability | 16,17, 27--29, 35-41
documentation & minutes |
| 4. | has effective communication with adm and board | 41, 42
documentation & minutes |
| 5. | has effective quality assurance program | 35-41
documentation & minutes |
| 6. | involvement in education | review documentation |

SCORING GUIDELINE:

Compliance	Score
0--1	0% to 17%
1--2	17% to 33%
2--3	33% to 50%
3--4	50% to 67%
4--5	67% to 83%
5--6	83% to 100%

SEMINAR ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS

DEPARTMENT: Infection Control

STANDARD: The hospital has a multi-disciplinary infection control program with written policies, reporting and review process, and documented quality outcome

- | | | |
|----|---|---|
| 1. | has an infection control program | 1, 3, 4, 7, 13 |
| 2. | has effective policy | 2, 5, 14-16
review documentation |
| 3. | has effective documentation | 10-12
documentation and minutes |
| 4. | has review process and follow up | 6, 8--10, 12, 13
documentation and minutes |
| 5. | has adequate physical set up and practice | observation |
| 6. | has documented results of quality | documentation and reports |

SCORING GUIDELINE:

Compliance	Score
0--1	0% to 17%
1--2	17% to 33%
2--3	33% to 50%
3--4	50% to 67%
4--5	67% to 83%
5--6	83% to 100%

SEMINAR ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS

Working Session

DEPARTMENT: _____

What are the essential elements of quality and effectiveness of this department?

Please spend 3 minutes and write down 5 items, then share with other members of the group, and agree on the top 5 elements of quality and effectiveness

1.
2.
3.
4.
5.

Write a statement of standard that will describe these elements of quality:

SEMINAR ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS

Working Session

DEPARTMENT: _____

For each of the agreed upon elements of quality or characteristics, how do you find out whether such quality or characteristics exists? What are the ways of achieving such standard of quality? What are the observable, documentable, or measurable indicators of such quality or characteristics?

Quality 1:

Quality 2:

Quality 3:

Quality 4:

Quality 5: