

## Hospital Accreditation: สถานการณ์และแนวทางพัฒนา

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

### ความเป็นมา

1. แพทยสภาได้จัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการตรวจรับรองโรงพยาบาล
2. กองโรงพยาบาลภูมิภาคได้ใช้มาตรฐานโรงพยาบาลของแพทยสภาไปใช้ในการประเมินโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปเพื่อคัดเลือกโรงพยาบาลดีเด่น
3. สำนักงานประกันสังคมได้นำมาตรฐานโรงพยาบาลของแพทยสภามาปรับปรุงเพิ่มเติมเป็นมาตรฐานสถานพยาบาลประกันสังคม เพื่อใช้ในการตรวจรับรองโรงพยาบาลที่จะเป็นคู่สัญญาในการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน
4. องค์กรวิชาชีพต่างๆเริ่มตื่นตัวในการจัดทำมาตรฐานเพื่อใช้ในการตรวจรับรองในสาขาวิชาชีพของตน เช่น สภาการพยาบาล สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล
5. กองการประกอบโรคศิลปะ กำลังรวบรวมและยกย่องมาตรฐานเพื่อใช้ในการทดลองตรวจรับรองโรงพยาบาลเอกชน
6. โรงพยาบาลเอกชนที่มุ่งมั่นในคุณภาพกำลังพยายามพัฒนาตนเอง และแสวงหาองค์กรภายนอกที่จะมารับรอง เช่น ISO9000, Hospital Accreditation
7. กรมบัญชีกลางพยายามที่จะแก้ปัญหาการเพิ่มค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ โดยเริ่มด้วยการปรับปรุงระบบข้อมูลในการเบิกจ่ายค่ารักษายาพยาบาล
8. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับ สถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ องค์กรวิชาชีพต่างๆ ผู้บริหารโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน และกองโรงพยาบาลภูมิภาค กำลังยกย่องมาตรฐานโรงพยาบาลและขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในด้านนั้นๆว่ามีความเหมาะสมที่จะนำมาตรฐานนั้นมาใช้ในระดับใด

การที่หลายๆ ฝ่ายมีความพยายามในการเคลื่อนไหวเพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ แสดงให้เห็นชัดว่าการสร้างหลักประกันว่าประชาชนจะได้รับบริการที่มีคุณภาพเป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องทำให้เกิดขึ้น ปัญหาก็คือระบบและวิธีการที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยควรจะเป็นอย่างไร สิ่งที่องค์กรและหน่วยงานต่างๆพยายามทำอยู่นั้นสอดคล้องกันหรือไม่ มีโอกาสสนับสนุนเกื้อกูลกันหรือไม่ หรือเป็นความซ้ำซ้อนซึ่งอาจจะส่งผลให้เกิดความสูญเปล่าและความสับสนแก่โรงพยาบาล

ในช่วงเดือนมีนาคม-เมษายน 2539 ทางสถาบันได้รับความช่วยเหลือจากองค์กรที่ปรึกษาอาสาสมัครของประเทศแคนาดา (CESO International Services) จัดส่งที่ปรึกษาด้านการบริหารงานบริการสุขภาพคือ Mr. Anthony Wagemakers มาปฏิบัติงานในประเทศไทยเป็นเวลา 6 สัปดาห์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความคิดเห็นของบุคคลต่างๆที่เกี่ยวข้อง และให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับประเด็นที่ควรพิจารณาในการพัฒนาระบบ Hospital Accreditation สำหรับประเทศไทย

ข้อสรุปต่อไปนี้ได้จากการสัมภาษณ์บุคคลต่างๆ การประชุมระดมความคิดเห็นขั้นต้น และจากข้อเสนอของที่ปรึกษา

## **ผลการศึกษาสถานการณ์**

### **ก. ความเข้าใจ**

ยังมีความเข้าใจที่อาจเป็นอุปสรรคในการเริ่มต้นกระบวนการพัฒนาคุณภาพในผู้คนที่เกี่ยวข้องค่อนข้างมาก ประเด็นที่สำคัญได้แก่

#### **1. คุณภาพขึ้นอยู่กับทรัพยากร**

แท้จริงแล้วคุณภาพขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของวิธีการใช้ทรัพยากร การที่จะกำหนดความเหมาะสมได้นั้นผู้ให้บริการจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ของการให้บริการด้วยตนเอง โดยพิจารณาว่าภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่จะสามารถปฏิบัติงานได้ในระดับใด ทรัพยากรที่แตกต่างกันไม่ควรเป็นสาเหตุของการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสม การทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆต่างหากที่เป็นตัวกำหนดคุณภาพ

แนวคิดที่ว่าคุณภาพขึ้นอยู่กับทรัพยากร ทำให้มีความเห็นว่าสภาพการขาดแคลนทรัพยากรในปัจจุบันเป็นอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพ และยังไม่ถึงเวลาที่จะนำเอากระบวนการ accreditation เข้ามาใช้ มีข้อเสนอให้แบ่งแยกมาตรฐานสำหรับ รพ. ที่มีขนาดและความรับผิดชอบแตกต่างกัน

#### **2. การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) คือการตรวจสอบ**

หัวใจสำคัญของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอยู่ที่การประเมินตนเอง และการยืนยันผลการประเมินตนเองนั้นโดยบุคคลภายนอก ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการศึกษาเรียนรู้ มิใช่การตรวจสอบ

ความเข้าใจที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับปรัชญาของกระบวนการนี้ร่วมกับวัฒนธรรมไทยที่มักไม่ปฏิบัติในระบบที่เป็นการสมัครใจ ทำให้มีข้อเสนอจำนวนหนึ่งว่ารัฐบาลจะต้องออกกฎหมายหรือบังคับให้โรงพยาบาลต้องปฏิบัติตามมาตรฐาน

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างมาตรฐานโรงพยาบาลกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย

การจำแนกไม่ออกว่ามาตรฐานโรงพยาบาลเน้นที่ระบบและกลไกเพื่อสร้างหลักประกันสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดแรงต้านจากกลุ่มแพทย์ว่าจะสูญเสียความเป็นอิสระของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย เกรงว่าบทบาทขององค์วิชาชีพจะลดลง

### 4. การพัฒนาคุณภาพคือการผลักดันให้แพทย์ต้องทำงานมากขึ้น

การพัฒนาคุณภาพเป็นหน้าที่ของผู้บริหารที่จะจัดให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมเพื่อสนับสนุนผู้ประกอบการวิชาชีพ มิใช่การผลักดันให้แพทย์ต้องทำงานมากขึ้น ผู้บริหารมีวิธีการอื่นที่สามารถทำได้

### ข. การยอมรับและการต่อต้าน

โดยทั่วไปทุกคนยอมรับว่าคุณภาพบริการเป็นสิ่งสำคัญ ผู้บริหารโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนส่วนหนึ่งมีความต้องการที่จะให้โรงพยาบาลในความรับผิดชอบของตนได้รับการรับรอง เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของประชาชนมากขึ้น มี รพ.เอกชนที่ดีและมีความพร้อมหลายแห่งต้องการให้องค์กรเข้าไปรับรองคุณภาพ บางแห่งต้องการให้ ISO9000 มารับรอง แต่ถ้ามีกระบวนการ Hospital accreditation ก็พร้อมที่จะรอ

ระดับของการยอมรับหรือต่อต้าน มีผู้ให้ความเห็นว่ามีโอกาสเป็นไปได้ตั้งแต่ระดับสูงมาก ไปจนถึงเห็นด้วยแต่ไม่ปฏิบัติ หรือปฏิบัติไม่เต็มใจหากถูกบังคับ

ผู้ต่อต้าน	เหตุผล	ทางออก
แพทย์	- มีภาระงานมาก ไม่มีเวลาที่จะมาทำเรื่องเหล่านี้ - ต้องทำงานเพิ่มขึ้น	ผู้บริหารจัดระบบสนับสนุนเพื่อไม่เพิ่มงานของแพทย์ เช่น การบันทึกเวชระเบียน
	- ไม่ต้องการสูญเสียอิสรภาพในการประกอบวิชาชีพ - คิดว่าสิ่งที่แพทย์แต่ละคนทำนั้นดีที่สุดแล้ว - ไม่ต้องการให้มีคนอื่นเข้ามาดูการทำงานของตนเอง - ไม่ต้องการถูกควบคุม - จะไม่มองว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้ แต่จะมองว่าเป็นการตรวจสอบ	- ให้แพทย์มีส่วนร่วมในการกำหนดมาตรฐานผ่านองค์วิชาชีพ - สร้างความเข้าใจว่ากระบวนการนี้จะเป็นประโยชน์ต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยของแพทย์ - แสดงให้เห็นภัยของการมีอิสระมากเกินไปจนละเลยใส่ใจที่จะพัฒนากระบวนการที่ดี

ผู้ต่อต้าน	เหตุผล	ทางออก
	รู้สึกว่าคุณเองได้รับค่าตอบแทนต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณงาน	
รพ.เอกชน	รู้สึกว่ารัฐต้องการควบคุมเฉพาะภาคเอกชน	ใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งภาครัฐและเอกชน
	ไม่ต้องการเพิ่มค่าใช้จ่าย	เป้าหมายหลักอยู่ที่การเพิ่มจำนวนผู้ป่วยและรายได้
	ไม่ต้องการแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกัน เพราะเกรงว่าจะเป็นผลเสียต่อกิจการของตน	
	เห็นว่าไม่มีช่องว่างที่จะปรับปรุงเพื่อลดการใช้ทรัพยากร และต้องตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและญาติ	
	การเน้นคุณภาพกับแพทย์เฉพาะในบาง รพ. ไม่มีโอกาสสำเร็จ เพราะแพทย์ที่โอกาสเลือกมากกว่าผู้บริหาร รพ.	
ผู้บริหาร	ไม่ต้องการการเปลี่ยนแปลง ไม่ต้องการถูกประเมิน	ขอให้รัฐบาลบอกว่าเป็นนโยบาย
ทั่วไป	มาตรฐานสำหรับคุณภาพการดูแลรักษาเป็นสิ่งไม่จำเป็น ในขณะที่บุคคลที่มีคุณภาพยังมีไม่เพียงพอ	- ทำความเข้าใจว่ามาตรฐานโรงพยาบาลหมายถึงอะไร - สาคิตให้เห็นประโยชน์ของการมีมาตรฐาน
	ทรัพยากรสาธารณสุขในชนบทยังขาดแคลน	ใช้แนวความคิดการทำให้ดีที่สุดภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่
	กลัวและขาดความมั่นใจว่าจะทำได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้	เริ่มด้วยการใช้สิ่งที่ปฏิบัติอยู่เป็นมาตรฐาน ขั้นต่ำและปรับปรุงให้ดีขึ้นจากจุดนั้น

## การลดแรงต้านและสร้างแรงจูงใจ

ใช้สิ่งที่ปฏิบัติได้ในปัจจุบันเป็นมาตรฐานขั้นต่ำ เพื่อให้ทุกฝ่ายมีความรู้สึกมั่นใจว่าสามารถปฏิบัติตามสิ่งที่เรียกว่ามาตรฐานได้ จะต้องไม่มีสิ่งใหม่ใส่เข้าไปในขั้นเริ่มแรก การพัฒนาไปสู่มาตรฐานระดับชาติเป็นสิ่งที่จะตามมาภายหลัง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์กรผู้รับผิดชอบที่จะให้การชี้้นำการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล และวิธีการเปรียบเทียบมาตรฐานระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ในช่วงต้นมาตรฐานอาจจะไม่แน่นอน และมีความยืดหยุ่นสูง อย่างไรก็ตามงานบริการประเภทเดียวกันควรมีคุณภาพเหมือนกันไม่ว่าจะให้บริการที่ใด

การกำหนดมาตรฐานและพยายามให้ทุกโรงพยาบาลนำไปปฏิบัติจะทำให้เป็นข้ออ้างว่าไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานได้จนกว่าจะมีทรัพยากรมากขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ที่จะปล่อยให้อยู่ในสถานการณ์เช่นนั้น องค์กรกลางเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือมีผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและทำโทษ

การใช้เงื่อนไขผ่านการรับรองคุณภาพสำหรับพิจารณากระจายอำนาจอาจจะเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งสำหรับ รพ.รัฐ

แรงจูงใจได้แก่ ความพึงพอใจในวิชาชีพ การได้รับความเชื่อมั่น การพิจารณาว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้

## แนวทางการพัฒนา

### ค. ประเทศไทยสมควรนำกระบวนการนี้มาใช้หรือยัง

ในต่างประเทศมีแรงจูงใจทางการเงินสูงซึ่งทุก รพ.จะต้องพยายามให้ได้รับการรับรอง แม้จะดูเหมือนว่าในขณะนี้ประเทศไทยยังไม่มีระบบที่จะเป็นแรงจูงใจที่มากพอ และวิธีการบังคับก็อาจจะได้รับการต่อต้านและไม่ได้ผลอย่างแท้จริง แต่ก็มีคามจำเป็นที่เราจะต้องเริ่มโครงการ accreditation เหตุผลก็คือเราซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเป็นหนึ่งต่อประชาชนไทย เรามีหน้าที่ที่จะต้องให้การดูแลรักษาที่มีคุณภาพแต่คนไทยเราจะต้องพิจารณาดูในสิ่งที่เรากำลังทำอยู่ว่ามีคุณภาพหรือไม่ ในขณะที่มองไปในด้านอุตสาหกรรมเราจะพบว่ามี การควบคุมมากมาย แต่ดูเหมือนว่าเราจะไม่ได้ใส่ใจเรื่องคุณภาพในระบบบริการสุขภาพมากนัก แรงจูงใจที่ดีที่สุดคือความพึงพอใจของแต่ละคนเองที่ได้ทำดีที่สุด และนำไปสู่ความเชื่อมั่นใจจิตใจของประชาชนต่อสถาบันบริการสุขภาพ ส่วนแรงจูงใจภายนอกคงเป็นเพียงส่วนเสริมเท่านั้น

## ง. ความคิดที่แตกต่างต่อวิธีดำเนินงาน

มีความเห็นเกี่ยวกับวิธีการดำเนินงานที่ไม่สอดคล้องกันในประเด็นต่อไปนี้

### 1. ใครควรจะเป็นผู้รับผิดชอบ รัฐบาลหรือหน่วยงานอิสระ

ส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะให้องค์กรที่รับผิดชอบในเรื่องนี้เป็นองค์กรอิสระซึ่งรัฐบาลแต่งตั้งและมอบหมายให้มีภารกิจที่ชัดเจน แต่ไม่ต้องการให้รัฐบาลเข้ามาควบคุมองค์กรนี้หรือใช้องค์กรนี้เป็นเครื่องมือในการควบคุมภาคเอกชน

### 2. ควรจะเป็นการบังคับหรือเป็นการทำด้วยความสมัครใจ

มีแนวโน้มที่จะเสนอให้ใช้วิธีบังคับค่อนข้างมาก เพราะเห็นว่าวิธีสมัครใจจะไม่ได้ได้รับความสนใจจากผู้บริหารโรงพยาบาล คนไทยไม่ชอบทำอะไรด้วยความสมัครใจ ต้องการให้มีการชี้แนะ กระบวนการประเมินตนเองเหมาะสมสำหรับคนดี คนที่เป็นตัวปัญหาจะไม่ยอมทำ การใช้ระบบสมัครใจไม่มีทางสำเร็จ

เหตุผลแย้งต่อการใช้วิธีบังคับก็คือ หากยึดถือตามปรัชญาว่ากระบวนการนี้เป็นการเรียนรู้มากกว่าการตรวจสอบแล้ว ก็ไม่อาจทำในลักษณะที่เป็นการบังคับได้

### 3. กระบวนการนี้ควรขยายจากหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในลักษณะนี้อยู่แล้วและมีอำนาจในการสร้างแรงจูงใจทางการเงิน เช่น สำนักงานประกันสังคม หรือไม่

เหตุผลที่เห็นว่าไม่สมควรก็คือปรัชญาของการทำงานของสำนักงานประกันสังคมกับกระบวนการ accreditation มีความแตกต่างกัน ส่วนราชการจะมีความคิดติดอยู่กับเรื่องของการตรวจสอบ เรามีความเคยชินกับการใช้คนไปควบคุมคน แต่กระบวนการ accreditation เน้นปรัชญาของการใช้คนเพื่อสอนคน การตรวจสอบคุณภาพของการดูแลรักษาจำเป็นต้องทำโดยบุคคลที่ให้บริการเอง การยืนยันโดยบุคคลภายนอกเป็นกระบวนการในการศึกษาเรียนรู้ หากเราจะนำระบบของประกันสังคมมาขยาย นั้นหมายถึงการรับเอาปรัชญาของการตรวจสอบเข้ามาด้วย ซึ่งไม่ใช่สิ่งที่พึงประสงค์

มาตรฐานของสำนักงานประกันสังคมส่วนมากเกี่ยวกับโครงสร้างทางกายภาพ มีส่วนที่เกี่ยวกับการบริหารจัดการ และคุณภาพการดูแลรักษาหรือส่วนที่เกี่ยวกับวิธีการทำงานของผู้ประกอบวิชาชีพน้อย มาตรฐานดังกล่าวจึงเหมาะสมที่จะใช้ตรวจสอบรับรองโรงพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคมซึ่งสำนักงานประกันสังคมยังคงทำหน้าที่ในแนวทางที่กำหนดไว้แล้วต่อไป และไม่น่าจะเป็นส่วนของ accreditation

## จ. ยุทธศาสตร์และทางเลือกในการพัฒนา

### 1. การจำแนกวิธีการทำงาน/กิจกรรมตามจุดเน้นอย่างเหมาะสม

ความเห็นที่ไม่ตรงกันเกิดการมองปัญหาจากมุมมองที่แตกต่างกัน หากสามารถจำแนกความต้องการต่างๆให้ชัดเจนจะทำให้เห็นวิธีทำงานที่สอดคล้องกันได้ดีขึ้น ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ

**1.1 การคุ้มครองผู้บริโภค** โดยเน้นเรื่องความปลอดภัยของโครงสร้างอาคารสถานที่ ความพอเพียงของเครื่องมือและกำลังคนที่จำเป็น การตรวจสอบเรื่องนี้ควรกระทำครอบคลุมสถานพยาบาลทั้งหมด และสถานพยาบาลที่จะเปิดดำเนินการได้จะต้องผ่านมาตรฐานเหล่านี้ โดยหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ตรวจสอบ ขณะนี้กองประกอบโรคศิลป์ได้ยก่างมาตรฐานด้านนี้เรียบร้อยแล้วและอยู่ในระหว่างการพิจารณาประกาศเป็นกฎกระทรวง ซึ่งควรนำมาใช้กับสถานพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชน

**1.2 การปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ** ซึ่งเน้นที่ความรู้/ทักษะของผู้ให้บริการ ความถูกต้องตามหลักวิชาและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ การพัฒนาเรื่องนี้มีกิจกรรมที่สำคัญอย่างน้อย 2 อย่างคือ การนำความรู้ที่ทันสมัยและเหมาะสมไปสู่การปฏิบัติ กับการทบทวนการทำงานโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ (peer review) ทั้งสองกิจกรรมจำเป็นต้องมีจัดองค์กรของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล โดยได้รับความร่วมมือและสนับสนุนจากองค์กรวิชาชีพ และสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้อง กระบวนการในเรื่องนี้ในปัจจุบันมีลักษณะตั้งรับ กล่าวคือองค์กรวิชาชีพจะเข้าไปตรวจสอบต่อเมื่อได้รับคำร้องเรียน ยังขาดกระบวนการเชิงรุกที่จะป้องกันปัญหา

**1.3 การบริหารจัดการเพื่อจัดบริการที่เป็นเลิศ** สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้ให้บริการอื่นๆ การพัฒนาส่วนนี้ต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ทั้งนี้สถานพยาบาลจะต้องผ่านมาตรฐานในด้านการคุ้มครองความปลอดภัยแก่ผู้บริโภค อีกทั้งจะช่วยส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพ กระบวนการที่อยู่ในลักษณะนี้ได้แก่ ISO9000 หรือ Hospital Accreditation

จะเห็นว่าการจำแนกวิธีการทำงานตามจุดเน้น 3 ด้านข้างต้นทำให้ปัญหาว่าควรจะเป็นการบังคับหรือการสมัครใจ หมดไปโดยปริยาย แม้ว่าอาจยังมีความคาบเกี่ยวกันอยู่บ้างโดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านกำลังคน เช่น จำนวนและคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลควรจะอยู่ตรงไหน การพัฒนาการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพควรจะอยู่ตรงไหน นอกจากนั้นทำให้เห็นชัดเจนมากขึ้นว่าใครควรจะมีหน้าที่สำหรับแต่ละเรื่อง กล่าวคือ กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในด้านการตรวจสอบเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค องค์กรวิชาชีพ สถาบันการศึกษา และสถานพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลการปฏิบัติงานของผู้

ประกอบวิชาชีพ สำนักงานมาตรฐานอุตสาหกรรมมีบทบาทสำคัญในการรับรองตามมาตรฐาน ISO ส่วน Hospital Accreditation ในขณะนี้ยังไม่มีหน่วยงานที่จะรับผิดชอบโดยตรง

## 2. การทำความเข้าใจกับภารกิจของกิจกรรม Hospital Accreditation ให้ชัดเจน

ภารกิจของกิจกรรมนี้อาจจะมองได้เป็น 2 ประเด็นคือ

### 2.1 มุ่งเน้นผลลัพธ์ หรือการใช้ประโยชน์ของประชาชน

### 2.2 มุ่งเน้นที่กระบวนการพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล

โดยทั่วไปมักมีความคาดหวังว่าเมื่อมีการประเมินโรงพยาบาลแล้วจะมีการติดตามให้กับโรงพยาบาล เหมือนติดตามให้โรงแรม หรือเหมือนกับการติตป้ายเซลล์ชวนชิม เพื่อให้ประชาชนทราบว่าโรงพยาบาลใดที่มีคุณภาพดีกว่ากัน ความคาดหวังดังกล่าวเป็นการมุ่งเน้นที่การใช้ประโยชน์ของประชาชน แต่อาจจะเกิดปัญหาได้ว่า โรงพยาบาลที่ไม่ผ่านการรับรองหมายความว่าอย่างไร ไม่สมควรที่จะประชาชนจะไปใช้บริการใช้หรือไม่ ซึ่งความจริงไม่เป็นเช่นนั้น โรงพยาบาลที่ไม่ผ่านมาตรฐานขั้นต่ำในด้านความปลอดภัยในข้อ 1.1 จะต้องไม่ได้ รับอนุญาตให้ดำเนินการให้บริการแก่ประชาชน การที่โรงพยาบาลผ่านการรับรองจึงเป็นการแสดงว่า โรงพยาบาลนั้นมีการจัดระบบงานและมีความมุ่งมั่นที่จะให้บริการที่เป็นเลิศมากกว่าการเป็นโรงพยาบาลที่ผ่าน เพียงมาตรฐานขั้นต่ำ ดังนั้นภารกิจของกิจกรรมนี้จึงควรมุ่งเน้นที่การสร้างระบบ monitor คุณภาพ และ กระบวนการพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย และ พยายามสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีระบบหรือกระบวนการดังกล่าว

## 3. หน่วยงาน/องค์กรผู้รับผิดชอบ

ปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานใดหน้าที่พัฒนาระบบ Hospital Accreditation ขึ้นมาได้อย่างสมบูรณ์ มีความจำเป็นที่หน่วยงานและองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องจะเข้ามาร่วมมือกันและแบ่งหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน ความเป็นไปได้ในเรื่องหน่วยงาน/องค์กรผู้รับผิดชอบมี 3 แนวทางคือ

### 3.1 กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักจัดทำแผนงาน/โครงการระดับชาติขึ้น

ข้อดีของ ทางเลือกนี้คือทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความมั่นใจว่ารัฐบาลสนับสนุนเรื่องนี้อย่างจริงจัง มีอำนาจรองรับในการ ทำงาน จุดอ่อนของทางเลือกนี้คือวิธีการดำเนินงานในรูปแบบราชการอาจจะนำเอาแนวคิดของการตรวจสอบ เข้ามาใช้โดยไม่รู้ตัว และผู้ให้บริการในภาคเอกชนอาจจะไม่มั่นใจว่าจะถูกตรวจสอบเมื่อไร นอกจากนี้หาก แยกเอามาตรฐานในส่วนของ การคุ้มครองผู้บริโภคไปปฏิบัติในลักษณะบังคับแล้ว ความจำเป็นที่จะต้องใช้อำนาจของส่วนราชการจะลดลง



3.2 จัดตั้งองค์กรอิสระที่เป็นกลางขึ้นมาในลักษณะของ Joint Commission for Healthcare Organization Accreditation โดยมีตัวแทนของผู้บริโภค ผู้จัดบริการ ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย องค์กรวิชาชีพ และหน่วยงานที่ควบคุมสถานพยาบาลเข้าร่วม แล้วพัฒนาไปสู่ "สถาบันพัฒนามาตรฐานและคุณภาพสถานพยาบาล" ในอนาคต ข้อดีของทางเลือกนี้คือผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมีส่วนร่วม ผู้บริหารของสถานพยาบาล ต่างๆมีความมั่นใจว่าจะไม่เกิดการตรวจสอบ จุดอ่อนของทางเลือกนี้คือความเข้าใจของหน่วยงาน/องค์กรต่างๆซึ่งมีไม่เท่าเทียมกัน เห็นความสำคัญไม่เหมือนกัน และประเทศไทยยังไม่มีตัวอย่างความสำเร็จขององค์กรอิสระดังกล่าว

3.3 ให้แต่ละหน่วยงานที่มีความพร้อมพัฒนาไปตามศักยภาพที่มีอยู่ และมีการประสานกันในระดับที่เหมาะสม ข้อดีของทางเลือกนี้คือเป็นการพัฒนาไปตามธรรมชาติ มีการถ่วงดุลย์จุดอ่อนของหน่วยงาน/องค์กรโดยอัตโนมัติ จุดอ่อนของทางเลือกนี้คืออาจไม่ส่งผลกระทบต่อที่ชัดเจนได้ในระยะสั้น

ไม่ว่าจะเป็นทางเลือกใด แต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือองค์กรสมาชิก จะมีบทบาทในการสนับสนุนกิจกรรม Hospital Accreditation ดังต่อไปนี้

หน่วยงาน	หน้าที่โดยตรง	หน้าที่ต่อ Hospital Accreditation
องค์กรกลางหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ		ประสานความร่วมมือในการ -กำหนดมาตรฐาน -สนับสนุนสถานพยาบาล -ประเมินและรับรอง (ถ้าจริงไว้ซึ่งปรัชญาของกระบวนการเรียนรู้ และการใช้คนสอนคน)
กองการประกอบโรคศิลป์	-ออกใบอนุญาตสถานพยาบาล -ตรวจสอบสถานพยาบาลตามพรบ. และกฎกระทรวง	-สนับสนุนการประเมินและพัฒนาตนเองของโรงพยาบาลเอกชน -ร่วมในการ verify ผล
กองโรงพยาบาลภูมิภาค	-สนับสนุนทรัพยากรและการพัฒนาคุณภาพแก่ รพศ./รพท.	-สนับสนุนการประเมินและพัฒนาตนเองของ รพศ./รพท. -ร่วมในการ verify ผล <input type="checkbox"/>
กองสาธารณสุขภูมิภาค	-สนับสนุนทรัพยากรและการพัฒนาคุณภาพแก่ รพ.ชช.	-สนับสนุนการประเมินและพัฒนาตนเองของ รพ.ชช.

หน่วยงาน	หน้าที่โดยตรง	หน้าที่ต่อ Hospital Accreditation
		-ร่วมในการ verify ผล
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	-ตรวจสอบความปลอดภัยจากรังสี -สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของ ห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยา คลินิก และการทำ external QC	-เหมือนหน้าที่โดยตรง ร่วมกับ -ดำเนินการ accredit ห้องปฏิบัติการ เป็นโครงการต่างหาก หรือร่วมอยู่ใน กระบวนการเดียวกัน
สำนักงานประกันสังคม	-ตรวจรับรองสถานพยาบาล ประกันสังคม	-ดำเนินการตรวจต่อไปตามแนวทาง ปัจจุบัน -รับผลของการตรวจโดยสถาบันฯเพื่อ ลดงานของสำนักงานประกันสังคม -ยังคงมีอำนาจสิทธิขาดในการ พิจารณารับหรือไม่รับเป็น สถานพยาบาลประกันสังคม
ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย บริการสุขภาพอื่นๆ	-ควบคุมการใช้จ่ายเงินเพื่อบริการ สุขภาพ	-สร้างแรงจูงใจให้ผู้บริหาร สถานพยาบาลในการพัฒนาตนเองให้ ได้มาตรฐาน
องค์กรวิชาชีพ	-พัฒนามาตรฐานการประกอบ วิชาชีพ	-เป็นผู้นำในการสร้างความรู้ความ เข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพ -ร่วมในการกำหนดมาตรฐานส่วนที่ เกี่ยวข้องกับแต่ละสาขาวิชาชีพ
สถาบันวิจัยระบบ สาธารณสุข	-การวิจัยและพัฒนาระบบ	-สถิติให้เห็นประโยชน์ของ กระบวนการ -วิจัยและพัฒนาในประเด็นที่เกี่ยวข้อง
สถาบันวิชาการเพื่อการ คุ้มครองผู้บริโภคด้าน สุขภาพ	-สร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ที่ เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค	-เหมือนสถาบันวิจัยระบบฯ -สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่ ประชาชน

หน่วยงาน	หน้าที่โดยตรง	หน้าที่ต่อ Hospital Accreditation
สำนักนโยบายและแผน	-วิเคราะห์นโยบายและพัฒนา แผนงานดำเนินงานด้าน สาธารณสุข	-รวบรวมองค์ความรู้ที่เกิดขึ้นเพื่อนำมา วิเคราะห์นโยบายที่เหมาะสมสำหรับ ระบบใหญ่ทั้งหมด

### จ. การวิจัยและพัฒนาของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจะร่วมมือกับหน่วยงาน และองค์กรวิชาชีพต่างๆ ให้การสนับสนุน โรงพยาบาลที่สมัครใจจะพัฒนาตนเองโดยอาศัยมาตรฐานที่จัดทำขึ้นเป็นกรอบในการพัฒนา โครงการนำร่อง ในระยะแรกมีเป้าหมายที่โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวนไม่เกิน 20 แห่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) แสดงให้เห็นว่ากระบวนการนี้เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน มีใช้กระบวนการตรวจสอบ
- 2) สาธิตให้เห็นประโยชน์ของการใช้กระบวนการนี้ส่งเสริมการพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล
- 3) พัฒนาระบบการประเมินและพัฒนาผู้ประเมินจากผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆและผู้ปฏิบัติงานใน

โรงพยาบาล

- 4) ปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลที่ได้ยกกว้างไว้ให้มีความเหมาะสมกับการใช้

5) ตอบสนองความต้องการของโรงพยาบาลที่มีความพร้อมและได้พัฒนาระบบคุณภาพจนถึงระดับที่เป็นตัวอย่างได้

กิจกรรมหลักของโครงการได้แก่ การรวมตัวของผู้รับผิดชอบการจัดบริการสาขาต่างๆในโรงพยาบาลที่เข้าโครงการมาศึกษาร่างมาตรฐานโรงพยาบาลร่วมกัน ทบทวนจุดเด่นที่แต่ละโรงพยาบาลได้ปฏิบัติอยู่ นำจุดเด่นของโรงพยาบาลอื่นและกรอบความคิดในร่างมาตรฐานไปพิจารณาทบทวนระบบงานของโรงพยาบาล และดำเนินการปรับปรุง การมีที่ปรึกษาจากภายนอก การสลับกันไปประเมิน/ยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลอื่น และการประเมินผลโครงการตลอดจนตัวมาตรฐานโรงพยาบาล

### สรุป

การที่จะพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับโรงพยาบาลนั้น มีความจำเป็นที่จะต้องมีการกลไกที่จะตัดสินใจในประเด็นที่สำคัญ เช่น การจำแนกบทบาทในการพัฒนา หน่วยงานที่รับผิดชอบ ภาระกิจของแต่ละแผนงาน/โครงการ นอกจากนั้นยังมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างสมประสงค์และความรู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเมื่อถึงเวลาที่เหมาะสม โดยไม่ต้องตัดสินใจเร็วเกินไป หรือชะลอการตัดสินใจจนช้าเกินไป