

# คุณภาพ ของระบบสุขภาพ

---

นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล  
ผศ. นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

---



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

หนังสือชุด “สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543”

## คุณภาพของระบบสุขภาพ

โดย นพ.อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล, ผศ. นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

จัดพิมพ์โดย:

โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

อาคาร 3 ชั้น 5 ตึกกรมสุขภาพจิต ในบริเวณกระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง  
จ.นนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 951-1286-93 โทรสาร 951-1295

พิมพ์ครั้งแรก:

เพื่อใช้เป็นเอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 3  
“ภูมิปัญญาประชาคม... สุขภาพประเทศไทย” ระหว่างวันที่ 15-17 สิงหาคม 2543  
ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมไบเทค กรุงเทพมหานคร

ราคา 85 บาท

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

### ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล.

คุณภาพของระบบสุขภาพ.--กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,  
2543.

80 หน้า.

1. การบริหารสาธารณสุข. I. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, ผู้แต่งร่วม. II. ชื่อเรื่อง.

362.10684

ISBN: 974-299-056-5

ออกแบบ, พิมพ์: บริษัท ดีไซน์ จำกัด

## คำนำ

การเปลี่ยนแปลงในระดับการปฏิรูปจำเป็นต้องสร้างกระบวนการระดมประชาคมให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ทางสุขภาพเพื่อเป็นฐานรากสำคัญสำหรับการสร้างระบบและกลไกของระบบสุขภาพขึ้นมาใหม่ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากและสลับซับซ้อน จำต้องใช้ 3 พลังประสานกันอย่างสมดุล ที่เรียกว่า “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา”

พลังวิชาการเป็นหนึ่งในสามพลังที่เป็นฐานรากในการออกแบบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ของสังคมไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและเครือข่ายนักวิชาการร่วมมือกันในการสร้างความรู้และพัฒนาทางเลือกของระบบสุขภาพทั้งในระดับของปรัชญาแนวคิด หลักการ และรูปแบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อเป็นเครื่องมือให้ประชาคมได้นำไปใช้ในการปรับกระบวนทัศน์ของประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง

หนังสือเล่มนี้เป็นหนึ่งในหกเล่มของเอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 3 เรื่อง “ภูมิปัญญาประชาคม... สุขภาพประเทศไทย” ระหว่างวันที่ 15-17 สิงหาคม 2543 ความพยายามของผู้เขียนในการรวบรวมและเรียบเรียงเป็นการริเริ่มที่สำคัญของกระบวนการแปลงงานวิจัยเป็นภาษาที่เข้าใจได้ง่ายขึ้น แต่อย่างไรก็ดี ยังคงมีข้อจำกัดในการใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายอยู่พอสมควร

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จะได้นำข้อเสนอจากการประชุมวิชาการ สวรส. ครั้งที่ 3 และสาระจากการจัดเวทีขององค์กรภาคี เพื่อนำไปปรับปรุงหนังสือชุดนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นอีกครั้งหนึ่งภายในเดือนธันวาคม 2543 โดยจัดทำเป็นหนังสือ 3 เล่ม ประกอบด้วย 1) สุขภาพคนไทย 2) ระบบสุขภาพไทย และ 3) สู่การปฏิรูประบบสุขภาพไทย

หนังสือชุดสุขภาพคนไทย ปีพ.ศ. 2543 คงจะเป็นประโยชน์แก่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมทั้งสื่อมวลชนในทุกแขนง ไม่มากก็น้อยต่างกันไป สวรส. ต้องขอขอบพระคุณผู้เขียนและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้มีส่วนร่วมในการจัดทำหนังสือชุดนี้ หากมีความคลาดเคลื่อนและข้อผิดพลาดประการใด สวรส. ขอน้อมรับทุกประการ และหากมีข้อเสนอแนะประการใด ขอได้ส่งไปยัง สวรส.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สิงหาคม 2543



# สารบัญ

|                                                       | หน้า      |
|-------------------------------------------------------|-----------|
| คำนำ                                                  | (3)       |
| <b>1. คุณภาพคืออะไร</b>                               | <b>1</b>  |
| ● คำจำกัดความทั่วไปของคุณภาพ                          | 1         |
| ● องค์ประกอบและมิติของคุณภาพ                          | 5         |
| ● โรงพยาบาลและคุณภาพ                                  | 10        |
| <b>2. แนวคิดของการพัฒนาคุณภาพ</b>                     | <b>15</b> |
| ● กระบวนการในการประกันคุณภาพ                          | 16        |
| ● การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร                           | 19        |
| ● การนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพสู่การปฏิบัติ              | 25        |
| <b>3. กลไกภายนอกเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ</b>       | <b>31</b> |
| ● วงรอบที่สมบูรณ์ของการพัฒนาคุณภาพ                    | 31        |
| ● การประเมินคุณภาพโดยองค์กรภายนอก                     | 32        |
| ● รางวัลคุณภาพแห่งชาติ                                | 33        |
| ● ระบบ ISO 9000                                       | 34        |
| ● Healthcare Accreditation (HA)                       | 37        |
| ● การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเอกชน            | 40        |
| ● การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลประกันสังคม      | 41        |
| ● บทบาทขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข            | 42        |
| ● โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ                             | 42        |
| ● ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลของประเทศไทย    | 43        |
| <b>4. ข้อเสนอสู่การจัดระบบและกลไกในการพัฒนาคุณภาพ</b> | <b>47</b> |
| ● ปรัชญาพื้นฐาน                                       | 47        |
| ● ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพที่ควรพิจารณา                 | 48        |
| ● ข้อเสนอพิจารณาเพื่อการตัดสินใจ                      | 52        |

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| เอกสารอ้างอิง                                      | 57 |
| ภาคผนวก                                            | 61 |
| 1. ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลในประเทศไทย | 61 |
| 2. กระบวนการ Hospital Accreditation ในประเทศไทย    | 65 |

## 1

# คุณภาพคืออะไร

“เราไม่สามารถบริหารจัดการอะไรได้ หากเราไม่สามารถวัดหรือประเมินสิ่งนั้น

*We can't manage what we can't measure”*

ในยุคปัจจุบัน คุณภาพจะเป็นผลการปฏิบัติงานมิติหนึ่งที่พึงปรารถนา คุณภาพเป็นคำที่เราได้ยินแล้วอาจสามารถเข้าใจได้ในทันที อะไรที่มีคุณภาพหมายถึงว่าสิ่งนั้น “ดี” แต่หากจะถามให้นิยามหรือให้คำจำกัดความของคุณภาพอย่างเป็นระบบอาจมิใช่เป็นเรื่องที่ง่าย โดยเฉพาะในกรณีที่เราต้องการประเมินหรือจัดการคุณภาพ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องที่ง่าย โดยเฉพาะในกรณีที่เรากำลังต้องการประเมินหรือจัดการคุณภาพ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องที่ง่าย โดยเฉพาะในกรณีที่เรากำลังต้องการประเมินหรือจัดการคุณภาพ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องที่ง่าย โดยเฉพาะในกรณีที่เรากำลังต้องการประเมินหรือจัดการคุณภาพ

ในเบื้องต้น เนื้อหาในบทนี้มุ่งนำเสนอคำจำกัดความของคำว่า “คุณภาพ” และได้พยายามรวบรวมตัวอย่างความหมายของคุณภาพในส่วนที่มีผู้รู้ได้ให้ความเห็นไว้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับบริการทางสุขภาพ บริการการดูแลสุขภาพพยาบาล รวมทั้งแสดงให้เห็นว่าคุณภาพนั้นประกอบด้วยหลายองค์ประกอบและหลายมิติ และมีบางส่วนที่มีความจำเพาะในบริบทของสถานพยาบาล การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดคุณภาพจำเป็นต้องมีความเข้าใจในองค์ประกอบเหล่านั้น

## คำจำกัดความทั่วไปของคุณภาพ (Quality)

คุณภาพมีความหมายที่หลากหลาย มีการใช้คำศัพท์ต่างๆ กันไป ที่อาจพบเห็นได้บ่อยในบทความ วารสารทางวิชาการ หรือหนังสือตำราต่างๆ ได้แก่ “คุณภาพของการบริการ (quality of service)” และ “คุณภาพการดูแล (quality of care)” ซึ่งมักมีผู้ใช้สลับ

กันอยู่บ่อยๆ ในกรณีที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการทางสุขภาพและโรงพยาบาล (Blumenthal, 1996) ผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านได้ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพซึ่งจะพอนำมาสรุปได้ในเบื้องต้นพอสังเขปดังนี้

- Fiegenbaum (1951) ให้ความหมายของคำว่า “คุณภาพคือความสามารถที่จะผลิตให้ผลผลิตนั้นตรงกับวัตถุประสงค์ที่ได้ตั้งเอาไว้ด้วยต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ต่ำที่สุด”
- The American Heritage Dictionary (1976) นิยามว่า “คุณภาพ คือ ลักษณะเฉพาะอย่างใดที่แสดงถึงคุณค่า ลำดับขั้น หรือระดับของความเป็นเลิศหรือความคาดหวัง” (The American Dictionary Second College Edition, 1976)
- Crosby (1979) กล่าวว่า “คุณภาพคือ ความสอดคล้องกับความต้องการ (conformance to requirement)” ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การจะบรรลุถึงคุณภาพจะเกิดขึ้นได้เมื่อทำให้ผลผลิตสอดคล้องกับข้อกำหนดที่ได้ตั้งไว้ การกำหนดความหมายของคุณภาพเช่นนี้เป็นมุมมองหนึ่งที่ทำให้เราสามารถวัดหรือประเมินคุณภาพได้ นั่นคือ ประเมินว่ามีความสอดคล้องกับข้อกำหนดมากน้อยเพียงใด
- Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHFA, 1991) ให้ความหมายของคุณภาพว่า “ระดับของการจัดบริการที่ทำให้กับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีและเหมาะสมกับความต้องการ โดยลดผลลัพธ์ที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ”
- Juran (1992) ให้ความหมายของคำว่า “คุณภาพคือ ความเหมาะสมหรือคุณค่าของผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้ (fitness for use)”
- Parasuraman และคณะ (1985) เสนอว่าคุณภาพนั้นขึ้นอยู่กับความรู้สึกของผู้บริโภค (consumer perception) นั่นคือคุณภาพของบริการในสายตาของผู้บริโภคเกิดจากการเปรียบเทียบความคาดหวังในบริการ และสิ่งที่ผู้รับบริการคิดว่าได้รับจากบริการนั้น บริการจะมีคุณภาพเมื่อผู้รับบริการได้รับในสิ่งที่คาดหวังไว้
- Jaeger และคณะ (1993) ให้ข้อคิดเห็นไว้ว่าเมื่อพิจารณา “คุณภาพ” ให้เชื่อมโยงกับความคาดหวังของผู้บริโภคหรือผู้รับบริการอาจนิยาม “คุณภาพ” ได้เป็น 3 ระดับ คือ
  1. คุณภาพขั้นพอใช้ได้ คุณภาพในระดับนี้หมายถึง การผลิตสินค้า หรือบริการให้ได้ผลผลิตตามที่กำหนดรายละเอียด (specifications) หรือ

มาตรฐาน (standard) ไว้ล่วงหน้า หรือเรียกว่าเป็น conformance quality ตัวอย่างในทางการแพทย์ เช่น การให้การรักษามือป่วยโรคปอดบวมหาย โดยใช้เวลาและวิธีการรักษาที่เป็นที่ยอมรับว่าถูกต้องตามข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ เป็นต้น

2. คุณภาพขั้นพอใจ คุณภาพในระดับนี้หมายถึง การที่สินค้าหรือบริการที่ ให้สามารถตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้าหรือผู้ ป่วยได้ทั้งหมด ทำให้เกิดความพึงพอใจ (satisfaction) หรือเรียกว่าเป็น Requirements Quality ตัวอย่างในทางการแพทย์ เช่น ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ในโรงพยาบาลของรัฐ อาจคาดหวังว่าแพทย์จะมีเวลาพูดคุยให้ข้อมูลกับ ผู้ป่วยด้วยนอกจากการให้การรักษาแต่อย่างเดียว และแพทย์ก็ให้ความ สนใจและใช้เวลากับผู้ป่วยได้ปรึกษา เป็นการรักษามือป่วยทั้งร่างกาย และจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยได้ความมั่นใจและมีกำลังใจต่อสู้กับโรคร้ายมากขึ้น เป็นต้น
3. คุณภาพขั้นประทับใจ คุณภาพในระดับนี้หมายถึงการที่สินค้าหรือบริการ นั้นยอดเยี่ยมมากถึงขนาดที่ทำให้ลูกค้าหรือผู้ป่วยเกิดความประทับใจ (delighted) นั่นคือสิ่งที่ได้นั้นมีคุณค่า (value) มากกว่าที่ผู้ป่วยคาดหวัง เอาไว้มาก หรือเรียกว่า Quality of Kind ตัวอย่างในทางการแพทย์ เช่น แพทย์ให้ความสนใจติดตามอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโดยการโทรศัพท์ ไปถาม และช่วยอธิบายในสิ่งที่ผู้ป่วยรวมทั้งญาติไม่เข้าใจในอาการ เจ็บป่วยและการรักษาทั้งหมดเป็นเวลานาน โดยผู้ป่วยและญาติไม่เคย คาดหวังมาก่อนว่าจะพบกับแพทย์เช่นนี้ เป็นต้น

หากจะพิจารณาให้เกิดความเฉพาะเจาะจงกับบริการทางสุขภาพมากยิ่งขึ้นจะพบ ว่านิยามของ “คุณภาพของการดูแล (quality of care)” เป็นคำที่มีการใช้กันแพร่หลายใน วรรณกรรมระดับนานาชาติ ซึ่งความหมายของคุณภาพการดูแลมีตัวอย่างผู้ที่กล่าวถึงไว้ ดังนี้

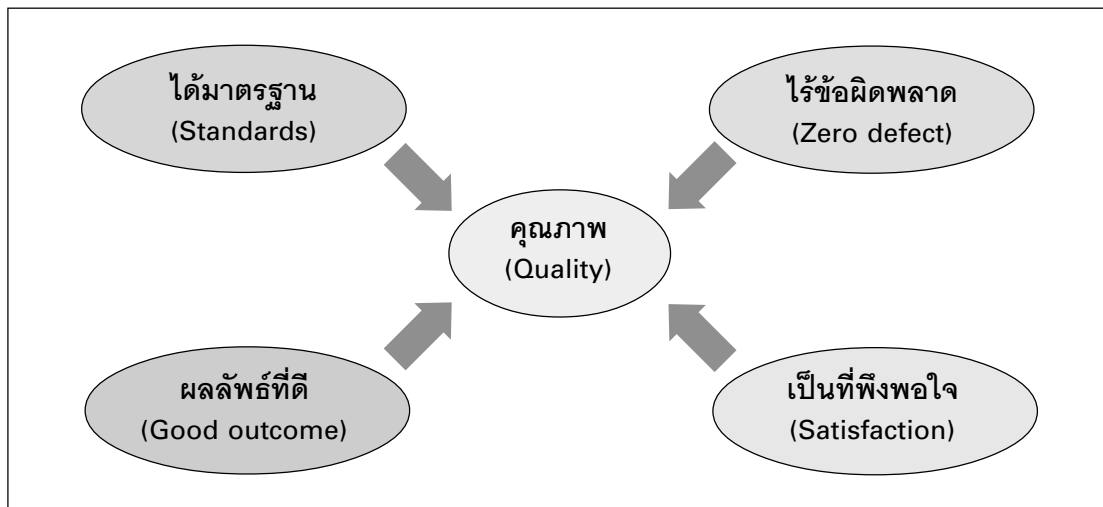
- Donabedian (1980) ให้ความหมายของ การดูแล (care) ที่มีคุณภาพสูงว่า “เป็นการดูแลที่คาดหวังได้ว่ามีมาตรการที่จะช่วยทำให้เกิดความอยู่ดีมีสุข (well-being) และความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ทั้งนี้เป็นผลจากการ ประเมินอย่างละเอียดถึงผลได้และผลเสียอันเป็นผลติดตามมาจากการ ดูแลนั้น” และได้เพิ่มเติมในภายหลังอีกว่า ควรประกอบด้วย 3 ด้าน คือ
  1. ความหมายที่มีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาโดยเปรียบเทียบ “ผลที่ ได้” และ “ผลที่เสียหาย” หรือความเสี่ยงต่อสุขภาพโดยผู้ให้การดูแล

- รักษาต้องให้คุณค่าของสิ่งนี้โดยไม่ต้องหวังถึงเรื่องต้นทุนของค่ารักษา
2. ความหมายที่มาจากแต่ละบุคคล ซึ่งจะเน้นเกี่ยวกับ “ความคาดหวัง” ถึงผลที่ได้และผลเสียหาย รวมถึงผลที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะติดตามมา
  3. ความหมายที่มาจากทางด้านของสังคม ซึ่งจะรวมถึง “ค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล” ผลได้และผลเสียอย่างต่อเนื่องและคำนึงถึงว่าการดูแลรักษานั้นได้มี “การกระจายทั่วไปในหมู่ประชาชน” (Donabedian, 1982)
- American Medical Association (1986) นิยามการดูแลรักษาที่มีคุณภาพสูงว่า “เป็นการช่วยเหลือที่กระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อยกระดับและดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยอายุยืนยาวขึ้น โดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมรับทราบข้อมูลต่างๆ การนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานและใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ” และระบอบองค์ประกอบของการดูแลรักษาที่มีคุณภาพไว้ 8 ประการคือ
    1. ทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างเหมาะสมที่สุด
    2. เน้นถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
    3. ให้บริการในเวลาทันต่อเหตุการณ์
    4. พยายามให้ผู้ป่วยรับทราบ ให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา และการตัดสินใจที่เกี่ยวข้อง
    5. อยู่บนพื้นฐานของหลักการวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้รับการยอมรับ
    6. คำนึงถึงความอยู่ดีมีสุขของผู้ป่วย
    7. ใช้เทคโนโลยีและทรัพยากรในระบบสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ
    8. มีการบันทึกข้อมูลต่างๆ ไว้อย่างเพียงพอ สำหรับการรักษาที่ต่อเนื่อง และการทบทวนตรวจสอบภายหลังได้
  - Institute of Medicine กล่าวไว้ว่า “คุณภาพควรประกอบความพึงพอใจด้านสุขภาพของประชาชนหรือแต่ละบุคคลต่อระดับการให้บริการสุขภาพที่จัดให้สอดคล้องกับความรู้ที่มีอยู่ในปัจจุบัน” นับเป็นนิยามที่แสดงให้เห็นความสำคัญของมุมมองของผู้รับบริการด้วยเช่นกัน (Lohr, 1990)
  - อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล และคณะ (2542) ให้นิยามคุณภาพบริการไว้ หมายถึง “การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของลูกค้าโดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ” ทั้งนี้ประกอบด้วย ความถูกต้องตามมาตรฐาน และความถูกต้องตรงตามความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ
- แม้ว่าคุณภาพจะมีความหมายที่หลากหลายดังกล่าวไว้แล้ว Donabedian ผู้นำด้าน

ทฤษฎีและการจัดการด้านคุณภาพของการดูแลให้คำแนะนำว่า “ความหลากหลายเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เนื่องจากว่าคุณภาพการดูแลนั้นขึ้นอยู่กับว่าเรากำลังศึกษาที่จุดไหน ตามสภาพความจริงและระดับความรับผิดชอบที่เรามีอยู่” และมุมมองที่หลากหลายนั้นจะนำไปสู่วิธีการสร้างเกณฑ์การวัดและการจัดการที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม หากจะสรุปนิยามของคุณภาพให้ครอบคลุม เพื่อเป็นหลักสำหรับการทำความเข้าใจและเพื่อนำมาเป็นกรอบสำหรับการพัฒนาคุณภาพ โดยเฉพาะในการประเมินคุณภาพ และสร้างเครื่องชี้วัดคุณภาพแล้ว คุณภาพสำหรับบริการการดูแลทางการแพทย์ อาจมีนิยามได้ว่า คุณภาพ หมายถึง “คุณลักษณะของบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อคุณภาพชีวิตและตอบสนองความต้องการเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ” ดังแสดงไว้ตามภาพที่ 1.1

ภาพที่ 1.1 กรอบคำจำกัดความของคุณภาพในบริการทางการแพทย์



### องค์ประกอบและมิติของคุณภาพ

ความหมายที่หลากหลายของคุณภาพทำให้มีผู้มองและแยกแยะคุณภาพเป็นองค์ประกอบและมิติต่างๆ ที่มีรายละเอียดที่แตกต่างกันไป

#### 1. มุมมองจากผู้ประกอบวิชาชีพ

ผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสุขภาพมักมององค์ประกอบของคุณภาพในลักษณะที่เป็นคุณสมบัติอันเนื่องมาจากการปฏิบัติของแพทย์ต่อผู้ป่วยโดยเน้น

- คุณภาพด้านเทคนิค (technical quality) และ

- คุณภาพด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (interpersonal หรือ functional quality) (Palmar et al., 1991)

สำหรับมุมมองของคุณภาพด้านเทคนิคนั้นเชื่อกันว่ามี 2 มิติ คือ (1) ความถูกต้องของบริการหรือการรักษาพยาบาลที่ให้ “Doing the right thing” และ (2) ความชำนาญที่กระทำการรักษาได้อย่างเหมาะสม “Doing the thing right” นั่นคือคุณภาพด้านเทคนิคที่ดีจะประกอบไปด้วย “การทำให้ถูกต้องด้วยวิธีการ และในเวลาที่เหมาะสม (*Doing the right thing right*)” การที่แพทย์จะสามารถทำสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมได้นั้นแพทย์จะต้องมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในทางเลือกของการรักษาผู้ป่วยแต่ละคน (มีคุณภาพในการตัดสินใจ) และมีการให้การรักษาที่ถูกต้อง ซึ่งขึ้นอยู่กับความชำนาญ การใช้วิจารณญาณและปฏิบัติได้เหมาะสมกับเวลา (มีคุณภาพในการปฏิบัติ) (Mulley, 1995)

สำหรับคุณภาพด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับพื้นฐานหลายอย่าง เช่น คุณภาพด้านการสื่อสาร ความสามารถของแพทย์ที่จะดำรงไว้ซึ่งความน่าเชื่อถือ และความสามารถของแพทย์ที่จะรักษาผู้ป่วยด้วยความห่วงใย ความเห็นอกเห็นใจ ความซื่อสัตย์ รู้กาลเทศะ และไวต่อการรับรู้ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย (Palmar et al., 1991)

## 2. มุมมองและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ หรือ “ลูกค้า”

แม้ว่ามุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพได้รับการกล่าวถึงว่าเป็นส่วนสำคัญในด้านคุณภาพ มุมมองจากด้านอื่นๆ ก็ได้รับความสนใจมากเช่นเดียวกันในช่วงที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ คุณภาพเป็นการตอบสนองต่อความคาดหวังและค่านิยมของผู้บริโภคที่มาใช้บริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยแต่ละคน (Mulley, 1995) ความคิดเห็นของบุคคลกลุ่มนี้เกี่ยวกับการบริการจัดเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญต่อคุณภาพดังที่ Institute of Medicine ได้ให้คำจำกัดความของคำว่าคุณภาพนั้นควรจะต้องตรงกับ “ความคาดหวัง” ของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ (Laffel and Blumenthal, 1989)

นักวิจัยในปัจจุบันได้พัฒนามาตรวัดที่ผู้ป่วยสามารถประเมินคุณภาพการดูแลให้มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือมากขึ้นทำให้มุมมองของผู้ใช้บริการต่อคุณภาพเป็นส่วนสำคัญที่ไม่อาจมองข้ามได้อีกต่อไป (Ware and Shubourn, 1992; Rubin et al, 1993; Gerteis et al, 1993) จากการทบทวนของ Rubin (1990) พบว่ามีการทำการศึกษาประเมินคุณภาพของการดูแลในโรงพยาบาลอยู่จำนวนไม่น้อย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยสามารถประเมินบริการต่างๆ ได้ เช่น กระบวนการรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล การดูแลในหอผู้ป่วย การดูแลทางการแพทย์ การสื่อสาร การดูแลและบริการทั่วไป ตลอดจนเรื่องของห้องพัก สถานที่ อาหาร และการจำหน่ายผู้ป่วย

Parasuraman และคณะ (1988) ได้สร้างแบบสอบถามขึ้นมาชุดหนึ่ง เรียกว่า SERVQUAL ประกอบด้วยมิติของคุณภาพที่ประเมินโดยผู้รับบริการ 5 ด้านคือ สิ่งที่เป็นรูปธรรม (tangibles), ความน่าเชื่อถือ (reliability), การตอบสนองความต้องการ (responsiveness), ความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการที่ทำให้เกิดความเชื่อมั่น (assurance) และการเอาใจใส่ดูแล (empathy) ซึ่งแบบสอบถามดังกล่าวได้รับการทดสอบในบริการทางสุขภาพหลายครั้ง พบว่าได้มิติของคุณภาพในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน (Babakus and Mangold, 1992; Jun, et al, 1998)

### 3. องค์ประกอบของคุณภาพจากทฤษฎีระบบ (System Theory)

แนวคิดที่ช่วยให้สามารถพิจารณาองค์ประกอบของคุณภาพได้อีกแนวทาง อยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีระบบซึ่งอาจจำแนกระบบการทำงานที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพได้เป็น 3 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง (structure) กระบวนการ (process) และผลลัพธ์ (outcome) (Donabedian, 1980):

- **โครงสร้าง (Structure)** หมายถึง คุณลักษณะต่างๆ ของแพทย์และโรงพยาบาล เช่น ความพอเพียงของทรัพยากร เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ คุณวุฒิของแพทย์หรือบุคลากรด้านสุขภาพ สถานะของโรงพยาบาล รวมถึงรูปแบบการจัดการ และด้านงบประมาณ โครงสร้างซึ่งเปรียบเสมือนปัจจัยนำเข้าของการบริการสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการให้บริการทางสุขภาพ
- **กระบวนการ (Process)** ได้แก่ ส่วนประกอบต่างๆ ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ กับผู้ป่วยหรือลูกค้า ซึ่งรวมกิจกรรมที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มหรือระหว่างกลุ่มผู้ให้บริการและผู้ป่วย Donabedian แบ่งกระบวนการนี้เป็น 2 ด้าน คือ **ด้านเทคนิค (technical)** และ**ด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal)**

ด้านเทคนิคที่ถือว่าเป็นศาสตร์ของการดูแล เป็นการประยุกต์ศาสตร์หรือเทคโนโลยีสาขาต่างๆ มาบริหารจัดการกับปัญหาทางสุขภาพซึ่งขึ้นอยู่กับความรู้ การตัดสินใจ และทักษะในการใช้กลยุทธ์ที่เหมาะสมในการดูแลเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพจะอยู่บนสมมติฐานที่ว่า การดูแลที่มีคุณภาพสูงจะให้ผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ ส่วนในกระบวนการด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ถือว่าเป็นศิลปะของการดูแล หมายถึงการจัดการการปฏิสัมพันธ์ทางจิต-สังคมระหว่างผู้รับและผู้ให้บริการ กระบวนการนี้ต้องตอบสนองความต้องการของบุคคลและสอดคล้องกับความคาดหวัง

และมาตรฐานของการให้บริการ (Donabedian, 1966) อย่างไรก็ตามผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการมักไม่สามารถพิจารณาถึงกระบวนการด้านเทคนิคได้ส่วนใหญ่จึงมักพิจารณาคุณภาพของกระบวนการเฉพาะด้านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นสำคัญ ฉะนั้นจึงมีการศึกษากันมากถึงความพึงพอใจในบริการที่ได้รับของผู้ป่วย (Donabedian, 1986)

- **ข้อมูลทางผลลัพธ์ (Outcome)** หมายถึง สภาวะของสุขภาพของผู้ใช้บริการ การเปลี่ยนแปลงในสภาวะสุขภาพในปัจจุบันและอนาคตของผู้ป่วย รวมถึงด้านจิตใจและสังคมที่อาจเป็นปัจจัยนำของภาวะสุขภาพ ตลอดจนผลกระทบที่มีไปถึงชุมชน (Donabedian, 1986)

#### 4. มิติของคุณภาพตามผลการปฏิบัติงาน (Performance)

การพิจารณาเรื่องคุณภาพอาจพิจารณาได้จากมิติตามผลการปฏิบัติงานด้านต่างๆ ในแต่ละประเทศจะมีผู้นำระบบในการพิจารณามิติของคุณภาพมาใช้ต่างๆ กัน แต่มักมีความคล้ายคลึงกันในระดับหนึ่ง ตัวอย่างเช่น Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO, 1989) ของประเทศสหรัฐอเมริกาได้สรุปปัจจัยที่เป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยไว้ 11 ประการ คือ

- **Accessibility** หมายถึง ความสะดวกที่ผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาพยาบาลตามความจำเป็นได้
- **Timeliness** หมายถึง ความพร้อมของการดูแลที่มีไว้ให้กับผู้ป่วยได้ทันทีที่ต้องการ
- **Effectiveness** หมายถึง การดูแลรักษาที่กระทำได้อย่างดีโดยใช้ศิลปะทั้งทางด้านกิริยามารยาท ความรู้ที่มีอยู่ในการให้บริการต่อผู้ป่วย
- **Efficacy** หมายถึง การบริการที่มีศักยภาพที่จะบรรลุถึงความต้องการของผู้มาใช้บริการ
- **Appropriateness** หมายถึง การบริการที่ให้นั้นตรงกับความต้องการของผู้มาใช้บริการ
- **Efficiency** หมายถึง การดูแลรักษาที่ได้ผลตามความต้องการโดยใช้ค่าใช้จ่ายน้อย หรือความเสียหายที่จะเกิดน้อยที่สุด
- **Continuity** หมายถึง การดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับนั้นมีการประสานกันอย่างต่อเนื่องในบุคลากรกลุ่มต่างๆ ที่เข้ามาให้การดูแลตลอดทั่วทั้งองค์กร
- **Privacy of Care** หมายถึง การดูแลที่คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย เช่น การเผยแพร่ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย จากแฟ้มข้อมูลจากบุคลากรวิชาชีพ

- Confidentiality หมายถึง การดูแลรักษาความลับ เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย โดยไม่ให้มีการเปิดเผยให้บุคคลอื่นๆ โดยปราศจากการยินยอม
- Participation of Patient and Patient Family in Care หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย (หรือญาติ) เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง
- Safety of Care Environment หมายถึง การเตรียมสถานที่และเครื่องมือที่จำเป็นไว้พร้อมและพร้อมที่จะให้บริการการดูแลต่อผู้ป่วยทันทีเมื่อต้องการ

ส่วน Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA, 1996) แบ่งมิติของคุณภาพเป็น 8 ด้าน ได้แก่

- Safety หลีกเลี่ยงและลดความเสี่ยงของกิจกรรมต่างๆ และสภาพแวดล้อม
- Competence มีความรู้ และทักษะเหมาะสมแก่การดูแลรักษา/บริการ
- Acceptability การดูแลรักษาและบริการ ตอบสนองความคาดหวังของลูกค้า, สังคม
- Effectiveness กิจกรรมต่างๆ ได้ผลตามที่ต้องการ
- Appropriateness การดูแลรักษาและบริการ เหมาะสมต่อความต้องการของลูกค้า มีมาตรฐาน
- Efficiency ได้ผลตามที่ต้องการโดยใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
- Accessibility ความสามารถที่ผู้ป่วยหรือลูกค้า จะได้รับการรักษาและบริการที่ถูกเวลา ถูกสถานที่ ตามความจำเป็นพื้นฐาน
- Continuity ความต่อเนื่องของการรักษาและบริการของกิจกรรม ของบุคลากร องค์กร และทุกระดับ ตลอดเวลา

การศึกษาของจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ (2543) เพื่อพัฒนาเครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อใช้ในกระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เสนอแนะว่าอาจจัดหมวดหมู่มิติของคุณภาพและผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลได้เป็น 3 หมวดคือ

หมวดที่ 1 : คุณภาพของการให้ดูแลทางคลินิก (Clinical Quality Indicators)

หมวดที่ 2 : คุณภาพของการบริการ (Service Quality Indicators)

หมวดที่ 3 : คุณภาพของการจัดการองค์กร (Management Quality Indicators)

นอกจากนี้การศึกษาดังกล่าวเสนอให้จัดกลุ่มมิติของคุณภาพสำหรับโรงพยาบาลในโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทยไว้ดังนี้

1. ความสามารถ (Competence) ระดับความรู้ ทักษะ เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

2. ประสิทธิผล (Effectiveness) การบริการบรรลุถึงผลลัพธ์ของการรักษาที่เป็นที่ต้องการ (Goal achievement) ตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้ป่วย (Responsiveness) และมีความสม่ำเสมอ (Consistency)
3. ความเหมาะสม (Appropriateness) ความถูกต้องตามข้อบ่งชี้ตามความจำเป็นของผู้ป่วยและหลักวิชาการ
4. ความปลอดภัย (Safety) ระดับของความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ทางลบ ความผิดพลาดและผลข้างเคียงที่ไม่ต้องการ
5. ความต่อเนื่อง (Continuity) ผู้ป่วยได้รับการอย่างต่อเนื่อง มีการประสานงานที่ดี
6. ประสิทธิภาพ (Efficiency) โรงพยาบาลให้บริการโดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ทันต่อเวลา
7. การเข้าถึงบริการ (Accessibility) ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ตามข้อบ่งชี้และในเวลาที่เหมาะสม
8. ความรับผิดชอบที่ตรวจสอบได้ (Accountability) การบริการเป็นที่ยอมรับ (Acceptability) มีความรับผิดชอบต่อสังคมในสิ่งที่ดำเนินการ สามารถตรวจสอบและอธิบายได้
9. ความมุ่งมั่น (Commitment) โรงพยาบาลแสดงให้เห็นว่ามีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

## โรงพยาบาลและคุณภาพ

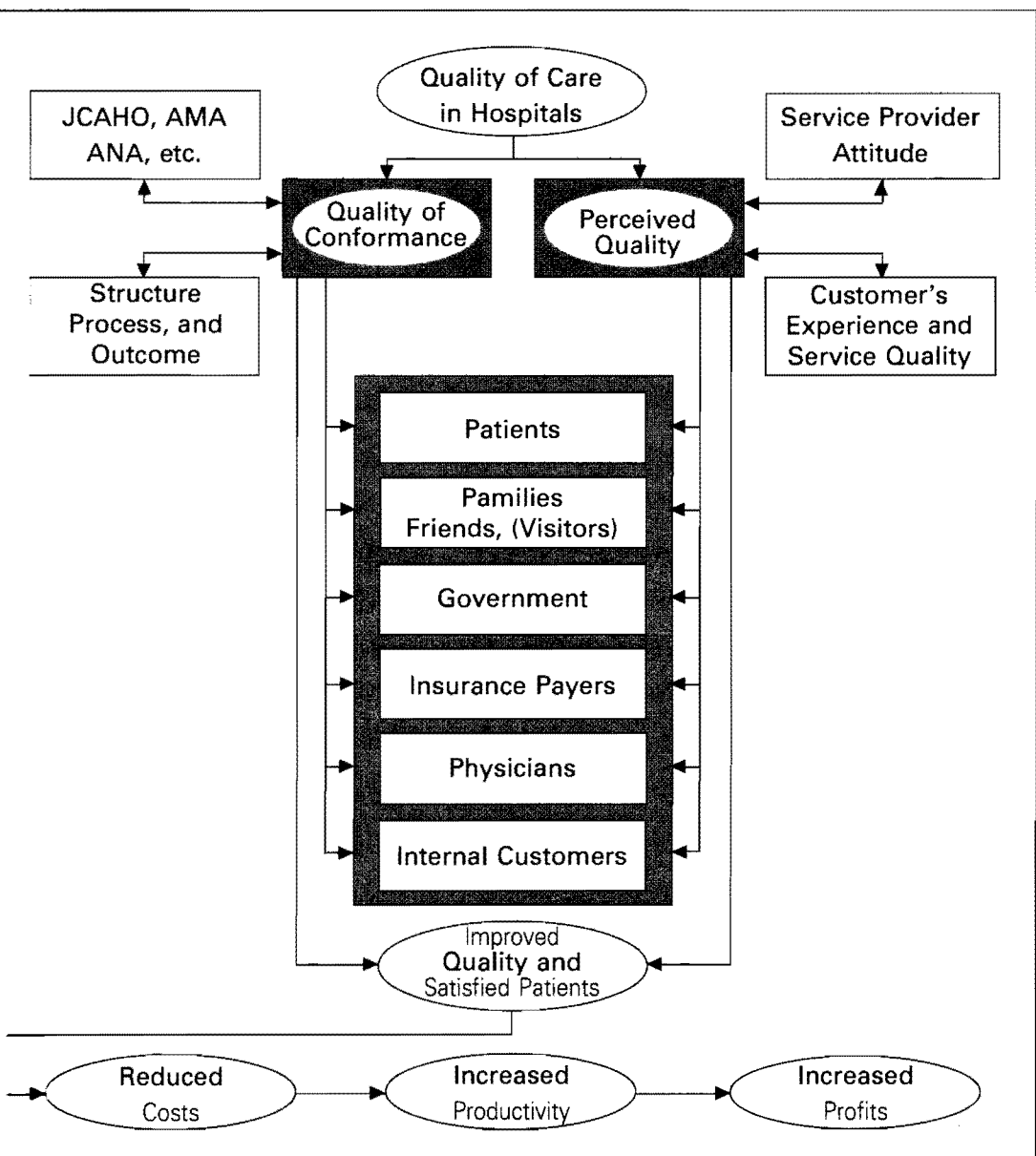
เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นองค์กรที่จัดบริการด้านสุขภาพ Omachonu (1990) เสนอว่า คุณภาพของบริการดูแลสุขภาพสำหรับโรงพยาบาลมีองค์ประกอบที่สำคัญอยู่ 2 ประการ คือ

- คุณภาพตามความสอดคล้องของการปฏิบัติกับมาตรฐาน (Quality of Conformance) หมายถึง การปฏิบัติตามมาตรฐานทางวิชาชีพต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้
- คุณภาพตามการรับรู้ (Perceived Quality) หมายถึง คุณภาพที่พิจารณาจากการรับรู้ตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

ทั้งคุณภาพตามความสอดคล้องของการปฏิบัติกับมาตรฐาน และคุณภาพตามการรับรู้ทำให้ความหมายของคุณภาพในโรงพยาบาลนั้นมีความสมบูรณ์ อาจกล่าวได้ว่า คุณภาพตามความสอดคล้องของการปฏิบัติกับมาตรฐานเพียงประการเดียวนั้นไม่เพียงพอที่จะนำมาประเมินคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลได้ เนื่องจากไม่ได้นำ

ความคิดเห็นและความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้ที่ใช้บริการเข้ามาเกี่ยวข้อง คุณภาพของการดูแลตามการรับรู้ของผู้ที่เข้ามาใช้บริการมีความสำคัญไม่น้อยและเป็นส่วนกำลังได้รับความสนใจมากในปัจจุบันเพราะทำให้ความหมายของคุณภาพนั้นมีความสมบูรณ์มากขึ้น และมีนัยสำคัญนำไปสู่การบริหารจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพขององค์กร ซึ่งกรอบแนวคิดขององค์ประกอบของคุณภาพการดูแลของโรงพยาบาลแสดงได้ดังภาพที่ 1.2

ภาพที่ 1.2 Conceptual framework for quality of care in hospitals (Omachonu, 1990)



นอกเหนือจากนั้น Barber (1996) เสนอแนวคิดที่ว่าโรงพยาบาลที่มีคุณภาพควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลางในการให้บริการ การจัดการบริการสุขภาพจะต้องนำความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ป่วยเข้ามาอยู่ร่วมในการตัดสินใจ
2. มีความเป็นผู้นำ ผู้บริหารระดับสูงและผู้บริหารในระดับต่างๆ กำหนดทิศทางของการปฏิบัติงานโดยเน้นผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง การกำหนดทิศทางต้องมีค่านิยม มองเห็นพันธกิจที่ชัดเจน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานมีการอุทิศตนในการทำงาน และมีส่วนร่วมในงาน
3. มีการปรับปรุงพัฒนาองค์กรอย่างต่อเนื่องและเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ กระบวนการปรับปรุงคุณภาพนั้นจะต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจน มีข้อเท็จจริงเป็นข้อมูลพื้นฐาน มีระบบรองรับการทำงานต่างๆ และมีการปรับปรุงการทำงานอยู่ตลอดโดยเรียนรู้จากประสบการณ์และการประเมินจากผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนเป็นเจ้าของ
4. พนักงานมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร องค์กรที่ประสบความสำเร็จนั้นปรับปรุงการปฏิบัติงานโดยอาศัยสมรรถภาพ ความชำนาญและแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดเข้ามามีส่วนพัฒนาองค์กร โดยให้อีกพนักงานมีการพัฒนาการปฏิบัติและมีความรู้ในประสบการณ์ใหม่ๆ
5. บริหารงานบนพื้นฐานของข้อเท็จจริง การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องสร้างอยู่บนกรอบ มีการประเมินข้อมูลข่าวสาร และการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ นำข้อมูลที่ได้มาเพื่อการตัดสินใจและการวางแผนงาน เพื่อปรับกลยุทธ์ขององค์กร
6. มีจุดมุ่งหมายอยู่ที่ผลของการปฏิบัติงาน (Performance) กระบวนการปฏิบัติงานขององค์กรจะต้องมุ่งไปที่ผลลัพธ์ และสะท้อนกลับให้เห็นถึงความสมดุลระหว่างความต้องการของผู้ป่วยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ (Stakeholders) การทบทวนถึงผลการปฏิบัติงานทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานเป็นการตรวจสอบถึงกระบวนการทำงานด้วย
7. มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของชุมชนและสาธารณะ องค์กรทางด้านสุขภาพจะต้องอุทิศตัวเองเพื่อยกระดับสุขภาพของชุมชนที่ตนดำรงอยู่นั้น โดยการทำงานร่วมกับผู้นำในชุมชน จัดให้บริการการดูแลด้านต่างๆ มาตราการการป้องกันโรค ให้สุขศึกษาต่อคนในชุมชน และควบคุมผลกระทบทางด้านสิ่งแวดล้อมจากการดำเนินงานของโรงพยาบาล
8. มีการพัฒนาเพื่อร่วมดำเนินงาน คุณภาพจะบรรลุได้เมื่อมีการพัฒนาเพื่อ

ดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภายในองค์กรและภายนอกองค์กร การพัฒนาดำเนินงานภายในองค์กรทำเพื่อลูกค้าภายในคือผู้ปฏิบัติงานในด้านต่างๆ ส่วนภายนอกองค์กรนั้นทำเพื่อร่วมงานกับหน่วยงานต่างๆ องค์กรสุขภาพในชุมชนและองค์กรทางสังคมในการตอบสนองความต้องการของชุมชน

9. มีการออกแบบระบบและการป้องกันที่คำนึงถึงคุณภาพ การวางรูปแบบหรือการปรับรูปแบบการให้บริการควรจะคำนึงถึงคุณภาพและค่านิยมต่างๆ ร่วมด้วย องค์กรควรจะพัฒนาความชำนาญด้านต่างๆ เพื่อสร้างโครงการพัฒนาที่รวมเอาสหวิทยาการต่างๆ เข้ามา โดยนำองค์ประกอบเกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกมาพิจารณาในระหว่างการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพรูปแบบใหม่
10. มองการณ์ไกลไปยังอนาคต การให้บริการสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านโครงสร้างองค์กร ความกดดันด้านการแข่งขัน ด้านสังคม ด้านการเงิน ด้านเทคโนโลยี การวางแผนระยะสั้นต้องทำควบคู่กับการวางแผนอนาคตและคาดการณ์ถึงการเปลี่ยนแปลงล่วงหน้าก่อนที่สิ่งต่างๆ เหล่านั้นจะเข้ามามีผลกระทบต่อองค์กร องค์กรสุขภาพที่ประสบความสำเร็จในปัจจุบันโดยต้องจ่ายค่าความเสียหายในอนาคตนั้นจะไม่ใช่ที่ยอมรับของชุมชนและสังคมได้
11. สนองตอบด้วยความรวดเร็ว องค์กรที่สามารถจะปรับเปลี่ยน ให้บริการที่รวดเร็ว โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีอย่างเหมาะสม จะให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้มาใช้บริการได้และจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ

## สรุป

คุณภาพ หมายถึง คุณลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงาน เป็นที่พึงพอใจ คุณภาพประกอบด้วยมิติด้านหลายด้าน มีความเป็นพลวัตรสูงมาก คุณภาพอาจไม่ได้กินความเพียงการตอบสนองความต้องการของลูกค้าในระหว่างบริการเท่านั้น ในภาพกว้างอาจครอบคลุมไปถึงการเข้าถึงบริการและการจัดสรรบริการนั้นไปสู่ประชาชนให้เกิดประโยชน์โดยรวม การให้คำจำกัดคุณภาพจึงขึ้นอยู่กับว่าเรากำลังศึกษา ณ จุดใด ควรนำมุมมองผู้ประกอบการวิชาชีพ ผู้บริหารองค์กร ผู้ใช้บริการและมุมมองของผลกระทบทางด้านสังคมเข้ามาร่วมพิจารณาด้วย สำหรับโรงพยาบาล คุณภาพไม่เพียงจะ

เกี่ยวข้องกับการบริการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่ยังเข้าไปเกี่ยวข้องกับกระบวนการบริการ  
สนับสนุน ตลอดจนระบบบริหารจัดการ การพัฒนาองค์กร ประสิทธิภาพและต้นทุนอีกด้วย

## 2

## แนวคิดของการพัฒนาคุณภาพ

“คุณภาพไม่มีขาย ถ้าอยากได้ต้องทำเอง”

คำกล่าวดังกล่าวนับว่ามีความสำคัญอันเป็นการจุดประกายเรื่องการพัฒนาคุณภาพ กระบวนการในการพัฒนาคุณภาพมีวิวัฒนาการมานาน ในระยะแรกๆ นั้น วิชาการด้านการพัฒนาคุณภาพถือกำเนิดและเติบโตในกลุ่มของอุตสาหกรรมการผลิตสินค้า และต่อมาจึงเผยแพร่สู่วงการธุรกิจบริการ การให้บริการทางการแพทย์และบริการทางสุขภาพได้รับแนวคิดดังกล่าวและนำมาประยุกต์ใช้

มีผู้กล่าวถึงเทคนิคและวิธีการจัดการเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพไว้แตกต่างกันไป มีผู้กล่าวถึงระดับของการจัดการคุณภาพไว้หลายแนวคิด เช่น การแบ่งเป็นระดับที่ 1 ที่การจัดการคุณภาพเป็นแบบการตรวจสอบผลลัพธ์ หรือ QC (Quality Control) ระดับที่ 2 เป็นการสร้างความสม่ำเสมอในกระบวนการ (process control) ระดับที่ 3 เป็นการปรับปรุงกระบวนการ (process improvement) และระดับที่ 4 คือการไม่เกิดข้อผิดพลาด (zero defect) ผู้เขียนบางท่านอาจจัดการจัดการคุณภาพเป็น 3 รูปแบบคือ การตรวจสอบ (quality by inspection) การป้องกัน (quality by prevention) และการวางแผนและออกแบบ (quality by planning and design)

ในที่นี้จะขอนำเสนอแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพโดยแยกออกเป็น 2 กลุ่ม ทั้งนี้เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมในการพัฒนาคุณภาพบริการทางสุขภาพ โดยย่อแนวการพัฒนาคุณภาพจะแบ่งเป็น (1) การประกันคุณภาพ ซึ่งอาจทำในรูปแบบการมุ่งตรวจสอบผลลัพธ์ที่ได้ (quality by inspection) หรือการมุ่งควบคุมกระบวนการ (quality by process control) และ (2) แนวคิดของการจัดการคุณภาพทั้งองค์การ (total quality management) ที่มุ่งเน้นการปรับปรุง

คุณภาพอย่างต่อเนื่อง

### กระบวนการในการประกันคุณภาพ

การประกันคุณภาพหรือ Quality Assurance (QA) เป็นการจัดการคุณภาพที่มีแนวคิดมุ่งเน้นที่ความสอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอของผลการปฏิบัติงานในระดับที่เป็นที่ยอมรับ การประกันคุณภาพในยุคแรกของวงการแพทย์เป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญกับ **ผลที่ได้ (outcome)** โดยการวางระดับของผลที่ต้องการไว้เป็นมาตรฐานแล้วดำเนินการ **ตรวจสอบ (inspect)** ว่าผลที่ได้ถึงมาตรฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้าหรือไม่ การประกันคุณภาพมีข้อดีคือ การค้นหาปัญหาทำได้ง่าย เห็นผลดีได้ในระยะสั้น ส่งเสริมมาตรฐานของสาขาวิชาเฉพาะ (discipline-specific) และสามารถใช้ในการประเมินผลงานของตัวบุคคลได้ดี (Walker et al., 1993)

กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประกันคุณภาพที่มีผู้นำมาใช้ที่ผ่านมามีมากมาย ตัวอย่างเช่น

#### 1. การรับรองคุณวุฒิของผู้ประกอบวิชาชีพ (Professional Credentialling)

เป็นกระบวนการทบทวนคุณวุฒิ การศึกษาและฝึกอบรม ประสบการณ์ที่ผ่านมา ตลอดจนความคิดเห็นจากเพื่อนร่วมวิชาชีพเกี่ยวกับแพทย์ที่จะรับเข้ามาทำงานในสถานพยาบาล กระบวนการนี้เป็นการประเมินคุณภาพเชิงโครงสร้างที่ดีแต่ค่อนข้างจะอิงอยู่กับความเห็น (subjective) มากกว่าการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง

#### 2. การทบทวนการเสียชีวิตและความพิการ (Mortality and Morbidity Review) แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ

- **การทบทวนสถิติ (Statistical Review)** เป็นการทบทวนข้อมูลการเสียชีวิตและความพิการของคนไข้ที่ได้เก็บรวบรวมจากหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาลเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบกับหน่วยงานที่มีลักษณะเหมือนกันในโรงพยาบาลนั่นเอง หรือเปรียบเทียบกับที่อื่น วิธีการนี้อาจช่วยในการคุณภาพปัญหาเชิงคุณภาพได้ แต่การวินิจฉัยและการลงรหัสโรคหรือการรักษาโรคที่ไม่ชัดเจน การที่คนไข้ได้รับการรักษาจากหลายหน่วยงานหรือโรงพยาบาล ตลอดจนความผิดพลาดอื่นๆ ในระบบฐานข้อมูลอาจทำให้ประโยชน์ที่ได้มีจำกัด มักใช้เวลาในการค้นหาปัญหานาน
- **การทบทวนเป็นรายบุคคล (Individual Cases)** เป็นกระบวนการทบทวนเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตและความพิการที่เกิดขึ้นกับคนไข้เป็นรายบุคคล โดยผู้รับผิดชอบอาจนำเสนอต่อหัวหน้าหน่วยงาน หรือที่ประชุมข้อดีที่สำคัญคือ การเลือกคนไข้รายที่จะนำมาเข้ากระบวนการ ทบทวน

มีความลำเอียง ไม่ได้เกิดขึ้นโดยสุ่ม มีความพยายามเพื่อหลีกเลี่ยงได้

3. **การตรวจสอบตามเกณฑ์ (Criteria Audit)** เป็นกระบวนการที่เลือกการปฏิบัติงานเรื่องที่สำคัญ มาเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้า กระบวนการนี้อาจสามารถตรวจพบปัญหาทางคุณภาพได้ แม้ว่าปัญหานั้นจะยังไม่ทำให้เกิดการเสียชีวิตหรือความพิการ ข้อจำกัดคือกระบวนการนี้มักไม่มีการประเมินเพื่อดูความน่าเชื่อถือ ความไวหรือความถูกต้องของการพิจารณา ตลอดจนอาจมีความลำเอียงในการเลือกกรณีที่จะได้รับการตรวจสอบ

4. **การตรวจพิสูจน์ศพ (Autopsy)** เป็นกระบวนการที่ใช้ในการตรวจสอบการวินิจฉัยโรคทางคลินิกและให้ข้อมูลป้อนกลับแก่แพทย์ผู้รักษา อย่างไรก็ตามการตรวจพิสูจน์ศพเป็นกระบวนการทางคุณภาพที่ล่าช้า ปัญหาได้เกิดขึ้นแล้ว และไม่สามารถแก้ไขได้อีกแม้ว่าข้อมูลนั้นอาจนำไปใช้เป็นบทเรียนสำหรับการทำงานในอนาคตได้นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้ อาจเป็นข้อมูลเฉพาะกรณีไป อาจไม่ใช่ปัญหาที่แท้จริงในภาพรวมสถิติที่ได้ อาจไม่สามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางนัก

5. **การตรวจเนื้อเยื่อ (Tissue Audit)** เป็นวิธีการตรวจพิสูจน์ชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาเพื่อยืนยันความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคทางคลินิก แต่ปัญหาคือข้อจำกัดของการส่งชิ้นเนื้อซึ่งอาจไม่ได้ส่งตรวจในทุกกรณีที่แพทย์ทำการวินิจฉัย

6. **การทบทวนการใช้บริการ (Utilization Review)** เป็นกระบวนการในการทบทวนการใช้เตียง ห้องผ่าตัด เลือดหรือยา เพื่อประเมินถึงการใช้ทรัพยากร แม้ว่าอาจสามารถค้นหาปัญหาเชิงคุณภาพได้แต่ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ในเชิงคุณภาพโดยตรง แต่มักมาจากแรงจูงใจในการควบคุมต้นทุนหรือเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร

7. **การสำรวจความพึงพอใจ (Patient Satisfaction)** เป็นวิธีการในการประกันคุณภาพที่สำคัญอันหนึ่ง คือการประเมินจากมุมมองของผู้รับบริการ ซึ่งจะช่วยให้ข้อมูลป้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติงานในการแก้ไขหรือปรับปรุงการบริการได้

8. **การรายงานเหตุการณ์พิเศษ (Incident Reporting)** เป็นระบบในการเก็บข้อมูลเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งอาจเป็นเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับการจ่ายยาผิด ปฏิกริยาที่ไม่พึงประสงค์ของยา หรือความผิดพลาดที่เกิดขึ้นในการผ่าตัด เป็นต้น การรายงานเหตุการณ์มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหารูปแบบของความผิดพลาดเพื่อนำมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพ อย่างไรก็ตามปัญหาสำคัญคืออัตราการตรวจรายงานด้วยตนเอง มักจะต่ำเมื่อเปรียบ เทียบกับวิธีการอื่นๆ

9. **หน่วยรับข้อร้องเรียน (Health Complaints Units)** เป็นวิธีการที่คอยรับและสอบสวนเรื่องร้องเรียนของผู้รับบริการเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ โดยรวมหน่วยงาน (Wolff, 1994)

อย่างไรก็ตาม QA ที่มุ่งกลไกการตรวจสอบ (inspection) นั้นมีข้อด้อยอยู่มาก กล่าวคือ กิจกรรมเหล่านี้มักขาดหลักการและการเชื่อมโยงในภาพรวม QA มุ่งข้ามความสำคัญของระบบและกระบวนการให้บริการ ว่ามีความสำคัญน้อยกว่าผลที่ได้ เป็นการหาผู้ผิดแต่ไม่มองที่ระบบ คนทำงานจึงมักพยายามปกป้องตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และหันไปโทษผู้อื่น นอกจากนี้การให้ความสำคัญเพียงแต่มาตรฐานของผลลัพธ์ ทำให้คนเห็นว่ามาตรฐานนั้นเป็นเพดาน การทำงานเป็นเพียงเพื่อไปให้ถึงเพดานตามมาตรฐานที่วางไว้ก็เพียงพอ จึงขาดความสนใจการพัฒนารักษาให้ดีขึ้นและเสมือนเป็นการยอมรับว่าการรักษาพยาบาลผิดพลาดในระดับหนึ่งเป็นสิ่งที่ยอมรับได้ อีกทั้งการวางมาตรฐานบริการอาจขาดมุมมองจากหลายสาขาวิชา (multidisciplinary perspective) ไม่มีการประเมินคุณภาพจากมุมมองของผู้ป่วยหรือสังคม และการประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาลมักมุ่งไปที่แพทย์ ทั้งที่คุณภาพของการรักษานั้นขึ้นอยู่กับบุคลากรอื่นๆ ในหน่วยงานด้วย ((Berwick, 1989; Laffel and Blumenthal, 1989; Walker et al., 1993) ทั้งหมดนี้ทำให้โรงพยาบาลพลาดโอกาสสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพบริการให้ดีขึ้น Berwick (1989) เรียกการตรวจสอบคุณภาพในรูปแบบของการประกันคุณภาพหรือ QA ว่าเป็น “ทฤษฎีแอปเปิ้ลเน่า (theory of bad apples)” นั่นคือความเชื่อที่ว่า วิธีที่ดีที่สุดที่จะทำให้คุณภาพจะดีขึ้น คือการค้นหาแอปเปิ้ลเน่าๆ และคัดออกไป แต่ผลที่ตามมาคือ ความสูญเสีย (waste)

ต่อมาได้มีการประยุกต์นำแนวคิดการประกันคุณภาพจากภาคอุตสาหกรรมที่มุ่งเน้นเรื่อง **ความสม่ำเสมอ (consistency)** และ **ความสอดคล้อง (conformance)** กับวิธีการปฏิบัติงานหรือกระบวนการผลิตที่กำหนดไว้มาใช้ ทั้งนี้เชื่อว่าเมื่อกระบวนการปฏิบัติงานมีความสม่ำเสมอเป็นไปตามมาตรฐานแล้ว จะทำให้ได้ผลลัพธ์หรือผลผลิตที่มีความสม่ำเสมอด้วยโดยทั่วไปเมื่อนำการประกันคุณภาพดังกล่าวมาใช้ในบริการสุขภาพ จะพบว่าเป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญการกำหนดวิธีการที่ต้องปฏิบัติไว้ล่วงหน้า แล้วตรวจสอบว่าได้ปฏิบัติตามนั้นหรือไม่ หากไม่มีปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ ก็จะมีการดำเนินการปรับปรุงแก้ไข และหาทางป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์เช่นนั้นอีก ระบบประกันคุณภาพในลักษณะนี้ได้แก่ **ระบบ ISO 9000** ซึ่งนำหลักการนี้มาใช้ในช่วงปี ค.ศ. 1994 ถึง ปี ค.ศ. 2000 อีกกระบวนการหนึ่งที่มีการนำมาใช้อย่างกว้างขวางขึ้นคือ **การทำแนวทางการปฏิบัติ (practice guidelines)** ในการจัดทำแนวทางที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลรักษาผู้ป่วย เพื่อเผยแพร่ให้แก่แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องไปปฏิบัติ ซึ่งอาจอยู่ในรูปของ Clinical Practice Guideline การจัดทำเป็น Clinical Pathway หรือ Care Map การดำเนินการในลักษณะนี้มุ่งหวังให้มีกระบวนการทำงานที่สอดคล้องกันในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความผิดพลาดลดลง และมุ่งหวังให้เกิดผลลัพธ์

ต่อผู้ป่วยที่ดีขึ้น

## การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร (Total Quality Management, TQM)

มีผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการคุณภาพตามแนวคิดของ TQM หลายท่าน เช่น W. Edwards Deming, Joseph M. Juran, Kaoru Ishikawa และ Philip B. Crosby เป็นต้น แต่ละท่านมีจุดเน้นในกระบวนการปรับปรุงคุณภาพคล้ายคลึงกัน จะแตกต่างกันบ้างในรายละเอียด อย่างไรก็ตาม หากจะแยกแยะองค์ประกอบที่สำคัญของการปรับปรุงคุณภาพบริการโดยอาศัยแนวคิด TQM อาจกล่าวโดยรวมได้ว่า คุณภาพจะดีขึ้นอย่างแท้จริงด้วยการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement - CQI) ที่เน้นการพัฒนาโดยการป้องกันก่อนเกิดปัญหา เปรียบเสมือนการพัฒนาพันธุ์ของแอปเปิ้ลให้มีรสชาติดีขึ้น และพัฒนาการเก็บรักษาแอปเปิ้ลไม่ให้เน่าเสีย (Berwick, 1989) เป็นการจัดการคุณภาพที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่า ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการป้องกันบริการด้วยคุณภาพ (prevention cost) น้อยกว่าค่าใช้จ่ายที่จะสูญเสียไปกับการตรวจประเมินคุณภาพ (appraisal cost) และความสูญเสียที่เนื่องมาจากความผิดพลาดหรือความล้มเหลวของบริการ (failure cost) (Cooper and Suver, 1995)

แนวคิดและหลักการสำคัญของ TQM พอสรุปเป็น 10 ประการใหญ่ๆ ได้ดังนี้

1. **การยึดมั่นในจุดมุ่งหมายขององค์กร (Constancy of Purpose)** คนในองค์กรต้องรู้ว่า เหตุใดองค์กรแห่งนั้นจึงกำเนิดขึ้น และดำเนินงานภายใต้พันธกิจ (Missions) ที่วางไว้ มีการสร้างวิสัยทัศน์และแผนกลยุทธ์เพื่อความสำเร็จในระยะยาว การยึดมั่นในจุดมุ่งหมายขององค์กรช่วยให้การดำเนินงานในองค์กรเป็นไปอย่างมีทิศทาง ไม่ทำกิจกรรมนอกกลุ่มนอกทาง มีกลุ่มลูกค้าหรือผู้รับบริการเป้าหมายที่แน่นอน (Casalou, 1991)

2. **คุณภาพอยู่เหนือสิ่งอื่นใด (Quality First)** คุณภาพใน TQM หมายถึง การตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้ตามที่คาดหวัง หรือมากกว่าที่คาดหวัง ด้วยระดับต้นทุนและค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผล (Whetsell, 1991) โดยคุณภาพเป็นคุณสมบัติที่เฉพาะเจาะจงและสามารถวัดได้ นิยามเช่นนี้เป็นการให้ความสำคัญกับการความพยายามอย่างต่อเนื่องที่จะทำงานให้ได้ดีกว่ามาตรฐานที่ตายตัว (Laffel and Blumenthal, 1989)

ตามแนวคิด TQM คุณภาพจะอยู่ในทุกขั้นตอนของกระบวนการผลิตหรือการให้บริการ (process) อยู่ในผลผลิตและผลลัพธ์ของบริการ (outcome) คุณภาพจะอยู่ในจิตสำนึกของทุกคนในองค์กร ถือว่าความเสียหายจากการด้อยคุณภาพนั้นมากกว่าค่าใช้จ่ายในการพัฒนากระบวนการให้บริการให้มีคุณภาพเป็นอย่างมาก ดังนั้นในการให้บริการโรงพยาบาลจึงจะไม่ยอมรับเป้าหมายอื่นใดในการให้บริการนอกจากการไร้ข้อผิดพลาด

หรือข้อบกพร่องใดๆ (zero defect) แนวคิดดังกล่าวนี้เน้นว่าสอดคล้องกับเป้าหมายของการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นอย่างดี (Hackman and Wageman, 1995)

**3. การมุ่งให้ความสำคัญกับลูกค้า (Customer Focus)** เป้าหมายของการให้บริการทางการแพทย์ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพนั้นยังไม่เพียงพอ ความมุ่งมั่นที่จะเข้าใจความจำเป็นและความต้องการของลูกค้า หรือผู้มารับบริการ และความพยายามที่จะตอบสนองความต้องการเหล่านั้น เป็นหัวใจสำคัญในการสร้างบริการที่มีคุณภาพ (Kritchevsky and Simmons, 1991) ลูกค้ามีทั้งลูกค้าภายนอกโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วย และลูกค้าภายในโรงพยาบาล อันได้แก่ผู้ที่อยู่ในหน่วยงานที่รับบริการจากอีกหน่วยงานภายในองค์กร เช่น หอผู้ป่วยเป็นลูกค้าของโรงครัว เป็นต้น หน่วยงานในโรงพยาบาลควรทราบว่า (i) ใครคือลูกค้า (ii) ความคาดหวังของลูกค้าคืออะไร และ (iii) ลูกค้ามีความพึงพอใจและได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่จากบริการของโรงพยาบาลหรือการทำงานของหน่วยงานนั้นหรือไม่ (Whetsell, 1991)

**4. การให้ความสำคัญกับกระบวนการหรือระบบของการให้บริการ (Process or System Orientation)** เราไม่สามารถปรับปรุงคุณภาพบริการทางการแพทย์ได้โดยการตรวจดูตัวสินค้าหรือบริการที่เกิดขึ้นแล้ว การปรับปรุงคุณภาพต้องอาศัยการปรับปรุงกระบวนการผลิตหรือให้บริการ (process) เพื่อลดข้อผิดพลาดและข้อบกพร่องต่างๆ (Neuhauser, 1988) คุณภาพของผลที่ได้ (output) ขึ้นอยู่กับกระบวนการผลิตในแต่ละขั้นตอนมากกว่า ผลงานของผู้ปฏิบัติงานเฉพาะคน (individual provider) (McLaughlin and Kaluzny, 1990) Deming (1986) ประเมินว่าร้อยละ 85 ของความผิดพลาดในการทำงานเป็นผลมาจากกระบวนการหรือระบบ ไม่ใช่มาจากตัวบุคคล

การคิดที่ให้ความสำคัญแก่ระบบนี้ ช่วยให้เราเข้าใจในปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของการให้บริการส่วนต่างๆ ทำให้สามารถเข้าใจและสามารถจัดการการเปลี่ยนแปลงในองค์กรได้อย่างได้ผลมากกว่า ความเข้าใจในกระบวนการหรือระบบเพื่อการปรับปรุงอาจได้มาจากคำตอบของคำถาม 3 ข้อคือ

- (i) เราทำสิ่งที่เรากำลังทำอยู่นี้อย่างไร
- (ii) ทำไมเราจึงทำสิ่งที่เรากำลังทำอยู่ และ
- (iii) เราจะปรับปรุงสิ่งที่ทำอยู่ได้อย่างไร (Batalden, Mohr et al., 1995)

**5. ความมุ่งมั่นของผู้นำองค์กร (Leadership Commitment)** การปรับปรุงคุณภาพเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้บริหารของโรงพยาบาลที่จะริเริ่มนำแนวคิด TQM ไปใช้และเป็นผู้ดำเนินการปฏิบัติ และสนับสนุนการปรับปรุงคุณภาพ ผู้นำมีอิทธิพลอย่างมากในการสร้างวัฒนธรรมองค์กร การวางวิสัยทัศน์ และกำหนดทิศทางของกระบวนการ TQM การสร้างความเปลี่ยนแปลงใดๆ ในองค์กรจะมีโอกาสสำเร็จมากกว่า

หากผู้บริหารระดับสูงเข้ามาเกี่ยวข้องโดยตรง ความรับผิดชอบนี้ไม่อาจยกให้ผู้อื่นรับไปได้ นอกเหนือจากนี้ ความสำเร็จของ TQM ในโรงพยาบาลในการปรับปรุงคุณภาพ ยังมีลักษณะต่างไปจากองค์กรในอุตสาหกรรมอื่นๆ อีก กล่าวคือ ความสำเร็จของ TQM ในโรงพยาบาลยังขึ้นกับความเป็นผู้นำของแพทย์ ในการปรับปรุงคุณภาพเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ด้วยเหตุที่แพทย์เป็นเสมือนผู้จัดการการให้บริการแก่ผู้ป่วย และมีความเป็นเอกเทศในการทำงานสูง ซึ่งผู้บริหารไม่สามารถควบคุมการทำงานของแพทย์ได้ในหลายๆ ด้าน (Arndt and Bigelow, 1995)

**6. การจัดการข้ามหน้าที่และการทำงานเป็นทีม (Cross-functional Management and Teamwork)** ปัญหาที่สำคัญโดยทั่วไปของโรงพยาบาลนั้น มักเกิดจากปัญหาที่เป็นปัญหาร่วมกันของหลายๆ หน่วยงานหลายๆ ฝ่าย หรือจากบุคลากรหลายๆ วิชาชีพ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกัน บุคลากรแต่ละหน่วยงานในองค์กรอาจทำงานได้เป็นอย่างดีในหน่วยงานของตน แต่ถ้าเป้าหมายของหน่วยงานแต่ละหน่วยไม่ตรงกัน หรือขัดกันเอง ย่อมทำลายภาพรวมขององค์กรให้ด้อยลง การปรับปรุงคุณภาพจึงต้องทำในระดับทั้งองค์กร ซึ่งจำเป็นต้องมีระบบการบริหารจัดการข้ามหน้าที่ (cross-functional) ที่ส่งเสริมการประสานงานการทำงานเป็นทีม และการสร้างเป้าหมายในระดับองค์กรร่วมกัน (Berwick, 1989; Casalou, 1991) นั่นคือทุกคนในองค์กรต้องทำงานร่วมกันในการปรับปรุงคุณภาพ

**7. การเสริมพลังให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน (Worker Empowerment)** ถึงแม้แนวคิดของ TQM จะเป็นการบริหารจัดการแบบ top-down TQM ให้มีความสำคัญกับการให้อำนาจและสร้างศักยภาพให้แก่ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ที่ปรับปรุงคุณภาพของกระบวนการนั้นๆ เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับกระบวนการผลิตและการให้บริการมากที่สุด และเป็นผู้ที่ทราบปัญหาเกี่ยวกับงานนั้นๆ เป็นอย่างดี (Gustafson and Hundt, 1995) ทั้งนี้แนวคิดของ TQM เชื่อว่า คนโดยทั่วไปอยากจะทำงานให้ดี มีคุณภาพ และจะพยายามทำงานของตนให้ดีถ้าได้รับโอกาสและการสนับสนุนจากผู้บริหาร รวมทั้งได้รับความรู้ทักษะและเครื่องมือต่างๆ ที่เพียงพอ (Hackman and Wageman, 1995)

กลไกในการเสริมพลังแก่ผู้ปฏิบัติงานวิธีหนึ่ง ได้แก่ **การให้การศึกษาและการฝึกฝน (education and training)** ซึ่งเป็นการถ่ายทอดความรู้ทักษะและวิธีการทำงาน และการพัฒนาคุณภาพแก่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุถึงจุดหมาย ทั้งทางด้านเทคนิคและการทำงานร่วมกัน การให้การศึกษาและฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องนี้ เป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่การสร้างเป้าหมายร่วมกันและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ช่วยทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ช่วยส่งเสริมการพัฒนาตนเอง และความพึงพอใจในการทำงาน การให้การศึกษาและฝึกฝนบุคลากรเป็นการลงทุนที่สำคัญที่สุดขององค์กร

(Demming, 1986)

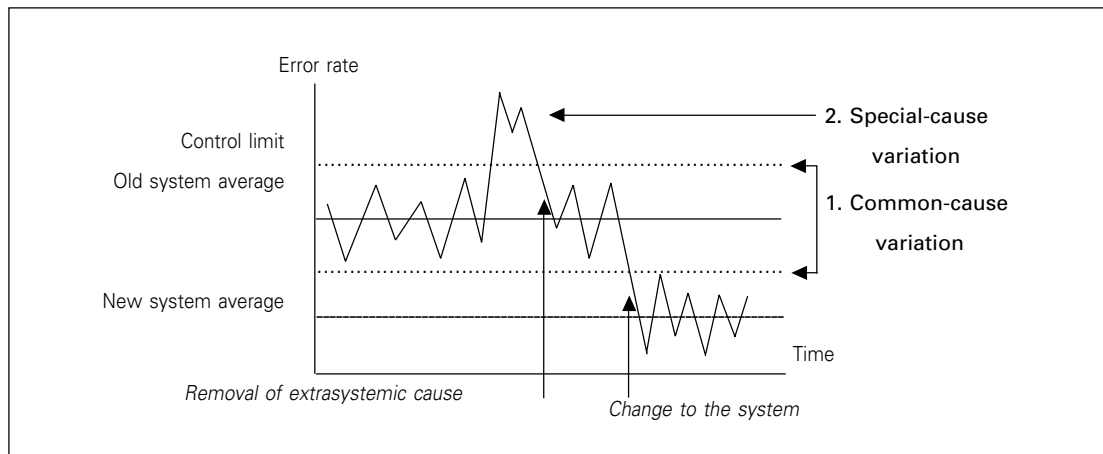
**8. การจัดการโดยอาศัยข้อเท็จจริง การใช้สถิติ และความเข้าใจต่อความแปรปรวน (Management by Fact, Use of Statistics and Understanding of Variation)** การบริหารจัดการภายใต้หลักการของ TQM จะอาศัยข้อเท็จจริงและข้อมูลที่มีการเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบในทุกขั้นตอนของการแก้ปัญหาตามหลักวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (scientific methods) การเก็บข้อมูลและวัดผลการดำเนินงานไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อการให้รางวัล หรือลงโทษผู้ปฏิบัติงาน แต่เพื่อควบคุมกระบวนการผลิต และให้บริการ (Neuhauser, 1988) Deming, Juran และ Ishikawa กล่าวตรงกันว่า การเฝ้าดู และการวิเคราะห์กระบวนการทำงานอาศัยเครื่องมือทางสถิติเป็นสำคัญ (Hackman and Wageman, 1995) ข้อมูลนี้จะช่วยในการวิเคราะห์ปัญหาใน 4 ขั้นตอนคือ (i) แยกปัญหาที่เกิดจากสาเหตุเฉพาะออกจากปัญหาของระบบ (ii) เฝ้าดูระบบว่าไม่มีปัญหาเฉพาะเกิดขึ้นอีก (iii) ศึกษากระบวนการเพื่อดูว่าปัญหาของระบบเกิดขึ้นได้อย่างไร และ (iv) ประเมินผลของความเปลี่ยนแปลงหลังจากปรับปรุงระบบ (Kritchevsky and Simmons, 1991)

ทั้งนี้การแยกชนิดของปัญหา อาศัยการวิเคราะห์ความผันแปร (variation) ของกระบวนการให้บริการ ซึ่งระดับความผันแปรที่เกินสมควรในการรักษาพยาบาล ทำให้เกิดคุณภาพตกต่ำลง (Laffel and Blumenthal, 1989) เหตุของความผันแปรมี 2 ประเภท ดังแสดงในภาพที่ 2.1 ดังนี้ คือ

- (1) *ความผันแปรเนื่องจากสาเหตุร่วมกัน (Common-cause Variation)* เป็นความผันแปรที่มีสาเหตุมาจากระบบหรือกระบวนการ (systemic problems) ทุกคนที่ปฏิบัติงานในระบบดังกล่าวมีโอกาสทำผิดพลาดได้เหมือนกัน ในระยะสั้นระดับความผิดพลาดอาจต่ำบ้างสูงบ้างแต่ในระยะยาวสามารถพยากรณ์เป็นค่าเฉลี่ยได้ การแก้ไขความแปรปรวนประเภทนี้ ทำได้โดยการเปลี่ยนแปลงกระบวนการการทำงานเท่านั้น (ซึ่งเป็นเป้าหมายของ TQM)
- (2) *ความผันแปรเนื่องจากสาเหตุเฉพาะ (Special-cause Variation)* เป็นความผันแปรที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากระบบการปฏิบัติงาน (extra-systemic problems) แต่มาจากปัจจัยอื่น เช่น คน สถานที่ และเวลา ปัญหาจะเกิดขึ้นเฉพาะเมื่อมีปัจจัยนั้นๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นจะสามารถกำจัดได้โดยการกำจัดสาเหตุโดยตรงเท่านั้น (ซึ่งเป็นเป้าหมายของ QA)

**9. การเรียนรู้และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Learning and Continuous Improvement)** ความสำเร็จขององค์กรในระยะยาวอยู่ที่การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ทำอยู่ และเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ ที่ดีกว่าอย่างไม่จบสิ้น ส่วนหนึ่งของการเรียนรู้อาศัยวิธี benchmarking คือการค้นหาวิธีการทำงานที่ดี

ภาพที่ 2.1 ปัญหาเนื่องจากระบบ (common-cause variation) และปัญหาเฉพาะ (special-cause variation)



ที่สุด มาเปรียบเทียบและพัฒนาวิธีการที่ทำอยู่เดิมให้ดีขึ้น ซึ่งหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาลสามารถเลือกทำ benchmarking ได้ 4 วิธีคือ

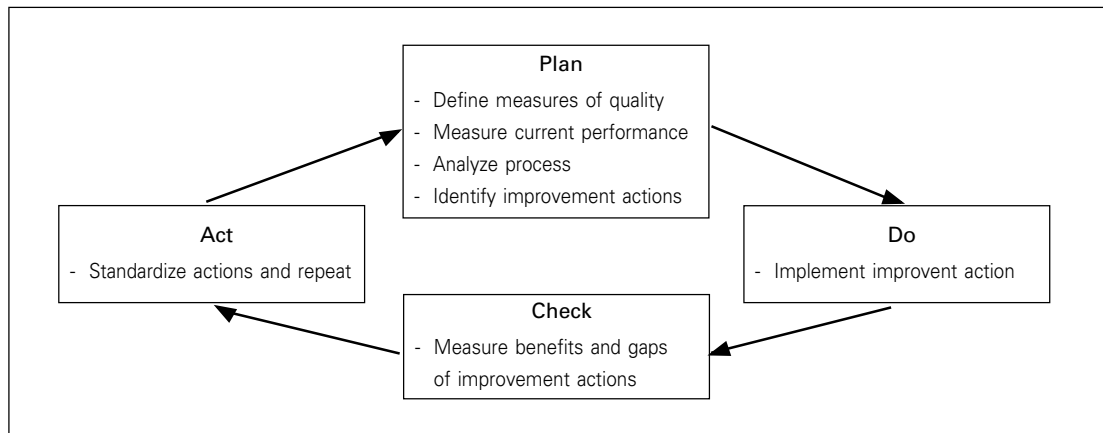
- (i) ศึกษาจากหน่วยงานอื่นในโรงพยาบาล (internal benchmarking)
- (ii) ศึกษาจากคู่แข่ง (competitive benchmarking)
- (iii) ศึกษาจากโรงพยาบาลที่ดีที่สุดในด้านนั้นๆ ที่ไม่ใช่คู่แข่ง (functional benchmarking)
- (iv) ศึกษาจากองค์กรอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาลแต่มีกระบวนการบริการเหมือนกัน (generic benchmarking) (Plsek, 1995)

การปรับปรุงคุณภาพบริการนี้เป็นความรับผิดชอบของทุกคน TQM เน้นการเรียนรู้จากการทำงาน ไม่ใช่ความพยายามที่จะหาคนผิด และสามารถทำอย่างต่อเนื่องไปตามวงจร P-D-C-A ดังภาพที่ 2.2

#### 10. การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้จัดส่งวัตถุดิบ (Supplier Partnership) :

ความสัมพันธ์ระยะยาวอันดีระหว่าง โรงพยาบาลและผู้จัดส่งวัตถุดิบ (suppliers) มีส่วนสำคัญที่ทำให้คุณภาพจะดีขึ้น เพราะหาวัตถุดิบอันเป็นปัจจัยนำเข้าสู่กระบวนการผลิตไม่มีคุณภาพ การทำให้ผลลัพธ์ออกมาดีย่อมทำได้ยาก การเลือกผู้จัดส่งวัตถุดิบควรยึดถือคุณภาพของผลิตภัณฑ์และความเชื่อถือได้เป็นสำคัญ เหนือเรื่องราคา โดยเฉพาะเมื่อมีการสื่อสารที่ดีเพื่อแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ผลที่ได้ของการได้วัตถุดิบคุณภาพดีจากผู้จัดส่ง คือ การหลีกเลี่ยงความสูญเสีย (waste) ความล่าช้าในการให้บริการ (delay) และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของโรงพยาบาลที่อาจเกิดตามมาเนื่องจากของที่จัดหามาใช้

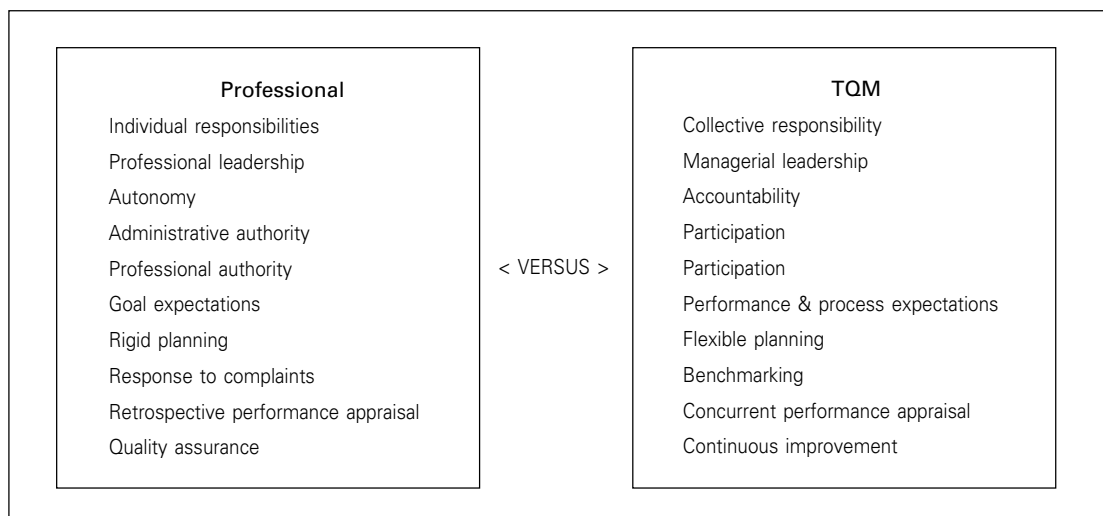
ภาพที่ 2.2 P-D-C-A cycle of quality improvement



ไว้คุณภาพ (Gustafson and Hundt , 1995)

นอกเหนือจากหลักการของ TQM ทั้ง 10 ประการแล้ว McLaughlin และ Kaluzny (1990) สรุปให้เห็นความแตกต่างในด้านต่างๆ ของแนวคิดแบบดั้งเดิมขององค์กรทางสุขภาพแบบเดิมกับองค์กรที่รับแนวคิด TQM มาประยุกต์ใช้ ไว้ดังแสดงได้ในภาพที่ 2.3

ภาพที่ 2.3 การเปรียบเทียบระหว่างแนวคิดเดิมและแนวคิด TQM ในองค์กรทางสุขภาพ



ที่มา: McLaughlin CP., Kaluzny AD. (1990) Total quality management in health : Making it work. *Health Care Management Review* 15: 7 - 14

## การนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพสู่การปฏิบัติ

การนำแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลให้เกิดผลสำเร็จ ไม่ว่าจะเป็นกระบวนการในการประกันคุณภาพต่างๆ หรือการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดของ TQM จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการและวิธีการทำงานขององค์กร ประเด็นที่มีความสำคัญไม่น้อยคือการเปลี่ยนแปลงความเข้าใจและวิถีความคิดของคนในองค์กรที่มีต่อคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ เจตคติที่ว่า “ถ้าของไม่เสีย ก็ไม่ต้องซ่อม” นั้นควรถูกแทนที่ด้วยเจตคติใหม่ที่ว่า “ขณะที่ของนั้นไม่เสีย อาจเป็นโอกาสเดียวที่สามารถซ่อมสิ่งนั้นได้” (Crosby, 1979) Shortell และคณะ (1995) เสนอว่าการนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เช่น แนวคิด TQM สู่การปฏิบัติ จะมีองค์ประกอบที่ต้องคำนึงถึงแยกได้เป็น 4 มิติ คือ มิติด้านวัฒนธรรมองค์กร มิติด้านเทคนิค มิติด้านกลยุทธ์ และมิติด้านโครงสร้าง

1. **วัฒนธรรมองค์กร (Organization Culture)** หมายถึง ความคิดที่มีต่อตนเอง ความสัมพันธ์ และความคาดหวังระหว่างบุคคลในองค์กร รวมถึงค่านิยม บรรทัดฐาน และพฤติกรรมของคนในองค์กรในการทำงานที่จะสนับสนุน หรือต่อต้านการเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับปรุงคุณภาพในระดับองค์กร เช่น บรรทัดฐานเกี่ยวกับนิยามของคุณภาพ ปรัชญาการบริหารและการทำงาน เป็นต้น การนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลจะต้องคำนึงถึงความพิเศษของการให้บริการทางการแพทย์ที่แตกต่างจากการผลิตสินค้าเพราะเป็นบริการที่มีความเฉพาะตัวสูง และบทบาทของแพทย์มีความสำคัญเช่นเดียวกับของผู้บริหาร

ปัญหาเนื่องจากวัฒนธรรมองค์กรอาจเกิดจากการเมืองภายในองค์กรที่มีผลต่อการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การเลือกแนวทางการแก้ไขรวมทั้งการกำจัดสาเหตุของปัญหาอันอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสายวิชาชีพ นอกจากนี้แนวโน้มของการให้ความสำคัญต่อผลงานของบุคคลมากกว่าผลงานของกลุ่ม ปัญหาในการทำงานร่วมกันของบุคคลในตำแหน่งสำคัญๆ ในโรงพยาบาล ปัญหาความร่วมมือของแพทย์ และการไม่วางเป้าหมายตามที่เป็นจริง สามารถเป็นอุปสรรคต่อการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องได้เช่นกัน

2. **เทคนิคของการพัฒนาคุณภาพ (Technical Aspects)** หมายถึง ระดับการได้รับการศึกษาอบรมและฝึกฝนของบุคลากรในองค์กร ในเรื่องเครื่องมือและวิธีการของการพัฒนาคุณภาพรวมถึงการทำงานและการตัดสินใจเป็นกลุ่ม ที่จะสนับสนุนต่อความพยายามในการปรับปรุงคุณภาพ เทคนิคของกระบวนการพัฒนาคุณภาพประกอบด้วยวิธีการและเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการปรับปรุงงาน (improvement techniques and tools) เช่น เครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษาและอธิบายกระบวนการทำงาน (process

description) การเก็บข้อมูล (data collection) การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) และการทำงานสานประโยชน์กัน (collaborative work) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการและการวางแผน (management and planning tools) เช่น การออกแบบกระบวนการ (process design) การวิเคราะห์ความต้องการของลูกค้า (analysis of customer requirement) และเทคนิคต่างๆ ในการวัดผล (measurement techniques)

ปัญหาด้านเทคนิคอาจเกิดจากการที่ผู้บริหารขาดความรู้ความเข้าใจในหลักการและวิธีการของกระบวนการพัฒนา ขาดที่ปรึกษาจากภายนอก ไม่มีการให้การศึกษาฝึกอบรมแก่บุคลากรที่ดี ขาดการประเมินผลและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งไม่ใช้เวลาสำหรับการเตรียมการการปรับพื้นฐานและเตรียมกระบวนการสร้างความเปลี่ยนแปลง (change process)

**3. กลยุทธ์ระดับองค์กร (Organizational Strategy)** หมายถึง ระดับความเกี่ยวเนื่องและสอดคล้องของความพยายามในการปรับปรุงคุณภาพกับเป้าหมายทางกลยุทธ์และแผนกลยุทธ์ขององค์กร ตลอดจนการปรับพันธกิจและกลยุทธ์ให้เหมาะสมหวังผลในระยะยาวและเสริมสร้างภาวะผู้นำในองค์กร ปัญหาหลายประการอาจเกิดขึ้นได้จากการไม่ยึดมั่นในกลยุทธ์ขององค์กร บุคลากรจากต่างหน่วยงานขาดวิสัยทัศน์ร่วมกัน มองไม่เห็นทิศทางและเป้าหมายขององค์กรที่ชัดเจน

การนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพสู่การปฏิบัติ จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรลงทุนในการให้การศึกษาฝึกอบรมบุคลากรของโรงพยาบาลเป็นจำนวนมากและต่อเนื่อง อีกทั้งผลตอบแทนที่ได้เป็นผลที่ได้ในระยะยาวซึ่งอาจใช้เวลามากกว่า 3 ถึง 5 ปี (Walker et al., 1993) จึงทำให้ผู้บริหารที่มุ่งหวังผลงานระยะสั้นขาดแรงจูงใจ ขาดความมุ่งมั่น และการสนับสนุนอย่างจริงจังจากผู้นำองค์กรในการส่งเสริมกิจกรรมของ TQM

**4. โครงสร้างและพื้นฐานขององค์กร (Organization Structure and Infrastructure)** หมายถึง หน่วยงานในองค์กรที่มีส่วนในกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพ เช่น คณะทำงานประสานงาน กลุ่มทำงาน และระบบการรายงาน ระบบข้อมูลสารสนเทศ และการกระจายความรับผิดชอบ

ปัญหาในการนำกระบวนการคุณภาพสู่การปฏิบัติอาจเกิดจากการวางโครงสร้างองค์กรไม่เหมาะสม การจัดโครงสร้างของโรงพยาบาลเป็นขั้นๆ แบบระบบราชการ (hierachical structure) ตามอำนาจหน้าที่และอาวุโส อาจทำให้บุคลากรที่ทำงานขาดความเชื่อมั่นและเชื่อถือในความรู้และความสามารถของคนอื่นๆ โดยเฉพาะของคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในระดับล่าง และส่งผลในทางลบต่อความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามความขัดแย้งในองค์กรมักมาจากการจัดสรรทรัพยากรที่จำกัดระหว่างหน่วยงานมากกว่าความขัดแย้งระหว่างสายงานจริงๆ (Wakefield and Wakefield, 1993)

Motwani และคณะ (1996) ได้วิเคราะห์กรณีศึกษาของโรงพยาบาลหลายแห่ง และเสนอรูปแบบขั้นตอนการนำแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพมาเริ่มใช้ในองค์กรทางสุขภาพไว้เป็น 5 ระยะ (phases) ดังนี้ คือ

- **ระยะที่ 1** เป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจของผู้บริหารระดับสูงขององค์กร อย่างลึกซึ้งว่า อะไรคือแนวคิดและหลักการ การพัฒนาคุณภาพมีความสำคัญอย่างไรต่อองค์กร และจะทำให้สำเร็จได้อย่างไร การพัฒนาคุณภาพ จะมีโอกาสสำเร็จได้มากที่สุดก็ต่อเมื่อได้ผู้นำที่มีความมุ่งมั่นในการปรับปรุงคุณภาพ
- **ระยะที่ 2** เป็นการวางวิสัยทัศน์และเป้าหมายรวมทั้งวางแผนการปฏิบัติ ศึกษาองค์กรโดยมีการประเมินผลงานและความพยายามในการจัดการ คุณภาพบริการ ทั้งในอดีตและในปัจจุบัน เพื่อการวางกลยุทธ์ที่เหมาะสม สำหรับอนาคตและปรับวัฒนธรรมองค์กรให้พร้อมสำหรับการนำกระบวนการ พัฒนาคุณภาพมาใช้ โดยการอบรมบุคลากรในตำแหน่งสำคัญๆ ในองค์กร และสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน ให้การอบรมแก่ผู้บริหารระดับต่างๆ ในเรื่อง เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและทักษะพื้นฐานของการจัดการ สร้าง วัฒนธรรมการทำงานเป็นทีมและทำให้บุคลากรเห็นว่าการปรับปรุง คุณภาพไม่ใช่งานพิเศษอะไรแต่เป็นสิ่งที่ทุกคนในองค์กรพึงปฏิบัติเป็น ประจำอยู่แล้ว มีการสร้างแนวร่วมในกลุ่มผู้เห็นด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งใน กลุ่มแพทย์ และทำโครงการตัวอย่างที่แสดงถึงความสำเร็จเพื่อขยายงานให้ กว้างขวางในระยะต่อไป
- **ระยะที่ 3** เป็นการวางพื้นฐานเตรียมงาน ได้แก่ การวางเป้าประสงค์ การให้การ อบรมแก่บุคลากรทุกคนให้มีทักษะและความพร้อมในการทำงานเป็นกลุ่ม ในกระบวนการแก้ปัญหาและการใช้สถิติอย่างง่าย มีการสำรวจความ ต้องการของลูกค้าทั้งภายนอกและภายในองค์กร การวางโครงสร้างองค์กร และทีมงานที่จะรับผิดชอบในการประสานงานและปฏิบัติ รวมทั้งการทำ benchmarking หาตัววัดหรือตัวบ่งชี้ปัญหาและความสำเร็จ รวมถึงสร้าง ระบบข้อมูลสารสนเทศที่ใช้งานได้ง่ายและเชื่อมโยงกัน ทั้งนี้การวิเคราะห์ ปัญหาและตัดสินใจโดยอาศัยข้อมูลที่แท้จริงจะช่วยป้องกันความขัดแย้ง ภายในได้
- **ระยะที่ 4** เป็นการลงมือปฏิบัติตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่วางแผนไว้ มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ให้การรับรู้และให้รางวัลในความสำเร็จ ในการปรับปรุงคุณภาพ บทบาทของผู้บริหารในการสร้างความเปลี่ยนแปลง

แก่องค์กรครั้งนี้อยู่ในฐานะเสมือนเป็นผู้อำนวยการวงซิมโฟนี (symphony conductor) เป็นตัวอย่างในการปฏิบัติ รับผิดชอบการบริหารการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมองค์กร ให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร มุ่งเน้นเป้าหมายของทีม งานปรับปรุงคุณภาพให้อยู่ที่การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ อาศัย ข้อมูลในการตัดสินใจที่ไม่จำเป็นและความซ้ำซ้อนออกไป การประเมินผลงาน ของผู้ได้บังคับบัญชา ควรเน้นผลงานของกลุ่มและในแง่ภาพรวมขององค์กร และมีการให้รางวัลทั้งผลงานส่วนบุคคลและผลงานของทีมทำงาน

- **ระยะที่ 5** เป็นการประเมินผล ซึ่งควรกระทำเป็นประจำ และนำผลที่ได้มาใช้ ในการทบทวนแก้ไขโครงการในกรณีที่ไม่สำเร็จ หรือยังพบข้อบกพร่องอยู่ สร้างให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การประเมินผลควรประเมิน ทั้งด้านประสิทธิภาพ (efficiency) และด้านประสิทธิผล (effectiveness) ซึ่ง ประกอบด้วยตัววัดทางการเงิน (financial measures) การดำเนินการ (operational measures) ทรัพยากรบุคคล (human resources measures) และการตลาด (market measures) โดยคำนึงถึงมองผลระยะยาวและปัจจัย จากภายนอกที่มีอิทธิพลด้วย

## สรุป

กระบวนการพัฒนาคุณภาพเป็นกระบวนการบริหารจัดการที่มุ่งพัฒนาการตอบสนอง ความต้องการของผู้รับผลงานขององค์กรไม่ว่าจะเป็นกระบวนการในการประกันคุณภาพ หรือปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาคุณภาพ ตั้งอยู่บนข้อตกลงที่พึงระลึกอยู่ เสมอ 4 ประการคือ

- (i) ต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความด้อยคุณภาพนั้นมากกว่าต้นทุนค่าใช้จ่ายใน การพัฒนากระบวนการผลิตให้ได้สินค้าและบริการที่มีคุณภาพสูง
- (ii) คนทำงานนั้นโดยธรรมชาติจะสนใจในคุณภาพของงานที่ทำ อยากทำงานให้ ดีและทำให้ดีขึ้น
- (iii) องค์กรเป็นระบบที่ประกอบด้วยหลายๆส่วนที่เกี่ยวข้องกันปัญหาหลักๆ ของ องค์กรจึงเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของหลายๆ ฝ่าย และ
- (iv) ความรับผิดชอบสูงสุดด้านคุณภาพอยู่ที่ผู้บริหาร การปรับปรุงคุณภาพต้อง เริ่มต้นจากความมุ่งมั่นและตั้งใจของผู้บริหารที่มีต่อคุณภาพของบริการ

การพัฒนาคุณภาพควรให้ความสำคัญทั้งกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและกระบวนการ ของการทำงาน เน้นการจัดการระบบ อยู่บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงและข้อมูล โดยให้ อำนาจแก่ผู้ปฏิบัติงาน มีการศึกษาหาข้อมูลโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ตลอดจนค้นหา

และวัดความต้องการของผู้รับผลงาน ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม รวมทั้งมีการเรียนรู้  
และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

## 3

## กลไกภายนอก เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ

### วงรอบที่สมบูรณ์ของการพัฒนาคุณภาพ

แรงจูงใจที่จะพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลมีสองประการคือ แรงจูงใจภายใน กับแรงจูงใจภายนอก

แรงจูงใจภายในของผู้บริหารได้แก่ ความต้องการให้สถานพยาบาลมีชื่อเสียง มีความอยู่รอดทางธุรกิจ แรงจูงใจของผู้ปฏิบัติงานได้แก่ ความรับผิดชอบต่อวิชาชีพของตนเอง

แรงจูงใจภายนอกเกิดจากอำนาจทางการเงิน อำนาจทางการบริหาร อำนาจทางวิชาชีพ และอำนาจการตัดสินใจให้บริการ อำนาจทางการเงินได้แก่ การที่องค์กรที่ดูแลกองทุนประกันสุขภาพ หรือสวัสดิการสุขภาพจะตั้งเงื่อนไขกับสถานพยาบาล อำนาจทางการบริหารได้แก่ การที่ส่วนราชการซึ่งดูแลการออกใบประกอบอนุญาตจะออกกฎระเบียบให้สถานพยาบาลปฏิบัติ อำนาจทางวิชาชีพได้แก่ การที่องค์กรวิชาชีพจะกำหนดแนวทางปฏิบัติให้สมาชิกขององค์กรปฏิบัติตาม รวมทั้งดูแลจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพให้อยู่ในกรอบที่เหมาะสม อำนาจการตัดสินใจให้บริการได้แก่การที่ประชาชนตัดสินใจว่าจะไปเลือกใช้บริการที่ใด หากการให้บริการนั้นทำให้สถานพยาบาลเกิดรายได้ก็จะเป็นแรงจูงใจเชิงบวกต่อการพัฒนาคุณภาพ

การจะทราบได้ว่าสถานพยาบาลจัดบริการได้อย่างมีคุณภาพหรือไม่ อาจจะประเมินหรือตรวจสอบได้ใน 3 ลักษณะ ได้แก่

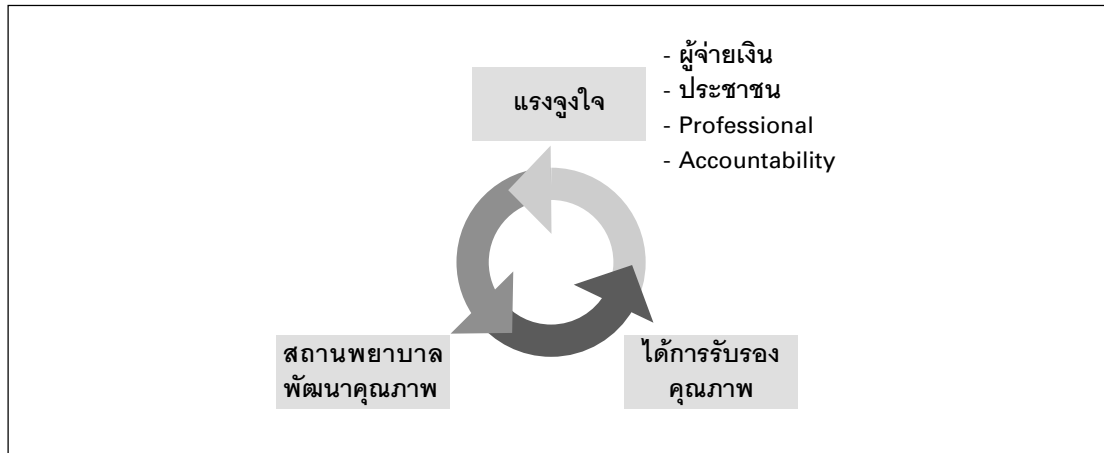
1. การประเมินภายในองค์กร (first party)
2. การประเมินโดยผู้บริโภคร (second party) และ
3. การประเมินโดยองค์กรภายนอกที่เป็นกลาง (third party)

การประเมินโดยองค์กรที่เป็นกลางนั้น ถือว่าเป็นการประเมินที่จะลดอคติของ

การประเมินโดยผู้ให้บริการ และการประเมินโดยผู้บริโภค สามารถใช้ข้อกำหนดเดียวกันอย่างกว้างขวางและลงลึกในเชิงระบบหรือเชิงเทคนิคได้

หากสามารถเชื่อมโยงผลของการประเมินโดยองค์กรที่เป็นกลางกับแรงจูงใจขององค์กรได้ ก็จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ภาพที่ 3.1 วงรอบที่สมบูรณ์ของการพัฒนาคุณภาพ



### การประเมินคุณภาพโดยองค์กรภายนอก

การประเมินคุณภาพโดยองค์กรภายนอกเป็นกลไกสำคัญในการกระตุ้นให้องค์กรต่างๆ เกิดความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพในองค์กรของตนเอง ซึ่งอาจจะแบ่งออกได้ดังนี้

1. การให้รางวัลคุณภาพ (Quality Award) เป็นการคัดเลือกองค์กรที่พัฒนาไปจนถึงระดับของความเป็นเลิศที่สามารถเป็นตัวอย่างได้ โดยทั่วไปมักจะเป็นการให้รางวัลระดับชาติ จำนวนปีละ 2-3 องค์กรในแต่ละสาขา เช่น Malcolm Baldrige National Quality Award, European Quality Award, Australian Quality Award

2. การประเมินเพื่อรับรองระบบคุณภาพโดยองค์กรที่ 3 (Third Party Audit) ให้การรับรองแก่ทุกองค์กรที่สมัครใจร้องขอ และสามารถปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ได้

2.1 ISO 9000 เป็นการรับรองที่มุ่งเน้นความสม่ำเสมอของระบบคุณภาพขององค์กร มีจุดเริ่มต้นมาจากอุตสาหกรรมการผลิต แต่พยายามนำมาปรับใช้ในลักษณะเป็นข้อกำหนดทั่วไปเพื่อให้ใช้ได้กับธุรกิจทุกประเภท

2.2 Hospital Accreditation (HA) เป็นการรับรองที่เฉพาะเจาะจงสำหรับโรงพยาบาล เดิมมีลักษณะของการตรวจสอบสูง แต่ปัจจุบันมีแนวโน้ม

เปลี่ยนไปเป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

**3. การตรวจสอบเพื่อคุ้มครองสิทธิและความปลอดภัยแก่ผู้บริโภค** เป็น การตรวจสอบโดยหน่วยงานของรัฐ มีลักษณะบังคับว่าจะต้องปฏิบัติให้ได้ เช่น การ ตรวจสอบสถานพยาบาลเอกชนของกองการประกอบโรคศิลปะ การตรวจสอบหน่วยให้ บริการทางรังสีของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ การตรวจสอบสถานพยาบาลประกัน สังคมของสำนักงานประกันสังคม

### รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (National Quality Award)

รางวัลคุณภาพแห่งชาติซึ่งเป็นที่กล่าวถึงกันมากที่สุดคือรางวัล Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) ของอเมริกา ซึ่งประเทศอื่นๆ ได้นำไปเลียนแบบตั้งเป็นรางวัลคุณภาพแห่งชาติของตน เช่น European Quality Award (EQA), Australian Quality Award (AQA) รวมทั้งในประเทศไทยด้วย

#### แนวคิดหลัก: ที่มาของการจัดตั้งรางวัล

ในต้นและกลางศตวรรษที่ 1980 ผู้นำของอุตสาหกรรมและรัฐบาลอเมริกัน เห็นว่าเรื่องคุณภาพเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้สามารถแข่งขันกับตลาดโลกได้ แต่ธุรกิจอเมริกันส่วนมากก็ยังไม่เชื่อในเรื่องคุณภาพหรือไม่รู้ว่าจะเริ่มต้นอย่างไร Baldrige Award จึงถูกสร้างขึ้นเพื่อเป็นมาตรฐานสู่ความเป็นเลิศ ซึ่งจะช่วยให้บริษัทของอเมริกันบรรลุ คุณภาพระดับโลกได้

#### เป้าหมายของ MBNQA

รางวัล MBNQA นี้มีเป้าหมายเพื่อความสามารถในการแข่งขันของสหรัฐ ส่งเสริม ความตื่นตัวด้านคุณภาพ รับรู้การบรรลุคุณภาพของบริษัทสหรัฐ และเป็นเครื่องมือใน การแลกเปลี่ยนยุทธศาสตร์ของความสำเร็จ

#### เนื้อหาหลัก

MBNQA นี้มีข้อกำหนดสำหรับการประเมิน 7 หมวด ได้แก่ การนำ การวางแผน ยุทธศาสตร์ การเน้นลูกค้าและการตลาด ระบบสารสนเทศและการวิเคราะห์ ทรัพยากร บุคคล การบริหารกระบวนการ และผลลัพธ์ทางธุรกิจ

#### กระบวนการประเมิน

กระบวนการประเมินเริ่มต้นด้วยการที่องค์กรผู้สมัครขอรับรางวัลต้องกรอกราย

ละเอียดเพื่อบอกเล่าแนวทางปฏิบัติตามเกณฑ์การประเมินแต่ละหมวดส่งให้กับ NIST ซึ่งเป็นหน่วยงานที่บริหารจัดการเรื่องนี้

จะมีการประเมินใบสมัครและข้อมูลโดยคณะกรรมการตรวจสอบอิสระ ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านคุณภาพและธุรกิจจากภาคเอกชน ผู้สมัครแต่ละรายจะได้รับรายงานสรุปเกี่ยวกับจุดแข็งและโอกาสพัฒนาในแต่ละประเด็น

ในการตรวจสอบขั้นสุดท้าย คณะกรรมการตรวจสอบจะไปเยี่ยมผู้สมัครที่ได้คะแนนสูง ในระหว่างการตรวจเยี่ยม จะมีการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน ทบทวนบันทึกและข้อมูลต่างๆ วัตถุประสงค์เพื่อยืนยันข้อมูลในใบสมัครและเพื่อตอบคำถามที่เกิดขึ้นระหว่างการทบทวนของคณะกรรมการ

ผู้ได้รับรางวัลจะต้องประกาศให้สาธารณชนทราบ และใช้รางวัลในการโฆษณาได้ การส่งเสริมให้ประชาชนและธุรกิจมีความตื่นตัวต่อการปรับปรุงคุณภาพเป็นเป้าหมายสำคัญของโปรแกรม และการโฆษณาเป็นวิธีการหนึ่งที่จะบรรลุเป้าหมายนี้

## รางวัลคุณภาพแห่งชาติของประเทศไทย

ในประเทศไทย สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) และสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ ได้ร่วมมือกันในการที่จะจัดให้มีการประกาศเกียรติคุณให้แก่บริษัทที่มีผลงานดีเด่นด้านการจัดการคุณภาพ มีการจัดตั้งกลุ่มศึกษาและคณะทำงานจัดตั้งรางวัลคุณภาพแห่งชาติขึ้น เรียกว่า Thailand Quality Award เกณฑ์การตัดสินรางวัลที่คณะกรรมการร่างไว้ อาศัยแนวทางของ MBNQA เป็นหลัก

## ระบบ ISO 9000

### แนวคิดหลัก

ก่อนปี ค.ศ. 1979 มีการกำหนดมาตรฐานระดับชาติและมาตรฐานระหว่างประเทศสำหรับระบบคุณภาพขึ้นหลากหลายเพื่อใช้ในกิจการพาณิชย์และอุตสาหกรรม แต่มาตรฐานเหล่านี้ไม่มีความสอดคล้องกันเพียงพอที่จะใช้เป็นมาตรฐานระหว่างประเทศได้ องค์การมาตรฐานระหว่างประเทศ (ISO) จึงได้จัดตั้งคณะทำงาน ISO/TC176 ขึ้นเพื่อทำหน้าที่ยกร่างมาตรฐานระบบคุณภาพในชื่ออนุกรม ISO 9000 ซึ่งเสร็จสิ้นเมื่อปี ค.ศ. 1987 และเป็นที่ยอมรับจากประเทศต่างๆ อย่างกว้างขวาง ทำให้เกิดระบบการรับรองโดยองค์กรที่ 3 ขึ้น

ISO 9000 เป็นระบบคุณภาพซึ่งพัฒนาให้ก้าวหน้าไปกว่าการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ (acceptance inspection) มาสู่ระบบประกันคุณภาพซึ่งประกอบด้วยการกำหนดมาตรฐาน

การทำงานหรือคุณลักษณะเฉพาะของผลิตภัณฑ์ การตรวจสอบสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดหรือความคาดหวัง การแก้ไขหรือป้องกันปัญหา โดยเน้นให้ครอบคลุมตลอดวงจรชีวิตของผลิตภัณฑ์ตั้งแต่เริ่มต้นจนลูกค้าได้ใช้สินค้า

ระบบประกันคุณภาพที่ดีจะเป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องไปสู่ความเป็นเลิศ และเป็นเครื่องมือที่จะดำรงไว้ซึ่งระดับคุณภาพที่พัฒนามาได้ บริษัทสามารถใช้มาตรฐานนี้เพื่อกำหนดว่าต้องมีอะไรเพื่อรักษาระบบคุณภาพตามที่กำหนดไว้ อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นหน้าที่ขององค์กรที่จะกำหนดระดับคุณภาพของตนเอง ISO 9000 เป็นการบอกว่าบริษัทได้ปฏิบัติตามระบบคุณภาพที่ตนเองกำหนดขึ้น แต่ไม่ได้บังคับว่าจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หรือมิได้บังคับว่าจะต้องมีคุณภาพในระดับใด

## เป้าหมาย

เป้าหมายของการนำ ISO 9000 อาจจะมีมุมมองที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. ในมุมมองของผู้รับผลงาน/ลูกค้า การที่มีองค์กรที่ 3 เข้ามาตรวจสอบและรับรอง ทำให้ลดความจำเป็นที่ลูกค้าจะต้องไปตรวจสอบด้วยตนเอง
2. ในมุมมองของผู้ส่งมอบหรือเจ้าของธุรกิจ เป้าหมายของการนำ ISO 9000 มาใช้ได้แก่
  - 2.1 เพื่อนำระบบบริหารคุณภาพเข้ามาปฏิบัติสำหรับเป็นพื้นฐานไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
  - 2.2 เป็นความกดดันจากผู้รับผลงาน/ลูกค้า เช่น ลูกค้าที่อยู่ในประชาคมยุโรป
  - 2.3 คู่แข่งขันประสบความสำเร็จในการขอการรับรอง ISO 9000 ทำให้ต้องการปรับปรุงภาพลักษณ์ขององค์กร
  - 2.4 เพื่อลดความเสี่ยงจากการเรียกร้องค่าเสียหาย
3. ในมุมมองของรัฐบาล เป้าหมายการนำ ISO 9000 มาใช้คือ การเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

## เนื้อหาหลัก

ข้อกำหนดตามมาตรฐาน ISO 9001 ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่กระบวนการออกแบบ กระบวนการผลิต ไปจนถึงกระบวนการบริการหลังขาย มาตรฐานซึ่งจัดทำเสร็จเมื่อปี ค.ศ. 1987 และมีการปรับปรุงเมื่อปี ค.ศ. 1994 ประกอบด้วยข้อกำหนด 20 ข้อ ประกอบด้วย ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหาร การวางระบบคุณภาพ การทบทวนข้อตกลง การควบคุมการออกแบบ การควบคุมเอกสารและข้อมูล การจัดซื้อ การควบคุมสิ่งที่

ลูกค้านำมา การขึ้นงผลผลิต การควบคุมกระบวนการ การตรวจสอบ การควบคุม เครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบ การระบุสถานะของการตรวจสอบ การควบคุมผลผลิตที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด การแก้ไขและป้องกันปัญหา การดูแลรักษาเพื่อป้องกันการเสียหายหรือเสื่อมสภาพ การเก็บรักษาสันที่กคุณภาพ การตรวจสอบภายใน การฝึกอบรม การบริการ การใช้สถิติ

เนื่องจากมีคำวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับมาตรฐาน ISO 9000 จึงได้มีการพิจารณาปรับปรุงขึ้น โดยคณะกรรมการวิชาการ ISO/TC176/SC2 ได้สรุปความต้องการของผู้ใช้และลูกค้าของ ISO 9000 ซึ่งเป็นพื้นฐานสำหรับการปรับปรุงมาตรฐานไว้ ดังนี้

- ควรสอดคล้องกับอนุกรม ISO 14000 ระบบบริหารสิ่งแวดล้อม
- ควรเน้นที่กระบวนการ
- ควรให้เลือกใช้ข้อกำหนดให้เหมาะสมกับลักษณะขององค์กร
- ครอบคลุมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ควรเข้าใจง่าย ใช้ง่าย ใช้ภาษาและศัพท์ที่ชัดเจน
- ควรช่วยให้ประเมินตนเองได้ง่ายขึ้น
- ควรเหมาะสมกับองค์กรทุกขนาด ในทุกสถานการณ์เศรษฐกิจ ข้อกำหนดที่เน้นการผลิตในโรงงานควรตัดออกไป

มาตรฐานฉบับปรับปรุงใหม่ มีกำหนดจะประกาศใช้ในปี ค.ศ. 2000 จึงเรียกว่า ISO 9000 : 2000 ซึ่งจะยุบรวม ISO 9001/2/3 เหลือเพียง ISO 9001 เท่านั้น มาตรฐานจะสอดคล้องกับวงจรการพัฒนาคุณภาพ Plan-Do-Check-Act เหมือนกับที่ใช้ใน ISO 14000 จากข้อกำหนด 20 ข้อใน ISO 9001 : 1994 จะเหลือเพียง 4 ข้อซึ่งเป็นหมวดหมู่และทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้นได้แก่ :

- **ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหาร** ได้แก่ การกำหนดนโยบายคุณภาพ, วัตถุประสงค์และการวางแผน, ระบบบริหารคุณภาพ
- **การบริหารทรัพยากร** ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล, สารสนเทศ, โครงสร้างพื้นฐาน, สิ่งแวดล้อมในการทำงาน
- **การบริหารกระบวนการ** ได้แก่ การสร้างความมั่นใจว่าผลผลิตและบริการสอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า (ข้อกำหนดที่เน้นการผลิตในโรงงานอยู่ภายใต้หมวดนี้ และอนุญาตให้พิจารณาไม่นำมาใช้ได้หากไม่มีที่ใช้และไม่ส่งผลต่อคุณภาพที่ลูกค้าต้องการ)
- **การวัด วิเคราะห์ แก้ไข ป้องกัน และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง**

สิ่งที่เพิ่มเติมขึ้นมาได้แก่ การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง, ความสัมพันธ์กับลูกค้า และการบริหารทรัพยากร. มาตรฐานที่ปรับปรุงใหม่นี้มีความใกล้เคียงกับมาตรฐาน HA

มากขึ้น แต่ก็ยังไม่เน้นพฤติกรรมองค์กร อันได้แก่การทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง.

### กระบวนการตรวจสอบ

กระบวนการตรวจสอบเริ่มต้นด้วยการที่องค์กรติดต่อกับ Certification Body (CB) และให้รายละเอียดเกี่ยวกับธุรกิจที่จะขอรับรอง จากนั้น CB จะไปเยี่ยมเพื่อประเมินขั้นต้นหรือให้คำปรึกษา เมื่อ CB เห็นว่าองค์กรพร้อมก็จะเริ่มด้วยการประเมินความสมบูรณ์และความครอบคลุมของเอกสาร ให้ดำเนินการแก้ไขหากไม่เรียบร้อย ในบางครั้งอาจจะมีการทำ preaudit ซึ่ง auditor จะมุ่งเน้นที่ประเด็นสำคัญบางประเด็นที่มีโอกาสเกิดปัญหาสูง ในการ audit จะตรวจสอบหลักฐานการปฏิบัติตามข้อกำหนดของ ISO 9000 และข้อกำหนดที่องค์กรจัดทำขึ้นเป็นสำคัญ หากพบว่าสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดก็จะเขียน Corrective Action Request (CAR) เพื่อให้หน่วยงานรับไปดำเนินการแก้ไข หากพบว่ามีปัญหาความไม่สอดคล้องกับข้อกำหนดในวงกว้างหรือเป็นปัญหาเชิงระบบ (system deficiency) อาจส่งผลให้ไม่รับรองได้

## Healthcare Accreditation\* (HA)

### ความเป็นมาของกระบวนการ Healthcare Accreditation ในประเทศที่พัฒนาแล้ว

เริ่มต้นจากมาตรฐานขั้นต่ำเพื่อรับรองโรงพยาบาลที่จะให้การฝึกอบรมศัลยแพทย์ของอเมริกาในปี ค.ศ. 1919 พัฒนามาสู่การจัดตั้ง Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ในปี ค.ศ. 1951 ซึ่งมีวิวัฒนาการจากการตรวจสอบมาตรฐานด้านโครงสร้างและกระบวนการ มาสู่ความพยายามที่จะวัดผลลัพธ์ของการให้บริการ ทำให้เกิดกระบวนการประกันคุณภาพขึ้น แต่กระบวนการประกันคุณภาพก็ยังมีจุดอ่อนที่เป็นการสร้างความรู้สึกลบแก่ผู้ประกอบการวิชาชีพ และยอมรับสภาพปัญหาได้ทีละระดับหนึ่ง ไม่สร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติได้ดีกว่าค่าเฉลี่ย ในช่วง ปี ค.ศ. 1991-1992 ซึ่งได้มีการนำแนวคิด TQM/COI เข้ามาปฏิบัติในโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งในอเมริกาและแคนาดาจึงได้เกิดการผลักดันให้นำเอาแนวคิดนี้เข้ามาเป็นหลักในกระบวนการ Healthcare Accreditation

\* มีความหมายกว้างกว่า Hospital Accreditation โดยครอบคลุมทั้ง primary care และ long term care ส่วนในประเทศไทย การนำแนวคิด Accreditation มาใช้ยังอยู่ในระดับโรงพยาบาลเท่านั้น

## แนวคิดของกระบวนการ Healthcare Accreditation ในปัจจุบัน

ประเทศต่างๆ ที่มีกระบวนการ Healthcare Accreditation เช่น อเมริกา แคนาดา ออสเตรเลีย ได้มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดไปในทิศทางเดียวกัน และต่างก็เรียนรู้จากกันและกัน

แนวคิดหลักของกระบวนการ Accreditation ในปัจจุบัน ได้แก่

1. การมีจุดเน้นและวิธีการทำงานที่แตกต่างจากหน่วยงานอื่นที่รับผิดชอบอยู่แล้วอย่างชัดเจน
2. การนำหลักการ quality improvement มาใช้เป็นกลยุทธ์สู่ความเป็นเลิศ ซึ่งจะเน้นการทำงานเป็นทีม การพัฒนากระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องโดยใช้ข้อมูลและความคิดสร้างสรรค์ การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง รวมทั้งการนำความรู้ที่ทันสมัยมาเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย
3. การให้คุณค่ากับการประเมินตนเอง และใช้ผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก ซึ่งในแคนาดาและออสเตรเลียใช้ผู้บริหารที่ทำงานอยู่ในสถานพยาบาลอื่น
4. เป็นกระบวนการเรียนรู้มิใช่การตรวจสอบ ผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกทำหน้าที่ยืนยันผลการประเมินตนเอง และกระตุ้นให้มองเห็นโอกาสพัฒนาใหม่ๆ
5. มีการเปลี่ยนแปลงจุดเน้นจากโครงสร้างมาสู่กระบวนการและผลลัพธ์
6. มาตรฐานเปลี่ยนจากลักษณะของการกำหนดวิธีทำงานให้ปฏิบัติ มาสู่การกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและเปิดโอกาสให้โรงพยาบาลคิดหาวิธีการของตนเองได้
7. เน้นที่การทำงานเป็นทีมเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าการประเมินเฉพาะหน่วยหรือเฉพาะสาขาวิชาชีพ
8. กระบวนการ Accreditation เป็นเพียงการประเมิน ณ จุดหนึ่งของเวลาเท่านั้น แต่ช่วยกระตุ้นให้เกิดการทำงานเป็นทีม และการปรับปรุงทั่วทั้งองค์กร

สำหรับประเทศไทยได้นำแนวคิด Accreditation มาใช้กับสถานพยาบาลระดับโรงพยาบาลก่อนในลักษณะของงานวิจัยและพัฒนา โดยเริ่มจากการจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2538-2539 และนำไปทดลองปฏิบัติในโรงพยาบาลนำร่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา

## เป้าหมาย

เป้าหมายของ HA คือ การกระตุ้นให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาระบบงานการดูแลผู้ป่วยและระบบงานทั่วไปทั้งหมดอย่างมีทิศทาง ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพบริการที่ดีขึ้น สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่น่าทำงาน การเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และความอยู่รอด

ของโรงพยาบาล

## เนื้อหาสำคัญของมาตรฐาน HA

มาตรฐานของ JCAHO ว่าด้วยโรงพยาบาลแบ่งเป็น 3 ส่วน 15 บท ดังนี้

ส่วนที่ 1 Patient-Focused Function ได้แก่ สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร, การประเมินผู้ป่วย, การดูแลผู้ป่วย, การให้ความรู้, การดูแลต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 Organization-Focused Function ได้แก่ การปรับปรุงสมรรถนะองค์กร (การพัฒนาคุณภาพ), การนำ, การบริหารสิ่งแวดล้อม, การบริหารทรัพยากรบุคคล, การบริหารสารสนเทศ, การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ

ส่วนที่ 3 Structures with Function ได้แก่ ธรรมาภิบาล (governance), การบริหาร, คณะแพทย์, การพยาบาล

มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกฤษฎาภิเษกของประเทศไทย ได้กำหนดมาตรฐานไว้เป็น 5 ตอน ได้แก่ การนำขององค์กร, มาตรฐานร่วม, การบริหารระดับองค์กร, บริการทางคลินิก และบริการสนับสนุนอื่นๆ ซึ่งต่อมาได้บูรณาการเป็น 6 หมวด 20 บท ดังนี้

หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ การนำองค์กร และทิศทางนโยบาย

หมวดที่ 2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ได้แก่ การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ, ทรัพยากรบุคคล, สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย, เครื่องมือ, ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล

หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ ได้แก่ กระบวนการคุณภาพทั่วไป, กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ, การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

หมวดที่ 4 การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ได้แก่ องค์กรแพทย์ และการบริหารการพยาบาล

หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

หมวดที่ 6 การดูแลรักษาผู้ป่วย ได้แก่ การทำงานเป็นทีม, การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว, การประเมินและวางแผนดูแลรักษา, กระบวนการให้บริการ/ดูแลผู้ป่วย, การบันทึกข้อมูล, การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

## กระบวนการเยี่ยมสำรวจ (Survey Process)

ก่อนที่จะมีการเยี่ยมสำรวจทางโรงพยาบาลจะต้องประเมินตนเองตามแบบฟอร์ม ซึ่งมีทั้งระดับการปฏิบัติ และรายละเอียดวิธีการปฏิบัติในเรื่องต่างๆ การประเมินตนเองนี้จะทำให้โรงพยาบาลเห็นจุดแข็งและจุดอ่อนของตนเอง และดำเนินการพัฒนาไปตาม

### ความเหมาะสม

กระบวนการเยี่ยมสำรวจของ HA ถือว่าเป็นกระบวนการเรียนรู้มากกว่าการตรวจสอบ เป้าหมายของการไปเยี่ยมของผู้เยี่ยมสำรวจคือเพื่อยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และที่สำคัญกว่านั้นคือการกระตุ้นให้โรงพยาบาลเห็นโอกาสพัฒนาใหม่ๆ เพิ่มขึ้น

ข้อมูลจากการเยี่ยมสำรวจจะถูกนำเสนอให้คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตัดสินใจให้การรับรอง

## การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลเอกชน

### แนวคิด

กองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพบริการในสถานพยาบาลประเภทที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนให้มีมาตรฐาน การบริการในสถานพยาบาลภาคเอกชนมีความหลากหลายและแตกต่างกัน ตามขีดความสามารถ การส่งเสริมพัฒนาจึงต้องมีการกำหนดมาตรฐานบริการขั้นพื้นฐานไว้เพื่อให้โรงพยาบาลมีทิศทางในการจัดบริการที่เหมาะสม ประกอบกับ พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 กำหนดไว้ว่าผู้อนุญาตจะต้องจัดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจลักษณะสถานพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

### เป้าหมาย

เพื่อเป็นเครื่องมือในการควบคุมกำกับการพัฒนาคุณภาพเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับการบริการที่ดีและปลอดภัย

### เนื้อหาสำคัญ

ประกอบด้วยแนวทางการพัฒนาคุณภาพในด้านโครงสร้าง, เวชกรรม, ทันตกรรม, เภสัชกรรม, พยาบาล, เทคนิคการแพทย์, กายภาพบำบัด และรังสีวิทยา โดยการจัดทำนี้ได้รับความร่วมมือจากส่วนราชการและองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

### กระบวนการ

คณะกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัดจะแต่งตั้งคณะทำงานตรวจประเมินซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นหัวหน้ากลุ่มงานหรือผู้แทนในโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ผู้ประเมินจะทำหน้าที่เป็นผู้แทนของภาครัฐในการคุ้มครองผู้บริโภค ส่งเสริมการพัฒนา

คุณภาพบริการให้ได้มาตรฐานเพื่อป้องกันปัญหาที่เกิดจากความเสี่ยงของบริการที่ด้อยมาตรฐาน และประสานงานเพื่อให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในพื้นที่ เมื่อประเมินแล้วจะสรุปผลให้โรงพยาบาลรับทราบข้อดีและข้อเสนอแนะที่ควรปรับปรุงแก้ไข

## การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลประกันสังคม

### แนวคิด

สำนักงานประกันสังคมมีพันธกิจที่จะ “ให้บริการทางด้านประกันสังคมที่มีคุณภาพ สูงแก่สมาชิกและครอบครัว ซึ่งจะก่อประโยชน์ต่อประเทศและสังคมโดยรวม” การจัดให้ ผู้ประกันตนได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเป็นบทบาทที่สำคัญอันหนึ่งของ สำนักงานประกันสังคม โดยอาศัยกลไกการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ

ที่ผ่านมาสถานพยาบาลประกันสังคมมีปัญหาด้านคุณภาพในหลายระดับ เช่น ความไม่เหมาะสมและไม่เพียงพอของทรัพยากร (อาคาร เครื่องมือ กำลังคน) ประสิทธิภาพที่ อ่อนด้อยในโรงพยาบาลที่เพิ่งเริ่มต้นเปิดดำเนินการ การดูแลผู้ป่วยที่ต่ำกว่ามาตรฐาน การไม่คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามที่ควรจะเป็น

### เป้าหมาย

คณะกรรมการการแพทย์ ของสำนักงานประกันสังคม ได้มีนโยบายที่จะให้สถานพยาบาลประกันสังคมทุกแห่งสร้างระบบบริหารคุณภาพเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้สมบุรณ์ภายใน พ.ศ. 2545

### เนื้อหาสำคัญ

เพื่อความสะดวกและประหยัดในการสร้างระบบบริหารพัฒนาคุณภาพของสถานพยาบาลประกันสังคม จึงได้กำหนดประเด็นสำคัญที่มุ่งเน้นในแต่ละปีตามลำดับความสำคัญและความยากง่ายในการพัฒนาดังนี้

ปี 2543 ประเด็นที่มุ่งเน้น ได้แก่ เวชระเบียน, สิทธิผู้ป่วย, ระบบคำร้องเรียนของผู้ป่วยรวมทั้งการแก้ไขและป้องกันปัญหา, การป้องกันความเสี่ยง

ปี 2544 ประเด็นที่มุ่งเน้น ได้แก่ แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย, การทบทวนโดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ, การจัดระบบคู่มือการปฏิบัติงาน

ปี 2545 ประเด็นที่เหลือในมาตรฐาน Hospital Accreditation (HA)

## กระบวนการ

โดยสำนักงานประกันสังคมจะประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแนวทางการพัฒนาประเด็นที่มุ่งเน้นต่างๆ จัดฝึกอบรมให้กับผู้แทนของโรงพยาบาล เยี่ยมโรงพยาบาลเพื่อติดตามความก้าวหน้า รับทราบปัญหา และให้คำแนะนำ

## บทบาทขององค์กรวิชาชีพและกระทรวงสาธารณสุข

### แนวคิด

บริการสุขภาพเป็นงานที่ต้องใช้ความรู้ทางวิชาการและเทคโนโลยีสูงซึ่งความรู้และเทคโนโลยีเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา จำเป็นต้องติดตามความก้าวหน้า มีการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

### เนื้อหาสำคัญ

เป็นมาตรฐานหรือแนวทางการปฏิบัติงานของผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆ ซึ่งมีทั้งมาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพในภาพรวม แนวทางการดูแลผู้ป่วยเฉพาะสำหรับกรณีต่างๆ สิทธิผู้ป่วย และข้อกำหนดทางเทคนิคที่โรงพยาบาลควรจะยึดเป็นหลักปฏิบัติ

## กระบวนการ

องค์กรวิชาชีพและหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขจะเป็นผู้จัดทำมาตรฐานหรือแนวทางการปฏิบัติงานและเผยแพร่ให้ผู้ประกอบวิชาชีพในสาขานั้นๆ นำไปปฏิบัติ เช่น แพทยสภา ราชวิทยาลัยต่างๆ สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล สมาคมเทคนิคการแพทย์ สมาคมกายภาพบำบัด เป็นต้น

หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขอาจจะมีบทบาทในการกำหนดกลยุทธ์สำหรับการพัฒนาและสนับสนุนการพัฒนา เช่น กองโรงพยาบาลภูมิภาค กองการพยาบาล หรือมีบทบาทในการตรวจประเมิน เช่น สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการและกองป้องกันอันตรายจากรังสี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

## โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

### แนวคิด

แนวคิดซ่อมสุขภาพซึ่งส่งผลให้สามารถรักษาโรคภัยไข้เจ็บได้มีประสิทธิภาพและประชากรโลกมีชีวิตยืนยาวขึ้น ไม่สามารถส่งผลให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ จึงเกิด

กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ขึ้น โดยยึดหลักว่าสุขภาพเป็นเรื่องของ well-being ในทุกมิติ ทั้งร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ มิใช่เรื่องของความไม่เจ็บป่วยเท่านั้น โรงพยาบาลซึ่งเดิมทำหน้าที่ซ่อมสุขภาพจนเป็นที่ยอมรับของประชาชน จึงควรปรับบทบาทมาเป็นแกนนำในการสร้างเสริมสุขภาพ

## เป้าหมาย

โรงพยาบาลปรับบทบาทให้สมดุล กล่าวคือ บทบาทในการซ่อมสุขภาพก็ยังคงต้องพัฒนาให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้นขณะเดียวกันเพิ่มบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพโดยทำให้โรงพยาบาลเป็นตัวอย่างของ สถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (healthy workplace) และตัวอย่างของพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลกับการดูแลในชุมชน และการดำเนินการเชิงรุกในชุมชน

## เนื้อหาสำคัญ

เนื้อหาสำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพมี 4 ส่วน ได้แก่

1. เป้าหมายที่ผู้ป่วย (การให้บริการที่มีคุณภาพ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่มีความต้องการเฉพาะ ตระหนักในความต้องการที่แตกต่างกัน สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วย)
2. เป้าหมายที่เจ้าหน้าที่ (การมีสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี การฝึกอบรมทักษะของเจ้าหน้าที่)
3. เป้าหมายที่องค์กร (การมุ่งเป้าหมายที่สุขภาพเชิงบวก ความตระหนักในผลกระทบของโรงพยาบาล การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย)
4. เป้าหมายที่ชุมชน (ส่งเสริมความร่วมมือกับชุมชนและบริการที่มีอยู่แล้ว จัดทำและใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ) ซึ่งเป้าหมาย 3 ส่วนแรกนั้นเป็นส่วนที่สอดคล้องและครอบคลุมด้วยมาตรฐาน HA อยู่แล้ว

## ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลของประเทศไทย

หากจะสรุปภาพรวมของการพัฒนาคุณภาพในประเทศไทย อาจจะแบ่งกลุ่มออกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. การวางระบบหรือองค์ประกอบพื้นฐานในการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ การจัดระบบคุณภาพ (ISO 9000), การคุ้มครองผู้บริโภค (โดยกองการประกอบโรคศิลปะและสำนักงานประกันสังคม), การสร้างแนวทางปฏิบัติสำหรับวิชาชีพ (โดยองค์วิชาชีพและหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง)

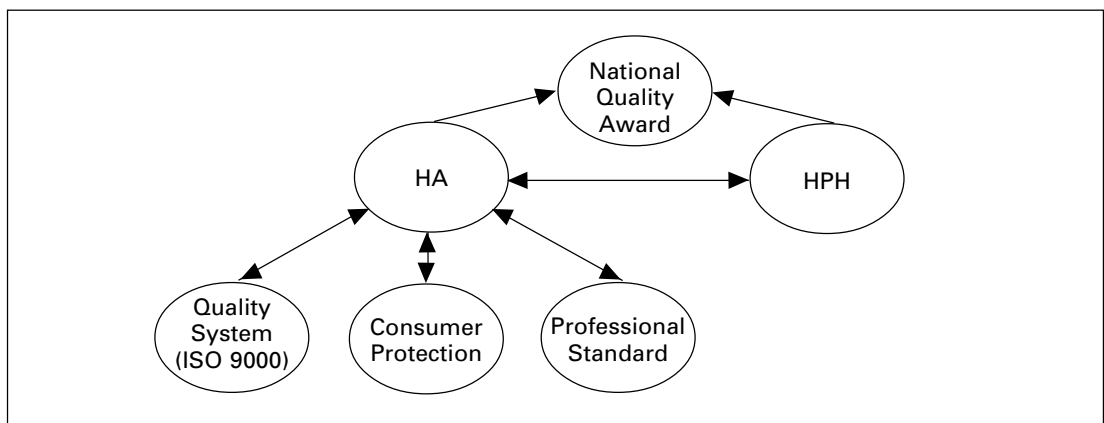
2. การเชื่อมต่อความพยายามในแต่ละองค์ประกอบเข้าด้วยกันโดยเน้นคุณค่าสำคัญที่ผู้ป่วยจะได้รับ ได้แก่ Hospital Accreditation (HA) และ Health Promoting Hospital (HPH)

3. การให้รางวัลแก่องค์กรที่มีความเป็นเลิศเพื่อเป็นตัวอย่างแก่องค์กรอื่นๆ ได้แก่ รางวัลคุณภาพแห่งชาติ

ความพยายามทั้งหมดนี้ล้วนสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน และเกื้อหนุนซึ่งกันและกัน ทิศทางหรือเป้าหมายหลักก็คือการที่ประชาชนจะได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ คุณภาพในที่นี้ไม่ได้หมายความว่าดี เพียงความพึงพอใจของผู้รับบริการ แต่หมายความว่าครอบคลุมไปถึงการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทั้งที่แสดงออก (explicit need) และที่ไม่แสดงออก (implicit need) การมองผู้ป่วยแบบองค์รวมให้เห็นภูมิหลังของผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การใช้ความรู้และมาตรฐานวิชาชีพเพื่อแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย และความตระหนักในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

สถานพยาบาลอาจจะเริ่มเข้าสู่กระบวนการพัฒนาในลักษณะบูรณาการ คือ HA หรือ HPH ควบคู่ไปกับการวางระบบหรือองค์ประกอบพื้นฐาน หรืออาจจะเริ่มจากการพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบเสียก่อนก็ได้ (ภาพที่ 3.2) แต่ที่สำคัญก็คือหากเริ่มด้วยการพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบ จะต้องมีความหมายไกลไปถึงการเชื่อมโยงองค์ประกอบดังกล่าวเข้าด้วยกันเพื่อเป้าหมายคุณภาพในความหมายที่ลึกซึ้งดังที่กล่าวมาแล้ว (ภาพที่ 3.3)

ภาพที่ 3.2 ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพในรูปแบบต่างๆ



ภาพที่ 3.3 แสดงการเชื่อมโยงความพยายามทั้งหมดเข้าด้วยกัน



## 4

## ข้อเสนอสู่การจัดระบบและกลไก ในการพัฒนาคุณภาพ

### ปรัชญาพื้นฐาน

ในการจัดระบบและกลไกเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพนั้น ควรมีพื้นฐานอยู่บนปรัชญาต่อไปนี้

1. **มุ่งสู่คุณภาพของระบบบริการสุขภาพในระดับที่ลึกซึ้งที่สุด** นั่นคือครอบคลุมการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทั้งที่แสดงออก (explicit need) และที่ไม่แสดงออก (implicit need) การมองผู้ป่วยแบบองค์รวมให้เห็นภูมิหลังของผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย การใช้ความรู้และมาตรฐานวิชาชีพเพื่อแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย และความตระหนักในสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

2. **สอดคล้องกับลักษณะของสังคมไทยและความตึงตัวของวัฒนธรรมไทย** ได้แก่ การเสริมสร้างศรัทธาของประชาชนต่อโรงพยาบาลและบริการทางการแพทย์ ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ บนฐานของความมีเมตตา กรุณา และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

3. **เป็นกระบวนการเรียนรู้มากกว่าการตรวจสอบ** กระบวนการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้จากการประเมินและพัฒนาตนเองในทุกระดับขององค์กร ตามกรอบข้อกำหนดกลางที่มีอยู่ โดยถือว่าหลักไมล์ของความสำเร็จที่องค์กรภายนอกยอมรับเป็นผลพลอยได้ของความร่วมมือในการจัดบริการที่มีคุณภาพ

4. **เป็นกลไกที่สามารถพึ่งตนเองได้และสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ให้เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง** การทำงานในลักษณะของอาสาสมัครและกัลยาณมิตรเป็นวัฒนธรรมดั้งเดิมของสังคมไทย ซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมสากลดังที่ประเทศแคนาดาและออสเตรเลียใช้อยู่ การที่ผู้บริหารโรงพยาบาลซึ่งได้รับการฝึกอบรมอย่างดีมาร่วมเป็น ผู้เยี่ยมสำรวจ จะก่อให้เกิดประโยชน์ทวีคูณ คือประโยชน์ที่ผู้เยี่ยมสำรวจจะเข้าใจระบบ

งานของโรงพยาบาลอย่างลึกซึ้ง และประโยชน์ที่ผู้เยี่ยมสำรวจจะนำประสบการณ์และข้อคิดเห็นที่เกิดขึ้นไปปรับปรุงองค์กรของตนเอง ระบบอาสาสมัครเช่นนี้จะทำให้ค่าใช้จ่ายของกลไกในภาพรวมทั้งหมดลดต่ำลงอย่างมาก

**5. เป็นกลไกที่มีความเป็นกลางเป็นที่น่าเชื่อถือและศรัทธาของประชาชน**  
กลไกที่เป็นกลางควรเป็นองค์กรของรัฐที่เป็นอิสระ มีระบบบริหารที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ กลไกนี้จะต้องสร้างความสมดุลระหว่างการกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาและผลลัพธ์คุณภาพที่ยอมรับได้ หากมุ่งเน้นไปในด้านใดด้านหนึ่งมากเกินไป จะก่อให้เกิดความเสียหายแก่อีกด้านหนึ่งได้

**6. เป็นกลไกในระดับชาติที่สร้างความเท่าเทียมแก่ประชาชนทุกกลุ่ม ขณะเดียวกันสามารถรองรับกับความหลากหลายของระบบบริการได้** ความหลากหลายของระบบบริการอาจเกิดจากพื้นที่ที่ต่างกัน ขนาด ศักยภาพ ชีตความสามารถ และประเภทหรือสังกัดของสถานพยาบาลที่ต่างกัน การเปรียบเทียบหรือ benchmarking อาจจะช่วยกระตุ้นการพัฒนาสถานพยาบาลแต่ละแห่ง แต่ข้อกำหนดกลางที่จะใช้เป็นกรอบในการประเมินและพัฒนาของระบบรวมทั้งหมดควรมีความใกล้เคียงกัน โดยกำหนดแนวทางกว้างๆ และยืดหยุ่นเพียงพอที่จะให้มีการปรับใช้ในสถานการณ์ต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากระบบบริการสุขภาพจะไปอยู่ภายใต้การปกครองท้องถิ่น ยิ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีกลไกกลางระดับชาติที่เข้มแข็ง

## ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพที่ควรพิจารณา

### 1. ปัจจัยในระบบใหญ่

ปัจจัยสำคัญในระบบใหญ่ที่มีผลต่อคุณภาพขององค์กรได้แก่ การได้มาซึ่งผู้บริหาร, รายได้ของโรงพยาบาลรวมทั้งแรงจูงใจอื่นๆ, กฎระเบียบที่มีผลต่อประสิทธิภาพขององค์กร

#### 1.1 การได้มาซึ่งผู้บริหาร

ผู้บริหารเป็นปัจจัยสำคัญที่จะขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในองค์กร การคัดเลือกผู้บริหารที่ดี และระบบประเมินผู้บริหารโดยอาศัย performance ซึ่งเน้นผลลัพธ์ในการให้บริการที่มีคุณภาพน่าจะเป็นกลไกสำคัญที่ส่งผลกระทบอย่างใหญ่หลวงต่อการพัฒนาคุณภาพขององค์กร

#### 1.2 รายได้และแรงจูงใจ

ระบบการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลย่อมจะเป็นแรงจูงใจสำคัญที่จะชี้นำ performance ของโรงพยาบาล การจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลของรัฐให้เพียงพอตามภารกิจที่ได้รับ

มอบหมาย (การรักษาพยาบาลโดยไม่คิดมูลค่า) เป็นมาตรการพื้นฐานที่จะทำให้โรงพยาบาลอยู่รอดได้ เงื่อนไขการจ่ายเงินแก่โรงพยาบาลของรัฐในปัจจุบันยังไม่ส่งเสริมให้โรงพยาบาลทำดี, โรงพยาบาลที่ทำดีมากยังมีผู้ป่วยมารับบริการมาก และต้องให้บริการโดยไม่คิดมูลค่าเพิ่มขึ้นตามไปด้วย ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนหนึ่งไม่มีบัตรสวัสดิการผู้มีรายได้น้อย โรงพยาบาลจึงไม่ได้รับการจ่ายเงินชดเชยอย่างเหมาะสม และต้องนำรายได้จากส่วนอื่นมาชดเชย, นับว่าเป็นการลงโทษผู้ที่พยายามทำดี

หากระบบการจ่ายเงินตามภารกิจของการให้บริการโดยไม่คิดมูลค่าเป็นไปอย่างเหมาะสมแล้ว ย่อมสามารถพัฒนาไปสู่การจ่ายเงินซึ่งจูงใจให้เกิดการจัดบริการที่มีคุณภาพได้ต่อไป, นั่นคือการใช้คุณภาพเป็นเงื่อนไขในการจ่ายเงินระดับที่สูงขึ้น หน่วยงานที่เป็นผู้ดูแลระบบการคลังรวมหมู่ (collective financing) เช่น กระทรวงการคลัง, สำนักงานประกันสังคม, สำนักงานประกันสุขภาพ, บริษัทประกันสุขภาพ จะมีบทบาทสำคัญในการสร้างแรงจูงใจนี้แรงจูงใจนี้สามารถใช้ได้กับทั้งโรงพยาบาลรัฐและโรงพยาบาลเอกชน

### 1.3 กฎระเบียบที่มีผลต่อประสิทธิภาพขององค์กร

ในภาครัฐ กฎระเบียบที่จะมีผลต่อประสิทธิภาพขององค์กรคือ กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการบริหารพัสดุ, การเงิน, และบุคลากร ระเบียบการเงินและพัสดุซึ่งมุ่งป้องกันการทุจริตมากเกินไปนำมาซึ่งการได้ของใช้ที่ราคาไม่สมกับราคาหรืออายุใช้งานสั้นเกินกว่าที่ควร การจำกัดกำลังคนของภาครัฐทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องรับภาระงานเกินกว่าที่จะให้บริการอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

กลไกที่เหมาะสมคือ การปล่อยให้ไปตามธรรมชาติ เมื่อมีผู้ป่วยมากขึ้นก็ควรมีรายได้มากขึ้นตาม และควรนำรายได้นั้นมาใช้ในการจัดหาทรัพยากรให้เพียงพอ กับปริมาณบริการ การที่รัฐเข้าควบคุมโดยไม่ตระหนักข้อเท็จจริงเหล่านี้ทำให้สถานพยาบาลของรัฐถูกมองว่าเป็นที่ให้บริการชั้นสอง ไม่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

## 2. ปัจจัยในระดับองค์กร

ปัจจัยในระดับองค์กรที่สำคัญได้แก่ วัฒนธรรม โครงสร้าง ทรัพยากร ผู้บริหาร

### 2.1 ปัจจัยด้านวัฒนธรรม

วัฒนธรรมที่จำเป็นสำหรับการพัฒนาคุณภาพได้สำเร็จได้แก่ การทำงานเป็นทีม การมีความตื่นตัวและบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การใช้ความคิดสร้างสรรค์ การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูล การเปิดโอกาสให้ทีมงานระดับล่างได้มีส่วนตัดสินใจ

วัฒนธรรมเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อมีการปรับฐานความคิดหรือกระบวนทัศน์ซึ่ง

ไม่ยึดตัวเองเป็นศูนย์กลาง แต่มุ่งเน้นผลประโยชน์ที่ผู้ป่วยและการพัฒนาศักยภาพของทีมงาน

การทำงานที่ผ่านมาเป็นการเริ่มต้นของการสร้างวัฒนธรรมใหม่ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือผู้ทำงานมีความสุขขึ้นจากวัฒนธรรมใหม่นี้ แต่ยังไม่เห็นหลักประกันว่าวัฒนธรรมนี้จะยั่งยืนอยู่ได้อย่างไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร

## 2.2 ปัจจัยด้านโครงสร้าง

โครงสร้างองค์กรโดยทั่วไปจะเน้นสายการบังคับบัญชาในแนวดิ่ง ในขณะที่การพัฒนาคุณภาพที่เน้นกระบวนการและผู้ป่วยนั้นต้องอาศัยการประสานงานในแนวราบมากกว่า การจัดโครงสร้างองค์กรเพื่อการพัฒนาคุณภาพเสริมขึ้นมาก็เพื่อให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานและระหว่างสาขาวิชาชีพต่างๆ ได้ดีขึ้น เป็นการเสริมจุดอ่อนหรือช่องโหว่ของแต่ละหน่วยงานหรือแต่ละวิชาชีพไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง โรงพยาบาลใดที่สามารถจัดให้มีโครงสร้างเสริมดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเกิดการพัฒนาอย่างรวดเร็ว โรงพยาบาลใดที่ไม่เข้าใจหรือไม่ให้ความสำคัญต่อโครงสร้างดังกล่าว จะประสบความยากลำบากในการประสานงานและสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานต่างๆ

## 2.3 ปัจจัยด้านทรัพยากร

ทรัพยากรที่เพียงพอและเหมาะสมเป็นปัจจัยพื้นฐานสำหรับการกำหนดระดับของบริการและบริการที่มีคุณภาพ แต่การมีทรัพยากรเพียงอย่างเดียวไม่ได้เป็นหลักประกันว่าจะให้บริการที่มีคุณภาพเสมอไป จำเป็นต้องอาศัยจิตวิญญาณของการทำงานที่มีคุณภาพร่วมด้วย ในทางตรงข้าม การเน้นที่ระดับทรัพยากรอาจจะเป็นข้ออ้างสำหรับโรงพยาบาลบางแห่งว่ามีทรัพยากรไม่พร้อม ไม่สามารถพัฒนาคุณภาพได้ ดังนั้นการพิจารณาเรื่องทรัพยากรจึงจำเป็นต้องมีความสมดุลระหว่างความจำเป็นที่ต้องมี กับการใช้ความขาดแคลนทรัพยากรเป็นข้ออ้างที่จะไม่พัฒนา

ทรัพยากรที่สำคัญที่สุดขององค์กรคือคน การลงทุนพัฒนาคนคือการลงทุนที่คุ้มค่า เพราะทำให้ทรัพยากรบุคคลมีคุณค่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แทนที่จะเสื่อมไปตามระยะเวลาเหมือนกับทรัพยากรประเภทอื่นๆ แต่โรงพยาบาลจำนวนหนึ่งกลับไม่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรบุคคล เห็นว่าเป็นการสิ้นเปลือง กลับไปทุ่มเทกับการซื้อเครื่องมือหรือการก่อสร้างอาคาร

ทางออกในเรื่องนี้คือการที่ผู้บริหารจะกลับมาตรวจสอบความคิดในการลงทุนเรื่องทรัพยากรเสียใหม่.

## 2.4 ปัจจัยด้านผู้บริหาร

ผู้บริหารเป็นบุคคลที่จะทำให้ปัจจัยขององค์กรที่กล่าวมาแล้วทั้ง 3 ประการนั้น

เกื้อหนุนต่อการพัฒนาคุณภาพ. ผู้บริหารที่จะนำองค์กรไปสู่ความสำเร็จคือผู้บริหารที่มีภาวะผู้นำสูง นำด้วยการทำเป็นตัวอย่าง กล้าที่จะตัดสินใจสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้น และส่งเสริมให้มีผู้นำในองค์กรเพิ่มมากขึ้น

การทำงานที่ผ่านมาทำให้ได้เห็นตัวอย่างของผู้หน้าที่เกื้อหนุนการเปลี่ยนแปลง และผู้บริหารที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง เมื่อมีตัวอย่างความสำเร็จเพิ่มมากขึ้น น่าจะได้รูปแบบของผู้หน้าที่เกื้อหนุนต่อความสำเร็จมากขึ้น และเป็นตัวเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น

### 3. ปัจจัยในระดับบุคคล

ปัจจัยในระดับบุคคลที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

#### 3.1 ปัจจัยด้านความรู้

มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานจะต้องศึกษาให้เข้าใจหลักการและปรัชญาที่อยู่เบื้องหลังแนวคิดวิธีการหรือทฤษฎีแต่ละอย่าง, นำหลักการร่วมมาสู่การปฏิบัติอย่างเป็นหนึ่งเดียวโดยการเชื่อมโยงกันอย่างกลมกลืน, มีความยืดหยุ่นพอที่จะรับการตีความหมายที่แตกต่างกันได้

#### 3.2 ปัจจัยด้านเจตคติ

เจตคติมีความสัมพันธ์กับวิธีการคิด, การแสวงหาความรู้, และการนำความรู้ที่มีอยู่ไปสู่การปฏิบัติ เจตคติที่จะส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพได้แก่ ความต้องการเป็นผู้สร้างมากกว่าที่จะเป็นแต่ผู้เสฟฝ่ายเดียว, ความเข้าใจว่ากระบวนการเรียนรู้ที่แท้จริงนั้นเกิดจากการทำงานร่วมกัน การศึกษาผลจากการปฏิบัติ และการ feed back พฤติกรรมในการทำงานร่วมกัน, การมองว่าภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดและบุคคลเท่าที่มีอยู่นั้นสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดขึ้นได้ไม่ยากและก่อให้เกิดผลดีกับทุกฝ่าย, ความเข้าใจว่าการที่มีองค์กรภายนอกเข้ามาเยี่ยมสำรวจนั้นเป็นการยืนยันการประเมินตนเองและขยายมุมมองให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

#### 3.3 ปัจจัยด้านการปฏิบัติ

การส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติจะเกิดขึ้นเมื่อไม่ต้องกลัวทำผิด, ไม่ติดกับรูปแบบ, หาวิธีการที่ใช้ศักยภาพของทุกคนได้ตลอดเวลา, ใส่จิตวิญญาณของความมุ่งมั่นและรับผิดชอบที่จะทำงานอย่างมีคุณภาพ, เปิดกว้าง ยอมรับ ให้เกียรติกันและกัน

## ข้อพิจารณาเพื่อการตัดสินใจ

### 1. แรงจูงใจ

หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องสามารถกำหนดเงื่อนไขเพื่อเป็นแรงจูงใจให้สถานพยาบาลต่างๆ มุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพ ทั้งนี้จะต้องเป็นความมุ่งมั่นร่วมกันและช่วยกันฝ่าฟันอุปสรรคให้ลุล่วงไป

ตัวอย่างเงื่อนไขที่เป็นข้อบังคับที่มีอยู่แล้วได้แก่การที่สถานพยาบาลเอกชนจะต้องปฏิบัติตามกฎกระทรวงที่ออกตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล เพื่อที่จะได้รับอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

เงื่อนไขอื่นๆ ที่สมควรพัฒนาขึ้นในอนาคตได้แก่

- ผู้จ่ายเงิน เช่น สำนักงานประกันสังคม กระทรวงการคลัง กำหนดเงื่อนไขว่าสถานพยาบาลที่จะให้บริการและได้รับเงินจากกองทุนที่ผู้จ่ายเงินดูแลอยู่จะต้องมีคุณภาพในระดับใด หรือกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาเป็นขั้นตอนอย่างชัดเจน ซึ่งในขณะนี้สำนักงานประกันสังคมได้กำหนดเป้าหมายเป็นลำดับขั้นไว้แล้ว
- กลุ่มสถาบันการศึกษาและองค์กรวิชาชีพร่วมกันกำหนดปณิธานที่จะพัฒนาโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถานที่ฝึกอบรมนักศึกษาและแพทย์ประจำบ้าน ให้เป็นต้นแบบของโรงพยาบาลคุณภาพและการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพต่างๆ

### 2. การเชื่อมโยงความพยายามในการพัฒนาคุณภาพ

ความพยายามที่หลากหลายในการพัฒนาคุณภาพมีผลดีที่ช่วยให้แต่ละองค์กรเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับองค์กรของตนไปปฏิบัติในช่วงแรก แต่อาจจะก่อให้เกิดปัญหาหากมีการยึดติดกับความสำเร็จนั้นโดยไม่พัฒนาต่อเนื่อง หรือเกิดความซ้ำซ้อนและสับสนในการทำงาน

การวิเคราะห์หลักการและรายละเอียดของแนวทางต่างๆ อย่างชัดเจนให้เห็นจุดร่วม ส่วนที่เสริมกัน และส่วนที่ขัดแย้งกัน จะช่วยลดความซ้ำซ้อนและสับสนในการนำไปปฏิบัติ และทำให้เห็นเป้าหมายในอนาคตร่วมกันได้ดีขึ้น

### 3. องค์กรรับผิดชอบ

ความเป็นไปได้ในเรื่องหน่วยงาน/องค์กรผู้รับผิดชอบมี 3 แนวทางคือ

3.1 กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนหลักจัดทำแผนงาน/โครงการระดับชาติและตั้ง

หน่วยงานที่รับผิดชอบเรื่องนี้ขึ้น ข้อดีของทางเลือกนี้คือทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีความมั่นใจว่ารัฐบาลสนับสนุนเรื่องนี้อย่างจริงจัง มีอำนาจ รับผิดชอบในการทำงาน จุดอ่อนของทางเลือกนี้คือวิธีการดำเนินงานในรูปแบบราชการอาจจะนำเอาแนวคิดของการตรวจสอบเข้ามาใช้โดยไม่รู้ตัว และผู้ให้บริการในภาคเอกชนอาจจะไม่มั่นใจว่าจะถูกตรวจสอบเมื่อไร นอกจากนั้นหากแยกเอามาตรฐานในส่วนของการคุ้มครองผู้บริโภคไปปฏิบัติในลักษณะบังคับแล้วความจำเป็นที่จะต้องใช้อำนาจของส่วนราชการจะลดลง

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

ผู้บริหารโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะให้องค์กรที่รับผิดชอบในเรื่องนี้เป็นองค์กรอิสระซึ่งรัฐบาลแต่งตั้งและมอบหมายให้มีภารกิจที่ชัดเจน แต่ไม่ต้องการให้รัฐบาลเข้ามาควบคุมองค์กรนี้หรือใช้อำนาจนี้เป็นเครื่องมือในการควบคุมภาคเอกชน

- 3.3 ให้แต่ละหน่วยงานที่มีความพร้อมพัฒนาไปตามศักยภาพที่มีอยู่ และมีการประสานกันในระดับที่เหมาะสม ข้อดีของทางเลือกนี้คือเป็นการพัฒนาไปตามธรรมชาติ มีการถ่วงดุลจุดอ่อนของหน่วยงาน/องค์กรโดยอัตโนมัติ จุดอ่อนของทางเลือกนี้คืออาจไม่ส่งผลกระทบที่ชัดเจนได้ในระยะสั้น

นอกจากนั้นประเด็นที่ต้องพิจารณาควบคู่ไปด้วยคือขอบเขตการทำงานขององค์กรที่จัดตั้งขึ้นว่าจะให้องค์กรเดียวดูแลสถานพยาบาลทุกระดับ หรือจะแยกองค์กรดูแลรับผิดชอบออกเป็นระดับโรงพยาบาลกับระดับบริการปฐมภูมิ

#### 4. ผู้เยี่ยมสำรวจ/ผู้ประเมิน

ทางเลือกที่เป็นไปได้คือ

- 4.1 ใช้ระบบผู้เชี่ยวชาญซึ่งทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจ/ผู้ประเมินซึ่งเป็นพนักงานประจำขององค์กร ข้อดีของทางเลือกนี้คือ ได้ผู้เยี่ยมสำรวจ/ผู้ประเมินที่เป็น

มีอาชีพ จุดอ่อนของทางเลือกนี้คือ องค์กรที่รับผิดชอบจะมีขนาดใหญ่โตมากและทำให้ปรับตัวได้ยาก

- 4.2 ใช้ระบบอาสาสมัครโดยฝึกอบรมผู้บริหารของสถานพยาบาลหรือผู้ประกอบการวิชาชีพที่มีอาวุโสขึ้นมาทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจ/ผู้ประเมิน ข้อดีของทางเลือกนี้คือ องค์กรที่รับผิดชอบจะมีขนาดเล็ก ค่าใช้จ่ายจะต่ำและจะยิ่งต่ำมากยิ่งขึ้นหากใช้ระบบสะสมเครดิตโดยผู้ที่มาทำหน้าที่เยี่ยมสำรวจ/ประเมินไม่ขอรับค่าตอบแทน จุดอ่อนของทางเลือกนี้คือจะต้องฝึกอบรมผู้เยี่ยมสำรวจ/ผู้ประเมินจำนวนมาก และจะต้องมีมาตรการในการรักษามาตรฐานที่ดี
- 4.3 จ้างเหมาให้บริการเอกชนเข้ามาทำหน้าที่ผู้ประเมิน ข้อดีของทางเลือกนี้คือ ได้ใช้ผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการประเมินอยู่แล้ว จุดอ่อนของทางเลือกนี้คือ มาตรฐานในการทำงานอาจจะแตกต่างกัน ค่าใช้จ่ายจะสูงมาก และหากจุดเน้นหรือปรัชญาในการเยี่ยมสำรวจอยู่ที่คุณภาพในระดับที่ลึกที่สุดแล้วผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินอาจจะทำหน้าที่ได้ไม่ดีเท่าผู้บริหารสถานพยาบาลหรือผู้ประกอบการวิชาชีพ

## 5. ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน

ทางเลือกที่เป็นไปได้ได้แก่

- 5.1 รัฐบาลเป็นผู้อุดหนุนค่าใช้จ่ายทั้งหมด
- 5.2 รัฐบาลอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารองค์กรอิสระ และค่าใช้จ่ายในการเยี่ยมสำรวจบางส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับสถานพยาบาลของรัฐที่มีขนาดเล็ก
- 5.3 รัฐบาลอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารองค์กรอิสระ และให้สถานพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการพัฒนาและเยี่ยมสำรวจทั้งหมด

## 6. กฎหมายเพื่อสนับสนุนการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วย

การทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยในรูปแบบต่างๆ เป็นกลไกสำคัญที่จะป้องกันปัญหาความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยไม่ได้เกิดขึ้นอีก การทบทวนนี้จะต้องพิจารณาข้อมูลในเชิงลึกและวิธีการใช้ดุลยพินิจของผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้หากมีการนำไปใช้ประกอบการดำเนินการทางกฎหมายแล้ว จะทำให้เกิดความหวาดกลัวในการให้ข้อมูลหรือให้ความเห็น จึงมักจะไม่ได้เกิดกิจกรรมการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยขึ้น การมีกฎหมายที่จะให้ความคุ้มครองว่าข้อมูลจากการทบทวนเหล่านี้จะไม่ถูกเรียกนำไปใช้

ประกอบกับการพิจารณาที่ดีในทางศาลดังเช่นประเทศที่พัฒนาแล้ว จะช่วยสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมการทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ด้วยความมั่นใจ

## สรุป

คุณภาพของระบบบริการสุขภาพ เป็นเรื่องที่ซับซ้อนและลึกซึ้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดูแลผู้ป่วยซึ่งจะต้องตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การใช้ดุลยพินิจของผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งมีความหลากหลายขึ้นกับความรู้ ประสบการณ์ และ ข้อมูลที่ได้รับในแต่ละขณะ ความรู้และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว การพิจารณากลไกเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพจึงต้องพิจารณาลักษณะเฉพาะเหล่านี้ควบคู่ไปกับลักษณะของสังคมไทยและปรัชญาเรื่องคุณภาพ

## เอกสารอ้างอิง

- กองการประกอบโรคศิลปะ. (2543) คู่มือแนวทางพัฒนาคุณภาพในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ ร.ส.พ.
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. (2543) รายงานการศึกษาโครงการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในโครงการ Hospital Accreditation ระยะที่ 1. กรุงเทพมหานคร.
- ภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2542) คุณภาพสู่ประชาชน. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2543) มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา: บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซร์ จำกัด.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2539) มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก, แนวทางการพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซร์ จำกัด.
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล. (2542) รายงานความก้าวหน้า “การปรับปรุงคู่มือการประเมินสถานพยาบาลประกันสังคม”. สำนักงานประกันสังคม. (เอกสารอัดสำเนา)
- อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ. (2542) เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ, คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.
- American Medical Association, Council of Medical Service. (1986) Quality of care. JAMA 256:1032-1034.
- American Heritage Dictionary Second College Edition (1976) Boston: Houghton Mifflin.
- Arndt M, Bigelow B. (1995) The implementation of total quality management in hospitals: How good is the fit? Health Care Management Review 20:7-14.

- Barber N. (1996) Quality Assessment for Healthcare : A Baldrige-Based Hand book. New York: Quality Resources.
- Babakus E, Mangold WG. (1992) Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. Health Services Research 26: 767-786.
- Berwick DM. (1989) Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. New England Journal of Medicine 320(1):53-56.
- Batalden PB, Mohr J, et al. (1995) A Conceptual Framework for Learning Continual Improvement in Health Administration Education Programs. Journal of Health Administration Education 13:67-90.
- Blumenthal D. (1996) Quality of care. New England Journal of Medicine 335(12):891-893.
- Casalou RF. (1991) Total Quality Management in Health Care. Hospital & Health Services Administration 36:134-146.
- CCHSA. (1996) A Guide to the Development and Use of Performance Indicators. Canadian Council on Health Services Accreditation.
- Cooper JC, Suver JD. (1995) The Costs of Quality. Journal of Health Administration Education 13:155-163.
- Crosby PB. (1979) Quality is Free: The Art of Making Quality Certain. New York: New American Library.
- Deming WE. (1986) Out of the Crisis. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.
- Donabedian A. (1966) Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Quarterly 44:166-203.
- Donabedian A. (1980) Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Vol .I . Ann Arbor, MI : Health Administration Press.
- Donabedian A. (1982) Explorations in quality assessment and monitoring: The Criteria and standards of quality. Vol .II. Ann Arbor, MI : Health Administration Press.
- Donabedian A. (1986) Criteria and standards for quality assessment and monitoring. Quality Review Bulletin 12:99-108.
- Donabedian A. (1988). The quality of care : How can it be assessed? JAMA 260(12): 1743-1748.
- Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley I, Delbanco TL. eds. (1993) Through the patient's

- eyes: Under standing and promoting-centered care. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gustafson DH, Hundt AS. (1995) Findings of innovation research applied to quality management principles for health care. *Health Care Management Review* 20:16-33.
- Hackman JR, Wageman R. (1995) Total Quality Management: Empirical, Conceptual, and Practical Issues. *Administrative Science Quarterly* 40:309-342.
- Jaeger BJ, Kaluzny AD, Roth A. (1993) Case Studies in Health Administration. Vol. Nine. Chicago, Illinois: Foundation of the American College of Healthcare Executives.
- JCAHO. CAMH: Comprehensive Accreditation Manual for Hospital, 1999.
- JCAHO (1999) National Library of Health Indicators (NLHI). <http://www.jcaho.org>. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, USA.
- Jun M, Peterson RT, Zsidisin GA. (1998) The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health Care Management Review* 23:81-96.
- Juran JM. (1992) Juran on Quality by Design. New York: The Free Press, Inc.
- Kritchevsky SB, Simmons BP. (1991) Continuous Quality Improvement: Concept and Applications for Physician Care. *JAMA* 266:1817-1823.
- Laffel G, Blumenthal D. (1989) The case for using industrial quality management science in health care organization. *JAMA* 262:2869-2873.
- Lohr KN. (ed) (1990) Medicare: a strategy for quality assurance. Washington, D.C.: National Academy Press.
- McLaughlin CP, Kaluzny AD. (1990) Total quality management in health: Making it work. *Health Care Management Review* 15:7-14.
- Motwani J, Sower VE, Brashier LW. (1996) Implementing TQM in the health care sector. *Health Care Management Review* 21:73-82.
- Neuhauser D. (1988) The Quality of Medical Care and the 14 Points of Edwards Deming. *Health Matrix* 6:7-10.
- Omachonu VK. (1990) Quality of care and the patient : New criteria for evaluation. *Health care Management Review*, 15:43-50.
- Palmer RH., Donabedian A, Povar GL., eds. (1991) Striving for quality in health care : an inquiry into policy and practice. Ann Arbor, Mich : Health Administration Press.
- Parasuraman A, Zeithaml RD, Berry LL. (1985) A Conceptual Model of Service Quality and

- Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing* 49:41-50.
- Plsek PE. (1995). Techniques for managing Quality. *Hospital & Health Services Administration* 40:50-79.
- Rubin HR. (1990) Can patients evaluate the quality of hospital care? *Medical Care Review* 47:267-326.
- Shortell SM, et al. (1995) Assessing the Evidence on CQI: Is the Glass Half Empty or Half Full? *Hospital & Health Services Administration* 40:4-24.
- Wakefield DS, Wakefield BJ. (1993) Overcoming the Barriers to Implementation of TQM/ CQI in Hospitals: Myths and Realities. *Quality Review Bulletin*:83-88.
- Walker GC, et al. (1993) Total quality management and quality assurance: discussing the differences. *Journal of Medical Quality* 8:161-165.
- Whetsell GW. (1991) Total quality management. *Topic in Health Care Financing* 18:12-20.
- Wolff AM. (1994) A review of methods used for medical quality assurance in hospitals: advantages and disadvantages. *Journal of Quality in Clinical Practice* 14:85-97.

## ภาคผนวก 1

# ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพ สถานพยาบาลในประเทศไทย

**พัฒนาการบริหารจัดการในโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2524** กองการพยาบาล ร่วมกับกองสาธารณสุขภูมิภาคเริ่มพัฒนาการบริหารจัดการทั่วไปและการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน

**พัฒนาระบบบริการพยาบาล พ.ศ. 2526** กองการพยาบาลเริ่มพัฒนาระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้มีระบบงานที่ชัดเจนและมีคุณภาพ

**ติดดาวโรงพยาบาล พ.ศ. 2527-2528** น.พ.บรรลุ ศิริพานิช รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้ริเริ่มให้มีโครงการประเมินขีดความสามารถของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ซึ่งเรียกกันทั่วไปว่า “โครงการติดดาวโรงพยาบาล” โดยใช้แนวคิด Hospital Accreditation ที่ท่านเคยเห็นมาจากอเมริกา จัดให้มีระบบการประเมินโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งในด้านบริหาร บริการ และวิชาการ

**พบส. พ.ศ. 2528-2529** น.พ.ชัยสิทธิ์ ธารากุล ที่ปรึกษาปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) ขึ้น โดยมีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนทุกคนไม่ว่าจะอยู่ที่แห่งหนตำบลใด สามารถเข้าถึงบริการได้ทุกระดับอย่างเท่าเทียมกัน มีการจัดเครือข่ายบริการสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จ (comprehensive health service) ในเขตหนึ่งๆ โดยให้สถานบริการระดับต่างๆ สามารถเชื่อมโยงบริการเข้าด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ, มีการกำหนดมาตรฐานสำหรับประเมินตนเอง, จุดเน้นของการประเมินคือระดับความสามารถในการให้บริการ

**การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล (Nursing Audit) พ.ศ. 2528** กองการพยาบาลจัดทำมาตรฐานระบบบริการพยาบาล และเริ่มตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล

ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในปี พ.ศ. 2531

**ระบบประกันคุณภาพการพยาบาล (Nursing Quality Assurance) พ.ศ. 2532** กองการพยาบาลเริ่มศึกษาแนวทางการประกันคุณภาพ พัฒนารูปแบบ และนำไปปฏิบัติ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2538

**งานออสเตรเลีย พ.ศ. 2536** ทีมจากสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยการนำของ ศ. นพ.ประพนธ์ ปิยะรัตน์ ได้ไปดูงานเรื่องระบบบริการสาธารณสุขในประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ ในครั้งนั้นทีมงานได้ไปดูงานการพัฒนาคุณภาพโดยแนวคิด TQM และการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ ACHS (Australial Council for Hospital Standards)

**ก้าวแรกของ TQM/CQI ในโรงพยาบาล พ.ศ. 2536-2539** สำนักงานประกันสุขภาพ, กองโรงพยาบาลภูมิภาค, องค์การอนามัยโลก และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ให้การสนับสนุนโครงการวิจัยและพัฒนากำหนด TQM/CQI เข้ามาใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง 8 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ โดยผสมผสานเข้ากับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการ และการพัฒนาองค์กรที่มีการดำเนินการอยู่แล้วในบางโรงพยาบาล ในปีพ.ศ. 2536 ได้มีผู้บริหารจำนวนหนึ่งไปดูงานระบบบริการสาธารณสุขในประเทศอเมริกา ส่งผลให้เกิดความกระตือรือร้นในการดำเนินงานมากขึ้น จากการประเมินผลโดยทีมของ รศ. นพ.องอาจ วิพุทธศิริ ได้เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่าง breakthrough ในโรงพยาบาล 2 แห่งจาก 8 แห่ง.

**มาตรฐานสถานพยาบาลประกันสังคม พ.ศ. 2536-2537** สำนักงานประกันสังคมร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และผู้ทรงคุณวุฒิอีกหลายท่าน ได้ร่วมกันจัดทำมาตรฐานสถานพยาบาลขึ้นเพื่อใช้ในการรับรองสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคม โดยให้เนื้อหามาตรฐานของประเทศออสเตรเลียเป็นแนวทางในการยกร่าง

**นโยบายโรงพยาบาลคุณภาพ ปลายปี พ.ศ. 2538** ผลจากการนำ TQM/CQI มาใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง กระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพขึ้น มีเป้าหมายว่าจะให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งดำเนินการพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด TQM/CQI ภายในสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 กองโรงพยาบาลภูมิภาคเป็นผู้ให้การสนับสนุนในเรื่องงบประมาณและวิทยากร ซึ่งยังคงขยายตัวต่อไปอย่างต่อเนื่อง

**คู่มือรับรองสถานพยาบาลประกันสังคม พ.ศ. 2538** สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้รับมอบหมายจากสำนักงานประกันสังคมให้จัดทำคู่มือประเมินสถานพยาบาลประกันสังคมตามมาตรฐานที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไว้ กระบวนการจัด

ทำคู่มือได้ก่อให้เกิดเครือข่ายของบุคคลที่สนใจเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพขึ้น. ในช่วงนั้นมีการเชิญวิทยากรจากต่างประเทศมาบรรยายเรื่อง Hospital Accreditation ให้แก่ผู้สนใจ เช่น Mr.John K Lee จากเครือ Seventh Day Adventist, Mr.Anthony Wagemaker และ Mrs.Marion Susky จากประเทศแคนาดา อีกทั้งมีการสาธิตกระบวนการ Hospital Accreditation ในลักษณะที่เป็นกระบวนการเรียนรู้มากกว่าการตรวจสอบโดย Mr.Anthony Wagemaker

**มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก พ.ศ. 2538-2539** หลังจากทำงานให้สำนักงานประกันสังคมเสร็จสิ้น เครือข่ายซึ่งร่วมงานกันเห็นว่าน่าจะมีการพัฒนามาตรฐานซึ่งมุ่งเน้นที่กระบวนการทำงาน มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมุ่งการพัฒนาอย่างต่อเนื่องไปสู่ความเป็นเลิศ, จึงได้ร่วมกันจัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลขึ้น โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ทำให้นักวิชาการและผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น หลังจากจัดทำเสร็จสิ้นในตอนปลายปี พ.ศ. 2539 ทางคณะกรรมการที่ปรึกษาแนะนำให้นำมาตรฐานนี้ไปทดลองใช้

**ดูงานแคนาดา พ.ศ. 2539** กองโรงพยาบาลภูมิภาคได้นำผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขไปดูงานการพัฒนาและการรับรองคุณภาพในประเทศแคนาดา ทำให้ได้รับทราบแนวคิดที่ชัดเจนมากขึ้น และรับทราบการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกระบวนการรับรองคุณภาพ ซึ่งให้การยอมรับแนวคิด Continuous Quality Improvement (CQI) ว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับโรงพยาบาล การดูงานครั้งนี้ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนแนวทางการเขียนมาตรฐานโรงพยาบาลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และมีผู้คนจำนวนหนึ่งที่มีความมุ่งมั่นจะสร้างระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้เกิดขึ้นในประเทศไทย

**โครงการ Hospital Accreditation พ.ศ. 2540** ที่งานซึ่งยกร่างมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับกองโรงพยาบาลภูมิภาค ได้เชิญชวนโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อทดลองนำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนาภิเษกไปทดลองใช้. มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กไปถึงโรงเรียนแพทย์จำนวน 35 แห่ง เข้าร่วมโครงการ อาจารย์ผู้ใหญ่หลายท่าน อาทิ ศ. นพ.ประเวศ วะสี, ศ. นพ.จรัส สุวรรณเวลา, นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ ได้ให้การสนับสนุนโครงการอย่างแข็งขัน นำไปสู่การก่อตั้งภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น โดยชักชวนผู้ทรงคุณวุฒิ องค์กรวิชาชีพ และหน่วยราชการต่างๆ เข้ามาร่วมเป็นภาคี อีกทั้งได้รับทุนวิจัยร่วมจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ทุกฝ่ายที่เข้าร่วมโครงการได้เรียนรู้ประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพ และการประเมินคุณภาพอย่างมากมาย

ขณะเดียวกันโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ไม่ได้เข้าโครงการนำร่องก็เกิดความตื่นตัวและนำมาตราฐานโรงพยาบาลไปเป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาตนเอง

**พ.ร.บ.สถานพยาบาลและกฎกระทรวง พ.ศ. 2541** สภาได้ผ่าน พ.ร.บ.สถานพยาบาลฉบับใหม่ และทางกระทรวงสาธารณสุข (โดยกองการประกอบโรคศิลปะ) ได้กำหนดกฎกระทรวงซึ่งระบุมาตรฐานในเชิงโครงสร้างและกำลังคนที่จะเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

**คำประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ. 2541** แพทยสภา สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข สภาเภสัชกรรม และทันตแพทยสภา ได้ร่วมลงนามในคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีและเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน

**แนวทางพัฒนาคุณภาพบริการในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน พ.ศ. 2543** กองการประกอบโรคศิลปะร่วมกับหน่วยงานและองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จัดทำแนวทางการพัฒนาและการตรวจประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลเอกชน ระบบบริหารคุณภาพของสถานพยาบาลประกันสังคม พ.ศ. 2543 คณะกรรมการแพทย์มีนโยบายที่จะให้สถานพยาบาลประกันสังคมทุกแห่งสร้างระบบบริหารคุณภาพเพื่อยกระดับคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้สมบูรณ์ภายใน พ.ศ. 2545

## ภาคผนวก 2

# กระบวนการ Hospital Accreditation ในประเทศไทย

### ที่มา

โรงพยาบาลเป็นส่วนสำคัญของระบบบริการสุขภาพที่ใช้วิทยาการและเทคโนโลยี ซึ่งเจริญก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็วการเปลี่ยนแปลงในสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ รายได้ของประชาชนสูงขึ้น การศึกษาและ ข้าราชการดีขึ้น ทำให้ความคาดหวังและความ ต้องการบริการเพิ่มมากขึ้น ระบบบริการสุขภาพได้ปรับเปลี่ยนไป มีความสลับซับซ้อน มากขึ้น ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น มีการขยายตัวของบริการภาคเอกชนและบริการเฉพาะทาง ผู้ทำหน้าที่จ่ายหลากหลายมากขึ้น ความไม่เข้าใจกันและความขัดแย้งจึงเพิ่มมากขึ้น โดยที่คุณภาพของบริการและค่าบริการเป็นปัจจัยหลักในการไม่เข้าใจกัน การพัฒนา คุณภาพและการรับรองโดยองค์กรภายนอกจึงเป็นกลไกสำคัญที่จะป้องกันปัญหาดังกล่าว

### แนวคิดการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Healthcare Accreditation)

ระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้เกิดขึ้นมานานแล้วในต่างประเทศ และมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับกาลเทศะตลอดมา ประสบการณ์เหล่านี้ก็นำมาใช้เป็น จุดเริ่มต้นและปรับเปลี่ยนพัฒนาให้เหมาะสมกับสภาพในประเทศไทย โดยใช้สมรรถนะ ความเป็นไทยให้เป็นประโยชน์ระบบนี้ต้องเสริมสร้างศรัทธาของประชาชนต่อโรงพยาบาล และบริการทางการแพทย์ ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ บน ฐานของความมีเมตตา กรุณา และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ

กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลประกอบด้วยกิจกรรมหลักคือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมิน และการรับรอง

การพัฒนาคุณภาพสมัยใหม่ จะเน้นการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้นอยู่ เสมอด้วยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในองค์กร, ส่งเสริมผู้ที่ดี และปรับปรุงแก้ไขส่วน

ที่ยังด้อยด้วยการสร้างความตื่นตัวต่อการการเรียนรู้และการพัฒนา

การประเมินจะใช้เกณฑ์มาตรฐานที่เหมาะสม และถูกต้องตามวิทยาการเป็นหลัก ในการประเมิน โดยมีผู้เยี่ยมชมสำรวจซึ่งเป็นกลางและปฏิบัติตัวในลักษณะกัลยาณมิตร

การรับรองในที่นี้หมายถึง “การรับรองกระบวนการคุณภาพ” ซึ่งประกอบด้วย

1. การออกแบบระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย
2. การนำระบบที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ
3. การทบทวนตรวจสอบวิธีการทำงานและผลงาน
4. การแก้ไขและปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

### วัตถุประสงค์ของโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)

**วัตถุประสงค์ทั่วไป** เพื่อสร้างกลไกส่งเสริมและกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่เหมาะสมและใช้การได้สำหรับประเทศไทย อันจะเป็นการยกระดับคุณภาพ และป้องกันปัญหาความขัดแย้ง ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุด

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ให้โรงพยาบาลนำร่องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยพัฒนาศักยภาพ คุณธรรม และจริยธรรมของคนในองค์กรเพื่อร่วมมือกันปรับปรุงระบบงาน ด้วยวิธีการที่มีเหตุผล ตรวจสอบได้ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ
2. สร้างกระบวนการในการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานที่เหมาะสม เพื่อใช้เป็นกรอบการประเมินกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลโดยมีผลวัดตาม วิทยาการ และใช้ได้สำหรับโรงพยาบาลที่มีลักษณะหลากหลาย
3. พัฒนาระบบการประเมินและรับรอง รวมทั้งผู้ที่มีความสามารถรวมทั้ง เจตคติที่เหมาะสมในการประเมินยืนยันจากภายนอกองค์กร
4. วางโครงสร้างการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดระบบที่พึงประสงค์ และสามารถ ดำเนินการได้ในระยะยาว
5. สังคมเห็นคุณค่าของกระบวนการนี้ และเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันให้เกิดขึ้น

### ระยะเวลาดำเนินการ

สิงหาคม 2540-กรกฎาคม 2543 (โครงการเริ่มดำเนินการจริงมาตั้งแต่ เดือนมกราคม 2540)

## เป้าหมาย

ภายในระยะเวลา 3 ปี หลังจากเริ่มโครงการ จะมีองค์ความรู้ และผู้มีความรู้ความเข้าใจเพียงพอสำหรับเป็นพื้นฐานของการวางระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในระดับชาติ, มีโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งเป็นแบบอย่างของการมีระบบคุณภาพที่ดี, และมีรูปแบบโครงสร้างระบบบริหารจัดการเพื่อการส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพ และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย

## แนวคิดและกลยุทธ์ในการพัฒนา

1. สร้างความเข้าใจ ความตื่นตัว และความตระหนักให้แก่วงการของผู้ให้บริการวงการวิชาชีพ และสังคมโดยทั่วไป ถึงความจำเป็นต้องมีการดำเนินการด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อันจะนำไปสู่การยอมรับและร่วมกันปฏิบัติ
2. ระดมพลังของผู้ที่มีประสบการณ์และผู้สนใจให้ร่วมกันบุกเบิกพัฒนา ตลอดจนสร้างตัวอย่างของการพัฒนาที่ได้ผล โดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศที่นำแนวคิดและประสบการณ์มาช่วยในการตั้งต้น ทั้งนี้เป็นการสืบต่อจากผลการศึกษาคุณงานต่างประเทศ และกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลที่ได้เริ่มดำเนินการอยู่แล้ว. นำตัวอย่างที่ได้เรียนรู้มาปรับใช้และมีทีมวิจัยเข้าไปศึกษาในแง่มุมต่างๆ
3. ระดมองค์กรวิชาชีพเข้ามาศึกษาพิจารณา และวางแผนมาตรฐานคุณภาพสำหรับระบบงานและการทำงานของผู้ประกอบการวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นเกณฑ์ที่เป็นพลวัตและใช้ได้กับสถานการณ์ที่แตกต่างกัน
4. ระดมผู้นำในสังคมที่ได้รับการเชื่อถือ และมีความคิดในด้านนี้ มาร่วมกันพิจารณาวางโครงสร้างระบบพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ตลอดจนทำหน้าที่คณะกรรมการกลาง หรือคณะกรรมการอำนวยการ
5. จัดหาและพัฒนาบุคลากรที่จะมาทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจจากภายนอก

## ผลลัพธ์จากการดำเนินงานตั้งแต่เดือนมกราคม 2540-กรกฎาคม 2543

### 1. การสร้างความเข้าใจและความตื่นตัว

#### 1.1 การสร้างความเข้าใจและความตื่นตัวกับโรงพยาบาลในโครงการ

รูปแบบที่นำมาใช้ได้แก่ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการในส่วนกลางให้แก่ผู้อำนวยการ/ผู้ประสานงานคุณภาพ/facilitator/ผู้แทนของทีมงานในระดับกลุ่มผู้ป่วย/internal surveyor, การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล, การส่งทีมที่ปรึกษาออกไปเยี่ยมโรงพยาบาล, การไปดูงานในประเทศแคนาดา, การจัดประชุม

แลกเปลี่ยนประสบการณ์, การมีจดหมายข่าวเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง

การทำงานในลักษณะของการพัฒนาทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ และสร้างความสับสนให้กับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล, แต่ทำให้เห็นข้อผิดพลาดและจุดอ่อนต่างๆ ซึ่งนำมาเป็นข้อสรุปสำหรับโรงพยาบาลที่จะเข้าโครงการในช่วงหลังได้ดีขึ้น

จากการประเมินของทีมงานวิจัย พบว่าการจัดประชุม internal surveyor ให้แก่ผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาล ได้ก่อให้เกิดความเข้าใจ การยอมรับ และการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงดีขึ้น

## 1.2 การสร้างความเข้าใจและความตื่นตัวแก่ผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ

ในระหว่างการทำงานกับโครงการนำร่อง ทางผู้บริหารของกระทรวง สาธารณสุข ได้สนับสนุนให้โรงพยาบาลต่างๆ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพเพื่อเตรียมการไว้สำหรับการประเมินและรับรองในอนาคต มีการประสานงานและร่วมจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่นอกโครงการนำร่องที่มีความตื่นตัว ขณะเดียวกันกระแสความตื่นตัวเรื่อง ISO 9000 ทำให้เกิดการเปรียบเทียบและทำความเข้าใจแนวทางของ ISO 9000 และ HA ไปพร้อมกัน ความตื่นตัวได้ปรากฏให้เห็นชัดเจนในการประชุม National Forum on Hospital Accreditation ครั้งที่ 1 เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2541 และครั้งที่ 2 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2543 ซึ่งในแต่ละครั้งมีผู้สนใจเข้าร่วมประชุมถึง 2,000 คน มีการนำข้อมูลที่ได้รับจากการประชุมไปเริ่มต้นพัฒนาในโรงพยาบาลของตน ขณะนี้โรงเรียนแพทย์ทุกแห่งได้ให้ความสำคัญและเริ่มต้นพัฒนาตามแนวทางในมาตรฐานโรงพยาบาล

## 1.3 การฝึกอบรม

จากองค์ความรู้และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลนำร่อง ทำให้เกิดหลักสูตรการฝึกอบรมพื้นฐานให้แก่ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ และเริ่มขยายตัวออกเป็นศูนย์ฝึกอบรมในสถาบันการศึกษาและโรงพยาบาลต่างๆ

# 2. การบุกเบิกพัฒนาและสร้างตัวอย่างของการพัฒนา

เป็นความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลนำร่องกับโครงการที่จะเรียนรู้จากกันและกัน โดยโครงการเป็นผู้จุดประกาย ให้ความรู้และความคิดแก่ผู้รับผิดชอบของโรงพยาบาล โรงพยาบาลนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ของตนเองพร้อมกับแสวงหาข้อมูลและความรู้จากแหล่งอื่นๆ เรียนรู้จากการลงมือทำ ทางโครงการเก็บเกี่ยวความรู้และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นโดยส่งนักวิจัยและที่ปรึกษาลงไปในพื้นที่

รูปแบบของการพัฒนาใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นได้แก่ การพัฒนาทั้งองค์กรอย่างมี

ทิศทาง, การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางโดยการทำงานในลักษณะ patient care team, การมีทีม facilitator, การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย, การจัดตั้งองค์กรแพทย์, การบริหารความเสี่ยง, การประเมินตนเอง, การเยี่ยมสำรวจเพื่อเตรียมความพร้อม (HA preparation) เป็นต้น

เมื่อเดือน เมษายน 2542 มีโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่พัฒนาก้าวหน้าและได้รับการเยี่ยมสำรวจ (survey) จากทีมผู้เยี่ยมสำรวจของโครงการ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการทดสอบกระบวนการเยี่ยมสำรวจ

โรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาจะมีลักษณะร่วม ได้แก่

- 1) ผู้นำที่มีความมุ่งมั่นสูง เข้าใจแนวคิดของการพัฒนาคุณภาพ มีการกระตุ้นติดตามอย่างสม่ำเสมอ
- 2) ทีมผู้ประสานงานที่เข้มแข็งและเป็นที่ยอมรับของคนในโรงพยาบาล
- 3) ความสามารถในการทำงานเป็นทีมร่วมกันระหว่างวิชาชีพ
- 4) แพทย์ส่วนใหญ่เข้าร่วมในกระบวนการพัฒนา

### 3. บทบาทขององค์กรวิชาชีพ

องค์กรวิชาชีพได้เข้ามามีบทบาทใน 2 ลักษณะคือ :

1) การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นองค์กรวิชาชีพทางด้านการแพทย์ ซึ่งได้มีการประสานงานผ่านทางแพทยสภา แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยในช่วงแรกจัดทำโดยอาศัยความเห็นของผู้เชี่ยวชาญเป็นส่วนใหญ่ และกำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนาให้มีลักษณะของ evidence-based มากขึ้น รวมทั้งการที่จะให้มีการนำไปทดลองปฏิบัติเพื่อปัญหาต่างๆ มาปรับปรุงให้เหมาะสมต่อไป

2) การเยี่ยมโรงพยาบาลเพื่อให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับมาตรฐานและเทคนิคการทำงานเฉพาะวิชาชีพ ได้รับความร่วมมือจากสมาคมเทคนิคการแพทย์ สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัด รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญอื่นๆ

### 4. การวางโครงสร้างกลไกระดับประเทศ

มีความก้าวหน้ามาเป็นลำดับเริ่มจากที่ประชุมของผู้ทรงคุณวุฒิที่ปรึกษาโครงการ ซึ่งเสนอให้มีการรวมตัวกันก่อตั้งเป็น “ภาควิพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนของส่วนราชการ องค์กรวิชาชีพ และผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ มารวมตัวกันสร้างเวทีแห่งการเรียนรู้และสนับสนุนการทำงานของโครงการ ทำให้โครงการสามารถทำงานได้อย่างเป็นอิสระ

หลังการประชุม National Forum on Hospital Accreditation ครั้งที่ 1 ทางภาคใต้

ตระหนักถึงความตื่นตัวที่เกิดขึ้น จึงเสนอให้ปรับปรุงการทำงานจากโครงการไปเป็น “สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล” เพื่อขยายขอบเขตการทำงานให้กว้างขวางขึ้น, โดยในช่วงแรกให้เป็นหน่วยงานภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไปก่อน และปรับปรุงไปเป็นองค์การมหาชนในอนาคต

“สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีพันธกิจที่จะส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของโรงพยาบาล โดยอาศัยการประเมินตนเองร่วมกับการเยี่ยมสำรวจจากภายนอกเป็นกลไกกระตุ้นที่สำคัญ ส่งผลให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุดในภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ของสังคม”

## 5. การพัฒนารูปแบบของการเยี่ยมสำรวจจากภายนอกและสร้างผู้เยี่ยมสำรวจ (Surveyor)

โครงการได้ศึกษารูปแบบของการเยี่ยมสำรวจโรงพยาบาลและการประเมินเพื่อพิจารณารางวัลคุณภาพต่างๆ นำมาปรับให้ง่ายและเหมาะสมสำหรับสถานการณ์ของประเทศไทย โดยให้การเยี่ยมสำรวจภายนอกมีเป้าหมายเพื่อยืนยันผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล และกระตุ้นให้เห็นโอกาสพัฒนาที่กว้างขึ้น ดังนั้นการเยี่ยมสำรวจจึงเริ่มต้นด้วยการใช้แบบประเมินตนเองซึ่งขึ้นลำดับขั้นของการพัฒนา, การเยี่ยมสำรวจภายใน (internal survey) เป็นระยะ, การเยี่ยมโดยองค์กรวิชาชีพ, การเยี่ยมสำรวจเพื่อตรวจสอบความพร้อม (HA preparation) และการเยี่ยมสำรวจเพื่อพิจารณารับรอง (accreditation survey)

จากการทำ HA preparation และ accreditation survey พร้อมกับการรับ feed back จากโรงพยาบาล ทำให้ทีมผู้เยี่ยมสำรวจมีการปรับบทบาท วิธีการทำงาน และเกิดความมั่นใจในกระบวนการเยี่ยมสำรวจมากขึ้น สามารถสรุปเป็นมาตรฐานการทำงานของ ผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อการฝึกอบรมในอนาคตได้

### ประโยชน์ต่อสังคมไทย

การรับรองกระบวนการคุณภาพเป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาที่มีพลัง สามารถชี้นำทิศทางของการพัฒนาได้

ผลจากการพัฒนาจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีคุณภาพดีขึ้น มีความเสี่ยงลดลง ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการใส่ใจมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการเคารพ สิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นคน

กลไกนี้จะอาศัยอาสาสมัครซึ่งเป็นผู้บริหารและผู้ประกอบวิชาชีพที่ทำงานอยู่ส่วนต่างๆ ของสังคมทำหน้าที่เป็นแหล่งให้คำปรึกษา และทำหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจ, จึง

เป็นกลไกที่จะสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ที่ยิ่งใหญ่อันหนึ่ง อีกทั้งเป็นการป้องกันการสูญเสียเงินตราออกนอกประเทศหากต้องอาศัยองค์การจากต่างประเทศเข้ามารับรอง

การยินยอมให้องค์กรภายนอกเข้าไปเยี่ยมสำรวจเป็นการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม (social accountability) ของโรงพยาบาล

ความสำเร็จของโครงการนี้จะเป็นตัวอย่างสำหรับการพัฒนาในภาคส่วนอื่นๆ ของสังคม เช่น บริการสุขภาพในระดับอื่นๆ การศึกษา อุตสาหกรรมยา เป็นต้น

## ความท้าทาย

ความท้าทายของกระบวนการนี้ซึ่งจะต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบเพื่อแก้ปัญหาหรือป้องกันปัญหาที่จะตามมา ได้แก่

- 1) ความเข้าใจและความคาดหวังของประชาชนต่อการรับรองกระบวนการคุณภาพ
- 2) การที่โรงพยาบาลมุ่งเอาการรับรองเป็นเป้าหมายแทนที่จะมุ่งเน้นคุณภาพที่ผู้ป่วยจะได้รับ
- 3) การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์วัฒนธรรมองค์กรและพฤติกรรมการบริหารในโรงพยาบาล
- 4) การรักษามาตรฐานและจริยธรรมของผู้เยี่ยมสำรวจจากภายนอก

## สรุป

โครงการนี้ได้ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และกระบวนการสร้างความรู้ที่ตอบสนองต่อความต้องการของโรงพยาบาลและสังคม ปัจจัยที่ส่งเสริมความก้าวหน้าของโครงการเกิดจากการทำงานที่เป็นอิสระร่วมกับการมีภาคีสนับสนุน กระบวนการสร้างความรู้ที่สำคัญเริ่มจากคำถามของผู้เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงคำตอบได้มาจากการสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลต่างๆ การศึกษาทบทวน การสังเคราะห์ การทดลองทำ ภายได้กระบวนการทัศน์ใหม่

ก่อนที่จะสิ้นสุดโครงการ ได้มีการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อรองรับความตื่นตัวต่อการพัฒนาคุณภาพ และนำองค์ความรู้ที่ได้มาใช้อย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง