

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อนำผลที่ได้ มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยที่สัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสกลนคร โดยมีเนื้อหาตามลำดับ ดังนี้

1. แนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกระทรวงสาธารณสุข
2. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
3. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของเคมมิ่ง
4. การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสกลนคร
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นนโยบายที่รัฐบาลให้ความสำคัญโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก ซึ่งเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าในระยะยาว นโยบายนี้เริ่มดำเนินการมาหลายปี มีการพัฒนายกระดับสถานีอนามัยขึ้นเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวนหนึ่ง โดยการพัฒนาที่แตกต่างกันไปตามบริบทของพื้นที่ และระดับของการพัฒนาที่อาจยังไม่เท่าเทียมกัน กรอบกับจำนวนเป้าหมายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีมากขึ้นทั่วประเทศเกือบ 10,000 แห่ง จึงต้องมีแนวทางที่จะทำความเข้าใจ และความชัดเจนในแนวทางปฏิบัติให้มีทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับนโยบายการทำงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น มีความหลากหลายมากมายเสมือนกระทรวงสาธารณสุขย่อส่วนในพื้นที่ ดังนั้นการทำงานที่มีบุคลากรจำนวนน้อยจึงไม่สามารถดำเนินการได้ทั้งหมด แต่ควรจะบูรณาการงานทั้งหมดและดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน รวมทั้งเป็นผู้จัดการสุขภาพ เพื่อดึงผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมแก้ปัญหาสุขภาพของท้องถิ่น เน้นการส่งเสริมป้องกันโรคอันจะส่งผลให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพของตนเอง (ไพจิตร วราจิต และคณะ, 2553: 5)

จากเหตุผลดังกล่าว ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีแนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไว้ดังนี้ (ไพจิตร วราจิต และคณะ, 2553: 80-81)

1.1 รพ.สต.มีสมรรถนะและมีบรรยากาศเอื้ออำนวย หมายถึง รพ.สต. มีความสามารถในการปฏิบัติงานและมีบรรยากาศในการทำงานที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติงานของบุคลากร รพ.สต. ซึ่งประกอบด้วย

1.1.1 มีจำนวนบุคลากรเหมาะสมกับงาน (1:1,250) หมายถึง มีสัดส่วนจำนวนบุคลากรของ รพ.สต. ต่อจำนวนประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. ที่เหมาะสม ประมาณ 1:1,250 คน

1.1.2 มีพยาบาลเวชปฏิบัติ 1:5,000 (ทีมละ 2-3 คนต่อประชากร 10,000 คน) หมายถึง มีสัดส่วนจำนวนของพยาบาลที่ผ่านการอบรมเวชปฏิบัติแล้วปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ต่อจำนวนประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. ที่เหมาะสม ประมาณ 1:5,000 คน

1.1.3 ทีมงานมีการเรียนรู้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) และการจัดการความรู้เพื่อใช้ในการพัฒนาการทำงานเป็นทีม หมายถึง ทีมบุคลากรของ รพ.สต.มีการเรียนรู้ถึงการสร้างและการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ในการปฏิบัติงาน

1.1.4 ทีมงานมีขวัญกำลังใจและมีความสามารถสร้างจริยธรรมในการทำงานร่วมกัน หมายถึง ทีมบุคลากรของ รพ.สต. มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานและมีจริยธรรมในการปฏิบัติงานร่วมกัน

1.1.5 ทีมงานมีความรู้ ทักษะและพัฒนาต่อเนื่อง หมายถึง ทีมบุคลากรของ รพ.สต. มีความรู้ทางวิชาการและทักษะในงานที่ปฏิบัติ

1.1.6 มีระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (โทรศัพท์ติดต่อประชาชน Web cam) หมายถึง รพ.สต. จัดให้มีโทรศัพท์สำหรับติดต่อประชาชน รวมถึงการติดต่อผ่านทาง Web cam เพื่อใช้ในกรณีปรึกษาการรักษากับทางโรงพยาบาลชุมชน

1.1.7 สร้างกระบวนการจัดการข้อมูลที่ทันสมัยใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชน หมายถึง รพ.สต. มีการสร้างกระบวนการจัดการข้อมูลเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชน

1.1.8 ทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัช) เป็นที่พึ่งช่วยเหลือ หมายถึง รพ.สต. มีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร เป็นที่ปรึกษาได้ ในกรณีต้องการคำปรึกษา

1.2 รพ.สต. มีระบบบริหารจัดการองค์กรมีประสิทธิภาพ หมายถึง รพ.สต. มีการจัดระบบการทำงาน ระบบการบริหารที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย

1.2.1 ปฏิบัติงานเชิงรุก “ใช้บ้านเป็นที่ทำงาน” หมายถึง มีการให้บริการเชิงรุก การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เปรียบเสมือนบ้านผู้ป่วยเป็นที่ทำงานของบุคลากรของ รพ.สต.

1.2.2 ประสาน “การส่งต่อเอื้ออาทร” หมายถึง มีการประสานงานกับแม่ข่ายของ รพ.สต. คือ โรงพยาบาลชุมชนในการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา

1.2.3 สนับสนุนส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมบริการวิธีการและผลผลิต หมายถึง รพ.สต. มีการสนับสนุนให้บุคลากรของ รพ.สต. สร้างนวัตกรรมในการบริการรวมถึงนวัตกรรมในด้านเครื่องมือต่างๆ

1.2.4 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง รพ.สต. มีการจัดประชุม เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง รพ.สต. ประชาชน และภาคีเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2.5 มีการพัฒนาระบบสื่อสารสาธารณะเข้าถึงประชาชน หมายถึง รพ.สต. จัดให้มีระบบสื่อสารสาธารณะที่สามารถเข้าถึงประชาชนได้ เช่น เว็บไซต์ วิทยุกระจายเสียงภายในหมู่บ้าน ใบบิดประกาศ

1.2.6 มีระบบการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง รพ.สต. จัดให้มีระบบการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของ รพ.สต.

1.3 ภาคืทุกภาคส่วนร่วมตัดสินใจขับเคลื่อนและสนับสนุน หมายถึง รพ.สต. ดำเนินการให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจขับเคลื่อนและสนับสนุนการดำเนินงานของ รพ.สต.

1.3.1 อปท. ประชาคม มุลนิธิ ชมรม ร่วมขับเคลื่อนทำแผน ทำประชาคมให้เกิดการปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง หมายถึง รพ.สต. จัดให้มีการทำประชาคมที่ อปท. ประชาคม มุลนิธิ ชมรม มีส่วนร่วมในการประชาคมเพื่อให้เกิดความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของแผนงาน นำไปสู่การปฏิบัติที่ยั่งยืน

1.3.2 มีกองทุนสุขภาพร่วมแก้ไขปัญหในพื้นที่ หมายถึง รพ.สต. จัดให้มีกองทุนสุขภาพ เพื่อร่วมเป็นแหล่งเงินทุนสำหรับใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของประชาชน

1.3.3 องค์กรต่างๆ ร่วมเป็นเจ้าภาพดูแล “สุขภาวะ” หมายถึง รพ.สต. มีการกระตุ้นและสนับสนุนให้องค์กรต่างๆ ร่วมกันเป็นผู้ดูแลหลักในด้านสุขภาวะของประชาชน

1.3.4 ผู้นำชุมชน อสม. ร่วมงานแข่งขันคูญาติมิตร หมายถึง รพ.สต. มีการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้นำชุมชน รวมทั้ง อสม. เป็นส่วนหนึ่งของทีมงานในการดูแลสุขภาพของประชาชน

1.3.5 มี รร. อสม. เพื่อพัฒนาให้ชุมชนพึ่งตนเองรวมทั้งสนับสนุนการดำเนินการของ รร.อสม.ในระยะยาว หมายถึง รพ.สต. มีการจัดตั้งและดำเนินงาน รร.อสม. เพื่อพัฒนา อสม. ให้เป็นที่พึ่งของชุมชน

1.4 ชุมชนเข้มแข็งประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ หมายถึง รพ.สต. มีการดำเนินการให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง ประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ซึ่งประกอบด้วย

1.4.1 มีการสร้างแกนนำเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพในชุมชน หมายถึง รพ.สต. มีการสร้างแกนนำในชุมชนเพื่อเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพของชุมชน

1.4.2 ชุมชนกำหนดมาตรการทางสังคมอย่างมีส่วนร่วม หมายถึง รพ.สต. มีการดำเนินการให้ชุมชนสามารถกำหนดมาตรการทางสังคมเพื่อใช้ในชุมชนเองได้

1.4.3 ชุมชนทำแผนชุมชนเอง หมายถึง รพ.สต. มีการดำเนินการให้ชุมชนสามารถจัดทำแผนสุขภาพของชุมชนเองได้

2. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.1 ความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2552)

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ได้มีการพัฒนาและฟื้นฟูขึ้นหลังจากการปฏิรูประบบ บริการสุขภาพ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งได้เกิดการเปลี่ยนแปลงการจัดระบบบริการปฐมภูมิ โดยเริ่มตั้งแต่การกำหนดให้มีศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้น ให้มีบทบาทสำคัญในการให้บริการที่ใกล้บ้านใกล้ใจ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกและได้รับบริการขั้นพื้นฐานที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้จัดทำมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้น เพื่อให้หน่วยบริการใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาและประเมินรับรอง เพื่อให้ศูนย์สุขภาพชุมชนมีคุณภาพมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับและพึงพอใจของประชาชน

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักบริหารการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ในรูปแบบของเครือข่ายบริการ โดย

มุ่งเน้นเชื่อมโยงระบบบริการระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการบริการ รวมทั้งการบริหารจัดการ ซึ่งจะให้เกิดการจัดการเป็นระบบทั้งองค์กร โดยการนำกรอบคุณภาพของ Malcolm Baldrige National Quality Award มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบในการพัฒนา และได้จัดทำเป็นเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA) ขึ้น โดยได้ทดลองนำร่อง ใน 17 จังหวัด และได้นำผลมาปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องกับบริบทบริการปฐมภูมิ

มาตรฐานเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมินี้จะใช้เป็นแนวทางพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

2.2 แก่นคุณค่าของการทำงานพัฒนาคุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2552) ประกอบด้วย

2.2.1 การนำหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิอย่างมีวิสัยทัศน์

คือ การบริหารงานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิของผู้นำ ด้วยหลักการการกำหนดวิสัยทัศน์ เพื่อให้การบริหารงานมีทิศทางที่ชัดเจน

2.2.2 ความรับผิดชอบต่อชุมชน และสังคม คือ การทำงานพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมินั้น มุ่งเน้นเกี่ยวข้องโดยตรงต่อชุมชนและสังคมมากกว่าการจำเพาะเป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นการทำงานในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ

2.2.3 มุมมองเชิงระบบ คือ การพัฒนาคุณภาพมีมุมมองในด้านการทำงานที่เป็นระบบ สามารถตรวจสอบและพัฒนาได้มีประสิทธิภาพกว่าการทำงานที่ไม่มีแบบแผนที่ชัดเจน

2.2.4 การมุ่งเน้นอนาคต และการใช้ประโยชน์จากการคาดการณ์แนวโน้มในอนาคต คือ การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมินั้นจะมีการวิเคราะห์ถึงโอกาสและอุปสรรคในการพัฒนา ทำให้สามารถใช้ประโยชน์จากการคาดการณ์แนวโน้มในอนาคตได้

2.2.5 การมองประชาชนเป็นศูนย์กลาง หรือความเป็นเลิศที่ต้องได้มาจากการให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย คือ เป้าประสงค์สุดท้ายของการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมินั้น ก็เพื่อประชาชนมีสุขภาพที่ดี

2.2.6 การทำงานเป็นทีม และมีส่วนร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน คือ แนวคิดในปัจจุบันที่การพัฒนาด้านสุขภาพไม่อาจสำเร็จได้ด้วยหน่วยงานทางสาธารณสุขเพียงลำพัง จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายต่างๆ

2.2.7 การมีความคล่องตัว คือ การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมินั้น จะมีความคล่องตัวเนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีขนาดเล็ก ทำให้การบริหารจัดการองค์กร รวมถึงการเปลี่ยนแปลงสามารถกระทำได้ง่าย

2.2.8 การยึด “ผลสัมฤทธิ์” และ “การสร้างคุณค่า” เป็นเป้าหมายในการทำงาน

คือ การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมินั้นเป็นการกระทำที่ไม่หวังผลกำไร เนื่องจากเป็นองค์กรรัฐ จึงมีเป้าหมายในการพัฒนา เป็นผลสัมฤทธิ์และการสร้างคุณค่าของงาน

2.2.9 การบริหารจัดการเพื่อสร้างนวัตกรรม คือ การพัฒนาคุณภาพเครือข่าย

บริการปฐมภูมิจะมุ่งเน้นการสร้างนวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

2.2.10 การเรียนรู้ของหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ และทีม

สุขภาพ คือ การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิจะมีการพัฒนาองค์กรในด้านทรัพยากรบุคคล ด้วยการเรียนรู้ของทีมสุขภาพ เพื่อให้การพัฒนาประสบผลสำเร็จ

2.2.11 การบริหารจัดการด้วยการใช้ข้อมูล และข้อเท็จจริง คือ การพัฒนาคุณภาพ

เครือข่ายบริการปฐมภูมินั้นจะตั้งอยู่บนข้อมูลและข้อเท็จจริง เพื่อให้การพัฒนาสามารถแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 2.1 หลักคิดแก่นคุณค่าของการทำงานพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
ที่มา: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (2552: 3)

2.3 องค์ประกอบสำคัญของเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2552) ประกอบด้วย ส่วนพื้นฐาน และองค์ประกอบขององค์กร 3 ส่วน 7 หมวด คือ

2.3.1 ส่วนพื้นฐาน ลักษณะสำคัญขององค์กร (หมวด P) ส่วนนี้เป็นส่วนสำคัญมาก ที่องค์กรต้องเข้าใจตนเองว่ามีพันธกิจอะไร สภาพแวดล้อมเป็นอย่างไร ความท้าทายต่อการพัฒนา คืออะไร เพื่อให้รู้ว่าประเด็นสำคัญที่องค์กรต้องให้ความสนใจที่จำเพาะกับบริบทขององค์กรเป็นเรื่องอะไรประกอบด้วย

1) ลักษณะสำคัญขององค์กร

(1) ลักษณะพื้นฐานของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีทิศทาง แนวทางการให้บริการ บุคลากร เทคโนโลยี กฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับที่สำคัญไว้เป็นลายลักษณ์อักษรที่สามารถตรวจสอบได้

(2) ความสัมพันธ์ภายในและภายนอกหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ รวมทั้งภาคีเครือข่ายสุขภาพ (ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย) ให้พิจารณา และทบทวนประเด็นต่อไปนี้

ก. โครงสร้างขององค์กร รวมทั้งระบบการกำกับดูแลตนเองที่ดี
สายการบังคับบัญชา

ข. กลุ่มเป้าหมายรับผลงาน ทั้งที่เป็นผู้รับบริการประเภทต่างๆ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ ทั้งที่เป็นรัฐ เอกชน ชุมชน ท้องถิ่น ความต้องการ ความคาดหวังของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มบริการ และความแตกต่างของความคาดหวัง

ค. บทบาทของผู้ส่งมอบ คู่ความร่วมมือ ผู้จัดการสนับสนุนทรัพยากร ในการดำเนินงานประเภทต่างๆ และผลกระทบต่อการจัดบริการขององค์กร

ง. แนวทางและวิธีการสื่อสารกับภาคีเครือข่ายสุขภาพและกลุ่มผู้รับบริการที่ทำให้เกิดความสัมพันธ์ และความร่วมมือที่ดีในการปฏิบัติงาน

2) ความท้าทายขององค์กร หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ต้องวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพการแข่งขัน และผลกระทบที่จะเกิดขึ้น เปรียบเทียบกับพันธกิจ กำหนดประเด็นท้าทายที่สำคัญ ความได้เปรียบเชิงกลยุทธ์ เพื่อใช้ในการพัฒนาและการปรับปรุงผลการดำเนินการที่สำคัญในการยกระดับองค์กร ดังต่อไปนี้

(1) การเปรียบเทียบเพื่อการพัฒนา หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ต้องมีการวิเคราะห์สถานการณ์ พิจารณาว่าองค์กรอยู่ที่ลำดับใดในการแข่งขัน หรือมีส่วนร่วมต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่มากน้อยเพียงใด และแนวโน้มเป็นอย่างไร

มีปัจจัยสำคัญอะไรที่เกี่ยวข้อง หน่วยงาน/บุคคลอื่นที่มีผลต่อบริการสุขภาพเป็นอย่างไร และกำหนดประเด็นสำคัญที่จะปรับปรุง โดยเปรียบเทียบกับภารกิจของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ หรือจัดระดับเทียบเคียง (Benchmarking) กับหน่วยงานที่มีลักษณะบริการคล้ายคลึงกัน เพื่อการปรับปรุงพัฒนาองค์กรให้สอดคล้องทันต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน ทั้งนี้การเปรียบเทียบดังกล่าวต้องมีข้อมูลที่ต้องการ เป็นจริง สามารถแสดงได้อย่างชัดเจน

(2) ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิจัดระดับประเด็นความสำคัญของการปรับปรุงและพัฒนาองค์กรมากำหนดเป็นความท้าทายเชิงกลยุทธ์ เป้าหมาย และระยะ เวลาในการดำเนินการให้บรรลุเป้าหมาย ที่สอดคล้องกับ 3 องค์ประกอบดังนี้

ก. ความท้าทาย เพื่อให้บรรลุผลตามพันธกิจของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ข. ความท้าทายด้านปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาภายในองค์กรและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

ค. ความท้าทายด้านทรัพยากรบุคคล เพื่อพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะที่เหมาะสมกับการให้บริการตามพันธกิจ และสถานการณ์ด้านทรัพยากรบุคคล

(3) ระบบการปรับปรุงผลการดำเนินการ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิพิจารณาและทบทวนถึงแนวทางที่องค์กรประเมินผลการดำเนินงานที่ตอบสนองต่อพันธกิจ แผนการดำเนินงาน การเรียนรู้องค์กรอย่างต่อเนื่องอย่างไร และมีแนวทางอย่างไรในการนำผลการประเมินมาปรับปรุงประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน สร้างกระบวนการเรียนรู้ในองค์กร เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการพัฒนาและยกระดับองค์กร

2.3.2 ส่วนที่ 1 การบริหารจัดการองค์กร

1) หมวด 1 การนำองค์กร ประกอบด้วย

(1) การนำองค์กร ทีมนำขององค์กร กำหนดทิศทาง แนวทางการกำกับดูแลตนเองที่ดี ถ่ายทอดสื่อสารทิศทางและแผนไปสู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร และกำหนดวิธีการทบทวนผลการดำเนินการของ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กรอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

(2) ความรับผิดชอบต่อสังคม ที่มุ่งนำสุขภาพดำเนินการอย่างมีส่วนร่วม ที่แสดงความรับผิดชอบต่อสังคมอย่างมีจริยธรรม และเป็นองค์กรที่คำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการและ ความคาดหวังของสังคม

2) หมวด 2 การวางแผนเชิงกลยุทธ์ ประกอบด้วย

(1) การจัดทำยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ เครือข่ายบริการปฐมภูมิมีวิธีการ กำหนดเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ กลยุทธ์การดำเนินงาน รวมทั้งการยกระดับความสามารถในการ ดำเนินงานขององค์กร ซึ่งตอบสนองต่อความท้าทายขององค์กร และกำหนดเป้าหมายผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่ต้องการในอนาคต

(2) การนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติ เครือข่ายบริการปฐมภูมิมีการดำเนินการ แปลงเป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกลยุทธ์หลักไปสู่แผนปฏิบัติการและกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ กำหนดการสื่อสารและการสนับสนุนแผนปฏิบัติงานที่สำคัญไปสู่การปฏิบัติ และกำหนดแนวทาง ในการประเมินตัวชี้วัดที่สำคัญ เพื่อสนับสนุนและปรับปรุงให้บรรลุพันธกิจของเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ

3) หมวด 3 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย ประกอบด้วย

(1) ความรู้เกี่ยวกับประชากร เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เครือข่ายบริการปฐมภูมิมีการกำหนด จำแนกประชากรเป้าหมาย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นกลุ่ม ต่างๆ ศึกษาความต้องการ ความคาดหวัง และความนิยมของประชากรเป้าหมาย ชุมชน ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ เพื่อกำหนดข้อกำหนดบริการ และ แนวทางการดำเนินงานให้ตอบสนอง และสอดคล้องกับความต้องการ

(2) ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของประชากร เป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย บุคลากรของเครือข่ายบริการปฐมภูมิมีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความ ประทับใจต่อประชากรเป้าหมาย ชุมชน ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ก่อให้เกิดความความ เชื่อมั่น ศรัทธา การยอมรับ และความพึงพอใจในระบบบริการปฐมภูมิ

4) หมวด 4 การวัดวิเคราะห์และการจัดการความรู้ ประกอบด้วย

(1) การวัด วิเคราะห์และพิจารณาผลการดำเนินงานขององค์กร หน่วย บริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิเลือก รวบรวม เชื่อมโยง ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และตัวชี้วัดสำคัญ เพื่อใช้ประโยชน์ในการติดตาม กำกับการดำเนินงาน ให้บรรลุวัตถุประสงค์ตาม แผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ รวมถึงการสนับสนุนข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ การสร้างนวัตกรรม

อย่างเหมาะสม รวมทั้งพัฒนาระบบวัดผลงานให้ทันกับความต้องการขององค์กรและทิศทางของระบบ
สุขภาพตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลง ทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอก

(2) การจัดการสารสนเทศ และการจัดการความรู้ เครือข่ายบริการ
ปฐมภูมิ มีการจัดการข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็น มีคุณภาพและพร้อมใช้งาน มีการจัดการความรู้
เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของหน่วยบริการปฐมภูมิ

5) หมวด 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ประกอบด้วย

(1) ระบบบริหารงานบุคคลที่ก่อให้เกิดการมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของงาน
ตามภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ เครือข่ายบริการปฐมภูมิมีการจัดระบบบริหารบุคลากรในเครือข่าย
บริการปฐมภูมิในรูปแบบต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ตามภาระหน้าที่โดยกำหนด
ความรับผิดชอบ อำนาจหน้าที่ของบุคลากรแต่ละคน ครอบคลุมกระบวนการในการกำกับดูแลผู้ที่มี
คุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งให้ครบตามที่กำหนดไว้ การจัดระบบประเมินและพัฒนาผลงานของบุคลากร
การบริหารค่าตอบแทนและวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรเกื้อหนุนให้บุคลากรในหน่วยบริการ
ปฐมภูมิมีผลงานที่ดี มีขวัญกำลังใจ เกิดการเรียนรู้และปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลง

(2) การเรียนรู้และการสร้างแรงจูงใจบุคลากรในเครือข่ายบริการ
ปฐมภูมิ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ จัดให้มีระบบการเรียนรู้ และการสร้างแรงจูงใจของบุคลากร
ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ให้สามารถปฏิบัติงานบรรลุเป้าประสงค์โดยรวม สอดคล้องกับพันธกิจ
และแผน กลยุทธ์ส่งผลให้มีผลการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ รวมทั้งสนับสนุนให้มีการเพิ่มพูน ความรู้
ทักษะ และความสามารถของแต่ละบุคคล

(3) การสร้างความผาสุก และความพึงพอใจแก่บุคลากร เครือข่าย
บริการปฐมภูมิมีการจัดบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน จัดระบบสนับสนุนการดำเนินงาน
ที่ทำให้บุคลากรในองค์กรมีความผาสุก ความพึงพอใจ และ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่ดี

2.3.3 ส่วนที่ 2 กระบวนการสำคัญของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

1) หมวด 6 ด้านระบบบริการ ประกอบด้วย

(1) กระบวนการให้บริการที่สร้างคุณค่าของระบบบริการปฐมภูมิ
เครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีการจัดกระบวนการและข้อกำหนดการให้บริการที่สำคัญ เพื่อสร้างคุณค่า
แก่ผู้รับบริการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการบรรลุพันธกิจของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ซึ่งประกอบด้วย
การจัดการระบบบริการโดยรวม และการจัดกระบวนการสำคัญตามลักษณะประชากร

ก. การจัดระบบบริการสุขภาพโดยรวมของหน่วยบริการปฐมภูมิ
และเครือข่าย

ข. การบริการปฐมภูมิระดับบุคคลและครอบครัวแบบผสมผสาน
เป็นองค์รวม ต่อเนื่อง

ค. การดูแลสุขภาพของกลุ่มประชากร

ง. การสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกับองค์กรชุมชน

(2) กระบวนการสนับสนุนการให้บริการที่สร้างคุณค่าของระบบบริการปฐมภูมิ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ มีการจัดกระบวนการสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ประกอบด้วยการสนับสนุนทรัพยากร วิชาการและองค์ความรู้ รวมทั้งการบริการต่อเนื่อง ประสานเชื่อมโยงให้หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการตามกระบวนการสร้างคุณค่าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้หน่วยงานบริการปฐมภูมิประสบความสำเร็จตามพันธกิจและวิสัยทัศน์ ภายใต้การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น ชุมชน และหน่วยงานต่างๆ

2.3.4 ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์การดำเนินงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

1) หมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย

(1) ผลลัพธ์การดำเนินการด้านประสิทธิผล องค์กรมีการสรุปผลลัพธ์ด้านประสิทธิผลของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ นโยบายที่สำคัญของจังหวัด จำแนกตามประชากรเป้าหมาย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

(2) ผลลัพธ์การดำเนินการด้านคุณภาพการให้บริการ องค์กรดำเนินการสรุปผลลัพธ์ด้านคุณภาพการให้บริการ โดยเน้นในมุมมองของ ประชากรเป้าหมาย ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

(3) ผลลัพธ์การดำเนินการด้านประสิทธิภาพของกระบวนการให้บริการ องค์กรสรุปผลลัพธ์ด้านประสิทธิภาพการดำเนินงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิและด้านการเงิน

(4) ผลลัพธ์การดำเนินการด้านการพัฒนาองค์กรเครือข่ายบริการปฐมภูมิ องค์กรสรุปผลงานด้านการพัฒนาองค์กรด้านต่างๆ ได้แก่ การพัฒนาการเรียนรู้และพัฒนาบุคลากร ความพึงพอใจของบุคลากร คุณธรรม จริยธรรม การสร้างนวัตกรรมและเทคโนโลยีที่เหมาะสม การเป็นองค์กรที่ดี โดยแสดงผลลัพธ์แยกตามความหลากหลาย และประเภทของบุคลากร รวมทั้งแสดงข้อมูลเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ต้องการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ พร้อมทั้งศึกษาแนวโน้ม และผลการดำเนินการเปรียบเทียบกับองค์กรอื่นที่มีภารกิจคล้ายคลึงกัน

2.4 แนวคิดพื้นฐานของการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อรับรองคุณภาพ PCA (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 2552)

การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อรับรองคุณภาพ PCA นั้นมีขั้นตอนตามแนวทางต่อไปนี้

2.4.1 เริ่มต้นจากการประเมิน ด้วยเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ทุกหน่วยบริการสุขภาพและเครือข่าย ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรได้รับการประเมินตนเอง หรือ ประเมินจาก ภายนอกในด้านเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำ และหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อ พิจารณาว่าส่วนที่เป็นปัจจัยนำเข้า อันได้แก่ บุคลากร อุปกรณ์ ระบบงานพื้นฐาน ได้ตาม มาตรฐานหรือไม่ มีส่วนขาดอย่างไร หากมีส่วนขาดให้มีการวางแผน และการดำเนินการเพื่อแก้ไข ให้แล้วเสร็จตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ และหากเป็นส่วนขาดที่ต้องแก้ไขระยะยาว เช่น การขาดแคลนบุคลากร ควรวางแผนว่าจะแก้ปัญหาเฉพาะหน้า โดยการจ้างหรือการประสานให้บุคลากรในหน่วยอื่นมาช่วยอย่างไร และจะแก้ปัญหาระยะยาวในการสรรหาบุคลากรมาเพิ่มใหม่ให้ได้ตามมาตรฐานในช่วงเวลาที่ปี

2.4.2 ทุกหน่วยบริการนำแนวทางปฏิบัติตามมาตรฐานย่อยของระบบงานต่างๆ มาทบทวน เนื่องจากงานบริการปฐมภูมิประกอบด้วยงานย่อยๆ อีกหลายงาน ซึ่งแต่ละงานก็มีมาตรฐานคุณภาพของงานที่กำหนดโดยหน่วยงานเจ้าของเรื่องต่างๆ ฉะนั้นจึงควรนำเอา มาตรฐานงานแต่ละงาน มาทบทวนว่าหน่วยบริการได้ดำเนินการปฏิบัติตามมาตรฐานเหมาะสมแล้วหรือไม่ หากยังไม่ได้ตาม มาตรฐานก็ควรปรับปรุง และวางแผนการปรับปรุงให้ชัดเจน

2.4.3 นำระบบคุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PCA) ในส่วนที่เป็นโครงสร้างองค์กร และระบบในหมวด 3 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มาดำเนินการ โดยที่สถานบริการที่เป็นจุดทำสัญญาเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care :CUP) เป็นตัวหลักในการทำ ประสานและร่วมทบทวนกับหน่วยบริการปฐมภูมิ CUP ควรเริ่มจากการสร้างความเข้าใจระบบคุณภาพแบบต่างๆ ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ และผู้เกี่ยวข้อง ในโรงพยาบาล และเป็นผู้เขียนโครงสร้างองค์กร (unit profile) ในภาพรวมของ CUP เมื่อหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการชี้แจงให้เข้าใจแล้ว จึงนำระบบ PCA เข้ามาดำเนินการ แต่ไม่จำเป็นต้องดำเนินการ ทุกเรื่อง ทุกหมวดพร้อมกัน ให้เริ่มจากหน่วยบริการทบทวนเขียน โครงสร้างองค์กร (unit profile) และทบทวนหมวด 3 (การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย) ก่อน เพื่อทบทวน องค์กรในด้านบริบท สภาพการเปลี่ยนแปลงของบริบทที่ เกี่ยวข้อง ทบทวนต้นทุนขององค์กรที่มี ในปัจจุบัน (ซึ่งอาจใช้ผลประเมินการขึ้นทะเบียนในข้อ 1 มาพิจารณาประกอบ) และทำความเข้าใจว่า

ประชาชน ผู้รับบริการต้องการอะไรจากองค์กร หน่วยงานและหุ้นส่วนต่างๆ จะมีส่วนเข้ามาร่วมมือกับองค์กรอย่างไร รวมทั้งนำแผน นโยบาย ระดับจังหวัด อำเภอมานิยามว่ามีทิศทางอย่างไร แล้วนำข้อมูลทั้งหมดมากำหนดทิศทาง การดำเนินงาน และกลยุทธ์การทำงานขององค์กรให้ชัดเจนมากขึ้น

2.4.4 ขยายเรื่องการทบทวนตามระบบ PCA ไปสู่หมวด 6 ด้านระบบบริการ และหมวดอื่นๆ เมื่อเข้าใจสถานการณ์องค์กรตนเอง และบริบทรอบข้างในข้อ 3 แล้ว จึงนำทิศทางที่ได้มาใช้เป็นกรอบในการทบทวนระบบงานในหมวดอื่นๆ ต่อไป รวมทั้งนำผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพอื่นๆ ในข้อ 2 มาพิจารณาร่วมกันว่าระบบการทำงานในส่วนต่างๆ มีความสอดคล้องกันและเสริมการ ทำงานตามทิศทางที่ต้องการ และได้ผลงานตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ โดยพิจารณาว่าส่วนใดที่เป็นจุดอ่อนสำคัญที่ต้องเร่งพัฒนาอย่างเร่งด่วน วางแผนแก้ไขระยะยาว เพื่อเป็นรากฐานของการพัฒนางานส่วนอื่นๆ เป็นต้น จากนั้นกำหนดแผนปฏิบัติงาน บุคคลรับผิดชอบ และจัดสรรงบประมาณ เพื่อรองรับการทำงานตามแผนที่ตั้งไว้อย่างชัดเจน

2.4.5 ใช้แนวทางจากหมวด 4 การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ มาวางระบบจัดการข้อมูลและติดตาม ประเมินผลงาน เพื่อให้รู้ถึงความก้าวหน้า และปัญหาอุปสรรคต่างๆ ควร มีการจัดการเก็บบันทึกข้อมูล เพื่อติดตาม ประเมินผลว่างานเป็นไปตามแผนงาน และเป้าหมายหรือไม่ โดยใช้แนวทางในหมวด 4 เป็นตัวช่วย มีการสรุปผลความคืบหน้าการดำเนินงานเป็นระยะอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง ในการจัดการข้อมูลและติดตามประเมินผล จะต้องดำเนินการทั้งในระดับหน่วยบริการ และระดับ CUP โดยที่ CUP ทำหน้าที่เป็นผู้ประสาน และวิเคราะห์ในภาพรวมของอำเภอ

2.4.6 ทบทวน และวิเคราะห์ข้อมูลตามหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ และทุกหมวด เมื่อครบรอบปี ให้ทบทวนผลลัพธ์งานตามหมวด 7 และวงจรทั้งหมดข้างต้นอีกรอบ เพื่อทำแผนปฏิบัติการประจำปี และทบทวนใหญ่เมื่อครบรอบ 3 ปี เพื่อวางแผนกลยุทธ์สำคัญขององค์กร

2.5 ระบบการประเมินผลตามเกณฑ์คุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (สำนักพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ, 2552)

ในการประเมินตามเกณฑ์คุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิจะเน้นการประเมินติดตามผลของตนเองอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง โดยการประเมินองค์กร ทั้งหมดจะมีการประเมินใน 2 มิติ คือ มิติของกระบวนการ และมิติของผลลัพธ์ ในแต่ละมิติจะมีการประเมินในเชิงระบบ และ ความสอดคล้องกับพันธกิจ วิสัยทัศน์ และบริบทขององค์กร รวมทั้งการปรับตัว การเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

2.5.1 มิติของกระบวนการ ใช้สำหรับการประเมินในหมวด 1 ถึง หมวด 6 โดยกระบวนการ หมายถึง วิธีที่องค์กรดำเนินการและปรับปรุง เพื่อตอบสนองต่อข้อกำหนดของหัวข้อต่างๆ ในเกณฑ์ โดยมีปัจจัยที่ใช้ในการประเมิน 4 ปัจจัย ได้แก่ แนวทาง (Approach) การถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ (Deployment) การเรียนรู้ (Learning) และการบูรณาการ (Integration)

1) **แนวทาง (Approach - A)** หมายถึง วิธีการที่ใช้เพื่อให้กระบวนการบรรลุผล ซึ่งแนวทางนั้นต้องสามารถนำไปใช้ซ้ำได้ ตอบสนองข้อกำหนดของหัวข้อต่างๆ และอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อถือได้ ประเมินจาก

- (1) มีเป้าหมาย วัตถุประสงค์
- (2) มีวิธีการหรือแผนที่มุ่งบรรลุผลองค์กรพร้อมกับผู้รับผิดชอบ
- (3) มีตัววัดเป้าหมายและวิธีการติดตามประเมินผล

2) **การถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติ (Deployment - D)** หมายถึง ความครอบคลุมและทั่วถึงของการนำแนวทางไปถ่ายทอดนำไปสู่การดำเนินการ เพื่อตอบสนองข้อกำหนด ในเกณฑ์การถ่ายทอดเพื่อนำไปปฏิบัติจะประเมินจาก

- (1) ความครอบคลุมขั้นตอนของการนำแนวทางไปดำเนินการ
- (2) การใช้แนวทางในทุกหน่วยงาน ทุกคนที่เกี่ยวข้อง
- (3) ทำทุกขั้นตอน ทำอย่างจริงจัง

3) **การเรียนรู้ (Learning - L)** หมายถึง การปรับปรุงแนวทางให้ดีขึ้น โดยใช้วงจร การประเมินและการปรับปรุง มีการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างก้าวกระโดด โดยใช้นวัตกรรมและการแลกเปลี่ยน แบ่งปันความรู้ในระดับองค์กร ซึ่งเป็นความรู้หรือทักษะใหม่ที่ได้รับจากการประเมิน การศึกษา ประสบการณ์ และนวัตกรรม การเรียนรู้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การเรียนรู้ของหน่วยงาน และการเรียนรู้ของบุคลากร ประเมินจาก

- (1) การติดตามประเมินผลผลลัพธ์
- (2) การแลกเปลี่ยน แบ่งปันความรู้จากการปรับปรุงที่ดีขึ้นและนวัตกรรมให้แก่หน่วยงาน/กระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้องทั่วทั้งองค์กร

(3) การนำบทเรียนไปปรับปรุงกระบวนการให้ดีขึ้น และสร้างนวัตกรรมในองค์กร

4) **การบูรณาการ (Integration - I)** หมายถึง ความครอบคลุมและทั่วถึงของการใช้แนวทางที่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับความต้องการขององค์กรตามที่ระบุในข้อกำหนดในหัวข้อต่างๆ ประเมินจาก

- (1) ความสอดคล้องของเป้าหมาย แผนปฏิบัติ วัฏวิเคราะห์ และปรับปรุง
- (2) ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง
- (3) ความสอดคล้องกับเป้าหมายองค์กร

2.5.2 มิติเชิงผลลัพธ์ ใช้สำหรับการประเมินในหมวด 7 โดยผลลัพธ์ หมายถึง ผลผลิต (Output) และ ผลลัพธ์ (Outcome) ของหน่วยงานที่ได้จากการดำเนินการตามข้อกำหนด ในหมวดที่ 7 ข้อ 7.1-7.4 ประกอบด้วย 4 มิติ คือ ผลลัพธ์การดำเนินการด้านประสิทธิผล ผลลัพธ์ การดำเนินการด้านคุณภาพของกระบวนการ ผลลัพธ์การดำเนินการด้านประสิทธิภาพของกระบวนการ ให้บริการ และผลลัพธ์การดำเนินการด้านการพัฒนาองค์กรเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ประเด็นที่ใช้ ในการประเมินผลลัพธ์มี 4 เรื่อง ได้แก่

1) ผลการดำเนินการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่องค์กรกำหนด (Level)

2) แนวโน้มของผลการดำเนินการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Trend) เพื่อแสดงทิศทางของผลลัพธ์และอัตราการเปลี่ยนแปลงของการปรับปรุงผลการดำเนินการ

3) ผลการดำเนินการของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ เปรียบเทียบ (Comparison) เพื่อแสดงผลลัพธ์เมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นที่มีภารกิจคล้ายคลึงกัน และหรือระดับเทียบเคียงที่เหมาะสม

4) ความครอบคลุม สอดคล้อง และความสำคัญของผลลัพธ์ (Linkage) เพื่อแสดงการเชื่อมโยงของตัวชี้วัดผลต่างๆ กับผลการดำเนินการด้านผลผลิตและบริการ ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กระบวนการและแผนปฏิบัติการที่สำคัญตามที่ระบุไว้ในลักษณะสำคัญของ องค์กร และในหัวข้อที่อยู่ในหมวด ที่ 1-6 ว่ามีรายงานผลลัพธ์ที่ครอบคลุมในประเด็นหลัก และความ สำคัญ ต่อองค์กรทั้งหมด

2.6 ระดับการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นครชัยบุรินทร์, 2554: 7; กลุ่มงานประกันสุขภาพและพัฒนาบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร 2555)

เมื่อหน่วยบริการปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้มีการพัฒนา เพื่อรับรองเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ แล้ว จึงมีระดับของการประเมินว่าโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลได้พัฒนาถึงความสำเร็จระดับใด โดยแบ่งเป็นขั้นดังนี้

2.6.1 ขั้น ที่ 1

1) รู้จักสภาพหน่วยงานของตนเองว่ามีพันธกิจ หรือบทบาทหน้าที่ตามกฎหมาย รวมถึงทิศทาง เป้าประสงค์ วัฒนธรรมและค่านิยมขององค์กร สภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์ที่สำคัญกับประชาชน ชุมชน ผู้รับบริการทั้งในสถานบริการและในชุมชน ความสัมพันธ์กับหน่วยงานภายนอก ภาควิเคราะห์บริการสุขภาพ

2) ทราบปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่สำคัญ และมีการจัดการปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่สำคัญนั้น

การประเมินในขั้นที่ 1 นี้ให้พิจารณาว่าหน่วยบริการทราบปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ และ/หรือ ประเด็นความเสี่ยงที่สำคัญในการดำเนินงานของหน่วยงาน และมีการนำปัญหาและความเสี่ยงต่าง ๆ นั้น มาแก้ไข ปรับปรุง พัฒนา ซึ่งผลลัพธ์อาจยังไม่เป็นที่น่าพอใจก็ได้ เป็นพัฒนาในเชิงการตั้งรับ

2.6.2 ขั้น ที่ 2

1) ผ่านขั้นที่ 1

2) มีการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงแล้วนำไปวางระบบ แนวทาง มาตรการป้องกันการเกิดปัญหา/ความเสี่ยงนั้นๆ ให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

3) มีการใช้ข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุของปัญหา/ความเสี่ยงนั้นๆ ซึ่งเป็นการพัฒนาเชิงการป้องกัน

2.6.3 ขั้น ที่ 3

1) ผ่านขั้นที่ 2

2) ครอบคลุมระบบงานและแนวทางที่สำคัญและมีการนำเอามาตรฐาน PCA สู่การปฏิบัติงานเกิดผลลัพธ์ที่ดี มีผลลัพธ์ที่ยอมรับได้

3) มีการนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์วางแผนและติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ

4) มีการพัฒนาเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตามกระบวนการเรียนรู้ PDCA/CQI จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

การประเมินในขั้นที่ 3 นี้ให้พิจารณาว่าหน่วยบริการมีการพัฒนาต่อจากการพัฒนาในขั้นที่ผ่านมาแล้วมีการปรับปรุงระบบงาน แนวทาง มาตรการต่างๆ ที่วางไว้ โดยนำผลการดำเนินงานมาใช้ในการทบทวนเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น มีการหมุนวงจร PDCA/CQI ในระบบงาน แนวทาง มาตรการ ดังกล่าว และครอบคลุมระบบที่สำคัญๆ ของหน่วยงาน เริ่มนำเอาเกณฑ์มาตรฐาน

คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ มาเป็นแนวทางการปฏิบัติงานและมีผลลัพธ์การดำเนินงานบางระบบ
ดี ยอมรับได้

2.6.4 ขั้นที่ 4

ที่คืบ

1) ผ่านขั้นที่ 3

2) การนำมาตรฐาน PCA สู่การปฏิบัติครบทุกหมวด มีผลลัพธ์ / แนวโน้ม

3) ประเมินตนเองครบ

4) มีผลลัพธ์ค่าเฉลี่ยดี

2.6.5 ขั้นที่ 5

1) ผ่านขั้นที่ 4

2) มีผลลัพธ์ทั้งหมดอยู่ในระดับดีและบางระบบสามารถเป็นแบบอย่างที่ดี

3) มีการประเมินครบ

ระดับการพัฒนาขั้นที่ 1 ถึง ขั้นที่ 3 โดยทีมพัฒนาคุณภาพระดับจังหวัด ระดับ
การพัฒนาขั้นที่ 4 และ ขั้นที่ 5 โดยทีมพัฒนาคุณภาพจากหน่วยงานภายนอก

3. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพและการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

3.1 ความหมายของคำว่าคุณภาพ

คุณภาพ (Juran, 1998: 2.1-2.2) หมายถึง สิ่งที่ตรงและเหมาะสมกับการใช้งานและ
เป็นที่พึงพอใจของลูกค้า ด้วยลักษณะ 2 ประการ ดังนี้

1. คุณสมบัติของผลผลิตที่ได้ตามความต้องการและเป็นที่พึงพอใจของลูกค้า ทำให้
ยอดขายเพิ่มขึ้น

2. ปราศจากความไม่มีประสิทธิภาพ ไร้ข้อบกพร่อง ไม่กลับมาทำใหม่ ลดการ
สูญเสีย ลดของเสีย ลดการตรวจสอบ ลดการร้องเรียนของลูกค้า เพิ่มประสิทธิภาพการส่งมอบ

คุณภาพ (Crosby, 1980: 7) หมายถึง คุณลักษณะและประโยชน์ของการใช้งาน
โดยรวมของผลิตภัณฑ์ที่จะทำให้สามารถตอบสนองการใช้งานได้เหมาะสมสำหรับการใช้งาน
สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการ ส่วนประกอบทั้งหมดของผลิตภัณฑ์หรือบริการ ทั้งด้านการตลาด

วิศวกรรม การผลิต และการซ่อมบำรุง ที่ตรงกับความคาดหวัง และความต้องการของลูกค้า สอดคล้องกับมาตรฐานซึ่งเป็นที่ต้องการและคาดหวังของลูกค้า

คุณภาพของผลิตภัณฑ์ (Evans and Dean, 2003: 18) หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่ดำเนินงานตามข้อกำหนด (specification)

คุณภาพ (นพปฎล สุทธนนท์ 2549: 48) หมายถึง ความมุ่งมั่นและการแสวงหาในสิ่งที่ดีที่สุด เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า

โดยสรุป คุณภาพ หมายถึง เป็นมาตรฐานที่เกี่ยวกับการจัดการและการประกันคุณภาพ โดยเน้นความพึงพอใจของลูกค้าเป็นสำคัญ และตั้งอยู่บนแนวคิดพื้นฐานที่ว่า เมื่อกระบวนการดี ผลลัพธ์ที่ออกมาก็จะดีตามไปด้วยได้ว่าเป็นการตอบสนองผู้ใช้และผู้รับบริการให้เกิดความพึงพอใจในผลผลิตนั่นเอง

3.2 การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพนั้นมีแนวทางปฏิบัติที่หลากหลาย ตัวอย่างเช่น

3.2.1 การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพตามหลักของเดมมิง (Deming, 1986: 23-24)

เดมมิงได้เสนอแนวทาง เพื่อการพัฒนาคุณภาพให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในองค์กรธุรกิจอุตสาหกรรม เพื่อความอยู่รอดและสามารถแข่งขันในตลาดได้ โดยเสนอหลักการดำเนินงานคุณภาพ 14 ข้อ ซึ่งการศึกษาหลักการดำเนินงานคุณภาพของเดมมิง 14 ข้อ ให้เข้าใจจะเป็นพื้นฐานสำคัญของการสร้างคุณภาพในองค์กร การสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมจะทำให้องค์กรมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จได้อย่างยั่งยืน หลักการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของเดมมิง 14 ข้อ (Deming's Fourteen Points) ได้แก่

1) สร้างความตั้งใจอันแน่วแน่ในการปรับปรุงคุณภาพของสินค้าหรือบริการ ผู้บริหารจะต้องมีความมุ่งมั่นในเรื่องของการสร้างคุณภาพ ต้องมีการวางแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาวอย่างชัดเจน ต้องกำหนดเป้าหมายอย่างต่อเนื่องและจริงจัง โดยมีความอดทนที่จะรอผลลัพธ์ให้เกิดขึ้นด้วย การตั้งใจแน่วแน่นี้ควรจะมุ่งเน้นไปใน 4 เป้าหมายหลัก คือ นวัตกรรม (Innovation) การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) และการบำรุงรักษาเชิงป้องกัน (Preventive Maintenance)

2) ยอมรับปรัชญาใหม่ๆ ของการบริหาร ผู้บริหารจะต้องยอมรับวัฒนธรรมแห่งคุณภาพ เสมือนหนึ่งปรัชญาการดำเนินชีวิตหรือลัทธิศาสนา โดยจะต้องทำให้คุณภาพเป็นส่วนหนึ่งของงานให้ได้ เพราะคุณภาพจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพนักงานทุกคนจากการทำงานตามสั่งกลายเป็นดูแลรับผิดชอบในผลงานของตนเอง

3) **หยุดการควบคุมคุณภาพโดยอาศัยแต่การตรวจสอบ** การควบคุมคุณภาพจะต้องมุ่งที่การควบคุมกระบวนการผลิตเป็นสำคัญ ไม่ใช่อาศัยแค่การตรวจสอบที่ตัวสินค้าที่ผลิตเสร็จแล้วเท่านั้น เพราะการตรวจสอบขั้นสุดท้ายไม่ได้เป็นการป้องกันความผิดพลาดไม่ให้เกิดขึ้น

4) **หยุดวิธีการดำเนินธุรกิจโดยการตัดสินใจด้วยราคาขายเพียงอย่างเดียว** การใช้ราคาขายต่ำสุดเป็นเกณฑ์ในการดำเนินธุรกิจเป็นสิ่งที่ไม่ถูกต้อง เพราะราคาขายของสินค้าจะไม่มี ความหมายใดๆ หากธุรกิจไม่มีมาตรการที่เชื่อถือได้ในการกำหนดมาตรฐานคุณภาพของสินค้านั้น

5) **ปรับปรุงระบบการผลิตและระบบการให้บริการอย่างต่อเนื่อง** การเสริมสร้างคุณภาพให้เกิดขึ้น ไม่ใช่กิจกรรมที่ทำครั้งเดียวเสร็จ แต่เป็นงานที่จะต้องทำการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตลอดไปด้วยการใช้หลักการทำงานแบบวงจรของเดมมิง (PDCA Deming Cycle) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

- (1) P : Plan คือ การวางแผนและการกำหนดวัตถุประสงค์ของการทำงาน
- (2) D : Do คือ การทำตามแผนนั้นๆ
- (3) C : Check คือ การตรวจสอบผลการปฏิบัติตามแผน
- (4) A : Act คือ การดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ผลการปฏิบัติงานเป็นไปตามแผน ที่วางไว้

6) **ทำการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ** องค์กรจะต้องจัดทำแผนการฝึกอบรม และให้การศึกษาแก่พนักงานทุกคนในเรื่องของคุณภาพและการบริหารจัดการคุณภาพ โดยเฉพาะ เรื่องของการควบคุมคุณภาพเชิงสถิติ และเครื่องมือแห่งคุณภาพประเภทต่างๆ การฝึกอบรมจะต้องดำเนินการอย่างสม่ำเสมอตลอดไป

7) **สร้างภาวะผู้นำขึ้น** ผู้นำเป็นพื้นฐานที่สำคัญยิ่งของการสร้างวัฒนธรรมแห่งคุณภาพให้เกิดขึ้นในองค์กร เพราะผู้นำจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้พนักงาน ในทุกระดับขององค์กรเห็นถึงความจำเป็นในการปรับกระบวนการทำงาน เพื่อให้งาน สินค้าหรือ บริการพัฒนาไปสู่ความมีคุณภาพ

8) **กำจัดความกลัวให้หมดไป** องค์กรและผู้บริหารจะต้องสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ หัวหน้างานและพนักงานจะต้องกล้าที่จะสอบถามในสิ่งที่ตัวเองไม่รู้ หรือไม่เข้าใจ โดยไม่ต้องกลัวผู้บริหารจะต้องเปิดโอกาส และกระตุ้นให้พนักงานกล้าแสดงออก เพื่อเสนอแนะวิธีการปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น

9) ทำลายสิ่งขวางกั้นระหว่างหน่วยงานต่างๆ ผู้บริหารจะต้องทำลายโครงสร้างที่เป็นอุปสรรค หรือกำแพงที่ขวางกั้นการติดต่อและประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยงานต่างๆ ให้หมดสิ้นไป เพื่อให้พนักงานที่ต่างหน่วยงานแต่มีงานเกี่ยวเนื่องกันสามารถร่วมมือกันได้อย่างเต็มที่

10) จัดทำข้อมู้นิยามคำขวัญและเป้าหมาย คำขวัญและเป้าหมายอาจจะไม่มีความหมายเลย หากปราศจากแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ดังนั้น การใช้คำขวัญและเป้าหมายเพื่อการจูงใจหรือกระตุ้นเตือนนั้น ผู้บริหารจะต้องมั่นใจว่าได้เสนอแนะวิธีปฏิบัติที่จะทำให้สามารถบรรลุคำขวัญหรือเป้าหมายนั้นๆ ด้วย

11) ไม่กำหนดเป้าหมายที่เน้นเชิงปริมาณจนเกินไป การกำหนดโควต้าการผลิต มักจะทำให้พนักงานในฝ่ายผลิตมุ่งสนใจในปริมาณมากกว่าคุณภาพของผลผลิต จึงไม่ควรใช้โควต้าการผลิตที่ระบุเป็นจำนวนตัวเลขขึ้นต่ำ เพื่อการวัดผลงานของพนักงานเพียงอย่างเดียว

12) กำจัดสิ่งกีดขวางความภาคภูมิใจของพนักงาน การมุ่งเน้นที่เป้าหมายหรือโควต้าการผลิตมากกว่าการมุ่งเน้นที่คุณภาพจะทำให้ความภาคภูมิใจของพนักงานในผลงานของตนเองลดน้อยลง เพราะไม่ได้มีส่วนร่วมในการปรับปรุงคุณภาพ การมีส่วนร่วมจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจและความพอใจในงานมากขึ้น

13) มีการจัดทำแผนการศึกษาและทำการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ แผนการศึกษาและฝึกอบรมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะรองรับ โครงการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเทคโนโลยีการผลิตเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา การฝึกอบรมจึงเป็นการพัฒนาพนักงานและเป็นการลงทุนระยะยาวที่จะมีผลต่อความสำเร็จและความอยู่รอดขององค์กร

14) ลงมือปฏิบัติเพื่อบรรลุผลสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง ผู้บริหารจะต้องนำตนเองเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงเพื่อการปรับปรุงคุณภาพ โดยร่วมลงมือปฏิบัติ ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของทีมงาน และเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้บริหารต้องยึดมั่นผูกพันในคุณภาพอย่างจริงจัง และต้องเป็นการผูกพันในระยะยาว มิใช่การเฝ้าดูผลสำเร็จในระยะสั้นแต่เพียงอย่างเดียว

3.2.2 การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพตามหลักของไคเซ็น (สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยีไทย-ญี่ปุ่น, 2552)

ไคเซ็น เป็นกิจกรรมการบริหารงานเชิงคุณภาพ อันมีรากฐานกำเนิดมาจากประเทศญี่ปุ่น และแพร่หลายไปในต่างประเทศอย่างกว้างขวาง โดยวงการอุตสาหกรรมและโรงงานของญี่ปุ่นได้ขยายและพัฒนาไปในต่างประเทศในขณะเดียวกันก็ได้ส่งผู้ชำนาญงานไปฝึกอบรมพนักงานในท้องถิ่น โดยเฉพาะใน ปี ค.ศ. 1980 (พ.ศ. 2523) ซึ่งได้มีการวิจัยที่สถาบันเทคโนโลยี

แมสซาชูเซตส์ (Massachusetts Institute of Technology) หรือ เอ็มไอที (MIT) ประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นแกนนำในการทำวิจัยความแข็งแกร่งของวงการอุตสาหกรรมญี่ปุ่น อันนับเป็นจุดเริ่มต้น ที่ทำให้ “ไคเซ็น” กลายเป็นที่รู้จักและเป็นคำที่สามารถสื่อสารกันได้ทั่วโลก

ไคเซ็น (Kaizen) เป็นภาษาญี่ปุ่น หมายถึง การปรับปรุง ดังนั้น คำว่า ไคเซ็น เป็นคำที่ถูกหยิบยกมาให้ความสำคัญจนเป็นหลักการที่นำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าของประเทศญี่ปุ่น เป็นหลักการที่ถูกหยิบยกมาเขียนเป็นตำรา โดยแนวคิดของไคเซ็นคือ การปรับเปลี่ยน ปรับปรุง หรือ พัฒนาให้ดีขึ้น แบบค่อยเป็นค่อยไปอย่างต่อเนื่อง

1. หลักการของไคเซ็น ประกอบด้วย 3 ข้อ ได้แก่

1.1 ลด หมายถึง ลดขั้นตอนส่วนที่ไม่จำเป็น สิ่งที่ทำให้เกิดความ

สูญเปล่า

1.2 เลิก หมายถึง การเลิกทำในสิ่งที่ไม่เป็นประโยชน์

1.3 เปลี่ยน หมายถึง การเปลี่ยนวิธีการทำงานไปในทิศทางที่ดีขึ้น

2. คุณลักษณะของกิจกรรมไคเซ็น รูปแบบของการจัดกิจกรรมไคเซ็น

มีดังนี้

2.1 มุ่งดำเนินการในช่วงระยะเวลาอันสั้น (Short-term) โดยทั่วไปเหตุการณ์ไคเซ็น จะใช้ระยะเวลาเริ่มต้นจนสิ้นสุด ประมาณ 3-10 วัน

2.2 มุ่งทำงานเป็นทีม (Team-oriented) โดยการร่วมมือและประสานงานระหว่างทีมงานข้ามสายงาน (Cross-functional Team) ประกอบด้วย ผู้เกี่ยวข้องจากฝ่ายต่างๆ ตลอดจนทีมงานปรับปรุงกระบวนการและหัวหน้างานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงาน และการร่วมเสนอแนะแนวทางการปรับปรุง

2.3 มุ่งจุดเน้น (Highly Focused) เมื่อได้ระบุจำแนกปัญหาจากผลลัพธ์ในช่วงศึกษากระบวนการแล้ว ทางทีมงานผู้ปฏิบัติก็จะจัดทำเอกสาร การวิเคราะห์และปรับปรุงด้วยแนวทางการแก้ปัญหา

2.4 มุ่งเน้นการปฏิบัติการ (Action-oriented) ให้ความสนใจต่อการเปลี่ยนแปลงกระบวนการที่ต้องการปรับปรุงและดำเนินการในทันที เมื่อได้ข้อสรุปแนวทางการแก้ไข ปัญหาหรือได้รับอนุมัติให้ดำเนินการ

2.5 สามารถทดสอบด้วยมาตรวัด (Verifiable Metrics) การปรับปรุงกระบวนการจะต้องสามารถวัดผลและตรวจสอบผลลัพธ์ด้วยมาตรวัด (Metrics) เช่น การใช้พื้นที่

(Floor Space) ในกระบวนการระยะทางขนถ่ายสินค้าที่ลดลง จำนวนงานที่ค้างระหว่างผลิต (Work-in-Process) เวลาที่ใช้สำหรับการตั้งเครื่อง (นาทื) อัตราของเสียที่เกิดขึ้น เป็นต้น

2.6 การดำเนินซ้ำ (Repetitive) ในการดำเนินกิจกรรม (Kaizen Events) จะต้องมีความต่อเนื่องตามแนวทางการปรับปรุงและขอบเขตที่กำหนดไว้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยได้รับความร่วมมือจากทีมงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกๆ คน

3. แนวทางและขั้นตอนในการปรับปรุงแบบไคเซ็น หลักการของการปรับปรุงแบบไคเซ็น มี 7 ขั้นตอน ซึ่งถือได้ว่าเป็นวิธีการเชิงระบบ (System approach) หรือปรัชญาในการสร้างคุณภาพ ประกอบด้วย

3.1 ค้นหาปัญหา และกำหนดหัวข้อแก้ไขปัญหา

3.2 วิเคราะห์สภาพปัจจุบันของปัญหาเพื่อรู้สถานการณ์ของปัญหา

3.3 วิเคราะห์หาสาเหตุ

3.4 กำหนดวิธีการแก้ไข สิ่งที่ต้องระบุ คือ ทำอะไร ทำอย่างไร ทำเมื่อไร

3.5 ใครเป็นคนทำ และทำอย่างไร

3.6 ลงมือดำเนินการ

3.7 ตรวจสอบผล และผลกระทบต่างๆ และการรักษาสภาพที่แก้ไขแล้ว

โดยการกำหนดมาตรฐานการทำงาน

การวิจัยนี้ เลือกใช้หลักการดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามหลักของเดมมิงในการวิจัย เพราะการดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามหลักของเดมมิงทั้ง 14 ข้อ ล้วนเป็นหลักการที่สำคัญที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ในทุกองค์การ การบริหารงานต่างๆ และมีความชัดเจนในด้านการพัฒนาบุคลากรที่มากกว่าแนวคิดของไคเซ็นที่มุ่งเน้นการลด เลิก เปลี่ยน ซึ่งเหมาะสมกับองค์กร ทางอุตสาหกรรมมากกว่าหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข

4. การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสกลนคร

จังหวัดสกลนครมีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากปี พ.ศ. 2545 ถึงปี พ.ศ. 2553 สถานีอนามัยได้รับการประเมินและพัฒนาจากทั้งระดับอำเภอ และจังหวัด โดยใช้เครื่องมือประกอบการพัฒนา คือ แบบประเมินตามคู่มือประเมินและรับรองมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน (26 ข้อ 42 เกณฑ์) ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และใช้การดำเนินแนวทางตามนโยบายระดับจังหวัด/ระดับเขต (กลุ่มงานประกันสุขภาพและพัฒนาบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร, 2553: 1)

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในปี พ.ศ. 2554 ทางจังหวัดสกลนคร ได้ปรับเปลี่ยนแนวทางการพัฒนาโดยได้กำหนดให้เครือข่ายบริการปฐมภูมิ และหน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีการประเมินตนเองตามกระบวนการ (PMQA) เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพที่จะนำไปสู่การส่งเสริม สนับสนุน การพัฒนาและการประเมินรับรองคุณภาพอย่างมีมาตรฐานเป็นแนวทางเดียวกัน ภายใต้กรอบแนวทางการพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award) โดยกลุ่มงานประกันสุขภาพและพัฒนาบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครจะทำการแจกจ่ายละเอียดและการประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ PCA ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง จากนั้นให้ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่งทำการประเมินตนเอง และรวบรวมผลการประเมินกลับมาส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครเพื่อสรุปเป็นภาพรวมต่อไป

ตารางที่ 2.1 รายละเอียดและการประเมินระดับการพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ PCA

ระดับการ พัฒนา คุณภาพ	รายละเอียดและการประเมิน	
	หน่วยบริการปฐมภูมิ(รพ.สต./PCU)	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ(CUP)
เข้าสู่ กระบวนการ ขั้นที่ 1	มีการทำความเข้าใจกับเกณฑ์คุณภาพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิและมีการ ประเมินตนเอง รู้จักตนเอง ทราบปัญหาสุขภาพและ ความเสี่ยงที่สำคัญและมีการจัดการ ปัญหาความเสี่ยงที่สำคัญ 1.ประเมินตนเองหมวด P หมวด 3 หมวด 6 ข้อ 6.1.1 , ข้อ 6.1.2 2.ประเมินและจัดระบบพัฒนาปัญหา สุขภาพที่พบบ่อย (Common Health Problem)	มีการทำความเข้าใจกับเกณฑ์คุณภาพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิและมีการ ประเมินตนเอง รู้จักสภาพปัญหาระบบสุขภาพ / ความเสี่ยงที่สำคัญของเครือข่าย บริการ (PCU+CUP)และมีแนวทางใน การสนับสนุนทรัพยากรในการจัดการ ปัญหาและความเสี่ยงที่สำคัญ 1. ประเมินตนเองหมวด P หมวด 3 หมวด 6 ข้อ 6.2 2.ประเมินและจัดระบบพัฒนาระบบ สนับสนุนในปัญหาที่พบบ่อย
ตาราง ขั้นที่ 2	วิเคราะห์หาสาเหตุ มีแนวทาง มาตรการแก้ไขปัญหา ความเสี่ยงที่ สำคัญ รวมทั้งปัญหาและความเสี่ยงที่ สำคัญได้รับการแก้ไข 1. ประเมินตนเองหมวด 3 หมวด 6 ข้อ 6.1.1,6.1.2,6.1.3 และหมวด 7 ข้อ 7.2 หรือประเมินหมวด1,2,4,5,6(ข้อ 6.1.1) และหมวด 7 2. จัดทำแผนพัฒนาปัญหาที่พบบ่อย ในพื้นที่	วิเคราะห์ปัญหา / ความเสี่ยงที่สำคัญ และวางแผนสนับสนุนทรัพยากร อย่างเป็นระบบปัญหาและความเสี่ยง ที่สำคัญของเครือข่ายฯได้รับการ แก้ไข 1.ประเมินตนเองครบ 7 หมวด 2.ประเมินและจัดระบบพัฒนา

ตารางที่ 2.1 (ต่อ)

ระดับการ พัฒนา คุณภาพ	รายละเอียดและการประเมิน	
	หน่วยบริการปฐมภูมิ(รพ.สต /PCU)	เครือข่ายบริการปฐมภูมิ(CUP)
ขั้นที่ 3	- เชื่อมโยงผลงานกับผลลัพธ์ - สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ - มีระบบงานและแนวทางที่สำคัญ - และมีการนำเอามาตรฐาน PCA สู่การปฏิบัติจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี 1. มีการประเมินที่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์ (มีแผนที่เป็นระบบ : Preventive action) 2. มีผลลัพธ์แสดงได้	- มีการวางแผนสนับสนุนที่ - สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ (ทั้งเครือข่าย)และมีระบบติดตาม - ประเมินผลลัพธ์ของเครือข่ายจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีบางระบบของเครือข่าย 1.มีการประเมินที่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์ และแผนเป็นระบบ

ที่มา: กลุ่มงานประกันสุขภาพและพัฒนาบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร (2555)

ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 167 แห่ง ตามเกณฑ์ PCA ในปี 2555 มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ PCA ขั้นที่ 2 จำนวน 67 แห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ PCA ขั้นที่ 1 จำนวน 100 แห่ง

ตารางที่ 2.2 ผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์ PCA ปี 2555

CUP	จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ตามขั้นการพัฒนาฯ (แห่ง)						
	เป้าหมาย	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5	ยังไม่ผ่าน
เมือง	23	0	23	0	0	0	0
กุสุมาลย์	6	6	0	0	0	0	0
กุดบาก	5	5	0	0	0	0	0
พรรณานิคม	13	13	0	0	0	0	0
พังโคน	7	5	2	0	0	0	0
วาริชภูมิ	9	0	9	0	0	0	0
นิคมน้ำอูน	4	4	0	0	0	0	0
วานรนิวาส	18	17	1	0	0	0	0
คำตากล้า	6	6	0	0	0	0	0
บ้านม่วง	10	9	1	0	0	0	0
อากาศอำนวย	11	11	0	0	0	0	0
สว่างแดนดิน	20	0	20	0	0	0	0
ส่องดาว	4	3	1	0	0	0	0
เต่างอย	4	4	0	0	0	0	0
โคกศรีสุพรรณ	5	5	0	0	0	0	0
เจริญศิลป์	6	6	0	0	0	0	0
โพนนาแก้ว	7	6	1	0	0	0	0
ภูพาน	8	8	0	0	0	0	0
รวมทั้งจังหวัด	167	100	67	0	0	0	0
ร้อยละ	100	59.9	40.1	0	0	0	0

ที่มา: กลุ่มงานประกันสุขภาพและพัฒนาบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร (2555)

สาเหตุของการไม่ประสบความสำเร็จของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพ PCA อาจเป็นผลจากปัจจัยต่างๆ ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การศึกษาให้ทราบถึงปัจจัยที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ PCA ที่ต่างกัน จะสามารถนำมาใช้เป็นประโยชน์ในการพัฒนา เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ PCA ขั้นที่สูงกว่า ได้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อมตา จันทร์ปาน (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช ในโครงการทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ด้านการบริหารงาน และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนกับผลการพัฒนาสถานีนอนามัยของจังหวัดนครศรีธรรมราช และ (2) ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยด้านบุคคล ด้านการบริหารงาน และด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ระหว่างสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จกับสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ของจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจพบว่า (1) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคลในเรื่องการอบรมดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย และแรงจูงใจด้านสภาพการทำงาน ปัจจัยด้านการบริหารงานในเรื่องกระบวนการ บริหารทุกด้าน แต่ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนไม่มีความสัมพันธ์กับผลการพัฒนาสถานีนอนามัย (2) ปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระหว่างสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จกับพัฒนาไม่สำเร็จ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล โดยสถานีนอนามัยที่บุคลากรได้รับการอบรมดูงานเรื่องทศวรรษแห่งการพัฒนาสถานีนอนามัย จะพัฒนาสถานีนอนามัย สำเร็จมากกว่าสถานีนอนามัยที่บุคลากรไม่ได้รับการอบรมดูงานและบุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มีแรงจูงใจด้านสภาพการทำงานมากกว่าบุคลากรของสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ ปัจจัยด้านการบริหารงาน โดยอัตรากำลังของสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จมีมากกว่าสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จและสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จ มีกระบวนการบริหารทุกด้านดีกว่าสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ และประชาชนเข้ามามี ส่วนร่วมในการพัฒนาสถานีนอนามัย ไม่แตกต่างกันระหว่างสถานีนอนามัยที่พัฒนาสำเร็จกับสถานีนอนามัยที่พัฒนาไม่สำเร็จ

กิตติศักดิ์ ะษาวงศ์ (2550) ศึกษาการประยุกต์ใช้วัฏจักรเดมมิ่งในการจัดการคุณภาพฐานข้อมูลสถานื่อนามัยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดนครพนม โดยกำหนดระยะเวลาในการศึกษา คือ เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2549 การศึกษานี้เป็นแบบกึ่งทดลอง โดยศึกษา 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง ใช้รูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการ แล้วติดตามผลการจัดการตามรอบการทำงานโดยประยุกต์ใช้วัฏจักรเดมมิ่ง 4 ขั้นตอน และมีการประชุมติดตามกิจกรรมทุกขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้การจัดการคุณภาพฐานข้อมูลสถานื่อนามัย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับการอบรม การทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เฉลี่ย และการจัดการคุณภาพฐานข้อมูลสถานื่อนามัย เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีการจัดการคุณภาพฐานข้อมูลสถานื่อนามัยกลุ่มทดลอง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีคุณภาพของข้อมูลดีขึ้นก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ประจักษ์ บัวผัน (2544) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานื่อนามัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานื่อนามัย จากประชาชนผู้รับบริการ 2) หาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานื่อนามัย 3) พัฒนาเกณฑ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานื่อนามัย การศึกษานี้ศึกษาในจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัญหาและความต้องการในการพัฒนาคุณภาพบริการในสถานื่อนามัย ประกอบ ด้วยปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ การสนับสนุนบริการ โครงสร้างองค์กรและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม 2) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่าความรู้ของผู้ให้บริการความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ ทักษะในการปฏิบัติงาน มนุษยสัมพันธ์ และความคุ้นเคยกับชาวบ้าน อธิษาศัยที่ดี การให้คำแนะนำ การนัดหมายผู้รับบริการ ความตั้งใจในการทำงาน การให้บริการเชิงรุก การศึกษาวิจัยความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้รับบริการ การสนับสนุนจากภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม โครงสร้างองค์กร และคุณภาพในการบริการ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) การพยากรณ์คุณภาพบริการในสถานื่อนามัย พบว่า มีตัวแปร 8 ตัว คือ ตัวแปรด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ให้บริการ ตัวแปรด้านการให้คำแนะนำ ตัวแปรด้านการสนับสนุนจากภาคประชาชน ตัวแปรด้านมนุษยสัมพันธ์และความคุ้นเคยกับชาวบ้าน ตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ตัวแปรด้านความรู้ผู้ให้บริการ ตัวแปรด้านความตั้งใจในการทำงาน ตัวแปรด้านโครงสร้างองค์กร ซึ่งตัวแปรทั้ง 8 ตัวร่วมกันพยากรณ์คุณภาพบริการในสถานื่อนามัยได้ 53.30 % 4) การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพบริการก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 5) เกณฑ์ในการพัฒนา

คุณภาพบริการในสถานีนอนามัยประกอบด้วย 5 ส่วน คือ การตอบสนองความต้องการผู้รับบริการ จิตบริการ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม โครงสร้างองค์กร กฎระเบียบในการปฏิบัติงาน และ กิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน และความรู้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

วิทยา โฉมมงคล (2550) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของสถานีนอนามัยอำเภอ นาทวี จังหวัดนครพนม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้แนวคิดวัฏจักรเดมมิ่ง (PDCA) และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ในการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของสถานีนอนามัย ในอำเภอ นาทวี จังหวัดนครพนม โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดวัฏจักรเดมมิ่ง (PDCA) และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการตามกระบวนการวางแผนแบบมี ส่วนร่วม เป็นเวลา 2 วัน แล้วติดตามผลการปฏิบัติงาน คือ วางแผน ปฏิบัติ ตรวจสอบ ปรับปรุง เป็นเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อน และหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วม แบบประเมินมาตรฐานสถานีนอนามัยของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และใช้แบบสอบถามความ พึงพอใจของผู้รับบริการ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test และ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการ พัฒนาสถานีนอนามัย โดยรวมด้านการค้นหาปัญหา ด้านการวางแผน และด้านการแก้ไขปัญหา อยู่ในระดับน้อย แต่ในด้านการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง และ ด้านการประเมินผล อยู่ในระดับน้อยที่สุด หลังการทดลอง กลุ่มทดลองการมีส่วนร่วมดังกล่าวเพิ่มขึ้น ในระดับมาก แต่กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ กลุ่มทดลองการมีส่วนร่วมในการ พัฒนาสถานีนอนามัย ในทุกด้านอยู่ในระดับมากและมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และสถานีนอนามัยได้รับการพัฒนาคุณภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานสถานีนอนามัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบริการ ด้านบริหารจัดการ และด้านวิชาการ ประชาชนผู้มารับบริการของสถานีนอนามัยก่อนการ ทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยรวมและรายด้าน คือ ด้านความสะดวกจากการบริการ ด้านความเสมอภาคของการบริการ ด้านอรรถาธิบายของเจ้าหน้าที่ ด้านการได้รับคำแนะนำ และด้าน คุณภาพของการบริการมีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง ประชาชนผู้มารับบริการ มีความพึงพอใจ ดังกล่าวเพิ่มขึ้นในระดับมาก แต่กลุ่มเปรียบเทียบไม่มีการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในทุกด้านอยู่ในระดับมากและมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p<0.05$) โดยสรุปโปรแกรมการประยุกต์ใช้แนวคิดวัฏจักรเดมมิ่ง (PDCA) และการวางแผน แบบมีส่วนร่วม (AIC) เป็นแนวทางหนึ่ง เพื่อให้การพัฒนาสถานีนอนามัยผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ มาตรฐานสถานีนอนามัยได้

อารีย์ อ่องสว่าง (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและพฤติกรรมการบริหารงาน กับผลการพัฒนาคุณภาพงานสถานีนามัยของหัวหน้าสถานีนามัย ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยและพฤติกรรม (1) ระดับบุคคล (2) ระดับกลุ่ม และ (3) ระดับองค์การเพื่อศึกษา (4) กระบวนการบริหารงานการพัฒนาคุณภาพ (5) ผลการพัฒนาคุณภาพงานสถานีนามัย (6) ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยและพฤติกรรมระดับต่างๆ ของหัวหน้าสถานีนามัย กับกระบวนการบริหารงาน การพัฒนาคุณภาพ และ (7) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและพฤติกรรมระดับต่างๆ และกระบวนการบริหารงาน การพัฒนาคุณภาพของหัวหน้าสถานีนามัยกับผลการพัฒนาคุณภาพงานสถานีนามัย ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ การศึกษาใช้รูปแบบการสำรวจเชิงวิเคราะห์ เครื่องมือที่ใช้ใน การวิจัยเป็นแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อการพรรณนาข้อมูลใช้สถิติพื้นฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มของตัวแปรต้นกับตัวแปรตาม ใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า (1) หัวหน้าสถานีนามัยชายและหญิง ส่วนใหญ่มีปัจจัยและพฤติกรรมระดับบุคคลไม่ต่างกัน ในเรื่องความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพในระดับสูง มีทัศนคติในระดับเห็นด้วยต่อการพัฒนาคุณภาพองค์กร และผู้ร่วมงาน มีแรงจูงใจ ในระดับมากต่อความต้องการความสำเร็จ ความผูกพัน และการยอมรับจากผู้อื่น บุคลิกภาพในระดับมาก ด้านการมีวินัยใน ตนเองและวุฒิภาวะทางสังคม หัวหน้าสถานีนามัยชาย และหญิงส่วนใหญ่ มีปัจจัย และพฤติกรรมระดับ บุคคลต่างกันในเรื่องทักษะด้านวิชาการ (2) หัวหน้าสถานีนามัยชายและหญิงส่วนใหญ่มีปัจจัย และพฤติกรรมระดับ กลุ่ม ในการพัฒนาคุณภาพไม่ต่างกันในระดับมาก ในเรื่องภาวะผู้นำ การตัดสินใจ และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกลุ่มในการพัฒนาคุณภาพต่างกันในระดับมากในเรื่องการติดต่อสื่อสาร (3) หัวหน้าสถานีนามัยชายและหญิงส่วนใหญ่มีปัจจัยและพฤติกรรมระดับองค์การไม่ต่างกันในระดับมากในเรื่องสภาพแวดล้อมการทำงาน โครงสร้างองค์กร นโยบายการทำงาน ระบบงาน ค่านิยมและวัฒนธรรมองค์กร (4) หัวหน้าสถานีนามัย ชายและหญิงส่วนใหญ่มีกระบวนการบริหารงานการพัฒนาคุณภาพไม่ต่างกัน ในระดับมากในเรื่องการวางแผนงาน ระบบการจัดการงาน การประสานงาน และส่วนใหญ่มีความต่างกันในระดับมากในเรื่องการจัดคนในการทำงาน การรายงานผลการพัฒนา การบริหารจัดการงบประมาณ (5) หัวหน้าสถานีนามัยหญิงมีค่าเฉลี่ยคะแนนผลการพัฒนาสถานีนามัยตามเกณฑ์ ด้านบริการ บริหาร และวิชาการ สูงกว่าหัวหน้าสถานีนามัยชาย (6) กระบวนการบริหารงานการพัฒนาคุณภาพสามารถ อธิบายได้ด้วย ผลรวมของพฤติกรรมระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับองค์การ และ (7) ผลการพัฒนาคุณภาพงาน สถานีนามัยสามารถอธิบายได้ด้วยผลรวมของพฤติกรรมระดับบุคคล ระดับกลุ่ม และระดับ องค์การ และกระบวนการบริหารการพัฒนาคุณภาพ การตัดสินใจ

เฉลิมพล วัฒนไกร (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดกำแพงเพชร โดยการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ความรู้ในการดำเนินงานตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (2) ผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ (4) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดกำแพงเพชร โดยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลจากทุกหน่วยประชากร ด้วยแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย และการทดสอบ ฟิชเชอร์ เอ็กแซก ผลการวิจัย พบว่า (1) ประชากรที่ทำการศึกษามีความรู้เกี่ยวกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.21 (2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพในระดับดี ร้อยละ 65.57 (3) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน และปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ระยะเวลาการเปิดดำเนินงาน เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนการได้รับการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า มีความสัมพันธ์กับผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ (4) ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการดำเนินงาน ได้แก่ จำนวนผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอกับการะงาน การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ไม่ตรงกับความต้องการ และมีความล่าช้า รวมถึงการขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

อลิสตา ศรีอรรถจันทร์ (2544) ศึกษาผลลัพธ์การบริหารคุณภาพโดยรวมของเครือข่ายสถานีนามัย จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2543 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวัดระดับความสำเร็จของเครือข่ายสถานีนามัยในภาพรวมและในแต่ละปัจจัยสู่ความสำเร็จ รวมทั้งหาความสัมพันธ์ของปัจจัยสู่ความสำเร็จที่สำคัญกับผลลัพธ์การบริหารคุณภาพโดยรวมของเครือข่ายสถานีนามัย จังหวัดอุดรธานี โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประยุกต์จากการประเมินของ The Malcolm Baldrige National Quality Award 1999 โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า ผลลัพธ์การบริหารสถานีนามัยเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ร้อยละ 74.5 มีคุณภาพการบริหารโดยรวมของเครือข่ายสถานีนามัยอยู่ในระดับที่ 3 รองลงมา ร้อยละ 23.6 อยู่ในระดับที่ 4 และร้อยละ 1.8 อยู่ในระดับที่ 5 ส่วนปัจจัยสู่ความสำเร็จ 6 ปัจจัย คือ การบริหารกระบวนการ การมุ่งเน้นผู้รับบริการ ภาวะ

ผู้นำ การวางแผนกลยุทธ์ การมุ่งเน้นผู้ให้บริการ และระบบข้อมูลข่าวสารและการวิเคราะห์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับผลลัพธ์การบริหารคุณภาพโดยรวม ในระดับปานกลางถึงสูง ($r = .562$ ถึง $r = .771$)

นพดล ขยันการนาวิ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของ หัวหน้าสถานีนามัย จังหวัดอุทัยธานี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล และภาระงาน (2) ปัจจัยด้านการบริหารทรัพยากรสาธารณสุข (3) ปัจจัยด้านความพึงพอใจในงาน ที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน และ(4) ผลการปฏิบัติงานของ หัวหน้าสถานีนามัย โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม และแบบบันทึกคะแนนผลการปฏิบัติงานของสถานีนามัยในรอบปีงบประมาณ 2550 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของข้อมูล และใช้การทดสอบไคว์-สแควร์ หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับผลการปฏิบัติงาน ผลการวิจัยพบว่า (1) หัวหน้าสถานีนามัย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (61.1%) อายุเฉลี่ย 41.7 ปี สถานภาพ สมรสคู่ (73.3%) จบปริญญาตรี (70%) อายุราชการเฉลี่ย 20.1 ปี ดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 8.9ปี และเคยได้รับการอบรมด้าน การบริหาร (54.4%) จำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเฉลี่ย 2.6 คน และจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เฉลี่ย 22.5 คน (2) หัวหน้าสถานีนามัยส่วนใหญ่มีความสามารถด้านการบริหารทรัพยากรโดยรวมและรายด้าน โดยเฉลี่ยในระดับมาก แต่ได้รับการสนับสนุนและติดตามทรัพยากรด้านอื่นๆ (ยกเว้นด้านเวชภัณฑ์) โดยเฉลี่ยในระดับปานกลาง (3) หัวหน้าสถานีนามัยส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในงานโดยรวมเฉลี่ยในระดับมาก โดยมีปัจจัยจูงใจระดับมาก จากการได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะงาน ความรับผิดชอบ และความสำเร็จในงาน และในระดับปานกลางจากความก้าวหน้าในงาน ได้รับปัจจัยคำจูงในระดับมาก ในด้านการปกครองบังคับบัญชา นโยบายและการบริหาร และความร่วมมือจากประชาชน และในระดับปานกลาง จากสัมพันธภาพในการทำงาน สภาพการทำงาน และความมั่นคงในงาน (4) หัวหน้า สถานีนามัย ร้อยละ 42.2 มีผลการปฏิบัติงานในระดับดี ผลการทดสอบไคว์-สแควร์ พบว่า หัวหน้าสถานีนามัยที่มีความแตกต่างกัน ตามระดับการศึกษาความสามารถในการบริหารทรัพยากร การได้รับการยอมรับนับถือ และมีความสำเร็จในงาน และได้รับการปกครองบังคับบัญชา นโยบาย และการบริหาร และความร่วมมือจากประชาชนจะมีผลการปฏิบัติงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เสาวมาศ เกื่อนนาคี (2545) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาสภาพการณ์พัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน คุณภาพบริการ

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์และตัวแปรที่กำหนดคุณภาพบริการ สภาพปัญหา อุปสรรค ความต้องการ การช่วยเหลือสนับสนุนในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน กำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพและดำเนินการพัฒนาตามรูปแบบที่กำหนดขึ้นในโรงพยาบาลทดลอง และทำการประเมิน ภายหลังการดำเนินการพัฒนาได้ 4 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติที่ใช้ คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยใช้ ไคสแคว์ และ ใช้สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน วิเคราะห์ตัวแปรที่กำหนดคุณภาพบริการ โดยใช้การวิเคราะห์ เส้นทาง (Path Analysis) ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้ t-test และ Wilcoxon Signed Ranks Test ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.6) ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อคุณภาพบริการ ได้แก่ ประสบการณ์ในการเป็นผู้บริหาร โรงพยาบาลของผู้อำนวยการ (สัมประสิทธิ์อิทธิพล = .404) และความสามารถในการบริหารคุณภาพโดยรวมของ หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน (สัมประสิทธิ์อิทธิพล = .267) และทั้ง 2 ตัวแปรร่วมกันกำหนดคุณภาพบริการ ได้ร้อยละ 34.4 ($R^2 = .344$)

จากการทบทวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องพบว่า ผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความเกี่ยวเนื่องกับปัจจัยต่างๆ สามารถสรุปเป็นปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงานในองค์กร ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงาน ปัจจัยอื่นสามารถสรุปรวมเป็นปัจจัยตามแนวทางการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีสมรรถนะและมีบรรยากาศเอื้ออำนวย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีระบบบริหารจัดการองค์กรมีประสิทธิภาพ ภาวการณ์ทุกภาคส่วนร่วม ตัดสินใจขับเคลื่อนและสนับสนุน ชุมชนเข้มแข็งประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องสุดท้าย คือ การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพตามหลักของเคมมิ่ง