

บทที่ 2

วรรณกรรมและปริทรรศน์

ในบทที่ 2 จะนำเสนอการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ผลงานการวิจัยและงานศึกษาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะแบ่งเนื้อหาออกเป็น

1. โมเดลของคานโน (Kano's Model)
2. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ
3. แนวคิดการให้บริการและคุณภาพการบริการ
4. แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล
5. มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก
6. การบริหารคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management: TQM)
7. การกระจายหน้าที่เชิงคุณภาพ (Quality Function Deployment: QFD)
8. การออกแบบโครงสร้างของระบบ (Structured Approach)

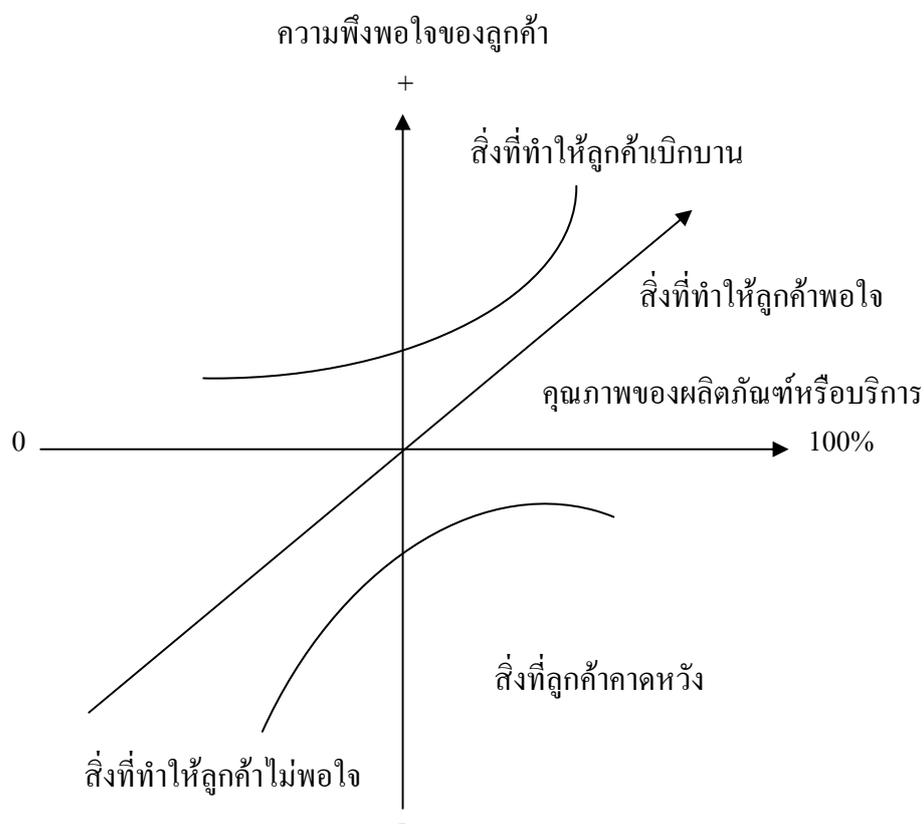
2.1 โมเดลของคานโน (Kano's Model)

เป้าหมายสำคัญของการทำวิจัยครั้งนี้ก็เพื่อให้ทราบว่าเหตุใดผู้ใช้บริการ จึงเกิดความไม่พึงพอใจ และไม่ใช้บริการของโรงพยาบาล ซึ่งถ้าเราสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บริการได้ก็จะเป็นการเพิ่มความน่าเชื่อถือให้กับโรงพยาบาล และทำให้ผู้ใช้บริการกลับมาใช้บริการอีกหรือทำให้เกิดการบอกต่อ (Words of Mouth) อีกทั้งยังช่วยลดข้อร้องเรียนต่างๆ ได้แต่ถ้าเราไม่สามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บริการได้ก็จะเกิดผลในทิศทางตรงข้าม ส่งผลให้เกิดผลกระทบกับรายได้และต้นทุนของการดำเนินกิจการต่างๆ ในโมเดลของคานโน (1994) ได้แบ่งความต้องการของสินค้าหรือบริการออกเป็น 3 ประเภท (สงวน กาญจนนราวดี 2546) ซึ่งแต่ละประเภทจะมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของลูกค้าในทางแตกต่างกัน ดังแสดงในภาพที่ 2.1

2.1.1 ความต้องการขั้นพื้นฐาน (Must-be Requirements or Expected Quality)

ความต้องการขั้นพื้นฐาน คือ คุณภาพขั้นพื้นฐานที่น้อยที่สุดของผลิตภัณฑ์หรือการบริการที่ต้องมี หากคุณภาพของผลิตภัณฑ์หรือการบริการนั้นไม่มีอยู่ ลูกค้าจะเกิดความไม่พึงพอใจอย่างมาก คุณลักษณะประเภทนี้ลูกค้ามักไม่ได้ให้ความสนใจแต่คาดหวังว่าควรมีในผลิตภัณฑ์หรือการบริการนั้นๆ ดังนั้นการที่สินค้าและบริการมีสิ่งพื้นฐานที่ลูกค้าต้องการนั้นเป็นเพียง

จุดเริ่มต้นเท่านั้น คุณภาพขั้นพื้นฐาน ถือเป็นตัวแปรในการแข่งขันซึ่งจำเป็นจะต้องมีอยู่ในตัวสินค้าและบริการ หากไม่มีแล้วลูกค้าจะไม่มีทางเกิดความพึงพอใจในสินค้าและบริการนั้น



ภาพที่ 2.1

ชื่อภาพโมเดลของคานโน

2.1.2 ความต้องการคุณภาพปกติ (One-Dimensional Requirements or Normal Quality)

ความต้องการคุณภาพปกติเป็นสิ่งสำคัญที่ลูกค้าต้องการให้มีในผลิตภัณฑ์ หรือบริการ ถ้ามีคุณลักษณะแบบนี้จะทำให้ลูกค้ามีความพึงพอใจมากขึ้น แต่ก่อนจะมีคุณลักษณะนี้ ต้องเข้าใจในความสัมพันธ์ของความต้องการพื้นฐาน (Must-be Requirements) ก่อน ซึ่งสามารถเก็บข้อมูลได้จากการพูดคุยหรือการสัมภาษณ์ลูกค้า ซึ่งถ้าเราสามารถทำในสิ่งที่ลูกค้าต้องการได้ สำเร็จมากก็จะทำให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจมาก และในความต้องการระดับนี้เป็นสิ่งที่นิยมใช้ในการเปรียบเทียบกับคู่แข่งเนื่องจากเป็นคุณลักษณะที่วัดง่าย



ภาพที่ 2.2

ชื่อภาพการอธิบายโมเดลของคานโน

ที่มา : ปรับปรุงจาก สงวน กาญจนนราวดี, “Customer Satisfaction Index for Lubricant Company”, 2546 หน้า 6

2.1.3 ความต้องการที่ดึงดูด (Attractive Requirements or Exciting Quality)

คุณภาพของผลิตภัณฑ์เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการจูงใจลูกค้าให้เกิดความพึงพอใจในตัวสินค้าและการบริการ ซึ่งความต้องการที่ดึงดูด (Attractive Requirements) เป็นสิ่งที่ลูกค้าไม่ได้ทำการเปิดเผยหรือคาดหวังว่าจะได้รับเพราะเป็นสิ่งที่อยู่นอกความคาดหมาย แต่ถ้าผลิตภัณฑ์หรือการบริการนั้นๆสามารถทำให้เกิดผลสำเร็จได้ก็จะเป็นผลดีต่อลูกค้า ลูกค้าจะเกิดความพึงพอใจเป็นอย่างมากซึ่งจะเป็นการยกระดับคุณค่าและความพึงพอใจของลูกค้าได้ด้วย แต่ถ้ากระทำไม่สำเร็จก็ไม่ทำให้เกิดความรู้สึกที่ไม่พึงพอใจแต่อย่างใด

ความต้องการที่เกิดขึ้นในทั้งสามระดับนั้นจึงเหมาะแก่การนำไปใช้งานที่ต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตัวผลิตภัณฑ์หรือบริการ เช่นถ้าเป็นผลิตภัณฑ์ใหม่หรือบริการใหม่ลูกค้ายังไม่เป็นที่รู้จักมากนักความคาดหวังของลูกค้าก็จะอยู่ในระดับต่ำ เพราะแค่เพียงเห็นผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ก็เกิดความประหลาดใจแล้ว แต่ถ้าเป็นผลิตภัณฑ์หรือบริการที่มีมานานแล้ว ความต้องการและความคาดหวังของลูกค้าก็จะอยู่ในระดับสูงตามไปด้วย ดังนั้นตัวขององค์กรเองต้องเร่งพัฒนาขีดความสามารถเพื่อเป็นการยกระดับ และสร้างความแตกต่างเพื่อเพิ่มศักยภาพทางการแข่งขัน

2.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ Kano's Model

Janne Huiskonen, Timo Pirttiä (1997) ได้ทำการศึกษางานวิจัยเพื่อหาวิธีการที่จะแบ่งแยกความต้องการของลูกค้าโดยใช้ Kano's Model เป็นพื้นฐานในการศึกษาและจากการศึกษาก็ได้ Logistic customer service strategy planning มาเป็นวิธีการใหม่ซึ่งแตกต่างกับ Kano's Model คือเป็นการศึกษาถึงความต้องการคุณภาพปกติเท่านั้น

Kurt Matzler, Hans H. Hinterhuber (1998) ได้ศึกษาถึงการพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่ออกสู่ตลาดแล้วล้มเหลวและพบว่าในการสร้างผลิตภัณฑ์ใหม่หลายๆระบบ เกิดจากการปฏิบัติที่ไม่เป็นระบบและเป็นที่มาของการสูญเสียต่างๆ เพราะขาดการติดต่อสื่อสารระหว่างความแตกต่างของหน้าที่การใช้งานในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ จากนั้นจึงได้ใช้ความสัมพันธ์ของ Kano's Model และ QFD โดยใช้เสียงเรียกร้องของผู้บริโภคอย่างแท้จริงในการช่วยออกแบบและพัฒนาผลิตภัณฑ์ 2 ชนิด หลังจากปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินการได้แล้วพบว่าส่วนแบ่งทางการตลาดสูงของวิธีที่ใหม่สูงขึ้น

X.X. Shen, K.C. Tan and M. Xie (2000) ได้ศึกษาถึงความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้บริโภคบนพื้นฐานของ Kano's Model และชี้ให้เห็นถึงความพึงพอใจของผู้บริโภคในการสร้างนวัตกรรมใหม่ นอกจากนี้ยังเสนอข้อคิดเห็นของการประสานกระบวนการผลิตสำหรับการพัฒนานวัตกรรมใหม่โดยใช้ความสัมพันธ์ของ Kano's Model และ QFD ซึ่งสามารถนำมา

สร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ภายใต้ความต้องการของผู้บริโภค ซึ่งทำการศึกษาโดยการใช้จ่ายเงิน
เรียกร้องของลูกค้าในการออกแบบผลิตภัณฑ์ใหม่

2.2 แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจ

2.2.1 คำนิยามของความพึงพอใจ

จากการศึกษาเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจพบว่า มี
นักวิชาการได้ให้ความหมายของความพึงพอใจเอาไว้หลายท่าน ดังนี้

จากพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546, น. 793) ได้ให้ความหมาย
คำว่า “พึงใจ” คือ พอใจ ชอบใจ เหมาะ และให้ความหมายของคำว่า “พึงพอใจ” ว่า รัก ชอบใจ

แสง รัตนมงคลมาส และคณะ (2537, น. 13) ได้นิยามไว้ว่า ความพึงพอใจ หมายถึง
ปฏิกิริยาด้านความรู้สึกต่อสิ่งเร้า โดยที่แสดงผลออกในลักษณะของผลลัพธ์สุดท้ายของ
กระบวนการประเมินในลักษณะด้านบวกหรือด้านลบ หรือไม่มีปฏิกิริยาต่อสิ่งเร้า นั้น

อนงค์ เอื้อวัฒนา (2542, น. 38) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกของ
บุคคลที่แสดงออกในด้านบวกหรือลบ มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการ ซึ่ง
ความรู้สึก พึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับหรือบรรลุจุดมุ่งหมายในสิ่งที่ต้องการในระดับหนึ่ง
และความรู้สึกดังกล่าวจะลดลงหรือไม่เกิดขึ้น หากความต้องการหรือจุดมุ่งหมายนั้นไม่ได้รับการ
ตอบสนอง

พวงทอง ตั้งธิติกุล (2542, น.10) กล่าวว่า ความพึงพอใจ เป็นการแสดงออกซึ่ง
ความสุข สมหวังของมนุษย์เมื่อได้รับการตอบสนองตามความต้องการ

เชลลีย์ (Shelley, 1975, pp. 252-278) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจว่า คือ
ทฤษฎีว่าด้วยความรู้สึกสองแบบของมนุษย์ คือความรู้สึกทางบวก คือความรู้สึกที่เกิดขึ้นแล้วจะมี
ความสุข และความรู้สึกทางลบ คือ ความรู้สึกที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ ความรู้สึกทั้งสองแบบนี้
อยู่ร่วมกันอย่างสลับซับซ้อน ซึ่งระบบความสัมพันธ์ของความรู้สึกของทั้งสองเรียกว่า ระบบความ
พึงพอใจ ซึ่งความพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อเกิดความรู้สึกทางบวกมากกว่าทางลบ และสิ่งทำให้เกิด
ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความพอใจของมนุษย์ได้แก่ ทรัพยากร (Resource) หรือ สิ่งเร้า
(Stimuli) การวิเคราะห์ระบบความพึงพอใจ คือ การศึกษาทรัพยากรหรือสิ่งเร้า แบบใดที่มนุษย์
ต้องการที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจ

แมนเกลด์ดอร์ฟ (Mangelsdorf, 1979, p.86) กล่าวว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการ
ถือได้ว่าเป็นเกณฑ์อย่างหนึ่งที่ใช้สำหรับวัดคุณภาพของการให้บริการพยาบาล

ลินเดอร์ เพลส (Pelz, 1982, p.58) กล่าวว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการ หมายถึง การที่บุคคลแต่ละคนมีการประเมินผลการดูแลสุขภาพอนามัยด้านต่างๆไปในทางบวก

สรุป ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือการแสดงออกที่พอใจต่อการตอบสนองความต้องการต่างๆตามที่ต้องการ ซึ่งระดับของความพึงพอใจนั้นขึ้นอยู่กับ การตอบสนองความต้องการต่างๆตามที่ต้องการ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าการวัดระดับความพึงพอใจเป็นตัวชี้วัดอย่างหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพงานบริการ เนื่องจากเราสามารถนำการวัดระดับความพึงพอใจมาใช้เป็นเครื่องมืออย่างหนึ่งในการพัฒนางานบริการ

2.2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของงานบริการ

พาร์สุราแมน ไชทัล และ แบรี่ (Zeithai and Barry, 1988, p.215) กล่าวว่า การบริการที่ประสบความสำเร็จจะต้องประกอบด้วยคุณสมบัติสำคัญต่างๆ เหล่านี้ คือ

1. ความเชื่อถือได้ (Reliability) ประกอบด้วย
 - 1.1 ความสม่ำเสมอ (Consistency)
 - 1.2 การพึ่งพาได้ (Dependability)
2. การตอบสนอง (Responsive) ประกอบด้วย
 - 2.1 การเต็มใจที่จะให้บริการ
 - 2.2 ความพร้อมที่จะให้บริการและการอุทิศเวลา
 - 2.3 มีการติดต่ออย่างต่อเนื่อง
 - 2.4 ปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการเป็นอย่างดี
3. ความสามารถ (Competency) ประกอบด้วย
 - 3.1 ความสามารถในการให้บริการ
 - 3.2 ความสามารถในการสื่อสาร
 - 3.3 ความสามารถในความรู้วิชาการที่จะให้บริการ
4. การเข้าถึงบริการ (Access) ประกอบด้วย
 - 4.1 ผู้ที่ได้รับการบริการได้รับความสะดวก ระบบการบริการไม่ยุ่งยากซับซ้อน
 - 4.2 ผู้ที่ได้รับการบริการใช้เวลาคายน้อย
 - 4.3 เวลาที่ให้บริการเป็นเวลา ผู้ได้รับการบริการได้รับความสะดวก
 - 4.4 สถานที่ที่บริการเป็นสถานที่สะดวกต่อการติดต่อ

5. ความสุภาพอ่อนโยน (Courtesy) ประกอบด้วย
 - 5.1 การแสดงความสุภาพต่อผู้ใช้บริการ
 - 5.2 ให้การต้อนรับที่เหมาะสม
 - 5.3 ผู้ให้บริการมีบุคลิกภาพที่ดี
6. การสื่อสาร (Communication) ประกอบด้วย
 - 6.1 มีการสื่อสารที่แจ่มชัดและลักษณะงานบริการ
 - 6.2 มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการ
7. ความซื่อสัตย์ (Credibility) คุณภาพของงานบริการมีความเที่ยงตรง น่าเชื่อถือ
8. ความมั่นคง (Security) คือ ความปลอดภัยทางกายภาพ
9. ความเข้าใจ (Understanding)
 - 9.1 การเรียนรู้ผู้ใช้บริการ
 - 9.2 การให้คำแนะนำเอาใจใส่ต่อผู้ใช้บริการ
 - 9.3 การให้ความสนใจต่อผู้ใช้บริการ
10. การสร้างสิ่งจับต้องได้ (Tangibility)
 - 10.1 การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อมสำหรับการให้บริการ
 - 10.2 การเตรียมอุปกรณ์เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการ
 - 10.3 การจัดสถานที่ที่ให้การบริการมีความสะอาด สวยงาม

เพนชานสกี และ โทมัส (Penchansky and Thomas, 1981, pp. 127-140) ได้ให้แนวคิดทั่วไปถึงลักษณะการให้บริการในระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมระหว่างผู้รับบริการกับระบบของการให้บริการสุขภาพ แบ่งเป็น 5 ประเภท ได้แก่

1. ความเพียงพอของการให้บริการที่มีอยู่ (Availability)
2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility)
3. ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานที่บริการ (Accommodation)
4. ความสามารถในการเสียค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ (Affordability)
5. ความยอมรับคุณภาพของการบริการ (Acceptability)

อเดย์ และ แอนแดสสัน (Aday and Andesson, 1971, pp.52-80) ได้แสดงถึงพื้นฐาน 6 ประการ เกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการกับการรักษาการบริการ และความรู้สึกที่ผู้รับบริการได้รับจากการบริการ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากการบริการแยกออกเป็น
 - 1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ
 - 1.2 การได้รับความดูแล เมื่อมีความต้องการ
 - 1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ
2. ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ (Co-ordination) แยกออกเป็น
 - 2.1 ผู้รับบริการได้รับการบริการครบตามความต้องการ
 - 2.2 ผู้ให้บริการให้ความสนใจสุภาพทั้งหมดของผู้รับบริการ
 - 2.3 มีการติดตามผลการรักษา
3. ความพึงพอใจต่ออธยาศัย ความสนใจของผู้ให้บริการ (Courtesy)
4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับจากการบริการ (Medical Information)
5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ (Quality of Care)
6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่าย (Out of pocket Costs)

โดยสรุป การที่จะทำให้ผู้ที่ได้รับการบริการมีความพึงพอใจนั้นควรมุ่งเน้นที่งานด้านการบริการเป็นสำคัญ เพราะงานด้านบริการนั้นเป็นสิ่งที่สัมผัสกับผู้รับบริการโดยตรง ซึ่งผู้ที่ได้รับการบริการจะสามารถแสดงความพึงพอใจได้อย่างชัดเจน และจากการศึกษาจะพบว่ารูปแบบของความพึงพอใจนั้นมีลักษณะคล้ายคลึง หรือมีความใกล้เคียงกัน ซึ่งจะส่งผลให้การจัดหมวดหมู่ หรือกลุ่มงานที่ต้องการศึกษามีความชัดเจนมากขึ้นโดยสามารถแบ่งความพึงพอใจออกเป็น 3 ด้านใหญ่ๆ คือ

- 1.) ด้านผู้ให้บริการ
- 2.) ด้านระบบการให้บริการ
- 3.) ด้านสภาพแวดล้อม

2.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกในทางบวกของผู้รับบริการต่อการให้บริการ ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการที่สำคัญต่างๆ มีดังนี้ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2539, น. 24-37)

1. สถานที่บริการ การเข้าถึงบริการได้สะดวกเมื่อลูกค้ามีความต้องการย่อมก่อให้เกิดความพึงพอใจต่อการบริการ การจัดทำเล ที่ตั้ง และการกระจายสถานที่บริการให้ทั่วถึงเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ลูกค้า จึงเป็นเรื่องสำคัญ

2. การส่งเสริมแนะนำการบริการ ความพึงพอใจของผู้รับบริการเกิดขึ้นได้จากการได้ยินข้อมูลข่าวสารหรือบุคคลอื่นกล่าวขานถึงคุณภาพของการบริการไปในทางบวก ซึ่งหากตรงกับความเชื่อถือที่มีก็จะมีความรู้สึกดีกับการบริการดังกล่าว อันเป็นแรงจูงใจผลักดันให้มีความต้องการบริการตามมาได้

3. ผู้ให้บริการ ผู้ประกอบการบริหารการบริการ และผู้ปฏิบัติการบริการล้วนเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญต่อการปฏิบัติงานบริการให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจทั้งสิ้น ผู้บริหารการบริการที่วางนโยบายการบริการ โดยคำนึงถึงความสำคัญของลูกค้าเป็นหลัก ย่อมสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าให้เกิดความพึงพอใจได้ง่ายเช่นเดียวกับผู้ปฏิบัติงานหรือพนักงานบริการที่ตระหนักถึงลูกค้าเป็นสำคัญ แสดงพฤติกรรมบริการและสนองการบริการที่ลูกค้าต้องการความสนใจเอาใจใส่อย่างเต็มที่ด้วยจิตสำนึกของการบริการ

4. สภาพแวดล้อมของการบริการ สภาพแวดล้อม และบรรยากาศของการบริการมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของลูกค้า และลูกค้ามักชื่นชมสภาพแวดล้อมของการบริการซึ่งเกี่ยวข้องกับอาคารสถานที่ ความสวยงามของการตกแต่งภายในด้วยเฟอร์นิเจอร์ เช่น ผนังสีของ ฉลากลอนสี เป็นต้น

5. ขบวนการบริการ มีวิธีการนำเสนอบริการ ในขบวนการการบริการเป็นส่วนสำคัญในการสร้างความพึงพอใจให้กับลูกค้า มีความคล่องตัวและสนองต่อความต้องการของลูกค้าได้อย่างถูกต้องมีคุณภาพ เช่น การนำเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์เข้ามาจัดระบบข้อมูลของการสำรองห้องพัก โรงแรม หรือสายการบิน การใช้เครื่องฝาก-ถอนเงินอัตโนมัติ การให้ระบบโทรศัพท์อัตโนมัติในการรับ-โอนสายในการติดต่อองค์การต่างๆ เป็นต้น

พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต (2537, น. 150-152) ได้เสนอปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและเป็นสาเหตุให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อการบริการประกอบด้วย

1. ตัวแปรด้านระบบบริการ
2. ตัวแปรด้านกระบวนการให้บริการ
3. ตัวแปรด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

โดยที่ความพึงพอใจเกิดจากตัวแปรทั้งสาม มีปฏิสัมพันธ์กันในเชิงภาพรวมและก่อรูปเป็นความรู้สึกสะท้อนออกมา รายละเอียดของตัวแปร 3 ด้านมีดังนี้

1. ตัวแปรด้านระบบการให้บริการ หมายถึง องค์ประกอบและโครงข่ายที่สัมพันธ์กันของกิจกรรมบริการต่างๆ ตัวชี้วัดสาเหตุด้านนี้ได้แก่

1.1 ความสะดวกในเงื่อนไขของการรับบริการ ซึ่งจะดูความยากง่าย และความมากน้อยของเงื่อนไข ที่จะทำให้เกิดสิทธิในการรับบริการ เช่น การทำบัตรประจำตัวผู้ป่วย จะต้องมีเงื่อนไขอะไรบ้างหรือการทำบัตรสงเคราะห์รักษาฟรี มีเงื่อนไขอะไรบ้าง เป็นต้น หากเงื่อนไขมีน้อยหรือทำได้ง่าย โอกาสที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจก็มีสูง

1.2 ความเพียงพอทั่วถึงของการบริการจะพิจารณาปริมาณของบริการที่ให้นั้นมีความครอบคลุมพื้นที่หรือกลุ่มบุคคลต่างๆ ได้อย่างทั่วถึง เช่น การทำบัตรสุขภาพของโรงพยาบาล ทำได้ครบทุกหมู่บ้านหรือไม่ เป็นต้น

1.3 การมีคุณค่าใช้สอยของบริการที่ได้รับจะพิจารณาผลลัพธ์ของบริการ (Outcome of Service) ที่ถูกผลิตออกมาในขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินการนั้นๆ ว่ามีคุณค่าใช้สอย หรือประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ (User) มากน้อยเพียงใด เช่น การจ่ายยาในโรงพยาบาล คุณค่าผลลัพธ์คือ ยาสามารถบรรเทาให้ทุเลาหรือหายจากโรคที่ควรหายได้

1.4 ความคุ้มค่าและยุติธรรมในราคา และระบบบริการที่ให้บริการ หมายถึง ความรู้สึกเหมาะสมหรือไม่กับจำนวนค่าธรรมเนียมที่เรียกเก็บ เช่น ค่าห้องพยาบาล ค่าถ่ายภาพรังสี เป็นต้น

2. ตัวแปรด้านกระบวนการให้บริการ ซึ่งก็คือ ขั้นตอนต่างๆ ของการบริการที่ต่อเนื่องกัน ตั้งแต่เริ่มต้นของทางเดินของงาน (Initial Work Flow) จนถึงขั้นสุดท้ายของทางเดินงาน จนถึงขั้นสุดท้ายของทางเดินของงาน (Final Work Flow) ตัวชี้วัดในเรื่องนี้ประกอบด้วย

2.1 ความสะดวกในการติดต่อขอรับบริการ ได้แก่ ความยากง่ายในการขอรับบริการ

2.2 ความรวดเร็วในขั้นตอนของการให้บริการ ได้แก่ ความมากน้อยของจำนวนขั้นตอนและความรวดเร็วของการดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆ ที่ประหยัดเวลา

2.3 ความสม่ำเสมอต่อเนื่องของบริการที่ให้บริการ ได้แก่ ความคงเส้นคงวาของบริการที่ให้บริการต่อเนื่องตลอดเวลาหรือแบบหยุดๆ ใหม่ๆ เช่น การเปิดคลินิก TB ต้องมีวันประจำ ไม่ใช่นี้จะเปิด-ปิดวันไหนก็ได้

2.4 ความปลอดภัยของบริการที่ให้ ได้แก่ อันตรายที่เกิดจากกระบวนการให้บริการ เช่น การผ่าตัดของแพทย์ต้องสะอาดปราศจากการติดเชื้อ ประเด็นการให้บริการในโรงพยาบาลจะต้องตระหนักอย่างยิ่ง

3. ตัวแปรด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ซึ่งได้แก่ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบในกิจกรรมต่างๆของโรงพยาบาล ตัวชี้วัดในเรื่องนี้ประกอบด้วย

3.1 ความเอาใจใส่ในงานของเจ้าหน้าที่หมายถึง ความสนใจและตั้งใจในงานที่บริการ เช่นการสนใจไต่ถามว่ามาติดต่อเรื่องอะไร หรือความรับผิดชอบต่องาน เช่น แพทย์เวรต้องอยู่ประจำโรงพยาบาล

3.2 ความเสมอภาคและเสมอหน้าของบริการที่ให้ หมายถึง การให้บริการต่อประชาชนผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน

3.3 การมีบุคลิก ท่าที และมารยาทในการบริการ หมายถึง การแสดงออกต่อผู้รับบริการในลักษณะยิ้มแย้มแจ่มใสหรือบึ้งตึง รวมทั้งการพูดจาแบบสุภาพอ่อนโยน

3.4 ความซื่อสัตย์สุจริตของผู้ให้บริการหมายถึง ความไว้วางใจเชื่อใจได้และตรงไปตรงมาต่อหน้าที่ของการให้บริการ โดยไม่มีการเรียกร้องประโยชน์อันมิพึงได้จากผู้รับบริการ

จากที่กล่าวมาแล้ว จะพบว่ามีหลากหลายปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ แต่โดยรวมแล้วผู้รับบริการจะมีความพึงพอใจก็ต่อเมื่อผู้ให้บริการได้ตอบสนองความต้องการในด้านต่างๆ ตามที่ต้องการอย่างครบถ้วน และเป็นไปตามความคาดหวังของผู้รับบริการ

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการและคุณภาพการบริการ

2.3.1 ความหมายการให้บริการ

จากการศึกษาเอกสารต่างๆ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้แนวคิดและความหมายเกี่ยวกับการบริการไว้ต่างๆ กันดังนี้

การบริการ มีความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546, น. 607) หมายถึง การปฏิบัติรับใช้ การให้ความสะดวกต่างๆ เช่น ให้บริการ ใช้บริการ มีความหมายถึง กระบวนการหรือกระบวนการกิจกรรมในการส่งมอบบริการจากผู้ให้บริการไปยังผู้รับบริการหรือผู้ใช้บริการนั้นๆ

เทพศักดิ์ บุญยรัตพันธุ์ (2535, น. 28) ได้ให้ความหมายของการให้บริการสาธารณะ ว่าการที่บุคคล กลุ่มบุคคล หรือหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณะ ซึ่ง อาจจะเป็นของรัฐ หรือเอกชนที่มีหน้าที่ในการส่งต่อการให้บริการสาธารณะแก่ประชาชนโดยมี จุดมุ่งหมายเพื่อสนองต่อความต้องการของประชาชนโดยส่วนรวม มีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 ส่วน คือ

1. สถานที่และบุคคลที่ให้บริการ
2. ปัจจัยที่นำเข้าหรืออุปกรณ์
3. กระบวนการผลิตและกิจกรรม
4. ผลผลิตและตัวบริการ
5. ช่องทางการบริการ
6. ผลกระทบที่มีต่อผู้รับบริการ

สมชาติ กิจยรรยง (2536, น. 42) กล่าวว่า การบริการเป็นกระบวนการของการปฏิบัติ ตนเพื่อให้ผู้อื่นพอใจ ชอบ ได้รับสิ่งที่ต้องการ และประทับใจ

กันยา กาญจนบุรานนท์ (2536, น. 65-66) ได้กล่าวถึงความหมายและความสำคัญ ของการบริหารสุขภาพไว้ว่า การบริหารสุขภาพคือ การจัดบริการสาธารณสุขในรูปแบบต่างๆ เพื่อ เป็นการแก้ปัญหาและความต้องการของประชาชนในเรื่องสุขภาพพลานามัย โดยที่รัฐพยายาม จัดการบริการสุขภาพให้ทั่วถึงและครอบคลุมประชากรทั้งในเมือง ในชนบท รวมทั้งประชากรที่มี ฐานะดีและยากจน

ศิริพร ตันติพูลวินัย (สมจิตร กาหาวงศ์, 2540, น.48) กล่าวว่า งานบริการ หมายถึง งานที่ทำให้ผู้อื่น งานอะไรก็ตามที่ทำให้ผู้อื่นได้รับความพึงพอใจ สะดวก สบาย งานบริการที่ดี คือ การที่ทำให้ลูกค้าพึงพอใจ (Customer's Satisfaction) ซึ่งลูกค้าทุกคนมีความต้องการและความ คาดหวังแตกต่างกัน ดังนั้น การให้บริการที่ตอบสนองทำให้ลูกค้าพอใจทั้งความต้องการและความ คาดหวัง จึงเป็นงานบริการที่มีคุณภาพ

ประพิณ วัฒนกิจ (2541, น. 81-82) กล่าวว่า การบริการ (Service) คือ กระบวนการ ของการปฏิบัติตน เพื่อให้ผู้มาติดต่อหรือมาเกี่ยวข้องเกิดความรู้สึกพอใจและประทับใจ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า งานบริการมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความพึงพอใจของผู้รับการ บริการ ซึ่งจะต้องปฏิบัติต่อผู้มารับการบริการในทุกๆ ด้านอย่างครอบคลุมเพื่อให้ผู้มารับการ บริการเกิดความพึงพอใจอย่างสูงสุด โดยสามารถวัดความสำเร็จได้จากความรู้สึกของผู้รับการ บริการไม่ใช่วัดจากความรู้สึกของผู้ให้บริการ ซึ่งทั้งหมดนี้จะส่งผลอันดีต่อผลโดยรวมขององค์กรใน

การปรับปรุงประสิทธิภาพในทุกๆด้าน ไม่ว่าจะเป็นในด้านความสะอาด ความรวดเร็ว ความทันสมัย ความมีส่วนร่วม และการทำงานเป็นทีม ซึ่งทั้งหมดนี้เกิดได้จากการปรับปรุงมาตรฐานการบริการ โดยองค์กรต้องมีส่วนร่วมช่วยในการสนับสนุนให้เกิด แนวความคิดใหม่ (New Concepts) ความรู้ใหม่ (New Knowledge) ประสบการณ์ใหม่ (New Experience) ทักษะใหม่ (New Skill) และทัศนคติใหม่ (New Attitude) เพื่อพัฒนาคุณภาพของงานบริการ

2.3.2 ความหมายของคุณภาพการบริการ

คุณภาพการบริการ (Service Quality) คือ การให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (เกินความคาดหวังของผู้รับบริการ) ซึ่งต้องดำเนินการในพื้นที่สำคัญที่สุดขององค์กร คือจุดที่มีการสัมผัสกับผู้บริการโดยตรง (Front Line) โดยเน้นในช่วงเวลาตั้งแต่ผู้รับบริการเข้ามาใช้บริการเสร็จสิ้นและกลับออกไปซึ่งตลอดช่วงเวลานี้เรียกว่า ช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้ผู้รับบริการประทับใจที่สุด (Moment Of Truth) (พิสิทธิ์ พิพัฒน์โกคากุล, 2546, น.2)

คุณภาพงานบริการ คือ

1. ความสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ
 2. ระดับของความสามารถของผู้ให้บริการในการบำบัดความต้องการของผู้รับบริการ
 3. ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการหลังจากได้รับบริการไปแล้ว
- รัชยา กุลวานิชไชยพันธ์ (2535, น. 13) ได้กล่าวไว้ว่า งานบริการมีลักษณะดังต่อไปนี้
1. งานบริการเป็นงานที่มีการผลิต และการบริโภคเกิดขึ้นพร้อมกันคือ ไม่อาจกำหนดความแน่นอนได้ ขึ้นอยู่กับผู้รับบริการว่าต้องการเมื่อไร และต้องการอะไร
 2. งานบริการเป็นงานที่ไม่สามารถกำหนดปริมาณงานล่วงหน้าได้ การมาใช้บริการหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของผู้มารับการบริการ ดังนั้นการกำหนดปริมาณงานล่วงหน้าทำได้แค่เพียงการคาดคะเน
 3. งานบริการเป็นงานที่ไม่มีตัวสินค้าไม่มีผลผลิต ดังนั้นสิ่งที่ผู้ให้บริการจะได้คือ ความพึงพอใจ ความรู้สึกคุ้มค่าที่ได้มาใช้บริการ ดังนั้นคุณภาพของงานจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก
 4. งานบริการเป็นงานที่ต้องตอบสนองในทันที ผู้ใช้บริการต้องการให้ลงมือปฏิบัติในทันที ดังนั้นผู้ให้บริการจะต้องพร้อมที่จะตอบสนองตลอดเวลา และเมื่อนัดเวลาใด ก็จะต้องตรงตามกำหนด

ดังนั้นอาจสรุปได้สั้นๆ ว่า คุณภาพของการบริการ คือ ลักษณะการบูรณาการ การผสมผสาน ความต่อเนื่อง การมีประสิทธิภาพ และความเป็นธรรม ก่อให้เกิดระดับความพึงพอใจที่มีในระดับสูงของผู้รับบริการ ซึ่งเกิดจากความสัมพันธ์ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยผู้ให้บริการต้องให้บริการตรงตามความต้องการ และเพื่อให้สอดคล้องกับจุดประสงค์ของผู้มารับการบริการ

2.3.3 สาเหตุหลักของการพัฒนาคุณภาพงานบริการ

1. ผลวิฤกตติ์ต่อองค์กร คุณภาพมีผลเกี่ยวข้องกับทุกฝ่ายโดยที่แต่ละฝ่ายอาจจะมีมุมมองที่แตกต่างกัน แต่ผู้ที่บอกรได้ดีที่สุดสุดว่าทำไม่ต้องพัฒนาคุณภาพคือ ผู้ที่ทำงานอยู่ในองค์กรเองเพราะสามารถประเมินได้ว่าองค์กรของตนกำลังเผชิญกับวิฤกตติ์อะไรบ้าง ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความกดดันขององค์กรมีดังนี้

1.1 ปัจจัยกดดันภายนอก เช่น การแข่งขัน ความต้องการของประชาชนที่เพิ่มขึ้น การเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ล้ำสมัย นโยบายของรัฐบาลที่เปลี่ยนแปลงไป ระบบการเงินการคลัง การฟ้องร้อง

1.2 ปัจจัยกดดันภายใน เช่น ความร่วมมือในองค์กร ปัญหาและความเครียดในการทำงาน ขวัญและกำลังใจ ความสิ้นเปลืองและความสูญเปล่า สถานการณ์ทางการเงิน ภาพลักษณ์ขององค์กร

2. ความต้องการของประชาชนที่ได้รับการตอบสนองยังไม่เพียงพอ ความต้องการของประชาชนเป็นสิ่งซึ่งแสดงถึงความพึงพอใจ และไม่พึงพอใจที่ประชาชนมีต่อระบบบริการสุขภาพ ทั้งในภาครัฐและเอกชน หากเกิดความไม่พึงพอใจของประชาชนที่มีมาก จะสะท้อนให้เห็นความไม่มีระบบ หรือความด้อยคุณภาพในการจัดบริการ และเมื่อเกิดความผิดพลาดหรือความไม่เข้าใจกันเกิดขึ้น ผู้เสียหายมักจะใช้กระบวนการทางศาลเพื่อฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายซึ่งเป็นภาวะที่ผู้ให้บริการไม่ต้องการ

3. ความรู้สึกของผู้ให้บริการ ในขณะที่สังคมคาดหวังให้โรงพยาบาลมีการบริการที่มีคุณภาพ หากพนักงานไม่มีความพึงพอใจกับงานที่ทำอยู่ เมื่อมีปัญหาที่ไม่สามารถประสานงานกับฝ่ายต่างๆ เพื่อคลี่คลายปัญหาได้อย่างรวดเร็ว และเมื่อชักชวนให้มาทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพจึงมักจะมีเสียงคัดค้าน ดังนั้นจึงต้องปลูกจิตสำนึก และสร้างความเข้าใจให้กับผู้ให้บริการด้วย

4. ความรู้สึกของผู้บริหาร ความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารกับแพทย์มีลักษณะที่หลากหลาย ผู้บริหารของโรงพยาบาลรัฐบางแห่งจะมองว่าแพทย์เป็นวิชาชีพที่ให้ความร่วมมือ

น้อย ในขณะที่ผู้บริหารของโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งจะต้องขอความช่วยเหลือจากแพทย์ไม่กล้าที่จะดำเนินการอะไรเด็ดขาดแม้จะเห็นว่ามีความไม่ถูกต้องเกิดขึ้น เมื่อมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเกิดขึ้น ผู้บริหารระดับสูงมักจะถามว่าไม่ให้ความสนับสนุนอย่างจริงจัง และบางครั้งผู้บริหารต้องการสนับสนุนให้มากขึ้นแต่ก็ไม่ว่าจะวางตัวอย่างไร

5. ความรู้สึกของผู้จ่ายเงิน ผู้จ่ายเงินเช่น ผู้ป่วย สำนักงานประกันสังคม บริษัทประกันสุขภาพ ต่างมุ่งหวังที่จะเห็นการใช้เงินอย่างมีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ เช่น ผู้ป่วยในความคุ้มครองได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มีความพยายามที่จะจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย ในอนาคตองค์กรของผู้จ่ายเงินจะยังมีบทบาทมากขึ้น

6. ความสัมพันธ์กันเป็นวงวน ความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยนั้นมีอยู่ทั้งในตัวระบบและที่ตัวผู้ปฏิบัติงาน ความเสี่ยงในตัวระบบหมายถึงการที่ไม่มีระบบตรวจสอบที่ดี ความเสี่ยงในตัวผู้ปฏิบัติงานคือความประมาทหรือละเลยต่อแนวทางปฏิบัติที่ได้มีการกำหนดไว้

2.3.4 แนวคิดที่เป็นสากลในการจัดการในโรงพยาบาล

Canadian Council on Health Service Accreditation (CCHSA) ให้ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพว่าเป็นการดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นที่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางและเน้นการปรับปรุงกระบวนการอย่างไม่หยุดยั้งเพื่อให้ได้คุณภาพที่เป็นเลิศ โดยมีมิติต่างๆ ของคุณภาพดังนี้

1. Competency คือ ความรู้และทักษะของผู้ให้บริการที่เหมาะสมกับภารกิจการดูแลผู้ป่วย และมีระบบการประเมินอย่างสม่ำเสมอ
2. Acceptability คือ การที่กิจกรรมต่างๆ นั้นตอบสนองความต้องการ (need) และความคาดหวัง (expectation) ของผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ให้บริการ
3. Effectiveness คือ ผลของการรักษาหรือบริการนั้นเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
4. Appropriateness คือ การให้บริการที่ถูกต้องเหมาะสมและสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพหรือหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่มีน้ำหนักความน่าเชื่อถือสูง
5. Efficiency คือ การใช้ทรัพยากร (เวลา การทดสอบ เครื่องมือ สถานที่) ที่น้อยที่สุดเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการและก่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด
6. Accessibility คือ การให้บริการในสถานที่ และเวลาที่ถูกต้องและเหมาะสม

7. Safety คือ การป้องกัน การหลีกเลี่ยงหรือลดความเสี่ยงต่างๆที่มีโอกาสเกิดขึ้น และมีการอธิบายโอกาสเหล่านั้นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

นอกจากนี้แล้ว บางท่านยังได้เพิ่มมิติของความเท่าเทียมกัน (Equity) และความต่อเนื่องในการดูแลรักษา (Continuity) เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพด้วย การมองมิติของคุณภาพเหล่านี้ช่วยให้เราสามารถกำหนดเครื่องมือชี้วัดคุณภาพได้ง่ายและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

ไวส์ (Wise, 1995, p. 1996 อ้างถึงใน พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2538, น. 89-90) ได้กล่าวไว้ว่าการบริการพยาบาลจำเป็นต้องมุ่งเน้นที่ผู้ใช้บริการมากขึ้นในยุคแห่งความก้าวหน้าด้านสารสนเทศและได้เสนอว่าในมุมมองของผู้บริหาร (Manager Viewpoint) แล้วมี 7 ขอบเขตที่ให้ความสำคัญ คือ 1. การให้ความเคารพต่อค่านิยม ความชอบ และการแสดงความต้องการของผู้รับบริการ 2. การผสมผสานการดูแล 3. การให้ข้อมูล ข่าวสาร การสื่อสารและการให้ความรู้ต่อผู้รับบริการ 4. การส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้รับความสุขสบายด้านร่างกาย 5. การส่งเสริมให้มีการสนับสนุนและพัฒนาทางอารมณ์ต่อผู้รับบริการ 6. การสร้างความมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล 7. การต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล

ซางจี้ (Chang, 1997, pp. 26-37) ได้เสนอแนวคิดในการประเมินคุณภาพของการบริการ ประกอบด้วย 1. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) 2. ความเพียงพอของการบริการ (Availability) 3. ทักษะการให้บริการ (Technical Skills) 4. ศิลปะการให้การดูแล (Art of Care) 5. ความต่อเนื่องของการบริการ (Continuity of Care) 6. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเฉพาะ (Specific Outcomes of Care) 7. คุณภาพทั่วไป (Overall Quality) 8. การกลับมารักษาอีกในอนาคต (Future Intent)

จากแนวคิดที่ผ่านมาจะพบว่า เป้าหมายของงานบริการนั้นคือการสร้างความพึงพอใจให้เกิดแก่ผู้รับบริการ ดังนั้นการจะพัฒนาคุณภาพการบริการภายในโรงพยาบาลนั้นสามารถใช้ความพึงพอใจของผู้รับบริการมาเป็นตัวประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดว่ามีความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการมากน้อยเพียงใด หรืออาจใช้เป็นเครื่องมือในการช่วยปรับปรุงประสิทธิภาพการบริการ และพัฒนาศักยภาพให้เกิดขึ้นภายในองค์กร

2.4 แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับโครงการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

2.4.1 วิชาการในเรื่องการทำให้โรงพยาบาลมีคุณภาพอาจแบ่งได้เป็น 3 ยุค ดังนี้

1. ยุคเริ่มต้น Nightingale, Codman และวิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกา

ฟลอเรนส์ นิติงเกล (Florence Nightingale) ได้สังเกตเห็นความแตกต่างของผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ในกรุงลอนดอน เมื่อปี ค.ศ.1863 เธอเรียกร้องให้มีการตรวจสอบอย่างเป็นระบบว่ามีกระบวนการดูแลที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างนี้อย่างไร แต่คำเรียกร้องของเธอไม่ได้ส่งผลแต่อย่างใดในช่วงที่เธอมีชีวิตอยู่

เออร์เนสต์ อาร์โมรี คอดแมน (Earnest Armory Codman) เป็นศัลยแพทย์ที่ทำงานอยู่ใน Boston ในช่วงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 20 เขาได้สังเกตเห็นความแตกต่างดังกล่าวเช่นเดียวกัน ในส่วนตัวของเขาเองได้สร้างระบบ end-result ขึ้นมาใช้ทบทวนการทำงานของตนเอง กล่าวคือเขาเก็บบันทึกการผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายและผลลัพธ์จากการผ่าตัดนั้น นำมาทบทวนหลังจากผ่าตัดไปแล้ว 1 ปี เขาเรียกร้องให้มีกระบวนการประเมิน อย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพ

วิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกา แม้ว่า Codman จะถูกต่อต้านจากศัลยแพทย์ด้วยกัน แต่ความคิดของเขาก็เป็นพื้นฐานในการก่อตั้งวิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกาในปี ค.ศ. 1913 ซึ่งปีต่อมาวิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกายอมรับเอาระบบ end-result นี้เข้าไป เป็นข้อบังคับสำหรับการสมัครเข้าเป็นสมาชิกภาพ โดยกำหนดให้ส่งสรุบบ่งชี้ การผ่าตัดใหญ่ผู้ป่วย 50 รายซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดต่างๆ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ระยะเวลาในการผ่าตัด และทุกแง่มุมเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วย (Wilson C, 1992) ต่อมา Codman ได้เป็นประธานกรรมการมาตรฐานโรงพยาบาล และออกมาตรฐานขั้นต่ำชุดแรกซึ่งมีเนื้อหาสำคัญ 5 ประการคือ

1. แพทย์ที่ได้รับอนุญาตให้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะต้องมีการรวมตัวกัน จัดตั้งองค์กรแพทย์ (The Medical Staff)

2. แพทย์และศัลยแพทย์จะต้องได้รับปริญญาแพทย์ และใบอนุญาตให้ประกอบวิชาชีพ และปฏิบัติตามจริยธรรมแห่งวิชาชีพ

3. องค์กรแพทย์จะต้องมีการประชุมกันอย่างน้อยเดือนละครั้ง เพื่อทบทวนบันทึก ทางคลินิกและวิเคราะห์บริการที่ให้แกผู้ป่วย

4. แพทย์จะต้องบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยทุกรายอย่างถูกต้องสมบูรณ์

5. จะต้องมีสถานที่และเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วย รวมทั้งบริการพยาธิวิทยา รังสีวิทยา และชันสูตร

แม้ว่าจะมิได้เป็นการวัดผลลัพธ์สุดท้ายตามความคิดของ Codman แต่ในมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับโรงพยาบาลนี้ได้กำหนดให้มีการทบทวนผู้ป่วยที่มีปัญหา หรือได้รับผลไม่พึงประสงค์ โดยเพื่อนร่วมวิชาชีพ ผลการทบทวนทำให้เกิดการเรียนรู้ในกลุ่มเพื่อนร่วมวิชาชีพ มาตรฐานขั้นต่ำ 5 ข้อนี้ถือเป็นจุดเริ่มของ แผนงานมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Standardization Program) ซึ่งมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพโรงพยาบาล ในยุคนั้นเป็นอย่างมาก ในปี 1951 วิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกาได้รวมตัวกับ แพทยสมาคมอเมริกา, วิทยาลัยอายุรแพทย์อเมริกา, สมาคมโรงพยาบาลอเมริกา และสมาคมโรงพยาบาลแคนาดา จัดตั้ง Joint Commission on Accreditation of Hospitals และกลายมาเป็น Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) ในปัจจุบัน

2. ยุคที่สอง การติดตามประเมินผล (Monitoring & Evaluation) ของ JCAHO

Donabedian และรูปแบบ โครงสร้าง/กระบวนการ/ผลลัพธ์ มาตรฐานสำหรับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (hospital accreditation) ได้มีการพัฒนาอย่างช้าๆ ในช่วงทศวรรษ 1950 ในช่วงต้นทศวรรษที่ 1960 Avedis Donabedian ซึ่งเป็นแพทย์อยู่ที่มหาวิทยาลัยมิชิแกน ได้รวบรวมงานวิจัยเท่าที่มีอยู่ และสร้างกรอบทฤษฎีสำหรับประเมินผลการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นที่รู้จักกันดีคือ รูปแบบของโครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ รูปแบบนี้เน้นความสำคัญของการเชื่อมโยงโครงสร้าง และกระบวนการกับผลลัพธ์ ให้เกิดเป็นมาตรฐานในการตรวจรับรองคุณภาพ โดยมีแนวคิดที่ว่าโครงสร้างและกระบวนการของการจัดบริการ เป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ของบริการสุขภาพ มีการกำหนดมาตรฐานด้านโครงสร้าง เช่น กำลังคน สถานที่ เทคโนโลยี การจัดองค์กร ทรัพยากร และมาตรฐานด้านกระบวนการ เช่น กิจกรรมที่ควร กระทำในการตรวจวินิจฉัยและรักษา การบริหารจัดการ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือ ในการตรวจรับรองสถานพยาบาล ต่อมาได้มีความพยายามที่จะประเมินผลลัพธ์ของบริการโดยตรงโดยใช้การทบทวนย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยบางประเภทโดยอาศัยเกณฑ์ ที่กำหนดขึ้นมาอย่างชัดเจน (retrospective review with explicit criteria) และการเฝ้าระวังโรคไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยหลักการทางระบาดวิทยา สำหรับโรคติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาล ภายใต้การนำของ ชาลส์ จาคอบ (Charles Jacob) ได้มีการจัดตั้ง Quality Review Center ขึ้นใน JCAHO โดยให้โรงพยาบาลกำหนดเกณฑ์ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์เป็น ลายลักษณ์อักษร สำหรับใช้ประเมินความเพียงพอของการดูแลผู้ป่วยโดยการทบทวนเวชระเบียน และเน้น

การสรุปข้อมูลในภาพรวมมากกว่าการตรวจสอบเฉพาะรายผู้ป่วย การกำหนดเกณฑ์ไว้ล่วงหน้า ทำให้มีการใช้ข้อมูลได้ตรงตามวัตถุประสงค์มากขึ้นกว่าเดิม ที่ใช้ความรู้สึกในการทบทวนประเมิน ต่อมาในช่วงทศวรรษ 1980 ได้มีการประสานจุดแข็งของแนวคิดทั้ง 2 (การตรวจสอบตามเกณฑ์ การควบคุมการติดเชื้อ) เข้าด้วยกัน ก่อให้เกิดการพัฒนาเป็นกระบวนการติดตามและ ประเมินผล (monitoring & evaluation process) กล่าวคือมีการกำหนดเครื่องมือชี้วัดคุณภาพ และเกณฑ์การประมวลผลเฉพาะเป็นทั้งหมด ได้นำผลลัพธ์มาแสดงเปรียบเทียบกับระดับต่ำสุดที่ยอมรับได้ (threshold) โดยกระทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมที่จะปรับปรุงคุณภาพให้ ดีขึ้น กระบวนการในการประเมินร่วมกับการปรับปรุงคุณภาพนี้อาจเรียกว่า การประกันคุณภาพ หรือ Quality Assurance (QA) แต่กระบวนการประกันคุณภาพมีจุดอ่อนที่ เมื่อถึงจุดหนึ่งไม่เกิด แรงจูงใจที่จะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างเต็มที่ตามศักยภาพของความรู้และเทคโนโลยีที่มีอยู่ เนื่องจากใช้ค่าเฉลี่ยเป็นระดับต่ำสุดที่ยอมรับได้ทำให้ผู้ให้บริการที่ทำได้ในระดับค่าเฉลี่ย หรือสูง กว่าค่าเฉลี่ย เกิดความพึงพอใจในสภาพที่เป็นอยู่ก็จะไม่ก่อให้เกิดการกระตือรือร้นหรือเน้นการ พัฒนาต่อไป นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการที่เน้นมาตรการการตรวจสอบส่งผลในการสร้าง ทัศนคติในเชิงเชิงลบแก่ผู้ให้บริการ

3. ยุคที่สาม การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI)

วิวัฒนาการของแนวคิดการพัฒนาคุณภาพในวงการอุตสาหกรรมมีมาอย่าง ต่อเนื่อง ผู้ที่บุกเบิกนำแนวคิด TQM/CQI มาใช้ในบริการสุขภาพได้แก่ โดนัลด์ เบอริวิก (Donald Berwick), พอล บาทาเดน (Paul Batalden) และ เบรินส์ เจมส์ (Brent James) โดยแพทย์เหล่านี้ ไม่พึงพอใจกับวิธีปฏิบัติ ในการประกันคุณภาพที่มีอยู่ Berwick และ Batalden จึงได้ศึกษา ค้นคว้าเอกสารการพัฒนาคุณภาพในภาคอุตสาหกรรม ซึ่งนำมาสู่การวิจารณ์ระบบประกัน คุณภาพของวงการสุขภาพว่าอยู่บนพื้นฐานของ “ทฤษฎีแอปเปิลเน่า” กล่าวคือค้นหาผู้ปฏิบัติงาน ที่มีปัญหา แทนที่จะส่งเสริมผู้ที่ปฏิบัติดีอยู่แล้วให้ดีขึ้น และ Batalden ได้แปลง Deming's 14 Point ให้สอดคล้องกับบทบาทของการบริการสุขภาพ

ในปี ค.ศ.1987 Berwick และ Batalden ได้ร่วมมือกับ Juran Institute และที่ ปรีक्षाคุณภาพจากวงการอุตสาหกรรมจำนวนหนึ่ง จัดทำ National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care (NDP) ในองค์กร 21 แห่ง ซึ่งได้ข้อสรุปว่าสามารถนำ กระบวนการ TQM มาใช้กับบริการสุขภาพได้ ในขณะที่ผู้ร่วมโครงการส่วนใหญ่ มุ่งไปที่แง่มุมของ

การบริหารจัดการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย Brent James ได้นำกระบวนการนี้ไปใช้กับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง และประสบผลสำเร็จในเครือข่ายของโรงพยาบาลของตน

ความแตกต่างในแนวคิด CQI ก็คือ CQI เป็นแนวคิดแบบเชิงรุก CQI และมีหลักการว่า "แม้ไม่มีปัญหาเราก็จะหาทางปรับปรุงให้ดีขึ้น" ในขณะที่แนวคิดแบบเดิมคือการตั้งรับรอให้เกิดปัญหาแล้วค่อยจัดการ นอกจากนี้ CQI ยังมีแนวคิดในการวัดผลลัพธ์ที่กว้างกว่าเดิม แต่ CQI ได้ชี้ให้เห็นการมองไปที่ผลลัพธ์คือคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยการทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย (Comfort) และอบอุ่น (Care) ควบคู่ไปกับการรักษา (Cure)

2.4.2 วิวัฒนาการในประเทศไทย

การพัฒนาคุณภาพในประเทศไทยเริ่มเมื่อ พ.ศ. 2522 สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยได้จัดประชุมวิชาการ เรื่อง การควบคุมคุณภาพ การประกันคุณภาพ และการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลขึ้น จึงทำให้เกิดแนวคิดการพัฒนาคุณภาพขึ้นมา

พ.ศ. 2524 กองการพยาบาลร่วมกับกองสาธารณสุขภูมิภาคเริ่มพัฒนาการบริหารทั่วไป

พ.ศ. 2526 กองการพยาบาลเริ่มพัฒนาระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อให้มีระบบงานที่ชัดเจนและมีคุณภาพ

พ.ศ. 2527-2528 นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นได้เริ่มให้มีโครงการประเมินขีดความสามารถของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ซึ่งเรียกกันโดยทั่วไปว่า “โครงการติดดาวโรงพยาบาล” โดยใช้แนวคิด Hospital Accreditation: HA จัดให้มีการประเมินโรงพยาบาล ทั้งในด้านบริหารงานบริการ และวิชาการ

พ.ศ. 2528-2529 นายแพทย์ชัยสิทธิ์ ธารากุล ที่ปรึกษาปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการ มีการกำหนดมาตรฐานสำหรับประเมินตนเอง และจุดเน้นของการประเมิน คือระดับความสามารถในการบริการ โดยมีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการได้ทุกระดับอย่างเท่าเทียมกัน มีการจัดการเครือข่ายบริการสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Health Service)

พ.ศ. 2528 กองพยาบาลจัดทำมาตรฐานระบบบริการพยาบาล และเริ่มตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2531

พ.ศ. 2532 กองการพยาบาลเริ่มศึกษาแนวคิดการประกันคุณภาพ การพัฒนารูปแบบ และนำไปปฏิบัติในปี พ.ศ. 2538

พ.ศ. 2536 ทีมจากสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยการนำของศาสตราจารย์นายแพทย์ประพนธ์ ปิยะรัตน์ ได้ไปดูงานการพัฒนาคุณภาพโดยแนวคิด TQM และการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ Australian Council for Hospital Standards (ACHS)

พ.ศ. 2536-2539 เป็นก้าวแรกของ TQM/CQI ในโรงพยาบาลโดยสำนักงานประกันสุขภาพ กองโรงพยาบาลภูมิภาค องค์การอนามัยโลก และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้ให้การสนับสนุนโครงการวิจัยและพัฒนากำหนด TQM/CQI เข้ามาใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง 8 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ โดยผสมผสานเข้ากับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการ และการพัฒนาองค์กร (Organizational Development: OD)

พ.ศ. 2536-2537 สำนักงานประกันสังคมร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และผู้ทรงคุณวุฒิอีกหลายท่าน ได้ร่วมกันจัดทำมาตรฐานสถานพยาบาลขึ้น เพื่อใช้ในการรับรองสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคม โดยใช้เนื้อหามาตรฐานของประเทศออสเตรเลียเป็นแนวทางในการพัฒนา

พ.ศ. 2538 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพ โดยมีเป้าหมายว่าจะให้โรงพยาบาลทุกแห่งดำเนินการพัฒนาคุณภาพ โดยใช้แนวคิด TQM/CQI ภายในสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8

พ.ศ. 2538 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้รับมอบหมายจากสำนักงานประกันสังคมให้จัดทำคู่มือประเมินสถานพยาบาลประกันสังคมตามมาตรฐาน ซึ่งกระบวนการจัดทำคู่มือก่อให้เกิดการพัฒนาและการรับรองคุณภาพขึ้น

พ.ศ. 2538-2539 เครือข่ายที่สนใจเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพได้ร่วมกันจัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลขึ้น ทางคณะกรรมการที่ปรึกษาแนะนำให้นำมาตรฐานนี้ไปทดลองใช้

พ.ศ. 2539 ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขไปดูงานการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศแคนาดา ทำให้ทราบแนวคิดในการนำกระบวนการ CQI มาใช้ในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ การดูงานในครั้งนี้ก่อให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะสร้างระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้เกิดขึ้นในประเทศไทย

พ.ศ. 2540 ทีมงานซึ่งยกร่างมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และกองโรงพยาบาลภูมิภาค ได้เชิญชวนโรงพยาบาลสมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล มีโรงพยาบาลเข้าร่วมจำนวน 35 แห่ง มีผู้ทรงคุณวุฒิให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ นำไปสู่การก่อตั้งภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลขึ้นโดยให้การสนับสนุนทุนวิจัยร่วมจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ส่งผลให้โรงพยาบาลอื่นๆที่ไม่ได้อยู่ในโรงพยาบาลโครงการนำร่องก็เกิดความตื่นตัว และนำมาตรฐานโรงพยาบาลไปเป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาตนเอง

พ.ศ. 2541 สภาฯ ได้ผ่านพระราชบัญญัติสถานพยาบาลฉบับใหม่ โดยการประกอบโรคศิลปะได้กำหนดกฎกระทรวงซึ่งระบุมาตรฐานในเชิงโครงสร้างและกำลังคนที่จะเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

พ.ศ. 2541 แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา กระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามในคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบวิชาชีพกับผู้ป่วยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีและเป็นที่น่าไว้วางใจซึ่งกันและกัน

พ.ศ. 2542 ได้มีการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อให้การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลให้กับสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ

2.4.3 การรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล

1. ความหมายของรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล คือกลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบ การรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล หรือการรับรองว่าโรงพยาบาลมีการจัดระบบการจัดการที่ดี เพื่อต่อการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้มีคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีการตรวจสอบตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยมีกำหนดระยะเวลารับรอง 2 ปี โดยมีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ 1. การพัฒนาคุณภาพ 2. การประเมินคุณภาพ และ 3. การรับรองคุณภาพ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล 2542: 2-12) การรับรองคุณภาพจะกระทำโดยองค์กรภายนอกที่เป็นกลาง เพื่อเป็นหลักประกันว่าผลการรับรองนั้นเป็นที่น่าเชื่อถือ สถาบันพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นโดยขอบังคับตามพระราชบัญญัติ (พ.ร.บ.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทำหน้าที่ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลโดยอาศัยการประเมินตนเองร่วมกับการประเมินจากภายนอกเป็นกลไกกระตุ้นที่สำคัญ

2. เป้าหมายของการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อมุ่งเน้นให้เกิดแรงผลักดันและเป็นการกระตุ้นให้โรงพยาบาลเกิดแรงจูงใจ ในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งช่วยสร้างความรับผิดชอบต่อสังคม (Social Accountability) ซึ่งโรงพยาบาลจะต้องแสดงออกเพื่อให้สังคมมีความมั่นใจต่อระบบบริการของโรงพยาบาล ด้วยการยินยอมให้องค์กรภายนอกซึ่งมีความรู้ความเข้าใจระบบการดูแลผู้ป่วย เข้าไปประเมินตาม

กรอบที่ตกลงร่วมกัน พร้อมกับการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริโภค เพื่อก่อให้เกิดการสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน โดยการที่ผู้บริหารและผู้ประกอบวิชาชีพของโรงพยาบาลต่างๆ ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและผู้ประเมินในลักษณะของอาสาสมัคร

3. ขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2543) ได้แบ่งกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามแนวคิดของTOT (Total Quality Transformation) ออกเป็น 9 ขั้นตอนคือ 1.) หาโอกาสพัฒนา เพื่อกำหนดประเด็นในการพัฒนาและทีมงานผู้รับผิดชอบ 2.) ทำความเข้าใจกับระบบ เพื่อทำความเข้าใจกับลักษณะของระบบหรือกระบวนการทำงานที่ต้องการศึกษา ปรับปรุง 3.) ประเมินสถานการณ์ในปัจจุบัน เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของระบบหรือกระบวนการทำงานที่เป็นอยู่ก่อนการแก้ปัญหา และตอบสนองต่อนโยบายความไม่แน่นอนอย่างเหมาะสม 4.) วิเคราะห์หาสาเหตุ เพื่อค้นหาสาเหตุในระบบของความด้อยคุณภาพ หรือความไม่แน่นอนที่เป็นไปได้มากที่สุด 5.) วิเคราะห์ทางเลือก เพื่อนำสาเหตุที่วิเคราะห์ไว้มากำหนดเป็นทางเลือกในการปรับปรุง 6.) ทดลองทางเลือก เพื่อให้การนำทางเลือกไปปฏิบัติเป็นไปอย่างราบรื่นและมีการเก็บข้อมูลไว้เรียนรู้ 7.) ศึกษาผล เพื่อเรียนรู้ถึงผลของการทดลอง 8.) ทำให้การปรับปรุงเป็นมาตรฐาน เพื่อให้การปรับปรุงระบบเป็นไปเต็มรูปแบบ และลดโอกาสที่จะกลับไปสู่สภาพก่อนการปรับปรุง 9.) วางแผนปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะของทีมงานต่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และเพื่อจัดทำรายงานโครงการที่สมบูรณ์

4. ลำดับขั้นของการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สถาบันและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2545) ได้แบ่งลำดับขั้นของการพัฒนาออกเป็น 4 ช่วง เพื่อช่วยให้โรงพยาบาลได้วางแผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ดังนี้ ระยะเวลาที่ 1 การเตรียมการ เป็นการทำความเข้าใจของผู้นำเพื่อตัดสินใจวางแผนงานและกำหนดผู้รับผิดชอบ รับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาที่ 2 การพัฒนาการและการเรียนรู้ เป็นการฝึกทักษะของการทำงานร่วมกันและการสร้างกระบวนการเรียนรู้ โดยเน้นการลงมือปฏิบัติกับของจริงในลักษณะของโครงการนำร่อง รวมทั้งการจัดทำแผนดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ระยะเวลาที่ 3 การดำเนินการ เป็นการทำกิจกรรมคุณภาพซึ่งบูรณาการแนวคิดบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน เป็นการดำเนินงานทั้งในระดับบุคคล หน่วยงาน ทีมคร่อมสายงาน และทั้งองค์กร โดยหัวหน้าหน่วยงานแต่ละหน่วยจะต้องรับผิดชอบกระบวนการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงานของตนและร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในระยะนี้แบ่งขั้นตอนออกเป็น ระยะแรก เป็นดำเนินงานในลักษณะตั้งรับ ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นและนำมาแก้ไขป้องกัน ระยะหลังเป็นการวิเคราะห์กระบวนการทั้งหมดอย่างเป็นระบบ และประกันคุณภาพใน

ส่วนที่ดีแล้วและพัฒนาในส่วนที่เห็นโอกาสระยะที่ 4 บุรณาการและวางรากฐานเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยการทบทวนความก้าวหน้า เป็นการปรับโครงสร้างองค์กรเพิ่มเติม ปรับระบบแรงจูงใจ บุรณาการกิจกรรมคุณภาพที่เกี่ยวข้องกัน และกำหนดเป้าหมายให้สูงขึ้น

5. การประเมินคุณภาพ (Quality Assessment) การประเมินคุณภาพคือการตรวจสอบระบบการทำงานและสิ่งปฏิบัติกับข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งจะทำได้โดยโรงพยาบาลและผู้ประเมินภายนอก

5.1 การประเมินคุณภาพโดยโรงพยาบาล (Self Assessment) คือการประเมินตนเองเพื่อตรวจสอบความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพการทำงาน และตรวจสอบความพร้อมที่จะได้รับการประเมินและรับรองจากภายนอก การประเมินตนเองของโรงพยาบาลควรประเมินโดยทีมที่เกี่ยวข้อง และครอบคลุมถึงการประเมินเพื่อค้นหาโอกาสและการพัฒนา การประเมินตนเองเพื่อสังเกตการปฏิบัติงานจริง การทบทวนแนวคิด แนวทางปฏิบัติ การปฏิบัติงานจริง และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาและพัฒนาวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่อง การใช้แบบประเมินตนเองเพื่อบันทึกและวิเคราะห์ระบบงานตามข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล

5.2 การประเมินโดยผู้ประเมินภายนอก (External Survey) การประเมินโดยผู้ประเมินภายนอกมี 3 ลักษณะคือ

5.2.1 การประเมินความพร้อมของโรงพยาบาล (Resurveys) เป็นการประเมินเพื่อดูว่าโรงพยาบาลได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามข้อกำหนด ในกรอบมาตรฐานของโรงพยาบาลที่กำหนด โดยโรงพยาบาลจะขอให้มีการทำ Resurveys ก็ต่อเมื่อผลการประเมินตนเองอยู่ในระดับที่มั่นใจว่าได้มีการพัฒนาตามมาตรฐานโรงพยาบาลในประเด็นสำคัญต่างๆ ครบถ้วน ผลการประเมินความพร้อมอาจจะทำเป็นระยะๆ หลายครั้งจนมั่นใจว่าโรงพยาบาลมีความพร้อมสำหรับการประเมินเพื่อรับรอง

5.2.2 การประเมินเพื่อพิจารณารับรอง (Accreditation Survey) คือการที่ผู้ประเมินไปรับทราบหลักฐานว่าโรงพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานโรงพยาบาล สิ่งที่จะระบุไว้ในนโยบาย/คู่มือการปฏิบัติงานโรงพยาบาลคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง และข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงจากการประเมินความพร้อม เครื่องมือสำคัญที่ผู้ประเมินภายนอกใช้คือข้อมูลที่โรงพยาบาลประเมินตนเองตามแบบฟอร์มที่กำหนดไว้ ข้อสรุปจากการประเมินคือจุดแข็งของโรงพยาบาลและข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

5.2.3 การประเมินหลังการรับรอง มี 3 ลักษณะได้แก่ 1.การประเมินเฝ้าระวัง (Surveillance Survey)เป็นการประเมินตามกำหนดเวลาทุกเดือนโดยมุ่งเน้นถึงประเด็น

สำคัญหรือแนวโน้มที่จะมีปัญหาในภาพรวม 2. การประเมินเมื่อมีปัญหา(Unscheduled Survey) เป็นการประเมินเมื่อได้รับทราบว่าอาจจะมีปัญหารุนแรงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหรือความปลอดภัย 3. การประเมินเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง (Verification Survey) ได้แก่การเปิดบริการ การขยายบริการ การเปลี่ยนเจ้าของหรือผู้บริหารระดับสูงเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นโรงพยาบาล จะต้องแจ้งให้ทราบภายใน 30 วัน และจะมีการประเมินซ้ำเพื่อยืนยันการรับรอง

2.4.4 ความพยายามและปัญหาในการพัฒนาคุณภาพที่ผ่านมา

1. ความพยายามในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพที่ผ่านมา ความรู้และประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของประเทศไทยค่อยๆ สะสมผ่านกิจกรรมต่างๆ ที่หลากหลาย ซึ่งสามารถรวบรวมมาเป็นตัวอย่างได้ดังนี้ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2549)

1.1 พัฒนาการบริหารจัดการในโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2524 กองการพยาบาลร่วมกับกองสาธารณสุขภูมิภาคเริ่มพัฒนาการบริหารจัดการทั่วไปและการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน.

1.2 พัฒนาระบบบริการพยาบาล พ.ศ. 2526 กองการพยาบาลเริ่มพัฒนา ระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้มีระบบงานที่ชัดเจนและมีคุณภาพ

1.3 ติดตามโรงพยาบาล พ.ศ.2527-2528 น.พ.บรรลุ ศิริพานิช รองปลัดกระทรวง สาธารณสุขในขณะนั้น ได้ริเริ่มให้มีโครงการประเมินขีดความสามารถของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ ซึ่งเรียกกันทั่วไปว่า "โครงการติดตามโรงพยาบาล" โดยใช้แนวคิด Hospital Accreditation ที่ท่านเคยเห็นมาจากอเมริกา จัดให้มีระบบการประเมินโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งในด้านบริหาร บริการ และวิชาการ

1.4 การพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) พ.ศ.2528-2529 น.พ.ชัยสิทธิ์ ธารากุล ที่ปรึกษาปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) ขึ้น โดยมีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนทุกคนไม่ว่าจะอยู่ที่แห่งหนตำบลใด สามารถเข้าถึงบริการได้ทุกระดับอย่างเท่าเทียมกัน มีการจัดเครือข่ายบริการสาธารณสุขแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Health Service) ในเขตหนึ่งๆ โดยให้สถานบริการระดับต่างๆ สามารถเชื่อมโยงบริการเข้าด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ มีการกำหนดมาตรฐานสำหรับประเมินตนเอง จุดเน้นของการประเมินคือระดับความสามารถในการให้บริการ

1.5 การตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล (Nursing Audit) พ.ศ.2528 กองการพยาบาลจัดทำมาตรฐานระบบบริการพยาบาล และเริ่มตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในปี พ.ศ.2531

1.6 ระบบประกันคุณภาพการพยาบาล (Nursing Quality Assurance) พ.ศ.2532 กองการพยาบาลเริ่มศึกษาแนวคิดการประกันคุณภาพ พัฒนารูปแบบ และนำไปปฏิบัติตั้งแต่ปี พ.ศ.2538

1.7 คูงานออสเตรเลีย พ.ศ.2536 ทีมจากสำนักงานประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข โดยการนำของ ศ.นพ.ประพนธ์ ปิยะรัตน์ ได้ไปดูงานเรื่องระบบบริการสาธารณสุขในประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ ในครั้งนั้นที่ทีมงานได้ไปดูงานการพัฒนาคุณภาพโดยแนวคิด TQM และการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ ACHS (Australial Council for Hospital Standards)

1.8 ก้าวแรกของ TQM/CQI ในโรงพยาบาล พ.ศ.2536-2539 สำนักงานประกันสุขภาพ, กองโรงพยาบาลภูมิภาค, องค์การอนามัยโลก และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ให้การสนับสนุนโครงการวิจัยและพัฒนาการนำ TQM/CQI เข้ามาใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ โดยผสมผสานเข้ากับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการ และการพัฒนาองค์กรที่มีการดำเนินการอยู่แล้วในบางโรงพยาบาล ในปลายปี พ.ศ. 2536 ได้มีผู้บริหารจำนวนหนึ่งไปดูงานระบบบริการสาธารณสุขในประเทศอเมริกา ส่งผลให้เกิดความกระตือรือร้นในการดำเนินงานมากขึ้น

1.9 มาตรฐานสถานพยาบาลประกันสังคม พ.ศ.2536-2537 สำนักงานประกันสังคมร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และผู้ทรงคุณวุฒิอีกหลายท่าน ได้ร่วมกันจัดทำมาตรฐานสถานพยาบาลขึ้น เพื่อใช้ในการรับรองสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคม โดยใช้เนื้อหาของมาตรฐานของประเทศออสเตรเลียเป็นแนวทางในการยกร่าง

1.10 นโยบายโรงพยาบาลคุณภาพ ปลายปี พ.ศ.2538 ผลจากการนำ TQM/CQI มาใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง กระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพขึ้น มีเป้าหมายว่าจะให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งดำเนินการพัฒนาคุณภาพ โดยใช้แนวคิด TQM/CQI ภายในสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 กองโรงพยาบาลภูมิภาคเป็นผู้ให้การสนับสนุนในเรื่องงบประมาณและวิทยากร ซึ่งยังคงขยายตัวต่อไปอย่างต่อเนื่อง

1.11 คู่มือรับรองสถานพยาบาลประกันสังคม พ.ศ.2538 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้รับมอบหมายจากสำนักงานประกันสังคมให้จัดทำ คู่มือประเมิน

สถานพยาบาลประกันสังคมตามมาตรฐานที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไว้ กระบวนการจัดทำคู่มือได้ก่อให้เกิดเครือข่ายของบุคคลที่สนใจเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพขึ้น 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

1.12 มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญนาภิเชก พ.ศ.2538-2539 หลังจากทำงานให้สำนักงานประกันสังคมเสร็จสิ้น เครือข่ายซึ่งร่วมงานกันเห็นว่าจะมีการพัฒนามาตรฐานซึ่งมุ่งเน้นที่กระบวนการทำงาน มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมุ่งการพัฒนาอย่างต่อเนื่องไปสู่ความเป็นเลิศ, จึงได้ร่วมกันจัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลขึ้น โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และ สถาบันวิชาการเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ทำให้นักวิชาการและผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาต่างๆเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น หลังจากจัดทำเสร็จสิ้นในตอนปลายปี พ.ศ.2539 ทางคณะกรรมการที่ปรึกษาแนะนำให้นำมาตรฐานนี้ไปทดลองใช้

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

1.14 โครงการ Hospital Accreditation พ.ศ.2540 ทีมงานซึ่งยกร่างมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญนาภิเชก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับกองโรงพยาบาลภูมิภาค ได้เชิญชวนโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อทดลองนำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญนาภิเชกไปทดลองใช้ มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กไปถึงโรงเรียนแพทย์ จำนวน 35 แห่ง เข้าร่วมโครงการ อาจารย์ผู้ใหญ่หลายท่าน อาทิ ศ.นพ.ประเวศ วะสี, ศ.นพ.จรัส สุวรรณเวลา, นพ.ไพโรจน์ นิงสานนท์ ได้ให้การสนับสนุนโครงการอย่างแข็งขัน นำไปสู่การก่อตั้งภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น โดยชักชวนผู้ทรงคุณวุฒิ องคกรวิชาชีพ และหน่วย

ราชการต่างๆเข้ามาร่วมเป็นภาคี อีกทั้งได้รับทุนวิจัยร่วมจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ทุกฝ่ายที่เข้าร่วมโครงการได้เรียนรู้ประสบการณ์ในการพัฒนาคุณภาพ และการประเมินคุณภาพอย่างมากมาย ขณะเดียวกันโรงพยาบาลอื่นๆ ที่ไม่ได้เข้าโครงการนำร่องก็เกิดความตื่นตัวและนำมาตราฐานโรงพยาบาล ไปเป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาตนเอง

1.15 พ.ร.บ.สถานพยาบาลและกฎกระทรวง พ.ศ.2541 สภาได้ผ่าน พ.ร.บ.สถานพยาบาลฉบับใหม่ และทางกระทรวงสาธารณสุข (โดยกองการประกอบโรคศิลปะ) ได้กำหนดกฎกระทรวงซึ่งระบุมาตรฐานในเชิงโครงสร้างและกำลังคน ที่จะเป็นพื้นฐานสำคัญ สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

1.16 คำประกาศสิทธิผู้ป่วย พ.ศ.2541 แพทยสภา สภาการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข สภาเภสัชกรรม และทันตแพทยสภา ได้ร่วมลงนามในคำประกาศสิทธิผู้ป่วย 10 ข้อ เพื่อให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพกับผู้ป่วย ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจอันดีและเป็นที่ยอมรับซึ่งกันและกัน

2 ปัญหาที่ยังคงเหลืออยู่ เมื่อดูสภาพของโรงพยาบาลต่างๆ ในปัจจุบัน จะพบสภาพซึ่งอธิบายปัญหาความด้อยคุณภาพได้ดังนี้

2.1 โรงพยาบาลบางแห่งไม่มีระบบการตรวจสอบตนเอง ทำให้ไม่รู้ว่ามีปัญหาหรือข้อบกพร่องอย่างไร เมื่อเกิดปัญหาขึ้นก็ไม่มีการแก้ไขอย่างเป็นระบบและยังไม่มีระบบรายงานที่เหมาะสม ไม่มีบรรยากาศหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่จะให้ผู้ป่วย หรือผู้เสียหายมาบอกเล่าให้โรงพยาบาลทราบ

2.2 โรงพยาบาลบางแห่งรู้ว่ามีปัญหาอะไรเกิดขึ้นบ้าง แต่ไม่มีศูนย์กลางให้ผู้เกี่ยวข้องมาร่วมกันหาหนทางแก้ปัญหา ผู้ที่รู้ปัญหาไม่มีช่องทางที่จะสื่อให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ หรือเมื่อผู้เกี่ยวข้องรับทราบแล้วก็ไม่มีแรงจูงใจที่จะแก้ปัญหา

2.3 โรงพยาบาลบางแห่งมีความพยายามในการที่จะแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นแต่ความพยายามนั้นจำกัดขอบเขตอยู่เฉพาะภายในหน่วยงานหรือภายในแต่ละวิชาชีพ ไม่ได้มีการประสานความร่วมมือกับผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงระบบงานให้เหมาะสม

2.4 การแก้ปัญหาอาจจะเป็นการตอบสนองของความต้องการของผู้บริหาร มากกว่าผู้ป่วยและลูกค้า ผู้ป่วยกลายเป็นลูกค้าอันดับสองแทนที่จะเป็นลูกค้าที่สำคัญที่สุด และขาดความต่อเนื่องของการพัฒนาเนื่องจากผู้ปฏิบัติงานรอคอยความต้องการ ของผู้บริหารเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง

2.5 ความรู้และเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปไม่ได้รับการนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เป็นการเสียโอกาสและด้อยประสิทธิภาพ กล่าวคือ ไม่ได้ทำในสิ่งที่ควรทำ หรือ ทำในสิ่งที่ไม่ควรทำ

2.5 มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก

การบริการผู้ป่วยนอก เป็นการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการโดยบุคลากรทางการพยาบาล ในด้านสุขภาพซึ่งจะครอบคลุมถึงการตรวจรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยการคัดกรองภาวะสุขภาพแยกประเภทความเจ็บป่วยความรุนแรงของโรค และช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจรักษาโรคและสุขภาพ รวมไปถึงการดูแลรักษาพยาบาลและช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในรายที่มีอาการอื่นรบกวน อาการไม่คงที่ และอาการรุนแรง หรือ มีภาวะเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตเฉียบพลัน อีกทั้งการบริการผู้ป่วยนอกยังรวมถึง การให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการและครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการบริการปรึกษาสุขภาพ งานบริการส่วนใหญ่ประกอบด้วย คลินิกตรวจโรคและสุขภาพทั่วไป คลินิกตรวจโรคเฉพาะทางแต่ละสาขา คลินิกสุขภาพเด็ก คลินิกตรวจครรภ์และหลังคลอด เป็นต้น ซึ่งการจัดให้มีคลินิกใดบ้างขึ้นอยู่กับความต้องการและความพร้อมของหน่วยงาน บุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงานบริการผู้ป่วยนอก นอกจากนี้จะต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และทักษะทางการพยาบาลพื้นฐานและเฉพาะทางแล้ว ยังต้องมีทักษะสำคัญที่มุ่งเน้นด้านการสัมพันธภาพ การสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การถ่ายทอดข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ใช้บริการเข้าใจภาวะสุขภาพและสามารถนำไปปฏิบัติตนเองได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นการป้องกันความขัดแย้งและสร้างความประทับใจในการรักษาพยาบาล

มาตรฐานการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

1. ลักษณะสำคัญของบริการผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 2 หมวด คือ

1.1 ลักษณะของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก

1.2 การปรับปรุงผลการดำเนินงาน

2. มาตรฐานงานบริหารงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก แบ่งเป็น 7 หมวด ได้แก่

2.1 การนำองค์กร

2.2 การวางแผนยุทธศาสตร์

2.3 การให้ความสำคัญกับผู้ใช้บริการ และมีส่วนร่วมได้ส่วนเสีย

2.4 การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้

2.5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

2.6 การจัดการกระบวนการ

2.7 ผลลัพธ์การดำเนินการ

3. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นข้อกำหนดให้พยาบาลนำไปปฏิบัติการดูแลผู้ใช้บริการตั้งแต่เริ่มเข้ามาใช้บริการในหน่วยบริการจนออกจากหน่วยบริการ รวมถึงการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งแบ่งเป็น 9 มาตรฐาน ประกอบด้วย

มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา

มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลในระยะการตรวจรักษา

มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา

มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ

มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ

มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการบริการ

4. เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นผลการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล ทั้งมาตรฐานการบริหารการพยาบาลและมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งแบ่งเป็น 4 มิติ ประกอบด้วย

มิติที่ 1 ด้านประสิทธิภาพตามพันธกิจ

มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล

มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล

มิติที่ 4 ด้านการพัฒนาองค์กร

2.5.1 ลักษณะสำคัญของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ลักษณะสำคัญของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก คือ ภาพรวมของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินการและปรับปรุงผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ลักษณะของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก 2) ปรับปรุงผลการดำเนินงาน

1. ลักษณะของงานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ต้องระบุหน่วยงานในความรับผิดชอบ ลักษณะพื้นฐานของหน่วยงาน สายการบังคับบัญชา และสายการประสานงานของหน่วยงานในความรับผิดชอบ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการกำหนดขอบเขตการบริการของงานที่เป็นปัจจุบัน โดยมีพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถในการบริหารพยาบาลงานบริการผู้ป่วยนอกให้บรรลุตามพันธกิจ และนโยบายขององค์กรพยาบาล การกำหนดแนวทางและกระบวนการพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการที่ครอบคลุมการพยาบาลได้ ทั้งในโรงพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน รวมไปถึงการกำหนดกฎระเบียบ ข้อบังคับที่สำคัญ รวมทั้งกฎหมายต่างๆที่หน่วยงานใช้เป็นระบบพิเศษ และมีความสำคัญต่องาน หลักของหน่วยงาน (ไม่รวมกฎระเบียบทั่วไปที่บังคับกับทุกส่วนราชการ) โดยครอบคลุมกฎระเบียบ ข้อบังคับที่สำคัญ นอกจากนี้ลักษณะของงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีการกำหนดทรัพยากรด้านการจัดการที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ให้ครอบคลุมประเด็นต่างๆ คือ 1) อาคารสถานที่ 2) จุดที่ให้บริการต่างๆ 3) เครื่องใช้สำนักงาน และ เครื่องคอมพิวเตอร์ 4) เครื่องมือทางการแพทย์ 5) เทคโนโลยีและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ 6) ทรัพยากรด้านการจัดการอื่นๆ ที่สำคัญของแต่ละแห่ง

2. การปรับปรุงผลการดำเนินงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก

2.1 กำหนดแนวทางการปรับปรุงการดำเนินการของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง เช่น การปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยใช้ Public Sector Management Quality Award (PMQA), Nursing Quality Assurance (QA) เป็นต้น

2.2 กำหนดแนวทางการประเมินและปรับปรุงกระบวนการทำงานหลักอย่างเป็นระบบ การวัดจากจุดคุ้มทุน การวัดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ การลดค่าใช้จ่ายโดยยังคงรักษาระดับคุณภาพ เป็นต้น

2.3 กำหนดแนวทางให้การเรียนรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กรอย่างเป็นระบบ เช่น แนวทางการจัดการความรู้ภายในองค์กร (Knowledge Management) การทบทวนผลการดำเนินงานที่มีปัญหาต่างๆ เป็นต้น

2.5.2 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก

มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา

1.1 การตรวจคัดกรอง (Screening) พยาบาลวิชาชีพมีการตรวจคัดกรอง โดยการประเมินสภาพอาการเบื้องต้น จัดลำดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของการเข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและปลอดภัย

แนวทางปฏิบัติ

1. รวบรวมข้อมูลและประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ใช้บริการทันทีเมื่อมาถึงหน่วยงานผู้ป่วยนอก

2. ประเมินและจำแนกระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของการเจ็บป่วย

3. ให้การช่วยเหลือและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่เหมาะสม

4. บันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรอง

5. รายงานให้ข้อมูลแก่แพทย์หรือทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ใช้บริการ ได้รับการคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพตามมาตรฐานการคัดกรอง

2. ผู้ใช้บริการ ได้รับการดูแลช่วยเหลืออาการเบื้องต้นได้ทันที

3. ผู้ใช้บริการ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ในระยะเฉียบพลัน

1.2 การประเมินและเฝ้าระวังอาการผู้บริการอย่างต่อเนื่อง (Ongoing Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสม การประเมินปัญหาเพิ่ม ประเมินซ้ำ และเฝ้าระวังเป็นระยะอย่างต่อเนื่องตามความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ตลอดระยะเวลาที่ใช้บริการในหน่วยงาน

แนวทางปฏิบัติ

1. ประเมินอาการของผู้บริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อวินิจฉัยปัญหาของผู้บริการได้อย่างเหมาะสม

2. ประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงซ้ำ ตามระยะเวลาและความถี่ที่กำหนด

3. ให้ข้อมูลแก่ผู้บริการถึงการเปลี่ยนแปลงจากการประเมินซ้ำ

4. วางแผนและจัดกิจกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาที่ได้จากการประเมินซ้ำ

5. บันทึกผลการประเมินสภาพอาการ

6. รายงานข้อมูลอาการผิดปกติทั้งเอกสารและวาจาให้แก่แพทย์หรือทีมสหสาขาวิชาชีพที่ควรทราบ

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ใช้บริการ ได้รับการประเมินปัญหาอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ใช้บริการ ได้รับการเฝ้าระวังอาการผิดปกติตลอดระยะเวลาที่ใช้บริการในหน่วยงาน
3. ผู้ใช้บริการปลอดภัยจากความเสี่ยงต่างๆ ที่ป้องกันได้ตลอดระยะเวลาที่ใช้บริการในหน่วยงาน

1.3 การปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องตามปัญหาและการตอบสนองต่อภาวะผู้ให้บริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

แนวทางปฏิบัติ

1. ให้ข้อมูลแก่ผู้ให้บริการและครอบครัวเกี่ยวกับเป้าหมาย และผลลัพธ์ที่คาดหวังในการปฏิบัติการพยาบาล
2. ให้ผู้ให้บริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจถึงกิจกรรมการปฏิบัติการพยาบาล
3. กำหนดกลุ่มผู้ให้บริการให้ชัดเจนและปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องตามภาวะสุขภาพของผู้ให้บริการ
4. เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง อย่างสม่ำเสมอ
5. สื่อสารข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ให้บริการ
6. บันทึกข้อมูลการปฏิบัติการพยาบาลตามแบบฟอร์มที่กำหนดโดยหน่วยงาน

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ใช้บริการ ได้รับการดูแลช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
2. ผู้ใช้บริการปลอดภัยและไม่เกิดอาการแทรกซ้อนที่ป้องกันได้
3. ผู้ใช้บริการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐานและปลอดภัย

1.4 การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลและผลลัพธ์ทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพประเมินผลการตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลตามเป้าหมายและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับปัญหาและการวินิจฉัยทางการพยาบาล

แนวทางการปฏิบัติ

1. ประเมินผลลัพธ์การตอบสนองตามเป้าหมายและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ ภายใต้ขอบเขตบริการพยาบาล
2. ร่วมวิเคราะห์ผลการปฏิบัติการพยาบาลกับทีมพยาบาล
3. เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินการปฏิบัติการพยาบาล
4. ให้ข้อมูลอาการตอบสนองที่สำคัญแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว
5. บันทึกผลการตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่เกิดขึ้น
6. รายงานอาการผิดปกติเกี่ยวกับการดูแลรักษาแก่แพทย์

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ผู้ใช้บริการได้รับการประเมินผลภายหลังการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อปรับแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ และบรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวัง

มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลในระยะขณะตรวจรักษา

พยาบาลวิชาชีพดูแลและเฝ้าอำนวยความสะดวกให้กระบวนการรักษาของแพทย์เป็นไปอย่างสะดวก ปลอดภัย รวดเร็ว มีประสิทธิภาพและเสมอภาค

แนวทางปฏิบัติ

1. ดูแลให้ผู้ใช้บริการเข้ารับการตรวจรักษาตามลำดับ
2. ระบุความถูกต้องของตัวบุคคล เช่น ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลกับเอกสาร
3. จัดเตรียมสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์ เวชภัณฑ์พร้อมใช้ในการรักษา
4. เตรียมความพร้อมของผู้ให้บริการในการเข้ารับการตรวจรักษา
5. เฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้ใช้บริการในการตรวจรักษา
6. กรณีมีสิ่งส่งตรวจ ให้เก็บด้วยความระมัดระวังและระบุความถูกต้องก่อนส่งให้หน่วยงานถัดไป
7. จัดเตรียมและตรวจสอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง
8. เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการและครอบครัว ได้ซักถามประเด็นสงสัยเพื่อความเข้าใจในการตรวจรักษา

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ใช้บริการปลอดภัยจากความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนทางคลินิกที่ป้องกันได้ขณะรับการรักษา
2. ผู้ใช้บริการได้รับการเตรียมพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวล

มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา

พยาบาลวิชาชีพดูแลและประสานการส่งต่อ ให้ผู้ให้บริการได้รับการบริการสุขภาพตามแนวทางการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง อย่างเหมาะสม

แนวทางปฏิบัติ

1. ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคลผู้ให้บริการ ตรงกับเอกสารหรือการส่งสิ่งส่งตรวจอื่นๆ
2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ให้บริการและครอบครัวถึง เหตุผล ความจำเป็นและขั้นตอนในการรักษา
3. ให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเฉพาเจาะจง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง
4. ประสานงานกับหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตามแนวทางที่กำหนดของหน่วยงาน
5. บันทึกข้อมูลการพยาบาลในเอกสารที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ให้บริการและครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างถูกต้องและครบถ้วน
2. ผู้ให้บริการได้รับทราบถึงความจำเป็นและเหตุผลของขั้นตอนการรักษาต่อไปอย่างถูกต้อง

มาตรฐานที่ 4 การดูแลอย่างต่อเนื่อง

พยาบาลวิชาชีพวางแผนการดูแลผู้ให้บริการ ในการตรวจรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐาน แนวทางการส่งต่ออย่างเหมาะสมและปลอดภัย

แนวทางการปฏิบัติ

1. ประเมินความต้องการการดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ให้บริการและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง
2. ให้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ให้บริการและครอบครัว

3. เปิดโอกาสและช่องทางให้ผู้ให้บริการและครอบครัว รับทราบและตัดสินใจทางเลือกเกี่ยวกับการดูแล

4. ประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในประเด็นต่างๆ

5. ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหา และการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพผู้ให้บริการก่อนการส่งต่อ

6. บันทึกข้อมูลส่งต่อ เคลื่อนย้าย

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ให้บริการได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผู้ใช้บริการปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ระหว่างการส่งต่อ เคลื่อนย้าย

มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของผู้ให้บริการ โดยมุ่งเน้นการป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น

แนวทางปฏิบัติ

1. ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ให้บริการ

2. คัดกรองและประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

3. วางแผนเพื่อจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

4. จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพในขั้นตอนการบริการหลักของหน่วยงาน

5. ประเมินผลการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

6. บันทึกและรายงานกิจกรรมการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ผู้ให้บริการได้รับการเสริมสร้างสุขภาพอย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล

มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกรพยาบาลที่มีเป้าหมายในการคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้ให้บริการ เพื่อความปลอดภัยของผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง

แนวทางปฏิบัติ

1. ค้นหาปัญหาและความต้องการกลุ่มผู้ใช้บริการเพื่อการคุ้มครองภาวะสุขภาพ
 2. จัดกลุ่มผู้ใช้บริการทั่วไป ด้วยแนวทางที่กำหนด
 3. ประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง
 4. วางแผนจัดกิจกรรมเพื่อคุ้มครองภาวะสุขภาพให้สอดคล้องกับปัญหาที่พบ
 5. จัดกิจกรรมเพื่อการคุ้มครองภาวะสุขภาพ ในขั้นตอนบริการหลักของหน่วยงาน
 6. ประเมินผลการจัดกิจกรรมการคุ้มครองภาวะสุขภาพ
 7. บันทึกและรายงานกิจกรรมการให้บริการคุ้มครองภาวะสุขภาพ
- ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

ผู้ใช้บริการได้รับการคุ้มครองภาวะสุขภาพอย่างเหมาะสมและปลอดภัยตามปัญหาสุขภาพ

มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใช้บริการ อย่างเหมาะสม

แนวทางปฏิบัติ

1. ค้นหาความต้องการ รวมทั้งประเมินความสามารถในการเรียนรู้ เพื่อให้ข้อมูลด้านสุขภาพอย่างครอบคลุม
2. จัดกลุ่มผู้ใช้บริการตามปัญหาและความต้องการ
3. พัฒนาเอกสาร สื่อ การให้ข้อมูลความรู้ ครอบคลุมกลุ่มผู้ใช้บริการ
4. วางแผนจัดกิจกรรมให้ความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพ
5. จัดกิจกรรมการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ
6. ให้ความรู้และข้อมูลตามปัญหาของปัจเจกบุคคล
7. เปิดโอกาสและมีช่องทางการเข้าถึงการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพจากบริการประเภทต่างๆ
8. ประเมินผลการตอบสนองการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ
9. บันทึกการให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ใช้บริการและครอบครัวมีความรู้ เข้าใจเกี่ยวกับการบริการ และการรักษาพยาบาล
2. ผู้ใช้บริการและครอบครัวมีความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง

มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ให้บริการ โดยเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามขอบเขต บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

แนวทางปฏิบัติ

1. ปฏิบัติโดยใช้แนวทางเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิผู้ให้บริการ
2. ให้บริการด้วยความเสมอภาค ให้เกียรติและเท่าเทียมกัน
3. เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ซักถามประเด็นสงสัย
4. กรณีผู้ให้บริการไม่ยินยอมรักษา ต้องให้คำแนะนำและทบทวนความเข้าใจในการดูแลตนเอง

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ผู้ใช้บริการได้รับการพิทักษ์สิทธิอย่างเหมาะสม
2. ผู้ใช้บริการได้รับการบริการโดยไม่มีกีดกันหรือเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการ

มาตรฐานที่ 9 การบันทึกการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ให้บริการเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบ เพื่อสื่อสารกับทีมงานที่เกี่ยวข้องและเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

แนวทางการปฏิบัติ

1. กำหนดแนวทางการบันทึกทางการพยาบาล ที่แสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาล
2. บันทึกการพยาบาลโดยครอบคลุมถึงการพยาบาลทั้งหมด

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. มีบันทึกข้อมูลการให้บริการรักษาพยาบาลได้ถูกต้องครบถ้วนและสามารถเป็นหลักฐานทางกฎหมายได้
2. บันทึกทางการพยาบาลสามารถสื่อสารระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้

ตารางที่ 2.1

ชื่อตารางเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยนอก

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	แหล่งข้อมูล/วิธีตรวจสอบ/วิธีคำนวณ
มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผลตามพันธกิจ		
1. ร้อยละของแผนงาน/โครงการที่บรรลุตามเป้าหมาย	100%	$\frac{\text{จำนวนแผนงาน/โครงการที่บรรลุตามเป้าหมาย}}{\text{จำนวนแผนงาน/โครงการทั้งหมด}} \times 100$
มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการพยาบาล		
1. ความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ	100%	$\frac{\text{จำนวนผู้ใช้บริการที่ได้รับการส่งตรวจถูกต้อง}}{\text{จำนวนผู้ใช้บริการทั้งหมด}} \times 100$
1.1 ร้อยละของผู้ใช้บริการได้รับการส่งตรวจถูกต้องตามประเภทและความรุนแรงของอาการ	0	ตรวจสอบจากเอกสารรายงานอุบัติการณ์
1.2 จำนวนอุบัติการณ์การระงับตัวผู้ใช้ผิดคน	0	ตรวจสอบจากเอกสารรายงานอุบัติการณ์
1.3 จำนวนอุบัติการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดคน	0	ตรวจสอบจากเอกสารรายงานอุบัติการณ์
1.4 จำนวนอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยา	0	ตรวจสอบจากเอกสารรายงานอุบัติการณ์
1.5 จำนวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ของผู้ใช้บริการที่อาการไม่คงที่ หรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงฉับพลัน	0	ตรวจสอบจากเอกสารรายงานอุบัติการณ์
1.6 จำนวนอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตก หกล้มของผู้ใช้บริการ	0	ตรวจสอบจากเอกสารรายงานอุบัติการณ์
1.7 จำนวนอุบัติการณ์ผู้ใช้บริการบาดเจ็บจากการจัดทำ การผูกยึดและการใช้เครื่องมืออุปกรณ์	0	ตรวจสอบจากเอกสารรายงานอุบัติการณ์
2. ร้อยละของผู้ใช้บริการได้รับคำแนะนำ/ข้อมูลทางด้านสุขภาพเมื่อมารับการตรวจ	100%	$\frac{\text{จำนวนผู้ใช้บริการที่ได้รับคำแนะนำ/ข้อมูลทางด้านสุขภาพ}}{\text{จำนวนผู้มาใช้บริการทั้งหมด}} \times 100$
3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง	100%	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง}}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังทั้งหมด}} \times 100$
4. ร้อยละของผู้ใช้บริการที่กลับมาตรวจรักษาพยาบาลก่อนกำหนดวันนัดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง	100%	$\frac{\text{จำนวนผู้ใช้บริการที่กลับมาตรวจรักษาก่อนกำหนด}}{\text{จำนวนผู้ใช้บริการที่นัดทั้งหมด}} \times 100$
5. การร้องเรียนของผู้ใช้บริการ		
5.1 จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิของผู้ใช้บริการ	0	ตรวจสอบจากเอกสารข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิของผู้ใช้บริการ
5.2 จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล	0	ตรวจสอบจากเอกสารข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของบุคลากรทางการพยาบาล
5.3 ร้อยละของการแก้ไขการตอบกลับข้อร้องเรียนของผู้ใช้บริการ	100%	$\frac{\text{จำนวนข้อร้องเรียนที่ได้รับการแก้ไข/ตอบกลับ}}{\text{จำนวนข้อร้องเรียนทั้งหมด}} \times 100$
6. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อบริการพยาบาล	$\geq 85\%$	ผลรวมคะแนนความพึงพอใจ ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม
7. ร้อยละความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อบริการพยาบาล	$\geq 85\%$	ผลรวมคะแนนความพึงพอใจ ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	แหล่งข้อมูล/วิธีตรวจสอบ/วิธีคำนวณ
มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล		
1. ผลผลิตของหน่วยงานอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน	90-100%	$\frac{\text{จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานที่ต้องการ}}{\text{จำนวนชั่วโมงการปฏิบัติงานจริง}} \times 100$
2. จำนวนยา/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ทางการแพทย์หมดอายุเหลือค้าง	0	ตรวจสอบจากผลการสำรวจยา/เวชภัณฑ์/อุปกรณ์ทางการแพทย์หมดอายุในแต่ละเดือน
3. ร้อยละเวลาเฉลี่ยในการคัดกรองผู้มาใช้บริการในลักษณะงานผู้ป่วยนอก	ลดลง 10%	$\frac{\text{เวลาที่เฉลี่ยลดลงจากปีที่ผ่านมา}}{\text{เวลาเฉลี่ยของปีนี้}} \times 100$
4. ร้อยละของบุคคลทางการแพทย์ปฏิบัติตามมาตรฐาน/แนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้	100%	$\frac{\text{จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติตามมาตรฐาน}}{\text{จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด}} \times 100$
5. ร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลได้ถูกต้อง	100%	$\frac{\text{จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติถูกต้อง}}{\text{จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด}} \times 100$
มิติที่ 4 ด้านการพัฒนาองค์กร		
1. ร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด	$\geq 80\%$	$\frac{\text{จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีสมรรถนะตามเกณฑ์}}{\text{จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการประเมินทั้งหมด}} \times 100$
2. ร้อยละของบุคคลทางการแพทย์ได้รับการอบรมเกี่ยวข้องกับงานที่รับผิดชอบ เฉลี่ยอย่างน้อย 10 วัน/คน/ปี	$\geq 80\%$	$\frac{\text{จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการอบรม 10 วัน/คน/ปี}}{\text{จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด}} \times 100$
3. ร้อยละของบุคคลทางการแพทย์ได้รับการอบรมฟื้นฟูทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน อย่างน้อย 1 ครั้ง/คน/ปี	100%	$\frac{\text{จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฟื้นฟูทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน 1 ครั้ง/คน/ปี}}{\text{จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมด}} \times 100$
4. จำนวนอุบัติการณ์เกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์	0	ตรวจสอบจากเอกสารรายงานอุบัติการณ์
5. ร้อยละความพึงพอใจในงาน/บรรยากาศการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์	$\geq 80\%$	$\frac{\text{ผลรวมคะแนนความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์}}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม}} \times 100$

ที่มา: แก้ไขและปรับปรุงจากมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

2.6 แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับ TQM

TQM เป็นคำย่อที่ใช้กัน โดยทั่วไปในอังกฤษและอเมริกาในขณะที่ญี่ปุ่นใช้คำว่า TQC (Total Quality Control) ส่วนในประเทศไทยมีผู้พยายามแปล TQM (Total Quality Management) เป็นภาษาไทยไว้หลากหลายความหมาย เช่น การบริหารคุณภาพโดยรวม, การบริหารคุณภาพองค์กรรวม, การบริหารคุณภาพทั้งทั้งองค์กร แต่ก็ไม่มีคำใดที่ได้รับการยอมรับ

โดยทั่วไป สูดท้ายเพื่อความเข้าใจตรงกันในงานวิจัยชิ้นนี้จึงจะขอเรียก Total Quality Management สั้นๆ ว่า TQM

แนวคิดเกี่ยวกับการควบคุมคุณภาพได้เริ่มนำมาใช้ในองค์กรอุตสาหกรรม โดยใน ค.ศ. 1931 ซีวาร์ท (Shewhart, Walter A.) ได้นำวิธีทางสถิติที่เรียกว่า Statistical Quality Control หรือ S.Q.C. มาประยุกต์ใช้ในการควบคุมการผลิต ต่อมาในปี ค.ศ. 1940 เดมมิง (Edwards, Deming W.) ได้ประยุกต์วิธีการของ S.Q.C. มาใช้ในการควบคุมคุณภาพและได้นำวิธีการควบคุมคุณภาพไปเผยแพร่ให้แก่กองทัพสหรัฐอเมริกา จากนั้นในปี ค.ศ. 1950 แนวคิดการควบคุมคุณภาพตามแนวคิดของเดมมิงได้เผยแพร่เข้าสู่ประเทศญี่ปุ่น แต่เนื่องจากแนวคิดการควบคุมคุณภาพของเดมมิงนั้น เจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติการไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนควบคุมคุณภาพ การควบคุมคุณภาพจะถูกกำหนดจากผู้บริหารและสั่งการไปยังผู้ปฏิบัติ ดร.อิชิคาว่า (Ishikawa, K) มีความเห็นว่าวิธีการควบคุมคุณภาพตามแนวคิดของเดมมิงมีจุดอ่อน จึงได้พัฒนากลุ่มควบคุมคุณภาพงานที่เรียกว่าระบบคิซึ หรือ Quality Control และต่อจากนั้นมาแนวคิดระบบคิซึ ก็ได้ถูกพัฒนามาเป็นการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร หรือ Total Quality Management และได้ใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ ค.ศ. 1993 ต่อจากนั้นแนวคิด TQM ก็ได้แพร่เข้าสู่ประเทศต่างๆทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย (บุญใจ ศรีสถิตนรากร 2543)

2.6.1 การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management หรือ TQM)

การบริหารคุณภาพโดยรวมเป็นแนวทางในการบริหารและจัดการองค์กร ที่มุ่งเน้นเรื่องคุณภาพ โดยเน้นให้ทุกคนมีส่วนร่วมในองค์กรและให้ความสำคัญต่อลูกค้าทั้งภายในและภายนอก เพื่อผลิตงานที่มีคุณภาพพร้อมทั้งก่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นให้เกิดผลกำไรในระยะยาวต่อองค์กร พร้อมทั้งสร้างประโยชน์แก่สมาชิกหรือองค์กร และสังคมไปพร้อมกัน จากแนวคิดทางด้านคุณภาพพบว่า “การบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร” ได้มีนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารคุณภาพหลายท่านที่ได้ให้คำนิยาม และคำจำกัดความของ TQM ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

Feigenbaum Armand V. (1950) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า “TQM เป็นระบบที่มีประสิทธิภาพในการรวบรวมความพยายามของหน่วยงานต่างๆ ในองค์กรเพื่อพัฒนาคุณภาพรักษาคุณภาพเดิมและพัฒนาปรับปรุงคุณภาพใหม่ เพื่อทำให้เกิดการประหยัดในทุกๆด้านมากที่สุด ทั้งในการผลิตและการบริการ แต่ยังคงสามารถรักษาระดับความพึงพอใจของลูกค้า ได้อย่างครบถ้วน”

Duncan William L. (1995) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า “TQM เป็นระบบที่ทำให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องของกระบวนการเพิ่มมูลค่าทุกกระบวนการที่ดำเนินอยู่ในองค์กร ลูกค้าจะเป็นผู้ตัดสินความพึงพอใจว่ามูลค่าเพิ่มนั้นมีจริงหรือไม่ พร้อมทั้งสมาชิกทุกคนในองค์กรต้องมีส่วนร่วมในการปรับปรุง ผลผลิตภัณฑ์ กระบวนการ การบริการ และวัฒนธรรมองค์กร

อิชิคาวะ คะโอรุได้ให้ความหมายของ TQM หรือ TQC ไว้หลากหลาย เช่น TQC คือ การปฏิบัติทางความคิดในการบริหาร, กิจกรรมกลุ่ม, การบริหารด้วยข้อเท็จจริง, การบริหารโดยใช้ PDCA, เริ่มต้นด้วยการเรียนรู้และจบด้วยการเรียนรู้

TQM Handbook Published by The British Railways Board (1989) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า “TQM คือ กระบวนการในการแสวงหาความพึงพอใจของลูกค้าโดยจะให้เกิดความเชื่อมโยงกันระหว่างลูกค้าภายในและภายนอก รวมไปถึงผู้จำหน่าย (Supplier) ด้วย

สุวรรณีย์ แสงมหาชัย (2541) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า “TQM หมายถึง การจัดการเพื่อพัฒนาคุณภาพรวมขององค์กร ซึ่งได้ทำการครอบคลุมถึงกิจกรรม แนวทางปฏิบัติและเทคนิคอื่นหลากหลาย รวมทั้งกิจกรรมมากมายที่มุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นภายในองค์กร”

วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2540) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า “TQM คือปรัชญาแห่งชีวิตขององค์กรธุรกิจ เป็นระบบบริหาร ที่พนักงานทุกระดับตั้งแต่ระดับแต่ระดับสูงสุดจนถึงระดับล่างสุด ในทุกฝ่ายทุกแผนก ในทุกขั้นตอนการผลิต ดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ปรับปรุงคุณภาพของสินค้า บริการ และมาตรฐานการทำงานอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วิธีคิดและวิธีการอย่างเป็นระบบ แบบ PDCA เชิงสถิติ ใช้เครื่องมือควบคุมคุณภาพ ควบคู่กับส่งเสริมการศึกษาหาความรู้และพัฒนาจิตสำนึกต่อคุณภาพในหมู่พนักงาน ตลอดจนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีที่ใช้อยู่ให้มีความก้าวหน้าอยู่ตลอดเวลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้า พนักงานของบริษัทและสังคม ไปในทิศทางที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ การดำเนินธุรกิจเพื่อมุ่งบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กรที่สอดคล้องกับภาวะแวดล้อมทางธุรกิจที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา”

ร.ศ.ดร.เสน่ห์ จุ้ยโต (2549) ได้ให้ความหมาย TQM ว่า “TQM ไม่ใช่ปัญหาคุณภาพของคนเฉพาะจุดหรือเฉพาะหน่วยงานเท่านั้น แต่เป็นหน้าที่สำคัญของทุกฝ่ายในองค์กร และที่สำคัญต้องให้ความสำคัญกับลูกค้าภายในและภายนอก ดังนั้นคุณภาพแทนที่จะเป็นคุณภาพของผู้ผลิต แต่เป็นคุณภาพของผู้รับบริการหรือลูกค้าเป็นผู้กำหนด เพื่อก่อให้เกิดความมั่นใจแก่ลูกค้า

ดร.เรวัตร์ ชาตรีวิศิษฎ์ (2549) ให้ความหมายของ TQM ไว้สองอย่างว่า “คุณภาพคือการทำได้ตามข้อกำหนดอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้ลูกค้าพอใจ ทำให้ลูกค้าสุขใจ ทำให้มากกว่าที่ลูกค้าพอใจ เกินความคาดหวังของลูกค้า และคุณภาพโดยรวม คือ การปรับปรุงอย่าง

ต่อเนื่องเพิ่มระดับความพอใจของลูกค้าให้สูงขึ้น และปรับปรุงเพื่อยอดขายขององค์กรในเวลาเดียวกันด้วย

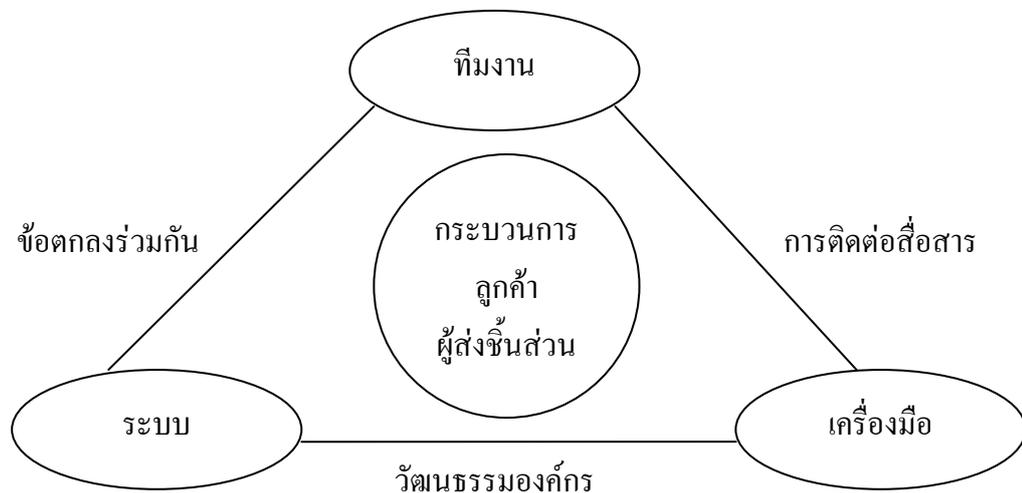
องค์การมาตรฐานระหว่างประเทศตาม ISO / CD 8402-1 ได้ให้ความหมาย TQM ว่า “แนวทางในการบริหารขององค์กรที่มุ่งเน้นคุณภาพ โดยสมาชิกทุกคนขององค์กรมีส่วนร่วม และมุ่งหมายผลกำไรในระยะยาว ด้วยการสร้างความพึงพอใจให้แก่ลูกค้ารวมทั้งการสร้างผลประโยชน์ตอบแทนแก่หมู่สมาชิก และกำหนดหลักการของ TQM ว่ามี หลักการที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1.การมุ่งเน้นที่คุณภาพ 2.การปรับปรุงกระบวนการ 3.ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วม

2.6.2 แม่แบบ (Model) ของการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร

จากการศึกษาพบว่า มีนักวิชาการหลายท่านทั้งในและต่างประเทศได้ทำการศึกษา และสร้างแม่แบบของระบบบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรขึ้น เพื่อแสดงให้เห็นถึงแนวทางการปฏิบัติของสมาชิกในองค์กร โดยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. Oakland's TQM Model

Oakland (1993) ได้สร้างต้นแบบโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะตอบสนองความต้องการของลูกค้าทั้งภายในและภายนอกโดยจะเห็นถึงความสัมพันธ์ของการทำงานในองค์กรที่เน้นถึงระบบการสื่อสารเป็นสำคัญ ซึ่งประกอบด้วยส่วนประกอบดังรูปที่ 2.3

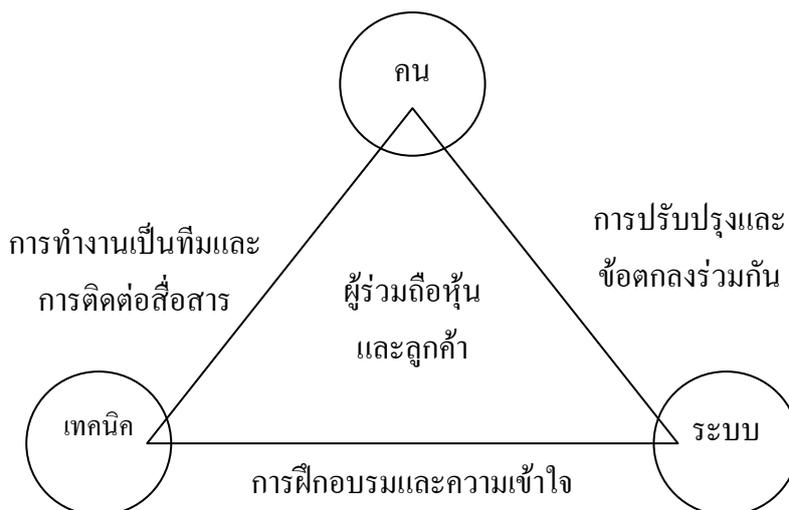


ภาพที่ 2.3

ต้นแบบ TQM ของ Oakland

2. Kehoe's dimensions of Quality Management

Kehoe (1996) มีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงความพึงพอใจของลูกค้าและผลประกอบการทางธุรกิจและเน้นถึงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบภายในองค์กร ซึ่งประกอบด้วยหลักการพื้นฐาน 3 ด้าน คือ คน ระบบ และเทคนิควิธีการ แสดงได้ในรูปที่ 2.4



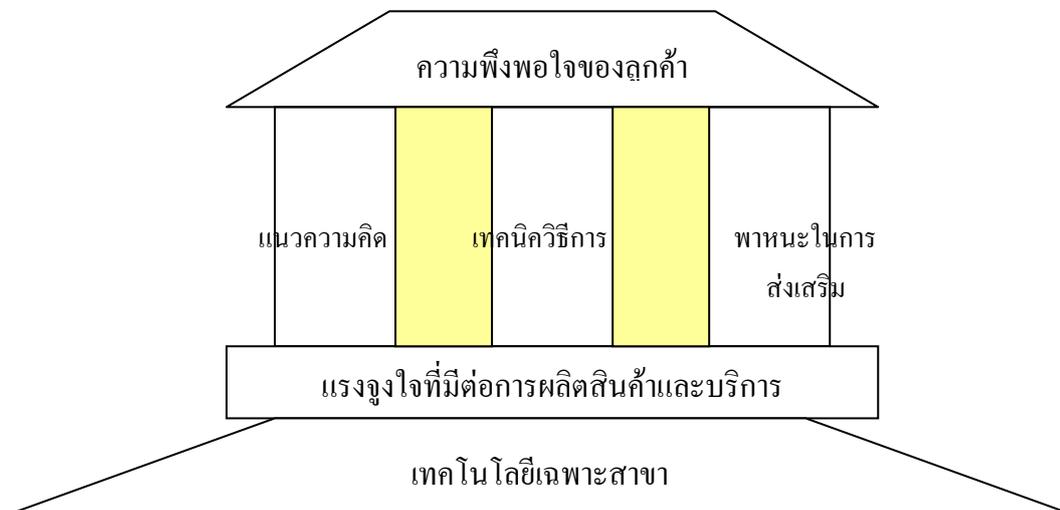
ภาพที่ 2.4

ต้นแบบ TQM ของ Kehoe

3. บ้านแห่งคุณภาพ ของ ศ.ดร. โนริอะคิ คาโน (Kano's House)

คาโนได้กล่าวว่า “ระบบบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร” นั้นมีองค์ประกอบส่วนต่างๆที่เปรียบเทียบได้กับ “บ้านแห่งคุณภาพ” ซึ่งประกอบด้วยส่วนต่างๆ ดังนี้

1. หลังคาบ้าน ซึ่งได้แก่ การประกันคุณภาพ ซึ่งถือว่าเป็นเป้าหมายหลักขององค์กร
2. เสาหลัก 3 เสา ซึ่งประกอบไปด้วย แนวความคิด (Concept), เทคนิควิธีการ (Techniques), พาหนะในการส่งเสริมคุณภาพ (Vehicles)
3. ฐานราก ซึ่งประกอบไปด้วย เทคโนโลยีเฉพาะสาขา, แรงจูงใจที่มีต่อการผลิตสินค้าและบริการให้มีคุณภาพ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ศ.ดร.คาโน ได้ให้ความสำคัญต่อการลงทุนทำวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี (R&D Investment) รวมไปถึงความสำคัญทางด้านทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Investment)



รูปที่ 2.5

ต้นแบบ TQM ของ Kano

ที่มา : ดร.วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, "TQM LIVING HANDBOOK An Executive Summary", 2541 หน้า 99

4. ต้นไม้แห่งคุณภาพ ของ กิตติศักดิ์ พลอยพานิชเจริญ

ได้กล่าวไว้ว่า "ระบบบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรเปรียบเสมือนต้นไม้" ซึ่งต้องมีองค์ประกอบต่างๆ กล่าวคือ ปรัชญาและแนวความคิดพื้นฐานของ TQM เป็นรากแก้วที่ดูดนํ้าและอาหารมาหล่อเลี้ยงต้นไม้ให้เจริญเติบโต ส่วนระบบมาตรฐานวิธีการทำงาน (Standard Operation Procedure หรือ ISO 9000) เป็นลำต้นที่รองรับกิ่งก้านและใบให้ยืนหยัดอยู่ได้อย่างมั่นคง แต่ระบบการบริหารเข็มมุ่ง (Hoshin Kanri & PDCA) เป็นกิ่งก้านที่นำพานํ้าและอาหารไปแจกจ่ายส่งให้แก่ใบให้เกิดความชุ่มชื้นเขียวชอุ่ม แต่ทั้งนี้จะขาดเทคนิค เครื่องมือ และกิจกรรมกลุ่มย่อยไม่ได้ ซึ่งเปรียบเสมือนใบที่ชูขอรับแสงแดด ออกซิเจน ที่ทำให้เกิดการสังเคราะห์แสง อันเป็นที่มาของชีวิตของต้นไม้

5. จรวดที่กำลังพุ่งไปสู่ดวงดาวของ ดร. วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล

ได้กล่าวไว้ว่า "ระบบบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (สมัยใหม่)เปรียบเสมือนจรวดที่กำลังพุ่งไปสู่ดวงดาว" และมีองค์ประกอบหลักอยู่ 7 ประการได้แก่ 1. ระบบการนำ (Leadership System) 2. วิถีธรรมแห่ง TQM (The Guiding Principles) 3. แนวคิดแบบ TQM (The Concepts) 4. ระบบบริหารคุณภาพ (Quality Management System) 5. เครื่องมือและ

เทคนิคต่างๆ (Tools and Techniques) 6. การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human Resources Management) 7. การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี (Technology Research and Development)

6. ปรัชญาของ TQM ของ Lewis and Smith (1994)

ได้กล่าวไว้ว่า TQM นั้นมีลักษณะดังนี้ 1. เน้นการให้บริการที่สนองความคาดหวังของผู้ใช้บริการ 2. ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการปรับปรุงคุณภาพทั้งระบบ 3. เน้นการทำงานเป็นทีมและความร่วมมือของทีมงาน 4. เคารพความเป็นมนุษย์ของบุคคล ถือว่ามนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรี 5. เน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 6. แก้ปัญหาโดยใช้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง และเน้นการประเมินผลย้อน

ทั้งนี้ในแต่ละองค์กรยังกำหนดแม่แบบขึ้นมาเพื่อใช้งานในองค์กร ซึ่งการสร้างแม่แบบนี้เป็นการสื่อความหมายในการทำงานรวมถึงแผนกลยุทธ์ให้เป็นที่เข้าใจง่าย และทำให้เข้าใจตรงกัน เช่น บริษัทสยามคอมเพรสเซอร์อุตสาหกรรม ได้สร้างแม่แบบชื่อ “รวมที่มี 5ส เป็นก้านถือ” ส่วนสมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น) คิดว่า TQM คือ “ลูกศรสองทาง” และบริษัทปูนซีเมนต์ไทยจำกัด ได้ตั้งชื่อแม่แบบของ TQM ว่า “ศาลาคุณภาพ”

ดังนั้น TQM จึงเป็นการประสานแนวคิดของการบริหารจัดการกับการพัฒนาคุณภาพรวมถึงการจัดการทรัพยากรทั้งหมดที่มีในองค์กรร่วมกับกระบวนการปรับปรุงระบบหรือกรรมวิธีการทำงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า (ทั้งภายในและภายนอก) โดยมีการเรียนรู้และการปรับปรุงอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2.6.3 หลักการ เครื่องมือ และเทคนิคของ TQM

1. หลักการของ TQM จากการนำเสนอของ อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล (2541:25) ได้สรุปความหมายและหลักการดังนี้ 1.1 ลูกค้าสำคัญที่สุด (Customer Focus) เพราะลูกค้าเป็นเป้าหมายหรือเหตุผลที่ต้องมีหน่วยงานขึ้นมา ดังนั้นระดับของคุณภาพอยู่ที่ความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้า 1.2 จุดความฝันร่วมกัน (Common Vision) เป็นการรวมพลังเพื่อการสร้างสรรคสมาชิกมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนไปสู่เป้าหมายดังกล่าว 1.3 ทีมงานสัมพันธ์ (Teamwork & Empowerment) ทุกคนต่างพึ่งพิงกันในการทำงาน คุณภาพไม่ได้เกิดจากผลงานของใครคนใดคนหนึ่ง แต่เกิดจากการประสานความพยายามของผู้เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติงานจะต้องได้รับการเสริมพลังด้วยการฝึกอบรม ข้อมูล และโอกาส เพื่อให้นำศักยภาพของตนมาใช้อย่างเต็มที่ 1.4 มุ่งมั่นกระบวนการ (Process Focus) เป็นการมองว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากระบบงานที่ไม่รัดกุม การพัฒนาคุณภาพคือการปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีความรัดกุม ง่ายในการปฏิบัติ เป็นการสร้างระบบเพื่อปกป้องคุ้มครองให้

ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้ดีที่สุด 1.5 สถานด้วยอริยสังคี (Problem Solving Process) เป็นการนำกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ หรืออริยสังคีมาใช้ปรับปรุงกระบวนการ เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์สภาพปัญหา การวิเคราะห์หาสาเหตุ การวิเคราะห์หนทางในการแก้ปัญหา การทดสอบทางเลือกและนำมาปฏิบัติเป็นมาตรฐาน 1.6 ดีที่ผู้นำ (Leadership Support) ผู้นำมีบทบาทสำคัญในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เป็นการนำโดยใช้อุดมการณ์ร่วมกัน ผู้นำทุกระดับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ควบคุมและสั่งการมาเป็นผู้ให้คำปรึกษา 1.7 ทำดีไม่หยุดยั้ง (Continuous Improvement) มองหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ไม่พอใจกับระดับคุณภาพที่เป็นอยู่

โดยองค์ประกอบหลักของ TQM ซึ่งเสนอโดยอนันต์ คุชชิตกุล และคณะ (2541: 25) ได้แก่ 1. Unit Optimization หรือการทำให้แต่ละหน่วยงานมีคุณภาพและมีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นการเน้นที่การควบคุมงานประจำวัน 2. Vertical Alignment หรือการประสานทิศทางขององค์กร เพื่อให้ตอบสนองต่อเป้าหมายรวมขององค์กร เป็นการเน้นการบริหารเชิงยุทธศาสตร์เพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร 3. Horizontal Integration หรือการประสานในแนวราบ เพื่อให้เกิดการเกื้อหนุนกันและกัน

ขั้นตอนการปฏิบัติของ TQM ตามข้อเสนอแนะของวิฑูรย์ สิมะโชคดี (2544:60-74) ได้แก่

1. การวางแผนด้านการบริหารจัดการ คือ 1.1 การประกาศถึงความยึดมั่นและผูกพันในระบบคุณภาพและ TQM ของผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ทุกระดับในองค์กร 1.2 การกำหนดความหมาย วัตถุประสงค์ และเป้าหมายของ TQM อย่างชัดเจน 1.3 การจัดทำแผนงานและนโยบายคุณภาพ (Quality Polycy) 1.4 การแปรนโยบายสู่การปฏิบัติของทุกระดับ (Policy Deployment)

2. การจัดองค์กรและการจัดสร้างระบบคุณภาพ คือ 2.1 การจัดทำมาตรฐานระบบบริหารคุณภาพขององค์กร 2.2 การจัดวางรูปแบบและวิธีนำ TQM สู่การปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร 2.3 การผนวกกิจกรรมปรับปรุง เข้าสู่ระบบคุณภาพ 2.4 การแต่งตั้งเจ้าของกระบวนการ (Process Owners) 2.5 การจัดทำคู่มือคุณภาพ (Quality Manual)

3. การดำเนินโครงการ TQM ทั่วทั้งองค์กร เช่น การประกาศเปิดตัวโครงการ TQM อย่างเป็นทางการ, การประกาศนโยบายคุณภาพ, การประกาศ ผู้นำ และผู้รับผิดชอบในโครงการ TQM, การสื่อสารอย่างทั่วถึงทั้งองค์กรและการสร้างแนวร่วมทุกระดับ, การใช้เทคนิคของการควบคุมกระบวนการ, การเลือกใช้เครื่องมือในการควบคุมกระบวนการ

(Process Control Tools) และเครื่องมือแห่งคุณภาพ (Quality Tools), การเลือกใช้เครื่องมือทางสถิติ (Statistic Technique)

4. การติดตามความก้าวหน้าและการประเมินผล สามารถทำได้โดย การติดตามความก้าวหน้าของโครงการ TQM เป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอตามกำหนดเวลาที่แน่นอน, การประเมินผลข้อมูลป้อนกลับจากเจ้าหน้าที่ และปัญหาการใช้เครื่องมือ, การวัดระดับความสำเร็จ และการทบทวนผลลัพธ์ที่ได้เพื่อกำหนดกิจกรรมเพิ่มเติมได้อย่างเหมาะสม

5. การส่งเสริมให้ทุกคนมีส่วนร่วมเพื่อการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง สามารถทำได้โดยกระตุ้นและการสร้างบรรยากาศให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมและสนับสนุนการทำงานเป็นทีมทั่วทั้งองค์กร, การนำระบบข้อเสนอแนะมาใช้, การให้รางวัลชื่นชม, การยอมรับและการให้ความสำคัญ การส่งเสริม “จิตสำนึกแห่งการปรับปรุง” อย่างกว้างขวาง และการสร้าง “วัฒนธรรมแห่งการปรับปรุง” และ “องค์กรแห่งการเรียนรู้”

ซึ่ง Powell (1995) และวิฑูรย์ สิมะโชติ (2541) ได้สรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key Success Factor) ของ TQM คือ

1. ความยึดมั่นผูกพันอย่างจริงจังจากผู้บริหารทุกระดับ โดยเฉพาะผู้บริหารสูงสุดขององค์กรที่ต้องให้การส่งเสริมสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจริงจัง

2. การให้การศึกษและการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้เรียนรู้และเข้าใจในระบบการบริหารแบบ TQM เพื่อจะทำให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพ

3. โครงสร้างขององค์กรที่สนับสนุนวิถีคิดและวิถีทำงานอย่างเป็นกระบวนการและเกื้อหนุนระบบ TQM อย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ เพื่อลดความซ้ำซ้อนและความสูญเสีย

4. การติดต่อสื่อสารจะต้องทั่วถึงทั้งแนวตั้งตามสายงานและแนวราบของการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจถูกต้องตรงกันทั่วทั้งองค์กร

5. การให้รางวัลและการยอมรับแก่ทีมงานหรือผู้ที่สมควรได้รับจากผลงานที่ปรากฏ รวมถึงการส่งเสริมและให้กำลังใจแก่ผู้ที่ตั้งใจปรับปรุงงาน

6. การวัดผลงานอย่างเหมาะสม ด้วยการตีค่างานอย่างยุติธรรม และมีเกณฑ์การวัดผลงานที่ชัดเจน ซึ่งประกาศให้ทราบกันทั่วไปแล้ว

7. การทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่ส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันชิงดีชิงเด่นกันเป็นส่วนตัว

2. เครื่องมือของ TQM

2.1 กลุ่มคุณภาพ (Quality Control Circle, QCC) หมายถึง เป็นกิจกรรมกลุ่มย่อยที่พนักงานระดับปฏิบัติงานที่ก่อตั้งขึ้นมาด้วยความสมัครใจและอิสระซึ่งไม่ขัดต่อนโยบายของหน่วยงานนั้นๆ อีกทั้งในการทำงานทุกคนต้องมีส่วนร่วมพร้อมทั้งดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายของบริษัท เพื่อปฏิบัติกิจกรรมในด้านการปรับปรุงงานและควบคุมคุณภาพ

อุดมการณ์พื้นฐานของกิจกรรมมี 3 ประการคือ

1. ให้ความเคารพในการเป็นมนุษย์ด้วยกันและสร้างสถานที่ทำงานให้
สดใ

2. สมาชิกในกลุ่มต้องแสดงความสามารถที่มีอยู่อย่างไม่จำกัดออกมา

3. สมาชิกมีส่วนร่วมในการปรับปรุงและพัฒนาสถานประกอบการของตน
จุดมุ่งหมายในการดำเนินกิจกรรม มี 5 ข้อประกอบด้วย

1. สร้างความเคารพความเป็นมนุษย์

2. ทุกคนมีส่วนร่วมและมีส่วนในการปรับปรุง โดยเฉพาะพนักงานระดับ

ล่าง

3. เปิดเผยความสามารถของพนักงานที่จะต้องพัฒนาอย่างไม่มีที่สิ้นสุด

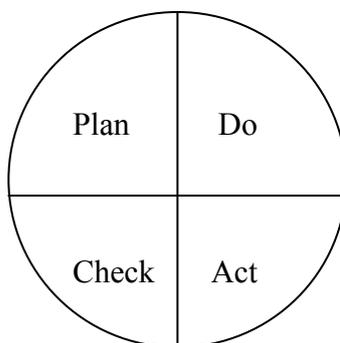
4. สร้างความเป็นผู้นำและยกระดับความสามารถของพนักงาน

5. เป็นแกนกลางอิสระสำหรับช่วยเหลือในการปรับปรุงและพัฒนาบริษัท

นั้นๆ

2.2 วัฏจักรของเดมมิง (Deming Cycle)

จากการศึกษาพบว่า วิทูร์ย์ สิมะโชคดี (2543) กล่าวว่า PDCA ย่อมาจาก Plan-Do-Check-Act เป็นวงจรของการบริหารจัดการ เพื่อก่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เน้นการป้องกันความผิดพลาดที่เกิดขึ้นและปรับปรุงข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้น และปรับปรุงข้อบกพร่องที่มีอยู่พร้อมทั้งควบคุมการผลิตในทุกขั้นตอน



รูปที่ 2.6

ลักษณะของวงจร Deming

ขั้นตอนการทำงาน PDCA หรือวงจรเดมมิง นั้นประกอบไปด้วย

1. P (Plan) หมายถึง การวางแผนแก้ปัญหา
2. D (Do) หมายถึง การลงมือทำงาน การแก้ปัญหาตามแผนที่วางไว้ในตารางปฏิบัติงาน
3. C (Check) หมายถึง การตรวจสอบปัญหา
4. A (Action) หมายถึง ลงมือปฏิบัติ

2.3 เครื่องมือ 7 อย่างของคิวซี (The 7 QC Tools) ดร. วีรพจน์ ลือประสิทธิ์

สกุล (2543) กล่าวว่า เครื่องมือช่วยในการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสมจะช่วยให้การปรับปรุงคุณภาพงาน หรือ แก้ไขปัญหาในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและก่อให้เกิดประสิทธิผลได้อย่างแท้จริง สำหรับเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น สามารถแบ่งพิจารณาได้เป็น 2 รูปแบบ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นตัวเลข เครื่องมือที่ใช้คือ “เครื่องมือ 7 อย่างของคิวซี (The 7 QC Tools)” สามารถสรุปรายละเอียดได้ดังนี้

- 1.1 การแจกแจงข้อมูล คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างถูกต้องและเหมาะสมเพื่อนำไปสู่การแจกแจงข้อมูล ซึ่งการแจกแจงข้อมูลจะช่วยให้มองเห็นลักษณะของปัญหาในแต่ละประเภทซึ่งจะช่วยให้หาสาเหตุและแก้ปัญหาได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

- 1.2 ใบตรวจสอบ / รายการตรวจสอบ (Check Sheet) คือ แบบฟอร์มหรือรายการที่มีการออกแบบไว้ล่วงหน้า เพื่อความสะดวกในการบันทึกข้อมูลหรือตัวเลข และมี

แนวทางออกแบบสำคัญ 3 ประการ คือ สามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน สะดวก สามารถนำไปใช้งานได้ง่ายและตรงตามวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้งาน

1.3 กราฟรูปแบบต่างๆ (Graph) คือ เครื่องมือที่ใช้ในการแสดง หรือ แปลข้อมูลเป็นภาพที่เห็นได้ชัดและเข้าใจง่าย อาจเป็นกราฟแท่ง กราฟเส้น กราฟวงกลม เป็นต้น เพื่อใช้อธิบายผลหรือสิ่งต่างๆนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูล ควบคุมการทำงาน และ ใช้บันทึกข้อมูลที่เก็บได้

1.4 ผังพาเรโต (Pareto Diagram) คือ เครื่องมือสำหรับวิเคราะห์และ เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานที่ทำงานหรือโรงงาน โดยนำปัญหาหรือสาเหตุ เหล่านั้นมาจัดหมวดหมู่หรือแบ่งแยกประเภทแล้วเรียงลำดับตามความสำคัญจากมากไปหาน้อย ซึ่งสามารถแสดงขนาดความสำคัญมากน้อยด้วยกราฟแท่งและแสดงค่าสะสมด้วยกราฟเส้น

1.5 ผังแสดงเหตุผล หรือ ผังก้างปลา (Cause and Effect Diagram) คือ ผังภาพที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ (Effect) กับสาเหตุ (Causes) ที่ทำให้เกิดผลลัพธ์นั้นๆ โดยมากมักจะเป็นผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนา เพื่อนำไปใช้กำหนดเป็นแนวทางในการ แก้ปัญหาที่สาเหตุ ในการหาสาเหตุของปัญหาสามารถใช้เทคนิคบัตรความคิดในการระดมสมอง

1.6 แผนภูมิควบคุม (Control Chart) คือ แผนภูมิที่ใช้สำหรับการเฝ้า ติดตามว่าค่าที่ต้องการควบคุมนั้นเกินขีดจำกัดที่กำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งขอบเขตในการควบคุมมีทั้ง ขอบเขตบน และ ขอบเขตล่าง เพื่อชี้ให้เห็นถึงจุดที่มีปัญหาหรือมีข้อบกพร่องในกระบวนการผลิต

1.7 ฮิสโตแกรม (Histogram) คือ ผังภาพที่แสดงถึงการกระจาย ความถี่ของข้อมูล (แสดงข้อมูลเป็นหมวดหมู่) เพื่อให้เข้าใจถึงรูปแบบการกระจายของข้อมูลและ แนวโน้ม ใช้เปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้

1.8 ผังสหพันธ์ (Scatter Diagram) คือ แผนผังที่แสดงความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร 2 ตัวที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการผลิต ว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไรในเชิงสถิติ เพื่อที่จะใช้เป็นแนวทางในการควบคุมกระบวนการให้ได้คุณภาพตามที่กำหนด

2. การวิเคราะห์ข้อมูลที่ไม่เป็นตัวเลข เครื่องมือที่ใช้คือ “เครื่องมือใหม่ 7 อย่างของคิวซี (The New 7 QC Tools)” สามารถสรุปรายละเอียดได้ดังนี้

2.1 เทคนิคบัตรความคิด หรือ เทคนิค KJ คือ เครื่องมือที่ช่วยให้เกิด ความคิด และก่อให้เกิดความคิดเห็นอันหลากหลายในช่วงระยะเวลาอันสั้น ทำให้เกิดมุมมองใหม่ ในหลายๆด้าน ถือได้ว่าเป็นพื้นฐานในการสร้างเครื่องมือบริหารคุณภาพอื่นๆ

2.2 ผังความใกล้ชิด หรือ ผังกลุ่มความคิด (Affinity Diagram) คือ เครื่องมือช่วยรวบรวมความคิด เช่น ปัญหา สาเหตุ วิธีการ กลยุทธ์ ที่มีอยู่อย่างมากมาย แล้วนำมาจัดเรียงให้เป็นกลุ่มหมวดหมู่ โดยให้ความคิดที่มีความหมายคล้ายกัน หรือใกล้เคียงกันถูกจัดให้อยู่ในกลุ่มเดียวกันหรือใกล้ชิดกัน เพื่อช่วยให้การระดมสมองบรรลุผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นระบบมากยิ่งขึ้น

2.3 ผังความสัมพันธ์ (Relation Diagram) คือ ผังภาพที่ใช้แสดงความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันหรือความเชื่อมโยงอย่างเป็นเหตุเป็นผลกัน ระหว่างหลายๆปัญหากับหลายๆสาเหตุ ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในลักษณะที่สลับซับซ้อน ช่วยชี้ให้เห็นประเด็นที่เป็นปัญหาหรือสาเหตุที่จะนำไปแก้ไขปรับปรุงตามลำดับก่อนหลังได้อย่างเหมาะสม

2.4 ผังต้นไม้ หรือ ระบบโครงสร้าง (Tree Diagram or Systematic Diagram) คือ เครื่องมือสำหรับเรียงเรียงความคิดที่มีอยู่ในรูปของบัตรความคิด ให้เป็นหมวดหมู่ โดยนำมาจัดเรียงให้มีรูปร่างลักษณะคล้ายต้นไม้ที่มีบัตรความคิดเป็นกิ่ง ก้าน สาขา ดอก ใบ ทำให้มองเห็นภาพเชิงโครงสร้างที่เป็นระบบของหลายๆความคิดเหล่านั้นได้อย่างชัดเจน

2.5 ผังตารางผูกสัมพันธ์ หรือ ผังแมทริกซ์ (Matrix Diagram) คือ ตารางที่ประกอบด้วยขบวนแถวของข้อมูลชุดหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย คุณลักษณะหลายๆข้อ เรียงกันในแนวนอน เรียกว่า แถว (Row) และ ข้อมูลอีกชุดหนึ่งเรียงกันในแนวตั้ง เรียกว่า เสา (Column) ช่องที่เป็นจุดตัดกันระหว่าง แถวและเสาของคุณลักษณะคู่หนึ่ง สามารถแสดงความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างคุณลักษณะคู่นั้น ด้วยตัวเลข ซึ่งผังแมทริกซ์มีรูปแบบพื้นฐานอยู่ 4 แบบ ได้แก่ ผังแมทริกซ์รูปตัว L, รูปตัว T, รูปตัว Y, รูปตัว X

2.6 แผนภูมิลำดับการตัดสินใจอย่างมีกระบวนการ (Process Decision Program Chart) ใช้สำหรับกรวางแผนดำเนินกิจกรรมต่างๆทั้งที่เป็นงานประจำและงานใหม่ ด้วยการเขียนแผนภูมิแสดงลำดับขั้นตอนการดำเนินงาน เพื่อช่วยทำให้ทีมงานและผู้ที่เกี่ยวข้องรับรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองว่ามีความสัมพันธ์กับงานของผู้อื่นอย่างไร เพื่อป้องกันปัญหาและหลีกเลี่ยงความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการวางแผนที่ไม่รัดกุมเพียงพอ

2.7 ผังลูกศร (Arrow Diagram) คือ แผนผังที่ประกอบด้วยเครือข่ายของลูกศร ที่แสดงกิจกรรมต่างๆ เชื่อมต่อกันด้วย จุดเชื่อมต่อ (Node) เพื่อแสดงลำดับของกิจกรรมการทำงานต่างๆที่จะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ซึ่งจะเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการจัดทำกำหนดการดำเนินกิจกรรมหลายๆกิจกรรมที่มีลักษณะต่อเนื่องเป็นโครงการ

2.8 การวิเคราะห์ข้อมูลแบบเมทริกซ์ (Matrix Data Analysis) คือ เทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นตัวเลขของตัวแปรหลายๆตัวที่อยู่ในระบบ ว่ามีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในเชิงปริมาณอย่างไร นิยมใช้สำหรับค้นหาหรือระบุตัวแปรอิสระ (คุณลักษณะของสาเหตุ) ที่มีอิทธิพลต่อ ตัวแปรตาม (คุณลักษณะของปัญหา) เพื่อที่จะลดหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการควบคุมตัวแปรอิสระนั้นๆ

3. เทคนิคการประยุกต์ใช้ TQM ในการบริหารคุณภาพบริการ
การใช้ TQM ในการบริหารคุณภาพบริการ เป็นการนำหลักการบริหารคุณภาพทั่วทั้งองค์กรมาใช้ในการปรับปรุง และควบคุมคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้คุณภาพบริการสุภาพที่ให้กับผู้ใช้บริการมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีคุณภาพสนองความพึงพอใจของผู้มารับบริการ หลักในการบริหารคุณภาพบริการ ประกอบด้วยหลักการ 9 ประการ คือ (Goetsch and Davis, 1994)

3.1 เน้นลูกค้าเป็นหลัก คำว่า “ลูกค้า” หมายถึงลูกค้าทั้งภายในและภายนอกองค์กร ผู้ให้บริการซึ่งจัดว่าเป็นลูกค้าภายในองค์กรนั้น จะต้องได้รับความเคารพในความเป็นมนุษย์และมีความมีศักดิ์ศรีจากผู้บริหารหรือผู้บังคับบัญชา และผู้ร่วมงานในองค์กร ส่วนผู้ให้บริการจัดเป็นลูกค้าภายนอก ก็จะต้องได้รับการเคารพในความเป็นมนุษย์จากผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการต้องคำนึงว่าผู้ให้บริการคือบุคคลสำคัญที่ช่วยให้องค์กรสามารถดำเนินพันธกิจขององค์กรได้

3.2 คำนึงถึงคุณภาพ คุณภาพของการบริการจะต้องมีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ (Professional Standard Quality) และมีคุณภาพตรงตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ (Customer Expected Quality)

3.3 หลักการวิทยาศาสตร์ หลักการวิทยาศาสตร์ที่นำมาใช้เป็นการนำวิธีการของกระบวนการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการตัดสินใจ (Decision Making) ในการแก้ปัญหา (Problem Solving) ซึ่งจะทำให้ได้แนวทางที่ดีที่สุด

3.4 ความมุ่งมั่นระยะยาว ความมุ่งมั่นหรือความยึดมั่นผูกพันของบุคลากร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิผลขององค์กร องค์กรจะต้องมีระบบการบริหารจัดการเกี่ยวกับสวัสดิการ การแบ่งปันผลประโยชน์ให้กับบุคลากรทั่วทั้งองค์กร

3.5 การทำงานเป็นทีม การทำงานเป็นทีมนับเป็นหลักสำคัญของ TQM ผู้ปฏิบัติงานจะต้องมีการวางแผนการทำงานเพื่อเป็นเป้าหมายเดียวกัน มีการติดต่อ

ประสานงานและร่วมมือกันทำงานตามระดับความรู้ความสามารถและขอบเขตที่รับผิดชอบ เพื่อให้แผนงานที่ได้ร่วมกันกำหนดไว้สามารถนำไปปฏิบัติได้

3.6 การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากคุณภาพสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามสภาพการณ์ที่เปลี่ยนไป ดังนั้นจึงจำเป็นที่ผู้ให้บริการต้องมีการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

3.7 ความมีอิสระจากการควบคุม TQM จะเน้นการควบคุมคุณภาพโดยเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานมีอิสระในการตัดสินใจเลือกวิธีที่ดีที่สุดในการทำงาน หรือแก้ปัญหาของการทำงาน จุดมุ่งหมายของการติดตามผลการทำงานนั้นจะเน้นการติดตามเพื่อคอยให้คำปรึกษา และให้ความช่วยเหลือ

3.8 มีจุดมุ่งหมายร่วมกัน จุดมุ่งหมายร่วมกันจะต้องเป็นจุดมุ่งหมายที่เน้นผลประโยชน์ขององค์กรมากกว่าผลประโยชน์ส่วนตัว หรือผลประโยชน์ของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น โดยจุดมุ่งหมายจะต้องกำหนดให้ชัดเจน เป็นที่ยอมรับและรับทราบโดยทั่วกัน เข้าใจตรงกัน และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

3.9 การทำให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมและการเสริมสร้างอำนาจการเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือการวางแผนและตัดสินใจจะทำให้บุคลากรทุกคนรู้สึกว่าคุณค่าต่อองค์กร เป็นส่วนหนึ่งขององค์กรที่จะต้องพยายามปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ ส่วนการเสริมสร้างอำนาจเป็นวิธีการที่จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความมั่นใจในความสามารถของตน รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองได้รับความไว้วางใจ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอย่างเต็มศักยภาพและมีความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร

2.6.4 การประเมินประสิทธิผลของ TQM

ในการศึกษางานวิจัยครั้งนี้ จะนำเกณฑ์การประเมินของโครงการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กรด้านสาธารณสุขในประเทศสหรัฐอเมริกา The Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) (Harry 2003) มาใช้เป็นแนวทางในการนำเสนอคู่มือในการดำเนินงานต่อไป รางวัล MBNQA เป็นรางวัลที่ถูกริเริ่มในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อ ค.ศ. 1987 สมัยของประธานาธิบดีโรนัลด์ รีแกน จัดตั้งขึ้นเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพขององค์กรในทางธุรกิจ ให้สามารถแข่งขันกับตลาดโลกได้ โดยหวังผลให้การพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศสหรัฐอเมริกาเติบโตขึ้นอย่างมีระบบ จนกระทั่ง ค.ศ. 1995 จึงได้เริ่มมีการนำ MBNQA มาประยุกต์ใช้ในทางสาธารณสุขและจัดให้มีโครงการนำร่องการบริการสาธารณสุข (The Health Care Pilot Program)

โดยยังคงหลักเกณฑ์ต่างๆ เหมือนเดิม แต่ได้ถูกดัดแปลงให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับทางด้านสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น

องค์ประกอบหลัก (Basic Components) ของ MBNQA มี 4 ประการ คือ

1. ผู้ผลักดัน (Driver) ผู้บริหารระดับสูงจะเป็นผู้กำหนดทิศทาง สร้างค่านิยม เป้าหมาย ความคาดหวัง และระบบต่างๆ และจะต้องทำการดำเนินการเพื่อนำมาซึ่งการปฏิบัติต่อลูกค้าและการทำธุรกิจที่ดีเลิศ

2. ระบบ (System) ประกอบด้วยกลุ่มของกระบวนการที่ได้รับการออกแบบอย่างดี เพื่อให้การปฏิบัติงานทั้งหมดขององค์กรสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้

3. เป้าหมาย (Goal) มี 2 ประการคือ

3.1 ผลลัพธ์ทางการตลาดและลูกค้า เช่น ความพึงพอใจของลูกค้า, การรักษาลูกค้า, ส่วนแบ่งตลาด, ความสามารถในการแข่งขัน

3.2 ผลการดำเนินงาน / ผลลัพธ์ทางธุรกิจ เช่น คุณภาพของสินค้าหรือบริการ, ผลิตภาพของสินทรัพย์และความเติบโต, ผลการดำเนินงานของผู้ส่งมอบ, ความรับผิดชอบต่อส่วนรวม, ผลลัพธ์ทางการเงิน (กำไร / ขาดทุน)

4. การวัดผลความก้าวหน้า (Measures of Progress) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพ เช่น ลดเวลา ลดการสูญเสีย ลดต้นทุน ลดข้อผิดพลาด ด้วยการพัฒนาระบบการป้องกันการผลิตให้ลดน้อยลงเรื่อยๆ จนกระทั่งบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด

องค์ประกอบที่ทำให้เกิดความสำเร็จ กลุ่มผู้บริหารต้องเข้าใจความสัมพันธ์และการขับเคลื่อนองค์ประกอบหลักทั้ง 4 ประการเป็นพื้นฐาน จากนั้นจึงบริหารจัดการอย่างมุ่งมั่น โดยยึดปัจจัยสู่ความสำเร็จ 7 ประการ ได้แก่

1. ภาวะผู้นำ (Leadership) คือความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูงและผู้นำในการดูแลรักษาพยาบาล (Senior Executives and Health Care Staff Leadership) การกำหนดพันธกิจโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การรู้ถึงค่านิยมและความคาดหวังของผู้รับบริการ และมุ่งสร้างเสริมระบบให้ไปสู่ความเป็นเลิศ ในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ

2. ระบบสารสนเทศและการวิเคราะห์ (Information and Analysis) การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ เกิดจากการจัดให้มีระบบข้อมูลที่เอื้อต่อการตัดสินใจของผู้บริหารทุกระดับ ตลอดจนการเลือกตัวชี้วัดในการประเมินผลสำเร็จของโรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลต้องถูกต้องและมีการจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ มีการใช้เครื่องมือและสถิติในการวิเคราะห์ที่เชื่อถือได้ และมี

มาตรฐาน มีการเปรียบเทียบข้อมูลผลการปฏิบัติงานขององค์กรกับคู่แข่ง หรือ องค์กรที่มีมาตรฐานสูง (Benchmarking Information)

3. การวางแผนเชิงกลยุทธ์ (Strategic Planning) เป็นการวางแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาวซึ่งแผนกลยุทธ์จะต้องนำสู่การปฏิบัติ และมีการวางแผนประเมินผล

4. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (Staff Focus) มีแผนกลยุทธ์ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Planning) มีการออกแบบระบบการทำงานให้คล่องตัว การสื่อสารประสานงานดีขึ้น มีการพัฒนาและฝึกอบรม มีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมของการทำงาน เพื่อสร้างแรงจูงใจและความพึงพอใจของบุคลากร

5. การจัดการกระบวนการ (Process Management) เป็นกุญแจสำคัญต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการดูแลผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การออกแบบบริการและการออกแบบบริการทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งงานบริการผู้ป่วยโดยตรง การสนับสนุนบริการและการบริหารงาน โดยทุกกระบวนการจะต้องเชื่อมโยงกันโดยทีมคร่อมสายงาน มีการวิเคราะห์ข้อมูลและพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง

6. การมุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Focus on Customer) มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันถึงความต้องการ ตลอดจนสร้างระบบข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนกลยุทธ์และกระบวนการในอนาคต รวมไปถึงการวัดระดับความพึงพอใจของผู้บริการ และการเลือกให้บริการเพื่อสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7. ผลลัพธ์การดำเนินการ (Organizational Performance Results) เป็นการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการ สามารถวัดได้จากผลงานใน 3 ลักษณะ คือ ผลการดูแลรักษาผู้ป่วย ผลการสนับสนุนการบริการผู้ป่วย และการให้บริการอนามัยชุมชน นอกจากนี้ยังพิจารณาร่วมกับผลงานด้านอื่นๆ เช่น การบริหารงานและธุรการ ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานตัวชี้วัดทางการเงิน และการได้รับรองและการประเมินผลองค์กรอย่างเป็นทางการ

สรุปแก่นค่านิยมและแนวคิด The Baldrige Award

1. ยึดมั่นคุณภาพตามค่านิยมผู้ป่วยเป็นหลัก (Patient-Focused Quality and Value)

2. ความมุ่งมั่นของผู้นำ (Leadership Commitment)

3. พัฒนาองค์กรและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement and Organizational Learning)

4. การมีส่วนร่วมและได้รับการพัฒนา (Employee Participation and Development)
5. การบริหารงานโดยยึดข้อเท็จจริง (Management by Fact)
6. เน้นผลงาน (Results Orientation)
7. มุ่งพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชนและรับผิดชอบต่อสาธารณชน (Community Health and Public Responsibilities)
8. สร้างความร่วมมือทั้งภายในและภายนอกองค์กร (Internal and External Partnership Development)
9. ออกแบบการพัฒนาคุณภาพและการป้องกัน (Design Quality and Prevention)
10. มองอนาคตในระยะยาว (Long-rang View of Future)
11. ตอบสนองอย่างรวดเร็ว (Fast Response)

2.6.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ TQM

Bridgette Sullivan-Taylor, Marie Wilson (1996) ได้ศึกษาถึงการนำไปใช้จริงของ TQM ในนิวซีแลนด์ซึ่งในประเทศนิวซีแลนด์มีวัฒนธรรมที่หลากหลายและเป็นองค์กรขนาดใหญ่ จากการศึกษพบว่าในการทำ TQM ในองค์กรขนาดใหญ่ควรเริ่มพัฒนาจาก 1. การตรวจสอบอย่างละเอียด 2. การควบคุมคุณภาพ 3. การรับรองคุณภาพ 4. TQM

R.P.Mohanty, K. Santhi and C.Haripriya (1996) ได้มุ่งศึกษาถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้บริโภคที่เป็นพลังในการขับเคลื่อน และความพยายามให้เกิดการปรับปรุงแก้ไขการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นรายละเอียดที่ผู้ผลิตต้องให้ความสนใจ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษางานวิจัยต่างๆ เกี่ยวกับ TQM ในระบบการดูแลสุขภาพและได้สร้างสมการความสัมพันธ์ระหว่าง Health Care System (HCS) และ TQM

R.P.Mohanty and A.K.Behera (1996) ได้ศึกษาถึงความสำคัญของการบริการในสภาพเศรษฐกิจในอนาคต ซึ่งผู้ใช้บริการมีความคาดหวังที่จะเห็นการปรับปรุงการบริการที่ดีขึ้นในอนาคตและภายใต้แรงกดดันนี้จึงผลักดันให้นำ TQM มาใช้ในงานบริการ ซึ่งในงานวิจัยนี้ทำให้ทราบข้อดี ข้อเสียจากการนำ TQM ไปใช้จริงในส่วนของบริการ

Jill A. Swift, Ph.D.,P.E.,C.Q.E (1996) ได้ทำการศึกษา TQM ในการปรับปรุงยุคที่ใช้ใน College of Engineering at the University of Miami โดยได้แบ่งกลุ่มการศึกษา

ออกเป็น 8 กลุ่ม และจากการศึกษาพบว่าการทำงานแบบเป็นระบบ และทีมที่มีขนาดเล็กนั้นมีผลกระทบกับองค์กรในเชิงบวก

Robert J.Parish (1997) ได้ทำการศึกษาถึงความสำเร็จจากงานวิจัยต่างๆในการประยุกต์ใช้ Service Level Agreement (SLAs) เช่น ชั่วโมงที่เหมาะสมของบริการ เวลาตอบกลับ ความตรงต่อเวลา ความสูญเสีย ความน่าเชื่อถือ มาใช้ในการเตรียมการซึ่งมีลักษณะสำคัญและประโยชน์ในการสนับสนุนให้การทำ TQM ให้บรรลุเป้าหมาย

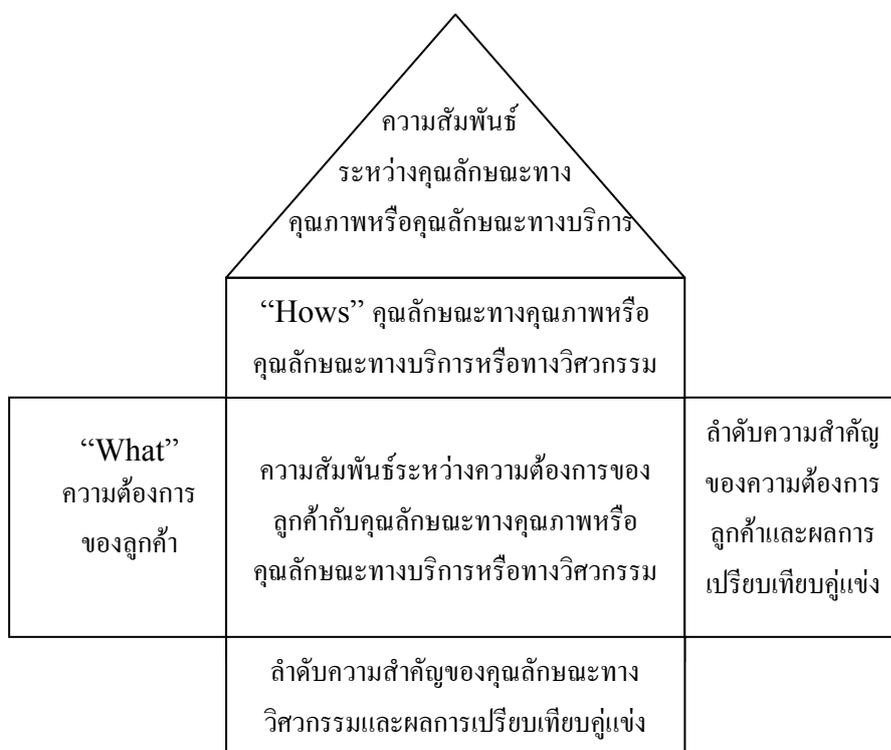
David J. Lemak, Richard Reed (2000) ได้ศึกษาถึงการให้ Thompson's typology ซึ่งเป็นประโยชน์มากในการสร้างโครงสร้างสำหรับความแตกต่างในการจัดลำดับ และแบ่งประเภทในการประยุกต์ใช้ TQM ในงานบริการ เนื่องจากงานบริการเป็นงานที่อยู่ภายใต้ความเสี่ยงต่อความต้องการของผู้บริโภคมากกว่าอุตสาหกรรมการผลิต ดังนั้นการแบ่งประเภทงานบริการจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในนำ TQM มาประยุกต์ใช้

2.7 การกระจายหน้าที่เชิงคุณภาพ (Quality Function Deployment: QFD)

2.7.1 **ความรู้ทั่วไปของการกระจายหน้าที่เชิงคุณภาพ (Quality Function Deployment: QFD)** จากปัญหาของการออกแบบผลิตภัณฑ์ หรือการออกแบบการบริการให้ตรงกับความต้องการของลูกค้า นั้น ส่งผลทำให้เกิดแนวความคิดใหม่ๆของการออกแบบผลิตภัณฑ์ซึ่ง QFD ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยในการสร้าง หรือออกแบบผลิตภัณฑ์ หรือบริการให้ตรงกับความต้องการของผู้บริโภคอย่างมีระบบ ซึ่งระบบของ QFD นั้นช่วยให้การแปลงข้อมูลหรือการสื่อสารระหว่างลูกค้ากับผู้ออกแบบผลิตภัณฑ์เป็นไปตามเป้าหมาย หรือตรงตามความต้องการของลูกค้าอย่างแท้จริง นอกจากนี้ QFD ยังช่วยแปลความหมายของความต้องการของลูกค้าไปเป็นข้อกำหนดในการทำงานพร้อมทั้งช่วยลดปัญหาที่จะเกิดขึ้น ก่อให้เกิดขั้นตอนการทำงานที่เหมาะสม ช่วยให้ประหยัดเวลาและงบประมาณในองค์กร ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานสูงขึ้น อีกทั้งในการทำ QFD นั้นไม่ได้จำกัดแต่ในฝ่ายผลิตเท่านั้นแต่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เข้ากับงานในแต่ละด้าน เช่น งานทางด้านการตลาด การออกแบบเส้นทางคมนาคม การออกแบบการบริการ แนวความคิดของการกระจายหน้าที่เชิงคุณภาพได้ถูกพัฒนาขึ้นโดย Dr.Yoji Akao ซึ่งเป็นศาสตราจารย์ทางวิศวกรรมอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยทามากาวา เมืองโตเกียว ได้นำมาใช้ครั้งแรกในการต่ออู่ต่อเรือโกเบ (Koba Shipyard) ของบริษัทมิตซูบิชิ เฮฟวี อินดัสตรี จำกัด หลังจากนั้นบริษัทโตโยตาได้นำหลักการดังกล่าวมาพัฒนาและประยุกต์ใช้ และได้กำหนดให้บริษัทผู้ผลิตชิ้นส่วนได้นำหลักการของ QFD ไปใช้ในการควบคุมคุณภาพส่งผลให้มีการแพร่หลายของ QFD อย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน

สำหรับในประเทศไทยได้นำหลัก QFD มาใช้โดยบริษัทที่ทำการผลิต ผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับกระเบื้องหนึ่งในเครือซีเมนต์ไทย ซึ่งมีความพยายามในการตอบสนองความต้องการอันหลากหลายของลูกค้า แต่ QFD ก็ยังไม่เป็นที่แพร่หลายในประเทศไทยมากนักเนื่องมาจากส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าวิธีนี้เหมาะสำหรับการออกแบบผลิตภัณฑ์ใหม่เท่านั้น (มณฑล, 2546)

2.7.2 บ้านคุณภาพ (House of Quality) บ้านคุณภาพเป็นเครื่องมือในการวางแผนเบื้องต้น และเป็นกรอบของโครงสร้างในการทำ QFD โดยบ้านคุณภาพจะเป็นตัวแปลงความต้องการของผู้บริโภคไปสู่ขั้นตอนในการออกแบบ และจัดระบบของข้อมูลให้สอดคล้องกับความสามารถทางด้านเทคนิคขององค์กร ส่วนประกอบของบ้านคุณภาพดังรูปที่ 2.8



ภาพที่ 2.7

รายละเอียดของบ้านคุณภาพ

ที่มา: ปรับปรุงจาก ดร.มณฑล ศาสนนันท์, “การออกแบบผลิตภัณฑ์เพื่อการสร้างสรรค์นวัตกรรมและวิศวกรรมยั่งยืน”, 2546 หน้า 76

การสร้างบ้านคุณภาพ ขั้นที่ 1 ความต้องการของลูกค้า (Customer Need) ในขั้นตอนนี้เริ่มจากการรวบรวมรายละเอียดความต้องการต่างๆของลูกค้า ซึ่งในรายละเอียดความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้านั้นจะมีลักษณะกว้างๆ หรือมีลักษณะการกระจายของกลุ่มข้อมูลอยู่มาก ซึ่งในขั้นตอนนี้เราสามารถที่ใช้แผนภาพกลุ่มเชื่อมโยง (Affinity Diagram) มาช่วยในการจัดกลุ่ม และจัดระเบียบของข้อมูลเพื่อการแยกความต้องการของลูกค้าให้มีความเหมาะสม และยังสามารถช่วยขจัดความสับสนในการแบ่งกลุ่มข้อมูลเมื่อความต้องการของลูกค้ามีในปริมาณมาก

	ความต้องการระดับที่ 1	ความต้องการระดับที่ 2	ความต้องการระดับที่ 3
ความต้องการของผู้บริโภค (Whats)			

ภาพที่ 2.8

แสดงส่วนหนึ่งของการจัดแบ่งความต้องการของลูกค้า

ขั้นที่ 2 การวางแผน (Planning Matrix) ในส่วนนี้จะมีส่วนของข้อมูลเกี่ยวข้องกับ การจัดอันดับความสำคัญของลูกค้าและเปรียบเทียบผลการสำรวจความคิดเห็นของลูกค้า ระหว่างผลิตภัณฑ์หรือบริการขององค์กร และของคู่แข่ง เพื่อใช้เป็นแนวทางการปรับปรุงสินค้าและบริการให้อยู่ในระดับเดียวกันหรือเหนือกว่าคู่แข่ง จึงอาจเรียกส่วนนี้ว่าเป็นส่วนของการวางแผนกลยุทธ์ ซึ่งจะประกอบไปด้วยส่วนต่างๆ ดังนี้

2.1 ส่วนของการจัดอันดับความสำคัญต่อลูกค้า (Importance Customer)

ค่าที่ได้ในส่วนนี้เกิดจากการออกแบบสอบถามลูกค้าเป้าหมายโดยตรง และนำผลความต้องการที่ได้มาจัดอันดับความสำคัญความต้องการของลูกค้า ซึ่งในขั้นตอนนี้จะใช้แผนภาพกลุ่มเชื่อมโยงมาเป็นเครื่องมือในการจัดลำดับความสำคัญ

2.2 ส่วนของผลการสำรวจความพึงพอใจของลูกค้า (Customer Satisfaction Performance)

ส่วนนี้เป็นผลมาจากการสำรวจความพึงพอใจของลูกค้า ว่าผลิตภัณฑ์หรือบริการขององค์กรสามารถตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้มากน้อยเพียงใด โดยนำความต้องการของลูกค้ามาออกแบบสอบถาม และให้ลูกค้าเลือกความพึงพอใจในระดับต่างๆ โดยสามารถแบ่งความระดับความพึงพอใจออกมาเป็น 5 ระดับ คือ 1= พอใจ, 2= พอใจเล็กน้อย, 3= พอใจปานกลาง, 4= พอใจค่อนข้างมาก, 5= พอใจมากที่สุด

2.3 ส่วนผลการสำรวจความพึงพอใจของลูกค้าต่อผลิตภัณฑ์คู่แข่ง (Competitive Satisfaction Performance)

เพื่อการสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขัน ในหลายๆองค์กรมักจะต้องศึกษาข้อมูลของคู่แข่งกัน เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลและองค์ประกอบในด้านต่างๆของผลิตภัณฑ์หรือบริการขององค์กรตนเอง และของคู่แข่ง เพื่อเป็นการปรับปรุงคุณภาพของผลิตภัณฑ์หรือบริการให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งมักใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล และเพื่อให้ง่ายต่อการเก็บข้อมูล และเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลได้อย่างเต็มที่ อาจใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันเลยก็ได้

2.4 ส่วนจุดมุ่งหมาย (Goal)

การตั้งจุดมุ่งหมายนี้ที่งานด้านต่างๆ ต้องตั้งจุดมุ่งหมายร่วมกัน เพื่อให้เป้าหมายในการทำงานเป็นเป้าหมายเดียวกัน และเพื่อเป็นการเพิ่มระดับความพึงพอใจของลูกค้าที่มีต่อผลิตภัณฑ์ หรือบริการต่างๆว่าเป็นเท่าใด แต่ที่สำคัญในการตั้งจุดมุ่งหมายนั้นจะต้องมีระดับที่สูงกว่าระดับที่มีอยู่ในปัจจุบัน เนื่องจากจุดมุ่งหมายนี้จะมีผลระยะยาวต่อการให้ความสำคัญในประเด็นต่างๆที่ต้องการพัฒนาทั้งในด้านคุณภาพและบริการ โดยสามารถใช้ข้อมูลที่ได้จากการเปรียบเทียบผลิตภัณฑ์ขององค์กรและคู่แข่ง และกำหนดระดับความพึงพอใจเช่นเดียวกันกับการสำรวจความพึงพอใจของลูกค้า

2.5 ส่วนอัตราส่วนการปรับปรุง (Improvement Ratio หรือ Level-up Ratio)

ในส่วนนี้ คืออัตราส่วนของการปรับปรุงคือค่าที่ทีมงานต้องใช้ในการออกแบบเพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจของลูกค้าในด้านต่างๆ หากอัตราส่วนของการปรับปรุงมีค่าสูงย่อมหมายถึงทีมงานต้องให้ความพยายามและทุ่มเทเป็นอย่างมากเพื่อปฏิบัติงานได้ตามเป้าหมาย อัตราส่วนการปรับปรุงสามารถหาได้จาก

$$\text{อัตราส่วนการปรับปรุง} = \text{จุดมุ่งหมาย} / \text{คะแนนความพึงพอใจของลูกค้า}$$

2.6 ส่วนจุดขาย (Sales Point)

ในส่วนนี้ที่มออกแบบจะกำหนดจุดขายขึ้นมา ซึ่งจุดขายหมายถึง ความต้องการที่ผลิตภัณฑ์ของเราสามารถตอบสนองได้มากกว่าโดยที่คู่แข่งไม่สามารถทำได้ดีเท่าและสามารถสร้างความได้เปรียบให้แก่บริษัท โดยทั่วไปจะกำหนดคะแนนของจุดขายดังนี้ คือ 1 = ไม่ใช่จุดขาย, 1.2 = เป็นจุดขายปานกลาง, 1.5 = จุดขายมาก

2.7 ส่วนคะแนนดิบหรือระดับความสำคัญ (Raw Weight)

ค่าของคะแนนดิบจะได้จากความสำคัญของลูกค้า อัตราส่วนปรับปรุงและจุดขาย ในส่วนนี้ถ้าความต้องการของลูกค้าในรายการใดมีคะแนนดิบสูง นั้นหมายถึงว่าความต้องการนั้นมีความสำคัญมากและทีมงานต้องให้ความสำคัญสูงมากกว่าในความต้องการอื่นๆ

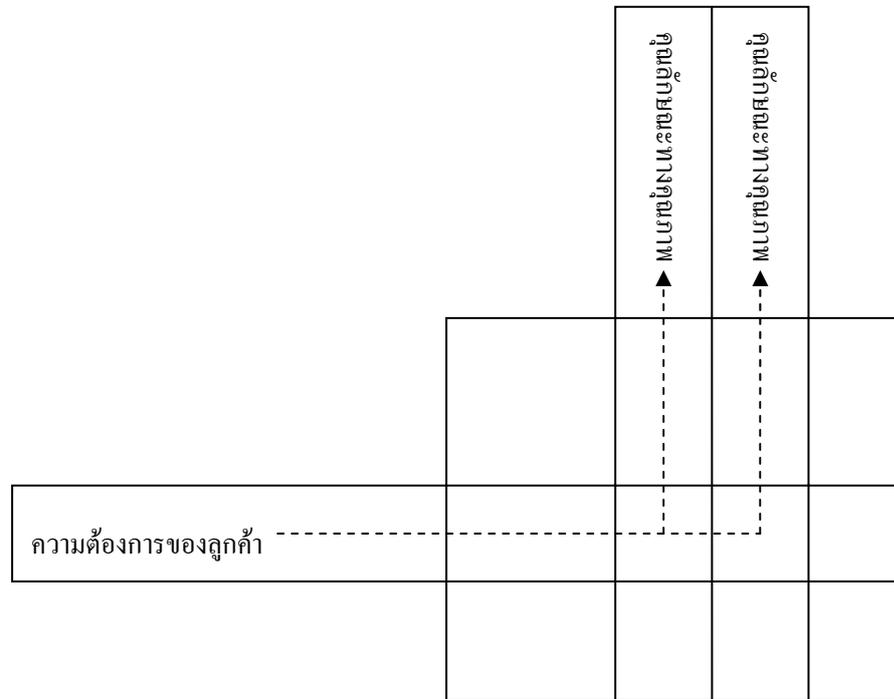
$$\text{คะแนนดิบ} = \text{ความสำคัญต่อลูกค้า} \times \text{อัตราส่วนการปรับปรุง} \times \text{จุดขาย}$$

2.8 ส่วนคะแนนดิบปกติ (Normalized Raw Weight)

ส่วนนี้คือการนำค่าคะแนนดิบให้อยู่ในค่าร้อยละ ซึ่งจะอยู่ในช่วง 0-1

$$\text{คะแนนดิบ} = \text{คะแนนดิบ} / \text{ผลรวมของคะแนนดิบทั้งหมด}$$

ขั้นที่ 3 คุณลักษณะทางคุณภาพ (Quality Characteristics) ในขั้นตอนนี้ จะเป็นการเปลี่ยนความต้องการของลูกค้าให้เป็นคุณลักษณะทางคุณภาพ ซึ่งคุณลักษณะทางคุณภาพเป็นศัพท์เทคนิคที่ใช้อธิบายผลิตภัณฑ์หรือบริการ โดยเปลี่ยนภาษาของลูกค้ามาเป็นภาษาเทคนิค และคุณลักษณะทางคุณภาพของผลิตภัณฑ์หรือบริการจะมีความแตกต่างกัน โดยทั่วไปสามารถแบ่งได้เป็น ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน, หน้าที่การทำงาน, ระบบย่อยของผลิตภัณฑ์ และขั้นตอนการทำงาน



ภาพที่ 2.9

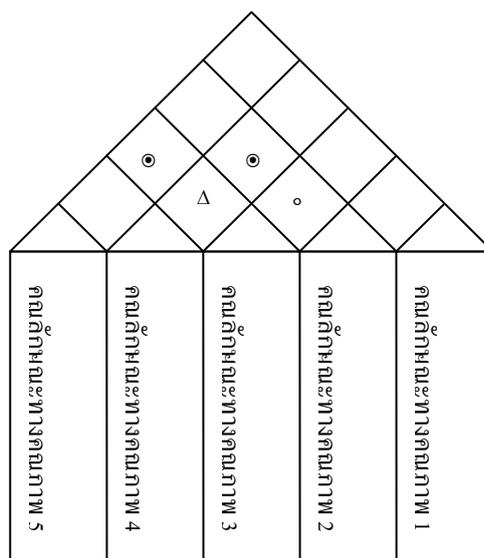
การเปลี่ยนแปลงความต้องการของลูกค้าให้เป็นลักษณะทางคุณภาพ

ที่มา: ดร.มณฑล ศาสนนันท์, “การออกแบบผลิตภัณฑ์เพื่อการสร้างสรรคนวัตกรรมและวิศวกรรมย่อมนรย”, 2546 หน้า 83

ขั้นที่ 4 ส่วนความสัมพันธ์หรือเมตริก (Relationships or Matrix) ส่วนนี้เป็นการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของลูกค้า และคุณลักษณะทางคุณภาพ ซึ่งทำให้สามารถมองเห็นว่าคุณลักษณะทางคุณภาพต่างๆ ในเชิงบวกว่ามีผลต่อความพึงพอใจของลูกค้ามากน้อยเพียงใด การกำหนดความสัมพันธ์นี้ส่วนใหญ่ใช้สัญลักษณ์ 3 อย่าง คือ □ สัมพันธ์น้อย, ○ สัมพันธ์ปานกลาง และ ◉ สัมพันธ์มาก โดยมีค่าเป็น 1, 3 และ 9 ตามลำดับ แต่ถ้ามีความสัมพันธ์ในเชิงลบจะแสดงค่าติดลบ

ขั้นที่ 5 ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางคุณภาพ (Technical Correlation) ส่วนนี้อยู่บริเวณหลังคาบ้าน จุดประสงค์หลักคือแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง

คุณลักษณะทางคุณภาพต่างๆ ว่ามีส่วนช่วยในการส่งเสริมหรือหักล้างกันอย่างไร ส่วนนี้จะใช้น้อยมากในตาราง QFD แต่การวิเคราะห์ส่วนนี้ทำให้เราเข้าใจกระบวนการออกแบบได้ดีขึ้นและสามารถแสดงให้เห็นว่าหน่วยงานใดจำเป็นต้องสื่อสารกันเป็นพิเศษในการออกแบบผลิตภัณฑ์



ภาพที่ 2.10

หลังคาของตาราง QFD

ที่มา: ดร.มณฑล ศาสนนันท์, “การออกแบบผลิตภัณฑ์เพื่อการสร้างสรรค์นวัตกรรมและวิศวกรรมยั่งยืน”, 2546 หน้า 92

ขั้นที่ 6 ส่วนเทคนิค (Technical Matrix) ส่วนนี้อยู่ใต้ฐานบ้านและมีส่วนประกอบคล้ายคลึงกับการวางแผน ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วนย่อยคือ ลำดับความสำคัญของลักษณะทางคุณภาพ ผลการเปรียบเทียบทางเทคนิคระหว่างผลิตภัณฑ์ขององค์กรและคู่แข่ง และการกำหนดค่าเป้าหมาย

2.7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ QFD

Miyoung Jeong, Haemoon Oh (1998) ได้ทำการศึกษาถึงคุณภาพการบริการและความพึงพอใจของผู้บริโภคเป็นสิ่งสำคัญในอุตสาหกรรมบริการ ในงานวิจัยนี้ต้องการศึกษาถึงคุณลักษณะภายนอกและภายใน การจัดการบริหารการบริการ ซึ่งได้มาจากการบริการใหม่ๆ บน

พื้นฐานของโครงสร้าง QFD จากนั้นจะศึกษาต่อถึงการจัดการเตรียมการทำงานของผู้ให้บริการ โดยใช้ QFD และพัฒนาสู่มาตรฐานและปรับประยุกต์ให้เข้ากับอุตสาหกรรมการโรงแรม

Puay Cheng Lim, Nelson K.H.Tang and Peter M.Jackson (1999) ได้ศึกษาถึงการวัดประสิทธิภาพทั้งหมดให้เป็นไปตามความคาดหวังของผู้บริโภค ในการบริการที่หลากหลายและความต้องการที่หลากหลายทำให้ยากต่อการปรับปรุง แต่ในการศึกษานี้ได้นำเสนอเทคนิค QFD มาช่วยในการออกแบบการบริการบนพื้นฐานความต้องการของลูกค้า ซึ่ง QFD สามารถพิสูจน์ให้เห็นแล้วในอุตสาหกรรมการผลิต ในการศึกษานี้จึงนำ QFD มาประยุกต์ใช้ในการดูแลคุณภาพ ซึ่งเทคนิค QFD นี้จะช่วยในการออกแบบการดูแลคุณภาพตามความคาดหวังของลูกค้าอย่างแท้จริง

Puay Cheng Lim, Nelson K.H.Tang (2000) ได้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ให้บริการและผู้ให้บริการ และใช้ QFD ในการออกแบบการวางแผนงานบริการในโรงพยาบาล การดำเนินงานตามแผนและการสร้างข้อคิดเห็นใหม่ อีกทั้งยังช่วยให้ทราบรายละเอียดความต้องการเล็กๆน้อยๆของผู้บริโภค และการพิจารณาถึงว่าจะให้การบริการใดถึงจะเหมาะสมที่สุดที่สำคัญ QFD ยังมีส่วนช่วยในการพัฒนาและปรับปรุงสภาพโดยรวมของโรงพยาบาล

Lieewe Dijkstra and Hans van der Bij (2002) ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของ QFD ในการดูแลคุณภาพ โดยการปรับประยุกต์ QFD มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมการดูแลคุณภาพ เพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้บริโภคมากที่สุด ในงานวิจัยนี้จะนำเสนอถึงขอบเขตและธรรมเนียมปฏิบัติ QFD ในการดูแลคุณภาพบนพื้นฐานของการค้นคว้ากระบวนการในวิทยาศาสตร์-สังคม โดยจะศึกษาทั้งสองกรณีในโครงสร้างการดูแลคุณภาพ

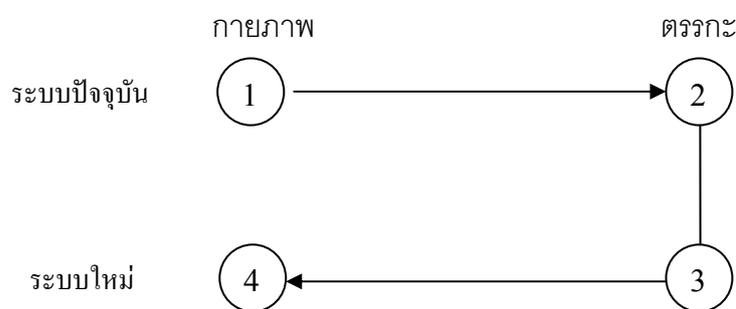
2.8 การออกแบบโครงสร้างของระบบ

2.8.1 การออกแบบโดยใช้วิธีแบบ Structured Approach

Structured Approach หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า Requirement Engineering Operation Approach เป็นวิธีที่ใช้ในการพัฒนาระบบข้อมูลที่ใกล้เคียงกับกรรมวิธีของวิศวกรรม คือ มีลักษณะการให้คำจำกัดความที่ชัดเจน มีโครงสร้างมาตรฐานและเอกสารอ้างอิงที่ละเอียด อีกทั้งสะดวกต่อผู้ใช้และพัฒนาระบบ วิธีนี้ครอบคลุมถึงความสลับซับซ้อนของระบบ โครงสร้างและรูปแบบการปฏิบัติงาน คำอธิบายของโครงสร้างจะเน้นตรงที่ความสัมพันธ์ระหว่าง ส่วนต่างๆ ที่จะนำมาประกอบกันเป็นโครงสร้างขึ้น การออกแบบโครงสร้างเป็นกระบวนการชี้แจง วิเคราะห์ และเลือกขั้นตอนที่จะออกแบบ คุณสมบัติของวิธีการพัฒนาระบบแบบ Structured Approach มี

ดังนั้น คือ เป็นระบบที่ยอมรับได้, มีขั้นตอนและมาตรฐาน, ประหยัด, มีประสิทธิภาพ, ง่าย และชัดเจนต่อการใช้งาน, สามารถนำมาปฏิบัติงานได้จริงและมีความยืดหยุ่น

แบบโครงสร้างควรที่จะเน้นทางด้านเหตุผลของส่วนประกอบ มากกว่าทางด้านรูปร่างของส่วนประกอบ การพัฒนาจะต้องมีการประชุมร่วมระหว่างฝ่ายพัฒนากับฝ่ายผู้ใช้เพื่อพิจารณาจุดบกพร่อง จุดที่สำคัญที่สุดก็คือ นักออกแบบและผู้ใช้กลุ่มของงานนั้นๆ ควรจะเข้าใจระบบเป็นอย่างดีเหมือนกัน เพื่อที่ระบบที่พัฒนาขึ้นมาจะตรงกับสิ่งที่ผู้ใช้ต้องการที่สุด แบบโครงสร้างที่ถูกใช้ในการวิเคราะห์และออกแบบ และความสำคัญในระหว่างออกแบบโครงสร้างนั้น แสดงได้ดังรูป 2.12



ภาพที่ 2.12

แบบโครงสร้างในการวิเคราะห์และออกแบบ

ที่มา ปรับปรุงจาก (ลักษณะ พฤษภากร, 2356:40)

จากจุดที่ 1 ตัวแทนคุณลักษณะจริงของระบบที่นำมาใช้งานอยู่ ทั้งในรูปของฮาร์ดแวร์ ซอฟต์แวร์ และกรรมวิธีปฏิบัติงาน จะต้องได้รับการตีความและมองภาพในรูปแบบตรรกะ (จุด 2) ซึ่งไม่ต้องผูกพันกับฮาร์ดแวร์หรือกรรมวิธี และตำแหน่งหรือกรรมวิธีพัฒนา

จากรูปแบบตรรกะ ซึ่งเข้าใจได้ง่ายกว่านั้น ก็ปรับปรุงมาเป็นแบบตัวแทนคุณลักษณะใหม่ (จุด 3) รูปแบบใหม่นี้ จะเป็นระบบที่สมบูรณ์และตรงกับความต้องการใหม่ จากนั้นก็ทำการพัฒนาเป็นระบบใหม่ (จุด 4) ซึ่งสามารถใช้แทนระบบเก่าได้เลย

2.9 บทสรุป

โมเดลของคาโน (Kano's Model) เป็นการศึกษาและทำความเข้าใจความต้องการของลูกค้า ซึ่งเป็นส่วนสำคัญมากในการที่จะทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของลูกค้าที่มีต่อผลิตภัณฑ์หรือบริการ ซึ่งพบว่าความต้องการของลูกค้ามีอยู่ 3 ประเภท คือ ความต้องการขั้นพื้นฐาน (Must-be Requirements) ความต้องการคุณภาพปกติ (One-Dimensional Requirements) และความต้องการที่ดึงดูด (Attractive Requirements) จากความต้องการที่หลากหลายส่งผลให้เกิดกระบวนการพัฒนาและปรับปรุงที่หลากหลายมากขึ้นตามไปด้วย เพื่อพัฒนาตัวสินค้าหรือบริการให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจสูงสุด แต่เนื่องจากความต้องการที่เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้ลูกค้าเกิดความคาดหวังมากขึ้นตามไปด้วย จึงต้องมีการติดตามและสังเกตพฤติกรรมของลูกค้าอย่างใกล้ชิด

การกระจายหน้าที่เชิงคุณภาพ (Quality Function Development: QFD) เป็นกระบวนการถ่ายทอดความต้องการของลูกค้าให้ออกมาเป็นสินค้าหรือบริการ ซึ่ง QFD เป็นวิธีหนึ่ง ที่ช่วยให้ตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้ดี ซึ่งใช้แผนภาพกลุ่มเชื่อมโยงมาช่วยในการจัดกลุ่มความต้องการของลูกค้าที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม จากนั้นใช้บ้านคุณภาพ (House of Quality) ซึ่งประกอบด้วยส่วนประกอบสำคัญ 6 ส่วนใหญ่ๆ คือ 1. ส่วนความต้องการของลูกค้า 2. ส่วนลำดับความสำคัญของความต้องการของลูกค้าและการเปรียบเทียบส่วนต่างๆ กับคู่แข่ง 3. ส่วนคุณลักษณะทางกายภาพ 4. ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างส่วนความต้องการของลูกค้ากับส่วนคุณลักษณะทางกายภาพ 5. ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะทางคุณภาพ และ 6. ส่วนแสดงลำดับความสำคัญของส่วนคุณลักษณะทางกายภาพ มาช่วยในการตรวจสอบว่าความต้องการของลูกค้าหรือปัจจัยใดควรให้ความสำคัญ เพื่อสนองความต้องการของลูกค้าได้ดีที่สุดและพิจารณานำปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดมาทำการวิเคราะห์

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้ทราบถึงระดับความพึงพอใจของลูกค้าว่าอยู่ระดับใด และปัจจัยใดที่มีระดับความพึงพอใจต่ำ จะได้ทำการปรับปรุงให้ดีขึ้นเพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

การบริหารคุณภาพโดยใช้ TQM เป็นระบบการบริหารจัดการที่ได้รวมหลักการพัฒนาคุณภาพ (Quality Development) หลักการรักษาหรือการคงไว้ซึ่งคุณภาพ (Quality Maintenance) และหลักการปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement) เข้าด้วยกัน ทั้งนี้การ

ปรับปรุงคุณภาพนั้นจะต้องทำอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งคุณภาพผู้ปฏิบัติงานทุกคนในองค์กร และคุณภาพของบริการโดยจะต้องปรับปรุงคุณภาพในทุกๆ กิจกรรมและทุกๆ ขั้นตอนของกระบวนการ เพื่อให้ทุกกระบวนการและทุกปัจจัยของการบริการมีความถูกต้องตั้งแต่จุดเริ่มต้น ซึ่งจะทำให้ผลลัพธ์ของการดำเนินการมีคุณภาพสามารถตอบสนองของความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างเต็มที่

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิผลของ TQM ซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ ปัจจัยด้านระบบสารสนเทศและการวิเคราะห์ ปัจจัยด้านการวางแผนเชิงกลยุทธ์ ปัจจัยด้านการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ปัจจัยด้านการจัดการกระบวนการ ปัจจัยด้านการเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และปัจจัยด้านผลลัพธ์ของการดำเนินการ โดยในทุกๆ ปัจจัยมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังนั้นการพัฒนาปัจจัยตัวใดตัวหนึ่งย่อมส่งผลกระทบต่ออีกตัวหนึ่งซึ่งหากเป็นการเพิ่มให้มีการพัฒนาคุณภาพที่สูงขึ้นก็จะส่งผลให้ ทั้งระบบความสัมพันธ์นั้นมีคุณภาพสูงขึ้นตามไปด้วย หากแต่ปัจจัยตัวใดตัวหนึ่งด้อยคุณภาพไปก็อาจส่งผลในทิศทางตรงกันข้าม ดังนั้นการพัฒนาคุณภาพต้องพัฒนาไปพร้อมๆ กันทุกๆ ปัจจัย ทำให้ประสิทธิผลของ TQM อยู่ในระดับที่มีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้โรงพยาบาลมีความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลเพื่อการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล ได้ตามเป้าหมายต่อไป

2.10 ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การเลือกค่าที่ต้องการปรับปรุงนั้นควรพิจารณาในหลายๆ ด้านประกอบกัน ซึ่งค่าที่ได้มากที่สุดอาจจะไม่ใช่ว่าค่าที่ต้องปรับปรุงก่อนเสมอไป

1.2 การนำไปใช้งานในอนาคตนั้นควรมีการสำรวจความสำคัญของปัจจัยทั้งหมดทุกๆ 3 ปี เพราะหากเทคโนโลยีเปลี่ยนไปหรือเมื่อสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ ระบบนโยบายของรัฐเปลี่ยนแปลงไปก็อาจจะทำให้ผู้ใช้บริการมีความต้องการที่เปลี่ยนไปส่งผลให้ การให้ค่าน้ำหนักความสำคัญต่อปัจจัยต่างๆ เปลี่ยนไปจากเดิม

1.3 ในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการสามารถใช้วิธีการของ QFD มาเป็นเครื่องมือวัดระดับความพึงพอใจของลูกค้าเนื่องจากสามารถทราบผลได้เร็ว ทำให้ทราบแนวโน้มของระดับความพึงพอใจของลูกค้าเพื่อเตรียมแผนการปรับปรุงเพื่อให้ลูกค้าเกิดความพึงพอใจในบริการ

1.4 โรงพยาบาลสามารถใช้กระบวนการประเมินประสิทธิผลของ TQM ในการยกระดับคุณภาพของการบริการ เพื่อวางแผนการขอรับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาล

1.5 ควรพัฒนาปัจจัยที่สำคัญต่อประสิทธิผลของ TQM ทั้ง 7 ประการไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมเพื่อการพัฒนาที่ดีขององค์กร

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

2.1 ศึกษารูปแบบการประเมินคุณภาพการบริการ โดยใช้แนวคิดในการประเมินประสิทธิผลของ TQM โดยใช้เกณฑ์ของ MBNQA เพื่อพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

2.2 ศึกษาและเปรียบเทียบการนำระบบ TQM มาประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองกระบวนการคุณภาพโรงพยาบาลและที่ไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานดังกล่าว