

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง



#### แนวคิดและทฤษฎี

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำ ข้อมูลที่ได้รวบรวมมาสรุปสาระสำคัญในประเด็นที่จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ โดยลำดับเนื้อหาการนำเสนอเป็นหัวข้อ ดังนี้

- 1.แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ
- 2.พัฒนาการของโรงพยาบาลชุมชน
- 3.กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ
- 4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1.แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ

##### 1.1ความหมายของคุณภาพ

มีผู้ให้ความหมายของคำว่าคุณภาพไว้มากมาย ดังนี้

คุณภาพ<sup>(7)</sup> ตามความหมายของพจนานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 หมายถึง ลักษณะความดี ลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งของ

จัวร์น<sup>(8)</sup> (อ้างใน จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ) กล่าวว่าคุณภาพ หมายถึง ความเหมาะสมหรือคุณค่าของผลิตภัณฑ์ หรือบริการที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้ (Fitness for use)

ครอสบี<sup>(8)</sup> (อ้างใน จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ) ให้ความหมายว่า คุณภาพ คือ ความสอดคล้องกับความต้องการ ซึ่งหมายถึงว่า การจะบรรลุถึงคุณภาพได้ จะเกิดขึ้นเมื่อได้ทำให้สอดคล้องกับมาตรฐานที่ได้ระบุไว้แล้ว

โดยสรุป<sup>(9)</sup> คำจำกัดความของคำว่า คุณภาพ ในปัจจุบันทั่วไปจะมีองค์ประกอบดังนี้

- 1.สามารถตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของลูกค้า
- 2.เกี่ยวกับคน กระบวนการ ผลิตภัณฑ์ บริการ และสิ่งแวดล้อม
- 3.ได้ตรงตามมาตรฐานที่กำหนด
- 4.ปราศจากข้อบกพร่อง
- 5.ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีความสุข
- 6.มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยั้ง

### ความหมายของคุณภาพบริการ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์<sup>(3)</sup> ได้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพบริการ ในแนวคิดทางการตลาด ว่า คือ ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ นั่นคือ เป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้หรือลูกค้า (Conformance to requirement) ซึ่งเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากสินค้าหรือบริการนั้นๆ

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ<sup>(10)</sup> ให้นิยาม คุณภาพบริการ หมายถึง การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของลูกค้า โดยอยู่บนพื้นฐานวิชาชีพ ทั้งนี้ประกอบด้วย ความถูกต้องตามมาตรฐานและความถูกต้องตามความคาดหวังของผู้รับบริการ

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน<sup>(11)</sup> ได้กล่าวไว้ว่า คุณภาพบริการ คือการที่ทำให้ลูกค้า ได้รับความพึงพอใจ เป็นบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของลูกค้าตลอดจนถึงขั้นตอนของบริการนั้นๆ จนถึงภายหลังการบริการด้วย ทั้งนี้ต้องตอบสนองต่อความต้องการเบื้องต้น ตลอดจนครอบคลุมไปถึงความคาดหวัง (Expectation) ของผู้รับบริการ ย่อมทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจมากขึ้น

### ลักษณะของบริการ<sup>(3)</sup>

1.บริการไม่มีตัวตน (Intangibility) ตัวบริการนั้นเป็นนามธรรม ผลลัพธ์ออกมาในรูปแบบผลงาน (Performance) มิใช่ตัวสินค้า (Product) จึงมีอาจจับต้องหรือมองเห็นได้ จะนับ วัด หรือนำมาทดสอบโดยตรงไม่ได้ ทำให้ยากแก่การประเมินและตรวจสอบคุณภาพ

2.บริการมีความหลากหลายในตัวเอง (Variability or Heterogenicity) คุณภาพของบริการอาจเปลี่ยนไปได้เมื่อมีการเปลี่ยนผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการ หรือแม้แต่เปลี่ยนเวลา สถานที่

สิ่งแวดล้อม ทำให้ความสม่ำเสมอ (Consistency) เกิดขึ้นได้ยาก สิ่งที่ทำให้บริการต้องการให้ อาจจะ ไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้รับได้รับ เนื่องจากการรับรู้ (Perception) หรือความเข้าใจไม่ตรงกัน

3. บริการไม่สามารถถูกแบ่งแยกได้ (Inseparability) การผลิต การส่งมอบ และการบริโภค บริการจะเกิดขึ้นพร้อมกัน ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมอย่างมากในกระบวนการผลิตบริการ ให้มีคุณภาพ และมักต้องเข้าไปเกี่ยวข้องโดยตรงกับบุคคลากรของหน่วยงานที่ให้บริการเป็น จำนวนมาก

4. บริการไม่สามารถเก็บรักษาได้ (Perish ability) เมื่อการผลิตและการส่งมอบบริการเกิดขึ้นพร้อมกันจึงไม่สามารถผลิตไว้ล่วงหน้า แล้วเก็บรักษาไว้เพื่อส่งมอบหรือจำหน่ายภายหลังได้ เหมือนสินค้า ดังนั้นเมื่อมีการจัดสรรทรัพยากรและเตรียมความสามารถในการผลิตบริการไว้ เช่น การว่าจ้างบุคลากร การจัดซื้ออุปกรณ์ต่างๆ การจัดเตรียมสถานที่ แล้วถึงเวลาไม่มีผู้มารับบริการมี จำนวนไม่มากพอ ทรัพยากรที่ใช้ไปนั้นจะสูญเปล่า

## สรุป<sup>(12)</sup>

คุณภาพบริการ มีความเป็นนามธรรม มีหลายมิติ และยากที่จะให้คำนิยามเฉพาะที่จะได้ รับการยอมรับกันทั่วไปในทุกวงการหรือสาขาวิชาชีพ นิยามที่จะใช้ในการวิจัยเกี่ยวกับบริการทาง การแพทย์ จะมีนิยามดังนี้ คุณภาพบริการทางการแพทย์ หมายถึง ความสามารถของบริการนั้นๆ ไม่ว่าจะ เป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค หรือการฟื้นฟูสุขภาพ ที่จะตอบสนอง ความจำเป็นของผู้ป่วย ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีได้เต็ม ศักยภาพที่มี ภายใต้แนวทางที่เหมาะสมตามหลักวิชาการที่เป็นที่ยอมรับและปฏิบัติกัน

### 1.2 ความหมายของการพัฒนาคุณภาพ

ธิดา นิงสานนท์<sup>(13)</sup> ให้ความหมายของการพัฒนาคุณภาพว่า เป็นกิจกรรมที่มุ่งพัฒนาให้ดีขึ้น ด้วยการปรับกระบวนการ โดยใช้ความคิดสร้างสรรค์เข้ามาช่วยหรือการปรับปรุงยกระดับให้ดีขึ้น

กฤษฏี อุทัยรัตน์<sup>(14)</sup> ให้ความหมายของการพัฒนาคุณภาพว่าเป็นการทำให้เจริญดีขึ้น ไม่ มุ่งแต่ประสิทธิภาพและประสิทธิผล แต่มองคุณค่าที่ลูกค้าและองค์กรพึงจะได้รับว่ามีแนวทางที่จะ ทำให้ดีขึ้นเรื่อยๆ โดยการทำให้ถูกต้อง ถูกใจ และทำให้ดี

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล<sup>(15)</sup> ได้ให้ความหมายของการพัฒนา คุณภาพในโรงพยาบาล คือ การจัดระบบบริหารและระบบการทำงานในโรงพยาบาลตามแนวทาง ที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพของ

เจ้าหน้าที่,การทำงานเป็นทีม,การตอบสนอง,ความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน มีระบบการตรวจสอบเพื่อแก้ไขปรับปรุงด้วยการประสานกิจกรรมการบริหารความเสี่ยง(Risk Management – RM) การประกันคุณภาพ(quality assurance – QA) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continual Quality Improvement – CQI) เข้าด้วยกัน โดยกิจกรรมที่ใช้มีความหมาย ดังนี้

1.การบริหารความเสี่ยง คือ การค้นหาโอกาสที่จะเกิดความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การวางมาตรการป้องกันความเสี่ยงหรือลดความสูญเสีย และการดำเนินการเมื่อเกิดความสูญเสียขึ้น

2.การประกันคุณภาพ คือ การวางระบบเพื่อเป็นหลักประกันว่าจะมีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานหรือแนวทางปฏิบัติที่กำหนดและมีผลลัพธ์ตามที่คาดไว้ ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดมาตรฐาน การวัดผลการปฏิบัติ และการปรับปรุงแก้ไข เมื่อมีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดหรือผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามที่คาด

3.การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง คือ การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้งโดยมุ่งไปสู่ความเป็นเลิศ

**แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ<sup>(16,17)</sup>**

แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพได้เกิดขึ้นมานาน โดยสามารถเรียงลำดับความคิดได้ดังนี้

**อิมโฮเทพ** ได้นำกระบวนการพัฒนาคุณภาพมาใช้ตั้งแต่ 2980 ปีก่อนคริสตกาล โดยมีความเชื่อว่า คุณภาพมาจากกระบวนการทำงาน (Production Process) ที่มุ่งเน้นการปฏิบัติตามมาตรฐานในระหว่างการทำงาน

**ชาวจีนโบราณ** การควบคุมคุณภาพ(Quality Control) เกิดจากการควบคุมงานผลิตงานศิลปหัตถกรรมของผู้มีอำนาจในสวนกลาง ส่งผลให้เกิดหน่วยวัดที่เป็นมาตรฐาน(standardized Unit of Measures) เกิดขึ้น

**ชาวโรมัน** ได้พัฒนาระบบควบคุมคุณภาพแบบ 2 ชั้น ประกอบด้วยการนิเทศกำกับ (Supervise) และการตรวจสอบ(Inspection) แต่เป็นวิธีการที่ทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น

Carl Friedrich Gauss (ค.ศ.1777 – 1855) เป็นนักคณิตศาสตร์ ผู้ค้นพบวิธีการหาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard Deviation) ซึ่งเป็นวิธีวัดความผันผวน(Variation) ถูกนำมาใช้ในแนวคิดการควบคุมคุณภาพของกระบวนการ(Process Quality Control)

John Snow ในปีค.ศ. 1854 ได้มีการใช้ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยนำข้อมูลมาสร้างจุดบนแผนที่เพื่อพิสูจน์ว่าน้ำประปาที่ Broad Street ในกรุงลอนดอนเป็นสาเหตุของการระบาดของโรคอหิวาตกโรค

Florence Nightingale (ค.ศ.1820 – 1910) เป็นผู้ริเริ่มเอาสถิติแผนภาพ(Graphical Statistics) มาใช้ในการป้องกันโรคและการเสียชีวิตที่ไม่ควรเกิดขึ้น

Frederick W. Taylor (ค.ศ.1856 – 1915) เป็นหัวหน้าวิศวกรที่พยายามปรับปรุงการทำงานของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จนได้รับชื่อว่าเป็นบิดาของการบริหารจัดการเชิงวิทยาศาสตร์(Father of Scientific Management) องค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีการจัดการของ Taylor คือ

- 1.งานประจำวัน ทุกองค์การควรกำหนดให้ชัดเจนว่าแต่ละคนจะต้องทำงานอะไรให้เสร็จสิ้นในแต่ละวัน
- 2.มาตรฐาน คนงานควรมีเครื่องมือและเงื่อนไขในการทำงานมาตรฐาน
- 3.จ่ายมากเมื่องานสำเร็จ ผู้ที่ทำงานสำเร็จสมบูรณ์ควรได้รับการตอบแทนตามผลงาน
- 4.ลดการจ่ายเมื่อล้มเหลว ผู้ที่ทำงานล้มเหลวหรือไม่เสร็จจะต้องถูกหักค่าตอบแทน

Clarence Irving Lewis เป็นศาสตราจารย์ทางปรัชญาที่มหาวิทยาลัย Harvard เขาได้ทบทวนวิธีการคิด ความรู้ กระบวนทัศน์(Paradigm) ของ Einstein กระบวนทัศน์เป็นแบบแผนหรือระบบของความเชื่อ เขาเห็นว่าคณิตศาสตร์เป็นกระบวนทัศน์หนึ่งของศาสตร์เรื่องคุณภาพ และได้กล่าวว่าศาสตร์ที่ดีต้องมีวงกลม ซึ่งเป็นที่มาที่ Shewhart นำวงกลมมาใช้แสดงตรรกะของการควบคุมคุณภาพ

Walter A. Shewhart (ค.ศ.1891 – 1967) เป็นผู้ประยุกต์วิธีการทางสถิติ มาสร้างแผนภูมิควบคุมกระบวนการ (Process Quality control) เป็นครั้งแรก ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับพยากรณ์และควบคุมคุณภาพของกระบวนการ เขาได้กำหนดเส้นคู่หนึ่งที่เรียกว่า ขีดควบคุม(Control Limit) ซึ่งหากผันผวนเกินกว่าขีดควบคุมนี้ จะต้องมีการจัดการเข้าแทรกแซง รวมทั้งการ

สร้างแผนภูมิควบคุม (Control Chart) ติดตามผลการทำงาน ทำให้คนงานสามารถติดตามงานของตนเองได้ ซึ่งผลงานของ Shewart สร้างความสนใจแก่ W.Edwards Deming เป็นอย่างยิ่ง

W.Edwards Deming เป็นผู้เชี่ยวชาญในการสุ่มตัวอย่าง เรียนรู้ในการนำเครื่องมือทางสถิติมาใช้ในสำนักงาน และรู้ว่าคุณภาพไม่ได้ถูกกำหนดในโรงงาน แต่ถูกกำหนดในห้องผู้บริหาร Deming ถือว่า คุณภาพเป็นผลจากการกระทำและการตัดสินใจของผู้บริหารระดับสูงขององค์กร ไม่ใช่ผลของการกระทำโดยผู้ปฏิบัติงาน ระบบงานเป็นตัวกำหนดวิธีทำงาน และผู้บริหารเท่านั้นที่จะสร้างระบบนี้ขึ้น รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรให้การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงาน เลือกเครื่องมือให้ผู้ปฏิบัติงานใช้ ให้สถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่จำเป็น ส่วนผู้ปฏิบัติงานมีหน้าที่แก้ไขเฉพาะ (Special Problem) ซึ่งเกิดจากการกระทำของตน หากผู้ปฏิบัติงานได้พยายามแก้ไขแล้วไม่ได้ผล ก็เป็นหน้าที่ของผู้บริหาร นอกจากนี้ Deming ได้พยายามแยกแยะสาเหตุความไม่แน่นอนหรือความผันผวน (Variation) ที่เป็นสาเหตุร่วม (Common Cause) ออกจากสาเหตุพิเศษ (special Cause) เพื่อให้สามารถแบ่งแยกหน้าที่ในการปรับปรุงคุณภาพของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติออกจากกัน และแนะนำให้ใช้การควบคุมคุณภาพทางสถิติ

ในปี ค.ศ. 1953 Deming ได้เสนอแผนภูมิควบคุม (Control Chart) สามารถนำมาใช้ตัดสินใจประสิทธิผลและใช้ปรับเปลี่ยนการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ ในปี ค.ศ. 1982 Deming ได้ ตีพิมพ์หนังสือ "Quality Productivity and Competitive Position" ที่เน้นการควบคุมกระบวนการด้วยสถิติและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง บนพื้นฐานปรัชญาว่า การป้องกันปัญหาคุณภาพให้ผลตอบแทนทางสถิติดีกว่าการตรวจสอบปัญหา ซึ่งต่อมา Massachusetts Institute of Technology ได้นำมาตีพิมพ์ใหม่ในชื่อว่า "Out of The Crisis" Deming ยืนยันว่า ทฤษฎีพัฒนาคุณภาพที่เขาเสนอนั้นสามารถนำไปใช้ได้ทั้งภาคบริการและภาคอุตสาหกรรมในแนวคิดที่เรียกว่า "Deming 14 Point" ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.สร้างเจตจำนงอันแน่วแน่ที่จะปรับปรุงผลผลิตหรือบริการ เป็นการสร้างเจตจำนงที่แน่วแน่ต่อความอยู่รอดขององค์กรในอนาคตโดยการสร้างผลผลิตและบริการซึ่งเป็นที่ต้องการของลูกค้า ผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญกับการวางแผนระยะยาวเพื่อให้เกิดนวัตกรรม การวิจัยและการฝึกอบรม และการปรับปรุงผลผลิตอย่างไม่หยุดยั้ง

2.รับปรัชญาใหม่ในการทำงาน โดยปรัชญาใหม่คือคุณภาพ คุณภาพคือมุ่งมั่นสร้างผลผลิตหรือบริการที่ลูกค้าพอใจ ปราศจากความบกพร่อง สามารถพยากรณ์ได้

3.ลดการตรวจสอบ หมายถึง คุณภาพจะต้องมาจากการปรับปรุงในกระบวนการทำงาน มิใช่การตรวจสอบแล้วทำซ้ำ อย่างไรก็ตามการตรวจสอบยังมีความจำเป็นสำหรับงานบางประเภท

4.หยุดการพิจารณาตัดสินโดยใช้ราคาเพียงอย่างเดียว ไม่ควรที่จะใช้ราคาซื้อที่ต่ำสุดเท่านั้น ควรนำเอาเรื่องคุณภาพเข้ามาพิจารณาด้วย จะทำให้เราได้ของที่มีคุณภาพที่เราต้องการ ผลผลิตหรือบริการออกมาดี ไม่เกิดความสูญเปล่า ทำให้ต้นทุนทั้งหมดลดลง

5.ปรับปรุงระบบการผลิตหรือบริการอย่างสม่ำเสมอและตลอดไป การปรับปรุงกระบวนการมีความหมายรวมถึงการจัดลำดับความสำคัญ การจัดสรรเวลา การเลือกคนให้ตรงกับงาน การฝึกอบรม และการเปิดโอกาสให้คนได้เรียนรู้ โดยการปรับปรุงต้องครอบคลุมทั้งกระบวนการหลักและกระบวนการสนับสนุนทั้งหมด คุณภาพบริการ จึงเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในโรงพยาบาล

6.การฝึกอบรม ผู้บริหารและผู้มีประสบการณ์ทุกคนต้องมีหน้าที่ให้การฝึกอบรมที่สอดคล้องกับภาระหน้าที่ ปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน

7.สร้างภาวะการนำ การนำคือการบอกผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น ไม่ลงมาตัดสินใจในทุกขั้นตอน ผู้นำต้องไม่คาดหวังความสมบูรณ์แบบ แต่จะต้องสร้างความเชื่อมั่นไว้วางใจ อิศระภาพ และนวัตกรรมเหนือสิ่งอื่นใด ช่วยเหลือให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปรับปรุงงานที่รับผิดชอบได้

8.ขจัดความหวาดกลัว คนจะทำงานจะต้องมีความรู้สึกมั่นคง ไม่กลัวที่จะแสดงความคิดเห็น ซึ่งความหวาดกลัวที่เป็นอุปสรรคได้แก่ ความกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงหรือการพัฒนา กลัวความผิดพลาด และกลัวความรู้

9.ขจัดกำแพงระหว่างหน่วยงาน เป็นการที่ผู้นำจะต้องดึงเอาภูมิปัญญาของผู้ปฏิบัติงานมาใช้ประโยชน์แก่องค์กร ขจัดอุปสรรคต่อความร่วมมือกันพัฒนาคุณภาพ ต้องให้ทุกหน่วยงานเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน และมีการสื่อสารที่ดี

10.ขจัดคำขวัญหรือคำปลุกใจสำหรับผู้ปฏิบัติงาน การใช้คำขวัญหรือเป้าหมายอาจทำให้ผลงานดีขึ้นชั่วขณะ อาจมีผลเสียเมื่อไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้อาจเกิดความอึดอัดในการทำงานได้

11.ขจัดเป้าตัวเลขสำหรับผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร เนื่องจากความผันผวนในระบบเป็นเรื่องธรรมชาติ การที่ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้อาจอยู่เหนือการควบคุมของตนเองได้

12.ขจัดสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อความภาคภูมิใจในผลงานของผู้ปฏิบัติงาน สิ่งที่จะทำให้คนไม่ภูมิใจในผลงานตนเอง เช่น ระบบให้รางวัลที่เน้นบุคคลมากกว่าทีมงาน ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอ การประเมินผลงานตามเป้าหมายเป็นสิ่งที่ไม่มีประโยชน์ ควรเน้นที่การประเมินวิธีการทำงาน

13. กระตุ้นให้ทุกคนศึกษาและปรับปรุงตนเอง เป็นความต้องการขององค์กรที่ต้องการคนที่ปรับปรุงตนเองตลอดเวลา

14. นำทุกคนมาร่วมกันลงมือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง การเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดคุณภาพ (Quality Transformation) เป็นหน้าที่ของทุกคน

Josep M. Juran เป็นวิศวกรไฟฟ้าที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมควบคุมคุณภาพของญี่ปุ่น โดยช่วยให้ผู้บริหารปรับแนวคิดและเครื่องมือคุณภาพซึ่งถูกออกแบบสำหรับในโรงงานมาเป็นแนวคิดที่พื้นฐานของกระบวนการบริหารจัดการโดยรวม Juran ได้วิเคราะห์กระบวนการจัดการด้านการเงินขององค์กรที่เป็นพื้นฐานได้แก่ การวางแผนการเงิน การควบคุมการเงิน และการปรับปรุงด้านการเงิน เขาได้ประยุกต์แนวคิดเข้ากับการจัดการคุณภาพโดยรวมที่เรียกว่า Juran Trilogy ซึ่งประกอบด้วย

1. การวางแผนคุณภาพเป็นกระบวนการระบุความต้องการของลูกค้า ลักษณะของผลผลิตหรือบริการ ซึ่งลูกค้าคาดหวัง

2. การควบคุมคุณภาพ เป็นกระบวนการตรวจสอบและประเมินผลผลิตหรือบริการเปรียบเทียบกับความต้องการที่ลูกค้าระบุไว้ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่ตรวจพบ

3. การปรับปรุงคุณภาพ เป็นกระบวนการนำกลไกต่างๆที่จะรักษา และปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากร การมอบหมายบุคคล ให้ทำโครงการพัฒนาคุณภาพ การอบรมผู้ที่ได้รับมอบหมาย การมีโครงสร้างที่ถาวรเพื่อธำรงรักษาคุณภาพ

Kaoru Ishikawa เป็นผู้มีส่วนในการจัดการฝึกอบรมเรื่องการควบคุมคุณภาพในประเทศญี่ปุ่น และกลุ่มสร้างคุณภาพงาน(Quality Circle) เป็นผู้ออกแบบ Cause – and – Effect Diagram หรือ Fish – Bone Diagram ในปี 1952 จนเป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างกว้างขวาง ที่สำคัญเขายังได้นำคำว่า Total Quality Control (TQC) มาใช้และชี้ให้เห็นว่าคุณภาพเป็นความมุ่งมั่นร่วมกันทั้งองค์กร ซึ่งคำว่า TQC ได้พัฒนามาเป็น TQM (Total Quality Management) ในอเมริกา

Philip B. Crosby เป็นผู้ประสบความสำเร็จในการลดข้อผิดพลาดในการผลิตจรวด โดยนำโปรแกรม Zero – Defect มาใช้ จนกระทั่งปี ค.ศ. 1979 Crosby ได้ตีพิมพ์หนังสือชื่อ "Quality is Free" กล่าวถึง ขั้นตอนในการปรับปรุงคุณภาพ 14 ขั้น ที่อยู่บนหลักการพื้นฐาน (Absolute Belief) 4 ประการ ดังนี้



1. คุณภาพคือความสอดคล้องกับความต้องการใช้ของลูกค้า เป็นยุทธวิธีที่จะหันเหความสนใจของผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการ ไปสู่ความเข้าใจความต้องการของผู้ใช้ภายนอก

2. ระบบคุณภาพที่ดีคือการป้องกัน ทำอย่างถูกต้องเสียตั้งแต่เริ่มแรก (Do it Right The First Time) คือ การส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนตรวจสอบผลงานของตนเองก่อนที่จะส่งผ่านไปให้ผู้อื่น เพราะไม่มีใครตรวจสอบความผิดพลาดได้ดีเท่าผู้ทำเอง

3. มาตรฐานการทำงาน คือ ผิดพลาดเป็นศูนย์ (Zero – Defect) ความผิดพลาดมากมาย เป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ และเราไม่ควรยอมรับการทำงานของเราที่ต่ำกว่ามาตรฐาน

4. เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดีคือต้นทุนที่เกิดจากคุณภาพที่ไม่ดี (Cost of Quality) ต้นทุนที่เกิดจากคุณภาพไม่ดีนี้อาจจะสูงถึง ร้อยละ 20 – 40 ของรายได้องค์กร

หลักการ 2 ข้อหลังของ Crosby เป็นสิ่งที่ปฏิบัติยากและหลายองค์กรประกอบไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ

Armand V. Feigenbaum เป็นผู้ทำให้การพัฒนาคุณภาพขยายตัวออกไปนอกโรงงานผลิต เขาได้ให้แนวคิดว่าคุณภาพจะไม่เกิดขึ้นหากปราศจากการออกแบบที่ดี มีการกระจายที่ไร้ประสิทธิภาพ มุ่งตลาดที่ไม่เหมาะสม และไม่มีบริการหลังขายแก่ลูกค้า ทุกหน่วยงานต้องรับผิดชอบต่อคุณภาพ อันเป็นที่มาของแนวคิด Total Quality

Goal/QPC เป็นองค์การด้านการวิจัยและฝึกอบรมเกี่ยวกับ TQM ได้กล่าวถึงศูนย์กลางของ TQM ว่าเป็นแผนแม่บทที่มีลูกค้าเป็นแรงขับเคลื่อน (Customer Driven Master Plan) ที่มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือ

1. การจัดการงานประจำวันเพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและเกิด Optimization ของหน่วยงาน

2. การวางแผนนโยบาย (Hoshin Planning) หรือจัดแถวในแนวตั้ง (Vertical Alignment) เพื่อให้เกิดนวัตกรรมในทุกหน่วยงาน อันจะนำไปสู่การตอบสนองต่อพันธกิจ วิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ขององค์กรร่วมกัน

3. การบริหารจัดการคร่อมหน่วยงาน (Cross – Functional Management) เพื่อประสานความร่วมมือในแนวราบให้เกิดผลในลักษณะ Synergy

### การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

วิวัฒนาการสำหรับงานพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วงคือ

## 1. ยุคเริ่มต้น

### Florence Nightingale

ได้สังเกตเห็นความแตกต่างของผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลต่างๆในกรุงลอนดอน เมื่อปี ค.ศ. 1863 จึงเรียกร้องให้มีการตรวจสอบอย่างเป็นระบบว่ามีกระบวนการดูแลที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างอย่างไร

### Earnest Armory Codman

เป็นศัลยแพทย์ที่พบความแตกต่างเช่นเดียวกับ Florence Nightingale จึงได้สร้างระบบ End – Result ขึ้นเพื่อทบทวนการทำงานจากการผ่าตัดผู้ป่วย และยังได้เรียกร้องให้มีการประเมินอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพ

### วิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกา

ระบบ End – Result ของ Codman ถูกนำมาใช้กับการทบทวนการผ่าตัด โดยในระยะแรกมีการต่อต้านการนำระบบนี้มาใช้ ต่อมา Codman ได้เป็นประธานกรรมการมาตรฐานโรงพยาบาล และได้ออกมาตราฐานโรงพยาบาลของอเมริกาออกมา จำนวน 5 ข้อซึ่งเป็นจุดเริ่มของแผนงานมาตรฐานโรงพยาบาล(Hospital Standardization Program) ซึ่งมีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพโรงพยาบาลในยุคนั้นเป็นอย่างมาก

## 2. ยุคที่สอง การติดตามประเมินผล

Avedis Donabedian เป็นแพทย์ที่มหาวิทยาลัยมิชิแกน ได้รวบรวมรายงานวิจัยและสร้างกรอบทฤษฎีสำหรับประเมินผลการดูแลผู้ป่วย โดยเน้น รูปแบบโครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ โดยการประเมินผลลัพธ์นั้นมีทั้งการประเมินย้อนหลังและการเฝ้าระวังโรคไปข้างหน้า

กระทั่งในปี ค.ศ. 1980 ได้มีการพัฒนากระบวนการติดตามและประเมินผล คือ มีการกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพและเกณฑ์คัดกรองทางคลินิกเพื่อประมวลผลเฉพาะประเด็นทั้งหมด นำผลลัพธ์มาแสดงเปรียบเทียบกับระดับต่ำสุดที่ยอมรับได้ โดยกระทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง และมีกิจกรรมที่จะปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น

## 3. ยุคที่สาม การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

Donald Berwick, Paul Bataden และ Brent James เป็นแพทย์ผู้บุกเบิกแนวคิดเรื่อง TQM/CQI มาใช้ในวงการศึกษา โดย Bataden ได้ดัดแปลงแนวคิดของ Deming 14 ข้อ ให้สอดคล้องกับบริบทของบริการสุขภาพ

ในปี ค.ศ. 1987 Berwick และ Bataden ได้ร่วมมือกับ Juran Institute และที่ปรึกษาคุณภาพจากวงการอุตสาหกรรม จัดทำ National Demonstration Project on quality Improvement in Health Care (NDP) ในองค์กร 21 แห่ง ซึ่งได้ข้อสรุปว่าสามารถนำกระบวนการ TQM/CQI มาใช้กับบริการสุขภาพได้

ดังนั้นจะเห็นได้ว่ากิจกรรมพัฒนาคุณภาพในต่างประเทศมีมานานแล้ว โดยเริ่มแรกมักจะทำกันอยู่ในวงการด้านอุตสาหกรรมหรืองานด้านอื่นๆ ซึ่งในกิจกรรมการให้บริการที่เกี่ยวกับสุขภาพ เริ่มนำระบบงานพัฒนาคุณภาพเข้ามาใช้ในงานบริการอย่างจริงจังในช่วงระยะเวลาประมาณ 50 ปีที่ผ่านมา

### วิวัฒนาการของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในประเทศไทย<sup>(18,19)</sup>

พ.ศ.2495 – 2502 รัฐบาลให้ความสำคัญกับประชาชนในชนบท จึงมีการก่อสร้างโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ และเริ่มมีการพิจารณาในเรื่องคุณภาพมาตรฐาน

พ.ศ.2503 – 2504 มีการคัดเลือกโรงพยาบาลที่มีความสามารถเรื่องการบริหาร การตรวจรักษาโรคหรือการผ่าตัด เพื่อทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้แก่โรงพยาบาลอื่นๆในพื้นที่ใกล้เคียง หลังจากนั้น คุณภาพทางการแพทย์ได้พัฒนาขึ้นเรื่อยๆ โดยเริ่มมีแพทย์ที่จบจากต่างประเทศพร้อมๆ กับการดำเนินการด้านวิชาการทางการแพทย์ เช่น Major Surgery

พ.ศ.2514 – 2516 เกิดขาดแคลนแพทย์ในชนบท จึงเริ่มมีนโยบายให้แพทย์อินเทิร์นไปทำงานในชนบท พร้อมๆกับการเปิดโรงเรียนแพทย์ในต่างจังหวัด

พ.ศ.2524 กองการพยาบาลร่วมกับกองสาธารณสุขภูมิภาค ได้เริ่มพัฒนาการบริหารจัดการทั่วไปและการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน

พ.ศ.2526 กองการพยาบาลเริ่มพัฒนาระบบบริการพยาบาล ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้มีระบบงานที่ชัดเจนและมีคุณภาพ

พ.ศ.2527 – 2528 นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช รองปลัดกระทรวงในขณะนั้น ได้ริเริ่มโครงการติดตามโรงพยาบาล โดยนำแนวคิด Hospital Accreditation มาจากประเทศอเมริกา จัดให้มีการประเมิน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งด้านบริหาร บริการและวิชาการ

พ.ศ.2528 – 2529 นายแพทย์อุทัย สุตสุข รองปลัดกระทรวงในขณะนั้น ได้ริเริ่มโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการ และหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค(พบส.) เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมกัน โดยมีการกำหนดมาตรฐานงาน 9 งานสำหรับเป็นแนวทางในการประเมินตนเอง และมีเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือกัน โดยมีจุดเน้นคือความสามารถในการให้บริการของสถานบริการแต่ละระดับ

ในปี พ.ศ. 2528 นั้นกองการพยาบาล ได้จัดทำมาตรฐานระบบบริการพยาบาล และเริ่มตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในปี พ.ศ.2531

ปี พ.ศ. 2532 กองการพยาบาลเริ่มศึกษาแนวคิดการประกันคุณภาพการพยาบาล พัฒนารูปแบบและนำไปใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538

พ.ศ.2536 ศาสตราจารย์นายแพทย์ประพนธ์ ปิยะรัตน์ และทีมงานสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ศึกษาดูงานเรื่องระบบบริการสาธารณสุขในประเทศออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์และนำแนวคิด TQM และการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ ACHS (Australia Council for Hospital Standards) ได้มีมาทดลองใช้ในโรงพยาบาล โดยสำนักงานประกันสุขภาพกองโรงพยาบาลภูมิภาค องค์การอนามัยโลกและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สนับสนุนโครงการวิจัยและพัฒนาการโดยนำ TQM/CQI มาใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง 8 แห่ง ระหว่างปีพ.ศ. 2536 – 2539 ซึ่งจากการประเมินผลของ รศ.นพ.องอาจ วิพุทธศิริและคณะ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงแบบ Break Through ในโรงพยาบาล 2 แห่ง จาก 8 แห่ง

พ.ศ. 2536 – 2537 สำนักงานประกันสังคม ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้มีการจัดทำมาตรฐานสถานพยาบาลขึ้น เพื่อรับรองสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคม โดยให้มาตรฐานของประเทศออสเตรเลียเป็นแนวกว้าง ซึ่งในปี พ.ศ.2536นั่นเอง กระทรวงสาธารณสุขนำนโยบาย 3S คือ Smell, Smile และ Surrounding มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งในปี พ.ศ. 2538 มีการนำนโยบาย 3 ม. คือ ไม่ป่วย,ไม่แน่น และมีมาตรฐานเดียวกัน มาใช้เป็นแนวปฏิบัติงาน เน้นความสำคัญของการให้บริการประชาชน ให้มีคุณภาพมาตรฐานสะดวกรวดเร็ว เป็นที่พึงพอใจของประชาชน นอกจากนี้ยังมีการตื่นตัวในเรื่อง การปรับโฉมสถานบริการทางด้านกายภาพ ความสะอาด ความสวยงาม ปราศจากกลิ่นและ ปรับพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่

ปลายปี พ.ศ.2538 ผลจากการนำ TQM/CQI มาใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพขึ้น โดยมีมุ่งเป้าหมายให้โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่ง พัฒนาคูณภาพโดยใช้แนวคิด เรื่อง TQM/CQI ภายในสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 โดยกองโรงพยาบาลภูมิภาคให้การสนับสนุนเรื่องงบประมาณและวิทยากร

พ.ศ.2538 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้รับมอบหมายจากสำนักงานประกันสังคมให้จัดทำคู่มือประเมินสถานพยาบาลประกันสังคมตามมาตรฐานของสำนักงานประกันสังคม เกิดเครือข่ายของบุคคลที่สนใจเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้นและได้เชิญวิทยากรจากต่างประเทศ เช่น MR.John K Lee จาก Seventh Day Adventist,Mr.Anthony Wagemaker และ MRS.Marion Suskey จากประเทศแคนาดามาบรรยายเรื่อง Hospital Accreditation ให้แก่

ผู้สนใจ พร้อมทั้งมีการสาธิตกระบวนการในการเรียนรู้มากกว่าการตรวจสอบ โดย Mr. Anthony Wagemaker

พ.ศ.2538 - 2539 เครือข่ายของบุคคลที่สนใจเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพ นักวิชาการและผู้ประกอบวิชาชีพ ในสาขาต่างๆร่วมกันจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปี กาญจนภิเษก เป็นการพัฒนามาตรฐานที่มุ่งเน้นกระบวนการ มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมุ่งการพัฒนาอย่าง ต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศ และมีการแนะนำให้ใช้ในปลายปี พ.ศ.2539 และในปีนั้นเอง กอง โรงพยาบาลภูมิภาค นำผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขดูงานพัฒนาและรับรองคุณภาพ ในประเทศแคนาดา มีการยอมรับแนวคิด Quality Improvement ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยน แนวการเขียนมาตรฐานโรงพยาบาลให้เหมาะสมยิ่ง และเกิดความมุ่งมั่นจะสร้างระบบคุณภาพให้ เกิดขึ้นในประเทศไทย

พ.ศ.2540 ได้เริ่มโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หรือ Hospital Accreditation โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับกองโรงพยาบาลภูมิภาค มีโรงพยาบาล ของรัฐ เอกชน และโรงเรียนแพทย์เข้าร่วมโครงการ จำนวน 35 แห่ง เพื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาล ฉบับปีกาญจนภิเษกทดลองใช้ โดยได้รับทุนวิจัยร่วม จากสำนักงานสนับสนุนกองทุนการวิจัย (สกว.) นำไปสู่การก่อตั้งภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น ซึ่งประกอบด้วยผู้ทรง คุณวุฒิ ขณะที่โรงพยาบาลอื่นๆที่ไม่ได้ร่วมโครงการเกิดการตื่นตัวและนำมาตรฐานนี้ไปเป็นแนว ทางในการประเมินและพัฒนาตนเอง

พ.ศ.2541 รัฐบาลได้ผ่าน พรบ.สถานพยาบาลฉบับใหม่และกระทรวงสาธารณสุขได้ ออกกฎกระทรวงระบุมตรฐานเชิงโครงสร้าง และกำลังคนที่เป็นพื้นฐานสำคัญ สำหรับการดูแล ผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ และในปีเดียวกันนั้นเอง กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายให้สำนักนโยบาย และแผนสาธารณสุข ดำเนินการโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในโรงพยาบาลและใน ชุมชน

## 2. พัฒนาการของโรงพยาบาลชุมชน

### 2.1 ความเป็นมาของโรงพยาบาลชุมชน<sup>(20,21)</sup>

โรงพยาบาลชุมชนถือได้ว่ามีต้นกำเนิดมาจาก "โอสถศาลา" ซึ่งตั้งขึ้นตั้งแต่พ.ศ.2456 ให้ เป็นทั้งสถานบำบัดโรคและสำนักงานของแพทย์ ในระยะแรกโอสถศาลาขึ้นกับสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด และต่อมาได้มีการเปลี่ยนชื่อเป็น "สุขศาลา" ในพ.ศ.2475 ก็ยังขึ้นกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และระหว่างที่เป็น "สุขศาลา" อยู่นั้น ในท้องถิ่นที่เป็นชุมชนหนาแน่น

ราชการจัดส่งแพทย์ไปประจำเพื่อให้บริการแก่ประชาชน "สุขศาลา" ประเภทนี้เรียกว่าเป็น "สุขศาลาชั้นหนึ่ง" ส่วนที่ไม่มีแพทย์ประจำเรียกว่า "สุขศาลาชั้นสอง"

พ.ศ.2495 มีพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม ใหม่ จึงมีการเปลี่ยนชื่อหน่วยราชการในส่วนภูมิภาคจาก "สุขศาลา" เป็น "สถานีอนามัย" โดยแบ่งเป็น "สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง" และ "สถานีอนามัยชั้นสอง" เช่นเดียวกับสุขศาลา

พ.ศ.2496 กำหนดให้แพทย์ประจำสถานีอนามัยชั้นหนึ่ง เป็นนายแพทย์อนามัยอำเภอ ขึ้นตรงต่อนายอำเภอ มีอำนาจบังคับบัญชาสถานีอนามัยชั้นสอง และสำนักงานผดุงครรภ์ในท้องที่ด้วย ทำให้การบังคับบัญชาเกิดปัญหาการบริหาร ดังนั้น ใน พ.ศ.2506 กระทรวงสาธารณสุขจึงปรับให้นายแพทย์สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง ดำรงตำแหน่งนายแพทย์หัวหน้าสถานีอนามัยอย่างเดียว ไม่ต้องเป็นอนามัยอำเภอ ไม่ต้องขึ้นกับนายอำเภอแต่ขึ้นตรงกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจนกระทั่งถึงปัจจุบัน

พ.ศ.2515 ได้มีการเปลี่ยนชื่อ "สถานีอนามัยชั้นหนึ่ง" เป็น "ศูนย์การแพทย์และอนามัยชนบท" และในปีพ.ศ. 2517 ได้เปลี่ยนชื่อเป็น "ศูนย์การแพทย์และอนามัย"

พ.ศ. 2518 ถือได้ว่าเป็นการกำเนิดโรงพยาบาลชุมชนอย่างแท้จริง จากการที่รัฐบาลมีนโยบายจัดตั้งโรงพยาบาลทุกอำเภอทั่วประเทศ จึงมีการยกฐานะ "ศูนย์การแพทย์และอนามัย" เป็นโรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศถึง 254 แห่ง

พ.ศ.2520เนื่องในพระราชพิธีอภิเษกสมรสของสมเด็จพระบรมโอรสาธิราชเจ้าฟ้ามหาวชิราลงกรณ์ สยามมกุฎราชกุมาร กับหม่อมหลวงโสเมศวรี กิติยากร รัฐบาลได้ทำโครงการเรียโรจากประชาชนจัดสร้างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จำนวน 21 แห่งขึ้นในอำเภอทุรกันดาร และเสี่ยงภัยทั่วทุกภาคของประเทศ ดังนั้น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จึงเป็นโรงพยาบาลชุมชนลักษณะพิเศษในท่ามกลางโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดด้วย

พ.ศ. 2525 ได้มีการเปลี่ยนชื่อจาก "โรงพยาบาลอำเภอ" เป็น "โรงพยาบาลชุมชน" จนถึงปัจจุบัน

องค์กรภายในโรงพยาบาลชุมชน แบ่งเป็น 2 กลุ่มงาน และ 5 ฝ่าย คือ กลุ่มงานการพยาบาล กลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายทันตสาธารณสุข และฝ่ายสุขภาพิบาลและป้องกันโรค โดยแบ่งกลุ่มโรงพยาบาลชุมชน เป็น 4 กลุ่ม คือ 10 – 30 เตียง 60 เตียง 90 เตียง และ 120 เตียง จากการสำรวจของกองสาธารณสุขภูมิภาค มีโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 712 แห่ง โดยปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนขึ้นตรงกับสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

## 2.2 บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน

ในแผนงานบริการสาธารณสุขระดับอำเภอตามแผนฯ 8 (พ.ศ.2540 – 2544) ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1. ทำการตรวจวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาผู้ป่วย ในขีดความสามารถระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ เป็นหลักทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

2. ศึกษานโยบาย วิเคราะห์สถานการณ์ จัดทำแผน โครงการ บริหารโครงการและดำเนินการให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนอย่างผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

3. การจัดบริการรักษาพยาบาลแบบหน่วยเคลื่อนที่ การบริหารจัดการระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตลอดจนการรักษาพยาบาลทางวิทยุและวิดีโอทางไกล ในฐานะที่เป็นแม่ข่ายและเครือข่ายย่อย

4. เป็นศูนย์กลางองค์ความรู้บริการและเป็นที่ปรึกษาวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประชาชนชุมชน และหน่วยงานในชุมชน ได้แก่ สถานีอนามัย เทศบาล ศสมช. อบต. สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนในกลุ่มเครือข่ายเดียวกัน

5. นิเทศ ฝึกอบรมและพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและอำเภอให้มีความรู้ความสามารถในด้านการให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข การพัฒนาขีดความสามารถทางวิทยาศาสตร์ เช่น การตรวจหาพยาธิ การตรวจเลือดเบื้องต้น เป็นต้น การสาธารณสุขมูลฐาน

6. ศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำสารสนเทศสาธารณสุขของชุมชนและอำเภอ จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงาน ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา เสนอหน่วยงานเหนือตามลำดับ

7. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่และหน่วยงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขและการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนได้ผลดีตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้

8. สนับสนุนองค์กรชุมชนและสร้างเครือข่ายและการบริการให้ต่อเนื่อง ให้เชื่อมโยงถึงชุมชนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้วยกระบวนการสาธารณสุขมูลฐาน และเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองของประชาชน

9. บริการดูแลทางด้านสังคมวิทยา ได้แก่ การบริการให้คำปรึกษาทางการแพทย์และสังคม การให้กำลังใจ และสนับสนุนให้เกิดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้มีปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขเดียวกัน

10. บริการช่วยเหลือทางด้านกฎหมายและจริยธรรม ซึ่งได้แก่การคุ้มครองปกป้องสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อกลุ่ม เช่น เอดส์ หรือโรคติดต่อร้ายแรงอื่น มิให้ถูกละเมิด เป็นต้น

11. ดำเนินการโครงการพิเศษอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย ตลอดจนการเข้าร่วมบรรเทาสาธารณสุขตาม พรบ. ป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน

### 3. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

#### 3.1 กิจกรรมพบส.

(โครงการพัฒนาระบบบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค)<sup>(22)</sup>

จากโครงการเร่งรัดขยายสถานบริการในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 (พ.ศ.2525 – 2529) ได้ประสบความสำเร็จในการขยายสถานบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุม แต่ผลดังกล่าวยังกระทบถึงคุณภาพบริการสาธารณสุขที่ให้แก่ประชาชน เนื่องจากการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีขีดจำกัด และสถานบริการบางแห่งเริ่มมีปัญหาในการให้บริการที่ต่ำกว่ามาตรฐาน เนื่องจากขาดแคลนครุภัณฑ์รวมถึงบุคลากรไม่เพียงพอ จากปัญหาดังกล่าวจึงมีโครงการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2527 เช่น โครงการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน และ โครงการพัฒนาสถานีอนามัย แต่กระนั้นยังไม่ประสบผลสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการ เช่น การใช้ทรัพยากรที่ไม่ประหยัดและมีการแบ่งปันที่ไม่เป็นธรรม จากสภาพปัญหาต่างๆ ในปีพ.ศ. 2529 จึงมีนโยบายที่จะพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค จึงเกิดโครงการพัฒนาระบบบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค โดยมีกลวิธีหลักของโครงการ คือ

1. จัดสร้างเกณฑ์มาตรฐานการบริการ และสนับสนุนบริการให้ได้มาตรฐาน
2. จัดเครือข่ายบริการ (Health service Network) โดยจัดสถานบริการเป็นกลุ่มให้เกิดการเชื่อมโยงและเป็นกลไกให้เกิดความร่วมมือ ประสานงาน แบ่งปันเกื้อกูล ใช้ทรัพยากรร่วมกันในการพัฒนาการบริการ รวมทั้งกำกับพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชน
3. จัดองค์กรรองรับการพัฒนาและกระจายอำนาจให้เชื่อมโยงทุกระดับ
4. จัดระบบการบริหารทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาสถานบริการ

องค์ประกอบของพบส.

1. องค์กรพบส. ประกอบด้วย
- 1.1 องค์กรบริหารจากส่วนกลางและส่วนภูมิภาค



1.2 องค์การด้านวิชาการ ที่จะทำหน้าที่สนับสนุนวิชาการในแต่ละด้านให้แก่องค์กรบริหาร และสถานบริการทั้งในส่วนกลางและในส่วนภูมิภาค

1.3 องค์การผู้ปฏิบัติ ได้แก่ สถานบริการทุกระดับ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย

#### 2. กลุ่มเครือข่าย

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดตั้งกลุ่มเครือข่ายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 เพื่อการพัฒนาสถานบริการและรวมกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั่วประเทศ ทั้งหมด 19 เครือข่าย

#### 3. เกณฑ์มาตรฐาน

เกณฑ์มาตรฐานการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข (พบส.) หมายถึง กิจกรรมหรือผลการดำเนินงานของกิจกรรมที่กำหนดขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขอนุมัติให้ใช้เป็นเกณฑ์ในการเปรียบเทียบ เพื่อประเมินหรือวัดชี้วัดความสามารถ ประสิทธิภาพ และคุณภาพ การจัดบริการสาธารณสุขของสถานบริการระดับต่างๆ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยครั้งแรกมีการจัดทำในปีพ.ศ. 2529 จำนวน 10 เล่ม ต่อมา ได้มีการปรับปรุงอีก 2 ครั้ง ในปีพ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2538 โดยในปัจจุบันมีจำนวน 9 เล่ม ได้แก่

1. งานพัฒนาคลินิกบริการ
2. งานพัฒนาบริการพยาบาล
3. งานพัฒนาบริการทันตกรรม
4. งานบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
5. งานบริหารที่สนับสนุนบริการโดยตรง
6. งานบริการขั้นสูงสาธารณสุข
7. งานบริการระบบโครงสร้างของสถานบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค
8. งานเภสัชกรรม
9. กลุ่มงานบริการสาธารณสุขสำหรับสถานีอนามัย

#### 4. การแบ่งปันทรัพยากร

หมายถึง การให้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงมีการกำหนดกิจกรรม คือ

1. การพึ่งตนเอง (พบส1.) หมายถึง การนำทรัพยากรที่มีอยู่ในสถานบริการอาจเป็นงบประมาณปกติที่จัดสรรให้แล้ว หรือเงินบำรุง หรือเงินบริจาคมาใช้ในการพัฒนาสถานบริการของตนเอง

2. ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (พบส2.) หมายถึง การนำทรัพยากรที่มีอยู่ในสถานบริการช่วยเหลือแก่สถานบริการอื่นๆ ในรูปแบบต่างๆ เช่น ให้, ให้ยืม, แลกเปลี่ยน

3. การขอรับสนับสนุนจากหน่วยเหนือ (พบส3.) หมายถึง สถานบริการใดไม่สามารถจะใช้ทรัพยากรของตนเองหรือช่วยเหลือกันเองได้ จึงจำเป็นต้องขอรับการสนับสนุนจากส่วนกลางหรือหน่วยเหนือได้

### 3.2 กิจกรรม 5 ส.<sup>(23,24)</sup>

กิจกรรม 5 ส. คือ การจัดความเป็นระเบียบเรียบร้อยในสถานที่ทำงานอันเป็นปัจจัยพื้นฐานในการเพิ่มผลผลิต เพราะในกระบวนการดำเนินกิจกรรมนั้น มุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างต่อเนื่อง โดยเชื่อว่า มนุษย์จะพัฒนางานในองค์กรตนเองต่อไป ซึ่งแนวทางนี้เป็นแนวทางการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม ซึ่งองค์การต่างๆพยายามมุ่งเน้นมาตลอด

วัตถุประสงค์ของกิจกรรม 5 ส.

1. พัฒนาความคิดในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
2. สร้างทีมงานที่ดี โดยการให้ทุกคนมีส่วนร่วม
3. พัฒนาผู้บริหารและหัวหน้างาน โดยการฝึกความสามารถในการเป็นผู้นำ
4. เตรียมความพร้อมเพื่อการนำเทคโนโลยีด้านการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องที่ยาก

ขึ้นมาใช้

องค์ประกอบเพื่อความสำเร็จของกิจกรรม 5 ส

1. ความจริงจังของผู้บริหารระดับสูง
2. กิจกรรม 5 ส เริ่มต้นจากการอบรมให้ความรู้
3. การทำวงล้อ 5 ส อย่างต่อเนื่องเพื่อมาตรฐานที่สูงขึ้น
4. ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม 5 ส

กิจกรรม 5 ส มีดังนี้ คือ

1. สะสาง หมายถึง กระบวนการพิจารณาแยกแยะสิ่งที่ทำอยู่ว่าให้เกิดประโยชน์คุ้มค่าเพียงใด ถ้าไม่คุ้มค่าแต่พอมีประโยชน์ก็ค่อยๆปรับให้เกิดความคุ้มค่า เรียกว่าเป็นการเพิ่มมูลค่าให้กับองค์กร แต่ถ้ากิจกรรมนั้นไร้ประโยชน์ ก็ต้องตัดทิ้งไป

2. สะดวก หมายถึง กระบวนการพิจารณาสิ่งที่สะสางมาแล้ว นำมาจัดระเบียบใหม่ให้เกิดความสะดวกทั้งผู้ปฏิบัติ ผู้บริหาร และลูกค้าขององค์กร สะดวกที่ว่าต้องพิจารณาอย่าให้ขาดกระบวนการวิเคราะห์ที่สมเหตุสมผล

3. สะอาด หมายถึง กระบวนการที่องค์การต้องดำเนินการสำหรับทุกกิจกรรม

อย่างโปร่งใส ไม่มีการทุจริต ให้มีการคำนึงถึงจริยธรรมของบุคลากร จรรยาบรรณในการดำเนินธุรกิจหรือกิจการ รวมถึงความซื่อสัตย์ต่อลูกค้า

4. สุขลักษณะ หมายถึง ความตระหนักในเรื่องคุณภาพชีวิตของบุคลากรทุกคน ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคลากร การดูแลสภาพและสิ่งแวดล้อมในการทำงาน สุขอนามัยที่ดี ความปลอดภัยและการลดความเสี่ยงจากการทำงาน ให้บริการ หรือการผลิต

5. สร้างนิสัย หมายถึง กระบวนการที่ทำให้บุคลากรมีจิตสำนึกในทางที่ดี ที่สร้างสรรค์ เพื่อให้เกิดความมีวินัยที่ดีในตัวเอง จะเป็นหนทางนำองค์กร หน่วยงาน และตัวบุคลากรไปสู่ความสำเร็จพร้อมๆกัน

#### ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 5 ส

1. ประกาศเป็นนโยบายของหน่วยงาน
2. ให้การศึกษา อบรม อบรม แก่พนักงาน
3. จัดตั้งกรรมการ 5ส
4. ติดตั้งโปสเตอร์รณรงค์
5. จัดแบ่งและทำผังพื้นที่รับผิดชอบ
6. ถ่ายภาพสี, สไลด์ ก่อนการทำกิจกรรม
7. สำรวจพื้นที่รับผิดชอบ ตั้งหัวข้อในการปรับปรุง
8. ตรวจสอบ ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข
9. ตั้งมาตรฐาน 5 ส
10. มีการตรวจเช็คพื้นที่โดยผู้บริหารอยู่เสมอ
11. ถ่ายรูปสี, สไลด์ หลังการทำกิจกรรม
12. รายงานผลการดำเนินกิจกรรม
13. การประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง
14. การประกวดพื้นที่
15. การวัดผล

### 2.3 พฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ (Excellent Service Behavior)<sup>(19,25)</sup>

พฤติกรรมบริการเป็นรูปธรรมของมนุษย์สัมพันธ์ (กริยามารยาท ความกระตือรือร้น ความมีน้ำใจ การพูดจา สีนหน้าท่าทาง) ที่ผู้ให้บริการแสดงต่อผู้รับบริการตลอดกระบวนการทำงาน

พฤติกรรมสู่ความเป็นเลิศเป็นการอบรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการหรือรูปแบบของมนุษยสัมพันธ์ที่ดีของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่พึงปฏิบัติต่อผู้มารับบริการ เป็นการสร้างสำนักแห่งบริการและหล่อหลอมเข้าเป็นพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งจะทำให้ภาพรวมของคุณภาพบริการเป็นไปอย่างสมบูรณ์ เป็นการพัฒนาพฤติกรรมบริการให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ทั้งในด้านกิจกรรมบริการ ซึ่งได้แก่ เทคนิคบริการและพฤติกรรมบริการอันเกี่ยวกับมนุษยสัมพันธ์

โษษฐ์ วารักษ์ ได้กล่าวถึงบัญญัติ 6 ประการของพฤติกรรมบริการ ดังนี้

- 1.อย่าสนใจพฤติกรรมส่วนตัวของลูกค้ามากกว่าพฤติกรรมบริการของเรา
- 2.อย่านำพฤติกรรมส่วนตัวมาใช้เป็นพฤติกรรมบริการ
- 3.รับรู้การมาของลูกค้าอย่างรวดเร็วที่สุด
- 4.อย่าเล่นสนุกบนความเดือดร้อนของลูกค้า
- 5.เมื่อพบกับลูกค้า จงรีบใช้พฤติกรรมที่ดีของเรา ไปสร้างให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่ดี

กับลูกค้า

- 6.เมื่อบริการเกิดปัญหา จงรีบเสนอทางออกให้ลูกค้าให้มากและเร็วที่สุด

วัชรพล ภูนวล กล่าวถึงสูตร Service เพื่อการบริการที่ดีในบริการยุคใหม่ ดังนี้

S Service Concept	ถือเป็นหน้าที่ที่มีเกียรติน่าภูมิใจ
E Enthusiasm	มีความกระตือรือร้น
R Readiness & Rapidness	พร้อมและรวดเร็วทันใจ
V Values	มีคุณค่าสำหรับลูกค้า
I Impressive & Interesting	สร้างความประทับใจ
C Cleanliness	สะอาด
Correctiveness	ถูกต้องแม่นยำ
Courtesy	มีมิตรไมตรี
E Endurance	อดทน หรืออดกลั้น
Emotional control	ควรควบคุมอารมณ์อยู่เสมอ
S Sincerity	มีความจริงใจ
Smiling	ยิ้มแย้มแจ่มใสอยู่เสมอ

### 3.4 กิจกรรมพัฒนาองค์การ (Organization Development)<sup>(16,19,26,27)</sup>

Bennis กล่าวว่า การพัฒนาองค์การ คือ การตอบสนองอย่างหนึ่งต่อการเปลี่ยนแปลง เป็นกลยุทธ์ทางการศึกษาที่มีความซับซ้อนอย่างหนึ่ง ที่มีความมุ่งมั่นที่จะทำการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม และโครงสร้างขององค์การ เพื่อที่จะให้องค์การนั้นสามารถปรับตัวเข้ากับเทคโนโลยีใหม่ๆ การตลาด และสิ่งท้าทายทั้งหลาย และอัตราความซับซ้อนของการเปลี่ยนแปลงเองด้วย

Richard Beckhard ได้ให้ความหมายของการพัฒนาองค์การไว้ว่า เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย

- 1.โครงการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผน (Planned Change)
- 2.บังเกิดผลต่อระบบงานทั้งหมด (The Total System)
- 3.เป็นการบริหารงานจากเบื้องบน (Management From The Top)
- 4.มีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความเจริญก้าวหน้าขององค์การ

(Organization Effectiveness & Health)

- 5.บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ด้วยการใช้ความรู้ทางพฤติกรรมศาสตร์

ขั้นตอนการทำกิจกรรมพัฒนาองค์การมีดังนี้ คือ

1.การรวบรวมข้อมูล เป็นการค้นหาสภาพปัญหาในองค์กร เพื่อตรวจวินิจฉัยและกำหนดแนวกลยุทธ์ที่เหมาะสม โดยการสังเกต สัมภาษณ์ หรือใช้ แบบสอบถาม วิธีใดวิธีหนึ่งหรือร่วมกัน

2.การวินิจฉัยปัญหา โดยใช้เครื่องมือทางสถิติสรุปพฤติกรรมขององค์กรหาสาเหตุ และกำหนดเป้าหมายต่อไป

3.กำหนดยุทธวิธีหรือกำหนดสิ่งสอดแทรก ได้แก่การฝึกอบรม การใช้ตาข่ายการบริหาร การให้คำปรึกษาเชิงกระบวนการ การยุติข้อพิพาทโดยใช้ที่ปรึกษา การบริหารที่ยึดวัตถุประสงค์และผลงาน การพัฒนาการสร้างทีม เป็นต้น

4.การประเมินผล เพื่อรู้ว่าสิ่งสอดแทรกใดได้ผลดีที่สุด และจะได้ทราบความคืบหน้าของการพัฒนาองค์การและเสริมสร้างระเบียบวินัย ให้ประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้น

### 3.5 กิจกรรม คิว ซี (QC Circle)<sup>(19,28)</sup>

การควบคุมคุณภาพ (Quality Control) หมายความว่า การเฝ้าพิจารณาผลจากกระบวนการเพื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวังของลูกค้า ถ้าหากว่าผลการดำเนินการตามกระบวนการมิได้เป็นไปตามความคาดหวังที่ส่งผลให้ลูกค้าเกิดความไม่พอใจแล้วจะต้องค้นหาสาเหตุของความไม่พอใจดังกล่าวเพื่อจะแก้ไขให้ถูกต้อง

Quality Control Circle จึงหมายถึง การดำเนินกิจกรรมควบคุมคุณภาพภายในสถานที่ทำงานเดียวกันโดยสมัครใจ โดยมีการพัฒนาตนเองและพัฒนาซึ่งกันและกัน โดยความร่วมมือจากสมาชิกทุกคน ซึ่งทำงานในลักษณะของกลุ่มย่อยหรือบุคคลในแผนกงานเดียวกัน โดยใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์เพื่อแก้ปัญหา คือชุด เครื่องมือคิวซี 7 อย่าง ได้แก่ แผนภูมิความใกล้ชิด (Affinity Diagram) , แผนภูมิความสัมพันธ์ (relation Diagram) , แผนภูมิต้นไม้ (Tree Diagram) , ตาราง (Matrix) , แผนภูมิลูกศร (Arrow Diagram) , ผังลำดับการตัดสินใจอย่างมีกระบวนการ (Process Decision Program Chart) และการวิเคราะห์ข้อมูลขบวนการ จากเครื่องมือดังกล่าวนำมาใช้ในกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบโดยอาศัยหลักการของ Deming หรือ The Deming Cycle ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

- 1.การเตรียมแผนงาน (Plan)
- 2.การลงมือปฏิบัติ (Do)
- 3.การตรวจผลการปฏิบัติงาน (Check)
- 4.การปฏิบัติการใดๆที่เหมาะสมกับการตรวจสอบในผลการปฏิบัติงาน(ACT)

ซึ่งใน 4 ขั้นตอนจะต้องปฏิบัติต่อเนื่องกันไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด ซึ่งขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ดังกล่าว คือ

- 1.ตั้งกลุ่ม สมาชิกกลุ่มละประมาณ 3-10 คน
- 2.การประชุมระดมสมองเพื่อคัดเลือก
- 3.รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา โดยสำรวจสภาพก่อนแก้ปัญหาและนำเสนอข้อมูลด้วยกราฟจึงทำการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา
- 4.วางแผนและกำหนดวิธีการแก้ปัญหา
- 5.ลงมือแก้ปัญหา ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้
- 6.ตรวจสอบผลมีการตรวจสอบสภาพหลังแก้ปัญหาแล้วนำเสนอข้อมูลด้วยกราฟเปรียบเทียบผลก่อนและหลัง ถ้าไม่ได้ผลตามเป้าหมายต้องย้อนไปเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ (3) ถ้าได้ผลตามเป้าหมายให้ดำเนินการต่อไปใน (7)

7. ตั้งมาตรฐานการทำงาน มีการเขียนมาตรฐานการทำงานเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย

8. วางแผนติดตามผลและคิดเรื่องใหม่มาทำกิจกรรม

9. สรุปผลและจัดทำรายงาน

10. เสนอผลงาน

11. ลงมือทำกิจกรรมเรื่องใหม่

## 2.6 ระบบประกันคุณภาพ (Quality Assurance)<sup>(29,30)</sup>

การประกันคุณภาพหมายถึง กิจกรรมทั้งหลายที่ได้ที่การวางแผน (Quality Plan) ให้มีการปฏิบัติอย่างเป็นระบบเพื่อที่จะสร้างความมั่นใจให้เพียงพอว่าผลิตภัณฑ์หรือบริเวณนั้น จะสร้างความพอใจให้เกิดขึ้นได้จากการเป็นไปตามเกณฑ์กำหนดคุณภาพ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งได้ว่าการประกันคุณภาพต้องมีการวางแผนแล้ว ดำเนินการควบคุม (Quality Control) การปฏิบัติงานทั้งหลายให้เป็นไปตามแผนงานที่วางไว้ ดังนั้นปัจจัยหลักของการบรรลุถึงการประกันคุณภาพ คือ การวางแผน สร้างคุณภาพให้เกิดขึ้นในกระบวนการตั้งแต่เริ่มต้น แทนที่จะเป็นการตรวจจับความไม่เป็นไปตามกฎเกณฑ์ที่กำหนด ก่อนที่จะจบกระบวนการ ดังนั้นการป้องกันการไม่เป็นไปตามกฎเกณฑ์ที่กำหนดไม่ให้เกิดมีขึ้น จึงเป็นหลักของการประกันคุณภาพ และการวางแผน เพื่อการป้องกันไว้ในระบบประกันคุณภาพจะเป็นการสร้าง ความมั่นใจให้กับผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้ว่า จะได้รับสิ่งที่ต้องการนั้นได้อย่างแน่นอน โดยมากการประกันคุณภาพจะใช้กับสินค้าในวงการอุตสาหกรรม ส่วนทางการแพทย์และสาธารณสุขนั้น กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุขได้นำแนวคิดดังกล่าวมาปรับปรุงใช้ในการดำเนินงานควบคุมคุณภาพทางการพยาบาล โดยประยุกต์แนวคิดการประกันคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Nursing Quality Assurance & Quality Improvement) ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

1. การกำหนดมาตรฐานการพยาบาลหรือการวางแผน
2. การปฏิบัติตามมาตรฐานหรือระบบที่วางไว้
3. การวัดและประเมินคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
4. การแก้ไขปัญหา/ข้อบกพร่องทันทีที่พบและการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จากองค์ประกอบของการประกันคุณภาพทางการพยาบาล จึงได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานขึ้น ได้แก่

1. เพื่อก่อให้เกิดความมั่นใจว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยจะมีคุณภาพตามระดับที่คาดหวัง ภายใต้การใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมคุ้มค่า
2. เพื่อนำมาตรฐานการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ
3. เพื่อให้หน่วยงานมีกลไกในการค้นหาปัญหา ข้อบกพร่องหรือโอกาสในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
4. เพื่อให้หน่วยงานมีการวัดและประเมินคุณภาพของการดูแลและบริหารจัดการตามมาตรฐานหรือเกณฑ์ที่วัดที่กำหนดขึ้นอย่างต่อเนื่อง
5. เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ประกอบวิชาชีพตระหนักถึงความสำคัญ และมีส่วนร่วมในการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงาน
6. เพื่อสนับสนุนการทำงานแบบ Cross- Function ระหว่างแผนก/หน่วยบริการ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลและการปฏิบัติวิชาชีพ

### 3.7 กิจกรรม 3 S

หมายถึง กิจกรรมที่ให้ความสำคัญต่อการให้บริการสำหรับผู้มารับบริการ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บริการที่ดีอย่างเป็นรูปธรรม โดยสนใจกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการ 3 S ในกิจกรรมประกอบด้วย

1. Smile หมายถึง การให้บริการด้วยความยิ้มแย้มแจ่มใส
2. Smell หมายถึง การจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปราศจากกลิ่น
3. Surrounding หมายถึง การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมให้ดูสวยงาม

### 3.8 TQM/CQI (Total Quality Management/Continuous Quality Improvement)<sup>(16,31,32)</sup>

TQM หมายถึง ภาวะผูกพันขององค์การระยะยาวในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องให้เกิดขึ้น ณ ทุกจุด ในทุกขั้นตอนของการทำงานและการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของพนักงานทุกคน ทั้งนี้เพื่อสนองตอบต่อความต้องการและความคาดหวังที่เพิ่มมากขึ้นของประชาชนหรือลูกค้า

CQI หมายถึง การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาอย่างไม่สิ้นสุด ไม่หยุดยั้ง โดยพยายามที่จะทำให้อัตราดีขึ้นเรื่อยๆ และมุ่งตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าโดยการปรับปรุงกระบวนการทำงาน



โดยสรุป TQM และ CQI มักจะถูกใช้ควบคู่กันไป เนื่องจาก การปรับปรุงกระบวนการเพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้าอย่างต่อเนื่องนั้น จำเป็นต้องอาศัยการประสานพลังของผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารทั้งหมดขององค์กร

แนวคิดและหลักการสำคัญของการบริหารคุณภาพโดยรวม ในการพัฒนาบริการทางสาธารณสุข สรุปได้ดังนี้

1. การยึดมั่นในจุดมุ่งหมายขององค์กร (Constancy of Purpose) มีการดำเนินงานภายใต้พันธกิจที่วางไว้ มีการสร้างวิสัยทัศน์และแผนกลยุทธ์เพื่อความสำเร็จในระยะยาว ยึดมั่นในจุดมุ่งหมายขององค์กร ช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีทิศทาง
2. คุณภาพอยู่เหนือสิ่งอื่นใด (Quality First) การตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าได้ตามที่คาดหวังหรือมากกว่าที่คาดหวัง ด้วยระดับต้นทุนและค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผล ให้บริการโดยไร้ข้อบกพร่อง (Zero Defect)
3. การมุ่งให้ความสำคัญกับลูกค้า (Customer Focus) นอกจากจะให้บริการตามมาตรฐานวิชาการ แล้วยังต้องให้บริการที่มีคุณภาพตอบสนองความต้องการทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยจะต้องทราบว่าใครคือลูกค้าคืออะไร มีความพึงพอใจ และได้ประโยชน์อย่างเต็มที่จากบริการหรือไม่
4. การให้ความสำคัญกับกระบวนการหรือระบบของการให้บริการ (Process or system Orientation) การปรับปรุงคุณภาพต้องอาศัยการปรับปรุงการให้บริการ (Process) เพื่อลดข้อผิดพลาดต่างๆ คุณภาพของผลที่ได้(Out Come) ขึ้นอยู่กับกระบวนการ
5. ความมุ่งมั่นของผู้นำองค์กร (Leadership Commitment) ผู้นำมีอิทธิพลอย่างมากในการสร้างวัฒนธรรมองค์กร การวางวิสัยทัศน์ และกำหนดทิศทางของกระบวนการบริหารคุณภาพโดยรวม การสร้างความเปลี่ยนแปลงใดๆในองค์กร มีโอกาสสำเร็จมากกว่าหากผู้บริหารเข้ามาเกี่ยวข้องโดยตรง
6. การจัดการข้ามหน้าที่และการทำงานเป็นทีม (Cross - Function Management and Teamwork) การปรับปรุงคุณภาพต้องทำในระดับทั้งองค์กร ซึ่งจำเป็นต้องมีระบบการบริหารจัดการข้ามหน้าที่ที่จะส่งเสริมการประสานงาน การทำงานเป็นทีมและการสร้างเป้าหมายในระดับองค์กรร่วมกัน
7. การกระจายอำนาจและให้อิสระแก่ผู้ปฏิบัติ(Worker Empowerment) แม้แนวคิดการบริหารคุณภาพโดยรวมจะเป็นแบบ Top - Down แต่ให้ความสำคัญกับการให้อำนาจแก่ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ที่ปรับปรุงคุณภาพของกระบวนการนั้นๆ โดยการให้อิสระและสนับสนุนจากผู้บริหารและได้รับความรู้ทักษะ ตลอดจนเครื่องมือต่างๆ อย่างเพียงพอ

8. การให้การศึกษาศึกษาและฝึกฝน (Education and training) การถ่ายทอดวิธีการแก่ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อบรรลุถึงเป้าหมายทั้งทางด้านเทคนิคและการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เป็นการลงทุนที่สำคัญขององค์กร

9. การจัดการโดยอาศัยข้อเท็จจริง การใช้สถิติและความเข้าใจต่อความแปรปรวน (Management by fact, Use of Statistics and Understanding of Variation) เป็นการบริหารจัดการโดยอาศัยข้อเท็จจริงและข้อมูลเพื่อการเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ ในทุกขั้นตอนของการแก้ปัญหาตามหลักวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific Methods)

10. การเรียนรู้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Learning and Continuous Improvement) ความสำเร็จขององค์กรในระยะทางอยู่ที่การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การปรับปรุงคุณภาพบริการเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในองค์กร เป็นการเรียนรู้จากการทำงานไม่ใช่ความพยายามจับผิด ทำได้อย่างต่อเนื่อง

11. การสร้างสัมพันธ์ไมตรีกับผู้จัดส่งผลิตภัณฑ์ (Supplier Partnership) มีส่วนสำคัญที่ทำให้คุณภาพดีขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีการสื่อสารที่ดีแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ลดความล่าช้าในการให้บริการและค่าใช้จ่ายอื่นๆของหน่วยงาน

ปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ TQM/CQI ประสบความสำเร็จ

1. การที่เจ้าหน้าที่ทุกคนเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือ
2. การที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนจริงจัง
3. การฝึกอบรมความรู้ความเข้าใจเรื่อง TQM/CQI
4. เงินทุนและทรัพยากร
5. การสร้างแรงจูงใจ, กำลังใจ และผลตอบแทนให้กับผู้ปฏิบัติงาน

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรม TQM/CQI

1. การเปลี่ยนแปลงตัวผู้บริหารและผู้ประสานงานของโรงพยาบาล
2. ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและขั้นตอนรวมถึงเทคนิคเครื่องมือจากเจ้าหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรม เช่น การตอบสนองความต้องการของลูกค้า
3. ระบบแรงจูงใจที่ไม่เอื้ออำนวยและภาระงานที่เพิ่มขึ้นเมื่อมีการพัฒนาคุณภาพไปแล้ว
4. โครงสร้างของการบริหารงานคุณภาพในโรงพยาบาลยังไม่เอื้ออำนวยที่จะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมทั้งองค์กร และเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง

5.วัฒนธรรมองค์กร ที่เน้นการควบคุมสั่งการจากหัวหน้าไม่เกื้อหนุนต่อการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์และการทดลองความคิดใหม่ๆ

### 3.9 การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation หรือ HA)<sup>(15,33,34)</sup>

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หมายถึง กลไกกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบ โดยมีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอน คือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินคุณภาพ และการรับรองคุณภาพ

การพัฒนาและรับรองคุณภาพของโรงพยาบาลเริ่มด้วยการกำหนดเป้าหมายและประเด็นสำคัญในภาพใหญ่ กระจายให้ทุกหน่วยงานค้นหาความเสี่ยงและโอกาสพัฒนา สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาและธำรงรักษาระบบงานที่ดีในทุกหน่วยงาน ประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาและเปรียบเทียบกับมาตรฐานโรงพยาบาลและเตรียมตัวเพื่อรับการตรวจเยี่ยมสำรวจจากภายนอก และใช้ผลการเยี่ยมสำรวจเพื่อกระตุ้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดพื้นฐานสำคัญของ HA คือ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) กิจกรรมต่างๆ จึงถูกออกแบบมาเพื่อให้เกิด CQI เช่น การมีเป้าหมาย การค้นหาความเสี่ยง และโอกาสพัฒนา การประเมินตนเอง การเยี่ยมสำรวจ

#### เป้าหมายของการรับรองคุณภาพ

- 1.การกระตุ้นให้โรงพยาบาลเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- 2.การสร้างควมรับผิดชอบต่อสังคม (Social Accountability) ซึ่งโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนจะต้องแสดงออกเพื่อให้สังคมมีความมั่นใจต่อระบบบริการของโรงพยาบาลด้วยการยินยอมให้องค์กรภายนอกซึ่งมีความรู้ ความเข้าใจระบบการดูแลผู้ป่วยเข้าไปประเมินตามกรอบที่ตกลงร่วมกัน
- 3.การให้ข้อมูลข่าวสาร เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริโภค
- 4.การสร้างสังคมแห่งการเรียนรู้ โดยการที่ผู้บริหารและผู้ประกอบวิชาชีพของโรงพยาบาลต่างๆ ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและผู้ประเมินในลักษณะของอาสาสมัคร

กรอบมาตรฐานที่ใช้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนานิกเชก โดยมีข้อกำหนดมาตรฐานแบ่งไว้เป็น 5 ตอน ได้แก่ การนำองค์กร,มาตรฐานร่วม,การบริหารระดับองค์กร,บริการทางคลินิก และบริการสนับสนุนอื่นๆ ซึ่งต่อมากำหนดการเป็น 6 หมวด 20 ข้อ ดังนี้

หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ การนำองค์กร และทิศทางนโยบาย

หมวดที่ 2 ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ได้แก่ การบริหารทรัพยากรและประสานบริการ, ทรัพยากรบุคคล, สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย, เครื่องมือ, ระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล

หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ ได้แก่ กระบวนการคุณภาพทั่วไป, กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

หมวดที่ 4 การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ได้แก่ องค์กรแพทย์ และการบริหารการพยาบาล

หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

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

### 3.10 ISO 9000<sup>(35)</sup>

ISO 9000 เป็นระบบคุณภาพซึ่งพัฒนาให้ก้าวหน้าไปกว่าการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ (Acceptance Inspection) มาสู่ระบบประกันคุณภาพซึ่งประกอบด้วยกำหนดมาตรฐานการทำงานหรือคุณลักษณะเฉพาะของผลิตภัณฑ์ การตรวจสอบสิ่งที่ไม่เป็นไปตามข้อกำหนดหรือความคาดหวัง การแก้ไขหรือป้องกันปัญหา โดยเน้นให้ครอบคลุมตลอดวงจรชีวิตของผลิตภัณฑ์ ตั้งแต่เริ่มต้นจนลูกค้าได้สินค้า

#### เป้าหมาย

1. ในมุมมองของผู้รับผลงาน/ลูกค้า การที่มีองค์กรที่ 3 เข้ามาตรวจสอบและรับรอง ทำให้ลดความจำเป็นที่ลูกค้าจะต้องไปตรวจสอบด้วยตนเอง

2. ในมุมมองของผู้ส่งมอบหรือเจ้าของธุรกิจ เป้าหมายของการนำ ISO มาใช้ ได้แก่

2.1 เพื่อนำระบบบริหารคุณภาพเข้ามาปฏิบัติสำหรับเป็นพื้นฐานไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2.2 เป็นความกดดันจากผู้รับผลงาน/ลูกค้า

2.3 คู่แข่งขันประสบความสำเร็จในการขอรับรอง ISO 9000 ทำให้ต้องการปรับปรุงภาพลักษณ์ขององค์กร

2.4 เพื่อลดความเสี่ยงจากการเรียกร้องค่าเสียหาย

3. ในมุมมองของรัฐสภา เป้าหมายการนำ ISO 9000 มาใช้คือ การเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของประเทศ

มาตรฐาน ISO ฉบับปี 2000 ได้ยุบรวม ISO 9001/9002/9003 ให้เหลือเพียง ISO 9001 เท่านั้น มาตรฐานจะสอดคล้องกับวงจรการพัฒนาคุณภาพ Plan – Do – Check – Act เหมือนกับที่ใช้ใน ISO 14000 จากข้อกำหนด 20 ข้อใน ISO 9001:1994 จะเหลือเพียง 4 ข้อซึ่งเป็นหมวดหมู่และทำความเข้าใจได้ง่ายขึ้นได้แก่

1. ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหาร ได้แก่ การกำหนดนโยบายคุณภาพ, วัตถุประสงค์และการวางแผน, ระบบบริหารคุณภาพ

2. การบริหารทรัพยากร ได้แก่ ทรัพยากรบุคคล, สารสนเทศ, โครงสร้างพื้นฐาน, สิ่งแวดล้อมในการทำงาน

3. การบริหารกระบวนการ ได้แก่ การสร้างความมั่นใจว่าผลผลิตและบริการสอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า

4. การวัด วิเคราะห์ แก้ไข ป้องกัน และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สิ่งที่เพิ่มเติมขึ้นมาได้แก่ การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง, ความสัมพันธ์กับลูกค้าและการบริหารทรัพยากร

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ISO 9000 ในโรงพยาบาล

1. ฝ่ายบริหารแสดงความมุ่งมั่นในการจัดทำระบบคุณภาพ
2. แต่งตั้ง QMR และ Steering Team
3. กำหนดเป้าหมายคุณภาพ
4. ทบทวนระบบงานเดิมที่มีอยู่
5. กำหนดระบบงานใหม่ให้สอดคล้องกับระบบมาตรฐาน
6. จัดทำเอกสารคุณภาพ
7. วิเคราะห์หาความต้องการในการฝึกอบรม
8. ฝึกอบรม
9. ปฏิบัติตามระบบคุณภาพ
10. ตรวจสอบคุณภาพภายใน

11. ประชุมทบทวนฝ่ายบริหาร
12. ปรับปรุงระบบที่ยังบกพร่อง
13. ขอการรับรองมาตรฐาน

### 3.11 ISO 14001<sup>(36,37)</sup>

มาตรฐาน ISO 14001 เป็นมาตรฐานการจัดการสิ่งแวดล้อม (Environment Management Standards) ที่พัฒนาขึ้นมาโดยคณะกรรมการด้านเทคนิค 207 (Technical Committee, TC207) แห่งองค์การระหว่างประเทศว่าด้วยการมาตรฐาน (International Organization for Standardization, ISO) เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ.2539 เพื่อให้องค์กรต่างๆ มีระบบในการรักษา ควบคุม และปรับปรุงคุณภาพของสิ่งแวดล้อม รวมทั้งป้องกันสุขภาพของมนุษย์ (Human Health) โดยมีการวางแผนและกำหนดแนวทางในการดำเนินงานที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันและลดมลพิษที่ต้นเหตุ ด้วยการมุ่งความสนใจไปที่ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (Environment Impacts) ซึ่งเกิดจากกิจกรรม กระบวนการ ผลิตภัณฑ์และบริการต่างๆ ขององค์กร นับตั้งแต่ขั้นตอนการได้มาของวัตถุดิบ การออกแบบ การวิจัยและพัฒนา การผลิต การส่งมอบ การนำไปใช้ งานที่ได้ตามวัตถุประสงค์ การนำกลับมาใช้ใหม่ การนำกลับมาใช้ซ้ำในจุดที่สามารถทำได้ การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และเลี่ยงการใช้สารเคมีที่อันตราย ซึ่งถือว่าเป็นระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดี และมีประสิทธิภาพมากกว่าการปล่อยให้มลพิษเกิดขึ้นแล้วจึงค่อยมาคิดถึงการบำบัดที่เปลืองทั้งทรัพยากรและค่าใช้จ่าย

#### หลักการของ ISO 14001

1. นโยบายด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental Policy) การกำหนดนโยบายของผู้บริหารระดับสูงและการประสานการจัดการให้มีผลในรูปธรรม โดยผู้บริหารต้องให้คำมั่นสัญญาในการกำหนดนโยบาย (Management Commitment) หลีกเลี่ยงหรือลดการเกิดมลพิษและการดำเนินการที่คำนึงถึงสภาพแวดล้อม และผลกระทบที่เกิดขึ้น
2. การจัดทำแผนดำเนินการ (Planning) ให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายตามที่กำหนดไว้เป็นการวิเคราะห์และระบุลักษณะของปัญหาผลกระทบสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น
3. การนำแผนงานสู่การปฏิบัติ (Implementation and Operation) เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลที่ตั้งไว้

4. การตรวจสอบและการแก้ไข (Checking and Corrective Action) เพื่อเป็นการวัดและประเมินผลการดำเนินและหามาตรฐานการปรับปรุงแก้ไข จะประกอบด้วย การตรวจสอบและวัดผลอย่างต่อเนื่อง การแก้ไขข้อผิดพลาด และการบันทึกผล

5. การทบทวนการจัดการ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงที่มีความต่อเนื่อง ผู้บริหารระดับสูงจะต้องกำหนดช่วงเวลาในการทบทวน โดยการทบทวนจัดการจะต้องคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นต่อนโยบาย วัตถุประสงค์และข้อกำหนดต่างๆของระบบ

### 3.12 ISO/IEC Guide(17025)<sup>(38)</sup>

ISO (International Organization for Standardization) และ IEC (International Electrochemical Commission) ได้ร่วมกันวางระบบนี้ขึ้น จากการร้องขอของ ILAC (International Laboratory Accreditation Council) ในการประชุมที่ Auckland (New Zealand) เมื่อปี 1988 และได้มีการปรับปรุงใหม่ในปี 1990 ซึ่งได้ใช้จนถึงปัจจุบัน โดยขณะนี้มีการปรับปรุงใหม่เป็น ISO 17025 ซึ่งจะรวมระบบ ISO 9000 เข้าไว้ด้วย โดยมีข้อกำหนดทั่วไปว่าด้วยความสามารถของห้องปฏิบัติการสอบเทียบ และห้องปฏิบัติการทดสอบ จะเป็นพื้นฐานของระบบคุณภาพของห้องปฏิบัติการทั่วไป มีข้อกำหนดต่างๆ อันจะประกอบด้วย ด้านบริหาร และวิชาการ จำนวน 13 ข้อ คือ

1. องค์กรและการบริหาร
2. ระบบคุณภาพ การตรวจติดตาม และทบทวน
3. บุคลากร
4. สถานที่และภาวะแวดล้อม
5. เครื่องมือและวัสดุอ้างอิง
6. ความสอบกลับได้ ของการวัด และการสอบเทียบ
7. วิธีสอบเทียบ และวิธีทดสอบ
8. การจัดการตัวอย่าง
9. การบันทึก
10. ไบร่รับรองและรายงานผล
11. การรับเหมาช่วงการทดสอบ หรือทดสอบ
12. การจัดซื้อและการให้บริการภายนอก
13. ข้อร้องเรียน

### 3.13 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ<sup>(39,40)</sup>

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการระดมทรัพยากรมนุษย์และทรัพยากรอื่นๆ เพื่อเอื้อในการสร้างขีดความสามารถให้ประชาชนในการควบคุมปัจจัยที่จะก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บ และพัฒนาให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งกาย ใจ และสังคม เพื่อใช้ความมีสุขภาพดีเป็นต้นทุน ในการดำเนินชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป การส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในงานด้านสาธารณสุขเพียงภาคเดียว

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หมายถึงโรงพยาบาลที่ผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาลได้ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง นโยบาย ตลอดจนจัดระบบบริหารจัดการ ให้มีกิจกรรมหรือกระบวนการด้านการส่งเสริมสุขภาพ สอดแทรกในทุกโอกาสหรือพยายามจัดหาช่องทางให้มีกิจกรรม หรือกระบวนการด้านการส่งเสริมสุขภาพให้เกิดขึ้น ไม่เพียงต่อผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการหลัก ยังขยายฐานไปยังญาติ เพื่อน หรือบุคคลผู้สนใจ ที่ได้มีโอกาสเข้าไปในโรงพยาบาล ซึ่งถือได้ว่าเป็นผู้รู้ ผู้ดำเนินการและน่าจะเป็นแบบอย่างที่ดีในการส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อม ตลอดจนจนถึงการให้การดูแลผู้รับบริการในลักษณะองค์รวมที่เปี่ยมด้วยคุณภาพ

องค์ประกอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

1. มีความมุ่งมั่น และมีนโยบายที่ชัดเจนที่จะมุ่งสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

2. จัดการอบรมให้บุคลากรทราบแนวคิดและวิธีการ โดยเนื้อหาการอบรม

สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายในโรงพยาบาล

3. สร้างหรือปรับระบบบริหารจัดการ หรือการพัฒนาองค์กร (Organization Development) เพื่อดำเนินการตามนโยบาย และความมุ่งมั่นสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ส่วนที่สำคัญที่สุด คือ จะต้องสร้างการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง (Active Participation) จากบุคลากรทุกระดับที่เกี่ยวข้องในแต่ละกิจกรรม หรือแต่ละโครงการ เพื่อให้การดำเนินการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีชีวิตชีวาและยั่งยืน (Life and Sustain)

4. นอกเหนือจากการให้บริการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นหลักแต่เดิม โรงพยาบาลจะต้องปรับเปลี่ยนบริการ โดยมุ่งเน้นในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคมากขึ้น จัดดำเนินการองค์กรให้มีลักษณะองค์กรเพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ด้านสุขภาพ

5. จะต้องดำเนินการให้บริการ โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Client Center) ซึ่งจะรวมถึงการบริการด้วยคุณภาพ การให้ความเสมอภาคในการบริการ การคำนึงถึงสิทธิและเกียรติภูมิผู้รับบริการจะต้องให้บริการภายใต้จรรยาบรรณทางวิชาชีพ และการดูแลผู้ป่วยแบบ



### องค์รวม (Holistic Care)

6. การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลด้านสุขภาพ นอกจากจะจัดให้กับกลุ่มเป้าหมายที่ผู้ป่วยแล้ว จะต้องขยายไปสู่ญาติมิตรผู้ป่วย และที่สำคัญที่สุด คือ บุคลากรของโรงพยาบาล

7. จะต้องใช้กลวิธีที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ในการสร้างขีดความสามารถหรือพลังอำนาจ (Empower) แก่กลุ่มเป้าหมายทั้งหมด เช่น การให้ศึกษา การให้คำปรึกษา ฯลฯ

8. จะต้องดำเนินการสร้างและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคม เพื่อเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการมีสุขภาพดีของผู้ป่วย ญาติมิตร และบุคลากรของโรงพยาบาล

9. ดำเนินการโดยยึดถือการจัดสรร และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพ โดยมีระบบข้อมูลเพื่อการบริหารอย่างพร้อมมูล

10. ประสานร่วมมือกับองค์กรทางการแพทย์ หรือองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งชุมชนในการดำเนินการด้านดูแลสุขภาพ

3.14 การพัฒนาระบบมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลของงานภาครัฐ (Thailand International Public Sector Standard Management System and Outcomes)<sup>(41)</sup>

#### วัตถุประสงค์

การจัดทำมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลของงานภาครัฐ จะมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์รวมของภาคราชการทั้งระบบ และเน้นให้ทุกหน่วยงานราชการของภาครัฐ พัฒนามาตรฐานทางผลลัพธ์โดยมีเป้าหมายเป็นผลลัพธ์เชิงสัมฤทธิ์ที่บั่นปลาย โดยเฉพาะในเรื่องของความเสมอภาค ความเป็นธรรม ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน สิทธิและเสรีภาพ ความทั่วถึงในการให้บริการ ความพึงพอใจของประชาชน ประสิทธิภาพของหน่วยราชการ ความประหยัด ความถูกต้อง การรักษาผลประโยชน์ของสาธารณะ ความผาสุก คุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม ในฐานะเป็นผลรวมของการพัฒนาประเทศ โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานและตัวชี้วัดผลของการปฏิบัติงานด้วย

การดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายภาคราชการ ซึ่งเน้นผลลัพธ์ขั้นปลาย (Ultimate Outcomes) จะดำเนินการพัฒนามาตรฐานสัมฤทธิ์ผลของการปฏิบัติงาน (Standard Achievement Outcomes) ซึ่งประกอบไปด้วย

1. ผลงาน/ผลผลิต (Performance/Output) ที่เป็นมาตรฐานของหน่วยงาน
2. ผลลัพธ์ (Outcomes) ที่เป็นมาตรฐานของหน่วยงาน
3. ผลลัพธ์ขั้นปลาย (Ultimate Outcomes)
4. ระบบป้องกันผลลัพธ์ขั้นปลายที่ไม่พึงปรารถนา (Prevention System of Unintended Consequences)

มาตรฐานด้านการจัดการ (Standard of Management System)

1. ระบบข้อมูล
2. ระบบการสื่อสาร
3. ระบบการตัดสินใจ
4. ระบบการพัฒนาบุคลากร
5. ระบบตรวจสอบถ่วงดุล
6. ระบบการมีส่วนร่วม
7. ระบบการบริการภาคเอกชน ประชาชน
8. ระบบการประเมินผล
9. ระบบการคาดคะเนและแก้ไขวิกฤติ
10. ระบบวัฒนธรรมและจรรยาวิชาชีพ

มาตรฐานด้านสัมฤทธิ์ผลของการปฏิบัติงาน (Standard Achievement Outcomes)

เป้าหมายภาคราชการเน้นผลลัพธ์ขั้นปลาย (Ultimate Outcomes) 10 ประการ

1. ความเสมอภาคในการบริการ
2. ความเป็นธรรมในการบริการ
3. ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน
4. สิทธิเสรีภาพของประชาชน
5. ความทั่วถึง
6. ความพึงพอใจของประชาชนในฐานะลูกค้า

- 7.ประสิทธิภาพของหน่วยงานที่ให้บริการ
- 8.ความประหยัด ทั้งของภาครัฐราชการ และประชาชนผู้รับบริการ
- 9.คุณภาพและความถูกต้องของการบริการและเอกสารที่เกี่ยวข้อง
- 10.การรักษาผลประโยชน์สาธารณะ,ความผาสุก,คุณภาพชีวิตของประชาชน

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

องอาจ วิพุทธศิริ และคณะ(2539)<sup>(42)</sup> ได้ศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วย TQM ในโรงพยาบาลนำร่อง 8 แห่ง พบว่าในกลุ่มโรงพยาบาลที่มีความก้าวหน้าเร็ว จำนวน 2 แห่ง จะมีปัจจัยที่ส่งผลคือความมุ่งมั่นและความต่อเนื่องของผู้นำ และปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จคือ การเห็นความสำคัญและการมีส่วนร่วมของบุคลากร การมีผู้บริหารที่เห็นความสำคัญและสนับสนุนอย่างจริงจังและการฝึกอบรม TQM

ตาทิพย์ สฐิตพงษ์พานิช(2539)<sup>(43)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีความรู้เกี่ยวกับการบริหารคุณภาพโดยรวมระดับปานกลาง มีเจตคติต่อการบริหารคุณภาพโดยรวมระดับสูง และพบว่าอายุราชการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ )

วรางคณา ผลประเสริฐ (2541)<sup>(44)</sup> ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสัมฤทธิ์ผลของการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2539-2540 โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 975 คน ซึ่งเป็น ประธาน เลขาธิการ และสมาชิกกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน พบว่า สัมฤทธิ์ผลของการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์กับปัจจัยลักษณะประชากร ปัจจัยด้านความพร้อมขององค์กร และปัจจัยที่สามารถทำนายสัมฤทธิ์ผลของการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพ เรียงตามความสำคัญ ได้แก่ การให้การยอมรับ การแสดงความคิดเห็น รางวัลตอบแทนภายนอก ระดับการศึกษา การเลือกปัญหา โดยมีอุปสรรคในการทำกิจกรรมคือ ความไม่ต่อเนื่องในการอบรม

ปัทมา ยิ้มพงศ์ (2542)<sup>(45)</sup> ได้ศึกษา พฤติกรรมผู้นำ บรรยากาศองค์การที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 253 คน คือ ประธาน เลขาธิการ และสมาชิกกลุ่มกิจกรรมคุณภาพ พบว่า อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง การมีส่วนร่วม ทักษะคนคิด พฤติกรรมผู้นำ บรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการบริหารคุณภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ผู้นำ

ควรตระหนักถึงการสร้างเจตคติที่ดีต่อการบริหารคุณภาพโดยรวมแก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล รวมทั้งเตรียมความพร้อมองค์การ สร้างบรรยากาศองค์การให้เหมาะสมเอื้อต่อการนำการบริหารคุณภาพโดยรวมมาดำเนินการ

สุดารัตน์ แก้วกาญจนารัตน์ (2542)<sup>(46)</sup> ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการดำเนินงานบริหารคุณภาพทั้งองค์การของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลมีความพึงพอใจในการดำเนินงานการบริหารเพื่อคุณภาพทั้งองค์การโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยทำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพเรื่อง 5 ส.มากที่สุด และตัวแปรที่สามารถทำนายความพึงพอใจในการดำเนินงาน ได้แก่ สภาพการทำงาน ความสำเร็จของงาน การยอมรับนับถือ การปกครองบังคับบัญชา ความก้าวหน้า นโยบายและการบริหารงาน

บุษรินทร์ ทิธี (2542)<sup>(47)</sup> ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการประกันคุณภาพการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลในโรงพยาบาลที่ทดลองใช้กระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเขตภาคกลาง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับการประกันคุณภาพการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง ความรู้ เจตคติ ปัจจัยด้านระบบสังคม การมีส่วนร่วม และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการประกันคุณภาพการพยาบาล

ผาสุข อยู่ละ (2542)<sup>(48)</sup> ได้ศึกษา ระดับความพร้อมของนักวิชาการสาธารณสุขในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป พบว่า นักวิชาการสาธารณสุขมีความพร้อมในการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพบริการระดับปานกลาง มีความรู้เรื่องงานพัฒนาคุณภาพบริการระดับปานกลาง และมีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานระดับปานกลาง

สายสมร กลยณี (2543)<sup>(49)</sup> ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ กับการปฏิบัติตามบทบาทในการพัฒนาคุณภาพบริการของเจ้าหน้าที่พยาบาล ในโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีประชากรตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล จำนวน 354 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีการปฏิบัติตามบทบาทในการพัฒนาคุณภาพบริการในระดับสูง ส่วนปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารควรมีการสนับสนุนให้มีการฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับอย่างทั่วถึงและมีการตรวจสอบคุณภาพการปฏิบัติงานอยู่เสมอ

วรรณดี ศุภวงศานนท์ (2543)<sup>(50)</sup> ได้ศึกษา กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่เคยทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพหลายประเภท ได้แก่ 5ส, พบส, ESB, OD, QC, QA, HA และพบว่าขนาดโรงพยาบาล

และจำนวนบุคลากร ไม่มีความสัมพันธ์กับการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลส่วนใหญ่(มากกว่าร้อยละ 50) มีกระบวนการ/การปฏิบัติเห็นผลชัดเจนเกี่ยวกับการนำองค์กรและการบริหารการพยาบาล โรงพยาบาลหลายแห่งมีปัญหายุ่งยากในระดับปานกลาง โดยเป็นปัญหาเกี่ยวกับด้านทรัพยากรและการจัดการ

Georges Maguerez และคณะ (2544)<sup>(51)</sup> ได้ศึกษา การประเมิน 60 โครงการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลของประเทศฝรั่งเศส โครงการประเมินรับผิดชอบโดยสถาบันประเมินและรับรองคุณภาพของประเทศฝรั่งเศส(ANAES) โครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องมีขึ้น 2 ช่วง คือ ปี 1995 และ ปี 1996 โดยคณะกรรมการได้เลือก 64 โครงการ จาก 483 โครงการ โดยโครงการในช่วงแรกจะเป็นในเรื่องความปลอดภัยและช่วงที่สองจะเป็นในเรื่องของผู้รับบริการ ในโครงการต่างๆจะมีการใส่ กระบวนการ Plan – Do – Check – Act การประเมินมีการวัดความสำเร็จของงาน การขยายโครงการ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ โดยการใช้แบบสอบถาม พบว่า มี 4 โครงการที่ไม่มีความต่อเนื่องในงาน การใช้กลยุทธ์ CQI มีการขยายตัวและได้รับการสนับสนุนมากขึ้นจากร้อยละ 81 เป็นร้อยละ 88 การอบรมมีเพิ่มจากร้อยละ 59 เป็นร้อยละ 80 ส่วนการกระจายงบประมาณเพิ่มจากร้อยละ 61 เป็นร้อยละ 65 ส่วนทัศนคติในบุคลากรของแต่ละโครงการมีไม่เกินร้อยละ 75 ANAES ได้สรุปประเด็นที่จะทำ CQI ให้สำเร็จกับโรงพยาบาลที่เข้าโครงการและประเด็นต่างๆที่จะช่วยให้ทางโรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ