



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วรวบรวมข้อมูลที่ได้ค้นคว้ามาสรุปสาระสำคัญ ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์และใช้ประกอบการวิจัยใน ครั้งนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยลำดับเนื้อหาการนำเสนอเป็นหัวข้อ ดังนี้

1. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ
2. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาล
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพบริการ

คุณภาพบริการ

ความหมายของคุณภาพ

พจนานุกรม เวบสเตอร์⁽¹⁰⁾ ให้ความหมายของคุณภาพว่า หมายถึง ระดับความเป็นเลิศ หรือดีกว่าสิ่งอื่น

Juran⁽¹¹⁾ (อ้างในจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ) ได้ให้ความหมายของคุณภาพว่า เหมาะสมในการใช้ประโยชน์หรือคุณค่าของผลิตภัณฑ์ หรือบริการที่ตรงตามความต้องการของผู้ใช้

Crosby⁽¹¹⁾ (อ้างในจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ) ได้ให้ความหมายของคุณภาพว่า ความสอดคล้องกับความต้องการ

Fiegenbaum⁽¹¹⁾ (อ้างในจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ) ให้ความหมายของคุณภาพว่า คือ ความสามารถที่จะผลิตให้ผลผลิตนั้นตรงกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ด้วยต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ต่ำสุด

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล⁽¹⁾ ได้ให้ความหมายของคุณภาพว่า การทำตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการ (Need) ของผู้ป่วยและลูกค้า

ความหมายของคุณภาพบริการ

Parasuraman และคณะ⁽¹²⁾ ได้กล่าวว่า คุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้รับบริการ เป็นผลที่เกิดจากการเปรียบเทียบความคาดหวังกับสิ่งที่ได้รับจากสินค้าหรือบริการนั้น และการบริการ จะมีคุณภาพเมื่อได้รับในสิ่งที่ได้คาดหวังไว้

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์⁽¹³⁾ ได้ให้ความหมายของคุณภาพบริการว่า เป็นความสามารถในการตอบสนอง ความต้องการของผู้มารับบริการ ซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์จากสินค้าหรือบริการนั้นๆ และประเมิน ว่าบริการนั้นเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่

นอกจากนี้ ความหมายของคุณภาพบริการสุขภาพในมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพและ มุมมองของผู้รับบริการ อาจมีความแตกต่างกันทั้ง คือ

- ในมุมมองของผู้ประกอบวิชาชีพ คุณภาพ คือ การปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดไว้และ ความสม่ำเสมอ

- ในมุมมองของผู้ใช้ประโยชน์ คุณภาพ คือการตอบสนองความต้องการ(Need) และความ คาดหวัง(Expectation) หรือเกินเลยความคาดหวังของลูกค้า

ความหมายคุณภาพที่มีความสมดุลย์ทั้ง 2 ฝ่าย คือ เป็นการสิ่งที่ถูกต้องตั้งแต่เริ่มแรกเพื่อ การแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของลูกค้าโดยอยู่บนพื้นฐานมาตรฐานวิชาชีพ⁽¹⁴⁾

ดังนั้น อาจสรุปได้ว่า คุณภาพบริการ คือ ความสามารถในการตอบสนองที่สอดคล้องตาม ความต้องการของผู้มารับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจโดยเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ และสามารถประเมินได้

การพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement)

มีผู้ได้ให้ความหมายของการพัฒนาคุณภาพ (Quality Improvement)ไว้ดังนี้

ธิดา นิงสานนท์⁽¹⁵⁾ ให้ความหมายของการพัฒนาคุณภาพว่า เป็นกิจกรรมที่มุ่งพัฒนา ให้ดีขึ้นด้วยการปรับกระบวนการ โดยใช้ความคิดสร้างสรรค์เข้ามาช่วย หรือการปรับปรุงยกระดับให้ดีขึ้น

กฤษฏี อุทัยรัตน์⁽¹⁶⁾ ให้ความหมายของการพัฒนาคุณภาพว่า เป็นการทำให้เจริญขึ้นดีขึ้น ไม่มุ่งแต่ประสิทธิภาพและประสิทธิผลแต่มองคุณค่าที่ลูกค้าและองค์กรพึงจะได้รับว่ามีหนทางที่จะทำให้ ดีขึ้นเรื่อยๆ โดยการทำให้ถูกต้องและถูกใจและทำให้ดี

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล⁽⁹⁾ ให้ความหมายของการพัฒนาคุณภาพว่า เป็นการจัดระบบบริหารและระบบการทำงานในโรงพยาบาล ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐาน โรงพยาบาล ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานด้วยใจที่มุ่งมั่นต่อคุณภาพของเจ้าหน้าที่ การทำงานเป็นทีม การตอบ

สนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน มีระบบตรวจเพื่อแก้ไขปรับปรุงด้วยการประสานกิจกรรม การบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเข้าด้วยกัน

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ^(7,14,17)

แนวคิดในการพัฒนาคุณภาพ ได้เกิดขึ้นมานานที่พอสรุปได้ดังนี้

อิมโฮเทพ ได้นำกระบวนการพัฒนาคุณภาพมาใช้ เมื่อปี 2980 ก่อนคริสตกาลโดยมีความ เชื่อว่า คุณภาพมาจากกระบวนการทำงาน(production process) ที่มุ่งเน้นการปฏิบัติตาม มาตรฐาน ในระหว่างทำงาน

ชาวจีนโบราณ ได้มีการควบคุมคุณภาพ(quality control)ในการผลิตงานศิลปหัตถกรรม ของผู้มีอำนาจในสวนกลาง ทำให้เกิดหน่วยวัดที่เป็นมาตรฐาน (standardize unit of measure) เกิดขึ้น

ชาวโรมัน มีการพัฒนาระบบคุณภาพแบบ 2 ชั้น คือ การนิเทศติดตาม(supervise)และ การตรวจสอบ(inspection) แต่เป็นวิธีการที่มีค่าใช้จ่ายสูง

Carl Friedreich Gauss (ค.ศ.1777-1855) เป็นนักคณิตศาสตร์ ผู้ค้นพบวิธีการหาค่า เบี่ยงเบนมาตรฐาน(standard deviation) ซึ่งเป็นวิธีวัดความผันผวน (variation) ถูกนำมาใช้ในแนวคิด การควบคุมคุณภาพของกระบวนการ(process quality control)

John Snow ในปี ค.ศ.1854 ได้มีการใช้ข้อมูลเพื่อวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยนำข้อมูล มาสร้างจุดบนแผนที่เพื่อพิสูจน์ว่า น้ำประปาที่Broad Streetในกรุงลอนดอนเป็นสาเหตุของอหิวาต์ตกโรค

Florence Nightingale เป็นผู้ริเริ่มนำเอาสถิติแผนภาพ (graphical statistics) มาใช้ในการ ป้องกันโรคและการเสียชีวิตที่ไม่ควรเกิดขึ้น จนหนังสือชื่อ "Note on Matter Affecting Health, Efficiency and Hospital Administration of the British Army " ของเธอได้รับการยกย่องว่าเป็นข้อเขียน เกี่ยวกับ statistical diagram ที่ดีที่สุด

Frederick W. Taylor (ค.ศ 1856-1915)เป็นหัวหน้าวิศวกรที่พยายามปรับปรุงการทำงาน ของคนงานในโรงงานอุตสาหกรรม จนได้รับชื่อว่าเป็นบิดาของการบริหารจัดการเชิงวิทยาศาสตร์ (father of scientific management) ทฤษฎีการจัดการของ Taylor ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ คือ

1. งานประจำวัน ทุกองค์ควรกำหนดให้ชัดเจนว่าแต่ละคนจะต้องทำงานอะไรให้ เสร็จสิ้นแต่ละวัน
2. มาตรฐาน คนงานควรมีเครื่องมือและเงื่อนไขในการทำงานมาตรฐาน

3. จ่ายมากเมื่องานสำเร็จ ผู้ที่ทำงานสำเร็จสมควรได้รับการตอบแทนตามผลงาน
4. ลดการจ่ายเมื่องานล้มเหลว หมายถึง ผู้ที่ทำงานล้มเหลวหรือไม่เสร็จจะต้องถูกหัก

ค่าตอบแทน

Walter A. Shewhart (ค.ศ.1891-1967)

เป็นผู้ประยุกต์วิธีการทางสถิติ มาสร้างแผนภูมิควบคุมกระบวนการ (process quality control chart) เป็นครั้งแรก ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับพยากรณ์และควบคุมคุณภาพของกระบวนการ เขาได้กำหนดเส้นคู่หนึ่งที่เรียกว่า ขีดควบคุม (control limit) ซึ่งหากผันผวนเกินกว่าขีดควบคุมนี้ จะต้องมีการจัดการเข้าแทรกแซง รวมทั้งการสร้างแผนภูมิควบคุม (control chart) ติดตามผลการดำเนินงาน ทำให้คนงานสามารถติดตามงานของตนเองได้ ซึ่งผลงานของ Shewhart สร้างความสนใจแก่ W.Edwards Deming เป็นอย่างดี

W.Edwards Deming

Deming เป็นผู้เชี่ยวชาญในการสุ่มตัวอย่าง เรียนรู้ในการนำเครื่องมือทางสถิติ มาใช้ในสำนักงาน และรู้ว่าคุณภาพไม่ได้ถูกกำหนดในโรงงาน แต่ถูกกำหนดในห้องผู้บริหาร Deming ถือว่าคุณภาพเป็นผลจากการกระทำและการตัดสินใจของผู้บริหารระดับสูงขององค์กร ไม่ใช่ผลของการกระทำโดยผู้ปฏิบัติงาน ระบบงานเป็นตัวกำหนดวิธีทำงาน และผู้บริหารเท่านั้น ที่จะสร้างระบบนั้นขึ้น รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรให้การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงาน เลือกเครื่องมือให้ผู้ปฏิบัติงานใช้ ให้สถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่จำเป็น ส่วนผู้ปฏิบัติงานมีหน้าที่แก้ไขปัญหเฉพาะ (special problem) ซึ่งเกิดจากการกระทำของตน หากผู้ปฏิบัติงานได้พยายามแก้ไขแล้วไม่ได้ผล ก็เป็นหน้าที่ของผู้บริหาร นอกจากนี้ Deming ได้พยายามแยกแยะสาเหตุความไม่แน่นอน/ความผันผวน (variation) ที่เป็นสาเหตุร่วม (common causes) ออกจากสาเหตุพิเศษ (special causes) เพื่อให้สามารถแบ่งแยกหน้าที่ในการปรับปรุงคุณภาพ ของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานออกจากกัน และแนะนำให้ใช้การควบคุมคุณภาพทางสถิติ

ในปี ค.ศ.1953 Deming ได้เสนอแผนภูมิควบคุม (control chart) สามารถนำมาใช้ตัดสินใจ ประสิทธิภาพและใช้ปรับเปลี่ยนการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้ ในปี ค.ศ. 1982 Deming ได้ตีพิมพ์หนังสือ "Quality Productivity and Competitive Position" ที่เน้นการควบคุมกระบวนการด้วยสถิติ และการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง บนพื้นฐานปรัชญาว่า การป้องกันปัญหาคุณภาพให้ผลตอบแทนทางสถิติดีกว่าการตรวจสอบหาปัญหา ซึ่งต่อมา Massachusetts Institute of Technology ได้นำมาตีพิมพ์ใหม่ในชื่อ "Out of the Crisis" Deming ยืนยันว่าทฤษฎีพัฒนาคุณภาพที่เขาเสนอนั้นสามารถนำไปใช้ได้ทั้งภาคบริการและภาคอุตสาหกรรม ในแนวคิดที่เรียกว่า "Deming 14 point" ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. สร้างเจตจำนงอันแน่วแน่ที่จะปรับปรุงผลผลิต/บริการ เป็นการสร้างเจตจำนง โดยการสร้างผลผลิตและบริการ ซึ่งเป็นที่ต้องการของลูกค้า ผู้บริหารจะต้องให้ความสำคัญกับการวางแผนระยะยาว เพื่อให้เกิดนวัตกรรม การวิจัยและการฝึกอบรม และการปรับปรุงผลผลิตอย่างไม่หยุดยั้ง
2. รับปรัชญาใหม่ในการทำงาน โดยปรัชญาใหม่ของคุณภาพคือการมุ่งมั่นสร้างผลผลิต/บริการ ที่ลูกค้าพอใจ ปราศจากความบกพร่อง สามารถพยากรณ์ได้
3. ลดการตรวจสอบ คุณภาพจะต้องมาจากการปรับปรุงกระบวนการทำงาน มิใช่การตรวจสอบ อย่างไรก็ตามการตรวจสอบยังมีความจำเป็นสำหรับงานบางประเภท
4. หยุดการพิจารณาตัดสินโดยใช้ราคาเพียงอย่างเดียว การนำเอาเรื่องคุณภาพเข้ามาพิจารณาในการจัดซื้อ จะทำให้ได้ของที่มีคุณภาพตามที่ต้องการ ผลผลิต/บริการออกมาดี ไม่เกิดความสูญเปล่าและต้นทุนลดลง
5. ปรับปรุงระบบการผลิต/บริการอย่างสม่ำเสมอและตลอดไป เป็นการสร้างคุณภาพโดยเริ่มต้นตั้งแต่ออกแบบระบบคุณภาพเกิดขึ้นได้จะต้องอาศัยความรู้ของคนทำงาน การปรับปรุงกระบวนการที่ต้องครอบคลุมทั้งกระบวนการหลักและกระบวนการสนับสนุนทั้งหมด คุณภาพบริการจึงเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในโรงพยาบาล
6. การฝึกอบรม ผู้บริหารและผู้มีประสบการณ์ต้องมีหน้าที่ในการฝึกอบรม ที่สอดคล้องกับภาระหน้าที่ ปัญหาและความต้องการของผู้ปฏิบัติงาน
7. สร้างภาวะการนำ ผู้บริหารจะต้องมีการมีการเปลี่ยนแปลงจากการบริหาร มาสู่การนำ คือการบอกผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น ไม่ลงมาตัดสินใจทุกขั้นตอน ผู้นำจะต้องสร้างความเชื่อมั่นไว้ใจ อิศรภาพและนวัตกรรม เป็นโค้ชและที่ปรึกษา ช่วยเหลือให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถปรับปรุงงานที่รับผิดชอบได้
8. จัดความหวาดกลัว คนจะทำงานจะต้องมีความรู้สึกมั่นคงไม่กลัวที่จะแสดงความคิดเห็น ซึ่งความกลัวที่เป็นอุปสรรคได้แก่ ความกลัวต่อการเปลี่ยนแปลง/การพัฒนา กลัวความผิดพลาดและการถูกลงโทษ และกลัวความรู้
9. จัดกำแพงระหว่างหน่วยงาน ผู้นำจะต้องดึงเอาภูมิปัญญาของผู้ปฏิบัติงานมาใช้เป็นประโยชน์แก่องค์กร จัดอุปสรรคต่อความร่วมมือกันพัฒนาคุณภาพ จะต้องให้ทุกหน่วยงานเห็นคุณค่าซึ่งกันและกัน มีความร่วมมือกันและมีการสื่อสารกันที่ดี
10. จัดคำขวัญ/คำปลุกใจสำหรับผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากคำขวัญไม่สามารถทำให้คนทำงานดีขึ้นได้
11. จัดเป้าตัวเลขสำหรับผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร เนื่องจากความผันผวนในระบบจะเป็นเรื่องธรรมชาติ การที่ผู้ปฏิบัติงานไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ อาจอยู่เหนือการควบคุมของตนเองก็ได้
12. จัดสิ่งที่เป็นอุปสรรคต่อความภาคภูมิใจในผลงานของผู้ปฏิบัติงาน สิ่งที่ทำให้คนไม่มี

ความภูมิใจในผลงานของตน เช่น เวลาทำงานที่ไม่เหมาะสม ถูกกดดันเรื่องเวลา ระบบให้รางวัลที่เน้นบุคคลมากกว่าทีมงาน ขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการประเมินผลงานตามเป้าหมายเป็นสิ่งที่ไม่มีประโยชน์ จึงควรเน้นที่การประเมินวิธีการทำงาน

13. กระตุ้นให้ทุกคนศึกษาและปรับปรุงตนเอง เป็นความต้องการขององค์กรที่ต้องการคนที่ปรับปรุงตนเองตลอดเวลาด้วยการศึกษาทุกรูปแบบ

14. นำทุกคนมาร่วมกันลงมือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะเป็นหน้าที่ของทุกคนในการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดคุณภาพ (Quality Transformation) โดยที่ผู้บริหารจะต้องสร้างความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพและผลผลิต

Joseph M. Juran

เป็นวิศวกรไฟฟ้าที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมควบคุมคุณภาพของญี่ปุ่น โดยช่วยให้ผู้บริหารปรับแนวคิดและเครื่องมือคุณภาพ ซึ่งถูกออกแบบให้ใช้ในโรงงาน มาเป็นแนวคิดที่เป็นพื้นฐานของกระบวนการบริหารจัดการโดยรวม Juran ได้วิเคราะห์กระบวนการจัดการด้านการเงินขององค์กรที่เป็นพื้นฐาน ได้แก่ การวางแผนการเงิน การควบคุมการเงิน และการปรับปรุงด้านการเงิน เขาได้ประยุกต์แนวคิดเข้ากับการจัดการคุณภาพโดยรวมที่เรียกว่า Juran Trilogy ซึ่งประกอบด้วย

1. การวางแผนคุณภาพ เป็นกระบวนการระบุความต้องการของลูกค้า ลักษณะของผลผลิตหรือบริการ ซึ่งลูกค้าคาดหวัง
2. การควบคุมคุณภาพ เป็นกระบวนการตรวจสอบและประเมินผลผลิต / บริการเปรียบเทียบกับความต้องการที่ลูกค้าระบุไว้ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่ตรวจพบ
3. การปรับปรุงคุณภาพ เป็นกระบวนการนำกลไกต่างๆ ที่จะรักษาและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากร การมอบหมายบุคคล ให้ทำโครงการพัฒนาคุณภาพ การอบรมผู้ที่ได้รับมอบหมาย การมีโครงสร้างที่ถาวรเพื่อธำรงรักษาคุณภาพ

Kaoru Ishikawa

เป็นผู้มีส่วนในการจัดการฝึกอบรมเรื่องการควบคุมคุณภาพในประเทศญี่ปุ่น และกลุ่มสร้างคุณภาพงาน (Quality Circle) เป็นผู้ออกแบบ Cause-and-Effect Diagram หรือ Fish-bone Diagram ในปี 1952 จนเป็นยอมรับและใช้กันอย่างกว้างขวาง 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 เป็นยุทธวิธีที่จะหันเหความสนใจของผู้ผลิต/ผู้ให้บริการ ไปสู่ความเข้าใจความต้องการของผู้ใช้ภายนอก
2. ระบบคุณภาพที่ดีคือการป้องกัน ทำอย่างถูกต้องเสียตั้งแต่เริ่มแรก (do it right the first time) คือการส่งเสริมให้ ผู้ปฏิบัติงานทุกคนตรวจสอบผลงานของตนเองก่อนที่จะส่งผ่านไปให้ผู้อื่น เพราะไม่มีใครตรวจสอบตรวจสอบความผิดพลาดได้ดีเท่าผู้ทำเอง
3. มาตรฐานการทำงาน คือ ผิดพลาดเป็นศูนย์ (zero defect) ความผิดพลาดมากมายเป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ และเราไม่ควรยอมรับการทำงานของเราที่ต่ำกว่ามาตรฐาน
4. เครื่องชี้วัดคุณภาพที่ดี คือ ต้นทุนที่เกิดจากคุณภาพที่ไม่ดี (cost of quality) และต้นทุนที่เกิดจากคุณภาพไม่ดีขึ้น อาจสูงถึง ร้อยละ 20-40 ของรายได้องค์กร

หลักการ 2 ข้อหลังของ Crosby เป็นสิ่งที่ปฏิบัติยากและหลายองค์ประกอบไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ

Armand V. Feigenbaum

เป็นผู้ทำให้การพัฒนาคุณภาพขยายตัวออกไปนอกโรงงานผลิต เขาได้ให้แนวคิดว่าคุณภาพจะไม่เกิดขึ้นหากปราศจากการออกแบบที่ดี มีการกระจายที่ไร้ประสิทธิภาพ มุ่งตลาดที่ไม่เหมาะสม และไม่มีการหลังขายแก่ลูกค้า ทุกหน่วยงานต้องรับผิดชอบต่อคุณภาพ อันเป็นที่มาของแนวคิด Total Quality

Goal/QPC

เป็นองค์กรด้านการวิจัยและฝึกอบรมเกี่ยวกับTQM ได้กล่าวถึงศูนย์กลางของ TQM ว่าเป็นแผนแม่บทที่มีลูกค้าเป็นแรงขับเคลื่อน (customer driven master plan) ที่มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ

1. การจัดการงานประจำวัน เพื่อให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและเกิด optimization ของหน่วยงาน

2. การวางแผนนโยบาย (hoshin planning) หรือการจัดแถวในแนวตั้ง เพื่อให้เกิดนวัตกรรมในทุกหน่วยงาน อันจะนำไปสู่การตอบสนองต่อพันธกิจ วิสัยทัศน์ และ เป้าประสงค์ขององค์กรร่วมกัน

การบริหารจัดการคล่อมสายงาน (cross-functional management) เพื่อประสานความร่วมมือในแนวราบ

CCHSA หรือ สภารับรองคุณภาพสถานพยาบาล ได้ให้หลักการทั่วไป ในการปรับปรุงคุณภาพดังนี้

1. แนวคิดเรื่องลูกค้า (Client) ผู้ป่วยและลูกค้า เป็นศูนย์กลางของกิจกรรมทั้งหมด ของสถานบริการ จึงต้องรู้ความต้องการและความคาดหวัง และต้องตอบสนองความต้องการและความคาดหวังนั้นๆ

2. กระบวนการและผลลัพธ์ (Process & Outcome) เป็นการมุ่งในวิธีทำงานหรือระบบงานที่เราทำอยู่ให้บรรลุผลลัพธ์ที่ต้องการ

3. ทีมผู้ให้บริการ (Teams) เป็นผู้ตอบสนองความต้องการของลูกค้า จึงควรส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในปรับปรุงกระบวนการของตน มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน หรือ สาขาวิชาชีพต่างๆ ทั้งหมด

4. ผู้นำ (Leadership) เป็นผู้มีบทบาทในการกระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน อำนาจความสะดวกและชี้แนวทางแก่ทีมผู้ปฏิบัติงานในการปรับปรุงคุณภาพ

5. การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) คือ ความพยายามที่จะทำให้อัตราข้อผิดพลาดและไม่พอใจกับผลลัพธ์ที่เป็นอยู่

การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

1. ความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล

จุดเริ่มต้นของการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ได้เริ่มในอเมริกา เมื่อ 70 ปีที่แล้ว โดยมีวิวัฒนาการแบ่งได้เป็น 3 ระยะดังนี้

1. ยุคเริ่มต้น

Nightingale ได้เห็นความแตกต่างของผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ในกรุงลอนดอนในปี ค.ศ.1863 จึงเรียกร้องให้มีการตรวจสอบแต่ไม่ส่งผลแต่อย่างใด ต่อมา Codman ซึ่งเป็นศัลยแพทย์ของวิทยาลัยศัลยแพทย์ที่อเมริกา ก็ได้สังเกตความแตกต่างเช่นเดียวกับ Nightingale จึงได้สร้างแบบ end-result เก็บบันทึกการผ่าตัดของเขาเองทุกรายและผลลัพธ์จากการผ่าตัด โดยนำมาทบทวนหลังผ่าตัดไปแล้ว 1 ปี และเรียกร้องให้มีการประเมินอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพ

ความคิดของ Codman ส่งผลให้วิทยาลัยศัลยแพทย์ของอเมริกา นำระบบ end-result มาเป็นข้อบังคับในปีต่อมา และออกมาตราฐานขั้นต่ำชุดแรก เป็นมาตรฐานของโรงพยาบาลในอเมริกา เมื่อปี ค.ศ. 1917 คือ

- แพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตต้องรวมตัวกันกันตั้งองค์กร
 - แพทย์ต้องได้รับปริญญาและใบอนุญาต
 - องค์กรแพทย์ต้องมีการประชุมกัน
 - ต้องมีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทุกราย
 - ต้องมีสถานที่เครื่องมือ อุปกรณ์ในการรักษา วินิจฉัย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- มาตรฐานทั้ง 5 ข้อนี้ เป็นจุดเริ่มต้นของแผนมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Standardize Program) ที่มีผลต่อการปรับปรุงคุณภาพของโรงพยาบาลในยุคนั้น

2. ยุคการติดตามประเมินผล (Monitorig and Evaluation)

เริ่มต้นโดย Donabedian สร้างกรอบทฤษฎีประเมินผลการดูแลผู้ป่วย คือ รูปแบบโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ในด้านโครงสร้าง ได้แก่ กำลังคน สถานที่ ด้านกระบวนการ เช่น กิจกรรมที่ควรใช้ในการวินิจฉัยโรค การรักษา ส่วนในด้านผลลัพธ์ ยังไม่ได้กำหนดมาตรฐานเนื่องจากยังไม่มีข้อมูล แต่ต่อมา ได้มีความพยายามในการประเมินผลลัพธ์โดยการทบทวนย้อนหลังในผู้ป่วยบางประเภทโดยอาศัยเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น และการเฝ้าระวังโรคไปข้างหน้า

ต่อมา Charles Jacob ได้กำหนดเกณฑ์ของโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์เป็นลายลักษณ์อักษร โดยการทบทวนเวชระเบียน เพื่อประเมินความพร้อม ความเพียงพอของการดูแลผู้ป่วย เน้นการสรุปในภาพรวมมากกว่าตรวจสอบเฉพาะราย นอกจากนี้ได้มีการนำวิธีการระบาดวิทยามาใช้ในการประเมินคุณภาพของการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล แต่จะเป็นการตรวจสอบในช่วงอดีตเท่านั้น ไม่สามารถบอกผลถึงปัจจุบันได้

ต่อมาในช่วงทศวรรษ 1980 ได้มีการประสานจุดแข็งของทั้ง 2 แนวคิด (การตรวจสอบตามเกณฑ์และวิธีการระบาดวิทยาของการควบคุมการติดเชื้อ) พัฒนาสู่กระบวนการติดตามและประเมินผล (Monitorig and Evaluation) ที่มีการกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพ และเกณฑ์คัดกรองทางคลินิกเพื่อประมวลผล เวชระเบียน และนำผลลัพธ์ มาเปรียบเทียบกับระดับต่ำสุดที่ยอมรับได้ (Threshold) และทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเรียกว่า "การประกันคุณภาพ"(Quality assurance) ซึ่งมีจุดอ่อนที่เมื่อถึงจุดหนึ่งไม่เกิดแรงจูงใจที่จะกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างเต็มที่ ตามศักยภาพของความรู้และเทคโนโลยีที่มีอยู่

3. ยุคการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ในยุคนี้มี Donald Berwick, Paul Batalden และ Brent James เป็นผู้บุกเบิกโดย Berwick และ Batalden ได้วิจารณ์เกี่ยวกับ Quality assurance ว่าเป็น "ทฤษฎีแอปเปิ้ลเน่า" ที่เป็นการค้นหาผู้ปฏิบัติงานที่มีปัญหา มากกว่าส่งเสริมผู้ปฏิบัติงานที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้น Batalden จึงได้ดัดแปลง Deming's 14 Point ให้สอดคล้องกับการบริการสุขภาพ

ต่อมาในปี 1987 Berwick และ Batalden ร่วมกับ Juran Institute จัดทำ NDP (National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care) ในองค์กร 21 แห่ง ซึ่งมีการสรุปว่า กระบวนการ TQM/CQI สามารถนำมาใช้กับสุขภาพได้ สามารถนำมาใช้กับบริการสุขภาพได้ ส่วนใหญ่ จะเน้นการบริหารจัดการ โดย Brent James ได้นำกระบวนการนี้ไปใช้กับการดูแลผู้ป่วยโดยตรงและ ประสบผลสำเร็จในเครือข่ายโรงพยาบาลของตน ซึ่งแนวคิด CQI เป็นแนวคิดที่วัดผลลัพธ์กว้างขึ้นที่จะทำ ให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบาย(Comfort) และอบอุ่น(Care)นอกเหนือจากการรักษา ที่เคยเน้นเฉพาะ Morbidity และ Mortality เท่านั้น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลหรือในบริการทางสุขภาพมี วิวัฒนาการ และมีหลักการที่เป็นวิทยาศาสตร์ที่มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งในการพัฒนาคุณภาพจะมี วัตถุประสงค์ที่จะประเมินและส่งเสริมให้เกิดคุณภาพในบริการสุขภาพขึ้นโดยเฉพาะ ได้แก่ ให้เกิดการ ยอมรับและไว้วางใจบุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพในสังคม ป้องกันสุขภาพของประชาชนที่อาจ เกิดจากความผันผวนหรือการเปลี่ยนแปลงในขณะที่รับบริการทางการแพทย์ การวัดประสิทธิภาพของ การให้บริการแก่ผู้ป่วย⁽¹⁸⁾

ความเป็นมาของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในไทย^(19,20,21)

การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลของไทย ได้มีวิวัฒนาการตามลำดับดังนี้

พ.ศ.2495 - 2502 รัฐบาลให้ความสำคัญกับประชาชนในชนบท จึงมีการก่อสร้างโรงพยาบาล ในภูมิภาคต่างๆทั่วประเทศและเริ่มมีการพิจารณาในเรื่องคุณภาพมาตรฐาน

พ.ศ.2503 - 2504 มีการคัดเลือกโรงพยาบาลที่มีความสามารถเรื่องการบริหาร การตรวจ รักษาโรคหรือการผ่าตัด เพื่อเป็นพี่เลี้ยงให้แก่โรงพยาบาลอื่นในพื้นที่ใกล้เคียง จากนั้น คุณภาพทางการแพทย์ได้พัฒนาขึ้น โดยมีแพทย์ที่จบจากต่างประเทศพร้อมกับการพัฒนาวิชาการทางการแพทย์

พ.ศ.2514 - 2516 เกิดการขาดแคลนแพทย์ในชนบท จึงเริ่มมีนโยบายให้แพทย์อินเทิร์น ไปทำงานในชนบท พร้อมกับมีการเปิดโรงเรียนแพทย์ในต่างจังหวัด

พ.ศ.2524 กองการพยาบาลร่วมกับกองสาธารณสุขภูมิภาค ได้เริ่มพัฒนาการบริหารจัดการ ทั่วไปและการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน

พ.ศ.2526 กองการพยาบาลเริ่มพัฒนาระบบบริการพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อให้มีระบบงานที่ชัดเจนและมีคุณภาพ

พ.ศ. 2527 - 2528 นายแพทย์บรรลุ ศิริพานิช รองปลัดกระทรวงในขณะนั้น ได้ริเริ่มโครงการติดตามโรงพยาบาล โดยนำแนวความคิด Hospital Accreditation มาจากอเมริกา จัดให้มีการประเมิน โรงพยาบาลศูนย์ /โรงพยาบาลทั่วไป ทั้งด้านบริหาร บริการและวิชาการ

พ.ศ. 2528 - 2529 นายแพทย์อุทัย สุตสุข รองปลัดกระทรวงในขณะนั้น ได้ริเริ่มโครงการพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) ขึ้น เพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมกัน โดยมีการกำหนดมาตรฐานงาน 9 งาน สำหรับเป็นแนวทางในการประเมินตนเอง และมีเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือกัน โดยมีจุดเน้นคือความสามารถในการให้บริการของสถานบริการแต่ละระดับ

พ.ศ. 2528 กองการพยาบาลได้จัดทำมาตรฐานระบบบริการพยาบาล และเริ่มตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในปี 2531

พ.ศ. 2532 กองการพยาบาล ศึกษาแนวคิดการประกันคุณภาพการพยาบาล ได้พัฒนารูปแบบและนำไปใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538

พ.ศ. 2536 ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประพนธ์ ปิยะรัตน์ และทีมงานสำนักงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ดูงานระบบบริการสาธารณสุข ในประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ และนำแนวคิด TQM และการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลของ ACHS (Australian Council for Hospital Standards) ได้มีมาทดลองใช้ในโรงพยาบาล โดยสำนักงานประกันสุขภาพ กองโรงพยาบาลภูมิภาค องค์การอนามัยโลกและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้สนับสนุนโครงการวิจัยและพัฒนาการนำ TQM/CQI ในโรงพยาบาลนำร่อง 8 แห่งระหว่างปี 2536 - 2539 ซึ่งจากการประเมินผลโดย รศ.นพ.องอาจ วิพุธศิริ และคณะพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงแบบ Break Through ในโรงพยาบาล 2 แห่ง จากจำนวน 8 แห่ง

พ.ศ. 2536 - 2537 สำนักงานประกันสังคม ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและผู้ทรงคุณวุฒิ ได้มีการจัดทำมาตรฐานสถานพยาบาลขึ้นเพื่อรับรองสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคม โดยใช้มาตรฐานของประเทศออสเตรเลียเป็นแนวยกร่าง ซึ่งในปี2536 นั้นเอง กระทรวงสาธารณสุขนำนโยบาย 3S. (Smell Smile Surrounding) มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งในปี พ.ศ. 2538 มีการนำนโยบาย 3 ม อันประกอบด้วย ไม่ป่วย ไม่แน่นและมีมาตรฐานเดียวกัน มาใช้เป็นแนวปฏิบัติงาน โดยเน้นความสำคัญของการให้บริการแก่ประชาชนให้มีคุณภาพมาตรฐาน สะดวกรวดเร็วและเป็นสิ่งที่พึงพอใจของประชาชน ทำให้ในระยะนั้นมีต้นตัว ในเรื่องการปรับโฉมสถานบริการ มีการปรับปรุงด้านกายภาพ ความสะอาด สวยงาม ปราศจากกลิ่นและพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่

ปลายปี 2538 ผลจากการนำ TQM/CQI มาใช้ในโรงพยาบาลนาร์อง ส่งผลทำให้กระทรวงสาธารณสุขได้ออกนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพขึ้น โดยมุ่งเป้าหมายให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง พัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิด TQM/CQI ภายในสิ้นพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 ซึ่งกองโรงพยาบาลภูมิภาคให้การสนับสนุนในด้านงบประมาณและวิทยากร

พ.ศ. 2538 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้รับมอบหมายจากสำนักงานประกันสังคมให้จัดทำคู่มือประเมินสถานพยาบาลประกันสังคม ตามมาตรฐานของสำนักงานประกันสังคม เกิดเครือข่ายของบุคคลที่สนใจเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น และได้เชิญวิทยากรจากต่างประเทศ เช่น MR.John K Lee จาก Seventh Day Adventist , MR.Anthony Wagemaker และ MRS.Marion Suskey จากประเทศแคนาดา มาบรรยายเรื่อง Hospital Accreditation ให้แก่ผู้สนใจ พร้อมทั้งมีการสาธิตกระบวนการ ในการเรียนรู้มากกว่าตรวจสอบ โดย MR.Anthony Wagemaker

พ.ศ. 2538 – 2539 เครือข่ายของบุคคลที่สนใจเรื่องการพัฒนา และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล นักวิชาการและผู้ประกอบวิชาชีพในสาขาต่างๆ ร่วมกันจัดทำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปี กาญจนภิเษก เป็นการพัฒนามาตรฐานที่มุ่งเน้นกระบวนการ มุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมุ่งการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้รับความเป็นเลิศและมีการแนะนำให้ใช้ในปลายปี 2539 ในปีนั้นเอง กองโรงพยาบาลภูมิภาค ได้นำผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ไปดูงานพัฒนาและรับรองคุณภาพในประเทศแคนาดา ได้มีการยอมรับแนวคิด Quality improvement ส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนแนวการเขียนมาตรฐานโรงพยาบาล ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น และเกิดความมุ่งมั่นจะสร้างระบบคุณภาพให้เกิดขึ้นในประเทศไทย

พ.ศ. 2540 ได้เริ่มโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล Hospital Accreditation โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขร่วมกับกองโรงพยาบาลภูมิภาค มีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐเอกชน และโรงเรียนแพทย์เข้าร่วมโครงการ จำนวน 35 แห่ง เพื่อนำมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกาญจนภิเษก ทดลองใช้ โดยได้รับทุนวิจัยร่วมจากสำนักงานสนับสนุนกองทุนการวิจัย(สกว.) นำไปสู่การก่อตั้งภาคีพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิ องค์กรวิชาชีพและหน่วยงานราชการต่างๆ เข้าร่วมเป็นภาคี ขณะที่โรงพยาบาลอื่นๆที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการ เกิดการตื่นตัวและนำมาตราฐานนี้ไปเป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาตนเอง

พ.ศ. 2541 รัฐบาลได้ผ่านพระราชบัญญัติสถานพยาบาลฉบับใหม่ และกระทรวงสาธารณสุข ได้ออกเป็นกฎกระทรวง ระบุมาตรฐานเชิงโครงสร้างและกำลังคน ที่เป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ และในปีเดียวกันนั้นเอง กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายให้สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข ดำเนินการโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อเพิ่มบทบาทโรงพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

2. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ

โครงการพบส.(โครงการพัฒนาระบบบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค)⁽⁵⁾

เป็นโครงการที่เกิดขึ้นครั้งแรกและได้รับอนุมัติจากกระทรวงสาธารณสุขและให้ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2529 ภายใต้ปรัชญาที่ว่า "คุณภาพบริการต้องพัฒนาให้ทันเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลง ขณะเดียวกันต้องพัฒนาควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เพื่อให้เกิดดุลยภาพแห่งการพัฒนาสาธารณสุข" โดยมองถึงสิทธิประชาชน (ผู้รับบริการ) และหน้าที่ของรัฐ (ผู้ให้บริการ)

กลวิธีหลักของโครงการ พบส. มีดังนี้

1. จัดสร้างเกณฑ์มาตรฐานการบริการ และสนับสนุนการบริการให้ได้มาตรฐาน
2. จัดเครือข่ายบริการ (Health Service Network) โดยการจัดกลุ่มสถานบริการให้เกิดการเชื่อมโยงทุกระดับ ให้เกิดความร่วมมือ ประสานงาน แบ่งปันเกื้อกูลและใช้ทรัพยากรร่วมกัน
3. จัดองค์กรรองรับการพัฒนาและการกระจายอำนาจให้เชื่อมโยงทุกระดับ
4. จัดระบบการบริหารทรัพยากร ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาสถานบริการ

องค์ประกอบของ พบส.

1. องค์กร พบส.

เป็นการจัดตั้งองค์กรในระดับต่างๆ เพื่อเป็นกลไกสำคัญ ที่จะก่อให้เกิดการประสานงาน และช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีองค์กรที่เกี่ยวข้อง 3 ลักษณะดังนี้

1.1 องค์กรบริหาร เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ด้านนโยบาย บริหารจัดการ รวมทั้งกำกับกำกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบายและแผน ประกอบด้วยองค์กรหลัก 2 ส่วน คือ ในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค

1.2 องค์กรด้านวิชาการ เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ในการช่วยเหลือ เสนอแนะ กำหนดแนวทางการพิจารณาในแต่ละด้าน (สาขา) แก่องค์กรบริหารและสถานบริการ

1.3 องค์กรผู้ปฏิบัติ ได้แก่ สถานบริการทุกระดับ ซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการพัฒนาสถานบริการ คือ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน

2. กลุ่มเครือข่าย (Health Service Network)

เป็นการรวมสถานบริการทุกระดับในส่วนภูมิภาคเป็นกลุ่มเครือข่าย เพื่อให้เกิดการ

โยงโยและเกิดการประสานงานและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งด้านทรัพยากรและวิชาการรวมทั้งการส่งต่อ โดยมีองค์กร พบส. เป็นผู้ดูแล

3. เกณฑ์มาตรฐาน (Standard Performance)

เป็นเกณฑ์ที่สร้างขึ้นเพื่อให้สถานบริการ ใช้เป็นแนวทางการจัดบริการให้ครบถ้วน เป็นแนวทางในการสนับสนุนด้านทรัพยากรและวิชาการ และเป็นเครื่องมือในการประเมินขีดความสามารถหรือศักยภาพของสถานบริการ/หน่วยงาน เป็นเกณฑ์ที่ใช้เปรียบเทียบ ที่สามารถจะวัดหรือประเมินได้ เกณฑ์มาตรฐานพบส. ได้จัดทำขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญและอนุมัติโดยกระทรวงสาธารณสุข สำหรับวัดขีดความสามารถ ประสิทธิภาพ และคุณภาพการจัดบริการสาธารณสุข จัดทำครั้งแรกมี 10 เล่ม ต่อมาได้มีการปรับปรุงอีก 2 ครั้ง ในปี 2533 และ 2538 ปัจจุบันมีทั้งหมด จำนวน 9 เล่ม ได้แก่

- 1) งานพัฒนาคลังสินค้าบริการ
- 2) งานพัฒนาบริการพยาบาล
- 3) งานพัฒนาบริการทันตกรรม
- 4) งานบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 5) งานบริหารที่สนับสนุนบริการโดยตรง
- 6) งานบริการชั้นสูตรสาธารณสุข
- 7) งานพัฒนาระบบโครงสร้างของสถานบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค
- 8) งานเภสัชกรรม
- 9) กลุ่มงานบริการสาธารณสุขสำหรับสถานีนอนามัย

4. การแบ่งปันทรัพยากร (Sharing of Resource)

เป็นหัวใจสำคัญของ พบส. ที่เกิดจากแนวคิดที่ว่า การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยได้กำหนดกิจกรรมให้เป็นรูปธรรมดังนี้

- 1) การพึ่งตนเอง (พบส.1) หมายถึง การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่แล้วอาจจะเป็นงบประมาณ เงินบำรุง หรือเงินบริจาค มาใช้ในการพัฒนาสถานบริการของตนเอง
- 2) การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (พบส.2) หมายถึง การนำทรัพยากรที่มีอยู่ในสถานบริการ มาช่วยเหลือแก่สถานบริการอื่นๆ เช่น ให้ยืม แลกเปลี่ยน
- 3) การขอรับการสนับสนุนจากหน่วยเหนือ (พบส.3) หมายถึง การที่สถานบริการไม่สามารถใช้ทรัพยากรตนเองหรือช่วยเหลือกันเองได้ จำเป็นต้องขอรับการสนับสนุนส่วนกลาง

กิจกรรม OD (Organization development) ^(7,20)

เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงอย่างมีแบบแผนที่เกิดผลต่อระบบงานทั้งหมดเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมาย เป็นแนวความคิดที่มุ่งหมายจะปรับปรุงความมีประสิทธิภาพขององค์กรให้ดีกว่าเดิมและเพื่อความเจริญขององค์กร โดยเน้นความสัมพันธ์ระหว่างคน

หลักการพัฒนาองค์กรจะประกอบด้วย การพัฒนาด้านโครงสร้างและการพัฒนาด้านกระบวนการ โดยขั้นตอนการทำ OD ดังนี้ คือ

1) การรวบรวมข้อมูล เป็นการค้นหาสภาพปัญหาในองค์กร เพื่อตรวจวินิจฉัยและกำหนดแนวกลยุทธ์ที่เหมาะสม โดยการสังเกต สัมภาษณ์ หรือใช้ แบบสอบถาม วิธีใดวิธีการหนึ่งหรือร่วมกัน

2) การวินิจฉัยปัญหา โดยใช้เครื่องมือทางสถิติสรุปพฤติกรรมขององค์กร หาสาเหตุ และกำหนดเป้าหมายต่อไป

3) กำหนดยุทธวิธีหรือกำหนดสิ่งสอดแทรก ได้แก่ การฝึกอบรม การใช้ตาข่ายการบริหาร การให้คำปรึกษาเชิงกระบวนการ การยุติข้อพิพาทโดยใช้ที่ปรึกษา การบริหารที่ยึดวัตถุประสงค์และผลงาน การพัฒนาการสร้างทีม เป็นต้น

4) การประเมินผล เพื่อรู้ว่าสิ่งสอดแทรกใดได้ผลดีที่สุด และจะได้ทราบความคืบหน้าของการพัฒนาองค์กรและเสริมสร้างระเบียบวินัย ให้ประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้น

กิจกรรม QC ^(20,22,23)

เป็นกระบวนการแก้ไขปัญหายังเป็นระบบโดยอาศัยหลักทางวิทยาศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย วงจรเดมิ่ง (PDCA Cycle) เทคนิคในการทำ QC และใช้หลักพฤติกรรมศาสตร์มาเป็นตัวเชื่อมกิจกรรมควซี และเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนการทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาลดปรับปรุงงาน

1.1 ตั้งกลุ่ม สมาชิกกลุ่มละประมาณ 3-10 คน

1.2 การประชุมระดมสมองเพื่อคัดเลือก

1.3 รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหา โดยสำรวจสภาพก่อนแก้ปัญหาและนำเสนอข้อมูลด้วยกราฟจึงทำการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา

1.4 วางแผนและกำหนดวิธีการแก้ปัญหา

1.5 ลงมือแก้ปัญหา ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

1.6 ตรวจสอบผล จะเป็นการตรวจสอบสภาพหลังแก้ปัญหา แล้วนำเสนอข้อมูลด้วยกราฟเปรียบเทียบผลก่อนและหลังถ้าไม่ได้ผลตามเป้าหมายต้องย้อนไปเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลใหม่ (ข้อ 3) ถ้าได้ผลตามเป้าหมายให้ดำเนินการต่อไปใน (ข้อ1.7)

1.7 ตั้งมาตรฐานการทำงาน มีการเขียนมาตรฐานการทำงานเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย

1.8 วางแผนติดตามผล

1.9 สรุปผลและจัดทำรายงาน

1.10 เสนอผลงาน

1.11 ลงมือทำกิจกรรมเรื่องใหม่

ในการทำกิจกรรม QC จะเริ่มต้นจากการรวมตัวเข้าด้วยกันด้วยความสมัครใจเป็นกลุ่มเล็กๆ เพื่อทำกิจกรรมที่มีส่วนช่วยในการแก้ปัญหา ในการปฏิบัติงานและพัฒนาคุณภาพของผลงาน ที่สมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมกัน วิธีการแก้ปัญหาคือเน้นการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ

2. เครื่องมือควบคุมคุณภาพ (QC Tool) 7 อย่าง ได้แก่ ใบรายการตรวจสอบ (Check Sheet), แผนภูมิพาเรโต (Pareto Diagram), ฮิสโตแกรม (Histogram), แผนภูมิก้างปลา (Cause & Effect Diagram), กราฟ(Graph), แผนภูมิแสดงการกระจาย (Scatter Diagram), และแผนภูมิควบคุม (Control Chart) ซึ่งเป็นเครื่องมือสำหรับใช้เพื่อแก้ปัญหาและปรับปรุงคุณภาพในสถานที่ทำงาน

3. เครื่องมือบริหารคุณภาพ 7 อย่าง (7New QC Tools) ได้แก่ แผนภูมิความใกล้ชิด(Affinity Diagram), แผนภูมิความสัมพันธ์(Relation Diagram), แผนภูมิต้นไม้ (Tree Diagram), ตาราง(Matrix), แผนภูมิลูกศร(Arrow diagram), ผังลำดับการตัดสินใจอย่างมีกระบวนการ (Process Decision Program Chart) และการวิเคราะห์ข้อมูลขบวนแถว ซึ่งเป็นเครื่องมือสำหรับผู้บริหารโดยเฉพาะ

อุดมการณ์พื้นฐานของคิวิซี คือ

- เพื่อให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการปรับปรุงงานและพัฒนาสถานประกอบการของตน
- เพื่อสร้างสถานประกอบการให้น่าอยู่ น่าทำงาน และเคารพในความเป็นมนุษย์ด้วยกัน
- เพื่อให้องค์กรแสดงออกและเปิดเผยความสามารถของมนุษย์ที่มีอยู่อย่างไม่มีสิ้นสุด

กิจกรรม 5 ส ^(24,25,26)

กิจกรรม 5 ส. คือ การจัดความเป็นระเบียบเรียบร้อยในสถานที่ทำงาน เป็นเทคนิคอย่างหนึ่ง ที่จะช่วยในการปรับปรุงคุณภาพการทำงานให้ดีขึ้น เพื่อขจัดความสูญเปล่า เป็นการเพิ่มผลผลิตและเป็นพื้นฐาน ของการสร้างคุณภาพทั้งที่ตัวพนักงานและองค์กรโดยรวม เพราะในกระบวนการดำเนินกิจกรรมนั้น จะมุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์สำคัญของกิจกรรม 5 ส. มีดังนี้

1. พัฒนาความคิดในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
2. สร้างทีมงานที่ดีโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วม
3. พัฒนาผู้บริหารและหัวหน้างาน โดยฝึกความสามารถในการเป็นผู้นำ
4. เตรียมความพร้อมเพื่อการนำเทคโนโลยี ด้านการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรม 5 ส .ประกอบด้วย

- 1) สะสาง (Seiri) หมายถึง ให้แยกสิ่งของที่ต้องการและไม่ต้องการออกจากกันและกำจัดสิ่งของที่ไม่ต้องการ ออกจากสถานที่นั้น
- 2) สะดวก (Seiton) หมายถึง การจัดสิ่งของจำเป็นอยู่ในสภาพที่จะนำมาใช้ได้โดยสะดวก ในขณะที่จำเป็นต้องใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่มีความสูญเปล่าเกิดขึ้น
- 3) สะอาด (Seiso) หมายถึง การทำให้สถานที่อยู่ในสภาพที่สะอาดปราศจากสิ่งสกปรก
- 4) สุขลักษณะ (Seiketsu) หมายถึง การรักษาสภาพการณ์ของสะสาง สะดวก สะอาด ให้ดำรงอยู่ไว้ตลอดเวลา
- 3) สร้างนิสัย (Seisuke) หมายถึง ปลูกสร้างนิสัยในการที่จะประพฤติอย่างถูกต้องตามกฎหมายและระเบียบวินัย

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม 5 ส.

1. ประกาศเป็นนโยบายของหน่วยงาน
2. ให้การศึกษา อบรม ดูกานแก่พนักงานทุกคน
3. จัดตั้งคณะกรรมการ 5 ส.
4. ตัดตั้งโปสเตอร์ณรงค์(เชิญชวนและจูงใจ)
5. จัดแบ่งและทำผังพื้นที่รับผิดชอบ
6. ถ่ายภาพสี สไลด์ ก่อนทำกิจกรรม
7. สสำรวจพื้นที่รับผิดชอบ ตั้งหัวข้อในการปรับปรุง
8. ตรวจสอบ ประเมิน ปรับปรุงแก้ไข
9. ตั้งมาตรฐาน 5 ส
10. การตรวจเช็คพื้นที่โดยผู้บริหาร
11. ถ่ายรูปสไลด์หลังทำกิจกรรม (เปรียบเทียบดูการเปลี่ยนแปลงจากกับภาพอดีต)
12. รายงานผลการทำกิจกรรม
13. การประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง
14. การประกวดพื้นที่
15. การวัดผล

เป้าหมายของ 5 ส. คือ การสร้างนิสัย สร้างสภาพแวดล้อมของการทำงานที่ดีโดยถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำ ในการดำเนินกิจกรรม 5 ส. เมื่อนำหลักการบริหารคุณภาพตามวงจรเดมมิ่ง (Deming cycle) ตามขั้นตอนของกระบวนการ PDCA คือ Plan - Do - Check - Act ที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องไม่สิ้นสุด มาประยุกต์ใช้จะทำให้มีประสิทธิภาพและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เขียนแผนงาน (Plan) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมายให้ชัดเจน และกำหนดคุณลักษณะที่ใช้ควบคุมการกำหนดวิธีการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ (Do) ประกอบด้วย การศึกษาและฝึกอบรมให้เข้าใจในวิธีการทำงานในแต่ละครั้งและลงมือปฏิบัติ รวมทั้งมีการเก็บข้อมูลคุณลักษณะของคุณภาพตามวิธีการที่ได้กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบสิ่งที่ได้ทำไปแล้ว (Check) เป็นการตรวจสอบความก้าวหน้าของงานและการประเมินผล

ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง (Act) เพื่อตรวจสอบว่า สาเหตุที่ไม่ได้เป็นไปตามแผน ส่วนบกพร่อง โดยการแก้ไขต้นเหตุ ค้นหาสาเหตุ และหาทางพัฒนาหรือการทำงานนั้นโดยตรง

ในการทำกิจกรรม 5 ส. นอกเหนือจากการทำตามขั้นตอนของกระบวนการ PDCA แล้วองค์ประกอบอื่นที่สำคัญจะต้องประกอบด้วย ความจริงจังของผู้บริหารระดับสูง การเริ่มต้นด้วยการอบรมให้ความรู้ และการมีส่วนร่วมของทุกคนในการทำกิจกรรมจึงจะทำให้การทำกิจกรรม 5 ส. สามารถประสพผลความสำเร็จตามเป้าหมายอย่างแท้จริง

พฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศ (Excellent Service Behavior)^(6,19)

พฤติกรรมบริการเป็นรูปแบบของมนุษยสัมพันธ์ (กริยามารยาท ความกระตือรือร้น ความมีน้ำใจ การพูดจา สีนัยท่าทาง) ที่ผู้ให้บริการแสดงต่อผู้รับบริการตลอดกระบวนการทำงาน

พฤติกรรมสู่ความเป็นเลิศเป็นการอบรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการหรือรูปแบบของมนุษยสัมพันธ์ที่ดีของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่พึงปฏิบัติต่อผู้มารับบริการ เป็นการสร้างสำนึกแห่งบริการและหล่อหลอมเข้าเป็นพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งจะทำให้ภาพรวมของคุณภาพบริการเป็นไปอย่างสมบูรณ์ เป็นการพัฒนาพฤติกรรมบริการ ให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพ ทั้งในด้านกิจกรรมบริการ ซึ่งได้แก่ เทคนิคบริการและพฤติกรรมบริการอันเกี่ยวกับมนุษยสัมพันธ์

โษษฐ์ วาสิริรักษ์ ได้กล่าวถึงบัญญัติ 6 ประการของพฤติกรรมบริการ ดังนี้⁽⁶⁾

1. อย่าสนใจพฤติกรรมส่วนตัวของลูกค้ามากกว่าพฤติกรรมบริการของเรา
2. ยำนำพฤติกรรมส่วนตัวมาใช้เป็นพฤติกรรมบริการ
3. รับรู้การมาของลูกค้าอย่างรวดเร็วที่สุด
4. อย่าเล่นสนุกบนความเดือดร้อนของลูกค้า
5. เมื่อพบกับลูกค้า จงรีบใช้พฤติกรรมที่ดีงามของเรา ไปสร้างให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่ดีกับลูกค้า
6. เมื่อบริการเกิดปัญหา จงรีบเสนอทางออกให้ลูกค้าให้มากและเร็วที่สุด

ในการจัดอบรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการในโรงพยาบาล ได้แบ่งเป็น 2 หลักสูตร คือ

1. หลักสูตรการบริหารงานบุคคลเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการ ที่เน้นจิตวิทยาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการเสริมแรงทางบวก
2. หลักสูตรการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศในบริการสุขภาพ จะเน้นความหมายของคุณภาพกับพฤติกรรมบริการเข้าใจความต้องการของผู้รับบริการและมาตรฐานพฤติกรรมของตนเองที่ดีทั้งในกรรม กายกรรมและวจีกรรม

วัชรพล ภูวนวล กล่าวถึงสูตร Service เพื่อการบริการที่ดีในบริการยุคใหม่ดังนี้⁽¹⁹⁾

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

กิจกรรมข้อเสนอแนะ (Suggestion System)⁽¹⁶⁾

ข้อเสนอแนะ คือ เป็นการเสนอความคิดสร้างสรรค์ที่เป็นจริงและทำได้ เป็นข้อเสนอแนะเชิงบวก (สร้างสรรค์) ซึ่งเสนอแนวความคิดใหม่ๆ อันเป็นประโยชน์ต่อองค์กร ซึ่งจะประกอบด้วยปัญหาแนวทางการแก้ปัญหา/ปรับปรุง และผลลัพธ์ที่ได้หรือคาดหวังว่าจะได้รับ โดยกิจกรรมข้อเสนอแนะ มีจุดประสงค์ เพื่อให้พนักงานจะได้มีคุณค่าในการที่ตนได้มีส่วนร่วมสร้างความพึงพอใจให้ลูกค้าและมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร โดยการใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มาปรับปรุงสภาพการทำงาน การผลิต/บริการ จะนำไปสู่วิธีการทำงานที่เหนือและดีกว่าอยู่ตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

1. ข้อเสนอแนะที่ปฏิบัติแล้วเสร็จ เป็นข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงตนเองหรือหน่วยงานของตนเอง และมีการนำไปปฏิบัติจนบรรลุผลสำเร็จ

2. ข้อเสนอแนะที่ยังไม่ได้นำไปปฏิบัติ เป็นข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงตนเองหรือหน่วยงานที่ยังไม่ได้นำไปทำแต่อย่างใด จะมีเฉพาะปัญหาแนวทางการแก้ปัญหา และผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ ควรเกี่ยวข้องกับ การเสนอปรับปรุงตนเอง หน่วยงานอื่น มีการนำองค์ประกอบของคุณภาพมาพิจารณา ซึ่งอาจเกี่ยวกับการประหยัดทรัพยากรวัตถุดิบ การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน ความปลอดภัย ความเสี่ยง ความคิดในการพัฒนาบริการใหม่ๆ และการบริการลูกค้า เป็นต้น ในการยอมรับเป็น "ข้อเสนอแนะ" มีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาทั้งหมด 5 ข้อ ดังนี้

1. ต้องเป็นข้อเสนอแนะที่ปรับปรุงงาน/หน่วยงานของตนเอง หรือผู้อื่น
2. ไม่ใช่เรื่องที่มีผู้เสนอมาแล้วในผลงานคุณภาพอื่นๆ หรืออยู่ระหว่างการดำเนินการ วันแต่เห็นว่าเป็นการปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้น
3. ต้องไม่ใช่ข้อเสนอแนะที่ไม่อธิบายแนวทางแก้ไขไว้
4. ต้องไม่ใช่ข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้องกับสิทธิฝ่ายบริหารจัดการ(Management Right) เช่น เสนอแนะจัดสวัสดิการ การปรับค่าจ้าง เป็นต้น
5. ต้องไม่ใช่ข้อเสนอแนะที่ขัดต่อนโยบาย

การส่งเสริมกิจกรรมข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย

1. ทำป้ายโปสเตอร์ คำขวัญ ข่าวสารแผ่นพับ เสียงตามสายหรือสื่อต่างๆ ตามความเหมาะสม
2. จัดอบรม/ประชุม/ให้ความรู้
3. กำหนดเป้าหมายต่อหน่วยงานสำหรับการส่งข้อเสนอแนะเข้ามา รวมทั้งการดำเนินการ
4. จัดทำคู่มือ แผ่นพับ/ใบปลิว แสดงความสำคัญแจกแก่หน่วยงานต่างๆ
5. แนะนำหน่วยงานที่เคยประสบผลสำเร็จ
6. จัด Visit/Tour นอกสถานที่ที่ทำแล้วประสบความสำเร็จ เพื่อสร้างความตื่นตัวและจิตสำนึก
7. สร้างข้อเสนอแนะโดย
 - (1) หยอดใส่ตู้ข้อเสนอแนะ
 - (2) นำส่งโดยตรงยังคณะกรรมการ หรือผู้ที่กรรมการมอบหมาย
 - (3) นำส่งผ่านผู้บังคับบัญชาของตนเอง (กล่องรับข้อเสนอแนะเคลื่อนที่)

2.4 TQM /CQI(Total Quality Management /Total Quality Improvement)^(7,14,27,28)

เป็นกระบวนการอย่างเป็นระบบ และมีโครงสร้าง ในการสร้างความร่วมมือของคนทั้งองค์กร ในการวางแผนและลงมือปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง TQM จะทำให้บุคลากรกลุ่มมาทำงานด้วยกัน บรรลุจุดมุ่งหมายร่วมกัน เข้าใจสินค้าและบริการที่ผลิตและปรับปรุงคุณภาพบริการนั้นได้

แนวคิดและ หลักสำคัญของ TQM 11 ประการดังนี้

1) การยึดมั่นในจุดมุ่งหมายขององค์กร (Constancy of purpose) เป็นการดำเนินการภายใต้ Mission ที่วางไว้ และมีการสร้าง วิสัยทัศน์ (Vision) และ การวางแผนกลยุทธ์(Strategic Planning) เพื่อความสำเร็จระยะยาว

2) คุณภาพเหนือสิ่งอื่นใด (Quality first) เป็นคุณภาพที่ตอบสนองความต้องการของลูกค้าตามที่คาดหวังหรือมากกว่า ด้วยระดับต้นทุนและค่าใช้จ่ายที่สมเหตุผล คุณภาพของ TQM จะอยู่ในทุกขั้นตอนของกระบวนการและในผลลัพธ์ที่ตามมา(Outcome)

3) การมุ่งให้ความสำคัญของลูกค้า (Customer Focus) หมายถึง การใช้มาตรฐานวิชาชีพและความพยายามตอบสนองความต้องการของลูกค้า

4) การปรับปรุงคุณภาพ ต้องอาศัยกระบวนการผลิต(Process or system orientation) เพื่อลดข้อผิดพลาดและข้อบกพร่อง เพราะคุณภาพ ขึ้นอยู่กับกระบวนการผลิตของแต่ละขั้นตอน

5) ความมุ่งมั่นของผู้นำองค์กร (Leadership commitment) ในการสร้างวัฒนธรรมวางวิสัยทัศน์ และกำหนดทิศทางการพัฒนา

6) การจัดการข้ามหน้าที่และการทำงานเป็นทีม (Cross functional management and teamwork) ที่ส่งเสริมการประสานงาน การทำงานเป็นทีม และสร้างเป้าหมายองค์กรร่วมกัน

7) การกระจายอำนาจและให้อิสระแก่ผู้ปฏิบัติ เพื่อปรับปรุงกระบวนการ (Worker empowerment)

8) การให้การศึกษาและฝึกฝน (Education and training) เป็นการถ่ายทอดวิธีการและเทคนิคการทำงาน

9) การจัดการโดยอาศัยข้อเท็จจริง การใช้สถิติ และความเข้าใจต่อความแปรปรวน (Management by act ,Use of statistic and understanding of variation)

10) การเรียนรู้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Learning and Continuous Improvement) เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ที่ต้องอาศัย Benchmarking 4 วิธี คือ

- ก. ศึกษาจากหน่วยอื่นในโรงพยาบาล Internal benchmarking
- ข. ศึกษาจากคู่แข่ง (Competitive benchmarking)
- ค. ศึกษาจากโรงพยาบาลที่ดีที่สุดที่ไม่ใช่คู่แข่ง (Functional benchmarking)
- ง. ศึกษาจากองค์กรอื่นที่ไม่ใช่โรงพยาบาล (Generic benchmarking)

11) การสร้างสัมพันธ์ไมตรีกับผู้จัดส่งผลิตภัณฑ์ (Supplier Partnership) เนื่องจากผลที่ได้จากเครื่องใช้คุณภาพดีจาก Supplier คือ การหลีกเลี่ยงของเสีย ความล่าช้า และค่าใช้จ่ายอื่นที่เกิดจากของด้อยคุณภาพ

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล ได้สรุปหลักการ ของ TQM/CQI ไว้ 7 ข้อดังนี้⁽¹⁴⁾

1. ลูกค้าสำคัญที่สุด (Customer Focus) เป็นการค้นหาและตอบสนองความต้องการของลูกค้า
2. จุดความฝันร่วมกัน (Common Vision)เป็นการรวมพลังเพื่อสร้างสรรคโดยการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน
3. ทีมงานสัมพันธ์ (Teamwork and Empowerment) เป็นการประสานความพยายามของผู้เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติงาน โดยการฝึกอบรมและให้โอกาสนำศักยภาพมาใช้อย่างเต็มที่
4. มุ่งมั่นกระบวนการ (Process Focus) เป็นการปรับปรุงกระบวนการให้รัดกุมและง่ายต่อการปฏิบัติ และมองว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากระบบงาน
5. สานด้วยอริยสัจสี่ (Problem solving Process) เป็นการนำกระบวนการ ทางวิทยาศาสตร์ หรือ อริยสัจ 4 มาใช้ปรับปรุงกระบวนการ
6. ดีด้วยผู้นำ (Leadership Support) การเน้นบทบาทผู้นำโดยใช้กระบวนการร่วมกัน และเปลี่ยนบทบาทจากผู้ควบคุมสั่งการมาเป็นโค้ช
7. ทำดีไม่หยุดยั้ง (Continuous Support) เป็นมองหาโอกาสพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ความสำเร็จของ TQM ในโรงพยาบาล ได้มีความคาดหวัง 4 ด้าน คือ

- 1). ลดต้นทุน
- 2). แก้ไขความบกพร่องของระบบ
- 3). ปรับปรุงคุณภาพในแง่ความพึงพอใจของลูกค้าและสิ่งแวดล้อมการทำงาน
- 4). เพิ่มศักยภาพการแข่งขัน

องอาจ วิพุทธิริและคณะ⁽²⁸⁾ ได้สรุปปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพบริการ ด้วย TQM/CQI ไว้ดังนี้

1. ความมุ่งมั่นเป็นผู้นำ (Leadership commitment) ของผู้บริหารระดับสูงที่จริงจังอย่างต่อเนื่อง (Continuity) เป็นผู้นำคุณภาพตัวอย่าง (Leading by example) มีความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีใน TQM
2. ระบบข้อมูลและการวิเคราะห์ (Information & Analysis)
3. การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic planning) หมายถึง กระบวนการกำหนดทิศทางนโยบายและแผนกลยุทธ์ เช่น AIC

4. การพัฒนาบุคลากรและการบริหาร (Human Resource Development & Management) หมายถึง การมีบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม TQM/CQI AIC & QCC ที่มากกว่า

5. การบริหารการพัฒนากระบวนการ (Process Management) หมายถึง การใช้นโยบายพัฒนาคุณภาพเป็นนโยบายหลัก มีการมอบหมายทุกระดับ มีทีมผู้นำ ติดตามเป็นที่เล็ง มีการประชุมความก้าวหน้าเป็นประจำ

6. สมรรถนะในการสร้างผลงาน (Organization Performance Result) หมายถึง การมีผลความพึงพอใจในการบริการผู้ป่วยนอกโดยรวมเพิ่มขึ้น

7. การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และมุ่งความพึงพอใจของผู้ป่วย (Focus & Satisfaction of Patients)

8. ตามความคิดเห็นส่วนใหญ่ของบุคลากร ปัจจัยที่นำส่งผลให้ TQM ประสบความสำเร็จ 3 อันดับแรก ได้แก่

- 1) การที่เจ้าหน้าที่ทุกคนเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วม
- 2) การมีผู้บริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนจริงจัง
- 3) การฝึกอบรม TQM/CQI

ISO 9002⁽²⁹⁾

เป็นรูปแบบการประกันคุณภาพรูปแบบหนึ่งสำหรับการผลิต ติดตั้งและบริการ เป็นข้อกำหนดด้านคุณภาพที่ผู้ผลิตจัดทำไว้หรือข้อกำหนดที่ลูกค้าต้องการ เป็นหนึ่งในชุดมาตรฐานผลิตภัณฑ์สากล ISO 9000 ที่แบ่งเป็นอนุกรมต่าง ได้แก่ ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003 มีข้อกำหนดรวม 20 ข้อ โดยหน่วยงานที่จะขอการรับรองมาตรฐานจะต้องเลือกให้เหมาะสมกับการดำเนินงานของหน่วยงานตน สำหรับหน่วยงานที่ไม่มีการออกแบบผลิตภัณฑ์ใหม่ให้เลือกใช้ออนุกรม ISO 9002 ซึ่งโรงพยาบาลจัดเป็นงานบริการประเภทนี้

วัตถุประสงค์ ของ ISO 9000

1. สร้างระบบบริหารคุณภาพ รวมทั้งจัดทำข้อมูลและคงรักษาไว้ให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง
2. แสดงให้ลูกค้าเห็นสัญญาด้านคุณภาพที่ตกลงไว้และสามารถจะทำได้
3. การควบคุมครบวงจรตั้งแต่ต้นจนจบ
4. มีการปรับปรุงและพัฒนา
5. ผลิตภัณฑ์เชื่อถือได้

ในปัจจุบัน ได้มีการนำ ISO มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลอย่างแพร่หลาย ซึ่งในการบรรลุมาตรฐาน ISO 9002 นั้น โรงพยาบาลต้องดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ฝ่ายบริหารแสดงความมุ่งมั่นในการจัดทำระบบคุณภาพ
2. แต่งตั้ง QMR และ Steering Team
3. กำหนดนโยบายและเป้าหมายคุณภาพ
4. ทบทวนระบบงานเดิมที่มีอยู่ (Gap Analysis)
5. กำหนดระบบงานใหม่ให้สอดคล้องกับมาตรฐาน
6. จัดทำเอกสารคุณภาพ
7. วิเคราะห์ความต้องการในการฝึกอบรม
8. จัดการฝึกอบรม
9. ปฏิบัติตามระบบคุณภาพ
10. ตรวจสอบคุณภาพภายใน
11. ประชุมทบทวนฝ่ายบริหาร
12. ปรับปรุงระบบที่ยังบกพร่อง
13. ขอรับการรับรองมาตรฐาน

ISO 14001 ^(30,31,32)

เป็นมาตรฐานว่าด้วยระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม และแนวทางในการนำข้อกำหนดไปใช้ในองค์กร ISO 14001 เป็น 1 ใน 3 กลุ่ม ของ ISO 14000 ซึ่งเป็นอนุกรมมาตรฐานระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม (Environmental Management System) ในระดับสากลที่ถูกนำไปประยุกต์ในการบริหารงาน และจัดการสิ่งแวดล้อมให้ไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อมุ่งเน้นให้องค์กรมีการพัฒนาปรับปรุงสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง โดยมาตรฐาน ISO 14001 จะเป็นแนวทางในการออกใบรับรอง หรือการนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานเพื่อการรับรอง ซึ่งได้ประกาศใช้เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2539 โดย International Organization for Standardization

หลักการของ ISO 14001 ประกอบด้วย ขั้นตอนดังนี้

1. นโยบายด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental policy) การกำหนดนโยบายของผู้บริหารระดับสูง และการประสานจัดการให้มีผลในรูปธรรม โดยผู้บริหารต้องให้คำมั่นสัญญา ในการกำหนดนโยบาย (Management Commitment) เพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดการเกิดมลพิษและการดำเนินการที่คำนึงถึงสภาพแวดล้อม และผลกระทบที่เกิดขึ้น

2. การจัดทำแผนดำเนินการ (Planning) ให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นการวิเคราะห์และระบุลักษณะของปัญหาผลกระทบสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น จากการดำเนินงานผลิตภัณฑ์และบริการ เช่น การใช้สารเคมี พลังงาน และแรงงาน ในกระบวนการผลิต รวมทั้งสารเคมีที่ใช้แล้ว สิ่งปนเปื้อนทางน้ำ อากาศเป็นต้น นำปัญหาที่วิเคราะห์ได้มาจัดลำดับความสำคัญ พร้อมกำหนดเป็น วัตถุประสงค์และเป้าหมาย(Objective & Targets) โดยจะพิจารณาลักษณะปัญหาสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ กฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดต่างๆ ด้านสิ่งแวดล้อมกับการปฏิบัติตาม และข้อจำกัดด้านบริหาร จากนั้นจึงจัดทำโครงการจัดการสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเป็นการกำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน ให้สอดคล้อง กับ เป้าหมายและระยะเวลาที่กำหนด รวมทั้งหน้าที่รับผิดชอบขององค์กรแต่ละระดับ

3. การนำแผนงานสู่การปฏิบัติ (Implementation and Operation) เพื่อให้การดำเนินงาน บรรลุผลที่ตั้งไว้ จะประกอบด้วย การกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบ การฝึกอบรมเพื่อสร้างจิตสำนึก และความสามารถของบุคลากรในการดำเนินการให้สู่เป้าหมายเดียวกัน การสื่อสารประชาสัมพันธ์ทั้ง ภายในและภายนอกองค์กร การจัดทำและควบคุมเอกสาร การควบคุมการดำเนินงาน และการ เตรียมพร้อมในภาวะการฉุกเฉิน เช่น สารเคมีรั่วไหล ไฟไหม้ เป็นต้น

4. การตรวจสอบและการแก้ไข (Checking and Corrective Action) เพื่อเป็นการวัดและ ประเมินผลการดำเนินงานและหามาตรการปรับปรุงแก้ไข จะประกอบด้วย การตรวจสอบและวัดผลอย่าง ต่อเนื่อง การแก้ไขข้อผิดพลาด และการบันทึกผล

5. การทบทวนการจัดการ (Management Review) เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงที่มีความ ต่อเนื่อง ผู้บริหารระดับสูงจะต้องกำหนดช่วงเวลาในการทบทวน โดยการทบทวนจัดการจะต้องคำนึงถึง การเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นต่อนโยบาย วัตถุประสงค์ และข้อกำหนดต่างๆ ของระบบ

ISO/IEC Guide 25⁽³³⁾

เป็นระบบคุณภาพที่เกิดขึ้นโดย ISO (International Organization for Standardization) และ IEC (International Electrochemical Commission) ได้ร่วมกันวางระบบนี้ขึ้น จากการร้องขอของ ILAC ในการประชุมที่ Auckland (New Zealand) เมื่อปี 1990 และได้มีการปรับปรุงใหม่ เป็น ISO 17025 ซึ่งจะรวม ISO 9002 เข้าไว้ด้วย ISO/IEC Guide 25 เป็นข้อกำหนดทั่วไป ที่ว่าด้วยความ สามารถของห้องปฏิบัติการสอบเทียบ ห้องปฏิบัติการทดสอบ และเป็นพื้นฐานของระบบคุณภาพห้อง ปฏิบัติการทั่วไป ข้อกำหนดมีทั้งทางด้านบริหารและวิชาการ รวม 13 ข้อ คือ

1. องค์กรและการบริหาร
2. ระบบคุณภาพ การตรวจติดตามและทบทวน
3. บุคลากร

4. สถานที่และภาวะแวดล้อม
5. เครื่องมือและวัสดุอ้างอิง
6. ความสอกลับได้ของการวัด และการสอบเทียบ
7. วิธีสอบเทียบและวิธีทดสอบ
8. การจัดการตัวอย่าง
9. การบันทึก
10. ใบรับรองและรายงานผล
11. การรับเหมาช่วงการสอบหรือการทดสอบ
12. การจัดซื้อและการใช้บริการภายนอก
13. การร้องเรียน

HA. (Hospital accreditation) ^(34,35)

คือ กระบวนการประเมินระบบคุณภาพระบบบริการโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับมาตรฐานระดับชาติ เป็นกลไกส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการประเมินและพัฒนาคุณภาพด้วยตนเอง ควบคู่กับการยืนยันผลการประเมินนั้นจากหน่วยงานภายนอก

หลักสำคัญของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

1. เป็นกระบวนการเรียนรู้ไม่ใช่การตรวจสอบ
2. คุณภาพไม่ขึ้นกับทรัพยากรเพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับการทำงานร่วมกับเป็นทีม มีระบบงานที่เป็นมาตรฐานและระบบวัดผลการปฏิบัติงาน เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพ
3. การรับรองคุณภาพจะส่งเสริมให้โรงพยาบาลมุ่งมั่นพัฒนาไปสู่ความเป็นเลิศ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการรับรองคุณภาพ ไม่ได้รับรองว่าผู้ป่วยทุกรายจะปลอดภัย แต่รับรองว่าระบบที่เป็นอยู่มีความเสี่ยงน้อยที่สุด

ปรัชญาของการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

1. การรับรองคุณภาพ เป็นกระบวนการเรียนรู้มากกว่าการตรวจสอบ โดยการเรียนรู้จะเกิดขึ้นในช่วงของการประเมินและพัฒนาตนเอง และช่วงที่มีผู้ประเมินภายนอกมาให้ข้อคิดเห็นแก่ทีมงานของโรงพยาบาล
2. การขอรับการประเมินต้องเกิดจากความสมัครใจของโรงพยาบาล
3. เน้นการรับรองความมุ่งมั่นในการพัฒนาและระบบงานที่ดีควบคู่กับผลลัพธ์มากกว่าที่จะรับรองในเชิงผลลัพธ์อย่างเดียว
4. ใช้กรอบแนวทางการพัฒนาคุณภาพร่วมกัน สำหรับการประเมินตนเอง และการประเมินจากภายนอก อาจเรียกรอบนี้ว่า ข้อกำหนดหรือมาตรฐานเชิงระบบ ที่อยู่บนพื้นฐานปรัชญา TQM/CQI

ดังนั้น พอสรุปได้ว่า กระบวนการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก คือ

1. การพัฒนาตนเองของโรงพยาบาล ตามแนวทางที่กำหนดไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาล
2. การประเมินตนเองเพื่อดูความก้าวหน้าและความพร้อมในการขอให้องค์กรภายนอกมา

ประเมิน

3. การประเมินและรับรองโดยองค์กรภายนอก เพื่อยืนยันผลการประเมินตนเอง และตัดสินใจให้การรับรอง

ในการพัฒนาคุณภาพ จะเน้นการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพ ให้ดีขึ้นอยู่เสมอ และสร้างความตื่นตัวของการเรียนรู้และพัฒนา โดยการมีส่วนร่วมของฝ่ายในองค์กร ส่วนการรับรอง จะเป็นการรับรองกระบวนการคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย การออกแบบระบบงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การนำระบบที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ การทบทวนตรวจสอบวิธีการทำงาน และการแก้ไขและปรับปรุงให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สำหรับมาตรฐาน HA ของประเทศไทย ได้ใช้มาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญจนวชิระ ซึ่งกำหนดไว้ 5 ตอน ได้แก่ การนำองค์กร, มาตรฐานร่วม, การบริหารระดับองค์กร, บริการทางคลินิก, และบริการสนับสนุนอื่นๆ ซึ่งต่อมา ได้บูรณาการเป็น 6 หมวด 20 บท ดังนี้

หมวดที่ 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ การนำองค์กรและทิศทางนโยบาย

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

หมวดที่ 3 กระบวนการคุณภาพ ได้แก่ กระบวนการกระบวนการคุณภาพทั่วไป, กระบวนการคุณภาพด้านคลินิกบริการ, การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

หมวดที่ 4 การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ ได้แก่ องค์กรแพทย์ และการบริหารพยาบาล

หมวดที่ 5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

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

โดยใช้เป็นแนวทางในการประเมินตนเองของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Hospital)^(19,35,36)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบหนึ่ง ของยุทธศาสตร์การพัฒนา ที่เน้นการปรับโรงพยาบาล (Hospital reform) โดยใช้พื้นฐานแนวคิดของ "การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่" เพื่อปรับองค์กรโรงพยาบาลที่เป่าประสงค์การดูแลรักษาพยาบาลสุขภาพของโรคหรืออาการของโรค

(curative approach) เพียงอย่างเดียว สู่องค์กรโรงพยาบาลใหม่ที่เน้นการดูแลสุขภาพดี (good health approach) รวมทั้งเป็นตัวอย่างของสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy workplace) และตัวอย่างของพฤติกรรมสุขภาพ ที่เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลกับการดูแลในชุมชน และการดำเนินการเชิงรุกในชุมชน

องค์ประกอบของงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จะประกอบด้วย สุขภาพอนามัยของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย การผสมผสานงานดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นเข้ากับงานประจำของโรงพยาบาล งานป้องกันโรค งานสุขศึกษาและการฟื้นฟูสภาพ งานสุขภาพีบาลและการดูแลสุขภาพแวดล้อม และความสัมพันธ์ของชุมชนกับสถาบันในสังคม โดยมีเงื่อนไขและปัจจัยที่เอื้อต่อการดำเนินการ ให้ประสบความสำเร็จ มีดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะที่จะส่งเสริมสุขภาพ (Built Healthy Public Policy)
2. การสร้างสรีรศาสตร์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment)
3. การสร้างความเข้มแข็งให้แก่กิจกรรมชุมชน (Strengthening Community Action)
4. การพัฒนาทักษะสุขภาพส่วนบุคคล (Develop Personal Skill)
5. การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (Reorient Health Service)
6. การวิจัยและการพัฒนา (Research and Development)
7. การสร้างกำลังคนด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ดังนั้นอาจสรุปเนื้อหาสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ ได้ 4 ส่วน ได้แก่

1. เป้าหมายที่ผู้ป่วย เป็นการให้บริการที่มีคุณภาพ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย การกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่มีความต้องการเฉพาะ ตระหนักในความต้องการที่แตกต่างกัน สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยระยะยาว และการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วย
2. เป้าหมายที่เจ้าหน้าที่ หมายถึง การมีสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี การฝึกอบรมทักษะของเจ้าหน้าที่
3. เป้าหมายที่องค์กร เป็นการมุ่งเป้าหมายสุขภาพเชิงบวก ความตระหนักในผลกระทบของโรงพยาบาล การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย
4. เป้าหมายที่ชุมชน เป็นการส่งเสริมความร่วมมือกับชุมชน และบริการที่มีอยู่แล้ว การจัดทำและใช้ข้อมูลระบาดวิทยาเพื่อป้องกัน

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

องอาจ วิพุดศิริ และคณะ⁽²⁸⁾ ได้ศึกษาวิจัยประเมินผลโครงการนำร่อง การพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วย TQM ในโรงพยาบาลนำร่อง 8 แห่ง พบว่าในกลุ่มโรงพยาบาลที่มีความก้าวหน้าที่เร็วบุคลากรได้รับการฝึกอบรม TQM/CQI, AIC และQCC มากกว่า มีความมุ่งมั่น ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและขยายผลสู่งานบริการด้านผู้ป่วยในมากกว่า ส่วนกลุ่มที่ก้าวหน้าอย่างค่อยเป็นค่อยไป มีการฝึกอบรม 5 ส ,กิจกรรมข้อเสนอแนะ (Suggestion System, SS) QCC และ MINI-QCC เนื่องจากเห็นว่าง่ายและได้ผลเร็ว มีการขยายผลการพัฒนาคุณภาพ ของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ แต่ยังคงเป็นการสนับสนุนเฉพาะในแผนกผู้ป่วยนอก ส่วนการได้รับการอบรมการพัฒนาองค์กร(Organization Development,OD) และการพัฒนาพฤติกรรมบริการ (Excellent Service Behavior, ESB) ไม่แสดงนัยสำคัญในความแตกต่างระหว่างความก้าวหน้า

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ⁽³⁷⁾ ได้ทำการศึกษาโดยการส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลชุมชน 531 แห่ง เกี่ยวกับความสามารถในการให้บริการด้านต่าง ๆ (ยกเว้นงานส่งเสริมสุขภาพ งานสุขภาพจิต และป้องกันโรค) เทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ พบว่า โรงพยาบาลชุมชนทุกขนาดมีความสามารถในการให้บริการแตกต่างกัน โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่จะมีความสามารถในการให้บริการสูงกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก โดยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงขึ้นไป มีความสามารถสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง และโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีความสามารถสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง โดยองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนที่สำคัญ คือ ขนาดของโรงพยาบาลชุมชน อัตรากำลัง จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงาน และความอาวุโสของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน

กนกพร คุปตานนท์⁽³⁸⁾ ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพการพยาบาล ต่อคุณภาพการพยาบาล ในหอผู้ป่วยออโรดิทิกส์ โรงพยาบาลศิริราช ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพการพยาบาลไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ความพึงพอใจของบุคลากรการพยาบาลต่อการปฏิบัติงาน ตามแนวคิดการบริหารหลังการใช้โปรแกรมการประกันคุณภาพ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมประกันคุณภาพ

สมจิตร พิริยะประภากุล⁽³⁹⁾ ได้ทำการศึกษาวิเคราะห์การบริหารการพยาบาล ตามแนวคิดการบริหารเพื่อคุณภาพทั้งองค์กร ของกลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลปทุมธานี ในผู้บริหาร 17 คน ผู้ปฏิบัติ 231 คน และผู้ใช้บริการ 250 คน ผลการศึกษาพบว่าระบบการบริหารทางการพยาบาล มีการปฏิบัติตามแนวคิดการบริหารเพื่อคุณภาพทั้งองค์กร ในระดับมาก (ร้อยละ82.8) ส่วนการวิเคราะห์ด้านการบริการพยาบาล พบว่า ผู้ให้บริการมีการปฏิบัติตามอยู่ในระดับมาก ผู้ใช้บริการก็ได้รับบริการอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน

วรางคณา ผลประเสริฐ⁽⁴⁰⁾ ได้ศึกษา ปัจจัยที่อิทธิพลต่อสัมฤทธิ์ผลของการทำกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ กลุ่มตัวอย่าง คือประธาน เลขานุการและสมาชิกกลุ่มพัฒนางานคุณภาพ ที่มีการเสนอผลงาน ในปีงบประมาณ 2539 –2540 จำนวน 975 คน ผลการศึกษา พบว่า สัมฤทธิ์ผลของการทำกิจกรรมกลุ่มคุณภาพ อยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์กับ ปัจจัยลักษณะประชากร ปัจจัยด้านความพร้อมขององค์กร ปัจจัยด้านวิธีปฏิบัติที่สำคัญ ปัจจัยด้านการดำเนินกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพงาน และปัจจัยด้านการส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพ ส่วนปัญหาอุปสรรคตามความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ อันดับแรก ได้แก่ ความไม่ต่อเนื่องในการอบรม ส่วนแนวทางการพัฒนาเพื่อให้กิจกรรมกลุ่มประสบผลสำเร็จนั้น ผู้บริหารควรที่จะร่วมเป็นคณะกรรมการหรือที่ปรึกษากิจกรรมกลุ่มพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล

Hammer Shony และ Mainz T.⁽⁴¹⁾ ได้ศึกษา บทบาทของบุคลากรในกิจกรรมการประกันคุณภาพที่โรงพยาบาลในเดนมาร์ก โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ไปยังโรงพยาบาลทุกแห่ง กระจายให้แก่ แพทย์และพยาบาลในแผนกต่างๆ เกี่ยวกับกิจกรรมการประกันคุณภาพ หัวข้อและวิธีการ ทิศทาง องค์กรและทัศนคติในวิชาชีพต่างๆ ได้รับแบบสอบถามกลับมา 349 ชุด ผลการศึกษาพบว่า 87% ได้เริ่มกิจกรรมพัฒนาคุณภาพแล้ว โดยแพทย์นำไปใช้ในการวิจัยทางคลินิก และพยาบาลนำไปใช้ใน โครงการ ที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มแรก ส่วนในเรื่องการให้ความรู้ยังไม่แพร่หลายในกลุ่มวิชาชีพ แต่พบว่า 87% มีทัศนคติในทางบวกรวมทั้ง มีความต้องการที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับแนวคิดที่สามารถจะนำไปปฏิบัติได้

De Moraes Novaes H⁽⁴²⁾ ได้ศึกษา กิจกรรมการประกันคุณภาพ ที่ใช้ในการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในละตินอเมริกาและแคริบเบียน จำนวน 14,000 แห่ง จากการติดตาม พบว่า ความต้องการประสิทธิผลการพัฒนาโปรแกรมการประกันคุณภาพ ได้แก่ ทักษะวิชาชีพ ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร การปรับลักษณะขั้นต่ำของการบริการและความพึงพอใจของผู้ป่วย ทั้งในด้านความต้องการ ความคาดหวัง และการเข้าถึงการบริการสุขภาพ

ละมัยพร โลहितโยธิน⁽⁴³⁾ ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการคุณภาพโดยรวมกับ ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วย ตามการรับรู้ของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการ จำนวน 320 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ผลการศึกษา พบว่า การจัดการคุณภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับสูงกับ ประสิทธิภาพของหอผู้ป่วย โดยตัวแปรการจัดการคุณภาพโดยรวม ที่สามารถร่วมทำนายประสิทธิผลของหอผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ บุคลากรสัมพันธ์ บทบาทของหอผู้ป่วย และการจัดการด้านกระบวนการ โดยสามารถทำนายร่วมกัน การทำนายความแปรปรวนของประสิทธิผลของหอผู้ป่วยได้ ร้อยละ 54.57

นงลักษณ์ ประเทืองไพศรี⁽⁴⁴⁾ ได้ศึกษากระบวนการบริหารโครงการพัฒนาบริการด้านหน้าของโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดกำแพงเพชร โดยเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานแบบสัมภาษณ์ ในผู้บริหารจำนวน 24 คน และวัดความพึงพอใจของผู้มารับบริการ 354 คน ในโรงพยาบาล 8 แห่ง ผลการศึกษาพบว่า ทั้ง 8 โรงพยาบาล มีการจัดโครงสร้างการบริหารที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร ด้านอำนวยการด้านการควบคุมกำกับขาดการประเมินผลงานที่ต่อเนื่อง ส่วนด้านพฤติกรรมบริการเจ้าหน้าที่ ด้านพัฒนาระบบไหลเวียนผู้ป่วย และด้านกายภาพ พบว่า โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80

วานิช อิ่มใจ⁽⁴⁵⁾ ได้ประเมินผลการใช้มาตรฐานการพยาบาลงานบริการผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้รูปแบบประเมินผล CPO ในพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก 140 คน และพยาบาลประจำการ 427 คน ผลการศึกษา พบว่า ความพร้อมด้านทรัพยากร ทุกหอผู้ป่วยหนักมีพยาบาลวิชาชีพ ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของ ก.พ. แต่ในกระบวนการใช้มาตรฐานหอผู้ป่วยหนักนั้น พบว่า ปฏิบัติได้สมบูรณ์ เรื่องความครบถ้วนในการใช้ พบว่า ร้อยละ 87.0 ใช้มาตรฐานของกองการพยาบาล และร้อยละ 79.0 ใช้ครบทั้ง 3 ส่วน คือ มาตรฐานเชิงโครงสร้าง มาตรฐานเชิงกระบวนการ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์

นัยนา เตโชพัร⁽⁴⁶⁾ ได้ศึกษา การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยตามรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ที่เข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยสามัญ แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูก และกุมารเวชกรรม ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 182 คน และพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน 190 คน โดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษา พบว่า การปฏิบัติงานร่วมกับแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สูงกว่าโรงพยาบาลที่ไม่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นัยนา สีสุขสันต์⁽⁴⁷⁾ ได้ศึกษา ปัญหาและอุปสรรคในการนำกลุ่มคุณภาพมาใช้ในธุรกิจอุตสาหกรรมการผลิตของประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่า ผู้บริหารและพนักงานส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นว่า อุปสรรค ในการทำ QCC คือ พนักงานยุ่งกับงานประจำจนไม่มีเวลาทำ QCC และอุปสรรคในการนำ QCC มาใช้ในองค์กร คือ ผู้บริหารไม่เข้าใจแนวคิด QCC และพนักงานยังไม่พร้อมที่จะรับแนวบริหารแบบ QCC ส่วนในด้านความคิดเห็นต่อผลการทำกิจกรรม QCC ส่วนใหญ่คิดว่า ผลของการทำกิจกรรม QCC นั้น มีส่วนช่วยให้คุณภาพงาน สภาพแวดล้อมการทำงาน ความสัมพันธ์กับผู้ร่วมงาน ความรู้สึกดีต่องาน การทำงานเป็นทีม ความรู้สึกผูกพันกับบริษัท ความรู้สึกผูกพันกับงาน ความรู้สึกปลอดภัยในงาน และความมีส่วนร่วมในการบริหาร อยู่ในระดับที่ดีขึ้น

บุษรินทร์ ทีดี⁽⁴⁸⁾ ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการประกันคุณภาพ การพยาบาล ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ในโรงพยาบาลที่ทดลองใช้กระบวนการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาลในเขตภาคกลาง โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาล ที่ทดลองใช้กระบวนการรับรองคุณภาพการพยาบาล เขตภาคกลาง 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระพุทธ เลิศหล้า โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลบ้านแพ้ว และโรงพยาบาลเสนา จำนวน 300 คน โดย สุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) ผลการศึกษา พบว่า ระดับการยอมรับการประกัน คุณภาพการพยาบาลของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล ในโรงพยาบาลที่ทดลองใช้กระบวนการรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล ส่วนใหญ่(ร้อยละ 86.6) อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนระดับความรู้และเจตคติ อยู่ใน ระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 87 และ 73.6) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับ การประกันคุณภาพการพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับการศึกษา รายได้ ตำแหน่ง ความรู้ เจตคติ ปัจจัยด้านระบบสังคม การมีส่วนร่วม และการได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการประกัน คุณภาพ

บุญหลง คำสมุทร⁽⁴⁹⁾ ได้ทดลองนำกิจกรรมกลุ่มสร้างคุณภาพมาใช้ในการพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลศูนย์ (ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศูนย์เชียงราย) การศึกษาวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลองแบบ สามกลุ่มวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ 1 เป็นข้าราชการลูกจ้างของ โรงพยาบาลศูนย์เชียงราย ที่ผ่านการฝึกอบรม QC เป็นเวลา 5 วัน และสมัครเข้าร่วมกิจกรรม QC จำนวน 34 คน กลุ่มทดลอง 2 เป็นข้าราชการและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม QC จำนวน 39 คน กลุ่ม ควบคุมเป็นข้าราชการและลูกจ้างโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง ซึ่งไม่ได้รับการอบรมและทำกิจกรรม QC จำนวน 31 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง 1 มีพฤติกรรมด้านการพัฒนาคุณภาพเปลี่ยนแปลงในทาง ที่ดีขึ้นกว่าเดิม และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.0019$) กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง 1 มี พฤติกรรมด้านการพัฒนาคุณภาพเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นกว่าเดิม และมีความแตกต่างอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($P = 0.0035$) กลุ่มทดลอง 3 มีพฤติกรรมด้านการพัฒนาบุคคลเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ ลดลงกว่าเดิมทางสถิติและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.0244$)

สุภชัย ปันศิริ⁽⁵⁰⁾ ได้ศึกษาปัจจัยกำหนดความสำเร็จของกิจกรรม คิวซี (QC circle) ใน ประเทศไทย โดยส่งแบบสอบถามไปยังตัวอย่างที่คัดเลือกจากบริษัท 35 แห่ง ที่ส่งกลุ่ม คิวซี เข้าร่วม เสนอผลงานในมหกรรมคิวซี ครั้งที่ 3 ซึ่งจัดโดยสมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น) สัมภาษณ์ ผู้บริหารระดับสูง หัวหน้ากลุ่มคิวซี และสมาชิกกลุ่มที่ได้รับการยอมรับว่าประสบความสำเร็จในการทำ กิจกรรมคิวซี จำนวน 4 แห่ง ผลการวิจัย พบว่า ความสำเร็จในการทำกิจกรรมคิวซี ขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ การฝึกอบรม บทบาทของผู้บริหารระดับสูง และผู้ชำนาญการมีปัจจัยเพียง 3 ประการ โดยมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้บริหารระดับสูงมีความสำคัญต่อ ความสำเร็จของการทำกิจกรรม QC โดยในบริษัทที่ประสบความสำเร็จ พบว่า ผู้บริหารระดับสูงจะ

ประกาศเป็นนโยบายว่า บริษัทสนับสนุนและส่งเสริมการทำกิจกรรมจิตอาสาและจะเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมจิตอาสา รวมทั้งคอยกระตุ้นและติดตามผลการดำเนินกิจกรรมจิตอาสาอย่างสม่ำเสมอ

วงศ์เดือน จันทร์งาม⁽⁵¹⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ คณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพในโรงพยาบาลศูนย์ รวม 19 แห่ง จำนวน 299 คน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาลในเชิงบวก ได้แก่ ระบบสนับสนุนองค์การในการบริหาร ($r=0.4819$) ลักษณะคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล การวางแผนตรวจสอบคุณภาพการพยาบาล ($r=0.4912$) พฤติกรรมของแพทย์ ($r=0.3283$) และพฤติกรรมพยาบาล ($r=0.6408$)