

2. บทบาทของผู้นำคุณภาพ

เมียร์ส และวอยล์ (Mears & Voehl, 1993, pp. 11-12 cited in Goetsch & Davis, 1994) กล่าวว่า ผู้นำที่จะประสบความสำเร็จ จะปฏิบัติกิจกรรม 5 ประการ ดังนี้ สร้างวิสัยทัศน์ (vision) กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (urgency) การเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) การให้ความไว้วางใจ (trust) และมีความรับผิดชอบต่อบุคลากร (personal responsibility)

คอกซ์ (Kouzes, 1988 cited in Goetsch & Davis, 1994) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมของผู้นำที่ประสบความสำเร็จในการบริหารคุณภาพ พบว่า ร้อยละ 80 ของพฤติกรรมการบริหาร ผู้นำเหล่านั้นจะปฏิบัติในบทบาทต่าง ๆ 7 ประการ คือ

1. เป็นผู้ริเริ่มกระบวนการใหม่ ๆ ค้นหาโอกาสในการเปลี่ยนแปลงสภาพปัจจุบันขององค์กร (challenge the process)
2. เป็นผู้กระตุ้นจูงใจบุคลากรให้สร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน ผู้นำจะใช้ทักษะในการสื่อสารให้ทุกคนมุ่งมั่นต่อจุดมุ่งหมายร่วมกัน (inspire a share vision)
3. เป็นผู้สนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติงานจนประสบความสำเร็จ (enable others to act and succeed)
4. แสดงตนเป็นแบบอย่างด้านค่านิยมและความเชื่อขององค์กร (model their values and beliefs)
5. ใช้รูปแบบการจูงใจ (persuade to new heights)
6. ให้การยอมรับ ยกย่องชมเชยหรือให้รางวัลเมื่อบุคลากรปฏิบัติงานจนประสบผลสำเร็จ (encourage and support)
7. การมุ่งเน้นลูกค้าเป็นหลัก (focus on the customer)

อนูวัฒน์ สุภษติกุล และคณะ (2544, หน้า 33) กล่าวว่าผู้นำในด้านงานคุณภาพ หมายถึงผู้บริหารระดับสูงที่มีความมุ่งมั่นและสามารถส่งเสริมให้ทีมผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางมีความมุ่งมั่น ตลอดจนมีความพร้อมในการดำเนินการอย่างจริงจัง ต่อเนื่องและพยายามสร้างสรรค์ภาวะผู้นำเพื่อขยายผลไปยังทุกคนทุกระดับ ความต่อเนื่องจริงจังของผู้บริหารระดับสูงเป็นปัจจัยสำคัญต่อความก้าวหน้าของการดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

บทบาทหน้าที่ของผู้นำหรือองค์กรบริหารสูงสุด ทำหน้าที่รับผิดชอบต่อการจัดการบริหารที่มีคุณภาพ โดยการกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล ดูแลบริหารจัดการ วางแผนและติดตามผลการปฏิบัติงาน รวมทั้งให้การสนับสนุนและผลักดันให้เกิดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ มีการจัดองค์การและการบริหารในลักษณะที่เอื้อต่อการให้บริการผู้ป่วย ตามพันธกิจ ที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ (อนูวัฒน์ สุภษติกุล และคณะ, 2544, หน้า 48)

จะเห็นได้ว่าผู้นำด้านคุณภาพ คือ ผู้ที่มีบทบาทในการบริหารจัดการสูงสุดในองค์กร มีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เป็นผู้รับนโยบาย หรือนำนโยบายสู่การปฏิบัติพร้อมทั้งจัดองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ ผลักดันให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

สารสนเทศและการวิเคราะห์ (information and analysis)

1. ความหมายของข้อมูลและสารสนเทศ

สารสนเทศ (informatics) คือ ข้อมูลดิบที่ได้รับการรวบรวมและจัดเข้ากระบวนการให้อยู่ในรูปที่ให้ความสมบูรณ์ มีความถูกต้อง แม่นตรง ตรงประเด็น ทันสมัย ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ได้ (กุลยา ตันติพลาชีวะ, 2539, หน้า 12) ซึ่งสารสนเทศสามารถนำไปใช้ในการบริหาร หรือเพื่อประกอบการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ได้ตามวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการ ซึ่งอาจอยู่ในรูปของรายงานหรือสถิติ

ในด้านการสาธารณสุขด้านมูลข่าวสารเป็นสิ่งจำเป็นมาก เพราะหมายถึงการจัดบริการทางสุขภาพและการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนให้เป็นไปอย่างถูกต้อง ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้ (กุลยา ตันติพลาชีวะ, 2539, หน้า 11)

1. ข้อมูลสถานะทางสุขภาพของประชาชน เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยการตายและสาเหตุแห่งโรค
2. ข้อมูลกิจกรรมสาธารณสุขเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริการสาธารณสุข เช่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การตรวจวิเคราะห์ การบริการรักษาพยาบาล การให้สุขศึกษา รวมทั้งการพัฒนากุศลกร
3. ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข เป็นข้อมูลเกี่ยวกับบุคลากรด้านสาธารณสุข อัตราากำลังการกระจายของการบริการสาธารณสุขและการแพทย์ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และทรัพยากรอื่น ๆ
4. ข้อมูลด้านพฤติกรรมอนามัย ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการรักษาพยาบาล
5. ข้อมูลประชากรและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อัตราการเพิ่มของประชากร การย้ายถิ่น การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ อายุ เพศรวมทั้งแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอายุประชากร

ข้อมูลสาธารณสุขดังกล่าว จะเป็นฐานของการนำไปใช้เพื่อการวางแผนและดำเนินงานด้านการสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและการเปลี่ยนแปลงของสังคม หากข้อมูลมีความชัดเจนและแม่นยำมากเท่าใด โอกาสที่การนำไปใช้จะมีความถูกต้องเท่านั้น ดังนั้นการจัดเก็บข้อมูลจึงเป็นกระบวนการที่สำคัญ

ระบบสารสนเทศ ด้านคุณภาพ (quality information system) เป็นวิธีการที่องค์กรใช้ในการรวบรวมข้อมูล เก็บรักษาและรายงานข้อมูลสารสนเทศด้านคุณภาพ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจปฏิบัติงานในทุกระดับขององค์กร

2. ความสำคัญของข้อมูลและสารสนเทศ

การใช้และการวิเคราะห์ข้อมูลและสารสนเทศ คือ การบริหารจัดการจากข้อมูลจริง (management by fact) ซึ่งระบบข้อมูลข่าวสารจะช่วยในการบริหาร การวางแผน และการประเมินคุณภาพขององค์กร ระบบคุณภาพ (quality system) มีพื้นฐานมาจากข้อมูลจริง การวัดคุณภาพจะช่วยให้ องค์กรสามารถวัดความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายคุณภาพที่กำหนดไว้ ช่วยในการค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา โดยข้อมูลที่ได้นำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผน และประเมินผลการปรับปรุงคุณภาพ ข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์แล้ว นำไปใช้ในการปรับปรุงแผนพัฒนาความสามารถขององค์กร ปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานหรือใช้เปรียบเทียบกับความสามารถในการแข่งขันกับองค์กรอื่น

ตัวชี้วัดความก้าวหน้า (performance indicator) เป็นตัวสำคัญที่จะทำให้องค์กรพัฒนาสูงขึ้น ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ต้องมีระบบสารสนเทศและการวิเคราะห์ที่ดี มีการกำหนดตัวชี้วัดความก้าวหน้าให้ครอบคลุมทั้งด้านเวลา ค่าใช้จ่าย และความพึงพอใจของผู้รับบริการ รวมถึงความรู้สึกรู้ว่ามีความเป็นอยู่ที่ดี (sense of well-being) ส่วนด้านความอยู่รอดของโรงพยาบาล ซึ่งมีตัวชี้วัดทางด้านการเงิน ได้แก่ ฐานะทางการเงิน ภาระหนี้สินและสภาพคล่อง ต้องมีการเลือกเก็บข้อมูลที่ต้องการเป็นระบบและนำมาวิเคราะห์ประมวลผล โดยใช้เครื่องมือและสถิติวิเคราะห์ ที่เชื่อถือได้และมีมาตรฐาน ให้เกิดเป็นสารสนเทศที่มีประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้บริหารทุกระดับ มีการเปรียบเทียบข้อมูลผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลโดยรวมกับโรงพยาบาลคู่แข่ง (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2539, หน้า 9-12; องอาจ วิพุทธศิริ และคณะ, 2539, หน้า 14)

3. การบริหารข้อมูลและสารสนเทศ

ปัจจัยสนับสนุนให้มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ ปัจจัย ดังต่อไปนี้ (รวินันท์ ศรีกนกวิไล, และทวีเกียรติ บุญยไพศาล, 2540, หน้า 158-159)

1. นโยบาย จำเป็นที่จะต้องมียโยบายรองรับ เช่น นโยบายกระจายอำนาจ นโยบายนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ ซึ่งจะทำให้สามารถพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพที่ดี
2. การฝึกอบรม ควรจัดการฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมข้อมูลให้มีมาตรฐานเดียวกัน เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการแปลข้อมูล
3. การสร้างจริยธรรมในการรายงานข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริง

4. บุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ระบบสารสนเทศ เป็นระบบที่จัดทำขึ้นทำให้ได้สารสนเทศที่นำมาใช้ในการปฏิบัติงาน และประกอบการวินิจฉัยสั่งการตามความต้องการของผู้บริหาร ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้ การรวบรวมข้อมูลที่ต้องการ การประมวลผลข้อมูล การเก็บรักษาไว้และการเรียกใช้ โดยมี องค์ประกอบ 3 ส่วน คือ สิ่งนำเข้า กระบวนการ และสารสนเทศ ข้อมูลจะเป็นสิ่งนำเข้าระบบ สารสนเทศจะเป็นผลลัพธ์ของระบบ โดยผ่านการประมวลผลซึ่งเป็นกระบวนการของระบบ

การดำเนินงานของระบบ ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล การประมวลผล การเก็บรักษา และการเรียกใช้ จะใช้มือ (manual) หรือคอมพิวเตอร์ (computer) มาช่วยก็ได้ ซึ่งการใช้คอมพิวเตอร์จะช่วยให้การดำเนินงานของระบบรวดเร็วและยังทำให้ได้สารสนเทศที่มีคุณภาพมากขึ้นด้วย

คุณสมบัติของระบบสารสนเทศ ประกอบด้วย 1) มีการปรับปรุง แก้ไขข้อมูล และนำข้อมูลไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ตระหนักถึงการเก็บ การเรียกใช้ข้อมูล และความปลอดภัยของข้อมูล รวมถึงความแน่นอนของข้อมูล (integrity) 3) มีความยืดหยุ่น เพื่อการปรับเปลี่ยนให้ตรงกับการปฏิบัติงาน 4) เป็นที่พอใจของผู้ใช้ คือเพียงพอตามความต้องการของผู้ใช้

การนำไปใช้ประโยชน์ สารสนเทศที่ได้จากระบบ นำไปใช้สำหรับการตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมสำหรับการบริหารจัดการ (รวินันท์ ศรีกนกวิไล, และทวีเกียรติ บุญยไพศาล, 2540, หน้า 154-155) เช่น

1. จัดสรรทรัพยากร ทั้งด้านคน วัสดุสิ่งของ และเงิน เพื่อความยุติธรรมและมีประสิทธิภาพ

2. แก้ปัญหาบริการรักษาพยาบาลที่พบ

3. ควบคุมกำกับงานและประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล

4. ประโยชน์ของการใช้สารสนเทศเพื่อการดูแล

ระบบสารสนเทศจะประสมประสานการทำงานของแพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพ เข้าด้วยกัน ทำให้เกิดความเข้าใจข้อมูลของผู้ป่วยร่วมกันอย่างชัดเจน การนำสารสนเทศมาใช้จะ สะดวกและง่ายต่อการนำมาเป็นฐานของการวางแผนการดูแล กล่าวคือ (กุลยา ดันติพลาวีระ, 2539, หน้า 13-15)

1. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพ สารสนเทศจะเป็นส่วนที่ช่วยส่งเสริมการดูแลผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ ดังนี้

- 1.1 การดูแลผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในสถานพยาบาล การดูแลที่โรงพยาบาลเป็นการดูแลในภาวะเฉียบพลัน จำเป็นต้องใช้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมาใช้ให้

ครอบคลุมมากที่สุด ทำให้สามารถดูทิศทางแนวโน้มของการบำบัดรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่ส่วนร่วมในการให้ข้อมูลและใช้ข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองด้วย

1.2 การดูแลตนเองที่บ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน (home health care) เป็นบริการสุขภาพที่จัดให้แก่บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการพักฟื้น หรือผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.3 การส่งตัวผู้ป่วยเพื่อการรักษา ระบบสารสนเทศจะช่วยในการทำงานระหว่างสถานพยาบาล คลินิก โรงพยาบาล หรือสถานเอนามัย ทำงานได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

1.4 การเรียนรู้ทางสุขภาพ โดยการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดส่งข้อมูลให้ถึงผู้บริโภคโดยตรง อีกทั้งลักษณะของเทคโนโลยีมีรูปแบบที่จูงใจให้คนได้เรียนรู้ การให้สุขศึกษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตรงเป้าหมาย

2. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพ โดยอาศัยเทคโนโลยีเข้ามาช่วย เป็นการสนับสนุนการดูแลสุขภาพทางอ้อม ดังนี้

2.1 เพิ่มประสิทธิภาพของโรงพยาบาล (hospital efficiency) เทคโนโลยีสารสนเทศช่วยลดความล่าช้า ลดแรงงาน ลดความซ้ำซ้อนในการรวบรวม การบันทึก การแปลความ รวมทั้งความผิดพลาดของการตีพิมพ์

2.2 พัฒนาระบบข้อมูลที่ทันสมัยและเหมาะสม สำหรับการวางแผนการดูแลการวินิจฉัย และการติดตามผล รวมถึงการวิจัยด้วย

2.3 เพิ่มโอกาสการรักษาผู้ป่วยด้วยระบบการให้คำปรึกษาทางไกล การแพทย์ทางไกล

2.4 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงองค์ความรู้ให้เป็นอย่างกว้างขวางด้วยการสอนทางคลินิกทางไกล

ดังนั้น ระบบสารสนเทศ ด้านคุณภาพ เป็นวิธีการที่องค์กรใช้ในการรวบรวมข้อมูล เก็บรักษาและรายงานข้อมูลสารสนเทศด้านคุณภาพ ข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจปฏิบัติงานและสื่อสารในทุกระดับขององค์กร รวมทั้งเป็นข้อมูลที่ใช้ในการวางแผนในการปฏิบัติงานและแผนพัฒนาคุณภาพ

การวางแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพ (strategic quality planing)

1. ความหมายของกลยุทธ์

กลยุทธ์ หมายถึง วิธีหรือแผนปฏิบัติการที่เกี่ยวกับการจัดแบ่งทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด เพื่อให้เกิดผลดีที่มีข้อได้เปรียบ และสามารถบรรลุถึงวัตถุประสงค์โดยให้มีความเสี่ยงน้อยที่สุดในระดับที่ยอมรับได้ หรือ กลยุทธ์ คือ ส่วนผสมของเป้าหมายและนโยบายหลักต่าง ๆ ซึ่งได้ประมวล

ขึ้นมาจนกลายเป็นการกระทำที่จำเพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง เป็นการแนะแนวทางที่เป็นวิธีการพื้นฐานใช้ในการปฏิบัติเพื่อให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ต้องการ (ธงชัย สันติวงษ์, 2535, หน้า 185)

การวางแผนกลยุทธ์ จะช่วยให้สามารถพัฒนาแนวความคิดขององค์กรได้ชัดเจน สามารถจัดทำแผนงานและเป้าหมายต่าง ๆ ขององค์กรได้ง่ายขึ้น เพื่อให้้องค์การประสบผลสำเร็จในเป้าหมาย การวางแผนกลยุทธ์จะช่วยให้ผู้บริหารเตรียมการและจัดการเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมขององค์กรที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้ (สมยศ นาวิการ, 2536, หน้า 92)

หากเปรียบ “วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล” เป็น “ยอดเขาสูงเสียดฟ้า” ที่เรามุ่งจะปีนป่ายไปให้ถึง “แผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล” ก็เป็นดั่ง “แผนที่เส้นทาง” ที่เราจะเลือกเดินไปให้ถึงยอดเขานั้น (วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540, หน้า 271) ดังนั้น การวางแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากผู้บริหารระดับสูงมิได้มีการกำหนดแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลที่ชัดเจนแน่นอน ก็เท่ากับการเดินทางหลงทางไม่ถึงจุดหมายในเวลาที่เหมาะสม ดังนั้น แผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพของโรงพยาบาล จึงเป็นวิธีการที่จะนำไปสู่จุดมุ่งหมายด้านคุณภาพที่โรงพยาบาลกำหนดไว้

การวางแผนกลยุทธ์ มีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจว่าเป้าหมายที่สำคัญขององค์กรโดยส่วนรวมคืออะไร และนโยบายอะไรบ้างที่ให้แนวทางกับองค์กรในการดำเนินการตามเป้าหมาย (สมยศ นาวิการ, 2536)

การวางแผนกลยุทธ์ จะช่วยให้สามารถพัฒนาแนวความคิดขององค์กรได้ชัดเจน สามารถจัดทำแผนงานและเป้าหมายต่าง ๆ ขององค์กรได้ง่ายขึ้น เพื่อให้้องค์การเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมขององค์กรที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้ (สมยศ นาวิการ, 2536, หน้า 92)

2. ขั้นตอนการวางแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพ

ขั้นตอนการวางแผนกลยุทธ์โดยทั่วไป (ธงชัย สันติวงษ์, 2535, หน้า 187) ประกอบด้วย

1. การพิจารณาค้นหาโอกาสและข้อจำกัดขององค์กร รวมถึงการประมาณหรือคาดการณ์การเสี่ยงภัยต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากโอกาส
2. การประเมินทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อให้ทราบจุดแข็งและจุดอ่อนขององค์กร
3. การพัฒนาทางเลือกกลยุทธ์ คือ การจับคู่โอกาสและความสามารถเอามาใช้ประโยชน์เป็นแผนกลยุทธ์ โดยพิจารณาให้อยู่ในระดับของการเสี่ยงที่ยอมรับได้
4. การกำหนดแผนกลยุทธ์หลัก
5. การดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ โดยจัดทำแผนงานต่าง ๆ เพื่อปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผนกลยุทธ์
6. การประเมินแผนกลยุทธ์เพื่อการทบทวนและปรับปรุงแผนกลยุทธ์

ขั้นตอนการวางแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพ (วีรพงษ์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540, หน้า 272-275) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. สร้างกลยุทธ์ (create strategies)

การสร้างกลยุทธ์โดยจัดการสัมมนาระดมสมองของผู้บริหารระดับสูงภายในโรงพยาบาล ภายใต้หัวข้อ “กลยุทธ์ 5 ปี เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล” เครื่องมือที่นำมาใช้เพื่อการรวบรวมความคิดเป็นหมวดหมู่ คือ แผนภูมิแสดงความสัมพันธ์ (affinity diagrams) และใช้เทคนิค multivoting ในการคัดแยกแนวคิดที่ไม่ต้องการออกไป จากนั้นจึงนำกลยุทธ์ที่จำเป็นต่าง ๆ มาเรียงให้อยู่ในรูปของ แผนภูมิต้นไม้ (tree diagram)

กลยุทธ์เหล่านี้ คือ สิ่งที่คณะผู้บริหารระดับสูงร่วมกันคิดและกลั่นกรองออกมาเป็นแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาของโรงพยาบาล ซึ่งจะบอกว่าต้องทำอะไรบ้าง

2. กำหนดภารกิจหรือหัวข้อปัญหาที่ต้องดำเนินการในปีแรก (hoshins)

หลังจากกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงานแล้ว นำหัวข้อกลยุทธ์ต่าง ๆ มาจัดเรียงลำดับว่าจะดำเนินการเรื่องใด ในปีใด ให้อยู่ในรูปของ “แผนภาพลำดับการตัดสินใจดำเนินการ” (process decision program chart) ซึ่งภารกิจแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) ปัญหาเฉพาะหน้าที่ต้องแก้ไข เป็นกรณีเร่งด่วน (critical problem) 2) ภารกิจด้านคุณภาพของผลิตภัณฑ์ (hoshins) เป็นเครื่องมือยกระดับคุณภาพผลิตภัณฑ์และบริการให้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง 3) ปฏิบัติการทางธุรกิจรากฐาน (basic business operations) เป็นปฏิบัติการประจำวันเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานในองค์กร

ลำดับการดำเนินงานประเมินจาก มีผลกระทบและประสิทธิผลที่มีต่อโรงพยาบาลมาก มีความเร่งด่วน ง่ายต่อการดำเนินงาน และมีความเป็นไปได้ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อ โรงพยาบาลภายในระยะเวลาอันสั้นที่สุด ดังนั้น ภารกิจที่ต้องดำเนินการในปีแรกจึงเป็นภารกิจเร่งด่วน

3. จัดทำผังกระจายความรับผิดชอบ

เป็นการกระจาย (deployment) ภารกิจไปสู่ความรับผิดชอบของหน่วยงานย่อย ในรูปแบบแผนปฏิบัติการ (functional action plan) ของหน่วยงานทุกระดับในโรงพยาบาล อย่างครบถ้วนทั่วถึงและเหมาะสม เป็นการกำหนดว่าใครเป็นคนทำ ทำอย่างไร และต้องทำให้ได้ผลแค่ไหน

ดังนั้น การวางแผนกลยุทธ์ คือ การวางแผนการปฏิบัติงาน เกี่ยวกับเป้าหมายที่สำคัญขององค์กร นโยบายที่ให้แนวทางกับองค์กร ในการดำเนินตามเป้าหมาย การวางแผนกลยุทธ์ จะช่วยให้สามารถพัฒนาแนวความคิดขององค์กร ได้ชัดเจน สามารถจัดทำแผนงานและเป้าหมายต่าง ๆ ขององค์กรได้ง่ายขึ้น

การบริหารและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (human resource development and management)

การบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มีความสอดคล้องกับหลักการบริหารของเดมิ่ง เกี่ยวกับ ให้ความสำคัญกับการฝึกอบรม การจัดการความหวาดกลัว การจัดอุปสรรคที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานขาดความภาคภูมิใจในผลงานของตน และการจัดทำแผนการศึกษาและฝึกอบรมแก่บุคลากรบ่อย ๆ พอสรุปได้ ดังนี้

1. ความหมายของการบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

การบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (human resource management) มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

วิเชียร ทวีลาภ (2534, หน้า 127 อ้างถึงใน เสนาะ ดิยาวี, 2543) กล่าวว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เป็นวิธีการที่มุ่งจะเพิ่มพูนสมรรถภาพในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งด้าน ความคิด การกระทำ ความรู้ ความสามารถ ความชำนาญ และทำที่ต่าง ๆ อันเป็นกระบวนการที่เป็นระบบ และมีการต่อเนื่องกัน

เสนาะ ดิยาวี (2543) กล่าวว่า การบริหารทรัพยากรมนุษย์ หมายถึงการจัดระเบียบและดูแลบุคคลให้ทำงาน เพื่อให้บุคคลใช้ประโยชน์และความรู้ความสามารถของแต่ละคนให้มากที่สุด อันเป็นผลทำให้องค์การอยู่ในฐานะที่ได้เปรียบทางด้านการแข่งขัน และได้รับผลงานมากที่สุด รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชาถึงการดำเนินการต่าง ๆ อันเกี่ยวข้องกับคนทุกคนในองค์การ

กริช อัมโภชน (2542 อ้างถึงใน เสนาะ ดิยาวี, 2543) กล่าวว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ หมายถึง กระบวนการในอันที่จะทำให้พนักงาน มีความรู้ ความสามารถ ที่จะปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย หรือกำลังจะได้รับมอบหมายให้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิภาพ มีความก้าวหน้าในอาชีพการงาน ตามโอกาสและศักยภาพของตนมีคุณค่าต่องาน องค์การและสังคม

2. การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (human resource management)

การให้ความสำคัญแก่บุคลากรและการพัฒนานักบุคลากรตลอดเวลา ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของระบบการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ในองค์กรคุณภาพ ใช้แนวคิดของ P-D-C-A เข้ามาช่วยในกระบวนการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540, หน้า 109-111) ดังนี้

plan – 1 การวางแผนและการออกแบบระบบงานให้มีสมรรถภาพสูง (job design & planning)

การวางแผนและการออกแบบระบบงาน จะสอดคล้องกับแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพของโรงพยาบาล โดยอาศัยข้อมูลที่ได้จาก act – 2 ได้แก่ ลักษณะ โครงสร้างขององค์การระบบงานและสภาพแวดล้อมการทำงาน ตลอดจนความคาดหวังขององค์การที่มีต่อบุคลากร เช่น โรงพยาบาล

คุณภาพต้องการบุคลากรที่มีจิตใจมุ่งมั่นที่ลูกค้า ศึกษาหาความรู้ พัฒนาตนเอง และงานทดลองงาน มีวินัย ทำงานเป็นทีม เป็นต้น

do -1 การรับสมัคร (recruitment)

การออกแบบระบบการรับสมัครบุคลากรใหม่ เพื่อกลั่นกรองให้ได้บุคลากรตามที่องค์การคาดหวังเป็นสำคัญ และระบบการรับสมัครต้องได้รับการทบทวน ปรับปรุงตลอดเวลา

do -2 การกำหนดภาระหน้าที่งาน (job assignment)

การกำหนดภาระหน้าที่งาน ต้องมีการประเมินและปรับปรุงอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดต่อการบรรลุเป้าหมายตามแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพของโรงพยาบาล

do -3 การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (human resource development)

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ เพื่อการเพิ่มพูนความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากร

check - 1 การประเมินผล (evaluation)

การประเมินผลงานของบุคลากร (performance evaluation) มีจุดมุ่งหมายเพื่อวัดปริมาณของผลงาน (results) และความร่วมมือร่วม (contribution) ในการปฏิบัติงานของบุคลากรในรอบเวลาที่ผ่านมา เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดผลตอบแทนแก่บุคลากรแต่ละคน

การประเมินศักยภาพของบุคลากร (potential evaluation) มีจุดมุ่งหมายเพื่อวัดความสามารถ ความชำนาญ และความรู้ที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรที่เกิดจากระบบการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของโรงพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนและปรับปรุงระบบการพัฒนากุศลกรเป็นข้อมูลสำหรับการปรับเลื่อนตำแหน่ง ตลอดจนการปรับแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลต่อไป

ระบบการประเมินผลงานที่ดี จะถูกออกแบบเพื่อมุ่งก่อให้เกิดความยุติธรรม ความโปร่งใส และจงใจให้บุคลากรปรับปรุงงานและตนเองไปในทิศทางที่องค์การต้องการอยู่เสมอ เกณฑ์ของการประเมินทั้งสองอย่าง จะกำหนดเพื่อส่งเสริมการบรรลุผลตามแผนกลยุทธ์ และเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคลากร ประกอบด้วย ผลงาน การพัฒนาตนเอง และการส่งเสริมค่านิยมขององค์การ โดยต้องแจ้งถึงเกณฑ์ดังกล่าวให้ทุกคนทราบล่วงหน้า โดยทั่วไปการประเมินทั้งสองอย่างจะทำความคู่กันไป

รูปแบบการประเมินผล บุคลากรได้มีโอกาสประเมินผล บุคลากรได้มีโอกาสประเมินตนเอง การได้รับการประเมินจากผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งได้รับการประเมินจากลูกค้า ควรมีระบบการตรวจสอบเพื่อให้เกิดความยุติธรรม ภายหลังจากการประเมินต้องแจ้งผลให้บุคลากรทราบถึงข้อดีและข้อบกพร่องเพื่อการปรับปรุงตนเองต่อไป

check – 2 การประเมินความพึงพอใจของบุคลากร หรือคุณภาพชีวิตของบุคลากรมีจุดมุ่งหมายเพื่อวัดความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อโรงพยาบาล หรือคุณภาพชีวิตของการทำงาน อาจใช้วิธีการสอบถามโดยตรง หรือใช้ข้อมูลที่โรงพยาบาลมีอยู่ เช่น อัตราการเกิดอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงาน อัตราการขาดงาน อัตราการลาออก จำนวนเรื่องร้องทุกข์ เป็นต้น

act – 1 การให้ผลตอบแทน (reward)

การให้ผลตอบแทนอย่างยุติธรรม คือ เกิดความพึงพอใจทั้งองค์กร และบุคลากร ภายใต้เงื่อนไขที่ทั้งสองฝ่ายได้รับทราบข้อมูลพอ ๆ กันและมีอำนาจต่อรองพอ ๆ กัน ระบบการตอบแทนควรคำนึงถึงทั้งผลตอบแทนที่เป็นจริงและไม่ใช้เงิน ทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และการให้แก่บุคคลและให้เป็นกลุ่ม

act – 2 การทบทวนและปรับปรุง (review & improvement)

การทบทวนและปรับปรุงกระบวนการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ในทุกขั้นตอนที่กล่าวมาข้างต้น โดยใช้ข้อมูลป้อนกลับผลของการประเมินด้านต่าง ๆ มาประกอบการพิจารณา เพื่อให้ระบบมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

3. การมีส่วนร่วมของบุคลากร (employee involvement)

การมีส่วนร่วมในการทำงาน (participation) หมายถึง การที่บุคลากรระดับปฏิบัติการมีโอกาสในการเสนอแนะความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการทำงานและกำหนดวิธีการทำงานในองค์กร บุคลากรจะรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรและมีแรงจูงใจในการทำงานมากขึ้น ดังที่ แมกเกรเกอร์ (Mcgregor, 1960 อ้างถึงใน อารียา สัพพะเลข, และภูษิตา อินทรประสงค์, 2539) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมจะช่วยให้บรรยากาศในการทำงานมีสภาพน่าพึงพอใจมากขึ้น เกิดความยอมรับนับถือในความเป็นมนุษย์ระหว่างบุคคลต่อบุคคลและระหว่างบุคคลต่อกลุ่ม ซึ่งเป็นการนำศักยภาพมาสู่งานที่เขาทำอยู่ การมีส่วนร่วมจะช่วยให้เกิดแรงผลักดันในการทำงานและช่วยขจัดความรู้สึกเกรงกลัวและความรู้สึกต้องพึ่งพาผู้อื่นให้หมดไปด้วย บุคลากรมีโอกาสดำหนดโชคชะตาของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ อารียา สัพพะเลข, และภูษิตา อินทรประสงค์ (2539, หน้า 8-13) เรื่อง การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสุโขทัย โดยใช้เทคนิค AIC (appreciation-influence-control) ในการดำเนินงาน พบว่าผลการดำเนินการก่อให้เกิดผลสำเร็จ คือ แบบแผนการทำงาน (working style) ของเจ้าหน้าที่เปลี่ยนไปจากเดิมอย่างชัดเจนทั้งในระดับบริหาร ระดับหัวหน้างาน หรือหัวหน้าหอผู้ป่วยและระดับปฏิบัติการ โดยบุคลากรพยาบาลมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลด้วยการแก้ไขปรับปรุงหน่วยงานของตน และร่วมมือปรับปรุงระบบบริการที่คาบเกี่ยวกัน จนเกิดความร่วมมือประสานงานระหว่างหน่วยงานดีขึ้น มีการทำงานเป็นทีมเพื่อตอบสนองวิสัยทัศน์ที่ร่วมกันกำหนด ในลักษณะ

โครงการที่รับผิดชอบภายใต้แผนกลยุทธ์หลักที่กำหนดไว้ร่วมกัน และพบว่าผู้รับบริการทั้งในงานผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยพึ่งพอใจต่อการให้บริการมากขึ้น

4. วิธีการพัฒนาบุคลากร

วิธีการพัฒนาบุคลากรในองค์การคุณภาพ สามารถกระทำได้หลายวิธี (วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540, หน้า 160-162) ดังนี้

1. การพัฒนาตนเอง (self enlightenment) การพัฒนาตนเอง เป็นวิธีการที่องค์การกระตุ้นและส่งเสริมให้บุคลากรแต่ละคน วางแผนอนาคตระยะยาวของตนเองอย่างอิสระ แล้วสนับสนุนให้เข้ารับการอบรม สัมมนาหรือศึกษาต่อ โดยองค์การออกค่าใช้จ่ายให้บางส่วนหรือทั้งหมดหรืออาจมีเงื่อนไข
2. การฝึกสอนในขณะทำงาน (on – the – job training) เป็นวิธีการที่ผู้บังคับบัญชา เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ของตนเกี่ยวกับงานในความรับผิดชอบให้แก่ลูกน้องโดยตรง อาจใช้การสาธิตเป็นตัวอย่างด้วย
3. การเชิญผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกมาฝึกอบรม (in – house training) วิธีนี้ช่วยเสริมวิธีการฝึกสอนในขณะทำงาน โดยการเชิญผู้เชี่ยวชาญ จากภายนอกมาชี้แนะเป็นครั้งคราว เพื่อให้บุคลากรรู้จักวิธีการมองปัญหาในมุมมองที่กว้างขวางหลากหลายและแตกต่างจากความคุ้นเคย เป็นการเรียนรู้หลักทฤษฎีพื้นฐานแล้วนำมาฝึกหัดจนเกิดความชำนาญในการแก้ไขปัญหาในสถานที่ทำงานของตนเอง อาจใช้การเชิญวิทยากรที่อยู่ต่างหน่วยงานก็ได้ จะเป็นผลดีตรงที่เข้าไปปัญหาและวัฒนธรรมขององค์การ ได้ดี และประหยัดค่าใช้จ่ายด้วย
4. การจัดตั้งกลุ่มศึกษาในองค์กร (study group) เป็นการรวมกลุ่มของบุคลากรในหน่วยงานเดียวกัน เพื่อศึกษาหาความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
5. การส่งบุคลากรไปร่วมประชุมสัมมนานอกองค์การ (public seminar) วิธีนี้เป็นการเปิดโอกาสให้บุคลากรได้พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้ร่วมสัมมนาที่มาจากองค์การอื่น ทำให้ได้รับความรู้เพิ่มพูนประสบการณ์และเกิดมุมมองทัศนคติใหม่ ๆ ที่อาจไม่มีโอกาสได้รับจากวิธีการฝึกอบรมภายในองค์การ

การให้ความสำคัญแก่บุคลากรและการพัฒนาบุคลากรตลอดเวลา ถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของระบบการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ในองค์การสุขภาพ ใช้แนวคิดของ plan-do-check-act เข้ามาช่วยในกระบวนการบริหารทรัพยากรมนุษย์ (วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล, 2540, หน้า 109-110) ในองค์การแบบ ที คิว เอ็ม ใช้แนวคิดของ plan-do-check-act เข้ามาช่วยในกระบวนการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งมีดังนี้

1. การวางแผนและออกแบบระบบงานให้มีสมรรถภาพสูงมีการดำเนินการเพื่อบูรณาการรับแผนยุทธศาสตร์ขององค์การเป็นสำคัญ

2. การรับสมัคร ระบบการรับสมัครจะถูกออกแบบบนพื้นฐานของแนวคิดที่ว่า เพื่อ
กลั่นกรองให้ได้บุคลากรที่มีคุณสมบัติตามที่องค์การต้องการ

3. การกำหนดภาระหน้าที่ จะได้รับการประเมินและปรับปรุงตลอดเวลา ก่อให้เกิด
ประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด

4. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ จะมีระบบและวิธีการที่มีเอกลักษณ์เฉพาะ

5. การประเมินผล มีทั้งการประเมินผลงานพนักงานและการประเมินศักยภาพของ
พนักงาน

การบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ หมายถึง การจัดระเบียบและดูแลบุคคลให้
ทำงาน เพื่อให้บุคคลใช้ประโยชน์และความรู้ความสามารถของแต่ละคนให้มากที่สุด ทำให้องค์กร
ได้รับผลงานมากที่สุด กระบวนการที่จะทำให้องค์กร มีความรู้ ความสามารถ ที่จะปฏิบัติหน้าที่ที่
ได้รับมอบหมาย ให้สำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ มีความก้าวหน้าในอาชีพการงาน ตามโอกาสและ
ศักยภาพของคนมีคุณค่าต่องาน องค์กร

การบริหารคุณภาพของกระบวนการ (management of process quality)

1. ความหมายของการบริหารคุณภาพของกระบวนการ

การบริหารคุณภาพของกระบวนการ มีความสอดคล้องกับหลักการบริหารของเดมมิง
(Demming) เกี่ยวกับการทำความเข้าใจกับจุดประสงค์ของการตรวจสอบหรือการติดตามผล ว่าเป็น
ไปเพื่อการปรับปรุงกระบวนการและลดค่าใช้จ่าย เลิกการตัดสินใจทางธุรกิจโดยใช้ราคาเพียงอย่าง
เดียว การปรับปรุงระบบการผลิตและบริการอย่างสม่ำเสมอและตลอดไป การขจัดอุปสรรคระหว่าง
หน่วยงานย่อยในองค์กร และการขจัดข้อผิดพลาดการผลิตเป็นตัวเลขมาตรฐานของงาน พอสรุปได้
ดังนี้

การบริหารคุณภาพ คือ การดำเนินงานตามวงจร plan-do-check-act ซึ่งหมายถึง
การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการปรับปรุง โดยดำเนินการอย่างมีวินัย
ให้ครบวงจร หมุนเวียนไปอย่างไม่หยุดยั้ง

ฮิโตชิ กุเมะ (วีระพงษ์ เกลิมจิระรัตน์, 2541) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายที่แท้จริงของ PDCA
ซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานในการบริหารคุณภาพนั้น ไม่ใช่เพียงการปรับแก้ผลลัพธ์ ที่เบี่ยงเบนออก
จากเกณฑ์ที่ต้องการเท่านั้น แต่เพื่อก่อให้เกิดการปรับปรุงด้วยการป้องกันมิให้เกิดของเสียซ้ำซ้อน
เรื้อรัง พร้อมกับยกระดับมาตรฐานให้สูงขึ้นในแต่ละรอบของ plan-do-check-act อย่างต่อเนื่องเป็น
ระบบและมีการวางแผน

อนุวัฒน์ สุขขุติกุล (2539, หน้า 169) ให้ความหมายของกระบวนการ คือ อนุกรมของ
ปฏิบัติการงาน กิจกรรม ความรับผิดชอบ เหตุการณ์ ตลอดจน องค์ประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องที่ต่อ
เชื่อมกันอย่างจริงจังเพื่อการผลิตสินค้า ตลอดจนการผลิตของเสีย ขั้นตอนการทำกิจกรรมพัฒนา

คุณภาพที่ได้จากการประยุกต์วงจร plan-do-check-act เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติแก่บุคลากรในโรงพยาบาลคุณภาพดังนี้

การวางแผน (plan) ประกอบด้วย

1. การหาโอกาสพัฒนาโดยพิจารณาว่าเรื่องใดควรปรับปรุง ใครควรมีส่วนร่วม
2. การทำความเข้าใจระบบเพื่อจะได้ทราบว่ากระบวนการทำงานของระบบเป็นอย่างไร

วัดผลได้อย่างไร

3. ประเมินสถานการณ์ปัจจุบัน
4. วิเคราะห์สาเหตุ
5. วิเคราะห์ทางเลือกเพื่อให้ได้ทางเลือกที่เหมาะสมในการปรับปรุงคุณภาพ

การปฏิบัติ (do) คือ

6. ทดลองปรับปรุง เป็นการนำทางเลือกมาปฏิบัติ

การตรวจสอบ (check) คือ

7. ศึกษาผล เป็นการเรียนรู้ผลของการปฏิบัติ

การปรับปรุง (act) ประกอบด้วย

8. ทำให้การปรับปรุงเป็นมาตรฐานเป็นการลดโอกาสที่จะกลับไปสู่สภาพก่อน

ปรับปรุง

9. วางแผนการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

คุณภาพของกระบวนการ วีรพจน์ ลือประสิทธิ์สกุล (2540, หน้า 171-173) กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับการบริหารคุณภาพในองค์กรที่มีการจัดการคุณภาพโดยองค์รวม ว่าได้ให้ความสนใจคุณภาพของ 2 สิ่ง คือ คุณภาพของผลิตภัณฑ์ (product quality) ซึ่งหมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการที่ตรงตามความต้องการของลูกค้า หรือบริการได้ตรงตามข้อกำหนดด้วยวิธีการที่ประหยัด โดยคุณภาพของทั้งสองสิ่ง มีความสัมพันธ์เชิงเป็นเหตุเป็นผลกัน คือ คุณภาพของสินค้าหรือบริการที่ดีนั้นย่อมเกิดจากกระบวนการที่มีคุณภาพ

คุณภาพของผลิตภัณฑ์ เกิดจากคุณภาพของของปัจจัย 4 ประการ คือ คุณภาพของการวางแผน (quality of planning) คุณภาพของการออกแบบ (quality of design) คุณภาพของวิธีการผลิต (quality of manufacturing) และคุณภาพของการบริการหลังการขาย (quality of after sale service)

ส่วนคุณภาพของกระบวนการผลิต ก็คือคุณภาพของแต่ละปัจจัยทั้ง 4 ประการดังกล่าว คือ

1. คุณภาพของการวางแผน (quality of planning) หมายถึง การจัดทำแผนระยะยาว ระยะปานกลาง และแผนปฏิบัติการ เพื่อมุ่งปรับปรุงคุณภาพผลิตภัณฑ์หรือบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า การแข่งขัน และการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม

2. คุณภาพของการออกแบบ (quality of design) หมายถึง การแปรความต้องการของลูกค้าให้เป็นข้อกำหนดของผลิตภัณฑ์หรือบริการ รวมถึงการออกแบบให้ผลิตได้ง่ายและใช้ต้นทุนประหยัดที่สุดด้วย

3. คุณภาพของวิธีการผลิต (quality of manufacturing) หมายถึง กรรมวิธีการผลิตที่จะทำให้ผลิตภัณฑ์หรือบริการ ตรงตามที่ออกแบบไว้ โดยมีหลักประกันว่า มีการใช้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเกี่ยวกับวัตถุดิบ (material) เครื่องมือ วิธีการผลิต (method) และคน (man)

4. คุณภาพของการบริการหลังการขาย (quality of after-sale service) หมายถึง ความสามารถที่จะสนองตอบความต้องการของลูกค้าของการขาย

การบริหารคุณภาพ คือ การดำเนินงานตามวงจร plan-do-check-act ซึ่งหมายถึง การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการปรับปรุง โดยดำเนินการอย่างมีวินัย ให้ครบวงจรหมุนเวียนไปอย่างไม่หยุดยั้ง โดยให้ความสำคัญผู้รับบริการ มีการออกแบบระบบกระบวนการทำงานที่ทันสมัยอยู่เสมอ

การมุ่งผู้ป่วยและความพึงพอใจ

1. ความหมายและความสำคัญของความพึงพอใจ

โวลแมน (Wolman, 1973, p. 384) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึก (feeling) มีความสุขเมื่อคนเราได้รับผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย (goals) ความต้องการ (wants) หรือแรงจูงใจ (motivation)

อเดย์ และแอนเดอร์สัน (Aday & Andersen, 1970 cited in Wolman, 1973) ได้ศึกษาความพึงพอใจของประชาชนต่อบริการรักษาพยาบาลในสหรัฐอเมริกาเมื่อ ค.ศ. 1970 โดยการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของประชาชนต่อศูนย์บริการสุขภาพ จำนวน 4966 คน พบว่าเรื่องที่ประชาชนไม่พอใจมากที่สุดคือความสะดวกในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการรับบริการ และในปี ค.ศ. 1971 ได้ชี้ถึงพื้นฐาน 6 ประการที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจของผู้มารับบริการกับการรักษาพยาบาล และความรู้สึกที่ผู้ป่วยได้รับจากการบริการเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยประเมินระบบบริการทางการแพทย์ว่าได้มีการเข้าถึงประชาชน ความพึงพอใจ 6 ประเภท คือ

1. ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ (convenience) ซึ่งแยกออกเป็น

1.1 การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ (office waiting time)

1.2 การได้รับการรักษาดูแลเมื่อมีความต้องการ (availability or care when need)

1.3 ความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ (base of getting to care)

2. ความพึงพอใจต่อการประสานของการบริการ (co-ordination) ซึ่งแยกออกเป็นผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย

2.1 แพทย์ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วย ยังได้แก่ ด้านร่างกาย และจิตใจ (concern of doctors for overall health)

2.2 แพทย์ได้มีการติดตามผลการรักษา (follow-up care)

3. ความพึงพอใจต่ออริยาสัยความสนใจของผู้ให้บริการ (courtesy) ได้แก่ การแสดงอริยาสัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการและแสดงความสนใจห่วงใยต่อผู้ป่วย

4. ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับการบริการ (medical Information) แยกเป็น 2 ประเภทคือ

4.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย (information about what was wrong)

4.2 ข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย (information about treatment) เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วย การใช้ยา เป็นต้น

5. ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ (quality of care) ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อการบริการของโรงพยาบาล

6. ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ (out of pocket cost) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

ลินช์ และสครูลเลอร์ (Lynch & Schuler, 1990 อ้างถึงใน พัทรี ทองแผ่, 2540, หน้า 38) ได้ศึกษาถึงแหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 600 คน ใช้เครื่องมือการวิจัย คือ การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์เพื่อให้ได้ข้อมูล แล้วทำการวิเคราะห์องค์ประกอบ พบว่า แหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาล มี 3 ประการ

1. แหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลมาจากการรับบริการแล้วเกิดความพึงพอใจ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ สถานที่รอคอย ห้องพัก อาหาร ท่าเลที่ตั้ง มนุษย์สัมพันธ์ ของผู้ให้บริการ

2. แหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลมาจากการมารับบริการครั้งก่อน เช่น เคยมาตรวจที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องคลอด ห้องตรวจคัดกรอง ห้องปฐมพยาบาล และฉุกเฉิน เป็นต้น

3. แหล่งที่มาของความพึงพอใจในคุณภาพบริการพยาบาลมาจากความเชื่อ เช่น เชื่อในความสามารถ ความรู้ ความชำนาญของพยาบาลผู้ให้การดูแล ความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยยา หรืออุปกรณ์การรักษาที่ทันสมัย สามารถช่วยชีวิตได้

ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสิ่งที่บุคคลมีการประเมินผล การให้บริการทางสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ที่ออกมาในทางบวก และทางลบ ความพึงพอใจถือได้ว่าเป็นเกณฑ์อย่างหนึ่งที่ใช้วัดคุณภาพของการให้บริการ ซึ่ง พาราสุรามาน, เซธามล์, และเบอร์รี่ (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1985, pp. 41-50) ได้ทำการศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบของกรอบแนวคิดของคุณภาพบริการ

และระเบียบวิธีสำหรับการวัดการรับรู้คุณภาพบริการของผู้รับบริการ ผลการศึกษาพบว่า ในการรับบริการนั้นผู้รับบริการจะใช้เกณฑ์ 10 ประการ ในการกำหนดคุณภาพบริการ คือ

1. ความไว้วางใจได้ (reliability) บริการที่ให้นั้นจะต้อง มีความถูกต้อง แม่นยำและเหมาะสม ตั้งแต่ครั้งแรกรวมทั้งต้องมีความสม่ำเสมอ คือ บริการทุกครั้งต้องได้ผลเช่นเดิม ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณให้บริการเป็นที่พึงได้
2. ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ (responsiveness) ผู้ให้บริการจะต้องมีความพร้อม และเต็มใจที่จะให้บริการ สามารถตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของผู้มารับบริการได้ทันท่วงที เช่น โรงพยาบาลมีความพร้อมและเต็มใจให้บริการ มีความพร้อมที่จะรับผู้ป่วยฉุกเฉินต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว สามารถจัดบริการได้ตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม มีการสื่อสารที่ดีในการชี้แจงการให้บริการทุก ๆ ครั้ง เป็นต้น
3. สมรรถภาพในการให้บริการ (competence) ผู้ให้บริการต้องมีทักษะและมีความรู้ความสามารถในการบริการ สามารถแสดงให้เห็นให้ผู้รับบริการประจักษ์ และตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการได้ เช่น แพทย์มีความเชี่ยวชาญ มีความสามารถในการรักษาโรค ในขณะที่บุคคลอื่น ๆ ในทีมสุขภาพต้องมีความรู้ความสามารถในสาขาของตน และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกันในการให้บริการอย่างเต็มที่
4. การเข้าถึงบริการ (access) ผู้มารับบริการจะต้องเข้าถึงบริการที่ได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมารับบริการ ระเบียบขั้นตอนไม่มากมายซับซ้อนเกินไป บริการนั้นจะต้องกระจายไปอย่างทั่วถึง เช่น การคมนาคมสะดวก การบริการเป็นระเบียบ รวดเร็ว ไม่ต้องรอนาน เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่สะดวกสำหรับผู้มารับบริการ การบริการเป็นไปอย่างเสมอภาค เป็นต้น
5. ความสุภาพอ่อนโยน มีอัธยาศัยไมตรี (courtesy) บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการจะต้องมีความสุภาพ มีความเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจผู้มารับบริการ รวมทั้งการมีกิริยามารยาท การแต่งกายสุภาพ ใช้อาษาที่เหมาะสม มีบุคลิกภาพดี
6. การติดต่อสื่อสารที่ถูกต้องเหมาะสม (communication) การสื่อสารมีความสำคัญมากต่อคุณภาพของบริการ นอกจากจะเป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการให้บริการแล้ว ยังจัดเป็นการบริการอีกลักษณะหนึ่ง ดังนั้นผู้ให้บริการจึงควรมีการให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องแก่ผู้มารับบริการ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา
7. ความน่าเชื่อถือ (credibility) ความน่าเชื่อถือเกิดจาก ความซื่อสัตย์ ความจริงใจ ความสนใจอย่างแท้จริงของผู้ให้บริการที่มีต่อผู้รับบริการ ซึ่งถือเป็นส่วนที่สำคัญมากที่สุดประการหนึ่งสำหรับการให้บริการทางสุขภาพ และส่งผลให้มารับบริการมากขึ้น มีการพูดปากต่อปาก และอาจเกิดจากปัจจัยเสริมอื่น ๆ เช่น ชื่อ และชื่อเสียงของโรงพยาบาล บุคลากรต่าง ๆ

8. ความปลอดภัย (security) ได้แก่ ความรู้สึกที่มั่นใจว่าความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน รวมทั้งชื่อเสียง การปราศจากความรู้สึกเสี่ยงอันตราย และข้อสงสัยต่าง ๆ เช่น การรักษาความปลอดภัยของผู้ป่วย การรักษาความปลอดภัย เป็นต้น

9. ความเข้าใจและรู้จักผู้มารับบริการ (understanding / knowing the customer) ผู้ให้บริการจะต้องมีความเข้าใจและรู้จักผู้มารับบริการ เช่น พยาบาลสามารถจำชื่อผู้ป่วยในแผนกของตนได้ การมีระบบเก็บรักษาข้อมูลในอดีตของผู้ป่วย

10. ความเป็นรูปธรรมการบริการ (tangibles) บริการที่นำเสนอออกมาเป็นรูปธรรมจะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้น ๆ ได้ชัดเจน และง่ายขึ้น เช่น การที่โรงพยาบาลมีสถานที่ใหญ่โตหรูหรา มีเครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัย ราคาแพงรวมทั้งราคาของบริการนั้น ๆ ในบางครั้งก็สามารถทำให้ผู้มารับบริการ รู้สึกว่าได้รับบริการที่ดีกว่า

สปีทเซอร์ (Spitzer, 1988, pp. 1-2) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ว่า สิ่งที่สำคัญที่สุดได้แก่ คุณภาพของการรักษา ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านกายภาพและจิตใจ โดยมีตัวชี้วัดคุณภาพ คือ

1. ความเป็นมิตร เป็นกันเอง อธิบายดี
2. การได้รับการดูแล เอาใจใส่เป็นอย่างดี
3. การได้รับการดูแลอย่างเป็นส่วนตัว
4. มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย
5. มีทีมแพทย์ที่มีชื่อเสียง และได้รับการยอมรับ
6. มีบริการที่ครบทุกแผนก
7. สถานที่ สะดวกสบาย

สำหรับในความคิดเห็นของ สุภชัย คุณารัตนพฤกษ์ (2536) และ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2536, หน้า 12) คุณภาพการบริการสาธารณสุข อาจประเมินได้จาก

1. ความคิดเห็นของประชาชนผู้รับบริการ ความไม่พอใจต่อสถานพยาบาลอาจแตกต่างกันไป เช่น ผู้รับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐมักจะไม่พอใจเรื่องของความไม่สะดวก สบาย ความล่าช้า ความแออัด ความไม่สะดวก ความไม่เป็นกันเอง การไม่ได้รับข้อมูล ผู้รับบริการจากสถานพยาบาลเอกชน มักจะไม่พอใจในเรื่องราคาบริการและการที่แพทย์สั่งตรวจวินิจฉัยจำนวนมากโดยไม่ทราบว่ามีความจำเป็นอย่างไร บางครั้งความคิดเห็นนั้นมิได้แสดงออกด้วยวาจาแต่แสดงออกด้วยการกระทำ เช่น การไม่รับบริการในสถานพยาบาลระดับต้น เมื่อผู้ป่วยเห็นว่าไม่มีศักยภาพเพียงพอสำหรับความเจ็บป่วยของตน การพยาบาลหลบลีกที่จะเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐ เป็นต้น

2. ปัญหาคุณภาพทางเทคนิคบริการ นอกเหนือจากความคิดเห็นของผู้รับบริการแล้ว ยังอาจประเมินได้จากปัญหาคุณภาพทางเทคนิคบริการ เช่น ผลการรักษาไม่เป็นไปตามที่ผู้ป่วยหรือญาติคาดไว้ การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาซึ่งทำให้เป็นเรื่องราวร้องเรียน ดังนั้นพบเป็นข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์อยู่เสมอ

ในการประเมินคุณภาพบริการของสถานบริการต่าง ๆ พิจารณาได้จากความพึงพอใจที่ลูกค้าได้รับตลอดระยะเวลาที่ใช้บริการอยู่นั้น จนเสร็จสิ้นกระบวนการรับบริการหนึ่ง ๆ (service cycle) ดังนั้นปัจจัยคุณภาพบริการประกอบด้วย 2 ลักษณะ ได้แก่

1. ลักษณะจำเพาะทางคุณภาพของบริการ มุ่งเน้นที่บุคลิภาพหรือลักษณะพิเศษเฉพาะตัวของผู้ให้บริการหรือตัวบริการนั้น ๆ

2. ลักษณะทางคุณภาพของบริการ ที่มุ่งถึงหน่วยวัดหรือประเด็นเปรียบเทียบหรือมาตรวัดทั่วไปที่ใช้วัดเปรียบเทียบระดับถึงคุณภาพบริการของหน่วยงานบริการ 2 แห่ง เช่น ความรวดเร็ว ความแม่นยำ ความสะอาด

สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวถึง การพิจารณาคุณภาพการบริการทางการแพทย์ จะต้องทำทั้งระบบ โดยอาศัยความเชื่อว่าคุณภาพของบริการทางการแพทย์ขึ้นอยู่กับลักษณะสำคัญ 2 ประการ คือ

1. บริการมีคุณภาพตามความต้องการของประชาชนสามารถให้บริการได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น สถานบริการสามารถรองรับปริมาณความต้องการของผู้รับบริการได้ รวมทั้งให้บริการที่รวดเร็ว ปลอดภัย และผู้รับบริการมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ

2. การจัดบริการของหน่วยงาน มีองค์ประกอบหลักที่ต้องพิจารณา 5 ประการ คือ

2.1 ด้านผลิตบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 ด้านบริการ โดยมีการวางแผนให้สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ

2.3 ด้านการบริหารผู้บริหารจะต้องกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้างเกี่ยวกับนโยบาย การวางแผนงาน การจัดอัตรากำลัง การมอบหมายงาน การควบคุมกำกับงานและการประเมินผล รวมทั้งพัสดุและงบประมาณ อาคาร สถานที่ ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้สามารถบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 ด้านผู้ปฏิบัติงานผู้ให้บริการจะต้องมีคุณภาพ มีคุณลักษณะทางวิชาชีพ มีเอกลักษณ์ของวิชาชีพ มีเอกลักษณ์ของวิชาชีพ มีเอกภาพในการทำงานและทำงานในลักษณะที่มีพลวัตรสามารถปรับปรุงเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานให้ทันสมัยอยู่เสมอ

2.5 ด้านคุณภาพ เพื่อคุ้มครองผู้รับบริการ และควบคุมผู้ปฏิบัติงานในการให้บริการ
อย่างมีคุณภาพ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2537, หน้า 171-178) กล่าวว่า องค์ประกอบของความต้องการของ
ผู้รับบริการ มีดังต่อไปนี้

1. บริการหลักที่ต้องการจริง ๆ (core services) หมายถึง บริการที่ผู้มารับบริการต้องการ
มากจนกระทั่งก่อให้เกิดการตัดสินใจมารับบริการครั้งนั้น ๆ
2. บริการที่เกี่ยวข้อง (peripheral services) หมายถึง บริการที่ไม่ใช่บริการหลักที่
ต้องการจริง ๆ แต่เป็นบริการอื่นที่ผู้ให้บริการสามารถให้บริการร่วมกับบริการหลัก ซึ่งจะมีส่วน
ช่วยส่งเสริมคุณภาพบริการได้ แบ่งเป็น

2.1 บริการที่คาดหวังจะได้รับ หมายถึง บริการข้างเคียงที่เกี่ยวกับบริการหลักที่
ต้องการจริง ๆ ซึ่งผู้รับบริการคาดหวังไว้ล่วงหน้าว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการ การได้รับบริการตามที่
คาดหวังไว้ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

2.2 บริการที่อยู่นอกเหนือความคาดหมาย หมายถึง บริการที่ผู้รับบริการอยากจะ
รับ แต่ไม่ได้คาดหวังว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ อาจ
คาดว่าจะต้องนั่งรอเป็นเวลานาน แต่การได้รับบริการที่รวดเร็ว ทำให้ผู้รับบริการเกิดความปิติยินดี
อันเป็นความรู้สึกที่ยิ่งกว่าความพอใจ ส่งผลให้ประเมินว่าบริการที่ได้รับมีคุณภาพเยี่ยม

ดังนั้นการมุ่งผู้ป่วยและความพึงพอใจ หมายถึง การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมทั้งมุ่งเน้น
ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยตามเกณฑ์
มาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานของโรงพยาบาล การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการจัดว่าเป็น
แนวคิดที่เป็นพื้นฐานที่สุดและสำคัญที่สุดของการจัดการคุณภาพโดยองค์กร

จากเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลคุณภาพดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับจาก
จากเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลคุณภาพของ Malcolm Balridge Award จัดทำเป็นตารางการ
ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลดังนี้

ตารางที่ 1 เกณฑ์ประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ

	traditional พอใช้	awareness ปานกลาง	improving ดี	outstanding ดีมาก
ผู้นำ/ การนำ	- กำหนดเป้าหมายคุณภาพอย่างละเอียด - แคล้วคลาดใจผู้ปฏิบัติงานก็เพียงพอ - มอบอำนาจให้ผู้รับผิดชอบเรื่องคุณภาพ - ไม่มีการส่งเสริมให้เกิดการประสานระหว่างระดับหรือระหว่างหน่วยงานที่ชัดเจนหน่วยต่าง ๆ ในองค์กรแข่งขันกันเอง	- ผู้นำพยายามเรียนรู้แนวคิดเรื่องคุณภาพและสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง - มีทิศทางเป้าหมายที่ชัดเจนต่อผู้ปวยและลูกค้ - จัดโครงสร้างเพื่อให้เกิดการประสานระหว่างระดับและระหว่างหน่วยงาน - ตระหนักว่ากระบวนการปฏิบัติงานเป็นสาเหตุของ variation ส่วนใหญ่	- ผู้นำเข้าใจแนวคิดเรื่องพัฒนาคุณภาพเป็นอย่างดีและสามารถถ่ายทอดให้ผู้อื่นได้ - ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางเป้าหมายขององค์กร ซึ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ปวยและลูกค้ - มีการประสานระหว่างระดับและหน่วยงานเป็นอย่างดี - ตระหนักว่ากระบวนการปฏิบัติงานเป็นสาเหตุของ variation ส่วนใหญ่	- ผู้นำทำหน้าที่เป็นโค้ช และเป็นตัวอย่างในการนำค่านิยมคุณภาพมาปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ - ผู้ปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางเป้าหมายขององค์กรซึ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ปวยและลูกค้ - มีการประสานระหว่างหน่วยงานเป็นอย่างดี - ตระหนักว่ากระบวนการปฏิบัติงานเป็นสาเหตุของ variation ส่วนใหญ่ - เปิดรับความคิดใหม่ ๆ จากผู้อื่น

ตารางที่ 1 (ต่อ)

traditional พอใช้		awareness ปานกลาง	improving ดี	outstanding ดีมาก
			- เปิดรับความคิดใหม่ ๆ จากผู้อื่น - ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตน - ผู้นำเข้าร่วมกิจกรรมคุณภาพ	- ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตน - ผู้นำมีส่วนร่วมในกิจกรรมคุณภาพ
ระบบสารสนเทศ	- มีข้อมูลมาก - สารสนเทศน้อย - นึกถึงข้อมูลเมื่อเกิดปัญหา	- เริ่มต้นพัฒนาฐานข้อมูลและเครื่องชี้วัดคุณภาพของแต่ละหน่วยงาน - มีการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าโดยใช้ข้อมูลเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ	- มีข้อมูลเครื่องชี้วัดคุณภาพในทุกงาน - บอกแนวโน้มของคุณภาพได้ - มีการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าโดยใช้ข้อมูลเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ - มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน - ทุกคนสามารถเข้าถึงสารสนเทศที่จำเป็น	- มีข้อมูลเครื่องชี้วัดคุณภาพในทุกงาน - บอกแนวโน้มของคุณภาพได้ - มีการวิเคราะห์สาเหตุรากเหง้าโดยใช้ข้อมูลเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาซ้ำ - มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน - ทุกคนสามารถเข้าถึงสารสนเทศที่จำเป็น

ตารางที่ 1 (ต่อ)

traditional		awareness		improving		outstanding	
พอใช้		ปานกลาง		ดี		ดีมาก	
				- มีการนำเสนอที่ง่ายต่อผู้ใช้		- มีการนำเสนอที่ง่ายต่อผู้ใช้	
						- มีการใช้ข้อมูลเปรียบเทียบกับองค์กรที่ทำได้ดีที่สุดเพื่อกระตุ้นการพัฒนาคุณภาพ	
แผนยุทธศาสตร์	- ไม่มีแผนพัฒนาคุณภาพของ รพ.	- มีการทำแผนพัฒนาคุณภาพของ รพ.	- แผนพัฒนาคุณภาพกับแผนธุรกิจเป็นแผนเดียวกัน		- แผนพัฒนาคุณภาพกับแผนธุรกิจเป็นแผนเดียวกัน		
	- แต่ละหน่วยงานวางแผนของตนเองให้ดีที่สุด		- แผนธุรกิจมีเป้าหมายด้านคุณภาพซึ่งมุ่งที่ผู้ป่วยและลูกค้าซึ่งมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ		- แผนธุรกิจมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ด้านคุณภาพซึ่งมุ่งผู้ป่วยและลูกค้าและมีทรัพยากรเพียงพอ เพื่อบรรลุเป้าหมาย		
				- มีการประสานแผนระหว่างหน่วยงาน		- การวางแผนมุ่งผลลัพธ์ที่ดีต่อ รพ. ทั้งหมด	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	traditional พอใช้	awareness ปานกลาง	improving ดี	outstanding ดีมาก
กำลัง คน	- ให้การฝึกอบรม แก่ผู้ปฏิบัติงาน ให้เกิดความรัก องค์กร	- มีการฝึกอบรมขนาน ใหญ่แก่ผู้ปฏิบัติงาน เน้นพฤติกรรม บริการและการ ทำงานร่วมกัน	- มีการฝึกอบรม เหมาะกับเวลาที่ ต้องการ เน้นการ คิดอย่างเป็นระบบ การใช้ข้อมูลและ ความคิดสร้าง สรรค์ในการปรับ ปรุงกระบวนการ	- มีการฝึกอบรม เหมาะกับเวลาที่ ต้องการ โดย วิทยากรภายใน ของ รพ. เอง
	- มีกล่องรับข้อ เสนอแนะ	- ผู้ปฏิบัติงานเข้าร่วม ในทีมเพื่อแก้ปัญหา - เน้นการเพิ่มจำนวน ข้อเสนอแนะ	- ผู้ปฏิบัติงานเข้า ร่วมในทีมพัฒนา คุณภาพ มีกลไกให้ เกิดการมีส่วนร่วม อย่างกว้างขวาง - ผู้ปฏิบัติงานและ ทีมมีโอกาสที่จะ ใช้ศักยภาพให้เป็น ประโยชน์ต่อ รพ. - ผู้บริหาร empower ผู้ปฏิบัติงานด้วย คำพูด	- ผู้ปฏิบัติงานทั้ง หมดเข้าร่วมใน ทีมพัฒนา คุณภาพ - ผู้ปฏิบัติงานและ ทีม มีโอกาสที่จะ ใช้ศักยภาพให้ เป็นประโยชน์ต่อ รพ. - ผู้ปฏิบัติงานมี ความรู้ดีกว่าได้ รับการ empower และสามารถใช้ พลังนั้นได้ - ผู้ปฏิบัติงานมี ความรู้ดีกว่า ความเห็นของตน เองมีความสำคัญ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	traditional พอใช้	awareness ปานกลาง	improving ดี	outstanding ดีมาก
			- ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการทำงาน - ผู้ปฏิบัติงานมีความตื่นตัวที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเอง	- ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการทำงานเป็นอย่างสูง - ผู้ปฏิบัติงานมีความตื่นตัวที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเอง
กระบวนการ	- เน้นการตรวจสอบโดยผู้อื่น	- มีการตรวจสอบคุณภาพด้วยตนเองโดยเน้นที่จุดสุดท้าย - มีลักษณะแก้ปัญหามากกว่าการป้องกัน	- เริ่มกิจกรรมในลักษณะของการป้องกัน - ระบุและปรับปรุงกระบวนการสนับสนุนที่สำคัญ - ทีมคร่อมหน่วยงานได้รับความสำคัญสูง	- เน้นกิจกรรมออกแบบระบบงานใหม่และการป้องกันปัญหา - ระบุและปรับปรุงกระบวนการทั้งหมด - ทีมคร่อมหน่วยงานได้รับความสำคัญสูง
ผู้ป่วย/ลูกค้า	- แก้ปัญหาให้ลูกค้า - ดูที่ผลลัพธ์ที่ปริมาณผู้ป่วย - มีสมมติฐานว่าความเจ็บคือความพึงพอใจ	- มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยและลูกค้า - มีการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้าทั้งภายในและภายนอก	- มาตรฐานการปฏิบัติงานเน้นการแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า	- ออกแบบระบบบริการไปไกลกว่าที่ผู้ป่วยและลูกค้าจะคิดถึงทั้งด้านวิชาการและด้านบริการ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

traditional พอใช้	awareness ปานกลาง	improving ดี	outstanding ดีมาก
		- มีแนวโน้มว่าผู้ป่วย และลูกค้ำมีความพึง พอใจมากขึ้น	- ผู้ป่วยและลูกค้ำมี ความพึงพอใจสูง สุด
		- มีการศึกษาความ ต้องการของผู้ป่วย และลูกค้ำด้วยวิธี การเชิงรุก	- มีการศึกษาความ ต้องการของผู้ป่วย และลูกค้ำด้วยวิธี การเชิงรุก
		- ตอบสนองความ ต้องการผู้ป่วยและ ลูกค้ำอย่างรวดเร็ว	- -ตอบสนองความ ต้องการของผู้ป่วย และลูกค้ำอย่าง รวดเร็ว
			- มีปัญหากับผู้ป่วย และลูกค้าน้อยมาก

จากตารางเกณฑ์การประเมินคุณภาพโรงพยาบาลที่กระทรวงสาธารณสุขปรับมาจาก
เกณฑ์ประเมินความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพ Malcolm Balridge Award ผู้วิจัยได้นำเกณฑ์การ
ประเมินคุณภาพโรงพยาบาลดังกล่าวมาเป็นกรอบแนวคิดและสร้างเครื่องมือในการวิจัย

แนวคิดโรงพยาบาลคุณภาพ

จากการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และเทคโนโลยี และจากการส่งเสริม
การขยายตัวของเอกชนด้านสุขภาพเพื่อเสริมการให้บริการของภาครัฐ โดยมุ่งให้บริการแก่ผู้มี
รายได้สูงและปานกลาง การแข่งขันในภาคเอกชนทำให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวก สบายและ
รวดเร็วในการใช้บริการสุขภาพ ส่งผลให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจที่บริการด้านสุขภาพ
ของรัฐมีความล่าช้า แออัด พฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการไม่มีความเป็นมิตร ไม่ให้คำแนะนำ
หรือให้บริการด้วยความเต็มใจและหยาบคาย (สถาบันวิจัยสาธารณสุข, 2538, หน้า 12) ทำให้ผู้รับ
บริการหันไปใช้บริการสุขภาพของภาคเอกชนเพิ่มขึ้น รัฐมีหน้าที่ในการสร้างหลักประกันในการ
เข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน โดยการจัดระบบประกันสุขภาพ ให้มีระบบบริการที่มี
คุณภาพ ตามความคาดหวังของประชาชน

การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพของรัฐได้เริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2536 โดยการนำ
แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ โดยสถาบันวิจัยสาธารณสุข

เริ่มโครงการนำร่องวิจัยดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งมีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการครั้งแรก จำนวน 8 แห่ง คือ โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเลิศจิน โรงพยาบาลบ้านหมี่ โรงพยาบาลสระบุรี โรงพยาบาลพระพุทธบาท โรงพยาบาลสมุทรปราการ โรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลโพธาราม สิ้นสุดโครงการ พ.ศ. 2538 พบว่าก่อให้เกิดประสบการณ์ทางบวก ลดความรู้สึกลดลงในการทำงาน เครื่องมือเครื่องใช้ช่วยลดความขัดแย้งภายในกลุ่มได้ดี ได้เรียนรู้ข้อเท็จจริงว่าแตกต่างจากความรู้สึก และได้เรียนรู้การเสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหา (สถาบันวิจัยสาธารณสุข, 2538, หน้า 13) และพบว่าแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม สามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลรัฐได้ (องอาจ วิบุรศิริ และคณะ, 2539, หน้า 61) จากผลดีในการดำเนินโครงการนำร่องฯ ได้มีการขยายผลไปยังโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป โดยในปี พ.ศ. 2540 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบาย “โรงพยาบาลคุณภาพ” ไว้ในแผนงานรองพัฒนาคุณภาพบริการ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (2540-2544) โดยกองโรงพยาบาลภูมิภาคเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง ได้มีการกำหนดวิสัยทัศน์ให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลคุณภาพภายในปี พ.ศ. 2544 โดยการนำหลักการและวิธีการตามแนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม มาเป็นกลุยุทธ์ในการปฏิบัติงาน และมุ่งให้ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับโรงพยาบาลชุมชน และสถานีนอมนัยต่อไป (วิบุร แสงสิงแก้ว, 2538, หน้า 5)

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (hospital accreditation : HA) คือการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการ หมายถึงโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาและการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ กระบวนการประเมินคุณภาพระบบบริการของโรงพยาบาล เป็นกลไกส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสร้างระบบงาน และระบบการตรวจสอบตนเองเพื่อเป็นหลักประกันว่าจะให้บริการอย่างมีคุณภาพ โดยการใช้มาตรฐานระดับชาติเป็นแนวทางการพัฒนาไปในทิศทางเดียวกัน และสามารถประกาศให้ประชาชนทั่วไปรับทราบการพัฒนาจนมีระบบการตรวจสอบที่ดี โดยมีการยืนยันการประเมินนั้นจากหน่วยงานนอก กระบวนการ HA จะเป็นตัวบ่งชี้ว่าโรงพยาบาลมีความน่าเชื่อถือเพียงใด สามารถพิสูจน์ให้ ผู้อื่นเห็นและยอมรับได้ เป็นการเรียนรู้จากการทำงานประจำวัน จากการทำงานร่วมกันเป็นทีม เป็นการเรียนรู้ด้วยการประเมินตนเองและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่น และเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ไม่มีจุดสิ้นสุด (ธิดา นิงสานนท์, 2541)

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพ ประกอบด้วยโรงพยาบาล รัฐบาลและเอกชนจำนวน 35 แห่ง ที่เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ มีระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่ มกราคม 2540 – กรกฎาคม 2543 (กองโรงพยาบาลภูมิภาค, 2541; สถาบันวิจัยสาธารณสุข, 2541) ดังนี้

1. โรงพยาบาลเอกชน 12 แห่ง คือ โรงพยาบาลกรุงเทพ โรงพยาบาลนอร์ทอีสเทิร์น วัฒนา โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ โรงพยาบาลเปาโลเมโมเรียล โรงพยาบาลเกษมราษฎร์ โรงพยาบาลพญาไท 2 โรงพยาบาลมิชชั่น โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี โรงพยาบาลศรีวิชัย โรงพยาบาลสมิติเวช โรงพยาบาลสุขุมวิท โรงพยาบาลทักษิณ
2. โรงเรียนแพทย์ 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
3. โรงพยาบาลในสังกัดกลาโหม 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม
4. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 22 แห่ง คือ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเวียงสระ โรงพยาบาลอุรธานี โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ โรงพยาบาลยโสธร โรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลดำเนินสะดวก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โรงพยาบาลบ้านแพ้ว โรงพยาบาลโคกสำโรง โรงพยาบาลเสนา โรงพยาบาลคอนสัก โรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลบ้านนาสาร โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล คือ การรับรองว่าโรงพยาบาลมีการจัดระบบงานที่ดี เชื้อต่อการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย มีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้มีคุณภาพและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการตรวจสอบตนเองอย่างสม่ำเสมอ

ผู้ตัดสินใจให้การรับรองโรงพยาบาล คือคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พ.ร.พ) แต่งตั้งขึ้น คณะกรรมการจะตัดสินใจพิจารณาข้อมูลที่ได้รับจากผู้ประเมินภายนอก ลักษณะของการรับรองคือ

รับรอง 2 ปี สำหรับโรงพยาบาลที่สามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดในมาตรฐานได้ ครบถ้วนบริการส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ไม่มีความเสี่ยงที่ชัดเจน มีหลักฐานของความพยายามในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพจากคณะกรรมการรับรองคุณภาพและคณะกรรมการบริหารให้ความเห็นชอบในการรับรองแล้วได้แก่ (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล, 2544)

1. โรงพยาบาลเสนา จ.พระนครศรีอยุธยา (โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 160 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2542)
2. โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม จ.อุดรธานี (โรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก ขนาด 150 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2542)
3. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพมหานคร (โรงพยาบาลเอกชน ขนาด 554 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2542)
4. โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี จ.สงขลา (โรงพยาบาลเอกชน ขนาด 190 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 23 ธันวาคม 2542)
5. โรงพยาบาลพญาไท กรุงเทพมหานคร (โรงพยาบาลเอกชน ขนาด 550 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 28 เมษายน 2543)
6. โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จ.เชียงราย (โรงพยาบาลรัฐบาล ขนาด 750 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 6 กันยายน 2543)
7. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จ.อุบลราชธานี (โรงพยาบาลรัฐบาล ขนาด 90 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 6 กันยายน 2543)
8. โรงพยาบาลธัญญารักษ์ จ.ปทุมธานี (โรงพยาบาลรัฐบาล ขนาด 670 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 3 มกราคม 2544)
9. โรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย (โรงพยาบาลเอกชน ขนาด 190 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 10 ตุลาคม 2544)
10. โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรุงเทพมหานคร (โรงพยาบาลรัฐบาล ขนาด 510 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 11 กรกฎาคม 2544)
11. โรงพยาบาลกรุงเทพ กรุงเทพมหานคร (โรงพยาบาลเอกชน ขนาด 403 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 3 มกราคม 2544)
12. โรงพยาบาลค่ายสุรนารี จ.นครราชสีมา (โรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก ขนาด 150 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 11 กรกฎาคม 2544)
13. โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จ.สงขลา (โรงพยาบาลรัฐบาล ขนาด 732 เตียง ได้รับการรับรองเมื่อ 10 ตุลาคม 2544)

สรุปโรงพยาบาลคุณภาพ คือโรงพยาบาลที่มีการพัฒนาระบบบริการให้มีมาตรฐาน มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรทุกคนมีส่วนร่วม และมีการตรวจสอบและได้รับการรับรองจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พ.ร.พ) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งการรับรองแต่ละครั้งรับรอง 2 ปี ปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง ทั้งของรัฐบาลและเอกชน 13 แห่ง

ความสัมพันธ์ของวัฒนธรรมองค์การ และการทำงานเป็นทีม กับการจัดการคุณภาพ โดยองค์กรรวม

จากการศึกษาโรงพยาบาลในโครงการนำร่องพบว่าโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาจะเป็นโรงพยาบาลที่มีทีมแกนนำที่แข็งแกร่ง (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ, 2544, หน้า 193) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานคุณภาพที่ผ่านมา คือ วัฒนธรรมองค์การที่เน้นการควบคุมสั่งการจากหัวหน้า ไม่เกื้อหนุนต่อการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์และการทดลองความคิดใหม่ ๆ และวัฒนธรรมองค์การส่วนใหญ่ยังอยู่ในลักษณะการควบคุมสั่งการ มีการเล่นการเมือง มีความคร่ำครึในการบริหารจัดการ (อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ, 2544, หน้า 211, 215)

ลิตวิน และสตริงเกอร์ (Litwin & Stringer, 1999 อ้างถึงใน อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และคณะ, 2544) ได้ทดลอง นำ การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมปฏิบัติในองค์กร 5 แห่ง และผลการศึกษาพบว่า องค์กรที่มีลักษณะสร้างสรรค์มีผลในการบริหารจัดการ การจัดการคุณภาพ โดยองค์กรรวม ประสบผลสำเร็จ พร้อมทั้งได้จำแนกองค์การที่ลักษณะสร้างสรรค์ไว้ 6 มิติคือ

1. มีลักษณะยืดหยุ่น ลูกจ้างจะมีความคิดว่า กฎไม่จำเป็น พร้อมทั้ง นโยบายและกระบวนการ เชื่อว่าทำอย่างไรที่จะยอมรับความคิดใหม่ ๆ
2. การตอบสนอง ลูกจ้างรู้ว่าเขาสามารถทำงานของเขาโดยไม่ต้องมีผู้ควบคุม เขาสามารถ นับผลงาน ได้จากผลลัพธ์ของงานและเป็นเจ้าของกระบวนการ
3. มาตรฐาน หลักการทำงานจะทำในสิ่งที่ดีที่สุด เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
4. การให้รางวัล ในองค์กรจะมีการยอมรับและมีการให้รางวัลสำหรับผลงานที่ดียอมรับและมีการสะท้อนกลับโดยตรงในเรื่องของความแตกต่างในเรื่องการดำเนินงาน
5. ความชัดเจน เขารู้ว่าอะไรที่เป็นที่ยอมรับและรู้ว่ากฎของเขามีความสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ที่ใหญ่กว่าซึ่งเป็นวัฒนธรรมขององค์การ
6. ทีม/ข้อตกลงของทีม ประชาชนรู้สึกว่าเป็นเจ้าขององค์ มีความพยายามมากขึ้นเมื่อต้องการ ทุกคนทำงานตามวัตถุประสงค์หลัก

ซาโบล (Sablo, 1993) ได้กล่าวว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม มีการกำหนดเอกลักษณ์ กับการยอมรับส่วนประกอบของการทำงานเป็นทีม มีการคิดอย่างเป็นระบบและใช้เครื่องมือในทางสถิติ มาปรับใช้ในการทำงานให้ความสำคัญกับลูกค้า มีความต่อเนื่องและวัฒนธรรมเช่นเดียวกับ ซาสคิน และคินเซอร์ (Sashkin & Kiser, 1993)

คอว์ดรอน (Caudron, 1993) กล่าวว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม ขั้นตอนสำคัญในการลงมือปฏิบัติในกระบวนการ มีการกำหนดวัฒนธรรมองค์การและกฎต่าง ๆ พร้อมให้เห็นว่า การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มีผลต่อ วัฒนธรรมองค์การ คือ การติดต่อสื่อสาร การฝึกอบรม

การบริหารที่มีประสิทธิภาพ และสิ่งที่สำคัญในการติดต่อสื่อสารอย่างไรที่จะมีการยอมรับในเรื่องคุณภาพ แนวคิดเรื่องคุณภาพ หลักสำคัญที่จำเป็นและนำไปสู่ความสำเร็จ คือ การอบรมที่ตรงกับงานที่รับผิดชอบ ความพยายาม ที่จะสอนทักษะด้านคุณภาพ การบริหารที่มีประสิทธิภาพ และการทำงานแทนกันได้ มีการให้รางวัล มีบรรยากาศทางบวก มีการประเมินผล และ เป็นประเด็นที่จะทำให้คนนำองค์การไปสู่คุณภาพ

กีเคเลย์ (Kekale, 1999) ได้ศึกษาผลกระทบของวัฒนธรรมองค์การที่มีผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวในการดำเนินการบางวิธีเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม เขานำข้อสันนิษฐานเรื่องวัฒนธรรมองค์การของไนน์ 5 ประเภท ในการพัฒนารูปแบบและเลือกวัฒนธรรมองค์การลงปฏิบัติในองค์การ

1. กลุ่มที่มีความเชื่อเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม และให้ความสำคัญกับคุณภาพที่ดี บางบริษัทคิดว่าเขาสามารถตัดสินใจได้ บางบริษัท ก็พูดว่า “ลูกค้า คือสิ่งที่สำคัญสูงสุด”

2. กลุ่มที่มีความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของความจริง ความจริงระดับต้น คือความจริงทางกายภาพ กล่าวถึงชนิดของความจริง ในเรื่องของคุณภาพ คือ การบริหารจัดการโดยข้อมูลจริง ความจริงระดับที่ 2 คือสังคมสร้างความเป็นจริง ในกลุ่มวัฒนธรรมองค์การแบบนี้ คุณภาพ คือการจัดการด้วยความเห็นเป็นเอกฉันท์ ประชาชนส่วนใหญ่ เขาสามารถพูดถึงผลผลิตและการกระทำ เป็นสิ่งที่ดีข้อเท็จจริงพื้นฐาน คือความจริงส่วนบุคคล หลาย ๆ คนสามารถตัดสินใจได้ว่าอะไรดี ไม่ดี

3. กลุ่มที่มีความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของมนุษย์ อาจจะกล่าวได้ว่าเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งเมื่อลงมือปฏิบัติการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมในองค์การ มีการกำหนด ภาระหน้าที่ที่ชัดเจน ให้กับผู้ทำงาน ในเวลาเดียวกันก็เพิ่มความต้องการด้านการควบคุมจัดการ และมีการเขียนการสั่งการ มีความสมดุลระหว่าง การปฏิบัติตามขั้นตอนและการวัดผลคุณภาพจากลูกค้า

4. กลุ่มที่มีความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของกิจกรรมมนุษย์ หลักสำคัญของการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมไม่มีผลโดยตรงจากการจูงใจและการบริการ ให้ความสำคัญกับความเห็นของคนอื่น ๆ และเชื่อว่ามีความไม่คืออุปสรรค ให้ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจของผู้บริหารจัดการ และการฝึกอบรมพนักงาน

5. กลุ่มที่มีความเชื่อเกี่ยวกับธรรมชาติของความสัมพันธ์ของมนุษย์ ให้ความสำคัญกับการยอมรับความแตกต่างของการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม ยอมรับการปฏิบัติและผลลัพธ์ ในการทำงานผู้บริหารจะให้ความสำคัญกับพนักงานทุกคนมีผลในการจูงใจและสร้างความพึงพอใจ มีการกำหนดกิจกรรมพื้นฐาน โดยเขียนนโยบายและบริหารจัดการที่เป็นที่ยอมรับของพนักงาน

จากการศึกษา พบว่าการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมจะประสบผลสำเร็จในองค์การที่มีวัฒนธรรมองค์การที่เปิดเผย มีความยืดหยุ่น มากกว่า มีประเพณีปฏิบัติที่เคร่งครัด พนักงานมีความ

สำคัญ ได้รับข้อมูลข่าวสาร มีอิสระในการตอบสนอง มีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ มีการทำงานเป็นทีม มีการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา มีอิสระและเสริมสร้างพลังอำนาจ สร้างมาตรฐานของกระบวนการ เข้าถึงความรู้สึกของพนักงานซึ่งจะเกิดผลในทางบวกเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพ และพบว่าการที่ประสบความล้มเหลวในการนำการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม มาใช้ในองค์กรคือ องค์กรที่มีลักษณะเฉพาะ มีประเพณีปฏิบัติที่เคร่งครัด

การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นกลไกสำคัญที่จะขจัดงานที่ไม่จำเป็นที่ไม่ควรเกิด ช่วยปรับปรุงการบริหารทรัพยากร คน เงิน วัสดุและสถานที่ ที่ไม่สมดุลย์ในแต่ละหน่วย ให้ทุกองค์ประกอบเข้าที่เข้าทางและมีประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย (อนุวัฒน์ สุภษุติกุล และคณะ, 2544, หน้า 191) รูปธรรมของการทำงานเป็นทีม ที่นำไปสู่การรับรองคุณภาพคือการร่วมกันวางระบบงาน วัด/ทบทวน/ตรวจสอบตนเอง และการปรับปรุงงานให้ดีขึ้น

ทีมงานพัฒนาคุณภาพ คือ ทีมที่คนต่างสาขาวิชาชีพมีโอกาสได้มาทำงานพัฒนาร่วมกัน ย่อมได้ประสบการณ์แนวคิดที่แตกต่างหลากหลาย อันจะได้ประโยชน์ในการควบคุมกำกับ วิเคราะห์ผลงานคุณภาพ ย่อมมีผลต่อการยกระดับคุณภาพบริการของโรงพยาบาล (อนุวัฒน์ สุภษุติกุล และคณะ, 2544, หน้า 2-4)

วิฑูร แสงสิงแก้ว (2538, หน้า 2) อธิบายหลักการของการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมที่นำมาใช้ในการบริหาร โรงพยาบาล ประกอบด้วยการยึดคุณภาพของการบริการเป็นกลยุทธ์สูงสุดในการบริหาร การเน้นลูกค้าเป็นหลักทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล บุคลากรทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างคุณภาพบริการด้วยการทำงานเป็นทีม ใช้เทคนิคของการบริหารนโยบาย ภาวะผู้นำ กระบวนการปรับปรุงระบบหรือกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม บริการเพื่อบรรลุเป้าหมายคุณภาพ

อนุวัฒน์ สุภษุติกุล และคณะ (2544, หน้า 211, 214) ได้ทำการศึกษาโครงการนำร่อง โรงพยาบาลคุณภาพ และได้เสนอแนะเชิงนโยบายว่า “มีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องสร้างศรัทธาและความมุ่งมั่นต่อปรัชญาการพัฒนาคุณภาพที่ยึดผู้ป่วยและลูกค้าเป็นศูนย์กลาง เน้นการพัฒนากระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง เน้นการเสริมพลังผู้ปฏิบัติงานและการทำงานเป็นทีม โดยมุ่งมั่นให้เกิดในผู้บริหารทุกระดับ” และได้เสนอแนะสำหรับการวิจัยคือ การวิจัยเพื่อพัฒนาโครงสร้างการบริหารงานพัฒนาคุณภาพซึ่งส่งเสริมให้เกิดการเสริมพลังของผู้ปฏิบัติงาน (empowerment) มีเป้าหมายของการพัฒนาที่ชัดเจนไปในทิศทางเดียวกัน ตลอดจนการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมทั้งองค์กร

จากการศึกษาของ ดิคเคอร์สัน (Dickerson, 2000) พบว่าการใช้แนวคิดการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมซึ่งมีหลักสำคัญของการทำงานเป็นทีม การเสริมสร้างพลังอำนาจ กระบวนการพัฒนาปรับปรุงบริการลูกค้าและการวางแผนยุทธศาสตร์ การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม

เป็นความสัมพันธ์ของข้อเท็จจริง เป็นเครื่องมือในการควบคุมกระบวนการ ประเมินทั้งกระบวนการและผลลัพธ์และเป็นทางเลือกในการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง มองเห็นทางสร้างสรรค์

องอาจ วิพุธศิริ และคณะ (2539) ได้ทำการศึกษาการวิจัยประเมินผล โครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วย ที่ คิว เอ็ม ประเมินตามเกณฑ์การตัดสินรางวัลคุณภาพมัลคอล์มบอโรริจ พบว่า

ภาวะการนำ (leadership) ของผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลมีความมุ่งมั่นจริงจังต่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง แสดงตนเป็นผู้นำคุณภาพตัวอย่าง มีความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อการจัดการคุณภาพโดยองค์กรวม และสามารถสร้างเสริมทีมผู้บริหารที่มีความมุ่งมั่นต่อการบริหารคุณภาพ

สารสนเทศและการวิเคราะห์ มีความสำคัญต่อการตัดสินใจเลือกปัญหามาดำเนินการแก้ไขในระยะแรก การวัดผลและขยายผลการดำเนินงาน

การวางแผนกลยุทธ์ด้านคุณภาพ มีการใช้กระบวนการ AIC (appreciation-influence-control) ช่วยในการกำหนดทิศทาง นโยบาย และวิธีการดำเนินงาน โดยยึดถือนโยบายคุณภาพของโรงพยาบาลเป็นหลัก นำไปสู่แผนการปฏิบัติการในทุกสายงาน ทุกกลุ่ม

การบริหารและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (human resource development and management) โดยจัดการฝึกอบรมแก่บุคลากรเกี่ยวกับการจัดการคุณภาพโดยองค์กรวม AIC QCC OD และ ESB

การบริหารคุณภาพของกระบวนการ (management of process quality) มีการดำเนินการจริงจังในเรื่องการใช้นโยบายพัฒนาคุณภาพเป็นหลักในการดำเนินงาน มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทุกสายงานและทุกระดับ มีทีมติดตามเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงานโดยเน้นพัฒนากิจกรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาล

นริศรา ฐิตะธรรมานนท์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรวมกับความพึงพอใจในงานของบุคลากรพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและการรับรู้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรวมสามารถทำนายความพึงพอใจในงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย ปัจจัยด้านสถานภาพการสมรส การรับรู้การจัดการคุณภาพโดยองค์กรวม ด้านการบริหาร และการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และด้านการบริหารคุณภาพของกระบวนการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงานของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ณัชนันท์ บุญด่านกลาง (2543) ได้ทำการศึกษา การดำเนินกิจกรรมคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลในโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ พบว่า การดำเนินกิจกรรมคุณภาพบริการของหน่วยงานพยาบาลด้านการปฏิบัติกิจกรรมในโรงพยาบาลรัฐบาลและโรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการรับรองคุณภาพมีความแตกต่างกัน การดำเนินกิจกรรมด้านการมีเอกสารไม่แตกต่างกัน

สรุปได้ว่า การจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม หมายถึง ระบบบริหารจัดการที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพ มุ่งเน้นลูกค้าหรือผู้รับบริการ เน้นการบริหารกระบวนการให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคนทุกระดับ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความพึงพอใจให้แกลูกค้าหรือผู้รับบริการอย่างสมบูรณ์ เพราะฉะนั้นการดำเนินกิจกรรมคุณภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญในงานบริการด้านสาธารณสุข ซึ่งถ้าเราได้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินกิจกรรมคุณภาพให้ประสบผลสำเร็จก็จะมีผลให้โรงพยาบาลต่าง ๆ สามารถดำเนินงานพัฒนาคุณภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “โรงพยาบาลคุณภาพ” ภายในปี 2546 ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีผลในด้านการให้บริการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ สร้างความพึงพอใจกับผู้รับบริการ ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าวิจัยใช้เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลที่กระทรวงสาธารณสุขปรับมาจากเกณฑ์การตัดสินรางวัลคุณภาพมัลคอล์มบอลริจ ใช้ประเมินโรงพยาบาลคุณภาพ จากการศึกษาแนวคิดและผลการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ผู้วิจัยพบว่าวัฒนธรรมองค์กรแบบสร้างสรรค์ กับความสัมพันธ์ในด้านความพึงพอใจในงานนั้นได้มีการศึกษาค้นคว้าบ้างแล้ว แต่ความสัมพันธ์ของรูปแบบวัฒนธรรมองค์กรแบบสร้างสรรค์ กับการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม ยังไม่มีผู้ใดศึกษา และการทำงานเป็นทีมนั้นมิใช่ผู้ทำการศึกษการทำงานเป็นทีมทางการแพทย์ในหลาย ๆ หน่วยงานและการทำงานเป็นทีมในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวม มีผู้ศึกษาถึงความสัมพันธ์กับประสิทธิผลของหอผู้ป่วย แต่ความสัมพันธ์ของการทำงานเป็นทีมกับการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมนั้นยังไม่มีผู้ใดศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง วัฒนธรรมองค์กรแบบสร้างสรรค์ การทำงานเป็นทีมกับการจัดการคุณภาพโดยองค์กรรวมของหัวหน้าหอผู้ป่วย ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

การแบ่งส่วนราชการ และอัตรากำลัง ของหน่วยงานส่วนภูมิภาค สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2538 – ปัจจุบัน

1. โรงพยาบาลชุมชน (รพช.): มีการแบ่งเป็นฝ่ายและงาน ภูมิโครงสร้างโรงพยาบาลชุมชน* และมีนายแพทย์ 8วช. เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล ส่วนหัวหน้าฝ่ายต่าง ๆ ได้ถึงระดับ 7ว. (ฝ่ายบริหารระดับ 6) หัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมเป็นได้ถึงระดับ 7 และฝ่ายทันตสาธารณสุข ได้ถึงระดับ 8ว. สำหรับฝ่ายการพยาบาล กำหนดให้หัวหน้าฝ่ายเป็นระดับ 7

2. โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.): แบ่งเป็น 2 ขนาด คือ รพท. กลุ่ม 1 ประกอบด้วย 1. ปทุมธานี* 2. เสนา (อยุธยา) 3. บ้านหมี่ (ลพบุรี) 4. อินทร์บุรี (สิงห์บุรี) 5. สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 (สุพรรณบุรี) 6. สระแก้ว 7. มะการักษ์ (กาญจนบุรี) 8. โพธาราม (ราชบุรี)

9. ดำเนินสะดวก (ราชบุรี) 10. สมุทรสงคราม 11. ประจวบคีรีขันธ์ 12. หนองบัวลำภู
13. มุกดาหาร 14. อำนาจเจริญ 15. เชียงคำ (พะเยา) 16. ศรีสังวาลย์ (แม่ฮ่องสอน) 17. เบตง
(ยะลา) 18. สตูล 19. ปัตตานี 20. สุโขทัย (นราธิวาส)

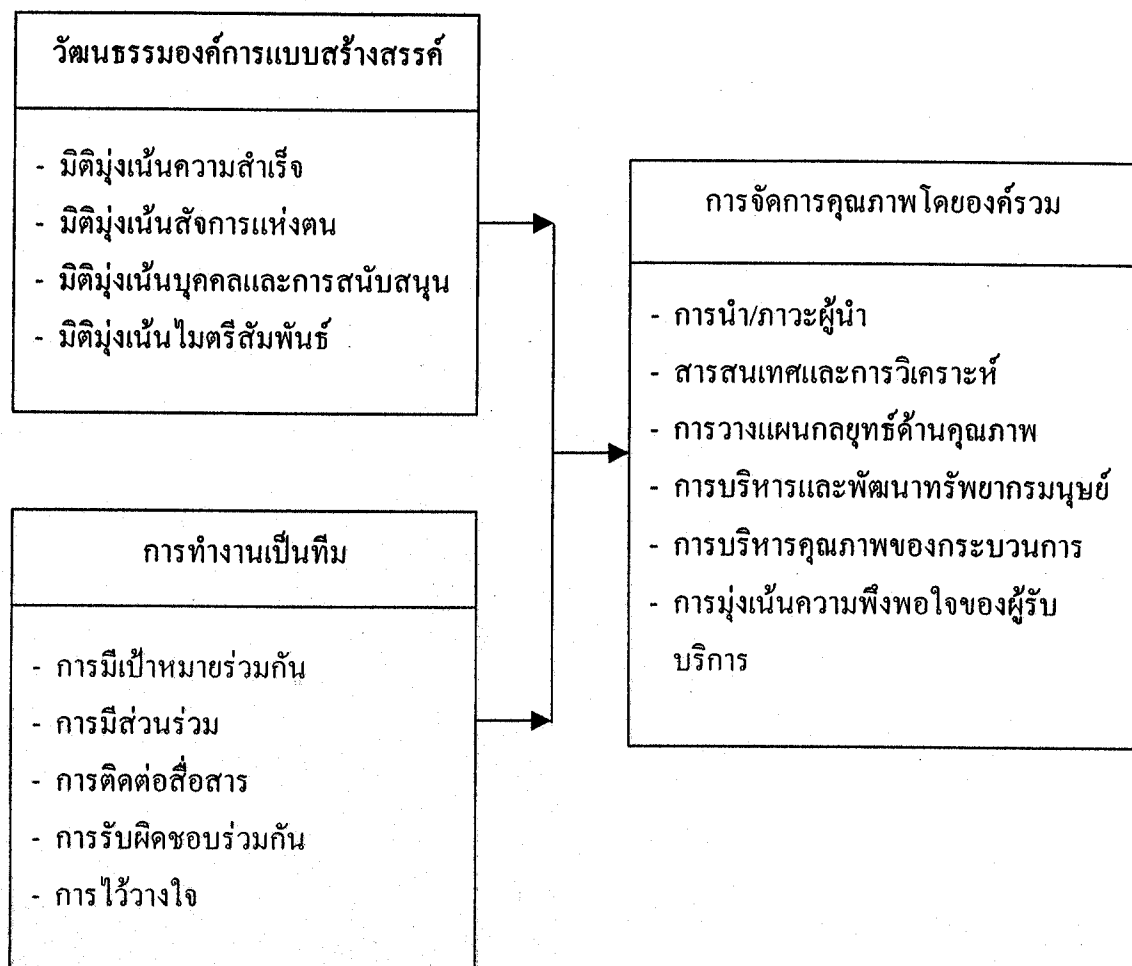
รพท. กลุ่ม 2 ประกอบด้วย 1. พระนั่งเกล้า* (นนทบุรี) 2. อ่างทอง* 3. สมุทรปราการ
4. พระพุทธบาท (สระบุรี) 5. ลพบุรี 6. สิงห์บุรี 7. ชัยนาท 8. นครนายก 9. ฉะเชิงเทรา
10. ตรวด 11. พหลพลพยุห-เสนา (กาญจนบุรี) 12. บ้านโป่ง (ราชบุรี) 13. สมุทรสาคร*
14. พระจอมเกล้า* (เพชรบุรี) 15. ชัยภูมิ 16. ศรีสะเกษ 17. เลย 18. หนองคาย 19. สกลนคร
20. ยโสธร 21. ร้อยเอ็ด 22. กาฬสินธุ์ 23. มหาสารคาม 24. นครพนม 25. สุโขทัย
26. ศรีสังวรสุโขทัย 27. กำแพงเพชร* 28. อุทัยธานี 29. สมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
30. แม่สอด (ตาก) 31. เพชรบูรณ์ 32. พิจิตร 33. แพร่ 34. น่าน 35. พะเยา 36. นครพิงค์*
(เชียงใหม่) 37. ลำพูน 40. พัทลุง 41. สงขลา* 42. นราธิวาสราชนครินทร์ (นราธิวาส) และมี
การแบ่งส่วนราชการเป็นฝ่ายและกลุ่มงานต่าง ๆ โดยมีนายแพทย์ 8-9 เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล
และมีรองผู้อำนวยการ 2 ตำแหน่ง คือ รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลฝ่ายการแพทย์ (นายแพทย์ 8)
รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลฝ่ายบริหาร (เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 7 รพท. กลุ่ม 2 เป็นระดับ 8)

3. โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) : มีนายแพทย์ 9 เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล และมีรอง
ผู้อำนวยการ 2 ตำแหน่ง คือ รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลฝ่ายการแพทย์ (นายแพทย์ 8) รองผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลฝ่ายบริหาร (เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป 8) รพศ. ประกอบด้วยฝ่ายและกลุ่มงาน
ต่าง ๆ ตามแผนภูมิโครงสร้าง โรงพยาบาลศูนย์ มีหัวหน้าฝ่ายธุรการ ฝ่ายการเงิน และบัญชี
ฝ่ายพัสดุและบำรุงรักษา และฝ่ายโภชนาการเป็นระดับ 7 ฝ่ายวิชาการ หัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอก
กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก เป็นระดับ 8 กลุ่มงานการพยาบาลเป็นระดับ 9 หัวหน้ากลุ่มงานอื่น ๆ
เป็นระดับ 8-9 แต่แพทย์ในกลุ่มงานต่อไปนี้เป็นได้ถึงระดับ 9-10 (ตามเกณฑ์) คือ อายุรกรรม
ศัลยกรรม ศัลยกรรม-ออร์โธปิดิกส์ กุมารเวชกรรม สูติ-นรีเวชกรรม จักษุวิทยา และโสต ศอ นาสิก
พยาบาลวิชาชีพในงานและหอผู้ป่วยต่าง ๆ เป็นระดับ 7-8 ตามปริมาณงาน ได้แก่

1. พระนครศรีอยุธยา 2. สระบุรี 3. เจ้าพระยาอภัยมหาราช (สุพรรณบุรี) 4. พระปกเกล้า (จันทบุรี)
5. ชลบุรี * 6. เจ้าพระยาอภัย-ภูเบศร์ (ปราจีนบุรี) 7. ระยอง 8. นครปฐม* 9. ราชบุรี
10. มหาราชนครราชสีมา* 11. บุรีรัมย์ 12. สุรินทร์ 13. ขอนแก่น* 14. อุตรดิตถ์
15. สรรพสิทธิ์ประสงค์* (อุบลราชธานี) 16. สวรรค์ประชารักษ์* (นครสวรรค์) 17. พุทธชินราช*
(พิษณุโลก) 18. อุตรดิตถ์ 23. หาดใหญ่ (สงขลา) 24. ยะลา 25. ตรัง

* รพ. ที่มีงานอาชีพเวชกรรม ที่มาปฏิทินสาธารณสุข

จากแนวคิดและการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจึงเสนอกรอบแนวคิดดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด