

รายงาน
การศึกษาวิจัยประเมินผล

โครงการนำร่อง
การพัฒนาคุณภาพบริการ
ในโรงพยาบาลของรัฐด้วย TQM

โดย

รศ. นพ. งามอาจ วิพุธศิริ
อจ. นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
นางมยุรี จิระวิเศษ

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และ
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พฤษภาคม 2540

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ	3
Abstract	4
1. บทนำ	5
-โครงการนำร่องการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพบริการในร.พ.ของรัฐ	9
2. รูปแบบ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา	10
3. The Malcolm Baldrige National Quality Award	13
-องค์ประกอบหลัก	13
-ปัจจัยสู่ความสำเร็จ 7 ประการ	15
-สรุปแก่นค่านิยมและแนวคิดของ The Baldrige Award	17
-การประยุกต์วิธีการให้คะแนนของ The Baldrige Award	18
4. ข้อมูลและผลการศึกษา	
-ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยนำเข้าจากส่วนกลาง	23
-ข้อมูลและผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลรัฐ	
โดยการประยุกต์ใช้เกณฑ์ The Baldrige Award	25
-ข้อมูลและผลการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของโรงพยาบาลรัฐ	
ในปัจจัยสู่ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพบริการ	30
-สรุปผลรวมการประเมินโรงพยาบาลรัฐในโครงการ TQM	41
-ข้อมูลและผลการสำรวจข้อคิดเห็นของผู้นำและผู้ปฏิบัติงาน	
ในโรงพยาบาลรัฐต่อโครงการ TQM	44
5. สรุปผลโครงการนำร่อง TQM	56
-สรุปปัจจัยที่มีนัยในความแตกต่างที่อาจส่งผลต่อความก้าวหน้า	
ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่ต่างกัน	58
-สรุปผลตามรูปแบบการดำเนินการโครงการนำร่อง TQM	60
-สรุปผลตามวัตถุประสงค์โครงการ TQM	61
6. วิจัยและข้อเสนอแนะ	62
7. References	67
8. ภาคผนวก	69
-แบบสำรวจแบบสำรวจปัจจัยสู่ความสำเร็จ	
โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์ The Baldrige Award	70
-แบบสอบถามความคิดเห็น TQM	71
9. รายนามคณะที่ปรึกษาและคณะผู้วิจัย	73

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วย TQM. องอาจวิพุธศิริ จิรุตม์ ศรีรัตบัลล์, มยุรี จิรวินิช, และคณะ

การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล(ร.พ.)เป็นเรื่องที่ได้รับการนิยมน้อยอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขของไทยได้ริเริ่มโครงการนำร่องการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการในร.พ.ของรัฐขึ้นในปี 2536 โดยใช้วิธีการของการบริหารคุณภาพทั่วองค์กร(Total Quality Management, TQM) และกำหนดระยะเวลาของโครงการไว้ 2 ปี โดยมีร.พ.ของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียงสมัครใจเข้าร่วม 8 แห่ง

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินการ และผลของการดำเนินการของโครงการฯ ด้วยการประยุกต์ใช้เกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพของ The Malcolm Baldrige National Quality Award และเพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจทัศนคติและการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการตามแนวคิดTQM/ CQI ของผู้นำระดับสูง ระดับกลางและปฏิบัติ โดยการศึกษาเชิงพรรณนาแบบผสมผสาน ได้แก่ การทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ย้อนหลัง 2 ครั้ง ร่วมกับการสำรวจแบบตัดขวางภายหลังการดำเนินการ ระหว่างเดือนกรกฎาคมพ.ศ. 2539 จนถึงเดือนมีนาคมพ.ศ. 2540

ผลการศึกษาพบว่า คณะผู้รับผิดชอบโครงการฯได้ดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยการให้การฝึกอบรมและวางโครงสร้างเพื่อให้มีการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพภายในร.พ. อย่างไรก็ตามร.พ.ในโครงการมีระดับความก้าวหน้า ในการพัฒนาคุณภาพแตกต่างกัน โดยมีร.พ. 2 แห่งมีความก้าวหน้าไปมากจัดเป็นกลุ่มก้าวหน้าเด่นชัด ส่วนอีก 6 แห่ง จัดอยู่ในกลุ่มก้าวหน้าอย่างค่อยเป็นไป ทั้งนี้พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างกันดังกล่าว ได้แก่ ความมุ่งมั่นและความต่อเนื่องของผู้นำทั้งระดับสูงและระดับกลางระบบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลการวางแผนกลยุทธ์ขององค์กรและการแปลงสู่แผนปฏิบัติการ การพัฒนาและการบริหารบุคลากรให้มีความรู้ในการใช้เครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ การเน้นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาลโดยตรง ซึ่งส่งผลให้เกิดผลที่ชัดเจนกว่าในระดับองค์กรและการมีผลต่อผู้รับบริการโดยตรง นอกจากนี้บุคลากรในทั้งร.พ. 2 กลุ่ม ยังมีความคิดเห็นต่อนโยบายการพัฒนาคุณภาพ สถานะภาพของโรงพยาบาล ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับTQM ทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพ การจัดการในกระบวนการพัฒนาคุณภาพและการทำงาน ตลอดจนผลลัพธ์ต่อบริการและร.พ. ในระดับที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยที่สำคัญที่สุด 3 ประการที่สามารถส่งผลให้เกิดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการพัฒนาคุณภาพด้วย TQM ได้แก่ การเห็นความสำคัญและการมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกคน การมีผู้บริหารที่เห็นความสำคัญและสนับสนุนอย่างจริงจัง และการฝึกอบรมTQM

จากบทเรียนที่ได้รับในการศึกษา คณะผู้วิจัยใคร่เสนอแนะรูปแบบในการนำ TQM ไปใช้ในร.พ.ของรัฐ คือ ให้ความสำคัญและมุ่งเป้าหมายสู่การเปลี่ยนแปลงกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยเน้นสายงานบริการหลักเป็นสำคัญ การกำหนดแผนกลยุทธ์ที่ชัดเจนและถือนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพเป็นหลักในการบริหารงานของร.พ. การจัดหลักสูตรต่างระดับเกี่ยวกับ TQM ตลอดจนการยึดถือผู้ป่วยหรือลูกค้าของกระบวนการเป็นสำคัญ ทั้งภายในและภายนอก บนพื้นฐานของการใช้ข้อมูลการสำรวจความต้องการและความพึงพอใจเป็นหลักทั้งก่อนและหลังการพัฒนาระบบการ

Abstract

Assessment of the Pilot Project on Service Quality Improvement in Public Hospitals with TQM. Viputsiri, O; Sriratanaban, J; Jiravisit, M; et.al.

Quality improvement for hospital services currently received enormous interest. In 1993, the Health Systems Research Institute, Thailand initiated the pilot project on service quality improvement in public hospitals using the total quality management (TQM) approach. The duration of the project was 2 years. Eight public hospitals in Bangkok and nearby provinces participated.

Our study aims to assess inputs, processes and outcomes of the TQM pilot project in public hospitals by applying criteria modified from the Malcolm Baldrige National Quality Award and to determine a set of selected knowledge, attitudes and practices perceived by the top and the middle management and operating personnel in service quality management using TQM concepts. A combination descriptive study designs were conducted by a retrospective documental review with two site-visit key performances interviews and a post-intervention cross-sectional survey during July 1996 and March 1997.

The results revealed that the project was systematically organized in providing 2-day TQM training for senior management and middle management and in setting structures to support TQM activities in hospitals. However, participating hospitals had different levels of progress in TQM implementation; two of them were classified as having "breakthrough" progress while the other six hospitals were classified as having "incremental" progress. The following factors were identified as contributing to the differences: the senior and middle management leadership commitment and continuity, information system and analysis, strategic plans development, human resources training in quality tools and analytic techniques and management, involvement in patient care services process which brought about visible organizational outcome and had impact on customers. In addition, hospital personnel from the two groups of hospitals had significantly different levels of opinions towards policy deployment, hospital status, knowledge on TQM, attitudes towards quality improvement, process management and hospital outcomes. The three most important factors that contributed to success or failure of TQM project in their opinions were attitude and involvement of all personnel, the senior management attitude and strong support, and training in TQM.

Consequently, we suggest a new model for effective TQM implementation in public hospitals by emphasizing changing "process first", quality policy deployment, TQM training, enhancement of strategic and tactical action planning, key services process focus, and closer to both internal and external customers and also their expectations by pre- and post-intervention customer surveys.

การศึกษาวิจัยประเมินโครงการนำร่อง การพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วย TQM

บทนำ

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์ทั่วโลกประสบความสำเร็จอย่างยิ่งทั้งในด้านการวินิจฉัยและการรักษาโรค เทคโนโลยีทางชีวภาพรุ่งเรือง จนเข้าใจโรคถึงระดับโมเลกุลและยีน แต่ทว่าการให้บริการสาธารณสุขกลับสร้างความผิดหวังและไม่พึงพอใจแก่ผู้รับบริการทั้งในประสิทธิภาพและประสิทธิผล ก่อให้เกิดปัญหาที่น่าวิตกคือการพุ่งพรวดของต้นทุนและค่ารักษาพยาบาล นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามในประเทศที่มีข้อจำกัดของทรัพยากร

ในปีค.ศ.1990 จากการสำรวจความพึงพอใจต่อระบบบริการสาธารณสุขใน 10 ประเทศ¹ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบริการสาธารณสุขในประเทศของตนไม่ถึงร้อยละ 40 อาทิ สวีเดน ออสเตรเลีย เยอรมัน ฝรั่งเศสและเนเธอร์แลนด์ สำหรับญี่ปุ่น อังกฤษและอิตาลีความพึงพอใจไม่ถึงร้อยละ 30 จะมีเพียงแต่แคนาดาประเทศเดียวที่ความพึงพอใจสูงกว่าร้อยละ 50 (ร้อยละ 54) และแย่ที่สุดได้แก่สหรัฐอเมริกาที่ความพึงพอใจของประชาชนมีแค่ร้อยละ 10 ทั้งที่ค่าใช้จ่ายและการลงทุนด้านสาธารณสุขสูงกว่าทุกประเทศโดยสูงถึงร้อยละ 15 ของ GDP² และผลจากการลงทุนและค่าใช้จ่ายสูง แต่ประสิทธิภาพและคุณภาพบริการกลับไม่เป็นที่น่าพอใจ จึงทำให้เกิดกระแสเรียกร้องการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขขึ้นในหลายประเทศ โดยเฉพาะในสหรัฐอเมริกาและยุโรป เพื่อให้แสวงหาหนทางพัฒนาวิธีการบริหารจัดการระบบบริการสาธารณสุข ให้มีทั้งประสิทธิภาพและคุณภาพที่คุ้มค่าเสียใหม่^{3,4,5}

ในประเทศไทยแม้ว่ายังไม่มีการสำรวจความพึงพอใจในบริการสาธารณสุขทุกระดับทั่วประเทศ แต่ก็มีแนวโน้มในความนิยมบริการสาธารณสุขของภาคเอกชนเพิ่มมากขึ้นโดยสังเกตได้จากในปีพ.ศ.2538 กระทรวงสาธารณสุขมีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ตั้งแต่ 150 เตียงขึ้นไปทั่วประเทศ จำนวน 92 แห่ง (34,871 เตียง) ซึ่งจำนวนเท่ากับในรายงานปีพ.ศ. 2537⁶ ส่วนโรงพยาบาลเอกชนกลับมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 377 แห่ง (26,109 เตียง) ในปีพ.ศ.2537 เป็นจำนวนโรงพยาบาล 407 แห่ง (30,082 เตียง) ในปีพ.ศ.2538⁷ จะเห็นได้ว่าจำนวนเตียงของโรงพยาบาลเอกชนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วถึงร้อยละ 63.8 ซึ่งอาจเป็นเพราะอุปสงค์ยังสูงอยู่จริง ภาครัฐยังให้บริการไม่ครอบคลุมคุณภาพการให้บริการไม่ประทับใจหรือภาคเอกชนคุณภาพดีกว่าจริง และ/หรือการตลาดเชิงธุรกิจสูงกว่า

นพ. สงวน นิตยรััมภ์พงศ์⁸ ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุขด้านนโยบายสาธารณสุข ได้เปิดเผยว่า สภาพของโรงพยาบาลรัฐในปัจจุบันกำลังประสบปัญหาด้านการบริหารจัดการ ทำให้ประชาชนรู้สึกว่าการบริการไม่ประทับใจ ส่งผลให้มีเพียง 70% ของประชาชนมารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐ ส่วนอีก 30% เข้ารับบริการจากโรงพยาบาลเอกชน ส่วนในกรุงเทพฯ สัดส่วนจะเปลี่ยนเป็นเข้ารับบริการโรงพยาบาลของรัฐเพียง 40% อีก 60% เข้าใช้บริการของโรงพยาบาลเอกชน... การบริการโดยโรงพยาบาลของรัฐในภาพรวมจะเพียงพอ แต่ปัญหาอยู่ที่คุณภาพและประสิทธิภาพของการให้บริการซึ่งยังต้องพัฒนา

นพ. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์⁹ ได้กล่าวว่า ประชาชนที่ไม่มีสวัสดิการการรักษาพยาบาลใดๆเลย มีถึง 33% และปัจจุบันคนไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายโดยรวมสูงถึง 1.7 แสนล้านบาทต่อปี ยิ่งกว่านั้นผลวิจัยพบว่าค่ารักษาของโรงพยาบาลเอกชนโดยเฉลี่ยสูงกว่าของรัฐถึง 3-5 เท่า โดยไม่ทราบว่าคุณภาพบริการเหมาะสมหรือไม่ และคนจำนวนมากหันไปเชื่อถือเครื่องมือไฮเทค โดยยอมจ่ายเงินแพงกับสิ่งที่ตนไม่รู้จัก รัฐจึงควรมีบทบาทช่วยให้ประชาชนใช้จ่ายอย่างฉลาดและมีประสิทธิภาพ จะต้องมีการจัดระบบการกำกับดูแลผู้ให้บริการเกิดการแข่งขันกันทั้งด้านราคาและคุณภาพ ด้วยความตระหนักถึงปัญหาการสร้างสรรค์และความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาลของรัฐต่อผู้รับบริการ ตลอดจนการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพบริการให้เป็นที่นิยมในราคาที่เหมาะสม

ในยุคโลกาภิวัตน์ เป็นยุคที่มีการพัฒนาของเทคโนโลยีในทุกๆด้านโดยเฉพาะด้านการสื่อสาร ทำให้ข้อมูลสื่อถึงกันอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดการแข่งขันในเชิงธุรกิจและความกดดันให้องค์กรต่างๆทั้งในภาคเอกชนและภาครัฐ จำต้องมีการปรับปรสภาพองค์กร (Transformation)¹⁰ ให้อยู่รอดและทันต่อสถานการณ์ สามารถสนองความต้องการของผู้รับบริการหรือประชาชนที่รับผิดชอบ

เนื่องจาก TQM (Total Quality Management) นับเป็นหนึ่งใน 5 วิธีการ ซึ่งได้รับความนิยมทั่วโลกที่ใช้ในการปรับปรสภาพองค์กร¹⁰ อันได้แก่ 1). TQM/Kaizen, 2). Procedure redesign, 3). Value stream reinventing, 4). Enterprise redesign, & 5). Strategic visioning ทั้งนี้จะต้องมี 2 โครงสร้างพื้นฐานเป็นส่วนประกอบช่วยสนับสนุนกระบวนการเปลี่ยนแปลง (change) ในแต่ละวิธีการอยู่ด้วยเสมอจึงจะทำให้โอกาสสำเร็จมีมากขึ้น ซึ่งได้แก่ 6). Human and Cultural development, and 7). Information Technology development รวมเป็น 7 วิธีทางที่สำคัญ ในการปรับปรสภาพขององค์กรให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

TQM/Kaizen จะเป็นวิธีการเปลี่ยนสภาพการทำงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง (continuous change) โดยทั่วทั้งองค์กร มุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพงานของส่วนบุคคล ทุกคนทุกระดับ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงในสายงานให้มีการทำงานเป็นทีม ขยายเชื่อมโยงไปตามขบวนการ (process) และคร่อมสายงาน (cross-function) ไปจนกว่าจะได้ผลผลิตหรือบริการจะถึงลูกค้าและเป็นที่พึงพอใจของลูกค้า ซึ่งจะดำเนินการพัฒนาไปอย่างช้าๆ การหวังผลอาจใช้เวลานาน 3-5 ปีขึ้นไป ส่วนอีก 4 วิธีถัดมาจะเป็นวิธีที่มุ่งให้เห็นผลอย่างรวดเร็วทันใจ (discontinuous reinvention) วิธีการต่างๆอาจใช้ผสมผสานและเสริมกันตามโอกาส (Figure 1.)

บทเรียนจากความสำเร็จของประเทศญี่ปุ่นในการฟื้นฟูประเทศและการพัฒนาเศรษฐกิจ สอนให้ทั่วโลกเห็นความสำคัญของคำว่า *คุณภาพ (Quality)* มากยิ่งขึ้นและเบื้องหลังของการมีคุณภาพสูงก็คือการพัฒนาวัฒนธรรมขององค์กรที่ถือว่า *ทุกคน* เป็นทรัพย์สินสำคัญที่สุดที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของทั้งผลผลิตและคุณภาพบริการได้อย่างต่อเนื่อง (Kaizen or continuous quality improvement/CQI)¹¹

ในปีค.ศ.1980 ขณะที่สหรัฐอเมริกาประสบภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจ สูญเสียตลาดทั้งภายในและนอกประเทศ เนื่องจากมีผู้นิยมสินค้าญี่ปุ่นซึ่งมีคุณภาพดีกว่ามากขึ้นเรื่อยๆ *คุณภาพ* จึงเป็นประเด็นสำคัญซึ่งถูก

Figure 1. The Seven Disciplines of Enterprise Transformation

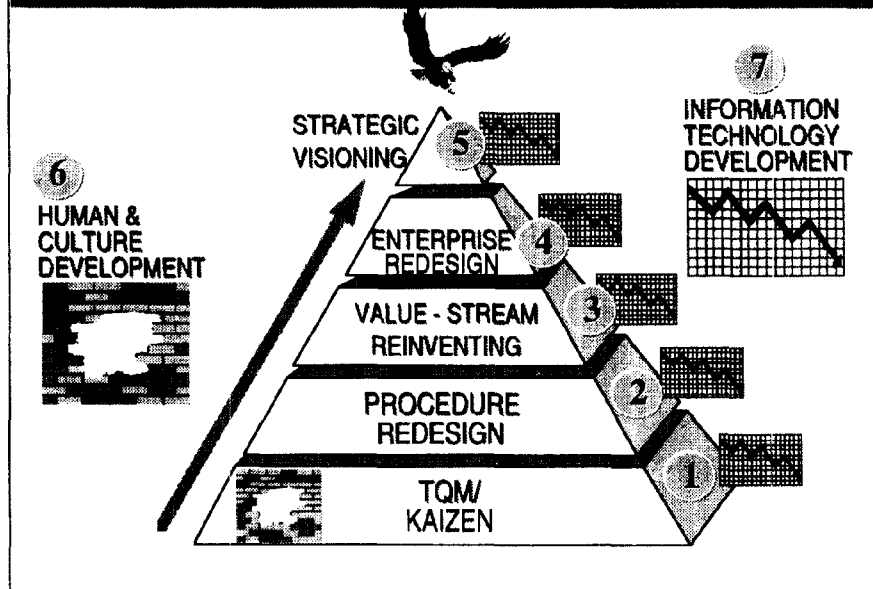
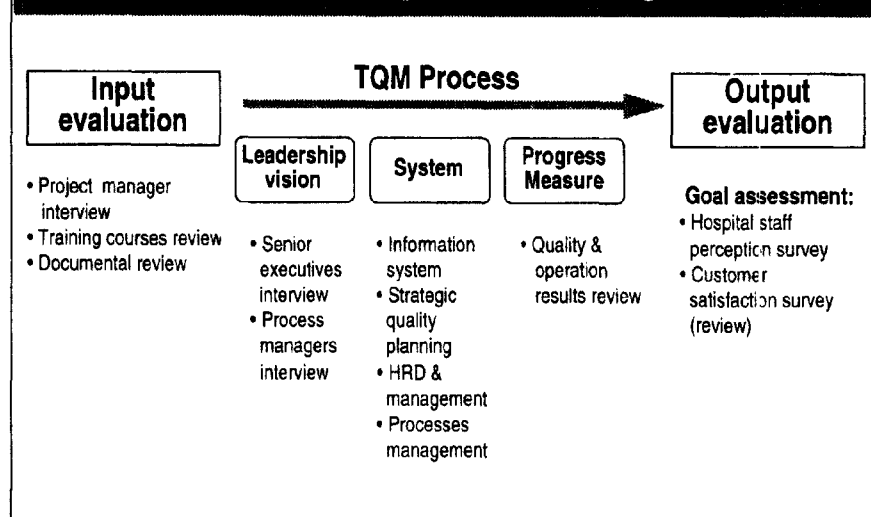


Figure 2. Strategic Assessing Model



ปลูกให้กลับมาสู่สหรัฐอเมริกาด้วยโปรแกรมทีวีชื่อ "If Japan can,...why can't we ?" กระแสการตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพจึงแพร่ไปทั่วสหรัฐ จากนั้นแพร่หลายไปยังกลุ่มประเทศยุโรปและขยายไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว¹²

จากรายงานการสำรวจของ บริษัท McKinsey & Co.¹³ (1994) ระบุว่าบริษัทในสหรัฐอเมริกาประมาณ 70% ได้มีการพัฒนาคุณภาพโดยใช้วิธีการซึ่งเรียกว่า Total Quality Management (TQM) แต่อย่างไรก็ตามบริษัทที่เริ่มมานานกว่า 2 ปี ยังมีอัตราความสำเร็จได้เพียงแค่ 33%

ในปี ค.ศ. 1993 Berman¹⁴ ได้สรุปผลจากการสำรวจการใช้ TQM ทั่วประเทศของสหรัฐอเมริกา พบว่าได้รับความนิยมแพร่หลายครอบคลุมถึง 50 รัฐ การนิยมอย่างมากในวิธีการของ TQM อาจเป็นผลมาจากนโยบายการพัฒนาคุณภาพในภาครัฐ ในปี ค.ศ. 1988 ของ ประธานาธิบดี โรนัลด์ เรแกน โดยจัดให้มี President Quality Award ขึ้น และยังได้มีการเร่งรัดอย่างจริงจังต่อเนื่อง โดยถือเป็นนโยบายหลักของคณะรัฐบาลใหม่ของประธานาธิบดีคลินตันในการสร้างสรรค์ภาครัฐบาลเสียใหม่ (Reinventing Government)¹⁵ เกร็ดของความสำเร็จในการสร้างความนิยมน่าจะเป็นเพราะความสนใจของคลินตันเอง ตั้งแต่ยังเป็นผู้ว่าการรัฐ Arkansas ซึ่งนอกจากจะดำเนินการอย่างจริงจังแล้ว ยังได้เขียนบทความการพัฒนาคุณภาพในภาครัฐตั้งล่วงหน้าก่อนที่จะได้รับเลือกตั้งชื่อเรื่อง "Putting People First"¹⁶ นอกจากนั้นยังมีความพยายามอย่างจริงจังของรองประธานาธิบดี Al Gore ซึ่งได้เข้ามาเป็นผู้กระตุ้นชักชวน โดยได้ตระเวนแสดงปาฐกถา ในฐานะผู้นำที่สนับสนุนและยังเป็น ผู้ชำนาญการในเรื่อง TQM อย่างแท้จริงด้วย แรงผลักดันที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพ น่าจะเป็น ผลมาจากรายงานผลการประเมินการปฏิบัติงานในภาครัฐ ซึ่งก่อให้เกิดการกดดันจากสภาองเกรสให้มีการสนอง ต่อเหตุที่ ประชาชนขาดศรัทธาและไม่พอใจต่อระบบบริการของภาครัฐ นอกจากนั้นยัง ขาดทั้งความมุ่งมั่นและสมรรถนะในการแข่งขัน (lack of competitiveness) ซึ่งต่างจากองค์กรในภาคเอกชนและในต่างประเทศ¹⁵

Koehler & Pankowski¹⁷ (1996) ได้วิเคราะห์พฤติกรรมผู้บริหารและวัฒนธรรมองค์กรของทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยเฉพาะการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพด้วย TQM ในภาครัฐของสหรัฐอเมริกาไว้ในหนังสือเรื่อง *Quality Government: Designing, Developing, and Implementing TQM* ซึ่งน่าจะนำมากล่าวไว้เป็นบทเรียนที่ให้แนวความคิดเบื้องต้นของ TQM ในความพยายามเปลี่ยนวัฒนธรรมขององค์กรจากรูปแบบการบริหารงานโดยยึดวัตถุประสงค์เป็นหลัก (MBO/ Management by Objective) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 มาเป็นวัฒนธรรมองค์กรแบบ TQM โดยเริ่มอย่างจริงจังในปี ค.ศ. 1988 ซึ่งไม่ใช่สิ่งที่สามารถทำให้สำเร็จได้โดยง่ายตาย จะต้องใช้ทั้งเวลาและความอดทนอย่างสูง ตลอดจนความเข้าใจที่ลึกซึ้งและการดำเนินการที่เหมาะสม แม้ว่าการบริหารโดย MBO ได้รับผลสำเร็จอย่างดี สำหรับจุดมุ่งหมายในการเพิ่มผลผลิต (productivity) โดยกำหนดปริมาณการผลิตในรูปโควตา และมีการกำหนดรูปแบบบริการที่แน่นอนไว้ล่วงหน้า แต่ทว่าการบรรลุวัตถุประสงค์เชิงปริมาณ มิได้หมายถึงการมีคุณภาพ ที่เป็นไปตามความต้องการและความคาดหวังของผู้บริโภคหรือลูกค้า ซึ่งจะมีความเปลี่ยนแปลงไปตามสภาวะแวดล้อมของเศรษฐกิจ การเมือง และเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว สหรัฐสูญเสียตลาดทั้งภายในและภายนอกโดยเฉพาะจากสินค้าญี่ปุ่น อาทิ รถยนต์ เครื่องไฟฟ้า และเครื่องใช้สำนักงานเป็นสำคัญ เป็นเหตุ

ให้ในปี ค.ศ. 1981 จากได้เปรียบการค้าที่เกินดุลย์ \$18.1 ล้านล้าน ได้เปลี่ยนเป็นขาดดุลย์ถึง \$151 ล้านล้าน ในปี ค.ศ. 1987¹⁸

โรงพยาบาลในสหรัฐอเมริกา แม้ว่าจะมีการเริ่มนำ TQM มาใช้ช้ากว่าในภาคอุตสาหกรรมอื่นๆ ก็ตาม Sherer(1994)¹⁹ ได้รายงานว่ามีถึง 4,500 โรงพยาบาลที่ยอมลงทุนในการพัฒนาคุณภาพบริการด้วยวิธีการ TQM แม้ว่าผลคุ้มค่าของการลงทุนจะยังไม่สามารถตอบได้ชัดเจน แต่ทว่าเกือบทั้งหมดได้แสดงความพอใจกับการลงทุนดังกล่าว

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ของประเทศไทยได้กำหนดการพัฒนาคน ไว้เป็นสำคัญและเพื่อพัฒนา ความสามารถของบุคคลากรให้ทันสมัยต่อการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสาธารณสุข เข้าสู่ยุคของการพัฒนาคุณภาพ บริการอย่างต่อเนื่อง การประยุกต์แนวความคิดใหม่ของการบริหารจัดการในการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุข ในโรงพยาบาลของรัฐด้วยวิธีการ การบริหารคุณภาพทั่วองค์กร (Total Quality Management-TQM) ซึ่งกำลัง เป็นที่นิยมในทั่วโลก จะนำมาประยุกต์ใช้และให้เป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสาธารณสุข ในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทยได้หรือไม่ นับเป็นสิ่งที่ท้าทายและนำศึกษาสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจึงได้ริเริ่ม โครงการนำร่องการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐ ขึ้นในเดือนกรกฎาคม 2536 โดยมี นพ. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล เป็นผู้รับผิดชอบด้วยความสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก

โครงการนำร่องการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการ ในโรงพยาบาลของรัฐ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำแนวความคิด TQM/CQI มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ
2. เพื่อให้ผู้บริหารสถานพยาบาล มีความเข้าใจในแนวคิดการพัฒนาคุณภาพ
3. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับ สามารถใช้เครื่องมือพัฒนาคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ
4. เพื่อพัฒนาพลวัตและปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและผู้ป่วย ในการกำหนดลักษณะของบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน

วิธีการคัดเลือก

ได้กำหนดเอาโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลที่สมัครใจ เข้าร่วมโครงการนำร่อง ผลปรากฏว่า มีโรงพยาบาลเข้าร่วมทั้งหมด 8 แห่ง โดยสังกัดกรมการแพทย์ สำนักปลัดกระทรวง สาธารณสุข 2 แห่ง ได้แก่ รพ.นพรัตน์ราชธานี และ รพ.เลิดสิน และสังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข อีกจำนวน 6 แห่ง ได้แก่ รพ.สมุทรปราการ รพ.สมุทรสาคร รพ.โพธาราม (จ.ราชบุรี) รพ.สระบุรี รพ.พุทธบาท

(จ. สระบุรี) และ รพ.บ้านหมี่ (จ.ลพบุรี)

การดำเนินโครงการนำร่อง

ได้กำหนดระยะเวลาไว้ 2 ปี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2536-38

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาการดำเนินการของโครงการนำร่องฯได้เริ่มดำเนินการ ตั้งแต่กลางเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2539 ภายหลังการเริ่มดำเนินการโครงการ TQM ไปแล้วเป็นระยะเวลา 3 ปี โดยได้ออกแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาผสมผสานกันทั้งชนิดย้อนหลัง (retrospective study) และการสำรวจความคิดเห็นภายหลังการดำเนินการ (post-intervention cross-sectional survey) โดยกำหนดวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการศึกษาไว้ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาทบทวนรูปแบบโครงการนำร่องการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐโดยองค์รวมอย่างเป็นระบบ โดยศึกษาปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินการและผลของการดำเนินการ
2. เพื่อประยุกต์เกณฑ์ประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขของ The Malcolm Baldrige National Quality Award, 1995 Health Care Pilot Criteria²⁰ มาทดลองใช้ในการประเมินวิธีการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ
3. เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจ ทศนคติ และการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการตามแนวความคิด TQM/CQI ของผู้นำระดับสูง ระดับกลางและ ผู้ปฏิบัติด้านรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ

วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบ ทั้งปัจจัยนำเข้า(input) กลไกสำคัญสู่ความสำเร็จของระบบ (key success factors of system) การบริหารกระบวนการ (process management) และผลการดำเนินการ (output/goal/results) ที่สำคัญ (Figure 2.) การรวบรวมข้อมูลจะแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ดังต่อไปนี้

1. Retrospective study: documental review

เนื่องจากระยะเวลาขณะที่เข้าศึกษานั้น การดำเนินงานของโครงการฯได้ผ่านไปแล้วเป็นระยะเวลา 3 ปี ดังนั้นการวิเคราะห์เอกสารสิ่งพิมพ์จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ในช่วงของการเตรียมการ ได้มีการทบทวนวารสารและรายงานผลการวิจัยจากต่างประเทศ รวมทั้งการศึกษาจากเอกสารรายงานผลการดำเนินงานของโครงการนำร่องฯ ตั้งแต่เริ่มต้น เอกสารประกอบการสอนของหลักสูตร ในการฝึกอบรมต่างๆ รายงานการประชุมและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ รายงานประจำปีและแผนงานพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ฯลฯ

2. Key performance depth interview

การสัมภาษณ์เจาะลึกได้ดำเนินการในลักษณะของการดูงานโรงพยาบาลทุกแห่งๆละ 2 ครั้ง โดยสัมภาษณ์ผู้นำหรือผู้บริหารทั้งระดับสูงและระดับกลาง ตลอดจนระดับผู้ปฏิบัติการแถวหน้า (front-liner) หรือผู้นำทีมพัฒนาคุณภาพ (quality team leader) สำหรับทีมผู้สัมภาษณ์ได้ถูกแบ่งเป็น 2 ทีม โดยทีมแรกจะมุ่งสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับสูงและกลางโดยผู้สัมภาษณ์ประกอบด้วยทีมฝ่ายคณาจารย์(5) ส่วนทีมที่สองมุ่งสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับกลางและผู้นำระดับปฏิบัติการโดยทีมนิสิตปริญญาโท สาขาเวชศาสตร์ ชุมชนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งผ่านการฝึกอบรมในวิธีการสัมภาษณ์แล้ว (10) และทุกคนจะให้คะแนนเป็นเอกเทศ ภายหลังจากการสัมภาษณ์เจาะลึกทั้งผู้นำหรือผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ รวมทั้งการสอบถามเพิ่มเติมจากผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและได้นำผลดังกล่าวมาผนวกเข้ากับการวิเคราะห์ร่วมกับเอกสารข้อมูลและรายงานต่างๆของโรงพยาบาลทุกแห่ง

สำหรับเครื่องมือในการสัมภาษณ์ ได้ประยุกต์เกณฑ์ประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขซึ่งได้รับการปรับปรุงใหม่เพื่อใช้ประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลหรือองค์กรของประเทศสหรัฐอเมริกา คือ The Malcolm Baldrige National Quality Award, 1995 Health Care Pilot Criteria⁷ มาใช้เป็นหลักในการสัมภาษณ์เจาะลึกถึงวิธีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพของแต่ละโรงพยาบาลในโครงการนำร่อง TQM ทั้ง 8 แห่ง โดยเนื้อหาการสัมภาษณ์ จะมุ่งประเด็นใน 7 ปัจจัยสำคัญของ 4 องค์ประกอบหลักของ The Malcolm Baldrige Award (Figure 3.) ซึ่งได้แก่ผู้ขับเคลื่อน(driver) ระบบ(system)การประเมินความก้าวหน้า(measure of progress)และเป้าหมาย(goal) สำหรับ 7 ปัจจัยสำคัญได้แสดงไว้ในส่วนต่อไปและดูได้จาก Figure 4.

เนื่องจากรูปแบบการศึกษาในขั้นตอนนี้ยังเป็นเพียง exploratory study หรือจะจัดเป็น qualitative study ก็ได้ และทั้งยังเป็น post-intervention site visits ในลักษณะการดูงานร่วมกับการวิเคราะห์เอกสารจึงมีข้อจำกัดในการสรุปผล อีกทั้งมิใช่การประเมินผลอย่างเป็นทางการ แต่มีจุดมุ่งหมายเพียงศึกษาทดสอบการใช้เกณฑ์ประเมินผลเท่านั้น คะแนนที่ให้จึงเพียงความคิดเห็นของผู้ดูงานกลุ่มหนึ่ง ซึ่งไม่สามารถใช้ในการตัดสินผลความสำเร็จของโรงพยาบาลใด จึงได้ดำเนินการสำรวจความคิดเห็นของผู้นำและผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์ทั้งหมดในโรงพยาบาลในโครงการนำร่องฯ

3. Cross-sectional mailed-questionnaire survey

เพื่อประเมินผลกระทบของโครงการนำร่องในการพัฒนาคุณภาพบริการด้วยวิธี TQM/CQI การสำรวจถึงความรู้ความเข้าใจ ทศนคติเกี่ยวกับนโยบายและการดำเนินงาน และการปฏิบัติการในกระบวนการพัฒนาคุณภาพของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งแสดงความคิดเห็นโดยผู้นำและผู้บริหารกลุ่มวิชาชีพทางการแพทย์อาทิ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์และผู้นำทีมพัฒนาคุณภาพทุกคน ทั้งที่เคยและมีส่วนร่วมและไม่เคยมีส่วนร่วม จะช่วยให้สามารถบอกผลกระทบและความแตกต่างในแง่มุมต่างๆ ซึ่งจะนำไปใช้ประโยชน์ต่อไปได้ในการขยายงานพัฒนาคุณภาพในอนาคต การสำรวจโดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นในประเด็นเฉพาะ ได้ถูกส่งไปยังโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 2320 ชุด สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาวิชาชีพหลักทุกคนตามจำนวนที่ได้รับแจ้ง

เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลในการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กรด้านสาธารณสุข ของ **The Malcolm Baldrige National Quality Award, 1995 Health Care Pilot Criteria** ต่อไปจะกล่าวถึงความเป็นมาและกรอบแนวคิดพอเป็นสังเขป เพื่อจะได้สามารถร่วมกันพิจารณาผลของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐด้วยวิธีการ TQM

The Malcolm Baldrige National Quality Award (Baldrige Award)

Baldrige Award เป็นรางวัลซึ่งริเริ่ม ในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งเป็นสมัยของประธานาธิบดีโรนัลด์ เรแกน ที่จัดตั้งขึ้น เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพขององค์กรในทางธุรกิจ ให้สามารถแข่งขันกับตลาดโลกได้ โดยหวังผลในการพัฒนา เศรษฐกิจของประเทศสหรัฐนับเป็นการกลับมาของคุณภาพทั่วทั้งสหรัฐอเมริกา

จนกระทั่งปี ค.ศ. 1995 จึงได้เริ่มประยุกต์ใช้ทางด้านสาธารณสุขและจัดให้มี โครงการนำร่องการบริการสาธารณสุข (The Health Care Pilot Program) อย่างไรก็ตามหลักเกณฑ์ต่างๆยังคงเหมือนเดิม แต่ได้ถูกดัดแปลงให้เหมาะสม กับด้านสาธารณสุขและนับเป็นเกณฑ์การรับรองคุณภาพที่ได้รับการพัฒนาแก้ไขจุดอ่อนที่ใหม่ที่สุด แม้ว่าจะอยู่ใน ระยะทดลอง

กรอบของเกณฑ์ประเมินผลซึ่งได้แสดงไว้ใน Figure 2. จะเห็นได้ว่าองค์ประกอบหลัก (Basic components) ของ Baldrige Award มี 4 ประการดังนี้

องค์ประกอบหลัก (Basic Components)

1. ผู้ขับเคลื่อน (Driver)

กลุ่มผู้บริหารระดับสูง คือผู้ที่ต้องเริ่มสร้างสรรคให้เกิดค่านิยม (values) เป้าประสงค์ (goals) และระบบ (system) โดยการทำเป็นตัวอย่างในการนำองค์กรสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและถือค่านิยมของลูกค้าหรือ ผู้ป่วยเป็นนโยบายสำคัญ

2. เป้าประสงค์ (Goals)

การให้บริการซึ่งจะต้องเน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์สูงสุดขององค์กร ซึ่งได้แก่ "ความพึงพอใจของผู้ป่วย" (patient satisfaction) ด้วยการมุ่งลดอัตราข้อผิดพลาดในการให้บริการให้มากที่สุด ในขณะที่มุ่งเพิ่มอัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการให้มากที่สุด (ดูเกณฑ์ประเมินผลสำเร็จที่ 7)

3. ระบบ (System)

การที่จะบรรลุเป้าประสงค์ได้ จะต้องมีการมีระบบและกระบวนการ (processes) ที่เชื่อมโยงกัน ด้วยการออกแบบ ที่ชัดเจน เพื่อสนองความต้องการของผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอย่างครบวงจร ซึ่งต้องได้รับการสนับสนุนทั้ง โครงสร้าง วิธีการ คู่มือแนะแนว และที่สำคัญที่สุดได้แก่การมีส่วนร่วมของทุกคน ในองค์กร ในการดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ (Goals)

4. การวัดผลความก้าวหน้า (Measures of progress)

เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาคุณภาพ อาทิ ลดเวลา ลดการสูญเสีย ลดต้นทุน ลดข้อผิดพลาด ต่างๆด้วยการพัฒนากระบวนการเพื่อป้องกัน การผิดพลาดให้น้อยลงเรื่อยๆ จนกระทั่งบรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนด

องค์กรที่ประสบความสำเร็จ กลุ่มผู้บริหาร ในระดับสูงจะต้องเข้าใจความสัมพันธ์และการขับเคลื่อนองค์ประกอบหลักทั้ง 4 ประการเป็นพื้นฐาน จากนั้นจึงบริหารจัดการอย่างมุ่งมั่น ยึดปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จทั้ง 7 ประการดังแสดงใน Figure 4. เป็นสำคัญด้วยการออกแบบและดำเนินการพัฒนาระบบไปอย่างต่อเนื่องและอดทน การพัฒนาคุณภาพที่ประสบความสำเร็จมิใช่สามารถได้มาโดยง่าย ปัจจัยสำคัญทั้ง 7 ประการ ดังรายละเอียดเพิ่มเติมต่อไปนี้เป็น กลไกสำคัญ ที่ได้ผ่านการพิจารณาและการวิเคราะห์วิจัยมานานจากผู้นำองค์กรที่ประสบผลสำเร็จทั้งในภาค เอกชน และภาครัฐในสหรัฐอเมริกา จนกระทั่งได้ถูกจัดทำเป็นเกณฑ์ในการประเมินผลของ The Baldrige Award.

ปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จ 7 ประการ

1. Leadership (90 pts.)

ความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูงและผู้นำในด้านการดูแลสุขภาพ (Senior executives and health care staff leadership) ทุกคนคือหัวใจ ในการกำหนดพันธกิจของโรงพยาบาลโดยการยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในการพัฒนาคุณภาพ ทั้งนี้ต้องรู้ชัดถึงค่านิยมและความคาดหวังของผู้รับบริการและมุ่งสร้างเสริมระบบ ให้ไปสู่ความเป็นเลิศในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพบริการ

คำถามสำคัญในส่วนนี้ได้แก่ พันธกิจ(mission) และความคาดหวัง(expectations) จะถูกกำหนดและผสมผสาน(integration) เข้าสู่ในระบบบริหารจัดการอย่างไร? โรงพยาบาลแสดงความรับผิดชอบต่อสาธารณชน(public responsibilities) มากน้อยเพียงใดและอย่างไร?

2. Information and Analysis (75 pts.)

การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพเกิดจากการจัดให้มีระบบข้อมูลที่เอื้อต่อการตัดสินใจของผู้นำทุกระดับ ในการวางแผนงาน การบริหารจัดการและการประเมินผลในทุกกระบวนการที่สำคัญ ตลอดจนการเลือกตัวชี้วัด ในการประเมินผลสำเร็จของโรงพยาบาล อาทิ การดูแลรักษา การเงินการบัญชี การตลาดและการบริการ สาธารณสุข ชุมชน ข้อมูลต้องเลือกและการเก็บรวบรวมเป็นระบบ การใช้เครื่องมือและสถิติวิเคราะห์ ต้องเชื่อถือได้ และมีมาตรฐาน มีการเปรียบเทียบข้อมูลผลปฏิบัติงานขององค์กรโดยรวมกับคู่แข่งหรือองค์กรที่มีชื่อว่ามีมาตรฐานสูง (bench marking information)

3. Strategic Planning (55 pts.)

องค์กรหรือโรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับผู้นำว่าจะมีวิธีการ กำหนดทิศทางกลยุทธ์ขององค์กร ไว้อย่างไร? กระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ (strategic development process) ที่สนองกับทั้งความต้องการ (needs) และความคาดหวัง (expectations) ของผู้ป่วยและชุมชนที่รับผิดชอบ และสามารถวิเคราะห์ ปัญหาคุณภาพ ในทุกสายงานบริการหลัก ตลอดจนจุดอ่อนจุดแข็งขององค์กร เพื่อจัดทำแผนกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพ ได้อย่างเหมาะสม และผสมผสานเข้าไว้ในแผนกลยุทธ์ขององค์กรทั้งระยะสั้นและระยะยาว แผนกลยุทธ์จะต้องถูก แปรสู่การปฏิบัติการให้พร้อม (strategic deployment) และมีการวางแผนการประเมินผลว่าใน 2-5 ปีข้างหน้า ว่าจะวัดความสำเร็จขององค์กรด้วยดัชนีชี้วัดอะไร

Fig 3. The Malcolm Balridge, Health Care Pilot Criteria

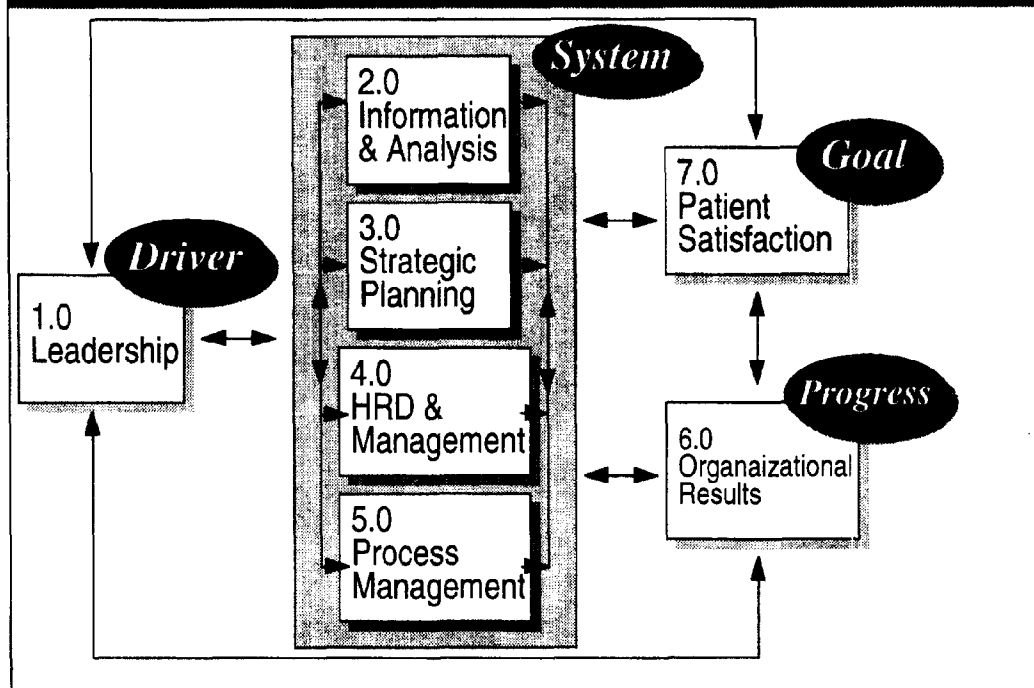


Fig. 4. 1995 Health Care Pilot Criteria: Categories

- 1.0 Leadership** -senior executives' and staff leaders' personal leadership and involvement in creating and sustaining a focus on patient care and organizational mission, clear values, and expectations, and a leadership system that promotes quality health care services and performance excellence. Also examined is how mission, values, and expectations are integrated into the management system, including how organization addresses its public responsibilities and citizenship. (90 pts.)
- 2.0 Information & Analysis** -the management and effectiveness of the use of data and information to support organizational performance excellence as a health care provider and as a business enterprise. (75 pts.)
- 3.0 Strategic Quality Planning** -how the organization sets strategic directions and how it determines plan requirements, and how the plan requirements are translated into an effective health care and business performance management system. (55 pts.)
- 4.0 Human Resource Development & Management** -how the organization's entire staff is enabled to develop and utilize its full potential, aligned with the organization's health care and business performance objectives. (140 pts.)
- 5.0 Process Management** -how processes are designed, effectively managed, and improved to achieve higher performance. (140 pts.)
- 6.0 Organizational Performance Results** -improvement in key patient care areas, support service quality and community health services. (250 pts.)
- 7.0 Patients Satisfaction** -key measures of success in delivering patient care services eg. patient satisfaction, loyalty, referrals and market share relative to competitors. (250 pts)

4. Human Resource Development & Management(140 pts.)

ประเด็นนี้จะพิจารณาว่าองค์กรมีการวางแผนกลยุทธ์สู่แผนกลวิธีในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (human resource planning) อย่างไร นั่นคือองค์กรจะเสริมพลัง(empowering) และพัฒนาภาวะผู้นำแก่เจ้าหน้าที่ทุกคน ในองค์กร อย่างไร อาทิ การออกแบบระบบการทำงาน (work system)ใหม่ให้คล่องตัว การสื่อสารและประสานงานให้ดีขึ้น การพัฒนาและฝึกอบรม(education and training) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมของการทำงาน (work environment)เพื่อสร้างแรงจูงใจและความพึงพอใจของบุคลากร(employee satisfaction)

5. Process Management (140 pts.)

ประเด็นนี้เป็นประเด็นสำคัญมากต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการดูแลผู้ป่วย(patient care service processes) ซึ่งประกอบด้วยการออกแบบบริการและออกแบบกระบวนการ(service & process design) ครอบคลุมทุกกระบวนการให้บริการสู่ผู้รับบริการ (delivery processes)ทั้งในสถานที่และบริการอนามัยชุมชน (community health care) รวมทั้งงานบริการต่อผู้ป่วยโดยตรง (direct service) การสนับสนุนบริการ(support)และการบริหารงาน (administration) เป้าหมายของกระบวนการบริการที่ครบวงจรในทุกชนิด นั่นคือการให้บริการอนามัย เบ็ดเสร็จ (comprehensive health care) ได้แก่ การป้องกัน การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูสภาพและการส่งเสริมสุขภาพ ทุกกระบวนการควรได้รับการออกแบบให้เชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงานโดยทีมคร่อม สายงาน (cross-functional team) ส่วนในสายงานควรมีการวิเคราะห์ข้อมูล และพัฒนากระบวนการด้วยทีมพัฒนาคุณภาพงาน (quality circle team) การพัฒนากระบวนการบริการอย่างต่อเนื่องต้องอาศัยระบบข้อมูลที่ออกแบบให้ข้อมูล และตัวชี้วัดไว้ล่วงหน้าเพื่อกำกับงานและการประเมินผลสำเร็จ

6. Organizational Performance Results (250 pts.)

การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กร อาจวัดได้จากผลการปรับปรุงใน 3 งานบริการหลัก ซึ่งได้แก่ ผลการดูแลรักษาผู้ป่วย (patient health care results) ผลการสนับสนุนการบริการผู้ป่วย (patient care support services results) การให้บริการอนามัยชุมชน (community services results) นอกจากนั้น ยังอาจพิจารณาร่วมกับผลงานด้านอื่นๆ อาทิ การบริหารงานและธุรการ(administrative/business areas)ประสิทธิภาพ ผลการปฏิบัติงาน(operation performance) และตัวชี้วัดผลทางการเงิน (financial indicators)และการได้รับการรับรอง (Accreditation result)และการประเมินผลองค์กรอย่างเป็นทางการ (Assessment results)

7. Focus on and Satisfaction of Patients and Other Stakeholder (250 pts.)

องค์กรวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันถึงความต้องการและการเลือกให้บริการเพื่อสนองความต้องการของกลุ่มประชากรเป้าหมาย (market segments)อย่างไร ตลอดจนสร้างระบบข้อมูลเพื่อเรียนรู้และปรับเปลี่ยนกลยุทธ์และกระบวนการสำหรับอนาคตไว้อย่างไร ความพึงพอใจของผู้ป่วย (patient satisfaction) ต่อบริการในสายงานหลักเป็นอย่างไร ความสัมพันธ์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระบบส่งต่อทั้งภายในและภายนอกและความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นอย่างไร และเมื่อเทียบกับคู่แข่งแล้ว ความพึงพอใจมากหรือน้อยกว่า และมีส่วนแบ่งตลาดในกลุ่มเป้าหมายอย่างไร คำถามเหล่านี้จะเป็นประเด็นสู่ความสำเร็จขององค์กร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับกลยุทธ์และกระบวนการรับฟังและเรียนรู้ขององค์กร เพื่อพัฒนากระบวนการบริการให้มีประสิทธิภาพ และคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

สรุปแก่นค่านิยมและแนวคิดของ The Baldrige Award (Core Values and Concepts of Baldrige Award)

เกณฑ์ของการรับรองคุณภาพในด้านบริการสาธารณสุข พัฒนามาจากค่านิยมและแนวคิด 11 ประการ ซึ่งสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ยึดคุณภาพตามค่านิยมผู้ป่วยเป็นหลัก (Patient-Focused Quality and Value)
2. ความมุ่งมั่นของผู้นำ (Leadership Commitment)
3. พัฒนางองค์กรและเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement and Organizational Learning)
4. การมีส่วนร่วมและได้รับการพัฒนา (Employee Participation and Development)
5. การบริหารงานโดยยึดข้อเท็จจริง (Management by Fact)
6. เน้นผลงาน (Results Orientation)
7. มุ่งพัฒนาสุขภาพอนามัยชุมชนและรับผิดชอบต่อสาธารณชน (Community Health & Public Responsibilities)
8. สร้างความร่วมมือทั้งภายในภายนอก (Internal & External Partnership Development)
9. ออกแบบการพัฒนาคุณภาพและการป้องกัน (Design Quality and Prevention)
10. มองอนาคตในระยะยาว (Long-Range View of Future)
11. ตอบสนองอย่างรวดเร็ว (Fast Response)

Figure 5. Health Care Pilot Scoring Guidelines

Score	Approach/Deployment	Results
① 0%	no systematic approach evident; anecdotal information	no results or poor results in areas reported
② 10% to 30%	beginning of a systematic approach to the purposes early stages of transition from reacting to problem to a general improvement orientation major gaps exist in deployment that would inhibit progress in achieving the primary purposes	early stages of developing trends; some improvements and/or early good performance levels in a few areas results not reported for many to most areas of importance to the applicant's key requirements
③ 40% to 60%	a sound systematic approach, responsive to the primary purposes of the item a fact-based improvement process in place in key areas; more emphasis placed on improvement than on reaction to problems no major gaps in deployment, though some areas or work units/departments may be in very early stages of deployment	improvement trends and/or good performance levels reported for many to most areas of importance no pattern of adverse trends and/or poor performance levels in areas of importance some trends and/or current performance - evaluated against benchmarks - show strength / good to very good performance levels
④ 70% to 90%	a sound systematic approach, responsive to the overall purposes of the item a fact-based improvement process is a key management tool; clear evidence of refinement and improved integration as a result of improvement cycles and analysis approach is well-deployed, with no major gaps; deployment may vary in some areas or work units/departments	current performance is good to excellent in most areas of importance most improvement trends and/or performance levels are sustained many to most trends and/or current performance - evaluated against relevant comparisons and/or benchmarks - show areas of leadership and very good relative performance levels
⑤ 100%	a sound systematic approach, fully responsive to all the requirements of the item a very strong fact-based improvement process is a key management tool; strong refinement and integration---backed by excellent analysis approach is fully deployed, without any significant weaknesses or gaps in any areas or work units/departs.	current performance is excellent in most areas of importance to the applicant's key requirements excellent improvement trends and/or sustained excellent performance levels in most areas strong evidence of industry and benchmark leadership demonstrated in many areas

การประยุกต์วิธีการให้คะแนนของ The Baldrige Award

จากการพิจารณาคะแนนของปัจจัยสำคัญทั้ง 7 ประการของ The Baldrige Award จะเห็นว่าถูกให้น้ำหนักต่างกัน โดยปัจจัยที่ 6.0 และ 7.0 (Figure 4.) จะมีคะแนนสูงที่สุดถึงร้อยละ 250 คะแนน ซึ่งแสดงว่าถูกให้ความสำคัญมาก ทั้งนี้ได้ผลมาจากการวิจัยและพัฒนาเกณฑ์มาเป็นเวลากว่า 10 ปีของ The Baldrige Award และถ้าหากพิจารณาลงลึกในรายละเอียดของปัจจัยทั้ง 7 จะมีประเด็นหัวข้อย่อยดังแสดงไว้ใน Table 1. และคะแนนรวมทั้งหมดจะเท่ากับ 1,000 คะแนน

นอกจากนั้นระบบการให้คะแนนของ Health Care Pilot Criteria ยังมีการประเมินปัจจัยต่างๆเป็น 3 ระดับ ดังแสดงไว้ใน Figure 5. ซึ่งได้แก่

1. วิธีการที่ใช้ในปัจจัยต่าง (Approach) อาทิ มีการสร้างสรรค์ภาวะผู้นำและความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพและเป็นระบบหรือไม่
2. การจัดแปรรูปให้พร้อม (Deployment) อาทิ การขยายวิธีการไปอย่างทั่วถึงทุกคน ทุกสายงานบริการหลัก หรือทุกหน่วยงานอย่างเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายที่มีความพร้อมหรือไม่เพียงใด
3. ผล (Results) จะเป็นการวัดผลการดำเนินการในปัจจุบัน ขณะที่เข้าประเมิน ว่ามีความแข็งแกร่ง เปรียบเทียบกับองค์กรที่เด่นที่สุด (benchmark) ในแต่ละปัจจัย ซึ่งแต่ละแห่งอาจมีจุดแข็งแตกต่างกันออกไป ตลอดจนดูศักยภาพในการดำเนินการต่อเนื่องไปอย่างยั่งยืนหรือไม่ หากมีการกำหนดการวัดผลความคืบหน้าโดยแต่ละแห่งก็สามารถศึกษาว่าบรรลุผลหรือไม่

การพิจารณาแต่ละกลไกด้วย A/D & R: 5-score levels สามารถให้คะแนนไว้ในลักษณะเป็นร้อยละใน 5 ระดับก็ได้ (Figure 5.) ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ระดับ 40-60%:จะมีคะแนนอยู่ระดับกลาง(3คะแนน)เพราะมีการใช้กลไกต่างๆอย่างเป็นระบบ(Approach/Deployment)ในการพัฒนาคุณภาพบริการในสายงานหลัก และพัฒนากระบวนการในสายงานเหล่านั้นเป็นไปตามข้อเท็จจริงของระบบข้อมูลโดยเน้นการพัฒนากระบวนการมากกว่าแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าและกระบวนการพัฒนาไม่มีจุดโหว่หรือช่องว่างใหญ่จนทำให้บริการติดขัด ส่วนผลงาน (Results)จะพิจารณาจากแนวโน้มการพัฒนาและรายงานความก้าวหน้าในสายงานสำคัญ ต้องไม่มีแนวโน้มที่ถดถอย แต่ควรมีแนวโน้มแสดงการมีจุดแข็งเมื่อเทียบกับอื่นๆ(comparisons) หรือเทียบกับแห่งที่เด่นที่สุด (bench-marks) จะเป็นในบางงานเฉพาะหรือเจาะจงในบางกระบวนการในบางระดับหรือทั่วทั้งองค์กรก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อกำหนดเป้าหมายและระยะของการดำเนินการ

การให้คะแนนในการศึกษานี้ให้เป็นระดับคะแนน 1-5 ระดับโดยผู้สัมภาษณ์ให้คะแนนของตนแล้วจึงนำมาเฉลี่ยเป็นทีม ข้อสำคัญอยู่ที่ความเข้าใจที่ถูกต้องในแต่ละประเด็นต่างๆร่วมกัน ได้มีการประชุมพิจารณาร่วมกัน และให้คะแนนเป็นเอกฉันท์(consensus) การศึกษานี้ครั้งนี้ได้มีการให้คะแนนด้วยตนเอง(self-evaluation)โดยกลุ่มผู้แทนขององค์กร เพื่อเฉลี่ยกับผู้ประเมินภายนอก(external evaluation by surveyors) เพราะไม่สะดวกในการดำเนินการและต้องการให้รูปแบบอยู่ในลักษณะธรรมชาติขององค์กรที่เป็นอยู่จริง

Table 1. 1995 Health Care Pilot Criteria: Categories/Items Listing & Point Values

<u>1.0 Leadership</u>	<u>(90 pts.)</u>
1.1 Senior Executive and Health Care Staff Leadership	(45)
1.2 Leadership System and Organization	(25)
1.3 Public Responsibility and Citizenship	(20)
<u>2.0 Information and Analysis</u>	<u>(75 pts.)</u>
2.1 Management of Information and Data	(20)
2.2 Performance Comparisons and Benchmarking	(15)
2.3 Analysis and Use of Organizational-Level Data	(40)
<u>3.0 Strategic Planning</u>	<u>(55 pts.)</u>
3.1 Strategy Development	(35)
3.2 Strategy Deployment	(20)
<u>4.0 Human Resource Development and Management</u>	<u>(140 pts.)</u>
4.1 Human Resource Planning and Evaluation	(20)
4.2 Employee/Health Care Staff Work Systems	(45)
4.3 Employee/Health Care Staff Education, Training, and Development	(50)
4.4 Employee/Health Care Staff Well-being and Satisfaction	(25)
<u>5.0 Process Management</u>	<u>(140 pts.)</u>
5.1 Design and Introduction of Patient Health Care Services	(35)
5.2 Delivery of Patient Health Care	(35)
5.3 Patient Care Support Services Design and Delivery	(20)
5.4 Community Health Services Design and Delivery	(15)
5.5 Administrative and Business Operations Management	(20)
5.6 Supplier Performance Management	(15)
<u>6.0 Organizational Performance Results</u>	<u>(250 pts.)</u>
6.1 Patient Health Care Results	(80)
6.2 Patient Care Support Services Results	(40)
6.3 Community Health Services Results	(30)
6.4 Administrative, Business, and Supplier Results	(90)
6.5 Accreditation and Assessment Results	(10)

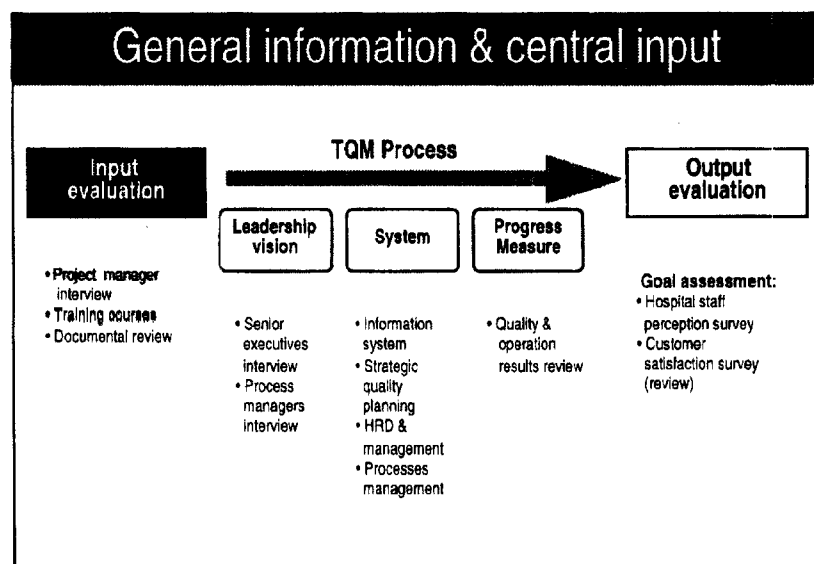
<u>7.0 Focus on and Satisfaction of Patients and Other Stakeholders</u>	<u>(250 pts.)</u>
7.1 Patient and Health Care Market Knowledge	(30)
7.2 Patient/Stakeholder Relationship Management	(30)
7.3 Patient/Stakeholder Satisfaction Determination	(30)
7.4 Patient/Stakeholder Satisfaction Results	(100)
7.5 Patient/Stakeholder Satisfaction Comparison	(60)

<u>TOTAL POINTS</u>	<u>1,000</u>
----------------------------	---------------------

ข้อมูลและผลสรุปการศึกษา

- ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยนำเข้าจากส่วนกลาง
- ส่วนที่ 2. ข้อมูลการประเมินการพัฒนาคูณภาพของโรงพยาบาลรัฐ
โดยการประยุกต์ใช้เกณฑ์ *The Baldrige Award*
- ส่วนที่ 3. ข้อมูลการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของโรงพยาบาลรัฐในปัจจัย
สู่ความสำเร็จ 7 ประการของการพัฒนาคูณภาพบริการ
- ส่วนที่ 4. สรุปผลการประเมินโรงพยาบาลรัฐในโครงการ TQM
- ส่วนที่ 5. ข้อมูลและผลการสำรวจข้อคิดเห็นของผู้นำและผู้ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลของรัฐต่อโครงการ TQM
- ส่วนที่ 6. สรุปผลโครงการนำร่อง TQM
- ส่วนที่ 7. วิเคราะห์และข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยนำเข้าจากส่วนกลาง



ปัจจัยนำเข้าจากส่วนกลาง

ผลจากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้อำนวยการโครงการฯ สรุปได้ว่าปัจจุบันผู้รับบริการคาดหวังการได้รับบริการสูงขึ้น ทั้งความเร็ว สะดวกสบาย เป็นกันเอง ผู้ให้บริการในรพ.ของรัฐเดิมเน้นแต่เทคนิคและมาตรฐานการรักษา ซึ่งมีการมองต่างกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ สำนักงานประกันสังคมก็สนใจอยากให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการโดยจัดการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) มีแนวคิดใหม่ในการพัฒนาคุณภาพที่ประสบความสำเร็จนิยมใช้กันได้แก่การพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (Total Quality Management/TQM) หรือการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement/CQI) ทางสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้นำมาทดลองใช้โดยได้เริ่มการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการโครงการฯ เมื่อเดือนกรกฎาคม 2536 โดยการสนับสนุนจาก WHO และได้คัดเลือกโรงพยาบาลคุณภาพนำร่อง 8 แห่งตามความสมัครใจเป็นเกณฑ์

2. การสนับสนุนงบประมาณระยะเริ่มต้น 3 แสนบาทต่อโรงพยาบาล

3. การฝึกอบรมเทคนิคการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement-CQI)

เริ่มโดยเชิญวิทยากรจากประเทศออสเตรเลียมาบรรยาย ให้ผู้บริหารระดับสูงของทั้ง 8 โรงพยาบาลเป็นเวลา 2 วัน (13-14 ก.ค. 2536) โดยเนื้อหา จะเป็นแนวคิดของ The Deming Approach eg. History of TQM, The concept of variation, Demings' 14 points, the tools of quality, etc. จากนั้นจะไปตามรพ. ต่างๆ อีกแห่งละ 2 วัน และติดตามผลอีกแห่งละ 2 ครั้ง

4. การสัมมนาเพื่อพัฒนาองค์กร (Organizational Development/OD)

โดยทีมวิทยากรจากสถาบันพัฒนาผู้บริหารการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการวินิจฉัยองค์กร, การวิเคราะห์สภาวะทางจิตและพฤติกรรม, ศิลปะในการทำงาน, การจูงใจ, และการทำงานเป็นทีม เป็นต้น โดยแต่ละโรงพยาบาลจะแยกไปจัดเอง

5. การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสู่ความเป็นเลิศในบริการสุขภาพ (Excellence Services Behavior/ESB)

การฝึกอบรมนี้ดำเนินการโดยทีมวิทยากรทีมเดียวกันทุกแห่ง ซึ่งจะประกอบด้วย 2 หลักสูตรได้แก่

5.1 การบริหารงานบุคคลในงานบริการสุขภาพ สำหรับผู้บริหารระดับกลาง เช่น หัวหน้าฝ่าย หัวหน้างาน และหัวหน้าหอผู้ป่วยทุกคน ระยะเวลา 2 วัน และ

5.2 หลักสูตรพฤติกรรมบริการสู่ความเป็นเลิศในบริการสุขภาพ สำหรับกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยนอก ทั้งหมดกลุ่มละ 2 วัน โดยดำเนินการระหว่าง 1 ก.พ. - 27 พ.ค. 2537

6. จัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการโครงการฯ

ซึ่งประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูงและคณะกรรมการประสานงานโครงการฯซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากสถาบันและผู้ประสานงานจากโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่ง (กันยายน 2537)

7. การติดตามผลและสนับสนุนการดำเนินงาน

วิทยาการจากสถาบันจะติดตามผลงานและกระตุ้นให้กลุ่มนำร่องมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการเป็นไปตามที่ได้กำหนดไว้ และยังได้รับเชิญไปบรรยายตามคำขอ การติดตามได้มีการบันทึกผลและข้อสังเกตไว้ทุกครั้ง

8. การสัมมนาเชิงปฏิบัติการ A-I-C (Appreciation Influence Control)

ได้เริ่มขึ้นโดยโรงพยาบาลพรตน์ในเดือน ตุลาคม 2537 ภายหลังจากผู้อำนวยการคนใหม่เข้ามารับงาน และได้แพร่หลายไปในทุกโรงพยาบาล AICเป็นหลักสูตรซึ่งคิดค้นและพัฒนาโดยDr. William E. Smith & Ms. Turid Sato จากสถาบัน ODII(Organizing for Development and International Institute, Washington, D.C., USA) วิทยาการทั้งคู่ได้มาบรรยาย ในการสัมมนาเรื่องการประสานพลังเพื่อบรรลุอุดมการณ์ร่วมกันในการพัฒนาสาธารณสุขไทย จัดโดย สถาบันการจัดการเพื่อพัฒนาชนบทและสังคม, มูลนิธิบูรณะชนบทแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ เนื้อหาเป็นการ สร้างภาพฝันจากวิสัยทัศน์ (Vision) ของผู้บริหาร และชวนการนำไปสู่แผนการปฏิบัติ (Action Plan) โดยใช้ทัศนคติในเชิงบวกนำเข้าสู่การจัดทำแผนงาน

9. นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขด้านคุณภาพบริการ

ในปี 2538 ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโดยรวม (TQM) ระดับกระทรวง, ได้มีการประกาศเจตนารมณ์ของคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 29 เมษายน 2538 เรื่องนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพของ รพศ./รพท. โดยมีวิสัยทัศน์ของกองโรงพยาบาลภูมิภาคในภาพรวมดังนี้
"มีความเป็นเลิศในการบริการสาธารณสุขโดยรวม ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุข"
ได้มีการกำหนดโครงการโรงพยาบาลคุณภาพไว้ในแผนฯ 8 มีการจัดตั้งศูนย์ TQM ของกองโรงพยาบาลภูมิภาค

กล่าวโดยสรุป คณะผู้รับผิดชอบโครงการฯได้ดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนและเป็นระบบ ทั้งกลยุทธ์ (strategy) และโครงสร้าง (structure) ตั้งแต่การคัดเลือกโรงพยาบาลโดยสมัครใจ การฝึกอบรมด้วยวิทยากรมืออาชีพจากออสเตรเลีย การติดตามสนับสนุนโรงพยาบาลต่างๆอย่างต่อเนื่อง การผลักดันให้เกิดนโยบายพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม จนเกิดแผนงานโรงพยาบาลคุณภาพของกองโรงพยาบาลภูมิภาคในแผนฯ 8 และเกิดโครงสร้างเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลในส่วนภูมิภาคคือ ศูนย์ TQM ของกองโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2.
ข้อมูลและผลการประเมิน
การพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลรัฐโดย
การประยุกต์ใช้เกณฑ์ *The Baldrige Award*

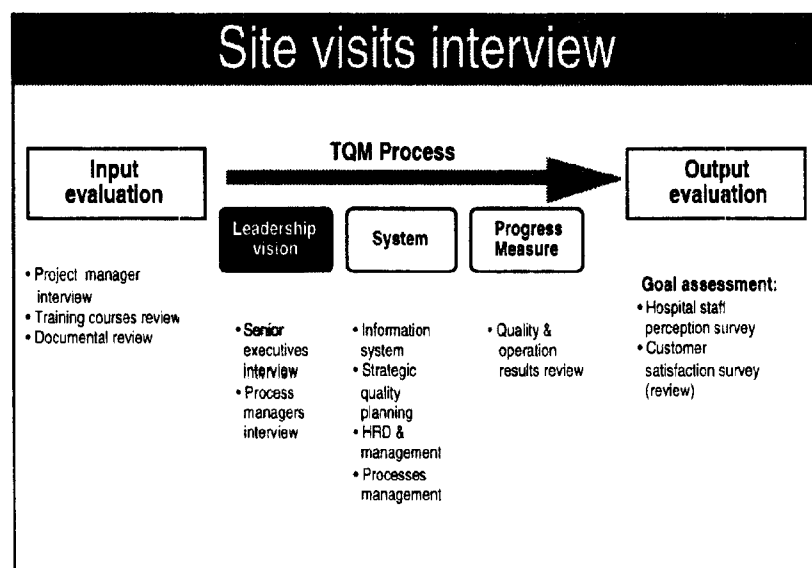


Table 2. General characteristic of the public hospitals participated in TQM project

General characteristics	3 Hospitals in Bangkok			2 Hsps West of BKK		3 Hsps in North of Bangkok		
1. Site	BKK	BKK	BKK	West	West	North	North	North
2. Size (beds)	325	520	485	218	360	400	728	216
3. Total personnel	834	1476	1,400	498	796	888	526	590
• doctor	38	69	118	16	32	25	54	12
• nurse	274	375	478	171	268	321	472	167

Hosp code 001 (use for only specific table)

Table 3. Average score of the hospitals from interviewing senior and middle executives by Team A. (Full score = 5)

Key Success Factors	Hosp1	Hosp2	Hosp3	Hosp4	Hosp5	Hosp6	Hosp7	Hosp8
Leadership	4.5	5.0	4.5	4.3	3.7	3.8	3.8	3.0
Information & Analysis	4.0	4.2	3.9	3.5	3.2	2.8	2.8	2.8
Strategic Planning	4.0	4.5	4.0	4.0	3.0	3.0	3.0	2.5
HRD Management	4.3	4.3	3.9	3.8	3.9	3.1	3.2	3.0
Process Management	4.2	4.3	3.9	3.3	3.5	3.0	2.8	3.0
Organization Results	4.1	4.3	3.7	3.5	3.8	3.0	2.8	2.9
Patient Satisfaction	4.3	4.2	4.0	3.7	3.5	3.7	3.0	3.5

Hosp code 002 (use for only specific table)

Table 4. Average score of the hospitals from interviewing middle executives and quality team leader by Team B. (Full score = 5)

Key Success Factors	Hosp1	Hosp2	Hosp3	Hosp4	Hosp5	Hosp6	Hosp7	Hosp8
Leadership	4.0	4.7	4.7	4.3	3.0	3.2	2.9	3.1
Information & Analysis	3.5	4.0	3.6	3.5	3.5	3.0	3.0	3.6
Strategic Planning	3.9	4.2	4.0	3.7	3.7	3.3	2.6	3.2
HRD Management	3.9	4.4	3.9	3.8	4.0	3.2	3.0	3.7
Process Management	3.9	4.2	3.7	3.6	3.3	3.1	3.0	3.2
Organization Results	3.8	4.3	3.6	3.2	3.2	3.3	3.0	3.5
Patient Satisfaction	3.9	4.2	3.7	3.4	3.3	3.4	2.5	3.5

Hosp code 002

Table 5. Average score of the hospitals after 2-site visits interviewed by the two teams

Key Success Factors	Hosp1	Hosp2	Hosp3	Hosp4	Hosp5	Hosp6	Hosp7	Hosp8
Leadership	4.25	4.85	4.60	4.30	3.35	3.50	3.35	3.05
Information & Analysis	3.85	4.10	3.60	3.40	3.35	2.90	2.90	3.20
Strategic Planning	3.95	4.35	3.95	3.85	3.35	3.15	2.80	2.85
HRD Management	4.10	4.25	3.85	3.70	3.75	3.15	3.10	3.35
Process Management	4.05	4.35	3.70	3.45	3.40	3.05	2.90	3.10
Organization Results	4.05	4.30	3.65	3.35	3.50	3.15	2.90	3.20
Patient Satisfaction	4.10	4.20	3.85	3.55	3.40	3.55	2.75	3.50

Hosp code 002

Table 6. Total Baldrige weight scores of the hospitals according to the key success factors

Key Success Factors	Hosp1	Hosp2	Hosp3	Hosp4	Hosp5	Hosp6	Hosp7	Hosp8
Leadership(90)	76.5	87.3	82.8	77.4	60.3	63.0	60.3	54.9
Information & Analysis(75)	57.8	61.5	54.0	51.0	50.3	43.5	43.5	48.0
Strategic Planning(55)	43.5	47.9	43.5	42.4	36.9	34.7	30.8	31.4
HRD Management(140)	114.8	119.0	107.8	103.6	105.0	88.2	86.8	93.8
Process Management(140)	113.4	121.8	103.6	96.6	95.2	85.4	81.2	86.8
Organization Results(250)	202.5	215.0	182.5	167.5	175.0	157.5	145.0	160.0
Patient Satisfaction(250)	205.0	210.0	192.5	177.5	170.0	177.5	137.5	175.0
Total score (1,000)	813.4	862.5	766.7	716.0	692.6	649.8	585.1	649.9

Hosp code 002

ผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลรัฐ โดยการประยุกต์ใช้เกณฑ์ *The Baldrige Award*

โรงพยาบาลรัฐในโครงการนำร่อง

ในการแสดงผลการดำเนินการของโรงพยาบาลต่างๆจะแสดงผลโดยใช้การกำหนดรหัสของโรงพยาบาล (Hospital code) แทนการใช้ชื่อโรงพยาบาลและจะถือเป็นความลับ ทั้งนี้เพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบในทางลบ และกลุ่มผู้ศึกษาพบว่าในโรงพยาบาลทุกแห่งมีกลุ่มผู้ทู่หมัดอย่างเต็มกำลังมาตลอดระยะเวลา 2 ปีของการดำเนินการโครงการฯ อุปสรรคต่างๆล้วนเกิดจาก ระบบและวัฒนธรรมองค์กรของแต่ละแห่งที่ยังรากลึกลึกมานาน ทั้งยังมีปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบแวดล้อมอีกมากมาย การพิจารณาผลการดำเนินการจะมุ่งปัจจัยหลัก 7 ประเด็น และการวิจารณ์จะพยายามเน้นที่ระบบและกระบวนการ

จาก Table 2. จะพบว่าโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ จำนวน 8 แห่งนั้น เข้าร่วมโครงการฯโดยการใช้ความสมัครใจเป็นเกณฑ์การคัดเลือกทั้งนี้พบว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็ก 2 แห่ง ขนาดกลาง 3 แห่ง และขนาดใหญ่ 3 แห่ง โดยมีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานอยู่จริงแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับจำนวนเตียงนักจำนวนลูกจ้างชั่วคราวมีผลทำให้ยอดรวมแตกต่างกัน ซึ่งบางแห่งอาจให้ข้อมูลรวมมาด้วย แต่บางแห่งไม่รวม

ผลการสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหารและผู้นำทีมพัฒนาคุณภาพโดยใช้เกณฑ์ *The Baldrige Award*

ใน Table 3. เป็นผลจากการสัมภาษณ์ของ ทีมแรก (team A) สัมภาษณ์ทั้งผู้บริหารระดับสูงและระดับกลาง ซึ่งมีท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล ถึง 5 แห่ง ได้ให้เกียรติร่วมให้การสัมภาษณ์ด้วย ยกเว้น Hosp3 ซึ่งให้สัมภาษณ์โดยตรงผู้อำนวยการท่านเดียว ส่วน Hosp7 ได้ให้สัมภาษณ์โดยหัวหน้าศูนย์ TQM คนใหม่

หากสังเกตโดยรวมจะพบว่า Hosp1-2 จะได้คะแนนสูงในแทบทุกประเด็น ทั้งนี้เพราะคณะผู้บริหารที่ให้การสัมภาษณ์ได้มีการเตรียมการและสรุปขั้นตอนของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลไว้แล้วจากการประชุมล่วงหน้า แสดงถึงจุดแข็งของความเข้าใจในแนวคิด ความสามารถในการสื่อสาร การสร้างความเข้าใจแก่ผู้เกี่ยวข้องโครงการฯ ซึ่งน่าจะสะท้อนไปถึงความสามารถการสร้างความสำเร็จและการเข้าถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาลซึ่งน่าจะมีผลต่อการขยายผลอย่างต่อเนื่องด้วย และยังแสดงถึงความพร้อมเป็นทีมให้เห็นได้อย่างชัดเจน ทีมผู้ให้สัมภาษณ์ 5-7 ท่านได้ชี้แจงทั้งแนวคิดของโครงการและขั้นตอนของการดำเนินการอย่างชัดเจนและสามารถตอบข้อซักถามใน 7 ประเด็นหลักได้อย่างสอดคล้องกันและอย่างคล่องแคล่วด้วยความกระตือรือร้นและเต็มใจแฝงด้วยความภาคภูมิใจคล้ายกันทั้งสองแห่ง จะต่างกันตรงที่กลุ่มผู้บริหารระดับกลางของ Hosp1 จะมีแพทย์เป็นผู้นำและทีมพยาบาลปริญาโทเป็นหลักในการวิเคราะห์ปัญหาและแนะนำทีมพัฒนาคุณภาพในฐานะ Facilitator และทีมของ Hosp2 มีแพทย์เข้าร่วมมากกว่าและเป็นทั้งผู้ฝึกอบรมและcoach ทีมพัฒนาคุณภาพ

อย่างไรก็ตามมีผู้บริหารระดับสูงถึง 4 แห่ง ได้แสดงวิสัยทัศน์และความเข้าใจ TQM และมีความมุ่งมั่นเพียงแต่การแสดงความพร้อมต่างกัน (Hosp1-4) โรงพยาบาลอื่นๆผู้นำระดับสูงและระดับกลางมีผู้เข้าใจในแนวคิดและกระบวนการดำเนินการของ TQM ที่แตกต่างกันและยังมีความสับสนอยู่

ใน Table 4. เป็นผลของการสัมภาษณ์ ทั้งผู้บริหารระดับสูงและเน้นที่ระดับกลาง ตลอดจนการพูดคุย สอบถามผู้ปฏิบัติงาน โดย ทีมที่สอง (team B) ซึ่งเป็นนิสิตปริญญาโทจำนวน 10 คน ทั้งนี้เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ต่อผู้เยี่ยมชมโรงพยาบาลซึ่งต่างกลุ่ม ต่างระดับกับทีมแรกซึ่งเป็นทีมคณาจารย์และเพื่อลดอคติจากการสัมภาษณ์โดยทีมเดียว ตลอดจนทดสอบการผลิตนักสำรวจ (surveyor) ผู้ประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในอนาคต

ผลของการสัมภาษณ์แม้ว่าจะมีความแตกต่างกันทั้งทีมผู้สัมภาษณ์และทีมผู้ให้สัมภาษณ์ แต่ผลรวมก็สอดคล้องกันโดยเฉพาะ Hosp2 ที่มีคะแนนสูงกว่าทุกกลุ่มในทุกประเด็น ผลที่แตกต่างจากทีมแรกจะสังเกตได้ว่า Hosp3 ได้คะแนนสูงในหัวข้อของ Leadership, Information & Analysis, and Strategic planning มากกว่า Hosp1 แต่ในประเด็น Human resource development management, process management, and patient satisfaction ได้คะแนนน้อยกว่า Hosp1 ส่วนการให้คะแนนในหัวข้อของ Information & Analysis ค่อนข้างจะต่ำในเกือบทุกโรงพยาบาลยกเว้น Hosp2 แต่อย่างไรก็ตามได้สรุปว่าการดำเนินงาน TQM ในทุกโรงพยาบาลมีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์และใช้เครื่องมือในการค้นหาปัญหาตามกระบวนการของ TQM

การให้คะแนนทุกคนในทีมต่างให้คะแนนของตนเองอย่างเป็นเอกเทศ ใน Table 5. แสดงคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองทีม โดยที่ยังไม่ได้คำนวณตามน้ำหนักคะแนน (weighting score) ของแต่ละประเด็นซึ่งมีน้ำหนักต่างกันออกไป น้ำหนักคะแนนของแต่ละประเด็น เป็นไปตามเกณฑ์ที่ใช้คำนวณในการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการของ The Baldrige Award.

การประเมินผลการพัฒนาและการสัมภาษณ์ของทั้งสองทีมเน้นไปที่การ มีระบบหรือไม่ มีการกำหนดวิธีการและดำเนินการอย่างจริงจังต่อเนื่องหรือไม่ (Approach/deployment) ซึ่งการประเมินคุณภาพโรงพยาบาล นำร่อง ในการสัมภาษณ์ของการศึกษานี้มิได้เน้นหนักไปที่ผลงาน (Results) และความพึงพอใจที่สูง

ใน Table 6. จะสังเกตได้ว่า ภายหลังจากการคำนวณน้ำหนักคะแนนแล้ว มีสองโรงพยาบาลที่มีคะแนนสูงกว่า 800 คะแนน ซึ่งได้แก่ Hosp1-2 โดยมีคะแนนของ Hosp2 สูงที่สุด และมีสองโรงพยาบาลที่มีคะแนนสูงกว่า 700 คะแนน ได้แก่ Hosp3-4 อย่างไรก็ตาม Hosp5 มีคะแนนใกล้เคียง 700 คะแนนมาก ส่วน Hosp7 มีคะแนนต่ำที่สุดเนื่องจากในปี พ.ศ. 2538 ได้หยุดดำเนินการโดยสิ้นเชิงและมาเริ่มฟื้นฟูใหม่ภายหลังการประกาศนโยบาย โรงพยาบาลคุณภาพของกองโรงพยาบาลได้ระยะหนึ่ง ปัจจัยหรือประเด็นสำคัญ 7 ประการจะแสดงรายละเอียดจุดแข็งและจุดอ่อน (strength and weakness) ของโรงพยาบาลต่างๆในส่วนต่อไป

ส่วนที่ 3.
ข้อมูลและผลการวิเคราะห์
จุดแข็งจุดอ่อนของโรงพยาบาลรัฐใน
ปัจจัยสู่ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพบริการ

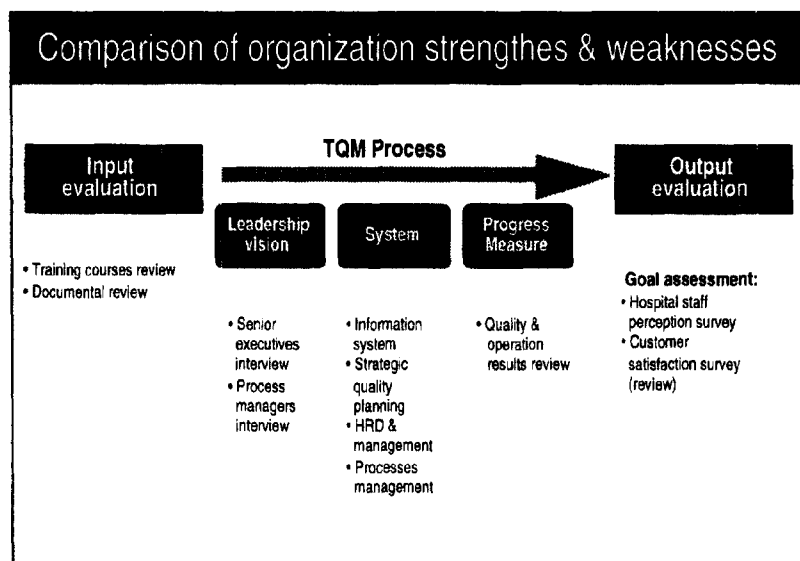


Table 7. Leadership Development

Leadership	Hosp1	Hosp2	Hosp3	Hosp4	Hosp5	Hosp6	Hosp7	Hosp8
1. Senior executives leadership & commitment.								
2. Middle executives leadership & commitment.								
3. Visible creating & sustaining goals.								
4. Personal involvement in regular reviews.								
5. Close contact with customer.								
6. Champion of quality.								
7. Reenforce total commitment.								
8. Give quality issues top priority.								
9. Ensure TQM concepts.								

Legend
Low High

Hosp code 003

Table 8. Information & Analysis

Information & Analysis	Hosp1	Hosp2	Hosp3	Hosp4	Hosp5	Hosp6	Hosp7	Hosp8
1. Recording after doing.								
2. Reporting system.								
3. Using quality tools and statistical analysis.								
4. Using data & information in quality planning.								

Legend
Low High

Hosp code 003

Table 9. Strategic Planning

Strategic planning	Hosp1	Hosp2	Hosp3	Hosp4	Hosp5	Hosp6	Hosp7	Hosp8
1. Integrating into business planning.								
2. Planning process focus on CQI.								
3. The plan is clearly linked to quality values.								
4. Establishing short-term & long-term plans.								
5. Planning execution.								
Legend								
	Low High							

Hosp code 003

Table 10. Human Resource Development and Management

Human resource development & management	Hosp1	Hosp2	Hosp3	Hosp4	Hosp5	Hosp6	Hosp7	Hosp8
1. All are involved in quality process.								
2. Emphasize on problem solving & teamwork.								
3. Create the culture of all focusing CQI.								
4. All receive CQI training.								
5. All receive cross-functional training								
6. Ensure effectiveness of quality teams.								
7. Human resource planning & evaluation.								
8. Determine staff satisfaction & motivation.								
Legend								
	Low High							

Hosp code 003

Table 11. Process Management

Process management	Hosp1	Hosp2	Hosp3	Hosp4	Hosp5	Hosp6	Hosp7	Hosp8
1. Quality is built into daily operations.								
2. Focus on patient care services.								
3. Focus on patient care support services.								
4. Focus on community health services.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
5. Focus on administrative & business operations.								

Legend

Low High

Hosp code 003

Table 12. Organizational Performance Results

Organizational performance results	Hosp1	Hosp2	Hosp3	Hosp4	Hosp5	Hosp6	Hosp7	Hosp8
1. Patient care results.								
2. Patient care support results.								
3. Community health reservices results.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
4. Administrative & business results.								
5. Accreditation & assessment results.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Legend

Low High

Hosp code 003

Table 13. Focus on and Satisfaction of Patients

Focus on & satisfaction of patients	Hosp1	Hosp2	Hosp3	Hosp4	Hosp5	Hosp6	Hosp7	Hosp8
1. Patient and health care market knowledge.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
2. Patient relationship management.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
3. Patient satisfaction determination.								
4. Patient satisfaction results								
5. Pt. satisfaction compared with competitors.	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

Legend
 Low High

Hosp code 003

Table 14. Progress of Organizational Performance Results and Future Approach

Organization result	Hosp1	Hosp2	Hosp3	Hosp4	Hosp5	Hosp6	Hosp7	Hosp8
2536-37	1 ➡ 15	4 ➡ 6	2 ➡ 5	1 ➡ 0	4 ➡ 3	4 ➡ 3	2 ➡ 0	1 ➡ 0
2537-38	12	24	9	4	7	4	0	4
2538-39	17	45	11	NA	8QC	5(5S)	9QC	30(5S)
Future approach plan	CQI, HA	CQI, HA	CQI, HA	QC, 5S	QC, 5S	QC, 5S	QC, 5S	QC, 5S

Hosp code 004

ผลการวิเคราะห์จุดอ่อนและจุดแข็งของโรงพยาบาลนำร่อง เกี่ยวกับปัจจัยสู่ความสำเร็จของ *The Baldrige Award*

1. Leadership

ใน Table 7. ได้แสดงทั้ง สไตล์ผู้นำ (leadership style) และความมุ่งมั่น (commitment) ของ CEO (Chief Executive Officer) ไว้ในหัวข้อ senior executives leadership & commitment ซึ่งอาจแบ่งออกเป็น 5 ระดับได้แก่ ความสนใจ (interest) การมอบหมาย (delegating) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (supporting of resources) การใช้วิธีบริหารจัดการ (managing) และการเป็นผู้นำการพัฒนาคุณภาพด้วยตนเอง (leading by example) ซึ่งจากการสัมภาษณ์พบว่า CEO ผู้ให้สัมภาษณ์ให้ความสนใจทุกแห่ง โดยที่โรงพยาบาลสามแห่ง (Hosp5,7,8) ได้ใช้วิธีการมอบหมาย (delegating) ให้รอง CEO หรือหัวหน้าโครงการพัฒนาคุณภาพดำเนินการแทน มีโรงพยาบาลอีกสองแห่ง (Hosp4,6) สนับสนุนด้านทรัพยากร (supporting of resources) และโรงพยาบาลสองแห่ง (Hosp1,3) ใช้วิธีบริหารจัดการ (managing) โดยถือเป็นนโยบายสำคัญให้มีส่วนร่วมกำหนดแผนงานและติดตามกำกับผลงาน มีเพียงหนึ่งแห่ง (Hosp2) ซึ่ง CEO ได้เป็นผู้บัญชาการด้วยตนเอง มีความมุ่งมั่นสูงและสามารถสร้างเสริมให้ทีมผู้บริหารระดับสูงและทีมผู้บริหารระดับกลางมีความมุ่งมั่น ตลอดจนแสดงความความปรักพร้อมในการดำเนินการอย่างจริงจังต่อเนื่องและพยายามสร้างสรรค์ภาวะผู้นำเพื่อขยายผลไปยังทุกคนทุกระดับและสายงานบริการต่างๆ ด้วยความกระตือรือร้น แม้ว่าจะสิ้นสุดระยะโครงการฯ แล้วก็ตาม จะสังเกตได้ว่า Hosp1,2 มีคะแนนความปรักพร้อมมากกว่าโรงพยาบาลอื่นในทุกหัวข้อ Hosp1,2 มีความมุ่งมั่นสูงในความเป็นหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพและมีเป้าหมายสู่การรับรองคุณภาพ (Hospital accreditation) ในอนาคต ส่วน Hosp3 แม้ว่าจะให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพสูง แต่ยังขาดความแข็งแกร่งของทีมระดับกลางและมีโรงพยาบาลสามแห่ง (Hosp3,4,5) ยังสับสนและไม่สามารถผสมผสาน QA (Quality assurance) ในสายงานพยาบาลซึ่งผลักดันจากส่วนกลางให้เข้ากับ TQM อย่างไรก็ดีตามกลุ่มพยาบาลเป็นเพียงสำคัญในการดำเนินการในทุกโรงพยาบาลและกลุ่มแพทย์ยังสนใจน้อย ในบางแห่งมีความขัดแย้งระหว่างกลุ่มวิชาชีพอาชีวพยาบาล เกสัชฯ การเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่อการดำเนินการได้แก่การเปลี่ยนผู้อำนวยการโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้เกิดความชะงักระยะไม่ต่ำกว่า 6 เดือนเช่น Hosp1 และอาจมีผลดีมากขึ้นเช่น Hosp2 หรือชะลอ Hosp4,5 หรือหยุดไปเป็นปี เช่น Hosp7 เป็นต้น ดังนั้นความต่อเนื่องของผู้บริหารระดับสูงจึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความก้าวหน้าเร็วหรือช้า

2. Information & Analysis

เนื่องจากการศึกษาเป็นการศึกษาย้อนหลัง ดังนั้นข้อมูลจากรายงานจึงถือว่าเป็นสิ่งสำคัญในการขอจากทุกโรงพยาบาลนอกจากนั้น การบันทึกข้อมูลและรายงานเป็นกลไกสำคัญในการสื่อสารและสร้างความเข้าใจให้ขยายไปทั่วถึงทั้งองค์กรได้ทางหนึ่ง และการมีการวิเคราะห์ มีการประเมิน และการมีการวัดผลต่อเนื่อง จึงจะนำไปสู่การปรับปรุงหรือการสร้างสรรคและผลสำเร็จ

จาก Table 8. จะพบว่า Hosp1,2,3. มีการบันทึกและจัดทำรายงานในการดำเนินการและทำให้ทราบถึงความสามารถในการวิเคราะห์และการใช้เครื่องมือได้เป็นอย่างดี แต่มีเพียงแห่งเดียวที่ได้บันทึกการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพไว้ในรายงานประจำปี ได้แก่ Hosp2 โดยที่โรงพยาบาลแห่งอื่นๆ มักจะจัดทำรายงานแยกส่วนต่างหาก

การดำเนินงาน TQM ในทุกโรงพยาบาล มีการรวบรวมและนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้เครื่องมือและสถิติวิเคราะห์ มีการสำรวจบรรยากาศการทำงานทุกแห่ง มีการเปรียบเทียบผลการดำเนินการก่อนและหลังการการปรับปรุงกระบวนการ วัดผลความพึงพอใจของผู้รับบริการจากภายนอก ส่วนการประเมินผลความพึงพอใจของลูกค้าภายในระหว่างกระบวนการไม่สามารถพบว่าได้ทำ ทีมวิเคราะห์มักจะเป็นทีมแกนนำหรือบางแห่งเรียกทีมประสานงานซึ่งมีส่วนคอยช่วยเป็นพี่เลี้ยงกลุ่มที่ต้องการ อนึ่งโรงพยาบาลซึ่งมีการใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์ทางสถิติมากมักจะเป็นโรงพยาบาลซึ่งมีการขยายผลโครงการได้มากและมีทีมวิเคราะห์ที่เข้มข้นขึ้นเรื่อยๆ ในทีมมักประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลระดับปริญญาตรีหรือโทที่ขยันอยู่ในทีม เช่น Hosp1,2

เกือบทุกแห่งมีแผนงานเร่งรัดการพัฒนาระบบข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์ Hosp5 มีระบบ Informatic ดีกว่าแห่งอื่นๆ ซึ่งได้รับการพัฒนาระบบข้อมูลโดยทีมแพทย์ แต่ไม่ได้ใช้ในการสนับสนุนระบบรายงานโครงการ TQM ทั้งนี้สามารถสังเกตได้จากการจัดทำรายงานเล่มหนาเสนอผู้ตรวจการเขตสองครั้งปี พ.ศ.2537 & 2538 โดยได้มีการประมวลงานบริการและการวิเคราะห์งบประมาณของงานต่างๆ โดยเฉพาะงานประกันสังคมและการวิเคราะห์ระบบการใช้ยาของโรงพยาบาลไว้ดีกว่าทุกแห่ง แต่ไม่ปรากฏว่ามีรายงานกล่าวแผนงาน/โครงการการพัฒนาคุณภาพบริการบรรจุอยู่เลย

3. *Strategic Planning*

จาก Table 9. แสดงภาพรวมในการใช้หลักและวิธีการพัฒนาคุณภาพด้วย TQM มากำหนดนโยบายและแผนกลยุทธ์ในการแปรสู่การปฏิบัติงานประจำและยึดถือ คุณภาพคือสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงาน ซึ่งพบว่า Hosp1 มีแผนกลยุทธ์และกลวิธีค่อนข้างชัดเจนโดยมุ่งขยายผล TQM จากทีมนำร่องไปสู่ทุกกลุ่มงานภายหลังจากจัดแบ่งงานออกเป็น 12 กลุ่มและมีทีมนำร่องเป็นพี่เลี้ยง 2 คนต่อกลุ่ม ใช้วิธีการซึ่งคล้ายคลึงกับการบริหารงานเชิงกลยุทธ์ (strategic management) โดยมีการประชุมนำเสนอผลเป็นประจำทุกเดือน ในปลายปี 2538 ได้ขยายเป็น 17 แต่ก็ยังปฏิบัติในกลุ่มงานหรือในแผนก ปี 2539 เน้น cross-functional team และมีเป้าหมายสู่การรับรองมาตรฐานของโรงพยาบาล (Hospital accreditation) Hosp2 มีวิธีการสร้างวิสัยทัศน์ในกลุ่มผู้บริหาร โดย AIC ช่วยให้เกิดมีความมุ่งมั่นและแผนกลยุทธ์ มีเป้าหมายสู่การรับรองมาตรฐานของโรงพยาบาล (Hospital accreditation) แต่ทว่าการแปลงกลยุทธ์สู่การปฏิบัตินั้นแตกต่างกันไปแต่ละโรงพยาบาล Hosp1,2 มีแผนงานและการดำเนินการตามแผนจริงจังและมีการประชุมประเมินผลและปรับแผนปฏิบัติการเป็นประจำอย่างต่อเนื่อง Hosp4,5,6,7,8 มีการสร้างวิสัยทัศน์ด้วยวิธีการ AIC แต่แผนปฏิบัติการยังไม่สามารถสร้างวิสัยทัศน์ขยายผลไปทุกกลุ่มงานในสายงานหลัก และส่วนใหญ่การพัฒนาเกี่ยวข้องกับบรรยากาศการให้บริการและพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ โดยยังไม่พบว่ามีแผนในอนาคตที่เน้นในสายงานหลักชัดเจนนักและแผนกลวิธี เน้นการใช้ QC และ

5ส โดย Hosp4 มีแผนในอนาคตเน้นเพียงพัฒนาบริการแก่แผนกผู้ป่วยนอกเท่านั้นเนื่องจากมีวิทยาการภายในพร้อมด้าน ESB เป้าหมายจึงมุ่งการสร้างความเป็นเลิศด้านบริการ สำหรับ Hosp6 มีแผนฝึกอบรม TQM/CQI แต่แผนปฏิบัติการยังคงให้ความสำคัญกับทางกายภาพและการบริหารงาน ส่วน Hosp7 ได้มีการฟื้นฟูโครงการ TQM ขึ้นใหม่หลังจากหยุดดำเนินการในปี 2538 และ Hosp8 มีแผนใช้โครงการ 5 ส เท่านั้น โรงพยาบาลซึ่งเร่งรัดการจัดทำแผนกลยุทธ์อย่างต่อเนื่องจากแผนฉุกเฉิน ขยายไปทั่วแผนกผู้ป่วยนอกและกำลังมุ่งขยายสู่ทุกสายงานผู้ป่วยในอย่างต่อเนื่องได้แก่ Hosp2 รองมาได้แก่ Hosp1 ส่วนโรงพยาบาลอื่นๆมีความพร้อมในการดำเนินการตามแผนงานด้อยกว่าดังแสดงโดยรูปภาพ

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันโรงพยาบาลทุกแห่งได้มีการกำหนดแผนพัฒนาคุณภาพและการจัดตั้งศูนย์TQM ขึ้น เพียงแต่บางโรงพยาบาลยังไม่สามารถแสดงให้เห็นแผนกลยุทธ์ในการพัฒนากระบวนการ (tactical plans for processes improvement) ในสายงานหลักได้ชัดเจน ทั้งนี้การจัดตั้งศูนย์ในโรงพยาบาลเป็นผลจากการกระตุ้นจากการประกาศนโยบายและแผนงานการพัฒนาสู่โรงพยาบาลคุณภาพของกองโรงพยาบาล

4. Human Resource Development and Management

ใน Table 10. แสดงหัวข้อต่างๆ เกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรในภาพรวมทั้งอดีตและแผนงานในอนาคต โดยเน้นที่ ทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพบริการ และควรได้รับการฝึกอบรม TQM/CQI อย่างทั่วถึง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการพัฒนาบุคลากรในปี 2536-38 โรงพยาบาลในโครงการฯ มุ่งการจูงใจให้ทุกคนเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้บริการและเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการการพัฒนาคุณภาพในปีแรกนั้นทุกแห่งจะจัดให้มีการฝึกอบรม OD และ ESB ครอบคลุมประมาณ 60-80% ของเจ้าหน้าที่ Hosp6 ได้ประเมินผลหลังการฝึกอบรม OD และพบว่าจะให้ผลดีต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมระยะแรกราว 6 เดือนและจะเปลี่ยนเข้าสู่สภาพเดิมหากไม่มีการฝึกอบรมต่อเนื่องเป็นระยะ และเห็นว่าสิ้นเปลือง สำหรับการฝึกอบรม ESB จะให้ผลราว 1 ปี ต้องอบรมต่อเนื่องเช่นกัน Hosp1,2,3,4,6 มีแผนงานพัฒนาบุคลากรซึ่งได้เขียนไว้อย่างชัดเจนในการมุ่งฝึกอบรมแก่ทุกคน แต่ด้วยวิธีการฝึกอบรมที่ต่างกัน ดังต่อไปนี้ Hosp1,2,3 จะเน้นการพัฒนาทุกกลุ่มงานให้สามารถใช้วิธีการวิเคราะห์และแก้ปัญหาของ TQM และมุ่งเข้าสู่ทุกสายงานการรักษาพยาบาลมากกว่าแห่งอื่นๆและจะมุ่งส่งเสริมการพัฒนา cross-functional team Hosp6 มีแผนการฝึกอบรม TQM/CQI แก่ทุกคนในแผนฯ8 แต่การดำเนินการจริงยังใช้ QC และ 5 ส ในการพัฒนาคุณภาพของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและบรรยากาศของโรงพยาบาลมากกว่า เช่นเดียวกับ Hosp4,5,7,8 ด้วยเหตุผลว่าน่าจะง่ายและจูงใจให้ทุกคนมีส่วนร่วมได้มากกว่า ดังนั้นผลงานจึงแตกต่างกันไป

โรงพยาบาลที่ประสบความสำเร็จในการขยายผลงานกลุ่มจะเป็นโรงพยาบาลที่มีทีมแกนนำที่แข็งแกร่งมีความสามารถฝึกอบรม TQM/CQI และเป็นพี่เลี้ยงให้กลุ่มใหม่ๆได้เองซึ่งได้แก่ Hosp1,2 ส่วนโรงพยาบาลที่ต้องพึ่งวิทยาการจากภายนอกจะขยายผลได้ช้ากว่า และเมื่อสิ้นสุดโครงการนำร่องฯในปี 2538 จะหันกลับไปใช้พื้นฐานเก่าที่ถนัด เช่น การฝึกอบรม ESB ของ Hosp4, การอบรม QC ของ Hosp5, การฝึกอบรมโครงการ 5 ส ของ Hosp6,7,8 เป็นต้น

การประเมินผลความพึงพอใจของลูกค้าภายในมีน้อยในทุกโรงพยาบาล เนื่องจากส่วนใหญ่ยังดำเนินการพัฒนาคุณภาพแยกตามหน่วยงาน ไม่ได้เน้นการเชื่อมต่อข้ามสายงาน

5. Process Management

ใน Table 11. แสดงการดำเนินการในกระบวนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต่างๆ กระบวนการพัฒนาคุณภาพในการรักษาพยาบาลนั้นต่างจากกระบวนการสร้างผลผลิต ความผิดพลาดเรื่องเวลาและวิธีการอาจหมายถึงการสูญเสียที่ใหญ่หลวงมากกว่าการสูญเสีย (wastage) ในเชิงอุตสาหกรรม นั่นคือการสูญเสียถึงชีวิต ดังนั้นกระบวนการพัฒนาคุณภาพจึงควรอยู่ในชีวิตจิตใจของบุคลากรทุกคนตลอดเวลาที่ปฏิบัติงานในชีวิตประจำวัน โรงพยาบาลในโครงการนำร่องจะประสานความเข้าใจถ่ายทอดถึงถึงกลุ่มบุคลากรในสายวิชาชีพต่างๆ มากน้อยเพียงใดจึงเป็นประเด็นสำคัญมากในการแสวงหาคำตอบในการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องให้มากที่สุดในทุกระดับ กลุ่มผู้สัมภาษณ์ยึดถือกระบวนการพัฒนาคุณภาพคือการพัฒนาระบบ (system) ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการมากมายเชื่อมโยง (sub-processes linkage) กันหมด และแต่ละกระบวนการมีลูกค้าซึ่งอาจเป็นภายใน (internal customer) หรือลูกค้าภายนอก (external customer) ดังนั้นทุกคนในองค์กรทำงานประจำวันอยู่ในกระบวนการเดียวกันที่เชื่อมโยงต่อกันหมดหรืออาจถือได้ว่าในหนึ่งโรงพยาบาลทุกคนล้วนอยู่ในทีม (ใหญ่) เดียวกัน อยู่ในกระบวนการที่เชื่อมเป็นเครือข่ายเดียวกันหมดเป็นกระบวนการเพื่อการรักษาชีวิตและลดความทรมานจากความเจ็บป่วย หากสายงานหนึ่งสายงานใดขาดตอนผลกระทบย่อมส่งถึงกัน ดังนั้นผู้นำในทุกสายงานจึงมีความสำคัญจะวันเสียไม่ได้ และจุดหมายของการพัฒนาสายงานและกระบวนการย่อมไม่ใช่เพียงการมุ่งประเด็นของการลดต้นทุน ลดเวลาและลดความผิดพลาดเท่านั้น แต่กระบวนการจะต้องเชื่อมโยงถึงผู้ป่วยเป็นสำคัญในการตัดสินใจว่ากระบวนการใดที่ต้องพัฒนา

ผลจากการสัมภาษณ์ยังพบว่าผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานหลายแห่งยังมีความไม่เข้าใจโครงการอย่างทั่วถึงและไม่เข้าใจเกี่ยวกับระบบ (system) และกระบวนการ (process) มักทำให้มองแยกเป็นเรื่องของโครงการพิเศษของกลุ่มผู้ริเริ่มดำเนินการ กลุ่มผู้ดำเนินการเองล้วนประสบปัญหาในการชี้แจงและจูงใจบุคลากรในสายงานสำคัญให้เข้าร่วมกลุ่ม ดังนั้นจึงพบว่าบางกระบวนการที่ล้มเลิกเนื่องจากขาดผู้นำซึ่งเป็นเจ้าของกระบวนการร่วมด้วย (key process owner) เช่น บางกระบวนการที่เลิกหรือปรับเปลี่ยนไปที่ถูกระงับโดย Hosp2,5,7 อุปสรรคในการพัฒนากระบวนการที่พบบ่อยๆ ได้แก่การไม่มีเวลา งานมากจึงไม่ร่วมประชุมหรือนัดยากจนกลุ่มเบียดด้วย กลุ่มที่สำคัญที่สัมผัสผู้ป่วยมากที่สุดได้แก่กลุ่มแพทย์และพยาบาล แต่กลุ่มแพทย์ถูกระงับว่าเป็นกลุ่มสำคัญมากหากเข้ามาร่วมในกระบวนการด้วยเพราะจะทำให้สำเร็จเร็ว มีความคิดดี ความสามารถสูง แต่ทว่าแพทย์ส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความสำคัญ กลุ่มพยาบาลจึงเป็นกลุ่มหลักในการพัฒนากระบวนการที่สำคัญในทุกโรงพยาบาล นอกจากนั้นกระบวนการพัฒนางานหลายงานที่ทำอยู่เป็นประจำและสามารถดึงเข้ามาเป็นงานพัฒนาคุณภาพได้มิได้ถูกรวมเข้ามาด้วย มิได้มีชื่ออยู่ในกลุ่มของโครงการ TQM อาทิการกระบวนการลดการใช้ยาปฏิชีวนะ การส่งเสริมการใช้ยาตามบัญชียาหลัก การเฝ้าระวังการแพ้ยาของ Hosp5 เป็นต้น มีอย่างน้อย 4 โรงพยาบาล Hosp3,4,5,6 ที่มีความสับสนเรื่องโครงการ Quality assurance (QA) ของสายงานพยาบาลจากส่วนกลาง ทำให้การพัฒนา

มาตรฐานงานพยาบาลมิได้ถูกนำมานับอยู่ในกลุ่มการพัฒนาคุณภาพในโครงการนำร่องด้วย ซึ่งหากเข้าใจว่า QA นั้นอยู่ภายใต้ร่มของ TQM ที่พัฒนาและปรับปรุงได้ ก็จะสามารถผสมผสานกันเป็นการพัฒนางานประจำร่วมกับโครงการได้เลย ไม่พบว่าการวิเคราะห์ปัญหาเริ่มต้นจากผู้แทนทุกสายงานหลักมาร่วมเป็นทีมแกนนำและจะสังเกตได้ว่าบางโรงพยาบาลเลือกเพียงกิจกรรมพัฒนากระบวนการสนับสนุนบริการ หรือเลือกเพียงกิจกรรมพัฒนากระบวนการบริหาร (Hosp6,7)

อย่างไรก็ตามการพัฒนาคุณภาพงานบริการด้านรักษาพยาบาลยังมีน้อยแต่ประสบผลได้ดีมาก เช่น การให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายหลังผ่าตัด การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงของ Hosp1; การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลหัตถการ การพัฒนามาตรฐานการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้ข้อมูลเรื่องโรคในผู้ป่วยในของ Hosp2; การลดการติดเชื้อผู้ป่วยใน ICU ของ Hosp3 เป็นต้น อย่างไรก็ตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพยังคงจำกัดอยู่เพียงกลุ่มงานหรือหน่วยงานเท่านั้น การพัฒนากระบวนการคร่อมสายงาน (cross-functional process improvement) ยังไม่มีชัดเจน ส่วนใหญ่ทุกโรงพยาบาลจะเน้นไปที่การพัฒนาคุณภาพของกระบวนการสนับสนุนการรักษาเสียมากกว่า ซึ่งสะท้อนถึงกลุ่มผู้ร่วมงานจะเลือกงานซึ่งคิดว่าง่ายเอาไว้นและเลือกงานถนัดมากกว่า การจำกัดกลุ่มโดยหวังว่าจะล้มเหลวจึงเริ่มทีละน้อย มีผลทำให้ผู้ไม่ได้เข้ากลุ่มคิดว่าตนไม่เกี่ยว ผู้เข้ากลุ่มแล้วในหลายโรงพยาบาลระบุว่าควรขยายโดยมอบหมายไปให้ทั่วถึง การพัฒนาคุณภาพงานออกสู่ชุมชนยังไม่ได้มีการดำเนินการในทุกโรงพยาบาล

บทเรียนที่ได้รับจากโรงพยาบาลที่ขยายผลในการพัฒนากระบวนการได้จำนวนมากกว่า คือการมีการมอบหมายให้มีการพัฒนากระบวนการในทุกกลุ่มงานหรือสายงานและเข้าสู่สายงานหลักด้านการรักษาพยาบาลได้ และยังมีงานพัฒนาคุณภาพอีกมากซึ่งผู้ปฏิบัติไม่ทราบว่าจะเกี่ยวข้องกับโครงการ TQM

โดยสรุปโรงพยาบาลที่มีกลุ่มผู้นำที่มีความเข้าใจระบบและกระบวนการที่เชื่อมโยงกันและสามารถออกแบบหรือแนะนำให้เกิดกลุ่มโดยการนำงานประจำมาส่งเสริมใช้วิธีการวิเคราะห์และใช้เครื่องมือ CQI ได้ก็จะสามารถขยายผลได้มากกว่าและผสมผสานงานพัฒนาคุณภาพให้เข้ากับงานประจำได้มากกว่าเช่น Hosp1,2 เป็นต้น

6. Organizational Performance Results

ใน Table 12. แสดงผลของการดำเนินการในกระบวนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งการประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กรโดยเฉพาะโรงพยาบาล อาจวัดได้จากผลการปรับปรุงใน 3 งานบริการหลัก อันได้แก่ ผลการดูแลรักษาผู้ป่วย (patient health care results) ผลการสนับสนุนการบริการผู้ป่วย (patient care support services results) การให้บริการอนามัยชุมชน (community services results) ซึ่งจะเห็นว่าผลเกี่ยวกับการบริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมีน้อยยกเว้นสองโรงพยาบาล Hosp1,2 ซึ่งมีการขยายผลสู่สายงานการดูแลรักษาพยาบาลและการสนับสนุนงานบริการมากกว่าโรงพยาบาลอื่นๆอย่างชัดเจน โดยมากโรงพยาบาลอื่นๆเน้นอยู่ในการพัฒนากระบวนการสนับสนุนงานหลักในการรักษาพยาบาลมากกว่ากระบวนการบริการรักษาพยาบาลโดยตรง และทุกโรงพยาบาลมีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment)

และการพัฒนาเพื่อการบริหารจัดการ ผลงานแทบทุกโครงการมักไม่ได้ไปถึงผลกระทบต่อผู้ป่วยในการรักษาพยาบาลหรือแม้แต่ลูกค้าภายในจึงมักไม่มีการแสดงการประเมินผลความพึงพอใจของลูกค้าของกระบวนการให้เห็น ส่วนการให้บริการอนามัยชุมชนนั้นยังไม่ได้มีการดำเนินการ โดยสรุปก็คือโรงพยาบาลได้ทุ่มเทกับการพัฒนาการด้านใดก็จะสามารถแสดงการวัดผลได้เฉพาะด้านนั้น ดังนั้นการเน้นที่การพัฒนากระบวนการพัฒนาคุณภาพของสิ่งแวดล้อมโดยไม่มีเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการเร่งรัดขยายผลไปยังการดูแลรักษาพยาบาลไม่ว่าจะเป็นแผนกผู้ป่วยนอก (OPD) หรือผู้ป่วยใน (IPD) ทำให้การประเมินผลกระทบต้องคัดกรองของโครงการ TQM จากโครงการย่อยๆ สรุปได้ยาก

ได้มีการประเมินผล patient satisfaction ที่ OPD โดยรวม แต่จะมีปัญหาเกี่ยวกับ Validity ของผลว่าอยู่ในเนื้อหาใดหรือเฉพาะกระบวนการหนึ่งกระบวนการใดที่ได้ปรับปรุงไปแล้ว และหากนำมาเป็นเครื่องชี้วัดผลสำเร็จขององค์กรโดยรวมอาจทำให้หลงประเด็นระหว่างการพัฒนาเพียงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและคุณภาพในการดูแลรักษาพยาบาลได้

7. Focus on and Satisfaction of Patients

ใน Table 13. แสดงการยึดถือความพึงพอใจของผู้ป่วยในการเป็นหลักของการให้ข้อมูลของการพัฒนาคุณภาพ ส่วนใหญ่โรงพยาบาลต่างๆจะประเมินผลแต่ความพึงพอใจต่อการดูแลหรือการให้บริการผู้ป่วยนอก (out patient department) ยกเว้น hosp1,2 ซึ่งมีหลักฐานรายงานการประเมินผลกระทบของการลดระยะเวลารอคอยเฉพาะกระบวนการ โรงพยาบาลอื่นๆโดยทั่วไปมักจะสิ้นสุดการวิเคราะห์และรายงานแค่ความสามารถในการลดเวลาารับบริการให้เป็นระยะเวลาที่สั้นลงแล้วหยุดโดยไม่วิเคราะห์ต่อว่าทำให้เกิดผลความพึงพอใจในผู้ป่วยหรือไม่

อย่างไรก็ตามไม่มีหลักฐานแสดงการดำเนินการหรือการให้สัมภาษณ์ว่ามีการดำเนินการในการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายการตลาดเฉพาะว่ามีความต้องการอะไรพอใจหรือไม่พอใจอะไร และหากกลุ่มประชากรเป้าหมายที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบไม่ได้รับการสำรวจความคิดเห็นโดยเฉพาะชุมชนข้างเคียงของโรงพยาบาล(Market survey) ก็จะทำให้แต่ละโรงพยาบาลไม่ทราบข้อเท็จจริงในกลุ่มที่ไม่เคยมารับบริการ และกลุ่มที่เคยมารับบริการแต่ไม่กลับมาใช้บริการอีก และหากไม่มีการสำรวจย่อมหมายถึงจะไม่มีการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพที่แท้จริง เนื่องจากมีข้อมูลไม่เพียงพอ ระบบข้อเสนอแนะ(Suggestion System)ของทุกโรงพยาบาลซึ่งมีการระบุยังจำกัดอยู่เพียงข้อเสนอแนะจากบุคคลากรและไม่มีการขยายผลเน้นการจัดระบบสนองความต้องการหรือแก้ไขข้อผิดพลาดฉับพลันและการมุ่งสร้างสัมพันธ์กับผู้รับบริการหรือกลยุทธ์ที่ทางธุรกิจเรียกว่าลูกค้าสัมพันธ์(customer relationship)ไว้ในแผนงานให้ชัดเจน ยกเว้น Hosp1 ซึ่งมีกิจกรรมกลุ่มในการปฐมนิเทศผู้ป่วยรับใหม่และ Hosp2 ที่มีกิจกรรมกลุ่มในการให้ข้อมูลการก่อนและหลังผ่าตัด การสำรวจความเป็นเลิศในบริการดูแลประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเชิงเปรียบเทียบกับสถานบริการอื่นๆในแวกใกล้เคียง ทั้งในแง่ภาพรวมและบริการเฉพาะเจาะจง (Benchmarking survey) ยังไม่เป็นที่รู้จัก อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกล้วนมีความพึงพอใจในบรรยากาศการให้บริการและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเพิ่มขึ้นในทุกโรงพยาบาล

ส่วนที่ 4.
สรุปผลรวม
การประเมินการพัฒนาคุณภาพ
ของโรงพยาบาลของรัฐในโครงการ TQM

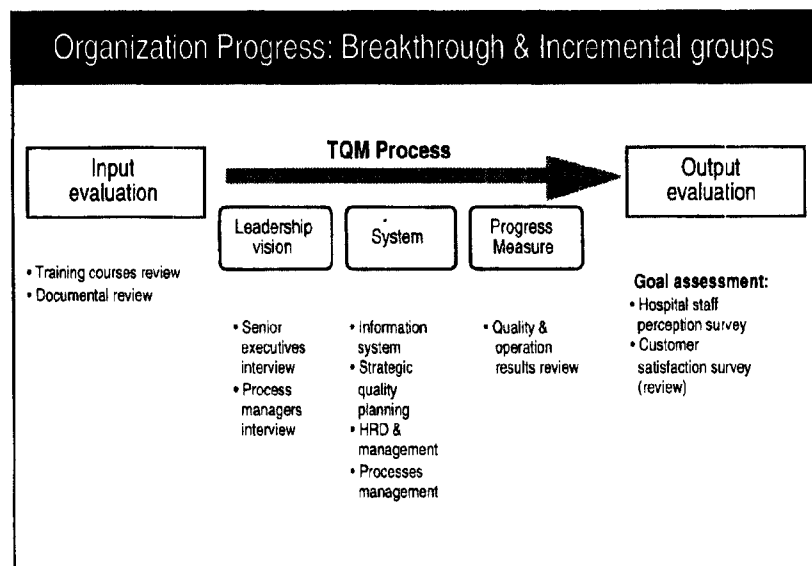


Table 15. Organizational Progress, Potential of TQM Success and Regrouping for further Analysis

Potential of TQM Success	Hosp1	Hosp2	Hosp3	Hosp4	Hosp5	Hosp6	Hosp7	Hosp8
Total Baldrige Score	843.0	868.3	786.9	732.7	719.8	649.2	601.4	611.5
Overall progress in CQI	Fast	Fast	Medium			Gradually		
Potential of Success in CQI	Very likely		Probable	Possible				
Organization Regroup	Breakthrough		Incremental group					

Hosp code 003

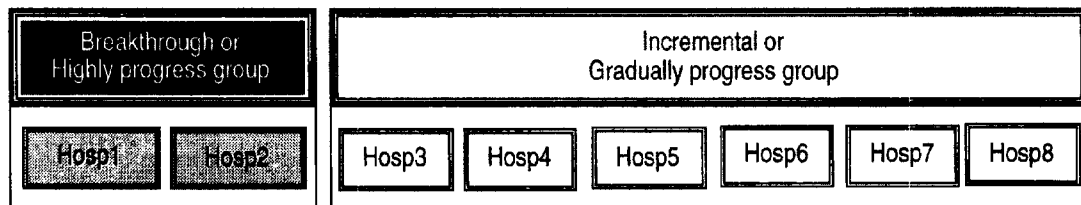
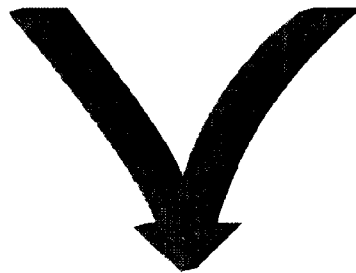


Table 15. ได้แสดงสรุปผลจากการสัมภาษณ์และการวิเคราะห์เอกสารและการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของโรงพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้ปัจจัยสำคัญตามเกณฑ์ประเมินผลของ The Baldrige Award ซึ่งจะพบว่ามีสองโรงพยาบาลที่ได้คะแนนรวมสูงกว่า 800 คะแนน โดยมี Hosp2 ได้คะแนนสูงสุดและรองลงมาได้แก่ Hosp1 และโรงพยาบาลทั้งสองมีความก้าวหน้าในการขยายผลกิจกรรมการพัฒนาระบบงานโดยใช้เทคนิคและเครื่องมือ CQI ได้ชัดเจนและรวดเร็วกว่าโรงพยาบาลอื่นๆ และเมื่อสิ้นสุดระยะ 2 ปีแล้ว ยังคงมุ่งมั่นดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีแผนงานมุ่งเน้นการดำเนินการคร่อมสายงาน (cross-functional process improvement) มีเป้าหมายเป็นโรงพยาบาลคุณภาพและมุ่งสู่การรับรองมาตรฐานบริการโรงพยาบาลในอนาคต ตลอดจนมีทีมแกนนำและศักยภาพที่พร้อม มีการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้แก่เจ้าหน้าที่ต่อเนื่อง ส่วนอีก 6 โรงพยาบาลความก้าวหน้าเป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไปแม้ว่าจะมี 3 โรงพยาบาลที่มีคะแนนสูงกว่า 700 คะแนนและมีอีก 3 โรงพยาบาลได้คะแนนในระดับ 600 คะแนนก็ตาม แต่เมื่อวิเคราะห์จุดอ่อนจุดแข็งและศักยภาพในช่วงระยะเวลาที่สำรวจแล้วกลุ่มผู้ศึกษาเห็นว่า การจัดกลุ่มความก้าวหน้าในลักษณะของการขับเคลื่อน (drive) จะเด่นชัดกว่าในการดูความเคลื่อนไหว (dynamic) แทนการพิจารณาเพียงปัจจัยสำคัญตามเกณฑ์ในขณะที่สำรวจ (static)

เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของโรงพยาบาลทั้ง 8 แห่งดังกล่าวมาแล้ว โดยผลการสรุปความสำเร็จของโรงพยาบาลรัฐในโครงการนำร่องจากการวิเคราะห์ในขั้นตอนอาจแบ่งกลุ่มได้เป็นสองลักษณะ (Figure 15.) ดังนี้

- ♦ กลุ่มโรงพยาบาลที่มีความก้าวหน้ารวดเร็วเด่นชัด ได้แก่ Hosp1,2
(Breakthrough or Highly progress group) และ
- ♦ กลุ่มโรงพยาบาลที่ก้าวหน้าอย่างค่อยเป็นไป ได้แก่ Hosp3,4,5,6,7,8
(Incremental or gradually progress group)

เนื่องจากการศึกษาโดยใช้การสัมภาษณ์และการศึกษาเอกสารย้อนหลังซึ่งยังเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพอย่างเดียว จึงยังไม่ควรสรุปจากความเห็นจากสัมภาษณ์เพียงกลุ่มผู้ดำเนินการเท่านั้น การศึกษาเชิงปริมาณจึงได้ถูกเสนอเพื่อดำเนินการสำรวจและวิเคราะห์ให้ได้ความคิดเห็นของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งหมดในโรงพยาบาลไม่ว่าจะเคยหรือไม่เคยมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งจะช่วยลดอคติและได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพิจารณาอย่างถี่ถ้วนมากขึ้น ดังนั้นกลุ่มโรงพยาบาลรัฐตามลักษณะของการขับเคลื่อนทั้งสองจึงได้ถูกนำไปเป็นกลุ่มหลักในการศึกษาและวิเคราะห์เพิ่มเติมถึงความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่มในการดำเนินการโครงการนำร่อง TQM และปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับโอกาสสำเร็จของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลรัฐ ตลอดจนผลกระทบของโครงการฯ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการขยายผลต่อไปในอนาคต และผลของการศึกษาได้แสดงไว้ในส่วนต่อไป

ส่วนที่ 5.

ข้อมูลและผลการสำรวจ

ข้อคิดเห็นของผู้นำและผู้ปฏิบัติงาน

ในโรงพยาบาลของรัฐต่อโครงการ TQM

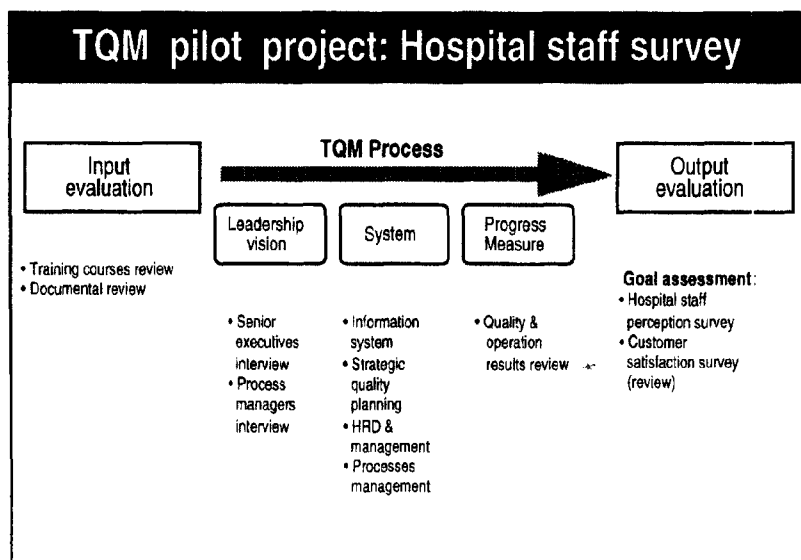


Table 16. General characteristics of the mailed-questionnaire respondents

Items	Hosp1	Hosp2	Hosp3	Hosp4	Hosp5	Hosp6	Hosp7	Total
Mailed questionnaires	200	500	200	320	300	300	500	2320
-Respondents	80	196	144	231	99	242	172	1164
-Response rate	40.00	39.20	72.00	72.19	33.00	80.67	34.40	50.17
-Speed of response(week)	2 wks	1 wk	3 wks	4 wks	4 wks	3 wks	6wks	
Gender								1117
-Male	11.54	9.84	9.87	7.14	2.67	8.97	10.26	6.98
-Female	88.46	90.16	90.13	92.86	97.33	91.03	89.74	93.02
Professions								1112
-Total physicians	16	70	34	34	25	54	12	245
-repondents	3	16	1	21	3	10	9	63
-response rate	18.75	22.86	2.94	61.76	12.00	18.52	75.00	25.71
-Total nurses	171	415	179	274	258	246	419	1950
-repondents	59	141	109	164	80	143	122	818
-response rate	34.50	33.98	60.89	59.85	31.01	58.13	29.12	41.95
Administrative status	11.88	16.25	5.62	11.88	14.37	23.75	16.25	13.75
Age								1082
-Mean	33.95	32.65	32.96	35.28	35.22	37.46	35.46	35.04
-SD	6.71	6.59	8.83	8.41	7.58	7.14	8.02	7.89
Work experience (yrs.)								1117
-Mean	10.96	8.39	10.57	10.74	11.51	14.84	12.14	11.45
-SD	6.28	5.00	7.84	7.50	7.64	7.55	7.60	7.41

Hosp code 004

Table 17. Comparison of general characteristics of the mailed-questionnaire respondents between “Breakthrough” and “Incremental” hospitals

General Characteristic	Breakthrough group		Incremental group		p-value
Number of hospitals	2		5		
Respondents	276	100%	888	100%	
Professions (N=1112)					<0.001
-Physician	19	6.88	44	4.95	
-Nurse	200	72.46	618	69.59	
-Others	52	18.84	231	26.01	
Administrators (N=1164)	45	16.30	115	12.95	0.160

Table 18. Comparison of means between “Breakthrough” group and “Incremental” group on Hospital quality policy deployment & Hospital status

Overall	Specific	Total	Breakthru	Increment	p-value
Policy deployment		3.337	3.658	3.237	<0.001
	Q8+	3.028	3.391	2.916	<0.001
	Q9+	3.649	3.941	3.560	<0.001
Hospital status		2.893	3.132	2.828	0.022
	Q30+	3.112	3.046	3.130	0.591
	Q31+	2.508	3.124	2.349	<0.001

Table 19. Comparison of means between "Breakthrough" group and Incremental group of hospitals on TQM Knowledge

Overall	Specific	Total	Breakthru	Increment	p-value
Knowledge		2.205	2.302	2.174	0.012
	Q10+	2.631	2.938	2.536	<0.001
	Q11+	2.545	2.853	2.453	0.002
	Q12+	3.788	3.877	3.760	0.146
	Q13+	3.734	3.638	3.764	0.136
	Q14-	2.297	2.261	2.303	0.588
	Q15-	1.770	1.692	1.796	0.197
	Q16+	3.455	3.392	3.474	0.328
	Q17+	4.048	4.138	4.019	0.088
	Q18+	4.111	4.241	4.071	0.258
	Q19-	1.958	1.897	1.979	0.076
	Q20+	4.631	4.696	4.611	0.012

Table 20. Comparison of means between "Breakthrough" group and "Incremental" group of hospitals on TQM attitude

Overall	Specific	Total	Breakthru	Increment	p-value
Attitude		3.387	3.501	3.352	0.001
	Q7+	4.07	4.18	4.038	0.042
	Q21-	2.137	2.15	2.132	0.813
	Q33+	3.965	4.172	3.901	<0.001

Table 21. Comparison of means between "Breakthrough" group and "Incremental" group of hospitals on TQM process mangement

Overall	Specific	Total	Breakthru	Increment	p-value
Process management		3.187	3.408	3.118	<0.001
	Q22	3.768	3.942	3.714	<0.001
	Q23	3.623	3.897	3.536	<0.001
	Q24	3.065	3.214	3.018	0.007
	Q25	3.164	3.279	3.129	0.036
	Q26	3.109	3.408	3.016	<0.001
	Q27	2.994	3.933	3.012	0.544
	Q28	2.941	3.147	2.881	<0.001
	Q29	3.084	3.487	2.958	<0.001

Table 22. Comparison of means between "Breakthrough"group and "Incremental" group of hospitals on Hospital outcomes

Overall	Specific	Total	Breakthru	Increment	p-value
Hospital outcome		3.602	3.735	3.56	0.018
	Q34	3.768	3.913	3.722	0.017
	Q35	3.625	3.762	3.582	0.030
	Q36	3.511	3.621	3.477	0.080
	Q37	3.725	3.913	3.667	0.002
	Q38	3.758	3.935	3.703	0.005
	Q39	3.161	3.262	3.128	0.184
	Q40	3.63	3.752	3.592	0.065

Table 23.
Specific questions regarding TQM practice in public hospitals and codes

- Q7. ท่านเห็นด้วยกับการประกาศนโยบายพัฒนาคุณภาพ ของกองโรงพยาบาลหรือไม่
- Q8. โรงพยาบาลของท่านมีนโยบายและได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ อยู่ก่อนประกาศนโยบายฯ
- Q9. ปัจจุบัน โรงพยาบาลของท่าน มีนโยบายและแผนงานพัฒนาคุณภาพงานชัดเจน
- Q10. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับ TQM ดี
- Q11. ท่านเคยได้รับการฝึกอบรม TQM มาแล้ว
- Q12. การวัดระดับการพัฒนาคุณภาพ ควรวัดจากการพัฒนาระบบและขั้นตอนภายในองค์กร
- Q13. คุณภาพขึ้นอยู่กับภาวะผู้นำของผู้บริหาร
- Q14. คุณภาพทำให้เกิดความสิ้นเปลืองและเพิ่มต้นทุนต่อค่าบริการและผลผลิต
- Q15. ผู้ที่จะกำหนดได้ว่าคุณภาพบริการที่ดีควรจะเป็นอย่างไรคือ แพทย์
- Q16. จุดมุ่งหมายสำคัญของการพัฒนาคุณภาพคือ ใช้แก้ไขข้อผิดพลาดให้หมดไป
- Q17. ผู้รับบริการควรเป็นผู้ตัดสินว่า คุณภาพบริการดีหรือไม่
- Q18. สิ่งที่ได้รับบริการบ่นหรือต่อว่า คือสิ่งสำคัญและเป็นโอกาสของการพัฒนาคุณภาพ
- Q19. การพัฒนาคุณภาพเป็นหน้าที่ของผู้บริหารและคณะกรรมการมากกว่า
- Q20. การพัฒนาคุณภาพเป็นหน้าที่ ของทุกคนในองค์กร
- Q21. การพัฒนาคุณภาพเป็นการเพิ่มงานและสิ้นเปลืองเวลา
- Q22. รพ. ของท่านมีคุณภาพงานที่ดีกว่าแต่ก่อน
- Q23. รพ. ของท่านมีการฝึกอบรมบุคลากรเสมอ
- Q24. รพ. ของท่านมีการสื่อสารและประสานงานดี
- Q25. รพ. ของท่านส่วนใหญ่ทำงานเป็นทีมดี
- Q26. รพ. ของท่านมีบรรยากาศการทำงานที่ดี
- Q27. รพ. ของท่านเป็นที่ชื่นชมของผู้ป่วยมาก
- Q28. ท่านพอใจกับระบบบริหารงานรพ. แห่งนี้
- Q29. รพ. ของท่านมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลจากโครงการ TQM
- Q30. รพ. ของท่านมีปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไขมากที่สุดได้แก่(โปรดระบุ)
- Q31. ในระยะ 3 ปี ที่ผ่านมารพ. ของท่านมีผลงานดีเด่น(โปรดระบุ)
- Q32. รพ. มีการวิเคราะห์ปัญหาและผลงานเสมอ
- Q33. เห็นด้วยกับการนำ TQM มาใช้ในรพ. ของรัฐ
- Q34. TQM ช่วยมีผลดีต่อการรักษาพยาบาลมาก
- Q35. TQM ทำให้ความสัมพันธ์ต่อเพื่อนร่วมงานดีขึ้น
- Q36. TQM ทำให้มีแรงจูงใจในการทำงานสูงขึ้น
- Q37. TQM ทำให้ขั้นตอนการทำงานในรพ. ดีขึ้น
- Q38. TQM ทำให้ภาพพจน์และชื่อเสียงรพ. ดีขึ้น
- Q39. TQM ทำให้รายได้ของรพ. มากขึ้น
- Q40. TQM ทำให้ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดีขึ้น

Table 24. Differences of mean scores between professional groups are adjusted for their years of work experience

	Physician and Nurse		Physician and Others		Regression Coefficient of years of work experiences	
	dif μ score(95%CI)	p-value	dif μ score(95%CI)	p-value	dif μ score(95%CI)	p-value
Policy deployment	0.200+	0.223	0.108+	0.543	0.026+	<0.001
	(-0.122, 0.522)		(-0.241, 0.457)		(0.016, 0.036)	
Hospital status	0.468+	0.096	0.056+	0.850	0.023+	0.002
	(-0.083, 1.018)		(-0.530, 0.643)		(0.008, 0.037)	
Knowledge	0.173+	0.082	0.078+	0.471	0.011+	<0.001
	(-0.022, 0.368)		(-0.135, 0.291)		(0.005, 0.017)	
Attitude	0.215+	0.016	0.108+	0.263	0.002+	0.225
	(0.040, 0.390)		(-0.082, 0.299)		(-0.002, 0.009)	
Process management	0.272+	0.012	0.331+	0.005	0.007+	0.040
	(0.060, 0.483)		(0.101, 0.562)		(0.000, 0.014)	
Hospital outcome	0.462+	0.002	0.199+	0.208	0.000	0.964
	(0.176, 0.747)		(-0.111, 0.509)		(-0.060, 0.063)	

Table 25. Comparison of percentages of Awareness and Participation in TQM -related Training between the "Breakthrough" group and "Incremental" group.

		Both groups (N=1164)	Breakthru (N=276)	Incremental (N=888)	Odds ratio*	p-value*
TQM/COI	Awareness	43.36	56.88	40.92	2.10	<0.001
	Participated	29.33	40.22	25.14	2.41	<0.001
OD	Awareness	71.98	71.93	72.10	1.00	0.974
	Participated	62.90	63.04	62.04	1.07	0.696
ESB	Awareness	19.76	25.72	17.46	1.63	0.008
	Participated	16.23	19.57	14.94	1.39	0.103
AIC	Awareness	9.17	14.86	6.98	3.28	<0.001
	Participated	6.05	10.87	4.19	4.92	<0.001
QCC	Awareness	24.29	36.23	19.69	2.53	<0.001
	Participated	14.62	23.91	11.03	3.04	<0.001

Table 26. Comparison of percentages of Recognition and Experience in Using the 7 Basic Tools of TQM between the "Breakthrough" group and "Incremental" group.

		Both groups (N=1164)	Breakthru (N=276)	Incremental (N=888)	p-value
Flow chart	Know	44.96	64.86	37.29	<0.001
	Use	33.77	51.45	26.96	<0.001
Cause-effect diagram	Know	13.21	32.97	5.59	<0.001
	Use	9.07	25.00	2.93	<0.001
Pareto chart	Know	13.21	25.00	8.66	<0.001
	Use	7.06	11.23	5.45	0.004
Histogram	Know	15.32	26.09	11.17	<0.001
	Use	7.06	9.78	6.70	0.181
Scatter diagram	Know	7.56	18.84	3.49	<0.001
	Use	7.76	5.80	1.54	0.004
Run chart	Know	2.72	19.93	3.91	<0.001
	Use	8.37	7.97	1.82	<0.001
Control chart	Know	16.43	36.96	8.52	<0.001
	Use	9.38	20.29	5.17	<0.001

Table 27. Key Success Factors toTQM as perceived by the respondents in pilot public hospitals

ปัจจัยที่ทำให้ TQM ประสบความสำเร็จ	Hosp1	Hosp2	Hosp3	Hosp4	Hosp5	Hosp6	Hosp7	Total
1. ผู้บริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนจริงจัง	27.2	2.8	12.7	14.9	23.1	12.9	19.5	15.0
2. เจ้าหน้าที่ทุกคนเห็นความสำคัญและร่วมมือ	23.2	40.4	30.4	42.5	33.0	40.5	34.6	35.6
3. ผูกอบรวมความรู้ความเข้าใจเรื่อง TQM	8.8	8.4	8.8	8.6	15.4	0.5	6.5	7.4
4. การจูงใจผู้ปฏิบัติงาน/กำลังใจ/ผลตอบแทน	4.8	3.4	5.9	1.7	1.1	5.7	2.7	3.9
5. การประสานงานที่ดี	4.8	2.2	5.4	4.0	7.7	2.9	0.5	3.6
6. การทำงานเป็นทีม	4.0	3.4	3.4	2.3	5.5	1.4	3.2	3.1
7. ความสามัคคี	4.0	3.9	7.8	5.2	1.1	0.0	2.2	3.6
8. เงินทุน/ทรัพยากร	3.2	7.3	2.0	4.0	1.1	5.2	14.6	5.7
9. ระบบบริหาร/ดำเนินการเป็นขั้นตอนรู้ข้อมูล	3.2	1.1	0.5	1.7	2.2	2.4	0.5	1.5
10. มุ่งมั่นจริงจังอย่างต่อเนื่อง	2.4	7.3	6.9	2.9	2.2	1.4	1.6	3.7
11. ยอมรับความคิดเห็นผู้อื่น	2.4	1.7	1.5	0.0	0.0	0.0	0.5	0.9
12. นโยบายและแผนงานที่ชัด	1.6	1.1	1.0	1.7	3.3	4.3	3.8	2.4
13. จัดสำนึก ความรับผิดชอบ จริงใจ เสียสละ	1.6	5.6	3.9	2.9	2.2	4.8	1.1	3.3
14. คณะทำงาน/ทีม TQM ที่มีคุณภาพ	1.6	1.7	3.9	0.0	0.0	0.0	1.1	1.3
15.อื่นๆ	1.3	0.9	1.9	0.0	0.0	0.0	0.6	0.1
รวม ร้อยละ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
รวมจำนวนคำตอบ(N)	125	178	204	174	91	210	185	1167

Hosp code 005

Table 28. Factors Lead toTQM Failure as perceived by the respondents in pilot public hospitals

ปัจจัยที่ทำให้ TQM ประสบความล้มเหลว	Hosp1	Hosp2	Hosp3	Hosp4	Hosp5	Hosp6	Hosp7	Total
1. ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญและไม่สนับสนุนจริงจัง	21.4	13.1	14.2	12.1	16.7	11.6	21.2	15.1
2. เจ้าหน้าที่ไม่เห็นความสำคัญและไม่ร่วมมือ	24.5	27.4	23.0	41.4	27.3	34.4	27.0	29.8
3. ไม่รู้ไม่เข้าใจเรื่อง TQM ขาดการอบรม	10.2	11.3	7.4	7.1	9.1	13.2	5.1	9.3
4. ขาดแรงจูงใจ/ขาดกำลังใจ/เป้าหมาย	7.1	8.3	11.5	2.1	6.1	3.2	9.5	6.8
5. ขาดการประสานงานการสื่อสารที่ดี	10.2	5.4	6.8	6.4	9.1	4.2	5.1	6.2
6. ไม่มีเวลา งานมาก เพิ่มภาระ	7.1	4.2	4.7	2.1	3.0	1.6	2.2	3.4
7. ขาดความสามัคคี	1.0	4.8	3.4	7.1	0.0	2.6	2.2	3.4
8. ขาดงบประมาณ/ทรัพยากร	5.1	5.4	9.5	1.4	4.5	3.7	9.5	5.6
9. ระบบไม่ดี/ยุ่งยาก/ขาดองค์กรรับผิดชอบ	0.0	4.2	4.1	4.3	1.5	2.6	3.6	3.2
10. การกระทำไม่ต่อเนื่องจริงจัง	7.1	6.0	4.1	8.6	1.5	6.9	2.2	5.5
11. ไม่ยอมรับความคิดเห็นผู้อื่น	2.0	0.6	1.4	0.0	1.5	2.6	2.2	1.5
12. นโยบาย แผนงาน เป้าหมายไม่ชัด	4.2	1.2	1.4	4.3	6.1	1.1	1.5	2.3
13. ขาดจิตสำนึก ความรับผิดชอบ เห็นแก่ตัว	1.0	1.2	1.4	1.4	0.0	6.3	2.9	2.4
14. ขาดการวิเคราะห์ปัญหาที่แท้จริง แก้ไขไม่ถูกจุด	1.0	1.2	1.4	0.7	1.5	1.1	0.0	1.0
15.อื่นๆ	2.0	6.0	6.1	0.7	12.1	4.8	5.8	5.0
รวม ร้อยละ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
รวมจำนวนคำตอบ(N)	98.0	168	148	140	66	189	137	946

Hosp code 005

ผลการสำรวจข้อคิดเห็นของผู้นำและผู้ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลของรัฐต่อโครงการTQM

ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบกลับจากโรงพยาบาลรัฐ

Table 16. แสดงลักษณะของการตอบกลับและผู้ตอบกลับแบบสอบถามทางไปรษณีย์จากโรงพยาบาลในโครงการนำร่อง 8 แห่ง ซึ่งมีโรงพยาบาลตอบกลับ 7 แห่ง มีผู้ตอบกลับทั้งสิ้น 1,164 คนคิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 50.17 และเมื่อพิจารณาการตอบกลับแยกตามโรงพยาบาล พบว่า Hosp6 มีอัตราตอบกลับสูงสุด ร้อยละ 80.67 และรองลงมาได้แก่ Hosp3,4 ซึ่งมีอัตราการตอบกลับสูงถึง ร้อยละ 72.00 & 72.19 ตามลำดับ ส่วนอีก 3 แห่งมีอัตราการตอบกลับระหว่าง ร้อยละ 34.40-40.00 อย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึงความรวดเร็วของการตอบกลับภายในกำหนดเวลา 2 สัปดาห์ จะมี 2 แห่งที่ตอบกลับทันกำหนดได้แก่ Hosp1,2 ส่วนโรงพยาบาลอื่นๆตอบกลับระหว่าง 3-4 สัปดาห์ และ Hosp7 ตอบกลับใน 6 สัปดาห์ เนื่องจากผู้บริหารติดฝึกอบรม มีเพียงหนึ่งแห่งที่ไม่ตอบกลับและให้เหตุผลเนื่องจากการติดต่อประสานงานกับทั้งกลุ่มแพทย์และพยาบาลยากลำบาก ดังนั้นการวิเคราะห์ผลต่อไปจึงเป็นผลจากการวิเคราะห์เฉพาะโรงพยาบาลที่มีผู้ตอบกลับเท่านั้น

ผู้ตอบกลับเกือบทั้งหมดเป็นหญิงร้อยละ 93.02 และเป็นชาย ร้อยละ 6.98 โดยเป็นแพทย์ตอบกลับจำนวนทั้งสิ้น 63 คนหรือ ร้อยละ 25.71 ของจำนวนแพทย์ทั้งหมด และเป็นพยาบาลจำนวน 818 หรือ ร้อยละ 41.95 ของจำนวนพยาบาลทั้งหมด ส่วนที่เหลือเป็นผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพอื่นๆ อาทิเภสัชกร ทันตแพทย์ เทคนิคการแพทย์ฯ ผู้ตอบกลับทั้งหมดมีตำแหน่งบริหารงาน ร้อยละ 13.75 มีอายุเฉลี่ย 35.04 ปีและมีอายุการทำงานเฉลี่ย 11.45 ปี.

Table 17. แสดงลักษณะของการตอบกลับและผู้ตอบกลับจำแนกตามกลุ่มโรงพยาบาลที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว (Breakthrough group or B-group) และกลุ่มโรงพยาบาลที่ก้าวหน้าอย่างค่อยเป็นไป (Incremental group or I-group) ซึ่งจะพบว่าผู้ตอบกลับเป็นแพทย์และพยาบาลมากกว่าใน B-group และมีบุคลากรประเภทอื่นๆตอบกลับมากกว่าใน I-group ส่วนผู้ตอบกลับที่มีตำแหน่งบริหาร B-group มีมากกว่า I-group

ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นต่อคำถามเฉพาะระหว่างกลุ่มก้าวหน้าที่แตกต่างกัน

Table 18-22. แสดงผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างกลุ่มต่อคำถามเฉพาะ (Table 23. Q7-Q40 coding guide) ที่อาจเกี่ยวข้องหรือมีผลกระทบกับผลสำเร็จของการดำเนินการโครงการ TQM คำถามเหล่านี้ได้มีการจัดกลุ่มโดยจำแนกออกดังต่อไปนี้ นโยบายและการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ (Policy deployment) สถานภาพปัญหาและผลงานเด่น (Hospital status) ความรู้เกี่ยวกับ TQM (Knowledge of TQM) ทศนคติเกี่ยวกับ TQM (Attitudes on TQM) การจัดการในกระบวนการพัฒนาคุณภาพด้วยวิธีการ TQM/CQI และผลของการพัฒนาคุณภาพโดย TQM (Hospital outcome)

Table 18. แสดงผลการเปรียบเทียบการรับรู้ของบุคลากรเกี่ยวกับการมีนโยบายและการดำเนินการพัฒนาคุณภาพก่อนการประกาศนโยบายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ของกองโรงพยาบาลภูมิภาค และเห็นว่าโรงพยาบาลของตนมีนโยบายและแผนงานพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน ในโรงพยาบาลB-group มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าในโรงพยาบาลI-group อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สำหรับการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไขของโรงพยาบาลไม่มีความแตกต่างกัน แต่บุคลากรใน B-group เห็นว่าโรงพยาบาลของตนมีผลงานดีเด่น มากกว่าI-group ($p<0.001$).

Table 19. แสดงผลการประเมินตนเองของบุคลากรเกี่ยวกับความรู้และการได้รับการฝึกอบรมเรื่องTQM ซึ่งพบว่าบุคลากรใน B-group เห็นว่าตนเองมีความรู้และได้รับการฝึกอบรมมา (Q10-11) มากกว่าบุคลากรใน I-group อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าระดับความรู้ในประเด็นสำคัญต่างๆ(Q12-19) จะมีความถูกต้องมากกว่าในB-group แต่ก็ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นกรณีที่เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพเป็นหน้าที่ของทุกคนในองค์กร (Q20) ซึ่ง B-group มีมากกว่า I-group อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามผลการทดสอบความรู้โดยรวมพบว่าB-group มีมากกว่า I-group อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

Table 20. แสดงความแตกต่างของทัศนคติ ของบุคลากร ซึ่งพบว่าบุคลากรใน B-group มีการยอมรับนโยบายพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล(Q7)และการนำ TQMมาใช้ในโรงพยาบาล (Q33)มากกว่าผู้ทำงานใน I-group อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มไม่เห็นด้วยกับความคิดที่ว่า การพัฒนาคุณภาพเป็นการเพิ่มงานและสิ้นเปลืองเวลาเช่นเดียวกัน(Q21)

Table 21. แสดงให้เห็นว่าบุคลากรใน B-group พบว่าโรงพยาบาลของตนมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นกว่าแต่ก่อนในกระบวนการพัฒนาคุณภาพต่างๆ(Q22-26, Q28-29) อาทิ คุณภาพของงาน การฝึกอบรม การสื่อสารและประสานงานการทำงานเป็นทีมความพอใจต่อระบบบริหารและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลมาจากโครงการ TQM มากกว่า I-group อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.05$) ยกเว้น ไม่มีความแตกต่างกันในระดับความชื่นชมของผู้ป่วย(Q27)

Table 22. แสดงความคิดเห็นถึงผลกระทบของTQM ต่อประเด็นต่างๆ (Q34-35, Q37-38) อาทิ ผลดีต่อการรักษาพยาบาลความสัมพันธ์ต่อผู้ร่วมงานขั้นตอนในการทำงานที่ดีขึ้นรวมทั้งภาพพจน์และชื่อเสียงของโรงพยาบาล ซึ่งบุคลากรใน B-group เห็นด้วยมากกว่า I-group อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ยกเว้น การสร้างแรงจูงใจในการทำงานสูงขึ้น(Q36) การทำให้รายได้โรงพยาบาลมากขึ้น (Q39) และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดีขึ้น (Q40) อย่างไรก็ตามคะแนนเฉลี่ยเห็นด้วยค่อนข้างสูงในทุกประเด็น (3.51-3.77)ยกเว้น เรื่องเกี่ยวกับรายได้ซึ่งต่ำที่สุด(3.16)

Table 24. แสดงความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความคิดเห็นระหว่างกลุ่มวิชาชีพและช่วงความเชื่อมั่น 95% ซึ่งปรับค่าอายุการทำงานและความสัมพันธ์ระหว่างอายุเปรียบเทียบในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งจะพบว่ากลุ่มแพทย์และพยาบาลมีความแตกต่างกันในด้านทัศนคติระบบและกระบวนการพัฒนาคุณภาพและผลกระทบเกี่ยวกับ TQM อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แต่แพทย์มีความเห็นต่างจากกลุ่มอื่นๆเฉพาะด้านระบบและกระบวนการ

พัฒนาคุณภาพ และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนและอายุการทำงานเปรียบเทียบในกลุ่มเดียวกัน จะพบว่าอายุการทำงานส่งผลให้มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับนโยบาย สถานภาพของโรงพยาบาล ความรู้และ กระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการเปรียบเทียบเกี่ยวกับการฝึกอบรมและการใช้เครื่องมือ TQM

Table 25. แสดงแตกต่างระหว่างกลุ่มในการรู้จักและการเคยเข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรต่างๆที่เกี่ยวกับ TQM จะสังเกตได้ว่าบุคลากรในกลุ่ม B-group รู้จักและเคยได้รับการฝึกอบรมหลักสูตร TQM/CQI, AIC และ QCC มากกว่าและแตกต่างจาก I-group อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนหลักสูตร OD มีผู้รู้จัก และมีผู้ได้รับการฝึกอบรมมากที่สุดกว่าหลักสูตรใดๆ ทั้งสองกลุ่มถึงร้อยละ 71.98 และ 62.90 ตามลำดับแต่ไม่มี แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม B-group และ I-group อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน ESB แม้ว่าผู้รู้จักต่างกันแต่ ได้รับการฝึกอบรมไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่ม

Table 26. แสดงแตกต่างระหว่างกลุ่มในการรู้จักและเคยใช้เครื่องมือของ TQM/CQI ซึ่งจะพบว่า Flow chart มีผู้รู้จักและเคยใช้มากที่สุดถึงร้อยละ 44.96 และ 33.77 ตามลำดับและมากกว่าเครื่องมืออื่นๆอย่างชัดเจน และในกลุ่ม B-group มีผู้เคยใช้สูงถึงร้อยละ 51.45 ในขณะที่ I-group มีผู้เคยใช้เพียงร้อยละ 26.96 และจะ สังเกตได้ว่าเครื่องมือทุกชนิดของ TQM/CQI eg. Flow chart, Cause-effect diagram, Control chart, Pareto chart, Run chart & Scatter diagram นั้น มีผู้รู้จักและเคยใช้ในกลุ่ม B-group มากกว่ากลุ่ม I-group ตามลำดับและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ยกเว้นเพียง Histogram เท่านั้นที่มีการใช้ไม่แตกต่างกัน

ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่อาจทำให้โครงการ TQM ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว

Table 27. แสดงความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่น่าจะทำให้โครงการ TQM ประสบความสำเร็จ ซึ่งจะพบว่า 3 อันดับแรกได้แก่

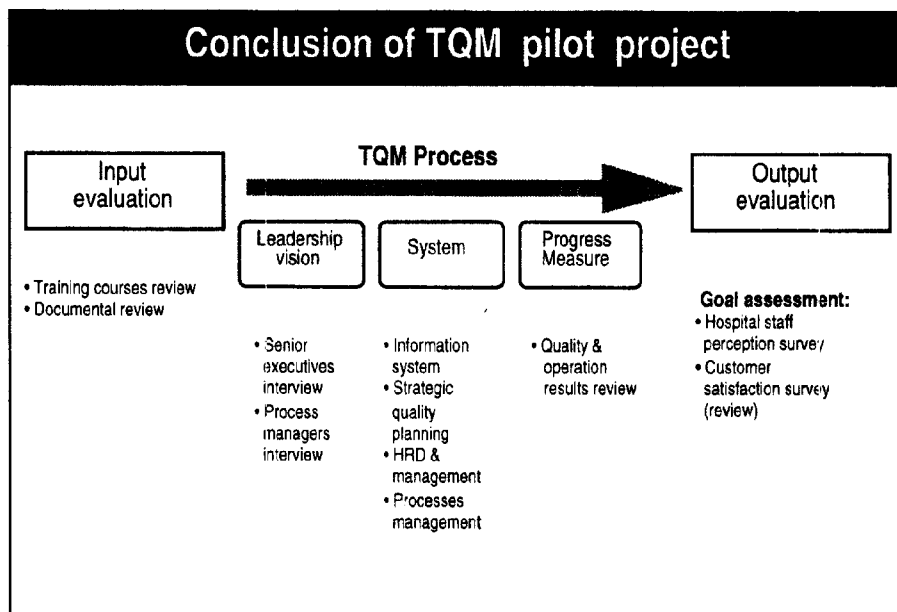
- 1). การที่เจ้าหน้าที่ทุกคนเห็นความสำคัญและร่วมมือ (35.6%)
- 2). ผู้บริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนอย่างจริงจัง (15.0%)
- 3). การฝึกอบรมให้เกิดความรู้ความเข้าใจเรื่อง TQM (7.4%)

Table 28. แสดงความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยสำคัญที่อาจทำให้โครงการ TQM ประสบความสำเร็จ ซึ่งจะพบว่า 3 อันดับแรกได้แก่

- 1). การที่เจ้าหน้าที่ไม่เห็นความสำคัญและไม่ร่วมมือ (29.8%)
- 2). ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญและไม่สนับสนุนอย่างจริงจัง (15.1%)
- 3). ไม่รู้ไม่เข้าใจเรื่อง TQM และขาดการฝึกอบรม (9.3%)

ส่วนที่ 6.

สรุปผลโครงการนำร่อง TQM



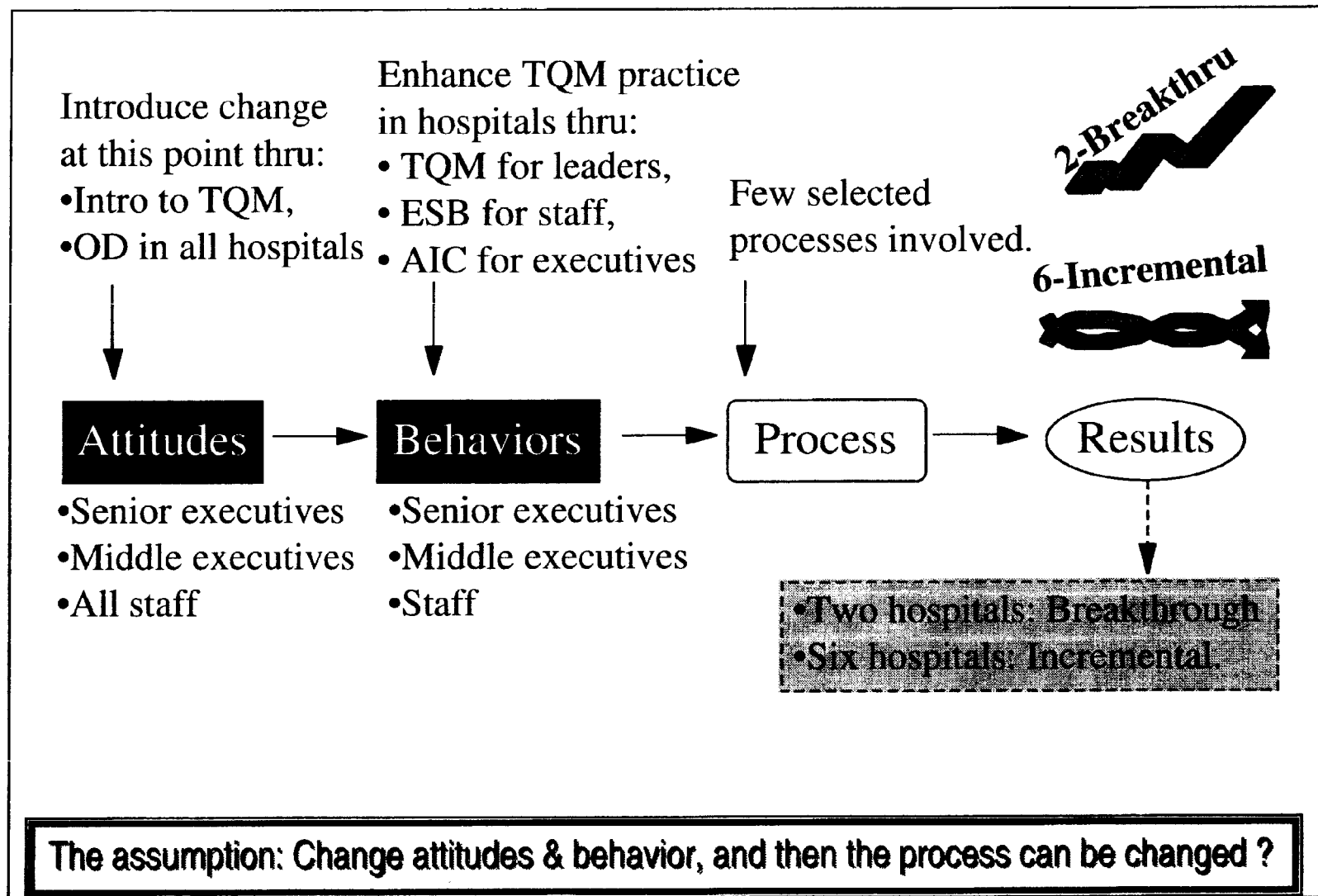


Figure 6. Depict of TQM pilot approach to change and results in 2536-38

สรุปปัจจัยที่มีนัยสำคัญในความแตกต่างที่อาจส่งผลต่อ ความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพบริการที่ต่างกัน ในการดำเนินการโครงการนำร่อง TQM

การสรุปผลในส่วนนี้เป็นการสรุปปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติในความแตกต่างที่อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกันในความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลรัฐกลุ่มก้าวหน้าเร็วและกลุ่มก้าวหน้าอย่างค่อยเป็นไป

1. ความมุ่งมั่นเป็นผู้นำ (Leadership commitment) ของผู้บริหารระดับสูงที่จริงจังอย่างต่อเนื่อง (continuity) แสดงตนเป็นผู้นำคุณภาพตัวอย่าง (leading by example) มีความเข้าใจและทัศนคติที่ดีใน TQM และสามารถสร้างเสริมการมีทีมผู้บริหารระดับที่มีความมุ่งมั่น ซึ่งมีความรู้ในวิธีการและเครื่องมือ TQM สามารถถ่ายทอดได้จะส่งผลให้มีความก้าวหน้ารวดเร็วขึ้น
2. ระบบข้อมูลและการวิเคราะห์ (Information & Analysis) สำคัญต่อการเริ่ม การตัดสินใจเลือกเรื่อง การขยายผลและการวัดผล การมีบุคลากรที่รู้วิธีวิเคราะห์และใช้เครื่องมือในการวัดผล ตลอดจนรู้วิธีนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์มากกว่า ส่งผลสำเร็จในการขยายผลเร็วกว่า
3. การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic planning) กระบวนการกำหนดทิศทาง นโยบายและแผนกลยุทธ์ เช่น AIC สร้างความมุ่งมั่นจากบุคคลากรและความชัดเจนในการยึดถือนโยบายพัฒนาคุณภาพเป็นหลักของโรงพยาบาลนำสู่แผนการปฏิบัติในทุกสายงานทุกกลุ่มงาน ส่งผลสำเร็จในความก้าวหน้ามากกว่า
4. การพัฒนาบุคลากรและการบริหาร (Human Resource Development & Management) การมีบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม TQM/CQI, AIC & QCC มากกว่าพบในกลุ่มโรงพยาบาลก้าวหน้าที่เร็วกว่า การได้รับการฝึกอบรม OD อย่างทั่วถึงและการได้รับการฝึกอบรม ESB ไม่แสดงนัยสำคัญในความแตกต่างระหว่างความก้าวหน้าของกลุ่มโรงพยาบาล TQM การสร้างเสริมผู้นำระดับกลางจนมีกลุ่มบุคลากรหรือทีมที่มีความรู้ในใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาที่แข่งขันมุ่งมั่นขยายผลและสามารถถ่ายทอดติดตามดูแลพบในกลุ่มก้าวหน้าเร็วกว่า

5. การบริหารการพัฒนากระบวนการ (Process management) การใช้นโยบายพัฒนาคุณภาพเป็นนโยบายหลัก การมอบหมายทุกสายงานทุกระดับมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การมีทีมผู้นำติดตามเป็นพี่เลี้ยง การประชุมเสนอผลความก้าวหน้าเป็นประจำ และการเน้นพัฒนากิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาลมากกว่ากิจกรรมสนับสนุนงานบริการและกิจกรรมด้านบริหาร พบว่ามีการดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่องในกลุ่มโรงพยาบาลก้าวหน้าเร็วกว่ากลุ่มโรงพยาบาลก้าวหน้าอย่างค่อยเป็นไป ส่งผลให้เกิดนัยสำคัญที่แตกต่างของความคิดเห็นระหว่างกลุ่มบุคลากรในโรงพยาบาลต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ

6. สมรรถนะในการสร้างผลงาน (Organizational Performance Resultst) การมีผลความพึงพอใจในบริการผู้ป่วยนอกโดยรวมที่เพิ่มขึ้นพบในโรงพยาบาลเกือบทุกแห่ง แต่การมีผลงานการพัฒนาคุณภาพในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องทางตรงกับผู้ป่วยและการวัดผลความพึงพอใจในกิจกรรมเฉพาะแผนกหรือหน่วยงานที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้รับบริการอย่างเป็นรูปธรรม พบได้มากกว่าในกลุ่มโรงพยาบาลก้าวหน้าเร็ว กลุ่มโรงพยาบาลก้าวหน้าค่อยเป็นไปส่วนใหญ่มีผลงานจำกัดในกิจกรรมสนับสนุนบริการและกิจกรรมเพื่อการบริหารงาน ผลกระทบต่ออนามัยชุมชนไม่สามารถสรุปผล

7.การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและมุ่งความพึงพอใจของผู้ป่วย (Focus on and Satisfaction of Patients) การมีกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรมและการวัดความพึงพอใจในกิจกรรมที่พัฒนาเฉพาะกระบวนการ พบมากกว่าในกลุ่มโรงพยาบาลก้าวหน้าเร็วได้มากกว่า การสำรวจผลความพึงพอใจลูกค้าภายในของแต่ละกระบวนการที่พัฒนายังไม่พบในทุกแห่ง เกณฑ์ในการเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการที่มีผู้ป่วยเป็นลูกค้าโดยตรงไม่พบอย่างชัดเจน การมุ่งขยายผลการพัฒนากระบวนการสู่ผู้ป่วยในพบในกลุ่มโรงพยาบาลก้าวหน้าเร็วและไม่พบในกลุ่มโรงพยาบาลก้าวหน้าอย่างค่อยเป็นไป ไม่พบการสำรวจทางการตลาดและการเปรียบเทียบความพึงพอใจหรือความนิยมกับหน่วยบริการทางการแพทย์อื่นๆในละแวกในทุกโรงพยาบาล

8. ความคิดเห็นส่วนใหญ่ของบุคลากร (จาก open-end question) ต่อปัจจัยที่น่าจะส่งผลให้ TQM ประสบความสำเร็จ 3 อันดับแรก ได้แก่

- 1.) การมีเจ้าหน้าที่ทุกคนเห็นความสำคัญและมีส่วนร่วม
- 2.) การมีผู้บริหารเห็นความสำคัญและสนับสนุนจริงจัง และ
- 3.) การฝึกอบรม TQM/CQI

ส่วนปัจจัยที่อาจส่งผลให้ประสบความสำเร็จได้แก่ 3 ประการดังกล่าวแต่ทิศทางกลับกัน

สรุปผลตามรูปแบบการดำเนินการโครงการนำร่องTQM

การสรุปผลในส่วนนี้เป็นการสรุปภาพรวมรูปแบบของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กรที่สามารถส่งผลกระทบที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องแก่ผู้รับบริการโดยถือผู้ป่วยเป็นสำคัญ ดังแสดงใน Figure 6.

1. รูปแบบในภาพรวม ปัจจัยนำเข้า (Initial input) เริ่มต้นด้วย การมุ่งสร้างทัศนคติที่ดี (attitudes approach) แก่ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลางทุกคน ด้วยการฝึกอบรมให้ความรู้ความเข้าใจแนวความคิด TQM/CQI

2. ปัจจัยนำเข้าของแต่ละโรงพยาบาล (Hospital input) เริ่มต้นด้วย การมุ่งสร้างทัศนคติที่ดี (attitudes approach) ในการทำงานแก่บุคลากรทุกคน ด้วยการฝึกอบรม OD

3. การสร้างเสริม (Enhancement) สู่พฤติกรรมที่ดีในการปฏิบัติ ด้วยการฝึกอบรมTQM/CQI & ESB แก่ผู้นำทีมพัฒนาคุณภาพบางกลุ่ม

4. การสร้างเสริม (Enhancement) วิสัยทัศน์ผู้นำ (leaders envisioning) แก่ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลาง ด้วยการจัดประชุมสัมมนา AIC

5. การเลือกกิจกรรมพัฒนากระบวนการนำร่อง (pilot process improvement) เริ่มจากสำเร็จง่าย ไม่พบเกณฑ์ชี้แนะการเลือกเรื่องในการขยายผลสู่การพัฒนากระบวนการบริการหลักของโรงพยาบาล (key services process improvement) ที่มีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยและไม่พบเกณฑ์ชี้วัดผลสำเร็จของผลงาน (Outcome indicators)

6. การเน้นความพึงพอใจของลูกค้าภายในหรือผู้ป่วย (Focus on customers or patients satisfaction) เก็บทุกแห่งมุ่งวัดความพึงพอใจบริการในภาพรวมจากผู้ป่วยนอก ไม่พบการสำรวจความพึงพอใจของลูกค้าภายในของกระบวนการ(internal customers satisfaction survey) ทั้งก่อนและหลังดำเนินการ พบรายงานการประเมินผลบรรยากาศการทำงานก่อนและหลังดำเนินโครงการในบางแห่ง

7. สรุปในภาพรวมรูปแบบเน้นการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมบริการ (Focus on attitudes and behavioral change) ซึ่งคาดว่าจะส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบและกระบวนการ(process change) และต่อผลงานการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล (Results or hospital outcomes) ในที่สุด

สรุปผลตามวัตถุประสงค์โครงการนำร่องTQM

การประเมินผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าโครงการนำร่องการดำเนินการพัฒนาคุณภาพด้วย TQM บรรลุวัตถุประสงค์ทั้ง 4 ประการของโครงการฯ ซึ่งสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. แนวความคิด TQM/CQI สามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลของรัฐได้ โดยมี 2 โรงพยาบาลประสบผลสำเร็จในการขยายผลภายในระยะเวลา 2 ปี และยังมีแนวโน้มในการพัฒนาคุณภาพต่อไปอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่อีก 6 โรงพยาบาลมีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพที่ส่งผลอย่างค่อยเป็นไปทั้งในช่วง 2 ปีของการดำเนินการโครงการฯ และ 1 ปีให้หลัง(ปลายพ.ศ. 2539)

2. โรงพยาบาลที่มีกลุ่มผู้บริหารระดับสูงและกลางเข้าใจแนวความคิด TQM/CQI และมีความมุ่งมั่นสูง ตลอดจนมีการให้การสนับสนุนอย่างจริงจังต่อเนื่อง มีโอกาสประสบความสำเร็จได้เร็วขึ้น

3. โรงพยาบาลที่มีบุคคลากรที่มีความเข้าใจแนวความคิด และสามารถใช้เครื่องมือพื้นฐานของ TQM/CQI มากกว่า มีโอกาสประสบผลสำเร็จในการขยายผลได้เร็วกว่า

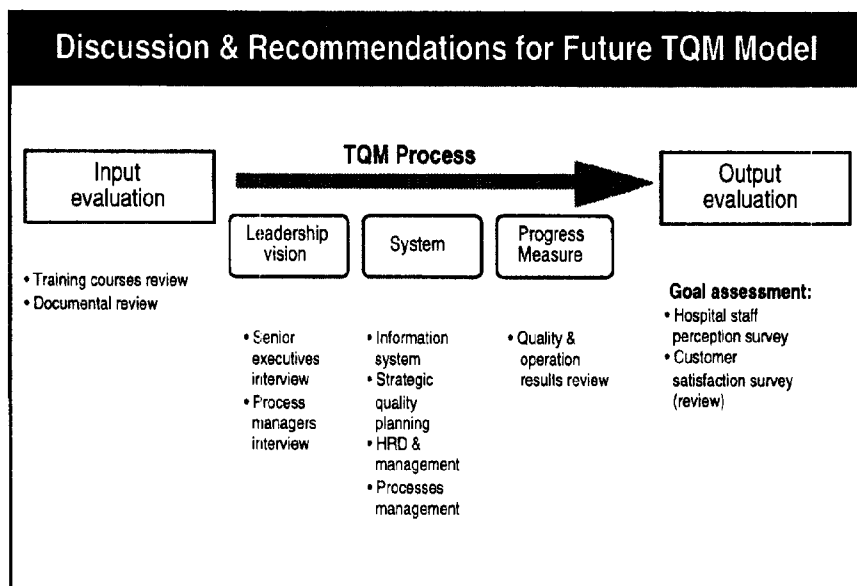
4. เกี่ยวกับการพัฒนาพลวัตและปฏิสัมพันธ์ระหว่าง ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ป่วยพบว่า

4.1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารและผู้ปฏิบัติดีขึ้นในโรงพยาบาลที่ประสบผลสำเร็จในการขยายผลเร็วกว่าในโรงพยาบาลที่ก้าวหน้าอย่างค่อยเป็นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในด้าน:

- ♦ การกำหนดนโยบายและแผนงานพัฒนาคุณภาพที่ชัดเจน(policy deployment)
- ♦ การมีการฝึกอบรมให้ความรู้ความเข้าใจและความสามารถสร้างทัศนคติที่ดีต่อ TQM/CQI (knowledge and attitudes on TQM)
- ♦ การจัดการอย่างระบบและพัฒนากระบวนการสื่อสารประสานงานและการสร้างบรรยากาศการทำงานเป็นทีม(systematic and process management)
- ♦ การมีผลงานดีเด่นจนได้รับรางวัล(hospital status) และ
- ♦ การมีผลงานของโรงพยาบาลและภาพพจน์ที่ดีขึ้น มีขั้นตอนในการทำงานและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงานดีขึ้น(hospital outcomes affected by TQM)

4.2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และผู้ป่วยนั้น บุคคลากรยังรู้สึกว่ามีขึ้นแตกต่างกันระหว่างกลุ่มโรงพยาบาลที่ประสบผลสำเร็จในการขยายผลเร็วและกลุ่มโรงพยาบาลที่ก้าวหน้าอย่างค่อยเป็นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 7. วิจารณ์และข้อเสนอแนะ เพื่อการขยายผลโครงการ *TQM*



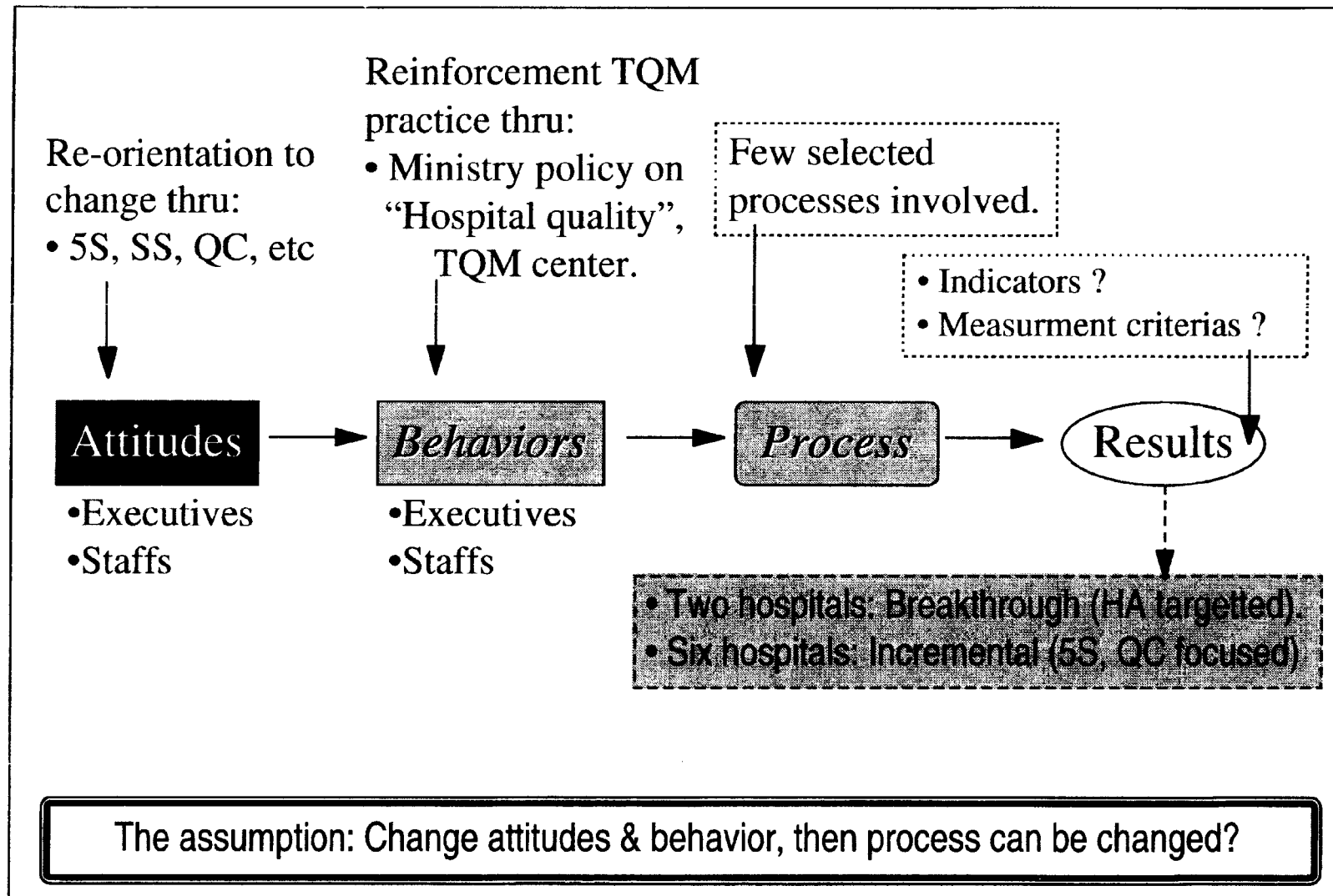


Figure 7. Post TQM program approach to change in 2539

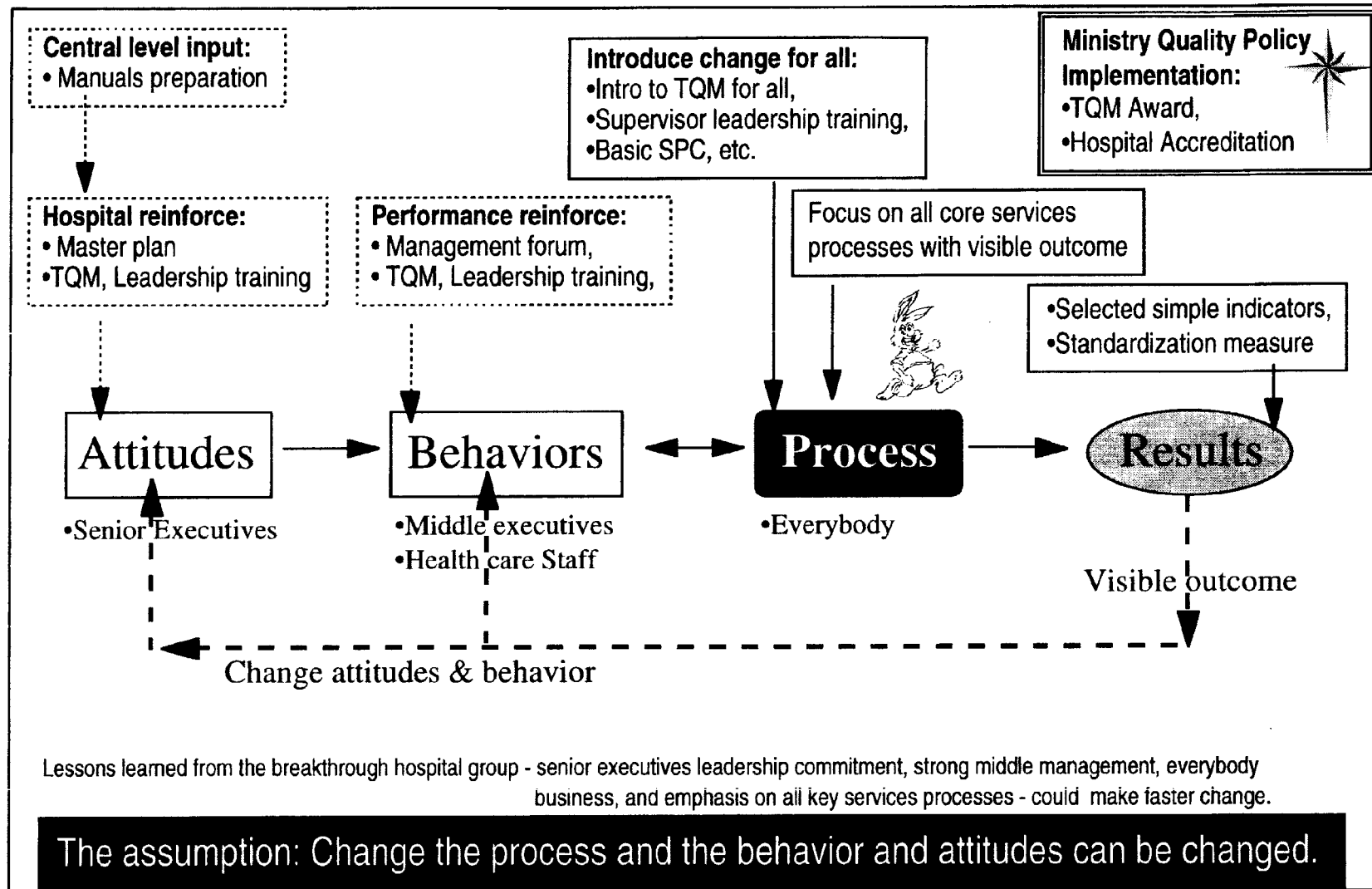


Figure 8. The model for future TQM approach to faster change

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ เพื่อการขยายผลโครงการนำร่อง TQM

วิจารณ์รูปแบบดำเนินการของโรงพยาบาลปีพ.ศ. 2539

ภายหลังจากสิ้นสุดกำหนดระยะเวลา 2 ปีของโครงการฯ รูปแบบการดำเนินการของโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลในกลุ่มก้าวหน้าเรายังคงมุ่งมั่นในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและขยายผลสู่สายงานบริการหลักด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในมากขึ้น ซึ่งมีเหตุผลอาจเป็นหนทางในการเข้าถึงกลุ่มแพทย์ได้ง่ายขึ้นโดยสามารถให้อยู่ในฐานะที่ปรึกษาโครงการย่อยก่อน มีการฝึกอบรม TQM/CQI แก่บุคคลากรเองและมีการประชุมเสนอผลงานสม่ำเสมอ มีแผนกลยุทธ์ที่ชัดเจนสู่การปฏิบัติเหมือนกัน ในการกระจายแนวคิดของ TQM/CQI ให้ทั่วถึง มีการประเมินผลงานและจัดกลุ่มคล้ายกัน ได้แก่ กิจกรรมที่ลุล่วง กิจกรรมที่ต้องติดตามกำกับ และกิจกรรมใหม่มุ่งขยายผลคร่อมสายงาน (cross-functional department process) โดยมีเป้าหมายได้รับการรับรองเป็นโรงพยาบาลคุณภาพ (Hospital accreditation) ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลก้าวหน้าอย่างค่อยเป็นไปได้มีการดำเนินการจัดตั้งศูนย์ ตามรูปแบบเสนอแนะของกองโรงพยาบาล มีการจัดทำแผนงานเป็นรูปธรรมในด้านแผนการฝึกอบรมที่ได้รับความนิยมได้แก่ การฝึกอบรม 5ส SS QCC และ Mini-QCC เนื่องจากเห็นว่าง่ายและขยายผลได้เร็ว แต่ยังคงเป็นการขยายผลในการพัฒนาคุณภาพของสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและการสนับสนุนบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอยู่เช่นเดิม

Figure 7. แสดงภาพรวมของรูปแบบดำเนินการในปีพ.ศ. 2539 ของโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งยังคงพยายามย่ำสร้างเสริม (reinforcement) ในการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลากรในโรงพยาบาล และแต่มีการขยายผลสู่กลุ่มงานหรือสายงานต่างๆมากขึ้น ส่วนผลงานโดยทั่วไปยังคงไม่มีการวัดผลความพึงพอใจของลูกค้าของกระบวนการอยู่เช่นเดิม การประเมินผลมองจำนวนของกิจกรรมมากกว่า ผลกระทบต่อผู้ป่วยในการดูแลรักษาพยาบาลและไม่เน้นการวัดผลความพึงพอใจของลูกค้าภายในและผู้ป่วยของกระบวนการที่ได้ถูกเลือกเลือกพัฒนาคุณภาพ

ข้อเสนอแนะรูปแบบใหม่ในการดำเนินการในอนาคต

Figure 8. แสดงภาพรวมของรูปแบบใหม่ดำเนินการในอนาคต โดย มุ่งเน้นการปรับปรุงกระบวนการในการพัฒนาคุณภาพบริการของทุกสายงานบริการหลักโดยเฉพาะด้านการดูแลรักษาพยาบาลทุกระดับให้มากที่สุด (Key services process first) โดยอาศัยบทเรียนจากการดำเนินการพัฒนาคุณภาพบริการของกลุ่มโรงพยาบาลก้าวหน้าเร็ว ซึ่งมุ่งขยายผลงานการพัฒนา

กระบวนการเป็นสำคัญ (Process center) และเกิดผลงานที่เป็นรูปธรรม (visible process outputs) เกิดความพึงพอใจจากการเห็นผลจากการกระทำได้ชัดเจน (behavior outputs) ส่งผลให้เกิดความภูมิใจและกำลังใจ (attitudes change) ในการดำเนินการต่อเนื่อง (continuous improvement) ในการพัฒนากระบวนการและผลงานต่อไปเป็นวงจรรายยั่งยืน (sustainable process improvement practice) โดยอาจดำเนินการดังต่อไปนี้

1. กำหนดแผนกลยุทธ์และกลวิธีในการดำเนินนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพให้ชัดเจน (Quality Policy Deployment) โดยกำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จของโรงพยาบาล เกณฑ์และวิธีการประเมินมาตรฐานเทียบเท่าระดับสากลทั้งในการประเมินตนเองและการสำรวจจากส่วนกลาง (Health Care Quality Criterias) และสร้างระบบการให้รางวัลโรงพยาบาลรัฐที่มีคุณภาพดีเด่นระดับประเทศ (TQM Award)

2. จัดหลักสูตร TQM/CQI ต่างระดับสำหรับผู้บริหารระดับสูง ระดับกลาง และระดับผู้นำทีมพัฒนาคุณภาพ ตลอดจนจัดทำคู่มือและเอกสารประกอบการฝึกอบรม

3. การสร้างเสริม (Enhancement) กระบวนการในการกำหนดแผนกลยุทธ์และการแปลงสู่แผนการปฏิบัติ ด้วยการฝึกอบรมหลักสูตร Strategic planning แก่ผู้บริหารระดับสูงและระดับกลาง

4. กำหนดวิธีการเลือกกิจกรรมพัฒนากระบวนการ (selection guide for process improvement) โดยเน้นการพัฒนากระบวนการบริการหลักในสายงานดูแลรักษาพยาบาลเป็นสำคัญ (key services process improvement) และควรมีการเชื่อมโยงแสดงผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย และกำหนดเกณฑ์ชี้วัดผลสำเร็จของผลงาน (Outcome indicators)

6. การเน้นความพึงพอใจของลูกค้าภายในและผู้ป่วย (Focus on internal customers and patients satisfaction) โดยมีการสำรวจความพึงพอใจของลูกค้าภายในและภายนอกของกระบวนการ (internal and external customers satisfaction survey) ทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ

7. สรุปในภาพรวมรูปแบบควรเน้นการเปลี่ยนแปลงของระบบและกระบวนการ (process change) ให้มากกว่าเน้นทัศนคติและพฤติกรรมบริการ (Focus on attitudes and behavior change) และมีการวัดคุณภาพของผลงานการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล (Results or hospital outcomes) ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน

REFERENCES

1. Blendon R,R. Leitman, I. Morrison, et al. "Satisfaction with Health System in Ten Nations,". *Health Affairs*, Vol. 9, No. 2, Summer 1990.
2. Scheiber, GJ; Poullier, JP; and Greenwald, LM. US health expenditure performance: An international comparison and data update. *Health Care Financing Review*, 13(4):1-87, 1992.
3. Starr, P. The Logic of Health-Care Reform: *Transforming American Medicine for Better*. Knoxville,TN: The Grand Rounds Press, 1992.
4. Enthoven, AC. The history and principles of managed competition. *Health Affairs*, 12(Suppl): 24-48, 1993.
5. Lathrop, JP. *Restructuring Health Care: The patient focused paradigm*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1993.1. Pestotnik SL, Classen DC, Evans RS, Burke JP. Implementing Antibiotic practice guidelines through computer-assisted decision support: clinical and financial outcomes. *Ann Intern Med* 1996;124:884-90.
6. นพ. สงวนนิตยรัมภ์พงศ์ ผู้จัดการรายวัน พุทธศักราชที่ 4 เมษายน 2539 หน้า 12
7. รายชื่อโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข กุมภาพันธ์ 2538
8. รายชื่อโรงพยาบาลภาคเอกชนทั่วประเทศ กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข กันยายน 2538
9. นพ. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ กรุงเทพธุรกิจรายวัน พุทธศักราชที่ 1 กุมภาพันธ์ 2539 หน้า 29
10. James Martin. *The Great Transition*, New York:Amacorn of AMA, 1995, p. 58-61.
11. Abramovitch, I. Beyond Kaizen. *Success*, Vol. 41,USA, Feb. 1994, p. 85-88.
12. Ho Samuel K. *TQM an integrated approach*. London:Kogan Page Limited, 1996 p. 1-5.
13. Tippet, Donald D; Waits, David A. Project management and TQM: Why aren't project managers coming on board?, *Industrial Management*, Vol: 36, Oct 1994, p. 12-15.
14. Berman, E.M.; West, J. P.; Milakovich, ME. Implementing TQM in the States. *Spectrum: The Journal of State Government*, Vol: 67, Spring 1994, p. 6-12.
15. Anschutz, Eric E. TQM- The Public Sector Challenge. *National Productivity Review*, Winter 1995/1996, p. 1-6.
16. Clinton, Bill. Putting People First. *Journal of Quality and Participation* , October-November 1992, p.10-12.
17. Koehler, J.W.; Pankowski, J.M. *Quality Government: Designing, Developing, and Implementing TQM*. Florida: St. Lucie Press, 1996, p.

18. Evans, J.R.& Lindsey, W.M. *The Management and Control of Quality*. Minneapolis: West Publishing Company, 1996, p. 122-23.
19. Sherer, Jill L. Hospital Question the return on their TQM investment. *Hospital & Health Networks*, Vol: 68, April 5, 1994, p. 63.
20. The Malcolm Baldrige National Quality Award, *1995 Health Care Pilot Criteria*, Gaithersburg: National Institute of standards and Technology, 1995.

ภาคผนวก

- ◆ แบบสำรวจปัจจัยสู่ความสำเร็จ
โดยประยุกต์ใช้เกณฑ์ The Baldrige Award
- ◆ แบบสำรวจความคิดเห็น TQM

General Assessment Form

Hospital: Project secretary: Tel. Date

	Number involved	Listing documents	Management note	Change note
1. CEO				
2. COO				
3. Information reports				
4. Training courses				
5. Hospital process management				
6. Organization Results				
7. Patient satisfaction survey				

CEO/COO Interview Form

Hospital name: CEO.....COO.....SECRET.....

	Clarity	Competency	Commitment	Creativity
1. Leadership (90)				
2. Information & analysis (75)				
3. Strategic Planning (55)				
4. HRD & management(140)				
5. Process management(140)				
6. Organization results(250)				
7. Patient satisfaction focus(250)				

Total score(1000).....

A/DR(0-5 rating)

Interview Summary Form

Hospital: 8 CEO.....COO.....SECRET.....
(Chief Executive Officer) (Chief Operation Officer)

	Hosp1	Hosp2	Hosp3	Hosp4	Hosp5	Hosp6	Hosp7	Hosp8
1. Leadership (90)	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....
2. Information & analysis (75)	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....
3. Strategic Planning (55)	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....
4. HRD & management(140)	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....
5. Process management(140)	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....
6. Organization results(250)	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....
7. Patient satisfaction focus(250)	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....	Score..... Rank.....

Total score(1000).....

A/DR(0-5 rating)

แบบสอบถามเกี่ยวกับโรงพยาบาลคุณภาพและTQM

โปรด วงกลมหรือขีดถูก ข้อที่ท่านเห็นว่าเหมาะสมที่สุด หรือ เติมคำในช่องว่าง

ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อโรงพยาบาล..... 2. เพศ. ____1). ชาย ____2). หญิง 3. อายุ.ปี 4. อายุการทำงานที่ร.พ.แห่งนี้.ปี
 5. สายวิชาชีพ. ____1). แพทย์ ____2). ทันตแพทย์ ____3).เภสัชกร ____4).พยาบาล ____5). อื่นๆ(ระบุ).....
 6. ตำแหน่งบริหาร. ____1). ผู้อำนวยการ ____2). รอง/ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่าย(ระบุ)..... ____3). หัวหน้ากลุ่มงาน(ระบุ).....

คำถามการพัฒนาคูณภาพงานโดยรวม(Total Quality Management-TQM)

(โปรดเลือก: 0 = ไม่ทราบ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = เฉยๆ 4 = เห็นด้วย 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

	โปรดระบุความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ					
7. ท่านเห็นด้วยกับการประกาศ <u>นโยบายพัฒนาคุณภาพ</u> ของกองโรงพยาบาลหรือไม่	0	1	2	3	4	5
8. โรงพยาบาลของท่าน มีนโยบายและได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพ อยู่ก่อนประกาศนโยบาย	0	1	2	3	4	5
9. ปัจจุบัน โรงพยาบาลของท่าน มีนโยบายและแผนงานพัฒนาคุณภาพงานชัดเจน	0	1	2	3	4	5
10. ท่านมีความรู้เกี่ยวกับ TQM ดี	0	1	2	3	4	5
11. ท่านเคยได้รับการฝึกอบรม TQM มาแล้ว	0	1	2	3	4	5
12. การวัดระดับการพัฒนาคุณภาพ ควรวัดจาก การพัฒนาระบบและขั้นตอนภายในองค์กร	0	1	2	3	4	5
13. คุณภาพขึ้นอยู่กับภาวะผู้นำของผู้บริหาร	0	1	2	3	4	5
14. คุณภาพทำให้เกิดความสิ้นเปลืองและเพิ่มต้นทุนต่อค่าบริการและผลิต	0	1	2	3	4	5
15. ผู้ที่จะกำหนดได้ว่าคุณภาพบริการที่ดีควรจะเป็นอย่างไรคือ แพทย์	0	1	2	3	4	5
16. จุดมุ่งหมายสำคัญของการพัฒนาคุณภาพคือ ใช้นักโยชคณิตศาสตร์ให้หมดไป	0	1	2	3	4	5
17. ผู้รับบริการควรเป็นผู้ตัดสินว่า คุณภาพบริการ ดีหรือไม่	0	1	2	3	4	5
18. สิ่งที่ได้รับบริการประทับใจหรือต่อว่า คือสิ่งสำคัญ และเป็นโอกาสของการพัฒนาคุณภาพ	0	1	2	3	4	5
19. การพัฒนาคุณภาพเป็นหน้าที่ของ ผู้บริหาร และคณะกรรมการมากกว่า	0	1	2	3	4	5
20. การพัฒนาคุณภาพ เป็นหน้าที่ ของทุกคนในองค์กร	0	1	2	3	4	5
21. การพัฒนาคุณภาพเป็นการเพิ่มงานและสิ้นเปลืองเวลา	0	1	2	3	4	5
22. รพ. ของท่านมีคุณภาพงานที่ดีกว่าเดิม	0	1	2	3	4	5
23. รพ. ของท่านมีการฝึกอบรมบุคลากรเสมอ	0	1	2	3	4	5
24. รพ. ของท่านมีการสื่อสารและประสานงานดี	0	1	2	3	4	5
25. รพ. ของท่านส่วนใหญ่ทำงานเป็นทีมดี	0	1	2	3	4	5
26. รพ. ของท่านมีบรรยากาศการทำงานที่ดี	0	1	2	3	4	5
27. รพ. ของท่านเป็นที่ชื่นชมของผู้ป่วยมาก	0	1	2	3	4	5
28. ท่านพอใจกับระบบบริหารงานรพ. แห่งนี้	0	1	2	3	4	5
29. รพ. ของท่านมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง อันเป็นผลจากโครงการTQM	0	1	2	3	4	5
30. รพ. ของท่านมีปัญหาสำคัญที่ต้องเร่งแก้ไขมากที่สุดได้แก่(โปรดระบุ)	0	1	2	3	4	5
31. ในระยะ 3 ปี ที่ผ่านมารพ.ของท่านมีผลงานดีเด่น(โปรดระบุ)	0	1	2	3	4	5
32. รพ. มีการวิเคราะห์ปัญหาและผลงานเสมอ	0	1	2	3	4	5

โปรด วงกลม ข้อที่ท่านเห็นว่าเหมาะสมที่สุด หรือ เติมค่าในช่องว่าง

คำถามการพัฒนาคุณภาพงานโดยองค์รวม(Total Quality Management-TQM)

(โปรดเลือก: 0 = ไม่ทราบ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = เฉยๆ 4 = เห็นด้วย 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง)

	โปรดระบุความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะ					
33. เห็นด้วยกับการนำTQMมาใช้ในรพ.ของรัฐ	0	1	2	3	4	5
34. TQM ช่วยมีผลดีต่อการรักษาพยาบาลมาก	0	1	2	3	4	5
35. TQM ทำให้ความสัมพันธ์ต่อเพื่อนร่วมงานดีขึ้น	0	1	2	3	4	5
36. TQM ทำให้มีแรงจูงใจในการทำงานสูงขึ้น	0	1	2	3	4	5
37. TQM ทำให้ขั้นตอนการทำงานในรพ.ดีขึ้น	0	1	2	3	4	5
38. TQM ทำให้ภาพพจน์และชื่อเสียงรพ.ดีขึ้น	0	1	2	3	4	5
39. TQM ทำให้รายได้ของรพ.มากขึ้น	0	1	2	3	4	5
40. TQM ทำให้ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยดีขึ้น	0	1	2	3	4	5

ท่านรู้จักหรือเคยเข้าร่วมการฝึกอบรมหรือไม่ ?	และท่านเห็นด้วยว่าสำคัญต่อผลสำเร็จของTQM					
41. ODรู้จักเคยเข้าร่วม	0	1	2	3	4	5
42. ESBรู้จักเคยเข้าร่วม	0	1	2	3	4	5
43. AICรู้จักเคยเข้าร่วม	0	1	2	3	4	5
44. QCCรู้จักเคยเข้าร่วม	0	1	2	3	4	5
45. TQMรู้จักเคยเข้าร่วม	0	1	2	3	4	5

ท่านเคยรู้จักหรือเคยใช้เครื่องมือวิเคราะห์เหล่านี้?	และท่านเห็นด้วยว่าสำคัญต่อผลสำเร็จของTQM					
46. Flow chartรู้จักเคยใช้	0	1	2	3	4	5
47. Cause-effect diagram						
.....รู้จักเคยใช้	0	1	2	3	4	5
48. Pareto chartรู้จักเคยใช้	0	1	2	3	4	5
49. Histogramรู้จักเคยใช้	0	1	2	3	4	5
50. Scattered diagramรู้จักเคยใช้	0	1	2	3	4	5
51. Run chartรู้จักเคยใช้	0	1	2	3	4	5
52. Control chartรู้จักเคยใช้	0	1	2	3	4	5

โปรดกรอกนามสกุล ชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง แผนก/กอง/กลุ่ม โดยไม่ต้องนำตัวอักษรย่อในรพ.มาใส่

53. ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ TQM ประสบผลสำเร็จได้แก่	56. ปัญหาที่ต้องการให้มีการช่วยเหลือปรับปรุงในโครงการTQM จากส่วนกลางได้แก่	59. หากท่านเป็นผู้บริหารและสามารถเริ่มโครงการTQM ได้ใหม่ ท่านจะเริ่มต้น ทำเป็นขั้นตอนอย่างไร
1.....	1.....	
2.....	2.....	
3.....	3.....	
54. ปัจจัยสำคัญที่อาจทำให้ TQM ประสบความสำเร็จเหลือได้แก่	57. เรื่องที่ต้องการศึกษาเพิ่มเติมมากที่สุดเกี่ยวกับ TQM ได้แก่	60. ท่านเคยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหรือไม่?ไม่เคยเคย(จำนวน.....กลุ่ม)
1.....	1.....	
2.....	2.....	
3.....	3.....	
55. ปัญหาที่ต้องการให้มีการปรับปรุงในโครงการTQM ของรพ.ได้แก่	58. โดยสรุป ท่านคิดว่า TQM คืออะไร	61. ข้อคิดเห็นอื่นๆ.....
1.....		
2.....		
3.....		
4.....		

คณะที่ปรึกษา

น.พ. สมศักดิ์ ชุณหรัศม์
น.พ.อนุวัฒน์ ศุภชติกุล
นางงามจิตต์ จันทรสาดิต

ผอ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
ผอ.โครงการดำเนินการ TQM
ผู้ประสานงานโครงการฯ

คณะผู้ดำเนินการศึกษาวิจัย

รศ. นพ. งามอาจ วิพุธศิริ
อจ. นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
นางมยุรี จิระวิศิษฐ์
นายวินิช โสภภาพล
น.ส.ขวัญใจ ชมพูทวีป
นางจินตนา ศรีวงษา
นายชัชวาล ประภาวิทย์
น.ส.นฤมล สิงห์ตง
น.ส.บุษบา เพ็ญสุวรรณ
น.ส.พัฒนมาศ มณีกาญจน์
น.ส.รัชยา เกียรติไกรวัลศิริ
นายวินัย มหมนต์เจริญ
น.ส.ศิริลักษณ์ อุพานิช
นายสุกฤษฎ์ พิมพ์ทอง
น.ส.จินตหรา ศิริครุฑ

ผู้วิจัยหลัก
ผู้วิจัยร่วม
ผู้วิจัยร่วม
นักวิจัย
นักวิจัย
นักวิจัย
นักวิจัย
นักวิจัย
นักวิจัย
นักวิจัย
นักวิจัย
นักวิจัย
นักวิจัย
นักวิจัย
นักวิจัย