

การประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล ปี 2543



นางวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม


คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2543

ISBN 974-130-905-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELF ASSESSMENT OF ADMINISTRATORS IN COMMUNITY HOSPITALS ON SERVICE QUALITY
IMPROVEMENT, 2000



Mrs. Wilailuk Ruangrattanatrai

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Community Medicine

Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2000

ISBN 974-130-905-8

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณ
ภาพบริการโรงพยาบาล ปี 2543
โดย นางวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย
ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์นายแพทย์องอาจ วิพุทธิศรี
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงทัศนีย์ นุชประยูร)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์องอาจ วิพุทธิศรี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ)

.....กรรมการ
(แพทย์หญิงทัศนีย์ เอ็มอมร)

วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย : การประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล ปี 2543 (SELF ASSESSMENT OF ADMINISTRATORS IN COMMUNITY HOSPITALS ON SERVICE QUALITY IMPROVEMENT, 2000) อ. ที่ปรึกษา : รศ.นพ.องอาจ วิพุทธศิริ, อ. ที่ปรึกษาร่วม : ผศ.สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์, 135 หน้า. ISBN 974-130-905-8.

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการด้วยตนเอง ทำการศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน 385 แห่งได้รับการตอบกลับร้อยละ 78.7 เก็บข้อมูลโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนหรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม เก็บข้อมูลในช่วงเดือน สิงหาคม-ธันวาคม 2543 สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ ค่าเฉลี่ย, ร้อยละ, Unpaired t-test และ One-way ANOVA

จากการศึกษาพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทน(46.2%) และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล(49.2%) โรงพยาบาลกว่าครึ่งหนึ่งมีขนาด 30 เตียง ตามกรอบอัตรากำลัง(61.7%) แต่เปิดดำเนินการจริงน้อยกว่า(47.2%) และเกือบครึ่งหนึ่งเปิดดำเนินการมาแล้ว 10-20 ปี(47.5%) เมื่อประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการ ทั้ง 6 ด้าน คะแนนเฉลี่ยเรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังนี้ ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(2.91) รองลงมาคือด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วย(2.84) ด้านการจัดบริการ(2.75) ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ(2.54) ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน (2.46) และด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร(2.31) เมื่อพิจารณาเป็นรายกิจกรรมพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในด้านการบริหาร บริการ การประเมินและการเข้าถึงชุมชน และการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (1.54-1.88) อีกทั้งยังพบว่า โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก(≤ 30 เตียง) มีการพัฒนาคุณภาพต่ำกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่(> 30 เตียง) ทุกด้านและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P < 0.05$) ยกเว้นด้านมาตรฐานวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วย เมื่อเปรียบเทียบตามที่ตั้งตามภาค พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการเท่านั้น ส่วนด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีการพัฒนาคุณภาพอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน แต่กิจกรรมที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร และแผนการประเมินการเข้าถึงชุมชนยังอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้มากขึ้น โดยเฉพาะปัจจัยสู่ความสำเร็จด้าน ความมุ่งมั่นของผู้นำ การพัฒนาคุณภาพบริการ และการมีส่วนร่วมของชุมชน

ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
สาขาวิชา เวชศาสตร์ชุมชน
ปีการศึกษา 2543

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

427 52554 30 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE

KEY WORD: COMMUNITY HOSPITAL / SERVICE QUALITY IMPROVEMENT / SELF ASSESSMENT

WILAILUK RUANGRATTANATRAI : SELF ASSESSMENT OF ADMINISTRATORS IN

COMMUNITY HOSPITALS ON SERVICE QUALITY IMPROVEMENT, 2000. THESIS ADVISOR

: ASSOC. PROF. DR. ONG-ARJ VIPUTSIRI, THESIS CO-ADVISOR : ASST. PROF. SOMRAT

LEARTMAHARIT, 135 pp. ISBN 974-130-905-8.

The objective of this study was to assess service quality improvement in Community Hospitals by self assessment approach. The samples were the directors of community hospitals. The study was conducted by mailing questionnaires to the directors of 385 community hospitals in Thailand. The study was conducted during August to December 2000. The response rate was 78.7%. Results were analyzed using mean, percentage, unpaired t-test, and One-way ANOVA.

The results of this study showed that the respondents were the directors of Community Hospital or representatives(46.2%) and executive committees(49.2%). More than half of the hospitals had 30 beds as in frame size(61.7%) but less in real size(47.2%). The self assessment questionnaires of the service quality improvement consisted of 6 dimensions. The mean score of health service, ethics of health professional and patient right, resources management, health service improvement, operational result and leadership commitment were 2.91, 2.84, 2.75, 2.54 and 2.46 and 2.31 respectively. In consideration of the key performance indicators; community participation in hospital's management and service, community assessment and accessibility to service delivery and total quality management mean scores were low (1.54-1.88). Further analyses found that small hospitals (≤ 30 beds) had less service quality improvement than large hospitals (>30 beds) in most dimensions and there were statistically significant difference (p-value <0.05) except ethics of health professional. There was only statistically significant difference (p-value <0.05) on health services improvement dimension by hospital location in the regions.

The study indicated that most Community Hospitals had improved service quality in medium level in all dimensions but the key operational activities such as community participation, total quality management, community assessment and accessibility to service delivery were at low level. Community Hospitals should be strengthened in all of the above mentioned particularly in the three key success factors as leadership commitment, continuous service quality improvement and community participation.

Department Preventive and Social Medicine

Field of study Community Medicine

Academic year 2000

Student's signature.....

Advisor' signature.....

Co-advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ ด้วยความช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจาก รองศาสตราจารย์นายแพทย์องอาจ วิพุทธศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สม รัตน์ เดิสมหาฤทธิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ศาสตราจารย์แพทย์หญิงทัศนีย์ นุชประยูร ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิริศิริณย์กุล ที่ได้ให้คำแนะนำ ประสิทธิภาพประสาทวิชาความรู้ และเป็นที่ยกย่องอย่างสม่ำเสมอมาโดยตลอด ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณ อย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิงทัศนีย์ เอมอมร ที่กรุณาสละเวลาเป็นกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลง กรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ให้วิชาความรู้ รวมทั้งคุณพ่อ คุณแม่ สามีและลูก ที่ให้กำลังใจมาโดย ตลอด

ขอขอบคุณ คุณทรงศนีย์ ไสรัจธรรมกุล คุณรังษิ์ เจริญวงศ์ระยับ และ เพื่อน ๆ ทุกคนที่ให้ความ เอื้อเฟื้อช่วยเหลือ

และขอขอบพระคุณ คุณสุพร ผดุงศุภไพล ฝ่ายวิชาการ กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงาน ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ที่สละเวลาเป็นที่ปรึกษา ให้ความสะดวกในการเก็บข้อมูลอย่างดี ยิ่ง รวมทั้งผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งที่กรุณาให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญแผนภูมิ	ฎ
บทที่	
1. บทนำ	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย	1
คำถามการวิจัย	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
สมมุติฐานการวิจัย	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย	4
ข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย	4
คำสำคัญ	4
คำนิยามเชิงปฏิบัติการ	4
ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	6
อุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นระหว่างการศึกษาและมาตรการแก้ไข	6
2. ทบทวนทฤษฎี และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	7
การพัฒนาคุณภาพ.....	7
คุณภาพบริการทางการแพทย์	8
วิวัฒนาการการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลในต่างประเทศ.....	8
วิวัฒนาการการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลในประเทศไทย.....	10
กิจกรรมและกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล.....	11
กิจกรรม 5 ส.....	11
การพัฒนาองค์กร (OD).....	12

สารบัญ (ต่อ)

บทที่

	หน้า
พฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ (ESB).....	13
การพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM).....	13
การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA).....	14
การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน ISO 9002	20
ระบบมาตรฐานสากลของประเทศไทยในด้านการจัดการการสัมฤทธิ์ผลงานภาครัฐ (PSO).....	28
Malcolm Baldrige National Quality Award.....	28
การประเมินผลการปฏิบัติงาน.....	29
การประเมินตนเอง (Self Assessment).....	30
โรงพยาบาลชุมชน.....	31
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	36
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	45
รูปแบบการวิจัย	45
ระเบียบวิธีวิจัย	45
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย	49
การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบประเมิน.....	49
การเก็บรวบรวมข้อมูล	49
การวิเคราะห์ข้อมูล	50
4. ผลการวิจัย	51
ส่วนที่ 1 ข้อมูลการตอบกลับแบบสอบถามและข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชน.....	51
ส่วนที่ 2 ประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน.....	54
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการพัฒนาคุณภาพตามขนาดโรงพยาบาล และตามภาคที่ตั้งของโรงพยาบาล.....	63
ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม.....	74

สารบัญ (ต่อ)

บทที่

	หน้า
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	78
สรุปผลการวิจัย	79
อภิปรายผล	86
ข้อเสนอแนะ	95
ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป	96
รายการอ้างอิง	97
ภาคผนวก.....	102
ภาคผนวก ก. แบบประเมินตนเองในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล.....	102
ข. แนวทางการให้คะแนนตามเกณฑ์ The malcom baldrige National Quality Award	114
ค. รายละเอียดที่โรงพยาบาลให้ข้อมูลเพิ่มเติม.....	118
ง. รายชื่อโรงพยาบาลชุมชนที่ตอบแบบสอบถาม	124
จ. วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	129
ฉ. รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจความถูกต้องของแบบสอบถาม.....	133
ประวัติผู้วิจัย	135

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 จำนวนบุคลากรเฉลี่ยจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2541.....	43
ตารางที่ 4.1 จำนวนและอัตราการตอบกลับแบบประเมินตนเองของโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล (ตามกรอบอัตรากำลัง).....	51
ตารางที่ 4.2 จำนวนและอัตราการตอบกลับแบบประเมินตนเองจำแนกตามที่ตั้งของโรงพยาบาล ชุมชน.....	52
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบประเมินตนเองในการพัฒนาคุณภาพบริการ โรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามสถานภาพ.....	52
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนตามกรอบอัตรากำลัง.....	53
ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนตามขนาดที่เปิดดำเนินการจริง.....	53
ตารางที่ 4.6 ร้อยละของโรงพยาบาลและคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองของผู้บริหาร โรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรายข้อคำถาม ด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร.....	55
ตารางที่ 4.7 ร้อยละของโรงพยาบาลและคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองของผู้บริหาร โรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรายข้อคำถาม ด้านการจัดการทรัพยากร.....	56
ตารางที่ 4.8 ร้อยละของโรงพยาบาลและคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองของผู้บริหาร โรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรายข้อคำถาม ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ.....	58
ตารางที่ 4.9 ร้อยละของโรงพยาบาลและคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองของผู้บริหาร โรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรายข้อคำถาม ด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วย.....	60
ตารางที่ 4.10 ร้อยละของโรงพยาบาลและคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองของผู้บริหาร โรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรายข้อคำถาม ด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วย.....	61
ตารางที่ 4.11 ร้อยละของโรงพยาบาลและค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินตนเองของผู้บริหาร โรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรายข้อคำถาม ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน.....	62

สารบัญตาราง (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน รายกิจกรรม จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ตามกรอบอัตรากำลัง	64
ตารางที่ 4.13 คะแนนเฉลี่ยรายด้านในการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนจำแนก ตามขนาดโรงพยาบาลตามกรอบอัตรากำลัง.....	69
ตารางที่ 4.14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านของการประเมินตนเองของผู้บริหาร โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก(10-30 เตียง) กับ ขนาดใหญ่ (60-120 เตียง) ตาม กรอบอัตรากำลัง.....	70
ตารางที่ 4.15 คะแนนเฉลี่ยรายด้านในการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนจำแนก ตามขนาดโรงพยาบาล ตามที่เปิดเผยการจริง.....	71
ตารางที่ 4.16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านของการประเมินตนเองของผู้บริหาร โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก(1-10)-(11-30) เตียง และ ขนาดใหญ่ (31-60)- (61-120) เตียงตามที่เปิดเผยการจริง.....	72
ตารางที่ 4.17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายด้านในการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาล ชุมชน จำแนกตามภาคที่ตั้งของโรงพยาบาล.....	73
ตารางที่ 4.18 จำนวน(ร้อยละ)ของโรงพยาบาลชุมชนที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะ พิเศษ/เอกลักษณ์/จุดเด่น ของโรงพยาบาลชุมชนที่ทำให้สามารถพัฒนาการให้ บริการดีขึ้นใน 4 อันดับแรก.....	74
ตารางที่ 4.19 จำนวน(ร้อยละ)ของโรงพยาบาลชุมชนที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อด้อย หรือ จุดอ่อน หรือขีดจำกัดของโรงพยาบาลที่ทำให้ไม่สามารถพัฒนาโรงพยาบาลไปได้ดี เท่าที่ควรใน 6 อันดับแรก.....	75
ตารางที่ 4.20 จำนวน(ร้อยละ)ของโรงพยาบาลชุมชนที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา เร่งด่วนของโรงพยาบาลที่ต้องรีบแก้ไขใน 7 อันดับแรก.....	76
ตารางที่ 4.21 จำนวน(ร้อยละ)ของโรงพยาบาลชุมชนที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางแก้ไข ปัญหาเร่งด่วนของโรงพยาบาลใน 6 อันดับแรก.....	77

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
แผนภูมิที่ 3.1 แสดงวิธีการสุ่มตัวอย่าง.....	46



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย (Background and Rationale)

กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานรัฐที่มีหน้าที่ให้บริการแก่ประชาชนทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ได้ดำเนินการโครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข ส่งเสริมสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน สามารถบริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ซึ่งตามประกาศของรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ พ.ศ. 2540 ที่แสดงเจตนารมณ์ไว้อย่างชัดเจนว่า การได้รับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานเป็นสิทธิของประชาชนที่ควรจะได้รับเสมอภาคกัน (equity) การบริการที่มีคุณภาพ (good quality) มีประสิทธิภาพ (efficiency) โดยเสียค่าใช้จ่ายตามความสามารถที่จะจ่ายได้ รวมทั้งส่งเสริมให้องค์กรปกครองท้องถิ่นและประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดความต้องการของชุมชน การบริหาร การจัดบริการ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลร่วมกัน

ปัจจุบันสถานพยาบาลของรัฐมีมาตรฐานการรักษาพยาบาล คุณภาพของการบริการที่แตกต่างกัน และไม่สามารถสนองต่อความต้องการของประชาชน อีกทั้งความคาดหวังในการรับบริการจากสถานพยาบาลของผู้รับบริการในปัจจุบันสูงขึ้นเห็นได้จากการศึกษาของ Sara Bennett and Viroj Tangcharoensathien: 1994 (อ้างถึงในการสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541)¹ พบว่าสิ่งที่ผู้ใช้บริการไม่พอใจมากที่สุด ในโรงพยาบาลรัฐคือ กริยาท่าทาง ความไม่รวดเร็ว และการบริหาร ร้อยละ 68.7, 44.8, 16.7 ตามลำดับ และอัตราการร้องเรียนที่เข้าสู่การพิจารณาของแพทยสภา มีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 13.68 ราย/แพทย์ 10,000 คน ในปี 2521-2523 เป็น 39.61 ราย/แพทย์ 10,000 คน ในปี 2539-2541 (การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541, 284)

นอกจากนี้ระบบสาธารณสุขของไทย ยังประสบปัญหาความไม่เท่าเทียมกันในการรับบริการสาธารณสุขระหว่างเขตเมืองและชนบทในหลาย ๆ ด้าน¹ อาทิการกระจายทรัพยากรสาธารณสุข เห็นได้จากอัตราส่วนเตียงต่อประชากร (พ.ศ. 2540) ในกรุงเทพมหานคร 1 : 205 และมีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 720 คน ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อัตราส่วนเตียงต่อประชากร 1 : 813 และแพทย์ 1 คนต่อประชากร 9,951 คน ประชาชนในเขตเมืองมีโอกาสเข้าถึงสถานพยาบาลที่มีแพทย์ถึงร้อยละ 81 ในขณะที่ประชาชนในเขตชนบท มีโอกาสเข้าถึงสถานพยาบาลที่มีแพทย์เพียงร้อยละ 47.3 เท่านั้น การพึ่งตนเองโดยการซื้อยาจากร้านขายยาหรือการรักษาตนเองในเขตชนบทยังสูงกว่าเขตเมืองเกือบเท่าตัวและอัตราตายของทารกในเขตชนบทมากกว่าในเขตเทศบาลถึง 8.5 เท่าและมีแนวโน้มสูงขึ้น

การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับประชาชนในเขตชนบท เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในอำเภอ มีอัตราการครอบคลุมของโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอในปัจจุบัน² ร้อยละ 90.24 มีแพทย์ผู้ชำนาญการเป็นหัวหน้างาน และตั้งอยู่ในจุดยุทธศาสตร์ที่สำคัญต่อการพัฒนาชนบท เป็นจุดพบกันระหว่างแพทย์และชุมชน

ในการให้บริการสาธารณสุขเบื้องต้น(primary care) และเป็นจุดเชื่อมระหว่างเมืองและชนบท รวมทั้งมีหน้าที่รับผิดชอบในการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน และให้บริการสาธารณสุขมูลฐานจนถึงบริการสาธารณสุขระดับกลาง(Secondary medical care) หากโรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพ มาตรฐานเท่าเทียมกันหรือใกล้เคียงกันจะสามารถให้บริการแก่ประชาชนในเขตชนบทได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนในชนบทดีขึ้น

ปัจจุบันการพัฒนาคุณภาพบริการมีหลายรูปแบบ เช่น พบส., การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(Hospital Accreditation) การรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลตามระบบ ISO, ระบบมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการสัมฤทธิ์ผลของงานภาครัฐ (PSO) โดยโรงพยาบาลสามารถเลือกใช้รูปแบบในการพัฒนาคุณภาพตามความสมัครใจ และตามความพร้อมของแต่ละโรงพยาบาลทำให้การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันและหลากหลาย โรงพยาบาลบางแห่งมีศักยภาพและความพร้อมจนสามารถผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน แต่ในขณะที่บางแห่งยังไม่มีการพัฒนาคุณภาพ ประกอบกับในร่างแผนพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9³(พ.ศ. 2545-2549) มีเป้าประสงค์ที่จะพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล โดยกำหนดให้มีการจัดตั้งองค์กรรับผิดชอบการพัฒนาและควบคุมกำกับคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาลระดับประเทศ มีระบบคุณภาพมาตรฐานของสถานพยาบาลในแต่ละระดับ โดยมุ่งเน้นระบบคุณภาพที่พัฒนาขึ้นในประเทศไทย และทัดเทียมกับมาตรฐานสากล และสถานพยาบาลของรัฐและเอกชนทุกแห่งได้มาตรฐานภายในปี พ.ศ. 2549 การประเมินคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ทราบถึง ระดับการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนในปัจจุบัน ซึ่งจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาปรับปรุงให้การสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและโรงพยาบาลชุมชน ที่ผ่านมามีการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลชุมชนในหลายรูปแบบและเฉพาะด้าน เช่น การประกวดโรงพยาบาลชุมชนดีเด่นในระดับจังหวัด ระดับเขต การประกวดโรงพยาบาลชุมชนในระดับเขตทั้ง 12 เขตทั่วประเทศโดยกองสาธารณสุขภูมิภาคร่วมกับกองการพยาบาลใน พ.ศ. 2538 โดยเน้นกิจกรรมทางด้านการพยาบาล และใช้วิธีการประเมินภายนอกโดยคณะกรรมการจากองค์กรภายนอกโรงพยาบาล แต่ยังไม่เคยมีการประเมินคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนในภาพรวมทุกด้านมาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในครั้งนี้

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้วิธีการประเมินตนเองโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือจากมติของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชน (self assessment) ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินการพัฒนาคุณภาพเบื้องต้นที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลกในองค์กรในภาคธุรกิจ^{4,5} เช่น ISO 9000, Japanese Deming Prize, American Malcome Baldrige National Quality Award (MBNQA), และ European Quality Award, และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

ในมุมมองของผู้ให้บริการ ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยเกณฑ์การประเมินที่ใช้ได้ประยุกต์มาจาก การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ISO 9002 สำหรับโรงพยาบาล และ The Malcolm baldrige Award ซึ่งได้ประยุกต์ให้เข้ากับหน้าที่ ขอบเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน โดยผู้วิจัยจัดส่งแบบประเมินตนเองไปให้ผู้บริหารหรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ประเมินคุณภาพบริการของโรงพยาบาลของตนเองในปัจจุบัน ซึ่งจะทำให้ทราบถึงระดับการพัฒนาคุณภาพของการดำเนินงานในด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาของผู้บริหาร ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร กระบวนการและการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ การรักษามาตรฐานวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วย กระบวนการพัฒนาคุณภาพ และผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนในทุกด้าน และจะเป็นข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการให้บริการที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพประสิทธิภาพสูงสุด ต่อผู้รับบริการ ชุมชน ประชาชน

คำถามในการวิจัย (Research Question)

- 1.1 คุณภาพบริการของโรงพยาบาลที่ผู้บริหารโรงพยาบาลประเมินตนเองเป็นอย่างไร
- 1.2 มีความแตกต่างในการพัฒนาคุณภาพบริการระหว่างโรงพยาบาลขนาดต่าง ๆ หรือไม่
- 1.3 มีความแตกต่างในการพัฒนาคุณภาพบริการระหว่างโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในภาคต่าง ๆ หรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษา “การพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน” ในปัจจุบันโดยใช้แบบประเมินตนเอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

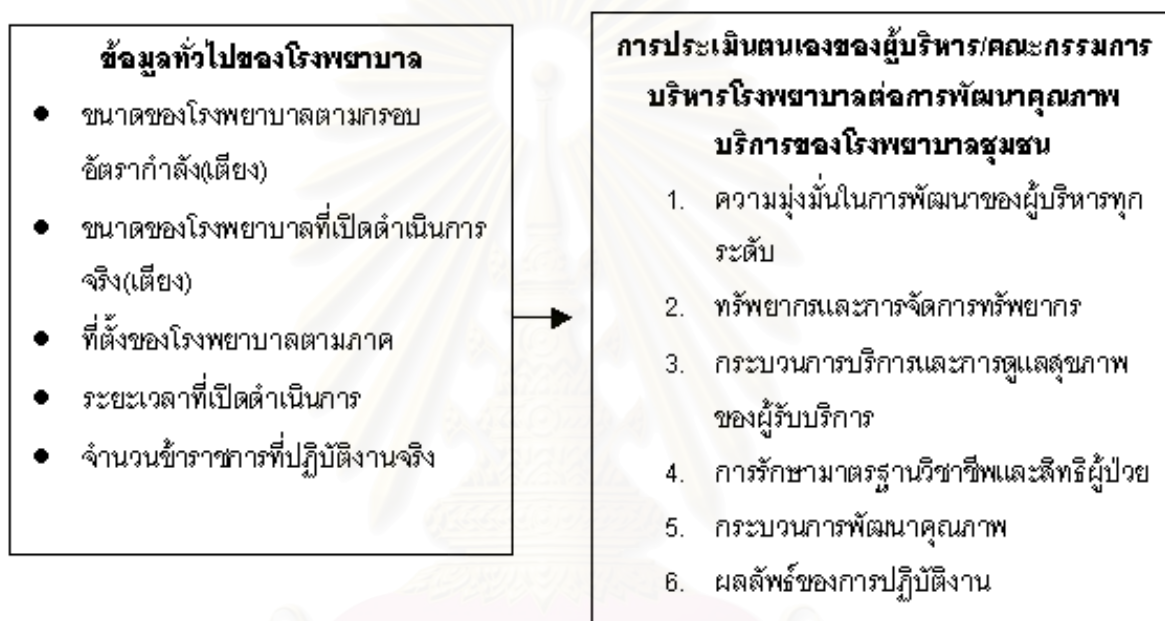
1. เพื่อศึกษาความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในด้านการบริหารทรัพยากร กระบวนการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ การรักษามาตรฐานวิชาชีพของผู้ให้บริการ การรักษาสีทธิผู้ป่วย และกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ
3. เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน
4. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล เช่น ระยะเวลาที่เปิดดำเนินการ จำนวนข้าราชการที่ปฏิบัติงานจริง ขนาดจำนวนเตียงของโรงพยาบาล

สมมุติฐานของการวิจัย (Hypothesis)

1. การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน แตกต่างกันตามขนาดของโรงพยาบาล
2. การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน แตกต่างกันตามที่ตั้งตามภาคของ โรงพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

แผนภูมิที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย



ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumptions)

คะแนนการประเมิน (0-5) ซึ่งเป็น ordinal scale จะพิจารณาตัวแปรว่ามีอันตรภาคแต่ ละ อันตรภาคเท่ากัน (equal interval) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลนี้เป็น interval scale ต่อไป

คำสำคัญ (Key words)

Community Hospital, Service Quality Improvement, Self Assessment

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition)

1. โรงพยาบาลชุมชน⁶ หมายถึง สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาภายในตั้งแต่ 10-120 เตียง(ไม่เกิน150) ประจำชุมชนระดับอำเภอ เป็นศูนย์บริการและวิชาการทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การปรับปรุงสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อมชุมชน และการฟื้นฟูสภาพในระดับอำเภอ และมีหน้าที่เสมือนหนึ่งเป็นสถานีอนามัยประจำตำบลที่ตั้งโรงพยาบาล หรือในเขตพื้นที่บริเวณที่ตั้งโรงพยาบาลซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณ

หนึ่งหมื่นคน เป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นหัวหน้าหน่วยงาน และอยู่ในสายการสนับสนุนทรัพยากรของกองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชนมีทั้งหมด 712 แห่ง จำแนกเป็น โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง 102 แห่ง 30 เตียง 422 แห่ง 60 เตียง 125 แห่ง 90 เตียง 52 แห่ง 120 เตียง 11 แห่ง กระจายตามภาคต่าง ๆ ดังนี้

ขนาดโรงพยาบาล (เตียง)	กลาง	ตะวันออก เฉียงเหนือ	เหนือ	ใต้	รวม
120	5	4	1	1	11
90	15	21	13	3	52
60	32	53	26	14	125
30	95	153	103	71	422
10	25	24	15	38	102
รวม	173	255	158	128	712

2. ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน หมายถึง ผู้อำนวยการ หรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชน คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชนถือว่าเป็นองค์กรที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน มีหน้าที่เป็นคณะที่ปรึกษาและสนับสนุนผู้อำนวยการในเรื่อง กำหนดทิศทางเป้าหมายในการพัฒนาโรงพยาบาล พิจารณาจัดทำแผน จัดสรรทรัพยากร ควบคุม กำกับ วิเคราะห์และประเมินผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาล จัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ มอบหมายงาน ประสานงาน เสริมสร้างขวัญ กำลังใจ เสนอหลักเกณฑ์การพิจารณาความดีความชอบเจ้าหน้าที่ เสนอความเห็นเกี่ยวกับกฎ ระเบียบ และข้อบังคับ ที่ใช้ในโรงพยาบาลตามความเหมาะสม ทั้งนี้ต้องไม่ขัดต่อระเบียบข้อบังคับ มติคณะรัฐมนตรีและหนังสือสั่งการต่างๆ ของราชการ หาแนวทางรวมทั้งพิจารณาคัดเลือกคณะกรรมการ คณะทำงานเพื่อปฏิบัติงานเฉพาะกิจของโรงพยาบาล ฯลฯ ตามที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมอบหมาย

การพัฒนาคุณภาพบริการ หมายถึงการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน
ใน 6 ด้าน คือ

1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาของผู้บริหารทุกระดับ คือ การกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนาคุณภาพการบริการเพื่อชุมชน และการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ
2. ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร คือ การจัดการทรัพยากรทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และระบบสารสนเทศ
3. กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ คือ การดูแลสุขภาพแบบตั้งรับในโรงพยาบาล แบบเชิงรุกสู่ชุมชนและการสนับสนุนบริการเฉพาะด้าน

4. การรักษามาตรฐานวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วย คือการรักษามาตรฐานวิชาชีพของแพทย์ พยาบาล การทำตามประกาศสิทธิผู้ป่วยและการรักษาจริยธรรมวิชาชีพ

5. กระบวนการพัฒนาคุณภาพ คือ ระบบการจัดการความเสี่ยง การประกันคุณภาพบริการ และการปรับปรุงคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

6. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน คือ ผลการประเมินคุณภาพบริการ ประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการของประชาชน ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย รวมทั้งการประเมินความนิยมของชุมชนต่อโรงพยาบาล

4. การประเมินตนเอง(Self Assessment) หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยผู้อำนวยการหรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย หรือโดยมติของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ตามแบบประเมินที่ผู้วิจัยส่งให้

ผลหรือประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expectation Benefit and Application)

1. สร้างความตื่นตัวให้โรงพยาบาลชุมชนมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องและให้บริการที่ได้มาตรฐาน และมีการทำงานเป็นทีมทั้งกับบุคลากรในโรงพยาบาลกับชุมชนและกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งคำนึงถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการและผลประโยชน์ของประชาชนเป็นหลัก

2. กระตุ้นให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทำให้ประชาชนในสวนภูมิภาค ได้รับบริการจากสถานพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐานเดียวกันและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

3. เป็นข้อเสนอแนะสำหรับกระทรวงสาธารณสุข ในการพิจารณาให้การสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลชุมชน

4. เพื่อให้กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล มีความตื่นตัวในการประเมินคุณภาพโดยวิธีการประเมินตนเองเพิ่มขึ้น

5.

อุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นระหว่างการศึกษาและมาตรการแก้ไข (Obstacle and Strategies to Solve the Problem)

แบบสอบถามอาจจะมีการตอบกลับต่ำ ป้องกันโดยขอความร่วมมือกับกองสาธารณสุขภูมิภาคในการส่งแบบสอบถามอย่างเป็นทางการ ทำหนังสือติดตามหลังจากส่งออกไปแล้ว 2 ครั้งรวมทั้งโทรศัพท์ติดตามเป็นระยะ

บทที่ 2

การทบทวนทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง (Review of the Related Literatures)

การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ในการให้บริการที่มีคุณภาพ และประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้รับบริการ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการทางการแพทย์ กิจกรรมและกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ
2. การพัฒนาและรับรองคุณภาพบริการของโรงพยาบาล
3. บทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน
4. การศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาคุณภาพ

ในต่างประเทศ มีผู้ให้ความหมายของคุณภาพไว้ ดังนี้

W. Edward Deming (1986)⁷ Quality is “the meeting of customer’s needs”

Philip B. Crosby (1986)⁷ Quality is “conformance to requirements”

Joseph M. Juran (1988)⁷ Quality means “fit for use” ; “product (goods & services) satisfaction” ; freedom from deficiencies”.

Canadian Council on Health Facilities Accreditation (CCHA) อ้างในจิรัฐม ศิริรัตนบัลล์ และคณะ⁸ ให้ความหมายว่า ระดับของการจัดการที่ทำให้กับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มผลดีเหมาะสมกับความ ต้องการ โดยลดผลที่ผู้ป่วยไม่ต้องการ

ในประเทศไทยมีผู้ให้ความหมายของคุณภาพไว้ ดังนี้

องอาจ วิพุทธศิริ⁷ คุณภาพต้องสนองตอบความต้องการของผู้รับบริการอย่างเต็มที่และราคาถูก

สุวรรณณี แสงมหาชัย⁹ ความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการหรือลูกค้าที่มีต่อผลงาน สินค้าและบริการ

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล¹⁰ ภาวะที่เป็นคุณประโยชน์ต่อผู้ใช้

สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล⁸ ให้ความหมายว่า เป็นการทำตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อแก้ปัญหาและตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและลูกค้า

คุณภาพบริการทางการแพทย์

บริการเป็นการปฏิบัติ หรือการดำเนินการที่คนกลุ่มหนึ่งจะเสนอให้คนอีกกลุ่มหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการ บริการมีคุณสมบัติที่แตกต่างจากสินค้า 4 ประการคือ 1. บริการไม่มีตัวตน 2. บริการมีความหลากหลายในตัวเอง 3. บริการไม่สามารถถูกแบ่งแยกได้ 4. บริการไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ และบริการทางการแพทย์จัดเป็นการบริการรูปแบบหนึ่งที่ไม่ใช่สินค้า¹¹ โดยมีแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ต่าง ๆ หรือสถานพยาบาล โรงพยาบาลเป็นผู้ให้บริการ และนอกจากนี้บริการทางการแพทย์ยังมีลักษณะพิเศษอีกประการหนึ่งคือ บริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่ถูกกำหนดโดยผู้ให้บริการ เนื่องมาจากผู้รับบริการยังไม่รับรู้ถึงปัญหา รวมทั้งความต้องการด้านสุขภาพที่แท้จริงของตนเอง หรือมีความรู้ไม่พอที่จะระบุชนิดและประเภทบริการที่จำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้ บทบาทของผู้ให้บริการทางการแพทย์จะเป็นผู้วางมาตรฐาน และประเมินว่าบริการนั้นเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์⁸ กล่าวว่าคุณภาพบริการทางการแพทย์ เป็นคุณลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสมปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ส่วนผู้ที่ตัดสินใจว่าบริการทางการแพทย์นั้น ๆ มีคุณภาพหรือไม่ ควรจะเป็นผู้รับบริการหรือผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของ สมเกียรติ โภชสิทธิ์¹² ที่กล่าวไว้ว่ากระบวนการจัดการเรื่องคุณภาพการรักษาพยาบาลอาจเน้นจากมุมมองของผู้ให้บริการ(provider-oriented) หรือเน้นระบบการให้บริการ(system-oriented) จะเป็นการเปรียบเทียบองค์ความรู้ที่มีอยู่ในเรื่องนั้น ๆ กับการปฏิบัติจริง กระบวนทัศน์อีกด้านหนึ่ง อาจเน้นลูกค้าหรือผู้ได้รับผลงาน(customer) กระบวนทัศน์ด้านใดด้านหนึ่งจะไม่ครบถ้วนจำเป็นต้องมีการถ่วงดุลทั้งสองด้าน

ผู้วิจัยพอจะสรุปได้ว่า คุณภาพบริการทางการแพทย์ประกอบด้วย 2 มุมมองคือ 1. ในมุมมองของผู้ให้บริการ ซึ่งหมายถึงคุณภาพบริการที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสมปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ 2. ในมุมมองของผู้ใช้บริการ ซึ่งหมายถึงความพึงพอใจ ความต้องการ ความคาดหวังต่อคุณภาพบริการที่ได้รับ การวิจัยครั้งนี้ประเมินคุณภาพบริการโรงพยาบาลในมุมมองของผู้ให้บริการ

วิวัฒนาการการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลในต่างประเทศ¹³ แบ่งเป็น 3 ยุคคือ

ยุคเริ่มต้น Nightingale, Codman และวิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกา Nightingale ได้สังเกตเห็นความแตกต่างของผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลต่าง ๆ ในกรุงลอนดอน ค.ศ. 1863 เธอเรียกร้องให้มีการตรวจสอบอย่างเป็นระบบว่ามีกระบวนการดูแลที่เกี่ยวข้องกับความแตกต่างนี้อย่างไร Earnest Armory Codman เป็นศัลยแพทย์อยู่ใน Boston ในช่วงคริสต์ศตวรรษที่ 20 เข้าได้สังเกตเห็นความแตกต่างดังกล่าวเช่นเดียวกัน และได้สร้างระบบ end result มาใช้ทบทวนการทำงานของตนเอง

ด้วยการเก็บบันทึก การผ่าตัดทุกรายและผลลัพธ์ของการผ่าตัดนั้นนำมาทบทวนหลังจากผ่าตัดไปแล้ว 1 ปี และเรียกร้องให้มีกระบวนการประเมินอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพ วิทยาลัยศัลยแพทย์อเมริกา ค.ศ. 1914 รับเอาระบบ end result เข้าไปเป็นข้อบังคับสำหรับการสมัครเข้าเป็นสมาชิกภาพ ต่อมา Codman ได้เป็นประธานกรรมการมาตรฐานโรงพยาบาล และออกมาตรฐานขั้นต่ำชุดแรก

ยุคที่สอง การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) ของ JCAHO มาตรฐานสำคัญสำหรับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) ได้มีการพัฒนาอย่างช้า ๆ ในช่วงทศวรรษ 1950 ในช่วงต้นเน้นที่โครงสร้างและกระบวนการ โดยมีแนวคิดที่ว่าโครงสร้างและกระบวนการของการจัดบริการเป็นปัจจัยสำคัญต่อผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพ ต่อมาได้มีความพยายามที่จะประเมินผลลัพธ์ของบริการโดยตรง ซึ่งมีวิธีการคู่กันมา 2 แนวทางคือ 1. การทบทวนย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยบางประเภทโดยอาศัยเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นมาอย่างชัดเจน 2. การเฝ้าระวังโรคไปข้างหน้าอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยหลักการทางระบาดวิทยาสำหรับโรคติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล ยุคของการทบทวนการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์และข้อมูล เป็นการที่โรงพยาบาลกำหนดเกณฑ์ด้านโครงสร้าง กระบวนการ ผลลัพธ์ เป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับไว้ประเมินความเพียงพอของการดูแลผู้ป่วยโดยการทบทวนเวชระเบียน เน้นการสรุปข้อมูลในภาพรวมมากกว่าการตรวจสอบเฉพาะรายผู้ป่วย การกำหนดเกณฑ์ไว้ล่วงหน้าทำให้มีการใช้ข้อมูลที่เป็น objective มากขึ้นกว่าเดิมที่ใช้ความรู้สึกในการทบทวนประเมิน การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งผลให้เกิดวิธีการทางระบาดวิทยาที่ใช้ในการประเมินคุณภาพ การติดตามประเมินผล (Monitoring and Evaluation) ในทศวรรษ 1980 มีการประสานจุดแข็งของแนวคิดการตรวจสอบตามเกณฑ์ และการใช้วิธีการทางระบาดวิทยาของการควบคุมการติดเชื้อเข้าด้วยกัน พัฒนามาเป็นกระบวนการติดตามและประเมินผล กล่าวคือมีการกำหนดเครื่องชี้วัดคุณภาพและเกณฑ์การคัดกรองทางคลินิกเพื่อประมวลผลเวชระเบียนทั้งหมด นำผลลัพธ์มาแสดงเปรียบเทียบกับระดับต่ำสุดที่ยอมรับได้ โดยกระทำเป็นประจำอย่างต่อเนื่องและมีกิจกรรมที่จะปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น กระบวนการในการประเมินร่วมกับการปรับปรุงคุณภาพให้ดีขึ้น อาจเรียกว่า การประกันคุณภาพ หรือ Quality Assurance (QA)

ยุคที่สาม การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) มีผู้บุกเบิกการนำแนวคิด TQM/CQI มาใช้ในบริการสุขภาพคือ Donald Berwick, Paul Batalden และ Brent James ซึ่งเป็นแพทย์ ได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารการพัฒนาคุณภาพในภาคอุตสาหกรรม นำมาสู่การวิจารณ์ระบบประกันคุณภาพทางด้านสุขภาพว่าอยู่บนพื้นฐานของแอปเปิ้ลเน่า คือ ค้นหาผู้ปฏิบัติงานที่มีปัญหาแทนที่จะส่งเสริมผู้ที่ปฏิบัติได้ดีอยู่แล้วให้ดีขึ้น

วิวัฒนาการการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลในประเทศไทย ¹⁴

ในช่วงก่อน พ.ศ. 2500 คุณภาพคือการบริการที่ปลอดภัย

พ.ศ. 2514-2516 การวัดคุณภาพเป็นเรื่องของการศึกษาและฝึกอบรม

พ.ศ. 2527-2528 นายแพทย์บรรลพ ศิริพานิช รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้ริเริ่มให้มีโครงการติดดาวโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดของ Hospital Accreditation จากอเมริกา จัดให้มีระบบการประเมินโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป การประเมินครอบคลุมทั้งด้านบริหาร บริการ และวิชาการ

พ.ศ. 2528-2529 นายแพทย์อุทัย สูดสุข รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้ริเริ่มโครงการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) ขึ้น โดยมีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนทุกคนของประเทศ สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน มีการกำหนดมาตรฐานขึ้นมา 9 งานสำหรับเป็นแนวทางประเมินตนเอง และให้มีการจัดเครือข่ายเพื่อช่วยเหลือกัน จุดเน้นของการประเมินคือความสามารถในการให้บริการของสถานบริการแต่ละระดับ

พ.ศ. 2536 ทีมงานประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยการนำของศาสตราจารย์นายแพทย์ ประพนธ์ ปิยะรัตน์ เดินทางไปดูงานเรื่องระบบบริการสาธารณสุขในประเทศออสเตรเลียและนิวซีแลนด์ การพัฒนาคุณภาพโดยแนวคิดของ TQM (Total Quality Management) และการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล ACHS (Australian Council for Hospital Standards)

พ.ศ. 2536-2539 สำนักงานประกันสุขภาพ, กองโรงพยาบาลภูมิภาค, องค์การอนามัยโลก และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ให้การสนับสนุนโครงการวิจัยและพัฒนากำหนด TQM/CQI เข้ามาใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง 8 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ โดยผสมผสานเข้ากับการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการ และการพัฒนาองค์กรที่มีการดำเนินการอยู่แล้วในบางโรงพยาบาล ในปี 2536 มีผู้บริหารจำนวนหนึ่งไปดูงานระบบบริการสาธารณสุขในประเทศอเมริกาและที่ส่งผลให้มีความระตือหรือร้อนในการดำเนินงานมากขึ้นคือจากการประเมินโรงพยาบาลนำร่องทั้ง 8 แห่งโดยทีมของรองศาสตราจารย์นายแพทย์องอาจ วิพุทธศิริ

พ.ศ. 2536-2537 สำนักงานประกันสังคมร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ร่วมกันจัดทำมาตรฐานสถานพยาบาลขึ้นเพื่อใช้ในการรับรองสถานพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยประกันสังคม โดยใช้เนื้อหาของมาตรฐานของประเทศออสเตรเลียเป็นแนวทางในการยกร่าง

ปลายปี พ.ศ. 2538 ผลของการนำ TQM/CQI มาใช้ในโรงพยาบาลนำร่อง กระทรวงสาธารณสุข ได้ออกนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพขึ้น โดยมุ่งเป้าหมายให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งดำเนินการพัฒนาคุณภาพโดยใช้แนวคิดนี้ภายในสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8

พ.ศ. 2538 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้รับมอบหมายจากสำนักงานประกันสังคมให้จัดทำคู่มือประเมินสถานพยาบาลประกันสังคม ตามมาตรฐานที่สำนักงานประกันสังคมกำหนดไว้ กระบวนการ

จัดทำก่อให้เกิดเครือข่ายของบุคคลที่สนใจเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพขึ้น และได้เชิญวิทยากรจากต่างประเทศมาบรรยายเรื่อง Hospital Accreditation ให้แก่ผู้สนใจ

พ.ศ. 2538-2539 มีการจัดทำโครงการพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาล โดยได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ จนเกิดมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษกขึ้น และมีการนำมาทดลองใช้

พ.ศ. 2539 กองโรงพยาบาลภูมิภาค ได้นำผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขไปดูงานการพัฒนาและการรับรองคุณภาพในประเทศแคนาดาทำให้ได้ทราบแนวคิดและการเปลี่ยนแปลงในกระบวนการรับรองคุณภาพชัดเจนยิ่งขึ้นซึ่งให้การยอมรับแนวคิด CQI (Continuous Quality Improvement) ว่าเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับโรงพยาบาลและนำมาปรับเปลี่ยนมาตรฐานโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

พ.ศ. 2540 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับกองโรงพยาบาล ได้เชิญโรงพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อทดลองนำมาตราฐานโรงพยาบาลฉบับกาญจนาภิเษกไปทดลองใช้ มีโรงพยาบาล 35 แห่งเข้าร่วมโครงการซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน จนถึงโรงเรียนแพทย์ ขณะเดียวกันโรงพยาบาลอื่น ๆ ที่ไม่เข้าร่วมโครงการก็เกิดความตื่นตัวและนำมาตราฐานโรงพยาบาลไปเป็นแนวทางในการประเมินและพัฒนาตนเอง

พ.ศ. 2543¹⁵ กระทรวงสาธารณสุขและมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ได้จัดทำโครงการพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชโดยเน้นการพัฒนาคุณภาพที่เป็นมาตรฐานสากลเป็นที่มั่นใจและสร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนที่มาใช้บริการ โดยมีโรงพยาบาล 14 แห่งเลือกทำ ISO และโรงพยาบาล 7 แห่งที่เลือกทำ Hospital Accreditation(HA)

กิจกรรมและกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล

กิจกรรม 5 ส¹⁶ คือการจัดความเป็นระเบียบเรียบร้อยในสถานที่ทำงานอันเป็นปัจจัยพื้นฐานในการเพิ่มผลผลิต เพราะในกระบวนการดำเนินกิจกรรมนั้นมุ่งเน้นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์อย่างต่อเนื่องโดยเชื่อว่ามนุษย์จะพัฒนางานในองค์กรตนเองต่อไป

วัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรม 5 ส

1. พัฒนาความคิดในการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
2. สร้างทีมงานที่ดี โดยการให้ทุกคนมีส่วนร่วม
3. พัฒนาผู้บริหารและหัวหน้างานโดยการฝึกอบรมความสามารถในการเป็นผู้นำ
4. เตรียมความพร้อมเพื่อการนำเทคโนโลยีด้านการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องที่ยากขึ้นมาใช้

องค์ประกอบสำคัญ 4 ประการเพื่อความสำเร็จของกิจกรรม 5 ส

1. ความจริงจังของผู้บริหารระดับสูง
2. กิจกรรม 5 ส เริ่มต้นจากการอบรมให้ความรู้

3. ทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม 5 ส
 4. การทำวงล้อ 5 ส อย่างต่อเนื่องเพื่อมาตรฐานที่สูงขึ้น
ความหมาย ของ 5 ส ซึ่งเป็นกิจกรรมพื้นฐานเพื่อการปรับปรุงการเพิ่มผลผลิต
 - ส 1 สะสาง หมายถึงการแยกให้ชัดเจนของที่จำเป็นในการใช้งานกับของที่ไม่จำเป็นต้องใช้ รวมถึงของที่ไม่เกี่ยวข้องในการทำงาน และให้ชัดเจนของที่ไม่จำเป็นออกจากสถานที่ทำงาน
 - ส 2 สะดวก หมายถึงการนำของที่จำเป็นในการใช้งานมาจัดให้เป็นระเบียบในหิ้งและสะดวกในการหยิบใช้ และทำให้ทุกคนดูแลรู้ว่าคืออะไร
 - ส 3 สะอาด หมายถึงการทำความสะอาดสถานที่ทำงานอย่างดีให้นำอยู่เสมอเพื่อขจัดฝุ่นละอองที่อยู่บนพื้น สิ่งของเครื่องใช้ เครื่องมือเครื่องจักรและอุปกรณ์ต่าง ๆ
 - ส 4 สุขลักษณะ หมายถึงสภาพหมดจด สะอาด โดยการรักษา 3 ส แรกให้หรือทำให้ดีขึ้นเสมอ เพื่อสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย
 - ส 5 สร้างนิสัย หมายถึงการฝึกฝนให้ทุกคนปฏิบัติอย่างถูกต้องและติดเป็นนิสัยตามกฎหมายเกณฑ์การจัดความเป็นระเบียบเรียบร้อยในหน่วยงานให้เป็นที่ไปอย่างต่อเนื่อง
- ขั้นตอนการดำเนินงาน 1. ประกาศเป็นนโยบายของหน่วยงาน 2. ให้การศึกษาอบรมดูงานแก่พนักงานทุกคน 3. จัดตั้งคณะกรรมการ 5 ส 4. ติดตั้งโปสเตอร์ผนัง เชิญชวนและจูงใจ 5. จัดแบ่งและทำผังพื้นที่รับผิดชอบ 6. ถ่ายภาพสี สไลด์ ก่อนเข้ากิจกรรมเก็บไว้เป็นประวัติศาสตร์ในอดีต 7. สํารวจพื้นที่รับผิดชอบ 8. ตรวจสอบ ประเมินผล ปรับปรุงแก้ไข 9. ตั้งมาตรฐาน 5 ส 10. มีการตรวจพื้นที่โดยผู้บริหารอย่างสม่ำเสมอ

การพัฒนาองค์กร (Organization Development –OD)^{6, 13}

หมายถึง การพัฒนาองค์กรเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย โครงการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผนซึ่งบังเกิดต่อระบบงานทั้งหมด เป็นการบริหารงานจากเบื้องบนมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความเจริญก้าวหน้าขององค์กรบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ โดยการใช้ความรู้ทางพฤติกรรมศาสตร์ กระบวนการพัฒนาองค์กรจะต้องตอบคำถามว่า องค์กรมีสภาพเป็นอยู่อย่างไร ต้องการให้องค์กรเป็นอย่างไร และจะสามารถบรรลุสิ่งที่ต้องการให้เป็นได้อย่างไร

ขั้นตอนในการพัฒนาองค์กร มี 4 ขั้นตอน คือ

1. การรวบรวมข้อมูล เป็นการรวบรวมสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ในองค์กรเพื่อตรวจวินิจฉัยและกำหนดแนวยุทธศาสตร์ใส่สิ่งสอดแทรกที่เหมาะสม ตัวแปรที่ใช้ศึกษาพฤติกรรมองค์กรตามแนวพฤติกรรมศาสตร์ได้แก่ ภาวะผู้นำ แรงจูงใจ การสื่อสาร การติดต่อประสานงาน การตัดสินใจ การกำหนดเป้าหมายในองค์กร การควบคุมงาน และการปฏิบัติงาน วิธีการรวบรวมข้อมูลอาจใช้การสังเกต การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม วิธีใดวิธีหนึ่งหรือร่วมกัน

2. การตรวจวินิจฉัยปัญหา ประกอบด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องมือทางสถิติแล้วนำมาสรุปว่า พฤติกรรมขององค์กรในแต่ละด้านที่ศึกษาเป็นอย่างไร นำสภาพที่เป็นปัญหานั้นมาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา กำหนดเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงอย่างกว้าง ๆ วิเคราะห์แรงดัน แรงดึง ที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลง

3. กำหนดยุทธวิธี หรือการกำหนดสิ่งสอดแทรก ตัวอย่างของสิ่งสอดแทรกได้แก่ การฝึกอบรม(education training) ตารางการบริหาร (management grid) การให้คำปรึกษาหารือในเชิงกระบวนการ (process consultation) การยุติข้อพิพาทโดยใช้ที่ปรึกษา (third-party peacemaker) การสำรวจหาข้อพิพาท (survey feedback) การบริหารโดยยึดวัตถุประสงค์และผลงาน (management by objective and results) การประชุมเพื่อพัฒนาการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่ม (inter-group building) การพัฒนาการสร้างความสัมพันธ์ที่ทีมงาน(team building) การสำรวจองค์กรโดยให้คนอื่นเป็นกระจกเงา การประชุมแบบเผชิญหน้า การประชุมเพื่อกำหนดเป้าหมายองค์กร การปรับปรุงงานและโครงสร้างองค์กร การวางแผนชีวิตและอาชีพ การวิเคราะห์บทบาท การให้คำปรึกษา การฝึกอบรมในห้องปฏิบัติการ

4. การประเมินผล มีเป้าหมายเพื่อให้รู้ว่าการใส่สิ่งสอดแทรกชนิดใดได้ผลที่สุด ปรับปรุงทักษะการแนะนำปรึกษาของบุคคลในองค์กร ทราบความคืบหน้าของการพัฒนาองค์กร และเสริมสร้างระเบียบวินัยที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จยิ่งขึ้น

พฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ (Excellence Service Behaviour – ESB)^{6, 13}

การบริการที่มีคุณภาพต้องประกอบด้วย 2 ส่วนคือ กิจกรรมบริการ(หรือเทคนิคบริการ) และพฤติกรรมบริการ ซึ่งเป็นรูปแบบของมนุษย์สัมพันธ์ (กิริยามารยาท ความกระตือรือร้น ความมีน้ำใจ การพูดจา กิริยาท่าทาง) ที่ผู้ให้บริการแสดงต่อผู้รับบริการตลอดกระบวนการบริการ

ขั้นตอนในการอบรม แบ่งเป็น 2 หลักสูตร คือ

1. หลักสูตรการบริหารงานบุคคลเพื่อพัฒนาพฤติกรรมบริการ เป็นหลักสูตรสำหรับผู้บริหารเน้นจิตวิทยาของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเสริมแรงทางบวก

2. หลักสูตรความเป็นเลิศในบริการสุขภาพ เป็นหลักสูตรสำหรับผู้ปฏิบัติงาน เน้นความหมายของคุณภาพกับพฤติกรรมบริการ การทำความเข้าใจกับความต้องการของผู้รับบริการและการกำหนดมาตรฐานพฤติกรรมของตนเอง พฤติกรรมบริการที่ดีพร้อมทั้งมโนกรรม กายกรรม และวจีกรรม ศิลปะการสื่อสารเมื่อเผชิญปัญหา การวัดคุณภาพบริการซึ่งเน้นที่วัดความรู้สึกของลูกค้า ไม่ใช่ของผู้ให้บริการ

Total Quality Management (TQM)¹⁷

แนวคิดนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นในประเทศญี่ปุ่น เนื่องจากหลังสงครามโลกครั้งที่สอง การผลิตสินค้าของญี่ปุ่นมีคุณภาพต่ำ ราคาถูก ไม่ทนทาน รูปแบบไม่ทันสมัย และส่วนใหญ่ดัดแปลงแบบประเทศ

ตะวันตก ประเทศสหรัฐอเมริกาสนับสนุนให้มีการนำแนวคิดเรื่องการควบคุมคุณภาพ Quality Control เข้ามาใช้ในภาคอุตสาหกรรมของประเทศญี่ปุ่น โดยมีการจัดตั้งสมาพันธ์นักวิทยาศาสตร์และวิศวกรของประเทศญี่ปุ่น และสมาพันธ์ได้เชิญ ดร. เอ็ดเวิร์ด เดมिंग นักวิชาการด้านควบคุมคุณภาพเชิงสถิติ ให้นักวิทยาศาสตร์และวิศวกรญี่ปุ่นฟัง ซึ่งได้รับความสนใจอย่างมากบริษัทญี่ปุ่นได้เริ่มโครงการคุณภาพขึ้น และได้ขยายตัวอย่างรวดเร็วจนในปี 2494 ได้จัดให้มีรางวัลเดมिंग (Deming Prize) ขึ้น อุตสาหกรรมญี่ปุ่นและบริการของญี่ปุ่นให้ความสำคัญกับการควบคุมคุณภาพอย่างมาก ได้มีการให้การศึกษาและฝึกอบรมทั้งในระดับบริหารและคนงาน โดยเฉพาะในระดับคนงานได้มีการตั้งกลุ่มคุณภาพขึ้นมาจำนวนมากในทุกอุตสาหกรรม ในทุกระดับ หรือที่เรียกว่า TQM

TQM เป็นการประสานแนวคิดของการบริหารจัดการ กับการพัฒนาคุณภาพ ระดมทรัพยากรทั้งหมดขององค์กร มาร่วมกันปรับปรุงระบบการทำงาน เพื่อตอบสนองความต้องการของลูกค้า โดยมีการเรียนรู้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนในการพัฒนาคุณภาพ ได้แก่ PDCA cycle

P หรือ Plan ได้แก่การค้นหาโอกาสพัฒนา การวิเคราะห์ข้อมูลระดับของปัญหาและสาเหตุของปัญหา การวิเคราะห์ทางเลือกในการพัฒนา

D หรือ Do ได้แก่การทดลองนำทางเลือกไปปฏิบัติ

C หรือ Check ได้แก่การตรวจสอบผลการทดลองทางเลือก

A หรือ Act ได้แก่การนำผลการทดลองไปกำหนดเป็นมาตรฐานในการทำงาน

เครื่องมือในการพัฒนาคุณภาพ

1. การระดมสมอง (brainstorming)
2. แผนภูมิกลุ่มความคิด (affinity diagram)
3. แผนภูมิความสัมพันธ์ของความคิด (relation diagram)
4. แผนภูมิการไหลของงาน (flow chart)
5. แผนภูมิเหตุและผล (cause and effect diagram)
6. คำจำกัดความเพื่อการเก็บข้อมูล (operational definition)
7. แผนภูมิควบคุม (control chart)

การพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation)¹⁸

คือกลไกในการกระตุ้นและส่งเสริมให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพทั้งองค์กรอย่างมีระบบ โดยมีกิจกรรมหลัก 3 ขั้นตอนคือ การพัฒนาคุณภาพ การประเมินตนเอง และการประเมินและรับรองคุณภาพโดยองค์กรภายนอก ปรัชญาของการพัฒนาและรับรองคุณภาพคือ 1. การรับรองคุณภาพเป็น

กระบวนการเรียนรู้มากกว่าการตรวจสอบ โดยการเรียนรู้จะเกิดขึ้นช่วงของการประเมินตนเองและช่วงที่ผู้ประเมินภายนอกมาให้ข้อคิดเห็นแก่ทีมงานของโรงพยาบาล 2. การขอรับการประเมินตนเองเกิดจากความสมัครใจของโรงพยาบาล 3. เน้นการรับรองความมุ่งมั่นในการพัฒนาระบบงานที่ดีควบคู่ไปกับผลลัพธ์มากกว่าที่จะรับรองในเชิงผลลัพธ์เพียงอย่างเดียว 4. ใช้กรอบแนวทางในการพัฒนาคุณภาพสำหรับประเมินตนเองและการประเมินจากภายนอกกรอบมาตรฐานที่ใช้ในการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลคือมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับปีกัญญาภิเชษ¹⁹ สถาบันพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาล จัดทำขึ้นเมื่อปี 2539

โดยเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลประกอบด้วย 7 หมวดคือ 1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ 2. ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร 3. การประกันและพัฒนาคุณภาพ 4. การรักษามาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมวิชาชีพ 5. สติปัญญาผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร 6. การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีคุณภาพ 7. บริการเฉพาะด้าน

ประเด็นหลักในการรับรองและสิ่งที่คาดว่าจะพบในโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง มีดังนี้

ประเด็นหลักในการรับรอง	สิ่งที่คาดว่าจะพบ
รพ. มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ	<ul style="list-style-type: none"> ◆ มีการนำองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ ◆ มีเป้าหมายและแผนชัดเจน ◆ เจ้าหน้าที่ทุกระดับเข้าใจบทบาทของตนเอง ◆ มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งส่งผลต่อผู้รับบริการอย่างชัดเจน
มีทรัพยากรที่เพียงพอและการจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ	<ul style="list-style-type: none"> ◆ มีการวางแผนและบริหารทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ ◆ มีความร่วมมือและประสานงานที่ดี ◆ มีโครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อม การบำรุงรักษา และระบบการจัดการความปลอดภัยที่ดี ◆ มีการบริหารทรัพยากรบุคคลที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง ◆ มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ◆ มีระบบสารสนเทศโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการบริหาร บริการ และการพัฒนาคุณภาพ

<p>การบริหารความเสี่ยง การประกันคุณภาพ และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ มีการทำงานเป็นทีมภายในหน่วยงานระหว่างหน่วยงาน ระหว่างวิชาชีพ ◆ มีการศึกษาและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและผู้รับผลงาน ◆ มีการติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ ◆ มีการค้นหา ป้องกันความเสี่ยง ควบคุมความสูญเสีย ◆ มีระบบประกันคุณภาพในทุกกระบวนการหลัก ◆ มีการปรับปรุงระบบงาน/กระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องทั้งในงานบริการทั่วไปและงานคลินิกบริการ ◆ มีทีมประสานงานที่มีประสิทธิภาพ
<p>มาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ มีการดูแลมาตรฐานและจรรยาบรรณวิชาชีพทางด้านการแพทย์ และพยาบาล โดยเน้นการทบทวนตรวจสอบผลการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบต่าง ๆ
<p>สิทธิผู้ป่วยและจรรยาบรรณองค์กร</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ มีการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ◆ มีการปฏิบัติอย่างเหมาะสมในเรื่องการประชาสัมพันธ์ การรับ-ส่งต่อผู้ป่วย การแจ้งค่ารักษาพยาบาล การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
<p>กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ มีการทำงานเป็นทีม ◆ มีการเตรียมความพร้อมและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ◆ มีการประเมินแรกรับที่สมบูรณ์และวางแผนดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ◆ กระบวนการดูแลรักษาเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ◆ มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนอย่างสมบูรณ์เพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่อง ◆ มีการเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย

เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาล

หมวด 1 ความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพ

1.1 การนำองค์กร ประกอบด้วย

- การจัดทำพันธกิจ วิสัยทัศน์ ค่านิยม และการเป็นแบบอย่าง
- การมีส่วนร่วมในการวางระบบ การปฏิบัติและการพัฒนาต่อเนื่อง
- การกระตุ้น ติดตาม สนับสนุน ยกย่อง การพัฒนาคุณภาพ

1.2 ทิศทางนโยบาย

- การจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์
- การสื่อสารเพื่อให้เจ้าหน้าที่เกิดความเข้าใจและรู้บทบาทของตน
- การนำแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล

หมวด 2 ทรัพยากรและการจัดทรัพยากร

4. การจัดสรร/ บริหารทรัพยากร และประสานบริการ

- การวางแผนการลงทุนและจัดสรรทรัพยากร
- การประสานงานระหว่างหน่วยงานในการจัดระบบบริการ

5. การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล

- การกำหนดนโยบาย/ แผนด้านทรัพยากรบุคคล และนำมาปฏิบัติ
- การจัดให้มีเจ้าหน้าที่เหมาะสมทั้งปริมาณและคุณภาพ
- การประเมินความต้องการ และดำเนินการพัฒนาศักยภาพ
- การประเมินการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมการพัฒนาตนเอง

6. การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

- โครงสร้างกายภาพ สิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อความปลอดภัย
- การกำจัดของเสีย
- การป้องกันอัคคีภัย

7. เครื่องมือและการจัดการเครื่องมือ

- มีเครื่องมือที่จำเป็นเพียงพอ
- การฝึกอบรมผู้ใช้เครื่องมือพิเศษ
- ระบบสำรองเครื่องมือ
- ระบบบำรุงรักษาเครื่องมือ

8. ระบบสารสนเทศ

- การวางแผนและออกแบบระบบเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้
- การเชื่อมโยงข้อมูล สังเคราะห์ การกระจายสารสนเทศ

- บริการเวชระเบียน
- 9. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
 - นโยบายและมาตรการในการป้องกันและควบคุม
 - คณะกรรมการและผู้รับผิดชอบ
 - การเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล/ การสอบสวนโรค
 - การเฝ้าระวังการปนเปื้อน
 - การส่งเสริมให้ปฏิบัติตามหลัก UP/IP
 - การทำให้ปราศจากเชื้อ

หมวด 3 การประกันและพัฒนาคุณภาพ

- 10. การประกันและพัฒนาคุณภาพ (บริการทั่วไป)
 - การทำงานเป็นทีม
 - การวิเคราะห์ความต้องการ/ความคาดหวังของผู้รับผลงาน
 - การจัดทำแนวทางปฏิบัติงาน
 - การติดตามเครื่องชี้วัดคุณภาพ/บททวนตรวจสอบระบบงาน
 - การแก้ปัญหา/ป้องกันปัญหา
 - การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- 11. กิจกรรมคุณภาพด้านคลินิกบริการ
 - การจัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (practice guideline)
 - การติดตามเครื่องชี้วัดทางคลินิก
 - การทบทวนและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย (patient care review)

หมวด 4 การรักษามาตรฐานและจริยธรรมวิชาชีพ

- 12. องค์กรแพทย์
 - การจัดตั้งองค์กรแพทย์ในระดับโรงพยาบาล
 - การดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ
 - การคัดเลือกจัดอัตรากำลัง การดูแลปฏิบัติงาน
 - การพัฒนาความรู้และทักษะของแพทย์
- 13. บริหารการพยาบาล
 - ระบบการบริหารการพยาบาล
 - การดูแลมาตรฐานและจริยธรรมของวิชาชีพ
 - การคัดเลือกจัดอัตรากำลัง การดูแลปฏิบัติงาน
 - การพัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาล

หมวด 5 สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรมองค์กร

14. สิทธิผู้ป่วย

- การจัดทำแนวทางปฏิบัติและการฝึกอบรม
- การแจ้งให้ผู้ป่วยทราบสิทธิของตน
- การทบทวนผลการปฏิบัติงาน

15. จริยธรรมองค์กร

- การกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติงาน
- การทบทวนผลการปฏิบัติงาน

หมวด 6 การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีคุณภาพ

16. การทำงานเป็นทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วย

- การสื่อสารระหว่างทีมผู้ให้บริการ
- การประเมินและวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

17. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย

- การคัดกรองความรุนแรงของการเจ็บป่วย
- การแลกเปลี่ยนข้อมูล

18. การประเมินและวางแผนดูแลรักษา

- การประเมินผู้ป่วยแรกรับ
- การขึ้นสูตร/สืบค้นทางคลินิก
- การวินิจฉัยโรค
- การประเมินซ้ำ

19. กระบวนการให้บริการดูแลรักษา

- การจัดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับการดูแลรักษา
- การเฝ้าระวังและดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพ
- การดูแลทางด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคม

20. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วย

- การกำหนดเป้าหมาย/วัตถุประสงค์/มาตรฐานของการบันทึก
- การตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึก
- มีข้อมูลและรายละเอียดในบันทึกเพียงพอสำหรับการสื่อสาร ความต่อเนื่องของการรักษา และการประเมินคุณภาพ
- การทบทวนเวชระเบียนเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลรักษา

21. การเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง

- การวางแผนจำหน่าย การให้ความรู้ที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย/ญาติ ก่อนจำหน่าย
- การประสานงานเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจากจำหน่าย

หมวด 7 บริการเฉพาะด้าน

22. บริการพยาธิวิทยาและชันสูตร, รังสีวิทยา, เภสัชกรรม, โภชนาการ, วิสัญญี, ผ่าตัด/หัตถการ, ฟันฟุสภาพ, โลหิต, การให้สุศึกษา

- ทรัพยากรและการจัดการ, ระบบงาน, การประกันพัฒนาคุณภาพ

ปัจจุบันโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรอง มีดังนี้ 1. โรงพยาบาลค่ายประจักษ์ ศิลปาคม จังหวัดอุดรธานี วันที่ 17 พฤศจิกายน 2542 2. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ กรุงเทพฯ วันที่ 17 พฤศจิกายน 2542 3. โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วันที่ 17 พฤศจิกายน 2542 4. โรงพยาบาลราษฎร์ยินดี จังหวัดสงขลา วันที่ 23 ธันวาคม 2543 และโรงพยาบาลพญาไท 2 กรุงเทพฯ ฯ วันที่ 28 เมษายน 2543

การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน ISO 9002 ^{5,20,21,22}

ISO 9000 หมายถึง อนุกรมมาตรฐานหมายเลข 9000 ขององค์การมาตรฐานสากล (International Organization for Standardization) เป็นองค์การภาคเอกชนระดับนานาชาติจัดตั้งขึ้นเมื่อ ค.ศ. 1947 ประกอบด้วยสมาชิกซึ่งเป็นตัวแทนอุตสาหกรรมชั้นนำกว่า 90 ประเทศคิดเป็นร้อยละ 95 ของยอดการผลิตทางอุตสาหกรรมของโลก

มาตรฐาน ISO 9000 มี 3 อนุกรมมาตรฐานคือ

1. ISO 9001 ระบบคุณภาพสำหรับองค์กรที่ทำการผลิตอย่างครบวงจร ตั้งแต่การออกแบบ พัฒนาผลิตภัณฑ์ ไปจนถึงการผลิต การส่งมอบ การติดตั้ง และการบริการหลังการขาย ไปจนถึงตลอดอายุการใช้งาน หรืออย่างน้อยในช่วงเวลารับประกันที่กำหนดไว้

2. ISO 9002 ระบบคุณภาพสำหรับองค์กรคล้ายกับ ISO 9001 แต่มีการดำเนินงานที่แคบกว่า คือ เฉพาะการผลิต การส่งมอบ การติดตั้งเท่านั้น อาจรวมไปถึงการบริการหลังการขายด้วยถ้าระบุไว้

3. ISO 9003 ระบบคุณภาพสำหรับส่วนงานที่รับผิดชอบในการตรวจและการทดสอบขั้นสุดท้ายที่เรียกว่า Final Inspection and test เท่านั้น

โดยส่วนใหญ่แล้วโรงงานผู้ผลิตโดยทั่ว ๆ ไปจะเลือกทำระบบคุณภาพตามอนุกรม ISO 9002

ในส่วนของโรงพยาบาลใช้ตามระบบ ISO 9002 ปัจจุบันมีโรงพยาบาลสนใจพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน ISO 9002 เพิ่มขึ้นเนื่องจากเป็นมาตรฐานที่ยอมรับกันเป็นสากล มีรูปแบบที่แน่นอน และมีระบบที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ขั้นตอนในการดำเนินการ มีดังนี้ 1. ฝ่ายบริหารแสดงความมุ่งมั่นในการจัดทำระบบคุณภาพ 2. แต่งตั้งคณะกรรมการผู้รับผิดชอบระบบคุณภาพ (Quality management Representative-QMR) และ Steering Team 3. กำหนดเป้าหมายคุณภาพ 4. ทบทวนระบบงานเดิม

ที่มีอยู่ 5. กำหนดระบบงานใหม่ให้สอดคล้องกับระบบมาตรฐาน 6. จัดทำเอกสารคุณภาพ 7. วิเคราะห์หาความต้องการในการฝึกอบรม 8. ฝึกอบรม 9. ปฏิบัติตามระบบคุณภาพ 10. ตรวจสอบคุณภาพภายใน 11. ประชุมทบทวนฝ่ายบริหาร 12. ปรับปรุงระบบที่ยังบกพร่อง 13. ขอการรับรองมาตรฐาน

ข้อกำหนดของมาตรฐาน ISO 9002 มีดังนี้

1. ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหาร

1.1 ข้อกำหนดนโยบายคุณภาพ “ฝ่ายบริหารขององค์กรที่รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการต้องกำหนดและจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งนโยบายด้านคุณภาพรวมทั้งเป้าหมายด้านคุณภาพ และความมุ่งมั่นด้านคุณภาพ โดยนโยบายคุณภาพที่กำหนดจะต้องสอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร ความคาดหวังและความต้องการของลูกค้า องค์กรต้องทำให้มั่นใจได้ว่านโยบายคุณภาพดังกล่าวเป็นที่เข้าใจได้รับการถือปฏิบัติและธำรงรักษาไว้โดยพนักงานทุกระดับในองค์กร”

1.2 องค์กร ข้อกำหนดความรับผิดชอบอำนาจหน้าที่ “ความรับผิดชอบ อำนาจหน้าที่ และความสัมพันธ์ระหว่างกันของพนักงานผู้ซึ่งทำหน้าที่บริหารจัดการปฏิบัติงานและตรวจสอบงานที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพจะต้องถูกกำหนดขึ้นและจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร โดยเฉพาะอย่างยิ่งพนักงานที่ต้องการความเป็นอิสระและอำนาจในการ ริเริ่มปฏิบัติการป้องกันการเกิดความเสี่ยงที่ไม่สอดคล้องใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ กระบวนการผลิต/ให้บริการ และระบบคุณภาพ ระบุชี้และบันทึกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ กระบวนการผลิต/ให้บริการ และระบบคุณภาพ ริเริ่ม เสนอแนะ หาทางแก้ไข ปัญหาตามช่องทางที่ได้รับมอบหมาย ตรวจสอบการแก้ไขปัญหาควบคุมกระบวนการผลิต/ให้บริการ การส่งมอบ หรือการติดตั้งผลิตภัณฑ์ที่ไม่สอดคล้องจนกระทั่งความบกพร่องนั้นๆ ได้รับการแก้ไขจนลุล่วง”

1.3 ข้อกำหนดทรัพยากร “องค์กรต้องกำหนดความต้องการด้านทรัพยากร และจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอรวมทั้งการมอบหมายบุคลากรที่ผ่านการฝึกอบรมแล้วสำหรับการบริหารจัดการ การปฏิบัติงาน และกิจกรรมการตรวจสอบ รวมถึงการตรวจสอบคุณภาพภายใน”

1.4 ข้อกำหนดตัวแทนฝ่ายบริหาร “ฝ่ายบริหารขององค์กร ซึ่งรับผิดชอบด้านการบริหารจัดการ ต้องแต่งตั้งหนึ่งในสมาชิกของทีมบริหารขององค์กร ให้มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับ การจัดตั้งระบบคุณภาพ การนำระบบคุณภาพไปปฏิบัติ และการธำรงรักษาไว้ซึ่งระบบคุณภาพ ให้สอดคล้องตามที่มาตรฐานสากลกำหนด การรายงานผลของระบบคุณภาพต่อฝ่ายบริหารขององค์กรเพื่อทบทวน และปรับปรุงระบบคุณภาพ”

1.5 ข้อกำหนดการทบทวนของฝ่ายบริหาร “ฝ่ายบริหารขององค์กรซึ่งได้รับผิดชอบด้านการบริหารจัดการ ต้องประชุมทบทวนระบบคุณภาพตามช่วงเวลาที่กำหนดอย่างพอเพียง เพื่อให้แน่ใจว่าระบบคุณภาพยังคงมีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพเพียงพอ ที่จะบรรลุข้อกำหนดของมาตรฐานสากลฉบับนี้และนโยบายคุณภาพ ตลอดจนเป้าหมายคุณภาพที่กำหนดไว้ขององค์กร บันทึกการประชุมนทบทวนดังกล่าวจะต้องได้รับการจัดเก็บ”

2. ระบบคุณภาพ ประกอบด้วย โครงสร้างองค์กร หน้าที่ความรับผิดชอบ คู่มือคุณภาพและระเบียบวิธีปฏิบัติ บันทึกรูปภาพ กระบวนการผลิต/ ให้บริการ และทรัพยากรที่นำเป็นในการผลิต/ ให้บริการ

2.1. ข้อกำหนด บททั่วไป “องค์กรต้องจัดตั้ง จัดทำเป็นเอกสารและอ้างไว้ซึ่งระบบคุณภาพเพื่อเป็นวิถีทางที่จะทำให้มั่นใจได้ว่าผลิตภัณฑ์/ บริการ สอดคล้องกับข้อกำหนดที่ต้องการ องค์กรต้องจัดทำคู่มือคุณภาพซึ่งครอบคลุมข้อกำหนดของมาตรฐานสากลฉบับนี้”

2.2 ข้อกำหนดระเบียบปฏิบัติของระบบคุณภาพ “องค์กรต้องจัดทำระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรให้สอดคล้องกับข้อกำหนดมาตรฐานสากลฉบับนี้ และนโยบายคุณภาพขององค์กร และนำระบบคุณภาพ และระเบียบวิธีปฏิบัติที่จัดทำขึ้นไปถือปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพตามความมุ่งหมายของมาตรฐานสากลฉบับนี้ ขอบข่ายและรายละเอียดของวิธีปฏิบัติที่ประกอบขึ้นเป็นระบบคุณภาพ จะต้องขึ้นอยู่กับความซับซ้อนของงาน วิธีการใช้ทักษะและการฝึกอบรมที่พนักงานต้องการในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ”

2.3 ข้อกำหนดการวางแผนคุณภาพ “องค์กรต้องกำหนดและจัดทำเป็นเอกสารว่าจะบรรลุข้อกำหนดด้านคุณภาพได้อย่างไร การวางแผนคุณภาพจะต้องสอดคล้องกับข้อกำหนดอื่น ๆ ของระบบคุณภาพองค์กร และต้องทำเป็นเอกสารในรูปแบบที่เหมาะสมกับวิธีปฏิบัติขององค์กร”

3. การทบทวนข้อตกลง

3.1 ข้อกำหนดบททั่วไป “องค์กรต้องจัดทำและอ้างไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการทบทวนข้อตกลง และประสานงานกิจกรรมเหล่านี้”

3.2 ข้อกำหนดการทบทวน “ก่อนการยื่นข้อเสนอหรือการตอบรับสัญญาหรือคำสั่งซื้อ ข้อเสนอ หรือการตอบรับสัญญาหรือคำสั่งซื้อนั้นจะต้องถูกทบทวนโดยองค์กรให้แน่ใจว่าข้อกำหนดต่างๆ ได้มีการระบุชี้แจงอย่างเพียงพอและเป็นลายลักษณ์อักษร ความไม่ตรงกันใด ๆ ระหว่างข้อกำหนดในสัญญาหรือในคำสั่งซื้อและในข้อเสนอได้ถูกแก้ไขจนหมดสิ้น และองค์กรมีขีดความสามารถเพียงพอที่จะบรรลุข้อกำหนดในสัญญา หรือคำสั่งซื้อ”

3.3 ข้อกำหนดการแก้ไขสัญญา “องค์กรต้องกำหนดวิธีการในการแก้ไขสัญญา และวิธีการถ่ายทอดไปยังหน่วยงานภายในองค์กรที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้อง

3.4 ข้อกำหนดบันทึก “บันทึกของการทบทวนข้อตกลงต้องได้รับการจัดเก็บ”

4. การควบคุมเอกสารและข้อมูล

4.1 ข้อกำหนดบททั่วไป “องค์กรต้องจัดทำและอ้างไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อควบคุมเอกสารและข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องตามข้อกำหนดของมาตรฐานนี้ รวมทั้งเอกสารที่มีที่มาจากภายนอก เช่น มาตรฐานต่าง ๆ และแผนแบบของลูกค้า”

4.2 ข้อกำหนดการอนุมัติและแจกจ่ายเอกสารและข้อมูล “เอกสารและข้อมูลต้องได้รับการทบทวนและอนุมัติสำหรับความเพียงพอเหมาะสมโดยบุคลากรที่ได้รับมอบหมายก่อนการแจกจ่าย บัญชีรายชื่อเอกสารหรือระเบียบปฏิบัติในการควบคุมเอกสารที่เทียบเท่า ซึ่งระบุสถานะการแก้ไขของ เอกสารฉบับปัจจุบันจะต้องถูกจัดทำและพร้อมใช้ เพื่อป้องกันการใช้อีกสำเนาที่ล้าสมัย หรือยกเลิกแล้ว

4.3 ข้อกำหนดการแก้ไขเอกสารและข้อมูล “การแก้ไขเอกสารและข้อมูลจะต้องถูกทบทวน และอนุมัติโดยหน่วยงาน/องค์กรเดิมเว้นแต่จะมีการมอบหมายเป็นอย่างอื่น หน่วยงาน/องค์กรที่ได้รับมอบหมายต้องสามารถเข้าถึงข้อมูลเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานในการทบทวนและอนุมัติ”

5. การจัดซื้อ

5.1 ข้อกำหนดทั่วไป “องค์กรต้องจัดทำและอ้างไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้แน่ใจว่าผลิตภัณฑ์ที่สั่งซื้อสอดคล้องกับข้อกำหนดที่ต้องการ”

5.2 ข้อกำหนดการประเมินผู้รับเหมาช่วง “องค์กรต้องประเมินและคัดเลือกผู้ขายบนพื้นฐานของความสามารถในการบรรลุข้อกำหนดที่ตกลงรับเหมาช่วงไว้ รวมทั้งข้อกำหนดของระบบคุณภาพและการประกันคุณภาพที่ต้องการ กำหนดชนิดและขอบเขตของการควบคุมผู้รับเหมาช่วงที่องค์กรใช้ ซึ่งการควบคุมต้องขึ้นอยู่กับชนิดของผลิตภัณฑ์ ผลของผลิตภัณฑ์ที่รับเหมาช่วงนั้นต่อคุณภาพของผลิตภัณฑ์ขั้นสุดท้าย และขึ้นอยู่กับรายงานผลการตรวจสอบคุณภาพ และผลงานของผู้รับเหมาช่วงในอดีตและจัดทำและอ้างไว้ซึ่งบันทึกคุณภาพที่แสดงขีดความสามารถและผลงานของผู้รับเหมาช่วงที่ยอมรับแล้ว”

5.3 ข้อกำหนดข้อมูลการจัดซื้อ “เอกสารการจัดซื้อต้องประกอบไปด้วยข้อมูลที่พรรณนาผลิตภัณฑ์ที่สั่งซื้ออย่างชัดเจน”

5.4 การตรวจสอบผลิตภัณฑ์ที่สั่งซื้อ ข้อกำหนดการตรวจสอบขององค์กร ณ แหล่งผลิตของผู้รับเหมาช่วง “ในกรณีที่ต้องการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ที่สั่งซื้อ ณ แหล่งผลิตของผู้รับเหมาช่วง องค์กรต้องกำหนดวิธีการในการตรวจสอบ และปลดปล่อยผลิตภัณฑ์ในเอกสารการสั่งซื้อ” ข้อกำหนดการตรวจสอบผลิตภัณฑ์ที่รับเหมาช่วง “ในกรณีที่กำหนดไว้ในสัญญาลูกค้ำขององค์กร หรือตัวแทนของลูกค้ำต้องได้รับสิทธิในการตรวจสอบ ณ แหล่งผลิตของผู้รับเหมาช่วงและแหล่งผลิตขององค์กรเอง”

6. การควบคุมผลิตภัณฑ์ที่ส่งมอบโดยลูกค้ำ

6.1 ข้อกำหนดการควบคุมผลิตภัณฑ์ที่ส่งมอบโดยลูกค้ำ “องค์กรต้องจัดทำซึ่งระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการควบคุมการตรวจสอบ จัดเก็บ และบำรุงรักษาผลิตภัณฑ์ที่ส่งมอบโดยลูกค้ำเพื่อใช้ในการผลิตหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง ผลิตภัณฑ์ใดสูญหาย เสียหายหรือไม่เหมาะสมที่จะใช้ต้องถูกบันทึกและรายงานให้ลูกค้ำทราบ”

7. การบ่งชี้และสอบกลับได้ของผลิตภัณฑ์

7.1 ข้อกำหนดการบ่งชี้และสอบกลับได้ของผลิตภัณฑ์ “องค์กรต้องจัดทำและอ้างอิงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรที่เกี่ยวข้องกับการชี้บ่งผลิตภัณฑ์ตามที่เห็นสมควร ด้วยวิธีการที่เหมาะสม ตั้งแต่รับเข้า และในทุกขั้นตอนของการผลิต ให้บริการ ส่งมอบและติดตั้ง”

8. การควบคุมกระบวนการ

8.1 ข้อกำหนดการควบคุมกระบวนการ “องค์กรต้องชี้บ่งและวางแผนกระบวนการผลิต ติดตั้ง และบริการซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และต้องทำให้แน่ใจว่ากระบวนการดังกล่าวได้รับการดำเนินการภายใต้สภาวะที่ถูควบคุม ซึ่งสภาวะดังกล่าว ได้แก่ มีระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งกำหนดรายละเอียดการผลิต ติดตั้ง บริการ การใช้เครื่องมือ และสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่เหมาะสม การปฏิบัติตามมาตรฐานอ้างอิง การติดตามควบคุมค่าตัวแปรของกระบวนการและคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม การอนุมัติกระบวนการและเครื่องมือตามความเหมาะสม มีเกณฑ์ตัวอย่างงาน มีการบำรุงรักษาเครื่องมือ ข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณสมบัติของกระบวนการรวมทั้งเครื่องมือและบุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องถูกกำหนดขึ้น บันทึกเกี่ยวกับกระบวนการ เครื่องมือและบุคลากรที่ผ่านการรับรองแล้วจะต้องถูกจัดเก็บตามความเหมาะสม”

9. การตรวจและทดสอบ

9.1 ข้อกำหนดการตรวจและทดสอบ “องค์กรต้องจัดทำและอ้างอิงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติสำหรับกิจกรรมการตรวจและทดสอบเพื่อตรวจสอบข้อกำหนดที่ต้องการของผลิตภัณฑ์ว่าสามารถบรรลุได้หรือไม่ การตรวจสอบและทดสอบที่ต้องการและบันทึกที่จะมีขึ้น ต้องถูกกำหนดรายละเอียดในแผนคุณภาพหรือระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร โดยข้อกำหนดยังประกอบด้วย ข้อกำหนดการตรวจและทดสอบขณะรับเข้า ข้อกำหนดการตรวจสอบระหว่างกระบวนการผลิต ข้อกำหนดการตรวจและทดสอบขั้นสุดท้าย และข้อกำหนดบันทึกการตรวจและทดสอบ

10. การควบคุมเครื่องมือตรวจ วัด และทดสอบ

10.1 ข้อกำหนดบททั่วไป “องค์กรต้องจัดทำ และอ้างอิงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อควบคุมสอบเทียบ และบำรุงรักษาเครื่องตรวจ วัดและทดสอบที่ใช้ในองค์กรเพื่อแสดงความสอดคล้องของผลิตภัณฑ์ต่อข้อกำหนดที่ต้องการ เครื่องมือตรวจ วัด และทดสอบจะต้องถูกใช้ในลักษณะที่แน่ใจได้ว่าค่าความไม่แน่นอนของการตรวจวัดเป็นที่ทราบ และยังคงได้ตามขีดความสามารถของการตรวจวัดที่ต้องการ ในกรณี Test software หรือตัวเทียบเคียง เช่น Test Hardware ถูกใช้สำหรับการตรวจสอบสิ่งเหล่านั้นต้องถูกสอบเทียบ เพื่อพิสูจน์ว่ามีขีดความสามารถในการตรวจสอบความยอมรับได้ของผลิตภัณฑ์ก่อนการนำไปใช้ในการผลิต ติดตั้ง หรือบริการ และต้องถูกสอบเทียบซ้ำตามช่วงเวลาที่กำหนด องค์กรต้องจัดทำขอบเขตและความถี่ของการสอบเทียบและจัดเก็บบันทึกเป็นหลักฐาน ในกรณีที่ข้อมูลทางเทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ วัดและทดสอบ เป็นข้อกำหนดที่ต้องการ ข้อมูลดังกล่าว

ต้องมีพร้อมเมื่อลูกค้าหรือตัวแทนของลูกค้าต้องการเพื่อตรวจสอบดูว่าเครื่องตรวจ วัด และทดสอบยังคงใช้งานได้”

10.2 ข้อกำหนดขั้นตอนการควบคุม “องค์กรต้องกำหนดการตรวจวัดที่ต้องใช้และค่าความแม่นยำที่ต้องการ และคัดเลือกเครื่องตรวจ วัด และทดสอบที่มีค่าความแม่นยำและค่าความเที่ยงตรงที่ต้องการ ระบุเครื่องตรวจวัด และทดสอบที่สามารถส่งผลกระทบต่อคุณภาพของผลิตภัณฑ์และทำการสอบเทียบ และปรับแต่งตามช่วงเวลาที่กำหนด หรือก่อนใช้งานด้วยเครื่องมือที่ผ่านการยอมรับแล้ว และสามารถสอบย้อนถึงมาตรฐานนานาชาติหรือระดับชาติที่เป็นที่ยอมรับในกรณีที่ยังไม่มีมาตรฐานต้องจัดทำทำพื้นฐานที่ใช้สอบเทียบเป็นลายลักษณ์อักษร กำหนดกระบวนการที่ใช้ในการสอบเทียบเครื่องมือ บ่งชี้สถานะการสอบเทียบเครื่องมือ จัดเก็บบันทึกการสอบเทียบเครื่องมือ ประเมินและบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้แน่ใจว่าสถานะสิ่งแวดล้อมขณะทำการสอบเทียบ มีความเหมาะสม และการเคลื่อนย้าย รักษาสภาพ การจัดเก็บเครื่องมือทดสอบยังคงรักษาความแม่นยำสมบูรณ์สำหรับการใช้งาน และมีการป้องกันเครื่องมือ ตรวจ วัด และทดสอบ รวมทั้ง Test Hardware และ Test Software จากการปรับแต่งซึ่งอาจทำให้ค่าการสอบเทียบเสียไป”

11. สถานะการตรวจสอบและทดสอบ

11.1 ข้อกำหนดสถานะการตรวจสอบและทดสอบ “สถานะการตรวจสอบและทดสอบของผลิตภัณฑ์ต้องได้รับการบ่งชี้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมแสดงถึงความสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องของผลิตภัณฑ์ต่อการตรวจและทดสอบที่กระทำลงไป การบ่งชี้ต้องได้รับการอ้างไว้ตามที่กำหนดในแผนคุณภาพหรือระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรตลอดการผลิต ติดตั้งและบริการ เพื่อให้แน่ใจว่าได้ผลิตภัณฑ์ที่ผ่านเกณฑ์การตรวจสอบที่กำหนดแล้วเท่านั้น ถูกส่งหรือนำไปใช้หรือติดตั้ง”

12. การควบคุมผลิตภัณฑ์ที่ไม่สอดคล้อง

12.1 ข้อกำหนดทั่วไป “องค์กรต้องจัดทำและอ้างไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้แน่ใจว่าผลิตภัณฑ์ที่ไม่สอดคล้องต่อข้อกำหนด ถูกป้องกันจากการนำไปใช้หรือติดตั้งโดยไม่ได้ตั้งใจให้มีการบ่งชี้ การทำเอกสาร การประเมินผล การคัดแยก การกำจัด และการแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ”

12.2 ข้อกำหนดการควบคุมผลิตภัณฑ์ที่ไม่สอดคล้อง “ความรับผิดชอบสำหรับการทบทวนและอำนาจในการกำจัดผลิตภัณฑ์ที่ไม่สอดคล้องต้องได้รับการกำหนดในกรณีที่กำหนดไว้ในสัญญาข้อเสนอเพื่อใช้งานหรือซ่อมแซมผลิตภัณฑ์ที่ไม่สอดคล้องต่อข้อกำหนด ต้องถูกรายงานต่อลูกค้าหรือตัวแทนลูกค้าเพื่อการยอมรับรายละเอียดของความสำเร็จของความสำเร็จซึ่งเป็นที่ยอมรับแล้ว และรายละเอียดการซ่อมแซมต้องถูกบันทึกเพื่อแสดงถึงสถานะที่แท้จริง ผลิตภัณฑ์ที่ถูกซ่อมแซม หรือจัดทำใหม่ ต้องถูกตรวจสอบใหม่ตามที่กำหนดในแผนคุณภาพ หรือระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร

13. ปฏิบัติการแก้ไขและป้องกันปัญหา

13.1 ข้อกำหนดบททั่วไป “องค์กรต้องจัดทำและอํารงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการถือปฏิบัติเกี่ยวกับการแก้ไขและป้องกันปัญหา ปฏิบัติการแก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหาที่กระทำขึ้นเพื่อกำจัดสาเหตุของความไม่สอดคล้องทั้งที่เกิดขึ้นแล้วก็ดี และยังไม่เกิดขึ้นก็ดี ต้องสัมพันธ์กับขนาดของปัญหาและเป็นสัดส่วนกับความเสียหายของปัญหา องค์กรต้องปฏิบัติตามและจดบันทึก การเปลี่ยนแปลงใด ๆ ในระเบียบปฏิบัติซึ่งเป็นผลจากปฏิบัติการแก้ไขและป้องกันปัญหา” และมีข้อกำหนดปฏิบัติการแก้ไขปัญหา และข้อกำหนดปฏิบัติการป้องกันปัญหา

14. การเคลื่อนย้าย จัดเก็บ บรรจุ รักษาสภาพ และส่งมอบ

14.1 ข้อกำหนด บททั่วไป “องค์กรต้องจัดทำและอํารงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการเคลื่อนย้าย จัดเก็บ บรรจุ รักษาสภาพ และส่งมอบผลิตภัณฑ์” และมีข้อกำหนดการเคลื่อนย้าย การจัดเก็บ การบรรจุ การรักษาสภาพ และการส่งมอบ

15. การควบคุมบันทึกคุณภาพ

15.1 ข้อกำหนดการควบคุมบันทึกคุณภาพ “องค์กรต้องจัดทำและอํารงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับการรวบรวม การทำดัชนี การเข้าถึง การเข้าแฟ้ม การจัดเก็บ การรักษา และการกำจัดบันทึกคุณภาพ บันทึกคุณภาพต้องได้รับการเก็บรักษา เพื่อแสดงความสอดคล้องต่อข้อกำหนดและประสิทธิภาพของการปฏิบัติตามระบบคุณภาพ บันทึกคุณภาพที่เกี่ยวข้อง จากผู้รับเหมาช่วง ถือเป็นส่วนหนึ่งของการบันทึกเหล่านี้ บันทึกคุณภาพทั้งหมดต้องอ่านง่ายและเก็บรักษาในลักษณะที่สามารถจัดหามาได้ง่าย ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเสียหายหรือเสื่อมสภาพและป้องกันการสูญหาย ระยะเวลาจัดเก็บต้องถูกต้องกำหนดและบันทึกไว้ กรณีที่ตกลงไว้ในสัญญาบันทึกคุณภาพต้องมีพร้อมสำหรับการตรวจประเมินโดยลูกค้า หรือตัวแทนลูกค้าตามระยะเวลาที่กำหนด”

16. การตรวจสอบคุณภาพภายใน

16.1 ข้อกำหนด “องค์กรต้องจัดทำและอํารงไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติสำหรับการวางแผน และการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจสอบคุณภาพภายใน เพื่อตรวจสอบกิจกรรมคุณภาพและผลลัพธ์ที่ได้ว่าสอดคล้องกับการเตรียมการที่ได้วางแผนไว้หรือไม่ และเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของระบบคุณภาพ การตรวจสอบคุณภาพภายใน ต้องกำหนดบนพื้นฐานของสถานภาพและความสำคัญของกิจกรรมที่ถูกตรวจสอบ และต้องถูกกระทำโดยบุคลากรที่เป็นอิสระจากผู้ซึ่งมีความรับผิดชอบโดยตรงต่อกิจกรรมที่ถูกตรวจสอบ ผลการตรวจสอบต้องได้รับการจดบันทึกและแจ้งต่อบุคลากรที่รับผิดชอบพื้นที่ที่ถูกตรวจสอบ ผู้บริหารเจ้าของพื้นที่ต้องดำเนินการแก้ไขปัญหาข้อบกพร่องที่ตรวจพบระหว่างการตรวจสอบคุณภาพภายในระยะเวลาที่เหมาะสม กิจกรรมการตรวจติดตามต้องตรวจสอบ และบันทึกผลการถือปฏิบัติและประสิทธิภาพของปฏิบัติการแก้ไขปัญหาที่ได้กระทำไป”

17. การฝึกอบรม

17.1 ข้อกำหนด“องค์กรต้องจัดทำและอ้างไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร สำหรับการค้นหาความต้องการด้านการฝึกอบรม และจัดฝึกอบรมให้บุคลากรทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเฉพาะ จะต้องมีความรู้ที่เหมาะสมตามที่กำหนด โดยพิจารณาจากพื้นฐานการศึกษา การฝึกอบรม และ/หรือ ประสบการณ์ บันทึกการฝึกอบรมดังกล่าว ต้องได้รับการจัดเก็บ”

18. การบริการ

18.1 ข้อกำหนด “ในกรณีที่การบริการเป็นข้อกำหนดที่ต้องการองค์กรต้องจัดทำและอ้างไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติสำหรับการให้บริการ การตรวจสอบ และรายงานผลเพื่อให้การบริการสามารถบรรลุข้อกำหนดที่ต้องการ”

19. กลวิธีทางสถิติ

19.1 การระบุชี้ความจำเป็นในการใช้สถิติ ข้อกำหนด “องค์กรต้องระบุชี้ความจำเป็นของกลวิธีทางสถิติที่ต้องการ เพื่อจัดทำ ควบคุม และตรวจสอบขีดความสามารถของกระบวนการ และคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์”

19.2 ระเบียบปฏิบัติ ข้อกำหนด “องค์กรต้องจัดทำและอ้างไว้ซึ่งระเบียบปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรในการถือปฏิบัติและควบคุมการใช้กลวิธีทางสถิติ”

ปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินระบบคุณภาพมาตรฐาน ISO 9002 จำนวน 22 แห่งคือ

1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร
2. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจอมบึง จังหวัดราชบุรี
3. โรงพยาบาลปากท่อ จังหวัดราชบุรี
4. โรงพยาบาลวัดเพลง จังหวัดราชบุรี
5. โรงพยาบาลสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี
6. โรงพยาบาลบางแพะ จังหวัดราชบุรี
7. โรงพยาบาลเจ็ดเสมียนนารี จังหวัดราชบุรี
8. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช
9. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย
10. โรงพยาบาลทับทัน จังหวัดอุทัยธานี
11. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย
12. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุทัยธานี
13. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเริงนกทา จังหวัดยโสธร
14. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเขียงของ จังหวัดเชียงราย
15. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จังหวัดแพร่
16. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก
17. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์
18. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี จังหวัดปัตตานี
19. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน
20. โรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
21. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน จังหวัดขอนแก่น
22. โรงพยาบาลป่าซาง จังหวัดลำพูน

PSO²³ (Thailand International Public sector Standard Management System and Outcome) ระบบมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลงานภาครัฐ

เป็นมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลงานภาครัฐ ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงาน ก.พ. เพื่อให้ราชการมีระบบบริหารงานและการจัดการที่ดี

วัตถุประสงค์ เพื่อมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์รวมของภาคราชการทั้งระบบ และเน้นให้ทุกหน่วยงานราชการของภาครัฐพัฒนามาตรฐานทางผลลัพธ์โดยมีเป้าหมายเป็นผลลัพธ์เชิงสัมฤทธิ์บันปลาย 10 ประการ คือ 1. ความเสมอภาคในการบริหาร 2. ความเป็นธรรมในการบริการ 3. ความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน 4. สิทธิและเสรีภาพของประชาชน 5. ความทั่วถึงในการให้บริการ 6. ความพึงพอใจในฐานะลูกค้าของประชาชน 7. ประสิทธิภาพของหน่วยงานราชการที่ให้บริการ 8. ความประหยัดทั้งภาคราชการและประชาชนผู้รับบริการ 9. คุณภาพและความถูกต้องของการบริการและเอกสารที่เกี่ยวข้อง 10. การรักษาผลประโยชน์สาธารณะความผาสุก คุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม

การดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายภาคราชการซึ่งเป็นผลลัพธ์บันปลาย (Altimate Outcome) จะดำเนินการพัฒนามาตรฐานสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงาน (Standard Achievement Outcome) ซึ่งประกอบไปด้วย

1. ผลงาน/ผลผลิต (Performance/Output) ที่เป็นมาตรฐานของหน่วยงาน
2. ผลลัพธ์ (Outcome) ที่เป็นมาตรฐานของหน่วยงาน
3. ผลลัพธ์บันปลาย (Altimate outcome)
4. ระบบป้องกันผลลัพธ์บันปลายที่ไม่พึงปรารถนา

โดยดำเนินการพัฒนามาตรฐานให้กับระบบบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐ 10 ระบบด้วยกันคือ 1. ระบบข้อมูลข่าวสาร 2. ระบบการสื่อสาร 3. ระบบการตัดสินใจ 4. ระบบการพัฒนาบุคลากร 5. ระบบการตรวจสอบถ่วงดุล 6. ระบบการมีส่วนร่วม 7. ระบบบริการภาคเอกชนประชาชน 8. ระบบการประเมินผล 9. ระบบการคาดคะเนและแก้ไขภาวะวิกฤต 10. ระบบวัฒนธรรมและจรรยาวิชาชีพในปีงบประมาณ 2542 สำนักงาน ก.พ. และคณะกรรมการว่าด้วยการปฏิบัติราชการเพื่อประชาชนของหน่วยงานภาครัฐ โดยความร่วมมือกับศูนย์บริการวิชาการสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ได้เริ่มดำเนินการศึกษาและพัฒนา PSO ร่วมกันได้แก่ จังหวัดมหาสารคาม ตรัง และราชบุรี

Malcolm Baldrige National Quality Award (Baldrige Award)^{24,25,26}

เป็นรางวัลที่จัดตั้งขึ้น ในปี ค.ศ. 1987 ในประเทศสหรัฐอเมริกา สมัยประธานาธิบดีรีแกน เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพขององค์กรในทางธุรกิจ ให้สามารถแข่งขันกับตลาดโลกได้ โดยหวังผลในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศสหรัฐอเมริกา จนในปี ค.ศ. 1995 ได้เริ่มมีการประยุกต์ใช้ทางด้านสาธารณสุข โดยองค์ประกอบหลักของ Baldrige Award มี 4 ประการคือ 1. ผู้ขับเคลื่อน 2. เป้า

ประสงค์ 3. ระบบ 4. การวัดผลความก้าวหน้า ปัจจุบันมี 7 ประการ คือ 1. ความมุ่งมั่นของผู้บริหารระดับสูงและผู้นำในด้านการดูแลรักษาพยาบาล 2. การจัดให้มีระบบข้อมูลที่เชื่อถือการตัดสินใจ 3. การกำหนดทิศทางกลยุทธ์ขององค์กร 4. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 5. กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วย 6. การประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการ 7. วิเคราะห์ความต้องการและการเลือกให้บริการเพื่อสนองความต้องการของประชากรกลุ่มเป้าหมาย (เกณฑ์การให้คะแนนรายละเอียดในภาคผนวก ข) โดยรูปแบบการประเมินตนเองวิธีนี้เป็นรูปแบบที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินการพัฒนาคุณภาพ TQM (Total Quality Management)

ผู้วิจัยพอสรุปได้ว่าการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล มีหลายกิจกรรมและหลายกระบวนการ โดยแต่ละกิจกรรมมีวัตถุประสงค์และกระบวนการดำเนินการ แตกต่างกันไป เช่น 5 ส. เน้นการพัฒนาด้านความเป็นระเบียบเรียบร้อยทางกายภาพของอาคารสถานที่ OD เน้นกระบวนการทำงานเป็นทีม ของบุคลากรในองค์กร ESB เป็นการฝึกอบรมด้านพฤติกรรมบริการ กิจกรรมทั้ง 3 ชนิดที่กล่าวมานั้นเป็นกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการเบื้องต้น หรือเป็นพื้นฐานของการพัฒนาองค์กร ขั้นตอน กระบวนการไม่ยุ่งยาก สามารถเรียนรู้ และนำมาประยุกต์ใช้ในองค์กรได้ไม่ยากนัก ส่วน ISO เป็นการรับรองมาตรฐานโดยเน้นให้มีการเขียนกระบวนการคุณภาพต่าง ๆ อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร HA เน้นกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบที่ถูกต้อง และ TQM เป็นการพัฒนาทั่วทั้งองค์กร อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ไม่มีที่สิ้นสุดและเน้นการพัฒนาคนในองค์กร ผู้วิจัยเห็นว่าการกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการที่ดีที่สุดสำหรับโรงพยาบาลน่าจะเป็น TQM เนื่องจากเป็นการพัฒนาทั่วทั้งองค์กร และมีการปรับปรุงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

การประเมินผลการปฏิบัติงาน

มีผู้ให้ความหมายของการประเมินผล ดังนี้²⁷

ดร.ยงยุทธ สารสมบัติ เป็นการตรวจสอบว่าโครงการที่ดำเนินการไปนั้น มีความก้าวหน้าเพียงใด มีปัญหาในทางปฏิบัติอย่างไร บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่

น.พ.ยุทธนา สุขุมิติ กระบวนการเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อคิดเห็นหรือแนวทางที่จะนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจปรับปรุงการดำเนินงานใหม่ ให้ได้ผลและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์²⁸ กล่าวว่า การประเมินผลการปฏิบัติงานสามารถทำได้ในหลายประเด็น เมื่อพิจารณาตามแนวคิดทฤษฎีระบบการประเมินผลสามารถทำได้ในหลายระดับ คือ

1. โครงสร้างหรือปัจจัยนำเข้า (Structure/ Input) หมายถึงทรัพยากร องค์กรและการจัดการองค์กรเพื่อดำเนินงาน การประเมินในระดับโครงสร้างหรือปัจจัยนำเข้าเป็นการประเมินศักยภาพของการเกิดผลการปฏิบัติงานตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

2. ผลผลิต (Output) หมายถึงจำนวนผลผลิตที่สำเร็จจากการดำเนินการตามกระบวนการ

3. ผลลัพธ์ (Outcome) หมายถึง การบรรลุถึงวัตถุประสงค์ หรือความต้องการของงานหรือกิจกรรมประเมินผลจากที่ต้องการหรือไม่ต้องการ

4. ผลกระทบ (Impact) หมายถึง ประโยชน์หรือผลเสียที่ตามมาอันเป็นผลต่อเนื่องจากการปฏิบัติงาน ไม่ใช่ผลลัพธ์โดยตรงของงานแต่เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นต่อมาในที่สุด

และการบริหารจัดการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรจำเป็นต้องมีการติดตามผลการปฏิบัติงาน โดยอ้างอิงและพิจารณาร่วมกับแผนปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ขององค์กร และสถานการณ์แวดล้อม ผลการปฏิบัติงานเป็นเครื่องมือในการให้ข้อมูลป้อนกลับสู่กระบวนการนำแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ ความเหมาะสมของการเลือกระดับของการประเมินผลการปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับกรณี ซึ่งการประเมินครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ประเมินกระบวนการ และผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน

องค์กรธุรกิจภาคเอกชนได้ให้ความสำคัญกับการประเมินผลการปฏิบัติงาน การวัดคุณภาพของผลิตภัณฑ์ และการบริการในลักษณะของตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน มาก โดยในระดับของรางวัลคุณภาพหลายระดับ จากการจัดระดับคุณภาพของคุณ ทวี บุตรสุนทร ได้เรียงระดับไว้ ดังนี้

1. มาตรฐานโลก (World class standard)
2. รางวัลเดมมิง (Deming Quality Award)
3. รางวัลมัลคอล์ม บาลดริจ (Malcome Baldrige Award)
4. มาตรฐาน ISO 9000 (ISO 9000 Standard) ยุโรป
5. มาตรฐานทางทหาร (Military standard)
6. มาตรฐานระดับชาติ (Nation standard)
7. ไม่มีมาตรฐาน (No standard)

Self assessment

เป็นรูปแบบการประเมินการพัฒนาคุณภาพเบื้องต้น ที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลกในองค์กรภาคธุรกิจ⁴ เช่น ISO 9000, Japanese Deming Prize, American Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA), และ European Quality Award และ Hospital Accreditation ซึ่ง Anthony Wagemakers²⁹ ได้กล่าวถึงการประเมินตนเองในกระบวนการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การประเมินตนเองเป็นการเรียนรู้และพัฒนาอย่างไม่มีที่สิ้นสุด เป็นการประเมินในภาพรวมของแต่ละโปรแกรมที่เกิดขึ้น ผลักดันให้เกิดวัฒนธรรมของการนำและความร่วมมือในการทำงานเป็นที่ระหว่างวิชาชีพ ผลักดันให้เกิดค่านิยม บรรทัดฐาน ภาษา และพฤติกรรมใหม่ ๆ สำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่พื้นฐานขององค์กร วิถีคิด และ พฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งพฤติกรรมองค์กร ส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้โดยมีศูนย์รวมอยู่ที่การประเมินตนเองสำหรับการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเป็นการเตรียมพร้อมเพื่อให้องค์กรภายนอกมาประเมิน

โรงพยาบาลชุมชน^{2,30,31}

เป็นสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐที่ตั้งอยู่ในอำเภอเกือบทุกอำเภอทั่วประเทศ ถือกำเนิดมาจากสถานีอนามัยชั้น 1 ได้รับการยกฐานะศูนย์การแพทย์และอนามัยชนบทปี 2515 เป็นศูนย์การแพทย์และอนามัยปี 2517 และ เป็นโรงพยาบาลอำเภอปี 2518 โดย รัฐบาลมีนโยบายจัดตั้งโรงพยาบาลอำเภอในทุกอำเภอทั่วประเทศ รัฐบาลทำโครงการจัดสร้างโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชจำนวน 21 แห่งขึ้นในอำเภอทุกรัฐบาลและเลี้ยงภัยทุกภาคของประเทศในปี 2520 ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลชุมชนในปี 2525 ปัจจุบัน²(ปีงบประมาณ 2543) มีโรงพยาบาลชุมชนมีจำนวนทั้งสิ้น 712 แห่ง(ไม่รวมโรงพยาบาลสาขา 2 แห่ง) สังกัดกองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ขนาดตามกรอบอัตรากำลังตั้งแต่ 10-120 เตียง (ไม่เกิน 150 เตียง) และแบ่งเป็น 4 กลุ่มคือ 10 - 30 เตียง 60, 90, 120 เตียง

หน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน⁶

เป็นศูนย์บริการ และวิชาการทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค และปรับปรุงสุขภาพิบาลและสิ่งแวดล้อมในชุมชน และการฟื้นฟูสภาพในระดับอำเภอ ทำหน้าที่เสมือนเป็นหนึ่งในสถานีอนามัยประจำตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาล หรือในเขตพื้นที่บริเวณรอบที่ตั้งของโรงพยาบาล ซึ่งครอบคลุมประชากรประมาณหนึ่งแสนคน มีผู้อำนวยการเป็นหัวหน้าหน่วยงาน โดยมีคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเป็นคณะที่ปรึกษาและสนับสนุนผู้อำนวยการในด้านบริหาร ซึ่งถือว่าเป็นองค์ที่สำคัญที่สุดในการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน จะต้องมีการประชุมปรึกษาหารือราชการอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งและส่งรายงานการประชุมให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับทราบ คณะกรรมการประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นประธานกรรมการ หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไปเป็นกรรมการและเลขานุการ กรรมการประกอบด้วยแพทย์ ทันตแพทย์ เกษีษกร หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานและหัวหน้างานทุกฝ่าย รวมทั้งผู้แทนเจ้าหน้าที่อื่น ๆ

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน ดังนี้

1. ทำการตรวจวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
2. จัดทำแผนงาน โครงการ และดำเนินการให้บริการทางสาธารณสุขแก่ประชาชนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ งานสุขภาพิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อม งานทันตสาธารณสุข งานสุขภาพจิต
3. การจัดการรักษาพยาบาลแบบหน่วยเคลื่อนที่ การจัดและควบคุมระบบการส่งต่อผู้ป่วย และการรักษาพยาบาลทางวิทยุในฐานะที่เป็นเครือข่ายย่อย
5. นิเทศ ฝึกอบรม และพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและอำเภอให้มีความรู้ความ

สามารถในด้านกาให้บริการทางการรักษาพยาบาล ตามนโยบาย แผนงานและโครงการต่าง ๆ เช่น การจัดบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน การสาธารณสุขมูลฐาน โครงการบัตรสุขภาพ โครงการรณรงค์เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชน เป็นต้น

5. ศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำสถิติข้อมูลเกี่ยวกับงานสาธารณสุข และจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา เสนอหน่วยงานเหนือตามลำดับ

6. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่และหน่วยงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขและการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน ได้ผลดีตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดแนวทางการบริหารงานโรงพยาบาลชุมชนเชิงคุณภาพไว้ ดังนี้

การบริหารงานโรงพยาบาลชุมชน ที่มุ่งเน้นประสิทธิภาพของงาน ผู้บริหารต้องมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล และคำนึงถึงพันธกิจของโรงพยาบาลชุมชนเป็นหลัก การบริหารงานของคณะกรรมการบริหารงานของโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องทำงานผ่านฝ่ายและกลุ่มงานต่าง ๆ ตามบทบาทหน้าที่ที่กฎหมายรองรับ ตามกรอบอัตรากำลังเป็นหลักแล้วนั้น การผสมผสานหลักการพัฒนายึดกิจกรรมเป็นหลัก การเน้นคนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาและการมีส่วนร่วมของคนในองค์กร โดยมีแนวทางการทำงานเชิงประสานงาน ที่อาจแบ่งงานออกเป็นแต่ละด้าน มีผู้รับผิดชอบที่มาจากฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมาร่วมดำเนินงานในลักษณะเป็นทีม โดยอาศัยหลักการ คือ 1. การมองปัญหาแบบองค์รวม 2. การแก้ปัญหาแบบผสมผสาน การมีส่วนร่วมของทุกสาขาวิชาชีพ บุคลากรทุกระดับและประชาชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหา 3. คำนึงถึงประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการดำเนินงาน 4. การพัฒนาคุณภาพของงานที่เป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน 5. ลดการขัดแย้ง การบริหารจัดการในเชิงระบบและด้านบุคคล 6. สนองต่อความต้องการและปัญหาของชุมชน ในด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างแท้จริง

วิสัยทัศน์โรงพยาบาลชุมชน ³⁰

โรงพยาบาลชุมชนมีขนาดเหมาะสม สวยงามตามสภาพพื้นที่ มีครุภัณฑ์และอาคารสิ่งก่อสร้างที่ทันสมัยและมีการใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพ มีบุคลากรที่มีจิตสำนึกและมีภูมิปัญญา ให้บริการที่มีมาตรฐานเป็นที่ประทับใจของประชาชน มีระบบเครือข่ายการส่งต่อและระบบสื่อสารที่รวดเร็ว มีการบริหารจัดการที่มีความคล่องตัว และสามารถปรับตัวภายใต้บริบทที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีการประสานงานและทำงานเป็นทีมงานสาธารณสุขระดับอำเภอ มีส่วนร่วมพัฒนาและส่งเสริมชุมชนให้เข้มแข็ง พึ่งตนเองได้เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า

มีผู้ทำการศึกษาและให้ข้อเสนอแนะในการปรับบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน ดังนี้

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ³¹ พ.ศ. 2535 ศึกษาวิเคราะห์การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในทศวรรษหน้าในด้านบทบาทโรงพยาบาลชุมชน ควรจะต้องปรับบทบาทให้สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม คือ 1. ต้องเร่งพัฒนาศักยภาพของตนเอง ด้วยการเชื่อมโยงกิจกรรมการพัฒนาระบบ การพัฒนากำลังคน และการวิจัยระบบ 2. มุ่งเน้นการสาธารณสุขผสมผสาน แต่ต้องเพิ่มจุดสำคัญที่ NCD, AIDS, Home Care, Urban Health และการสุศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรม 3. บทบาทต่อชุมชน ต้องเข้มแข็งและต้องปรับตัวให้ทันกับสภาพการเปลี่ยนแปลงของชุมชนด้วย 4. ประสานทั้งในและนอกระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะประสานกับสาธารณสุขอำเภอและการแสดงบทบาทเป็นคลังเวชภัณฑ์และความรู้ของสถานีนอามัย 5. การสร้างองค์ความรู้และการพัฒนาคน โดยประสานกับการพัฒนาระบบสาธารณสุขและสถาบันการศึกษา

ปรีดา แต่อารักษ์³² และคณะ พ.ศ. 2542 ทำการศึกษาภาพลักษณ์และกลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในสองทศวรรษหน้าในมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิ สรุปภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลชุมชนในสองทศวรรษหน้า 1. จะเป็นสถานบริการในชุมชนที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับสถานีนอามัยและสถานพยาบาลอื่น ๆ และเชื่อมโยงกับชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนและชุมชนอย่างเบ็ดเสร็จและผสมผสานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ 2. เป็นสถานบริการที่ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของและดำเนินการในรูปแบบขององค์กรมหาชนหรือองค์กรปกครองท้องถิ่น 3. มีความเชื่อมโยงกับบริการขั้นสูงอย่างเป็นรูปธรรมทั้งในด้านวิชาการและการสนับสนุนด้านทรัพยากร

โรงพยาบาลชุมชนมีการแบ่งกลุ่มงาน/ฝ่ายต่าง ๆ ประกอบด้วย

1. กลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์ รับผิดชอบงานบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทำการตรวจวินิจฉัย สั่งการ หรือให้การรักษาผู้ป่วย ด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามหลักวิชาการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความพิการทุพพลภาพในผู้ป่วย ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจทางรังสีวินิจฉัย สนับสนุนการควบคุมป้องกันโรคตลอดจนการระบาดของโรคติดเชื้อ การรักษาพยาบาลทางวิทย์ ออกหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ รับ ส่งผู้ป่วยเพื่อตรวจรักษา งานนิติเวชวิทยา งานฝึกอบรมและให้คำปรึกษาแนะนำทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่อื่น ๆ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล

2. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป รับผิดชอบในการควบคุม จัดการงานบริหารของโรงพยาบาลเกี่ยวกับงานสารบัญ งานการเจ้าหน้าที่ งานเคหะบริการและงานอาคารสถานที่ งานสวัสดิการและรักษาความ

ปลอดภัย งานประชาสัมพันธ์ งานก่อสร้างและงานซ่อมบำรุง งานการเงิน และงานบัญชี งานพัสดุ ครุภัณฑ์และยานพาหนะ งานเวชระเบียนและสถิติ งานบริการอาหารผู้ป่วย

3. กลุ่มงานการพยาบาล รับผิดชอบในการวางแผน สนับสนุนการจัดบริการพยาบาล การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์และวิจัยงานที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล สนับสนุนการจัดบริการพยาบาล นิเทศงาน ติดตามประเมินผลงานสาธารณสุขแก่ สถานบริการสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งออกเป็น 4 งานคือ งานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ งานผู้ป่วยใน งานห้องผ่าตัด งานห้องคลอด และงานหน่วยจ่ายกลาง

4. ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ รับผิดชอบเกี่ยวกับการวางแผน การจัดการและจัดบริการ การดูแลและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทั้งผู้รับบริการภายในและภายนอกโรงพยาบาล ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ซึ่งครอบคลุมประชากรในพื้นที่ทั้งตำบลที่ตั้งโรงพยาบาล และบริการครอบคลุมทั้งอำเภอ โดยพิจารณาประสานงานเพื่อแบ่งหน้าที่และแบ่งเขตรับผิดชอบกับหน่วยงานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ มีลักษณะงาน ดังนี้ งานอนามัยแม่และเด็ก งานส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยโรงเรียน งานโภชนาการ งานสุขศึกษา งานฝึกอบรมและงานสุขภาพจิต

5. ฝ่ายสุขภาพิบาลและการป้องกันโรค รับผิดชอบในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมทั้งในสถานบริการและในชุมชน ให้สามารถป้องกันโรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น โดยการควบคุมองค์ประกอบในการเกิดโรคในคน ให้อยู่ในสภาวะที่สมดุลย์โดยทำให้เชื้อโรคหรือสิ่งที่ทำให้เกิดโรคนั้น ๆ ได้รับการทำลายหรือยับยั้งไม่ให้มีบทบาทในการก่อโรคได้ ส่งเสริมให้ร่างกายมีความต้านทานโรคอย่างพอเพียง และจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ทำให้ปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บ มีลักษณะงาน ดังนี้ งานสุขภาพิบาลทั่วไป งานอนามัยสิ่งแวดล้อม งานควบคุมและป้องกันโรค งานเฝ้าระวังโรค และงานอาชีวอนามัย

6. ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน รับผิดชอบเกี่ยวกับงานบริการด้านเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยในและนอก โดยใช้วิธีการและเทคนิคทางเภสัชกรรม ติดตามประเมินผลการใช้ยาในผู้ป่วยและอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยา

7. ฝ่ายทันตสาธารณสุข รับผิดชอบในการให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกันแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ ทันตกรรมบำบัด และทันตกรรมฟื้นฟู แก่ประชาชนในเขตทั้งอำเภอ

การจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนขนาดต่าง ๆ มีหลักเกณฑ์ ดังนี้³³

การจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง

1. ควรจัดตั้งในอำเภอหรือกิ่งอำเภอที่มีประชากรไม่เกินกว่า 30,000 คน

2. ควรจัดตั้งในตำบลที่เป็นที่ตั้งของกิ่งอำเภอหรือกิ่งอำเภอ หรือตำบลอื่นที่เหมาะสม เช่น เป็นชุมทางสามารถติดต่อกับตำบลต่าง ๆ ของอำเภอหรือกิ่งอำเภอได้สะดวก และไม่ห่างจากที่ว่าการอำเภอมากนัก

3. จำนวนประชากรในชุมชนที่ตั้งโรงพยาบาลไม่ควรต่ำกว่า 5,000 คน
4. จัดตั้งเพื่อสนับสนุนโครงการต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยราชการอื่น เช่น โครงการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับชนบางกลุ่ม โครงการปรับปรุงอำเภอตัวอย่าง และโครงการพิเศษอื่น ๆ เป็นต้น
5. ประชาชนในท้องถิ่นต้องการและสนับสนุนในการจัดตั้งและดำเนินการ
6. ควรมีสิ่งสาธารณูปโภคโดยเฉพาะอย่างยิ่งไฟฟ้าและประปา สำหรับอำเภอที่ควรยกฐานะเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงหรือ 60 เตียง ในอนาคตควรจัดให้มีที่ดินไว้ประมาณ 15 หรือ 25 ไร่ ตามลำดับ

การจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง

1. ควรจัดตั้งในอำเภอที่มีประชาชนไม่ต่ำกว่า 50,000 คน หรือมีประชากรมารับบริการได้โดยสะดวกไม่ต่ำกว่า 50,000 คน
2. ควรจัดตั้งในตำบลที่เป็นที่ตั้งของที่ว่าการอำเภอที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลที่มีอยู่แล้วประมาณ 40 กิโลเมตร หรือระยะทางที่ต้องใช้เวลาในการเดินทางโดยพาหนะประจำท้องถิ่น(รถยนต์หรือเรือยนต์) เกินกว่า 2 ชั่วโมง ที่ตั้งโรงพยาบาลควรเป็นชุมทาง สามารถติดต่อกับตำบลต่าง ๆ ของอำเภอนั้นและอำเภอใกล้เคียงโดยสะดวก
3. จำนวนประชากรในชุมชนที่ตั้งโรงพยาบาลไม่ควรต่ำกว่า 10,000 คนควรปรับปรุงและขยายศูนย์การแพทย์และอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงเป็นอันดับแรก
4. ประชาชนในท้องถิ่นต้องการและสนับสนุนให้จัดตั้งและดำเนินการ
5. ควรมีสิ่งสาธารณูปโภคโดยเฉพาะอย่างยิ่งไฟฟ้าและประปา
6. มีที่ดินสำหรับปลูกสร้างไม่น้อยกว่า 15 ไร่ ยกเว้นอำเภอที่ควรขยายเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียงขึ้นไปควรจัดให้มีที่ดินไว้ประมาณ 25 ไร่

การจัดตั้งโรงพยาบาลชุมชนขนาดมากกว่า 60 เตียง

1. ควรจัดตั้งในอำเภอที่มีประชาชนไม่ต่ำกว่า 100,000 คน หรือมีประชากรมารับบริการได้โดยสะดวกไม่ต่ำกว่า 100,000 คน
2. ควรจัดตั้งในตำบลที่ตั้งของที่ว่าการอำเภอที่ห่างไกล จากโรงพยาบาลที่มีอยู่แล้ว 40 กิโลเมตร หรือเป็นระยะทางที่ต้องใช้เวลาในการเดินทางโดยเฉพาะพาหนะประจำท้องถิ่นเกินกว่า 2 ชั่วโมง ที่ตั้งของโรงพยาบาลควรเป็นชุมทางสามารถติดต่อกับตำบลต่าง ๆ ของอำเภอนั้นและอำเภอใกล้เคียงได้โดยสะดวก
3. จำนวนประชากรในชุมชนที่ตั้งโรงพยาบาลเกินกว่า 10,000 คนขึ้นไป
4. ควรปรับปรุงขยายมาจากโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง
5. ประชาชนในท้องถิ่นต้องการและสนับสนุนในการจัดตั้งและดำเนินการ

6. ที่ตั้งโรงพยาบาลควรมีสิ่งสาธารณูปโภคโดยเฉพาะอย่างยิ่งไฟฟ้าและประปา
7. ที่ดินสำหรับปลูกสร้างไม่น้อยกว่า 25 ไร่

การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ภรณ์ กীরติบุตร (2529)³⁴ ศึกษาประเมินประสิทธิภาพขององค์กร พบว่าขนาดขององค์กรมีผลต่อความสำเร็จขององค์กร โดยขนาดขององค์กรที่เพิ่มขึ้นจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพขององค์กร

สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ³¹ 2531 ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ โดยการส่งแบบสอบถามไปยังโรงพยาบาลชุมชน 531 แห่ง เกี่ยวกับความสามารถในการให้บริการด้านต่าง ๆ (ยกเว้นงานส่งเสริมสุขภาพ งานสุขภาพเฝ้าระวังและป้องกันโรค) เทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ พบว่า โรงพยาบาลชุมชนทุกขนาดมีความสามารถในการให้บริการแตกต่างกัน โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่จะมีความสามารถในการให้บริการสูงกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กโดยโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงขึ้นไปมีความสามารถสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง และโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงมีความสามารถสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง และองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนที่สำคัญคือ ขนาดของโรงพยาบาลชุมชน อัตรากำลัง จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงาน และความอาวุโสของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน

โครงการวิจัยระบบบริการสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (2532)³⁵ ศึกษาวิจัยปฏิบัติการแบบแผนการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช (อำเภอนครหลวง) ในช่วง 1 กันยายน พ.ศ. 2531 ถึงตุลาคม พ.ศ. 2532 พบว่า ผู้ป่วยที่มารับการรักษายาบาลที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ร้อยละ 59.2 สามารถรักษาได้ที่สถานีนอนมัย ร้อยละ 35.8 สามารถรักษาได้ที่โรงพยาบาลชุมชน มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ควรได้รับการรักษาที่ โรงพยาบาลทั่วไปและในส่วนของโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลชุมชน มี ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52) สามารถรักษาได้ที่สถานีนอนมัย แสดงว่าระบบการส่งต่อมีปัญหา และปัญหาดังกล่าวยังคงมีอยู่จนถึงปัจจุบัน

ปลายมาศ ชุนภักดี(2533)³⁶ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป พบว่าขนาดของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านวิชาการ การประสานงาน และผลการปฏิบัติงานรวมทุกด้าน

สมชัย ศิริกนกวิไล และคณะ (2534)³⁷ ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในโครงการทศวรรษ
สถานีโอนามัย วิเคราะห์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พบปัญหาและให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

การบริหารจัดการระบบข้อมูลข่าวสาร

1. ข้อมูลรายงานมีมากเกินไป ซ้ำซ้อน จังหวัด / ส่วนกลางควรลดรายงานลงให้น้อยที่สุด
ส่งรายงานเฉพาะที่จำเป็น
2. ข้อมูลข่าวสารส่วนใหญ่ส่งต่อให้ส่วนกลางเท่านั้น ควรสนับสนุนการนำข้อมูลมาใช้
ประโยชน์ในการประเมินผลงานของตนเองเพื่อการพัฒนาตนเอง (Self Evaluation)
3. ควรใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารงานข้อมูลข่าวสาร เก็บข้อมูล
เท่าที่จำเป็น ใช้ข้อมูลในการประเมินตนเอง ค้นคว้าวิจัยฐานข้อมูลที่จำเป็น ใช้พัฒนาสำนักงานสาธารณสุข
อำเภอ

ส่วนการนิเทศงานค่อนข้างเป็นแบบทางเดียว การนิเทศไม่ทั่วถึงหรือไม่ต่อเนื่อง ควรเป็นลักษณะ
ปรึกษาหารือกัน และเป็นแบบสองทาง ใช้ความรู้ งานวิจัยมาพัฒนางานให้เป็นระบบ ใช้การควบคุม
กำกับประเมินผล เป็นส่วนหนึ่งของการบริหารและพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

กระทรวงสาธารณสุข กองสาธารณสุขภูมิภาค (2535)³⁸ ศึกษาวิจัยเรื่องแนวทางการดำเนินงาน
ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ กระทรวงสาธารณสุข ศึกษา เปรียบเทียบ
คปสอ. ดีเด่นและ คปสอ.ทั่วไป เสนอแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานของ คปสอ. สำหรับโรงพยาบาล
ชุมชนและสาธารณสุขอำเภอ ดังนี้

โรงพยาบาลชุมชน

1. ควรมีการจัดทำคู่มือ/แนวทาง ให้กับผู้บริหารระดับอำเภอ โดยเฉพาะผู้อำนวยการ โรง
พยาบาลชุมชนที่มีการโยกย้ายบ่อย ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการบริหารงาน และควรให้ความรู้ ความ
เข้าใจในแนวทางในระดับผู้ปฏิบัติด้วย
2. ควรให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นคลังสนับสนุนสถานีโอนามัยในด้านครุภัณฑ์ /เวชภัณฑ์/ ยาน
พาหนะ
3. ควรให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสาร เนื่องจากมีความพร้อมในด้านวัสดุ อุปกรณ์
และเจ้าหน้าที่
4. ควรมีการศึกษา วิเคราะห์กลวิธีในการดำเนินงานสร้างสัมครบ 100 % โดยร่วมกับสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอ เพื่อนำผลการศึกษาวิเคราะห์ผลมาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานโครงการอื่น ๆ
ต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

1. ควรให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในแนวทางการดำเนินงาน คปสอ. แก่เจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติ
2. ควรมีการประสานงานทุกรูปแบบกับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อขอรับการสนับสนุนในส่วนขาด
3. ควรให้ความสำคัญต่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจ

องอาจ วิพุทธศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และมยุรี จิรวินิชย์³⁹ (2539) ทำการวิจัยประเมินผลโครงการนำร่องการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรัฐด้วย TQM 8 แห่งในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑลโดยใช้เกณฑ์ของ The Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) 1995 พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้โรงพยาบาลมีความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพคือ ความมุ่งมั่นและต่อเนื่องของผู้นำ ระบบข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล การวางแผนกลยุทธ์ขององค์กรและการนำไปปฏิบัติ การพัฒนากำลังคนให้มีความรู้เรื่องเครื่องมือพัฒนาคุณภาพ และปัจจัยที่สำคัญที่สุด 3 ประการที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จหรือล้มเหลวของการพัฒนาคุณภาพคือ การเห็นความสำคัญและการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ทุกคน การที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญ สนับสนุนอย่างจริงจังและการฝึกอบรม

สุรพร ลอยหา และคณะ⁴⁰ (2539) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ภาพลักษณ์โรงพยาบาลชุมชนในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2560)กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี ได้วิเคราะห์ภาพลักษณ์ปัจจุบันของโรงพยาบาลชุมชนในภาพรวมของจังหวัด ในแต่ด้าน ดังนี้

1. ด้านการบริหารจัดการ ได้แก่โครงสร้างองค์กร ทีมงาน ผู้นำ การมีส่วนร่วมของทีมงานพบว่า ผู้อำนวยการ มีอำนาจในการตัดสินใจสูง มีการเปลี่ยนแปลงผู้อำนวยการบ่อย ขาดคุณสมบัติของนักบริหารที่ดี ไม่มีการตรวจสอบงานและการทำงานของผู้อำนวยการ

กรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชน ยังไม่มีความเข้มแข็งและไม่แสดงความเป็นคณะกรรมการบริหารเต็มที่ และเป็นคนรุ่นใหม่ขาดประสบการณ์ ทำให้ไม่พัฒนาเท่าที่ควร

การมีส่วนร่วมของชุมชน มีส่วนร่วมในแง่ของการแสดงความคิดเห็นที่เป็นเสียงสะท้อนบอกถึงคุณภาพบริการของโรงพยาบาล แต่การมีส่วนร่วมด้านการบริหารและบริการยังไม่ชัดเจน มีโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมที่มีคณะกรรมการซึ่งเป็นตัวแทนของชุมชนในการบริหารโรงพยาบาล ทั้งการสนับสนุนเงินทุนและการบริการของโรงพยาบาล

ทีมงาน มีการจัดตั้งทีมพัฒนางานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แต่ไม่มีการประเมินผลสำเร็จของทีมงาน มีเพียงการลงรายงานว่าทำอะไรบ้างตาม Process ของงาน

งบประมาณ ได้ไม่เต็มเม็ดเต็มหน่วย และให้งบประมาณพร้อมกับแนวทางปฏิบัติ ทำให้แก้

ปัญหาเฉพาะพื้นที่ไม่ได้

อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัยนำมาใช้มากขึ้น เช่น คอมพิวเตอร์ และเครื่องมือทางการแพทย์

2. การบริการของโรงพยาบาลชุมชน พบว่าเน้นการรักษา มากกว่างานส่งเสริมป้องกัน ซึ่งงานป้องกันเพียงแต่ควบคุมไม่ให้เกิดโรคระบาดที่ร้ายแรง ส่วนงานที่ไม่มีในโรงพยาบาลชุมชนคืองานฟื้นฟู เนื่องจากขาดบุคลากรคือนักกายภาพบำบัด

3. ความสัมพันธ์กับหน่วยงานอื่น พบว่าผู้อำนวยการขาดความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้นำด้านการปกครอง

วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง ภาวะคุกคามของโรงพยาบาลชุมชนไว้ดังนี้

1. จุดอ่อน มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหารบ่อย อายุสั้น และขาดประสบการณ์ด้านการบริหารบุคลากรมีความรู้ความสามารถเฉพาะทางน้อยการพัฒนาศักยภาพความเข้มแข็งของโรงพยาบาลทั้งด้านการรักษา ศักยภาพบุคลากร และการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้

2. จุดแข็ง เป็นแหล่งสร้างศรัทธาและมี Autonomy สูง

3. ภาวะคุกคาม ภาวะเศรษฐกิจ โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนที่ทำให้เกิดการโยกย้ายของบุคลากรไปสู่โรงพยาบาลเอกชน

และได้เสนอภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลชุมชนใน 2 ทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2560) ดังนี้ การบริหารจัดการของโรงพยาบาลชุมชนควรเป็น "แบบอิสระและสามารถพึ่งตนเองได้" ในด้านการบริการควร "สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและปัญหาชุมชน"

ฐานกร อิงอมรัตน์⁴¹ (2540) ศึกษาการประเมินของระบบการจัดการคุณภาพด้วยตัวเอง สำหรับบริษัทโทรคมนาคม โดยอ้างอิงมาตรฐาน ISO 9000 และ The Baldrige Award ผลลัพธ์บอกถึงระดับความสำเร็จของระบบจัดการคุณภาพ จุดแข็ง จุดอ่อน ซึ่งดูได้จากคะแนนที่ปรากฏของเกณฑ์ต่าง ๆ ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารในการนำไปประกอบการตัดสินใจในการพัฒนาคุณภาพ

อำพล จินดาวัฒน์³⁰ ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาลักษณะการทำงานของแพทย์และทีมงานโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง ศึกษา พบว่า

ภาวะผู้นำมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการทำงานสูง

1. การบริหารจัดการที่ดี อยู่บนพื้นฐานความคิดที่ทันสมัย ไม่ยึดติดอยู่เพียงแต่กรอบแนวคิดของทางราชการเท่านั้น มีระบบการบริหารจัดการที่ชัดเจนให้ความสำคัญกับทีมงานอย่างทั่วถึง

มีกลไกและสร้างแรงจูงใจส่งเสริมให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และร่วมมือกัน เพื่อใช้ศักยภาพในการทำงานอย่างเต็มที่

2. โรงพยาบาลชุมชนสามารถทำหน้าที่เป็นจุดเชื่อมต่อของการใช้วิทยาการทางการแพทย์แผนปัจจุบันผสมผสานกับการแพทย์แผนไทยได้อย่างเป็นรูปธรรม

3. พบปัญหาการจัดบริการที่ซ้ำซ้อน (แข่งขันกันเอง) ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ปัญหาการข้ามขั้นตอนและปัญหาของระบบส่งต่อที่ขาดประสิทธิภาพ

4. มีการนำแนวคิดการบริบาลที่บ้าน (home health care) มาใช้ในการขยายงานการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังไปยังบ้านและชุมชนมากขึ้น

5. สามารถทำหน้าที่เป็นแกนหลักในการสนับสนุนให้ประชาชนพัฒนาคุณภาพชีวิต และพัฒนาคุณภาพตนเองตามหลักการสาธารณสุขมูลฐาน และสนับสนุนให้ประชาชนร่วมกันพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนได้ผลเป็นรูปธรรม โดยดำเนินการในรูปแบบของการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ไปพร้อม ๆ กับประชาชนและทำงานสอดคล้องประสานกับพันธมิตรอื่นๆ ทั้งในและนอกชุมชน

อำพล จินดาวัฒน์และคณะ⁴² (2541) ศึกษาโดยใช้แบบสอบถามสำรวจกำลังคน ของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 641 แห่งในปีงบประมาณ 2541 พบว่า

แพทย์คิดเป็นร้อยละ 66.8 ของกรอบอัตรากำลังขั้นต่ำที่พึงมี(รพช. 10 เพียง 2 คน 30 เพียง 3 คน 60 เพียง 5 คน 90 เพียง 7 คน 120 เพียงมี 9 คน) ซึ่งเมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่กำหนดโดย ก.พ.พบว่าแพทย์เพียงประมาณร้อยละ 40 เท่านั้นเมื่อคิดคำนวณโดยอาศัยค่าเฉลี่ยของกำลังคนตามขนาดโรงพยาบาลชุมชนที่ได้จากการศึกษา และพบว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เพียง มีแพทย์เฉลี่ย 1.3 คน โดยภาคเหนือและภาคอีสานมีแพทย์เฉลี่ยต่ำที่สุด โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เพียงมีแพทย์เฉลี่ย 2 คน โดยภาคอีสานมีแพทย์เฉลี่ยต่ำที่สุด โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เพียงมีแพทย์เฉลี่ย 3.3 คน โดยภาคกลางและเหนือมีแพทย์เฉลี่ยต่ำที่สุด โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เพียง มีแพทย์เฉลี่ย 4.5 คน และ 120 เพียงมีแพทย์เฉลี่ย 6.8 คน มีโรงพยาบาล 120 เพียง 1 แห่งที่มีแพทย์ 11 คนคือโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

ทันตแพทย์ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เพียงมีทันตแพทย์เฉลี่ย 0.6 คน โดยภาคอีสานมีทันตแพทย์เฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 0.2 คน โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เพียงมีทันตแพทย์เฉลี่ย 0.9 คน โดยภาคอีสานมีทันตแพทย์เฉลี่ยต่ำ ที่สุดคือ 0.7 คน โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เพียงมีทันตแพทย์เฉลี่ย 1.2 คน 90 เพียงมีทันตแพทย์เฉลี่ย 1.6 คน 120 เพียงมีทันตแพทย์เฉลี่ย 2.3 คน

เภสัชกร โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เพียงมีเภสัชกรเฉลี่ย 1 คน โดยภาคตะวันออกมีเภสัชกรเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 0.7 คน โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เพียงมีเภสัชกรเฉลี่ย 1.2 คน โดยภาคอีสานมี

ทันตแพทย์เฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 0.9 คน โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงมีเภสัชกรเฉลี่ย 1.7 คน 90 เตียงมีเภสัชกรเฉลี่ย 2.2 คน 120 เตียงมีเภสัชกรเฉลี่ย 4 คน

พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค โรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียงมีพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคเฉลี่ย 21.7 คน โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงมีพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคเฉลี่ย 32.2 คน โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงมีพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคเฉลี่ย 45.2 คน โรงพยาบาลชุมชนขนาด 90 เตียงมีพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคเฉลี่ย 62.2 คน และโรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียงมีพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคเฉลี่ย 78.54 คน โดยพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคมีประมาณ ร้อยละ 70 ของกรอบอัตรากำลังฝ่ายการพยาบาล(ไม่รวมฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ) สรุปดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 จำนวนบุคลากรเฉลี่ยจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2541

ประเภทของบุคลากร	ขนาดโรงพยาบาล				
	10	30	60	90	120
แพทย์	1.3	2	3.3	4.5	6.8
ทันตแพทย์	0.6	0.9	1.2	1.6	2.3
เภสัชกร	1	1.2	1.7	2.2	4
พยาบาล	21.7	32.2	45.2	62.2	78.5

* พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค

บัววรรณ ศรีชัยกุล⁴³ (2541) ทำการศึกษาเพื่อทดสอบแบบประเมินการบริหารคุณภาพโดยองค์รวม (TQM) ในโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 6 แห่ง โดยใช้เกณฑ์ของ The Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) ใช้ 7 ข้อในการประเมินคือ การบริหารคุณภาพโดยองค์รวมของผู้บริหารระดับสูง ระบบข้อมูลสารสนเทศและการวิเคราะห์ การวางแผนกลยุทธ์ การพัฒนาและบริหารทรัพยากรมนุษย์ กระบวนการบริหารคุณภาพ ผลลัพธ์ทางคุณภาพและการดำเนินงาน ความพึงพอใจของคนไข้ และทดสอบความถูกต้องน่าเชื่อถือของแบบประเมินโดยวิธี Content Validity โดยผู้เชี่ยวชาญ 7 ท่าน ใช้เกณฑ์ 75% ข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์คัดออก และทดสอบ Reliability มีค่าอยู่ระหว่าง 0.84-0.96

ไชยา มาแจ้ง⁴⁴ (2539) ศึกษาเชิงสำรวจ ความคิดเห็นของผู้บริโภคด้านสุขภาพเกี่ยวกับสิทธิที่ควรจะมีในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรักษาพยาบาล พบว่า ผู้มาใช้บริการส่วนใหญ่ร้อยละ 89-97 มีความต้องการให้แพทย์บอกถึงโรคที่เป็น ขั้นตอนการรักษา และอันตรายที่อาจเกิดจากการรักษา

ประวิทย์ ลีสถาพรวงศ์⁴⁵ (2540) ศึกษาเชิงสำรวจเกี่ยวกับนวัตกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน พบว่า

1. โรงพยาบาลชุมชนมีการปรับปรุงโครงสร้างเป็นการภายในเพื่อให้สอดคล้องกับระบบงานและนโยบายเฉพาะของแต่ละโรงพยาบาล โดยมีการปรับโครงสร้างจัดให้มีงานสุขศึกษาประชาสัมพันธ์มากที่สุด(66.3%) รองลงมาคือ Home Health Care(49.5%) งานคอมพิวเตอร์และสารสนเทศ (49.5%) และงานวิชาการ(36.4%)

2. ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน โดยมีระบบฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะมากที่สุด(58.2%) รองลงมาคือระดมเงินบริจาคเป็นระยะ(42.1%) และมีคณะกรรมการบริหารภาคเอกชน(19.6%)

3. การกำหนดพันธกิจและการสร้างวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล มีการกำหนดพันธกิจอย่างชัดเจน(10.6) และกำหนดวิสัยทัศน์(9%)

4. เทคนิคในการพัฒนาโรงพยาบาล เครื่องมือที่ถูกนำมาใช้มากที่สุดคือ 5 ส(49.7%) OD (19.6%) TQM (18%)

5. การพัฒนาระบบสารสนเทศ ใช้ในงานพิมพ์เอกสารทั่วไป(90.5%) งานระบาดวิทยา(73.9%) งานคลังเวชภัณฑ์(72.3%)

6. บทบาทในการให้บริการเชิงรุก Home Health Care มีการดำเนินการมากที่สุด (72.8) รองลงมาคือการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เป็นประจำ(67.8) การเยี่ยมบ้านประชากรปกติหรือกลุ่มเสี่ยง(41.4)

ปรีดา แต่อารักษ์และคณะ³² (2542) ศึกษาภาพลักษณ์และกลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในสองทศวรรษหน้า ในมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลitudinalการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่าง ๆ 22 ท่าน พบว่า ภาพลักษณ์โรงพยาบาลชุมชนในอนาคตควรจะเป็น ดังนี้

1. สถานบริการในชุมชนที่เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายกับสถานอนามัยและสถานพยาบาลอื่น ๆ และเชื่อมโยงกับชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนและชุมชนอย่างเบ็ดเสร็จ และผสมผสานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

2. เป็นสถานบริการที่ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ และดำเนินการในรูปองคกรมหาชนหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. มีความเชื่อมโยงกับบริการขั้นสูงอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในด้านวิชาการและการสนับสนุนด้านทรัพยากร

โดยกลยุทธ์ที่จะให้เกิดภาพลักษณ์ดังกล่าวมี 5 ประการคือ

1. การปฏิรูประบบราชการ โดยการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพระดับอำเภอให้เป็นทีมสุขภาพเดียวกัน สร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพโดยประสานความเชื่อมโยงกันทั้งในแนวราบและแนวตั้ง การปรับระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมและผสมผสาน ที่มุ่งการสร้างสุขภาพเชิงรุกมากกว่าตั้งรับ
2. การปฏิรูปการคลัง พัฒนากลไกการเงินการคลังที่ทำให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ และมีระบบการจ่ายเงินที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดบริการ มีระบบการจ่ายเงินที่สร้างแรงจูงใจในการทำงานเชิงรุก การครอบคลุมประชากร และเชื่อมโยงเครือข่าย
3. การพัฒนาบุคลากรและวิชาการ ต้องกำหนดแผนงานที่ชัดเจนในการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาลชุมชน ทั้งในระยะสั้น ระยะยาวอย่างเป็นระบบการส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพควบคู่ไปกับการปฏิบัติงาน และการพัฒนาองค์ความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเป็นองค์รวมและผสมผสาน
4. การสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการโรงพยาบาลชุมชน และการสร้างระบบการตรวจสอบการบริหารจัดการโรงพยาบาลจากองค์กรภาคประชาชนและชุมชน
5. การปฏิรูปโครงสร้างการบริหารจัดการ ซึ่งอาจมีหลากหลายรูปแบบ เช่น องค์กรมหาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือแบบเดิม แต่จะต้องมีการปรับโครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขในระดับอำเภอ(โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย) ให้อยู่ในเครือข่ายเดียวกัน และมีระบบบริหารจัดการที่มีความเชื่อมโยง เป็นเอกภาพ

อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ⁴⁶(2542) ศึกษาวิเคราะห์นโยบายและการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่อดีต จนถึงปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต และการวิจัยภาคสนามเพื่อศึกษาสถานการณ์ของโรงพยาบาลชุมชนกรณีศึกษา 12 แห่ง พบว่า โรงพยาบาลชุมชนมีการพัฒนางานบริการด้านการรักษาพยาบาลมาก ซึ่งเป็นการพัฒนาในสถานบริการแบบตั้งรับและเป็นเอกเทศอย่างชัดเจน มีการพัฒนาบริการด้านหน้า พัฒนามาตรฐานบริการมากขึ้นตามลำดับ การพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การทำงานเชิงรุกในชุมชนได้รับการพัฒนาบ้าง แต่ไม่มากนักและไม่ชัดเจนเมื่อเทียบกับงานตั้งรับเพื่อการรักษาพยาบาล การทำงานสนับสนุนสถานีอนามัยองค์กรท้องถิ่น องค์กรเครือข่ายอื่น ๆ และงานสาธารณสุขมูลฐานลดน้อยลงอย่างชัดเจน ลักษณะจำเพาะของโรงพยาบาลชุมชนลดน้อยไปมากกลายเป็นโรงพยาบาลแบบทั่วไปมากขึ้นสถานีอนามัยมีการพัฒนาบริการมากขึ้นแต่เมื่อเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนแล้วยังห่างกันมากและมีลักษณะแข่งขันกันเอง ไม่เป็นระบบบริการสาธารณสุขระดับเดียวกัน ที่ต้องช่วยเหลือเกื้อกูลกันอย่างผสมกลมกลืน โรงพยาบาลชุมชนมีการสนับสนุนสถานีอนามัยบ้าง เช่น การเป็นคลังยาอำเภอ การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นต้น แต่บทบาทการนิเทศงาน การเป็นพี่เลี้ยง

การพัฒนาาระบบส่งต่อให้มีคุณภาพลดลงไปอย่างมาก และโรงพยาบาลชุมชนมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับชุมชนและประชาชนไม่มากนัก ชุมชนมีโอกาสเข้าร่วมเป็นเจ้าของหรือร่วมคิด ร่วมบริหาร ร่วมรับรู้การบริหารของโรงพยาบาลชุมชนไม่มากนัก ที่มีบ้างส่วนใหญ่นำไปเป็นรูปของการระดมทรัพยากรสนับสนุนโรงพยาบาลชุมชน โดยภาพรวม โรงพยาบาลชุมชนมีศักยภาพสูงมาก ทั้งในด้านอาคารสถานที่ ทรัพยากร กำลังคน มีองค์ความรู้ เทคโนโลยีมาก จนอาจถึงขั้นที่กล่าวได้ว่าเป็นองค์กรในระดับอำเภอที่มีศักยภาพสูงมากและมีอิสระมากในการทำงาน

ภูษิตา อินทรประสงค์ (2542)⁴⁷ ศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ ศึกษาในผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน 268 แห่ง เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพการบริหารงานของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ปัจจัยหลักคือการทำงานเป็นทีม ปัจจัยรองคือ ความสามารถในการบริหารสภาพแวดล้อมภายในหน่วยงาน ลักษณะภาวะผู้นำ ความสามารถในการให้คุณให้โทษ การสร้างความผูกพันและยอมรับการมีส่วนร่วม และความสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนกับผู้บังคับบัญชา ตามลำดับ และการมีส่วนร่วมในกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดเพียงแตกต่างกัน เป็นตัวแปรที่ดีที่สุด ในบรรดาตัวแปรอิสระทั้งหมด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลของรัฐในสังกัดกองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยใช้วิธีการศึกษา ดังนี้

รูปแบบวิธีวิจัย

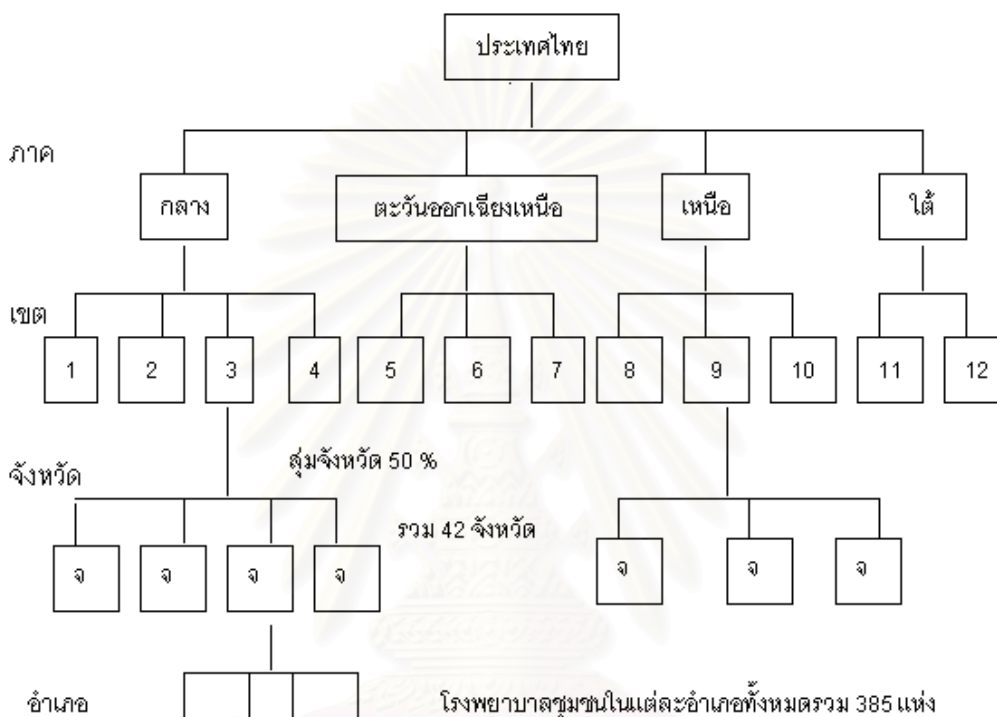
เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาชนิด Cross – sectional Descriptive Study เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนในปัจจุบัน โดยใช้แบบประเมินคุณภาพบริการที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ผู้ทำการตอบแบบประเมินคือผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชน

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

1. ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ทั่วประเทศ 712 แห่ง
2. ประชากรที่ศึกษา (Study Population) คือโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 712 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย แบ่งตามเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ออกเป็น 12 เขตกระจายอยู่ในภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย (ตามแผนภูมิข้างล่างนี้) แต่ละเขตมีจำนวนจังหวัดซึ่งขึ้นกับเขตต่าง ๆ รวม 75 จังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพฯ) แต่แต่ละจังหวัดมีโรงพยาบาลชุมชนอยู่เกือบทุกอำเภอของจังหวัดนั้น รวมทั้งสิ้น 712 แห่ง(ไม่รวมโรงพยาบาลสาขา)
3. ตัวอย่าง (Sample) โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดที่สุ่มได้ รวม 385 แห่ง
4. การสุ่มตัวอย่าง สุ่มจังหวัดจากแต่ละเขตมา 50% โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย(simple random sampling) รวม 42 จังหวัด โรงพยาบาลชุมชนทุกโรงพยาบาลที่มีในแต่ละอำเภอของจังหวัดตกเป็นตัวอย่างการศึกษารวม 385 แห่ง
5. ขนาดตัวอย่าง (sample size) การคำนวณขนาดตัวอย่าง
ใช้สูตร Yamane $n = N / (1 + Ne^2)^{48}$
N = ขนาดประชากร (712แห่ง), n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง กำหนดให้เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 256 เนื่องจากจำนวนโรงพยาบาลชุมชนในทุกอำเภอของจังหวัดที่สุ่มได้มี 385 แห่ง เพื่อให้สอดคล้องกับการสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงใช้ 385 แห่ง

แผนภูมิที่ 3.1 แสดงการสุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลชุมชน



6. หน่วยการศึกษา (study unit) คือผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน/ผู้บริหาร (หรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชน) ของโรงพยาบาลแห่งละ 1 คน รวมทั้งหมด 385 คน

7. การสังเกตและการวัด (Observation and measurement)

7.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่ ขนาดโรงพยาบาลชุมชน ที่ตั้งของโรงพยาบาลตามภาค

7.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ การประเมินตนเองในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล 6 ด้าน คือ 1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาของผู้บริหารทุกระดับ 2. ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร 3. กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ 4. การรักษามาตรฐานวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วย 5. กระบวนการพัฒนาคุณภาพ 6. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน

8. เกณฑ์การวัดผล

8.1 แบบประเมินประกอบด้วย 4 ส่วนคือส่วนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับการจัดระบบ กระบวนการปฏิบัติ และการขยายระบบ ส่วนที่ 3 เกี่ยว

กับผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน และส่วนที่ 4 เกี่ยวกับความคิดเห็นเพิ่มเติม หัวข้อการประเมินในส่วนที่ 1 ประเมิน ด้านที่ 1-5 ส่วนที่ 2 ประเมินด้านที่ 6

8.2 เกณฑ์การให้คะแนนประยุกต์มาจากรูปแบบประเมินการพัฒนาคุณภาพองค์กรของ The Baldrige Award โดยการประเมินตนเองในด้านที่ 1-5 ให้คะแนนเป็น 6 ระดับ จากน้อยไปมาก (0 1 2 3 4 5) ดังนี้

คะแนน	1. ระบบ/แนวทางปฏิบัติ	2. กระบวนการปฏิบัติ	3. การขยายผล
0	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
1	ชัดเจนในบางงานหลัก	ปฏิบัติในบางงานหลักแต่ไม่สอดคล้องกับระบบที่วางไว้	ไม่มี
2	ชัดเจนในหลายงานหลัก	ปฏิบัติในหลายงานหลักสอดคล้องกับระบบที่วางไว้บางส่วน เริ่มมีการประเมินผลและพัฒนากระบวนการ	เริ่มมี
3	ชัดเจนในงานหลักส่วนใหญ่	ปฏิบัติในงานหลักส่วนใหญ่ สอดคล้องกับระบบที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการประเมินผลและพัฒนากระบวนการโดยยึดข้อมูลจริงเป็นหลัก	มากกว่าร้อยละ 50 ของหน่วยงานหลัก
4	ชัดเจนเกือบทุกงานหลัก	ปฏิบัติในเกือบทุกงานหลักสอดคล้องกับระบบที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการประเมินผลและพัฒนากระบวนการโดยยึดข้อมูลจริงเป็นหลักและพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง	ไปสู่เกือบทุกหน่วยงานหลักมีการเชื่อมประสานกระบวนการในงานหลัก
5	ชัดเจนทุกงานหลัก/งานรอง/ทุกกระบวนการ	ปฏิบัติในทุกงานหลักและงานรอง ตามระบบที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด มีการประเมินผลและพัฒนากระบวนการโดยยึดข้อมูลจริงเป็นหลักและพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง	ไปสู่ทุกหน่วยงานและมีการเชื่อมประสานระหว่างทุกหน่วยงานอย่างต่อเนื่องยั่งยืน

การประเมินด้านที่ 6 ให้คะแนนเป็น 6 ระดับ จากน้อยไปมาก (0 1 2 3 4 5) ดังนี้

ระดับคะแนน	1. ผลสำเร็จ	2. มีผลสำเร็จต่อเนื่อง/มีผลเปรียบเทียบ	3. ผลสำเร็จเด่นชัดเป็นแบบอย่าง
0=ไม่มีผล	ไม่มีรายงานผลสำเร็จหรือผลสำเร็จน้อยมาก(no or little)	-	-
1=ผลดีน้อย	เริ่มมีพัฒนาการหรือผลสำเร็จในบางงานหรืองานสำคัญ(few)	-	-
2=ผลดีบ้าง	เริ่มมีพัฒนาการหรือผลสำเร็จในหลายงานหลักหรืองานสำคัญ(many)	เริ่มมีการแสดงแนวโน้มหรือการเปรียบเทียบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้	-
3=ผลดี	มีการพัฒนาในเกือบทุกงานหลัก หรืองานสำคัญ(most)ตามเป้าหมายและเกณฑ์มาตรฐาน	มีการพัฒนางานสำคัญตามเป้าหมายและเกณฑ์มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง มีแนวโน้มในดัชนีชี้วัดผลสำเร็จขององค์กร (ลูกค้า ตลาด กระบวนการ)	-
4=ผลดีมาก	มีผลสำเร็จครอบคลุมทุกงานหลักและงานสำคัญ(almost) สามารถแสดงผลสำเร็จได้อย่างเด่นชัด	มีผลสำเร็จทุกงานสำคัญมีแนวโน้มการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง	แสดงความเป็นผู้นำในบางงาน
5=ผลดีเยี่ยม	มีผลสำเร็จอย่างสมบูรณ์แบบ(all) ครอบคลุมทุกงานหลักและงานสำคัญ	มีผลสำเร็จทุกงานสำคัญมีแนวโน้มการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน	มีหลักฐานแสดงให้เห็นถึงจุดเด่นหรือความโดดเด่นในงานหลายๆงานเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่นและสามารถนำไปประยุกต์ใช้หรือเป็นแบบอย่างให้โรงพยาบาลแห่งอื่นได้

8.3 เกณฑ์การประเมินใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละด้านจำแนกตามขนาดโรงพยาบาล และตามภาค ทั้ง 4 ภาค

9. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Instrument)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินตนเองของผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนหรือผู้แทน หรือ มติคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชน

10. การตรวจความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบประเมินตนเอง

10.1 หาความตรงของเนื้อหาของแบบประเมินตนเอง(Content Validity) ของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชน โดยนำแบบประเมินตนเอง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน ตรวจสอบรายละเอียดของข้อความ และพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหาในข้อความทุกข้อ

10.2 นำแบบประเมินตนเองที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วไปทดสอบ pretest Questionnaire) ในสถานบริการ 4 แห่ง คือโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข 2 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง และนำมาแก้ไขข้อบกพร่อง

10.3 ทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม(Reliability) โดยการนำแบบประเมินที่แก้ไขแล้วส่งให้กับโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 แห่ง และหาความน่าเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach' coefficient alpha)⁴⁹

ด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหารเท่ากับ 0.95	แสดงว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความน่าเชื่อถือสูง
ด้านการจัดการทรัพยากรเท่ากับ 0.95	แสดงว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความน่าเชื่อถือสูง
ด้านกระบวนการบริการเท่ากับ 0.97	แสดงว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความน่าเชื่อถือสูง
ด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพเท่ากับ 0.75	แสดงว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความน่าเชื่อถือปานกลางค่อนข้างสูง
ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการเท่ากับ 0.85	แสดงว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความน่าเชื่อถือสูง
ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานเท่ากับ 0.87	แสดงว่าแบบสอบถามนี้มีค่าความน่าเชื่อถือสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามลำดับขั้น ดังนี้

1. เตรียมเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินตนเองของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชน
2. ขอความร่วมมือกับกองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขในการทำวิจัยและขอความร่วมมือให้ในการส่งแบบประเมินให้กับโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 385 แห่ง (ออกหนังสืออย่างเป็นทางการโดยกองสาธารณสุขภูมิภาค)
3. หลังจากส่งแบบสอบถามไปแล้วประมาณ 1 เดือน ส่งหนังสือติดตามรอบที่ 1

โดยกองสาธารณสุขภูมิภาค พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบประเมินที่ได้รับกลับมา หลังจากนั้นประมาณ 2 เดือนทำหนังสือติดตามรอบที่ 2

4. โทรศัพท์ติดตามเป็นระยะเพื่อติดตามโรงพยาบาลที่ยังไม่ตอบแบบประเมินทุกโรงพยาบาล รวมทั้งขอข้อมูลเพิ่มเติมในโรงพยาบาลที่ทำแบบประเมินไม่ครบถ้วนสมบูรณ์

5. สร้างคู่มือลงรหัส

6. บันทึกข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และเตรียมการวิเคราะห์ผลด้วย

SPSS for Windows

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ชนิดของสถิติ	หัวข้อที่จะวิเคราะห์	ชนิดของตัวแปร	วิธีการ
1. สถิติเชิงพรรณนา	จำนวนโรงพยาบาล ข้อมูลพื้นฐานของ โรงพยาบาล ที่ตั้งตามภาค ขนาดโรงพยาบาล	เชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ	- ค่าเฉลี่ย , ร้อยละ, ตาราง - ความถี่, ร้อยละ ตาราง
2. สถิติเชิงอนุมาน	ทดสอบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้าน ทั้ง 6 ด้านจำแนกตามขนาด และภาคที่ตั้งของโรง พยาบาลทั้ง 4 ภาค	ข้อมูลเชิงปริมาณ - เปรียบเทียบ 2 กลุ่ม - เปรียบเทียบมาก กว่า 2 กลุ่ม	Unpaired t-test One - way ANOVA

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษากการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลในปี 2543 ผู้วิจัยได้สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการตอบกลับแบบประเมินตนเองและข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ผลการประเมินตนเองในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการประเมินตนเองในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามขนาดโรงพยาบาลและที่ตั้งตามภาค

ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับจุดเด่น ข้อจำกัด ปัญหาเร่งด่วน และแนวทางการแก้ปัญหาเร่งด่วนของโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลการตอบกลับแบบประเมินตนเองและข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทยปีงบประมาณ 2543 มีจำนวนทั้งสิ้น 712 แห่ง (ไม่รวมโรงพยาบาลสาขา) สุ่มตัวอย่างมาทำการศึกษา 385 แห่ง โรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถามกลับมาจำนวน 303 แห่ง(78.7%) โดยโรงพยาบาลขนาด 90 เตียงมีอัตราการตอบกลับมากที่สุด(89.3%) และโรงพยาบาลขนาด 120 เตียงมีอัตราการตอบกลับน้อยที่สุด(62.5%) ตาราง 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและอัตราการตอบกลับแบบประเมินตนเองของโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล(ตามกรอบอัตรากำลัง)

ขนาดรพ. (เตียง)	จำนวน รพ.ที่ส่งแบบสอบถาม		อัตราการตอบกลับ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10	46	11.9	37	80.4
30	240	62.3	187	77.9
60	63	16.4	49	77.8
90	28	7.3	25	89.3
120	8	2.1	5	62.5
รวม	385	100	303	78.7

อัตราการตอบกลับแบบสอบถามตามภาคที่ตั้งของโรงพยาบาลพบว่าภาคกลางมีอัตราการตอบกลับมากที่สุด(82.0%) ส่วนภาคเหนือมีอัตราการตอบกลับต่ำที่สุด(76.1%) ตาราง 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวนและอัตราการตอบกลับแบบประเมินตนเองจำแนกตามภาคที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชน

ภาคที่ตั้งของ โรงพยาบาลชุมชน	จำนวนรพ.ที่ส่งแบบสอบถาม	อัตราการตอบกลับ	
		จำนวน	ร้อยละ
กลาง	100	82	82.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	146	115	78.8
เหนือ	67	51	76.1
ใต้	72	55	76.4
รวม	385	303	78.7

ผู้ตอบแบบสอบถาม ผู้อำนวยการหรือผู้บริหารโรงพยาบาลที่ได้รับมอบหมายจากผู้
อำนวยการเป็นผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 156 แห่ง(46.4%) และคณะกรรมการบริหารโรง
พยาบาลจำนวน 165 แห่ง(49.1%) ตาราง 4.3

**ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละผู้ตอบแบบประเมินตนเองในการพัฒนาคุณภาพบริการ
โรงพยาบาลชุมชนจำแนกตามสถานภาพ**

สถานภาพผู้ตอบแบบประเมินตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ผู้อำนวยการ/ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน	140	46.2
คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชน	149	49.2
ไม่ระบุ	14	4.6
รวม	303	100

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

จากข้อมูลโรงพยาบาลตามขนาดตามกรอบอัตรากำลังพบว่าโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงมีจำนวนมากที่สุด (61.7%) รองลงมาคือขนาด 60 เตียง(16.2%) 10 เตียง(12.2%) 90 เตียง (8.3%) และขนาด 120 เตียงมีน้อยที่สุด(1.7%) ตาราง 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนตามกรอบอัตรากำลัง

ขนาดโรงพยาบาล(เตียง)	จำนวนโรงพยาบาล(แห่ง)	ร้อยละ
10	37	12.2
30	187	61.7
60	49	16.2
90	25	8.3
120	5	1.7
รวม	303	100

จากข้อมูลโรงพยาบาลตามขนาดตามที่เปิดดำเนินการจริงพบว่าโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงมีจำนวนมากที่สุด(47.2%) รองลงมาคือขนาด 60 เตียง(29.4%) 90 เตียง(10.2%) 10 เตียง(7.9%) และขนาด 120 เตียงมีน้อยที่สุด(5.3%) ตาราง 4.5

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนตามขนาดที่เปิดดำเนินการจริง

ขนาดโรงพยาบาล(เตียง)	จำนวนโรงพยาบาล(แห่ง)	ร้อยละ
10	24	7.9
30	143	47.2
60	89	29.4
90	31	10.2
120	16	5.3
รวม	303	100

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ผลการประเมินตนเองในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน

การประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนจำแนกเป็น 6 ด้านคือ 1. ด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร 2. ด้านการจัดการทรัพยากร 3. ด้านกระบวนการบริการ 4. ด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพ 5. ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ และ 6. ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน ในด้านที่ 1-5 ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มคะแนนการประเมินเป็น 3 กลุ่ม คือคะแนน <2 อยู่ในระดับต่ำ, คะแนน 2-3 อยู่ระดับปานกลาง และ คะแนน >3 อยู่ในระดับสูง โดยพิจารณาเป็นรายด้าน ดังนี้

1. **ด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร** ในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 โรงพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 53.1(32.0,21.1) คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 2-3) ตาราง 4.6

การดำเนินการเกี่ยวกับภาวะผู้นำทุกระดับมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(2.75) รองลงมาคือการส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารที่ดีภายในองค์กร(2.65) และการกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล(2.57)

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำคือ การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม(1.54) และการกำหนดศึกษากลุ่มเป้าหมายและลูกค้า(2.09)

ในเรื่องการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม, การกำหนด ศึกษากลุ่มเป้าหมายและลูกค้า, เป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนา, การกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล, มีโรงพยาบาลถึงร้อยละ 25.7, 15.3, 12.0, และ 11.3 ตามลำดับให้คะแนนเท่ากับ 0 คือยังไม่มีแนวทางการดำเนินงานในหัวข้อดังกล่าว ตาราง 4.6

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.6 ร้อยละของโรงพยาบาลและคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรายข้อ คำถาม ด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร

ด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร	คะแนน						รพ. (แห่ง)	คะแนน เฉลี่ย
	0	1	2	3	4	5		
▶ การนำองค์กร								
1.ภาวะผู้นำในทุกระดับ	1.3	11.7	27.4	33.8	21.4	4.3	299	2.75
2.ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม	26.7	25.7	25.0	14.7	5.7	2.3	300	1.54
3.ส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารที่ดีในองค์กร	2.3	14.4	27.5	32.6	18.1	5.0	298	2.65
▶ ทิศทางนโยบาย								
4.การกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ของรพ.	11.3	16.6	18.6	22.3	19.9	11.3	301	2.57
5.การกำหนดศึกษากลุ่มเป้าหมายและลูกค้า	15.3	20.6	22.9	24.3	15.3	1.7	301	2.09
6.เป้าหมาย/ยุทธศาสตร์การพัฒนา	12.0	16.6	22.6	25.6	17.3	6.0	301	2.38
7.นำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล	8.4	19.4	26.4	28.8	14.0	3.0	299	2.30
คะแนนเฉลี่ยรวมตามข้อคำถาม	12.2	26.1	32.0	22.1	6.9	0.7	303	2.31

คะแนน < 2 = ระดับต่ำ, คะแนน 2-3 = ระดับปานกลาง, คะแนน > 3 = ระดับสูง

2. ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร ในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.75 โรงพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 74.1(43.6,30.5) คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง(คะแนน 2-3) โดยการดำเนินการเกี่ยวกับการทำบัญชีบริหารการเงินโปร่งใส มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(3.73) รองลงมาคือ ความสะอาดภายในโรงพยาบาล(3.53) และโครงสร้างองค์กร(3.37) ตาราง 4.7

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำคือ การให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน(1.56) , การกำหนดข้อหมแผ่นป้องกันอัคคีภัยประจำปี(1.69), แผนการประเมินการเข้าถึงชุมชน(1.88), และการฝึกอบรมการเข้าถึงชุมชน (1.89)

ในเรื่องการกำหนดข้อหมแผ่นป้องกันอัคคีภัยประจำปี, การให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน, แผนการประเมินการเข้าถึงชุมชน, การฝึกอบรมการเข้าถึงชุมชน, และการประเมินความต้องการการฝึกอบรม และการอนุรักษ์ธรรมชาติสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนร่วมกับชุมชน มีโรงพยาบาลถึงร้อยละ 31.5, 26.4, 17.2, 16.1,13.4 และ 10.8 ตามลำดับ ให้คะแนนเท่ากับ 0 คือ ยังไม่มีแนวทางในการดำเนินงานในหัวข้อดังกล่าว ดังตาราง 4.7

ตารางที่ 4.7 ร้อยละของโรงพยาบาลและคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรายข้อ
คำถาม ด้านการจัดการทรัพยากร

ด้านการจัดการทรัพยากร	คะแนน						รพ. (แห่ง)	คะแนน เฉลี่ย
	0	1	2	3	4	5		
▶ การจัดการทรัพยากรและประสานบริการ								
1.โครงสร้างองค์กร(สายงานชัดเจน)	0.7	6.0	12.0	33.0	33.7	14.7	300	3.37
2.รายงานผลการปฏิบัติงาน	0.3	9.7	17.7	41.7	26.4	4.0	300	2.97
3.การทำบัญชี บริหารการเงินโปร่งใส	0.3	2.0	7.1	31.4	33.4	25.7	296	3.73
4.การจัดทีมงาน/ประชุม ระหว่างวิชาชีพ	4.0	6.4	20.9	34.0	26.6	8.1	297	2.97
5.มี Job description ของผู้ปฏิบัติงาน	1.0	7.0	18.3	32.9	26.6	14.3	301	3.20
6.มีแนวทางการประเมินผลงาน	3.7	10.3	25.0	35.0	19.0	7.0	300	2.76
7.มีแผนการประเมินการเข้าถึงชุมชน	17.2	21.5	27.6	25.3	6.7	1.7	297	1.88
8.มีการให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน	26.4	27.8	19.7	18.1	5.4	2.7	299	1.56
9.มีการประเมินความต้องการการฝึกอบรม	13.4	17.8	23.5	27.2	13.4	4.7	298	2.23
10.มีการฝึกอบรมด้านพฤติกรรมบริการ	5.7	11.7	23.1	27.1	21.4	11.0	299	2.80
11.มีการฝึกอบรมทางวิชาชีพ	1.3	8.1	23.2	37.2	22.5	7.7	2.98	2.95
▶ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์								
12.มีการฝึกอบรมการพัฒนาองค์กร/คุณภาพ	3.0	11.7	20.1	29.1	27.1	9.0	299	2.93
13.การฝึกอบรมการเข้าถึงชุมชน	16.1	22.7	28.4	24.1	6.4	2.3	299	1.89
▶ การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในรพ.								
14.ความสะอาดภายในรพ.	0.0	2.7	12.4	29.8	39.8	15.4	299	3.53
15.การรบกวนจากสัตว์และแมลงนำโรค	1.3	8.4	13.7	42.8	27.4	6.4	299	3.06
16.จัดสิ่งแวดล้อม/ต้นไม้/สวน ร่มรื่นสวยงาม	0.3	4.4	15.1	35.2	31.5	13.4	298	3.34
17.การจัดการของเสียและน้ำเสีย	2.0	7.5	21.0	27.5	27.5	14.6	295	3.15
18.การกำหนดข้อหมแผ่นป้องกันอัคคีภัยประจำปี	31.5	20.3	18.0	13.6	10.5	6.1	295	1.69

ตารางที่ 4.7 (ต่อ) ร้อยละของโรงพยาบาลและคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรายข้อ คำถาม ด้านการจัดการทรัพยากร

ด้านการจัดการทรัพยากร	คะแนน						รพ. (แห่ง)	คะแนน เฉลี่ย
	0	1	2	3	4	5		
▶ เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ								
19.มีระบบการดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือ	2.0	10.0	29.8	37.5	15.7	5.0	299	2.70
20.ความเพียงพอและการสำรองเครื่องมือ	1.3	9.7	26.2	39.9	19.5	3.4	298	2.77
▶ ระบบสารสนเทศของรพ.								
21.ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	0.3	9.0	26.3	37.7	21.3	5.3	300	2.87
22.งานระบาดวิทยา	0.7	8.1	17.8	40.6	23.8	9.1	298	3.06
23.งานข้อมูลเชิงนโยบายและข้อมูลชุมชน	2.7	10.2	26.8	37.6	18.0	4.7	295	2.72
24.ใช้ประโยชน์จากการเก็บวิเคราะห์ข้อมูล	3.4	14.8	26.6	39.4	11.8	4.0	297	2.54
25.อนุรักษ์ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมร่วมกับชุมชน	10.8	22.6	24.0	29.1	9.5	4.1	296	2.16
คะแนนเฉลี่ยรวมตามข้อคำถาม	1.0	18.1	43.6	30.5	6.9	0.0	303	2.75

คะแนน <2 = ระดับต่ำ, คะแนน 2-3 = ระดับปานกลาง, คะแนน >3 = ระดับสูง

3. ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ ในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 โรงพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 81.8 (45.2, 36.6) คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง(คะแนน 2-3) การดำเนินการด้านระบบส่งต่อผู้ป่วยกับหน่วยบริการทุกระดับ มีคะแนนสูงที่สุด(3.56) รองลงมาคือ ระบบเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์(3.40) งานอนามัยโรงเรียน(3.40) งานอนามัยแม่และเด็ก(3.33) มีป้ายบอกจุดบริการและตารางการให้บริการ(3.32) ตาราง 4.8

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำคือ การรับบริจาคโลหิตและธนาคารโลหิต(1.78) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการบริการ(2.10) และการค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน(2.20)

ในเรื่องการรับบริจาคโลหิตและธนาคารโลหิต, งานโภชนาการและอาหารผู้ป่วย, การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้บริการ, การค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน มีโรงพยาบาลถึงร้อยละ 31.2, 11.2, 10.4 และ 8 ตามลำดับให้ 0 คะแนนคือยังไม่มีแนวทางดำเนินการในเรื่องดังกล่าว ตาราง 4.8

ตารางที่ 4.8 ร้อยละของโรงพยาบาลและคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรายข้อ
คำถาม ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ

ด้านกระบวนการบริการและ การดูแลสุขภาพ	คะแนน						รพ. (แห่ง)	คะแนน เฉลี่ย
	0	1	2	3	4	5		
1.การค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน	8.0	25.4	23.2	29.0	11.6	2.9	276	2.20
▶ ระบบผู้ป่วยนอก								
2.ระบบการลดขั้นตอนการให้บริการสะดวกรวดเร็ว	0.3	7.9	18.5	37.7	28.1	7.3	302	3.07
3.ป้ายบอกจุดบริการ/ตารางการให้บริการ	0.3	5.3	13.2	37.7	29.5	13.9	302	3.32
4.การให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติ	0.7	5.6	18.2	39.4	25.8	10.3	302	3.15
5.การสำรวจความพึงพอใจ/รับฟังความคิดเห็น	2.0	9.9	18.2	34.1	24.2	11.6	302	3.03
▶ ระบบผู้ป่วยใน								
6.แนวทางการดูแลรักษา/คู่มือการปฏิบัติ	0.7	9.7	24.3	37.0	20.7	7.7	300	2.90
7.มีทีมระหว่างวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วย	5.4	8.7	26.4	29.8	22.1	7.4	299	2.77
8.การให้สุขศึกษาผู้ป่วยและญาติ	0.0	5.7	25.3	40.0	21.0	8.0	300	3.00
9.การสำรวจความพึงพอใจ/รับฟังความคิดเห็น	4.3	8.7	22.1	34.1	19.7	11.0	299	2.89
10.กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในรพ.	2.1	8.0	23.1	38.5	22.0	6.3	286	2.89
▶ สร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยและเครือข่าย								
11.มีระบบส่งต่อผู้ป่วยกับหน่วยบริการทุกระดับ	0.0	2.3	9.6	36.2	33.2	18.6	301	3.56
12.มีการประชุม คปสอ. สม่่าเสมอ	0.7	9.3	15.0	35.2	25.2	14.6	301	3.19
13.มีกิจกรรมร่วมกับ อบต. และหน่วยงานอื่นๆ	4.7	22.7	26.8	29.1	12.4	4.3	299	2.35

ตารางที่ 4.8 (ต่อ) ร้อยละของโรงพยาบาลและคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรายข้อ คำถาม ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ

ด้านกระบวนการบริการและ การดูแลสุขภาพ	คะแนน						รพ. (แห่ง)	คะแนน เฉลี่ย
	0	1	2	3	4	5		
▶ การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน								
14.งานอนามัยแม่และเด็ก	0.0	3.0	13.1	41.3	33.2	9.4	298	3.33
15.งานอนามัยโรงเรียน	0.0	2.3	11.1	41.9	33.6	11.1	298	3.40
16.อาชีพอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม	1.7	11.2	18.7	42.2	22.1	4.1	294	2.84
17.งานสุขศึกษาและเสริมสร้างทักษะชีวิต	1.0	10.5	21.3	48.0	15.5	3.7	296	2.78
18.งานสุขภาพเฝ้าระวังและป้องกันโรคในชุมชน	0.0	4.2	13.9	48.8	27.2	5.9	287	3.17
19.งานสาธารณสุขมูลฐาน	0.0	3.4	15.3	46.8	26.8	7.8	303	3.20
20.กิจกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	2.0	11.0	19.3	37.0	22.3	8.3	300	2.92
21.บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่เป็นประจำ	1.3	7.0	18.8	31.2	25.5	16.1	298	3.21
22.การทำงานเป็นทีมในการดูแลสุขภาพ และบริการชุมชน	3.8	12.7	28.8	33.9	14.7	6.2	292	2.62
23.การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนใน กระบวนการบริการ	10.4	20.5	32.3	25.0	9.0	2.8	288	2.10
▶ บริการสนับสนุนและบริการเฉพาะด้าน								
24.ระบบห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา	0.0	4.1	18.9	39.9	29.1	8.1	296	3.18
25.ระบบเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์	0.0	1.4	10.8	43.9	34.5	9.5	296	3.40
26.งานโภชนาการและอาหารผู้ป่วยใน	11.2	6.4	19.3	32.9	21.4	8.8	295	2.73
27.การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ.	0.7	7.1	21.5	39.1	23.2	8.4	297	3.02
28.การรับบริจาคโลหิตและธนาคารโลหิต	31.2	14.0	20.2	18.8	11.6	4.1	292	1.78
คะแนนเฉลี่ยรวมตามข้อคำถาม	1.0	9.6	45.2	36.6	7.3	0.3	303	2.91

คะแนน <2 = ระดับต่ำ, คะแนน 2-3 = ระดับปานกลาง, คะแนน >3 = ระดับสูง

4. **ด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วย** ในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 โรงพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 63.4(31.7, 31.7) คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง การมีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยและปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(3.05) รองลงมาคือการรักษาามาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์(2.94), การรักษากิจวัตรวิชาชีพ(2.73) และการรักษามาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ (2.60) ตาราง 4.9

ตารางที่ 4.9 ร้อยละของโรงพยาบาลและค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรายข้อ คำถาม ด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วย

ด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพ และสิทธิผู้ป่วย	คะแนน						รพ. (แห่ง)	คะแนน เฉลี่ย
	0	1	2	3	4	5		
1.การรักษาามาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์	6.8	13.3	21.6	35.3	18.5	4.8	292	2.60
2.การรักษาามาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์	1.0	7.7	24.1	37.1	24.1	6.0	299	2.94
3.มีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยและปฏิบัติตามคำ ประกาศสิทธิผู้ป่วยให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและ ญาติสามารถเลือกวิธีการรักษาได้	1.7	10.3	18.7	33.0	23.3	13.0	300	3.05
4.การรักษากิจวัตรวิชาชีพ (เคารพในความเป็น มนุษย์)	5.7	12.4	20.5	34.2	19.1	8.1	298	2.73
คะแนนเฉลี่ยรวมตามข้อคำถาม	1.6	17.0	31.7	31.7	15.0	3.0	300	2.84

คะแนน <2 = ระดับต่ำ, คะแนน 2-3 = ระดับปานกลาง, คะแนน >3 = ระดับสูง

5. **ด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ** ในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 โรงพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 56.2 (35.2, 21.0)คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง การดำเนินกิจกรรม 5 ส มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(3.49) ตาราง 4.10

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำคือ มีระบบการพัฒนาทั่วทั้งองค์กร(1.88) และทีมพัฒนาคุณภาพ (2.06)

ในเรื่องการมีระบบการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร, ทีมพัฒนาคุณภาพ, การทบทวนเมื่อเกิดการไม่สอดคล้อง และ มีระบบการพัฒนาคุณภาพสำเร็จรูป โรงพยาบาลถึงร้อยละ 22.7, 18.7, 11.4 และ 10.7 ให้คะแนนเท่ากับ 0 คือยังไม่มีดำเนินการในเรื่องดังกล่าว ตาราง 4.10

ตารางที่ 4.10 ร้อยละของโรงพยาบาลและค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรายข้อ คำถาม ด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

กระบวนการพัฒนาคุณภาพ	คะแนน						รพ. (แห่ง)	คะแนน เฉลี่ย
	0	1	2	3	4	5		
▶ ระบบการจัดการความเสี่ยง								
1. ความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ(การติดเชื้อในรพ.)	5.7	11.0	18.3	34.7	21.3	9.0	300	2.82
2. ความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงาน	4.7	8.7	20.7	35.0	22.7	8.3	300	2.87
▶ ระบบการประกันคุณภาพบริการ								
3. มีคู่มือและแนวทางปฏิบัติ	8.7	15.8	26.5	24.8	17.8	6.4	298	2.46
4. การทบทวนเมื่อเกิดความไม่สอดคล้อง	11.4	17.1	26.8	24.1	16.4	4.3	299	2.30
5. มีระบบการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร	22.7	19.0	23.7	18.6	13.9	2.0	295	1.88
▶ ระบบการปรับปรุงคุณภาพบริการ								
6. กิจกรรม 5ส	0.3	3.3	14.4	28.4	35.8	17.7	299	3.49
7. ทีมพัฒนาคุณภาพ(QC,QIT,PCT)	18.7	17.3	26.2	18.7	15.3	3.7	294	2.06
8. มีระบบการพัฒนาคุณภาพสำเร็จรูป	10.7	20.1	21.8	23.5	15.1	8.7	298	2.38
คะแนนเฉลี่ยรวมตามข้อคำถาม	6.2	24.3	35.2	21.0	12.6	0.7	301	2.54

คะแนน <2 = ระดับต่ำ, คะแนน 2-3 = ระดับปานกลาง, คะแนน >3 = ระดับสูง

6. ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มคะแนนการประเมินด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน เป็น 3 กลุ่มคือคะแนน <2 = ผลสำเร็จต่ำ, คะแนน 2-3 = ผลสำเร็จปานกลาง, คะแนน >3 = ผลสำเร็จสูง

ในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.46 โรงพยาบาลส่วนใหญ่ร้อยละ 63.1(36.5, 26.6) ผลสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 2-3) รองลงมาคือร้อยละ 30.1(5.1,25.0) ผลสำเร็จอยู่ในระดับต่ำ(คะแนน<2) โดยผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 2.81

ตาราง 4.11

ในเรื่องผลประเมินประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดเท่ากับ(2.28) โดยมีโรงพยาบาลร้อยละ 6.1 ให้คะแนนเท่ากับ 0 หมายถึงไม่มีผลสำเร็จของงานหรือผลสำเร็จน้อยมาก

ตารางที่ 4.11 ร้อยละของโรงพยาบาลและคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรายข้อ
คำถาม ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน

ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานกระบวนการ พัฒนาคุณภาพ	คะแนน						รพ. (แห่ง)	คะแนน เฉลี่ย
	0	1	2	3	4	5		
1.การแก้ปัญหาและสนองความต้องการของ ประชาชน(ลดอัตราการป่วย, อัตราตาย, พิการ ฯลฯ)	2.7	12.2	27.1	44.1	13.6	0.3	295	2.55
2.ผลประเมินพัฒนาคุณภาพของการบริการ พัฒนาอย่างต่อเนื่อง	4.0	13.1	28.3	39.7	13.5	1.3	297	2.49
3.ผลประเมินประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร อย่างคุ้มค่า(ลดราคา, ลดค่าใช้จ่าย, ลดต้นทุน, คุ้มค่า)	6.1	17.9	32.1	30.7	11.8	1.4	296	2.28
4.ประเมินความเสมอภาคในการเข้าถึง บริการของกลุ่มต่างๆ (Home Health Care, Home Visit, หน่วยเคลื่อนที่)	4.1	14.6	25.9	35.0	17.3	3.1	294	2.56
5.ผลประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน ต่อระบบงาน	6.4	15.4	25.2	36.6	15.4	1.0	298	2.42
6.ผลประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ	2.0	9.1	23.2	40.9	21.5	3.4	298	2.81
7.ผลประเมินความนิยมของชุมชน	6.8	14.9	29.2	30.5	16.3	2.4	295	2.42
คะแนนเฉลี่ยรวมตามข้อคำถาม	5.1	25.0	36.5	26.6	6.8	0.0	303	2.46

คะแนน <2 = ผลสำเร็จต่ำ, คะแนน 2-3 = ผลสำเร็จปานกลาง, คะแนน >3 ผลสำเร็จสูง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามขนาดโรงพยาบาลและตามที่ตั้งตามภาค

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ของการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลรายกิจกรรม ตามขนาดโรงพยาบาลตามกรอบอัตรากำลัง

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพบริการโรงพยาบาล ตามขนาดโรงพยาบาลชุมชน คือ 10, 30, 60, 90, และ 120 เตียง รายกิจกรรมในแต่ละด้าน พบว่า

ด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร กิจกรรมที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.01$) คือ 1) ภาวะผู้นำในทุกระดับ 2) การกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์โรงพยาบาล และกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน ($p < 0.05$) คือ 1) เป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนา

ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร กิจกรรมที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.01$) คือ 1) การฝึกอบรมด้านพฤติกรรมบริการ

ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ 1) งานโภชนาการและอาหารผู้ป่วยใน 2) การรับบริจาคโลหิตและธนาคารโลหิต และกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน ($p < 0.05$) คือ 1) การสำรวจความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 2) การสำรวจความพึงพอใจผู้ป่วยใน 3) แนวทางการดูแลรักษาและคู่มือปฏิบัติผู้ป่วยใน 4) กิจกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 5) ระบบห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา

ด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ กิจกรรมที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.01$) คือ 1) ความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ 2) ความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงาน 3) การทบทวนเมื่อเกิดความไม่สอดคล้อง 4) ทีมพัฒนาคุณภาพ 5) มีระบบการพัฒนาคุณภาพสำเร็จรูป และกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน ($p < 0.05$) คือ 1) มีคู่มือและแนวทางปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพบริการ

ต้นผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน กิจกรรมที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.01$) คือ 1) ผลประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน 2) ผลประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ และกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกัน ($p < 0.05$) คือ 1) ผลประเมินความนิยมของชุมชน ตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน
รายกิจกรรม จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ตามกรอบอัตรากำลัง

การพัฒนาคุณภาพบริการใน รพช. รายกิจกรรม	ขนาดโรงพยาบาลชุมชน					p-value
	10	30	60	90	120	
	คะแนน เฉลี่ย	คะแนน เฉลี่ย	คะแนน เฉลี่ย	คะแนน เฉลี่ย	คะแนน เฉลี่ย	
ด้านการนำองค์กร						
การนำองค์กร						
1.ภาวะผู้นำในทุกระดับ	2.3	2.7	2.9	3.3	3.4	0.005**
2.ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม	1.3	1.5	1.7	1.7	2.2	0.404
3.ส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารที่ดีในองค์กร	2.3	2.6	2.8	3.0	3.2	0.099
ทิศทางและนโยบาย						
4.การกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ของรพ.	2.4	2.4	3.0	3.1	3.8	0.008**
5.การกำหนด/ศึกษากลุ่มเป้าหมายและลูกค้า	1.8	2.0	2.3	2.4	2.8	0.155
6.เป้าหมาย/ยุทธศาสตร์การพัฒนา	2.1	2.2	2.8	2.7	3.2	0.040*
7.นำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล	2.1	2.2	2.6	2.5	3.0	0.114
ด้านการจัดการทรัพยากร						
การจัดการทรัพยากรและประสานบริการ						
8.โครงสร้างองค์กร(สายงานชัดเจน)	3.1	3.3	3.6	3.7	3.2	0.057
9.รายงานผลการปฏิบัติงาน	2.8	2.9	3.1	3.3	3.0	0.355
10.การทำบัญชี บริหารการเงินโปร่งใส	3.8	3.6	3.9	3.8	4.3	0.366
11.การจัดทีมงาน/ประชุม ระหว่างวิชาชีพ	2.9	2.9	3.1	3.1	3.0	0.797
12.มี Job description ของผู้ปฏิบัติงาน	3.0	3.2	3.2	3.6	3.3	0.335
13.มีแนวทางการประเมินผลงาน	2.7	2.7	3.0	2.8	3.3	0.521
14.มีแผนการประเมินการเข้าถึงชุมชน	1.8	1.9	2.0	1.6	1.3	0.446
15.มีการให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน	1.3	1.6	1.6	1.5	1.3	0.762
16.มีการประเมินความต้องการการฝึกอบรม	2.0	2.2	2.5	2.5	2.3	0.413
17.มีการฝึกอบรมด้านพฤติกรรมบริการ	2.2	2.7	3.3	3.4	3.0	0.001**
18.มีการฝึกอบรมทางวิชาชีพ	2.9	2.9	3.2	3.2	2.8	0.197
การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์						
19.มีการฝึกอบรมการพัฒนาองค์กร/คุณภาพ	2.6	2.9	3.0	3.3	3.3	0.215
20.การฝึกอบรมการเข้าถึงชุมชน	1.8	1.9	2.1	1.6	2.0	0.447

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน รายกิจกรรม จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ตามกรอบอัตรากำลัง

การพัฒนาคุณภาพบริการใน รพช. รายกิจกรรม	ขนาดโรงพยาบาลชุมชน					p-value
	10	30	60	90	120	
	คะแนน เฉลี่ย	คะแนน เฉลี่ย	คะแนน เฉลี่ย	คะแนน เฉลี่ย	คะแนน เฉลี่ย	
การจัดการสิ่งแวดล้อมกายภาพในโรงพยาบาล						
21.ความสะอาดภายในรพ.	3.4	3.5	3.7	3.7	3.8	0.525
22.การรบกวนจากสัตว์และแมลงนำโรค	3.1	3.0	3.3	2.6	3.5	0.106
23.จัดสิ่งแวดล้อม/ต้นไม้/สวน ร่มรื่นสวยงาม	3.1	3.3	3.6	3.4	3.8	0.197
24.การจัดการของเสียและน้ำเสีย	2.9	3.1	3.6	3.0	3.3	0.115
25.การกำหนด/ซ่อมแผนป้องกันอัคคีภัยประจำปี	1.5	1.6	1.8	2.2	2.8	0.185
เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ						
26.มีระบบการดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือ	2.6	2.6	2.9	3.1	3.2	0.100
27.ความเพียงพอและการสำรองเครื่องมือ	2.6	2.8	3.0	2.6	2.8	0.403
ระบบสารสนเทศ						
28.ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	2.8	2.8	3.0	3.0	3.2	0.760
29.งานระบาดวิทยา	2.9	3.0	3.2	3.1	3.8	0.369
30.งานข้อมูลเชิงนโยบายและข้อมูลชุมชน	2.6	2.7	2.8	2.7	3.2	0.859
31.ใช้ประโยชน์จากการเก็บ/วิเคราะห์ข้อมูล	2.5	2.5	2.6	2.5	3.4	0.480
32.อนุรักษ์ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมร่วมกับชุมชน	2.2	2.2	2.2	2.0	2.0	0.926
ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ						
33.การค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน	2.1	2.1	2.5	2.5	2.4	0.183
ระบบผู้ป่วยนอก						
34.ระบบการลดขั้นตอนการให้บริการสะดวกรวดเร็ว	3.0	3.0	3.1	3.1	4.0	0.378
35.ป้ายบอกจุดบริการ/ตารางการให้บริการ	3.3	3.3	3.3	3.4	3.6	0.980
36.การให้สุศึกษาผู้ป่วยและญาติ	3.2	3.0	3.2	3.5	4.0	0.097
37.การสำรวจความพึงพอใจ/รับฟังความคิดเห็น	3.1	2.9	3.2	3.6	4.0	0.022*
ระบบผู้ป่วยใน						
38.แนวทางการดูแลรักษา/คู่มือการปฏิบัติ	2.5	2.8	3.1	3.4	3.4	0.012*
39.มีทีมระหว่างวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วย	2.6	2.7	2.8	3.0	3.4	0.466
40.การให้สุศึกษาผู้ป่วยและญาติ	2.9	2.9	3.2	3.2	3.8	0.104

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน รายกิจกรรม จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ตามกรอบอัตรากำลัง

การพัฒนาคุณภาพบริการใน รพช. รายกิจกรรม	ขนาดโรงพยาบาลชุมชน					p-value
	10	30	60	90	120	
	คะแนน เฉลี่ย	คะแนน เฉลี่ย	คะแนน เฉลี่ย	คะแนน เฉลี่ย	คะแนน เฉลี่ย	
41.การสำรวจความพึงพอใจ/รับฟังความคิดเห็น	2.5	2.8	3.2	3.2	4.0	0.016*
42.กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคในรพ.	2.9	2.8	3.2	2.9	2.8	0.307
ระบบส่งต่อผู้ป่วยและเครือข่าย						
43.มีระบบส่งต่อผู้ป่วยกับหน่วยบริการทุกระดับ	3.6	3.5	3.7	3.9	3.8	0.322
44.มีการประชุม คปสอ.สม่ำเสมอ	3.0	3.1	3.4	3.4	3.2	0.521
45.มีกิจกรรมร่วมกับ อบต. และหน่วยงานอื่น ๆ	2.2	2.3	2.5	2.6	3.2	0.237
การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน						
46.งานอนามัยแม่และเด็ก	3.4	3.3	3.5	3.3	3.6	0.690
47.งานอนามัยโรงเรียน	3.3	3.4	3.5	3.6	3.6	0.636
48.อาชีพอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม	2.9	2.8	2.9	2.6	3.4	0.481
49.งานสุขศึกษาและเสริมสร้างทักษะชีวิต	2.9	2.8	2.8	2.6	3.4	0.405
50.งานสุขภาพภาคและป้องกันโรคในชุมชน	3.0	3.2	3.2	3.0	3.4	0.659
51.งานสาธารณสุขมูลฐาน	3.2	3.2	3.4	3.0	3.8	0.284
52.กิจกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน	2.6	2.8	3.3	3.0	3.8	0.012*
53.บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่เป็นประจำ	3.1	3.1	3.6	3.3	3.6	0.095
54.การทำงานเป็นทีมในการให้บริการชุมชน	2.6	2.5	2.9	2.7	2.6	0.414
55.การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริการ	2.0	2.1	2.2	2.2	2.0	0.948
บริการสนับสนุนและบริการเฉพาะด้าน						
56.ระบบห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา	2.9	3.1	3.4	3.7	3.2	0.022*
57.ระบบเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์	3.3	3.4	3.5	3.6	3.4	0.580
58.งานโภชนาการและอาหารผู้ป่วยใน	1.1	2.8	3.1	3.4	3.4	<0.001**
59.การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในรพ.	2.8	3.0	3.3	3.4	3.4	0.064
60.การรับบริจาคโลหิตและธนาคารโลหิต	0.5	1.6	2.6	3.0	3.4	<0.001**

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน รายกิจกรรม จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล ตามกรอบอัตรากำลัง

การพัฒนาคุณภาพบริการใน รพช. รายกิจกรรม	ขนาดโรงพยาบาลชุมชน					p-value
	10	30	60	90	120	
	คะแนน เฉลี่ย	คะแนน เฉลี่ย	คะแนน เฉลี่ย	คะแนน เฉลี่ย	คะแนน เฉลี่ย	
ด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วย						
61.การรักษามาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์	2.3	2.7	2.6	2.7	2.6	0.652
62.การรักษามาตรฐานวิชาชีพทางการพยาบาล	2.8	2.9	3.1	3.1	3.2	0.522
63.มีและปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วย	3.0	3.0	3.1	3.2	3.8	0.560
64.การรักษาจริยธรรมวิชาชีพ	2.7	2.7	2.9	2.6	3.0	0.866
ด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ						
65.ความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ(การติดเชื้อในรพ.)	2.3	2.8	3.2	3.2	3.8	0.003**
66.ความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงาน	2.4	2.8	3.2	3.2	3.6	0.009**
67.มีคู่มือและแนวทางปฏิบัติ	2.0	2.4	2.6	3.2	3.0	0.012*
68.การทบทวนเมื่อเกิดความไม่สอดคล้อง	1.8	2.3	2.4	3.0	3.0	0.008**
69.มีระบบการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร	1.6	1.8	2.2	2.3	2.4	0.068
70.กิจกรรม 5ส	3.4	3.4	3.8	3.8	3.8	0.064
71. ทีมพัฒนาคุณภาพ(QC,QIT,PCT)	1.9	1.9	2.5	2.7	2.8	0.006**
72.มีระบบการพัฒนาคุณภาพสำเร็จรูป	1.8	2.2	2.8	3.5	3.4	<0.001**
ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน						
73.การแก้ปัญหา/สนองความต้องการของประชาชน	2.2	2.6	2.7	2.7	2.2	0.223
74.ผลประเมินพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง	2.1	2.5	2.7	2.6	2.8	0.111
75.ผลประเมินประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร	2.1	2.3	2.4	2.4	2.8	0.422
76. ประเมินความเสมอภาคการเข้าถึงบริการของกลุ่มต่างๆ	2.2	2.6	2.7	2.6	2.8	0.273
77.ผลประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อระบบงาน	2.0	2.4	2.5	3.0	3.4	0.007**
78.ผลประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ	2.6	2.7	3.0	3.3	3.6	0.009**
79.ผลประเมินความนิยมของชุมชน	2.4	2.3	2.5	2.9	3.8	0.012*

One way ANOVA, *p<0.05, **p<0.01

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ของการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามขนาดตามกรอบอัตรากำลัง

จากข้อมูล ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร การจัดการทรัพยากร กระบวนการบริการ การรักษามาตรฐานวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพบริการ และด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 2.31 - 2.91 โดยด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร การจัดการทรัพยากร กระบวนการบริการ การรักษามาตรฐานวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพบริการ คะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 โดยด้านกระบวนการบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (2.91) รองลงมาคือด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพ (2.84) ด้านการจัดการทรัพยากร (2.75) ด้านการพัฒนาคุณภาพ (2.54) และด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหารต่ำที่สุด (2.31) ส่วนด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.45 ผลสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง ตาราง 4.13

พิจารณาคะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 6 ด้านตามขนาดโรงพยาบาลพบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นตามขนาดโรงพยาบาล โดยด้านที่ 1-5 โดยโรงพยาบาลขนาด 10 เตียงคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (2.56), 30 เตียง (2.68), 60 เตียง (2.96) , 90 เตียง (2.98) และ 120 เตียงคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (3.22) หมายถึงการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลขนาด 10 - 90 เตียงอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 2-3) ส่วนโรงพยาบาลขนาด 120 เตียง อยู่ในระดับสูง (คะแนน >3) ส่วนด้านที่ 6 ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานคะแนนเฉลี่ยของโรงพยาบาลขนาด 10 เตียงต่ำที่สุด (2.21), 30 เตียง (2.42), 60 เตียง (2.58), 90 เตียง (2.78) และ 120 เตียง คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (3.05) หมายถึงผลสำเร็จของโรงพยาบาลขนาด 10-90เตียงอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนน 2-3) และขนาด 120 เตียงผลสำเร็จอยู่ในระดับสูง (>3) ตาราง 4.13

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.13 คะแนนเฉลี่ยรายด้านในการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล(ตามกรอบอัตรากำลัง)

การประเมินแต่ละด้าน	ขนาดของโรงพยาบาลชุมชน					คะแนนเฉลี่ย (n=303)
	10 (n=37)	30 (n=187)	60 (n=49)	90 (n=25)	120 (n=5)	
1. ความมุ่งมั่นของผู้บริหาร	2.04	2.23	2.53	2.69	3.08	2.31
2. การจัดการทรัพยากร	2.61	2.70	2.94	2.85	3.06	2.75
3. กระบวนการบริการ	2.76	2.84	3.12	3.14	3.41	2.91
4. การรักษามาตรฐานวิชาชีพ	2.74	2.81	2.95	2.92	3.15	2.84
5. การพัฒนาคุณภาพบริการ	2.16	2.43	2.86	3.14	3.23	2.54
รวมด้านที่ 1-5	2.56	2.68	2.96	2.98	3.22	2.74
6. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน	2.21	2.42	2.58	2.78	3.05	2.46

เมื่อแบ่งโรงพยาบาลเป็น 2 ขนาดตามกรอบอัตรากำลัง คือขนาดเล็ก(10-30 เตียง) และขนาดใหญ่(60-120 เตียง) ในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร การจัดการทรัพยากร กระบวนการบริการ การรักษามาตรฐานวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก(2.66) ต่ำกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่(2.99) และคะแนนเฉลี่ยรายด้านของโรงพยาบาลขนาดเล็กต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในทุกด้าน ตาราง 4.14

ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน คะแนนเฉลี่ยโรงพยาบาลขนาดเล็ก(2.39) ต่ำกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่(2.68)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านของโรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดใหญ่ พบว่าด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร ด้านกระบวนการบริการ ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ และด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.01$) ด้านการจัดการทรัพยากร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนด้านมาตรฐานวิชาชีพและการรักษาสีทิวผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ตาราง 4.14

ตารางที่ 4.14 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านของการประเมินตนเองของผู้บริหาร
โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก(10-30เตียง) กับ ขนาดใหญ่(60-120 เตียง)
ตาม กรอบอัตรากำลัง

การประเมินแต่ละด้าน	ขนาดโรงพยาบาลชุมชน		p-value (n=303)
	รพ.ขนาดเล็ก(n=224)	รพ.ขนาดใหญ่(n=79)	
1. ความมุ่งมั่นของผู้บริหาร	2.20	2.62	0.003**
2. การจัดการทรัพยากร	2.69	2.92	0.031*
3. กระบวนการบริการ	2.83	3.15	0.002**
4. การรักษามาตรฐานวิชาชีพ	2.30	2.96	0.242
5. การพัฒนาคุณภาพบริการ	2.39	2.97	<0.001**
รวมด้านที่ 1-5	2.66	2.99	0.002**
6. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน	2.39	2.68	0.018*

Unpaired t-test * p<0.05 ** p<0.01

3.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน ในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามขนาดที่เปิดดำเนินการจริง

จากข้อมูล ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ยของการประเมินคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 6 ด้าน คือ ด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร การจัดการทรัพยากร กระบวนการบริการ การรักษามาตรฐานวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพบริการ และด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 2.31 - 2.91 โดยด้านที่ 1-5 คะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 โดยด้านกระบวนการบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (2.91) รองลงมาคือด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพ(2.84) ด้านการจัดการทรัพยากร(2.75) ด้านการพัฒนาคุณภาพ (2.54) และด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหารต่ำที่สุด(2.31) ส่วนด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.46 ผลสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง ตาราง 4.15

พิจารณาคะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 6 ด้านตามขนาดโรงพยาบาลพบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นตามขนาดโรงพยาบาล โดยด้านที่ 1-5 โดยโรงพยาบาลขนาด 10 เตียงคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (2.37), 30 เตียง (2.63), 60 เตียง(2.82) , 90 เตียง(3.02) และ 120 เตียงคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด(3.33) หมายถึงการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลขนาด 10 - 60 เตียงอยู่ในระดับปานกลาง(คะแนน 2-3) ส่วนโรงพยาบาลขนาด 90-120 เตียง อยู่ในระดับสูง(คะแนน >3) ส่วนด้านที่ 6 ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานคะแนนเฉลี่ยของโรงพยาบาลขนาด 10 เตียงต่ำที่สุด(2.11), 30 เตียง(2.38), 60 เตียง(2.48), 90 เตียง(2.77) และ 120 เตียง คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด(3.03) หมายถึงผลสำเร็จอยู่ในระดับสูง (คะแนน 2-3) ตาราง 4.15

ตารางที่ 4.15 คะแนนเฉลี่ยรายด้านในการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน จำแนกตามขนาดโรงพยาบาลตามที่เปิดดำเนินการจริง

การประเมินแต่ละด้าน	ขนาดของรพช.					คะแนนเฉลี่ย (n=303)
	1-10 (n=24)	11-30 (n=143)	31-60 (n=89)	61-90 (n=31)	91-200 (n=16)	
1. ความมุ่งมั่นของผู้บริหาร	1.82	2.19	2.40	2.56	3.14	2.31
2. การจัดการทรัพยากร	2.41	2.66	2.84	2.93	3.19	2.75
3. กระบวนการบริการ	2.58	2.80	2.96	3.21	3.51	2.91
4. การรักษามาตรฐานวิชาชีพ	2.52	2.82	2.83	3.04	3.09	2.84
5. การพัฒนาคุณภาพบริการ	1.98	2.33	2.66	3.10	3.46	2.54
รวมด้าน 1-5	2.37	2.63	2.82	3.02	3.33	2.74
6. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน	2.11	2.38	2.48	2.77	3.03	2.46

เมื่อแบ่งโรงพยาบาลเป็น 2 ขนาดตามที่เปิดดำเนินการจริง คือขนาดเล็ก(≤ 30) และขนาดใหญ่(> 30 เตียง) ในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร การจัดการทรัพยากร กระบวนการบริการ การรักษามาตรฐานวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพบริการ ของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก(2.59) ต่ำกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่(2.92) และคะแนนเฉลี่ยรายด้านของโรงพยาบาลขนาดเล็กต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในทุกด้าน ตาราง 4.16

ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน คะแนนเฉลี่ยของโรงพยาบาลขนาดเล็กต่ำกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เท่ากับ 2.34 และ 2.61 ตามลำดับ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านของโรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดใหญ่ พบว่าด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร ด้านการจัดการทรัพยากร ด้านกระบวนการบริการ ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ และด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.01$) ส่วนด้านมาตรฐานวิชาชีพและการรักษาสิทธิผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติตาราง 4.16

ตารางที่ 4.16 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายด้านของการประเมินตนเองของผู้บริหาร
โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก(1-10)-(11-30)เทียบกับขนาดใหญ่(31-60)-
(61-200)เพียง ตามที่เปิดเผยการจริง

การประเมินแต่ละด้าน	รพ.ขนาดเล็ก (n=167)	รพ.ขนาดใหญ่ (n=136)	p-value (303)
1. ความมุ่งมั่นของผู้บริหาร	2.13	2.52	0.002**
2. การจัดการทรัพยากร	2.62	2.90	0.003**
3. กระบวนการบริการ	2.76	3.08	0.001**
4. การรักษามาตรฐานวิชาชีพ	2.78	2.91	0.282
5. การพัฒนาคุณภาพบริการ	2.28	2.85	<0.001**
รวมด้านที่ 1-5	2.59	2.92	<0.001**
6. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน	2.34	2.61	0.013*

Unpaired t-test * p<0.05, ** p<0.01

3.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ของการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลตามที่ตั้งตามภาคของโรงพยาบาล พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร การจัดการทรัพยากร กระบวนการบริการ การรักษามาตรฐานวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพบริการ แตกต่างกันอย่างเล็กน้อยในทั้ง 4 ภาคโดยภาคเหนือมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(2.83) รองลงมาคือภาคกลาง (2.77) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(2.73) และภาคใต้ต่ำที่สุด(2.57) ตาราง 4.17

ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน คะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันเล็กน้อยในทั้ง 4 ภาคโดยภาคเหนือมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(2.53) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(2.49) ภาคใต้(2.49) และภาคกลางต่ำที่สุด(2.35)

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านทั้ง 6 ด้าน พบว่าด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p<0.05) ส่วนด้านอื่น ๆ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ตาราง 4.17

ตารางที่ 4.17 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายด้านในการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนจำแนกตามภาคที่ตั้งของโรงพยาบาล

การประเมินแต่ละด้าน	ภาค				คะแนนเฉลี่ย	p-value
	กลาง (n=82)	ตะวันออก เฉียงเหนือ (n=115)	เหนือ (n=51)	ใต้ (n=55)		
1. ความมุ่งมั่นของผู้บริหาร	2.39	2.23	2.37	2.30	2.30	0.708
2. การจัดการทรัพยากร	2.80	2.74	2.90	2.55	2.75	0.153
3. กระบวนการบริการ	3.02	2.89	2.95	2.75	2.91	0.293
4. การรักษามาตรฐานวิชาชีพ	2.89	2.89	2.81	2.71	2.83	0.741
5. การพัฒนาคุณภาพบริการ	2.57	2.60	2.76	2.18	2.54	0.029*
รวมด้าน 1-5	2.82	2.73	2.83	2.57	2.74	0.276
6. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน	2.35	2.49	2.53	2.49	2.46	0.669

One way ANOVA , * p < 0.05

ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับ จุดเด่น/เอกลักษณ์, ข้อจำกัด จุดแข็ง ปัญหาเร่งด่วนและแนวทางการแก้ไขปัญหาเร่งด่วน ของโรงพยาบาลชุมชน

4.1 ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะพิเศษ/เอกลักษณ์/จุดเด่นของโรงพยาบาลชุมชนที่ทำให้สามารถพัฒนาการให้บริการดีขึ้น

ในภาพรวมผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนเห็นว่าปัจจัยสำคัญที่สุดที่ส่งเสริมให้โรงพยาบาลสามารถพัฒนาคุณภาพบริการให้ดีขึ้นใน 4 อันดับแรกคือ ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความสามารถ ความกระตือรือร้น การทำงานเป็นทีม(80.4%) รองลงมาคือความมุ่งมั่นของผู้บริหาร(36.4%) การมีส่วนร่วมของชุมชนและการประสานกับหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน(26.2%) และงบประมาณ ทรัพยากรเพียงพอ(10.5%) ตาราง 4.18

ตารางที่ 4.18 จำนวน(ร้อยละ) ของโรงพยาบาลชุมชนที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะพิเศษ/เอกลักษณ์/จุดเด่นของโรงพยาบาลชุมชนที่ทำให้สามารถพัฒนาการให้บริการดีขึ้น ใน 4 อันดับแรก

ขนาด รพ.	จุดเด่นของโรงพยาบาลที่ทำให้พัฒนาการให้บริการดีขึ้น			
	1*	2*	3*	4*
10 (n=35)	17(48.6)	8(22.9)	8(22.9)	0(0.0)
30 (n=165)	135(81.8)	53(32.1)	40(24.2)	20(12.1)
60 (n=45)	33(73.3)	24(53.3)	12(26.7)	6(13.3)
90 (n=25)	23(92.0)	12(48.0)	10(40.0)	3(12.0)
120 (n=5)	2(40.0)	3(60.0)	3(60.0)	0(0.0)
รวม(n=275)	221(80.4)	100(36.4)	72(26.2)	29(10.5)

หมายเหตุ เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

1* = ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความสามารถ มีความกระตือรือร้น ทำงานเป็นทีม

2* = ความมุ่งมั่นของผู้บริหาร การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาล

3* = การมีส่วนร่วมของชุมชน การประสานกับหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน

4* = งบประมาณ และ ทรัพยากรเพียงพอ

2. ความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อด้อย หรือจุดอ่อน หรือขีดจำกัดของโรงพยาบาลที่ทำให้ไม่สามารถพัฒนาโรงพยาบาลไปได้ดีเท่าที่ควร

ภาพรวม ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนเห็นว่าขีดจำกัดในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล 6 อันดับแรกคือ ผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ(39.4 %) งบประมาณและรายได้เงินบำรุงไม่เพียงพอ(30.5%) ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพ(39.7%) เปลี่ยนผู้อำนวยการบ่อยและขาดภาวะผู้นำยุคใหม่(25.1%) ความสามัคคีในหน่วยงาน การทำงานเป็นทีม ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่(20.8%) วัสดุ ครุภัณฑ์ ระบบสาธารณูปโภคไม่เพียงพอ อาคารอาคารไม่เพียงพอ(6.4%) ตาราง 4.19

ตารางที่ 4.19 จำนวน(ร้อยละ)ของโรงพยาบาลชุมชนที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อด้อยหรือจุดอ่อน หรือขีดจำกัดของโรงพยาบาลชุมชนที่ทำให้ไม่สามารถพัฒนาโรงพยาบาลไปได้ดีเท่าที่ควรใน 6 อันดับแรก

ขนาด รพช.	ข้อจำกัดของโรงพยาบาลที่ทำให้ไม่สามารถพัฒนาการบริการได้ดีเท่าที่ควร					
	1*	2*	3*	4*	5*	6*
10 (n=35)	16(45.7)	12(34.3)	7(20)	9(25.7)	2(5.7)	3(8.6)
30 (n=171)	61(35.7)	50(29.2)	53(31.0)	51(29.8)	35(20.5)	9(5.3)
60 (n=43)	18(41.9)	11(25.6)	15(34.9)	4(9.3)	9(20.9)	2(4.7)
90 (n=25)	13(52.0)	9(36.0)	6(24.0)	6(24.0)	9(36.0)	4(16.0)
120 (n=5)	2(40.0)	2(40.0)	2(40.0)	0(0.0)	2(40.0)	0(0.0)
รวม (n=279)	110(39.4)	85(30.5)	83(29.7)	70(25.1)	58(20.7)	18(6.45)

หมายเหตุ เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

1* = ผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์

2* = งบประมาณรายได้เงินบำรุงไม่เพียงพอ

3* = ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพ

4* = เปลี่ยนผู้อำนวยการบ่อย ขาดภาวะผู้นำยุคใหม่

5* = ความสามัคคีในหน่วยงาน การทำงานเป็นทีม ความรับผิดชอบความกระตือรือร้น ของเจ้าหน้าที่

6* = วัสดุ ครุภัณฑ์ ระบบสาธารณูปโภคไม่เพียงพอ อาคารอาคารไม่เพียงพอ

3. ความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาเร่งด่วนของโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องรีบแก้ไข

ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนเห็นว่าปัญหาเร่งด่วนที่สำคัญ 7 อันดับแรกที่ต้องรีบแก้ไขคือ ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ มีทัศนคติเชิงลบ และขาดการทำงานเป็นทีม (44.7%) ขาดการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล(33.5 %) วัสดุ ครุภัณฑ์ ระบบสาธารณูปโภคไม่เพียงพอ อาคารไม่เพียงพอ (20.2%) เปลี่ยนผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อยทำให้ขาดผู้นำที่ต่อเนื่อง(15.2%) บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะแพทย์ (13.2%) ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน (11.7%) และงบประมาณไม่เพียงพอ (10.1%) ตาราง 4.20

ตารางที่ 4.20 จำนวน(ร้อยละ) ของโรงพยาบาลชุมชนที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาเร่งด่วนของโรงพยาบาลที่ต้องรีบแก้ไขใน 7 อันดับแรก

ขนาดรพ.	ปัญหาเร่งด่วนของโรงพยาบาล						
	1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*
10 (n=32)	7(21.9)	8(25.0)	12(37.5)	4(12.5)	4(12.5)	0(0.0)	3(9.4)
30 (n=156)	76(48.7)	50(32.1)	27(17.3)	29(18.6)	18(11.5)	19(12.2)	16(10.3)
60 (n=42)	19(45.2)	16(38.1)	5(11.9)	34(81.0)	9(21.4)	4(9.5)	1(2.4)
90 (n=22)	11(50.0)	11(50.0)	5(22.7)	2(9.1)	3(13.6)	3(13.6)	4(18.2)
120 (n=5)	1(20.0)	1(20.0)	3(60.0)	1(20.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
รวม (n=257)	115(44.7)	86(33.5)	52(20.2)	39(15.2)	34(13.2)	30(11.7)	26(10.11)

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

1* = ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพ มีทัศนคติเชิงลบ ขาดความสามัคคี และการทำงานเป็นทีม

2* = ขาดการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล

3* = วัสดุ ครุภัณฑ์ ระบบสาธารณูปโภคไม่เพียงพอ อาคารไม่เพียงพอ

4* = เปลี่ยนผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อยทำให้ขาดผู้นำที่ต่อเนื่อง

5* = บุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะแพทย์

6* = ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน

7* = งบประมาณไม่เพียงพอ

4. ความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ไขปัญหาเร่งด่วนของโรงพยาบาลชุมชน

ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนเห็นว่าแนวทางในการแก้ไขปัญหาเร่งด่วนใน 6 อันดับแรกคือ การพัฒนาบุคลากร (48.2%) การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล (40.8%) ขอกการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพิ่ม(20.0%) เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน(14.1%) ขอเจ้าหน้าที่เพิ่ม (6.7) และเพิ่มแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่(2.7%) ตาราง 4.21

ตารางที่ 4.21 จำนวน(ร้อยละ) ของโรงพยาบาลชุมชนที่แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางการแก้ปัญหาเร่งด่วนของโรงพยาบาล 6 อันดับแรก

ขนาดรพ.	แนวทางการแก้ปัญหาเร่งด่วนของโรงพยาบาล					
	1*	2*	3*	4*	5*	6*
10 (n=30)	10(33.3)	6(20.0)	10(33.3)	2(6.7)	1(3.3)	1(3.3)
30 (n=155)	79(51.0)	74(47.7)	29(18.7)	22(14.2)	10(6.5)	5(3.2)
60 (n=42)	21(50.0)	15(35.7)	4(9.5)	9(21.4)	6(14.3)	0(0.0)
90 (n=23)	11(47.8)	8(34.8)	5(21.7)	3(13.0)	0(0.0)	1(4.3)
120 (n=5)	2(40.0)	1(20.0)	3(60.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
รวม (n=255)	123(48.2)	104(40.8)	51(20.0)	36(14.1)	17(6.7)	7(2.7)

หมายเหตุ เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

1*= พัฒนาบุคลากร

2*= พัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

3*= ขอกการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพิ่ม

4*= เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน

5*= ขอเจ้าหน้าที่เพิ่ม

6*= เพิ่มแรงจูงใจให้เจ้าหน้าที่

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง การประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล ปี 2543 มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลชุมชนในปัจจุบันในด้านความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน ด้านการบริหารทรัพยากร ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ ด้านการรักษาสิทธิผู้ป่วย และจริยธรรมวิชาชีพ ด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ และด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน รวมทั้งข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลชุมชน เช่น ระยะเวลาที่เปิดดำเนินการ จำนวนข้าราชการที่ปฏิบัติงานจริง ขนาดจำนวนเตียงที่เปิดดำเนินการจริง

กลุ่มประชากรที่ศึกษาคือ โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 303 แห่ง เป็นการศึกษาเชิงพรรณานิติการสำรวจ โดยใช้แบบประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยได้จัดสร้างขึ้น ผู้ตอบแบบประเมินคือผู้อำนวยการโรงพยาบาล/ผู้บริหาร หรือ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชน

แบบประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล เช่น ระยะเวลาที่เปิดดำเนินการ จำนวนข้าราชการที่ปฏิบัติงานจริง ขนาดจำนวนเตียงที่เปิดดำเนินการจริง มีทั้งหมด 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับการจัดระบบ กระบวนการปฏิบัติ และการขยายระบบ มีทั้งหมด 72 ข้อ

ส่วนที่ 3 เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน มีทั้งหมด 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 เกี่ยวกับความคิดเห็นเพิ่มเติม มีทั้งหมด 4 ข้อ

ผู้วิจัยได้กำหนดการประเมินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็น 6 ด้านคือ 1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนาของผู้บริหาร 2. ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร 3. กระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ 4. การรักษามาตรฐานวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วย 5. กระบวนการพัฒนาคุณภาพ และ 6. ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ให้กับโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 385 แห่ง โดยระบุให้ผู้อำนวยการหรือผู้แทนเป็นผู้ทำการประเมิน หรือเป็นมติของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชน ใช้เวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่ สิงหาคม – ธันวาคม 2543 โรงพยาบาลตอบแบบสอบถามกลับมาจำนวน 303 แห่ง(78.7%) นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

spss for windows เพื่อหาค่าเฉลี่ย, ฐานนิยม, ร้อยละ, และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย(Unpaired t-test, One-way ANOVA) และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบของตารางพร้อมคำบรรยาย

สรุปผลการวิจัย

ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ 1. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล 2. ผลการประเมินตนเองในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 6 ด้าน 3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน ตามขนาดตามกรอบอัตรากำลัง, ตามขนาดที่เปิดดำเนินการจริง และตามที่ตั้งของโรงพยาบาล 4. ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

1. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลจำนวน 165 แห่ง(49.1%) และเป็นผู้อำนวยการหรือผู้บริหารโรงพยาบาลจำนวน 156 แห่ง (46.4%) โรงพยาบาลส่วนใหญ่(47.5%) เปิดดำเนินการมาแล้ว 10-20 ปีและที่เปิดดำเนินการต่ำกว่า 10 ปี (20.5%) มีจำนวนน้อยที่สุด(ภาคผนวก จ)

เมื่อจำแนกขนาดโรงพยาบาลตามกรอบอัตรากำลัง พบว่าเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงมากที่สุด(61.7%) รองลงมาคือขนาด 60 เตียง(16.2%) และจำแนกตามขนาดโรงพยาบาลที่เปิดดำเนินการจริง พบว่าโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงมีจำนวนมากที่สุด(47.2%) รองลงมาคือขนาด 60 เตียง(29.4%) เช่นเดียวกัน เปรียบเทียบขนาดจำนวนเตียงของโรงพยาบาลที่เปิดดำเนินการจริง กับขนาดตามกรอบอัตรากำลังพบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีขนาดจำนวนเตียงที่เปิดดำเนินการจริงเท่ากับกรอบอัตรากำลัง (63.7%)

จำนวนข้าราชการที่ปฏิบัติงานจริงในโรงพยาบาลชุมชนพบว่า แพทย์มีจำนวนทั้งหมด 883 คน โดยโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งมีแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 1-20 คน ค่าเฉลี่ย 2.93 คน ทันตแพทย์มีจำนวนทั้งหมด 384 คน โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งมีทันตแพทย์ปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 0-4 คน ค่าเฉลี่ย 1.28 คน เภสัชกร มีจำนวนทั้งหมด 602 คน โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งมีเภสัชกรปฏิบัติงานอยู่ระหว่าง 0-5 คน ค่าเฉลี่ย 2 คน พยาบาล มีจำนวนทั้งหมด 11,730 คน จำนวนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 1 แห่งอยู่ระหว่าง 11-128 คน ค่าเฉลี่ย 39.5 คน และทุกวิชาชีพดังกล่าว มีจำนวนเจ้าหน้าที่เพิ่มมากขึ้นตามขนาดโรงพยาบาล (ภาคผนวก จ)

2. ผลการประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน

ด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการผลักดัน ส่งเสริม ให้โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพบริการ ในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.31 โรงพยาบาลส่วนใหญ่(58.1%) คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง	คะแนนเฉลี่ย
ภาวะผู้นำทุกระดับมีคะแนนเฉลี่ย	2.75
การส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารที่ดีภายในองค์กร	2.65
การกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล	2.57
เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ	คะแนนเฉลี่ย
การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม	1.54
การกำหนดศึกษากลุ่มเป้าหมายและลูกค้า	2.09
น่านโยบายสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล	2.30

โดยเฉพาะเรื่องส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม, การกำหนด ศึกษากลุ่มเป้าหมายและลูกค้า, เป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนา, การกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล, มีโรงพยาบาลถึงร้อยละ 25.7, 15.3, 12.0, และ 11.3 ตามลำดับให้คะแนนเท่ากับ 0 คือยังไม่มีแนวทางการดำเนินงานในหัวข้อดังกล่าว

ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร เป็นปัจจัยสำคัญในการเอื้ออำนวยความสะดวกต่อการให้บริการ ประกอบด้วยการจัดการด้านอาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการด้านทรัพยากรบุคคล รวมทั้งการพัฒนาทรัพยากรบุคคล เพื่อให้สามารถให้บริการอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และปลอดภัย ในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.75 โรงพยาบาลส่วนใหญ่(74.1%) คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง	คะแนนเฉลี่ย
การทำบัญชีบริหารการเงินโปร่งใส	3.73
ความสะอาดภายในโรงพยาบาล	3.53
โครงสร้างองค์กร	3.37
จัดสิ่งแวดล้อม/สวน ร่มรื่น สวยงาม	3.34

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ	คะแนนเฉลี่ย
การให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน	1.56
การกำหนดข้อแผนป้องกันอัคคีภัยประจำปี	1.69
แผนการประเมินการเข้าถึงชุมชน	1.88
การฝึกอบรมการเข้าถึงชุมชน	1.89

โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการกำหนดข้อแผนป้องกันอัคคีภัยประจำปี, การให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน, แผนการประเมินการเข้าถึงชุมชน, การฝึกอบรมการเข้าถึงชุมชน, และการประเมินความต้องการ การฝึกอบรม และการอนุรักษ์ธรรมชาติสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนร่วมกับชุมชน มีโรงพยาบาลถึงร้อยละ 31.5, 26.4, 17.2, 16.1, 13.4 และ 10.8 ตามลำดับ ให้คะแนนเท่ากับ 0 คือยังไม่มีแนวทางในการดำเนินงานในเรื่อง ดังกล่าว

ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ ถือเป็นหัวใจสำคัญในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทั้งในและนอกโรงพยาบาล ในภาพรวมพบว่า คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.91 โรงพยาบาลส่วนใหญ่(81.8%) คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง	คะแนนเฉลี่ย
ระบบส่งต่อผู้ป่วยกับหน่วยบริการทุกระดับ	3.56
ระบบเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์	3.40
งานอนามัยโรงเรียน	3.40
งานอนามัยแม่และเด็ก	3.33
มีป้ายบอกจุดบริการและตารางการให้บริการ	3.32

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ	คะแนนเฉลี่ย
การรับบริจาคโลหิตและธนาคารโลหิต	1.78
การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการบริการ	2.10
การค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน	2.20

โดยเฉพาะเรื่องการรับบริจาคโลหิตและธนาคารโลหิต, งานโภชนาการและอาหารผู้ป่วย, การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการให้บริการ, การค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน มี

โรงพยาบาลถึงร้อยละ 31.2, 11.2, 10.4 และ 8 ตามลำดับให้ 0 คะแนนคือยังไม่มีแนวทางดำเนินการในเรื่องดังกล่าว

ด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับสิทธิพื้นฐาน ที่แต่ละคนพึงได้รับและได้รับการปฏิบัติเท่าเทียมกัน รวมทั้งเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพของผู้ให้บริการที่ดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล ในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (63.4%) คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง	คะแนนเฉลี่ย
มีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยและปฏิบัติตามสิทธิผู้ป่วย	3.05
การรักษามาตรฐานวิชาชีพทางการพยาบาล	2.94
เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ	คะแนนเฉลี่ย
การวิจัยจริยธรรมวิชาชีพ	2.73
และการรักษามาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์	2.60

ด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ เป็นกิจกรรมสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับว่าการบริการในสถานพยาบาลแห่งนี้ มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ปลอดภัย ในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 โรงพยาบาลส่วนใหญ่ (56.2%) คะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง	คะแนนเฉลี่ย
กิจกรรม 5 ส	3.49
เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ	คะแนนเฉลี่ย
มีระบบการพัฒนาทั่วทั้งองค์กร	1.88
มีทีมพัฒนาคุณภาพ	2.06

โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการมีระบบการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร, ทีมพัฒนาคุณภาพ, การทบทวนเมื่อเกิดการไม่สอดคล้อง และมีระบบการพัฒนาคุณภาพสำเร็จรูป โรงพยาบาลถึงร้อยละ 22.7, 18.7, 11.4 และ 10.7 ให้คะแนนเท่ากับ 0 คือยังไม่มีดำเนินการในเรื่องดังกล่าว

ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน เป็นสิ่งสำคัญในการวัดผลสำเร็จของการดำเนินงาน ในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.46 โรงพยาบาลส่วนใหญ่(63.1%) ผลสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง

เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง	คะแนนเฉลี่ย
ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ	2.81
ประเมินความเสมอภาคการเข้าถึงบริการของกลุ่มต่าง ๆ (HHC, หน่วยเคลื่อนที่ต่างๆ)	2.56
เรื่องที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ	คะแนนเฉลี่ย
ผลประเมินประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร	2.28
ผลประเมินความนิยมของชุมชน	2.42

โดยมีโรงพยาบาลร้อยละ 6.1 ให้คะแนนเท่ากับ 0 หมายถึงไม่มีผลสำเร็จของงานหรือผลสำเร็จน้อยมาก

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน รายกิจกรรม ตามขนาดโรงพยาบาลตามกรอบอัตรากำลัง คือ 10, 30, 60,90, และ 120 เตียง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง($p < 0.01$) ในกิจกรรม 1) ภาวะผู้นำองค์กร 2) การกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์โรงพยาบาล 3) การฝึกอบรมด้านพฤติกรรมบริการ 4) งานโภชนาการและอาหารผู้ป่วยใน 5) การรับบริจาคโลหิตและธนาคารโลหิต 6) ความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ 7) ความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงาน 8) การทบทวนเมื่อเกิดความไม่สอดคล้อง 9) ทีมพัฒนาคุณภาพ 10) มีระบบการพัฒนาคุณภาพสำเร็จรูป 11) ผลประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน 12) ผลประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ และกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ 1) เป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนา 2) การสำรวจความพึงพอใจผู้ป่วยนอก 3) การสำรวจความพึงพอใจผู้ป่วยใน 4) แนวทางการดูแลรักษาและคู่มือปฏิบัติผู้ป่วยใน 5) กิจกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 6) ระบบห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา 7) มีคู่มือและแนวทางปฏิบัติในการพัฒนาคุณภาพบริการ 8) ผลประเมินความนิยมของชุมชน

และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามขนาดตามกรอบอัตรากำลังรายด้าน พบว่าด้านที่ 1-5 คือ ความมุ่งมั่นของผู้บริหาร การจัดการทรัพยากร กระบวนการบริการ การรักษามาตรฐานวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพบริการ คะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 พิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านกระบวนการบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่

สุด (2.91) รองลงมาคือด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพ (2.84) ด้านการจัดการทรัพยากร(2.75) ด้านการพัฒนาคุณภาพ (2.54) และด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหารต่ำที่สุด(2.31) ส่วนด้านที่ 6 ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน ผลสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.46 พิจารณาคะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 6 ด้านตามขนาดโรงพยาบาลพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นตามขนาดโรงพยาบาล โดยด้านที่ 1-5 โรงพยาบาลขนาด 10 เตียงคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (2.56) และ 120 เตียงคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด(3.22) โดยการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลขนาด 10 – 90 เตียงอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนโรงพยาบาลขนาด 120 เตียงอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านที่ 6 ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานคะแนนเฉลี่ยของโรงพยาบาลขนาด 10 เตียงต่ำที่สุด (2.21) และ 120 เตียง คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด(3.05) โดยผลสำเร็จของโรงพยาบาลขนาด 10-90 เตียงอยู่ในระดับปานกลาง และขนาด 120 เตียง ผลสำเร็จอยู่ในระดับสูง

เมื่อแบ่งโรงพยาบาลเป็น 2 ขนาดตามกรอบอัตรากำลัง คือขนาดเล็ก(10-30 เตียง) และขนาดใหญ่(60-120 เตียง) ในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร การจัดการทรัพยากร กระบวนการบริการ การรักษามาตรฐานวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพบริการ ของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก(2.66) ต่ำกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่(2.99) และคะแนนเฉลี่ยรายด้านของโรงพยาบาลขนาดเล็กต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในทุกด้าน ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน คะแนนเฉลี่ยของโรงพยาบาลขนาดเล็ก(2.39) ต่ำกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่(2.68) และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายด้านของโรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดใหญ่ พบว่าด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร ด้านกระบวนการบริการ ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ และด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.01$) ด้านการจัดการทรัพยากร มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนด้านมาตรฐานวิชาชีพและการรักษาสิทธิผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามขนาดที่เปิดดำเนินการจริง ด้านที่ 1-5 คะแนนรวมเฉลี่ยเท่ากับ 2.74 พิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านกระบวนการบริการมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (2.91) รองลงมาคือด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพ(2.84) ด้านการจัดการทรัพยากร(2.74) ด้านการพัฒนาคุณภาพ (2.54) และด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหารต่ำที่สุด(2.31) ส่วนด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน ผลสำเร็จอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.46

พิจารณาคะแนนเฉลี่ยรวมทั้ง 6 ด้านตามขนาดโรงพยาบาลพบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นตามขนาดโรงพยาบาล โดยด้านที่ 1-5 โรงพยาบาลขนาด 10 เตียงคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด (2.37) และ 120 เตียงคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด(3.33) โดยการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลขนาด 10 – 60 เตียง อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนโรงพยาบาลขนาด 90-120 เตียง อยู่ในระดับสูง ด้านที่ 6 ผลลัพธ์ของการ

ปฏิบัติงานคะแนนเฉลี่ยของโรงพยาบาลขนาด 10 เตียงต่ำที่สุด (2.11) และ 120 เตียง คะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (3.03) โดยผลสำเร็จของโรงพยาบาลขนาด 10-90 อยู่ในระดับปานกลาง และ 120 เตียง ผลสำเร็จอยู่ในระดับสูง (3.03)

เมื่อแบ่งโรงพยาบาลเป็น 2 ขนาดตามที่เปิดดำเนินการจริง คือขนาดเล็ก(≤ 30) และขนาดใหญ่(> 30 เตียง) ในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร การจัดการทรัพยากร กระบวนการบริการ การรักษามาตรฐานวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพบริการ ของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (2.59) ต่ำกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (2.92) และคะแนนเฉลี่ยรายด้านของโรงพยาบาลขนาดเล็กต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในทุกด้าน ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน คะแนนเฉลี่ยของโรงพยาบาลขนาดเล็ก (2.34) ต่ำกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ (2.61)

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนรายด้านของโรงพยาบาลขนาดเล็กและขนาดใหญ่ พบว่าด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร ด้านการจัดการทรัพยากร ด้านกระบวนการบริการ ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ และด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างสูง ($p < 0.01$) ส่วนด้านมาตรฐานวิชาชีพและการรักษาสีทธิผู้ป่วย แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ของการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลในการพัฒนา

คุณภาพโรงพยาบาลตามที่ตั้งตามภาคของโรงพยาบาล พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหาร การจัดการทรัพยากร กระบวนการบริการ การรักษามาตรฐานวิชาชีพ การพัฒนาคุณภาพบริการ แตกต่างกันอย่างเล็กน้อยในทั้ง 4 ภาคโดยภาคเหนือมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (2.83) รองลงมาคือภาคกลาง (2.77) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (2.73) และภาคใต้ต่ำที่สุด (2.57) ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน คะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันเล็กน้อยในทั้ง 4 ภาคโดยภาคเหนือมีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (2.53) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (2.49) ภาคใต้ (2.49) และภาคกลางต่ำที่สุด (2.35)

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านทั้ง 6 ด้าน พบว่าด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนด้านอื่น ๆ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับ จุดเด่น/เอกลักษณ์, ข้อจำกัด จุดแข็ง ปัญหาเร่งด่วนและแนวทางแก้ไขปัญหาเร่งด่วน ของโรงพยาบาลชุมชน

ในภาพรวมผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนเห็นว่าปัจจัยสำคัญที่สุดที่ส่งเสริมให้โรงพยาบาลสามารถพัฒนาคุณภาพบริการให้ดีขึ้นใน 4 อันดับแรกคือ ผู้ปฏิบัติงานมีความรู้ความสามารถ มีความกระตือรือร้น ทำงานเป็นทีม(76.7%) รองลงมาคือความมุ่งมั่นของผู้บริหาร(36.4%) การมีส่วนร่วมของชุมชนและการประสานกับหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐและเอกชน(26.2%) และงบประมาณ ทรัพยากรเพียงพอ (10.5%)

ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนเห็นว่าปัญหาคือจุดอ่อน หรือ ข้อจำกัดในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล 5 อันดับแรกคือ ผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ(39.4 %) งบประมาณและรายได้เงินบำรุงไม่เพียงพอ(30.5%) ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพ(39.7%) เปลี่ยนผู้อำนวยการบ่อยและขาดภาวะผู้นำยุคใหม่(25.1%) ความสามัคคีในหน่วยงาน การทำงานเป็นทีม ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่(20.8%)

ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนเห็นว่าปัญหาเร่งด่วนที่สำคัญ 7 อันดับแรกที่ต้องรีบแก้ไขคือ ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพและมีทัศนคติเชิงลบ และขาดการทำงานเป็นทีม(44.7%) การพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล(33.5 %) วัสดุ ครุภัณฑ์ ระบบสาธารณูปโภคไม่เพียงพอ อาคารไม่เพียงพอ (20.2%) เปลี่ยนผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ่อยทำให้ขาดผู้นำที่ต่อเนื่อง(15.2%) เพิ่มบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์ (13.2%) เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน (11.7%) และเพิ่มงบประมาณ (10.1%) และเห็นว่ามีความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาเร่งด่วนใน 5 อันดับแรกคือ การพัฒนาบุคลากร (48.2%) การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล (40.8%) ขอลงทุนสนับสนุนงบประมาณและวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพิ่ม(20.0%) การเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน(14.1%) ขอเจ้าหน้าที่เพิ่ม (6.7)

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการวิจัย เรื่องการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล ผู้วิจัยแบ่งการอภิปรายเป็น 2 ส่วนคือ การอภิปรายระเบียบวิธีวิจัย และผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 อภิปรายระเบียบวิธีวิจัย

1.1 รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงพรรณานิติการสำรวจ แหล่งข้อมูลเก็บจากโรงพยาบาลชุมชน เก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามที่มีหนังสือนำส่งอย่างเป็นทางการโดยกองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข และจัดส่งทางไปรษณีย์ไปที่โรงพยาบาลชุมชนโดยตรง โดยในครั้งแรกได้รับการตอบกลับประมาณร้อยละ 40 หลังจากนั้นประมาณ 1 เดือนส่งหนังสือติดตามครั้งที่ 1 ได้รับการตอบกลับเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 20 และหลังจากนั้นอีกประมาณ 2 เดือนส่งหนังสือติดตามครั้งที่ 2 ได้รับการตอบกลับเพิ่มขึ้นอีกประมาณร้อยละ 18 โดยสรุปแล้วได้รับการตอบกลับทั้งหมดร้อยละ 78.7 ซึ่งถือว่าค่อนข้างสูง

1.2 ประชากรที่ศึกษา การศึกษานี้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 303 แห่ง ผู้ตอบแบบประเมินคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้กำหนดนโยบาย และเป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งทราบถึงนโยบายและความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นอย่างดี และส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามดี เห็นได้จากอัตราการตอบกลับค่อนข้างสูง และการตอบแบบสอบถามที่ไม่ครบถ้วนมีค่อนข้างน้อย

1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือแบบประเมินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น โดยประยุกต์ข้อคำถามมาจากการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) และการประเมินตามระบบคุณภาพมาตรฐาน ISO 9002 สำหรับโรงพยาบาล ให้เข้ากับบทบาทหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน ส่วนเกณฑ์การประเมินประยุกต์มาจาก Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) ซึ่งเป็นเกณฑ์การประเมินตนเองที่ใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินตนเองของการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) และได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 8 ท่าน(ภาคผนวก ฉ) นำไปทดสอบในสถานบริการ 4 แห่ง คือโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลสระบุรี ศูนย์บริการสาธารณสุข 46 กันทรอุทิศ และศูนย์บริการสาธารณสุข 21 วัดธาตุทอง แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดสอบความน่าเชื่อถือในโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง ที่ไม่ใช่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ผลการทดสอบ Reliability เท่ากับ 0.75-0.97 ซึ่งถือว่ามีความเชื่อมั่นค่อนข้างสูง ข้อดีของการประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการด้วยตนเองโดยใช้แบบประเมินนี้คือ ผู้ประเมินมีความรู้สึกที่เป็นบวก ผลการประเมินทำให้ทราบถึงระดับการดำเนินงานในแต่ละด้าน และเป็นการกระตุ้นให้มีการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องมีการปรับปรุงและพัฒนาให้ดีขึ้นอยู่เสมอ รวมทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมให้องค์กรภายนอกมาประเมินในอนาคต แต่สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการนำไปประยุกต์ใช้คือ การประเมินวิธีนี้ ผู้ประเมินอาจจะให้คะแนนเข้าข้างตนเองมากกว่าความเป็นจริง ดังนั้นก่อนทำการประเมินควรทำความเข้าใจกับผู้ประเมินให้ทราบวัตถุประสงค์ และความหมายของแต่ละข้อคำถามให้เข้าใจตรงกัน ถ้าเป็นไปได้ควรมีการประชุมชี้แจงให้ทราบอย่างละเอียด รวมทั้งหากผู้ประเมินให้คะแนนในระดับสูง

คือ 4 และ 5 คะแนน ต้องระบุรายละเอียดเพิ่มเติมลงในแบบประเมินด้วย จะทำให้ผลการประเมินมีหลักฐานยืนยัน และน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชน จากการศึกษาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลกว่าร้อยละ 40 ซึ่งใกล้เคียงกับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เป็นไปได้ว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีการมอบหมายหน้าที่ให้กับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลในการสนับสนุน และติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล ทำให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทำแบบประเมินการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของสุรพร ลอยหา(2539)⁴⁰ ที่พบว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนมีอำนาจในการตัดสินใจสูง รวมทั้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชนยังไม่มีคามเข้มแข็งและไม่แสดงความเป็นคณะกรรมการบริหารเต็มที่ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากระแสการพัฒนาคุณภาพองค์กรแนวใหม่ ส่งเสริมให้โรงพยาบาลชุมชนมีการทำงานเป็นทีม หรือเป็นคณะกรรมการมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามการทำงานเป็นทีมเป็นปัจจัยสู่ความสำเร็จในการพัฒนา ควรมีการกระจายอำนาจให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล และส่งเสริมให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลมีความเข้มแข็งและแสดงบทบาทตามหน้าที่ที่กำหนดไว้มากขึ้น ด้านขนาดโรงพยาบาล การศึกษานี้พบว่าโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีจำนวนเตียงที่เปิดดำเนินจริงเท่ากับกรอบอัตรากำลัง (63.7%) รองลงมาคือมีจำนวนเตียงที่เปิดดำเนินจริงสูงกว่ากรอบอัตรากำลัง(32.7%) แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีการใช้เตียงในการรับคนไข้ไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ คือมีจำนวนเตียงพอเหมาะกับจำนวนคนไข้ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล และยังมีบางส่วนที่มีคนไข้ล้นเตียง คือจำนวนเตียงไม่เพียงพอในการรับคนไข้ไว้รักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (พ.ศ. 2538-2540)¹ พบว่าสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการลงทุนที่มีประสิทธิภาพมากกว่าโรงพยาบาลในสังกัดเอกชน เห็นได้จากอัตราการครองเตียงของสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข(83%) มากกว่าของเอกชน(<50%) และการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยของจำนวนข้าราชการที่ปฏิบัติงานจริงต่อโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่งในปี 2542 มีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เพิ่มมากขึ้นกว่า ปี 2541 (อำพล จินดาวัฒนะ และคณะ)⁴² เล็กน้อย แสดงว่ามีการกระจายข้าราชการสาขาวิชาชีพหลักออกไปปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนมากขึ้น

จากการประเมินตนเองของผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยได้อภิปรายเป็นรายด้าน ดังนี้

ด้านความมุ่งมั่นของผู้นำทุกระดับ

จากการศึกษาขององอาจ วิพุทธิศรี(2539)³⁹, อัมพล จินดาวัฒน์(2541)⁴², และภูษิตา อินทรประสงค์(2542)⁴⁷ มีความสอดคล้องกันคือปัจจัยด้านผู้บริหารโรงพยาบาลเป็นปัจจัยสู่ความสำเร็จที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล รวมทั้งความมุ่งมั่นและความต่อเนื่องในการพัฒนาคุณภาพบริการของผู้นำทุกระดับขององค์กร เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อน ส่งเสริมผลักดันให้องค์กรประสบความสำเร็จในการพัฒนา ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าภาพรวมด้านความมุ่งมั่นของผู้นำทุกระดับทั้งด้านภาวะผู้นำ การกำหนดทิศทางโดยการกำหนด พันธกิจ(ข้อความที่ระบุอย่างกว้าง ๆ ถึงเป้าประสงค์ หน้าที่ความรับผิดชอบซึ่งมุ่งมั่นที่จะทำ) วิสัยทัศน์ (ภาพอนาคตของโรงพยาบาลต้องการที่จะให้เกิดขึ้น) มีการสื่อความหมายไปยังเจ้าหน้าที่ และนโยบายสู่การปฏิบัติ ของโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง และโรงพยาบาลส่วนใหญ่(78.8%)(รายละเอียดในภาคผนวก ค) มีการกำหนด พันธกิจ วิสัยทัศน์ ชัดเจน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของประวิทย์ ลีสถาพรวงศา(2540)⁴⁵ พบว่ามีโรงพยาบาลชุมชนส่วนน้อย(10.6%) ที่มีการกำหนดพันธกิจและวิสัยทัศน์โรงพยาบาลชุมชน นำจะเนื่องมาจากในระยะ 3-4 ปีที่ผ่านมาโรงพยาบาลชุมชนมีความตื่นตัวในการพัฒนาคุณภาพองค์กร โดยนำการวางแผนเชิงกลยุทธ์เข้ามาช่วยในการบริหารองค์กรมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ส่วนในด้านการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหาร ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้โรงพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน และเป็นนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 การดำเนินการกลับอยู่ในระดับต่ำ อยู่ระหว่างไม่มีแนวทางปฏิบัติ ถึงมีแนวทางปฏิบัติชัดเจนในบางงานหลัก แต่การปฏิบัติยังไม่สอดคล้องกับระบบที่วางไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีโรงพยาบาลชุมชนถึงประมาณ 1 ใน 4 ยังไม่มีแนวทางการดำเนินการ กิจกรรมเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีการรับฟังความคิดเห็นจากการประชุมผู้นำชุมชน แต่การแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการบริหารยังมีน้อย(รายละเอียดในภาคผนวก ค) สอดคล้องกับการศึกษาของอัมพล จินดาวัฒน์(2542)⁴⁶ โรงพยาบาลชุมชนมีความเชื่อมโยงกับชุมชนและประชาชนไม่มากนัก ประชาชนมีโอกาสร่วมเป็นเจ้าของ ร่วมคิด ร่วมบริหารไม่มากนัก มีบ้างที่เป็นในรูปของการระดมทุนทรัพยากรสนับสนุนโรงพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรพร ลอยหา (2539)⁴⁰ ชุมชนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่สะท้อนถึงคุณภาพบริการเป็นส่วนหนึ่ง ส่วนการมีส่วนร่วมในการบริหารยังมีไม่ชัดเจน และสอดคล้องกับการศึกษาของประวิทย์ ลีสถาพรวงศา (2540)⁴⁵ ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนโดยการรับฟังข้อเสนอแนะมากที่สุด(58.2%) รองลงมาคือระดมเงินบริจาคเป็นระยะ (42.1%) และมีคณะกรรมการบริหารภาคเอกชนเป็นส่วนน้อย (19.6%) เป็นไปได้ว่าประชาชนยังไม่

ทราบบทบาทของตนเอง และไม่เห็นความสำคัญในการมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของและเข้าร่วมเป็น คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล รวมทั้งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลยังไม่มีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในการ จูงใจให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหาร อีกทั้งอาจจะยังไม่มี ความมั่นใจว่าประชาชน ชุมชน จะมีความ สามารถในเชิงบริหาร ดังนั้นจึงควรเร่งส่งเสริมให้มีการดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม เพื่อนำไปสู่แนวทาง ปฏิบัติให้กับโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ สำหรับการศึกษากลุ่มเป้าหมายและลูกค้า ซึ่งเป็นกลยุทธ์ สำคัญทางการตลาดเพื่อการวิเคราะห์ข้อเสนอนี้และความต้องการของลูกค้า ในอนาคตการแข่งขันกัน ระหว่างโรงพยาบาลต่าง ๆ จะมีมากขึ้น ประชาชนสามารถเลือกใช้บริการจากสถานบริการต่าง ๆ มากขึ้น ปารีฉัตร ตันติยวงศ์⁵⁰ กล่าวว่า การตลาดภายใต้คุณภาพและจรรยาบรรณวิชาชีพ การทำการตลาดของ รพศ./รพท. นั้น ผู้บริหารหรือผู้ทำการตลาดต้องรู้และต้องกระทำในเรื่อง 1. ต้องรู้ว่าผู้รับบริการทาง สาธารณสุขคือใคร 2. กลุ่มผู้รับบริการมีความคาดหวังต่อบริการทางสาธารณสุขอย่างไร 3. แปลงความ คาดหวังของกลุ่มผู้รับบริการเป็นกิจกรรมทางสาธารณสุข 4. การสื่อสารให้กลุ่มผู้รับบริการรู้ว่าเรามี บริการสาธารณสุขที่กลุ่มผู้รับบริการคาดหวังและ 5. คงกิจกรรมทางสาธารณสุขที่กลุ่มผู้รับบริการคาด หวังให้นานและพัฒนาให้ดียิ่งขึ้นตลอดเวลา จากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ดำเนินการอยู่ใน ระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีโรงพยาบาลถึงร้อยละ 15.3 ที่ยังไม่มีแนวทางการ ดำเนินงาน น่าจะเนื่องมาจาก องค์ความรู้ในด้านการบริหารการตลาดของโรงพยาบาลยังมีน้อย และเจ้า หน้าที่โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับความอยู่รอดขององค์กรน้อย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญ ส่งเสริมสนับสนุน ด้านองค์ความรู้ การฝึกอบรมให้นำความรู้ไปสู่การปฏิบัติในการทำการตลาด การเก็บข้อมูลและศึกษากลุ่มลูกค้ามากขึ้น

ด้านทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร

การจัดการทรัพยากร เป็นปัจจัยสำคัญในการเอื้ออำนวยความสะดวกต่อการให้บริการ ประกอบ ด้วยการจัดการด้านอาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และการจัดการด้านทรัพยากรบุคคล รวมทั้งการพัฒนา ทรัพยากรบุคคล เพื่อให้สามารถให้บริการอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และปลอดภัย การศึกษานี้พบ ว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการดำเนินการด้านการทำบัญชีโปร่งใส ความสะอาดภายในโรงพยาบาล และ โครงสร้างองค์กรอยู่ในระดับสูง การดำเนินการอยู่ระหว่างมีแนวทางปฏิบัติชัดเจนเกือบทุกงานหลัก ปฏิบัติสอดคล้องกับระบบที่วางไว้เป็นอย่างดี มีประสิทธิภาพ ขยายผลไปสู่เกือบทุกงานหลัก ถึงมีแนวทางชัดเจนทุกงานหลักและงานรอง ปฏิบัติตามระบบที่วางไว้เป็นอย่างดี ขยายผลไปสู่ทุกงาน ส่วนใน ด้านที่เกี่ยวข้องกับชุมชน เช่น การประเมินการเข้าถึงชุมชน การฝึกอบรมการเข้าถึงชุมชน การให้รางวัล แก่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน การดำเนินงานยังอยู่ในระดับต่ำ การดำเนินการอยู่ระหว่างไม่มีแนวทางปฏิบัติ ถึงมีแนวทางปฏิบัติชัดเจนในบางงานหลัก แต่การปฏิบัติยังไม่สอดคล้องกับระบบที่วางไว้ แสดงให้เห็นว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ระหว่างการพัฒนาด้านทรัพยากรเฉพาะในโรงพยาบาล การพัฒนาบุคลากรด้าน

การเข้าถึงชุมชน และการบริการเชิงรุกซึ่งเป็นหน้าที่หลักของโรงพยาบาลยังมีน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของสุพร ลอยหา(2539)⁴⁰ และการศึกษาของอำพล จินดาวัฒน์ 2542⁴⁶ โรงพยาบาลชุมชนเน้นการรักษามากกว่างานป้องกันส่งเสริมป้องกันโรค และมีการพัฒนาแบบตั้งรับอย่างชัดเจน ส่วนการพัฒนาทางด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และการทำงานเชิงรุกในชุมชน ได้รับการพัฒนามาบ้างแต่ไม่มากนัก นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่า การกำหนดซ่อมแผนอค์กิจประจำปี และการประเมินความต้องการการฝึกอบรมซึ่งเป็นการเตรียมพร้อมด้านการพัฒนาบุคลากร โรงพยาบาลชุมชนยังมีน้อย ควรให้ความสำคัญและปฏิบัติให้มากขึ้น

ด้านกระบวนการบริการและการดูแลสุขภาพ

เป็นหัวใจสำคัญในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทั้งในและนอกโรงพยาบาล แนวคิดการให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มี 2 องค์ประกอบคือ ให้บริการตามความต้องการของผู้รับบริการในทุก ๆ ด้าน และการจัดระบบการส่งต่อผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ⁵¹ การศึกษานี้พบว่าโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ มีการดำเนินการด้านระบบส่งต่อผู้ป่วยกับหน่วยบริการทุกระดับซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการจัดให้ผู้รับบริการได้รับการบริการจากสถานบริการแต่ละระดับอย่างเหมาะสม และเป็นการลดภาวะผู้ป่วยแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การศึกษานี้พบว่า การดำเนินการอยู่ในระดับสูง การดำเนินการอยู่ระหว่างมีแนวทางปฏิบัติชัดเจนเกือบทุกงานหลัก ปฏิบัติสอดคล้องกับระบบที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ ขยายผลไปสู่เกือบทุกงานหลัก ถึงมีแนวทางชัดเจนทุกงานหลักและงานรอง ปฏิบัติตามระบบที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ ขยายผลไปสู่ทุกงาน ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของโครงการวิจัยระบบบริการสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (2532)³⁵ ที่พบว่าการส่งต่อระหว่างสถานีนอมนามัยกับโรงพยาบาลชุมชนมีปัญหา เนื่องจากมีผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน(ร้อยละ 52) ที่สามารถรักษาได้ที่สถานีนอมนามัย แต่สอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้อมูลของสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข¹ ที่พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยนอก ในสถานบริการระดับสถานีนอมนามัยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจาก ร้อยละ 29.41 ในปี 2520 เป็นร้อยละ 31.72 ในปี 2528 และเพิ่มเป็นร้อยละ 46.11 ในปี 2541 ในโรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วนผู้ป่วยนอกร้อยละ 24.37 ในปี 2520 เพิ่มเป็นร้อยละ 35.92 ในปี 2528 และร้อยละ 35.13 ในปี 2541 ส่วนในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป มีสัดส่วนผู้ป่วยนอกร้อยละ 46.22 ในปี 2520 ลดลงเป็นร้อยละ 32.36 ในปี 2528 และร้อยละ 18.76 ในปี 2541 จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าในปัจจุบันแนวโน้มการพัฒนาระบบส่งต่อและระบบคัดกรองผู้ป่วยดีขึ้นกว่าที่ผ่านมา ส่วนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นนโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินการอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางต่ำ การดำเนินการอยู่ระหว่างไม่มีแนวทางปฏิบัติ ถึงมีแนวทางปฏิบัติชัดเจนในบางงานหลัก แต่การปฏิบัติยังไม่สอดคล้องกับระบบที่วางไว้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีโรงพยาบาลชุมชนถึงร้อยละ 10.7 ที่ยังไม่มีแนวทางการดำเนินงาน สาเหตุอาจจะเนื่องมาจากประชาชนได้รับข่าวสาร และการรับรู้บทบาทของตนเองยังไม่มากนัก ควรจะมีการส่งเสริมให้ความรู้ และให้ข้อมูล

ข่าวสารมากขึ้น นอกจากนี้การรับบริจาคโลหิตและธนาคารโลหิต การดำเนินการอยู่ระดับต่ำ และมีโรงพยาบาลถึงร้อยละ 31.9 ที่ยังไม่มีแนวทางการดำเนินงาน อาจจะเนื่องมาจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก มีผู้ป่วยหนักและมีการผ่าตัดใหญ่ไม่มากนัก และสามารถขอรับการช่วยเหลือสนับสนุนหรือดำเนินงานร่วมกับโรงพยาบาลทั่วไปได้ จึงทำให้มีการดำเนินการต่ำแต่อย่างไรก็ตาม การดำเนินการธนาคารโลหิตเป็นสิ่งจำเป็นในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลควรมีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมในการตรวจโลหิตและสำรองโลหิต เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ

ด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วย

เจ้าหน้าที่ทุกคนในโรงพยาบาลควรตระหนักและเคารพในสิทธิผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยทุกคนควรได้รับสิทธิพื้นฐาน ที่แต่ละคนพึงได้รับและได้รับการปฏิบัติเท่าเทียมกัน รวมทั้งเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพของผู้ให้บริการที่ดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล ผลการศึกษานี้พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดีไปทางสูง ส่วนด้านการรักษามาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ การรักษากายวิญญูธรรมวิชาชีพและการรักษามาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ การดำเนินการอยู่ในระดับปานกลาง การดำเนินการอยู่ระหว่างมีแนวทางการปฏิบัติชัดเจนในหลายงานหลัก มีการปฏิบัติสอดคล้องกับระบบที่วางไว้บางส่วน เริ่มมีการขยายผล ถึงมีแนวทางการปฏิบัติชัดเจนในงานหลักส่วนใหญ่ ปฏิบัติสอดคล้องกับระบบที่วางไว้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการขยายผลมากกว่าร้อยละ 50 ของงานบริการหลัก โดยการรักษามาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ส่วนใหญ่ยึดตามมาตรฐานการพยาบาล(รายละเอียดในภาคผนวก ค) ส่วนการรักษามาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ส่วนใหญ่มีการรักษามาตรฐานวิชาชีพแต่ไม่มีแนวทางการปฏิบัติ (Practice guide line) (ภาคผนวก ค) อาจจะเนื่องมาจากยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ควรจะต้องส่งเสริมให้มีแนวทางปฏิบัติอย่างเป็นระบบและชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้บริการผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

ด้านกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

เป็นกิจกรรมสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการให้ได้มาตรฐาน เป็นที่ยอมรับว่าการบริการในสถานพยาบาลแห่งนั้น มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ปลอดภัย ผลการศึกษานี้พบว่าการดำเนินการกิจกรรม 5 ส ซึ่งเป็นการพัฒนาองค์กรในระดับต้นเป็นการพัฒนาระบบงานที่ไม่ซับซ้อน สามารถปฏิบัติเฉพาะงานโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการดำเนินการอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างดีไปทางสูง มีโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 0.3 เท่านั้นที่ยังไม่มีการดำเนินงาน สอดคล้องกับการศึกษาของประวิทย์ ลีสถาพรวงศ์⁴⁵ (2540) ที่พบว่าเครื่องมือในการพัฒนาระบบงานที่โรงพยาบาลชุมชนนำมาใช้มากที่สุดคือ 5 ส การศึกษานี้ยังพบว่าการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร, ทีมพัฒนาคุณภาพ, การมีระบบการพัฒนาคุณภาพสำเร็จรูป และการทบทวนเมื่อเกิดความไม่สอดคล้อง การดำเนินการอยู่ในระดับต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีโรงพยาบาลถึงร้อยละ 22.3 ที่ยังไม่มีแนวทางการดำเนินการในการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร และโรงพยาบาลประมาณ

ร้อยละ 10-18 ที่ยังไม่มีแนวทางการดำเนินงานจัดทีมพัฒนาคุณภาพ, การมีระบบการพัฒนาคุณภาพสำเร็จรูป และการทบทวนเมื่อเกิดความไม่สอดคล้อง สอดคล้องกับการศึกษาของประวิทย์ ลีสถาพร วงศา⁴⁹ (2540) ที่พบว่า การพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM/CQI) มีโรงพยาบาลเพียงร้อยละ 18 เท่านั้นที่นำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ สาเหตุอาจจะเป็นเนื่องจากวิธีการนี้เป็นการพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร ต้องระดมทรัพยากรทั้งองค์กร และมีทำงานร่วมกันทุกฝ่ายอย่างต่อเนื่อง ต้องใช้ความพยายามสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการร่วมงานเป็นทีมทั้งองค์กร ทำให้การปฏิบัติค่อนข้างยากและใช้เวลานาน แต่อย่างไรก็ตามการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับสถานบริการทุกแห่ง ทั้งภาครัฐและเอกชน ในร่างแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 9 มีเป้าหมายชัดเจนในการส่งเสริมให้โรงพยาบาลต้องผ่านการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาล จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการดำเนินการพัฒนาคุณภาพในระดับที่ต่ำ และยังมีโรงพยาบาลอีกจำนวนไม่น้อยที่ยังไม่มีแนวทางการดำเนินงาน โดยการมีระบบพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร โรงพยาบาลส่วนใหญ่กำลังอยู่ในระยะเริ่มดำเนินการ(ภาคผนวก ค) ส่วนระบบพัฒนาคุณภาพสำเร็จรูปโรงพยาบาลส่วนใหญ่ดำเนินการตามระบบ ISO 9002 นอกจากนี้ยังมีอีกหลายรูปแบบ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การรับรองคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล (HA) PSO, 5 ส, โรงพยาบาลประกันสังคม, พบส. (ภาคผนวก ค) ปัจจุบันยังไม่มีโรงพยาบาลชุมชนผ่านการประเมินตามมาตรฐาน HA, มีโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองตามมาตรฐาน ISO จำนวน 22 แห่ง(ข้อมูลจากกองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข)

ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน

เป็นสิ่งสำคัญในการวัดผลสำเร็จของการดำเนินงาน ผลการปฏิบัติงานเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการบริหารจัดการที่ครบวงจร เป็นเครื่องบ่งชี้ที่ทำให้ทราบถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ตามพันธกิจขององค์กร ตลอดจนเป็นเครื่องมือที่ใช้เป็นข้อมูลป้อนกลับ ทำให้เกิดการทบทวนและปรับปรุงการบริการในด้านต่าง ๆ ทำให้เกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน การศึกษานี้พบว่าในภาพรวมการดำเนินการอยู่ในระดับผลดีบ้างคือ เริ่มมีผลสำเร็จและเริ่มมีการแสดงแนวโน้มหรือเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้ โดยคะแนนการประเมินความพึงใจของผู้ป่วยและญาติ มีคะแนนสูงที่สุด รองลงมาคือ ประเมินความเสมอภาคการเข้าถึงชุมชนของกลุ่มต่าง ๆ การแก้ปัญหาและสนองความต้องการของชุมชนตามลำดับ ส่วนการประเมินประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่ามีคะแนนต่ำที่สุดแต่ก็อยู่ในระดับผลดีบ้าง เช่นเดียวกับการประเมินผลลัพธ์ด้านอื่น ๆ แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน การประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุน ให้ความรู้ และร่วมกันจัดทำเครื่องชี้วัดให้โรงพยาบาลสามารถนำไปประเมินผลด้วยตนเองได้

เปรียบเทียบการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลขนาดเล็กมีการพัฒนาคุณภาพบริการอยู่ระดับต่ำกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ในทุกด้าน น่าจะเนื่องมาจากโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่มีความพร้อมมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กในหลายด้าน ทั้งด้านจำนวนและความพร้อมของบุคลากร การหารายได้ และเทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยโรงพยาบาลชุมชนให้ความสำคัญในการดำเนินการด้าน กระบวนการบริการมากที่สุด และด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหารน้อยที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ(2531)³² โรงพยาบาลชุมชนทุกขนาดมีความสามารถในการให้บริการที่แตกต่างกัน โดยโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีความสามารถในการให้บริการมากกว่าโรงพยาบาลขนาดเล็ก และองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนคือ ขนาดของโรงพยาบาล อัตรากำลัง จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงาน และความอาวุโสของผู้บริหาร และภรณ์ กীরติบุตร³⁴ (2529) พบว่าขนาดขององค์กรมีผลต่อความสำเร็จขององค์กร โดยขนาดขององค์กรที่เพิ่มขึ้นจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพขององค์กร และปลายมาศ ชุนภักดี³⁶ (2533) พบว่าขนาดของโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานด้านวิชาการ การประสานงาน และผลการปฏิบัติงานรวมทุกด้าน ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลขนาดเล็กในทุกด้าน

วิเคราะห์ถึงปัจจัยสู่ความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน คือ ความรู้ความสามารถและความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงาน รองลงมาคือความมุ่งมั่นของผู้บริหารในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่วนปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชนคือ ผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ รองลงมาคือ งบประมาณไม่เพียงพอ และผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ ปัญหาเร่งด่วนที่ต้องรีบแก้ไขคือ ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ในการพัฒนาคุณภาพ และขาดความสามัคคี รองลงมาคือ การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และ ขาดวัสดุครุภัณฑ์รวมทั้งอาคารสถานที่ แนวทางแก้ปัญหาเร่งด่วนคือ พัฒนาบุคลากร รองลงมาคือ พัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล ของงบประมาณและวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพิ่มเติม และเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

แนวทางการแก้ปัญหาเร่งด่วนในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน คือ

1. การพัฒนาบุคลากร
2. การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล
3. สนับสนุนงบประมาณ และวัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพิ่ม

4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน
5. จัดสรรเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนเพิ่ม
6. เพิ่มแรงจูงใจและสวัสดิการให้เจ้าหน้าที่

เรื่องที่ต้องปรับปรุงและเตรียมความพร้อมสำหรับโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก 10 และ 30 เตียง ในการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล ให้ใกล้เคียงกับโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ 60, 90 และ 120 เตียง คือ

1. ด้านความมุ่งมั่นของผู้บริหารทุกระดับ ควรพัฒนาเรื่องภาวะผู้นำทุกระดับ การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาล และการกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนา
2. ด้านการจัดการทรัพยากร ควรพัฒนาในเรื่องการฝึกอบรมด้านพฤติกรรมบริการ
3. ด้านการระบอบการบริการและการดูแลสุขภาพ ควรพัฒนาเรื่องการสำรวจความพึงพอใจและรับฟังความคิดเห็นผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยใน แนวทางการดูแลรักษาและคู่มือปฏิบัติของฝ่ายผู้ป่วยใน กิจกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ระบบห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา งานโภชนาการและอาหารผู้ป่วยใน การรับบริจาคโลหิตและธนาคารโลหิต
4. ด้านการระบอบการพัฒนาคุณภาพ ควรพัฒนาเรื่องการป้องกันความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ และ ผู้ปฏิบัติงาน จัดทำคู่มือและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ การทบทวนเมื่อเกิดความไม่สอดคล้อง การจัดให้มีทีมพัฒนาคุณภาพ และการนำระบบการพัฒนาคุณภาพสำเร็จรูปมาใช้ เช่น HA , TQM, ISO
5. ด้านผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน ควรพัฒนาเรื่อง การประเมินผลความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อระบบงาน ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ และความนิยมของชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาบุคลากร ให้มีความรู้ความเข้าใจด้านการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล ทั้งรูปแบบ วิธีการ ข้อดีข้อจำกัดของการพัฒนาคุณภาพแต่ละวิธี เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชนมีความรู้ ความสามารถ และสามารถเลือกใช้รูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลของตนเอง
2. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลควรคำนึงถึงข้อจำกัดของแต่ละโรงพยาบาล เช่น ขนาด โรงพยาบาล ความพร้อมด้านบุคลากร งบประมาณ โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีความพร้อมทุกด้านต่ำกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ รวมทั้งโรงพยาบาลที่ยังไม่มีการเตรียมพร้อมในการพัฒนาคุณภาพ ควรมีหลักสูตรเตรียมความพร้อมก่อนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล
3. ควรส่งเสริมการมีให้ ประชาชน ชุมชน มีส่วนร่วมในการบริหาร บริการ และพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมากยิ่งขึ้น จากเดิมที่ชุมชนมีส่วนร่วมโดยการบริจาค ร่วมกิจกรรม ควรส่งเสริมให้เข้ามามี

ส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลอย่างแท้จริง เพื่อให้เป็นโรงพยาบาลของชุมชนเพื่อชุมชน รวมทั้งควรจัดทำหลักสูตร คู่มือ หรือแนวทางปฏิบัติให้กับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานเชิงรุกเข้าสู่ชุมชน

4. กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมโรงพยาบาลชุมชนมีความรู้ความสามารถในด้านการเข้าถึงชุมชน และการศึกษาชุมชนมากขึ้น โดยการส่งเสริมศึกษาต่อเนื่องทั้งระยะสั้น ระยะยาว และอมรมหลักสูตรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเชิงรุกเข้าสู่ชุมชน

5. ควรมีกิจกรรมในการสร้างความเข้มแข็งให้กับคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลเป็นผู้นำในการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนโดยเฉพาะขนาดเล็กมีการเปลี่ยนแปลงผู้อำนวยการบ่อย ทำให้นโยบายการพัฒนาไม่ต่อเนื่อง จึงควรสนับสนุนให้คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วยหัวหน้างานทุกหน่วยมีความเข้มแข็ง สามารถพัฒนาโรงพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่ต้องขึ้นอยู่กับผู้อำนวยการเพียงผู้เดียว

6. ควรจัดตั้งเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ หรือโรงพยาบาลที่ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐานแล้วเป็นแม่ข่าย เป็นพี่เลี้ยงคอยให้การช่วยเหลือโรงพยาบาลใกล้เคียง เพื่อให้มีการพัฒนาไปพร้อม ๆ กันและสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

7. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญและส่งเสริมสนับสนุน ให้ความรู้เกี่ยวกับการศึกษากลุ่มลูกค้า และการทำการตลาดของโรงพยาบาล เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการเก็บข้อมูลและศึกษากลุ่มเป้าหมายและลูกค้ามากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อจัดทำแบบประเมินตนเองให้เป็นเกณฑ์มาตรฐาน ที่สามารถใช้เป็นแบบประเมินตนเองการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน และสามารถประยุกต์ใช้ในโรงพยาบาลขนาดใกล้เคียงกันได้

2. ควรมีการวิจัยประเมินผลการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน อย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าในการพัฒนาเพื่อเป็นข้อมูลป้อนกลับให้โรงพยาบาลชุมชนทราบถึงภาพรวมของการพัฒนา โรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ และเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลของตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

3. ศึกษาวิจัยรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบริหาร บริการ ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน

รายการอ้างอิง

1. นโยบายและแผนสาธารณสุข, สำนัก กระทรวงสาธารณสุข. **การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540-2541.** นนทบุรี :กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
2. สาธารณสุขภูมิภาค, กอง กระทรวงสาธารณสุข . **รายชื่อจังหวัด/อำเภอ รพช./รพ.สาขา และ รพศ./รพท.** ปีงบประมาณ 2543. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
3. กระทรวงสาธารณสุข. **ร่างแผนพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549).** กุมภาพันธ์ 2544 ณ ห้องประชุม 501 ชั้น 5 อาคาร 3 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์.(ม.ท.ป.).
4. Business excellence and total quality. In : Porter LJ, Tanner SJ. Assessing business excellence: A guide to self-assessment. Heinemann: Butterworth,1996:2-13.
5. Hill J. ISO 9000, Quality System Assessment Handbook , first published, Hereford Printed and bound in Great Britain, 1996.
6. สาธารณสุขภูมิภาค, กอง กระทรวงสาธารณสุข. **การบริหารงานสาธารณสุขส่วนภูมิภาค (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 6 พ.ศ. 2542).** นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2542:113-126.
7. องอาจ วิพุธศิริ. ถนนสู่การพัฒนาคุณภาพ. **วารสารจุฬาลงกรณ์เวชสาร.** 2538 ; 4 :865-7.
8. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, ยุพิน อังสุโรจน์, จารุวรรณ ธาดาแดง, ศรานุช โตมรศักดิ์. **เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล.** นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2543.
9. สุวรรณี่ แสงมหาชัย. **การจัดเพื่อพัฒนาคุณภาพรวมขององค์กร : แนวคิดและกระบวนการในการนำไปปฏิบัติ.**โครงการเอกสารและตำรา สมาคมรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันพัฒนาบริหารศาสตร์,กรุงเทพฯ : 2541:7-8.
10. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. **เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ : คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติ.**นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
11. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. **คุณภาพของการบริการทางการแพทย์กับแนวคิดทางการตลาด. จุฬาลงกรณ์เวชสาร.** 2537;38:169-78.
12. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **คุณภาพประชาชน.** นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
13. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. **ก้าวแรกของ TQM และ CQI ในโรงพยาบาล.** กรุงเทพฯ : ดีไซน์, 2541.

14. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.**เส้นทางคุณภาพในประเทศไทยกว่าจะเป็นสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**, เอกสารประกอบการประชุม National Forum on Hospital Accreditation พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : RDP การพิมพ์, 2543 1-10
15. พรเทพ โชติชัยสุวรรณ. รพ.ร.นครไทย กับประสบการณ์ทำ ISO 9002, **วารสารโรงพยาบาลชุมชน**. 1 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม – พฤศจิกายน 2542) นนทบุรี :กระทรวงสาธารณสุข, 2542 57-9.
16. ศิริกานดา ศรีวิล. **การก้าวไปสู่ระบบการบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพด้วยเทคนิค 5ส**. สถาบันการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อการเพิ่มผลผลิต(Human resource management for productivity institute) พิมพ์ครั้งที่ 2 : 2542
17. ดร.รุ่ง แก้วแดง. **ริเอนจีเนียริงระบบราชการไทย** พิมพ์ครั้งที่ 6 สำนักพิมพ์มติชน กรุงเทพฯ 2540:140-3.
18. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. **คู่มือการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
19. โครงการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาล. **มาตรฐานโรงพยาบาล แนวทางการพัฒนาคุณภาพโดยมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง**. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
20. สิทธิศักดิ์ พุกษปิติกุล. **ISO 9002 สำหรับโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ สสท. สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น), 2543.
21. สิทธิศักดิ์ พุกษปิติกุล. **คู่มือการตรวจสอบคุณภาพโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ สสท.สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น), 2543.
22. วีรพงษ์ เฉลิมจิรรัตน์. **คู่มือพัฒนาระบบคุณภาพสู่มาตรฐาน ISO 9002**. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : นำอักษรการพิมพ์ ,2539
23. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. **การพัฒนาระบบมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลงานภาครัฐ (Thailand International Public Sector Standard management System and Outcomes)**. (อัดสำเนา) (ม.ป.ป.).
24. องอาจ วิพุทธศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, มยุรี จิระวิเศษภู. รายงานการศึกษาวิจัยประเมินผล. ใน : อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. **ก้าวแรกของ TQM และ CQI ในโรงพยาบาล**. กรุงเทพฯ : ดีไซน์, 2541 : 186-214.
25. Baldrige National Quality Program. **Health Care Criteria for Performance Excellence**. Available from : <http://www.quality.nist.gov> 2000.
26. Oakland JS, and porter LJ. **Cases in Total Quality Management**. Heinemann ButterworthFirst published 1994:6-8.

27. นโยบายและแผนสาธารณสุข, สำนัก. การวางแผนพัฒนาการสาธารณสุข, นนทบุรี :กระทรวงสาธารณสุข, 2535.
28. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. การบริหารจัดการโรงพยาบาลบนพื้นฐานของผลการปฏิบัติงาน (Performance-base Hospital Management). วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข.ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม 2543) นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2543;3:40-4.
29. ภาศิพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. **คุณภาพประชาชน**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, โครงการปฏิรูประบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี ;, 2542:97-9.
30. อ่ำพล จินดาวัฒน์,ทิพาพร สุโขษิต,สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ, นำพิชญ์ ธรรมหิเวศน์ และสุทธิสิทธิ์ ไมตรีจิตร์. **เรียนรู้อะไรดีๆ จากสี่โรงพยาบาลชุมชน**. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : ยุทธินิพนธ์, 2541:13-36.
31. สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ. **การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในทศวรรษหน้า**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2535:7.
32. ปรีดา แต่อารักษ์. **ภาพลักษณ์และกลยุทธ์การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในสองทศวรรษหน้าในมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิ**, สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2542:4-9.
33. วราภรณ์ พลีพลากร. **การศึกษารูปแบบและแนวทางพัฒนาการบริหารงานวิชาการของโรงพยาบาลชุมชนในภาคกลาง**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2539: 16-8
34. ภรณ์ กীরติบุตร. **การประเมินประสิทธิภาพองค์กร**. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์, 2543.
35. **สาธารณสุข, กระทรวง, ปลัดกระทรวง,กรม, กองสาธารณสุขภูมิภาค. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ การประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ** วันที่ 2-4 พฤษภาคม 2531 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. (ม.ท.ป.), 2531.
36. ปลายมาศ ชุนภักดี. **ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของหัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตบริหารงานสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
37. สมชัย ศิริกนกวิไล, อ่ำพล จินดาวัฒน์, สุณีย์ วงศ์คงคาเทพ. **การพัฒนาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในทศวรรษหน้า**. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, (มปท.), 2534.

38. สาธารณสุข, กระทรวง, กองสาธารณสุขภูมิภาค. **แนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ศึกษาเปรียบเทียบ คปสอ. ดีเด่นและคปสอ.ทั่วไป.** กรุงเทพฯ : องค์การทหารผ่านศึก, 2535: 60-1.
39. องอาจ วิพุทธศิริ, จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, มยุรี จิรวินิชฎิ. การสถาปนา TQM ในโรงพยาบาลของรัฐ ตอน จุดเริ่มและภาพรวม. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข** 2539; 4 :148-57.
40. สุรพร ลอยหา. **ภาพลักษณ์โรงพยาบาลชุมชนใน 2 ทศวรรษหน้า(พ.ศ. 2560) กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดอุบลราชธานี.** สนับสนุนโดยมูลนิธิแพथ์ชนบท กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี: 2539 :100-8.
41. Thanagorn Engamonrattana. **Self assessment of quality management systems for a Thai Telecommunication Company. A thesis of master of engineering management Chulalongkorn University. 1997.**
42. อัมพล จินดาวัฒนะ, พินทุสร เหมพิสุทธิ, วงเดือน จินดาวัฒนะ, พงษ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์, พงศธร พอกเพิ่มดี. **สถานการณ์กำลังคนของโรงพยาบาลชุมชน พ.ศ. 2541.** สถาบันพระบรมราชชนก สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี: ยุทธินทรการ, 2541.
43. Buavaroon Srichaikul. **Development of total quality management assessment scale for General Hospital under the division of rural hospital ministry of public health. a thesis the degree of doctor of public health Mahidol University. 1998.**
44. ไชยา มาแจ้ง. **ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการรักษาพยาบาล.วารสารกรมอนามัย.** (มกราคม-มีนาคม 2542), กรุงเทพฯ : 53-62.
45. ประวิทย์ ลีสถาพรวงศา, รำไพ ศรีนวล. **รายงานการศึกษาการยกเครื่องโรงพยาบาลชุมชน (Reengineering of Community Hospital).** สนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, นนทบุรี :กระทรวงสาธารณสุข. 2542.
46. อัมพล จินดาวัฒนะและคณะ. **โรงพยาบาลชุมชนจะไปทางไหนดี. วารสารโรงพยาบาลชุมชน.**(มิถุนายน –กรกฎาคม 2543) นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข 2543;2: 56-9.
47. ภูษิตา อินทรประสงค์. **การทำนายประสิทธิภาพบริหารงานในกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง.** ฉบับที่ 1 (ตุลาคม-พฤศจิกายน 2542), 2542;15:29-41.
48. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์.** กรุงเทพฯ : สามเจริญการพาณิชย์, 2531: 193-8.

49. กัลยา วาณิชปัญญา. การวิเคราะห์สถิติเพื่อการตัดสินใจ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540.
50. ปาริฉัตร ตันติยวงศ์. การตลาดภายใต้คุณภาพและจรรยาบรรณวิชาชีพ สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (Marketing under the Quality and Ethics for Regional Hospital and General Hospital). วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข. ฉบับที่ 2 (เมษายน - มิถุนายน 2543), นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2543; 3 : 89-93.
51. Nichoisson J. Patient/Focus Care and it role in hospital process re-engineering. International Journal of Health Care Quality Assurance.MCB: 1995; 8(7) : 23-26.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

แบบประเมินการพัฒนาคูณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบประเมินตนเองของโรงพยาบาลชุมชน

คำชี้แจง แบบประเมินตนเองนี้ ใช้สำหรับผู้อำนวยการ/หรือคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลชุมชนในการประเมินหรือตรวจสอบการดำเนินงานของ
 โรงพยาบาล ตามข้อเท็จจริงในปัจจุบัน

- แบบประเมินประกอบด้วย 4 ส่วนคือ
- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล
 - ส่วนที่ 2 เกี่ยวกับการจัดระบบ/ปฏิบัติ/ขยายระบบ ของการพัฒนาคุณภาพบริการโรงพยาบาลชุมชน
 - ส่วนที่ 3 เกี่ยวกับผลสำเร็จหรือผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลชุมชน
 - ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

- 1.1 ขนาดโรงพยาบาลที่เปิดดำเนินการจริงในปัจจุบัน.....(เตียง)
- 1.2 โรงพยาบาลเปิดดำเนินการมาแล้ว.....(ปี)
- 1.3 จำนวนข้าราชการที่ปฏิบัติงานจริงในปีงบประมาณ 2542
 - แพทย์.....(คน)
 - ทันตแพทย์..... (คน)
 - เภสัชกร..... (คน)
 - พยาบาลวิชาชีพ..... (คน)
 - พยาบาลเทคนิค..... (คน)

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 การจัดระบบ/ปฏิบัติ/ขยายระบบ ระดับการให้คะแนนจาก 0 1 2 3 4 5 ตามลำดับจากน้อยไปมาก

ระดับคะแนน	1.ระบบ/วิธีการ/แนวทางปฏิบัติ	2. กระบวนการปฏิบัติ	3. การขยายระบบ
0	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
1	ชัดเจนในบางงานหลัก	ปฏิบัติในบางงานหลัก แต่ไม่สอดคล้องกับระบบที่กำหนดไว้	ไม่มี
2	ชัดเจนในหลายงานหลัก	ปฏิบัติในหลายงานหลัก สอดคล้องกับระบบที่กำหนดไว้บางส่วน และ เริ่มมีการประเมินผลและพัฒนากระบวนการ	เริ่มมี
3	ชัดเจนในงานหลักส่วนใหญ่	ปฏิบัติในงานหลักส่วนใหญ่ สอดคล้องกับระบบที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการประเมินผลและพัฒนากระบวนการโดยยึดข้อมูลจริงเป็นหลัก	มากกว่าร้อยละ 50 ของงานหลัก
4	ชัดเจนเกือบทุกงานหลัก	ปฏิบัติในเกือบทุกงานหลักสอดคล้องกับระบบที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการประเมินผลและพัฒนากระบวนการโดยยึดข้อมูลจริงเป็นหลักและพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง	ไปสู่เกือบทุกงานหลัก มีการเชื่อมประสานกระบวนการในงานหลัก
5	ชัดเจนทุกงานหลัก/งานรอง/ทุกกระบวนการ	ปฏิบัติในทุกงานหลักและงานรอง ตามระบบที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด มีการประเมินผลและพัฒนากระบวนการโดยยึดข้อมูลจริงเป็นหลักและพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่องยั่งยืน	ไปสู่ทุกงานและมีการเชื่อมประสานระหว่างทุกหน่วยงานอย่างต่อเนื่องยั่งยืน

หมายเหตุ กรณณาพิจารณารายละเอียดให้ครบทั้ง 3 หัวข้อคือ 1. ระบบ/วิธีการ/แนวทางปฏิบัติ 2. กระบวนการปฏิบัติ 3. การขยายระบบ (ต้องมีครบ ทั้ง 3 ด้านจึงให้คะแนนตามระดับคะแนน) งานหลัก หมายถึงงานที่เป็นงานบริการหลักของโรงพยาบาลชุมชน เช่น ด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู งานรอง หมายถึง งานสนับสนุนงานบริการ เช่น งานบริหาร ฯลฯ

การขยายระบบ หมายถึง การเริ่มจากกลุ่มงานหนึ่ง แล้วขยายไปสู่กลุ่มงานอื่น ๆ ในโรงพยาบาล หรือในชุมชน

แบบประเมินตนเองของโรงพยาบาลชุมชน

ชื่อโรงพยาบาล.....จังหวัด.....

วิธีการประเมิน โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ตามข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของโรงพยาบาลในปัจจุบัน

แนวทาง/กิจกรรม	การจัดระบบ/ปฏิบัติ/ขยายระบบ						ข้อเสนอแนะ	สำหรับผู้วิจัย
	0	1	2	3	4	5		
1. ความมุ่งมั่นในการพัฒนา	-	-	-	-	-	-		
1.1. การนำองค์กร	-	-	-	-	-	-		
1.1.1. ภาวะผู้นำในทุกระดับขององค์กรในการพัฒนารพ.								8
1.1.2. ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย								9
1.1.3. มีระบบส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารที่ดีภายในองค์กร								10
1.2. ทิศทางนโยบาย	-	-	-	-	-	-		
1.2.1. มีการกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ของ รพ. เพื่อชุมชน								11
1.2.2. มีการกำหนดและศึกษากลุ่มเป้าหมาย หรือลูกค้า								12
1.2.3. มีเป้าหมายและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา								13
1.2.4. การนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างได้ผล								14
2. ทรัพยากรและการจัดการทรัพยากร	-	-	-	-	-	-		
2.1. การจัดการทรัพยากรและประสานบริการ	-	-	-	-	-	-		
2.1.1. โครงสร้างองค์กร (สายงานชัดเจน ไม่สับสน)								15

แนวทาง/กิจกรรม	การจัดระบบ/ปฏิบัติ/ขยายระบบ						ข้อเสนอแนะ	สำหรับผู้วิจัย
	0	1	2	3	4	5		
2.1.2. รายงานผลการปฏิบัติงาน (ถูกต้อง สม่าเสมอ)								16
2.1.3. การทำบัญชี บริหารการเงิน และพัสดุ (โปร่งใส)								17
2.1.4. การจัดทีมงาน/การประชุม(เป็นระบบระหว่างวิชาชีพ)								18
2.2. การจัดการและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์	-	-	-	-	-	-		
2.2.1 การจัดการทรัพยากรมนุษย์	-	-	-	-	-	-		
2.2.1.1 มี Job description ของผู้ปฏิบัติงาน								19
2.2.1.2 มีแนวทางในการประเมินผลงานผู้ปฏิบัติงาน								20
2.2.1.3 มีแผนงานประเมินการเข้าถึงชุมชน								21
2.2.1.4 มีการให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน								22
2.2.2 การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์	-	-	-	-	-	-		
2.2.2.1 มีการประเมินความต้องการการฝึกอบรม								23
2.2.2.2 มีการฝึกอบรมด้านพฤติกรรมบริการ								24
2.2.2.3 มีการฝึกอบรมทางวิชาชีพ								25
2.2.2.4 มีการฝึกอบรมด้านการพัฒนาองค์กร/คุณภาพ								26
2.2.2.5 การฝึกอบรมด้านการเข้าถึงชุมชน								27
2.3 การบริหารสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	-	-	-	-	-	-		
2.3.1 การจัดการสิ่งแวดล้อมกายภาพภายใน รพ.	-	-	-	-	-	-		
2.3.1.1 ความสะอาด								28
2.3.1.2 การรบกวนจากสัตว์และแมลงนำโรค								29
2.3.1.3 จัดสิ่งแวดล้อม (ต้นไม้,สวน) ร่มรื่นสวยงาม								30

แนวทาง/กิจกรรม	การจัดระบบ/ปฏิบัติ/ขยายระบบ						ข้อเสนอแนะ	สำหรับผู้วิจัย
	0	1	2	3	4	5		
2.3.2. การจัดการของเสียและน้ำเสีย								31
2.3.3 กำหนดและมีการซ่อมแผนป้องกันอัคคีภัยประจำปี								32
2.4 เครื่องมือและการจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ	-	-	-	-	-	-		
2.4.1 มีระบบดูแลและบำรุงรักษาเครื่องมือ								33
2.4.2 ความเพียงพอและการสำรองเครื่องมือ								34
2.5 ระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล	-	-	-	-	-	-		
2.5.1 ความสมบูรณ์ของเวทระเบียน								35
2.5.2 งานระบาดวิทยา								36
2.5.3 งานข้อมูลเชิงนโยบายและข้อมูลชุมชน								37
2.5.4 ใช้ประโยชน์จากระบบการจดทะเบียน และวิเคราะห์ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ								38
2.6 อนุรักษ์ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนร่วมกับชุมชน								39
3. กระบวนการบริการและดูแลสุขภาพ	-	-	-	-	-	-		
3.1 การค้นหาปัญหาและความต้องการของชุมชน								40
3.2 การดูแลสุขภาพแบบตั้งรับ	-	-	-	-	-	-		
3.2.1 ระบบผู้ป่วยนอก	-	-	-	-	-	-		
3.2.1.1 ระบบการลดขั้นตอนให้บริการสะดวกรวดเร็ว								41
3.2.1.2 ป้ายบอกจุดบริการ / ตารางการให้บริการ								42
3.2.1.3 การให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ								43

แนวทาง/กิจกรรม	การจัดระบบ/ปฏิบัติ/ขยายระบบ						ข้อเสนอแนะ	สำหรับผู้วิจัย
	0	1	2	3	4	5		
3.2.1.4 การสำรวจความพึงพอใจ / รับฟังความคิดเห็น								44
3.2.2 ระบบผู้ป่วยใน	-	-	-	-	-	-		
3.2.2.1 แนวทางการดูแลรักษา / คู่มือการปฏิบัติงาน								45
3.2.2.2 มีทีมระหว่างวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วย								46
3.2.2.3 การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ								47
3.2.2.4 การสำรวจความพึงพอใจ / รับฟังความคิดเห็น								48
3.2.3 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ/ป้องกันโรคใน รพ.								49
3.2.4 สร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยและเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ	-	-	-	-	-	-		
3.2.4.1 มีระบบส่งต่อผู้ป่วยกับหน่วยบริการทุกระดับ								50
3.2.4.2 มีการประชุม คปสอ.สม่ำเสมอ								51
3.2.4.3 มีกิจกรรมร่วมกับ อบต. และหน่วยงานอื่น ๆ								52
3.3 การดูแลสุขภาพเชิงรุก	-	-	-	-	-	-		
3.3.1 การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน	-	-	-	-	-	-		
3.3.1.1 งานอนามัยแม่และเด็ก								53
3.3.1.2 งานอนามัยโรงเรียน								54
3.3.1.3 อาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม								55
3.3.1.4 งานสุขศึกษาและสร้างเสริมทักษะชีวิต								56
3.3.2 การสุขภาพิบาลและการป้องกันโรคในชุมชน								57
3.3.3 งานสาธารณสุขมูลฐาน								58
3.3.4 มีกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน								59

แนวทาง/กิจกรรม	การจัดระบบ/ปฏิบัติ/ขยายระบบ						ข้อเสนอแนะ	สำหรับผู้วิจัย
	0	1	2	3	4	5		
3.3.5 บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่เป็นประจำ								60
3.4 บริการสนับสนุนและบริการเฉพาะด้าน								
3.4.1 ระบบห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา								61
3.4.2 ระบบเภสัชกรรมและเวชภัณฑ์								62
3.4.3 งานโภชนาการ และอาหารผู้ป่วยใน								63
3.4.4 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.								64
3.4.5 การรับบริจาคโลหิตและธนาคารโลหิต								65
3.5 การทำงานเป็นทีมในการดูแลสุขภาพและบริการชุมชน								66
3.6 การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในกระบวนการบริการ								67
4. การรักษามาตรฐานวิชาชีพและสิทธิผู้ป่วย								
4.1 การรักษามาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์ (clinical practice guideline, auditing system มาตรฐานกลางของการรักษาโรคต่าง ๆ)								68
4.2 การรักษามาตรฐานวิชาชีพทางการพยาบาล (nursing practice guideline, Work instruction)								69
4.3 มีคำประกาศสิทธิผู้ป่วยและปฏิบัติตามคำประกาศสิทธิ ผู้ป่วย (ของแพทย์สภา) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ป่วย สามารถเลือกวิธีการรักษาได้								70
4.4 การรักษจริยธรรมวิชาชีพ (เคารพในความเป็นมนุษย์ ของผู้ป่วย ปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยดี ไม่ over / under investigation								71

แนวทาง/กิจกรรม	การจัดระบบ/ปฏิบัติ/ขยายระบบ						ข้อเสนอแนะ	สำหรับผู้วิจัย
	0	1	2	3	4	5		
โดยมีคณะกรรมการดูแล)								—
5. กระบวนการพัฒนาคุณภาพ	-	-	-	-	-	-		
5.1 ระบบการจัดการความเสี่ยง	-	-	-	-	-	-		
5.1.1 ความเสี่ยงต่อผู้รับบริการ(ติดเชื้อใน รพ., การให้เลือด)								72
5.1.2 ความเสี่ยงต่อผู้ปฏิบัติงาน								73
5.2 ระบบการประกันคุณภาพบริการ	-	-	-	-	-	-		
5.2.1 มีคู่มือและแนวทางการปฏิบัติของกระบวนการหลัก								74
5.2.2 การทบทวนเมื่อเกิดความไม่สอดคล้อง								75
5.2.3 มีระบบพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM)								76
5.3 ระบบการปรับปรุงคุณภาพบริการ	-	-	-	-	-	-		
5.3.1 กิจกรรม 5 ส								77
5.3.2 ทีมพัฒนาคุณภาพ (QC, QIT, PCT)								78
5.3.3 มีระบบพัฒนาคุณภาพสำเร็จรูป (ISO, HA, ประกันสังคม, รพ. ส่งเสริมสุขภาพ ,พส.)								79

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ผลสำเร็จหรือผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน

ระดับการให้คะแนนจาก 0 1 2 3 4 5 ตามลำดับจากน้อยไปมาก

ระดับคะแนน	ผลสำเร็จ	มีผลสำเร็จต่อเนื่อง / มีผลเปรียบเทียบ	ผลสำเร็จเด่นชัดเป็นแบบอย่าง
0 = ไม่มีผล	ไม่มีรายงานผลสำเร็จ หรือ ผลสำเร็จน้อยมาก (no or little)	-	-
1 = ผลดีน้อย	เริ่มมีพัฒนาการหรือผลสำเร็จในบางงานหลักหรืองานสำคัญ (few)	-	-
2 = ผลดีบ้าง	เริ่มมีพัฒนาการหรือผลสำเร็จในหลายงานหลักหรืองานสำคัญ (many)	เริ่มมีการแสดงแนวโน้มหรือการเปรียบเทียบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้	-
3 = ผลดี	มีการพัฒนาในเกือบทุกงานหลัก หรืองานสำคัญ (most) ตามเป้าหมายและเกณฑ์มาตรฐาน	มีการพัฒนางานสำคัญตามเป้าหมายและเกณฑ์มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง มีแนวโน้มดีในดัชนีชี้วัดผลสำเร็จขององค์กร : ลูกค้า / ตลาด / กระบวนการ	-
4 = ผลดีมาก	มีผลสำเร็จ ครอบคลุมทุกงานหลักและงานสำคัญ (almost) สามารถแสดงผลสำเร็จได้อย่างเด่นชัด	มีผลสำเร็จทุกงานสำคัญ มีแนวโน้มการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง	แสดงความเป็นผู้นำในบางงาน
5 = ผลดีเยี่ยม	มีผลสำเร็จอย่างสมบูรณ์แบบ (all) ครอบคลุมทุกงานหลักและงานสำคัญ	มีผลสำเร็จทุกงานสำคัญ มีแนวโน้มการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน	มีหลักฐานแสดงให้เห็นถึงจุดเด่นหรือความโดดเด่นในหลาย ๆ งานเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้หรือเป็นแบบอย่างให้โรงพยาบาลชุมชนแห่งอื่นได้

หมายเหตุ กรุณาพิจารณารายละเอียดให้ครบทั้ง 3 หัวข้อ (ต้องมีครบ ทั้ง 3 หัวข้อจึงให้คะแนนตามระดับคะแนน)

วิธีการประเมิน โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ตามข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของโรงพยาบาลใน ปัจจุบัน และที่สำคัญ

แนวทาง/กิจกรรม	ผลสำเร็จของการปฏิบัติงาน						ข้อเสนอแนะ	สำหรับผู้วิจัย
	0	1	2	3	4	5		
6. ผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน	-	-	-	-	-	-		
6.1 การแก้ปัญหาและสนองความต้องการของประชาชน (ลดอัตราป่วย, อัตราตาย, พิการ ฯลฯ)								80
6.2 ผลประเมินคุณภาพของการบริการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (เร็วขึ้น ผิดพลาดน้อยลง ไม่รื้อซ้อน หายเร็ว ฯลฯ)								81
6.3 ผลประเมินประสิทธิภาพการให้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (ลดราคา ลดค่าใช้จ่าย ต้นทุน ค่า ฯลฯ)								82
6.4 ประเมินความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการของประชาชน กลุ่มต่างๆ (Home Health Care, Home Visit, หน่วยเคลื่อนที่)								83
6.5 ผลประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อระบบงาน								84
6.6 ผลประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อบริการ								85
6.7 ผลประเมินความนิยมของชุมชน (บริจาค พึ่งพอใจ ร่วมกิจกรรม เป็นกรรมการ ฯลฯ)								86

สภ. เป็นวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

วิธีการประเมิน โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ตามความคิดเห็นของท่าน

(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

สำหรับผู้วิจัย

1. ท่านคิดว่าอะไรเป็นลักษณะพิเศษ/ เอกลักษณะ หรือจุดเด่นที่โรงพยาบาลของท่านมี
ทำให้สามารถพัฒนาการให้บริการให้ดีขึ้นได้จนถึงปัจจุบัน.

--- ---

1 ความร่วมมือผู้ปฏิบัติงาน

87 88

2 ความมุ่งมั่นของผู้บริหาร และ การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาล

3 การมีส่วนร่วมของชุมชน

4 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

2. ข้อด้อยหรือจุดอ่อน หรือขีดจำกัดที่ทำให้โรงพยาบาลของท่านไม่สามารถ
พัฒนาไปได้ดีเท่าที่ควร

--- ---

89 90

1 งบประมาณ / รายได้เงินบำรุงไม่เพียงพอ

2 ผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอ

3 ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้เรื่องการพัฒนาคุณภาพ

4 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

3. ปัญหาเร่งด่วนของโรงพยาบาลที่ต้องรีบแก้ไขคือ

--- ---

1 การพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล

91 92

2 การมีส่วนร่วมของชุมชนมีน้อย

3 ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ในการพัฒนาคุณภาพบริการและมีทัศนคติเชิงลบ

4 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

4. โรงพยาบาลของท่านควรดำเนินการอย่างไรเพื่อแก้ปัญหาเร่งด่วนในข้อ 3

--- ---

1 พัฒนาคุณภาพการบริการของโรงพยาบาล

93 94

2 เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน

3 พัฒนาคณาจารย์

4 อื่น ๆ โปรดระบุ.....

สถานภาพผู้ตอบ

ผู้อำนวยการ/ผู้บริหารโรงพยาบาล

คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล

95



ภาคผนวก ข

แนวทางการให้คะแนนตาม The Malcolm Baldrige National Award

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวทางการให้คะแนน ตาม The Malcolm Baldrige National Quality Award²⁹

(Scoring Guidelines for The 2000 Health Care Criteria for Performance Excellence

score	<u>Approach and deploy</u>
0=0%	<u>no systematic approach evident; anecdotal information</u>
1=10-20%	<ul style="list-style-type: none"> - beginning of s systematic approach to the basic purposes of the Item - major gaps exist in development that would inhibit progress in achieving the basic purposes of the Item - early stages of transition from reaching to problems to a general improvement orientation
2=30-40%	<ul style="list-style-type: none"> - an effective, systematic approach, responsive to the purpose; of the Item - approach is deployed, although some areas or work unit are in early stages of deployment - beginning of a systematic approach to evaluation and improvement of basic Item processes
3=50-60%	<ul style="list-style-type: none"> - an effective, systematic approach, responsive to the overall purposes of the Item - approach is well-deployed, although deployment may vary in some areas or work unit - a fact-based, systematic evaluation and improvement process is in place for basic Item processes - approach is aligned with basic organizational needs identified in the other Criteria Categories
4=70-80%	<ul style="list-style-type: none"> - an effective, systematic approach, responsive to the multiple requirements of the Item - approach is well-deployed, with no significant gaps - a fact-based, systematic evaluation and improvement process and organizational learning/sharing are key management tools; clear evidence of refinement and improved integration as a result of organizational-level analysis and sharing <ul style="list-style-type: none"> - approach is well-integrated with organizational needs identified in the other Criteria Categories

- 5=90-100%
- an effective, systematic approach, fully responsive to all the requirements of the Item
 - approach is fully deployed without significant weaknesses or gaps in any areas or work units
 - a very strong, fact-based, systematic evaluation and improvement process and extensive organizational learning/sharing are key management tools; strong refinement and integration, backed by excellent organizational-level analysis and sharing
 - approach is fully integrated with organizational needs identified in the other Criteria Categories

score	Results
0=0%	no results or poor results in areas reported
1=10-20%	<ul style="list-style-type: none"> - some improvements and/or early good performance levels in a few areas - results not reported for many to most areas of importance to key organizational requirements
2=30-40%	<ul style="list-style-type: none"> - improvements and/or good performance levels in many areas of importance to key organizational requirements - early stages of developing trends and obtaining comparative information - results reported for many to most areas of importance to key organizational requirements
3=50-60%	<ul style="list-style-type: none"> - improvement trends and/or good performance levels reported for most areas of importance to key organizational requirements - no pattern of adverse trends and no poor performance levels in areas of importance to key organizational requirements - some trends and/or current performance levels-evaluated against relevant comparisons and/or benchmarks-show areas of strength and/or good to very good relative performance level performance levels <ul style="list-style-type: none"> - organizational performance results address most key patient/customer, market, and process requirements

- 4=70-80%
- current performance is good to improvement trends and/or current performance levels are sustained
 - most improvement trends and/or current performance levels are sustained
 - many to most trend and/or current performance levels-evaluated against relevant comparisons and/or benchmarks-show areas of leadership and very good relative performance levels
 - organizational performance results address most key patient/customer, market, process, and action plan requirements
- 5=90-100%
- current performance is excellent in most areas of importance to key organizational requirements
 - excellent improvement trends and/or sustained excellent performance levels in most areas
 - evidence of health care sectors and benchmark leadership demonstrated in many areas
 - organizational performance results fully address key patient/customer, market, process, and action plan requirements



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค
รายละเอียดที่โรงพยาบาลให้ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายละเอียดที่โรงพยาบาลให้ข้อมูลเพิ่มเติม

ข้อคำถาม ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม	จำนวน รพ.	ร้อยละ
ไม่มีการส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมฯ	3	15.8
รับฟังความคิดเห็นของผู้นำชุมชนและประชาชน โดยการจัดเวทีสุขภาพ ประชุมผู้นำชุมชน	9	47.4
มีคณะกรรมการที่ปรึกษาโรงพยาบาล	2	10.5
แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารและพัฒนา รพ. ที่มาจากชุมชน	5	26.3
รวม	19	100.0

ข้อคำถาม การกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ของรพ. เพื่อชุมชน

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม	จำนวน รพ.	ร้อยละ
กำหนดชัดเจน	26	78.8
มีพันธกิจแต่ไม่มีวิสัยทัศน์	1	3.0
กำหนดเป็นคำขวัญของรพ. ไม่ใช่พันธกิจ วิสัยทัศน์	1	3.0
กำลังจัดทำ	5	15.2
รวม	33	100

ข้อคำถาม กำหนดและศึกษากลุ่มเป้าหมายหรือลูกค้า

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม	จำนวน รพ.	ร้อยละ
ประเมินความพึงพอใจและสำรวจความต้องการของชุมชนโดยใช้ แบบสอบถามและ กล่องแสดงความคิดเห็น	10	55.6
กำหนดตามแนวของ HA, ISO, รพ. ส่งเสริมสุขภาพ	3	16.7
วิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนา	1	5.6
มีนโยบายแต่ไม่ระบุกิจกรรมที่ชัดเจน	4	22.2
รวม	18	100

ข้อคำถาม มีเป้าหมายและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม	จำนวน รพ.	ร้อยละ
ยังไม่มี	1	4.3
อยู่ระหว่างการจัดอบรมการวางแผนกลยุทธ์	1	4.3
กำหนดแผนยุทธศาสตร์ของรพ. ชัดเจนแต่ปฏิบัติบางหน่วยงาน	2	8.7
มีเป้าหมายและแผนยุทธศาสตร์ของรพ. ชัดเจนและปฏิบัติตามแผน	12	52.2
กำหนดในบางกลุ่มงาน เช่น กลุ่มงานพยาบาล	3	13.0
กำลังอยู่ระหว่างดำเนินการ	4	17.4
รวม	23	100

กำหนดและศึกษากลุ่มเป้าหมายหรือลูกค้า

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม	จำนวน รพ.	ร้อยละ
ประเมินความพึงพอใจและสำรวจความต้องการของชุมชนโดยใช้แบบสอบถามและกล่องแสดงความคิดเห็น	10	55.6
กำหนดตามแนวของ HA, ISO, รพ.ส่งเสริมสุขภาพ	3	16.7
วิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนา	1	5.6
มีนโยบายแต่ไม่ระบุกิจกรรมที่ชัดเจน	4	22.2
รวม	18	100

มีเป้าหมายและแผนยุทธศาสตร์การพัฒนา

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม	จำนวน รพ.	ร้อยละ
ยังไม่มี	1	4.3
อยู่ระหว่างการจัดอบรมการวางแผนกลยุทธ์	1	4.3
กำหนดแผนยุทธศาสตร์ของรพ. ชัดเจนแต่ปฏิบัติบางหน่วยงาน	2	8.7
มีเป้าหมายและแผนยุทธศาสตร์ของรพ. ชัดเจนและปฏิบัติตามแผน	12	52.2
กำหนดในบางกลุ่มงาน เช่น กลุ่มงานพยาบาล	3	13.0
กำลังอยู่ระหว่างดำเนินการ	4	17.4
รวม	23	100

การรับบริจาคโลหิตและธนาคารโลหิต

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม	จำนวน รพ.	ร้อยละ
ร่วมมือกับรพท./รพศ.	6	25.0
ไม่มีธนาคารโลหิต	7	29.2
ออกรับบริจาคโลหิตร่วมกับกาชาดจังหวัด	3	12.5
มีหน่วยงานรับผิดชอบ	4	16.7
ไม่มีธนาคารโลหิตแต่ออกรับบริจาคโลหิตร่วมกับกาชาดจังหวัด	3	12.5
ร่วมมือกับรพท./รพศ. และออกรับบริจาคโลหิตร่วมกับกาชาดจังหวัด	1	4.2
รวม	24	100

การรักษามาตรฐานวิชาชีพทางการแพทย์

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม	จำนวน รพ.	ร้อยละ
รักษาตามมาตรฐานวิชาชีพแต่ไม่มี Practice guide line	15	60.0
มีกรรมการพิทักษ์สิทธิผู้ใช้บริการของรพ.	1	4.0
กำลังค้นคว้าและดำเนินการจัดทำเป็นลายลักษณ์อักษร	5	20.0
มีการจัดประชุมเดือนละครั้ง	1	4.0
เริ่มมีการประชุมแพทย์เวชปฏิบัติ	1	4.0
ตามพบส. ของทุกฝ่าย	1	4.0
ต้องการให้มีห้องสมุดและตำราทางการแพทย์และสาธารณสุข	1	4.0
รวม	25	100

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การรักษามาตรฐานวิชาชีพทางการพยาบาล

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม	จำนวน รพ.	ร้อยละ
กำลังดำเนินการ	6	21.4
ยึดตามมาตรฐานการพยาบาลและคู่มือ QA	17	60.7
ยังไม่มีชัดเจน	1	3.6
มีการรวมการพิทักษ์สิทธิผู้ใช้บริการของรพ.	1	3.6
มีองค์กรรับผิดชอบ	1	3.6
ตามพบส. ของทุกฝ่าย	1	3.6
มีการบันทึกกิจกรรมคุณภาพของแต่ละหน่วยงาน	1	3.6
รวม	28	100

มีระบบพัฒนาคุณภาพทั่วทั้งองค์กร

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม	จำนวน รพ.	ร้อยละ
เริ่มดำเนินการ	12	52.2
มีคณะอนุกรรมการรับผิดชอบ	4	17.4
ทำร่วมกับระบบ ISO	4	17.4
ทำโครงการ 5ส รพ.นำอยู่ รพ.ส่งเสริมสุขภาพ	1	4.3
นำเสนอผลงานปีละ 2 ครั้ง	1	4.3
มีการอบรม TQM และเริ่มวางระบบงาน	1	4.3
รวม	23	100

มีทีมพัฒนาคุณภาพ

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม	จำนวน รพ.	ร้อยละ
เริ่มดำเนินการ	7	38.9
เป็นต้นแบบมีรพ.อื่นมาศึกษาดูงาน	1	5.6
พัฒนาตาม HA, pso, TQM, iso, รพ.ส่งเสริมสุขภาพ	8	44.4
ยังไม่ดำเนินการเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน	2	11.1
รวม	18	100.0

มีระบบการพัฒนาคุณภาพสำเร็จรูป

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม	จำนวน รพ.	ร้อยละ
เริ่มดำเนินการ	8	16.3
กำลังทำตามระบบ ISO	14	28.6
ทำตามระบบ พบส.	1	2.0
ผ่าน ISO	1	2.0
รพ. ประกันสังคม, รพ.ส่งเสริมสุขภาพ	1	2.0
HA	5	10.2
HPH	1	2.0
เป็นที่ดูงานรพ.อื่น	1	2.0
PSO, HA, 5ส, HPH, Healthy workplace	1	2.0
ผ่าน ISO และกำลังดำเนินงาน HPH	2	4.1
HA, พบส.	1	2.0
ผ่าน ISO กำลังทำ HA, พบส.	1	2.0
HPH, พบส., 5 ส	1	2.0
HPH, พบส., รพ.ประกันสังคม, HA	2	4.1
HA, HPH	2	4.1
HPH, 5 ส เป็นที่ดูงานของรพ.อื่น	1	2.0
ISO, HA	1	2.0
ISO, HPH	1	2.0
พบส., HA	1	2.0
HA, PSO, พบส., รพ.ประกันสังคม, HPH	1	2.0
HA, ISO, พบส., รพ.ประกันสังคม, HPH	1	2.0
PSO, พบส., รพ.ประกันสังคม, HPH	1	2.0
รวม	49	100



ภาคผนวก ง
รายชื่อโรงพยาบาลชุมชนที่ตอบแบบสอบถาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่อโรงพยาบาลที่ตอบแบบสอบถาม

จังหวัดนนทบุรี

1. รพ. บางใหญ่ 2. รพ.บางบัวทอง 3. รพ.ไทรน้อย 4. รพ.ปากเกร็ด

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

5. รพ.บางซ้าย 6. รพ.มหาราช 7. รพ.บ้านแพรก 8. รพ.ท่าเรือ 9. รพ.บางไทร 10. รพ.บางบาล
11. รพ.ผักไห่ 12. รพ.ภาชี 13. รพ.สมเด็จพระสังฆราชฯ

จังหวัดอ่างทอง

14. รพ.ไชโย 15. รพ.สามโก้ 16. รพ.ป่าโมก 17.รพ.โพธิ์ทอง 18. รพ.แสวงหา 19. รพ.วิเศษชัยชาญ

จังหวัดสิงห์บุรี

20. รพ.พรหมบุรี 21. รพ.บางระจัน 22. รพ.ค่ายบางระจัน 23. รพ.ท่าช้าง

จังหวัดนครนายก

24. รพ.ปากพลี 25. รพ.องครักษ์ 26. รพ.บ้านนา

จังหวัดสุพรรณบุรี

27. รพ.รพ.บางปลาม้า 28. รพ.ศรีประจันต์ 29. รพ.เดิมบางนางบวช 30. รพ.ด่านช้าง 31. รพ.สามชุก
32. รพ.อุทุมพร

จังหวัดชลบุรี

33. รพ.วัดญาณสังวราราม 34. รพ.เกาะสีชัง 35. รพ.สัตหีบ กม.10 36. รพ.พานทอง 37. รพ.บ่อทอง
38. รพ.อ่าวอุดม

จังหวัดจันทบุรี

39. รพ.ท่าใหม่ 40. รพ.มะขาม 41. รพ.นายายอาม 42. รพ.ขลุง 43. รพ.เขาสุกิม 44. รพ.แหลมสิงห์
45. รพ.โป่งน้ำร้อน 46. รพ.สอยดาว

จังหวัดฉะเชิงเทรา

47. รพ.บางคล้า 48. รพ.บางน้ำเปรี้ยว 49. รพ.บ้านโพธิ์ 50. รพ.ราชสาส์น 51. รพ.สนามชัยเขต
52. รพ.พนมสารคาม

จังหวัดปราจีนบุรี

53. รพ.นาดี 54. รพ.บ้านสร้าง 55. รพ.ประจันตคาม 56.รพ.ศรีมโหสถ 57.รพ.ศรีมหาโพธิ์
58.รพ.กบินทร์บุรี

จังหวัดนครปฐม

59. รพ.พุทธมณฑล 60. รพ.นครชัยศรี 61. รพ.หลวงพ่อเป็น 62. รพ.ดอนตูม 63.รพ.กำแพงแสน
64. รพ.ห้วยพญา 65. รพ.บางเลน 66. รพ.สามพราน

จังหวัดสมุทรสาคร

67. รพ.กระทุ่มแบน 68. รพ.บ้านแพ้ว

จังหวัดเพชรบุรี

69. รพ.เขาย้อย 70. รพ.หนองหญ้าปล้อง 71.รพ.ชะอำ 72. รพ.บ้านลาด 73. รพ.บ้านแหลม
74. รพ.แก่งกระจาน 75. รพ.ท่ายาง

จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

76. รพ.กุยบุรี 77. รพ.บางสะพานน้อย 78.รพ. ปราณบุรี 79. รพ.ทับสะแก 80. รพ.สามร้อยยอด
81. รพ.บางสะพาน 82. รพ.หัวหิน

จังหวัดนครราชสีมา

83. รพ.วังน้ำเขียว 84. รพ.เสิงสาง 85. รพ.คง 86. รพ.บ้านเหลื่อม 87. รพ.โชคชัย 88. รพ.โนนไทย
89. รพ.ห้วยแถลง 90. รพ.ขามทะเลสอ 91. รพ. รพ.แก่งสนามนาง 92. รพ.จักราช 93. รพ.ประทาย
94. รพ.ปักธงชัย 95. รพ.ชุมพวง 96. รพ.สูงเนิน 97. รพ.ด่านขุนทด 98. รพ.พิมาย 99. รพ.สีคิ้ว
100. รพ.บัวใหญ่ 101. รพ.ปากช่องนานา

จังหวัดชัยภูมิ

102. รพ.เนินสง่า 103. รพ.บ้านเขว้า 104. รพ.คอนสวรรค์ 105.รพ.เกษตรสมบูรณ์
106. รพ.หนองบัวแดง 107. รพ.หนองบัวระเหว 108. รพ.บ้านแท่น 109. รพ.คอนสาร 110. รพ.จัตุรัส
111. รพ.บำเน็จณรงค์ 112. รพ.แก่งคร้อ 113. รพ.ภูเขียว

จังหวัดมหาสารคาม

114. รพ.แกดำ 115. รพ.นาเชือก 116. รพ.บรบือ 117. รพ.โกสุมพิสัย 118. รพ.พยัคฆภูมิพิสัย

จังหวัดขอนแก่น

119. รพ.บ้านฝาง 120. รพ.หนองเรือ 121. รพ.อุบลรัตน์ 122. รพ.เปือยน้อย 123. รพ.เวียงใหญ่
124. รพ.เวียงน้อย 125. รพ.หนองสองห้อง 126. รพ.ภูเวียง 127. รพ.ชนบท 128. รพ.เขาสวนกวาง
129. รพ.น้ำพอง 130. รพ.มัธยาคีรี 131. รพ.กระนวน 132. รพ.บ้านไผ่ 133. รพ.ชุมแพ

จังหวัดหนองคาย

134. รพ.ปungคล้า 135. รพ.พรเจริญ 136. รพ.โพนพิสัย 137. รพ.โซ่พิสัย 138. รพ.ศรีเชียงใหม่
139. รพ.เซกา 140. รพ.ปากคาด 141. รพ.บึงโขงหลง 142. รพ.ท่าบ่อ 143. รพ.บึงกาฬ

จังหวัดกาฬสินธุ์

144. รพ.นามน 145. รพ.ร่องคำ 146. รพ.เขาวง 147. รพ.ห้วยเม็ก 148. รพ.สหัสขันธ์ 148. รพ.คำม่วง
149. รพ.ท่าคันโท 150. รพ.หนองกุงศรี 151. รพ.ห้วยผึ้ง 152. รพ.กมลาไสย 153. รพ.สมเด็จ
154. รพ.กุฉินารายณ์ 155. รพ.ยางตลาด

จังหวัดสกลนคร

156. รพ.เต่างอย 157. รพ.โพนนาแก้ว 158. รพ.กุศบาก 159. รพ.วาริชภูมิ 160. รพ. คำตากล้า
161. รพ.บ้านม่วง 162. รพ.ส่องดาว 163. รพ.โคกศรีสุพรรณ 164. รพ.เจริญศิลป์ 165. รพ.พังโคน
166. รพ.วานรนิวาส 167. รพ.อากาศอำนวย 168. รพ.สว่างแดนดิน

จังหวัดอำนาจเจริญ

169. รพ.ปทุมราชวงศา 170. รพ.ลืออำนาจ 171. รพ.พจนา 172. รพ.เสนางคนิคม 173. รพ.หัวตะพาน

จังหวัดร้อยเอ็ด

174. รพ.เกษตรวิสัย 175. รพ.ปทุมรัตน์ 176. รพ.จตุรพักตรพิมาน 177. รพ.ธวัชบุรี 178. รพ.พนมไพร

179. รพ.เมืองสรวง 180. รพ.อาจสามารถ 181. รพ.เมยวดี 182. รพ.ศรีสมเด็จ 183. รพ.สุวรรณภูมิ

จังหวัดนครพนม

184. รพ.นาทม 185. รพ.บ้านแพง 186. รพ.เรณูนคร 187. รพ.ศรีสงคราม 188. รพ.นาหว้า

189. รพ.โพนสวรรค์ 190. รพ.นาแก 191. รพ.ธาตุพนม

จังหวัดมุกดาหาร

192. รพ.นิคมคำสร้อย 193. รพ.ดอนตาล 194. รพ.ดงหลวง 195. รพ.คำชะอี 196. รพ.หนองสูง

จังหวัดกำแพงเพชร

197. รพ.ทรายทองวัฒนา 198. รพ.ทุ่งโพธิ์ทะเล 199. รพ.ไททรงาม 200. รพ.ลานกระบือ

201. รพ.ชาลวรวรลักษบุรี 202. รพ.คลองขลุง

จังหวัดตาก

203. รพ.บ้านตาก 204. รพ.แม่ระมาด 205. รพ.ท่าสองยาง 206. รพ.พปพระ 207. รพ.คุ้มฝาง

จังหวัดสุโขทัย

208. รพ.บ้านด่านลานหอย 209. รพ.ศรีมาศ 210. รพ.กงไกรลาศ 211. รพ.ศรีนคร 212. รพ.ทุ่งเสลี่ยม

จังหวัดอุตรดิตถ์

213. รพ.ตรอน 214. รพ.ท่าปลา 215. รพ.บ้านโคก 216. รพ.พิชัย 217. รพ.ลับแล 218. รพ.ทองแสนขัน

จังหวัดแพร่

219. รพ.ร้องกวาง 220. รพ.เด่นชัย 221. รพ.สอง 222. รพ.วังชิ้น 223. รพ.หนองม่วงไข่ 224. รพ.ลอง

จังหวัดพิจิตร

225. รพ.วังทรายพูน 226. รพ.โพธิ์ประทับช้าง 227. รพ.โพทะเล 228. รพ.ทับคล้อ 229. รพ.บางมูลนาก

230. รพ.ตะพานหิน 231. รพ.แม่ท้อ 232. รพ.บ้านโอง 233. รพ.ลี้ 234. รพ.ทุ่งหัวช้าง 235. รพ.บ้านธิ

236. รพ.ป่าซาง

จังหวัดลำปาง

237. รพ.เมืองปาน 238. รพ.แม่เมาะ 239. รพ.เสริมงาม 240. รพ.วังเหนือ 241. รพ.แม่ทะ

242. รพ.สบปราบ 243. รพ.แจ้ห่ม

จังหวัดพะเยา

244. รพ.เชียงม่วน 245. รพ.ดอกคำใต้ 246. รพ.ปง 247. รพ.แม่ใจ

จังหวัดนครศรีธรรมราช

248. รพ.ถ้ำพรรณา 249. รพ.พหุศาสตร์ 250. รพ.ลานสะกา 251. รพ.พิบูล 252. รพ.เชียรใหญ่
 253. รพ.ชะอวด 254. รพ.ทุ่งใหญ่ 255. รพ.ปากพนัง 256. รพ.หัวไทร 257. รพ.บางขัน 258. รพ.ท่าศาลา
 259. รพ.สิชล 260. รพ.ฉวาง

จังหวัดกระบี่

261. รพ.เกาะลันตา 262. รพ.ปลายพระยา 263. รพ.เหนือคลอง 264. รพ.คลองท่อม 265. รพ.อ่าวลึก
 266. รพ.ลำทับ

จังหวัดพังงา

267. รพ.เกาะยาว 268. รพ.กะปง 269. รพ.ตะกั่วทุ่ง

จังหวัดระนอง

270. รพ.ละอุ่น 271. รพ.กะเปอร์ 272. รพ.สุขสำราญ 273. รพ.กระบุรี

จังหวัดสงขลา

274. รพ.นาหม่อม 275. รพ.บางกล่ำ 276. รพ.คลองหอยโข่ง 277. รพ.สติงพระ 278. รพ.จะนะ
 279. รพ.เทพา 280. รพ.สะบ้าย้อย 281. รพ.สะเดา 282. รพ.ควนเนียง 283. รพ.สมเด็จพระราชินีนาถ
 284. รพ.ระโนด

จังหวัดตรัง

285. รพ.รัชฎา 286. รพ.ปะเหลียน 287. รพ.นาโยง 288. รพ.กันตัง 289. รพ.ย่านตาขาว
 290. รพ.ห้วยยอด

จังหวัดพัทลุง

291. รพ.ป่าพะยอม 292. รพ.กงหรา 293. รพ.เขาชัยสน 294. รพ.ตะโหมด 295. รพ.ปากพะยูน
 296. รพ.ศรีบรรพต 297. รพ.ศรีบรรพต 298. รพ.ป่าบอน 299. รพ.ควนขนุน

จังหวัดยะลา

300. รพ. กาบัง 301. รพ.บันนังสตา 302. รพ.ธารโต 303. รพ.ยะหา



ภาคผนวก จ
วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ระยะเวลาที่โรงพยาบาลเปิดดำเนินการ โรงพยาบาลชุมชนที่เปิดดำเนินการมาแล้ว 10-20 ปีมีมากที่สุดจำนวน 144 แห่ง(47.5%)และโรงพยาบาลที่เปิดดำเนินการมาแล้วต่ำกว่า 10 ปีมีจำนวนน้อยที่สุดจำนวน 62 แห่ง(20.5%) ตาราง 4.6

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดดำเนินการแบ่งตามระยะเวลา

ระยะเวลาที่รพ.เปิดดำเนินการ(ปี)	จำนวน(แห่ง)	ร้อยละ
ต่ำกว่า 10	62	20.5
10-20	144	47.5
สูงกว่า 20	97	32.0
Total	303	100.0

เปรียบเทียบขนาดจำนวนเตียงของโรงพยาบาลที่เปิดดำเนินการจริง กับขนาดตามกรอบอัตรากำลังในภาพรวมพบว่า ส่วนใหญ่โรงพยาบาลมีขนาดจำนวนเตียงที่เปิดดำเนินการจริงเท่ากับกรอบอัตรากำลังคือจำนวน 193 แห่ง(63.7%) รองลงมาคือขนาดจำนวนเตียงที่เปิดดำเนินการจริงมากกว่ากรอบอัตรากำลังคือจำนวน 99 แห่ง(32.7%) และขนาดจำนวนเตียงที่เปิดดำเนินการจริงต่ำกว่ากรอบอัตรากำลังมีจำนวนน้อยที่สุดคือจำนวน 11 แห่ง(3.6%) ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 2 จำนวน(ร้อยละ) ของขนาดของโรงพยาบาลที่เปิดดำเนินการจริงเทียบกับขนาดตามกรอบอัตรากำลัง

ขนาดรพ.ตามกรอบ อัตรากำลัง	จำนวน รพ.	ต่ำกว่ากรอบ อัตรากำลัง	เท่ากับกรอบ อัตรากำลัง	สูงกว่ากรอบ อัตรากำลัง
10	37 (100)	1 (2.7)	22 (59.5)	14 (37.8)
30	187 (100)	4 (2.1)	126 (67.4)	57 (30.5)
60	49 (100)	2 (4.1)	31 (63.3)	16 (32.7)
90	25 (100)	4 (16.0)	12 (48.0)	9 (36.0)
120	5 (100)	0 (0.0)	2 (40.0)	3 (60.0)
รวม	303 (100)	11 (3.6)	193 (63.7)	99 (32.7)

จำนวนข้าราชการที่ปฏิบัติงานจริงจำแนกเป็นรายวิชาชีพ ในภาพรวมพบว่า แพทย์มีจำนวนทั้งหมด 883 คน จำนวนต่ำสุดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลคือ 1 คน จำนวนสูงสุดคือ 20 คน ค่าเฉลี่ย 2.93คน และค่าฐานนิยมคือ 2 คน ทันตแพทย์ มีจำนวนทั้งหมด 384 คน จำนวนต่ำสุดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลคือ 0 คน จำนวนสูงสุดคือ 4 คน ค่าเฉลี่ย 1.28 คน และค่าฐานนิยมคือ 1 คน เภสัชกร มีจำนวนทั้งหมด 602 คน จำนวนต่ำสุดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลคือ 0 คน จำนวนสูงสุดคือ 5 คน ค่าเฉลี่ย 2 คน และค่าฐานนิยมคือ 2 คน พยาบาล มีจำนวนทั้งหมด 11,730 คน จำนวนต่ำสุดที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลคือ 11 คน จำนวนสูงสุดคือ 128 คน ค่าเฉลี่ย 39.5 คน และค่าฐานนิยมคือ 28 คน และแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นตามขนาดโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลขนาดเล็กจะมีจำนวนข้าราชการที่ปฏิบัติงานจริงเฉลี่ยต่ำกว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในทุกวิชาชีพ ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 3 จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าฐานนิยม ของข้าราชการที่ปฏิบัติงานจริงปีงบประมาณ 2542 จำแนกตามขนาดโรงพยาบาลตามกรอบอัตรากำลัง

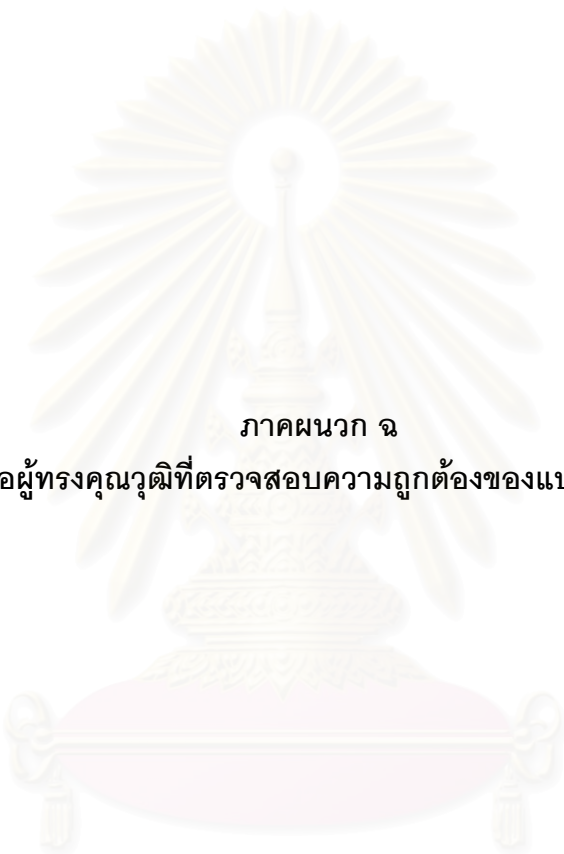
จำนวนข้าราชการ (คน)	ขนาดโรงพยาบาล(เตียง)					รวม
	10	30	60	90	120	
แพทย์ทั้งหมด	56	471	181	128	47	883
จำนวนแพทย์/รพ.	1-3	1-5	2-6	3-8	5-20	1-20
จำนวนแพทย์เฉลี่ย/รพ	1.56	2.53	3.69	5.12	9.40	2.93
ฐานนิยม/รพ.	2	2	4	6	7	2
จำนวนรพ.ที่ตอบแบบสอบถาม	36	186	49	25	5	301
ทันตแพทย์ทั้งหมด	37	215	74	48	10	384
จำนวนทันตแพทย์/รพ.	0-3	0-3	1-2	1-4	1-3	0-4
จำนวนทันตแพทย์เฉลี่ย/รพ	1.03	1.16	1.51	1.92	2.0	1.28
ฐานนิยม/รพ.	1	1	2	2	2	1
จำนวนรพ.ที่ตอบแบบสอบถาม	36	186	49	25	5	301
เภสัชกรทั้งหมด	52	358	105	69	18	602
จำนวนเภสัชกร/รพ.	0-3	1-4	1-3	1-5	3-4	0-5
จำนวนเภสัชกรเฉลี่ย/รพ	1.49	1.91	2.14	2.76	3.60	2
ฐานนิยม/รพ.	1	2	2	3	4	2
จำนวนรพ.ที่ตอบแบบสอบถาม	35	187	49	25	5	301

ตารางที่ 3 (ต่อ)จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าฐานนิยม ของข้าราชการที่ปฏิบัติงานจริงปีงบประมาณ
2542 จำแนกตามขนาดโรงพยาบาล

จำนวนข้าราชการ (คน)	ขนาดโรงพยาบาล(เตียง)					รวม
	10	30	60	90	120	
พยาบาลทั้งหมด*	829	6,531	2,411	1,525	434	11,730
จำนวนพยาบาล/รพ.	11-40	20-70	34-66	48-87	59-128	11-128
จำนวนพยาบาลเฉลี่ย/รพ	23.7	35.3	50.2	63.5	86.8	39.5
ฐานนิยม/รพ.	29	38	53	48	59	28
จำนวนรพ.ที่ตอบแบบสอบถาม	35	185	48	24	5	297

* พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก จ
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม

1. นายแพทย์ไพโรจน์ นิงสานนท์
2. ศาสตราจารย์นายแพทย์ชัยเวช นุชประยูร
3. ศาสตราจารย์แพทย์หญิงทศสินี นุชประยูร
4. ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบูรณ์ ไฉ่หิ์สุนทร
5. รองศาสตราจารย์นายแพทย์องอาจ วิพุทศิริ
6. รองศาสตราจารย์นายแพทย์บดี ธนะมัน
7. รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิทธิศรีธัญกุล
8. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้วิจัย

นางวิไลลักษณ์ เรืองรัตนตรัย เกิดวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2510 ที่จังหวัดเลย สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ จากวิทยาลัยพยาบาลอุดรธานี ในปี พ.ศ. 2530 พยาบาลศาสตร์บัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ในปี พ.ศ. 2535 รับราชการครั้งแรกที่โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย ในปี พ.ศ. 2530-2539 ที่สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2539 ถึงปัจจุบัน และเข้าศึกษาต่อ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2542



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย