

10-1-1996

Total quality management in hospitals: concepts, implementation and success

J. Sriratanaban

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Sriratanaban, J. (1996) "Total quality management in hospitals: concepts, implementation and success," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 40: Iss. 10, Article 11.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol40/iss10/11>

This Modern Medicine is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

การจัดการคุณภาพทั้งองค์กรในโรงพยาบาล: แนวคิด การนำไปปฏิบัติ และความสำเเร็จ

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์*

Sriratanaban J. Total quality management in hospitals: concepts, implementation and success. Chula Med J 1996 Oct;40(10): 861-75

Total quality management (TQM), sometimes exchangably called continuous quality improvement (CQI), is a management philosophy as well as a management process. It is a structured systematic process for creating organization-wide participation in planning and implementing continuous improvement in quality. TQM comprises 11 important principles: constancy of purpose, quality first, customer focus, process orientation, leadership commitment, cross-functional teamwork, worker empowerment, training, management by fact, continuous improvement, and supplier partnership. Implementing TQM in a hospital concerns four dimensions: cultural, technical, strategic and structural. The implementation process can be organized in five phases: building awareness and commitment, planning, programming, implementing, and evaluation. Although there are published evidences that TQM has successfully improved the quality of services in health care, it is still inconclusive whether TQM is always beneficial. This is due to lack of well-designed studies.

Key words : *Total quality management, TQM, Quality improvement, Service quality, Hospital administration.*

Reprint request : Sriratanaban J, Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. August 20, 1996.

ในปัจจุบันการให้บริการที่มีคุณภาพของโรงพยาบาล (ร.พ.) ทั้งของรัฐและเอกชนมีความสำคัญอย่างมากต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ความอยู่รอด และความเจริญขององค์กรและระบบสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมี ร.พ.ใหม่ๆ เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก ทำให้ภาวะมีการแข่งขันในการให้บริการมีมากขึ้น⁽¹⁾ การจัดการคุณภาพของบริการจึงเป็นสิ่งที่น่าจะได้รับ ความสนใจ

การจัดการคุณภาพทั้งองค์กร (Total Quality Management, TQM) หรือที่มีผู้เรียก Continuous Quality Improvement (CQI) โดยใช้สลับก้น หรือ แทนกัน หรือใช้คู่กันในโอกาสต่างๆ^(2, 3) ไม่ใช่เรื่องใหม่ มีการนำแนวคิดการปรับปรุงคุณภาพของ TQM มาใช้กันอย่างกว้างขวางในอุตสาหกรรมการผลิตต่างๆ จนได้รับการยอมรับว่า TQM เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดประการหนึ่งที่ทำให้ประเทศญี่ปุ่นประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก ในการพัฒนาและแข่งขันทางธุรกิจ⁽⁴⁾ ในสหรัฐอเมริกา Barsness และคณะ⁽⁵⁾ ได้ศึกษาโดยการสำรวจ ร.พ.กว่า 3,300 แห่งเมื่อปี 2536 พบว่าประมาณร้อยละ 69 ของ ร.พ.ได้มีการนำ TQM ไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการ ในการศึกษาเดียวกันนี้พบอีกว่า ร.พ.ขนาดใหญ่ และร.พ.ที่มีการจัดการศึกษาสำหรับแพทย์ประจำบ้าน มีการนำ TQM ไปใช้เป็นสัดส่วนมากกว่า ร.พ.ประเภทอื่นๆ

บทความและงานวิจัยที่ตีพิมพ์ไว้เกี่ยวกับแนวคิดของ TQM ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติและความสำเร็จของ TQM ในการนำมาใช้ในร.พ.มีเป็นจำนวนมาก ในบทความนี้ผู้เขียนได้รวบรวมมาเสนอเฉพาะส่วนที่สำคัญ โดยนำมาเรียบเรียงให้ครอบคลุมในประเด็นที่สำคัญเท่านั้น

แนวคิดของ TQM

Total Quality Management หรือที่เรียกกันทั่วไปว่า TQM เป็นทั้งปรัชญาและกระบวนการการ

บริหารจัดการ⁽⁶⁾ แนวคิดของ TQM ถูกพัฒนาขึ้นมาโดย W. Edwards Deming⁽⁷⁾, Joseph M. Juran⁽⁸⁾ Kaoru Ishikawa⁽⁹⁾ และ Philip B. Crosby⁽¹⁰⁾ เป็นต้น TQM เป็น “กระบวนการอย่างเป็นระบบ และมีโครงสร้าง ในการสร้างความร่วมมือของทั้งองค์กร ในการวางแผนและลงมือปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง”^(11,12) แนวทางของ TQM ทำให้บุคลากรกลุ่มต่างๆ มาทำงานด้วยกัน เพื่อบรรลุถึงจุดหมายร่วมกัน มีความเข้าใจในสินค้าหรือบริการที่ตนเป็นผู้ผลิตเข้าใจถึงกระบวนการผลิต และสามารถเป็นผู้ปรับปรุงคุณภาพของบริการนั้นได้⁽¹³⁾

แนวคิดของ TQM แตกต่างจากการประกันคุณภาพหรือ Quality assurance (QA) QA นั้นให้ความสำคัญกับผลที่ได้ (Outcome) โดยการกำหนดระดับของผลที่ต้องการไว้ล่วงหน้าเป็นมาตรฐาน แล้วตรวจสอบว่าผลที่ได้ถึงมาตรฐานที่กำหนดไว้ล่วงหน้าหรือไม่⁽¹⁴⁾ QA มีข้อดีคือการค้นหาปัญหาทำได้ง่าย เห็นผลดีได้ในระยะสั้น ส่งเสริมมาตรฐานของสาขาวิชาเฉพาะ (Discipline-specific) และสามารถใช้ในการประเมินผลงานของตัวบุคคลได้ดี⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตาม QA มีข้อด้อยอยู่มาก กล่าวคือ QA มองข้ามความสำคัญของระบบและกระบวนการให้บริการ ว่ามีความสำคัญน้อยกว่าผลที่ได้ เป็นการหาผู้ผิดแต่ไม่มองที่ระบบ คนทำงานจึงมักพยายามปกป้องตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และหันไปโทษผู้อื่น⁽⁴⁾ นอกจากนี้การให้ความสำคัญเพียงแต่มาตรฐาน ทำให้คนเห็นว่ามาตรฐานนั้นเป็นเพดานการทำงานเป็นเพียงเพื่อไปให้ถึงเพดานตามมาตรฐานที่วางไว้ก็เพียงพอ จึงขาดความสนใจการพัฒนาบริการให้ดีขึ้น⁽⁴⁾ และเสมือนเป็นการยอมรับว่าการรักษาพยาบาลผิดพลาดในระดับหนึ่งเป็นสิ่งที่ยอมรับได้⁽¹⁵⁾ อีกทั้งการวางมาตรฐานบริการอาจขาดมุมมองจากหลายสาขาวิชา (Multidisciplinary perspective) ไม่มีการประเมินคุณภาพจากมุมมองของผู้ป่วยหรือสังคม⁽¹⁴⁾ และการประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาลมักมุ่งไปที่แพทย์ ทั้งที่คุณภาพของการรักษานั้นขึ้นอยู่กับบุคลากรอื่นๆ ใน

หน่วยงานด้วย⁽¹⁵⁾ทั้งหมดนี้ทำให้ ร.พ.พลาดโอกาสสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพบริการให้ดีขึ้น Dr.Berwick⁽⁴⁾เขียนบทความลงใน New England Journal of Medicine เมื่อ ปี 1989 เรียกการตรวจสอบคุณภาพหรือ QA ว่าเป็น “ทฤษฎีแอปเปิ้ลเน่า (Theory of Bad Apples)” นั่นคือความเชื่อที่ว่า วิธีที่ดีที่สุดที่จะทำให้คุณภาพจะดีขึ้น คือการค้นหาแอปเปิ้ลเน่าๆ และคัดออกไป แต่ผลที่ตามมาคือความสูญเสีย (Waste)

การปรับปรุงคุณภาพบริการโดยอาศัยแนวคิด TQM นั้น กล่าวโดยรวมได้ว่า คุณภาพจะดีขึ้นอย่างต่อเนื่องจริงด้วยการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง(Continuous Quality Improvement CQI) เปรียบเสมือนการพัฒนาพันธุ์ของแอปเปิ้ลให้มีรสชาติดีขึ้น และพัฒนาการเก็บรักษาแอปเปิ้ลไม่ให้เน่าเสีย เป็นการจัดการคุณภาพที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่า ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการป้องกันบริการด้วยคุณภาพ (Prevention cost) น้อยกว่าค่าใช้จ่ายที่จะสูญเสียไปกับการตรวจประเมินคุณภาพ (Appraisal cost) และความสูญเสียที่เนื่องมาจากความผิดพลาดหรือความล้มเหลวของบริการ (Failure cost)⁽¹⁶⁾

แนวคิดและหลักการสำคัญของ TQM พอสรุปเป็น 11 ประการใหญ่ๆ ได้ดังนี้

1) การยึดมั่นในจุดมุ่งหมายขององค์กร (constancy of purpose): คนในองค์กรต้องรู้ว่า เหตุใดองค์กรแห่งนั้นจึงกำเนิดขึ้น และดำเนินงานภายใต้พันธกิจ (Missions) ที่วางไว้ มีการสร้างวิสัยทัศน์และแผนกลยุทธ์เพื่อความสำเร็จในระยะยาว ⁽¹⁷⁾ การยึดมั่นในจุดมุ่งหมายขององค์กรช่วยให้การดำเนินงานในองค์กรเป็นไปอย่างมีทิศทาง ไม่ทำกิจกรรมนอกกลุ่มนอกทาง มีกลุ่มลูกค้าหรือผู้รับบริการเป้าหมายที่แน่นอน⁽¹⁸⁾

2) คุณภาพอยู่เหนือสิ่งอื่นใด (Quality First): คุณภาพใน TQM หมายถึงการตอบสนองความต้องการของลูกค้าได้ตามที่คาดหวัง หรือมากกว่าที่คาดหวัง ด้วยระดับต้นทุนและค่าใช้จ่ายที่สมเหตุสมผล⁽¹¹⁾ โดยคุณภาพเป็นคุณสมบัติที่เฉพาะเจาะจงและสามารถ

วัดได้⁽²⁾ นิยามเช่นนี้ให้ความสำคัญกับความพยายามอย่างต่อเนื่องที่จะทำงานให้ได้ดีกว่ามาตรฐานตายตัวที่วางไว้⁽¹⁵⁾ ภายใต้ TQM คุณภาพจะอยู่ในทุกขั้นตอนของกระบวนการผลิตหรือการให้บริการ (Process) อยู่ในผลผลิตและผลของบริการ (Outcome) คุณภาพจะอยู่ในจิตสำนึกของทุกคนในองค์กร และได้รับความสำคัญเสมือนกับที่ผู้บริหารให้ความสำคัญกับเงินหรืองบประมาณขององค์กร⁽¹⁹⁾ TQM ถือว่าความเสียหายจากการด้อยคุณภาพนั้นมากกว่าค่าใช้จ่ายในการพัฒนากระบวนการให้บริการให้มีคุณภาพเป็นอย่างมาก⁽²⁰⁾ ดังนั้นในการให้บริการ ร.พ.จึงจะไม่ยอมรับเป้าหมายอื่นใดในการให้บริการนอกจากการไร้ข้อผิดพลาดหรือข้อบกพร่องใดๆ (Zero defect)⁽¹⁸⁾ แนวคิดดังกล่าวนี้เน้นว่าสอดคล้องกับเป้าหมายของการให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นอย่างดี

3) การมุ่งให้ความสำคัญกับลูกค้า (Customer focus) เป้าหมายของการให้บริการทางการแพทย์ให้เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพนั้นยังไม่เพียงพอ ความมุ่งมั่นที่จะเข้าใจความจำเป็น และความต้องการของลูกค้า หรือผู้รับบริการ และความพยายามที่จะตอบสนองความต้องการเหล่านั้น เป็นหัวใจสำคัญในการสร้างบริการที่มีคุณภาพ^(2, 9, 21) ลูกค้ามีทั้งลูกค้าภายนอก ร.พ. เช่น ผู้ป่วย และลูกค้าภายใน ร.พ. อันได้แก่ผู้ที่อยู่ในหน่วยงานที่รับบริการจากอีกหน่วยงานภายในองค์กร⁽¹⁸⁾ เช่น หอผู้ป่วยเป็นลูกค้าของโรงครัว เป็นต้น หน่วยงานใน ร.พ. ควรทราบว่า (i) ใครคือลูกค้า (ii) ความคาดหวังของลูกค้าคืออะไร และ (iii) ลูกค้ามีความพึงพอใจและได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่จากบริการของ ร.พ. หรือการทำงานของหน่วยงานนั้น หรือไม่⁽¹¹⁾

4) การให้ความสำคัญกับกระบวนการหรือระบบของการให้บริการ (Process or system orientation) เราไม่สามารถปรับปรุงคุณภาพได้โดยการตรวจดูสินค้าหรือบริการ การปรับปรุงคุณภาพต้องอาศัยการปรับปรุงกระบวนการผลิตหรือให้บริการ

(Process) เพื่อลดข้อผิดพลาดและข้อบกพร่องต่างๆ^(11,19) คุณภาพของผลที่ได้ (Output) ขึ้นอยู่กับกระบวนการผลิตในแต่ละขั้นตอน มากกว่าผลงานของผู้ปฏิบัติงานเฉพาะคน (Individual provider)⁽²²⁾ Deming ประมาณว่าร้อยละ 85 ของความผิดพลาดในการทำงานเป็นผลมาจากกระบวนการหรือระบบ ไม่ใช่มาจากตัวบุคคล⁽⁷⁾

ความคิดตามแนวระบบนี้ช่วยให้มีความเข้าใจในปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของการให้บริการส่วนต่างๆ ทำให้สามารถเข้าใจและสามารถจัดการการเปลี่ยนแปลงในองค์กรได้อย่างได้ผลมากกว่า⁽²³⁾ ความเข้าใจในกระบวนการหรือระบบเพื่อการปรับปรุงนี้ อาจได้มาจากคำตอบของคำถาม 3 ข้อคือ (i) เราทำสิ่งที่เรากำลังทำอยู่นี้อย่างไร (ii) ทำไมเราจึงทำสิ่งที่เรากำลังทำอยู่ และ (iii) เราจะปรับปรุงสิ่งที่ทำอยู่ได้อย่างไร⁽²⁴⁾

5) ความมุ่งมั่นของผู้นำองค์กร (Leadership commitment): การปรับปรุงคุณภาพเป็นความรับผิดชอบโดยตรงของผู้บริหารของ ร.พ. ที่จะริเริ่มนำแนวคิด TQM ไปใช้ เป็นผู้นำในการปฏิบัติ และสนับสนุนการปรับปรุงคุณภาพ^(4,7,20) ผู้นำมีอิทธิพลอย่างมากในการสร้างวัฒนธรรมองค์กร การวางวิสัยทัศน์ และกำหนดทิศทางของกระบวนการ TQM⁽⁶⁾ การสร้างความเปลี่ยนแปลงใดๆ ในองค์กรจะมีโอกาสสำเร็จมากกว่าหากผู้บริหารระดับสูงเข้ามาเกี่ยวข้องโดยตรง⁽¹⁸⁾ ความรับผิดชอบนี้ไม่อาจยกให้ผู้อื่นรับไปได้

นอกเหนือจากนี้ ความสำเร็จของ TQM ใน ร.พ. ในการปรับปรุงคุณภาพยังมีลักษณะต่างไปจากองค์กรในอุตสาหกรรมอื่นๆ อีก กล่าวคือ ความสำเร็จของ TQM ใน ร.พ. ยังขึ้นกับความเป็นผู้นำของแพทย์ในการปรับปรุงคุณภาพเป็นอย่างมาก ทั้งนี้ด้วยเหตุที่แพทย์เป็นเสมือนผู้จัดการการให้บริการแก่ผู้ป่วย และมีความเป็นเอกเทศในการทำงานสูง ซึ่งผู้บริหาร ร.พ. ไม่สามารถควบคุมการทำงานของแพทย์ได้ในหลายๆ ด้าน⁽⁶⁾

6) การจัดการข้ามหน้าที่และการทำงานเป็นทีม (Cross-functional management and team-work) : ปัญหาที่สำคัญโดยทั่วไปของ ร.พ. นั้น มักเกิดจากปัญหาที่เป็นปัญหาร่วมกันของหลายๆ หน่วยงานหลายๆ ฝ่าย หรือจากบุคลากรหลายๆ วิชาชีพที่ทำงานเกี่ยวข้องกัน บุคลากรแต่ละหน่วยงานในองค์กรอาจทำงานได้เป็นอย่างดีในหน่วยงานของตน แต่ถ้าเป้าหมายของหน่วยงานแต่ละหน่วยไม่ตรงกัน หรือขัดกันเอง ย่อมทำลายภาพรวมขององค์กรให้ด้อยลง การปรับปรุงคุณภาพ จึงต้องทำในระดับทั้งองค์กร ซึ่งจำเป็นต้องมีระบบการบริหารจัดการข้ามหน้าที่ (Cross-functional) ที่ส่งเสริมการประสานงาน การทำงานเป็นทีม และการสร้างเป้าหมายในระดับองค์กรร่วมกัน^(4,7,17) นั่นคือทุกคนในองค์กรต้องทำงานร่วมกันในการปรับปรุงคุณภาพ

7) การกระจายอำนาจและให้อิสระแก่ผู้ปฏิบัติ (Worker empowerment) : ถึงแม้แนวคิดของ TQM จะเป็นการบริหารจัดการแบบ top-down แต่ TQM ให้ความสำคัญกับการให้อำนาจแก่ผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ที่ปรับปรุงคุณภาพของกระบวนการนั้นๆ เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับกระบวนการผลิตและการให้บริการมากที่สุด และเป็นผู้ที่ทราบปัญหาเกี่ยวกับงานนั้นๆ เป็นอย่างดี^(11,18,21) ทั้งนี้แนวคิดของ TQM เชื่อว่าคนโดยทั่วไปอยากจะทำงานให้ดี มีคุณภาพ และจะพยายามทำงานของตนให้ดีถ้าได้รับโอกาสและการสนับสนุนจากผู้บริหาร รวมทั้งได้รับความรู้ทักษะและเรื่องมือต่างๆ ที่เพียงพอ^(4,20)

8) การให้การศึกษาและการฝึกฝน (Education and training) : หลักการสำคัญอีกประการหนึ่งของ TQM คือการถ่ายทอดวิธีการแก่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อบรรลุถึงจุดหมาย ทั้งทางด้านเทคนิคและการทำงานร่วมกัน การให้การศึกษาและฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องนี้เป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่การสร้างเป้าหมายร่วมกัน และการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง⁽⁷⁾ ช่วยทำให้ผู้ปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง ช่วยส่งเสริมการพัฒนา

ตนเอง และความพึงพอใจในการทำงาน⁽¹¹⁾ การให้การศึกษาศึกษาและฝึกฝนบุคลากรเป็นการลงทุนที่สำคัญที่สุดขององค์กร⁽⁴⁾

9) การจัดการโดยอาศัยข้อเท็จจริง การใช้สถิติและความเข้าใจต่อความแปรปรวน (Management by fact, Use of statistics and understanding of variation) : การบริหารจัดการภายใต้ TQM อาศัยข้อเท็จจริง และข้อมูลที่มีการเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบในทุกขั้นตอนของการแก้ปัญหาตามหลักวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific methods) การเก็บข้อมูลและวัดผลการดำเนินงานไม่ได้มีวัตถุประสงค์เพื่อการให้รางวัล หรือลงโทษผู้ปฏิบัติงาน แต่เพื่อควบคุมกระบวนการผลิตและให้บริการ⁽¹⁹⁾ Deming, Juran และ Ishikawa กล่าวตรงกันว่า การเฝ้าดูและการวิเคราะห์กระบวนการทำงานอาศัยเครื่องมือทางสถิติเป็นสิ่งสำคัญ⁽²⁰⁾ ข้อมูลนี้จะช่วยในการวิเคราะห์ปัญหาใน 4 ขั้นตอนคือ (i) แยกปัญหาที่เกิดจากสาเหตุเฉพาะออกจากปัญหาของระบบ (ii) เฝ้าดูระบบว่าไม่มีปัญหาเฉพาะเกิดขึ้นอีก (iii) ศึกษากระบวนการเพื่อดูว่าปัญหาของระบบเกิดขึ้นได้อย่างไร และ (iv) ประเมินผลของความเปลี่ยนแปลงหลังจากปรับปรุงระบบ⁽²⁾

ทั้งนี้การแยกชนิดของปัญหาอาศัยการวิเคราะห์ความแปรปรวน (ariation) ของกระบวนการให้บริการ ซึ่งระดับความแปรปรวนที่เกินสมควรในการรักษาพยาบาลทำให้เกิดคุณภาพตกต่ำลง⁽¹⁵⁾ เหตุของความแปรปรวนมี 2 ประเภทดังรูป Figure 1 คือ

9.1 ความแปรปรวนเนื่องจากสาเหตุร่วมกัน (Common-cause variation) เป็นความแปรปรวนที่มีสาเหตุมาจากระบบหรือกระบวนการ (Systemic problems) ทุกคนที่ปฏิบัติงานภายใต้ระบบดังกล่าว มีโอกาสทำผิดพลาดได้เหมือนกัน ในระยะสั้นระดับความผิดพลาดอาจต่ำบางสูงบ้าง แต่ในระยะยาวสามารถพยากรณ์เป็นค่าเฉลี่ยได้⁽²⁾ การแก้ไขความแปรปรวนประเภทนี้ ทำได้โดยการเปลี่ยนแปลงกระบวนการการทำงานเท่านั้น (ซึ่งเป็นเป้าหมายของ TQM)

9.2 ความแปรปรวนเนื่องจากสาเหตุเฉพาะ (Special-cause variation) เป็นความแปรปรวนที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากกระบวนการวิธีทำงาน (Extrasytemic problems) แต่มาจากปัจจัยอื่น เช่น คน สถานที่ และเวลา ปัญหาจะเกิดขึ้นเฉพาะเมื่อมีปัจจัยนั้นๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง⁽²⁾ ดังนั้นจะสามารถกำจัดได้โดยการกำจัดสาเหตุโดยตรงเท่านั้น (ซึ่งเป็นเป้าหมายของ QA)

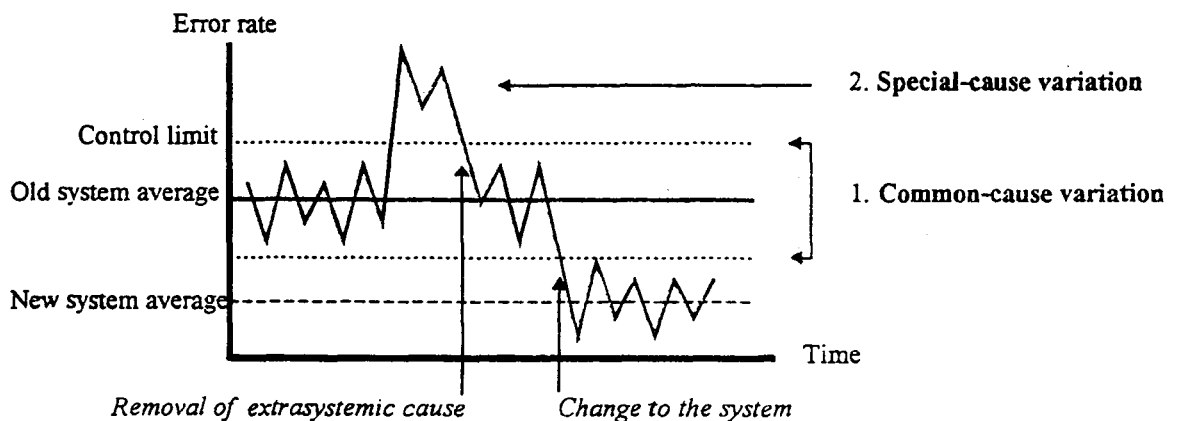


Figure 1. Common-cause variation vs special-cause variation.

10) การเรียนรู้และการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Learning and continuous improvement) : ความสำเร็จขององค์กรในระยะยาว อยู่ที่การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ทำอยู่ และเรียนรู้วิธีการใหม่ๆ ที่ดีกว่าอย่างไม่จบสิ้น⁽²⁰⁾ ส่วนหนึ่งของการเรียนรู้คือวิธี Benchmarking คือ การค้นหาวิธีการทำงานที่ดีที่สุด มาเปรียบเทียบและพัฒนาวิธีการที่ทำอยู่เดิมให้ดีขึ้น^(21,25) โดยร.พ.สามารถเลือกทำ Benchmarking ได้ 4 วิธีคือ (i) ศึกษาจากหน่วยงานอื่นใน ร.พ (Internal benchmarking) (ii)

ศึกษาจากคู่แข่ง (Competitive benchmarking) (iii) ศึกษาจาก ร.พ. ที่ดีที่สุดในด้านนั้นๆ ที่ไม่ใช่คู่แข่ง (Functional benchmarking) และ (iv) ศึกษาจากองค์กรอื่นที่ไม่ใช่ ร.พ. แต่มีกระบวนการบริการเหมือนกัน (Generic benchmarking)⁽²⁶⁾

การปรับปรุงคุณภาพ บริการนี้เป็นความรับผิดชอบของทุกคน⁽²²⁾ TQM เน้นการเรียนรู้จากการทำงาน ไม่ใช่ความพยายามที่จะหาคนผิด และสามารถทำอย่างต่อเนื่องไปตามวงจร P-D-C-A ดังรูป Figure 2⁽¹¹⁾

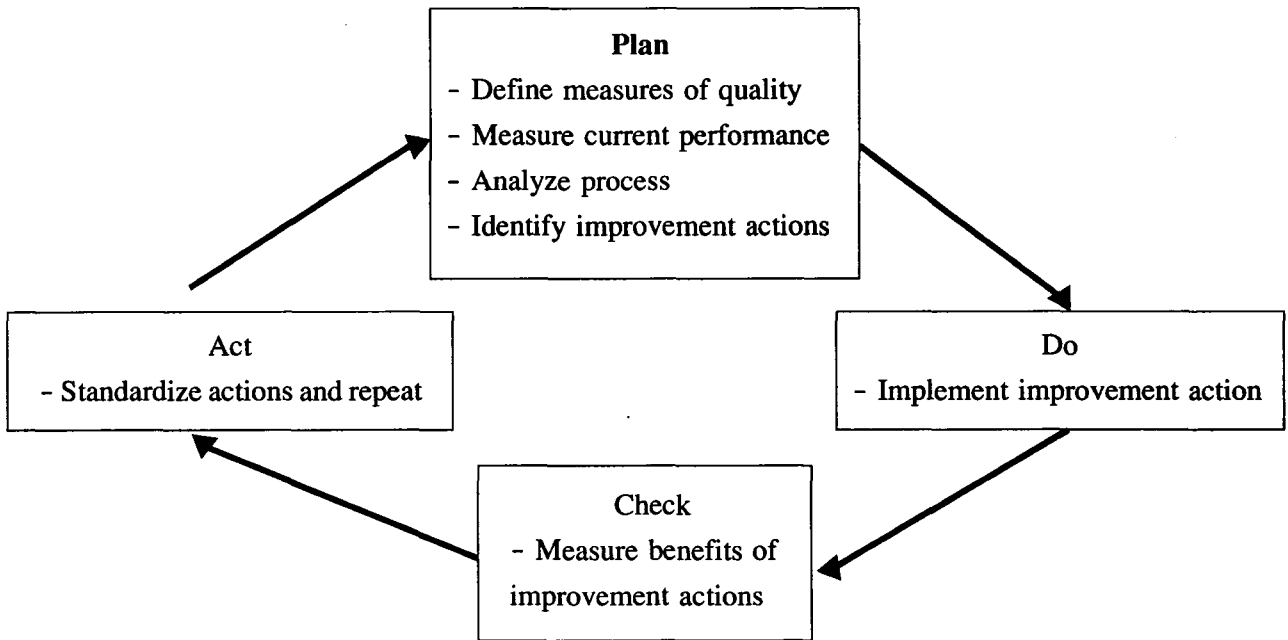


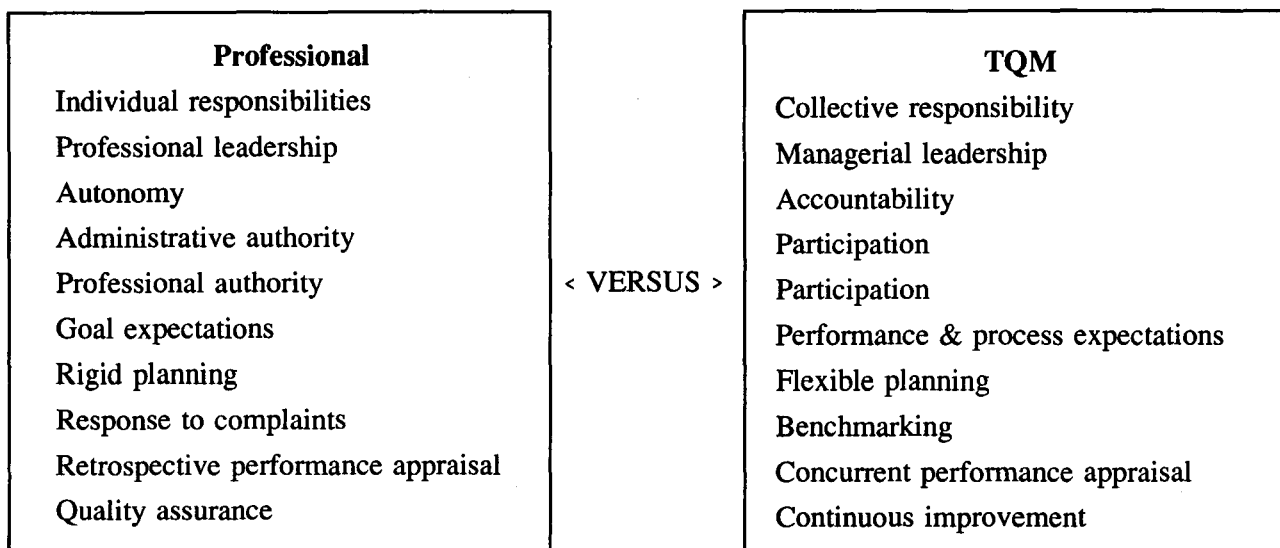
Figure 2. P-D-C-A cycle of quality improvement.

11) การสร้างสัมพันธ์ไมตรีกับผู้จัดส่งผลิตภัณฑ์ (Supplier partnership):

ความสัมพันธ์ระยะยาวอันดีระหว่าง ร.พ. และผู้จัดส่งผลิตภัณฑ์ (Suppliers) มีส่วนสำคัญที่ทำให้คุณภาพจะดีขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีการสื่อสารที่ดีเพื่อแก้ไขความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน⁽⁴⁾ การเลือกผู้จัดส่งผลิตภัณฑ์ ควรยึดถือคุณภาพของผลิตภัณฑ์ และความเชื่อถือได้เป็นสิ่งสำคัญเหนือเรื่องราคา ผลที่ได้ของการได้เครื่องใช้

คุณภาพดีจากผู้จัดส่งผลิตภัณฑ์ คือ การหลีกเลี่ยงของเสีย ความล่าช้าในการให้บริการ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ ของ ร.พ. ที่อาจเกิดตามมาเนื่องจากของที่จัดหามาใช้ไร้คุณภาพ⁽¹⁸⁾

นอกเหนือจากหลักการของ TQM ทั้ง 11 ประการแล้ว McLaughlin และ Kaluzny⁽²²⁾ ได้เปรียบเทียบความแตกต่างในด้านต่างๆ ของแนวคิดแบบดั้งเดิมในองค์กรทางการแพทย์กับองค์กรที่รับแนวคิด TQM มาใช้ไว้ดัง Figure 3



Source: McLaughlin C.P. and Kaluzny A.D. "Total quality management in health: Making it work" *Health Care Management Review* 1990,15(3), pp.7 - 14

Figure 3. Areas of conflict between a traditional professional model and a TQM model of a hospital.

การนำ TQM ไปปฏิบัติ และเครื่องมือของ TQM (Implementation of TQM and TQM tools)

การนำแนวคิดของ TQM ไปปฏิบัติใน ร.พ. ให้ได้ผลนั้นจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทำงาน แต่ประเด็นที่มีความสำคัญไม่น้อยคือการเปลี่ยนแปลงความเข้าใจ และวิถีความคิดของคนในองค์กร ที่มีต่อคุณภาพและการปรับปรุงคุณภาพ⁽²⁷⁾ เจตคติที่ว่า "ถ้าของไม่เสีย ก็ไม่ต้องซ่อม" นั้นควรถูกแทนที่ด้วยเจตคติใหม่ที่ว่า "ขณะที่ของนั้นไม่เสีย อาจเป็นโอกาสเดียวที่สามารถซ่อมมันได้"⁽¹⁰⁾

Shortell และคณะ⁽¹²⁾ เสนอการนำแนวคิด TQM มาลงมือปฏิบัติว่า มีองค์ประกอบที่ต้องคำนึงถึง แยกเป็น 4 มิติ คือ มิติด้านวัฒนธรรมองค์กร มิติด้านเทคนิค มิติด้านกลยุทธ์และมิติด้านโครงสร้าง ดังนี้

1) วัฒนธรรมองค์กร (Organization culture) : มิติด้านวัฒนธรรมองค์กร หมายถึง ความคิดที่มีต่อตนเอง ความสัมพันธ์ และความคาดหวังระหว่างบุคคลในองค์กร รวมถึงค่านิยม บรรทัดฐาน และพฤติกรรมของคนในองค์กรในการทำงานที่จะสนับสนุน หรือต่อ

ด้านการเปลี่ยนแปลงเพื่อปรับปรุงคุณภาพในระดับองค์กร เช่น บรรทัดฐานเกี่ยวกับนิยามของคุณภาพ ปรัชญาการบริหารและการทำงาน เป็นต้น^(12,13) นอกจากนี้การนำ TQM มาปฏิบัติใน ร.พ. จะต้องคำนึงถึงความพิเศษของการให้บริการทางการแพทย์ที่แตกต่างจากการผลิตสินค้าเพราะเป็นบริการที่มีความเฉพาะตัวสูง และบทบาทของแพทย์มีความสำคัญเช่นเดียวกับของผู้บริหาร⁽²⁷⁾

ทั้งนี้ปัญหาเนื่องจาก วัฒนธรรมองค์กรอาจเกิดจากการเมืองภายในองค์กรที่มีผลต่อการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การเลือกแนวทางการแก้ไข รวมทั้งการกำจัดสาเหตุของปัญหา⁽⁶⁾ อันอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสายวิชาชีพ⁽²⁷⁾ นอกจากนี้แนวโน้มของการให้ความสำคัญต่อผลงานของบุคคลมากกว่าผลงานของกลุ่ม^(14,27) ปัญหาในการทำงานร่วมกันของบุคคลในตำแหน่งสำคัญๆ ใน ร.พ. ปัญหาความร่วมมือของแพทย์⁽²⁷⁾ และการไม่วางเป้าหมายตามที่เป็นจริง⁽⁵⁾ เป็นอุปสรรคต่อการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องเช่นกัน

2) เทคนิคของ TQM (Technical aspects of TQM) : มิติด้านเทคนิค หมายถึงระดับการได้รับ

การศึกษาอบรมและฝึกฝนของบุคลากรในองค์กร ในเรื่องเครื่องมือและวิธีการของ TQM รวมถึงการทำงานและการตัดสินใจเป็นกลุ่มที่จะสนับสนุนต่อความพยายามในการปรับปรุงคุณภาพ

กระบวนการของ TQM ประกอบด้วยวิธีการและเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการปรับปรุงงาน (Improvement techniques and tools) เช่น เครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษาและอธิบาย กระบวนการทำงาน (Process description) การเก็บข้อมูล (Data collection) การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) และการทำงานประสานประโยชน์กัน (Collaborative work) เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการและการวางแผน (Management and

Planning tools) เช่น การออกแบบกระบวนการ (Process design) การวิเคราะห์ความต้องการของลูกค้า (Analysis of customer requirement) และเทคนิคต่างๆ ในการวัดผล (Measurement techniques) ซึ่งมีสรุปไว้ใน Plsek (1995)⁽²⁶⁾ ทั้งนี้ TQM เน้นการวิเคราะห์และเสนอข้อมูลด้วยแผนภาพ เพราะทำความเข้าใจได้ง่ายกว่าการใช้เพียงคำบรรยาย เช่น ตัวอย่างเครื่องมือพื้นฐานในการวิเคราะห์กระบวนการ ที่พบเห็นได้บ่อยๆ ได้แก่ Flow chart, Cause-and-effect diagram, Pareto chart, Histogram, Scattered diagram, Run chart และ Control chart^(11,26) (Figure 4)

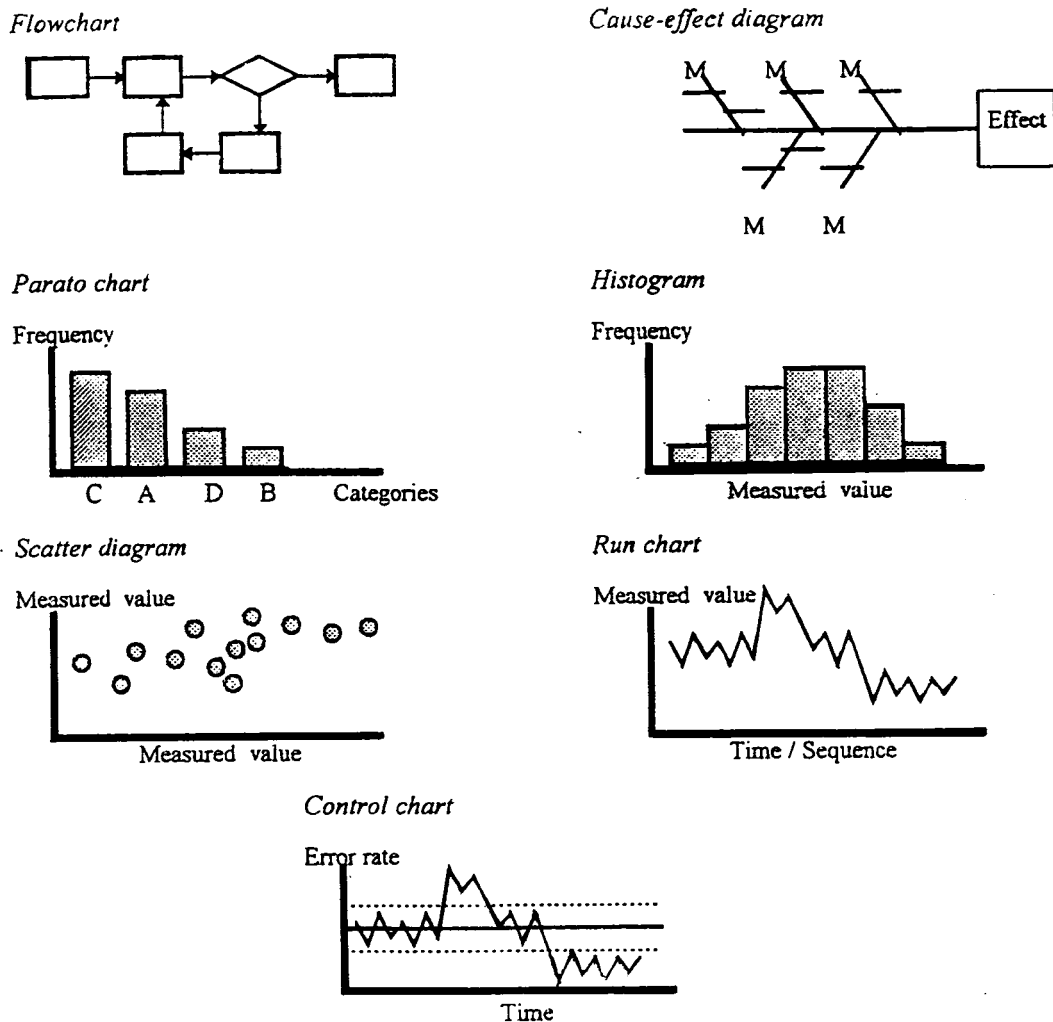


Figure 4. Schematic tools most commonly used in quality improvement efforts.

ปัญหาด้านเทคนิคอาจเกิดจากการที่ผู้บริหารขาดความรู้ความเข้าใจในหลักการและวิธีการของ TQM ขาดที่ปรึกษาจากภายนอก ไม่มีการให้การศึกษฝึกอบรมแก่บุคลากรที่ดี ขาดการประเมินผลและรวบรวมข้อมูลที่เพียงพอ รวมทั้งไม่ใช้เวลาสำหรับการเตรียมการการปรับพื้นฐาน และเตรียมกระบวนการสร้างความเปลี่ยนแปลง (Change process)^(5,28,29)

3) กลยุทธ์ระดับองค์กร (Organizational strategy) : มิติทางกลยุทธ์ หมายถึงระดับความเกี่ยวเนื่องและสอดคล้องของความพยายามในการปรับปรุงคุณภาพ กับเป้าหมายทางกลยุทธ์และแผนกลยุทธ์ขององค์กร รวมทั้งการปรับพันธกิจและกลยุทธ์ให้เหมาะสมหวังผลในระยะยาว และเสริมสร้างภาวะผู้นำในองค์กร ปัญหาอาจเกิดขึ้นได้จากการไม่ยึดมั่นในกลยุทธ์ขององค์กร⁽²⁹⁾ บุคลากรจากต่างหน่วยงานขาดวิสัยทัศน์ร่วมกัน มองไม่เห็นทิศทางและเป้าหมายขององค์กรที่ชัดเจน⁽¹²⁾ นอกจากนี้การนำ TQM มาใช้อย่างได้ผลในทางปฏิบัติจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรลงทุนในการให้การศึกษฝึกอบรบบุคลากรของ ร.พ. เป็นจำนวนมาก และต่อเนื่อง อีกทั้งผลตอบแทนที่ได้เป็นผลระยะยาวซึ่งอาจมากกว่า 3 ถึง 5 ปี⁽¹⁴⁾ จึงทำให้ผู้บริหารที่มุ่งหวังผลงานระยะสั้นขาดแรงจูงใจ ขาดความมุ่งมั่น และการสนับสนุนอย่างจริงจังจากผู้นำองค์กรในการส่งเสริมกิจกรรมของ TQM⁽⁵⁾

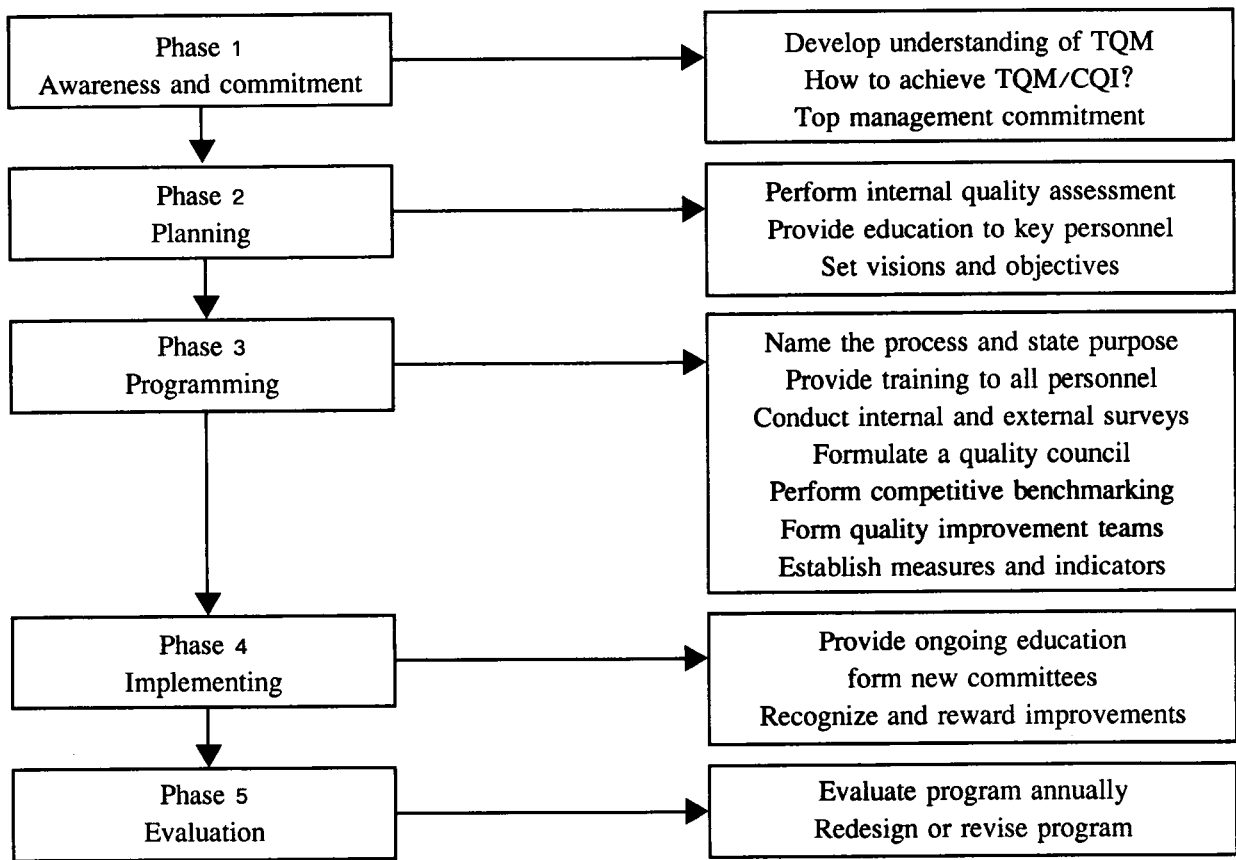
4) โครงสร้างและพื้นฐานขององค์กร (Organizational structure and infrastructure) : มิติทางโครงสร้าง หมายถึงหน่วยงานในองค์กรที่มีส่วนในกิจกรรมปรับปรุงคุณภาพ เช่น คณะทำงานประสานงาน กลุ่มทำงาน และระบบการรายงาน ระบบข้อมูลสารสนเทศ และการกระจายความรับผิดชอบ ปัญหาในการปฏิบัติอาจเกิดจากการวางโครงสร้างองค์กรไม่เหมาะสม⁽⁵⁾ การจัดโครงสร้าง ร.พ. เป็นชั้นๆ แบบระบบราชการ (Hierarchical structure) ตามอำนาจหน้าที่และอาวุโส ทำให้บุคลากรที่ทำงานใน ร.พ. ขาดความเชื่อมั่นและ

เชื่อถือในความรู้และความสามารถของคนอื่นๆ โดยเฉพาะของคนปฏิบัติหน้าที่ในระดับล่าง⁽¹⁴⁾ และส่งผลในทางลบต่อความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วย⁽³⁰⁾ อย่างไรก็ตามความขัดแย้งในองค์กรมักมาจากการจัดสรรทรัพยากรที่จำกัดระหว่างหน่วยงานมากกว่าความขัดแย้งระหว่างสายงานจริงๆ⁽²⁷⁾

Motwani และคณะ⁽³⁾ ได้วิเคราะห์กรณีศึกษาของหลายร.พ.และเสนอรูปแบบขั้นตอนการนำแนวคิด TQM มาเริ่มใช้ในองค์กรที่ให้การดูแลทางสุขภาพไว้เป็น 5 ระยะ (phases) ดังรูป Figure 5 คือ

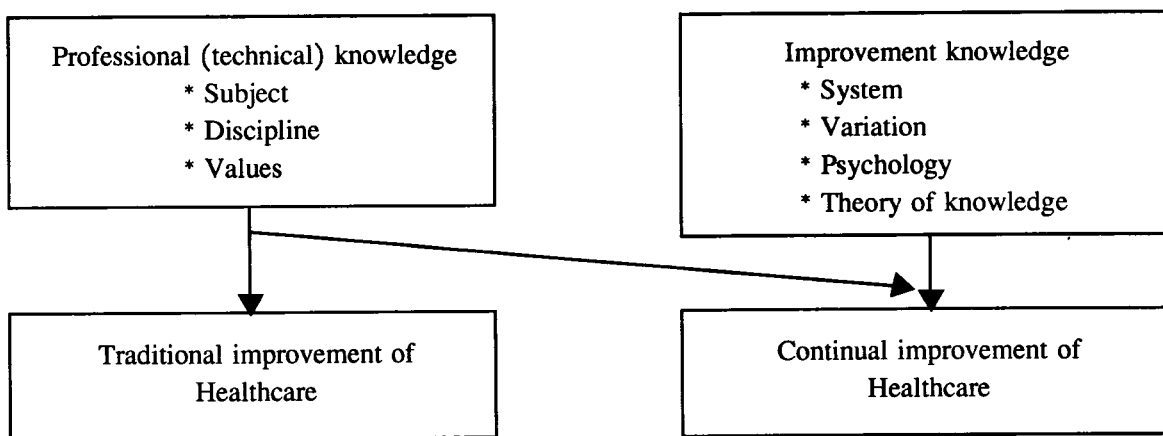
ระยะที่ 1 เป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจของผู้บริหารระดับสูงขององค์กรอย่างลึกซึ้ง ว่าอะไรคือ TQM TQM มีความสำคัญอย่างไรต่อองค์กร และจะทำให้สำเร็จได้อย่างไร TQM จะมีโอกาสสำเร็จได้มากที่สุดก็ต่อเมื่อได้ผู้นำที่มีความมุ่งมั่นในการปรับปรุงคุณภาพ⁽³¹⁾ ทั้งนี้ Batalden และคณะ⁽²⁴⁾ ได้เสนอกรอบแนวความคิดสำหรับความรู้เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพบริการทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องว่า ควรประกอบด้วยความรู้ตามทางวิชาชีพ (Professional Knowledge) และความรู้ด้านการปรับปรุง(Improvement Knowledge) ซึ่งได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับระบบ (Knowledge of system) ความรู้เกี่ยวกับความแปรปรวน (Knowledge of variation) ความรู้ทางจิตวิทยา (Knowledge of psychology) และทฤษฎีความรู้ (Theory of knowledge) ซึ่งหมายถึงความเข้าใจในความเชื่อมโยงกันของทฤษฎี และการปฏิบัติเพื่อการพยากรณ์ (Prediction) และประเมินผล (Evaluation)(Figure 6)

ระยะที่ 2 เป็นการวางวิสัยทัศน์และเป้าหมายรวมทั้งวางแผนการปฏิบัติ ศึกษาองค์กร โดยมีการประเมินผลงานและความพยายามในการจัดการคุณภาพบริการ ทั้งในอดีตและในปัจจุบัน เพื่อการวางกลยุทธ์ที่เหมาะสมสำหรับอนาคตและปรับวัฒนธรรมองค์กรให้พร้อมสำหรับการนำ TQM มาใช้ โดยการอบรมบุคลากรในตำแหน่งสำคัญๆ ใน ร.พ. และสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน ให้การอบรม



Source: Motwani et al. "implementing TQM in the health care sector" *Health Care management Review*, 1996, 21(1), pp. 73 - 82

Figure 5. A Proactive approach to implementing TQM/CQI



Source: Balalden et al. "A Conceptual framework for Learning Continual Improvement in Health Administration Education Programs" *Journal of Health Administration Education* 1995, 13(1), pp.67 - 90.

Figure 6. The linkage of knowledge required for continual improvement

แก่ผู้บริหารระดับต่างๆ ในเรื่องเกี่ยวกับ TQM และทักษะพื้นฐานของการจัดการ⁽²⁷⁾ สร้างวัฒนธรรมการทำงานเป็นทีม⁽²³⁾ และทำให้บุคลากรเห็นว่าการปรับปรุงคุณภาพไม่ใช่งานพิเศษอะไร แต่เป็นสิ่งที่ทุกคนในองค์กรพึงปฏิบัติมีการสร้างแนวร่วมในกลุ่มผู้เห็นด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มแพทย์ และทำโครงการตัวอย่างที่แสดงถึงความสำเร็จเพื่อขยายงานให้กว้างขวางในระยะต่อไป^(17,27)

ระยะที่ 3 เป็นการวางพื้นฐานเตรียมงาน ได้แก่การวางเป้าประสงค์ การให้การอบรมแก่บุคลากรทุกคนให้มีทักษะและความพร้อมในการทำงานเป็นกลุ่ม ในกระบวนการแก้ปัญหาและการใช้สถิติอย่างง่าย มีการสำรวจความต้องการของลูกค้าทั้งภายนอกและภายในองค์กร การวางโครงสร้างองค์กรและทีมงานที่จะรับผิดชอบในการประสานงานและปฏิบัติ รวมทั้งการทำ Benchmarkingหาตัววัดหรือตัวบ่งชี้ปัญหาและความสำเร็จ^(3, 32) และสร้างระบบข้อมูลสารสนเทศที่ใช้งานได้ง่ายและเชื่อมโยงกัน⁽²³⁾ ทั้งนี้การวิเคราะห์ปัญหาและตัดสินใจโดยอาศัยข้อมูลที่แท้จริงจะช่วยป้องกันความขัดแย้งภายในได้⁽²⁷⁾

ระยะที่ 4 เป็นการลงมือปฏิบัติตามกระบวนการของ TQM มีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ให้การรับรู้และให้รางวัลในความสำเร็จในการปรับปรุงคุณภาพ บทบาทของผู้บริหารในการสร้างความเปลี่ยนแปลงแก่องค์กรครั้งนี้อยู่ในฐานะเสมือนเป็นผู้อำนวยความสะดวกซิมโฟนี (Symphony conductor) เป็นตัวอย่างในการปฏิบัติตามแนวคิด TQM รับผิดชอบการบริหารการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กร ให้การสนับสนุนด้านทรัพยากร⁽²²⁾ มุ่งเน้นเป้าหมายของทีมงานปรับปรุงคุณภาพให้อยู่ที่การดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ อาศัยข้อมูลในการตัดสินใจที่ไม่จำเป็นและความซ้ำซ้อนออกไป⁽²³⁾ การประเมินผลงานของผู้ได้บังคับบัญชา ควรเน้นผลงานของกลุ่มและในแง่ภาพรวมขององค์กรและมีการให้รางวัลทั้งผลงานส่วนบุคคลและผลงานของทีมทำงาน⁽²⁷⁾

ระยะที่ 5 เป็นการประเมินผล ซึ่งควรทำเป็นประจำและนำผลที่ได้มาใช้ในการทบทวนแก้ไขโครงการในกรณีที่ไม่สำเร็จ หรือยังพบข้อบกพร่องอยู่ เป็นการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การวัดผลควรประเมินทั้งด้านประสิทธิภาพ (Efficiency) และด้านประสิทธิผล (Effectiveness) ซึ่งประกอบด้วยตัววัดทางการเงิน (Financial measures) การดำเนินการ (Operational measures) ทรัพยากรบุคคล (Human Resources measures) และตลาด (Market measures) โดยคำนึงถึงมองผลระยะยาวและปัจจัยจากภายนอกที่มีอิทธิพลด้วย⁽³³⁾

ความสำเร็จของ TQM ในโรงพยาบาล

โดยทั่วไป ผู้ที่นำ TQM ไปปฏิบัติมักคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นกับองค์กรไว้ 4 ด้าน คือ ช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่าย ช่วยแก้ไขความบกพร่องของระบบดำเนินงานภายใน ช่วยปรับปรุงคุณภาพในแง่ความพึงพอใจของลูกค้าและสิ่งแวดล้อมการทำงาน และช่วยเพิ่มศักยภาพในการแข่งขัน⁽³⁴⁾ แต่ผลที่สำคัญที่สุดของ TQM สำหรับการให้บริการทางการแพทย์ก็คือ ผลของการให้ความสำคัญกับผู้ป่วย ทำให้การให้บริการทางการแพทย์เป็นไปอย่างครบวงจรทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลการป้องกันโรค และการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อปัญหาสุขภาพและบริการที่ได้รับ⁽¹⁴⁾ ตัวอย่างความสำเร็จของการนำ TQM ไปใช้ปรับปรุงงานบริการต่างๆ ใน ร.พ. เช่น การปรับปรุงคุณภาพการรักษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในแผนกผู้ป่วยนอก⁽³⁵⁾ การลดอัตราการตายในผู้ป่วยโรคปอดบวม⁽³⁶⁾ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืด⁽³⁷⁾ การปรับปรุงบริการห้องฉุกเฉิน⁽³⁸⁾ การบริการผู้ป่วยนอก⁽³⁹⁾ ระบบเวชระเบียน⁽⁴⁰⁾ งานห้องยา⁽⁴¹⁾ การขนส่งผู้ป่วย⁽⁴²⁾ และการลดต้นทุนค่าใช้จ่าย⁽⁴³⁾ เป็นต้น

Carman และคณะ⁽³⁰⁾ ศึกษา ร.พ. ในสหรัฐอเมริกาจำนวน 10 แห่งจาก 8 กลุ่ม ร.พ. พบข้อมูลที่

สนับสนุนว่าการให้อำนาจแก่ระดับปฏิบัติงาน และการทำงานร่วมกันเป็นทีมโดยอาศัย TQM ทำให้ผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยรวมดีขึ้นและพบว่าความร่วมมือของแพทย์เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จอันหนึ่ง แต่ไม่พบข้อมูลที่สนับสนุนสมมติฐานว่าผลประกอบการของ ร.พ. ดีขึ้นอย่างเด่นชัดซึ่งอาจเนื่องจากระยะเวลาที่ศึกษานั้นสั้นเกินไป

แม้ TQM จะได้รับการยอมรับเป็นวิธีการที่ควรนำไปปฏิบัติทั้งองค์กรก็ตาม ประสพการณ์จากกรณีศึกษาที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารต่างๆ ส่วนใหญ่มักจำกัดอยู่เพียงความสำเร็จของการบริการบางบริการหรือเพียงหน่วยงานส่วนหนึ่งขององค์กรเท่านั้น⁽³⁴⁾ มีผู้วิจารณ์ว่ายังไม่มีความชัดเจนเพียงพอที่จะสนับสนุนว่าการนำ TQM ไปใช้ใน ร.พ. จะเกิดผลดีที่ชัดเจนในทางปฏิบัติเสมอ^(44,45) นอกจากนี้การประเมินผลของ TQM เชิงวิชาการมักขาดการศึกษาวิจัยที่ได้รับการออกแบบที่ดีพอ⁽⁴⁶⁾ การนำ TQM ไปใช้บางครั้งเป็นเพียงแต่การใช้ชื่อเท่านั้น แนวทางการปฏิบัติจริงๆ อาจไม่ใช่ TQM ตรงตามนิยาม⁽³⁴⁾

อย่างไรก็ตามจากการใช้แบบสำรวจ ร.พ. กว่า 3,300 แห่งทั่วสหรัฐอเมริกาของ Brsness และคณะ เมื่อปี 2536⁽⁴⁷⁾ โดยอาศัยการประเมินผลกระทบจากมุมมองของผู้บริหาร ร.พ. (Perceived impact) และตัวชี้วัดอื่นๆ พบว่า ร.พ. ที่ได้นำแนวคิดของ TQM มาใช้ปฏิบัติสามารถพัฒนาบุคลากรของ ร.พ. ได้ดีกว่า สามารถลดความผิดพลาดและความสับสนเปลืองในการรักษาพยาบาลได้มากกว่า ร.พ. ที่ไม่ได้นำ TQM มาใช้ โดยดูจากตัววัดต่างๆ เช่น การลดลงของการติดเชื้อหลังผ่าตัด การเพิ่มขึ้นของคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้พบว่าสามารถประหยัดต้นทุน และเพิ่มผลประกอบการทางการเงินได้มากกว่า ซึ่งเห็นได้ชัดใน ร.พ. ขนาดใหญ่กว่า 400 เตียง และมีการเรียนการสอน แต่ไม่มีความแตกต่างในด้านผลของการรักษาผู้ป่วยโดยการประเมินจากความเห็นของผู้บริหาร ร.พ.

สรุป

แนวคิด TQM ตั้งอยู่บนข้อตกลงที่พึงระลึกอยู่เสมอ 4 ประการคือ (i) ต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความด้อยคุณภาพนั้นมากกว่าต้นทุนค่าใช้จ่ายในการพัฒนากระบวนการผลิตให้ได้สินค้าและบริการที่มีคุณภาพสูง (ii) คนทำงานนั้นโดยธรรมชาติจะสนใจในคุณภาพของงานที่ทำ อยากทำงานให้ดีและทำให้ดีขึ้น (iii) องค์กรเป็นระบบที่ประกอบด้วยหลายๆ ส่วนที่เกี่ยวข้องกัน ปัญหาหลักๆ ขององค์กรจึงเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของหลายๆ ฝ่าย และ (iv) ความรับผิดชอบสูงสุดด้านคุณภาพอยู่ที่ผู้บริหาร การปรับปรุงคุณภาพต้องเริ่มต้นจากความมุ่งมั่นและตั้งใจของผู้บริหารที่มีต่อคุณภาพของบริการ

การปรับปรุงคุณภาพจะต้องให้ความสำคัญกับกระบวนการการทำงาน (Work process) อยู่บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงและข้อมูล มีความเข้าใจที่แจ่มชัดในเรื่องความแปรปรวนของกระบวนการและผลที่ได้ รวมทั้งมีการเรียนรู้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในการปฏิบัติจึงจำเป็นต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม โดยให้อำนาจแก่ผู้ปฏิบัติงาน เน้นการจัดการระบบ มีการศึกษาหาข้อมูลโดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ มีการค้นหาและวัดความต้องการของลูกค้า และสร้างสัมพันธไมตรีที่ดีกับผู้จัดส่งผลิตภัณฑ์ อย่างไรก็ตามแม้จะมีรายงานกรณีศึกษาที่แสดงให้เห็นความสำเร็จของ TQM ในการปรับปรุงคุณภาพบริการเป็นเรื่อยๆ ไป แต่ก็ยังไม่มีผลการวิจัยในวงกว้างที่สรุปได้อย่างแน่ชัดถึงผลคืออย่างชัดเจนของการนำ TQM มาใช้ใน ร.พ. ในระดับทั้งองค์กร

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบพระคุณร.ศ.น.พ. อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ และร.ศ.น.พ.องอาจ วิบุรศิริ สำหรับคำแนะนำต่างๆ ในการแก้ไขปรับปรุงบทความฉบับนี้ และขอขอบคุณคุณมยุรี จิรวินิชฎ์ ที่ได้ช่วยเหลือในการประสานงานต่างๆ เพื่อให้การเรียบเรียงบทความนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

อ้างอิง

1. Nittayaramphong S, Tangcharoensathien V. Thailand: private health care out of control. *Health Policy Plan* 1994;9(1): 31-40
2. Kritchevsky SB, Simmons BP. Continuous quality improvement. Concept and applications for physician care. *JAMA* 1991 Oct 2;266(13): 1817-23
3. Motwani J, Sower VE, Brashier LW. Implementing TQM in the health care sector. *Health Care Manage Rev* 1996 Winter; 21(1): 73-82
4. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989 Jan 5;320(1): 53-6
5. Barsness ZI, Shortell SM, Gillies RR. The quality march. National survey profiles quality improvement activities. *Hosp Health Netw* 1993 Dec 5;67(23): 52-5
6. Arndt M, Bigelow B. The implementation of total quality management in hospitals. How good is the fit? *Health Care Manage Rev* Fall 1995;20(4): 7-14
7. Deming WE. *Out of the Crisis*. Cambridge MA: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, 1986
8. Juran JM, Gryna FM, Bingham RSJ. *The Quality Control Handbook*. New York: McGraw-Hill, 1979
9. Ishikawa K. *What is Total Quality Control? The Japanese Way*. Englewood Cliff: Prentice-Hall, 1985
10. Crosby PB. *Quality is Free: The Art of Making Quality Certain*. New York: McGraw-Hill, 1979
11. Whetsell GW. Total quality management. *Top Health Care Financ* 1991 Winter; 18(2): 12-20
12. Shortell SM, Levin DZ, O'Brien JL, Hughes EFX. Assessing the evidence on CQI. Is the glass half empty or half full? *hospital Health Serv Admin* 1995;40(1): 4-24
13. Sahney VK, Higgins LM, Warden GL. Integrating total quality management core concepts into health management education. *J Health Admin Educ* 1995;13(1): 25-37
14. Walker GC, Crossett L, Smith-Blair N, Cordell B. Total quality management and quality assurance: discussing the differences. *J Med Qual* 1993;8(3): 161-5
15. Laffel G, Blumenthal D. The case of using industrial quality management science in health care organization. *JAMA* 1989 Nov 24;262(20): 2869-73
16. Cooper JC, Suver JD. The costs of quality. *J Health Admin Educ* 1995;13(1): 155-63
17. Casalou RF. Total quality management in health care. *Hosp Health Serv Admin* 1991;36(1): 134-46
18. Gustafson DH, Hundt AS. Findings of innovation research applied to quality management principles for health care. *Health Care Manage Rev* 1995 Spring; 20(2): 16-33

19. Neuhauser D. The quality of medical care and the 14 points of Edwards Deming. *Health Matrix* 1988 Summer;6: 7-10
20. Hackman JR, Wageman R. Total quality management: empirical, conceptual, and practical issues. *Admin Sci Q* 1995 Jun; 40: 309-42
21. Evans JP. Total quality: gains in the business sector. *J Health Educ* 1995;13(1): 3-14
22. McLaughlin CP, Kaluzny AD. Total quality management in health: making it work. *Health Care Manage Rev* 1990;15(3): 7-14
23. Lord J. Practical strategies for implementing continuous quality improvement. *Manage Care Q* 1993;1(2): 43-52
24. Batalden PB, Mohr J, Stroberg m, Baker GR. A conceptual framework for learning continual improvement in Health Administration Education Programs. *J Health Admin Educ* 1995;13(1): 67-90
25. Anderson-Miles E. Benchmarking in healthcare organizations: an introduction. *Healthcare Finan Manage* 1994 Sep; 58-61
26. Plsek PE. Techniques for managing quality. *Hospital Health Serv Admin* 1995;40(1): 50-79
27. Wakefield DS, Wakefield BJ. Overcoming the barriers to implementation of TQM/CQI in hospitals: myths and realities. *Qual Rev Bull* 1993 Mar: 83-8
28. Berger S, Sudman SK. Making total quality management work: successful CEOs read the warning signs. *Healthcare Execut* 1991;6(2): 22-5
29. Merry MD. Illusion vs reality: TQM beyond the yellow brick road. *Healthcare Execut* 1991;6(2): 18-21
30. Carman JM, Shortell SM, Foster RW, Hughes EF, Boerstler H, O'Brien JL, O'Couner EJ. Keys for successful implementation of total quality management in hospitals. *Health Care Manage Rev* 1996 Winter;21(1): 48-60
31. Schalowitz JI. Total quality management at motolora: a successful blueprint for manufacturing and service organizations. *J Health Educ* 1995;13(1): 15-23
32. Albright JM, Panzer RJ, Black ER, Mays RA, Lush-Chmann CM. Reporting tools for clinical quality improvement. *Clin Perform Qual Health Care* 1993;1(4): 227-32
33. Counte MA, Glandon GL, Oleske DM, Hill JP. Improving hospital performance: issues in assessing the impact of TQM activities. *Hosp Health Serv Admin* 1995; 40(1): 81-110
34. Bigelow B, Arndt M. Total quality management: field of dreams? *Health Care Manage Rev* 1995 Fall;20(4): 15-25
35. Waggoner DM. Application of continuous quality improvement techniques to the treatment of patients with hypertension. *Health Care Manage Rev* 1991 Summer; 17(3): 33-42
36. McGarvey R, Harper J. Pneumonia mortality reduction and quality improvement in a community hospital. *Qual Rev Bull* 1993 Apr;19: 124-30

37. Headrick L, Neuhauser D, Melnikow J. Asthma health status, ongoing measurement in the context of continuous quality improvement. *Med Care* 1993 Mar;31(3 Suppl): MS97-MS106
38. Whipple TW, Edick VL. Continuous quality improvement of emergency services. *J Health Care Market* 1993;13(4): 26-30
39. Re RN, Krousel-Wood MA. How to use continuous quality improvement theory and statistical quality control tools in a multispecialty clinic. *Qual Rev Bull* 1990 Nov;16: 391-7
40. Markon E. Staff empowerment: a medical record department's preliminary experiences with continuous quality improvement. *Topics Health Inform Manage* 1992;13(2): 20-8
41. Kleefield S, Churchill W, Laffel G. Quality improvement in a hospital pharmacy department. *Qual Rev Bull* 1991 May; 17: 138-43
42. Derhin H, Schaik MS. Quality improvement for a hospital patient transportation system. *Hosp Health Serv Admin* 1986; 38(1): 111-9
43. Burda D. Hospital teams find solutions: savings through quality management techniques. *Mod Healthcare* 1990; 20(45): 44
44. CQI may increase headaches for hospitals. *Hosp Peer Rev* 1993;18(6): 95-6
45. McCarthy GJ. TQM is key to improving services but it's not for every hospital. *Health Care Strateg Manage* 1991;46(6): 18-20
46. Gann MJ, Restuccia JD. Total quality management in health care: a view of current and potential research. *Med Care Rev* 1994; 51(4): 467-500
47. Barsness ZI, Shortell SM, Gillies RR. The quality march: part two of a national survey profiles quality improvement activities. *Hosp Health Networks* 1993 Dec;20: 52-5