

4-1-1994

## Quality of Medical services: an marketing -oriented approach

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. (1994) "Quality of Medical services: an marketing -oriented approach," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 38: Iss. 4, Article 1.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol38/iss4/1>

This Special Article 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](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

## คุณภาพของการบริการทางการแพทย์กับแนวคิดทางการตลาด

จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์\*

**Sriratanaban J. Quality of medical services : a marketing-oriented approach. Chula Med J 1994 Apr; 38(4): 169-178**

*An increase in competition and customer sophistication in the health service sector has made health service providers put more effort into improving service quality. In this article, the marketing concept of customer orientation is introduced to define the quality of medical services. The four properties of service - intangibility, variability, inseparability and perishability- are mentioned so as to explain how service quality should be judged. From the viewpoint of customers or patients, services are divided into core services and peripheral services. Their quality is evaluated through the processes of provision and the outcome. The relationship between patients' expectation and their perception of services determines the quality. Furthermore, a conceptual model and 10 determinants of service quality are discussed. Finally, some recommendations are given for medical service providers to improve their services.*

**Key words :** Health service, Medical service, Quality, Marketing

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

Received for publication. January 7, 1994.

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ระบบการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยได้มีการขยายตัวอย่างรวดเร็วเนื่องจากการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจฐานะของประชากรดีขึ้นโดยทั่วไป ทำให้มีผู้หันมาสนใจกับสุขภาพของตนเองและครอบครัวมากขึ้น อย่างไรก็ตามการขยายตัวของระบบ ความต้องการที่เพิ่มขึ้น รวมทั้งการเริ่มต้นของระบบประกันสังคม การประกันภัยผู้ประสบภัยจากรถทำให้โครงสร้างและความต้องการของผู้มารับบริการมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น การแข่งขันในระบบมีมากขึ้น ทั้งภายในภาคเอกชน และระหว่างภาครัฐกับเอกชน ทำให้มีการทุ่มเททรัพยากรลงไปเพื่อการแข่งขันเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ การพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลต่างๆ จึงเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความสำคัญกับคุณภาพของบริการ ซึ่งมักได้รับการประเมินตามมาตรฐานหรือหลักวิชาการที่ผู้ให้บริการได้กำหนดไว้ อย่างไรก็ตามความต้องการและความคิดของบุคคลในกลุ่มต่างๆ มีความแตกต่างกันอยู่เสมอ จึงมักเป็นที่ถกเถียงกันอยู่ว่าจะใช้มาตรฐานใดในการวัดคุณภาพ และใครสมควรเป็นผู้ประเมินหรือตัดสิน ส่งผลให้การปรับปรุงคุณภาพของบริการยังไร้ทิศทางที่ชัดเจน ทำให้มีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้ประสิทธิภาพน้อยกว่าที่ควร

การประยุกต์มุมมองและแนวคิดทางการตลาดมาใช้ในการประเมิน และกำหนดคุณภาพของบริการทางการแพทย์ เป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถเสริมความเข้าใจให้ตรงกันเกี่ยวกับคุณภาพของบริการที่จะช่วยให้มีเป้าหมายในการประเมินคุณภาพและการพัฒนาการให้บริการ อันจะนำมาสู่ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริการนั้นในที่สุดซึ่งในบทความนี้ผู้เขียนจะขอกล่าวถึงความหมายและแนวคิดทางการตลาดอย่างย่อ หลังจากนั้นจะอธิบายเกี่ยวกับคุณสมบัติที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของบริการ องค์ประกอบต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพและการประเมินคุณภาพของบริการทางการแพทย์ตามแนวคิดทางการตลาด พร้อมทั้งข้อเสนอแนะบางประการที่อาจนำมาใช้เป็นแนวในการพัฒนาคุณภาพของบริการทางการแพทย์ต่อไปได้

## การตลาดคืออะไร

โดยทั่วไปเมื่อมีผู้กล่าวถึงการตลาด ก็มักจะถูกแปลความหมายไปในทางธุรกิจเอกชนที่มุ่งหวังกำไรเป็นสำคัญ ในขณะที่เดียวกัน การตลาดถูกนำไปใช้ในความหมายทำนองเดียวกับการขายสินค้า การโฆษณาหรือการลดแลก

แจกแถม ดังที่มักได้พบเห็นในตลาดสินค้าอุปโภคบริโภคต่างๆ ไป แต่สิ่งเหล่านี้เป็นการแปลความหมายที่คลาดเคลื่อนไปจากความหมายที่ถูกต้อง

แท้จริงแล้ว การตลาด (Marketing) เป็นกระบวนการทางสังคมและการจัดการที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลได้มาซึ่งสิ่งที่สนองความจำเป็นและความต้องการโดยอาศัยการสร้าง การเสนอและการแลกเปลี่ยน “ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณค่า” กับผู้อื่น<sup>(1)</sup> แนวคิดทางการตลาดจึงเป็นแนวคิดของกระบวนการแลกเปลี่ยนคุณค่าที่อาจอยู่ในรูปของสินค้า บริการ ข้อมูล หรือทรัพย์สินอื่น เพื่อสนองตอบสนองความต้องการของบุคคลผู้เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญ อันได้แก่ การตอบสนองวัตถุประสงค์ของผู้ให้ (ผู้ผลิต) และสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับ (ลูกค้า) การตลาดไม่ได้เจาะจงว่าต้องเป็นกิจกรรมหนึ่งกิจกรรมใด หรือเป็นกิจกรรมทางธุรกิจซึ่งมุ่งหวังกำไรโดยเฉพาะ

หลักสำคัญของแนวคิดทางการตลาดที่จะนำมาประยุกต์ใช้ ณ ที่นี้คือ การให้ความสำคัญและยึดถือความต้องการของลูกค้าหรือผู้มารับบริการ เป็นบรรทัดฐานในการวางแผน และการดำเนินการผลิตสินค้าหรือบริการ (Customer orientation) เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง และสร้างความพึงพอใจให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ อันจะช่วยให้องค์กรผู้ให้บริการบรรลุถึงเป้าหมายที่ตั้งไว้

## บริการแตกต่างจากสินค้า

ก่อนกล่าวถึงคุณภาพของบริการโดยยึดแนวคิดทางการตลาด จะขอเสริมความเข้าใจที่ควรมีต่อบริการอีกสักเล็กน้อย เนื่องจากสินค้าและบริการนั้นมีความแตกต่างกันหลายประการ ซึ่งทำให้การประเมินคุณภาพต่างกันไปด้วย

บริการ (Services) เป็นการปฏิบัติหรือการดำเนินการที่คนกลุ่มหนึ่ง จะเสนอให้คนอีกกลุ่มหนึ่งเพื่อตอบสนองความต้องการ บริการมีคุณสมบัติสำคัญที่ทำให้แตกต่างจากสินค้า ซึ่งสามารถสรุปได้เป็น 4 ประการดังนี้<sup>(1)</sup>

1. บริการไม่มีตัวตน (Intangibility) : ตัวบริการนั้นเป็นนามธรรม ผลลัพธ์ออกมาในรูปของผลงาน (Performance) มิใช่ตัวสินค้า (Product) จึงมีอาจจับต้องหรือมองเห็นได้ จะนับ วัด หรือนำมาทดสอบโดยตรงไม่ได้ ทำให้ยากแก่การประเมินและตรวจสอบคุณภาพ

2. **บริการมีความหลากหลายในตัวเอง (Variability or Heterogeneity) :** คุณภาพของบริการอาจเปลี่ยนไปได้เมื่อมีการเปลี่ยนผู้ผลิตหรือผู้ให้บริการ เปลี่ยนผู้รับบริการ หรือแม้แต่เปลี่ยนเวลา สถานที่ สิ่งแวดล้อม ทำให้ความสม่ำเสมอ (Consistency) เกิดขึ้นได้ยาก สิ่งที่ทำให้บริการต้องการให้ อาจจะไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้รับได้รับ เนื่องจากการรับรู้ (Perception) หรือความเข้าใจไม่ตรงกัน

3. **บริการไม่สามารถถูกแบ่งแยกได้ (Inseparability) :** การผลิต การส่งมอบ และการบริโภคบริการจะเกิดขึ้นพร้อมกัน ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมอย่างมากในกระบวนการผลิตบริการจึงมีบทบาทอย่างสำคัญในการผลิตบริการให้มีคุณภาพ และมักต้องเข้าไปเกี่ยวข้องโดยตรงกับบุคลากรของหน่วยงานที่ให้บริการเป็นจำนวนมาก

4. **บริการไม่สามารถเก็บรักษาไว้ได้ (Perishability) :** เมื่อการผลิตและส่งมอบบริการเกิดขึ้นพร้อมกัน จึงไม่สามารถผลิตไว้ล่วงหน้า แล้วเก็บรักษาไว้เพื่อส่งมอบหรือจำหน่ายภายหลังได้เหมือนสินค้า ดังนั้นเมื่อมีการจัดสรรทรัพยากรและเตรียมความสามารถในการผลิตบริการไว้ เช่น การว่าจ้างบุคลากร การจัดซื้ออุปกรณ์ต่างๆ การจัดเตรียมสถานที่ แล้วถึงเวลาไม่มีผู้มารับบริการหรือผู้มารับบริการมีจำนวนไม่มากพอ ทรัพยากรที่ใช้ไปนั้นจะสูญเปล่า เช่น การที่โรงพยาบาลมีห้องพักรักษา การที่ไม่มีผู้ป่วยมารับบริการตรวจโลหิตทั้งที่มีอุปกรณ์ เป็นต้น สถานการณ์เช่นนี้ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่มีงาน และไม่ทำให้เกิดผลผลิต (No productivity) การควบคุมประสิทธิภาพของการให้บริการจึงทำได้ยากกว่าการผลิตสินค้า

เมื่อหันมาพิจารณากิจกรรมต่างๆ ทางแพทย์ที่ทำให้แก่ผู้ป่วย เช่น การดูแลสุขภาพ การป้องกันการวินิจฉัยและรักษาโรครวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย พบว่ากิจกรรมเหล่านี้มีคุณสมบัติ 4 ประการดังกล่าว จึงจัดเป็นการให้บริการรูปแบบหนึ่งไม่ใช่สินค้า โดยมีแพทย์พยาบาลและเจ้าหน้าที่ต่างๆ หรือในภาพรวมคือโรงพยาบาล คลินิก สถานีนอนามัย เป็นผู้ให้บริการ

**คุณภาพของบริการคือความสามารถในการสนองความต้องการของผู้มารับบริการ**

เช่นเดียวกับการซื้อสินค้า สิ่งที่ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการประสงค์จะได้รับจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ คือ ต้องการคุณภาพในบริการที่ได้รับ หากแต่เป็นการยากกว่าในการให้นิยามคุณภาพของบริการเมื่อเทียบกับความเข้าใจ

ที่มีต่อคุณภาพของสินค้าโดยทั่วไป

ตามแนวคิดของผู้ป้อนที่ว่าคุณภาพหมายถึง “ไร้ข้อบกพร่อง และทำได้ถูกต้องตั้งแต่ครั้งแรก (Zero defect-doing it right the first time)” อาจจะเป็นความหมายที่แคบเกินไป คำนิยามที่น่าจะชัดเจนกว่าคือ **คุณภาพหมายถึงความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ได้ (Fitness for use)<sup>(2)</sup>** นั่นคือเป็นไปตามความต้องการของผู้ใช้หรือลูกค้า (Conformance to requirement) ซึ่งเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากสินค้าหรือบริการนั้นๆ ลำพังเป็นเพียงสิ่งที่ไร้ข้อบกพร่องหรือข้อผิดพลาดอาจไม่มีคุณค่าถ้าไม่สามารถนำไปใช้หรือไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ ดังนั้นความเห็นของคนที่มีต่อคุณภาพของสินค้าหรือบริการหนึ่งๆ จึงแตกต่างกันไปตามความต้องการที่แตกต่างกัน

เมื่อเราพิจารณาคูณภาพของสินค้ามักจะสามารรถพิจารณาจากตัวสินค้าได้ ยึดถือผลที่สินค้านั้นตอบสนองความต้องการเป็นสำคัญไม่จำเป็นต้องคำนึงถึงกระบวนการผลิต แต่สำหรับคุณภาพของบริการแล้ว จะมีความแตกต่างออกไป เนื่องด้วยคุณสมบัติของบริการ 4 ประการดังกล่าวคือ บริการไม่มีตัวตน มีความหลากหลายในตัวเอง ไม่สามารถถูกแบ่งแยกและเก็บรักษาไม่ได้ ทำให้คุณภาพของบริการถูกประเมินจากทั้งกระบวนการการให้บริการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการบริการนั้น (Outcome) โดยเฉพาะการมีปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ ในบางครั้งมีความสำคัญมากกว่าผลของบริการในการประเมินคุณภาพของบริการ<sup>(3)</sup> หากกระบวนการให้บริการเป็นที่พอใจของผู้รับบริการแล้ว แม้ว่าผลจะไม่ออกมาดีนัก ผู้มารับบริการมักจะยอมรับได้ เช่น แพทย์รักษาผู้ป่วยแต่ผู้ป่วยเสียชีวิต ญาติของผู้ป่วยก็อาจจะยอมรับได้ว่า ไม่ใช่เป็นเพราะการรักษาไม่ดี เมื่อเห็นว่าในระหว่างให้การรักษานั้นแพทย์รวมทั้งเจ้าหน้าที่อื่นๆ ได้พยายามอย่างดีที่สุด มีความสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย และได้มีการอธิบายชี้แจงกับญาติอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

นอกจากนี้บริการทางการแพทย์ยังมีลักษณะพิเศษอีกประการหนึ่งที่แตกต่างไปจากบริการทั่วไป คือ บริการทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะถูกกำหนดโดยผู้ให้บริการ (Supply-determined) เนื่องจากผู้มารับบริการอาจยังไม่รับรู้ถึงปัญหา รวมทั้งความต้องการทางด้านสุขภาพที่แท้จริงของตนเอง หรือมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะระบุชนิดและประเภทบริการที่จำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการของตนได้ ทำให้อาจมีความเข้าใจว่าในการประเมินคุณภาพของบริการ

ทางการแพทย์ ผู้ให้บริการควรเป็นผู้กำหนดและตัดสินคุณภาพของบริการ อย่างไรก็ตามจะพบว่าผู้ที่ได้รับประโยชน์หรือใช้ประโยชน์จากบริการคือผู้รับบริการ และเมื่อพิจารณาพร้อมกับแนวคิดทางการตลาดซึ่งให้ความสำคัญกับแก่ความต้องการของลูกค้าผู้มารับบริการ ทำให้สรุปได้ว่าผู้ที่ควรเป็นผู้ตัดสินว่าบริการทางการแพทย์หนึ่งๆ มีคุณภาพหรือไม่ควรจะเป็นผู้ที่มารับบริการหรือผู้ป่วยนั่นเอง กล่าวคือบริการหนึ่งๆ สามารถสนองตอบความต้องการได้มากน้อยเพียงใด ส่วนบทบาทของผู้ให้บริการหรือแพทย์จะเป็นแต่ผู้วางมาตรฐาน และประเมินว่าบริการนั้นเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งดูเหมาะสมกว่า

### คุณภาพของบริการเป็นผลจากการเปรียบเทียบความคาดหวังและการรับรู้ในบริการ

เมื่อคุณภาพของบริการถูกประเมินโดยผู้มารับ

บริการ ดังนั้นถ้าบริการหนึ่งๆ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการได้จะกล่าวได้ว่าบริการนั้นมีคุณภาพ เช่น เมื่อผู้ป่วยเป็นหวัดและมารับบริการตรวจรักษาจากโรงพยาบาลย่อมต้องการหายจากโรคหวัด หากเมื่อได้รับการรักษาแล้วโรคหวัดหายไป เช่นนี้ผู้ป่วยอาจกล่าวบริการที่โรงพยาบาลมีคุณภาพหรือกล่าวว่ารักษาเก่งหรือรักษาดี ซึ่งล้วนมีความหมายเดียวกันในทางที่ดีทั้งสิ้น

อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยเมื่อมาโรงพยาบาลโดยละเอียดจะพบว่าความต้องการของผู้ป่วยมิได้เพียงการหายจากโรคเท่านั้น แต่จะมีความต้องการอื่นๆ ร่วมด้วยอีก เช่น ต้องการความรู้ในเรื่องสุขภาพและโรคที่เป็น ต้องการบริการที่มีความสะดวกรวดเร็วเป็นพิเศษ เป็นต้น จึงอาจแยกแยะองค์ประกอบของความต้องการบริการออกเป็นหมวดหมู่ใหญ่ๆ ได้ 2 ประเภทดังนี้<sup>(4)</sup> (ดู Diagram 1 ประกอบ)

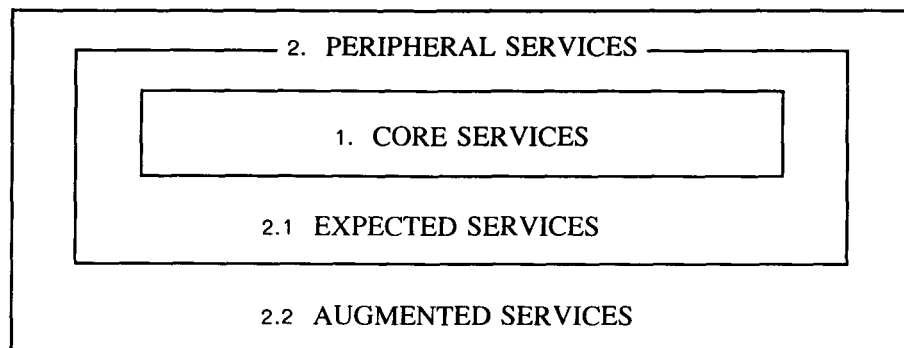


Diagram 1. Needs for services.

1. บริการหลักที่ต้องการจริงๆ (Core services) หมายถึง บริการที่ผู้มารับบริการต้องการมากจนกระทั่งก่อให้เกิดการตัดสินใจมารับบริการครั้งนั้นๆ เช่น เมื่อผู้ป่วยยอมต้องการรับการรักษาให้โรคหายจึงตัดสินใจมาโรงพยาบาล เป็นต้น ความต้องการบริการหลักนี้มักคงที่สำหรับปัญหาหรือความต้องการอย่างหนึ่งๆ หากไม่สามารถสนองตอบความต้องการชนิดนี้ได้ ผู้รับบริการมักจะเกิดความไม่พอใจมากและประเมินว่าบริการที่ได้รับไร้คุณภาพ

2. บริการที่เกี่ยวข้อง (Peripheral services) หมายถึง บริการที่ไม่ใช่ Core service แต่เป็นบริการอื่นๆ ที่ผู้ให้บริการสามารถให้ร่วมกับ Core service อันจะช่วยส่งเสริมคุณภาพของบริการได้ ซึ่งสามารถแบ่งเป็น 2 กลุ่มจากมุมมองของผู้รับบริการดังนี้

2.1 บริการที่คาดหวังว่าจะได้รับ (Expected services) หมายถึง บริการข้างเคียงที่เกี่ยวข้องเนื่องหลายๆ อย่างกับ Core Services ที่มารับบริการคาดหวังล่วงหน้าว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการ เช่น นอกเหนือจากการรักษาที่ต้องการ ผู้ป่วยอาจคาดหวังจะได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็วได้รับความรู้และความเห็นอกเห็นใจด้วย เป็นต้น ความต้องการบริการในกลุ่มนี้จะเปลี่ยนไปได้ตามสถานการณ์บุคคล เวลา และสถานที่ เช่น ในกรณีผู้ป่วยคนเดียวกันเมื่อตัดสินใจไปรับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐ จะมีความคาดหวังในบริการไม่เหมือนกับไปโรงพยาบาลเอกชน

การได้รับบริการตามที่ได้คาดหวังไว้จะทำให้ผู้มารับบริการเกิดความพึงพอใจ (Satisfaction) และประเมินว่าบริการที่ได้รับนั้นมีคุณภาพ หากไม่ได้รับบริการดังคาด

บริการนั้นย่อมมีคุณภาพด้อยลง

2.2 บริการที่อยู่นอกเหนือความคาดหวัง (*Augmented services*) หมายถึง บริการที่ผู้มารับบริการอยากจะได้รับ แต่ไม่ได้คาดหวังว่าจะได้รับจากผู้ให้บริการ เช่น ผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ อาจคาดหวังต้องนั่งรอเป็นเวลานาน แต่กลับได้รับบริการที่รวดเร็วมาก เป็นต้น การได้รับบริการเช่นนี้จะทำให้ผู้มารับบริการเกิดความปิติยินดีและอึ้งมอกอึ้งใจ (*Delight*) อันเป็นความรู้สึกที่ยิ่งกว่าความพอใจ ส่งผลให้ประเมินว่าบริการที่ได้รับมีคุณภาพดีเยี่ยม อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้มารับบริการจะไม่ได้รับบริการประเภทนี้ก็มิได้เกิดความไม่พอใจแต่อย่างใด

พอจะกล่าวได้ว่า คุณภาพบริการนั้นขึ้นอยู่กับ การเปรียบเทียบของผู้รับบริการระหว่างบริการที่คาดหวังไว้ล่วงหน้า (*Expected services*) ทั้งบริการหลักและบริการที่เกี่ยวข้อง กับบริการที่ได้รับในความคิดของผู้มารับบริการ (*Perceived services*) เป็นสำคัญ

## ทุกขั้นตอนของการวางแผนบริการและการให้บริการมีผลต่อคุณภาพ

จากที่ได้กล่าวไว้แล้วข้างต้นว่าบริการนั้นไม่สามารถแบ่งแยกได้ การประเมินคุณภาพของบริการจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับทั้งกระบวนการให้บริการรวมทั้งผลของบริการที่เกิดขึ้น และความแตกต่างระหว่างบริการที่คาดหวังไว้กับบริการที่ได้รับ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ให้บริการจำเป็นต้องทราบถึงความต้องการ และความคาดหวังของผู้มารับบริการ แล้วนำมาวางแผนการผลิต ส่งมอบ รวมทั้งสื่อสารให้ผู้มารับบริการได้รับทราบ ขั้นตอนที่ว่านี้ล้วนมีผลต่อบริการที่ผู้รับบริการจะได้รับซึ่งอาจคลาดเคลื่อนไปจากความคาดหวัง ส่งผลถึงคุณภาพของบริการได้

Parasuraman, Zeithaml และ Berry ได้สร้างแบบจำลองของคุณภาพของบริการ จากการวิจัยในบริการหลายรูปแบบ โดยยึดความสัมพันธ์ของขั้นตอนต่างๆ รวมทั้งอธิบายเกี่ยวกับช่องว่าง (*Gap*) ที่เกิดขึ้นระหว่างขั้นตอนต่างๆ ในกระบวนการให้บริการซึ่งมีผลต่อคุณภาพซึ่งสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้<sup>(5)</sup> (ดู Diagram 2 ประกอบ)

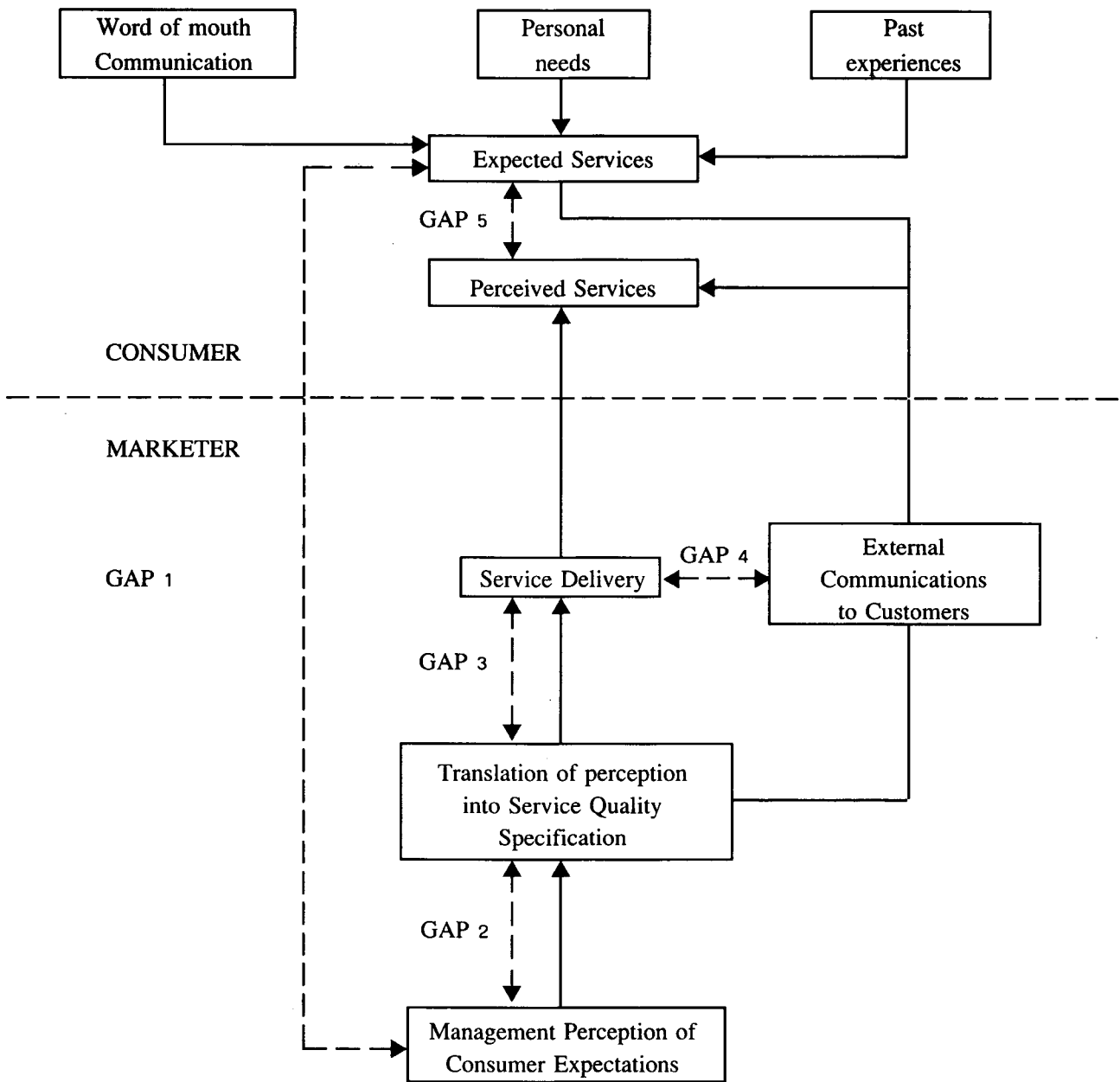


Diagram 2. Service quality model.<sup>(6)</sup>

**GAP 1** ช่องว่างระหว่างความคาดหวังของผู้มารับบริการ (Consumer expectation) และการรับรู้ถึงความต้องการนั้นของผู้บริหารของสถานพยาบาล (Management perception)

ผู้บริหารของสถานให้บริการทางการแพทย์อาจไม่ทราบหรือรับรู้ถึงความต้องการและความคาดหวังของผู้มารับบริการได้ทั้งหมด หรืออาจยึดถือความเข้าใจของตนเป็นที่ตั้งทำให้การให้บริการคลาดเคลื่อนไปจากความต้องการของผู้มารับบริการที่แท้จริงตั้งแต่ต้น เช่น ผู้บริหารโรงพยาบาลอาจคิดว่าสถานที่ที่ใหญ่โตหรูหราเป็นความต้องการของผู้ป่วย แต่แท้จริงแล้วผู้ป่วยคาดหวังเพียงสถานที่ที่สะอาดเป็นธรรมชาติกับการดูแลที่เอาใจใส่ที่ทั่วถึงมากกว่า

**GAP 2** ช่องว่างระหว่างการรับรู้ของผู้บริหารเรื่องความต้องการ และการกำหนดลักษณะของคุณภาพของบริการ (Service-quality specification)

แม้ผู้บริหารจะรับรู้ถึงความต้องการของผู้มารับบริการ ก็อาจจะไม่ได้นำมากำหนดเป้าหมาย หรือมาตรฐานของการให้บริการได้ ผู้บริหารอาจจะไม่ได้เอาใจใส่อย่างจริงจังเพื่อกำหนดลักษณะของบริการให้ได้คุณภาพ (No commitment) หรือกำหนดไว้ตามความเห็นของตนเท่านั้นด้วยข้อจำกัดต่างๆ เช่น ผู้บริหารเห็นความสำคัญของความสะอาดแต่ไม่ได้กำหนดเป็นนโยบายไว้เพราะขาดงบประมาณ เป็นต้น

**GAP 3** ช่องว่างระหว่างลักษณะของคุณภาพของบริการที่ได้กำหนดไว้ และการให้บริการ (Service delivery)

มีหลายปัจจัยที่มีผลให้การให้บริการจริงไม่เป็นไปตามที่ได้วางข้อกำหนดไว้ทำให้บริการไม่มีคุณภาพ เช่น งบประมาณน้อยเกินไป บุคลากรไม่มีความสามารถหรือไม่ได้รับการจูงใจเพียงพอ เครื่องมือเครื่องใช้ล้าสมัย ขาดความพร้อมและความร่วมมือภายในองค์กร เป็นต้น

**GAP 4** ช่องว่างระหว่างการให้บริการ และการสื่อสารให้ผู้มารับบริการรับทราบ (External Communication)

การสื่อสารหรือการประชาสัมพันธ์ให้ผู้มารับบริการได้รับรู้ถึงการให้บริการ จะมีผลต่อบริการที่ผู้มารับบริการจะคาดหวังและบริการที่จะรับรู้เมื่อได้รับบริการ ทั้งนี้บริการที่ผู้ให้บริการตั้งใจมอบให้อาจต่างจากบริการที่ผู้มา

รับบริการคิดว่าตนได้รับเนื่องจากความเข้าใจที่ไม่ตรงกันได้ การประชาสัมพันธ์ของผู้ให้บริการที่มักเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการตามที่ได้กำหนดเป้าหมายคุณภาพไว้ล่วงหน้าอาจทำให้ความคาดหวังของผู้มารับบริการในเรื่องการบริการคลาดเคลื่อนไปจากบริการที่จะได้รับจริง ทำให้ผู้มารับบริการผิดหวังและประเมินว่าบริการที่ได้รับด้อยคุณภาพ

**GAP 1** ช่องว่างระหว่างบริการที่ผู้มารับบริการรับรู้ (Perceived service) และบริการที่ผู้มารับบริการคาดหวังว่า (Expected service)

คุณภาพของบริการจะแปรโดยตรงกับขนาดและทิศทางของช่องว่างที่เกิดจากบริการที่ผู้มารับบริการคาดหวังว่าจะได้รับซึ่งเป็นผลมาจากคำบอกเล่าของบุคคลอื่น ความต้องการของตนเอง และประสบการณ์ในอดีต กับบริการที่ผู้มารับบริการได้รับรู้ซึ่งเป็นผลจากการให้บริการและการสื่อสารของผู้ให้บริการไปยังผู้รับ หากบริการที่โรงพยาบาลให้กับผู้ป่วยได้รับรู้ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับที่คาดหวังไว้บริการนั้นจะถูกจัดว่ามีคุณภาพ แต่หากบริการที่รับรู้ดีกว่าที่คาดไว้ ผู้ป่วยย่อมกล่าวว่าโรงพยาบาลมีบริการที่ไม่ดีหรือไร้คุณภาพ

ประเด็นสำคัญในการประเมินคุณภาพของบริการอยู่ที่บริการที่ผู้รับบริการคิดว่าเขาได้รับหรือบริการที่เขารับรู้ว่าได้เกิดขึ้น (Perceived services) ผู้มารับบริการจะประเมินคุณภาพของบริการตามที่รับรู้เท่านั้น ไม่สำคัญว่าบริการจริงๆ จะเป็นเช่นใด กระบวนการในการให้บริการจึงมีบทบาทมากในคุณภาพของบริการดังกล่าวมาแล้ว เพราะเป็นขณะที่ผู้มารับบริการได้เข้าไปเกี่ยวข้องและรับรู้เรื่องบริการ จึงทำให้มีองค์ประกอบหลายประการซึ่งเกิดขึ้นในขณะที่มีการให้บริการกับผู้มารับบริการ มีบทบาทเป็นสิ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพของบริการทางการแพทย์ด้วย

### ความต้องการหลายๆ ประการของผู้มารับบริการเป็นสิ่งบ่งชี้คุณภาพของบริการ

จากการศึกษาวิจัยกับผู้มารับบริการในธุรกิจการบริการหลายๆ สาขา พบว่ามีความต้องการหรือความคาดหวังในคุณลักษณะของบริการของผู้มารับบริการอยู่ 10 ประการสำคัญ ที่เป็นสิ่งบ่งชี้คุณภาพของบริการ (Determinants of service quality) ได้แก่<sup>(5)</sup>



### 1. ความเชื่อมั่นวางใจได้ (Reliability)

บริการให้สินนั้นจะต้องมีความถูกต้องแม่นยำ และเหมาะสมตั้งแต่ครั้งแรก รวมทั้งต้องมีความสม่ำเสมอ (Consistency) คือบริการทุกครั้งต้องได้ผลเช่นเดิม ทำให้ผู้มารับบริการรู้สึกว่าคุณให้บริการเป็นที่พึ่งได้ (Dependability) เช่น มีความถูกต้องแม่นยำในการวินิจฉัยโรค และการรักษา

### 2. ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการ (Responsiveness)

ผู้ให้บริการจะต้องมีความพร้อมและเต็มใจจะให้บริการ สามารถตอบสนองความต้องการต่างๆ ของผู้มารับบริการได้ทันท่วงที (Timeliness) เช่น โรงพยาบาลมีความพร้อมจะรับผู้ป่วยจากเหตุฉุกเฉินต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว สามารถจัดบริการได้ตามที่ผู้ป่วยต้องการ เป็นต้น แต่ทั้งนี้มิได้หมายความว่า จะต้องทำตามใจผู้ป่วยทุกประการ สิ่งใดที่ผู้ให้บริการเห็นว่าไม่เหมาะสม ก็สามารถสื่อสารที่ดีปรับความคาดหวังในบริการของผู้มารับบริการได้ ทำให้คุณภาพของบริการที่ถูกประเมินออกมาไม่เสียไป

### 3. สมรรถภาพในการให้บริการ (Competence)

ผู้ให้บริการต้องมีทักษะและความรู้ความสามารถในบริการที่จะให้ สามารถแสดงให้เห็นให้ผู้มารับบริการประจักษ์ และตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการได้ เช่น แพทย์มีความเชี่ยวชาญมีความสามารถในการรักษาโรค ในขณะที่บุคลากรอื่นๆ ต้องมีความรู้ความสามารถในสาขาของตนและสามารถนำมาใช้ในการบริการได้อย่างเต็มที่

### 4. การเข้าถึงบริการ (Access)

ผู้มารับบริการจะต้องเข้าถึงบริการที่ให้ได้ง่าย และได้รับความสะดวกจากการมารับบริการ รวมถึงบริการนั้นจะมีการกระจายไปอย่างทั่วถึงตามสมควร เช่น การคมนาคมที่สะดวก การบริการเป็นระเบียบ รวดเร็ว ไม่ต้องนั่งรอนาน การให้บริการเป็นไปอย่างเสมอภาค เป็นต้น

### 5. ความมีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy)

บุคลากรทุกคนในสถานบริการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการจะต้องมีความสุขภาพ มีความเอาใจใส่และเห็นอกเห็นใจผู้มารับบริการ รวมทั้งการมีกิริยามารยาท การแต่งกาย การไหว้จากที่เหมาะสม

### 6. การสื่อสาร (Communication)

การสื่อสารมีความสำคัญมากต่อคุณภาพของบริการ

นอกจากจะเป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการการให้บริการ ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว การสื่อสารเองยังจัดเป็นบริการอีกลักษณะหนึ่งด้วย ผู้ให้บริการจึงควรมีการให้ข้อมูลด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้มารับบริการพึงทราบและประสงค์จะทราบ เช่น ข้อมูลที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ การให้สุขศึกษาข้อมูลเรื่องค่าใช้จ่ายและทางเลือกในการรักษา เป็นต้น ซึ่งอาจอยู่ในรูปการสนทนาหรือการโฆษณาประชาสัมพันธ์รูปแบบต่างๆ นอกจากนี้การสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการจะต้องคำนึงถึงความเหมาะสมในด้านต่างๆ เช่น ระดับการศึกษา และกาลเทศะ

### 7. ความน่าเชื่อถือ (Credibility)

ความน่าเชื่อถือ ซึ่งเกิดมาจากความซื่อสัตย์ ความจริงใจ ความสนใจอย่างแท้จริงของผู้ให้บริการที่มีต่อผู้รับบริการเป็นส่วนที่สำคัญมากที่สุดอย่างหนึ่งสำหรับบริการทางการแพทย์ และทำให้มีผู้มารับบริการมากขึ้น มีการพูดกันปากต่อปาก ความเชื่อถือของผู้มาใช้บริการที่มีต่อผู้ให้บริการอาจเกิดจากปัจจัยอื่นเสริมอีก เช่น ชื่อ (Name) และชื่อเสียง (Goodwill) ของโรงพยาบาลและบุคลากรต่างๆ

### 8. ความมั่นคงปลอดภัย (Security)

ได้แก่ ความรู้สึกที่มั่นใจในความปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สิน รวมทั้งชื่อเสียง การปราศจากความรู้สึกเสี่ยงอันตรายและข้อสงสัยต่างๆ เช่น การรักษาความลับของผู้ป่วย การรักษาความปลอดภัย เป็นต้น

### 9. ความเข้าใจและรู้จักผู้มารับบริการ (Understanding/ knowing the customer)

ผู้ให้บริการควรจะต้องมีความเข้าใจและรู้จักผู้มารับบริการของตนเอง เช่น การที่แพทย์ พยาบาลของแผนกหนึ่งๆ สามารถจำชื่อผู้ป่วยได้ การมีระบบเก็บรักษาข้อมูลในอดีตของผู้ป่วยซึ่งสามารถนำกลับมาใช้ได้อย่างรวดเร็ว ไม่มีผิดพลาด

### 10. ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles)

เนื่องจากคุณภาพของบริการถูกประเมินโดยการเปรียบเทียบบริการที่คาดหวังกับบริการที่ผู้มารับบริการได้รับบริการที่ถูกนำเสนอออกมาเป็นรูปธรรมจะทำให้ผู้มารับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้นได้ชัดเจนและง่ายขึ้น เช่น การที่โรงพยาบาลมีสถานที่ที่ใหญ่โตหรูหรา เครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัยมีราคาแพง รวมทั้งราคาของบริการนั้นๆ ในหลายๆ กรณีสามารถทำให้ผู้มารับบริการจะรู้สึกว่าได้

บริการที่ดีกว่าแม้ว่าจะได้รับผลการรักษาเช่นเดิม อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าความเป็นรูปธรรมของบริการจะมาจากความหรูหราเครื่องมีราคาแพงเท่านั้น สิ่งเล็กๆ น้อยๆ ก็ช่วยสร้างรูปธรรมของบริการได้ เช่น การแสดงตัวอย่างประกอบการให้สุศึกษา การใช้รอยยิ้มเป็นสื่อแสดงอหยาตย์ไมตรี เป็นต้น

เมื่อนำแบบจำลองของคุณภาพของบริการมาพิจารณาพร้อมกับสิ่งบ่งชี้คุณภาพของบริการข้างต้น ทำให้กล่าวได้ว่าปัจจัยบางประการที่ปัจจุบันถือว่ามีค้ำคัญในสายตาของผู้ให้บริการ เช่น การรักษาที่ได้มาตรฐานตามหลักวิชาการ ใช้เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีสูงๆ ความหรูหราของสถานที่ยังไม่เพียงพอที่จะให้บริการทางการแพทย์นั้นได้รับการประเมินว่ามีคุณภาพดีโดยผู้รับบริการ หากแต่ต้องประกอบด้วยสิ่งบ่งชี้อื่นๆ อีก รวมทั้งการเอาใจใส่ในทุกขั้นตอนของการบริการตั้งแต่การค้นหาความต้องการของผู้มารับบริการขณะให้บริการ และการสื่อสารทำความเข้าใจระหว่างกันด้วย

### ข้อเสนอแนะ

จากแนวคิดทางการตลาด ประเด็นสำคัญประการหนึ่งเพื่อให้บริการมีคุณภาพคือ การให้บริการทางการแพทย์หนึ่งๆ ควรมีกลุ่มเป้าหมายที่แน่ชัด ด้วยเหตุที่ความคาดหวังและความต้องการของคนแต่ละคนนั้นต่างกันไป แม้ผู้ให้บริการจะมีความสามารถสูง ที่สามารถยืดหยุ่นเปลี่ยนแปลงลักษณะ หรือองค์ประกอบของบริการได้ แต่ย่อมไม่สามารถตอบสนองความคาดหวังของทุกคนได้ อีกทั้งการทำเช่นนั้นทำให้ประสิทธิภาพในการให้บริการลดลง การมีกลุ่มเป้าหมายแน่ชัดจะทำให้ขั้นตอนต่างๆ ในการกระบวนการให้บริการมีความชัดเจนตามไปด้วย ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดลักษณะบริการหรือการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้กับผู้มารับบริการ อย่างไรก็ตามมิได้หมายความว่าจะไม่บริการผู้มารับบริการอื่นๆ ที่อยู่นอกกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ควรคำนึงถึงวัตถุประสงค์ขององค์กรด้วย

การให้บริการทางการแพทย์ควรจะให้ค้ำคัญกับกระบวนการของการให้บริการให้มาก เพราะการให้บริการเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการโดยตรง ซึ่งในการให้บริการนี้จะมีบุคลากรจำนวนมากที่มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้มารับบริการตั้งแต่แพทย์พยาบาลเจ้าหน้าที่ที่ห้องบัตรห้องเจาะโลหิตพนักงานต้อนรับรวมทั้งการโรง ฯลฯ ทำให้บุคลากรเป็นปัจจัยที่ค้ำคัญที่สุด

ในการสร้างบริการที่มีคุณภาพ ดังนั้นการสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการให้บริการและการสร้างแรงจูงใจในการทำงานให้กับบุคลากรโดยวิธีการต่างๆ เช่น การสร้างบรรยากาศสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ดี การเอาใจใส่ดูแลของผู้บังคับบัญชา การให้รางวัลและการชมเชยตามสมควร จึงเป็นสิ่งที่มีความจ้ำเป็นมาก เมื่อบุคลากรเหล่านี้มีความพึงพอใจในงานแล้วย่อมสามารถสร้างผลงานที่พึงประสงค์ได้<sup>(6)</sup>

ผู้ให้บริการควรคำนึงถึงความคาดหวังในบริการของผู้รับบริการ ซึ่งมีส่วนอย่างมากในการประเมินคุณภาพของบริการ คำพูดที่พูดต่างๆ กันมา (Word of mouth) และประสบการณ์ของผู้มารับบริการเป็นปัจจัยค้ำคัญ จึงเป็นความจ้ำเป็นอย่างหนึ่งที่ผู้ให้บริการต้องทำให้ผู้รับบริการเกิดความประทับใจในบริการตั้งแต่ครั้งแรก การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการควรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องเพื่อลดช่องว่างของความเข้าใจที่อาจไม่ตรงกัน ในบางกรณีที่ผู้ให้บริการ เช่น แพทย์ เห็นว่าสิ่งใดน่าจะเป็นสิ่งจ้ำเป็นสำหรับผู้ป่วยแต่ผู้ป่วยยังไม่เล็งเห็น ย่อมเป็นหน้าที่ที่แพทย์ควรจะสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบถึงคุณค่าของบริการที่จะได้รับอย่างแท้จริง มิใช่อ้างเพียงว่าที่ผู้ป่วยกล่าวว่าบริการไม่มีคุณภาพหรือไม่ดี เป็นเพราะผู้ป่วยไม่รู้

อีกประการหนึ่งที่แน่นอนที่สุดคือ การรักษามาตรฐานการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามหลักวิชาการที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งการรักษาจรรยาแพทย์และจริยธรรมยังคงเป็นสิ่งที่มีอาจขาดไปและไม่สามารถหาสิ่งอื่นๆ เช่น เทคโนโลยีหรือบริการระดับโรงแรม 5 ดาว มาทดแทนได้ เนื่องจากมาตรฐานดังกล่าวนี้ทำให้เกิดความเชื่อมั่นไว้วางใจในบริการ สร้างความน่าเชื่อถือ และทำให้บริการนั้นสามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของผู้มารับบริการได้อย่างถูกต้อง เป็นผลดีกับผู้ให้บริการในระยะยาวอีกด้วย

### สรุป

จากแนวคิดที่ได้นำเสนอมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า การประเมินคุณภาพของบริการทางการแพทย์จากการอ้างอิงแนวคิดทางการตลาดเป็นการประเมินจากมุมมองของผู้มารับบริการหรือผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ได้รับประโยชน์จากบริการโดยการเปรียบเทียบบริการที่คาดหวัง (Expected service) กับบริการที่คิดว่าได้รับ (Perceived service) หากบริการที่ได้รับสามารถตอบสนองความต้องการ หรือความคาดหวังของผู้มารับบริการได้บริการนั้นย่อมถือว่ามี

คุณภาพ นอกเหนือจากนี้การให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพจะต้องให้บริการนั้นมีองค์ประกอบหลายประการร่วมกันด้วย เช่น ความน่าเชื่อถือ ความเห็นอกเห็นใจ อภัยภัยไมตรี ความสะอาดเรียบร้อยของสถานที่ เป็นต้น ซึ่งเป็นปัจจัยเหล่านี้ทำให้บุคลากรในสถานพยาบาลเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาให้บริการมีคุณภาพ

นอกจากนี้การให้บริการควรมีกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ให้บริการสามารถให้บริการที่มีคุณภาพตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้ถูกต้อง ผู้มารับบริการจะเกิดความประทับใจในบริการและมารับบริการอีกครั้งถึงจะถ่ายทอดความประทับใจนั้นต่อไป ส่งผลให้มีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นได้ ทำให้การใช้ทรัพยากรกับบริการต่างๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ตามความประสงค์ของผู้ให้บริการ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศ.นพ.ไพรัช ดีสุดจิต รศ.นพ.อำนาจ ศรีรัตนบัลล์ รศ.พญ.ทัสสนี นุชประยูร รศ.นพ.มูณี เศรษฐบุตร์ รศ.นพ.องอาจ วิพุธศิริ และคุณเมยวีร์ จิรวิษณุ สำหรับคำแนะนำในการปรับปรุงและแก้ไขบทความนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

### อ้างอิง

1. Kotler P. Marketing Management; Analysis, Planning, Implementation, and Control 7<sup>th</sup> edition, Engelwood Cliffs; Prentice-Hall International Inc., 1990: 4, 456-459
2. Schroeder, Roger G. Operation Management, New York; McGraw-Hill, 1989: 575
3. Parasuraman A. Customer-Oriented Corporate Cultures Are Crucial to Services Marketing Success. The Journal of Service Marketing, Summer 1987; 1(1): 39
4. Aaker D.A. Strategic Marketing Management 2<sup>nd</sup> edition, Singapore; John Wiley & Sons, 1988: 213-215
5. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implication for Future Research. The Journal of Marketing, Fall 1985; 49: 41-50
6. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. แรงจูงใจในการทำงาน. จุฬาลงกรณ์เวชสาร กรกฎาคม 2536; 37(7) : 435-42