

ปกิณกะ

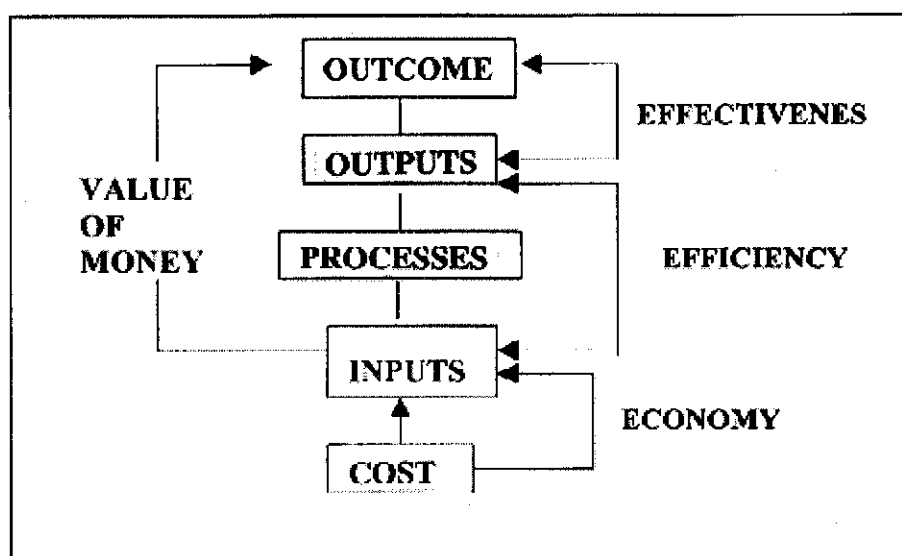
Super Quality Management

ประสิทธิ์ ชนะรัตน์*

หลักการและแนวคิด

โครงสร้างของ Super Quality Management (SQM) มีแนวคิดว่าคุณค่าของต้นทุนที่ใช้จ่ายไปในการบริการคุณภาพ จะต้องก่อให้เกิดประโยชน์

เชิงเศรษฐศาสตร์ (Economy) ประสิทธิภาพ (Efficiency) และประสิทธิผล (Effectiveness) ตามรูปที่ 1



รูปที่ 1 ความสัมพันธ์ของต้นทุนที่ใช้จ่าย ประโยชน์เชิงเศรษฐศาสตร์ ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

องค์กรหรือหน่วยงาน จะต้องมียุทธศาสตร์ (Vision) มีพันธกิจ (Mission) และมีคุณค่า หรือ คำนิยมร่วม (Value) โดยจะต้องคำนึงถึงมิติหลัก 9 ประการ (ตามรูปที่ 2) ดังนี้

1. การบริหารผู้รับบริการ (Customer management)
2. การวางแผนกลยุทธ์และการงบประมาณ (Strategic/Performance-based planning)

*ภาควิชาจุลทรรศน์ศาสตร์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

3. การบริหารกระบวนการ (Process/Performance management)

4. การคำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายโดยอาศัยฐานกิจกรรม (Activity-based planning)

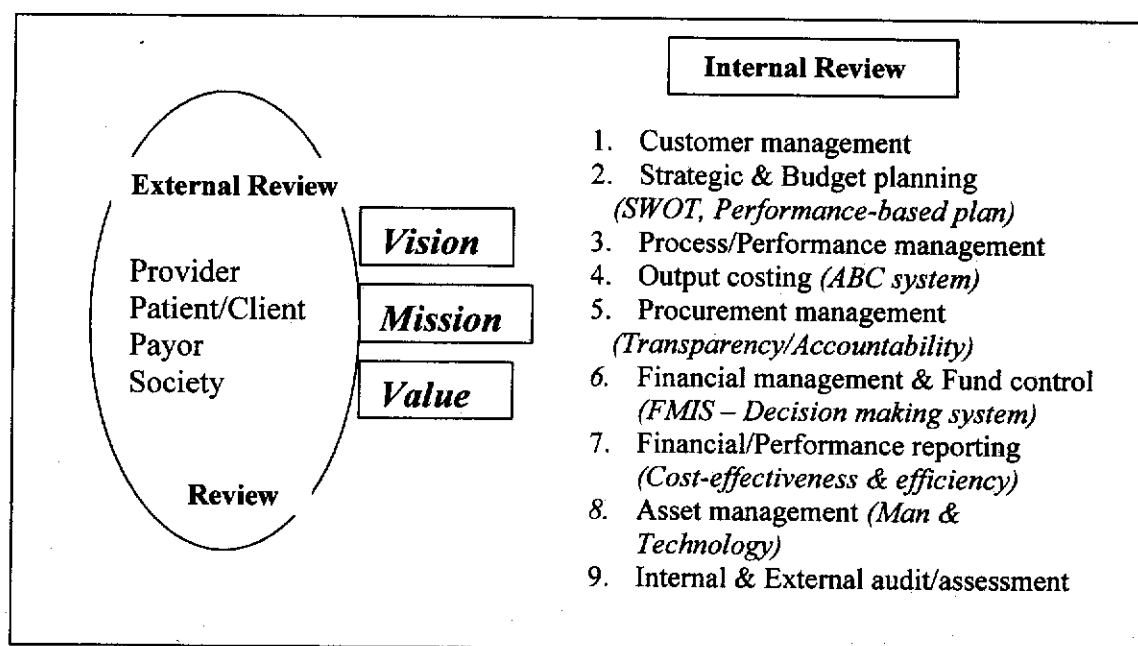
5. การบริหารงานการจัดซื้อพัสดุ (Procurement management) จะต้องมีความโปร่งใส (Transparency) และตรวจสอบได้ (Accountability)

6. การบริหารและการควบคุมการเงิน (Financial management/Fund control) จะต้องมีการตัดสินใจที่ดี เหมาะสมและทันกาล

7. ระบบการรายงานผลทางด้านการเงิน และการกระทำ (Financial/Performance reporting) จะต้องคำนึงถึง Cost-effectiveness และ Cost-efficiency

8. การบริหารทรัพย์สิน (Asset management) ได้แก่ บุคลากร เครื่องมือ เทคโนโลยีที่นำมาใช้ และภูมิปัญญาของบุคลากร และของหน่วยงาน

9. การตรวจสอบภายในและการประเมินจากภายนอก (Internal audit/External assessment)



รูปที่ 2 การบริหารต้นทุนค่าใช้จ่ายและคุณภาพตามแนวคิด 3E

ในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดทางด้านการเงินและงบประมาณ จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ผู้บริหารห้องปฏิบัติการ จะต้องพิจารณาถึงความคุ้มค่า และคุ้มค่า ของต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น โดยไม่ลดคุณภาพ อาจจะมีผู้บริหารบางคน มีความเข้าใจผิดว่าการเพิ่มคุณภาพ อาจจะนำไปสู่การเพิ่มต้นทุนค่าใช้จ่ายและลดผลผลิต (Productivity) หากผู้บริหารคำนึงถึงการลดต้นทุนค่าใช้จ่ายแต่เพียง

ประการเดียว ก็อาจจะก่อให้เกิดความผิดพลาด โดยอาจจะสูญเสียผู้รับบริการ และส่วนร่วมการครองตลาดลงได้ รายงานนี้ เพื่อนำเสนอเครื่องมือในการบริหารคุณภาพโดยใช้ฐานการวิเคราะห์ต้นทุนค่าใช้จ่ายต่อผลผลิตและผลลัพธ์ตามแนวทาง SQM เพื่อการเพิ่มผลผลิตอย่างต่อเนื่อง (Continuous productivity improvement) โดยอาศัยฐานความคิดจากการบริหารต้นทุนค่าใช้จ่าย

การบริหารต้นทุนค่าใช้จ่ายและหลักเศรษฐศาสตร์สุขภาพ (Health Economics)

ผู้บริหารห้องปฏิบัติการ มีความมุ่งหมายที่สำคัญ คือต้องการเพิ่มผลผลิตโดยมีคุณภาพสูงสุด แต่ใช้ต้นทุนค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด คณะกรรมการบริหารห้องปฏิบัติการมีความหวังอันสูงสุดที่จะให้ห้องปฏิบัติการมีคุณภาพ 100% หรือมีความผิดพลาดเป็นศูนย์ (Zero defect) ดังนั้นผู้บริหารทุกระดับ ตั้งแต่หัวหน้าห้องปฏิบัติการ หัวหน้างาน (Supervisor) และผู้ปฏิบัติงาน จำเป็นต้องมีแผนกลยุทธ์ (Strategic plan) แผนกลวิธี (Tactic plan) และแผนปฏิบัติการ (Operative plan) ตามลำดับ

การประเมินผลการบริหารคุณภาพ จำเป็นจะต้องประเมินดังนี้

1. เศรษฐศาสตร์ (Economy)
2. ผลที่ได้รับในทางคลินิก และทางปฏิบัติ (Clinical and operational benefits)
3. การเพิ่มผลผลิต (Productivity)

การคำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายและการบริหารงบประมาณมีหลายวิธี แต่การใช้การคำนวณโดยฐานกิจกรรม (Activity-based costing) จะมีประโยชน์และเหมาะสมสำหรับห้องปฏิบัติการทางคลินิก การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ ได้แก่

1. Cost minimization คือต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ต่ำสุดในการบริการ
2. Cost-effectiveness คือต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปแล้ว เชิงก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งแตกต่างจาก Cost-efficiency คือต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปแล้วต่อผลผลิต (Output) ว่ามากน้อยเพียงใด
3. Cost utility คือต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปแล้ว เกิดประโยชน์ต่อจำนวนปีของคุณภาพชีวิต (Quality-adjusted life years, QALYs) ของ

ผู้ป่วยอย่างไร

4. Cost-benefit คือต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ใช้ไปแล้ว ก่อให้เกิดคุณค่าของผลลัพธ์ (Worth the outcome) มากน้อยเพียงใด

การวิเคราะห์ประโยชน์ต่อผลลัพธ์ (Outcome) จะต้องพิจารณาในหัวข้อต่อไปนี้

1. ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical benefit) ซึ่งจะต้องพิจารณาว่าผลทางห้องปฏิบัติการจะมีประโยชน์ต่อการวินิจฉัยโรค (Diagnostic strategy) อย่างไร โดยจะต้องคำนึงถึง ความไวของการทดสอบ (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) เป็นประโยชน์ต่อการรักษาหรือไม่ ความถูกต้อง (Accuracy) การนำผลทางห้องปฏิบัติการไปใช้ อย่างเหมาะสม (Appropriate utilization) และการนำไปใช้ได้ทันเวลา และผลลัพธ์ของสุขภาพที่เกิดขึ้น อาจรวมถึงคุณภาพชีวิตด้วย

2. ผลลัพธ์ทางการปฏิบัติ (Operational benefit) ต่อผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลสั้นลง จำนวนบุคลากรที่ใช้ จำนวนเครื่องมือ และทรัพยากรอื่นๆ ที่ใช้ไป

ดังนั้น การปรับปรุงการเพิ่มผลผลิต (Productivity improvement) จะขึ้นกับประสิทธิภาพด้านต่างๆ ซึ่งได้แก่

1. ประสิทธิภาพเชิงเทคนิค (Technical efficiency) หมายถึง อัตราส่วนของ Input/Output
2. ประสิทธิภาพเชิงเศรษฐศาสตร์ (Economic efficiency) หมายถึง Input / ต้นทุนค่าใช้จ่าย
3. ประสิทธิภาพเชิงการกระจาย (Allocative efficiency) หมายถึงความสัมพันธ์ของ Input และ Output เชิงสถานภาพทางสุขภาพ (Health status)

การประเมินค่าใช้จ่ายของห้องปฏิบัติการ การบริหารงบประมาณ การเพิ่มผลผลิต ประโยชน์ของผลลัพธ์และผลผลิต อาจจะพิจารณาได้ในเชิงหัวข้อต่อไปนี้

1. Present benefit cost
2. Benefit-cost ratio
3. Internal rate return (IRR), Return on net assets (RONA), Return on investment (ROI)
4. Sensitivity of the analysis
5. Risk management
6. Cost/Effectiveness
7. Average cost/case
8. Incremented cost-effectiveness ratio

ต้นทุนค่าใช้จ่ายของการไม่มีคุณภาพ (Cost of Non-quality)

สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง คือผู้บริหารควรใส่ใจค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการไม่มีคุณภาพ การทำซ้ำ การไม่นำผลไปใช้ การคำนวณผิดพลาด ฯลฯ เป็นต้น การเรียกชื่อ อาจเรียกว่า Cost of poor quality แต่ระบบของ Sigma เรียกว่า Non-conformance

สรุป

ผู้บริหารห้องปฏิบัติการ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องบริหารห้องปฏิบัติการโดยคำนึงถึงต้นทุนค่าใช้จ่าย เนื่องจากภาวะการณ์ในขณะนี้ มีงบประมาณอันจำกัด จะทำให้การบริหารคุณภาพไปได้ถึงจุดมุ่งหมายตามต้องการได้เร็วขึ้น โดยใช้หลักประหยัด ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลสูงสุด โดยใช้ต้นทุนค่าใช้จ่ายต่ำสุด

เอกสารอ้างอิง

1. Waters H, Abdallah H, Santillan D. Application of activity-based costing (ABC) for a Peruvian NGO health care provider. *Int J Hlth Plann Manage* 2001; 16: 3-18.
2. Glick ND, Blackmore CC, Zelman WN.

Extending simulation modeling to activity based costing for clinical procedures. *J Med Syst* 2000; 24: 77-89.

3. Kilty GL. Baseline budgeting for continuous improvement. *Hosp Mater Manage Q* 1999; 20: 29-32.
4. Walter PH, Baker JJ, Chiverton P. Cost of interdisciplinary practice in a school-based health center. *Outcomes Manage Nurs Prat* 1998; 2: 37-44.
5. Gray AM. ALS/MND and the perspective of health economics. *J Neurol Sci* 1998; 160 (Suppl 1): S2-5.
6. Kernick DP. Which antidepressant ? A commentary for general practice on evidence-based medicine and health economics. *Br J Gen Pract* 1997; 47: 95-8.
7. Gafni A, Birch S, Mehrez A. Economics, health and health economics : HYE (healthy-year equivalent) versus QALYs (Quality-adjusted live year). *Health Econ* 1993; 12: 325-39.
8. Rosenstein AH. Measuring the benefit of clinical decision support : return on investment. *Pharm Pract Manage Q* 2000; 20: 28-43.
9. Briggs AH, O'Brien BJ. The death of cost-minimization analysis ? *Health Econ* 2001; 10: 179-84.
10. Division of Policy and Planning, Faculty of Medicine, Chiang Mai University. Unit cost of patients, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital 2000. (in Thai)