

การจัดองค์การศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้บริการด้านเอชไอวีในกลุ่มชาย
ที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองของภาคประชาสังคม
: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง

นายระพีพันธ์ จอมมะเริง

การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
วิชาเอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2561

**The Organization of Community Health Center to Provide HIV Services for Men
Who Have Sex with Men and Transgender Women by the Civil Society
: A Case Study of Rainbow Health Center**

Mr. Rapeepun Jommaroeng

An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Health Administration
School of Health Science
Sukhothai Thammathirat Open University

2018

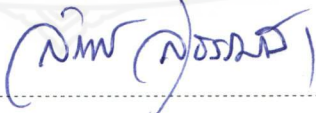
หัวข้อการศึกษาค้นคว้าอิสระ การจัดองค์การศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้บริการด้านเอชไอวี
ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง
ของภาคประชาสังคม: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง
ชื่อและนามสกุล นายระพีพันธ์ จอมมะเริง
วิชาเอก บริหารสาธารณสุข
สาขาวิชา วิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง

การศึกษาค้นคว้าอิสระนี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 23 สิงหาคม 2562

คณะกรรมการสอบการศึกษาค้นคว้าอิสระ


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อารยา ประเสริฐชัย)


.....
(รองศาสตราจารย์สุวรรุช สุธรรมมาสา)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ชื่อการศึกษา คั่นคว้ออิสระ การจัดการศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้บริการด้านเอชไอวีในกลุ่มชาย
ที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองของภาคประชาสังคม
: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง

ผู้ศึกษา นายระพีพันธ์ จอมมะเริง **รหัสนักศึกษา** 2605001086 **ปริญญา** สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง **ปีการศึกษา** 2561

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาวิธีการจัดการและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพชุมชนในการให้บริการด้านเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองของภาคประชาสังคม (2) ศึกษาฐานคติในการจัดตั้งและการเข้าร่วมงานศูนย์สุขภาพชุมชนในการให้บริการด้านเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองของภาคประชาสังคม และ (3) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะทางนโยบายเพื่อให้ออกแบบต่อรูปแบบและแนวทางวิธีการจัดการและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริการด้านเอชไอวีในภาพรวมของประเทศ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อตอบคำถามวิจัยหลัก 3 ข้อคือ 1) วิธีการจัดการและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพในฐานที่เป็นองค์การภาคประชาสังคมเป็นอย่างไร 2) ฐานคติในการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งนี้มีลักษณะเช่นใด และ 3) มีข้อเสนอแนะทางนโยบายอะไรเพื่อให้ออกแบบต่อรูปแบบและแนวทางการจัดการและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีประสิทธิภาพ วิธีดำเนินการวิจัยเป็นการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจากผู้ให้ข้อมูลหลักในศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง รวมค่าแห่งจำนวน 9 ตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์แบบเชิงประเด็น เครื่องมือที่ใช้คือแนวคำถามสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ซึ่งมีการทดสอบคุณภาพในเรื่องความเที่ยงและความตรงโดยใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน

จากการศึกษา พบว่า (1) วิธีการจัดการและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพชุมชนในกรณีของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งสามารถวิเคราะห์ออกมาเป็น 5 มิติคือ ด้านวัตถุประสงค์ ซึ่งในด้านวัตถุประสงค์มีความชัดเจนคือเพื่อการเข้าถึงบริการในกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ด้านโครงสร้างองค์การแบบเครื่องจักรหรือองค์การระบบราชการแบบเครื่องจักรกลที่มีลักษณะงานเป็นกิจวัตร มีกฎระเบียบที่เป็นทางการ มีอำนาจการบังคับบัญชาด้านบุคลากรมีทั้งที่บุคลากรที่มีใบประกอบวิชาชีพทางด้านแพทย์และบุคลากรที่มาจากชุมชนที่มีความหลากหลายทางเพศ ด้านข้อมูลมีทั้งข้อมูลที่จัดทำเองและตามความต้องการของแหล่งทุน และด้านเทคนิคมี 3 ประการคือ ด้านวิชาการที่สนับสนุนโดยสภาวิชาชีพ ด้านมาตรฐานที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข และด้านการบริหารที่กำหนดโดยภาคประชาสังคมด้วยกัน (2) ฐานคติของการจัดตั้งศูนย์เป็นไปเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ในการดำเนินงานตามตัวแบบเข้าถึง-ชักชวน-ตรวจ-รักษา-ป้องกัน-ต่อเนื่องที่เป็นมิตรกับกลุ่มเป้าหมายที่สุด และ (3) ในส่วนของข้อเสนอแนะทางนโยบายยังคงต้องมีการหาความสมดุลระหว่างกลไกปกติที่ให้บริการเป็นบุคลากรวิชาชีพและการส่งเสริมให้บุคลากรจากพื้นที่ในชุมชนสามารถจัดบริการด้านเอชไอวีได้ด้วยตนเอง

คำสำคัญ การจัดการ ศูนย์สุขภาพชุมชน ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง ภาคประชาสังคม

Independent Study title: The Organization of Community Health Center to Provide HIV Services for Men Who Have Sex with Men and Transgender Women by the Civil Society : A Case Study of Rainbow Health Center

Author: Mr. Rapeepun Jommaroeng; **ID:** 2605001086; **Degree:** Master of Public Health ; **Independent Study advisor:** Dr.Warangkana Chankong, Associate Professor; **Academic year:** 2018

Abstract

The purposes of this study were to: (1) explore how the community health center, as an entity in the civil society sector, is organized and structured; (2) make assumptions for the establishment of this community health center and factors affecting staff's decision to work there; and (3) make policy recommendations in response to modeling and organization to be an effective community health center.

This study applied a qualitative method to answer three research questions, including: (1) How is the community health center, as an entity in the civil society sector, organized and structured? (2) What are the assumptions for the establishment of this community health center and factors affecting staff's decision to work there? (3) What are policy recommendations in response to modeling and organization to be the effective community health center? The methodology applies a combination of the desk review approach and the in-depth interview approach for data collection from nine key informants of the Rainbow Health Center Ramkhamhaeng; and data were then analyzed by applying thematic analysis.

The study has revealed that: (1) the modeling of the community health center can be presented in five dimensions, including the objective being clear to increase health service access for men who have sex with men and transgender women; the structure being machine bureaucracy with routine operations, formal rules and authority hierarchy; staff being licensed medical/health professionals and community members with gender diversity; its management information system including their own system and those required by donors; and the three-dimension techniques, including technical support from the Thai Red Cross Society, standardization by the Ministry of Public Health, and management standards by the civil society norms; (2) The assumption for the establishment of the community health center is to enable the implementation in compliance with the Reach-Recruit-Test-Treat-Prevent-Retain framework with the friendliest setting possible; and (3) in terms of policy, there is an issue around the balance between having professionals providing services versus empowering community workers to provide and manage their own HIV services.

Keywords: organization, community health center, men who have sex with men, transgender women, civil society sector

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาของรองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ จันทรวง อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อารยา ประเสริฐชัย ประธานกรรมการสอบ และยังรวมถึงคณาจารย์สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ให้โอกาสกับนักศึกษาซึ่งเป็นคนเดียวในรุ่นที่มาจากภาคประชาสังคมได้เข้ามาศึกษาในสาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ เอกบริหารสาธารณสุข ซึ่งความรู้ที่ได้นี้มีประโยชน์อย่างยิ่งในการที่จะนำไปพัฒนาบริการทางด้านสาธารณสุขของภาคประชาสังคม นอกจากนี้ยังต้องขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในโครงการที่ได้ให้คำปรึกษาในการดำเนินเรื่องต่าง ๆ จนสามารถผ่านอุปสรรคในระหว่างการศึกษาไปได้อย่างดี

ทางนักศึกษายังต้องขอขอบคุณสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยที่อนุญาตให้ใช้เป็นพื้นที่ในการศึกษา รวมทั้งคุณกมลเศรษฐ์ เก่งการเรือ เลขานุการสมาคมฯ คุณคนัย ถินจงรัตน์ ผู้อำนวยการสมาคมฯ และเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งรวมคำแห่งที่สะดวกในการให้ข้อมูลที่มีค่า และต้องขอขอบคุณ ดร. ปณัศย์ รัฐกิจวิจารณ์ ณ นคร จากศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และ ดร. สมพร สายแวง จากศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง รวมถึง คุณกมลเศรษฐ์ เก่งการเรือ เลขานุการสมาคมฯ ในการเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบคำถามสัมภาษณ์ให้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการทบทวนจริยธรรมการวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ที่รับพิจารณาการศึกษานี้ เพื่อให้ทำงานชิ้นนี้มีมาตรฐานทางจริยธรรมทางสังคมศาสตร์

สุดท้ายนี้ สิ่งที่สำคัญที่สุดอีกประการคือ กำลังใจที่ได้จากคนรอบข้างคอยโอบอุ้มให้นักศึกษาสามารถฟันฝ่าอุปสรรคมาจนถึงขั้นตอนสุดท้ายได้ก็คือ คุณแม่ฐาปนีย์ จอมมะเร็ง-ปิ่นทอง คุณพ่อสมชาย จอมมะเร็ง และคู่ชีวิตคุณ โกศล ชื่นชมสกุลชัย และยังมีนักศึกษาเพื่อนร่วมรุ่นอีกหลายท่านที่ได้ให้คำปรึกษาข้อมูลต่าง ๆ รวมถึงมิตรภาพและความสัมพันธ์ซึ่งทำให้การเข้ามาศึกษาในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราชนี้มีความสมบูรณ์อย่างที่สุด

ระพีพันธ์ จอมมะเร็ง

สิงหาคม 2562

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	3
วัตถุประสงค์การศึกษา	4
ขอบเขตการศึกษา	4
กรอบการดำเนินงานศึกษา	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
ประโยชน์ที่จะได้รับ	5
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
แนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง	7
แนวคิดเกี่ยวกับการจัดองค์การ	9
แนวคิดภาวะความเป็นผู้นำ	18
ปรัชญาแนวคิดการตัดสินใจพัฒนานโยบาย	19
แนวคิดการดำเนินงานด้านการป้องกันเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสองในประเทศไทย	21
กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล	23
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	23
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการศึกษา	26
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	26
เอกสารที่ใช้ในการทบทวน	27
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	28

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	28
จริยธรรมการวิจัย.....	28
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	29
ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์แบบเจาะลึก.....	29
การทบทวนจากเอกสาร.....	29
วิธีการจัดองค์การและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง.....	30
การก่อตั้งศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง.....	31
วัตถุประสงค์ของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง.....	33
โครงสร้างศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งรามคำแหง.....	35
บุคลากรศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งรามคำแหง.....	36
เทคนิคของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งรามคำแหง.....	37
ข้อมูลสารสนเทศของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง.....	40
ฐานคติในการจัดตั้งศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง และการตัดสินใจเข้าร่วมงาน.....	41
ข้อเสนอแนะทางนโยบายเพื่อให้ตอบสนองต่อรูปแบบและแนวทางวิธีการจัด องค์การและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริการ ด้านเวชไอวีในภาพรวมของประเทศ.....	43
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	46
สรุปผลการศึกษา.....	46
อภิปรายผล.....	51
ข้อเสนอแนะ.....	55
บรรณานุกรม.....	57
ภาคผนวก.....	64
ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแนวคำถามสัมภาษณ์.....	65
ข แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก.....	67
ค เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	72
ง แบบตอบรับการยินยอม.....	75
จ เอกสารอนุมัติจากคณะกรรมการทบทวนจริยธรรมการวิจัย.....	77

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ฉ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541.....	79
ช รายการอักษรย่อ.....	98
ประวัติผู้ศึกษา	100



สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์แบบเจาะลึก.....	29
ตารางที่ 5.1 สรุปวิธีการจัดองค์การและโครงสร้างศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง.....	41
ตารางที่ 5.2 ฐานคติในการก่อตั้งและเหตุผลในการเลือกเข้าร่วมงาน กับศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง.....	47
ตารางที่ 5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดองค์การและโครงสร้าง ของศูนย์สุขภาพชุมชน.....	48



สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 องค์ประกอบต่าง ๆ ขององค์การตามแนวคิดของ Henry Mintzberg.....	11
ภาพที่ 2.2 โครงสร้างแบบง่าย (Simple structure).....	12
ภาพที่ 2.3 โครงสร้างแบบ Machine bureaucracy.....	12
ภาพที่ 2.4 โครงสร้างแบบ Professional bureaucracy.....	13
ภาพที่ 2.5 โครงสร้างแบบ Divisionalized form.....	13
ภาพที่ 2.6 โครงสร้างแบบ Adhocracy.....	13
ภาพที่ 2.7 วงจรในการจัดองค์การเพื่อให้บริการด้านสุขภาพ.....	15
ภาพที่ 2.8 ตัวแบบ RRTR ในการให้บริการด้านเอชไอวี.....	22
ภาพที่ 2.9 รูปแบบเส้นทางการติดตามในการให้บริการด้านเอชไอวี.....	22
ภาพที่ 4.1 โครงสร้างการจัดองค์การของสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย.....	35
ภาพที่ 4.2 โครงสร้างการจัดองค์การเฉพาะฝ่ายศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง.....	35
ภาพที่ 5.1 กลไกการจดทะเบียนเป็นคลินิกเทคนิคการแพทย์ของภาคประชาสังคม.....	49
ภาพที่ 5.2 ตัวแบบในการจัดศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง.....	50



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในประเทศไทยในปัจจุบันยังคงเป็นปัญหาสุขภาพของประชากรไทยอยู่ โดยในปี พ.ศ. 2557 การติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ยังคงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของประเทศไทย โดยอยู่ในอันดับที่ 9 ของประชากรชาย หรือนับเป็นร้อยละ 4.0 ของสาเหตุของการเสียชีวิตในประชากรชาย และอยู่ในอันดับที่ 10 ของประชากรหญิง หรือนับเป็นร้อยละ 2.5 ของสาเหตุของการเสียชีวิตในประชากรหญิง (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2560)

ในส่วนของกลุ่มประชากรชาย มีการสำรวจหลายการศึกษาในช่วงปี พ.ศ. 2546 โดยสำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่าชายที่มีอายุช่วงระหว่าง 15–49 ปี ระบุว่า มีเพศสัมพันธ์ทางปาก หรือทางทวารหนักกับชายด้วยกันในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเป็นร้อยละ 2.7–4.2 โดยร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจากการศึกษาที่สูงที่สุดคือ ร้อยละ 32.0 (Ganrawi, 2005) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาอื่น ๆ ในประเทศไทยที่รายงานผลพฤติกรรมของชายไทยที่สำรวจพฤติกรรมของประชากรชายในพื้นที่ต่าง ๆ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างชายช่วงอายุ 15–49 ปี ระบุว่าตนเองเคยมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เป็นร้อยละ 13.0 (Pongthai, 1990) ร้อยละ 8.0 (Kitsiripomchai, 1998) ร้อยละ 3.4 (Sittitrai, 1994) และ ร้อยละ 4.3 (Lertpiriyasuwat, 2000)

ยังมีการศึกษาในกลุ่มทหารเกณฑ์ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุครบ 21 ปีบริบูรณ์ โดยพบว่ากลุ่มประชากรดังกล่าวรายงานว่าเคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกันเป็นร้อยละ 3.0 (Nelson, 1993) ร้อยละ 11.3 (Nopkesorn, 1993) ร้อยละ 3.0 (Theetranont, 1994) ร้อยละ 6.5 (Beyrer, 1995) ร้อยละ 15.0 (London, 1994) และร้อยละ 4.0 (Jenkins, 1999) และบางการศึกษาชี้แจงว่าในกลุ่มตัวอย่างระบุว่าเคยมีเพศสัมพันธ์กับชายโดยเป็นฝ่ายรุก หรือฝ่ายสอดใส่ร้อยละ 3.2 และเป็นฝ่ายรับ หรือฝ่ายถูกสอดใส่ร้อยละ 3.3 (Nopkesorn, 1993) มีการศึกษาในกลุ่มประชากรทหารเกณฑ์ในรอบหลายปี พบว่าในแต่ละปีนั้น มีกลุ่มตัวอย่างที่รายงานว่า มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันในปี พ.ศ. 2534 ร้อยละ 2.8 ปี พ.ศ. 2536 ร้อยละ 3.8 ปี พ.ศ. 2538 ร้อยละ 4.8 ปี พ.ศ. 2539 ร้อยละ 6.6 ปี พ.ศ. 2540 ร้อยละ 3.7 และ ปี พ.ศ. 2541 ร้อยละ 1.2 (Ganrawi, 2005) และมีการศึกษา

ในกลุ่มนักเรียนชายอาชีพะ ช่วงอายุ 18 – 15 ปี โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างระบุว่าตนเองเป็นชายรักชาย ชายรักสองเพศ หรือสามารถมีเพศสัมพันธ์กับเพียงเดียวกันได้ถึงร้อยละ 9.1 (van Griensven, 2004)

สำหรับในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขใช้การคาดการณ์กลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอยู่ที่ร้อยละ 3 ของประชากรชายในประเทศไทยที่มีช่วงอายุระหว่าง 15 – 49 ปี (เพชรศรี ศิริรินทร์ ,การสื่อสารส่วนบุคคล, 18 สิงหาคม 2557)

การแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยถือว่าเป็นการแพร่ระบาดแบบเฉพาะกลุ่ม (concentrating epidemic) โดยเรียกว่าเป็น "กลุ่มประชากรหลัก (key populations)" ซึ่งในประเทศไทยรวมหมายถึงกลุ่ม ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง ผู้ใช้สารเสพติด ด้วยวิธีฉีด พนักงานบริการทางเพศ เป็นต้น โดยส่วนใหญ่การติดเชื้อมักอยู่ในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มที่มีอายุน้อยในกลุ่มประชากรหลักดังกล่าว (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2560)

สำหรับในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งรวมถึงกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายโดยทั่วไป (MSM) กลุ่มสาวประเภทสอง (TGW) และกลุ่มชายชายบริการทางเพศ (MSW) พบว่ายังมีการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่สูงอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจล่าสุดในปี พ.ศ. 2559 พบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM และ TGW ในเขตกรุงเทพมหานครมีอัตราสูงสุดเป็นร้อยละ 19.5 และ 12.0 ตามลำดับ และรองลงมาคือ กลุ่ม MSW ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศชายในจังหวัดชลบุรี เป็นร้อยละ 18.1 โดยทุกกลุ่มถือว่ายังมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ค่อนข้างน้อย และยังขาดการเข้าถึงบริการตรวจเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เข้าถึงได้ง่ายและต่อเนื่อง จากการสำรวจในกรุงเทพมหานคร จังหวัดชลบุรี ขอนแก่น เชียงใหม่ และภูเก็ต กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในทุกจังหวัดที่สำรวจมีการตรวจเลือดและรู้ผลในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาไม่ถึงร้อยละ 60 ซึ่งต่ำกว่าในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศชาย และกลุ่มสาวประเภทสอง (สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค 2559) โดยในปีก่อนหน้า จากข้อมูลการสำรวจความชุกของเอชไอวีในปี พ.ศ. 2558 ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ชายชายบริการทางเพศ (MSW) และสาวประเภทสอง (TGW) ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามีความชุกร้อยละ 19.8 ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 11.9 ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศชาย และร้อยละ 11.8 ในกลุ่มสาวประเภทสอง (สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค, 2558)

ต่อมาเมื่อมีการข้อมูลด้านการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง ประเทศไทยจึงได้รับงบประมาณจากกองทุนโลกเพื่อยุติปัญหาเอดส์ วัณโรค และมาลาเลีย (The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: GFATM) ในการดำเนินงานระดับประเทศเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้พัฒนาแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 – พ.ศ. 2573 โดยมีเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งมีหลายยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการจัดบริการอย่างจริงจังให้กับกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งรวมถึงกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มสาวประเภทสอง และกลุ่มพนักงานบริการทางเพศ โดยหลักการในแผนยุทธศาสตร์ชาตินี้ สอดคล้องกับ Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2016) ซึ่งส่งเสริมให้หน่วยงานภาคประชาสังคมจัดบริการด้านเอชไอวีที่ครบวงจร ซึ่งในปัจจุบันเริ่มมีหน่วยงานภาคประชาสังคมที่ดำเนินงานกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองได้เปิดศูนย์บริการสุขภาพชุมชนด้านเอชไอวีแล้ว ซึ่งในอนาคตจะมีแนวโน้มของการขยายบริการที่มากขึ้น และมีหน่วยงานภาคประชาสังคมให้บริการมากขึ้น ในขณะเดียวกันการที่ภาคประชาสังคมเข้ามาเปิดศูนย์บริการสุขภาพชุมชนด้วยตนเองยังเป็นเรื่องใหม่ และยังต้องการองค์ความรู้ในเรื่องการจัดองค์การศูนย์สุขภาพที่จะเป็นแนวทางให้กับองค์กรภาคประชาสังคมอื่น ๆ ที่มีแนวโน้มจะหันมาให้บริการเปิดศูนย์สุขภาพด้วยตนเองมากขึ้น

ดังนั้นการศึกษาการจัดองค์การและโครงสร้างของศูนย์บริการสุขภาพชุมชนด้านเอชไอวีที่ดำเนินงานโดยภาคประชาสังคมจึงมีความสำคัญในการเป็นต้นแบบให้กับหน่วยงานภาคประชาสังคมที่มีความประสงค์ในการที่จะให้บริการในลักษณะเดียวกันทั่วประเทศ

2. คำถามการวิจัย

2.1 ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งมีวิธีการจัดองค์การและ โครงสร้างของศูนย์สุขภาพชุมชนในการให้บริการด้านเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองของภาคประชาสังคมอย่างไร

2.2 ฐานคติในการจัดตั้งศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งในการให้บริการด้านเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองของภาคประชาสังคมเป็นอย่างไร เพราะเหตุใดบุคลากรจึงเลือกที่จะเข้ามาดำเนินงานในศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง

2.3 ข้อเสนอแนะทางนโยบายเพื่อให้ตอบสนองต่อรูปแบบและแนวทางวิธีการจัดองค์การและ โครงสร้างของศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริการด้านเอชไอวีในภาพรวมของประเทศควรมีลักษณะใด

3. วัตถุประสงค์การศึกษา

3.1 เพื่อศึกษาวิธีการจัดองค์การและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพชุมชนในการให้บริการด้านเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองของภาคประชาสังคม

3.2 เพื่อศึกษาฐานคติในการจัดตั้งและการเข้าร่วมงานศูนย์สุขภาพชุมชนในการให้บริการด้านเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองของภาคประชาสังคม

3.3 เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะทางนโยบายเพื่อให้ตอบสนองต่อรูปแบบและแนวทางวิธีการจัดองค์การและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริการด้านเอชไอวีในภาพรวมของประเทศ

4. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งรามคำแหง กรุงเทพมหานคร

5. กรอบการดำเนินงานศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาถึงองค์ประกอบหลักสองประการที่เป็นเหตุผลในการจัดตั้งศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยในการให้บริการด้านเอชไอวีและสุขภาวะทางเพศของกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองที่ดำเนินการโดยองค์การภาคประชาสังคม ในกรณีนี้คือ สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ซึ่งองค์ประกอบแรกคือ การศึกษาถึงวิธีการจัดองค์การและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งจะตอบคำถามในส่วนของ อะไร (what) และอย่างไร (how) ที่นำไปสู่การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชน สำหรับในองค์ประกอบที่สองคือ เหตุผล หรือแนวคิดเบื้องหลัง (philosophy) ของการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนนี้ เพื่ออธิบายถึง เหตุผล (why) ของการที่ชุมชนลุกขึ้นมาเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพแบบเชิงตั้งรับที่มีให้กับประชาชนนอกเหนือไปจากการบริการของภาครัฐ โดยการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะ ในกรณีของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง ของสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หมายถึง ชายที่มีพฤติกรรมของชายมีมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่น ส่วนมากมักเป็นการสอดใส่ทางปาก หรือทางทวารหนัก โดยไม่ได้คำนึงถึงอัตลักษณ์ทางเพศของบุคคลว่าเป็นชายรักเพศเดียวกัน ชายรักสองเพศ หรือชายรักต่างเพศ โดยในเอกสารทางราชการบางฉบับจะใช้คำว่า ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มาจากภาษาอังกฤษว่า Men who have sex with men โดยย่อเป็น MSM

สาวประเภทสอง หมายถึง บุคคลที่เกิดเป็นชายโดยเพศสรีระเมื่อแรกเกิด แต่มีอัตลักษณ์ทางเพศเป็นหญิง ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Transgender women โดยย่อเป็น TGW

ศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งในการศึกษานี้ จะหมายถึงความถึงเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินงานโดยองค์การภาคประชาสังคมที่ให้บริการด้านเอชไอวีและสุขภาพทางเพศ ในที่นี้ตรงกับภาษาอังกฤษว่า community health center ซึ่งในกรณีของการศึกษานี้คือ ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งรามคำแหง

ภาคประชาสังคม หมายถึงองค์การที่มีการจดทะเบียนเป็นมูลนิธิ หรือ สมาคมตามกฎหมายในประเทศไทย ตรงกับภาษาอังกฤษว่า civil society sector

สมาคม หมายถึง องค์การชุมชน ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า community organization โดยให้หมายถึงองค์การที่มีคนภายในชุมชนนั้น ๆ ไม่น้อยกว่าประมาณร้อยละ 70 ที่เป็นส่วนหนึ่งขององค์การ ตรงกับภาษาอังกฤษว่า association

มูลนิธิ หมายถึง องค์การที่ดำเนินงานโดยไม่แสวงหาผลกำไร หรือ nonprofit organization ตรงกับภาษาอังกฤษว่า foundation เป็นองค์การที่ดำเนินงานเพื่อสาธารณประโยชน์ของสังคม

คลินิกนิรนาม หมายถึง คลินิกนิรนามที่ตรวจเอชไอวี เฉพาะของสภากาชาดไทย จะสะดวกด้วยคำว่า “คลินิก” มิใช่ “คลินิก” เนื่องจาก “คลินิกนิรนาม” ถือเป็นคำนามเฉพาะตามที่สภากาชาดไทยได้กำหนดไว้

7. ประโยชน์ที่จะได้รับ

7.1 ทำให้สามารถเข้าใจรูปแบบการจัดโครงสร้างองค์การของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการด้านเอชไอวีและสุขภาพทางเพศกับกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองที่สามารถนำไปขยายผลเป็นตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดอื่น ๆ ของประเทศไทยได้

7.2 ทำให้เข้าใจถึงเหตุผล แรงจูงใจ หรือแรงผลักดันที่ให้องค์การชุมชน หรือองค์การภาคประชาสังคมลุกขึ้นมาจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในการให้บริการด้านเอชไอวีและสุขภาพ

ทางเพศกับกับกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ซึ่งจะมีประโยชน์ในการสรรหาบุคคลที่มีลักษณะภาวะความเป็นผู้นำที่คล้ายคลึงกันในการเริ่มต้นจัดตั้งองค์กรในพื้นที่อื่น ๆ ในการขยายผลของการดำเนินงานได้

7.3 ได้ข้อเสนอแนะทางนโยบายที่จะทำให้การจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินการโดยภาคประชาสังคมมีความชอบธรรมและคุณภาพในการที่จะให้บริการกับประชาชนในชุมชนมากขึ้น



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการการศึกษาเรื่องการจัดองค์การศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้บริการด้านเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองของภาคประชาสังคม: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้า เอกสารต่าง ๆ งานวิจัยที่ผ่านมา รวมทั้งแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบการศึกษา โดยหัวข้อต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง
2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดองค์การ
3. แนวคิดภาวะความเป็นผู้นำ
4. ปรัชญาแนวคิดการตัดสินใจพัฒนานโยบาย
5. แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านการป้องกันเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองในประเทศไทย
6. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง

ในการศึกษานี้จะมีการพูดถึงกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง ซึ่งเราจำเป็นต้องเข้าใจถึงความหมายของประชากรทั้งสองกลุ่มนี้ โดยได้ให้นิยามไว้ดังต่อไปนี้

1.1 แนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ประชากรกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มาจากภาษาอังกฤษว่า Men who have sex with men โดยย่อเป็น MSM เป็นคำที่ใช้อธิบายถึงพฤติกรรมของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นส่วนมากมักเป็นการสอดใส่ทางปาก หรือทางทวารหนัก (UNAIDS, 2000) โดยคำว่า MSM นี้ไม่ได้คำนึงถึงอัตลักษณ์ทางเพศของบุคคลว่าเป็นชายรักเพศเดียวกัน ชายรักสองเพศ หรือชายรักต่างเพศอย่างไร บุคคลที่อยู่ในกลุ่มพฤติกรรมชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) นี้ หลายคนไม่ได้ระบุตัวเองว่าตนเองเป็นชายรักเพศเดียวกันเลยแม้แต่คนเดียว โดยคำว่า MSM นี้เริ่มมีใช้มาในช่วงทศวรรษ

ที่ 1990 โดยนักระบาดวิทยาที่ดำเนินการศึกษาด้านเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยไม่ได้คู่มิตรของอัตลักษณ์ทางเพศหรือเพศนิยมแต่ประการใด (Young, 2005)

คำว่า MSM ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเท่านั้น แต่ยังมีกลุ่ม MSM ที่รายงานว่ามีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิง ซึ่งอยู่ในช่วงประมาณร้อยละ 6.0 ถึง 20.0 จากการคาดการณ์พฤติกรรมของชายทั่วโลก (UNAIDS, 2005) และจากการสำรวจความชุกของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. – 2546 พ.ศ. 2550 จำนวน 3 รอบ พบว่ามีประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รายงานว่าตนมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงเป็นร้อยละ 36.0 ร้อยละ 34.3 และร้อยละ 42.3 ตามลำดับ (van Griensven, 2009) ฉะนั้น ประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจึงเป็นทั้งกลุ่มที่ระบุตัวเองว่าเป็นชายรักเพศเดียวกัน ชายรักสองเพศ และชายรักต่างเพศ (amFAR, 2010)

1.2 แนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ในกลุ่มสาวประเภทสอง

คำว่า Transgender ในภาษาอังกฤษหมายถึง บุคคลที่มีความรู้สึกว่าเป็นเพศภาวะ (gender) หรือ อัตลักษณ์ทางเพศ (gender identity) ของตนเองแตกต่างไปจากเพศสรีระเมื่อแรกเกิด (biological sex at birth) (United Nations Development Program, 2013) โดยคำนี้ หากเป็น transgender women จะหมายถึงบุคคลที่เกิดเป็นชายโดยเพศสรีระเมื่อแรกเกิดแต่มีอัตลักษณ์ทางเพศเป็นหญิง และถ้าเป็น transgender men จะหมายถึงบุคคลที่เกิดเป็นหญิงโดยสรีระเมื่อแรกเกิดแต่มีอัตลักษณ์ทางเพศเป็นชาย (APCOM, 2013) โดยกลุ่ม transgender นี้ถือเป็นกลุ่มประชากรที่สามารถเห็นได้ชัดเจนในสังคมไทย (Cameron, 2006) สำหรับในภาษาไทยนั้น ยังไม่มีข้อสรุปในการเลือกใช้คำ แต่หากเป็น transgender women จะมีการใช้คำในภาษาไทยอยู่ 3 คำด้วยกันคือ กะเทย สาวประเภทสอง และผู้หญิงข้ามเพศ) หรือสตรีข้ามเพศ) โดยในการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในยุคแรกนั้น ทั้งกลุ่ม MSM และ TGW ถือเป็นประชากรกลุ่มเดียวกัน แต่ต่อมาเริ่มมีการศึกษาเชิงลึกและพบว่าทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ความเสี่ยง และลักษณะของพฤติกรรมเสี่ยงที่แตกต่างกัน ซึ่งทำให้การดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีของทั้งสองกลุ่มเริ่มมีการแยกการออกแบบ โครงการเพื่อให้มีความเหมาะสมกับการดำเนินงานเฉพาะกลุ่มประชากรมากยิ่งขึ้น (UNAIDS, 2009)

2. แนวคิดเกี่ยวกับการจัดองค์การ

การศึกษานี้ แนวคิดหลักจะเป็นเรื่องของการจัดองค์การ และเป็นกรณีศึกษาเฉพาะของการจัดองค์การสุขภาพชุมชนที่ดำเนินการ โดยภาคประชาสังคม ดังนั้นเราจึงต้องเข้าใจว่าองค์การในที่นี้หมายถึงอะไร มีระบบขององค์การเป็นอย่างไร มีแนวคิดในการจัดโครงสร้างขององค์การเช่นไร มีวงจรอะไรเกี่ยวข้องกับบ้าง และมีทฤษฎีอะไรที่จะนำมาใช้อธิบายการจัดองค์การในการศึกษานี้ ซึ่งจะเป็นเป็นหัวข้อย่อยดังต่อไปนี้

2.1 ความหมายขององค์การ

โดยทั่วไปแล้ว องค์การ หมายถึง การรวมตัวของคนตั้งแต่สองคนขึ้นไป เพื่อทำกิจกรรมใด ๆ ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ให้บรรลุ โดยที่มันักวิชาการหลายท่าน ได้ให้ความหมายที่มีวิชาการของคำว่าองค์การไว้ ซึ่งมีดังนี้

Chandler & Plano (1982) อธิบายว่า องค์การ หมายถึง กลุ่มคนที่ใช้โครงการที่ออกแบบมาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของกลุ่ม

Robbins (1983) อธิบายว่า องค์การ หมายถึง การที่คนสองคนทำงานร่วมกันเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกันบางประการที่ได้มีการประสานงานวางแผนไว้แล้วล่วงหน้า โดยมีการทำงานที่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีการแบ่งงาน และจัดลำดับชั้นของสายการบังคับบัญชา

อรุณ รักธรรม (2536) ให้ความหมายขององค์การว่าเป็นการรวมตัวกันของบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปอย่างมีวัตถุประสงค์ เพื่อดำเนินกิจกรรมทำให้เกิดผลผลิตขององค์การ มีกระบวนการปฏิบัติที่เป็นระบบ ทุกคนมีหน้าที่ในการดำเนินงาน

อุทัย เลาหะวิเชียร (2537) ให้ความหมายขององค์การว่าเป็นการประกอบด้วยคนตั้งแต่สองคนขึ้นไป มีเทคนิคทางการบริหาร มีความรู้ มีข้อมูลข่าวสาร มีโครงสร้างและเป้าหมาย

พิทยา บวรวัฒนา (2543) ให้ความหมายขององค์การว่าเป็นการรวมตัวของคนตั้งแต่สองคนขึ้นไป เพื่อดำเนินงานบางอย่างให้ประสบความสำเร็จ

สรุปแล้ว องค์การ หมายถึง ตัวตน (entity) ทางสังคมที่มีการประสานงานกันอย่างเป็นทางการ ที่มีการกำหนดกรอบอย่างชัดเจน และมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเพื่อบรรลุ หรือชุดของเป้าหมายโดยประกอบไปด้วยตั้งแต่คนสองคนขึ้นไป

2.2 แนวคิดระบบย่อยองค์การ (Organization sub-system)

องค์การ เป็นหน่วยทางสังคมที่มีบุคคลมากกว่า 2 คนขึ้นไปที่ดำเนินงานร่วมกันอย่างมีสำนึกเพื่อบรรลุเป้าหมายบางอย่าง (สุวรรณิ แสงมหาชัย, 2556) โดยภายใต้้องค์การนี้ จะมีระบบย่อยภายในองค์การอยู่ 5 ประการด้วยกัน (อุทัย เลาหะวิเชียร, 2543) คือ

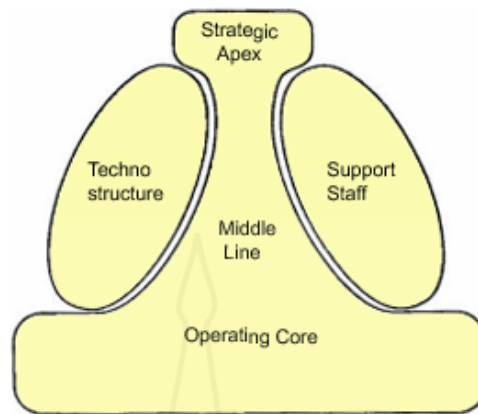
- 1) มีโครงสร้างและอำนาจในการบังคับบัญชา
- 2) มีกฎระเบียบ ข้อบังคับ เทคนิคในการควบคุมการปฏิบัติงาน
- 3) ระบบการจัดการข้อมูลสารสนเทศและข่าวสาร
- 4) บุคลากร และ
- 5) วัตถุประสงค์

ดังนั้น การศึกษาในเรื่องการจัดองค์การจึงเป็นการศึกษาองค์การภายใต้ 5 มิติดังกล่าวนี้

2.3 แนวคิดในการจัดโครงสร้างองค์การ

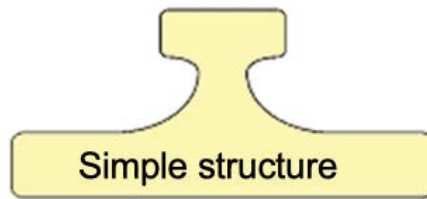
การจัดโครงสร้างองค์การเป็นบ่งบอกถึงลำดับชั้นในการสื่อสาร การสั่งการ และการบังคับบัญชา รวมถึง เป็นการบอกถึงความสัมพันธ์ของคนในการองค์การ การจัดโครงสร้างองค์การมีหลายลักษณะด้วยกัน ซึ่ง ศาสตราจารย์เฮนรี มินซ์เบิร์ก (Mintzberg, 1981) พบว่าเมื่อองค์การขนาดใหญ่เข้าควบคุมกิจการองค์การขนาดเล็กแล้วใช้กระบวนการทางงบประมาณ การวางแผน และ โครงสร้างองค์การ รวมถึงระบบใหม่เข้าไปจับองค์การขนาดเล็ก ทำให้เกิดปัญหา ขอดขายตก ขาดนวัตกรรมของผลิตภัณฑ์ และทำให้ถึงกับใกล้ล้มละลายจนกระทั่งกลับมาเป็นการดำเนินการแบบกิจการขนาดเล็กเหมือนเดิม และพบว่าองค์การภาครัฐใช้ชั้นกวีเคราะห์เข้าไปวางหลักการและมาตรฐานรวมถึงระเบียบปฏิบัติในระบบภาคการศึกษา โรงพยาบาล และหน่วยงานทางสวัสดิการ แล้วก็ทำให้เกิดความเสียหายอย่างมาก

ปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นจากฐานคติที่ว่ากรออกแบบของค์การใด ๆ ล้วนมีลักษณะเดียวกันหมด ซึ่งแท้ที่จริงแล้ว องค์การมีหลายรูปแบบ และมีความแตกต่างกัน ไม่ว่าจะในด้านการควบคุม ขอบข่ายภาระงาน รูปแบบการกระจายอำนาจ ระบบการวางแผน รวมถึงโครงสร้างองค์การ และยังมีปัจจัยที่ทำให้้องค์การมีความต่างกันอีกคือ อายุขององค์การ ขนาดขององค์การ ลักษณะของกิจการ เทคโนโลยีการผลิตหรือการให้บริการ ดังนั้น ศาสตราจารย์เฮนรี Mintzberg จึงได้อธิบายว่าแท้ที่จริงแล้ว องค์การแบบออกเป็น โครงสร้างต่าง ๆ (configurations) ซึ่งมีอยู่ 5 โครงสร้างตามภาพที่ 2.1 ดังนี้คือ



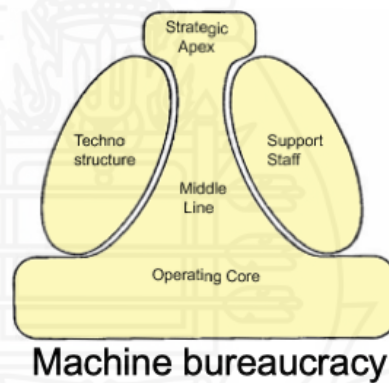
ภาพที่ 2.1 องค์ประกอบต่างๆ ขององค์การตามแนวคิดของ Henry Mintzberg

1. Strategic apex หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า Top management คือ ผู้บริหารระดับสูง เป็นผู้ตัดสินใจและกำหนดนโยบายต่าง ๆ รวมไปถึงผู้ถือหุ้นและเจ้าของด้วย
 2. Operating core เป็นฝ่ายปฏิบัติงาน ที่ถือว่าเป็นกลไกการดำเนินงานหลักขององค์การ
 3. Middle line เป็นผู้บริหารระดับกลาง เช่น เมื่อองค์การมีขนาดใหญ่ จะต้องมีการบริหาร ระดับกลางที่คอยตัดสินใจและเป็นตัวกลางระหว่าง Strategic apex และ Operating core
 4. Technostructure เป็นฝ่ายคิดวิเคราะห์ที่คอยออกแบบระบบในการวางแผนและควบคุมงานต่าง ๆ เช่น ฝ่ายติดตามและควบคุม หรือฝ่ายติดตามและประเมินผล
 5. Support staff เป็นหน่วยให้บริการสนับสนุนในการอำนวยความสะดวกกับฝ่ายอื่น ๆ ของทั้งองค์การ เช่น ฝ่ายบริหารงานทั่วไป งานสารบรรณ งานบัญชีการเงิน
- โดยองค์ประกอบทั้ง 5 นี้ เมื่อนำมาวิเคราะห์ห้องค์การแล้ว ตามแนวคิดของ Mintzberg จะพบว่าองค์การมีอยู่ด้วยกัน 5 แบบคือ
1. Simple structure เป็นองค์การที่มีโครงสร้างเรียบง่าย การสั่งการรวดเร็ว ไม่ต้องผ่านหลายขั้นตอน มีความยืดหยุ่นสูง ค่าใช้จ่ายต่ำ แต่เป็นโครงสร้างที่อาจมีผู้มีอำนาจสั่งการเพียงคนเดียว เป็นโครงสร้างที่มีความเสี่ยงสูง และอาจมีข้อจำกัดเมื่อองค์การมีขนาดใหญ่ขึ้น (ดูภาพที่ 2.2)



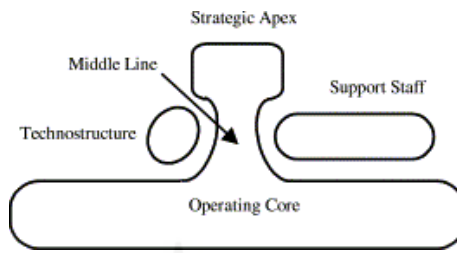
ภาพที่ 2.2 โครงสร้างแบบง่าย (Simple structure)

2. Machine bureaucracy เป็นองค์กรที่มีโครงสร้างแบบสายการผลิต เป็นงานที่มีลักษณะเป็นกิจวัตร (routine operating tasks) มีกฎระเบียบเป็นทางการมาก มีการจัดกลุ่มงานเป็นแผนก ซึ่งมีหน้าที่ต่างกัน มีอำนาจบังคับบัญชารวมศูนย์ และการตัดสินใจเป็นไปตามสายการบังคับบัญชา เหมาะสำหรับองค์กรขนาดใหญ่ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่และไม่ซับซ้อน ใช้ทักษะมาตรฐานทั่วไป (ดูภาพที่ 2.3)



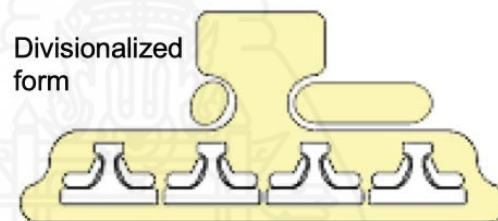
ภาพที่ 2.3 โครงสร้างแบบ Machine bureaucracy

3. Professional bureaucracy เป็นองค์กรที่มีการจ้างผู้มีความรู้ หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเป็นผู้ปฏิบัติงานหลัก เป็นลักษณะของการทำงานที่ต้องมีความเชี่ยวชาญมาตรฐานและการกระจายอำนาจไว้ด้วยกัน โดยความชำนาญเฉพาะด้านมักเกิดจากทักษะส่วนบุคคลที่อาจมาจากการศึกษามากกว่าเกิดจากการแบ่งงานกันทำตามแบบ Machine bureaucracy (ดูภาพที่ 2.4)



ภาพที่ 2.4 โครงสร้างแบบ Professional bureaucracy

4. Divisionalized form เป็น โครงสร้างที่มีหน่วยงานอิสระย่อยหลายหน่วยงาน มีลักษณะเป็นแบบเครื่องจักรซึ่งเชื่อมโยงกันทางหัวหน้าหน่วยงาน อำนาจอยู่ที่ผู้บริหารระดับกลาง หน่วยงานกลางที่คุมการบริหารทั้งหมดจะมีหน้าที่ในการควบคุม และประเมินผล (ดูภาพที่ 2.5)



ภาพที่ 2.5 โครงสร้างแบบ Divisionalized form



ภาพที่ 2.6 โครงสร้างแบบ Adhocracy

5. Adhocracy เป็นลักษณะองค์การที่มีผู้เชี่ยวชาญมารวมกันชั่วคราวเป็นทีมเพื่อทำให้งานบรรลุผล มีกฎระเบียบที่ยืดหยุ่น ไม่ได้แบ่งออกเป็นแผนกหรือฝ่าย มีความต่างทางแนวราบมาก มีการกระจายอำนาจสูง มีความยืดหยุ่นสูง และแต่ละคนมีความรับผิดชอบสูง (รูปภาพที่ 2.6) โดย Mintzberg แบ่ง Adhocracy ออกเป็น 2 ประเภทคือ

1) Operating adhocracy เป็นโครงสร้างองค์การที่ผลิตโครงการนวัตกรรมสำหรับลูกค้าหรือผู้ใช้บริการ อาจอยู่ในรูปของสัญญาจัดจ้าง เช่น บริษัทโฆษณา

2) Administrative adhocracy เป็นโครงสร้างองค์การที่ดำเนินโครงการด้วยตัวเอง เช่นบริษัทอะไหล่อิเล็กทรอนิกส์ หรือนาซ่า เป็นต้น คือมีการแยกฝ่ายอำนวยการ และฝ่ายปฏิบัติการออกจากกันโดยเด็ดขาด โดยฝ่ายอำนวยการเป็นฝ่ายผลิตงานออกแบบนวัตกรรม โดยมีผู้จัดการสายงาน และผู้เชี่ยวชาญในทีมโครงการ และฝ่ายปฏิบัติการมีการแยกออกไป เช่น แผนกตีพิมพ์ของหนังสือพิมพ์

นอกจากนี้ เรายังสามารถแบ่งองค์การแบบ Adhocracy ออกเป็น 6 ลักษณะดังนี้

1. The Matrix / Project Organization เป็นโครงสร้างที่ใช้เมื่อองค์การจะมอบหมายให้ผู้เชี่ยวชาญจากแผนต่าง ๆ ทำงานร่วมกันในลักษณะเป็นทีม โดยมีหัวหน้าโครงการเป็นผู้นำ

2. The Collateral form (องค์การแบบคู่ขนาน) เป็นองค์การขนาดใหญ่ที่ก่อตั้ง “ผู้ประกอบการ” ภายในองค์การ ซึ่งเป็นองค์การขนาดเล็กที่ตั้งขึ้นอย่างถาวรควบคู่ไปกับองค์การแบบราชการ ซึ่งองค์การขนาดเล็กที่ตั้งขึ้นจะมีความเป็นอิสระสูง มีทรัพยากร มีแนวคิดของตัวเอง มีกฎระเบียบน้อยกว่า และไม่ต้องผ่านขั้นตอนของสายการบังคับบัญชาแบบราชการ

3. The Network structure (โครงสร้างแบบเครือข่าย) เป็นองค์การขนาดเล็กที่เชื่อมโยงกับองค์การอื่น ๆ เพื่อปฏิบัติงานในสายงานผลิต การแจกจ่ายสินค้า การตลาด หรือหน้าที่อื่น ๆ ในทางธุรกิจ โดยมีการทำสัญญาต่อกัน หรือเป็นลักษณะการประสานงานข้ามหน่วยงานกัน

4. The Task force (รูปแบบคณะทำงาน) เป็นโครงสร้างชั่วคราว ซึ่งก่อตั้งขึ้นเพื่อทำงานเฉพาะบางอย่างที่มีความซับซ้อน ซึ่งรวมคนจากหน่วยงานย่อยต่าง ๆ ไว้ด้วยกัน มีลักษณะคล้าย Matrix organization แต่เป็นแบบชั่วคราวและมีขนาดเล็กกว่า เมื่อบรรลุผลงานแล้วก็สลายตัวไป และผู้ปฏิบัติงานก็กลับเข้าไปปฏิบัติงานในแผนกเดิมของตน

5. The Committee form (รูปแบบคณะกรรมการ) ใช้เมื่อต้องการใช้ประสบการณ์ และภูมิหลังของคณะกรรมการในการตัดสินใจ เมื่อผู้ที่จะได้รับผลกระทบในการตัดสินใจได้รับอนุญาตให้ส่งผู้แทนร่วมในคณะกรรมการด้วย เป็นการกระจายภาระงานให้ทั่วถึง

6. The Collegial form (รูปแบบโครงสร้างวิทยาลัย) เป็นรูปแบบที่นิยมใช้ในมหาวิทยาลัย ห้องทดลองวิจัย หรือองค์การวิชาชีพอื่น ๆ มีความเป็นประชาธิปไตยเต็มที่ในการตัดสินใจเรื่องสำคัญ มีการกระจายอำนาจมากที่สุด มีความเป็นอิสระสูง ความเป็นทางการไม่มาก

2.4 แนวคิดเรื่องวงจรในการจัดองค์การ

การจัดโครงสร้างองค์การที่ได้กล่าวไว้แล้วนั้น อาจมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อสภาพแวดล้อมเปลี่ยน หรือเมื่อเวลาเปลี่ยนไป การนำแนวคิดในเรื่องวงจรในการจัดองค์การมาอธิบายในการศึกษานี้ จะช่วยให้สามารถทราบถึงมิติทางเวลา และปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นปัจจัยผลักดันทำให้้องค์การต้องเกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง และทางองค์ประกอบอื่น ๆ

ตามแนวคิดของ Greiner (1989) วงจรของการจัดองค์การจะแบ่งออกเป็นทั้งหมด 5 ระยะ โดยการเปลี่ยนแปลงของแต่ละระยะที่จะนำไปสู่ระยะต่อไปนั้นจะเกิดจากวิกฤตการณ์ในการจัดองค์การ 5 ระยะด้วยกัน ตามภาพที่ 2.7 ดังต่อไปนี้



ที่มา: Greiner, (1989).

ภาพที่ 2.7 วงจรในการจัดองค์การเพื่อให้บริการด้านสุขภาพ

จากภาพที่ 2.7 ระยะแรก ระยะเป็นเจ้าของประกอบการผู้เดียว (entrepreneurial phase) เป็นระยะก่อตั้งองค์การใหม่ ๆ โดยมีโครงสร้างของการตัดสินใจในระยะนี้จะขึ้นตรงอยู่กับบุคคลคนเดียว โดยมีบุคคลที่อยู่ได้สายการบังคับบัญชาเพียงไม่กี่คน ระยะนี้การตัดสินใจและการบริหารงานสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว แต่เมื่อผ่านไปการตัดสินใจต่าง ๆ จะต้องใช้หลักการทางวิชาชีพ

หรือทางวิชาการ ซึ่งในกรณีที่เป็นผู้ก่อตั้งที่ไม่มีความรู้เพียงพอ หรือความสามารถในการบริหารอาจจะทำให้เกิดปัญหาภาวะความเป็นผู้นำ (leadership crisis) ซึ่งจะต้องมีการพัฒนาขององค์กรไปสู่ระยะที่สองคือ ระยะเวลาศูนย์การตัดสินใจด้วยผู้จัดการมืออาชีพ

ระยะที่สอง ระยะเวลาศูนย์การตัดสินใจด้วยผู้จัดการมืออาชีพ (collectivity phase) เป็นระยะที่เริ่มมีการจ้างผู้จัดการที่มีความรู้และความสามารถในการบริหารขึ้นมาตัดสินใจ ซึ่งอำนาจสั่งการยังรวมศูนย์อยู่ที่บุคคลคนเดียวแต่การตัดสินใจใช้หลักความรู้ทางวิชาการหรือวิชาชีพมากขึ้น ซึ่งทำให้ห้องค์การสามารถเติบโตต่อไปได้ แต่เมื่อองค์กรมีบุคลากรมากขึ้น การตัดสินใจจะเริ่มกระจุกเป็นคอขวด ซึ่งนำไปสู่ปัญหาความเป็นเอกเทศในการดำเนินงาน (autonomy crisis) ทำการตัดสินใจต่าง ๆ มีความล่าช้า จนต้องมีการพัฒนาองค์กรไปสู่ระยะที่สาม ระยะเวลากระจายอำนาจในการตัดสินใจต่อไป

ระยะที่สาม ระยะเวลากระจายอำนาจในการตัดสินใจ (Delegation phase) เป็นระยะที่เริ่มมีการจัดโครงสร้างองค์กรแบบกระจายอำนาจในการตัดสินใจ อาจเป็นลักษณะแบบมีหัวหน้าฝ่าย หัวหน้าทีม หรือหัวหน้าสาขา ที่มีอำนาจอิสระในการตัดสินใจอย่างเป็นเอกเทศในระดับหนึ่ง ทำให้ห้องค์การสามารถเติบโตต่อไปได้ แต่เมื่อมีจำนวนบุคลากรมากขึ้น จะทำให้การตัดสินใจที่เกิดจากการกระจายอำนาจมีความแตกต่างกัน จนเกิดปัญหาในการควบคุม (control crisis) ซึ่งทำให้ต้องมีการพัฒนาองค์กรสู่ระยะต่อไปคือ ระยะที่สี่ ระยะเวลาที่มีโครงสร้างการบริหารอย่างมีระเบียบแบบแผน

ระยะที่สี่ ระยะเวลาที่มีโครงสร้างการบริหารอย่างมีระเบียบแบบแผน (Formalization phase) เป็นระยะที่เริ่มมีแนวทางปฏิบัติงานที่มีความเป็นมาตรฐานเช่น standard operating procedures (SOP) เป็นคู่มือขึ้นมา เพื่อใช้เป็นแนวทางในการบริหาร ซึ่งทำให้ห้องค์การสามารถเติบโตต่อไปได้ แต่เมื่อพัฒนาไปอีกระยะหนึ่ง การตัดสินใจติดกับกรอบระเบียบการบริหารต่าง ๆ (red-tape crisis) จนต้องพัฒนาองค์กรต่อไปเพื่อให้เกิดความคล่องตัวไม่ติดปัญหาระเบียบการบริหารงาน ซึ่งจะเข้าสู่ระยะที่มีโครงสร้างการตัดสินใจแบบหมู่คณะ

ระยะที่ห้า ระยะเวลาโครงสร้างการตัดสินใจแบบหมู่คณะ (collaboration phase) เป็นระยะที่เริ่มมีการสร้างคณะทำงานเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการตัดสินใจเพื่อไม่ให้ทุกอย่างถูกผูกติดกับระเบียบตามลายลักษณ์อักษรอย่างเดียว แต่ใช้กระบวนการดำเนินงานเป็นทีมในการตัดสินใจร่วมกัน ซึ่งจะทำให้ห้องค์การเติบโตไปนี้ ซึ่งในระยะยาวจะต้องหาทางคงรักษาการดำเนินงานให้เกิดความยั่งยืนต่อไป ซึ่งเป็นความท้าทายของทุกองค์กรภายใต้แนวคิดนี้

2.5 แนวคิดทฤษฎีสถาบัน

ในการจัดองค์การนั้น คำถามหลัก ๆ ที่นักวิชาการสนใจคือ อะไรที่เป็นปัจจัยให้การจัดองค์การมีลักษณะดังกล่าว หรือทำไมการจัดองค์การถึงมีลักษณะสำคัญที่ไม่ได้แตกต่างกันมาก อะไรเป็นตัวขับเคลื่อนปัจจัยดังกล่าว ในการศึกษาเรื่องนี้ เราจะใช้ทฤษฎีสถาบันเป็นตัวอธิบาย โดยมีแนวคิดดังนี้

ตามแนวคิดของทฤษฎีสถาบัน สภาพแวดล้อมมีลักษณะเป็น collective and interconnected (Pfeffer & Salancik, 1978) โดยองค์การและสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์กันอย่างแน่นแฟ้น (tight coupling) สิ่งแวดล้อมเป็นสถาบัน (institutionalized environment) (Oliver, 1991) ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับกฎระเบียบ และความต้องการซึ่งแต่ละองค์การต้องปฏิบัติตามถ้าได้รับการสนับสนุนและมีความชอบธรรม (Scott, 1987 อ้างใน ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ ,2558) องค์การต้องรับผิดชอบต่อการตอบสนองความต้องการและความคาดหวังจากภายนอกเพื่อการอยู่รอด (Meyer & Rowan, 1977 อ้างใน ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์ ,2558; Pfeffer & Salancik, 1978) ทำให้องค์กรเป็น nonchoice behavior ซึ่งต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบ ความเชื่อ ค่านิยม ธรรมเนียมปฏิบัติในสังคม (Oliver, 1991) แรงจูงใจขององค์การในการดำเนินการ คือ การได้รับความชอบธรรม และความอยู่รอด

แนวคิดตามทฤษฎีสถาบันอธิบายว่าการจัดองค์การต่าง ๆ มักมีความคล้ายคลึงกัน ไม่ว่าจะด้วยแรงผลักดันทางการเมือง แรงผลักดันทางสังคม หรือแรงผลักดันทางวัฒนธรรม ซึ่งทำให้องค์การมีการลอกเลียนการจัดองค์การของกันและกัน ใน 3 ลักษณะคือ 1) แบบ coercive 2) แบบ mimetic และ 3) แบบ normative

การเลียนแบบของการจัดองค์การแบบ coercive เป็นเหตุมาจากกฎระเบียบของรัฐ ซึ่งทำให้การจัดองค์การต้องเป็นไปตามมาตรฐานดังกล่าว ส่วนการจัดองค์การแบบ mimetic เป็นการจัดองค์การที่ดูแบบอย่างขององค์การที่ประสบความสำเร็จหรือทำได้คืออยู่แล้ว ส่วนการจัดองค์การแบบ normative เป็นการจัดองค์การตามปทัสถานของสังคม หรือเกิดการควบคุมในสายวิชาชีพด้วยตัวเอง

3. แนวคิดภาวะความเป็นผู้นำ

ในการจัดตั้งองค์การ ปัจจัยอีกประการหนึ่งที่น่าสนใจศึกษาคือ ตัวผู้ก่อตั้งองค์การนั้น โดยมีคำถามว่าอะไรเป็นแรงผลักดันให้ผู้ก่อตั้งจัดตั้งองค์การ เพราะผู้ก่อตั้งองค์การเหล่านี้ มักจะเป็นผู้นำขององค์การในระยะแรกขององค์การ หรืออาจเป็นผู้นำองค์การในระยะยาวก็ได้ ทฤษฎีภาวะความเป็นผู้นำมีแนวคิดอยู่ด้วยกันหลายทฤษฎี อาทิเช่น Trait theory, Behavior theory, Contingency theory, และ Transformational theory (Li, 2009) โดยมีดังนี้

3.1 Trait theory

Trait theory มองว่าบางคนเกิดมามีคุณลักษณะทางประการที่ทำให้เป็นผู้นำที่มีประสิทธิผล ในขณะที่บางคนก็ไม่มีคุณลักษณะเช่นนั้นตั้งแต่เกิด ทฤษฎีนี้เป็นแนวคิดในยุคแรก ๆ โดยมองถึงคุณลักษณะทางกายภาพ เช่น ความสูง และลักษณะภายนอก ลักษณะนิสัย เช่น ความมั่นใจในตัวเอง (self-esteem) และความสามารถ เช่น ความฉลาด และความสามารถทางภาษา ซึ่งคุณสมบัติของผู้นำในทฤษฎีนี้จะต้องมีความเอาทึ่ง ความตื่นตัว ความเมตตา ความอดทน รู้จักวิจารณ์เชิงสร้างสรรค์ รู้จักสังเกตเป็นธรรมชาติ และมีความสามารถในการเป็นผู้ตามได้ (Li, 2009)

3.2 Behavior theory

ทฤษฎีพฤติกรรม เป็นแนวคิดตามการศึกษาของมหาวิทยาลัยมิชิแกน โดยมองในเรื่อง job-centered กับ employee-centered โดยมีมุมมองแบบ job-centered เน้นหน้าที่และวิธีการดำเนินงาน โดยการเป็นหัวหน้าคอยให้แนวทางในการดำเนินงาน มีการให้โทษกับผู้อยู่ใต้บังคับบัญชา ส่วนในมุมมองแบบ employee-centered นั้นผู้นำจะเน้นความต้องการของบุคคล และการพัฒนาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งบ่อยครั้งจะมอบหมายการตัดสินใจให้กับคนอื่น ทำสภาพแวดล้อมให้อำนวยความสะดวกในการทำงาน และกระตุ้นให้เกิดการสื่อสารระหว่างบุคคล (Li, 2009)

3.3 Contingency theory

ทฤษฎีผู้นำตามสถานการณ์ เป็นทฤษฎีภาวะความเป็นผู้นำโดยมีการปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ ซึ่งแนวคิดนี้เป็นของ Fiedler ซึ่งอธิบายว่าผู้นำจะอาศัยปฏิบัติสัมพันธ์ โดยปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ โดยมุ่งเน้นความจำเป็นของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กับความต้องการที่จะบรรลุงาน ซึ่งผู้นำที่มีประสิทธิผลจะสามารถชั่งน้ำหนักระหว่างความจำเป็นทั้งสองด้านได้ (Li, 2009)

3.4 Transaction leadership

ทฤษฎีผู้นำแบบเปลี่ยนผ่าน เป็นแนวคิดความเป็นผู้นำที่ให้รางวัลแก่ผู้ตามที่มีผลการดำเนินงานที่ดี และทำตามผู้นำ โดยมีกลไกในการจูงใจเพื่อให้ผู้ตามมีพฤติกรรมตามพึงประสงค์

และช่วยเพิ่มระดับความมั่นใจของผู้ตาม เน้นประโยชน์ของทีมและองค์การมากกว่าผลประโยชน์ส่วนตัว ซึ่งผู้นำตามแนวคิดนี้จะแสดงถึงบารมีอย่างชาญฉลาดในการที่จะกระตุ้นผู้ที่อยู่ใต้บังคับบัญชา ผู้นำในแนวคิดนี้จะมีการใช้คำพูดที่จะฉานที่จะสื่อสารวิสัยทัศน์ให้กับผู้ตามให้เข้าใจได้ มีการมอบหมายงานและความรับผิดชอบ ตัดขั้นตอนที่เป็นข้อจำกัดที่ตีกรอบโดยระเบียบการดำเนินงานที่เย็นเยือกของราชการ มีการเป็นพี่เลี้ยง การอบรม และเปิดโอกาสให้ผู้ตามมีประสบการณ์ในการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ส่งเสริมให้เกิดการประสานงานและการดำเนินงานเป็นทีม (Li, 2009)

4. ปรัชญาแนวคิดการตัดสินใจพัฒนานโยบาย

การที่ผู้บริหารในองค์การจะตัดสินใจกระทำ หรือไม่กระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง สิ่งนี้เราจะเรียกว่านโยบาย ซึ่งปัจจัยที่เป็นฐานคิดของผู้บริหารเราอาจเรียนอีกอย่างหนึ่งว่าปรัชญา โดยทางทฤษฎีแล้วมีแนวคิดที่เป็นฐานคิดหลายรูปแบบด้วยกันสำหรับการที่ผู้บริหารองค์การจะใช้ในการตัดสินใจ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

4.1 ผู้พิทักษ์นิยม (Protectorism)

ฐานคิดหลักของปรัชญาผู้พิทักษ์นิยม (protectorism) ก็คือ การพัฒนานโยบายสาธารณะที่มุ่งปกป้องและคุ้มครองคนทั้งจากกันและกัน และระหว่างในกลุ่มกันเอง นักปกครองในแนวคิดนี้จะเป็นผู้ออกนโยบายที่มองตนเองว่าเป็นผู้ปกป้อง โดยนักปรัชญาคณแรกที่ได้นำเสนอแนวคิดนี้คือ เพลโต ซึ่งได้เขียนไว้ในหนังสือเรื่องสาธารณรัฐ (Republic) ที่อธิบายว่าความขัดแย้งเป็นเรื่องที่มนุษย์เราไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และเป็นธรรมชาติของมนุษย์ที่จะต้องมีความขัดแย้งทะเลาะเบาะแว้ง และเบียดเบียนกัน (Bloom, 1968) ฉะนั้น จึงต้องมีผู้ที่มีความชอบธรรมในการกำหนดกฎเกณฑ์และบังคับใช้กฎดังกล่าวเพื่อควบคุมให้มนุษย์ไม่ทำร้ายกัน

4.2 เหตุผลนิยม (Rationalism)

ปรัชญานโยบายเหตุผลนิยมมีความเชื่อในการใช้เหตุผลของมนุษย์ และมีฐานคิดว่าปัญหาในการจัดการของรัฐสามารถแก้ไขได้ด้วยทางออกที่มีเหตุมีผลโดยใช้การวิเคราะห์ทางวิทยาศาสตร์ การใช้หลักตรรกะ และการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยกลุ่มที่เริ่มต้นในเรื่องปรัชญานโยบายเหตุผลนิยมนี้ คือ นักวิชาการสายการจัดการ (Etzioni, 1967)

4.3 นายหน้านิยม (Brokerism)

ปรัชญานโยบายสาธารณะแบบนายหน้านิยมเน้นมโนทัศน์เชิงพหุนิยมของรัฐ โดยมองว่าสังคมประกอบไปด้วยกลุ่มผลประโยชน์ต่าง ๆ และรัฐบาลทำหน้าที่เป็นกาวซึ่งมีหน้าที่

คอยเชื่อมภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคมเข้าด้วยกันโดยทำให้ผลประโยชน์ที่กลุ่มต่าง ๆ ได้รับความสมดุล และคอยทำหน้าที่เป็นส่วนบูรณาการต่าง ๆ เข้าด้วยกัน (Bozeman, 1979) นักวิชาการในสายนี้ เช่น David Easton มองว่าการเป็นคือการจัดสรรค่านิยมและทรัพยากรในสังคม โดยมีหน่วยงานซึ่งก็คือรัฐบาล ซึ่งดำเนินการตามการผลักดันของภาคีภาคส่วนต่าง ๆ และมีฐานะเป็นผู้ที่ได้รับความชอบธรรมในการกระทำ (Easton, 1969)

4.4 ปฏิบัตินิยม (Pragmatism)

แนวคิดแบบปฏิบัตินิยมอาจมองได้ว่าเป็นแนวคิดเดียวทางสายวิชาปรัชญาที่เกิดขึ้นในสหรัฐอเมริกา โดยสะท้อนอยู่ในงานเขียนของ James และ Dewey ที่เสนอแนวทางว่า “หากทำได้ผล ก็ให้ทำเลย (If it works, do it.)” แต่แนวคิดแบบปฏิบัตินิยมในฐานะที่เป็นปรัชญา นโยบายดูเหมือนจะย้อนแย้งกับลักษณะทั่วไปของความเป็นปรัชญา แต่ก็เป็นแนวคิดที่เห็นมาพร้อม ๆ กับแนวคิดระบบการบริหารราชการยุคใหม่ (modern bureaucracy) อันที่จริง ในมุมมองหนึ่ง แนวคิดระบบการบริหารราชการยุคใหม่อาจถูกตีความได้ว่าเป็นการปฏิเสธแนวคิดแบบการจัดการปกครองเฉพาะหน้า (ad hoc governing) และแนวคิดแบบปฏิบัตินิยมได้ แนวคิดระบบการบริหารราชการเป็นวิธีการในการสร้างรัฐบาล นโยบาย และกระบวนการตัดสินใจที่มีขั้นตอนเป็นมาตรฐาน มีกระบวนการปฏิบัติงานมาตรฐาน (SOP) การเก็บเอกสาร (record keeping) การไม่ลำเอียง และมีสายการบังคับบัญชาที่เป็นทางการภายใต้โครงสร้างที่ชัดเจน ซึ่งกลไกทั้งหมดนี้จะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานภายใต้แนวคิดแบบปฏิบัตินิยม (Maddux and Donnett, 2015)

4.5 ฟอนถ่ายนิยม (Transferralism)

ปรัชญานโยบายแบบฟอนถ่ายนิยม (Transferralism) เป็นแนวคิดปรัชญานโยบายของรัฐสวัสดิการ (welfare state) ซึ่งนำเอาส่วนที่มีไปให้กับส่วนที่ไม่มี นักวิชาการสายฟอนถ่ายนิยมที่โดดเด่น คือ Marx, Rousseau และ Ricardo ซึ่งนำแนวคิดแบบฟอนถ่ายนิยมมาใช้ในการลงความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เราเพิ่งเริ่มเห็นได้ในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 นี้ แม้ว่าแนวคิดนี้จะมีแฝงอยู่ในแนวคิดของนักปรัชญาตั้งแต่ในยุคคลาสสิกมาก็ตาม (Bozeman, 1979)

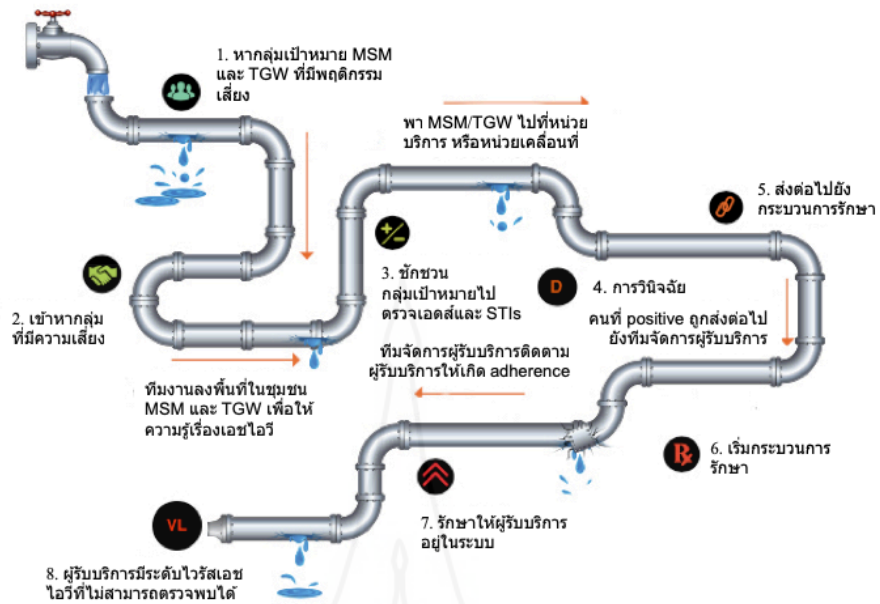
4.6 อัตตานิยม (Egoism)

ปรัชญานโยบายแบบอัตตานิยมมีฐานคิดว่าระบบการบริหารงานราชการ และหน่วยงานดำรงอยู่เพื่อการดำรงอยู่เป็นปลายทางอยู่แล้ว ไม่ได้เกิดจากภารกิจใด ๆ และมองว่าการเป็นข้าราชการคือ หนทางของความก้าวหน้าของตน แม้จะกระเทือนต่อเป้าหมายของหน่วยงานก็ตาม แนวคิดนี้ไม่ได้ขึ้นอยู่กับเรื่องของการคิดสินบน หรือการฉ้อราษฎร์บังหลวง (corruption) เท่านั้น ผู้ที่มีแนวคิดแบบเน้นความเจริญก้าวหน้าทางการงานที่สุด โต่งอาจจัดอยู่ในกลุ่มปรัชญา

นโยบายแบบอัตตานิยมด้วย เนื่องจากอาจมีความปรารถนาที่หมกมุ่นอยู่กับการสร้างความเติบโต ให้แก่หน่วยงานของตน (Bozeman, 1979)

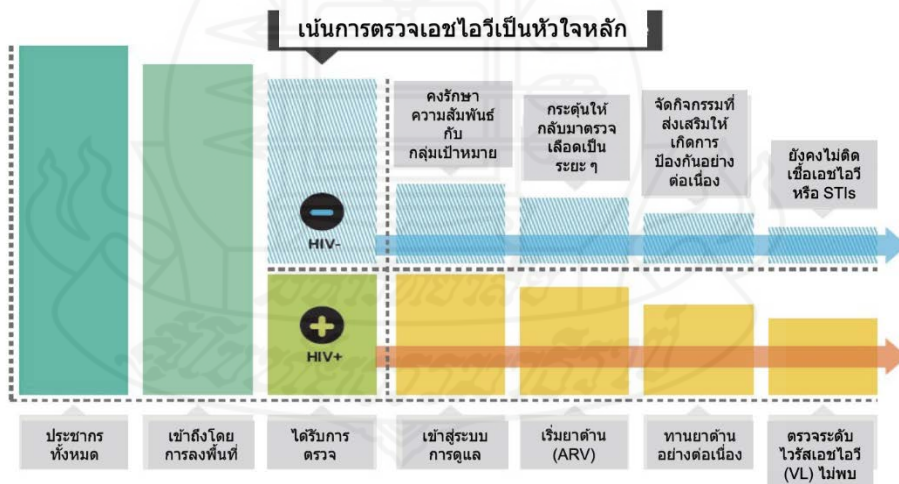
5. แนวคิดการดำเนินงานด้านการป้องกันเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสองในประเทศไทย

ในประเทศไทย ได้มีการนำตัวแบบ RRTTR ที่มาจากคำว่า Reach (เข้าถึง) Recruit (ชักชวนให้ตรวจเลือด) Test (รับการตรวจเลือด) Treat (เข้ารับการรักษา) และ Retain/Repeat (อยู่ในระบบการรักษาอย่างต่อเนื่อง หรือเข้ามารับการตรวจซ้ำอย่างสม่ำเสมอ) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นแนวคิดในการสร้างระบบบริการด้านเอชไอวีครบวงจรตลอดชีวิตเพื่อนำเอาส่วนงานที่ให้บริการด้านต่าง ๆ ของเอชไอวีเข้ามาร้อยรวมเป็นระบบบริการที่สามารถติดตามตั้งแต่การลงพื้นที่เพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ไปจนถึงการรักษาอย่างต่อเนื่อง (adherence) โดยเป้าหมายของตัวแบบ RRTTR นี้ เพื่อลดช่องว่างหรือรอยต่อระหว่างการบริการในแต่ละชุด เพื่อไม่ให้ผู้รับบริการหลุดออกไปจากระบบการให้บริการ (National AIDS Management Center, 2014) ตามภาพที่ 2.7 และตามภาพที่ 2.8 ทั้งนี้ ตัวแบบดังกล่าวได้นำมาใช้ในโครงการเอชไอวีของประเทศไทยภายใต้การสนับสนุนของกองทุนโลก (The Global Fund to Fight against AIDS, Tuberculosis and Malaria หรือ GFATM) ภายใต้การดำเนินงานของมูลนิธิริักษาไทยซึ่งเป็นผู้รับทุนหลัก (Principle Recipient: PR) และตัวแบบดังกล่าวได้ อยู่ในแผนปฏิบัติการ Regional Operational Plan 2016 ของ U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief หรือ แผน PEPFAR 2016 ด้วย (PEPFAR Asia Regional Program, 2016)



ที่มา: Francis and Mills, (2015).

ภาพที่ 2.8 ตัวแบบ RRTTR ในการให้บริการด้านเอชไอวี



ที่มา: Francis and Mills, (2015).

ภาพที่ 2.8 รูปแบบเส้นทางการติดตามในการให้บริการด้านเอชไอวี

6. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบกิจการสถานพยาบาล

ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลจะมีกฎหมายกำหนดอยู่ซึ่งรวมถึงพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งให้นิยามของสถานพยาบาลว่า “เป็นสถานที่รวมตลอดถึงยานพาหนะ ซึ่งจัดไว้เพื่อการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือการประกอบวิชาชีพทันตกรรมกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทันตกรรม ทั้งนี้ โดยกระทำเป็นปกติธุระ ไม่ว่าจะได้รับประโยชน์ตอบแทนหรือไม่ แต่ไม่รวมถึงสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา ซึ่งประกอบธุรกิจการขายยาโดยเฉพาะ”

นอกจากนี้ยังมี กฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. 2545 โดยการเปิดสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยค้างคืนมีอยู่ด้วยกัน 10 ลักษณะ คือ 1) คลินิกเวชกรรม 2) คลินิกเวชกรรมเฉพาะทาง 3) คลินิกทันตกรรม 4) คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง 5) คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์ 6) คลินิกกายภาพบำบัด 7) คลินิกเทคนิคการแพทย์ 8) คลินิกการแพทย์แผนไทย 9) คลินิกการแพทย์แผนไทยประยุกต์ และ 10) สหคลินิก (สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ, ม.ป.ป.)

โปรดดูรายละเอียดของกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับต่าง ๆ ใน ภาคผนวก ของการศึกษานี้

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินโดยภาคประชาสังคมยังมีอยู่จำกัด แต่ทั้งนี้ ศูนย์สุขภาพชุมชนในต่างประเทศ อาทิ เช่น ของสหรัฐอเมริกา ก็มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพสำหรับความเจ็บป่วยบางอย่างเพื่อให้บริการกับประชาชน และสำหรับประเทศไทยเอง ก็มีศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินการโดยภาคประชาสังคม โดยให้บริการในเรื่องของอนามัยเจริญพันธุ์ เช่น สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน และ สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี เป็นต้น

ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยทั่วไป หมายถึง สถานที่ให้บริการด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน โดยให้บริการแก่สมาชิกของคนในชุมชน นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งที่รวมความรู้และข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ เป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างผู้เกี่ยวข้องในชุมชน โดยมีอาสาสมัคร

สาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้ดำเนินการภายใต้การดูแล สนับสนุน และการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรมอนามัย (สพิสชา กิ่งแก้วก้านทอง, ม.ป.ป.)

สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนในประเทศไทยนั้น ส่วนใหญ่มักนึกถึงศูนย์สุขภาพชุมชนที่ ดำเนินการโดยภาครัฐ นำโดยกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจัดตั้งขึ้นเพื่อลดปัญหาสภาพความแออัดของ คนไข้ในโรงพยาบาล การรอคิวตรวจนาน เช่น การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว หรือภาษาอังกฤษคือ Primacy Care Cluster (PCC) ที่ถือเป็นระบบบริการปฐมภูมิ ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย กำหนด ซึ่งก็มีเป้าหมายในการที่จะเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการ และช่วยประหยัด ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของทั้งรัฐ และประชาชน ลดค่าเดินทางของประชาชนในการเดินทางไปรักษา เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุ เป็นต้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ, 2562) สำหรับในกรุงเทพมหานคร ศูนย์สุขภาพชุมชนมักจะหมายถึง ศูนย์บริการสาธารณสุข ซึ่งดำเนินการโดยสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

สำหรับในต่างจังหวัด ศูนย์สุขภาพชุมชนมักเป็นความร่วมมือระหว่างองค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่นร่วมกับโรงพยาบาลในท้องถิ่น หรือว่าเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่ถือเป็นหน่วยบริการ สาขาของโรงพยาบาลใหญ่ในจังหวัด เพื่อเป็นการแก้ปัญหาความแออัดของคนไข้ และลดภาระ การเดินทางของคนไข้ สามารถให้บริการอย่างทั่วถึงได้มากขึ้น (MRG Online, 2552)

สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนด้านเอชไอวีในประเทศไทยแห่งแรกคือ คลินิกนิรนาม ที่ดำเนินงานโดยศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ซึ่งแยกตัวออกมาจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยดำเนินการตรวจ ดูแล และรักษาเอชไอวีมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 (ศูนย์วิจัยโรค เอดส์ สภากาชาดไทย, ม.ป.ป.) และถือเป็นต้นแบบของคลินิกนิรนามในการตรวจเอชไอวีของ หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขในประเทศไทย และต่างประเทศในยุคต่อมา

องค์การอนามัยโลกเสนอว่าการจัดบริการด้านสุขภาพด้านเอชไอวีมีหลายแนวทาง ด้วยกัน ซึ่งการจัดบริการเอชไอวีโดยชุมชนก็เป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้การเข้าถึงบริการของ ประชาชน โดยเฉพาะประชากรที่มีความเปราะบาง เช่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและ สาวประเภทสอง สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น (UNAIDS, 2017) การจัดบริการที่ให้เฉพาะกับ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มประชากรเป้าหมายและ ตอบสนองต่อข้อมูลการแพร่ระบาดในประเทศ (Smith, 2009)การมีศูนย์บริการเฉพาะกลุ่มสำหรับ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีบริการตรวจเอชไอวีที่ทราบผลในวันเดียวกัน การมีแหล่งบริการ หลายจุดอาจช่วยให้เพิ่มอัตราการเข้ารับบริการและการมารับบริการซ้ำอย่างต่อเนื่องได้ (Jenkins et al, 2017) นอกจากนี้การมีสถานบริการที่สามารถเดินทางได้อย่างสะดวกก็จะช่วยให้อัตราการเข้าถึง การรักษาอย่างต่อเนื่องและอยู่ในระบบรักษา (adherence) สูงขึ้นด้วย (Bedelu, 2007)

การจัดบริการเอชไอวีและสุขภาพทางเพศสำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง โดยเฉพาะสามารถช่วยขจัดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการซึ่งอาจมีปัจจัยมาจาก สังคม สิ่งแวดล้อม การตีตรา และการเลือกปฏิบัติ รวมถึงในบางบริบทที่กฎหมายอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการได้ (APCOM, n.d.; World Health Organization, 2015) ทั้งนี้ในส่วนของ การจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานด้านเอชไอวีในประเทศนั้นขึ้นอยู่กับข้อกำหนดทางเลือกของ นโยบายที่จะเอื้อต่อการดำเนินงาน (Hecht, 2010) ซึ่งจะมีผลต่อการจัดบริการในทางปฏิบัติ



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาโดยใช้การทบทวนเอกสาร โดยเป็นข้อมูลทุติยภูมิ และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interviews) โดยเป็นข้อมูลปฐมภูมิ ความเหมาะสมของการศึกษาเชิงคุณภาพสำหรับงานวิจัยชิ้นนี้ เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพจะสามารถให้ข้อมูลที่เป็นตัวอักษรอธิบายปรากฏการณ์ที่มีมิติความลึกของปรากฏการณ์ที่เรากำลังศึกษา โดยเป็นข้อมูลมาจากมุมมองของผู้ให้ข้อมูล (Rehle et al, 2001)

ข้อมูลเชิงคุณภาพจะให้ข้อมูลเชิงลึกในทั้งในมิติของทัศนคติ ความเชื่อ เหตุจูงใจ และพฤติกรรม และทำให้เข้าใจว่าคนมีความคิดหรือรู้สึกอย่างไรต่อประเด็นดังกล่าว แล้วถอดออกมาเป็นคำพูด หรือภายใต้การสังเกต โดยเน้นการตอบคำถามว่า อย่างไร และ เพราะเหตุใด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ใช้กรณีศึกษาของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง งามคำแหง กรุงเทพมหานคร ด้วยวิธีการทบทวนเอกสาร และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นผู้บริหารของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง งามคำแหง และผู้บริหารของสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยจำนวน 9 ตัวอย่าง

ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งงามคำแหง ถือเป็นศูนย์สุขภาพหนึ่งในสี่ของสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย และเป็นศูนย์เดียวที่ตั้งในเขตกรุงเทพมหานคร เหตุผลในการเลือกศูนย์สุขภาพแห่งนี้ เนื่องจากเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งแรก ๆ ที่ดำเนินการ โดยภาคประชาสังคม ซึ่งปัจจุบันมีกลุ่มเป้าหมายเข้ามาใช้บริการมากที่สุด เมื่อเทียบกับศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินงานโดยภาคประชาสังคม 9 แห่งทั่วประเทศไทย โดยอยู่ที่ประมาณ 20 – 60 คนต่อวัน โดยมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ที่ประมาณร้อยละ 15 ในกลุ่มผู้มารับบริการซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยรุ่นตอนปลายและ (วัยทำงานตอนต้นช่วงอายุ 17 ถึง 25 ปี

2. เอกสารที่ใช้ในการทบทวน

ส่วนหนึ่งของการศึกษานี้ เป็นการวิจัยเอกสาร ซึ่ง เอกสารที่นำมาใช้ในการศึกษามีดังนี้

1. พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541
2. กฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. 2545
3. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573
4. แนวทางการเปิดคลินิก สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
5. รูปแบบที่ดีของบริการปรึกษาและตรวจเอชไอวีสำหรับประชากรหลักในประเทศไทย ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย
6. รายงานการประชุมการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการเอชไอวี/เอดส์ ในชุมชนในประเทศไทย มุขนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
7. มาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเอชไอวีโดยสมัครใจ ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง

3. การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interviews)

การเก็บข้อมูลด้วยวิธีสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) แบบ semi-structured โดยมี Key informants ดังต่อไปนี้

1. ผู้ก่อตั้งสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย (เลขาธิการสมาคมฯ)
2. ผู้อำนวยการสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย
3. หัวหน้าศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง (รองผู้อำนวยการฝ่ายศูนย์สุขภาพ)
4. หัวหน้างานฝ่ายห้องปฏิบัติการศูนย์สุขภาพ
5. หัวหน้างานเทคนิคการแพทย์ ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง
6. หัวหน้าทีมให้คำปรึกษา
7. หัวหน้าทีมฝ่ายประกันคุณภาพ
8. รองผู้อำนวยการฝ่ายข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์
9. หัวหน้างานดูแลหลังการตรวจ

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ฐานข้อมูลการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง
2. แนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) แบบ semi-structured (โปรดดูภาคผนวก ข) โดยมีการตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ซึ่งรายละเอียดอยู่ใน ภาคผนวก ก

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารจะใช้ Systematic Review ในการสังเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารเพื่อตอบคำถามการวิจัย การเลือกเอกสารในการเข้ามาสังเคราะห์ การประเมินคุณภาพของเอกสารและแหล่งที่มา วิธีการสังเคราะห์ข้อมูล รวมถึงฐานคติและอคติที่อาจมีของเอกสารแต่ละชิ้น (Petticrew and Roberts, 2006)

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของคำถามสัมภาษณ์แบบเจาะลึกจะใช้ Logical and matrix analysis (Miles and Huberman, 1994) โดยสร้างในโปรแกรม MsExcel ทำใน sheet ของโปรแกรมหลายหน้าต่างโดยสร้างโค้ด (codes) ซึ่งดึงจากบทสัมภาษณ์ แล้ววิเคราะห์ออกมาในรูปแบบ thematic analysis เพื่อไปประมวลเป็นข้อค้นพบของการศึกษา

6. จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. 2019/06-224 มีอายุระหว่างวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2563 (โปรดดู ภาคผนวก จ)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการศึกษานี้ ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีผสมผสานระหว่างการวิจัยเอกสาร และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก เพื่อตอบคำถามการวิจัยที่ได้กล่าวมาแล้วในบทที่ 1 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลสัมภาษณ์แบบเจาะลึกมีลักษณะดังนี้

1. ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ตารางที่ 4.1 ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ลักษณะทางประชากร	
ช่วงอายุ	30 – 62
เพศ	ชาย – หญิง – สาวประเภทสอง
อัตลักษณ์ทางเพศ	เกย์, หญิงรักหญิง, สาวประเภทสอง, ผู้ชาย, เคเวียร์, ไม่ระบุตัวเอง
ภูมิลำเนา	กรุงเทพมหานคร ตรัง ปทุมธานี นครปฐม สกลนคร สงขลา จันทบุรี
การศึกษา	มัธยมศึกษาตอนปลาย – ปริญญาเอก
ระยะเวลาการทำงานศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง หรือสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย	1 ปีครึ่ง – 20 ปี

2. การทบทวนจากเอกสาร

ในกระบวนการทบทวนเอกสาร มีเอกสารที่เกี่ยวข้องกับคำถามการวิจัยหลายชิ้นด้วยกัน ซึ่งได้แก่ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 กฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. 2545 ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573

แนวทางการเปิดคลินิก สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข รูปแบบที่ดีของบริการปรึกษาและตรวจเอชไอวีสำหรับประชากรหลักในประเทศไทย ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย รายงานการประชุมการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการเอชไอวี/เอดส์ในชุมชนในประเทศไทย มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิ ด้านเอดส์ และมาตรฐานการปฏิบัติงานสำหรับการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเอชไอวีโดยสมัครใจ ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง รมคำแหง

โดยสรุปแล้ว ยังไม่มีเอกสารกฎหมาย หรือนโยบายใดที่ระบุถึงการจดทะเบียนศูนย์สุขภาพชุมชน ที่ดำเนินงานสำหรับภาคประชาสังคมโดยเฉพาะ แต่มีระเบียบที่ว่าไว้ในเรื่องการจดทะเบียนเห็นสถานพยาบาลในลักษณะต่าง ๆ ซึ่ง การจดทะเบียนศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง เป็นการหาวิธีการภายใต้กฎระเบียบที่มีอยู่โดยมีผลของการศึกษาดังต่อไปนี้

3. วิธีการจัดการและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง

การจัดบริการศูนย์สุขภาพชุมชนของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง ภายใต้การดำเนินงานของสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย เป็นไปตามแนวทางของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติหรือ UNAIDS ในการที่จะยุติปัญหาเอดส์ Getting to Zero หรือ การเข้าสู่ความเป็นศูนย์ในภาษาไทย โดยมีหลักการ 3 แนวทางด้วยกันคือ

1. Zero to new infection นั่นคือ ไม่มีการติดเชื้อรายใหม่
2. Zero to deaths due to HIV infection ไม่มีการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี
3. Zero discrimination ไม่มีการเลือกปฏิบัติด้วยเหตุของการมีเชื้อเอชไอวี

จากแนวทางทั้ง 3 ได้มีการพัฒนาต่อเป็นเป้าหมายที่เรียกว่า 90-90-90 ซึ่งกำหนดว่า 90 ตัวแรกแรกคือ การที่ร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องทราบผลเลือดของตนเอง 90 ตัวที่สอง คือ ร้อยละ 90 ของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ส่วน 90 ตัวที่สาม คือ ร้อยละ 90 ของผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถควบคุมระดับ Viral load ให้อยู่ในระดับต่ำ หรือ undetectable ได้

จากกรอบแนวคิดการทำงานแบบ RRTTR ที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 2 นั้น ปัจจุบันได้มีการพัฒนากรอบการทำงานขึ้นมาเป็น แบบ RRTTPR ซึ่งมีการเพิ่มตัว P ขึ้นมา โดยสามารถอธิบายเพิ่มเติมได้ดังนี้

R – Reach คือการเข้าไปถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งในกรณีนี้คือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง

R – Recruit คือ การเชิญชวนให้กลุ่มเป้าหมายเข้าสู่บริการเพื่อตรวจเอชไอวี

T – Test คือ การเข้ารับการตรวจเอชไอวี

T – Treat คือ การเข้าสู่กระบวนการรักษาในกรณีที่ตรวจพบว่ามีเชื้อเอชไอวี

P – Prevent เป็นส่วนที่เพิ่งขึ้นมาใหม่คือการป้องกันเอชไอวี หากว่ามีการตรวจแล้วผลเป็นลบ หรือไม่พบเอชไอวี

R – Retain คือ การทำให้ผู้ที่อยู่ในกระบวนการรักษาเอชไอวี

ดังนั้นรูปแบบการให้บริการเอชไอวีจะเป็นการเน้นให้กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเข้ามาตรวจก่อนเพื่อแยกกลุ่มออกเป็นสองกลุ่ม ซึ่งกลุ่มที่มีการติดเชื้อเอชไอวีแล้วจะรีบให้นำเข้าสู่กระบวนการรักษาโดยทันที ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีจะเข้าสู่กระบวนการป้องกันเพื่อทำให้ผลเลือดเป็นลบนานที่สุด หรือไม่มีการติดเชื้อขึ้นมาใหม่

4. การก่อตั้งศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง

ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งนั้น เป็นส่วนหนึ่งของสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ซึ่งก่อตั้งขึ้นมาในปี พ.ศ. 2543 โดยเริ่มจากการที่นายกมลเศรษฐ เก่งการเรือ ผู้ชำนาญการสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เห็นถึงปัญหาของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เนื่องจากนายกมลเศรษฐ ซึ่งเป็นผู้ก่อตั้งชมรมเพื่อนวันพุธ สภากาชาดไทย ซึ่งเป็นชมรมของผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีชมรมแรกในประเทศไทย และนายกมลเศรษฐก็พบว่าผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเกินกว่าครึ่งเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน จึงเกิดความคิดในการจัดตั้งชมรมฟ้าสีรุ้งขึ้น ประกอบกับพื้นที่ใกล้กับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ใกล้กับสวนลุมพินี ซึ่งเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเข้าไปมีพฤติกรรมเสี่ยง และยังอยู่ใกล้กับซอยทิวไรท์ ถนนสุริยวงศ์ ซึ่งเป็นซอยที่มีกลุ่มชายที่ขายบริการทางเพศด้วย จึงมีการจัดทำชมรมฟ้าสีรุ้งสำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายโดยทั่วไป และมีการดำเนินอีกโครงการสำหรับเข้าไปให้ความรู้ด้านเอชไอวีกับกลุ่มชายขายบริการ

"โดยในสังคมทั่วไปเราก็มักจะเห็นแต่ชายกับหญิง แต่พอเข้ามาดูในระบบการรักษาสุขภาพ (ด้านเอชไอวี) ก็พบว่ามีคนกลุ่มนี้ (ชายรักชาย/ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย) จำนวนมาก ถ้าเราไม่ทำอะไรเลยก็จะทำให้ปัญหา (ด้านเอชไอวี) เพิ่มมากขึ้น – case01"

"โดยส่วนตัว พอมาดูเพื่อน จาก 10 คน ก็ติดเชื้อเอชไอวีไปแล้ว 6 ถึง 7 คน ซึ่งเราก็มองว่าตรงนี้เป็นปัญหาใหญ่หลวงของเราแล้ว – case01"

ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ภายใต้การสนับสนุนของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (U.S. Center for Diseases Control and Prevention) ผ่านศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทยดำเนินการศึกษาความชุกของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งผลการศึกษาออกมาพบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่ไม่ได้ขายบริการทางเพศ มีอัตราความชุกของเอชไอวีอยู่ที่ร้อยละ 17.3 ซึ่งมีการแถลงข้อมูลอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2546 จากนั้นจึงได้ใช้ปัญหาของการแพร่ระบาดของเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในการจัดสรรงบประมาณจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกาเพื่อจดทะเบียนสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยขึ้นมาในเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2546 ในส่วนของการศึกษาความชุกของเชื้อเอชไอวีนั้นก็ได้มีการดำเนินงานมาตลอดทุก 2 ปี และภารกิจดังกล่าวได้ย้อนกลับไปให้สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการเป็นงานประจำที่มีการดำเนินงานทุก ๆ 2 ปีเช่นกันตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา

"ระบบการบริการภาครัฐมีขีดจำกัดเยอะ คลินิกนิรนามเองก็เป็นหน่วยบริการหน่วยแรกที่ออกมาจากระบบลักษณะการให้บริการของภาครัฐ ในกรณีของฟ้าสีรุ้งเองก็เริ่มจากงานป้องกันและขยายออกมาให้ครอบคลุมการบริการให้มากที่สุด - case01"

ในส่วน of ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งนั้น เป็นส่วนหนึ่งของสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย โดยเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2558 ภายใต้แนวคิดแบบ RRTR ซึ่งก่อนหน้านั้นเกิดปัญหาว่าภาคประชาสังคมสามารถดำเนินการได้เฉพาะใน RR สองตัวแรกและไม่สามารถติดต่อทั้งกระบวนการต่อไปจนถึง TTR ได้จนครบกระบวนการหรือ cascade ในขณะที่เดียวกันก็มีปัญหาในเรื่องการบริการที่ยังไม่เป็นมิตรเพียงพอกับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ทั้งในด้านจิตการให้บริการ เวลาการให้บริการ และเวลาที่มีต่อผู้เข้ารับบริการ เป็นต้น

"เราเองจะต้องช่วยรัฐในการแบ่งเบาภาระ โดยทำคนของเราให้บริการสุขภาพได้ ซึ่งตรงนี้เป็นจุดเริ่มต้น ซึ่งเราก็ได้รับการช่วยเหลือจากศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ที่ช่วยให้เราสามารถพัฒนาตัวเองจนสามารถให้บริการสุขภาพด้วยตนเองได้ - case01"

เวลาการให้บริการของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งจะพิจารณาจากวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมายซึ่งจะอยู่ในวันเรียนและวันทำงาน ดังนั้นศูนย์สุขภาพจึงเปิดให้บริการในวันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์เวลา 15.00 น. ถึง 21.00 น. และมีการให้บริการในวันเสาร์ และวันอาทิตย์เวลา 12.00 น. ถึง 18.00 น. การให้บริการจะเน้นการดำเนินกิจกรรมดำเนินงานแบบ RRTPR และเน้นจุดเด่นในการให้บริการที่เป็นมิตรกับผู้มารับบริการ สิ่งต่างจากสถานพยาบาลทั่วไปคือมีเจ้าหน้าที่ที่มาจากชุมชนเดียวกันเข้ามาทำงานและจัดบริการให้กับผู้มารับบริการด้วย และยังมีการเชื่อมต่อการทำงานลงพื้นที่ในเชิงรุกแล้วส่งต่อผู้มารับบริการเข้าสู่ศูนย์สุขภาพ

"เราเป็นคนในชุมชน การทำงานของเราไม่ได้ทำแค่จุด ๆ เดียว แต่เรามีทั้งกระบวนการ ตั้งแต่ป้องกัน ดูแล ทั้งหมดเบ็ดเสร็จ แต่งานของภาครัฐจะมีแต่เพียงงานตั้งรับอย่างเดียว ซึ่งเราเองจะเก่งในงานเชิงรุกมากกว่า ซึ่งตรงนี้ถือได้ว่าเป็นข้อได้เปรียบของเรา – case01"

"เราแตกต่างในเรื่องของบรรยากาศ รูปแบบของบริการที่เรามีความชัดเจนเฉพาะด้าน เน้นเอชไอวี และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งโรงพยาบาลก็ทำได้ แต่รูปแบบ (ของเรา) เป็นมิตรมากกว่า มีความผ่อนคลายมากกว่า เจ้าหน้าที่ที่มีความเป็นกันเองกับผู้มารับบริการ เกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเล่าเรื่องของเขาให้เราฟังและรับการช่วยเหลือ – case08"

"เท่าที่เคยคุยกับผู้มารับบริการเขาบอกว่าการที่เข้าไปรับบริการที่โรงพยาบาล เขามีความอึดอัดมากกว่าในการที่จะไปคุยกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขาไม่กล้าที่จะพูดความจริงทั้งหมด เพราะเขากลัวโดนตำหนิ แต่ถ้าเป็นที่นี้ เขามองเราว่าเราเป็นเพื่อนคนหนึ่งเป็นที่คนหนึ่ง จะพูดอะไรเขาก็พูดได้ตรง ๆ – case08"

5. วัตถุประสงค์ของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง

การจัดตั้งศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งเป็นการขยายโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองซึ่งจัดบริการโดยองค์การภาคประชาสังคม โดยเน้นการให้บริการที่เป็นมิตร ซึ่งมีใช่แค่เรื่องความเป็นมิตรของบุคลากรผู้ให้บริการเท่านั้น แต่ยังเน้นถึงเรื่องเวลาการให้บริการ การตั้งอยู่ในแหล่งที่สำคัญที่มีประชากรกระจุกตัวจำนวนมาก การจัดชุดบริการ และบรรยากาศในการให้บริการ รวมถึงเน้นการเข้าใจความต้องการของกลุ่มเป้าหมายอย่างลึกซึ้งอีกด้วย

"จุดขายของเราคือ ความเป็นมิตรในทุกมิติ การให้บริการของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง ไม่ใช่แค่การเอาแค่เกย์ กะเทยมาทำงานเท่านั้น ใครก็ได้ที่เป็นมิตร และผ่านกระบวนการ S&D เพราะบางทีเราก็ไม่ได้อยากคุยกับคนที่เหมือนเรา นอกจากนี้ พื้นที่ก็เหมาะสมมาก วันและเวลาที่เหมาะสม เพราะเราเป็นสถานบริการไม่กี่ที่ที่เปิดวันอาทิตย์ และเราหยุดวันอังคารและพุธแทน และเราก็เปิดวันธรรมดาบ่ายสามถึงสามถึง และเสาร์อาทิตย์เปิดตั้งแต่เที่ยงจนถึงหกโมงเย็น และบรรยากาศเราก็ทำให้เหมือนบ้าน หรือคลินิกศัลยกรรมที่เราอาจจะคุ้นเคยกันอยู่แล้ว – case02"

"เราทำเป็นเหมือนทั้งจุดตั้งเชิงรุกและตั้งรับ เราเข้าถึงกลุ่มที่มีความเสี่ยงจริง ๆ คนที่เดินเข้ามาหาเราจาก 10 คนเนี่ย 9 คนมีความกังวลต่อการติดเชื้อ มีความเครียด และกดดันว่าผลเลือดจะเป็นบวกหรือเปล่า ซึ่งเราก็มีกระบวนการช่วยเหลือหลังการตรวจ ซึ่งเป็นการควรถนอคนที่เห็นได้ชัด ๆ บางคนเขาเหมือนจะไปต่อไม่ได้ แต่เราสามารถให้การช่วยเหลือทางจิตสังคมได้ – case03"

ในการให้บริการของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งจะมีการย่อยอบบริการเฉพาะที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองที่มีความเสี่ยงนอกเหนือไปจากการตรวจเอชไอวี และการแนะนำให้ป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งเป็นนวัตกรรมทางเทคโนโลยี การป้องกันที่เป็นทางเลือกเพิ่มเติมให้กับผู้มารับบริการ

"ในกรณีที่มีความเสี่ยงมากเราก็พร้อมให้บริการยา PrEP และในส่วนของสาวประเภทสองที่ทานฮอร์โมนมาแต่ไม่เคยวัดระดับปริมาณฮอร์โมนในร่างกายเลยเราก็มีบริการให้ ดังนั้นจึงมีบริการเฉพาะที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่สนใจอยู่ด้วย และตอนนี้เรากำลังจะให้บริการเฉพาะ MSM ที่ใช้สารเสพติดด้วย เช่นถ้าต้องการเลิก ก็จะมีที่ส่งต่อ ถ้ามีปัญหาด้านอารมณ์จากการใช้สารเสพติดเราก็มีส่งต่อ และเรามีการติดตามถึง 3 ปี และเรายังมีบริการตรวจซีฟิลิส และในอนาคตก็จะมีการตรวจหนองใน ซึ่งจะเป็นการบริการตรวจคัดกรอง และติดต่อส่งต่อไปจนถึงหายขาดด้วย – case02"

การให้บริการของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งจะเป็นการให้บริการติดตามที่ครบวงจรเพื่อให้ถึงเป้าหมาย Viral suppression โดยมีการติดตามและสนับสนุนผู้รับบริการให้สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีและให้คงอยู่ในระบบการรักษาจนมีสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

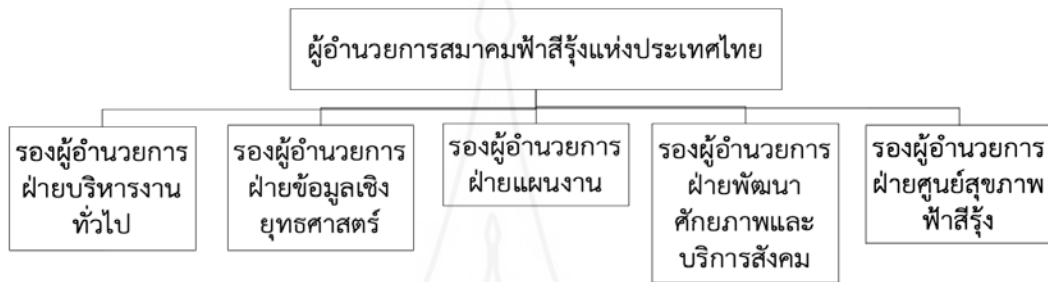
"จุดต่างของเราเลยคือ บริการหลังการตรวจ เพราะถ้าเป็นการไปรับบริการที่โรงพยาบาล เมื่อตรวจว่ามีเชื้อแล้ว คุณเองก็ต้องไปหาทางที่จะเข้าสู่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอง แต่ของเรามีเจ้าหน้าที่ดูแลสนับสนุน และอธิบายถึงการรักษาด้วยยาต้านด้วย มีการอธิบายประโยชน์ในการรักษา และให้ความรู้ว่าการติดเชื้อเอชไอวีสมัยนี้ไม่จำเป็นต้องเสียชีวิตอีกต่อไป – case03"

การให้บริการของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งเป็นการเปิดทางเลือกให้กับผู้รับบริการที่อาจไม่สบายใจในการเข้าไปพบกับเจ้าหน้าที่ที่เป็นวิชาชีพหรือคนที่ต้องการจะขอคำปรึกษาเพิ่มเติมหรืออาจต้องการสถานให้บริการทางเลือกที่ไม่ใช่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่จะต้องใช้เวลาในการเข้ารับบริการ

"น้องเขารู้สึกว่าไม่อยากไปโรงพยาบาล คนเยอะ ไม่อยากคุยกับหมอ จุดแข็งเราคือการเข้าถึง ถ้าโดยเฉลี่ยไม่เกิน 1 ชั่วโมงในการรับบริการ บางทีเขาก็รีบ รีบ รีบ ไม่ได้เปิดใจกับหมอ เพราะเขาไม่ได้สบายใจที่จะคุยกับหมอ ผู้บริการบอกเองเลยว่าถ้าที่จะบอกเราทุกอย่างในเรื่องพฤติกรรมความเสี่ยงอย่างไร ซึ่งก็มีคนบอกว่าถ้าไปโรงพยาบาลก็คงจะไม่บอกแบบนี้ ซึ่งเราจะเจอผู้รับบริการบอกเราแบบนี้ทุกวัน – case03"

6 โครงสร้างศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งรามคำแหง

ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งรามคำแหง ถือเป็น 1 ใน 5 ฝ่ายหลักของสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ซึ่งอีก 4 ฝ่ายคือ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ ฝ่ายแผนงาน และฝ่ายพัฒนาศักยภาพและบริการสังคม โดยมีลักษณะดังนี้



ภาพที่ 4.1 โครงสร้างการจจัดองค์กรของสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย

ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งรามคำแหงจะมีการแบ่งออกเป็น 4 ฝ่ายงานคือ งานคุณภาพและบริการ งานการให้คำปรึกษา งานดูแลและสนับสนุนหลังการตรวจ งานห้องปฏิบัติการ ซึ่งสามารถแสดงเป็นโครงสร้างได้ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 4.2 โครงสร้างการจจัดองค์กรเฉพาะฝ่ายศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง รามคำแหง

การจัดโครงสร้างของศูนย์สุขภาพยังเป็นกลไกที่มีพลวัต คือยังมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อหาว่าโครงสร้างใดที่จะเหมาะสมกับการให้บริการด้านเอชไอวีที่มีมาตรฐาน และเป็นมิตรกับผู้มารับบริการให้มากที่สุด ซึ่งจะต่างกับสถานพยาบาลทั่วไปที่โครงสร้างส่วนใหญ่ มักจะคงตัวแล้ว

"ที่โรงพยาบาลจะมีระบบเป็นอย่างดีแล้ว ไม่ว่าจะป็นระบบการทำงานหรือโครงสร้างที่พัฒนามาจนอิมตัวแล้ว แต่ที่นี้เป็นชุมชนแรกเริ่มกำลังค้นหาตัวเองอยู่หรือเปล่า ในเรื่องของโครงสร้างแบบไหนที่จะเข้ากับเราได้มากที่สุด ที่โรงพยาบาลทางที่ให้เดินมันจะเป็นเส้นตรงอย่างเดียว – case08"

7. บุคลากรศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งรามคำแหง

บุคลากรที่เข้ามาทำงานในศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งจะมีทั้งผู้ที่ป็นเจ้าหน้าที่ชุมชนที่ได้ดำเนินงานลงพื้นที่ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง และก็ยังเป็นประชากรในกลุ่มนี้เช่นเดียวกัน แต่ก็มีประสบการณ์กับบุคคลนอกชุมชนซึ่งมีคุณสมบัติทางวิชาชีพเข้ามาปฏิบัติงานด้วย และในขณะเดียวกันบุคคลที่มีคุณสมบัติทางวิชาชีพที่เกี่ยวข้องบางคนก็เป็นคนที่มาจากชุมชนของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองเช่นกัน

"ความต่างของที่นี่คือ เจ้าหน้าที่ไม่ใช่พยาบาลจำ ไม่ใช่คนที่จบสายทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์มา เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาก็ไม่ได้จบพยาบาลมา ซึ่งการทำงานก็จะเหมือนกับการทำงานเป็นองค์กรชุมชนจริง ๆ – case05"

จุดเด่นการที่ใช่คนในชุมชนเดียวกันเข้ามาจัดบริการจะทำให้เกิดความกระตือรือร้นในตัวเจ้าหน้าที่ที่จะใส่ใจกับรายละเอียดและความรู้สึกของผู้มารับบริการ ในขณะเดียวกันเจ้าหน้าที่ที่มีความเป็นวิชาชีพมาแล้วก็จะต้องได้รับการอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถดำเนินงานในศูนย์สุขภาพที่จะทำให้เกิดความเป็นมิตรที่สุด การอบรมความรู้ในการให้บริการในปัจจุบันได้รับการสนับสนุนจากศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ซึ่งเป็นต้นแบบของการมีคลินิกนิรนาม ซึ่งเป็นการจัดการบริการด้านเอชไอวีที่แยกออกมาจากสถานพยาบาลที่มีลักษณะการให้บริการแบบเป็นองค์กรรวม

"จบตามสาย ใจไม่รักก็ไปไม่รอดนะ ไม่จบตามสายแต่มีจิตใจที่จะพร้อมพัฒนาไปกับพวกเราเขาก็อยู่ด้วยกันกับพวกเรายาว – case06"

"คนที่ให้บริการไม่จำเป็นต้องเป็นวิชาชีพ ซึ่งก็อาจจะเป็นกลุ่มเป้าหมายที่เข้ามาให้บริการกับกลุ่มเป้าหมายเอง – case07"

"การที่เป็นวิชาชีพมาก็ไม่ใช่ว่าจะทำงานได้เลย ก็ต้องมาอบรมเพิ่มเฉพาะเช่นกัน โดยมี สภาวิชาชีพไทยเป็นหน่วยงานที่ให้การอบรม มีการสอบและให้ประกาศนียบัตรด้วย – case09"

"ไม่ได้จบตรงสาธารณสุขอะไรเลย แต่มีใจมาทำ เนี่ยคือเราเป็นคนชุมชนคนหนึ่งเลย เรามีใจใฝ่จะทำ เราไม่ได้มีเส้นแบ่ง ทำให้คนเข้ามาหาเราง่าย เราไม่ได้优越เหนือกว่าเขา เราเป็นคนชุมชนเหมือนกันเขา เราได้ช่วยเขา การเข้าถึง การเข้าใจ การรับฟังปัญหามันก็เลยดูง่ายไปหมด – case03"

ปัจจุบันคุณภาพของบุคลากรในการให้บริการเฉพาะทางด้านเอชไอวีก็ยังคงได้รับการตั้งคำถามในเรื่องของความรู้ ทักษะ และคุณภาพอยู่ ซึ่งการมีหน่วยงานภายนอกที่มีความเป็นวิชาชีพมาช่วยดำเนินการพัฒนาศักยภาพให้เพียงพอต่อการให้บริการจึงทำให้เกิดความมั่นใจกับกลุ่มเป้าหมาย ทั้งยังมีการประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่มีความถี่สูง เนื่องจากการให้บริการของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งนี้จะมีลักษณะเป็นพลวัตรที่จะมาองค์ความรู้ใหม่ ๆ เข้ามาอย่างสม่ำเสมอในลักษณะที่เป็น การสร้างนวัตกรรมให้เกิดขึ้นต่อการให้บริการด้านเอชไอวีเฉพาะในกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง

"เราก็ถูกตั้งคำถามอยู่ตลอดเวลาว่าเจ้าหน้าที่ที่มาทำงานจะมีความรู้ ทักษะ ความสามารถพอหรือยังที่จะสามารถให้บริการกับมนุษย์กันเองในฐานะที่มีความเป็นวิชาชีพคอย กำหนดอยู่ คนที่ไม่ได้จบสาธารณสุขจะมาให้บริการได้อย่างไร มีองค์ความรู้ที่เป็นด้านบริการสุขภาพจริง ๆ หรือเปล่า – case07"

"เรามีการประชุมกันเดือนละครั้งของทีม และแต่ละส่วนย่อยก็จะมีการประชุมหน่วยย่อยกันอีก แล้วหัวหน้าฝ่ายก็จะมีการนัดนอกรอบกันอีก – case06"

8. เทคนิคของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งรามคำแหง

เทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งจะมีองค์ประกอบหลัก ๆ อยู่ 3 ประการคือ เทคนิคในเรื่องของทักษะการให้บริการ เทคนิคในเรื่องการจัดชุดบริการ และเทคนิคในเรื่องการบริหารจัดการให้ได้มาตรฐาน

ทางด้านเทคนิคในเรื่องทักษะของการให้บริการจะได้รับการสนับสนุนจากศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ซึ่งจะเป็นหน่วยงานที่มีองค์ความรู้ในเรื่องการจัดบริการในลักษณะนี้อยู่แล้ว เนื่องจากคลินิกนิรนามสภากาชาดไทย เป็นคลินิกเฉพาะทางด้านเอชไอวีแห่งแรก

ของภูมิภาคเอเชีย และได้มีการส่งสมองค์ความรู้มานาน โดยเป็นหน่วยงานที่จัดทำหลักสูตรการอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ที่เป็นคนในชุมชน และเจ้าหน้าที่วิชาชีพที่เข้ามาทำงานใหม่ โดยการอบรมจะมีการทดสอบสมรรถนะ และให้ใบประกาศนียบัตรเพื่อรับรองสมรรถนะ ซึ่งในระยะยาวหลักสูตรต่าง ๆ จะเคลื่อนย้ายไปสู่ภารกิจของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปัจจุบันกำลังอยู่ในระยะผ่อนถ่ายงาน ซึ่งในหลักการจะเป็นการจัดหลักสูตรอบรมจำนวน 50 ชั่วโมงให้กับเจ้าหน้าที่ชุมชน และมีการทดสอบสมรรถนะก่อนที่จะมีใบประกาศนียบัตรรับรองให้ต่อไป ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับมาตรฐานขั้นต่ำของแต่ละสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกำหนดไว้

"พอเข้ามาก็ต้องมีการอบรมเฉพาะด้านเช่น การรักษา ARV การส่งต่อบริการ การให้คำปรึกษาเฉพาะทาง โดยสภากาชาดจะพาไปอบรม หลังจากอบรมก็จะมีการทำข้อสอบเพื่อทดสอบสมรรถนะ เมื่อผ่านก็จะมีใบประกาศนียบัตรรับรองให้ และมีการประเมินทุก ๆ ปีเพื่อดูว่าเรายังมีมาตรฐานคงอยู่หรือไม่ และในอนาคตก็ประเมินก็จะเป็นการมีใบรับรองที่จะต้องต่ออายุทุก ๆ 2 ปี อีกด้วย – case03"

"กระบวนการที่เราได้มีการอบรมจากคนที่เป็นวิชาชีพมาหนุนเสริม ในขณะที่เดียวกันเราก็มักมีการตั้งคำถามกลับไปด้วย ไม่ใช่แค่รับสิ่งที่ได้รับการส่งต่อมาจากฝ่ายวิชาชีพอย่างเดียว ซึ่งบางอย่างก็เป็นสิ่งที่ผู้รับบริการตั้งคำถามมาเช่นกัน – case07"

ในส่วนของเทคนิคทางด้านการจัดชุดบริการนั้นจะขึ้นอยู่กับ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นเจ้าภาพในการที่จะจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานมาตรฐาน หรือ standard operating procedures (SOP) ขึ้นมา ซึ่งการให้บริการของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งก็เป็นการนำร่องเพื่อนำความเป็นไปได้ในการจัดบริการทั้งหมดเข้าไปบรรจุอยู่ใน SOP ซึ่งก็ยังคงเป็นการดำเนินงานตามกรอบ RRTTPR เช่นเดียวกัน และยังเน้นการให้บริการที่มีความเข้มข้นในเรื่องของการติดตามผู้รับบริการให้อยู่ในระบบการรักษา (adherence)

"ปัจจุบันเรามีการติดตามคนที่เริ่มเข้าสู่ระบบรักษาเอชไอวีใหม่ ๆ 36 เดือน เพราะเรามีความเชื่อว่า การรักษาจะต้องไปให้ถึงระดับ viral suppression หลังจากนั้นถึงจะสามารถปล่อยไปตามระบบปกติได้ – case08"

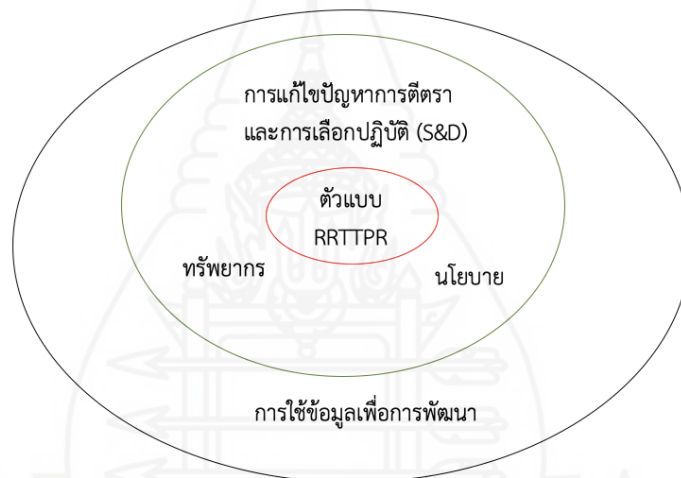
การให้บริการยังรวมถึงนวัตกรรมใหม่ในการป้องกันเอชไอวีนั่นคือ chemoprophylaxis ซึ่งมี 2 ส่วนด้วยกันคือ การใช้ post-exposure prophylaxis หรือ PEP คือการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีทันทีหรือภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากที่มีกาเสี่ยง เป็นเวลา 28 วัน เพื่อไม่ให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวี และอีกส่วนคือการใช้ pre-exposure prophylaxis หรือ PrEP สำหรับกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง และเป็นกลุ่มที่ยังไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี โดยในกลุ่มนี้จะเป็นการทานยาต้านไวรัสบางตัวเป็นระยะเวลาต่อเนื่องเพื่อลดโอกาสในการติดเชื้อเอชไอวีจากการสัมผัสเมื่อมีพฤติกรรมเสี่ยง

"เรามีบริการตรวจเอชไอวี ซีฟิลิส การตรวจฮอร์โมนสำหรับสาวประเภทสอง มีการจ่ายยา PrEP และการตรวจหนองใน และในอนาคตอันใกล้จะมีการจ่ายยา PEP ด้วย – case03"

การจัดบริการศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งในฐานะที่เป็นการจัดบริการโดยภาคประชาสังคม จะใช้ข้อมูลงานวิจัยต่าง ๆ เข้ามารองรับและพัฒนาระบบจากข้อค้นพบของงานวิจัย

"เรามีนางวิจัยมารองรับ ทำให้ผู้มารับบริการเข้าถึงบริการพิเศษมากกว่าที่จะเข้าไปรับบริการตามโรงพยาบาลทั่วไป – case06"

"สำหรับผู้ที่ตรวจเป็นผลเป็นลบแล้วมีความเสี่ยงสูง ก็ให้สามารถเข้าถึงยา PrEP ซึ่งทุกอย่างล้อตาม RRTTPR โดยมีองค์ประกอบของ S&D นโยบาย และทรัพยากร และทั้งหมดนี้ก็ล้อมรอบโดยการใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนา – case02"



ภาพที่ 4.3 ปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามกรอบ RRTTPR

9 ข้อมูลสารสนเทศของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง

ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งมีการจัดทำฐานข้อมูลผู้มารับบริการเช่นเดียวกับสถานพยาบาลทั่วไป และมีฝ่ายข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ ซึ่งเป็นฝ่ายนอกเหนือจากสายงานของฝ่ายงานศูนย์สุขภาพที่จะนำข้อมูลไปจัดเก็บ (cleaning) และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้มาเสนอประจำเดือน ซึ่งจะเป็นการฉายภาพให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นผลการปฏิบัติงานของตนเอง และยังสามารถที่จะปรับปรุงแผนงานให้เหมาะสม สามารถให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมบางอย่างที่เสี่ยงกว่ากลุ่มอื่น และสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

"การคืนข้อมูลคือการนำเอาผลการสรุปข้อมูลที่นำเสนอใจมานำเสนอให้ฝ่ายกิจกรรมหรือฝ่ายแผนงานรับทราบ เพื่อดูว่ามีส่วนไหนที่จะต้องพัฒนาบ้าง เช่นเราเจอกลุ่มที่เป็น positive กลุ่มไหนมากที่สุด และเราควรจะทำกับกลุ่มไหน สถานที่ไหน ควรจะไปลงพื้นที่บริเวณไหนที่จะไปเจอคนที่มีความเสี่ยง การคืนข้อมูลจะช่วยให้คนที่อยู่หน้างานได้เห็นภาพรวมของการทำงานตัวเอง – case04"

"ฐานข้อมูลเนื่องจากเป็นของเราเอง เราสามารถปรับคำถามในฐานข้อมูลของเราเองได้ เช่นประวัติการใช้สารเสพติดซึ่งจะช่วยประมวลความเสี่ยงได้ - case04"

ในขณะที่เดียวกันฐานข้อมูลก็ยังมีความเป็นพลวัตในการพัฒนาและยังไม่เป็นระบบที่เชื่อมต่อกันอย่างสมบูรณ์ ฐานข้อมูลบางอย่างเกิดจากการพัฒนาในหน่วยงานเอง และบางอย่างเกิดจากเงื่อนงำที่มาจากผู้สนับสนุนงบประมาณ ซึ่งข้อมูลอย่างหลังนี้เจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพจะไม่สามารถเข้าถึงได้เมื่อกรอกข้อมูลและส่งข้อมูลไปเรียบร้อยแล้ว แต่ทั้งนี้ก็ถือว่าเป็นกระบวนการพัฒนาที่จะต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

"ฐานข้อมูลตอนนี้ยังไม่เป็นออนไลน์ร้อยเปอร์เซ็นต์ อยากให้เป็นแบบออนไลน์ และเชื่อมกันทั้งหมดเป็นฐานข้อมูลเดียว ทำให้ง่ายในการเอามาใช้ ซึ่งตอนนี้มีประมาณ 10 ฐานข้อมูลบางส่วนเป็นขององค์กรที่เสี่ยง หรือโครงการที่แหล่งทุนกำหนดมา และมีบางส่วนที่เรากำหนดเอง บางครั้งก็ยังคงกรอกข้อมูลซ้ำ ๆ กันระหว่างฐานข้อมูล – case04"

"การรวบรวมข้อมูลของเราเองไม่มีระบบที่เข้มแข็งที่เป็นระบบของตัวเอง อย่างโรงพยาบาลก็จะมีระบบของตัวเองที่เชื่อมทุกระบบเข้าด้วยกัน แต่ของเรายังมีการขึ้นต่อกับหน่วยงานภายนอกอยู่บ้าง เราน่าจะมีโปรแกรมของเราเองเพื่อจะได้มีระบบในการจัดการเป็นของเราเอง – case05"

"ฐานข้อมูลยังเป็นจุดค้อยอยู่ เพราะเรายังไม่มีฐานข้อมูลทั้งหมดเป็นของเราเอาในระบบคอมพิวเตอร์ อย่างในโรงพยาบาลแค่มีหมายเลข HN เราก็สามารถค้นข้อมูลได้หมด แต่ของที่นี่จะเป็นฐานข้อมูลที่ลงผล แต่การไหลของคดีเป็นไปในทิศทางเดียว ทำให้เราดึงข้อมูลไม่ได้ – case09"

10 ฐานคติในการจัดตั้งศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง และการตัดสินใจเข้าร่วมงาน

ฐานคติในการจัดตั้งฟ้าสีรุ้งในกลุ่มบุคคลกรที่มีความสัมพันธ์กับสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยในระยะแรก ๆ กับฐานคติของบุคลากรที่ตัดสินใจเข้าร่วมงานในภายหลังจะมีความแตกต่างกัน และยังมีความแตกต่างระหว่างบุคลากรที่มาจากชุมชนที่มีความหลากหลายทางเพศ กับคนที่เข้ามาด้วยสาเหตุแห่งลักษณะของงาน

แรงจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลาอันเกิดขึ้นจากการเห็นปัญหาในระบบบริการด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านเอชไอวีสำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองที่มีปัญหาหลายประเด็นด้วยกัน เช่น การเข้าถึง การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ หรือการตีตราตนเองที่ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการ แรงจูงใจดังกล่าวเป็นตัวผลักดันให้คนในชุมชนเริ่มสนใจที่จะพัฒนาให้มีบริการมีที่การจัดวางและบริบทที่เหมาะสมต่อความต้องการของชุมชนที่มีความยั่งยืนต่อไป

"ระบบสุขภาพในสมัยก่อนก็ไม่ได้เอื้อให้กับการป้องกัน ไม่ได้เอื้อต่อการทำงานที่ทำให้คนอย่างเราเข้าถึงการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพราะในช่วงนั้น คนก็ยังไม่ค่อยรู้จักเราดี ถ้าจะทำงานกับ MSM ก็แสดงว่าจะต้องเข้าบาร์ ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะมีกิจกรรมลงบาร์ แต่ประชาชนที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มนี้ก็就会被ปล่อยประละเลย – case01"

"เห็นคนอื่นทำแล้วฉันไม่คันมือไม่ได้ตั้งใจ ตัดสินใจมาสมัครเพราะอยากจะทำให้พลังที่มีจะมาช่วยสร้างสรรค์สังคมที่ ณ ตอนนั้นคนมองว่าเกย์เป็นสิ่งที่ไม่ – case02"

ฐานคติในการจัดตั้งศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งจึงเป็นการตัดสินใจของบุคลากรในชุมชนภายใต้สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยที่เห็นปัญหาการให้บริการในชุมชนที่ไม่มีความครบถ้วน ในขณะที่บุคลากรที่เข้าร่วมงานในภายหลังจะเกิดจากการชักชวนของคนในชุมชน หรืออาจเกิดจากการเข้ามาทำงานตามวิชาชีพที่เปิดรับสมัครภายใต้โครงการของศูนย์สุขภาพ โดยบางครั้งผู้ที่เข้ามาเป็นบุคลากรอาจเกิดจากการมีส่วนร่วมหรือได้รับรู้ในกิจกรรมอื่น ๆ ของสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยก่อนหน้าที่จะมีศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งขึ้น

"พี่ที่สมาคมฯ ชวนสมัครงานที่นี้" แล้วเราก็เคยเป็นอาสาสมัครมาก่อน เรามองว่างานที่นี้ก็มีคุณค่าทำ แต่พอมาทำจริงแล้วก็ยาก เพราะแตกต่างจากงานภาคสนามโดยสิ้นเชิง แต่งานศูนย์สุขภาพเป็นงานสูงขึ้นมาอีกขั้นหนึ่ง เราต้องเรียนรู้ในสิ่งที่เราไม่เคยเรียนรู้ เช่น การรักษา ด้านยาต้านไวรัส ทักษะการให้คำปรึกษา การช่วยเหลือเพื่อน - case08"

"รู้จักฟ้าสีรุ้ง โดยการมาเป็นอาสาสมัคร โครงการ *Test & Treat* แล้วก็ประทับใจตรงที่โครงการได้ช่วยเหลือเพื่อนที่ติดเชื้อเอชไอวี ก็เลยรู้สึกอยากช่วยคน แล้วมาสมัครงานแบบที่ไม่รู้อะไรเลย แต่ใจอยากทำ คือ ออกจากงานเก่าแล้วมาที่นี้เลย - case03"

"มีคนแนะนำมา เขาแนะนำมา แล้วพามาช่วยงาน ก็เลยสนใจ - case06"

"ส่วนตัวอยากทำงานภาคประชาสังคมอยู่แล้ว แล้วก็เห็นประกาศในเว็บ ไซค์ก็เลยยื่นใบสมัครมา - case04"

"มีรุ่นน้องที่รู้จักในวิชาชีพเดียวกันแนะนำ ทำให้ได้ช่วยเหลือสังคมด้วย ได้ออกหน่วยด้วย - case09"

"เริ่มจากการหางาน *part-time* ทำก่อนแล้วเจอฟ้าสีรุ้งจากการประกาศทางอินเทอร์เน็ตเลยเข้ามาทำ - case05"

"ตอนที่เรียนจบก็หางานที่เป็นเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา แล้วจำได้ว่าฟ้าสีรุ้งเคยมาลงพื้นที่ในมหาวิทยาลัยในสมัยเรียนก็เลยลองสมัครมา - case07"

ในการทำงานของเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งมักจะมีแรงจูงใจจากการเป็นคนในชุมชนและต้องการเป็นส่วนหนึ่งในการสนับสนุนและส่งเสริมสุขภาพที่ดี และเป็นโอกาสที่จะช่วยเหลือผู้อื่นได้ ซึ่งถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นแรงจูงใจในการทำงานภายในศูนย์สุขภาพแห่งนี้

"จากคนที่จะรอดไหม กลายเป็นคนที่ใช้ชีวิตด้วยตนเองได้ เรียนจบได้ มีงานดี ๆ แล้วเขากลับมาหาเรา อันนั้นเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าเป็นสิ่งที่ตอบโจทย์และช่วยคนได้จริง ๆ - case03"

11. ข้อเสนอแนะทางนโยบายเพื่อให้ตอบสนองต่อรูปแบบและแนวทางวิธีการจัด องค์การและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริการ ด้านเอชไอวีในภาพรวมของประเทศ

กฎหมายที่เกี่ยวข้องในการจัดตั้งคลินิกเทคนิคการแพทย์

ภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 หมวด 2 ว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล มี 2 ประเภท คือ สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน และสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ซึ่งสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ได้ใช้มาตราที่ 25 ในการเป็นแนวทางจดทะเบียนเป็นศูนย์สุขภาพ (รายละเอียดของกฎหมายโปรดดูในภาคผนวก)

กฎหมายดังกล่าวเป็นทางเลือกทางนโยบายที่ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งเลือกใช้ในการที่จะทำ ให้ศูนย์สุขภาพชุมชนเกิดความชอบธรรมและมีกฎหมายมารองรับแต่ก็ยังมีปัญหาหลายอย่าง ที่ยังไม่สามารถให้บริการได้เต็มรูปแบบเหมือนสถานพยาบาลอื่น ๆ เช่น ในเรื่องของการจ่ายยา ด้านไวรัสเอชไอวี เป็นต้น

มีความคาดหวังในการพัฒนาศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งให้สามารถให้บริการแบบเบ็ดเสร็จได้ เช่นมีแพทย์ และเภสัชกรในการจ่ายยา ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการของคนในชุมชนแต่อยู่ภายใต้ การกำกับดูแลของบุคลากรที่เป็นวิชาชีพ

"ตอนนี้เรายังจ่ายยาด้านไม่ได้จริง ๆ แต่เราก็เป็นหน่วยงานขนาดใหญ่ที่ส่งน้อง ๆ เข้าไปสู่ ระบบการรับยาด้านไวรัสได้ – case03"

"สิ่งที่เราต้องพัฒนาต่อก็คือ น่าจะมีคณหมอในศูนย์สุขภาพเราได้ เพื่อให้เราจ่ายยา ด้านจบ และตอบโจทย์การทำงานเขาที่เราจะต้องไปติดตามการเข้าถึงยาด้านของคนที่ได้รับบริการด้วย – case03"

"ในอนาคตถ้าเรามีเภสัชกรในการจ่ายยา มีคณหมอมาร่วมดำเนินการด้วย มีพยาบาล ด้วย ดำเนินงานร่วมกับเทคนิคการแพทย์ด้วย เราก็จะสามารถจดทะเบียนเป็นคลินิกเวชกรรมได้ คล้าย ๆ กับโรงพยาบาลขนาดเล็ก แต่ว่าดำเนินการด้วยกันทั้งส่วนที่เป็นวิชาชีพ และส่วนที่มาจาก ชุมชน – case05"

ปัจจุบันยังปัญหาในเรื่องของแนวคิดในการที่จะให้คนในชุมชนสามารถให้บริการ ด้านเอชไอวีได้ด้วยตนเอง กับแนวความคิดแย้งจากสภาวิชาชีพซึ่งยังเป็นประเด็นยังมีการหารือกัน อย่างต่อเนื่อง ทั้งยังต้องมีการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เหมาะสมและสอดคล้องต่อการดำเนินงาน

"ความตั้งใจกับความเป็นจริงอาจจะต่างกัน ความเป็นจริงภาครัฐเองด้วยในแง่ระเบียบ กับกฎหมายก็ไม่ได้เอื้อให้ชุมชนทำงานบริการสุขภาพได้ อันนี้เป็นปัญหา อาจจะด้วยความ เป็นวิชาชีพ ฉะนั้นเราจึงทำงานภายใต้กรอบการวิจัย ซึ่งก็ไม่ได้ถึงกับได้ตั้งใจเรา แต่ก็ถือเป็นก้าวแรก ในการพัฒนา เราก็อาศัยงานวิจัยในการก้าวเดินก่อน โดยอาศัยร่วมวิจัยนี้ พิสูจน์ว่าเราทำได้ และ ให้บริการได้จริง ๆ – case01"

"คนที่เรียนจบมาอาจจะทำได้เต็มร้อย แต่คนที่ไม่ได้จบมาก็สามารถทำได้ เราเลยมีการ สร้างกระบวนการในการพัฒนาคนของเราให้สามารถดำเนินงานได้ อย่างเช่น รถหนึ่งคันเรา จำเป็นต้องใช้วิศวกรมาซ่อมไหม บางทีคนซ่อมรถได้ดีก็ไม่ได้จบอะไร(ที่เกี่ยวข้อง)มาเลยด้วยซ้ำ ทำอย่างไรให้คนเหล่านี้เป็นอย่างนั้น ใช้เครื่องมือได้ถูกต้องแม่นยำ – case01"

"ในอนาคต สิ่งที่ชุมชนต้องทำก็คือ ทำตัวเองให้เป็นมืออาชีพมากขึ้น ผลักดันระบบ ประเทศให้สนับสนุนการทำงานของภาคประชาสังคม ให้มีงบประมาณที่เพียงพอในการดำเนินงาน มีการสร้างสมาคมฯ สร้างแรงจูงใจให้ทำงานอยู่กับเรานาน ๆ – case01"

"ในอนาคตก็จะต้องให้บริการ โดยที่ไม่จำเป็นที่จะต้องบังคับให้มีวิชาชีพเข้ามา ให้บริการ ทำทุกอย่างได้โดยปลอดภัย ไม่เป็นอันตราย – case02"

"การที่ไม่ได้จบมาโดยตรงอาจเป็นแค่ความท้าทายที่เราจะต้องพยายามให้มากกว่า แต่ถ้าเราศึกษา ฝึกซ้ำ ๆ ก็จะทำให้เหมือนกัน – case03"

"ในอนาคตเราจะต้องทำให้เจ้าหน้าที่ชุมชนของเราสามารถถือชุดตรวจด้วยน้ำลายไป ได้ เมื่อตรวจ ณ ที่นั้นแล้วมีผลเบื้องต้นเป็นบวก ก็ให้พามาตรวจที่ศูนย์สุขภาพได้ในทันที แล้วถ้ายืนยันผลเป็นบวกจริงก็ให้สามารถรับยาต้านไวรัสเลยได้ในวันนี้ – case02"

"ถ้าทำงานภายใต้เทคนิคการแพทย์เขาก็จะสนับสนุนแต่ถ้าให้ตรวจโดยเจ้าหน้าที่ ชุมชนเลย โดยที่ไม่มีเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ทางสาขาวิชาชีพก็คงไม่โอเค ถ้าเขาก็คือเขาอาจจะ คิดว่าเทคนิคการแพทย์เรียนกันมาตั้ง 4 ปี อยู่ดี ๆ จะให้ใครออกผลเองเลยก็น่าจะเป็นข้อขัดแย้งกับ สภาเทคนิคการแพทย์ – case05"

การเชื่อมความสัมพันธ์กับหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ ก็ยังคงเป็นปัญหาเนื่องจากระบบ บริการสุขภาพโดยทั่วไปเป็นการดำเนินงานด้วยบุคลากรที่เป็นวิชาชีพ และมีความสัมพันธ์ กันทางระบบที่เป็นทางการ ในขณะที่การเชื่อมระบบส่งต่อระหว่างศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งกับหน่วย บริการด้านสุขภาพของทั้งภาครัฐและเอกชนนั้นยังไม่มีมาตรการ หรือแนวทางใดมารองรับ

"การเชื่อมสัมพันธ์ภาพกับโรงพยาบาลที่เราจะต้องมีการติดต่อกัน ทำอย่างไรให้เขามาดูเห็นการดำเนินงานของเรามากขึ้น อยากให้เขาเข้ามาเห็น เพราะยังไม่มีระบบในการเชื่อมต่อกัน เช่น มีการคืนข้อมูลว่าเคสที่เราไปส่งต่อเป็นอย่างไรบ้าง อยู่ในระบบหรือเปล่า มีเคสไหนที่หายไปแล้ว และต้องการให้เราช่วยติดตามบ้าง – case07"

"เวลาเราเข้าไปหาโรงพยาบาลใหม่ ๆ บางทีเขาก็ไม่รู้จักรเรา ทางโรงพยาบาลที่เราส่งต่อ ก็เริ่มกระบวนการตรวจใหม่ แทนที่จะให้ผู้รับบริการเข้าสู่กระบวนการรับยาต้านเลย บางทีเขาก็ถามว่าฟ้าสีรุ้งคืออะไร ไปตรวจเขาได้อย่างไร แล้วมาได้อย่างไร ซึ่งเราก็ต้องอธิบายว่าเราทำงานภายใต้การดูแลของสภากาชาดไทย แต่เราดูแลเฉพาะกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ โดยเรามีหน้าที่เชื่อมต่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงระบบการรักษาด้วยยาต้านตามสิทธิของเขา – case03"

ในส่วนของการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการให้บริการของศูนย์สุขภาพชุมชนยังเป็นที่ประจักษ์ในเรื่องของการเปิดโอกาสให้บุคลากรที่มาจากชุมชนจะร่วมให้บริการด้านสุขภาพอย่างไร และจะมีช่องทางใดในการเปิดโอกาสให้บุคลากรในชุมชนสามารถพัฒนาตนเองในการที่จะให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพในกรณีที่ไม่ได้ผ่านการศึกษาอย่างเป็นทางการเหมือนกับบุคลากรที่ปฏิบัติงานภายใต้กรอบวิชาชีพ

"เราจะส่งคนที่ผ่านการรับรองจากกระทรวงสาธารณสุขซึ่งจะมีการพัฒนาหลักสูตรไปเรียน ซึ่งจะเป็นหลักสูตร 50 ชั่วโมง เพื่อจะได้มีใบอนุญาตที่ออกจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือใช้ตัวนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดรับรอง เพราะ อสม. ที่ไปเจาะเบาหวานจริง ๆ ก็ใช้ระบบที่ตัวนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดรับรอง ไม่ใช่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่เบาหวานเขาใช้เวลาพัฒนามาหลายปี แต่ความหวังของเราจะรวมถึงการช่วยจ่ายยาด้วย ซึ่งเกินไปกว่าเบาหวาน – case02"

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในบทนี้เป็นการสรุปผลการวิจัยที่ได้การจากวิเคราะห์ในบทที่ 4 แล้วจากนั้นเป็นการอภิปรายผลว่าสอดคล้องกับแนวคิด ทฤษฎี หรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้องในบทที่ 2 อย่างไร แล้วจัดทำเป็นข้อเสนอแนะ ซึ่งแบ่งออกเป็นข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป และข้อเสนอแนะทางนโยบาย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 สรุปผลการศึกษา

ในการศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ในการที่จะศึกษาถึงวิธีการจัดองค์การ และโครงสร้างของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินงานโดยภาคประชาสังคม ซึ่งวิธีการจัดองค์การและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง ในฐานะที่เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนที่ดำเนินงานโดยองค์การภาคประชาสังคม ให้บริการด้านเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองของภาคประชาสังคม มีลักษณะดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5.1 สรุปวิธีการจัดองค์การและโครงสร้างศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง

ส่วนย่อยขององค์การ	แนวทางและวิธีการ
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่เพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง
โครงสร้าง	มีลักษณะเป็น Machine bureaucracy แบ่งออกเป็น 4 ฝ่าย คือ 1) งานการให้คำปรึกษา 2) งานเทคนิคการแพทย์ 3) งานดูแลและสนับสนุนหลังการตรวจ และ 4) งานคุณภาพและบริการ
บุคลากร	มี 2 ลักษณะคือ บุคลากรที่มีวิชาชีพอยู่แล้วโดยได้รับการศึกษาตามระบบ และคนในชุมชนที่ผ่านการอบรมตามกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งปัจจุบันดำเนินการโดยสภาวิชาชีพ)

ตารางที่ 5.1 (ต่อ)

ส่วนย่อยขององค์การ	แนวทางและวิธีการ
เทคนิค	มีอยู่ทั้งหมด 3 ส่วนด้วยกันคือ 1. การให้ความช่วยเหลือทางวิชาการโดยสภาวิชาชีพ 2. มาตรฐานการจัดชุดบริการโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 3. ด้านการบริหารโดยงบประมาณมาจาก สปสช. และแหล่งทุนจากต่างประเทศ และในส่วนของมาตรฐานการบริการใช้ CSO Accreditation
ข้อมูล	มีการจัดทำข้อมูล 2 รูปแบบคือ ข้อมูลทางระบาดวิทยาในพื้นที่ ซึ่งหลัก ๆ คือ ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และมีการจัดทำฐานข้อมูลในศูนย์สุขภาพเอง และมีฐานข้อมูลที่เกิดการความต้องการของแหล่งทุนงบประมาณ

ในการจัดองค์การศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งที่สามารถแบ่งเป็นส่วนย่อยขององค์การได้ 5 ส่วนนั้น การที่จะได้องค์ประกอบเหล่านี้ จะศึกษาให้ลึกขึ้นว่ามีฐานคติ หรือฐานคติขึ้นมาอย่างไร ในส่วนของฐานคติในการจัดตั้งศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งในการให้บริการด้านเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองในฐานะเป็นองค์การภาคประชาสังคม รวมถึงการที่บุคลากรเลือกที่จะเข้ามาดำเนินงานในศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งสามารถสรุปเป็นตาราง 5.2 ได้ดังนี้

ตารางที่ 5.2 ฐานคติในการก่อตั้งและเหตุผลในการเลือกเข้าร่วมงานกับศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง

กลุ่มบุคลากร	ฐานคติและเหตุผล
ผู้ที่ปฏิบัติงานมานานตั้งแต่สมัยก่อตั้ง	- เห็นปัญหาการแพร่ระบาดของเอชไอวี - เห็นปัญหาข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ - รู้สึกว่าตนเองต้องลุกขึ้นมาดำเนินการบางอย่างเพื่อชุมชนของตน - มองเนื้องานในลักษณะเป็นจิตอาสา - ต้องการสร้างทางเลือกให้กับชุมชนของตน

ตารางที่ 5.2 (ต่อ)

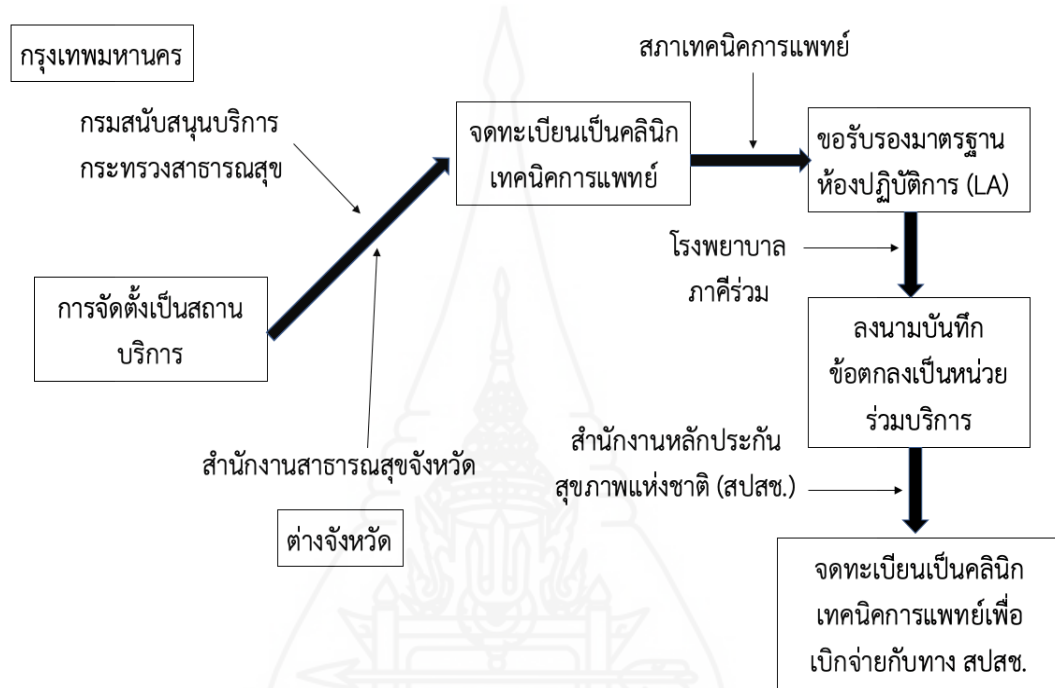
กลุ่มบุคลากร	ฐานคติและเหตุผล
ผู้ที่เข้ามาปฏิบัติงานในระยะหลัง	<ul style="list-style-type: none"> - มองว่าเป็นองค์กรองค์กรหนึ่ง - มองว่าเป็นวิชาชีพ หรืออาชีพอย่างหนึ่ง - อยากมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือคน - ได้รับการแนะนำจากผู้ที่อยู่ในองค์กร หรือมีความเกี่ยวข้องกับองค์กรอยู่แล้ว

ทั้งรูปแบบการจัดองค์กร และฐานคิดดังกล่าว เป็นการสร้างรูปแบบของศูนย์สุขภาพแบบใหม่สำหรับการให้บริการเฉพาะเอชไอวีที่จัดการโดยภาคประชาสังคม ซึ่งยังคงต้องมีการพัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสมต่อไป จากการวิเคราะห์ข้อมูล เราสามารถสรุปข้อเสนอแนะทางนโยบายเพื่อให้ตอบสนองต่อรูปแบบและแนวทางวิธีการจัดองค์กรและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพชุมชนจากกรณีศึกษาตัวอย่างของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งเพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริการด้านเอชไอวีในภาพรวมของประเทศที่มีลักษณะดังต่อไปนี้

ตารางที่ 5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการจัดองค์กรและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพชุมชน

มิติทางนโยบาย	ข้อเสนอแนะ
ด้านการจดทะเบียน	ณ ปัจจุบันให้อยู่ในรูปแบบของคลินิกเทคนิคการแพทย์ แต่ในอนาคตอยากให้เป็นรูปแบบคลินิกชุมชนของภาคประชาสังคมเอง
ด้านการควบคุม	ผลักดันให้มีนโยบายที่เป็นมาตรฐานรับรองศูนย์สุขภาพชุมชนของภาคประชาสังคมในมิติของบุคลากร มาตรฐานการบริหารขององค์กร การจัดสรรงบประมาณจากรัฐให้มีแนวทางให้ชัดเจน
ด้านการดำเนินงาน	ควรมีช่องทางให้บุคลากรที่มาจากชุมชนที่ไม่ได้มีการศึกษาแบบเป็นทางการสามารถพัฒนาศักยภาพโดยมีมาตรฐานรองรับได้
ด้านระบบ	ควรมีการสร้างระบบเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ ทั้งของรัฐ และเอกชนและหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องอย่างมีแบบแผนที่ชัดเจนขึ้น

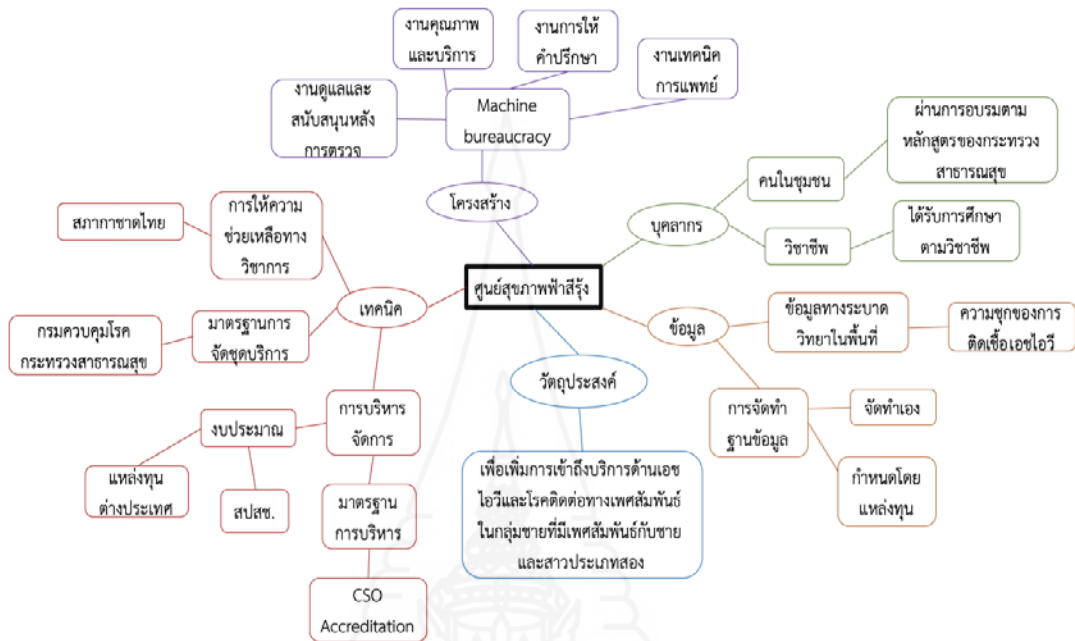
ดังนั้น จากพัฒนาการของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งรามคำแหงที่เป็นไปตามพัฒนาการขององค์การที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 2 และความสอดคล้องกับทฤษฎีสถาบัน กลไกการจดทะเบียนเป็นคลินิกเทคนิคการแพทย์ของภาคประชาสังคมจึงสามารถสรุปออกมาได้ตามภาพที่ 5.1 ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 5.1 กลไกการจดทะเบียนเป็นคลินิกเทคนิคการแพทย์ของภาคประชาสังคม

การจดทะเบียนเป็นคลินิกเทคนิคการแพทย์ของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งรามคำแหงดำเนินการโดยภาคประชาสังคมในปัจจุบัน ซึ่งจะมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่กรุงเทพมหานคร และพื้นที่ต่างจังหวัด เพราะในส่วนของกรุงเทพมหานครจะทำการจดทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุขโดยตรง ในขณะที่ทางต่างจังหวัดจะจดทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ แต่กระบวนการต่อมายังจะต้องมีการรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการ (LA) เพื่อให้เกิดการยอมรับจากสภาเทคนิคการแพทย์ ซึ่งในส่วนนี้ก็ยังคงสามารถอธิบายได้โดยทฤษฎีสถาบันในมิติของ normative

ดังนั้นรูปแบบการดำเนินการศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งจึงสามารถสรุปออกมาเป็นตัวแบบได้ ตามภาพที่ 5.2 ดังต่อไปนี้



ภาพที่ 5.2 ตัวแบบในการจัดศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง รมคำแหง



2. อภิปรายผล

ปัจจุบันศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง ซึ่งอยู่ภายใต้การบริหารงานของสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยจะอยู่ในพัฒนาการระยะที่สี่ตามแนวคิดของ Greiner (1989) ซึ่งทางศูนย์สุขภาพได้มีโครงสร้างการบริหารงานอย่างมีระเบียบแบบแผนแล้ว ภายใต้กระบวนการดำเนินงานมาตรฐาน หรือ standard operating procedures (SOP) ซึ่งเป็นคู่มือในการบริการศูนย์สุขภาพ ซึ่งในระยะต่อไปอาจเป็นไปได้ที่ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งจะเข้าสู่วิกฤตในเรื่องของการติดกรอบระเบียบการบริการต่าง ๆ หรือ red-tape crisis ซึ่งก็จะต้องมีการพัฒนาระบบโครงสร้างและการบริหารงานที่จะเข้าสู่ระยะที่ห้า นั่นคือ ระยะโครงสร้างการตัดสินใจแบบหมู่คณะ (collaboration phase) ตามทฤษฎี

ทั้งนี้ ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งเกิดขึ้นใน โครงสร้างของสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ในขณะที่สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยอยู่ในพัฒนาการองค์การระยะที่สาม คือ ระยะกระจายอำนาจในการตัดสินใจ (Delegation phase) ซึ่งเป็นระยะที่เริ่มมีการจัดโครงสร้างองค์การแบบกระจายอำนาจในการตัดสินใจลงไปยังหัวหน้าฝ่ายต่าง ๆ จนมีรองผู้อำนวยการรับผิดชอบในแต่ละงาน แต่ทั้งนี้ พัฒนาการก็เป็นไปตามทฤษฎีของ Greiner (1989) เนื่องจากสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยได้พัฒนา มาตั้งแต่ระยะแรก คือ มีนายกมลเศรษฐ เก่งการเรือเป็นผู้ตัดสินใจเพียงผู้เดียวในระยะการก่อตั้ง องค์การในปี พ.ศ. 2543 และต่อมามีในปี พ.ศ. 2546 จึงมีการพัฒนาเข้าสู่ระยะที่สอง คือ ระยะรวมศูนย์ การตัดสินใจด้วยผู้จัดการมืออาชีพ โดยได้มีการจัดจ้างผู้จัดการสมาคมเข้ามาดำเนินงานจนสมาคม มีขนาดใหญ่ และก้าวเข้าสู่พัฒนาการในระยะที่สาม ซึ่งเป็นเวลาที่มีการจัดตั้งศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งขึ้น

การเข้ามาของบุคลากรในสมาคมในยุคแรก ๆ ก่อนที่สมาคมจะพัฒนาเข้าสู่พัฒนา องค์การในระยะที่สามตามแนวคิดของ Greiner (1989) นั้น บุคลากรจะมีลักษณะภาวะความเป็น ผู้นำในลักษณะแบบ Trait theory (Li, 2009) ซึ่งเป็นลักษณะของผู้นำที่มีความเป็นอย่างนั้น ตามลักษณะนิสัยมาแต่เดิม มีความมั่นใจและความสามารถ มีความแอกทิฟ ความตื่นตัว และ ความเมตตา ซึ่งจะต่างจากบุคลากรของสมาคมในยุคต่อมา ซึ่งจะสอดคล้องกับระยะที่มีการก่อตั้ง ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งซึ่งจะสอดคล้องกับ Behavior theory (Li, 2009) ซึ่งเป็นเรื่องของการมองแบบ job-centered เน้นหน้าที่และวิธีการดำเนินการ โดยการเป็นหัวหน้าคอยให้แนวทางในการ ดำเนินงาน เนื่องจากมีโครงสร้างที่มอบหมายอำนาจหน้าที่ตามงานที่มีสายการบังคับบัญชาที่ แน่นนอนแล้ว และมี standard operating procedures (SOP) เป็นแนวทางในการดำเนินงานแล้ว

การก่อตั้งฟ้าสีรุ้งในตอนแรกจะสอดคล้องกับปรัชญาแนวคิดการตัดสินใจแบบผู้พิทักษ์นิยม (Protectorism) (Bloom, 1968) นั่นคือการตั้งฟ้าสีรุ้งเป็นการปกป้องคุ้มครองคน ซึ่งในกรณีนี้คือ ความเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวี แต่ในการจดทะเบียนเป็นสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยนั้นจะใช้หลักของเหตุผลนิยม (rationalism) (Etzioni, 1967) แต่ในช่วงของการก่อตั้งศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งนั้นจะเป็นการใช้หลักการผสมกันระหว่าง เหตุผลนิยม (rationalism) (Etzioni, 1967), แบบผู้พิทักษ์นิยม (Protectorism) (Bloom, 1968) แบบปฏิบัตินิยม (Maddux and Donnett, 2015) เพราะเป็นการดำเนินงานด้วยจากแนวคิดที่ว่า “หากทำได้ผล ก็ให้ทำเลย (If it works, do it.) ในการแก้ปัญหาที่ภาคประชาสังคมไม่สามารถติดตามความสำเร็จในการดำเนินงานภายใต้แนวคิดแบบ RRTTPR ได้อย่างครบวงจร

ในส่วนของโครงสร้างนั้นศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งถือว่าเป็นฝ่ายงานหนึ่งของสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ซึ่งใช้ฝ่ายสนับสนุน ฝ่ายวางแผนและยุทธศาสตร์ ร่วมกับสมาคมฯ อยู่ ดังนั้นจึงยังอยู่ในรูปของโครงสร้าง Machine bureaucracy ตามแนวคิดของ Mintzberg (1981) แต่หากมีการขยายออกมาให้มีฝ่ายสนับสนุน ฝ่ายวางแผนและยุทธศาสตร์ ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งจะเริ่มเข้าสู่การเปลี่ยนผ่านโครงสร้างเป็นแบบ Divisionalized form (Mintzberg, 1981)

พัฒนาการของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งสามารถใช้ทฤษฎีสถาบัน (ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์, 2558; Pfeffer & Salancik, 1978; Oliver, 1991) ซึ่งอธิบายว่าพัฒนาการขององค์กรจะประกอบด้วยกัน 3 ลักษณะคือ coercive, mimetic และ normative ซึ่งสามารถใช้ทั้ง 3 ลักษณะเข้ามาอธิบายพัฒนาการของศูนย์สุขภาพเนื่องจาก ลักษณะที่เป็น coercive เกิดจากกรอบของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง สภาวิชาชีพ และแนวทางในจัดบริการด้านสุขภาพ ซึ่งนำมาสู่การอธิบายต่อในมิติ mimetic ที่ว่าการจัดองค์กรของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งก็จะไม่ได้มีความแตกต่างกับรูปแบบการจัด (setting) บริการตรวจเอชไอวีของหน่วยงานอื่น และมีการดึงต้นแบบของคลินิกนิรนาม สภากาชาดไทยเข้ามาใช้ ส่วนในมิติของ normative เป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นจากผู้รับบริการที่ต้องการความมั่นใจว่าศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งมีมาตรฐานในการให้บริการ ไม่แตกต่างจากสถานพยาบาลอื่น ๆ ซึ่งในมิติของ normative นี้เองที่ทำให้ต้องมีกลไกในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรซึ่งปัจจุบันดำเนินการสนับสนุนโดยศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และจะต้องผ่านต่อไปยังกระทรวงสาธารณสุข สำหรับด้านการจัดบริการจึงมีการผลักดันให้เกิดมาตรฐาน ซึ่งมีสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดทำ SOP ในการจัดชุดบริการ และท้ายที่สุดคือมีกระบวนการ CSO Accreditation เพื่อสร้างมาตรฐานในการบริหารจัดการของภาคประชาชนที่จะสร้างความมั่นใจให้กับหน่วยงานภาคีภาครัฐ และประชาชนทั่วไปในเรื่องมาตรฐานการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน

จากพัฒนาการของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งรามาธิบดีที่เป็นไปตามพัฒนาการขององค์การที่ได้กล่าวไว้ในบทที่ 2 และความสอดคล้องกับทฤษฎีสถาบัน และมีกลไกการจดทะเบียนเป็นคลินิกเทคนิคการแพทย์ของภาคประชาสังคมที่ได้กล่าวไว้แล้วในส่วนของสรุปผลการวิจัย

การจดทะเบียนเป็นคลินิกเทคนิคการแพทย์ของศูนย์สุขภาพที่ดำเนินการโดยภาคประชาสังคมในปัจจุบัน ซึ่งจะมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่กรุงเทพมหานคร และพื้นที่ต่างจังหวัด เพราะในส่วนของกรุงเทพมหานครจะทำการจดทะเบียนกับกรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุขโดยตรง ในขณะที่ต่างจังหวัดจะจดทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่ แต่กระบวนการต่อมายังจะต้องมีการรับรองมาตรฐานห้องปฏิบัติการ (LA) เพื่อให้เกิดการยอมรับจากสภาเทคนิคการแพทย์ ซึ่งในส่วนนี้ก็ยังยังสามารถอธิบายได้โดยทฤษฎีสถาบันในมิติของ normative

การอยู่รอดของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งที่เป็นการดำเนินการของภาคประชาสังคม ก็ยังคงอยู่ในกรอบของทฤษฎีสถาบันเช่นกันโดยอยู่ในมิติของ mimetic ที่สถานพยาบาลส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งในการที่จะได้รับการสนับสนุนดังกล่าวก็จำเป็นต้องมีการจดทะเบียนกับทาง สปสช. เป็นคลินิกเทคนิคการแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. อีกต่อหนึ่ง ตามที่ได้สรุปออกมาเป็นตัวแบบตามภาพที่ 5.2 ที่ได้กล่าวไว้ในส่วนสรุปผลการวิจัยด้านบน

ในการสรุปตัวแบบการจัดบริการของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งจะสามารถแยกออกมาได้เป็น 5 มิติตามแนวคิด organization sub-system (สุวรรณณี แสงมหาชัย, 2556) คือ ด้านวัตถุประสงค์ ด้านโครงสร้าง ด้านบุคลากร ด้านข้อมูล และด้านเทคนิค

ในด้านวัตถุประสงค์มีความชัดเจนอยู่แล้วจากการเก็บข้อมูลนั่นคือเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ภายใต้กรอบการดำเนินงานแบบ RRTTPR ซึ่งมีตัวชี้วัดแบบ 90-90-90 ตามที่ได้อธิบายไว้ในบทที่ 4 ซึ่งท้ายที่สุดก็จะสอดคล้องกับเป้าหมายระดับโลกของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ที่ว่าด้วย Getting to Zero

ทางด้านโครงสร้างจะเป็นแบบ machine bureaucracy ตามแนวคิดของ Mintzberg (1981) ซึ่งก็จะเป็นความคล้ายคลึงกับการบริหารงานของสถานพยาบาลทั่วไป ซึ่งก็เป็นไปตามการอธิบายของทฤษฎีสถาบัน (ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์, 2558; Pfeffer & Salancik, 1978; Oliver, 1991) ด้วยเช่นกัน

ในส่วนของบุคลากร ณ ปัจจุบันยังเป็นการดำเนินงานผสมผสานกันระหว่างบุคลากรที่มีวิชาชีพ และบุคลากรที่มาจากการทำงานชุมชน ซึ่งแนวทางการพัฒนายังคงต้องมีการพัฒนาทางด้านโครงสร้างและทางดำเนินนโยบายต่อไป

ทางด้านข้อมูลก็ยังคงมีความพลวัตที่จะทำให้ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งเป็นเอกเทศจากแหล่งทุน และสามารถเป็นเจ้าของข้อมูลตัวเองอย่างแท้จริง ซึ่งอาจจะต้องมีการพัฒนาฐานข้อมูลที่มีลักษณะคล้ายกับโปรแกรมข้อมูลที่ใช้ในสถานพยาบาลต่าง ๆ แต่จะต้องออกแบบให้เหมาะสมกับการให้บริการพิเศษด้านเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กับกลุ่มที่มีเพศหลากหลาย ทั้งชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสอง และยังคงต้องสามารถสะท้อนถึงผลการดำเนินงานตลอดกระบวนการ RRTTPR ได้อีกด้วย

สำหรับทางด้านเทคนิคมีความสำคัญที่จะต้องพัฒนาทั้ง 3 ด้านไปพร้อมกันนั่นคือ ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร หากจะมีการผลักดันให้เกิดการผ่อนคลายงานจากบุคลากรวิชาชีพเข้าสู่บุคลากรในชุมชน สำหรับมาตรฐานการจัดชุดบริการ หากมีการพัฒนามาตรฐานภายใต้กระทรวงสาธารณสุขตามที่กำลังมีการดำเนินการอยู่ให้เสร็จสมบูรณ์ก็จะสามารถเป็นแนวทางที่เป็นมาตรฐานในการที่จะขยายฐานของศูนย์สุขภาพชุมชนในลักษณะนี้ไปยังพื้นที่อื่น ๆ ได้ และในส่วนของ CSO Accreditation ก็จะทำหน้าที่คล้ายกับ HA ของโรงพยาบาลที่จะยื่นยื่นมาตรฐานการบริหารจัดการของภาคประชาสังคมเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับหน่วยงานภาครัฐที่จะเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณในอนาคต ซึ่งในกรณีการศึกษานี้คือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำหรับปัจจัยที่จัดตั้งศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งนั้นก็เป็แนวคิดในเชิงการดูแลกันเองในชุมชน ซึ่งจะสามารถอธิบายได้ด้วยหลักการแบบ Protectorism (Bloom, 1968) เพราะกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองก็ยังถือว่าเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง และก็ยังขาดโอกาสการเข้าถึงบริการด้านเอชไอวีเฉพาะทางเนื่องจาก การตีตราและการเลือกปฏิบัติด้านเหตุของการมีเชื้อเอชไอวี และเหตุของอัตลักษณ์ทางเพศและเพศนิยม

ทฤษฎีภาวะผู้นำสามารถอธิบายได้ในส่วนของบุคลากรที่เข้ามามีส่วนร่วมในการก่อตั้งสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย และศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง โดยมีลักษณะเป็นแบบ Traits Theory มากกว่าภาวะความเป็นผู้นำในรูปแบบอื่น ๆ ในส่วนของบุคลากรที่เข้ามาในศูนย์สุขภาพตามมาเป็นกรเข้ามาตามทีบุคลากรที่เป็นผู้เริ่มต้นจ้งวางระบบไว้แบบ job-centered ภายใต้ Behavior Theory (Li, 2009)

สำหรับข้อเสนอแนะที่จะต้องมีการพัฒนาศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งต่อไปในอนาคตก็ยังคงมีอยู่ในทั้ง 4 มิติของ organization sub-system (สุวรรณฉวี แสงมหาชัย, 2556) ยกเว้นในด้านวัตถุประสงค์ที่มีความชัดเจนมาตั้งแต่ต้นแล้ว แต่ในส่วนของการจัดโครงสร้างองค์การก็ยังคงจะต้องมีการปรับเปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อม และทำให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น องค์ประกอบอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นตัวบุคลากร ข้อมูล และเทคนิค ก็ยังคงอยู่ในลักษณะนี้เช่นเดียวกัน

ตัวแบบที่มีการพัฒนาขึ้นมาให้ภาคประชาสังคมสามารถเป็นหน่วยหนึ่งของงานบริการด้านสุขภาพในการตรวจเอชไอวีนั้น ความสำเร็จส่วนหนึ่งก็มาจากการสร้างความสัมพันธ์อันดีของภาคประชาสังคมกับภาครัฐ

การใช้แนวคิด DSD หรือ Differentiated Service Delivery ในการรักษาเอชไอวีถือว่ามีประโยชน์กับผู้รับบริการ เพราะทำให้แพทย์สามารถเข้ามาจ่ายยาต้านไวรัสเอชไอวีถึงศูนย์สุขภาพชุมชนของภาคประชาสังคมได้ ซึ่งการให้บริการลักษณะนี้ก็จะคล้าย ๆ กับ การที่มีแพทย์มาจ่ายยาโรคความดันและเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเช่นกัน

ตัวแบบในการจัดบริการและ โครงสร้างของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งนี้สามารถพิจารณาได้เป็นนวัตกรรมในการให้บริการกับประชาชนเพื่อยุติปัญหาเอดส์ได้ โดยยังคงต้องมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องเนื่องจากตัวแบบนี้ยังไม่ถือว่าเป็นตัวแบบที่นิ่ง แต่ไม่ใช่เพียงเพราะตัวแบบนี้อยู่ระหว่างการพัฒนาเท่านั้น แต่เกิดจากสภาพแวดล้อมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งในเรื่องของงบประมาณ นโยบายสาธารณะ การมีส่วนเกี่ยวข้องกับต่างประเทศ และวัฒนธรรมด้านสุขภาพของประเทศ และของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งตามแนวคิดของ Oliver (1991) นั้นการจัดองค์การเป็นกระบวนการที่จะต้องมีความต่อเนื่องไม่มีที่สิ้นสุด และมีการผลิตองค์ความรู้ใหม่ ๆ ขึ้นมาอย่างสม่ำเสมอ

3 ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

1. ตัวแบบในการศึกษานี้สามารถนำไปขยายผลในการจัดทะเบียนศูนย์สุขภาพชุมชนสำหรับในการให้บริการด้านเอชไอวีและ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ดำเนินงานโดยองค์กรภาคประชาสังคมได้ (ตามภาพที่ 5.1)

2. จากตัวแบบการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการจัดองค์การและโครงสร้างภายในใน 5 มิติคือ ด้านวัตถุประสงค์ บุคลากร ข้อมูล โครงสร้าง และเทคนิคได้ ซึ่งสามารถนำไปปรับใช้เป็นบริการแบบทั่วไป (routine) หรือแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (operation research)

3.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการพัฒนาภาคประชาสังคมให้สามารถร่วมให้บริการด้านสุขภาพในลักษณะที่เป็นการแบ่งเบาภาระจากภาครัฐ (task shifting) นั้นจะต้องมีการศึกษาต่อไปถึงความสมดุลของกฎระเบียบต่าง ๆ ของสภาวิชาชีพ และการให้ภาคประชาสังคมเข้าไปร่วมดำเนินการ โดยอาจให้การศึกษานี้ในลักษณะของนโยบายสาธารณะ การศึกษาภายใต้ทฤษฎีเกมส์ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาในทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพในเรื่องความคุ้มทุนจากการให้บริการ ศูนย์สุขภาพด้านเอชไอวีของภาคประชาสังคมเพื่อพัฒนาต่อในเรื่องการคิดต้นทุน และโอกาส ในการขยายบริการสู่พื้นที่อื่น ๆ ของประเทศ

3. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของการให้บริการ โดยคุณผลลัพธ์ทางการแพทย์ ซึ่งอาจ เป็นการศึกษาดูเฉพาะศูนย์สุขภาพชุมชนของภาคประชาสังคมแบบ non-experimental design หรือแบบ quasi-experimental design โดยเทียบกับบริการในลักษณะเดียวกันของภาครัฐ หรือภาคเอกชน

4. การศึกษากระบวนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมที่ จะต้องหาความสมดุลอาจสามารถทำการศึกษาได้ภายใต้ทฤษฎี collaborative governance (Ansell and Gash, 2007) ซึ่งจะช่วยให้สามารถวิเคราะห์ได้ว่าความสำเร็จ หรือความล้มเหลวในการ ดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ และภาคประชาสังคมเกิดขึ้นจากสาเหตุใด

5. การศึกษาในขั้นต่อไปควรทำวิจัยที่เจาะลึกลงไปในแต่ละมิติของการจัดการ และให้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานคือทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพเพื่อให้สามารถตอบคำถามการ วิจัยได้มากขึ้น





บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ

บรรณานุกรม

- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. (2560). *ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573*. กรุงเทพฯ: เอ็นซี คอนเซ็ปต์.
- พิทยา บวรวัฒนา. (2543). *ทฤษฎีองค์การสาธารณสุข* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: สักดิ์โสภากการพิมพ์.
- ทิพวรรณ หล่อสุวรรณรัตน์. (2558). *ทฤษฎีองค์การ: มุมมองต่างกระบวนทัศน์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : แชนโพร่ พรินติ้ง.
- เพชรศรี ศิริรินทร์. 18 สิงหาคม 2557. การสื่อสารส่วนบุคคล.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2545). *กฎกระทรวงประกอบกิจการสถานพยาบาล พ.ศ. 2545*. อ้างอิงเมื่อวันที่ 4 เมษายน 2562 จาก <http://www.thaimed.or.th/wp-content/uploads/2017/05/กฎกระทรวงว่าด้วยการประกอบกิจการสถานพยาบาล.pdf>
- ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย. (ม.ป.ป.). ประวัติความเป็นมา. อ้างอิงเมื่อวันที่ 5 กันยายน 2562 จาก <https://th.tccarc.org/th/clinic/history>
- ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). ศูนย์สุขภาพชุมชนเมื่อวัดปทุมมาลัย. อ้างอิงเมื่อวันที่ 5 กันยายน 2562 จาก https://www.sunpasit.go.th/pathummalai/main.php?files=show_about
- สพิสซา กิ่งแก้วก้านทอง. (ม.ป.ป.). *ศูนย์สุขภาพชุมชน (Mini Health Center)*. [PowerPoint Presentation]. อ้างอิงเมื่อวันที่ 5 กันยายน 2562.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (17 กันยายน 2561). “ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง” *ตอบ โจทย์ลดแออัด-รอคิวนาน*. อ้างอิงเมื่อวันที่ 5 กันยายน 2562 จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/44635-%20ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง%20ตอบ%20โจทย์ลดแออัด-รอคิวนาน.html>
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2541). *พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541*. อ้างอิงเมื่อวันที่ 4 เมษายน 2562 จาก http://www.mtc.or.th/law_doc/law_hospital2541.pdf
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2560). *การสูญเสียปีสุขภาวะ Disability-Adjusted Life Years: DALYs: รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์.

- สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค. (2558). การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี พ.ศ. ๒๕๕๘. อ้างอิงเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2561 จาก http://203.157.15.110/boe/diseases.php?ds_key=c210&dsid=MzI=&ds=QWNxdWlyZWQgaW1tdW5vZGVmaWNpZW5jeSBzeW5kcm9tZSA6IEFJRjRM=
- สำนักโรคติดต่อวิทยา กรมควบคุมโรค. (2559). การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี พ.ศ. ๒๕๕๙. อ้างอิงเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2561 จาก http://203.157.15.110/boe/diseases.php?ds_key=c210&dsid=MzI=&ds=QWNxdWlyZWQgaW1tdW5vZGVmaWNpZW5jeSBzeW5kcm9tZSA6IEFJRjRM=
- สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *แนวทางการเปิดคลินิก*. อ้างอิงเมื่อวันที่ 4 เมษายน 2562 จาก http://www.hss.moph.go.th/fileupload_doc_slider/2016-11-08-27-16-160329.pdf
- สุวรรณณี แสงมหาชัย. (2556). *องค์การและการจัดการ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- อรุณ รักธรรม. (2536). *ทฤษฎีองค์การ: ประมวลสาระชุดวิชาทฤษฎีและแนวปฏิบัติในการบริหารการศึกษา เล่มที่ 1 หน่วยที่ 2*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช: นนทบุรี.
- อุทัย เลหาวิเชียร. (2543). *รัฐประศาสนศาสตร์: ลักษณะวิชาและมิติต่าง ๆ* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สมาธรรม.
- _____. (2537). *ทฤษฎีองค์การและการจัดการ*. เอกสารประกอบการสอนวิชา รศ. 610 โครงการเอกสารและตำรา คณะรัฐประศาสนศาสตร์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- amfAR – The Foundation for AIDS Research. (2010). *MSM and the Global HIV/AIDS Epidemic: Assessing PEPFAR and Looking Forward*. Issue Brief July 2010.
- Ansell, C. and Gash, A. (2007). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of Public Administration Research Theory*, 18(-), 543-71.
- APCOM. (2013). *Overlooked, Ignored, Forgotten: HIV and Basic Rights of Transgender People in Asia and the Pacific*. Policy Brief. Bangkok Thailand.
- APCOM. (n.d.). *Regional Report: MSM and HIV Counseling and Testing in Asia and the Pacific*. Retrieved on 4 April 2019 from www.apcom.org

- Bedelu, M., Ford, N., Hilderbrand, K., and Reuter, H. (2007). Implementing Antiretroviral Theory in Rural Communities: The Lusikisiki Model of Decentralized HIV/AIDS Care. *Journal of Infectious Diseases*, 196(-), S464-8.
- Beyrer, C., Eiumtrakul, S., Celentano, D. D., et al. (1995). Same-sex behavior, sexually transmitted diseases and HIV risks among young northern Thai men. *AIDS*, 9(2), 171-176.
- Bloom, A. (1968). *The Republic of Plato* (2nd ed.). USA : BasicBooks.
- Bozeman, B. (1979). *Public Management and Policy Analysis*. New York: St. Martin's Press.
- Cameron, L. (2006). *Sexual Health and Rights: Sex workers, Transgender People & Men Who have Sex with Men, Thailand*. Open Society Institute.
- Chandler, R. C. and Plano, J. C. (1982). *The Public Administration Dictionary*. New York: John Wiley & Sons.
- Easton, D. (1969). *The New Revolution in Political Science. The American Political Science Review*, 63(4), 1051-61.
- Etzioni, A. (1967). Mixed-Scanning: A "Third" Approach To Decision-Making. *Public Administration Review*, 27(-).
- Francis, C. and Mills, S. (2015). *HIV Cascade Framework for Key Populations*. Retrieved on 19 December 2018 from <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/linkages-hiv-cascade-framework-oct15.pdf>.
- Ganrawi, W., Sasipuminrit, K., Peerapatanapokin, W., Phoolcharoen, W., Juntarodjana, J., Tansubhapol, K., and Kajudmarn F. (2005). *Estimates of Men Having Sex with Men in Thailand and Their Implications for HIV Transmission*. Paper presented at the Thai Population Association Conference 2005.
- Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. (2007). *Strengthening national prevention and care programmes on HIV/AIDS, tuberculosis and malaria in Thailand*. Retrieved 24 August 2014 from http://www.theglobalfund.org/ProgramDocuments/THA/Proposals/THA-R01-HA_Proposal_0_en/
- Greiner, L. E. (1989). Evolution and Revolution as Organizations Grow. In Asch, D. et al. (Ed.), *Readings in Strategic Management* (pp.373-87). doi: 10.1007/978-1-349-20317-8_25.

- Hecht, R., Stover, J., Bollinger, L., Muhib, F., Case, K., and de Ferranti, D. (2010). Financing of HIV/AIDS programme scale-up in low-income and middle-income countries, 2009-31. *The Lancet*, 376(-), 1254-60.
- Jenkins, R. A., Torugsa, K., Mason, C. J., Jamroenratana, V., Lalang, C., and Nitayaphan, S., (1999). HIV risk behavior pattern among young Thai men. *AIDS and Behavior*, 3(4), 335-346.
- Kitsiripornchai, S., Markowitz, L. E., Ungchusak, K. et al. (1998). Sexual behavior of young men in Thailand: regional differences and evidence of behavior change. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retroviral*, 18(3), 282-288.
- Lertpiriyasuwat, C., Plipat, T. and Jenkins, R. A. (2003). *A Survey of sexual risk behavior for HIV infection in Nakhonsawan, Thailand, 2001*. *AIDS*, 17(13), 1969-76.
- Li, K. (2009). *Leadership: Theory and Practice*. [PowerPoint Presentation]. Strategic Leadership for GMS Cooperation Learning Program. 18 – 24 October 2009, Shanghai.
- London, A.S., VanLandingham, M. J., Grandjean, N. (1997). Socio-demographic correlates, HIV/AIDS-related cofactors, and measures of same-sex behavior among northern Thai male soldiers. *Health Transition Review*, (7)1, 33-6.
- Maddux, H. C. and Donnett, D. (2015). *John Dewey's Pragmatism: Implications for Reflection in Service-Learning*. Michigan Journal of Community Service Learning, Spring 2015: pp. 64-73.
- MGR online. (12 กุมภาพันธ์ 2552). “ศูนย์สุขภาพชุมชน” ต้นแบบ ไกล่บ้านใกล้ใจ...เล็ก ๆ แต่งดงาม. อ้างอิงเมื่อวันที่ 5 กันยายน 2562 จาก <https://mgronline.com/qol/detail/9520000015853>
- Miles, M. B. and Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook* (2nd Ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Mintzberg, H. (1981). Organization Design: Fashion or Fit?. *Harvard Business Review*, 103-116.
- National AIDS Management Center. (2014). *Thailand Ending AIDS: 2014 Thailand AIDS Response Progress Report*. Ministry of Public Health. Nonthaburi Thailand.
- Nelson, K. E., Celentano, D. D., Suprasert, S., et al. (1993). Risk factors for HIV infection among young adult men in northern Thailand. *Journal of the American Medical Association*, 270(-), 955-960.

- Nopkesorn, T., Sweat, M. D., Kaensing, S., and Teppa, T. (1993). *Sexual Behavior for HIV Infection in Young Men in Payao*. Program on AIDS, Kai Somdej Pranaresuan Hospital, Third Army Area and Thai Red Cross Society.
- Oliver, C. (1991). Strategic Responses to Institutional Processes. *Academy of Management Review*, 16(1), 145-179.
- Pfeffer, J. and Salacik, G. R. (1978). *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*. New York: Harper & Row.
- Robbins, S. P. (1983). *Organization Theory: Structure, Deign, and Application*. Englewood Cliff, NJ: Prentice-Hall.
- Sittitrai, W., Phanuphak, P., and Roddy, R. (1994). *Male Bar Workers in Bangkok: An Intervention Trial*. Research Report No. 1. Program on AIDS Thai Red Cross Society, Thailand.
- Oliver, C. (1991). Strategic Responses to Institutional Processes. *Academy of Management Review*, 16(1), 145-79.
- PEPFAR Asia Regional Program. (2016). *Regional Operational Plan 2016: FY17 Strategic Direction Summary*. Retrieved on 2 May 2016 from <https://www.pepfar.gov/documents/organization/285846.pdf>.
- Petticrew, M. and Roberts, H. (2006). *Systematic Reviews in the Social Sciences: A Practical Guide*. Victoria, Australia : Blackwell Publishing
- Pongthai, S. (1990). Sexual experience and sexual orientation among Ramathibodhi medical students, Thailand. *Journal of Medical Association of Thailand*, 73(Suppl 1), 81-86.
- Rehle, T., Saidel, T., Mills, S., and Magnani, R. (2001). *Evaluating Programs for HIV/AIDS Prevention and Care in Developing Countries: A Handbook for Program Managers and Decision Makers*. VA: Family Health International.
- Smith, A. D., Tapsoba, P., Peshu, N., Sanders, E. J., and Jaffe, H. W. (2009). Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *The Lancet*, 374(-), 416-22.
- Theetranont, C., Suprasert, S., Matanasarawoot, A., Romyen, S., Tulvatana, S., Nelson, K. E., Celentanao, D. D. and Wright, N. (1994). Seroprevelence of HIV antibodies and risk factors in healthy young males from upper north Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 77(6), 288-292.

- UNAIDS. (2017). WHO, *UNAIDS Statement on HIV Testing Services: New Opportunities and Ongoing Challenges*. Author: Geneva.
- _____. (2009). *UNAIDS Action Framework: Universal Access for Men who have sex with Men and Transgender People*. Geneva Switzerland.
- _____. (2005). *Men who have sex with men, HIV prevention and care*. Report of a UNAIDS stakeholder consultation 10 – 11 November 2005. Geneva Switzerland.
- _____. (2000). *AIDS and men who have sex with men*. Technical Update. Geneva Switzerland.
- United Nations Development Program. (2013). *Transgender Health and Human Rights: Discussion Paper*. NY USA.
- van Griensven, F., Kilmarx, P. H., Jeeyapant, S., Manopaiboon, C., Korattana, S., Jenkins, R. A., Uthairoravit, W., Limpakarnjanarat, K., and Mastro, T. D. (2004). The Prevalence of Bisexual and Homosexual Orientation and Related Health Risks Among Adolescents in Northern Thailand. *Archives of Sexual Behavior*, 33(2), 137-147.
- van Griensven, F., Varangrat, A., Wimonstate, W., Tanpradech, S., Kladsawad, K., Chemnasiri, T., Suksripanich, O., Phanuphak, P., Mock, P., Kanggarnrua, K. McNocholl, J, and Plipat, T. (2009) Trends in HIV Prevalence, Estimated HIV Incidence, and Risk Behavior Among Men Who Have Sex With Men in Bangkok, Thailand, 2003-2007. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. Epub 2009 Nov 5.
- World Health Organization. (2015). *Strengthening Community-based Health Care Services: Report of the Technical Consultation*. Retrieved on 4 April 2019 from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206407>
- World Health Organization. (2016). *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care for Key Populations*. Retrieved on 26 October 2018 from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246200/9789241511124-eng.pdf;jsessionid=6BB77A39180DE8B7AC2F82CC12756426?sequence=1>
- Young, R. M., and Meyer, I. H. (2005). The trouble with “MSM” and “WSW”: Erasure of the Sexual-Minority Person in Public Health Discourse. *American Journal of Public Health*, 95(7), 1144-1149.



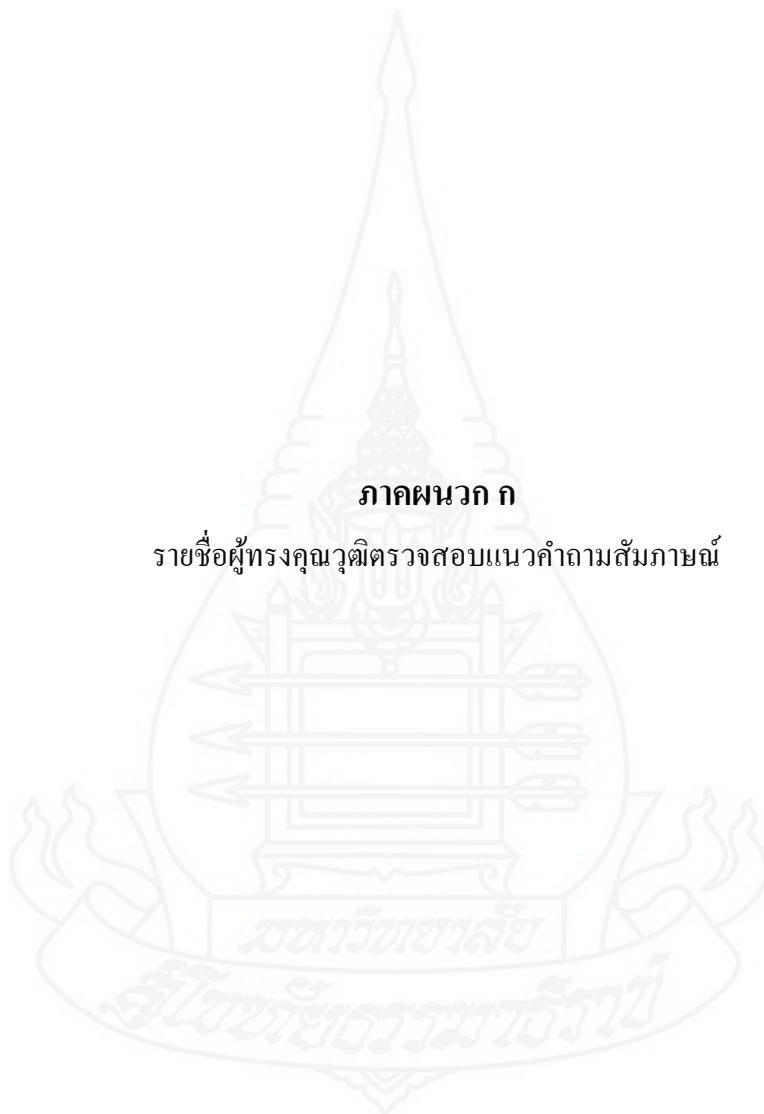
ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สภามหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแนวคำถามสัมภาษณ์



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแนวคำถามสัมภาษณ์

ในการตรวจสอบคุณภาพของแนวคำถามสัมภาษณ์เจาะลึกได้ใช้ผู้เชี่ยวชาญดังต่อไปนี้

1. ดร. ปณิษฐ์ รัชกิจวิจารณ์ ฅ นคร ตำแหน่งเจ้าหน้าที่งานผลักดันนโยบายและบริหารโครงการ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย
2. ดร. สมพร สายแวง ตำแหน่ง หัวหน้างานห้องปฏิบัติการ ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย
3. นายกมลเศรษฐ์ เก่งการเรือ ตำแหน่ง นักชำนาญการสังคมสงเคราะห์บ้านญาติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ ตำแหน่ง เลขานุการสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ที่ปรึกษา ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย



ภาคผนวก ข
แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก



แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Question guidelines)

คำถามทั่วไป

1. ขอให้ท่านแนะนำตัว จังหวัดที่อาศัยอยู่ในปัจจุบัน ตำแหน่งงานของท่านในปัจจุบัน สถานที่ทำงาน และระยะเวลาการทำงานกับองค์กรนี้
2. ภูมิำเนาของท่าน ระดับการศึกษาของท่าน และอัตลักษณ์ทางเพศทางของท่าน
3. ความสัมพันธ์ของท่านกับสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย

คำถามเจาะลึกตามคำถามการวิจัย

1. ท่านเข้ามาดำเนินงานกับสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ได้อย่างไร ทำไมท่านถึงตัดสินใจเข้ามาทำงานที่นี่
2. ขอให้ท่านเล่าถึงความเป็นมาในการจัดตั้งศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง (ในกรณีที่ท่านอยู่มาตั้งแต่ระยะตั้งต้น) หรือสภาพของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง (ณ เวลาที่ท่านเข้าร่วมดำเนินงาน) ว่าตอนนี้มีลักษณะเป็นอย่างไร ในเรื่องของลักษณะการให้บริการ โครงสร้าง และการจัดการ
3. เป้าหมายในการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยคืออะไร มีความจำเป็นอย่างไร
4. ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งมีความสัมพันธ์อย่างไรกับสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยอย่างไร
5. การให้บริการของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งแตกต่างกับการให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่ให้บริการด้านเอชไอวีและสุขภาพะทางเพศอย่างไรบ้าง
6. ขอให้ท่านช่วยเล่าบริการของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งทั้งหมด
7. โครงสร้างปัจจุบันของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งเป็นอย่างไรบ้าง
8. บุคลากรที่เข้ามาดำเนินงานในศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งต้องมีคุณลักษณะ หรือองค์ความรู้ อะไรบ้าง
9. การจัดการข้อมูลของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งเป็นอย่างไร มีความต่างจากสถานบริการสุขภาพของภาครัฐอื่น ๆ อย่างไร หรือมีความเชื่อมต่อกันอย่างไรบ้าง
10. การดำเนินงานของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งเกี่ยวข้องกับหน่วยงานภาครัฐ ทุกระเบียบ หรือกฎหมายอะไรบ้าง
11. ท่านคิดอย่างไรกับการที่สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยที่เป็นองค์กรภาคประชาสังคม มาจัดตั้งดำเนินการเป็นหน่วยบริการสุขภาพด้านเอชไอวีและสุขภาพะทางเพศ
12. ท่านมองว่าจุดแข็งและจุดอ่อนของการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งมีอะไรบ้าง

13. ปัญหาในการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งตามความคิดเห็นของท่านอะไรบ้าง เพราะเหตุใดท่านถึงคิดเช่นนั้น
14. ท่านมองว่าอนาคตของการให้บริการของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งจะเป็นอย่างไร
15. ในส่วนของปัจจัยภายใน (บุคลากร ความรู้ความสามารถ สมรรถนะ คุณภาพการดำเนินงาน การจัดการ) ของสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยมีส่วนใดบ้างที่ได้อยู่แล้วที่ต้องรักษาไว้ และมีส่วนใดบ้างที่ต้องมีการปรับปรุง เพราะเหตุใดท่านจึงมองเช่นนั้น
16. ในส่วนของปัจจัยภายนอก (นโยบายสาธารณะ การมีส่วนร่วมของภาครัฐ สภาวิชาชีพทางสาธารณสุขต่าง ๆ สังคม ชุมชนแวดล้อม) มีอิทธิพลอย่างไรกับการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพ และควรมีการดำเนินงานกับภาคส่วนที่เป็นปัจจัยภายนอกอย่างไรบ้าง

จากแนวคำถามดังกล่าวสามารถแยกตามคำถามหลักการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

คำถามการวิจัยหลัก	คำถามจาก
1. ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งมีวิธีการจัดองค์กรและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพชุมชนในการให้บริการด้านเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองของภาคประชาสังคมอย่างไร	<p>ข้อ 3 เป้าหมายในการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยคืออะไร มีความจำเป็นอย่างไร</p> <p>ข้อ 4 ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งมีความสัมพันธ์อย่างไรกับสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยอย่างไร</p> <p>ข้อ 6 ขอให้ท่านช่วยเล่าบริการของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งทั้งหมด</p> <p>ข้อ 7 โครงสร้างปัจจุบันของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งเป็นอย่างไรบ้าง</p>

คำถามการวิจัยหลัก	คำถามจาก
<p>2. ฐานคติในการจัดตั้งศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งในการให้บริการด้านเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองของภาคประชาสังคมเป็นอย่างไร เพราะเหตุใดบุคลากรจึงเลือกที่จะเข้ามาดำเนินงานในศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง</p>	<p>ข้อ 8 บุคลากรที่เข้ามาดำเนินงานในศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งต้องมีคุณลักษณะ หรือองค์ความรู้อะไรบ้าง</p> <p>ข้อ 9 การจัดการข้อมูลของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งเป็นอย่างไร มีความต่างจากสถานบริการสุขภาพของภาครัฐอื่น ๆ อย่างไร หรือมีความเชื่อมต่อกันอย่างไรบ้าง</p> <p>ข้อ 10 การดำเนินงานของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งเกี่ยวข้องกับหน่วยงานภาครัฐ ทุกระเบียบ หรือกฎหมายอะไรบ้าง</p> <p>ข้อ 1 ท่านเข้ามาดำเนินงานกับสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ได้อย่างไร ทำไมท่านถึงตัดสินใจเข้ามาทำงานที่นี่</p> <p>ข้อ 2 ขอให้ท่านเล่าถึงความเป็นมาในการจัดตั้งศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง (ในกรณีที่ท่านอยู่มาตั้งแต่ระยะตั้งต้น) หรือสภาพของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง (ณ เวลาที่ท่านเข้าร่วมดำเนินงาน) ว่าตอนนี้มีลักษณะเป็นอย่างไร ในเรื่องของลักษณะการให้บริการ โครงสร้าง และการจัดการ</p> <p>ข้อ 5 การให้บริการของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งแตกต่างกับการให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่ให้บริการด้านเอชไอวีและสุขภาพทางเพศอย่างไรบ้าง</p>

คำถามการวิจัยหลัก	คำถามจาก
<p>3. ข้อเสนอแนะทางนโยบายเพื่อให้ตอบสนองต่อรูปแบบและแนวทางวิธีการจัดองค์การและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้สอดคล้องกับการให้บริการด้านเอชไอวีในภาพรวมของประเทศควรมีลักษณะใด</p>	<p>ข้อ 11 ท่านคิดอย่างไรกับการที่สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยที่เป็นองค์การภาคประชาสังคม มาจัดตั้งดำเนินการเป็นหน่วยบริการสุขภาพด้านเอชไอวีและสุขภาพทางเพศ</p> <p>ข้อ 12 ท่านมองว่าจุดแข็งและจุดอ่อนของการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งมีอะไรบ้าง</p> <p>ข้อ 13 ปัญหาในการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งตามความคิดเห็นของท่านอะไรบ้าง เพราะเหตุใดท่านถึงคิดเช่นนั้น</p> <p>ข้อ 14 ท่านมองว่าอนาคตของการให้บริการของศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งจะเป็นอย่างไร</p> <p>ข้อ 15 ในส่วนของปัจจัยภายใน (บุคลากร ความรู้ความสามารถ สมรรถนะ คุณภาพการดำเนินงาน การจัดการ) ของสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยมีส่วนใดบ้างที่ได้อยู่แล้วที่ต้องรักษาไว้ และมีส่วนใดบ้างที่ต้องมีการปรับปรุง เพราะเหตุใดท่านจึงมองเช่นนั้น</p> <p>ข้อ 16 ในส่วนของปัจจัยภายนอก (นโยบาย สาธารณะ การมีส่วนร่วมของภาครัฐ สภาวิชาชีพทางสาธารณสุขต่าง ๆ สังคม ชุมชน แวดล้อม) มีอิทธิพลอย่างไรกับการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพ และควรมีการดำเนินงานกับภาคส่วนที่เป็นปัจจัยภายนอกอย่างไรบ้าง</p>

ภาคผนวก ก
เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านจะได้รับเอกสารนี้ ฉบับ 1 นำกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท หรือผู้อื่นที่ท่านต้องการปรึกษา เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการ (ภาษาไทย): การจัดการการศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้บริการด้านเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองของภาคประชาสังคม: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง สถานที่วิจัย: ศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งในกรุงเทพมหานคร จังหวัดสงขลา จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดชลบุรี

นักวิจัย/สถาบัน/หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่:

นายระพีพันธ์ จอมมะเร็ง นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ (หลักสูตรนานาชาติ) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต เอกบริหารสาธารณสุข สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช มือถือ 081-341 4591

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อให้เข้าใจถึงวิธีการจัดการและโครงสร้างศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้งซึ่งจะมีประโยชน์ที่คาดว่าได้รับคือผลการศึกษจะสามารถเป็นตัวแบบในการจัดบริการขยายผลเชิงพื้นที่ในอนาคตต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะท่านเป็นบุคลากรหรือผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวข้องกับการจัดการและโครงสร้างของศูนย์สุขภาพ

จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยนี้ทั้งสิ้นประมาณไม่เกิน 20 ท่าน โดยใช้เวลาในการเข้าร่วมการวิจัยประมาณไม่เกิน 90 นาที

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะมีการขอสัมภาษณ์ท่าน โดยมีข้อคำถามประมาณไม่เกิน 17 ข้อ และใช้เวลาประมาณไม่เกิน 90 นาที เป็นการสัมภาษณ์เพียงครั้งเดียวเสร็จ โดยจะมีการอัดเสียงในระหว่างการสัมภาษณ์ไว้สำหรับให้ผู้วิจัยใช้ทบทวนเท่านั้น

ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัย

- ท่านอาจรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ เครียดกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้

หากท่านไม่เข้าร่วมการวิจัยนี้จะไม่มีผลต่อหน้าที่การงานของท่านแต่อย่างใด

ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น ผู้ให้ทุนวิจัย สถาบัน องค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ หรือคณะกรรมการจริยธรรมฯ เป็นต้น

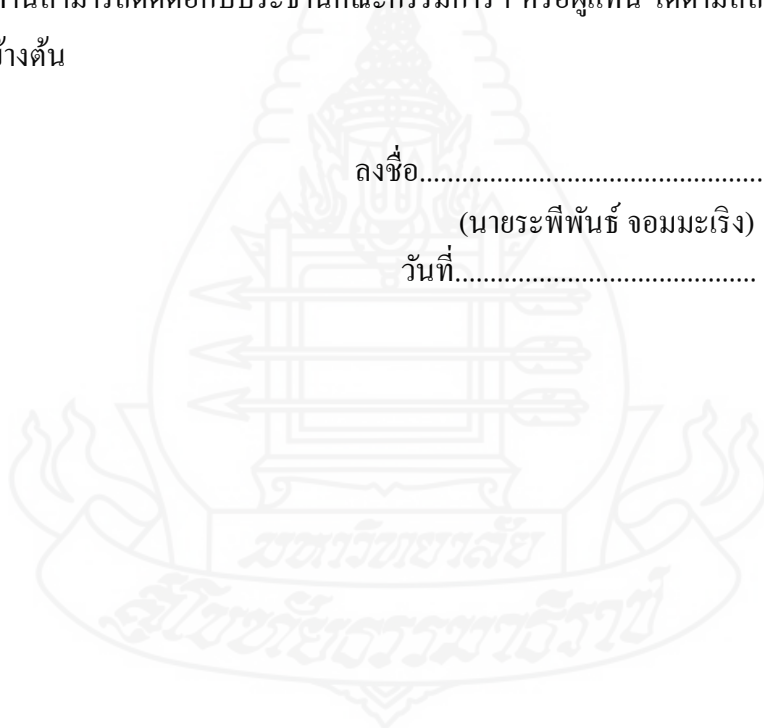
ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน การเรียน หรือการเข้าถึงบริการที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ถนนพุทธมณฑลสาย 4 อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170 โทรศัพท์ 02-441-0201-4 โทรสาร 02-441-9333 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ หรือผู้แทน ได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(นายระพีพันธ์ จอมมะเริง)

วันที่.....



ภาคผนวก ง
แบบตอบรับการยินยอม



แบบตอบรับการยินยอม
(ส่วนนี้ นักวิจัยเป็นผู้เก็บเอาไว้)

**หัวข้อการวิจัย: การจัดองค์การศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้บริการด้านเอชไอวีในกลุ่มชายที่มี
เพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองของภาคประชาสังคม: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพฟ้าสีรุ้ง**

นักวิจัยหลัก: นายระพีพันธ์ จอมมะเริง นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต เอก
บริหารสาธารณสุข สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
วันที่ให้ความยินยอม _____ / _____ / _____

ก่อนเซ็นชื่อให้ความยินยอม ข้าพเจ้า _____

ทราบว่า การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้เป็นความสมัครใจของข้าพเจ้าเอง และตัวข้าพเจ้าไม่ได้ถูก
บังคับให้เข้าร่วม หรือไม่ได้รู้สึกไม่ต้องการที่จะเข้าร่วม และนักวิจัยหลักก็ไม่ได้มีอิทธิพลใด ๆ ต่อ
การตัดสินใจของข้าพเจ้าในการเข้าร่วม ข้าพเจ้ายินดีที่จะให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้วิเคราะห์และ
นำเสนอเป็นผลการวิเคราะห์การศึกษา และรายงานดังกล่าว แต่ทั้งนี้ข้าพเจ้าอนุญาตให้ระบุชื่อใน
ฐานะที่เป็นผู้ให้ข้อมูลได้ พร้อมทั้งตำแหน่งงานของข้าพเจ้ารายงานการศึกษาได้ซึ่งแยกเป็นส่วน
ต่างหากออกจากเนื้อหาได้

นักวิจัยหลักของงานชิ้นนี้ได้ให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยแล้ว นักวิจัยได้อธิบายถึงเป้าหมาย
กระบวนการที่จะเกิดขึ้น และประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับแล้ว และข้าพเจ้าเข้าใจข้อความทั้งหมด
อย่างแจ่มแจ้ง

นักวิจัยหลักได้ตอบคำถามของข้าพเจ้าทุกข้อด้วยเต็มใจ ความสัตย์จริง และอย่างตรงไปตรงมา

ข้าพเจ้าทราบว่าข้าพเจ้าสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ทุกเมื่อที่ข้าพเจ้าต้องการ

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความทั้งหมดที่กล่าวมาแล้ว และยินดีที่จะลงลายเซ็นในเอกสารนี้ด้วยความ
ยินยอม ของตัวข้าพเจ้าเอง

_____)

(ลายมือชื่อ - ลายเซ็น)

ภาคผนวก จ

เอกสารอนุมัติจากคณะกรรมการทบทวนจริยธรรมการวิจัย



เอกสารอนุมัติจากคณะกรรมการทบทวนจริยธรรมการวิจัย



IPSR-Institutional Review Board (IPSR-IRB)

Established 1985

COA. No. 2019/06-224

Certificate of Ethical Approval

Title of Project: *The Organization of Community Health Center to Provide HIV Services for Men Who Have Sex with Men and Transgender Women by the Civil Society: A Case Study of Rainbow Health Center*

Duration of Project: *7 months (June - December 2019)*

Principal Investigator (PI): *Mr. Rapeepun Jommaroeng*

PI's Institutional Affiliation: *Institute for Population and Social Research, Mahidol University*

Approval includes:

- 1) Submission form*
- 2) Research proposal*
- 3) Interview guideline*
- 4) Participant information sheet*
- 5) Informed consent document*

IPSR-Institutional Review Board (IPSR-IRB) met on 27th June 2019 and decided to issue the COA to the above project.



Signature

(Professor Emeritus Pramote Prasartkul)

Chairman, IPSR-IRB

Valid from June 27, 2019 to June 26, 2020

Remarks

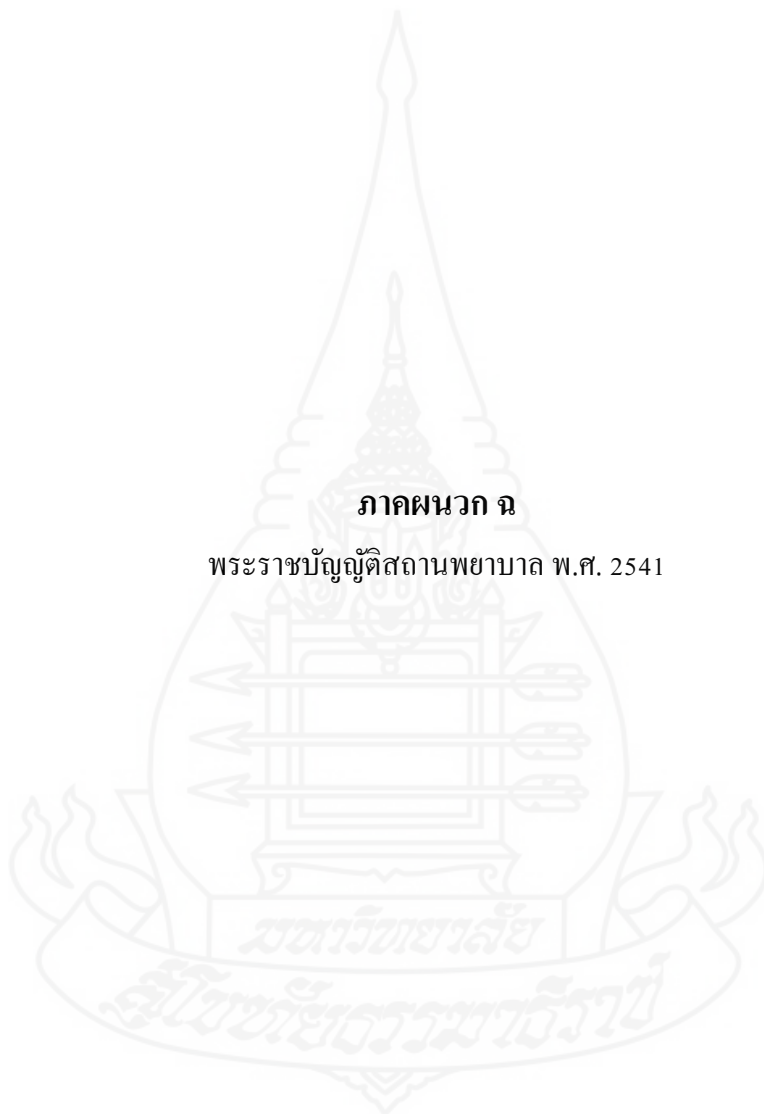
- 1) Upon the completion of this project, the PI should inform the IPSR-IRB of such progress.
- 2) The PI is obliged to notify any modification of the research project to the IPSR-IRB.
- 3) For verifying this document, please use QR code above.

IORG Number: IORG0002101; FWA Number: FWA00002882; IRB Number: IRB0001007

Office of the IPSR-IRB, Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Phuttamonthon 4 Rd., Salaya, Phuttamonthon district, Nakhon Pathom 73170. Tel (662)441-0201-4 ext. 223

ภาคผนวก จ

พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541



สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานพระราชบัญญัติ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา พระราชบัญญัติ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สถานพยาบาล สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา พ.ศ. ๒๕๕๑ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๑ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เป็นปีที่ ๕๓ ในรัชกาลปัจจุบัน สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลอันจะเป็นการจำกัด สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เสรีภาพในการประกอบกิจการหรือประกอบอาชีพและการแข่งขันโดยเสรีอย่างเป็นธรรม ซึ่ง สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๕๐ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย บัญญัติให้กระทำได้โดยอาศัยอำนาจตาม สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา บทบัญญัติแห่งกฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ยินยอมของรัฐสภา ดังต่อไปนี้ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ๒๕๕๑” สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๒^๑ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เบกษาเป็นต้นไป สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๓ ให้ยกเลิกพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๐๔ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๔ ในพระราชบัญญัตินี้ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา “สถานพยาบาล”^๒ หมายความว่า สถานที่รวมตลอดถึงยานพาหนะซึ่งจัดไว้เพื่อ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา การประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ การประกอบวิชาชีพเวชกรรม สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตาม สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ การประกอบวิชาชีพทันตกรรมตาม สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทันตกรรม การประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ๑ ราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๑๑๕/ตอนที่ ๑๕ ก/หน้า ๓๒/๒๔ มีนาคม ๒๕๕๑ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ๒ มาตรา ๔ นิยามคำว่า “สถานพยาบาล” แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๗ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงาน กายภาพบำบัด หรือการประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ทั้งนี้ โดยกระทำเป็นปกติธุระไม่ว่าจะได้รับประโยชน์ตอบแทนหรือไม่ แต่ไม่รวมถึงสถานที่ขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา ซึ่งประกอบธุรกิจการขายยาโดยเฉพาะ

“ผู้ป่วย” หมายความว่า ผู้ขอรับบริการในสถานพยาบาล

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา “ผู้รับอนุญาต” หมายความว่า ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา “ผู้ดำเนินการ” หมายความว่า ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา “ผู้ประกอบการวิชาชีพ”^๓ หมายความว่า ผู้ประกอบโรคศิลปะ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม การพยาบาล การผดุงครรภ์ ทันตกรรม เภสัชกรรม กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ หรือผู้ประกอบวิชาชีพอื่นตามที่รัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา “ใบอนุญาต” หมายความว่า ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล

สำนักงาน “พนักงานเจ้าหน้าที่” หมายความว่า ผู้ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งให้เป็นผู้ปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา “ผู้อนุญาต” หมายความว่า ปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้ที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา “คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการสถานพยาบาล

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา “รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

สำนักงาน มาตรา ๕ พระราชบัญญัตินี้มิให้ใช้บังคับแก่สถานพยาบาลของกระทรวง ทบวงกรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น สภาวิชาชีพ และสถานพยาบาลอื่นซึ่งรัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษา

สำนักงาน มาตรา ๖ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ออกกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมไม่เกินอัตราท้ายพระราชบัญญัตินี้ยกเว้นค่าธรรมเนียม และกำหนดกิจการอื่นตลอดจนออกประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

สำนักงาน กฎกระทรวงหรือประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้ เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

หมวด ๑

คณะกรรมการสถานพยาบาล

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ^๓ มาตรา ๕ นิยามคำว่า “ผู้ประกอบการวิชาชีพ” แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๗

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
มาตรา ๗ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่งเรียกว่า “คณะกรรมการสถานพยาบาล” ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมอนามัย อธิบดีกรมควบคุมโรค* อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา และผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคเป็นกรรมการโดยตำแหน่ง กับกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้ง ดังต่อไปนี้

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๑) ผู้ประกอบโรคศิลปะโดยคำแนะนำของคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะจำนวนสามคน และผู้ประกอบวิชาชีพโดยคำแนะนำของสภาวิชาชีพ ซึ่งจัดตั้งขึ้นตามกฎหมายเพื่อควบคุมการประกอบวิชาชีพนั้นสละละหนึ่งคน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๒) ผู้ทรงคุณวุฒิอื่นอีกไม่เกินห้าคน ซึ่งในจำนวนนี้จะต้องแต่งตั้งจากผู้ดำเนินการอย่างน้อยหนึ่งคน แต่ไม่เกินสามคน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ให้ผู้อำนวยการกองการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ* เป็นกรรมการและเลขานุการ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
มาตรา ๘ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามมาตรา ๗ อยู่ในตำแหน่งคราวละสองปี กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระ อาจได้รับแต่งตั้งอีกได้

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ในกรณีที่มีการแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเพิ่มขึ้นอีกในระหว่างที่กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิอื่นซึ่งแต่งตั้งไว้แล้วยังมีวาระอยู่ในตำแหน่ง ให้ผู้ได้รับแต่งตั้งนั้นอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งได้แต่งตั้งไว้แล้วนั้น

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
มาตรา ๙ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระตามมาตรา ๘ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามมาตรา ๗ พ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
- (๑) ตาย
 - (๒) ลาออก
 - (๓) รัฐมนตรีให้ออก
 - (๔) เป็นบุคคลล้มละลาย
 - (๕) เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
 - (๖) พ้นจากการเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ดำเนินการในกรณีที่ได้รับแต่งตั้งให้เป็นกรรมการในฐานนั้น

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๗) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอด้วยกฎหมายถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 ในกรณีที่กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพ้นจากตำแหน่งก่อนวาระ ให้รัฐมนตรีแต่งตั้งผู้อื่นเป็นกรรมการแทนและให้กรรมการซึ่งได้รับแต่งตั้งแทนอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการซึ่งตนแทน แต่ถ้าวาระการดำรงตำแหน่งของกรรมการเหลือไม่ถึงเก้าสิบวันจะไม่แต่งตั้งก็ได้

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
มาตรา ๑๐ การประชุมของคณะกรรมการต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่า
 กึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม
 ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อยู่ในที่ประชุม ให้ที่ประชุมเลือก
 กรรมการคนหนึ่งเป็นประธานที่ประชุม
 การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่ง
 ในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากันให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็น
 เสียงชี้ขาด

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
มาตรา ๑๑ คณะกรรมการมีหน้าที่ให้คำปรึกษา ให้ความเห็นและให้คำแนะนำ
 แก่รัฐมนตรีหรือผู้อนุญาตในเรื่องดังต่อไปนี้
 (๑) การออกกฎกระทรวง หรือประกาศเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติ
 (๒) การอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล การดำเนินการสถานพยาบาล
 การปิดสถานพยาบาล หรือการเพิกถอนใบอนุญาต
 (๓) ส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพการบริการของสถานพยาบาล
 (๔) การควบคุมหรือการพิจารณาเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับการดำเนินการ
 สถานพยาบาล
 (๕) เรื่องอื่น ๆ ตามที่รัฐมนตรีหรือผู้อนุญาตมอบหมาย

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
มาตรา ๑๒ คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาและ
 เสนอความเห็นเกี่ยวกับเรื่องที่อยู่ในขอบเขตแห่งหน้าที่ของคณะกรรมการได้
 ให้นำมาตรา ๑๐ มาใช้บังคับแก่การประชุมของคณะอนุกรรมการโดยอนุโลม

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
มาตรา ๑๓ ในการปฏิบัติหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ คณะกรรมการและ
 คณะอนุกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นตามมาตรา ๑๒ มีอำนาจออกคำสั่งเป็นหนังสือเรียกให้บุคคลหนึ่ง
 บุคคลใดมาให้อภัยคำหรือให้ส่งเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องหรือสิ่งใดมาเพื่อประกอบการ
 พิจารณาได้

หมวด ๒

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
การประกอบกิจการสถานพยาบาลและการดำเนินการสถานพยาบาล

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
มาตรา ๑๔ สถานพยาบาลมี ๒ ประเภท ดังต่อไปนี้
 (๑) สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
 (๒) สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
 ลักษณะของสถานพยาบาลแต่ละประเภทตามวรรคหนึ่งและลักษณะการ
 ให้บริการของสถานพยาบาลให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
มาตรา ๑๕ ให้รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจประกาศ
 กำหนดมาตรฐานการบริการของสถานพยาบาล สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา **มาตรา ๑๖** ห้ามมิให้บุคคลใดประกอบกิจการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับ
 ใบอนุญาตจากผู้อนุญาต

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา การขอ การออกใบอนุญาต และการประกอบกิจการสถานพยาบาลประเภทใดให้
 เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา **มาตรา ๑๗** ผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ต้องมี
 คุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังนี้

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๑) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๒) มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทย

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๓) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาหรือคำสั่งที่ชอด้วยกฎหมายถึง
 ที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดหุโทษ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๔) ไม่เป็นโรคตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดในราชกิจจานุเบกษา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๕) ไม่เป็นบุคคลล้มละลาย

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๖) ไม่เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ในกรณีที่ดินบุคคลเป็นผู้ขอรับอนุญาต ผู้จัดการหรือผู้แทนของนิติบุคคลนั้นต้อง

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มีคุณสมบัติ และไม่มีลักษณะต้องห้ามตามวรรคหนึ่งด้วย
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา **มาตรา ๑๘** ในการพิจารณาออกใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลของ
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ผู้อนุญาต จะต้องปรากฏว่าผู้ขอรับใบอนุญาตได้จัดให้มีกรณีดังต่อไปนี้โดยถูกต้องครบถ้วนแล้ว

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๑) มีแผนงานการจัดตั้งสถานพยาบาลที่ได้รับอนุมัติแล้วตามหลักเกณฑ์ วิธีการ
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๒) มีสถานพยาบาลตามลักษณะที่กำหนดในกฎกระทรวงที่ออกตามมาตรา ๑๕

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๓) มีเครื่องมือ เครื่องใช้ เวชภัณฑ์หรือยานพาหนะที่จำเป็นประจำ
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สถานพยาบาลนั้น ตามชนิดและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวง

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๔) มีผู้ประกอบการวิชาชีพในสถานพยาบาลตามวิชาชีพและจำนวนที่กำหนดใน
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา กฎกระทรวง

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (๕) ชื่อสถานพยาบาลต้องเป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เพื่อประโยชน์แห่งการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการทางสาธารณสุข รัฐมนตรีโดย

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา คำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจประกาศกำหนดจำนวนสถานพยาบาลที่จะอนุญาตให้ตั้ง
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา หรือมีบริการทางการแพทย์บางประเภทในสถานพยาบาลในท้องที่ใดท้องที่หนึ่งได้

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา **มาตรา ๑๙** ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปี
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ปฏิทินของปีที่สิ้นนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา การขอต่ออายุใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ เมื่อได้ยื่นคำขอแล้ว
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ให้ผู้รับอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลต่อไปได้ จนกว่าผู้อนุญาตจะสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออายุ
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา การขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และ
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๒๐ ผู้รับอนุญาตต้องชำระค่าธรรมเนียมตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และ
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา อัตราที่กำหนดในกฎกระทรวงตลอดเวลาที่ยังประกอบกิจการ ถ้ามิได้ชำระค่าธรรมเนียมภายใน
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เวลาที่กำหนด ให้ชำระเงินเพิ่มอีกร้อยละห้าต่อเดือน และถ้ายังไม่ยินยอมชำระค่าธรรมเนียมและ
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เงินเพิ่มหลังจากพ้นกำหนดหกเดือนให้ผู้อนุญาตดำเนินการตามมาตรา ๔๙ ต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๒๑ การโอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลให้แก่บุคคล ซึ่ง
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๗ ให้กระทำได้ เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา อนุญาต

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา การขอโอนใบอนุญาตและการอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และ
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๒๒ ถ้าผู้รับอนุญาตตายและมีบุคคลแสดงความจำนงต่อผู้อนุญาต
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ผู้รับอนุญาตตาย เพื่อขอประกอบกิจการที่ผู้ตายได้รับอนุญาตนั้น
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ต่อไป เมื่อผู้อนุญาตตรวจสอบแล้วว่าบุคคลนั้นมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ๑๗ ก็ให้ผู้แสดงความจำนงนั้นประกอบกิจการต่อไปได้จนกว่าใบอนุญาตนั้นสิ้นอายุ ในกรณีเช่น
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา วนนี้ให้ถือว่า ผู้แสดงความจำนงเป็นผู้รับอนุญาตตามพระราชบัญญัตินี้ ตั้งแต่วันที่ผู้รับอนุญาต
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ตาย

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา การแสดงความจำนงและการตรวจสอบ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และ
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา เงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๒๓ ผู้รับอนุญาตต้องจัดให้มีผู้ดำเนินการคนหนึ่ง เป็นผู้มีหน้าที่ควบคุม
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ดูแลและรับผิดชอบในการดำเนินการสถานพยาบาล

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๒๔ ห้ามมิให้บุคคลใดดำเนินการสถานพยาบาล เว้นแต่ได้รับใบอนุญาต
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา จากผู้อนุญาต

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา การขอและการออกใบอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา กำหนดในกฎกระทรวง

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา มาตรา ๒๕ ในการพิจารณาออกใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลของผู้
 สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา อนุญาตจะต้องปรากฏว่าผู้ขอรับใบอนุญาต

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

(๑)^๔ เป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพการผดุงครรภ์ ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ผู้ประกอบวิชาชีพทันตกรรม ผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด หรือผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ แต่บุคคลเช่นว่านั้นจะได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการตามประเภทใด หรือสถานพยาบาลที่ให้บริการทางการแพทย์ใดให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

(๒) ไม่เป็นผู้ดำเนินการอยู่ก่อนแล้วสองแห่ง แต่ในกรณีที่เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอยู่แล้วแห่งหนึ่ง จะอนุญาตให้เป็นผู้ดำเนินการประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอีกแห่งหนึ่งไม่ได้

(๓) เป็นผู้ที่สามารถควบคุมดูแลกิจการสถานพยาบาลได้โดยใกล้ชิด

มาตรา ๒๖ ถ้าผู้ดำเนินการพ้นจากหน้าที่หรือไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เกินเจ็ดวัน ผู้รับอนุญาตอาจมอบหมายให้บุคคลซึ่งมีคุณสมบัติตามมาตรา ๒๕ ดำเนินการแทนได้ไม่เกินเก้าสิบวัน ในกรณีเช่นว่านี้ให้ผู้ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการแทนแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบภายในสามวัน นับแต่วันที่เข้าดำเนินการแทน

ผู้รับมอบหมายให้ดำเนินการแทนตามวรรคหนึ่ง ให้มีหน้าที่และความรับผิดชอบเช่นเดียวกับผู้ดำเนินการ

มาตรา ๒๗ ผู้รับอนุญาต ผู้ดำเนินการ และผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลแห่งหนึ่ง ๆ จะเป็นบุคคลคนเดียวกันก็ได้

มาตรา ๒๘ ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่สองนับแต่ปีที่ออกใบอนุญาต

การขอต่ออายุใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอก่อนใบอนุญาตสิ้นอายุ เมื่อได้ยื่นคำขอแล้วให้ผู้นั้นดำเนินการสถานพยาบาลต่อไปได้จนกว่าผู้อนุญาตจะสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออายุ การขอต่ออายุใบอนุญาตและการอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา ๒๙ ในกรณีที่ผู้อนุญาตไม่ออกใบอนุญาต หรือไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาต ผู้ขอรับใบอนุญาตหรือผู้ขอต่ออายุใบอนุญาต แล้วแต่กรณี มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อรัฐมนตรีภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งการไม่ออกใบอนุญาตหรือการไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาต

คำวินิจฉัยของรัฐมนตรีให้เป็นที่สุด

^๔ มาตรา ๒๕ (๑) แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๗

ในกรณีที่ผู้อนุญาตไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาต ก่อนที่รัฐมนตรีจะมีคำวินิจฉัย
อุทธรณ์ตามวรรคสอง รัฐมนตรีมีอำนาจสั่งอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล หรือ
ดำเนินการสถานพยาบาล แล้วแต่กรณี ไปพลางก่อนได้ เมื่อผู้ขอต่ออายุใบอนุญาตร้องขอ

มาตรา ๓๐ ในกรณีที่ใบอนุญาตสูญหายหรือถูกทำลายในสาระสำคัญ ให้ผู้รับ
อนุญาตหรือผู้ดำเนินการ แล้วแต่กรณี แจ้งต่อผู้อนุญาตและยื่นคำขอรับใบแทนใบอนุญาตภายใน
สามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับทราบการสูญหายหรือถูกทำลายดังกล่าว

การขอและการออกใบแทนใบอนุญาต ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และ
เงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา ๓๑ ผู้รับอนุญาตต้องแสดงใบอนุญาตไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ
สถานพยาบาลนั้น

มาตรา ๓๒ ผู้รับอนุญาตต้องแสดงรายละเอียดดังต่อไปนี้ ในที่เปิดเผยและเห็น
ได้ง่าย ณ สถานพยาบาลนั้น

- (๑) ชื่อสถานพยาบาล
- (๒) ๔ รายการเกี่ยวกับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม การพยาบาล การผดุงครรภ์
ทันตกรรม เภสัชกรรม กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ หรือผู้ประกอบการโรคศิลปะซึ่งประกอบ
วิชาชีพในสถานพยาบาลนั้น
- (๓) อัตราค่ารักษาพยาบาล ค่าบริการและสิทธิของผู้ป่วยที่สถานพยาบาลต้อง
แสดงตามมาตรา ๓๓ วรรคหนึ่ง

การแสดงรายละเอียดตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และ
เงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา ๓๓ รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจประกาศกำหนด
ชนิดหรือประเภทของการรักษาพยาบาล การบริการอื่นของสถานพยาบาลและสิทธิของผู้ป่วยซึ่ง
ผู้รับอนุญาตจะต้องแสดงตามมาตรา ๓๒ (๓)

ผู้รับอนุญาตจะเรียกเก็บหรือยินยอมให้มีการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลหรือ
ค่าบริการอื่นเกินอัตราที่ได้แสดงไว้ไม่ได้ และจะต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยตามสิทธิที่ได้แสดงไว้

มาตรา ๓๔ ให้ผู้ดำเนินการมีหน้าที่และความรับผิดชอบดังนี้
(๑) ควบคุมและดูแลมิให้ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลประกอบวิชาชีพ
ผิดไปจากสาขา ชั้น หรือแผน ที่ผู้รับอนุญาตได้แจ้งไว้ในการขอรับใบอนุญาต หรือมิให้บุคคลอื่น
ซึ่งมิใช่เป็นผู้ประกอบวิชาชีพทำการประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล

^๔ มาตรา ๓๒ (๒) แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.
๒๕๔๗

(๒)^๖ ควบคุมและดูแลให้ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทันตกรรม กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรม กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพกายภาพบำบัด หรือกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเทคนิคการแพทย์แล้วแต่กรณี

(๓) ควบคุมและดูแลให้มีการรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนเกินจำนวนเตียงตามที่กำหนดไว้ในใบอนุญาต เว้นแต่กรณีฉุกเฉินซึ่งหากไม่รับไว้อาจเกิดอันตรายแก่ผู้ป่วย

(๔) ควบคุมดูแลสถานพยาบาลให้สะอาด เรียบร้อย ปลอดภัย และมีลักษณะอันเหมาะสมแก่การใช้เป็นสถานพยาบาล

มาตรา ๓๕ ให้ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการมีหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันดังนี้

(๑) จัดให้มีผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลตามวิชาชีพและจำนวนที่กำหนดในกฎกระทรวงตลอดเวลาทำการ

(๒) จัดให้มีเครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นประจำสถานพยาบาลนั้น ตามชนิดที่กำหนดในกฎกระทรวง

(๓) จัดให้มีและรายงานหลักฐานเกี่ยวกับผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล และผู้ป่วย และเอกสารอื่นที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง โดยต้องเก็บรักษาไว้ให้อยู่ในสภาพที่ตรวจสอบได้ไม่น้อยกว่าห้าปีนับแต่วันที่จัดทำ

(๔) ควบคุมและดูแลการประกอบกิจการสถานพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานการบริการที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตามมาตรา ๑๕

มาตรา ๓๖ ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการของสถานพยาบาลต้องควบคุมและดูแลให้มีการช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในสภาพอันตรายและจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลโดยฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากอันตรายตามมาตราฐานวิชาชีพและตามประเภทของสถานพยาบาลนั้น

เมื่อให้การช่วยเหลือเยียวยาแก่ผู้ป่วยตามวรรคหนึ่งแล้ว ถ้ามีความจำเป็นต้องส่งต่อหรือผู้ป่วยมีความประสงค์จะไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลอื่น ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการต้องจัดการให้มีการจัดส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่นตามความเหมาะสม

^๖ มาตรา ๓๔ (๒) แก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๗

มาตรา ๓๗ ผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการต้องควบคุมดูแลมิให้มีการใช้หรือ
ยินยอมให้ผู้อื่นใช้สถานพยาบาลประกอบกิจการสถานพยาบาลผิดประเภทหรือผิดลักษณะการ
ให้บริการตามที่ระบุไว้ในใบอนุญาต

มาตรา ๓๘ ห้ามมิให้ผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการโฆษณาหรือประกาศหรือ
ยินยอมให้ผู้อื่นโฆษณาหรือประกาศด้วยประการใด ๆ ซึ่งชื่อที่ตั้งหรือกิจการของสถานพยาบาล
หรือคุณวุฒิ หรือความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเพื่อชักชวนให้มีผู้มาขอรับ
บริการจากสถานพยาบาลของตน โดยใช้ข้อความอันเป็นเท็จหรืออ้อวดเกินความจริง หรือน่าจะ
ก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการประกอบกิจการของสถานพยาบาล

ผู้อนุญาตจะประกาศกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขสำหรับการโฆษณา
ตามความในวรรคหนึ่งก็ได้

มาตรา ๓๙ ในกรณีที่มีกรณีโฆษณาหรือประกาศฝ่าฝืนมาตรา ๓๘ ผู้อนุญาตมี
อำนาจสั่งเป็นหนังสือให้ผู้โฆษณาหรือประกาศระงับการกระทำดังกล่าวได้

มาตรา ๔๐ ในกรณีที่ผู้รับอนุญาตประสงค์จะเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจการ
ของสถานพยาบาลให้แตกต่างไปจากที่ระบุไว้ในใบอนุญาต หรือก่อสร้างอาคารชั้นใหม่ หรือ
ตัดแปลงอาคารเกินกว่าที่กำหนดในกฎกระทรวงเพื่อใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลให้
กระทำได้เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาต
การขอและการอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดใน
กฎกระทรวง

มาตรา ๔๑ ในกรณีที่ผู้รับอนุญาตประสงค์จะย้ายสถานพยาบาลไปประกอบ
กิจการที่อื่น ให้ดำเนินการเสมือนเป็นผู้ขออนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาลใหม่

มาตรา ๔๒ เมื่อมีการเปลี่ยนตัวผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล ตามมาตรา
๑๘ (๔) ผู้รับอนุญาตต้องแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้อนุญาตทราบภายในกำหนดสามสิบวันนับแต่วันที่
การเปลี่ยนนั้น

มาตรา ๔๓ ภายใต้บังคับมาตรา ๑๘ (๔) การเปลี่ยนชื่อสถานพยาบาลต้อง
ได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาต

มาตรา ๔๔ ผู้รับอนุญาตผู้ใดประสงค์จะเลิกกิจการสถานพยาบาล ต้องแจ้งเป็น
หนังสือและจัดทำรายงานที่จะปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ป่วยให้ผู้อนุญาตทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าสิบห้าวัน
 ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อได้รับแจ้งตามวรรคหนึ่ง ผู้อนุญาตมีอำนาจสั่งให้ผู้รับอนุญาตต้องปฏิบัติอย่างหนึ่งอย่างใดก่อนเลิกกิจการก็ได้ ทั้งนี้ โดยให้พิจารณาถึงประโยชน์และส่วนได้เสียของผู้ป่วยในสถานพยาบาลนั้นเป็นสำคัญ

มาตรา ๔๕ ให้ผู้อนุญาตจัดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ที่ตรวจลักษณะของสถานพยาบาล และการประกอบกิจการของสถานพยาบาลให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้โดยสม่ำเสมอ ในการนี้ถ้าพบว่าสถานพยาบาลตลอดจนเครื่องมือ เครื่องใช้ ยา และเวชภัณฑ์ของสถานพยาบาลนั้นมีลักษณะที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ที่อยู่ในสถานพยาบาลหรือผู้ที่อยู่ใกล้เคียงกับสถานพยาบาล ผู้อนุญาตมีอำนาจออกคำสั่งให้ผู้รับอนุญาต แก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมภายในระยะเวลาที่กำหนดได้

ให้นำมาตรา ๕๓ และมาตรา ๕๕ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

หมวด ๓

พนักงานเจ้าหน้าที่

มาตรา ๔๖ ในการปฏิบัติหน้าที่ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจดังต่อไปนี้

- (๑) เข้าไปในอาคารสถานที่หรือยานพาหนะที่พนักงานเจ้าหน้าที่มีเหตุอันควรสงสัยว่าเป็นสถานพยาบาลที่ไม่ได้รับอนุญาตตามพระราชบัญญัตินี้
 - (๒) เข้าไปในสถานพยาบาลในระหว่างเวลาทำการเพื่อตรวจสอบและควบคุมให้การเป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้
 - (๓) มีหนังสือเรียกผู้รับอนุญาต ผู้ดำเนินการ ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลมาให้ถ้อยคำหรือชี้แจงหรือให้ส่งเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาเพื่อประกอบการพิจารณา
 - (๔) ยึดหรืออายัดบรรดาเอกสารหรือสิ่งของที่เกี่ยวกับการกระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ เพื่อเป็นหลักฐานในการดำเนินคดี
- ในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามวรรคหนึ่ง ให้ผู้รับอนุญาต ผู้ดำเนินการ ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล หรือบุคคลซึ่งอยู่ในสถานพยาบาลนั้นอำนวยความสะดวกตามสมควร

มาตรา ๔๗ ในการปฏิบัติหน้าที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัว บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ ให้เป็นไปตามแบบที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา ๔๘ ในการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ให้ผู้อนุญาตและพนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา การปิดสถานพยาบาลและการเพิกถอนใบอนุญาต สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

มาตรา ๔๙ เมื่อปรากฏว่าผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการปฏิบัติไม่ถูกต้องตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้ผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการแล้วแต่กรณีระงับหรือปฏิบัติให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่เห็นสมควร แต่ทั้งนี้ไม่เป็นเหตุลบล้างความผิดตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๕๐ ในกรณี que ผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการ กระทำการหรือละเว้นกระทำการอย่างใด ๆ จนเป็นเหตุให้เกิดอันตราย ความเสียหายหรือความเดือดร้อนอย่างร้ายแรงแก่ผู้ที่อยู่ในสถานพยาบาล หรือผู้ที่อยู่ใกล้เคียงกับสถานพยาบาล หรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของผู้อนุญาตตามมาตรา ๔๕ หรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา ๔๙ ให้ผู้อนุญาตมีอำนาจออกคำสั่งปิดสถานพยาบาลเป็นการชั่วคราวจนกว่าจะได้ดำเนินการให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่กำหนด

ถ้าผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการได้ดำเนินการให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่กำหนดแล้ว ให้ผู้อนุญาตสั่งเพิกถอนคำสั่งปิดสถานพยาบาล

มาตรา ๕๑ ในกรณี que ผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการขาดคุณสมบัติ หรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๗ หรือมาตรา ๒๕ แล้วแต่กรณี หรือถ้าผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการไม่ดำเนินการให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่ผู้อนุญาตกำหนดตามมาตรา ๕๐ ให้ผู้อนุญาตโดยคำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจออกคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลได้

ถ้าผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่าได้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ และผู้อนุญาตเห็นว่าเป็นกรณีร้ายแรงอันอาจมีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่อไป ให้ผู้อนุญาตโดยคำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจออกคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาตของผู้นั้นได้

มาตรา ๕๒ เพื่อประโยชน์ในการคุ้มครองดูแลผู้ป่วยในสถานพยาบาลในกรณี que
(๑) ผู้รับอนุญาตตาย และไม่มีผู้แสดงความจำนงเพื่อขอประกอบกิจการหรือผู้แสดงความจำนงนั้น ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้าม ทั้งนี้ ตามที่บัญญัติในมาตรา ๒๒
(๒) ผู้อนุญาตมีคำสั่งปิดสถานพยาบาลเป็นการชั่วคราวตามมาตรา ๕๐ หรือมีคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาตตามมาตรา ๕๑

ผู้อนุญาตอาจมีคำสั่งให้สถานพยาบาลนั้น อยู่ในความควบคุมของคณะกรรมการเพื่อดำเนินการใด ๆ ตามที่เห็นสมควรได้

มาตรา ๕๓ คำสั่งของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา ๔๙ หรือของผู้อนุญาตตามมาตรา ๕๐ หรือมาตรา ๕๑ ให้ทำเป็นหนังสือส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนให้ผู้รับอนุญาตหรือ

ผู้ดำเนินการ ณ ภูมิลำเนาของผู้นั้น แล้วแต่กรณี ถ้าไม่พบตัวหรือไม่ยอมรับคำสั่งดังกล่าว ให้
จัดการปิดคำสั่งไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานพยาบาล และให้ถือว่าผู้นั้นได้ทราบคำสั่ง
นั้นแล้วตั้งแต่วันที่ปิดคำสั่ง

คำสั่งของผู้อนุญาตตามวรรคหนึ่ง จะโฆษณาในหนังสือพิมพ์หรือโดยวิธีอื่นได้อีก
ด้วยก็ได้

มาตรา ๕๔ ผู้ใดถูกเพิกถอนใบอนุญาตแล้วจะขอรับใบอนุญาตใหม่อีกไม่ได้
จนกว่าจะพ้นกำหนดสองปีนับแต่วันที่ถูกเพิกถอนใบอนุญาต

มาตรา ๕๕ คำสั่งของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา ๔๙ หรือของผู้อนุญาตตาม
มาตรา ๕๐ หรือมาตรา ๕๑ ผู้ที่ได้รับคำสั่งมีสิทธิอุทธรณ์ต่อรัฐมนตรีภายในสามสิบวันนับแต่วันที่
ทราบคำสั่ง

คำวินิจฉัยของรัฐมนตรีให้เป็นที่สุด

หมวด ๕
บทกำหนดโทษ

มาตรา ๕๖ ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของคณะกรรมการ หรือคณะกรรมการ
ตามมาตรา ๑๓ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินสองพันบาท หรือทั้งจำทั้ง
ปรับ

มาตรา ๕๗ ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๑๖ วรรคหนึ่ง หรือมาตรา ๒๔ วรรคหนึ่ง ต้อง
ระวางโทษจำคุกไม่เกินสามปี หรือปรับไม่เกินหกหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และศาลจะสั่งริบ
บรรดาค่าสิ่งของที่ใช้ในการประกอบกิจการสถานพยาบาลด้วยก็ได้

มาตรา ๕๘ ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของผู้อนุญาตตามมาตรา ๓๙ หรือมาตรา
๔๕ หรือคำสั่งของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา ๔๙ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือนหรือ
ปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๕๙ ผู้รับอนุญาตผู้ใดไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๒๑ มาตรา ๓๑ มาตรา ๓๒
มาตรา ๔๐ หรือมาตรา ๔๓ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท

มาตรา ๖๐ ผู้รับอนุญาตผู้ใดประกอบกิจการสถานพยาบาลโดยมิได้จัดให้มี
ผู้ดำเนินการตามมาตรา ๒๓ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท หรือทั้ง
จำทั้งปรับ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

มาตรา ๖๑ ผู้ใดมีหน้าที่ต้องแจ้งให้ผู้อนุญาตทราบ แต่ไม่แจ้งภายในกำหนดเวลาตามมาตรา ๒๖ มาตรา ๓๐ มาตรา ๔๒ หรือมาตรา ๔๕ วรรคหนึ่ง ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท

มาตรา ๖๒ ผู้รับอนุญาตผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๓๓ วรรคสอง ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท

มาตรา ๖๓ ผู้ดำเนินการผู้ใดไม่ปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นไปตามมาตรา ๓๔ (๑) ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๖๔ ผู้ดำเนินการผู้ใดไม่ปฏิบัติหน้าที่ให้เป็นไปตามมาตรา ๓๔ (๓) หรือ (๔) ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท

มาตรา ๖๕ ผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๓๔ (๒) หรือมาตรา ๓๕ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๖๖ ผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๓๖ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๖๗ ผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๓๗ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท

มาตรา ๖๘ ผู้รับอนุญาตหรือผู้ดำเนินการผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๓๘ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท และให้ปรับอีกวันละไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทนับแต่วันที่ฝ่าฝืน ทั้งนี้ จนกว่าจะระงับการโฆษณาดังกล่าว

มาตรา ๖๙ ผู้รับอนุญาตผู้ใดไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของผู้อนุญาตตามมาตรา ๔๔ วรรคสอง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๗๐ ผู้รับอนุญาต ผู้ดำเนินการ ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาล หรือบุคคลซึ่งอยู่ในสถานพยาบาล ผู้ใดไม่อำนวยความสะดวกให้แก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตามหน้าที่ตามมาตรา ๔๖ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองพันบาท

มาตรา ๗๑ ผู้ใดประกอบกิจการสถานพยาบาลในระหว่างที่สถานพยาบาลนั้นถูกสั่งปิดชั่วคราว ตามมาตรา ๕๐ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และให้ปรับอีกวันละไม่เกินหนึ่งหมื่นบาทตลอดเวลาที่ยังฝ่าฝืน

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 มาตรา ๗๒ ผู้ใดขัดขวางหรือไม่อำนวยความสะดวกให้แก่คณะกรรมการในการ
 ดำเนินการตามมาตรา ๕๒ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งเดือน หรือปรับไม่เกินสองพันบาท
 หรือทั้งจำทั้งปรับ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 มาตรา ๗๓ ผู้รับอนุญาต ผู้ดำเนินการ ผู้ประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาล หรือ
 เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลผู้ใด จัดทำหรือยินยอมให้ผู้อื่นจัดทำหลักฐานเกี่ยวกับค่า
 รักษาพยาบาลและค่าบริการเอกสารแสดงการตรวจโรค เอกสารแสดงผลการรักษาพยาบาลของ
 สถานพยาบาล หรือเอกสารกรณีอื่นอันเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอันเป็นเท็จ ต้องระวางโทษ
 จำคุกไม่เกินสองปี หรือปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 มาตรา ๗๔ ในกรณีที่ผู้กระทำความผิดซึ่งต้องรับโทษตามพระราชบัญญัตินี้เป็น
 นิติบุคคล กรรมการผู้จัดการ หรือผู้แทนของนิติบุคคลนั้น ต้องรับโทษตามที่บัญญัติไว้สำหรับ
 ความผิดนั้นด้วย เว้นแต่จะพิสูจน์ได้ว่ากระทำความผิดของนิติบุคคลนั้นได้กระทำโดยตนมิได้รู้เห็นหรือ
 ยินยอม

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 มาตรา ๗๕ ให้รัฐมนตรีมีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการเปรียบเทียบคดีในเขต
 กรุงเทพมหานครและในส่วนภูมิภาคได้ตามความเหมาะสม โดยให้ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ
 จำนวนสามคนในจำนวนนี้จะต้องแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมายอย่างน้อยหนึ่งคน
 บรรดาความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ที่มีโทษปรับสถานเดียวหรือที่มีโทษจำคุก
 ไม่เกินหนึ่งปี ให้คณะกรรมการเปรียบเทียบคดีมีอำนาจเปรียบเทียบปรับได้ ถ้าเห็นว่าผู้ต้องหาไม่
 ควรถูกฟ้องร้องหรือได้รับโทษถึงจำคุก ในกรณีนี้คณะกรรมการเปรียบเทียบคดีอาจมอบหมายให้
 พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นผู้ทำการเปรียบเทียบปรับแทนสำหรับคดีที่มีโทษปรับสถานเดียวตามที่
 เห็นสมควรก็ได้

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 เมื่อผู้ต้องหาได้เสียค่าปรับตามที่เปรียบเทียบภายในสามสิบวันนับแต่วันที่มีการ
 เปรียบเทียบปรับให้ถือว่าคดีเลิกกันตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 ในกรณีที่พนักงานสอบสวนพบว่าผู้ใดกระทำความผิดที่มีอัตราโทษตามวรรคสอง
 และผู้นั้นยินยอมให้เปรียบเทียบปรับ ให้พนักงานสอบสวนส่งเรื่องให้คณะกรรมการเปรียบเทียบ
 คดีภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่ผู้นั้นแสดงความยินยอมให้เปรียบเทียบปรับ

บทเฉพาะกาล

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
 มาตรา ๗๖ ใ้ใบอนุญาตให้ตั้งสถานพยาบาล และใบอนุญาตให้ดำเนินการ
 สถานพยาบาลที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๐๔ ให้ถือว่าเป็นใบอนุญาตให้
 ประกอบกิจการสถานพยาบาลหรือใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาลที่ออกตาม
 พระราชบัญญัตินี้ และให้ใช้ได้จนถึงวันสิ้นปีปฏิทินของปีที่พระราชบัญญัตินี้มีผลใช้บังคับ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา	สำนัก อัตราค่าธรรมเนียม กฤษฎีกา	สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
<hr/>		
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา	สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา	สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
๑. ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล		
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน	ฉบับละ	สำนักงาน ๑,๐๐๐ บาท
๒. ใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล		สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน		
(ก) ไม่เกิน ๑๐ เตียง	ฉบับละ	สำนักงาน ๒,๐๐๐ บาท
(ข) เกิน ๑๐ เตียง แต่ไม่เกิน ๒๕ เตียง	ฉบับละ	๕,๐๐๐ บาท
(ค) เกิน ๒๕ เตียง แต่ไม่เกิน ๕๐ เตียง	ฉบับละ	๑๐,๐๐๐ บาท
(ง) เกิน ๕๐ เตียง แต่ไม่เกิน ๑๐๐ เตียง	ฉบับละ	สำนักงาน ๒๐,๐๐๐ บาท
(จ) เกิน ๑๐๐ เตียง	ฉบับละ	๒๐,๐๐๐ บาท
และให้คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้นสำหรับที่เกิน ๑๐๐ เตียง	เตียงละ	๑๐๐ บาท
๓. ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล		สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน	ฉบับละ	๕๐๐ บาท
๔. ใบอนุญาตให้ดำเนินการสถานพยาบาล		สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
ประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน		สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
(ก) ไม่เกิน ๑๐ เตียง	ฉบับละ	๑,๐๐๐ บาท
(ข) เกิน ๑๐ เตียง แต่ไม่เกิน ๒๕ เตียง	ฉบับละ	๒,๕๐๐ บาท
(ค) เกิน ๒๕ เตียง แต่ไม่เกิน ๕๐ เตียง	ฉบับละ	สำนักงาน ๕,๐๐๐ บาท
(ง) เกิน ๕๐ เตียง แต่ไม่เกิน ๑๐๐ เตียง	ฉบับละ	๑๐,๐๐๐ บาท
(จ) เกิน ๑๐๐ เตียง	ฉบับละ	๑๐,๐๐๐ บาท
และให้คิดค่าธรรมเนียมเพิ่มขึ้นสำหรับที่เกิน ๑๐๐ เตียง	เตียงละ	๕๐ บาท
๕. การต่ออายุใบอนุญาต ครั้งละเท่ากับค่าธรรมเนียมใบอนุญาตประเภทนั้น ๆ แต่ละฉบับ		
๖. ใบแทนใบอนุญาต	ฉบับละ	๒๐๐ บาท
๗. การเปลี่ยนแปลงแก้ไขในใบอนุญาต	ครั้งละ	๑๐๐ บาท
๘. ค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานพยาบาล	ปีละ	๑๐,๐๐๐ บาท
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา	สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา	สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา	สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา	สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

สำนักงาน หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่กฎหมายว่าด้วย กฤษฎีกา
 สำนักงาน สถานพยาบาลได้ใช้บังคับตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๐๕ นั้น ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน และไม่ สอดคล้องกับลักษณะการประกอบกิจการของสถานพยาบาลปัจจุบัน สมควรที่จะดำเนินการ
 สำนักงาน ควบคุมกิจการสถานพยาบาลเพื่อให้ความคุ้มครองประชาชนผู้รับบริการจากสถานพยาบาลมาก ยิ่งขึ้นในเรื่องเกี่ยวกับการอนุญาตให้ประกอบกิจการ การเลิก การย้าย การปิดสถานพยาบาล การ
 สำนักงาน เพิกถอนใบอนุญาต การโฆษณากิจการของสถานพยาบาล ตลอดจนกำหนดอำนาจหน้าที่ของ พนักงานเจ้าหน้าที่ในการควบคุมดูแลสถานพยาบาล และกำหนดหน้าที่ของผู้รับอนุญาตและ
 สำนักงาน ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น รวมทั้งให้มีการกำหนดจำนวนสถานพยาบาลที่จะให้ จัดตั้งได้หรือมีบริการทางการแพทย์บางชนิดในท้องที่ใดท้องที่หนึ่งได้ เพื่อให้มีการประกอบ
 สำนักงาน กิจการในลักษณะที่ให้บริการทางสาธารณสุขที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชนอย่างแท้จริง สมควร ปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลให้เหมาะสมยิ่งขึ้น จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้

ภคินี/แก้ไข

๖/๒/๒๕๕๕

ศุภสรณ์ และ อภิสสิทธิ์

ผู้จัดทำ

สำนักงาน ๑๕/๐๕/๕๖ กฤษฎีกา

*พระราชกฤษฎีกาแก้ไขบทบัญญัติให้สอดคล้องกับการโอนอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการให้ เป็นไปตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. ๒๕๕๕ พ.ศ. ๒๕๕๕^๑

มาตรา ๑๑๖ ในพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๑ ให้แก้ไขคำว่า “อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ” เป็น “อธิบดีกรมควบคุมโรค” และคำว่า “สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข” เป็น “กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ”

สำนักงาน หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้พระราชกฤษฎีกาฉบับนี้ คือ โดยที่พระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. ๒๕๕๕ ได้บัญญัติให้จัดตั้งส่วนราชการขึ้นใหม่โดยมีการกิจใหม่ ซึ่งได้
 สำนักงาน มีการตราพระราชกฤษฎีกาโอนกิจการบริหารและอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการให้ เป็นไปตาม พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม นั้นแล้ว และเนื่องจากพระราชบัญญัติดังกล่าวได้
 สำนักงาน บัญญัติให้โอนอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการ รัฐมนตรีผู้ดำรงตำแหน่งหรือผู้ซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในส่วน ราชการเดิมมาเป็นของส่วนราชการใหม่ โดยให้มีการแก้ไขบทบัญญัติต่างๆ ให้สอดคล้องกับ
 สำนักงาน อำนาจหน้าที่ที่โอนไปด้วย ฉะนั้น เพื่ออนุวัติให้เป็นไปตามหลักการที่ปรากฏในพระราชบัญญัติ และพระราชกฤษฎีกาดังกล่าว จึงสมควรแก้ไขบทบัญญัติของกฎหมายให้สอดคล้องกับการโอน



ภาคผนวก ข
รายการอักษรย่อ

รายการอักษรย่อ

สปสช.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
อสม.	อาสาสมัคร
APCOM	Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health
CSO	Civil Society Organization
DSD	Differentiated Service Delivery
GFATM	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
HA	Hospital Accreditation
LA	Laboratory Accreditation
MSM	Men who have sex with men
MSW	Male sex workers
PCC	Primary Care Cluster
PEP	Post-exposure prophylaxis
PEPFAR	U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief
PrEP	Pre-exposure prophylaxis
RRTR	Reach-Recruit-Test-Treat-Retain
RRTPR	Reach-Recruit-Test-Treat-Prevent-Retain
SOP	Standard Operating Procedure
TGW	Transgender women
TTR	Test-Treat-Retain
UNAIDS	United Nations AIDS Programme

ประวัติผู้ศึกษา

ชื่อ	นายระพีพันธ์ จอมมะเร็ง
วัน เดือน ปีเกิด	15 พฤศจิกายน 2521
สถานที่เกิด	เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรภาษาอังกฤษเพื่อวิชาชีพสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ. 2548 วารสารศาสตรบัณฑิต (วิทยุ-โทรทัศน์) วิชาโท ภาษาญี่ปุ่น มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2543 รัฐประศาสนศาสตรบัณฑิต (การปกครองท้องถิ่น) มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น พ.ศ. 2562 วารสารศาสตรมหาบัณฑิต (การสื่อสารเพื่อการพัฒนา) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พ.ศ. 2549 ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและอนามัยเจริญพันธุ์) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2548 รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง พ.ศ. 2550 บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง พ.ศ. 2550 ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ประชากรศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2559
สถานที่ทำงาน	สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย และมูลนิธิเอดส์แห่งประเทศไทย
ตำแหน่ง	ที่ปรึกษากรรมการบริหาร และกรรมการบริหาร (ตามลำดับ)