

ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

นายเสกสรรค์ คุ้มวิเศษ

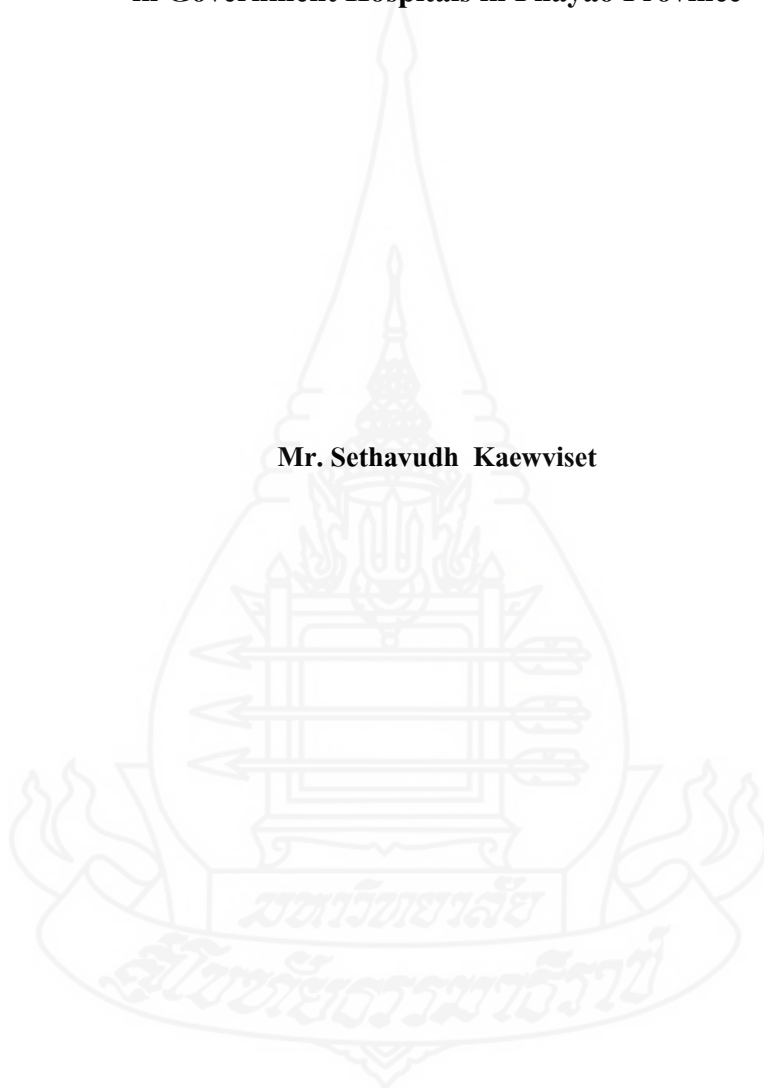


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาบริหารรัฐกิจ สาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2552

**Effectiveness of Health Services among People Living with HIV/AIDS
in Government Hospitals in Phayao Province**

Mr. Sethavudh Kaewviset



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Public Administration

School of Management Science

Sukhothai Thammathirat Open University

2009

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา
ชื่อและนามสกุล นายเสกฐวุฒิ แก้ววิเศษ
แขนงวิชา บริหารรัฐกิจ
สาขาวิชา วิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.เทพศักดิ์ บุญรัตน์
2. รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร เลี่ยนสลาย

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว



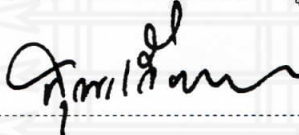
ประธานกรรมการ

(อาจารย์ ดร.ดิเรก ถึงฝั่ง)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เทพศักดิ์ บุญรัตน์)



กรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร เลี่ยนสลาย)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์
ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชา
บริหารรัฐกิจ สาขาวิชาวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจินต์ วิสวธีรานนท์)

วันที่ เดือน พ.ศ.

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา
ผู้วิจัย นายเสกฐาภูมิ แก้ววิเศษ **ปริญญา** รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร. เทพศักดิ์ นุณยรัตพันธุ์ (2) รองศาสตราจารย์ ดร. สุรพร เลี่ยนสลาย
ปีการศึกษา 2552

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาระดับประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา (2) เปรียบเทียบระดับประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐแต่ละแห่งในจังหวัดพะเยา (3) เปรียบเทียบประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาตามสิทธิประโยชน์การรับบริการ (4) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา และ (5) ศึกษาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส อุปสรรค และเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ประชากรคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา 7 แห่ง จำนวน 390 คน การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของทาร์โรว์ ยามาเน่ ใช้เทคนิคการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควต้า เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม สติติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ วิเคราะห์ความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การทดสอบค่าเอฟ และการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า (1) ภาพรวมประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาอยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 80 (2) ประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยามีความแตกต่างกันในบางโรงพยาบาล ซึ่งแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ (2.1) กลุ่มที่มีประสิทธิผลการให้บริการสูง ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ใจ โรงพยาบาลดอกคำใต้ และโรงพยาบาลปง ซึ่งมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันกับ (2.2) กลุ่มที่มีประสิทธิผลการให้บริการต่ำกว่ากลุ่มแรก ได้แก่ โรงพยาบาลพะเยา โรงพยาบาลจุน โรงพยาบาลเชียงคำ และโรงพยาบาลเชียงม่วน แต่ค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการไม่มีความแตกต่างกันหากเปรียบเทียบระหว่างโรงพยาบาลภายในกลุ่ม (3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาที่ใช้สิทธิประโยชน์ในการบริการที่ต่างกันประเมินประสิทธิผลการให้บริการของโรงพยาบาลไม่แตกต่างกัน (4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ได้แก่ ปัจจัยกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ ปัจจัยมาตรฐานการบริการด้านเอดส์ และปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ (5) จุดแข็งการให้บริการพบว่าโรงพยาบาลของรัฐสามารถให้บริการอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน มีการทำงานเป็นทีม ในขณะที่จุดอ่อนการให้บริการพบว่า บุคลากรและเครื่องมือการให้บริการมีไม่เพียงพอ สถานที่ให้บริการคับแคบ ทำให้การให้บริการล่าช้า ประกอบกับผู้รับบริการด้านเอดส์ที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะได้แก่ (1) พัฒนางานบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ทำอยู่ประจำให้เป็นผลงานทางวิชาการสำหรับกลุ่มโรงพยาบาลที่มีประสิทธิผลการให้บริการที่สูง (2) ใช้การจัดการเชิงกลยุทธ์และการเทียบเคียงผลงานการให้บริการกับโรงพยาบาลที่มีบริการที่เป็นเลิศควบคู่กับการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และ (3) เพิ่มทรัพยากรนำเข้าเพื่อให้บริการที่เพิ่มขึ้น เช่น แพทย์ พยาบาล อุปกรณ์ทางการแพทย์ อาคารสถานที่ พร้อมทั้งปรับปรุงพฤติกรรมและขยายช่องทางการให้บริการ เพื่อการให้บริการด้านเอชไอวี/เอดส์ที่เป็นเลิศถ้วนทั่วทั้งจังหวัด

คำสำคัญ ประสิทธิภาพการให้บริการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดพะเยา

Thesis title: Effectiveness of Health Services among People Living with HIV/AIDS in Government Hospitals in Phayao Province

Researcher: Mr. Sethavudh Kaewviset; **Degree:** Master of Public Administration;

Thesis Advisors: (1) Dr. Theppasak Boonyarataphan, Associate Professor; (2) Dr. Suraporn Siensalai, Associate Professor; **Academic year :** 2009

Abstract

The purposes of this study are to (1) study the effectiveness of health services among people living with HIV/AIDS (PHA) in government hospitals of Phayao province (2) compare the effectiveness of health services among PHA in each hospitals and health service benefits (3) study influencing factors of effectiveness of health services among PHA, and (4) study the strengths, weaknesses, opportunities, threats and suggestions of health services among PHA in government hospitals, Phayao province.

This study was a survey research. Populations consisted of 3,290 of HIV/AIDS Day Care Center's service recipients, samples were 390 HIV infected and AIDS patients accessing health services in government hospitals during March-April 2010. Sample size was determined via Taro Yamane method, quota sampling technique was also applied. Two sets of questionnaires were developed to collect quantitative data together with a focused group discussion which, was employed to collect qualitative data. Statistical tools applied were frequency, percentage, standard deviation, t-test, F-test, and multiple regression analysis.

The research results reveals that (1) the effectiveness of health services among PHA in the government hospitals in Phayao province was higher than 80% (2) the effectiveness of health services among PHA was significantly different in some hospitals which, are divided into two groups: (a) the group having high-effectiveness of services, including Mae Jai, Dok Kham Tai and Pong hospitals, and (b) the group having effectiveness of services lower than the first group including Phayao, Jun, Chiang Kham and Chiang Muan hospitals. However, the average of service's effectiveness was not different when compared between hospitals within the group. The same result also appeared when compared to each health service benefits provided by each hospitals (3) Influencing factors of effectiveness of health services among PHA in Phayao's government hospitals were Result-Based Management, HIVQUAL-T, and Health Service System Competencies respectively, and (4) the strengths of health services among PHA is equitable services provided by the hospital's service teamwork, while the weaknesses are lacking of service resources such as physician, nurse, equipment and service area, these factors are significantly affect to service quality when the numbers of PHA is continuously increasing.

The suggestions are to (1) develop service system among PHA group by using Routine to Academic (R2A) measure for the high-effectiveness hospitals. (2) use strategic management and benchmarking to develop service system for hospitals measured lower-effectiveness together with applying Research and Development (R&D) measure for sustainable improvements, and (3) input sufficient service resources, such as physicians, service rooms and buildings, medical equipments and service packages together with improving service behaviors and service channels of service providers in order to deliver HIV/AIDS universal excellent services across the province.

Keywords: Effectiveness of health services, HIV/AIDS patients, Government hospitals, Phayao province

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ประเด็นปัญหาการวิจัย.....	8
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	8
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	9
สมมติฐานการวิจัย.....	11
ขอบเขตของการวิจัย.....	11
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	12
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	12
นิยามศัพท์	13
ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	18
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	19
แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ	19
แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ และสิทธิในการรับบริการสุขภาพ.....	27
แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	32
แนวคิดเกี่ยวกับระบบประกันสังคม	37
แนวคิดเกี่ยวกับสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ	44
แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการด้านเอชไอวีและเอดส์.....	46
แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่	58
แนวคิดการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์.....	66
แนวคิดการให้บริการสาธารณะ	72
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	88
สรุปที่มาของกรอบแนวคิดการวิจัย	95

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	106
รูปแบบการวิจัย	106
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	106
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	109
การเก็บรวบรวมข้อมูล	112
การวิเคราะห์ข้อมูล	113
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	116
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	116
ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นตามตัวแปรตาม.....	125
ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นตามปัจจัยตัวแปรอิสระ	126
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย	130
ผลการวิเคราะห์ปัญหาและข้อเสนอแนะ	143
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	162
สรุปการวิจัย	162
อภิปรายผล	182
ข้อเสนอแนะ	204
บรรณานุกรม	210
ภาคผนวก	219
ก หนังสือขออนุมัติการทำวิจัยในพื้นที่ สสจ.พะเยา	221
ข หนังสือถึงคณะกรรมการประเมินแบบสอบถาม	223
ค หนังสือขออนุมัติทำการทดลองแบบสอบถาม	225
ง หนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลภาคสนาม	227
จ หนังสือเชิญเข้าร่วมสนทนากลุ่ม	229
ฉ หนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยด้านสาธารณสุข	231
ช แบบสอบถาม	233
ประวัติผู้วิจัย	245

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบการวัดระดับความสำเร็จการให้บริการสาธารณะ.....	88
ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรที่ใช้ในการวิจัย.....	107
ตารางที่ 3.2 ค่าดัชนีความเที่ยงตรงและค่าความเชื่อมั่นรายตัวแปร.....	112
ตารางที่ 3.3 รูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน.....	114
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ.....	117
ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ.....	117
ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพการสมรส.....	118
ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานภาพการศึกษา.....	118
ตารางที่ 4.5 จำนวนและค่าเฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง.....	119
ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะการประกอบอาชีพ	120
ตารางที่ 4.7 จำนวนและค่าเฉลี่ยรายได้ของครอบครัวปีของกลุ่มตัวอย่าง	120
ตารางที่ 4.8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสิทธิประโยชน์การรับบริการ...	121
ตารางที่ 4.9 จำนวนและค่าเฉลี่ยระยะเวลาการติดเชื้อชโไอวีของกลุ่มตัวอย่าง.....	122
ตารางที่ 4.10 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามโรงพยาบาลที่ลงทะเบียน.....	122
ตารางที่ 4.11 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน.....	123
ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะบริการที่ได้รับ.....	124
ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความถี่ในการรับบริการ.....	124
ตารางที่ 4.14 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นต่อการให้บริการ ตามปัจจัยตัวแปรตามการให้บริการสาธารณะ.....	125
ตารางที่ 4.15 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นการให้บริการ ตามปัจจัยกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์.....	127
ตารางที่ 4.16 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นการให้บริการ ตามปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ.....	128
ตารางที่ 4.17 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความคิดเห็นการให้บริการ ตามปัจจัยมาตรฐานการให้บริการด้านเอดส์.....	129
ตารางที่ 4.18 ค่าการวิเคราะห์ T-Test เพื่อทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ยประสิทธิผล การให้บริการฯ ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา.....	131

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 4.19	ค่าการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว One-Way ANOVA เพื่อทดสอบ สมมติฐานค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการฯ ของโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดพะเยามีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 โรงพยาบาล	132
ตารางที่ 4.20	ค่าการวิเคราะห์ Post Hoc เพื่อตรวจสอบค่าเฉลี่ยประสิทธิผล การให้บริการฯ ของโรงพยาบาลที่มีความแตกต่างกัน.....	133
ตารางที่ 4.21	ค่าการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว One-Way ANOVA เพื่อทดสอบ สมมติฐานค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการฯ ของโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดพะเยามีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 สิทธิประโยชน์.....	139
ตารางที่ 4.22	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการให้บริการฯ ของโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดพะเยากับปัจจัยตัวแปรอิสระ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์เพียร์สัน.....	140
ตารางที่ 4.23	ค่าการวิเคราะห์การถดถอยแบบแบบขั้น ตอน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการให้บริการฯ ของโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดพะเยา.....	141
ตารางที่ 4.24	ความคิดเห็น ความถี่ ที่เป็นจุดแข็ง/ข้อดี ในการให้บริการฯ ของโรงพยาบาล ของรัฐในจังหวัดพะเยาจากแบบสอบถามปลายเปิด.....	144
ตารางที่ 4.25	ความคิดเห็น ความถี่ ที่เป็นจุดอ่อน/ข้อเสีย ในการให้บริการฯ ของโรงพยาบาล ของรัฐในจังหวัดพะเยาจากแบบสอบถามปลายเปิด.....	145
ตารางที่ 4.26	ความคิดเห็น ความถี่ ที่เป็นโอกาส/ช่องทางในการปรับปรุงการให้บริการ ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาจากแบบสอบถามปลายเปิด.....	149
ตารางที่ 4.27	ความคิดเห็น ความถี่ ที่เป็นอุปสรรค/ข้อจำกัด ในการให้บริการฯ ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จากแบบสอบถามปลายเปิด.....	153
ตารางที่ 4.28	ข้อเสนอแนะ ความถี่ ในการให้บริการฯ ของโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดพะเยา จากแบบสอบถามปลายเปิด.....	154
ตารางที่ 4.29	ความคิดเห็น ความถี่ ในการให้บริการฯ ของโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดพะเยา จากสารสนเทศกลุ่ม	155
ตารางที่ 5.1	ข้อมูลเชิงประจักษ์ชื่อ โรงพยาบาลและรางวัลความเป็นเลิศในการให้บริการด้าน เอชไอวี/เอดส์ ในระดับภูมิภาค.....	187

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	10
ภาพที่ 2.1 กรอบแนวคิดการพัฒนามาตรฐานการบริการด้านเอชไอวีเอดส์	56
ภาพที่ 2.2 สมการกรอบแนวคิดการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์	68
ภาพที่ 2.3 หลักการวัดผลการปฏิบัติงานตามการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์.....	72
ภาพที่ 2.4 สรุปรอบแนวคิดการวิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	104
ภาพที่ 3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง.....	109



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

หลังจากกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยได้ก่อตั้งขึ้นในสมัยรัชกาลที่พัฒนาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของไทยได้เจริญก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเรื่องการป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ นโยบายสาธารณะด้านสาธารณสุขในแต่ละยุคสมัยมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และการเมือง จนกระทั่งการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการเมื่อปี พ.ศ. 2543 และมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติประกาศในราชกิจจานุเบกษา มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2550 เป็นต้นมานั้นเป็นกฎหมายแม่บทด้านการจัดการระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นการปรับความคิดเรื่องสุขภาพ จากกรอบแนวคิดสุขภาพที่อาศัยโรค (Disease Oriented) ไปสู่กรอบความคิดของสุขภาพที่อาศัยสุขภาวะ (Well-Being Oriented) ซึ่ง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินี้ ถือเป็นเครื่องมือที่คาดหวังให้คนไทยทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข 2550: 411) การผลักดันพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติจนสำเร็จนั้น ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้ให้แนวคิดว่าเป็นลักษณะการใช้ยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ที่เน้นการเชื่อมโยง การสร้าง/จัดการองค์ความรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคมและการสนับสนุนทางการเมืองเข้าด้วยกัน (ประเวศ วะสี อ้างใน กระทรวงสาธารณสุข 2550: 406)

เฉพาะการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้มีการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. 2544 การเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญของระบบบริการสาธารณสุขไทย เกิดขึ้นหลังจากที่พรรคไทยรักไทยใช้นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือนโยบายที่เรียกว่า “30 บาท รักษาทุกโรค” จนเกิดการเลือกตั้งและจัดตั้งรัฐบาล (กระทรวงสาธารณสุข 2550: 384) หลังจากนั้นนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศก็ได้ดำเนินการไปในทิศทางที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นพร้อมทั้งมีการออกพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประกาศใช้ใน ปี พ.ศ. 2545 โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการบริการที่ให้ความสำคัญกับการเข้าถึงการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีกฎหมาย และแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาที่ชัดเจน สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน สังคม และประเทศชาติและที่สำคัญคือเป็นไป

ตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 (มาตรา 82) ซึ่งได้ระบุสิทธิในการร่วมรับบริการด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน และรัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิผลเพียงพอ(กระทรวงสาธารณสุข 2550: 22)

การบริการด้านสุขภาพตามพัฒนาการด้านสาธารณสุข นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติที่ได้กล่าวมานั้นครอบคลุมถึงการบริการด้านสุขภาพที่รัฐจัดให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งยังคงเป็นโรคที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทยอยู่ในปัจจุบัน และได้ขยายขอบเขตการให้บริการไปอย่างกว้างขวางในโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ในระดับชาติโครงการการให้บริการยาต้านไวรัสในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ประกันตนของสำนักงานประกันสังคม โครงการการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ของสวัสดิการข้าราชการ และโครงการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศ (กรมควบคุมโรค 2550: 1) โดยนับตั้งแต่การพบผู้ป่วยเอดส์คนแรกของโลกในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2524 สถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ทั่วโลก ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552 รายงานโดย UNAIDS (The Joint United Nation Programme on HIV/AIDS) คาดว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้วประมาณ 60 ล้านคนและมีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 25 ล้านคน โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 33.4 ล้านคน (31.1-35.8 ล้านคน) และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ประมาณ 2.0 ล้านคน (1.7-2.4 ล้านคน) ซึ่งคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น ประมาณ 2.7 ล้านคน (2.4-3.0 ล้านคน) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในทวีปอัฟริกาในกลุ่มประเทศซบซารา รอลงมาได้แก่ กลุ่มประเทศในเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้(กรมควบคุมโรค 2553: 4) สำหรับสถานการณ์การระบาดในประเทศไทย นับตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ครั้งแรกในประเทศไทยใน พ.ศ. 2527 โรคเอดส์ได้แพร่ระบาดสู่สังคมไทยอย่างรวดเร็ว จากเริ่มแรกมีการระบาดในกลุ่มชายรักร่วมเพศ(Homosexual) หญิงบริการทางเพศ (Commercial Sex Worker) กลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด (Intravenous Drug Use) ตลอดจนระบาดไปยังกลุ่มรักต่างเพศหญิงทั่วไป (Heterosexual) ทารกที่ติดเชื้อจากมารดา วัยรุ่น เด็กนักเรียน นักศึกษา ประชาชนทุกเพศทุกอาชีพ จนกระทั่งโรคเอดส์ได้กลายเป็นโรคที่มีผู้เสียชีวิตสูงสุดติดอันดับ 5 โรคสำคัญที่มีผู้เสียชีวิตสูงสุดของประเทศไทย โดยคาดการณ์สถานการณ์การป่วยของโรคเอดส์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 จนถึงปี พ.ศ. 2553 พบว่าผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีสะสมรวมกันกว่าประมาณ 1,138,020 ราย เป็นผู้ใหญ่ที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ประมาณ 641,633 ราย และเป็นผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 499,324 ราย และคาดว่าจะมีผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 10,853 ราย (กรมควบคุมโรค 2553: 5) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นงานและวัยเจริญพันธุ์(อายุ 15-29 ปี) ร้อยละ 92.78 พบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 24.96 รองลงมาเป็น

กลุ่มอายุ 25-29 ปี ร้อยละ 22.11 ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบด้วยอาชีพรับจ้าง รองลงมาคือ อาชีพเกษตรกรรม ว่างาน และค้าขาย ปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุดจากากรมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 84.20) อัตราป่วยของประชากรในพื้นที่ต่อแสนคนส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลง อัตราป่วยสูงสุดคือภาคกลางและภาคเหนือ รองลงมาภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ สำหรับในภาคเหนือมีแนวโน้มของอัตราการป่วยต่อประชากรแสนคนในพื้นที่สูงสุด ในปี พ.ศ. 2547 ประมาณ 68 คน (67.90) และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จนถึงปัจจุบัน ในปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีอัตราป่วยเอดส์ในจังหวัดพญาสูงกว่าจังหวัดอื่นๆ ประมาณ 60 คน (59.27) ต่อประชากรแสนคนในพื้นที่ภาคเหนือ รองลงมาอยู่ในจังหวัดเชียงราย ประมาณ 43 คน (42.22) จังหวัดแพร่ ประมาณ 31 คน (30.27) นครสวรรค์ ประมาณ 29 คน (28.86) และกำแพงเพชร ประมาณ 29 คน (28.46) ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2552 เมื่อเทียบอัตราป่วยเอดส์ต่อประชากรแสนคนในพื้นที่ภาคเหนือพบว่า อัตราการป่วยเอดส์มากที่สุดในจังหวัดพะเยา ประมาณ 45 คน (44.61) (กรมควบคุมโรค 2553: 1-3) เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งหมดของจังหวัด 487,386 คน นับตั้งแต่พบผู้ป่วยรายแรกในจังหวัดพะเยาเมื่อปี พ.ศ. 2532 จนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2551 จังหวัดพะเยามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและป่วยด้วยอาการเอดส์สะสม จำนวน 16,388 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิตไปแล้วกว่า 7,379 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา 2552: 1) และในปี พ.ศ. 2551 เอดส์เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 (ร้อยละ 22.2) ของประชากรในจังหวัด (พิพัฒน์ จิรนัยรตุล 2552: 3) ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเหล่านี้ ส่วนใหญ่รับบริการทางสุขภาพโดยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รองลงมาคือสิทธิประกันสังคม สิทธิสวัสดิการข้าราชการและสิทธิอื่นๆ แม้แนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดพะเยาจะลดลงเมื่อเทียบกับในอดีตแต่การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในประชากรบางกลุ่ม เช่น ในกลุ่มเยาวชนและการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา 2552: 1)

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วทั้งการค้นพบผลการวิจัยใหม่ๆ ทางห้องปฏิบัติการวิทยาศาสตร์ (ระดับโมเลกุล) และการรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล (ระดับคลินิก) รวมทั้งการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ในขณะที่นโยบายและแนวทางการป้องกันก็มีการพัฒนาไปเป็นลำดับตั้งแต่การป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ การป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกและการพัฒนาระบบการให้บริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ พัฒนาการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทยเริ่มด้วยการให้ยาต้านไวรัสเมื่อครั้งแรกในปี พ.ศ. 2535 โดยให้ยาต้านด้วยยาเดี่ยว (Mono Therapy) และพัฒนาให้ยาด้านสองชนิด (Dual Therapy) ในปี พ.ศ. 2540 และให้ยาแบบสามชนิดพร้อมกัน (Triple Therapy) ในปี พ.ศ. 2543 (กรมควบคุมโรค 2547: 2) พร้อมทั้งมีการสนับสนุน

ให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าถึงการบริการสุขภาพมากขึ้น ในขณะที่ความพร้อมด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความพร้อมด้านวินัย ความพร้อมด้านอาหารแพทย์และพยาบาล ก็มีการพัฒนาจุดหน้าไปเป็นลำดับ

หลังจากนั้นได้มีการขยายโอกาสการดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มากขึ้นอีก โดยมีการพัฒนาระบบบริการดูแลสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวแบบบูรณาการ ผสมผสานทั้งการดูแลหลายๆ ด้านภายใต้นโยบาย ความครอบคลุม ความเสมอภาค ความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และการมีส่วนร่วมจากประชาชนและสังคม

จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2545 มีการพัฒนาสูตรยาต้านไวรัสชนิดต่างๆ หลากหลาย ประกอบกับองค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตยาบางชนิดได้ในราคาถูก (กรมควบคุมโรค 2547: 11) รวมทั้งการต่อรองราคายาให้ถูกลง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสเข้าถึงบริการและได้รับการบริการและดูแลที่ดีขึ้นเป็นลำดับ ภายใต้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการดูแลทางการแพทย์และพยาบาล การดูแลด้านจิตใจ การดูแลด้านเศรษฐกิจและสังคม และการดูแลที่บ้านและชุมชน ครอบคลุมปัญหาก่อนการติดเชื้อ ปัญหาขณะพบว่าติดเชื้อและยังไม่มีอาการ ปัญหาเมื่อเริ่มมีอาการป่วย ปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต และปัญหาผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว (กรมควบคุมโรค 2547: 5-6) เอดส์ในปัจจุบันมีสถานะเป็น โรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่อง

การแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับประเทศ มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 โดยคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ที่มุ่งแก้ไขปัญหาเอดส์แบบองค์รวม โดย 2 ใน 4 ยุทธศาสตร์มุ่งไปในเรื่อง (1) การบูรณาการ ดูแลรักษา และลดผลกระทบตามกลุ่มประชากร และ (2) การติดตาม ประเมินผล การศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2550: 23, 35) โดยกระทรวงสาธารณสุขรับมาปฏิบัติคือให้ผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสอย่างครอบคลุม ทั้งถึง ผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ได้รับการดูแล และสามารถเข้าถึงบริการสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา และสุขภาพขั้นพื้นฐาน จากบริการภาครัฐ เอกชน และชุมชน อย่างเหมาะสมและเป็นธรรมตามระบบคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้านการรักษาพยาบาล (HIVQUAL-T) เพื่อพัฒนาศักยภาพและความสามารถของสถานบริการในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ประกอบด้วยมาตรฐานการบริการหลักและมาตรฐานเสริมในการให้บริการ ได้แก่ (1) บริการติดตามผลภูมิคุ้มกัน CD4 (2) บริการติดตามผลจำนวนเชื้อไวรัสในร่างกาย (3) บริการยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (4) บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (5) บริการประเมินวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัส (6) บริการการติดตามผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส (7) บริการส่งตรวจเชื้อไวรัสคือยา (8) บริการตรวจคัดกรอง

วันโรค(9) บริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(10) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (11) บริการตรวจคัดกรองโรคจอตาอักเสบ(12) บริการตรวจคัดกรองโรคตับอักเสบบี(13) บริการตรวจคัดกรองโรคตับอักเสบซี(14) บริการด้านการป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีมาตรฐานที่สถานบริการหรือโรงพยาบาลสามารถกำหนดเองตามศักยภาพ สภาพแวดล้อม และความพร้อมในด้านต่างๆ ของสถานบริการหรือโรงพยาบาลนั้นๆ เช่น (1) บริการการศึกษา (2) บริการทางสังคม (3) มาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาล (4) การดำรงสิทธิและจริยธรรม (5) การจัดองค์กรและการบริหารจัดการทั้งหมดเหล่านี้ถือเป็นมาตรฐานบริการของการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทุกสถานบริการ (กรมควบคุมโรค 2552 จาก <http://www.cqihiv.com/>)

นอกจากนี้แผนปฏิบัติการประจำปี พ.ศ. 2552 ของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งประกอบด้วยยุทธศาสตร์สำคัญ 9 ประการ เพื่อเสริมสร้างและจัดระบบกลไกให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการดูแลระบบสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งการเสริมสร้างสุขภาพอนามัยป้องกันและควบคุม การรักษาโรคภัยและฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชน โดย 1 ใน 9 ยุทธศาสตร์มุ่งเน้นไปที่การพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพและมีคุณภาพมาตรฐาน การส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครและภาคีเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ โสการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ถัดลงมาเป็นนโยบายในระดับกรม จะเห็นได้จากแผนการปฏิบัติการประจำปีของกรมควบคุมโรค พ.ศ. 2552 ได้ระบุพันธกิจด้านการประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรฐาน เป้าหมายการให้บริการ รวมทั้งกำกับคุณภาพให้การให้บริการ โดยดำเนินยุทธศาสตร์ที่ต้องการให้ประชาชนมีสุขภาพดี มีพฤติกรรมที่ถูกต้องรวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้ในคำรับรองการปฏิบัติการประจำปี พ.ศ. 2552 จำนวนการประเมินตามแผนการปฏิบัติการออกเป็น 4 มิติ ประกอบด้วย มิติด้านประสิทธิผล (ร้อยละ 50) มิติด้านคุณภาพการให้บริการ (ร้อยละ 15) มิติด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติการ (ร้อยละ 15) และมิติด้านการพัฒนาองค์กร (ร้อยละ 20) การประเมินผลการปฏิบัติการในมิติที่ 1 ในประเด็นยุทธศาสตร์การพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพและมีคุณภาพมาตรฐาน กรมควบคุมโรคได้กำหนดเป้าประสงค์ที่จะให้ประชาชนสามารถเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ ได้รับบริการสุขภาพและบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม มีตัวชี้วัดคือร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนดและร้อยละของประชาชนที่มีความพึงพอใจต่อการให้บริการของหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ ส่วนการประเมินในมิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ มุ่งเน้นที่ตัวชี้วัด คือร้อยละของระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ และในมิติที่ 3 มุ่งเน้นไปที่การรักษาตามมาตรฐานระยะเวลาการให้บริการ และในส่วนของสำนักโรคเอดส์ วันโรค

และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลด้านเอดส์โดยตรง ได้ระบุโครงการต่างๆ ไว้ในแผนปฏิบัติการราชการประจำปี พศ. 2552 ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เช่น โครงการศึกษาระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ภายหลังจากเข้าระบบประกันสุขภาพ 2 ปี โครงการการพัฒนาแนวทางการให้บริการทางสังคมแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และ โครงการติดตามประเมินผลสถานบริการสาธารณสุขตามมาตรฐานการจั้บริการดูแลรักษา ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

จากแนวคิดและปรัชญาการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยที่มุ่งให้ความสำคัญกับ "สุขภาพ" ของผู้ป่วยมากกว่าการมุ่งเน้นเรื่องการรักษาโรคให้หายเพียงอย่างเดียว ประกอบกับการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพที่ต้องการให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยอย่างเป็นธรรมและมีคุณภาพให้แก่ผู้ป่วยทั่วไปรวมไปถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังจะเห็นได้จากนโยบายการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งในระดับชาติ ระดับกระทรวง และระดับกรมต่างให้ความสำคัญกับการให้บริการสุขภาพด้านเอชไอวี/เอดส์อย่างทั่วถึงและเป็นธรรมพร้อมทั้งระบบบูรณาการประเมินผลตามนโยบายในแผนการปฏิบัติการที่มุ่งเน้นมิติด้านประสิทธิผล (ร้อยละ 50) และมิติด้านคุณภาพการให้บริการ (ร้อยละ 15) ด้วยนั้น นอกจากนี้ สถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์พบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ยังคงมีอยู่ต่อเนื่องในขณะที่ผู้ติดเชื้อได้หายป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้นโดยเฉพาะในจังหวัดพะเยาที่ยังพบอัตราการป่วยด้วยเอดส์สูงที่สุดในภาคเหนือ ถึงแม้กระทรวงสาธารณสุขจะได้เน้นแนวทางการให้บริการตามมาตรฐานแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (HIVQUAL-T) มาใช้ แต่ระบบมาตรฐานการให้บริการดังกล่าวมุ่งเน้นการวัดผลการดำเนินงานในมุมมองของผู้ให้บริการ (โรงพยาบาล/หน่วยบริการ) ด้านเอชไอวี/เอดส์เป็นหลัก ประกอบกับในปัจจุบันยังพบปัญหาในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อยู่หลายประการ ได้แก่ ความแตกต่างของบริการที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับตามแต่ละสถานพยาบาล กระแสการเรียกร้องการจั้บริการที่เท่าเทียม และได้มาตรฐาน ซึ่งถือเป็นกระแสหลักของการปฏิรูปสุขภาพในยุคที่จะต้องมีการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และเอดส์ยังเป็นประเด็นที่อ่อนไหวต่อปัญหาสิทธิมนุษยชนอยู่ในปัจจุบันอันเนื่องมาจากทัศนคติความรังเกียจและการไม่เข้าใจต่อการรับและแพร่เชื้อไวรัสเอชไอวี (กรมควบคุมโรค 2550: 3) ดังนั้น การศึกษาประสิทธิผลการให้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะในจังหวัดพะเยาซึ่งถือเป็นกลุ่มผู้รับบริการที่มีจำนวนมาก มีความจำเพาะและมีระบบการให้บริการสุขภาพที่พิเศษไปจากผู้รับบริการด้านสุขภาพทั่วไปจะเป็นการสะท้อนผลสัมฤทธิ์การให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐตามแนวนโยบายการให้บริการสุขภาพ โดยวัดจากมุมมองของผู้รับบริการซึ่ง

อาจลดข้อจำกัดการประเมินผลตามมาตรฐานบริการที่มุ่งประเมินจากผู้ให้บริการเพียงอย่างเดียวซึ่งอาจได้ข้อมูลเพียงมิติเดียวและอาจมีข้อจำกัดด้านความเที่ยงตรง อีกทั้งการประเมินผลในมิติผู้ให้บริการที่ผ่านมาก็มุ่งไปในด้านการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ประกอบกับการเก็บข้อมูลเพื่อการประเมินประสิทธิผลการให้บริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีข้อจำกัดหลายๆ ด้าน ทั้งด้านโรงพยาบาลและด้านผู้ติดเชื้อเช่น ภาระงานของแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐเกินกำลังมีข้อจำกัดด้านการเปิดเผยต่อสังคมของผู้ติดเชื้อการติดตามและเข้าถึงแหล่งข้อมูล มีประเด็นความอ่อนไหวด้านหลักสิทธิมนุษยชนด้านเอดส์ ฯลฯ ทำให้การได้มาซึ่งข้อมูลค่อนข้างลำบากส่งผลให้ข้อมูลด้านผู้รับบริการมีอยู่น้อย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลการให้บริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในฐานะผู้รับบริการต่อบริการของโรงพยาบาลของรัฐ เป็นการศึกษาประสิทธิผลการให้บริการในแนวทางอัตวิสัย (Subjective) ซึ่งเป็นแนวคิดการประเมินผลการให้บริการสาธารณะของเจฟฟรีย์ แอล บรูคเนย์ และ โรเบิร์ต อี อิงแลนด์ (Jeffrey L. Brudney and Robert E. England อ้างใน เทพศักดิ์ บุญรัตพันธุ์ 2551: 251) ซึ่งมุ่งเน้นการวัดผลของการให้บริการสาธารณะที่พิจารณาจากผลกระทบ หรือผู้รับบริการ

ด้วยการศึกษาประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในระดับประเทศมีขอบข่ายที่ครอบคลุมโรงพยาบาลของรัฐจำนวนมาก การวิจัยไม่สามารถดำเนินการให้ครอบคลุมได้ การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาประสิทธิผลการให้บริการจากผู้รับบริการของโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 7 แห่งของจังหวัดพะเยาเท่านั้น ผู้วิจัยมุ่งให้ผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาตามสภาพความเป็นจริง เพื่อเป็นแนวทางในการธำรงรักษาเพิ่มศักยภาพและปรับปรุงมาตรฐานบริการที่ให้กับผู้รับบริการในพื้นที่ หรือพัฒนารูปแบบการให้บริการแบบใหม่และที่สำคัญเพื่อใช้ผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อเสนอแนะและใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายและพัฒนาการบริการสุขภาพที่ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดอื่นๆ ทั้งในระดับภาคและระดับประเทศ ต่อไป

2. ประเด็นปัญหาการวิจัย

ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นปัญหาในการวิจัยออกเป็น 5 ประการ ดังนี้

- 2.1 ระดับประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาอยู่ในระดับใด
- 2.2 ประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันหรือไม่
- 2.3 ประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามแต่ละสิทธิประโยชน์การรับบริการสุขภาพมีความแตกต่างกันหรือไม่
- 2.4 ปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา
- 2.5 การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยามีจุดแข็ง/ข้อดี (Strengths) จุดอ่อน/ข้อเสีย (Weaknesses) โอกาส/ช่องทางในการปรับปรุงการให้บริการ (Opportunities) และอุปสรรค/ข้อจำกัด (Threats) ในเรื่องใดบ้าง

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 3.1 เพื่อศึกษาระดับประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา
- 3.2 เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐแต่ละแห่งในจังหวัดพะเยา
- 3.3 เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาตามสิทธิประโยชน์การรับบริการ
- 3.4 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา
- 3.5 เพื่อศึกษาจุดแข็ง/ข้อดี (Strengths) จุดอ่อน/ข้อเสีย (Weaknesses) โอกาส/ช่องทางในการปรับปรุงการให้บริการ (Opportunities) อุปสรรค/ข้อจำกัด (Threats) ในการให้บริการ และเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงมาตรฐานการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

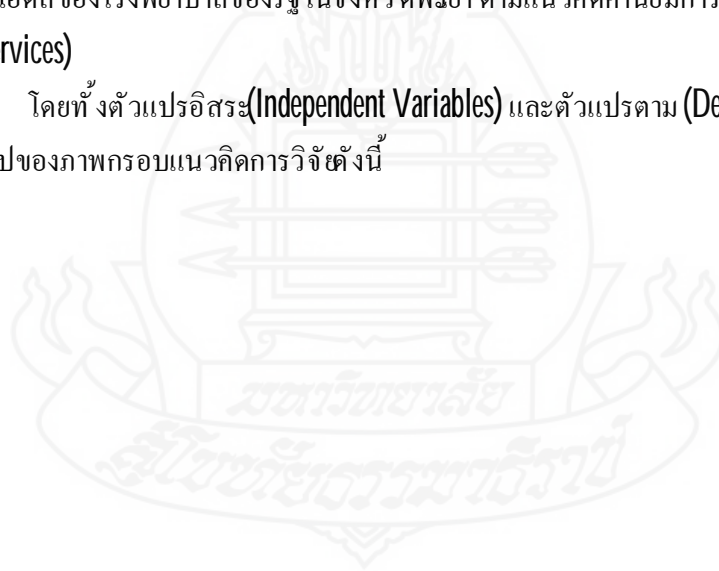
4. กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการให้บริการสาธารณะ โดยบูรณาการแนวคิดของ นักวิชาการที่สำคัญและเป็นที่ยอมรับ ประกอบด้วยจอห์น ดี มิลเล็ท (John D. Millett) เจรัลด์ อี เคเดน (Gerald E. Caiden) อัลเบิร์ต โอ เฮิร์ชแมน (Albert O. Hirschman) ริชาร์ด เอฟ เอลเมอร์ (Richard F. Elmore) และ เจมส์ ดี ซอร์ก (James D. Sorg) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยจะ นำเสนอรายละเอียดแนวคิดการให้บริการสาธารณะในการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องในบทที่ 2 ต่อไป ซึ่งกรอบแนวคิดการวิจัยประกอบด้วยปัจจัยตัวแปรอิสระ (Independent Variables) และ ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ดังนี้

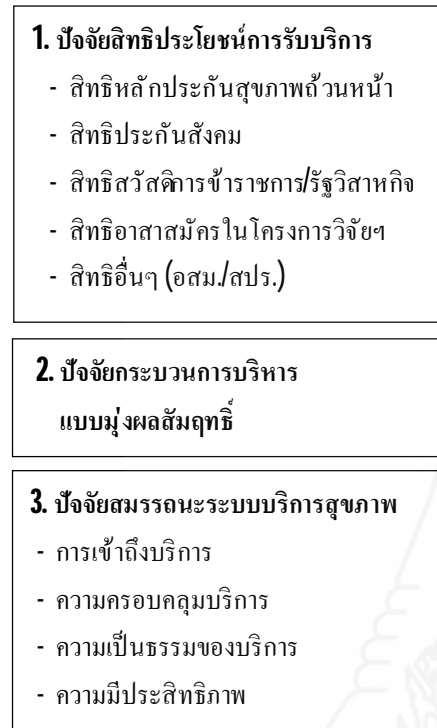
ปัจจัยตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ประกอบด้วยปัจจัยกระบวนการบริหาร แบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-Based Management) ปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Competencies) และปัจจัยมาตรฐานการบริการด้านเอดส์ (HIVQUAL-T)

ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ ประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ตามแนวคิดค่านิยมการให้บริการสาธารณะ (Public Services)

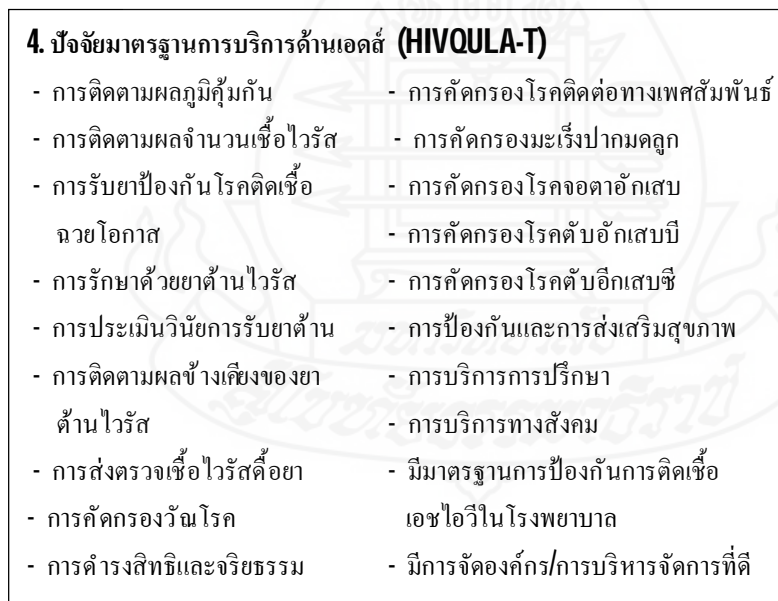
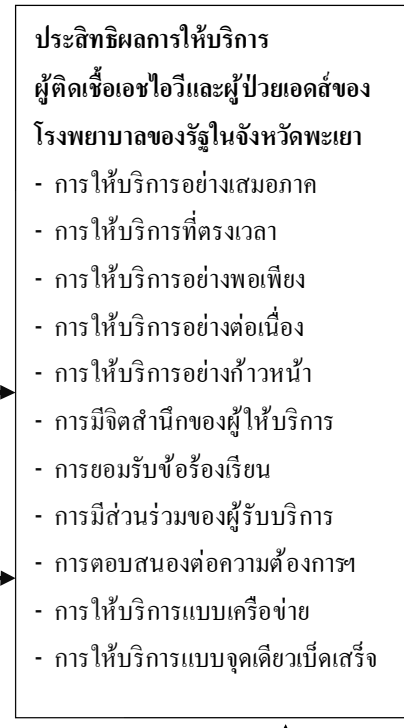
โดยทั้งตัวแปรอิสระ (Independent Variables) และตัวแปรตาม (Dependent Variables) แสดงในรูปของภาพกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)



ตัวแปรตาม (Dependent Variables)



ภาพที่ 1.1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัยเรื่องประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

5. สมมติฐานการวิจัย

- 5.1 ระดับประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 7 แห่ง ในจังหวัดพะเยาอยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 80
- 5.2 ประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน
- 5.3 ประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามแต่ละสิทธิประโยชน์ในการรับบริการมีความแตกต่างกัน
- 5.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาได้แก่ ปัจจัยกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-Based Management) ปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Competencies) และปัจจัยมาตรฐานการบริการด้านเอดส์ (HIVQUAL-T)

6. ขอบเขตของการวิจัย

6.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ตามแนวคิดคำนิยามการให้บริการสาธารณะ ซึ่งประกอบด้วย (1) การให้บริการอย่างเสมอภาค (2) การให้บริการที่ตรงเวลา (3) การให้บริการอย่างพอเพียง (4) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (5) การให้บริการอย่างก้าวหน้า (6) การมีจิตสำนึกของผู้ให้บริการ (7) การยอมรับข้อร้องเรียน (8) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (9) การตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ (10) การให้บริการแบบเครือข่าย และ (11) การให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ

6.2 ขอบเขตด้านตัวแปร ศึกษาปัจจัยตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ประกอบด้วย ปัจจัยกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-Based Management) ปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Competencies) และปัจจัยมาตรฐานการบริการด้านเอดส์ (HIVQUAL-T) ส่วนตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ ประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

6.3 ขอบเขตด้านพื้นที่ การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่คือโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จำนวน 7 โรงพยาบาล ซึ่งตั้งอยู่ใน 7 อำเภอ ประกอบด้วย โรงพยาบาลจังหวัด

(อำเภอเมือง) โรงพยาบาลอำเภอเชียงคำ โรงพยาบาลอำเภอแม่ใจ โรงพยาบาลอำเภอดอกคำใต้
โรงพยาบาลอำเภอจุน โรงพยาบาลอำเภอปงและโรงพยาบาลอำเภอเชียงม่วน

6.4 ขอบเขตด้านประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยเฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียนและเข้ามาใช้บริการสุขภาพด้านเอชไอวีเอดส์จากโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาจำนวน 390 คน

6.5 ขอบเขตด้านระยะเวลา ใช้ระยะเวลาศึกษาวิจัยโดยเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ตั้งแต่เดือนมีนาคม-เดือนเมษายน พ.ศ. 2553

7. ข้อตกลงเบื้องต้น

การวิจัยครั้งนี้มีข้อตกลงเบื้องต้นกับกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัย ได้แก่ (1) ข้อมูลต่างๆ ที่เป็นข้อมูลส่วนตัวหรือข้อมูลอื่นๆ ที่ได้รับจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นข้อมูลที่ได้ด้วยความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่างท่านั้น โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงรายละเอียดวัตถุประสงค์และผลดีผลเสียที่กลุ่มตัวอย่างอาจได้รับระหว่างการทำวิจัยตลอดจนระเบียบวิธีวิจัยที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกัน กลุ่มตัวอย่างจนเป็นที่เข้าใจถูกต้องตรงกันแล้วและกลุ่มตัวอย่างได้ลงนามในเอกสารสมัครใจให้ข้อมูลเพื่อทำการวิจัย (Informed Consent Sheet) ให้ผู้วิจัยเก็บไว้เป็นเอกสารอ้างอิงข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะใช้เฉพาะการทำวิจัยในครั้งนี้เท่านั้นและข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และ (2) ปัญหาและอุปสรรคอื่นใดที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับในระหว่างการรักษาบริการ ในขณะที่ทำวิจัยผู้วิจัยจะส่งต่อให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมิได้เป็นข้อผูกพันแก่ผู้วิจัยที่ต้องการแก้ไขในขณะวิจัย

8. ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาจากผู้รับบริการเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยมีข้อจำกัดเกี่ยวกับกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดพะเยาที่เปิดเผยตัวต่อผู้วิจัยและไม่เปิดเผยตัวต่อผู้วิจัยแต่เปิดเผยตัวต่อแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่จัดบริการในโรงพยาบาลของรัฐที่กลุ่มตัวอย่างลงทะเบียนใช้สิทธิด้านการรับบริการสุขภาพ ด้วยข้อจำกัดในการเข้าถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และการเปิดเผยตัวของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว ผู้วิจัยจึงใช้การวิจัยประเภทสำรวจแบบตัดขวางและการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบโควต้าเพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลจาก

กลุ่มตัวอย่างให้ได้มากที่สุด นอกจากนี้ผู้วิจัยยังคัดสรรปัจจัยตัวแปรที่คาดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถให้ข้อมูลตามความเป็นจริงได้มากที่สุด ซึ่งในความเป็นจริงกลุ่มตัวอย่างอาจจะสามารถให้ข้อมูลตามความเป็นจริงได้ไม่ครบทุกประเด็น

9. นิยามศัพท์

เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยที่มีลักษณะเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยมีคำศัพท์ที่ใช้เฉพาะเกี่ยวกับการให้บริการด้านโรคเอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง และคำศัพท์ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงประมวลนิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยไว้ 2 ด้าน คือ นิยามศัพท์ทั่วไป และนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการดังนี้

9.1 นิยามศัพท์ทั่วไป ประกอบด้วย

9.1.1 โรงพยาบาลของรัฐ (Government Hospital) หมายถึง สถานพยาบาลของรัฐ ซึ่งได้รับอนุญาตให้จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล.ศพ 2541 ซึ่งเป็นสถานที่รวมตลอดถึงยานพาหนะ ซึ่งจัดไว้เพื่อการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ การประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือการประกอบวิชาชีพทันตกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทันตกรรม ทั้งนี้ โดยกระทำเป็นปกติธุระไม่ว่าจะได้รับการผ่อนปรนหรือไม่ แต่ไม่รวมถึงสถานที่ขยายตามกฎหมายว่าด้วยยาซึ่งประกอบธุรกิจการขายยาโดยเฉพาะ

9.1.2 โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ (Primary Care Hospital) หมายถึง โรงพยาบาลที่ให้บริการสาธารณสุขที่เน้นการบริการแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นองค์รวมอย่างใกล้ชิดผสมผสานทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัย เพื่อการควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งมีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ เพื่อส่งต่อความรับผิดชอบระหว่างกันและกัน ตลอดจนมีความเชื่อมโยงกับระบบบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และเป็นการให้บริการสาธารณสุขที่ความซับซ้อนทางเวชวิทยาการและเทคโนโลยีไม่มากนัก แต่มีความซับซ้อนในมิติทางมานุษยวิทยาและสังคมวิทยา (กระทรวงสาธารณสุข 2551: 5)

9.1.3 โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ (Secondary Care Hospital) หมายถึง โรงพยาบาลที่ให้บริการสาธารณสุขทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย การตรวจวินิจฉัยเพื่อการควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่มี

ความซับซ้อนทางเวชวิทยาการและเทคโนโลยี ซึ่งต้องอาศัยองค์ความรู้ เทคโนโลยี และบุคลากรชั้น พื้นฐานทางเวชกรรม (แพทยศาสตร์บัณฑิต) การพยาบาล (พยาบาลศาสตรบัณฑิตหรือเทียบเท่า) และทันตกรรม (ทันตแพทยศาสตรบัณฑิต) โดยเฉพาะในกรณีอุบัติเหตุหรือกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ได้ ตลอดเวลา (กระทรวงสาธารณสุข 2551: 5)

9.1.4 เอดส์ (AIDS) หมายถึง กลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อ ไวรัส HIV (เอชไอวี) ซึ่งเชื้อ HIV จะอาศัยและเจริญเติบโตได้ดีในเลือดคน และจะแพร่พันธุ์ได้ดี เมื่อเข้าไปอยู่ในเม็ดเลือดขาว โดยอาศัยเม็ดเลือดขาวเป็นที่เพาะพันธุ์เมื่อมีจำนวนไวรัสเอชไอวีมากขึ้นจะทำให้ภูมิคุ้มกันโรค(CD4) ในร่างกายลดน้อยลง ทำให้เชื้อโรคฉวยโอกาสเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย ขึ้น เช่น โรคปอดอักเสบจากพยาธิบางชนิด วัณโรคในปอดหรือต่อมน้ำเหลืองเชื้อหูดสมองอักเสบ จากเชื้อรา ซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักเกิดขึ้นจากการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสต่างๆ (ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย จาก<http://www.trcadc.org/home/?content=knowledge>)

9.1.5 เอชไอวี หมายถึง เชื้อเอชไอวี (HIV) เป็นไวรัส ย่อมาจาก Human Immunodeficiency Virus แปลว่า ไวรัสที่ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายคนน้อยลงหรือบกพร่อง เชื้อเอชไอวีเป็นต้นเหตุให้เกิดโรคเอดส์ (มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ จาก <http://www.aidsaccess.com>)

9.1.6 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Asymptomatic AIDS) หมายถึง บุคคลผู้ได้รับเชื้อไวรัส เอชไอวีเข้าสู่ร่างกายโดยการตรวจพบเชื้อไวรัสเอชไอวีและร่องรอยของเชื้อโรคในร่างกาย แต่ยังไม่ แสดงอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ

9.1.7 ผู้ป่วยเอดส์ (Symptomatic AIDS) หมายถึง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ระดับ ภูมิคุ้มกันในร่างกายลดจำนวนลงจนไม่สามารถกำจัดและควบคุมเชื้อโรคต่างๆ ได้ เรียกว่า มีภาวะ ภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือเป็นผู้ป่วยเอดส์ เจล็ดตั้งแต่รับเชื้อจนเริ่มป่วยใช้เวลาประมาณ 7-10 ปี

9.1.8 โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) หมายถึง โรคที่ป่วย เนื่องจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อโรคที่มีอยู่แล้วในร่างกายแต่ปะทุขึ้นมาเมื่อ ภูมิคุ้มกันควบคุมไว้ไม่อยู่

9.1.9 สูตรยาต้านที่ได้รับ (Drug Regimen) หมายถึง สูตรยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่ ผู้ติดเชื้อได้รับหลังจากแพทย์วินิจฉัยว่าผู้ติดเชื้อมีคุณสมบัติตามองค์ประกอบที่ได้รับขาน

9.1.10 การติดตามผลภูมิคุ้มกัน CD4 (HIV Status Monitoring) หมายถึง บริการ ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐทางด้านการตรวจวินิจฉัยทาง ห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการตรวจวัดระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายหรือเม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์

9.1.11 การติดตามผลจำนวนเชื้อไวรัส (Viral Load) หมายถึง บริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐทางด้านการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการตรวจหาจำนวนปริมาณไวรัสในกระแสเลือด

9.1.12 การรับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Primary Opportunistic Infection Prophylaxis) หมายถึง บริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐเกี่ยวกับการให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นเมื่อผู้ติดเชื้อมีระดับภูมิคุ้มกันต่ำ

9.1.13 การรักษาด้วยยาด้านไวรัส (Antiretroviral Therapy, ART) หมายถึง บริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐด้านการให้ยาด้านไวรัสที่มีองค์ประกอบตามเกณฑ์ที่ต้องได้รับยาด้านไวรัสตามมาตรฐานที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข

9.1.14 การประเมินวินัยการรับยาด้าน (Antiretroviral Adherence) หมายถึง บริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการประเมินติดตามวินัยการรับประทานยาด้านไวรัสให้ถูกต้อง ครบถ้วน และตรงเวลา ซึ่งวินัยในการรับประทานจะส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิผลของการรักษา

9.1.15 การติดตามผลข้างเคียงของยาด้านไวรัส (Antiretroviral Toxicity) หมายถึง บริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาด้านไวรัสแล้ว จะต้องมีการประเมินผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งแบบเฉียบพลันในระยะสั้นและในระยะยาว เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนสูตรยาที่เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละรายเช่น การแพ้ยา โลหิตจาง เป็นต้น

9.1.16 การบริการส่งตรวจเชื้อดื้อยาหรือการรักษาล้มเหลว (Drug Resistance) หมายถึง บริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสดื้อยาเมื่อได้รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสสูตรใดสูตรหนึ่งเป็นระยะเวลาที่เหมาะสม แล้วผลการรักษาไม่ดีขึ้น มีจำนวนเชื้อไวรัสในร่างกายเพิ่มขึ้นหรือการรักษาล้มเหลวเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนสูตรยาด้านไวรัส

9.1.17 การคัดกรองวัณโรค (Tuberculosis Screening) หมายถึง บริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการตรวจวัณโรคเป็นระยะๆ ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นได้ง่ายในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ

9.1.18 การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infection Screening) หมายถึง บริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นระยะๆ เช่น หนองใน ซิฟิลิส เป็นต้น

9.1.19 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pep Smear) หมายถึง บริการที่ผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นระยะๆ ซึ่งปกติผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก

9.1.20 การคัดกรองโรคจอตาอักเสบ (CMV Retinitis Screening) หมายถึง บริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการตรวจหาโรคจอตาอักเสบเป็นระยะๆ ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อที่จอตาที่เกิดขึ้นได้ง่ายในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ

9.1.21 การคัดกรองโรคตับอักเสบบี (Hepatitis B Screening) หมายถึง บริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการตรวจโรคตับอักเสบบีและการทำงานของตับเป็นระยะๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการรับประทานยาต้านไวรัสติดต่อกันเป็นระยะเวลานานที่อาจส่งผลต่อดับ

9.1.22 การคัดกรองโรคตับอักเสบซี (Hepatitis C Screening) หมายถึง บริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการตรวจโรคตับอักเสบซีและการทำงานของตับเป็นระยะๆ ซึ่งเป็นผลมาจากการรับประทานยาต้านไวรัสติดต่อกันเป็นระยะเวลานานที่อาจส่งผลต่อดับ

9.1.23 การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ (Prevention and Health Promotion) หมายถึง บริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับการแนะนำด้านสุขอนามัย การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐเพื่อจะได้ดูแลร่างกายตนเองแข็งแรงอย่างสม่ำเสมอ

9.1.24 การบริการการปรึกษา (Counseling) หมายถึง บริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐทางด้านบริการการปรึกษา เช่น บริการการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ เรื่องการตรวจหาเชื้อเอชไอวีแบบสมัครใจ (Voluntary Counseling Test, VCT) และการให้การปรึกษาตามสภาพปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น

9.1.25 การบริการทางสังคม (Social Supports) หมายถึง บริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐด้านบริการทางสังคม เช่น การจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อและครอบครัว การแนะนำและการฝึกอาชีพ เป็นต้น

9.1.26 มาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาล (Universal Precaution) หมายถึง บริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐด้านการป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล เช่น การบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเพศสัมพันธ์ที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี การให้บริการยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก หรือในบุคลากรที่ประสบอุบัติเหตุจากการทำงาน ผู้ถูกกระทำทางเพศ เป็นต้น

9.1.27 การดำรงสิทธิและจริยธรรม หมายถึง บริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐด้านการดำรงสิทธิและจริยธรรม เช่น มีระบบการรักษาความลับเกี่ยวกับสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีและการป่วยด้วยกลุ่มอาการเอดส์ ระบบการแจ้งผลการติดเชื้อ

ที่คำนึงถึงผลกระทบต่อผู้ที่มารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี มีคณะกรรมการเกี่ยวกับจริยธรรม เพื่อดูแลผู้ได้รับปัญหาในกรณีต่างๆ

9.1.28 การจัดองค์กรและการบริหารจัดการที่ดี หมายถึง บริการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐที่มีประสิทธิภาพ เนื่องมาจากการจัดองค์กรและการบริหารจัดการที่ดี เช่น โรงพยาบาลมีทีมงานที่รับผิดชอบด้านเอดส์ มีระบบการประสานงานเพื่อจัดบริการที่ดี และมีบุคลากรที่มีศักยภาพในการให้บริการ เป็นต้น

9.2 นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย ปัจจัยที่เป็นตัวแปรอิสระ (Independent Variables) และตัวแปรตาม (Dependent Variables) ดังนี้

9.1.29 ปัจจัยกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ หมายถึง วิธีบริหารที่เป็นระบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ หรือผลการปฏิบัติงานเป็นไปตามเป้าหมาย โดยมีระบบการประเมินผลงานที่อาศัยตัวชี้วัดเป็นตัวสะท้อนผลงานให้แสดงออกอย่างเป็นรูปธรรม เป็นเครื่องมือการบริหารภายใต้ปรัชญาการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ ที่เน้นการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ อาจอธิบายอีกแบบหนึ่งว่าเป็นการจัดหาให้ได้ทรัพยากรอย่างประหยัด การบริหารทรัพยากรมีประสิทธิภาพ และการได้ผลงานที่บรรลุเป้าหมายขององค์กรหรือมีประสิทธิผล

9.1.30 ปัจจัยการให้บริการสาธารณะ หมายถึง ค่านิยมของการให้บริการสาธารณะ ได้แก่ (1) การให้บริการอย่างเสมอภาค (2) การให้บริการที่ตรงเวลา (3) การให้บริการอย่างพอเพียง (4) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (5) การให้บริการอย่างก้าวหน้า (6) การมีจิตสำนึกของผู้ให้บริการ (7) การยอมรับข้อร้องเรียน (8) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (9) การตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ (10) การให้บริการแบบเครือข่าย และ (11) การให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ ที่โรงพยาบาลสามารถส่งต่อคุณภาพการบริการให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

9.1.31 ปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บริการสุขภาพที่ดีให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาเกิดผลสัมฤทธิ์ ในการให้บริการสมรรถนะเป็นผลผลิตของระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย (1) การเข้าถึงบริการ (2) ความครอบคลุมบริการ (3) ความเป็นธรรมของบริการ และ (4) การใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด

9.1.32 ปัจจัยมาตรฐานการบริการด้านเอดส์ (HIVQUAL-T) หมายถึง การบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาที่มีการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการตามมาตรฐานการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้รูปแบบการให้บริการ คือ HIVQUAL-T ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดเสริม และตัวชี้วัดที่โรงพยาบาล

ของรัฐในจังหวัดพะเยากำหนดเอง ได้แก่(1) การติดตามผลภูมิคุ้มกัน(2) การติดตามผลจำนวนเชื้อไวรัส(3) การรับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส(4) การรักษาด้วยยาต้านไวรัส(5) การประเมินวินัยการรับยาด้าน(6) การติดตามผลข้างเคียงของยาด้านไวรัส(7) การส่งตรวจเชื้อไวรัสคือยา(8) การคัดกรองวัณโรค(9) การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(10) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(12) การคัดกรองโรคจอตาอักเสบ(13) การคัดกรองโรคตับอักเสบบี(14) การคัดกรองโรคตับอักเสบซี(15) การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ(16) การบริการการปรึกษา(17) การบริการทางสังคม(18) มีมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาล(19) การดำรงสิทธิและจริยธรรม(20) การจัดองค์กรและการบริหารจัดการที่ดี

9.1.33 ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาทั้ง 7 แห่ง

10. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการวิจัยเรื่องประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา มีประโยชน์ในการที่จะช่วยให้โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาทราบผลสัมฤทธิ์การให้บริการ ซึ่งเป็นค่านิยมสำคัญของการให้บริการสาธารณะ นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ด้านต่างๆ ได้แก่

10.1 ผลการวิจัยเรื่องประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 7 แห่ง ในจังหวัดพะเยาเป็นตัวชี้วัด(Indicator) ในการธำรงรักษา ปรับปรุงแก้ไข พัฒนาศักยภาพและยกระดับมาตรฐานการให้บริการในอนาคต

10.2 การบริการที่ได้มาตรฐานทุกโรงพยาบาลแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ทำให้ลดต้นทุนการให้บริการในระยะยาวของโรงพยาบาล

10.3 เกิดกระบวนการเรียนรู้ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการที่ต่างสนับสนุน อนุเคราะห์การทำงานและผลประโยชน์ด้วยกันทั้งสองฝ่าย สามารถเก็บเป็นองค์ความรู้ถ่ายทอดให้แก่โรงพยาบาลอื่นๆ และผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการทำแผนพัฒนาการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

10.4 เกิดประโยชน์ในทางวิชาการในการใช้ผลการวิจัยเป็นแหล่งอ้างอิงข้อมูลเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการต่อไป

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ประเด็นสำคัญของบทนี้จึงนำเสนอหลักการ แนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งผู้ศึกษาได้รวบรวมหลักการ แนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ประกอบด้วยแนวคิดสำคัญดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ
2. แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ และสิทธิในการรับบริการสุขภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
4. แนวคิดเกี่ยวกับระบบประกันสังคม
5. แนวคิดเกี่ยวกับสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ
6. แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการด้านเอชไอวีและเอดส์
7. แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่
8. แนวคิดการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์
9. แนวคิดการให้บริการสาธารณะ
10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ

1.1 แนวคิดการปฏิรูปภาคสุขภาพของโลก

กระแสแนวคิดการปฏิรูประบบภาคสุขภาพ (Health Sector Reform) นั้นได้ก่อตัวมากกว่าทศวรรษแล้วและกระจายไปยังนานาประเทศ(ตั้งแต่ปี1990) ด้วยเหตุผลสำคัญหลายประการที่ทำให้การปฏิรูปภาคสุขภาพนั้นตื่นตัว เช่น สถานะทางสุขภาพที่ยังไม่พึงพอใจ ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงขึ้น ในขณะที่คุณภาพบริการต่ำ การขาดหลักประกันของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน หรือแม้แต่การเกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง หรือเป็นไปเพราะเงื่อนไขของเงินกู้ยืม ดังเช่นหลายๆ ประเทศในแถบซบซารา (Sub Sahara) ลาตินอเมริกา (Latin

America) และเอเชีย (Asia) หลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ พร้อมๆ กันกับกระแสการปฏิรูปสุขภาพในไทยได้ก่อตัวขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมเช่นเดียวกับนานาประเทศ(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2547: 1)

ถึงแม้สาเหตุในการปฏิรูประบบสุขภาพในแต่ละประเทศจะมีสาเหตุที่ไม่เหมือนกันแต่แนวทางการปฏิรูปภาคสุขภาพในประเทศต่างๆ จะมีลักษณะร่วมกันอยู่ 3 ประการ ทั้งที่เป็นจุดแข็งและจุดอ่อน(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2547: 2) ได้แก่

1. การปฏิรูปที่เป็นอยู่ทั่วโลกใช้วิธีคิดแบบ ชีวกลไกทางการแพทย์ หมายถึง การอธิบายสุขภาพโดยถือว่าเป็นผลลัพธ์ของระบบการแพทย์ที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน

2. มุ่งปฏิรูปด้านการเงินการคลังของระบบทางการแพทย์ เกิดจากค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงขึ้นในขณะที่คุณภาพของบริการย่ำแย่ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา

3. การปฏิรูปภาคสุขภาพทั่วโลกใช้กลไกที่เป็นทางการและการขับเคลื่อนของภาครัฐเป็นด้านหลัก ในขณะที่ไม่สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับประชาชนได้

กล่าวได้ว่า ระบบวิธีคิดของการปฏิรูปภาคสุขภาพของทั่วโลกนี้ยังคิดแบบแยกส่วน คือเป็นแนวคิดที่ (1) เน้นส่วนย่อย ไม่เห็นความเชื่อมโยง (2) สุขภาพคืออวัยวะที่ทำงานปกติ (3) เน้นหนักที่การรักษาโรค(4) สนใจกาย ไม่ใส่ใจความรู้สึก และ (5) ขาดมิติทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ จนกระทั่งได้มีการประชุมระดมความคิดของนักวิชาการทั่วโลกกว่า 20 ประเทศ ในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546 ที่จังหวัดภูเก็ต ประเทศไทย ได้มีการทบทวนประสบการณ์การปฏิรูปภาคสุขภาพของประเทศต่างๆ จนได้ข้อสรุปว่า“การเน้นที่ตัวโรคและระบบบริการทางการแพทย์อย่างเดียว เป็นข้อจำกัดของการปฏิรูปภาคสุขภาพ และในที่ประชุมดังกล่าวได้มีข้อเสนอให้หันมา“เน้นการปฏิรูปภาคสุขภาพที่ออกมาสู่ระบบสุขภาพโดยรวมมากขึ้น”(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2547: 5) หรือหันมาให้ความสนใจสุขภาพทั้งระบบที่ต้องดำเนินไปควบคู่กัน(Holistic Care Approach)

1.2 แนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย

การปฏิรูประบบสุขภาพ (Health System Reform) เป็นนโยบายที่มีกระบวนการพัฒนาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ประเทศไทยกำลังเดินหน้าไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพหลังจากที่มีการเริ่มปฏิรูปสุขภาพอย่างจริงจัง เป็นการก้าวออกจากระบบสุขภาพแบบเก่าไปสู่แนวคิดระบบสุขภาพแบบใหม่ หลังจากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติประกาศใช้อย่างเป็นทางการ ในปี พ.ศ. 2550 และมีการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติขึ้นตามตามเจตนารมณ์ของ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติโดยธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดความหมายของคำศัพท์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพไว้ดังนี้

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (2552: 4-8) ได้ให้ความหมายของคำศัพท์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้แก่

“สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

“การสร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า การกระทำที่มุ่งส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาพทางกาย จิต ปัญญาและสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมบุคคลและการจัดการสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมและคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม

“นโยบายสาธารณะ” หมายความว่า ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นหรือเชื่อว่าจะดำเนินการไปในทิศทางนั้น รวมถึงนโยบายที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรที่กำหนดมาจากรัฐ

“การบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การบริการต่างๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสถานะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

“คุณภาพบริการสาธารณสุข” หมายความว่า คุณลักษณะของบริการสาธารณสุขที่อยู่บนพื้นฐานขององค์ความรู้ทั้งด้านมนุษย สังคม วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและด้านอื่นๆ และพื้นฐานด้านคุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของประชาชนและสังคมได้อย่างเหมาะสม

“การบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์” หมายความว่า การบริการสาธารณสุขที่เน้นบริการบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความเข้มข้นในเชิงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีระดับหนึ่ง มุ่งเน้นในมิติของมนุษย์และสังคม เป็นบริการแบบผสมผสาน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ บริการเป็นองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการ สถานบริการ ชุมชนและครอบครัว มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ และกับชุมชนเพื่อส่งต่อความรับผิดชอบการให้บริการระหว่างกันและกันเป็นอย่างดี

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (2550: 1) ได้ให้คำนิยามของคำว่า “สุขภาพ” ไว้ว่า “สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา สุขภาวะที่เป็นองค์รวมและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล “ปัญญา” หมายความว่า ความรู้ที่ ูรู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์ และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่มีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อผู้อื่น

พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546: 933) ได้ให้ความหมายของคำว่า “ระบบ” หมายถึง กลุ่มของสิ่งซึ่งมีลักษณะประสานเข้าเป็นสิ่งแวดล้อมกันตามหลักแห่งความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกัน ด้วยระเบียบของธรรมชาติหรือหลักเหตุผลทางวิชาการ

พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (2546: 648) ให้ความหมายของคำว่า “ปฏิรูป” หมายถึง สมควร เหมาะสม การปรับปรุงให้สมควร เช่น การปฏิรูปบ้านเมือง

การปฏิรูประบบสุขภาพ (Health System Reform) จึงหมายถึง การปรับปรุงการให้บริการด้านสุขภาพที่ทำให้ ภาวะของมนุษย์สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลด้วยหลักเหตุผลที่เหมาะสม ด้วยระเบียบของธรรมชาติ และหลักเหตุผลทางวิชาการ เพื่อสุขภาพของคนทั้งคน คนที่อยู่ร่วมกันและสิ่งแวดล้อมที่อยู่ด้วยกัน

กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทยได้ก่อตัวขึ้นอย่างเงียบๆ มากกว่าสามทศวรรษโดยผู้นำทางด้านสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการในรูปของการจัดทำข้อเสนอเพื่อการวางแผนการสาธารณสุขของประเทศที่มุ่งชุมชนหรือแม้แต่การจัดทำข้อเสนอที่เกี่ยวข้องไปถึงระบบแพทยศาสตร์ศึกษาที่จะออกมาทำงานในระบบสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นให้ชุมชนเป็นศูนย์กลางมากกว่าให้โรงพยาบาลใหญ่เป็นศูนย์กลาง รวมไปถึงมีการเสนอให้จัดตั้งสภาสาธารณสุขแห่งชาติขึ้นมาทำหน้าที่เป็นกลไกกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขของชาติ เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข 2550: 403-411)

พัฒนาการการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินการมาตามลำดับในแต่ละยุคสมัย เช่น การเกิดนโยบายมุ่งกระจายบริการสาธารณสุขออกสู่ชนบทระดับตำบล ระดับอำเภอ โดยการจัดตั้งสถานีอนามัยระดับตำบล และโรงพยาบาลระดับอำเภอทั่วประเทศ การรับเอาแนวคิดด้าน “การสาธารณสุขมูลฐาน” มาปรับใช้โดยการมีส่วนร่วมจากประชาชนเพื่อมุ่งพัฒนาชนบทอย่างเป็นรูปธรรม

วิพุธ พูลเจริญ (2543: 216-219) มีความเห็นว่า แนวความคิดของการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทยก่อตัวมานานกว่า 2 ทศวรรษแล้ว นับตั้งแต่การก่อตั้งโครงสร้างและองค์กรตามแบบแผนของประเทศตะวันตก โดยมีพัฒนาการการปฏิรูปที่สำคัญดังนี้

พ.ศ. 2513-2515 ผู้บริหารภายในกระทรวงสาธารณสุขได้พยายามปรับเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารจัดการภายในแต่ก็ยังมีมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์และโครงสร้างของระบบโดยรวมที่เป็นกลไกหลักอันจะส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงขององค์กรร่วม

พ.ศ. 2529 มีการจัดตั้งสถาบันและคณะกรรมการรูปแบบต่างๆ เพื่อมุ่งเน้นการวิจัยแก้ปัญหา โดยเริ่มจากการก่อตั้งคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ ได้รับกาสนับสนุนจากมูลนิธิร็อกกี เฟลเลอร์ (Rocky Feller Foundation) มีการสนับสนุนงานวิจัยด้านสุขภาพเพื่อนำผลมาปรับ

ใช้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งงานวิจัยบางส่วนได้นำมาใช้ในการปฏิรูปกระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2534-2536 ได้นัดทำข้อเสนอผ่านกระทรวงสาธารณสุขให้จัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขขึ้น และได้รับการตอบสนองจากรัฐบาลในปีต่อมา โดยการออกพระราชบัญญัติสถาบันระบบวิจัยสาธารณสุขแห่งชาติ ให้เป็นหน่วยงานของรัฐที่ทำหน้าที่อุดหนุนงานวิจัยระบบสุขภาพและให้เป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ช่วยระดมความคิด ให้แก่ระบบสุขภาพของประเทศ โดยไม่ถูกจำกัดอยู่ภายใต้กรอบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขและได้ร่วมมือกับสหภาพยุโรปในการจัดโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform) โดยได้สนับสนุนวิจัยในรูปแบบต่างๆ ที่ทั่วประเทศส่งผลให้เกิดกลุ่มพลังร่วมกันพัฒนาแนวคิดในการจัดการระบบบริการสุขภาพใหม่ ให้ตอบสนองต่อการเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างเป็นธรรมและใช้กลวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

พ.ศ. 2542 สถาบันวิจัยสาธารณสุขและกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอข้อมูลให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาเงื่อนไขของวิกฤติสุขภาพ และชี้แจงถึงความจำเป็นในการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนทั้งกระบวนการทัศน์ของสังคมไทยและต่อระบบสุขภาพและโครงสร้างทางนโยบายของระบบสุขภาพ โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2543

ประเวศ วะสี (2539: 2-3) ให้แนวคิดไว้ว่า การปฏิรูประบบสุขภาพมีความจำเป็นท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ถ้าปราศจากการปฏิรูป ระบบเก่าๆ จะไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์ใหม่ๆ ได้ ระบบเก่าๆ จะตกเป็นเหยื่อล่างถูกกระทำจากสถานการณ์ใหม่ๆ และปัญหาใหม่ๆ อันจะมีผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม อย่างรุนแรง เนื่องจาก "สุขภาพ" ในความหมายว่า ความสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของการดำรงชีวิตและการพัฒนา ความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพเรียกว่า ระบบสุขภาพ (Health System) ซึ่งหมายรวมถึง องค์ประกอบที่อยู่ภายนอกวงการสาธารณสุขด้วย เช่น สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเมือง ระบบบริการสุขภาพ

นอกจากนี้แนวคิดมรรควิธี 8 ประการที่มีความจำเป็นสำหรับการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ (ประเวศ วะสี 2539: 14) ประกอบด้วย

1. สร้างระบบผู้มีส่วนร่วมในการปฏิรูป
2. การวิจัยแนวโน้มนิวที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
3. การวิจัยเพื่อสร้างคุณค่าของสุขภาพและเครื่องชี้วัดสุขภาพของสังคม
4. การวิจัยเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนสุขภาพเชิงวัฒนธรรม
5. การวิจัยประเมินผลระบบบริการสาธารณสุข

6. การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
7. การส่งเสริมประชาคมสุขภาพ
8. การวิจัยเพื่อกร่างกฎหมายสาธารณสุขแห่งชาติ หรือ พร.บ. ปฏิรูประบบสุขภาพ

จากกระแสแนวคิดการปฏิรูปภาคสุขภาพของโลกที่แพร่กระจายไปอย่างรวดเร็ว ในนานาประเทศประกอบกับสิ่งเร้าจากปัจจัยภายในประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง องค์การวิชาการและภาคองค์กรปฏิบัติ การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทยจึงก่อตัวขึ้นอย่างเป็นทางการเมื่อ พ.ศ. 2543 เมื่อรัฐบาลออกกระเปียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและให้ข้อเสนอแนะต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยมีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ซึ่งเป็นองค์กรเฉพาะกิจตั้งขึ้นภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นองค์กรเลขานุการ การจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ ใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในสังคม เพื่อชวนคนไทยทั้งประเทศเข้าร่วมคิด ร่วมเสนอแนะ ร่วมยกกร่าง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ โดยถือโอกาสใช้กระบวนการจัดทำพระราชบัญญัติฉบับนี้ เป็นเครื่องมือการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมไทยไปพร้อมๆ กัน (กระทรวงสาธารณสุข 2550: 403)

ตลอดระยะเวลา 8 ปีในการขับเคลื่อน พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 จนถึง พ.ศ. 2550 จนกระทั่งรัฐบาลได้ประกาศใช้ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติได้ในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2550 นั้น กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติที่เน้นการเชื่อมโยงการสร้าง/การจัดการองค์ความรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการสนับสนุนทางการเมืองเข้าด้วยกัน กระบวนการดังกล่าวสำเร็จโดยการสร้างการจัดการความรู้เป็นการทำงานทางวิชาการ ก่อให้เกิดพลังปัญญาที่เป็นฐานการปฏิรูประบบสุขภาพ การเคลื่อนไหวทางสังคมเป็นตัวสร้างพลังสังคม เป็นพลังที่เริ่มมีความเข้มแข็งและเข้ามามีส่วนร่วมในการริเริ่มผลักดันให้เกิดปรากฏการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติในขณะที่การสนับสนุนทางการเมืองก็เป็นผลทำให้การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติบรรลุผล ซึ่ง ศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้มองว่าการขับเคลื่อนการปฏิรูปในลักษณะนี้เป็นกาวิจัยยุทธศาสตร์ "สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา" (ประเวศ วะสี อ้างใน กระทรวงสาธารณสุข: 406)

กระทรวงสาธารณสุข (2550: 411) มีความเห็นว่า พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นเครื่องมือหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นการปรับความคิดเรื่องจากสุขภาพจาก

สุขภาพที่วัดด้วยโรค (Disease Oriented) ไปสู่กรอบความคิดของสุขภาพที่วัดด้วยสุขภาวะ (Well Being Oriented) โดยแนวคิดตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติมีสาระสำคัญดังนี้

1. ขอบเขตความหมายของสุขภาพออกไปกว้างกว่าเรื่องการแพทย์และสาธารณสุข โดยให้หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา ที่เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนในสังคมเข้าร่วมกันดำเนินงานสร้างสุขภาพ และร่วมกันดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่กระทบต่อสุขภาพได้มีมีประสิทธิภาพทั่วถึง

2. กำหนดสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพที่สำคัญ ที่ยังมีได้กำหนดไว้ในกฎหมายอื่นๆ เช่น สิทธิการอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เพียงพอ เพื่อตัดสินใจในการรับหรือปฏิเสธการบริการสาธารณสุข สิทธิการปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่จะเป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น

3. กำหนดให้มีกลไกคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน โดยกรรมการมาจากทั้งภาคราชการ นักวิชาการ วิชาชีพด้านสาธารณสุข และภาคประชาชน ทำหน้าที่เสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ

4. กำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาเฉพาะประเด็นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นกระบวนการที่ทุกฝ่ายในสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในการดำเนินงานสร้างสุขภาพเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่หลากหลาย โดยไม่ต้องรอคอยรับบริการหรือรอความช่วยเหลือจากรัฐและจากวิชาชีพด้านสาธารณสุขแต่เพียงอย่างเดียว

5. กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดูแลให้มีการจัดทำ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เสนอให้คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ และรายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบและประกาศในราชกิจจานุเบกษา เพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศที่ทุกฝ่ายในสังคมจะได้มีส่วนร่วม โดยให้ใช้กระบวนการจัดทำที่เปิดให้ทุกฝ่ายในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางและให้มีการปรับปรุงทบทวนอย่างน้อยทุกห้าปีเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป

ประเวศ วะสี (2546: 13-14) มีความเห็นว่า หลักการสำคัญที่สุดของระบบสุขภาพใหม่คือ "สร้าง" นำ "ซ่อม" สร้างหมายถึง การสร้างเสริมการมีสุขภาพดี (Good Health) ไม่ใช่เอาแต่รอให้สุขภาพเสีย (Ill Health) แล้วจึงค่อยซ่อม ระบบเก่าที่ดำรงอยู่ในปัจจุบันเป็นระบบที่รับจึงก่อให้เกิดความเสียหาย ไม่คุ้มค่า ระบบสุขภาพที่ปฏิรูปจึงควรเป็นระบบที่มุ่งสร้างเสริมการมี

สุขภาพดีให้มากที่สุด ให้คนทุกคนมีสุขภาพดีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ อย่าให้เจ็บป่วยล้มตายโดยไม่จำเป็นด้วยประการใดๆ แต่ถ้าเจ็บป่วยก็ต้องได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเป็นธรรมดาที่สุด จึงเรียกว่า “สร้าง นำซ่อม”

จรัส สุวรรณมาลา (จรัส สุวรรณเวลา อังใน สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ม.ป.ป. : 30) มีความเห็นว่า การปฏิรูปสุขภาพ นอกจากจะต้องให้ความสำคัญกับการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่าที่สุดแล้ว สิ่งสำคัญที่ควรยึดเป็นหลักการสำคัญคือ เรื่องสุขภาพพอเพียง ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพดีด้วยการใช้ทรัพยากร วิทยาการ และทางเลือกในการดูแลสุขภาพที่พอเหมาะพอดี ผสมผสานระหว่างวิทยาการ เทคโนโลยีขั้นสูงกับภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเหมาะสม ไม่สุดโต่งไปด้านใดด้านหนึ่ง ถ้ายึดหลักการสุขภาพพอเพียง จะสามารถจัดระบบสุขภาพที่ใช้ทรัพยากรของประเทศที่มีจำกัด ทำให้คนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้จริง

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2547: 6) มีความเห็นว่า จากการศึกษากระบวนการปฏิรูปสุขภาพในประเทศไทยและทำ 20 กรณีศึกษาทั่วประเทศ พบว่า นอกจากพัฒนาการด้านการแพทย์สมัยใหม่แล้ว กระบวนการปฏิรูปของไทยมีจุดเด่นอีกประการหนึ่ง คือ การมีพหุลักษณะทางการแพทย์และการเน้นที่ความหลากหลายของระบบสุขภาพ ทำให้สามารถใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านเข้ามาช่วยในการมองระบบสุขภาพให้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่ยังไม่เคยมีในประเทศอื่นๆ ที่มีการปฏิรูประบบสุขภาพเท่าที่มีมา

โดยสรุป กระแสการปฏิรูประบบสุขภาพในนานาประเทศทั่วโลกก่อตัวมานานกว่าทศวรรษ ในขณะที่ประเทศไทยกระแสการปฏิรูประบบสุขภาพได้ก่อตัวมาอย่างเงียบๆ กว่า 30 ปี ด้วยเหตุผลและบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย ปัญหาที่สะสมพอกพูนขึ้นในระบบสุขภาพทั้งระบบไม่ว่าจะเป็นเหตุผลทางด้านสถานะทางสุขภาพที่ยังไม่พึงพอใจ ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่สูงขึ้น ในขณะที่คุณภาพบริการต่ำ การขาดหลักประกันของประชาชนในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน หรือแม้แต่การเกิดการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง หรือเป็นไปเพราะเงื่อนไขของเงินที่ต้องมีการปรับปรุงปฏิรูประบบสุขภาพตามพันธสัญญาต่างๆ ทำให้หลายประเทศตื่นตัวในเรื่องของการปฏิรูปสุขภาพ นอกจากนี้ ยังมีเหตุผลประกอบอื่นๆ ที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ ดังเช่น ความยากจนและช่องว่างระหว่างสังคม ลักษณะการเพิ่มขึ้นและความหนาแน่นของประชากร สถานการณ์การเจ็บป่วยและการดื้อยาของโรคติดเชื้อที่ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของโลก เช่น โรคเอดส์ (HIV/AIDS) วัณโรค (Tuberculosis) นิวโมเนีย (Pneumonias) อุจจาระร่วง (Diarrhea) มาลาเรีย (Malaria) โรคหัด (Measles) ไวรัสตับอักเสบ (Hepatitis) และหนอนพยาธิ (Helminthiasis) เป็นต้น หรือแม้แต่โรคที่เกิดจากการดำเนินชีวิตที่เพิ่มมากขึ้น ประกอบกับการผิดพลาดในการรักษาพยาบาล และผลจากการผูกขาดและการค้า การเข้าถึงยา

คุณภาพและการรักษา ทั้งหมดเป็นเหตุผลที่ทำให้การปฏิรูปภาคสุขภาพก่อตั้งขึ้น เป็นการปฏิรูปที่มุ่งคิดใหม่ทำใหม่แบบ “สร้าง นำซ่อม” จากกรอบแนวคิดเดิมที่มองว่าสุขภาพเป็นเรื่องของการมองที่ตัวโรคเพียงอย่างเดียว (Disease Oriented) ซึ่งเป็นการคิดแบบแยกส่วน มาสู่การมองในมุมใหม่ที่มองว่าสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่นๆ ของตัวบุคคลและสิ่งที่อยู่รอบตัว ที่ร่วมกันทำให้เกิดสุขภาพ เชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา (จิตวิญญาณ) หรือการมองแบบองค์รวม (Holistic Care Approach) เพื่อมุ่งให้ประชาชนได้รับการดูแลด้านสุขภาพและร่วมกันกำหนดทิศทาง มีส่วนร่วมในการเสริมสร้างสุขภาพ

2. แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพและสิทธิในการรับบริการสุขภาพ

ปฏิญญาสากลว่าด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชน ซึ่งเป็นแนวคิดที่สอดคล้องกันทั้งขององค์การสหประชาชาติและขององค์การอนามัยโลก มีสาระโดยสรุปเกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพว่า “สิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษยชาติทุกคนพึงมีก็คือ การมีภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี สามารถดำรงชีวิตและประกอบการทำงานได้ โดยร่างกายและจิตใจที่เป็นสุข มีโอกาสในการแสวงหาการรักษาพยาบาลหรือสามารถรับบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างสมัครใจและเกิดความพึงพอใจโดยที่ทั้งคนยากจนหรือคนร่ำรวยมีโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน ไม่มีข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจหรือชนชั้นทางสังคมมาขวางกั้น” (ปฏิญญาสากลว่าด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชน อังใน โครงการวารสารธรรมศาสตร์ 2534: 138-149)

ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยได้มีการพัฒนามาเป็นลำดับ และเป็นรูปธรรมมากขึ้นหลังจากการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยเฉพาะการเพิ่มของของทรัพยากรสุขภาพที่หล่อเลี้ยงระบบสุขภาพ อันประกอบไปด้วย กำลังคนด้านสุขภาพ การขยายสถานบริการด้านสุขภาพ เทคโนโลยีและเครื่องมือการแพทย์ งบประมาณหรือแหล่งการเงินสุขภาพ องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนสำคัญ ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข 2550: 249)

1. ปัจจัยนำเข้าของระบบบริการสุขภาพ เช่น นโยบายสุขภาพ โครงสร้างองค์กร ระบบและกลไกสนับสนุน การบริหารจัดการ ทรัพยากรสุขภาพ กำลังคน สถานบริการ เวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ องค์กรความรู้ และ การเงินการคลังสุขภาพ
2. การจัดบริการสุขภาพ ที่ประกอบด้วยระดับและประเภทของบริการ
3. สมรรถนะระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการ การครอบคลุมของบริการ ประสิทธิภาพของระบบบริการ คุณภาพบริการ และความเป็นธรรมของบริการ

เมื่อองค์ประกอบที่ 3 อย่างดังกล่าวข้างต้นถูกแปรออกมาเป็นผลผลิตทางสุขภาพหรือบริการด้านสุขภาพเพื่อส่งต่อไปให้กับประชาชนทั่วประเทศ การเข้าถึงบริการดังกล่าวของประชาชนจึงจำเป็นต้องมีหลักเกณฑ์ หรือสิทธิด้านสุขภาพ หรือมีหลักประกันสุขภาพซึ่งประสานสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญที่ได้กำหนดไว้ดังนี้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 อ้างใน กระทรวงสาธารณสุข 2550: 21)

1. สิทธิที่จะรับรู้ในเรื่องที่จะกระทบต่อสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตของคน (มาตรา 59 ของรัฐธรรมนูญ)
2. สิทธิที่จะแสดงความคิดเห็นในเรื่องที่จะกระทบต่อสุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิต (มาตรา 59 ของรัฐธรรมนูญ)
3. สิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบำรุงรักษา ได้ประโยชน์ คุ้มครอง ส่งเสริมและรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่จะกระทบต่อสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของคน (มาตรา 56 ของรัฐธรรมนูญ)
4. สิทธิที่ให้ประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้ง ไม่น้อยกว่า 50,000 คน รวมกันเข้าชื่อเสนอกฎหมายที่เกี่ยวกับสุขภาพตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ให้รัฐสภาพิจารณาได้ (มาตรา 170 ของรัฐธรรมนูญ)
5. สิทธิในการร่วมรับบริการด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งถึงและเป็นธรรม (มาตรา 52 และ 86 ของรัฐธรรมนูญ)
6. สิทธิที่จะร่วมตรวจสอบเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพโดยผ่านองค์กรอิสระที่เรียกว่า องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค (มาตรา 57 ของรัฐธรรมนูญ)

ในการเข้าถึงบริการสุขภาพตามสิทธิที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญ ประเทศไทยได้แบ่งสิทธิในการรับบริการสุขภาพเพื่อให้ครอบคลุมประชาชนทุกคน ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม ระบบสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจน ผู้ที่สังคมสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล โครงการหลักประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ระบบประกันสุขภาพเอกชนและ พระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งใน พ.ศ. 2544 สามารถครอบคลุมประชากรได้ร้อยละ 71.0 และจากนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา ส่งผลให้ประชาชนทั่วประเทศมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 86.0 ใน พ.ศ. 2549 โดยเป็นผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 74.3 และมีผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ เลยร้อยละ 4.0 (กระทรวงสาธารณสุข 2550: 315)

ชนาวรรณ กิจประไพอำพล (2529: 26) แบ่งลักษณะการจัดการด้านหลักประกันสุขภาพโดยทั่วไปไว้ 3 ลักษณะดังนี้

1. ลักษณะที่บริษัทธุรกิจเอกชนเป็นผู้รับประกัน โดยเก็บเบี้ยประกันจากผู้เอาประกันทุกคนมาใช้เป็นค่ารักษาพยาบาล

2. ลักษณะที่รัฐบาลเป็นผู้รับประกันซึ่งขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐบาล โดยอาจจะเก็บเบี้ยประกันจากทุกคนหรืออาจจะไม่ต้องจ่ายเบี้ยประกันให้แก่รัฐบาลเลย

3. ลักษณะที่องค์กรที่รัฐบาลเป็นผู้รับประกัน แหล่งที่มาของเงินได้มาจากรัฐบาล โดยมีได้บังคับให้ทุกคนเอาประกัน แต่ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของผู้เอาประกันเอเจ็นท์ก็คือผู้เอาประกันจะต้องจ่ายเงินค่าประกันให้แก่องค์กรซึ่งเป็นจำนวนเงินที่ค่อนข้างน้อยเมื่อเกิดการเจ็บป่วย องค์กรผู้รับเงินประกันจะจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล ส่วนจำนวนเงินจะมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับอยู่กับการตกลงระหว่างกันระหว่างองค์กรและผู้เอาประกัน

นอกจากลักษณะของการจัดกาสุขภาพทั้ง 3 ลักษณะดังกล่าวข้างต้นแล้วนั้น ชนาวรรณ กิจประไพอำพล ยังได้อธิบายเพิ่มเติมว่า ระบบประกันสุขภาพยังประกอบด้วยบุคคลหรือองค์กรทั้งสิ้น 3 ฝ่ายด้วยกันคือ

1. ผู้เอาประกัน (Insured) โดยผู้เอาประกันจะต้องจ่ายค่าเบี้ยประกัน (Premium) ให้แก่ผู้รับประกัน (บริษัทเอกชนหรือรัฐบาล) ในอัตราที่แน่นอน ซึ่งขึ้นอยู่กับเงื่อนไขหรือข้อตกลงระหว่างกันของทั้งสองฝ่าย

2. ผู้รับประกัน (Insurer) โดยผู้รับประกันจะเป็นผู้จ่ายค่าประกัน ซึ่งหมายถึงค่ารักษาพยาบาล เมื่อผู้เอาประกันเกิดการเจ็บป่วยตามเงื่อนไขที่ได้ตกลงเอาไว้ในการประกัน

3. สถานที่ให้การรักษาพยาบาล (Health Service Provider) ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งสถานพยาบาลของรัฐและของเอกชน

โดยที่ผู้เอาประกันจะเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ใดนั้นขึ้นอยู่กับข้อตกลงในการรับประกันและขึ้นอยู่กับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นเนื่องจากการรักษาพยาบาลนั้นๆ ด้วย สำหรับการเก็บค่ารักษาพยาบาลจะเก็บจากผู้รับประกันทั้งหมดหรือบางส่วนก็ขึ้นอยู่กับข้อตกลงอีกเช่นกัน

กระทรวงสาธารณสุข (2550: 339) ให้แนวคิดว่าระบบบริการสาธารณสุขที่ดี หมายถึง การบริการสาธารณสุขที่มีอย่างพอเพียง เข้าถึงได้อย่างเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และไม่เป็นการค้ากำไรเชิงธุรกิจที่ไม่สมเหตุผล เป็นระบบที่มีบริการตั้งแต่การดูแลรักษาตัวเอง การดูแลในระดับครอบครัว การดูแลในระดับชุมชน บริการฉุกเฉิน บริการระดับปฐมภูมิ บริการระดับทุติยภูมิ บริการระดับตติยภูมิ การบริการเฉพาะสาขาหรือเฉพาะทาง และการบริการฉุกเฉินทางการแพทย์

โดยมีระบบการพัฒนาและรับรองคุณภาพเป็นหลักประกันมาตรฐานและคุณภาพบริการ รวมทั้งมีระบบการประเมินการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ใช้ในการจัดบริการสาธารณสุขอย่างเหมาะสม

กันยา กาญจนนุรานนท์(2536: 65-66) ได้ให้ความหมายและความสำคัญของการบริการสุขภาพว่าการบริการสุขภาพ คือ การบริการสาธารณสุขในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อเป็นการแก้ปัญหาและความต้องการของประชาชนในเรื่องสุขภาพอนามัย โดยที่รัฐพยายามจัดการบริการสุขภาพให้ทั่วถึงและครอบคลุมประชากรทั้งในเมือง ในชนบท รวมทั้งประชาชนที่มีฐานะดีและยากจน ซึ่งรัฐธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก พศ.2489 มุ่งสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ชนในด้านสุขภาพอนามัยว่าจะมีความแตกต่างทางด้านชาติ ศาสนา สังกศ และความยึดมั่นทางการเมืองและยังให้ความหมายของสุขภาพอนามัยที่เป็นความสมบูรณ์ทางกายใจ ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือความพิการ ซึ่งความสำคัญของการบริการสุขภาพคือการจัดการบริการสาธารณสุขที่ดีช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดีด้วยการจัดการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ การจัดการบริการสาธารณสุขที่จะสามารถยกระดับสุขภาพของประชาชนนั้น ขึ้นอยู่กับระบบสาธารณสุข โดยที่การเปลี่ยนแปลงของระดับสุขภาพเป็นกระบวนการ ซึ่งเริ่มจาก

1. ปัจจัยนำ เข้า หมายถึง ทรัพยากรต่าง ๆ เช่น คน เงิน วัสดุ ฯลฯ ซึ่งจะมีผลเปลี่ยนแปลงในบั้นปลายของกระบวนการ
2. กระบวนการและเทคโนโลยี เป็นวิธีการที่จะนำ ทรัพยากรมาเข้าในกระบวนการ โดยใช้เทคนิคบางประการอย่างเหมาะสมเพื่อให้บังเกิดผล
3. การกำหนดการปฏิบัติคือผลที่ได้รับจากกระบวนการ ซึ่งจะวัดได้จากการจัดกิจกรรมต่างๆ ในการปฏิบัติ
4. ประสิทธิภาพในการบริการ คือ ประเภทของการบริการที่ประชาชนได้รับการครอบคลุมของบริการ การต่อเนื่องของการบริการ บริการตามความต้องการของชุมชน และความถี่ห่างของบริการที่ประชาชนได้รับ

สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2540: 22-35) มีความเห็นเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพในอุดมคติที่เดินทางสายกลางบนพื้นฐานของความต้องการของประชาชนไทย ควรมีลักษณะ 9 ประการ หรือที่เรียกว่า "นวลักษณ์ 9 ประการ" ดังนี้

1. ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานทั่วถึงการที่ประชาชนเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงเป็นหลักการพื้นฐานที่ปรากฏในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน สำหรับบริการที่จำเป็นที่รัฐจะแทรกแซงเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถได้รับอย่างทั่วถึงนั้น ควรจะเป็นบริการที่ประชาชนทุกคนได้รับ โดยคุณภาพที่เท่าเทียมกันรวมถึงการเอาใจใส่ การดูแล การให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นเพื่อให้ประชาชนเกิดความมั่นใจและพึงพอใจในระบบบริการสุขภาพ

2. เป็นระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ ระบบบริการสุขภาพที่ดีควรจะเป็นระบบที่ไม่มีรายจ่ายเพิ่ม ประชาชนต้องมีสุขภาพดีขึ้นถึงจุดสูงสุดบนทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด

3. ดูแล "คน" ไม่ใช่ เพียงแต่ดูแล "ไข้" ระบบบริการสุขภาพที่ดีควรจะเป็นระบบที่ดูแลทั้งคนให้มีสุขภาพดีโดยรวมอย่างต่อเนื่อง

4. มีแรงจูงใจที่ก่อให้เกิดการแข่งขันและการร่วมมือของผู้ให้บริการ ระบบบริการสุขภาพในอุดมคติควรเป็นระบบที่สามารถปรับทันการเปลี่ยนแปลงของภาวะแวดล้อมปัจจุบัน ส่งเสริมการแข่งขันและการร่วมมือกันด้วยจุดมุ่งหมายคือประชาชนได้รับบริการที่ดีที่สุด

5. มีความหลากหลายทำให้ประชาชนเกิดความมั่นใจถึงความครบถ้วน สมบูรณ์ของบริการที่ได้รับและยังทำให้ประชาชนได้มีโอกาสและทางเลือกมากขึ้นในการเลือกบริการสุขภาพที่ตนเองพอใจมากที่สุด

6. ประชาชนมีทางเลือกในการใช้บริการที่เหมาะสม เป็นทางเลือกที่ประชาชนเป็นผู้ตัดสินใจเลือกในขอบเขตที่เหมาะสมที่คนไทยในสังคมได้ร่วมกันตกลงไว้อย่างเหมาะสม

7. มีความรับผิดชอบที่สามารถตรวจสอบได้ ระบบบริการสุขภาพที่ดีนั้นควรจะเป็นระบบที่ตอบสนองต่อประชาชนและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นที่จะมีกำหนดความรับผิดชอบที่สามารถจะถูกรตรวจสอบถึงคุณภาพบริการที่ให้กับประชาชน และถูกรตรวจสอบถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรและให้บริการว่าสามารถดำเนินงานมีคุณภาพและได้ผลคุ้มค่าหรือไม่จึงเป็นสิ่งสำคัญ

8. ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบให้ดีขึ้น เป้าหมายของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพก็คือประชาชน การสร้างระบบบริการสุขภาพที่ดีจึงควรมีการระดมการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มีบทบาทในการร่วมพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ดีขึ้น

9. มีการพัฒนาองค์ความรู้ที่ทันสมัยอยู่ตลอดเวลา ซึ่งการที่จะสามารถดำเนินการจัดการระบบบริการที่ดีในปัจจุบัน บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพทุกระบบเพื่อให้มีความรู้ที่สามารถพัฒนาองค์กร และใช้วิทยาการที่ทันสมัยในการให้บริการที่ดีและเหมาะสมที่สุดให้กับผู้รับบริการได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่เพียงแต่องค์ความรู้ทางด้านการแพทย์ แต่รวมถึงด้านการจัดการ สามารถปรับเปลี่ยนระบบให้ทันการและการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมองค์ความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์ ที่สามารถเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมที่มีประสิทธิภาพสูงสุดโดยใช้งบประมาณน้อยที่สุด และองค์ความรู้ด้านสังคมศาสตร์ที่ทำให้การบริการเกิดความพึงพอใจกับประชาชน

ลักษณะที่ ๑ ประการ หรือ "นวลักษณ์" ควรจะเป็นส่วนที่ประกอบขึ้นเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพในอุดมคติที่สามารถที่จะเป็นที่พึงอย่างแท้จริงของประชาชนอีกทั้งก่อให้เกิดความพึงพอใจแก่ประชาชนผู้มารับบริการ

ซุลลิแวนและเดคเกอร์ (Sullivan and Decker อ้างใน อ่ำไพ ป้อมสนาม 2545: 19) ได้ให้ความหมายของการบริการสุขภาพว่าเป็นการจัดการบริการพยาบาลเป็นระบบการบริการที่มีคุณภาพ โดยผสมผสานระหว่างบุคลากร งาน สิ่งแวดล้อม เครื่องมือและอุปกรณ์ ตลอดจนความร่วมมือให้ได้มาซึ่งคุณภาพบริการพยาบาลเพื่อตอบสนองให้ผู้มารับบริการมีความรู้สึกพึงพอใจและประทับใจสูงสุด มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นอันเป็นผลดีต่อประเทศชาติ นี่คือเป้าหมายของงานบริการสุขภาพ ซึ่งการบริหารจัดการบริการด้านสุขภาพผู้ป่วยหรือผู้ที่มาใช้บริการคือเป้าหมายของการให้บริการ โดยเฉพาะ โรงพยาบาลของเอกชนทุกแห่ง จะจัดบริการด้านสุขภาพโดยเน้นความรวดเร็วและมีคุณภาพในการให้บริการ

3. แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การกำหนดนโยบายด้านสุขภาพมีการปฏิรูปครั้งใหญ่ในปี พศ. 2544 หลังจากนั้นนโยบายด้านสาธารณสุขต่างมุ่งเน้นการบูรณาการทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมที่เป็นลักษณะการดูแลทั้งระบบ (Holistic Care Approach) และได้มีการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นครั้งแรก ก่อนที่รัฐบาลของ พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร จะได้ดำเนินนโยบายเร่งด่วนในโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) ซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ พศ. 2544 นั้น ได้มีกระบวนการเคลื่อนไหวจากภาคประชาชนโดยมีการเข้าชื่อ จำนวนกว่า 50,000 รายชื่อ ตามจำนวนที่ประชาชนมีสิทธิตามรัฐธรรมนูญ ฉบับปี พศ. 2540 ในการเสนอกฎหมาย การเคลื่อนไหวนี้ทำให้เกิดการตื่นตัวไปทั่วประเทศ เครือข่ายองค์กรภาคประชาชนได้ขยับบทบาทเป็นผู้นำความคิดเรื่องของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เกิดเป็นกระแสสังคมขึ้น

จากกระแสภาคประชาชนและการสนับสนุนของสำนักงานปฏิรูประบบบริหารสาธารณสุขและคณะทำงานพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เมื่อรวมเข้ากับเจตจำนงทางการเมืองของรัฐบาลจึงนำมาสู่การปฏิรูประบบสุขภาพครั้งใหญ่ รัฐบาลได้ผลักดันตามกระบวนการของรัฐสภา นั่นคือเสนอร่างพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น โดยเข้าสู่การพิจารณาของรัฐสภาและผ่านความเห็นชอบจากฝ่ายนิติบัญญัติออกมาเป็นกฎหมายที่มีผลบังคับใช้ พระราชบัญญัติหรือกฎหมายฉบับนี้จึงเปรียบเหมือนประตูสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนชาวไทย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกิดขึ้นจากพัฒนาการ 3 ด้าน คือ ด้านต้นนโยบายที่ใช้แก้ปัญหา หรือกระแสนโยบาย (Policy Stream) ด้านการจุกประกายประเด็นปัญหาหรือกระแสปัญหา (Problem Stream) และด้านการสนับสนุนทางการเมืองหรือกระแสการเมือง (Political Stream) และเมื่อพัฒนาการทั้ง 3

ด้านมาบรรจบกัน หน้าต่างของโอกาสจึงเกิดขึ้น การเลือกตั้งถือว่าเป็นการเปิดหน้าต่างของโอกาสครั้งสำคัญ ทำให้เห็นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าถูกหยิบยกมาเป็นวาระนโยบายของรัฐได้ (Policy Agenda) และมีการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้น พร้อมกับสำนักงานสาขาประจำพื้นที่ จัดสรรทรัพยากรบุคคล และทำงานใกล้ชิดกับสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ และจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น เพื่อดำเนินการให้นโยบายดังกล่าวให้บรรลุผลสำเร็จ และต่อมามีได้มีการจัดทำพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขึ้น ใน พ.ศ. 2545 (กระทรวงสาธารณสุข 2550: 384-385)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2549: 1) ได้ให้นิยาม หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการไม่เป็นอุปสรรคที่ประชาชนจะได้รับสิทธินั้น” หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ไม่ใช่สิ่งต่อไป

1. ไม่ใช่ “บริการสงเคราะห์” หรือ “บริการราคาถูกลง” เพียงเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพเฉพาะหน้าเท่านั้น แต่เป็นบริการที่ต้องมีมาตรฐาน

2. ไม่ใช่บริการที่ต้องมีการ “สมัคร” หรือ “ร้องขอ” จึงจะได้รับบริการ แต่เป็นสิทธิที่ประชาชนพึงจะได้รับ

3. ไม่ใช่ของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง แต่เป็นของประชาชนทุกคน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(2549: 10) มีความคิดเห็นว่าแนวคิดในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย

1. ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย มีส่วนร่วมรับผิดชอบทั้งในด้านความเป็นเจ้าของ การควบคุมกำกับและร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในระดับที่สมเหตุ

2. ประชาชนต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเต็มที่ และมีกลไกในการคุ้มครองสิทธิที่เป็นจริง

3. หน่วยบริการจะต้องได้มาตรฐานและได้รับการรับรองคุณภาพเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชน

4. ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการด้านสาธารณสุขด่านแรกสำหรับประชาชน กรณีที่เกินความสามารถจึงจะส่งต่อไปยังหน่วยบริการระดับสูงขึ้นไป

5. สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับปฐมภูมิจัดหน่วยบริการร่วมกันในลักษณะเครือข่ายเพื่อให้บริการได้อย่างครอบคลุมกว้างขวาง

6. ระบบการเงินการคลังเพื่อการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาวและต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น

7. สิทธิประโยชน์หลักและรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงินแก่ผู้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน

8. ระบบบริการจัดการมีประสิทธิภาพไม่ซ้ำซ้อน โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาใช้อย่างเต็มที่

9. ระบบหลักประกันสุขภาพในอนาคตหรือระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะประกอบด้วยกองทุนประกันสุขภาพเพียงกองทุนเดียว

จิรัฏม์ ศรีรัตนบัลล์(2549: 1) มีความคิดเห็นว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นปรากฏการณ์ที่อาจถือเป็นพัฒนาการก้าวสำคัญของระบบสาธารณสุขของไทย ทั้งนี้ด้วยเป็นเครื่องมือสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ผ่านมาได้เหนี่ยวนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสิทธิของประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล การจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข การบริหารจัดการทางการเงินการคลัง ตลอดจนรูปแบบของการบริการในระดับปฐมภูมิและการส่งต่อผู้ป่วย และสร้างหลักประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองพื้นฐานแก่คนไทยทุกคน

กระทรวงสาธารณสุข (2550: 388) มีความคิดเห็นว่า เป้าประสงค์หลักของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้แก่ 1) ครอบคลุมประชาชนอย่างถ้วนหน้า (Universal Coverage) 2) คนไทยทุกคนจะได้รับบริการสาธารณสุขด้วยชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และ 3) มีการจัดทำแผนแม่บท และประสานทุกหน่วยงานเพื่อนำไปสู่ความยั่งยืนในทางนโยบาย (Policy Sustainability) โดยโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการออกแบบระบบเป็นดังนี้

1. งบประมาณสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลมาจากระบบภาษี ประชาชนมีสิทธิเมื่อใช้บริการตามระบบ จะเสียค่าธรรมเนียม 30 บาท ต่อครั้ง ยกเว้นการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค นอกจากนี้ยังยกเว้นค่าธรรมเนียมให้กับผู้ที่เคยอยู่ภายใต้โครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยังคงสมควรช่วยเหลือเกื้อกูล เช่น คนจน คนชรา พระและทหารผ่านศึก เป็นต้น

2. หน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ใกล้บ้าน เป็นจุดบริการด่านแรก (Front Line Service) และสามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญา (Main Contractor) และรับขึ้นทะเบียนประชาชน (Unit for Registration)

3. ระบบการเงินการคลัง เป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ในระยะยาว (Cost Containment System) รูปแบบการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (Close End) และเป็นการจ่ายเงินแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance Related Payment)

4. ชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันกับกองทุนภาครัฐอื่นๆ

5. ใช้กระบวนการรับรองคุณภาพ มากำกับการพัฒนาคุณภาพบริการ

6. การบริหารนโยบาย ให้มีการกระจายอำนาจ (Decentralization) ในการบริหารจัดการแก่จังหวัด โดยมีคณะกรรมการบริหารกองทุนระดับพื้นที่ทำหน้าที่รับผิดชอบ

7. แยกบทบาทของผู้ซื้อผู้ให้บริการ (Purchaser Provider Split) ออกจากกันอย่างชัดเจน ซึ่งจะทำให้ระบบมีการตรวจสอบ ควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผล มีประสิทธิภาพมากขึ้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จาก <http://www.nhso.go.th>) ได้ระบุสิทธิในการรับบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไว้ดังนี้

1. บริการทางการแพทย์ที่คุ้มครอง

1.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการควบคุมโรค

1.1.1 การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์

1.1.2 การดูแลสุขภาพเด็ก พัฒนาการและภาวะโภชนาการ รวมถึงการให้

ภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการให้ภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ

1.1.3 การตรวจสุขภาพประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง

1.1.4 การวางแผนครอบครัว (ยาคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย ห่วงอนามัย ยาฝังคุมกำเนิด และการทำหมันถาวร)

1.1.5 การรักษาโรคเอดส์

1.1.6 การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

1.1.7 การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว

1.1.8 การให้คำปรึกษา (counseling) และสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม

ในการส่งเสริมสุขภาพ

1.1.9 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก การแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ เช่น กลุ่มเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยฉายรังสีบริเวณศีรษะและลำคอ รวมทั้งการเคลือบหลุมร่องฟัน

1.2 บริการด้านการตรวจวินิจฉัย

1.2.1 การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์จนถึงสิ้นสุดการรักษาทั้งนี้ รวมถึงการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

1.2.2 การคลอดบุตร รวมกันไม่เกิน 2 ครั้ง (กรณีบุตรคลอดแล้วรอดออกมามีชีวิต) โดยนับตั้งแต่ใช้สิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1.2.3 ค่าอาหาร และค่าห้องสามัญ

1.2.4 การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติก การรักษาโพรงประสาท ฟันน้ำนมและการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

1.2.5 ยาและเวชภัณฑ์ตามกรอบบัญชียาหลักแห่งชาติ

1.2.6 การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างหน่วยบริการ

2. บริการทางการแพทย์ที่ผู้มีสิทธิไม่ได้รับความคุ้มครอง

2.1 กลุ่มบริการที่เกินความจำเป็นพื้นฐาน

2.1.1 การรักษาภาวะมีบุตรยาก

2.1.2 การผสมเทียม

2.1.3 การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

2.1.4 การตรวจวินิจฉัย และรักษาใดๆ ที่เกินความจำเป็นและไม่มีข้อบ่งชี้ทาง

การแพทย์

2.1.5 การรักษาที่อยู่ระหว่างการค้นคว้าทดลอง

2.2 กลุ่มบริการที่มีงบประมาณจัดสรรเป็นการเฉพาะ

2.2.1 โรคจิต กรณีที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน

2.2.2 การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดและสารเสพติดตามกฎหมายว่า

ด้วยยาเสพติด

2.2.3 อุบัติเหตุการประสบภัยจากรถและผู้อยู่ในความคุ้มครองตามกฎหมาย

ว่าด้วยการคุ้มครองประสบภัยจากรถเฉพาะส่วนที่บริษัทหรือกองทุนตามกฎหมายนั้น ต้องเป็นผู้จ่าย หลังจากใช้สิทธิ พ.ร.บ. ครบจึงจะสามารถใช้สิทธิ

2.3 กลุ่มบริการอื่นๆ

2.3.1 โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกินกว่า 180 วัน ยกเว้นกรณีมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากการแทรกซ้อน หรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

โดยสรุป การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยถือเป็น "สิทธิ" ขั้นพื้นฐานของประชาชนที่จะต้องได้รับตามกฎหมายกำหนดโดยมีกฎหมายสำคัญคือ "พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติรองรับ และมี "สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)" เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 18 พฤศจิกายน 2545 รัฐบาลนำเงินภาษีของประชาชน มาจัดสรรเป็น "กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ" เพื่อดูแลประชาชนผู้มีสิทธิจำนวนประมาณ 47 ล้านคน หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 75 ของประชากรทั้งหมด โดยประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ตามที่กฎหมายกำหนด การใช้สิทธิด้านการรับบริการสุขภาพ กระทำโดยใช้บัตรทอง 30 บาท รักษาทุกโรค บัตรทองหมายถึงบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่รัฐบาลออกให้กับประชาชนคนไทย เพื่อเป็นหลักฐานใช้เข้ารับบริการจากโรงพยาบาล สถานือนามัย และสถานพยาบาลต่างๆ ในยามจำเป็น โดยประชาชนมีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ที่กำหนด จึงจะสามารถใช้สิทธิได้ ผู้มีสิทธิใช้บัตรทอง 30 บาท คือคนไทยทุกคนที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ยกเว้น ประชาชนเหล่านี้ที่ไม่มีสิทธิ

1. คนที่มีบัตรประกันสังคม
2. คนที่เป็นข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจบางแห่ง
3. คนที่มีบุตรเป็นข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจบางแห่ง
4. เด็กที่พ่อแม่เป็นข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจบางแห่ง
5. คนที่ได้รับสวัสดิการรักษายาพยาบาลอย่างอื่น ที่รัฐบาลจัดให้

4. แนวคิดเกี่ยวกับระบบประกันสังคม

4.1 ประเภทของหลักประกันสุขภาพของไทย

หลักประกันสุขภาพของประเทศไทยภายหลังการก่อตั้งกระทรวงสาธารณสุขใน พ.ศ. 2485 รัฐบาลได้มีการกำหนดให้ประชาชนต้องมีส่วนร่วมจ่ายค่าบริการเมื่อไปใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ ใน พ.ศ. 2488 ต่อมาจึงมีการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพเฉพาะกลุ่มประชากรและสามารถจำแนกเป็น 6 กลุ่มหลัก ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข 2550: 379)

1. โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) พัฒนามาจากโครงการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย เริ่มในปี พ.ศ. 2518

2. โครงการประกันสุขภาพแบบสมัครใจที่ได้รับเงินสนับสนุนจากภาครัฐ
คุ้มครองประชาชนที่ไม่อยู่ในภาคการจ้างงานและไม่มีสิทธิได้รับสวัสดิการที่รัฐจัดให้นั้น โดย
พัฒนามาจากกองทุนประกันสุขภาพในชุมชน ของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ พ.ศ. 2526
3. สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ เริ่มตั้งแต่ พ.ศ.
2521
4. โครงการประกันสุขภาพแบบบังคับที่จัดโดยภาครัฐ ที่คุ้มครองผู้อยู่ในภาคการ
จ้างแรงงานเอกชน คือ กองทุนทดแทนการเจ็บป่วยที่สืบเนื่องมาจากการทำงาน(ตั้งแต่ พ.ศ. 2517)
และกองทุนประกันสังคม(ตั้งแต่ พ.ศ. 2533)
5. โครงการคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ภาคบังคับคือ กรประกันการเจ็บป่วยจาก
อุบัติเหตุจากรถ เกิดขึ้นใน พ.ศ. 2536 โดยมีพระราชบัญญัติ พ.ศ. 2535
6. การประกันสุขภาพโดยสมัครใจจากภาคเอกชน ซึ่งดำเนินการโดยบริษัท
สุขภาพเอกชน พัฒนามาจากธุรกิจประกันสุขภาพเอกชนของบริษัทข้ามชาติ ที่ได้เข้ามาในประเทศไทย
ไถยนานแล้ว ก่อน พ.ศ. 2453

ในงานวิจัยชิ้นนี้จะกล่าวถึง กองทุนประกันสังคม ซึ่งเป็นหลักประกันที่อยู่ใน
โครงการประกันสุขภาพภาคบังคับที่จัดโดยภาครัฐ ซึ่งปกติจะประกอบด้วย 2 กองทุน คือ กองทุน
เงินทดแทน ซึ่งคุ้มครองการเจ็บป่วยของลูกจ้างที่เกิดจากการทำงาน โดยนายจ้างเป็นผู้จ่าย
ประกันแต่ฝ่ายเดียว และกองทุนประกันสังคม ซึ่งครอบคลุมทั้งการชดเชยกรณีการเจ็บป่วย พิการ
เสียชีวิต และเกษียณ โดยนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลต้องสมทบเป็นเบี้ยประกันฝ่ายละเท่าๆ กัน
กองทุนประกันสังคมมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หลักประกันแก่ลูกจ้างเมื่อเจ็บป่วยโดยมีหลักการสำคัญ
คือการกระจายความเสี่ยงและเกื้อกูลกันระหว่างผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกับผู้ที่มีฐานะทาง
เศรษฐกิจด้อยกว่า และระหว่างผู้มีสุขภาพดีและผู้ป่วย ทั้งนี้ ในระยะแรกขอโครงการครอบคลุม
เฉพาะลูกจ้างในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปและต่อมาได้ค่อยๆ ขยายไปยัง
สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คน 5 คน และ 1 คน ตามลำดับโครงการนี้ ครอบคลุมร้อยละ
7.6 ของประชากรไทยใน พ.ศ. 2544 โครงการกองทุนประกันสังคม บริหารโดยสำนักงาน
ประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ภายใต้คณะกรรมการประกันสังคม ตามพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2553 (กระทรวงสาธารณสุข 2553: 381-382)

คำว่า "ประกันสังคม" เป็นคำใหม่ที่ใช้ในประเทศไทยประมาณ พ.ศ. 2480
พร้อมๆ กับคำว่า สังคมสงเคราะห์ แม้จะเป็นคำใหม่ แต่หลักการและแนวทางมีการนำมาใช้ในทาง
ปฏิบัติมานานแล้ว เช่น การที่ชาวบ้านช่วยกันเรียไร้รวบรวมเป็นเงินก้อน เพื่อช่วยเหลือเป็นค่าทำ
ศพให้แก่สมาชิกในชุมชนเดียวกันที่ถึงแก่กรรม ความหมายของการประกันสังคมในสมัยปัจจุบัน

คือ โครงการที่จัดตั้งขึ้นโดยรัฐบาล มีวัตถุประสงค์ที่จะสร้างความมั่นคงหรือหลักประกันให้แก่ประชาชน โดยมีวิธีการจัดเก็บรายได้ส่วนหนึ่งจากประชาชนที่มีรายได้ เงินที่เก็บนี้ นำมาสมทบรวมกันเป็นกองทุนกลาง นำมาใช้จ่ายเป็นค่าทดแทนให้แก่ประชาชนตามเงื่อนไขที่กำหนด เงินที่เรียกเก็บนี้ หากเป็นกรณีเก็บจากผู้ทำงานรับจ้างหรืออาจให้นายจ้างจ่ายสมทบส่วนหนึ่งและในบางกรณีรัฐบาลจะจ่ายสมทบด้วย

การประกันสังคมในประเทศไทยได้มีพัฒนาการมาตลอดระยะเวลาหลายสิบปี จนกระทั่งได้มีการออกพระราชบัญญัติประกันสังคมฉบับแก้ไขล่าสุด พ.ศ. 2553 กำหนดให้ลูกจ้างเลือกสถานบริการทางการแพทย์ที่ลงทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม และเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ในกรณีเจ็บป่วย นอกจากนี้ ยังได้รับการช่วยเหลือในกรณีต่างๆ อันสืบเนื่องมาจากการทำงาน โดยพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ได้กำหนดความหมายและสิทธิต่างๆ เกี่ยวกับการประกันสังคม ไว้ดังนี้(สำนักงานประกันสังคม 2553: จาก <http://www.sso.go.th/wpr/home.jsp>)

การประกันสังคม เป็นระบบสวัสดิการที่รัฐจัดให้มีขึ้น โดยนายจ้าง ลูกจ้าง ร่วมกันจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมเพื่อใช้จ่ายให้ความคุ้มครองและประโยชน์ทดแทนใน 7 กรณี มีสำนักงานประกันสังคมกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมเป็นหน่วยงานปฏิบัติการ ดำเนินการต่างๆ ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2542 กองทุนประกันสังคมจะให้ความช่วยเหลือแก่ลูกจ้างหรือผู้แทนอันชอบธรรมเมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องจากการทำ งานตลอดบุตร ทูพพลภาพ เสียชีวิต ชราภาพ ว่างาน และขอรับกรณีสงเคราะห์บุตร เป็นการลดความเดือดร้อนของลูกจ้างเพื่อให้ได้ไม่เป็นภาระของครอบครัวและสังคมโดยรวม เป็นผลให้ลูกจ้างมีความมั่นคงในการดำเนินชีวิตและสังคมมีความสงบสุข

4.2 ความเป็นมาของประกันสังคม

แนวความคิดเรื่องการประกันสังคมริเริ่มขึ้นในยุโรปสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงระบบการผลิตโดยมีการค้นคิดเครื่องจักรและพลังน้ำ มาทำงานแทนคน ทำให้สามารถขยายการผลิตมีการจ้างแรงงานมากขึ้นและเกิดปัญหาหลายประการ รัฐจึงต้องเข้าช่วยโดยออกกฎหมายให้หลักประกันแก่คนงานโครงการแรกเป็น เรื่องการประกันเกี่ยวกับการเจ็บป่วยริเริ่มขึ้นที่ประเทศเยอรมันในสมัยเจ้าชายบิสมาร์ค (Prince Otto Von-Bismarck) เป็นนายกรัฐมนตรีในสมัยพระเจ้าวิลเฮล์มที่ 1 (Willhelm Friedrich Ludwig) เมื่อวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2426 ต่อมาใน พ.ศ. 2427 ได้จัดให้มีการประกันอุบัติเหตุหรือโรคอันเกิดจากการทำงานขึ้นหลังจากนั้นประเทศเยอรมันได้จัดให้มีการขยายการประกันออกไปอีก โดยใน พ.ศ. 2432 ได้ออกกฎหมายประกันการ

พิการทุพพลภาพ และใน พ.ศ. 2443 ออกกฎหมายให้ประโยชน์แก่ผู้อยู่ภายใต้อุปการะของผู้เอาประกัน

การประกันสังคมในประเทศไทยมีกฎหมายประกันสังคมฉบับแรกเมื่อพ.ศ. 2497 กฎหมายฉบับนี้ผ่านรัฐสภาพร้อมจะประกาศใช้แต่ประสบปัญหาในเรื่องนโยบายทำให้ไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ได้จนกระทั่งบังคับใช้กฎหมายนี้ ถูกร่างเสนอและสนับสนุนโดยกรมประชาสงเคราะห์ มีเนื้อหาให้ความคุ้มครองบุคคล 2 ประเภท คือ ผู้ประกอบอาชีพรับจ้างและประชาชนทั่วไปที่สมัครใจ (เครือข่ายกาญจนาภิเษก 2542 จาก <http://kanchanapisek.or.th/>)

ประวัติความเป็นมาของประกันสังคมในประเทศไทย สรุปได้ดังนี้

พ.ศ. 2495 มีแนวคิดจัดตั้งระบบประกันสังคมรัฐบาลจอมพล ป.พิบูลสงคราม

พ.ศ. 2497 ตราพระราชบัญญัติประกันสังคมเป็นเรื่องใหม่ประชาชน สื่อมวลชนคัดค้านเห็นเป็นการจ่ายภาระเพิ่มขึ้น เนืองระงับการบังคับใช้อย่างไม่มีกำหนด

พ.ศ. 2518 กรมประชาสงเคราะห์ เสนอให้รัฐมนตรีพิจารณาพระราชบัญญัติประกันสังคม

พ.ศ. 2520 จัดตั้งไตรภาคีสम्मมนาแบบไตรภาคีร่วมกับองค์กรระหว่างประเทศ

พ.ศ. 2521 คณะกรรมการประกันสังคม สรุปผลการพิจารณา ฉบับแก้ไขเสนอต่อคณะรัฐมนตรี

พ.ศ. 2522-2524 เสนอ เริ่มในเรื่อง ประโยชน์ทดแทนการเจ็บป่วย การคลอดบุตร คณะรัฐมนตรีพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ มีมติรับหลักการและแต่งตั้งคณะกรรมการประกันสังคม มีปลัดกระทรวงมหาดไทยเป็นประธาน

พ.ศ. 2533 2 กันยายน 2533 มีผลบังคับใช้พ.ศ. 2534 ครอบคลุมลูกจ้างตั้งแต่ 20 คน

พ.ศ. 2537 ครอบคลุมลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป

พ.ศ. 2545 1 เมษายน 2545 ครอบคลุมลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปรวมลูกจ้างชั่วคราวรายเดือนของส่วนราชการ

ลูกจ้างหมายถึง ผู้ซึ่งทำงานให้นายจ้าง โดยได้รับค่าจ้าง

ผู้ประกันตนต้องมีอายุมากกว่า 15 ปี มีด้วยกัน 3 ประเภท

- ผู้ประกันตนตามมาตรา 33 ลูกจ้างที่ทำงานให้นายจ้างในสถานประกอบการ
- ผู้ประกันตนตามมาตรา 38 สิ้นสุดสภาพการจ้างมีสิทธิตามบัญญัติอีก 6 เดือน
- ผู้ประกันตนตามมาตรา 39 พันสภาพตามมาตรา 33 แต่ส่งเงินเอง
- ผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ประกอบอาชีพอิสระ ส่งเงินเอง

นายจ้างหมายถึง เจ้าของสถานประกอบการซึ่งรับลูกจ้างเข้าทำงาน

สำนักงานประกันสังคมมีฐานะเทียบเท่ากรม เป็นหน่วยงานธุรการที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติประกันสังคมพ.ศ. 2533 ในสังกัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล หมายถึง บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาลที่ออกโดยสำนักงานประกันสังคมให้แก่ผู้ประกันตนเพื่อไปแสดงขอรับบริการทางการแพทย์เฉพาะกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงานหรือแสดงเพื่อขอรับสิทธิประโยชน์กับสำนักงานประกันสังคมบัตรมีอายุ 2 ปี เปลี่ยนสถานพยาบาลในบัตรรับรองสิทธิได้ไม่เกินปีละครั้ง

กองทุนประกันสังคม เป็นกองทุนที่จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 ในสำนักงานประกันสังคม โดยไม่ต้องนำส่งรายได้ให้กระทรวงการคลังเพื่อเป็นทุนใช้จ่ายให้แก่ผู้ประกันตนหรือผู้มีสิทธิรับประโยชน์ทดแทน

เงินสมทบ หมายถึง เงินที่นายจ้าง ลูกจ้างและรัฐ หรือผู้ประกันตนและรัฐ ร่วมกันจ่ายสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมโดยมีอัตราจ่ายสำหรับผู้ประกันตนที่อยู่ในข่ายบังคับของกฎหมายหรือผู้ประกันตนมาตรา 33 การจ่ายเงินสมทบ จะต้องจ่ายไม่น้อยกว่าระยะเวลาที่กฎหมายกำหนดจึงจะมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533

- ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 30 วัน สำหรับประโยชน์ทดแทนการตาย
- ต้องจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 90 วัน สำหรับกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย

และทุพพลภาพ

- ต้องจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 210 วัน สำหรับกรณีคลอดบุตร
- ต้องจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 1 ปี ในกรณีสงเคราะห์บุตร
- ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 15 ปี ในกรณีชราภาพ
- ต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในกรณีว่างงาน

4.3 สิทธิประโยชน์ของการประกันสังคม

4.3.1 ประโยชน์ทดแทนในกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันมิใช่เนื่องมาจากการทำงานต้องจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 90 วันและอยู่ภายในระยะเวลา 15 เดือน

- บริการทางการแพทย์ รวมทั้งบริการด้านการรักษาโรคเอดส์
- เงินทดแทนการขาดรายได้ หักงานรักษาตามแพทย์สั่ง ได้รับในอัตราร้อยละ 50 ไม่นเกิน 90 วัน ใน 1 ปีปฏิทินจ่ายไม่เกิน 180 วัน

4.3.2 ประโยชน์ทดแทนในกรณีคลอดบุตร การคลอดบุตร หมายถึง ทารกที่ออกจากครรภ์มารดา ซึ่งมีระยะตั้งครรถ์ไม่น้อยกว่า 28 สัปดาห์ไม่ว่าจะมีชีวิตอยู่รอดหรือไม่ก็ตาม (ซึ่งถ้าคลอดก่อน 28 สัปดาห์ถือเป็นการแท้งบุตร) เมื่อจ่ายเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 210 วันภายในระยะเวลา 15 เดือน

- ค่าบริการทางการแพทย์ โดยจะเหมาจ่ายในอัตรา 12,000 บาท
- เงินทดแทนการขาดรายได้ ในอัตราร้อยละ 50 เป็นเวลา 90 วัน

4.3.3 ประโยชน์ทดแทนในกรณีทุพพลภาพ ทุพพลภาพ หมายถึง การสูญเสียอวัยวะหรือสูญเสียสมรรถภาพของอวัยวะหรือของร่างกายหรือสูญเสียสภาวะปกติของจิตใจจนไม่สามารถทำงานได้ต้องจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 90 วันภายในระยะเวลา 15 เดือน

- บริการทางการแพทย์
- เงินทดแทนการขาดรายได้ ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างรายวันที่ใช้ในการคำนวณเงินสมทบแต่ไม่เกิน 1 ปี ถ้าแพทย์วินิจฉัยแล้วว่าทุพพลภาพ ในอัตราไม่เกิน 15 ปี หรือหมดสิทธิเมื่อผู้ประกันตนถึงแก่ความตายก่อน

4.3.4 ประโยชน์ทดแทนในกรณีตาย ส่งเงินสมทบมาแล้วไม่น้อยกว่า 30 วันและอยู่ในระยะ 6 เดือนก่อนเสียชีวิต ได้เงินค่าทำศพเป็นจำนวน 100 เท่าของอัตราค่าแรงขั้นต่ำรายวัน

4.3.5 ประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตร จ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 1 ปี ได้รับการสงเคราะห์ให้ได้ไม่เกิน 2 คน เหมาจ่าย 350 บาทต่อบุตร 1 คน และบุตรอายุไม่เกิน 6 ปี

4.3.6 ประโยชน์ทดแทนในกรณีชราภาพ (เริ่มใช้ 31 ธันวาคม 2541) ส่งเงินสมทบร้อยละ 3 ไม่น้อยกว่า 15 ปี อายุครบ 55 ปี

- เงินบำนาญชราภาพ ซึ่งเป็นเงินเลี้ยงชีพรายเดือนผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบไม่น้อยกว่า 180 เดือน มีอายุครบ 55 ปีบริบูรณ์จ่ายร้อยละ 15 ของค่าจ้างเฉลี่ย 60 เดือนสุดท้าย ถ้าผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบเกิน 180 เดือน จากการจ่ายร้อยละ 15 เพิ่มอีก ร้อยละ 1 ของการจ่ายเงินสมทบทุก 12 เดือน

- เงินบำนาญชราภาพ ซึ่งเป็นเงินก้อนครั้งเดียว ผู้ประกันตนมีการจ่ายเงินสมทบไม่ครบ 180 เดือน และความเป็นผู้ประกันตนสิ้นสุดลงและมีอายุครบ 55 ปีบริบูรณ์หรือเป็นผู้ทุพพลภาพหรือถึงแก่ความตาย ถ้าผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบต่ำกว่า 12 เดือนให้จ่ายเงินบำนาญชราภาพ เท่ากับจำนวนเงินสมทบที่ผู้ประกันตนจ่ายให้กองทุนถ้าผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบเกิน 12 เดือน จะได้รับบำนาญที่จ่ายเข้ากองทุนพร้อมดอกเบี้ยในกรณีผู้รับเงินบำนาญชราภาพถึงแก่ความตายภายใน 60 เดือน นับแต่มีสิทธิได้รับเงินบำนาญชราภาพ ให้จ่ายเงินบำนาญชราภาพเป็นจำนวน 10 เท่า ของเงินบำนาญชราภาพรายเดือนที่ได้รับคราวสุดท้ายก่อนถึงแก่ความตายแก่ทายาท

4.3.7 ประโยชน์ทดแทนในกรณีว่างงาน การว่างงาน หมายถึง การที่ผู้ประกันตนต้องหยุดงานเนื่องจากนิติสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างและลูกจ้างตามสัญญาจ้างแรงงานสิ้นสุดลง ผู้ประกันตนมีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทนเมื่อจ่ายเงินร้อยละ 0.5 ของเงินค่าจ้างมาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในระยะเวลา 15 เดือนก่อนการว่างงาน ทั้งนี้ ต้องไม่เป็นผู้ประกันตนในมาตรา 39

4.4 บริการทางการแพทย์ที่ไม่ครอบคลุมสิทธิในกองทุนประกันสังคม ได้แก่

4.4.1 โรคจิตตกเว้นกรณีเฉียบพลันซึ่งต้องทำการรักษาในทันทีและระยะเวลาการรักษาไม่เกิน 15 วัน

4.4.2 โรคหรือการประสบอันตรายอันเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด

4.4.3 โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทคนไข้ในเกินกว่า 180 วันใน 1 ปี

4.4.4 การทำไตเทียมแบบล้างโลหิตตกเว้นกรณีไตวายเฉียบพลันที่มีระยะเวลาในการรักษาไม่เกิน 60 วัน

4.4.5 การกระทำใดๆ เพื่อความสวยงามโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

4.4.6 การรักษาที่ยังอยู่ในการค้นคว้าทดลอง

4.4.7 การรักษาภาวะมีบุตรยาก

4.4.8 การตรวจเนื้อเยื่อเพื่อการผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ

4.4.9 การตรวจใดๆ ที่เกินกว่าความจำเป็นในการรักษาโรคนั้น

4.4.10 การผ่าตัดเปลี่ยนอวัยวะ

4.4.11 การเปลี่ยนเพศ

4.4.12 การผสมเทียม

4.4.13 การบริการระหว่างรักษาตัวแบบพักฟื้น

4.4.14 ทันตกรรม(ปัจจุบัน สำนักงานประกันสังคมจ่ายให้อัตราครั้งละไม่เกิน 250 บาท และปีละไม่เกิน 500 บาทสำหรับการถอนฟัน อุดฟัน และขูดหินปูน โดยผู้ประกันตนต้องเป็นผู้ขอเบิกกับสำนักงานเอ)

4.4.15 แวนตา

4.5 พระราชบัญญัติประกันสังคมไม่ใช้บังคับแก่บุคคลต่อไปนี้

4.5.1 ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน และลูกจ้างชั่วคราวรายชั่วโมงของราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค และราชการส่วนท้องถิ่น ยกเว้นลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน

4.5.2 ลูกจ้างของรัฐบาลต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ

4.5.3 ลูกจ้างของนายจ้างที่มีสำนักงานในประเทศ และไปประจำทำงานในต่างประเทศ

4.5.4 ครูหรือครูใหญ่ของโรงเรียนเอกชนตามกฎหมายว่าด้วยโรงเรียนเอกชน

4.5.5 นักเรียน นักเรียนพยาบาล นิสิตหรือนักศึกษาหรือแพทย์ฝึกหัดซึ่งเป็นลูกจ้างของโรงเรียน มหาวิทยาลัย หรือโรงพยาบาล

4.5.6 กิจการหรือลูกจ้างอื่นตามที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา

4.6 อัตราเงินสมทบที่นายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลจ่ายเข้ากองทุนประกันสังคม

4.6.1 เงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยทุพพลภาพ ตาย และคลอดบุตร

- รัฐบาล จ่ายเงินตราเงินสมทบเป็นร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างผู้ประกันตน
- นายจ้าง จ่ายเงินตราเงินสมทบเป็นร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างผู้ประกันตน
- ผู้ประกันตน จ่ายเงินตราเงินสมทบเป็นร้อยละ 1.5 ของค่าจ้างผู้ประกันตน

4.6.2 เงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีสงเคราะห์บุตรและชราภาพ

- รัฐบาล จ่ายเงินตราเงินสมทบเป็นร้อยละ 3 ของค่าจ้างผู้ประกันตน
- นายจ้าง จ่ายเงินตราเงินสมทบเป็นร้อยละ 3 ของค่าจ้างผู้ประกันตน
- ผู้ประกันตน จ่ายเงินตราเงินสมทบเป็นร้อยละ 3 ของค่าจ้างผู้ประกันตน

4.6.3 เงินสมทบเพื่อการจ่ายประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน

- รัฐบาล จ่ายเงินตราเงินสมทบเป็นร้อยละ 5 ของค่าจ้างผู้ประกันตน
- นายจ้าง จ่ายเงินตราเงินสมทบเป็นร้อยละ 6 ของค่าจ้างผู้ประกันตน
- ผู้ประกันตน จ่ายเงินตราเงินสมทบเป็นร้อยละ 5 ของค่าจ้างผู้ประกันตน

5. แนวคิดเกี่ยวกับสวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

รัฐบาลและหน่วยงานรัฐวิสาหกิจได้จัดสวัสดิการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยให้ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและลูกจ้าง ซึ่งครอบคลุมทั้งเจ้าตัว คู่สมรส บุตร และบิดามารดาของผู้มีสิทธิ ตั้งแต่ พ.ศ. 2521 วัตถุประสงค์ของโครงการเป็นสวัสดิการ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจให้แก่ข้าราชการและลูกจ้างของตนเอง โดยใช้เงินจากงบประมาณของรัฐบาลและหน่วยงานรัฐวิสาหกิจนั้นๆ ระบบนี้ครอบคลุมประชากรประมาณร้อยละ 8.5 ของประเทศในปี พ.ศ. 2544

สิทธิประโยชน์ของโครงการนี้ดีกว่าโครงการอื่นๆ ในแง่ผู้มีสิทธิสามารถเลือกไปรับบริการในสถานพยาบาลของรัฐที่ใดก็ได้ และบริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชนในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน (มีพาดานการจ่าย) ในกรณีของข้าราชการ ส่วนของรัฐวิสาหกิจนั้นส่วนใหญ่ให้อิสระแก่ผู้มีสิทธิในการไปเลือกใช้บริการ สำหรับชุดสิทธิประโยชน์นั้นไม่ต่างจากโครงการอื่นๆ มากนักแต่อาจมีบริการที่ขวกเว้นน้อยกว่า เช่น ครอบคลุมกรณีไตวายเรื้อรัง หรือการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะ

สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการส่วนกลางและภูมิภาคนั้นบริหารจัดการโดยกรมบัญชีกลาง ส่วนสวัสดิการข้าราชการท้องถิ่นและพนักงานรัฐวิสาหกิจนั้นจะบริหารจัดการโดยหน่วยงานนั้นๆ เอง โดยบริการผู้ป่วยนอกต้องจ่ายค่าบริการไปเองก่อนและมาเบิกคืนภายหลังสวนบริการผู้ป่วยในต้องใช้ใบส่งตัวจากหน่วยงานต้นสังกัดและโรงพยาบาลตั้งเบิกจากกรมบัญชีกลาง (ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 ผู้มีสิทธิ ที่มีโรคเรื้อรังและข้าราชการบำนาญ สามารถขอขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลเพื่อให้โรงพยาบาลเบิกตรงกับกรมบัญชีกลางสำหรับบริการผู้ป่วยนอกโดยไม่ต้องจ่ายค่าบริการเองก่อน และจะขยายไปยังกลุ่มข้าราชการในระยะต่อไป) โครงการนี้จ่ายค่าบริการให้กับสถานพยาบาลตามปริมาณบริการ (Free-for-Services) สำหรับหน่วยงานรัฐวิสาหกิจนั้นสิทธิประโยชน์อาจแตกต่างกันไปตามฐานะและส่วนใหญ่มีเพดานค่าใช้จ่ายที่คุ้มครองปัญญาของระบบบริการนี้คือการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายอย่างรวดเร็วอันเนื่องมาจากวิธีการจ่ายเงินตามปริมาณบริการ (กระทรวงสาธารณสุข 2550: 381)

สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล และค่าตรวสุขภาพ ข้าราชการหรือลูกจ้างประจำรวมทั้งข้าราชการบำนาญและทหารกองหนุนมีเบี้ยหวัดคุ้มครอง บิดามารดา และบุตร โดยขอบด้วยกฎหมาย 3 คนแรก ถ้ายังมีบุตรไม่ถึง 3 คน ต่อมาเมื่อบุตรแฝดทำให้เกิน 3 คน ให้มีสิทธิเบิกเงินได้ตั้งแต่คนที่หนึ่งถึงคนสุดท้ายด้วยได้ (ไม่รวมบุตรบุญธรรม) ซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับการรักษายาบาลตามหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายตามพระราชกฤษฎีกา สวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาลพ.ศ. 2523 และแก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2534 และวิธีการเบิกจ่ายตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กระทรวงการคลังกำหนดสรุปได้ดังนี้

1. สถานพยาบาลของทางราชการ ทั้งประเภทผู้ป่วยภายนอกหรือผู้ป่วยภายในให้เบิกค่ารักษายาบาลได้เต็มจำนวนที่ได้จ่ายไปจริงวันแต่ (ก) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรครวมทั้งค่าซ่อมแซมให้เบิกได้ตามที่กระทรวงการคลังกำหนด (ข) ค่าห้องและค่าอาหารให้เบิกได้ตามที่กระทรวงฯ กำหนด (ตั้งแต่ 1 เมษายน พ.ศ. 2535 ให้เบิกรวมกันได้ไม่เกินวันละ 600 บาท)

2. สถานพยาบาลของเอกชน เบิกได้เฉพาะประเภทผู้ป่วยภายใน ดังนี้

(ก) ค่าอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรครวมทั้งค่าซ่อมแซมห้องและค่าอาหารให้เบิกได้เช่นเดียวกับผู้ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลของทางราชการ

(ข) ค่ารักษายาบาลประเภทอื่น ๆ ให้เบิกได้ครั้งหนึ่งของจำนวนที่จ่ายไปจริง แต่จะต้องไม่เกินสามพันบาทสำหรับระยะเวลาภายในสามสิบวัน นับแต่วันเข้ารับการรักษาพยาบาล และในกรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลเกินสามสิบวัน ให้เบิกได้ครั้งหนึ่งของจำนวนที่จ่ายไปจริงๆ แต่จะต้องไม่เกินวันละหนึ่งร้อยบาท

ทั้งนี้ เว้นแต่กรณีที่มีอุบัติเหตุหรือมีความจำเป็นรีบด่วนซึ่งหากผู้ป่วยมิได้รับการรักษาพยาบาลในทันทีอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้นั้น ไล้มาได้เข้ารับการรักษายาพยาบาลประเภทผู้ป่วยภายในจากสถานพยาบาลของเอกชนอื่น ซึ่งมีใช้สถานพยาบาลของเอกชนตามพระราชกฤษฎีกา ให้เบิกค่ารักษาพยาบาลตาม (ก) หรือ (ข) ได้ นอกจากนี้ ข้าราชการยังเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีได้ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล(ฉบับที่4) พ.ศ. 2523 และหนังสือกระทรวงการคลังที่กค 0526.5/ว 166 ลว. 27 ธันวาคม 2539 กำหนดให้ ข้าราชการเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีได้ด้วย

สวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการรักษายาพยาบาล พ.ศ. 2523 และแก้ไขเพิ่มเติมถึงฉบับที่8 (พ. ศ. 2545) นั้นหมายรวมถึงการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้ ให้การเบิกจ่ายเป็นไปตามระเบียบที่กระทรวงการคลังกำหนด

6. แนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานการบริการด้านเอชไอวีและเอดส์

6.1 ความหมายของ “เอดส์”

พจนานุกรมไทยฉบับบัณฑิตยสถาน (2546: 1393) ให้ความหมายว่า “เอดส์” คือ กลุ่มอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันเสื่อมเหตุไวรัส HIV “เอดส์” มาจากภาษาอังกฤษว่า “AIDS” ซึ่งย่อมาจากคำเต็มว่า Acquired Immuno Deficiency Syndrome ซึ่งแต่ละคำมีความหมายดังนี้ “A” คือ Acquired หมายถึงเกิดขึ้นภายหลัง ไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิดหรือสืบทอดทางกรรมพันธุ์ “I” คือ Immuno หมายถึง ระบบภูมิคุ้มกันหรือระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย “D” คือ Deficiency หมายถึง ความบกพร่อง การขาดไปหรือเสื่อม “S” คือ Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการคือมีหลายๆ อย่างไม่เฉพาะที่ระบบใดระบบหนึ่งรวมแปลว่า “กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง” เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อม หรือบกพร่องลง เป็นผลทำให้เป็นโรคติดเชื้อหรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ อาการมักจะรุนแรง เรื้อรัง และเสียชีวิตในที่สุด

ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย (<http://www.trcarc.org/>) ให้ความหมายว่า โรคเอดส์คือ กลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัส HIV (เอชไอวี) ซึ่งเชื้อ HIV ตัวนี้ จะอาศัยและเจริญเติบโตได้ดีในเลือดคนและจะแพร่พันธุ์ได้ดีเมื่อมันเข้าไปอยู่ในเม็ดเลือดขาวโดยอาศัยเม็ดเลือดขาวของเราเป็นที่เพาะพันธุ์ เมื่อมีจำนวนไวรัส HIV มากขึ้นจะทำให้ภูมิคุ้มกันโรค (CD4) ในร่างกายลดน้อยลง จึงทำให้ติดเชื้อโรคง่ายโอกาสเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น เช่น โรคปอด

อักเสบจากพยาธิบางชนิด วัณโรคในปอด หรือต่อมน้ำเหลืองเชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อราซึ่งสาเหตุของการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์มักเกิดขึ้นจากการติดเชื้อโรคนวยโอกาสต่างๆเหล่านี้

6.2 ประวัติความเป็นมาของ “เอดส์”

โรคเอดส์พบครั้งแรกในเดือนมิถุนายนพ.ศ. 2524 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยเป็นชายรักร่วมเพศป่วยเป็นปอดบวมจากเชื้อ นิวโมซิสติส แครินิอาย (*Pneumocystis Carinii*) ทั้งที่เป็นคนแข็งแรงมากมาก่อน และไม่เคยใช้ยากดภูมิคุ้มกัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติพบว่าเซลล์ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติจากการศึกษาย้อนหลังพบว่าโรคนี้นี้มีต้นกำเนิดมาจากประเทศแถบแอฟริกาตะวันตกในปี พ.ศ. 2503 และต่อมาได้แพร่ไปยังเกาะไฮติ ทวีปอเมริกา ยุโรป และเอเชียรวมทั้งประเทศไทยด้วย สำหรับผู้ป่วยเอดส์รายแรกในประเทศไทยนั้นเป็นชายอายุ 28 ปี เดินทางไปศึกษาต่อที่อเมริกาและมีพฤติกรรมรักร่วมเพศ เริ่มมีอาการในปี พ.ศ. 2526 ได้รับการตรวจและรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในอเมริกาพบว่าปอดอักเสบจากเชื้อ *Pneumocystis Carinii* แพทย์ลงความเห็นว่าเป็นโรคเอดส์จึงกลับมารักษาตัวที่ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2527 และเสียชีวิตในเวลาต่อมา (กรมควบคุมโรค 2546: 2)

ในปี พ.ศ. 2526 Luc Montagnier ชาวฝรั่งเศส สามารถแยกเชื้อจากต่อมน้ำเหลืองของผู้ป่วย และตั้งชื่อว่า *Lymphadenopathy Associated Virus* หรือ LAV และในเวลาใกล้เคียงกัน Robert Gallo นายแพทย์ชาวอเมริกันก็สามารถแยกเชื้อจากเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วยและตั้งชื่อว่า *Human T-Cell Lymphotropic Virus Type III* หรือ HTLV III ต่อมา Levy นายแพทย์ชาวอเมริกันสามารถแยกเชื้อชนิดเดียวกันนี้และตั้งชื่อว่า *AIDS Related Virus* จากการศึกษาในเวลาต่อมาพบว่าเชื้อทั้ง 3 ตัวนี้น่าจะเป็นเชื้อตัวเดียวกันจึงตกลงตั้งชื่อในสากลว่า *Human Immunodeficiency Virus* หรือ HIV เชื้อ HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) สามารถแบ่งตัวในเซลล์ของคน เช่น เม็ดเลือดขาว เซลล์สมอง เมื่อติดเชื้อร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกัน (*Antibody*) ต่อต้านเชื้อไวรัสแต่ไม่สามารถกำจัดให้หมดไป เชื้อยังคงอยู่ในเม็ดเลือดและแพร่ต่อไปได้และจะไปทำลายเม็ดเลือดขาว ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการควบคุมการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง ทำให้ผู้มีเชื้อเอไอวีอยู่ในร่างกายอ่อนแอ สามารถติดเชื้อนวยโอกาสต่างๆ ได้ง่าย (กรมควบคุมโรค 2546: 1-3)

6.3 การติดเชื้อเอชไอวีผลต่อร่างกายเมื่อติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีนั้น มีช่องทางการติดเชื้อที่เหมือนกันในทุกๆ ประเทศแต่มีความแตกต่างกันในช่องทางหลัก เนื่องจากสภาพวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสังคม ในประเทศไทย ลักษณะการติดเชื้อเอชไอวี สามารถพบได้ 3 ช่องทาง (กรมควบคุมโรค 2546: 7-8) ได้แก่

6.3.1 การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยไม่ใช่ถุงยางอนามัย ไม่ว่าจะ ชายกับชาย ชายกับหญิง หรือหญิงกับหญิง ทั้งช่องทางธรรมชาติหรือไม่ธรรมชาติ(ทวารหนักหรือปาก) ก็มี โอกาสติดเชื้อเอดส์ และปัจจัยที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อมากขึ้น ได้แก่การมีแผลเปิด โดยประมาณ ร้อยละ 84 ของผู้ป่วยเอดส์ได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์

6.3.2 การรับเชื้อทางเลือด โอกาสติดเชื้อเอดส์ขึ้นอยู่กับปริมาณไวรัสในเลือด พบได้ ใน 2 กรณี ได้แก่

- 1) ใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ มักพบในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดและหากคนในกลุ่มนี้ติดเชื้อก็สามารถถ่ายทอดเชื้อเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ได้อีกทางหนึ่ง
- 2) ได้รับเลือดในขณะผ่าตัดหรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด ในปัจจุบันเลือด ที่ได้รับบริจาคทุกขวดต้องผ่านการตรวจหาการติดเชื้อเอดส์และจะปลอดภัยเกือบ 100% (โอกาส ตรวจผิดหรือเลือดมีเชื้อแต่ยังไม่ให้ผลมีน้อยมาก)

6.3.3 การแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก ผู้หญิงสามารถติดเชื้อเอดส์ได้จากสามี คู่รัก คู่นอน หรือพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง พบว่าอัตราการติดเชื้อเอดส์ในหญิงมีครรภ์ประมาณร้อยละ 1.39 (มิถุนายน 2545) และสามารถถ่ายทอดให้ทารกได้ทั้งในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและภายหลัง คลอดประมาณร้อยละ 30 ในขณะนี้ มีวิธีป้องกันการแพร่เชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูกได้โดยการกินยาต้าน ไวรัส ในช่วงอายุครรภ์ 34 สัปดาห์ไปจนคลอด สามารถโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ลงได้จาก ร้อยละ 30 เหลือเพียงร้อยละ 8 แต่ยังคงมีความเสี่ยงอยู่ ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุดคือ การตรวจเลือดก่อน ตัดสินใจมีบุตรทุกท้อง ในระยะหลังคลอดเด็กสามารถรับเชื้อเอดส์จากแม่ผ่านทางน้ำนม เพื่อลดโอกาส เสี่ยงดังกล่าวจึงควรใช้นมผงทดแทน

การทำลายภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป ในประเทศไทยส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 7-10 ปี ภูมิคุ้มกันจึงจะเริ่มเสื่อมลง ผู้ที่อยู่ในระยะที่ภูมิคุ้มกันยังปกติอยู่ นี้ เรียกว่า "ผู้ติดเชื้อเอชไอวี" และเมื่อผู้ติดเชื้อที่ภูมิคุ้มกันต่ำลง จนกระทั่งมีภาวะภูมิคุ้มกัน บกพร่องหรือเกิดการป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส จึงเรียกว่า "ผู้ป่วยเอดส์" (สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ ม.ป.ป. : 2-3)

ในปี ค.ศ. 1990 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้จัด กลุ่มภาวะและการติดเชื้อฉวยโอกาสในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ที่รักษาได้ง่ายในคนปกติ ซึ่งออกเป็น ระยะต่างๆ ได้แก่(องค์การอนามัยโลก 1990: 221-222)

ระยะที่ 1: การติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีอาการ ไม่จัดเป็น โรคเอดส์

ระยะที่ 2: มีการแสดงอาการเชื้อเอชไอวี และการติดเชื้อในทางเดินหายใจ ส่วนบน เป็นซ้ำ (Recurrent)

ระยะที่ 3: นับรวมเอาอาการท้องเสียหรือรุกรานกว่าหนึ่งเดือนที่ไม่มีคำอธิบาย การติดเชื้อแบคทีเรียรุนแรง และวัณโรคปอด

ระยะที่ 4: นับรวมเอาการติดเชื้อทอกโซพลาสมาในสมอง การติดเชื้อรบกวนคิด ในหลอดอาหาร หลอดลม หรือปอด และเนื้องอกคาโปซี โรคเหล่านี้ บ่งชี้ถึงเอดส์

6.4 ระบาดวิทยาของเอชไอวีเอดส์

ประวัติการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เริ่มขึ้นเมื่อมีการรายงานผู้ป่วยชายรั่วมเพศ ที่มีอาการโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในเมืองลอสแอนเจลิส เมื่อปี พ.ศ. 2524 จากนั้นก็มีการติดตามเฝ้าระวังโรคที่มีลักษณะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เรียกว่า "โรคเอดส์" และทำการปรับคำนิยามใหม่ ในปี พ.ศ. 2530 และ พ.ศ. 2535 โดยที่ในระหว่างนั้น ประเทศต่างๆ ทั่วโลกก็ทำการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยเอดส์ในลักษณะเดียวกัน(จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ 2543: 193)

องค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: UNAIDS) คาดว่ามีผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้วประมาณ 60 ล้านคน และมีผู้ที่เสียชีวิตจากสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีอีกประมาณ 25 ล้านคน โดยเฉพาะใน พ.ศ. 2551 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 33.4 ล้านคน (31.1-35.8 ล้านคน) เป็นผู้ใหญ่อายุประมาณ 31.3 ล้านคน (29.2-33.7 ล้านคน) มีผู้หญิงที่ติดเชื้อประมาณ 15.7 ล้านคน (14.2-17.2 ล้านคน) เป็นเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 2.1 ล้านคน (2.0-2.5 ล้านคน) และเป็นผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 2.0 ล้านคน (1.7-2.4 ล้านคน) ซึ่งคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 2.7 ล้านคน (2.4-3.0 ล้านคน) ทั่วโลกโดยคาดว่าจะมีเด็กวัยรุ่นที่อายุ 15-24 ปี มีการติดเชื้อร้อยละ 40 ในขณะที่ผู้หญิงมีการติดเชื้อถึงร้อยละ 48 ซึ่งพบว่าทวีป SUB-Saharan Africa เป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีมากที่สุด ในครัวเรือนประมาณ ร้อยละ 67 ของผู้ติดเชื้อทั่วโลกมีเด็กที่ติดเชื้อรายใหม่ประมาณร้อยละ 91 และมีเด็กกำพร้ามากกว่า 14 ล้านคนในทวีป SUB-Saharan Africa รองลงมาอยู่ในแถบ South & South East Asia ประมาณ 3.8 ล้านคน ส่วนใหญ่ประเทศที่มีการติดเชื้อสูงร้อยละ 97 จะอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำหรือยากจนและอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลางนอกจากนี้ ยังพบว่าประมาณ 1 ใน 3 คน ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสาเหตุของการเสียชีวิตด้วยโรคแทรกซ้อนจากวัณโรค (กรมควบคุมโรค 2553 จาก <http://www.aidthai.org/>)

จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทยล่าสุด (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2552) สำนักระบาดวิทยา รายงานว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น จำนวน 359,807 ราย เสียชีวิตแล้ว จำนวน 96,067 ราย แนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมาเนื่องจากการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมี

ชีวิตที่ยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงทำให้มีผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลงกว่าอดีต (กรมควบคุมโรค 2553 จาก <http://www.aidsthai.org/>)

ในช่วงที่ผ่านมา (ปี พ.ศ.2527-2552) พบว่าอัตราป่วยเอดส์ของประชากรในพื้นที่ต่อแสนคนส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลง ส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ภาคกลางและภาคเหนือสูงกว่าภาคอื่นๆ รองลงมาภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ โดยเฉพาะภาคกลางมีแนวโน้มของอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนในพื้นที่สูงสุด ในปี พ.ศ.2547 ประมาณ 56 คน (55.86) และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันเท่ากับ 44.83, 44.99, 41.84, 27.27 และ 10.79 ตามลำดับและพบว่าในปี พ.ศ. 2551 มีอัตราป่วยเอดส์ในจังหวัดบุรีรัมย์มีอัตราป่วยสูงกว่าจังหวัดอื่นๆ ประมาณ 28 คน (27.27) ต่อประชากรแสนคนในพื้นที่ภาคกลาง รองลงมาอยู่ในจังหวัดตราดประมาณ 54.00คน (53.54) จังหวัดจันทบุรีประมาณ 50.00 คน (49.59) กรุงเทพฯ ประมาณ 47 คน (46.67) จังหวัดชัยนาท ประมาณ 39 คน (38.73) และจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ประมาณ 39 คน (38.46) ตามลำดับปี พ.ศ.2552 เมื่อเทียบอัตราป่วยเอดส์ต่อประชากรแสนคนในพื้นที่ภาคกลางพบว่า มีอัตราป่วยเอดส์มากในจังหวัดจันทบุรีประมาณ 42 คน (41.14) สมุทรปราการ ประมาณ 21 คน (20.05) กรุงเทพฯ ประมาณ 19 คน (18.84) อ่างทอง ประมาณ 17 คน (16.89) และจังหวัดนครนายกประมาณ 16 คน (15.65) ตามลำดับ ส่วนในภาคเหนือมีแนวโน้มของอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนในพื้นที่สูงสุดในปี พ.ศ.2547 ประมาณ 68 คน (67.90) และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันและพบว่าในปี พ.ศ.2551 มีอัตราป่วยเอดส์ในจังหวัดพะเยาสูงกว่าจังหวัดอื่นๆ ประมาณ 60 คน (59.27) ต่อประชากรแสนคนในพื้นที่ภาคเหนือ รองลงมาอยู่ในจังหวัดเชียงรายประมาณ 43 คน (42.22) อัตราการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ระหว่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับภาคใต้ในช่วงกว่า 2 ทศวรรษที่ผ่านมา (ตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 - 2551) พบว่าแนวโน้มของอัตราป่วยด้วยโรคเอดส์ในภาคใต้สูงกว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมาโดยตลอดพบอัตราป่วยเอดส์ในจังหวัดระนองซึ่งเป็นจังหวัดท่องเที่ยวสูงกว่าจังหวัดอื่นๆ ในทุก ๆ ภาค ประมาณ 87 คน (86.32) ต่อประชากรแสนคนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วยเอดส์ต่อประชากรในพื้นที่สูงสุดในปี พ.ศ.2547 ประมาณ 33 คน (32.55) และมีแนวโน้มของอัตราป่วยเอดส์ลดลงอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันพบว่าอัตราป่วยเอดส์ในปี พ.ศ.2551 พบมากที่สุด ในจังหวัดศรีสะเกษประมาณ 29 คน (28.15) รองลงมาเป็นจังหวัดอุดรธานี ประมาณ 27 คน หรือร้อยละ 26.23 (กรมควบคุมโรค 2553: จาก <http://www.aidsthai.org/>)

6.5 การดูแลรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์

การพัฒนาทางด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วทั้งในระดับห้องปฏิบัติการ (โมเลกุล) จนถึงระดับคลินิก รวมทั้งการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในขณะที่นโยบายและแนวทางการป้องกันก็มีการพัฒนาไป

ตามลำดับ ตั้งแต่การป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ การป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก การพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ พัฒนาการการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทยเริ่มด้วยการให้ยาต้านไวรัส ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2535 โดยให้ยาต้านตัวยาเดี่ยว (Mono Therapy) และพัฒนาให้ยาต้านสองชนิด (Dual Therapy) ในปี พ.ศ. 2540 และใช้ยาแบบสามชนิดพร้อมกัน (Triple Therapy) ในปี พ.ศ. 2543 (กรมควบคุมโรค 2547: 2) พร้อมทั้งมีการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าถึงการบริการมากขึ้น ในขณะที่ความพร้อมด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นความก้าวหน้าด้านการวิจัย ความพร้อมด้านการแพทย์และพยาบาล เป็นต้น

หลังจากนั้น ได้มีการขยายโอกาสการดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อด้วยยาต้านไวรัสเอดส์มากขึ้นอีก โดยได้มีการพัฒนาระบบบริการดูแลสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวแบบบูรณาการ ผสมผสาน ทั้งการดูแลหลายๆ ด้านภายใต้นโยบาย ความครอบคลุม ความเสมอภาค และประสิทธิภาพ และการมีส่วนร่วมจากประชาชนและสังคม จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2545 มีการพัฒนาสถูรยาต้านไวรัสชนิดต่างๆ หลากหลาย ประกอบกับองค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตยาบางชนิดได้ในราคาถูก รวมทั้งการต่อรองราคาขายให้ถูกลง (กรมควบคุมโรค 2547: 11) ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสเข้าถึงบริการและได้รับการบริการและดูแลที่ดีขึ้นเป็นลำดับ ภายใต้นโยบายเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการดูแลทางการแพทย์และพยาบาล การดูแลด้านจิตวิทยา การดูแลด้านเศรษฐกิจและสังคม และการดูแลที่บ้านและชุมชน ครอบคลุมปัญหาก่อนการติดเชื้อ ปัญหาขณะพบว่าติดเชื้อและยังไม่มีอาการ ปัญหาเมื่อเริ่มมีอาการป่วย ปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต และปัญหาผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว (กรมควบคุมโรค 2547: 5-6)

พระมณีนิจสถานนท์ (2550:1) มีความคิดเห็นว่าคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ในปัจจุบันมีการยอมรับอย่างกว้างขวางแล้วว่า โรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ที่แม้ว่าจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถควบคุมการดำเนินโรคได้อย่างดีด้วยการใช้ยาต้านไวรัส ร่วมกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วย โดยแนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์และเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ป่วยเอดส์ลดลง

โรคเอดส์นี้มีลักษณะเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ ที่ปริมาณผู้ติดเชื้อย่อมเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ และมากขึ้นเป็นทวีคูณถ้าหากมาตรการการป้องกันโรคไม่ดีเพียงพอ ที่ผ่านมาแม้ว่าการพัฒนาคุณภาพและการขยายบริการการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบวงจรจะเกิดขึ้นมาในระยะหลังที่ได้มีการขยายบริการยาต้านไวรัสอย่างกว้างขวาง แต่จากกาประชุมวิชาการ งานวิจัย

รายงานประจำปี และการนิเทศติดตาม พบว่าการบริการต่างๆ ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพการให้บริการอยู่ในด้านผู้ให้บริการพบว่า

1. จำนวนผู้ให้บริการไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการ ทำให้ระยะเวลาในการให้บริการแต่ละคนไม่เพียงพอในการจะให้ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง

2. ภาระในด้านการรักษาของโรงพยาบาลมีมากขึ้นในปัจจุบัน ทำให้ความสนใจในเรื่องการพัฒนาคุณภาพของงานลดลง

3. ขาดการปรับปรุงและเพิ่มเติมความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วย

ปัญหาในด้านผู้รับบริการ พบว่า

1. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ยังไม่ยอมเปิดเผยตัวแก่ชุมชน จึงไปรับการรักษาในต่างพื้นที่ ส่งผลให้การติดตามการรักษาเป็นไปได้ยาก

2. ผู้รับบริการขาดวินัยในการดูแลตนเอง

3. สิทธิรับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลไม่ตรงกับภูมิถิ่นของผู้ป่วย

ปัญหาด้านการดูแลรักษาเหล่านี้ เป็นปัญหาทั้งในเชิงวิชาการ นโยบายที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โครงสร้างระบบและตัวบุคคลการแก้ไขปรับปรุงคุณภาพบริการจึงจำเป็นต้องพิจารณาในหลายมิติ ทั้งตัวผู้ป่วย ญาติ ชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัย สถานบริการ บุคลากรงบประมาณ และนโยบายจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

ถึงแม้ว่าประเทศไทยได้รับการชื่นชมจากนานาชาติ ว่าผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้เป็นปริมาณที่น่าพอใจ และครอบคลุมเกือบทุกกลุ่มประชากร แต่ความสำเร็จในเชิงปริมาณของการบริการยาต้านไวรัสเพียงอย่างเดียว ไม่ได้ยืนยันคุณภาพการบริการได้ จะต้องสร้างคุณภาพบริการให้เกิดขึ้นตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการตรวจเลือด การให้คำปรึกษา การส่งเสริมสุขภาพก่อนมีเอชไอวี การป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การบริการยาต้านไวรัส และการป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น โดยยุทธศาสตร์สำหรับการไปยังเป้าหมายดังกล่าวนี้ ต้องเริ่มจากการสร้างกลไกสนับสนุนการแก้ปัญหาของการรักษาผู้ป่วย ในระดับสถานบริการ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาล หรือสถานอนามัย เพื่อให้แก้ปัญหาได้รวดเร็ว ตรงความต้องการของผู้ป่วย และสังเคราะห์นโยบายของแต่ละหน่วยงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคพร้อมกัน ให้เอื้อต่อการทำงานของสถานบริการ (พีระมณ นิงสานนท์ 2550 : 4)

6.6 การพัฒนามาตรฐานการบริการด้านเอชไอวี/เอดส์ HIVQUAL-T

ประเทศไทยมีการดำเนินโครงการการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมในระดับประเทศ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ตั้งแต่ปี 2544 ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงการดูแลรักษามากยิ่งขึ้น มีผู้ป่วยเอดส์จำนวนมากกว่า 80,000 คน ที่ได้รับการรักษาด้วย

ขาด้านไวรัส ภายใต้การดำเนินงานโครงการในระดับประเทศ(National Program) ในข้อตกลงความร่วมมือฉบับแรกของ GAP Thailand (2545-2549) โดยทางสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในพื้นที่ 3 จังหวัดภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย โดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เป็นเครื่องมือในการวัดศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ซึ่งประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาล จำนวน 63 แห่ง

สืบเนื่องจากสถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล(พรพ.) ได้เริ่มสนับสนุนระบบต่างๆ ในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลโดยในปัจจุบันมีโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและภาคเอกชน จำนวน 914 โรงพยาบาล ได้เริ่มทำกระบวนการพัฒนาคุณภาพเพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และในด้านการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ซึ่งเป็นหนึ่งในกิจกรรมสำคัญของกระบวนการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลกรมควบคุมโรคจึงมีนโยบายที่จะร่วมมือกับสถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลในการขยายการพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ไปทั่วประเทศ เพื่อให้เกิดการบูรณาการ การพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างเป็นระบบส่วนในด้านการรักษาผู้ป่วยด้วยขาด้านไวรัส ตั้งแต่ปี 2548 ได้มีการรวม โครงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในระดับประเทศภายใต้กรมควบคุมโรคเข้ากับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค) ภายใต้การดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้นความร่วมมือระหว่างองค์กรเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญมากในการสร้างระบบที่จะติดตามและพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ให้ยั่งยืน(กรมควบคุมโรค 2553 จาก <http://www.cqihiv.com/>)

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคในฐานะที่เป็นหน่วยงานหลักในการนำนโยบายการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของกระทรวงสาธารณสุข ไปปฏิบัติ ทั้งในบทบาทของการกำหนดมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานบริการแพทย์และสาธารณสุข การกำหนดรูปแบบการติดตามกำกับและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ รวมไปถึงการวิจัยพัฒนาและสร้างแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ครบถ้วน การพัฒนามาตรฐานสำหรับสถานบริการสาธารณสุขด้านโรคเอดส์จึงถูกบรรจุอยู่ในแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 เนื่องจากเงื่อนไขการพัฒนาบริการยังมีข้อจำกัดจึงได้สมัคคี อรรถศิลป์ 2551: 11)

1. ความแตกต่างของบริการที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีได้รับจากสถานบริการ
2. กระแสการจัดมาตรฐานในการรักษาและให้บริการผู้ป่วยในโรคต่างๆ
3. เป็นหลักเกณฑ์ที่ใช้อ้างอิงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ
4. การรักษาโรคเอดส์มีประเด็นเชิงสังคม จิตวิทยา ที่ต้องคำนึงถึง

การกำหนดมาตรฐานบริการสำหรับสถานบริการสาธารณสุขด้านโรคเอดส์จึงถูกพัฒนาขึ้น โดยเชื่อมโยงระหว่างมาตรฐานสำหรับสถานบริการสาธารณสุขด้าน โรคเอดส์ และการพัฒนาคุณภาพบริการโดยใช้กระบวนการHIVQUAL-T

สมศักดิ์ สุภวิทย์กุล(2550: 10) มีความคิดเห็นว่า HIVQUAL (Quality of HIV Care) คือรูปแบบการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อ โดยการพัฒนาศักยภาพด้านกาบริการจัดการคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวีในโรงพยาบาล ซึ่ง HIVQUAL Project ได้ริเริ่มและพัฒนาโดยสถาบันเอดส์รัฐนิวยอร์ก มีเป้าหมายหลัก เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี และได้มีดำเนินการอย่างแพร่หลายในรัฐต่างๆ ของประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศไต้หวันและบางประเทศในแถบแอฟริกา

จิตรลดา อุทัยพิบูลย์(<http://www.cqihiv.com/>) ได้ให้แนวคิดเรื่องการจัดการคุณภาพ HIVQUAL ว่า HIVQUAL (Quality of HIV Care) คือ รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อ โดยการพัฒนาศักยภาพด้านการบริหารจัดการคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวีในโรงพยาบาล

โครงการ HIVQUAL Project ริเริ่มและพัฒนาโดยสถาบันเอดส์ รัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา มีเป้าหมายหลัก เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอชไอวี HIVQUAL Project ประยุกต์ปรัชญาหยิน-หยาง ของประเทศจีนในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี คือคุณภาพของการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีเป็นกระบวนการต่อเนื่อง มีความสมดุลใน 3 องค์ประกอบได้แก่ การวัดผลการปฏิบัติงานการดูแลรักษา (Performance Measurement: PM) การปรับปรุงคุณภาพ (Quality Improvement: QI) มีระบบโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการพัฒนาคุณภาพภายในองค์กร (Infrastructure) และกิจกรรมที่เสริมให้เกิดการพัฒนาได้เร็วและต่อเนื่อง คือการเรียนรู้แบบกลุ่ม (Group Learning) ซึ่งหมายความว่า การพัฒนาคุณภาพบริการจะต้องทำควบคู่กันระหว่างการวัดผลการปฏิบัติงานการดูแลและการปรับปรุงคุณภาพ ภายใต้บริบทของหน่วยงานที่ต้องสร้างความเข้มแข็งด้าน โครงสร้างพื้นฐานเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพเช่น นโยบายขององค์กรและผู้บริหาร ทีมที่ปรึกษาคณะกรรมการดำเนินงาน การทำงานเป็นทีมตลอดจนทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการสนับสนุนการ วัดผลการปฏิบัติงานและการปรับปรุงคุณภาพเป็นประจำและต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI)



ภาพที่ 2.1 แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนาบริการด้านเอชไอวีเอดส์
ที่มา: กรมควบคุมโรค (<http://www.cqihiv.com/>) ปรับปรุงจาก Bruce D. Agins)

สมศักดิ์ สุภวิทย์กุล (2550 : 13) มีความคิดเห็นว่าเป้าหมาย HIVQUAL Project ได้แก่

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพและความสามารถของสถานบริการในการที่จะพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อพัฒนาโครงสร้างการพัฒนาคุณภาพบริการ ให้สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างยั่งยืน
3. เพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพบริการและการรายงานข้อมูลการวัดผลการปฏิบัติงานการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยตนเองของสถานบริการ
4. เพื่อการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

6.7 การปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษาต้านเอชไอวีเอดส์โดยรูปแบบ HIVQUAL

เป็นรูปแบบการพัฒนาคุณภาพในหน่วยงาน (HIVQUAL Model) เพื่อช่วยเหลือหน่วยงานให้มีแนวทางในการการพัฒนาคุณภาพการดูแลได้เองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนซึ่งรูปแบบนี้ประกอบด้วยวงล้อการดำเนินงาน 2 วง คือ ระดับของการวางแผนเพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดการดำเนินงาน (HIV Quality Program) ซึ่งประกอบไปด้วยแผนงาน 3 ชั้นตอนได้แก่

6.7.1 กำหนดและวางแผนงานพัฒนาคุณภาพ

- 1) ระบุหัวหน้า/ผู้นำทีม และผู้มีส่วนร่วม
- 2) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ

- 3) วางแผนงานพัฒนาคุณภาพ
- 4) กำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานตามแผน

6.7.2 ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ

- 1) สร้างระบบการวัดผลการปฏิบัติงาน
- 2) ทบทวนข้อมูลการวัดผล
- 3) กำหนดทีมรับผิดชอบโครงการพัฒนาคุณภาพ
- 4) สนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

6.7.3 ประเมินผลงานพัฒนาคุณภาพ

- 1) ประเมินประสิทธิภาพของโครงการพัฒนาคุณภาพ
- 2) ประเมินการทำงานของทีม
- 3) เรียนรู้และตอบสนองต่อการปฏิบัติงาน
- 4) กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อความยั่งยืนของโครงการ

การดำเนินงานปรับปรุงคุณภาพการดูแลภายหลังการวัดผลการปฏิบัติงานการดูแลตาม HIVQUAL Model มีการดำเนินงานในรูปโครงการ โดยมี 6 ขั้นตอนดังนี้(Quality Improvement Project Cycle)

- ขั้นตอนที่1 ทบทวน เก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล
- ขั้นตอนที่2 จัดสร้างทีมงาน
- ขั้นตอนที่3 ทบทวนกระบวนการดำเนินงาน
- ขั้นตอนที่4 วางแผนการดำเนินงานและทดสอบการเปลี่ยนแปลง
- ขั้นตอนที่5 คณะดำเนินงานประเมินผลที่ได้ร่วมกับผู้รับผิดชอบหลัก
- ขั้นตอนที่6 ปรับระบบการดำเนินงาน

6.8 ตัวชี้วัด (Indicators) สำหรับวัดผลการปฏิบัติงาน HIVQUAL-T

การกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญมีผลกับการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทำให้สามารถวัดหรือประเมินผลการปฏิบัติงานการดูแลได้การวัดผลการปฏิบัติงานจะไม่มีประโยชน์ถ้าไม่นำผลการวัดไปวิเคราะห์เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการปรับปรุงคุณภาพต่อไปการนำเสนอผลการวัดในแต่ละตัวชี้วัดในแต่ละช่วงเวลาจะทำให้สามารถมองเห็นแนวโน้ม (Trends) ของการพัฒนาในแต่ละตัวชี้วัดและยังสามารถใช้เปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานในแต่ละตัวชี้วัดระหว่างหน่วยงานได้

ตัวชี้วัดของ HIVQUAL-T ใช้ในการวัดผลการปฏิบัติงานการดูแลด้านการแพทย์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอและผู้ป่วยโรคเอดส์ผู้ใหญ่ใช้ตัวชี้วัดหลัก 6 ตัวชี้วัด ตัวชี้วัดเสริม 3 ตัวชี้วัดคัดเลือกมาจากแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย(HIV Care Guidelines)

ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แผนงานเอดส์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และตามคำแนะนำของศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา (US- CDC Guidelines) และศูนย์การบริการจัดการเอชไอวี (Medical Management of HIV Infection) แห่งมหาวิทยาลัยการแพทย์จอห์น ฮอปกินส์ (Johns Hopkins) โดยมีองค์ประกอบดังนี้ (กรมควบคุมโรค จาก <http://www.cqihiv.com/Indicator.aspx>)

6.8.1 ตัวชี้วัดหลัก การติดตามผล CD4

- 1) การติดตามผล *Viral Load*
- 2) การรับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
- 3) การรักษาด้วยยาต้านไวรัส
- 4) การประเมินวินัยในการรับประทานยาด้าน (ARV adherence)
- 5) การติดตามผลข้างเคียงของยาด้านไวรัส
- 6) การส่งตรวจเชื้อมดื้อยา (Drug resistance) การรักษาล้มเหลว
- 7) การคัดกรองวัณโรค
- 8) การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 9) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 10) การคัดกรองโรคจอตาอักเสบ (CMV Retinitis)
- 11) การคัดกรองโรคตับอักเสบ B
- 12) การคัดกรองโรคตับอักเสบ C
- 13) การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ

6.8.2 ตัวชี้วัดเสริม

- 1) การรักษาด้วยยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OI Prophylaxis)
- 2) การประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยาด้านไวรัส
- 3) การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI Screening)

6.8.3 ตัวชี้วัดกำหนดเอง

โรงพยาบาลสามารถกำหนดตัวชี้วัดที่ต้องการวัดผลขึ้นมาเองได้ตามความต้องการของโรงพยาบาล เช่น ประเด็นเกี่ยวกับทางด้าน การดูแลทางด้านจิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ หรือการดูแลทางด้านสุขภาพทางเลือก เป็นต้น

ในปัจจุบันมีโรงพยาบาลของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 914 แห่ง ได้นำมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไปใช้ในโรงพยาบาลขยายจากโครงการนำร่องเพียง 9 โรงพยาบาลในปี พ.ศ. 2546 และระบบดังกล่าวได้ทำงานสัมพันธ์กับระบบการจัดการ

งบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (HIVQUAL International จาก <http://www.hivqual.org/index.cfm/5261>)

พิธีมน นิงสานนท์ (2550 : 8-9) มีความคิดเห็นว่าการรักษาผู้ป่วยเอดส์ จำเป็นต้องใช้งบประมาณ และทรัพยากรต่างๆ จำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต การกำหนดนโยบายต่างๆ จึงต้องทำอย่างรัดกุม และครอบคลุมรอบด้าน อีกทั้งกระบวนการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสังคม และชุมชนเป็นอย่างมาก ตั้งแต่ผู้ป่วยติดเชื้อ จนกระทั่งเสียชีวิต ดังนั้นการรักษาจะไม่สำเร็จถ้าไม่มีการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ญาติ หรือ ชุมชน เขามาร่วมในการดูแลรักษา ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพบริการ ขึ้นอยู่กับการเข้าใจแนวคิดของการมีส่วนร่วมประสานกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบตามมาตรฐานที่มีในโรงพยาบาล และการเลือกเครื่องวัดที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ผู้ที่ได้ประโยชน์จากการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล คือ ผู้ป่วย ผู้ให้บริการและโรงพยาบาล หากความต้องการของทั้ง 3 กลุ่มสอดคล้องกันมากเท่าไร จะยิ่งทำให้การพัฒนาคุณภาพมีความยั่งยืนมากขึ้นเท่านั้น ประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการประสบความสูญเสียหรือภาวะแทรกซ้อนลดลง คุณภาพการดูแลรักษาดีขึ้น ได้รับการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีของความเป็นคนมากขึ้น ประโยชน์สำหรับผู้ให้บริการ ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากการทำงานลดลง ความเสี่ยงต่อการเข้าใจผิดระหว่างผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ลดลง สิ่งแวดล้อมในการทำงานและประสานงานดีขึ้น เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตน ประโยชน์สำหรับโรงพยาบาล ได้แก่ การเป็นองค์กรเรียนรู้ สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงและมีการพัฒนาต่อเนื่องสู่ความเป็นเลิศ ทำให้องค์กรอยู่รอดและยั่งยืน

7. แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่

การจัดการภาครัฐแนวใหม่หรือการจัดการนิยม (Managerialism) เป็นกระแสที่เกิดขึ้นเพื่อมุ่งต้องการปฏิรูประบบการบริหารจัดการภาครัฐที่คงปัญหาในการบริหารจัดการสั่งสมมายาวนานในระบบ การจัดการภาครัฐแนวใหม่ต้องการแก้ปัญหาที่รัฐหรือประเทศต่างๆ กำลังเผชิญในระบบการบริหารจัดการในอดีต อาทิ เช่น กฎระเบียบวิธีปฏิบัติที่ไม่ยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ การบริหารรวมศูนย์อำนาจ ไม่มีเทคโนโลยีสนับสนุนเพียงพอ ไม่ปรับทัศนคติหรือค่านิยมในการจัดการ เกียรติภูมิและศักดิ์ศรีของข้าราชการเริ่มตกต่ำ มีการประพฤติมิชอบทุจริตในวงราชการเพิ่มมากขึ้น ระบบคุณธรรมถูกแทรกแซง uly ได้ข้าราชการต่ำ และขาดบุคลากรที่มีคุณภาพที่พร้อมจะทำงานในองค์กรราชการ (ณัฐวัฒน์ นิปการจาก <http://kmcenter.rid.go.th/kmc15/sp6.php>)

โดยแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ได้ก่อตัวและถูกนำมาใช้ก่อนในประเทศในตะวันตก(ค.ศ. 1980) ต่อมาได้แพร่หลายไปยังประเทศต่างๆทั่วโลก การจัดการภาครัฐแนวใหม่ ตามความหมายของนักวิชาการและผู้ให้คำจำกัดความไว้หลากหลาย ดังนี้

โจนาธาน บอสตัน และคณะ (Jonathan Boston และคณะฯ อ้างใน ทศพร ศิริสัมพันธ์ 2550: 250-521) เป็นนักวิชาการคนแรกๆ ที่สรุปแนวคิดของการจัดการภาครัฐแนวใหม่ไว้ดังนี้

1. การบริหารมีลักษณะเป็นสากลสภาพ หรือไม่มีความแตกต่างกันทั้งในการบริหารภาคธุรกิจและการบริหารภาครัฐ
2. ปรับเปลี่ยนการให้ความสำคัญไปจากเดิมที่มุ่งเน้นการควบคุมทรัพยากร (ปัจจัยนำเข้า) และกฎระเบียบ เป็นเรื่องของการควบคุมผลผลิตและผลลัพธ์ หรือปรับเปลี่ยนจากการให้ความสำคัญต่อการรับผิดชอบในกระบวนการงาน (Process Accountability) ไปสู่การรับผิดชอบต่อผลสัมฤทธิ์ (Accountability for Results)
3. ให้ความสำคัญต่อเรื่องทักษะการบริหารจัดการมากกว่าการกำหนดนโยบาย
4. โอนถ่ายอำนาจการควบคุมจากส่วนกลาง (Devolution of Centralized Power)
5. ปรับเปลี่ยนโครงสร้างของหน่วยงานราชการใหม่ให้มีขนาดเล็กลงในรูปแบบของหน่วยงานอิสระในกำกับ โดยเฉพาะการแยกส่วนระหว่างภารกิจงานเชิงพาณิชย์และไม่ใช่เชิงพาณิชย์ (การกำกับดูแลควบคุม) ภารกิจเชิงนโยบายและการให้บริการออกจากกันอย่างเด็ดขาด
6. เน้นการแปรรูปกิจการของรัฐให้เป็นเอกชนและให้มีการจ้างเหมาบุคลากรภายนอก (Outsourcing) รวมทั้งการประยุกต์ใช้วิธีการจัดจ้างและการแข่งขันแบบประมูล (Competitive Tendering) เพื่อลดต้นทุนและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ
7. ปรับเปลี่ยนรูปแบบสัญญาจ้างบุคลากรของภาครัฐให้มีลักษณะเป็นระยะสั้นและกำหนดเงื่อนไขข้อตกลงให้มีความชัดเจนและสามารถตรวจสอบได้
8. เปลี่ยนแบบวิธีการบริหารจัดการภาครัฐกิจเอกชน เช่น การวางแผนกลยุทธ์และแผนธุรกิจ การทำข้อตกลงว่าด้วยผลงาน (Performance Agreement) การจ่ายค่าตอบแทนตามผลงาน การจ้างบุคลากรภายนอกเข้าปฏิบัติงานเป็นการชั่วคราวเฉพาะกิจ การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารงานและการให้ความสำคัญต่อการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กร (Corporate Image)
9. มีการสร้างแรงจูงใจและการให้รางวัลตอบแทนในรูปแบบของตัวเงิน (Monetary Incentives) มากขึ้น
10. สร้างระเบียบวินัยและความประหยัดในการใช้เงินงบประมาณ โดยพยายามลดต้นทุนค่าใช้จ่ายและเพิ่มผลผลิต

การจัดการภาครัฐแนวใหม่นี้ยังมีความเชื่อมโยงกับแนวคิดการเปลี่ยนโฉมราชการ” (Reinventing Government)” พิมพ์ในปี ค.ศ. 1992 ซึ่งเขียน David Osborne และ Ted Gaebler ซึ่งแนวคิดการเปลี่ยนโฉมราชการนี้ได้รับการกล่าวถึงอย่างมากในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยได้รับการกล่าวถึงจากนักวิชาการว่าเป็นพาราไดม์(Paradigm) ที่ได้รับการยอมรับสูงสุดในทางรัฐประศาสนศาสตร์ในช่วงทศวรรษ 1990 แนวคิดของการเปลี่ยนโฉมราชการได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังในสมัยประธานาธิบดีคลินตันผ่านการทำงานของหน่วยงานที่เรียกว่า National Performance Review ที่ถูกตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1993 รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน National Commission on State and Local Public Service (อ้างใน เทศศักดิ์ บุญรัตพันธุ์ 2550: 205-206) โดยสรุปแล้วปรัชญาและความคิดในการเปลี่ยนโฉมราชการ (Reinventing Government) ในหนังสือดังกล่าวนี้ มีดังต่อไปนี้

1. ต้องการให้ระบบราชการทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงมากกว่าลงมือทำงานเอง (a Catalytic Government)
2. ต้องการให้ระบบราชการเป็นระบบที่ชุมชนเป็นเจ้าของและเป็นระบบราชการที่มอบอำนาจให้กับประชาชนไปดำเนินการเองมากกว่าที่จะเป็นกลไกที่คอยให้บริการแต่อย่างเดียว (a Community-owned Government)
3. ต้องการให้ระบบราชการมีลักษณะของการแข่งขันการให้บริการสาธารณะ (a Competitive Government)
4. ต้องการให้ระบบราชการเป็นระบบที่ขับเคลื่อนด้วยภารกิจมากกว่าขับเคลื่อนด้วยกฎระเบียบ (a Mission-driven Government)
5. ต้องการให้ระบบราชการเป็นระบบที่ให้ความสำคัญต่อผลของการปฏิบัติงานมากกว่าสนใจถึงปัจจัยนำเข้าทางการบริหารงานและขั้นตอนการทำงานทั้งหลาย (a Results-oriented Government)
6. ต้องการให้ระบบราชการเป็นระบบที่มุ่งสนองต่อการเรียกร้องของลูกค้ามากกว่าที่จะสนองต่อความต้องการของตัวระบบราชการและข้าราชการเอง (a Customer-driven Government)
7. ต้องการให้ระบบราชการดำเนินงานในลักษณะที่เป็นแบบรัฐวิสาหกิจมุ่งการแสวงหารายได้มากกว่าการใช้จ่าย (an Enterprising Government)
8. ต้องการให้ระบบราชการเป็นระบบที่มีการเฝ้าระวังล่วงหน้า คือ ให้มีการเตรียมป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดในอนาคตมากกว่าที่จะคอยให้ปัญหาเกิดขึ้นแล้วค่อยตามแก้ (an Anticipatory Government)

9. ต้องการให้ระบบราชการเป็นระบบที่มีการกระจายอำนาจข้างบนลงไปสู่ข้างล่างตามลำดับชั้น โดยเน้นให้ข้าราชการระดับปฏิบัติงานหลักมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการทำงานเป็นทีม (a Decentralized Government)

10. ต้องการให้ระบบราชการเป็นระบบที่ปรับเปลี่ยนไปตามกลไกของตลาด (a Market-oriented Government)

ทศพร ศิริสัมพันธ์(2550: 450) มีความคิดเห็นว่า การจัดการภาครัฐแนวใหม่(New Public Management: NPM) เป็นกระแสความคิดที่สอดคล้องกับรัฐประศาสนศาสตร์แบบคลาสสิกของ Woodrow Wilson ที่เน้นแยกการเมืองออกจากการบริหาร และหลักวิทยาศาสตร์การจัดการ (Scientific Management) ของ Frederick W. Taylor โดยมุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อการประหยัด (Economy) ประสิทธิภาพ (Efficiency) และประสิทธิผล (Effectiveness) และยังผสมผสานแนวคิดให้เข้ากับหลักเศรษฐศาสตร์สำนักโอคลาสสิก ทฤษฎีทางเลือกสาธารณะ และเศรษฐศาสตร์สถาบัน

ทศพร ศิริสัมพันธ์(2547: 460-462) มีความคิดเห็นว่า การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ เป็นวิธีการบริหารงานแบบเอกชนและการนำเอาเครื่องมือเทคนิคต่าง ๆ ในการบริหารสมัยใหม่ มาปรับใช้ในการบริหารงานภาครัฐ ประกอบด้วยด้วยแนวคิดสำคัญ 2 ประการ ได้แก่ (1) ลดการควบคุมจากส่วนกลาง (Devolution of the Centralized Control) หรือการกระจายอำนาจ (2) การปรับลดขนาดของระบบราชการ (Downsizing) โดยการนำมาตรการต่างๆ มาใช้ เช่น การปรับลดกำลังพลภาครัฐ การถ่ายโอนกิจการ การจัดตั้งหน่วยงานบริหารรูปแบบพิเศษ ทำให้องค์กรมีขนาดเล็กลง

จุมพล หนิมพานิช (อ้างใน เนาวรัตน์ พุ่มจันทร์ 2550: 15) ให้ความคิดเห็นว่า การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่(New Public Management) มีชื่อเรียกต่างกันคือ เรียกว่า การบริหารจัดการนิยาม (Managerialism) หรือ การบริหารรัฐกิจที่มีฐานอยู่ที่ระบบตลาด (Market-based Public Management) หรือการบริหารการปกครองแบบผู้ประกอบการ (Entrepreneurial Government) ซึ่งโดยทั่วไปมักจะมีความที่ชี้แทนกันคือ การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ และการบริหารจัดการนิยาม โดยทั้งสองคำนี้เกิดขึ้นประมาณปลายทศวรรษ 1980 ต้นทศวรรษ 1990 อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการภายในภาครัฐ และถูกนำมาเป็นต้นแบบของระบบบริหารจัดการ และได้วิวัฒนาการมาเป็นระเบียบแบบแผนการบริหาร

วสันต์ เหลืองประภัสร์(2548: 45-46) ให้ความคิดเห็นว่า "การจัดการภาครัฐแนวใหม่" ถือได้ว่าเป็นกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมทฤษฎีแนวคิด และเทคนิควิทยาการทางการจัดการอย่างกว้างขวางและหลากหลาย จนนำไปสู่ความสับสนในการจำกัดความหมายและขอบข่ายเป็นอย่างมาก อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี การจัดการภาครัฐแนวใหม่มีลักษณะร่วมที่สำคัญ คือ การสะท้อนถึงการมุ่งเน้น "การปฏิรูป" การบริหารงานในภาครัฐ เพื่อเข้ามาแก้ไขปัญหาทางการบริหารที่ต้นแบบ

ดั้งเดิมหรือระบบบริหารแบบเดิมมีอาจจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ดังเช่นในอดีต โดยมีจุดเน้นที่สำคัญคือ การเน้นความสำคัญไปที่ระบบการจัดการมากกว่านโยบาย การมุ่งเน้นผลงานและประสิทธิภาพ การมุ่งปรับโครงสร้างในแบบระบบราชการที่มีความทะเยอทะยานไปสู่องค์กรที่มีขนาดเล็ก การปรับระบบการบริหารจัดการที่วางอยู่บนกลไกทางการตลาดมากขึ้น เพื่อกระตุ้นการแข่งขัน การตัดทอนและลดค่าใช้จ่ายของภาครัฐ และสุดท้าย ได้แก่ การปรับรูปแบบการจัดการที่เน้นเป้าหมาย การใช้ระบบสัญญาว่าจ้างระยะสั้น และการให้แรงจูงใจทางการเงินและความเป็นอิสระทางการจัดการ

เรื่องวิทย์ เกษสุวรรณ (2545: 9) มีความเห็นว่า การจัดการภาครัฐแนวใหม่เป็นการปฏิรูประบบราชการ เกิดขึ้นเพื่อลดขนาดราชการ มุ่งเพิ่มประสิทธิภาพ การวัดคุณค่า การกระจายอำนาจ การสละอำนาจและการให้บริการด้วยระบบตลาด และเทคนิคการบริหารจัดการสมัยใหม่ การปฏิรูประบบราชการลักษณะนี้ นิยมเรียกว่า "การจัดการภาครัฐแนวใหม่" (New Public Management: NPM) หรือ เรียกว่า "การจัดการนิยม" (Managerialism) หรือ "การบริหารภาครัฐที่อาศัยระบบตลาด" (Market-based Public Administration) หรือ "รัฐบาลแบบผู้ประกอบการ" (Entrepreneurial Government)

ทวีศักดิ์ สุททวาทิน (2550: 9-11) มีความเห็นว่า ระบบราชการตามแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ในปัจจุบันจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เป็นระบบราชการที่มีความหลากหลาย แต่ยึดถือค่านิยมหลัก เดียวกัน ซึ่งแตกต่างจากระบบราชการในอดีตที่พยายามทำทุกอย่างในระบบราชการให้เป็นโหลเดียวกันทั้งหมด
2. นิยามความหมายของระบบคุณธรรมใหม่ ให้หมายถึง ระบบคุณธรรมที่เน้นให้ข้าราชการทำงานมีประสิทธิภาพสูง และยอมรับความแตกต่างต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการมีขีดความสามารถที่ไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งแตกต่างจากระบบคุณธรรมของระบบราชการในอดีต ที่เน้นการปกป้องสิทธิประโยชน์ตอบแทนให้กับข้าราชการที่ปฏิบัติหน้าที่แตกต่างกันและมีขีดความสามารถแตกต่างกันได้
3. มุ่งเน้นสัมฤทธิ์ผลของการปฏิบัติงาน โดยมีตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน ซึ่งแตกต่างจากระบบราชการในอดีตที่เน้นการทำงานตามกฎระเบียบตามกระบวนการและขั้นตอนการทำงานที่กำหนดไว้
4. การจ้าง การถนอมรักษา ตลอดจนการส่งเสริมความก้าวหน้าของข้าราชการ เน้นที่การแสวงหาผู้ที่มีขีดความสามารถสูงและส่งเสริมให้มีความก้าวหน้า โดยเปิดโอกาสให้ได้ทำงานที่มีความท้าทาย ซึ่งตรงกันข้ามกับระบบราชการแบบเดิม ซึ่งเน้นให้ข้าราชการมีความรู้ความสามารถทางเทคนิคที่ตรงกับตำแหน่งงานเป็นสำคัญ

5. มีมุมมองต่อข้าราชการที่มีขีดความสามารถว่า เป็นสินทรัพย์หรือเป็นทุนมนุษย์ที่มีค่าขององค์กร ยิ่งลงทุนให้ได้รับการพัฒนา ยิ่งสามารถทำงานสร้างประโยชน์ให้กับระบบราชการได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งแตกต่างจากระบบราชการในอดีตที่มองข้าราชการในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยการผลิต รายจ่ายต่างๆ เกี่ยวกับข้าราชการ จึงถือว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่สิ้นเปลืองของระบบราชการ

6. การจ้างงานมีหลากหลายรูปแบบ มีทั้ง (1) กลุ่มที่เป็นข้าราชการประจำภายใต้ระบบการจ้างงานจนถึงการเกษียณอายุ (2) กลุ่มพนักงานราชการหรือพนักงานของรัฐ ภายใต้รูปแบบการจ้างงานตามสัญญาจ้างที่มีกำหนดระยะเวลาจ้าง (3) กลุ่มที่จ้างเหมาแรงงานมาจากเอกชน เป็นต้น ซึ่งแตกต่างจากระบบราชการแบบเดิม ที่มีรูปแบบการจ้างงานแบบเดียว คือ ข้าราชการประจำ ซึ่งจ้างจนเกษียณอายุราชการ แม้ว่าจะมีลักษณะการจ้างงานที่หลากหลาย แต่ทุกกลุ่มต้องยึดถือค่านิยมหลักของระบบราชการเป็นแบบเดียวกัน

7. ลักษณะการจ้างงานไม่เน้นที่ความมั่นคงในการจ้างงาน แต่เน้นที่ผลการปฏิบัติงาน ถ้าผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับที่ไม่น่าพอใจ ก็สามารถยกเลิกการจ้างได้ ทั้งนี้เพราะระบบราชการเองก็มีข้อจำกัดในการหารายได้ไม่แตกต่างจากภาคเอกชน จึงต้องคำนึงถึงความสามารถในการจ้างงานของภาครัฐเองด้วย ซึ่งแตกต่างจากระบบราชการในอดีตที่เน้นความมั่นคงของการจ้างงานเป็นหลักที่สำคัญ การจ้างงานของภาครัฐแบบเดิมจึงมีลักษณะเหมือนกับการให้สังคมสงเคราะห์แก่ข้าราชการ

8. การประเมินผลการปฏิบัติงานของข้าราชการมีส่วนต่อความสำเร็จของเป้าหมายขององค์กร ซึ่งแตกต่างจากการประเมินผลการปฏิบัติงานของข้าราชการในแบบเดิมที่ประเมินตามกิจกรรมการทำงานของข้าราชการแต่ละคน

9. ความสัมพันธ์ระหว่างข้าราชการกับฝ่ายบริหารอยู่บนพื้นฐานความร่วมมือระหว่างกันในการผลักดันให้องค์กรบรรลุเป้าหมาย ในขณะที่เดิมน้องการก็ใส่ใจความพึงพอใจการทำงานของข้าราชการ รวมทั้งการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในกระบวนการทำงาน ซึ่งแตกต่างจากความสัมพันธ์ระหว่างข้าราชการกับฝ่ายบริหาร ภายใต้ระบบราชการแบบเดิม ที่มีลักษณะในการทำงานตามสายการบังคับบัญชา การทำงานตามกฎระเบียบและระบบงาน ซึ่งมักก่อให้เกิดความขัดแย้งในประเด็นต่าง ๆ ระหว่างกัน เช่น ข้าราชการมีเป้าหมายที่ไม่สอดคล้องกับองค์กร ทำให้เกิดข้อพิพาทที่ต้องแสวงหาแนวทางการแก้ไข

10. องค์กรกลางบริหารงานบุคคลกระจายอำนาจให้หัวหน้าส่วนราชการต่าง ๆ มีอำนาจและหน้าที่บริหารงานบุคคลได้อย่างเต็มที่ ซึ่งแตกต่างจากระบบราชการแบบเดิมที่องค์กรกลางบริหารงานและสงวนอำนาจหน้าที่งานด้านการบริหารบุคคล เพื่อดำเนินการเองเป็นส่วนใหญ่

โอเวน อี ฮิวจ์ (Owen E. Hughes อ้างใน เพ็ญศรี มีสมนัย 2549: 11) ให้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการบริหารจัดการที่เปลี่ยนแปลงไปสู่การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ไว้ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงจากการบริหารภาครัฐแบบดั้งเดิม (Traditional Public Administration) ที่เน้นการปฏิบัติงานตามกฎระเบียบและความถูกต้องตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด ไปสู่การจัดการภาครัฐแนวใหม่ที่มีความสำคัญกับการบรรลุถึงผลลัพธ์และการตระหนักในความรับผิดชอบของผู้บริหารเพิ่มมากขึ้น

2. การเปลี่ยนแปลงการบริหารภาครัฐจากระบบราชการแบบเก่า (Classic Bureaucracy) ที่เน้นความเป็นทางการ ระดับชั้นการบังคับบัญชา การสั่งการเป็นลายลักษณ์อักษร เน้นกฎระเบียบ ข้อบังคับขององค์กร ฯลฯ ไปสู่การทำให้องค์กรภาครัฐ ข้าราชการและเจ้าหน้าที่ภาครัฐ หรือการจ้างงานมีความยืดหยุ่น และเกิดความคล่องตัวในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการผ่อนคลายกฎระเบียบหรือข้อกำหนดแนวทางปฏิบัติให้มีความยืดหยุ่น

3. การเปลี่ยนแปลงวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายขององค์กรภาครัฐและข้าราชการและเจ้าหน้าที่ภาครัฐ จากที่กำหนดไว้คลุมเครือขาดความชัดเจน ไปสู่ความเป็นรูปธรรมและสามารถวัดได้ ซึ่งวัตถุประสงค์ขององค์กรภาครัฐและข้าราชการและเจ้าหน้าที่ภาครัฐตามการจัดการภาครัฐแนวใหม่จะกำหนดตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะกำหนดตัวชี้วัดหลักที่สำคัญ คือ ความประหยัด ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล หรือ Three E's ได้แก่ Economy, Efficiency and Effectiveness

4. การเปลี่ยนแปลงบทบาทและความรับผิดชอบของผู้บริหารองค์กรภาครัฐระดับสูง จากการเป็นข้าราชการและความเป็นกลาง ไปสู่ความรับผิดชอบต่อการเมืองต่อรัฐบาลมากกว่าเดิม ดังจะเห็นได้จากการทำข้อตกลงการจัดทำผลผลิตระหว่างรัฐมนตรีกับปลัดกระทรวงหรืออธิบดี หรือ Service Delivery Agreement ซึ่งเป็นเครื่องกำกับให้ผู้บริการองค์กรภาครัฐต้องมีความรับผิดชอบต่อฝ่ายการเมืองมากขึ้น

5. การเปลี่ยนแปลงแนวการปฏิบัติงานตามภารกิจจากการที่องค์กรภาครัฐ ข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ภาครัฐเป็นผู้ดำเนินการเอง ไปสู่การใช้หลักการทดสอบตลาด (Market Test) ในกาดำเนินงาน เช่น การจ้างเหมาเอกชน (Contract Out) เป็นต้น ทำให้ลดต้นทุนหรือต้องการควบคุมค่าใช้จ่ายให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้

6. การเปลี่ยนแปลงบทบาทภารกิจขององค์กรภาครัฐที่ดำเนินกิจกรรมสาธารณะในหลายๆ เรื่อง ไปสู่การลดบทบาทภารกิจขององค์กรภาครัฐ ไปสู่การแปรรูป ให้เอกชนเป็นผู้ดำเนินงานหรือรูปแบบอื่นๆ ทำให้สามารถควบคุมและ/หรือลดงบประมาณการดำเนินงานลงได้

สีมา สีมานันท์ และสุนทรี สุภาสวงน (2548: 13-14) มีความเห็นว่า การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินงาน ไปสู่องค์กรภาครัฐแนวใหม่เกิดจากหลักการสำคัญ ได้แก่

1. การผ่อนคลายกฎระเบียบการบริหาร จำกัดกฎระเบียบบริการที่ไม่จำเป็นเพื่อให้สามารถปรับปรุงรูปแบบการบริหาร มีการกระจายอำนาจในด้านการบริหารจากหน่วยงานกลางไปสู่หน่วยงานท้องถิ่น ปรับปรุงการดำเนินกิจกรรมภาครัฐให้เป็นการดำเนินกิจกรรมเชิงพาณิชย์

2. ความเป็นมืออาชีพและความเป็นสมัยใหม่(Professional and Modernization) โดยการยกระดับปรับปรุงทักษะการบริหารในภาคราชการทั้งทักษะทางด้านการตัดสินใจ การสื่อสาร ทักษะทางด้านความคิด มนุษยสัมพันธ์ และทักษะในงานของผู้บริหารภาครัฐ สร้างผู้บริหารมืออาชีพ ที่มีคุณลักษณะของผู้บริหารสมัยใหม่ที่มีความรู้ความสามารถในทุกๆ ลักษณะ เช่น การจัดการเชิงกลยุทธ์ การบริหารงานให้บริการ เป็นต้น

3. เน้นผลการปฏิบัติงาน(Performance Oriented) เป็นการมุ่งเน้นเป้าหมายการปฏิบัติงานโดยผู้บริหารจะต้องถูกประเมินผลการปฏิบัติงานจากความสามารถในการสร้างผลลัพธ์ให้เกิดขึ้นจากการบริหารงานภายในองค์กรของตนการปฏิบัติงานต้องมุ่งเน้นหลักความประหยัด ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

4. การให้ความสำคัญกับการบริหารเชิงกลยุทธ์(Strategic Management) ภายใต้สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงและแข่งขัน การบริหารองค์กรภาครัฐให้ประสบความสำเร็จสามารถดำเนินภารกิจได้ตามเป้าหมาย ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญกับการบริหารเชิงกลยุทธ์ สนับสนุนการมีส่วนร่วมในการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์หลักของหน่วยงาน แผนปฏิบัติการ โครงการ รวมทั้งการประเมินผลกลยุทธ์

5. การมุ่งเน้นผลผลิตและผลลัพธ์(Output and Outcome Oriented) มุ่งการบริหารที่มีเป้าหมาย ดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ มีการกำหนดให้ชัดเจนว่าผลลัพธ์คืออะไร ตัวชี้วัดคืออะไร กำหนดให้เป็นรูปธรรมว่าผลผลิตคืออะไร สินค้าหรือบริการแบบไหน มีตัวบ่งชี้ที่แสดงถึงการเกิดของสินค้าหรือบริการ

โดยสรุป การจัดการภาครัฐแนวใหม่(New Public Management) เป็นแนวคิดทางด้านการบริหารภาครัฐที่ถูกนำมาใช้ในประเทศตะวันตกในปี ค.ศ. 1980 และต่อมาได้แพร่ขยายไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลก นักวิชาการได้เชื่อมโยงแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่กับหลักการเปลี่ยนโฉมราชการ (Reinventing Government) จากหนังสือที่ David Osborne และ Ted Gaebler ที่เขียนขึ้นในปี ค.ศ. 1992 หลังจากนั้นแนวคิดด้านการจัดการภาครัฐแนวใหม่ได้ถูกให้ความสำคัญอย่างชัดเจนขึ้น โดยมีนักวิชาการคนสำคัญที่ได้ให้แนวคิดลักษณะของการจัดการภาครัฐแนวใหม่ คือ Jonathan Boston (1996) และคณะฯ โดยสาระสำคัญของแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่นั้นมุ่ง

แก้ปัญหาในระบบราชการที่ล่าสมัย โดยการนำเครื่องมือการบริหารภาครัฐมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับการบริหารจัดการภาครัฐ มุ่งเน้นที่ผลลัพธ์และผลสัมฤทธิ์(Results) มากกว่าที่จะควบคุมจัดการทรัพยากรเหมือนในอดีตที่เน้นวิธีการ(Means) ลดบทบาทภาครัฐ เน้นความประหยัด ความมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล โดยเครื่องมือสำคัญ ที่การจัดการภาครัฐแนวใหม่นำมาใช้ในการบริหารงานในภาครัฐ ตัวอย่างเช่น การจัดการเชิงกลยุทธ์(Strategic Management) การบริหารผลงานแบบสมดุล (Balance Score Card) การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Results-Based Management) ที่มุ่งประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงาน การกำหนดตัวชี้วัดในปฏิบัติงาน (Key Performance Indicators) นอกจากนี้ยังเน้นให้หน่วยงานภาครัฐปรับลดขนาดองค์กร โดยจะจัดการงานเฉพาะที่รัฐทำได้ดีเท่านั้น ให้เอกชนเข้ามามีบทบาทในการจัดบริการสาธารณะมากขึ้น เพิ่มอิสระให้องค์กรในสายการบังคับบัญชามากขึ้น ในลักษณะการกระจายอำนาจ ภาครัฐ โอนโยธินสารสนเทศเข้ามาปรับใช้มากขึ้น และเน้นแนวคิดการทำงานแบบเชิงรุกโดยการนำการบริหารเชิงกลยุทธ์มาใช้ในหน่วยงานราชการ (Strategic Management) เป็นต้น

8. แนวคิดการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

ภายใต้ปรัชญาการบริหารภาครัฐแนวใหม่ การบริหารองค์กรเพื่อให้การบริหารจัดการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายตามที่ตั้งไว้ จะต้องมีการบริหารจัดการอย่างมีขั้นตอน และแต่ละขั้นตอนนั้นจะประยุกต์ทฤษฎีหรือเครื่องมือทางการจัดการแบบใดมาใช้ เครื่องมือการบริหารภาครัฐแนวใหม่ที่นิยมนำมาใช้ในการบริหารงานภาครัฐของไทย เช่น การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result Based Management) แนวคิดบริการประชาชนสู่ความเป็นเลิศ การบริหารองค์กร กลยุทธ์โดยใช้เครื่องมือบริหาร Balanced Score Card (BSC) หรือแม้กระทั่งเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (Thailand Quality Award: TQA) และเกณฑ์ระบบมาตรฐานสากลของประเทศไทยด้านการจัดการและสัมฤทธิ์ผลของงานภาครัฐ (Thailand International Public Sector Standard Management System and Outcomes) เป็นต้น เครื่องมือต่างๆ เหล่านี้ ต่างก็ให้ความสำคัญกับผู้รับบริการที่ถือเป็นกิจกรรมหนึ่งในกระบวนการบริหารที่ต้องให้ความสำคัญ และเป็นตัวชี้วัดหรือองค์ประกอบหนึ่งของการบริหาร โดยเฉพาะการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

8.1 ความหมายของการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

ทิพาวดี เมฆสุวรรณค์ (อ้างใน เพ็ญศรี มีสมนัย 2548: 39) ให้ความเห็นว่า การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Resulted-Based Management) หมายถึง ระบบการบริหารที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานและมุ่งเน้นไปที่ผลงาน อันได้แก่ ผลผลิต (Outputs) และผลลัพธ์ (Outcomes) เป็นหลัก มากกว่ามุ่งเน้น

ปัจจัยนำเข้า(Inputs) หรือวิธีการที่จะให้ได้ผลสำเร็จของงานนั้น เช่น กฎระเบียบ เป็นต้น โดยประยุกต์ใช้ระบบการติดตามการประเมินผล การดำเนินงานที่อาศัยตัวชี้วัด (Performance Indicators) เป็นตัวสะท้อนผลงานออกมาให้เห็นเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน ซึ่งจะถูกนำมาใช้ในการตอบคำถามถึงความคุ้มค่าในการทำงาน หรือแสดงความรับผิดชอบในผลงานต่อสาธารณะและเพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานให้ดียิ่งขึ้น การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ สามารถเขียนเป็นสมการได้ดังนี้

$$\text{ผลสัมฤทธิ์ (Results)} = \text{ผลผลิต (Outputs)} + \text{ผลลัพธ์ (Outcomes)}$$

ภาพที่ 2.2 แสดงสมการแนวคิดการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

ในช่วงเวลาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา รัฐบาลของประเทศต่างๆ ได้มีความพยายามที่จะทำการปฏิรูประบบราชการ โดยต้องการที่จะปรับปรุงระบบการบริหารงานราชการให้มีความทันสมัย ขจัดความไม่คล่องตัวทางทศบริหาร ตลอดจนได้เปลี่ยนแปลงกระบวนการบริหารแบบเดิมที่มุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อปัจจัยนำเข้าและกฎระเบียบ มาใช้วิธีการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารรัฐกิจให้มีลักษณะเป็นอย่างภาคธุรกิจเอกชน (ทศพร ศิริสัมพันธ์ อ่างใน วีระยุทธชาตะกาญจน์ จาก <http://isc.ru.ac.th/data/ED0003477.doc>)

ธนาคารเพื่อการพัฒนาแห่งเอเชีย (Asian Development Bank) ให้ความหมายว่า “การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์” (Result-Based Management) โดยทั่วไปมีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายแต่โดยหลักการแล้ว หมายถึงการที่องค์กรสามารถจูงใจและประยุกต์ใช้กระบวนการขั้นตอนการดำเนินงานและใช้ทรัพยากรต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ และเป้าหมายดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ผลสัมฤทธิ์ดังกล่าวรวมไปถึงผลผลิตที่เป็นบริการที่สามารถส่งผลกระทบต่อภายในองค์กร เช่น บริการที่จัดโดยแผนกใดแผนกหนึ่งขององค์กรซึ่งบริการให้กับแผนกอื่นๆ ซึ่งผลสัมฤทธิ์ไม่ใช่กิจกรรมหรือหน้าที่ (Activities or Functions) โดยสรุปแล้วการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ มีลักษณะดังนี้

1. เป็นผลสัมฤทธิ์ ที่สามารถวัดและแสดงเป็นรูปธรรม (Measurable & Monitorable)
2. ใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมในการดำเนินการเพื่อให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย

3. มีการจัดการองค์กรที่เอื้อต่อการการดำเนินงานให้ความรับผิดชอบที่จะส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ และการใช้ทรัพยากร

4. กระบวนการดำเนินการ การวางแผน การประเมินผล การติดต่อสื่อสารเอื้อให้องค์กรสามารถนำปัจจัยหรือทรัพยากรที่มีอยู่มาดำเนินการเพื่อให้ได้ผลสัมฤทธิ์ ที่ต้องกได้ (ธนาคารเพื่อการพัฒนาแห่งเอเชีย จาก <http://www.adb.org/projects/rbm/about.asp>)

สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการคลังแคนาดา (Treasury Board of Canada Secretariat) ให้ความหมายว่า “การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ เป็นกระบวนการบริหารที่เป็นวัฏจักรที่สามารถผสมผสานกลยุทธ์ ผู้ปฏิบัติงาน กระบวนการ ทรัพยากรและมาตรการต่างๆ ในการที่จะทำการตัดสินใจดำเนินงาน โดยความโปร่งใสสามารถตรวจสอบและอยู่บนหลักความรับผิดชอบ โดยการดำเนินงานเหล่านี้ ต้องนำไปสู่ผลลัพธ์ที่สามารถวัดการปฏิบัติงาน เรียนรู้ และเปลี่ยนแปลง รวมไปถึงสามารถรายงานผลการปฏิบัติงานได้ (สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการคลังแคนาดา จาก http://www.tbs-sct.gc.ca/rma/rbm-gar_e.asp)

ทศพร ศิริสัมพันธ์ (2543: 146) มีความคิดเห็นว่า การบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์เป็นการบริหารที่เน้นการวางแผน การกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย และกลยุทธ์การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ผู้บริหารในแต่ละระดับขององค์กรต้องยอมรับและคำนึงถึงผลงานและความสำคัญกับจัดวางระบบการตรวจสอบผลงานการให้รางวัลตอบแทนผลงาน (Performance Related Pay)

โดยสรุป “การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์” (Result-Based Management) เป็นกระบวนการบริหารที่องค์กรใช้เป็นหลักในการดำเนินงานที่คำนึงถึงเป้าหมายที่ต้องการมากกว่าการให้ความสำคัญกับ กฎ ระเบียบ ขั้นตอน และวิธีการ โดยองค์กรสามารถนำทรัพยากรที่มีอยู่ไม่ว่าจะเป็น ทรัพยากรมนุษย์ งบประมาณ มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อผลิตออกมาเป็นสินค้าหรือบริการ (Outputs) และสินค้าหรือบริการเหล่านั้นก็สามารถตอบสนองหรือทำให้ผู้รับบริการหรือผู้ใช้สินค้าเกิดความพึงพอใจ (Outcomes) ทั้งนี้ การดำเนินงานและการจัดการองค์กรต้องให้สอดคล้องและเอื้ออำนวยต่อการใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด (ประสิทธิภาพ) และการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุผลงาน (ประสิทธิผล) ที่สามารถประเมินได้ตามตัวชี้วัดผลงานที่กำหนดไว้

8.2 ลักษณะขององค์กรที่เอื้อต่อการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

ทิพาวดี เมฆสวรรค์ (2543: 21-23) ให้ความคิดเห็นว่า ลักษณะขององค์กรที่เอื้อต่อการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ จะต้องมีคุณลักษณะ ดังต่อไปนี้

1. มีพันธกิจ วัตถุประสงค์ขององค์กรที่ชัดเจน และมีเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม โดยเน้นที่ผลผลิตและผลลัพธ์ ไม่เน้นกิจกรรมหรือการทำงานตามกฎระเบียบ

2. ผู้บริหารทุกระดับในองค์กรต่างมีเป้าหมายของการทำงานที่ชัดเจน และเป้าหมายเหล่านั้น สั้น กระชับ ไม่คลุมเครือ และเป็นเป้าหมายที่มีฐานมาจากพันธกิจขององค์กรนั้น

3. เป้าหมายจะวัดได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีตัวบ่งชี้ที่สามารถวัดได้ เพื่อให้สามารถติดตามผลการปฏิบัติงานได้ และสามารถเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานกับองค์กรอื่นที่มีลักษณะงานที่เทียบเคียงกันได้

4. การตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยงานหรือโครงการต่างๆ จะพิจารณาจากผลสัมฤทธิ์ของงานเป็นหลัก ซึ่งจะสอดคล้องกับการให้ค่าตอบแทน สวัสดิการและรางวัลแก่เจ้าหน้าที่ที่ประเมินจากผลการปฏิบัติงานเป็นหลัก

5. เจ้าหน้าที่ทุกคนรู้ว่างานที่องค์กรคาดหวังคืออะไร ทุกคนในองค์กรจะคิดเสมอว่างานที่ตนทำอยู่นั้นเพื่อให้เกิดผลอย่างไร ผลที่เกิดขึ้นจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายของโครงการและองค์กรอย่างไร และทุกคนรู้สึกรับผิดชอบต่อผลงานที่ได้กำหนดไว้อย่างเหมาะสมกับกำลังความสามารถของแต่ละคน

6. มีการกระจายอำนาจการตัดสินใจ การบริหารเงินบริหารคน สู่หน่วยงานระดับล่างเพื่อให้สามารถทำงานบรรลุผลได้อย่างเหมาะสมเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้บริหารระดับต้นและระดับกลาง ซึ่งเข้าใจปัญหาเป็นอย่างดีได้เป็นผู้แก้ปัญหาและสะสมประสบการณ์เพื่อก้าวสู่ผู้บริหารระดับที่สูงขึ้นต่อไป ซึ่งนอกจากช่วยลดขั้นตอนในการทำงาน แก้ปัญหาการทำงานที่ล่าช้าแล้ว ยังเป็นการเพิ่มความยืดหยุ่นและประสิทธิภาพในการทำงานอีกด้วย

7. มีวัฒนธรรมและอุดมการณ์ร่วมกันเพื่อการทำงานที่สร้างสรรค์ เป็นองค์กรที่มุ่งมั่นจะทำงานร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เป็นองค์กรเอื้อการเรียนรู้ที่เปิดกว้างต่อความคิดและความรู้ใหม่ๆ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดี

8. เจ้าหน้าที่มีขวัญและกำลังใจดี เนื่องจากมีโอกาสปรับปรุงงานและใช้ดุลยพินิจในการทำงานที่กว้างขวางขึ้น ทำให้ผู้รับบริการได้รับความพึงพอใจ ส่วนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเองก็จะได้รับการตอบแทนตามผลการประเมินจากผลสัมฤทธิ์ของงาน

เพ็ญศรี มีสมนัย(2548: 39-40) มีความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของการนำการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์มาใช้ในองค์กรภาครัฐ ได้แก่

1. ประโยชน์ต่อรัฐบาล ในฐานะที่เป็นผู้กำหนดนโยบายและควบคุมดูแลผลการดำเนินงานขององค์กรภาครัฐจะใช้ผลสัมฤทธิ์ ซึ่งประกอบด้วยผลผลิตและผลลัพธ์อย่างชัดเจนในการติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โดยอาศัยตัวชี้วัดเพื่อตรวจสอบถึงความมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ว่าอยู่ในระดับใดเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่องค์กรภาครัฐแห่งนั้นๆ ได้รับการจัดสรรไป

2. ประโยชน์ต่อองค์กร ได้แก่(1) เป็นหน่วยงานที่สามารถอธิบายวัตถุประสงค์และความสำเร็จของหน่วยงานต่อรัฐบาล สาธารณชนผู้ที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้อย่างชัดเจน (2) เป็นหน่วยงานที่มีการทำงานที่ยืดหยุ่น มุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของงานมากกว่าที่จะปฏิบัติงานโดยยึดกฎระเบียบ วิธีการทำงานอย่างเคร่งครัด อีกทั้งยังเป็นการมอบอำนาจและกระจายอำนาจในองค์กรมากขึ้น(3) มีเครื่องมือที่ใช้ในการบริหารงาน การติดตามงานและข้อมูล que แสดงถึงระดับความสำเร็จของงาน ซึ่งจะนำไปใช้ในการปรับปรุงการทำงาน การวางแผน การจัดสรรทรัพยากร รวมทั้งการสร้างระบบการจูงใจและการให้รางวัลตอบแทนตามผลงานแก่นบุคลากรทั้งในระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ(4) มีระบบการวิเคราะห์และเทียบเคียงผลการปฏิบัติงานภายในองค์กร (Benchmarking) ว่าหน่วยงานไหนมีผลการปฏิบัติงานตามเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ได้กำหนดไว้(5) เป็นการสนับสนุนและก่อให้เกิดการปรับปรุงประสิทธิภาพในการทำงานอย่างต่อเนื่อง

3. ประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ที่ปฏิบัติงานภายใต้การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ จะมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการทำงานที่ชัดเจนและแน่นอนว่าจะต้องทำอะไร อย่างไร จึงจะทำให้หน่วยงานของตนได้บรรลุเป้าหมาย พร้อมทั้งทราบผลการปฏิบัติงานของตน เพื่อการพัฒนาเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ

4. ประโยชน์ต่อประชาชน ผลการดำเนินงานที่ได้ตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่ดี มีคุณภาพ ทำให้มาตรฐานความเป็นอยู่ดีขึ้น ผู้บริหารและประชาชนเองสามารถแสดงความคิดเห็นต่อการให้บริการขององค์กรภาครัฐและข้าราชการได้

8.3 องค์ประกอบของระบบการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

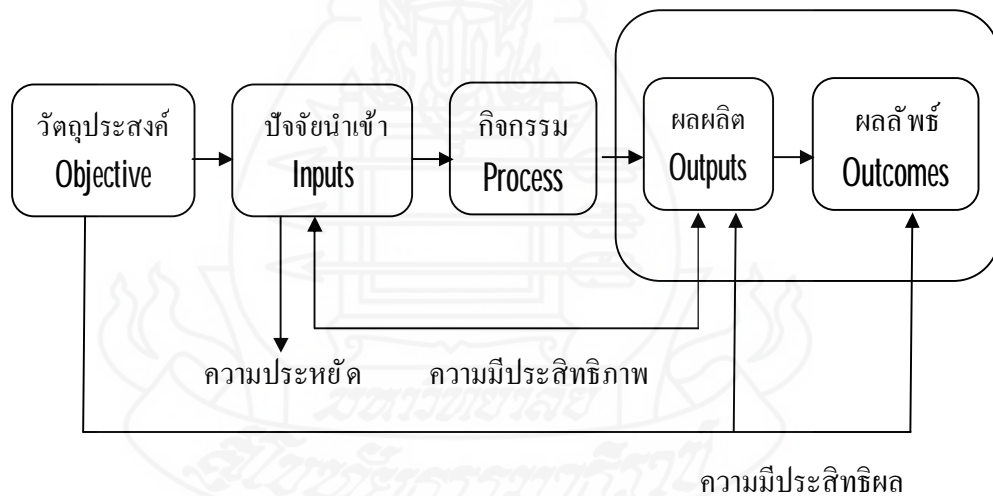
ระบบการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่ การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับองค์กร การกำหนดรายละเอียดของการวัดผลสัมฤทธิ์ และผลการวัดผลการปฏิบัติงาน(เพ็ญศรี มีสมนัย 2548: 40-41)

การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นการวิเคราะห์ถึงกลุ่มคนที่มีผลกระทบโดยตรงจากการปฏิบัติงานขององค์กรและบุคลากร การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ทราบว่ากลุ่มคนกลุ่มนี้ต้องการอะไรและมีความคาดหวังแตกต่างกันอย่างไรเพื่อจะได้ดำเนินการได้ตามความเหมาะสม และตอบสนองความต้องการได้อย่างไร เช่น กลุ่มประชาชน ข้าราชการ เป็นต้น

การกำหนดรายละเอียดของการวัดผลสัมฤทธิ์ เป็นผลที่สืบเนื่องจากการปฏิบัติงานขององค์กรและเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่บ่งชี้ว่าการดำเนินงานได้เกิดผลสัมฤทธิ์ ที่วางไว้หรือไม่ มากน้อยเพียงใด ใช้อะไรเป็นตัวชี้วัด กล่าวได้ว่าเป็นดัชนีชี้วัดเกี่ยวกับ(1) ปัจจัยสู่ความสำเร็จ คือ ปัจจัยที่มีความสำคัญและสนับสนุนให้องค์กรสามารถดำเนินงานได้ตามวัตถุประสงค์ เช่น วิสัยทัศน์ พันธกิจ

ทั้งในระดับองค์กรและระดับปฏิบัติ(2) ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน เป็นเครื่องมือที่วัดความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ

วงจรการวัดผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การวัด และการปรับปรุงการปฏิบัติงาน ตามลำดับ(1) การวางแผน เป็นการกำหนดเป้าหมายหมายสำหรับตัวชี้วัดผลการดำเนินงานแต่ละตัว ทั้งนี้เป้าหมายจะต้องสอดคล้องกับปัจจัยความสำเร็จ วิสัยทัศน์ พันธกิจ และวัตถุประสงค์หลักขององค์กรที่ได้กำหนด(2) การปฏิบัติงาน โดยองค์กรแต่ละแห่งจะต้องดำเนินงานตามที่ได้วางแผนปฏิบัติการไว้ พร้อมกันนี้จะต้องเก็บข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการวัดผลการปฏิบัติงานทั้งของหน่วยงานและบุคลากร(3) การวัดผล เป็นการนำข้อมูลที่เก็บได้มาเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่ได้ตั้งไว้โดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสม(4) การปรับปรุงการปฏิบัติงาน หลังจากได้ผลการประเมินหรือที่วัดได้แล้ว นำไปเปรียบเทียบกับมาตรฐานหรือเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ เพื่อสะท้อนความสำเร็จหรือปัญหาในการดำเนินงาน หากไม่เป็นไปตามผลก็ต้องกลับไปแก้ไขใหม่ โดยการเริ่มการวางแผนใหม่อีกครั้งตามวงจรการปฏิบัติงาน โดยหลักการพื้นฐานของการวัดผลการปฏิบัติงานตามแนวทางการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ แสดงได้ดังนี้



ภาพที่ 2.3 แสดงหลักการวัดผลการปฏิบัติงานตามการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์

โดยสรุป การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ คือวิธีบริหารที่เป็นระบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์หรือผลการปฏิบัติงานเป็นไปตามเป้าหมาย โดยมีระบบการประเมินผลงานที่อาศัยตัวชี้วัดเป็นตัวสะท้อนผลงานให้แสดงออกมาอย่างเป็นรูปธรรมเป็นเครื่องมือการบริหารภายใต้ปรัชญาการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ ที่เน้นการการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ อาจอธิบายอีกแบบหนึ่งว่าเป็น

การจัดการให้ได้ทรัพยากรมาอย่างประหยัด(Economy) การบริหารทรัพยากรมีประสิทธิภาพ (Efficiency) และการได้ผลงานที่บรรลุเป้าหมายขององค์กรหรือมีประสิทธิผล (Effectiveness)

9. แนวคิดการให้บริการสาธารณะ

การให้บริการสาธารณะและบริหารกิจกรรมสาธารณะเป็นสิ่งจำเป็นที่ภาครัฐจะต้องกระทำเป็นการส่งมอบบริการต่างๆ ไปสู่ประชาชนเพื่อสนองความต้องการของประชาชน ซึ่งถือเป็นผู้รับบริการที่มีความชอบธรรมที่จะได้รับบริการสาธารณะอย่างเท่าเทียมกัน

9.1 ความหมายของบริการสาธารณะ

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการให้บริการสาธารณะไว้ดังนี้ ประยูร กาญจนกุล (อ้างใน นันทวัฒน์ บรมานันท์ 2543: 142 และ สุรพร เสียนสลาย 2549: 2-5) ให้ความหมายว่า "บริการสาธารณะ" หมายถึง กิจการที่อยู่ในความอำนาจการหรืออยู่ในความควบคุมของฝ่ายปกครอง ที่จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนองความต้องการของประชาชน

นันทวัฒน์ บรมานันท์(2544: 27-29) ให้ความหมายว่าบริการสาธารณะ หมายถึง กิจการของฝ่ายปกครองที่จัดทำขึ้นเพื่อประโยชน์สาธารณะสามารถแยกออกได้เป็นสองประเภทคือ "ตำรวจทางปกครอง" (Police Administrative) และ "บริการสาธารณะ" (Public Services) บริการสาธารณะจะต้องประกอบด้วยเงื่อนไขสองประการ คือ(1) เป็นกิจการที่เกี่ยวข้องกับนิติบุคคลมหาชน ซึ่งหมายถึงกรณีที่นิติบุคคลมหาชนเป็นผู้ประกอบกิจกรรมด้วยตนเองอันได้แก่กิจกรรมที่รัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือรัฐวิสาหกิจเป็นผู้ดำเนินการและยังหมายความรวมถึงกรณีที่รัฐมอบกิจกรรมของรัฐบางประเภทให้เอกชนเป็นผู้ดำเนินการด้วย(2) กิจกรรมดังกล่าวมาแล้วในข้อ(1) จะต้องเป็นกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์สาธารณะและตอบสนองความต้องการของประชาชน

สุรพร เสียนสลาย(2549: 2-10) ให้ความหมายว่าการบริการสาธารณะ หมายถึง กิจการที่อยู่ในความอำนาจการหรือคอยควบคุมโดยรัฐหรือฝ่ายปกครอง เป็นกิจการที่รัฐพึงจัดทำให้แก่ประชาชนเพื่อสนองความต้องการของส่วนร่วมของประชาชน มีองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการ คือ หนึ่ง เป็นกิจการที่อยู่ในความควบคุมของรัฐ และ สอง เป็นกิจการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสาธารณประโยชน์

มาลี ทองภูสวรรค์ (2538: 724) มีความคิดเห็นว่า กิจการที่อยู่ในความอำนาจการและครอบคลุมของฝ่ายปกครองที่จัดทำเพื่อสนองความต้องการของประชาชนในด้านความ

ปลอดภัยในชีวิต ความสะดวกสบายในชีวิต ตัวอย่าง เช่น กรณีรัฐจัดให้มีกำลังทหาร การจัดให้มีสาธารณูปโภคและสาธารณูปการ เช่น การจัดหาน้ำ ประปาให้ การจัดไฟฟ้า การเดินรถประจำทาง เป็นต้น

วิลเลียม เอชลูซี เดนนิส กิลเบิร์ต และกูเธรี เอส เบิร์กเฮด (William H. Lucy, Dennis Gilbert and Guthrie S. Birkhead อ้างใน เทพศักดิ์ บุญขจรรัตน์ 2551: 225) มองว่าการให้บริการสาธารณะมี 4 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) ปัจจัยนำเข้า (Input) หรือทรัพยากร ได้แก่ บุคลากร ค่าใช้จ่าย และสิ่งอำนวยความสะดวก 2) กิจกรรม (Activities) หรือกระบวนการ (Process) เป็นกระบวนการของการบริหารทรัพยากร 3) ผล (Results) หรือผลผลิต (Outputs) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นหลังจากกระบวนการ และ 4) ความคิดเห็น (Opinions) ต่อผลกระทบ (Impacts) ซึ่งหมายถึงความคิดเห็นของประชาชนที่มีต่อบริการที่ได้รับ

เจมส์ เอส แมคคัลลough (James S. McCullough อ้างใน เทพศักดิ์ บุญขจรรัตน์ 2551: 225) เห็นว่าการให้บริการสาธารณะจะต้องประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ หน่วยงานที่ให้บริการ (Service Delivery Agency) บริการ (the Services) และผู้รับบริการ (the Service Recipients) ดังนั้น การให้บริการสาธารณะจึงเป็นเรื่องที่หน่วยงานที่ให้บริการทำหน้าที่ส่งมอบบริการให้แก่ผู้รับบริการ โดยที่ประโยชน์หรือคุณค่าของบริการที่ได้รับนั้น ผู้รับบริการจะตระหนักไว้ในใจ จากความหมายดังกล่าว เป็นการมองว่าการให้บริการสาธารณะจะมีทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยมีการบริการเป็นตัวเคลื่อนย้ายไปหาผู้รับบริการ รวมถึงการให้ความสำคัญต่อการประเมินผลความพึงพอใจของผู้รับบริการได้เนื่องจากผู้รับบริการจะตระหนักคุณค่าในใจ

บี เอ็ม เวอร์มา (B. M. Verma อ้างใน เทพศักดิ์ บุญขจรรัตน์ 2551: 225) มองว่าการให้บริการสาธารณะ หมายถึง กระบวนการให้บริการที่มีลักษณะเป็นพลวัต โดยระบบการให้บริการที่ดีจะเกิดขึ้นได้เมื่อหน่วยงานที่รับผิดชอบใช้ทรัพยากรและผลิตการบริการได้เป็นไปตามแผนงานและการเข้าถึงการรับบริการ

อิน จุน วัง (In-Jung Wang อ้างใน เทพศักดิ์ บุญขจรรัตน์ 2551: 226) มองระบบการให้บริการสาธารณะเป็นการเคลื่อนย้ายเรื่องที่ทำให้บริการจากจุดหนึ่งไปอีกจุดหนึ่งเพื่อให้เป็นไปตามที่ต้องการ โดยมองว่าการให้บริการสาธารณะมีปัจจัยที่สำคัญ 4 ประการ ได้แก่

- (1) ตัวบริการ (Services)
- (2) แหล่งหรือหน่วยงานที่ให้บริการ (Sources)
- (3) ช่องทางการให้บริการ (Channels)
- (4) ผู้รับบริการ (Client Groups)

ซึ่งจากปัจจัยทั้งหมด เขาจึงให้ความหมายของการให้บริการสาธารณะว่า หมายถึง ระบบการให้บริการที่มีการเคลื่อนย้ายบริการอย่างคล่องตัวผ่านช่องทางที่เหมาะสมมาจากแหล่ง ให้บริการคุณภาพไปยังผู้รับบริการตรงตามเวลาที่กำหนดไว้

เจรัลด์ อี เคเดน (Gerald E. Caiden อ้างใน เทพศักดิ์ บุญยรัตพันธุ์ 2551: 226) มีความคิดเห็นว่าเมื่อรัฐบาลคิดว่าจะต้องมีความรับผิดชอบในการให้บริการสาธารณะเพิ่มขึ้น จะนำไปสู่การเพิ่มช่องทางให้บริการใหม่ๆ โดยอาจจะใช้วิธีการทำสัญญากับสถาบันอื่นๆ หรือทำด้วยตนเอง หรือร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ในรูปของการให้บริการร่วม โดยชี้ให้เห็นว่าการให้บริการสาธารณะสามารถทำได้ในลักษณะผสมผสานระหว่าง 7 รูปแบบ คือ หน่วยงานอาสาสมัคร ใช้กลไกตลาด ผู้ผลิตจากภายนอก หน่วยงานที่เป็นรัฐวิสาหกิจ การทำสัญญากับหน่วยงานเอกชน และ การใช้หน่วยงานกลางภายนอก

เทพศักดิ์ บุญยรัตพันธุ์ (2547: 226 อ้างใน นัทธนญา ภรภัทรรังษี 2550: 23) ได้ให้ความหมายของการให้บริการสาธารณะว่าการที่บุคคลกลุ่มคนหรือหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสาธารณะซึ่งอาจจะเป็นของรัฐหรือเอกชนที่มีหน้าที่ในการส่งต่อการให้บริการสาธารณะแก่ประชาชน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสนองต่อความต้องการของประชาชนโดยส่วนรวม มีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 ส่วน คือ

1. สถานที่และบุคคลที่ให้บริการ
2. ปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากร
3. กระบวนการและกิจกรรม
4. ช่องทางการให้บริการ
5. ผลกระทบที่มีต่อผู้รับบริการ

เทพศักดิ์ บุญยรัตพันธุ์ (2551: 226) ได้สรุปความหมายของการให้บริการสาธารณะว่า การให้บริการสาธารณะ หมายถึง การที่หน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องซึ่งอาจจะเป็นของรัฐหรือของเอกชน ดำเนินการส่งต่อบริการให้แก่ประชาชน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนโดยส่วนรวม โดยที่การให้บริการสาธารณะที่เป็นระบบ มีองค์ประกอบที่สำคัญ 6 ประการ คือ หน่วยงานและบุคคลที่ทำหน้าที่ให้บริการ ปัจจัยนำเข้าหรือทรัพยากร กระบวนการและกิจกรรม ช่องทางการให้บริการ ผลผลิตหรือตัวบริการ และผลกระทบหรือคุณค่าที่มีต่อผู้รับบริการ

จากแนวคิดของนักวิชาการดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าการให้บริการสาธารณะเป็นหน้าที่และการควบคุมของรัฐที่จะจัดบริการที่มีความจำเป็นในการมีชีวิตที่ปลอดภัย แล้วส่งต่อบริการดังกล่าวไปให้ประชาชนโดยผ่านช่องทางต่างๆ ไม่ว่าจะรัฐจะเป็นผู้ดำเนินการเองหรือให้

หน่วยงานอื่นเป็นผู้ดำเนินการ โดยประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผู้ให้บริการหรือหน่วยงานที่ให้บริการ ตัวบริการ และผู้รับบริการ โดยภาครัฐมีหน้าที่ส่งมอบบริการไปสู่ประชาชนตามช่องทางที่เหมาะสม ทำให้ประชาชนเกิดความพึงพอใจต่อบริการนั้นๆ หรือบริการสาธารณะที่รัฐจัดให้ นี้จะต้องมีคุณค่าต่อประชาชนในฐานะผู้รับบริการ

9.2 ประเภทของบริการสาธารณะ

นักทฤษฎี บรมานันท์(2544: 29-33) มีความคิดเห็นว่า ในทางทฤษฎีนั้น บริการสาธารณะแบ่งได้สองประเภทใหญ่ๆ คือ (1) บริการสาธารณะที่มีลักษณะทางปกครองและ (2) บริการสาธารณะที่มีลักษณะทางอุตสาหกรรมและพาณิชย์กรรม

9.2.1 บริการสาธารณะที่มีลักษณะทางปกครอง ได้แก่ กิจกรรมที่โดยสภาพแล้วเป็นงานในหน้าที่ของฝ่ายปกครองที่จะต้องจัดทำเพื่อสนองตอบความต้องการของประชาชน กิจกรรมเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องการดูแลรักษาความปลอดภัยและความสงบสุขของชุมชน บริการสาธารณะประเภทนี้ฝ่ายปกครองต้องอาศัย "อำนาจพิเศษ" ตามกฎหมายมหาชนในการจัดทำ บริการสาธารณะทางปกครองส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมที่รัฐจัดทำให้ประชาชนโดยไม่ต้องเสียค่าตอบแทน และนอกจากนี้ เนื่องจากกิจกรรมของบริการสาธารณะทางปกครองเป็นเรื่องที่เป็นหน้าที่เฉพาะของฝ่ายปกครองที่ต้องอาศัยเทคนิคพิเศษในการจัดทำ รวมทั้ง "อำนาจพิเศษ" ของฝ่ายปกครองในการจัดทำบริการสาธารณะด้วย ดังนั้น ฝ่ายปกครองจึงไม่สามารถมอบบริการสาธารณะประเภทนี้ให้องค์กรอื่นหรือเอกชนเข้ามาดำเนินการแทนได้ บริการสาธารณะทางปกครองจะได้แก่ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาความสงบภายในประเทศ การป้องกันประเทศ และการคลัง เป็นต้น แต่เดิมนั้น บริการสาธารณะทุกประเภทจัดว่าเป็นบริการสาธารณะทางปกครองทั้งสิ้น ต่อมาเมื่อกิจกรรมเหล่านี้มีมากขึ้นและมีรูปแบบและวิธีการในการจัดทำที่แตกต่างกันออกไปจึงเกิด "ประเภท" ใหม่ๆ ของบริการสาธารณะขึ้นมาอีก

9.2.2 บริการสาธารณะที่มีลักษณะทางอุตสาหกรรมและพาณิชย์กรรมเป็นบริการสาธารณะอีกประเภทหนึ่งที่ฝ่ายปกครองเป็นผู้ดำเนินการแต่มีลักษณะคล้ายกับการดำเนินการให้บริการของเอกชน ข้อแตกต่างระหว่างบริการสาธารณะที่มีลักษณะทางปกครองกับบริการสาธารณะที่มีลักษณะทางอุตสาหกรรมและพาณิชย์กรรมนั้น มีอยู่สามประการด้วยกัน

1) วัตถุประสงค์ บริการสาธารณะที่มีลักษณะทางปกครองจะมีวัตถุประสงค์ให้บริการเพื่อสนองความต้องการของประชาชนแต่เพียงอย่างเดียว ในขณะที่ บริการสาธารณะที่มีลักษณะทางอุตสาหกรรมและพาณิชย์กรรมนั้น มีวัตถุประสงค์ให้บริการทางด้านเศรษฐกิจเหมือนกับวิสาหกิจเอกชน คือ เน้นทางด้านการผลิต การจำหน่าย การให้บริการและมีการแบ่งปันผลประโยชน์ที่ได้รับดังเช่นกิจการของเอกชน

2) วิธีปฏิบัติงาน บริการสาธารณะที่มีลักษณะทางปกครองจะมีวิธีปฏิบัติงานที่รัฐสร้างขึ้นมาเป็นแบบเดียวกันมีระบบบังคับบัญชาซึ่งใช้กับผู้ปฏิบัติงานทุกคน ในขณะที่บริการสาธารณะที่มีลักษณะทางอุตสาหกรรมและพาณิชย์กรรมจะมีวิธีปฏิบัติงานที่สร้างขึ้นมาจากแตกต่างกันไปจากบริการสาธารณะที่มีลักษณะทางปกครอง ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการดำเนินการ

3) แหล่งที่มาของเงินทุน บริการสาธารณะที่มีลักษณะทางปกครองจะมีแหล่งที่มาของเงินทุนจากรัฐแต่เพียงอย่างเดียว โดยรัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบเงินทุนทั้งหมดที่นำมาใช้จ่ายในการดำเนินการ ส่วนบริการสาธารณะที่มีลักษณะทางอุตสาหกรรมและพาณิชย์กรรมนั้น แหล่งรายได้ส่วนใหญ่จะมาจากค่าตอบแทนที่เรียกเก็บจากผู้ใช้บริการ

นอกจากลักษณะสำคัญทั้งสามประการที่ใช้เป็นตัวแบ่งประเภทของบริการสาธารณะที่มีลักษณะทางปกครองออกจากบริการสาธารณะที่มีลักษณะทางอุตสาหกรรมและพาณิชย์กรรมแล้ว นักทฤษฎีกฎหมายมหาชนฝรั่งเศสหลายคนยังมองอีกว่า สถานภาพของผู้ใช้บริการสาธารณะทั้งสองประเภทยังมีความแตกต่างกันอีกด้วย กล่าวคือ ผู้ใช้บริการสาธารณะที่มีลักษณะทางปกครองนั้น สถานภาพของผู้ใช้บริการจะถูกกำหนดโดยกฎข้อบังคับทั้งหมด ตั้งแต่การกำหนดองค์กรการจ้องค์กรและการปฏิบัติงานการใช้บริการสาธารณะประเภทนี้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ให้บริการจะมีลักษณะเป็นนิติกรรมที่มีเงื่อนไข ในขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ให้บริการของบริการสาธารณะประเภทอุตสาหกรรมและพาณิชย์กรรมจะมีลักษณะเป็นสัญญาตามกฎหมายเอกชน

9.3 หลักเกณฑ์สำคัญในการจัดทำบริการสาธารณะ

บริการสาธารณะไม่ว่าจะเป็นประเภทใดหรือที่จัดทำโดยผู้ใดย่อมต้องอยู่ภายใต้หลักเกณฑ์ที่สำคัญ 3 ประการ คือ หลักว่าด้วยความเสมอภาค หลักว่าด้วยความต่อเนื่องและหลักว่าด้วยการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง (นันทวัฒน์ บรมานันท์ 2544: 39-49)

9.3.1 หลักว่าด้วยความเสมอภาค หลักนี้เป็นหลักเกณฑ์ที่สำคัญประการแรกในการจัดทำบริการสาธารณะ ทั้งนี้เนื่องจากการที่ฝ่ายปกครองเข้ามาจัดทำบริการสาธารณะนี้ ฝ่ายปกครองมิได้มีจุดมุ่งหมายที่จะจัดทำบริการสาธารณะขึ้นเพื่อประโยชน์ของผู้หนึ่งผู้ใดโดยเฉพาะ แต่เป็นการจัดทำขึ้นเพื่อประโยชน์ของประชาชนทุกคน คือประชาชนทุกคน ย่อมมีสิทธิได้รับการปฏิบัติหรือได้รับผลประโยชน์จากบริการสาธารณะอย่างเสมอภาคกัน ดังนั้น ภารกิจใดที่ฝ่ายปกครองจัดทำขึ้นเพื่อบุคคลใด โดยเฉพาะจึงไม่มีลักษณะเป็นบริการสาธารณะ คำวินิจฉัยของศาลปกครองฝรั่งเศสในส่วนที่เกี่ยวกับความเสมอภาคที่มีต่อบริการสาธารณะนั้น สามารถแบ่งได้ประเภทใหญ่ๆ คือ

1) ในส่วนที่เกี่ยวกับผู้ใช้บริการสาธารณะการเลือกปฏิบัติในระหว่างผู้ใช้บริการสาธารณะอันทำให้เกิดความไม่เสมอภาคในการได้รับประโยชน์จากบริการสาธารณะไม่สามารถทำได้

2) การเข้าทำงานในหน่วยงานของรัฐ บุคคลทุกคนมีความเสมอภาคกันในการเข้าทำงานกับฝ่ายปกครองการเลือกปฏิบัติไม่รับเข้าทำงานด้วยเหตุผลใดเหตุผลหนึ่งนอกจากเหตุที่เกี่ยวกับความรู้ความสามารถซึ่งเป็นคุณสมบัติส่วนตัวของผู้สมัครจะกระทำมิใช่หลักค้ำจั่งกล่าวมีผลทำให้พลเมืองทุกคนมีความเสมอภาคกันในการเข้าทำงานกับฝ่ายปกครองความแตกต่างทางด้านศาสนาแนวความคิดทางการเมืองหรือเพศจะไม่สามารถเป็นเหตุให้ฝ่ายปกครองสร้างเงื่อนไขที่จะไม่รับเข้าทำงานหรือปฏิเสธไม่ให้เข้าทำงานได้จึงมีเพียงความรู้ความสามารถเท่านั้นที่ฝ่ายปกครองสามารถกำหนดเป็นเงื่อนไขในการรับบุคคลเข้าทำงานกับฝ่ายปกครองได้

9.3.2 หลักว่าด้วยความต่อเนื่อง เนื่องจากบริการสาธารณะเป็นกิจการที่มีความจำเป็นสำหรับประชาชน ดังนั้นหากบริการสาธารณะหยุดชะงักไม่ว่าด้วยเหตุใดก็ตามประชาชนผู้ใช้บริการสาธารณะย่อมได้รับความเดือดร้อนหรือเสียหายได้ ด้วยเหตุนี้บริการสาธารณะจึงต้องมีความต่อเนื่องในการจัดทำ

หลักการที่สำคัญของหลักว่าด้วยความต่อเนื่องของบริการสาธารณะคือ นิติบุคคลผู้มีหน้าที่จัดทำบริการสาธารณะจะต้องดำเนินการจัดทำบริการสาธารณะอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดเวลา หากมีกรณีที่เกิดการหยุดชะงักจะต้องมีการรับผิดชอบและในกรณีที่เกิดการหยุดชะงักขององค์กรปกครองท้องถิ่น หรือองค์กรมหาชน ติระ องค์กรที่ทำหน้าที่กำกับดูแลจะต้องเข้าดำเนินการแทนเพื่อเป็นหลักประกันการต่อเนื่องของบริการสาธารณะ

ความต่อเนื่องดังกล่าวมานี้ไม่มีมาตรฐานที่แน่นอนตายตัวว่าจะต้องมีลักษณะอย่างไร สำหรับบริการสาธารณะบางประเภทซึ่งจะต้องจัดทำอย่างถาวรเช่น การรักษาความสงบเรียบร้อยภายในและภายนอกประเทศ การรักษาพยาบาล การควบคุมการคมนาคมทางอากาศ ความต่อเนื่องจะหมายถึงการจัดทำบริการสาธารณะประเภทนั้นๆตลอดเวลาวัน 24 ชั่วโมงสัปดาห์ละ 7 วัน ในขณะที่บริการสาธารณะบางประเภทซึ่งไม่จำเป็นต้องจัดทำอย่างถาวรแต่จะต้องจัดทำอย่างสม่ำเสมออาจจัดทำโดยมีหลักเกณฑ์และเงื่อนไขบางประการ เช่น พิพิธภัณฑสถานสามารถกำหนดเวลาปิด/เปิด กำหนดวันหยุดได้ การศึกษาสามารถกำหนดวันเวลาในการให้การศึกษา รวมทั้งการหยุดพักร้อนประจำปีได้อีกด้วย นอกจากนี้ความต่อเนื่องยังขึ้นอยู่กับยุคสมัยและสภาพสังคมอีกด้วย

9.4 องค์กรผู้จัดทำบริการสาธารณะ

นักทฤษฎี บรมานันท์(2544: 51-72) มีความคิดเห็นว่า บริการสาธารณะส่วนใหญ่ รัฐเป็นผู้มีหน้าที่ในการจัดทำโดยใช้องค์กรภายในฝ่ายปกครองเป็นผู้จัดแต่ต่อมารัฐก็ได้เพิ่มวิธีการจัดทำบริการสาธารณะขึ้น โดยจัดตั้งเป็นองค์กรของรัฐประเภทพิเศษขึ้นมาทำหน้าที่ในการจัดทำบริการสาธารณะเฉพาะประเภทและต่อมาเมื่อมีการกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ท้องถิ่นเต็มรูปแบบในปี ค.ศ. 1982 จึงมีการมอบบริการสาธารณะหลายๆประเภทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปจัดทำแทนรัฐและนอกจากนี้ ในระยะหลังๆ บริการสาธารณะมีมากประเภทขึ้นบางประเภทต้องใช้กำลังคนกำลังทรัพย์ รวมทั้งเทคโนโลยีระดับสูงมาดำเนินการจัดห้แต่เนื่องจากบริการสาธารณะประเภทดังกล่าวเป็นบริการสาธารณะซึ่งโดยสภาพแล้วฝ่ายปกครองไม่จำเป็นต้องทำเองก็ได้จึงเกิดการ “มอบ” บริการสาธารณะบางประเภทให้เอกชนไปดำเนินการแทนฝ่ายปกครอง โดยฝ่ายปกครองเข้าไปควบคุมดูแลการจัดทำบริการสาธารณะโดยเอกชนเพื่อให้บริการที่เกิดขึ้นอยู่ในมาตรฐานเดียวกับที่ฝ่ายปกครองเป็นผู้จัดทำ

9.4.1 บริการสาธารณะที่จัดทำโดยรัฐบริการสาธารณะที่อยู่ในอำนาจการจัดทำของรัฐจะต้องเป็นบริการสาธารณะที่เมื่อพิจารณาจากสภาพของบริการสาธารณะนั้นแล้วเป็นหน้าที่ของรัฐแต่เพียงผู้เดียวที่จะเป็นผู้ดำเนินการจัดทำหรือเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นและมีความสำคัญต่อความเป็นอยู่ของประชาชนทั่วประเทศอย่างทั่วถึงต่ออย่างไรก็ตาม เมื่อมีการกระจายอำนาจการปกครองไปสู่ท้องถิ่นในปี ค.ศ. 1982 ก็ได้มีการมอบอำนาจในการจัดทำบริการสาธารณะบางประเภทให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จัดทำตั้งนั้น บริการสาธารณะที่จัดทำโดยรัฐจึงมีสองประเภท คือ บริการสาธารณะระดับชาติและบริการสาธารณะระดับท้องถิ่น

1) บริการสาธารณะระดับชาติ ได้แก่บริการสาธารณะที่เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องเป็นผู้จัดทำอันได้แก่กิจการที่เกี่ยวกับความมั่นคงและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของสังคม รวมทั้งการพัฒนาสังคมและวัฒนธรรมบริการสาธารณะระดับชาติเป็นบริการสาธารณะที่รัฐจัดทำอย่างทั่วถึงตลอดทั้งประเทศสามารถแบ่งได้ 7 ประเภทด้วยกัน คือ

- (1) บริการสาธารณะทางด้านยุติธรรม
- (2) บริการสาธารณะทางการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของสังคม
- (3) บริการสาธารณะทางการรักษาความมั่นคงปลอดภัยของประเทศ
- (4) บริการสาธารณะทางการศึกษาของชาติ
- (5) บริการสาธารณะทางด้านสังคม
- (6) บริการสาธารณะทางด้านวัฒนธรรม
- (7) บริการสาธารณะทางการท่องเที่ยว

2) บริการสาธารณะระดับท้องถิ่นได้แก่บริการสาธารณะที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ที่จะดำเนินการจัดทำโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งบริการสาธารณะที่ดำเนินการจัดทำโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนี้มีอยู่ด้วยกันสองประเภทคือ บริการสาธารณะระดับชาติซึ่งมอบหมายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการจัดทำบริการสาธารณะซึ่งเป็นหน้าที่ต่างๆขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ 3 ระดับอันได้แก่ บริการสาธารณะระดับเทศบาลบริการสาธารณะระดับจังหวัดและบริการสาธารณะระดับภาค โดยมีกฎหมายแบ่งแยกหน้าที่และประเภทของบริการสาธารณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทจะเป็นผู้จัดทำบริการสาธารณะซึ่งเป็นหน้าที่ต่างๆที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จัดทำสามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภท คือ

- (1) บริการสาธารณะทางด้านสุขอนามัย
- (2) บริการสาธารณะทางด้านเศรษฐกิจ
- (3) บริการสาธารณะทางด้านสังคมและการศึกษา
- (4) บริการสาธารณะทางด้านวัฒนธรรม

9.5 ค่านิยมการให้บริการสาธารณะ

จอห์น ดี มิลเล็ท (John D. Millet อ่างในเทศกคดี บุนยรัตพัน 2551: 229)

เห็นว่าการให้บริการสาธารณะมีเป้าหมายที่สำคัญอยู่ที่การสร้างคามพึงพอใจให้แก่ประชาชนโดยเห็นว่าเป้าหมายนี้เป็นค่านิยมแรกที่ผู้ปฏิบัติควรยึดถือไว้เสมอ โดยพิจารณาจากค่านิยมต่างๆ ดังนี้

1. การให้บริการอย่างเสมอภาค (Equitable Service) หมายถึงความยุติธรรมในการบริหารงานภาครัฐที่มีฐานคิดว่าทุกคนมีความเท่าเทียมกัน ประชาชนต้องได้รับบริการในมาตรฐานเดียวกัน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ

2. การให้บริการอย่างทันเวลา (Timely Service) หมายถึงการให้บริการสาธารณะที่จะต้องมีความตรงต่อเวลา โดยมิลเล็ทเห็นว่า ผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐจะถือว่าไม่มีประสิทธิผลเลยถ้าไม่มีการตรงต่อเวลา ซึ่งจะสร้างความพึงพอใจให้แก่ประชาชน

3. การให้บริการอย่างพอเพียง (Ample Service) หมายถึง การให้บริการสาธารณะจะต้องมีจำนวนการให้บริการและสถานที่เหมาะสมพอเพียง (The Right Quantity at the Right Geographical Location) ซึ่งมิลเล็ทเห็นว่า ความเสมอภาคและความตรงเวลาจะไม่มี ความหมายเลย ถ้ามีจำนวนการให้บริการที่ไม่พอเพียงพอและสถานที่ตั้งที่ให้บริการสร้างความไม่ยุติธรรมให้แก่ผู้รับบริการ

4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Service) หมายถึง การให้บริการ สาธารณะที่เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ โดยยึดประโยชน์ของสาธารณะเป็นหลัก ไม่ใช่ยึดความพอใจของ หน่วยงานที่ให้บริการว่าจะให้หรือหยุดเมื่อใดก็ได้

5. การให้บริการอย่างก้าวหน้า (Progressive Service) หมายถึง การให้บริการ สาธารณะที่มีการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ หรือมีการเพิ่มประสิทธิภาพหรือความสามารถที่ จะทำหน้าที่ได้มากขึ้น โดยใช้ทรัพยากรเท่าเดิม

เจอร์ลด์ อี เคเดน (Gerald E. Caiden อ้างใน เทพศักดิ์ บุญยรัตพันธุ์ 2551: 231) มีความคิดเห็นว่า เมื่อรัฐบาลคิดว่าจะต้องมีความรับผิดชอบในการให้บริการสาธารณะเพิ่มขึ้น จะ นำไปสู่การเพิ่มช่องทางการบริหารใหม่ๆ ทั้งนี้เพื่อให้การให้บริการสาธารณะมีความพอเพียง สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชน

อัลเบิร์ต โอ เฮิร์ชแมน (Albert O. Hirschman อ้างใน เทพศักดิ์ บุญยรัตพันธุ์ 2551: 231) มีความคิดเห็นว่า ค่านิยมที่สำคัญที่หน่วยงานผู้ให้บริการจะต้องให้ผู้รับบริการสามารถ ร้องเรียนเมื่อได้รับของการให้บริการที่ไม่ได้มาตรฐาน ซึ่งค่านิยมนี้ในปัจจุบันได้ถูกให้ความสำคัญ อย่างมาก โดยเฉพาะในระบบคุณภาพมาตรฐานสากล จะมีการกำหนดให้เป็นเป้าหมายนโยบายของ ระบบคุณภาพที่มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดของการให้บริการของหน่วยงาน

ริชาร์ด เอฟ เอลเมอร์ และ เจมส์ ดี ซอร์ก (Richard F. Elmore อ้างใน เทพศักดิ์ บุญยรัตพันธุ์ 2551: 231) มีความคิดเห็นว่า ค่านิยมเรื่องการมีจิตสำนึกของการให้บริการ เป็นค่านิยม สำหรับเจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ในการให้บริการสาธารณะ โดยเห็นว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการ ปฏิบัติงานขึ้นอยู่กับทรัพยากรอย่างมาก โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคล อันได้แก่ เจ้าหน้าที่ระดับล่างที่ ทำหน้าที่ในการส่งต่อบริการ ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ระดับบน

เจมส์ ดี ซอร์ก (James D. Sorg อ้างใน เทพศักดิ์ บุญยรัตพันธุ์ 2551: 232) เห็น ว่าพฤติกรรมของข้าราชการระดับล่างที่สำคัญที่จะต้อง มี คือ พฤติกรรมแบบตั้งใจและทำได้สำเร็จ (International Compliance)

ค่านิยมเรื่องการมีจิตสำนึกของการให้บริการนี้ ถือว่าเป็นค่านิยมหลักที่สำคัญที่ จะต้อง มีทั้งในส่วนขอภาครัฐและภาคเอกชน กล่าวได้ว่า การมีจิตสำนึกของการให้บริการเป็น ความเต็มใจและตื่นตัวต่อการให้บริการ ตลอดจนการมีอัธยาศัยที่ดีในการให้บริการ ภายใต้ ค่านิยม การมีจิตสำนึกของการให้บริการนี้ จึงทำให้มีการนำเทคนิคและวิธีการต่างๆ มาใช้ เช่น การจัดทำ มาตรฐานการให้บริการ (Service Standard) การฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เป็นต้น

โดยสรุป ค่านิยมในการให้บริการสาธารณะ เป็นค่านิยมที่ต้องคำนึงถึงคุณค่าที่ ผู้รับบริการได้รับและเกิดความพึงพอใจสูงสุดต่อบริการสาธารณะของรัฐ ในปัจจุบันการให้บริการ

สาธารณะไม่ได้จำกัดเฉพาะหน่วยงานภาครัฐเท่านั้น ภาคเอกชนได้เข้าร่วมให้บริการสาธารณะมากขึ้นตามแนวคิดและปรัชญาการจัดการภาครัฐแนวใหม่ทำให้เกิดการแข่งขันมากขึ้น

ในปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดสมัยใหม่หลายประการในการปรับปรุงการให้บริการสาธารณะ เช่น (1) การให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ซึ่งหมายถึงการนำงานที่ให้บริการทั้งหมดที่เกี่ยวข้องมารวมให้บริการอยู่ในสถานที่เดียวกัน ในลักษณะที่ส่งต่องานระหว่างกันทันทีหรือเสร็จในขั้นตอนนี้หรือเสร็จในจุดให้บริการเดียว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้การให้บริการมีความรวดเร็วขึ้น (2) การให้บริการแบบเครือข่าย หรือการสร้างการมีส่วนร่วมจากภายนอก (Network Service) ที่เป็นการสร้างระบบความร่วมมือของการให้บริการระหว่างหน่วยงานให้เกิดขึ้นมาเพื่อมาช่วยให้บริการแก่ประชาชนหรือลูกค้า รวมไปถึงการนำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริการ (เทพศักดิ์ บุญรัตพันธุ์ 2551: 236 -244)

9.6 แนวคิดความพึงพอใจในการรับบริการ

โดยทั่วไปการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจมักนิยามศึกษากันใน 2 ลักษณะคือความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน (Job Satisfaction) และความพึงพอใจในการรับบริการ (Service Satisfaction) ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความพึงพอใจในการรับบริการที่มีต่อบริการสุขภาพซึ่งมีผู้กล่าวถึงแนวคิดนี้ไว้มากในลักษณะใกล้เคียงและสัมพันธ์กับเรื่องทัศนคติ ดังเช่นความพึงพอใจ ตามความหมายของพจนานุกรมทางด้านจิตวิทยาได้ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกที่ผู้มารับบริการในสถานบริการนั้น ๆ (Chaplin 1968: 437) จากการศึกษาผู้ให้ความจำกัความไว้ดังนี้

ชริณี เดชจินดา (2535: 22) มีความคิดเห็นว่าความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ความรู้สึกพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการของบุคคลได้มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ความรู้สึกพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการของบุคคลได้รับความตอบสนองหรือบรรลุจุดเป้าหมายในระดับหนึ่ง ความรู้สึกดังกล่าวจะลดลงหรือไม่เกิด หากความต้องการหรือจุดมุ่งหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง

พิทักษ์ ตรีขุม (2538: 24) มีความคิดเห็นว่าความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติในการเชิงประเมินค่า ซึ่งจะเห็นว่าเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับทัศนคติอย่างแยกกันไม่ออก

หลุย จำปาเทศ (2533: 8) กล่าวถึงความพึงพอใจว่า หมายถึง ความต้องการ (Need) ได้บรรลุเป้าหมายพฤติกรรมที่แสดงออกมาก็จะมีความสุข สังเกตได้จากสายตา คำ พูดและการแสดงออกความพึงพอใจจะลดความเครียดที่มีอยู่ แต่ถ้าเมื่อใดความพึงพอใจนั้นไม่สามารถบรรลุได้ ความพึงพอใจที่มีอยู่นั้นก็จะไม่มีการลด เวลาที่นานออกไปอาจทำให้ความเครียดนั้นยิ่งเพิ่มขึ้นได้

เสมอหรือเรียกว่าอารมณ์สะสม ในทางตรงข้ามหลายคนต้องการจะมีวุฒิภาวะเป็นตัวช่วยลดความเครียดได้เช่นกัน เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะความพึงพอใจก็จะลดลงหรือหมดไป

พารัสชวราแมน ไชทล และแบร์รี (Parasuraman, Zeithal and Bary, 1985: 41-50)

มีความคิดเห็นว่าการบริการที่ประสบความสำเร็จจะต้องประกอบด้วยคุณสมบัติต่างๆ เหล่านี้ คือ

1. ความเชื่อถือได้ (Reliability) ประกอบด้วย
 - 1.1 ความสม่ำเสมอ (Consistency)
 - 1.2 การพึ่งพาได้ (Dependability)
2. การตอบสนอง (Responsive) ประกอบด้วย
 - 2.1 ความเต็มใจที่จะให้บริการ
 - 2.2 ความพร้อมที่จะให้บริการและการอุทิศเวลา
 - 2.3 มีการติดต่ออย่างต่อเนื่อง
 - 2.4 ปฏิบัติต่อผู้ให้บริการเป็นอย่างดี
3. ความสามารถ (Competence) ประกอบด้วย
 - 3.1 ความสามารถในการให้บริการ
 - 3.2 ความสามารถในการสื่อสาร
 - 3.3 ความสามารถในความรู้ที่จะให้บริการ
4. การเข้าถึงบริการ (Access) ประกอบด้วย
 - 4.1 ผู้ใช้บริการเข้าใช้หรือรับบริการได้สะดวกระบบขั้น ตอนไม่ซับซ้อน
 - 4.2 ผู้รับบริการใช้เวลารอคอยน้อย
 - 4.3 เวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่สะดวกสำหรับผู้รับบริการ
 - 4.4 อยู่ในสภาพที่ที่ผู้รับบริการติดต่อได้สะดวก
5. ความสุภาพอ่อนโยน (Courtesy) ประกอบด้วย
 - 5.1 การแสดงความสุภาพต่อผู้รับบริการ
 - 5.2 ให้การต้อนรับที่เหมาะสม
 - 5.3 ผู้ให้บริการมีบุคลิกภาพที่ดี
6. การสื่อสาร (Communication) ประกอบด้วย
 - 6.1 มีการสื่อสารชี้แจงขอบเขตและลักษณะงานบริการ
 - 6.2 มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการ
7. ความซื่อสัตย์ (Credibility) คุณภาพของงานบริการ มีความเที่ยงตรงน่าเชื่อถือ
8. ความมั่นคง (Security) ประกอบด้วย ความปลอดภัยทางกายภาพ

9. ความเข้าใจ (Understanding)

9.1 การเรียนรู้ผู้รับบริการ

9.2 การให้คำแนะนำและเอาใจใส่ผู้รับบริการ

9.3 ให้ความสนใจต่อผู้รับบริการ

10. การสร้างสิ่งจับต้องได้ (Tangibility)

10.1 การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ ให้พร้อมสำหรับการให้บริการ

10.2 การเตรียมอุปกรณ์ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ

10.3 การจัดสถานที่ให้บริการมีความสวยงาม สะอาด

สปิตเซอร์ (Spitzer, 1988: 12-13) ให้แนวคิดเกี่ยวกับการรับรองบริการทางการแพทย์ว่าสิ่งสำคัญที่สุดคือ คุณภาพของการรักษา โดยมีตัวชี้วัดได้แก่

1. ความเป็นมิตร เป็นกันเอง และอัธยาศัยดี
2. การได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากทีมการพยาบาล
3. การได้รับการดูแลอย่างเป็นส่วนตัว
4. มีการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย
5. มีทีมแพทย์ที่มีชื่อเสียงและได้รับการยอมรับ
6. มีบริการครบทุกแผนก
7. สถานที่สะดวกสบาย

พงศักดิ์ วิทยากร (2533: 56) กล่าวถึงหลักการให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุด โดยการจัดบริการดังนี้

1. การดูแลต้อนรับเอาใจใส่และอำนวยความสะดวกจากเจ้าหน้าที่ทุกคนด้วยอัธยาศัยไมตรีเป็นกันเองเรียบร้อยสุภาพ
2. ความเชื่อมั่นในความรู้ ความสามารถและประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลของบุคลากรในโรงพยาบาล
3. ความสะดวกและบรรยากาศที่ดี ตลอดจนความสวยงามของสถานที่ในโรงพยาบาล

พิชาย รัตนดิลก ณ ภูเก็ต (2537: 150-152) ได้เสนอปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและเป็นสาเหตุทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจต่อการรับบริการประกอบด้วยตัวแปรด้านระบบการให้บริการ ตัวแปรด้านกระบวนการให้บริการ ตัวแปรด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ โดยที่ความพึงพอใจเกิดจากตัวแปรทั้งสามมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงภาพรวมและก่อรูปเป็นรายละเอียดของตัวแปร 3 ด้าน มีดังนี้

1. ตัวแปรด้านระบบการให้บริการ หมายถึง องค์ประกอบและโครงข่ายที่สัมพันธ์กันของกิจกรรมบริการต่างๆ ตัวชี้วัดสาเหตุด้านนี้ ได้แก่

1.1 ความสะดวกในเงื่อนไขการขอรับบริการ ซึ่งจะดูความยากง่าย และความมากน้อยของเงื่อนไขที่จะทำให้เกิดสิทธิในการรับบริการ เช่น การทำบัตรประจำตัวผู้ป่วย จะต้องมียื่นขออะไรบ้าง หรือการทำบัตรสงเคราะห์รักษาฟรีมีเงื่อนไขอะไรบ้าง เป็นต้น หากเงื่อนไขมีน้อยและทำได้ง่ายโอกาสที่จะก่อให้เกิดความพึงพอใจก็มีสูง

1.2 ความเพียงพอทั่วถึงของบริการที่ให้จะพิจารณาปริมาณของบริการที่ให้ นั้นมีความครอบคลุมพื้นที่และ/หรือกลุ่มบุคคลต่างๆ ได้อย่างทั่วถึง เช่น การทำบัตรสุขภาพของโรงพยาบาลทำได้ครบทุกหมู่บ้านหรือไม่ เป็นต้น

1.3 การมีคุณค่าใช้สอยของบริการที่ได้รับจะพิจารณาผลลัพธ์ของบริการ (Outcome of Service) ที่ถูกผลิตออกมาในขั้นตอนสุดท้ายของการดำเนินการนั้น ๆ ว่ามีคุณค่าใช้สอยหรือประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการ (Users) มากน้อยเพียงใด เช่น การจ่ายยาในโรงพยาบาล คุณค่าผลลัพธ์ ก็อาจสามารถบรรเทาให้ทุกเลาหรือหายจากโรคที่ควรหายได้

1.4 ความคุ้มค่าดัชนีธรรมในราคาของระบบบริการที่ให้ หมายถึง ความรู้สึกเหมาะสมหรือไม่กับจำนวนค่าธรรมเนียมที่เรียกเก็บ เช่น ค่าห้องของโรงพยาบาล ค่าถ่ายภาพรังสี เป็นต้น ความก้าวหน้าและพัฒนาของระบบบริการที่ให้เมื่อเปรียบเทียบกับอดีตว่าดีขึ้นในเชิงปริมาณและคุณภาพมากน้อยขนาดไหน เช่น การนำระบบคอมพิวเตอร์มาใช้ในงานเวชระเบียนสามารถเก็บรักษาทะเบียนผู้รับบริการได้มากขึ้น ถูกต้องมากขึ้น และมีความรวดเร็วในการให้บริการมากขึ้น

2. ตัวแปรด้านกระบวนการให้บริการซึ่งก็คือ ขั้นตอนต่าง ๆ ของการบริการที่ต่อเนื่องกัน ตั้งแต่เริ่มต้นของทางเดินของงาน (Initial Work Flow) จนถึงขั้นสุดท้ายของทางเดินของงาน (Final Work Flow) ตัวชี้วัดในเรื่องนี้ ประกอบด้วย

2.1 ความสะดวกในการติดต่อขอรับบริการ ความยากง่ายในการขอรับบริการ

2.2 ความรวดเร็วในขั้นตอนของการให้บริการ ได้แก่ ความมากน้อยของจำนวนขั้นตอนและความรวดเร็วของการดำเนินงานในขั้นตอนต่างๆ ที่ประหยัดเวลา

2.3 ความสม่ำเสมอต่อเนื่องของบริการที่ให้ ได้แก่ ความคงเส้นคงวาของบริการที่ให้ชนิดต่อเนื่องตลอดเวลาหรือแบบหยุดๆ ให้อ่าง เช่น การเปิดคลินิกกัณโรคต้องมียวันประจำ ไม่ใช่ันก็จะเปิดปิดวันไหนก็ได้

2.4 ความปลอดภัยของบริการที่ให้ ได้แก่ อันตรายที่เกิดจากกระบวนการให้บริการ เช่น การผ่าตัดของแพทย์ต้องสะอาดปราศจากการติดเชื้อหรือไม่ทำให้เกิดโรคที่เรียกว่าโรคแพทย์ทำ พยาบาลทำ ประเด็นการให้บริการในโรงพยาบาลจะต้องตระหนักอย่างฉะฉาน

3. ตัวแปรด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ซึ่งได้แก่ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบในกิจกรรมต่างๆ ของโรงพยาบาลนั่นเอง ตัวชี้วัดในเรื่องนี้ ประกอบด้วย

3.1 ความเอาใจใส่ในงานของเจ้าหน้าที่ หมายถึง ความสนใจและตั้งใจในงานที่บริการ เช่น การสนใจได้ถามว่ามาติดต่อเรื่องอะไร หรือความรับผิดชอบต่องาน เช่น แพทย์เวรต้องอยู่ประจำโรงพยาบาล มิใช่ออกไปทำคลินิกตั้งแต่เที่ยงวันหรือบ่าย

3.2 ความเสมอภาคและเสมอหน้าของบริการที่ให้ หมายถึง การให้บริการต่อประชาชนผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน ไม่ลำเอียงแบบเลือกที่รักมักที่ชัง

3.3 การมีบุคลิกท่าทางและมารยาทในการบริการ หมายถึง การแสดงออกต่อผู้รับบริการในลักษณะยิ้มแย้มแจ่มใสหรือมีสิ่งดี รวมทั้งการพูดจาแบบสุภาพอ่อนโยนหรือกระด้างหยาบคาย เป็นต้น

3.4 ความซื่อสัตย์สุจริตของผู้ให้บริการ หมายถึง ความไว้วางใจเชื่อใจได้และตรงไปตรงมาต่อหน้าที่การให้บริการ โดยไม่มีการเรียกร้องประโยชน์อันมิพึงได้จากผู้รับบริการ

9.7 การประเมินผลการให้บริการสาธารณะ

การให้บริการสาธารณะโดยเฉพาะการให้บริการสาธารณะด้านสาธารณสุข นับเป็นนโยบายสาธารณะที่มีความสำคัญอันดับต้นๆ ของรัฐ ในการจัดบริการที่มีจำนวนเพียงพอและมีคุณภาพและส่งผลดีให้กับประชาชน นอกจากการกำหนดนโยบายการให้บริการ และมีการนำนโยบายไปปฏิบัติตามค่านิยมการให้บริการที่เป็นที่ยอมรับแล้ว การประเมินผลนโยบายหรือบริการสาธารณะต่างๆ เหล่านี้ก็เป็นส่วนสำคัญที่จะสะท้อนประสิทธิภาพและประสิทธิผลการนโยบายหรือบริการสาธารณะนั้นๆ ในส่วนนี้ จะกล่าวถึงแนวคิดและหลักการในการประเมินผลนโยบายสาธารณะที่สำคัญ ประกอบด้วยความหมาย และประเภทของการประเมินผล ดังนี้

9.7.1 ความหมายของการประเมินผล

จอห์น เค. ไอเกิลฮาร์ด (John K. Iglehart อ้างใน สุขชัย ยาระประภาส และ ปิยากร หวังมพพร 2550: 161) ได้นิยามการประเมินผลนโยบายไว้ว่าการประเมินผลนโยบายเป็นการช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายเลือกตัดสินใจการกระทำในอนาคตอย่างฉลาด

วิลเลียม เอ็น. ดันน์ (William N. Dunn อ้างใน สุขชัย ยาระประภาส และ ปิยากร หวังมพพร 2550: 161) มีความคิดเห็นว่าการประเมินผลนโยบายเกี่ยวข้องกับหลายความหมาย แต่ละความหมายชี้ให้เห็นระดับการวัดผลลัพธ์ที่เกิดจากนโยบายหรือโครงการ การ

ประเมินผลนโยบายจึงหมายถึงการผลิตข้อมูลเกี่ยวกับคุณค่าของผลลัพธ์ของนโยบายที่มีคุณค่า หมายความว่านโยบายนั้นสามารถสนองวัตถุประสงค์และเป้าหมาย

เจมส์ อี แอนเดอร์สัน (James E. Anderson อ้างใน ศุภชัย ยาวะประภาส และ ปียากร หวังมหาพร 2550: 162) นิยามการประเมินผลนโยบายว่า หมายถึง เรื่องที่เกี่ยวกับการ ประเมินผล การประเมินนโยบาย ซึ่งประกอบไปด้วย เนื้อหา การนำนโยบายไปปฏิบัติและ ผลกระทบของนโยบาย

คาร์เรล เอช วิส (Carel H. Weiss อ้างใน ศุภชัย ยาวะประภาส และ ปียากร หวังมหาพร 2550: 162) มีความคิดเห็นว่าการประเมินผลเกี่ยวข้องกับการศึกษาคุณค่า นโยบาย แผนงานหรือโครงการได้บรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ ทั้งในระหว่างปฏิบัติตามแผนและภายหลังงาน เสร็จสิ้นแล้ว

ปีเตอร์ บริดแมน และ กริล เดวิส (Peter Bridgman and Glyn Davis อ้างใน ศุภชัย ยาวะประภาส และ ปียากร หวังมหาพร 2550: 162) กล่าวถึงการประเมินผลว่าเป็นเครื่องมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดการกับข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายหรือ โครงการเพื่อประเมิน ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่

จากนิยามความหมายของการประเมินผลนโยบาย สรุปได้ว่า การประเมินผล เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในระหว่างปฏิบัติงานหรือหลังปฏิบัติงานเสร็จสิ้นแล้วด้วยเครื่องมือ การประเมินที่มีความเหมาะสม เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์ของนโยบายที่ได้ ตั้งไว้ว่าบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ และเป็นการใช้ผลการประเมินเพื่อกำหนดการทำงานในอนาคต การประเมิน และประเมินผลกระทบของนโยบาย

9.7.2 ประเภทของการประเมินผล

การประเมินผลสามารถแบ่งออกได้หลายประเภท ตามแต่จะใช้เกณฑ์ใดเป็น หลักในการแบ่ง นักวิชาการบางท่านแบ่งประเภทการประเมินผลโดยยึดจุดมุ่งหมายของการ ประเมินเป็นหลัก บางท่านยึดหลักการประเมิน หรือบางท่านยึดลำดับเวลาในการประเมิน

ปีเตอร์ บริดแมน และ กริล เดวิส (Peter Bridgman and Glyn Davis อ้างใน ศุภชัย ยาวะประภาส และ ปียากร หวังมหาพร 2550: 173) กล่าวถึงประเภทของการประเมินผลไว้ 4 ประเภท ได้แก่

1. การประเมินความเหมาะสม (Appropriateness Evaluation) เป็นไปเพื่อ ช่วยผู้กำหนดนโยบายในการตัดสินใจเพื่อริเริ่มโครงการใหม่ หรือตัดสินใจว่าโครงการที่มีอยู่ควร จะดำเนินการต่อไปหรือไม่

2. การประเมินประสิทธิภาพ (Efficiency Evaluation) เป็นการประเมินปัจจัยนำเข้าที่กล่าวคือ โครงการมีการใช้จ่ายเงินเพื่อบรรลุเป้าหมายของนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่

3. การประเมินประสิทธิผล (Effectiveness Evaluation) เป็นการประเมินว่าโครงการก่อให้เกิดผลอย่างไร บรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่

4. การประเมินกระบวนการ (Meta-Evaluation) การประเมินกระบวนการในการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ เช่น การประเมินการปรับตัวของหน่วยงานให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

เอ็ดเวิร์ด เอ ซัทแมน (Edward A. Suchman อ้างใน ศุภชัย ยาวะประภาส และปิยากร หวังมหาวร 2550: 175) แบ่งประเภทการประเมินออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่

1. การประเมินความพยายาม (Effort Evaluation) เป็นการพยายามในการวัดปริมาณปัจจุบันนำเข้าที่รัฐบาลจัดสรรให้กับโครงการ เช่น จำนวนคน เงิน วัสดุ การขนส่ง การติดต่อสื่อสาร เป็นต้น ซึ่งสามารถคำนวณเป็นต้นทุนในรูปตัวเงินได้ การประเมินในลักษณะนี้เป็นความพยายามสร้างฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินประสิทธิผลและคุณภาพการให้บริการต่อไป

2. การประเมินความสามารถ (Performance Evaluation) การประเมินความสามารถเป็นการประเมินผลผลิตของโครงการ โดยมีจุดประสงค์เพื่อพิจารณาว่านโยบายหรือโครงการกำลังก่อให้เกิดผลผลิตอะไรบ้าง เช่น จำนวนผู้สำเร็จการศึกษาในโครงการทางการศึกษา จำนวนผู้รับบริการคุมกำเนิดในโครงการวางแผนครอบครัว เป็นต้น

3. การประเมินประสิทธิผล (Effectiveness Evaluation) เป็นการประเมินความสามารถของโครงการในการบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด เช่น โครงการทางการศึกษา ผู้สำเร็จการศึกษาได้ออกไปทำประโยชน์ให้กับสังคมตามที่ต้องการหรือไม่

4. การประเมินประสิทธิภาพ (Efficiency Evaluation) เป็นการประเมินต้นทุนกับคุณภาพของโครงการหรือเป็นการดูอัตราส่วนระหว่างผลผลิตและปัจจัยนำเข้า

5. การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการตรวจสอบประสิทธิภาพของวิธีการดำเนินการขององค์กร ซึ่งรวมกฎเกณฑ์และกระบวนการในการส่งมอบบริการของโครงการ เพื่อแยกแยะให้เห็นสาเหตุของความล้มเหลวหรือความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโครงการและจะต้องศึกษาความเหมาะสมในด้านสถานที่และเวลา เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานให้เหมาะสมยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การประเมินกระบวนการ ยังต้องมีการวิเคราะห์ให้เห็นผลกระทบ (Side Effect) ของโครงการในด้านต่างๆ โดยจะต้องศึกษาชนิดของผลกระทบว่าเป็นด้านลบหรือด้านบวก เป็นผลกระทบเดียวหรือผลกระทบที่สืบเนื่องตลอดจนศึกษาระยะเวลาที่ผลกระทบจะมีอิทธิพลอยู่ด้วย

เจฟฟรีย์ แอล บรุดนีย์ และ โรเบิร์ต อี อิงแลนด์ (Jeffrey L. Brudney and Robert E. England อ้างใน เทพศักดิ์ บุญรัตน์ 2551: 251) เห็นว่า การวัดความสำเร็จของการให้บริการสาธารณะสามารถทำได้ 2 แนวทางคือ แนวทางอัตวิสัย (Subjective) และแนวทางวัตถุวิสัย (Objective) โดยสามารถให้เห็นความแตกต่างระหว่างสองแนวทางได้ ดังแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 ตารางเปรียบเทียบการวัดระดับความสำเร็จการให้บริการสาธารณะ
ระหว่างแนวทางอัตวิสัยกับแนวทางแบบวัตถุวิสัย

มิติ (Dimension)	แนวทางอัตวิสัย (Subjective)	แนวทางวัตถุวิสัย (Objective)
1. จุดมุ่งเน้น	พิจารณาที่ประชาชน	พิจารณาที่ผู้ให้บริการ
2. หน้าที่ของบริการ	พิจารณาหน้าที่ทางการเมือง	พิจารณาที่หน้าที่ทางเศรษฐกิจ
3. เป้าหมายการให้บริการ	1. พิจารณาที่การสนองตอบ (Responsiveness) ต่อความต้องการและข้อเรียกร้องของประชาชน 2. พิจารณาที่ความเสมอภาค (Equity)	1. พิจารณาที่ประสิทธิภาพ (Efficiency) และการเพิ่มผลผลิต/ผลิตภาพ (Productivity) 2. พิจารณาที่ประสิทธิผล (Effectiveness) เช่นพิจารณาจากการประเมินผล
4. ผลของนโยบายที่ปรากฏ	พิจารณาจากผลกระทบ	พิจารณาที่ผลผลิต

10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ณัฐชา ช้อนจำ และคณะ (2551) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ภายใต้ระบบการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในภาคใต้ตอนล่าง ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบริการที่ได้รับ ระดับความรุนแรง และระยะเวลาที่เข้าร่วมโครงการกับคุณภาพชีวิต พบว่า บริการที่ได้รับเป็นเพียงตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับบริการมากจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย บริการที่ได้รับในสถานบริการที่ครบถ้วนและต่อเนื่องเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการได้รับบริการเรื่องการตรวจสุขภาพและการได้รับยาต้านไวรัสโดยไม่คิดมูลค่า ตลอดจนการรักษาอาการต่างๆ ที่ปรากฏตามปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการ

ได้รับบริการปรึกษาอย่างสม่ำเสมอซึ่งสะท้อนได้ว่าการบริการที่ได้รับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

นุชบา ตันติศักดิ์ และคณะ(2548) ได้ศึกษาแนวทางการจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เข้าสู่ระบบบริการ ผลการศึกษา พบว่า 1. การจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยโครงสร้างตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรมีการสนับสนุนให้มีกลุ่มผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการ พัฒนาระบบการติดตามด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จัดทำแนวทาง**Clinical Practice Guideline** เพิ่มความหลากหลายของสูตรยา ดำเนินการให้ราคายาถูกลง เน้นการป้องกัน จัดสรรงบประมาณให้เหมาะสม มีการบริหารจัดการงบประมาณที่ดี คัดแยกประเภทสิทธิบริการของผู้ป่วยสนับสนุนงบประมาณ พัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ทุกด้าน รักษาความลับของผู้ป่วยเอดส์ และติดตามประเมินผล 2. ระบบการกำหนดและใช้ตัวชี้วัดในการประเมินความพร้อมของระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ได้แก่ ทีมให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ทีมที่ทำให้เกิดการรับประทุษร้ายยาต้านไวรัสเอดส์ที่ต่อเนื่อง ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ระบบการติดตามประเมินผลการดูแลรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อคือยา ความร่วมมือของโรงพยาบาลในระดับต่างๆ และงบประมาณที่เพียงพอ 3. รูปแบบความร่วมมือระหว่างสถานบริการสุขภาพในการบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ได้แก่ ความร่วมมือในการส่งต่อผู้ป่วย ความร่วมมือเกี่ยวกับเวชภัณฑ์ยา ความร่วมมือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความร่วมมือด้านวิชาการ และความร่วมมือระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อร่วมมือกับ รพ. สรุปลงและข้อเสนอแนะ การจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยโครงสร้างตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรเตรียมการในด้าน 1. การจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยโครงสร้างตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2. ระบบการกำหนดและใช้ตัวชี้วัดในการประเมินความพร้อมของระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ 3. รูปแบบความร่วมมือระหว่างสถานบริการสุขภาพในการบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

สุคนธา คงศีล และคณะ (2548) ได้ศึกษานโยบายการจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เข้าสู่ระบบบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาด้านผู้รับบริการของระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์การศึกษา พบว่า ราย ผลการศึกษาวิจัย ในจำนวน 229 คน เป็นเพศชาย 93 คน (ร้อยละ 41) และเพศหญิง 136 คน ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีอายุตั้งแต่ 15 จนถึง 84 ปี และมีอายุเฉลี่ย

เท่ากับ 42.5 ปี (SD=15.2 ปี) อายุเฉลี่ยของเพศชาย (42.4 ปี) และเพศหญิง (42.6 ปี) อายุของทั้งสองเพศไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.9$) ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส(รวมทั้งญาติ 11 คน) มากกว่าครึ่งหนึ่งคิดว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลางถึงมาก นอกจากนั้นยังมีความพอใจในระดับปานกลางถึงมากเกี่ยวกับกับสุขภาพ รู้สึกว่าชีวิตตนมีความหมาย รู้สึกพอใจในชีวิต มีสมาธิในการทำงาน พอใจกับสภาพบ้านเรือนที่อยู่ โดยที่สภาพรอบๆ บ้านของตนมีผลดีต่อสุขภาพมากกว่าครึ่งหนึ่งมีเงินพอใช้จ่ายตามความจำเป็น พอใจที่สามารถไปใช้บริการสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น และมีความพึงพอใจต่อการบริการดูแลที่ได้รับ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในตนเอง ยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเอง สามารถไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ดี มีความพึงพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับคนอื่น พอใจกับการได้รับการช่วยเหลือในช่วงที่ผ่านมาจากเพื่อนๆ แต่ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีการเจ็บปวดตามร่างกาย ทำให้ไม่สามารถทำในสิ่งที่ต้องการได้ ทำให้จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะทำงานหรือมีชีวิตอยู่ไปได้ในแต่ละวัน ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดมีความพึงพอใจกับการนอนหลับ แต่มีความรู้สึกที่ไม่ดี เช่น รู้สึกเหงา เศร้า หดหู่ ลึ้นหวัง วิตกกังวล รู้สึกว่าในแต่ละวันชีวิตไม่มีความมั่นคงปลอดภัย และไม่พอใจกับการเดินทางไปไหนมาไหน (การคมนาคม) โดยมีความพึงพอใจในระดับที่ต่ำกว่าระดับปานกลาง เกือบทั้งหมดไม่พอใจในการได้รู้เรื่องราวข่าวสารที่จำเป็นในชีวิตแต่ละวัน และไม่มีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด สรุปผลการวิจัย ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์และมีจำนวนหนึ่งที่ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ และมีผู้ป่วยที่สมควรได้รับยาและได้รับยาจำนวนหนึ่งรวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้รับผลกระทบทางสังคมเศรษฐกิจจากการไปรับและการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ และได้รับการยอมรับ ทั้งจากผู้ให้บริการครอบครัว หรือชุมชนในระดับปานกลาง

ประเด็น สังค์พัฒนาและคณะ (2547) ได้ศึกษาการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานภายใต้โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องเขตภาคใต้ ปีงบประมาณ 2545: มติของผู้ให้บริการ ผลการศึกษาพบว่า (1) ด้านข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง พบว่ามีความพร้อมและปัจจัยในเชิงโครงสร้าง บุคคล และการบริหารงานที่คล้ายคลึงกัน โดยเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณทั้งในและนอกระบบ และมีการพัฒนามูลากรอย่างต่อเนื่อง (2) ด้านการบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์พบว่าโรงพยาบาลทั้งสองแห่งมีกิจกรรมการบริการได้ครบถ้วนและต่อเนื่อง เป็นไปตามแผนและแนวทางที่กำหนด โดยให้ความสำคัญกับกิจกรรมการดูแลด้านกาย เช่น การประเมินสภาพปัญหา การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา การให้สุขศึกษา และการตรวจสุขภาพ ส่วนการดูแลด้านจิตใจที่สำคัญคือ การให้กชปรึกษา ในด้านสังคมเศรษฐกิจ พบว่าทุกแห่งมีสวัสดิการ สังคมสงเคราะห์ และเตรียมชุมชน รวมทั้งให้การดูแลที่พิถีพิถันสิทธิผู้ป่วยทุกเรื่อง และที่สำคัญคือมีระบบรายงาน

ผู้ป่วย นอกจากนี้พบว่า การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นกิจกรรมที่สนใจและต้องการการพัฒนาให้ชัดเจน อันเนื่องมาจากการมีผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านมากขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่ากิจกรรมกลุ่มการดูแลช่วงกลางวัน เป็นกิจกรรมที่สามารถทำได้ในพื้นที่ แม้ว่าจะประสบปัญหาการไม่เปิดเผยตัวของผู้ป่วยบางราย (3) จุดเด่นและจุดด้อยของการบริการที่พบในภาคใต้ คือ มีการขยายกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพแบบทางเลือกมากขึ้น ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม สำหรับจุดด้อยที่พบมีความคล้ายคลึงกันคือ การบริการยังไม่สามารถลดผลกระทบที่เกิดกับเด็กได้ โดยเฉพาะการที่สังคมไทยยังไม่ยอมรับเด็กให้เรียนในโรงเรียน

ทิพาพร อับสรณะสมบัติและคณะ (2548) ทำการศึกษา เรื่องรูปแบบการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุชุมชนผลการศึกษา พบว่า วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายองค์กรชุมชนให้มีความรู้ความเข้าใจ หลักและวิธีการสังคมสงเคราะห์เบื้องต้น สามารถช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ครอบครัวยุติธรรมและชุมชนแบบบูรณาการได้อย่างเหมาะสมและพึ่งตนเองต่อไปได้ วิธีการ มีการดำเนินงาน 5 ระยะต่อเนื่อง คือ ระยะที่ 1 พัฒนาหลักสูตรสังคมสงเคราะห์เบื้องต้นสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและองค์กรชุมชน หลักสูตร 6 วัน ระยะที่ 2 องค์กรบริหารส่วนตำบลแม่มาเดิงสนับสนุนงบประมาณในการจัดการอบรม นำร่องให้แก่องค์กรในเครือข่ายการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจสังคมตำบลแม่มาเดิง โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 สนับสนุนหลักสูตร ทีมวิทยากรและเอกสารประกอบการอบรม มีการบรรยายประกอบภาพและสไลด์ ระดมสมองและฝึกปฏิบัติด้านการสงเคราะห์เฉพาะราย การจัดกลุ่ม และการจัดระเบียบพัฒนาชุมชน ระยะที่ 3 ประเมินผลก่อน-หลังการอบรมและติดตามผลการปฏิบัติงานจากผู้ผ่านการอบรมและผู้รับบริการในชุมชน ระยะที่ 4 จัดทำคู่มือการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์สำหรับอาสาสมัครชุมชน เพื่อเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครชุมชนให้มีระบบในการดูแลช่วยเหลืออย่างครบถ้วนต่อเนื่อง และระยะที่ 5 สนับสนุนเครือข่ายการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจสังคมระดับจังหวัดเพื่อเตรียมความพร้อมในการขยายผลการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุชุมชนในเขตรับผิดชอบ ผลการดำเนินงาน ผู้ผ่านการอบรมสังคมสงเคราะห์เบื้องต้นมีความรู้ ความเข้าใจหลักการช่วยเหลือและป้องกันปัญหาต่าง ๆ ในชุมชน เกิดแนวคิดและทัศนคติที่ดีในการทำงานสังคมสงเคราะห์ร่วมกับหน่วยงานในเครือข่ายการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจสังคมแบบบูรณาการ สามารถใช้เทคนิค-ทักษะการค้นหาศักยภาพที่มีอยู่ในตัวผู้มีปัญหาและในชุมชนช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น ทำให้ชุมชนยอมรับผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และครอบครัว เครือข่ายการช่วยเหลือขององค์กรชุมชนมากขึ้น ผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ก้าวเปิดเผยตัวและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ได้รับการดูแลช่วยเหลือให้สามารถกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังสามารถใช้หลักการสังคมสงเคราะห์ ช่วยเหลือและป้องกันปัญหาต่าง ๆ ใน

ชุมชน เช่น ปัญหาเด็กกำพร้า ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น ทำให้ชุมชนมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น อภิปรายและสรุปผล ผลการปฏิรูประบบราชการ ทำให้องค์การบริหารส่วนตำบล ต้องรับการถ่ายโอนภารกิจและงบประมาณด้านการสงเคราะห์จากหน่วยงานต่าง ๆ ดังนั้นบทบาทหน้าที่สำคัญขององค์การบริหารส่วนตำบลคือการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้เรื่องการสังคมนาสงเคราะห์เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 และเครือข่ายการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจสังคมระดับจังหวัดที่ 6 จังหวัด จะได้สนับสนุนวิชาการเพื่อให้องค์การบริหารส่วนตำบลอื่น ๆ สามารถขยายผลการอบรมเรื่องการสังคมนาสงเคราะห์สู่ชุมชนในเขตรับผิดชอบต่อไป

สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุลและคณะ (2548) ได้ทำการศึกษาการวัดผลการปฏิบัติงานการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ผู้ใหญ่ด้านการแพทย์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HIVQUAL-T เพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมคอมพิวเตอร์ HIVQUAL-T พัฒนาจากฐานโปรแกรมไมโครซอฟท์แอคเซส (Microsoft Access) และระบบวินโดวส์ 95 ขึ้นไป ต้องการเนื้อที่ประมาณ 5 เมกะไบต์ โปรแกรมเวอร์ชันที่ 1 พัฒนาสำเร็จเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2546 ทดลองใช้นำร่องใน 12 โรงพยาบาล ปรับปรุงแก้ไขเป็นโปรแกรมเวอร์ชันที่ 2 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2548 โรงพยาบาลแต่ละแห่งสามารถดำเนินการวัดแล้วเสร็จภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า ค่ามัธยฐานความครอบคลุมในการให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ 2545 และ 2547 จำนวน 6 ตัวชี้วัด โดยยึดตามแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นดังนี้ คือ การตรวจ CD4 เท่ากับร้อยละ 24 และ 76 ผู้ที่สมควรได้รับยาต้านไวรัส ได้รับยาแล้วร้อยละ 95 และ 81 การได้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส PCP ร้อยละ 93 และ 87 การคัดกรองการติดเชื้อซิฟิลิสร้อยละ 0 และ 9 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์หญิงร้อยละ 0 และ 8 ตามลำดับ และการคัดกรองวัณโรค 2547 ร้อยละ 38 อภิปรายและสรุปผล: โปรแกรมคอมพิวเตอร์ HIVQUAL-T ใช้ง่าย รวดเร็ว ใช้ทรัพยากรน้อยและโรงพยาบาลสามารถวัดได้ด้วยตนเอง ทำให้ทราบถึงจุดอ่อนด้านการดูแลด้านการแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุและดำเนินการกิจกรรมแก้ปัญหาตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และเพื่อส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ต่อเนื่องและยั่งยืน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันสร้างระบบมาตรฐานรวมทั้งฐานข้อมูล

เสาวนีย์ สีสองสม และคณะ (2546) ทำการศึกษาเรื่องศูนย์บริการทางการแพทย์และสังคมช่วงกลางวัน โรงพยาบาลแม่จัน ศูนย์กลางการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์และการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ผลการศึกษา พบว่า เมื่อโรงพยาบาลแม่จัน ได้มีการดำเนินการจัดตั้งศูนย์บริการทางการแพทย์และสังคมในช่วงกลางวัน (Day Care Center) เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 เป็น

ศูนย์กลางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว แบบผสมผสาน บูรณาการทั้งทาง การแพทย์ การพยาบาล บริการปรึกษา บริการประสานความช่วยเหลือทางด้านสังคม และดูแลอย่างต่อเนื่อง จากสถานบริการ ไปจนถึงที่บ้านและชุมชน เนื่องจากมีเครือข่ายการดำเนินงาน ศูนย์บริการทางการแพทย์และสังคมในช่วงกลางวัน อยู่ในแต่ละตำบล ในเขตอำเภอแม่จัน และอำเภอใกล้เคียง ผู้ติดเชื้อที่มารับบริการภายในศูนย์ จะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ รวมถึงอาการข้างเคียงต่าง ๆ การเตรียมความพร้อมของผู้ติดเชื้อในการรับการรักษาดูแลด้วยยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ติดเชื้อที่เป็นสมาชิกของศูนย์ ได้เข้าถึงการรักษาดูแลด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งในปัจจุบัน มีจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสจากโครงการสนับสนุนของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่ จำนวน 60 ราย และโรงพยาบาลแม่จัน ใช้งบประมาณของโรงพยาบาลจัดสรรให้ 50 ราย รวมทั้ง 110 ราย และผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสทั้งหมดจะใช้ศูนย์บริการทางการแพทย์และสังคมของโรงพยาบาล เป็นศูนย์กลางการมารับบริการ ซึ่งจะมีทีมการรักษา ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ชั้นสูตกร และแกนนำผู้ติดเชื้อมาให้การดูแล ให้การปรึกษาแนะนำ ด้านสุขภาพ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การรับยา อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น การดูแลรักษา รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านสมาชิกที่ได้รับยาต้านไวรัส ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยศูนย์บริการทางการแพทย์และสังคมในช่วงกลางวัน โรงพยาบาลแม่จัน เป็นศูนย์กลางการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อ และเป็น โอกาสที่ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงการรักษาดูแลด้วยยาต้านไวรัส ในด้าน ข้อมูลการรักษา รวมถึงการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากเพื่อนผู้ติดเชื้อด้วยกันเอง และทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547) ทำการศึกษาเรื่อง การประเมินผลระบบ บริการดูแลทางสังคมจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย : ระบบบริการสาธารณสุข ทำการศึกษาวิจัยการให้บริการด้านสังคมจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์โดยมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ ประการแรก เพื่อประเมินระบบบริการดูแลทางสังคมจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขประการที่สอง เพื่อประเมินความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในฐานะผู้ให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ประการสุดท้ายเพื่อนำผลที่ได้มาใช้ประเมินผลระบบและใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ต่อการพัฒนาระบบบริการการดูแลทางสังคมจิตใจให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายกลุ่มที่รับผิดชอบทั้งทางตรงและทางอ้อมในการให้บริการดูแลทางสังคมจิตใจแก่ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อใน 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ จังหวัดพะเยา ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดอุดรธานี ภาคกลางจังหวัดปทุมธานี ภาคใต้ จังหวัดพัทลุงการวิจัยครั้งนี้ ได้วิเคราะห์และอภิปรายผลระบบบริการดูแลทางสังคมจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์แม้ว่าสถานพยาบาลต่าง ๆ จะมีแนวทางการให้บริการและการปฏิบัติงาน

ด้านเอดส์โดยถือนโยบายจากส่วนกลางที่กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้กำหนดไว้แล้วแต่หากผู้บริหารสถานพยาบาลใดมีความสนใจต่อปัญหาเอดส์ก็จะทำให้สถานพยาบาลแห่งนั้น สามารถให้บริการรักษาได้มากกว่านโยบายพื้นฐานของกระทรวงฯ ในทางกลับกันถ้าหากผู้บริหารสถานพยาบาลใดให้ความสนใจประเด็นสุขภาพอื่น ๆ ที่ไม่ใช่เอดส์ การบริการรักษาด้านเอดส์ของโรงพยาบาลแห่งนั้นก็ประสบปัญหาหลายประการ เช่นบุคลากรขาดขวัญและกำลังใจในการทำงานเนื่องจากผู้บังคับบัญชาไม่เห็นความสำคัญในการปฏิบัติงานเป็นต้น ผลการศึกษากฎนี้ชี้ให้เห็นว่าสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญต่อการให้บริการดูแลทางสังคมจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยจะเห็นได้ว่าสถานพยาบาลส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนการทำงานด้านนี้ ทั้งในเรื่องงบประมาณอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ทำงานด้านนี้ อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ก็แสดงให้เห็นว่าการบริการดูแลทางสังคมจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ยังต้องการการสนับสนุนอีกหลายประการ อาทิเช่น สถานที่และอุปกรณ์ในการให้บริการความมั่นคงและความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงานของบุคลากรที่ทำงานและการปรับปรุงมาตรฐานความรู้ของผู้ให้บริการ

พจนาน พรัตน์ (2546) การจัดสวัสดิการสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นการศึกษาปัญหาของผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับผลกระทบในด้านต่างๆ ทั้งความทุกข์ในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเพื่อค้นหาแนวทางการจัดสวัสดิการของรัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ในปัจจุบัน โดยเน้นศึกษาเฉพาะพื้นที่เขตอำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย โดยเก็บข้อมูลจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสำรวจเอกสารและการสัมภาษณ์ประชากรตัวอย่างแบบเฉพาะและสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบกิจกรรมด้านโรคเอดส์ ผลการศึกษาค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างล้วนมีรายได้น้อย มีอาชีพทำนาทำไร่และรับจ้างทั่วไป ความทุกข์ของผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น พบว่า 4 ด้านคือ สภาพความเจ็บป่วย ผลข้างเคียงจากการทดลองยาต้านไวรัสของแพทย์การดำเนินชีวิตด้านรายได้และความกดดันด้านจิตใจและต้องการการได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ ใน 3 เรื่องใหญ่ คือการได้มีโอกาสทำงานเหมือนคนปกติทั่วไปได้รับความช่วยเหลือด้านการเงินที่สามารถนำไปสร้างอาชีพและรายได้ และจัดให้มียาต้านไวรัสเอดส์เข้าเป็นส่วนหนึ่งในโครงการ 30 บาท

ศุภฤดี นรศาสตร์ และคณะ (2546) ศึกษาการประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในเขต 8 ปีงบประมาณ 2544-2545 ผลการศึกษาค้นพบว่า รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาลในเขต 8 ที่เข้าร่วมโครงการฯ มีรูปแบบการดำเนินงานเป็นไปตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคคิดต่อกำหนดในเรื่องบริการทางการแพทย์ การพยาบาล การให้คำปรึกษา การดูแลทางด้านสังคมจิตวิทยาครอบคลุมทุก

สภาพปัญหาของผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคเอดส์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ และมีระบบส่งต่อการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน แต่การติดตามเยี่ยมบ้านยังมีน้อย ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ต้องการให้พัฒนาระบบการดูแลในทุก ๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจและสังคม ระดับความพึงพอใจของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการฯ อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง ข้อเสนอแนะที่ได้จากการประเมินผลครั้งนี้ คือ ควรมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ในเขต 8 ให้ดียิ่งขึ้นในทุกด้าน โดยเน้นความต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านและชุมชน คำนี้ถึงคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน รวมถึงปัญหาเรื่องเศรษฐกิจและสังคม ควรนำปัญหาเหล่านี้ มาร่วมจัดทำแผนและกำหนดนโยบายในด้านการบริหารต่อไป

เสาวณีย์ รุ่งเพชร (2543) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติของประชาชนต่อสิทธิของผู้ป่วยเอดส์การศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติของประชาชนต่อสิทธิของผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มประชากรในการศึกษา คือ ประชาชนที่เคยผ่านการคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอดส์ของสำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชนสำนักอัยการสูงสุด จำนวน 253 คน มีแบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการศึกษพบว่า ประชาชนมีความรู้ต่อสิทธิในการศึกษา สิทธิในการทำงาน สิทธิด้านสวัสดิการและการให้บริการทางสังคมอยู่ในระดับสูง ประชาชนมีทัศนคติต่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยโดยประชาชนมีทัศนคติต่อศักดิ์ศรีคุณค่าความเป็นมนุษย์และประชาชนมีทัศนคติต่อความเสมอภาคกันในทางกฎหมายในระดับสูงและมี การปฏิบัติต่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในระดับกลาง

จิราภรณ์ สุวดีพานิช (2542) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่องการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย : กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ลำปางการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลลำปางผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์โดยรวมอยู่ในระดับควรปรับปรุงมีแบบการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิประโยชน์เป็นแบบการปกป้องสิทธิ ส่วนการปฏิบัติกิจกรรมการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์เป็นลักษณะของการปกป้องผู้ป่วยและไม่มีพยาบาลผู้ใดปฏิบัติกิจกรรมในลักษณะการให้ข้อมูล

11. สรุปที่มาของกรอบการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับแนวคิดการปฏิรูประบบสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ และสิทธิในการรับบริการสุขภาพแนวคิด

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิในการรับบริการด้านสุขภาพแนวคิดเกี่ยวกับมาตรฐานบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการภาครัฐแนวใหม่แนวคิดการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณะ กล่าวโดยสรุปถึงหลักสำคัญที่นำมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้

11.1 แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นการปรับกระบวนการ ให้บริการสุขภาพจากกรอบแนวคิดแบบเก่าที่ยังคิดแบบแยกส่วน และมุ่งไปที่การรักษาการเจ็บป่วยสนใจแต่ความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายแต่ไม่สนใจความรู้สึก ขาดมิติทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ เน้นที่ตัวโรคและระบบบริการทางการแพทย์อย่างเดียว มาสู่กรอบแนวคิดใหม่ที่เน้นการปฏิรูประบบสุขภาพที่ออกมาสู่ระบบสุขภาพโดยรวมมากขึ้น(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2547: 5) เป็นการให้บริการด้านสาธารณสุขที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์ (ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (2552: 4-8) ปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ปรับความคิดจากเรื่องสุขภาพจากที่ว่าด้วยโรคไปสู่กรอบความคิดของสุขภาพที่ว่าด้วยสุขภาพ (ประเวศ วะสี 2539: 14)

มีการกำหนดสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพที่สำคัญ ที่ยังไม่ได้กำหนดไว้ในกฎหมาย เช่น สิทธิการอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สิทธิได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เพียงพอ เพื่อตัดสินใจในการรับหรือปฏิเสธการบริการสาธารณสุข สิทธิการปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่จะเป็นไปเพียงเพื่อการยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (กระทรวงสาธารณสุข : 2550: 411)

11.2 แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพและสิทธิในการรับบริการสุขภาพ ที่ให้ความสำคัญกับสิทธิพื้นฐานที่มนุษยชาติทุกคนพึงมีคือ การมีภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี สามารถดำรงชีวิตและประกอบการทำงานได้โดยร่างกายและจิตใจที่เป็นสุข มีโอกาสในการแสวงหาการรักษาพยาบาลหรือสามารถรับบริการทางด้านสุขภาพได้อย่างสมัครใจและเกิดความพึงพอใจ โดยที่ทั้งคนยากจนหรือคนร่ำรวยมีโอกาสในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน ไม่มีข้อจำกัดทางด้านเศรษฐกิจหรือชนชั้นทางสังคมมาขวางกั้น(ปฏิญญาสากลว่าด้วยเรื่องสิทธิมนุษยชน อ้างใน โครงการวารสารธรรมศาสตร์ 2534: 138-149)

ระบบบริการสุขภาพที่มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ(1) ปัจจัยนำเข้าของระบบบริการสุขภาพ เช่น นโยบายสุขภาพ โครงสร้างองค์กร ระบบและกลไกสนับสนุน การบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ กำลังคน สถานบริการ เวชภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ องค์กรความรู้ และ การเงินการคลังสุขภาพ (2) การจัดบริการสุขภาพ ที่ประกอบด้วยระดับและประเภทของบริการ และ(3) สมรรถนะระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการ การครอบคลุมของบริการ ประสิทธิภาพของระบบบริการ คุณภาพบริการ และความเป็นธรรมของบริการ (กระทรวงสาธารณสุข 2550: 249)

ระบบบริการสาธารณสุขที่ดี คือ การบริการสาธารณสุขที่มีอย่างพอเพียง เข้าถึงได้
 อย่างเป็นธรรม มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และไม่เป็นการค้ำกำไรเชิงธุรกิจที่ไม่สมเหตุสมผล
 (กระทรวงสาธารณสุข 2550: 339)

ประสิทธิภาพในการบริการ คือ ประเภทของการบริการที่ประชาชนได้รับการ
 ครอบคลุมของบริการ การต่อเนื่องของการบริการ บริการตามความต้องการของชุมชน และความถี่
 ห่างของบริการที่ประชาชนได้รับ (กันยา กาญจนบุรานนท์ 2536: 65-66)

11.3 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ในการรับบริการทางสุขภาพ ประกอบด้วย 3 สิทธิ
 ใหญ่ๆ ได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการข้าราชการ
 และพนักงานรัฐวิสาหกิจ โดยสิทธิประโยชน์ในการรับบริการสุขภาพตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ
 ถ้วนหน้า เป็นสิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานเสมอหน้า
 ด้วยเกียรติศักดิ์ศรีเท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ ไม่เป็นอุปสรรคที่
 ประชาชนจะได้รับสิทธินี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2549: 1) ในขณะที่สิทธิ
 ประกันสังคมมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หลักประกันแก่ลูกจ้างเมื่อเจ็บป่วย โดยมีหลักการสำคัญคือการ
 กระจายความเสี่ยงและเกื้อกูลกันระหว่างผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกับผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจด้อย
 กว่า ระหว่างผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วย (กระทรวงสาธารณสุข 2553: 381) ส่วนสิทธิสวัสดิการ
 ข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจมีข้อดีกว่าสิทธิอื่นๆ ในแง่ที่ผู้มีสิทธิ์ สามารถเลือกไปรับบริการ
 ในสถานพยาบาลของรัฐที่ใดก็ได้ และบริการผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลเอกชนในกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน
 ตามกรอบเขตแดนการจ่าย เป็นการให้อิสระแก่ผู้ใช้บริการในการไปเลือกรับบริการ

11.4 แนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่ เป็นแนวคิดทางด้านการบริหารภาครัฐที่ถูก
 นำมาใช้ในประเทศตะวันตก ในปี ค.ศ. 1980 และต่อมาได้แพร่ขยายไปยังประเทศต่างๆ ทั่วโลก
 นักวิชาการได้เชื่อมโยงแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่กับหลักการเปลี่ยน โนมราชการ
 (Reinventing Government) จากหนังสือที่ David Osborne และ Ted Gaebler ที่เขียนขึ้นในปี ค.ศ.
 1992 หลังจากนั้นแนวคิดด้านการจัดการภาครัฐแนวใหม่ได้ถูกให้ความสำคัญอย่างชัดเจนขึ้น โดยมี
 นักวิชาการคนสำคัญที่ได้ให้แนวคิดลักษณะของการจัดการภาครัฐแนวใหม่ คือ Jonathan Boston
 (1996) และคณะฯ โดยสาระสำคัญของแนวคิดการจัดการภาครัฐแนวใหม่นั้นมุ่งแก้ปัญหาในระบบ
 ราชการที่ล่าช้า โดยการนำเครื่องมือการบริหารภาครัฐมาปรับใช้ให้เหมาะกับการบริหาร
 จัดการภาครัฐ มุ่งเน้นที่ผลลัพธ์และผลสัมฤทธิ์ (Results) มากกว่าที่จะควบคุมจัดการทรัพยากร
 เหมือนในอดีตที่เน้นวิธีการ (Means) ลดบทบาทภาครัฐ เน้นความประหยัด ความมีประสิทธิภาพ
 และประสิทธิผล (อ้างใน เทพศักดิ์ บุญยรัตพันธุ์ 2550: 205-206)

11.5 แนวคิดการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ เป็นแนวคิดที่อยู่ภายใต้การบริหารภาครัฐแนวใหม่ กล่าวโดยสรุปได้ว่าเป็นวิธีบริหารที่เป็นระบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ (ผลผลิต + ผลลัพธ์) หรือผลการปฏิบัติงานเป็นไปตามเป้าหมาย โดยมีระบบการประเมินผลงานที่อาศัยตัวชี้วัดเป็นตัวสะท้อนผลงานให้แสดงออกมาอย่างเป็นรูปธรรม เป็นเครื่องมือการบริหารภายใต้ปรัชญาการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ ที่เน้นการการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ อาจอธิบายอีกแบบหนึ่งว่าเป็นการจัดหาให้ได้ทรัพยากรอย่างประหยัด (Economy) การบริหารทรัพยากรมีประสิทธิภาพ (Efficiency) และการได้ผลงานที่บรรลุเป้าหมายขององค์กรหรือมีประสิทธิผล (Effectiveness) (ทิพาวดี เมฆสวรรค์ อ่างใน เพ็ญศรี มีสมนัย 2548: 39)

11.6 แนวคิดมาตรฐานการให้บริการด้านเอชไอวี/เอดส์ วงการแพทย์ยอมรับว่า ปัจจุบันเป็น โรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ต้องได้รับการการรักษาอย่างต่อเนื่อง ใช้งบประมาณสูง ในขณะที่ความรู้ความเข้าใจของสังคมเกี่ยวกับโรคและผู้ป่วยก็ยังไม่ก้าวหน้าไปในระดับที่พอใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลและบริการจากรัฐเป็นพิเศษ ประกอบกับในอดีตที่ผ่านมาการเข้าถึงข้อมูลในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทำได้ค่อนข้างยาก งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีจำนวนน้อยจากการประชุมวิชาการ งานวิจัย รายงานประจำปี และการนิเทศติดตาม พบว่าการบริการต่างๆ ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพการให้บริการอยู่ในด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

1. จำนวนผู้ให้บริการไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการ ทำให้ระยะเวลาในการให้บริการแต่ละคนไม่เพียงพอในการจะให้ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง
 2. ภาวะในด้านการรักษาของโรงพยาบาลมีมากขึ้นในปัจจุบัน ทำให้ความสนใจในเรื่องการพัฒนาคุณภาพของงานลดลง
 3. ขาดการปรับปรุงและเพิ่มเติมความรู้ ทักษะในกชดูแลผู้ป่วย
 4. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ยังไม่ยอมเปิดเผยตัวแก่ชุมชน จึงไปรับการรักษาในต่างพื้นที่ ส่งผลให้การติดตามการรักษาเป็นไปได้ยาก
 5. ผู้รับบริการขาดวินัยในการดูแลตนเอง
 6. สิทธิรับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลไม่ตรงกับภูมิฐานะของผู้ป่วย
- ปัญหาด้านการดูแลรักษาเหล่านี้ เป็นปัญหาทั้งในเชิงวิชาการ นโยบายที่เปลี่ยนแปลง

อย่างรวดเร็ว โครงสร้างระบบและตัวบุคคล การแก้ไขปรับปรุงคุณภาพบริการจึงจำเป็นต้องพิจารณาในหลายมิติ ทั้งตัวผู้ป่วย ญาติ ชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัย สถานบริการ บุคลากร งบประมาณ และนโยบาย กรมควบคุมโรค ได้นำ รูปแบบการพัฒนาคุณภาพในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

โดยใช้โปรแกรม HIVQUAL-T เป็นเครื่องมือในการวัดศักยภาพในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์(พีระมณ นิงสานนท์ 2550: 1- 4)

11.7 แนวคิดการให้บริการสาธารณะ กล่าวได้ว่าการให้บริการสาธารณะ เป็นหน้าที่และการควบคุมของรัฐที่จะจัดบริการที่มีความจำเป็นในการมีชีวิตที่ปลอดภัย แล้วส่งต่อบริการดังกล่าวไปให้ประชาชนโดยผ่านช่องทางต่างๆ ไม่ว่าจะรัฐจะเป็นผู้ดำเนินการเองหรือให้หน่วยงานอื่นเป็นผู้ดำเนินการ โดยประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ผู้ให้บริการหรือหน่วยงานที่ให้บริการ ตัวบริการ ช่องทางการให้บริการ และผู้รับบริการ โดยภาครัฐมีหน้าที่ส่งมอบบริการไปสู่ประชาชนตามช่องทางที่เหมาะสม ทำให้ประชาชนเกิดความพึงพอใจต่อบริการนั้นๆ หรือบริการสาธารณะที่รัฐจัดให้ นั้นจะต้องมีคุณค่าต่อประชาชนในฐานะผู้รับบริการ โดยคำนิยมในการให้บริการสาธารณะตามแนวคิดของ พิจารณาจากค่านิยมต่างๆ ดังนี้

จอห์น ดี มิลเล็ท (John D. Millet) อ้างใน เทพศักดิ์ บุญรัตพันธุ์ 2551: 229-231

อธิบายไว้ว่า ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อบริการสาธารณะหรือความสามารถในการที่จะพิจารณา บริการสาธารณะนั้น จะเป็นที่พึงพอใจหรือไม่ก็ให้พิจารณาจากค่านิยมต่างๆ ดังนี้

1. การให้บริการอย่างเสมอภาค (Equitable Service)
2. การให้บริการอย่างทันเวลา (Timely Service)
3. การให้บริการอย่างพอเพียง (Ample Service)
4. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuous Service)
5. การให้บริการอย่างก้าวหน้า (Progressive Service)

นอกจากนี้ ยังมีนักวิชาการอีกหลายท่านได้แก่จรัลด์ อี เคเดน (Gerald E. Caiden)

อัลเบิร์ต โอ เอิร์ชแมน (Albert O. Hirschman) ริชาร์ด เอฟ เอลเมอร์ (Richard F. Elmore) และ เจมส์ ดี ซอร์ก (James D. Sorg) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการสาธารณะที่จะต้องประกอบด้วยค่านิยมดังต่อไปนี้

1. การมีจิตสำนึกของผู้ให้บริการ (Service Mind)
2. การยอมรับการร้องเรียน (Complaint)
3. การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (Participatory Service)
4. การตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ (Customer Based Service)
5. ค่านิยมเรื่องความพึงพอใจของรับบริการ (Customer Satisfaction)

ในปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดสมัยใหม่หลายประการในการปรับปรุงการให้บริการสาธารณะ เช่น (1) การให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ซึ่งหมายถึง การนำงานที่ให้บริการทั้งหมดที่เกี่ยวข้องมารวมให้บริการอยู่ในสถานที่เดียวกัน ในลักษณะที่ส่งต่องานระหว่าง

กันทันทีหรือเสร็จในขั้นตอนนี้หรือเสร็จในจุดให้บริการเดียว โดยมีจุดประสงค์เพื่อให้การให้บริการ มีความรวดเร็วขึ้น (2) การให้บริการแบบเครือข่าย หรือการสร้างการมีส่วนร่วมจากภายนอก (Network Service) ที่เป็นการสร้างระบบความร่วมมือของการให้บริการระหว่างหน่วยงานให้เกิด ขึ้นมาเพื่อมาช่วยให้บริการแก่ประชาชนหรือลูกค้า รวมไปถึงการนำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมใน การบริการ (เทพศักดิ์ บุญรัตพันธุ์ 2551: 236-244) ในขณะที่การประเมินผลการให้บริการ สาธารณะสามารถทำได้ใน 2 ลักษณะ ตามแนวคิดของเจฟฟรีย์ แอล บรูดนีย์ และ โรเบิร์ต อี อิง แลนด์ (Jeffrey L. Brudney and Robert E. England อ้างใน เทพศักดิ์ บุญรัตพันธุ์ 2551: 251) ได้แก่ แนวทางอัตวิสัย(Subjective) และแนวทางวัตถุวิสัย(Objective) โดยแนวทางอัตวิสัยพิจารณา ที่ประชาชน ความสนองตอบต่อความต้องการข้อเรียกร้องของประชาชน ความเสมอภาค และ ผลกระทบที่เกิดจากการจัดบริการสาธารณะ ในแนวทางวัตถุวิสัย พิจารณาที่ผู้ให้บริการ พิจารณา ประสิทธิภาพ ผลผลิต และประสิทธิผล

11.8 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการด้านเอชไอเอดส์ โดยสรุป พบว่า การให้ความสำคัญกับระบบบริการและการจัดการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ เป็น ปัจจัยที่ส่งผลให้สมรรถนะระบบบริการสุขภาพ เป็นไปตามจรรยาบรรณของการปฏิบัติระบบสุขภาพ และมีการขยายการบริการตามมาตรฐานการบริหารจัดการผู้ติดเชื้อเอชไอเอดส์ HIVQUAL-T ใน ทุกโรงพยาบาลทั่วไปประเทศ ทำให้ผู้ติดเชื้อได้มีโอกาสเข้าถึงการรักษาในเชิงปริมาณมากขึ้น ใน ขณะเดียวกันการประเมินเชิงคุณภาพยังมีน้อย ตัวอย่างผลการวิจัยที่สอดคล้อง ได้แก่งานวิจัย ของณัฐชา ช้อนขำ และคณะ(2551) พบว่า บริการที่ได้รับเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวก กับคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอเอดส์ที่ได้รับบริการมากจะมี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย บริการที่ได้รับในสถานบริการที่ครบถ้วนและต่อเนื่องเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการได้รับบริการเรื่องการตรวจสุขภาพและการได้รับยาต้านไวรัส โดยไม่คิดมูลค่า ตลอดจนการรักษาอาการต่างๆ ที่ปรากฏตามปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอเอดส์ผู้ป่วย เอดส์ รวมทั้งการได้รับบริการปรึกษาอย่างสม่ำเสมอสะท้อนได้ว่าการบริการที่ได้รับเป็นปัจจัยที่ มีส่วนช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

การจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยโครงสร้างตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรเตรียมการในด้าน(1) การจัดระบบ บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยโครงสร้างตามนโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(2) ระบบการกำหนดและใช้ตัวชี้วัดในการประเมินความพร้อมของ

ระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์(3) รูปแบบความร่วมมือระหว่างสถานบริการสุขภาพในการบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ (นุษบา ตันตีสักดิ์ และคณะ 2548)

ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์และมีจำนวนหนึ่งที่ได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ และมีผู้ป่วยที่สมควรได้รับยาและได้รับยาจำนวนหนึ่งรวมทั้งผู้ที่มิสนใจเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้รับผลกระทบทางสังคมเศรษฐกิจจากการไปรับและการใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ และได้รับการยอมรับ ทั้งจากผู้ให้บริการ ครอบครัว หรือชุมชนในระดับปานกลาง (สุคนธา คงศิลป์: 2548)

โรงพยาบาลมีความพร้อมและปัจจัยในเชิงโครงสร้าง บุคคล และการบริหารงานที่คล้ายคลึงกัน โดยเป็นโรงพยาบาลที่ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณทั้งในและนอกระบบ และมีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง(2) โรงพยาบาลกิจกรรมการบริการได้ครบถ้วนและต่อเนื่องเป็นไปตามแผนและแนวทางที่กำหนด โดยให้ความสำคัญกับกิจกรรมการดูแลด้านกาย เช่น การประเมินสภาพปัญหา การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา การให้สุขศึกษา และการตรวจสุขภาพ ส่วนการดูแลด้านจิตใจที่สำคัญคือ การให้คำปรึกษา (3) จุดเด่นและจุดด้อยของการบริการที่พบในภาคใต้ คือมีการขยายกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพแบบทางเลื่อมมากขึ้น ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม สำหรับ จุดด้อยที่พบมีความคล้ายคลึงกันคือ การบริการยังไม่สามารถลดผลกระทบที่เกิดกับเด็กได้โดยเฉพาะการที่สังคมไทยยังไม่ยอมรับเด็กให้เรียนในโรงเรียน องค์ประกอบต่างๆ เหล่านี้ เป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลการดำเนินงานภายใต้โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง (ประณิต ส่งวัฒนา และคณะ: 2547)

การนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HIVQUAL-T มาใช้ในในระบบการให้บริการนั้นก็ สามารถ ใช้ง่าย รวดเร็ว ใช้ทรัพยากรน้อยและโรงพยาบาลสามารถวัดได้ด้วยตนเอง ทำให้ทราบถึงจุดอ่อนด้านการดูแลด้านการแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุและดำเนินกิจกรรมแก้ปัญหาตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และเพื่อส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน(สมศักดิ์ สุภวิทย์กุลและคณะ: 2548)

นอกจากนี้ ผลการศึกษาด้านการประเมินผลระบบบริการดูแลทางสังคมจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย : ระบบบริการสาธารณสุข ของ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2547) ซึ่งให้เห็นว่าสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญต่อการให้บริการการดูแลทางสังคมจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยจะเห็นได้ว่าสถานพยาบาลส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนการทำงานด้านนี้ ทั้งในเรื่องงบประมาณอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ทำงานด้านนี้ อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ก็

แสดงให้เห็นว่าการบริการดูแลทางสังคมจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ยังต้องการการสนับสนุน
อีกหลายประการ อาทิเช่น สถานที่และอุปกรณ์ในการให้บริการความมั่นคงและความก้าวหน้าใน
ตำแหน่งหน้าที่การงานของบุคลากรที่ทำงานและการปรับปรุงมาตรฐานความรู้ของผู้ให้บริการ

ส่วนทางด้านการศึกษาสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยเอดส์ กรณีศึกษาการพยาบาล
ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง โดย จิราภรณ์ สุวดีพานิช(2552) พบว่า พยาบาลวิชาชีพมีการ
ปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์โดยรวมอยู่ในระดับควรปรับปรุงมี
แบบการปฏิบัติการพิทักษ์สิทธิประโยชน์เป็นแบบการปกป้องสิทธิ ส่วนการปฏิบัติการกิจกรรมการ
พิทักษ์สิทธิประโยชน์ในการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์เป็นลักษณะของการปกป้องผู้ป่วยและไม่มี
พยาบาลผู้ใดปฏิบัติการกิจกรรมในลักษณะการให้ข้อมูล

จากเหตุผลทั้งหมดที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงเห็นว่าการประเมินประสิทธิผลของการ
ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในปัจจุบันจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ใน
การเติมเต็มช่องว่างการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์และปรัชญาการ
ให้บริการสุขภาพที่อยู่บนพื้นฐานของการเท่าเทียมกันในการรับบริการสุขภาพทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้
ไม่ติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งยังเป็นการเปรียบเทียบให้เห็นถึงพัฒนาการการบริการในระยะเวลาหลายปี
ที่ผ่านมาว่าระบบบริการได้พัฒนาไปมากน้อยเพียงไร ทั้งนี้กรอบแนวคิดการวิจัยได้มีการผสมผสาน
ปรัชญาแนวคิดของการจัดการภาครัฐแนวใหม่เป็นหลักเพื่อให้เข้ากับกระบวนทัศน์และค่านิยาม
การให้บริการภาครัฐ ดังแสดงภาพกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ตัวแปรอิสระ
(Independent Variables)

1. ปัจจัยสิทธิประโยชน์การรับบริการ
 - สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
 - สิทธิประกันสังคม
 - สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 - สิทธิอาสาสมัครในโครงการวิจัยฯ
 - สิทธิอื่นๆ อสม./สปร.
2. ปัจจัยกระบวนการบริหาร
แบบมุ่งผลสัมฤทธิ์
3. ปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ
 - การเข้าถึงบริการ
 - ความครอบคลุมบริการ
 - ความเป็นธรรมของบริการ
 - ความมีประสิทธิภาพ

ตัวแปรตาม
(Dependent Variables)

- ประสิทธิผลการให้บริการ
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของ
โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา
- การให้บริการอย่างเสมอภาค
 - การให้บริการที่ตรงเวลา
 - การให้บริการอย่างพอเพียง
 - การให้บริการอย่างต่อเนื่อง
 - การให้บริการอย่างก้าวหน้า
 - การมีจิตสำนึกของผู้ให้บริการ
 - การยอมรับข้อร้องเรียน
 - การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ
 - การตอบสนองต่อความต้องการฯ
 - การให้บริการแบบเครือข่าย
 - การให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ

4. ปัจจัยมาตรฐานการบริการด้านเอดส์ (HIVQUA-T)

<ul style="list-style-type: none"> - การติดตามผลภูมิคุ้มกัน - การติดตามผลจำนวนเชื้อไวรัส - การรับยาป้องกันโรคติดเชื้อ ฉวยโอกาส - การรักษาด้วยยาต้านไวรัส - การประเมินวินัยการรับยาต้าน - การติดตามผลข้างเคียงของยา ต้านไวรัส - การส่งตรวจเชื้อไวรัสดีเอ็นเอ - การคัดกรองวัณโรค - การดำรงสิทธิและจริยธรรม 	<ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ - การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก - การคัดกรองโรคจอตาอักเสบ - การคัดกรองโรคตับอักเสบบี - การคัดกรองโรคตับอักเสบซี - การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ - การบริการการปรึกษา - การบริการทางสังคม - มีมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีในโรงพยาบาล - มีการจัดองค์การ/การบริหารจัดการที่ดี
---	--

ภาพที่ 2.4 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย "ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี
และผู้ป่วยเอดส์ของ โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา"

ปัจจัยที่เป็นตัวแปรอิสระ(Independent Variables) และตัวแปรตาม (Dependent Variables) ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้

1. ปัจจัยกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ หมายถึงวิธีบริหารที่เป็นระบบ มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ หรือผลการปฏิบัติงานเป็นไปตามเป้าหมาย โดยมีระบบการประเมินผลงานที่อาศัยตัวชี้วัดเป็นตัวสะท้อนผลงานให้แสดงออกอย่างเป็นรูปธรรม เป็นเครื่องมือการบริหาร ภายใต้ปรัชญาการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ ที่เน้นกาการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ อาจอธิบายอีกแบบหนึ่งว่าเป็นการจัดหาให้ได้ทรัพยากรอย่างประหยัดการบริหารทรัพยากรมีประสิทธิภาพ และการได้ผลงานที่บรรลุเป้าหมายขององค์การหรือมีประสิทธิผล

2. ปัจจัยการให้บริการสาธารณะ หมายถึง ค่านิยมของการให้บริการสาธารณะ ได้แก่ (1) การให้บริการอย่างเสมอภาค (2) การให้บริการที่ตรงเวลา (3) การให้บริการอย่างพอเพียง (4) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (5) การให้บริการอย่างก้าวหน้า (6) การมีจิตสำนึกของผู้ให้บริการ (7) การยอมรับข้อร้องเรียน (8) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ (9) การตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ (10) การให้บริการแบบเครือข่าย และ (11) การให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ ที่โรงพยาบาลสามารถส่งต่อคุณภาพการบริการให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

3. ปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ปัจจัยที่สนับสนุนให้บริการสุขภาพที่ดีให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาเกิดผลสัมฤทธิ์ ในการให้บริการสมรรถนะเป็นผลผลิตของระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย (1) การเข้าถึงบริการ (2) ความครอบคลุมบริการ (3) ความเป็นธรรมของบริการ และ (4) การใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด

4. ปัจจัยมาตรฐานการบริการด้านเอดส์(HIVQUAL-T) หมายถึง การบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาที่มีการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการตามมาตรฐานการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้รูปแบบการให้บริการ คือ HIVQUAL-T ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัดหลัก ตัวชี้วัดเสริม และตัวชี้วัดที่โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยากำหนดเอง ได้แก่ (1) การติดตามผลภูมิคุ้มกัน (2) การติดตามผลจำนวนเชื้อไวรัส (3) การรับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (4) การรักษาด้วยยาต้านไวรัส (5) การประเมินวินัยการรับยาด้าน (6) การติดตามผลข้างเคียงของยาด้านไวรัส (7) การส่งตรวจเชื้อไวรัสต่อยา (8) การคัดกรองวัณโรค (9) การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (10) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (12) การคัดกรองโรคจอตาอักเสบ (13) การคัดกรองโรคตับอักเสบบี (14) การคัดกรองโรคตับอักเสบซี (15) การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ (16) การบริการการปรึกษา (17) การบริการ

ทางสังคม (18) มีมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาล (19) การดำรงสิทธิและ
จริยธรรม (20) การจัดองค์กรและการบริหารจัดการที่ดี

5. ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ความพึง
พอใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต่อบริการที่ได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา
ทั้ง 7 แห่ง



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา” ในครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลร่วมกับการเก็บข้อมูลประเด็นเชิงสังคม จิตวิทยา ที่ต้องคำนึงถึงร่วมกับการรักษาพยาบาล (สมศักดิ์ อรรถสิทธิ์ปี 2551: 11) ผู้วิจัยจึงต้องใช้การวิจัยเชิงปริมาณ(Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประกอบกัน โดยในบทนี้ จะนำเสนอระเบียบวิธีดำเนินการวิจัย(Research Methodology) ซึ่งมีองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือการวิจัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยไม่ทดลอง(Non-Experimental Research) ชนิดการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง(Cross-Sectional Survey Research) โดยเก็บข้อมูลตามปรากฏการณ์และสภาพจริงที่เกิดขึ้นในพื้นที่วิจัย และเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการวิจัยเพียงครั้งเดียวเพื่อศึกษาระดับประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นตัวแทนของประชากรกลุ่มใหญ่ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาทั้ง 7 แห่ง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาทั้ง โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิ(Primary Care Hospital) และ โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ(Secondary Care Hospital) รวมทั้งหมด 7 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลดอกคำใต้ โรงพยาบาลแม่ใจ โรงพยาบาลจุน โรงพยาบาลปง

โรงพยาบาลเชียงใหม่ โรงพยาบาลพะเยา และโรงพยาบาลเชิงคำ โดยมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 3,290 คน ดังแสดงในตารางที่ 3.1 และถือว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แต่ละคนเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลที่เข้ารับบริการแต่ละโรงพยาบาล

ตารางที่ 3.1 แสดงจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

โรงพยาบาลของรัฐ	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์(คน)
โรงพยาบาลพะเยา	1,036
โรงพยาบาลดอกคำใต้	778
โรงพยาบาลแม่ใจ	168
โรงพยาบาลจุน	652
โรงพยาบาลปง	172
โรงพยาบาลเชียงใหม่	54
โรงพยาบาลเชิงคำ	430
รวม	3,290

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา(2552)

2.2 กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณตามสูตรของ ทาโร ยามานะ (Taro Yamane) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (รังสรรค์ ประเสริฐศรี 2551: 44) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 356 คน แต่ทำการเก็บข้อมูลจริง จำนวน 390 ตัวอย่าง ดังผลการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร

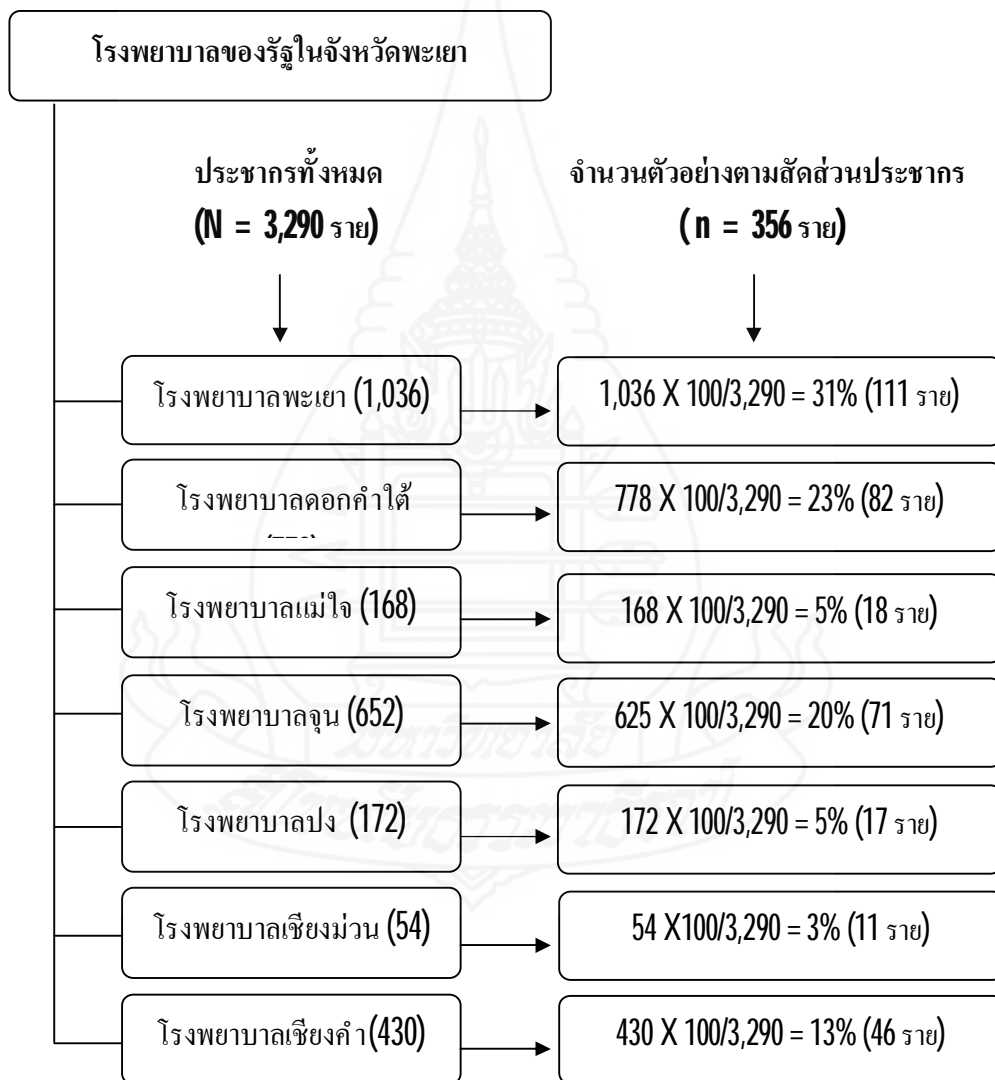
e = ระดับความคลาดเคลื่อน

$$n = \frac{3,290}{1 + 3,290(0.05)^2}$$

$$n = \frac{3,290}{9.2250}$$

$$n = 356$$

2.3 วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Non-Probability Sampling) เทคนิคที่ใช้คือการสุ่มเลือกตัวอย่างแบบโควต้า (Quota Sampling Techniques) ตามสัดส่วนของประชากรแต่ละโรงพยาบาล ดังแสดงในภาพแผนภูมิที่ 3.1



ภาพที่ 3.1 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง
ในแต่ละโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลสองชุด คือ (1) แบบสอบถามสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง และ (2) แบบคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 แบบสอบถาม (Questionnaires) แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

3.1.1 ตอนที่ 1 เพื่อสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเพศ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาของการรับบริการ ประเภทของการรับบริการ ความถี่ของการรับบริการ สิทธิประโยชน์ที่ใช้ในการรับบริการ โรงพยาบาลที่รับบริการ จำนวน 13 ข้อ เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบและแบบเติมคำ

3.1.2 ตอนที่ 2 เป็นแบบวัดประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาตามการประเมินของผู้รับบริการ เป็นแบบสอบถามชนิดปลายเปิด ใช้แบบมาตรวัดประมาณค่าแบบลิเคิร์ตสเกล แบบ 5 ตัวเลือก จำนวน 22 ข้อ

3.1.3 ตอนที่ 3 เป็นแบบวัดระดับปัจจัยที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่าแบบลิเคิร์ตสเกล แบบ 5 ตัวเลือก เช่นเดียวกับตอนที่ 2 จำนวน 63 ข้อ โดยแบ่งเป็นแบบวัดย่อย 4 แบบวัดคือ

1) แบบวัดระดับการให้บริการตามสิทธิประโยชน์ในการรับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จำนวน 9 ข้อ

2) แบบวัดระดับการให้บริการตามการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ ของการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จำนวน 15 ข้อ

3) แบบวัดระดับการให้บริการตามสมรรถนะระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จำนวน 4 ข้อ

4) แบบวัดระดับการให้บริการตามมาตรฐานการให้บริการด้านเอชไอวีเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จำนวน 35 ข้อ

3.1.4 ตอนที่ 4 เป็นแบบวัดความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาเกี่ยวกับจุดแข็ง/ข้อดี (Strengths) จุดอ่อน/ข้อเสีย (Weaknesses) โอกาส/ช่องทางในการปรับปรุงการให้บริการ (Opportunities) ข้อจำกัดอุปสรรค (Threats) ในการให้บริการ และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

3.2 การสนทนากลุ่ม (Focused Group Discussion) เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบผลการวิจัยเชิงปริมาณ เป็นการสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการนี้ผู้นำสนทนา ในวันที่ 2 มิถุนายน 2553 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาโดยเตรียมกรอบการสนทนาและกรอบการอภิปรายมาล่วงหน้าตามกรอบแนวคิดการวิจัยใช้หัวข้อการสนทนาแบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-Structured Discussion) ผู้วิจัยได้ทำการประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อนัดเวลาและสถานที่ในการเก็บข้อมูล ดำเนินการสนทนากลุ่มตามแผนการและกำหนดการที่วางไว้ พร้อมจดบันทึกสาระความคิดเห็นที่ได้จากการสนทนา สังเกตและบันทึกอาการปฏิกิริยาการแสดงออกของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการสนทนาตรวจสอบและทบทวนประเด็นการสนทนาให้สมบูรณ์ก่อนจะจบการสนทนากลุ่ม และหาข้อสรุปข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

3.3 การทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.3.1 การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ทำการตรวจสอบโดยให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยด้านสาธารณสุขภายในจังหวัดพะเยา และผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาตรวจสอบด้านความตรงของเนื้อหา และให้คะแนนความสอดคล้องภายใน (Content Validity) พร้อมทั้งตรวจสอบความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามตามหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับผู้คิดชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในวันที่ 8 มีนาคม 2533 แล้วนำผลที่ได้มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ตามสูตรการคำนวณ ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC คือ ดัชนีความสอดคล้อง

$\sum R$ คือ ผลรวมคะแนนของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

การแปลความหมายดัชนีความสอดคล้องให้เกณฑ์ ดังนี้

ถ้า $IOC \geq .50$ แสดงว่าข้อคำถามหรือข้อความวัดตรงตามเนื้อหา

$IOC < .50$ แสดงว่าข้อคำถามหรือข้อความไม่ตรงตามเนื้อหา

ผลการคำนวณดัชนีความตรงของเนื้อหาจากคะแนนความสอดคล้องภายใน (Content Validity) และการตรวจสอบความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามตามหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ประกอบด้วย

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. นางเพลงพิณ มั่นอยู่ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 2. นางสาวเสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 3. นางสุรีย์พร เลิศวัชรสกุล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 4. นางจุรีรัตน์ ทูมณี | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 5. นายชัชวาลย์ บุญเรือง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |

โดยค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) จากการให้คะแนนความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญอยู่ระหว่าง 0.60-1.00 ของคำถามทั้งหมด 85 ข้อ ซึ่งมากกว่า 0.5 แสดงถึงความตรงของเนื้อหาที่วัดได้

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ตรวจสอบความสอดคล้องภายในและความเหมาะสมตามหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แล้วไปทดสอบด้านความเข้าใจและการตีความหมายของคำถาม (Try Out) โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 30 ราย จากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามาใช้บริการจากโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นพื้นที่จังหวัดนภาคเหนือที่มีลักษณะบริบทของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา ในวันที่ 12 มีนาคม 2553 และนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความเที่ยงตรงและหาค่าความเชื่อมั่น โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient Method) ที่พัฒนาโดยครอนบาค (Cronbach) กำหนดค่าความเที่ยงตรงต้องไม่ต่ำกว่า 0.70 โดยผลการทดสอบในภาพรวมได้ค่า 0.949 และแยกตามแบบวัดย่อย 5 แบบวัด ดังแสดงในตารางที่ 3.2 การคำนวณหาค่าความเที่ยงตรงและค่าความเชื่อมั่นโดยเทคนิคของครอนบาค แสดงได้ดังนี้

$$\alpha \text{ หรือ } r_\alpha = \frac{n}{n-1} \left[\frac{1 - \sum s_i^2}{s^2} \right]$$

เมื่อ α หรือ r_α = ค่าความเชื่อถือได้

N = จำนวนข้อคำถาม

s_i^2 = ความแปรปรวนของคะแนนของข้อคำถามข้อที่ 1

s^2 = ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

ตารางที่ 3.2 แสดงค่าดัชนีความเที่ยงตรงและค่าความเชื่อมั่น ภายตัวแปร

ข้อคำถาม	Cronbach's Alpha	No. of Items
1. ตัวแปรตามระดับประสิทธิผลของการให้บริการ(ข้อ 1-22)	.901	22
2. ตัวแปรอิสระด้านการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์(ข้อ 32-46)	.917	15
3. ตัวแปรอิสระด้านสมรรถนะระบบบริการ สุขภาพ(ข้อ 47-50)	.741	4
4. ตัวแปรอิสระด้านมาตรฐานบริการด้านเอดส์(ข้อ 51-85)	.886	35

หมายเหตุ: กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สิทธิข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจจะเปิดเผยตัวต่อแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านั้น ผู้วิจัยจึงไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลวัดความเที่ยงตรงของแบบวัดได้

3.3.2 การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยทำการตรวจสอบ

เครื่องมือการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยขอความอนุเคราะห์จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้เชี่ยวชาญด้านการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทางด้านสาธารณสุข จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาและโรงพยาบาลพะเยา ในวันที่ 8 มีนาคม 2553 จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| 1. นางเพลงพิน มั่นอยู่ | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 2. นางสาวเสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 3. นางสุรีย์พร เลิศวัชรสกุล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ |
| 4. นางจุรีรัตน์ ทูมมณี | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 5. นายชัชวาลย์ บุญเรือง | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| 6. นางสาวศรีสุดา เจริญดี | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1 ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) เก็บข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยตรงในการวิจัยภาคสนาม(Field Research) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) เพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

4.2 ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ทำการศึกษาข้อมูลจากแนวคิด ทฤษฎี ทางด้านรัฐประศาสนศาสตร์ บทสรุป ข้อคิดเห็น และผลการวิจัยจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องรวมถึงเอกสารรายงานทางวิชาการ หนังสือ บทความ วารสาร หนังสือพิมพ์ วิทยานิพนธ์ เว็บไซต์ เอกสารเผยแพร่ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคและแผนยุทธศาสตร์นโยบายสุขภาพ แผนปฏิบัติการราชการประจำปี และคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปี พศ. 2552 ของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งเอกสาร คู่มือ การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา เพื่อใช้เป็นแหล่งอ้างอิงและศึกษารอบแนวคิดในการทำวิจัย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนกลับมาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 390 ชุด ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและข้อมูล (Content Analysis) และกำหนดรหัสกำกับแบบสอบถามแต่ละชุดและลงรหัสข้อมูลแต่ละแบบสอบถามลงในคู่มือการลงรหัสมาตรฐาน (General Coding Form) ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็นส่วนต่างๆ ตามรูปแบบการเก็บข้อมูล ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

5.1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่

- 1) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามารับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา
- 2) การวิเคราะห์ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ ระดับประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา
- 3) การวิเคราะห์ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่ ปัจจัยกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-Based Management) ปัจจัยสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Competencies) และปัจจัยมาตรฐานการบริการด้านเอดส์ (HIVQUAL-T)

สำหรับการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรตาม (ข้อ 5.1.1. ข้อ 2) และความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรอิสระ (ข้อ 5.1.1. ข้อ 3) ใช้รูปแบบการวิเคราะห์ความคิดเห็นที่แบ่งช่วงระดับคะแนนออกเป็น 5 ช่วง ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert's Rating Scale) จำนวน 5 ระดับ โดยคำนวณได้ตามสูตรดังนี้

$$\text{ช่วงห่างของคะแนนแต่ละช่วง} = \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนช่วงชั้น}}$$

$$\text{แทนค่า} = \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.20-5.00	เท่ากับ	ระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.40-4.19	เท่ากับ	ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.60-3.39	เท่ากับ	ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.80-2.59	เท่ากับ	ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.79	เท่ากับ	ระดับน้อยที่สุด

5.1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็นขั้นตอนตามแบบสอบถามและสมมติฐาน โดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปเกี่ยวกับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ ดังนี้

ตารางที่ 3.3 แสดงรูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงอนุมานโดยใช้โปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปเกี่ยวกับการวิจัยทางสังคมศาสตร์

สมมติฐานการวิจัย	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์
สมมติฐานข้อที่ 1	
ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาอยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 80	การทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ยของประชากร โดยสถิติ t-test
สมมติฐานข้อที่ 2	
ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยามีความแตกต่างกัน	วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (ANOVA) โดยใช้ F-test

ตารางที่ 3.3 (ต่อ)

สมมติฐานการวิจัย	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์
<p>สมมติฐานข้อที่ 3</p> <p>ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามแต่ละสิทธิประโยชน์ในการรับบริการมีความแตกต่างกัน</p>	<p>วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (ANOVA) โดยใช้ F-test</p>
<p>สมมติฐานข้อที่ 4</p> <p>ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา</p>	<p>F-test โดยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis)</p>

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามตอนที่ 4 เกี่ยวกับความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้านปัญหา อุปสรรค ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะต่อการให้บริการและวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และวิเคราะห์ จุดแข็งจุดอ่อน โอกาส และข้อจำกัด (SWOT Analysis) นำเสนอแบบพรรณนาวิเคราะห์ (Analytical Description)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยเรื่องประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาในครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 5 ตอน โดยมีรายละเอียดผลการวิเคราะห์ ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการจาก โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ ระดับประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาตามการประเมินของผู้รับบริการ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อตัวแปรอิสระ (Independent Variables) คือ ระดับการให้บริการต่อกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-Based Management) มาตรฐานการบริการด้านเอดส์ (HIVQUAL-T) และสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Competencies)

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะในการให้บริการด้านเอชไอวี/เอดส์ ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาที่กระจายอยู่ใน 9 อำเภอ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพการสมรส สถานภาพการศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อปี ชุมชนที่ประโยชน์ในการรับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐ ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลที่ลงทะเบียนรับบริการสุขภาพ อาการของโรคแทรกซ้อนหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประเภทของบริการสุขภาพที่ได้รับ และความถี่ในการเข้ารับบริการ

1.1 ข้อมูลด้านเพศ

จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จำนวน 390 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง มีจำนวน 217 คน (ร้อยละ 56.2) และเพศชาย จำนวน 169 คน (ร้อยละ 43.8) ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวน (คน)	อัตราร้อยละ
หญิง	217	56.2
ชาย	169	43.8
รวม	390	100

1.2 ข้อมูลด้านอายุ

จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จำนวน 390 คน ส่วนมากมีอายุระหว่าง 31-50 ปี มีจำนวน 335 คน (ร้อยละ 87.7) รองลงมาคือมีอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 33 คน (ร้อยละ 8.6) และน้อยที่สุดคือมีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีจำนวน 14 คน (ร้อยละ 3.7) ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาจำแนกตามช่วงอายุ

อายุ	จำนวน (คน)	อัตราร้อยละ
น้อยกว่า 30 ปี	14	3.7
ระหว่าง 31-50 ปี	335	87.7
ระหว่าง 51-60 ปี	33	8.6
รวม	390	100

1.3 ข้อมูลด้านสถานภาพการสมรส

จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จำนวน 387 คน มีสถานภาพการสมรสส่วนมากคือสมรส จำนวน 133 คน (ร้อยละ 34.4) รองลงมาคืออยู่กินแบบไม่ได้สมรส จำนวน 88 คน (ร้อยละ 22.7) เป็นหม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) จำนวน 72 คน (ร้อยละ 18.6) เป็นโสด จำนวน 63 คน (ร้อยละ 16.3) หย่าร้าง จำนวน 18 คน (ร้อยละ 4.7) และสถานภาพการสมรสที่น้อยที่สุด ได้แก่ แยกกันอยู่ จำนวน 13 คน (ร้อยละ 3.4) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จำแนกตามสถานภาพการสมรส

อายุ	จำนวน (คน)	อัตราร้อยละ
โสด	63	16.3
สมรส	133	34.4
อยู่กินแบบคู่โดยไม่สมรส	88	22.7
เป็นหม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)	72	18.6
หย่าร้าง	18	4.7
แยกกันอยู่	13	3.4
รวม	387	100

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างไม่ตอบแบบสอบถามในข้อนี้ จำนวน 3 คน

1.4 ข้อมูลด้านสถานภาพการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จำนวน 384 คน ส่วนมากมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนปลาย (ป.6) จำนวน 156 คน (ร้อยละ 40.6) รองลงมาคือมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนต้น (ป.4) จำนวน 83 คน (ร้อยละ 21.6) มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) จำนวน 63 คน (ร้อยละ 16.4) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) จำนวน 49 คน (ร้อยละ 12.8) ไม่ได้เรียนหนังสือ จำนวน 13 คน (ร้อยละ 3.4) จบการศึกษาระดับอาชีวศึกษา (ปวช./ปวส.) จำนวน 9 คน (ร้อยละ 2.3) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 9 คน (ร้อยละ 2.3) และได้รับการศึกษาอื่นๆ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.5) ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาจำแนกตามสถานภาพการศึกษา

อายุ	จำนวน (คน)	อัตราร้อยละ
ไม่ได้เรียนหนังสือ	13	3.4
ชั้นประถมศึกษาตอนต้น(ป.4)	83	21.6
ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย(ป.6)	156	40.6
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น(ม.3)	63	16.4
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย(ม.6)	49	12.8
อาชีวศึกษา (ปวช./ปวส.)	9	2.3
ปริญญาตรี	9	2.3
ได้รับการศึกษาอื่นๆ	2	0.5
รวม	384	100

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างไม่ตอบแบบสอบถามในข้อนี้ จำนวน 6 คน

1.5 ข้อมูลด้านจำนวนสมาชิกในครอบครัว

จากการศึกษาพบว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา รวมทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ตอบแบบสอบถามด้วย จำนวน 372 คน จำนวนสมาชิกน้อยที่สุดที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันมีจำนวน 1 คน และจำนวนสมาชิกมากที่สุดที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน จำนวน 9 คน เฉลี่ยแล้วมีจำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันหลังละ 4 คน ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวนและค่าเฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	จำนวนสมาชิก ต่ำสุด (คน)	จำนวนสมาชิก สูงสุด (คน)	อัตราเฉลี่ย (คน)
372	1	9	3.41

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างไม่ตอบแบบสอบถามในข้อนี้ จำนวน 18 คน

1.6 ข้อมูลด้านการประกอบอาชีพ

จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จำนวน 390 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างรายวันทั่วไป จำนวน 166 คน (ร้อยละ 42.7) รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 137 คน (ร้อยละ 35.2) ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 39 คน (ร้อยละ 10.0) ลูกจ้างรายวัน จำนวน 30 คน (ร้อยละ 7.7) ลูกจ้างรายเดือน จำนวน 27 คน (ร้อยละ 6.9) ประกอบอาชีพอื่นๆ จำนวน 26 คน (ร้อยละ 6.7) ประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 21 คน (ร้อยละ 5.4) ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 2.3) และพนักงานบริษัทเอกชน จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.0) ดังแสดงในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาจำแนกตามลักษณะการประกอบอาชีพ

ประเภทของอาชีพ	เลือกประกอบอาชีพ		ไม่เลือกประกอบอาชีพ	
	จำนวน (คน)	อัตราร้อยละ	จำนวน (คน)	อัตราร้อยละ
เกษตรกรรม	137	35.2	252	64.8
ค้าขาย	21	5.4	368	94.6
ลูกจ้างรายวัน	30	7.7	359	92.3
ลูกจ้างรายเดือน	27	6.9	362	93.1
รับจ้างรายวันทั่วไป	166	42.7	223	57.3
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	9	2.3	380	97.7
พนักงานบริษัทเอกชน	4	1.0	385	99.0
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	39	10.0	350	90.0
อาชีพอื่นๆ	26	6.7	363	93.3

1.7 ข้อมูลด้านรายได้ในครอบครัว

จากการศึกษารายได้ในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จำนวน 356 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่ำสุด 2,400 บาท/ปี และมีรายได้สูงสุด 840,000 บาท/ปี เฉลี่ยแล้วแต่ละครอบครัวมีรายได้ประมาณ 50,500 บาท/ปี ดังแสดงในตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 แสดงจำนวนและค่าเฉลี่ยรายได้ของครอบครัวปี ของผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	รายได้ต่ำสุด (บาท)	รายได้สูงสุด (บาท)	อัตราเฉลี่ย (บาท)
356	2,400	840,000	50,494.44

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างไม่ตอบแบบสอบถามในข้อนี้ จำนวน 34 คน

1.8 ข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์การรับบริการด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่าผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จำนวน 389 คน ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประโยชน์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) ในการรับบริการสุขภาพด้านเอชไอวีเอดส์ จำนวน 312 คน (ร้อยละ 80.2) รองลงมาใช้สิทธิประกันสังคม จำนวน 60 คน (ร้อยละ 15.4) ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 3.6) ใช้สิทธิอาสาสมัครในโครงการวิจัยด้านเอดส์ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.3) และใช้สิทธิประโยชน์อื่นๆ คือ สิทธิอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.5) ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้คิดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา แยกตามสิทธิประโยชน์การรับบริการ

ประเภทของอาชีพ	จำนวน (คน)	อัตราร้อยละ
สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง)	312	80.2
สิทธิบัตรประกันสังคม	60	15.4
สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	14	3.6
สิทธิอาสาสมัครในโครงการวิจัยด้านเอดส์	1	0.3
สิทธิอื่นๆ (อสม./สปร.)	2	0.5
รวม	389	100

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างไม่ตอบแบบสอบถามในข้อนี้ จำนวน 1 คน

1.9 ข้อมูลด้านระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาระยะเวลาการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จำนวน 323 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีต่ำที่สุด 1 ปี และมีระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวีสูงสุด 23 ปี เฉลี่ยแล้วแต่ละรายมีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 9 ปี ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 แสดงจำนวนและค่าเฉลี่ยระยะเวลาการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	ระยะเวลาติดเชื้อ ต่ำสุด (ปี)	ระยะเวลาติดเชื้อ สูงสุด (ปี)	อัตราเฉลี่ย (ปี)
323	1	23	8.74

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่แน่ใจว่าตนเองติดเชื้อมาแล้วกี่ปี จำนวน 67 คน

1.10 ข้อมูลด้านโรงพยาบาลของรัฐที่ลงทะเบียนรับบริการ

จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จำนวน 390 คน ส่วนใหญ่ลงทะเบียนและรับบริการสุขภาพด้านเอดส์ที่โรงพยาบาลพะเยา จำนวน 128 คน (ร้อยละ 32.8) รองลงมาได้แก่ โรงพยาบาลจุน และโรงพยาบาลดอกคำใต้ จำนวนแห่งละ 76 คน (ร้อยละ 19.5) โรงพยาบาลเชียงคำ จำนวน 44 คน (ร้อยละ 11.3) โรงพยาบาลแม่ใจและโรงพยาบาลปง จำนวนแห่งละ 26 คน (ร้อยละ 6.7) และผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ลงทะเบียนรับบริการสุขภาพด้านเอดส์ที่น้อยที่สุดที่โรงพยาบาลเชียงม่วน จำนวน 14 คน (ร้อยละ 3.6) ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาจำแนกตามโรงพยาบาลที่ลงทะเบียน

โรงพยาบาลที่ลงทะเบียนรับบริการ	จำนวน (คน)	อัตราร้อยละ
โรงพยาบาลพะเยา	128	32.8
โรงพยาบาลจุน	76	19.5
โรงพยาบาลดอกคำใต้	76	19.5
โรงพยาบาลเชียงคำ	44	11.3
โรงพยาบาลปง	26	6.7
โรงพยาบาลแม่ใจ	26	6.7
โรงพยาบาลเชียงม่วน	14	3.6
รวม	390	100

1.11 ข้อมูลด้านอาการโรคแทรกซ้อนและโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จำนวน 388 คน พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่เคยมีอาการของโรคแทรกซ้อนและโรคติดเชื้อฉวยโอกาสระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 218 คน (ร้อยละ 57.8) เคยมีอาการโรคแทรกซ้อนและโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแล้วในรอบระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 109 คน (ร้อยละ 28.9) และผู้ติดเชื้อที่ไม่แน่ใจจำนวน 50 คน (ร้อยละ 13.3) ดังแสดงในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาจำแนกตามการป่วยด้วยโรคแทรกซ้อน

โรคแทรกซ้อนและโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	จำนวน (คน)	อัตราร้อยละ
ไม่เคยมีอาการป่วยโรคแทรกซ้อนฯ	218	57.8
เคยมีอาการป่วยโรคแทรกซ้อนฯ	109	28.9
ไม่แน่ใจ	50	13.3
รวม	388	100

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างไม่ตอบแบบสอบถามในข้อนี้ จำนวน 2 คน

1.12 ข้อมูลประเภทบริการสุขภาพด้านเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐ

จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการ จำนวน 388 คน ส่วนใหญ่ได้รับการด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส จำนวน 332 (ร้อยละ 85.6) รองลงมา ได้แก่ การได้รับการด้านการตรวจและวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจเลือดตรวจจำนวนเชื้อไวรัส ฯลฯ จำนวน 315 คน (ร้อยละ 81.2) ได้รับการคำปรึกษา จำนวน 228 คน (ร้อยละ 58.8) ได้รับการด้านการให้ยาป้องกันและรักษาโรคแทรกซ้อนหรือติดเชื้อฉวยโอกาส จำนวน 194 คน (ร้อยละ 50.0) นอกจากนี้ยังได้รับการจากกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองจำนวน 169 คน (ร้อยละ 43.6) บริการด้านการส่งเสริมอาชีพ/เงินช่วยเหลือต่างๆ จำนวน 57 คน (ร้อยละ 14.7) และได้รับการด้านอื่นๆ จำนวน 12 คน (ร้อยละ 3.1) ดังแสดงในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาจำแนกตามลักษณะบริการที่ได้รับ

ประเภทของบริการ	ได้รับบริการ		ไม่ได้รับบริการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บริการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ:	315	81.2	73	18.8
บริการป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	194	50.0	194	50.0
บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	332	85.6	56	14.4
บริการด้านคำปรึกษา	228	58.8	160	41.2
บริการด้านการส่งเสริมอาชีพ/เงินช่วยเหลือต่างๆ	57	14.7	331	85.3
บริการจากกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยตนเอง/เพื่อนช่วยเพื่อน	169	43.6	219	56.4
บริการอื่นๆ	12	03.1	376	96.9

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างไม่ตอบแบบสอบถามในข้อนี้ จำนวน 2 คน

1.13 ข้อมูลด้านความถี่ในการเข้ารับบริการจากโรงพยาบาล

จากการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จำนวน 388 คน ส่วนใหญ่เข้ารับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐทุก 2 เดือน จำนวน 179 คน (ร้อยละ 46.1) รองลงมาคือเข้ารับบริการทุก 1 เดือน จำนวน 158 คน (ร้อยละ 40.7) เข้ารับบริการสุขภาพทุก 3 เดือน จำนวน 40 คน (ร้อยละ 10.3) เข้ารับบริการด้านสุขภาพทุก 4 เดือน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 0.5) และเข้ารับบริการสุขภาพทุก 5

เดือน จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.3) เข้ามารับบริการสุขภาพทุก 6 เดือน จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.0) และ
เข้ารับบริการในเวลาอื่นๆ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.0) ดังแสดงในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการด้าน
สุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาจำแนกตามความถี่ในการรับบริการ

ลักษณะความถี่ในการเข้ารับบริการ	จำนวน (คน)	อัตราร้อยละ
เข้ารับบริการทุก 1 เดือน	158	40.7
เข้ารับบริการทุก 2 เดือน	179	46.1
เข้ารับบริการทุก 3 เดือน	40	10.3
เข้ารับบริการทุก 4 เดือน	2	0.5
เข้ารับบริการทุก 5 เดือน	1	0.3
เข้ารับบริการทุก 6 เดือน	4	1.0
เข้ารับบริการลักษณะอื่นๆ	4	1.0
รวม	388	100

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างไม่ตอบแบบสอบถามในข้อนี้ จำนวน 2 คน

ตอนที่ 2 ประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาล ของรัฐในจังหวัดพะเยา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการสุขภาพด้านเอชไอวีและเอดส์จาก
โรงพยาบาลของรัฐทั้ง 7 แห่งของจังหวัดพะเยา ได้ร่วมกันประเมินประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติด
เชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาตามตัวแปรตามแนวคิดการ
ให้บริการสาธารณะของโรงพยาบาลที่เข้ารับบริการ ซึ่งปรากฏผลการประเมินพบว่าประสิทธิผล
การให้บริการด้านเอชไอวี/เอดส์โดยเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 โดยความ
คิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการให้บริการที่มากที่สุดได้แก่ ด้านการให้บริการที่ตรงเวลามีค่าเฉลี่ย
เท่ากับ 4.12 รองลงมา คือ การมีจิตสำนึกการให้บริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 การให้บริการอย่าง
ต่อเนื่อง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 การให้บริการอย่างเสมอภาค มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96 การให้บริการ
แบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 การให้บริการอย่างก้าวหน้ามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 การมี
ส่วนร่วมของผู้รับบริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.84 การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และ

การให้บริการแบบเครือข่าย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.77 การให้บริการอย่างพอเพียง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.69 และ มีค่าน้อยที่สุด คือการยอมรับข้อร้องเรียน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.57 ดังแสดงในตารางที่ 4.14

ตารางที่ 4.14 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

องค์ประกอบ	\bar{x}	SD	การแปลผล
1. การให้บริการที่ตรงเวลา	4.12	.704	มาก
2. การมีจิตสำนึกการให้บริการ	4.10	.807	มาก
3. การให้บริการอย่างต่อเนื่อง	4.01	.741	มาก
4. การให้บริการอย่างเสมอภาค	3.96	.735	มาก
5. การให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ	3.84	.865	มาก
6. การให้บริการอย่างก้าวหน้า	3.85	.837	มาก
7. การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ	3.84	.815	มาก
8. การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ	3.77	.851	มาก
9. การให้บริการแบบเครือข่าย	3.77	.858	มาก
10. การให้บริการอย่างพอเพียง	3.69	.755	มาก
11. การยอมรับข้อร้องเรียน	3.57	.915	มาก
รวม	3.87	.810	มาก

ตอนที่ 3 ระดับความคิดเห็นการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของ โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาต่อตัวแปรอิสระ

ผลการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของ
โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาต่อตัวแปรอิสระ ในที่นี้ประกอบด้วยความคิดเห็นในเรื่อง(1)
กระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-Based Management) (2) สมรรถนะระบบบริการ
สุขภาพ (Health Service System Competencies) (3) มาตรฐานการบริการด้านเอดส์ (HIVQUAL-T)
โดยผลการวิเคราะห์แต่ละตัวแปรมีดังนี้

3.1 ระดับความคิดเห็นการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต่อกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-Based Management)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการสุขภาพด้านเอชไอวีและเอดส์จากโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 7 แห่งของจังหวัดพะเยา ได้ร่วมกันประเมินการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ ของโรงพยาบาลที่เข้ารับบริการ ซึ่งปรากฏผลการประเมินพบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก คือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 จากคะแนนเต็ม 5.00 โดยส่วนที่ได้รับการประเมินให้มีค่าสูงที่สุด คือ เรื่องการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 อยู่ในเกณฑ์ระดับมากรองลงมา คือ โรงพยาบาลมีปัจจัยนำเข้าเพื่อการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์อย่างเหมาะสม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.83 และเรื่องโรงพยาบาลของรัฐมีกระบวนการในการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ ที่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือเท่ากับ 3.74 ตามตารางที่ 4.15

ตารางที่ 4.15 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ตามความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

องค์ประกอบ	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. การกำหนดวัตถุประสงค์	4.12	.693	มาก
2. มีปัจจัยนำเข้าที่เหมาะสม	3.83	.770	มาก
3. มีกระบวนการที่เหมาะสม	3.74	.829	มาก
รวม	3.89	.764	มาก

3.2 สมรรถนะระบบบริการสุขภาพ ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการสุขภาพด้านเอชไอวีและเอดส์จากโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 7 แห่งของจังหวัดพะเยา ได้ร่วมกันประเมินสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ ของโรงพยาบาลที่เข้ารับบริการ ซึ่งปรากฏผลการประเมินพบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินสมรรถนะระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก คือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 จากคะแนนเต็ม 5.00 โดยส่วนที่ได้รับการประเมินให้มีค่าสูงที่สุด คือด้านความ

เป็นธรรมชาติของบริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.01 อยู่ในเกณฑ์ระดับมากรองลงมา คือด้านการเข้าถึงบริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.00 ด้านความครอบคลุมของบริการ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.86 และด้านความมีประสิทธิภาพ มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือเท่ากับ 3.84 ตามตารางที่ 4.16

ตารางที่ 4.16 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสมรรถนะระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ตามความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

องค์ประกอบ	\bar{x}	SD	การแปลผล
1. ความเป็นธรรมชาติของบริการ	4.01	.853	มาก
2. การเข้าถึงบริการ	4.00	.781	มาก
3. ความครอบคลุมของบริการ	3.86	.810	มาก
4. ความมีประสิทธิภาพ	3.84	.785	มาก
รวม	3.93	.807	มาก

3.3 มาตรฐานการบริการด้านเอดส์ (HIVQUAL-T) ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการสุขภาพด้านเอชไอวีและเอดส์จากโรงพยาบาลของรัฐทั้ง 7 แห่งของจังหวัดพะเยา ได้ร่วมกันประเมินมาตรฐานการบริการด้านเอดส์ (HIVQUAL-T) ของโรงพยาบาลที่เข้ารับบริการ ซึ่งปรากฏผลการประเมินพบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินมาตรฐานการบริการด้านเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก คือมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 จากคะแนนเต็ม 5.00 โดยส่วนที่ได้รับการประเมินให้มีความสูงที่สุด คือ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 รองลงมา คือการประเมินวินัยการรับยาต้านไวรัส มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.32 การรับยาป้องกันโรคติดเชื้ออวัยวะมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 การป้องกันการแพร่เชื้อในกลุ่มผู้ติดเชื้อมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 การติดตามภูมิคุ้มกัน (ซีดี 4) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.21 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.17 การบริการการปรึกษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.16 การติดตามผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 การส่งตรวจเชื้อไวรัสคือยา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.10 การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 การตรวจคัดกรองวัณโรค มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.05 การดำรงสิทธิและจริยธรรม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 การ

ติดตามผลจำนวนเชื้อไวรัส มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.90 การจัดองค์กรและการบริหารจัดการที่ดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.85 การบริการทางสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.61 การตรวจคัดกรองโรคตับอักเสบบี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 การตรวจคัดกรองโรคตับอักเสบซีมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 และการตรวจคัดกรองโรคตับอักเสบซีมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 3.49 ดังแสดงในตารางที่ 4.17

ตารางที่ 4.17 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของมาตรฐานบริการด้านเอดส์ (HIVQUAL-T) ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ตามความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

องค์ประกอบ	\bar{X}	SD	การแปลผล
1. การรักษาด้วยยาต้านไวรัส	4.36	.614	มากที่สุด
2. การประเมินวินัยการรับยาต้านไวรัส	4.32	.663	มากที่สุด
3. การรับยาป้องกันโรคติดต่อฉวยโอกาส	4.25	.708	มากที่สุด
4. การป้องกันการแพร่เชื้อในกลุ่มผู้ติดเชื้อ	4.24	.741	มากที่สุด
5. การติดตามภูมิคุ้มกัน (ซีดี 4)	4.21	.785	มากที่สุด
6. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	4.17	.807	มาก
7. การบริการการปรึกษา	4.16	.713	มาก
8. การติดตามผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส	4.15	.784	มาก
9. การส่งตรวจเชื้อไวรัสคือยา	4.10	.801	มาก
10. การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ	4.08	.705	มาก
11. การตรวจคัดกรองวัณโรค	4.05	.804	มาก
12. การดำรงสิทธิและจริยธรรม	3.98	.784	มาก
13. การติดตามผลจำนวนเชื้อไวรัส	3.90	.981	มาก
14. การจัดองค์กรและการบริหารจัดการที่ดี	3.85	.129	มาก
15. การบริการทางสังคม	3.72	.953	มาก
16. การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	3.61	.989	มาก
17. การตรวจคัดกรองโรคตับอักเสบบี	3.59	.995	มาก

องค์ประกอบ	\bar{x}	SD	การแปลผล
18. การตรวจคัดกรองโรคตับอักเสบ	3.52	1.049	มาก
19. การตรวจคัดกรองโรคจอตาอักเสบ	3.49	1.022	มาก
รวม	3.99	.800	มาก

ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐานการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ตามสมมติฐานที่ผู้วิจัยได้ตั้งไว้ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย

1. ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาอยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 80
2. ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน
3. ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามแต่ละสิทธิประโยชน์การรับบริการมีความแตกต่างกัน
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ได้แก่ ปัจจัยมาตรฐานการบริการด้านเอดส์ (HIVQUAL-T) ปัจจัยกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-Based Management) และปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Competencies)

4.1 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 คือ “ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาอยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 80” ใช้การทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ยของประชากรโดยการทดสอบค่า t-test ผู้วิจัยทำการกำหนดสมมติฐานการทดสอบทางเดียวในทิศทางมากกว่า โดยกำหนดสมมติฐานว่าง (H_0) และสมมติฐานทางเลือก (H_a) ของการวิจัยไว้ดังนี้

H_0 ค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 80 ($\mu \leq 80$)

H_a ค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา มากกว่าร้อยละ 80 ($\mu > 80$)

ทั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4.18

ตารางที่ 4.18 แสดงผลการวิเคราะห์ T-Test เพื่อทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยามากกว่าร้อยละ 80

ค่าการวิเคราะห์	One-Sample Test					
	T	\bar{X}	SD	Df.	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
ประสิทธิผลการให้บริการ	22.291	3.81	.5456	389	.000	.6159

จากผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบสมมติฐานพบว่า ค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยามีค่าอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.81) โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .5456 มีค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ .027 และเมื่อนำค่าการวิเคราะห์ดังกล่าวมาทำการทดสอบ T-Test เพื่อต้องการทดสอบว่าค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาอยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 80 หรือไม่เกณฑ์การแปลผลว่า $\text{Sig. (2-tailed)}/2 < .05$ และค่า $t > 0$ ซึ่งผลการวิเคราะห์พบว่า ค่า t เท่ากับ 22.291 มีค่า Significance ของการทดสอบทางเดียวเท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 หมายความว่า การทดสอบปฏิเสธสมมติฐาน H_0 ที่กำหนดว่าค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาอยู่ในระดับมากกว่าร้อยละ 80

4.2 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 คือ “ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน” ใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (ANOVA) โดยใช้ F-test ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของประชากรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป และมีตัวแปรอิสระที่ผู้การเปรียบเทียบเพียงตัวเดียว ผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานว่าง (H_0) และสมมติฐานทางเลือก (H_a) ของการวิจัย ไว้ดังนี้

H_0 ค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของในแต่ละโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาไม่แตกต่างกัน ($\mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4 = \mu_5 = \mu_6 = \mu_7$)

H_a ค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของในแต่ละโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยามีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 โรงพยาบาล โดยกำหนดให้

μ_1 แทนค่าเฉลี่ยของประสิทธิผลการให้บริการในโรงพยาบาลพะเยา
 μ_2 แทนค่าเฉลี่ยของประสิทธิผลการให้บริการในโรงพยาบาลจุน
 μ_3 แทนค่าเฉลี่ยของประสิทธิผลการให้บริการในโรงพยาบาลดอกคำใต้
 μ_4 แทนค่าเฉลี่ยของประสิทธิผลการให้บริการในโรงพยาบาลแม่ใจ
 μ_5 แทนค่าเฉลี่ยของประสิทธิผลการให้บริการในโรงพยาบาลปง
 μ_6 แทนค่าเฉลี่ยของประสิทธิผลการให้บริการในโรงพยาบาลเชียงม่วน
 μ_7 แทนค่าเฉลี่ยของประสิทธิผลการให้บริการในโรงพยาบาลเชียงคำ
 ทั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4.19

ตารางที่ 4.19 แสดงผลการวิเคราะห์จากการใช้คำสั่ง **One-Way ANOVA** เพื่อทดสอบสมมติฐาน
 “ค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีความ
 แตกต่างกันอย่างน้อย 1 โรงพยาบาล

ANOVA					
	Sum of Squares	Df.	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	5.274	6	.879	3.046	.006
Within Groups	110.529	383	.289		
Total	115.803	389			

จากผลการวิเคราะห์ พบว่าค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้
 ผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยามีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล
 ตารางที่ 4.19 พบว่า มีค่า **Significance** เท่ากับ $.006$ ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญ 0.05 หมายความว่า ผล
 การทดสอบปฏิเสธสมมติฐาน H_0 และยอมรับสมมติฐาน H_a ที่กำหนดไว้ว่าค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการ
 ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยามีความแตกต่าง
 กันอย่างน้อย 1 โรงพยาบาล ซึ่งจากข้อค้นพบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำมาตรวจสอบโดยการเปรียบเทียบ
 ประสิทธิภาพระหว่างกลุ่ม (**Post Hoc Multiple Comparisons**) เพื่อดูว่าค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการ
 ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลใดแตกต่างกันบ้าง ซึ่งได้ผลการวิเคราะห์
 การเปรียบเทียบความแตกต่างหลายกลุ่ม (**Multiple Comparisons**) ดังแสดงในตารางที่ 4.20

ตารางที่ 4.20 แสดงผลการวิเคราะห์ค่า Post Hoc เพื่อตรวจสอบค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สำหรับโรงพยาบาลที่มีความแตกต่างกัน

Multiple Comparisons (LSD)

โรงพยาบาล ที่ลงทะเบียนรับบริการ	โรงพยาบาล ที่ลงทะเบียนรับบริการ	\bar{x}	Mean Dif.	Std. Error	Sig.
โรงพยาบาลพะเยา $\bar{x} = 3.77$	โรงพยาบาลจุน	3.73	.03641	.07779	.640
	โรงพยาบาลดอกคำใต้	3.93	-.15707*	.07779	.044
	โรงพยาบาลแม่ใจ	4.03	-.25907*	.11556	.026
	โรงพยาบาลปง	4.01	-.23634*	.11556	.042
	โรงพยาบาลเชียงม่วน	3.56	.20434	.15122	.177
	โรงพยาบาลเชียงคำ	3.70	.06650	.09388	.479
โรงพยาบาลจุน $\bar{x} = 3.73$	โรงพยาบาลพะเยา	3.77	-.03641	.07779	.640
	โรงพยาบาลดอกคำใต้	3.93	-.19348*	.08715	.027
	โรงพยาบาลแม่ใจ	4.03	-.29548*	.12205	.016
	โรงพยาบาลปง	4.01	-.27275*	.12205	.026
	โรงพยาบาลเชียงม่วน	3.56	.16793	.15624	.283
	โรงพยาบาลเชียงคำ	3.70	.03009	.10176	.768
โรงพยาบาลดอกคำใต้ $\bar{x} = 3.93$	โรงพยาบาลพะเยา	3.77	.15707*	.07779	.044
	โรงพยาบาลจุน	3.73	.19348*	.08715	.027
	โรงพยาบาลแม่ใจ	4.03	-.10200	.12205	.404
	โรงพยาบาลปง	4.01	-.07927	.12205	.516
	โรงพยาบาลเชียงม่วน	3.56	.36141*	.15624	.021
	โรงพยาบาลเชียงคำ	3.70	.22358*	.10176	.029

Multiple Comparisons (LSD)

โรงพยาบาล ที่ลงทะเบียนรับบริการ	โรงพยาบาล ที่ลงทะเบียนรับบริการ	\bar{x}	Mean Dif.	Std. Error	Sig.
โรงพยาบาลแม่ใจ $\bar{x} = 4.03$	โรงพยาบาลพะเยา	3.77	.25907*	.11556	.026
	โรงพยาบาลจุน	3.73	.29548*	.12205	.016
	โรงพยาบาลดอกคำใต้	3.93	.10200	.12205	.404
	โรงพยาบาลปง	4.01	.02273	.14899	.879
	โรงพยาบาลเชียงใหม่	3.56	.46341*	.17808	.010
	โรงพยาบาลเชียงคำ	3.70	.32557*	.13288	.015
โรงพยาบาลปง $\bar{x} = 4.01$	โรงพยาบาลพะเยา	3.77	.23634*	.11556	.042
	โรงพยาบาลจุน	3.73	.27275*	.12205	.026
	โรงพยาบาลดอกคำใต้	3.93	.07927	.12205	.516
	โรงพยาบาลแม่ใจ	4.03	-.02273	.14899	.879
	โรงพยาบาลเชียงใหม่	3.56	.44068*	.17808	.014
	โรงพยาบาลเชียงคำ	3.70	.30284*	.13288	.023
โรงพยาบาลเชียงใหม่ $\bar{x} = 3.56$	โรงพยาบาลพะเยา	3.77	-.20434	.15122	.177
	โรงพยาบาลจุน	3.73	-.16793	.15624	.283
	โรงพยาบาลดอกคำใต้	3.93	-.36141*	.15624	.021
	โรงพยาบาลแม่ใจ	4.03	-.46341*	.17808	.010
	โรงพยาบาลปง	4.01	-.44068*	.17808	.014
	โรงพยาบาลเชียงคำ	3.70	-.13784	.16484	.404
โรงพยาบาลเชียงคำ $\bar{x} = 3.70$	โรงพยาบาลพะเยา	3.77	-.06650	.09388	.479
	โรงพยาบาลจุน	3.73	-.03009	.10176	.768
	โรงพยาบาลดอกคำใต้	3.93	-.22358*	.10176	.029
	โรงพยาบาลแม่ใจ	4.03	-.32557*	.13288	.015
	โรงพยาบาลปง	4.01	-.30284*	.13288	.023
	โรงพยาบาลเชียงใหม่	3.56	.13784	.16484	.404

The mean difference is significant at the 0.5 level.

จากตารางที่ 4.20 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยประสิทธิผลของแต่ละโรงพยาบาลพบว่า โรงพยาบาลแม่ใจ มีค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.03) รองลงมา ได้แก่ โรงพยาบาลปง (ค่าเฉลี่ย 4.01) โรงพยาบาลดอกคำใต้ (ค่าเฉลี่ย 3.93) โรงพยาบาลพะเยา (ค่าเฉลี่ย 3.77) โรงพยาบาลจุน (ค่าเฉลี่ย 3.73) โรงพยาบาลเชียงคำ (ค่าเฉลี่ย 3.70) และโรงพยาบาลที่มีค่าเฉลี่ยประสิทธิผลในการให้บริการน้อยที่สุด คือ โรงพยาบาลเชียงม่วน (ค่าเฉลี่ย 3.56) ทั้งนี้ ประสิทธิภาพการให้บริการของทุกโรงพยาบาลของรัฐที่ 7 แห่งในจังหวัดพะเยาอยู่ในระดับดีมาก(คะแนนเฉลี่ย 3.40-4.19) จากผลการวิเคราะห์ตาราง Post Hoc และค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา พบว่า ค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการของโรงพยาบาลที่แตกต่างกัน มีดังนี้

1) “โรงพยาบาลพะเยาและโรงพยาบาลดอกคำใต้” โดยประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลพะเยามีความแตกต่างจากโรงพยาบาลดอกคำใต้ ดังจะเห็นได้จากมีค่า Significance เท่ากับ .044 โดยมีความแตกต่างของความคิดเห็น เท่ากับ -.157 คือประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลพะเยาเท่ากับ 3.77 แต่ประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลดอกคำใต้เท่ากับ 3.93 ซึ่งจากตัวเลขดังกล่าวจะเห็นว่าประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลพะเยาน้อยกว่าโรงพยาบาลดอกคำใต้

2) “โรงพยาบาลพะเยาและโรงพยาบาลแม่ใจ” โดยประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลพะเยามีความแตกต่างจากโรงพยาบาลแม่ใจ ดังจะเห็นได้จากมีค่า Significance เท่ากับ .026 โดยมีความแตกต่างของความคิดเห็น เท่ากับ -.259 คือ ประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลพะเยา เท่ากับ 3.77 แต่ ประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลแม่ใจ เท่ากับ 4.03 ซึ่ง จากตัวเลขดังกล่าวจะเห็นว่าประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลพะเยาน้อยกว่าโรงพยาบาลแม่ใจ

3) “โรงพยาบาลพะเยาและโรงพยาบาลปง” โดยประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลพะเยามีความแตกต่างจากโรงพยาบาลปง ดังจะเห็นได้จากมีค่า Significance เท่ากับ .042 โดยมีความแตกต่างของความคิดเห็นเท่ากับ -.236 คือ ประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลพะเยา เท่ากับ 3.77 แต่ ประสิทธิภาพการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลปง เท่ากับ 4.01 ซึ่งจากตัวเลขดังกล่าวจะเห็นว่าประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลพะเยาน้อยกว่าโรงพยาบาลปง

12) “โรงพยาบาลเชิงคำและโรงพยาบาลปง” โดยประสิทธิผลการให้บริการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลเชิงคำมีความแตกต่างจากโรงพยาบาลปง ดังจะเห็นได้จากมีค่า **Significance** เท่ากับ .023 โดยมีความแตกต่างของความคิดเห็นเท่ากับ -.302 คือประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลเชิงคำ เท่ากับ 3.70 แต่ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลปง เท่ากับ 4.01 ซึ่งจากตัวเลขดังกล่าวจะเห็นว่าประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของ โรงพยาบาลเชิงค่าน้อยกว่าโรงพยาบาลปง

4.3 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 3 คือ “ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามแต่ละสิทธิประโยชน์การรับบริการมีความแตกต่างกัน” ใช้การวิเคราะห์ ความแปรปรวนทางเดียว (ANOVA) โดยใช้ F-test ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ของประชากรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป และมีตัวแปรอิสระที่ต้องการเปรียบเทียบเพียงตัวเดียวผู้วิจัยได้ กำหนดสมมติฐานว่าง (H_0) และสมมติฐานทางเลือก (H_a) ของการวิจัยไว้ได้ดังนี้

H_0 ค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามแต่ละสิทธิ ประโยชน์นี้ไม่แตกต่างกัน ($\mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4 = \mu_5$)

H_a ค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามแต่ละสิทธิ ประโยชน์นี้มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 สิทธิประโยชน์ โดยกำหนดให้

μ_1 แทนค่าเฉลี่ยของประสิทธิผลการให้บริการตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

μ_2 แทนค่าเฉลี่ยของประสิทธิผลการให้บริการตามสิทธิประกันสังคม

μ_3 แทนค่าเฉลี่ยของประสิทธิผลการให้บริการตามสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ

μ_4 แทนค่าเฉลี่ยของประสิทธิผลการให้บริการตามสิทธิอาสาสมัครในโครงการวิจัย ด้านเอดส์

μ_5 แทนค่าเฉลี่ยของประสิทธิผลการให้บริการตามสิทธิอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

และสิทธิโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.)

ทั้งนี้ผู้วิจัยต้องการทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 4.21

ตารางที่ 4.21 แสดงผลการวิเคราะห์จากการใช้คำสั่ง One-Way ANOVA เพื่อทดสอบสมมติฐาน
 “ค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มีความ
 แตกต่างกันอย่างน้อย 1 สิทธิประโยชน์

ANOVA					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1.421	4	.355	1.196	.312
Within Groups	114.382	385	.297		
Total	115.803	389			

จากผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 4.21 พบว่าค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามแต่ละสิทธิประโยชน์การรับบริการไม่มีความแตกต่างกัน ดังจะเห็นได้จากผลการวิเคราะห์พบว่า มีค่า Significance เท่ากับ .312 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 หมายความว่า ผลการทดสอบยอมรับสมมติฐาน H_0 ที่กำหนดไว้ค่าเฉลี่ยประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตามแต่ละสิทธิประโยชน์การรับบริการไม่มีความแตกต่างกัน

4.4 ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 4 คือ “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ได้แก่ ปัจจัยมาตรฐานการบริการด้านเอดส์ (HIVQUAL-T) ปัจจัยกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-Based Management) และปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Competencies) ผู้วิจัยให้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้น ตอน (Stepwise Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม 1 ตัวที่มีการวัดในระดับช่วง และตัวแปรอิสระอย่างน้อย 2 ตัวขึ้นไปที่มีการวัดในระดับใดก็ได้ โดยผู้วิจัยได้กำหนดสมมติฐานว่าง (H_0) และสมมติฐานทางเลือก (H_a) ไว้ดังนี้

H_0 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ได้แก่ ปัจจัยมาตรฐานการบริการด้านเอดส์ (HIVQUAL-T) ปัจจัยกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-Based Management) และปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Competencies) ไม่สามารถอธิบายประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาได้

H_a ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ได้แก่ ปัจจัยมาตรฐานการบริการด้านเอดส์ (HIVQUAL-T)

ปัจจัยการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-Based Management) และปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Competencies) สามารถอธิบายประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาได้

ก่อนที่จะวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้น ตอน (Stepwise Regression Analysis) ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาทดสอบตามฐานคติเพื่อทดสอบว่า ข้อมูลที่นำไปวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้น ตอน เป็นไปตามฐานคติที่กำหนดและสามารถไว้วางใจได้หรือไม่ โดยทำการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation) โดยผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานไว้ดังนี้

H_0 ปัจจัยมาตรฐานการบริการด้านเอดส์ (HIVQUAL-T) ปัจจัยกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-Based Management) และปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Competencies) ไม่มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

H_a ปัจจัยมาตรฐานการบริการด้านเอดส์ (HIVQUAL-T) ปัจจัยกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-Based Management) และปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Competencies) มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาโดยผลการวิเคราะห์ดังแสดงในตารางที่ 4.22

ตารางที่ 4.22 แสดงค่าความสัมพันธ์ระหว่างประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยากับปัจจัยตัวแปรอิสระ โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation)

ชื่อปัจจัย	กระบวนการบริหาร มุ่งผลสัมฤทธิ์	สมรรถนะระบบ บริการสุขภาพ	มาตรฐานการบริการ ด้านเอดส์
ค่าความสัมพันธ์ (Pearson Correlation)	.824** (Sig .000)	.702** (Sig .000)	.747** (Sig .000)

Correlation is Significant at the 0.01 level (2-tailed)

จากตารางที่ 4.22 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Bivariate Correlation) พบว่าได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlation) เท่ากับ .824** .702** และ .747** ตามลำดับและทุกตัวแปรอิสระมีค่า Significance เท่ากับ .000 ซึ่งน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .01 จึงแปลผลได้ว่าการทดสอบปฏิเสธสมมติฐาน H_0 ที่ว่า ปัจจัยมาตรฐานการบริการด้าน

เอดส์ (HIVQUAL-T) ปัจจัยกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-Based Management) และปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Competencies) มีความสัมพันธ์กับประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา จากนั้น ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้น ตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบความมีอิทธิพลของตัวแปรอิสระ ดังผลการวิเคราะห์แสดงในตารางที่ 4.23

ตารางที่ 4.23 แสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้น ตอน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา (N=390)

ปัจจัยตัวแปรอิสระ	ลำดับที่ของสมการถดถอย		
	1	2	3
ปัจจัยกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์	.845	.625	.588
ปัจจัยมาตรฐานการบริการด้านเอดส์		.297	.270
ปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ			.089
Constant	.618	.332	.341
R	.824	.844	.847
R ²	.680	.712	.717
R ² Change	.680	.033	.005
Std. Error of the Estimate	.30916	.29341	.29132
F	823.598	479.054	326.164
Sig. (P)	.000	.000	.000

*P < 0.5

จากตารางที่ 4.23 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้น ตอนพบว่าปัจจัยกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Result-Based Management) เป็นตัวแปรลำดับแรกที่เข้าสู่สมการถดถอย มีความสามารถในการอธิบายความผันแปรประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาได้ประมาณ

ร้อยละ 68 มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ.05 ($R^2 = .680, P = .000$) ตัวแปรลำดับที่รองที่เข้าสู่สมการถดถอย ได้แก่ ปัจจัยมาตรฐานการให้บริการด้านเอดส์ (HIVQUAL-T) ซึ่งมีความสามารถในการอธิบายความผันแปรประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาเพิ่มได้ร้อยละ3.3 ที่นัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ.05 ($R^2 \text{ Change} = .033, P = .000$) และตัวแปรตัวสุดท้าย ซึ่งเข้าสู่สมการถดถอยลำดับที่สาม ได้แก่ ปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ มีความสามารถในการอธิบายเพิ่มขึ้นได้ร้อยละ0.5 ที่นัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ.05 ($R^2 \text{ Change} = .005, P = .000$) และเมื่อรวมตัวแปรอิสระที่ 3 ตัว เข้าด้วยกันแล้ว ปรากฏว่าสามารถอธิบายความผันแปรเรื่องประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาได้ร้อยละ71.7 มีนัยสำคัญทางสถิติ ณ ระดับ.000 ($R^2 = .717, P = .000$)

เมื่อเปรียบเทียบน้ำหนักในการอธิบายความผันแปรของตัวแปรอิสระในการอธิบายความแปรเรื่องประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ระหว่างตัวแปรอิสระที่ 3 ตัว พบว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ให้คงที่แล้ว ตัวแปรที่มีอิทธิพลและอธิบายความผันแปรเรื่องประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาได้จากมากไปน้อยเรียงตามลำดับได้ ดังนี้ (1) ปัจจัยกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ ($Beta = .523, P < 0.5$) รองลงมาคือ (2) ปัจจัยมาตรฐานการบริการด้านเอดส์ ($Beta = .270, P < 0.5$) ลำดับ (3) ได้แก่ ปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ ($Beta = .089, P < 0.5$) โดยพบว่าตัวแปรอิสระที่ 3 ตัว คือ ปัจจัยกระบวนการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ ปัจจัยมาตรฐานการบริการด้านเอดส์และ ปัจจัยสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา กล่าวอีกนัยหนึ่ง ยิ่งโรงพยาบาลมีปัจจัยการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ ได้แก่ มีนโยบายและกำหนดวัตถุประสงค์การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ชัดเจน มีทรัพยากรนำเข้าเพื่อมาจัดสรรเป็นบริการที่มีความเพียงพอและมีคุณภาพ เช่น งบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์การแพทย์ และจัดสถานที่ให้บริการ พร้อมทั้งมีการปรับปรุงกระบวนการขั้นตอนการรับบริการที่สะดวก และไม่มีความซับซ้อน เหมาะกับบริบทด้านต่างๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เช่นระดับการศึกษา อาชีพ ฯลฯ ด้วยแล้ว การให้บริการก็จะยิ่งได้รับความพึงพอใจมากขึ้นเท่านั้น นอกจากนี้ การให้ความสำคัญกับการให้บริการตามมาตรฐานการบริการด้านเอดส์ เช่น มีบุคลากรดูแลรักษาที่ตอบสนองความจำเป็นด้านเอดส์เอดส์ ประกอบกับการปรับปรุงสมรรถนะระบบบริการที่อยู่บนพื้นฐานของความจำเป็นและความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างแท้จริงเท่าใดเช่น บริการครอบคลุมพื้นที่ และมุ่งให้ผู้ติดเชื้อ

เชื่อว่าทุกคนเข้าถึงบริการ ใช้ทรัพยากรต่างๆ อย่างประหยัดแต่ทำให้เกิดความพึงพอใจสูงสุดแก่ผู้คิด เชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์บนทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดจะช่วยทำให้ประสิทธิผลการให้บริการผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาเพิ่มมากขึ้น

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัญหาและข้อเสนอแนะ ในการให้บริการด้านเอชไอวี/เอดส์ ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

ในส่วนนี้ จะเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่เปิดเผยความคิดเห็นเกี่ยวกับจุดแข็ง/ข้อดี (Strengths) จุดอ่อน/ข้อเสีย (Weaknesses) โอกาส/ช่องทางในการปรับปรุงการให้บริการ (Opportunities) อุปสรรค/ข้อจำกัด (Threats) และข้อเสนอแนะในการแก้ไข ปรับปรุง และพัฒนาการให้บริการผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามปลายเปิดตอนที่ 4 รวมจำนวนแบบสอบถาม 390 ฉบับ ประกอบกับผลการสนทนากลุ่ม (Focused Group Discussion) จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 คนที่เป็นตัวแทนจาก 7 โรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ คัดหมวดหมู่ข้อมูลและทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สรุปผลการวิเคราะห์ซึ่งจะนำเสนอพบสรุปในภาพรวมทั้งจังหวัดครอบคลุมประเด็นที่เป็น (1) ปัจจัยภายในโรงพยาบาล (จุดแข็ง/จุดอ่อน) (2) ปัจจัยภายนอกโรงพยาบาล (โอกาส/อุปสรรค) (3) ปัญหาข้อเสนอแนะจากแบบสอบถามปลายเปิด และ (4) ปัญหาข้อเสนอแนะจากการสนทนากลุ่ม โดยแต่ละประเด็นมีรายละเอียดดังนี้

5.1 ความคิดเห็นด้านปัจจัยภายในโรงพยาบาล (Internal Factors)

5.1.1 จุดแข็ง/ข้อดี (Strengths) จากการวิเคราะห์ความคิดเห็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นจุดแข็ง/ข้อดี ในการให้บริการผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา พบว่าจุดแข็ง/ข้อดีในการให้บริการแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร และด้านระบบการให้บริการ ดังแสดงในตารางที่ 4.24

ตารางที่ 4.24 แสดงความคิดเห็น ความถี่ ที่เป็นจุดแข็ง/ข้อดีในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

รายการความคิดเห็น	ความถี่ (คน)
1. จุดแข็ง/ข้อดี ด้านบุคลากร	
1.1 โรงพยาบาลมีแพทย์ พยาบาลที่สามารถให้คำปรึกษาได้ดี พุดจาสุภาพไพเราะ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ติดเชื้อ และมีความเป็นกันเอง มีจิตสำนึกการให้บริการ	58
1.2 โรงพยาบาลมีบุคลากรทีมงานให้บริการที่เหมาะสม	24
1.3 โรงพยาบาลมีแพทย์ที่ตั้งใจติดตามการให้บริการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ	20
1.4 โรงพยาบาลสามารถบูรณาการบุคลากรจากหลายฝ่ายเพื่อให้บริการได้ดี ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ พยาบาล และอาสาสมัคร/เครือข่ายผู้ติดเชื้อ	20
รวม	122
2. จุดแข็ง/ข้อดี ด้านระบบการให้บริการ	
2.1 โรงพยาบาลให้บริการอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติ	43
2.2 โรงพยาบาลให้บริการที่รวดเร็ว	38
2.3 โรงพยาบาลให้บริการอย่างต่อเนื่อง	14
2.4 โรงพยาบาลให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One Stop Service)	4
2.5 โรงพยาบาลให้บริการเป็นไปตามลำดับคิวก่อนหลังอย่างเป็นระเบียบ	2
2.5 โรงพยาบาลมีการให้บริการตรวจรักษาที่ตรงเวลา	2
รวม	103

จากตารางที่ 4.24 มีความคิดเห็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด จำนวน 225 คน โดยมีผู้ให้ความคิดเห็นด้านบุคลากรจำนวน 122 คน (ร้อยละ 54.2) พบว่าส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่าโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยามีแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่สามารถให้คำปรึกษาได้ดี พุดจาไพเราะ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ติดเชื้อ มีความเป็นกันเอง และมีจิตสำนึกในการให้บริการ จำนวน 58 คน (ร้อยละ 47.53) รองลงมา ได้แก่บุคลากรสามารถทำงานเป็นทีมและมีทีมงานให้บริการที่เหมาะสม จำนวน 24 คน (ร้อยละ 19.6) โรงพยาบาลมีแพทย์ที่ตั้งใจติดตามการให้บริการผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 20 คน (ร้อยละ 16.3) และสามารถบูรณาการบุคลากรจากหลายฝ่ายเพื่อให้บริการ จำนวน 20 คน (ร้อยละ 16.3)

ส่วนความคิดเห็นด้านระบบการให้บริการ มีจำนวน 103 คน (ร้อยละ 45.7) พบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่าโรงพยาบาลให้บริการอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน ไม่มีการเลือกปฏิบัติ จำนวน 43 คน (ร้อยละ 41.7) รองลงมา ได้แก่ โรงพยาบาลให้บริการที่รวดเร็ว จำนวน 38 คน (ร้อยละ 36.8) และให้บริการอย่างต่อเนื่อง จำนวน 14 คน (ร้อยละ 13.5) และส่วนน้อยที่ให้ความคิดเห็นด้านการให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ให้บริการตามลำดับคิ และให้บริการที่ตรงเวลา รวมกันจำนวน 8 คน (ร้อยละ 7.7)

5.1.2 จุดอ่อน/ข้อเสีย (Weaknesses) จากการวิเคราะห์ความคิดเห็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นจุดอ่อน/ข้อเสียในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาพบว่าจุดอ่อน/ข้อเสีย ในการให้บริการแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากรด้านระบบการให้บริการ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์และด้านอาคารสถานที่ ดังแสดงในตารางที่ 4.25

ตารางที่ 4.25 แสดงความคิดเห็นและความถี่ที่เป็นจุดอ่อน/ข้อเสียในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

รายการความคิดเห็น	ความถี่ (คน)
1. จุดอ่อน/ข้อเสีย ด้านบุคลากร	
1.1 โรงพยาบาลมีจำนวนแพทย์ พยาบาล น้อยเกินไป	45
1.2 แพทย์ลงตรวจเพื่อให้บริการผู้ติดเชื้อซ้ำเกินไปในบางครั้ง / ไม่ลงตรวจตามนัด	8
1.3 พยาบาลผู้ให้บริการไม่เต็มใจให้บริการในบางครั้ง	6
1.4 เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการของโรงพยาบาลพูดจาไม่สุภาพในบางครั้ง	5
1.5 โรงพยาบาลไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเอชไอวี/เอดส์ที่เพียงพอ	3
1.6 โรงพยาบาลมีทีมงานที่ให้บริการด้านเอชไอวี/เอดส์ไม่เพียงพอ	1
1.7 โรงพยาบาลมีแพทย์เฉพาะทางด้านอื่นๆ ไม่เพียงพอ เช่น ด้านโรคด	1
1.8 เจ้าหน้าที่จุดซักประวัติผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีจำนวน ไม่เพียงพอ	1
1.9 บุคลากรบางท่านยังรู้สึกรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	1
1.10 บุคลากรบางท่านไม่รักษาความลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	1
1.11 บุคลากรบางท่านขาดความรับผิดชอบต่อหน้าที่การให้บริการ	1
1.12 โรงพยาบาลขาดแพทย์ พยาบาล ที่สามารถทำงานประจำ ที่ศูนย์องค์รวม	1
รวม	74

ตารางที่ 4.25 (ต่อ)

รายการความคิดเห็น	ความถี่ (คน)
2. จุดอ่อน/ข้อเสีย ด้านระบบการให้บริการ	
2.1 การบริการบางจุดยังล่าช้า เช่น การซักประวัติ การเจาะเลือด การจ่ายยา	42
2.1 ศูนย์องค์รวมนัดผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มารับบริการจำนวนมากเกินไป	13
2.3 โรงพยาบาลยังให้ความสำคัญผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์น้อยเกินไป	6
2.4 โรงพยาบาลไม่สามารถจัดแพทย์ลงตรวจตามนัดได้ทุกครั้	5
2.5 การบริการของโรงพยาบาลยังมีวิธีการหลายขั้นตอน / ทำให้ผู้ติดเชื้อรู้สึกเบื่อ	4
2.6 โรงพยาบาลขาดงบประมาณในการพัฒนาระบบการบริการผู้ติดเชื้อ	2
2.7 ขาดบริการตรวจสุขภาพช่องปาก เนื่องจากเป็นผลข้างเคียงของการทานยา	2
2.8 ไม่มีสูตรยาต้านไวรัสหรือสูตรสำหรับกรณีคือยาสำรองไว้ที่โรงพยาบาล	1
2.9 การให้บริการด้านข้อมูลข่าวสารของโรงพยาบาลยังล่าช้า	1
2.10 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ไม่ได้รับบริการตรวจจากแพทย์คนเดิม	1
2.11 โรงพยาบาลยังขาดบริการด้านข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพที่ดี	1
2.12 มีการให้บริการที่ไม่เป็นไปตามลำดับคิวก่อนหลัง	1
2.13 บริการตรวจจำนวนเชื้อไวรัสในกระแสเลือดมีน้อยเกินไป (ปีละ 1 ครั้ง)	1
2.14 กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน การค้นหาประวัติผู้ป่วยและบัตรผู้ป่วยล่าช้าอยู่มาก	1
2.15 โรงพยาบาลอนุญาตให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สืบค้นบัตรโอพีดีเอง	1
2.16 ระบบการจัดการเพิ่มประวัติผู้ป่วยยังไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยร้องเรียน (ตกหล่น)	1
2.17 โรงพยาบาลนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโครงการอื่นมาร่วมรับบริการด้วย	1
2.18 โรงพยาบาลไม่มีค่าตอบแทนบุคลากรที่ออกไปปฏิบัติงานที่บ้านผู้ติดเชื้อ	1
2.19 ผู้ติดเชื้อไม่สามารถเลือกตรวจกับแพทย์ที่ตนเองมีความมั่นใจใ	1
2.20 การให้บริการมีจำกัดเพียงครึ่งวัน	1
2.21 ค่าใช้จ่ายสำหรับนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลแบบห้องพิเศษราคาแพง	1
2.22 ยังมีการขยายที่ไม่ตรงกับความต้องการของผู้ติดเชื้อ	1
2.23 การทำงานแบ่งแยกเป็นแผนกไม่มีการบูรณาการข้อมูลร่วมกัน	1
รวม	90

ตารางที่ 4.25 (ต่อ)

รายการความคิดเห็น	ความถี่ (คน)
3. จุดอ่อน/ข้อเสีย ด้านอาคารสถานที่	
3.1 โรงพยาบาลจัดสถานที่ให้บริการที่คับแคบเกินไป ไม่เพียงพอสำหรับผู้รับบริการ	19
3.2 จำนวนห้องสุขาไม่เพียงพอ ไม่แยกระหว่างผู้ป่วยปกติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี	5
3.3 โรงพยาบาลไม่ได้แยกสถานที่ให้บริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับผู้ป่วยปกติ	3
3.4 โรงพยาบาลไม่ได้จัดสถานที่ให้บริการอย่างมีขีดเหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี	2
3.5 โรงพยาบาลไม่ได้จัดห้องนี้สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีไว้ในศูนย์องค์รวม	1
3.6 ที่จอดรถสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มีน้อยเกินไป	1
รวม	31
4. จุดอ่อน/ข้อเสีย ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์	
4.1 จำนวนและคุณภาพเครื่องมือแพทย์น้อยเกินไป ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ	14
4.2 เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ทันสมัย	4
4.3 โรงพยาบาลไม่มีเครื่องมือตรวจระดับซีดี4 ประจำอยู่ทุกโรงพยาบาล	2
4.4 โรงพยาบาลขาดเครื่องมือด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในการให้บริการ	1
รวม	21

จากตารางที่ 4.25 มีความคิดเห็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด จำนวน 216 คน โดยมีผู้ให้ความคิดเห็นด้านบุคลากร จำนวน 74 คน (ร้อยละ 34.2) พบว่าส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่าโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยามีแพทย์ พยาบาลจำนวนน้อยเกินไป จำนวน 45 คน (ร้อยละ 60.8) รองลงมา ได้แก่ แพทย์ไม่สามรถลงตรวจเพื่อให้บริการผู้ติดเชื้อได้ตามนัดหรือลงตรวจช้าเกินไปในบางครั้ง จำนวน 8 คน (ร้อยละ 10.8) พฤติกรรมในลักษณะไม่เต็มใจให้บริการของพยาบาล จำนวน 6 คน (ร้อยละ 8.1) เจ้าหน้าที่พูดจาไม่สุภาพ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 6.7) โรงพยาบาลไม่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเอชไอวีเอดส์ที่เพียงพอ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 4.0) นอกจากนี้ เป็นส่วนน้อยที่ให้ความคิดเห็นว่า แพทย์เฉพาะทางมีไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่จุดซักประวัติไม่เพียงพอ บุคลากรบางท่านยังรู้สึกรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ บุคลากรบางท่านไม่รักษาความลับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ขาดความรับผิดชอบต่อหน้าที่ และโรงพยาบาลขาดแพทย์ พยาบาลที่สามารถทำงานอยู่ประจำที่ศูนย์องค์รวม รวมกันจำนวน 7 คน (ร้อยละ 9.4)

ความคิดเห็นด้านระบบการให้บริการ มีจำนวน 90 คน (ร้อยละ 41.6) พบว่าส่วนใหญ่เห็นว่าบริการบางจุดยังมีความล่าช้า เช่น การซักประวัติ การเจาะเลือด และการจ่ายยา จำนวน 42 คน (ร้อยละ 46.6) รองลงมา ได้แก่ ศูนย์ย้อมสีรวมนัดผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มารับบริการมากเกินไป จำนวน 13 คน (ร้อยละ 14.4) โรงพยาบาลยังให้ความสำคัญกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์น้อยเกินไป จำนวน 6 คน (ร้อยละ 6.6) โรงพยาบาลไม่สามารถจัดแพทย์ลงตรวจตามนัดได้ทุกครั้ง จำนวน 5 คน (ร้อยละ 5.5) การบริการของโรงพยาบาลยังมีวิธีการหลายขั้นตอน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์รู้สึกเบื่อ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 4.4) โรงพยาบาลขาดงบประมาณในการพัฒนาระบบการบริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.2) โรงพยาบาลขาดบริการตรวจสุขภาพช่องปากให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 2.2) นอกจากนี้ยังเป็นส่วนน้อยที่ให้ความคิดเห็นด้านอื่นๆ ด้านละ 1 คน เช่น โรงพยาบาลไม่มีสูตรยาต้านไวรัสในกรณีคือยาสำรองไว้ที่โรงพยาบาล การให้บริการข้อมูลข่าวสารของโรงพยาบาลยังล่าช้า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่สามารถรับบริการตรวจรักษาจากแพทย์คนเดิม ขาดข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพที่ดี มีการให้บริการที่ไม่เป็นไปตามลำดับคิวก่อนหลัง ฯลฯ รวมกันจำนวน 16 คน (ร้อยละ 17.7)

ความคิดเห็นด้านอาคารสถานที่ มีจำนวน 31 คน (ร้อยละ 14.3) พบว่าส่วนใหญ่เห็นว่าโรงพยาบาลจัดสถานที่ให้บริการคับแคบเกินไป ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้รับบริการ จำนวน 19 คน (ร้อยละ 61.2) รองลงมา ได้แก่ จำนวนห้องสุขามีไม่เพียงพอ และไม่มีการแยกห้องสุขาระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยปกติ จำนวน 5 คน (ร้อยละ 16.1) โรงพยาบาลไม่ได้แยกสถานที่ให้บริการระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยปกติ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 9.6) โรงพยาบาลไม่จัดสถานที่ให้บริการอย่างมีขีดจำกัดเหมาะสมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2 คน (ร้อยละ 6.4) และส่วนน้อยที่ให้ความคิดเห็นอย่างละ 1 คน ว่าโรงพยาบาลไม่จัดห้องน้ำไว้ในศูนย์ย้อมสีรวม และโรงพยาบาลมีที่จอดรถสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์น้อยเกินไป จำนวน 2 คน (6.4)

ความคิดเห็นด้านเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ มีจำนวน 21 คน (ร้อยละ 9.7) พบว่าส่วนใหญ่เห็นว่าจำนวนและคุณภาพเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์น้อยเกินไป ไม่เพียงพอต่อการให้บริการ จำนวน 14 คน (ร้อยละ 66.6) เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่ทันสมัย จำนวน 4 คน (ร้อยละ 19.0) ไม่มีเครื่องมือตรวจวัดระดับซีดี4 ประจำอยู่ทุกโรงพยาบาล จำนวน 2 คน (ร้อยละ 9.5) และโรงพยาบาลขาดเครื่องมือด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในการให้บริการ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 4.7)

5.2 ความคิดเห็นด้านปัจจัยภายนอกโรงพยาบาล (External Factors)

5.2.1 โอกาส/ช่องทางในการปรับปรุงการให้บริการ (Opportunities) จากการ

วิเคราะห์ความคิดเห็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโอกาส/ช่องทางในการปรับปรุงบริการ ในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้ความคิดเห็น แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านระบบการให้บริการ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ ด้านอาคารสถานที่ให้บริการ และด้านอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 4.26

ตารางที่ 4.26 แสดงความคิดเห็น ความถี่ ด้านโอกาส/ช่องทางในการปรับปรุงการให้บริการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย เอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

รายการความคิดเห็น	ความถี่ (คน)
1. โอกาส/ช่องทางปรับปรุงการให้บริการ ด้านบุคลากร	
1.1 รับแพทย์ที่มีใจรักงานด้านเอชไอวี/เอดส์เพิ่มขึ้นตามปริมาณผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น	32
1.2 เปิดโอกาสให้แพทย์ พยาบาล ได้ออกไปเพิ่มพูนความรู้ด้านเอชไอวี/เอดส์	6
1.3 ฝึกอบรมเพื่อปรับปรุงพฤติกรรม/ทัศนคติกำนิขการให้บริการของบุคลากร	5
1.4 จัดสรรแพทย์เพื่อให้บริการให้ครบทุกแผนก ตามความต้องการของผู้ติดเชื้อ	1
1.5 จัดโครงสร้างและหน้าที่ของบุคลากรที่ให้บริการด้านเอชไอวี/เอดส์ให้ชัดเจน	1
1.6 เพิ่มศักยภาพในการทำงานเป็นทีมสำหรับพยาบาลผู้ให้บริการ	1
รวม	46
2. โอกาส/ช่องทางปรับปรุง ด้านระบบการให้บริการ	
2.1 พัฒนาระบบการให้บริการที่รวดเร็ว เนื่องจากผู้รับบริการเพิ่มจำนวนมากขึ้น	16
2.2 ปรับปรุงระบบนัดหมายออกเป็นครั้ง ละ 100/150 คน	10
2.3 จัดบริการจ่ายยา 2-3-6 เดือน/ครั้ง เพื่อเอื้อให้ผู้ติดเชื้อไปประกอบอาชีพต่างถิ่น	7
2.4 ขยายจุดบริการให้เข้าถึงชุมชนเล็กๆ เช่น ตามสถานีอนามัยตำบล/หมู่บ้าน	6
2.5 จัดแพทย์ให้บริการตรวจรักษาทุกวัน พุธและวันพฤหัสบดี	4
2.6 พัฒนาระบบบัตรคิวที่มีความยุติธรรม เพื่อรองรับผู้ติดเชื้อที่เพิ่มมากขึ้น	2
2.7 พัฒนาระบบการให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	2
2.8 จัดบริการด้านการตรวจสุขภาพอย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง หรือทุก 1 เดือน	2
2.9 สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกเพื่อให้การสนับสนุนผู้ติดเชื้อมากขึ้น	2

ตารางที่ 4.26 (ต่อ)

รายการความคิดเห็น	ความถี่ (คน)
2.10 เปิดโอกาสให้เลือกรับบริการจากโรงพยาบาลนอกพื้นที่ที่ลงทะเบียน	2
2.11 จัดบริการตรวจจำนวนเชื้อไวรัสในกระแสเลือดปีละ 2 ครั้ง	2
2.12 พัฒนาการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลที่ทันต่อสถานการณ์ของโรค	1
2.13 พัฒนาระบบการให้บริการที่ตรงเวลาเพื่อรองรับจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น	1
2.14 จัดบริการเสริมด้านกิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างรอรับบริการตรวจรักษา	1
2.15 จัดบริการตรวจสุขภาพช่องปาก และสายตาให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	1
2.16 จัดบริการอบรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เดือนละ 1 ครั้ง	1
2.17 แยกผู้ติดเชื้อที่มีความรู้กับไม่มีความรู้ เพื่อจัดบริการที่ตรงเป้าหมายมากขึ้น	1
รวม	61
3. โอกาส/ช่องทางปรับปรุงการให้บริการ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์	
3.1 จัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์จากภายนอกเพิ่มขึ้น	9
3.2 เพิ่มอุปกรณ์ปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์เพื่อตรวจเลือดได้มากขึ้น	1
รวม	10
4. โอกาส/ช่องทางในการปรับปรุงบริการ ด้านอาคารสถานที่	
4.1 ขยายอาคารสถานที่ให้บริการให้กว้างขวางและติดตั้งเครื่องปรับอากาศ	7
4.2 ขยายจุดตรวจคัดกรองโรคให้เพียงพอกับจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	2
4.3 ขยายสถานที่เปิดวีดีทัศน์เพื่อให้ข้อมูลคำแนะนำ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	1
4.4 ขยายบริการจุดจ่ายยาโดยเฉพาะ โรคเอดส์ให้รวมอยู่ในศูนย์องค์รวม	1
รวม	11
5. โอกาส/ช่องทางการปรับปรุงการให้บริการ ด้านอื่นๆ	
5.1 จัดหายาด้านไวรัสที่ไม่มีผลข้างเคียงต่อสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	2
5.2 จัดบริการให้ข้อมูลยาต้านผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่ให้ดื่มสุรา	2
5.3 จัดระบบประเมินผลการรักษผู้ติดเชื้อที่แข็งแรงดีแล้วด้านการนัดหมาย	1
5.4 ให้รัฐบาลจัดบริการเรื่องยาต้านไวรัส และการตรวจสุขภาพ ที่มีคุณภาพ	1
เทียบเท่าต่างประเทศ และ โรงพยาบาลเอกชน	

ตารางที่ 4.26 (ต่อ)

5.5 ให้รัฐบาลมีนโยบายในการบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและชัดเจนมากขึ้น	1
5.6 ส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันมากขึ้น	1
รวม	8

จากตารางที่ 4.26 มีความคิดเห็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด จำนวน 136 คน โดยมีผู้ให้ความคิดเห็นด้านบุคลากร จำนวน 46 คน (ร้อยละ 31.5) พบว่าส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นว่าโรงพยาบาลควรเปิดรับแพทย์ที่มีใจรักในงานด้านเอชไอวีเอดส์เพิ่มขึ้นตามปริมาณผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น จำนวน 32 คน (ร้อยละ 69.5) รองลงมา ได้แก่ โรงพยาบาลควรเปิดโอกาสให้แพทย์ พยาบาล ได้ออกไปเพิ่มพูนความรู้ด้านเอชไอวีเอดส์ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 13.0) ควรจัดฝึกอบรมเพื่อปรับพฤติกรรม ทักษะคิด ค่านิยมการให้บริการของบุคลากร จำนวน 5 คน (ร้อยละ 10.8) และส่วนน้อยที่ให้ความคิดเห็น ควรจัดสรรแพทย์เพื่อให้บริการให้ครบทุกแผนกตามความต้องการของผู้ติดเชื้อ จัดโครงสร้างและหน้าที่บุคลากรที่ให้บริการด้านเอชไอวีเอดส์ให้ชัดเจน และเพิ่มศักยภาพในการทำงานเป็นทีมสำหรับพยาบาลผู้ให้บริการ รวมกัน จำนวน 3 คน (ร้อยละ 6.5)

ความคิดเห็นด้านระบบการให้บริการ มีจำนวน 61 คน (ร้อยละ 44.8) พบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่าโรงพยาบาลควรพัฒนาระบบการให้บริการที่รวดเร็วเนื่องจากผู้รับบริการเพิ่มจำนวนมากขึ้น จำนวน 16 คน (ร้อยละ 26.2) รองลงมา ได้แก่ ปรับปรุงระบบนัดหมายออกเป็นครั้งละ 100/150 คน จำนวน 10 คน (ร้อยละ 16.3) จัดบริการฉายยาในระยะ 2-3 หรือ 6 เดือนต่อครั้ง เพื่อเอื้อให้ผู้ติดเชื้อสามารถไปประกอบอาชีพต่างถิ่นได้ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 11.4) ขยายจุดบริการให้เข้าถึงชุมชนเล็กๆ เช่น สถานีอนามัยตำบลหมู่บ้าน จำนวน 6 คน (ร้อยละ 9.8) จัดแพทย์ให้บริการตรวจรักษาทุกวันพุธและวันพฤหัสบดี จำนวน 4 คน (ร้อยละ 6.5) นอกจากนี้ ความคิดเห็นส่วนน้อยให้ความคิดเห็นด้านละ 2 คน ที่เห็นว่า ควรพัฒนาระบบบัตรคิวที่มีความยุติธรรมเพื่อรองรับผู้ติดเชื้อที่เพิ่มมากขึ้น พัฒนาระบบการให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จัดบริการด้านการตรวจสุขภาพอย่างน้อย 3 เดือน/ครั้ง หรือทุก 1 เดือน สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกเพื่อให้การสนับสนุนการให้บริการผู้ติดเชื้อมากขึ้น เปิดโอกาสให้เลือกรับบริการจากโรงพยาบาลนอกพื้นที่ที่ลงทะเบียน จัดบริการตรวจจำนวนเชื้อไวรัสในกระแสเลือด รวมจำนวน 12 คน (ร้อยละ 19.6) และให้ความคิดเห็นด้านละ 1 คน เห็นว่าโรงพยาบาลควรพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลที่ทันต่อสถานการณ์โรค พัฒนาระบบการให้บริการที่ตรงเวลาเพื่อรองรับจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มมากขึ้น จัดบริการเสริมด้านกิจกรรมสัมพันธ์ระหว่างรอรับบริการ

จัดบริการตรวจสุขภาพช่องปาก และสายตา จัดบริการฝึกอบรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีเดือนละ 1 ครั้ง และแยกผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความรู้กับไม่มีความรู้ เพื่อจัดบริการได้ตรงเป้าหมายมากขึ้น รวมกันจำนวน 6 คน (ร้อยละ 9.8)

ความคิดเห็นด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ มีจำนวน 10 คน (ร้อยละ 7.3) พบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่าโรงพยาบาลควรจัดหาเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์จากภายนอกเพิ่มมากขึ้น จำนวน 9 คน (ร้อยละ 90) และโรงพยาบาลควรเพิ่มอุปกรณ์ปฏิบัติการทางวิทยาศาสตร์เพื่อตรวจเลือดได้มากขึ้น จำนวน 1 คน (ร้อยละ 10)

ความคิดเห็นด้านอาคารสถานที่ มีจำนวน 11 คน (ร้อยละ 8.0) พบว่า ส่วนใหญ่อยากให้โรงพยาบาลขยายอาคารสถานที่ให้บริการให้กว้างขวางมากขึ้น และติดตั้งเครื่องปรับอากาศ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 63.6) รองลงมา ได้แก่ ขยายจุดตรวจคัดกรองโรคให้เพียงพอกับจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 18.1) และมีความคิดเห็นเป็นส่วนน้อยว่าด้านละ 1 คนว่าโรงพยาบาลควรขยายสถานที่เปิดวิดิทัศน์ เพื่อให้ข้อมูล คำแนะนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ พร้อมขยายบริการจัดหายาเพิ่มในศูนย์องค์รวมเฉพาะสำหรับโรคเอดส์ รวมจำนวน 2 คน (ร้อยละ 18.1)

ความคิดเห็นด้านอื่นๆ มีจำนวน 8 คน (ร้อยละ 5.8) พบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่าโรงพยาบาลควรจัดหาด้านไวรัสที่ไม่มีผลข้างเคียงต่อสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 25.0) รองลงมา ได้แก่ จัดบริการให้ข้อมูลญาติเอดส์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ไม่ให้ดื่มสุรา จำนวน 2 คน (ร้อยละ 25.0) และมีความคิดเห็นเป็นส่วนน้อยด้านละ 1 คน ที่เห็นว่าโรงพยาบาลควรจัดระบบประเมินผลการรักษาผู้ติดเชื้อที่แข็งแรงดีแล้วให้มารับบริการตามนัดหมายต่อไป ให้รัฐบาลจัดบริการเรื่องยาต้านไวรัสและการตรวจสุขภาพที่มีคุณภาพเทียบเท่าต่างประเทศ และโรงพยาบาลเอกชน ให้รัฐมีนโยบายในการให้บริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและชัดเจนมากขึ้น และส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้กันมากขึ้น รวมจำนวน 4 คน (ร้อยละ 50.0)

5.2.2 ข้อจำกัด/อุปสรรค (Threats) จากการวิเคราะห์ความคิดเห็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้อจำกัดอุปสรรคในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความคิดเห็นด้านข้อจำกัดอุปสรรคในการให้บริการ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากรด้านระบบการให้บริการ และด้านอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 4.27

ตารางที่ 4.27 แสดงความคิดเห็น ความถี่ ด้านข้อจำกัดอุปสรรคในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

รายการความคิดเห็น	ความถี่ (คน)
1. ข้อจำกัด/อุปสรรค ด้านบุคลากร	
1.1 โรงพยาบาลต้องเปลี่ยนบุคลากรตำแหน่งแพทย์บ่อย ทำให้พยาบาล ทีมให้คำปรึกษาต้องเริ่มงานกับแพทย์คนใหม่อยู่เสมอ	1
1.2 ค่าตอบแทนและเงินเดือนของบุคลากรในโรงพยาบาลน้อยกว่าเอกชน ทำให้บุคลากรมีการลาออกไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชน	1
รวม	2
2. ข้อจำกัด/อุปสรรคด้านระบบการให้บริการ	
2.1 ยาด้านไวรัสที่ใช้ประเทศไทยใช้มีผลข้างเคียงทำให้คนไข้ไม่ยอมรับยาด้าน	2
รวม	2
5. ข้อจำกัด/อุปสรรค ด้านอื่นๆ	
5.1 การเดินทางมารับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ถนนยังไม่สะดวก	13
5.2 การเดินทางมารับบริการต้องผ่านด่านตำรวจจราจร จะโดนจับปรับอยู่เสมอ	3
5.5 ผู้ติดเชื้อไม่มีวินัยเพียงพอในการทานยา ทำให้เจ็บป่วยและเสียชีวิตในที่สุด	2
5.3 สังคมยังมีการรังเกียจ ถูกผู้ติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยบางคนไม่กล้ามารับการรักษา	1
5.4 มีข้อจำกัดทางประการสำหรับผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มไม่เปิดเผยตัว	1
รวม	20

จากตารางที่ 4.27 มีความคิดเห็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด จำนวน 24 คน โดยมีผู้ให้ความคิดเห็นด้านบุคลากร จำนวน 2 คน (ร้อยละ 8.3) พบว่าอุปสรรคและข้อจำกัดการให้บริการส่วนใหญ่คือ โรงพยาบาลต้องปฏิบัติตามคำสั่งให้เปลี่ยนบุคลากรตำแหน่งแพทย์บ่อย ทำให้พยาบาลทีมให้คำปรึกษาต้องเริ่มงานกับแพทย์คนใหม่อยู่เสมอ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 50) และค่าตอบแทน เงินเดือนของบุคลากรในโรงพยาบาลน้อยกว่าโรงพยาบาลเอกชนทำให้บุคลากรมีการลาออกไปทำงานในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 1 คน (ร้อยละ 50)

ความคิดเห็นด้านระบบการให้บริการ มีจำนวน 2 คน (ร้อยละ 8.3) พบว่าทุกคนเห็นว่ายาต้านไวรัสที่ใช้ในประเทศไทยมีผลข้างเคียงทำให้คนไข้ไม่ยอมรับยาต้าน (ร้อยละ 100)

ความคิดเห็นด้านอื่นๆ มีจำนวน 20 คน (ร้อยละ 83.3) พบว่า ส่วนใหญ่มีอุปสรรคและข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลเนื่องจากถนนหนทางยังไม่สะดวกและโรงพยาบาลตั้งอยู่ห่างจากหมู่บ้าน จำนวน 13 คน (ร้อยละ 65.0) รองลงมา ได้แก่ การเดินทางมาโรงพยาบาลต้องผ่านด่านตำรวจจราจร ซึ่งเคร่งครัดในระเบียบวินัยจราจรทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ต้องโดนจับปรับอยู่เสมอ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 15.0) ผู้ติดเชื้อไม่มีวินัยเพียงพอในการทานยาต้านไวรัส ทำให้เชื้อดื้อยาเกิดอาการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในที่สุด จำนวน 2 คน (ร้อยละ 15.0) และมีความคิดเห็นด้านละ 1 คน เห็นว่า สังคมยังมีการรังเกียจ ถูกผู้ติดเชื้อ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยบางคนไม่กล้าไปรับการรักษา และมีข้อจำกัดบางประการสำหรับผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มที่ไม่เปิดเผยตัว จำนวน 2 คน (ร้อยละ 10.0)

5.3 ข้อเสนอแนะในการให้บริการ จากการวิเคราะห์ความคิดเห็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้อเสนอแนะในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านระบบการให้บริการ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ ด้านอาคารสถานที่ให้บริการ และด้านอื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 4.28

ตารางที่ 4.28 แสดงข้อเสนอแนะ ความถี่ ในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

รายการข้อเสนอแนะ	ความถี่ (คน)
1 ข้อเสนอแนะด้านบุคลากร	
1.1 เพิ่มบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้บริการให้มากขึ้น	12
1.2 ควรจัดแพทย์ พยาบาลที่เข้าใจ พูดคุย และให้กำลังใจผู้ติดเชื้อได้ดี	2
1.3 จัดแพทย์มาให้บริการประจำด้านงานเอดส์โดยเฉพาะ	2
1.4 จัดพยาบาลที่มีใจรัก ไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี มาช่วยให้บริการเพิ่มขึ้น	2
รวม	18

ตารางที่ 4.28 (ต่อ)

รายการความคิดเห็น	ความถี่ (คน)
2. ข้อเสนอแนะ ด้านระบบการให้บริการ	
2.1 ปรับปรุงพฤติกรรมกรรมการให้บริการของบุคลากรในโรงพยาบาล	9
2.2 โรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น	5
2.3 ปรับปรุงระบบการให้คำปรึกษาด้านการดูแลรักษาสุขภาพ	4
2.3 จัดบริการตรวจสุขภาพผู้ติดเชื้ออย่างน้อย 3 เดือน/6 เดือน/ครั้ง หรือปีละครั้ง	3
2.2 จัดบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จในศูนย์องค์รวม	3
2.4 ปรับปรุงขั้นตอนการให้บริการให้มีความรวดเร็วขึ้น	3
2.5 ปรับปรุงระบบการให้บริการที่เป็นไปตามลำดับคิวก่อนหลัง	3
2.6 ให้ข้อมูลและเหตุผลด้านการรักษามากพอ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเข้าใจมากขึ้น	2
2.7 ขยายวันให้บริการเพิ่มในวันพุธ และเปิดให้บริการตลอดทั้งวัน	2
2.8 ปลุกฝังให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มารับยาด้วยตนเองทุกเดือนเพื่อที่จะได้รู้ปัญหาของตัวเองได้ดีที่สุด	1
2.9 ให้บริการข้อมูลเรื่องโรคติดต่อหรือการติดต่อให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	1
2.10 จัดบริการตรวจจำนวนเชื้อไวรัสในกระแสเลือดเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 2 ครั้ง	1
2.11 พัฒนาระบบการตรวจวินิจฉัยที่รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ของโรค	1
2.12 จัดเพิ่มบริการตรวจสุขภาพร่างกาย ปาก ฟัน และตา เนื่องจากผลข้างเคียงยา	1
2.13 จัดบริการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างน้อยทุก 3 เดือน คนไข้จะได้มีกำลังใจหรือรู้ภาวะสุขภาพและปัญหาของตัวเอง	1
2.14 ให้โรงพยาบาลเพิ่มบริการการดูแลด้านสังคม เศรษฐกิจ และสภาพจิตใจ	1
2.15 ขยายการให้บริการไปในชุมชนเล็ก ๆ หรือชุมชนที่อยู่ห่างไกล	1
2.16 จัดให้มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ระหว่างผู้มารับบริการ	1
2.17 เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้ซักถามในสิ่งที่อยากรู้มากขึ้น	1
2.18 ให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างเท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติ	1
2.19 สนับสนุนหนังสือ สื่อความรู้เรื่องเอดส์กับโรงพยาบาลชุมชนเพิ่มมากขึ้น	1
รวม	46

ตารางที่ 4.28 (ต่อ)

รายการความคิดเห็น	ความถี่ (คน)
3. ข้อเสนอแนะด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์	
3.1 จัดหาเวชภัณฑ์อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและจำนวนที่เพียงพอ	3
3.2 จัดหาเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยเพิ่มมากขึ้นเท่าเทียมเอกชน	3
3.3 เพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกในการรับบริการในศูนย์องค์รวมให้มากขึ้น	1
รวม	7
4. ข้อเสนอแนะด้านอาคารสถานที่	
4.1 จัดให้มีห้องสุขาสำหรับผู้ติดเชื้อในศูนย์องค์รวมเพื่ออำนวยความสะดวก	2
4.2 จัดแยกแผนกเอชไอวี/เอดส์ออกจากบริการคนไข้ทั่วไป	2
4.3 ให้โรงพยาบาลจัดสถานบริการที่ให้อากาศที่กว้างขวางมากขึ้น	1
4.4 จัดห้องที่มีบรรยากาศที่ดี มีความสะดวกสบาย มีน้ำดื่มไว้บริการ	1
4.5 ปรับปรุงการรักษาความสะอาดในศูนย์องค์รวม	1
รวม	7
5. ข้อเสนอแนะด้านอื่นๆ	
5.1 จัดบริการการช่วยเหลือเงินทุนประกอบอาชีพสำหรับผู้ติดเชื้อ	1
5.2 จัดสวัสดิการของฝากผู้ป่วยเอดส์บางรายที่ฐานะยากจน เพื่อเป็นกำลังใจ	1
5.3 จัดงบประมาณการประชาสัมพันธ์การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยติดเชื้อผู้สนใจ ทั่วไป เกี่ยวกับการรักษา ยาต้านและโอกาสการรับบริการ ผ่านสื่อมากขึ้น	1
5.4 ให้โรงพยาบาลมีการดูแลสวัสดิการอาสาสมัครศูนย์องค์รวม	1
5.5 ส่งเสริมกิจกรรมพบปะสังสรรค์อย่างน้อยเดือนละครั้ง เพื่อสุขภาพจิตที่ดี	1
รวม	5

จากตารางที่ 4.28 มีความคิดเห็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด จำนวน 83 คน โดยมีผู้ให้ความคิดเห็นด้านบุคลากร จำนวน 18 คน (ร้อยละ 21.6) พบว่าส่วนใหญ่เห็นว่าโรงพยาบาลควรเพิ่มบุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้บริการผู้ติดเชื้อที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น จำนวน 12 คน (ร้อยละ 66.6) รองลงมาได้ ควรจัดแพทย์ พยาบาล ที่เข้าใจ พูดยุขและให้กำลังใจผู้ติดเชื้อได้ดีมาให้บริการด้านเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 11.1) จัดแพทย์มาให้บริการประจำด้าน

เอชไอวี/เอดส์ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 11.1) จัดพยาบาลที่มีใจรัก ไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วย เอดส์มาช่วยให้บริการเพิ่มขึ้น จำนวน 2 คน (ร้อยละ 11.1)

ความคิดเห็นด้านระบบการให้บริการ มีจำนวน 46 คน (ร้อยละ 55.4) พบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่าโรงพยาบาลควรปรับปรุงพฤติกรรมกรให้บริการของบุคลากรให้ดีขึ้น จำนวน 9 คน (ร้อยละ 19.5) รองลงมา ได้แก่ โรงพยาบาลควรให้ความสำคัญกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น จำนวน 5 คน (ร้อยละ 10.8) ปรับปรุงระบบการให้คำปรึกษาด้านการดูแลสุขภาพจำนวน 4 คน (ร้อยละ 8.6) จัดบริการตรวจสุขภาพผู้ติดเชื้ออย่างน้อย 3 หรือ 6 เดือน/ครั้ง หรือปีละครั้ง จำนวน 3 คน (ร้อยละ 6.5) จัดบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จที่ศูนย์องค์รวม จำนวน 3 คน (ร้อยละ 6.5) ปรับปรุงขั้นตอนการให้บริการให้มีความสะดวกรวดเร็วขึ้น จำนวน 3 คน (ร้อยละ 6.5) ปรับปรุงระบบการให้บริการที่เป็นไปตามลำดับคิวก่อนหลังจำนวน 3 คน (ร้อยละ 6.5) ให้ข้อมูลและเหตุผลด้านการรักษามากพอเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์เข้าใจมากขึ้น จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.3) และขยายวันให้บริการเพิ่มขึ้นในวันพุธ และวันพฤหัสบดี พร้อมทั้งเปิดให้บริการตลอดวัน จำนวน 2 คน (ร้อยละ 4.3) นอกจากนี้ยังมีความคิดเห็นเป็นส่วนน้อยหลายประเด็น เช่น การปลูกฝังให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์มารับยาต้านไวรัสด้วยตัวเอง การให้บริการข้อมูลเรื่องโรคติดต่อ หรือการคือยาของไวรัส การจัดบริการตรวจจำนวนเชื้อไวรัสเพิ่มขึ้น เป็นปีละ 2 ครั้ง พร้อมการตรวจสุขภาพ ปาก สุขภาพฟัน และสายตา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ การเพิ่มบริการด้านการดูแลสุขภาพสังคม เศรษฐกิจ และสภาพจิตใจ การขยายการให้บริการไปยังชุมชนเล็ก หรือชุมชนที่อยู่ห่างไกล เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อได้ซักถามมากขึ้น ฯลฯ รวมจำนวน 12 คน (ร้อยละ 26.0)

ความคิดเห็นด้านเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ มีจำนวน 7 คน (ร้อยละ 8.4) พบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่าโรงพยาบาลควรจัดหาเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีคุณภาพและจำนวนที่เพียงพอ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 42.8) รองลงมา ได้แก่ จัดหาเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย มีจำนวนและคุณภาพที่เพียงพอ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 42.8) และควรเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกในศูนย์องค์รวมให้เพียงพอ จำนวน 1 คน (ร้อยละ 14.2)

ด้านอาคารสถานที่ มีจำนวน 7 คน (ร้อยละ 8.4) พบว่าส่วนใหญ่เห็นว่าโรงพยาบาลควรจัดห้องสุขาให้สำหรับผู้ติดเชื้อโดยเฉพาะภายในศูนย์องค์รวมเพื่ออำนวยความสะดวก จำนวน 2 คน (ร้อยละ 28.5) รองลงมา ได้แก่ จัดแยกบริการเอชไอวี/เอดส์ออกต่างหากจากบริการคนไข้ทั่วไป จำนวน 2 คน (ร้อยละ 28.5) นอกจากนี้ความคิดเห็นส่วนน้อยด้านละ 1 คน ที่เห็นว่า ควรจัดสถานที่ให้บริการให้กว้างขวางมากขึ้น ปรับปรุงภูมิทัศน์และบรรยากาศที่ดี มีบริการน้ำดื่ม และรักษาความสะอาดภายในศูนย์องค์รวม รวมจำนวน 3 คน (ร้อยละ 42.8)

ข้อเสนอแนะด้านอื่นๆ มีจำนวน 5 คน (ร้อยละ 6.0) พบว่า มีข้อเสนอแนะให้โรงพยาบาลปรับปรุงด้านต่างๆ ด้านละ 1 คน ได้แก่ จัดบริการช่วยเหลือเงินทุนประกอบอาชีพสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จัดสวัสดิการของฝากผู้ป่วยเอดส์บางรายที่ฐานะยากจน เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจในกาดูแลรักษาตัว จัดงบประมาณการประชาสัมพันธ์ด้านเอชไอวี/เอดส์ ให้ความรู้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และผู้สนใจทั่วไป ให้โรงพยาบาลมีการดูแลสวัสดิการอาสาสมัครที่ทำงานอยู่ในศูนย์องค์รวม และ ให้ส่งเสริมกิจกรรมพบปะสังสรรค์อย่างน้อยเดือนละครั้ง เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ รวมจำนวน 5 คน (ร้อยละ 100)

5.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focused Group Discussion) จาก

การวิเคราะห์ความคิดเห็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นข้อเสนอแนะในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาจากการสนทนากลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ข้อเสนอแนะแบ่งออกเป็น จุดแข็ง/ข้อดี จุดอ่อน/ข้อเสีย โอกาส/ช่องทางในการปรับปรุงการให้บริการ อุปสรรค/ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ ดังแสดงในตารางที่ 4.29

ตารางที่ 4.29 แสดงข้อเสนอแนะ ความถี่ ในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาจากการสนทนากลุ่ม

รายการความคิดเห็น	ความถี่ (คน)
1.. จุดแข็ง/ข้อดี	
1.1 โรงพยาบาลสามารถจัดบริการได้ดี มีความสะดวกสบายและรวดเร็ว	13
1.2 บุคลากรผู้ให้บริการมีอัธยาศัยไมตรีดี ให้ความเป็นกันเองกับผู้ติดเชื้อเอชไอ	4
1.3 มีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและชำนาญการในการให้บริการด้านเอดส์	1
1.3 ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอ	1
1.4 แกนนำผู้ติดเชื้อที่ร่วมให้บริการทำหน้าที่ได้ดี มีประสบการณ์	1
1.5 มีการทำงานเป็นทีม และทีมงานมีความเข้มแข็ง	1
1.6 การให้บริการทำได้ดีในการให้บริการผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เข้ามารับบริการ	1
1.7 มีเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสบการณ์ในการช่วยให้บริการ	1
1.8 การให้บริการตอบสนองสิทธิพื้นฐานของคนไทยที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับ	1
1.9 การให้บริการของโรงพยาบาลนำไปสู่โอกาสการเปลี่ยนแปลง	1
รวม	25

ตารางที่ 4.29 (ต่อ)

รายการความคิดเห็น	ความถี่ (คน)
2. จุดอ่อน/ข้อเสีย	
2.1 จำนวนผู้ติดเชื้อที่มารับบริการแต่ละครั้งมากเกินไป มีความต้องการหลากหลาย	8
2.2 ผู้ติดเชื้อเมื่อมีสุขภาพดีขึ้น จะปกปิดผลเลือดและไม่มารับรักษาอย่างต่อเนื่อง	5
2.3 สถานที่ให้บริการคับแคบไม่สามารถรองรับผู้มารับบริการจำนวนมาก	4
2.4 พยาบาลที่เลี้ยงมีจำนวนไม่เพียงพอต่อผู้รับบริการจำนวนมาก	3
2.5 การขาดวินัยในการรับบริการของผู้ติดเชื้อด้านพฤติกรรมมารับบริการ	3
2.6 ระบบบัตรคิวในการให้บริการยังมีปัญหา และมีการลัดคิวการรับบริการ	3
2.7 พฤติกรรมการให้บริการของพยาบาลยังไม่ดีในบางครั้ง เช่น ใช้อารมณ์/รังเกียจ	2
2.8 แคนนำผู้ติดเชื้อรับภาระงานมากเกินไป	1
2.9 การนับเม็ดยาผิดพลาดในบางครั้ง ทำให้รับยาไม่ครบหรือรับเกินจำนวน	1
2.10 โรงพยาบาลเลือกปฏิบัติกับกลุ่มผู้ติดเชื้อไม่เปิดเผยตัวมากกว่ากลุ่มเปิดเผยตัว	1
2.11 โรงพยาบาลขาดการเสนอแนะข้อมูลใหม่ๆ ในการดูแลรักษาตัวของผู้ติดเชื้อ	1
2.12 เจ้าหน้าที่ศูนย์องค์รวมบางรายยังไม่มีความเชี่ยวชาญการให้บริการด้านเอดส์	1
2.13 การตัดสินใจส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับแพทย์ ทำให้การบริการของพยาบาลล่าช้า	1
2.14 โรงพยาบาลไม่ให้ความสำคัญในการเพิ่มพูนทักษะความรู้ให้พยาบาลที่เลี้ยง	1
2.15 ระบบการทำบัตรผู้รับบริการและระบบกรสีบค้นยังไม่มีประสิทธิภาพ	1
2.16 มาตรฐานการให้บริการยังแตกต่างอยู่ระหว่างโรงพยาบาลในเมืองกับชุมชน	1
2.17 ระบบการให้ข้อมูลข่าวสารและช่องทางให้ข้อมูลผู้ติดเชื้อยังไม่มีประสิทธิภาพ	1
รวม	38
3. โอกาส/ช่องทางการปรับปรุงการให้บริการ	
3.1 จัดจำนวนผู้ติดเชื้อมารับบริการแต่ละครั้งให้เหมาะสม	1
3.2 ปรับปรุงศูนย์องค์รวมให้กว้างขวาง มีบรรยากาศดี เอื้ออำนวยต่อการให้บริการ	1
3.3 ขยายช่องทางการให้บริการไปยังระดับตำบล/หมู่บ้าน	1
3.4 ทำความเข้าใจกับผู้ติดเชื้อเปิดตัวรายใหม่เกี่ยวกับการดูแลที่จะได้รับจากกลุ่ม	1
3.5 จัดบุคลากรผู้ให้บริการให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ติดเชื้อในแต่ละโรงพยาบาล	1

ตารางที่ 4.29 (ต่อ)

รายการความคิดเห็น	ความถี่ (คน)
3.6 ปรับปรุงระบบการให้ข้อมูลข่าวสารผู้ติดเชื้อให้มีประสิทธิภาพ	1
3.7 ปรับปรุงการบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จให้ครอบคลุมบริการที่ครบวงจร	1
รวม	7
4. ข้อจำกัด/อุปสรรคในการให้บริการ	
4.1 การเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลค่อนข้างลำบาก เนื่องจากอยู่ไกล	5
4.2 ผู้ติดเชื้อไม่สามารถเดินทางมารับบริการได้บ่อย เนื่องจากติดภาระงานประจำ	1
4.3 ผู้ติดเชื้อไม่สามารถเดินทางมารับบริการได้ในบางฤดู เช่น ฤดูฝน และฤดูหนาว	1
4.4 โรงพยาบาลชายแดนมีภาระต้องดูแลผู้ติดเชื้อต่างค่าวมากเกินไป	1
รวม	8

จากตารางที่ 4.29 มีความคิดเห็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด จำนวน 78 คน โดยมีผู้ให้ความคิดเห็นด้านจุดแข็ง/ข้อดี จำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เห็นว่าจุดแข็ง/ข้อดีการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา คือ โรงพยาบาลสามารถจัดบริการได้ดี มีความสะดวกสบาย รวดเร็ว จำนวน 13 คน (ร้อยละ 52.0) รองลงมา ได้แก่ บุคลากรผู้ให้บริการมีอัธยาศัยไมตรีดี ให้ความเป็นกันเองกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 16.0) นอกจากนี้มีความเห็นเป็นส่วนน้อย ด้านละ 1 คน ที่เห็นว่า โรงพยาบาลมีแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญและชำนาญการในการให้บริการด้านเอชไอวีเอดส์ ผู้บริการให้ความสำคัญกับการให้บริการด้านเอชไอวีเอดส์ แก่นำผู้ติดเชื้อที่ร่วมให้บริการทำหน้าที่ได้ดีเพราะมีประสบการณ์ มีการทำงานเป็นทีมและมีทีมงานให้บริการที่เข้มแข็ง การให้บริการสามารถทำได้ ในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ มีเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่มีประสบการณ์คอยสนับสนุนการให้บริการ ทั้งนี้การให้บริการได้ตอบสนองสิทธิขั้นพื้นฐานของคนไทยที่ผู้ติดเชื้อพึงจะได้รับ และการให้บริการที่ดีก็นำไปสู่โอกาสการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้านของระบบการให้บริการ

อย่างไรก็ตาม การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ก็ยังมีจุดอ่อนอยู่หลายประการ ซึ่งมีผู้ให้ความคิดเห็นจำนวน 38 คน (ร้อยละ 48.7) พบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่า จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามาใช้บริการแต่ละครั้งมีจำนวนมากเกินไป ทำให้มีความต้องการหลากหลาย การตอบสนองความต้องการจึงทำได้ไม่ทั่วถึง จำนวน 8 คน (ร้อยละ 21.0) รองลงมา

ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเมื่อมีสุขภาพดีขึ้นแล้ว จะมีการปกปิดผลเลือดกับคู่รักคนใหม่ และไม่มารับบริการการรักษาอย่างต่อเนื่อง จำนวน 5 คน (ร้อยละ 13.1) สถานที่ให้บริการคับแคบไม่สามารถรองรับผู้มารับบริการที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น จำนวน 4 คน (ร้อยละ 10.5) พยาบาลที่เลี้ยงมีจำนวนไม่เพียงพอกับการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่มากขึ้น จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.8) การขาดวินัยในการรับบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในด้านพฤติกรรมมารับบริการ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.8) พฤติกรรมการให้บริการของพยาบาลยังไม่เหมาะสมในบางครั้ง เช่น ใช้อารมณ์ และแสดง ความรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.2) นอกจากนี้ยังมีความคิดเห็นที่เป็นส่วนน้อย ด้านละ 1 คน ให้ความคิดเห็นที่หลากหลาย เช่น แคนนำผู้ติดเชื้อมารับภาระมากเกินไป ในการช่วยให้บริการ การนับผิดยาผิดพลาดในบางครั้ง ทำให้รับยาไม่ครบหรือเกินจำนวน พยาบาลยังเลือกปฏิบัติกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เปิดเผยตัวเป็นพิเศษมากกว่ากลุ่มที่เปิดเผยตัว โรงพยาบาลขาดการเสนอแนะข้อมูลใหม่ๆ ในการให้บริการ การตัดสินใจส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับแพทย์ ทำให้บริการของพยาบาลล่าช้า โรงพยาบาลไม่ให้ความสำคัญกับการเพิ่มพูนทักษะพยาบาลที่ถึง มาตรฐานการให้บริการยังแตกต่างระหว่างโรงพยาบาลในเมืองกับโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนในด้านช่องทางในการปรับปรุงการให้บริการ มีผู้ให้ความคิดเห็นจำนวน 7 คน (ร้อยละ 8.9) พบว่าให้ความคิดเห็นที่หลากหลาย ด้านละ 1 คน เช่น ควรจัดผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มารับบริการในแต่ละครั้ง ให้เหมาะสม ไม่มากไม่น้อยเกินไป ปรับปรุงศูนย์องค์รวมให้กว้างขวาง เอื้ออำนวยต่อการให้บริการ ขยายช่องทางการให้บริการ ไปยังระดับตำบล/หมู่บ้าน ทำความเข้าใจกับผู้ติดเชื้อรายใหม่ถึงระบบที่เลี้ยงและเครือข่ายช่วยให้บริการของกลุ่ม จัดบุคลากรให้เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการแต่ละโรงพยาบาล ปรับปรุงระบบการให้ข้อมูลข่าวสารให้มีประสิทธิภาพ และปรับปรุงการบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จให้ครอบคลุมบริการที่ครบวงจร

ด้านข้อจำกัดอุปสรรคในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ของ โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยามีผู้ให้ความคิดเห็นจำนวน 8 คน (ร้อยละ 10.2) พบว่าส่วนใหญ่ มีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล เนื่องจากหมู่บ้านอยู่ไกล จำนวน 5 คน (ร้อยละ 62.5) นอกจากนั้น มีความคิดเห็นอย่างละ 1 คน เห็นว่าไม่สามารถเดินทางมารับบริการได้ทุกเดือน เนื่องจากติดภาระงานประจำที่ต้องทำและไม่สามารถหาหยุดงานได้ ประกอบกับในฤดูฝนและฤดูหนาว ไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการ และโรงพยาบาลบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลเชิงม่วน ซึ่งตั้งอยู่ชายแดนประเทศ สปป.ลาว มีภาระต้องให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นคนต่าง ค้าวด้วยเช่นกัน ทำให้การให้บริการอาจไม่ทั่วถึงเนื่องจากมีข้อจำกัดหลายประการเช่น นโยบาย การให้บริการ งบประมาณ การสื่อสาร และข้อจำกัดด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ของตัว ผู้ติดเชื้อที่เป็นคนต่างตัวเอง เป็นต้น

บรรณานุกรม

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2547) 3 ปี บนเส้นทางปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร
ออฟเซ็ทริเอชั่น
- กรมควบคุมโรค (ม.ป.ป.) "คู่มือประเมินการจัดบริการดูแลด้านเอดส์ของสถานบริการสุขภาพ
ตามมาตรฐานการจัดบริการด้านเอดส์" (อัดสำเนา)
- _____ . (2546) ฐันทันเอดส์ พิมพ์ครั้งที่ 9 กรุงเทพมหานคร สำนักโรคเอดส์ วัณโรค
และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- _____ . (2547) แนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและ
ต่อเนื่อง พ.ศ. 2547 กรุงเทพมหานคร กรมการศาสนา
- _____ . (2553) "โครงการขยายการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
ระดับประเทศ" ค้นคืนวันที่ 25 มีนาคม 2553 <http://www.cqihiv.com/Background.aspx>
- _____ . (2550) แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย
ปี พ.ศ. 2549/2550 (2550) กรุงเทพมหานคร ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- _____ . (2552) "แผนปฏิบัติการราชการประจำปี พศ. 2552" (อัดสำเนา)
- _____ . (2553) "รอบรู้เรื่องเอดส์" ค้นคืนวันที่ 25 มีนาคม 2553 <http://www.aidsthai.org/>
- _____ . (2553) "วิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย" ค้นคืนวันที่ 25 มีนาคม 2553
http://www.aidsthai.org/images/K12_52.pdf
- กระทรวงการคลัง (2553) "สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ" ค้นคืนวันที่ 20 มีนาคม 2553
<http://www.cgd.go.th/wps/portal/CGDInfo/MedicalWelfare>
- กระทรวงสาธารณสุข (2550) "Global AIDS Program Lessons Learned Thailand 2002-2006"
ม.ป.ท.
- _____ . (2550) การสาธารณสุขไทย 2548-2550 กรุงเทพมหานคร
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- _____ . (2552) "แผนปฏิบัติการราชการประจำปี พศ. 2552" (อัดสำเนา)
- กัญญา กาญจนนุรานนท์ (2536) การบริการสุขภาพในการสาธารณสุข 1 พิมพ์ครั้งที่ 12 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- กัลยา วาณิชย์บัญชา (2549) การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล พิมพ์ครั้งที่ 8
กรุงเทพมหานคร ธรรมสาร
- _____ . (2547) หลักสถิติ พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- เครือข่ายกาญจนาภิเษก ตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี (2542)
 “การประกันสังคม” ใน *สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน* คืบค้นวันที่ 20 มีนาคม 2553
<http://kanchanapisek.or.th/kp6/BOOK12/chapter3/12-3-13.htm>
- เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ประเทศไทย (ป.ป.ป.) *คู่มือการใช้สิทธิประโยชน์การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ในระบบประกันสังคม* กรุงเทพมหานคร แปลนพรัตน์
 จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543) *สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ.2543: สถานะสุขภาพคนไทย*
 กรุงเทพมหานคร สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข
- จิตรลดา อุทัยพิบูลย์ (2553) “แนวคิดเรื่องการจัดการคุณภาพ HIVQUAL” คืบค้นวันที่ 25
 มีนาคม 2553 <http://www.cqihiv.com/Concept.aspx>
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2549) *ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* นนทบุรี
 สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
- จุมพล หนิมพานิช (2548) *การบริหารจัดการภาครัฐใหม่: หลักการ แนวคิด และกรณีตัวอย่างของ ไทย (New Public Management Principle, Concepts, and Thai Case Study)*
 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ชรีณี เดชจินดา (2535) “ความพึงพอใจของผู้ประกอบการต่อศูนย์บริการกำจัดกากอุตสาหกรรม
 แขวงแสมดำ เขตบางขุนเทียน จังหวัดกรุงเทพมหานคร” *วิทยานิพนธ์ปริญญา
 สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*
- ณรงค์ โพธิ์พุกยานันท์ (2551) *ระเบียบวิธีวิจัย พิมพ์ครั้งที่ 5* กรุงเทพมหานคร ส.เอเชียเพรส
- ณัชญา ช้อนขำ และคณะ (2551) “คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ภายใต้ระบบการดูแล
 อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในภาคใต้ตอนล่าง” *วารสารโรคเอดส์* 20, 1 46-57
- ณัฐวัฒน์ นิปการ (ม.ป.ป.) “การจัดการภาครัฐแนวใหม่ New Public Management”
 คืบค้นวันที่ 15 มิถุนายน 2553 <http://kmcenter.rid.go.th/kmc15/sp6.php>
- ศุภฤดี นรศาสตร์ และคณะ (2546) “การประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย
 โรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องในเขต 8 ปีงบประมาณ 2544-2545” คืบค้นวันที่
 15 มิถุนายน 2553 http://www.aidsthai.org/index.php?option=com_project
- ทวีศักดิ์ สุททกวาทิน (2549) *การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาองค์การ เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการ
 แข่งขัน* กรุงเทพมหานคร ทีพีเอ็นเพรส

- ทศพร ศิริสัมพันธ์ (2550) "ทิศทางและแนวโน้มของรัฐประศาสนศาสตร์" ใน *ประมวลสารະชຸດວິຊາແນວຄິດ ທຸຍຸູູີແລະຫຼັກການຮູູປຣະສາສນາສາສຸຣ໌* หน้วยที่ 15 หน้า 439-473 พิมพ์ครั้งที่ 4 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- _____. (2547) "แนวคิด ทฤษฎี และหลักการรัฐประศาสนศาสตร์ในการตรวจสอบถ่วงดุล" ใน *ประมวลสารະชຸດວິຊາແນວຄິດ ທຸຍຸູູີແລະຫຼັກການຮູູປຣະສາສນາສາສຸຣ໌* หน้วยที่ 7 หน้า 321-387 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- _____. (2543) "การบริหารผลการดำเนินงาน (Performance Management)" ใน *รวมบทความวิชาการ 100 ปี รัฐประศาสนศาสตร์ไทย ภาควิชารัฐประศาสนศาสตร์ คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*
- ทิพาพร อัปสรณะสมบัติ และคณะ (2548) "รูปแบบการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการสงเคราะห์ผู้ด้อยโอกาส" คั่นคืนวันที่ 15 มิถุนายน 2553
http://www.aidsthai.org/index.php?option=com_project
- ทิพาดี เมฆสวรรค์ (2543) *การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์* สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (อ้ดสำเนา)
- _____. (2545) *หลักสูตรการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่* กรุงเทพมหานคร อาทิตย์ โพรดัคส์ กรູູป
- เทพศักดิ์ ภูณษรต์พันธุ์ (2548) "การประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยด้วยคอมพิวเตอร์" ใน *ประมวลสารະชຸດວິຊາ ວິທານິພນ໌ 3* หน้วยที่ 13 หน้า 84-132 พิมพ์ครั้งที่ 3 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- _____. (2535) "ปัจจัยที่ส่งผลต่อการสร้างประสิทธิผลของการนำนโยบายการให้บริการแก่ประชาชน ไปปฏิบัติ: กรณีศึกษาสำนักงานเขตของกรุงเทพมหานคร" *วิทยานิพนธ์ พบ.ด. (การบริหารการพัฒนา) กรุงเทพมหานคร บัณฑิตวิทยาลัย สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์*
- _____. (2550) "รัฐประศาสนศาสตร์กับการปฏิรูประบบราชการ" ใน *ประมวลสารະชຸດວິຊາແນວຄິດ ທຸຍຸູູີແລະຫຼັກການຮູູປຣະສາສນາສາສຸຣ໌* หน้วยที่ 11 หน้า 189-238 พิมพ์ครั้งที่ 4 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ

- _____. (2551) “แนวคิด ทฤษฎี และหลักการรัฐประศาสนศาสตร์ในการให้บริการ
สาธารณะ” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาแนวคิด ทฤษฎี และหลักการรัฐประศาสนศาสตร์*
หน่วยที่ 5 หน้า 221-268 พิมพ์ครั้งที่ 5 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- ธนาคารเพื่อการพัฒนาแห่งเอเชีย (2553) “Result-Based Management, RBM” คืบค้นวันที่ 14
มิถุนายน 2553 <http://www.adb.org/projects/rbm/about.asp>
- ชนาวรรณ กิจประไพอำพล (2529) “เอกสารวิชาการสาธารณสุข หมายเลข 1 คณะกรรมการ
วางแผนการประกันสุขภาพระดับประเทศ” (อัดสำเนา)
- นัทธญา ภรภัทรรังษิกร (2550) “ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการให้บริการด้านสังคม
สงเคราะห์: ศึกษาเฉพาะกรณีการให้บริการของสภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย
วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- นันทวัฒน์ บรมานันท์ (2544) *หลักกฎหมายปกครองเกี่ยวกับบริการสาธารณะ* พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพมหานคร วิญญูชน คืบค้นวันที่ 14 มิถุนายน 2553
<http://www.pub-law.net/publaw/View.asp?publawIDs=1248>
- เนาวรัตน์ พุ่มจันทร์ (2550) “ความสำเร็จของการนำหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีไปใช้ในการ
การบริหารงานเทศบาล : กรณีศึกษาเทศบาลจังหวัดภูเก็ต” วิทยานิพนธ์ปริญญา
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาบริหารรัฐกิจ สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- บุษบา ตันติศักดิ์ และคณะ (2548) “การศึกษาแนวทางการจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ
และผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เข้าสู่ระบบบริการ” คืบค้นวันที่ 15 มิถุนายน
2553 http://www.aidsthai.org/index.php?option=com_project
- ประเวศ วะสี (2539) *การปฏิรูปเพื่อระบบสุขภาพ* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- _____. (2546) *การปฏิวัติเขียว การปฏิรูประบบสุขภาพ* กรุงเทพมหานคร พิมพ์ดี
- ประณีต ส่วงวัฒนา (2547) “การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานภายใต้โครงการพัฒนาระบบ
บริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องเขตภาคใต้
ปีงบประมาณ 2545: มติของผู้ให้บริการ” คืบค้นวันที่ 15 มิถุนายน 2553
http://www.aidsthai.org/index.php?option=com_project

- พงษ์ศักดิ์ วิทยากร (2533) "การบริหารโรงพยาบาลเอกชน" ใน *เอกสารการสอนชุดวิชาความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการบริหารโรงพยาบาล* พิมพ์ครั้งที่2 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- พิชาย รัตนดิถก ณ ฎเกิด (2537) "แนวความคิดและการวิจัยเรื่องความพึงพอใจในงานบริการสาธารณสุข" *หมออนามัย* 23 (มีนาคม 2537): 149-153
- พิทักษ์ ตรีษิต (2538) "ความพึงพอใจของประชาชนต่อระบบและกระบวนการให้บริการของกรุงเทพมหานคร ศึกษากรณีสำนักงานยานนาวา" *วิทยานิพนธ์ปริญญา* สังคมศาสตรมหาบัณฑิต คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- พิพัฒน์ จิรณัฎราดุล (2552) "สถานการณ์โรคเอดส์ในจังหวัดพะเยา" (อัคราเน)
- พีระมณ นิงสานนท์ (2550) "เรียนรู้จากโครงการต้นแบบ (HIVQUAL Project)" ใน *คู่มือการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยรูปแบบHIVQUAL-T สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย* กรุงเทพมหานคร ชุมชนุสภกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- เพ็ญศรี มีสมนัย (2549) "การจัดการภาครัฐแนวใหม่" ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา 33444 การบริหารองค์การภาครัฐ* หน่วยที่ 3 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- _____ (2549) "การบริหารงานมุ่งผลสัมฤทธิ์" ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา 33444 การบริหารองค์การภาครัฐ* หน่วยที่ 3 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2534) *โครงการวารสารธรรมศาสตร์* 17, 3 (กันยายน): 135-149
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (2551) *คู่มือการพิมพ์วิทยานิพนธ์* พิมพ์ครั้งที่5 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- มาลี ทองภูสวรรค์ (2538) "บริการสาธารณะ" ใน *เอกสารการสอนชุดวิชา 41201 ประมวลกฎหมายมหาชน* บทที่ 12 พิมพ์ครั้งที่20 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (2552) "เอชไอวีไม่เท่ากับเอดส์" ค้นคืนวันที่30 มีนาคม 2553
http://www.aidsaccess.com/09/index.php?option=com_content&task=view&id=246&Itemid=2
- ราชบัณฑิตยสถาน (2546) *พจนานุกรม ฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542* กรุงเทพมหานคร นานมีบุ๊คพับลิเคชั่นส์

- รังสรรค์ ประเสริฐศรี (2551) "ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัย" ใน *ประมวลสาระชุดวิชา วิทยานิพนธ์ 2* หน่วยที่ 6 หน้า 1-50 พิมพ์ครั้งที่ 3 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- เรืองวิทย์ เกษสุวรรณ (2548) *การบริหารค่าจ้างและเงินเดือน* กรุงเทพมหานคร บพิธการพิมพ์
- วสันต์ เหลืองประภัสร์ (2548) "การจัดการภาครัฐแนวใหม่กับการบริหารปกครองในระบอบ ประชาธิปไตย: สองกระแสความคิดในการบริหารงานภาครัฐ ลูกค้า หรือ พลเมือง." *รัฐศาสตร์สาร* 26, 2 35 - 86
- _____ . (2547) "องค์การมหาชน (Distributed Public Governance) บทวิจารณ์ หนังสือ OECD - Distributed Public Governance: Agencies, Authorities, and Other Government Bodies" *วารสารสถาบันพระปกเกล้า* 2, 1 91-101
- วิพุธ พูลเจริญ (2543) *สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ* กรุงเทพมหานคร สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- วิระยุทธ ชาศะกาญจน์ (2547) "การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์" ค้นคืนวันที่ 14 มิถุนายน 2553 <http://isc.ru.ac.th/data/ED0003477.doc>
- ศุภชัย ยาวะประภาส และ ปียากร หวังมหาพร (2551) "การประเมินผลนโยบายสาธารณะ และการประเมินระบบราชการไทย" ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการบริหารภาครัฐ* หน่วยที่ 14 หน้า 157-200 พิมพ์ครั้งที่ 3 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (ศรทส) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์(2550) *คู่มือการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยรูปแบบHIVQUAL-T สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย* กรุงเทพมหานคร สำนักงานโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย (2549) "เอดส์คืออะไร" ค้นคืนวันที่ 30 มีนาคม 2553 <http://www.trcarc.org/home/?content=knowledge>
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ (2540) "การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข" นนทบุรี (อัดสำเนา) _____ . (ม.ป.ป.) "หลักประกันทางด้านสุขภาพกับระบบบริการสาธารณสุขในอนาคต" ค้นคืนวันที่ 23 กรกฎาคม 2553 <http://www.thaifammed.org/article/insure.html>

- สมชาติ โตรักษา (2552) “การทำงานประจำให้เป็นผลงานทางวิชาการ(Routine to Academic)”
เอกสารประกอบโครงการฝึกอบรมตามพระราชดำริสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
สยามบรมราชกุมารีสำหรับแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์
จากสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (อัครา)
- สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล และคณะ (2548) “การวัดผลการปฏิบัติงานการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
ผู้ใหญ่นด้านารแพทย์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์HIVQUAL-T เพื่อการพัฒนาคุณภาพ
อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน คั่นคืนวันที่ 15 มิถุนายน 2553
http://www.aidsthai.org/index.php?option=com_project
- _____ . (2550) “เรียนรู้จากโครงการต้นแบบ (HIVQUAL Project)” ใน *คู่มือการพัฒนา
คุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วย รูปแบบHIVQUAL-T สำหรับ
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย* กรุงเทพมหานคร
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- สมศักดิ์ อรรถศิลป์ (2550?) “ทิศทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ในประเทศไทย” (อัครา)
- สารี อ่องสมหวัง และคณะ (2549) *คู่มือหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน พิมพ์ครั้งที่3*
กรุงเทพมหานคร ศรีเมืองการพิมพ์
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2552) *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ*
พ.ศ. 2552 กรุงเทพมหานคร ม.ป.ท.
- สำนักงานตำรวจแห่งชาติ (2553) “พระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล”
พ.ศ. 2523 ปรับปรุงถึงฉบับที่ 8 พ.ศ. 2545” คั่นคืนวันที่ 20 มีนาคม 2553
http://criminal.police.go.th/main_law.html
- สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (2546) *สุพรรณนะ พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร นายอุทัย
พิมพ์ไจชน และนางสุภารัตน์ เกตุราพันธ์ ต่อ พร.บ. สุขภาพแห่งชาติ*
กรุงเทพมหานคร อุษาการพิมพ์
- _____ . (ม.ป.ป) “ไปให้ถึงซึ่งจินตนาการ บันทึก2 ปี ปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ”
(อัครา)
- สำนักงานประกันสังคม (2553) “ประกาศคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติ
ประกันสังคม เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนกรณีผู้ประกันตน
ที่ติดเชื้อ HIV และผู้ประกันตนที่เป็นโรคเอดส์” ประกาศ ณ วันที่ 8 ธันวาคม
พ.ศ. 2549

- _____ . (2553) “พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533” สิ้นคืนวันที่ 20 มีนาคม 2553 http://www.sso.go.th/sites/default/files/1.1web_0.htm
- _____ . (2553) “ระบบประกันสุขภาพ” (อัคราเนนา)
- สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (2549) “การพัฒนาดัชนีชี้วัดสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ” เอกสารประกอบการประชุมข้อมูลสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ (อัคราเนนา)
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2552) *แผนปฏิบัติการราชการประจำปี พ.ศ. 2552* (อัคราเนนา)
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา (2552) “คำกล่าวรายงานการจัดเวทีแลกเปลี่ยนบทเรียนการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเยาวชน ในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดพะเยา ปี 2552 โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา” (อัคราเนนา)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ม.ป.ป.) “คู่มือการใช้สิทธิประโยชน์เรื่องเอชไอวีเอดส์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” (แผ่นพับ)
- _____ . (2552) “คู่มือบริการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เล่ม 2 การบริหารบบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์” กรุงเทพมหานคร ม.ป.ท.
- _____ . (2549) *คู่มือหลักประกันสุขภาพสำหรับประชาชน พิมพ์ครั้งที่ 3* กรุงเทพมหานคร ศรีเมืองการพิมพ์
- _____ . (ม.ป.ป.) “คู่มือ “เอดส์ รู้จักรักษาได้” (แผ่นพับ)
- _____ . (ม.ป.ป.) “มารู้จักกับหลักประกันสุขภาพ” (แผ่นพับ)
- _____ . (2553) “สิทธิประโยชน์ที่ได้รับการคุ้มครองและไม่คุ้มครอง” สิ้นคืนวันที่ 1 มีนาคม 2553 <http://www.nhso.go.th/>
- สำนักงานอัยการสูงสุด (ม.ป.ป.) *คู่มือการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์* สำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน (สทช.) ม.ป.ท.
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2552) *“แผนปฏิบัติการราชการประจำปี พ.ศ. 2552”* (อัคราเนนา)
- ลีมา สีมานันท์ และสุนทร สภาสงวน (2548) “นักบริหารระดับกลางกับการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่” ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเองหลักสูตรการพัฒนาผู้บริหารระดับกลาง หมวดที่ 1 เล่มที่ 2 กรุงเทพมหานคร ธนาเพลส

- สุคนธา คงศีล และคณะ (2548) “นโยบายการจัดระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัส เข้าสู่ระบบบริการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: กรณีศึกษาด้านผู้รับบริการของระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส” คืบค้นวันที่ 15 มิถุนายน 2553
http://www.aidsthai.org/index.php?option=com_project
- สุรพร เสี้ยนสลาย (2549) “การบริหารการดำเนินงานบริการสาธารณะ” ในการบริหารองค์กรภาครัฐ เอกสารการสอนชุดวิชา 33444 หน่วยที่ 3 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- เสาวนีย์ สีสองสม และคณะ (2546) “ศูนย์บริการทางการแพทย์และสังคมช่วงกลางวัน โรงพยาบาลแม่จัน ศูนย์กลางการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ และการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์” คืบค้นวันที่ 15 มิถุนายน 2553
http://www.aidsthai.org/index.php?option=com_project
- หลุย จำปาเทศ (2533) *จิตวิทยาการจูงใจ* กรุงเทพมหานคร สามีคิสาส์น
- อ่ำไพ ป้อมสนาม (2545) “การศึกษาความพึงพอใจของผู้ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาอำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา” ภาคนิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
- HIVQUAL International (2010) “HIVQUAL Thailand” คืบค้นวันที่ 30 มีนาคม 2553
<http://www.hivqual.org/index.cfm/5261>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1985) “A conceptual model of service quality and its Implications for future research” *Journal of Marketing*. 46Z (June 1985): 41-50
- Spitzer, R.B. (1988) “Meeting consumer expectation” *Nursing Administration*. 13 (March 1988): 1-2
- World Health Organization (1990) “Interim proposal for a WHO staging system for HIV infection and disease” *WHO Wkly Epidem. Rec.* 65 (29): 221-222



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัย

สกลนครราชภัฏ

ภาคผนวก ก

หนังสือขออนุมัติการทำวิจัยในพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา



3 แผน พ. ๒๕๖๓
 - ๑๐/๑๒/๒๐๒๑ เป็นตัวแทนคณะผู้บริหาร/เรียนขอ สาขาวิทยาการจัดการ วิชาเอกรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ในวันที่ 9 ก.ค. ๖๒ เวลา ๑๐.๐๐ น.
 ๖/๑๒/๒๐๒๑
 - หนังสือเวียน
 วันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2552

เรื่อง ขออนุมัติการทำวิจัยในหน่วยบริการสุขภาพของรัฐในจังหวัดพะเยา
 เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา

ด้วย กระผม นายเสฏฐวุฒิ แก้ววิเศษ ปัจจุบันรับราชการอยู่ที่คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล และเป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาวิทยาการจัดการ วิชาเอกรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลังจะสำเร็จการศึกษาในภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2552 นี้ ซึ่งในการสำเร็จการศึกษาดังกล่าวจำเป็นต้องทำงานวิจัย (วิทยานิพนธ์) ประกอบการสำเร็จการศึกษา

กระผมสนใจที่จะทำงานวิจัยเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในหน่วยบริการสุขภาพของรัฐในจังหวัดพะเยา ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวเกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพของประเทศไทย โดยในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมากระผมได้มีโอกาสศึกษาดูงานเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของหน่วยบริการสุขภาพของรัฐในจังหวัดพะเยา และพบว่าระบบดังกล่าวได้ปรับปรุงและเปลี่ยนแปลงไปจากอดีตค่อนข้างมาก โดยมีระบบการให้บริการตามนโยบายของรัฐ แต่ยังคงขาดการประเมินผลที่เป็นรูปธรรม กระผมจึงสนใจที่จะประเมินประสิทธิผลการให้บริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในหน่วยบริการสุขภาพของรัฐในจังหวัดพะเยา เพื่อนำผลการวิจัยดังกล่าวเป็นตัวชี้วัดในการปรับปรุงคุณภาพและพัฒนาการให้บริการในพื้นที่ อีกทั้งเป็นแนวทางให้กับพื้นที่บริการอื่นๆ และเป็นหลักฐานทางวิชาการเพื่อใช้ประกอบการกำหนดนโยบายต่อไปในอนาคต ซึ่งพร้อมกันนี้ กระผมได้แนบโครงร่างการวิจัยซึ่งประกอบด้วย บทนำ และระเบียบวิธีการวิจัยมาเพื่อประกอบการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนและอนุมัติการทำวิจัย ด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติการทำวิจัยดังกล่าวในพื้นที่ด้วย หากท่านพิจารณาหรือมีข้อปรับปรุงแก้ไขประการใดโปรดแจ้งให้กระผมทราบด้วย จักเป็นพระคุณอย่างยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ลายเซ็น)
 นายเสฏฐวุฒิ แก้ววิเศษ

(นายเสฏฐวุฒิ แก้ววิเศษ)

นักศึกษาระดับปริญญาโท

โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-6435614
 โทรศัพท์มือถือ 0840092251
 อีเมล tesvk@mahidol.ac.th

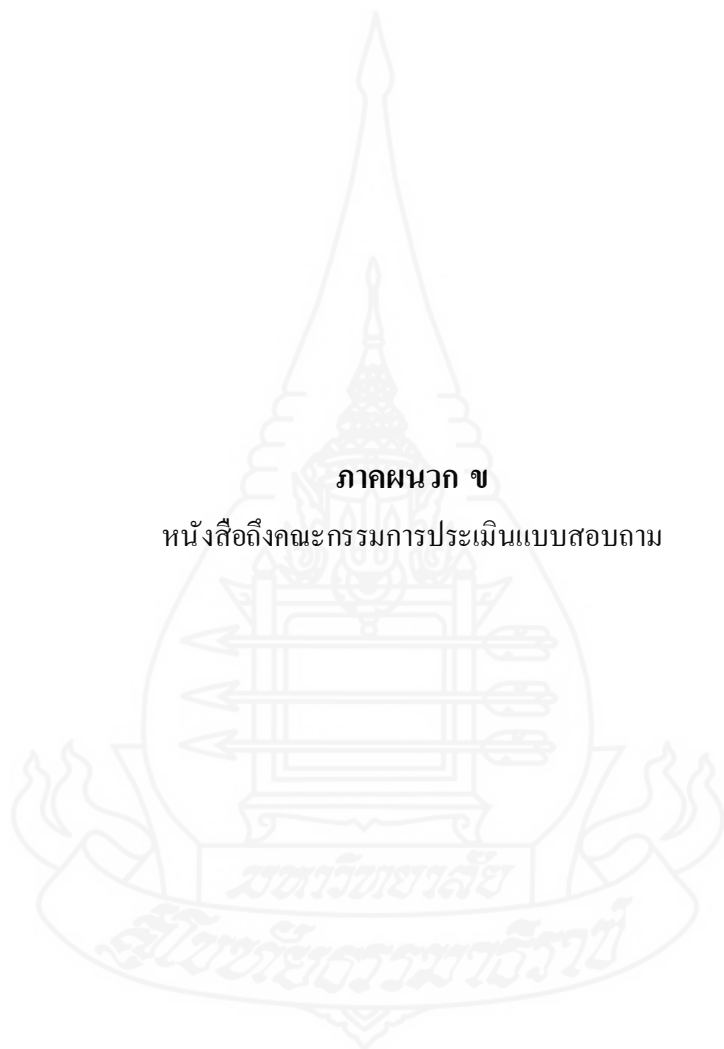
(นางอริยวิ ศันนบรรจง)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา

๖๒๓ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๕๒
 พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๕๒
 พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๕๒
 พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๕๒

ภาคผนวก ข

หนังสือถึงคณะกรรมการประเมินแบบสอบถาม



วันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2553

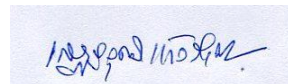
เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ประเมินความสอดคล้องของคำถามงานวิจัยฯ
เรียน คณะกรรมการการทำวิจัยด้านสาธารณสุขในจังหวัดพะเยา

ตามที่กระผม นายเสกฐวุฒิ แก้ววิเศษ สังกัดคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร และเป็นนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาบริหารรัฐกิจ วิชาเอกรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับอนุมัติจาก สสจ พะเยาให้ทำการวิจัยเกี่ยวกับ "ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา" ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ประกอบการสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท และมีกำหนดการออกเก็บข้อมูลภาคสนามจากโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมดในจังหวัดพะเยา ภายในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 โดยแบบสอบถามดังกล่าวท่านได้ให้คำแนะนำในการปรับรูปแบบภาษา และลักษณะคำถาม เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ ในการประชุมนำเสนองานวิจัยฯ เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2552 ที่ผ่านมาแล้ว นั้น

บัดนี้ กระผมได้ปรับปรุงรูปแบบภาษาและลักษณะคำถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอความอนุเคราะห์ท่าน ประเมินให้คะแนนความสอดคล้องของประเด็นคำถามตามกรอบตัวแปรอิสระตามแบบฟอร์มการประเมินค่าความสอดคล้องที่แนบมาพร้อมกันนี้ หากมีความสอดคล้องกระผมจะได้นำแบบสอบถามดังกล่าวไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย เพื่อหาความเชื่อมั่นต่อไป โดยได้นัดหมายผู้ติดเชื้อไว้แล้วในวันที่ 2 มีนาคม 2553 และจะทำการเก็บข้อมูลภาคสนามในจังหวัดพะเยา ตั้งแต่วันที่ 16 มีนาคม 2553 เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดให้ความอนุเคราะห์ให้ค่าคะแนนความสอดคล้องแบบสอบถามภายในวันที่ 10 มีนาคม 2553 และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะให้ความอนุเคราะห์ในครั้งนี้ หากพิจารณาประการใด โปรดแจ้งให้กระผมทราบทางอีเมล tesvk@mahidol.ac.th ด้วย จักเป็นพระคุณอย่างสูง

ขอแสดงความนับถือ



(นายเสกฐวุฒิ แก้ววิเศษ)

นักศึกษาระดับปริญญาโท

ภาคผนวก ค

หนังสือขออนุมัติทำการทดลองแบบสอบถาม



วันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2553

เรื่อง ขออนุมัติเข้าทดลองแบบสอบถามงานวิจัยด้านเอชไอวีและเอดส์

เรียน นายแพทย์สุรชัย ปิยวรวงศ์

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย

ด้วยกระผม นายเสกฐฐวุฒิ แก้ววิเศษ สังกัด คณะเวชศาสตร์เขตร้อน

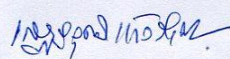
มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร และเป็นนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาการบริหารรัฐกิจ วิชาเอกรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับ "ประสิทธิผลของการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา" ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ประกอบการสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท และมีกำหนดการออกเก็บข้อมูลภาคสนามจากโรงพยาบาลของรัฐทั้งหมดในจังหวัดพะเยา ภายในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 โดยแบบสอบถาม นั้น

เนื่องจากหลักระเบียบวิธีวิจัยกำหนดให้นำเครื่องมือการวิจัยหรือแบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่วิจัย เพื่อคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบสอบถาม กระผมจึงใคร่ขออนุมัตินำแบบสอบถามดังกล่าว ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลแม่จันได้ทดลองทำ จำนวน 40 ราย ในวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2553 ตั้งแต่เวลา 08.30 เป็นต้นไป ทั้งนี้ การทดลองทำแบบสอบถามดังกล่าวจะไม่กระทบกระเทือนต่อการให้บริการสุขภาพด้านเอดส์ของโรงพยาบาลแม่จันแต่ประการใด และจะทดลองแบบสอบถามกับผู้ติดเชื้อที่สมัครใจเท่านั้น ทั้งนี้ กระผมได้ติดต่อขอคำปรึกษาและส่งแบบสอบถามให้กับคุณอัญชฎิกา ภูมิรัชญากุล ไว้เป็นการเบื้องต้นแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุมัติ และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะให้ความอนุเคราะห์ในครั้ง
นี้ หากพิจารณาประการใด โปรดแจ้งให้กระผมทราบทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

tesvk@mahidol.ac.th ด้วย จักเป็นพระคุณอย่างสูง

ขอแสดงความนับถือ



(นายเสกฐฐวุฒิ แก้ววิเศษ)

นักศึกษาระดับปริญญาโท

ภาคผนวก ง

หนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลภาคสนาม



วันที่ 10 มีนาคม พ.ศ. 2553

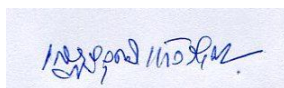
เรื่อง ขออนุมัติให้เก็บข้อมูลและออกหนังสือถึงโรงพยาบาลรัฐในสังกัด
เรียน แพทย์หญิงอารีย์ ต้นบรรจง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา
สิ่งที่ส่งมาด้วย โครงร่างแบบสอบถาม จำนวน 2 ชุด

ตามที่กระผม นายเสกฐวุฒิ แก้ววิเศษ สังกัดคณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร และเป็นนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา แขนงวิชาการบริหารรัฐกิจ วิชาเอกรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับอนุมัติจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาให้ทำการวิจัย เรื่อง "ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา" ซึ่งเป็นวิทยานิพนธ์ประกอบการสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท และมีกำหนดการออกเก็บข้อมูลภาคสนามจากโรงพยาบาลของรัฐที่ 7 แห่งในจังหวัดพะเยา ภายในเดือนมีนาคม - เมษายน 2553 นี้ กระผมได้พัฒนาแบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยแบบสอบถามดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบและให้คำแนะนำจากคณะกรรมการการวิจัยด้านสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา ในการประชุมนำเสนองานวิจัยฯ เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2552 และได้รับการประเมินความสอดคล้องในวันที่ 9 มีนาคม 2553 แล้ว นั้น

ในการนี้ กระผมใคร่ขออนุมัติสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาเพื่อออกเก็บข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับบริการด้านเอดส์ในโรงพยาบาลรัฐที่ 7 แห่งในจังหวัดพะเยา ได้แก่ โรงพยาบาลพะเยา โรงพยาบาลดอกคำใต้ โรงพยาบาลเชียงคำ โรงพยาบาลเชียงม่วน โรงพยาบาลจุน โรงพยาบาลแม่ใจ และโรงพยาบาลจุน พร้อมกันนี้ใคร่ขอความกรุณาให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาออกหนังสือเพื่อแจ้งการอนุมัติให้เก็บข้อมูลในโรงพยาบาลดังกล่าว พร้อมกันนี้ กระผมได้แนบโครงสร้างแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบจากคณะกรรมการการวิจัยด้านสาธารณสุข สสจพะเยา มาพร้อมกันนี้แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดอนุมัติและออกหนังสือถึงโรงพยาบาลในสังกัด และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะให้ความอนุเคราะห์ในครั้งนี้ หากพิจารณาประการใด โปรดแจ้งให้กระผมทราบทางอีเมล tesvk@mahidol.ac.th ด้วย จักเป็นพระคุณอย่างสูง

ขอแสดงความนับถือ



(นายเสกฐวุฒิ แก้ววิเศษ)

นักศึกษาระดับปริญญาโท

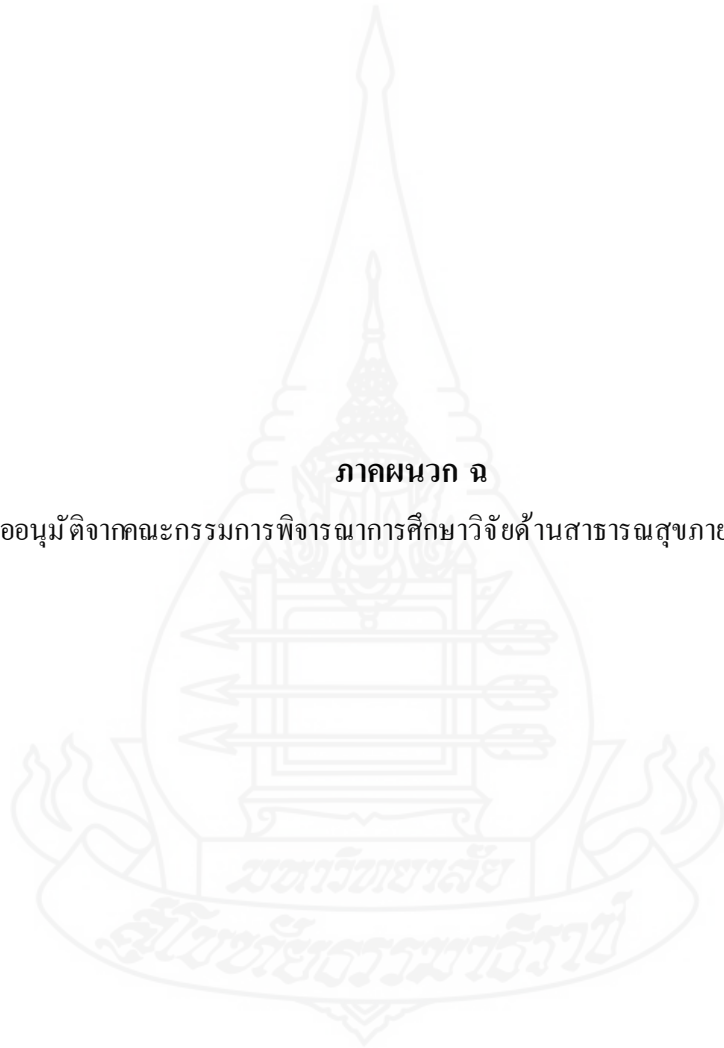
ภาคผนวก จ

หนังสือเชิญเข้าร่วมสนทนากลุ่ม



ภาคผนวก ฉ

หนังสืออนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยด้านสาธารณสุขภายในจังหวัดพะเยา





NO. PY 0027.003.2/

Public Health Research Ethics Committee
Phayao Provincial Health Office
Phayao Government Office Center
Phayao Province

2 July 2010

To Whom It may Concern

This letter is written on behalf of the Public Health Research Ethics Committee, Phayao Provincial Health Office, Phayao, Thailand. We are pleased to inform you that the research entitled “Effectiveness of Health Services among People Living with HIV/AIDS in the Government Hospitals of Phayao Province has been approved based on the ethical point of view by the Public Health Research Ethics Committee. The research was submitted to the Phayao Provincial Health Office on 21 September 2009, primarily considered by the Committee on 9 October 2009 and finally reviewed on 8 March 2010. We certify that the mentioned research study has officially been approved on the understanding of the research ethics.

Please do not hesitate to contact us with any questions or significant concerns.

Aree Tanbanchong, MD
Director, Phayao Provincial Health Office
Chairman, Public Health Research Ethics Committee



ภาคผนวก ช

แบบสอบถาม

แบบชี้แจงผู้ให้ข้อมูลงานวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์ การให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม
แบบยินยอมการให้ข้อมูลงานวิจัยโดยแบบสอบถาม(Informed Consent Form)

หมายเลขแบบสอบถาม



(สำหรับผู้ที่วิจัยกรอก)

แบบสอบถามการวิจัย
เกี่ยวกับประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

คำชี้แจงทั่วไปเกี่ยวกับแบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดนี้สร้างขึ้นเพื่อใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้านประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดพะเยา โดยใช้แนวคิดด้าน (1) สิทธิประโยชน์ในการบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐ (2) แนวคิดการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ (3) แนวคิดการให้บริการสาธารณะ (4) แนวคิดด้านสมรรถนะระบบบริการสุขภาพ และ (5) แนวคิดมาตรฐานการให้บริการด้านเอดส์ มาเป็นปัจจัยในการกำหนดคำถาม แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

แบบสอบถามตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ การสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิประโยชน์การรับบริการ สถานภาพการติดเชื้อระยะเวลาของการรับบริการ ประเภทของการรับบริการ ความถี่ของการรับบริการ โรงพยาบาลที่รับบริการ เป็นการให้แบบสอบถามชนิดเลือกตอบและเติมคำ

แบบสอบถามตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิด ใช้สอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาระดับประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ใช้แบบสอบถามชนิดเลือกตอบ

แบบสอบถามตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามชนิดปลายปิด ใช้สอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ใช้แบบสอบถามชนิดเลือกตอบ

แบบสอบถามตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามปลายเปิด ใช้สอบถามความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ามารับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา ด้านจุดแข็ง (ข้อดี) จุดอ่อน (ข้อเสีย) โอกาส (ช่องทางในการปรับปรุงการให้บริการ) ข้อจำกัด (อุปสรรคในการให้บริการ) และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการให้บริการด้านเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าของท่านเพื่อให้ข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะเก็บไว้เป็นความลับและนำไปใช้วิเคราะห์เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาต่อไป

นายเสกฐวุฒิ แก้ววิเศษ

ผู้ดำเนินการวิจัย

โทรศัพท์ 084-0092251

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถามในตอนที่ 1 ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงกับ
ผู้ตอบแบบสอบถามแล้วกาเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องสี่เหลี่ยม หรือกรอกข้อความในช่องว่าง..... ที่เตรียมไว้ให้

1. เกิดปี พ.ศ.อายุปี
2. เพศ

<input type="checkbox"/> 1. ชาย	<input type="checkbox"/> 2. หญิง
---------------------------------	----------------------------------
3. สถานภาพการสมรสของผู้ตอบแบบสอบถาม

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. สมรส
<input type="checkbox"/> 3. อยู่กินแบบคู่โดยไม่สมรส	<input type="checkbox"/> 4. เป็นหม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต)
<input type="checkbox"/> 5. หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> 6. แยกกันอยู่
4. ท่านจบการศึกษาสูงสุดชั้นอะไร?

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> 2. ชั้นประถมศึกษาตอนต้น (ป.4)
<input type="checkbox"/> 3. ชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ป.6)	<input type="checkbox"/> 4. ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)
<input type="checkbox"/> 5. ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6)	<input type="checkbox"/> 6. อาชีวศึกษา (ปวช./ปวส.)
<input type="checkbox"/> 7. ระดับปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> 8. ระดับสูงกว่าปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 9. อื่นๆ โปรดระบุ	
5. ท่านมีสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งตัวท่านด้วย ที่อยู่ในบ้านเดียวกัน จำนวนกี่คน?
..... คน
6. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพอะไร? (เลือกตอบได้มากกว่าหนึ่งคำตอบ)

<input type="checkbox"/> 1. เกษตรกรรม ระบุงาน.....	<input type="checkbox"/> 2. ค้าขาย ระบุงาน.....
<input type="checkbox"/> 3. ลูกจ้างรายวัน ระบุงาน.....	<input type="checkbox"/> 4. ลูกจ้างรายเดือน ระบุงาน
<input type="checkbox"/> 5. รับจ้างรายวันทั่วไป	<input type="checkbox"/> 6. ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ระบุงาน.....
<input type="checkbox"/> 7. ไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> 8. พนักงานบริษัท ระบุงาน
<input type="checkbox"/> 9. อื่นๆ โปรดระบุ.....	
7. ปัจจุบันครอบครัวของท่านมีรายได้ทุกคนรวมกันต่อเดือนเท่าไร? (ตอบข้อไหนก็ได้ โดยประมาณตัวเลข)

<input type="checkbox"/> 1.....บาท / เดือน
<input type="checkbox"/> 2.บาท / ปี
8. ท่านใช้สิทธิประโยชน์การรับบริการสุขภาพด้านเอชไอวีเอดส์จากโรงพยาบาลของรัฐแบบไหน?

<input type="checkbox"/> 1. สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	<input type="checkbox"/> 2. สิทธิประกันสังคม
<input type="checkbox"/> 3. สิทธิสวัสดิการข้าราชการฯ	<input type="checkbox"/> 4. สิทธิอาสาสมัครในโครงการวิจัยด้านเอดส์
<input type="checkbox"/> 5. สิทธิอื่นๆ โปรดระบุ.....	
9. ท่านคิดเชื้อเอชไอวีมานานเท่าไรนับแต่วันที่ทราบผลจากการตรวจเลือด

<input type="checkbox"/> 1.ปี	<input type="checkbox"/> 2.เดือน	<input type="checkbox"/> 3. ไม่แน่ใจ
------------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

10. โรงพยาบาลของรัฐที่ท่านลงทะเบียนใช้บริการด้านเอชไอวีเอดส์คือที่ไหน?
1. โรงพยาบาลพะเยา 2. โรงพยาบาลจุน
3. โรงพยาบาลดอกคำใต้ 4. โรงพยาบาลแม่ใจ
5. โรงพยาบาลปง 6. โรงพยาบาลเชียงม่วน
7. โรงพยาบาลเชียงคำ 7. โรงพยาบาลอื่นๆ โปรดระบุ.....
11. ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ท่านมีอาการด้วยโรคแทรกซ้อนและโรคฉวยโอกาสจากเอชไอวี เอดส์บ้างหรือไม่?
1. ยังไม่เคยมีอาการป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนและโรคฉวยโอกาสจากเอชไอวี
2. เคยมีอาการป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนและโรคฉวยโอกาสจากเอชไอวี
3. ไม่แน่ใจ
12. ประเภทของบริการสุขภาพด้านเอชไอวีเอดส์ที่ท่านได้รับจากโรงพยาบาลของรัฐที่ท่านได้ลงทะเบียนคือ? (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
1. บริการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ เช่น ตรวจเลือด 2. บริการป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (ไอไอ)
3. บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 4. บริการรับคำปรึกษา
5. บริการทางด้านการส่งเสริมอาชีพ/เงินช่วยเหลือต่างๆ
6. บริการจากกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกันเอง เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
7. อื่นๆ โปรดระบุ
13. ท่านเข้ามารับบริการสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐบ่อยแค่ไหน?
1. ทุก 1 เดือน 2. ทุก 2 เดือน
3. ทุก 3 เดือน 4. ทุก 4 เดือน
5. ทุก 5 เดือน 6. ทุก 6 เดือน
7. อื่นๆ โปรดระบุ

ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

แบบสอบถามในตอนที่ 2 กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว แล้ววงกลมหมายเลข

(✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ปัจจัยการให้บริการ	ความคิดเห็นของผู้รับบริการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลปฏิบัติต่อทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน มากน้อยเพียงใด					
2 ท่านพึงพอใจกับการให้บริการด้านเอดส์ที่เป็นไปตามลำดับคิวก่อนหลัง มากน้อยเพียงใด					
3 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลให้บริการด้านเอดส์ตรงต่อเวลาที่ได้นัดหมายไว้ มากน้อยเพียงใด					
4 ท่านคิดว่าระยะเวลาการให้บริการด้านเอดส์ต่อครั้งนี้นัดหมาย มีความเหมาะสม มากน้อยเพียงใด					

ปัจจัยการให้บริการ	ความคิดเห็นของผู้รับบริการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
5 ท่านพึงพอใจกับการที่โรงพยาบาลให้บริการด้านเอกสารตามมาตรฐานอย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ทั้งจังหวัด ระดับใด					
6 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาล มีบุคลากร เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอในการให้บริการด้านเอกสาร ในระดับใด					
7 ท่านพึงพอใจกับการที่โรงพยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในระดับใด					
8 ท่านพึงพอใจกับการที่โรงพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้คิดซื้อเข้ารับบริการ นอกเหนือเวลาที่ได้นัดหมายไว้ได้ ในระดับใด					
9 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลมีการปรับปรุง พัฒนา การให้บริการด้านเอกสารให้ดีขึ้นในระดับใด					
10 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลได้นำเทคโนโลยีสารสนเทศ คอมพิวเตอร์มาใช้ในการให้บริการด้านเอกสารมากน้อยเพียงใด					
11 ท่านเห็นว่าแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ของโรงพยาบาลที่มีความคุ้นตัว เต็มใจ และตั้งใจให้บริการด้านเอกสาร ในระดับใด					
12 ท่านเห็นว่าแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีอัธยาศัยไมตรี มีจิตสำนึกในการให้บริการ ในระดับใด					
13 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้คิดซื้อร้องเรียนเมื่อได้รับบริการด้านเอกสารที่ไม่ได้มาตรฐานจากโรงพยาบาล มากน้อยเพียงใด					
14 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลได้นำข้อร้องเรียนของผู้คิดซื้อ ไปปรับปรุงแก้ไข มากน้อยเพียงใด					
15 โรงพยาบาลเปิด โอกาสให้ท่านหรือผู้คิดซื้อท่านอื่นมีส่วนร่วมในการช่วยให้บริการผู้คิดซื้อในโรงพยาบาล มากน้อยเพียงใด					
16 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลเปิด โอกาสให้ผู้คิดซื้อหรือบุคคลอื่นมีส่วนร่วมในการให้ข้อคิดเห็นเรื่องคุณภาพการให้บริการด้านเอกสารของ โรงพยาบาลระดับใด					
17 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลมีการสำรวจความต้องการของผู้คิดซื้อเรื่องความต้องการบริการสุขภาพด้านเอกสาร ในระดับใด					
18 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลให้บริการด้านเอกสารที่ตอบสนองตรงตามความต้องการของท่านในระดับใด					
19 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลสร้างความร่วมมือกับองค์กรเอ็นจีโอและองค์กรรัฐอื่นๆ เพื่อร่วมให้บริการด้านเอกสารภายในโรงพยาบาล มากน้อยเพียงใด					
20 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลมีการส่งต่อบริการด้านเอกสารที่องค์กรเอ็นจีโอและองค์กรรัฐอื่นๆ สามารถทำได้ดีเพื่อดูแลผู้คิดซื้อต่อเนื่อง ในระดับใด					

ปัจจัยการให้บริการ	ความคิดเห็นของผู้รับบริการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
21 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลมีการให้บริการด้านแอดส์ที่รวมบริการทุกอย่างอยู่ในสถานที่เดียวกัน มากน้อยเพียงใด					
22 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลได้จัดสถานที่ให้บริการด้านแอดส์ สะอาด เรียบร้อย และมีพื้นที่กว้างขวางเหมาะสม ในระดับใด					

ตอนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา
แบบสอบถามในตอนที่ 3 กรุณาเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว แล้วกาเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ปัจจัยการให้บริการ	ความคิดเห็นของผู้รับบริการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ตอบเฉพาะผู้ใช้สิทธิบัตรทองในการรับบริการ (ข้อ 23-25)					
23 ท่านเห็นว่าจุดมุ่งหมายของบัตรทอง ที่ให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์รับบริการด้านแอดส์ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เหมาะสมมากน้อยเพียงใด					
24 ท่านเห็นว่าขั้นตอนและวิธีการรับบริการด้านแอดส์จากโรงพยาบาลตามสิทธิบัตรทอง มีความเหมาะสมระดับใด					
25 ท่านพึงพอใจรายการตรวจรักษาต่างๆ ด้านแอดส์ที่ได้รับการตามสิทธิบัตรทอง ในระดับใด					
ตอบเฉพาะผู้ใช้สิทธิประกันสังคมในการรับบริการ (ข้อ 26-28)					
26 ท่านเห็นว่าจุดมุ่งหมายของประกันสังคม ที่ให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์รับบริการด้านแอดส์ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เหมาะสมมากน้อยเพียงใด					
27 ท่านเห็นว่าขั้นตอนและวิธีการรับบริการด้านแอดส์จากโรงพยาบาลตามสิทธิประกันสังคม มีความเหมาะสมระดับใด					
28 ท่านพึงพอใจรายการตรวจรักษาต่างๆ ด้านแอดส์ที่ได้รับการตามสิทธิประกันสังคม ในระดับใด					
ตอบเฉพาะผู้ใช้สิทธิสวัสดิการข้าราชการ/ พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ข้อ 29-31)					
29 ท่านเห็นว่าจุดมุ่งหมายของสวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ที่ให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์รับบริการด้านแอดส์ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย เหมาะสมมากน้อยเพียงใด					
30 ท่านเห็นว่าขั้นตอนและวิธีการรับบริการด้านแอดส์จากโรงพยาบาลตามสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีความเหมาะสมระดับใด					
31 ท่านพึงพอใจรายการตรวจรักษาต่างๆ ด้านแอดส์ที่ได้รับการตามสิทธิสวัสดิการข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ในระดับใด					

ปัจจัยการให้บริการ	ความคิดเห็นของผู้รับบริการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
32 ท่านพึงพอใจที่โรงพยาบาลมีจุดมุ่งหมายให้ผู้คิดซื้อเข้าถึงบริการด้านเอดส์ที่มีมาตรฐานและครบทุกคนในระดับใด					
33 ในภาพรวมท่านพึงพอใจการให้บริการด้านเอดส์ของโรงพยาบาลระดับใด					
34 ท่านเห็นว่าแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาลร่วมมือกันทำงานเพื่อให้บริการด้านเอดส์ เหมาะสมมากน้อยเพียงใด					
35 ท่านเห็นว่าจำนวนแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการด้านเอดส์มีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด					
36 ท่านพึงพอใจกับการรักษาของแพทย์และพยาบาลที่ให้บริการด้านเอดส์ระดับใด					
37 ท่านเห็นว่าเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ให้บริการมีเพียงพอระดับใด					
38 ท่านเห็นว่าเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ให้บริการมีคุณภาพมากน้อยเพียงใด					
39 ท่านพึงพอใจสถานที่ให้บริการทางด้านเอดส์ของโรงพยาบาลระดับใด					
40 ท่านเห็นว่าขั้นตอนวิธีการรับบริการทางด้านเอดส์ของโรงพยาบาลมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด					
41 ท่านเห็นว่าระยะเวลาการนัดหมายผู้คิดซื้อมารับบริการครั้งต่อไปมีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด					
42 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลได้ประกาศขั้นตอนวิธีการให้บริการด้านเอดส์ที่ชัดเจนมากน้อยเพียงใด					
43 ท่านเห็นว่าแผนผังขั้นตอนวิธีการให้บริการด้านเอดส์ที่โรงพยาบาลจัดแสดงไว้เป็นลายลักษณ์อักษร สามารถมองเห็น อ่านและเข้าใจได้ง่ายมากน้อยเพียงใด					
44 ท่านคิดว่าขั้นตอนวิธีการให้บริการด้านเอดส์ของโรงพยาบาล รวดเร็วระดับใด					
45 ท่านเห็นด้วยกับโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านเอดส์ตามขั้นตอนวิธีการ โดยมีคุณภาพ ระดับใด					
46 ท่านคิดว่าโรงพยาบาลเปิด โอกาสให้ท่านแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการปรับปรุงขั้นตอนวิธีการให้บริการด้านเอดส์ของโรงพยาบาล มากน้อยเพียงใด					
47 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการให้ผู้คิดซื้อทุกคนได้รับการด้านเอดส์ตามมาตรฐาน มากน้อยเพียงใด					
48 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลมีรายการตรวจรักษาต่างๆ ที่ครอบคลุมความจำเป็นด้านเอดส์ที่ท่านต้องได้รับ มากน้อยเพียงใด					
49 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลให้การดูแลรักษาผู้คิดซื้อทุกคนอย่างเท่าเทียมกันตามลำดับก่อนหลังและความจำเป็น มากน้อยเพียงใด					
50 ในภาพรวม ท่านคิดว่าโรงพยาบาลได้ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ และบุคลากรอย่างเต็มที่ คุ้มค่า มากน้อยเพียงใด					

ปัจจัยการให้บริการ	ความคิดเห็นของผู้รับบริการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
51 ท่านเห็นว่าการได้รับการตรวจระดับภูมิคุ้มกัน (ซีดี4) ปีละ 2 ครั้ง มีความเหมาะสม มากน้อยเพียงใด					
52 ท่านเห็นว่าการตรวจปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกาย (ไวรัสโหลด) อย่างน้อยปีละครั้ง มีความเหมาะสม มากน้อยเพียงใด					
53 ท่านคิดว่าโรงพยาบาลให้ความสนใจที่จะให้ยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแก่ท่าน (โอไอ) เช่น โรคปอดอักเสบ โรคเชื้อหุ้มสมองอักเสบ โรคเชื้อรา ฯลฯ ในยามที่ท่านจำเป็นต้องได้รับยาป้องกัน มากน้อยเพียงใด					
54 ท่านเห็นว่าการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตามสูตรมาตรฐานเมื่อท่านจำเป็นต้องได้รับยาด้านไวรัส มีความเหมาะสมแล้วมากน้อยเพียงใด					
55 ท่านเห็นว่าการได้รับยาด้านอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจากโรงพยาบาลที่ท่านรับบริการด้านเอคส์อยู่ มีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด					
56 โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับตรวจสอบการรับประทานยาด้านไวรัสที่ตรงเวลาของท่านในทุกวัน มากน้อยเพียงใด					
57 โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการติดตามประเมินผลข้างเคียงของยาด้านไวรัสที่ท่านได้รับอยู่ มากน้อยเพียงใด					
58 โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการตรวจเชื้อไวรัสคือยาแก่ท่านมากน้อยเพียงใด					
59 โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองวัณโรคแก่ท่านมากน้อยเพียงใด					
60 โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสและหนองในแก่ท่านมากน้อยเพียงใด					
61 โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่ท่านมากน้อยเพียงใด (ตอบเฉพาะเพศหญิง)					
62 โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองโรคจอตาอักเสบ (ซีเอ็มวี) แก่ท่านมากน้อยเพียงใด					
63 โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองโรคตับอักเสบบีแก่ท่านมากน้อยเพียงใด					
64 โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรองโรคตับอักเสบซีแก่ท่านมากน้อยเพียงใด					
65 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลให้ความสำคัญในการให้คำปรึกษาด้านการรักษา สุขอนามัยและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ท่าน มากน้อยเพียงใด					
66 ท่านพึงพอใจกับการได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับเอคส์จากผู้ให้คำปรึกษาของโรงพยาบาลที่ท่านรับบริการด้านเอคส์อยู่ มากน้อยเพียงใด					
67 ท่านเห็นว่าระบบให้คำปรึกษาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากโรงพยาบาล มีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด					

ปัจจัยการให้บริการ	ความคิดเห็นของผู้รับบริการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
68 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาล ได้จัดเตรียมเตียงนอนมาย้ไว้บริการผู้คิดเชื้อทั้งจำนวน และคุณภาพเตียงนอนมาย้ มีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด					
69 หลังจากได้รับคำปรึกษาแล้ว ท่านมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล มากน้อยเพียงใด					
70 ท่านพึงพอใจที่แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลที่ท่านรับบริการ ด้านเอดส์ได้ไปออกเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามผลการบริการบริการมากน้อยเพียงใด					
71 ท่านพึงพอใจกับสิทธิพื้นฐานที่ได้รับบริการด้านเอดส์จากโรงพยาบาล โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติหรือลำเอียงมากน้อยเพียงใด					
72 แพทย์ได้ให้คำแนะนำและให้ข้อมูลการรักษาเอดส์แก่ท่านมากน้อยเพียงใด					
73 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาท่านตามมาตรฐานแม้ในยามที่ท่านไม่สามารถช่วยตัวเองได้ มากน้อยเพียงใด					
74 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการแจ้งชื่อ-สกุล แพทย์ผู้ดูแลรักษา ท่านให้ทราบ มากน้อยเพียงใด					
75 ท่านเห็นว่าแพทย์ให้ความสำคัญในการชี้แนะเรื่องการดูแลรักษาแก่ท่าน มากน้อยเพียงใด					
76 ท่านเห็นว่าแพทย์ให้ความสำคัญเก็บรักษาข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาท่านอย่างเคร่งครัด เว้นแต่จะได้รับความยินยอมจากท่านให้เปิดเผย มากน้อยเพียงใด					
77 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลได้ให้ข้อมูลท่านอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการทำวิจัยของแพทย์ มากน้อยเพียงใด (ตอบเฉพาะผู้ที่เป็นหรือเคยเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยเท่านั้น)					
78 ท่านสามารถขอข้อมูลประวัติการรักษาพยาบาลของตัวท่านจากโรงพยาบาล ได้โดยสะดวกตลอดเวลา มากน้อยเพียงใด					
79 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลได้แจ้งให้ท่านทราบถึงสิทธิที่ผู้ปกครองเป็นผู้ตัดสินใจแทนในกรณีที่คุณคิดเชื่อเป็นเด็ก ชัดเจนมากน้อยเพียงใด (ตอบเฉพาะผู้ต้องใช้สิทธิตัดสินใจแทนบุตร)					
80 ท่านคิดว่าโรงพยาบาลให้ความสำคัญกับการเตรียมการให้บริการล่วงหน้า ด้านเอดส์แก่ท่านมากน้อยเพียงใด					
81 ท่านคิดว่าโรงพยาบาลจัดแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาลที่เหมาะสมและได้รับความสะดวกต่อการให้บริการด้านเอดส์แก่ท่าน มากน้อยเพียงใด					
82 ท่านพึงพอใจกับการที่โรงพยาบาลมีจำนวนแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เพียงพอต่อการให้บริการด้านเอดส์แก่ท่านในระดับใด					
83 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลมีแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความชำนาญ และความเชี่ยวชาญในการให้บริการด้านเอดส์แก่ท่านในระดับใด					

ปัจจัยการให้บริการ	ความคิดเห็นของผู้รับบริการ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
84 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลมีการประสานงานระหว่างบริการแต่ละแผนกภายในโรงพยาบาล มีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด					
85 ท่านเห็นว่าโรงพยาบาลมีระบบรายงานผลการให้บริการด้านแอดส์แก่ท่านที่รวดเร็ว เชื่อถือได้ ในระดับใด					

ตอนที่ 4 ข้อมูลด้านความคิดเห็นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในด้าน จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส
ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะต่อการให้บริการของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

แบบสอบถามในตอนที 4 กรุณาแสดงความคิดเห็นของท่านลงในช่องว่างที่เตรียมไว้ให้

1. ท่านคิดว่าการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลที่ท่านรับบริการด้านแอดส์อยู่ในปัจจุบัน มีจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส ข้อจำกัด อะไรบ้าง ให้อธิบายพอสังเขป

1.1 จุดแข็ง/ ข้อดี

.....

.....

.....

1.2 จุดอ่อน/ ข้อเสีย

.....

.....

.....

1.3 โอกาส/ช่องทางในการปรับปรุงการบริการ

.....

.....

.....

1.4 ข้อจำกัด/อุปสรรค

.....

.....

.....

.....

แบบชี้แจงผู้ให้ข้อมูลงานวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์
การให้ข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม

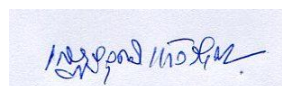
เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามในงานวิจัยด้านเอดส์
 เรียน อาสาสมัครผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

ด้วยกระผม นายเสกฐฐวุฒิ แก้ววิเศษ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิทยาการจัดการ
 แขนงวิชาการบริหารรัฐกิจ สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กำลัง
 ดำเนินการศึกษาวิจัย เรื่อง 'ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาล
 ของรัฐในจังหวัดพะเยา' โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อและ
 ผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยาโดยผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์
 ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านเอดส์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลรัฐทั้ง
 7 แห่งในจังหวัดพะเยานั้น

ในการนี้ กระผมจึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามที่แนบ
 มานี้เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยดังกล่าว โดยขอให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงและ
 ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพื่อความเที่ยงตรงในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยข้อมูลความ
 คิดเห็นของท่านที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้วิเคราะห์เพื่อการทำงานวิจัยใน
 ครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล ข้อมูลส่วนตัวของ
 ท่านให้กระทบกระเทือนต่อสถานภาพตัวท่านแต่อย่างใด หรือสืบค้นกลับได้ว่าบุคคลใดเป็นผู้ตอบ
 แบบสอบถาม และการตอบแบบสอบถามครั้งนี้จะไม่มีผลหรือเกี่ยวข้องกับการรับบริการด้านเอดส์อัน
 พึงได้รับในปัจจุบันจากโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา

กระผมหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามใน
 ครั้งนี้ และขอขอบพระคุณล่วงหน้าเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้ หากท่านยินดีให้ความร่วมมือในการ
 ตอบแบบสอบถามโดยสมัครใจ โปรดกรอกแบบยินยอมการให้ข้อมูลที่แนบมาพร้อมนี้ (ไม่ระบุชื่อ)
 เพื่อความถูกต้องตามระเบียบวิธีวิจัย หากท่านมีปัญหาข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการตอบ
 แบบสอบถามหรืองานวิจัยฯ โปรดติดต่อกระผมได้ที่ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล ชั้น
 4 งานวิเทศสัมพันธ์ อาคารเฉลิมพระเกียรติ60 ปี ที่อยู่ปริมณีย์เลขที่420/6 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
 กรุงเทพมหานคร

ขอแสดงความนับถือ



(นายเสกฐฐวุฒิ แก้ววิเศษ)

ผู้ดำเนินการวิจัย

**ใบยินยอมให้ข้อมูลงานวิจัยโดยแบบสอบถาม
(Informed Consent Form)**

โครงการวิจัย เรื่อง “ประสิทธิผลการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
ของโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดพะเยา”

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมการให้ข้อมูลการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยหรือผู้แทน หรือแกนนำผู้ติดเชื้อ ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัย ตลอดจนศึกษาแบบสอบถามจนมีความเข้าใจดีแล้ว

ผู้วิจัย ผู้แทน หรือแกนนำผู้ติดเชื้อ รับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าไม่พอใจและเสียสิทธิต่างๆ ในกขปิดบังซ่อนเร้นข้อมูลนั้นๆ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะยกเลิกการให้ข้อมูลด้วยแบบสอบถามในงานวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ รวมไปถึงการกลับมาให้ข้อมูลโดยสมัครใจอีกครั้ง และการบอกเลิกการให้ข้อมูลนั้นๆ ไม่มีผลต่อการรักษาโรคเอดส์ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัย ผู้แทน หรือแกนนำผู้ติดเชื้อ รับรองว่าจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับ จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว เข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม/ผู้ตอบแบบสอบถาม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้ทำวิจัย
(.....นายเสถียรวุฒิ แก้ววิเศษ.....)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นายเสถียรวุฒิ แก้ววิเศษ
วัน เดือน ปี	14 พฤษภาคม 2521
สถานที่เกิด	อำเภอเขาชัยสน จังหวัดพัทลุง
ประวัติการศึกษา	ศิลปศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
สถานที่ทำงาน	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
ตำแหน่ง	นักวิทยาศาสตร์
รางวัลที่ได้รับ	SEAMEO Service Award 2009/2010 จาก South East Asian Minister of Education Organization (SEAMEO)

