

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่อง “คุณภาพการให้บริการของผู้ที่มาใช้บริการโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี (ตึกอายุรกรรมหญิง)” ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ
2. บริบทของโรงพยาบาล
3. ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ

ความหมายของคุณภาพ

คุณภาพ (Quality) ตามความหมายของ (Webster's New World Dictionary, 1989, p. 1099 อ้างถึงใน พิชยากร กาศสกุล, 2545, หน้า 7) หมายถึง สิ่งที่ได้มาซึ่งระดับของความดีเลิศ (The Degree of Excellence Which a Thing Possesses)

คุณภาพ ตามความหมายของพจนานุกรมภาษาอังกฤษร่วมสมัย (Dictionary of Contemporary English, 1995, p. 1157 อ้างถึงใน พิชยากร กาศสกุล, 2545, หน้า 7) หมายถึง มาตรฐานสูงสุด หรือ ระดับของความดีหรือเลว (A High Standard or the Degree of Which Something is Good/ Bad)

คุณภาพ ตามความหมายของ พจนานุกรมไทย (2525 อ้างถึงใน พิชยากร กาศสกุล, 2545, หน้า 7) หมายถึง ลักษณะของความดี ลักษณะประจำ และลักษณะสำคัญ หรือลักษณะของความดีเลิศ

คุณภาพ ตามความหมายของ พจนานุกรมของ คอนลินส์ (Collins, 1995, p. 1344 อ้างถึงใน พิชยากร กาศสกุล, 2545, หน้า 7) กล่าวไว้ว่า การที่จะบอกได้ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดี เป็นสิ่งที่มีคุณภาพได้นั้น สิ่งนั้นจะต้องมีมาตรฐานที่สูง ถึงจะมีคุณภาพได้

คุณภาพ ตามความหมายของ แม็คเนาลี (McNealy, 1993 อ้างถึงใน นวลลักษณ์ นุชนง, 2541, หน้า 14) หมายถึง การทำให้เป็นไปตามความจำเป็นและความคาดหวังของผู้รับบริการ ความจำเป็นและความคาดหวังนี้ถูกกำหนดโดยผู้รับบริการ

อรชร อาชาฤทธิ์ (2541) ได้ให้ความหมายคุณภาพ หมายถึง ระดับของความดีเลิศที่ สอดคล้องกับมาตรฐานของวิชาชีพ และความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ใช้บริการ

จากความหมายดังกล่าวข้างต้นพอสรุปได้ดังนี้ คุณภาพ หมายถึง ระดับความดีเลิศตาม มาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ให้บริการได้บริการตรงตามความคาดหวังของผู้รับบริการ หรือมากกว่าที่ ผู้รับบริการคาดหวัง

ความหมายของการบริการ

คีอเคลอร์ (2547, p. 575) ให้ความหมายของการบริการไว้ว่า หมายถึง การกระทำหรือ การปฏิบัติซึ่งฝ่ายหนึ่งนำเสนอต่ออีกฝ่ายหนึ่งเป็นสิ่งที่ไม่มีรูปลักษณะหรือตัวตน จึงไม่มีการโอน กรรมสิทธิ์การเป็นเจ้าของในสิ่งใด ๆ การผลิตบริการอาจผูกติดหรือไม่ผูกติดกับตัวสินค้าก็ได้

ก้านวน ประสมผล (2547, หน้า 84) ให้ความหมายของการบริการที่เป็นเลิศว่า คือ ความเพลิดเพลินใจที่ได้ให้ลูกค้ามากกว่าที่ลูกค้าต้องการเล็กน้อย ผู้ให้บริการที่เป็นเลิศจะต้อง ให้บริการด้วยพลังและความกระตือรือร้น

วีระรัตน์ กิจเลิศไพโรจน์ (2547, หน้า 14) ให้ความหมายของการบริการว่าคือการกระทำ พฤติกรรม หรือการปฏิบัติที่ฝ่ายหนึ่งเสนอให้อีกฝ่ายหนึ่ง โดยกระบวนการที่เกิดขึ้นนั้นอาจมี ตัวสินค้าเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่โดยเนื้อแท้ของสิ่งที่เสนอให้นั้น เป็นการกระทำ พฤติกรรม หรือ การปฏิบัติที่ ซึ่งไม่สามารถนำไปเป็นเจ้าของได้

พิภพ อุดม (2547, หน้า 9) ให้ความหมายของการบริการว่า หมายถึงกระบวนการนำเสนอ อัตถประโยชน์ หรือคุณค่าที่ผู้บริโภคต้องการ โดยผ่านกิจกรรมหรือดำเนินการที่ให้ผู้บริการมอบ ให้กับผู้รับบริการ ทั้งนี้ ในการให้บริการนั้นอาจมีการใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือต่าง ๆ หรืออาจจะ เป็นการกระทำล้วน ๆ โดยที่ไม่มีการใช้อุปกรณ์ หรือเครื่องมือใด ๆ ก็ได้ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การบริการหมายรวมถึงแต่การกระทำที่อำนวยความสะดวกในลักษณะที่เป็นนามธรรมล้วน ๆ โดย ไม่มีวัสดุ สิ่งของ หรือสินค้าเป็นส่วนประกอบสำคัญของการกระทำนั้น ๆ

ยุพาวรรณ วรรณวณิชย์ (2548, หน้า 12) กล่าวว่า เป็นการยากที่จะบอกว่าอะไรเป็น สินค้าหรือบริการอย่างแท้จริง ขึ้นอยู่กับว่าผลประโยชน์ที่ได้รับ (Benefit) มาจากสินค้าหรือมาจาก บริการ ถ้ามาจากสินค้าเพียงอย่างเดียวโดยปราศจากคุณค่า (Value) ทางด้านบริการก็จัดว่าเป็นสินค้า แต่ถ้าผลประโยชน์มาจากการบริการ ไม่มีส่วนประกอบของสินค้าเข้ามาเกี่ยวข้องจะจัดว่าเป็น การบริการ

สมิต สังฆกร (2548, หน้า 11) ให้ความหมายของการบริการว่า คือการให้ความช่วยเหลือหรือดำเนินการเพื่อประโยชน์ของผู้อื่นนั้น จะต้องมียึดถือปฏิบัติ มิใช่ว่าการให้ความช่วยเหลือหรือการทำให้ประโยชน์ต่อผู้อื่น จะเป็นไปตามใจของเราผู้ซึ่งเป็นผู้ให้บริการ โดยทั่วไปหลักการให้บริการมีข้อควรคำนึง ดังนี้

1. สอดคล้องตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ

การให้บริการต้องคำนึงถึงผู้รับบริการเป็นหลัก จะต้องนำความต้องการของผู้รับบริการมาเป็นข้อกำหนดในการให้บริการแม้ว่าจะเป็นการให้ความช่วยเหลือที่เราเห็นว่าดีและเหมาะสมแก่ผู้รับบริการเพียงใด แต่ถ้าผู้รับบริการไม่สนใจให้ความสำคัญ การบริการนั้นก็อาจจะไร้ค่า

2. ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

คุณภาพคือความพอใจของลูกค้าเป็นหลักเบื้องต้น เพราะฉะนั้นการบริการจะต้องมุ่งให้ผู้รับบริการเกิดความพอใจ และถือเป็นหลักสำคัญในการประเมินผลการให้บริการ ไม่ว่าเราจะตั้งใจให้บริการมากมายเพียงใด แต่ก็ยังเป็นเพียงด้านปริมาณ แต่คุณภาพของปริมาณวัดได้ด้วยความพอใจของลูกค้า

3. ปฏิบัติโดยถูกต้องสมบูรณ์ครบถ้วน

การให้บริการซึ่งจะตอบสนองความต้องการและความพอใจของผู้รับบริการที่เห็นได้ชัด คือ การปฏิบัติที่ดีต้องมีการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ครบถ้วน เพราะหากมีข้อผิดพลาดขาดตกบกพร่องแล้ว ก็ยากที่จะทำให้ลูกค้าพอใจ แม้จะมีคำขอโทษ ขออภัย ก็ได้รับเพียงความเมตตา

4. เหมาะสมแก่สถานการณ์

การให้บริการที่รวดเร็ว ส่งสินค้าหรือให้บริการตรงตามกำหนดเวลาเป็นสิ่งสำคัญ ความล่าช้าไม่ทันกำหนด ทำให้เป็นการบริการที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ นอกจากการส่งสินค้าทันกำหนดเวลาแล้วจะต้องพิจารณาถึงความเร่งรีบของลูกค้าและสนองตอบให้รวดเร็วก่อนกำหนดด้วย

5. ไม่ก่อผลเสียหายแก่บุคคลอื่น ๆ

การให้บริการในลักษณะใดก็ตามจะต้องพิจารณาโดยรอบครอบรอบด้าน จะมุ่งแต่ประโยชน์ที่จะเกิดแก่ลูกค้าและของเราเท่านั้นไม่เป็นการเพียงพอ จะต้องคำนึงถึงผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย รวมทั้งสังคมและสิ่งแวดล้อม จึงควรยึดหลักในการให้บริการว่าจะระมัดระวังไม่ทำให้เกิดผลกระทบทำความเสียหายให้แก่บุคคลอื่น ๆ ด้วย

จากความหมายของการบริการที่รวบรวมมาดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่าการบริการ หมายถึง การปฏิบัติของฝ่ายหนึ่งให้เกิดประโยชน์ต่ออีกฝ่ายหนึ่ง โดยคำนึงถึง

ความต้องการของผู้รับ เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้และผู้รับ เพื่อสร้างและรักษาสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด แม้ว่าภาระงานนั้นไม่สามารถมองเห็นเป็นรูปธรรมได้

ความหมายของคุณภาพของการบริการ

คุณภาพของการบริการ (Quality Service) จึงเกิดขึ้นที่จุดที่ถูกค้าได้สัมผัสหรือรับบริการ หนึ่ง ๆ นั่นเอง Moment of Truth จึงเป็นจุดแรกที่ผู้ให้บริการมีโอกาสแสดงถึง “คุณภาพของการบริการ” ให้ผู้รับบริการ ได้สัมผัสหรือรับรู้ (อาจรวมถึงเวลาที่ให้บริการและสถานที่ให้บริการด้วย) จุดนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งยวดต่อการบริหารงานบริการ ความประทับใจในการบริการจึงมีความสัมพันธ์กับ “คุณภาพของการบริการ” อย่างยิ่ง

คุณภาพของการบริการ (Service Quality) คือ ความสอดคล้องกับความต้องการของลูกค้า หรือระดับของความสามารถของการบริการในการบำบัดความต้องการของลูกค้าหรือ ระดับความพึงพอใจของลูกค้าหลังจากที่ได้รับบริการไปแล้ว (วิระพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์, 2543, หน้า 14 - 15)

จากความหมายของการบริการที่รวบรวมมาดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า คุณภาพการให้บริการ หมายถึง การปฏิบัติ การรับใช้ การช่วยเหลือ การอำนวยความสะดวก ให้แก่ผู้รับบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการกิจกรรมการกระทำ การปฏิบัติที่มีขึ้นระหว่าง ผู้ให้บริการกับผู้รับบริการซึ่งสามารถชี้วัดได้ด้วยความพอใจของผู้รับบริการ

ลักษณะของการบริการ

ก็อตเลอร์ (2547, หน้า 576 - 577) กล่าวถึง ประเภทของส่วนประสมการบริการ (Categories of Service Mix) ว่าข้อเสนอของบริษัทต่อตลาดมักรวมการบริการบางอย่างเข้าไปด้วย บริการอาจเป็นส่วนประกอบสำคัญหรือส่วนประกอบย่อยของข้อเสนอทั้งหมด ข้อเสนอมี 5 ประเภทแตกต่างกัน ดังนี้

1. สินค้าที่มีตัวตนล้วน (Pure Tangible Good) ข้อเสนอที่ประกอบด้วยสินค้าที่มีตัวตนล้วน ๆ ไม่มีบริการเข้ามาเกี่ยวข้องเลย ได้แก่ สบู่ ยา สีสันหรือเกลือ
2. สินค้าที่มีตัวตนพร้อมบริการควบ (Tangible Good with Accompanying Services) ข้อเสนอที่ประกอบด้วยสินค้าที่มีตัวตนพร้อมด้วยบริการหนึ่งอย่างหรือมากกว่า “ผลิตภัณฑ์ยังมิเทคโนโลยีสูงมากขึ้นเท่าไร (เช่น รถยนต์และคอมพิวเตอร์)” ขอบข่ายของผลิตภัณฑ์ยังต้องขึ้นอยู่กับคุณภาพและความสามารถในการจัดหาบริการที่มาพร้อมกับผลิตภัณฑ์นั้น ๆ ให้กับลูกค้า (เช่น ห้องแสดงสินค้า การส่งสินค้า การซ่อมแซมและบำรุงรักษา การช่วยเหลือเรื่องการนำไปใช้งาน การฝึกอบรมให้กับผู้ใช้งาน คำแนะนำการติดตั้ง การรับประกัน)

3. สินค้าและบริการอย่างละเท่ากัน (Hybrid) ข้อเสนอที่ประกอบด้วยส่วนของสินค้าและบริการที่เท่าเทียมกัน เช่น ผู้บริโภคคาดหวังว่าจะได้ทั้ง “อาหาร” และ “บริการ” เมื่อไปภัตตาคาร

4. บริการเป็นส่วนสำคัญพร้อมด้วยสินค้าและบริการเสริม (Major Service with Accompanying Minor Goods and Services) ข้อเสนอที่ประกอบด้วยบริการเป็นส่วนใหญ่พร้อมบริการเป็นส่วนใหญ่พร้อมด้วยบริการย่อยหรือสินค้าเป็นตัวเสริม เช่น ผู้โดยสารของสายการบินซื้อบริการการเดินทางพร้อมสิ่งที่มีตัวตนบางอย่าง เช่น อาหารและเครื่องดื่ม บัตรโดยสาร และนิตยสารของสายการบิน บริการแบบนี้เกิดจากสินค้าที่ผลิตด้วยทุนมหาศาล เช่น เครื่องบินแต่กิจกรรมหลักคือ การบริการ

5. การบริการล้วน (Pure Service) ข้อเสนอที่ประกอบด้วยบริการล้วนได้แก่ บริการรับเลี้ยงเด็ก ปริญญาจิตแพทย์ และนวด

และได้อธิบายลักษณะของการบริการและการตลาดที่เกี่ยวข้องว่ามีลักษณะสำคัญ

4 ประการซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดโปรแกรมการตลาด ได้แก่

1. ไม่สามารถจับต้องได้ (Intangibility) การบริการต่างจากผลิตภัณฑ์ที่มีตัวตน ไม่สามารถมองเห็น ไม่รู้สึกรู้สีกไม่ได้ ไม่ได้ยินเสียง หรือไม่มีกลิ่น ก่อนการซื้อบริการ คนไข้ที่ไปคิงหน้าไม่สามารถเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับตนก่อนตัดสินใจซื้อ และคนไข้ที่ไปหาจิตแพทย์ไม่ทราบผลลัพธ์ที่แน่นอนอย่างชัดเจนล่วงหน้า

2. ไม่สามารถแบ่งแยกได้ (Inseparability) โดยปกติการบริการจะเป็นการผลิตและการบริโภคในเวลาเดียวกัน ลักษณะเช่นนี้จึงต่างกับผลิตภัณฑ์ที่มีตัวตนที่ผลิตแล้วนำเก็บเป็นสินค้าคงคลัง จัดจำหน่ายผ่านคนกลางหลายราย และได้รับการบริโภคในเวลาต่อมา ถ้าบุคคลหนึ่งเป็นผู้ให้บริการเข้าจะเป็นส่วนหนึ่งของการบริการ เมื่อลูกค้ามาแสดงตัวเพื่อขอรับบริการ การบริการจึงเกิดขึ้น ปฏิกริยาโต้ตอบระหว่างลูกค้าและผู้ให้บริการเป็นลักษณะพิเศษของการตลาดบริการ

3. ไม่แน่นอน (Variability) การบริการมีลักษณะของการไม่แน่นอนสูง เนื่องจากขึ้นอยู่กับว่าใครเป็นผู้ให้บริการ เมื่อไร และที่ไหน แพทย์บางคนมีการปฏิบัติต่อคนไข้อย่างดีเลิศ ขณะที่แพทย์บางคนมีความอดทนกับคนไข้เพียงเล็กน้อย ศัลยแพทย์บางคนประสบความสำเร็จอย่างมากในการทำศัลยกรรม ขณะที่บางคนได้รับความสำเร็จน้อยกว่า ผู้ซื้อบริการทราบความไม่แน่นอนนี้จึงมักสอบถามผู้อื่นเสมอก่อนตัดสินใจเลือกผู้ให้บริการ

4. ไม่สามารถเก็บไว้ได้ (Perishability) การบริการไม่สามารถเก็บสต็อกไว้ได้ มีอุปสงค์สม่ำเสมอการบริการจะไม่มีปัญหา แต่ถ้าอุปสงค์ไม่คงที่การบริการจะมีปัญหา ตัวอย่างเช่น บริการขนส่งมวลชนต้องจัดรถและเครื่องมือที่ใช้ในช่วงชั่วโมงเร่งด่วนเพิ่มมากกว่าการใช้เฉลี่ยตลอดทั้งวัน เพราะมีความต้องการสูงมากกว่าในช่วงเวลาอื่น แพทย์บางคนคิดค่าเสียหายจากผู้ป่วยที่ผัดนัดเพราะ

สูญเสียค่าบริการที่จะเกิดขึ้น ณ เวลานั้น

วีระรัตน์ กิจเลิศไพโรจน์ (2547, หน้า 19) ได้กล่าวว่าสินค้าเป็นวัตถุที่สามารถจับต้องได้ แต่บริการเป็นพฤติกรรม การกระทำ หรือการปฏิบัติการ และอธิบายลักษณะของความแตกต่างระหว่างโดยทั่ว ๆ ไปของสินค้าและบริการไว้ 4 ประการ ได้แก่

1. ไม่สามารถจับต้องได้ (Intangibility) หมายความว่าบริการไม่สามารถมองเห็นหรือเกิดความรู้สึกได้ก่อนที่จะมีการซื้อ
2. ไม่แน่นอน (Variability หรือ Heterogeneity) ลักษณะของบริการไม่แน่นอนขึ้นอยู่กับว่าผู้ขายบริการเป็นใคร จะให้บริการเมื่อใด ที่ไหน และอย่างไร
3. ไม่สามารถแบ่งแยกการให้บริการ (Inseparability) กล่าวคือการผลิตและการบริโภคบริการจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ดังนั้น ผู้ให้บริการแต่ละคนจะมีลักษณะเฉพาะตัวที่ไม่สามารถให้คนอื่นให้บริการแทนได้ เพราะต้องผลิตและบริโภคในเวลาเดียวกัน ส่งผลให้การบริการมีข้อจำกัดเรื่องเวลา
4. ไม่สามารถเก็บไว้ได้ (Perishability of Output) บริการไม่สามารถผลิตเก็บไว้ได้เหมือนสินค้า ถ้าความต้องการมีสม่ำเสมอ การให้บริการก็จะไม่มีปัญหา แต่ถ้าลักษณะความต้องการไม่แน่นอน จะทำให้เกิดปัญหาคือบริการไม่ทัน หรือในบางกรณีก็ไม่มีลูกค้ามาใช้บริการ

พิภพ อุดม (2547, หน้า 10 - 15) ได้สรุปลักษณะที่สำคัญและท้าทายสำหรับกิจการบริการเป็น 7 ข้อดังนี้

1. ไม่มีตัวตนที่สัมผัสได้ (Intangibles) การบริการเป็นการกระทำที่อำนวยความสะดวกที่ผู้ให้บริการมอบให้กับผู้รับบริการ ดังนั้นผู้รับบริการจึงไม่ได้รับอะไรที่เป็นรูปธรรมจากผู้ให้บริการ สิ่งที่ได้รับคือกระบวนการหรือประสบการณ์ที่ติดตัวหรือตรึงใจไป ไม่สามารถห่อเอาบริการนั้นกลับบ้านไปได้
2. การให้บริการและการรับบริการเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน (Simultaneous Production and Consumption of Services) เราไม่สามารถผลิตการบริการแล้วเก็บไว้ให้ลูกค้ามาซื้อในภายหลังได้ ปัญหาที่ตามมาคือการวางแผนกำลังการให้บริการ เช่น ร้านสุกี้ ร้านก๋วยเตี๋ยว กิจการเหล่านี้สามารถให้บริการอาหารได้ดีเฉพาะเวลาที่ลูกค้ามาถึงแล้วเท่านั้น จะทำรอเตรียมไว้อาหารก็จะไม่รับประทาน ให้เริ่มทำหลังจากที่ลูกค้ามาถึงแล้ว ลูกค้าก็ต้องเสียเวลาในการรอคอย
3. ความสูญเสียโดยง่ายของการบริการ (Perishables) ในเมื่อกิจการไม่สามารถผลิตการบริการและเก็บไว้ขายในภายหลัง ทำให้เกิดการเสียรายได้ขึ้นทุกครั้งที่เกิดการไม่ได้ใช้กำลังการผลิตให้เต็มที่ เช่น ในทุก ๆ คืน โรงแรมต้องสูญเสียรายได้จากห้องพักที่ว่างเปล่า หรือ

สายการบินสูญเสียรายได้จากการมีที่นั่งว่างเปล่าบนเครื่องบิน หรือโรงละครสูญเสียรายได้จากบัตรที่จำหน่ายไม่หมด เป็นต้น การสูญเสียเหล่านี้ เสียแล้วเสียเลย จะไปนำกลับมารวม ๆ กันเพื่อให้มีจำนวนมากขึ้นแล้วจำหน่ายในวันต่อไปเหมือนสินค้าทั่วไปไม่ได้

4. ความไม่คงที่ของคุณภาพการบริการ (Heterogeneity) เมื่อการให้บริการและรับบริการเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน ไม่สามารถผลิตให้เสร็จสิ้นและนำไปผ่านกระบวนการตรวจสอบคุณภาพก่อนที่จะส่งมอบให้กับลูกค้าเหมือนสินค้าโดยทั่วไปไม่ได้ ทำให้การควบคุมคุณภาพของการบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันทุกครั้งเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก

5. ความลำบากในการจัดสมดุลของสัดส่วนระหว่างการใช้เทคโนโลยีอัตโนมัติกับการใช้พนักงาน (Right Balance of Technology & Human Personnel) การนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้จะช่วยลดต้นทุนและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการก็ตาม การมีพนักงานที่มีความรู้ความสามารถก็ยังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้าง รักษา และกระชับสายสัมพันธ์ในระยะยาวกับลูกค้า เทคโนโลยีทำให้พนักงานที่จำเป็นมีจำนวนน้อยลง แต่ต้องมีคุณภาพมากขึ้น

6. ความลำบากในการจัดสมดุลของสัดส่วนระหว่างความเข้มงวดและความยืดหยุ่นของระบบการให้บริการ (Flexible Degrees of Standardization and Customization) ลักษณะสำคัญประการหนึ่งของการบริการ ก็คือการปรับเปลี่ยนให้มีความยืดหยุ่น สอดคล้องตรงกับเงื่อนไขความต้องการของลูกค้า หากทุกอย่างยืดหยุ่น และมาตรฐานการบริการจะอยู่ตรงไหน ซึ่งจะชัดเจนมากหากพูดถึงบริการวิชาชีพ (Professional Services) เช่นการตรวจสอบบัญชี หรือการตรวจรักษาโรค บริการเหล่านี้ต้องอาศัยความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง หากไม่เข้มงวดก็อาจทำให้ลูกค้าไม่ได้รับบริการที่มีคุณภาพ และเกิดความเสียหายตามมาได้ภายหลัง

7. ส่วนประสมการตลาดของการบริการ (7 P's)

ผลิตภัณฑ์ (Product) คุณลักษณะของผลิตภัณฑ์ ระดับคุณภาพ อุปกรณ์เสริมที่ห่อใบรับประกันคุณภาพ สายผลิตภัณฑ์ ครายี่ห้อ

ราคา (Price) ระดับราคา ความยืดหยุ่น เงื่อนไขการชำระเงิน ส่วนลด ความแตกต่างของราคา การเปลี่ยนแปลงระดับราคา

ช่องทางการจัดจำหน่าย (Place) รูปแบบของช่องทาง ทำเลที่ตั้ง พื้นที่ครอบคลุม การขนส่ง การจัดเก็บผลิตภัณฑ์

การส่งเสริมการตลาด (Promotion) การสื่อสารตลาดแบบบูรณาการ การโฆษณา การส่งเสริมการขาย ประชาสัมพันธ์ พนักงานขาย

บุคลากรในการบริการ (People) พนักงานที่ให้บริการลูกค้า พนักงานที่ทำหน้าที่สนับสนุน แต่ไม่ได้มีปฏิสัมพันธ์กับลูกค้าโดยตรง พนักงานที่ทำหน้าที่ในการปรับปรุง

เปลี่ยนแปลงกระบวนการให้บริการ ลูกค้าที่มาใช้บริการ ลูกค้าคนอื่น ๆ ในสถานบริการ

กระบวนการให้บริการ (Process) ขั้นตอนการให้บริการ ความยุ่งยากของขั้นตอน ความยืดหยุ่นของขั้นตอน การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

องค์ประกอบด้านกายภาพ (Physical Evidence) สถานที่ในการให้บริการ อุปกรณ์ในการให้บริการ ป้ายต่าง ๆ การแต่งกายของพนักงาน ประกาศนียบัตรต่าง ๆ รางวัลที่ได้รับ

สมิต สัชฌุกร (2548, หน้า 25 - 26) ได้แยกพิจารณาลักษณะของบริการออกได้ดังนี้

1. เป็นพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกต่อผู้อื่น

พฤติกรรมโดยทั่วไปจะเห็นได้จากการกระทำ การบริการจะมีการแสดงออกในลักษณะของสีหน้า แววตา กริยาท่าทาง คำพูดและน้ำเสียง การแสดงพฤติกรรมที่ปรากฏให้เห็นจะเกิดผลได้ทันที เกิดผลขึ้นได้ตลอดเวลาและแปรผลได้รวดเร็ว อันเป็นลักษณะเฉพาะของการบริการ

2. เป็นการกระทำที่สะท้อนถึงความรู้สึกนึกคิดและจิตใจ

การบริการจะเป็นเช่นไร ขึ้นอยู่กับความคิดของผู้ให้บริการ ซึ่งจะแสดงออกถึงอารมณ์ความรู้สึก ความเชื่อ ความปรารถนา และค่านิยม ถ้าสิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงความรู้สึกนึกคิดและจิตใจที่ดีย่อมจะมีผลต่อการบริโภคที่ดีตามไปด้วย

3. เป็นสิ่งที่บุคคลได้กระทำขึ้นอันเชื่อมโยงถึงประโยชน์ของผู้รับบริการ

การบริการเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคนเป็นผู้ให้บริการและต้องการคนเป็นส่วนใหญ่ในการสร้างบริการที่ดี เพราะกิจกรรมใด ๆ เกี่ยวกับการบริการ คนจะต้องมีส่วนร่วมสัมพันธ์ในการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้รับบริการเป็นผู้ดำเนินการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

จากการรวบรวมลักษณะของการบริการดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปลักษณะของการบริการได้ว่า การบริการไม่สามารถจับต้องได้ คือไม่มีลักษณะเป็นรูปธรรม สิ่งที่ได้รับก็คือประสบการณ์ที่ติดกลับไป การบริการไม่สามารถเก็บไว้ได้ แต่เกิดขึ้นเมื่อให้และรับบริการในเวลาเดียวกัน และลักษณะสุดท้ายคือไม่สามารถแบ่งแยกการให้บริการได้ หมายถึง การผลิตและการบริโภคบริการไม่สามารถแยกออกจากกันได้

กลยุทธ์การบริหารการตลาดในเชิงคุณภาพบริการ

การจัดการคุณภาพการบริการ

คุณภาพการบริการของธุรกิจถูกทดสอบจากการเผชิญหน้าเพื่อรับบริการแต่ละครั้ง ถ้าพนักงานขายปลีกทำตัวน่าเบื่อหน่าย ไม่สามารถตอบคำถามง่ายๆ หรือไปหาเพื่อนร่วมงาน ปลอ่ยให้ลูกค้ารอ ลูกค้าจะคิดอีกครั้งว่าจะทำธุรกิจกับผู้ขายรายนั้นอีกหรือไม่

ลูกค้าสร้างความคาดหวังเกี่ยวกับการบริการจากประสบการณ์ในอดีต คำบอกเล่าจากปากต่อปาก และจากโฆษณา ลูกค้าจะเปรียบเทียบระหว่างบริการที่ผู้รับบริการได้รับจริงกับสิ่งที่

คาดหวังไว้ พาราสุรามาน และคณะ (Parasuraman, et al, 1983 อ้างถึงใน วีรยา หยาวิไล, 2546, หน้า 9 - 10) ถ้าพบบริการที่ได้รับจริงน้อยกว่าบริการที่คาดหวัง ผู้รับบริการจะไม่พึงพอใจและไม่กลับมาใช้บริการอีก ในทางตรงข้าม ถ้าบริการที่ได้รับเท่ากับหรือมากกว่าบริการที่คาดหวังไว้ย่อมเกิดความพึงพอใจประทับใจและกลับมาใช้บริการอีก

การรับรู้บริการ (Perceived) หมายถึงความพึงพอใจของผู้รับบริการตามภาวะจริงที่เกิดขึ้นและความคาดหวังบริการ (Pexpected Service) หมายถึงความรู้สึกนึกคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณของบุคคลที่คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ควรจะมีจะเป็นหรือจะเกิดขึ้นในอนาคตตามความเป็นจริงและความเหมาะสมของสถานการณ์ คือ คุณภาพบริการ = การรับรู้บริการ - ความคาดหวังบริการ ซึ่งค่าความแตกต่างดังกล่าวจะสะท้อนถึงคุณภาพบริการ นอกจากนี้ พาราเซอรามาเน และคณะจะศึกษาปริมาณความแตกต่างระหว่างความคาดหวังบริการกับการรับรู้บริการแล้ว ยังสร้างรูปแบบคุณภาพบริการ โดยเน้นความต้องการของลูกค้าเป็นหลักในการจัดบริการให้แก่ผู้รับบริการตามความคาดหวัง ซึ่งประกอบไปด้วยช่องว่างคุณภาพบริการจำนวน 5 ช่องว่าง หากการบริการที่จัดให้เกิดขึ้นช่องว่างคุณภาพบริการดังกล่าวนี้ เป็นการแสดงถึงว่าบริการที่ได้รับไม่เป็นไปตามการคาดหวังของผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกว่าบริการที่ได้รับนั้นไม่มีคุณภาพ นอกจากนี้ช่องว่างคุณภาพบริการดังกล่าว ยังสามารถทำให้เกิดความเข้าใจต่อผู้รับบริการได้ว่าสิ่งใดบ้างที่เป็นอุปสรรคต่อการจัดคุณภาพบริการที่ดีแก่ผู้รับบริการ ซึ่งผู้ให้บริการเองจำเป็นต้องเข้าใจถึงช่องว่างคุณภาพบริการที่มีอยู่จริง และเกิดขึ้นอย่างเป็นปกติในการให้บริการ โดยช่องว่างที่ 5 เป็นช่องว่างในส่วนของผู้รับบริการ ที่แสดงถึงการเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวังบริการกับการรับรู้บริการของผู้รับบริการต่อบริการที่ได้รับ กล่าวได้ว่าเป็นช่องว่างที่สำคัญมาก ทั้งนี้เพราะสามารถชี้ความแตกต่างระหว่างความคาดหวังบริการของผู้รับบริการกับการรับรู้บริการที่ได้รับ ความแตกต่างนี้แปลเป็นความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งอาจเป็นทั้งผลบวกและลบคือ การบริการอาจทำให้ผิดหวังหรือได้รับเกินกว่าความคาดหวัง เมื่อผลออกมาเป็นลบ แสดงว่าผู้รับบริการไม่พึงพอใจ ในทางตรงกันข้ามผลเป็นบวกแสดงว่าผู้รับบริการรู้สึกพึงพอใจและชื่นชมกับบริการที่ได้รับ

เทคนิคที่สามารถใช้แสดงการวิเคราะห์ช่องว่างระหว่างคุณภาพบริการขององค์การกับความต้องการในคุณภาพบริการของลูกค้าเป็นวิธีที่ดัดแปลงมาจากประสบการณ์การสังเกตที่อาจจะเคยใช้เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการในองค์การภาคบริการ วิธีนี้มีผลต่อการพัฒนาความเข้าใจในเป้าหมายการรับรู้ความต้องการด้านบริการของลูกค้า เป็นการวัดการรับรู้คุณภาพบริการขององค์การโดยใช้คำถามเปรียบเทียบด้านกับ “ความเป็นเลิศ” ขององค์การผลวิเคราะห์ช่องว่างอาจถูกนำไปใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการต่อไป ในปี ค.ศ. 1983 พาราสุรามาน, แซทแฮล์ม และแบร์รี

(Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1983 อ้างถึงใน วีรยา หยาวิไล, 2546, หน้า 16 - 19) ได้ร่วมพัฒนารูปแบบการประเมินคุณภาพบริการ โดยคำนึงถึงการรับรู้ของผู้รับบริการ มีเกณฑ์ บ่งชี้คุณภาพบริการ 10 ด้าน (Ten Dimensions for Evaluating Service Quality) คือ

1. การให้บริการอย่างเหมาะสม (Appropriate) หมายถึง การจัดบริการที่ตระหนักถึงการตอบสนองหรือการต่อต้านบริการ โดยคำนึงถึงความคิดเห็นของผู้รับบริการในการให้คุณค่าของบริการที่ตอบสนองความต้องการ และให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการชี้วัดคุณภาพบริการ

2. ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) ผู้ให้บริการจะต้องมีความพร้อมเต็มใจที่จะให้บริการและการอุทิศเวลาสามารถตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของผู้รับบริการได้ทันทั่วทั้งที่ มีการติดต่ออย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติต่อผู้รับบริการเป็นอย่างดี เช่น โรงพยาบาลมีความพร้อมและเต็มใจให้บริการ มีความพร้อมที่จะรับผู้ป่วยฉุกเฉินต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว สามารถจัดบริการได้ตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม มีการสื่อสารที่ดีในการชี้แจงการให้บริการทุก ๆ ครั้ง เป็นต้น

3. สมรรถภาพในการให้บริการ (Competence) ผู้ให้บริการต้องมีทักษะและมีความรู้ความสามารถในการบริการ ทั้งด้านการสื่อสารและวิชาการ สามารถแสดงให้ผู้รับบริการประจักษ์ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ เช่น แพทย์มีความเชี่ยวชาญ มีความสามารถในการรักษาโรค ในขณะที่บุคคลอื่น ๆ ในทีมสุขภาพต้องมีความรู้ ความสามารถในการสาขของตน และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกันในการให้บริการเต็มที่

4. การเข้าถึงบริการ (Access) หมายถึง การจัดบริการที่ง่าย ไม่ซับซ้อน หรือบริการจุดเดียวสำหรับทุกอย่าง (One Stop Service) ซึ่งผู้รับบริการจะต้องเข้าถึงบริการได้ง่ายและได้รับความสะดวกในการมาใช้บริการ ระเบียบขั้นตอนไม่มากมายซับซ้อนเกินไป บริการนั้นจะต้องกระจายไปอย่างทั่วถึง เช่น การคมนาคมที่สะดวก การบริการเป็นระเบียบ รวดเร็ว ไม่ต้องรอนานเวลาที่ให้บริการเป็นเวลาที่เหมาะสมสำหรับผู้รับบริการ และการบริการเป็นไปอย่างเสมอภาคกับผู้รับบริการทุกคน เป็นต้น

5. ความสุภาพ อ่อนโยน มีอัธยาศัยไมตรี (Courtesy) เป็นพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ให้บริการที่บ่งบอกถึงความเคารพในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ จะต้องมีความสุภาพ มีความเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจผู้มารับบริการ ให้การต้อนรับที่เหมาะสม รวมทั้งการมีกิริยามารยาท การแต่งกายสุภาพ มีบุคลิกภาพดี

6. การสื่อสาร (Communication) เป็นการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ มีความสำคัญต่อคุณภาพของบริการ นอกจากจะเป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการให้บริการแล้วยังจัดเป็นการบริการอีกลักษณะหนึ่ง ดังนั้นผู้ให้บริการจึงควรมีการให้ข้อมูลต่าง ๆ เช่น ข้อมูล

เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา และทางเลือกในการรักษา เป็นต้น ซึ่งต้องมีการสื่อสารที่ชัดเจน ใช้งานที่เหมาะสมและเข้าใจง่ายตามสภาพของผู้รับบริการ โดยอาจอยู่ในรูปของการสนทนาหรือ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ในรูปแบบต่าง ๆ เป็นต้น

7. ความน่าเชื่อถือ (Creditability) เป็นคุณลักษณะของผู้ให้บริการ ซึ่งเกิดจากการแสดงออกถึงความซื่อสัตย์ ความจริงใจ ความสนใจอย่างแท้จริงของผู้ให้บริการที่มีต่อ ผู้รับบริการถือว่าเป็นส่วนสำคัญมากที่สุดประการหนึ่งสำหรับการให้บริการทางสุขภาพ และ ส่งผลให้มีผู้มารับบริการมากขึ้น มีการสื่อสารติดต่อกันในประเด็นของคุณภาพบริการในระหว่าง กลุ่มของผู้รับบริการ อย่างไรก็ตาม ความน่าเชื่อถือของผู้มารับบริการที่มีต่อผู้ให้บริการนั้น อาจเกิดจากปัจจัยเสริมอื่น ๆ เช่น ชื่อเสียงขององค์กรและบุคลากรต่าง ๆ ที่มีความรู้ความสามารถ ในการทำงาน

8. ความปลอดภัยมั่นคง (Security) เป็นการจัดการบริการที่คำนึงถึงความปลอดภัยมั่นคง ให้แก่ผู้รับบริการ ได้แก่ ความรู้สึกที่มั่นใจว่าปลอดภัยในชีวิตทรัพย์สินรวมทั้งชื่อเสียง การปราศจากความรู้สึกเสี่ยงอันตราย และข้อสงสัยต่าง ๆ เช่น การรักษาความลับของผู้ป่วย การรักษาความปลอดภัย เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์มีความปลอดภัย เป็นต้น

9. ความเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ (Understanding/ Knowing the Customer) ผู้ให้บริการ จะต้องมีความเข้าใจและรู้จักผู้รับบริการ เช่น พยาบาลสามารถจำชื่อผู้รับบริการในแผนกของตนได้ การมีระบบเก็บรักษาข้อมูลในอดีตของผู้รับบริการ ซึ่งสามารถนำกลับมาใช้ในการรักษาได้อย่างรวดเร็ว การให้คำแนะนำและเอาใจใส่ผู้รับบริการ

10. ความเป็นรูปธรรมของการบริการ (Tangibles) เป็นการจัดการบริการที่ปรากฏให้ผู้รับบริการได้เห็นอย่างชัดเจน โดยการเปรียบเทียบบริการที่คาดหวังกับบริการที่ผู้รับบริการได้รับ จริง บริการที่นำเสนอออกมาเป็นรูปธรรมจะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้น ๆ ได้ชัดเจน และง่ายขึ้น การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อมบริการ การจัดอุปกรณ์อำนวยความสะดวก การจัด สถานที่ให้บริการสะอาดสวยงาม เช่น การที่โรงพยาบาลมีสถานที่ใหญ่โตหรูหรา มีเครื่องมือใช้ที่ ทันสมัย ราคาแพง รวมทั้งราคาของบริการนั้น ๆ ด้วย ในบางครั้งก็สามารถทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่า ได้รับบริการที่ดีกว่า แม้จะได้รับการรักษาเช่นเดิม นอกจากนี้ยังรวมถึงการแสดงตัวอย่าง ประกอบการให้สุศึกษา การใช้รอยยิ้มเป็นสื่อตลอดจนความมีอัธยาศัยไมตรี

ต่อมาในปี ค.ศ. 1988 พาราสุรามาน, ซีธาล์ม และเบอรี่ (Parasuraman, Zeithmal & Berry, 1988) ได้ทำการวิจัยใหม่ และปรับปรุงรูปแบบการประเมินคุณภาพบริการจาก 10 ด้าน เป็น 5 ด้าน โดยสรุปรวม ข้อที่ 4 - 10 เหลือแค่เพียง 2 ด้าน เนื่องจากมีความซ้ำซ้อนในบางด้าน และมีรายละเอียดมากเกินไปทำให้ยุ่งยากในการประเมิน เครื่องมือประเมินคุณภาพที่ปรับปรุงใหม่มีชื่อ

เรียกว่า SERVQUAL ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ

1. ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) หมายถึง บริการที่ให้แก่ผู้รับบริการ ต้องปรากฏให้เห็นถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ อันได้แก่ สถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือ เอกสารที่ใช้ในการติดต่อสื่อสาร และสัญลักษณ์ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าจะได้รับการดูแลห่วงใยและความตั้งใจจากผู้ให้บริการ บริการที่ถูกนำเสนอออกมาเป็นรูปธรรมจะทำให้บริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้นได้ชัดเจนขึ้น
2. ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการให้ตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ บริการที่ให้ทุกครั้งจะต้องมีความถูกต้องเหมาะสมและได้ผลออกมาเช่นเดิมในทุกจุดของบริการ ความสม่ำเสมอนี้จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถให้ความไว้วางใจได้
3. ด้านการตอบสนองของการให้บริการ (Responsiveness) หมายถึง การจัดการบริการที่ตรงกับความต้องการ ผู้ให้บริการมีความพร้อมและเต็มใจที่จะให้บริการพยาบาล สามารถตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ของผู้รับบริการได้ทันเวลาที่ ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานและแก้ไขปัญหให้กับผู้รับบริการได้โดยวิธีการให้ข้อมูลและการช่วยเหลืออื่น ๆ
4. ด้านการสร้างเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการ (Assurance) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องแสดงถึงทักษะความรู้ความสามารถในการให้บริการ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยความสุภาพ นุ่มนวลมีกิริยามารยาทที่ดี ใช้การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และให้ความมั่นใจว่าผู้ใช้บริการจะได้รับบริการที่ดีที่สุด
5. ด้านความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างกัน และความจำเป็นที่เร่งด่วนของผู้รับบริการแต่ละคน

ผู้รับบริการจะประเมินคุณภาพบริการโดยการเปรียบเทียบระหว่างปริมาณของระดับความคาดหวังบริการและระดับการรับรู้บริการในทั้ง 5 ด้านดังกล่าว ผลจากการเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวังบริการและการรับรู้บริการคือการวัดคุณภาพบริการ ซึ่งแปลเป็นความพึงพอใจ โดยจะเป็นความรู้สึกในทางบวกหรือทางลบ หากระดับการรับรู้บริการที่เกิดขึ้นมีค่าต่ำกว่าระดับความคาดหวังบริการหมายถึงการยังไม่ยอมรับคุณภาพบริการที่เกิดขึ้นว่าถึงระดับความคาดหวังของผู้รับบริการ

การบริหารคุณภาพของจูราน (The Juran Trilogy)

การบริหารคุณภาพของ จูราน (Juran, 1986 อ้างถึงใน พิสิทธิ์ พิพัฒน์โกทากุล, 2546, หน้า 41 - 42) ในการบริหารคุณภาพนั้นสามารถนำรูปแบบคุณภาพตามแนวคิดของจูราน ที่เรียกว่า

“The Juran Trilogy” มาใช้ในการวางระบบคุณภาพกับองค์กร ดังภาพ



ภาพที่ 1 รูปแบบคุณภาพตามแนวคิดของจูราน (The Juran Trilogy)

1. การวางแผนคุณภาพ (Quality Planning) คือกระบวนการเข้าใจถึงความต้องการของลูกค้า และการออกแบบการทำงานในการให้บริการขององค์กรเพื่อสนองความต้องการของลูกค้า เป็นการกำหนดระบบคุณภาพบริการในภาพรวมขององค์กร และกระจายรายละเอียดลงไปยังส่วนปฏิบัติงาน โดยการกำหนดเป็นมาตรฐานให้กับผู้ปฏิบัติงานใช้ในการทำงาน กำหนดจุดควบคุม เช่น การออกแบบขั้นตอนการปฏิบัติงานตั้งแต่ลูกค้าขับรถเข้ามาที่ร้านอาหารจนทานอาหารเสร็จและกลับออกไป พร้อมกำหนดจุดตรวจสอบและจุดควบคุม เช่น ความสะอาดของงานโต๊ะและห้องอาหาร การใช้เวลาการทำอาหาร และรสชาติของอาหาร
2. การควบคุมคุณภาพ (Quality Control) คือการตรวจติดตามการปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่ออกแบบไว้เพื่อไม่ให้เกิดข้อบกพร่องไปถึงลูกค้า เช่น ควบคุมเวลาไม่ให้ลูกค้ารออาหารนานเกิน 15 นาที หากเกิดปัญหาหรือข้อขัดข้อง ร้านอาหารก็มีแผนรองรับเพื่อปฏิบัติต่อลูกค้าได้ทันที
3. การปรับปรุงคุณภาพ (Quality) คือการยกระดับคุณภาพการทำงานให้สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากเดิมที่มีแผนคุณภาพและมาตรฐานแล้ว จะสามารถทำการปรับปรุงมาตรฐานให้สูงขึ้นได้ โดยการจัดตั้งทีมให้พนักงานมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อสนองตอบความต้องการของ

ลูกค้าที่มีสูงชันอยู่เสมอ

การบริหารคุณภาพบริการ ควรเริ่มต้นที่จุดส่งมอบบริการ (Front Line) เช่น บริเวณหน้าเคาน์เตอร์ Call Center หลังจากนั้นจึงนำตัวอย่างที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ไปประยุกต์ใช้ในการขยายไปยังงานสนับสนุน (Back Office) และตัวแทนจำหน่าย โดยในการเริ่มต้นจำเป็นต้องมีการเตรียมการก่อนการวางระบบการจัดการคุณภาพบริการ ดังนี้

1. Commitment ของผู้บริหารสูงสุดเพื่อที่วางแผนในการนำองค์การและพนักงานนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน
2. การฝึกอบรมความรู้ในเรื่องของการจัดการคุณภาพบริการเพื่อให้พนักงานทุกคนทราบถึงทิศทางขององค์การในรูปแบบเดียวกันและบทบาทในการดำเนินงานของตนเอง และทำให้เกิด Awareness ในการรับผิดชอบร่วมกันทั้งองค์การ
3. จัดทำโครงสร้างการดำเนินงานบริหารคุณภาพ และรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติงานเบื้องต้น
4. กิจกรรมสนับสนุนต่าง ๆ เช่น การประชาสัมพันธ์โดยผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น ป้ายโฆษณา แผ่นพับ และกิจกรรมประชาสัมพันธ์อื่น ๆ

การจัดประสบการณ์ลูกค้า 4 พี

คำนวณ ประสมผล (2547, หน้า 85 - 87) กล่าวว่าประสบการณ์ด้านธุรกิจใด ๆ ที่เกิดขึ้นกับลูกค้าจะถูกกำหนดด้วยหลัก 4 พี ซึ่งเป็นหลักที่ใช้วิเคราะห์องค์ประกอบประสบการณ์ของลูกค้า เรียกว่า การจัดประสบการณ์ของลูกค้า 4 พี ได้แก่

1. ทักษะเกี่ยวกับบุคลากร (People Skill) คุณภาพของปฏิกิริยาที่ได้รับจากผู้ให้บริการลูกค้าต้องมาก่อน (The Customer Come 1st) ซึ่งได้แก่
 - C = สารที่สื่ออย่างชัดเจน (Clear Message)
 - O = ทศนคติ “ใช้ได้” (OK Attitude)
 - E = พลังงาน (Energy)
 - M = การทำให้ลูกค้ารู้สึกเป็นคนพิเศษ (Make People Feel Special)
- 1st = ความประทับใจครั้งแรกและครั้งสุดท้าย (First and Last Impression)
2. ผลิตภัณฑ์ (Product) คุณภาพของสินค้าที่ซื้อ
3. การนำเสนอ (Presentation) ความประทับใจในองค์ประกอบแวดล้อมของผลิตภัณฑ์หรือบริการ เช่น สถานที่ เอกสาร การบรรจุหีบห่อและอื่น ๆ
4. กระบวนการต่าง ๆ (Processes) กระบวนการหรือระบบที่มีประสิทธิภาพและเอื้อต่อลูกค้า อันจะทำให้ลูกค้าได้รับผลิตภัณฑ์และการบริการรวดเร็วและราบรื่น

เพื่อให้ประสบความสำเร็จในด้านบริการ จะต้องจัดการประสบการณ์ที่ลูกค้าได้รับจากบริษัท โดยต้องมั่นใจว่า

1. พนักงานทุกคนมีทักษะเกี่ยวกับบุคลากรอย่างดีเยี่ยม
2. ข่ายหรือเสนอผลิตภัณฑ์ที่เยี่ยมยอด
3. นำเสนอผลิตภัณฑ์ หรือการบริการและองค์ประกอบแวดล้อมด้วยวิธีการที่เป็นเลิศ
4. กระบวนการนำส่งหรือสนับสนุนผลิตภัณฑ์หรือการบริการเป็นกระบวนการที่มุ่งเน้นลูกค้าเป็นสำคัญ

การวัดคุณภาพงานบริการ (Measuring Service Quality: The SERVQUAL System)

ยุพาวรรณ วรรณวานิชย์ (2548, หน้า 187 - 193) ได้กล่าวถึงการวัดคุณภาพงานบริการว่า จะเน้นเกี่ยวกับโปรแกรมการวิจัยระบบ เริ่มต้นที่ผู้บริโภค เช่น การสัมภาษณ์กลุ่มเฉพาะ (Focus Groups) ทำให้ทราบถึงคุณภาพงานบริการ สรุปได้เป็น 5 ด้าน ดังนี้

1. ความมีตัวตนจับต้องได้ (Tangible) เนื่องจากบริการเป็นสิ่งที่ไม่มีลักษณะทางกายภาพให้จับต้องได้ ผู้บริโภคจึงใช้สถานะแวดล้อมทางกายภาพที่มีตัวตนและอยู่รอบ ๆ บริการในการประเมิน ลักษณะความมีตัวตนจับต้องได้ของ SERVQUAL นี้จะเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้บริโภคกับผลการปฏิบัติงานของธุรกิจที่เกิดจากความสามารถของธุรกิจในการจัดการกับสิ่งที่จับต้องได้ ซึ่งมีหลายสิ่งหลายอย่างมาประกอบเข้าด้วยกัน อาทิเช่น พรหม โต๊ะเขียนหนังสือ แสงสว่าง สีผนังห้อง แผ่นพับ รวมทั้งพนักงานของธุรกิจด้วย ดังนั้น 2 ส่วนที่เน้นของด้านนี้คือ

- 1.1 เน้นที่อุปกรณ์และเครื่องอำนวยความสะดวกทางวัตถุ

- 1.2 เน้นที่ตัวพนักงาน และวัสดุในการติดต่อสื่อสาร

2. ความน่าเชื่อถือ โดยทั่วไปแล้วความน่าเชื่อถือจะสะท้อนมาจากความสม่ำเสมอและความสามารถในการปฏิบัติงานของบริษัท บริษัทสามารถรักษาระดับการให้บริการได้ตลอดเวลาหรือไม่ คุณภาพมีการแปรไปตามการให้บริการแต่ละครั้งหรือไม่ บริษัทให้บริการตามที่สัญญาไว้หรือไม่ การเรียกเก็บค่าบริการมีความถูกต้องหรือไม่ รวมทั้งการบันทึกข้อมูลมีความถูกต้องหรือไม่ มีอะไรสร้างความขุนช่องใจให้ลูกค้าบ้างนอกจากตัวผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่แล้ว ผู้บริโภคพร้อมที่จะจ่ายเงินถ้าผู้ให้บริการสามารถแสดงออกให้เห็นว่าเขาจะได้รับบริการตามที่ได้สัญญาไว้

3. ความรับผิดชอบ เป็นผลที่สะท้อนมาจากการปฏิบัติตามข้อตกลงที่จะให้บริการ การวัดคุณภาพงานบริการด้านความรับผิดชอบตาม SERVQUAL นั้นจะเกี่ยวข้องกับเต็มใจ และ/หรือความพร้อมของพนักงานที่จะให้บริการ โอกาสที่ลูกค้าจะเผชิญหน้ากับสถานการณ์ที่พนักงานเอาแต่พุดคุยกันเอง โดยละเลยความต้องการของลูกค้า ลักษณะเช่นนี้เป็นตัวอย่างที่เรียกว่าไม่รับผิดชอบ

ความรับผิดชอบยังเป็นผลสะท้อนจากการเตรียมการของบริษัทในการให้บริการ เช่น ภัตตาคารที่เปิดใหม่จะไม่โฆษณาเปิดร้านในเวลากลางคืน เพราะระบบส่งมอบบริการนี้จะต้องกระทำต่อหน้าผู้คนจำนวนมาก ดังนั้นจึงต้องลดความล้มเหลวของบริการให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด ผลที่ตามมาคือมีการร้องเรียนจากลูกค้าน้อยลงไปด้วย

4. ความมั่นใจ ความแน่นอนจะเป็นภาพรวมของความสามารถ (Competence) ของบริษัท มารยาทของพนักงาน (Courtesy) และความปลอดภัย (Security) เมื่อมารับบริการ ความสามารถของพนักงานจะเกี่ยวข้องกับความรู้และทักษะในงานบริการเพื่อนำความเชื่อถือและความมั่นใจมาสู่ลูกค้า

มารยาทจะดูได้จากปฏิกริยาของพนักงานที่มีต่อลูกค้าว่าเป็นอย่างไร พนักงานที่มีมารยาทจะเป็นพนักงานที่สุภาพ มีความเป็นมิตร มีความหวังดี สนใจที่จะดูแลทรัพย์สินของลูกค้า เช่น ช่างซ่อมรถยนต์ใช้กระดาษปูในรถขณะซ่อมเพื่อไม่ให้เบาะและพรมเลอะ

ความปลอดภัยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอีกประการหนึ่งในการประเมินคุณภาพงานบริการด้านความแน่นอน ความปลอดภัยเป็นความรู้สึกของลูกค้าที่รู้สึกว่าเขาหรือเธอจะไม่พบกับอันตราย ความเสี่ยง และความกังวลใด ๆ เมื่อมารับบริการ เช่น การให้บริการถอนเงินจากตู้ ATM ให้ลูกค้ารู้สึกว่าการถอนเงินจะปลอดภัยด้านกายภาพ นอกจากนี้ ความปลอดภัยยังรวมถึงสถานภาพความเสี่ยงทางการเงินและความมั่นใจทางการเงินด้วย

5. การเอาใจเขาใส่ใจเรา บริษัทจะต้องเข้าใจความต้องการของลูกค้าและให้บริการตรงกับความต้องการเหล่านั้นแก่ลูกค้า โดยคิดว่าถ้าเราได้รับบริการนั้นเราจะมีความรู้สึกอย่างไร ลูกค้าก็จะมีความรู้สึกเช่นเดียวกัน

แนวคิดตามมาตรฐานโรงพยาบาล

ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดมาตรฐานโรงพยาบาล (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539) ในส่วนของการบริการผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นมาตรฐานเดียวกันในการนำมาปรับใช้กับมาตรฐานของคลินิก โดยนำส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริการมาประยุกต์ใช้

การบริการผู้ป่วยนอก (OPD)

มาตรฐานบริการผู้ป่วยนอกนี้กำหนดหลักการสำคัญของการจัดบริการ ครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสมระบบติดตามประเมินคุณภาพซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการดำเนินงานและนำสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการผู้ป่วยนอก มี 9 ข้อ ดังนี้

1. พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้ป่วยนอกเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

2. การจัดองค์การและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยนอก ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

3. การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอกได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

4. การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

5. นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการผู้ป่วยนอก/ กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

6. สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยนอกอย่างสะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

7. เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอกได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

8. ระบบงานกระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/ กระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

9. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยนอก โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการผู้ป่วยนอก

1. พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์

มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้ป่วยนอกเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน

1.1 พันธกิจ ปรัชญา และขอบเขตของการจัดบริการผู้ป่วยนอก สอดคล้องกับพันธกิจของโรงพยาบาล

1.2 มีเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่เป็นไปได้และสามารถวัดได้

1.3 มีการสื่อสารพันธกิจ ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการจัดบริการผู้ป่วยนอกไปยังเจ้าหน้าที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.4 เจ้าหน้าที่มีความรู้และเข้าใจในเป้าหมายของการจัดบริการผู้ป่วยนอกและทราบบทบาทของตนเอง

2. การจัดองค์กรและการบริหาร

มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยนอก ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

2.1 โครงสร้างองค์กรของบริการผู้ป่วยนอก ชัดเจนและเหมาะสม

2.2 หัวหน้าหน่วยงานเป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ได้รับมอบหมายหน้าที่ที่เหมาะสม และมีความสามารถในการบริหารงานในหน่วยงานให้บรรลุผลตามพันธกิจที่กำหนดไว้

2.3 มีการกำหนดคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งเป็นลายลักษณ์อักษร

2.4 มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

2.5 มีกลไกที่เอื้ออำนวยให้หน่วยงานต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการวางแผน ตัดสินใจและกำหนดนโยบาย ในระดับโรงพยาบาล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

หัวหน้าหน่วยงาน

1. หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอกด้านการแพทย์ เป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี

2. หัวหน้าหน่วยผู้ป่วยนอกด้านการพยาบาล เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการบริหารจัดการ หรือหลักสูตรลูกค้าสัมพันธ์และการบริการ และมีประสบการณ์ด้านปฏิบัติการพยาบาลไม่น้อยกว่า 1 ปี

3. การจัดการทรัพยากรบุคคล

มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอก ได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

3.1 การจัดกำลังคน

3.1.1 มีเจ้าหน้าที่เพียงพอและเหมาะสมกับพันธกิจของหน่วยงานทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ

3.1.2 มีกลไกเพื่อติดตามและประเมินความพอเพียงของเจ้าหน้าที่เทียบกับปริมาณงานอย่างเป็นระบบ

3.2 มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นผลการปฏิบัติงานเชิงบวกเพื่อสร้างความภาคภูมิใจ และส่งเสริมให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

3.3 เจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในคุณสมบัติเฉพาะตำแหน่งหรือนักเรียนฝึกงาน จะต้องปฏิบัติงานภายใต้การกำกับดูแล

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

การจัดกำลังคน

1. มีแพทย์เพียงพอที่จะตรวจผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพในช่วงเวลาที่มีจำนวนผู้ป่วยมากที่สุด โดยมีเวลาให้กับผู้ป่วยไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 นาที

2. การจัดบริการผู้ป่วยนอกที่มีความซับซ้อนอยู่ภายใต้การดูแลรับผิดชอบของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

3. มีพยาบาลวิชาชีพกำกับดูแลการให้บริการในจุดที่มีความสำคัญ ได้แก่ การคัดกรอง การฉีดยา/ ทำแผล การให้คำปรึกษา

4. การพัฒนาทรัพยากรบุคคล

มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

4.1 มีการประเมินความต้องการและกำหนดเนื้อหาในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

4.2 มีการจัดทำแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลของหน่วยงาน/ บริการ

4.3 เจ้าหน้าที่ใหม่ทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าประจำการ

4.4 มีกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะสำหรับเจ้าหน้าที่ระหว่างประจำการอย่างสม่ำเสมอ

4.5 มีการประเมินแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลในรูปของการเปลี่ยนพฤติกรรม และผลกระทบต่อการดูแล/ บริการแก่ผู้ป่วย

5. นโยบายและวิธีปฏิบัติ

มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการผู้ป่วยนอก/ กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ยึดถือเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

5.1 มีกระบวนการจัดทำนโยบาย/ วิธีปฏิบัติที่ดี รวมทั้งมีระบบในการรับรอง เผยแพร่ และทบทวน

5.2 นโยบาย/ วิธีปฏิบัติของหน่วยงานมีความสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล และให้แนวทางที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และครอบครัวในด้านต่อไปนี้

5.2.1 ด้านการบริหารจัดการ

5.2.2 ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

5.2.3 ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

5.2.4 ด้านการบันทึกและจัดทำเอกสาร

5.2.5 ด้านความปลอดภัย

5.2.6 ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคล

5.3 เจ้าหน้าที่ รับผิดชอบต่อ เข้าใจ และปฏิบัติตามนโยบาย/ วิธีปฏิบัติ

5.4 มีการประเมินนโยบายและวิธีปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้มีความสมบูรณ์ครบถ้วน และสอดคล้องกับสถานะการทำงาน

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

ตัวอย่างนโยบายและวิธีปฏิบัติที่ควรมี ด้านกิจกรรมทางคลินิกและการบริการ

1. การคัดกรองผู้ป่วย
2. การนัดและติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง
3. การรับ จำหน่าย เคลื่อนย้าย และส่งต่อผู้ป่วย
4. การปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
5. การให้ออกซิเจน
6. การดูแลผู้เจ็บป่วยทางด้านจิตใจอารมณ์
7. การดูแลผู้ติดเชื้อโรคเอดส์
8. การดูแลผู้ติดยาและสารเสพติด

ด้านประเด็นทางจริยธรรม กฎหมาย และสังคม

1. การปฏิบัติต่อผู้ป่วยคดี/ ยาเสพติด
2. การปฏิบัติต่อผู้ที่ถูกข่มขืนหรือสงสัยว่าจะถูกข่มขืน

3. การปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ได้รับสิทธิคุ้มครองต่าง ๆ

6. สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยนอกอย่างสะดวกปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

6.1 สถานที่ตั้งหน่วยบริการผู้ป่วยนอกมีความเหมาะสม สะดวกต่อการเข้าถึงบริการ และสะดวกต่อการส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6.2 มีพื้นที่ใช้สอยเพียงพอและมีการจัดแบ่งโครงสร้างภายในเหมาะสมสำหรับการให้บริการ การปฏิบัติงาน การเก็บอุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้

6.3 สภาพทั่วไปภายในหน่วยงาน มีความปลอดภัย มีการระบายอากาศดี มีแสงสว่าง และอุณหภูมิเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวน มีความสะอาดและเป็นระเบียบ

6.4 สถานที่ตรวจ/ รักษา/ ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนและมีความมิดชิดพ้นจากสายตา และการได้ยินโดยบุคคลอื่น

6.5 มีสถานที่อำนวยความสะดวกสำหรับเจ้าหน้าที่

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

สถานที่ตั้งหน่วยบริการผู้ป่วยนอก

1. อยู่ด้านหน้าโรงพยาบาล
2. สามารถส่งผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินหรือหน่วยบริการอื่นที่เกี่ยวข้องได้โดยสะดวก เช่น ห้องฉุกเฉิน/ ทำแผล, ห้องยา, ห้องปฏิบัติการ, หน่วยรังสีวิทยา, หน่วยให้คำปรึกษา

3. มีแปลและรถเข็นพร้อมให้บริการรับส่งผู้ป่วย

4. มีป้าย หรือเครื่องหมาย หรือสัญลักษณ์ อำนวยความสะดวกในการใช้บริการ เช่น

4.1 ชื่อหน่วยบริการผู้ป่วยนอก

4.2 ประเภทบริการ

4.3 ชื่อห้องตรวจ

4.4 ชื่อแพทย์ผู้ตรวจ

4.5 ทิศทางไปยังหน่วยบริการต่าง ๆ

4.6 ทิศทางการหนีไฟหรือทางออกฉุกเฉิน

การจัดแบ่งโครงสร้างภายใน มีการจัดแบ่งพื้นที่สำหรับ

1. ประชาสัมพันธ์ต้อนรับ และห้องบัตร
2. ห้องตรวจโรคต่าง ๆ ซึ่งมีจำนวนเพียงพอสำหรับช่วงเวลาที่มียุผู้ป่วยมากที่สุด

3. ที่พักรอตรวจ

4. บริเวณคัดกรองผู้ป่วย

5. บริเวณปฐมพยาบาล

7. เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วยนอก ได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

7.1 มีหลักเกณฑ์และกลไกในการคัดเลือก/ ประเมินเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการให้บริการ

7.2 มีเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์เพียงพอสำหรับการปฏิบัติงาน

7.3 ผู้ใช้เครื่องมือพิเศษได้รับการอบรมเป็นการเฉพาะ และมีความรู้ในการใช้งาน เป็นอย่างดี

7.4 มีระบบสำรองเครื่องมือและวัสดุการแพทย์ที่จำเป็น พร้อมทั้งจะใช้ในการให้บริการได้ตลอดเวลา

7.5 มีระบบบำรุงรักษาเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ

7.6 มีระบบตรวจสอบเพื่อเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ให้พร้อมที่จะใช้งานได้ตลอดเวลา

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติงาน

1. ชุดคัดกรองซึ่งผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ ที่จำเป็นสำหรับห้องปฐมพยาบาล ห้องทำแผล เช่น ชุดทำแผล ชุดเย็บแผล

2. อุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิต เช่น รถช่วยชีวิตฉุกเฉิน

3. เปล/ รถเข็นนั่ง

4. เครื่องมือเพื่อการตรวจวินิจฉัยในคลินิกเฉพาะทาง

8. ระบบงาน/ กระบวนการให้บริการ

มีระบบงาน/ กระบวนการให้บริการผู้ป่วยนอกที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

8.1 มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม ระหว่างสาขาวิชาชีพต่าง ๆ

8.2 ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการดูแลรักษา

8.3 มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว กับทีมผู้ให้บริการ

8.4 ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมินและวางแผนการดูแลรักษาเป็นระยะ เพื่อตอบสนองความต้องการด้านปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย

8.5 กระบวนการให้บริการและดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าดีที่สุดภายใต้สถานการณ์ของโรงพยาบาล โดยบุคคลที่เหมาะสม

8.6 มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ปัญหาของผู้ป่วย แผนการดูแลรักษา การปฏิบัติตามแผน และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารที่ดีระหว่างทีมงานผู้ให้บริการและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

8.7 มีกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด

9. กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยนอก โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

9.1 มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของบริการผู้ป่วยนอก โดยความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ/ ทุกสาขาวิชาชีพ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงาน

9.2 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพประกอบด้วย

9.2.1 การวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและลูกค้า (Customer) หรือบุคคล/ หน่วยงานที่ให้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

9.2.2 การติดตามศึกษาข้อมูลและสถิติซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดผลการปฏิบัติงานที่สำคัญ

9.2.3 การเลือกกิจกรรมหรือกระบวนการดูแลรักษาและบริการที่สำคัญมาประเมินและปรับปรุง

9.2.4 การดำเนินการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ เน้นการวิเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาและให้บริการ ค้นหาสาเหตุต้นตอ (Root Causes) ที่แท้จริง ดัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลและข้อเท็จจริง ใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการแสวงหาทางเลือกใหม่ๆ

9.2.5 การประเมินผลการแก้ปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ และเผยแพร่ผลการประเมินให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดทราบ

9.2.6 การติดตามเพื่อให้เกิดการรักษาระดับคุณภาพและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

9.3 มีการนำมาตรฐานแห่งวิชาชีพ และความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ (Evidence - Based) เข้ามาร่วมเป็นพื้นฐานสำหรับกิจกรรมคุณภาพ

9.3.1 มีกระบวนการที่จะนำความรู้ที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์มาเป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย (Clinical Practice Guideline) ของโรงพยาบาล

9.3.2 มีกิจกรรมทบทวนการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อค้นหาจุดอ่อนสำหรับนำไปปรับปรุง

ขยายความเพิ่มเติมสำหรับบริการผู้ป่วยนอก

ข้อมูลและสถิติที่ควรติดตามศึกษา ระยะเวลารอคอยการรับบริการในแต่ละจุด และระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการทั้งหมด

1. การมาตรวจตามกำหนดนัด
2. การส่งต่อ
3. การตรวจวินิจฉัย (Investigation) ที่ผู้ป่วยได้รับ
4. ความพึงพอใจของผู้ป่วย
5. อัตราการร้องเรียนของผู้ป่วยและญาติ

ขยายความ

ความหมายของคำ

เป้าหมาย (Goals) คือ ข้อความที่กล่าวอย่างกว้าง ๆ ถึงผลลัพธ์ของบริการ อันเนื่องมาจากหน้าที่หลัก ๆ เป้าหมายจะต้องสอดคล้องกับพันธกิจที่กำหนดไว้ หน่วยงานหรือบริการแต่ละระดับควรมีเป้าหมายของตนเองที่ชัดเจนและสนับสนุนซึ่งกันและกัน

พันธกิจ (Mission) คือ ข้อความที่ระบุอย่างกว้าง ๆ ถึงเป้าประสงค์ (Purpose) หน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งมุ่งมั่นที่จะทำ (What it Does) และเหตุผลของการมีองค์กรหรือหน่วยงาน (Why it Exists) รวมถึงคุณค่าของการมีองค์กรหรือหน่วยงานนั้นต่อผู้รับบริการ ซึ่งจะนำไปสู่การกำหนดเป้าหมาย (Goals) และวัตถุประสงค์ (Objectives) ขององค์กรหรือหน่วยงานต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objectives) คือ จุดมุ่งหมายของงานที่มุ่งกระทำให้สำเร็จเป็นขั้นตอนอย่างชัดเจนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ควรเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของแผนปฏิบัติการที่มีการกำหนดตัวผู้รับผิดชอบและเงื่อนไขเวลาที่ชัดเจนวัตถุประสงค์ควรเป็นสิ่งที่วัดได้และเป็นไปได้ ควรมีการกำหนดเป็นปี ๆ ไป และมีการติดตามว่าบรรลุตามที่กำหนดไว้หรือไม่

นโยบาย (Policy) หมายถึง ข้อความเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติสะท้อนจุดยืนและก่านิยมของหน่วยงานในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

วิธีปฏิบัติ (Procedure) หมายถึง ขั้นตอนต่าง ๆ ในการปฏิบัติที่กำหนดไว้เป็นมาตรฐานอย่างชัดเจน

สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ หมายถึง สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการให้บริการผู้ป่วยอย่างสะดวกปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก หมายถึง มีเครื่องมืออุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ที่ได้มาตรฐานเพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ระบบงาน/ กระบวนการให้บริการ หมายถึง มีระบบงาน/ กระบวนการให้บริการผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

สรุป จากแนวคิดมาตรฐานโรงพยาบาล (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539) เรื่องมาตรฐานบริการผู้ป่วยนอกที่กล่าวมามีทั้งหมด 9 ข้อ ประเด็นที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาคือนำส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริการมาประยุกต์ใช้ ใน 3 ด้าน คือ

1. ด้านสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่
2. ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก
3. ด้านระบบงาน/ กระบวนการให้บริการ

บริบทของโรงพยาบาล

จิฑูร แสงสิงแก้ว (2527, หน้า 5) ได้ให้ความหมายของโรงพยาบาลไว้ดังนี้ โรงพยาบาลเป็นสถานที่ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล และเครื่องมือเกี่ยวกับการแพทย์ ซึ่งสามารถวินิจฉัยโรคให้แก่คนไข้และผู้ป่วย ซึ่งการรักษาพยาบาลดังกล่าวรวมไปถึงการจัดสถานที่ให้คนไข้นอนพักด้วย

วิวัฒนาการของโรงพยาบาลในประเทศไทย

พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวงทบวงกรม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2458 ให้มีกระทรวงสาธารณสุขขึ้นตามมาตรา 4 แห่งพระราชบัญญัตินี้ และมาตรา 13 บัญญัติว่า “กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การสงเคราะห์ และควบคุมกาชาด โดยมีกรมการแพทย์ในการจัดตั้งและบริหาร โรงพยาบาลทั่วราชอาณาจักร เพื่อทำการตรวจโรคและทำการบำบัดโรคแก่ประชาชนผู้เจ็บป่วยทั้งโรคทางกายและทางจิต จัดหานายแพทย์ พยาบาลกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ พร้อมทั้งเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์ และเครื่องใช้ที่จำเป็นในทางการแพทย์ ตามหลักวิชาการ”

ในส่วนของโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2515 ได้มีการจัดตั้งกรมการแพทย์และอนามัยขึ้น โดยให้โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับกรมนี้ และในปี พ.ศ. 2517 ได้โอนโรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมดของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขไปขึ้นกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ประเภทของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลในสังกัดของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการแบ่งระดับของโรงพยาบาลออกเป็น 3 ระดับคือ

โรงพยาบาลศูนย์

เป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่กว่า 500 เตียงขึ้นไป ตั้งอยู่ในจังหวัดที่มีประชากรมากเป็นจุดศูนย์กลางการคมนาคม เป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถอยู่ในขั้นสูง สามารถรักษาโรคยาก ๆ และทำการผ่าตัดที่ต้องใช้เครื่องมือและผู้ชำนาญได้ และสามารถรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทั่วไปเพื่อรักษาต่อได้

โรงพยาบาลทั่วไป

เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในจังหวัดต่าง ๆ ซึ่งมีครบทุกจังหวัด ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง ซึ่งเป็นที่ตั้งของการบริหารในจังหวัดนั้น ๆ เป็นโรงพยาบาลขนาด 120 - 500 เตียง มีแพทย์และเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ครบ สามารถให้การรักษาโรคในระดับกลางได้ และสามารถรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอำเภอเพื่อรักษาต่อได้

โรงพยาบาลชุมชน

เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในอำเภอต่าง ๆ โดยมีหน้าที่เป็นจุดศูนย์กลางของงานด้านการรักษาพยาบาลและงานส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนป้องกันเฉพาะโรคให้แก่ประชาชนที่อยู่ในหมู่บ้าน ในเขตอำเภอนั้น ๆ มีขนาดเตียง 10 - 120 เตียง การรักษาพยาบาล มิได้มีเฉพาะแพทย์เพียงฝ่ายเดียว แต่ยังมีพยาบาล เภสัชกร นักรังสีวิทยา ร่วมเป็นทีมงานในการสนับสนุนการรักษาพยาบาลอยู่ด้วย ดังนั้นการทำงานจึงต้องทำงานประสานกันเพื่อให้สามารถให้บริการบำบัดรักษาได้อย่างสะดวกและได้ผลตามต้องการ

จึงมีการแบ่งการให้บริการออกเป็นประเภทผู้ป่วยออกเป็น 2 ประเภทดังนี้

1. ผู้ป่วยนอก เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วสามารถกลับบ้านได้ ไม่ต้องพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยนอกเป็นผู้ป่วยที่มีปริมาณมากที่สุดของโรงพยาบาล ผู้ป่วยนอก มีระยะเวลาที่อยู่ที่โรงพยาบาลไม่มากนักเมื่อเทียบกับผู้ป่วยใน และมีอัตราการหมุนเวียนเข้ามารับบริการสูง
2. ผู้ป่วยใน เป็นผู้ป่วยที่แพทย์ตรวจแล้วมีความเห็นว่าต้องพักรักษาตัวค้างคืนในโรงพยาบาลจนกว่าจะมีอาการดีและปลอดภัยที่จะกลับไปพักที่บ้านได้แล้ว

หน้าที่ในการบริการของโรงพยาบาล

1. ทำการตรวจวินิจฉัยและให้การบำบัดรักษาผู้ป่วย ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล
2. จัดทำแผนงาน โครงการ และดำเนินการให้บริการทางสาธารณสุขแก่ประชาชนเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ งานสุขภาพจิตและอนามัย

สิ่งแวดล้อม งานทันตสาธารณสุข งานสุขภาพจิต

3. การจัดบริการรักษาพยาบาลแบบหน่วยเคลื่อนที่ การจัดและควบคุมระบบการส่งต่อผู้ป่วยและการรักษาพยาบาลทางวิทยุในฐานะที่เป็นเครือข่ายย่อย

4. นิเทศ ฝึกอบรม และพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและอำเภอ ให้มีความรู้ความสามารถในการให้บริการทางการรักษาพยาบาล ตามนโยบาย แผนงานและโครงการต่าง ๆ เช่น การจัดบริการสาธารณสุขแบบผสม การสาธารณสุขมูลฐาน โครงการบัตรสุขภาพ โครงการรณรงค์เพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชน เป็นต้น

5. ศึกษา วิเคราะห์ และจัดทำสถิติข้อมูลเกี่ยวกับงานสาธารณสุข และจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา เสนอหน่วยงานเหนือตามลำดับ

6. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่และหน่วยงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินการดำเนินงานสาธารณสุขและการแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนได้ผลดีตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้

หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าหน่วยงาน มีสายบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด โดยมีหน้าที่รับผิดชอบคือ

1. บริหารงานโรงพยาบาล โดยปฏิบัติงานวางแผนควบคุม กำกับ ตรวจสอบ วินิจฉัยตัดสินใจ และประเมินผลการดำเนินงาน

2. ให้คำปรึกษาแนะนำ เกี่ยวกับงานด้านบริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันโรค

3. ควบคุม กำกับ และให้คำปรึกษาในการค้นคว้า วิจัย เพื่อพัฒนาความรู้ทางการแพทย์และสาธารณสุข

4. ควบคุมการบริหารงานด้านการเงินและงบประมาณ การบริหารพัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ ให้เป็นไปตามระเบียบของทางราชการ

5. ควบคุมบังคับบัญชาข้าราชการและลูกจ้างของโรงพยาบาล

หน้าที่และความรับผิดชอบของกลุ่มงาน/ ฝ่ายต่าง ๆ

1. กลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์

รับผิดชอบงานบริการรักษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยทำ การสำรวจ วินิจฉัย และสั่งการหรือให้การรักษาผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยเฉพาะโรค หรือผู้ป่วยฉุกเฉิน ด้วยวิธีการต่าง ตามหลักวิชาการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความพิการทุพพลภาพในผู้ป่วย ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจทางรังสีวินิจฉัย สนับสนุนการควบคุมป้องกันโรค

ตลอดจนติดตามการระบาดของโรคติดเชื้อ

2. ฝ่ายบริหารงานทั่วไป

รับผิดชอบในการควบคุมจัดการบริหารของโรงพยาบาลเกี่ยวกับงานสารบรรณ งานการเจ้าหน้าที่ งานเคหะบริการ และงานอาคารสถานที่ งานสวัสดิการและรักษาความปลอดภัย งานประชาสัมพันธ์ งานก่อสร้างและซ่อมบำรุง งานการเงินและบัญชี งานพัสดุครุภัณฑ์และยานพาหนะงานเวชระเบียนและสถิติ งานบริการอาหารผู้ป่วย

3. กลุ่มงานการพยาบาล

รับผิดชอบในการวางแผน สนับสนุนการพยาบาล การศึกษา ค้นคว้าวิเคราะห์และวิจัยงานเกี่ยวกับการพยาบาล สนับสนุนการจัดบริการพยาบาล นิเทศงาน ติดตามประเมินผลงาน พัฒนางาน ฝึกอบรม ให้คำปรึกษาทางวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ สนับสนุนการจัดการและการพัฒนางาน สาธารณสุข โดยมีงานหลัก ๆ คือ

3.1 งานผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุ

3.2 งานผู้ป่วยใน

3.3 งานห้องคลอด

3.4 งานหน่วยจ่ายกลาง

4. ฝ่ายเภสัชกรรม

รับผิดชอบเกี่ยวกับการบริการด้านเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยในและนอก โดยใช้วิธีการและเทคนิคทางเภสัชกรรม ติดตามประเมินผลการใช้ยาในผู้ป่วยและอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยา ดำเนินการให้เกิดการประหยัดในงบประมาณคงคุณภาพเวชภัณฑ์ ดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ทางสาธารณสุขในอำเภอ

5. ฝ่ายทันตกรรม

รับผิดชอบในการบริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกันแก่ประชาชนในเขต รับผิดชอบ ทันตกรรมบำบัด และทันตกรรมฟื้นฟูแก่ประชาชนทั้งอำเภอ ให้การสนับสนุนทางด้าน วิชาการ และนิเทศงาน ด้านทันตสาธารณสุขแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขต่าง ๆ งานส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียนและงานทันต สาธารณสุขชุมชน

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี

ประวัติโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ในปี พ.ศ. 2480 คุณหลวงนิรันทร ประสาทเวชช์ อดีตสาธารณสุขุมนทลจันทบุรี ขณะที่ยดำรงตำแหน่งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรของจังหวัดจันทบุรีอยู่นั้น ได้ริเริ่มติดต่อกับกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย เพื่อที่จะให้ดำเนินการจัดสร้างโรงพยาบาลขึ้นในจังหวัดจันทบุรี กรมสาธารณสุข จึงได้ขอให้คณะกรรมการจังหวัดจันทบุรี จัดหาพื้นที่ที่จะก่อสร้าง คณะกรรมการจังหวัด ซึ่งมีขุนประสงค์สุขการี เป็นข้าหลวงประจำจังหวัดได้เลือกเอาพื้นที่ท้ายเนินปลัด (เนินป่าโรงไผ่) ริมถนนเลียบริบเนิน ตรงข้ามกับทุ่งนาเขย เป็นที่ก่อสร้างโรงพยาบาล มีเนื้อที่ประมาณ 77 ไร่ 1 งาน 8 ตารางวา (ตามโฉนดเลขที่ 5754 มีจำนวน 74 ไร่ 20 ตารางวา) โดยการบริจาคที่ส่วนของราษฎร 9 นาย คือ

- | | | |
|-------------------|----------|-------------|
| 1. นายมณี | นางเพ็ญ | ยงยุทธ |
| 2. นายอ้วน | นางวงศ์ | ศิริสว่าง |
| 3. นายบุญ | นางพัน | จินดาวงศ์ |
| 4. นายหล่อ | นางขัด | กิจจานนท์ |
| 5. นายนิคย์ | นางเขตต์ | กิริยากิจ |
| 6. นายหิมี | นางฮอง | แซ่ลี |
| 7. นายสวาท | นางหมี | เขมตย์โพธิ์ |
| 8. นายเตี้ย | นางสงวน | สิทธิเวช |
| 9. ขุนปรมณีนิกรชน | | |

การก่อสร้างได้เริ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2481 โดยกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ได้จัดสรรเงินงบประมาณจำนวน 50,000,000. - บาท เป็นค่าก่อสร้างอาคารต่าง ๆ และได้เริ่มก่อสร้างเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2481 เรือนจำจังหวัดจันทบุรี กรมราชทัณฑ์เป็นผู้รับเหมาก่อสร้างอาคารที่ก่อสร้างในครั้งแรก คือ

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| 1. ตึกอำนวยการชั้นเดียว | 1 หลัง |
| 2. ตึกผ่าตัด | 1 หลัง |
| 3. เรือนคนไข้ | 2 หลัง (จุคนไข้หลังละ 25 เตียง) |
| 4. โรงครัวและโรงซักฟอก | 1 หลัง |

การก่อสร้างได้แล้วเสร็จในเดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2482 เป็นโรงพยาบาลขนาด 50 เตียง ระหว่างการก่อสร้างในปี พ.ศ. 2481 - 2482 นี้ นายแพทย์เลิศ สมบูรณ์ขันธ์ นายแพทย์โท ของจังหวัด

ได้วิ่งค้นหาเงินสร้างตึกพระภิกษุและสามเณรอาพาธขึ้นอีก 1 หลัง จุนใช้ได้ 18 เดือน เป็นเงินประมาณ 5,000. - บาท ต่อมาในปี พ.ศ. 2482 - 2483 ได้มีการก่อสร้างเพิ่มเติม คือ

1. บ้านพักแพทย์ 2 หลัง
2. บ้านพักเภสัชกร 1 หลัง
3. บ้านพักพยาบาล 3 หลัง
4. เรือนแถวคนงาน 4 ห้อง 1 หลัง
5. โรงไม้เก็บศพ 1 หลัง

ณ วันชาติของปี พ.ศ. 2483 คือ วันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2483 จังหวัดได้กระทำพิธีเปิดโรงพยาบาลโดยให้ชื่อว่า “โรงพยาบาลจันทบุรี” กรมสาธารณสุขได้แต่งตั้งนายแพทย์เลิศสมบูรณ์ยัง เป็นนายแพทย์ผู้ปกครอง

ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2483 ประเทศไทยได้เกิดกรณีพิพาทกับอินโดจีนของฝรั่งเศส โรงพยาบาลจันทบุรีจึงได้ทำหน้าที่เป็นโรงพยาบาลสนาม รับใช้ทหารและพลเรือน จนกระทั่งกรณีพิพาทได้ยุติลง และนับเป็นเหตุการณ์สำคัญที่สุดแห่งประวัติศาสตร์ที่โรงพยาบาลจันทบุรีได้รับทหารเรือจำนวน 300 คน จาก ร.ล. ชนบุรี และร.ล. สงขลา ซึ่งได้รับการบาดเจ็บจากการถูกโจมตีจากเรือรบลามอร์ตปิเก้ ของฝรั่งเศส เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2484

เมื่อปี พ.ศ. 2493 สมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี พระบรมราชินีในรัชกาลที่ 7 ได้เสด็จพระราชดำเนินด้วยรถยนต์พระที่นั่งมาทางจังหวัดจันทบุรี โดยมีพระราชประสงค์จะทรงเสาะหาที่สงบสร้างพระตำหนักส่วนพระองค์เป็นที่ประทับอีกแห่งหนึ่ง ให้อยู่ห่างไกลจากกรุงเทพมหานคร ซึ่งอีกทีก็ด้วยธุรกิจงานาประการ การมาจันทบุรีเวลานั้นนับเป็นการ “เดินทาง” อย่างแท้จริง เนื่องด้วยจะต้องใช้เวลาทั้งหมดถึง 12 ชั่วโมง ผ่านไปตามหนทางที่มีแต่ฝุ่นตะหลบ แล้วยังพร่าไปด้วยหลุมใหญ่ ๆ ขนาดกันกระแทะโดยตลอด เมื่อถึงลำห้วยลำน้ำต่าง ๆ ก็มีเพียงสะพานที่ชำรุดทรุดโทรมให้ข้าม หรือมิฉะนั้นก็ต้องข้ามด้วยแพ ที่เป็นของเหลือใช้จากสงคราม ในที่สุดสมเด็จพระบรมราชินี ก็ได้ทรงประสพสถานที่หนึ่งซึ่งทรงพึงพระราชหฤทัยเป็นที่ยิ่งคล้ายกับเป็นรางวัลที่มีผู้จัดเตรียมทูลเกล้าทูลกระหม่อมถวายหลังจากที่ได้ทรงมีพระราชอุตสาหะเสาะแสวงหาไปตามเส้นทางแสนทรุกันดารปานจะทำให้ประชวรพระวรกาย ณ ที่นั้น พระองค์ได้ทรงนมิดวงอันร่มรื่นด้วยอุทยาน ที่น่าชมราวกับสวนพฤกษชาติแห่งหนึ่งขึ้น

ระหว่างการเสด็จพระราชดำเนินเที่ยวแรก สมเด็จพระบรมราชินีทรงทำมีคบาตพระดัชนีเป็นรอยแผลเล็ก ๆ ขณะที่ทรงช่วยเตรียมพระกระยาอาหารกลางวันแบบปิกนิก เมื่อมีผู้ถวายความสะอาดบาดแผลนั้นแล้ว สมเด็จพระราชินีต้องพระราชประสงค์ผ้าพลาสติกปิดแผล แต่ปรากฏว่าไม่มีข้าราชการบริพารในคณะตามเสด็จ ๆ คนใดจะนำติดมาเลย จึงได้เสด็จ

พระราชดำเนินไปยังโรงพยาบาลจันทบุรีซึ่งอยู่ใกล้ ๆ และได้พลาสเตอร์ปิดแผลตามพระราชประสงค์แต่ในขณะนั้นโรงพยาบาลจันทบุรีเป็นเพียงตึกหลังเล็ก ๆ เก่า ๆ มิได้ใหญ่โตเช่นในปัจจุบันสมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณีทรงคำนึงว่าจังหวัดใหญ่ ๆ เช่นนี้ ควรที่จะมีโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในด้านการรักษาพยาบาลมากกว่านี้เพื่อที่จะได้เป็นที่พึ่งของชาวบ้านในยามเจ็บไข้ จึงทรงตระหนักในพระราชหฤทัยว่าจะต้องทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ ดำเนินการแก้ไขแล้วได้ทรงออกพระราชเสาวนีย์รับเป็นพระราชภาระที่จะทรงช่วยเหลือให้ชาวบ้านได้รับการเยียวยาตามที่ควร

ปี พ.ศ. 2494 นายบริบาล และนางพยอม อังสุวร ได้รับจากเรือนคนไข้พิเศษให้

โรงพยาบาล 1 หลัง ชื่อเรือนพยอม - บริบาลอุทิศ จุกนุไขได้ 2 เตียง

ปี พ.ศ. 2496 โรงพยาบาล ฯ ได้รับเงิน ก.ศ.ศ ก่อสร้างอาคารเพิ่มเติม คือ

1. ตึกเอกขเรย์ 1 หลัง
2. ตึกคลอดบุตร “เอกรพานิช” 1 หลัง (โดยเงินสมทบของตระกูล “เอกรพานิช”)

3. เรือนแถวพยาบาล 8 ห้อง 1 หลัง ขณะนั้นเป็นโรงพยาบาลขนาด 80 เตียง

พ.ศ. 2497 สมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี พระบรมราชินีในรัชกาลที่ 7 จึงได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้า ฯ พระราชทานพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์ จัดสร้างตึกศัลยกรรมขึ้นพร้อมด้วยห้องผ่าตัดที่มีเครื่องอุปกรณ์ที่ทันสมัยที่สุดในขณะนั้น (และได้มีพระญาติพระวงศ์ ข้าราชการ และพ่อค้าประชาชน โดยเสด็จพระราชกุศลในการก่อสร้างตึกนี้ด้วยเป็นจำนวนมาก) ในการสร้างตึกหลัง นี้สมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี พระบรมราชินี ฯ ได้เสด็จมาทรงวางศิลาฤกษ์ด้วยพระองค์เอง เมื่อวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2498 และการก่อสร้างได้แล้วเสร็จเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2499 และทรงพระราชทานชื่อว่า “ตึกประชารักษ์” มีตราศกดิเคชน์ ใน “สมเด็จพระเจ้าฟ้าประชาธิปกศักดิเดชน์” เป็นตราประจำตึกและทรง สร้างพระบรมรูปพระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัวประดิษฐานไว้ ณ มุขหน้าตึกนี้ด้วย

ในการนี้จอมพล ป. พิบูลสงคราม น่าจะเป็นผู้ได้รับเกียรติกล่าวถึง เพราะได้เป็น ผู้สนองพระราชประสงค์รับพระราชทานโครงการที่เริ่มต้นจากพระราชทรัพย์ส่วนพระองค์นี้ ไว้เป็นโครงการของรัฐบาล โดยอนุมัติเงิน ก.ศ.ศ จำนวน 5,224,000. - บาท เพื่อทำการก่อสร้างตึกให้โรงพยาบาลจันทบุรีเป็นโรงพยาบาลขนาด 150 เตียง (พระยาบริรักษ์เวชการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้น) ได้เริ่มทำการก่อสร้างเมื่อเดือนมิถุนายน 2498 แล้วเสร็จเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2498 และโดยอนุมัติคณะรัฐมนตรีให้เปลี่ยนชื่อเป็น “โรงพยาบาลพระปกเกล้า”

เพื่อน้อมเกล้าฯ ถวายเป็นพระบรมราชานุสรณ์แด่พระบาทสมเด็จพระปกเกล้าเจ้าอยู่หัว

โรงพยาบาลพระปกเกล้า เป็นพระบรมราชานุสรณ์แห่งเดียวของพระมหากษัตริย์ที่ทรง
ถูกล้มตลอดมา แต่พระบรมราชานุสรณ์นี้ ก็จะเป็นสิ่งที่ดำรงคงอยู่และเจริญก้าวหน้าอย่างว่องไว
เพื่อประโยชน์ของประชาชนผู้ลี้ภัยมาขอรับการรักษายู่เนื่องแน่นความศรัทธาต่อโรงพยาบาล
นี้มีเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ห้องคนไข้ทั่วไปและตึกแผนกสูติกรรมมีคนไข้เต็มไปหมด จนบางครั้งก็
ต้องนอนกันตามระเบียบตึก จะเห็นได้ว่ากิจการนี้ยังต้องการการอุดหนุนอีกมาก เพราะขณะนี้ไม่มี
ใครไปหา “หมอดำแย” กันอีกแล้วยกเว้นแต่พวกหัวเก่าไม่กี่คนที่ยังเชื่อหมอกกลางบ้านอยู่

อาคารต่าง ๆ ของโรงพยาบาลที่สร้างเพิ่มเติมและเปลี่ยนแปลง คือ

1. สร้างเสริมตึกอำนวยการชั้นเดียวเป็น 2 ชั้น 1 หลัง
2. ตึกคนไข้ชาย 2 ชั้น 1 หลัง
3. ตึกคนไข้หญิง 2 ชั้น 1 หลัง
4. ตึกสูติกรรมชั้นเดียว
5. ทางเดินระหว่างตึก
6. ตึกเก็บศพ 1 หลัง
7. ศาลาพิธีเก็บศพ 1 หลัง
8. บ้านพักชั้นโท 3 หลัง
9. บ้านพักชั้นตรี 1 หลัง
10. โรงรถ 3 คูหา 1 หลัง
11. สโมสร โรงพยาบาล 1 หลัง
12. สร้างเสริมบ้านพักผู้อำนวยการเป็น 2 ชั้น
13. ทำรั้วก่ออิฐถือปูนด้านหลัง
14. ทำรั้วลดถนนรอบบริเวณโรงพยาบาล
15. ห้องแถวพยาบาล 8 ห้อง 1 หลัง

พร้อม ๆ กันนี้ ในปี พ.ศ. 2498 หลวงประพนธ์ นฤวุฒิ ได้สร้างเรือนคนไข้พิเศษให้
โรงพยาบาลฯ อีก 1 หลัง ชื่อเรือนประพนธ์นฤวุฒิ จุคนไข้ได้ 2 เตียง

พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช และสมเด็จพระนางเจ้าพระบรมราชินีนาถ
ได้เสด็จพระราชดำเนินทรงกระทำพิธีเปิดป้ายชื่อ “ตึกประชารูปก” และ “โรงพยาบาลพระปกเกล้า”
เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2499

พ.ศ. 2501 ประชาชนชาวอำเภอท่าใหม่ ได้บริจาคเรือนคนไข้พิเศษขนาด 2 เตียง จำนวน
3 หลัง คือ

1. นางแดง ศรีตุลา
2. นายลัก - นางโกย สวัสดิไชย
3. นางเนย ถึงสวนิช

พ.ศ. 2502 ได้ทำการสร้างเสริมตึกรังสีวิทยาเป็น 2 ชั้น เป็นเงิน 50,000. - บาท

พ.ศ. 2503 - 2505 พระราชจันทกวี เจ้าคณะจังหวัดจันทบุรี ได้ดำเนินการหาเงินสร้างตึกพระภิกษุสงฆ์สามเณรอาพาธขึ้นใหม่ แทนหลังเก่าซึ่งทรุดโทรมและคับแคบ ได้รับการบริจาคสมทบจากพ่อค้าประชาชนและในการนี้ พล.ต.อ. ประเสริฐ รุจิรวงศ์ รองอธิบดีกรมตำรวจ ได้แบ่งเงินทอดกฐินที่วัดปลับมาสมทบอีก 100,000. - บาท และบริจาคเพิ่มเติมในวันวางศิลาฤกษ์อีก 10,000. - บาท วางศิลาฤกษ์ ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2505 เมื่อการก่อสร้างแล้วเสร็จจึงใช้นามว่า“ตึกราชจันทกวีรุจิรวงศ์” และทำพิธีเปิดตึกนี้เมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2506

พ.ศ. 2505 โรงพยาบาล ฯ ได้งบประมาณ 600,000. - บาท ให้ดำเนินการก่อสร้างตึกคนไข้เด็ก 1 หลัง บ้านพักแพทย์ 3 หลัง การก่อสร้างได้แล้วเสร็จในวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2505

พ.ศ. 2506 บาทหลวงวัดโรมันคาทอลิกจันทบุรี พร้อมด้วยนักบวชและสัตบุรุษของวัดคาทอลิก ได้ร่วมกันสร้างเรือนคนไข้พิเศษอีก 1 หลัง เป็นเงิน 35,000. - บาท

พ.ศ. 2507 ได้รับเงินงบประมาณ จำนวน 500,000. - บาท สมทบกับเงินบริจาค 150,000. - บาท และเงินบำรุงโรงพยาบาล 109,700. - บาท รวมเป็นเงิน 759,700. - บาท เพื่อทำการก่อสร้างตึกสูติกรรม 1 หลัง แล้วเสร็จเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2507 และในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2507 ได้แยกแผนกกุมารเวชออกจากแผนกโสตถยกรรม ดังนั้นในปี พ.ศ. 2507 โรงพยาบาล ฯ ได้แบ่งแผนกการรักษาออกเป็น 5 แผนก คือ

1. แผนกโสตถยกรรม
2. แผนกศัลยกรรม
3. แผนกสูติกรรม
4. แผนกกุมารเวชกรรม
5. แผนกทันตกรรม

พ.ศ. 2508 ขยายขนาดโรงพยาบาลเป็น 330 เตียง และในปี พ.ศ. 2508 นี้ คณะกรรมการพัฒนาภาคตะวันออก ซึ่งมีพระบารามราชนาคร ฐมนุนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในสมัยนั้น เป็นประธาน ฯ ได้พิจารณาวางโครงการปรับปรุงโรงพยาบาลพระปกเกล้าให้เป็นโรงพยาบาลหลัก และเป็นศูนย์การศึกษาวิชาการพยาบาลผดุงครรภ์ และอนามัยของภาคตะวันออก ได้เสนอคณะรัฐมนตรีขออนุมัติจัดตั้งโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยขึ้น คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติเงินจำนวน 1,368,000. - บาท เป็นค่าก่อสร้างตึกเรียน 1 หลัง และบ้านพักครูพยาบาล 3 หลัง แล้วเสร็จ

เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2508 และเปิดรับนักเรียนในปีเดียวกัน เป็นรุ่นที่ 1 จำนวน 20 คน ก่อน และปีต่อมารับนักเรียนรุ่นละ 50 คน

พ.ศ. 2509 ได้รับเงินงบประมาณ จำนวน 3,894,000. - บาท เป็นค่าก่อสร้างเพิ่มเติมคือ

- | | |
|------------------------|--------|
| 1. หอพักนักเรียนพยาบาล | 1 หลัง |
| 2. ตึกพักแพทย์ 10 ห้อง | 1 หลัง |
| 3. ตึกพยาธิวิทยา | 1 หลัง |
| 4. ขยายตึกอำนวยการ | 1 หลัง |
| 5. บ้านพักครูพยาบาล | 1 หลัง |

เริ่มก่อสร้างเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2509 แล้วเสร็จเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2509

ในปี พ.ศ. 2509 นี้ กระทรวงสาธารณสุข (สมัยพระบาราสุนราศุรเป็นรัฐมนตรี) ได้กราบบังคมทูลเชิญสมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี พระบรมราชินีในรัชกาลที่ 7 เป็นองค์พระบรมราชินูปถัมภ์ โรงพยาบาลพระปกเกล้าและ โรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยพระปกเกล้า พระองค์ท่านได้ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ มีพระราชเสาวนีย์ทรงรับเป็นองค์พระบรมราชินูปถัมภ์ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้กราบบังคมทูล โรงพยาบาลฯ และ โรงเรียนพยาบาลฯ แห่งนี้จึงอยู่ในพระบรมราชินูปถัมภ์ของสมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี พระบรมราชินีในรัชกาลที่ 7 ตั้งแต่วันนั้นเป็นต้นมา

ในปีเดียวกันนี้ สมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี ได้พระราชทานพระราชทรัพย์จำนวน 60,000. - บาท รวมกับที่มีผู้บริจาคสมทบอีกเป็นเงินทั้งสิ้น 110,000. - บาท เพื่อเป็นกองทุนของโรงพยาบาลฯ และให้โรงพยาบาลใช้ดอกผลของเงินทุนนี้ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลฯ โดยใช้ชื่อกองทุนว่า “ทุนหม่อมราชวงศ์สมิทธสมานกฤดากร” ในการนี้พระบาราสุนราศุร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขสมัยนั้นเห็นว่าควรที่จะจัดตั้งเป็น “มูลนิธิโรงพยาบาลพระปกเกล้า” ขึ้นซึ่งมูลนิธินี้จะประกอบไปด้วยทุนต่าง ๆ ที่มีผู้มีจิตศรัทธาบริจาคให้มูลนิธิโรงพยาบาลพระปกเกล้า จึงมีขึ้นตั้งแต่วันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2509 เป็นต้นมา

นอกจากนี้พระองค์ยังได้ทรงตั้ง “ทุนประชาธิปไตย” ขึ้นด้วยมีพระประสงค์จะทรงส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลนี้ นอกเหนือไปจากที่โรงพยาบาลจะได้รับงบประมาณประจำปีทรงพระดำริว่าถ้าจะพระราชทานเฉพาะดอกผลของเงินทุนเป็นการประจำปีก็จะได้แต่เพียงเล็กน้อย แต่ในปีไม่สามารถทำประโยชน์ได้จริงจึงจึงได้พระราชทานเงินจากทุนดังกล่าว เป็นครั้งคราวตามความจำเป็นที่ทางโรงพยาบาลจะกราบบังคมทูลให้ทรงทราบ ได้ฝ่าละอองธุลีพระบาทจากตัวเงินทุนโดยตรง เช่น เดินสายไฟฟ้าใหม่ ติดตั้งโทรศัพท์ภายใน ทั้งหมดซื้อเครื่องกำเนิดไฟฟ้าไอน้ำสำหรับน้ำเกลือเหล่านี้เป็นต้น

ส่วนทางด้านวิทยาลัยพยาบาลนั้น นายแพทย์ ร.ต. กุศล จันทกุล และคณะได้บริจาคเงินตั้งเป็นทุนให้นักเรียนพยาบาลได้ยืมใช้เพื่อการศึกษาหรือกิจกรรมของวิทยาลัย และได้ขอพระราชทานพระบรมราชานุญาตตั้งชื่อว่า “ทุนประชาธิปไตยบรมราชานุสรณ์” สมเด็จพระบรมราชินีในรัชกาลที่ 7 ได้พระราชทานพระราชทรัพย์เพิ่มเติมแก่ทุนนี้ด้วย และมีผู้โดยเสด็จพระราชกุศล ทูลเกล้าฯ ถวายเงินสมทบทุนนี้ เพิ่มเติมทุกปีที่เสด็จพระราชดำเนินไปพระราชทานประกาศนียบัตรแก่ผู้สำเร็จวิชาพยาบาลนักเรียนพยาบาล ได้ยืมเงินจากบัญชีเงินเพื่อเรียกเป็นประจำ ส่วนดอกผลทางบัญชีฝากประจำนั้น ได้นำขึ้นทูลเกล้าทูลกระหม่อม เพื่อพระราชทานเป็นรางวัลแก่นักเรียนที่เรียนดีและความประพฤติดี

พ.ศ. 2510 ได้รับเงินงบประมาณ จำนวน 576,000. - บาท (ห้าแสนเจ็ดหมื่นหกพันบาทถ้วน) เป็นค่าก่อสร้างตึกเด็ก 1 หลัง การก่อสร้างเริ่มเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2510 แล้วเสร็จเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2511

พ.ศ. 2512 แบ่งแผนกการรักษาออกเป็น 6 แผนก โดยแยกแผนกจิตเวช ออกจากแผนกโสตถยกรรม และในปี พ.ศ. 2512 นี้ สำนักงานสลากกินแบ่งรัฐบาล ได้อนุมัติเงินจำนวน 1,000,000. - บาท (หนึ่งล้านบาทถ้วน) เป็นค่าก่อสร้างตึกคนไข้หนัก (Intensive Care Unit) พร้อมอุปกรณ์ต่าง ๆ ในตึก การก่อสร้างเริ่มเมื่อเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2513 แล้วเสร็จเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2514

พ.ศ. 2514 ขยายขนาดของโรงพยาบาลเป็น 346 เตียง และโรงเรียนพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย ได้ยกฐานะจากโรงเรียนเป็น “วิทยาลัยพยาบาล” โดยเปิดรับนักศึกษาจากผู้จบการศึกษาม.ศ. 5 สายสามัญ เป็นต้นมา

พ.ศ. 2519 โรงพยาบาลได้ขยายขนาดเป็น 350 เตียง เนื่องจาก นายมิ่งและนางปราณี เกษมสันต์ ได้บริจาคเงินสร้างตึกคนไข้พิเศษเป็นอาคาร 2 ชั้น จำนวน 1 หลัง ได้ชื่อว่า ตึกพิเศษเกษมสันต์

ต้นปี พ.ศ. 2519 ได้มีการเจรจากันระหว่างผู้อำนวยการกองฝึกอบรมกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์กิติ ดยัคคานนท์) และรองอธิการบดี ฝ่ายวิชาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (รองศาสตราจารย์นายแพทย์ทองจันทร์ หงส์คารมภ์) เรื่องการผลิตแพทย์เพื่อรับใช้สังคมชาวชนบท โดยกระทรวงสาธารณสุข มีความประสงค์จะให้แพทย์ทำงานในชนบทมากขึ้น จึงได้มีหนังสือจากปลัดกระทรวงสาธารณสุขถึงอธิการบดี (ศาสตราจารย์เดิมศักดิ์ กฤษณามระ) ขอความร่วมมือให้ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยผลิตแพทย์เพิ่มขึ้นโดยรับนิสิตจากต่างจังหวัด เพื่อจะได้กลับไปทำงานต่างจังหวัดเมื่อสำเร็จการศึกษา

มหาวิทยาลัยได้พิจารณาเรื่องนี้แล้วเห็นว่าควรจะร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข
ช่วยผลิตแพทย์ดังกล่าว โดยอาศัยแนวคิดในการผลิตอยู่ 2 ประการ คือ

1. จะต้องจัดหลักสูตรเน้นหนักทางชนบทและการเรียนในชนบท เพื่อแก้ปัญหาชนบท
ในกรณีนี้ การเรียนภาคคลินิกจำเป็นต้องจัดทำในโรงพยาบาลต่างจังหวัดโดยตลอด

2. ควรใช้โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นสถานที่เรียนและอาศัยแพทย์
และบุคลากรอื่นของโรงพยาบาลเหล่านั้นเป็นผู้สอน ซึ่งเป็นวิธีที่มีความสิ้นเปลืองในแง่ของ
การลงทุนน้อยโดยใช้ทรัพยากรของชาติที่มีอยู่แล้วให้เกิดประโยชน์

ต่อมากระทรวงสาธารณสุข และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดให้มีการประชุมเมื่อวันที่
1 กรกฎาคม พ.ศ. 2520 และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการจากคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 21 มีนาคม
พ.ศ. 2521 จากนั้นจึงได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพิจารณาดำเนินการซึ่งมีประธานร่วม ได้แก่
อธิการบดีจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ศาสตราจารย์เต็มศักดิ์ กฤษณามระ) และรองปลัดกระทรวง
สาธารณสุข (นายแพทย์อมร นนทสูต) และมีกรรมการฝ่ายกระทรวงและฝ่ายมหาวิทยาลัยร่วมอยู่
ด้วย

คณะกรรมการชุดนี้ได้ดำเนินการพิจารณาแผนงานโดยเสนอชื่อโครงการ ๑ ว่า “โครงการ
ส่งเสริมการศึกษาแพทย์สำหรับชนบท ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและกระทรวงสาธารณสุข”
ได้วางโครงร่างการดำเนินงานและแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ 4 คณะ คือ อนุกรรมการพิจารณาเกณฑ์
การคัดเลือกนิสิต อนุกรรมการจัดทำหลักสูตร อนุกรรมการแลกเปลี่ยนบุคลากรและอนุกรรมการ
พิจารณาคัดเลือกสถานที่ซึ่งคณะอนุกรรมการทั้ง 4 คณะ ได้ดำเนินการพิจารณาโครงสร้างและ
เกณฑ์ต่าง ๆ ที่ได้รับมอบหมายโดยมีกองฝึกอบรม กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานคณบดี
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นผู้ประสานงาน ซึ่งอนุกรรมการได้พิจารณาคัดเลือก
สถานที่ คือ โรงพยาบาลพระปกเกล้าสำหรับเป็นศูนย์การศึกษาภาคคลินิกของคณะแพทยศาสตร์
จุฬาฯ โดยเริ่มให้บริการการศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2525 เป็นต้นไป

พ.ศ. 2520 ขยายขนาดโรงพยาบาลเป็น 530 เตียง และได้รับเงินงบประมาณสำหรับ
ก่อสร้างตึกสัณยกรรมเป็นอาคาร 4 ชั้น จำนวน 1 หลัง นอกจากนี้ยังได้รับเงินบริจาคสำหรับสร้างตึก
พิเศษ 2 หลัง คือ

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 1. น.พ. ทองย้อย สวัสดิไชย | สร้างตึกพิเศษสวัสดิไชย |
| 2. นางลิ่ง จามวารี | สร้างตึกพิเศษกุมารเวช 3 |

พ.ศ. 2521 แยกฝ่ายจักษุ โสต ศอ นาสิก และฝ่ายศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ออกจากฝ่าย
ศัลยกรรม

พ.ศ. 2522 แยกฝ่ายโสต นาสิก ราริงซ์ ออกจากฝ่ายจักษุ และแยกฝ่ายเวชกรรมสังคมออกจากฝ่ายอายุรกรรม และเริ่มรับแพทย์ฝึกหัดมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ฯ นอกจากนี้โรงพยาบาล ฯ ยังได้รับเงินงบประมาณเพื่อก่อสร้างตึกผ่าตัด จำนวน 1 หลัง ก่อสร้างแล้วเสร็จ พ.ศ. 2524 และก่อสร้างบ้านพักเจ้าหน้าที่เพิ่มเติมดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| 1. บ้านพักระดับ 7 - 8 (อาคาร 2 ชั้น) | จำนวน 1 หลัง |
| 2. บ้านพักระดับ 3 - 4 (เรือนแถว 2 ชั้น 6 ยูนิต) | จำนวน 1 หลัง |
| 3. บ้านพักระดับ 1 - 2 (เรือนแถว 2 ชั้น 6 ยูนิต) | จำนวน 1 หลัง |
| 4. บ้านพักคนงาน (เรือนแฝด 1 ชั้น) | จำนวน 1 หลัง |

พ.ศ. 2523 โรงพยาบาลได้ตั้งงบประมาณขอซื้อที่ดินเพิ่มอีก 9 ไร่ 1 งาน 53 ตารางวา รวมมีพื้นที่ทั้งหมด 83 ไร่ 1 งาน 73 ตารางวา และขยายขนาดโรงพยาบาลเป็น 545 เตียง และได้รับเงินงบประมาณเพื่อก่อสร้างอาคารเพิ่มเติมดังนี้

- | | |
|-------------------------------------|--------------|
| 1. ตึกสูติ - นรีเวช (อาคาร 4 ชั้น) | จำนวน 1 หลัง |
| 2. หอพักนิสิตแพทย์ (อาคาร 20 ยูนิต) | จำนวน 1 หลัง |
| 3. บ้านพักอาจารย์ขนาด 1 ครอบครัว | จำนวน 1 หลัง |

พ.ศ. 2524 ได้รับเงินงบประมาณก่อสร้างอาคารเพิ่มเติม ดังนี้

- | | |
|--|--------------|
| 1. ตึกรังสีบำบัด | จำนวน 1 หลัง |
| 2. ตึกคลอดบุตร | จำนวน 1 หลัง |
| 3. บ้านพักเจ้าหน้าที่ระดับ 5 - 6 (หลังเดี่ยว 2 ชั้น) | จำนวน 1 หลัง |
| 4. บ้านพักเจ้าหน้าที่ระดับ 3 - 4 (เรือนแฝด 2 ชั้น) | จำนวน 1 หลัง |
| 5. แพลดพยาบาล (อาคาร 3 ชั้น) | จำนวน 1 หลัง |

ต่อมาในปี พ.ศ. 2524 น.พ. ชัยสิทธิ์ ธารากุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้ทำเรื่องขออนุญาตใช้ที่ดินสาธารณะประโยชน์ทุ่งพลงเหนือจากกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงมหาดไทยได้อนุญาตให้ใช้ที่ดินตามหนังสือศาลากลางจันทบุรี ที่ จบ 15/ 2/ 20581 ลงวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2524 มีจำนวนเนื้อที่ 167 ไร่ 1 งาน 20 ตารางวา เพื่อใช้ในโครงการส่งเสริมการศึกษาแพทย์สำหรับชาวชนบทโดยวางโครงการก่อสร้างอาคารพนักิิตแพทย์ อาจารย์ และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล พร้อมทั้งปรับปรุงพื้นที่ให้สามารถใช้เป็นสนามกีฬา สระกักเก็บน้ำ และระบบประปาของโรงพยาบาลและในวันที่ 18 มกราคม พ.ศ. 2525 นายอภัย จันทวิมลได้รับบริจาคที่ดินให้โรงพยาบาล มีจำนวน 2 ไร่ 3 งาน 90 ตารางวา รวมพื้นที่ของโรงพยาบาลทั้งหมด 253 ไร่ 1 งาน 183 ตารางวา

พ.ศ. 2525 โรงพยาบาล ฯ ขยายขนาดเป็น 560 เตียง เริ่มมีนิสิตแพทย์รุ่นที่ 1 และรุ่นที่ 2 ของโครงการส่งเสริมการศึกษาแพทย์สำหรับชาวชนบท ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และกระทรวงสาธารณสุขรวม 21 คน มาเรียนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตที่ศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตโรงพยาบาลพระปกเกล้า และในวันที่ 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2525 นายแพทย์เสม พริ้งพวงแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้ให้เกียรติเป็นประธานในพิธีเปิดศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต และในปีเดียวกันนี้โรงพยาบาล ฯ ได้รับงบประมาณเป็นเงิน 7,135,832.00 บาท เพื่อก่อสร้างตึก ดังต่อไปนี้

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1. ตึกคนไข้โรคติดต่อ | จำนวน 1 หลัง |
| 2. หอพักนิสิตแพทย์ขนาด 20 ยูนิต | จำนวน 1 หลัง |
| 3. บ้านพักข้าราชการระดับ 5 - 6 ชนิดหลังเดี่ยว | จำนวน 2 หลัง ทำการก่อสร้างแล้ว |

เสร็จปี พ.ศ. 2526

พ.ศ. 2526 ขยายขนาดโรงพยาบาล ฯ เป็น 603 เตียง และเริ่มมีแพทย์ประจำบ้าน จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเด็ก มาฝึกปฏิบัติงานในสาขา อายุรศาสตร์, สูติ - นรีเวชวิทยา, กุมารเวชศาสตร์ และศัลยศาสตร์ คราวละ 1 - 2 เดือน ในปี พ.ศ. 2526 โรงพยาบาล ฯ ได้รับเงินงบประมาณ 1,850,000 บาท เพื่อก่อสร้างบ้านพักข้าราชการระดับ 5 - 6 ขนาด 6 ครอบครัวจำนวน 1 หลัง ทำการก่อสร้างแล้วเสร็จปี พ.ศ. 2527

พ.ศ. 2527 ได้รับเงินงบประมาณ เพื่อก่อสร้างอาคารเพิ่มเติม ดังนี้

- | | |
|---|--|
| 1. ต่อเติมตึกอายุรกรรม (สำนักงานแพทย์อายุรกรรม) | จำนวน 1 หลัง เป็นเงิน 1,288,800. - บาท |
| 2. บ้านพักข้าราชการระดับ 5 - 6 (หลังเดี่ยว) | จำนวน 1 หลัง เป็นเงิน 610,000. - บาท |
| 3. หอพักพยาบาล ขนาด 20 ห้อง | จำนวน 1 หลัง เป็นเงิน 2,700,000. - บาท |

พ.ศ. 2528 ขยายขนาดโรงพยาบาล ฯ เป็น 658 เตียง ได้รับเงินงบประมาณก่อสร้างอาคารเพิ่มเติมดังนี้

- | | |
|--|--|
| 1. ต่อเติมตึกสูติกรรม 1 หลัง | เป็นเงิน 1,160,000. - บาท |
| 2. บ้านพักข้าราชการระดับ 5 - 6 ขนาด 6 ครอบครัว | จำนวน 1 หลัง เป็นเงิน 1,580,000. - บาท |

พ.ศ. 2529 โรงพยาบาล ฯ ได้รับเงินงบประมาณเพื่อซ่อมแซมตึกอายุรกรรม 1 - 2, 3 - 4 (2 หลัง) เป็นเงิน 660,000. - บาท และได้ขยายขนาดโรงพยาบาล ฯ เป็น 669 เตียง มีผู้ป่วยมารับ

บริการเฉลี่ยวันละประมาณ 670 ราย

พ.ศ. 2533 โรงพยาบาลพระปกเกล้า ได้ขยายเป็นโรงพยาบาลขนาด 678 เตียง

พ.ศ. 2534 โรงพยาบาล ฯ ได้รับงบประมาณก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสียเป็น จำนวน 19 ล้านบาทเศษ และได้สร้างเสร็จในปี พ.ศ. 2536 เริ่มเปิดใช้ระบบ ฯ เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2536

พ.ศ. 2535 โรงพยาบาล ฯ ได้รับงบประมาณก่อสร้างเพิ่มเติมขยายขนาดเป็น 686 เตียงโดย มีอาคารก่อสร้างใหม่ ดังนี้

1. อาคาร ไอ.ซี.ยู.เด็ก เป็นเงิน 3,100,000. - บาท (เงินสมเด็จพระนางเจ้ารำไพพรรณี)
2. เตาเผาขยะ 1 หลัง เป็นเงิน 9 แสนบาทเศษ
3. อาคารอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 5 ชั้น เป็นเงิน 69,000,000. - บาท

พ.ศ. 2536 โรงพยาบาลพระปกเกล้า ได้ขยายขนาดของโรงพยาบาลเป็น 733 เตียง

พ.ศ. 2538 โรงพยาบาลพระปกเกล้า ได้รับงบประมาณก่อสร้างอาคารใหม่ ดังนี้

1. อาคารเภสัชกรรม เป็นอาคาร คสล. 3 ชั้น
 - ชั้นที่ 1 ใช้ล้างขวดน้ำเกลือ บรรจุ ผสม ึ่งน้ำเกลือ
 - ชั้นที่ 2 ผสมยาภายนอก, ยาภายใน, ห้องทำงานเภสัช ฯ, ห้องปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่

ห้องผสมยาภายในภายนอก

ชั้นที่ 3 วิเคราะห์ Chem., BIO, Physic, เก็บสารเคมี, เก็บพัสดุ

วงเงินก่อสร้าง 13,200,000. - บาท ก่อสร้างแล้วเสร็จวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2540

2. อาคาร 114 เตียง (อาคารจิตการุณ) เป็นอาคาร คสล. 6 ชั้น ประกอบด้วย

ชั้นที่ 1 เป็นพื้นที่โล่ง (ปัจจุบันเปิดให้บริการเป็นศูนย์อาหารและมินิมาร์ท)

ชั้นที่ 2 - 4 ให้บริการผู้ป่วยเตียงสามัญ ชั้นละ 32 เตียง รวม 96 เตียง

ชั้นที่ 5 ให้บริการผู้ป่วยพิเศษ 13 ห้อง

ชั้นที่ 6 ให้บริการผู้ป่วยแยกโรค จำนวน 12 ห้อง

วงเงินก่อสร้าง 40,200,000. - บาท ก่อสร้างแล้วเสร็จเมื่อวันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2541

พ.ศ. 2539 โรงพยาบาลพระปกเกล้าได้รับงบประมาณก่อสร้างอาคารใหม่ ดังต่อไปนี้

1. อาคารเรียน ห้องสมุดและหอพักนิสิตแพทย์ ประกอบด้วย

1.1 อาคารเรียนและห้องสมุด เป็นอาคาร คสล. 3 ชั้น

ชั้นที่ 1 เป็นห้องสมุดและห้องผลิตเอกสาร, โรเนียว

ชั้นที่ 2 เป็นสำนักงานห้องประชุม ห้อง Computer ห้องอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์

ชั้นที่ 3 เป็นห้องเรียนนิสิตแพทย์ 3 ห้อง ห้องประชุมใหญ่ 1 ห้อง

1.2 หอพักนักศึกษาแพทย์ เป็นอาคาร คสล. 5 ชั้น ประกอบด้วย

ชั้นที่ 1 เป็นห้องกิจกรรมนิสิต, รับแขก, ห้องซักเสื้อผ้า, ติดต่อสอบถาม

ชั้นที่ 2 ห้องพักอาจารย์ 8 ห้อง, ห้องพักนิสิต 10 ห้อง

ชั้นที่ 3 ห้องพักนิสิต 18 ห้อง

ชั้นที่ 4 ห้องพักนิสิต 18 ห้อง

ชั้นที่ 5 ห้องพักนิสิต 10 ห้อง

รวมห้องพักนิสิต 56 ห้อง ห้องพักอาจารย์ 8 ห้อง

วงเงินก่อสร้าง อาคารเรียนและห้องสมุด, หอพักนิสิตแพทย์ รวม 60,000,000. - บาท
ก่อสร้างแล้วเสร็จเมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน พ.ศ. 2540

พ.ศ. 2539 ดร. ถนอม อังคะวัฒนา ได้ยื่นความจำนงขอบริจาค อาคาร คสล. 4 ชั้น

ชั้นที่ 1 เป็นพื้นที่โล่ง

ชั้นที่ 2 - 4 เป็นห้องพิเศษ ชั้นละ 8 ห้อง รวม 24 ห้อง

โดยเริ่มดำเนินการก่อสร้างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2540

ในวงเงินก่อสร้าง 11,200,000. - บาท กำหนดก่อสร้างแล้วเสร็จวันที่ 19 กรกฎาคม
พ.ศ. 2541 ผู้บริจาคได้ทำหนังสือส่งมอบให้โรงพยาบาลเมื่อวันที่ 9 กันยายน พ.ศ. 2541

2. อาคารพักพยาบาล 32 ยูนิต เป็นอาคาร คสล. 4 ชั้น ประกอบด้วย

ชั้นที่ 1 เป็นพื้นที่โล่งสำหรับจอดรถยนต์และรถจักรยานยนต์

ชั้นที่ 2 เป็นห้องพักพยาบาล 10 ยูนิต

ชั้นที่ 3 - 4 เป็นห้องพักพยาบาลชั้นละ 11 ยูนิต รวม 22 ยูนิต

วงเงินก่อสร้าง 24,771,000. - บาท ก่อสร้างแล้วเสร็จเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2540

3. อาคารผู้ป่วยนอกและสำนักงาน 7 ชั้น เป็นอาคาร คสล. 7 ชั้น ประกอบด้วย

ชั้นที่ 1 เป็นห้องคอมพิวเตอร์, ธนาคารเลือด, สำนักงานสังคมสงเคราะห์
ห้องพนักงานขับรถและที่จอดรถยนต์ของโรงพยาบาล

ชั้นที่ 2 เป็นห้องบัตร, ประชาสัมพันธ์, ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอกอายุรกรรม,
ศัลยกรรมกระดูก, สำนักงานรังสี ฯ พร้อมทั้งห้องรังสี ฯ, ห้องแล็บ, ห้องยาภายนอก, ศูนย์โทรศัพท์

ชั้นที่ 3 เป็นห้องตรวจ โรคผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม, สูติ - นรีเวชกรรม, คลินิกพิเศษ,
คลินิกยาเสพติด, ห้องพักเจ้าหน้าที่, ห้องยานอก

ชั้นที่ 4 เป็นห้องตรวจทันตกรรม, ห้องตรวจตา และ หู คอ จมูก, ห้องกระจายเสียง
และจัดทำรายการประชาสัมพันธ์, สำนักงานเวชสารสนเทศ

ชั้นที่ 5 สำนักงานและห้องตรวจวิเคราะห์พยาธิคลินิก

ชั้นที่ 6 เป็นสำนักงานบริหาร ๑ ประกอบด้วย ห้องผู้อำนวยการ ๑, รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ ๑, รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร ๑, กลุ่มงานการพยาบาล, ฝ่ายธุรการ, ฝ่ายพัสดุ ๑, ฝ่ายการเงิน ๑, ห้องประชุมขนาด 30 - 40 คน

ชั้นที่ 7 เป็นห้องประชุมใหญ่ขนาด 500 ที่นั่ง 1 ห้อง และห้องประชุมเล็กขนาด 30 - 40 คน 1 ห้อง

วงเงินก่อสร้าง 180,000,000. - บาท กำลังดำเนินการก่อสร้างยังไม่แล้วเสร็จ ขณะนี้ได้ส่งมอบงานงวด 19 แล้ว ยังเหลืองวดสุดท้ายที่ 20 คาดว่าจะส่งงานภายในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2542 นี้

พ.ศ. 2542 โรงพยาบาลพระปกเกล้า ได้รับงบประมาณก่อสร้างอาคารอายุรกรรมเป็นอาคาร คสล. 7 ชั้น 1 หลัง กำลังดำเนินการก่อสร้างอยู่ในงวดที่ 1 (มีทั้งหมด 20 งวด) งบประมาณก่อสร้าง 123,400,000. - บาท ประกอบด้วย

ชั้นที่ 1 เป็นพื้นที่โล่ง

ชั้นที่ 2 ประกอบด้วยเตียงผู้ป่วยสามัญ 64 เตียง สังเกตอาการ 3 เตียง

ชั้นที่ 3 ประกอบด้วยเตียงผู้ป่วยสามัญ 64 เตียง สังเกตอาการ 3 เตียง

ชั้นที่ 4 ประกอบด้วยห้องตรวจเครื่องมือพิเศษ 3 ห้อง ห้องพักฟื้น 1 ห้อง เตียงล้างไต 8 เตียง

ชั้นที่ 5 ประกอบด้วยห้องพิเศษ 12 ห้อง, ห้องสังเกตอาการ 1 ห้อง, ตรวจรักษา 1 ห้อง, คนไข้ภาวะวิกฤติ 10 เตียง, ห้องแยก 4 ห้อง

ชั้นที่ 6 ประกอบด้วยห้องพิเศษ 12 ห้อง, ห้องสังเกตอาการ 1 ห้อง, ตรวจรักษา 1 ห้อง, คนไข้ภาวะวิกฤติระบบหายใจ 8 เตียง, คนไข้วิกฤติโรคหัวใจ 8 เตียง

ชั้นที่ 7 ประกอบด้วยห้องพิเศษ 12 ห้อง, ห้องสังเกตอาการ 1 ห้อง, ตรวจรักษา 1 ห้อง, ห้องประชุม 1 ห้อง, สำนักงานแพทย์อายุรกรรม, ห้องสมุด และห้องทำงานนักศึกษาแพทย์

ปัจจุบันโรงพยาบาลพระปกเกล้า เป็นโรงพยาบาลขนาด 733 เตียง ผู้ป่วยนอกมารับบริการเฉลี่ย 1,053 คน อัตราครองเตียง 69.02% มีพื้นที่ทั้งหมด 253 ไร่ 1 งาน 183 ตารางวา

1. ทิศตะวันออกจดถนนเลียบริน ตรงข้ามสวนสาธารณะพระเจ้าตากสิน
2. ทิศเหนือจด สทร. 4 โรงงานฆ่าสัตว์ บ้านพักและที่เก็บรถเก็บขยะของเทศบาลเมือง
3. ทิศตะวันตกจดคลองทราย, ที่เอกชน และบ้านจัดสรรบ้านสวย
4. ทิศใต้จดคลองทราย, ที่เอกชน และถนนท่าแฉลบ (ดูในแผนที่ฉบับพิเศษ

ราชกิจจานุเบกษา)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541, บทคัดย่อ) ในการศึกษาเรื่อง คุณภาพบริการตาม ความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ความคาดหวังและการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการ โดยรวมอยู่ในระดับมากและระดับ ปานกลาง จำแนกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ความเชื่อถือไว้วางใจได้ การตอบสนองต่อผู้รับบริการ ด้านระบบงาน/ กระบวนการ และ ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจในผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษา และ จำนวนครั้งที่มารับบริการที่แตกต่างกัน มีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนผู้รับบริการที่มีอายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน และเหตุจูงใจในการมารับบริการที่ต่างกัน มีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน และผู้รับบริการที่มีอายุต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนผู้รับบริการที่มี เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวนครั้งที่มารับบริการ และเหตุจูงใจในการมารับบริการที่ต่างกัน มีการรับรู้เกี่ยวกับคุณภาพ บริการ ไม่แตกต่างกัน

วิภาวดี ธนังเจริญลาก (2543, บทคัดย่อ) การศึกษาครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษา ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก จำแนกตามสภาพของผู้ป่วย และปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยนอกต่อ การให้บริการทาง การแพทย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา เพื่อเปรียบเทียบ ความพึงพอใจต่อการให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ระหว่างตัวแปรประเภทของผู้ป่วย และปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยที่มา รับบริการ และสามารถทำให้ ทราบแนวทางการพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ของ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ซึ่งเป็นความต้องการของผู้ป่วย ที่เป็นผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยนอกที่มา รับบริการทางการแพทย์ของ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2543 จำนวน 723 คน เป็นผู้ป่วยที่เป็นประชาชนทั่วไป จำนวน 377 คน และผู้ป่วย ที่เป็น ผู้ประกันตนจำนวน 346 คน โดยได้มาด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวม ข้อมูลเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าแจกแจงแบบที (t - test) และ ค่าการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (F - test) ทดสอบความแตกต่างรายคู่ ตามวิธีการของ LSD (Least Significant Difference) ผลการวิจัยพบว่า ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกต่อการให้บริการทาง การแพทย์ของโรงพยาบาล สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาทั้งโดยรวม และแต่ละรายด้านอยู่ใน

ระดับปานกลาง แต่เมื่อวิเคราะห์โดยตัวแปรบางตัวแปร พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาชีพค้าขาย อาชีพเกษตรกรรม ผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย (ไม่เกิน 3000 บาท) และผู้ป่วยที่มี ระดับการศึกษาประถมศึกษา มีความพึงพอใจต่อการให้บริการทางการแพทย์อยู่ใน ระดับสูง ผู้ป่วยประเภทประชาชนทั่วไป มีความพึงพอใจต่อการให้บริการทางการแพทย์ของ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สูงกว่าผู้ป่วยประเภทประกันตน ผู้ป่วยเพศชาย ผู้ป่วยเพศหญิง และผู้ป่วยที่มีถิ่นที่อยู่ในเขตและนอกเขต อำเภอศรีราชา มีความพึงพอใจต่อการให้บริการทางการแพทย์ของ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยที่มีสถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ อายุ แตกต่างกัน มีความพึงพอใจต่อการให้บริการ ทางแพทย์ของ โรงพยาบาล สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา แตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ได้เสนอแนะแนวทางพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ของ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่สำคัญดังนี้ ด้านความสะดวกในการให้บริการ เสนอแนะให้กำหนดห้องตรวจ โรงเลาะ หรือเฉพาะแผนกให้ชัดเจน ด้านอธยาศัยของผู้ให้บริการ เสนอแนะให้มีเจ้าหน้าที่ต้อนรับ และให้คำแนะนำกับผู้มารับบริการ ด้านคุณภาพของผู้ให้บริการ เสนอแนะ ให้แพทย์อธิบายถึงผลวินิจฉัยโรคให้ผู้ป่วยได้รับทราบ และด้านความรวดเร็ว ในการให้บริการ เสนอแนะให้ จัดเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์เพื่อตอบข้อซักถาม กับผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว

ขนิษฐา เล็กรุ่งเรืองกิจ (2545, บทคัดย่อ) การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 169 คน โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้วัดความพึงพอใจเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ .95 สถิติที่ใช้ ได้แก่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย สหวนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวและทำการทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีของเซฟเฟผลการวิจัยพบว่า

1. ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความพึงพอใจในบริการโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับสูงทั้ง 6 ด้าน
2. ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยเพศชาย และเพศหญิง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาปัจจุบันแตกต่างกันมีความพึงพอใจในบริการไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
4. ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความพึงพอใจในบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 โดยผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา

มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา อนุปริญา มีความพึงพอใจในบริการสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี และผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา อาชีวศึกษา/ อนุปริญา มีความพึงพอใจในบริการสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี

5. ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความพึงพอใจในบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 โดยผู้ป่วยที่เป็นนักเรียน/ นักศึกษามีความพึงพอใจในบริการสูงกว่าผู้ป่วยที่มีอาชีพรับราชการ

6. ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยที่มีสิทธิในการรักษาแตกต่างกัน มีความพึงพอใจในบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 โดยผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสังคม สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท มีความพึงพอใจในบริการสูงกว่าผู้ป่วยที่มีสิทธิเบิกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

7. ความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท ที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความพึงพอใจในบริการไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความพึงพอใจในบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาอาชีวศึกษา/ อนุปริญา มัธยมศึกษา มีความพึงพอใจในบริการสูงกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาปริญญาตรี

นนทวรรณ มณีนาวา (2546, บทคัดย่อ) การศึกษาเรื่อง “คุณภาพบริการของโรงพยาบาลตราด ตามนโยบาย 30 บาท รักษาทุกโรค” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลตราด ตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยศึกษาความคิดเห็นในด้านต่าง ๆ รวมสี่ด้าน ได้แก่ ด้านการประชาสัมพันธ์โครงการ ด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม ด้านการให้บริการรักษาพยาบาล และระดับคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นประชาชนผู้รับบริการและข้าราชการผู้ให้บริการของโรงพยาบาลตราด จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการที่แจกแบบสอบถาม 359 รายและที่ทำการสัมภาษณ์ 10 ราย ผู้ให้บริการที่แจกแบบสอบถาม 15 ราย และที่ทำการสัมภาษณ์ 5 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้รับบริการใช้วิธีแจกแบบสอบถามและอยู่ด้วยตลอดเวลาเพื่อตอบข้อซักถามหากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจคำถาม ส่วนผู้ให้บริการนั้นใช้วิธีส่งแบบสอบถามแล้วจึงเก็บรวบรวมแบบสอบถามที่ทอดไปคืนกลับมาด้วยตนเอง ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลนั้น ใช้สถิติค่าร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่า t - test และค่าสถิติการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพนั้นใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหาผลการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความคิดเห็นต่อคุณภาพการให้บริการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลตราดในระดับดี และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า

มีความคิดเห็นต่อคุณภาพการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลตราดในระดับปานกลางโดย
ไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ทั้งนี้ผู้รับบริการมี
ความคิดเห็นว่าคุณภาพของการรักษาพยาบาลขึ้นอยู่กับ การให้บริการด้านการรักษาพยาบาลร่วมกับ
การให้บริการด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม ส่วนผู้ให้บริการมีความคิดเห็นว่าคุณภาพของ
การรักษาพยาบาลขึ้นอยู่กับด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมเท่านั้น

ถ้าไย แม้นเสถียร (2546, บทคัดย่อ) ทำการศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นของผู้รับบริการต่อ
คุณภาพของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับ
คุณภาพการบริการของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางปะกงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดย
ด้านที่มีระดับน้อยที่สุดคือ ด้านความเพียงพอที่จะให้บริการ รองลงมาคือ ด้านจริยธรรมเจ้าหน้าที่
และระดับมากคือ ด้านการให้ความรู้และการปรึกษา ส่วนปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับ
ความคิดเห็นต่อคุณภาพของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางปะกง ได้แก่ รายได้ ส่วนเพศ อายุ
การศึกษา และอาชีพ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อคุณภาพของผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลบางปะกง

เกรียงศักดิ์ นาราตี (2548) ศึกษาคุณภาพบริการตามความคาดหวังและการรับรู้ของผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในศูนย์สุขภาพชุมชน ในเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระ
ยุพราชหล่มเก่า อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ จากการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เก็บข้อมูลกลุ่ม
ตัวอย่าง 125 คนโดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดคุณภาพบริการ SERVQUAL
ของ พาราสุรามาน และคณะ (Parasuraman, et al., 1998) ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพบริการตาม
ความหวังของผู้มารับบริการทั้งโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และรายด้านอยู่ในระดับมาก
ส่วนคุณภาพบริการตามการรับรู้ของผู้มารับบริการทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง
โดยภาพรวมค่าเฉลี่ยของความคาดหวังสูงกว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ทั้งโดยรวมและรายด้าน

จิรพงศ์ เลิศลักษณ์พันธุ์ (2548, บทคัดย่อ) ศึกษาความคิดเห็นของผู้ใช้บริการศูนย์สุขภาพ
โรงพยาบาลท่าใหม่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ใช้บริการให้ความสำคัญต่อการให้บริการของศูนย์สุขภาพ
โรงพยาบาลท่าใหม่ อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาทั้ง 5 ด้าน คือ ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่
พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในเรื่องการต้อนรับมากที่สุด ด้านประเภทยุทธศาสตร์ที่
ให้บริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับอุปกรณ์ประเภทสถานีรวมมากที่สุด
ด้านสถานที่ตั้งของศูนย์สุขภาพ กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับ ความสะดวกในการเดินทาง
มากที่สุด ด้านเวลา เปิด - ปิด และค่าธรรมเนียมในการใช้บริการ กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับ
เวลาในการให้บริการมากที่สุด คือ เวลา 15.00 - 20.00 น. ทุกวันทำการ ด้านสภาพแวดล้อม
กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการมีอากาศถ่ายเทสะดวกมากที่สุด และให้ความสำคัญกับ

การบริการด้านสถานที่ตั้งมากที่สุด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการให้บริการในภาพรวม คือ เพศชาย กลุ่มอายุ 41 ปีขึ้นไป อาชีพพ่อบ้าน/ แม่บ้าน รายได้ 10,000 - 15,000 บาท การศึกษาระดับประถมศึกษา สภาพมีอาคารเจ็บป่วยบ่อย สามารถแบ่งเวลาออกกำลังกายมากกว่า 1 ชั่วโมง และใช้บริการสถานออกกำลังกายทุกวันจะให้ความสำคัญต่อการให้บริการในระดับมากที่สุด

ศูนย์ มิ่งขวัญ (2548, บทคัดย่อ) ศึกษาบริการทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลพระปกเกล้าตามความคาดหวังของผู้รับบริการ ผลการศึกษาพบว่า ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรีอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.80) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน ปรากฏว่าความคาดหวังของผู้รับบริการด้านความเชื่อมั่นไว้วางใจ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.85) รองลงไปคือ ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกในการให้บริการทางการแพทย์อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.76 และค่าเฉลี่ย = 3.75) และด้านระบบงาน/ กระบวนการ อยู่ในระดับมาก ตามลำดับ และจากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ถิ่นที่อยู่อาศัยและประเภทของผู้รับบริการที่แตกต่างกันจะมีความคาดหวังต่อบริการทางการแพทย์ที่ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนเหตุผลการใช้บริการทางการแพทย์ของผู้รับบริการแตกต่างกัน จะมีความคาดหวังต่อบริการทางการแพทย์ที่แตกต่างกัน โดยที่ผู้ใช้บริการปฏิบัติตามที่ระบุสถานที่ไว้มีความคาดหวังน้อย ส่วนแนวทางในการพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ตามความคาดหวังของผู้รับบริการพอสรุปได้ 3 ด้าน คือ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ด้านระบบงาน/ กระบวนการ และด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

ภัทริตา สนั่นพานิชกุล (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจต่อคุณภาพ

การบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองจันทบุรี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชาชนผู้มารับบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองจันทบุรี ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม พ.ศ. 2550 จำนวน 300 คน พบว่า ในภาพรวมประชาชนมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองจันทบุรีอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจจากมากไปหาน้อย พบว่า ประชาชนผู้มารับบริการมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ อันดับแรกคือ ด้านความสะดวกสบาย รองลงมาคือ ด้านประสิทธิภาพ ด้านคุณภาพ ด้านความพึงพอใจ ด้านความทั่วถึง ด้านการตอบสนอง ความต้องการ ด้านความเป็นธรรม ด้านความพร้อมในการให้บริการ ด้านความต่อเนื่อง และด้านความเสมอภาค และเมื่อศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองจันทบุรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าประชาชนผู้มาใช้บริการที่มี

เพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา และความถี่ในการใช้บริการต่างกัน มีความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองจันทบุรี ไม่แตกต่างกัน แต่ประชาชนผู้มาใช้บริการที่มีอายุ อาชีพ และประเภทที่มาใช้บริการต่างกัน มีความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการของศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลเมืองจันทบุรี แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อ่ำไพ ทองยศ (2550, บทคัดย่อ) ศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชล อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ผลการศึกษาพบว่าความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชล ด้านความน่าเชื่อถือมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก รองลงมาคือด้านการให้บริการอื่น ๆ รองอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ อยู่ในระดับมาก, ด้านบุคลากรและเจ้าหน้าที่ อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรักษาพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง และด้านราคาค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ พบว่า ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ ส่วนด้านเพศมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในส่วนข้อเสนอแนะในการพัฒนาและเพิ่มคุณภาพการให้บริการ พบว่า ประชาชนผู้ใช้บริการมีข้อเสนอแนะว่าควรให้บริการคนไข้เท่าเทียมและเสมอภาคกันมากที่สุด รองลงมา คือ ควรลดค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการรับบริการให้น้อยลง รองลงมาคือ ลานจอดรถไม่เพียงพอควรเพิ่มสถานที่จอดรถ แพทย์ควรเข้มแข็งและให้คำแนะนำคนไข้เกี่ยวกับอาการและการปฏิบัติตัว ตามลำดับ

เพ็ญศรี ฉายสัค และคณะ (2540, บทคัดย่อ) ได้ศึกษาระยะเวลาใช้บริการและความพึงพอใจของผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกระทุ่ม จังหวัดภูเก็ต พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่พอใจที่ไม่มีที่นั่งสำหรับรอแพทย์ตรวจ รอานานเกินไป และไม่ได้รับความสะดวกที่ห้องบัตร และผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุดที่มีป้ายบอกสถานที่ต่าง ๆ ชัดเจนหาห้องที่ต้องการได้ง่าย ความเป็นระเบียบของอาคารสถานที่ ตามลำดับ

1. เพศ

จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการบริการ ผู้วิจัยได้สรุปตัวแปรจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเพศ ดังนี้

ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผู้รับบริการที่มีเพศต่างกัน มีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการ ไม่แตกต่างกัน

สุนีย์ มิ่งขวัญ (2548, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่องความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระปกเกล้า พบว่า ผู้รับบริการที่มีเพศแตกต่างกันจะมีระดับความคาดหวังต่อบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลพระปกเกล้าที่ไม่แตกต่างกัน

อำไพ ทองยศ (2550, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับเพศมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. อายุ

จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการบริการ ผู้วิจัยได้สรุปตัวแปรจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุ ดังนี้

ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผู้รับบริการที่มีอายุต่างกัน มีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการไม่แตกต่างกัน

สุนีย์ มิ่งขวัญ (2548, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่องความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระปกเกล้า พบว่า ผู้รับบริการที่มีอายุแตกต่างกันจะมีระดับความคาดหวังต่อบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลพระปกเกล้าที่ไม่แตกต่างกัน

อำไพ ทองยศ (2550, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการ

3. ระดับการศึกษา

จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการบริการ ผู้วิจัยได้สรุปตัวแปรจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา ดังนี้

ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สุนีย์ มิ่งขวัญ (2548, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่อง ความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระปกเกล้า พบว่า ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีระดับความคาดหวังต่อบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลพระปกเกล้า

ที่ไม่แตกต่างกัน

อำไพ ทองยศ (2550, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการ

ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่าผู้มาใช้บริการที่มีระดับการศึกษา ต่างกันมีความคิดเห็นต่อคุณภาพการบริการของคลินิกบำบัดพฤติกรรมทางจิตเวช อำเภอแกลง จังหวัดระยอง แตกต่างกัน

4. อาชีพ

จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการบริการ ผู้วิจัยได้สรุปตัวแปรจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาชีพ ดังนี้

ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผู้รับบริการที่มีอาชีพต่างกัน มีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการ ไม่แตกต่างกัน

สุนีย์ มิ่งขวัญ (2548, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่องความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระปกเกล้า พบว่า ผู้รับบริการที่มีอาชีพแตกต่างกันจะมีระดับความคาดหวังต่อบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลพระปกเกล้าที่ไม่แตกต่างกัน

อำไพ ทองยศ (2550, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการ โรงพยาบาลเอกชน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการ

5. รายได้

จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการบริการ ผู้วิจัยได้สรุปตัวแปรจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรายได้ ดังนี้

ทรวงทิพย์ วงศ์พันธ์ (2541, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่อง คุณภาพบริการตามความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้รับบริการในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลของรัฐ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ผู้รับบริการที่มีรายได้ต่างกัน มีความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพบริการแตกต่างกัน

สุนีย์ มิ่งขวัญ (2548, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่องความคาดหวังของผู้รับบริการต่อบริการทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระปกเกล้า พบว่า ผู้รับบริการที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีระดับความคาดหวังต่อบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลพระปกเกล้าที่แตกต่างกัน

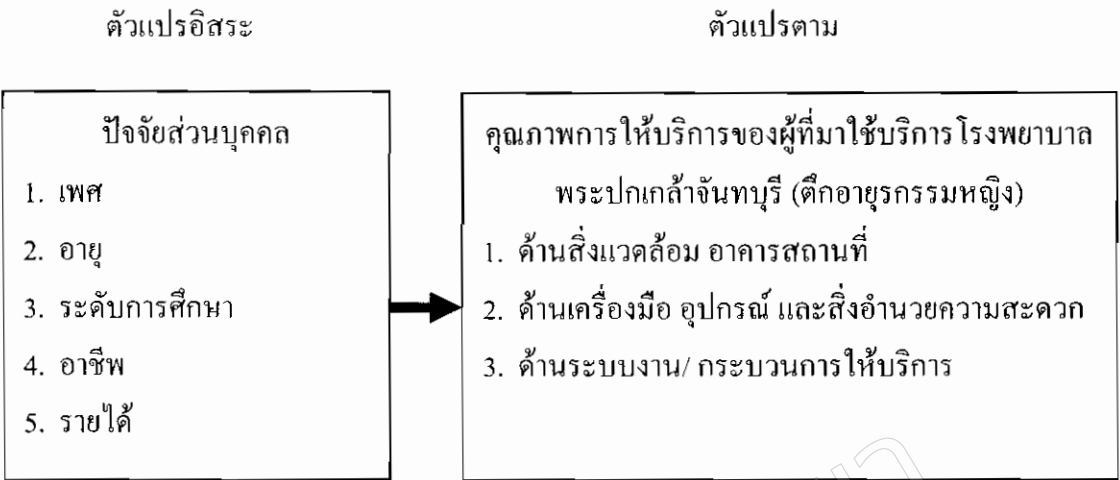
อำไพ ทองยศ (2550, บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาเรื่องความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการโรงพยาบาลเอกชน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลกับความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยในการตัดสินใจเลือกใช้บริการนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากแนวความคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดมาตรฐานโรงพยาบาล (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2539) ในส่วนของการบริการผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นมาตรฐานเดียวกันในการนำมาปรับใช้กับมาตรฐานโรงพยาบาล โดยนำส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริการมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาเรื่อง คุณภาพการให้บริการของผู้ที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี (ตึกอายุรกรรมหญิง) ครั้งนี้ กรอบแนวคิดในการวิจัยได้ กำหนดตัวแปร 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) คือ ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้
2. ตัวแปรตาม (Dependent Variables) คือ คุณภาพการให้บริการของผู้ที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี (ตึกอายุรกรรมหญิง) ใน 3 ด้าน
 - 2.1 ด้านสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่
 - 2.2 ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก
 - 2.3 ด้านระบบงาน/ กระบวนการให้บริการ

จากการศึกษาแนวคิด, ทฤษฎี, เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้กำหนดตัวแปรอิสระและตัวแปรตามของการวิจัย และนำมาสร้างเป็นแบบที่แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามได้ดังรูป



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดในการวิจัย