

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเรื่อง ความรู้และความพึงพอใจของหัวหน้าสถานีนามัยต่อการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของจังหวัดราชบุรี ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
2. แนวทางการบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับประเทศ
3. แนวทางการบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดราชบุรี
4. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และการวัดความรู้
5. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน
6. โครงสร้างการบริหารงานของสถานีนามัย
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายถึง สิทธิของประชาชนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานอย่างเสมอหน้า ด้วยเกียรติ ศักดิ์ศรีที่เท่าเทียมกัน โดยที่ภาระด้านค่าใช้จ่ายไม่เป็นอุปสรรคที่เขาจะได้รับสิทธินั้น (พงษ์เชียร พันธุ์พิพัฒน์ ๒๕๔๖: ๒๔)

การดำเนินงานประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยไม่มีปัญหาด้านการใช้จ่ายมาเป็นอุปสรรค เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับ แต่เนื่องจากในประเทศไทยนั้นแม้หลายรัฐบาลที่ผ่านมาได้มีนโยบายและหลักการในการผลักดันให้เกิดบริการด้านสุขภาพเพื่อประชาชน แต่ยังคงมีปัญหาค่าใช้จ่ายที่ไม่เหมาะสมในระบบประกันสุขภาพชนิดต่าง ๆ ทั้งในด้านการได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ นอกจากนี้วิธีการจ่ายเงินให้แก่สถานพยาบาลที่เน้นงบประมาณเหมารวม ทำให้ผู้ให้บริการมีแรงจูงใจที่ต้องควบคุมค่าใช้จ่าย และอาจให้บริการที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการ ทั้งนี้ในการที่จะให้ผู้รับบริการได้รับบริการอย่างเสมอภาคกันนั้นจำเป็นต้องให้ผู้ให้บริการจะต้องไม่รู้สึกว่าการกลุ่มที่คนกำลังให้บริการนั้น ก่อให้เกิดภาระกับสถานพยาบาล อย่างไร

ก็ตาม นอกจากปัญหาต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ยังมีปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงก็คือ พบว่า ยังมีประชาชนประมาณ 12 ล้านคน ที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ รัฐบาลในยุคปัจจุบัน จึงได้กำหนดนโยบายเร่งด่วนในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการผลักดันโครงการ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือที่ประชาชนรู้จักในนาม โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค เพื่อให้ เกิดหลักประกันสุขภาพ สำหรับประชาชนที่ยังไม่มีหลักประกันสุขภาพประเภทใด ๆ โดยเริ่ม ดำเนินการตั้งแต่ 1 เมษายน 2544 ในพื้นที่ 6 จังหวัด ได้แก่ ปทุมธานี สมุทรสาคร นครสวรรค์ พะเยา ยโสธร ขะลา และขยายการดำเนินงานไปสู่จังหวัดที่เหลือในปีงบประมาณ 2545 เพื่อให้ ครอบคลุมการให้บริการทั่วประเทศ

1.1 เป้าหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เป้าหมายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ การสร้างหลักประกันให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ตามความจำเป็น โดยบริการนั้นเป็นบริการที่ได้ มาตรฐาน และประชาชนพึงพอใจเป็นบริการที่จัดให้โดยคำนึงถึงเกียรติและศักดิ์ศรีของประชาชน ทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน มิใช่เป็น เรื่องที่รัฐสงเคราะห์หรือช่วยเหลือประชาชน (Public Assistance) การดำเนินงานหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้านี้เป็นการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่ง ราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 52 ที่ว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการ สาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุข ของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ตามกฎหมายบัญญัติ” แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการสร้าง หลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวคงไม่เพียงพอที่จะ ทำให้ประชาชนทุกคนมี “สุขภาพดี” หรือมี “สุขภาพะ” ซึ่งเป็นเป้าหมายสูงสุดของระบบสุขภาพได้ การที่ประชาชนจะมี “สุขภาพดี” ได้นั้นประชาชนต้องสามารถพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้มาก ขึ้น สามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลและบริหารจัดการระบบสุขภาพได้ โดยถือว่า “สุขภาพ” เป็นเรื่อง ของประชาชนทุกคน และเพื่อประชาชนทุกคน (All for Health for All) มีระบบที่เน้นการ “สร้าง” สุขภาพมากกว่าการ “ซ่อม” สุขภาพ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพื่อให้ประชาชนทุกคน มี “สุขภาพดี” นั้น จึงต้องสนับสนุนการสร้างเงื่อนไขต่าง ๆ ดังกล่าวให้เกิดขึ้นด้วย

1.2 กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดของการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีดังนี้

1.2.1 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุก ระดับและเป็นเจ้าของร่วมกัน โดยมีเป้าหมายคือ สุขภาวะตามหลักการสุขภาพพอเพียง

1.2.2 ประชาชนต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิในการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ และมีสิทธิในการเลือกขึ้นทะเบียนและใช้บริการของหน่วยงาน บริการระดับต้นที่ตนเองพึงพอใจ ใกล้บ้านหรือที่ทำงาน

1.2.3 สถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนที่ให้บริการต้องมีมาตรฐาน และได้รับการรับรองคุณภาพ (Quality Accreditation)

1.2.4 ระบบประกันสุขภาพให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการระดับต้น (Primary Care) เป็นจุดบริการด่านแรกที่ทำให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ กรณีที่เกินความสามารถ หน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่น

1.2.5 สนับสนุนให้หน่วยบริการระดับต้นด้วยตนเอง และหน่วยบริการระดับต้น กับสถานพยาบาลระดับอื่นให้บริการร่วมกันในลักษณะเครือข่าย (Provider Network)

1.2.6 ระบบการเงินการคลังต้องเป็นระบบที่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ (Cost Containment System) และต้องระวังไม่ให้เกิดสภาพที่ประชาชนมาพึ่งบริการมากเกินไปจนเกินความจำเป็น กลไกการจ่ายเงินแก่สถานพยาบาลจะต้องเป็นการจ่ายแบบปลายปิด (Close End) และเป็นการจ่ายแบบมุ่งเน้นผลลัพธ์การดำเนินงาน (Performance Related Payment)

1.2.7 สิทธิประโยชน์หลักหรือรูปแบบหรือกลไกการจ่ายเงิน (Payment Mechanism) แก่ผู้ให้บริการจะต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน

1.3 ระบบบริการสุขภาพ

ในการจัดระบบบริการสุขภาพได้มีการกำหนดรูปแบบเครือข่าย เพื่อให้บริการตามประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1.3.1 หลักการในการจัดเครือข่าย

หลักการในการจัดเครือข่ายคือ ทำให้เกิดบริการที่มีคุณภาพกระจายอย่างทั่วถึง ประชาชนทุกกลุ่มเข้าถึงบริการได้ง่าย ต้องเอื้อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ บูรณาการ และมีการส่งต่อระหว่างบริการแต่ละระดับได้อย่างไม่มีช่องว่าง ครอบคลุมบริการสุขภาพพื้นฐานสำคัญตามชุดสิทธิประโยชน์หลัก ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ลดปัญหาการบริการที่ซ้ำซ้อน ต้องเอื้อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน โดยทั่วหน้าเอื้อต่อการจัดบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง คือเอื้อให้เกิดบริการที่ผสมผสาน ดูแลด้วยแนวคิดแบบองค์รวม บูรณาการการดูแลทั้งด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสุขภาพอย่างสอดคล้องกับสภาพความต้องการของประชาชน สร้างให้เกิดความรับผิดชอบเครือข่ายบริการต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนระยะยาว ตลอดจนสร้างความร่วมมือ

ในการให้บริการภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชนทั้งนี้ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้ประชาชนมีและใช้บริการจากหน่วยบริการระดับต้น หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ใกล้เคียงเป็นบริการด่านแรก (Frontline Service) ที่สามารถให้บริการแบบผสมผสาน (Comprehensive Care) ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพบริการทางการแพทย์ที่เกินขีดความสามารถของหน่วยบริการระดับต้น หน่วยบริการระดับต้นจะรับผิดชอบในการส่งผู้ป่วยไปรับบริการต่อที่สถานพยาบาลอื่น การให้ความสำคัญดังกล่าว จะดำเนินการโดยกำหนดให้หน่วยบริการระดับต้นหรือหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการคู่สัญญา (Main Contractor) สำหรับบริการปฐมภูมิ และหน่วยงานที่จะเป็นคู่สัญญาให้บริการสุขภาพภายใต้การประกันสุขภาพถ้วนหน้า จัดได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1) หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care, CUP) หมายถึง หน่วยงานที่จัดให้มีบริการสุขภาพ ทั้งไปทั้งส่วนที่เป็นการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐานที่เป็นลักษณะการให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการที่บ้านและบริการในชุมชน ไม่รวมบริการทางการแพทย์ที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับนี้จะต้องจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชนขึ้นเป็นหน่วยบริการที่ประชาชนผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเลือกขึ้นทะเบียน เพื่อเป็นหน่วยบริการประจำตัว/ครอบครัวหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้ และจัดแบ่งเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก (Main Contractor) ซึ่งสามารถจัดบริการ ได้ครบตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด และหน่วยบริการปฐมภูมิรอง (Sub – Contractor) ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ให้บริการไม่ได้ครบทุกประเภท

2) หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับทุติยภูมิ (Contracting Unit for Secondary Care, CUS) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั่วไป กรณีผู้ป่วยในเป็นหลัก เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย รวมถึงโรงพยาบาลเอกชนต่าง ๆ ที่เข้าร่วมโครงการ หน่วยบริการที่ให้บริการระดับนี้จะรับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน

3) หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับตติยภูมิ (Contracting Unit for Tertiary Care, CUT) หมายถึง หน่วยงานที่ให้บริการที่เป็นบริการทางการแพทย์เฉพาะทาง ต้องใช้เทคโนโลยีที่มีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง หน่วยบริการระดับนี้ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่สังกัดทบวงมหาวิทยาลัย หรือสถาบันที่ดูแลรักษาโรคเฉพาะทาง เช่น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ สถาบันโรคผิวหนัง สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เป็นต้น โดยหน่วยบริการแต่ละ

แห่งอาจเป็นคู่สัญญาของบริการที่มากกว่าหนึ่งระดับได้ ถ้าสามารถจัดบริการได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้

1.3.2 การจัดหน่วยบริการ

1) ด้านบุคลากร ต้องมีบุคลากรประเภทต่าง ๆ ทั้งส่วนที่เป็นแพทย์ พยาบาล รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่น ๆ เช่น เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ ที่มีความสามารถตามเกณฑ์มาตรฐานให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (ในกรณีที่จะเพิ่มเครือข่ายบริการ หากจัดให้มีหน่วยบริการปฐมภูมิรอง หน่วยคู่สัญญาจะต้องจัดให้มีบุคลากรไปเสริมการให้บริการให้ครบได้ตามมาตรฐาน)

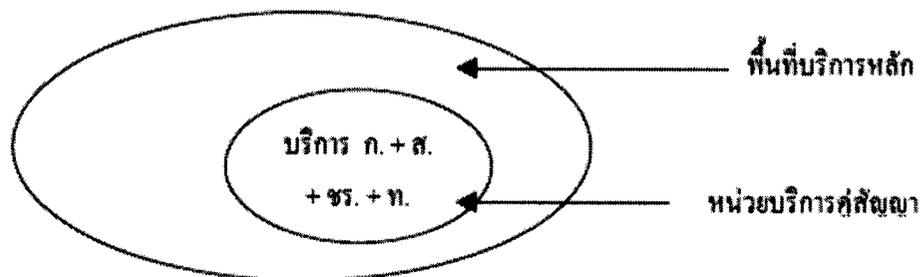
2) ด้านการจัดการ ต้องมีระบบการจัดการที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของระบบบริการ มีความสะดวกรวดเร็ว มีระบบข้อมูลเพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพ มีระบบการกำกับและพัฒนาคุณภาพบริการ มีแนวทางการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย มีการจัดการด้านยาตามเกณฑ์มาตรฐาน

3) ด้านอุปกรณ์ อาคาร สถานที่ มีการจัดอุปกรณ์เครื่องมือ เพื่อการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน และมีระบบป้องกันการติดเชื้อ (Sterile System) มีสถานที่ตรวจรักษา รวมทั้งให้คำปรึกษาที่เหมาะสม เป็นสัดส่วน สะอาด พื้นที่พอเพียง มีระบบการติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ และมีการจัดการให้มียานพาหนะเพื่อใช้ในการส่งต่อ ไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียงในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

1.3.3 ลักษณะการจัดเครือข่าย

เครือข่ายบริการปฐมภูมิของสถานพยาบาลที่เป็นคู่สัญญา อาจจัดได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

1) เป็นสถานพยาบาลเดียวที่ให้บริการครบทุกด้านตามเกณฑ์มาตรฐาน



ภาพที่ 2.1 สถานพยาบาลเดียวที่ให้บริการครบทุกด้านตามเกณฑ์มาตรฐาน

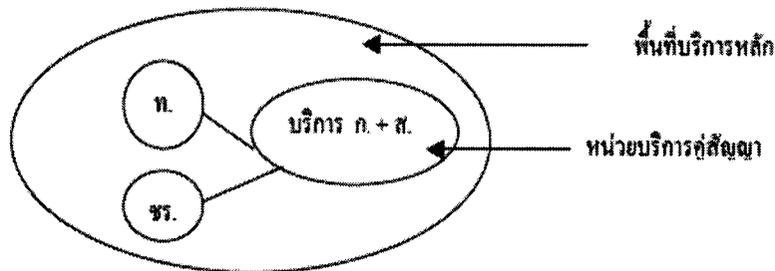
จากภาพที่ 2.1 บริการ ก. คือ การให้บริการเป็นการผสมผสานที่ประกอบด้วย การบริการด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาล โรคทั่วไป และโรคเรื้อรัง ซึ่งผสมผสานการให้ความรู้กับผู้รับบริการเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพรวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูสภาพพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง

บริการ ส. คือ บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในระดับบุคคล และครอบครัว ทุกกลุ่ม อายุ ทั้งที่เป็นบริการในสถานพยาบาล และบริการในชุมชน

บริการ ชร. คือ ได้แก่ การดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชน ให้ความรู้และความมั่นใจแก่ประชาชนในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ให้ความรู้แก่ประชาชนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดูแลความครอบคลุมของงานต่าง ๆ ในด้านการส่งเสริมป้องกัน ฟื้นฟูสภาพในชุมชน ประเมินสภาพปัญหาสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน

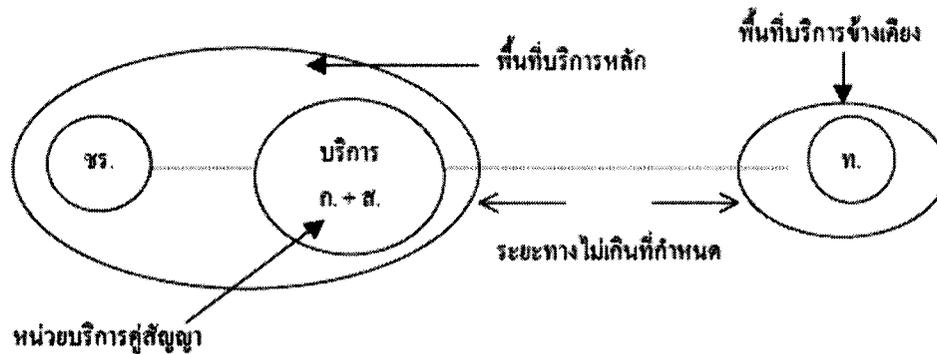
บริการ ท. คือ บริการด้านทันตกรรม ครอบคลุมด้านรักษาพื้นฐาน และส่งเสริมป้องกันทางด้านทันตกรรม

2) เป็นเครือข่ายสถานพยาบาล ที่มีหน่วยคู่สัญญาเป็นผู้รับผิดชอบการให้บริการในภาพรวม โดยที่หน่วยนี้มีการมอบหมายให้หน่วยบริการย่อยอื่นในการบริการบางประเภทภายในพื้นที่บริการหลัก (ดังภาพที่ 2.2)



ภาพที่ 2.2 เครือข่ายสถานพยาบาล ที่มีหน่วยคู่สัญญาเป็นผู้รับผิดชอบการให้บริการในภาพรวม

3) เป็นเครือข่ายสถานพยาบาลเช่นเดียวกับข้อที่ 2) แต่เครือข่ายบริการย่อยตั้งอยู่ทั้งภายในและภายนอกพื้นที่หลัก ทั้งนี้ต้องให้บริการได้ตรงตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด (ดังภาพที่ 2.3)



ภาพที่ 2.3 เครือข่ายบริการย่อยตั้งอยู่ทั้งภายในและภายนอกพื้นที่หลัก

1.3.4 สิทธิประโยชน์ ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ต่อไปนี้

1) ด้านการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพทั่วไป

(1) การตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพทางการแพทย์ จนถึงที่สุดการรักษา รวมทั้งการแพทย์ทางเลือกที่ผ่านการรับรองของคณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ

(2) การคลอดบุตร รวมไม่เกิน 2 ครั้ง กรณีบุตรยังมีชีวิตอยู่

(3) การถอนฟัน การอุดฟัน การขูดหินปูน การทำฟันปลอมฐานพลาสติกการรักษาโพรงประสาทฟันน้ำนม และการใส่ฟันเทียมในเด็กปากแหว่งเพดานโหว่

(4) บริการอาหารและห้องผู้ป่วยสามัญ

(5) ยาและเวชภัณฑ์ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ

(6) การจัดส่งต่อเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล

2) การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งอวัยวะเทียมและอุปกรณ์ตามเงื่อนไขที่คณะกรรมการกำหนด

3) กรณีอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ สามารถใช้บริการในสถานพยาบาลทุกแห่งที่ใกล้จุดเกิดเหตุทั่วประเทศ ภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากนั้นต้นสังกัดรับผิดชอบตามเงื่อนไขที่กำหนด

4) ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงการให้คำปรึกษา การเยี่ยมบ้าน และการดูแลที่บ้าน

1.3.5 ชุดสิทธิประโยชน์ ไม่ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ต่อไปนี้

1) กลุ่มที่ปัจจุบันมีงบประมาณจัดสรรให้เป็นการเฉพาะ ได้แก่

(1) โรคจิตกรณีที่ต้องรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในเกินกว่า 15 วัน

(2) การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยา และสารเสพติดตามกฎหมายว่า
ด้วยยาเสพติด

(3) ผู้ประสบภัยจากรถ ซึ่งสามารถใช้สิทธิตาม พ.ร.บ. คຸ້ມครอง
ผู้ประสบภัยจากรถ

2) กลุ่มที่เกินกรอบความจำเป็นพื้นฐาน

(1) การรักษาภาวะมีบุตรยาก

(2) การผสมเทียม

(3) การเปลี่ยนเพศ

(4) การกระทำใด ๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

(5) การตรวจ วินิจฉัย และการรักษาใด ๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้

ทางการแพทย์

3) กลุ่มอื่น ๆ ได้แก่

(1) โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลประเภท
คนไข้ในเกิน 180 วัน ยกเว้นหากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อ เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้
ทางการแพทย์

(2) การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง

(3) การรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต การฟอกเลือด
ด้วยเครื่องไตเทียม

(4) ยาต้านไวรัสเอดส์ (ยกเว้นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่
สู่ลูกในหญิงตั้งครรภ์)

(5) การเปลี่ยนอวัยวะ

2. แนวทางการบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระดับประเทศ

การที่รัฐบาลจัดให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันสุขภาพ ก็เพื่อให้ประชาชนสามารถ
เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้อย่างเท่าเทียมกัน และป้องกันมิให้ครัวเรือนต้องล้มละลายจากภาระ
ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามการจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มิได้หมายความว่า
สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการเสมอไป หากการกระจายทรัพยากรสาธารณสุขและกลไกใน
ระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะรูปแบบการจัดสรรการจ่ายเงิน ไม่ได้ถูกออกแบบอย่างเหมาะสม
ดังนั้นการบริหารงบประมาณเหมาะสมจําไรจึงมีบทบาทสำคัญ ในการนำไปสู่เป้าประสงค์ของ

ระบบคลังสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ จัดให้มีแรงจูงใจด้านการเงินที่เหมาะสมแก่ผู้ให้บริการ ในการใช้ทรัพยากรและให้บริการที่มีคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นที่มีประสิทธิภาพอย่างเท่าเทียมกัน

จากประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง “การบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ปีงบประมาณ 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขในอัตราเหมาจ่าย 1,659.20 บาทต่อประชากร สำหรับประชากรผู้มีสิทธิจำนวน 47.75 ล้านคน งบประมาณดังกล่าวจะจัดสรรเพื่อใช้ในการจัดบริการประเภทต่างๆ การลงทุนเพื่อการทดแทน และการช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ตามมาตรา 41 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545

จากประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง “การบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ปีงบประมาณ 2550 ได้กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุน วิธีการและเงื่อนไขในการจ่ายเงินให้หน่วยบริการ เป็นค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข ไว้ดังนี้

ปีงบประมาณ 2550 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้รับจัดสรรงบประมาณเพื่อการจัดบริการสาธารณสุขในอัตราเหมาจ่าย 1,899.69 บาท ต่อประชากร สำหรับประชากรผู้มีสิทธิจำนวน 46.06 ล้านคน งบประมาณดังกล่าวจะจัดสรรเพื่อใช้ในการจัดบริการประเภทต่างๆ การลงทุนเพื่อการทดแทน และการช่วยเหลือเบื้องต้นกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการรักษาพยาบาลของหน่วยบริการ ตามมาตรา 41 แห่ง พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 โดยมีงบกองทุนเพิ่มเติมคือ กองทุนช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ การพัฒนาคุณภาพบริการ และการชดเชยการยกเลิกเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท รายละเอียดแสดงดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 เปรียบเทียบงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับจัดสรรปี 2546 – 2550

ประเภทบริการ	ปีงบ 2546	ปีงบ 2547	ปีงบ 2548	ปีงบ 2549	ปีงบ 2550
1.บริการผู้ป่วยนอก (OP)	574	488.20	533.01	585.11	645.52
2.บริการผู้ป่วยใน (IP)	303	418.30	435.01	460.35	513.96
3.บริการส่งเสริมป้องกัน (PP)	175	206	210	224.89	284.04
4.บริการอุบัติเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน (AE)	25	19.70	24.73	52.07	51.02
5.บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (HC)	32	66.30	99.48	190.00	209.56
6.บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)	6.00	10.00	6.00	6.00	10.00
7.บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	4.00	-	4.00	4.00	4.00
8.งบลงทุนเพื่อการทดแทน	83.40	85	76.80	129.25	142.55
9.งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร	-	10	7.07	7.00	30.00
10.เงินช่วยเหลือเบื้องต้น (ม.41)	-	5	0.20	0.53	0.53
11.เงินช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ให้บริการ	-	-	-	-	0.40
12.คุณภาพบริการ	-	-	-	-	20.00
13.ชดเชยยกเลิกเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท	-	-	-	-	24.11
11.รวมงบอัตราเหมาจ่ายรายหัว(บ./ประชากร)	1,202.40	1,308.50	1,396.30	1,659.20	1,899.69
12.รวมงบบริการ รักษาพยาบาล (OP+IP) ที่ กองทุนสาขาได้รับ (บาท/ประชากร)	877	906.50	968.02	1,045.46	1,159.48

ที่มา : ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2550

หมายเหตุ

รายการที่ 3 เป็นงบสำหรับการจัดบริการแก่ประชาชนทั้งสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิอื่น ที่คำนวณตามฐานประชากรทั้งประเทศ

รายการที่ 4 ครอบคลุมบริการอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเขตพื้นที่ การรับบริการครั้งแรกของกลุ่มสิทธิว่าง เด็กแรกคลอดที่ป่วยหรือเกิดต่างหน่วยบริการกับมารดา ค่ารักษาส่วนเกินจาก พระราชบัญญัติผู้ประสบภัยจากรถ

บริการที่ 5 ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสูงสำหรับบริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผ่าตัดสมองอันเนื่องจากอุบัติเหตุ เคมีบำบัดและรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยที่มีค่าน้ำหนักสัมพัทธ์กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมากกว่าและเท่ากับ 4 การล้างไตกรณีไตวายเฉียบพลัน การติดเชื้อ Cryptococcus meningitis

2.1 แนวทางการจัดสรรงบประมาณบริการรักษาพยาบาลให้กองทุนสาขา

งบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ในส่วนของบริการรักษาพยาบาล (OP และ IP) จะจัดสรรให้แต่ละกองทุนสาขาตามจำนวนประชากรผู้มีสิทธิในอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามความจำเป็นด้านสุขภาพ (Differential Capitation) (ตารางที่ 2.2) ของประชาชนในแต่ละจังหวัด ที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุประชากร (Age Structure) (ตารางที่ 2.3) ที่ลงทะเบียนกับกองทุนสาขานั้น เนื่องจากแต่ละกลุ่มอายุมีความจำเป็นหรือความต้องการด้านสุขภาพแตกต่างกันทั้งนี้กำหนดให้งบรักษาพยาบาลแต่ละกองทุนสาขาแตกต่างกันไม่เกิน 10 % ของอัตราเหมาจ่ายเฉลี่ย (ยกเว้นกองทุนสาขาที่ดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น ทหารเกณฑ์ นักศึกษา ฯลฯ ให้จัดสรรตามค่าที่คำนวณได้) สำหรับพื้นที่ที่ทรกั้นการจะจัดสรรให้อัตรา 7 บาทต่อประชากรหรือวงเงิน 331 ล้านบาท ทั้งนี้ใช้หลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขใช้ในปี 2548 เป็นเกณฑ์ในการจัดสรร

ตารางที่ 2.2 ความแตกต่างของการจัดสรรเงิน (Differential Capitation) ปีงบประมาณ 2550 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขตพื้นที่ (ราชบุรี)

จังหวัด	OP	IP	PP Facility	รวม
ราชบุรี	660.80	523.94	111.34	1,296.08
กาญจนบุรี	619.44	499.76	111.34	1,230.54
สมุทรสงคราม	739.57	547.99	111.34	1,396.90
สมุทรสาคร	640.50	504.89	111.34	1,256.73
นครปฐม	634.84	500.51	111.34	1,246.69
เพชรบุรี	680.44	526.12	111.34	1,317.90
ประจวบคีรีขันธ์	630.34	503.56	111.34	1,245.24

ที่มา : ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2550

ตารางที่ 2.3 แสดงน้ำหนักสัมพัทธ์บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ประเภท	กลุ่มอายุ (ปี)						
	0-4	5-9	10-14	15-24	45-44	45-59	60-69
บริการผู้ป่วยนอก	0.954	0.518	0.386	0.293	0.805	1.525	3.102
บริการผู้ป่วยใน	0.726	0.432	0.353	0.679	0.901	1.327	2.767

ที่มา : จำนวนจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ.2547

2.2 การบริหารงบประมาณของกองทุนสาขา

สำนักงานกองทุนสาขาจะบริหารงบประมาณในการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในรูปแบบแยกงบบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน (Exclusive Capitation) งบบริการผู้ป่วยนอกและงบบริการส่งเสริมป้องกันจะจ่ายให้กับคู่สัญญาของหน่วยบริการประจำ (Contracted Unit For Primary Care – CUP) ตามจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน งบบริการผู้ป่วยในจะบริหารที่กองทุนสาขาในรูปแบบ DRG Weight Global Budget โดยจัดสรรงบผู้ป่วยในเป็นรายงวด ทั้งนี้ให้หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยในให้ “สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ” (สกส.) เพื่อประมวลข้อมูลตามระบบ DRG หาค่าน้ำหนักสัมพัทธ์รวม (Adjusted Relative Weight- Adj.RW) และแจ้งให้กองทุนสาขาทราบเพื่อใช้ในการบริหารต่อไป ตามมติคณะกรรมการบริหารกองทุนสาขา ซึ่งสอดคล้องกับมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2549: 101)

จากประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง “การบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ปีงบประมาณ 2550 ได้กำหนดแนวทางการบริหารงบเหมาจ่ายรายหัว หน่วยบริการภาครัฐในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2550 ไว้ดังนี้

2.3 หลักเกณฑ์การจัดสรร

ตามมติคณะรัฐมนตรีอนุมัติงบเหมาจ่ายรายหัว ปีงบประมาณ 2550 ในอัตรา 1,899.69 บาทต่อรายหัวประชากร และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติอนุมัติโครงสร้างการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการประชุมครั้งที่ 17/2549 เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2549 ดังนั้นจึงจัดสรรเงินเหมาจ่ายรายหัว (ค่าบริการทางการแพทย์) ปีงบประมาณ 2550 ให้กับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นลงสู่พื้นที่อย่างรวดเร็ว ฉับไว เพื่อเพิ่มสภาพคล่องของหน่วยบริการ ตามหลักเกณฑ์ดังนี้

2.3.1 จัดสรรงบดำเนินงานที่จังหวัดได้รับในปีงบประมาณ 2550 ให้ไม่น้อยกว่าปีงบประมาณ 2549 โดยการปรับเกลี่ยยอดเงินการจัดสรรในภาพรวมของจังหวัดที่ได้รับเงินจัดสรรตามเกณฑ์เบื้องต้นในปีงบประมาณ 2550 ไม่น้อยกว่าปีงบประมาณ 2549 ให้เท่ากับยอดเงินที่จังหวัดได้รับการจัดสรรในภาพรวมของจังหวัดปีงบประมาณ 2549

2.3.2 ใช้อัตราเหมาจ่ายรายหัวตามความจำเป็นด้านสุขภาพ (Differential Capitation) ของประชากรในแต่ละจังหวัด เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2549 ที่คำนวณตาม โครงสร้างอายุประชากรและการใช้บริการ เพื่อให้หน่วยบริการได้รับงบประมาณสำหรับการจัดบริการสอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพการให้บริการของผู้มีสิทธิ

2.3.3 การตัดเงินเดือนของหน่วยบริการเป็นการตัดเงินเดือนระดับจังหวัด จากเงินที่ได้รับการจัดสรรจากการบริการผู้ป่วยนอก (OP) การบริการผู้ป่วยใน (IP) การบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในหน่วยบริการ (PP-facility UC) กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินกองทุนกลาง และกรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง ยกเว้นเงินชดเชยการใช้อวัยวะเทียมหรืออุปกรณ์ในการบำบัดโรค (Instrument) จำนวนเงินเดือนของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ถูกหักออกจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน พ.ศ. 2550 เท่ากับ 22,275 ล้านบาท

2.3.4 จัดให้มีเงินงบประมาณเพื่อความมั่นคงของหน่วยบริการสำหรับแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างปี (CF : Contingency Fund) สำหรับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในวงเงิน 400 ล้านบาท โดยมีคณะอนุกรรมการฯ ที่ประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบในการพิจารณาหลักเกณฑ์

2.3.5 ในการตามจ่ายกรณีผู้ป่วยใน (IP normal) ที่หน่วยบริการส่งต่อเพื่อการรักษาในหน่วยบริการนอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำหน้าที่ตามจ่ายแทนหน่วยบริการ (Clearing House) โดยการบริหารกองทุนผู้ป่วยในระดับเขต

2.3.6 การจัดสรรเงินให้กับหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีข้อแตกต่างจากปีงบประมาณ 2549 โดยแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 งบดำเนินงาน ได้แก่ งบบริการผู้ป่วยนอก (OP) การบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (PP) การบริการผู้ป่วยในปกติ (IP normal) การบริการกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉินต่างกองทุนสาขา และกรณีบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (AE/HC)

ส่วนที่ 2 งบเพิ่มเติมตามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อต้นทุนการให้บริการ จำนวน 7 ประการคือ

- 1) กรณีโรงพยาบาลมีประชากรผู้มีสิทธิน้อยกว่า 20,000 คน
- 2) กรณีสถานีนอนามัยมีประชากรผู้มีสิทธิน้อยกว่า 2,500 คน
- 3) ค่าดำเนินการสำหรับพื้นที่ทุรกันดาร
- 4) ค่าตอบแทนพิเศษบุคลากรสำหรับพื้นที่ทุรกันดาร
- 5) เงินเพิ่มค่าตอบแทนกรณีพิเศษสำหรับพื้นที่จังหวัดชายแดน

ภาคใต้

- 6) เงินเพิ่มพิเศษสำหรับพื้นที่ชายแดนและเสี่ยงภัยกรณีพิเศษ
- 7) งบเพิ่มเติมจากการปรับเกลี่ยงบดำเนินการให้ไม่น้อยกว่า

ปีงบประมาณ 2549

ส่วนที่ 3 งบเพิ่มเติมตามผลงานของหน่วยบริการ ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพบริการ การชดเชยการยกเลิกเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาทให้กับหน่วยบริการ การจัดส่งข้อมูลรายบุคคลในการบริการผู้ป่วยนอก (OP individual data) และงบบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคตามผลงานและความครอบคลุมของบริการ (PP Performance)

ทั้งนี้ ได้จัดระบบการจัดสรรเงินล่วงหน้าให้หน่วยบริการ (Prepaid) สำหรับส่วนที่ 1 งบดำเนินการ และส่วนที่ 2 งบเพิ่มเติมตามปัจจัยที่มีผลกระทบต่อต้นทุนการให้บริการ ปีละ 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เดือนตุลาคม 2549 (ร้อยละ 30) ครั้งที่ 2 เดือนมกราคม 2550 (ร้อยละ 20) ครั้งที่ 3 เดือนมีนาคม 2550 (ร้อยละ 25) ครั้งที่ 4 เดือนมิถุนายน 2550 (ร้อยละ 25) สำหรับส่วนที่ 3 งบเพิ่มเติมตามผลงานจัดสรรให้หน่วยบริการตามผลงานที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด (Postpaid)

2.3.7 ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้พิจารณาบริหารจัดการระดับจังหวัด ให้มีความเหมาะสมตามสภาพปัญหาแต่ละพื้นที่ โดยปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการภายในจังหวัดตามความเหมาะสม และส่งข้อมูลการกันเงินและการจัดสรรเงินที่ปรับเกลี่ยให้หน่วยบริการ ในจังหวัดให้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อโอนเงินจัดสรรให้หน่วยบริการและโอนเงินที่ใช้บริหารจัดการในระดับจังหวัดให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2.4 การจัดสรรเงินเพิ่มเติมตามผลงานปีงบประมาณ 2550 (Post paid)

ในปีงบประมาณ 2550 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้มีการจ่ายเงินตามผลงานของหน่วยบริการ รวมถึงการจัดสรรเงินตามนโยบายสำคัญดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

2.4.1 การจัดสรรเงินเพิ่มเติมให้หน่วยบริการระหว่างปี คือเงินที่จัดสรรให้กับจังหวัดเพื่อช่วยแก้ไขปัญหให้กับหน่วยบริการที่ประสบปัญหาทางการเงินระหว่างปี วงเงิน 400,000,000.00 บาท ตามหลักเกณฑ์การจัดสรรเงินเพิ่มเติมฯ ที่กำหนดโดยคณะกรรมการร่วมที่ประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยบริการ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการดำเนินการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ส่วนกลางและสำนักงานฯ สาขาเขตพื้นที่) จะประสานการทำงานร่วมกับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กลุ่มประกันสุขภาพ) เพื่อติดตามเฝ้าระวังสถานะทางการเงินการคลังของหน่วยบริการ และจะร่วมกันพิจารณาข้อมูลของหน่วยบริการภายหลังการจัดสรรเงินจริงตามผลการดำเนินงานในเดือนพฤษภาคม 2550

2.4.2 การจัดสรรเงินชดเชยการยกเลิกการเก็บเงินร่วมจ่ายค่าบริการ 30 บาท
ต่อครั้งการใช้บริการ เนื่องจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เห็นชอบการยกเลิกการเก็บเงินร่วมจ่ายค่าบริการจำนวน 30 บาทต่อครั้งในการใช้บริการ ในการประชุมครั้งที่ 14/2549 วันที่ 30 ตุลาคม 2549 จึงมีผลให้หน่วยบริการต้องสูญเสียรายได้ดังกล่าวใน พ.ศ. 2550 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีมติให้มีการชดเชยการสูญเสียรายได้ของหน่วยบริการทุกระดับจากการยกเลิกการเก็บค่าธรรมเนียม 30 บาท ในการประชุมครั้งที่ 17/2549 เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2549

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจัดสรรเงินชดเชยการยกเลิกการเก็บเงินร่วมจ่ายค่าบริการ 30 บาท ให้แก่หน่วยบริการใน พ.ศ. 2550 โดยใช้ข้อมูลเฉลี่ยในเดือน ตุลาคม 2548 – กันยายน 2549 ที่เป็นค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของการใช้บริการของผู้มีสิทธิกรณีผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการรายจังหวัด (ข้อมูลจากรายงาน 0110 รง.5 ของหน่วยบริการประจำและเครือข่าย) และจำนวนผู้มีสิทธิที่เสียค่าธรรมเนียม 30 บาท ที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการ

การจัดสรรเงินจะจัดสรรโดยตรงให้หน่วยบริการ โดยคำนวณจำนวนครั้งของการใช้บริการของผู้มีสิทธิจากผลคูณของค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งของการใช้บริการของผู้มีสิทธิกรณีผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการกับจำนวนผู้มีสิทธิตามที่เสียค่าธรรมเนียม 30 บาท ที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการ โดยจ่ายในอัตรา 30 บาทต่อครั้งการใช้บริการ

2.4.3 การจ่ายเงินตามข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกรายบุคคล (OP individual data) ปีงบประมาณ 2550 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนดให้มีการจ่ายเงินจากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกรายบุคคล โดยจัดสรรเงินจากกองทุนการบริการผู้ป่วยนอกในอัตรา 3.45 บาท : ประชากรผู้มีสิทธิ 46.06 ล้านคน (วงเงิน 158,927,700.00 บาท) เพื่อจ่ายให้หน่วยบริการตามจำนวนการบันทึกการใช้บริการผู้ป่วยนอกรายบุคคลจากระบบ 18 แฟ้มข้อมูล ตามระบบที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาาระบบ

บันทึกข้อมูลรายบุคคลให้มีประสิทธิภาพ และสามารถใช้อ้างอิงข้อมูลดังกล่าวในการคำนวณอัตราเหมาจ่ายรายหัวตามการใช้บริการของผู้มีสิทธิ โดยกำหนดเป้าหมายในการส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกรายบุคคลจากหน่วยบริการทั่วประเทศ จำนวน 130 ล้าน Record

2.4.4 งบประมาณส่งเสริมป้องกันตามผลงานและความครอบคลุมของบริการ

(Performance based payment and bonus for better achieved coverage) คือเงินที่จัดสรรเพื่อจ่ายให้หน่วยบริการตามผลงานการบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ในอัตราเหมาจ่าย 17.78 บาท : ประชากร โดยกำหนดกลไกให้มีการจ่ายเงินตามความครอบคลุม/ผลงาน บริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการบันทึกข้อมูลรายบุคคลในการส่งเสริมป้องกันรายบุคคล ในหน่วยบริการและชุมชน เพื่อกระตุ้นให้ผู้บริการมีแรงจูงใจในการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลรายบุคคลในการส่งเสริมป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.5 การจัดสรรงบประมาณกองทุนพัฒนาคุณภาพบริการ ปีงบประมาณ 2550

กำหนดให้มีกองทุนพัฒนาคุณภาพบริการ โดยจัดสรรเงินในอัตรา 20 บาทต่อรายหัวประชากรผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้วัตถุประสงค์ 3 ประการคือ

- 1) การสร้างแรงจูงใจให้หน่วยบริการประจำและเครือข่าย จัดบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามที่ สปสช. กำหนดอย่างต่อเนื่อง (Positive Reinforcement Incentive)
- 2) สร้างกลไกการจัดการทางการเงินตามผลงาน (Payment for Performance) ในการส่งเสริมสนับสนุนและควบคุมกำกับ คุณภาพหน่วยบริการและเครือข่าย
- 3) มีระบบสารสนเทศการเฝ้าระวังด้านคุณภาพการให้บริการสาธารณสุขในระบบหลักประกันฯ (Quality Surveillance) เพื่อใช้ในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การจัดบริการสาธารณสุข (Health Need Management)

หน่วยบริการที่จะได้รับเงินจัดสรร คือหน่วยบริการประจำและเครือข่าย หน่วยบริการ ที่เป็น Main contract Holistic care มีประชากรในความรับผิดชอบ (Catchments Area) เน้นให้เกิดการดูแลแบบเครือข่ายและการส่งต่อ โดยมีหน่วยบริการประจำเป็นศูนย์กลางการจัดบริการปฐมภูมิ (Main Contractor center - Oriented) และมีความพร้อมของระบบข้อมูล (ความเพียงพอ ถูกต้อง และน่าเชื่อถือ) โดยจ่ายเงินตาม Weighting Points ภายใต้ Global Budget ของงบกองทุนพัฒนาคุณภาพบริการ ตามเกณฑ์ประเมิน 5 ด้าน คือ

- 1) ผลการประเมินตามเกณฑ์ชี้ทะเบียนหน่วยบริการประจำเน้นเรื่องการบริหารจัดการด้านบริการ (Service Management)

- 2) ผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ (Hospital Accreditation)
- 3) คุณภาพการส่งข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย (Claim Coding Audit)
- 4) คุณภาพการบันทึกข้อมูล (ความครบถ้วน ถูกต้อง ทันเวลา) ของ

Hospital Profile

- 5) คุณภาพการให้บริการตามตัวชี้วัดทางคลินิก (Clinical Indicators)

ที่มา : ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2550

3. แนวทางการบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดราชบุรี

จากมติคณะอนุกรรมการบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดราชบุรี ปีงบประมาณ 2549 ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของจังหวัดราชบุรี พ.ศ. 2549 โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณหมาจ่ายรายหัวจำนวน 1,659.20 บาท / คน / ปี และมีการตัดเงินเดือนระดับประเทศ และกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรมาให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรีตามรายหัว บัตรประกันสุขภาพแยกรายโรงพยาบาล ส่วนใหญ่จะดำเนินการบริหารโดยการจัดสรรเงินงบประมาณ ไปให้สถานีนอมาัยโดยความเห็นชอบ คณะอนุกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดราชบุรีผ่านโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งใน พ.ศ. 2549 คณะอนุกรรมการได้มีมติอนุมัติการจัดเงินงบประมาณ ดังนี้

3.1 จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายคงที่สำหรับสถานีนอมาัยตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ

- 3.1.1 รับผิดชอบประชากรน้อยกว่า 3,000 คน ได้รับ 6,750 บาท/เดือน
 - 3.1.2 รับผิดชอบประชากร 3,000- 4,999 คน ได้รับ 6,750 บาท/เดือน
 - 3.1.3 รับผิดชอบประชากร 5,000 – 6,999 คน ได้รับ 7,150 บาท/เดือน
 - 3.1.4 รับผิดชอบประชากร 7,000 – 8,999 คน ได้รับ 7,350 บาท/เดือน
 - 3.1.5 รับผิดชอบประชากรมากกว่า 9,000 คน ได้รับ 7,550 บาท/เดือน
- ซึ่งค่าใช้จ่ายคงที่นี้มีการโอนตรงเข้าบัญชีให้สถานีนอมาัยทุกแห่งโดยตรง

3.2 งบดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งบประมาณร้อยละ 11.39 ของงบที่ได้รับจัดสรรทั้งหมด แบ่งเป็น

3.2.1 งบดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานบริการ ร้อยละ 75.28 โดยสถานีนอมาัยได้รับการจัดสรรเป็นเวชภัณฑ์วางแผนครอบครัว วัคซีน และอื่นๆ

3.2.2 งบดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ร้อยละ 24.72 โดยสถานีนอมาัยจัดทำโครงการเสนอ คปสอ. พิจารณาจัดสรรงบประมาณ

3.3 งบดำเนินการผู้ป่วยนอก ร้อยละ 49.59 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี โอนให้ CUP และสถานีอนามัยเบิกเวชภัณฑ์จากโรงพยาบาลตามความต้องการ เพื่อให้บริการ จากมติที่ประชุมผู้บริหารหน่วยบริการและสาธารณสุขอำเภอ โดยได้รับความ เห็นชอบของคณะกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพจังหวัดราชบุรี ครั้งที่ 2 / 2550 วันที่ 30 มีนาคม 2550 ได้มีการจัดทำแนวทางการบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้แก่ สถานีอนามัย ในรูปแบบใหม่ดังนี้

3.1.1 จัดสรรเป็นค่าใช้จ่ายคงที่สำหรับสถานีอนามัยตามจำนวนประชากรที่ รับผิดชอบค่าใช้จ่ายคงที่สำหรับสถานีอนามัย โดยใช้เกณฑ์สถานีอนามัยรับผิดชอบประชากร น้อยกว่า 5,000 คน ขึ้นไป ได้รับจำนวน 9,000 บาทต่อเดือน สถานีอนามัยรับผิดชอบประชากร มากกว่า 5,000 คน ขึ้นไป ได้รับจำนวน 10,000 บาทต่อเดือน สำนักงานสาขาจังหวัดแจ้งให้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบริหารจัดการปรับเกลี่ยค่าใช้จ่ายคงที่ของสถานีอนามัยตาม สถานการณ์การเงินและตามความเหมาะสมแล้ว แจ้งข้อมูลให้สำนักงานสาขาจังหวัด (สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดราชบุรี) โอนให้สถานีอนามัยโดยตรง ตามการบริหารจัดการของสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ

3.1.2 การบริหารจัดการงบบริการผู้ป่วยนอก ของแต่ละหน่วยคู่สัญญาบริการ ระดับปฐมภูมิดำเนินการจัดสรรงบประมาณโดยการคำนวณจ่ายแบบระบบคะแนนตามเพดานที่ กำหนด (Point System with Global Budget) คือนำผลงานการให้บริการมาคำนวณเป็นงบดำเนินการ ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก โดยกำหนด Point (ค่าที่กำหนดตามระดับหน่วยบริการ) สำหรับ สถานีอนามัยแต่ละระดับดังนี้

- 1) สถานีอนามัยที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (ที่มีแพทย์หมุนเวียน) ให้คิด อัตราคูณ 100 จุด
- 2) สถานีอนามัยที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (ที่ไม่มีแพทย์หมุนเวียน) ให้คิด อัตราคูณ 50 จุด
- 3) สถานีอนามัยทั่วไป ให้คิดอัตราคูณ 50 จุด

โดยให้หน่วยบริการในเครือข่ายสรุปผลงานการให้บริการผู้ป่วยนอก 2 เดือนต่อครั้ง ส่งหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิและหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ จัดสรรงบดำเนินการผู้ป่วยนอก ให้แก่หน่วยบริการในเครือข่าย โดยนำผลงานการให้บริการ ผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการในเครือข่ายทุก 2 เดือนมาคำนวณ

3.1.3 การบริหารจัดการงบดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถาน

บริการ (PP Facility) และงบดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน (PP Community) จัดสรรให้หน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ ไปบริหารจัดการภายใน หน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิโดยใช้หลักเกณฑ์และแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

1) งบดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานบริการ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิและสถานีอนามัยในเครือข่าย สรุปรายงานการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยยึดผลงานจากรายงานฐานข้อมูลสถานีอนามัย (HCIS) เป็นรายเดือนตัดยอด ณ วันสิ้นเดือน เช่น การตรวจสุขภาพนักเรียน การฉีดวัคซีน (ตามภาคผนวก ก) ส่งไปยังหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ เพื่อขอรับงบประมาณดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมินำผลงานการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มาคำนวณตามอัตราค่าบริการ

2) งบดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ให้หน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ จัดสรรงบดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ให้สถานีอนามัยตามแผนงาน โครงการ และหน่วยบริการปฐมภูมิ สถานีอนามัยสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงาน โครงการส่งให้หน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิ และหน่วยคู่สัญญาบริการระดับปฐมภูมิตัวรวบรวมส่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพ สาขาราชบุรี ภายในสิ้นปีงบประมาณ

จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงวิธีการจัดสรรงบประมาณให้สถานีอนามัย โดยในปีงบประมาณ 2549 จากการจัดสรรเงินที่จัดให้โดยยึดประชากรที่รับผิดชอบเป็นหลัก โดยไม่มีการนำผลงานที่ปฏิบัติได้มาเป็นแนวทางการจัดสรร มาเป็นการจัดสรรโดยมีการนำผลงานทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มาเป็นฐานในการคำนวณจัดสรรงบประมาณในปีงบประมาณ 2550 ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการบริหารจัดการงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในระดับสถานีอนามัย ของจังหวัดราชบุรี ปีงบประมาณ 2550

ตามหนังสือที่ รบ 0027/ ว.799 ลงวันที่ 24 เมษายน 2550 เรื่อง “การปรับค่าใช้จ่ายคงที่สำหรับสถานีอนามัย” ถึงสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง และหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ที่ รบ 0027/ ว.780 ลงวันที่ 24 เมษายน 2550 เรื่อง “แนวทางการจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวค่าบริการทางการแพทย์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดราชบุรี ปีงบประมาณ 2550 ตามอัตรา 1,899.69 บาทต่อรายหัวประชากรและการจัดสรรล่วงหน้า” ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล / สาธารณสุขอำเภอทุกแห่งหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ราชบุรี โดยมีแนวทางการบริหารจัดการงบประมาณจ่ายรายหัวค่าบริการทางการแพทย์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดราชบุรี ปีงบประมาณ 2550 ตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวจำนวน 1,899.69 บาท ดังนี้

จังหวัดราชบุรี จะได้รับจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัวค่าบริการทางการแพทย์ ปีงบประมาณ 2550 จำนวน 354,822,177 บาท โดยนำมาบริหารดังแผนภูมิที่ 2.1

1) ค่าวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 3,082,200 บาท

วิธีการ

(1) กันไว้ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการในการสั่งซื้อวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าเพื่อสนับสนุนให้แต่ละจังหวัด

(2) ให้หน่วยบริการเบิกจ่ายได้ที่กลุ่มควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี

2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหักไว้ เนื่องจากปีงบประมาณ 2549 หน่วยบริการในจังหวัดราชบุรี ได้รับการตามจ่ายผู้ป่วยในกรณีส่งต่อเกิน จำนวน 1,728,811.20 บาท

3) งบดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนสิทธิ UC ของโรงพยาบาลค่ายภาณุรังสี จำนวน 227,214.89 บาท

วิธีการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โอนให้สำนักงานสาขา ซึ่งสำนักงานสาขาบริหารจัดการ โอนให้โรงพยาบาลค่ายภาณุรังสี

4) งบดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนสิทธิ Non UC จำนวน 8,315,806.86 บาท

วิธีการ

ให้ดำเนินการแต่งตั้งคณะทำงานบริหารจัดการงบดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน เพื่อดำเนินการตามแผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

5) ค่าใช้จ่ายคงที่สำหรับสถานีอนามัย จำนวน 18,084,000 บาท โดยใช้เกณฑ์สถานีอนามัยรับผิดชอบประชากรน้อยกว่า 5,000 คน ขึ้นไป ได้รับจำนวน 9,000 บาท / เดือน สถานีอนามัยรับผิดชอบประชากรมากกว่า 5,000 คน ขึ้นไป ได้รับจำนวน 10,000 บาท / เดือน

วิธีการ

(1) สำนักงานสาขาจังหวัดแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบริหารจัดการปรับแก้ค่าใช้จ่ายคงที่ของสถานีนามัยตามสถานการณ์การเงินและตามความเหมาะสมแล้ว แจ้งข้อมูลให้สำนักงานสาขาจังหวัด

(2) สำนักงานสาขาจังหวัด(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี) โอนให้สถานีนามัยโดยตรง ตามการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

6) กั้นไว้ที่สำนักงานสาขาร้อยละ 3 ของงบเหมาจ่ายรายหัวที่ได้รับจัดสรร เป็นจำนวน 10,644,665.32 บาท เพื่อดำเนินการ

(1) เสริมสภาพคล่องให้แก่หน่วยบริการที่ประสบปัญหาด้านการเงิน

(2) ตามจ่ายค่ายานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ กรณีการส่งต่อผู้ป่วยนอกในจังหวัด แล้วแพทย์มีความจำเป็นต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานสาขาจังหวัดกำหนด

(3) ตามจ่ายกรณีหน่วยบริการประจำ ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในยังหน่วยบริการที่รับส่งต่อที่ 1 ที่มีศักยภาพสูงกว่า แต่หน่วยบริการที่ 1 ไม่มีเครื่องมือตรวจพิเศษเฉพาะทาง จำเป็นต้องส่งไปยังหน่วยบริการที่ 2 ที่มีเครื่องมือพิเศษเฉพาะทาง เพื่อการวินิจฉัยรักษา ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอก

วิธีการ

ถ้ามีงบประมาณส่วนนี้คงเหลือเมื่อสิ้นปีงบประมาณ จะจัดสรรคืนให้แก่หน่วยบริการ หรือตามมติคณะกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพจังหวัดราชบุรี

7) กั้นไว้สำนักงานสาขาจำนวน 3,000,000 บาท สำหรับบริหารจัดการส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายจังหวัดราชบุรี

วิธีการ

สำนักงานสาขาจังหวัด โอนงบทั้งหมดให้โรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งเป็นศูนย์กลางการรับส่งผู้ป่วย บริหารจัดการในศูนย์ส่งต่อและตามจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีส่งต่อผู้ป่วยในไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน ตามแนวทางที่คณะกรรมการบริหารจัดการระบบส่งต่อผู้ป่วยภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดราชบุรี ปีงบประมาณ 2550 กำหนด

8) กั้นไว้ที่สำนักงานสาขาจังหวัดจำนวน 5,100,000 บาท เพื่อดำเนินการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU.) ตามเกณฑ์มาตรฐานที่ตั้งไว้

วิธีการ

สำนักงานสาขาจังหวัด บริหารจัดทำแผนงาน / โครงการ ภาพรวมทั้ง
จังหวัดตามมติคณะกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนระดับอำเภอและจังหวัด

9) คงเหลือจำนวน 304,594,479.14 บาท

(1) สำหรับ

ก. โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน (ค่าหน่วยบริการที่มีประชากรน้อยกว่า
20,000 คน)จำนวน 5,344,203.68 บาท เป็นงบดำเนินการผู้ป่วยนอก

ข. โรงพยาบาลวัดเพลง (ค่าหน่วยบริการที่มีประชากรน้อยกว่า
20,000 คน) จำนวน 6,257,848.43 บาท เป็นงบดำเนินการผู้ป่วยนอก

ค. โรงพยาบาลสวนผึ้ง (ค่าบริหารจัดการพื้นที่กั้นดาร) จำนวน
1,079,531.29 บาท

วิธีการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโอนให้หน่วยบริการโดยตรง

(2) ค่าตอบแทนบุคลากรพื้นที่กั้นดาร จำนวน 1,444,000 บาท

วิธีการ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโอนให้โรงพยาบาลสวนผึ้ง
โดยตรง

(3) ค่าอุบัติเหตุฉุกเฉินและค่าใช้จ่ายสูง จำนวน 40,265,036.16 บาท

วิธีการ

ก. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโอนล่วงหน้าให้หน่วย
บริการโดยตรง

ข. สำนักงานสาขาจังหวัดจะดำเนินการแจ้งยอดการจัดสรรจริงตาม
ผลงาน ตามระยะเวลาของข้อมูลที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(4) งบดำเนินการผู้ป่วยใน จำนวน 118,039,169.03 บาท

วิธีการ

ก. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโอนล่วงหน้าให้หน่วย
บริการโดยตรง

ข. สำนักงานสาขาจังหวัดจะดำเนินการแจ้งยอดการจัดสรรจริงตาม
ผลงาน ตามระยะเวลาของข้อมูลที่ได้รับจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

10) คงเหลือ จำนวน 132,164,690.54 บาท โดยจัดสรรเป็น

(1) งบดำเนินการผู้ป่วยนอก ร้อยละ 72.24 คิดเป็นจำนวน

95,475,772.44 บาท

วิธีการ

- ก. สำนักงานสาขาจังหวัด ดำเนินการจัดสรรตามรายหัวประชากร UC
- ข. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โอนล่วงหน้าให้หน่วยบริการโดยตรง
- ค. ให้หน่วยบริการและสถานีอนามัยเบิกจ่ายตามผลงานตามอัตราเรียกเก็บที่สำนักงานสาขาจังหวัดราชบุรีกำหนด จากกองทุนงบดำเนินการผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการแต่ละแห่ง

(2) งบดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ร้อยละ 27.76

คิดเป็นจำนวน 36,688,918.09 บาท โดยจัดสรรเป็น

- ก. บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในหน่วยบริการ ร้อยละ 70 จำนวน 25,682,242.67 บาท

วิธีการ

- ก. สำนักงานสาขาจังหวัด ดำเนินการจัดสรรตามรายหัวประชากรทั้งหมดให้หน่วยบริการบริหารจัดการดังนี้
 - (ก) ให้สถานีอนามัยและกลุ่มงานของโรงพยาบาลที่รับผิดชอบด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เบิกจ่ายงบประมาณตามผลงานตามอัตราเรียกเก็บในการให้บริการของจังหวัดราชบุรี จากผู้รับผิดชอบงบดำเนินการส่วนนี้ของหน่วยบริการ โดยการเบิกจ่ายให้เบิกจ่ายตามผลงานเป็นรายไตรมาสและให้หักค่าเวชภัณฑ์ที่เบิกจ่ายจากหน่วยบริการล่วงหน้าไปก่อน
 - (ข) หน่วยบริการรายงานผลการบริหารจัดการให้สำนักงานสาขาจังหวัดเป็นรายไตรมาส ซึ่งข้อมูลทั้งหมดจะนำไปประกอบการจัดสรรปีงบประมาณ 2551 ต่อไป
 - (ค) ถ้าหน่วยบริการได้รับงบประมาณและมีการประมาณการจัดสรรตามผลงานมีงบประมาณคงเหลือ สามารถนำไปจัดทำโครงการแก้ไขปัญหาของแต่ละพื้นที่ตามความเหมาะสม

ข. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโอนให้หน่วยบริการ

โดยตรง

ค. บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนร้อยละ 30

จำนวน 11,006,675.43 บาท

วิธีการ

1) สำนักงานสาขาจังหวัด ดำเนินการจัดสรรตามรายหัวประชากรทั้งหมด
ให้หน่วยบริการบริหารจัดการดังนี้

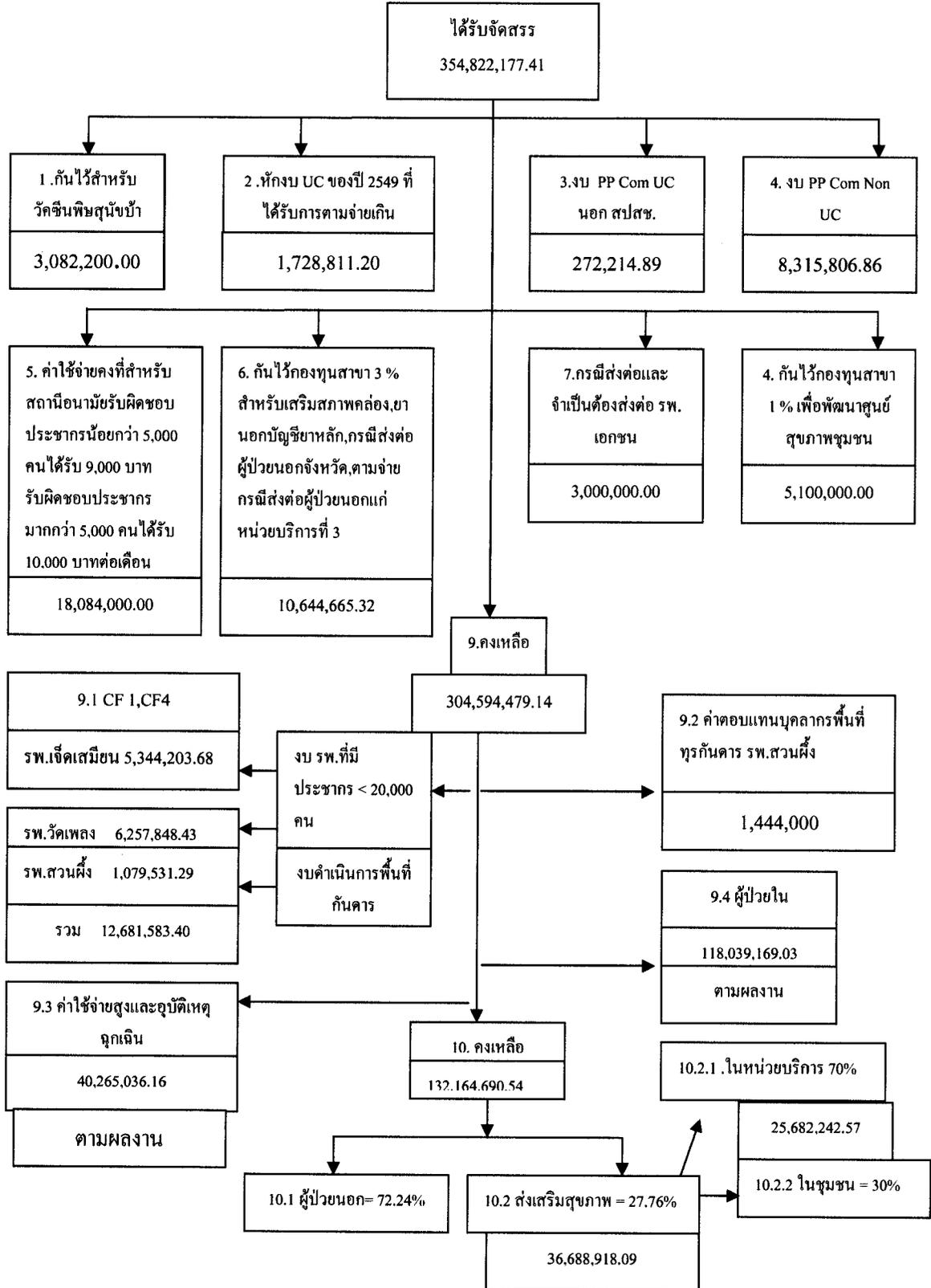
(1) บริหารจัดการตามมติคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอหรือ
คณะกรรมการบริหารงานหลักประกันสุขภาพระดับอำเภอ หรือ

(2) หน่วยบริการโอนให้สถานบริการในเครือข่าย (สถานีนอมา้ย) ตาม
รายหัวประชากรที่รับผิดชอบ หรือตามแผนงาน / โครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

(3) หน่วยบริการ สรุปลงแผนงาน / โครงการ ส่งให้สำนักงานสาขาจังหวัด
ภายในวันที่ 31 มีนาคม 2550 และรายงานความก้าวหน้าทุก 3 เดือน

2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโอนให้หน่วยบริการโดยตรง

**แนวทางการจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว ค่าบริการทางการแพทย์
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัดราชบุรี ปีงบประมาณ 2550**



ภาพที่ 2.4 แนวทางการจัดสรรงบประมาณจ่ายรายหัว ค่าบริการทางการแพทย์ปีงบประมาณ 2550
ที่มา : หนังสือที่ รบ 0027/ ว780 ลงวันที่ 24 เมษายน 2550

4. แนวคิดเกี่ยวกับความรู้และการวัดความรู้

ความรู้ (Knowledge) เป็นแนวทางอย่างหนึ่งของบุคคลในการที่จะนำไปใช้สำหรับการปฏิบัติตน และการปฏิบัติงาน การที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจดี ก็จะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง และทำให้ได้ผลงานที่มีประสิทธิภาพ

4.1 ความหมายของความรู้ ได้มีผู้ให้ความหมายของความรู้ไว้ดังนี้

ประกาเพ็ญ สุวรรณ (2537: 157) ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นต้นของความสามารถทางสติปัญญา ซึ่งผู้เรียนเพียงแต่จำได้ อาจจะโดยการนึกก็ได้ หรือโดยการมองเห็น ได้ยิน ได้จำไว้ ความรู้ขั้นนี้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ คำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ปัญหา มาตรฐาน เป็นต้น

สุรเชษฐ์ ญาณะโค (2536 : 6) ได้สรุปว่า ความรู้หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นจากการสัมผัสระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น การได้ยิน ได้ฟัง ได้เห็นประสบการณ์ต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้จากสภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัว อันนำไปสู่ความนึกคิดและการแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เบนจามิน บลูม (Benjamin Bloom อ้างในปราณี รามสูต 2528: 109) ได้ให้ความหมายว่า ความรู้เป็นพฤติกรรม ซึ่งบุคคลจะแสดงให้เห็นได้โดยการเขียน พูด บอก อธิบายแสดงเหตุผล หรือสามารถนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันของตน

พจนานุกรมด้านการศึกษาของ Carter V. Good (1973: 325) ได้ให้ความหมายของความรู้ไว้ว่า “ความรู้เป็นข้อเท็จจริง ความจริง กฎเกณฑ์ และข้อมูลต่าง ๆ ที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมสะสมไว้ จากมวลประสบการณ์ต่าง ๆ”

สุรางค์ ไคว้ตระกูล (2541: 318) ได้สรุปว่า ความรู้เกี่ยวกับการรู้คิดของตนเองนักจิตวิทยา พบว่า คนที่คิดเป็นหรือมีทักษะในการคิดจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการรู้คิดของตนเองสามารถดูแล และควบคุมตรวจสอบการคิดของตนเอง พร้อมกับประเมินว่าวิธีการคิดหรือเทคนิคการคิดที่ใช้เหมาะสมหรือไม่และพร้อมที่จะเปลี่ยนเทคนิคที่ใช้

ฟลาวเอล (อ้างในสุรางค์ ไคว้ตระกูล 2541: 227) กล่าวว่า ความรู้เกี่ยวกับการรู้คิดของตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 อย่างคือ บุคคล (Person) หมายถึง ความสามารถของผู้เรียนที่จะมีความรู้เกี่ยวกับตนเองในฐานะผู้เรียน เช่น ระดับความสามารถ ทิศลาในการเรียนที่ตนถนัด เป็นต้น งาน (Task) ความรู้เกี่ยวกับงานที่จะต้องเรียนรู้ รวมทั้งระดับความยากง่ายของงาน ยุทธศาสตร์ (Strategy) ที่ใช้ในการเรียนรู้งาน หรือสิ่งที่จะต้องเรียนรู้ขึ้นอยู่กับวัยของผู้เรียน

กล่าวโดยสรุป ความรู้หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับข้อเท็จจริง กฎเกณฑ์ เรื่องราว

เกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือเรื่องทั่ว ๆ ไป ที่มนุษย์ได้รับ
 ต่อสิ่งเร้าและการรับรู้มันต้องชัดเจนและต้องอาศัยเวลา

4.2 ประเภทและระดับของความรู้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537: 213) กล่าวว่า การรู้ (Knowing) เป็นความสามารถ
 ในการจำ หรือระลึกได้ ซึ่งมวลประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เคยได้รับรู้มา

4.2.1 **ความรู้เฉพาะเรื่อง เฉพาะอย่าง** เป็นการระลึกข้อมูลในส่วนย่อย ๆ เฉพาะ
 อย่างที่แยกไว้โดด ๆ ได้แก่

- 1) ความรู้เกี่ยวกับศัพท์ เกี่ยวกับความหมายของคำ
- 2) ความรู้เกี่ยวกับความจริงเฉพาะอย่างเช่น รู้วัน เดือน ปี เหตุการณ์

4.2.2 **ความรู้เกี่ยวกับวิถีทาง และวิธีการดำเนินงานเรื่องใด เรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ**
 ได้แก่

- 1) ความรู้ในเรื่องระเบียบ แบบแผน ประเพณี
- 2) ความรู้เกี่ยวกับแนวโน้ม และลำดับก่อน- หลัง
- 3) ความรู้ในการแยกประเภทและการจัดหมวดหมู่
- 4) ความรู้เกี่ยวกับระเบียบ และกระบวนการ

4.2.3 **ความรู้เกี่ยวกับการรวบรวมแนวคิดและโครงสร้าง** ได้แก่

- 1) ความรู้เกี่ยวกับหลักการและข้อสรุปทั่วไป
- 2) ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎี และ โครงสร้าง

4.3 เครื่องมือวัดความรู้

เครื่องมือวัดพฤติกรรมด้านความรู้ นั้น ส่วนใหญ่จะใช้แบบทดสอบ ซึ่งในด้าน
 การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ นั้น นำหลักการสร้างแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการ
 ศึกษามาใช้ แบบทดสอบมีหลายชนิด เช่น ให้เลือกข้อ (Multiple Choices) แบบให้เติมคำ แบบถูก -
 ผิด แบบจับคู่ เป็นต้น

โดยขั้นตอนการสร้างแบบทดสอบวัดความรู้ มีขั้นตอนดังนี้

4.3.1 **กำหนดเนื้อหาและพฤติกรรมที่ต้องการวัด** ซึ่งนักวิจัยจะต้องวิเคราะห์
 จำแนกเนื้อหาที่ต้องการวัดให้ครอบคลุมเนื้อหาทั้งหมด และพยายามแตกย่อยเนื้อหานั้นออกให้
 ละเอียดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยใช้ความรู้ ประสบการณ์ เอกสารและรายงานการวิจัยที่
 เกี่ยวข้องประกอบ

4.3.2 **เลือกชนิดและรูปแบบของแบบทดสอบ** ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

4.3.3 **เขียน (ร่าง) ข้อคำถาม** การเขียนข้อคำถามหรือที่รู้จักกันทั่วไปว่า การเขียน

ข้อสอบนั้นเป็นการเลือกสถานการณ์ที่เป็นตัวแทนของเนื้อหา มาสร้างเป็นสิ่งเร้าเพื่อกระตุ้นให้ผู้ตอบได้สนองตอบ และแสดงพฤติกรรมออกมา

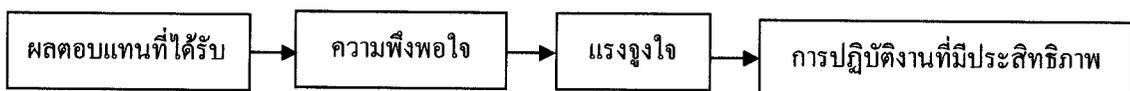
4.3.4 จัดเรียงและทำรูปเล่ม นำข้อคำถามแต่ละข้อที่ร่างไว้มาจัดเรียงกันวางรูปแบบการเรียงให้แลดูง่ายและสะดวกต่อการตอบ จัดรวมเป็นชุด พร้อมทั้งมีคำชี้แจงการตอบไว้อย่างครบถ้วน

4.3.5 ตรวจสอบและแก้ไข ควรอ่านวิเคราะห์ข้อคำถาม - คำตอบของทุกข้ออย่างละเอียด ทั้งในด้านภาษา ตัวสะกดการันต์ ความชัดเจน ความยากง่ายของแต่ละข้อเหมาะสมกับผู้ตอบเพียงใด การตรวจในตอนนี้จะกระทำใน 2 ลักษณะ คือ ตรวจสอบเอง กับให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจ การให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเป็นการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความตรงตามโครงสร้างของแบบทดสอบ ซึ่งควรให้ผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 คน

4.3.6 การตรวจสอบคุณภาพ จะทำเป็น 2 ระยะ คือตรวจสอบในระหว่างขั้นตอนการสร้าง กับการตรวจสอบหลังจากสร้างแบบทดสอบเสร็จแล้ว หลังจากได้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จึงนำมาทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก หลังจากนั้นจึงนำผลมาตรวจสอบรายข้อเพื่อหาความยากง่ายและอำนาจจำแนกรายข้อ พร้อมทั้งตรวจสอบทั้งฉบับเพื่อหาคุณภาพด้านความตรงและความเที่ยง (บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ 2542: 72 - 96)

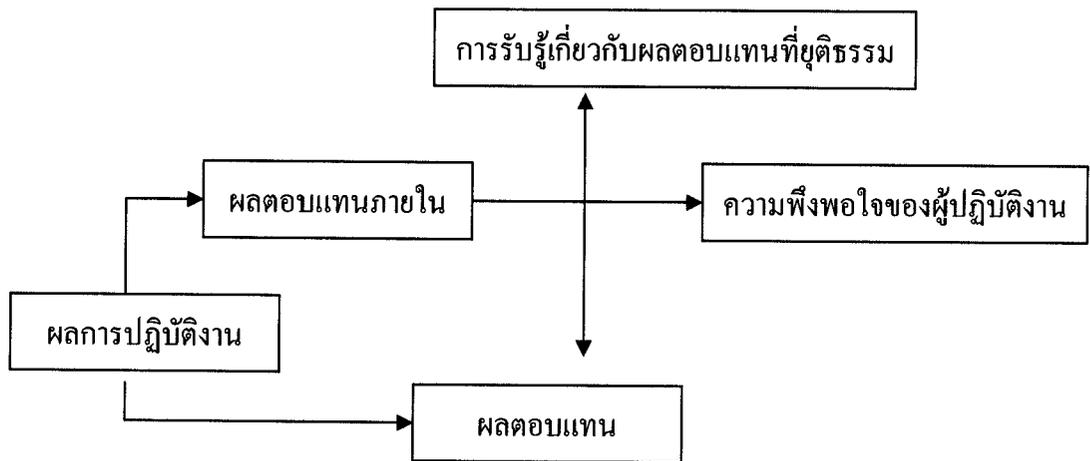
5. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

เดวิส (Davis อ้างในสมยศ นาวิการ, 2544:155) เชื่อว่าความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานเป็นอย่างมาก กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงย่อมนำไปสู่การปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้บริหารจะต้องคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน เช่น ความสำเร็จของงาน การยอมรับนับถือ ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน เงินเดือน นโยบาย การบริหารและสภาพแวดล้อมในการทำงาน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ดีตามแนวคิดนี้สามารถแสดงได้ด้วยภาพ ดังนี้



ภาพที่ 2.5 ความพึงพอใจนำไปสู่ผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ
ที่มา: สมยศ นาวิการ (2544) *การบริหาร* พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชย์

พอร์ทเตอร์และโลวเวอร์ (Porter and Low,1967 อ้างในสมยศ นาวิการ,2544:119) เชื่อว่า ผลการปฏิบัติงานมีอิทธิพลต่อความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน จากผลการวิจัย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจและผลการปฏิบัติงานที่ดีจะนำไปสู่ผลตอบแทนที่เหมาะสม ซึ่งในที่สุดจะนำไปสู่การสนองความพึงพอใจ



ภาพที่ 2.6 แสดงการปฏิบัติงานนำไปสู่ความพึงพอใจ (สมยศ นาวิการ, 2544:119)

จากภาพที่ 2.5 จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติงานย่อมได้รับการตอบสนองในรูปแบบของรางวัลหรือผลตอบแทน ซึ่งแบ่งออกเป็นผลตอบแทนภายใน (Intrinsic rewards) และผลตอบแทนภายนอก (Extrinsic rewards) โดยผ่านการรับรู้เกี่ยวกับยุติธรรมของผลตอบแทนซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ปริมาณผลตอบแทนที่ปฏิบัติงานได้รับนั้นคือ ความพึงพอใจในงานของผู้ปฏิบัติงานจะถูกกำหนดโดยความแตกต่างระหว่างผลตอบแทนที่เกิดขึ้นจริงและการรับรู้เกี่ยวกับความยุติธรรมของผลตอบแทน หากผลตอบแทนจริงมากกว่าผลตอบแทนที่รับรู้แล้วความถึงพอใจย่อมจะเกิดขึ้น ความพอใจในการปฏิบัติงานและผลการปฏิบัติงานจะมีความสัมพันธ์กันทางบวก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่างานที่ปฏิบัตินั้นทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกายและจิตใจเพียงใด ซึ่งผู้บริหารจะต้องคำนึงถึงและจัดให้อยู่ในทุกประเภทงานก็คือองค์ประกอบต่าง ๆ ในการเสริมสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ดี และการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

5.1 ความหมายของความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ดิเรก ฤกษ์หรัย (2522:35) กล่าวว่า ความพึงพอใจหมายถึง ทัศนคติทางบวกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปเป็นความพึงพอใจในการปฏิบัติต่อสิ่งนั้น

ธงชัย สันติวงษ์ (2526:359) กล่าวว่า ความพึงพอใจในการทำงาน หมายถึง การที่บุคคลหนึ่งมองเห็นช่องทางหรือโอกาสที่จะสามารถตอบสนองแรงจูงใจที่ตนมีอยู่ก็จะทำให้ความ

พึงพอใจของเขาดีขึ้นหรือขึ้นอยู่ในระดับสูง หากฝ่ายบริหารจัดคนทำงานซึ่งได้มีโอกาสตอบสนองแรงจูงใจของเขาแล้ว ความพึงพอใจของคนทำงานจะสูงและผลงานจะดีตามไปด้วย

กู๊ด (Good, 1973:320) ให้ความหมายของคำว่าความพึงพอใจว่าหมายถึง คุณภาพ สภาพ หรือระดับความพึงพอใจซึ่งเป็นผลมาจากความสนใจต่าง ๆ และทัศนคติของบุคคลที่มีต่อ งาน

วรูม (Vroom, 1964:99) ให้เหตุผลว่า ความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ทำที่ หรือ ทัศนคติที่ดีต่องาน และขวัญในการปฏิบัติงานสามประการนี้มีความหมายอย่างเดียวกัน คือ มี ทัศนคติที่ดีต่องาน ก็คือความพึงพอใจในการปฏิบัติงานและถ้ามีทัศนคติที่ไม่ดีต่องานก็คือ ไม่พึงพอใจในการปฏิบัติงาน

จากการศึกษาความหมายของความพึงพอใจในการปฏิบัติงานจากหลาย ๆ ท่าน ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยสรุปความหมายของความพึงพอใจได้ว่า ความพึงพอใจหมายถึง ความรู้สึกชอบและความรู้สึกพอใจในการปฏิบัติงานซึ่งจะก่อให้เกิดแรงจูงใจและความคิดสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงานเพื่อให้งานนั้นประสบผลสำเร็จซึ่งจะก่อให้เกิดแรงจูงใจและความคิดสร้างสรรค์ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้งานนั้นประสบความสำเร็จและบรรลุตามเป้าหมายของ องค์กรที่ได้ตั้งไว้

5.2 องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติ

การที่บุคคลจะเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่ง มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบหรือปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการทำงานไว้ดังนี้

ฮาร์เรล (Harrell, 1972 อ้างในปรียาพร วงษ์อนุวัตร โรจน์, 2535:145-153) กล่าวว่า ปัจจัยหรือองค์ประกอบที่ใช้เป็นเครื่องมือชี้บ่งถึงปัญหาที่เกี่ยวกับความพึงพอใจในการทำงานนั้น มี 3 ประการ คือ

- 1) ปัจจัยด้านบุคคล (Personal Factors) หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ งาน ได้แก่ ประสบการณ์ในการทำงาน เพศ จำนวนสมาชิกในความรับผิดชอบ อายุ เวลาในการ ทำงาน การศึกษา เงินเดือน ความสนใจ เป็นต้น
- 2) ปัจจัยด้านงาน (Factors in the job) ได้แก่ ลักษณะงาน ทักษะในการทำงาน ฐานะทางวิชาชีพ ขนาดของหน่วยงาน ความห่างไกลของบ้านและที่ทำงาน สภาพทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น
- 3) ปัจจัยด้านการจัดการ (Factors Controllable by management) ได้แก่ ความ มั่นคงในงาน รายรับ ผลประโยชน์ โอกาสก้าวหน้า อำนาจตามตำแหน่งหน้าที่ สภาพการทำงาน

เพื่อร่วมงาน ความรับผิดชอบ การสื่อสารกับผู้บังคับบัญชา ความศรัทธาในตัวผู้บริหาร การนิเทศงาน เป็นต้น

5.3 ความสำคัญของความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

นิคม พรหมชัย (2529:12) ได้อธิบายว่า หากผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานจะทำให้การเพิ่มความสนใจมากขึ้น การเพิ่มความกระตือรือร้นในการทำงานปฏิบัติงานมีมากขึ้นและการเพิ่มผลงานในการผลิตสูงยิ่งขึ้น

พอจะสรุปได้ว่าความสำคัญของความพึงพอใจในการปฏิบัติงานมีดังนี้

- 1) ความพึงพอใจก่อให้เกิดความร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กร
- 2) ความพึงพอใจเสริมสร้างให้ผู้ได้บังคับบัญชามีความเข้าใจอันดีต่อกัน และหน่วยงาน
- 3) ความพึงพอใจเสริมสร้างให้ผู้ปฏิบัติงานมีความซื่อสัตย์ ความจงรักภักดีต่อกัน และหน่วยงาน
- 4) ความพึงพอใจก่อให้เกิดความสามัคคีในหมู่คณะและมีการรวมพลังเพื่อกำจัดปัญหาในองค์กรร่วมกัน
- 5) ความพึงพอใจช่วยเกื้อหนุนให้กฎเกณฑ์ ระเบียบ และข้อบังคับสามารถใช้บังคับควบคุมความประพฤติของผู้ปฏิบัติงานให้อยู่ในระเบียบวินัยอันดี
- 6) ความพึงพอใจก่อให้เกิดความเชื่อมั่น และศรัทธาในองค์กรที่ร่วมกันปฏิบัติอยู่
- 7) ความพึงพอใจช่วยเกื้อหนุนให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความคิดสร้างสรรค์ในกิจการต่าง ๆ

5.4 การวัดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

เทพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ (2529:100-101) กล่าวว่าในองค์กรทั้งหลายจะต้องมีการวัดความพึงพอใจเพื่อให้เข้าใจกับแหล่งความพอใจและไม่พอใจความสัมพันธ์ระหว่างความพอใจในการปฏิบัติงาน เพื่อสร้างความพอใจในการปฏิบัติงาน และเพื่อเรียนรู้ว่าสถานที่ทำงานบริเวณใดคนมีความพึงพอใจในการฝึกอบรม การขาดงาน การออกจากงาน และอื่น ๆ ในการหามาตรการวัดความพึงพอใจนั้นเป็นการยากที่จะให้ได้ข้อเท็จจริงเพราะไม่มีเครื่องมือใดวัดจิตใจคนได้อย่างเพียงพอ

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2535:154-155) ได้กล่าวว่า นักจิตวิทยาได้สร้างแบบวัดความพึงพอใจในการทำงานตามนิยามที่วัดและตามจุดมุ่งหมายของการวัด การวัดแบ่งแบบวัดได้หลายลักษณะ โดยแบ่งตามลักษณะข้อความที่ถาม ดังนี้

1) แบบสำรวจปรนัย เป็นแบบวัดที่เป็นคำถามและคำตอบที่ให้เลือกคำตอบโดยที่ผู้ตอบ ตอบตามที่ตนเองมีความคิดเห็นและความรู้สึก ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่สามารถวิเคราะห์ด้วยวิธีการเชิงปริมาณ

2) แบบวัดความพึงพอใจในการทำงานแบ่งตามคุณลักษณะของงาน

(1) แบบวัดความพึงพอใจงานโดยทั่วไปเป็นแบบวัดที่วัดความพึงพอใจของบุคคลที่มีความสุขอยู่กับงานโดยส่วนรวม

(2) แบบวัดความพึงพอใจในงานเฉพาะด้าน เป็นการศึกษาถึงความรู้สึกชอบพอและความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่องานเฉพาะด้าน เช่น รายได้ ความมั่นคง มิตรภาพ สัมพันธภาพ ผู้บังคับบัญชา และความก้าวหน้า เป็นต้น

จากมาตรการการวัดความพึงพอใจในการทำงานดังกล่าว จะเห็นได้ว่ามีหลายวิธี ผู้วัดจะเลือกใช้วิธีใดก็ได้แล้วแต่ความสะดวก ความเหมาะสมของสถานการณ์อย่างไรก็ตามควรคำนึงถึงว่าวิธีที่เลือกใช้นั้นจะต้องสามารถวัดสภาพจิตใจในการทำงานได้ และการวัดก็ควรจะใช้วิธีสุ่มตัวอย่างในกรณีที่มีผู้ปฏิบัติงานมาก ๆ จึงจะได้ผลมากขึ้น สำหรับการวิจัยครั้งนี้วัดความพึงพอใจ โดยใช้แบบสำรวจปรนัย

5.5 การสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

การสร้างความพึงพอใจในการปฏิบัติงานให้เกิดขึ้นกับบุคคลในองค์กร ผู้บริหารจะต้องเข้าใจบุคคลและสิ่งแวดล้อมทั้งในและนอกองค์กรเป็นอย่างดี สมาชิกในองค์กรจะไม่สามารถเข้าใจกัน ได้ถ้าปราศจากภาพรวมของสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

5.5.1 ลักษณะของกลุ่มในองค์กร ถ้าสมาชิกกลุ่มมีการติดต่อสัมพันธ์กันดีสมาชิกได้รับความพึงพอใจในการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ผู้นำมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับกลุ่ม กลุ่มมีความสามัคคี มีความศรัทธาไว้วางใจกัน เมื่อความเป็นกลุ่มเข้มแข็ง ความต้องการในพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์จะเกิดขึ้น

5.5.2 รายได้ ปัจจุบันคนมีความต้องการในระดับสูงขึ้นเพราะในปัจจุบันคนเรามีการศึกษาสูงขึ้นและมีมาตรฐานชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น รายได้สามารถทำให้เกิดความพอใจไม่เพียงแต่ความต้องการทางด้านร่างกายแต่ยังเพื่อความมั่นคงและความต้องการเป็นที่ยอมรับด้วย เพราะเงินสามารถใช้ซื้อสิ่งต่าง ๆ และคนที่ได้รับค่าจ้างสูงก็เป็นที่ยอมรับของคน ดังนั้นรายได้จึงต้องเพียงพอเหมาะสมและยุติธรรมจึงจะสามารถรักษาระดับความพึงพอใจของคนงานได้

5.5.3 รางวัล มี 2 ประเภท คือ รางวัลภายนอกกับรางวัลภายใน รางวัลภายนอก ได้แก่ การเลื่อนตำแหน่ง การได้รับงานที่น่าสนใจ การเสริมแรงอื่น ๆ ที่ควบคุมโดยองค์กรและสวัสดิการอื่น ๆ รางวัลภายในคือรางวัลที่เป็นธรรม ซึ่งเห็นได้ชัดเจนเพื่อจูงใจให้เกิดพฤติกรรม

3 ชนิด คือ ความเป็นสมาชิก ความตั้งใจ และการปฏิบัติ ส่วนรางวัลภายในเป็นการสร้างสถานะภาพของงาน โดยการออกแบบที่ทำให้บุคคลได้ประสบการณ์ซึ่งเป็นจุดหมายของบุคคลที่ต้องการเป็นรางวัลของตัวเอง เช่น ความสุขที่ทำงานได้ดี การใช้ความรู้ความสามารถในการแก้ปัญหา รางวัลภายในจะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานมากกว่ารางวัลภายนอก ถึงแม้ว่าองค์การจะให้รางวัลในการจูงใจแต่จะเกิดความพึงพอใจหรือไม่ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลต่อระบบการให้รางวัลขององค์การจะเห็นได้ว่าคนมักจะเลือกงานที่ให้ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจสูง แต่รายได้สูงก็ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานการที่จะสร้างสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความพึงพอใจกับการปฏิบัติงานจำเป็นต้องผูกความแตกต่างของรางวัลโดยตรงกับการปฏิบัติงาน ดังนั้น ผู้ที่ปฏิบัติงานดีย่อมได้รับรางวัลมากกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานไม่ดี (Porter, Lowler and Hackman, 1987:344-349)

ในองค์การที่มีประสิทธิผล พบว่า สมาชิกแต่ละคนจะมีความเป็นเจ้าของ ซึ่งหมายความว่าสมาชิกจะควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้นกับงานของเขาและรับผิดชอบต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของกิจกรรมที่สัมพันธ์กับงานนั้น สมาชิกมีความต้องการที่จะทำงานมีแรงจูงใจสูงและทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพส่วนผู้นำต้องแสวงหาวิธีการที่จะทำให้สมาชิกในองค์การทำงานอย่างมีคุณค่าเห็นงานนั้นท้าทาย น่าสนใจและได้รับรางวัล ลินช์ (Lynch, 1993:92-94, 98-99)

การออกแบบเพื่อสร้างกิจกรรมของมนุษย์ให้บุคคลในองค์การมีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานซึ่งเป็นแรงจูงใจภายใน (Lynch, 1993:101-108) ดังนี้

1) การสร้างความเป็นเจ้าของ ซึ่งทำให้เกิดความผูกพันในองค์การ มีความเชื่อในการยอมรับคุณค่าและเป้าหมายขององค์การ มีความตั้งใจที่จะใช้ความพยายามและมีความต้องการที่จะรักษาความเป็นสมาชิกขององค์การซึ่งสิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลตั้งใจปฏิบัติงานให้องค์การได้รับความสำเร็จ

2) ความรับผิดชอบในผลลัพธ์ องค์การส่วนใหญ่ไม่ได้กำหนดผลลัพธ์ที่ได้ ทำให้คนไม่ผูกติดกับวัตถุประสงค์และไม่มีความผูกพัน ผู้นำต้องเน้นผลที่ออกมาของผู้ตามให้ทำงานด้วยความท้าทายมีความรู้สึกรับผิดชอบและมอบอำนาจให้ ซึ่งจะทำให้ผู้ตามเกิดความรู้สึกมีคุณค่าและปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) อำนาจที่จะคิด ทั้งปัจเจกบุคคลและทีมไม่เพียงต้องการอำนาจที่จะทำ แต่ต้องการอำนาจที่จะมีส่วนในการตัดสินใจ คนงานเมื่อไม่มีอำนาจที่จะคิด ความรู้สึกที่ไม่มีอำนาจนั้นจะทำให้ความภูมิใจและแรงจูงใจในการทำงานให้สำเร็จมีน้อยลง

4) ความสามารถที่จะวัดหรือตรวจสอบผลลัพธ์ที่ได้ ผู้นำต้องสามารถแสดงหรือวัดผลลัพธ์ที่กำลังได้รับความสำเร็จ ถ้าไม่ทำจะมีผลทำให้คุณค่าของการจูงใจมีน้อย และเป็นไปไม่ได้ที่ผู้นำและทีมงานจะรู้ว่างานที่ปฏิบัตินั้นดีหรือไม่ ผู้นำต้องสามารถทำให้ผู้ตามเห็นการ

ปฏิบัติงานของพวกเขาเป็นความสำเร็จและเป็นสิ่งที่ต้องการผลลัพธ์ผู้นำที่ไม่ทำแบบนี้จะเสี่ยงกับการทำให้ลักษณะงาน (Job Description) ไม่มีค่าและทำให้ผู้ตามไม่สนใจในงานของตนเอง

5) การรักษาคุณภาพชีวิตในการทำงานของคน ให้สมาชิกในองค์กรรับรู้คุณภาพชีวิตในการทำงานในองค์กรนี้ดีกว่าองค์กรอื่น เช่น ผลตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรมสภาพการทำงานที่ปลอดภัย โอกาสในการใช้และพัฒนาความสามารถ โอกาสสำหรับความก้าวหน้าและความมั่นคง สิทธิและสถานภาพทางสังคมของคนงาน เป็นต้น

5.6 การศึกษาความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

การศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานได้เริ่มมานานแล้ว เนื่องจากผู้บริหารมีความสนใจและพยายามหาวิธีการจัดการที่ดีที่สุดเพื่อให้ได้ผลงานมากที่สุด ซึ่งจะมีแนวคิดและพัฒนาแนวคิดต่อเนื่องกันมาตามลำดับ ดังนี้

เทเลอร์ (Taylor) เป็นวิศวกรชาวอเมริกา ได้สร้างสรรค์วิธีการอย่างมีระบบเป็นระเบียบแบบวิทยาศาสตร์เพื่อหาวิธีที่จะเพิ่มผลผลิตให้ได้มากที่สุด ประหยัดที่สุด และโดยวิธีการที่ดีที่สุด (สมพงษ์ เกษมสิน ,2526:240) เทเลอร์ (Taylor) มุ่งเน้นเรื่องประสิทธิภาพในการผลิต และถือว่าคนงานแต่ละคนเปรียบเสมือนเครื่องมือที่จะใช้ปรับปรุงเพื่อเพิ่มผลผลิตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งสำคัญ 3 ประการ คือ เลือกคนที่มีความสามารถสูงเข้าปฏิบัติงาน ฝึกอบรมให้คนเหล่านั้นทำงานให้ถูกวิธี และหาสิ่งจูงใจให้เขาเกิดกำลังใจในการทำงาน โดยมุ่งเน้นเรื่อง ค่าตอบแทน เป็นหลัก (Schermerhorn,1991:553)

ต่อมาเมโย (Mayo) ได้ทำการทดลองเรื่อง Hawthorn Study โดยให้ความสำคัญกับบุคคลในฐานะเป็นองค์ประกอบของการบริหารการศึกษาครั้งนี้ได้ทดลองกับคนงานจาก โรงงาน ประมาณ 2,000 คน ซึ่งได้ผลดังนี้

- 1) คนงานไม่ใช่เศรษฐทรัพย์ที่จะปฏิบัติได้เช่นเดียวกับปัจจัยทางกายภาพแต่คนงานเป็นสิ่งมีชีวิต ขวัญนับว่าเป็นสิ่งสำคัญในการทำงาน
- 2) ปริมาณการทำงานของคนงานไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสามารถในทางกายภาพแต่เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับความสามารถทางสังคมด้วย
- 3) บำเหน็จรางวัลทางจิตใจในบางกรณีมีผลกระตุ้นในการทำงานและให้ความสุขในการทำงานมากกว่าที่จะให้บำเหน็จรางวัลทางเศรษฐทรัพย์แต่เพียงอย่างเดียว
- 4) การแบ่งงานตามลักษณะเฉพาะของงานมิได้เป็นหลักประกันว่าจะอำนวยความสะดวกสูงสุดในการทำงานเสมอไป หากแต่ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบอีกมาก
- 5) คนงานจะไม่มีปฏิกิริยาสนองตอบต่อวิธีการจัดการหรือบำเหน็จรางวัลใด ๆ มากนักในส่วนบุคคล หากแต่จะมีการตอบสนองในลักษณะที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มสังคม

จากผลการทดลองดังกล่าวได้ก่อให้เกิดวิธีการจัดการที่เรียกว่า การจัดการงานตามแนวมนุษยสัมพันธ์ (Human Relation Approach) คือ ให้ความสำคัญกับคนในฐานะที่เป็นปัจจัยแห่งการบริหารงาน (สมพงษ์ เกษมสิน 2526:240)

กรีนเบิร์ก (Greenberg, 1979:9-32) กล่าวว่า การศึกษาเรื่องความพึงพอใจงาน อาจแยกออกเป็น 2 ประเภท คือ ทฤษฎีเชิงเนื้อหาและทฤษฎีเชิงกระบวนการ

1) ทฤษฎีเชิงเนื้อหาเกี่ยวกับความพึงพอใจ เป็นทฤษฎีที่อธิบายความพึงพอใจในงาน โดยเน้นถึงความเข้าใจที่อยู่ภายในบุคคลที่เป็นสาเหตุทำให้บุคคลปฏิบัติในแนวทางบางอย่างวิธีการศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้บริหารให้สามารถพิจารณาถึงความต้องการของผู้ได้บังคับบัญชา โดยสังเกตจากการกระทำของผู้ได้บังคับบัญชา และผู้บริหารสามารถคาดคะเนถึงการกระทำของเขาได้โดยรู้ถึงความต้องการของเขาเชิงทฤษฎีเนื้อหาที่สำคัญมี 2 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีลำดับความต้องการของ มาสโลว์ (Maslow) และทฤษฎีจูงใจแบบสองปัจจัยของ เฮร์เบิร์ต (Herzberg)

(1) ทฤษฎีลำดับความต้องการของมาสโลว์ ได้วางหลักการเบื้องต้นไว้ว่า ผู้ปฏิบัติงานจะถูกจูงใจหรือกระตุ้นให้ปฏิบัติงานเพื่อตอบสนองความต้องการบางอย่างที่อยู่ภายใน ทฤษฎีนี้ ตั้งอยู่บนพื้นฐานสำคัญ 3 ประการ คือ

- ก. มนุษย์มีความต้องการและความต้องการนี้ไม่มีที่สิ้นสุด
 - ข. ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้ว จะไม่มีแรงจูงใจสำหรับพฤติกรรมอีกต่อไป
 - ค. ความต้องการของมนุษย์เมื่อได้รับการตอบสนองเป็นที่พอใจแล้วความต้องการอื่น ๆ ก็เกิดขึ้นมาให้เห็นเป็นเช่นนี้เรื่อยไปตามลำดับจากที่ต่ำไปหาที่สูง
- ลำดับความต้องการจากระดับต่ำถึงระดับสูงของมาสโลว์ แบ่งออกเป็น 5 ชั้น ดังนี้ 1) ความต้องการทางร่างกาย 2) ความต้องการความปลอดภัย 3) ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ 4) ความต้องการได้รับการยกย่องในสังคม และ 5) ความต้องการได้รับความสำเร็จตามความนึกคิด

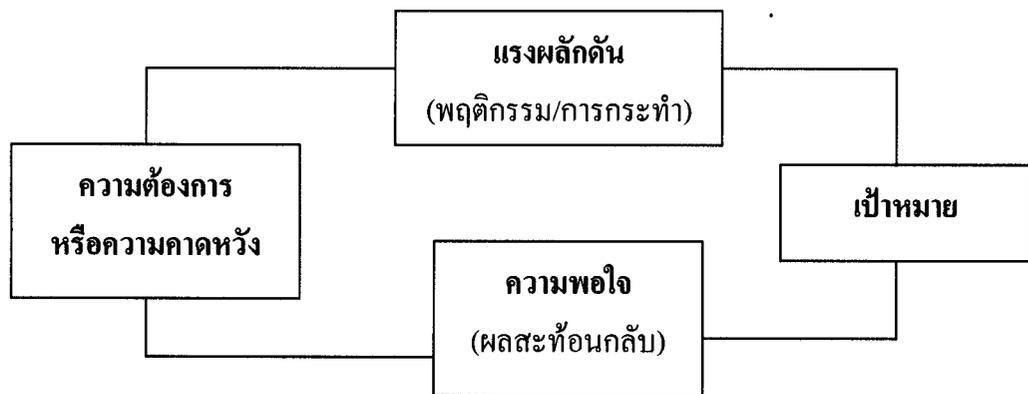
(2) ทฤษฎีการจูงใจแบบสองปัจจัยของเฮร์เบิร์ต ได้ศึกษาความพึงพอใจโดยการสัมภาษณ์นักบัญชีและวิศวกร จำนวน 200 คน ได้ผลสรุปว่ามีปัจจัย 2 ประเภท สัมพันธ์กับความชอบหรือไม่ชอบงานของแต่ละบุคคล ปัจจัยดังกล่าวเรียกว่า ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุน

ก. ปัจจัยจูงใจ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับงานโดยตรง เป็นปัจจัยจูงใจให้คนชอบและรักงานเป็นตัวการสร้างความพึงพอใจให้กับบุคคลในองค์กรปฏิบัติงาน ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นมี 5 ประการ คือ ความสำเร็จในการทำงานของบุคคล การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบ และความก้าวหน้า

ข. ปล่อยให้ค่าจ้าง เป็นปัจจัยที่ค่าจ้างให้แรงจูงใจในการทำงานของบุคคลมีอยู่ตลอดเวลา ถ้าไม่มีหรือมีในลักษณะที่ไม่สอดคล้องกับบุคคลในองค์การ บุคคลในองค์การจะไม่ชอบงานนั้น ปล่อยให้ค่าจ้างได้แก่ เงินเดือน โอกาสที่จะได้รับความก้าวหน้าในอนาคต ความสัมพันธ์กับผู้บังคับบัญชา สถานะของอาชีพ นโยบายและการบริหาร และสภาพการทำงาน ความเป็นอยู่ส่วนตัว ความมั่นคงในงาน และวิธีการปกครองผู้บังคับบัญชา ปล่อยให้ค่าจ้างไม่ใช่เป็นสิ่งจูงใจที่จะทำให้ผลผลิตเพิ่มขึ้น แต่เป็นข้อกำหนดเบื้องต้นเพื่อป้องกันมิให้คนไม่พอใจในการทำงาน ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปล่อยให้ค่าจ้างมีผลกระทบต่อความไม่พอใจในงานที่ทำ และเป็นปัจจัยจูงใจที่มีผลกระทบต่อความพอใจในงานที่ทำและต้องมีค่าเป็นบวกเท่านั้น

2. ทฤษฎีกระบวนการเกี่ยวกับความพึงพอใจ เป็นการตอบสนองกระบวนการที่ก่อให้เกิดความพอใจในงานแทนที่จะให้ความสำคัญกับเนื้อหาความต้องการของผู้ปฏิบัติงานซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ทฤษฎี คือ 1) ทฤษฎีด้านความเสมอภาค (Equity Theory) 2) ทฤษฎีการอ้างอิง และ 3) ทฤษฎีความต้องการและการตอบสนองด้านค่านิยม (Need and Value Fulfillment Theory) (Adams, 1963 and Locke, 1976 อ้างในมยุรี รัชชีสมบัติศิริ, 2530:48-49)

มัสลินส์ (Mullins, 1985) กล่าวว่าแรงจูงใจของมนุษย์เป็นแรงผลักดันบางประการในตัวบุคคล ซึ่งเกิดจากที่ตนเองพยายามบางอย่างเพื่อจะสนองต่อความต้องการหรือความคาดหวังที่มีอยู่ ดังภาพที่ 2.7



ภาพที่ 2.7 วงจรแรงจูงใจของมนุษย์

ที่มา: Mullins, I. J. (1985) *Management and Organization Behavior*, London: Pitman.

ในการบริหารการจูงใจในเปรียบเสมือนหัวใจในการปฏิบัติงาน เป็นสิ่งที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีความกระตือรือร้นเต็มใจที่จะใช้ความสามารถในการทำงานเพื่อแลกเปลี่ยนกับรางวัล

นักบริหารจึงจำเป็นต้องหาวิธีที่จะทำให้ผู้ร่วมงานที่ปฏิบัติงานด้วยความตั้งใจอย่างแท้จริง นั้นหมายความว่าต้องทราบว่าสิ่งใดเป็นสิ่งที่กระตุ้นและจูงใจความขยันของบุคคลได้นั้นเอง เพราะมนุษย์เกิดความต้องการขึ้นแล้วก็จะต่อสู้ดิ้นรนจนสมปรารถนาเสมอ (ทองหล่อ เดชไทย, 2540:4-5)

5.7 ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

สมพงษ์ เกษมสิน (2526:275-277) ให้ความเห็นว่ามนุษย์ย่อมมีความต้องการในการทำงานแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล แต่ในส่วนรวมแล้วมนุษย์มีความต้องการที่เหมือนกันอยู่ไม่น้อย เช่นความต้องการเรื่องอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และความต้องการทางเพศ เป็นต้น

สำหรับด้านการปฏิบัติงาน มนุษย์มีความต้องการในหลายประการที่คล้ายคลึงกัน พอสรุปได้ดังนี้คือ ความมั่นคงในการทำงาน ความพึงพอใจในการทำงาน โอกาสก้าวหน้า การได้รับการยกย่อง รวมถึงการมีผู้บังคับบัญชาที่มีความสามารถ

เทพนม เมืองแมนและสวิง สุวรรณ (2529:111-112) ให้ความเห็นว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพอใจในการทำงานมีผลมาจากองค์ประกอบส่วนบุคคลได้แก่ องค์ประกอบทางด้านประชากร ด้านความสามารถ ด้านบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นบทบาททำให้ตัวบุคคลเกิดความพึงพอใจในงานและพอใจในการปฏิบัติงานนั้น

1) ปัจจัยด้านประชากร ผู้ปฏิบัติงานที่มีอายุน้อยจะมีความพอใจในงานน้อยกว่าผู้ปฏิบัติงานที่มีอายุมาก กลุ่มผู้ปฏิบัติงานเพศหญิงหรือเพศชายไม่มีความแตกต่างกันในด้านความพึงพอใจในการทำงานอย่างเห็นได้ชัด และในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ได้จบปริญญาตรีจากมหาวิทยาลัย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและความพึงพอใจในงาน ส่วนในระดับมหาวิทยาลัยกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีจะมีความพึงพอใจในงานสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้จบปริญญาตรี

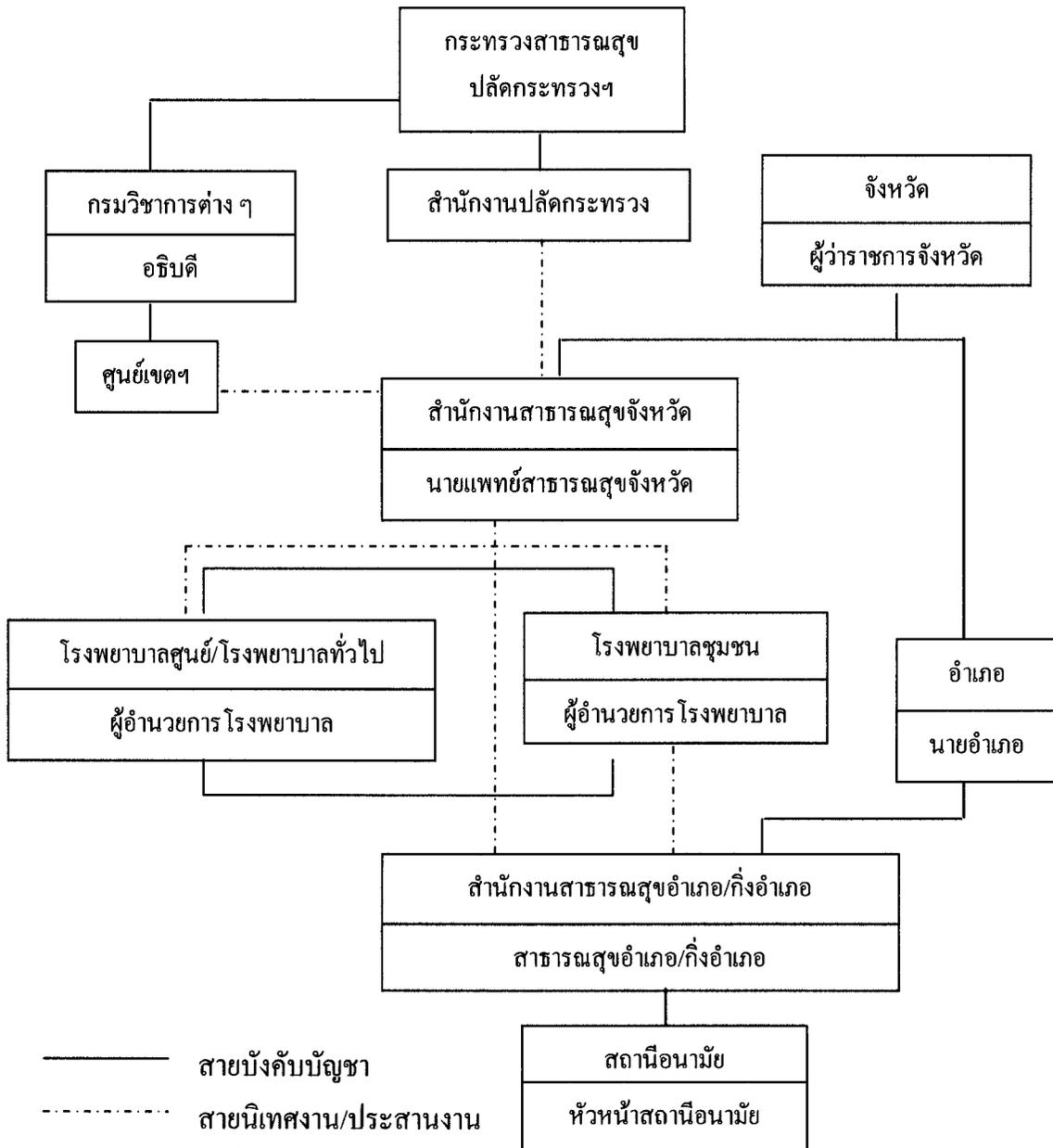
2) ความสามารถ ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถของบุคคลกับความพึงพอใจในงาน ความสามารถเป็นตัวกำหนดการปฏิบัติงานของบุคคล

3) คุณลักษณะด้านบุคลิกภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับความพึงพอใจในงานมีอิทธิพลมาจากความมากน้อยของความต้องการรางวัลภายนอก

บาร์นาร์ด (Barnard, 1969:142-149) กล่าวถึงบรรดาสิ่งจูงใจที่จะใช้เป็นที่กระตุ้นให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน 7 ประการ ได้แก่ 1) สิ่งจูงใจที่เป็นวัตถุ 2) สิ่งจูงใจที่เป็นโอกาส 3) สภาพทางกายที่พึงปรารถนา 4) ผลประโยชน์ทางอุดมคติ 5) ความดีงูดทางสังคม 6) โอกาสที่จะมีส่วนร่วมในการทำงาน และ 7) สภาพการอยู่ร่วมกัน

6. โครงสร้างการบริหารงานของสถานีอนามัย

สถานีอนามัยเป็นสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนในระดับตำบลหรือหมู่บ้าน มีสายบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อสาธารณสุขอำเภอและนายอำเภอ โดยมีโครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขในราชการส่วนภูมิภาค ตามภาพที่ 2.8



ภาพที่ 2.8 โครงสร้างการบริหารงานสาธารณสุขในราชการส่วนภูมิภาค

ที่มา : สมาคมนามัยแห่งประเทศไทย (2547) ปฏิทินสาธารณสุข หน้า 37

6.1 การบริหารงานของสถานีนอนามัย

สถานีนอนามัยเป็นสถานบริการของสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่ในระดับตำบลหรือหมู่บ้าน มีเป้าหมายการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า สถานีนอนามัยหัวหน้าหน่วยงานคือหัวหน้าสถานีนอนามัยตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ระดับ 6-7 เป็นผู้รับผิดชอบบังคับบัญชาในการดำเนินงานสาธารณสุข มีสายบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อสาธารณสุขอำเภอและนายอำเภอ มีกรอบอัตรากำลัง 6 คน ในสถานีนอนามัยทั่วไป และ 5 คน ในสถานีนอนามัยขนาดใหญ่ มีตำแหน่งเจ้าหน้าที่บริหารงานสาธารณสุข ระดับ 6-7 นักวิชาการสาธารณสุขระดับ 3-5 หรือ 6-7 ว. เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนระดับ 2-6 และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขระดับ 2-5

บทบาทของสถานีนอนามัยที่ต้องปฏิบัติ จะเป็นการให้บริการแบบผสมผสาน กิจกรรม (กระทรวงสาธารณสุข 2536:3-4) แบ่งได้ 5 สาขา ดังนี้

6.1.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุมกิจกรรมการบริหารสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทุกกลุ่มเป้าหมาย และเน้นการพัฒนาวิถีชีวิตเชิงรุกที่เหมาะสม ได้แก่การบริการอนามัยแม่และเด็ก การบริการวางแผนครอบครัว การดูแลเด็กวัยเรียนและเยาวชน การดูแลสุขภาพของบุคคลทั่วไป การบริการทันตสาธารณสุข ตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนการพัฒนาวิชาการและฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข การคุ้มครองผู้บริโภค

6.1.2 ด้านการรักษาพยาบาล เป็นการให้บริการตามสภาพปัญหาของชุมชนในเขตรับผิดชอบ โดยสามารถจัดรับส่งต่อได้เหมาะสม การปฐมพยาบาลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังต่อจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยศัลยกรรม ด้านสูติกรรม ด้านทันตกรรม การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคง่าย ๆ รวมทั้งการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ

6.1.3 ด้านการป้องกันและควบคุมโรค เป็นการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ดำเนินการป้องกันการเกิดโรคทั้งติดต่อและไม่ติดต่อ ไม่ให้เกิดการกระจายของโรค การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ

6.1.4 ด้านฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ ให้บริการรักษาพยาบาลและดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดยการรับส่งต่อจากโรงพยาบาล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้คืนสู่สภาพปกติ หรือป้องกันไม่ให้เกิดความพิการและช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วยพิการ ในชุมชนอย่างครอบคลุมตามกลุ่มเป้าหมาย

6.1.5 งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน ด้านสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน พัฒนาศักยภาพของประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเอง และ

สนับสนุนองค์กรชุมชนด้านทรัพยากรการนิเทศงาน ตลอดจนให้ความรู้ในการแก้ไขปัญหา ด้านสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

6.2 บทบาทหน้าที่ของหัวหน้าสถานีอนามัย

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของหัวหน้าสถานีอนามัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2536:36) ดังนี้

- 6.2.1 เป็นพนักงานสาธารณสุขตามที่บัญญัติไว้ในราชบัญญัติและกฎหมายสาธารณสุข
- 6.2.2 บริหารงานสถานีอนามัยด้านการเงิน การบริหารพัสดุ ครุภัณฑ์ เวชภัณฑ์ ภายใต้การอำนวยการและควบคุมแนะนำและสั่งการของสาธารณสุขอำเภอให้เป็นไปตามระเบียบของทางราชการ
- 6.2.3 จัดให้มีการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในรูปผสมผสานให้แก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบทั้งในและนอกสถานีอนามัย ตลอดจนรับส่งผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่ออย่างมีประสิทธิภาพ
- 6.2.4 ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะสาธารณสุขตำบลที่จัดเป็นองค์กรทางการประสานงานตามที่ได้รับมอบหมาย
- 6.2.5 จัดรูปงาน การอำนวยการ ควบคุมกำกับและประเมินผลการปฏิบัติงาน การพัฒนางานสาธารณสุขในเขตรับผิดชอบให้เป็นไปตามแผนงาน โครงการและเป้าหมายของการพัฒนา ตลอดจนการจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานเสนอให้อำเภอและจังหวัดทราบโดยสม่ำเสมอ
- 6.2.6 ดูแลรับผิดชอบการปฏิบัติงานและการบังคับบัญชาเจ้าหน้าที่ในสถานีอนามัย โดยการมอบหมายงานให้สอดคล้องกับความรู้ความสามารถ
- 6.2.7 ฝึกอบรมนักศึกษาและอาสาสมัครสาธารณสุขต่าง ๆ ตลอดจนดูแล แนะนำ สนับสนุนและช่วยเหลือการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ
- 6.2.8 ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของสถานบริการสาธารณสุขชุมชนในเขตรับผิดชอบ
- 6.2.9 ศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูล สถิติ และประเมินผลงานเพื่อนำไปพัฒนางาน
- 6.2.10 เผยแพร่ความรู้ด้านสาธารณสุขและประชาสัมพันธ์ผลงานตามความเหมาะสม
- 6.2.11 ปฏิบัติงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

วิโรจน์ เชมรัมย์ (2541) ได้ศึกษากำล้างขวัญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงาน ในสถานีนอนามัยตามแนวชายแดนจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยมีกำล้างขวัญในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน โดยเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย พบว่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร มีระดับกำล้างขวัญมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน และระดับกำล้างขวัญน้อยที่สุดคือด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน

สมชาติ ทองหิน (2542) ประเมินความก้าวหน้าการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการสุขภาพของสถานีนอนามัยในจังหวัดยโสธร ในหมวดสวัสดิการผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่ยากจนช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) และบัตรประกันสุขภาพโดยการเหมาจ่ายรายหัว พ.ศ. 2542 พบว่าวิธีการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัวไม่เกิดประสิทธิภาพในการจัดสรรงบประมาณเท่าที่ควร โดยพิจารณาจากสัดส่วนงบประมาณที่เพิ่มขึ้น แต่ปริมาณการให้บริการแก่ผู้ป่วยถึงแม้เพิ่มขึ้น แต่เพิ่มในสัดส่วนที่ลดลง ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปกลับมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น อัตราคืนทุนของสถานีนอนามัยค่อนข้างต่ำงบประมาณที่กันไว้สำหรับส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคก็ไม่ได้มีการใช้จ่ายให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการ คุณภาพบริการของสถานีนอนามัย พบว่า ผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจในระดับสูง และเสนอแนะว่าการจัดสรรงบประมาณโดยวิธีการเหมาจ่ายอย่างเดียวยังไม่มีความเหมาะสม ควร ใช้อายุ เพศ อัตราป่วย และการใช้บริการเป็นเกณฑ์พิจารณาร่วมด้วย

ผกาวดี ละออเกียรตินันท์ (2543) ศึกษาต้นทุนต่อหน่วยบริการจำแนกตามกิจกรรมการบริการของสถานีนอนามัยในกิ่งอำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ ปีงบประมาณ 2541 พบว่า ต้นทุนต่อหน่วยบริการจำแนกตามกิจกรรมการให้บริการของสถานีนอนามัยโดยเฉลี่ยสูงที่สุดคือ กิจกรรมนอนามัยแม่และเด็กเป็นเงิน 228.97 บาท รองลงมาคือ กิจกรรมรักษาพยาบาลเป็นเงิน 149.83 บาท กิจกรรมนอนามัยโรงเรียนเป็นเงิน 110.87 บาท กิจกรรมการวางแผนครอบครัวเป็นเงิน 101.97 บาท เป็นต้น และมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยคือการพัฒนากระบวนการเวชภัณฑ์อย่างต่อเนื่อง จัดทำระบบข้อมูลด้านการเงินเพื่อนำไปพัฒนาระบบบริหารทรัพยากร การประชาสัมพันธ์และสร้างศรัทธาแก่ชุมชน โดยการพัฒนาระบบบริการให้สะดวกรวดเร็ว เพื่อให้ประชาชนมาใช้บริการเพิ่มขึ้นสามารถทำให้ต้นทุนการบริการของสถานีนอนามัยลดลง

สุพล นามแก้ว (2544) ศึกษากระบวนการบริหารงานการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสถานีนอนามัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร พบว่า ปัญหาและอุปสรรคของขบวนการบริหาร จากมากไปน้อยได้แก่ ปัญหาด้านการจัดองค์กรคือเรื่องการจัดคนบุคลากร

รองลงมาคือปัญหาด้านการอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการไม่ได้มีเทศงานอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนทรัพยากรไม่ทันเวลาใช้ และปัญหาด้านการวางแผนในเรื่องเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายไม่ชัดเจน

นุศราพร เกษสมบูรณ์ ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์และกรแก้ว จันทภาษา (2545) ศึกษาการวิเคราะห์การจัดสรรงบประมาณเพื่อการบริหารสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบว่า แนวทางการจัดสรรงบประมาณควรคำนึงถึงประเด็นต่าง ๆ โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อการบรรลุสุขภาพของทุกคนในจังหวัดขอนแก่น โดยมีจุดมุ่งหมายในการจัดสรรงบประมาณที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการเพิ่มสัดส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพหลักของประชากรทั้งจังหวัด ทั้งบริการสร้างสุขภาพ และซ่อมสุขภาพ ที่มีคุณภาพ เข้าถึงบริการได้ง่าย สอดรับกับความต้องการของประชาชน ปรับปรุงโครงสร้างระบบบริการสุขภาพให้สามารถตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน และมีประสิทธิภาพสูง มุ่งให้ทุกองค์กรมีระบบบริการที่ตรวจสอบได้ เช่น มีการรายงานการใช้จ่าย การมีส่วนร่วมของฝ่ายต่าง ๆ

แบบแผนการจัดสรรงบประมาณที่พึงประสงค์คือ การเหมาจ่ายรายหัวประชากรที่รับผิดชอบแบบปรับค่าตามความแตกต่างของโครงสร้างประชากร บวกด้วยโบนัสตามผลงานทั้งด้านการซ่อมและสร้างสุขภาพ

จิราพรรณ โพธิ์กำเนิด (2545) ศึกษากำลังขวัญในการปฏิบัติงานของหัวหน้าสถานีอนามัยตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทรักษาทุกโรค ในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่ากำลังขวัญอยู่ในระดับปานกลาง องค์กรประกอบย่อยที่มีในระดับสูงได้แก่กำลังขวัญด้านความรู้สึกผูกพันและเชื่อมั่น ในการเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร ด้านความตั้งใจในการทำงาน และด้านความรู้สึกมั่นคงและราบรื่นในอาชีพ องค์กรประกอบด้านกำลังขวัญปานกลางได้แก่ ด้านบรรยากาศและสภาพในการทำงาน ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ด้านการสนับสนุนของหน่วยงานต้นสังกัด และด้านวัสดุอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกความคิดเห็นที่ได้จากหัวหน้าสถานีอนามัยพบว่า มีความต้องการในเรื่องของการจัดสรรค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานล่วงเวลาในสถานีนอนามัยเพิ่มขึ้น รองลงมาคือเรื่องการสั่งการในเรื่องของนโยบายการดำเนินงานตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะแรกไม่ชัดเจนทำให้มีปัญหาต่อการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และเรื่องการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเมื่อประสบปัญหาการรับเรื่องร้องเรียนจากผู้รับบริการ

สมพงษ์ ยอดคง (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการจัดให้บริการสาธารณสุขในสถานีอนามัยในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผลสำเร็จในการปฏิบัติงานในสถานีอนามัยจังหวัดนครราชสีมาอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่สำคัญต่อความสำเร็จได้แก่ปัจจัยด้านความพร้อมขององค์กร ปัญหาอุปสรรคในการจัดให้บริการสาธารณสุขได้แก่ ปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอ

บุคลากรขาดความรู้เกี่ยวกับระเบียบด้านการเงินและงบประมาณ ขาดขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงาน เป็นต้น

พงษ์เรียร พันธุ์พัฒนาไพบูลย์ (2546) ได้ทำการศึกษาความคิดเห็นของหัวหน้าสถานีนอนามัยในจังหวัดชุมพร เกี่ยวกับงบประมาณหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2546 จำนวน 78 ราย พบว่า เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2-4 คน ร้อยละ 89.8 ประชากรในเขตรับผิดชอบส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2,001 – 6,000 คน ร้อยละ 71.8 หลักประกันสุขภาพส่วนใหญ่เป็นประเภทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 86.7 อัตราส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงไม่เกิน 2,000 คน ร้อยละ 87.2 ผลงานการให้บริการผู้ป่วยนอก ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3,001 – 6,000 ครั้ง ร้อยละ 59.2 สรุปประเด็นที่น่าสนใจว่า ความต้องการค่าบริหารจัดการเฉลี่ย 15,312 บาทต่อเดือน มากกว่าที่ได้รับจัดสรรจริง (12,000 บาท/เดือน) แต่น้อยกว่าค่าใช้จ่ายจริง (17,464 บาท/เดือน) และสัมพันธ์กับปริมาณงานบริการผู้ป่วยนอก ซึ่งผลการศึกษาที่สอดคล้องกับสถานะที่ควรจะเป็น คือ เมื่อมีภาระงานมากก็ย่อมต้องการค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ต้องการค่ายา/เวชภัณฑ์เฉลี่ย 9,076 บาท/เดือน มากกว่าที่ได้รับจริง (5,000 บาท/เดือน) ปัจจัยผลงานบริการผู้ป่วยนอกและปัจจัยอัตราส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย สัมพันธ์กับความต้องการค่ายาและเวชภัณฑ์ ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับที่จะเป็นคือ มีปริมาณผู้รับบริการมากหรือมีประชากรต่อเจ้าหน้าที่มากก็แสดงถึงแนวโน้มภาระงานที่มี หรืออาจมีในอนาคต จึงต้องการค่ายามาก

องค์ประกอบที่ใช้ในการจัดสรรงบประมาณพบว่าไม่เห็นด้วยกับการจัดสรรให้เท่ากันทุกแห่ง การจัดสรรงบประมาณเท่ากันทุกแห่งทำให้สถานีนอนามัยที่มีภาระงานมากต้องมีแนวโน้มใช้จ่ายเงินบำรุงมากขึ้น และเป็นภาระในการจัดหางบประมาณจากแหล่งอื่น และยังพบว่างบประมาณที่ไม่สอดคล้องกับประชากรที่รับผิดชอบ อาจเป็นการสะท้อนถึงความรู้สึกว่าไม่ได้รับความเท่าเทียมหรือเป็นธรรมในการกระจายทรัพยากร

สังวาลย์ บุญโต (2548) ได้ทำการศึกษาทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลที่มีต่อการบริหารงบประมาณด้านสุขภาพของจังหวัดสุรินทร์ ปีงบประมาณ 2547 จำนวน 71 ราย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีทัศนคติที่ดีมาก ต่อการบริหารงบประมาณ ด้านสุขภาพของสถานีนอนามัยในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และด้านบริหารจัดการ มีทัศนคติในระดับปานกลางด้านค่าตอบแทน มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลางในเรื่องการจัดสรรเงินมีความเท่าเทียมและเป็นธรรมในแต่ละแห่ง ไม่เห็นด้วยในเรื่องของการกำหนดระดับหมู่บ้านและการจัดสรรเงินตามหมู่บ้านรับผิดชอบ ทัศนคติด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (งบ PP.) นั้นส่วนมากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลมีทัศนคติที่ดีมาก ยกเว้นในเรื่องของการไม่ต้องจัดทำโครงการรองรับ

ทุกงาน มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และจากการศึกษา พบว่า มีผู้ให้ข้อเสนอแนะว่าการพิจารณาควรอนุมัติตามแผนงานที่สถานีนอนามัยเสนอไป และการจัดสรรเงินให้สถานีนอนามัยควรพิจารณาค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง

สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม การจัดสรรงบประมาณ โดยวิธีการเหมาจ่ายอย่างเดียวยังไม่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพและไม่เหมาะสม ควร ใช้อายุ เพศ อัตราป่วยและการใช้บริการเป็นเกณฑ์พิจารณาร่วมด้วย การจัดสรรงบประมาณควรมีเป้าหมายก่อให้เกิดแรงจูงใจในการเพิ่มสัดส่วนการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ โบนัสตามผลงานทั้งด้านการสร้างและซ่อมสุขภาพ ควรมีการนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง และการสนับสนุนทรัพยากรต้องทันเวลา