

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบสถานการณ์กำลังคนและภาระงานระหว่างศูนย์สุขภาพหลักและศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายในจังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยได้ศึกษาจากเอกสารแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยต่างๆ ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ศูนย์สุขภาพชุมชน

- 1.1 ที่มา
- 1.2 ความหมาย
- 1.3 การออกแบบระบบการจัดบริการศูนย์สุขภาพชุมชน
- 1.4 ลักษณะการจัดการในเครือข่ายปฐมภูมิ
- 1.5 ภาระงาน
- 1.6 มาตรฐานของศูนย์สุขภาพชุมชน

#### ส่วนที่ 2 การวางแผนอัตรากำลังตามสัดส่วนประชากร (GIS)

- 2.1 ความหมาย
- 2.2 จำนวนประชากรที่ใช้ในการวางแผน
- 2.3 หลักเกณฑ์การคำนวณความต้องการกำลังคน
- 2.4 ระยะทางจากศูนย์กลางถึงหน่วยบริการสุขภาพ

#### ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ภาระงาน

- 3.1 ความหมาย
- 3.2 วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ภาระงาน
- 3.3 ความสำคัญของการวิเคราะห์ภาระงาน
- 3.4 การวิเคราะห์งานกับการบริหารคน

#### ส่วนที่ 4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## ศูนย์สุขภาพชุมชน

### ที่มา

เดิมเรียกชื่อว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ Primary Care Unit (PCU) เป็นหน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจและมีบุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่เป็นหมอประจำครอบครัวของทุกครอบครัวในชุมชน ภายหลังจากกระทรวงสาธารณสุขได้เปลี่ยนเป็น ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) เพื่อสื่อความหมายกับประชาชนได้ดีกว่าชื่อเดิม เป็นศูนย์กลาง และมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ดังนั้นจึงเป็นการปฏิรูปการบริการแนวใหม่โดยสถานบริการระดับที่มีอยู่แล้วและที่ก่อสร้างขึ้นมาใหม่ทั้งในเขตชนบทและเขตเทศบาล ทั้งที่เป็นภาครัฐขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเอกชน เพื่อให้เข้าใจง่ายแยกเป็น 4 มุมมอง (สำเร็จ แหยงกระโทก, รุจิรา มังคละศิริ .2545.หน้า 17)

มุมมองที่ 1 ยึดความเป็นมาดั้งเดิมของสถานบริการ 4 แบบ

แบบที่ 1 ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มาจาก OPD ของโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน

แบบที่ 2 ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มาจาก สถานีอนามัยหรือสถานบริการสาธารณสุขที่ตั้งอยู่ในเขตชนบท

แบบที่ 3 ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มาจาก ศูนย์แพทย์ชุมชน, ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล, ศูนย์บริการสาธารณสุขกาชาด

แบบที่ 4 ศูนย์สุขภาพชุมชนที่มาจาก การจัดตั้งขึ้นมาใหม่และเรียกชื่อใหม่ เช่น คลินิกอบอุ่น

มุมมองที่ 2 ยึดตามบริหารจัดการเป็นเครือข่าย ใช้เกณฑ์มาตรฐาน ประชากร 10,000 คน ต่อ 1 PCU เครือข่าย ตามระบบ GIS ประกอบด้วย 2 แบบ Main PCU และ Sub PCU

แบบที่ 1 Main PCU หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชนหลัก ประชากร 10,000 คน จะมีสถานีอนามัย 1-5 แห่ง โดยมีเงื่อนไขดังนี้

1. มีประชากรจำนวนมาก
2. เป็นศูนย์กลางของการคมนาคมหรือ ศูนย์กลางทางภูมิศาสตร์
3. มีศักยภาพในการปฏิบัติงานสูงกว่าที่อื่น
4. มีแนวโน้มการพัฒนาในอนาคต
5. มีปัญหาและความจำเป็นเฉพาะ

แบบที่ 2 Sub PCU หรือ ศูนย์สุขภาพชุมชนรอง หรือ ลูกข่าย หรือ เครือข่าย

**มุมมองที่ 3** ยึดตามบุคลากร หรือเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานใน PCU ได้แก่

3.1 มีแพทย์ประจำ/ หมุนเวียน คำว่าประจำ หมายความว่า มีแพทย์ปฏิบัติงานที่ PCU แห่งนั้นไม่น้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์

3.2 มีพยาบาลวิชาชีพประจำ

3.3 มีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ประจำศูนย์สุขภาพชุมชน

**มุมมองที่ 4** ยึดตามผลลัพธ์การปฏิบัติงานแบ่งเป็น 3 ระดับ

ระดับที่ 1 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานผ่านการอบรมหลักสูตร PCU 2 วัน มีการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพประชากร และจัดทำ Family Folder ครบถ้วนร้อยละ 50 สัดส่วนบุคลากรความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ ต่อ ประชากร 1: 1,250 และทำงานแบบ PCU

ระดับที่ 2 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานผ่านการอบรมหลักสูตร PCU 6 วัน มีการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพประชากร และจัดทำ Family Folder ครบถ้วน 100 %

ระดับที่ 3 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานผ่านการอบรมหลักสูตร PCU 12 สัปดาห์ มีการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพประชากร และจัดทำ Family Folder ครบถ้วน 100 % ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ที่มารักษามากกว่า ร้อยละ 70

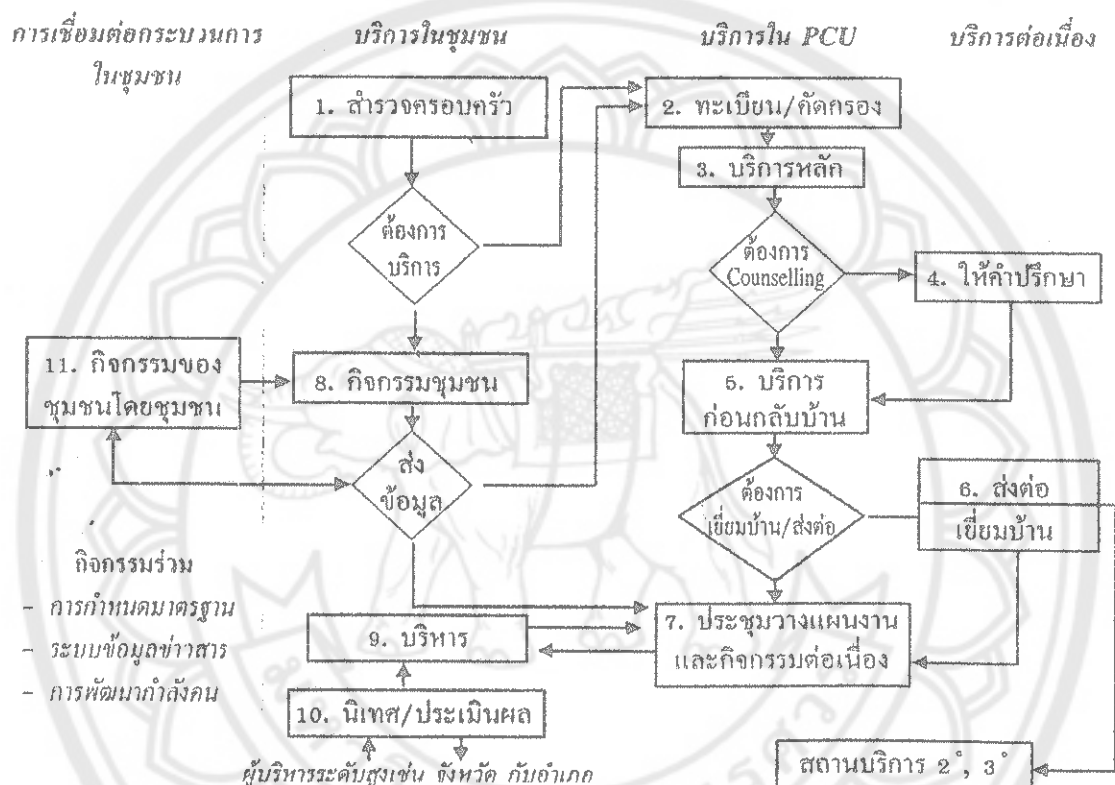
#### ความหมาย

ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) หมายถึง หน่วยงานหรือสถานบริการที่จัดการบริการระดับต้นที่อยู่ใกล้ชีวิตชุมชนมากที่สุด โดยดูแลสุขภาพประชาชน ทั้งในระดับ บุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยดูแลตั้งแต่ก่อนป่วย ไปจนถึงการดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและหลังเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ชุมชนเข้มแข็งต่อไป (สำเริง แหยงกระโทก, รุจิรา มังคละศิริ ,2545.)

#### การออกแบบระบบการจัดบริการศูนย์สุขภาพชุมชน ( ศสช. )

การทำให้ประชาชนได้รับสิทธิของการมีสุขภาพดีนั้น จึงมีแนวคิดปฏิรูป Re -Think สร้างเจตคติต่อการจัดบริการแบบองค์รวม แล้ว Re - Design ออกแบบรายงานให้เอื้อต่อการจัดบริการแบบองค์รวม โดยใช้ Re - Tool ออกแบบเครื่องมือ เช่น ระบบข้อมูลข่าวสารใหม่ เพื่อให้เกิดการเชื่อมต่อผสมผสาน โดยมีระบบบริหารจัดการ ระบบ นิเทศ กำกับ ติดตามประเมินผลและระบบการทำงานที่เชื่อมโยงกับองค์กรท้องถิ่นจึงต้องปรับแนวคิดให้สอดคล้องกับหลักการดังกล่าว

นำมาจัดเป็นกระบวนการหลัก (Macro Flow Chart) ในการจัดบริการ เป็นบริการของบุคลากร ในศูนย์สุขภาพชุมชน 8 กิจกรรม การบริหารจัดการ การนิเทศงาน และประเมินผล 2 กิจกรรม และเป็นกิจกรรมของชุมชนโดยชุมชน 1 กิจกรรม รวมทั้งหมด 11 กิจกรรม



ที่มา : ศูนย์สุขภาพชุมชน หนทางสู่ระบบบริการที่พึงประสงค์ (สำเร็จ แห่งกระโทก, รุจิรา มังคละศิริ ,2545.)

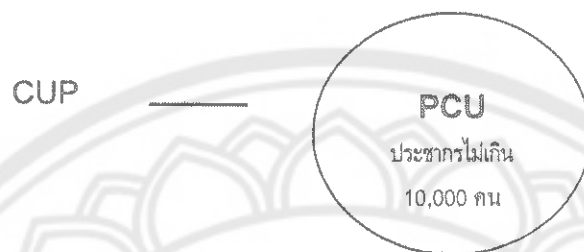
ภาพที่ 1 แสดงกระบวนการหลักของศูนย์สุขภาพชุมชน 11 กิจกรรม/ขั้นตอน

### ลักษณะการจัดการในเครือข่ายปฐมภูมิ

CUP (Contracting Unit For Primary Care ) หมายถึง สถานบริการที่เป็นจุดทำสัญญาเพื่อการจัดการให้บริการปฐมภูมิ หรือเรียกว่า Main Contractor ในการดำเนินงานต้องมีผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ แต่สถานื่อนามัยไม่สามารถที่จะทำสัญญาได้ เนื่องจากขาดคุณสมบัติผู้ซื้อบริการจึงทำกับโรงพยาบาลชุมชนให้เป็น CUP และเรียกว่า "หน่วยบริการปฐมภูมิหลัก" ส่วนสถานื่อนามัยให้เป็น Sub contracting หรือ PCU และเรียกว่า หน่วยบริการปฐมภูมิ

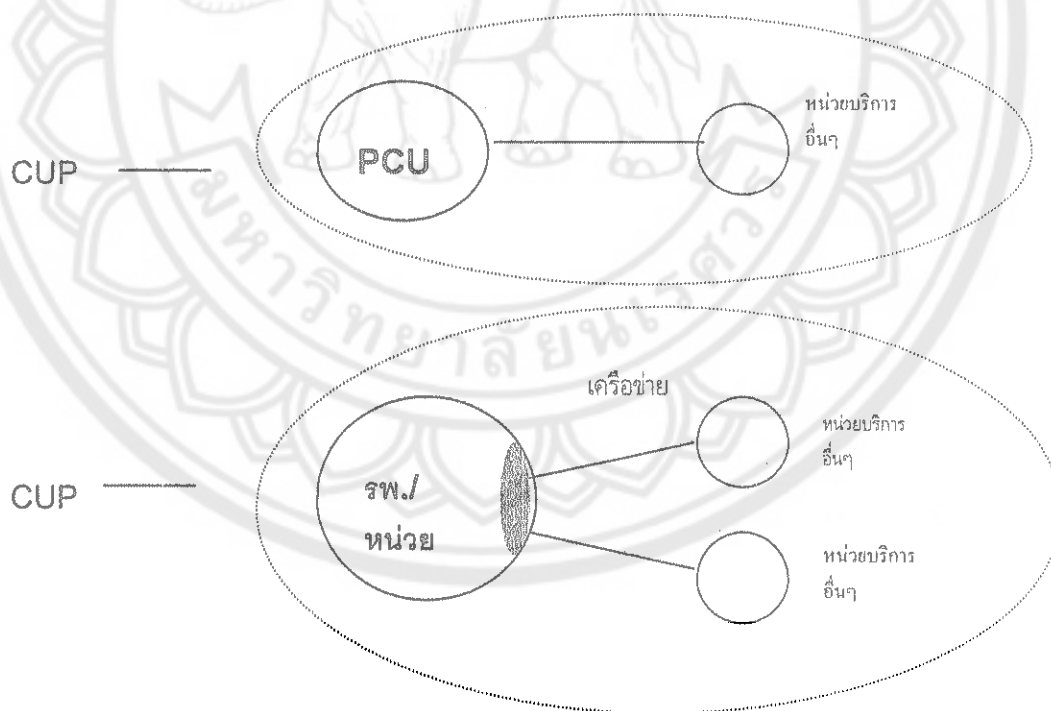
ลักษณะการจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิของหน่วยบริการที่เป็นคู่สัญญา นั้นอาจมีรูปแบบการจัดได้หลายลักษณะ เช่น

1. หน่วยบริการเดียวที่ให้บริการครบทุกด้านตามเกณฑ์มาตรฐาน



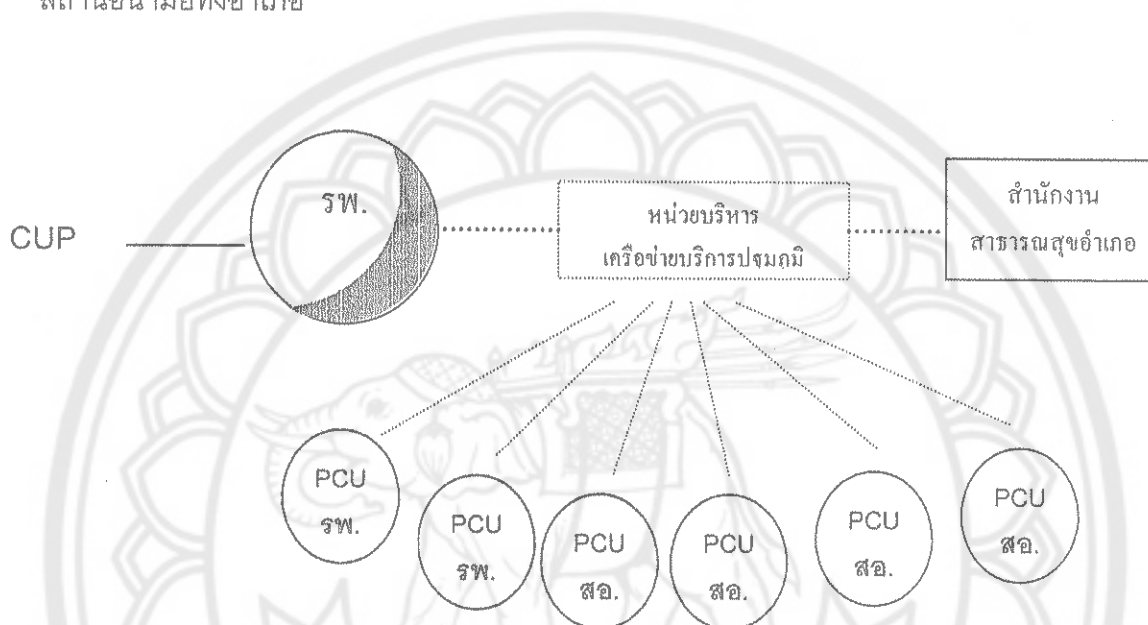
ภาพที่ 2 แสดงรูปแบบการจัดหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเดี่ยว

2. เป็นเครือข่ายหน่วยบริการ ที่มีหน่วยคู่สัญญาเป็นผู้รับผิดชอบการให้บริการในภาพรวม โดยที่หน่วยนี้มีการมอบหมายให้หน่วยบริการย่อยอื่นในพื้นที่ให้บริการบางประเภท



ภาพที่ 3 แสดงรูปแบบการจัดหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเครือข่ายแบบที่ 1

3. เป็นเครือข่ายหน่วยบริการ ที่มีเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งอาจเป็นทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิหลัก และหน่วยบริการปฐมภูมिरอง ตั้งอยู่ในพื้นที่บริการทั้งอำเภอ โดยมีการให้บริการได้ครบถ้วนตามเกณฑ์มาตรฐาน เช่น กรณีของโรงพยาบาลชุมชนเป็นเครือข่ายร่วมกับสถานีอนามัยทั้งอำเภอ



ภาพที่ 4 แสดงรูปแบบการจัดหน่วยบริการระดับปฐมภูมิเครือข่ายแบบที่ 2

#### ภาระงาน

##### 1. ด้านบริการ

1.1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ครอบคลุมกิจกรรมบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทุกกลุ่มเป้าหมาย และเน้นการพัฒนาวิถีชีวิตที่ เหมาะสม ได้แก่

1.1.1 การบริการอนามัยแม่และเด็ก ให้การดูแลตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด ตลอดจนดูแลเด็ก 0 - 5 ปี ในด้านการเจริญเติบโต การพัฒนาของเด็ก ตลอดจนดูแลด้านโภชนาการ ทั้งค้นหา เฝ้าระวัง และติดตามทางโภชนาการ แก่หญิงมีครรภ์ เด็ก 0 - 5 ปี และเด็กวัยเรียน

1.1.2 การบริการวางแผนครอบครัว ให้บริการวางแผนครอบครัวในสถานบริการ ตลอดจนค้นหาติดตามและรณรงค์วางแผนครอบครัวให้ครอบคลุมเป้าหมาย

1.1.3 การดูแลเด็กวัยเรียนและเยาวชน ให้บริการอนามัยเด็กวัยเรียนวางแผนและให้บริการอนามัยในโรงเรียนที่รับผิดชอบ และดำเนินการส่งเสริมสุขภาพแก่เยาวชนนอกระบบโรงเรียน

1.1.4 การดูแลสุขภาพบุคคลทั่วไป ให้บริการส่งเสริมการออกกำลังกายแก่บุคคลทั่วไป ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

1.1.5 การบริการทันตสาธารณสุข จัดบริการทันตสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนทั่วไปในเขตรับผิดชอบ ให้การสนับสนุนประชาชนและชุมชนในการพัฒนางานทันตสาธารณสุขตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนการพัฒนาวิชาการและฝึกอบรมอาสาสมัคร

1.1.6 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ทราบข่าวสารที่ถูกต้อง สามารถเลือกบริโภคอาหารที่ปลอดภัยมีคุณภาพมาตรฐาน เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายและได้มาตรฐาน ตลอดจนสนับสนุนการดำเนินงานของกลุ่มคุ้มครอง

1.2 ด้านรักษาพยาบาลฟื้นฟูและดูแลผู้ป่วยพิการ ให้บริการได้ตามสภาพปัญหาชุมชนในเขตรับผิดชอบ ได้แก่ เขตทูลกระหม่อม เขตชนบท เขตชนบทกิ่งเมือง เขตเกษตรกรรม โดยสามารถปฏิบัติการได้ตามเกณฑ์ปฏิบัติงานทั้งในและนอกสถานบริการ มีขีดความสามารถการปฏิบัติงาน ตลอดจนรักษาพยาบาลโรคต่าง ๆ ได้ตามเกณฑ์ทั้งโรคทั่วไป และโรคประจำถิ่นดังต่อไปนี้

1.2.1 เกณฑ์การปฏิบัติงาน สามารถพัฒนาการรักษาพยาบาลได้ตามสภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของแต่ละท้องถิ่นโรคทั่วไปและโรคประจำถิ่น โดยสามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นและคัดกรองผู้ป่วยให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยอุบัติเหตุและอุบัติเหตุ นอกจากนั้นแล้วสามารถให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยพิการ โดยจัดระบบส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

1.2.2 ขีดความสามารถในการปฏิบัติ ในการปฐมพยาบาล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยด้านศัลยกรรม ผู้ป่วยด้านอายุรกรรม ด้านสูติกรรม ด้านทันตกรรม

1.2.3 การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ จำนวน 207 โรค ทั้งการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ

1.3 ด้านควบคุมและป้องกันโรค เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ดำเนินการป้องกันการเกิดโรค ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อไม่ให้เกิดการกระจายโรค

1.3.1 การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสม เพื่อลดอัตราความชุกชุมและความรุนแรงของโรค โดยการเฝ้าระวังโรค สอบสวนโรค ให้ภูมิคุ้มกันโรค ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ให้สุขศึกษาและฝึกอบรม ประชาชน ครู นักเรียน ในการรณรงค์ทำลายแหล่งนำโรคตามลักษณะของกลุ่มโรคติดต่อดังนี้

1.3.1.1 กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป ได้แก่ โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคหนองพยาธิ โรคติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็ก และโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน

1.3.1.2 กลุ่มโรคติดต่อที่นำโดยแมลงหรือยุงเป็นพาหะ ได้แก่ ไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก ไข้สมองอักเสบ และโรคเท้าช้าง

1.3.1.3 กลุ่มโรคติดต่อที่เกิดจากการสัมผัส ได้แก่ โรคเรื้อน วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

1.3.1.4 กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้โดยวัคซีน เช่น วัณโรค คอตีบ ไอกรณ โปлио บาดทะยัก

1.3.2 การควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ เน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค หรือลดปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการให้สุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนคัดกรองผู้ป่วยในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ได้แก่ โรคไม่ติดต่อทั่วไป และโรคไม่ติดต่อเฉพาะ เช่น โรคเกิดจากพฤติกรรม อุบัติเหตุ พันธุกรรม และอื่น ๆ

1.4 การอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้บริการเพื่อการควบคุมป้องกันโรค ซึ่งมาจากน้ำ อาหาร และอากาศ พัฒนามาตรการการให้บริการตามสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม โดยครอบคลุมกิจกรรมต่าง ๆ ต่อไปนี้

1.4.1 จัดหาน้ำสะอาด ส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ได้บริโภคน้ำที่สะอาด ปราศจากเชื้อ มีความปลอดภัยในการบริโภค

1.4.2 สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมและให้บริการประชาชนในการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่รับผิดชอบ โดยการสนับสนุนให้มีการใช้ส้วมที่ถูกต้อง สุขาภิบาล การป้องกันและกำจัดแมลงพาหะนำโรค การกำจัด น้ำเสียจากบ้านเรือน การรักษา



ความสะอาด และเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเรือนทุกหลังคาเรือน ตลอดจนการปรับปรุง สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและสถานประกอบการ

1.4.3 งานควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม ตรวจสอบและเฝ้าระวัง สภาพแวดล้อม ได้แก่ การปนเปื้อนสารเคมี และเชื้อโรคในแหล่งน้ำส่วนใหญ่ ตลอดจนมลพิษ ในอากาศ

1.4.4 งานสุขาภิบาลอาหาร ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย เปลี่ยนแปลงนิสัยการ บริโภคให้ถูกต้อง สามารถพิทักษ์ผลประโยชน์และดูแลตนเองได้ รวมทั้งส่งเสริมให้สถานประกอบการและจำหน่ายอาหารทั้งในชุมชนและโรงเรียน มีการปรับปรุงให้ได้มาตรฐาน หรือ ข้อกำหนดทางสุขาภิบาลอาหาร

1.5 ด้านอาชีวอนามัย ส่งเสริมสุขภาพอนามัยผู้ประกอบการอาชีพทุกประเภทตาม ความแตกต่างแต่ละพื้นที่ ตลอดจนป้องกันและควบคุมโรคอุบัติเหตุอันเนื่องมาจากการประกอบ อาชีพดังมีกิจกรรมครอบคลุมองค์ประกอบต่อไปนี้

1.5.1 ด้านฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ ให้การรักษาพยาบาลและดูแล ผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการรับส่งต่อจากโรงพยาบาล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้คืนสู่สภาพปกติหรือป้องกัน ไม่ให้เกิดความพิการ และช่วยเหลือดูแลผู้พิการในชุมชนรับผิดชอบอย่างครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

1.5.2 ด้านสนับสนุนบริการอื่น ๆ ในการให้สุขศึกษา ถ่ายทอดความรู้ด้าน สาธารณสุขในเรื่องการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการ ฟื้นฟูสภาพโดยวิธีการทางสุขศึกษาให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการสาธารณสุขในและ นอกสถานบริการ รวมทั้งสถานศึกษา

2. ด้านบริหารจัดการ การบริหารจัดการที่มีคุณภาพทั้งด้านพัฒนาบุคลากรและ ประเมินผลงาน เพื่อให้ได้การบริการที่มีคุณภาพ

2.1 ด้านบริหารงานทั่วไป จัดระบบงานสารบรรณ การเงิน การบัญชีการพัสดุ และยานพาหนะ การซ่อมบำรุงอาคารสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์

2.2 ด้านวางแผนและประเมินผล วางแผนปฏิบัติการ จัดทำรายงาน ประสาน ข้อมูลข่าวสาร และระบาคติวิทยา

2.3 ด้านประสานงานและประชาสัมพันธ์ ประสานงานกับหน่วยงาน 6 กระทรวงหลัก องค์กรท้องถิ่นตลอดจนเอกชน และเผยแพร่กิจกรรมของหน่วยงาน ให้เป็นที่แพร่หลายในทุกกระดับ

2.4 สนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน พัฒนาศักยภาพของประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน โดยการสนับสนุนและดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ และสนับสนุนองค์กรชุมชนด้านทรัพยากร การนิเทศงาน ตลอดจนให้ความรู้ในการแก้ไขปัญหา

2.5 ด้านพัฒนาชุมชน วินิจฉัยปัญหาชุมชน และประสานงานกับ 6 กระทรวงหลักดำเนินงานตามแผนและควบคุมกำกับงาน และประเมินผลความสำเร็จของงาน

3. ด้านวิชาการ ด้านการวิจัยเบื้องต้น ให้สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาของสถานบริการและสภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบตลอดจนร่วมโครงการวิจัยต่าง ๆ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบบริการที่ควรมีในหน่วยบริการปฐมภูมิ จัดทำรายงานสรุปประจำเดือน สรุปผลรายปี จัดทำนวัตกรรม

ประเภทของบริการที่ต้องมีลักษณะบริการสุขภาพที่ผสมผสานทุกกลุ่มอายุ ครอบคลุมปัญหาสุขภาพพื้นฐานของประชากรในระดับบุคคล และครอบครัว รวมทั้งการบริการด้านยา ตั้งแต่การจัดหายา และการให้ความรู้ด้านยาที่เหมาะสม

#### 1. บริการที่ควรมี

##### 1.1 ด้านการรักษาพยาบาล ทั้งที่เป็น

1.1.1 ปัญหาสุขภาพทั่วไป และปัญหาสุขภาพเฉียบพลันที่พบบ่อย

1.1.2 ปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย

1.1.3 ระบบการคัดกรองโรคเรื้อรัง หรือโรคที่รุนแรง เช่น ความดันโลหิตสูง

เบาหวานมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม

1.1.4 การดูแลที่บ้าน (Home care)

1.1.5 การบริการเบื้องต้นกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือประสบอุบัติเหตุรุนแรงก่อน

การส่งต่อ

1.1.6 การผ่าตัดเล็ก

1.1.7 บริการตรวจขั้นสูงพื้นฐาน ( ทำเอง หรือส่งต่อ )

1.1.8 บริการทันตกรรมพื้นฐาน ได้แก่ อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย ถอนฟันกรณี  
ปกติ

1.2 การส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมการดูแลประชาชนตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย

1.2.1 บริการดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนคลอดจนถึงหลัง  
คลอด บริการคลอด (ตามสภาพพื้นที่)

1.2.2 บริการดูแลเด็กทั้งด้านพัฒนาการเด็ก วัคซีน

1.2.3 บริการเด็กวัยเรียน

1.2.4 บริการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชนทั่วไป และประชาชนกลุ่มเสี่ยง  
อื่น ๆ เช่น ตามอาชีพเสี่ยง

1.2.5 บริการดูแลผู้สูงอายุ

1.2.6 การบริการที่บ้าน เยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย

1.2.7 บริการส่งเสริมและป้องกัน ทันตสุขภาพ ได้แก่ การตรวจและให้  
คำแนะนำการดูแลสุขภาพช่องปาก การใช้ฟลูออไรด์ในกลุ่มเสี่ยง การเคลือบหลุมร่องฟัน

1.2.8 บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพ แก่ผู้รับบริการในระดับบุคคล ครอบครัว

1.2.9 บริการให้คำปรึกษา

1.2.10 การค้นหาโรคที่ร้ายแรง หรือโรคที่เรื้อรังเพื่อการป้องกันล่วงหน้า  
(screening)

1.3 การฟื้นฟูสภาพพื้นฐาน ครอบคลุมการฟื้นฟูสภาพทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ  
ทั้งการ Maintenance ต่อเนื่อง ตลอดจนการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก

1.3.1 เป็นส่วนที่เริ่มค้นหาปัญหาความต้องการจากประชาชน แล้วให้การดูแล  
ขั้นต้น ก่อนส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญในการวางแผนการฟื้นฟูที่ครบถ้วน

1.3.2 สามารถส่งต่อเพื่อการรักษา หรือ ฟื้นฟูสภาพ

1.3.3 ดูแลต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการวางแผนการดูแลจาก  
โรงพยาบาลแล้ว

1.4 การควบคุม ป้องกันโรคในระดับบุคคล และครอบครัว ได้แก่ การให้วัคซีนเพื่อป้องกัน  
โรค การค้นหาผู้ป่วย เฝ้าระวัง และการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อ

2. บริการที่ควรมี แต่อาจเป็นส่วนเสริม และมีเงินสมทบเพิ่ม (ทั้งนี้ดูจากความเป็นไปได้ในการดำเนินการ)

2.1 การควบคุมและป้องกันโรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น ครอบคลุมทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคที่มีผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม และจากการประกอบอาชีพ

2.2 มีระบบการติดตามและเฝ้าระวังโรคในชุมชน

2.2.1 ค้นหาปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของการเกิดโรคได้

2.2.2 ดำเนินการควบคุมป้องกันโรค

2.3. การคุ้มครองผู้บริโภค ครอบคลุมทั้งเรื่อง ยา อาหาร และ การบริการทางการแพทย์ ที่ปลอดภัย มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน

2.3.1 รู้มาตรฐาน และเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย

2.3.2 แนะนำ เผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสารด้านการคุ้มครองผู้บริโภค

มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน

หมวดที่ 1 มาตรฐานด้านบริการ

มาตรฐานด้านกิจกรรมในชุมชน

1. ประสานงานให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในการวางแผน/ทำกิจกรรม สาธารณสุขในชุมชนตนเองและ สนับสนุนการจัดกิจกรรมสุขภาพที่ริเริ่มจากองค์กรชุมชน/ท้องถิ่น

ตัวชี้วัด 1.1 ร้อยละของกิจกรรมสาธารณสุขที่ประชาชนมีส่วนร่วม ในการวางแผน / ทำกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชนตนเอง

1.2 ร้อยละของกิจกรรมสร้างสุขภาพที่ใช้ทรัพยากรชุมชน เป็นหลัก

1.3 ความครอบคลุมการมีและทำกิจกรรมสร้างสุขภาพ

2. ร่วมดำเนินงานกับหน่วยราชการ/องค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อการจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน

ตัวชี้วัด 2.1 ร้อยละการมีส่วนร่วมดำเนินงานกับหน่วยราชการ/องค์กร ที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

3. บริการเชิงรุกเพื่อให้ชุมชนสามารถ ประเมินสภาวะสุขภาพของครอบครัว และปัจจัยที่จะกระทบต่อสุขภาพเพื่อวางแผนในการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

**ตัวชี้วัด 3.1** ความสามารถในการอธิบายการดูแลสุขภาพคนในครอบครัว และเพื่อนบ้านได้ถูกต้อง ของ อาสาสมัคร

3.2 การดำเนินการโครงการอาหารปลอดภัย

4. มีและใช้แฟ้มครอบครัว (Family Folder) เพื่อการดูแลสุขภาพ

**ตัวชี้วัด 4.1** ความครอบคลุมการมีและใช้แฟ้มครอบครัว (Family Folder) เพื่อการดูแลสุขภาพ แบบองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน

5. มีและใช้แฟ้มชุมชน (Community Folder)

**ตัวชี้วัด 5.1** ความครอบคลุมการมีและใช้แฟ้มชุมชน (Community Folder) เพื่อวางแผนแก้ไข ปัจจัยเสี่ยงในระดับชุมชน

**มาตรฐานกิจกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน**

6. มีรูปแบบบริการที่เห็นชัดเจนด้านการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (กาย จิต สังคม)

**ตัวชี้วัด 6.1** ความสามารถในการจัดรูปแบบบริการที่ดูแลกลุ่มเป้าหมาย ได้ทั้งทางด้าน กาย จิต สังคม และครอบครัวมีส่วนร่วม

7. มีระบบข้อมูลที่สามารถสืบค้นข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย การติดตาม และการส่งต่อได้สะดวก

**ตัวชี้วัด 7.1** ระบบข้อมูลที่สามารถสืบค้นข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย เพื่อการติดตามและส่งต่อได้สะดวก

8. ทีมสุขภาพสามารถเชื่อมโยงข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการไปสู่การ ป้องกันปัญหาเสริมสร้างสุขภาพ (กาย จิต สังคม) ในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้องตามแนวทาง กระบวนการ มาตรฐาน คู่มือ

**ตัวชี้วัด 8.1** ความสามารถของทีมสุขภาพในการเชื่อมโยงข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการไปสู่การป้องกันปัญหา เสริมสร้างสุขภาพ (กาย จิต สังคม) ในกลุ่มเสี่ยง ได้อย่างถูกต้องตาม แนวทาง กระบวนการ มาตรฐาน คู่มือ

9. มีบริการรักษาพยาบาล ทุกกลุ่มอาการ ที่ผสมผสานกับการส่งเสริมป้องกัน พื้นฟูสภาพ เชื่อมต่อกับการบริการภายในเครือข่ายและการดูแลฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาราชการ

ตัวชี้วัด 9.1 บริการสุขภาพที่ผสมผสานกับการส่งเสริมป้องกัน พื้นฟูสภาพ

9.2 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน และการประเมินการส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

9.3 ความพึงพอใจของประชาชน ในเขตรับผิดชอบต่อการเข้าถึงบริการของศูนย์สุขภาพชุมชน

9.4 ระบบป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ

10. มีการจัดบริการด้านทันตกรรมและการส่งเสริมป้องกันโรคทางด้านทันตกรรม

ตัวชี้วัด 10.1 ความสามารถในการจัดบริการด้านทันตกรรม

11. มีบริการด้านการชันสูตรที่ครบตามมาตรฐาน

ตัวชี้วัด 11.1 ความสามารถในการตรวจด้านห้องปฏิบัติการทางพยาธิวิทยา

12. มีบริการด้านยา ทั้งด้านระบบการจัดหายา การจัดเก็บ การจ่ายยา การกำกับคุณภาพ มาตรฐานยา

ตัวชี้วัด 12.1 ความสามารถในการบริหารเวชภัณฑ์

12.2 ร้อยละของผู้รับบริการ ได้รับมอบยาที่ถูกต้อง และสามารถให้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

13. มีบริการการแพทย์แผนไทย/การแพทย์ทางเลือก

ตัวชี้วัด 13.1 ความสามารถในการจัดบริการการแพทย์แผนไทย/การแพทย์ทางเลือก

14. มีบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคในหญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุ 0-5 ปี

ตัวชี้วัด 14.1 ความครอบคลุมของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์  
ตามมาตรฐาน

14.2 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5ปี เจริญเติบโตตามเกณฑ์  
มาตรฐาน อายุ น้ำหนัก

14.3 ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็กอายุไม่เกิน  
5 ปี ตาม EPI program

### มาตรฐานบริการต่อเนื่อง

15. มีและใช้บันทึกสุขภาพรายบุคคล (Personal Record)

ตัวชี้วัด 15.1 ความครอบคลุมของการมี และใช้บันทึกสุขภาพรายบุคคล  
(Personal Record)

16. มีบริการให้คำปรึกษา (Counseling)

ตัวชี้วัด 16.1 ความสามารถในการจัดบริการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน  
(Counseling)

17. มีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพทั้งไปและกลับในกรณีฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว

ตัวชี้วัด 17.1 ความสามารถในการจัดระบบส่งต่อทั้งไปและกลับ  
17.2 ความสามารถของทีมสุขภาพ ในการอธิบายการดูแลผู้ป่วย  
ภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนทั้งทางร่างกายและจิตใจ ที่พบได้บ่อย

18. มีการบริการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การบริการ รวมทั้งติดตามเยี่ยม เพื่อทำ  
ความรู้จักสร้างความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพให้แก่ครอบครัว และการให้บริการแก่ผู้ที่มีปัญหา  
สุขภาพตามความจำเป็น

ตัวชี้วัด 18.1 ความสามารถในการให้บริการเยี่ยมบ้าน

18.2 ร้อยละของผู้พิการในชุมชนรับผิดชอบที่ได้รับการดูแล  
ต่อเนื่อง

### หมวดที่ 2 มาตรฐานการบริหารจัดการ

19. มีทีมสุขภาพให้บริการต่อเนื่องเป็นทีมประจำ

ตัวชี้วัด 19.1 รูปแบบบริการที่ต่อเนื่องเป็นทีมประจำของทีมสุขภาพ

## 19.2 ความสามารถในการจัดบุคลากรต่อประชากรตาม

## หลักเกณฑ์

20. มีการพัฒนาบุคลากรต่อเนื่อง  
ตัวชี้วัด 20.1 แผนพัฒนาบุคลากร
21. บุคลากรมีความสามารถในการวางแผนแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์  
ตัวชี้วัด 21.1 ความสามารถของทีมสุขภาพ ในการอธิบายแนวทางดำเนินงานศูนย์สุขภาพชุมชน  
 21.2 ความสามารถในการบริหารจัดการให้ทีมสุขภาพ  
 รับผิดชอบพื้นที่แบบบูรณาการ  
 21.3 ร้อยละของแผน/กิจกรรมสร้างสุขภาพแบบมุ่งเน้น  
 ผลสัมฤทธิ์
22. มีการพัฒนามาตรฐานบริหารจัดการที่มีคุณภาพ  
ตัวชี้วัด 22.1 ระบบการจ่ายค่าตอบแทนเป็นแบบมุ่งเน้นผลงาน  
 22.2 ระบบบริหารโดยคำนึงความคุ้มค่า  
 22.3 ระบบบริหารงานที่แสดงต้นทุนบริการที่แท้จริง
23. มีแผนพัฒนาและติดตามประเมินผลงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ  
ตัวชี้วัด 23.1 ร้อยละของแผนงาน/โครงการที่มีการติดตามประเมินผล
- หมวดที่ 3 มาตรฐานด้านวิชาการ
24. มีแนวทาง กระบวนการ มาตรฐาน คู่มือการ ให้บริการ  
ตัวชี้วัด 24.1 ความครอบคลุมการมีมาตรฐาน การให้บริการด้านต่างๆ  
 ในศูนย์สุขภาพชุมชน
25. มีนวัตกรรมด้านต่างๆในศูนย์สุขภาพชุมชน  
ตัวชี้วัด 25. 1 ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานหรือผู้รับบริการต่อ  
 นวัตกรรม
26. มีการดำเนินงานวิจัยในพื้นที่  
ตัวชี้วัด 26.1 ผล/แผนการดำเนินงานวิจัยในพื้นที่



## การวางแผนอัตรากำลังตามสัดส่วนประชากร (GIS)

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการจัดทำข้อมูลกำลังคนระดับจังหวัด ให้พิจารณาเพิ่มเติมหลักเกณฑ์อื่น ๆ นอกเหนือจากเกณฑ์อัตราส่วนบุคลากรต่อประชากร เช่น เกณฑ์ภาระงานของหน่วยบริการ รวมทั้งเกณฑ์บทบาทภารกิจของหน่วยบริการที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบภารกิจเพิ่มพิเศษกว่าหน่วยบริการอื่น เช่น ศูนย์ร่วมผลิตแพทย์เพิ่ม ในอนาคตจำนวนประชากรที่นำมาคำนวณความต้องการกำลังคน ต้องครอบคลุมตามความรับผิดชอบประชากรจริงไม่ใช่ตามฐานทะเบียนราษฎรด้วย

จึงได้มอบหมายให้ผู้ตรวจราชการกระทรวง และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องพัฒนาเกณฑ์การคำนวณความต้องการกำลังคน แล้วให้ผู้ตรวจราชการกระทรวงแต่ละเขตจัดประชุมผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องภายในเขต เพื่อจัดทำข้อมูลพื้นฐาน

### ความหมาย

GIS (Geographic Information System) หรือ ระบบข้อมูลทางสารสนเทศภูมิศาสตร์ เป็นข้อมูลตามแบบสำรวจการวางแผนการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน โดยพิจารณาเป็นภาพระดับตำบล อำเภอ จังหวัด เขต หรือภาค ตามความเหมาะสมและตามความเป็นจริงของพื้นที่ ซึ่งเป็นการวางแผนตามความเป็นจริงในปัจจุบันและหรือที่คาดว่าจะพัฒนาให้เกิดผลในอนาคตระยะ 1-5 ปี ข้างหน้า ซึ่งภารกิจที่คาดไว้ อาจไม่ตรงกับการให้บริการตามภารกิจของหน่วยบริการที่มีอยู่ในปัจจุบัน

การวางแผน GIS ระบบบริการสุขภาพของพื้นที่นี้ มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากไม่เพียงจะมีผลต่อการจัดทำแผนความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพ ยังมีผลต่อการกำหนดแผนการลงทุน รวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ ในอนาคต ดังนั้นต้องพิจารณาวางแผนร่วมกันระหว่างผู้บริหารระดับจังหวัดกับผู้บริหารหน่วยบริการ รวมทั้งผู้บริหารหน่วยบริการในเครือข่าย โดยผู้ตรวจราชการกระทรวงในแต่ละเขตจะเป็นผู้สนับสนุนการวางแผน

### จำนวนประชากรที่ใช้ในการวางแผน

ต้องพิจารณาให้สอดคล้องกับความเป็นจริงที่สุด และเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของข้อมูลและครอบคลุมประชากรจริงที่พื้นที่รับผิดชอบ

#### 2.2.1 ประชากรที่ขึ้นทะเบียนจริงตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC)

ทั้งประเภทจ่ายค่าธรรมเนียม 30 บาทและไม่ต้องจ่าย

## 2.2.2 ประชากรกลุ่ม NON-UC จำแนกเป็น

2.2.2.1 ประชากรกลุ่มที่มีประกันสังคม (ใช้ข้อมูลตามตามจริง หรือใช้ข้อมูลตามทะเบียนราษฎร์)

2.2.2.1 กลุ่มสวัสดิการข้าราชการ และลูกจ้างประจำ-รัฐวิสาหกิจ และองค์กรอื่นภาครัฐ ที่มีการจัดสวัสดิการรักษายาบาล (ใช้ข้อมูลตามทะเบียนราษฎร์)

2.2.2.3 ประชากรกลุ่มอื่นๆ เช่น ชนกลุ่มน้อย แรงงานอพยพ แรงงานต่างด้าว เป็นต้น (ใช้ข้อมูลตามความเป็นจริง จากการสำรวจของพื้นที่)

### หลักเกณฑ์การคำนวณความต้องการกำลังคน

เกณฑ์อัตราส่วนกำลังคนต่อประชากร กำหนดเกณฑ์ดังนี้

1. สายแพทย์ คำนวณความต้องการแพทย์ตามระดับการบริการ
  - 1.1 ในระดับปฐมภูมิถึงระดับทุติยภูมิตั้งแต่ เกณฑ์ 1:10,000
  - 1.2 ในระดับทุติยภูมิระดับกลาง เกณฑ์ 1:15,000
  - 1.3 ในระดับทุติยภูมิระดับสูง เกณฑ์ 1:75,000
  - 1.4 ในระดับตติยภูมิ เกณฑ์ 1:62,500
  - 1.5 ในระดับ Excellent Center เกณฑ์ 1:250,000
2. สายทันตแพทย์ คำนวณตามระดับการบริการ
  - 2.1 ในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เกณฑ์ 1:15,000
  - 2.2 ในระดับระดับตติยภูมิ หรือบริการทันตกรรมเฉพาะทาง เช่น การจัดฟัน, ศัลยกรรมช่องปาก, ทันตกรรมบดเคี้ยว เป็นต้น เกณฑ์ 1:50,000
  - 2.3 เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข/ผู้ช่วยทันตแพทย์ สำหรับระดับ ปฐมภูมิและทุติยภูมิ เกณฑ์ 1:10,000
3. สายเภสัชกร คำนวณตามระดับการบริการ
  - 3.1 ในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิตั้งแต่ เกณฑ์ 1:12,000
  - 3.2 ในระดับตติยภูมิ เกณฑ์ 1:100,000
  - 3.3 เจ้าพนักงานเภสัชกรรม สำหรับระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิตั้งแต่ เกณฑ์ 1:12,000
4. สายพยาบาล (รวมพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิค) คำนวณตามระดับการบริการ
  - 4.1 ในระดับปฐมภูมิ เกณฑ์ 1:2,500
  - 4.2 ในระดับทุติยภูมิตั้งแต่ เกณฑ์ 1:1,500

- 4.3 ในระดับทุติยภูมิมระดับกลาง เกณฑ์ 1:2,400
- 4.4 ในระดับทุติยภูมิมระดับสูง เกณฑ์ 1:12,000
- 4.5 ในระดับตติยภูมิ เกณฑ์ 1:5,000
- 4.6 ในระดับ Excellent Center เกณฑ์ 1:20,000

5. สาย Auxillary เช่น เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน หัวหน้าสถานีอนามัย (ยกเว้นพยาบาลเทคนิค เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข/ผู้ช่วยทันตแพทย์) ใช้เกณฑ์การจัดบริการระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ โดย กำหนดความต้องการในอัตราส่วน เจ้าหน้าที่ 3 คนต่อประชากร 5,000 คน

การคำนวณความต้องการกำลังคน จากเกณฑ์ภาระงาน ตามบทบาทภารกิจที่เพิ่มขึ้น ในฐานะศูนย์ร่วมผลิตแพทย์เพิ่ม คิดความต้องการแพทย์ 1 คนต่อนิสิต/นักศึกษาแพทย์ 4 คน ซึ่งคิดจำนวนนักศึกษารวม 3 ชั้นปี คือ ปี 4 ปี 5 และปี 6 (คิดเฉพาะที่เป็น ศูนย์ร่วมผลิตแพทย์เพิ่ม 13 แห่ง) โดยเป็นการคำนวณความต้องการเพิ่มขึ้นจากเกณฑ์อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร (บวกเพิ่ม)

การคำนวณความต้องการกำลังคนตาม Workload โดยคิดภาระงานของ หน่วยบริการ เช่น OPD Case, IPD Case, IPD Day และผลงานอื่น ๆ โดยมีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดว่า กำลังคนแต่ละสายวิชาชีพ ต้องรับภาระงานปริมาณหนึ่ง หากภาระงานมากเกินไปเมื่อเทียบกับบุคลากรที่มีอยู่ ภาระงานส่วนที่เกินจะเป็นความต้องการกำลังคนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเกณฑ์นี้จะเป็นเกณฑ์ที่ให้หน่วยบริการอาจพิจารณาเลือกใช้ในการคำนวณความต้องการเพิ่มขึ้นในกรณีที่มีปริมาณงานมาก แต่มีจำนวนประชากรในความรับผิดชอบของพื้นที่น้อย

2.4 ยึดระยะทางจากศูนย์กลางถึงหน่วยบริการสุขภาพ ที่พื้นที่วางแผนให้ประชาชนในแต่ละตำบลไปใช้บริการในแต่ละระดับบริการ โดยมีเกณฑ์ในการกำหนดหน่วยบริการระดับต่าง ๆ ดังนี้

2.4.1. หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วยหน่วยบริการปฐมภูมิหลักและหน่วยบริการปฐมภูมิรอง ถือว่าทั้ง 2 ส่วนเป็นองค์กรหน่วยเดียวกัน ตั้งแต่ระดับสถานีอนามัย/ศูนย์เทศบาล/ศูนย์สุขภาพชุมชนประจำตำบลนั้น ๆ และโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปหรือหน่วยบริการอื่น ๆ ที่ทำหน้าที่เป็นหน่วยคู่สัญญาบริการ (รวมทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน) ซึ่งภารกิจของหน่วยบริการระดับนี้ประกอบด้วยงานส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ ป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลที่ให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ซึ่งควรจะเป็นหน่วยบริการที่อยู่ใกล้จุดศูนย์กลางตำบลนั้นที่สุด หรือเป็นหน่วยบริการที่ประชาชนในตำบลนั้นสามารถเดินทางเข้าถึง

บริการสะดวกที่สุด โดยอาจยึดเกณฑ์ระยะทางเฉลี่ยจากศูนย์กลางตำบลถึงหน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่ควรเกิน 22.5 กม. หรือระยะเวลาเดินทางไม่ควรเกิน 30 นาที หรือเกณฑ์อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร โดยกรณีที่เป็นแพทย์ที่ให้บริการในหน่วยบริการระดับนี้ ควรเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือเวชศาสตร์ครอบครัว หรือเวชศาสตร์ป้องกัน หรือ อาชีวเวชศาสตร์ หรือระบาดวิทยา ทำหน้าที่ดูแล

เนื่องจากได้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนนอกโรงพยาบาลให้ทำหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเต็มรูปแบบ ดังนั้น หากสถานีนอมนายในตำบลใดควรได้รับการพัฒนาเป็นศูนย์สุขภาพชุมชนเต็มรูปแบบหรือจัดตั้งขึ้นใหม่ ให้กำหนดขึ้นอยู่กับหน่วยบริการคู่สัญญา (CUP) นั้น

2.4.2 หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับต้น หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป หรือหน่วยบริการอื่น ๆ (รวมทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน) ที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้นอนรักษาพยาบาล ซึ่งภารกิจของหน่วยบริการระดับนี้จะขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลสิ้นสุดที่การรักษาผู้ป่วยใน (IPD) ด้วยโรคพื้นฐานทั่วไป (Command problem) ซึ่งไม่ซับซ้อนมากนัก โดยอาจยึดเกณฑ์ระยะทางเฉลี่ยจากศูนย์กลางตำบลถึงหน่วยบริการดังกล่าวไม่ควรเกิน 45 กม. หรือระยะเวลาเดินทาง ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง หรือเกณฑ์อื่น ๆ ตามความเหมาะสม โดยแพทย์หน่วยบริการระดับนี้ ควรเป็นแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป หรือเวชปฏิบัติครอบครัว หรือเวชศาสตร์ป้องกัน หรืออาชีวเวชศาสตร์ หรือระบาดวิทยา ทำหน้าที่ดูแล

2.4.3 หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับกลาง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป หรือหน่วยบริการอื่น ๆ (รวมทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน) ซึ่งภารกิจของหน่วยบริการระดับนี้จะขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (ประกอบด้วยสาขาสูติศาสตร์ และ ศัลยศาสตร์ และอายุรศาสตร์ และกุมารเวชศาสตร์ และหรือ ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์) ทำหน้าที่ดูแล โดยอาจยึดเกณฑ์ระยะทางเฉลี่ยจากศูนย์กลางตำบลถึงหน่วยบริการดังกล่าวไม่ควรเกิน 67.5 กม. หรือระยะเวลาเดินทางไม่ควรเกิน 1.30 ชั่วโมง หรือพิจารณาด้วยเกณฑ์อื่น ๆ ตามความเหมาะสม

การกำหนดให้หน่วยบริการใดเป็นหน่วยบริการระดับนี้ ต้องคำนึงถึงสถานะทางการเงินของพื้นที่และภาวะทางเศรษฐกิจของประเทศด้วย จึงควรเป็นหน่วยบริการเดิมที่มีการขยายบริการระดับนี้ไว้แล้ว เช่น โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และหรือโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่เดิมที่มีการพัฒนาให้เป็นแม่ข่ายโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กที่อยู่ใกล้เคียง รวมทั้งโรงพยาบาลภาครัฐอื่น ๆ และเอกชน ยกเว้นเฉพาะกรณีที่ได้พิจารณาว่ามีความจำเป็นในการกำหนดขึ้นใหม่ เนื่องจากหน่วยบริการระดับนี้แห่งเดิมระยะทางห่างจากศูนย์กลางตำบลมากกว่า 67.5 กม. หรือหน่วยบริการที่จะพัฒนาห่างจาก

หน่วยบริการระดับนี้แห่งอื่นมากเกินไป หรือต้องรับผิดชอบประชากรในภารกิจระดับนี้รวมแล้วไม่น้อยกว่า 80,000 คน หรือกรณีอื่นที่มีความจำเป็นจริงของพื้นที่ และหากรวมประชากรในความรับผิดชอบของหน่วยบริการระดับนี้ไม่ถึง 120,000 คน ก็ไม่ควรมีสาขา ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ เนื่องจากสาขาดังกล่าวจำเป็นต้องใช้เครื่องมือราคาแพง (ควรมีแพทย์เฉพาะทางเพียง 4 สาขาหลักเท่านั้น)

2.4.4 หน่วยบริการระดับทุติยภูมิระดับสูง หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป หรือหน่วยบริการอื่น ๆ (รวมทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน) ซึ่งภารกิจของหน่วยบริการระดับนี้จะขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขา รอง (เช่น ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ จักษุวิทยา โสต-ศอ-นาสิก-ลาติงซ์ รังสีวิทยา วิสัญญีวิทยา นิติเวชศาสตร์ จิตเวชศาสตร์ จิตเวชเด็กและวัยรุ่น เวชศาสตร์ฟื้นฟู และหรือ ศัลยศาสตร์ยูโร ศัลยศาสตร์ประสาท ประสาทวิทยา เวชบำบัดวิกฤต เป็นต้น) ทำหน้าที่ดูแล โดยอาศัยเตียงเกณฑ์ระยะทางเฉลี่ยจากศูนย์กลางตำบลถึงหน่วยบริการดังกล่าว ไม่ควรเกิน 90 กม. หรือระยะเวลาเดินทางไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมง หรือพิจารณาด้วยเกณฑ์อื่น ๆ ตามความเหมาะสม

อนึ่ง การให้บริการระดับนี้จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรทั้งบุคลากร งบประมาณ และเครื่องมือต่าง ๆ เพิ่มขึ้น การกำหนดหน่วยบริการระดับนี้จึงควรต้องคำนึงถึงสถานะทางการเงินและภาวะเศรษฐกิจด้วย จึงควรเป็นหน่วยบริการเดิมที่มีการขยายบริการระดับนี้ไว้แล้ว เช่น โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปและหรือโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่เดิม รวมทั้งโรงพยาบาลภาครัฐอื่น ๆ และเอกชน ยกเว้นเฉพาะกรณีที่มีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาขึ้นใหม่เนื่องจากจากหน่วยบริการระดับนี้แห่งเดิมระยะทางห่างจากศูนย์กลางตำบลมากกว่า 90 กม. หรือหน่วยบริการที่จะพัฒนานี้ห่างจากหน่วยบริการระดับนี้แห่งอื่นมากเกินไป และรับผิดชอบประชากรในภารกิจระดับนี้รวมแล้วไม่น้อยกว่า 150,000 คน

2.4.5 หน่วยบริการระดับตติยภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปบางแห่ง โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือหน่วยบริการอื่น ๆ (รวมทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน) ซึ่งภารกิจของหน่วยบริการระดับนี้จะขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาต่อยอด (Sub-specialty) เช่น

2.4.5.1 สาขาต่อยอดของอายุรศาสตร์ อย่างน้อย 6 สาขา เรียงตามลำดับ คือ อายุรศาสตร์โรคไต, โรคหัวใจ, ทางเดินหายใจ, ระบบต่อมไร้ท่อ, โรคเลือด, จิตวิทยา, ทางเดินอาหาร, โรคติดเชื้อ, โรคข้อ

2.4.5.2 สาขาต่อยอดศัลยศาสตร์ อย่างน้อย 5 สาขา เรียงตามลำดับ คือ ประสาทศัลยศาสตร์, ยูโร, ตกแต่ง, ทรวงอก, กุมารศัลยศาสตร์, ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก, หลอดเลือด

2.4.5.3 สาขาต่อยอดกุมารเวชศาสตร์ อย่างน้อย 4 สาขา เรียงตามลำดับคือ ระบบทางเดินหายใจ, โรคหัวใจ, โรคไต, โรคหลอดเลือด, ทารกแรกเกิด/ทารกปรีกำเนิด

2.4.5.4 สาขาอื่น ๆ อย่างน้อย 2 สาขา เรียงตามลำดับ คือ พยาธิวิทยา/กายวิภาค รังสีรักษา/รังสีวินิจฉัย/เวชศาสตร์นิวเคลียร์ มะเร็งวิทยา เป็นต้น

ซึ่งควรจะเป็นหน่วยบริการที่มีระยะทางเฉลี่ยจากศูนย์กลางตำบลตำบลถึงหน่วยบริการดังกล่าว ไม่ควรเกิน 202.5 กม. หรือระยะเวลาเดินทางไม่ควรเกิน 4 ชั่วโมง หรือพิจารณาด้วยเกณฑ์อื่น ๆ ตามความเหมาะสม

อนึ่ง การให้บริการระดับนี้จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรทั้งบุคลากร งบประมาณ และเครื่องมือต่าง ๆ เพิ่มขึ้นจำนวนมาก จึงควรเป็นหน่วยบริการเดิมที่มีการขยายบริการระดับนี้ไว้แล้ว เช่น โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปบางแห่งที่ได้รับการพัฒนาแล้ว รวมทั้งโรงพยาบาลภาครัฐอื่น ๆ และเอกชน ยกเว้นเฉพาะกรณีที่มีความจำเป็นต้องพัฒนาขึ้นใหม่ เนื่องจากจากหน่วยบริการระดับนี้แห่งเดิมระยะทางห่างจากศูนย์กลางตำบลมากกว่า 202.5 กม. หรือหน่วยบริการที่จะพัฒนานี้ห่างจากหน่วยบริการระดับนี้แห่งอื่นมากเกินไป และรับผิดชอบประชากรในภารกิจระดับนี้รวมแล้วไม่น้อยกว่า 1,000,000 คน (กรณีโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปเดิมบางแห่งที่มีขนาดประชากรในความรับผิดชอบน้อยกว่า 1,000,000 คน หรือมีหน่วยงานอื่นในพื้นที่ใกล้เคียงที่พัฒนาศักยภาพให้ทำหน้าที่ดังกล่าวแล้ว หากพิจารณาในระยะยาวเห็นว่าอาจมีปัญหาด้านงบประมาณหรือเป็นปัญหาต่อการพัฒนาในอนาคตก็อาจพิจารณาลดภารกิจด้านนี้ลง หรือจัดลำดับความสำคัญในการพัฒนาไว้ลำดับท้าย ๆ)

2.4.6. หน่วยบริการระดับ EXCELLENT CENTER หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์บางแห่ง โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือโรงพยาบาลอื่น ๆ (รวมทั้งหน่วยบริการภาครัฐและเอกชน) ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม ซึ่งภารกิจของหน่วยบริการระดับนี้นอกจากจะทำหน้าที่หน่วยบริการระดับตติยภูมิแล้วยังถูกกำหนดให้เป็นศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง เช่น ศูนย์โรคหัวใจ (เน้นหนักแพทย์ในสาขาศัลยศาสตร์โรคทรวงอก, อายุรศาสตร์โรคหัวใจ, อายุรศาสตร์ทางเดินหายใจ, กุมารเวชศาสตร์ทางเดินหายใจ, กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ และวิสัญญี) ศูนย์มะเร็ง (เน้นหนักแพทย์สาขารังสีรักษา/รังสีวินิจฉัย/เวชศาสตร์นิวเคลียร์, พยาธิวิทยา/กายวิภาค อายุรศาสตร์โรคเลือด) ศูนย์อุบัติเหตุ (เน้นหนักแพทย์ในสาขาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์, นิติเวช, กุมารศัลยศาสตร์ และ วิสัญญี) ศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะ เป็นต้น ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่มีระยะทางเฉลี่ยจากศูนย์กลางตำบลถึงหน่วยบริการดังกล่าวไม่ควรเกิน 247.5 กม. หรือระยะเวลาเดินทางไม่ควรเกิน 4.30 ชั่วโมง หรืออาจพิจารณาด้วยเกณฑ์อื่น ๆ ตามความเหมาะสม

อนึ่ง การให้บริการระดับนี้จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรทั้งบุคลากร งบประมาณและเครื่องมือต่าง ๆ เพิ่มขึ้นมาก จึงควรเป็นหน่วยบริการเดิมที่มีการขยายบริการระดับนี้ไว้แล้ว และกระทรวงสาธารณสุขจึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการ เพื่อพิจารณากำหนดหน่วยบริการที่จะทำหน้าที่ดังกล่าว

- หมายเหตุ 1. ศูนย์กลางตำบล หมายถึง ศูนย์กลางชุมชนของตำบลถึงหน่วยบริการหรือจากสถานีอนามัยของชุมชนไปถึงหน่วยบริการระดับอื่นตามความเหมาะสม
2. เกณฑ์การกำหนดว่าหน่วยบริการใดจะเป็นหน่วยบริการระดับไหน ให้ใช้เกณฑ์ระยะทางเกณฑ์ระยะเวลาในการเดินทางเกณฑ์พื้นที่เฉพาะเช่นความยากลำบากในการเดินทาง หรืออื่น ๆ เป็นต้น)

### การวิเคราะห์ภาระงาน

#### ความหมาย

การวิเคราะห์งาน หมายถึง กระบวนการในการจัดการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะงาน หน้าที่ ความรับผิดชอบ เกี่ยวกับงานอย่างมีระบบ พร้อมทั้งลักษณะของบุคคลที่เหมาะสมกับงานในด้านความรู้ ความสามารถ ทักษะ และองค์ประกอบอื่น ๆ ที่ต้องการสำหรับงาน เพื่อให้การปฏิบัติงานประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์กร

#### วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์งาน

การวิเคราะห์งานมีความสำคัญต่อการทำงานโดยรวมของหน่วยงานเป็นพื้นฐานในการบริหารงานบุคคลหลายเรื่องแต่ละเรื่องก็ต้องการเทคนิคนำไปประยุกต์ใช้ที่แตกต่างกัน ดังที่เบอ์นาดีนและรัสเซลล์ (Bernadin and Russell 1993:114) ได้จำแนกไว้ดังนี้

1. เพื่อจัดทำคำบรรยายลักษณะงาน (Job Description)
2. เพื่อการแยกประเภทงาน (Job Classification)
3. เพื่อการประเมินค่างาน (Job Evaluation)
4. เพื่อปรับโครงสร้างการออกแบบงาน (Job Design Restructuring)
5. เพื่อกำหนดคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานและคุณลักษณะเฉพาะของงาน (Personal Requirement / Specification)
6. การประเมินผลการปฏิบัติงาน (Performance Appraisal)
7. เพื่อเป็นแนวทางในการฝึกอบรมและพัฒนาบุคคล (Working / Training / Development)

8. การเลื่อนตำแหน่ง (Worker Mobility)
9. เพื่อประสิทธิภาพ (Efficiency)
10. เพื่อความปลอดภัย (Safety)
11. การวางแผนทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Planning)
12. เพื่อกำหนดวิธีการทำงาน (Work Method)

### การวิเคราะห์งานสำหรับการบริการทรัพยากรมนุษย์

โดยปกติการวิเคราะห์งานเป็นกระบวนการพื้นฐานที่สำคัญในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ผลของการวิเคราะห์งานสามารถนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในเรื่องต่าง ๆ ได้มากมาย เพราะข้อมูลเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อการจัดกิจกรรมของบุคคล ถ้าปราศจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องแล้วผู้บริหารงานด้านบุคคลจะประสบความสำเร็จลำบากในการจัดการงานด้านบุคลากร

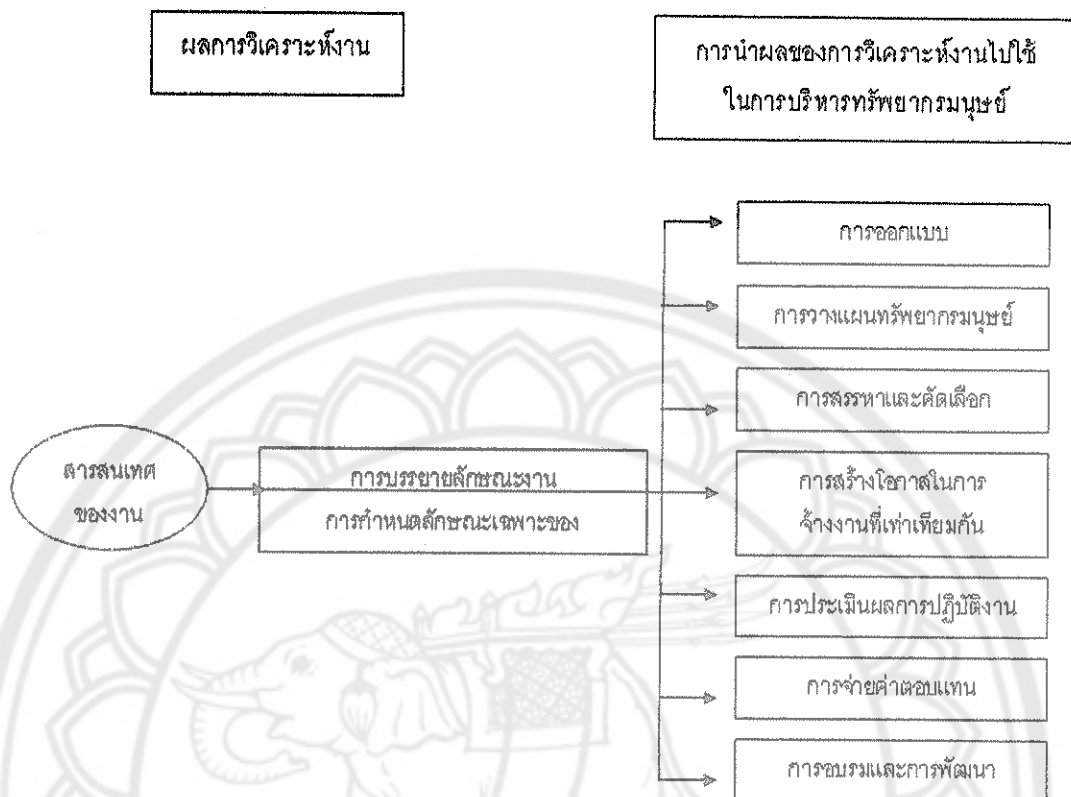
1. ความสัมพันธ์ระหว่างการวิเคราะห์งานและการบริหารทรัพยากรมนุษย์

(Link between Job Analysis and Human Resource Management)

การวิเคราะห์งานเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารทรัพยากรมนุษย์มาตั้งแต่เริ่มต้นในปัจจุบันนี้การวิเคราะห์งานได้มามีบทบาทที่สำคัญเปรียบเสมือนเข็มทิศในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ การวิเคราะห์งานเป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่กระทำขึ้นเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสนเทศต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับงาน ทั้งในแง่ของคุณสมบัติเฉพาะของผู้ปฏิบัติงานด้านการทรัพยากรมนุษย์

ความสัมพันธ์ระหว่างการวิเคราะห์งานกับการบริหารทรัพยากรมนุษย์ สามารถแสดงให้เห็นเข้าใจดังภาพที่ 5 ด้านขวามือของรูปเป็นหน้าที่ทางด้านการบริหารทรัพยากรมนุษย์ที่ได้จากผลการวิเคราะห์งานและด้านซ้ายมือเป็นสารสนเทศที่เป็นผลจากกระบวนการวิเคราะห์งาน





ภาพที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการวิเคราะห์งานกับการบริหารทรัพยากรมนุษย์

## 2. การนำผลการวิเคราะห์งานไปใช้ประโยชน์ในการบริหารทรัพยากรมนุษย์

2.1 การออกแบบงาน (Job Design) เป็นกระบวนการขั้นสุดท้ายของการวิเคราะห์งาน โดยมีวัตถุประสงค์ในการวิเคราะห์งานเพื่อการออกแบบงาน กำหนดลักษณะเฉพาะของงานที่ใช้ในการปฏิบัติงาน กำหนดวิธีการในการทำงานและกำหนดความสัมพันธ์ของงานนั้นกับงานอื่นในองค์กรนั้น วัตถุประสงค์ของการออกแบบเพื่อปรับปรุงระบบงานการเพิ่มคุณภาพในการทำงาน เพื่อผลในการจูงใจ เพิ่มความพอใจและผลผลิตในการทำงาน และการจัดโปรแกรมด้านความปลอดภัยและสุขภาพของผู้ปฏิบัติงาน

2.2 การวางแผนทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Planning) การวิเคราะห์งานจะช่วยในการกำหนดจำนวนและคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานเหล่านี้ ตลอดจนการวางแผนทรัพยากรมนุษย์สำหรับการทำงานแต่ละอย่างให้สอดคล้องกับความต้องการขององค์กร การออกแบบการวิเคราะห์งานเพื่อใช้ในการวางแผนทรัพยากรมนุษย์นั้นจึงควรเน้นที่ปริมาณงานหน้าที่และความรับผิดชอบของตำแหน่งงานนั้น ๆ พร้อมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับคุณสมบัติของคนที่ต้องการซึ่งจะเป็นข้อมูลโดยตรงใช้ คิดคำนวณและพิจารณาวางแผนกำลังคนในอนาคต โดยพิจารณากับกำลังคนที่มีอยู่ในองค์กร

2.3 การสรรหาและการคัดเลือก (recruitment and Selection) จากการวิเคราะห์งานจะทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับลักษณะงานที่จะต้องกระทำและคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานซึ่งเป็นข้อมูลในการออกแบบใบสมัครงาน (Application Banks) และคัดเลือกบุคคลเข้าทำงานให้ตรงกับตำแหน่งงานตามรายละเอียดที่กำหนดไว้

2.4 การสร้างโอกาสในการจ้างงานที่เท่าเทียมกัน (Equal Employment Opportunity) การจ้างงานมีความเป็นธรรมโดยอาศัยการวิเคราะห์งานที่ใช้เป็นมาตรฐานในการจ้างงานใช้เป็น กฎเกณฑ์และข้อบังคับทางด้านแรงงานเกี่ยวกับการกระทำที่ไม่เท่าเทียมกันของฝ่ายนายจ้างและลูกจ้าง ซึ่งฝ่ายบริหารจะต้องนำผลการวิเคราะห์งานมาใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการอย่างถูกต้องเที่ยงตรงร่วมกับสภาพแรงงาน เพราะมักจะมีข้อขัดแย้งหรือโต้เถียงกัน และมีการให้รายงานเป็นลายลักษณ์อักษรถึงการตัดสินใจ ดังนั้นงานที่มีมาตรฐานจะช่วยให้การแก้ปัญหาความขัดแย้งเหล่านี้หมดไป

2.5 การประเมินผลการปฏิบัติงาน (Performance Appraisal) การวิเคราะห์งานช่วยในการประเมินผลผู้ปฏิบัติงานโดยใช้เป้าหมายของงาน (Job Goal) เป็นหลัก แล้วประเมินค่าของงานว่าได้รับผลตามเป้าหมายหรือไม่เพียงใด ในการพิจารณากำหนดเป้าหมายของงานดังกล่าวจะให้ประโยชน์อย่างมาก

2.6 การจ่ายค่าตอบแทน (Compensation) อัตราค่าจ้างและเงินเดือนของงาน แต่ละชนิดมักจะขึ้นอยู่กับ การประเมินผลซึ่งเป็นกระบวนการที่งานต่าง ๆ ได้ถูกประเมินในรูปของคุณลักษณะบางประการของงาน ซึ่งกระทำได้ด้วยการประเมินค่างานต่าง ๆ ไปตามลักษณะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงานนั้น โดยปกติแล้วมักจะใช้การบรรยายลักษณะงาน (Job Description) เป็นหลักในกระบวนการนี้

2.7 การอบรมและการพัฒนาบุคคล (Training and Development) การพัฒนาโครงการฝึกอบรมให้แก่คนงานย่อมขึ้นอยู่กับข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับกิจกรรมของงานรวมทั้งความรู้และทักษะต่าง ๆ นอกจากนี้ในการวางโครงการพัฒนาบุคลากรเป็นรายบุคคลหรือกลุ่มที่ยังต้องการข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งงานในระดับที่สูงขึ้นไปซึ่งเขาจะต้องเลื่อนขึ้นไปด้วย

## การเลือกงานที่จะทำการวิเคราะห์

การพิจารณาเลือกตำแหน่งตัวอย่างที่จะใช้ในการวิเคราะห์ โดยปกติองค์การทุกแห่งย่อมมีตำแหน่งงานเป็นจำนวนมาก ดังนั้นจึงเป็นการยากที่นักวิเคราะห์จะดำเนินการวิเคราะห์ให้ครบทุกงาน วิธีการที่ง่ายกว่าก็คือ การเลือกวิเคราะห์เฉพาะตำแหน่งที่เป็น "ตัวแทนของกลุ่มงาน" (Represent of Key Position) จึงจะให้ผลนำมาใช้การได้ได้รวดเร็วขึ้นโดยไม่จำเป็นต้องวิเคราะห์จนทั่วทุกตำแหน่ง โดยปกติงานที่จะศึกษาแบ่งออกเป็นสองลักษณะกว้าง ๆ คือ งานในโรงงานและงานในสำนักงาน งานในโรงงานก็คืองานผลิตซึ่งแบ่งแยกออกเป็นงานย่อย ๆ เป็นการผลิตแต่ละประเภทอีกหลายอย่าง ส่วนงานในสำนักงานก็แยกออกเป็นงานย่อยได้อีกหลายงาน เช่น งานบริหาร งานการเงิน งานขายปลีก งานขายส่ง และงานบัญชี เป็นต้น งานแต่ละประเภทจะใช้เวลา ค่าใช้จ่าย และขั้นตอนการหาข้อมูลแตกต่างกัน

การเลือกตำแหน่งงานในการวิเคราะห์งาน มีหลักเกณฑ์ในการเลือกดังนี้

1. เป็นตำแหน่งงานที่องค์การให้ความสนใจพิเศษ เพื่อนำผลการวิเคราะห์งานไปใช้ประโยชน์ ตามที่กำหนดไว้ก่อนที่จะทำการวิเคราะห์งาน
2. เป็นตำแหน่งงานหลักที่มีความสำคัญ และสามารถอธิบายถึงขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบได้ง่าย เป็นที่เข้าใจและยอมรับรวมทั้งหาได้ง่ายในองค์การทั่วไป
3. เป็นตำแหน่งงานที่มีค่าเทียบเท่าในกลุ่มตำแหน่งงานที่องค์การได้ประเมินค่าและจำแนกเอาไว้แล้ว และสามารถเป็นตัวแทนของกลุ่มตำแหน่งงานนั้น ๆ ได้
4. มีลักษณะเป็นตำแหน่งงานของแต่ละสาขาวิชาชีพ ได้แก่ สาขางานธุรการ ช่างวิศวกรรม บริหาร เป็นต้น
5. สามารถเขียนคำบรรยายหน้าที่และความรับผิดชอบใกล้เคียงกันทั้งในและนอกองค์การ
6. สามารถเขียนข้อกำหนดเกี่ยวกับคุณสมบัติประจำตำแหน่งได้แก่ ความรู้ ประสบการณ์ขั้นต่ำ และคุณสมบัติอื่น ๆ ได้ชัดเจน

เมื่อสามารถเลือกตำแหน่งงานหรือกลุ่มงานที่จะทำการวิเคราะห์ได้แล้ว ในขั้นต่อไปจะต้องกำหนดวิธีการที่จะทำให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการ

## ความสำคัญของการวิเคราะห์ภาระงาน

การวิเคราะห์ภาระงานเป็นหน้าที่พื้นฐานสำหรับการบริหารทรัพยากรมนุษย์ และเป็นเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับนำไปใช้ในกระบวนการบริหารและการแก้ปัญหาทางาน เมื่อองค์กรมีการว่าจ้างคนเข้ามาทำงานแล้ว พนักงานหรือลูกจ้างแต่ละคนจะต้องทราบว่ามีหน่วยงานต่างๆ ที่เข้าไปทำงานนั้น มีภารกิจและขอบเขตอย่างไร จะต้องทราบว่าตนเองมีหน้าที่การงานอย่างไร เพื่อปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับภารกิจของหน่วยงาน สำหรับในกิจการเล็กๆ ที่ยังไม่มีรูปแบบหรือระบบที่ดี ก็อาจไม่มีการเขียนไว้เป็นหลักฐานแล้วแต่นายจ้างหรือหัวหน้างานจะสั่งหรือมอบหมายงานให้เป็นคราวๆ ไป แต่เมื่อองค์กรใหญ่ขึ้น พัฒนาการต่างๆ มีมากขึ้น การเขียนหน้าที่การงานของแต่ละคน ก็มีความจำเป็นมากขึ้น เพราะไม่มีใครจะจำหน้าที่การงานได้ทั้งหมด แม้แต่คนที่ทำงานนั้นๆ อยู่ทุกวัน ก็อาจจะหลงลืมหน้าที่ของตนเองด้วยซ้ำ จึงจำเป็นต้องมีหลักฐานระบบหน้าที่การงานไว้ ซึ่งหน้าที่การงานนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงไปได้เรื่อยๆ ตามความจำเป็น การเขียนหน้าที่การงานที่ดีจะมีการกำหนดมาตรฐานต่างๆ ที่ตำแหน่งงานนั้นพึงจะยึดถือไว้ด้วย

การวิเคราะห์ภาระงาน ทำให้ผู้ดำรงตำแหน่งและผู้บังคับบัญชาผู้ชัดในหน้าที่ที่มอบหมายให้ทำ เป็นเครื่องมือช่วยในการควบคุมงานให้บรรลุผลสำเร็จ และช่วยประสานให้งานดำเนินไปได้ด้วยดี หากพิจารณาถึงความสำคัญของการวิเคราะห์งานที่มีต่อการบริหารงานขององค์กรและผู้เกี่ยวข้อง สามารถจำแนกได้ดังนี้

1. ช่วยในการบริหารงานขององค์กรในเรื่อง ดังนี้
  - 1.1 การออกแบบงาน (Job Design)
  - 1.2 การแยกประเภทงาน (Job Classification)
  - 1.3 การเพิ่มงาน (Job Enrichment)
  - 1.4 การขยายงาน (Job Enlargement)
  - 1.5 การประเมินค่างาน (Job Evaluation)
  - 1.6 การบริหารทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management)
  - 1.7 การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน (Operation Manual)
  - 1.8 เป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้บังคับบัญชา และผู้ใต้บังคับบัญชา เข้าใจบทบาทตามตำแหน่งหน้าที่ชัดเจน
2. ช่วยให้ผู้บังคับบัญชารู้และเข้าใจในเรื่องต่อไปนี้
  - 2.1 ลักษณะและขอบเขตงานของผู้ใต้บังคับบัญชา
  - 2.2 การแนะนำให้พนักงานใหม่รู้จักงาน

- 2.3 การมอบหมายงานแก่พนักงาน
- 2.4 การประเมินผลการปฏิบัติงาน
- 2.5 การย้ายหรือเลื่อนตำแหน่งงาน
- 2.6 การควบคุมไม่ให้เกิดงานซ้ำซ้อน
- 2.7 การศึกษาหรือเปลี่ยนแปลงของงานที่ปฏิบัติ
- 2.8 การฝึกอบรมและพัฒนาผู้ได้บังคับบัญชา
3. ช่วยให้พนักงานรู้และเข้าใจในเรื่องต่อไปนี้
  - 3.1 ลักษณะและขอบเขตของงานที่ต้องปฏิบัติ
  - 3.2 แนวทางการปฏิบัติงาน
  - 3.3 การปรับปรุงการปฏิบัติงานของตน โดยเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานกับเอกสารกำหนดลักษณะเฉพาะของผู้ปฏิบัติงาน

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สรองทิพย์ ภูฤกษ์ณา (2541) ได้ศึกษาการรับรู้บทบาทที่กำหนด บทบาทที่คาดหวัง และ บทบาทที่ปฏิบัติจริง ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวมทั้งการเปรียบเทียบการรับรู้บทบาทที่กำหนด บทบาทที่คาดหวังและบทบาทที่ปฏิบัติจริง ในภาพรวมและรายบทบาท 3 ด้าน ด้านบริหาร ด้านวิชาการ ด้านบริการ พบว่า การรับรู้บทบาทที่กำหนด บทบาทที่คาดหวัง และบทบาทที่ปฏิบัติจริงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง บทบาทที่คาดหวังด้านบริการมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง แต่บทบาทที่ปฏิบัติงานจริงด้านวิชาการมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทด้านวิชาการด้านการวิจัยพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่าการรับรู้ บทบาทที่กำหนด บทบาทที่คาดหวัง และบทบาทที่ปฏิบัติงานจริงของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งภาพรวมและรายด้านบทบาทที่คาดหวังมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดและบทบาทที่ปฏิบัติงานจริงมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด

นิตาชล สิงห์ศิริ (2542) ได้ศึกษาและเปรียบเทียบการใช้เวลาเชิงปริมาณและการจัดการกับเวลาในบทบาทของหัวหน้าพยาบาลด้านบริหาร ด้านบริการ ด้านวิชาการ การวิจัยและวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดแตกต่างกันและมีประสบการณ์ในตำแหน่งแตกต่างกัน 248 ท่าน ใน 1 สัปดาห์ พบว่าบทบาทมีความแตกต่างกันแต่การใช้ปริมาณเวลาด้านบริหาร

ด้านบริการในการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน ส่วนบทบาทด้านวิชาการ การวิจัยและวิชาชีพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ใช้เวลาในการปฏิบัติงานตามบทบาท 3 ด้านไม่แตกต่างกัน การจัดการกับเวลาอยู่ในระดับเหมาะสม และเมื่อพิจารณารายกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ การจัดลำดับความสำคัญของงาน การวางแผนการใช้เวลา การมอบหมายงาน การจัดระบบงาน การประเมินผล การใช้เวลา อยู่ในระดับเหมาะสมมาก ส่วนการควบคุมการใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรม อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง การจัดการกับเวลาของหัวหน้าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีขนาดแตกต่างกัน มีการจัดการกับเวลาในภาพรวมและรายกิจกรรม ไม่แตกต่างกัน ยกเว้น การจัดลำดับความสำคัญของงาน โดยหัวหน้าโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีการปฏิบัติกิจกรรมด้านการจัดลำดับความสำคัญของงานสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหัวหน้าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในตำแหน่งแตกต่างกัน มีการจัดการกับเวลา ในภาพรวม และรายกิจกรรม ไม่แตกต่างกัน

วิสาพร พินันโสติกุลและฉัตรลดา กาญจนสุธิแสง (2545) ได้ศึกษาความจำเป็นและความต้องการฝึกอบรม ศึกษาต่อของเจ้าหน้าที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและวิเคราะห์ความจำเป็นในการฝึกอบรม ตลอดจนความต้องการศึกษาต่อของข้าราชการและลูกจ้างประจำ เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม พบว่าเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน เขต 1 มีทัศนคติที่ดีต่องานที่ตนเองปฏิบัติอยู่เห็นความสำคัญของงานอยู่ในระดับสูง บุคลากรส่วนใหญ่มีโอกาสได้รับความรู้และทักษะในการทำงานเพียงพอ รูปแบบของการฝึกอบรมที่เจ้าหน้าที่ที่ต้องการคือ การอบรม ประชุม สัมมนาและศึกษาดูงานได้จัดให้ตรงความต้องการแล้ว ส่วนที่ขาดคือการสอนงาน การแนะนำงานแม้จะมีโอกาสที่จะได้รับความรู้และทักษะที่เพียงพอต่อเจ้าหน้าที่ยังคงเห็นว่าตนเองมีความรู้และการทำงานยังไม่เพียงพอควรได้รับการพัฒนาเพิ่มมากขึ้น

สัมมนา มูลสาร และวุฒิพงษ์ ดินทรัพย์ (2546) ได้ศึกษาภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัย ก่อนและขณะดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเครือข่ายสถานบริการสุขภาพใน 5 อำเภอจาก 7 อำเภอใน จังหวัดอำนาจเจริญโดยเก็บข้อมูลจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกและจำนวนรายผู้ป่วยจากรายงาน 0110 รง.5 และรายงานกิจกรรมกลาง ( รง.400 ) และข้อมูลแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากหน่วยงาน ทั้งนี้ระยะเวลาก่อนเริ่มโครงการ หมายถึงระยะเวลาระหว่างเดือนมิถุนายน 2543 ถึงพฤษภาคม 2544 และขณะดำเนินโครงการหมายถึงระหว่างเดือนมิถุนายน

2545 ถึง พฤษภาคม 2546 ผลการศึกษาพบว่าภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์และ  
 สาธารณสุข โรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย ขณะดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพ  
 ถ้วนหน้าลดลงจากก่อนดำเนินการเกือบทุกวิชาชีพ ยกเว้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยแพทย์มี  
 ภาระงานลดลงจาก 66,151 หน่วยภาระงานต่อคนต่อปี เป็น 27,723.6 หน่วยภาระงานต่อคนต่อปี  
 ทันตแพทย์มีภาระงานลดลงจาก 4,898 หน่วยภาระงานต่อคนต่อปี เป็น 3,441.11 หน่วยภาระงาน  
 ต่อคนต่อปีเภสัชกรมีภาระงานลดลงจาก 33,075 หน่วยภาระงานต่อคนต่อปี เป็น 31,988.77 หน่วย  
 ภาระงานต่อคนต่อปี พยาบาลมีภาระงานลดลงจาก 4,896.18 หน่วยภาระงานต่อคนต่อปี  
 เป็น 3,317.22 หน่วยภาระงานต่อคนต่อปี ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีภาระงานเพิ่มขึ้นจาก 3,134  
 หน่วยภาระงานต่อคนต่อปี เป็น 3,827 หน่วยภาระงานต่อคนต่อปี แสดงให้เห็นว่าภาระงานของ  
 บุคลากรที่เปลี่ยนแปลงไปหลังจากมีโครงการ อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถเปรียบเทียบความ  
 หนักเบาของภาระงานต่างวิชาชีพได้ เนื่องจากแต่ละวิชาชีพมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่ต่างกัน

ประวิทย์ เตติวัฒน์และคณะ (2546) ได้ศึกษาโครงการวิจัยคุณภาพบริการของหน่วยงาน  
 บริการปฐมภูมิ 4 รูปแบบเพื่อสนับสนุนโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน 10 จังหวัด ภาคเหนือ  
 ตอนล่างพบว่ามีความแตกต่างระหว่างโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์และคุณภาพ  
 การให้บริการของหน่วยงานปฐมภูมิ 4 รูปแบบ ด้านโครงสร้างพบว่า มีความแตกต่างทางด้าน  
 จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ทั้งประจำและหมุนเวียน เป้าหมาย นโยบาย โครงสร้างที่ตั้งและ  
 ประชากร โครงสร้างด้านสถานที่ อุปกรณ์และเครื่องมือ โครงสร้างบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ  
 และการรักษา ด้านกระบวนการพบว่า การลงทะเบียน การคัดกรองและการบริการหลักเนื่องจาก  
 จำนวนเจ้าหน้าที่ในแต่ละหน่วยงานมีจำนวนไม่เท่ากันจึงต้องมีการปรับการทำงานในแต่ละส่วน  
 ให้เหมาะสมกับจำนวนบุคลากร

จรรยา สันตยากรและคณะ (2547) ได้ศึกษาวิเคราะห์ระบบบริการพยาบาลในศูนย์สุขภาพ  
 ชุมชนจังหวัดพิษณุโลกโดยใช้แบบจำลอง CIPP Model พบว่าการปฏิบัติงานตรวจสอบหลักฐาน  
 เอกสารพบว่ามีกิจกรรมที่ปฏิบัติในระดับมาก คือกิจกรรมด้านการบริหารและการสำรวจชุมชนและ  
 ครอบครัว ตรวจสอบจากพยาบาลวิชาชีพเองพบว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติระดับมากคือ การลงทะเบียน  
 การบริการหลัก การให้คำปรึกษา และการให้บริการก่อนกลับบ้าน สอบถามเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  
 ชุมชน พบว่า กิจกรรมที่ปฏิบัติระดับมาก คือ การสำรวจชุมชนและครอบครัว การลงทะเบียน  
 คัดกรอง การบริการหลัก การให้คำปรึกษา การให้บริการก่อนกลับบ้าน ความพึงพอใจของการ

มารับบริการ พบว่ามีความพึงพอใจระดับมากก่อนการดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง การดูแลแบบผสมผสาน และการเข้าถึงบริการ

จันทร์จิรา ศรประสิทธิ์และคณะ (2547) ได้ศึกษาแรงจูงใจในงานและความสามารถในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานีนอนามัยจังหวัดพิษณุโลกพบว่าเมื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจในงานโดยรวม และความสามารถในการปฏิบัติงานโดยรวมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชน และสถานีนอนามัยไม่แตกต่างกันแต่แรงจูงใจในปัจจุบันด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ความมั่นคงในงานและสภาพการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 0.5 แรงจูงใจในงานโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีนอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีนอนามัยเกี่ยวกับระบบบริการจัดการโครงสร้างองค์กร การจัดสรรทรัพยากรและกระบวนการทำงานของศูนย์สุขภาพชุมชนพบว่าส่วนใหญ่เห็นด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาลคู่สัญญาและผู้ปฏิบัติงานเห็นด้วยกับการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนและพึงพอใจต่อการดำเนินงาน ส่วนรูปแบบการดำเนินการเห็นว่ายังไม่ชัดเจน

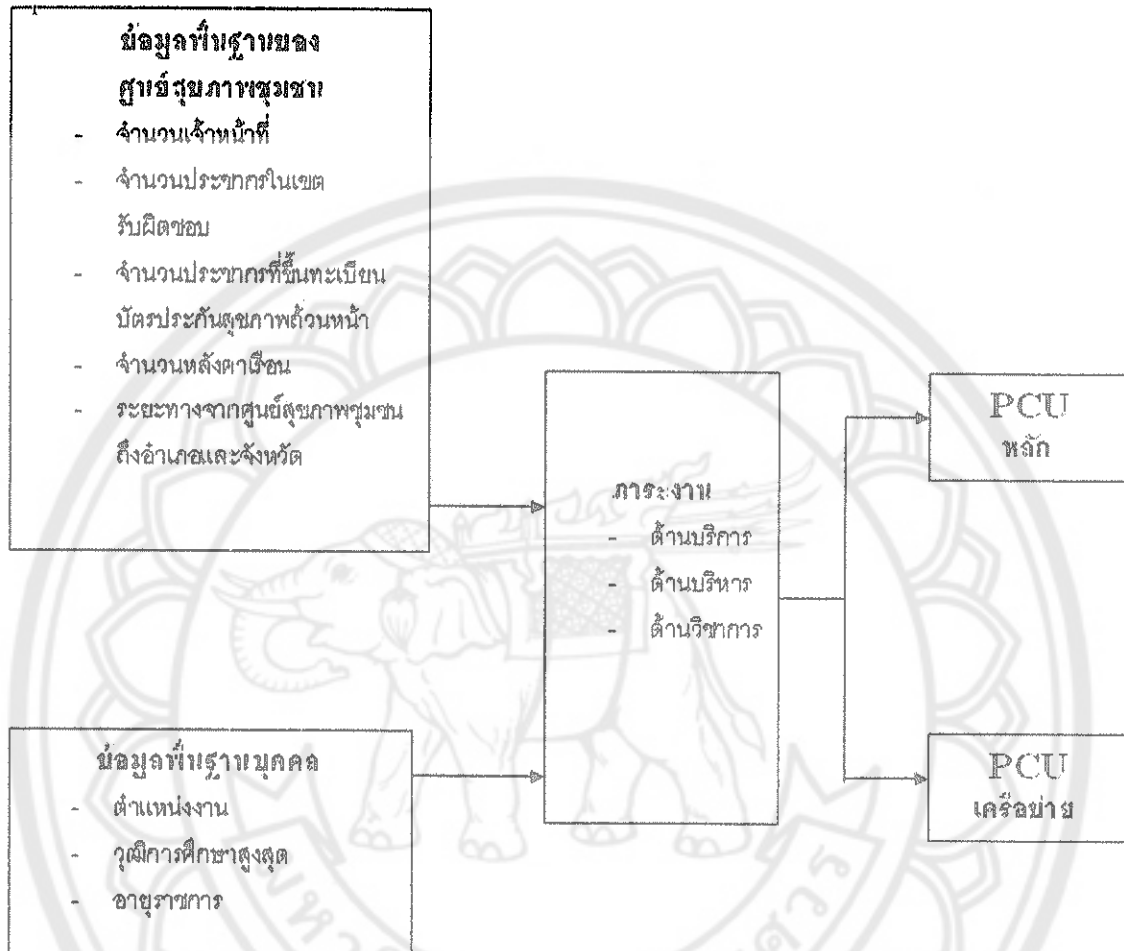
สุชญา เขียวอุทธี (2548) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบร่วมบริหารบริการศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลงิ้วไร่หลวง พบว่า การบริหารของศูนย์สุขภาพชุมชนก่อนการพัฒนามีลักษณะการบริหารงานแนวตั้ง ผู้ปฏิบัติงานดำเนินการตามนโยบายและคำสั่งที่มอบหมายให้ปฏิบัติและมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นบางส่วน การพัฒนารูปแบบการร่วมบริหารบริการสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระยะคือระยะการรวมตัวบททอนการทำงาน ระยะร่วมคิดหาระบบงานที่พึงประสงค์และระยะพึงพอใจในรูปแบบที่ลงตัวซึ่งเป็นการร่วมบริหารบริการสุขภาพ ที่มีโครงสร้างการบริหาร บทบาทเฉพาะของแต่ละทีมในการให้บริการสุขภาพ บทบาทหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนและบทบาทผู้จัดการที่ทำหน้าที่ผู้บูรณาการ ผู้สนับสนุน ส่งเสริมและผู้ประสาน ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการร่วมบริหาร พบว่าทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด



อมรศักดิ์ โพธิ์อำ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดพิษณุโลกพบว่าระดับการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนอยู่ในระดับสูง ( $X = 3.74, SD = 0.59$ ) เมื่อพิจารณารายกิจกรรม พบว่า ด้านการลดอัตราป่วย ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและด้านอาหารอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการด้านอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ ปัจจัยการบริหาร ประกอบด้วยด้านกำลังคน ด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ และกระบวนการบริหาร ประกอบด้วย การวางแผนการจัดองค์กร การบริหารงานบุคลากรอำนวยการ และการควบคุมกำกับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนคือ กระบวนการบริหาร ได้แก่ การจัดองค์กร การอำนวยการ การบริหารงานบุคคล และการวางแผน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งปัจจัยทั้ง 4 ด้าน สามารถทำนายผลการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนจังหวัดพิษณุโลกได้ร้อยละ 66.2

นางลักษณะ พะไถยะ และคณะ (2549) ได้กล่าวถึงงานวิจัยความต้องการกำลังคนของศูนย์สุขภาพชุมชนโดยการวิเคราะห์ภาระงานไว้ดังนี้คัดเลือกศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 32 แห่งแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือก 2 จังหวัด ในแต่ละภาคจังหวัดหนึ่ง ๆ คัดเลือกศูนย์ดีเด่น 2 แห่ง และศูนย์ที่ควรได้รับการปรับปรุงอีก 2 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกภาระงาน และแบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประชากรที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของแต่ละศูนย์ โดยเฉลี่ยมีจำนวน 6,704 ราย และศูนย์ดีเด่นมีประชากรโดยเฉลี่ยต่ำกว่าแต่มีปริมาณงานการให้บริการหลัก มากกว่าศูนย์ควรปรับปรุง แต่ละแห่งจัดสรรเวลาในกิจกรรมต่าง ๆ ตามลำดับ ดังนี้ การบริการหลัก งานบริหารงานชุมชน การบริการต่อเนื่อง และงานวิชาการ เมื่อวิเคราะห์ภาระงาน พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนได้ใช้เวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 5,949 ชั่วโมงทำงาน และมีความต้องการกำลังคนเฉลี่ย 4 ราย ซึ่งต่ำกว่าจำนวนกำลังคนที่ต้องการจากการวิเคราะห์จากกำหนดสัดส่วนประชากร (5.6 ราย) และใกล้เคียงกับจำนวนบุคลากรที่มีอยู่ (4.3 ราย) กำลังคนที่ต้องการจากการวิเคราะห์ภาระงานนี้ต่ำกว่าที่กำหนดโดยวิธีการตามจะได้มีการพิจารณาวิธีการที่เหมาะสมในการวางแผนกำลังคนที่สอดคล้องกับความต้องการท้องถิ่น

### กรอบแนวคิด



ภาพที่ 6 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย