

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการบริหารพยาบาลที่ต้องการและที่ได้รับความจริงตามการรายงานของผู้ประกันตน การศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลตำรวจ ผู้วิจัยได้ค้นคว้าศึกษาจากตำรา เอกสาร และงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องจึงจะเสนอสาระความสำคัญ ดังนี้

1. พระราชบัญญัติประกันสังคม 2533
 - 1.1 ประสิทธิภาพการประกันสังคม
 - 1.2 การดำเนินงานการประกันสังคมในประเทศต่าง ๆ
 - 1.2.1 เยอรมัน
 - 1.2.2 อังกฤษ
 - 1.2.3 สแกนดิเนเวีย
 - 1.2.4 อเมริกา
 - 1.2.5 ญี่ปุ่น
 - 1.2.6 ไทย
2. การบริหารทางการพยาบาล
 - 2.1 แนวคิดเรื่อง "ความต้องการ"
 - 2.2 การจัดการทางการพยาบาลครอบคลุม 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การจัดระบบ การอำนวยความสะดวก และการควบคุม
3. การให้บริการพยาบาล 4 มิติ
4. การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. พระราชบัญญัติประกันสังคม 2533

1.1 ประสิทธิภาพการประกันสังคม

จากการรายงานของวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2534) การประกันสุขภาพมีปรัชญาเพื่อลดความเสี่ยงในการต้องจ่ายเงินมาก ๆ เมื่อเจ็บป่วย โดยที่ผู้เอาประกันจ่ายเงินล่วงหน้าในรูปของเบี้ยประกัน เมื่อเจ็บป่วยก็สามารถใช้บริการตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ในกรมธรรม์หรือในสัญญาใด ๆ โดยที่ไม่มีกำแพงราคา

ขวางกันการเข้าถึงบริการ ดังนั้นพื้นฐานความคิดของการประกันสังคม จึงตั้งอยู่บน
 บทถ้อยมือของการกระจายความสูญเสียและการลดปัจจัยเสี่ยง อันนำไปสู่กฎของการ
 เฉลี่ยความเสี่ยงภัย ซึ่งเป็นการเฉลี่ยความสูญเสียและความทุกข์ ในหมู่ประชาชนด้วย
 กันเอง โดยรัฐเป็นผู้เสริมแรง การประกันสังคมจึงเป็นแนวทางแก้ไขปัญหาสังคมอีก
 รูปแบบหนึ่ง เป็นระบบความมั่นคงแห่งสังคม ได้จัดให้มีการดำเนินงาน เป็นครั้งแรก
 ในโลก ๗ ประเทศเยอรมัน (ประกันสังคม, 2516) ในสมัยที่เจ้าชายบิสมาร์ค
 ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี เมื่อปี ค.ศ. 1883

1.2 การดำเนินงานการประกันสังคมในประเทศต่าง ๆ

1.2.1 เยอรมัน

การประกันสังคมของเยอรมันเกิดขึ้น เนื่องจากในปี 1880
 อุตสาหกรรมต่าง ๆ เจริญอย่างรวดเร็ว และประเทศก็มีความรุ่งเรืองมาก
 ขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน คนงานก็ประสบกับปัญหาเรื่องรายได้ขาดคองลง เพราะ
 การว่างงาน เจ็บป่วย และชราภาพ ความไม่พอใจของพวกกรรมกร แสดง
 ออกโดยการจัดตั้งพรรค Social Democrats และเป็นการต่อต้านนายก
 รัฐมนตรีบิสมาร์ค บิสมาร์คได้สังเกตเห็นว่า การประกันสังคมเป็นเครื่องมือที่ดีที่จะ
 ยับยั้งการเจริญเติบโตของระบบ สังคมนิยม ซึ่งได้ฝักตัวขึ้นแล้วในหมู่กรรมกร ทั้ง
 นี้โดยได้โอนอ่อนผ่อนตามข้อเสนอยของกรรมกร ที่ขอให้รัฐบาลให้หลักประกันใน
 เรื่องรายได้ ในขณะเดียวกัน บิสมาร์คก็ได้ใช้วิธีการประกันสังคมเป็น เครื่องเพิ่ม
 ผนอำนาจของรัฐบาลเยอรมันนี้ และลดอำนาจของรัฐบาลของมลรัฐต่าง ๆ
 ของเยอรมันนี้ รวมทั้งหน่วยการปกครองท้องถิ่นต่าง ๆ ด้วย ในปี 1881
 บิสมาร์คเสนอการประกันอุบัติเหตุแบบทั่วประเทศ และ 7-8 ปี ต่อมาเขาเสนอ
 การประกันการเสี่ยงภัยอื่น ๆ ซึ่งเป็นที่คัดค้านอย่างมากในประเทศ พอปี 1883
 เยอรมันนี้ มีการประกันสังคมแบบบังคับ ในเรื่องการเจ็บป่วยปี 1884 สำหรับ
 อุบัติเหตุ และในปี 1889 มีการประกันทุพพลภาพ เจ็บป่วยและการประกันสังคม
 ของเยอรมันนั้นถือเสมือน เป็นบรรทัดฐานการประกันสังคม สำหรับประเทศอื่น ๆ
 ด้วย ระบบการประกันสังคมแบบนี้ คือนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลร่วมกันให้
 เบี้ยประกัน หลังจากจ่ายผลประโยชน์ทดแทนและรายจ่ายไม่เพียงพอ ก็ถอนทุน
 จากกองทุนนี้ได้ ส่วนการเสียภาษีก็ขึ้นอยู่กับรายได้ ถ้ารายได้สูงก็ต้องเสียสูง
 ตามไปด้วย ผลประโยชน์ขึ้นอยู่กับรายได้ และเป็นระบบที่บังคับ มีขอบเขต
 ครอบคลุมทั่วไป (Schottland, 1963)

1.2.2 อังกฤษ

สำหรับการประกันสังคมของประเทศอังกฤษ ได้เริ่มต้นอย่างจริงจัง ภายหลังจากได้มีการสำรวจภาวะทางสังคมครั้งสำคัญ เมื่อปี ค.ศ. 1899 โดย Rowntree B. Seebohn ในเมืองยอร์ก ซึ่งเป็นผลให้ทราบถึงสาเหตุแห่งความยากจนอย่างแท้จริงของประชาชนผลเมือง ซึ่งปรากฏตามรายงานว่ามีอยู่ 6 ประการซึ่งล้วนเป็นเรื่องเกี่ยวกับผู้เลี้ยงครอบครัวทั้งสิ้น คือผู้ทาเลี้ยงครอบครัวตาย ผู้ทาเลี้ยงครอบครัวสูญเสียมรรณภาพในการทำงานอื่น เนื่องมาจากการเจ็บป่วย ฝักการ ทุพผลภาพ หรือชราภาพ ผู้ทาเลี้ยงครอบครัวต้องว่างงาน การทำงานของบุคคลต้องขาดตอนไม่สม่ำเสมอ ผู้ทาเลี้ยงครอบครัวไม่สามารถรับภาระในครอบครัว ซึ่งมีบุตรหรือผู้อยู่ในอุปการะ และเงินรายได้ต่ำจากการรายงานดังกล่าวได้กระตุ้นให้รัฐบาลอังกฤษสมัยนั้นตราพระราชบัญญัติให้ความช่วยเหลือประชาชน ออกมาหลายฉบับ ซึ่งมีทั้งพระราชบัญญัติแรงงานและพระราชบัญญัติประกันสังคม (ประกันสังคม : 2516)

1.2.3 สแกนดิเนเวีย

เมื่อการดำเนินงานประกันสังคมในสองประเทศคือ เยอรมัน และอังกฤษ ได้รับผลดีแก่ประชาชนและประเทศชาติไม่นานนัก ประเทศทางแหลมสแกนดิเนเวีย ทั้ง 3 ประเทศ ก็ได้ค้นคว้าวิธีการประกันสังคมไปดัดแปลงใช้ในประเทศของตนบ้าง และก็ได้ผลดีเช่นเดียวกัน การประกันสังคมในประเทศสวีเดนนั้น มีข้อแตกต่างกับการประกันสังคมของประเทศอังกฤษอยู่ที่การประกันสังคมแต่ละประเภท มีกฎหมายโดยเฉพาะ และการบริหารงานแต่ละประเภทก็แยกกัน เป็นสัดส่วน

ภายหลังจากสงครามโลกครั้งที่ 1 ได้ยุติลง และประเทศทั้งหลายในทวีปยุโรปได้ประสบกับวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจโดยทั่วไป จึงต่างก็ได้หันเอาวิธีการประกันสังคมไปใช้โดยทั่วถึงกันทุกประเทศ

1.2.4 อเมริกา

ทางด้านสหรัฐอเมริกาได้มีการดำเนินงานประกันสังคมกันบ้างในบางรัฐ แต่ไม่ค่อยจะได้รับความสนใจและสนับสนุนจากรัฐบาลกลางเท่าใดนัก จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1934 ในสมัยประธานาธิบดีโรสเวลต์ (Roosevelt) สหรัฐอเมริกาต้องประสบกับวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจอย่างหนักยิ่ง และมีประชาชนต้องว่างงาน เป็นจำนวนหลายล้านคน ประธานาธิบดีโรสเวลต์

(Roosevelt) จึงได้ให้มีการสำรวจภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม อันเป็นผลให้มีการตรารัฐบัญญัติประกันสังคม (Social Security Act) ขึ้นเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1935 สิ่งที่น่าสนใจเกี่ยวกับอย่างหนึ่งของระบบประกันสังคมของสหรัฐอเมริกา คือ สถานการณ์ทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองในช่วงที่ระบบประกันสังคมของสหรัฐอเมริกาได้ถือกำเนิดขึ้น ได้ส่งผลให้ปรัชญาแนวความคิดที่เป็น เจตนารมณ์ต้นกำเนิดของระบบประกันสังคม ของสหรัฐอเมริกาแตกต่างจากแนวคิดที่เป็น เจตนารมณ์ต้นกำเนิดของประเทศต่าง ๆ ในทวีปยุโรป สหรัฐอเมริกามองระบบประกันสังคม เป็นการสร้างหลักประกันให้กับภาวะเสี่ยงในการทำงาน ในแง่นี้ รัฐบาลจึงเป็นเพียงผู้เอื้ออำนวยให้ผู้ทำงาน ได้สร้างหลักประกันสำหรับภาวะเสี่ยงในการทำงาน ซึ่งก็คือ ปรัชญาของการประกันภัยนั่นเอง ในขณะที่ระบบประกันสังคมของทวีปยุโรปมองความจำเป็นที่รัฐจะต้องสร้างความมั่นคงในชีวิตให้แก่ประชาชน ด้วยการประกันสิทธิขั้นพื้นฐานของชีวิตประชาชนทุกคน (ระบบประกันสุขภาพของไทย : 2532)

1.2.5 ญี่ปุ่น

สำหรับประเทศในภูมิภาคเอเชีย ประเทศญี่ปุ่น เป็นประเทศแรกที่ประกาศใช้กฎหมายประกันสังคมหลังสงครามโลกครั้งที่สอง ประเทศอื่น ๆ ในเอเชียก็ได้มีกฎหมายประกันสังคมออกใช้ เช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ ในทวีปแอฟริกา และทวีปอเมริกาใต้

1.2.6 ไทย

การประกันสังคมในประเทศไทย ได้มีการก่อตั้งขึ้นในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2495 ในสมัยจอมพล ป. พิบูลย์สงคราม เป็นนายกรัฐมนตรี โดยมโนนโยบายให้ประชาชนมีหลักประกันที่มั่นคงทางสังคม และได้ตราพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2497 ออกใช้บังคับเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2497 แต่ก็ได้มีเสียงคัดค้านจากประชาชนและสื่อมวลชนต่าง ๆ จนทำให้ต้องระงับการบังคับใช้กฎหมายโดยไม่มีกำหนด (วิชัย ไกลสุวรรรพจินดา, 2534) หลังจากนั้นรัฐบาลในสมัยต่อมา ได้มีการทบทวนร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมอยู่เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เช่นในปี 2507, 2510 และ 2515 ซึ่งในปี 2515 ได้นำระบบกองทุนเงินทดแทนมาใช้กับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป เพื่อคุ้มครองการเจ็บป่วย หรือประสบอันตรายด้วยโรคที่เกิดจากการทำงาน พร้อมทั้งจัดตั้งสำนักงานกองทุนเงินทดแทนขึ้น

ในปี 2517 ตามประกาศคณะปฏิวัติ 106 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2515

ต่อมาในปี พ.ศ. 2530 ในสมัยของพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็น นายกรัฐมนตรี ได้มีการเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสังคมต่อสภาผู้แทนราษฎร แต่ก็ได้มีการยุบสภาเสียก่อน จนกระทั่งปี 2532 ในสมัยของพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีการนำเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสังคม เข้าสู่สภาผู้แทนราษฎรใหม่ และแต่งตั้งคณะกรรมการวิสามัญขึ้น เพื่อพิจารณา โดยที่สภาผู้แทนราษฎร ได้มีมติรับรอง เป็น เอกฉันทน์ เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2533 และประกาศในพระราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 1 กันยายน 2533 หลังจากพระราชบัญญัติประกันสังคม มีผลบังคับใช้ เมื่อวันที่ 2 กันยายน 2533 โดยมีสำนักงานประกันสังคม สังกัดกระทรวงมหาดไทยมีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบสำนักงานประกันสังคม มีเวลาในการเตรียมการ ดำเนินงาน เพียง 180 วัน หลังจากประกาศในราชกิจจานุเบกษา ในวันที่ 1 กันยายน 2533 อันมีผลให้ผู้ประกันตนมีสิทธิรับบริการทางการแพทย์ ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2534

พระราชบัญญัติประกันสังคมปี 2533 มีสาระสำคัญ โดยสรุปดังนี้คือ
ระยะเวลาการครอบคลุมผู้ประกันตน

การใช้บังคับนายจ้างและลูกจ้างในทุกกิจการ ยกเว้นข้าราชการ และลูกจ้างประจำส่วนราชการ โดยในปีแรกครอบคลุมถึงสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 20 คนขึ้นไป เมื่อผ่าน 3 ปี จึงขยายไปสู่สถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 10 คนขึ้นไป และภายใน 4 ปี จึงจะขยายไปสู่การประกันตนโดยสมัครใจ

การบริหารงาน

มีการจัดตั้งสำนักงานประกันสังคมขึ้น ในกระทรวงมหาดไทยรับผิดชอบในการดำเนินงานพร้อมทั้งบริหารงานในรูปของคณะกรรมการในการกำหนดนโยบายและแนวทางการต่าง ๆ ดังนี้คือ

คณะกรรมการประกันสังคม ซึ่งเป็นองค์กรไตรภาคี ประกอบด้วย ฝ่ายรัฐบาล ฝ่ายนายจ้าง และลูกจ้าง ฝ่ายละ 5 คน และผู้ทรงคุณวุฒิไม่เกิน 5 คน เป็นที่ปรึกษาเพื่อทำหน้าที่วางนโยบายและมาตรการในการประกันสังคม

คณะกรรมการการแพทย์ ทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์และอัตราสำหรับประโยชน์ทดแทนในการรับบริการทางการแพทย์

คณะกรรมการอุทธรณ์ ทำหน้าที่วินิจฉัยอุทธรณ์ เรื่องที่ผู้ประกัน
คน ไม่พอใจในคำสั่งของ เลขาธิการสำนักงานประกันสังคมที่ส่งการตามพระ
ราชบัญญัติประกันสังคม

การจัดตั้งกองทุนประกันสังคม

มีเงินกองทุนประกันสังคม เพื่อเป็นทุนค่าใช้จ่ายให้ผู้ประกันคน และ
ค่าบริหารสำนักงานประกันสังคม โดยกองทุนนี้มีเงินสมทบจาก 3 ฝ่าย คือ
รัฐบาล นายจ้างและผู้ประกันคนร่วมจ่ายเงินสมทบฝ่ายละ 1.5% รวมเป็น
4.5% ของค่าจ้าง ซึ่งในเงินจำนวนนี้ 2.45% จะถูกนำมาใช้จ่ายด้านการ
รักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันคนและ 2.05% เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับประโยชน์
ทดแทน

สิทธิประโยชน์ทดแทนของผู้ประกันคน

การดำเนินงานในปีแรกผู้ประกันคนได้รับสิทธิประโยชน์ทดแทน 4
ประเภท คือ กรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย อันมิใช่เนื่องจากการทำงาน
การคลอดบุตร ทูมผลภภาพ และตาย ค่อยจากนั้นภายใน 6 ปี ผู้ประกันคนจึงจะ
ได้รับประโยชน์ทดแทน กรณีสงเคราะห์บุตร และชราภาพ โดยเพิ่มอัตรา สมทบ
ส่วนประโยชน์ทดแทนกรณีว่างงาน ยังไม่กำหนดระยะเวลา

หลักการของการประกันสังคม

การประกันสังคมมีหลักการทั่ว ๆ ไป คือ มุ่งสร้างหลักประกันให้แก่
ลูกจ้างและบุคคลอื่น ๆ โดยการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้น เพื่อให้การช่วย
เหลือแก่ลูกจ้างหรือบุคคลอื่นที่เป็นผู้ประกันคน ในเรื่องเกี่ยวกับการประสบ
อันตราย การคลอดบุตร การว่างงาน การทุพพลภาพซึ่งเกิดขึ้นแก่ลูกจ้าง
และให้หลักประกันในกรณีการเจ็บป่วย ชราภาพ และการตายซึ่งเกิดขึ้นกับ
ทุก ๆ คนสำหรับหลักการที่สำคัญมีดังนี้

เป็นการให้ความคุ้มครองประชาชน เพื่อให้ผู้ประกันคนสามารถ
ช่วยตนเองได้ เป็นลักษณะการป้องกันความเสี่ยงทางสังคม และทดแทนความ
เสียหายจากการเสี่ยงในสังคม โดยจะให้ความช่วยเหลือหรือจ่ายเป็นประโยชน์
ทดแทนในรูปของตัวเงิน หรือสิ่งของ

เป็นการให้ประชาชนได้ช่วยตนเองด้วยการออม และเสียสละ
เพื่อส่วนรวม โดยผู้ประกันคนต้อง เสียสละออก เงินสมทบ เข้ากองทุนกลางตาม

ส่วนแบ่งเงินรายได้ประจำส่วนหนึ่ง นายจ้างออกอีกหนึ่งส่วน เพื่อเป็นสวัสดิการให้แก่ลูกจ้างของคุณ และรัฐบาลร่วมออกเงินสมทบ

ในปัจจุบันระบบประกันสังคมที่นิยมถือ เป็นหลักสากลในทางปฏิบัติ แบ่งออกเป็น 8 ประเภท คือ

การประกันการเจ็บป่วย (Sickness Insurance) เป็นการให้ความคุ้มครองโดยการจ่ายชดเชยค่าจ้างในรูปเงินสด (Cash Compensation for wages) และการจัดบริการทางการแพทย์ (Medical Care Services) เพื่อรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ หรือต้องหยุดปฏิบัติงาน เป็นเหตุให้ต้องสูญเสียงานประจำไป

การประกันการคลอดบุตร (Maternity Insurance) เป็นการจัดบริการทางการแพทย์ เพื่อให้ลูกจ้างที่เป็นหญิง ได้รับการดูแล ตั้งแต่ตั้งครรภ์ จนกระทั่งการคลอด และการบริหารทารก รวมทั้งการจ่ายเงินชดเชยในระหว่างหยุดงานก่อน และหลังครบกำหนดด้วย

การประกันอุบัติเหตุและโรคอันเกิดจากการทำงาน (Employment Injury Insurance) ผู้ประกันคนจะได้รับบริการทางการแพทย์เป็นพิเศษ โดยได้รับเงินชดเชยค่าจ้างสูงกว่าอัตราการเจ็บป่วยธรรมดา และได้รับเงินทดแทนความพิการตามผลสภาพตามอัตราการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน

การประกันการพิการหรือทุพพลภาพ (Invalidity Insurance) หมายถึงการประกันการพิการหรือทุพพลภาพอย่างถาวร และสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานตั้งแต่ 2 ใน 3 ของสมรรถภาพในการทำงานตามปกติ โดยที่ผู้ประกันคนมีสิทธิได้รับเงินเลี้ยงชีพหรือบำนาญพิการทุพพลภาพ การได้รับบริการทางการแพทย์ และเงินชดเชยค่าจ้างในระหว่างหยุดงาน เพื่อการรักษาพยาบาล และการให้ความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ เช่น การให้กายอุปกรณ์เทียม การจัดหางานให้ทำ เงินทุนประกอบอาชีพ เป็นต้น

การประกันการชราภาพ (Old-age Insurance) เป็นการให้ผู้ประกันคนหญิงที่มีอายุครบ 60 ปี และผู้ประกันคนชายอายุ 65 ปีขึ้นไป ได้รับเงินบำนาญชราภาพ และมีสิทธิได้รับบริการทางการแพทย์ เช่นเดียวกับผู้ประกันคนทั่วไป เมื่อถึงแก่กรรมทายาทมีสิทธิได้รับเงินค่าจัดการศพ และเงินทดแทนการตาย

การประกันมรณกรรม (Death Insurance) เป็นการให้ค่าจัด

การศพ (Funeral Grant) แก่ทายาทของผู้ประกันตน รวมทั้งการให้ทายาท อันหมายถึงบุตรที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ หรือไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ ภรรยาหรือสามีที่ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ และผู้อยู่ ในอุปการะตามที่กฎหมายกำหนด มีสิทธิได้รับเงินทดแทนการตาย

การประกันการว่างงาน (Unemployment Insurance) เป็น การให้เงินชดเชยค่าจ้างแก่ผู้ว่างงาน ในระหว่าง 3 - 6 เดือน ในอัตรา ครึ่งหนึ่งของค่าจ้างเดิมหรือสูงกว่า และจัดให้ฝึกอาชีพฝีมือ (Skill Labour) ให้พร้อมที่จะประกอบอาชีพและจัดหางานให้ทำตามความเหมาะสม

การประกันการสงเคราะห์ครอบครัว (Family Allowance Insurance) เป็นการลดภาระในครอบครัวให้ดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข เช่น การให้การช่วยเหลือทางการเงินแก่ครอบครัวที่มีรายได้น้อยและการสงเคราะห์ บุตรในครอบครัวที่มีบุตรมาก เป็นต้น

สถานพยาบาลของรัฐมีพระราชบัญญัติประกันสังคม

สถานพยาบาลที่ทำสัญญาให้บริการรักษาพยาบาลผู้ประกันตนกับสำนัก งานประกันสังคมตามพระราชบัญญัติประกันสังคม เรียกว่า สถานพยาบาล ประกันสังคม

สถานพยาบาลประกันสังคมจะต้องจัด ให้มีบริการทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ ป่วยใน โดยมีบุคคลากรทางการแพทย์และครุภัณฑ์ทางการแพทย์อย่างเพียงพอ บริการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ มีหน้าที่เป็นผู้รับประกันหลัก (Main- Contractor) แต่ขณะเดียวกันอาจมีเครือข่ายซึ่งอาจจะเป็นคลินิกแพทย์หรือ โรงพยาบาลที่กระจายอย่างกว้างขวาง และใกล้ชิดกับผู้ประกันตน ทำหน้าที่ เป็นผู้รับประกันรอง (Subcontractor) และอยู่ภายใต้การดูแลของผู้รับ ประกันหลัก ผู้รับประกันรองอาจทำหน้าที่ในการดูแลการบริการในขั้นต้น (Primary Medical Care) หากไม่สามารถให้การรักษาต่อไปได้ ก็จะ ส่งต่อไปให้ผู้รับประกันหลัก หากผู้รับประกันหลักยังไม่สามารถดูแลการให้บริการ ได้อีก ก็อาจจะส่งต่อไปให้ผู้รับประกันรองที่มีความรู้ความสามารถพิเศษ (Supra-Contractor for Tertiary Medical Care)

สถานพยาบาลประกันสังคม (Main Contractor) ให้มีมาตรฐาน ตามที่คณะกรรมการแพทย์กำหนด (มาตรฐานสถานพยาบาล : 2534)

มาตรฐานของสถานพยาบาล

ต้องมีเตียงผู้ป่วยในไม่ต่ำกว่า 100 เตียง และให้มีเตียงไว้รองรับผู้ป่วยหนักและฉุกเฉิน

อาจมีสถานพยาบาลที่มีแพทย์ประจำเป็นเครือข่ายรองรับได้ โดยให้สถานพยาบาลประกันสังคมรับผิดชอบค่าบริการจนถึงสิ้นสุด

ให้มีการบริหารจัดการ เพื่อรองรับผู้ป่วยประกันคนให้ เกิดความสะดวกในการรับบริการทางการแพทย์ตามสมควร

ควรมีเตียงผู้ป่วยทั่วไปในอัตราส่วนอย่างน้อย 5 เตียงต่อผู้ประกันตน 10,000 คน

ให้มีการบริการทางการแพทย์ไม่ต่ำกว่า 12 สาขาหลัก ซึ่งได้แก่ อายุรกรรมทั่วไป ศัลยกรรมทั่วไป สูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ศัลยกรรมกระดูก จักษุวิทยา โสตศอนาสิกสาธาภิบาล รังสีวิทยา วิทยาศาสตร์ เวชกรรม เวชกรรมป้องกัน ยูโรวิทยา หรือจิตวิทยา

ให้มีครุภัณฑ์ทางการแพทย์ไม่น้อยกว่ารายละเอียดที่กำหนด

ให้มีบริการการส่งต่อผู้ป่วย

มาตรฐานการรักษาพยาบาลตามพระราชบัญญัติ กำหนดโดยคณะกรรมการแพทย์

ให้ทำการรักษาพยาบาลเต็มกำลังความสามารถของแพทย์

ให้มีบริการฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง

ให้บริการตรวจรักษาโรคตามที่คณะกรรมการแพทย์กำหนด

การบริการฉุกเฉินและการบริการในภาวะปกติของสาขาต่าง ๆ ต้องทำได้ไม่น้อยกว่ารายละเอียดที่กำหนด ทั้งนี้รวมทั้งการตรวจขั้นสูงทางคลินิกที่จำเป็น

ระบบการจ่ายค่าจ้างตอบแทน (มงคส กริชชิตายาวุธ : 2533)

สำหรับระบบการจ่ายค่าจ้างตอบแทนแก่โรงพยาบาล ในโครงการประกันสังคม เป็นวิธีเหมาจ่ายรายหัว (Capitation) อันหมายถึงการที่กองทุนประกันสังคมจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลเป็นรายปี ในอัตราเหมาจ่าย 700.- บาท/ลูกจ้าง 1 คน/ปี โดยที่โรงพยาบาลจะรับผิดชอบในการดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ประกันคนที่ลงทะเบียนไว้จนถึงที่สุด สำหรับโรคและบริการที่อยู่ในความคุ้มครองของกองทุนประกันสังคม โดยกำหนดหลักเกณฑ์การไม่รับ

บริการทางการแพทย์ 2 กรณีคือ

กรณีปกติ ไม่รับบริการทางการแพทย์ กับสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้กับสำนักงานประกันสังคม โดยนายจ้างเป็นผู้เลือกให้ (เฉพาะใน กทม.)

กรณีประสบอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน ไม่รับบริการทางการแพทย์ที่สถานพยาบาลอื่นได้ โดยผู้ประกันตนต้องจ่ายเงินล่วงหน้าไปก่อน และเบิกคืนภายหลังจากสำนักงานประกันสังคม ในอัตราผู้ช่วยนอกไม่เกิน 200.- บาท/ครั้ง ปีหนึ่งไม่เกิน 400.- บาท สำหรับอัตราผู้ช่วยใน ได้แบ่งตามประเภทของสถานพยาบาลดังต่อไปนี้

สถานพยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการประกันสังคมในอัตรา 500.- บาทต่อครั้งปีหนึ่งไม่เกิน 1,000.- บาทและการผ่าตัดครั้งละ 10,000.- บาท

สถานพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมในโครงการประกันสังคม ในอัตรา 200.- บาทต่อครั้ง ปีหนึ่งไม่เกิน 500.- บาทและการผ่าตัดครั้งละ 6,000.- บาท

ประโยชน์ทดแทนทางการแพทย์ (แนวการปฏิบัติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติประกันสังคม)

กลุ่มโรคและบริการที่ครอบคลุม โดยเงิน เหมาค่า

กลุ่มโรคและบริการนอกเหนือจากที่ระบุไว้ในงานศิลปะกรรม และ

งานศิลปะกรรมกระดูก

เตียงผู้ป่วยและอาหาร

ให้สถานพยาบาลจัดเตียงและอาหารไว้รับผู้ประกันตนที่จำเป็นต้องพักรักษาตัวในสถานพยาบาล

พาหนะรับส่งผู้ป่วย

ให้สถานพยาบาลรับส่งผู้ประกันตน เพื่อการรักษาต่อระหว่างสถานพยาบาลในกรณีจำเป็น

ยาและเวชภัณฑ์

ให้สถานพยาบาลใช้ยาและเวชภัณฑ์ ตามมาตรฐานบัญชียาหลักแห่งชาติ

การส่ง เสริมสุขภาพและป้องกันโรค

มีการให้สุขศึกษาและให้ภูมิคุ้มกันโรคตามโครงการแห่งชาติ (6 โรค)

กลุ่มโรคและบริการที่จ่ายจากเงินสำรอง (เงินสำรองคือเงินที่กัน

ไว้ส่วนหนึ่งจากค่าใช้จ่ายสำหรับบริการทางการแพทย์ นอกเหนือจากเงิน
 เหมายจ่าย)

การประสมอนุัตติเหตุหรือการเจ็บป่วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการ
 รักษาพยาบาลอย่างฉุกเฉิน และเป็นกรณีที่คุณประกันตน ได้ไม่รับบริการจาก
 สถานพยาบาลนอกเขตท้องที่ที่กำหนดไว้ การคลอดบุตรและการทำหมัน
 การรักษาพยาบาลที่ต้องให้การรักษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ
 เฉพาะทาง

กลุ่มโรคและบริการที่ไม่ครอบคลุม โดยประกันสังคม

โรคจิต (วิกลจริต) ยกเว้นชนิดเฉียบพลัน ต้องการรักษารับควม
 รักษาไม่เกิน 15 วัน

โรคเดียวกันที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 180
 วันใน 1 ปี

สิทธิประโยชน์ที่ลูกจ้างจะได้รับตามพระราชบัญญัติประกันสังคมมี 7
 ประการคือ (วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร : 2534)

หลังจากจ่ายเงินสมทบแล้ว 3 เดือน ลูกจ้างจะเกิดสิทธิให้บริการ
 เมื่อเจ็บป่วยนอกงาน หรือประสบอันตรายได้

การคลอดบุตรของลูกจ้างหรือภรรยาของลูกจ้างนั้น จะเกิดสิทธิหลัง
 จากส่งเงินสมทบแล้วไม่น้อยกว่า 7 เดือน

การรับประโยชน์ทดแทนสำหรับทุพพลภาพ หลังการจ่ายเงินสมทบแล้ว
 ไม่น้อยกว่า 3 เดือน

เงินทดแทนเมื่อถึงแก่กรรม จะเกิดสิทธิต่อเมื่อสมทบเงินแล้วไม่น้อย
 กว่า 1 เดือน การมีระยะเวลาว่างระหว่างการสมทบเงินกับการเกิดสิทธิก็เพื่อ
 ให้มีเงินในกองทุนประกันสังคมมากเพียงพอ สำหรับการจ่ายเงินทดแทน นอก
 จากค่ารักษาพยาบาลแล้ว กฎหมายยังกำหนดให้จ่ายเงินทดแทนรายได้ที่เสีย
 ไป ระหว่างการรักษาพยาบาลด้วย ประโยชน์ดังกล่าว 4 ชนิดข้างต้นนั้น ได้
 มีผลใช้บังคับทันที

นอกจากนี้ยังมีประโยชน์ทดแทน

กรณีชราภาพ

การสงเคราะห์บุตรจะมีผลบังคับใช้ภายใน 6 ปี

ส่วนกรณีว่างงานจะเริ่มเมื่อใดให้ตราเป็นพระราชกฤษฎีกา

ในปัจจุบันมีประเทศประมาณ 140 ประเทศ ได้มีกฎหมายประกันสังคม ในรูปแบบต่าง ๆ เช่นในประเทศ 128 ประเทศ มีกฎหมายการประกันชราภาพ การทุพพลภาพและตาย 108 ประเทศ มีการประกันการเจ็บป่วยและคลอดบุตร 71 ประเทศ มีการประกันครอบครัว และ 66 ประเทศ มีการประกันการว่างงาน สำหรับในทวีปเอเชีย ปัจจุบันมีประเทศ 17 ประเทศ ที่มีกฎหมายประกันสังคมในด้านการประกันเจ็บป่วยและคลอดบุตร 22 ประเทศ มีการประกันสังคมด้านอุบัติเหตุ และโรคอันเกิดจากการทำงาน 22 ประเทศ มีกฎหมายประกันครอบครัว และ 2 ประเทศที่มีกฎหมายการประกันการว่างงาน (นิคม จันทรวินทร, 2534)

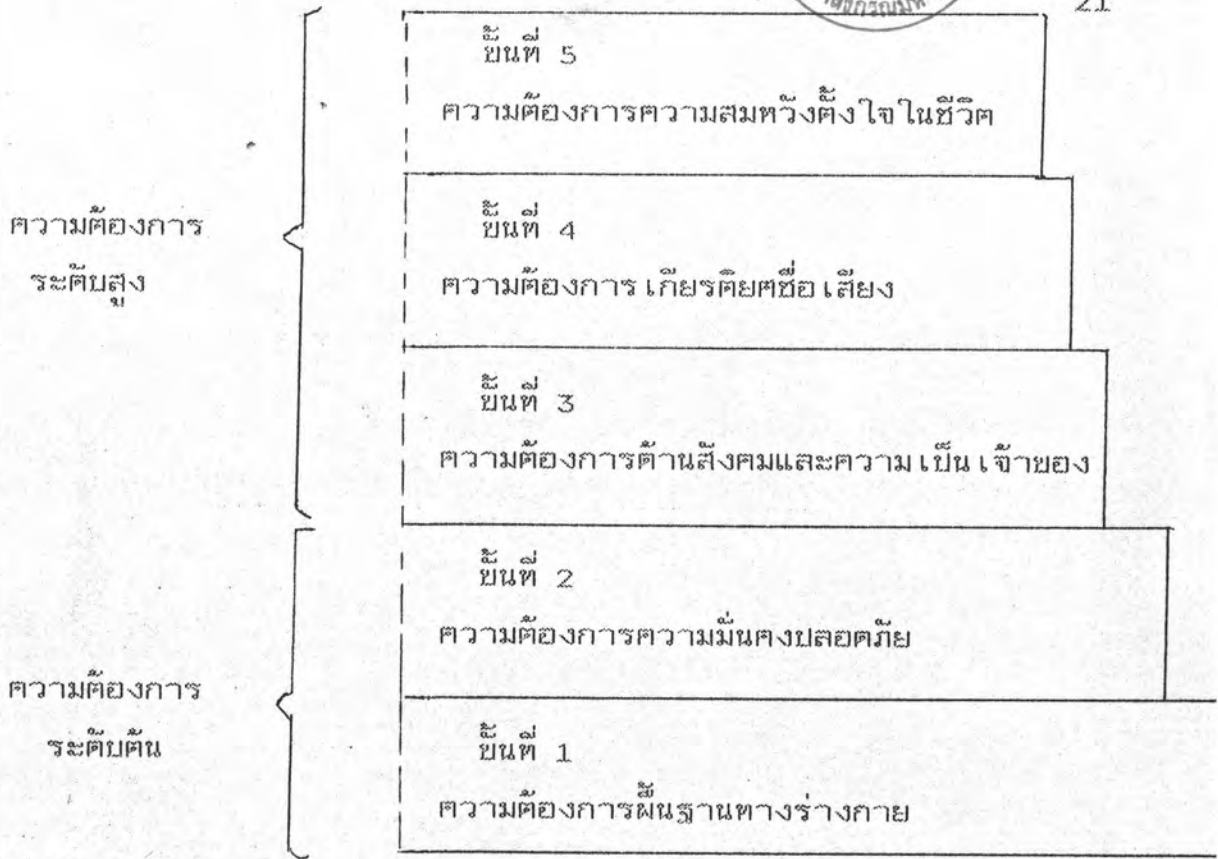
2. การบริการการพยาบาล

2.1 แนวคิดเรื่องความต้องการ

แนวคิดความต้องการ ในยามปกติมนุษย์ทุกคนมีความต้องการที่แตกต่างกันออกไป และในแต่ละสถานการณ์ความต้องการก็จะต่างกันออกไปอีก

แนวคิดเกี่ยวกับความต้องการ

A.H.Maslow (1960) ได้ตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ไว้ว่า "ทุกคนมีความต้องการตลอดเวลาและไม่มีวันสิ้นสุด" เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วจะไม่เป็นแรงจูงใจอีกต่อไป และจะเป็นลำดับขั้นตอนความสำคัญของความต้องการนั้น" และได้จัดลำดับความสำคัญของความต้องการไว้อย่างเป็นระเบียบจากต่ำไปสูง 5 ชั้น



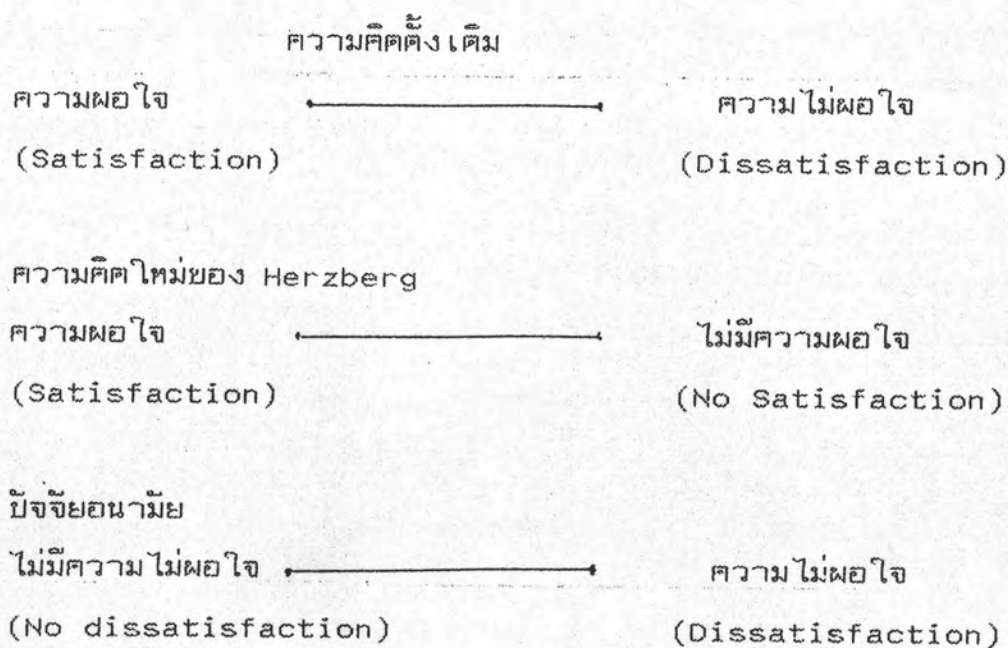
Maslow's Hierarchy of Needs

อย่างไรก็ตามแม้ว่าความต้องการจะมีลำดับขั้นก็ไม่อาจจะแบ่งขั้นต่าง ๆ ออกไปได้โดยเด็ดขาด และความต้องการของมนุษย์ที่กล่าวไว้ทั้ง 5 ขั้น ก็ จะเกิดขึ้นในความรู้สึกของบุคคลผสมผสานกันไปตลอดเวลา เช่นเดียวกับที่ กรองแก้ว อยู่สุข (2533) กล่าวว่า ความต้องการของคนเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา หากที่จะกำหนดลงไปตายตัวได้ การเปลี่ยนแปลงขั้นนี้ อยู่กับปัจจัยหลายประการ เป็นต้นว่า อายุ การศึกษา รายได้ สถานภาพ ฯลฯ ซึ่งมีได้ยู่คงที่ รวมทั้งสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เช่นกัน

ส่วน Frederick Herzberg (อ้างใน Stephen P. Robbins : 1989) ซึ่งเป็นบุคคลหนึ่งที่สนใจในเรื่องของความต้องการ ได้สรุปว่าคนเรามีความต้องการที่แยกออกจากกันโดยอิสระอยู่ 2 ประเภท และแต่ละประเภท

มีผลต่อพฤติกรรมของคนในทางที่ต่างกัน Herzberg ให้ชื่อความต้องการประ
 ประเภทแรกว่าปัจจัยอนามัย (Hygiene Factors) ปัจจัยกลุ่มที่สองนั้น
 Herzberg เรียกว่า ปัจจัยจูงใจ (Motivators)

Herzberg มีความเห็นว่า สิ่งที่ตรงข้ามกับความพอใจ
 (Satisfaction) ไม่ใช่ความไม่พอใจ (Dissatisfaction) ดังที่
 เชื่อกันแต่เดิม การขจัดสิ่งที่ทำให้เกิดความไม่พอใจออกไป ไม่จำเป็น
 ว่าจะทำให้เกิดความพอใจขึ้นมาแทนที่ เป็นแต่เพียงทำให้เป็นกลาง คือ
 ยังยินดีที่จะทำงานต่อไปอย่างเดิมเท่านั้น Herzberg ให้ความเห็นว่า
 สิ่งที่ตรงข้ามกับความพอใจคือ "ไม่มีความพอใจ" (No Satisfaction)
 และสิ่งที่ตรงข้ามกับความไม่พอใจคือ "ไม่มีความไม่พอใจ"
 (No Dissatisfaction) ดังภาพ



จาก Stephen P. Robbins, Organizational Behavior 4th
 edition 1989, p.153

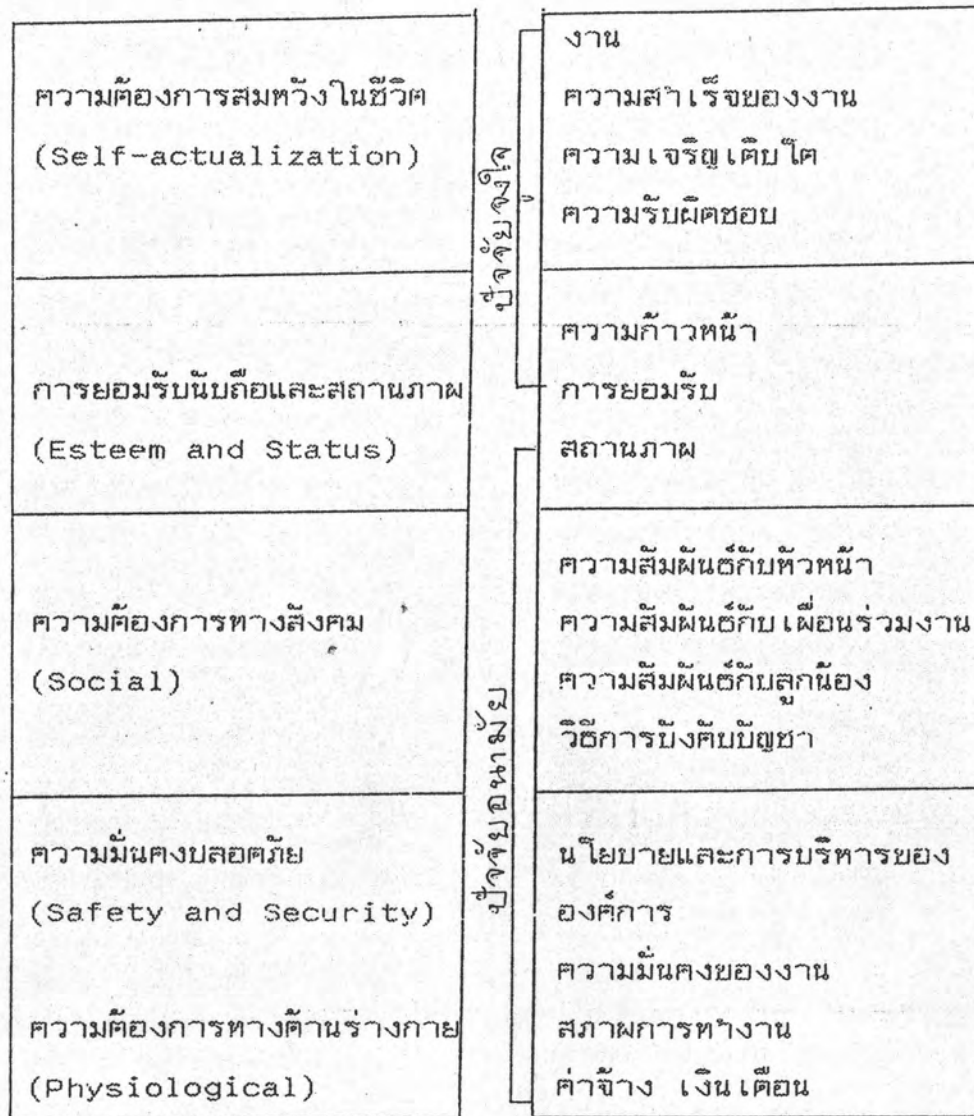
ความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีของ Herzberg และ Maslow

เมื่อเราพิจารณาการจับคู่ลำดับขั้นความต้องการของ Maslow ก็จะได้เห็นว่า ปัจจัยอนามัย (Hygiene Factors), ของ Herzberg จะสนองความต้องการในลำดับขั้นของ Maslow ซึ่งเป็นความต้องการด้านร่างกาย เป็นส่วนใหญ่ ส่วนปัจจัยจูงใจนั้น สอนองความต้องการลำดับสูงขึ้นไป ซึ่งเป็นความต้องการด้านจิตใจ คึงภาพ

การเปรียบเทียบแนวความคิดของ Maslow และ Herzberg.

การจัดลำดับขั้นความต้องการของ Maslow

ทฤษฎีการจูงใจและปัจจัยจูงใจของ Herzberg



Keith Davis and John W. Newstrom (1986)

นอกจากนี้ Stephen P. Robbins (1989) ได้กล่าวถึง ทฤษฎีการจูงใจของแมคเคลสแลนค์และคณะ ได้ศึกษาเรื่องของการจูงใจของคน เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างแรงจูงใจไว้ เขาได้สรุปว่า คนเรามีความต้องการที่สำคัญแบ่งได้ 3 ประเภทคือ 1) ความต้องการทำงานให้สำเร็จ (Need for achievement) คือ คนบางคนมีแรงผลักดันอย่างแรงกล้าที่จะต้องการทำงานให้สำเร็จ มากกว่าที่จะให้ทำงานนั้นสำเร็จด้วยตัวของมันเอง คนประเภทนี้จะมีความปรารถนา ที่จะทำงานให้ดีขึ้น 2) ความต้องการอำนาจ (Need for Power) คือปรารถนาที่จะมีอิทธิพลและควบคุมคนอื่น คนที่ต้องการในด้านนี้สูงจะพยายามสุดกำลังที่จะสร้างอิทธิพลให้ตนเองเหนือผู้อื่น 3) ความต้องการด้านสังคม (Need for affiliation) เป็นความปรารถนาที่จะให้คนอื่นยอมรับนับถือ คนที่มีความต้องการด้านนี้สูงจะเป็นแรงผลักดันให้ พยายามสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ชอบให้ความร่วมมือ ต้องการความเข้าใจอันดี และความรักจากสังคมที่เขาเป็นสมาชิกอยู่

ดังนั้นจากทฤษฎีความต้องการที่กล่าวมาแล้ว พยายามซึ่งต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ที่มารับบริการด้านสุขภาพ ควรจะต้องมีความเข้าใจในเรื่องความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ คือผู้มารับบริการรวมทั้งความต้องการให้บริการของพยาบาล ก็ควรจะต้องสอดคล้องกัน และการที่จะให้ความต้องการการพยาบาลและความต้องการให้บริการพยาบาล มีความสอดคล้องกันนั้น พยาบาลและผู้มารับบริการจะต้องมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน ถ้าสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลไม่ดี (Poor interpersonal Relationship) จะมีความสำคัญ ทำให้ความรู้สึกที่จะได้รับการยกย่องนับถือลดต่ำลงได้ (Low Self-esteem) คูเปอร์สมิท (Cooper Smith : 1967) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า สิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่ทัศนคติต่อตนเองในทางที่ดี หรือในทางที่พอใจ จะช่วยให้เกิดการเจริญเติบโตในบุคคล (Personal Growth) และเกิดความรู้สึกอิสระในการทำงาน สามารถปฏิบัติงานได้อย่างดี

2.2 การจัดการทางการพยาบาล

จากการที่มีพระราชบัญญัติประกันสังคม ทำให้ สถานประกอบการต้อง

เลือก สถานพยาบาลคู่สัญญาหลัก (Main-Contractor) และสถานพยาบาลหลักจะต้องรับผิดชอบให้การรักษายาบาล คู่ผู้ประกันตนของสถานประกอบการนั้น ๆ ฝ่ายพยาบาลซึ่งเป็นฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษายาบาล จึงต้องรับนโยบายของโรงพยาบาล ในการให้การรักษายาบาล แก่ผู้ประกันตน ร่วมกับบุคลากรในทีมสหภาพอื่น ๆ หลายประเภทหลายระดับ เพื่อให้บริการที่ดีแก่ผู้ประกันตน ตามนโยบาย และวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ดังนั้น งานยาบาลซึ่งเป็นงานหนักและให้บริการที่จำเป็นแก่สังคม ลักษณะงานยาบาล วิชาชีพยาบาล แตกต่างจากวิชาชีพอื่น ๆ คืออยู่เวร และทำงานกับชีวิตมนุษย์ จึงต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ และมาตรฐานต่าง ๆ ไว้อย่างรัดกุม (ผกา เศรษฐจันทร์, 2530)

ผวงรัตน์ บุญนุรักษ์ (2520) กล่าวว่า คุณภาพบริการยาบาล หมายถึงลักษณะความดีเลิศของบริการยาบาลจะเกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพภาค ไตรงการ หรือการบริหารบริการยาบาล

ในการบริหารงาน ไม่ว่าจะมิตรัพยากรหรือองค์ประกอบในการบริหารงานสมบูรณ์อย่างไร แต่ถ้าขาดเสียซึ่งกระบวนการบริหารจัดการที่ดีก็ยากที่งานทุกอย่างจะดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ (สุลักษณ์ มีชูทรัพย์ 2530)

ปราณี พรรณีวิเชียร (2528) ยังกล่าวสนับสนุนอีกว่า การจัดการเป็นกระบวนการในการวางแผน การจัดองค์การ การอำนวยความสะดวก และการควบคุม โดยพิจารณาทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งหมด เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่องค์การ

อเล็กซานเดอร์ (Alexander 1979) กล่าวว่า การบริหารทางการยาบาล เป็นระบบของกิจกรรมที่มุ่งตรงต่อผู้ป่วย โดยวางรากฐานของวัตถุประสงค์และนโยบาย อันจะนำไปสู่เป้าหมายร่วมของหน่วยสหภาพ องค์การบุคลากรและความสะดวกต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้นอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่สุด โดยอาศัยความร่วมมือของสมาชิกในหน่วยงานและมีการประสานงานกันกับแผนกอื่นภายในโรงพยาบาลด้วย

กิลลิส (Gillis 1989) กล่าวว่า การบริหารการยาบาล คือกระบวนการที่จะทำให้งานดำเนินไปได้โดยบุคลากรยาบาล ในการที่จะให้การดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกสบายให้แก่ผู้ป่วย โดยผู้บริหารการยาบาลอาศัย

ทักษะ การวางแผน การจัดระบบงาน การอำนวยการ และการควบคุมทรัพยากร ในการบริหารอื่น ได้แก่ เงินทุน วัสดุ และบุคคล เพื่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุด แก่ ตัวผู้ช่วยและครอบครัว

เออร์วิค (Urwick;1979) กล่าวว่าการบริหารเป็นกระบวนการ ประกอบด้วยการกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ สำเร็จ เพื่อบุคคลกับบุคคลโดยบุคคล เพราะฉะนั้น ความรู้เกี่ยวกับการจัดการ จำแนกได้เป็น 2 อย่างคือความรู้เกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ที่จะต้องกระทำหรืองาน และ ความรู้เกี่ยวกับบุคคล ซึ่งเป็นผู้ทำงานนั้น

กุสยา คันทิลลาชีวะ (2525) สรุบบองค์ประกอบของการบริหาร ทางการพยาบาลไว้ 3 ประการ ดังนี้ เป็นการพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ช่วยเป็นการดำเนินการพยาบาลตามวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาล และเป็นการร่วมมือประสานงานกับแผนกอื่น

สตีเวน (Stevens 1978) ได้แบ่งกระบวนการบริหาร ทางพยาบาลไว้ 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ที่เฉพาะเจาะจง รวมทั้งวิธีการที่จะดำเนินการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์นั้นด้วย

ขั้นตอนที่ 2 การจัดระบบงาน (Organizing) เป็นการกำหนดโครงสร้างของการทำงานซึ่งสัมพันธ์กับบุคลากร การมอบหมายงานและแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 3 การอำนวยการหรือสั่งการ (Directing) เป็นการกระตุ้นให้การปฏิบัติงานดำเนินไปตามแผนที่วางไว้

ขั้นตอนที่ 4 การควบคุมงาน (Controlling) เป็นการกระทำเพื่อให้แน่ใจว่าการปฏิบัติงานตามแผนนั้นมีประสิทธิภาพเพียงพอหรือไม่

แลงก์ฟอร์ด (Langford 1981) ได้จัดกระบวนการพยาบาลเป็น 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (planning) การจัดระบบงาน (organizing) การปฏิบัติการ (Implementing) และการประเมินผล (Evaluating)

จะเห็นว่าขั้นตอนของแลงก์ฟอร์ด มี 4 ขั้นตอนเหมือนกับสตีเวนแต่ใช้ชื่อเรียกต่างกัน ในขั้นตอนที่ 3 และ 4

ยอร์ค ฮาร์ เทอริ (George R. Terry, 1970) ได้แบ่งหน้าที่ในการจัดการ ออกเป็นการวางแผน การจัดสายงาน การดำเนินงาน และการควบคุมงาน

ฟลิปโป (Flippo, 1966) หน้าที่การจัดการคือ การวางแผน การจัดระบบงาน การอำนวยการ และการควบคุม

คูนส์และเวคริช (Koonts and wehrich, 1986) ได้กำหนดหน้าที่ของผู้บริหาร ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การจัดระบบงาน (Organizing) การจัดกำลังคน (Staffing) การอำนวยการ (Leading) และการควบคุม (Controlling)

คลาร์ค และ ซี (Clark and Shea) 1979 ได้แบ่งขั้นตอนของกระบวนการบริหารทางการพยาบาล ซึ่งมีความแตกต่างกับสตีเวน (Stevens) โดยแบ่งไว้ 5 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการตั้งความมุ่งหมายในการปฏิบัติงานทั้งในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ซึ่งการวางแผนสามารถกระทำได้หลายระดับ ได้แก่ การวางแผนการพยาบาล การวางแผนมอบหมายงาน การวางแผนเวลาการปฏิบัติงานและการวางแผนงบประมาณ เป็นต้น

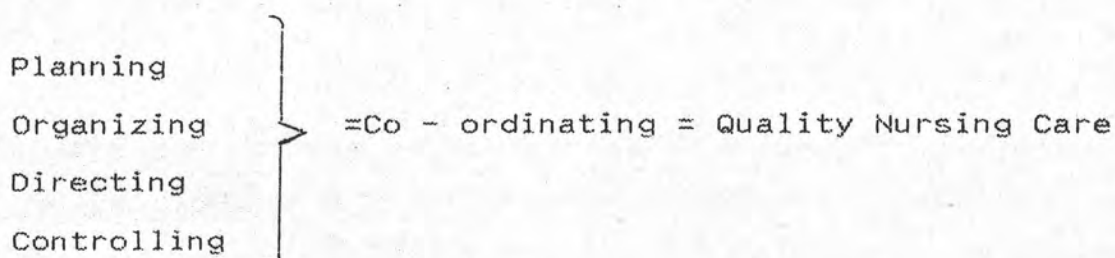
ขั้นที่ 2 การจัดระบบงาน (Organizing) เป็นการผสมผสานบุคลากรและกิจกรรมที่จะต้องกระทำ เพื่อจัดรูปแบบการทำงานให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

ขั้นที่ 3 การอำนวยการสั่งการ (Directing) เป็นการติดต่อสื่อสารให้บุคลากรรับทราบเกี่ยวกับงานที่เขาจะต้องปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การออกคำสั่ง การนิเทศ การเป็นผู้นำ การจูงใจ และการติดต่อสื่อสาร เป็นต้น

ขั้นที่ 4 การควบคุมงาน (Controlling) เป็นการปรับกิจกรรมต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ได้วางแผนไว้

ขั้นที่ 5 การประสานงาน (Coordinating) เป็นการช่วยให้การปฏิบัติงานมีความเข้าใจตรงกัน สามารถดำเนินงานไปตามวัตถุประสงค์เดียวกัน ช่วยลดความขัดแย้ง และเพิ่มความร่วมมือร่วมใจกันในการทำงานอย่างเต็มความสามารถ

จะเห็นได้ว่า สตีเวน (Stevens) และ คลาร์คและชี (Clark and Shea) มีการแบ่งขั้นตอนของการบริหารทางการพยาบาลที่ต่างกันแต่ส่วนของงานประสานงานเท่านั้น คือ สตีเวน (Stevens) มีได้กล่าวถึง ในขั้นตอนของการประสานงาน โรนฮาร์ท (Rinehart 1969:9) ให้ความเห็นว่า การประสานงานมิใช่ขั้นตอนที่ชัดเจน แต่เป็นผลสุดท้าย ที่ได้จากการวางแผน การจัดระบบงาน การอำนวยความสะดวก หรือสิ่งการ และการควบคุมงาน ซึ่งสามารถแสดงเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



กระบวนการบริหารทางการพยาบาลของโรนฮาร์ท (Rinehart)

จากการบริหารงานทางการพยาบาลจะพบการแบ่งขั้นตอนที่แตกต่างกันออกไปดังกล่าวนำมาแล้ว สำหรับผู้วิจัยเองจะขอนำหลักการแบ่งขั้นตอนในการบริหารบริการพยาบาล เป็น 4 ขั้นตอน มาใช้คือ การวางแผน (Planning) การจัดระบบงาน (Organizing) การอำนวยความสะดวก (Directing) และการควบคุมงาน (Controlling)

3. การให้บริการพยาบาล 4 มิติ

สำนักงานแพทย์ใหญ่ กรมตำรวจ เป็นหน่วยงานระดับกองบัญชาการของกรมตำรวจ มีภารกิจ ควบคุม กำกับ ดูแล การบริการ ด้านการรักษาพยาบาล การสาธารณสุขและอนามัย แก่ข้าราชการตำรวจ ครอบครัวตำรวจ ตลอดจนประชาชนทั่วไป

สำนักงานแพทย์ใหญ่กรมตำรวจ บริหารงานตามแผนสำนักงานแพทย์ใหญ่ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2535-2539) โดยกำหนดแนวทางการบริหารงานสืบเนื่องต่อจากแผนสำนักงานแพทย์ใหญ่ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2530-2534) และ

รับรองแผนกรมตำรวจแม่บทฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2535-2539) ทั้งนี้แนวทางของแผนจะมีความสอดคล้องกับแผนมทาคไทย แม่บทฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2535-2539) และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ซึ่งมีเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการมาจากความต้องการของประชาชน โดยส่วนรวม เป็นหลักในการจัดทำแผน

สำหรับแผนสำนักงานแพทย์ใหญ่ ประจำปี 2535 สาระสำคัญของแผนจะเน้น

การแก้ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บด้วยการบำบัดรักษา

ป้องกันโรคที่มีอยู่ทั้งในกรุงเทพ และต่างจังหวัด ให้สัมพันธ์กับการพัฒนาประเทศ และรับรองผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคม

การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุและความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ซึ่งทำให้รัฐต้องสูญเสียทรัพยากรบุคคลเป็นจำนวนมาก

ให้การส่งเสริม สนับสนุนการลดอัตราการเพิ่มของประชากรและอื่น ๆ

นโยบายหลักในการดำเนินการของสำนักงานแพทย์ใหญ่ประจำปี 2535 การให้บริการด้านสาธารณสุข ถือเป็นนโยบายหลัก ที่สำนักงานแพทย์ใหญ่จะต้องรับผิดชอบ ดำเนินการให้บริการผู้ป่วยเป้าหมาย มีประสิทธิภาพดังนี้

ดูแลสุขภาพอนามัยของข้าราชการตำรวจ ครอบครัวตำรวจ และประชาชนทั่วไป ให้มีสุขภาพสมบูรณ์ โดยการออกตรวจสุขภาพ ให้คำปรึกษาแนะนำในการป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และให้ความรู้ด้านการสาธารณสุข กำรลดมลภาวะทั้งในกรุงเทพ และต่างจังหวัด เพื่อตอบสนองนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต สิ่งแวดล้อมในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7

การป้องกันการเจ็บป่วยและพิการ อันเนื่องมาจากอุบัติเหตุ อุบัติภัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน และอื่น ๆ

พัฒนาการบริการด้านการตรวจรักษาพยาบาล ด้วยความถูกต้อง รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

นำเทคโนโลยีใหม่ ๆ ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์มาใช้ในการตรวจวิเคราะห์โรค โดยการจัดหาเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ด้วย

การเสนอของบประมาณ รายจ่ายคามที่วางแผนไว้ ในแต่ละปีงบประมาณ

การพัฒนาวิชาการด้านการแพทย์ และการพยาบาล โดยประสานงานหน่วยราชการอื่น ด้วยการเป็นสถาบันสมทบกับมหาวิทยาลัยของรัฐ ในการจัดส่งและฝึกอบรม แพทย์ฝึกหัด แพทย์ประจำบ้านและนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต

จะเห็นได้ว่า นโยบายของโรงพยาบาลตำรวจเองนั้น มุ่งเน้นเรื่องการรักษาพยาบาล ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย จากภาวะความเจ็บป่วยเสียก่อนแต่ก็มีได้ละเอียดกิจกรรม ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ไปพร้อม ๆ กัน

เช่นเดียวกับความเห็นของ ผวงทิพย์ ชัยนิบาลสฤกษ์ (2527) กล่าวไว้ว่า ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาล จะต้องครอบคลุมงานทั้ง 4 ด้าน คือการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ขอบเขตนี้อาจไม่เพียงแต่ปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่รวมถึงผู้รับบริการที่อยู่ในชุมชนด้วย

สหภาพพยาบาลแห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National League of Nursing) อ้างถึงในเอ็ม อลิซาเบท คาร์เนกี (Carnegie 1974) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลสรุปได้ว่า การพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพทั้งหมด เป็นสิทธิเกี่ยวกับความรับผิดชอบการพยาบาลที่ดี ต้องการความร่วมมือระหว่างผู้รับบริการ และผู้ให้บริการ ซึ่งการพยาบาลมีความหมายครอบคลุมถึงการบำรุงส่งเสริม และการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรคและความพิการ ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งหมายถึงการสอน การให้คำปรึกษา และการดูแลให้การพยาบาลทั้งทางร่างกายและด้านจิตใจด้วย

ดังนั้นคณะกรรมการโครงการประกันสังคม หรือแม้แต่พยาบาลทุก ๆ ระดับที่ต้องเกี่ยวข้องกับกาให้บริการแก่ผู้ประกันตน ควรจะต้องรับนโยบายในการจัดบริการด้านสุขภาพ ให้ครบทั้ง 4 มิติ คือ ด้านการป้องกันสุขภาพ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการบริการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสุขภาพไปปฏิบัติด้วย

ผู้วิจัยจึงมีความต้องการจะศึกษาถึงความต้องการบริการพยาบาลของผู้

ประกันตน เกี่ยวกับการบริการพยาบาลต่าง ๆ 4 มิติ เพื่อเป็นข้อมูล
พื้นฐานในการนำไปเป็นแนวทางในการจัดบริการพยาบาลต่อไป

4. การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากในขณะนี้ประเทศไทย เพิ่งอยู่ในขั้น เริ่มต้นของการประกาศใช้
พ.ร.บ. ประกันสังคม งานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวกับประกันสังคม จึงมี
เพียงของนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ

นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ และคณะ (2534) ได้ทำการศึกษา
เพื่อประเมินสถานการณ์การจัดบริการทางการแพทย์ของสถานพยาบาลประกันสังคม
ที่เป็นคู่สัญญาหลักทั่วประเทศจำนวน 134 แห่ง ผลปรากฏว่า อัตราการใช้บริการ
ต่ำกว่าที่ประมาณการไว้คือ อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกเป็น 23.7 - 32.0
ครั้ง/พันคน/เดือน หรือ 0.28-0.38/ครั้ง/คน/ปี ส่วนที่คาดการณ์ไว้เป็น 3
ครั้ง/คน/ปี ส่วนอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเป็น 1.7-1.8 ราย/พันคน/เดือน
หรือ 0.02 ครั้ง/คน/ปี ส่วนที่คาดการณ์ไว้ 0.05 ครั้ง/คน/ปี

โรงพยาบาลที่มีลูกจ้างลงทะเบียนไว้น้อย จะมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วย
นอก สูงกว่าโรงพยาบาลที่มีลูกจ้างลงทะเบียนไว้มาก ส่วนอัตราการใช้บริการ
ผู้ป่วยในนั้น ไม่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลที่มีลูกจ้างลงทะเบียนไว้มาก หรือ
ลงทะเบียนไว้น้อย

ส่วนวิจัยอื่น ไม่เกี่ยวข้องกับประกันสังคม แต่เกี่ยวข้องกับการประกัน
สุขภาพโดยสมัครใจ โดยการซื้อบัตรสุขภาพ

อรพรรณ ทินจางสิทธิ์ (2522) ได้ทำการศึกษาทัศนคติของประชาชน
ต่อการประกันสุขภาพเฉพาะ เขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ที่มีเงื่อนไขสุขภาพการ
ทำงานที่ไม่ได้รับสวัสดิการช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล จะมีทัศนคติที่เห็น
ดีเกี่ยวกับการประกันสุขภาพมากกว่าผู้ที่ได้รับสวัสดิการช่วยเหลืออยู่แล้ว และผู้ที่มี
รายได้ต่ำจะ เห็นดีเกี่ยวกับการประกันสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง

อรชรร ศาสตราวาทะ (2528) ได้ศึกษารูปแบบการใช้บริการทางการ
แพทย์ของชุมชนที่มีผลจากนโยบายการใช้บัตรสุขภาพ พบว่าผู้ที่เปลี่ยนจากบัตร



ส่งเคราะห์ที่ผู้มรยาได้น้อยมาข้อมัครสุภภาพ เนื่องจากคองการความสะตวกร รวดเร็ว ในการใ้บริการการแพทย จากท่นว่งงานของรัฐ

ปานตา เขมิงกรณ (2531) ได้ศีกษาปัญหาและความคองการด้านสุภภาพของพนักงาน การรถไผ่แห่งประเทศไทย ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัญหาและความคองการด้านสุภภาพ พบว่าพนักงานมีปัญหาและมีความคองการ การจัดบริการ สุภภาพาส และสิ่งแวดลอม และความรู้ทางสุภภาพในระดับมาก

2. การ เปรียบเทียบปัญหาและความคองการด้านสุภภาพ พบว่าพนักงานขบวนรถ และพนักงานภาคพื้นดิน มีปัญหาและมีความคองการ เกี่ยวกับการจัดบริการ สุภภาพาส และสิ่งแวดลอม และความรู้ทางสุภภาพ ไม่แตกต่ากันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

แวน ไตร (Wandrei 1986) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การศีกษาเกี่ยวกับสุภภาพอนามัยของคองงาน โรงงานอุตสาหกรรมในรัฐมินิ โฮตา วิธิตำเนินการวิจัยคือ ส่งแบบสอบถามไปยัง โรงงานอุตสาหกรรมจำนวน 100 แห่ง จาก 350 แห่ง และได้รับกลับคืนมา 34 แห่งซึ่งเป็น โรงงานอุตสาหกรรมขนาดที่มีคองงาน 20 ถึง 100 คน จากการวิจัยพบว่าร้อยละ 53 ของโรงงานอุตสาหกรรมนั้น มีการจัดโปรแกรมทางสุภภาพ ซึ่งใกล้เคียงกับสถิติของชาติ คือ ร้อยละ 60 ของโรงงานอุตสาหกรรมทั้งหมด และจากการวิจัยสรุปได้อีกว่า ควรจัดโปรแกรมทางสุภภาพให้แก่คองงาน และกำหนดให้คองงาน เลือกร ควรใช้คอมพิวเตอรในการจัดโปรแกรม และให้บริการทางสุภภาพ ควรจัดอบรมเน้นหลักสุคร เกี่ยวกับทักษะ และเทคนิคในการประกอบอาชีพ ควรเน้นทางค่านเพิ่มผลผลิต ให้สอดคล้องกับงาน เป้าหมายของโรงงาน

วิเซนซี (Vicenzi 1984) ทำการวิจัยเรื่อง การส่งเสริมสุภภาพในสถานที่ทำงาน ศีกษาเฉพาะบริษัทขนาดเล็กในนิวยอร์ก ที่มีการส่งเสริมสุภภาพในปัจจุบัน การวิจัยใช้โทรศัพท์ในการสำรวจข้อมูลจำนวน 100 บริษัท เป็นบริษัทขนาดเล็กมีคองงานน้อยกว่า 500 คน ผลการวิจัยพบว่าบริษัทขนาดเล็กมีโปรแกรมส่งเสริมสุภภาพ คือ การบ้องกันอุบัติเหตุ การปฐมพยาบาล การช่วยชีวิต และเรื่องของบริษัทขนาดเล็กยังมีการปฏิบัติน้อยมากคือ การส่งเสริมการออกกำลังกาย การรพรงค์ เพลงคการสุบบุตรี การลดความตึงเครียด ตัวแปรที่มีผลต่อการส่งเสริม

เสริมสุขภาพ ได้แก่ประเภทของอุตสาหกรรม จำนวนคนงาน จำนวนปีที่ประกอบ
การ การประกันสุขภาพ รางวัลของการรักษาสุขภาพดี และความร่วมมือของคน
งานในบริษัทนั้น นอกจากนี้ควรจะต้องมีการกระตุ้นคนงาน เพื่อให้มีความร่วมมือ
ในการส่งเสริมสุขภาพ