

รูปแบบการร่วมมือกัน
จัดบริการสาธารณสุขระหว่าง
หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรส่วนท้องถิ่น
ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่
และ เทศบาลตำบลบ้านพรุ
ก่อนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

นักวิจัย นพ.วีรพัฒน์ เจริญธรรมวรรณ

นาง แพรวพรรณ ตันสกุล

นาง สิริวรรณ เดี่ยวสุรินทร์

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คำนำ

ด้วยการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น จัดเป็น ทิศทางและกระแสหลักอันหนึ่งของสากลและ ของสังคมไทย คณะผู้วิจัยได้มีโอกาสทำงานและร่วมเรียนรู้ เห็นมุมมองต่างๆ ด้านบริการสุขภาพทั้งกับราชการส่วนภูมิภาค คือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือเทศบาล และ องค์การบริหารส่วนตำบล

รายงาน commission paper ชุดนี้เป็นตัวอย่างและประสบการณ์การทำงานบริการสุขภาพร่วมกันกับ องค์กรปกครองท้องถิ่นขนาดใหญ่ คือเทศบาลนครหาดใหญ่ และ ขนาดกลาง คือ เทศบาลตำบลบ้านพรุ ผู้มีส่วนร่วมของการสร้างสรรค์ พัฒนารูปแบบหลายท่าน ที่ไม่ได้กล่าวถึงเอ่ยนามในรายงานนี้ได้ทั้งหมด จึงขออภัยไว้ ณ ที่นี้

รายงานชุดนี้อาจจะมีข้อจำกัดในรายละเอียดบางด้าน เนื่องจากเป็นข้อเขียนจากประสบการณ์ของผู้วิจัย ตามแนวทาง หัวข้อที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้สนับสนุนการวิจัยเสนอไว้เดิม คือรูปแบบการกระจายอำนาจในการจัดบริการสาธารณสุข ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจไม่ครอบคลุมเนื้อหาอื่นๆที่น่าสนใจอันควรแก่การเปิดประเด็นค้นหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น นอกจากนี้โดยสาระเนื้อหา ทั้งผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัย ได้เห็นพ้องกันว่า รูปแบบยังไม่ใช่การกระจายอำนาจจริง แต่เป็นการร่วมมือกันจัดบริการระหว่างภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเตรียมรับการถ่ายโอนภารกิจ ผู้วิจัยจึงได้ขอเสนอชื่อเป็นเรื่อง รูปแบบการร่วมมือในการจัดบริการสาธารณสุข ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ก่อนการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

คณะผู้วิจัยยินดีน้อมรับคำติชม ข้อผิดพลาดในรายงานนี้ และยินดีให้ความเห็นแลกเปลี่ยนกับผู้สนใจ ทุกๆท่าน ที่สนใจในเรื่องการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข สุขภาพ อนามัย สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

คณะผู้วิจัย นพ.วีรพัฒน์ เกาธรรมทรรศน์

นาง แพรวพรรณ ตันสกุล

นาง สิริวรรณ เดียวสุรินทร์

กันยายน 2543

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

๗

การจัดบริการสุขภาพ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเองโดยตรง หรือร่วมกับส่วนราชการของ รัฐ มีความเป็นไปได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งท้องถิ่นที่มีขนาดใหญ่ ในเขตเมือง แต่เนื่องจากระบบการคลัง สาธารณสุขในปัจจุบัน กระจายและจัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพและอนามัย มาสู่ส่วนภูมิภาค คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้วางแผนบริหาร เป็นหลัก ภายใต้แผนงาน โครงการรายสาขาต่างๆ และจากเงินอุดหนุนโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (โครงการบัตรประกันสุขภาพ และบัตรสปร.)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหากจัดบริการสุขภาพในปัจจุบัน จะมีบทบาทเป็นพันธมิตรของการ ขยายบริการสุขภาพให้กับเครือข่ายที่ใหญ่กว่าเช่นโรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อวางแผนบริการสุขภาพตามสภาพปัญหาของท้องถิ่นโดยตรง และ มีเพียงส่วนน้อยของงบประมาณด้านสุขภาพ ที่ท้องถิ่นตั้งงบประมาณด้านอนามัยและสุขภาพขึ้นเอง

ข้อเสนอสำหรับผู้บริหาร

1. ในระยะต้น การบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุข ผ่านคณะกรรมการด้านสาธารณสุขระดับ จังหวัดหรือเขต ซึ่งมีตัวแทนจากองค์กรปกครองท้องถิ่นด้วย เป็นการร่วมเรียนรู้ทักษะการจัดการ การ กำกับ ให้โปร่งใส และมีส่วนร่วมของประชาชน

2. ขณะเดียวกันคณะกรรมการด้านสาธารณสุขระดับจังหวัดหรือเขต ก็ควรจัดสรรงบประมาณ ส่วนหนึ่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กระดับตำบล ได้วางแผนบริหารในรูปแบบของกองทุน สุขภาพชุมชน ที่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมคิด วางแผน และร่วมกำกับ ประเมินผล

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถจัดหรือซื้อบริการสุขภาพที่ไม่ซับซ้อน กำกับง่าย และจะเป็นบริการที่มีความคุ้มค่า มีประสิทธิภาพสูงในการสร้างสุขภาพ เช่นการฉีดวัคซีนพื้นฐานเพื่อป้องกัน โรค การอนามัยโรงเรียน การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย การออกกำลังกาย การรณรงค์ทางสุขภาพ ทางโภชนาการ

สารบัญ

หน้า

คำนำ	ก
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร และข้อเสนอแนะ	ข
กรณีศึกษา ของเทศบาลนครหาดใหญ่	
1 เหตุผลหรือจุดเริ่มต้นของการจัดบริการสาธารณสุขร่วมกันคืออะไร	3
2 พัฒนาการของรูปแบบโครงการ และกิจกรรมการจัดบริการ ที่ดำเนินการร่วมกัน	7
3 รูปแบบการจัดองค์กร การประสานงาน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ	8
4 การปรับเปลี่ยนบทบาท และแบ่งบทบาทการจัดบริการ	10
5 การบริหารจัดการด้านการเงินเพื่อการจัดบริการ	12
6 ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไขปัญหาของการจัดบริการ	14
7 มีแนวทาง หรือ แผนงาน โครงการในอนาคตของการจัดบริการ	16
8 ปัจจัยภายในและภายนอกของความสำเร็จ หรือความล้มเหลว ของการจัดบริการร่วมกัน	17
กรณีศึกษา ของเทศบาลตำบลบ้านพรุ	19
วิจารณ์และข้อเสนอแนะ	21

ภาคผนวก

1. การจ่ายเงินอุดหนุนคลินิกนอกเวลา ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครหาดใหญ่
จากเงินกองทุนประกันสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่
2. การดำเนินงานคลินิกนอกเวลา ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลบ้านพรุ
กับกลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.หาดใหญ่
3. ประเมินผลโครงการ วัคซีนในเด็กนักเรียนชั้นประถม 1 เขตเทศบาลนครหาดใหญ่
ภายใต้โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เขตพื้นที่หาดใหญ่

- ก. เหตุผลหรือจุดเริ่มต้นของการจัดบริการสาธารณสุขร่วมกันคืออะไร
- ข. พัฒนาการของรูปแบบโครงการ และกิจกรรมการจัดบริการ ที่ดำเนินการร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้น จนปัจจุบันเป็นอย่างไร
- ค. รูปแบบการจัดองค์กร การประสานงาน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นอย่างไร
- ง. มีการปรับเปลี่ยนบทบาท และแบ่งบทบาทการจัดบริการอย่างไร
- จ. มีการบริหารจัดการด้านการเงินเพื่อการจัดบริการอย่างไร
- ฉ. ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไขปัญหาของการจัดบริการในทุกบริบท ที่เกี่ยวข้องทั้งการจัดองค์กร การประสานงาน การบริหารเงิน คน การแบ่งบทบาทหน้าที่
- ช. มีแนวทาง หรือ แผนงาน โครงการในอนาคตของการจัดบริการอย่างไร
- ซ. ปัจจัยภายในและภายนอกของความสำเร็จ หรือความล้มเหลวของการจัดบริการร่วมกัน คืออะไร

ขอบเขตของการศึกษา

ผู้ประสานงานการวิจัย(พญ.พิชญา ตันติเศรณี) ได้ตกลง กับนักวิจัยไว้ว่า ให้ทำการศึกษาเฉพาะบริบทของเทศบาลนครหาดใหญ่ แม้ว่าไม่ใช่เป็นการกระจายอำนาจการจัดบริการสาธารณสุขที่สมบูรณ์แบบ ตามหัวข้อที่กำหนดไว้ แต่ก็ยังเป็นรูปแบบการพัฒนา การเติบโตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่พยายามจัดบริการสาธารณสุขด้านสุขภาพ ในรูปแบบที่ตอบสนองความคาดหวัง ความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ทั้งนี้บริการสุขภาพเกิดขึ้นจากความคิดของการเป็นเครือข่ายที่สนับสนุน ร่วมมือกัน ระหว่าง โรงพยาบาลหาดใหญ่กับ เทศบาลนครหาดใหญ่ อันจะนำไปสู่รูปแบบของการกระจายอำนาจ และงบประมาณ ให้จัดบริการสุขภาพที่สมบูรณ์แบบได้จริงในอนาคต

คณะผู้วิจัยเห็นว่ายังมีรูปแบบ การร่วมมือพัฒนาและจัดบริการสุขภาพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดเล็กกว่าเช่น เทศบาลตำบลบ้านพรุ ซึ่งอยู่ในอำเภอหาดใหญ่ด้วยกัน น่าจะได้รับการนำเสนอให้รับทราบ เพื่อเป็นการเปรียบเทียบ และเป็นตัวอย่างบทเรียนให้องค์กรปกครองท้องถิ่นขนาดเล็กอื่นๆ ที่อาจมีความพร้อมด้านงบประมาณต่ำกว่า แต่สนใจที่จะจัดบริการ ก็สามารถทดลอง ปรับเปลี่ยน และขยายผล ออกไปได้

ขั้นการศึกษาวิจัย

1. ทบทวนเอกสาร รายงานที่เกี่ยวข้อง การจัดบริการสาธารณสุขและการพัฒนาโดยเทศบาลนครหาดใหญ่ โรงพยาบาลหาดใหญ่
2. สัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลหลัก เช่น นายกเทศมนตรีนครหาดใหญ่ และ ระดับผู้บริหาร
3. สัมภาษณ์ ผู้บริหาร รพ.หาดใหญ่ และหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม
4. รวบรวม สังเคราะห์ ประสพการณ์รูปแบบของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยเทศบาลนครหาดใหญ่
5. สังเคราะห์ข้อมูล รายงานผลการศึกษา ตามคำถามการวิจัย

ระยะเวลาการดำเนินการวิจัย 1 พฤษภาคม 2543 –30 มิถุนายน 2543

ผลการศึกษา

กรณี การจัดการบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่นของเทศบาลนครหาดใหญ่

1. เหตุผลหรือจุดเริ่มต้นของการจัดการบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิร่วมกัน

ก. ด้านของเทศบาลนครหาดใหญ่

ในอดีตที่ผ่านมาประมาณ 20 ปี คือพ.ศ. 2522 ทางเทศบาลหาดใหญ่ในขณะนั้นเป็นเทศบาลเมือง ที่เริ่มมีการขยายตัวของชุมชนเมืองและชานเมืองอย่างรวดเร็ว สาธารณูปโภคพื้นฐานขยายตัวไม่ทัน มีปัญหาสุขภาพมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับคนจนเมือง คนที่อพยพย้ายถิ่นหางานทำในเขตเมือง องค์กรยูนิเซฟ ได้มาช่วยเทศบาลหาดใหญ่ในการวางแผนและดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมือง ถือได้ว่าเป็นต้นแบบของการจัดการบริการสาธารณสุขมูลฐานในเขตเมืองที่สำคัญ ทางยูนิเซฟได้จัดอบรมตัวแทนแกนนำชุมชนให้ช่วยดูแลสุขภาพเบื้องต้น เฝ้าระวังซังน้ำหนักเด็กต่ำกว่า 5 ขวบ ช่วยจัดหาระบบประปาหยอดเหรียญ ช่วยแกนนำชุมชนคนยากจน จัดบ้านเป็นแหล่งพึ่งตนเองขั้นต้นของชุมชน คือเป็น ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชน (ต่อมาสำนักงานสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข ได้ขยายรูปแบบที่คล้ายกันนี้กับชุมชนชนบท ที่ผ่าน อสม.ในหมู่บ้านเป็นแกนนำ เรียก ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) องค์กรยูนิเซฟ ได้เสนอรูปแบบของการจัดศูนย์บริการสุขภาพในชุมชนสลัม โดยบุคลากรวิชาชีพ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เรียกศูนย์นี้ว่า ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล และได้จัดหารถบรรทุก 4 ล้อขนาดเล็กให้กับศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเหล่านี้และยังคงมีมาอยู่ถึงทุกวันนี้

ในด้านของผู้นำ ผู้บริหารเทศบาลหาดใหญ่ แต่เป็นผู้ที่สืบทอดดำรงตำแหน่งมายาวนานถึงเกือบ 40 ปี ในตำแหน่งนายกเทศมนตรี จึงได้สะสมกระบวนการเรียนรู้และประสบการณ์และให้คุณค่าต่อเรื่องสุขภาพ จึงทำให้มี การตัดสินใจเรื่องจัดการสุขภาพ ได้เป็นแบบอย่างแก่เทศบาลอื่น ๆ คุณณรงค์ สุวรรณวงศ์ นายกเทศมนตรีได้เคยกล่าวให้สัมภาษณ์ว่า สิ่งที่เทศบาลนครหาดใหญ่ เห็นความสำคัญ มุ่งจัดให้แก่ประชาชนคือ เรื่องการศึกษาและสุขภาพอนามัย ในด้านของสุขภาพอนามัยก็เน้นทั้งเชิงรุกและเชิงรับ เข้าใจว่าจากโอกาสที่ได้เห็นและศึกษาดูงานจากต่างประเทศหลายแห่ง ได้ปรับประยุกต์บทเรียนมาใช้กับเทศบาลหาดใหญ่ คุณณรงค์ สุวรรณวงศ์ ได้ทุ่มเทงบประมาณ สร้าง ปรับปรุง สนามกีฬาของเทศบาลเอง มาตลอดที่บริหารงานเมืองหาดใหญ่ รวมทั้งการพัฒนาปรับปรุงสวนสาธารณะของเมืองหาดใหญ่ให้เป็นสถานที่ออกกำลังกาย พักผ่อน สันทนาการ เทศบาลนครหาดใหญ่ ได้ส่งเสริมการออกกำลังกาย ผ่านการจัดแข่งขันกีฬาทุกกลุ่มวัย แข่งขันกีฬาต่างๆอย่าง เมืองหาดใหญ่ ได้เป็นเจ้าภาพแข่งขันกีฬาจังหวัดตั้งแต่ในยุคเริ่มต้นด้วย คุณณรงค์ สุวรรณวงศ์ เองเป็นแบบอย่างของผู้

รักษาสภาพ ด้วยการออกกำลังกายเป็นประจำ และ เข้าร่วมมอบถ้วยรางวัลต่าง ๆ ของการแข่งขันกีฬาอยู่เสมอๆ

ด้านทิศทางการจัดบริการสุขภาพ ก็ต้องการให้ประชาชนมีความสะดวกในการเข้ารับบริการโรคง่าย ๆ ไม่ต้องไปรอแออัดที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ เทศบาลหาดใหญ่จึงมีนโยบายของการสร้างศูนย์บริการ สาธารณสุขเทศบาลในชุมชน โดยอาศัยหลักการชุมชนมีส่วนร่วม คือให้มีผู้บริจาคที่ดินขนาด 2 คุหา จากนั้นเทศบาลหาดใหญ่จะจัดสรรงบประมาณก่อสร้างศูนย์บริการให้แก่ชุมชน พร้อมกับจัดหาบุคลากรและครุภัณฑ์ วัสดุ เวชภัณฑ์เพื่อให้บริการแก่ประชาชนได้

ในด้านของบุคลากรวิชาชีพ แพทย์ พยาบาลในสังกัดเทศบาลนครหาดใหญ่ ก็ผ่านการหล่อหลอมความคิดและทัศนคติการจัดบริการจากแผนงานโครงการพัฒนางานสาธารณสุขในเขตเมือง ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) โดยสำนักนโยบายและแผน (ขณะนั้นเป็นกองแผนงาน) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดอบรมทีมสาธารณสุขเขตเมืองของแต่ละพื้นที่ในลักษณะที่ต่อเนื่องและมีการติดตามประเมินผล นำเสนอผลงานโครงการความร่วมมือของผู้เข้ารับการอบรมที่เรียก **"3 ประสาน"** ได้แก่ จากเทศบาลหาดใหญ่ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.หาดใหญ่ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการจัดตั้งงบประมาณสนับสนุนที่ชัดเจนเพื่อพัฒนาคนและพัฒนางานคือ โครงการพัฒนากำลังคนด้านสาธารณสุขสำหรับเทศบาล พ.ศ. 2535-2539 จากโครงการนี้ได้สำรวจข้อมูล ปัญหาและความต้องการของชุมชน ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความเข้าใจและสามารถแก้ไขปัญหา ที่รับทราบด้วยสภาพที่เป็นจริง

การจัดบริการสาธารณสุขโดยเทศบาลหาดใหญ่ เดิมที่มีแพทย์ประจำเทศบาลเพียง 1-2 ท่าน ก็พยายามจัดบริการที่มีแพทย์ประจำ ที่ศูนย์บริการใหญ่ เสมือนเป็นศูนย์แม่ข่าย (Reference health center) 2 ศูนย์ สำหรับศูนย์ย่อยอีกประมาณ 12 ศูนย์

ข.ด้านของโรงพยาบาลหาดใหญ่

กลุ่มงานเวชกรรมสังคมโดยนายแพทย์อมร รอดคล้าย หัวหน้ากลุ่มงานและทีมจากงานรักษาพยาบาลในชุมชน ได้ร่วมงานพัฒนาสาธารณสุขเขตเมืองกับทางเทศบาลนครหาดใหญ่ โดยนายแพทย์ธีรชัย ชาญชัยชูจิต และคณะ ได้ร่วมอบรมทีมสามประสาน และได้ร่วมกันทำงานเพื่อพัฒนาสุขภาพของงานเขตเมือง

ต่อมาในช่วงประมาณ พ.ศ. 2538 กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มมีแนวทางที่จะปรับเปลี่ยนระบบบริการ คือ มุ่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของศูนย์บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ โดยเริ่มต้นจากนายแพทย์มงคล ณ สงขลา รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้ลงมาในพื้นที่และเสนอให้มีการจัดพบปะและร่วมมือทำงานระหว่างเทศบาลนครหาดใหญ่กับโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่

ภายใต้กรอบข้อจำกัดทางราชการและระเบียบเงินบำรุง กระทรวงสาธารณสุข พศ. 2536 และโอกาสความคล่องตัวจากระบบประกันสังคมและเงินกองทุนในระบบประกันสังคม รวมทั้งความเป็นผู้นำ

และนักบริหาร คือ ความกล้าตัดสินใจ ความมีน้ำใจ เห็นถึงการมีไกลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ นายแพทย์กมล วีระประดิษฐ์ ที่ตัดสินใจสนับสนุนการเงินการคลังด้านสาธารณสุข เพื่อจัดระบบบริการนี้คือ คลินิกนอกเวลาเครือข่ายประกันสังคมของโรงพยาบาลหาดใหญ่ หลังจากที่ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกข้อบังคับ กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทน เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานให้บริการในคลินิกนอกเวลาราชการ พ.ศ. 2538 เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2538 รวมทั้งจากข้อบังคับ กระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติราชการในหน่วยบริการอื่นในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2538 จากข้อบังคับดังกล่าวที่มีลักษณะค่าตอบแทนเหมือนกันที่กำหนดให้โดยสรุปคือ

- | | |
|--|-------------------|
| ก. แพทย์ได้รับเงินค่าตอบแทน สำหรับการตรวจผู้ป่วยรายละ 30 บาท | |
| แต่รวมกันแล้วค่าตอบแทนที่ได้รับต่ำสุดต้องไม่น้อยกว่าอัตรา | ชั่วโมงละ 100 บาท |
| ข. เภสัชกร | ชั่วโมงละ 90 บาท |
| ค. พยาบาลวิชาชีพ | ชั่วโมงละ 80 บาท |
| ง. พยาบาลเทคนิค เจ้าพนักงานสาธารณสุข | ชั่วโมงละ 60 บาท |
| จ. เจ้าหน้าที่พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | ชั่วโมงละ 50 บาท |

ในขณะที่ 21 มิถุนายน 2538 โดยหนังสือกระทรวงการคลัง เรื่อง การจ้างเจ้าหน้าที่ที่ไม่สังกัดในโรงพยาบาลของรัฐบาล มาช่วยปฏิบัติงานในโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน ได้อนุมัติค่าตอบแทนสำหรับการให้บริการตรวจรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก ดังนี้

- | | |
|--|-------------------------------|
| แพทย์ ได้รับค่าตอบแทนสำหรับผู้ป่วยรายละ 20 บาท | ขั้นต่ำอัตราชั่วโมงละ 100 บาท |
| เภสัชกร | ชั่วโมงละ 65 บาท |
| พยาบาลวิชาชีพ | ชั่วโมงละ 50 บาท |
| พยาบาลเทคนิค เจ้าพนักงานสาธารณสุข | ชั่วโมงละ 40 บาท |
| เจ้าหน้าที่พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | ชั่วโมงละ 35 บาท |

คณะผู้บริหารโรงพยาบาลหาดใหญ่ นพ.กมล วีระประดิษฐ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ และนายแพทย์เจษฎา จงไพบุลย์พัฒนะ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ในขณะนั้น จึงได้ร่วมผลักดัน **โครงการเครือข่ายประกันสังคม คลินิกนอกเวลา** ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครหาดใหญ่ ซึ่งก่อนหน้านี้คือ ในปีพ.ศ.2537 นายแพทย์เจษฎา ได้ทำการศึกษาวิจัยและรายงานวิทยานิพนธ์ในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สถาบัน Institute of Tropical Medicine ประเทศเบลเยียม ไว้แล้ว คือ

Chungpaibolpatana J (1994) A Proposal to Reduce The OPD Consultation of Hatyai Hospital by Strengthening of Urban Health Centre; Hatyai District, Songkhla Province, Thailand. Thesis of Master degree, International Course in Health Development 1994, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium.

เรื่อง การลดความแออัดผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่

ในระดับปฏิบัติและประสานงานของทีมงานโรงพยาบาลหาดใหญ่ นายแพทย์อมร รอดคล้าย หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม และทีมงาน ได้ติดตามประสานงาน แก้ไขปัญหา สนับสนุนการบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเริ่มต้นที่สาธารณชนไม่มั่นใจในคุณภาพของบริการและเวชภัณฑ์ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลจะดีเทียบเท่าयाที่ได้รับจากโรงพยาบาลศูนย์

ทีมงานพยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ได้รับการแต่งตั้งที่จะช่วยบริหารเวชภัณฑ์ให้กับศูนย์บริการสาธารณสุขที่เปิดใหม่ขณะเริ่มต้น 1 ศูนย์ และต่อมาทยอยเปิดเพิ่มเติมเป็น 2-3 ศูนย์ระยะไ้่เคียงกัน เวชภัณฑ์และยา รายการใดที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงาน มีความถนัด ต้องการใช้ หากไม่อยู่ในรายการของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ทางกลุ่มงานเวชกรรมสังคมได้ประสานงานฝ่ายเภสัชกรรม และเบิกยาสับสนุนให้กับศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล เพราะเป็นนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลหาดใหญ่ที่ต้องการสนับสนุนความเข้มแข็ง ความน่าเชื่อถือของ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล และมองว่าหากไม่มีระบบนี้เกิดขึ้น ผู้ป่วยก็ต้องมาแออัด รอรับยาและเวชภัณฑ์ต่างๆที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ เช่นเดิม

นอกจากนี้ทีมพยาบาลยังช่วยเป็นภาระจัดทำเอกสารการเบิกยาและเวชภัณฑ์ การเบิกจ่าย ค่าตอบแทนให้แพทย์ของโรงพยาบาลหาดใหญ่ที่ไปปฏิบัติงาน จนกระทั่งเมื่อเริ่มต้นปีที่ 2 ของโครงการ คือ ปีงบประมาณ 2540 ทางศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล เริ่มมั่นคงในการบริหารเวชภัณฑ์ระดับหนึ่งและงานการบริหาร และการบริการเข้ารับเข้ารอย จึงถ่ายโอนงานบริหารเวชภัณฑ์ทั้งหมดและการจัดทำเอกสารเบิกจ่ายตอบแทนเป็นภาระงานของแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานของแต่ละศูนย์

เหตุผลอีกประการหนึ่ง คือผลจากการเข้าร่วมโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ที่มีเป้าหมายต้องการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในทัศนะของแกนนำระดับร่วมปฏิบัติการคือ นพ.อมร รอดคล้าย ที่มีวิสัยทัศน์ว่า ต่อไปทิศทางการจัดบริการสาธารณะในท้องถิ่น จะถ่ายโอนบทบาทจากระบบราชการส่วนกลางและส่วนภูมิภาคให้กับองค์กรปกครองท้องถิ่น ดังประเทศต่างๆ ในยุโรป ดังนั้น จึงควรร่วมมือ และเรียนรู้ซึ่งกันและกัน กับองค์กรปกครองท้องถิ่น ในการจัดให้บริการสุขภาพ ในระยะที่เริ่มดำเนินการนั้น ถือได้ว่ารูปแบบของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในเขตเมืองของเทศบาลนครหาดใหญ่ แตกต่างจากระบบรูปแบบของพื้นที่อื่นๆ ที่พัฒนาให้เกิดศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองและให้บริการโดยบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหรือ โรงพยาบาลทั่วไป เช่นศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองที่จังหวัดอยุธยา จังหวัดนครราชสีมา

สรุปการจัดบริการร่วมกันด้านสุขภาพ เป็นผลจากพัฒนาการของเมืองที่เห็นคุณค่าสำคัญต่อเรื่องสุขภาพ และมีพัฒนารูปแบบของบริการที่สอดคล้องกับกระแสสากลที่ เน้นบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ในชุมชน ลดการแออัดผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล และทิศทางการถ่ายโอนบทบาทจากราชการส่วนกลางสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2. พัฒนาการของรูปแบบโครงการและกิจกรรมการจัดบริการที่ดำเนินการร่วมกัน

รูปแบบโครงการการประสานงานในระยะแรกในช่วงของแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 ที่มีแผนงานโครงการพัฒนาสาธารณสุขเขตเมือง ผ่านโครงสร้างของคณะกรรมการประสานงานด้าน สาธารณสุขระดับอำเภอในเขตเมือง (คปสอม.) ได้แบ่งเขตพื้นที่ชุมชน โดยให้กลุ่มงานเวชกรรมสังคม 2 ชุมชนใกล้โรงพยาบาลศูนย์ เพื่อทำงานสาธารณสุขมูลฐาน และร่วมกันจัดบริการเชิงรุกได้แก่ งานส่งเสริมสุขภาพ งานอนามัยในโรงเรียน งานทันตสาธารณสุข และงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่นักเรียนประถม ก็แบ่งกันดูแลบริการแก่โรงเรียนเอกชน ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ โดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคม และ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลหาดใหญ่รับผิดชอบให้บริการ 14 โรงเรียนเท่ากัน ในงานทันตสาธารณสุข แต่เนื่องจากกำลังคน พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของเทศบาลนครหาดใหญ่มีจำกัด การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กนักเรียนประถม ยังไม่อาจให้บริการได้ทั่วถึง กลุ่มงานเวชกรรมสังคมก็ให้บริการได้เพียง 3-4 โรงเรียนใกล้ ๆ โรงพยาบาล คือ อยู่ในเขตชุมชน 2 ชุมชนที่รับผิดชอบ

นอกจากนี้ หากมีกิจกรรมรณรงค์สุขภาพโดยเทศบาลนครหาดใหญ่ ทางกลุ่มงานเวชกรรมสังคม จะเข้าร่วมทำงานด้วยเช่น การประกวดสุขภาพเด็ก เด็กดีเด่น ตลอดจนกิจกรรมการอบรม อสม. ในเขตเทศบาลหาดใหญ่ ทางกลุ่มงานเวชกรรมสังคม จะร่วมเป็นวิทยากรตามการเชิญของ ทีมงานกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

อีกกิจกรรมหนึ่งที่ดำเนินร่วมกันอย่างเป็นระบบมากขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา คือ หน่วยบริการเทศบาลพบประชาชน ที่ผู้บริหารเทศบาลและเจ้าหน้าที่เทศบาลนครหาดใหญ่ กำหนดทุกวันศุกร์บ่าย ที่จะเข้าพบปะแกนนำและประชาชนในชุมชน และให้บริการแบบหน่วยเคลื่อนที่รวมทั้งการให้บริการสุขภาพ การจัดหน่วยเทศบาลพบประชาชนของเทศบาลนครหาดใหญ่ มีข้อเด่นมากของการดำเนินการคือ จะให้สมาชิกสภาเทศบาลในเขตพื้นที่นั้น พร้อมกับเจ้าหน้าที่ของเทศบาลหาดใหญ่ เข้าร่วมประชุมกับแกนนำชุมชนเพื่อรับคำร้องเรียนเกี่ยวกับบริการสาธารณะ แล้วต้องนำไปปรับปรุง โดยสมาชิกสภาเทศบาล (สท.) จะเป็นคนกลางที่เชื่อมต่อประสาน และติดตามผลการดำเนินการแก้ไขจุดอ่อนที่มีอยู่ เช่น หลอดไฟฟ้า เส้าไฟฟ้าสาธารณะชำรุดบกพร่อง คุระบายน้ำที่ไม่สามารถใช้งานได้ ปัญหาการเก็บขยะในชุมชน

ในปี 2539 ภายหลังจากที่พื้นที่อำเภอหาดใหญ่ได้ขอทุนสนับสนุนจากสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ขณะที่นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นผู้อำนวยการสำนักงานฯ ให้การสนับสนุนทุนวิจัยและพัฒนา และ พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา จากการสนับสนุนดังกล่าวทำให้เกิดโครงการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ร่วมกัน มีการประสานงานอย่างมีทิศทางมากขึ้น

ด้านยุทธศาสตร์การทำงานของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้มองและวิเคราะห์พื้นที่พบว่า มีจุดแข็งที่นายกเทศมนตรีนครหาดใหญ่ คุณเคร่ง สุวรรณวงศ์ มีความทุ่มเทและ

ผลักดัน ปรับปรุงงานบริการสุขภาพ มาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการจัดสร้างศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีแพทย์ และไม่มีแพทย์ประจำ รวมทั้งกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ทำให้โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ด้านบริการสุขภาพปฐมภูมิ (primary care) ที่ผ่านศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล สำหรับการบริการในเขตเมือง ให้มีความสะดวกความเข้าถึงบริการง่าย นับถึงกลางปี 2543 มี ศูนย์บริการสาธารณสุขที่เทศบาลหาดใหญ่พัฒนาขึ้นถึง 14 ศูนย์และ 1 ศูนย์บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ (ที่เป็นรถยนต์บรรทุกขนาดใหญ่ดัดแปลง)

นอกจากนี้ภายใต้โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขเขตพื้นที่อำเภอหาดใหญ่มีโครงการย่อยในเรื่องของความต้องการพัฒนางานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของเด็กนักเรียนประถมที่ยังเป็นจุดอ่อน ไม่สามารถดำเนินการครอบคลุมนักเรียนชั้นประถมศึกษาที่มีจำนวนมากในเขตเทศบาลหาดใหญ่ ดังนั้นหัวหน้างานควบคุมโรคของเทศบาลนครหาดใหญ่ คุณมาลี ตันทชุนห์ และทีมบุคลากรจากงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ได้ร่วมกันทดลองรูปแบบของผู้ให้บริการฉีดวัคซีนนักเรียนประถมในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่โดยทีมเจ้าหน้าที่พยาบาลจากโรงพยาบาลเอกชนมาให้บริการ พบว่ามีแนวโน้มว่าสามารถแยกบทบาทผู้ซื้อ ผู้ให้บริการสุขภาพได้ เกิดรูปแบบของการร่วมมือระหว่างภาคเอกชนและภาครัฐ ดังนั้นในอนาคตหากระเบียบการเงินการคลังของท้องถิ่นได้รับการแก้ไข มีความคล่องตัว ก็สามารถบริหารจัดการเพื่อซื้อบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป บริการสุขภาพที่จัดร่วมกันมีทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค งานสาธารณสุขมูลฐาน ในชุมชนและบริการรักษาพยาบาล โดยมีทิศทางการพัฒนา ที่เพิ่มความเข้มแข็งของเทศบาลในการเป็นฝ่ายหลักของการจัดระบบบริการเพื่อรองรับทิศทางการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3. รูปแบบการจัดองค์กร การประสานงาน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

รูปแบบการจัดองค์กรการประสานงานที่เป็นทางการ คือ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอในเขตเมือง (คปสอม.) ซึ่งใช้รูปแบบของการประชุมทุก 2 เดือน ที่ผ่านมาตามแนวทางการทำงานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอในเขตเมืองหาดใหญ่ ตกลงกันว่าให้เปลี่ยนกันเป็นประธานและเลขานุการปีละครั้ง ต่อมาพบว่าโครงสร้างลักษณะนี้ไม่เอื้ออำนวยการทำงานที่ต่อเนื่องได้ดีนัก ขาดความต่อเนื่องของระบบงาน เอกสารการทำงานแยกที่เก็บตามตัวประธานและเลขานุการที่ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกันคราวละ 1 ปีระหว่างผู้อำนวยการกองอนามัยและสิ่งแวดล้อม หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมและ สาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่

ต่อมาได้ทดลองที่จะไม่หมุนเวียนตั้งแต่ปีงบประมาณ 2543 โดยให้สาธารณสุขอำเภอหาดใหญ่และนักวิชาการสาธารณสุข เป็นประธานและเลขานุการตามลำดับ ทำให้การติดตามนิเทศงานใน

ส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขโดยรวม ทำได้สะดวก แต่ก็มีข้อจำกัดในด้านการบริหารทรัพยากรโดยเฉพาะอย่างยิ่งเงินกองทุนของระบบประกันสุขภาพต่าง ๆ บริหารจัดการผ่านกลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลหาดใหญ่ และได้แยกออกเป็นกองทุนอำเภอหาดใหญ่ หากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมไม่ริเริ่มโครงการหรือเสนอความคิดปรับเปลี่ยน หน่วยงานอื่นก็ไม่ค่อยกล้าเสนอรูปแบบอื่น ๆ ของการกระจายจัดสรรเงินกองทุนเพื่อให้บริการสุขภาพ

ที่ผ่านมาในระยะ 3 ปี ยังไม่มีการประชุมตกลงเชิงนโยบายหรือติดตามประเมินผลโครงการจากผู้นาองค์กรทั้งทางนายกเทศมนตรีนครหาดใหญ่และผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่อย่างเป็นทางการ หลังจากการตกลงร่วมในปีพ.ศ. 2538 ระหว่าง รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น(นายแพทย์มงคล ณ สงขลา) นายกเทศมนตรีนครหาดใหญ่ (คุณเคร่ง สุวรรณวงศ์) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่ (นพ.กมล วีระประดิษฐ์) มีแต่เพียงการเยี่ยมติดตามนิเทศงานสาธารณสุข โดยผู้ตรวจราชการสาธารณสุขเขตและคณะเพียง 1-2 ครั้งและผลักดันเปลี่ยนคณะนิเทศงานด้วย

การประสานงานแก้ไขปัญหาการดำเนินงานในการจัดบริการรักษาพยาบาลที่คลินิกนอกเวลาของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล เครือข่ายประกันสังคมโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยนพ.อมร รอดคล้าย หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม และนพ.ธีรชัย ชาญชัยชูจิต หัวหน้างานศูนย์บริการสาธารณสุขกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครหาดใหญ่ จากนั้นแต่ละฝ่ายก็เสนอผู้บังคับบัญชาให้ความเห็นชอบและจัดเตรียมงบประมาณ เช่น การขยายศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ให้มีคลินิกนอกเวลาเพิ่มขึ้น ในแต่ละช่วงเวลาที่ผ่านมาจาก 1 ศูนย์เป็น 5 ศูนย์

การประสานงานด้านงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระหว่าง 2 ฝ่ายคือ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมกับกลุ่มงานเวชกรรมสังคม จะใช้แบบไม่เป็นทางการมากกว่ารอประชุมคณะกรรมการประสานงาน สาธารณสุขระดับอำเภอในเขตเมือง ซึ่งมีวาระการประชุมค่อนข้างห่างนาน

การประสานงานอย่างไม่เป็นทางการอีกจุดหนึ่งที่ได้ประโยชน์มากคือ การที่แพทย์ พยาบาลของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม จัดตารางร่วมออกบริการตามชุมชนต่าง ๆ พร้อมกันกับ หน่วยเทศบาลพบประชาชน โดย แพทย์ พยาบาล กลุ่มงานเวชกรรมสังคมเมื่อให้บริการรักษาผู้ป่วยแล้ว ก็ดูปรึกษาหารือประสานงานกัน เดิมนายแพทย์อมร รอดคล้าย มักจะเป็นตัวแทนจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมไปร่วมบริการ เนื่องจากมีงานที่สัมพันธ์ประสานกันกับทางเทศบาลนครหาดใหญ่โดยตรง

กลุ่มงานเวชกรรมสังคมโรงพยาบาลหาดใหญ่ เปิดให้บริการคลินิกเวชปฏิบัติครบครัน ทุกวันเวลาราชการขึ้น ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2541 การประสานงานที่หน่วยเทศบาลพบประชาชนก็เริ่มถดถอยลงบ้าง กลุ่มงานเวชกรรมสังคมได้หมุนเวียนแพทย์คนอื่น ๆ ในกลุ่มงานไปร่วมบริการ เพราะแพทย์คนอื่น ๆ นั้นไม่ได้รับผิดชอบงานสาธารณสุขโดยตรง แต่โดยรวมแล้วปัญหาตอนนี้ ก็สามารถใช้อีกโอกาสอื่น ๆ พบปะประสานงานแก้ปัญหาได้ไม่ยาก

รูปแบบของการประสานงานแบบไม่เป็นทางการอีกอันหนึ่ง ก็คือ การที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคม มีโอกาสต้องติดตามขอคำแนะนำต่าง ๆ มาศึกษาดูงาน ตัวอย่างการจัดบริการศูนย์บริการสาธารณสุขของ เทศบาลนครหาดใหญ่เป็นประจำปีละ 5-6 คณะ ก็ได้ปรึกษาหารือข้อปัญหาของการทำงานร่วมกัน

ในช่วงปลายปี 2540 นพ.อมร รอดคล้าย ได้ประสาน ให้ทีมงานบริการสุขภาพ รพ.หาดใหญ่ และเทศบาลนครหาดใหญ่ และเครือข่ายในจังหวัดสงขลา ร่วมศึกษาดูงาน การจัดบริการเวชปฏิบัติ ครอบครัวที่ประเทศสิงคโปร์ โดยการสนับสนุนจาก นพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์

สรุป มีการจัดองค์กรประสานงานที่เป็นทางการคือ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุข ระดับอำเภอในเขตเมือง และมีการประสานงานอย่างต่อเนื่องในโอกาสต่าง ๆ เรียนรู้แลกเปลี่ยนทัศนคติ ระหว่างระดับผู้ปฏิบัติการด้วยกัน มีผลทำให้ ร่วมกันทำงานได้อย่างราบรื่นเป็นเครือข่ายที่เติบโตอย่าง ยั่งยืน

4. การปรับเปลี่ยนบทบาท และ แบ่งบทบาทการจัดบริการ

การทำงานบริการสาธารณสุขร่วมกันมาระยะหนึ่ง เมื่อเห็นทิศทางของการปฏิรูประบบราชการ ให้กระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองท้องถิ่นมากขึ้น กลุ่มงานเวชกรรมสังคม จึงไม่ขยายงานบริการสาธารณสุข แต่ได้กำหนดกลยุทธ์ของ การเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาคุณภาพบริการงานบริการปฐมภูมิ (primary care) เป็นแกนกลางในการช่วยสนับสนุน ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครหาดใหญ่ และ เครือข่าย ในการรับส่งต่อผู้ป่วยมาตรวจเพิ่มเติมที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวของโรงพยาบาลหาดใหญ่

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ขณะนี้ในอีกบทบาทหนึ่งของความรับผิดชอบดูแลบริหารจัดการ กองทุนประกันสุขภาพ กองทุนเงินสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล (สปร.) ของอำเภอหาดใหญ่ ที่ แยกออกจาก กองทุนรวมจังหวัดสงขลาในปีงบประมาณ 2542 ได้แสดงบทบาทเป็นเสมือนผู้ซื้อบริการ และกำหนดกฎเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทน จากหน่วยบริการต่าง ๆ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ก็คงมี คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวให้บริการเองด้วย เสมือนเป็น Benchmark หรือ เกณฑ์มาตรฐานของงาน บริการบางด้านไว้ ที่ไม่มีหน่วยงานอื่นสนใจให้บริการ ตัวอย่างเช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข ของ กทม. มีการจัดบริการแก่ผู้ด้อยโอกาส คนยากจนต่างๆ และกลุ่มโรคปัญหาสำคัญ เช่น การบำบัดรักษาผู้ติดยา เสพติด การบำบัดรักษาผู้ป่วยวัณโรค ทางกลุ่มงานเวชกรรมสังคม เคยสอบถามนโยบายและความสนใจ ของผู้นำ ผู้บริหาร ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครหาดใหญ่ ว่าสนใจที่จะให้บริการรักษาพยาบาล 2 กลุ่มปัญหาดังกล่าวข้างต้นหรือไม่ ซึ่งทางเทศบาลนครหาดใหญ่ มีความเห็นว่า “ ยังไม่พร้อมที่จะให้

บริการเรื่อง ยาเสพติดและวัณโรค เนื่องจากเกรงว่าจะทำให้ผู้ป่วยทั่วไปอื่นๆ โดยรวม รังเกียจ และไม่กล้ามาใช้บริการที่ศูนย์ฯ ผู้ป่วยดังกล่าวก็สามารถไปรับบริการได้ที่รพ.หาดใหญ่”

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม จึงเปิดบริการคลินิกรักษาวัณโรคที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว โดยไม่คิดมูลค่ารักษาพยาบาล ไม่ว่าผู้ป่วยนั้น ๆ จะมีบัตรสวัสดิการประกันสุขภาพชนิดต่าง ๆ หรือไม่ก็ทำตามด้วยเล็งเห็นว่าผู้ป่วยวัณโรคจะกินยาครบได้ง่าย หายขาด หากระบบบริการมีมาตรฐานดี ไม่ต้องรอนานอย่างที่ต้องมารอที่โรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ๆ ผลงานที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 มีผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่เขตพื้นที่หาดใหญ่แต่ไปตรวจรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 12 จังหวัดยะลา แล้วถูกส่งต่อกลับมารักษาประมาณปีละ 50-60 ราย และมีอัตราการรักษาหายขาดตามเกณฑ์สากลร้อยละ 85 ขณะที่โรงพยาบาลศูนย์รักษาหายขาดได้ต่ำกว่า

ขณะนี้การจัดบริการปฐมภูมิ (primary care) เป็นบทบาทหลักที่เทศบาลนครหาดใหญ่ได้พัฒนาหรือจัดเตรียมงบประมาณไว้ ส่วนโรงพยาบาลหาดใหญ่ก็วางแผนที่จะลดการให้บริการปฐมภูมิ (primary care) คงไว้แต่ ที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว ไว้เป็นมาตรฐานอ้างอิงของการจัดบริการและอุดช่องว่างของการจัดบริการที่สำคัญ และให้คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนทั้งนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว พยาบาลเยี่ยมบ้าน(Home care nurse)

ทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ขณะนี้เทศบาลนครหาดใหญ่ มีความมั่นใจที่จะเป็นผู้ประสานจัดการ ระบบการฉีดวัคซีนในโรงเรียนเอกชน โดยอาจมีผู้ให้บริการหลากหลาย เช่นภาครัฐ อาจจะมาจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีผู้ให้บริการจากโรงพยาบาล เอกชนร่วมมากขึ้น โดยเทศบาล จัดสรรวัคซีนให้ตามผลงาน เป้าหมายที่กำหนดและคาดว่าจะทำได้ อันจะนำไปสู่ระบบการจัดซื้อบริการ ให้แก่นักเรียนในอนาคต เมื่อรับบทบาทภาระหน้าที่และงบประมาณที่เพิ่มขึ้นชัดเจน

สรุป โรงพยาบาลหาดใหญ่ได้เปลี่ยนบทบาทมาสนับสนุนเทศบาลนครหาดใหญ่ในการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น และยังจัดบริการที่เทศบาลอาจจะยังไม่มีความพร้อม ให้กลุ่มงานเวชกรรมสังคมเป็นศูนย์กลางของเครือข่ายระบบบริการปฐมภูมิ ขณะที่เทศบาลนครหาดใหญ่ได้เพิ่มบทบาทการวางแผนการจัดการบริการสุขภาพ

5. การบริหารจัดการด้านการเงินเพื่อการจัดบริการที่ คลินิกนอกเวลา

ในขณะที่เขียนรายงานนี้ มิถุนายน 2543 กรอบใหญ่ของการบริหารจัดการด้านการเงินเพื่อการจัดบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลซึ่งยังไม่ใช้รูปแบบการกระจายอำนาจที่แท้จริง เพราะงบประมาณหลักอยู่ที่การจัดสรรผ่านกองทุนบัตรสุขภาพและกองทุนบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 1 แสดงสัดส่วน ร้อยละของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกนอกเวลาราชการ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครหาดใหญ่ เครือข่ายประกันสังคม รพ.หาดใหญ่ (หน่วย: ร้อยละ)

พศ.	จ่ายเงินสด	กลุ่มสวัสดิการประชาชนฯ	ประกันสังคม	บัตรสุขภาพ
2539	56	20	9	15
2540	43	20	18	19
2541	42	17	17	25
2542	38	36	15	11

ที่มา กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครหาดใหญ่

5.1 การจัดการด้านงบประมาณ รายจ่าย ค่าตอบแทน และค่าเวชภัณฑ์ เพื่อบริการ

เทศบาลนครหาดใหญ่ ได้จัดสรรงบประมาณ เพื่อให้เป็นค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานดังนี้

1. แพทย์ จาก รพ.หาดใหญ่ที่มาให้บริการที่คลินิกนอกเวลาราชการ ตามระเบียบเหมาจ่ายศูนย์บริการละ 10,000 บาท ในเดือนที่มีวันให้บริการถึง 30 วัน
2. พยาบาล และลูกจ้าง ของเทศบาลนครหาดใหญ่

พยาบาลวิชาชีพ คนละ 200 บาท ต่อผลัดเวร 4 ชั่วโมง จำนวน 1 คน

พยาบาลเทคนิค คนละ 160 บาทต่อผลัดเวร 4 ชั่วโมง จำนวน 1 คน

ลูกจ้าง คนละ 100 บาท ต่อผลัดเวร 4 ชั่วโมง จำนวน 2 คน เท่ากับ 200 บาท ต่อวัน

ด้านค่าตอบแทนพยาบาลและลูกจ้าง จะมีบางศูนย์ที่มีบริการพิเศษกว่าศูนย์อื่นๆ เช่นการทำแผล ในช่วงเวลาเช้า วันเสาร์ อาทิตย์ ก็จะมีจำนวนพยาบาลและลูกจ้าง เพิ่มขึ้นกว่าศูนย์อื่นๆ สำหรับปีงบประมาณ 2542 เป็นต้นมาซึ่งได้เปิดให้บริการทั้งหมด 5 ศูนย์บริการ เฉพาะศูนย์บริการสาธารณสุขโรงเรียนเทศบาล 2 ที่มีผู้มารับบริการมากกว่าศูนย์อื่นๆได้เพิ่มลูกจ้างจาก 2 คน เป็น 3 คนต่อวัน

ปัจจุบันรายจ่ายค่าตอบแทนต่อเดือนที่ เทศบาลนครหาดใหญ่จัดตั้งงบประมาณไว้ เพื่อให้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ประมาณเดือนละ 30,000บาท ต่อศูนย์ฯ รวม 5 ศูนย์บริการ ค่าใช้จ่ายปีละ ประมาณ 1.5 ล้านบาท

การจัดให้บริการรักษาปฐมภูมิที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ยังคงเป็นรูปแบบของ **ขายบริการรักษาพยาบาล โดยเทศบาลนครหาดใหญ่** ให้กับกองทุนประกันสุขภาพแบบต่างๆ โดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้แสดงบทบาทเป็นผู้ซื้อบริการและศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเป็นผู้ให้บริการ มีข้อตกลงดังนี้

1. ผู้ป่วยประกันสังคมเครือข่ายโรงพยาบาลหาดใหญ่ คำนวณค่าบริการทางการแพทย์แก่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลหาดใหญ่ ตามค่าใช้จ่ายจริงและเพิ่มอีกร้อยละ 15 เพื่อจูงใจให้บริการ
2. ผู้ป่วยประกันสุขภาพและผู้มีบัตร สปร. คำนวณค่าบริการทางการแพทย์แก่ศูนย์บริการสาธารณสุขตามจำนวนครั้ง ครั้งละ 70 บาทกรณีที่ไม่ใช่แพทย์เป็นผู้ให้บริการ และ ครั้งละ 100 บาทกรณีที่เป็นแพทย์เป็นผู้ให้บริการ

อีกส่วนหนึ่งโรงพยาบาลหาดใหญ่เสมือนแม่ข่าย จัดสรรจ่ายเงินกองทุนประกันสังคมเป็นค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานของระบบบริการคลินิกนอกเวลาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ให้ 2 ส่วน คือ

1. ส่วนของค่าตอบแทนแก่แพทย์ตามปริมาณงานหรือจำนวนผู้ป่วย และ
2. ส่วนของค่าตอบแทนบริหารจัดการ เหมาจ่ายต่อวัน วันละ 300 บาท แก่เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ (ยกเว้นแพทย์) ต่อ 1 ศูนย์บริการ

ในด้านของเทศบาลที่นอกจากก็เป็นฝ่ายรับผิดชอบตั้งงบประมาณ เป็นค่าเวชภัณฑ์และค่าตอบแทนพยาบาลและลูกจ้างที่ปฏิบัติงานคลินิกนอกเวลาของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ตลอดจนจัดงบประมาณปรับปรุงศูนย์บริการ และจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ครุภัณฑ์สำนักงาน นอกจากนี้ศูนย์บริการสาธารณสุข

ตารางที่2 การจัดการเงินค่าตอบแทนและวัสดุ โดยเทศบาลนครหาดใหญ่ และ รพ.เพื่อ ให้บริการ

	เทศบาลนครหาดใหญ่	รพ.หาดใหญ่
ที่มาของเงิน	จากเงินรายได้ของเทศบาล	กองทุนประกันสังคมของ รพ.
ค่าตอบแทนแพทย์	เหมาจ่าย 10,000 บาทต่อศูนย์ฯ ต่อเดือน	ตามจำนวนผู้รับบริการ 30 บาท ต่อราย
ค่าตอบแทนพยาบาลและลูกจ้าง	350 บาท ต่อ เวรสำหรับพยาบาล 2-300 บาท ต่อเวรสำหรับลูกจ้าง	300 บาท เหมาจ่ายรวมแก่ พยาบาลและลูกจ้าง
ค่ายาและเวชภัณฑ์	ให้เป็นภาระของเทศบาลและเบิกคืน จากกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ	จ่ายคืนให้เทศบาลตามข้อตกลง

5.2 การจัดการรายรับรายได้ ที่เกิดจากการให้บริการของศูนย์บริการฯ เทศบาลนครหาดใหญ่

กรณีที่ได้รับค่าบริการ จากผู้มารับบริการเองโดยตรง ศูนย์บริการต่างๆจะออกไปเก็บเงินของเทศบาลนครหาดใหญ่ และมีระบบบริหารจัดการรวมเงินรายได้ของศูนย์บริการสาธารณสุขทุกศูนย์ฯที่ให้นำมาส่งยัง "เงินทุนหมุนเวียนค่ารักษาพยาบาลและเวชภัณฑ์" ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยเงินทุนหมุนเวียนค่ารักษาพยาบาลและเวชภัณฑ์ พ.ศ. 2530 สำหรับเทศบาลนครหาดใหญ่ หน่วยงานผู้ดูแล จัดทำบัญชีรายจ่ายเงินทุนหมุนเวียนฯ นี้คือ งานเภสัชกรรม กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม แต่หากเป็นเทศบาลอื่นๆ กองคลังจะเป็นผู้ดูแลบัญชีและการเบิกจ่าย

ส่วนการจัดสรรคืนทุนค่าเวชภัณฑ์ต่างๆ เมื่อให้บริการผู้ป่วยประกันสุขภาพกลุ่มต่างๆ เงินรับก็รวมเข้าในบัญชี เงินทุนหมุนเวียนค่ารักษาพยาบาลและเวชภัณฑ์

ทั้งความจำกัดในตัวระเบียบและความจำกัดของเจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม ที่มีจำนวนน้อยกว่างานที่รับผิดชอบ เงินทุนหมุนเวียนส่วนใหญ่จึงเป็นรายรับเข้ามาแต่ไม่สะดวกกับการเบิกจ่ายค่าตอบแทนและจัดซื้อจัดจ้าง หลาย ๆ เหตุผล จึงทำให้เงินทุนหมุนเวียนฯ มีสะสมจำนวนมากถึง 20 ล้าน (ข้อมูลจากหัวหน้างานเภสัชกรรม) ในขณะนี้มีการวางแผนบริหารเงินทุนหมุนเวียนไว้ว่า งานเภสัชกรรม จะขอตั้งงบประมาณประจำปีเพื่อจัดซื้อเวชภัณฑ์และยาลดลง แต่จัดซื้อจากเงินทุนหมุนเวียนฯ ให้มากขึ้นเนื่องจากระบบพัสดุ เวชภัณฑ์และยา มีบันทึกการควบคุมระบบด้วยเภสัชกรและทีมงานอยู่แล้ว ภาระงานจึงพอจะรับได้ เท่าที่เป็นอยู่ กองคลัง เทศบาลนครหาดใหญ่ ไม่ยอมรับภาระการดูแลทำบัญชี และการเบิกจ่ายตรงนี้ ขณะที่งานเภสัชกรรม ของกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม รับภาระงาน แต่ไม่มีเจ้าหน้าที่การเงินและเจ้าหน้าที่พัสดุโดยตรง ต้องจัดลูกจ้างมาปฏิบัติงานแก้ปัญหาที่มีภาระปริมาณเพิ่มขึ้น

6. ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไขปัญหา ของการจัดบริการ

มุมมองของผู้วิจัยคิดว่า ขณะนี้การจัดบริการอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการบริการรักษาพยาบาล เนื่องจากการตกลงแบ่งบทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน ไม่เป็นข้อตกลงอย่างเป็นทางการ แต่เป็นไปตามความคิดความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานทั้ง 2 ฝ่ายว่า น่าจะเป็นน่าจะทำเช่นใด ในอดีตที่ผ่านมา มีแนวโน้มว่าไม่ชัดเจนว่าใครมีบทบาทหลักเรื่องใด จากรัฐธรรมนูญใหม่ของประเทศไทยกำหนดเรื่องการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ทำให้กลุ่มงานเวชกรรมสังคม มองอนาคตบทบาทของตนเองได้แจ่มชัด เข้าใจและมีทิศทางการทำงานที่ต้องช่วยกันค้นหาและถ่ายทอด รูปแบบการทำงานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถเรียนรู้ เพิ่มศักยภาพ มีบทบาทรับผิดชอบมากขึ้น กลุ่มงานเวชกรรมสังคมจะเป็นที่ปรึกษาทางวิชาการและร่วมสนับสนุนงานต่างๆ มากกว่าที่กลุ่มงานเวชกรรมสังคมจะเป็นเจ้าของโครงการเอง เป็น เจ้าของงบประมาณทั้งหมดเองจริง ๆ

ปัญหาด้านกำลังคน ที่น่าเป็นห่วงคืองานควบคุมป้องกันโรค ของกองสาธารณสุขฯ หัวหน้างานใกล้เกษียณอายุในปลายปีพ.ศ. 2544 อาจมีปัญหาเนื่องจากหัวหน้างานควบคุมป้องกันโรค มีประสบการณ์สูงทำงานด้านนี้มานานและมีความรับผิดชอบสูงเป็นที่ยอมรับของเพื่อนร่วมงาน ในระยะอันใกล้นี้งานควบคุมโรคของกองสาธารณสุขฯ อาจพัฒนากำลังคนใหม่ ๆ มารับงานไม่ทัน ขณะที่อัตรากำลังเดิมนั้นน้อยสำหรับเมืองใหญ่

ปัญหาด้านการบริหารเงิน ที่น่าจะเป็นปัญหามากคือ การสนับสนุนคลินิกนอกเวลาของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งค่าตอบแทนแพทย์ จากเงินกองทุนประกันสังคมโรงพยาบาลหาดใหญ่ เนื่องจากข้อตกลงเดิมต้องการจูงใจให้แพทย์บริการอย่างไม่เกี่ยงงอนต่อผู้ป่วยและเป็นไปตามระเบียบให้จ่ายตามรายจำนวนของผู้ป่วย ซึ่งในขณะนี้เริ่มประสบปัญหาจำนวนผู้ป่วยมาก บางศูนย์บริการในแหล่งชุมชน มีผู้มาขอรับบริการมากเกือบ 2000 รายต่อ 30 วันบริการ ประมาณ 60-70 ราย ต่อระยะเวลาให้บริการประมาณ 1 คาบ 3 ชั่วโมง

ทำให้ทีมที่ดูแลระบบเงินกองทุนประกันสังคมโรงพยาบาลหาดใหญ่ รู้สึกเป็นภาระด้านการสนับสนุนค่าตอบแทน (ดูภาคผนวก 1) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงกำหนดนโยบายว่า จะไม่เพิ่มคลินิกนอกเวลา ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข มากกว่าจำนวน 5 ศูนย์ที่มีอยู่ ขณะที่นายกเทศมนตรีนครหาดใหญ่ ต้องการและยินดีเตรียมงบประมาณ สำหรับปรับปรุงศูนย์บริการเพื่อรองรับการเปิดคลินิกนอกเวลาเพิ่มเติมอีก 2 ศูนย์ไว้แล้ว

นอกจากนี้เทศบาลนครหาดใหญ่ ก็ยังไม่มียุทธศาสตร์เรื่องการนำเงินกองทุนหมุนเวียนฯ มาใช้ตอบแทนผู้ปฏิบัติงาน และจากการสัมภาษณ์นายกเทศมนตรีนครหาดใหญ่ถึงความคิดเห็นเกี่ยวกับการเก็บร่วมจ่ายค่าใช้บริการ (co-payment) ของผู้รับบริการ คุณณรงค์ สุวรรณวงศ์ นายกเทศมนตรี ตอบว่า " ทางเทศบาลนครหาดใหญ่ไม่ขัดข้อง หากเป็นแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขให้ดำเนินการ แต่เทศบาลนครหาดใหญ่ไม่อาจเป็นฝ่ายกำหนดนโยบายตรงนี้" ดังนั้นหากมีการเพิ่มของผู้รับบริการ โดยที่ผู้จ่ายเงินเพิ่มหรือผู้ซื้อบริการหลักยังคงเป็น กองทุนประกันสังคมโรงพยาบาลหาดใหญ่ ก็เชื่อได้ว่า ยากที่จะขยายศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครหาดใหญ่ คลินิกนอกเวลาเพิ่มมากกว่า 5 ศูนย์ที่มีอยู่ในปัจจุบัน

มีความพยายามจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมที่จะจัดสรรค่าตอบแทนแพทย์ที่คลินิกนอกเวลาของศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลหาดใหญ่ ตามกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการ เช่น กลุ่มสวัสดิการข้าราชการและครอบครัว เทศบาลหาดใหญ่เก็บค่าตอบแทนจากผู้รับบริการแล้วจ่ายให้แพทย์ กลุ่มผู้ซื้อบัตรสุขภาพและผู้ถือบัตร สปร. ให้เบิกค่าตอบแทนแพทย์จากกองทุนบัตรสุขภาพ กองทุนบัตรสปร. อำเภอหาดใหญ่ แต่ยังมีอุปสรรคเรื่องระบบเอกสารเบิกค่าตอบแทนที่ยุ่งยากเพิ่มมากขึ้น จึงไม่ได้ดำเนินการ

ขณะนี้เริ่มเห็นปัญหาของการที่มีการจำกัดสิทธิของผู้รับบริการต่างพื้นที่ ต้องชำระค่าบริการตามที่จ่ายจริง ตัวอย่างเช่น ผู้มีบัตร สปร.จากเทศบาลตำบลบ้านพรุ หากมาใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลหาดใหญ่ ต้องชำระค่ารักษาพยาบาลและค่ายา เพราะทางศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลหาดใหญ่ มองว่า ทางเทศบาลหาดใหญ่จะต้องอุดหนุนค่าใช้จ่าย จากส่วนขาดที่ไม่อาจเบิกคืนได้เต็มจากกองทุนบัตร สปร.ของอำเภอหาดใหญ่ จึงไม่ได้ให้สิทธิฟรีกับผู้ป่วยต่างเขตพื้นที่ จากองค์กรปกครองท้องถิ่นอื่น ประเด็นตรงนี้ ยังไม่ได้ตกลงแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนนัก ขึ้นกับกรณีและดุลยพินิจของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

โดยรวม ขณะนี้มีความตึงตัวของระบบเงินจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ ที่คลินิกนอกเวลาของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ที่จ่ายจากเงินกองทุนประกันสังคม รพ.หาดใหญ่ ที่พบว่ามีแนวโน้มของผู้มารับบริการเพิ่มขึ้นทุกส่วนและต้องจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นตาม แต่โดยรวมทั้ง 2 ฝ่ายที่เกี่ยวข้องอยู่ในช่วงของการรอ ทิศทางการถ่ายโอนบุคลากรและบทบาทภาระหน้าที่สู่องค์กรปกครองท้องถิ่น ก่อนที่จะคิดวางแผนปรับเปลี่ยนบทบาทที่ชัดเจนอีกครั้ง

ปัญหาความต้องการให้เพิ่มศูนย์บริการที่ให้บริการนอกเวลาราชการ โดยผู้นำเทศบาลนครหาดใหญ่พร้อมที่เพิ่มงบประมาณให้ แต่การบริหารจัดการที่เป็นเครือข่ายพันธมิตรกับ กองทุนประกันสังคมรพ.หาดใหญ่ เพราะปัญหาค่าใช้จ่ายที่จะเพิ่มขึ้นกับทาง รพ.หาดใหญ่ด้วย จึงทำให้ไม่ได้เปิดบริการเพิ่มขึ้น

7. แนวทางหรือแผนงานโครงการในอนาคตของการจัดบริการ

โดยข้อเท็จจริงในขณะนี้(กรกฎาคม 2543) เป็นระยะของการจัดเตรียมเรื่องการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นรวมทั้งการถ่ายโอนบุคลากร จึงไม่ได้กำหนดแผนงานอนาคตที่ชัดเจนอย่างจริงจัง

ทางด้านของเทศบาลนครหาดใหญ่ โดยตัวนายกเทศมนตรีเอง มีแนวนโยบายที่ต้องการเพิ่มความครอบคลุมของบริการ แต่ขาดแพทย์มาสนับสนุน เช่น ต้องการให้มีแพทย์ประจำให้บริการในเวลาราชการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขมากขึ้น

“อยากขอให้ทางรพ.หาดใหญ่ สนับสนุนแพทย์มาช่วยให้บริการที่ศูนย์ฯ ในตอนบ่ายทุกวัน วันละ 2 ชั่วโมง ในศูนย์ฯที่ยังไม่มีแพทย์ประจำ “ นายกเทศมนตรีได้เคยร้องขอไว้ จากที่เห็นว่ารพ.หาดใหญ่ สามารถจัดสนับสนุนแพทย์ตรวจให้บริการนอกเวลาราชการที่ศูนย์ฯ มาแล้ว

การที่ให้โรงพยาบาลหาดใหญ่สนับสนุนแต่ไม่ชัดเจนเรื่องค่าตอบแทนและการจัดการ แพทย์จากโรงพยาบาลหาดใหญ่เองก็ไม่ได้มีผู้เสนอตัวกระตือรือร้นที่ชัดเจนจะไปให้บริการ เข้าใจว่าอาจจะต้องการตกลงที่ชัดเจนของผู้บริหารทั้ง 2 ฝ่าย เมื่อเริ่มต้นปีงบประมาณ 2544 หลังจากมีทิศทางเรื่องถ่ายโอนภารกิจ งบประมาณและบุคลากรสู่ท้องถิ่นที่ชัดเจนแล้ว

ทางด้านกลุ่มงานเวชกรรมสังคมและคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว ได้ตั้งเป้าหมายเน้นด้านการเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาเครือข่ายศูนย์บริการระดับปฐมภูมิ (primary care network development) และการพัฒนากำลังคนให้กับศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลในอนาคต

สิ่งที่ยังเป็นคำถามน่าสนใจว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะดูแลบริการสาธารณสุขและอนามัย ด้วยภาระงบประมาณและการกำกับตรวจสอบอย่างไร หากจะต้องจัดให้มีบริการสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเทศบาล จะเป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพหรือผู้ขายบริการสุขภาพ หรือเป็นทั้ง 2 บทบาทในตัวเอง ในปัจจุบันการให้บริการของเทศบาลนครหาดใหญ่มีบทบาทเสมือนเป็นผู้ขายบริการสุขภาพให้แก่กองทุนประกันสุขภาพ กองทุนสปร และ กองทุนประกันสังคม

ล่าสุดเริ่มมีการตกลงร่วมกันอย่างไม่เป็นทางการจากแพทย์แกนนำทั้งสองฝ่ายในการประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์ในด้านการตรงต่อเวลาและความรับผิดชอบ เดิมทางรพ.หาดใหญ่ โดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ต้องรับผิดชอบการบริหารจัดการเกี่ยวกับแพทย์ ต่อมาพบว่าแพทย์ไปสายหรือขาดการปฏิบัติงาน ศูนย์บริการฯ และเทศบาลนครหาดใหญ่โดนประชาชนตำหนิ ทำให้ทางเทศบาลพยายามวางแผนงบประมาณ เพื่อจ่ายค่าตอบแทนแพทย์เอง เพื่อเพิ่มอำนาจต่อรอง มีบทบาทจัดการได้เต็มที่มากขึ้น

สรุป เทศบาลนครหาดใหญ่มีแผนงานที่จะขยายบริการสุขภาพที่ศูนย์บริการฯ ให้มีแพทย์ประจำในเวลาราชการ กระจายตามศูนย์ต่างๆมากขึ้น และ พยายามจัดการเรื่องคุณภาพของการให้บริการนอกเวลาราชการ ที่ศูนย์บริการฯ

8. ปัจจัยภายในและภายนอกของความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการจัดบริการร่วมกัน

การจัดบริการร่วมกันรูปแบบที่ใช้ทรัพยากรมากคือ การบริการรักษาพยาบาลคลินิกนอกเวลา ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล อาจมองวิเคราะห์ได้หลายรูปแบบ เช่น การมีผู้บริการมาก ชั่วโมงละ 20 คน ถือเป็นความสำเร็จหรือความล้มเหลว ขึ้นอยู่กับผู้มองเป็นใคร เป็นผู้บริหารโครงการ ผู้ให้บริการ ในโครงการหรือสายตาผู้ได้รับบริการหรือนักวิเคราะห์นโยบาย

หากวิเคราะห์ด้วย หลักการของประสิทธิภาพ ความเสมอภาค ความมีคุณภาพ ค่าใช้จ่ายของระบบโดยรวม ดูเหมือนไม่ลดลง เช่น จำนวนผู้มารับบริการทุกสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น แม้แต่จำนวนผู้รับบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลหาดใหญ่ จากทั้งหมด 400,000 กว่ารายในปี พ.ศ. 2540 เป็น 550,000 รายในปี พ.ศ. 2542 และการขาดกระบวนการร่วมจ่ายเมื่อมารับบริการ การมีโอกาสไม่จำกัดของแพทย์ ในการรับค่าตอบแทนตามปริมาณงาน ล้วนส่งเสริมให้มีผู้มารับบริการมากจนนำไปสู่ความด้อยคุณภาพของบริการในบางศูนย์

โดยรวมแล้วกล่าวได้ว่า การจัดบริการร่วมกันของเทศบาลนครหาดใหญ่กับโรงพยาบาลหาดใหญ่ ได้รับความสำเร็จจากปัจจัยสำคัญ คือ

1. ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติ เห็นพ้องกันถึง คุณค่าของโครงการ ในแง่มุมด้านที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้บริหารได้รับการยอมรับจากรูปแบบของโครงการ ผู้ปฏิบัติได้รับค่าตอบแทนเพิ่มจากการปฏิบัติงาน ผู้บริหารโรงพยาบาลหาดใหญ่ตัดสินใจกำหนดว่า ผู้ให้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลหาดใหญ่ ยังคงมีสิทธิได้รับค่าตอบแทนแพทย์ไม่เปิดคลินิกส่วนตัวเดือนละ 10,000 บาท ทำให้แพทย์สนใจสมัครเข้าร่วมโครงการ

2. ยุทธศาสตร์ของการจัดทีมแพทย์อยู่ประจำศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งละ 3-4 คน ทำให้มีความมุ่งมั่นที่จะพยายามรักษาและพัฒนาคุณภาพ ให้ผู้มารับบริการพอใจ เพื่อตัวเองและทีมงานได้รับความนิยมนิยมชอบ

กรณี การจัดบริการสาธารณสุขระดับท้องถิ่น ระหว่าง เทศบาลตำบลบ้านพรุ และ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่

ก. จุดเริ่มต้นของการจัดบริการสาธารณสุขร่วมกัน

ทางเทศบาลตำบลบ้านพรุ ต้องการจัดบริการตอบสนองประชาชนในท้องถิ่น แต่ขาดแคลนแพทย์และพยาบาล ส่วนทางกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ต้องการให้บริการพื้นฐานใกล้บ้านประชาชนและคิดว่าจะเป็นรูปแบบตัวอย่างการถ่ายโอนบทบาทภาระหน้าที่ให้กับองค์กรปกครองท้องถิ่นขนาดเล็ก หลังจากที่มีประสบการณ์ทำงานร่วมกับเทศบาลนครหาดใหญ่

จึงร่วมกันจัดบริการคลินิกนอกเวลา ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลบ้านพรุ นอกเวลาราชการ แต่เป็นวันราชการเท่านั้น ประมาณ 18-22 คาบต่อเดือน

ข. พัฒนาการของรูปแบบโครงการ

เริ่มต้นทำความเข้าใจในโครงการร่วมกันทั้ง 2 ฝ่าย ในกลางปี พ.ศ.2542 และให้บริการจริงเดือนกันยายน 2542 ระยะแรกเริ่ม กำหนดตกลงให้มี พยาบาลวิชาชีพจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม ไปช่วยบริการวันละ 2 คน ในระยะแรกรวมทั้งเป็นการพัฒนา ถ่ายทอดประสบการณ์แก่เจ้าหน้าที่ของเทศบาลตำบลบ้านพรุ และจะหยุดการไปช่วย หลังจากเปิดบริการ 1 ปี โดยเทศบาลตำบลบ้านพรุ จัดทีมพยาบาลและลูกจ้างปฏิบัติงาน ให้บริการและบริหารจัดการเองทั้งหมด ส่วนแพทย์ที่ไปให้บริการทางกลุ่มงานเวชกรรมสังคม จะบริหารจัดการให้ไปคาบละ 2.5 ชั่วโมง มีแพทย์บริการวันละ 1 คน จากทั้งทีมแพทย์ 3 คน

ค. รูปแบบการจัดองค์กร การประสานงาน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

ประสานงานเป็นทางการโดยทั้งนายกเทศมนตรีตำบลบ้านพรุและหัวหน้าศูนย์บริการฯ กับทีมงานจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมอย่างเป็นทางการ โดยการนัดพบเพื่อตกลงแนวทางการให้บริการและการจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการ

ง. การปรับเปลี่ยนบทบาทและแบ่งบทบาทการจัดบริการ

ในการดำเนินงานระยะแรก พยาบาลจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคม จะรับผิดชอบเรื่องบริหารเวชภัณฑ์และการเงิน การออกใบเสร็จของรพ.หาดใหญ่ การเบิกค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงาน

จากปีงบประมาณ 2544 เป็นต้นไป ทีมของเทศบาลตำบลบ้านพรุ จะรับบริหารเวชภัณฑ์และการเงิน การออกใบเสร็จเอง

จ.การบริหารจัดการด้านการเงินเพื่อจัดบริการ

ด้านค่าตอบแทนแพทย์และพยาบาลจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมและค่าบริหารจัดการ เบิกจากเงินกองทุนประกันสังคม ผ่านอนุมัติหลักการโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ใช้หลักการเดียวกับกรณีของเทศบาลนครหาดใหญ่

ค่าตอบแทนพยาบาล ลูกจ้าง ของเทศบาลตำบลบ้านพรุ เบิกจากงบประมาณของเทศบาลตำบลบ้านพรุ ที่ตั้งประมาณการขอไว้ตามแผนปฏิบัติงานประจำปี

ฉ.ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไขปัญหาของการจัดบริการ

จำนวนเจ้าหน้าที่ที่มาหมุนเวียนอยู่เวรของเทศบาลตำบลบ้านพรุมีน้อย ทำให้ต้องหมุนเวียนบ่อย เหนื่อยล้า ส่วนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ก็เดินทางไกลเพื่อไปปฏิบัติงานแต่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นบ้าง หากมีผู้มารับบริการมากขึ้นๆ และเลิกปฏิบัติงานช้ากว่ากำหนดหลายๆ ครั้ง ก็ทำให้ลดขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงาน

การบริหารเวชภัณฑ์และยา พบว่ามีปัญหาการให้บริการโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจาก รพ.หาดใหญ่ที่บ่อยครั้ง ต้องการมีรายการยาใช้ที่หลากหลายรายการกว่าที่มี แต่ทีมที่ดูแลบริหารเวชภัณฑ์ยา ไม่อาจตอบสนองความต้องการ ทีมแพทย์ที่มาให้บริการเองก็มีทัศนคติเรื่องการเลือกจ่ายยา ก็ไม่เป็นทิศทางเดียวกัน ทำให้การจัดการยุ่งยากมากขึ้น

ช.แนวทางหรือแผนงาน โครงการในอนาคต

ตามที่ได้กล่าวถึงในหัวข้อ ง. และ จ. หลังจากเดือนมกราคม 2544 ทางเทศบาลตำบลบ้านพรุ จะจัดงบประมาณเวชภัณฑ์และยาและเสมียนเป็นผู้ขายบริการให้และเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนประกันสุขภาพแบบต่าง ๆ ตามข้อตกลง เงินรายได้ส่วนนี้เข้าเงินกองทุนหมุนเวียนค่ารักษาพยาบาลและเวชภัณฑ์เทศบาลตำบลบ้านพรุ

ซ.ปัจจัยของความสำเร็จ ความล้มเหลวของการจัดบริการร่วมกัน

แม้จะมีผู้มารับบริการเพิ่มขึ้น แต่ผู้ให้บริการล้นรู้สึกร่วมกันว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองค่อนข้างน้อยกว่าที่ควรจะเป็น และพึ่งพาระบบบริการมาก ป้องกันสุขภาพตนเองน้อย

ในแง่ของผู้ปฏิบัติงานเอง ค่อนข้างสนใจกับการได้รับค่าตอบแทนเหมาะสมกับปริมาณที่ให้บริการ และการได้รับความสนใจตอบสนองช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวจากผู้บริหาร

ระยะเวลาการร่วมงานกันระยะ 9 เดือน อาจจะประเมินผลและปัจจัยต่าง ๆ ได้ไม่ชัดเจนนัก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการร่วมจัดบริการสุขภาพ ระหว่างเทศบาลนครหาดใหญ่ กับ เทศบาลตำบลบ้านพรุ (ในการดำเนินงานถึง กลางปี 2543)

ประเด็น	เทศบาลนครหาดใหญ่	เทศบาลตำบลบ้านพรุ
ขนาดประชากร รายได้ ความพร้อม	สูงมาก	กลาง
การมีแพทย์อยู่ประจำในเวลาราชการ	2 คน	ไม่มี
ตั้งงบค่าตอบแทนแพทย์ นอกเวลาเหมาะสม		
ต่อ เดือน จากเงินรายได้ท้องถิ่น	1 หมื่นบาทต่อศูนย์	5 พันบาท ต่อศูนย์
ตั้งงบประมาณตอบแทน จนท.อื่นๆ จากเงินรายได้ท้องถิ่น	ใช่	ใช่
ผู้ให้บริการ รับค่าตอบแทนการบริหาร บริการ		
จาก รพ.หาดใหญ่ (กองทุนประกันสังคม)	ใช่	ใช่
มีเภสัชกร บริหารเวชภัณฑ์	มี	ไม่มี
บริหารเวชภัณฑ์โดยบุคลากรของเทศบาลเอง	ทั้งหมด	รพ.หาดใหญ่ ร่วมด้วย
มีบริการทันตกรรม	มีทันตแพทย์และทีม	ไม่มี
ตั้งบซื้อวัคซีนป้องกันโรค เพิ่มเติมเอง	มีทั้งแบบเก็บ และไม่เก็บค่าบริการ	ไม่มี
ตั้งบ วรรณคดีสุขภาพในชุมชน	มีหลากหลาย	น้อย
มีจัดสนามกีฬาและสวนสาธารณะเอง	มี	ไม่มี
ร่วมบริการสุขภาพเชิงรุกกับภาคเอกชน	มีบ่อย	น้อย ทำได้ยาก

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การกระจายอำนาจและถ่ายโอนภารกิจบริการสาธารณะต่างๆจากหน่วยงานของรัฐ สู่ท้องถิ่น สิ่งที่ต้องพิจารณาอีกประการหนึ่งคือ การมีส่วนร่วมในการพิจารณาแผน มีตัวอย่างจากสัมมนาภาคีสุขภาพ 8 จังหวัดอีสานตอนล่างแล้วบ้าง

1 จัดสรรงบประมาณให้ท้องถิ่นรับ ภาระ บทบาท อะไร และใช้วิธีการกำกับอย่างไร หากท้องถิ่นรับงบประมาณไปแล้ว แต่ไม่อาจดำเนินการ หรือดำเนินการไม่บรรลุผลที่คาดหวังไว้ จะเป็นความรับผิดชอบของฝ่ายใด และ จะแก้ไขปัญหาต่อไปอย่างไร

2 องค์การปกครองท้องถิ่นควรที่จะแสดงบทบาท นำเงินงบประมาณไปซื้อบริการต่อ จากผู้ให้บริการที่หลากหลายในชุมชน ได้หรือไม่และอย่างไรจึงเหมาะสม หรือจะเป็นผู้ให้บริการสุขภาพเอง ซึ่งก็อาจมีจุดอ่อนได้อีก ในเรื่องของประสิทธิผล และประสิทธิภาพ

3 จะประสานเรื่อง ประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เสมอภาคกัน กับ การจัดบริการสุขภาพโดยท้องถิ่นได้อย่างไร โดยที่อาจจะมียงบประมาณจำกัด

ข้อเสนอต่อ การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นด้านการสาธารณสุข อhamย สุขภาพ

1. การเปลี่ยนผ่านระบบบริการสาธารณสุขของประเทศให้ คณะกรรมการสุขภาพระดับเขต หรือระดับภูมิภาค (Area health Broad) เป็นผู้วางแผนซื้อบริการ บริหารจากงบประมาณด้านสุขภาพในสัดส่วนที่สูงกว่า ขณะเดียวกันมีงบประมาณส่วนหนึ่งให้ท้องถิ่น ในรูปแบบของกองทุนสุขภาพชุมชน ให้ท้องถิ่นวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ รักษาโรค ฟื้นฟูสุขภาพ โดยชุมชน หรือ ประชาคมในท้องถิ่นเอง ร่วมรับรู้วิธีการเช่นนี้ท้องถิ่นจะได้ค่อยๆเรียนรู้ มีประสบการณ์ การใช้ทรัพยากรของสังคมเพื่อสุขภาพที่ดีที่คุ้มค่า น่าจะเป็นแนวทางที่เหมาะสม

หากท้องถิ่นทำได้ดียิ่งค่อยๆเพิ่มงบประมาณส่วนนี้ให้ท้องถิ่นที่มีศักยภาพ หรือรูปแบบที่ดี เป็นการขยายผลต่อไป โดยควรมียุทธศาสตร์สำคัญคือ การพึ่งพาของ ตนเอง ชุมชนและเครือข่าย และ การสร้างสุขภาพ ไม่ใช่ การรักษาโรค และ คุ้มครองการเจ็บป่วยหรือประกันสุขภาพ ซึ่งได้ประโยชน์ส่วนบุคคลและใช้ทรัพยากรสังคมสูง ตัวอย่างความคิดคือ หากชุมชนใดบริโภคสุรา ยาสูบ สูง ก็ควรได้รับจัดสรรกองทุนสุขภาพต่ำกว่า แต่ผู้นำของท้องถิ่นก็ต้องหารูปแบบบรรทัดด้วยโครงการวัฒนธรรมชุมชน ด้วยงบประมาณของท้องถิ่นเอง เพื่อแข่งขันการมีความดีงามทางสุขภาพ กับชุมชนอื่นๆได้

2. นักวิชาการด้านสาธารณสุข และประชาคมสุขภาพ ต้องช่วยกันค้นคิด ทดลอง เผยแพร่ รูปแบบที่หลากหลายของกองทุนสุขภาพชุมชนที่มีความเหมาะสมและยั่งยืนได้

3. ควรผ่านระยะการเรียนรู้สำคัญ ในช่วง แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 9 คือ 4 -5 ปีข้างหน้า จึงค่อยกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นมากขึ้น จนเต็มรูปแบบที่เหมาะสม

4 ควรมีระบบร่วมจ่ายที่เหมาะสมเมื่อใช้บริการ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพ รักษาตนเองเบื้องต้น โดยค่านึงไว้ว่าทรัพยากรหรืองบประมาณมีจำกัด ทุกคนต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบสุขภาพตนเอง อาจจะครั้งละ 20-30 บาทสอดคล้องกับที่รพ.บ้านแพ้ว รพ.ในกำกับของรัฐแห่งแรกได้เสนอไว้

เอกสารอ้างอิง

ธีรชัย ชาญชัยชูจิต การพัฒนางานสาธารณสุขในเขตเมือง เทศบาลนครหาดใหญ่ เอกสารสำเนา
กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครหาดใหญ่ พฤษภาคม 2542

สำเริง แหยมกระโทก บรรณาธิการ ปฏิรูประบบสุขภาพของคนไทย หน่วยงานสาธารณสุขจะกระจาย
อำนาจสู่องค์กรท้องถิ่นอย่างไร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สิงหาคม 2543

เพชรน้อย สิงห์ช้างชัย บรรณาธิการ รายงานการประเมินผลกระบวนการดำเนินงานปฏิรูประบบบริการ
ปฐมภูมิ โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
พฤษภาคม 2543

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ งบประมาณในการดำเนินงานโรงพยาบาลในกำกับของรัฐแห่งแรกในประเทศไทย:
782 บาทต่อคน มาจากไหน ? วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข ปีที่3 ฉบับที่1 2543
หน้า 4 - 19

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 การจ่ายเงินอุดหนุนคลินิกเวลาศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครหาดใหญ่
จากเงินกองทุนประกันสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่

ปี พ.ศ.	ค่าบริหารจัดการ เหมาจ่ายวันละ 300.- ต่อเวร แก่ জনท.	ค่าตอบแทน แพทย์ รวมทุกศูนย์	จำนวน ผู้ป่วยรวม ทุกกลุ่ม	ค่ารักษาพยาบาล ผู้ป่วย ปกส. คลินิกนอกเวลา เทศบาลหาดใหญ่ (บาท)	จำนวนผู้ป่วย ประกันสังคม คลินิกนอกเวลา เทศบาลหาดใหญ่ (คน)
2539	204,400	427,500	4,924	36,193	413
2540	386,100	992,100	24,442	356,887	4,283
2541	435,000	1,182,810	45,539	575,666	7,643
2542	486,600	2,000,340	61,836	639,764	9,353

ที่มา รายงานผลการปฏิบัติงาน งานประกันสุขภาพและประกันสังคม รพ.หาดใหญ่
รายงานผลการดำเนินงานคลินิกนอกเวลาราชการ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
เทศบาลนครหาดใหญ่

กำหนดการเปิดบริการคลินิกนอกเวลา ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครหาดใหญ่

- 3 มกราคม 2539 ศูนย์บริการสาธารณสุขโรงเรียนเทศบาล 2
- 4 มีนาคม 2539 ศูนย์บริการสาธารณสุข(เทศบาล) 2
- 1 สิงหาคม 2539 ศูนย์บริการสาธารณสุขแฟลตการเคหะแห่งชาติ
- 1 ตุลาคม 2539 ศูนย์บริการสาธารณสุขโรงเรียนเทศบาล 4
- 9 มิถุนายน 2542 ศูนย์บริการสาธารณสุขโรงเรียนเทศบาล 3

ภาคผนวก 2 ผลการดำเนินงานร่วม กองสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลบ้านพรุ กับกลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.หาดใหญ่

ให้บริการรักษาพยาบาล นอกเวลาราชการ ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลบ้านพรุ ก.ย.2542- พ.ค.2543

ผลการดำเนินงานคลินิกประกันสังคมนอกเวลา รพ.หาดใหญ่ ร่วม ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลตำบลบ้านพรุ														
เดือน	ผู้ป่วยจ่ายเงิน		ผู้ป่วยประกันสังคม		ผู้ป่วยบัตรสุขภาพ		ผู้ป่วยบัตร สปร.		รวมผู้ป่วย		ค่าตอบแทน (บาท)			
	คน	บาท	คน	บาท	คน	บาท	คน	บาท	คน	บาท	แพทย์	เจ้าหน้าที่	ค่าบริหาร	รวม
ก.ย 42	94	7,084	20	1,586	72	7,568	160	13,672	346	39,910	12,750	12,800	6,000	31,550
ต.ค 42	110	12,136	36	3,700	57	6,046	171	16,017	374	37,899	13,080	12,800	6,000	31,880
พ.ย 42	160	12,610	40	3,733	77	8,835	272	25,661	549	50,839	17,340	14,080	6,600	38,020
ธ.ค 42	154	14,268	51	5,908	84	10,047	259	27,178	548	57,401	16,860	12,800	6,000	35,660
ม.ค 43	158	14,100	43	5,020	77	8,656	281	36,013	559	63,789	16,860	12,800	6,000	35,660
ก.พ 43	158	12,018	57	5,969	80	9,243	258	26,446	553	53,676	16,470	12,800	6,000	35,270
มี.ค 43	154	11,472	55	5,504	82	8,174	231	22,634	522	47,784	16,530	14,720	6,600	37,850
เม.ย 43	99	10,538	40	4,788	54	6,696	170	18,493	363	40,515	11,430	10,240	4,800	26,470
พ.ค 43	137	11,881	68	7,658	81	8,558	217	23,537	503	51,634	15,420	12,800	6,000	34,220
รวม	1,224	106,107	410	43,866	664	73,823	2,019	209,651	4,317	433,447	136,740	115,840	54,000	306,580
เฉลี่ย/เดือน	87 ราย		107 ราย		111 ราย		104 ราย		100 ราย		34,064 บาท			

ประเมินผลโครงการ วัคซีนในเด็กนักเรียนชั้นประถม 1 เขตเทศบาลหาดใหญ่ พ.ศ.2540-2543

นายแพทย์วีรพัฒน์ เจริญธรรมทรศน์ และคณะ

ภายใต้โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข พื้นที่ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

หลักการและเหตุผล

สืบเนื่องมาจาก cost-effective สูงของ Immunization และมีปัญหาเดิมของการจัดให้บริการฉีดวัคซีนแก่นักเรียนชั้นประถม 1 ในเขตเทศบาลหาดใหญ่ ที่มีปริมาณนักเรียนมาก และผู้ให้บริการน้อย ตลอดจนปัญหาผู้ประกอบการที่มีรายได้ การศึกษาสูงไม่ให้ความเชื่อถือต่อบริการภาครัฐที่ให้บริการโดยผู้ประกอบการไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และมีโอกาสดีที่ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 ที่สามารถจัดหาวัคซีน MMR มาฉีดกระตุ้นให้แก่เด็กนักเรียนชั้นประถม 1

กระบวนการดำเนินการและการประเมินผล

ทีมงานได้จัดทำแผนงานไว้ 2 ส่วนคือ กระตุ้นความต้องการของโรงเรียน ผู้ปกครองกับการกระตุ้นผู้ให้บริการจากโรงพยาบาลเอกชนสนใจเข้าร่วมให้บริการ

กลุ่มเป้าหมายแรกสุดคือ โรงเรียนเอกชนที่มีขนาดใหญ่ที่สุด คือ โรงเรียนพลวิทยาที่มีนักเรียนชั้นประถม 1 16 ห้องเรียน x 50 คน = 800 คน แต่เราเลือกกระตุ้นความต้องการวัคซีน dT ที่ชั้นประถม 6 โดยการที่ทีมงานจากกลุ่มงานเวชกรรมสังคมเข้าไปประสานงานกับคุณครูที่โรงเรียน และเลือกใช้การขออนุญาตผู้ประกอบการเพื่อฉีดวัคซีนแบบกึ่งบังคับ โดยใช้คำในแบบขออนุญาตว่า “หากผู้ประกอบการไม่ยินยอมให้ฉีดให้แสดงหลักฐานว่าบุตรหลานของเราได้รับวัคซีน คอตีบบาดทะยัก (dT) ในขณะเรียนชั้นประถม 6 มาแล้ว หรือมีปัญหาการแพ้วัคซีนรุนแรง”

ผลปรากฏว่า นักเรียนชั้นประถม 6 ยินยอมให้ฉีดวัคซีน dT ถึงร้อยละ 98 ของนักเรียน 800 คน ซึ่งตลอดที่ผ่านมาในระยะเวลา 10 ปี กลุ่มนักเรียนชั้นประถม 6 ของโรงเรียนแห่งนี้ไม่เคยได้รับวัคซีนมาก่อน

จากนั้นทีมงานจึงติดต่อประสานงานกับโรงเรียนและโรงพยาบาลเอกชนคือโรงพยาบาลราษฎร์ยินดี เพื่อฉีดวัคซีน MMR ในนักเรียน ป.1 และ dT โดยมีข้อตกลงว่าจำนวนวัคซีนทางรัฐ (มีตัวแทน คือ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลหาดใหญ่ และงานควบคุมป้องกันโรค กองอนามัยและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครหาดใหญ่) เป็นผู้จัดหาสนับสนุนวัคซีนให้ ส่วนค่าวัสดุสิ้นเปลือง คือ กระบอกฉีดยา และเข็มฉีดยา ทางโรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้จัดหาเอง แล้วให้มีการคิดค่าบริการจาก ผู้ปกครอง ในราคาวัคซีนชนิดละ 10 บาท หาก 2 ชนิดก็ให้ปกครองจ่าย 20 บาท

ในเริ่มปี 2540 โรงพยาบาลเอกชน ได้จัดให้กับนักเรียนชั้นประถม 1 โรงเรียนเอกชน ดังนี้

ปีการศึกษา	ป.1ได้ MMR/นร.สช.ป1 ทั้งหมด	ร้อยละของ นร.ป.1 โรงเรียนเอกชน
2540 (พ.ค.40-มี.ค.41)	1673 / 3563	47
2541 (พ.ค.41-มี.ค.42)	680 / 3374	20
2542 (พ.ค.42-มี.ค.43)	300 / 3840	7.8

ประสบการณ์การเรียนรู้จากโครงการวิจัย

1. ความสนใจของผู้ให้บริการเอกชนมีมาก

มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมในระยะ 3 ปีของการทดลอง และพื้นฐานระยะยาว โรงพยาบาลเอกชน ก็ต้องการให้ประชาชนรู้จักและยอมรับในคุณภาพบริการด้านต่างๆ รวมถึงด้านการป้องกันโรคเชิงรุก

2. เหตุผลขัดขวางหรือปัญหาอุปสรรคที่ผู้ให้บริการเอกชนเผชิญ

ในปีแรกของการดำเนินการทางโครงการได้สนับสนุนวัคซีนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง MMR ให้กับโรงพยาบาลเอกชน ภายหลังจากเดือนที่กำหนดให้ฉีดวัคซีน และมีการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการฉีดวัคซีน MMR ต่อมาในปีที่ 2 ก็ยังคงยึดแนวทางเดิม และในปีที่ 3 คือปีการศึกษา 2542 งานควบคุมโรคติดต่อ กองอนามัยและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครหาดใหญ่ซึ่งช่วยประสานสนับสนุนวัคซีน ด้วยการเบิกวัคซีน MMR จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ได้กำหนดให้ทางโรงพยาบาลเอกชน จัดให้มีการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากวัคซีน MMR ร่วมกับทางโรงเรียนผลปรากฏว่าโรงเรียนต่างๆ ไม่สนใจเข้าร่วมโครงการฉีดวัคซีน และนักเรียนก็ไม่ได้รับการฉีดวัคซีน อย่างที่ควรเป็น ตลอดจนถึงทั้งวัคซีนเมื่อหมดอายุ ทำให้สิ้นเปลือง งบประมาณของประเทศ เพราะขาดปัญญาในการจัดการ ทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมนี้

ความเป็นไปได้ของระบบบริการรูปแบบใหม่ และเป้าหมายที่ต้องการในระยะ 5 ปีข้างหน้า

หากมองถึงทิศทางการจัดบริการสุขภาพพื้นฐานแก่ประชาชน จะอยู่ภายใต้การดูแลองค์การปกครองท้องถิ่น กรณีพื้นที่นี้หมายถึงเทศบาลนครหาดใหญ่ก็มีความเป็นไปได้สูง ส่วนกลยุทธ์ของการจัดให้มีบริการคือให้ภาคเอกชนมีส่วนร่วมเข้ามาบริการมากที่สุด แล้วแข่งขันกันด้านคุณภาพของบริการในพื้นที่เทศบาลนครหาดใหญ่ ก็มีแนวโน้มเป็นไปได้มาก จากประสบการณ์ทดลองรูปแบบในระยะ 3 ปีที่ผ่านมาแต่ข้อกำหนดรายละเอียดของบริการไม่ควรมากจนไม่คุ้มค่ารายรับค่าตอบแทน เช่น ให้เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากวัคซีนชนิดเฝ้าระวังเชิงรุกก่อนและหลังการฉีดวัคซีน ผู้ให้บริการจากเอกชน จะถอนตัวจากกิจกรรมหรือโครงการ

ข้อเสนอแนะเชิงระบบจากพื้นที่

เมื่อเริ่มต้นวางแผนโครงการก็คาดหวังไว้แต่ต้นว่า ในระยะ 5 ปี องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจะพิจารณาออก เทศบัญญัติเรื่อง การตรวจสอบรับรองการฉีดวัคซีนพื้นฐานให้ครบก่อนเข้าเรียน ชั้นประถม 1 และเชื่อว่าหากมีผู้ให้บริการที่หลากหลาย และมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับของประชาชนเทศบัญญัติดังกล่าวก็ไม่ได้บีบบังคับผู้ปกครองเด็กจนเกินไป จากประสบการณ์ในพื้นที่ก็ยังพบว่า โรงเรียนและผู้ปกครองบางส่วนก็ไม่สนใจร่วมมือกับการฉีดวัคซีนที่รัฐได้จัดหาซื้อมา แล้วในที่สุดวัคซีนหมดอายุ ไม่ได้ฉีดให้กับเด็ก และเด็กยังคงเสี่ยงต่อโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีนต่อไป ประเทศที่ระบบบริการสาธารณสุขพัฒนาไปมากแล้ว จะมีข้อกำหนดดังกล่าวเชิงบังคับ

เป็นหน้าที่ของผู้ปกครอง ที่จะต้องนำเด็กนักเรียนอนุบาล ไปรับวัคซีนพื้นฐาน จากแหล่งที่ให้บริการในชุมชน ก่อนเข้าเรียนชั้นประถม 1

ด้านการเงินการคลังสาธารณสุข หากบทบาทการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ ได้รับการมอบให้ท้องถิ่นจัดการดูแล พร้อมกับได้รับการจัดสรรงบประมาณมา ท้องถิ่นก็สามารถจัดซื้อเลือกบริการที่มีคุณภาพ ที่มีการแข่งขันเพื่อคุณภาพอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการ ให้กับประชาชน ขณะที่สอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูประบบราชการด้วย

กรอบแนวทางพัฒนาระบบบริการ
เรื่องการฉีดวัคซีนป้องกันโรคชั้นประถม 1 และประถม 6

