

บทเรียนการบริหารจัดการบริการปฐมภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า : คู่สัญญาาระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลภูกระดึง

เกรียงศักดิ์ วัชรบุกุลเกียรติ*

บทคัดย่อ

การดำเนินการครั้งนี้เป็นการถอดบทเรียนการบริหารจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิของคู่สัญญาาระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลภูกระดึง ซึ่งได้รับรางวัลหน่วยบริการนวัตกรรม ด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดีเด่น (เหรียญทอง) ประเภทบริหารจัดการ (Universal Coverage Innovation Award, UCIA) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๗ โดยการศึกษาและถอดบทเรียนการบริหารจัดการทั้งด้านโครงสร้าง, กระบวนการทำงาน, และผลลัพธ์ โดยเปรียบเทียบข้อมูลและสัดส่วนของการบริหารจัดการ, ผลงานการบริการหรือผลลัพธ์ของงานทั้งก่อนและหลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเปรียบเทียบผลงานกับหน่วยบริการอื่นในระดับจังหวัด. ผลการดำเนินงานพบว่าคู่สัญญาาระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลภูกระดึงสามารถจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิได้ตามมาตรฐานกำลังคน โดยกระจายพยาบาลจากโรงพยาบาลภูกระดึงไปปฏิบัติงานเป็นการประจำที่สถานีอนามัย ทำให้ทุกสถานีอนามัยผ่านเกณฑ์มาตรฐานกำลังคนทั้งด้านปริมาณ (๑:๑,๒๕๐) และด้านคุณภาพ (มีพยาบาลวิชาชีพทุกสถานีอนามัย) ทั้งที่โรงพยาบาลมีบุคลากรน้อยกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศเกือบเท่าตัว. ขณะเดียวกันได้จัดระบบบริการสุขภาพที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (customer focus) ทำให้ขยายเวลาราชการทั้งในแนวราบและแนวลึกในโรงพยาบาลและสถานีอนามัย. นอกจากนี้ยังมีกรคิดนอกกรอบเรื่องการจัดกระจายทรัพยากร, การขยายบริการ และการบริหารจัดการเช่นการจ้างงาน เช่นเดียวกับภาคเอกชน มีการจ่ายเงินค่าตอบแทนตามผลสัมฤทธิ์ของงาน (Performance-based budgeting system). นอกจากนี้ยังได้มีการสร้างเครื่องมือการวินิจฉัยภาวะสุขภาพของครอบครัว ๔ ระดับ ทำให้เจ้าหน้าที่สามารถวางแผนการดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบ อย่างมีประสิทธิภาพ. นอกจากนี้ยังชี้ให้เห็นว่าถึงแม้จะเป็นหน่วยงานขนาดเล็ก แต่หากมีความมุ่งมั่นในการพัฒนา ก็สามารถแก้ปัญหาใหญ่ ๆ ได้ ลดค่าใช้จ่ายของประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม.

โดยสรุปการบริหารจัดการที่ดี ต้องเริ่มต้นจากการตั้งเป้าหมายให้ชัด แล้วพยายามทำให้ปัจจัยนำเข้ามีอย่างเพียงพอตามมาตรฐาน โดยอาศัยกระบวนการบริหารจัดการแบบภาคเอกชน จะสามารถทำให้เป้าหมายลุล่วงไปได้.

คำสำคัญ : ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, การบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ, โรงพยาบาลภูกระดึง, จังหวัดเลย

Abstract

Lessons Learned in Primary Care Management under the Universal Health-care Coverage Scheme in the Contracting Unit for Primary Care, Phu Kradueng Hospital Kriengsak Vacharanukulkietti*

*Phu Kradueng Hospital, Loei Province

This study assesses some of the lessons learned in primary care management under the universal health-care coverage scheme in the contracting unit for primary care at Phu

*โรงพยาบาลภูกระดึง จังหวัดเลย



Kradueng Hospital, which received the Golden Universal Coverage Innovation Award (UCIA) from the National Health Security Office in 2004. The study was conducted by analyzing the hospital's management in terms of structure, process and output, comparing the outcome before and after starting the universal coverage programme and comparing the outcome with that of other contracting units for primary care in the same province. This study showed that the contracting unit for primary care could meet service standards in manpower by motivating nurses from Phu Kradueng Hospital to work in subdistrict health centers. Every subdistrict health center could meet the manpower standard in terms of quantity (health officer per population 1:1,250) and quality (every subdistrict health center operated with more than one nurse). Although the manpower levels were lower than the mean for the whole country, Phu Kradueng Hospital could still provide health services with a customer-focus policy, extending service times in both the hospital and subdistrict health centers. Among its innovations were those related to the distribution of resources, recruiting manpower as in the private sector, paying staff according to a performance-based budgeting system, and dividing family health status into four levels, which enabled health officers to plan in a systematic maneuver to provide efficient health care. This study concluded that a small rural health service unit could provide standard services while reducing indirect and direct household costs, if the health organization had a common goal, modified private management and managed human resources efficiently.

Key words: Universal Coverage Innovation Award, management, structure, process, output, performance-based budgeting system

ภูมิหลังและเหตุผล

วัตถุประสงค์ของปรัชญาของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต้องการให้ประชาชนมีระบบบริการสุขภาพที่มีความเสมอภาค, มีคุณภาพมาตรฐาน และมีประสิทธิภาพ โดยใช้การปฏิรูประบบงบประมาณเป็นธงนำ และการจัดระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นเครื่องมือที่สำคัญ^(๑-๓). นับตั้งแต่โครงการนี้ได้ประกาศใช้เป็นทางการทั่วประเทศเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพครั้งใหญ่ในประเทศไทย ที่จะนำพาชาวไทยบรรลุวัตถุประสงค์ในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในท้ายที่สุดต่อไป จึงนับเป็นโอกาสที่ดียิ่งที่โรงพยาบาลภูกระดึง ได้เข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ด้วย.

จากปรัชญาของโครงการนี้ทำให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ และการบริหารจัดการแบบใหม่ ให้เอื้อต่อวัตถุประสงค์ของโครงการดังกล่าว จึงจะสามารถตอบสนองปรัชญาของโครงการดัง

กล่าวได้, โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในภาครัฐทุกภาคส่วน.

หน่วยบริการในภาครัฐเดิมมักประสบปัญหาในด้านการบริหารจัดการค่อนข้างมาก เนื่องจากติดขัดในด้านระเบียบ, กฎหมายที่เกี่ยวข้อง, รวมทั้งในด้านการบริหารกำลังคนด้านปริมาณและคุณภาพ ตลอดจนด้านงบประมาณ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยบริการระดับล่างสุดนับตั้งแต่สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชนซึ่งมักมีปัญหามากที่สุด จึงนับเป็นเรื่องยากมากที่หน่วยบริการระดับล่างที่ประสบปัญหาการขาดแคลนทรัพยากรในทุก ๆ ด้าน จะสามารถพึ่งตนเองและบริหารจัดการเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ของโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ. แต่ด้วยความเอื้ออำนาจของโครงการดังกล่าว ทำให้ภาครัฐมีการผ่อนคลายระเบียบที่เกี่ยวข้องเพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์และปรัชญาของโครงการในระดับหนึ่ง.

ด้วยความมุ่งมั่นที่จะสร้างระบบบริการให้ทั่วถึงเสมอภาค

มีคุณภาพและประสิทธิภาพแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบให้สอดคล้องกับปรัชญาของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังกล่าว โรงพยาบาลภูกระดึงได้ร่วมกับสถานีอนามัยในเครือข่าย ๑๐ แห่ง รวมกันเป็นคู่สัญญาระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลภูกระดึง (Contracting Unit For Primary Care; CUP) ซึ่งจะเรียกว่า CUP ภูกระดึง จึงทำการปฏิรูประบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของอำเภอภูกระดึงและกิ่งอำเภอหนองหิน เพื่อตอบสนองต่อวัตถุประสงค์ของโครงการดังกล่าวอย่างเร่งด่วน และได้รับรางวัลหน่วยบริการนวัตกรรม ด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดีเด่น (เหรียญทอง) ประเภทบริหารจัดการ (Universal Coverage Innovation Award, UCIA) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๗ จึงเห็นควรศึกษาและถอดบทเรียนการบริหารจัดการบริการคู่สัญญาระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลภูกระดึงแบบพึ่งตนเองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อเป็นกรณีศึกษาต่อไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษา ได้จากการศึกษาและถอดบทเรียนการบริหารจัดการทั้งด้านโครงสร้าง ซึ่งประกอบด้วยการบริหารจัดการกำลังคน, การปฏิรูปการจัดสรรงบประมาณ, รวมทั้งศึกษากระบวนการทำงานและผลลัพธ์ โดยเปรียบเทียบข้อมูลและสัดส่วนของการบริหารจัดการ, ผลงานการบริการหรือผลลัพธ์ของงานทั้งก่อนและหลังโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, รวมทั้งเปรียบเทียบผลงานกับหน่วยบริการอื่นในระดับจังหวัด.

ในฐานะคู่สัญญาหน่วยบริการระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลภูกระดึง รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนในหนึ่งอำเภอ (อำเภอภูกระดึง) และหนึ่งกิ่งอำเภอ (กิ่งอำเภอหนองหิน) ประกอบด้วยสถานีอนามัย ๑๐ แห่ง, รวมประชากรทั้งสิ้น ๕๖,๔๙๙ คน ในจำนวนนี้เป็นประชากรในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน ๔๔,๙๐๒ คน (เดือนตุลาคม ๒๕๔๕).

โรงพยาบาลภูกระดึงจึงได้กำหนดวิสัยทัศน์ และพันธกิจ

ของโรงพยาบาลดังนี้

วิสัยทัศน์

- อบอุ่นเหมือนบ้าน เป็นโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ชิด เคียงข้างคู่เคียง เป็นกันเองกับประชาชนและชุมชน.
- พัฒนางานและคน เป็นโรงพยาบาลที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน.
- มุ่งเน้นชุมชน เป็นโรงพยาบาลที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในทุกหมู่บ้านและชุมชน.
- หวังผลองค์รวมเป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการสอดคล้องกับวิถีชีวิตและสังคมของประชาชน.

พันธกิจ

- มุ่งมั่นในการสร้างบริการระดับปฐมภูมิ ทั้งในด้านโครงสร้าง และกระบวนการบริการเพื่อสร้างสุขภาพประชาชนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและเป็นที่ต้องการของชุมชน.
- มุ่งมั่นพัฒนาบุคลากร วิธีการ และกระบวนการทำงาน และสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา, เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ทั้งในโรงพยาบาล, สถานีอนามัยในเครือข่าย และในชุมชน.
- กระจายพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้รับผิดชอบประชาชนในลักษณะ "หมอประจำครอบครัว" ให้ทั่วถึงทุกครอบครัว ในสัดส่วนที่เหมาะสม.
- บริหารทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพ จนสามารถจัดการทรัพยากรของประเทศชาติและประชาชน ในส่วนที่ได้รับมอบหมาย ให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนอย่างสูงสุด.

การบริหารจัดการด้านบุคลากร

เนื่องจากมนุษย์เป็นผู้นำเทคโนโลยีไปใช้ในการบริการสุขภาพสู่ประชาชน คนจึงเป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาคุณภาพงานบริการสุขภาพ^(๔). โรงพยาบาลภูกระดึงและสถานีอนามัยในเครือข่ายประสบปัญหาความขาดแคลนบุคลากรทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๔๕ เริ่มโครงการ CUP ภูกระดึงมีค่าใช้จ่ายด้านเงินเดือนและค่าจ้างประจำเท่ากับ



๒๘๙.๙๗ บาทต่อประชากร UC (Universal Coverage, โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ขณะที่ค่าเฉลี่ยประเทศเท่ากับ ๖๑๐ บาทต่อประชากร แสดงว่า CUP ภูกระดึง มีบุคลากรโดยเฉลี่ยเพียงร้อยละ ๔๘ ของประเทศเท่านั้น จึงจำเป็นต้องปฏิรูประบบกำลังคน เพื่อรองรับต่อโครงการ ในหลายรูปแบบประสานกันอย่างเป็นระบบ ดังต่อไปนี้

๑. การพัฒนาและการเตรียมความพร้อมบุคลากร

กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดมาตรฐานกำลังคนในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ^(๕) ดังนี้

ให้มีบุคลากรด้านการแพทย์ไม่ต่ำกว่า ๑ คน ต่อประชากร ๑,๒๕๐ คน และในจำนวนนี้ต้องมีพยาบาลวิชาชีพไม่น้อยกว่า ๑ คน ต่อประชากร ๕,๐๐๐ คน.

ก่อนเริ่มโครงการจำนวนบุคลากรของสถานื่อนามัยซึ่งรับผิดชอบบริการระดับปฐมภูมิ ๙ ใน ๑๐ แห่ง มีจำนวนต่ำกว่ามาตรฐาน (๑:๑๒,๕๐) ตามตารางที่ ๑ และไม่มีพยาบาลวิชาชีพในสถานื่อนามัย (๑:๕,๐๐๐). ในอดีตวิธีการเพิ่มบุคลากรของสถานื่อนามัยมีเพียงวิธีเดียว คือรอรับการจัดสรรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเท่านั้น และจากประสบการณ์และข้อมูลนักเรียนทุนในจังหวัดคงเป็นไปได้น้อยมาก ที่จะได้รับการจัดสรรจนสอดคล้องกับมาตรฐานกำลังคนดังกล่าวในระยะเวลาอันใกล้ เนื่องจากจังหวัดเลยมีโควตาให้นักเรียนทุนน้อยมากในแต่ละปี และส่วนใหญ่ไม่นิยมทำงานในสถานื่อนามัย มักเลือกที่จะไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลใหญ่ตามกระแสนิยม.

โรงพยาบาลภูกระดึงจึงพัฒนารูปแบบการเพิ่มกำลังคนในสถานื่อนามัยด้วยตนเอง โดยไม่หวังพึ่งการจัดสรรจากจังหวัด โดยใช้วิธีการกระจายพยาบาลจากโรงพยาบาลภูกระดึง ซึ่งส่วนใหญ่ปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาล ไปช่วยปฏิบัติงานที่สถานื่อนามัยทั้ง ๙ แห่งตามส่วนขาด. เริ่มต้นโดยการเตรียมความพร้อมให้บุคลากรเหล่านี้มีความรู้ และทัศนคติที่ดีต่อการบริการปฐมภูมิในชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว ตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๔๓ เพื่อให้มีความสามารถตรงกับคุณลักษณะที่ต้องการต่องานชุมชน และงาน

บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในสถานื่อนามัย. นอกจากอบรมให้เข้าใจถึงหลักการและปรัชญาด้านเวชปฏิบัติครอบครัว ในภาคทฤษฎีแล้ว ยังได้พัฒนาวิธีการฝึกภาคปฏิบัติ โดยกำหนดให้เจ้าหน้าที่เกือบทุกคนรวม ๕๕ คน (ยกเว้นแพทย์และเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารงานทั่วไป) ออกฝึกปฏิบัติงานภาคสนามในพื้นที่ตำบลที่ตั้งของโรงพยาบาลภูกระดึง และให้บริการสุขภาพในชุมชนและในหมู่บ้านร่วมกันแบบสหวิชาชีพ ร่วมกับฝ่ายส่งเสริมสุขภาพอย่างน้อย ๑ วันต่อสัปดาห์ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลากว่า ๑ ปี ๖ เดือน.

ในระหว่างนี้ได้มีการประชุม ฝึกรวม และช่วยแก้ปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดจากการทำงานในพื้นที่ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่องานบริการระดับปฐมภูมิ และเข้าใจถึงวิถีชุมชนเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ประมาณ ๒ สัปดาห์ต่อครั้ง.

เมื่อได้ลงพื้นที่ และคลุกคลีในพื้นที่อย่างจริงจัง ทำให้เจ้าหน้าที่ได้เห็นถึงความทุกข์ยากลำบากของประชาชนที่ยากไร้ในพื้นที่จริง ทำให้เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่เข้าใจถึงวิถีชีวิตของประชาชนมากขึ้นรวมถึงเข้าใจถึงความทุกข์ที่อยู่รอบบริบทของความเจ็บป่วย ประกอบกับเมื่อสามารถช่วยเหลือประชาชนอย่างเป็นองค์รวมได้ จึงเกิดความปลื้มปิติ ภาคภูมิใจ ทำให้ประชาชนรู้สึกพึงพอใจและเห็นคุณค่าของเจ้าหน้าที่มากขึ้น จึงเป็นแรงเสริมทำให้เจ้าหน้าที่ยิ่งเกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าของตนเองมากขึ้น ไม่กลัวที่จะออกชุมชน เกิดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจกันและกันมากขึ้น จนเกิดความผูกพันระหว่างเจ้าหน้าที่กับประชาชน รวมทั้งชุมชนกับโรงพยาบาล สมกับที่เป็นโรงพยาบาลของชุมชน ทำให้โรงพยาบาลภูกระดึงสามารถเพิ่มบุคลากรไปทำงานในชุมชน ที่สถานื่อนามัย ได้ตามมาตรฐานทันทีที่เริ่มโครงการ โดยไม่ต้องรอรับการจัดสรรจากจังหวัด. จากบทเรียนครั้งนี้โรงพยาบาลภูกระดึงจึงกำหนดเป็นหลักการว่าพยาบาลที่ย้ายมาใหม่ ก่อนออกปฏิบัติงานในสถานื่อนามัย จะต้องผ่านการฝึกรวมในงานเวชปฏิบัติครอบครัวในพื้นที่ก่อนประมาณ ๒ เดือน ทำให้ CUP ภูกระดึงสามารถเพิ่มบุคลากรได้สอดคล้องกับมาตรฐานมาโดยตลอดตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕ จนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. ๒๕๕๐).

๒. การจัดและกระจายบุคลากรโดยใช้ประชากรเป็นฐาน

โรงพยาบาลภูกระดึงมีความมุ่งมั่นที่จะสร้างบริการปฐมภูมิที่ได้มาตรฐานสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ จึงทำการจัดรูปแบบบริการและกระจายกำลังคนในพื้นที่ใหม่ โดยมีเป้าหมายหลัก ๆ คือ ทุกครอบครัวจะต้องมีเจ้าหน้าที่ประจำครอบครัว ที่เรียกว่า “หมอประจำครอบครัว” หรือ “หมอครอบครัว” ในลักษณะเป็นผู้จัดการครอบครัว โดยมีขั้นตอนและกำหนดรูปแบบการจัดบริการปฐมภูมิทั้งระบบ ดังนี้

๒.๑ กลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักกายภาพบำบัด และเจ้าหน้าที่ด้านบริหารและธุรการ เป็นกลุ่มวิชาชีพที่มีจำนวนบุคลากรน้อยมาก จึงเป็นไปได้ยากมากที่จะมีบุคลากรกลุ่มนี้ประจำครอบครัว จึงกำหนดภารกิจให้รับผิดชอบประชากรทั้งหมด ดังนี้

ให้บริการในสถานบริการ ตามสาขาวิชาชีพ.

- เป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนด้านวิชาการ ทักษะ และเทคนิคบริการ แก่ “หมอครอบครัว”
- จัดบริการในชุมชนในส่วนของบริการที่ต้องใช้ความรู้และทักษะเฉพาะสาขา ได้แก่ บริการทันตกรรม ในโรงพยาบาลและชุมชน; บริการกายภาพบำบัด, ฟันฟุสมรรถภาพในครอบครัวและชุมชน; ช่วยทำบัญชีตามเกณฑ์คงค้างของสถานีนอนามัย.

๒.๒ การกระจายเจ้าหน้าที่สู่สถานีนอนามัยเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU; Primary Care Unit).

เนื่องจากลักษณะงานสำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิได้แก่งานบริการอย่างต่อเนื่อง เชิงรุก และเป็นงานด่านหน้า. ลักษณะเจ้าหน้าที่ที่จะทำงานด้านนี้ นอกจากต้องมีสัดส่วนต่อประชากรที่รับผิดชอบอย่างเพียงพอในเกณฑ์มาตรฐานที่สามารถสร้างคุณภาพได้แล้ว ยังควรปฏิบัติงานเป็นการประจำ ไม่หมุนเวียนไปมา โดยกำหนดเป็นหลักในการกระจายบุคลากรดังนี้

- กระจายบุคลากรให้สถานีนอนามัยที่มีบุคลากรต่ำกว่ามาตรฐาน.
- ทุกสถานีนอนามัยต้องมีพยาบาลวิชาชีพไม่น้อยกว่า ๑ คน.

- ในโรงพยาบาลภูกระดึง จัดพยาบาลตามภาระงาน. กรณีที่จำนวนพยาบาลไม่พอ ให้จัดพยาบาลปฏิบัติงานนอกเวลาราชการทดแทน.

ผลจากการเตรียมความพร้อมและใช้แนวทางการบริหารจัดการดังกล่าว โรงพยาบาลภูกระดึงจึงสามารถกระจายบุคลากรสู่หน่วยบริการปฐมภูมิได้ถึง ๒๐ คน ทำให้ได้มาตรฐานกำลังคนของงานบริการปฐมภูมิ ตามตารางที่ ๑ และแผนภูมิที่ ๑.

๓. การกำหนดอัตรากำลังในการจัดบริการ

นอกจากการเพิ่มเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลภูกระดึงลงไปปฏิบัติงานที่สถานีนอนามัยทั้ง ๙ แห่ง ตามสัดส่วนประชากรแล้ว เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพฯ และเพื่อให้เกิดบริการเชิงรุกอย่างเป็นรูปธรรมอย่างเพียงพอ และเหมาะสมระหว่างการปฏิบัติงานเชิงรุกและเชิงรับ จึงได้กำหนดจำนวนบุคลากรที่จะต้องปฏิบัติงานตามวันในรอบสัปดาห์ของสถานบริการ ตามขนาดความรับผิดชอบที่แตกต่างกันไป ทั้งการปฏิบัติงานบนสถานีนอนามัย (งานเวชกรรมบริการ) และการออกปฏิบัติงานเชิงรุกในชุมชน ตามตารางที่ ๒-๕ ดังนี้

๔. การจัดเพิ่มบุคคลจากกรอบเดิม

เนื่องจากกรอบอัตราบุคลากรบางสาขาวิชาชีพมีไม่เพียงพอที่จะเอื้อต่อบริการที่มีคุณภาพ เช่นงานด้านชันสูตรมีนักวิทยาศาสตร์การแพทย์เพียง ๑ คน, ไม่มีนักกายภาพบำบัด โรงพยาบาลภูกระดึงจึงต้องจ้างบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพในรูปแบบลูกจ้างชั่วคราวหรือจ้างเหมา โดยใช้เงินบำรุงจ้างงาน ไม่ต้องรอการจัดสรรจากส่วนกลาง (ตารางที่ ๖).

๕. โครงการนางพยาบาลคืนถิ่น

การจัดบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพจำเป็นต้องมีลักษณะของความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เป็นระยะเวลายาวนาน จึงจะสามารถสร้างความผูกพัน มั่นใจ ใกล้ชิดกับประชาชนได้. การดำเนินการดังกล่าวจึงต้องลงทุนทั้งด้านบุคลากร เวลา และงบประมาณเป็นจำนวนมาก.

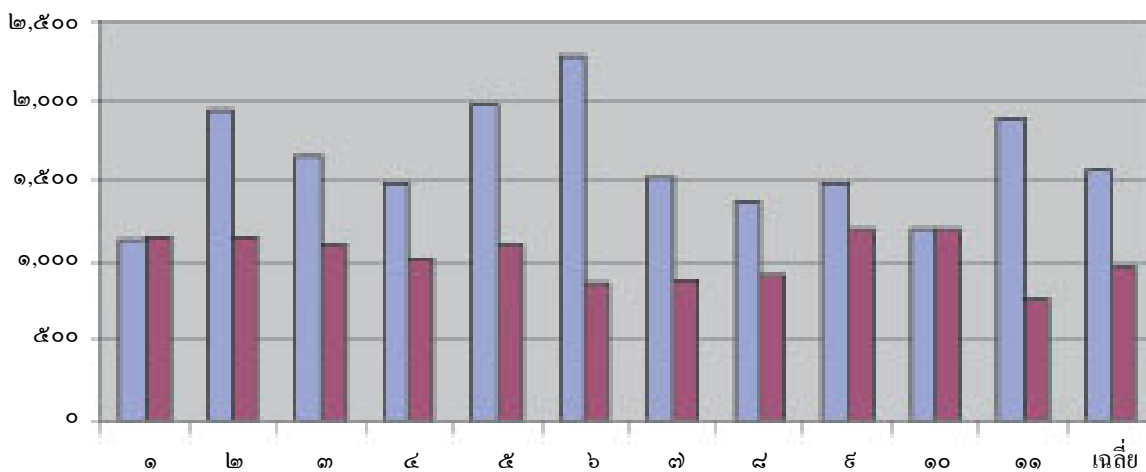
ผลจากการปฏิบัติงานของบุคลากรในระดับปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องได้พบว่าทำให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในภูมิลำเนา



ตารางที่ ๑ การกระจายบุคลากรสู่หน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ก่อนและหลังปรับ

หน่วยบริการปฐมภูมิ	จำนวนหมู่บ้าน	จำนวนประชากร	สัดส่วนเจ้าหน้าที่			สัดส่วนต่อประชากร	
			เดิม	กระจายเพิ่มจากรพ.	รวม	เดิม	ปรับ
รพ.ภูกระดึง	๑๕	๑๒,๕๖๓	๘	๓	๑๑	๑,๑๓๘	๑,๑๔๒
สอ.นาแปน	๓	๕,๓๓๕	๔	๑	๕	๑,๕๔๓	๑,๑๔๘
สอ.นาโก	๕	๓,๓๑๖	๒	๑	๓	๑,๖๕๘	๑,๑๐๕
สอ.ผานกเค้า	๖	๕,๐๕๔	๔	๑	๕	๑,๔๓๕	๑,๐๑๑
สอ.ห้วยส้มใต้	๕	๓,๒๕๕	๒	๑	๓	๑,๕๓๕	๑,๐๕๘
สอ.ห้วยส้ม	๘	๔,๓๒๓	๓	๒	๕	๒,๒๓๓	๘๖๕
สอ.เฉลิมพระเกียรติฯ	๘	๖,๑๑๑	๖	๓	๑๓	๑,๕๒๘	๘๓๓
สอ.หลัก ๑๖๐	๔	๒,๓๓๒	๓	๐	๓	๑,๓๖๖	๕๑๑
สอ.ปวนพุก	๘	๕,๕๓๑	๓	๒	๕	๑,๔๕๓	๑,๑๕๔
สอ.หนองหมากแก้ว	๕	๓,๖๐๖	๓	๐	๓	๑,๒๐๒	๑,๒๐๒
สอ.น้อยสามัคคี	๕	๓,๓๘๑	๓	๒	๕	๑,๘๕๑	๗๕๖
รวม	๘๐	๕๖,๔๕๕	๔๑	๒๐	๖๑	๑,๕๖๕	๙๖๕

หมายเหตุ : หน่วยบริการ ๖ อันดับบน อยู่ในอำเภอภูกระดึง
 หน่วยบริการ ๕ อันดับล่าง อยู่ในกิ่งอำเภอหนองหิน
 เกณฑ์มาตรฐานกำลังคนหน่วยบริการปฐมภูมิ ๑ คนต่อประชากร ๑,๒๕๐ คน.



หมายเหตุ รายชื่อหน่วยบริการปฐมภูมิลำดับ ลำดับเรียงตามตารางที่ ๑

แผนภูมิที่ ๑ สัดส่วนประชากรต่อเจ้าหน้าที่ ๑ คน แยกรายหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอภูกระดึงและกิ่งอำเภอหนองหิน ทั้งก่อนปรับ (สีจาง) และหลังปรับ (สีเข้ม)

ตารางที่ ๒ จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานบนสถานีอนามัยจำแนกตามขนาดประชากรที่รับผิดชอบ

จำนวน (คน)	การจัดบุคลากรทำงานบนสถานีอนามัย						
	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
๓ ต่อประชากรประมาณ ๓,๐๐๐ คน	๑.๕	๑.๕	๑.๕	๑.๕	๑.๕	๑	๑
๔ ต่อประชากรประมาณ ๔,๐๐๐ คน	๒	๒	๒	๒	๒	๑	๑
๕ ต่อประชากรประมาณ ๕,๐๐๐ คน	๒.๕	๒.๕	๒.๕	๒.๕	๒.๕	๒	๒

ตารางที่ ๓ ตัวอย่างการจัดบุคลากร ๓ คนทำงานทั้งเชิงรุก-รับ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยและในหมู่บ้าน

คนที่	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
๑	—	ม.	สอ.	ม.	สอ.	ม.	ว่างเวลา
๒	ม.	สอ.	ม.	สอ.	ม.	ว่างเวลา	(๑-๓)
๓	สอ.	สอ./ม.	สอ./ม.	ม.	ม.	(๒-๓)	

ตารางที่ ๔ ตัวอย่างการจัดคน ๔ คนทำงานทั้งเชิงรุก-รับ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยและในหมู่บ้าน

คนที่	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
๑	—	ม.	สอ.	ม.	สอ.	ม.	ว่างเวลา
๒	ม.	สอ.	ม.	สอ.	ม.	ว่างเวลา	(๑-๔)
๓	สอ.	สอ./ม.	สอ./ม.	ม.	ม.	(๒-๔)	
๔	สอ./ม.	ม.	สอ./ม.	สอ./ม.	สอ./ม.		

ตารางที่ ๕ ตัวอย่างการจัดคน ๕ คนทำงานทั้งเชิงรุก-รับ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ ปฏิบัติงานที่สถานีอนามัยและในหมู่บ้าน

คนที่	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
๑	—	ม.	สอ.	ม.	สอ.	ม.	ว่างเวลา
๒	ม.	สอ.	ม.	สอ.	ม.	—	(๑-๕)
๓	สอ.	สอ./ม.	สอ./ม.	ม.	ม.	—	
๔	สอ./ม.	ม.	สอ./ม.	สอ./ม.	สอ./ม.	—	
๕	—	สอ./ม.	ม.	สอ./ม.	ม.	สอ.	

หมายเหตุ ๑.๕,๒.๕ หมายถึง เวลา ๐๘:๓๐ -๑๒:๐๐ อยู่ปฏิบัติงานบนสถานีอนามัย ๒ คน และ ๓ คน ตามลำดับ

เวลา ๑๓:๐๐ -๑๖:๓๐ อยู่ปฏิบัติงานบนสถานีอนามัย ๑ คน และ ๒ คน ตามลำดับ

ม. หมายถึง ออกปฏิบัติงานดูแลสุขภาพครอบครัวและชุมชนในหมู่บ้าน

สอ. หมายถึง อยู่ปฏิบัติที่สถานบริการ

สอ./ม หมายถึง อยู่ปฏิบัติที่สถานบริการเวลา ๐๘:๓๐-๑๒:๐๐ และออกปฏิบัติงานดูแลสุขภาพครอบครัวและชุมชนในหมู่บ้าน
เวลา ๑๓:๐๐ - ๑๖:๓๐.



ตารางที่ ๖ วิชาชีพ/ประเภท ที่จ้างงานในรูปแบบลูกจ้างชั่วคราวหรือจ้างเหมาเพิ่มเติม

สาขาวิชาชีพ /ประเภท	จำนวนเดิม (คน)	สัดส่วนต่อ ประชากร	จัดหาเพิ่ม (คน)	รวม	สัดส่วนต่อ ประชากร
นักวิทยาศาสตร์การแพทย์	๑	๑ : ๕๖,๒๕๕	๓	๔	๑ : ๑๔,๐๗๕
นักกายภาพบำบัด	๐	๐	๔	๔	๑ : ๑๔,๐๗๕
พนักงานขับรถ	๓	—	๒	๕	—
พนักงานทำความสะอาดสถานีอนามัย	๐	—	๑๕	๑๕	—

มีผลการปฏิบัติงานที่ดีกว่าคนจากต่างถิ่น เนื่องจากเจ้าหน้าที่เหล่านั้นมีทุนทางสังคมเดิมอยู่แล้วไม่ต้องเสียเวลาและงบประมาณในการสร้างความคุ้นเคย เป็นกันเอง กับคนในชุมชนที่ส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัวและเพื่อนบ้านกันมานาน. ดังนั้นทางโรงพยาบาลภูกระดึงจึงจัดให้พยาบาลได้ปฏิบัติงานเวชปฏิบัติครอบครัวในภูมิลำเนาตนเอง ทำให้สามารถประกันความต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ในด้านการบริการแบบใกล้บ้านใกล้ใจเป็นระยะเวลายาวนานได้ เกิดผลพลอยได้ทำให้พยาบาลได้กลับคืนถิ่นฐานบ้านเกิดอยู่ใกล้ชิดครอบครัว ทำให้แก้ปัญหาการโยกย้ายจนท.บ่อย ๆ และแก้ปัญหาการขาดแคลนบ้านพัก และยังทำให้การใช้ชีวิตปกติของเจ้าหน้าที่ (เยี่ยมเยียนเพื่อนบ้าน) เป็นบริการสุขภาพประจำครอบครัวไปพร้อม ๆ กันได้ด้วย.

การจัดพื้นที่บริการ แบบประชาชนเป็นเป้าหมาย

๑. การปรับพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการในเครือข่าย

เดิมพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิยึดตามพื้นที่เขตการปกครองของมหาดไทย ซึ่งพบว่าประชาชนไม่สะดวกในการมารับบริการ. ทั้งนี้เพราะบางหมู่บ้านอยู่ใกล้สถานบริการแห่งหนึ่ง แต่อยู่ในความรับผิดชอบของอีกสถานบริการหนึ่งที่อยู่ไกลกว่า, ประกอบกับรูปแบบบริการที่พึงประสงค์เป็นการจัดบริการเชิงลึกถึงระดับบุคคลและครอบครัว โดยยึดประชาชนเป็นเป้าหมาย ซึ่งข้อมูลของบุคคลและครอบครัวจะถูกเก็บไว้ที่สถานบริการที่รับผิดชอบในพื้นที่. ดังนั้นหากประชาชนต้องไปรับบริการที่

สถานบริการแห่งอื่น จะทำให้การบริการขาดความครอบคลุมและต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องจัดพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการในเครือข่ายใหม่ โดยคำนึงถึง

- ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการที่รับผิดชอบ
- ความสะดวกและความพึงพอใจของประชาชนในการไปรับบริการ.

ดังนั้นทำให้การเข้าถึงบริการของประชาชนจาก ๖ หมู่บ้านได้อย่างยั่งยืน และสามารถลดค่าใช้จ่ายในการไปใช้บริการของประชาชน และค่าใช้จ่ายในการออกเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ได้เป็นอย่างดี (ตารางที่ ๗).

๒. บริการใกล้บ้าน

พื้นที่ของอำเภอภูกระดึงและกิ่งอำเภอหนองหินมีการกระจายตัวของหมู่บ้านแตกต่างกันมาก. หมู่บ้านที่ไกลที่สุดต้องเดินทางประมาณ ๕๕ กิโลเมตรไปรับบริการที่โรงพยาบาลภูกระดึง ซึ่งไม่สอดคล้องกับมาตรฐานการเข้าถึงบริการ ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคและด้อยคุณภาพ. ดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว CUP ภูกระดึงจึงจัดระบบบริการสุขภาพทั้งระบบดังต่อไปนี้

- ระบบบริการผู้ป่วยนอกแบบครบวงจร กล่าวคือ มีแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์และนักกายภาพบำบัด ครบทุกสาขา ๒ แห่งคือ ที่โรงพยาบาลภูกระดึง และที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ หนองหิน. ผลการจัดระบบบริการดังกล่าวทำให้สามารถลดระยะทางในการมารับบริการของประชาชนในกิ่งอำเภอหนองหินมากกว่า ๒๒,๐๐๐ คน สามารถลดระยะทางไป-กลับกว่า ๖๐ กม. ในกรณีจำเป็นต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลเลย ก็ไม่ต้องย้อน

ตารางที่ ๗ จำนวนหมู่บ้านและประชากรแยกรายสถานบริการก่อนและหลังปรับ

หน่วยบริการปฐมภูมิ	แบ่งตามพื้นที่เขตปกครอง			ปรับเพื่อความสะดวกของประชาชน		
	จำนวนหมู่บ้าน	ประชากร (คน)	สัดส่วนปชก. ต่อ จนท.*	จำนวนหมู่บ้าน	ประชากร (คน)	สัดส่วนปชก. ต่อ จนท.
รพ.ภูกระดึง	๑๓	๗,๕๖๕	๑,๑๓๘	๑๕	๑๒,๕๖๓	๑,๑๔๓
สอ.นาแปน	๕	๗,๗๘๓	๑,๕๔๓	๗	๕,๗๓๕	๑,๑๔๘
สอ.นาโก	๕	๓,๓๑๖	๑,๖๕๘	๕	๓,๓๑๖	๑,๑๐๕
สอ.ผานกเค้า	๗	๔,๔๓๗	๑,๔๗๕	๖	๕,๐๕๔	๑,๐๑๑
สอ.ห้วยส้มใต้	๖	๓,๕๕๘	๑,๕๗๕	๕	๓,๒๕๕	๑,๐๕๘
สอ.ห้วยส้ม	๑๐	๖,๘๓๑	๒,๒๗๗	๘	๔,๓๒๗	๘๖๕
สอ.เฉลิมฯ	๘	๖,๑๑๑	๑,๕๒๘	๘	๖,๑๑๑	๘๗๓
สอ.หลักร้อยหกสิบ	๔	๒,๗๓๒	๑,๓๖๖	๔	๒,๗๓๒	๕๑๑
สอ.ปวนพ	๘	๕,๕๗๑	๑,๔๕๓	๘	๕,๕๗๑	๑,๑๕๔
สอ.หนองหมากแก้ว	๕	๓,๖๐๖	๑,๒๐๒	๕	๓,๖๐๖	๑,๒๐๒
สอ.น้อยสามัคคี	๕	๓,๗๘๑	๑,๘๕๑	๕	๓,๗๘๑	๗๕๖

*คำนวณจากจำนวนเจ้าหน้าที่เดิม ก่อนได้รับการเสริมจากโรงพยาบาล

กลับมาที่โรงพยาบาลภูกระดึง ทำให้ผู้ป่วยสะดวก ปลอดภัย และประหยัดค่าใช้จ่ายมากขึ้น.

- ระบบส่งต่อ เมื่อจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลระดับสูงขึ้น (รพ.เลย) ก็สามารถส่งต่อจาก สอ.เฉลิมพระเกียรติ ฯ ถึง รพ.เลย ได้ โดยไม่ต้องส่งผู้ป่วยย้อนกลับไปกลับมาที่โรงพยาบาลภูกระดึงอีก ทำให้เกิดความสะดวก ปลอดภัยและประหยัด แก่ผู้ป่วยยิ่งขึ้น.

- บริการใกล้ชิด โรงพยาบาลภูกระดึงมุ่งมั่นในการสร้างบริการที่อบอุ่น คำนึง และเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน จึงได้ปรับวิถีคิดและกระบวนการทำงานเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายบริการเพื่อประชาชน โดยยึดหลักการการจัดบริการตามเวลาราษฎร์.

ในอดีต การจัดการบริการของภาครัฐ จะให้เฉพาะวัน - เวลาราชการ ซึ่งขัดแย้งกับธรรมชาติของการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใดก็ได้ รวมถึงวิถีชีวิตการทำงานของประชาชนซึ่งมักจะต้องทำมาหากิน หรือทำงานในช่วงวันเวลาดังกล่าว.

การจัดบริการแบบเดิมนอกจากจะเป็นการตัดโอกาสการเข้าถึงบริการของประชาชนแล้ว ยังเป็นการลดโอกาสของประชาชนที่จะทำงาน สร้างรายได้แก่ตนเอง ครอบครัว และประเทศชาติในที่สุด. ด้วยข้อจำกัดด้านเวลานี้เอง ยังเป็นเหตุให้เกิดความไม่มั่นคงในหลักประกันสุขภาพของประชาชนตามเจตนารมณ์ของโครงการ เพราะในช่วงเวลาที่ภาครัฐหยุดให้บริการแบบครบวงจร ประชาชนที่มีความจำเป็นต้องไปใช้บริการและจ่ายค่าดูแลสุขภาพของตนเองแก่ภาคเอกชน.

โรงพยาบาลภูกระดึงตระหนักถึงปัญหานี้ จึงจัดบริการโดยคำนึงถึงวิถีชีวิตของชุมชนดังกล่าว โดยมีนโยบายการจัดบริการสุขภาพแบบไม่มีเวลาราชการ มีแต่เวลาราษฎร์ โดยจัดรูปแบบบริการอย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

โครงการแพทย์ ๒๔:๐๐ น.

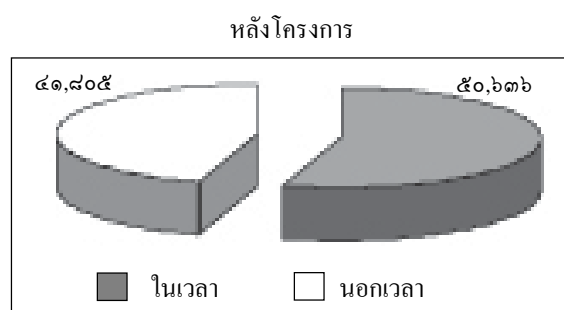
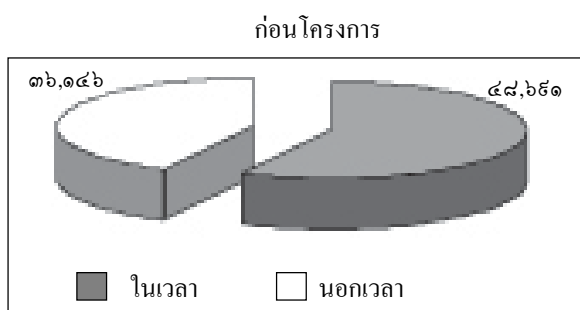
โดยกำหนดให้มีแพทย์ และทีมสุขภาพครบวงจร (ห้องยา ห้องชันสูตร และทีมพยาบาล) พร้อมให้บริการผู้ป่วยทุกประเภททั้งกรณีทั่วไปและฉุกเฉิน ตั้งแต่เวลา ๐๘:๐๐ -



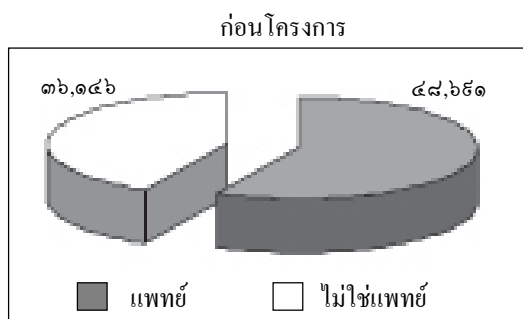
๒๔:๐๐ ทุกวันไม่เว้นวันหยุดราชการ ซึ่งจากผลการดำเนินงานต่อเนื่องมากกว่า ๖ ปี พบว่ามีผู้ป่วยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลภูกระดึงในช่วงนอกเวลาราชการมากขึ้น (๑๖:๐๐-๘:๐๐ น. วันถัดไปทุกวัน และ ๘:๐๐-๑๖:๐๐ น. ของวันเสาร์อาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์) ดังแสดงในแผนภูมิที่ ๒. การดำเนินการดังกล่าวทำให้เพิ่มคุณภาพและลดความเสี่ยงของผู้ป่วยได้มากขึ้นเนื่องจากการตรวจรักษานอกเวลาราชการของโรงพยาบาลของรัฐบาลแต่เดิมส่วนใหญ่เป็นบริการโดยบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่แพทย์ จึงมีโอกาสพลาดหรือด้อยคุณภาพมากกว่าตรวจรักษาโดยแพทย์.

หลังดำเนินการตามแนวทางนี้พบว่าผู้ป่วยนอกที่ได้รับการตรวจรักษาโดยพยาบาล (ไม่ใช่แพทย์) ลดลงเหลือเพียงประมาณ ๓๑๕ ครั้งต่อปี. จากจำนวนผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการนอกเวลาราชการกว่าห้าหมื่นครั้งต่อปีเท่านั้น. ตามแผนภูมิที่ ๓ จึงทำให้บริการดังกล่าวสามารถสร้างบริการที่ใกล้ชิด

และสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนได้มากขึ้นอย่างชัดเจน ส่งผลให้เกิดคุณภาพบริการที่ดีและเป็นที่ยอมรับมากขึ้น ส่งผลให้การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยนอกทั้งเครือข่ายเพิ่มขึ้นสอดคล้องตามมาตรฐานที่กำหนด. กล่าวคือ เดิมมีผู้ป่วยนอกใช้บริการในเครือข่ายโดยเฉลี่ยเพียง ๒.๓๓ ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. ๒๕๔๔ เพิ่มขึ้นเป็น ๓.๓๔ ครั้งต่อคนต่อปีใน พ.ศ. ๒๕๔๕ ตามแผนภูมิที่ ๔. เมื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานได้ง่ายสอดคล้องกับธรรมชาติการเจ็บป่วยและวิถีชีวิตจริง ทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง โดยพิจารณาจากอัตราการรับบริการผู้ป่วยในลดลงจาก ๓๓ คนต่อวันใน พ.ศ. ๒๕๔๔ เหลือเพียง ๒๗ คนต่อวันใน พ.ศ. ๒๕๔๖ ตามแผนภูมิที่ ๕ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการส่งต่อต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในจังหวัดอย่างมากตามแผนภูมิที่ ๖ ทำให้ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลภูกระดึงและของประชาชนลดลงในบริการสุขภาพที่ซับซ้อนลดลงเมื่อเทียบกับอำเภอข้างเคียง ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายของประชาชน

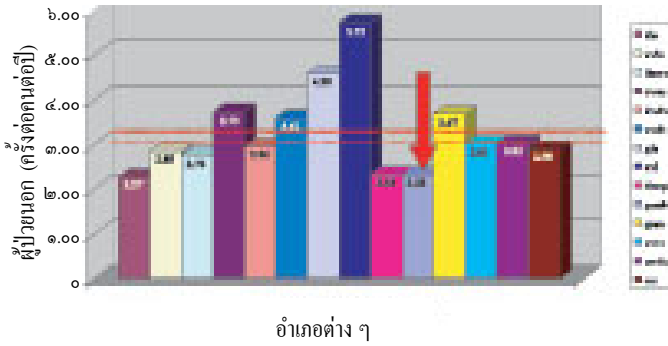


แผนภูมิที่ ๒ จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการที่โรงพยาบาลภูกระดึง ในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ ทั้งก่อนและหลังโครงการ

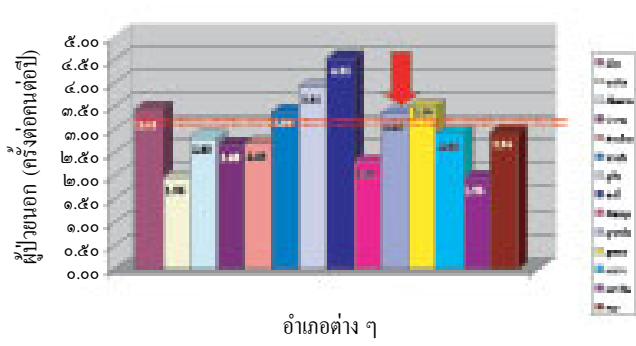


แผนภูมิที่ ๓ จำนวนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลภูกระดึงที่ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์และไม่ใช่แพทย์ ทั้งก่อนและหลังโครงการ

อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกหน่วยบริการ จ.เลย แยกรายอำเภอ ๒๕๔๔

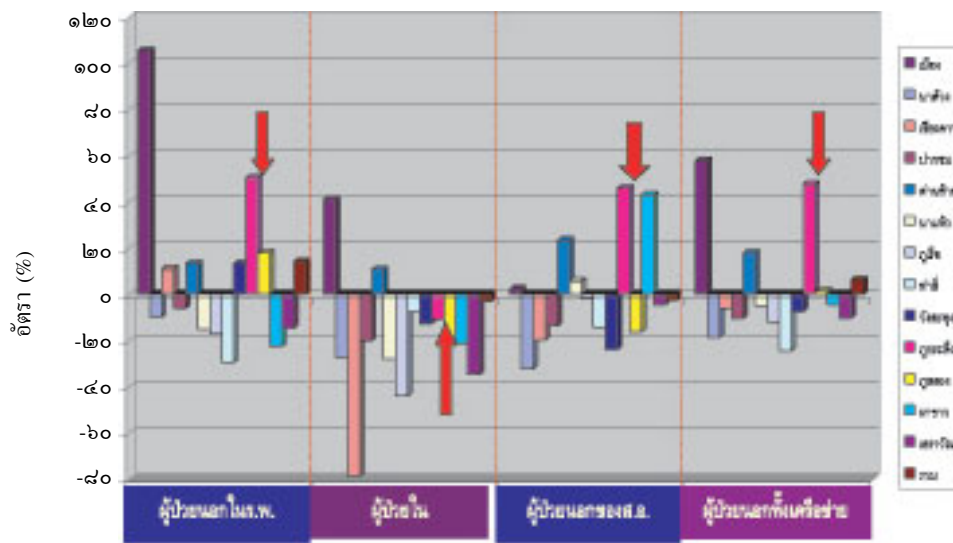


อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกหน่วยบริการ จ.เลย แยกรายอำเภอ ๒๕๔๕



แผนภูมิที่ ๔ อัตราผู้ป่วยนอกต่อคนต่อปี ของหน่วยบริการในเครือข่ายจังหวัดเลย ปี ๒๕๔๔ และ ๒๕๔๕. แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลจากรายงาน ๐๑๑๐ รง.๕, สถานบริการลูกข่าย จากรายงาน ๕ สร.

เปรียบเทียบผลการให้บริการปี ๒๕๔๔ กับ ๒๕๔๖



แผนภูมิที่ ๕ อัตราการเข้าถึงบริการประเภทต่าง ๆ แยกตามรายอำเภอ ระหว่างปี ๒๕๔๔ และปี ๒๕๔๖. แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลจากรายงาน ๐๑๑๐ รง.๕, สถานบริการลูกข่าย จากรายงาน ๕ สร.

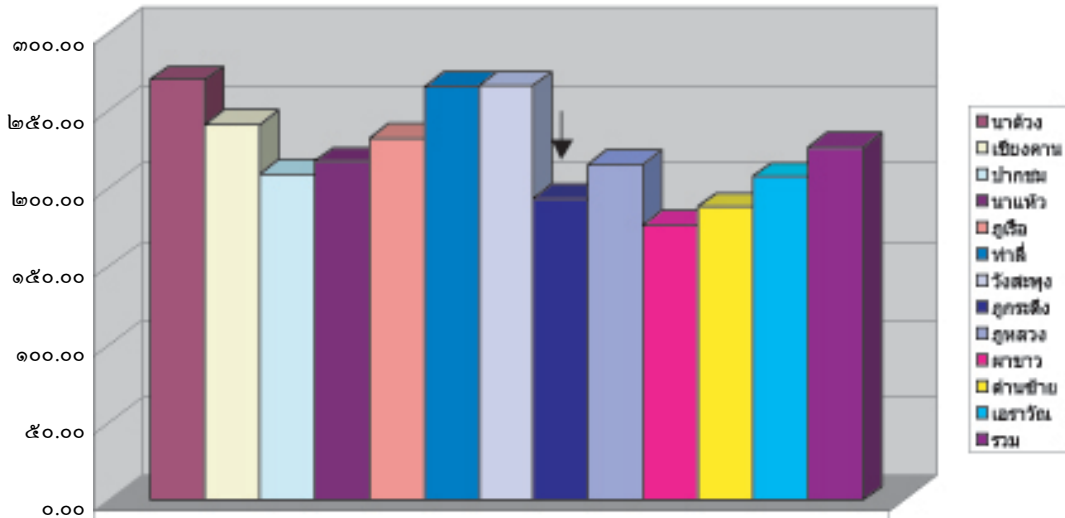
ด้านสุขภาพได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม.

สถานีอนามัยเปิดบริการทุกวัน

สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ทนงหิน ได้รับการพัฒนาระดับความสามารถให้ทัดเทียม หรือใกล้เคียงกับงานบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลภูกระดึง เพื่อให้เป็นหน่วย

บริการปฐมภูมิหลัก) แห่งที่ ๒ อย่างแท้จริง เพื่อให้ประชาชนในกิ่งอำเภอหนองหินกว่า ๒๒,๐๐๐ คน เกิดความมั่นใจในบริการระดับปฐมภูมิหลัก โดย

- เปิดบริการรักษาพยาบาลโดยแพทย์ และทีมสุขภาพรวมบริการทันตกรรมโดยทันตแพทย์ครบวงจร เวลา



แหล่งข้อมูล: จากรายงาน ๐๑๑๐ รง.๕
 หมายเหตุ-ค่าเฉลี่ยที่รพ.ทั้งจังหวัดถูกเรียกเก็บกรณีผู้ป่วยในโดยใช้ DRGs (RW ละ ๑๐,๓๐๐ บาท)
 เท่ากับ ๒๒๖.๓๑ บาทต่อคนต่อปี ขณะที่รพ.ถูกระดิงถูกเรียกเก็บ ๑๕๓.๘๑ บาทต่อคนต่อปี

แผนภูมิที่ ๖ ค่าใช้จ่ายที่รพ.เลย เรียกเก็บจากโรงพยาบาลชุมชนต่าง ๆ ในจังหวัดเลย ปี ๒๕๔๕

๐๘:๓๐ - ๑๖:๓๐ น. จันทร์ -ศุกร์.

- มีพยาบาลวิชาชีพอยู่เวรผลัด ๘ ชั่วโมง ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทุกวัน.

สถานีอนามัยอื่น ๆ ในเครือข่ายทุกแห่งจัดบริการดังนี้

- เปิดบริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และส่งเสริมสุขภาพ เวลา ๐๘:๓๐ - ๒๐:๓๐ น. ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ.

- มีเจ้าหน้าที่อยู่เวรยาม ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการในสถานีอนามัยเพิ่มขึ้นจากก่อนเริ่มโครงการถึงร้อยละ ๔๖ ทำให้ประชาชนลดค่าใช้จ่ายการเดินทางได้มากตามแผนภูมิที่ ๕.

บริการส่งเสริมสุขภาพทุกวัน

ในส่วนคลินิกส่งเสริมสุขภาพ เช่น EPI ANC วางแผนครอบครัว การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก - เต้านม และอื่น ๆ มีกำหนดให้เปิดบริการทุกวัน รวมทั้งวันเสาร์ อาทิตย์ และวันหยุดราชการอื่น ๆ ด้วย เพื่อรองรับผู้รับบริการหรือผู้ปกครองเด็กที่ต้องทำงานในวันราชการ เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเข้าถึง

บริการดีขึ้น. โรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ไม่ให้บริการโดยอ้างว่าไม่เป็นกรณีเร่งด่วน.

การบริหารจัดการด้านการเงินและงบประมาณ

๑. การจัดสรรงบประมาณในเครือข่าย

ก่อนโครงการ CUP ถูกระดิงประสบปัญหาเรื่องงบประมาณค่อนข้างมากเนื่องจากได้รับงบประมาณต่ำกว่าค่าเฉลี่ยมาก การจัดสรรงบประมาณจึงเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จของการบริหารจัดการ ประกอบกับงบประมาณรูปแบบใหม่ได้ให้โรงพยาบาลถูกระดิงเป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการงบประมาณของ CUP ถูกระดิง, จึงได้กำหนดรูปแบบการจัดการ ให้ครอบคลุมทุกเครือข่ายในระบบบริการ และจัดสรรงบประมาณโดยคำนึงถึงผลลัพธ์เป็นสำคัญ โดยมีแนวการจัดการในเครือข่ายดังนี้

๑. ประกันเงินเดือน ค่าตอบแทน ค่าล่วงเวลา ค่าจ้างลูกจ้างชั่วคราว ค่าสาธารณูปโภค.

๒. ค่าเวชภัณฑ์ วัสดุการแพทย์ บริหารจัดการโดย

โรงพยาบาลภูกระดึงเป็นคลังยาเวชภัณฑ์รวมระดับอำเภอ.

๓. เหม่าจ่ายค่าวัสดุสำนักงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ.

๔. จ่ายค่าตอบแทนบริการเชิงรุก ตามรายหัวประชากรระหว่าง ๓๒ - ๗๒ บาท ต่อปี และมีการประเมินตามคุณภาพผลงาน โดยกรณีนี้ได้ใช้ทดแทนการจ่ายเงินตามโครงการในรูปแบบเดิม.

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าสถานบริการในเครือข่ายทุกแห่ง ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพียงพอ สร้างความพึงพอใจ และเพิ่มขวัญกำลังใจในการสร้างคุณภาพของผลงานกับเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในสถานื่อนามัยอย่างมาก.

๒. คำตอบแทนแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ด้านการสร้างสุขภาพ

การจ่ายค่าตอบแทนจากเดิมซึ่งมักจะจ่ายในรูปของเบี้ยเลี้ยง หรือจ่ายตามโครงการ ทำให้ไม่เอื้อต่อการสร้างความมุ่งมั่นในการทำงานให้มีคุณภาพ เพราะไม่ได้นำคุณภาพผลงานมาประกอบการจ่ายค่าตอบแทน. CUP ภูกระดึง จึงปรับเปลี่ยนวิธีการจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานเชิงรุก และสร้างสุขภาพในชุมชน โดยมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของงานโดยหลักการต่อไปนี้

๑. กำหนดค่าตอบแทนรายหัวเบื้องต้นจากปัจจัยต่าง ๆ โดยมีตัวชี้วัดเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน มีค่าพื้นฐานสำหรับกรณีหมู่บ้านที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลภูกระดึง และเพิ่มเติมตามกรณีต่อไปนี้

- ระดับความยากง่ายของการเดินทางไปชุมชน จำนวนเท่าตามสภาพถนนที่ทุรกันดาร.

- ระยะทางระหว่างสถานบริการถึงหมู่บ้าน ๐.๕ บาท ต่อกิโลเมตร.

- ระยะทางระหว่างสถานบริการ(สถานื่อนามัย)กับโรงพยาบาลภูกระดึง ๐.๕ บาทต่อกิโลเมตร.

๒. หลักการจ่ายค่าตอบแทนแก่เจ้าหน้าที่ จ่ายตามสัดส่วนร้อยละของความสำเร็จของผลงานที่ได้จากการประเมินผลงาน โดยใช้เครื่องชี้วัด ดังสูตรนี้

คำตอบแทน = (จำนวนประชากรที่รับผิดชอบ) X (คำตอบแทนต่อหัวเบื้องต้น) X (ร้อยละความสำเร็จของงาน / ๑๐๐)
ผลจากการใช้รูปแบบการประเมินผลงานเพื่อจ่ายเป็นค่า

ตอบแทนตามความยากง่ายของภาระงานดังกล่าว ทำให้เกิดระบบธรรมเนียมปฏิบัติในการบริหารจัดการมากขึ้น รวมทั้งได้ขจัดเหตุโอกาสที่สูญเสียไปจากการทำงานในที่ห่างไกล นำมาซึ่งความมุ่งมั่นและความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่ในชุมชนเป็นอย่างมาก สังเกตได้จากความต้องการรับผิดชอบจำนวนประชากรเพิ่มขึ้นของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งยังสามารถกระจายกำลังคนในสถานื่อนามัยทุกแห่งได้อย่างต่อเนื่อง.

กระบวนการจัดการ

รูปแบบการจัดเครือข่ายบริการ

๑. การจัดบริการบนหน่วยบริการ แบ่งตามระดับการดูแลสุขภาพได้ตามตารางที่ ๘.

๒. การจัดบริการในชุมชน

เป็นการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต สังคมและวัฒนธรรมของชุมชน (Holistic care) และสร้างความต่อเนื่องในบริการโดยมอบหมายให้มีงานประจำครอบครัว ที่สามารถให้บริการทั้งในสาขาวิชาชีพตนเอง และทำหน้าที่เป็นตัวแทนครอบครัวในการประสานงานการดูแลสุขภาพครอบครัวกับสาขาวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ กายภาพบำบัด เรียกบุคลากรนี้ว่า หมอครอบครัว มีหน้าที่ดังนี้

๑. ศึกษาชุมชน และสร้างความคุ้นเคยกับชุมชน โดยใช้เครื่องมือต่าง ๆ คือ

- การทำแผนที่เดินดิน

- การทำผัง พงศาวลี

- ศึกษาประวัติชุมชน บุคคลคนสำคัญ และ

โครงสร้างผู้นำในชุมชน

- ศึกษาวิถีชีวิต และจัดทำปฏิทินชุมชน

- ทำและบันทึกแฟ้มสุขภาพของประชาชนทุกคน

- ทำและบันทึกแฟ้มสุขภาพครอบครัว ทุกครอบครัว

๒. การจัดบริการสุขภาพในชุมชน เป็นการผสมผสานบริการสุขภาพ แบบองค์รวม โดยจัดให้มีเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพประจำครอบครัว เรียกว่า หมอครอบครัว ครอบครัว



ตารางที่ ๔ บริการบนหน่วยบริการ

ระดับบริการ	สถานบริการ	การจัดบริการของ CUP
บริการปฐมภูมิ		
- บริการ หลัก	โรงพยาบาลภูกระดึง สอ.เฉลิมพระเกียรติฯ	จัดให้บริการเอง
- บริการรอง	สถานีอนามัยในเครือข่ายที่เหลือ ๕ แห่ง	จัดให้บริการเอง
บริการทุติยภูมิ		
- ระดับต้น	โรงพยาบาลภูกระดึง	จัดให้บริการเอง
- ระดับสูง	โรงพยาบาลเลย จ. เลย โรงพยาบาลชุมแพ อ.ชุมแพ จ.ขอนแก่น	ส่งต่อ
บริการตติยภูมิ	โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จ.ขอนแก่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	ส่งต่อ

ตารางที่ ๕ บริการในชุมชน

ระดับ	ลักษณะภาวะสุขภาพ	แผนการดูแลที่บ้าน
๑	ครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยต้องดูแลพิเศษ เช่น ผู้พิการ แผลกดทับ วัณโรค หญิงใกล้คลอด หญิงและเด็กหลังคลอด เป็นต้น	อย่างน้อย ทุก ๑ - ๓ วัน
๒	ครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคเรื้อรัง ต้องการการดูแลและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ กลุ่มเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ยังควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยสวนล้างปัสสาวะ เป็นต้น	อย่างน้อย ๑ ครั้ง / สัปดาห์
๓	ครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคเรื้อรัง ต้องการการดูแลและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ กลุ่มเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมได้แล้ว เป็นต้น	อย่างน้อย ๑ ครั้ง / เดือน
๔	ครอบครัวที่มีสมาชิกครอบครัวสุขภาพดี ต้องเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ และให้คำปรึกษาเป็นระยะ	อย่างน้อย ๓ ครั้ง / ปี

ทุกครอบครัว เพื่อวางแผนการให้บริการ โดยมีการศึกษาและให้การวินิจฉัยภาวะสุขภาพของครอบครัวออกเป็น ๔ ระดับ ดังรายการในตารางที่ ๕

การติดตามนิเทศงาน

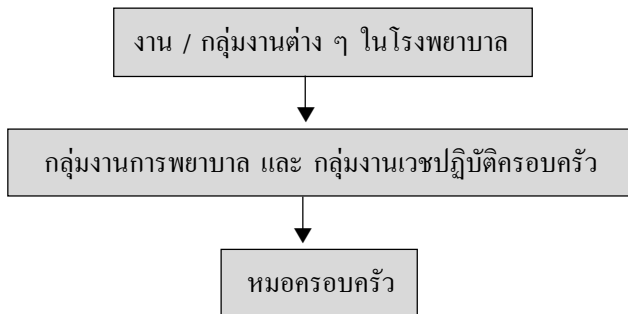
นอกจากการนิเทศติดตามงานตามสายบังคับบัญชาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน ในโครงสร้างปรกติแล้ว ยังมีการกำหนดการนิเทศและสนับสนุน

เพิ่มเติมการปฏิบัติงานของหมอครอบครัว โดยกำหนดให้กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว กลุ่มงานการพยาบาลงาน และกลุ่มงานต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เป็นแกนกลางในการประสานงานนิเทศและสนับสนุนดังผังแผนภูมิที่ ๗

การประเมินผลงาน

มีกำหนดแนวทางการประเมินเป็น ๓ มิติ คือ

๑. การควบคุมภายใน



แผนภูมิที่ ๓

๒. การควบคุมภายนอก
๓. ความรับผิดชอบของสังคม

โดยในส่วนของ การควบคุมภายใน นั้นมีการกำหนดให้มี ประประเมินทุก ๖ เดือนถึง ๑ ปี โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัย และ กำหนดเครื่องชี้วัดออกเป็นกลุ่มต่าง ๆ ประกอบด้วยเครื่องชี้ วัดปัจจัยนำเข้า, เครื่องชี้วัดกระบวนการ, และเครื่องชี้วัดผลลัพธ์ เป็นต้น และเนื่องจากเป็นการดำเนินงานที่มีการนำเครื่องมือ และวิธีการใหม่ ๆ มาใช้ จึงมุ่งเน้นที่การประเมินกระบวนการ ทำงาน เพื่อบ่งบอกถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ เครื่องมือและวิธีการดังกล่าว โดยมีตัวชี้วัดที่ CUP ภูกระดึง นำมาใช้ในการประเมินการปฏิบัติงานของจนท.ที่ปฏิบัติงานใน ชุมชน ดังนี้

๑. ความครอบคลุมของการทำแผนที่เดินดิน
๒. ความถูกต้องและเป็นปัจจุบันของแผนที่หมู่บ้าน
๓. ความครอบคลุมการทำผังเครือญาติ
๔. ความถูกต้องครบถ้วนของผังเครือญาติ
๕. ความครอบคลุมของการจัดทำเพิ่มสุขภาพครอบครัว
๖. ความครบถ้วนในการบันทึกเพิ่มสุขภาพครอบครัว
๗. ความครอบคลุมของการจัดทำเพิ่มสุขภาพบุคคล
๘. ความถูกต้องครบถ้วนของการบันทึกเพิ่มสุขภาพ

บุคคล

๙. ความครอบคลุมของการจัดระดับความต้องการด้าน สุขภาพของครอบครัว
๑๐. ความถูกต้องของการจัดระดับความต้องการด้าน

สุขภาพของครอบครัว

๑๑. ความครอบคลุมของการเยี่ยมดูแลครอบครัวโดย เจ้าหน้าที่ประจำครอบครัว
๑๒. ความพึงพอใจของประชาชนต่อเจ้าหน้าที่สาธาณสุข ประจำครอบครัว
๑๓. ความพึงพอใจของประชาชนต่อศูนย์บริการสุขภาพ ชุมชนปฐมภูมิ
๑๔. สัดส่วนในชุมชนของครอบครัวในระดับสุขภาพ ต่าง ๆ

ที่สำคัญ CUP ภูกระดึงเห็นว่าตัวชี้วัดดังกล่าวมีองค์ ประกอบครบทั้งด้านปัจจัยนำเข้า, กระบวนการ, และผลลัพธ์ จึงใช้เครื่องมือชนิดนี้ในการประเมินผลและจ่ายเป็นค่าตอบแทนการปฏิบัติงาน ซึ่งนับได้ว่าเป็นกระบวนการนำระบบ ผลการปฏิบัติงาน หรือระบบค่านึงผลกระทำ มาใช้อย่างเป็นรูป ธรรมอย่างชัดเจน จนกระทั่งถึงปัจจุบัน CUP ภูกระดึงได้ใช้ วิธีการประเมินการปฏิบัติงานของจนท.ในรูปแบบนี้ไปแล้ว ๔ ครั้ง พบว่าโดยภาพรวมมีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูงใน ทุกตัวชี้วัด. สำหรับการประเมินจากภายนอกยังไม่มี การดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นกิจจะลักษณะ ส่วนในด้านของสังคมและ ชุมชนพบว่าได้รับการยอมรับและชื่นชมและความร่วมมือจาก ชุมชนในระดับสูงมากและเป็นที่ยอมรับของเจ้าหน้าที่เป็น อย่างมาก.

กิตติกรรมประกาศ

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลภูกระดึง และสถานีอนามัยทั้ง ๑๐ แห่งมีความมุ่งมั่นร่วมมือในการที่จะทำให้ประชาชนในอำเภอ ภูกระดึงและกิ่งอำเภอหนองหินมีสุขภาพดีถ้วนหน้าโดยไม่ ใช้อภัย จนสามารถทำให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง ตามที่ทุกคนตั้งใจไว้.

เอกสารอ้างอิง

๑. ชมรมแพทย์ชนบท. ผลกระทบของนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกโรค กับ ระบบกำลังคนด้านสุขภาพ. เอกสารอัดสำเนา; ๒๕๔๖.



๒. ฝ่ายวิชาการชมรมแพทย์ชนบท. ผ่า ๓๐ บาทรักษาทุกโรครายได้ ๓ ปีไทยรักไทย. หนังสือพิมพ์โพสต์ทูเดย์ ๒๕-๒๖ มิถุนายน ๒๕๔๖.
๓. ชมรมแพทย์ชนบท. ผลกระทบการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขปีที่ ๓ ต่อนโยบาย ๓๐ บาทรักษาทุกโรค. เอกสารอัดสำเนา; ๒๕๔๖.
๔. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). กระทรวงสาธารณสุข การสาธารณสุขไทย พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๔๓. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; ๒๕๔๕.
๕. สุพัตรา ศรีวิมลชากร, สุรศักดิ์ อธิคมานนท์, บำรุง ชลอเดช. เอกสารวิชาการลำดับที่ ๑ ในชุดเอกสารเพื่อการพัฒนาบริการปฐมภูมิ บริการสุขภาพใกล้ใจ-ใกล้บ้าน. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๖. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. ระบบสุขภาพในท้องถิ่น: อนาคตระบบสุขภาพไทย. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; ๒๕๔๕.