

การจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมือง กรณีศึกษาจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์

วริศา พานิชเกรียงไกร* เอนก มุ่งอ้อมกลาง†
อังคณา สมบัติสวัสดิ์* เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์*
วลัยพร พัชรนกุล* วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*

ผู้รับผิดชอบบทความ: วริศา พานิชเกรียงไกร

บทคัดย่อ

จังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์เป็นจังหวัดขนาดใหญ่ที่มีโรงพยาบาลศูนย์อยู่ในอำเภอเมือง โรงพยาบาลศูนย์นี้ต้องให้บริการทั้งผู้ป่วยในเขตอำเภอเมือง ในเขตจังหวัด และเขตพื้นที่ของจังหวัดอื่นที่อยู่ใกล้เคียง ทำให้มีภาระมาก ผู้บริหารระดับจังหวัดจึงมีแนวคิดที่มุ่งลดความแออัดในการให้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้สามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญา (contracting unit for primary care, CUP) กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ หน่วยบริการคู่สัญญาที่ทำหน้าที่ให้บริการประจำเหล่านี้ มีศักยภาพในการให้บริการแบบผู้ป่วยนอกและการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ และสามารถบริหารจัดการงบประมาณของพื้นที่รับผิดชอบเองได้ (autonomous CUP) การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการจัดตั้ง autonomous CUP การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล เงิน และการบริการ ผลการดำเนินงานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และปัจจัยสำคัญในการจัดตั้ง autonomous CUP เพื่อเป็นบทเรียนในการพัฒนาการจักระบบบริการในเขตอำเภอเมืองสำหรับพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

ผลการศึกษาพบว่า autonomous CUP เป็นการผลักดันนโยบายจากผู้บริหารที่มุ่งหวังการเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานและผลักดันให้ผู้บริหารดำเนินการ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นคือ ตำแหน่งที่เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ได้แก่ แพทย์ รองลงมาคือผู้ช่วยแพทย์แผนไทยและเจ้าหน้าที่สนับสนุน จำนวนประชากรชั้นต่ำต่อพื้นที่ให้บริการ คือ 21,000 ราย จึงจะสามารถบริหารจัดการเงินโดยไม่ขาดทุนได้ ปัจจัยสำคัญในการดำเนินงาน คือ นโยบายที่มุ่งมั่นของผู้บริหารในพื้นที่ที่ต้องมีความเข้าใจและดำเนินนโยบายในทิศทางเดียวกัน และการมีแพทย์เกษียณร่วมให้บริการ ความท้าทายคือการเพิ่มบทบาทของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และการใช้ระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (district health system) เพื่อการติดตามประเมินผล ทั้งนี้ ควรมีผู้รับผิดชอบหลักเพื่อจัดการปัญหาการขาดความเชื่อมโยงของระบบ

คำสำคัญ: บริการสุขภาพปฐมภูมิ, หน่วยบริการปฐมภูมิ, เขตเมือง, การสาธารณสุขมูลฐาน, กระบวนการนโยบาย, การจัดการระบบบริการสุขภาพ

Abstract Primary Care Services in Urban Area: Case Study of Nakhon Ratchasima and Buriram provinces

Warisa Panichkriangkrai*, Anek Mungaomklang†, Angkana Sommanustweechai*, Yaowaluk Wanwong*, Walaiporn Patcharanarumol*, Viroj Tangcharoensathien*

*International Health Policy Program, Ministry of Public Health, †Debaratana Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima province

Corresponding author: Warisa Panichkriangkrai, warisa@ihpp.thaigov.net

Health service provision in urban area is a key challenge in Thailand as there is only tertiary care hospital and a network of health center provides curative and health prevention services. As a result, primary care services seem to be neglected. Recently, there are interventions to upgrade health

*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

†โรงพยาบาลเทรัตนนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา

centers to become autonomous contracting unit for primary care (CUP) to provide out-patient and health promotion services in Mueang districts of Nakhon Ratchasima and Buriram provinces. Capitation budget for out-patient care is now transferred to CUP instead of provincial hospital. This study aims to explore process in setting up those autonomous CUPs as well as key success factors and remaining challenges in these provinces to be lessons learned for other provinces.

We reviewed documents and interviewed key informants who involved in setting up autonomous CUPs or were working in those CUPs. Results showed that main purposes of autonomous CUPs were to reduce crowdedness of provincial hospitals and to improve quality and access of health services at health centers. One major change after the implementation was the increased numbers of staff especially those of medical doctors and supporting staff. Key success factors are consistent with policy direction at provincial and district levels as well as availability of retired medical doctors who were key human resources. The remaining challenges were to increase active role of District Health Coordinating Committee, integrate district health system principle and appoint responsible persons to coordinate health service system within the district.

Keywords: CUP split, primary care unit, urban area, primary health care, policy process, health service system management

ภูมิหลังและเหตุผล

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้คาดประมาณการประชากรภายในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 ว่าจะมีประชากรอาศัยอยู่ในเขตเมือง ร้อยละ 48.40⁽¹⁾ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มจากปี พ.ศ. 2558 ที่มีอัตราส่วนร้อยละ 47.57 ของประชากรทั้งประเทศ⁽²⁾ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยมีแนวโน้มที่ประชากรจะอาศัยอยู่ในเขตเมืองและใช้ชีวิตแบบเมืองเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เร่งรีบของคนที่อาศัยในเขตเมือง มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ที่พบเห็นได้ชัดเจน เช่น ความไม่เป็นธรรมชาติ ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงทรัพยากรทางด้านสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจ ที่ทำให้ผู้มีรายได้น้อยมีโอกาสในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้น้อยกว่าผู้มีรายได้สูง ประกอบกับระบบการจัดบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนและซับซ้อนมากกว่าการจัดบริการสุขภาพในเขตชนบท⁽³⁾ จึงทำให้การจัดระบบบริการสุขภาพเขตเมืองมีความท้าทายสูงมาก ทั้งปัจจัยด้านผู้รับบริการและปัจจัยด้านผู้ให้บริการ การศึกษานี้เน้นด้านผู้

ให้บริการโดยเฉพาะการจัดระบบเครือข่ายบริการ

เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมืองมีความซับซ้อนกว่าเครือข่ายในเขตชนบท เครือข่ายฯ เมืองประกอบด้วยหน่วยบริการประจำที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ร่วมงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง แต่เนื่องจากระบบงานภายใน รพศ. หรือ รพท. ส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานที่มีภารกิจในด้านบริการงานรักษาพยาบาลทางการแพทย์ เฉพาะทางด้านต่างๆ ในระดับตติยภูมิ (tertiary care level) ขอบเขตการให้บริการครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยในจังหวัดของตนเองและผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากจังหวัดข้างเคียง ประกอบกับประชาชนในเขตเมืองมีที่พักอาศัยที่มีการกระจุกตัว มีความต้องการที่หลากหลายมีความคาดหวังสูง และมีทางเลือกที่จะใช้บริการจากภาคเอกชนทั้งร้านยา คลินิกและโรงพยาบาลเอกชนจำนวนมาก ดังนั้นการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมืองจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบและกลไกการบริหารระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนในเขตเมืองสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ

ปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยให้หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการประจำ (autonomous contracting unit for primary care หรือ CUP split) นั้น หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีศักยภาพผ่านเกณฑ์ขั้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการประจำ (CUP) ที่เป็นหน่วยงานทำสัญญากับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อจัดบริการปฐมภูมิ กรณีผู้ป่วยนอก (out-patient: OP) และการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (disease prevention and health promotion: PP) หน่วยบริการปฐมภูมิอาจจะเป็น CUP เดี่ยวคือไม่มีลูกข่ายหรืออาจจะมีลูกข่ายที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิก็ได้⁽⁴⁾

ในเขตสุขภาพที่ 9 หรือ นครชัยบุรินทร์ (นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์) มีสองจังหวัดที่มีการดำเนินงาน autonomous CUP คือ จังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์ โดยจังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดที่มีการดำเนินงานนี้มาเกือบสิบปี และมีรูปแบบของการจัดตั้ง autonomous CUP ที่หลากหลาย เช่น หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการรัฐในสังกัดกระทรวงอื่นๆ และภาคเอกชน ในขณะที่จังหวัดบุรีรัมย์มีการดำเนินงาน autonomous CUP ในปี พ.ศ. 2557 โดยเป็นการดำเนินงานเฉพาะหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ตลอดระยะเวลาการดำเนินงานที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงผู้บริหาร การพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการ ทั้งในเรื่องของกำลังคนและงบประมาณ การเพิ่มความสามารถในการให้บริการ ทำให้ส่งผลถึงการรับบริการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการจัดตั้ง autonomous CUP ทั้งการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล การเงิน การบริการ ผลการดำเนินงาน ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และปัจจัยสำคัญในการจัดตั้งเพื่อเป็นบทเรียนในการพัฒนาการจัดระบบบริการในเขตอำเภอเมืองสำหรับพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาใช้การประเมินเพื่อการตัดสินใจโดยวิธีเชิงระบบ (system decision-oriented evaluation) โดยจำแนกเป็น

1) การประเมินกระบวนการเชิงนโยบาย ประกอบด้วย ปัจจัยการประเมินบริบท (context evaluation) การประเมินปัจจัยป้อนเข้า (input evaluation) การประเมินกระบวนการ (process evaluation) เพื่อประกอบ การตัดสินใจการนำไปสู่การปฏิบัติ (implementing decisions) เป็นการปรับเปลี่ยนยุทธวิธีหรือการดำเนินงานให้เหมาะสมในช่วงก่อนและหลังการจัดตั้ง CUP ในเขตอำเภอเมือง

2) การประเมินผลการดำเนินงานของการจัดตั้งระบบบริการปฐมภูมิเขตอำเภอเมือง

วิธีการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารหรือผู้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมืองของจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งมีผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวนทั้งหมด 37 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายช่วงการจัดตั้ง CUP และปัจจุบัน รวมถึงกลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง ทั้งที่อยู่ในโรงพยาบาล ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ใน CUP และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) นอกจากนี้ยังมีการสัมภาษณ์ผู้บริหาร CUP นอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชนอีกด้วย ดังตาราง

ในด้านการทบทวนเอกสาร ได้ทำการสืบค้นเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตอำเภอเมืองของจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์ ที่รวมถึงเอกสารจากการนำเสนอผลการดำเนินงานการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทั้งจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์ และได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา สำนักงาน

ตารางที่ 1 จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย (Key Informant)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล	จำนวน	เพศ	
		ชาย	หญิง
กลุ่มผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายช่วงจัดตั้ง CUP และปัจจุบัน	7	4	3
กลุ่มผู้ปฏิบัติงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง	30	16	14
ผู้บริหารโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	5	5	0
ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ CUP	14	6	8
แพทย์เกษียณและแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่ CUP	6	4	2
ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	5	1	4
รวม	37	20	17

สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ CUP มะค่า จังหวัดนครราชสีมา เช่น ข้อมูลด้านบุคลากร ข้อมูลด้านงบประมาณ ข้อมูลการบริหารจัดการ CUP ข้อมูลโรคเรื้อรัง และอื่นๆ โดยเป็นเอกสารการดำเนินงานในช่วงปี พ.ศ. 2556-2558

ผลการศึกษา

1. ความเป็นมาของการจัดตั้ง autonomous CUP

จากบริบทของความเป็นเมืองที่ประชากรอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก แต่โรงพยาบาลของรัฐที่เป็นสถานที่รับบริการหลักมีเพียงโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปที่เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดทำให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่เหล่านี้ต้องให้บริการทั้งผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองและผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ เกิดความแออัดของการให้บริการ ส่งผลให้ประชาชนในเขตอำเภอเมืองมีความยุ่งยากในการเข้าถึงบริการของโรงพยาบาล นอกจากนี้โรงพยาบาลขนาดใหญ่มักเน้นการให้บริการที่เป็นเลิศเชิงลึก มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การให้บริการโรคที่มีความซับซ้อน ทั้งการวินิจฉัย รักษา และฟื้นฟู ในหลากหลายสาขา ซึ่งเป็นหลักการที่แตกต่างจากระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

“เนื่องจากด้วยว่าในตัวการเป็นหัวหน้ากลุ่มงานพยาธิ เทคนิคการแพทย์ที่โรงพยาบาลมหาราช อันนี้ที่เป็นปัญหาในตัวงานเราเองนะคะ ก็คือเรื่องความแออัดของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ แล้วก็ความแออัด เราก็ไม่สามารถที่จะขยายบริเวณที่ทำให้คนใช้มารอการตรวจผู้ป่วยนอกได้ แล้วก็อันนี้ก็คือโรงพยาบาลชุมชนกับพวกที่เป็น CUP Split แต่ก่อนนั้น ก็จะมีส่งส่งตรวจมาที่โรงพยาบาล เพราะฉะนั้นงานมันเยอะ ทั้งงานในโรงพยาบาลและก้นอกโรงพยาบาล” (ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายปัจจุบันของจังหวัดนครราชสีมา K02)

“มันมี concept เราต้องการลดความแออัดของโรงพยาบาลศูนย์ คือ ประเด็นสำคัญเวลาเริ่มต้นแนวคิดเลยเราจะลดความแออัดของโรงพยาบาลศูนย์ได้อย่างไร” (ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายปัจจุบันของจังหวัดบุรีรัมย์ B01)

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารที่มีส่วนในการจัดตั้ง autonomous CUP ถึงแนวคิดของการเริ่มดำเนินงานได้ข้อมูลดังนี้ ในปี 2551 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาในขณะนั้นร่วมกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 9 มีแนวคิดที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตอำเภอเมือง โดยต่อยอดจากการดำเนินงาน “ศูนย์แพทย์ชุมชน” (community medical unit

หรือ CMU) ที่มีการดำเนินงานมาหลายปีแล้ว ในการพัฒนาครั้งนี้จะมีการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานย่อย เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) หน่วยบริการของเทศบาล โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเอกชน ทั้งนี้ เพื่อให้ระบบฯ สามารถเป็นหน่วยบริการคู่สัญญา กับ สปสช. ได้ และเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยนอก รวมถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ประชาชน ไม่ต้องเดินทางไกล ไม่ต้องเสียเวลาในการรอรับบริการ นาน และได้รับบริการที่มีคุณภาพ โดยใช้หลัก “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” นอกจากนี้ยังสามารถลดความแออัดของการให้บริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลมหาราชได้ด้วย

“โจทย์หลักของปีก่อนนั้น ก็คือ พยายามที่จะทำ *model development* พัฒนาบริการ *primary care* ที่มีคุณภาพ แล้วก็เป็นบริการที่แบบว่า ชาวบ้านเขา เลือกลงเป็น *first contact* เพื่อจะได้ไม่ต้องมาที่มหาราช อันนั้นก็เป็โจทย์หลัก ทีนี้พอจะพัฒนา *model* ได้” (ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายช่วงจัดตั้ง CUP จังหวัด นครราชสีมา K01)

ผู้บริหารโรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้ให้ข้อมูลการจัดตั้ง *autonomous CUP* ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ว่า มีจุดเริ่มต้นที่แตกต่างจากจังหวัดนครราชสีมา โดยโรงพยาบาลบุรีรัมย์เห็นความสำคัญการจัดการของการบริการปฐมภูมิโดยมิได้มองผลที่เกิดจากการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการเท่านั้น แต่ยังมองเห็นว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการการเงิน การคลังอีกด้วย เนื่องจากการจัดการการเงินแยกราย เครือข่ายปฐมภูมิจะสามารถช่วยควบคุมรายจ่ายให้มีประสิทธิภาพโดยการบริหารตนเองอย่างเหมาะสมกับ ประชากร ดังนั้นการดำเนินงานในจังหวัดบุรีรัมย์จึง เป็นการผลักดันนโยบายจากผู้ปฏิบัติงานที่มุ่งหวังการเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงาน อย่างไรก็ตามการดำเนินงานของจังหวัดบุรีรัมย์เป็นไปอย่างค่อยเป็นค่อยไป ไม่ได้มีการโอนงบประมาณลงไปที CUP ทั้งหมด โดยในปีงบประมาณ 2557 ซึ่งเป็นช่วงแรกของการ

ดำเนินการเป็นการทดลองแยกบัญชีราย CUP โดยงบประมาณทั้งหมดยังอยู่กับโรงพยาบาลบุรีรัมย์ แต่ CUP ต่างๆ สามารถมีอิสระในการบริหารงบประมาณ ของตัวเอง หรือที่เรียกว่า ระบบ *virtual* และเมื่อระบบ สามารถดำเนินการได้ดี จึงโอนงบประมาณรายหัวไปยัง CUP โดยตรงในปี 2558

“คือ ณ ปัจจุบันนี้เราก็ไม่บังคับคนในเมือง คนใน อำเภอเมืองจะมา รพ.บุรีรัมย์ บวกคนบ้านด่านด้วย จะ มา รพ.บุรีรัมย์ก็คือ ไม่ต้องมีใบส่งตัวคือวัดประสิทธิภาพ วัดกระบวนการทำงานของคุณ คุณก็พัฒนาไป คุณจ้าง หมอมา คุณทำเพื่อศักยภาพโครงสร้างมาให้ดี ให้ดึงดูด ให้คนเข้ามาใช้บริการ คุณเชิงรุกเข้ามา คุณก็เข้ามา กระบวนการบริการนี้” (กลุ่มผู้ปฏิบัติงานระบบบริการ สุขภาพปฐมภูมิเขตเมือง ผู้บริหารโรงพยาบาล B02)

ทั้งนี้แนวทางในการจัดแบ่ง CUP ของทั้ง 2 จังหวัด คล้ายกัน คือ พิจารณาจากลักษณะที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ การคมนาคมและข้อมูลการใช้บริการที่โรงพยาบาล โดย ต้องมีหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างน้อย 1 แห่งที่มีความพร้อมที่จะพัฒนาเป็นหน่วยบริการประจำตามหลักเกณฑ์ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2. การดำเนินการ *autonomous CUP*

2.1 โครงการการจัดระบบบริการ

การจัดตั้ง *autonomous CUP* ในอำเภอเมือง นครราชสีมา มีหลายรูปแบบ ในปี พ.ศ. 2551 มี CUP ทั้ง สิ้น 16 แห่ง จำแนกกลุ่มเป็น CUP ในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข 7 แห่ง และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 9 แห่ง ต่อมาจึงมีการจัดตั้งโรงพยาบาลในอำเภอเมือง เช่น โรงพยาบาลหัวทะเล (30 เตียง) โรงพยาบาล เทพรัตนนครราชสีมา (200 เตียง) และ โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (มทส.) จึงมีการควรวรวม CUP โดยเฉพาะอย่างยิ่ง CUP ขนาดเล็กที่มีปัญหาการ จัดการด้านการเงิน ปัจจุบันอำเภอเมืองนครราชสีมา มี CUP ทั้งหมด 12 แห่ง โดยสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5 แห่ง หน่วยงานรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 4

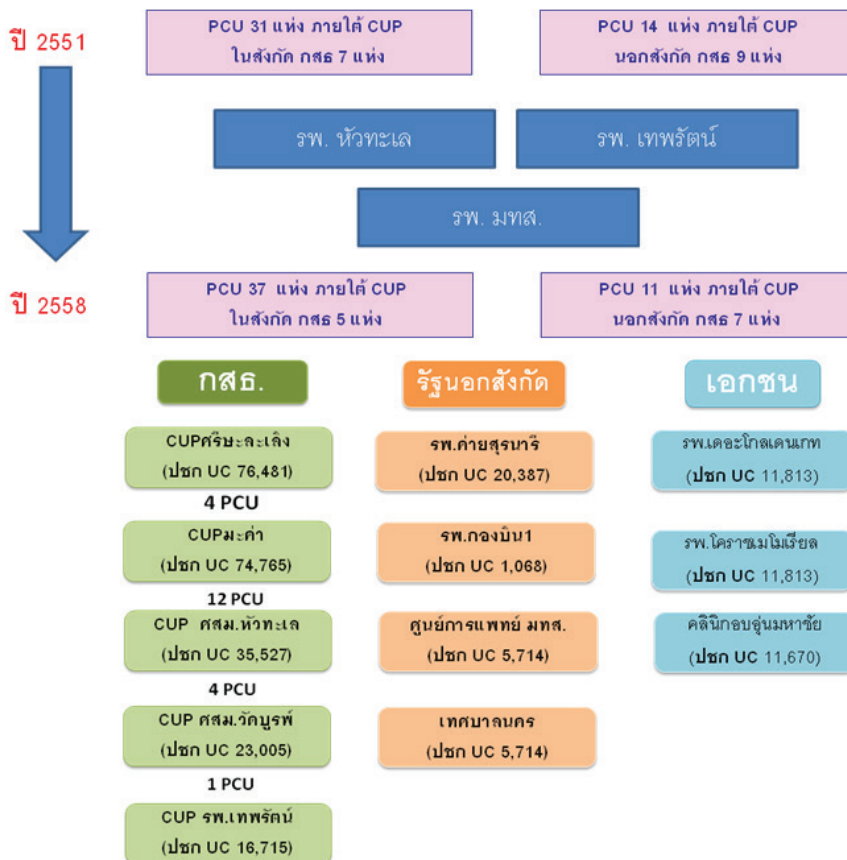
แห่ง และ เอกชน 3 แห่ง (รูปที่ 1)

สำหรับ autonomous CUP ในอำเภอเมืองบุรีรัมย์ ยังคงอยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยในปี พ.ศ. 2557 มีการจัดตั้ง CUP เพิ่มขึ้น 5 แห่ง และยังคง CUP ของโรงพยาบาล 1 แห่ง ทั้งหมดอยู่ภายใต้การดูแลของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ที่มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลบุรีรัมย์และสาธารณสุขอำเภอเมืองเป็นประธานร่วม (รูปที่ 2)

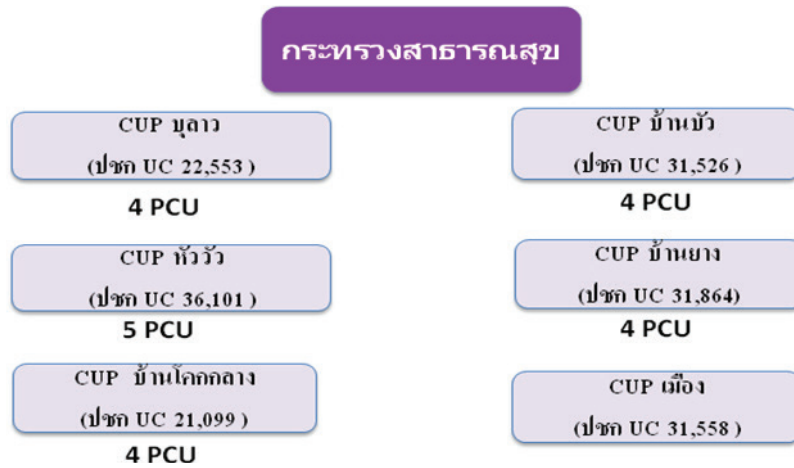
เมื่อเปรียบเทียบลักษณะ autonomous CUP รูปแบบต่างๆ ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า จำนวนประชากรที่แต่ละ CUP ต้องดูแล มีจำนวนแตกต่างกันระหว่าง CUP ที่อยู่ในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดย CUP สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบประชากร 21,099 - 76,481 รายต่อ CUP ในขณะที่ CUP เทศบาล รับผิดชอบประชากร 43,636 ราย

ส่วนภาคเอกชนรับผิดชอบประชากรในจำนวนที่น้อยกว่า คือ CUP รพ.เอกชนรับผิดชอบ 11,793 - 13,739 ราย และ CUP คลินิกเอกชน 11,692 ราย⁽⁵⁾ และจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ปฏิบัติงานยังพบว่า ข้อมูลนี้ยังไม่รวม CUP โรงพยาบาลเทพรัตนนครราชสีมาที่มีจำนวนประชากรในเขตประมาณ 16,000 ราย แต่ด้วยจำนวนประชากรที่น้อยเกินไปทำให้ต้องอาศัยงบประมาณสนับสนุนจาก CUP ที่อยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา ปีละประมาณ 20-36 ล้านบาทในช่วงระหว่างปี 2556-2558

“เงินเราน้อยลง เราต้องแบ่งเงินให้กับเทพรัตน พอเงินน้อยแต่งานเท่าเดิมหรือมากขึ้น ทำอย่างไรเราจะอยู่ได้ด้วยเงินน้อย บางแห่งอาจจะไม่เข้าใจปัญหา CUP ว่าทำไมจัดสรรเงินช้า ให้เงินไม่เท่ากับที่ต้องการหรือ support ปัญหาที่ตามมาในระบบข้างใน” (ผู้ปฏิบัติงาน



รูปที่ 1 การจัดบริการ Autonomous CUP ในอำเภอเมืองนครราชสีมา



รูปที่ 2 การจัดการบริการ Autonomous CUP ในอำเภอเมืองบุรีรัมย์

ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา K04)

2.2 การพัฒนาศักยภาพการให้บริการ การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลและงบประมาณ

เมื่อ autonomous CUP มีงบประมาณที่สามารถบริหารจัดการเองได้แล้ว ทำให้แต่ละ CUP ต้องวางแผนการใช้งบประมาณ การพัฒนาศักยภาพการให้บริการและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เพื่อตอบสนองต่อบริการที่ขยายขอบเขตมากขึ้น เช่น การตรวจรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ การบริการทางทันตกรรม การบริการแพทย์แผนไทย การบริการฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว ดังนั้นการพัฒนาจำนวนและศักยภาพของบุคลากรจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ข้อมูลจากบุรีรัมย์แสดงให้เห็นว่า ทุก CUP มีการจ้างบุคลากรโดยใช้งบประมาณของตัวเองมากขึ้น เมื่อจำแนกจำนวนบุคลากรราย CUP พบว่าในปี พ.ศ. 2558 มีบุคลากร CUP ละ 36-54 ราย ตำแหน่งที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด คือ แพทย์ เนื่องจากมีความสำคัญกับการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการประจำ ตามหลักเกณฑ์ของ สปสช. และเป็นปัจจัยต่อความเชื่อมั่นในการให้บริการของ CUP ทำให้ต้องมีแพทย์ประจำใน รพสต.หลักของ CUP โดยเป็นแพทย์เกษียณอายุจากระบบราชการที่เคย

ทำงานในโรงพยาบาลบุรีรัมย์และแพทย์ที่อยู่นอกระบบราชการ นอกจากนี้ยังมีการเพิ่มผู้ช่วยแพทย์แผนไทยให้มีประจำทุก PCU (primary care unit: หน่วยบริการปฐมภูมิ) และเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน (ตารางที่ 2) ส่วนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรนั้น ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ รวมถึงมีการพัฒนาศักยภาพภายในเครือข่าย CUP เองด้วย

ที่ผ่านมาโรงพยาบาลแม่ข่าย ทั้งโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาและโรงพยาบาลบุรีรัมย์ยังเป็นพี่เลี้ยงสำหรับ CUP ต่างๆ ทั้งในด้านการสนับสนุนบุคลากร ด้านวิชาการต่างๆ และด้านการวางระบบยาและเวชภัณฑ์ ทั้งนี้ CUP ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขใช้วิธีการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ร่วมในระดับจังหวัด เพื่อลดค่าใช้จ่ายโดยในระยะเริ่มต้นนั้น กรอบการบริหารจัดการยาสำหรับผู้ป่วยนอกของ CUP ในเขตอำเภอเมืองใช้กรอบเดียวกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้ CUP มียาลักษณะแบบเดียวกันกับโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ประชาชนเคยรับบริการ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และไม่มีความรู้สึกแตกต่าง นอกจากนี้จังหวัดบุรีรัมย์ยังมีการจัดสรรเภสัชกรประจำทุก รพสต.หลักของ CUP โดยเภสัชกรบรรจุเป็นพนักงานกระทรวงสาธารณสุขที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์และ CUP เป็นผู้รับผิดชอบจ่ายเงินเดือนของเภสัชกร



ตารางที่ 2 จำนวนบุคลากรของ CUP อำเภอเมืองบุรีรัมย์ ระหว่างก่อนและหลังมี autonomous CUP ในปี 2556 และ 2558

	ปี 2556 (ก่อนเกิด)	ปี 2558 (ปัจจุบัน)	จำนวนที่ เปลี่ยนแปลง
แพทย์		7	7
พยาบาล	41	41	0
เภสัชกร/จพ.เภสัช	3	7	4
นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข	70	77	7
ทันตภิบาล	9	13	4
นักรการแพทย์แผนไทย		5	5
ผู้ช่วยเหลือคนไข้/ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	47	51	4
นักกายภาพบำบัด	5	6	1
เจ้าหน้าที่ธุรการ/การเงิน	32	41	9
อื่นๆ	17	4	-13
รวม	224	252	28

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน CUP ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในอำเภอเมืองนครราชสีมา มีการจัดซื้อร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยใช้กรอบการบริหารจัดการยาของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งทำให้ยาแตกต่างจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

สำหรับการจัดบริการที่เกินขอบเขตความสามารถของ CUP นั้น ได้มีการจัดระบบสนับสนุนบริการร่วม เช่น ในอำเภอเมืองนครราชสีมา มีการจ้างเหมาบริการ (contract out) การตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และ x-ray นอกจากนี้ยังมีการจัดทำโครงการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและคลินิกเอกชน ในกรณีส่งต่อผู้รับบริการทันตกรรมที่เกินขอบเขตการให้บริการใน CUP ไปรักษาที่คลินิกทันตกรรมเอกชน ส่วนในจังหวัดบุรีรัมย์นั้น โรงพยาบาลบุรีรัมย์ยังให้การสนับสนุนการให้บริการอยู่ โดยการส่งบุคลากร เช่น เภสัชกร ทันตภิบาลลงไปยัง CUP และใช้งบประมาณจาก CUP นอกจากนี้ CUP ยังพัฒนาการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเอง

ในภารกิจที่การจัดบริการของทุกเครือข่ายจะต้องมีหน่วยบริการรับส่งต่อนั้น กรณีผู้ป่วยนอกไปรับ

บริการที่หน่วยบริการรับส่งต่อจะมีข้อตกลงการตามจ่ายค่าบริการที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ เครือข่ายหน่วยบริการในอำเภอเมืองนครราชสีมาตกลงการตามจ่ายแบบ fix rate โดยในช่วงแรกมีการเรียกเก็บ 380 บาท ต่อครั้งของการรับบริการและต่อมาเพิ่มเป็น 480 บาท ต่อการรับบริการ ซึ่ง CUP รับผิดชอบเฉพาะกรณีส่งต่อ ในขณะที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์มีการเรียกเก็บจาก CUP ในอัตราที่ใช้จริงแต่ไม่เกิน 700 บาทต่อการรับบริการ โดย CUP รับผิดชอบทั้งกรณีส่งต่อและกรณีที่ผู้ป่วย walk in จากการเรียกเก็บค่าบริการจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในปี พ.ศ. 2558 CUP ในอำเภอเมืองบุรีรัมย์มีค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายให้กับโรงพยาบาลบุรีรัมย์รวมประมาณ 44.7 ล้านบาท หรือร้อยละ 28.3 ของงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว

นอกจากค่าใช้จ่ายที่ CUP ต้องตามจ่ายโรงพยาบาลแม่ข่ายแล้ว CUP ยังต้องวางแผนการใช้งบประมาณที่ได้รับ โดยงบประมาณสำหรับการให้บริการผู้ป่วยนอกและการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นการจัดสรรงบประมาณตามรายหัวประชากร (capitation) ทั้งนี้หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของอำเภอเมืองนครราชสีมา จะได้รับการจัดสรรงบประมาณจ่าย

ตารางที่ 3 รายรับ รายจ่าย ของหน่วยบริการในเขตอำเภอเมืองบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2557-2558

ปี	ประชากร	รายรับเงิน UC	รายจ่าย					
			บุคลากร	ยาและ lab	ตามจ่าย รพศ.	อื่นๆ	รวมค่าใช้จ่าย	คงเหลือ
2557		162,047,800	22,200,240	10,830,597	46,372,835	9,938,658	89,342,330	72,705,470
2558	189,238	157,795,136	18,638,131	7,530,709	44,682,401	17,394,766	88,246,008	69,549,128
CUP 1	28,288	27,213,005	4,190,782	505,291	3,113,608	2,416,058	10,225,739	16,987,266
CUP 2	43,863	30,224,954	8,297,621	1,526,170	9,708,740	955,200	20,487,731	9,737,223
CUP 3	44,880	34,677,341	2,801,905	1,673,558	13,543,017	3,034,451	21,052,932	13,624,409
CUP 4	26,091	24,159,881	1,635,585	1,751,729	7,980,154	10,460,665	21,828,133	2,331,748
CUP 5	46,116	41,519,955	1,712,238	2,073,961	10,336,882	528,392	14,651,473	26,868,482

รายหัวที่มีการหักเงินเดือนของบุคลากรทั้งหมดในระดับจังหวัดแล้ว ในขณะที่หน่วยบริการในสังกัดเทศบาลและหน่วยบริการเอกชนจะได้รับงบประมาณจ่ายรายหัวโดยไม่มี การหักเงินเดือน เช่นเดียวกับหน่วยบริการในอำเภอเมืองบุรีรัมย์ที่ไม่มีการหักเงินเดือนในระดับจังหวัดก่อน สำหรับค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการในอำเภอเมืองบุรีรัมย์ ประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร ค่ายาและค่า lab ค่าใช้จ่ายผู้ป่วยนอกที่ต้องจ่ายให้กับโรงพยาบาลบุรีรัมย์ และค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น เครื่องมือแพทย์ ยานพาหนะ โดยมีภาระบะเพิ่มขึ้น 15 คันและรถตู้ 12 คันนั่งเพิ่มขึ้น 1 คัน

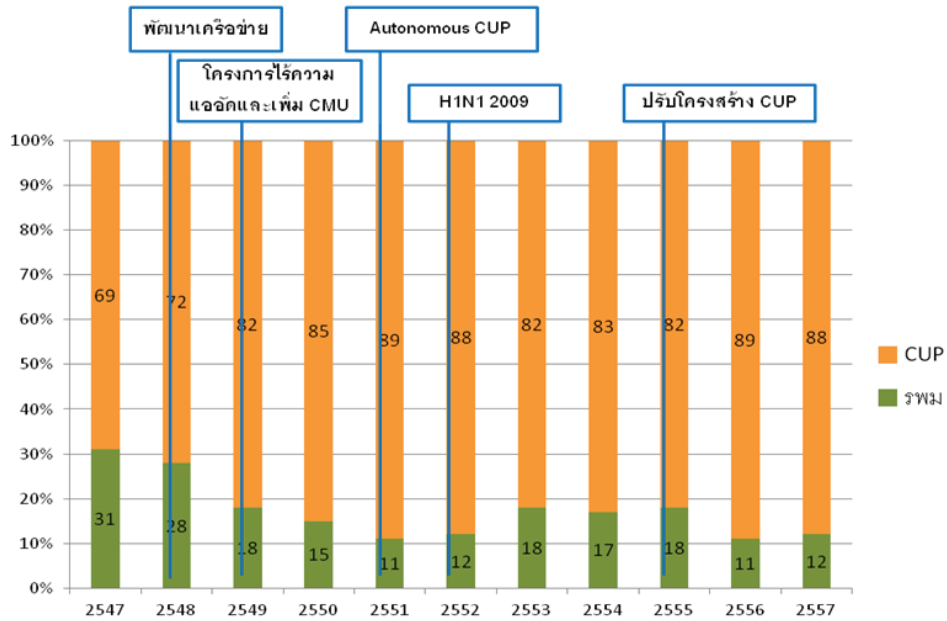
ในการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการ แต่ละจังหวัดมีระบบข้อมูลที่แตกต่างกัน การดำเนินงานในระยะเริ่มต้นของอำเภอเมืองนครราชสีมา มีการรวบรวมข้อมูลที่ รพ.มหาราชาฯ ทำให้สามารถเห็นภาพรวมในการจัดการระบบระดับอำเภอได้ แต่เมื่อบทบาทของเครือข่ายบริการปฐมภูมิเขตเมือง (primary care network, PCN) เปลี่ยนไปจากอำนาจที่สามารถสั่งการได้ เป็นบทบาทเชิงวิชาการ ไม่สามารถให้คําหรือโทษได้ ทำให้ไม่มีอำนาจในการรวบรวมข้อมูล ในขณะที่การดำเนินงานของอำเภอเมืองบุรีรัมย์มีการรวบรวมข้อมูลและการกำกับติดตามผลที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยมี คปสอ.ที่ ผอ.รพศ. และ สสอ.ทำงานร่วมกัน

3. ผลการดำเนินงานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

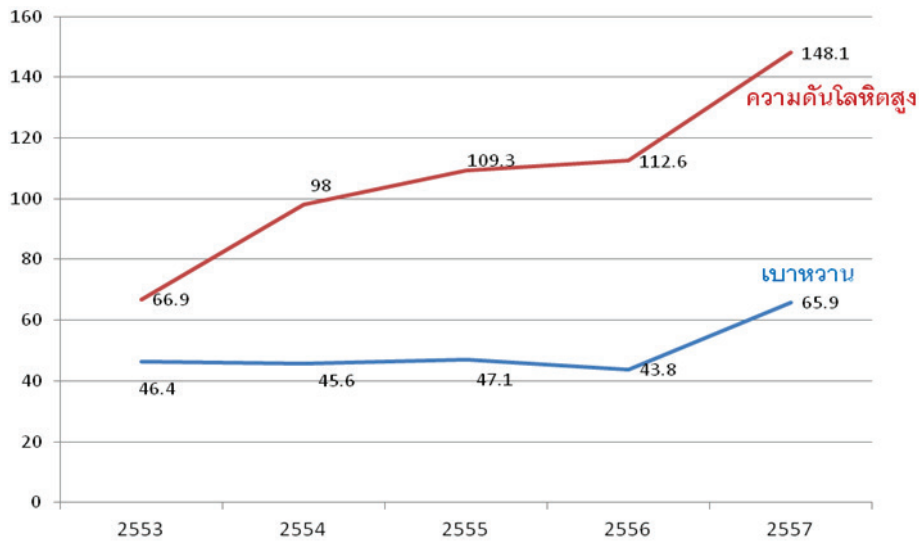
เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานของจังหวัด นครราชสีมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการลดความแออัดของผู้มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา พบว่า สัดส่วนของผู้ใช้สิทธิ UC (universal coverage: สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ในเขตอำเภอเมืองมีแนวโน้มลดลงระหว่างปี พ.ศ. 2549-2551 และมีแนวโน้มคงที่จนถึงปัจจุบัน ดังนั้นถึงแม้การทำ autonomous CUP จะไม่ส่งผลให้จำนวนผู้รับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชาฯ ลดลงได้ แต่สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของสิทธิ UC ที่ PCU ของ CUP เมืองยํากักรพ.มหาราชาฯ ก็มีแนวโน้มที่ดีขึ้น สะท้อนให้เห็นการเพิ่ม การเข้าถึงบริการปฐมภูมิของประชาชน (รูปที่ 3)

ในเรื่องของคุณภาพบริการ พบว่า เขตพื้นที่รับผิดชอบของ CUP เมืองยํารับผู้ป่วยไว้นอนที่โรงพยาบาลมหาราชาฯ มีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มความดันโลหิตสูงและเบาหวาน (รูปที่ 4) ซึ่งเป็นทิศทางเดียวกับภาพรวมของเขต นครชัยบุรีรินทร์ ดังนั้นจึงอาจไม่ได้บ่งชี้ถึงปัญหาการจัดบริการของ CUP เพียงอย่างเดียว และอาจมีปัจจัยอื่นๆ ร่วม เช่น ความชุกของโรครวมมากขึ้น บริบทของคนเมืองรวมถึงปัจจัยทางสังคมซึ่งกลไกทางการเงินเพียงอย่างเดียวไม่สามารถจัดการได้

ผลการดำเนินงานของอำเภอเมืองบุรีรัมย์ในช่วง



รูปที่ 3 สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของสิทธิ UC ที่ CUP เมืองย่า กับ รพ.มหาสารชนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2547-2557



รูปที่ 4 อัตราการ Admit ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวานต่อประชากร 100,000 ราย ของผู้ป่วยจาก CUP เมืองย่า

2 ปีที่ผ่านมาพบว่า อัตราการรับบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคสูงขึ้น เช่น ร้อยละการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์เพิ่มขึ้น และร้อยละความครอบคลุมวัคซีนป้องกันโรคหัดเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามด้วยระยะเวลาการดำเนินงานเพียง 2 ปี อาจยังไม่สามารถสะท้อนภาพผลการดำเนินงานจากรูปแบบการให้บริการที่เปลี่ยนแปลงไปได้

จากรูปแบบ autonomous CUP ต่างๆ มีผลการบริหารงบประมาณที่แตกต่างกัน โดยข้อมูลจากจังหวัดนครราชสีมาพบว่า CUP ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการดำเนินงานที่ไม่ขาดทุน มีประชากรในเขตรับผิดชอบไม่ต่ำกว่า 21,000 ราย ส่วน CUP ในรูปแบบอื่นอาจมีจำนวนประชากรในเขตรับผิดชอบที่น้อยกว่าได้

“แม้ว่า CUP ประชากรจะไม่เยอะนะ 20,000 กว่า

แต่อาจจะเป็นเพราะว่า CUP split ก็คืออย่าง มันไม่มี IPD เพราะ IPD ค่าใช้จ่ายมันเยอะ เราทำแต่ OP, PP และก็ข้าราชการทั้งนั้นเลย ไม่ค่อยมีลูกจ้าง มีลูกจ้างบ้างเหมือนกัน แต่ก็ไม่เยอะ แต่ว่าใครก็อยากย้ายเข้ามาอันนี้คือจุดดีของทำ CUP ที่อยู่ในเมือง” (ผู้บริหารศูนย์แพทย์ชุมชนจังหวัดนครราชสีมา K15)

“เรามีประชากรในเขตรับผิดชอบ 17,650 ก็อยู่ได้ แต่ไม่ถึงกับเหลือเยอะ พอไปได้ พออยู่ได้ ถ้าสมมุติมีคนเยอะกว่านี้ก็ไม่ได้ แต่ต้องไม่ต่ำกว่า 10,000 ถึงจะอยู่ได้” (ผู้บริหารคลินิกเอกชน K17)

4. ปัจจัยสำคัญในการจัดตั้ง Autonomous CUP ของจังหวัดนครราชสีมาและบุรีรัมย์

ปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการดำเนินงานทั้งในจังหวัดนครราชสีมาและบุรีรัมย์ คือ นโยบายที่มุ่งมั่นของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ข่าย สาธารณสุขอำเภอ และ สปสช.เขต ทั้งนี้ทุกฝ่ายต้องมีความเข้าใจและดำเนินนโยบายในทิศทางเดียวกัน รวมถึงเอื้อให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ อีก ได้แก่ การทำงานร่วมกันในรูปแบบของคณะกรรมการ CUP ซึ่งเป็นผู้กำหนดทิศทางการดำเนินการในระดับอำเภอ การกำกับนโยบาย การควบคุมและติดตามการดำเนินงานของ CUP ทุกรูปแบบ

“พอมหาราชรับ มหาราชก็จะดูแล PCU หน่วยปฐมภูมิทั้งหมด ช่วงปี 44 จะดูประมาณ 29 ที่ ซึ่งอยู่ในเครือข่ายมหาราช และก็ pop ถ้าพื้นที่ไม่พิดน่าจะอยู่ 230,000 ประมาณนั้นนะ และกรณี 230,000 งบ OP, PP จะเข้าที่มหาราช ที่พี่บอกว่ามันถูกแยกบัญชี แต่ว่าจะมีคณะกรรมการ CUP board ที่ ผอ.มหาราชเป็นประธาน หัวหน้าเวชกรรมสังคมเป็นเลขา แล้วในแต่ละปี เราจะทำแผนร่วมกันก็คือ ตามค่าหัวที่ได้เข้าไปมันเป็นเท่าไร และในเท่าไรอันนั้นก็มาวางร่วมกันเลยว่า มันจะถูกจ่ายเป็น fix cost เท่าไร จะเป็นค่าพัฒนาบุคลากรเท่าไร แต่ว่าในงบ PP กระจายลงหมด” (ผู้

บริหารและผู้กำหนดนโยบายช่วงจัดตั้ง CUP จังหวัดนครราชสีมา K09)

อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการเพิ่มศักยภาพในการให้บริการ คือ ทรัพยากรในพื้นที่โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากร ในจังหวัดนครราชสีมาและบุรีรัมย์ มีแพทย์เกษียณหรือแพทย์ที่ไม่ได้อยู่ในระบบราชการสนใจร่วมให้บริการใน CUP ต่างๆ ทำให้มีแพทย์ประจำในทุก CUP หลัก นอกจากนี้ในจังหวัดนครราชสีมายังมีการผลิตบุคลากรเพิ่ม เช่น พยาบาล ทันตภิบาล โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีเพื่อให้เพียงพอกับความต้องการในจังหวัด

“ที่อื่นก็อย่างว่าเขาคงไม่อยากจะไปแย่ง คือหมอส่วนใหญ่ก็ยังน้อยอยู่และก็จะไป specialist ตอนนี้อยู่และในอนาคตหมอก็ยังไม่ทราบ แต่ที่โคราชที่เขาเริ่มก่อนก็เป็นอาจารย์ที่เกษียณแล้ว และก็พัฒนามาได้ดี และเราก็ไปเอาตัวอย่างจากโคราชมาและรู้สึกว่ามันแย่งเขา พวกหมอเด็กๆ ก็อยากออกมาแต่โรงพยาบาลบอกว่าอย่าเพิ่งออกเขายังไม่รับ เขารับแต่พวกเกษียณก่อน” (แพทย์เกษียณและแพทย์ที่ปฏิบัติงานที่ CUP B07)

“หมอเกษียณของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ท่านเลือกมาอยู่นี้เอง ท่านอยู่โรงพยาบาลบุรีรัมย์และเกษียณเสร็จโรงพยาบาลบุรีรัมย์ก็ประกาศประชาสัมพันธ์ว่ามีแพทย์คนไหนจะมาอยู่ CUP split ไหม ท่านก็สมัครเข้ามาในเชิงระบบ ท่านก็เลือกเอง เราไม่ได้เลือก” (ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดบุรีรัมย์ B04)

สำหรับระบบการส่งต่อ autonomous CUP ก็ยังมีการส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลศูนย์ตามระบบบริการปกติ อย่างไรก็ตามภายในจังหวัดยังจำเป็นต้องมีการตกลงระบบการเรียกเก็บกรณีส่งต่อ ซึ่งจังหวัดนครราชสีมาและบุรีรัมย์ก็มีแนวทางในการเรียกเก็บในกรณีส่งต่อที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ในช่วงเริ่มต้นโรงพยาบาลมหาราชฯ เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลน้อยเพื่อให้ CUP ไม่ต้องตามจ่ายกรณีส่งต่อมากนักและสามารถอยู่ได้ นอกจากนี้ยังมีการใช้ระบบใบ refer เพื่อให้ประชาชน



ต้องรับบริการที่ CUP ก่อน โดยผู้ที่เลือกมารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชาฯ ต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลเอง ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่มุ่งหวังให้ประชาชนรับบริการที่ CUP ใกล้บ้านมากกว่า จนปัจจุบันเมื่อประชาชนเข้าใจระบบแล้ว จึงเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลจาก CUP ในอัตราที่เพิ่มขึ้น ส่วนจังหวัดบุรีรัมย์ มีการใช้ระบบจำลองบัญชีค่าใช้จ่าย (virtual) ก่อนเพื่อให้เห็นภาพค่าใช้จ่ายและการใช้บริการในโรงพยาบาลศูนย์และ CUP ต่างๆ นอกจากนี้ยังให้อิสระแก่ประชาชนในการเลือกใช้บริการ โดยสามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่มีการเรียกเก็บระหว่าง CUP เอง เพื่อให้เกิดการแข่งขันที่คุณภาพบริการระหว่างโรงพยาบาลบุรีรัมย์และ CUP ต่างๆ

นอกจากนี้ในจังหวัดนครราชสีมายังมีการวางระบบงานสนับสนุนต่างๆ ที่นอกเหนือความสามารถของ CUP เช่น การตั้ง central lab เพื่อให้บริการการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ซับซ้อนสำหรับทุก CUP ทำให้แต่ละ CUP ไม่ต้องลงทุนด้านบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการทำสัญญากับคลินิกทันตกรรมเอกชนเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการและเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการของประชาชน ทั้งนี้ต้องมีการจัดทำมาตรฐานการให้บริการและราคากลางที่ทั้งสองฝ่ายยอมรับได้ นอกจากนี้ยังมีการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ร่วมในระดับจังหวัดหรือระดับอำเภอเพื่อลดค่าใช้จ่ายอีกด้วย

“เราก็โอเคแล้ว บริการอื่นๆ ก็จะมี อย่างเช่น ของทันตกรรมเราค่อนข้างจะจัดได้ครอบคลุมนะครับ เรามี unit ทันตกรรมทุก รพสต. แต่เดิมเราก็มีบุคลากรครบตอนนี้เรายังขาดอยู่ทีเดียว เขาย้ายไป เรากำลังหาคนทดแทนอยู่ และเราก็จะได้เพิ่ม นอกจากนั้นยังไป MOU กับเอกชนอีก ซึ่งมันเป็นสิ่งที่เราทำให้ชาวบ้านได้รับความสะดวกมากขึ้น” (ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา K10)

5. ความท้าทายในการจัดตั้ง autonomous

CUP ของจังหวัดนครราชสีมาและบุรีรัมย์

จากการดำเนินงานถึงปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนถึงปัญหาการกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ การประสานงานกันภายในเครือข่าย รวมถึงการดำเนินงานในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนที่มีวิถีชีวิตเปลี่ยนไปตามบริบทเมือง

“คือที่ย่อยทำได้ทำตามคือตัวระบบกำกับ นิเทศกำกับติดตาม คือระบบตรงนี้มีน้ำหนักมากของโคราช มันก็เลยทำให้แทนที่มันจะพัฒนามันก็เลยตรงๆ และอาจจะทำให้แย้งในบางเรื่อง” (ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายช่วงจัดตั้ง CUP จังหวัดนครราชสีมา K09)

“คนในเขตเมืองไม่เหมือนคนชนบท เวลาทำงานจะไปสั่งว่าต้องไปศูนย์แพทย์ห้ามไปโรงพยาบาลก็ไม่ได้ เขาอยากไปไหนเขาก็ไป การทำงานในเขตเมืองจะยาก ไม่เหมือนเขตชนบทเวลาจะประชุมกลุ่มแม่บ้าน อสม. ได้หมด ไม่มีปัญหา ขอให้หมอบอก แต่ในเมือง 100 คน มา 50 ก็บุญแล้ว งานส่งเสริมหรืองานป้องกัน งานควบคุมโรค มีความยากลำบาก” (ผู้บริหารโรงพยาบาล B08)

“ใช้ มีจุดเปลี่ยนของเขายู่แล้ว จากปัญหาที่เราเจอมากขึ้น วิถีชีวิตคนเปลี่ยนด้วยเพราะคนในเขตเมืองก็มีวิถีชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิม ไม่กินปลา ไม่กินผักที่ปลูกแล้วเขากินอาหารจากตลาดนัดและกินง่าย ประุงง่ายขึ้น พี่เห็นตอนปี 43 ตอนนั้นสุขภาพดีถ้วนหน้าของ WHO ตอนปี 40 คนไทยต้องสุขภาพดีถ้วนหน้า เราก็ทำมาเรื่อยๆ อยู่แล้ว” (ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา K04)

ดังนั้นความท้าทายของการดำเนินงานในจังหวัดนครราชสีมาและบุรีรัมย์ในปัจจุบันที่สำคัญคือ การเพิ่มบทบาทของ คปสอ. และการใช้ระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ (district health system, DHS) เพื่อการติดตาม การให้บริการ ประเมินผล เพื่อให้เกิดระบบการจัดการสุขภาพอำเภอสำหรับคนเมืองที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตและความต้องการ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน และการมีส่วนร่วมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ



สปสช.

“ถ้าจะเอา CUP split ไปทำที่อื่น จะต้องมีการควบคุมกำกับที่ดี ไม่ว่าจะเรื่องของการบริหารจัดการ เรื่องการดูแลประชาชน เรื่องการ refer OPD ชำม CUP และเรื่องของ e-claim เรื่องอื่นๆ ไม่ค่อยมีปัญหา” (ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด นครราชสีมา K06)

นอกจากนี้ยังต้องมีการทำงานร่วมกันภายใน CUP และระหว่าง CUP ทั้งที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ สนง.สสจ. โรงพยาบาลแม่ข่าย และ สปสช. ทั้งในเรื่องของการควบคุมโรค งานคุ้มครองผู้บริโภค การรักษาพยาบาล การส่งต่อและระบบข้อมูล ดังนั้นจึงควรมีผู้รับผิดชอบหลักเพื่อจัดการปัญหาการขาดความเชื่อมโยงของระบบ (fragmentation) รวมถึงมีการติดตามคุณภาพ CUP เพื่อให้สามารถให้บริการได้ตามเกณฑ์และมีบทลงโทษ แก่หน่วยบริการที่ทำผิดอย่างชัดเจน

“พอเงินมันถูกกระจายไปแล้ว และตัวระบบบริการจัดการร่วม คือ มันเหมือนต่างคนต่างอยู่แล้ว คือ สมัยก่อนมันมีระบบบริการจัดการร่วม มีการพูดคุยร่วมกัน มีการสนับสนุนเชิงวิชาการ พอมันแยก ในช่วงต้นๆ มันมีอยู่ แต่พอต่างคนต่างเริ่มโต ต่างเริ่มถือเงินตัวเองแล้ว ระบบที่จะมาแชร์กันมันจะน้อยลง อันนี้อาจจะเป็นข้อด้อยของ CUP split” (ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย ช่วงจัดตั้ง CUP จังหวัดนครราชสีมา K09)

“ฐานข้อมูลไม่ได้ link กัน หมอต้องรู้ว่ากินอะไร บางที่เป็น CVD 4-5 เราก็ดูไม่ได้ เราต้อง refer กลับ กว่า จะรู้ กว่า จะเจาะเลือดก็รอนาน ถ้าคนไข้คนนี้เคยเป็น CVD MI ก็ให้รักษาที่โรงพยาบาล เพราะ MI เราก้ EKG ไม่ได้ follow up ไม่ได้ กว่า จะรู้ว่าเป็น MI เป็นปี มี SA อยู่ด้วย ทำไม่ไม่ checkup ที่โรงพยาบาล ไม่มีการโยกย้ายข้อมูล ทำให้ยากต่อการ management” (ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์ B06)

“ถามว่ามีปัญหาใหม่ ยังมี เช่น คนไข้ chronic ถูก

refer ไป 1 ครั้ง จะต้องถูกติดตามประมาณ 3 ครั้ง พี่เสียเปรียบเพราะต้องตามจ่าย ไปครั้งแรกเจอแพทย์ แพทย์สั่งเจาะ lab มาฟังผล lab ที่เรา แล้วเอาผล lab กลับไปที่มหาราช เราเข้าใจว่ามหาราชเป็นเครือข่ายใหญ่ค่อนข้างคุยกันยากในระบบข้างใน การประสานงาน การเชื่อมโยงยังมีปัญหาอยู่เรื่องการ refer คนไข้” (ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา K12)

ถึงแม้ว่า autonomous CUP ส่วนใหญ่มีงบประมาณเหลือจากการให้บริการ ส่วนหนึ่งอาจเกิดจากงบประมาณส่วนหนึ่งเป็นงบสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจมีการให้บริการที่ยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ ดังนั้น CUP จำเป็นต้องวางแผนการดำเนินงานเพิ่มเติมว่าจะทำอย่างไรให้เกิดความครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับทุกสิทธิอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดโรค เพื่อลดต้นทุนของหน่วยบริการปฐมภูมิในระยะยาวได้ นอกจากนี้หน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังสะท้อนความคิดเห็นว่ายังไม่สามารถให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพได้ดีนัก

“อสม. ที่เขาไม่ยอมทำคือ เขาไปเยี่ยมคนในพื้นที่เข้าเยอะไม่ค่อยได้ ... ไปรณรงค์ใช้เลือดออกไม่เปิดประตู รุ้หมดแล้วแหละ ไม่ต้องมาหรก แล้วเสร็จแล้วก็ป่วย ฟรุ้งนี้แหละ และพวกเขาหวานความดันไม่ยอมให้เข้าไป แนะนำ ไม่ยอมเข้ามาร่วมมือ ไม่เข้ามาคลินิกมาติดตาม ... ซึ่งตอนนีเรากำลังถอดบทเรียน อสม. อยู่ ว่ามีบางคนที่เข้าได้ เข้าไปได้ได้อย่างไร เรากำลังถอดบทเรียนอยู่” (ผู้บริหารคลินิกเอกชน K17)

ความท้าทายในอนาคตคือการเพิ่มการให้บริการที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของคนเมือง เช่น การเพิ่มเวลา การรับบริการ การจัดบริการที่เหมาะสมกับกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุ แรงงานต่างด้าว แรงงานในระบบผู้ย้ายถิ่น และสิทธิการรักษาอื่นๆ ต้องอาศัยรูปแบบบริการสำหรับกลุ่มลักษณะเฉพาะในเขตเมือง ซึ่งยังไม่มีรูปแบบการให้บริการที่ชัดเจน หากใช้รูปแบบการจัดการแบบเดิม โดยใช้ระบบ รพสต.ในชนบทและอาศัยภาคีเครือข่าย อสม.



ซึ่งเป็นการยากที่จะประสบผลสำเร็จในเขตเมืองและอาจทำให้เกิดความล้มเหลวของการจัดการระบบสุขภาพเขตเมืองได้ เช่น กลุ่มวัยทำงานในสถานประกอบการมีเวลาส่วนใหญ่อยู่ในที่ทำงาน บ้านจัดสรร คอนโดมิเนียม สถาบันการศึกษาขนาดใหญ่ ห้างสรรพสินค้า หรือสถานที่ราชการในจังหวัด (ศูนย์ราชการขนาดใหญ่) ซึ่งความไม่ชัดเจนและความจำเพาะนี้เป็นโอกาสในการพัฒนางานด้านสุขภาพของกลุ่มเฉพาะเขตเมืองที่ต้องมีการดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

“การทำงานก็ยากในกลุ่มวัยทำงาน เพราะเวลาไม่ตรงกัน เราก็ต้องปรับทีมเราให้ทำงานวันหยุด เพราะงานบางอย่าง เช่น pap smear เราต้องไปในชุมชนต้องไปเชิงรุก วัยทำงานเราจะให้ความรู้ เช่น ตรวจสารพิษในกลุ่มวัยทำงานหรือตรวจสุขภาพวัยทำงาน คัดกรองต้องเป็นช่วงเย็นหรือวันหยุด ต้องถามกลุ่ม อสม. ด้วยว่าสะดวกช่วงไหน” (ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา K12)

วิจารณ์

จากข้อมูลการดำเนินงานของทั้งสองจังหวัด พบว่า การจัดตั้ง autonomous CUP ในเขตที่มีจำนวนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบขั้นต่ำ 21,000 รายนั้นสามารถบริหารจัดการเงินที่ไม่ขาดทุนได้ และเกิดการจัดสรรทรัพยากรร่วมกันระหว่างเครือข่ายของ รพสต. ขนาดเล็กและ รพสต. ขนาดใหญ่ (จำนวนประชากรรับผิดชอบต่อ รพสต. คือ 3,000-12,000 ราย) นอกจากนี้จากประสบการณ์ของ CUP รพ. เอกชนในเขตเมืองของนครราชสีมา พบว่า สามารถบริหารจัดการประชากร UC จำนวน 11,000 รายได้ อย่างไรก็ตาม ควรต้องศึกษาคุณภาพของการบริการด้วย (ทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟู) และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชน เนื่องจากอาจมีศักยภาพในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่า CUP ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลแม่ข่ายมีบทบาทและศักยภาพอย่างมากในการเป็นพี่เลี้ยงและช่วยจัดระบบบริการร่วม เพื่อเป็นพื้นฐานให้ CUP สามารถดำเนินการด้วยตนเองได้ต่อไป เช่น central lab, central x-ray ระบบการจัดซื้อยา ร่วม ระบบวิชาการ จึงควรมีการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนให้โรงพยาบาลแม่ข่ายมีอำนาจในการควบคุม กำกับและเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของ CUP ได้ ดังนั้น รพศ. ควรเน้นบทบาทการกำกับ ติดตามและประเมินผล โดยให้มีการสะท้อนผลการประเมินกลับไปยัง CUP ต่างๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของ CUP

เนื่องจากหน่วยบริการ autonomous CUP มีหลากหลายรูปแบบทั้งหน่วยบริการที่อยู่ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข หน่วยบริการภาครัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยบริการเอกชน ทำให้ขาดการเชื่อมโยง ทั้งในเรื่องของการรวบรวมข้อมูลและการส่งต่อข้อมูลเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาภายในระดับ CUP และระหว่าง CUP ทำให้ระบบสุขภาพอำเภอไม่มีความเข้มแข็ง นอกจากนี้ยังพบปัญหาระบบการควบคุมโรค ที่ต้องอาศัยการทำงานร่วมกันหรือการสั่งการจากหน่วยกลาง เช่น การจัดการโรคไข้เลือดออก และการควบคุมโรคที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากท้องถิ่น รวมถึงงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งานฟื้นฟูสุขภาพ งานคุ้มครองผู้บริโภค การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ต้องการการดูแลระยะยาว

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ ไม่สามารถเข้าถึงระบบข้อมูลด้านการเงิน บุคลากร และ ผลการดำเนินงานของผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมาได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากหน่วยบริการเอกชนและหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งๆ ที่เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ต้องสามารถเข้าถึงได้ จึงเสนอว่า ควรมีการจัดทำเป็นข้อบังคับสำหรับหน่วยบริการเอกชนและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องส่งข้อมูลพื้นฐานมายังระบบสุขภาพอำเภอ และจัดทำเป็นเกณฑ์การประเมินของการเป็นหน่วยบริการด้วย

บทเรียนสำหรับพื้นที่อื่นในการทำ autonomous CUP

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของจังหวัด นครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์แสดงให้เห็นว่ารูปแบบ การดำเนินงานของ autonomous CUP ควรมึลักษณะ ดังนี้

- มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารระบบ สุขภาพอำเภอเมือง (DHS) ซึ่งประกอบด้วย นายอำเภอ นายแพทย์ สสจ. สสอ. สปสช. โรงพยาบาลแม่ข่าย องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน เพื่อดูแล ภาพรวม กำหนดทิศทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพ การจัดทำมาตรฐานโดยมีอำนาจในการบริหารจัดการ และมีความเข้มแข็ง

- มีการใช้ระบบจำลองบัญชีค่าใช้จ่าย (virtual) ในช่วงแรกของการดำเนินงาน เพื่อให้เห็นแนวโน้มการใช้ งบประมาณและผลลัพธ์ด้านการให้บริการ

- พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการ โดยเฉพาะ อย่างยิ่ง ด้านบุคลากร ทั้งระดับบริหารและระดับปฏิบัติ นอกจากนี้ยังต้องพัฒนาศักยภาพด้านการให้บริการ และ การเพิ่มเครื่องมือที่จำเป็น เพื่อเป็นการเพิ่มความมั่นใจ แก่ผู้รับบริการ

- สร้างระบบการส่งต่อ ที่เอื้อให้ประชาชนเข้า ถึงบริการได้ง่าย และมีทางเลือกในการรับบริการ

- พัฒนาระบบสนับสนุนการบริการโดยการ สนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมถึงการสร้างระบบ บริการกลางที่มีการควบคุมมาตรฐาน เช่น ระบบยาและ เวชภัณฑ์ ระบบหน่วยจ่ายกลาง (central supply) การ จัดการขยะติดเชื้อ และการเรียกเก็บเงินระหว่างหน่วย บริการ

นอกจากนี้ระบบการติดตามและประเมินผลระดับ อำเภอ รวมถึงการสนับสนุนด้านวิชาการก็เป็นสิ่งสำคัญ ในการประเมินติดตามผลการดำเนินงานและการติดตาม ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ดังนั้นแต่ละ พื้นที่ควรมีการกำหนดตัวชี้วัด (key performance

indicator, KPI) และใช้ผลประเมิน KPI ในการจัดงบประมาณในปีถัดไป ทั้งในระดับ CUP และระดับโรง พยาบาลศูนย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย

- o ในระดับ CUP ควรมีตัวชี้วัดที่สามารถ ประเมินการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกัน โรคร ะบาด งานฟื้นฟูสุขภาพ การควบคุมโรค การดูแลผู้ป่วย ระยะยาว

- o ในระดับโรงพยาบาลแม่ข่ายควรมีตัวชี้วัดที่ แสดงถึงความสามารถในการให้บริการของ CUP เช่น การ refer กลับ, จำนวน visit ของผู้ป่วยนอกกรณีอาการ หนัก, จำนวน visit ของ case ที่ไม่ควรมารับบริการที่โรง พยาบาลแม่ข่าย, จำนวน case ผู้ป่วยในที่เกิดจากภาวะ แทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในระดับประเทศ

- การเพิ่มความเข้มแข็งของนโยบายในการจัด autonomous CUP ในเขตเมือง โดยเพิ่มกรอบอัตรา กำลังและความก้าวหน้าของวิชาชีพ ให้ใกล้เคียงกับ CUP ทั่วไป หรือ CUP นอกเขตอำเภอเมือง ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์ แผนไทย เทคนิคการแพทย์ และเจ้าหน้าที่สนับสนุน ทั้ง เจ้าหน้าที่การเงิน เจ้าหน้าที่บัญชี และเจ้าหน้าที่ธุรการ โดยต้องไม่ดึงทรัพยากรบุคคลจากต่างอำเภอมาสู่เมือง ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันกรอบอัตรากำลังของ CUP ใน เขตอำเภอเมือง ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลเท่านั้น ส่วนตำแหน่งอื่นๆ ต้องใช้กรอบ อัตรากำลังของโรงพยาบาลศูนย์

- ควรมีกฎหมายรองรับอำนาจของคณะกรรมการ บริหารระบบสุขภาพอำเภอเมือง (DHS) ในการบริหาร จัดการทรัพยากร เพื่อให้สามารถชี้นำทิศทางการทำงาน ของระบบสุขภาพ และสามารถกำกับติดตามได้

- สปสช. ควรใช้บทบาทของตนเองในการกำกับ ติดตามและประเมินผล CUP มากขึ้น รวมถึงการลงโทษ หน่วยที่ไม่ได้มาตรฐานอย่างจริงจัง

บทสรุป

การทำ autonomous CUP ในเขตเมือง เอื้อให้เกิดการพัฒนากระบวนการและการบริหารจัดการที่มีความคล่องตัวมากขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องมีเครื่องมือในการจัดการระบบและการกำกับติดตาม เพื่อป้องกันปัญหาการแยกส่วน (fragmentation) ของแต่ละ CUP ซึ่งระบบสุขภาพอำเภอ (โดยเฉพาะอำเภอเมือง) เป็นมาตรการที่เอื้อให้เกิดการประสานงานระหว่าง CUP ต่างๆ และระหว่าง CUP กับโรงพยาบาล ทำให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การเกิด autonomous CUP ที่อำเภอเมือง นครราชสีมาเมื่อ 10 ปีที่แล้ว มีผลมาจากนโยบายที่เข้มแข็งของผู้บริหารระดับจังหวัดและความร่วมมือของท้องถิ่น มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของ รพสต. และกำหนดให้ประชาชนต้องรับบริการที่ รพสต. ก่อน ในขณะที่จุดเริ่มต้นของบุรีรัมย์เกิดจากผู้ปฏิบัติงานต้องการแก้ไขปัญหาความแออัดของ รพสต. แล้วจึงเกิดการผลักดันให้เป็นนโยบายและมีการประกาศใช้นโยบายจากผู้บริหาร ทั้งนี้ จังหวัดบุรีรัมย์มีการเรียนรู้จากประสบการณ์ของนครราชสีมา และมีการปรับระบบการให้บริการ ที่เน้นการแข่งขันด้านคุณภาพบริการมากกว่าการกำหนดพื้นที่ให้บริการ โดยให้ประชาชนมีสิทธิเลือกสถานที่รับบริการได้เอง และมีการเรียกเก็บค่าบริการจาก CUP ที่รับผิดชอบ

ดังนั้นการขยายการดำเนินงาน autonomous CUP ในเขตเมืองในจังหวัดอื่นๆ ควรคำนึงถึงบริบทและความพร้อมของแต่ละพื้นที่เป็นสำคัญ โดยการสนับสนุนให้มีการใช้ระบบสุขภาพอำเภอเมืองเป็นกลไกสำคัญในการจัดทำนโยบายของอำเภอเมือง การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และการประเมินผลนโยบาย มุ่งเน้นให้มีการจัดระบบบริการที่มีความคล่องตัว ยืดหยุ่น และสะดวกในการบริหารจัดการ ให้มีการบริการสุขภาพที่ดีทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพสำหรับประชาชนในเขตเมือง สิ่งสำคัญคือการเชื่อมโยงระบบข้อมูลของ CUP ต่างๆ (ทั้ง

ข้อมูลการบริหารจัดการและข้อมูลผู้ป่วย) เข้าเป็นระบบเดียวกัน ทั้งเครือข่ายบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข นอกกระทรวงสาธารณสุข และ เอกชน เพื่อให้เชื่อมโยงเป็นระบบทั้งอำเภอเมืองกับอำเภอต่างๆ เป็นระบบของจังหวัด รวมทั้งจังหวัดต่างๆ เป็นระบบของประเทศไทยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ทีมวิจัยขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน (KI) รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สนง.สสอ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สนง.สสจ.) ของจังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดนครราชสีมา รวมถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เขต 9 ที่ให้การสนับสนุนข้อมูลในการทำวิจัยนี้

References

1. Institute for Population and Social Research. Population Gazette 2016. Institute for Population and Social Research, Mahidol University [Internet]; 2016 [Cited 2016 January 6]. Available from: http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Contents/Documents/Gazette/Population_Gazette2016-TH.pdf. (in Thai)
2. Institute for Population and Social Research. Population Gazette 2015. Institute for Population and Social Research, Mahidol University [Internet]; 2015 [Cited 2016 January 6]. Available from: http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr/Contents/Documents/Gazette/Population_Gazette2015-TH.pdf. (in Thai)
3. Jongudomsuk P, Srithamrongsawat S, Patcharanarumol W, Limwattananon S, Pannarunothai S, Vapatanavong P, Sawaengdee K, Fahamnuaypol P, Tangcharoensathien V, editors. The Kingdom of Thailand health system review. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2015 [cited 2016 January 6]. Available from: <http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/11359>.
4. Chitpitaklert S, Thongwilai P, Wisanuyothin S, Thongpenyaiand N, Pornjanya P. Learn the management for a new model of primary care network: Nakhonchaiburin area's Autonomous CUP. Nakhon Ratchasima: Mittapap kanpim; 1995; 2554. p. 8-13. [cited 2015 June 8]. Available from:



<http://www.sem100library.in.th/opac/Catalog/BibItem.aspx?BibID=b00007445>. (in Thai)

5. Chitpitaklert S. Autonomous CUP in Nakhon Ratchasima.

2558; paper presented at Bureau of Health Administration 2015. Nonthaburi. (in Thai)