

งานสร้างสุขภาคใต้ ปี ๕๐
สุขอย่างพอเพียงตามวิถีคนใต้



การศึกษการพัฒนากระบวนการสุขภาพ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้¹



กรมสุขภาพจิต
งานสร้างสุข
สำนักงานสุขภาพจิตภาคใต้



วิกฤตในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ เริ่มมีความรุนแรงมากขึ้นตั้งแต่ 4 มกราคม พ.ศ. 2547 มีคนร้ายซึ่งส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นชาย ลอบวางเพลิงเผา โรงเรียนรัฐบาล 20 แห่งในจังหวัดนราธิวาส ก่อนที่จะนำกำลังพร้อมอาวุธราว 100 คนบุกปล้นปืนจากค่ายทหารกรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ที่อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ต่อจากนั้นก็ได้มีการสร้างสถานการณ์ความไม่สงบอย่างต่อเนื่องยาวนาน ข้อมูลเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาสและสงขลา ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ถึงกลางเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2550 มีจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงทั้งสิ้นรวม 8,521 ครั้ง มีผู้ได้รับบาดเจ็บจำนวน 6,037 คน ในจำนวนนี้มีผู้บาดเจ็บแล้วเสียชีวิตรวม 2,027 คน

จากเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้น เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกระดับอย่างรุนแรง ผลกระทบเกิดขึ้นในทุกภาคส่วนของจังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาส และพื้นที่บางส่วนของจังหวัดสงขลา เช่น อ.เทพา อ.สะบ้าย้อย อ.จะนะ อ.นาทวี ซึ่งมีอาณาเขตติดกัน จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่าภาวะวิกฤตเช่นนี้นอกจากจะเกิดการทำร้าย การบาดเจ็บ การตาย ความเครียด ความหวาดกลัวแล้ว ยังนำไปสู่ภาวะการขาดความเชื่อมั่นในหน่วยงานรัฐ ทำให้ประชาชนอยู่ในภาวะขาดความไว้วางใจในแรงสนับสนุนของสังคม ขาดการรวมกลุ่มเพื่อการแก้ปัญหา นอกจากนี้วิกฤตในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ยังส่งผลกระทบต่อทั้งภายในและนอกประเทศในหลายๆ ด้าน เช่น เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การศึกษา เป็นต้น หากเป็นเช่นนี้ต่อไปอาจจะนำไปสู่การขาดความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ความเร่งด่วนของการสร้างและการฟื้นฟูสู่สภาวะในวิถีชีวิตของคนได้ จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ภาคีทุกภาคส่วนต้องร่วมกันแก้ปัญหา

จากการศึกษาวิจัยในโครงการการศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในปี 2547 ถึง 2548 ของ นพ.อมร รอดคล้าย และคณะ พบว่า การให้บริการด้านสาธารณสุขในระดับสถานีนอามัยจำนวน 253 แห่ง มีการเปลี่ยนแปลงร้อยละ 35.6 ในด้านผู้ให้บริการ พบว่า จำนวนบุคลากรเฉลี่ยต่อสถานีนอามัยในระดับสถานีนอามัยมีแนวโน้มลดลงจากจำนวนเฉลี่ย 3.42 คนในปี 2545 เป็น 3.26 คนในปี 2547 และอาจจะมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ สำหรับบริการด้านต่างๆ ในระดับโรงพยาบาล พบว่า มีการให้บริการลดลง โดยเฉพาะกิจกรรมเชิงรุกในด้านการรักษา การตรวจโรคลดลงร้อยละ 25 ในด้านทันตกรรมลดลงร้อยละ 50 ที่น่าตกใจคือเรื่องพื้นฐานด้านสุขภาวะของ

ประชาชนด้านการส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้ และการป้องกันโรค ลดลงถึงร้อยละ 70 รวมทั้งกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน การลงพื้นที่ที่ลดลงร้อยละ 60 ส่วนการรักษาพยาบาลในสถานบริการแบบตั้งรับพบการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย เหล่านี้ส่งผลให้จำนวนผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแตกต่างกัน

เมื่อศึกษาผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และหอบหืด เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่กลุ่มอาการที่เกิดจากภาวะเครียด (Neurotic, Stress-related and somatoform disorders) ซึ่งถูกรายงานในกลุ่มภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรมเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น ซึ่งแตกต่างจากสมัยก่อนที่เข้ารับการรักษาด้วยอาการป่วยทั่วไป เห็นได้ชัดว่าหลังจากเหตุการณ์ความไม่สงบกลับส่งผลให้ประชาชนเกิดโรคเรื้อรัง และโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น และมีแนวโน้มของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากเหตุการณ์ความไม่สงบที่ผ่านมาหลายปี

บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพ มีการให้บริการสุขภาพในหลายแนวทาง หลายพื้นที่ เนื่องจากปัญหาความปลอดภัย เช่น งดการออกพื้นที่ การงดให้บริการบางงาน การร่นระยะเวลาการให้บริการ เป็นต้น ขณะเดียวกันภาวะเช่นนี้ยังมีผลกระทบต่อขวัญและกำลังใจของผูปฏิบัติงาน มีการขอย้าย ลาออกมากขึ้นเรื่อยๆ และปัญหาเรื่องกำลังคนจะเป็นปัญหาที่รุนแรงมากขึ้น รวมถึงปัญหาประสิทธิภาพของการให้บริการ และอีกหลายเรื่องตามมา และในที่สุดจะกระทบต่อระบบสุขภาพของประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ ภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จึงร่วมกันทำการศึกษาและพัฒนาระบบดังกล่าวให้มีความชัดเจน เป็นรูปธรรม และสามารถนำไปเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องไปใช้ปฏิบัติได้ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์และแนวทางในการแก้ปัญหา อันจะนำไปสู่การปรับการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพภายใต้วิกฤตทั้งในปัจจุบันและในอนาคต อีกทั้งเป็นการทดลองใช้ต้นแบบการจัดการระบบสุขภาพในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ควบคู่กับการแก้ปัญหา เพื่อทดสอบและปรับปรุงระบบบริการสุขภาพในภาวะวิกฤต ความรุนแรงให้มีความเหมาะสม และนำเสนอต่อผู้มีอำนาจตัดสินใจ เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการตัดสินใจและนำไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ที่มีวิกฤตความรุนแรงในระยะต่อไป

งานวิจัยที่อยู่บนพื้นฐานการแก้ปัญหาและพัฒนา

หลังจากได้รับมอบหมายจาก อ.พงศ์เทพ และ นพ.อมร ให้ผมช่วย รับผิดชอบโครงการนี้ต่อเนื่องจากโครงการแรก ก็ยากจะปฏิเสธ เพราะการลงไป สัมผัสกับเพื่อนร่วมวิชาชีพและชาวบ้านในพื้นที่ในช่วงปี 2547 ถึง 2548 พร้อม กัลยาณมิตรอีกหลายท่าน เช่น นพ.สุเทพ วัชรปียานันท์ นพ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ภก.ประเวศ หิมิตเสน รวมถึงอาจารย์ผู้ใหญ่ ศ.นพ.ธาดา ยิบอินซอย และ ศ.นพ. วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒนวงศ์ ที่ได้ให้กำลังใจ ให้ข้อเสนอแนะ จึงได้ตัดสินใจที่จะรับทำ โดยเพิ่มกำลัง โดยอยู่บนพื้นฐานของการพัฒนางานควบคู่ไปกับกระบวนการศึกษา และอาจจะเป็นโอกาสในการหาทางออกให้กับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยเฉพาะ เหตุการณ์ที่เปลี่ยนไปในแต่ละช่วงเวลา

จากการศึกษาของ นพ.อมร รอดคล้าย และคณะ มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับกลไกในการทำงานในพื้นที่ ควรมีโครงสร้างทีมงานเฉพาะ ที่เกาะ ติดสถานการณ์ ทำหน้าที่เป็น Head & Brain & Body โดยมีองค์ประกอบหลักเป็นคนในพื้นที่และจากส่วนกลาง เพื่อสร้างช่องทางการเชื่อมต่อ การสื่อสาร กับผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย และควรพัฒนาให้เกิด Crisis Forum เป็นเวทีร่วมคิด แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การติดตามการแก้ปัญหา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งผู้ทำงานในพื้นที่ได้สะท้อนความต้องการผ่านเวทีต่างๆ ในหลายโอกาส จนกระทั่งเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เกิดมิติใหม่ในการทำงานร่วมกัน

องค์กรที่มีชีวิต จิตวิญญาณ : จังหวะก้าวสำคัญของทีมงาน

หลังจากมีรัฐบาลชุดใหม่ กระทรวงสาธารณสุขโดยรัฐมนตรีว่าการ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งที่ 963/2549 ลงวันที่ 27 ตุลาคม 2549 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบายด้านสุขภาพ ในนโยบายข้อที่ 2 พัฒนายุทธศาสตร์และกลไกจำเพาะด้านสุขภาพ เพื่อ สนับสนุนการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของประเทศในการแก้ปัญหาความไม่สงบ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นนโยบายสำคัญที่จะเป็นปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ด้วยการพัฒนา แผนยุทธศาสตร์ รวมทั้งการพัฒนากลไกสำคัญในการผลักดันงานด้านสาธารณสุข

องค์ประกอบของคณะกรรมการตามคำสั่งชุดนี้มี 14 คน มี ศ.นพธาดา ยิบอินซอย เป็นประธาน รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.สุวัจน์ เทียรทอง) เป็น รองประธาน และมี นพ.สุเทพ วัชรปียานันท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา เป็นกรรมการและเลขานุการ ตัวแทนจากหน่วยบริการในพื้นที่ ผู้อำนวยการ สรรส. ภาคใต้ ผู้อำนวยการ วพส. และผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นกรรมการ ซึ่งคณะกรรมการ ชุดนี้ได้เชื่อมโยงการทำงานกับศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอ.บต.)

ความสำคัญของนโยบายข้อที่ 2 ตามคำสั่งของกระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดตั้งศูนย์สนับสนุนเพิ่มเติมเพื่อให้การขับเคลื่อนงานสาธารณสุขในพื้นที่ จังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและเกิดผลเป็นรูปธรรม จึงได้มีการจัดตั้งศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ หรือ ศบ.สต. (The Southernmost Health Development Administrative Center) โดยมีสำนักงานและศูนย์บัญชาการอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา และแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทั้งนี้ เพื่อการอำนวยการ สั่งการและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเบ็ดเสร็จ โดยให้มีการเชื่อมโยงนโยบายการพัฒนางานสาธารณสุขไปสู่การกำหนดนโยบายของ ศอ.บต. เพื่อใช้ยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในลักษณะสาธารณสุขกับความมั่นคงให้เป็นประเด็นสำคัญในการแก้ปัญหาความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และนำนโยบายการดำเนินงานของ ศอ.บต. นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งกรอบทิศทางการดำเนินงานของคณะกรรมการคณะที่ 2 ไปสู่การปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็ว และทันต่อเหตุการณ์

ศบ.สต.ได้กำหนดกรอบแนวทางในการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในระยะเวลา 1 ปี (ปีงบประมาณ 2550) ไว้ 5 ประเด็น ดังนี้

- กลไกจำเพาะในการสนับสนุนการดำเนินการตามยุทธศาสตร์
- ยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัย
- ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพและความเข้มแข็งชุมชน
- ยุทธศาสตร์ด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต
- ยุทธศาสตร์ด้านการเยียวยาด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วย ผู้พิการ และประชาชน

ในการศึกษาครั้งนี้ได้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ข้างต้นดังกล่าว และมีความเห็นต่อยอดที่จะดำเนินงานวิชาการ ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

- 1 ระบบมาตรฐานความปลอดภัยของสถานบริการ
- 1 การบริการในภาวะฉุกเฉินและระบบส่งต่อ
- 1 ด้านระบบการเงิน การคลัง งบประมาณ
- 1 ด้านระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล รวมถึงการสร้างแรงจูงใจ

1. ระบบมาตรฐานความปลอดภัยของสถานบริการ

เริ่มต้นจากการทบทวนวรรณกรรม ทบทวนเอกสาร และการลงไปสัมผัสในเหตุการณ์จริง ที่มากกว่าการรับรู้เฉพาะเอกสารทางวิชาการ คณะผู้ศึกษาจึงได้ตัดสินใจที่ลงพื้นที่ โรงพยาบาลรามัน จ.ยะลา โรงพยาบาลรือเสาะ จ.นราธิวาส

โรงพยาบาลไม้แก่น โรงพยาบาลกระพ้อ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี จ.ปัตตานี ในช่วงวันที่ 2-5 กรกฎาคม 2549 ได้เพิ่มเติมให้กับงานวิชาการ และเป็นฐานของปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่ประสบกับความทุกข์ยาก อันเป็นจุดเริ่มต้นของการทำงานด้วยความเป็นกัลยาณมิตร

นับตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา สถานบริการในพื้นที่ที่ต้องปรับตัวตามสถานการณ์ โดยการพึ่งตนเอง และต้องพึ่งพากันเอง ตัวอย่างเช่น

1. สถานีอนามัยยืดหยุ่นเวลาปฏิบัติงาน นัดหมายการเดินทางเป็นหมู่คณะ บางพื้นที่จัดให้มี อสม.มาปฏิบัติงานบนสถานีอนามัยคู่กับเจ้าหน้าที่อนามัยเพื่อความอุ่นใจ บางพื้นที่มีลูกจ้างชั่วคราวที่ได้รับสนับสนุนจาก กอ.สสส.จชต.(ในขณะนั้น) มาปฏิบัติงาน

1. โรงพยาบาลกระพ้อ ถูกข่มขู่ทางโทรศัพท์หลายครั้ง มีแนวทางการเฝ้าระวังเหตุการณ์ การจัดทำแผนรองรับสถานการณ์และประสานงานกับฝ่ายปกครองเป็นระยะๆ

1. โรงพยาบาลรามัน มีการปรับปรุงระบบความปลอดภัย โดยติดตั้งวงจรปิด เพิ่มแสงสว่าง สร้างรั้ว เพิ่มระบบวิทยุ โทรศัพท์ กำหนดจุดอันตราย โดยเฉพาะทางเข้าออก ในส่วนของการดูแลบุคลากร โรงพยาบาลจัดรถรับส่งเพิ่มยาม ให้อยามฝึกยิงปืน เพิ่มเวรเปล ห้องพักเวร และมีการสำรองอาหาร

1. โรงพยาบาลรือเสาะ หลังจากยามของโรงพยาบาลถูกยิงที่ป้อมยาม และการยิงรถตำรวจในโรงพยาบาล กอ.สสส.จชต.ได้ส่งกำลังคุ้มครองประจำในโรงพยาบาล ป้อมยามกลายเป็นบังเกอร์ทำให้อุ่นใจขึ้นบ้าง

จากเอกสารสรุปรายงานการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนภาคใต้ นำเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขปี 2549 พบว่า ในช่วงปี 2547-2549 กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนงบประมาณส่วนใหญ่ในโครงการพัฒนาด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของทางราชการ และความปลอดภัยจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมาจากงบประมาณของทุกจังหวัดให้ใน 5 จังหวัด (ปัตตานี ยะลา นราธิวาส สงขลา และสตูล) เพื่อพัฒนาด้านความปลอดภัย โดยคณะกรรมการบริหารด้านหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กระทรวงสาธารณสุข ได้อนุมัติงบประมาณ จำนวนประมาณ 100 ล้านบาท เช่น โทรศัพท์วงจรปิด อาคารพักแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ อาคารผู้ป่วย ร้วโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัย รถกระบะบรรทุกสำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รถตู้ 12 คันนั่ง รถพยาบาลพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิต อีกทั้งได้รับงบประมาณบางส่วนจากกองอำนวยการเสริมสร้างสันติสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้ (กอ.สสส.จชต. ในขณะนั้น)

คณะผู้วิจัยในโครงการศึกษาและพัฒนากระบวนการสุขภาพใน จังหวัดชายแดนภาคใต้ (อมรและคณะ, 2548) ได้ระดมความคิดเห็นจากนักวิชาการ ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติในพื้นที่ สร้างองค์ความรู้ ผลิตแนวทางและคู่มือการพัฒนากระบวนการปลอดภัยของสถานพยาบาล โดยมีเนื้อหาหลักให้สถานบริการ แต่ละระดับมีการประเมินตนเอง ตระหนักและเตรียมความพร้อมรองรับ สถานการณ์ได้อย่างทันทั่วทั้งที่มีตัวอย่างของแบบประเมินเป็นลักษณะของ checklist การตรวจสอบสิ่งที่ควรจะต้องเตรียม ซึ่งประยุกต์จาก Threat Advisory System Response (TASR) Guideline [ASIS] เพราะมองว่าการบริหารจัดการความเสี่ยงจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความปลอดภัย ทางกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณของเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย ญาติ ประชาชน ตลอดจนความปลอดภัยจากอันตรายขององค์กร สิ่งแวดล้อมและชุมชนการเตรียม ความพร้อม การประเมิน การทบทวน จะช่วยให้องค์กรมีทิศทางและพร้อมรับมือ กับสถานการณ์ได้ทันทั่วทั้ง

สิ่งที่ได้รับรู้และสะท้อนจากผู้ปฏิบัติในพื้นที่ พบว่า การทำงานด้าน ความปลอดภัยของสถานบริการในระดับต่างๆ มีความตื่นตัว และพยายาม ขวนขวายช่วยเหลือตัวเองตามกำลังที่ตัวเองมีอยู่ หลายแห่งมีความโดดเด่นใน แง่แนวคิดและรูปแบบการรักษาสภาพความปลอดภัยในบริบทของตัวเอง อย่างไรก็ตาม มักอยู่ในลักษณะต่างคนต่างทำ จึงเกิดคำตอบจากพื้นที่ว่า การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กันน่าจะช่วยให้เกิดการถ่ายทอดแนวคิด การนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ต่างๆ รวมถึงการเติมความรู้พื้นฐานในด้านความปลอดภัย การเชิญผู้รู้ มีประสบการณ์จาก สถาบันการศึกษา หน่วยงานอื่นๆ มาช่วยสะท้อนมุมมอง ความเห็น ซึ่งจะเป็น ประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานในพื้นที่ จึงเป็นที่มาของการพบปะพูดคุยในลักษณะ การจัดการความรู้ Knowledge Management

ความปลอดภัยสถานบริการ : พัฒนางานบนพื้นฐานการจัดการความรู้

การจัดการความรู้การดูแลสุขภาพปลอดภัยในสถานบริการสาธารณสุข

5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

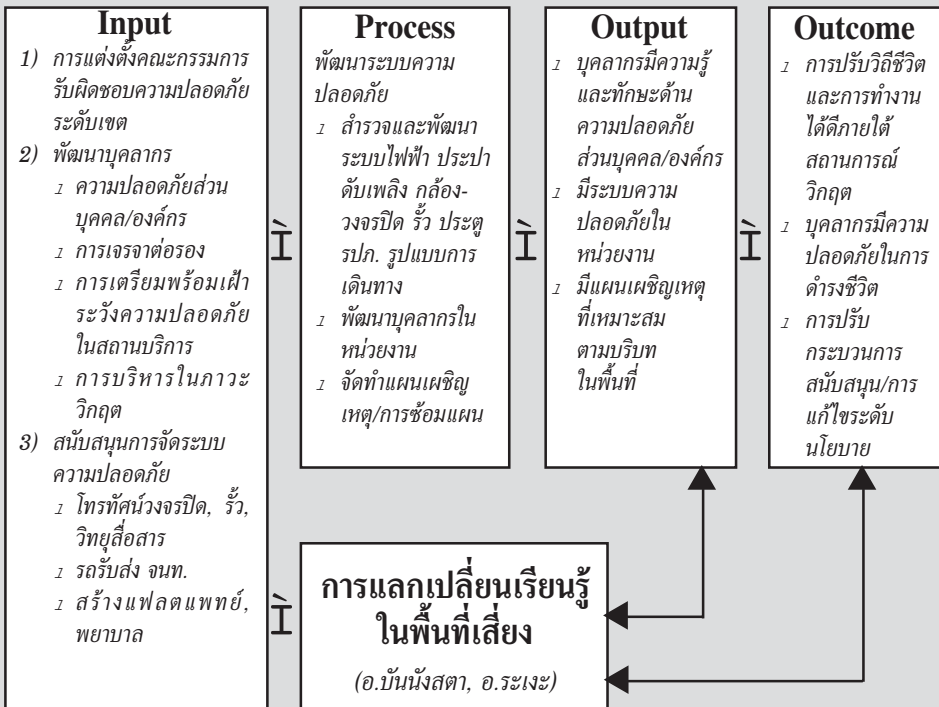
วัตถุประสงค์

1) เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีความรู้และทักษะในการจัดการด้านความปลอดภัยจากภัยคุกคาม ทั้งตนเอง ครอบครัว และสถานบริการ

2) เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่องค์ความรู้ เพื่อความปลอดภัยแก่บุคลากรสาธารณสุขและสถานบริการใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้

3) บุคลากรสาธารณสุขใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีความปลอดภัยและสามารถปฏิบัติงาน แก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กระบวนการดำเนินงาน



แผนภาพ การดำเนินงานด้านความปลอดภัย



ผลการดำเนินงาน

1) **ด้านการพัฒนาบุคลากร** การฝึกอบรม(Training) เพิ่มทักษะพื้นฐานในเรื่อง การดูแลความปลอดภัยพื้นฐานส่วนบุคคลและองค์กร ใน 5 จังหวัด 5 รุ่น เช่น การประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์, การสังเกตวัตถุต้องสงสัย สิ่งผิดปกติ สิ่งบอกเหตุในการก่อความไม่สงบ, ความรู้เกี่ยวกับระเบิดเบื้องต้น, การแจ้งเตือนในการก่อเหตุและการประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่, การป้องกันตัวส่วนบุคคลโดยทีมวิทยากรจาก กอ.รมน., พตท.และภาคเอกชน ดำเนินการอบรมแล้วเสร็จเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2550 ผู้เข้าร่วมอบรมประมาณ 1,000 คน สำหรับบุคลากรที่ดูแลความปลอดภัย จัดหลักสูตรเข้มข้นเชิงปฏิบัติการ เช่น การตรวจยานพาหนะ การตรวจวัตถุเบื้องต้น การต่อสู้ป้องกันตัว การใช้อาวุธประจำกาย เป็นต้น เมื่อวันที่ 28-29 มีนาคม 2550

จัดการอบรมเชิงปฏิบัติการ การเจรจาต่อรอง โดยทีมวิทยากรจากกรมสุขภาพจิตและศูนย์สันติวิธีสาธารณสุข เช่น การวิเคราะห์ปัญหาความขัดแย้ง, กิจกรรมการเรียนรู้ตนเองและผู้อื่น เทคนิคและกระบวนการเจรจาเพื่อการฟื้นฟูความสัมพันธ์, การเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลาง, การวิเคราะห์ผลประโยชน์ความต้องการ การมีส่วนร่วมของประชาชนกับการแก้ไขจุดเสี่ยงในงานบริการสาธารณสุข ดำเนินการฝึกอบรมเมื่อวันที่ 22-24 มีนาคม 2550 มีบุคลากรสาธารณสุขจาก 5 จังหวัดในระดับ สสจ., รพศ., รพท. และ รพช. เข้าร่วมอบรมประมาณ 150 คน

อบรม **การจัดทำแผนเผชิญเหตุ** โดยวิทยากรจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และศูนย์นเรนทร เมื่อเดือนธันวาคม 2549 และ **การบริหารจัดการความเสี่ยง (Crisis Management)** สำหรับ **ผู้บริหาร** โดยเน้นการฝึกปฏิบัติ การซ้อมแผนบนโต๊ะ Table Top Discussion เมื่อเดือนพฤษภาคม 2550

ประเมินผลจากผู้เข้าอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย โดยรวม พบว่า บุคลากรสาธารณสุขใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีความตื่นตัว และสนใจการเรียนรู้กลวิธี และแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยจากภัยคุกคามทั้งตนเอง ครอบครัวและและหน่วยบริการ

2) **การพัฒนาระบบความปลอดภัย** ในปี 2550 เน้นการจัดระบบความปลอดภัยในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้และ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา รวมทั้งหมด 37 อำเภอในส่วนของจังหวัดสตูล และอีก 12 อำเภอในจังหวัดสงขลา จัดให้เป็นพื้นที่ในการเฝ้าระวัง โดยมีผลการดำเนินงานดังนี้

1 มีข้อมูลพื้นฐานด้านความปลอดภัยและใช้ในการวางแผนการสนับสนุนงบประมาณในหน่วยงานและสถานบริการสาธารณสุข (ในพื้นที่ 3 จังหวัด และ 4 อำเภอของ จ.สงขลา) เช่น ระบบวงจรปิด, ไฟฟ้าสำรอง, ระบบการสื่อสาร, สัญญาณเตือนแจ้งเหตุ, ระบบอ็คคีภัย, รั้วและประตู, รถส่งต่อ, ระบบประปา และบุคลากรด้านการรักษาความปลอดภัย

1 หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด/อำเภอ และสถานบริการทุกแห่ง (ในพื้นที่ 3 จังหวัดและ 4 อำเภอของ จ.สงขลา) มีการจัดระบบความปลอดภัย ในองค์กร เช่น การติดตั้งโทรทัศน์วงจรปิด, การสร้างรั้ว, วิทยุสื่อสาร, รถปค, การ จัดรถรับส่งเจ้าหน้าที่ในการเดินทางมาปฏิบัติงาน, การสร้างแฟลตแพทย์/พยาบาล เพิ่มเติม

1 มีแผนเผชิญเหตุและมีการซ้อมแผนในระดับจังหวัด/อำเภอ และ หน่วยบริการทุกแห่ง (ในพื้นที่ 3 จังหวัด และ 4 อำเภอของ จ.สงขลา) เน้นการ ปฏิบัติจริงในเหตุการณ์ต่างๆ เช่น รถโดนเรือใบ, พบวัตถุต้องสงสัย, โทรศัพท์ข่มขู่, วางเพลิง, การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่, วิทยุเตือนภัยในหน่วยงาน, ขโมยของ, ยิงเข้ามาในหน่วยงาน, จนท.สงสัยว่าถูกประคบ, การชันสูตรศพ ผู้ต้องสงสัย บาดเจ็บ, ใบปลิวโจมตี เตือนสถานบริการ, จับเป็นตัวประกัน เป็นต้น

1 มีการนำแผนไปปฏิบัติในสถานการณ์ภัยคุกคามต่างๆ

3) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของพื้นที่ ทั้งในเวทีการประชุม และในพื้นที่เสี่ยง

1 ในเวทีการประชุมมีการนำเสนอบทเรียน การดำเนินงานของสถาน บริการต่างๆ ที่ผ่านมา ในลักษณะแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมสังเคราะห์โดยวิทยากร ผู้ทรงคุณวุฒิ เช่น การปรับปรุงการสื่อสาร การจัดทำแผนเผชิญเหตุ โดยให้ความสำคัญ กับประสบการณ์การจัดระบบความปลอดภัยส่วนบุคคลและองค์กรของพื้นที่

1 ออกเยี่ยมพื้นที่และให้ข้อเสนอแนะจากทีมวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ จากวิทยาลัยแพทยศาสตร์โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และศูนย์นเรนทร กระทรวง สาธารณสุข เมื่อวันที่ 19-21 มีนาคม 2550 ในจังหวัดปัตตานี ยะลาและสงขลา และวันที่ 10 พฤษภาคม 2550 ในจังหวัดนราธิวาส โดยได้ตรวจเยี่ยมสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, รพ.ปัตตานี, ร.พ.กะพ้อ, รพ.สมเด็จพระยุพราชสายบุรี, รพ.ศูนย์ยะลา, รพ.บันนังสตา, รพ.รามัน, รพ.นราธิวาสราชนครินทร์, รพ.ตากใบ และรพ.สะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา พบว่า ผู้ปฏิบัติในพื้นที่มีความตื่นตัวกับการดูแล ความปลอดภัยอยู่ในเกณฑ์ดี

ประเด็นที่ได้รับข้อเสนอแนะจากวิทยากรคือ การผนวกแผนเผชิญ เหตุและแผนอุบัติเหตุหมู่การประสานแผนการดูแลความปลอดภัยของสถานบริการ ร่วมกับหน่วยงานภายนอก ไม่ว่าจะเป็นหน่วยทหาร ตำรวจ ฝ่ายปกครอง การกำหนดพื้นที่หวงห้าม พื้นที่ที่ต้องเพิ่มมาตรการความปลอดภัย

ประเด็นที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากวิทยากรและบุคลากรทั้ง ภาครัฐและองค์กรชุมชนในพื้นที่ ในเรื่องการแจ้งเตือนเหตุล่วงหน้าแก่บุคลากร สาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งได้รับข้อมูลล่าช้า ทั้งนี้ เพื่อให้มีระบบติดตามข้อมูลข่าวสารและวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อนำมาปรับแผนระบบความปลอดภัยให้สอดคล้อง กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เสนอให้มีกลไกการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น

- จัดตั้งศูนย์เครือข่ายเตือนภัยและแจ้งข่าวสารของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับอำเภอ
- จัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาสถานบริการสาธารณสุขเพื่อทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาและพี่เลี้ยงในการแจ้งข่าวและสร้างความร่วมมือจากชุมชน

ประสิทธิภาพของการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไป

จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่เสี่ยงในจังหวัดยะลาและนราธิวาส พบว่าประสิทธิภาพของการดำเนินงานเชิงรุกด้านสุขภาพในพื้นที่ลดลง แต่ในส่วนความตื่นตัวและการเฝ้าระวังเหตุของบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยบริการในพื้นที่ในการสร้างระบบความปลอดภัยมีมากขึ้น ทั้งนี้ เกิดจากการนำความรู้ด้านการจัดระบบความปลอดภัยไปประยุกต์ใช้ในการดำรงชีวิต โดยมีการปรับระบบและวิธีการบนพื้นฐานของประสบการณ์ส่วนบุคคลและหน่วยบริการ เพื่อให้รู้เท่าทันกับบริบทของเหตุการณ์ในพื้นที่ ส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขเกิดความมั่นใจในความปลอดภัย และสามารถปฏิบัติงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ท่ามกลางสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เช่น

1. โรงพยาบาลบันนังสตา จ.ยะลา เป็นโรงพยาบาลซึ่งอยู่ในพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นบ่อยครั้ง มีผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์เข้ามาใช้บริการเฉลี่ย 2-3 ราย/วัน ในบางครั้งมีเหตุการณ์ที่มีผู้มารับบริการจำนวนมากในคราวเดียวกัน เช่น กรณีระเบิดและยิงซัลดอาหารพหรณ กรณีการแย่งชิงศพในโรงพยาบาล และกรณีอื่นๆ ที่กระทบต่อการดำรงชีวิตของคนในพื้นที่ เช่น กรณีกลุ่มผู้ชุมนุมปิดถนนสายยะลา-เบตง จึงได้มีการทบทวนสถานการณ์และจัดระบบการจัดการ รวมทั้งปรับรูปแบบการบริการให้สามารถรองรับกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยโรงพยาบาลได้ดำเนินงานระบบความปลอดภัยให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ดังนี้

1. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่

- กันรั้วลวดหนามบนกำแพงรอบโรงพยาบาล
- จัดให้มีไฟแสงสว่างรอบรั้วโรงพยาบาล
- กันโซนบ้านพักกับบริเวณการให้บริการของโรงพยาบาลให้แยกกันชัดเจน
- จัดระบบการจอดรถยนต์/รถจักรยานยนต์ให้เป็นสัดส่วน
- จัดระบบสำรองอาหารกรณีฉุกเฉิน
- จัดหาน้ำประปาสำรองเพิ่มเติม
- จัดระบบโทรทัศน์วงจรปิดในจุดสำคัญ เช่น ป้อมยาม ห้องฉุกเฉิน ภายในตึกผู้ป่วย คลัง เวชภัณฑ์
- มีระบบวิทยุสื่อสารให้สามารถรับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งภายในโรงพยาบาลและภายนอกโรงพยาบาล

2. ด้านการพัฒนากระบวนการ

- มีการนำข้อมูล VIS มาใช้ในการปรับการซ่อมแผนเผชิญเหตุ ซึ่งเดิมซ่อมเฉพาะช่วงเช้า แต่จากข้อมูล VIS พบว่า เหตุการณ์ส่วนใหญ่เกิดช่วงบ่าย จึงจัดให้มีการซ่อมแผนเผชิญเหตุเพิ่มขึ้นในช่วงบ่ายเพื่อให้เข้ากับสถานการณ์จริง
- ด้านการชันสูตรพลิกศพ ได้ปรับเวลาในการชันสูตรให้เร็วขึ้น และประสานกับตำรวจในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อไม่ให้เกิดการกระทบ กระทั่งหรือขัดแย้งกับญาติผู้ป่วย
- จัดทีมเยียวยาจิตใจไว้ที่ ER ในกรณีเกิดเหตุการณ์จะมีทีมเยียวยา ซึ่งมีนักจิตวิทยามาช่วยใกล้ชิดและอธิบายญาติในกรณีเกิดเหตุการณ์

1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา อำเภอบันนังสตา มีสถานีนอนมัยได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นในพื้นที่พบว่า ถูกเผาในวันเดียวกัน (4 เมษายน 2550) จำนวน 5 แห่ง จากทั้งหมด 10 แห่ง เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ได้มีการปรับสภาพการทำงาน เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้มารับบริการและให้พร้อมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยหลังจากถูกเผาได้จัดหาสถานที่บริการอื่นทดแทนอาคารที่ถูกเผา เช่น บ้านพัก อาคารสำนักงานบางส่วนที่ยังใช้การได้ เช่น ห้องเก็บของ รวมทั้งมีการสำรองข้อมูลที่สำคัญของสถานีอนามัยไว้ที่ระดับอำเภอเป็นประจำทุกเดือน มีการติดตั้งเหล็กดัดหน้าต่าง รวมทั้งมีการจัดเวรยาม ชรบ. มาดูแลความปลอดภัยมากขึ้น

1 โรงพยาบาลสระแงะ จังหวัดนราธิวาส อยู่ในพื้นที่ที่มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นบ่อยครั้งเช่นกัน จึงมีการปรับระบบการให้บริการเพื่อไม่ให้กระทบแก่ผู้บริการ และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่

- การจัดเวรย้ายต่อเวรตึกให้แก่เจ้าหน้าที่ที่พักอยู่นอกโรงพยาบาล
- การติดตั้งกล้องวงจรปิดตามจุดสำคัญต่างๆ
- การติดบัตรเฝ้าไข้ผู้ป่วย เพื่อป้องกันตัวผู้ป่วย
- รถ refer ของโรงพยาบาลติดเหล็กหุ้มล้อ (เพื่อป้องกันตะปูเรือใบ) จำนวน 3 คัน
- มีวิทยุมือถือสำหรับสื่อสารในทุกจุดที่สำคัญ
- จัดให้มีเสื้อกันกระสุนแก่เจ้าหน้าที่รับส่งผู้ป่วย

เนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นเปลี่ยนแปลงไปอยู่ตลอดเวลา การเฝ้าติดตามสถานการณ์ โดยเฉพาะที่มีผลกระทบกับการทำงานของหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ถูกหยาบยกขึ้นมาระหว่างการศึกษา ทีมงานจึงไม่ลังเลที่จะเจาะลึกในการศึกษาเชิงคุณภาพ ดังเช่นกรณีการเผาและระเบิดสถานีอนามัย ซึ่งถือเป็นสถานบริการที่อยู่ใกล้ชิดกับชาวบ้านมากที่สุด

ลดบทเรียน เหตุเผา-ระเบิดสถานีนามัยจากเหตุการณ์ ไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้

นับตั้งแต่การปะทุของเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้จนเวลาล่วงเลยเกือบ 4 ปีแล้วนั้น ในพื้นที่ 5 จังหวัดภาคใต้ จนถึงสิ้นเดือนสิงหาคม 2550 สถานีนามัยของกระทรวงสาธารณสุขถูกเผา วางเพลิง ระเบิด 12 แห่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขถูกทำร้ายบาดเจ็บ จำนวน 23 คน เสียชีวิต 12 คน นอกจากนี้มีอาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อสม.ซึ่งเป็นกำลังภาคประชาชนที่สำคัญในการเชื่อมต่อกับชุมชนถูกทำร้าย บาดเจ็บ 9 คน เสียชีวิต 29 คน

สถานการณ์การเกิดเหตุเผาและระเบิดกับสถานีนามัยทั้ง 12 แห่ง
ดังแสดงในตารางที่ 1

วันที่	สถานี นามัย	อำเภอ	จังหวัด	ลักษณะการก่อเหตุ				
				เผาสด	เผาไม่สด	ระเบิด	ยิง จนท.	ข่มขู่
11มิย.48	คอนรัก	หนองจิก	ปัตตานี			#		
7ธค.49	ปานัน	มายอ	ปัตตานี	#				
19ธค.49	พอรอราม	ยะหา	ยะลา	#				
9มค.50	โต๊ะแน	กะพ้อ	ปัตตานี	#				
21มีค.50	บูก็ตจือแร	รือเสาะ	นราธิวาส	#				
4เมย.50	ทำนบ	บันนังสตา	ยะลา		#			
4เมย.50	ดลิ่งชัน	บันนังสตา	ยะลา		#			
4เมย.50	ทรายแก้ว	บันนังสตา	ยะลา	#				
4เมย.50	บือซู	บันนังสตา	ยะลา	#				
4เมย.50	บาเจาะ	บันนังสตา	ยะลา		#			
31พค.50	บาโงสะโต	ระแงะ	นราธิวาส					#
31พค.50	เจ๊ะเก	ระแงะ	นราธิวาส					#
7 มิย.50	บันนังดาลำ	สายบุรี	ปัตตานี		#			
7 มิย.50	จราโก	สายบุรี	ปัตตานี	#				
8 สค.50	ประจัน	ยะรัง	ปัตตานี				#	

ตารางที่ 1 แสดงสถานการณ์การเกิดเหตุเผาและระเบิดกับสถานีนามัยทั้ง 12 แห่ง



วิเคราะห์ปรากฏการณ์เผา/ระเบิดสถานีอนามัย

จากการจัดเวทีเรียนรู้เพื่อถอดบทเรียนจากสถานีอนามัยที่ประสบเหตุเผา หรือระเบิดสถานีอนามัย ในวันที่ 9-10 สิงหาคม 2550 ที่จังหวัดสงขลา โดยมีสถานีอนามัยที่ประสบเหตุเผา/ระเบิดเข้าร่วมการสัมมนาถอดบทเรียนครบทั้ง 12 แห่ง คือ

- 1 จังหวัดปัตตานี (5 แห่ง)
 - สอ.ดอนรัก อ.หนองจิก
 - สอ.จระโก อ.สายบุรี
 - สอ.ปานัน อ.มายอ
 - สอ.มะนังดาลำ อ.สายบุรี
 - สอ.โตะแน อ.กะพ้อ
- 1 จังหวัดยะลา (6 แห่ง)
 - สอ.บาเจาะ, บือซู, ทวายแก้ว, ตลิ่งชัน, ทำนบ อ.บันนังสตา
 - สอ.ฆอรรอราแม อ.ยะหา
- 1 จังหวัดนราธิวาส (1 แห่ง)
 - สอ.บูเกียะอูแร อ.รือเสาะ

มีการวิเคราะห์ภาพรวมและสรุปบทเรียนจากการสัมมนาที่สำคัญดังนี้

ความรุนแรงของเหตุการณ์

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับทั้ง 12 สถานีอนามัยนั้น การเผาสถานีอนามัยส่วนใหญ่จะถูกเผาจนเกิดความเสียหายมาก แต่เนื่องจากอาคารส่วนใหญ่ของสถานีอนามัยเป็นปูนแล้ว ความเสียหายส่วนใหญ่จึงเผาวอดอยู่ภายในอาคาร โดยอาคารไม่ได้ทรุดตัวลง

ลักษณะการก่อเหตุและผลของการก่อเหตุของสถานีอนามัยทั้ง 12 แห่งได้แสดงดังตาราง

ผลลัพธ์จากการก่อเหตุที่สถานีนอนามัย	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
เผาออก	7	58.4	จระโก, โต๊ะแ่น, ปานัน, บุ๊กัด ทรายแก้ว, บ่อซุ, พอรอราม
เผาไม่ออก	3	25.0	มะดังดาล่า (วอดชั้น 2) ทำนบ (วอดชั้นล่าง) ตลิ่งชัน (รื้อคั่นและเผา)
ระเบิด	1	8.3	ดอนรัก
ทำลายข้าวของ	1	8.3	บาเจาะ (เผาบ้านพัก)

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะการก่อเหตุและผลของการก่อเหตุของสถานีนอนามัยทั้ง 12 แห่ง

สัดส่วนการนับถือศาสนาของเจ้าหน้าที่

เนื่องจากพื้นที่ทั้ง 12 แห่งนั้น หน่วยบริการตั้งอยู่ในชุมชนมุสลิมล้วนเป็นส่วนใหญ่ ประกอบกับการบริหารจัดการเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยกระบวนการนักเรียนทุนที่ส่งคนในพื้นที่ไปเรียนต่อ ทำให้บุคลากรส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่เองที่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งถือเป็นจุดแข็งที่สำคัญยิ่งของระบบบริการสาธารณสุข ใน 12 สถานีนอนามัยที่เกิดเหตุมีเจ้าหน้าที่ที่นับถือศาสนาพุทธเพียง 3 คนเท่านั้น ดังแสดงในตารางที่ 3

ศาสนาที่เจ้าหน้าที่นับถือ	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
มุสลิมล้วน	10	83.3	
พุทธล้วน	0	0	
มุสลิมและพุทธ	2	16.7	ดอนรัก (1:2) ตลิ่งชัน (3:1)

ตารางที่ 3 การนับถือศาสนาของเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยทั้ง 12 แห่ง

การรักษาความปลอดภัยที่ สอ.

จากสถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ ทำให้จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ยังพักอาศัยในบ้านพักของสถานีอนามัยมีน้อยมาก จาก 12 สถานีอนามัยที่เกิดเหตุ มีเพียงหัวหน้าสถานีอนามัยทรายแก้วเท่านั้นที่ยังพักอาศัยในบ้านพักของสถานีอนามัย ระบบการรักษาความปลอดภัยในสถานีอนามัยนั้นในช่วงกลางวันจะมี อสม.ที่จ้างมาจากเงินงบประมาณการจ้างงานในชุมชนของศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศอบต.) ที่เรียกสั้นๆ ในพื้นที่ว่า “ลูกจ้าง 4,500” สถานีอนามัยละ 2 คนช่วยทำงานและอยู่เป็นเพื่อนเจ้าหน้าที่บนสถานีอนามัย ส่วนใหญ่ลูกจ้างหรือ อสม.กลุ่มนี้มักเป็นผู้หญิง แต่อย่างไรก็ตามก็สามารถช่วยเฝ้าระวังแจ้งเตือนสัญญาณความผิดปกติได้ในระดับหนึ่ง

สำหรับในช่วงกลางคืนนั้น สถานีอนามัยในจังหวัดปัตตานีมีระบบที่วางไว้ในระดับจังหวัดให้มีชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) เป็นผู้ดูแลความปลอดภัยของสถานีอนามัยในพื้นที่ ส่วนจังหวัดอื่นๆ ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ส่วน ชรบ.ในแต่ละหมู่บ้านมีการปฏิบัติงานที่เข้มแข็งหรือไม่เพียงใด ขึ้นกับหลายบริบท แต่ ชรบ.ก็รักชีวิต มีเพียงปืนลูกซองยาว แต่ฝายก่อกความไม่สงบนั้น หากเป็นระดับนำใช้อาวุธสงคราม เช่น M-16 หรือปืนอาค้ำเป็นอาวุธ การป้องกันไม่ให้ถูกเผาจึงไม่ง่ายเลย

ข้อมูลแจกแจงการรักษาความปลอดภัยใน 12 สถานีอนามัยได้แสดงดังตารางนี้

การดูแลความปลอดภัย ในสถานีอนามัย	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
มี ชรบ.เฝ้า	5	41.7	มีเฉพาะปัตตานี : มะนังดาลำ จระโก ป่านัน โตะแน ดอนรัก (เฝ้า รร.ด้วย)
เจ้าหน้าที่พัก ที่บ้านพักใน สอ.	1	8.3	ทรายแก้ว อ.บันนังสตา
มี อสม.ปฏิบัติงานใน เวลาราชการ	12	100	มี อสม.ลูกจ้าง 4,500 ทุกแห่ง

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลแจกแจงการรักษาความปลอดภัยใน 12 สถานีอนามัย

การเดินทางไปทำงานของเจ้าหน้าที่

จากการเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่ จังหวัดชายแดนภาคใต้ Violence-related Injury Surveillance (VIS) ภายใต้ความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยได้เริ่มจัดตั้งระบบและเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2550 เป็นต้นมา ข้อมูลครึ่งปีแรกของปี 2550 พบว่า สำหรับสถานที่ที่เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงนั้น พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งเกิดเหตุบนท้องถนน ส่วนที่เกิดเหตุในร้านค้า ตลาด หรือบ้านพักรวมกันประมาณ 1 ใน 6 ซึ่งสอดคล้องกับช่วงเวลาเกิดเหตุที่มักเกิดในช่วงที่ผู้คนเดินทางไปและกลับจากการทำงานในช่วงเช้าและช่วงเย็น

พบว่า ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในพื้นที่ยังใช้รถจักรยานยนต์หรือรถประจำทางในการเดินทาง ซึ่งมีความเสี่ยงสูงกว่าการใช้รถยนต์ สำหรับการเดินทางอย่างไรให้ปลอดภัยนั้น เป็นเรื่องที่แต่ละคนในพื้นที่ต้องชั่งน้ำหนัก บางคนเดินทางไปกลับพร้อมครุฑที่มีทหารคุ้มกัน บางคนเลือกเดินทางด้วยตนเองแต่ไม่เป็นเวลาที่แน่นอน หรือเลือกเดินทางด้วยรถประจำทาง เป็นต้น

จากการที่เจ้าหน้าที่ต้องเดินทางจากบ้านมาทำงานโดยมีการปรับเปลี่ยนเวลาให้ไม่เป็นเวลาเดียวกัน ส่งผลให้การให้บริการที่สถานีอนามัยทำให้ผู้รับบริการต้องมารอ หรือเห็นภาพว่าสถานีอนามัยเปิดช้า อสม.ในพื้นที่ ลูกจ้างของสถานีอนามัยที่เป็นคนพื้นที่ หรือเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนใหม่ที่เปิดรับจากคนพื้นที่สามารถเติมเต็มช่องว่างดังกล่าวได้เป็นอย่างดี

ข้อมูลแสดงการเดินทางของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากบ้านไปยังที่ทำงานในสถานีอนามัยนั้น แสดงดังตารางที่ 5

พาหนะที่เจ้าหน้าที่ใช้เดินทาง	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
รถจักรยานยนต์	5	38.5 โตะแน บือซู	มะนังดาลำ จราโก ปานัน
รถยนต์ส่วนตัว/ รถยนต์ราชการ	3/2 (รวมเป็น 5)	38.5	บูกิต ทำนบ ทรายแก้ว / บาเจาะ ดอนรัก
รถประจำทาง	3	23.0	บือซู ทำนบ ดลิ่งชัน

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลแสดงการเดินทางของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากบ้านไปยังที่ทำงาน

การเปิดให้บริการหลังเหตุการณ์ ณ เดือนสิงหาคม 2550

การจัดบริการหลังเกิดเหตุเผาหรือระเบิดสถานีนอนามัยทั้ง 12 แห่งพบว่า สถานีนอนามัยที่ยังปิดบริการมีเพียง 4 แห่งหรือ 1 ใน 3 เท่านั้น ซึ่ง 3 จาก 4 แห่งนี้เป็นสถานีนอนามัยขนาดเล็กในตำบลที่มีสถานีนอนามัยหลักของตำบล เปิดบริการควบคุมอยู่ด้วย จึงไม่มีปัญหาในการย้ายจุดรับบริการของประชาชน

ยกเว้นที่สถานีนอนามัยบูกิตจือแร ซึ่งอยู่ใกล้โรงพยาบาล แม้จะให้ชาวบ้านไปรับบริการได้ที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวโรงพยาบาล แต่ด้วยระบบของโรงพยาบาลที่มีขั้นตอนมาก มีผู้รับบริการมาก การรอนานหรือบรรยากาศการรับบริการที่มีความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับชาวบ้านน้อยกว่าที่สถานีนอนามัยทำให้ชาวบ้านเองไม่สะดวกในการใช้บริการที่โรงพยาบาล ทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือเสามีความคิดที่จะเช่าอาคารพาณิชย์ในตลาดหรือในชุมชนเพื่อเปิดบริการในอนาคต ซึ่งเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ทะลุกรอบการล่าช้าของงบประมาณและไม่มีผู้รับเหมามาก่อสร้าง และอำนวยความสะดวกให้ชาวบ้านมารับบริการได้เป็นอย่างดี

สำหรับสถานีนอนามัยที่เสียหายไม่มากก็เปิดให้บริการเต็มรูปแบบที่เดิม สถานีนอนามัยที่เสียหายบางส่วนก็เปิดบริการชั้นล่างบ้าง ชั้นบนบ้าง ยกเว้นที่สถานีนอนามัยทรายแก้ว อำเภอบันนังสตา ที่ตัวสถานีนอนามัยถูกเผาอด เจ้าหน้าที่ได้ใช้บ้านพักหลังสถานีนอนามัยเปิดบริการแทน และสถานีนอนามัยป่านัน อำเภอมายอ ซึ่งเผาจนวอดเช่นกัน เจ้าหน้าที่ใช้ที่ทำการศูนย์ข้อมูลประจำตำบลจัดบริการชั่วคราว

ภาพรวมของการจัดบริการหลังเกิดเหตุได้แสดงดังตารางที่ 6

การจัดบริการหลังเกิดเหตุการณ์	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
ยังปิดบริการ	4	33.3	โต๊ะแ่น (ให้ใช้บริการที่ สอ.ตะโล๊ะดือรามัน) บูกิต (ให้ใช้บริการที่รพ.รีอเสาะ) จราโก (ให้ใช้บริการที่ สองมะนังดาลำ) พอรรอราแม (ให้ใช้บริการที่สอ.ปะแต)
เปิดเต็มรูปแบบ	3	25.0	ดอนรัก, ตลิ่งชัน, บาเจาะ
เปิดบริการบางส่วน	5	41.7	ทรายแก้ว(ใช้บ้านพัก) บือซุ (ห้องพัสดุ) ทำนบ (ใช้ชั้น2) มะนังดาลำ (ใช้ชั้นล่าง) ป่านัน (ใช้ศูนย์เรียนรู้ชุมชน)

ตารางที่ 6 แสดงการจัดบริการหลังเกิดเหตุ

บริบทความรุนแรงต่อสถานที่ราชการอื่นๆ

ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสถานที่ราชการอื่นๆ ในลักษณะการเผาหรือระเบิดจะสามารถสะท้อนความรุนแรงในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี หากมีเพียงสถานีอนามัยในพื้นที่เกิดเหตุอาจสะท้อนถึงการไม่ยอมรับของประชาชนต่อบริการสาธารณสุขที่ได้รับ แต่หากสถานที่ราชการอื่นๆ โดนเผาด้วย ย่อมบ่งบอกถึงบริบทความรุนแรงของการก่อการในพื้นที่ โอกาสที่สถานีอนามัยก็หนีไม่พ้นในการตกเป็นเป้าหมายก็มีมากเช่นกัน

บริบทความรุนแรงต่อสถานที่ราชการอื่นๆ ในพื้นที่ได้แสดงดังตารางที่ 7

เหตุการณ์	จำนวนพื้นที่ที่เกิดเหตุ	ร้อยละของจำนวนสถานที่ที่เกิดเหตุใน 12 พื้นที่ศึกษา	หมายเหตุ
โรงเรียนถูกเผามาแล้ว	11/12	91.7	พื้นที่ สอ.โตะแน โรงเรียนที่มี 1 แห่ง ยังไม่ถูกเผา
อบต.ถูกเผามาแล้ว	3/9	33.3	เสียหายเล็กน้อย: ตาเนาะปูเต๊ะ, มะนังดาลำ เผาอด : บาเจาะ
ศูนย์เด็กเล็กถูกเผามาแล้ว	2/12	16.7	โตะแน, ขอรอราแม

ตารางที่ 7 แสดงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับสถานที่ราชการอื่นๆ ในพื้นที่

จำนวนครั้งการก่อเหตุกับ สอ.นั้นๆ

จำนวนการเกิดเหตุที่เกิดขึ้นกับสถานีนอนามัยนั้นๆ เป็นประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจ ที่สามารถแสดงถึงภัยคุกคามต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ว่ามีความปลอดภัยเพียงใด โดยจากการรวบรวมข้อมูลพบว่า ใน 12 สถานีนอนามัย มีเพียงสถานีนอนามัยบ้านบุกิตจ้อแร้ที่มีเหตุการณ์การก่อเหตุโดยตรงกับสถานีนอนามัยเป็นครั้งที่ 2 (ไม่นับกรณีการลักขโมยในยามวิกาล เนื่องจากยากที่จะพิสูจน์ว่าเกิดจากกลุ่มผู้ก่อความไม่สงบหรือไม่) เพราะหากเกิดเหตุซ้ำๆ แสดงว่าการทำงานในพื้นที่ย่อมมีความเสี่ยงสูงมากกว่าการเกิดเหตุเพียงครั้งเดียว

ข้อมูลจำนวนครั้งที่ประสบเหตุการณ์ก่อความไม่สงบได้แสดงดังตารางที่ 8

การเกิดเหตุการณ์กับ สถานีนอนามัยนั้น	จำนวน	ร้อยละ	หมายเหตุ
ครั้งแรก 11		-	
สองครั้ง 1			บุกิตจ้อแร้ (ธค.49เผาบ้านพัก, 21 มีค. 50 เผา สถานีนอนามัย)

ตารางที่ 8 แสดงจำนวนครั้งที่ประสบเหตุการณ์ก่อความไม่สงบได้



นวัตกรรมเด่นด้านการปรับระบบการทำงานเพื่อความปลอดภัยของสถานีอนามัย

1. ระบบการจัดการข้อมูลเพื่อลดผลกระทบการเผาสถานีอนามัย บทเรียนจากบันนังสตา

สำหรับสถานีอนามัยต่างๆ ที่บันนังสตามีการ Back up ข้อมูลของแต่ละสถานีอนามัย เพื่อป้องกันข้อมูลถูกทำลายจากการเผาหรือขโมยเครื่องคอมพิวเตอร์มาตั้งแต่เดือนมกราคม 2550 เป็นต้นมา โดยทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้กำหนดแนวปฏิบัติในการจัดการข้อมูลบริการด้วยโปรแกรม HCIS และข้อมูลการขึ้นทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ โดยทุกสถานีอนามัยจะมี notebook และทำการเก็บข้อมูลไว้ใน notebook เมื่อเลิกปฏิบัติงานก็ให้พากลับบ้าน และขณะนี้กำลังหางบประมาณจัดหา External hard drive เพื่อ Back up ข้อมูล ซึ่งกรณีที่สถานีอนามัยถูกเผาในวันที่ 4 เมษายน ทำให้ข้อมูลเสียหายไม่มาก

นอกจากนี้ยังได้กำหนดแนวปฏิบัติให้ทุกสถานีอนามัยส่งข้อมูลมา back up ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกเดือน อีกทั้งมีการวางระบบการป้องกันกรณีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอถูกเผาด้วย โดยผู้รับผิดชอบงานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะใช้ harddisk แบบพกพาลำข้อมูลที่ได้รับจากสถานีอนามัยพกกลับบ้านทุกครั้ง ดังนั้นหากข้อมูลเสียหายก็เสียหายในลักษณะที่ไม่เกิน 1 เดือนเท่านั้น

2. ระบบการสื่อสารระหว่างสถานีอนามัยในพื้นที่ บทเรียนจากระแงะ

การทำงานของสำนักงานสาธารณสุขระแงะ มีการพัฒนา website www.sasuk-rangae.org มาใช้ในการสื่อสารระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กับสถานีอนามัย โดยสถานีอนามัยทุกแห่งจะมี internet IPSTAR ใช้ในการติดต่อเพื่อการสื่อสารข้อมูลจากตัวอำเภอสู่สถานีอนามัยในตำบล และเพื่อการส่งรายงานจากสถานีอนามัยสู่ตัวอำเภอได้อย่างทันเวลา ลดการเดินทางระหว่างสถานีอนามัย และสามารถควบคุมกำกับกำกับการส่งรายงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบจะขึ้นอักษรตัวแดงเพื่อแจ้งเตือนให้กับพื้นที่ทราบและถอนกำลังออกจากสถานีอนามัยได้ทันที

3. พัฒนابทบาท อสม.สู่การดูแลสุขภาพประชาชน บทเรียนจากทุกพื้นที่

โดยภาพรวมในขณะนี้ที่สถานการณ์ความไม่สงบมีมาอย่างต่อเนื่องกว่า 4 ปี องค์การภาคประชาชนองค์กรเดียวที่ยังมีตัวตนจริงในชุมชนก็มีแต่เพียง อสม.เท่านั้นที่ยังทำหน้าที่อย่างต่อเนื่อง อสม.วันนี้คือความหวังที่ยิ่งใหญ่ในการทำงานในชุมชน ทั้งการติดตามผู้ป่วย การคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง การรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดมากมายของกระทรวง รวมทั้งการรักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วยสถานีนามัยในพื้นที่ทุกแห่งจึงเน้นการพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในการปฏิบัติงานแทนเจ้าหน้าที่

อย่างไรก็ตาม ด้วยความรุนแรงที่ไม่รู้ใครเป็นใครในพื้นที่ การทำงานกับภาคสาธารณสุขกับทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. นั้นก็มีปัญหาอุปสรรคจากสถานการณ์เช่นกัน อสม.สามารถช่วยเจ้าหน้าที่ทำงานได้ลดลง เนื่องจากการขาดการมาประชุม อสม. โดยสม่ำเสมอ เพราะไม่กล้าออกมาประชุมเนื่องจากกลัวว่าจะเป็นการทำงานให้ทางราชการ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดภัยกับตัว อสม.คนนั้นได้ สำหรับความตั้งใจของ อสม.นั้นยังเต็มร้อย แต่ก็มีเหมือนกันที่กลุ่มแนวร่วมมาคุยห้ามปรามไม่ให้ อสม.ทำงาน

ดังนั้น ในบางพื้นที่การจัดการประชุมพูดคุยกับ อสม.จึงไม่สามารถจัดการแบบเอิกเกริกแบบเดิมๆ ได้ ต้องชวนมาเป็นกลุ่มเล็ก ซึ่งทาง อสม.จะออกมาพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ในลักษณะที่เสมือนมารับบริการที่โรงพยาบาลหรือสถานีนามัย หรือในบางพื้นที่เมื่อมีการเชิญประชุม อสม.จะไม่ขับรถมอเตอร์ไซด์ต่างคนต่างมาเหมือนเช่นเดิม แต่จะนัดหมายมาพร้อมกันเป็นคันรถกระบะเพื่อความอุ่นใจ

สำหรับการทำงานในชุมชนที่ต้องมีการสอบถามชื่อหรือการจัดทำทะเบียนต่างๆ เช่น การจดชื่อนามสกุลของประชาชนที่มีรับบริการหรือจดหมายเลขบัตรประชาชน จะไม่ได้รับความร่วมมือ เนื่องจากประชาชนหวาดกลัวว่าจะมีการนำข้อมูลไปใช้ในเรื่องอื่น

สำหรับเจ้าหน้าที่ของสถานีนามัยต้องปรับตัวด้วยการมาทำงานสายหรือทำงานไม่เป็นเวลา บางครั้งต้องกลับกับครู ซึ่งมีทหารไปปรับครูเพื่อที่จะกลับบ้านเวลา 14.30 น. ทำให้ปัญหาการมารับบริการที่สถานีนามัยมีความขัดข้องมากทางอสม.จึงเป็นเสมือนผู้ช่วยเจ้าหน้าที่ที่ดีที่สุดที่คอยชี้แจงจ่ายยาสามัญประจำบ้านหรือช่วยอธิบายในเรื่องการรับบริการในเวลาที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะเพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานการณ์ไม่สงบ

จากการสัมมนาและการลงพื้นที่เยี่ยมเยียนการทำงานของสถานีนอนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชนในหลายโอกาส พบว่ามียุทธศาสตร์เพื่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานการณ์ไม่สงบที่สำคัญดังนี้

1. การปรับระบบความปลอดภัยในสถานีนอนามัยจาก soft target ไปเป็น hard target

การปรับระบบความปลอดภัยในสถานบริการจากการเป็นเป้าหมายที่ง่าย (soft target) ให้เป็นเป้าหมายที่ยากขึ้น (hard target) นั้น มีกลยุทธ์หลักๆ อยู่ 2 กลยุทธ์คือ

1 การปรับเชิงโครงสร้าง

การวางโครงสร้างความปลอดภัย เช่น รั้วรอบขอบชิด กล้องวงจรปิด แสงสว่างที่เพียงพอในยามค่ำคืน การจัดระเบียบที่จอดรถให้ห่างจากตัวอาคาร หรือการเดินทางโดยรถยนต์หรือรถกระบะแทนรถจักรยานยนต์เป็นต้น แม้ว่าการมีอุปกรณ์เหล่านี้ครบถ้วนย่อมดีกว่าการไม่มีอุปกรณ์เหล่านี้ แต่ก็ต้องใช้งบประมาณในการปรับปรุงสูง อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่มีภูมิข้อสรุปที่ตรงกันว่า “หากตกเป็นเป้าหมายของฝ่ายก่อความไม่สงบแล้ว ก็ยากที่จะป้องกันได้”

สืบเนื่องจากเจ้าหน้าที่ของสถานีนอนามัยประจันถูกยิงเสียชีวิตบนสถานีนอนามัย จึงได้มีการวิเคราะห์และเสนอให้สร้างเครื่องมือเพื่อขอความช่วยเหลือในกรณีที่สงสัยว่าจะมีภัยมาถึงตัว โดยการติดตั้งกริ่งสัญญาณบนสถานีนอนามัย และหันลำโพงเสียงไปทางชุมชน ซึ่งใช้งบประมาณประมาณ 6,000 บาท เมื่อมีคนแปลกหน้าที่มีท่าทางมีพิรุณเข้ามา ให้กดสัญญาณเสียง เชื่อว่าด้วยเสียงขอความช่วยเหลือที่ตั้ง ร่วมกับการปิดประตูและหลบหลีกให้ไกลที่สุด จะทำให้กลุ่มผู้ก่อความไม่สงบตัดสินใจไม่เสี่ยงและล่าถอยไป

1 การปรับเชิงระบบ ซึ่งเป็นการป้องกันเหตุที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะระบบการสื่อสาร อันได้แก่

- การหาข่าวเพื่อจะได้ทราบเหตุล่วงหน้าว่ามีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นในเขตอำเภอบ้าง โดย น.พ.รชชาติ ปัตยะบุตร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี แนะนำว่าทุกสถานบริการในพื้นที่เสี่ยงจะต้องรู้ทุกเหตุการณ์ที่ทางตำรวจหรือหน่วยกำลังรู้ โดยการจวนคลื่อนเพื่อฟังคลื่นวิทยุของตำรวจอยู่เป็นประจำ ดังนั้นอย่างน้อยควรจะมีวิทยุที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 1 เครื่องที่เปิดคลื่นของทางตำรวจไว้ตลอดเวลา เพื่อจะแจ้งเหตุให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคนในสถานีนอนามัยได้ทราบทุกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งในอำเภอและอำเภอใกล้เคียง และจะทำให้สามารถวางแผนการเตรียมรับสถานการณ์ หรือรู้สภาวะการณ์ในช่วงเวลานั้นได้ดีขึ้น เช่น การเปลี่ยนเส้นทางเดินทางกลับ เพราะทราบข่าวว่ามีการวางระเบิดหรือตัดถนนไม่ระหว่างเส้นทาง เป็นต้น

- การจัดระบบวิทยุสื่อสาร ทุกสถานีนอนามัยต้องมีการติดตั้งวิทยุสื่อสารให้สามารถติดต่อแจ้งข่าวถึงกันได้ และมีการกำหนดวิธีปฏิบัติให้มีการเช็คคลื่นวิทยุสื่อสารให้ตรงกันเพื่อการใช้งานทุกวัน เพราะบ่อยครั้งที่ระบบโทรศัพท์ถูกตัดในขณะมีสถานการณ์

หลักการที่สำคัญของการวางระบบความปลอดภัยนั้น เพื่อการป้องกัน แม้จะได้ผลทั้งหมด แต่ก็เพื่อให้เราในฐานะหน่วยบริการในยามสงครามเป็น hard target หรือเป้าหมายที่ยาก อันจะช่วยให้โอกาสในการเกิดเหตุในสถานีนอนามัยให้น้อยที่สุด

2. การสร้างภูมิคุ้มกันให้กับสถานีนอนามัย โดยมีชุมชนเป็นเกราะกำบัง

ทุนเดิมที่สถานีนอนามัยเป็นที่พึ่งของชุมชนมายาวนาน ทำให้เป็นภูมิคุ้มกันที่สำคัญยิ่งของเจ้าหน้าที่นอนามัยให้สามารถทำงานในพื้นที่สีแดงได้อย่างไรก็ตามทุกคนโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ใหม่ก็ยังต้องช่วยกันรักษาและเพิ่มพูนทุนทางสังคมของความเชื่อถือศรัทธาต่อการทำงานดูแลทุกข์สุขด้านสุขภาพต่อชาวบ้านให้เพิ่มมากขึ้น

1 การสร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่ทุกคนให้มีจิตบริการ (service mind) ที่เต็มใจให้บริการดูญาติมิตร ทุกจุดบริการต้องให้บริการอย่างมีคุณภาพมาตรฐานด้วยรอยยิ้ม ทุกคนต้องช่วยกันสร้างศรัทธาให้กับชุมชน

1 การจัดบริการของโรงพยาบาลให้สอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมของชุมชนมุสลิม ซึ่งส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยได้ให้ความสำคัญในการปรับระบบบริการในลักษณะนี้มาก่อนที่จะมีสถานการณ์แล้ว

ความศรัทธาของชุมชนต่อการทำงานของสถานีนอนามัย เป็นภูมิคุ้มกันของสถานีนอนามัยที่สำคัญที่สุด เป็นเสมือน “รั้วที่มีชีวิต” คือชาวบ้านทุกคนที่คอยดูแลซึ่งกันและกัน พร้อมกับบอกข่าวต่างๆ ให้ได้ทราบ ซึ่งจะทำให้ผู้นใจพอสมควรเกี่ยวกับการทำงานในชุมชนในท่ามกลางสถานการณ์ไฟใต้เช่นนี้

3. การบริการในภาวะฉุกเฉินและระบบส่งต่อ

กรณีศึกษาไม่ว่าจะเป็นกรณีตากใบ กรณีกรือเซะ และเหตุการณ์ยิ่งรายวัน รวมถึงการวางระเบิดที่มีแนวโน้มต่อการบาดเจ็บและชีวิตมากขึ้นตามลำดับ ทำให้บุคลากรสาธารณสุขตระหนักถึงการเตรียมความพร้อม ทั้งในส่วนการบริการในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Medical Service) ควบคู่กับระบบบริการที่มีความปลอดภัย (Safety Medical Service) ในปี 2548 กองอำนวยการเสริมสร้างสันติสุขจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้สนับสนุนงบประมาณในโครงการพัฒนาขีดความสามารถในการบริการช่วยชีวิตกรณีฉุกเฉิน เพื่อพัฒนาศักยภาพงานบริการด้านการวินิจฉัย รักษาพยาบาล และการช่วยชีวิตกรณีฉุกเฉิน สำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สำหรับจัดซื้อครุภัณฑ์การแพทย์ประเภทครุภัณฑ์ช่วยชีวิตฉุกเฉินให้แก่หน่วยบริการสาธารณสุขประมาณ 19 ล้านบาท

ในปี 2549 โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดปัตตานี ยะลาและนราธิวาส ได้รับการสนับสนุนรถพยาบาลฉุกเฉินจากกระทรวงสาธารณสุข ในขณะเดียวกันมีการเตรียมการในเรื่องศูนย์ประสานระบบส่งต่อระดับเขต ระดับจังหวัด ในโครงการพัฒนาระบบส่งต่อเขต 18 และ 19 ซึ่งเป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ งบประมาณ 3.2 ล้านบาทเศษ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน เพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนส่ง ระหว่างส่ง และหลังส่งต่อ เกิดเครือข่ายของระบบส่งต่อ มีเครือข่ายของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่สามารถให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ โดยศูนย์ประสานงานส่งต่อระดับเขตจัดตั้งที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จ.สงขลา ดำเนินงานเต็มรูปแบบตั้งแต่เดือนตุลาคม 2549

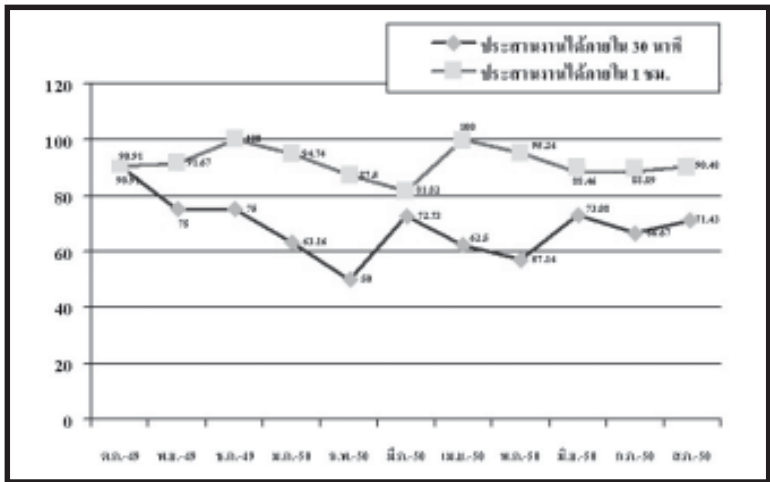
ผลการดำเนินงาน

จากการที่มีศูนย์ประสานงานระบบส่งต่อเขต 18, 19 นั้น ผลการตรวจสอบความพร้อมของสถานพยาบาลที่เป็นหน่วยรับส่งต่อในระหว่างเดือนตุลาคม 2549-เดือนสิงหาคม 2550 พบว่า สามารถประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยได้ภายใน 1 ชั่วโมงเป็นจำนวน 153 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.62 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่รายงาน โดยภาพรวมสามารถประสานงานภายใน 1 ชม.เกินร้อยละ 90 แม้บางช่วงที่พบว่าลดลงบ้างแต่มีค่าต่ำสุดที่ 81.82 เท่านั้น ซึ่งก็ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 80

เมื่อพิจารณาการประสานงานส่งต่อภายในระยะเวลา 30 นาที พบว่า สามารถประสานงานส่งต่อผู้ป่วยได้เป็นจำนวน 114 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.26 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่รายงาน ภาพรวมส่วนใหญ่มีค่าเกินร้อยละ 60 และมีค่าต่ำสุดในเดือนกุมภาพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด

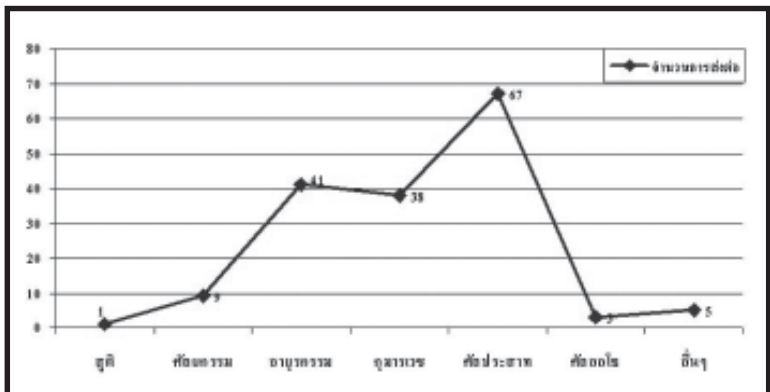
ตารางที่ 9 แสดงการดำเนินการประสานการส่งต่อของศูนย์ประสานระบบส่งต่อ

เดือน	ระยะเวลาการประสาน การส่งต่อ				
	จำนวนผู้ป่วยที่ รับการประสาน (ราย)	≤1 ชั่วโมง (ราย)	คิดเป็น (ร้อยละ)	≤30 นาที (ราย)	คิดเป็น (ร้อยละ)
ตุลาคม 2549	11	10	90.91	10	90.91
พฤศจิกายน 2549	12	11	91.67	9	75.00
ธันวาคม 2549	4	4	100	3	75.00
มกราคม 2550	19	18	94.74	12	63.16
กุมภาพันธ์ 2550	8	7	87.50	4	50.00
มีนาคม 2550	11	9	81.82	8	72.73
เมษายน 2550	16	16	100	10	62.50
พฤษภาคม 2550	21	20	95.24	12	57.14
มิถุนายน 2550	26	23	88.46	19	73.08
กรกฎาคม 2550	18	16	88.89	12	66.67
สิงหาคม 2550	21	19	90.48	15	71.43



แผนภูมิที่ 1 แสดงการดำเนินการประสานการส่งต่อ
ของศูนย์ประสานระบบส่งต่อ (ต.ค.49 - ส.ค.50)

จำนวนครั้งของการประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยมายังสาขาต่างๆ พบว่า สาขาที่มีการประสานงานมากที่สุดได้แก่ สาขาศัลยกรรมประสาท คิดเป็น 67 ครั้ง รองลงมาเป็นอายุรกรรม 41 ครั้ง และกุมารเวชศาสตร์เป็นจำนวน 38 ครั้ง ตามลำดับ มีผู้ป่วยส่งต่อที่สาขาต่างๆ ดังนี้



แผนภูมิที่ 2 แสดงจำนวนการประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยมายังสาขาต่างๆ

พิจารณาจำนวนครั้งของการส่งต่อจำแนกตามสาเหตุ พบว่า สาเหตุอันดับแรก ได้แก่ ปัญหาไม่มีแพทย์หรือห้องรับ refer จำนวน 60 ครั้ง ตามด้วยปัญหาไม่มีเตียง และไม่มี respirator เท่ากับ 21 ครั้ง และ 19 ครั้ง ตามลำดับ แต่ยังมีปัญหาอื่นๆ ที่น่าสนใจคือ กรณีที่แพทย์ติดผ้าตัด และกรณีที่ติดต่อแพทย์ไม่ได้ มีถึง 8 ครั้งและ 7 ครั้งตามลำดับ

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนสาเหตุการส่งต่อ

เขตพื้นที่	ไม่มีแพทย์/ งตรงรับ refer	ไม่มี respirator	ไม่มี pipe line	ไม่มี เตียง	ติดต่อแพทย์ ไม่ได้	แพทย์ติด ผ้าตัด/ติดรูระ	อื่นๆ
เขต 18	5	10	0	7			12
เขต 19	53	9	6	14	7	7	28
นอกเขต	2					1	4
รวม	60	19	6	21	7	8	44

นอกจากนี้ ศูนย์ประสานงานระบบส่งต่อได้จัดตั้งเครือข่ายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โดยดำเนินการจัดทำทำเนียบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไว้สำหรับประสานการส่งต่อแก่ทุกโรงพยาบาลในเครือข่ายเขต 18, 19 ตลอดจนมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เช่น จัดประชุมพยาบาลประจำศูนย์ระบบส่งต่อในเครือข่ายเขต 18, 19 จัด reference conference case ในประเด็นสำคัญเป็นระยะ และจัดประชุมเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการเกิดอุบัติเหตุและการเคลื่อนย้ายลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศใน 14 จังหวัดภาคใต้ เป็นต้น

คณะผู้ศึกษายังได้วิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นของคุณภาพการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ และระหว่างนำส่งผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ความไม่สงบ ซึ่งได้จากข้อมูล VIS (Violence-related Injury Surveillance) โดยมีภาพรวมการวิเคราะห์ระหว่างเดือนมกราคม - สิงหาคม 2550 พบว่า มีการรายงานจากโรงพยาบาลในเครือข่ายเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (Violence-related Injury Surveillance-VIS) จำนวน 47 แห่งว่ามีจำนวนผู้บาดเจ็บจากเหตุการณ์ความรุนแรงที่มีสาเหตุจากความไม่สงบ 1,659 ราย คิดเป็นอัตราการบาดเจ็บ 4.8 ต่อแสนประชากรต่อเดือน มีจำนวนผู้เสียชีวิต 370 ราย คิดเป็นอัตราตาย 1.1 ต่อแสนประชากรต่อเดือน และมีอัตราป่วยตาย (case fatality rate - CFR) ร้อยละ 22.3 ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนผู้บาดเจ็บเสียชีวิต (/เดือน) อัตราป่วยตาย (%)
 จำนวนจังหวัด เดือนมกราคม-สิงหาคม

จังหวัด	บาดเจ็บ	อัตราบาดเจ็บ	เสียชีวิต	อัตราตาย	อัตราป่วยตาย
สงขลา	120	0.8	36	0.2	30
สตูล	0	0	0	0	0
ปัตตานี	418	6.8	93	1.5	22.2
ยะลา	498	11	90	2	18.1
นราธิวาส	614	8.9	149	2.1	24.3
ไม่ระบุ	9	NA	2	NA	22.2
รวมทั้งหมด	1,659	4.8	370	1.1	22.3

การรักษายาบาล

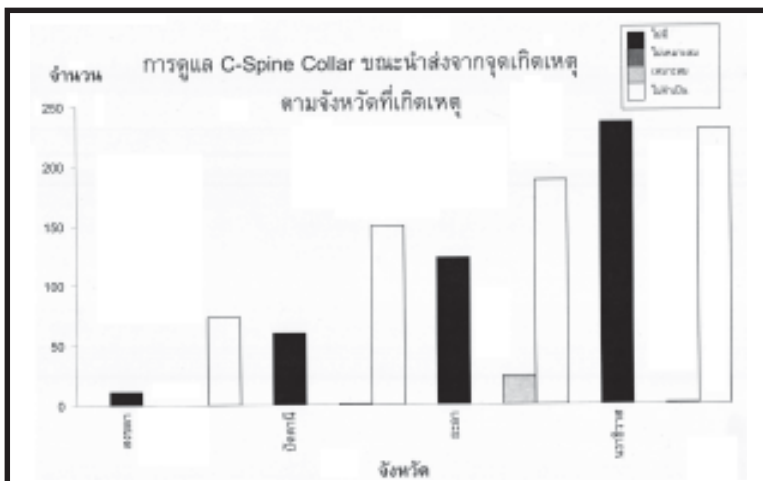
รูปแบบการไปโรงพยาบาล

ในผู้บาดเจ็บจำนวน 1,659 ราย มีผู้เสียชีวิตในที่เกิดเหตุจำนวน 232 ราย มาโรงพยาบาลเอง 326 ราย หน่วย EMS นำส่ง 117 ราย อื่นๆ 836 ราย และไม่ระบุ 148 ราย โดยโรงพยาบาลที่รับผู้บาดเจ็บมีการประเมินคุณภาพจากจุดเกิดเหตุในด้านต่างๆ โดยมีผลการประเมินคุณภาพโดยผู้นำส่งทุกประเภทดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 12 ผลการประเมินคุณภาพจากจุดเกิดเหตุ เดือน มกราคม-สิงหาคม

การดูแลขณะนำส่ง	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		ไม่มี	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
การหายใจ	85	13.9	7	1.1	519	84.9
การห้ามเลือด	167	19	29	3.3	681	77.3
C-Spine Collar	26	5.7	-	-	430	94.3
Splint / Slab	57	9.5	6	1	536	89.5
IV fluid	88	12.7	5	0.7	599	86.6

ผลการประเมินคุณภาพการดูแลขณะนำส่งจากจุดเกิดเหตุในแต่ละด้านพบว่า โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เหมาะสม และไม่มีการดูแลมากกว่า 80% โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้ C-Spine Collar มีอัตราคุณภาพที่ยอมรับได้เพียง 5.7%



แผนภูมิที่ 3 C-Spine Collar
จากจุดเกิดเหตุ จำแนกจังหวัด เดือนมกราคม-สิงหาคม

จากจุดเกิดเหตุโดยหน่วย EMS

สำหรับการดูแลผู้บาดเจ็บจากจุดเกิดเหตุโดยหน่วย EMS ผลการประเมินคุณภาพการดูแลขณะนำส่งในแต่ละด้าน แสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวนและร้อยละของการดูแลขณะนำส่งจากจุดเกิดเหตุโดยหน่วย EMS เดือนมกราคม-สิงหาคม

การดูแลขณะนำส่ง	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		ไม่มี	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
การหายใจ	3	13.6	-	-	19	86.4
การห้ามเลือด	1	18.9	5	9.4	38	71.7
C-Spine Collar	-	-	-	-	19	100
Splint / Slab	1	4.2	-	-	23	95.8
IV fluid	1	3.2	-	-	30	96.8

ผลการประเมินคุณภาพการดูแลขณะนำส่งจากจุดเกิดเหตุโดยหน่วย EMS ในแต่ละด้าน พบว่า โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เหมาะสม และไม่มีการดูแล โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้ C-Spine Collar พบว่าไม่มีการใช้เลย

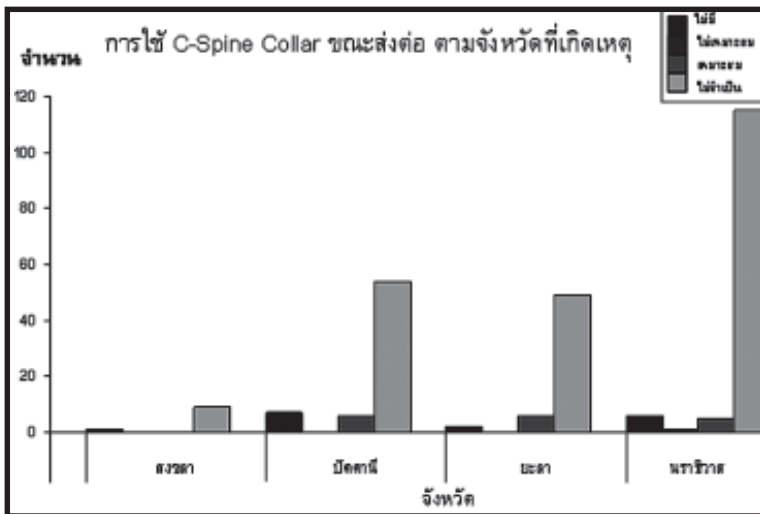
ระหว่างโรงพยาบาล

ในผู้บาดเจ็บจำนวน 1,659 ราย มีผู้บาดเจ็บที่ส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลจำนวน 385 ราย (421 ครั้ง) ในจำนวนนี้มีผู้บาดเจ็บที่ส่งต่อ 1 ครั้งจำนวน 350 ราย ผู้บาดเจ็บที่ส่งต่อ 2 ครั้งจำนวน 34 ราย และผู้บาดเจ็บที่ส่งต่อ 3 ครั้งจำนวน 1 ราย โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยมีการประเมินคุณภาพการดูแลขณะส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลในด้านต่างๆ 5 ด้าน โดยมีผลการประเมินดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ผลการดูแลคุณภาพขณะนำส่งผู้บาดเจ็บที่ส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล

การดูแลขณะนำส่ง	เหมาะสม		ไม่เหมาะสม		ไม่มี	
	จำนวน	%	จำนวน	%	จำนวน	%
การหายใจ	156	94.5	1	0.6	8	4.8
การห้ามเลือด	271	95.8	7	2.5	5	1.8
C-Spine Collar	17	50	1	2.9	16	47.1
Splint / Slab	96	85	3	2.7	14	12.4
IV fluid	250	95.4	3	1.1	9	3.4

ผลการประเมินคุณภาพการดูแลขณะนำส่งจากจุดเกิดเหตุโดยหน่วย EMS ในแต่ละด้าน พบว่า โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ยกเว้นเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้ C-Spine Collar พบว่า ได้คุณภาพประมาณ 50% โดยสามารถจำแนกผลการประเมินคุณภาพในประเด็นการใช้ C-Spine Collar ดูแลขณะส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล จำแนกรายจังหวัด แสดงในแผนภูมิที่ 4



แผนภูมิที่ 4 C-Spine Collar ระหว่างโรงพยาบาล จำนวนจังหวัด
เดือนมกราคม-สิงหาคม

โดยภาพรวมคุณภาพการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ และระหว่างนำส่งผู้ป่วย เป็นสิ่งที่ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อต้องร่วมกันหารูปแบบ และวิธีการที่เหมาะสมในบริบทของการทำงานท่ามกลางความเสี่ยง การสนับสนุนเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ยึดหลัก **บริการที่ดีที่สุด ปลอดภัยที่สุด** เป็นสิ่งท้าทายสำหรับผู้ปฏิบัติงาน และผู้กำหนดนโยบายอย่างเร่งด่วน

อย่างไรก็ตามผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เห็นควรเร่งปรับปรุงและแก้ไขเพิ่มเติม ในอีก 2 ประเด็น คือ ประเด็นแรกคือ การพัฒนาศูนย์ส่งต่อตามโครงการอย่างเป็นรูปธรรมและปฏิบัติได้จริง เพราะปัญหาการส่งต่อไม่ไ่มมองเพียงระดับผู้บริหารเท่านั้น เป็นเรื่องของระดับผู้ปฏิบัติด้วย ดังนั้นการประสานงานควรทำทั้งในแนวดิ่งและแนวราบ คือ ในระดับผู้ปฏิบัติงานและในระดับจังหวัด โดยมีการพูดคุยกันทั้งเป็นทางการ และไม่เ็นทางการ ต้องมีความเอื้ออาทร เข้าอกเข้าใจ ซึ่งกันและกัน รวมถึงความอดทน เป็นเพื่อนร่วมวิชาชีพ ที่มองสุขภาพ ชีวิตของคนทุกซีกในภาวะวิกฤตด้วยกัน ประเด็นต่อมาคือ การปรับปรุงระบบสื่อสาร เพราะหลายๆ ครั้งที่เราเห็นว่าต้องให้บริการส่งต่อผู้ป่วยในภาวะเสี่ยง ช่องทางการสื่อสารอื่นเมื่อระบบสัญญาณโทรศัพท์มือถือถูกตัดขาดยังไม่ครอบคลุม ขาดระบบการเชื่อมโยงข้อมูลกับหน่วยรักษาความปลอดภัยในเรื่องการแจ้งเส้นทาง

ส่งต่อที่ปลอดภัย การบริการสอบถามเส้นทาง หรือการแจ้งเปลี่ยนแปลงเส้นทาง กรณีที่มีเหตุร้าย เสนอให้มีการพัฒนาระบบเครือข่ายวิทยุสื่อสารอย่างเร่งด่วนให้ครอบคลุมเต็มพื้นที่

3. ด้านระบบการเงิน การคลัง งบประมาณ

เป็นส่วนที่กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในการแก้ไขปัญหามากที่สุด โดยมีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมทั้งในส่วนของค่าตอบแทนพิเศษ งบประมาณดำเนินการการแก้ไขปัญหาด้านภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ การเงิน-การคลังของสถานบริการสาธารณสุขใน 4 จังหวัดชายแดนใต้ ดังแสดงในตารางที่ 15 โดยมีรายละเอียดที่น่าสนใจดังนี้

1. รายรับ ภาพรวมใน 4 จังหวัด พบว่า มีรายรับเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี 2546 - ปี 2550 (ข้อมูลปี 2550 เป็นข้อมูลถึงเดือนมิถุนายน 2550 บวกการประมาณการถึงเดือนกันยายน 2550 รวมเป็นทั้งปี) โดยรวมเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 8.43 หากพิจารณารายจังหวัดพบว่า ทุกจังหวัดมีรายรับเพิ่มขึ้นโดย 5 อำเภอในจังหวัดสงขลาเพิ่มมากที่สุด ร้อยละ 18.05 เนื่องจากโครงการประกันสุขภาพฯ เพิ่มงบประมาณค่าตอบแทนด้านบุคลากร (เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย และค่าตอบแทนในพื้นที่พิเศษ) ให้แก่สถานบริการใน 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา ยกเว้นอำเภอสะเดา (เดิมจ่ายด้วยเงินบำรุงของสถานบริการ) ในปี 2549-2550 ส่วนจังหวัดปัตตานีเพิ่มน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 4.91

ตารางที่ 15 แสดงรายรับงบประมาณในปี 2546 - 2550 (ข้อมูลปี 2550 เป็นข้อมูลประมาณการทั้งปี)

ปีงบประมาณ	ปัตตานี		ยะลา		นราธิวาส		สงขลา 5 อำเภอ		รวม 4 จังหวัด	
	รายรับ (ล้านบาท)	เพิ่มขึ้น (%)	รายรับ (ล้านบาท)	เพิ่มขึ้น (%)	รายรับ (ล้านบาท)	เพิ่มขึ้น (%)	รายรับ (ล้านบาท)	เพิ่มขึ้น (%)	รายรับ (ล้านบาท)	เพิ่มขึ้น (%)
2546	832.03		844.87		776.1		154.17		2,607.17	
2547	926.33	11.33	890.37	5.39	886.36	14.21	178.82	15.99	2,881.88	10.54
2548	991.19	7.00	985.76	10.71	1,138.48	28.44	290.46	62.43	3,542.96	22.94
2549	1,001.23	1.01	1,138.03	15.45	1,308.31	14.92	331.04	13.97	3,777.61	6.62
2550	1068.827	6.75	1219.787	7.18	1,339.48	2.38	398.3733	20.34	4,026.52	6.59
รวม	4,819.61	4.91	5,078.82	7.38	5,448.73	10.34	1,352.86	18.05	16,836.14	8.43

2. รายจ่าย พบว่า ภาพรวมใน 4 จังหวัดมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นทุกปี (ข้อมูล ปี 2550 เป็นข้อมูลถึงเดือนมิถุนายน 2550 บวกการประมาณการถึงเดือนกันยายน 2550 รวมเป็นทั้งปี) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 8.3 หากพิจารณารายจังหวัดพบว่า ทุกจังหวัดมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น โดย 5 อำเภอในจังหวัดสงขลาเพิ่มมากที่สุด ร้อยละ 18.68 ส่วนจังหวัดปัตตานีเพิ่มน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.39

ซึ่งถ้าเปรียบเทียบกับช่วงปีแรกๆ ของเหตุการณ์ความไม่สงบพบว่า ในปี 2546 - ปี 2547 มีรายจ่ายเพิ่มสูงขึ้นมากในจังหวัดคือ จ.ปัตตานี (ร้อยละ 16.8), จ.ยะลา (ร้อยละ 11.5) และนราธิวาส (ร้อยละ 32.02) เมื่อเปรียบเทียบ ปี 2548 - ปี 2550 ส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเป็นค่าใช้จ่ายในด้านระบบความปลอดภัยของสถานบริการ เช่น การก่อสร้างรั้ว, ระบบโทรทัศน์วงจรปิด และค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและเวรยาม เป็นต้น

ตารางที่ 16 แสดงรายจ่ายงบประมาณในปี 2546 - 2550 (ข้อมูลปี 2550 เป็นข้อมูลประมาณการทั้งปี)

ปีงบประมาณ	ปัตตานี		ยะลา		นราธิวาส		สงขลา 5 อำเภอ		รวม 4 จังหวัด	
	รายจ่าย (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)	รายจ่าย (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)	รายจ่าย (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)	รายจ่าย (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)	รายจ่าย (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)
2546	801.68		791.70		718.62		122.40		2,434.40	
2547	931.41	16.18	882.78	11.50	948.69	32.02	158.47	29.47	2,921.35	20.00
2548	959.31	3.00	967.85	9.64	1,083.37	14.20	278.13	75.51	3,288.66	12.57
2549	963.53	0.44	1,110.66	14.76	1,076.45	- 0.64	308.01	10.74	3,458.65	5.17
2550	1,055.59	9.55	1,174.61	5.76	1,169.95	8.69	349.73	13.55	3,749.88	8.42
รวม	4,711.52	5.39	4,927.60	7.77	4,997.08	9.03	1,216.74	18.68	15,852.94	8.30

3. เงินคงเหลือสุทธิ พบว่า ภาพรวมใน 4 จังหวัดพบว่าแม้รายจ่ายจะเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับสถานการณ์ภายใต้ภาวะวิกฤตไปได้ แต่รัฐก็สนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้นด้วย ทำให้ภาพรวมของสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งใน 4 จังหวัดมีสถานะเงินบำรุงคงเหลือเพิ่มขึ้น หากเปรียบเทียบ ปี 2546 - ปี 2550 พบว่า จังหวัดนราธิวาสมีเงินคงเหลือมากที่สุด จำนวน 743.41 ล้านบาท รองลงมาคือจังหวัดปัตตานี จำนวน 374.3 ล้านบาท

ตารางที่ 17 แสดงเงินคงเหลือสุทธิในปี 2546 - มิถุนายน 2550

ปีงบประมาณ	ปีตตานี	ยะลา	นราธิวาส	สงขลา 5 อำเภอ	4 จังหวัด
	คงเหลือ (ล้านบาท)	คงเหลือ (ล้านบาท)	คงเหลือ (ล้านบาท)	คงเหลือ (ล้านบาท)	คงเหลือ (ล้านบาท)
2546	171.19	76.41	226.6	73.51	547.71
2547	166.11	84	164.27	93.86	508.24
2548	200.06	101.91	219.38	106.19	627.54
2549	335.48	144.21	435.41	121.77	1036.87
2550	374.3	283.66	743.41	160.99	1562.36

4. งบลงทุน พบว่า ภาพรวมใน 4 จังหวัดได้รับงบลงทุนเพิ่มขึ้นทุกจังหวัด หากเปรียบเทียบปี 2546 - ปี 2550 พบว่า ภาพรวมทุกจังหวัดมีงบลงทุนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20.88 (จำนวน 688.96 ล้านบาท) และส่วนใหญ่พบว่า งบลงทุนทุกจังหวัดเพิ่มมากที่สุดในปี 2546 - ปี 2547 เพิ่มมากที่สุดคือ จังหวัดปัตตานี ร้อยละ 296.60 รองลงมาคือจังหวัดนราธิวาส ร้อยละ 158.74 และจังหวัดยะลาเพิ่มร้อยละ 132.60 งบลงทุนส่วนใหญ่ใช้เพื่อรองรับสถานการณ์ภาคใต้ภาวะวิกฤตไฟใต้ ไม่จำเป็นจะเป็นการจัดหารถ Ambulance การจัดสร้างรัฐสถานบริการ การจัดหาเครื่องมือและครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยชีวิตผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ไฟใต้ การจัดหาที่พักสำหรับเจ้าหน้าที่ และการจัดหายานพาหนะสำหรับรับ-ส่งเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

ตารางที่ 18 แสดงงบลงทุนในปี 2549 - 2550 (งบลงทุนปี 2550 เป็นงบที่ได้รับทั้งปี)

ปีงบประมาณ	ปีตตานี		ยะลา		นราธิวาส		สงขลา 5 อำเภอ		รวม 4 จังหวัด	
	งบลงทุน (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)	งบลงทุน (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)	งบลงทุน (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)	งบลงทุน (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)	งบลงทุน (ล้านบาท)	เพิ่ม/ลด (%)
2546	12.05		12.21		16.31		5.87		46.44	
2547	47.79	296.60	28.40	132.60	42.20	158.74	12.86	119.08	131.25	182.62
2548	48.15	0.75	32.93	15.95	55.18	30.76	20.98	63.14	157.24	19.80
2549	49.39	2.58	37.16	12.85	55.18	-	21.99	4.81	163.72	4.12
2550	56.46	14.31	41.44	11.52	63.63	15.31	28.78	30.88	190.31	16.24
รวม	213.84	20.77	152.14	19.21	232.50	20.35	90.48	25.32	688.96	20.88

5. การได้รับงบประมาณสนับสนุนจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2549 และปี 2550 พบว่า ภาพรวมของ 4 จังหวัดได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นร้อยละ 37.56 (จำนวน 490.86 ล้านบาท) และค่าเฉลี่ยรายหัวเพิ่มขึ้นจำนวน 416.08 บาท และหากพิจารณารายจังหวัดพบว่า จังหวัดนราธิวาสได้รับงบประมาณรายหัวมากที่สุดคือ 1,001.42 รองลงมาคือ จังหวัดยะลา จังหวัดปัตตานี และ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา ได้รับงบประมาณรายหัวจำนวน 994.85, 895.66, 805.47 ตามลำดับ ดังข้อมูลในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 แสดงรายรับงบประมาณโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของสถานบริการสาธารณสุขใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปัตตานี, ยะลา, นราธิวาส และ 5 อำเภอของจังหวัดสงขลา (จะนะ, เทพา, สะบ้าย้อย, นาทวี และสะเตง) ประจำปี 2549 และปี 2550

จังหวัด	ปี 2549		ปี 2550		เพิ่มขึ้น/ลดลง	
	จำนวน (ล้านบาท)	เฉลี่ย/ปชก.	จำนวน (ล้านบาท)	เฉลี่ย/ปชก.	จำนวน (ล้านบาท)	เฉลี่ย/ปชก.
ปัตตานี	409.52	711.53	508.42	895.66	98.90	184.13
ยะลา	320.22	754.78	416.02	994.85	95.80	240.07
นราธิวาส	464.63	719.02	640.76	1,001.42	176.13	282.40
4 อำเภอ จังหวัด สงขลา	112.33	389.39	232.36	805.47	490.86	416.08
รวม	1,306.70	675.47	1,797.56	939.02	490.86	263.55

6. ข้อมูลรายรับงบประมาณโครงการประกันหลักสุขภาพถ้วนหน้าของสถานบริการสาธารณสุขใน 3 จังหวัดและ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลาในปี 2550 เมื่อศึกษาในรายละเอียดของประเภทรายรับ พบว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายชัดเจนในการจัดสรรเงินเพื่อรองรับสถานการณ์ภายใต้ภาวะวิกฤตได้ในรูปแบบของ Contingency Fund (CF) ได้แก่ เงินเพิ่มค่าตอบแทนกรณีพิเศษสำหรับพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (CF5) ซึ่งเป็นเม็ดเงินที่จ่ายให้แก่เจ้าหน้าที่โดยตรงเพื่อเป็นสวัสดิการและสร้างขวัญ กำลังใจแก่บุคลากรที่ทำงานในพื้นที่ และจัดสรรเงินให้แก่สถานบริการสาธารณสุขใน 4 จังหวัดคือ เงินเพิ่มเติมสำหรับพื้นที่ชายแดนและเสี่ยงภัยกรณีพิเศษ (CF6) โดยงบประมาณที่ได้รับจัดสรรทั้ง CF5 และ CF6 คิดเป็นร้อยละ 10.12 (181.96 ล้านบาท) ของงบประมาณโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับ หากพิจารณารายจังหวัดพบว่าจังหวัดยะลาได้รับจัดสรรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 11.95 (49.70 ล้านบาท) จังหวัดที่ได้รับน้อยที่สุดคือ 4 อำเภอของจังหวัดสงขลา คิดเป็นร้อยละ 7.05 (จำนวน 16.38 ล้านบาท) ดังตารางที่ 20

ตารางที่ 20 แสดงรายรับงบประมาณโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้ากรณี CF5 และ CF6 ของสถานบริการสาธารณสุขใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ปัตตานี, ยะลา, นราธิวาส และ 5 อำเภอของจังหวัดสงขลา (จะนะ, เทพา, สะบ้าย้อย, นาทวีและสะเตด) ประจำปี 2550

จังหวัด	CF5	CF6	งบโครงการประกันสุขภาพ	ร้อยละ (CF5+CF6/งบ โครงการประกัน สุขภาพถ้วนหน้า)
ปัตตานี	26.35	24.07	508.54	9.91
ยะลา	28.52	21.18	416.02	11.95
นราธิวาส	26.60	38.84	640.76	10.21
5 อำเภอ จังหวัดสงขลา	7.89	8.47	232.36	7.05
รวม	89.37	92.59	1,797.68	10.12

หมายเหตุ 1. CF5 คือ เงินเพิ่มค่าตอบแทนกรณีพิเศษสำหรับพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้
2. CF6 คือ เงินเพิ่มเติมสำหรับพื้นที่ชายแดนและเสี่ยงภัยกรณีพิเศษ

4. ระบบบริหารทรัพยากรบุคคลและการสร้างแรงจูงใจ

จากการทบทวนเอกสารสรุปการดำเนินงานแก้ไขปัญหาในจังหวัดชายแดนภาคใต้ นำเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเดือนมกราคม 2550 มีรายละเอียดในส่วนการดำเนินการที่มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นเจ้าภาพ

ปัญหาการขาดแคลนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์

ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในโรงพยาบาล เป็นปัญหาขาดแคลนข้าวกินในพื้นที่ ซึ่งเป็นปัญหาที่สะสมมาก่อนเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบ แต่ในอนาคตอันใกล้ ในสภาวะที่สถานการณ์จะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นนั้น คาดว่าจำนวนบุคลากรที่จะมีความขาดแคลนอย่างรุนแรง

จากการเปรียบเทียบข้อมูลกำลังคนตามมาตรฐาน GIS (Geographical Information System) ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดสรรบุคลากร จำแนกรายจังหวัด เฉพาะ 4 กลุ่มวิชาชีพคือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล สํารวจ ณ วันที่ 1 ก.ค. 2550 ทำให้เห็นภาพการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์อย่างชัดเจน ตามตารางที่ 21

ตารางที่ 21 แสดงข้อมูล GIS และจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง

ข้อมูลรวม 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้และ 5 อำเภอ จ.สงขลา			
สายงาน	จำนวน GIS	จำนวนจริง	% GIS
1. แพทย์	468	258	55.13
2. ทันตแพทย์	204	91	44.61
3. เภสัชกร	202	195	96.53
4. พยาบาล	2,871	2,923	99.72

หมายเหตุ 5 อำเภอของจังหวัดสงขลา ประกอบด้วย อำเภอสะบ้าย้อย เทพา จะนะ นาทวีและสะเตงา

จากฐานข้อมูล GIS ในภาพรวม 4 วิชาชีพต่ำกว่าเกณฑ์ เมื่อจำแนกรายวิชาชีพพบว่า ในกลุ่มวิชาชีพแพทย์ (55.13%) ทันตแพทย์ (44.61%) มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานค่อนข้างมาก ในขณะที่วิชาชีพพยาบาลและเภสัชกรอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยที่ต่ำกว่าเกณฑ์เล็กน้อย

อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบค่ามาตรฐานที่จะทำให้เกิดภาพที่ชัดเจนต้องเปรียบเทียบกับภาพรวมของประเทศด้วย ซึ่งแสดงในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 แสดงการเปรียบเทียบค่าGIS 3 จังหวัดชายแดนใต้เปรียบเทียบกับภาพรวมของประเทศ

สายงาน	3 จังหวัดชายแดนใต้ % GIS	ภาพรวมทั้งประเทศ % GIS
แพทย์	55.13	44.61
ทันตแพทย์	96.53	99.72
เภสัชกร	55.74	41.15
พยาบาล	83	85

จากการเปรียบเทียบกำลังคนภาพรวมในจังหวัดชายแดนภาคใต้กับระดับประเทศ พบว่า ในทุกวิชาชีพมีสัดส่วนที่มากกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของประเทศ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ และเภสัชกร 99.72 : 85 และ 96.53 : 83 ตามลำดับ

สาระและประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาควบคู่ไปด้วยกันนอกจากข้อมูล GIS คือ ประเด็นภาระงานในพื้นที่ โดยเฉพาะสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ภาระงานที่หนักเพิ่มขึ้น การจัดเวร/ผลัดปฏิบัติงานจัดได้ลำบากกว่าสถานการณ์ปกติ เช่น กรณีแพทย์เวรในโรงพยาบาลชุมชนต้องอยู่เวรนอกเวลาราชการ ผลัดละ 2 คน การปฏิบัติของพยาบาลกรณีอยู่เวรก็ต้องเดินทางมาทำงานตั้งแต่เวรบ่าย เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่เกิดขึ้นในยามวิกาลระหว่างเดินทาง พยาบาลส่งต่อผู้ป่วยต้องเดินทางไปครั้งละ 2 คน กรณีเป็นการพิจารณาการรับผิดชอบด้านบริการทางการแพทย์ โดยข้อมูลการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉิน ค่าเฉลี่ยมาตรฐาน พยาบาลวิชาชีพ 1 คนควรให้บริการผู้ป่วยจำนวน 20 ครั้ง แต่ในภาพเฉลี่ยระดับประเทศต้องให้บริการถึง 50 ครั้ง แต่ในโรงพยาบาลยะลา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์แห่งเดียวในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ต้องให้บริการสูงถึง 66 ครั้ง เป็นต้น รวมทั้งความเครียด ความวิตกกังวลด้านความปลอดภัย และด้านขวัญกำลังใจกลับเป็นปัญหาเพิ่มมากขึ้น สถานการณ์อย่างไม่เป็นทางการ ที่ไม่ปรากฏในระบบรายงานข้อมูลบุคลากร ซึ่งได้จากการลงไปพูดคุยในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กแห่งหนึ่งมีพยาบาลรวม 37 คน หลังจากมีเหตุการณ์ความไม่สงบในโรงพยาบาล มีการแพทย์ประทุ้ง ในสัปดาห์ต่อมามีพยาบาลแจ้งความประสงค์ขอย้าย 32 คน ปรากฏว่าอยู่บนโต๊ะหัวหน้าพยาบาล 17 คน อยู่บนโต๊ะผู้อำนวยการ 10 คน และอยู่ในลิ้นชักผู้อำนวยการ 3 คน สุดท้ายได้ย้ายเพียง 2 คน โดยภาพรวมมีข้อมูลพยาบาลวิชาชีพขอย้ายออกจากพื้นที่อย่างน้อย 1 ใน 3 ซึ่งหากสำรวจความต้องการขอย้ายของพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ต่างๆ จะมีสูงกว่านี้

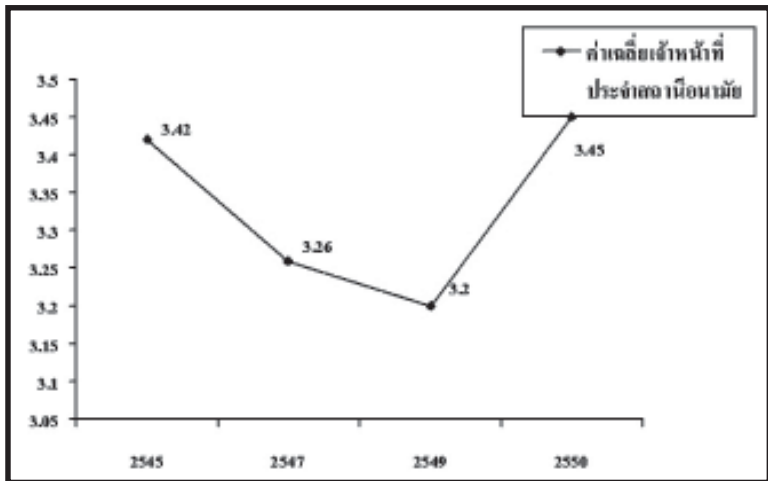
ตารางที่ 23 แสดงข้อมูล GIS และจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงแยกรายจังหวัด

จังหวัดยะลา			
สายงาน	จำนวน GIS	จำนวนจริง	% GIS
1. แพทย์	217	76	35.02
2. ทันตแพทย์	58	21	36.21
3. เภสัชกร	47	66	140.43
4. พยาบาล	970	907	93.51
จังหวัดปัตตานี			
สายงาน	จำนวน GIS	จำนวนจริง	% GIS
1. แพทย์	85	76	89.41
2. ทันตแพทย์	57	33	57.89
3. เภสัชกร	72	54	75.00
4. พยาบาล	786	799	101.65
จังหวัดนราธิวาส			
สายงาน	จำนวน GIS	จำนวนจริง	% GIS
1. แพทย์	107	77	71.96
2. ทันตแพทย์	58	26	44.83
3. เภสัชกร	55	55	100.00
4. พยาบาล	790	956	121.01
จังหวัดสงขลา(เฉพาะ 5 อำเภอ)			
สายงาน	จำนวน GIS	จำนวนจริง	% GIS
1. แพทย์	57	29	50.88
2. ทันตแพทย์	31	11	35.48
3. เภสัชกร	28	20	71.43
4. พยาบาล	325	261	61.85

หมายเหตุ 5 อำเภอของจังหวัดสงขลา ประกอบด้วย อำเภอสะบ้าย้อย เทพา จะนะ นาทวีและสะเดา

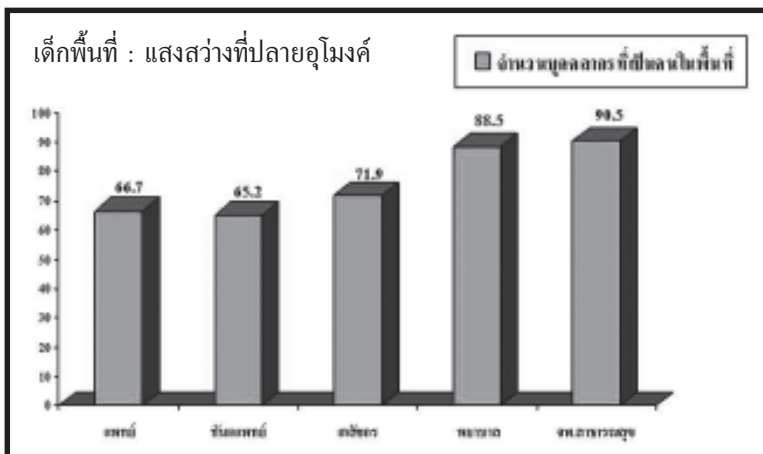
ถ้าลงลึกรายละเอียดในรายจังหวัดพบข้อมูลที่น่าสนใจว่า จังหวัดยะลา มีจำนวนแพทย์ต่ำกว่าเกณฑ์มากที่สุด (35.02%) รองลงมาเป็นนราธิวาส และ 5 อำเภอในจังหวัดสงขลา โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางบางสาขาที่มีความจำเป็นสูง ในสถานการณ์ความรุนแรง เช่น ศัลยกรรมทั่วไป (มีจริง 1) ศัลยกรรมกระดูก (มีจริง 1) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งมีผู้บาดเจ็บจากการถูกทำร้ายของฝ่ายตรงข้าม หรือกรณีการปะทะกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในรูปแบบต่างๆ ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในกรณีรายวัน และกรณีการชุมนุมประท้วงเป็น ครั้งคราว หรืออาจจะมีในกรณีอื่นๆ ที่ไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้

กรณีผู้ให้บริการในระดับสถานีนอนมัย



แผนภูมิที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ยเจ้าหน้าที่ในระดับสถานีนอนมัย

กระทรวงสาธารณสุขได้แก้ปัญหาระยะสั้นตั้งแต่เริ่มมีเหตุการณ์ความไม่สงบ โดยรับเด็กนักเรียนเข้าเรียนต่อในหลักสูตรเจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ตั้งแต่ปีการศึกษา 2548 เป็นต้นมา ซึ่งรับปีละประมาณ 200 คน เป็นเวลา 4 ปี ทำให้ภาพรวมของผู้ให้บริการมีแนวโน้มที่ดีขึ้นตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา ปัจจุบันมีค่าเฉลี่ยเจ้าหน้าที่ต่อสถานีนอนมัย 3.45 คนต่อแห่ง และมีแรงจูงใจสำคัญคือการบรรจุเป็นข้าราชการ

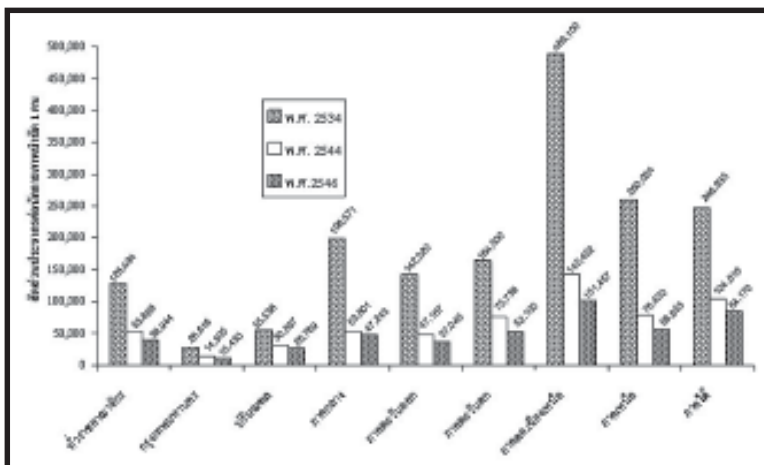


แผนภูมิที่ 6 แสดงจำนวนบุตรหลานทางการแพทย์ที่เป็นคนในพื้นที่

เมื่อวิเคราะห์ภูมิภานาของผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ พบว่า เจ้าพนักงาน สาธารณสุขชุมชนเป็นบุคลากรที่มีภูมิภานาในพื้นที่สูงสุดคือร้อยละ 90.9 รองลงมาคือพยาบาล เกษีกร แพทย์ ร้อยละ 88.9, 71.9 และ 66.7 ตามลำดับ โดยพื้นที่แพทย์น้อยที่สุด ร้อยละ 65.2

กายภาพบำบัด : อีภทพีสุนจ์ของความเข้าใจ เข้าถึง และพัฒนา สถานการณ์นักกายภาพบำบัดในภาคใต้

การศึกษาเกี่ยวกับสถานภาพกำลังคนล่าสุดในปี พ.ศ.2546 (สุวิทย์ อริยชัยกุล และ ทศพร พิชัยยา, 2546) ได้เปรียบเทียบสัดส่วนประชากรต่อนักกายภาพบำบัด 1 คน ระหว่างปี พ.ศ. 2534, 2544 และ 2546 แสดงให้เห็นดังแผนภูมิที่ 7 พบว่า สัดส่วนทุกภาคดีขึ้น แต่ในภาคใต้มีอัตราการลดลงน้อยกว่าภาคอื่นทั้งหมด (ยกเว้นปริมณฑลและภาคกลาง) ในรายงานปี พ.ศ. 2546 ยังระบุอีกว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายคือ มีการเพิ่มประชากรในภาคใต้ในอัตราที่มากกว่า แต่การเพิ่มของนักกายภาพบำบัดน้อยกว่า การกระจายตัวของนักกายภาพบำบัดกล่าวโดยทั่วไปแล้ว ไม่ได้ยึดติดกับระบบทุนอย่างเช่นวิชาชีพอื่นก็ตาม แต่ภาคใต้โดยเฉพาะตอนล่างที่ไม่มีสถาบันการผลิตบัณฑิตกายภาพบำบัด ส่งผลกระทบต่อการกระจายด้วย แม้ว่าในปี พ.ศ.2525 จะมีนักเรียนทุนจาก 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เข้าเรียนในมหาวิทยาลัยมหิดล แต่ไม่ได้ช่วยให้การกระจายของนักกายภาพบำบัดดีขึ้นเร็วอย่างเช่นในภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ



แผนภูมิที่ 7 แสดงสัดส่วนประชากรต่อนักกายภาพบำบัด 1 คน จำแนกโรคตามปี พ.ศ.2534, 2544, 2546

ที่มา : สุวิทย์ อริยชัยกุล และ ทศพร พิชัยยา (2546) สํารวจเมื่อ พฤษภาคม พ.ศ.2546

ปัจจัยที่ทำให้การกระจายของนักกายภาพบำบัดในภูมิภาคตึกว่าในส่วนกลาง ไม่ใช่เพราะการเพิ่มของนักกายภาพบำบัดในภาคเอกชนเป็นหลัก เพราะในภูมิภาคการขยายตัวของภาคเอกชนต่ำ นักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ไม่ได้เปิดคลินิกส่วนตัวแต่อย่างใด ปัจจัยที่สำคัญเกิดจากการจ้างงานของโรงพยาบาลชุมชน (สุวิทย์ อริยชัยกุล, กิตติกร พรหมจันทร์, และ สุริพร อุทัยคุปต์, 2544) กระทรวงสาธารณสุขไม่ได้กำหนดกรอบอัตรากำลังนักกายภาพบำบัดใน รพช. แต่ได้รับแรงกระตุ้นจาก รพช.ขอจ้างเอง และเรียกร้องให้กระทรวงฯ หากกรอบอัตรากำลังให้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2542) กองสาธารณสุขภูมิภาค (ก่อนที่จะปรับเปลี่ยนโครงสร้างบริหารงานกระทรวงฯ) ได้ศึกษาความต้องการนักกายภาพบำบัดในจังหวัดอุดรธานี เลย สระแก้ว อุทัยธานี และนครราชสีมา ใน รพช.ทุกระดับด้วยการให้แพทย์เขียนใบสั่งการรักษา พบว่า มีความต้องการนักกายภาพบำบัดระหว่าง 3-12 คน เพื่อทำงานทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ นำเสียดายที่ผลการวิจัยไม่ได้รับการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง การจ้างนักกายภาพบำบัดจึงยังคงเป็นลักษณะตามมีตามเกิด จนถึงปัจจุบันบางจังหวัด เช่น เชียงใหม่ ขอนแก่น อำนาจเจริญ นครราชสีมา รพช.เกือบทุกแห่งมีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงาน 1 - 3 คน

สถานการณ์นักรายภาพบำบัดใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

การกระจายนักรายภาพบำบัดใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้อยู่ในสถานการณ์ที่อันตราย ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 24 จำนวนนักรายภาพบำบัด และสัดส่วนประชากรต่อนักรายภาพบำบัด 1 คน ในปี พ.ศ.2546 และ 2550 ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

จังหวัด	จำนวนประชากร ¹		จำนวน นักรายภาพบำบัด ²		สัดส่วนประชากรต่อนักรายภาพบำบัด 1 คน ³	
	พ.ศ.2546	พ.ศ.2550	พ.ศ.2546	พ.ศ.2550	พ.ศ.2546	พ.ศ.2550
นราธิวาส	699,867	755,097	3	5	233,289	151,019
ปัตตานี	620,347	656,763	1	3	620,347	218,921
ยะลา	440,182	476,163	4	8	110,045	59,520

ที่มา

¹ สำนักทะเบียนราษฎรและเคหะปี พ.ศ.2543 : สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี (2543).

² การสำรวจของ สุวิทย์ อริยชัยกุล และ ทศพร พิชัยยา (2546) และสมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย พ.ศ.2550

³ ใช้สูตรคำนวณ $P_n = P_0 * \{\text{antiLn}(rt/100)\}$ เมื่อ P_n =จำนวนประชากรปัจจุบัน, P_0 =จำนวนประชากรปีฐาน (พ.ศ.2543), r =อัตราเพิ่มของประชากร, t =ระยะเวลาจากปีฐานจนถึงปีที่ต้องการทราบจำนวนประชากร

จะเห็นได้ว่าสัดส่วนประชากรต่อนักรายภาพบำบัด 1 คน ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ในปี พ.ศ.2546 มีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยสัดส่วนทั้งภาค (ในรูปที่ 1) โดยเฉพาะในจังหวัดปัตตานีที่มีนักเรียนทุนที่สำเร็จการศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ.2529 เพียง 1 คน และไม่มีการเพิ่มตำแหน่งและกรอบอัตรากำลึงจนถึงปี พ.ศ.2546 ในปี พ.ศ.2550 ไม่สามารถหาสัดส่วนทั้งภาคได้ เนื่องจากจะต้องสำรวจข้อมูลนักรายภาพบำบัดในภาคเอกชนด้วยจะเห็นได้ว่าเฉพาะยะลาเท่านั้นที่สัดส่วนดีขึ้นและน้อยกว่าสัดส่วนทั้งภาคในปี พ.ศ.2546

ปัญหาการขาดแคลนนักรายภาพบำบัดในจังหวัดปัตตานีเป็นเรื่องที่ต่อสูมาพอสมควร แม้แต่ได้ยื่นเรื่องถึงผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขก็ตามแต่ไม่ได้รับการเหลียวแล

การกระจุกตัวของนักกายภาพบำบัดที่มีเฉพาะในโรงพยาบาลระดับทั่วไป/ศูนย์ เป็นปัญหาที่เรื้อรังและไร้การเหลียวแล ด้วยเหตุที่ปัตตานีมีโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) เพียงแห่งเดียว (2 จังหวัดที่เหลือมี 2 แห่ง เฉพาะที่ยะลาเป็นโรงพยาบาลศูนย์) และเป็น รพท. กลุ่ม 1 กรอบอัตรากำลังนักกายภาพบำบัดจึงจำกัดไม่เกิน 3 ตำแหน่ง การที่ปัตตานีมีนักกายภาพบำบัด 3 คนนั้นไม่ได้หมายถึงมีนักกายภาพบำบัดเต็มกรอบ นักกายภาพบำบัดแต่เดิมที่ปฏิบัติงานใน รพ.ปัตตานีลาออกมาทำคลินิกส่วนตัว

ยะลาเป็นจังหวัดเดียวในพื้นที่ที่มีนักกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) คือที่ รพช.ยะหา สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัยรังสิต จังหวัดอื่นในภาคใต้ก็มีนักกายภาพบำบัดประจำใน รพช.น้อย หรือไม่มี จังหวัดที่มีนักกายภาพบำบัดใน รพช.ปฏิบัติงานมากได้แก่ นครศรีธรรมราช ตรัง พัทลุง แม้กระนั้นก็ตามจังหวัดอื่นๆ ก็จะมีนักกายภาพบำบัดปฏิบัติงานในภาคเอกชนมาก เช่น สงขลา ภูเก็ต พังงา

การจ้างและค่าตอบแทน

นักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานใน รพช.ส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างชั่วคราวในรพท./รพศ. หลายแห่งจ้างนักกายภาพบำบัดมากกว่ากรอบอัตรากำลังที่ทางกระทรวงฯ กำหนด แต่ก็เป็นลูกจ้างชั่วคราวเช่นเดียวกัน ในภาคใต้มีพัฒนาการของการจ้างที่ต่ำกว่าภาคอื่นในภาคอื่นนักกายภาพบำบัดบางคนเมื่อได้เป็นข้าราชการแล้วกลับไปปฏิบัติงานใน รพช. บางคนทำงานใน รพช. ได้ตำแหน่งพนักงานราชการและที่สำคัญบางคนแม้เป็นลูกจ้างชั่วคราว แต่ได้รับการจ้างที่เงินเดือนสูง

ขณะนี้สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทยได้สำรวจค่าจ้างและค่าตอบแทนลูกจ้างชั่วคราวนักกายภาพบำบัดทั่วประเทศ แม้จะยังไม่สามารถสรุปตัวเลขที่ชัดเจนได้ แต่พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับค่าจ้าง 9,000 บาท ด้วยการอิงฐานเงินเดือนนักเรียนทุน หรือพนักงานราชการ บางแห่งได้รับเงินเพิ่มช่วยค่าครองชีพที่เลียนแบบเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พตส) ของข้าราชการ หรือเงินเพิ่มช่วยค่าครองชีพของพนักงานราชการ แต่นักกายภาพบำบัดใน รพช.ยะหา ซึ่งเป็น รพช.เดียวที่มีนักกายภาพบำบัดในพื้นที่ กลับได้เงินเดือนเท่ากับอัตราข้าราชการคือ 7,630 บาท แม้ว่านักกายภาพบำบัดจะได้พยายามยื่นเรื่องเสนอผู้อำนวยการขอขึ้นเงินเดือนให้เทียบเท่ากับวิชาชีพอื่นแล้ว แต่ก็ไม่ได้รับการเหลียวแล การสำรวจยังพบอีกว่านักกายภาพบำบัดหลายคน แม้จะได้เงินเดือนและค่าตอบแทนที่สูงมีความรู้สึกรู้สีกว่าไม่ได้เป็นข้าราชการเหมือนกับวิชาชีพอื่น หรือได้รับการพิจารณาให้เป็นข้าราชการช้ากว่าวิชาชีพอื่น (ทั้งๆ ที่ศึกษามาในระยะเวลาเท่าเทียมกัน) เป็นความไม่มั่นคงในหน้าที่การงาน และขาดกำลังใจในการพัฒนางาน จึงเปลี่ยนหรือย้ายที่ทำงานในอัตราที่สูงมาก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดทำโครงการวิจัยและพัฒนาแกนกายภาพบำบัดในศูนย์แพทย์ชุมชน (community medical unit) และได้กำหนดกรอบอัตราเงินเดือนที่ 13,000-15,000 บาท เพื่อให้เป็นขวัญและกำลังใจแก่นักกายภาพบำบัดที่ปฏิบัติงานในชุมชน แต่เนื่องจากโครงการดังกล่าว สปสช. ไม่ได้กำหนดงบประมาณในส่วนของเงินเดือนให้กับศูนย์แพทย์ชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนหลายแห่งจึงจ้างด้วยอัตราเงินเดือนที่ต่ำกว่ากรอบ (ไม่ต่ำกว่า 9,000 บาท)

การที่กระทรวงสาธารณสุขมุ่งส่งเสริมนักเรียนทุน และวิชาชีพหลัก 4 สาขา คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ทำให้เกิดการกดขี่แรงงาน นักวิชาชีพในสาขาอื่นอย่างมาก นับตั้งแต่การกำหนด พตส. ในอัตราที่ต่ำกว่าวิชาชีพหลัก การไม่ได้เบี่ยงเสี่ยงภัยและเบี่ยงกันดาร การวางกรอบเงินเดือน 9,000 บาท เฉพาะนักเรียนทุนเท่านั้น ทำให้เกิดสำนึกที่เหลื่อมล้ำและฝังลึกในกระทรวงสาธารณสุขมาเป็นเวลานาน สำนึกที่นักกายภาพบำบัดไม่ได้เป็นวิชาชีพสำคัญในการผลักดันงานสาธารณสุข สำนึกของการที่ไม่ได้เป็นนักเรียนทุน ทั้งที่การทำงานของวิชาชีพกายภาพบำบัดย่อมต้องเสี่ยงภัยพอๆ กัน หรือมากกว่าวิชาชีพหลักบางวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัดที่ทำงานชุมชนจะต้องเดินทางไปเยี่ยมบ้าน ปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม สอนญาติและผู้ป่วยให้ออกกำลังกายและฟื้นฟูสภาพอย่างเต็มที่ให้คำแนะนำชุมชนในการช่วยเหลือผู้พิการให้ดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิต

วิชาชีพกายภาพบำบัด

กายภาพบำบัดเป็นวิชาชีพ และต้องมีการควบคุมการประกอบวิชาชีพ ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ.2547 นั่นคือ มีสภาวิชาชีพคอยควบคุมกำกับการทำงานของนักวิชาชีพ พัฒนามาตรฐานวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันมีนักกายภาพบำบัดที่ขึ้นทะเบียนประมาณ 4,300 คน สภากายภาพบำบัดกำหนดว่า นักกายภาพบำบัดทุกคนจะต้องสอบเพื่อขึ้นทะเบียน และเข้าร่วมในการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อรักษาสถานภาพไปประกอบวิชาชีพ (renew license) ทุก 5 ปี ความเข้าใจและการสร้างสำนึกเหลื่อมล้ำของกระทรวงสาธารณสุขที่มีต่อวิชาชีพกายภาพบำบัดให้เป็นวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพมีมานานแล้ว การสร้างสำนึกเช่นนี้ทำให้วิชาชีพกายภาพบำบัดเป็นวิชาชีพชายขอบ เพราะสำนึกของการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเรื่องสำคัญรองลงมา วิชาชีพกายภาพบำบัดจึงพยายามแสดงศักยภาพด้านการส่งเสริมป้องกัน และรักษา แม้กระนั้นก็ตามนักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจึงแสดงบทบาทด้านการรักษามากกว่าบทบาท การขาดกำลังคนที่พอเพียง และแรงจูงใจในวิชาชีพชายขอบมีมาตลอดการทำงาน

การผลิตนักกายภาพบำบัด

ปัจจุบันมีสถาบันที่ผลิตบัณฑิตกายภาพบำบัด 12 แห่งทั่วประเทศ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เป็นมหาวิทยาลัยในภาคใต้ 2 แห่งที่รับนักศึกษาได้ 2 รุ่น การผลิตนักกายภาพบำบัดทั่วประเทศประมาณ 500-600 คนต่อปี อัตราการสูญเสียบัณฑิตกายภาพบำบัดประมาณร้อยละ 45 บัณฑิตส่วนใหญ่ห้กการทำงานไปประกอบวิชาชีพอื่น เช่น พนักงานขาย (detail) ศึกษาต่อสาขาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ และที่เกี่ยวข้องประกอบธุรกิจส่วนตัว นักกายภาพบำบัดที่ขึ้นทะเบียน 4,300 คนนั้นมีที่ยังคงปฏิบัติงานกายภาพบำบัดอยู่เพียง 2,000 คน ด้วยเหตุนี้อัตราการเพิ่มนักกายภาพบำบัดที่ยังคงปฏิบัติงานกายภาพบำบัดประมาณร้อยละ 12 ต่อปี

มีเพียงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพียงแห่งเดียวเท่านั้นที่จัดทำโครงการรับตรงนักศึกษาจากพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มหาวิทยาลัยส่วนใหญ่จะมีนักศึกษาจากพื้นที่นี้น้อยมาก แม้แต่มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สำหรับมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์นั้นแม้นักศึกษาเขียนแสดงความจำนงมามาก แต่จะต้องพิจารณาในรายละเอียดความต้องการที่ชัดเจนด้วย

ปัญหา

การพิจารณาให้มินักกายภาพบำบัดใน รพช. ในเขต 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้นั้น จะประสบปัญหาหลายประการดังนี้

1. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากการได้เงินเดือนและค่าตอบแทนที่เหลื่อมล้ำ เช่น กรณีของ รพช.ยะหา การไม่ได้เงินช่วยเหลือ เบี้ยเลี้ยงภัยเบี่ยงกันดาร จะทำให้บัณฑิตกายภาพบำบัดไม่ต้องการมาทำงานในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อชีวิตและทรัพย์สินอย่างยิ่ง การทำงานในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราวทำให้เกิดความไม่มั่นคง ขาดหลักประกัน และรู้สึกต่ำต้อยในวิชาชีพ (ที่มีสภาวิชาชีพ เช่นเดียวกับวิชาชีพอื่น)

2. การให้ปฏิบัติงานด้านการรักษาเพียงอย่างเดียว สถาบันการผลิตบางแห่งยังผลิตนักกายภาพบำบัดเพื่อไปปฏิบัติงานด้านการรักษาเป็นหลัก ไม่เคยส่งนักศึกษาไปชุมชน นักศึกษาบางคนแม้จะได้เคยทำงานในชุมชนมาก่อนก็ตาม (ในสถาบันที่มีการจัดการเรียนการสอนในชุมชน) แต่เมื่อไปปฏิบัติงาน รพช. มักจะทำงานด้านรักษาเป็นหลัก

3. การผลิตที่ไม่ทันการ มหาวิทยาลัยในภาคใต้อย่างไม่ได้แสดงนโยบายที่ชัดเจนในการเข้าร่วมแก้ปัญหา ไม่ได้มีหลักสูตรการเรียนการสอนที่จำเพาะกับบริบทของพื้นที่

4. การผสมผสานระบบการแพทย์พื้นถิ่น ภายใบบำบัดดูเหมือนเป็นเรื่องใหม่ที่เข้ามาในวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ด้วยวัฒนธรรมทางด้านสุขภาพของคนพื้นถิ่นที่ยังต้องมีการศึกษาและเรียนรู้ให้แน่ชัด

ด้วยเหตุนี้การวางแผนจึงต้องวางอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่พอเพียง ข้อมูลที่ยังขาดได้แก่

1. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่
2. วัฒนธรรมเรื่องสุขภาพของคนในพื้นที่ ระบบการแพทย์ ความเชื่อ วิธีคิดในการแก้ปัญหาสุขภาพ
3. ความรุนแรงและคุณภาพชีวิตของประชาชนที่บั่นทอนสุขภาพทางกาย

ข้อเสนอแนะ

1. วางแผนการจ้างนักกายภาพบำบัดใน รพช. ควรจ้างด้วยเงินเดือนและค่าตอบแทน ตลอดจนให้สิทธิ์สวัสดิการเช่นเดียวกับวิชาชีพอื่นอย่างเต็มที่ หากไม่สามารถจ้างได้ทุก รพช. ควรวางระบบเครือข่ายให้ครอบคลุม ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลความเสี่ยงอันตราย และระบาดวิทยาประกอบกัน

2. จัดโครงการนำร่องร่วมกับ สปสช โดยการจ้างนักกายภาพบำบัดให้ปฏิบัติงานในศูนย์แพทย์ชุมชน เพื่อทดลองปฏิบัติงานในชุมชน นักกายภาพบำบัดใน รพช. จะทำงานด้านรักษาพยาบาลเป็นหลัก แต่นักกายภาพบำบัดในศูนย์แพทย์ชุมชนจะทำงานแนวรุกเป็นหลัก และเช่นเดียวกับการพิจารณาค่าตอบแทนให้กับนักกายภาพบำบัดเหล่านี้ควรจะให้เป็นกรณีพิเศษ โครงการร่วมกับ สปสช จะเป็นโครงการวิจัยและพัฒนาในขณะเดียวกัน แต่เนื่องจาก สปสช ไม่ได้มีงบดำเนินการในการจ้างนักกายภาพบำบัด การจ้างจึงต้องใช้งบประมาณพิเศษ

3. จัดอบรมนักกายภาพบำบัดก่อนลงดำเนินงานในพื้นที่

4. โครงการความร่วมมือการผลิตนักกายภาพบำบัดสำหรับพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้ใช้ข้อมูลจากงานวิจัยในข้อ 2 และข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติงานในข้อ 1 มาประกอบการจัดทำ MOU กับสถาบันการผลิต โดยทำเป็นโครงการร่วมสามเส้า กระทรวงสาธารณสุข สภากายภาพบำบัด และสถาบันการศึกษา

5. ในกรณีเร่งด่วนอาจทำข้อตกลงร่วมกับสถาบันการผลิตในการจัดหาทุนให้กับนักศึกษาที่ใกล้จะสำเร็จ เช่น นักศึกษาปี 3 และปี 4 หรือหาตำแหน่งให้นักศึกษาได้ไปปฏิบัติงานหลังสำเร็จแล้ว

บรรณานุกรม

- กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข (2542). โครงการวิเคราะห์ลักษณะงาน
รังสี และเวชกรรมฟื้นฟู. เอกสารอัดสำเนา, ไม่ปรากฏที่พิมพ์, 2542
- กระทรวงสาธารณสุข (2542). หนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ สร 0212/
70/2/738 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2542 ถึง นายแพทย์สาธารณสุข
จังหวัดทุกจังหวัด เรื่อง ตำแหน่งบรรณิกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลชุมชน.
สุวิทย์ อริยชัยกุล, กิตติกร พรหมจันทร์, และ สุรีพร อุทัยคุปต์ (2544). ความต้องการ
นักกายภาพบำบัด และ ทรัพยากรในงานบริการกายภาพบำบัดในโรงพยาบาล
ชุมชน. วารสารกายภาพบำบัด, ปีที่ 23 ฉบับที่ 1, 21 - 34
- สุวิทย์ อริยชัยกุล และ ทศพร พิษัทยา (2546) สถานภาพกำลังคนทางกายภาพบำบัด
ในปี พ.ศ.2546. รายงานการวิจัย คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี (2543). รายงานผลเบื้องต้น ลำมะโน
ประชากรและเคหะ ปี พ.ศ.2543. <http://www.nso.go.th/pop/prelim.htm>,
(ค้นหาเมื่อ 2 เมษายน 2544)



ข้อเสนอแนะจากการพัฒนาควบคู่ไปกับกระบวนการศึกษา

1. ระบบมาตรฐานความปลอดภัยของสถานบริการ

- 1 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนในลักษณะ “การจัดการความรู้” หรือ Action research เพิ่มเติมในประเด็นที่เป็นจุดอ่อน และได้รับผลกระทบค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในระดับสถานีนอมัย เพื่อลดบทเรียนการดำเนินงาน และหาแนวทางการพัฒนา การป้องกัน การแจ้งเตือน ให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งอยู่บนหลักการพื้นฐาน ยุทธศาสตร์ด้านความปลอดภัย คือการปรับระบบความปลอดภัยจาก soft target ไปเป็น hard target การสร้างภูมิคุ้มกันให้กับหน่วยบริการ โดยมีชุมชนเป็นเกราะกำบัง และการวางตัวเป็นกลาง
- 1 การติดตามการดำเนินการระบบมาตรฐานความปลอดภัยของสถานบริการในระดับต่างๆ เช่น การซ่อมแผนเผชิญเหตุ การปรับโครงสร้าง เป็นต้น
- 1 ควรจะมีการประเมินผลการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทั้งในระดับปัจเจก องค์กร จากสถาบันวิชาการในพื้นที่ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับและผู้ให้บริการ

2. การบริการในภาวะฉุกเฉินและระบบส่งต่อ

- 1 ผลักดันให้ทำวิจัยแบบมีส่วนร่วมในการส่งต่อ จากภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่ ทั้งจากจุดเกิดเหตุ และระหว่างสถานบริการ
- 1 การพัฒนาศูนย์ส่งต่อในระดับเขต จังหวัด อย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม เน้นการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ
- 1 การวิจัยและประเมินผลระบบบริการฉุกเฉินในสถานการณ์ความไม่สงบ เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม โดยให้ความสำคัญสมดุลระหว่าง “บริการรวดเร็ว (Emergency) ดีที่สุด” และ “ปลอดภัย (Safety) ที่สุด”

3. ด้านระบบการเงิน การคลัง งบประมาณ

- 1 การพัฒนารูปแบบ โครงสร้างความสัมพันธ์ระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ในการจัดการระบบการเงินเพื่อให้มีความคล่องตัว มีประสิทธิภาพ สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างทันทั่วทั้ง

4. ด้านระบบการบริหารทรัพยากรบุคคล รวมถึงการสร้างแรงจูงใจ

1. ควรมีเจ้าภาพ และกลไกในการติดตามข้อมูลทรัพยากรบุคคลในพื้นที่อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ทั้งในประเด็นความต้องการ ความขาดแคลน การผลิต การศึกษาต่อเนื่อง เช่น กรณีแพทย์เฉพาะทาง นักกายภาพบำบัด เป็นต้น รวมทั้งการแรงจูงใจ ค่าตอบแทน ขวัญกำลังใจ เพื่อรักษาสถานภาพกำลังคน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในระบบบริการสุขภาพ
1. ผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบในเชิงนโยบาย ควรใช้ข้อมูลและข้อเท็จจริงในพื้นที่ เป็นกลไกสำคัญในการตัดสินใจ เช่น กรณีพยาบาล 3,000 คน

ข้อเสนอเชิงโครงสร้างของระบบ

จะต้องมีการพัฒนาโครงสร้าง กลไกการทำงาน ซึ่งอยู่บนพื้นฐานดังนี้

1. มีโครงสร้างทีมงานเฉพาะ เกาะติดสถานการณ์ ทำหน้าที่เป็น Head & Brain & Body โดยมีองค์ประกอบหลักเป็นคนในพื้นที่และจากส่วนกลาง เช่น ศูนย์พัฒนาการบริหารสุขภาพ จังหวัดชายแดนภาคใต้ (สบ.สต.) โดยมีบทบาทการอำนวยความสะดวกและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเบ็ดเสร็จ
1. การพัฒนา Crisis Forum เป็นเวทีร่วมคิด แลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร การติดตามการแก้ปัญหา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และสร้างช่องทางการเชื่อมต่อ การสื่อสาร กับผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย

ข้อเสนอเชิงมาตรการซึ่งแบ่ง 2 ระยะคือ

มาตรการระยะสั้น ได้แก่

1. รัฐต้องเร่งสร้างสันติภาพ เป็นความหวังประการแรกและสำคัญที่สุด ขณะเดียวกันจะต้องอาศัยระบบสาธารณสุขที่มีฐานรากของความเอื้ออาทร ความช่วยเหลือชีวิตเพื่อนมนุษย์ เป็นตัวช่วยในการขับเคลื่อนสันติภาพให้เกิดขึ้นในชุมชนให้ได้

- 1 รัฐควรสนับสนุนให้สถานพยาบาลมีระบบรักษาความปลอดภัยในระดับที่สร้างความมั่นใจให้กับผู้ให้และผู้รับบริการ และควรพัฒนาหลักสูตรการบริหารในภาวะวิกฤต (Health Service & Security) โดยการรวบรวมองค์ความรู้ที่เกิดจากการปฏิบัติงานจริง ในขณะเดียวกันควรมีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่องในรูปแบบของการจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (Knowledge Sharing) ทั้งในส่วนสถานบริการและหน่วยงานภายนอก เพื่อสังเคราะห์บทเรียน หารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ (Context based) และการสร้างเครือข่ายการทำงานด้านความปลอดภัยเพื่อหาทางออกกับสถานการณ์ต่างๆ ในพื้นที่
- 1 การสร้างระบบสนับสนุนในภาวะวิกฤตทั้งด้านการปรึกษา การส่งต่อ และจัดบุคลากรเสริม
- 1 การปรับระบบบริการที่เหมาะสมตามสถานการณ์ความรุนแรง เช่น การให้บริการในภาวะฉุกเฉินให้มีความสมดุลระหว่าง Emergency medical service และ Safety medical service และการปรับระบบบริการเชิงรุกในพื้นที่เสี่ยงโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกระดับ
- 1 รัฐต้องมีมาตรการการรักษานุคลากรให้คงอยู่ปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยมีข้อเสนอ ดังนี้
 - + ปัญหาบุคลากรขาดแคลนเป็นปัญหาเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนชนบท รัฐควรจะต้องมีนโยบาย มาตรการ กำลังคนในชนบทให้ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ทั้งการคัดเลือกคน (recruitment) และจำนวนบุคลากรที่เหมาะสม โดยไม่ใช่เฉพาะเกณฑ์ GIS เป็นเกณฑ์กำหนดกำลังคน
 - + การสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรในทุกกลุ่มด้วยความเหมาะสม เป็นธรรม โดยมีมาตรการจูงใจทั้ง financial และ non-financial ดังนี้
 - ๕ มาตรการสร้างกัลยาณมิตร ทั้งจากส่วนกลาง ในพื้นที่ และในหน่วยงานเอง ซึ่งพบว่าเป็นมาตรการที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้นุคลากรมีความหวังที่จะอยู่ปฏิบัติงานได้

- ๕ มาตรการด้านสวัสดิการ เช่น สวัสดิการที่พัก การจัดรถรับส่ง จัดหาที่เรียนให้บุตรหลาน เป็นต้น
 - ๕ มาตรการทางการเงิน การกระจาย จัดสรรงบประมาณไปชนบทมากขึ้น แรงจูงใจด้านการเงินที่เป็นธรรม ซึ่งต้องแตกต่างจากพื้นที่กันดารอื่น
 - ๕ มาตรการด้านสัญญาการใช้ทุน ควบคู่กับการพัฒนา โดยให้โอกาสในการศึกษาต่อเนื่อง ให้สามารถเรียนทางไกลหรือ on the job training ได้ โดยไม่ต้องลาเรียน
 - ๕ มาตรการด้านการศึกษา ปฏิรูปหลักสูตร กระจายสถานศึกษา ปรับปรุงการผลิต รับนักศึกษาชนบท
 - ๕ มาตรการด้านสังคม ให้ความก้าวหน้า มีเกียรติ วรรณะ สร้างความยอมรับ การมอบรางวัลในการปฏิบัติหน้าที่
- ๑ รัฐควรสนับสนุนการศึกษาวิจัย การจัดการความรู้และพัฒนา ระบบที่สอดคล้องกับสถานการณ์ความรุนแรง อันเป็นองค์ประกอบสำคัญในการหาคำตอบ การตัดสินใจ และหาทางออกให้กับทุกภาคส่วนในพื้นที่

ส่วนมาตรการระยะยาว ได้แก่

- ๑ การสร้างสันติภาพในพื้นที่พหุวัฒนธรรม โดยยึดหลักการเข้าถึง เข้าใจ และร่วมพัฒนา ตามพระราชดำรัสของพระเจ้าอยู่หัว
- ๑ สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการจัดการบริการสุขภาพ
- ๑ การสร้างระบบการดูแลตนเองของชุมชน
- ๑ การสร้างหลักสูตรการแพทย์และการสาธารณสุขในวิถีสถลิม
- ๑ การแก้ปัญหาให้มองให้ไปถึงสุขภาพ มากกว่าการบริการสาธารณสุข มองคนทั้งหมด ไม่ใช่เน้นเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์
- ๑ การเพิ่มประสิทธิภาพในระบบบริการสุขภาพ
- ๑ การจัดการด้านบุคลากร
 - + การเปิดโอกาสให้คนในพื้นที่ โดยเฉพาะในชนบทมีการศึกษาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขมากขึ้น
 - + สนับสนุนการศึกษาต่อเนื่องของบุคลากรในปัจจุบัน
 - + จัดระบบค่าตอบแทนและสวัสดิการที่เหมาะสม
- ๑ การประเมินผลกิจกรรม โครงการ ยุทธศาสตร์ อย่างเป็นระบบ โดยใช้ฐานจากสถาบันวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิในพื้นที่

คณะผู้วิจัย

นายแพทย์สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ

นายแพทย์อมร รอดคล้าย

นายแพทย์สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ

ผศ.ดร.พงศ์เทพ สุธีรวุฒิ

