

## Abstract

**Project Code:** TRG4580045

**Project Title:** Health Sector Reform and Tuberculosis Control in Lower Part of Southern Thailand: situation analysis and model development

**Investigator:** Petchawan Pungrassami, Tuberculosis Center 12 Yala, Office of Disease Prevention and Control 12 Songkhla, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

**E-mail Address:** [petchawanp@yahoo.com](mailto:petchawanp@yahoo.com)

**Project Period:** 1 July 2002 – 31 June 2004

**Objectives:** 1. To review the situation of Health Sector Reform (HSR) which consists of the “30 baht cure all diseases” project (“30 baht project”), the structural reform of the Ministry of Public Health (MOPH) and the decentralization of health responsibilities to the local administrative organization in lower part of Southern Thailand and their impacts upon Tuberculosis (TB) control performances. 2. To present model to assure the quality of TB control.

**Method:** 1. Compare the key elements of the TB control strategy, TB human resources and budget, and outcomes of TB control performances between “Before” and “After” HSR. Dates of the start of “30 baht project” were used to line between “Before HSR” and “After HSR”. Rates of “being trained” and “being removed from TB work” were compared by Cox Proportional Hazards Model whereas outcomes of treatment were compared by Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test 2. Compile the models to maintain the quality of TB control suggested by health authorities, experts, administrators, doctors and health care workers.

**Results:** 1. The priority of TB control was just in recognition but no practical commitment. It was the first time in the history of TB control in Thailand that TB was included among 5 highly prioritized diseases announced by the Department of Disease Control in the fiscal year 2004. However, only 5 of 7 provinces, 11 of 29 studied districts, and 10 of 29 studied hospitals ranked TB as important public health problem. TB priority has been decreased during transition period of HSR because health administrators had to spend much time and make effort on studying “30 baht project”, negotiation among health facilities, and change management; or on other important or urgent issues

enforced from central level and monitored by the health inspectors, or evaluated by the hospital accreditation surveyors.

2. TB personnel – Rates of “being removed from TB work” during “After HSR” were faster than “Before HSR” period; 1.1 time for TB clinic staff , 1.3 time for TB laboratory technician, 3.9 times for district TB coordinator (DTC) and 1.7 times for provincial TB coordinator (PTC). Number of regional TB coordinator during “After HSR” has been reduce by more than 50%.

All TB personnel during “After HSR” had been trained slower than “Before HSR” period. Rates of “being trained” during “Before HSR” were 3.4, 1.6, 2.4, 1.5 and 3.6 times for PTC, DTC, TB doctor, TB clinic staff and TB laboratory technician; respectively.

HSR brought more workload to TB personnel at all levels. Accordingly, activities necessary to maintain the quality of TB control performances have been decreased both in terms of quantity and quality. In addition, budgets for key activities such as DOTS meeting and training disappeared. It can not be concluded how TB budget changed after HSR as the National Health Security Organization (NHSO) distributed the non-earmarked budget per capita to health facilities.

Outcomes of TB treatment in the studied region during “After HSR” were worse than “Before HSR” eg. cure rates among new smear-positive patients were decreased in 5 provinces whereas default rates were increased in 6 provinces. TB reports and outcome databases during “After HSR” were delayed about 4-8 months whereas the drug resistance database were 1 year delayed.

### 3. Recommendations -

MOPH and NHSO should proactively develop the national health information system which serves both service, surveillance, prevention and control, of diseases and health hazards and their monitoring and evaluation. Database linkage is recommended to minimize report overload. The Department of Disease Control (DDC) should be key stakeholder during the development of policy, strategy, plan and financial mechanism to promote performances according to the standards. The Bureau of Health inspectors should include TB in the list of supervision system.

DDC and the Offices of Disease Prevention and Control should urgently develop the standards of TB control activities and of TB personnel, which are well recognized by NHSO, public and private health facilities, training institutes, and other related organizations.

Public Health Offices should manage to promote prevention and control of diseases and to build-up the capability in supervision, monitoring and evaluation according to the DDC standards.

Hospitals and networks should develop the multidisciplinary team to assure the quality of TB performances and the motivation system for TB personnel.

***Conclusion and discussion:*** During the transition period of HSR, health administrators in the lower part of southern Thailand recognized the importance of TB control, but TB priority has been decreased as they have to make effort on other important or urgent issues enforced by the central level, and to financial management under the “30 baht project”. TB personnel were slower trained and faster removed from their work. Outcomes of TB treatment were worse but later to be known.

Development of the well-recognized standards of TB control activities and TB personnel would be the best, long-term solution. The Disease Management system of NHSO, particularly proper financial mechanism should be the powerful positive stimuli for TB control.

**Keywords:** health sector reform, tuberculosis control, lower part of Southern Thailand

## บทคัดย่อ

รหัสโครงการ: TRG4580045

ชื่อโครงการ: การปฏิรูประบบบริการสุขภาพกับงานควบคุมวัณโรคในภาคใต้ตอนล่าง: การวิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนารูปแบบ

ชื่อนักวิจัย: เพชรวรรณ พิงค์มี ศูนย์วัณโรคที่ 12 จังหวัดยะลา, สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา, กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข

E-mail Address: [petchawanp@yahoo.com](mailto:petchawanp@yahoo.com)

ระยะเวลาโครงการ: 1 กรกฎาคม 2545 – 30 มิถุนายน 2547

**วัตถุประสงค์:** เพื่อทบทวนการดำเนินงานควบคุมวัณโรคในภาคใต้ตอนล่างและผลกระทบที่อาจเกิดจากการปฏิรูปต่างๆซึ่งมีผลต่อระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ โครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค”, การปรับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข, การกระจายอำนาจด้านสุขภาพสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเพื่อเสนอรูปแบบสำหรับการคงคุณภาพของงานควบคุมวัณโรค

**วิธีวิจัย:** 1. เปรียบเทียบสภาพขององค์ประกอบหลักของยุทธศาสตร์สำหรับการควบคุมวัณโรค บุคลากรและงบประมาณวัณโรค และผลการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ก่อนและหลัง “การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ” การเปรียบเทียบข้อมูลเชิงปริมาณใช้วันเริ่มต้นโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” เป็นเส้นแบ่ง ใช้ Cox Proportional Hazards Model ในการเปรียบเทียบอัตราการได้รับการฝึกอบรมและอัตราการเล็กรับผิดชอบงานวัณโรค และใช้ Wilcoxon rank-sum (Mann-Whitney) test ในการเปรียบเทียบผลการรักษา 2. รวบรวมข้อเสนอแนะสำหรับการคงคุณภาพของงานควบคุมวัณโรค จากผู้มีอำนาจเชิงนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและในภาคใต้ตอนล่าง

### ผลงานวิจัย:

1. ความสำคัญของงานวัณโรคยังคงเป็นเพียงความตระหนัก โดยไม่เกิดพันธกิจในทางปฏิบัติ - ปีงบประมาณ 2547 เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่วัณโรคติดอันดับ 1 ใน 5 โรคที่กรมควบคุมโรค ประกาศให้มีความสำคัญ อย่างไรก็ตามในช่วงต้นปีงบประมาณนั้น มีเพียง 5 จังหวัด (จากทั้งหมด 7 จังหวัด) 11 อำเภอ (จากจำนวนที่ศึกษา 29 อำเภอ) และ 10 โรงพยาบาล (จากจำนวนที่ศึกษา 29 โรงพยาบาล) ที่จัดลำดับให้วัณโรคเป็นปัญหาสำคัญ, ความสำคัญของงานวัณโรคในช่วงที่มี “การปฏิรูป

ระบบบริการสุขภาพ” ต่ำลงเนื่องจากผู้บริหารของหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆ ต้องทุ่มเทเวลาและความพยายามอย่างมากในการศึกษาโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” ต่อรองระหว่างหน่วยงาน หรือบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลง, หรือกับเรื่องสำคัญ/เร่งด่วนอื่นๆที่เป็นนโยบายจากส่วนกลางและมีการติดตามโดยผู้ตรวจราชการกระทรวง (ในขณะนั้นไม่มีเรื่องวันโรค) ตลอดจนกระแสการพัฒนาคุณภาพโดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (ที่ไม่รวมถึงคุณภาพงานวันโรค)

2. บุคลากรวันโรค – ในโรงพยาบาลมีอัตราการเปลี่ยนตัวเร็วกว่าช่วงก่อนการปฏิรูปฯ อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มเจ้าหน้าที่คลินิกวันโรค (1.1 เท่า) และเจ้าหน้าที่ชั้นสูตรวันโรค (1.3 เท่า) ในขณะที่ผู้ทำหน้าที่พิเศษติดตามประเมินผลก็มีอัตราการเปลี่ยนตัวเร็วกว่าช่วงก่อนการปฏิรูปฯ ทั้งในระดับอำเภอ (3.9 เท่า) และจังหวัด (1.7 เท่า) ยิ่งกว่านั้นจำนวนผู้นิเทศระดับเขตลดลงเกิน 50%

หลังการปฏิรูปฯ บุคลากรผู้รับผิดชอบงานวันโรคทุกตำแหน่งได้รับการฝึกอบรมซ้ำ โดยช่วงก่อนปฏิรูปฯ มีอัตราการได้รับการฝึกอบรมเร็วกว่าช่วงหลังปฏิรูปฯ 3.4 เท่าสำหรับผู้ประสานงานวันโรคระดับจังหวัด, 1.6 เท่าสำหรับผู้ประสานงานวันโรคระดับอำเภอ, 2.4 เท่าสำหรับแพทย์ผู้รับผิดชอบวันโรค, 1.5 เท่า สำหรับเจ้าหน้าที่คลินิกวันโรค และ 3.6 เท่า สำหรับเจ้าหน้าที่ชั้นสูตรวันโรค

การปฏิรูปฯ มีผลให้บุคลากรผู้รับผิดชอบงานวันโรคทุกระดับต่างประสบภาวะภาระรับผิดชอบเพิ่มขึ้น ทำให้กิจกรรมที่จำเป็นต่อการคงคุณภาพงานลดลงทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ในขณะที่งบประมาณเฉพาะสำหรับบางกิจกรรม เช่น DOTS meeting การฝึกอบรม ขาดหายไป

ไม่สามารถสรุปได้ว่างบประมาณสำหรับดำเนินงานวันโรคเปลี่ยนแปลงอย่างไรหลังการปฏิรูปฯ เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจ่ายเงินให้หน่วยบริการในลักษณะต่อรายหัวประชากร ไม่เจาะจงโรค

ผลการดำเนินงานวันโรคโดยภาพรวมในช่วงหลังการปฏิรูปฯ แย่กว่าช่วงก่อนการปฏิรูปฯ เช่น อัตราการรักษาหายในผู้ป่วยวันโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อ น้อยลงใน 5 จังหวัดและในภาพรวมของเขต อัตราการขาดยามากขึ้นใน 6 จังหวัดและในภาพรวมของเขต

การรายงานและฐานข้อมูลผลการดำเนินงานวันโรคในช่วงหลังการปฏิรูปฯ มีความล่าช้า 4-8 เดือน โดยไม่เคยมีความล่าช้ามาก่อนในอดีต ฐานข้อมูลการเฝ้าระวังการดื้อยาวันโรคมีความล่าช้า 1 ปี

### 3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย –

กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรร่วมพัฒนาให้เกิดระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศ ที่ตอบสนองทั้งการให้บริการ การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ตลอดจนการติดตามประเมินผล โดยเน้นการเชื่อมโยงฐานข้อมูลจากหน่วยให้บริการเพื่อลด

ภาระการรายงาน, ควรให้กรมควบคุมโรคมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผน ตลอดจน กลไกการบริหารจัดการการเงินที่ส่งเสริมการดำเนินงานควบคุมโรคตามมาตรฐาน, กำหนดให้วันโรค เป็นตัวชี้วัดหนึ่งในระบบการนิเทศของสำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

กรมควบคุมโรคและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ควรเร่งรัดการพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานวันโรคและมาตรฐานตำแหน่งบุคลากรวันโรค ให้เป็นที่ยอมรับของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หน่วยงานสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน สถาบันผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และอื่นๆ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ ควรบริหารจัดการระดับจังหวัด/อำเภอ เพื่อส่งเสริมงาน ป้องกันควบคุมโรคและพัฒนาศักยภาพในการนิเทศ ติดตามประเมินผลงานวันโรคตามมาตรฐานกรม ควบคุมโรค

โรงพยาบาลและเครือข่าย ควรมีคณะทำงานสหวิชาชีพเพื่อพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานวันโรคของโรงพยาบาลและเครือข่าย มีระบบสร้างแรงจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติงานวันโรคที่พัฒนาการดำเนินงานจนได้ผลดีขึ้น

**สรุป:** ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุขในภาคใต้ตอนล่างต่างเห็นความสำคัญของงานวันโรค แต่ลำดับความสำคัญของงานวันโรคตกต่ำลง เนื่องจากจำเป็นต้องทุ่มเทก่อนโยบายเน้นหนัก/เร่งด่วนจากส่วนกลางตลอดจนการบริหารจัดการการเงินในโครงการ “30 บาทรักษาทุกโรค” มากกว่า, บุคลากรวันโรคถูกเปลี่ยนตัวเร็วขึ้นและได้รับการฝึกอบรมซ้ำลง, ผลการดำเนินวันโรคแย่งแต่รู้ผลซ้ำลง

การพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานวันโรค และมาตรฐานตำแหน่งบุคลากรผู้รับผิดชอบงานวันโรค ให้เป็นที่ยอมรับของหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องรวมถึงสถาบันผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข สมาคมวิชาชีพ สมาคมองค์กรเอกชน และอื่นๆ น่าจะเป็นวิธีแก้ปัญหาระยะยาวที่ดีที่สุด ในขณะที่การบริหารจัดการโรคเฉพาะของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าน่าจะเป็นตัวกระตุ้นเชิงบวกต่องานวันโรค โดยเฉพาะถ้าใช้กลไกการจ่ายเงินเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมาย

**คำหลัก:** การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ, การควบคุมวันโรค, ภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย