

# การประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิ ชั้นสูงศูนย์มะเร็งภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วีระศักดิ์ พุทธาศรี\*

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์†

เพ็ญแข ลากยั้ง‡

แพร จิตตินันท์§

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้ดำเนินการเพื่อติดตามประเมินผลการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิมะเร็งชั้นสูงทั้งในด้านประสิทธิผลของการเปลี่ยนนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และผลลัพธ์รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นในกระบวนการบริหารจัดการที่ระดับโรงพยาบาล โดยการทบทวนเอกสาร, การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล ๕ แห่ง, สัมภาษณ์ผู้บริหารสถานพยาบาล ๕ แห่ง, สัมภาษณ์ผู้บริหารและนักวิชาการส่วนกลาง ๕ คน, ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง ๓๐ แห่งเป็นผู้ตอบและส่งกลับทางไปรษณีย์ด้วยอัตราการตอบกลับร้อยละ ๗๗ หรือ ๒๕ แห่ง. การศึกษาพบว่าศักยภาพของโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงด้านมะเร็งในด้านเครื่องมือและบุคลากรยังเป็นช่องว่างที่สำคัญของระบบ, หลายแห่งมีอุปกรณ์และจำนวนบุคลากรประเภทต่างๆต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของการเป็นสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง. หากพิจารณาตามรายเขต สปสช. พบเขตที่ไม่มีสถานพยาบาลตติยภูมิตั้งอยู่เลย ๓ เขตมีผู้ป่วยจาก ๓๖ จังหวัดเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่อยู่ในเขตของตนมากกว่าร้อยละ ๘๐, มี ๕ จังหวัดเข้ารับบริการร้อยละ ๖๐-๗๕. ประชาชนใน ๕ เขต สปสช. (๑, ๗, ๑๐, ๑๒, ๑๓) เข้ารับบริการในสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงในเขตที่ตนเองตั้งอยู่ มากกว่าร้อยละ ๕๐.

ประเทศไทยยังขาดการตั้งเกณฑ์หรือเป้าหมายของการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยมะเร็งที่ชัดเจน เนื่องจากยังขาดผู้ที่เป็นเจ้าภาพหรือผู้ที่จะมองภาพระบบการจัดการดูแลรักษาในภาพรวมคำถามที่ท้าทายคือหน่วยงานใดที่เหมาะสมกับการทำบทบาทนี้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องร่วมกันวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้เพิ่มเติม เพราะการวางนโยบายระดับชาติ ต้องมีกระบวนการที่สร้างความเข้าใจบทบาท, อำนาจหน้าที่, ความสนใจ และจุดยืนหรือมุมมองของแต่ละบุคคลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องนั้นๆ และกำหนดหน่วยงาน/องค์กร/คณะกรรมการที่มีความเหมาะสมกับการเป็นผู้กำหนดนโยบายและทิศทาง การขับเคลื่อนนโยบาย. ที่สำคัญที่สุดมีบทบาทต่อการกำกับดูแลสถานพยาบาลตติยภูมิในเขตหรือจังหวัดตนเองมากขึ้น.

**คำสำคัญ:** สถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง, ศูนย์มะเร็ง, การวิจัยประเมินผล, หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

## Abstract

**Evaluation of the Cancer Excellence Center Project under the Universal Coverage Policy**  
Weerasak Putthasri\*, Samrit Srithamrongsawat†, Penkhae Lapying‡, Prae Chitinanda§

\*International Health Policy Program, †Health Insurance System Research Office, ‡Dental Health Division, Department of Health, §Bangyai Hospital, Nonthaburi Province

The objectives of the study were to monitor and evaluate the Cancer Excellence Center Project in a number of locations in Thailand, focusing on the effectiveness of transforming policy into practice, on management at the cancer center level, and on results and impact. We collected data by questionnaires, in-depth interviews, and focus group discussions.

The results indicated that there were three regions where excellence centers were not available; more than 80 percent of cancer patients in 36 provinces had access to centers in their own regions. There was a capacity gap in terms of equipment and human resources. Thailand has not established explicit criteria, or goals for cancer service system development or made an organization responsible for development direction. Therefore, it is imperative to conduct further stakeholder analyses and prepare an agenda for national policy.

**Key words:** supra-tertiary center, cancer excellence center, universal coverage

\*สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

†สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, ‡กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

§โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี



## ภูมิหลังและเหตุผล

การศึกษาระบบการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งนั้น มีประเด็นที่เกี่ยวข้องหลากหลาย การศึกษาวิทยาการระบาดของโรคต้องเริ่มจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค เช่น กรรมพันธุ์, ภาวะเศรษฐกิจสังคม, ระดับการศึกษา, ประกอบกับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปที่เอื้อต่อการเกิดโรค. การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องนั้นอาจมีตั้งแต่ระดับบุคคล, ระดับชุมชน รวมถึงการกำหนดนโยบายประเทศในภาพรวม และเกี่ยวพันกัน. ระบบการจัดการบริการ แบ่งเป็นงานบริการที่เน้นการตรวจหาผู้ป่วยรายใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง. ระดับต่อไปเป็นบริการรักษาแบบปฐมภูมิและทุติยภูมิที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการของโรคในระยะเริ่มต้น และบริการตติยภูมิที่รักษาผู้ป่วยมะเร็งที่มีความซับซ้อนมากขึ้น.

การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยและมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว และส่งผลกระทบต่อการจัดระบบบริการอย่างมาก. การดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ให้ความสำคัญกับการลงทุนด้านบริการตติยภูมิเฉพาะทาง (excellence center หรือ supra-tertiary care) โดยคาดหวังว่าจะสามารถลดสาเหตุการตายจากโรคและภาวะเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพชีวิตประชาชน, โดยเฉพาะสาเหตุการตาย ๓ อันดับแรก คือ โรคมะเร็ง, โรคหัวใจ และอุบัติเหตุ, โดยได้กั้นงบประมาณด้านงบลงทุนเพื่อจัดบริการภายใต้โครงการพัฒนาบริการตติยภูมิ ศูนย์โรคหัวใจ, ศูนย์โรคมะเร็ง และเครือข่ายการบาดเจ็บแห่งชาติ ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นต้นมา. ดังนั้น การติดตามประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ว่าบรรลุเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้มากน้อยเพียงใด เพราะเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อประโยชน์ต่อการปรับปรุงพัฒนายุทธศาสตร์ต่อไป.

การศึกษานี้ดำเนินการเพื่อติดตามประเมินผลการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิตั้งสูงด้านมะเร็ง ในด้านประสิทธิผลของ

การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และผลลัพธ์รวมถึงผลกระทบต่อที่เกิดขึ้นในกระบวนการบริหารจัดการที่ระดับโรงพยาบาล.

## ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษาใช้การวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการเก็บข้อมูลประกอบการทบทวนเอกสารโครงการ และรายงานการประชุม ของคณะกรรมการชุดต่าง ๆ, สัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหารส่วนกลางและนักวิชาการ ๖ คน, ผู้บริหารโรงพยาบาลและศูนย์มะเร็ง ๖ คน, สันทนาการในกลุ่มคณะทำงานและผู้ปฏิบัติในระดับศูนย์หรือโรงพยาบาล ๔ แห่ง ๑ ละหนึ่งกลุ่ม (กลุ่มละ ๑๐-๑๕ คน). การศึกษาเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามส่งโรงพยาบาลตติยภูมิตั้งสูงด้านมะเร็ง ๓๐ แห่ง. แบบสอบถามมี ๓ ชุด คือ แบบกรอกข้อมูลสำหรับผู้ปฏิบัติงานในศูนย์<sup>๑</sup>, แบบความเห็นของผู้บริหารศูนย์<sup>๑</sup> และแบบความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาล มีคำถามหลักประกอบด้วยศักยภาพและผลผลิตของศูนย์, ความเห็นของผู้บริหารและวิธีการจ่ายเงินค่าตอบแทนกับบุคลากร.

## ผลการศึกษา

ปัจจุบันคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นอันดับ ๑ มากกว่าโรคอื่น ๆ ที่เคยเป็นปัญหาทางสาธารณสุขในอดีต จาก พ.ศ. ๒๕๑๖ ที่โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๖ มีอัตราการตาย ๑๖.๓ ต่อประชากรแสนคนต่อปี ต่อมาปี พ.ศ. ๒๕๓๖ อัตราตายเลื่อนมาเป็นอันดับ ๓ เท่ากับ ๔๕ ต่อแสนคนต่อปี และปี พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้กลายมาเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ ๑ แซงโรคหัวใจหลอดเลือด และอุบัติเหตุ และในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ อัตราการตายของมะเร็งเท่ากับ ๗๓.๓ ต่อแสนคนต่อปี<sup>(๑)</sup>

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีกลวิธีจัดการและการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอนุกรรมการพิจารณาแผนการลงทุนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ทำหน้าที่พิจารณากรอบ วางหลัก

เกณฑ์แนวทางการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อบริการตติยภูมิ เฉพาะด้านโรคมะเร็งภายใต้โครงการตั้งงบประมาณปี ๒๕๔๕ เป็นต้นมา. กฎเกณฑ์ที่กำหนดมาจาก สปสช. นั้น ได้ควบคุมจากปริมาณการบริการ เช่น การจ่ายเงินใน พ.ศ. ๒๕๔๔ ได้จ่ายเงินให้กับสถานพยาบาลทั้งหมด ๓๐ แห่ง แบ่งเป็น ๓ งวดเมื่อเซ็นสัญญาและรายงานผล (ร้อยละ ๕๐, ๒๕, ๒๕ ตามลำดับ) ซึ่งเงื่อนไขการจ่ายของ สปสช. นั้นจ่ายเฉพาะผู้ป่วย ภายใต้บริการสุขภาพถ้วนหน้า (UC) เท่านั้น โดยจ่ายให้บุคลากร บุคคลภายนอก และค่าดำเนินการเกี่ยวกับผู้ป่วย (รวมค่ารับส่ง ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ) และเพื่อสนับสนุนและพัฒนา ให้บุคลากรในหน่วยบริการตติยภูมิเฉพาะด้านโรคมะเร็ง ให้มีความพร้อมด้านศักยภาพและขวัญกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย โรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมตามภาระงาน.

พ.ศ. ๒๕๔๔ สปสช. ใช้งบลงทุนเพื่อพัฒนาศูนย์บริการ ด้านมะเร็ง ประกอบด้วยค่าตอบแทน ๘๐ ล้านบาท, ค่าจัดหา อุปกรณ์ครุภัณฑ์ที่จำเป็น ๕๔ ล้านบาท และค่าใช้จ่ายเพื่อ พัฒนาบุคลากร ๗.๘๒ ล้านบาท. หากนับจาก พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นต้นมา สปสช. ได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อการพัฒนา สถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง รวมแล้ว ๘๓๘ ล้านบาท.

**ปริมาณบริการผู้ป่วยของศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง**

ในปีงบประมาณ ๒๕๔๔ มีปริมาณการบริการโรคมะเร็ง โดยฐานข้อมูลผู้ป่วยในจากสถานพยาบาลทั่วประเทศ ๖๘๑ แห่ง

จำนวน ๙๖,๓๗๗ ราย (นับเฉพาะผู้ที่ได้รับการหรือหัตถการใด ๆ แล้วเท่านั้น ซึ่งไม่นับรวมส่วนที่อยู่ระหว่างการรอ หัตถการอีก ๑๓๘,๔๑๙ ราย). หากนับเฉพาะการบริการที่เกิด ในสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง ทั้ง ๓๐ แห่งมีจำนวน ๕๘,๑๙๗ ราย หรือเท่ากับร้อยละ ๖๐.๓๘ ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด. ค่าเฉลี่ยผู้ป่วยในเฉพาะกลุ่มสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงทั้งหมด ๓๐ แห่ง เท่ากับ ๑,๙๔๐ รายต่อสถานพยาบาล โดยสถาน พยาบาลระดับตติยภูมิมิระดับ ๑ ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ ๓๓.๑๙ ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริการทั้งประเทศ (ดู ตารางที่ ๑). ผู้ป่วยมะเร็งทั้งประเทศได้รับการบริการด้วยการให้ เคมีบำบัดร้อยละ ๔๙.๘๕, รองลงมาเป็นการรักษาโดยการ ผ่าตัดร้อยละ ๓๗.๔๒. หากพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับ บริการในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง อัตราการบริการด้วยเคมีบำบัดจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๕๓.๒๔. กลุ่มที่มารับการรักษาที่สถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงมีอัตราการ รักษาที่เป็นรังสีเป็นร้อยละ ๑๔.๔๘ (เปรียบเทียบกับร้อยละ ๐.๖๘ ในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่ตติยภูมิขั้นสูง); ที่เด่นชัดที่สุด คือสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงกลุ่มระดับ ๒ เป็นการบริการ ด้วยวิธีนี้ด้วยสัดส่วนร้อยละ ๒๒.๙๙.

การกระจายพัฒนาศักยภาพบริการของสถานพยาบาล ตติยภูมิขั้นสูงนั้น มีจุดประสงค์เพื่อให้เกิดความเสมอภาคใน การเข้าถึงบริการ, โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่กระจายในจังหวัด ต่าง ๆ ให้สามารถเข้าถึงบริการในอัตราที่ใกล้เคียงกัน. แต่ เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนสถานพยาบาลตติยภูมิที่มีอยู่ไม่

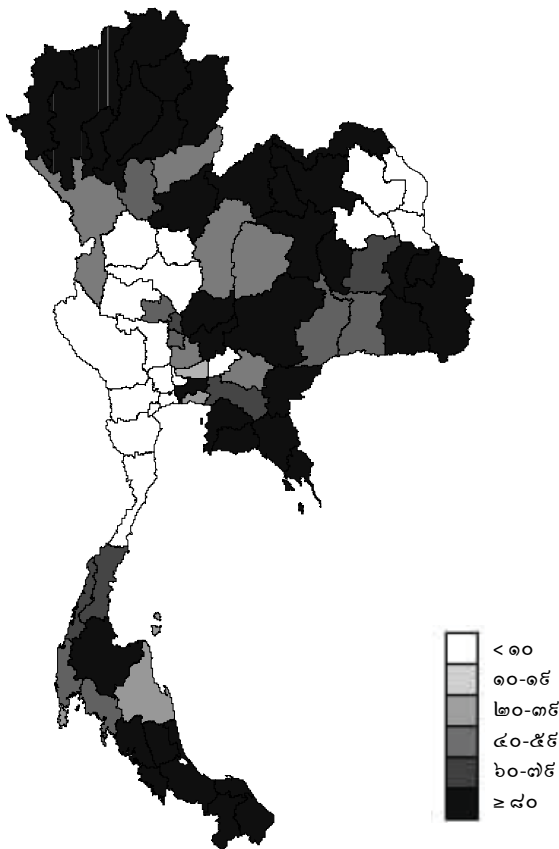
**ตารางที่ ๑** การให้บริการผู้ป่วยในโรคมะเร็ง ของสถานพยาบาลทั่วประเทศ พ.ศ. ๒๕๔๕

	การผ่าตัด	เคมีบำบัด	รังสีรักษา	เคมีและรังสีรักษา	รวม	ร้อยละ
รวมทั้งหมด	๓๖,๐๖๐	๔๘,๐๔๐	๘,๖๘๘	๓,๕๘๕	๙๖,๓๗๗	๑๐๐.๐๐
นอกสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง	๑๗,๕๐๔	๒๐,๓๒๗	๒๕๕	๕๐	๓๘,๑๘๖	๓๙.๖๒
ในสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง	๑๘,๕๕๖	๒๗,๗๑๓	๘,๔๓๓	๓,๕๓๕	๕๘,๒๓๗	๖๐.๓๘
• ระดับดีเลิศ	๑๐,๒๗๘	๑๖,๕๖๖	๓,๓๕๒	๑,๗๘๗	๓๑,๙๘๓	๓๓.๑๕
• ระดับทันสมัย	๓,๕๘๗	๕,๐๕๓	๒,๕๗๑	๕๐๑	๑๑,๖๑๒	๑๒.๔๑
• ระดับทั่วไป	๔,๗๙๑	๖,๐๙๔	๒,๕๑๐	๑,๒๔๗	๑๔,๖๘๒	๑๕.๘๒



สามารถกระจายได้ครบทุกจังหวัด ดังนั้น ลักษณะการเข้ารับบริการในศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงของผู้ป่วยมะเร็ง อย่างน้อยควรได้รับการบริการอย่างทั่วถึงตามการกระจายของศูนย์ที่มีอยู่ในส่วนต่างๆ ทั่วประเทศ. หากพิจารณาตามรายเขตของ สปสช. (รูปที่ ๑) พบว่าผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาใน ๓๖ จังหวัดได้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่อยู่ในเขตของตนมากกว่าร้อยละ ๘๐, ในอีก ๕ จังหวัดมีการรับบริการร้อยละ ๖๐-๗๙ รวม ๕ จังหวัด, และอีก ๖ จังหวัดมีผู้รับบริการน้อยกว่าร้อยละ ๒๐ (การวิเคราะห์ไม่รวม ๑๗ จังหวัดในเขต สปสช. ๓, ๕ และ ๘ ที่ไม่มีสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงในเขตของตนเอง).

จากข้อจำกัดเรื่องการสร้างหรือกระจายพัฒนาศักยภาพบริการของสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงนั้น อย่างน้อยประชาชนในเขตควรเลือกรับบริการในสถานพยาบาลตติยภูมิ



**รูปที่ ๑** ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงในเขต สปสช. ตนเอง พ.ศ. ๒๕๔๘ จำแนกรายจังหวัด

ขั้นสูงในเขตที่ตนเองตั้งอยู่: อัตราการรับบริการของคนในเขต ๑, ๗, ๑๐, ๑๒, ๑๓ มีอัตราการรับบริการในเขตมากกว่า ร้อยละ ๘๐, ส่วนเขต ๑๑, ๖, ๙ มีอัตราการรับบริการประมาณ ร้อยละ ๖๐-๗๐, และเขต ๒ และ ๔ มีผู้ป่วยมะเร็งประมาณครึ่งหนึ่งเข้ารับการรักษาในเขตตนเอง. ทั้งนี้ไม่นับรวม ๓ เขต สปสช. ๓, ๕ และ ๘ ที่ไม่มีสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงในเขตของตนเอง.

โดยประชาชนที่มีภูมิลำเนาและลงทะเบียนอยู่ในเขต สปสช. ที่ ๓, ๕ และ ๘ ที่ไม่มีสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็งใด ๆ ตั้งอยู่เลย ทำให้ต้องไปรับบริการรักษาในสถานพยาบาลตติยภูมิเขตอื่น ๆ ที่ตนเองสะดวก (ตารางที่ ๒) โดยประชาชนในจังหวัดเขต ๓ เลือกไปรับบริการกระจายไปที่เขต ๑๓ (กลุ่มสถานพยาบาลในกรุงเทพฯ), เขต ๒ โรงพยาบาลพุทธชินราช และเขต ๔ (ลพบุรีและสระบุรี). ส่วนประชาชนในจังหวัดเขต ๘ เลือกไปรับบริการกระจายไปที่เขต ๗ (ขอนแก่นและอุดรธานี), เขต ๑๐ อุบลราชธานี และเขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร. ท้ายสุดเป็นประชาชนในจังหวัดเขต ๕ ที่ไม่มีสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงตั้งอยู่ในเขตตนเอง มากกว่าร้อยละ ๔๕ เลือกไปรับบริการที่เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร, ยกเว้นประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี เกือบร้อยละ ๒๐ กระจายไปรับบริการที่เขต ๔ (โดยเฉพาะอย่างศูนย์มะเร็งลพบุรี).

**สิทธิสวัสดิการสุขภาพและประเภทบริการ**

ฐานข้อมูลการให้บริการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๙ โดยแยกประเภทงานบริการออกเป็น การรักษาด้วยการผ่าตัด, เคมีบำบัด, รังสีบำบัด และรังสีร่วมกับเคมีบำบัด (ดูรายละเอียดในตารางที่ ๓) พบว่าในกลุ่มสถานที่รักษามะเร็งที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงมีจำนวนรวมการรักษาผู้ป่วยมะเร็งทั้ง ๓ ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นเล็กน้อย กล่าวคือกลุ่มสวัสดิการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพิ่มจาก ๒๓,๕๑๑ รายใน พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็น ๒๗,๔๘๑ รายใน พ.ศ. ๒๕๔๙ ด้วยอัตราเพิ่มจากปีที่ผ่านมาร้อยละ +๑.๕๓ และ +๑.๕๑๓ ตามลำดับ เช่นเดียวกับกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ก็เพิ่มจาก ๔,๘๒๒ รายใน พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็น ๕,๗๖๖ รายใน พ.ศ. ๒๕๔๙ ด้วย

ตารางที่ ๒ สถานพยาบาลตติยภูมิตามเขต สปสช. ที่ประชาชนในเขตที่ไม่มีสถานพยาบาลตติยภูมิตั้งอยู่

เขต สปสช.	จังหวัด	เขต สปสช. ที่ไปรับบริการ (ร้อยละ)			
		เขต ๑๓	เขต ๒	เขต ๔	อื่นๆ
๓	อุทัยธานี	๕๑.๑๖	๐.๒๕	๔๘.๒๓	๐.๒๕
	พิจิตร	๔๑.๒๐	๓๕.๘๓	๒๐.๘๐	๒.๑๓
	นครสวรรค์	๓๕.๗๒	๑.๘๔	๕๗.๕๘	๐.๘๖
	กำแพงเพชร	๓๐.๓๘	๓๕.๓๔	๑๐.๔๓	๑๕.๘๕
๘	จังหวัด	เขต ๗	เขต ๑๐	เขต ๑๓	อื่นๆ
	สกลนคร	๕๓.๖๖	๑.๒๓	๔.๔๓	๐.๖๕
	กาฬสินธุ์	๕๓.๒๓	๑.๓๒	๔.๗๑	๐.๗๔
	นครพนม	๓๖.๕๐	๕๕.๔๖	๖.๕๘	๑.๐๖
	มุกดาหาร	๒๘.๕๔	๖๕.๕๒	๔.๘๒	๐.๓๒
๕	จังหวัด	เขต ๑๓	เขต ๔	อื่นๆ	
	สมุทรสงคราม	๑๐๐.๐๐	๐	๐	
	ราชบุรี	๕๕.๔๕	๐	๐.๕๑	
	นครปฐม	๕๕.๔๑	๐.๑๒	๐.๔๗	
	กาญจนบุรี	๕๘.๗๓	๐.๕๖	๐.๗๑	
	สมุทรสาคร	๕๘.๔๖	๐	๑.๕๔	
	เพชรบุรี	๕๗.๖๓	๑.๕๘	๐.๗๕	
	ประจวบคีรีขันธ์	๕๖.๑๕	๐.๓๐	๓.๕๕	
สุพรรณบุรี	๗๕.๓๖	๑๕.๕๓	๐.๗๒		

อัตราเพิ่มจากปีที่ผ่านมาร้อยละ +๘.๘๘ และ +๙.๘๓ ตามลำดับ. ส่วนกลุ่มผู้ประกันตนในภาพรวมปรับลดลงใน พ.ศ. ๒๕๔๔ เล็กน้อย แต่มีอัตราการเพิ่มช่วงระหว่าง พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๘ ถึงร้อยละ +๗๖.๓๖.

สำหรับการรับบริการในกลุ่มที่เป็นสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง ในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๙ มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในกลุ่มสวัสดิการราชการ/รัฐวิสาหกิจ จาก ๒๖,๑๘๔ รายใน พ.ศ. ๒๕๔๗ เพิ่มขึ้นเป็น ๒๘,๘๓๗ รายใน พ.ศ. ๒๕๔๙ ด้วยอัตราเพิ่มจากปีที่ผ่านมาร้อยละ +๘.๐๔ และ +๑.๙๔ ตามลำดับ. ส่วนกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ประกันตนสวัสดิการสังคมในภาพรวมไม่ได้เพิ่มจำนวนขึ้น โดยมีอัตราการเพิ่มในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๔๙ เป็นร้อยละ -

๔.๑๖ และ -๒๓.๓๔ ตามลำดับ.

อัตราการรับบริการของผู้มีสิทธิสวัสดิการที่สำคัญ ๓ กลุ่ม คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, กลุ่มประกันสังคม และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจของสถานพยาบาลตติยภูมิ ต่อจำนวนผู้มีสิทธิในแต่ละหลักประกันสุขภาพ (ตารางที่ ๔). กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีอัตราการรับบริการที่สูงที่สุด คือ เข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงใน พ.ศ. ๒๕๔๙ เท่ากับ ๑๑๐.๔๖ รายต่อแสน เปรียบเทียบกับกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ๕๘.๙๔ ต่อแสนในปีเดียวกัน. สำหรับการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงทั้งหมดใน พ.ศ. ๒๕๔๙ สูงที่สุดเป็นกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจเช่นเดียวกันเท่ากับ ๕๕๒.๔๓ รายต่อแสน ขณะที่



ตารางที่ ๓ ผู้ป่วยมะเร็ง พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๔๘ จำแนกตามสวัสดิการสุขภาพและประเภทการรักษา

สวัสดิการสุขภาพ	พ.ศ.	จำนวนตามประเภทการรักษา (ราย)					อัตราเพิ่ม
		ผ่าตัด	เคมีบำบัด	รังสีรักษา	รังสีและเคมี	รวม	
<b>ก. กลุ่มสถานพยาบาลที่ไม่ใช่ตติยภูมิขั้นสูง</b>							
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๒๕๔๖	๑๓,๕๔๘	๕,๕๐๕	๔๑	๑๓	๒๓,๕๑๑	-
	๒๕๔๗	๑๒,๓๕๒	๑๑,๓๕๕	๖๖	๑๗	๒๓,๘๗๐	+๑.๕๓
	๒๕๔๘	๑๓,๒๕๒	๑๔,๑๐๘	๖๕	๑๖	๒๗,๔๘๑	+๑๕.๑๓
ประกันสังคม	๒๕๔๖	๑,๔๒๔	๑,๘๕๕	๑๑๖	๔๕	๓,๔๔๔	-
	๒๕๔๗	๒,๒๖๕	๓,๕๐๕	๒๓๔	๗๐	๖,๐๗๔	+๗๖.๓๖
	๒๕๔๘	๑,๗๔๗	๒,๕๔๒	๑๗๗	๖๗	๔,๕๓๓	-๑๘.๗๘
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๒๕๔๖	๒,๒๓๗	๒,๕๖๓	๒๑	๑	๔,๘๒๒	-
	๒๕๔๗	๒,๒๕๖	๒,๕๓๘	๑๔	๒	๕,๒๕๐	+๘.๘๘
	๒๕๔๘	๒,๔๖๕	๓,๒๗๗	๑๗	๗	๕,๗๖๖	+๕.๘๓
<b>ข. กลุ่มสถานพยาบาลที่เป็นตติยภูมิขั้นสูง</b>							
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	๒๕๔๖	๑๑,๐๕๘	๘,๔๒๗	๕,๕๔๐	๒,๑๗๑	๒๗,๑๙๖	-
	๒๕๔๗	๑๑,๑๓๒	๕,๒๒๒	๖,๑๔๖	๒,๗๐๑	๒๕,๒๐๑	+๕.๘๒
	๒๕๔๘	๑๐,๕๒๒	๗,๕๒๗	๖,๔๕๗	๒,๖๘๑	๒๗,๒๐๗	-๔.๑๖
ประกันสังคม	๒๕๔๖	๓๔๘	๑,๐๑๘	๑๐๐	๒๕	๑,๔๙๑	-
	๒๕๔๗	๔๖๒	๑,๑๕๒	๑๐๒	๓๕	๑,๗๕๑	+๒๐.๑๒
	๒๕๔๘	๓๓๘	๕๑๕	๕๔	๒๒	๑,๓๓๓	-๒๓.๓๔
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๒๕๔๖	๖,๔๕๗	๑๗,๑๐๔	๑,๕๕๐	๕๕๓	๒๖,๑๖๔	-
	๒๕๔๗	๖,๗๓๒	๑๘,๕๒๐	๑,๘๕๘	๗๓๘	๒๗,๘๔๘	+๖.๐๔
	๒๕๔๘	๗,๒๕๖	๑๘,๘๖๗	๑,๘๗๘	๗๕๖	๒๘,๗๕๗	+๑.๕๔

กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกลุ่มประกันสังคมมีอัตรา ๖๐.๐๓ และ ๑๕.๑๕ ต่อแสนใน พ.ศ. ๒๕๔๙ ตามลำดับ. นอกจากนี้ฐานข้อมูลการรับบริการในสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงยังชี้ว่า กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจไปรับบริการในตติยภูมิขั้นสูงระดับ ๑ (ดีเลิศ) มากกว่าระดับ ๒ (ทันสมัย) หรือ ๓ (ทั่วไป) กว่า ๕ เท่าตัว.

การศึกษาระบบการจัดการและบริการผู้ป่วยมะเร็ง แบบการจัดระบบเรียงลำดับคอคงที่ดีทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการรอรับหัตถการไม่นานเกินไป และได้รับการรักษาอย่างทัน่วงที ก่อนที่ระยะของโรคมะเร็งจะลุกลามมากขึ้น. ในช่วงเวลา ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๙) มีจำนวนผู้รอรับบริการมะเร็งในสถาน

พยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงและไม่ใช่สถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง. ข้อสังเกตในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๘ มีผู้ที่อยู่ในลำดับคอคงของกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงที่เข้าร่วมในโครงการพัฒนาฯ ลดลงร้อยละ ๔๔ ต่อมาปรับเปลี่ยนขึ้นเล็กน้อยในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๔๙.

**การสนับสนุนงบประมาณของศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง จาก สปสช.**

การสนับสนุนงบประมาณตอบแทนบุคลากรสำหรับจูงใจให้เพิ่มบริการผู้ป่วยมะเร็งจาก สปสช. สู่สถานพยาบาลต่างๆ

ตารางที่ ๔ อัตราการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในและนอกสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง พ.ศ. ๒๕๔๗-๕ จำแนกตามสถิติสุขภาพ (หน่วย: ต่อแสน)

สถิติ	พ.ศ.	จำนวนผู้ถือสถิติ* (ล้านคน)	รวมที่ไม่ใช่สถานพยาบาล ตติยภูมิขั้นสูง	สถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง			รวม
				ดีเลิศ	ทันสมัย	ทั่วไป	
หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	๒๕๔๗	๔๗.๐๗๔	๔๕.๕๔	๒๓.๓๗	๑๘.๖๑	๑๖.๖๕	๕๘.๖๒
	๒๕๔๘	๔๗.๔๔๔	๕๐.๓๑	๒๔.๒๖	๑๘.๐๕	๑๕.๒๔	๖๑.๕๕
	๒๕๔๙	๔๖.๖๒๔	๕๘.๕๔	๒๐.๗๕	๑๕.๐๒	๒๐.๒๖	๖๐.๐๓
ประกันสังคม	๒๕๔๗	๘.๓๑๕	๔๑.๔๒	๑๓.๖๑	๒.๑๐	๒.๒๑	๑๗.๕๓
	๒๕๔๘	๘.๗๐๖	๖๕.๗๗	๑๔.๐๐	๓.๒๐	๓.๓๗	๒๐.๕๗
	๒๕๔๙	๙.๐๖๔	๕๔.๔๒	๕.๓๐	๓.๑๐	๒.๗๕	๑๕.๑๕
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๒๕๔๗	๔.๗๓๓	๑๐๑.๘๘	๔๐๖.๒๑	๗๔.๕๖	๗๒.๐๕	๕๕๓.๒๒
	๒๕๔๘	๔.๒๓๕	๑๒๓.๘๕	๔๕๓.๘๐	๘๖.๖๒	๘๖.๕๑	๖๖๗.๗๓
	๒๕๔๙	๕.๒๒๐	๑๑๐.๔๖	๔๑๑.๒๑	๗๒.๓๒	๖๘.๕๑	๕๕๒.๔๓

แม้ว่าจะมีกฎเกณฑ์การสนับสนุนงบประมาณจากส่วนกลาง แต่ถ้าพิจารณาการสนับสนุนเฉลี่ยเป็นรายครั้งของการให้บริการผู้ป่วย ใน พ.ศ. ๒๕๔๙ เฉลี่ยรายละ ๘๓๓ บาท, โดยกลุ่มสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงระดับทั่วไป, ระดับทันสมัย และระดับดีเลิศ ได้รับการสนับสนุนเฉลี่ยรายละ ๙๔๕, ๘๒๑ และ ๗๙๖ บาท ตามลำดับ.

หากนโยบายการพัฒนาตติยภูมิขั้นสูงของ สปสช. นี้มุ่งบริการผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้มีสิทธิสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น พบว่าการสนับสนุนเฉลี่ยเป็นรายครั้งของการให้บริการผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน พ.ศ. ๒๕๔๙ เฉลี่ย ๑,๒๐๙ บาทต่อราย และสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงระดับทันสมัย ได้รับการสนับสนุนเฉลี่ย ๙๘๒ บาทต่อราย นับว่าต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ ทั้งนี้ เนื่องจากสัดส่วนผู้รับบริการที่เป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกลุ่มสถานพยาบาลนี้สูงถึงร้อยละ ๘๓.๖๒.

**การบริหารจัดการของศูนย์ตติยภูมิขั้นสูง**

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ร่วมกับการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่มในศูนย์มะเร็ง ๕ แห่ง โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย และส่งไปยัง

สถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงตั้งมะเร็งทั้ง ๓๐ แห่งตามประกาศ ๒๕๔๙ แบบสอบถามแบ่งออกเป็น ๓ ชุด และได้รับข้อมูลกลับมาทั้งสิ้น ๒๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๗๗. นอกจากนี้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อประกอบคำอธิบายแบบสอบถาม ข้อมูลเชิงปริมาณนั้น ที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและสนทนากลุ่มของบุคลากรในศูนย์ตติยภูมิขั้นสูง หลังจากที่ได้รับข้อมูลแบบสอบถามมาแล้วล่วงหน้าแล้ว จำนวน ๕ แห่ง ประกอบด้วยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ๘ คน, โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ๑๒ คน, โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ๑๑ คน, โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ๑๑ คน และศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี ๑๐ คน.

ศักยภาพบริการของศูนย์บริการตติยภูมิขั้นสูงระดับดีเลิศจำนวน ๔ แห่ง จากทั้งหมด ๘ แห่ง เท่านั้น (ร้อยละ ๕๐) ที่ได้ทำบทบาทครบ ตั้งแต่บริการการตรวจวินิจฉัย, การผ่าตัด, เคมีบำบัด, รังสีบำบัดรักษาผู้ป่วยมะเร็งแบบบรรเทาและดูแลขั้นสุดท้าย, ทำการศึกษาวิจัยด้านเวชกรรม ตลอดจนจนถึงการสร้างงานวิจัยพัฒนาแบบจำลอง. จากการสัมภาษณ์ถึงเหตุผลของสถานพยาบาลที่ยังไม่สามารถจัดบริการได้ครบตามเกณฑ์เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น สถานพยาบาลขาดรายการอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ, จำนวนและการคงอยู่ของบุคลากรโดย



เฉพาะแพทย์เฉพาะทางที่ปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์ตติยภูมิส่วนภูมิภาค. อย่างไรก็ตามมีสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง ๖ แห่งจาก ๒๑ แห่ง (ร้อยละ ๒๙) ได้มีกิจกรรมที่สนับสนุนการคัดกรองและส่งเสริมการป้องกันโรคถึงระดับชุมชน.

ความคาดหวังของสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง ต่อบทบาทการร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพก็คือหน้าที่การรับส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลต่าง ๆ ที่อยู่ใกล้เคียง ที่เกินความสามารถของสถานพยาบาลลูกข่ายนั้น ๆ พบว่ามีเพียง ๙ ใน ๒๑ แห่ง (ร้อยละ ๔๓) เท่านั้น ที่ตอบว่ามีและรับผิดชอบในเครือข่ายส่งต่อด้วย และมีสถานพยาบาลตติยภูมิอีก ๘ แห่ง (ร้อยละ ๓๘) ที่ตอบว่าการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบเครือข่ายชัดเจน สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ที่ชี้ชัดว่าโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลตติยภูมิที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มักจะไม่มีรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ชัดเจนนัก.

การเปรียบเทียบเกณฑ์ครุภัณฑ์อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญที่ควรมีขึ้นสำหรับการขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงระดับดีเลิศ, ทันสมัย และระดับทั่วไป. จากข้อมูลแบบสอบถามยังไม่มีสถานพยาบาลระดับดีเลิศที่มีอุปกรณ์ครบตามกำหนดทุกรายการ ส่วนใหญ่จะมีความพร้อมในอุปกรณ์สำคัญ เช่น Cobalt + Linae, ซีทีสแกน, Mammography, High Dose Rate และห้องผสมยาเคมีบำบัด. ส่วนสถานพยาบาลกลุ่มทันสมัยทุกแห่งมีซีทีสแกนและการถ่ายภาพรังสีตรวจมะเร็งเต้านม ใช้ส่วนอุปกรณ์ที่ขาดแคลนไม่ครบมาตรฐาน, ขึ้นต่ำคล้ายกัน เช่น Simulator, Cobalt + Linae และการตรวจทางชีววิทยา. ท้ายสุดเป็นสถานพยาบาลกลุ่มทั่วไปที่ไม่ได้มีข้อกำหนดรายการมาตรฐานขั้นต่ำชัดเจนแต่ทั้ง ๗ แห่งตอบว่ามีภาพถ่ายภาพรังสีตรวจมะเร็งเต้านม.

การเปรียบเทียบเกณฑ์จำนวนบุคลากรที่สำคัญที่ควรมีขึ้นสำหรับการขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงระดับต่างๆ เริ่มจากกลุ่มตติยภูมิระดับดีเลิศ ๓ ใน ๙ แห่งมีบุคลากรค่อนข้างครบและหลากหลาย, ส่วนกลุ่มทันสมัยยังไม่มีส่วนพยาบาลใดที่มีบุคลากรครบทุกรายการขั้นต่ำ ที่ขาดแคลนมากได้แก่ผู้เชี่ยวชาญด้านการเจ็บปวดจากมะเร็ง

และเวชกรรมรังสีนิวเคลียร์, และกลุ่มระดับทั่วไป มีสถานพยาบาล ๒ ใน ๗ แห่งที่บุคลากรค่อนข้างครบถ้วนตามเกณฑ์.

ความพร้อมทางศักยภาพบริการ การบริหารจัดการบริการของสถานตติยภูมิชั้นสูงเกือบทั้งหมด (ร้อยละ ๙๕.๗ จากจำนวน ๒๓ แห่งที่ตอบแบบสอบถาม) มีระบบการควบคุมกำกับคุณภาพ เช่น HA, QA, ISO รวมทั้งการทำความเข้าใจและข้อปฏิบัติต่าง ๆ ของบุคลากรในการรักษาพยาบาลภายในศูนย์ฯ ได้ดี. ส่วนประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวางระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างศูนย์, การควบคุมกำกับระยะเวลาารับบริการ รวมถึงการค้นหาผู้ป่วยมะเร็ง มีจำนวนสถานพยาบาลที่ปฏิบัติได้จริงน้อย. ด้านการพัฒนาบุคลากรของสถานพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา ทุกสถานพยาบาลได้จัดการให้พยาบาลของตนเองได้รับการฝึกอบรมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ. สัดส่วนของสถานพยาบาลที่ได้ส่งบุคลากรอื่น ๆ และแพทย์อบรมวิชาการมีร้อยละ ๙๕.๗ และ ๘๗ ตามลำดับ. แต่โดยภาพรวมแล้วมีสถานพยาบาลประมาณเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้น ที่ได้ส่งแพทย์และบุคลากรต่าง ๆ ไปประชุมวิชาการฝึกอบรมเป็นไปได้ตามแผน. ในรอบปีที่ผ่านมาสถานพยาบาลร้อยละ ๙๕.๗ ได้จัดการบรรยายให้ความรู้บุคลากรของภายในศูนย์ตนเอง และตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕ เป็นต้นมาสถานพยาบาลตติยภูมิร้อยละ ๙๑.๓ มีบุคลากรในศูนย์ฯ ที่มีผลงานวิชาการ/วิจัยด้านมะเร็ง.

มีสถานพยาบาลที่มีระบบทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งแล้ว ๒๐ แห่ง (หรือร้อยละ ๘๗) โดยได้ลงข้อมูลในระบบทะเบียนมะเร็งในศูนย์ฯ แล้ว ประกอบด้วยการจำแนกชนิดมะเร็ง, การรักษา, และระยะเวลาที่เป็นมะเร็ง. สถานพยาบาลที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูลการรับส่งต่อผู้ป่วย สิทธิประโยชน์ และการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล แสดงในตารางที่ ๕.

### รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรของศูนย์บริการตติยภูมิชั้นสูง

ตารางที่ ๖ แสดงความเห็นของผู้บริหารต่อการกำหนดให้จ่ายค่าตอบแทนบุคลากรของโครงการไปยังบุคลากรในศูนย์ตติยภูมิชั้นสูงโดยตรง ได้สร้างแรงจูงใจในการให้บริการของ



ตารางที่ ๕ สภาพความสมบูรณ์ของระบบทะเบียนผู้ป่วยในปัจจุบัน

ประเภทข้อมูล	แห่ง	ร้อยละ
จำแนกตามประเภทมะเร็ง (พยาธิสภาพและตำแหน่ง)	๑๘	๗๘.๒๖
จำแนกตามประเภทการรักษา มะเร็ง (วิธีการรักษา)	๑๖	๖๕.๕๗
จำแนกตามระยะของมะเร็ง	๑๕	๖๕.๒๒
การปรับข้อมูลในทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งทุกรายให้ทันสมัย	๑๔	๖๐.๘๗
การลงทะเบียนรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งทุกราย	๕	๓๕.๑๓
จำแนกตามประเภทของสิทธิประโยชน์ (ประกันสุขภาพ)	๘	๓๔.๗๘
ระบุค่ารักษาพยาบาลเรียกเก็บ	๔	๑๗.๓๕

ตารางที่ ๖ ความคิดเห็นของผู้บริหารการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรของโครงการ

ประเด็น	ค่าคะแนน (เต็ม ๕ คะแนน)	
	เฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
สร้างแรงจูงใจในการให้บริการของแพทย์ในศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงได้ดี	๓.๗๓	๐.๖๓
ช่วยรักษากำลังคนของศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงไว้ในระบบได้ดีขึ้น	๓.๖๒	๐.๕๒
ช่วยในการบริหารจัดการ	๓.๓๓	๐.๕๘
ก่อให้เกิดปัญหาการบริหารบุคลากรภายในโรงพยาบาล	๒.๕๕	๑.๐๓
ก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในโรงพยาบาล	๒.๖๕	๑.๐๗

แพทย์ในศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงได้ดี (คะแนน ๓.๗๓) และช่วยรักษากำลังคนของศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงไว้ในระบบได้ดีขึ้น (คะแนน ๓.๖๒) ส่วนสะท้อนความเห็นในเชิงบวก สอดคล้องกับประเด็นผลกระทบเชิงลบทั้งปัญหาการบริหารบุคลากรภายในโรงพยาบาล และการก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในโรงพยาบาล ล้วนได้ค่าคะแนนเฉลี่ยความเห็นด้วยน้อยกว่า.

แม้ว่า สปสช. จะกำหนดรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนในเบื้องต้นสำหรับเป็นแนวทางการจ่ายให้บุคลากรในสถานพยาบาลแล้ว ข้อมูลแบบสอบถามระบุว่าสถานพยาบาล ๑๑ แห่ง (ร้อยละ ๕๕) ได้ปรับปรุงแก้ไขข้อกำหนดการจ่ายบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาลเอง และมีสถานพยาบาล ๑ แห่งที่ไม่ปฏิบัติเหมือนข้อกำหนดของคณะกรรมการส่วนกลาง (สปสช.) โดยศูนย์ฯ ได้สร้างข้อกำหนดขึ้นใหม่เอง. ข้อมูลการ

จ่ายค่าตอบแทนให้กับบุคลากรจากสถานพยาบาลจำนวน ๒๐ แห่ง พบว่าสถานพยาบาลร้อยละ ๕๐ ได้จ่ายค่าตอบแทนให้แพทย์เฉพาะทาง. นอกจากนั้นยังมีสถานพยาบาลจำนวนหนึ่ง ที่จ่ายให้แพทย์ทั่วไป (ร้อยละ ๓๕) พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ (ร้อยละ ๔๐ และ ๔๕ ตามลำดับ), มีสถานพยาบาลหนึ่งแห่งที่ได้จ่ายค่าตอบแทนเฉลี่ยให้แพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลทุกคน. ส่วนการจ่ายแบบอื่น ๆ ที่สถานพยาบาลระบุไว้ เช่น การนำเงินค่าตอบแทนเข้าเป็นเงินบำรุงโรงพยาบาล, ใช้เป็นเงินสวัสดิการส่วนกลาง, จ่ายให้เฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องจริง ๆ เท่านั้น, เฉลี่ยให้ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล, แบ่งให้ตามกลุ่มงานและปริมาณงาน. การได้รับค่าตอบแทนบุคลากรมีทั้งการจ่ายในอัตราที่เท่ากันทุกเดือน และแบบไม่เท่ากันทุกเดือนขึ้นกับปริมาณงานจริง โดยสถานพยาบาล ๒ แห่งระบุว่าจ่ายแบ่งให้



ตารางที่ ๗ ความเห็นของผู้บริหาร ต่อผลกระทบจากการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ

ประเด็นผลกระทบ	ค่าคะแนน (เต็ม ๕ คะแนน)	
	เฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
สถานพยาบาลมีภาระงานเพิ่มขึ้น	๓.๕๑	๐.๖๓
พยาบาลมีภาระในการทำงานเพิ่มขึ้น	๓.๘๕	๐.๘๑
สถานพยาบาลมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่ม	๓.๘๓	๐.๘๕
โรงพยาบาลมีชื่อเสียงและได้รับการยอมรับเพิ่มขึ้น	๓.๘๓	๐.๘๕
แพทย์มีภาระงานในการทำงานเพิ่มมากขึ้น	๓.๖๕	๐.๖๒
คุณภาพการให้บริการตติยภูมิจุดสูงของโรงพยาบาลดีขึ้น	๓.๖๕	๐.๖๕
การรักษาผู้ป่วยมะเร็งของศูนย์ฯมีมาตรฐานเพิ่มขึ้น	๓.๖๐	๐.๖๐
บุคลากรมีโอกาสพัฒนาและอบรมวิชาการมากขึ้น	๓.๔๕	๐.๖๕
แพทย์มีขวัญกำลังใจในการให้บริการดีขึ้น	๓.๔๑	๐.๖๓
ระยะเวลาเฉลี่ยรอรับบริการของผู้ป่วยมะเร็งในศูนย์ฯสั้นลง	๓.๑๕	๐.๕๕
พยาบาลมีขวัญกำลังใจในการให้บริการดีขึ้น	๓.๑๔	๐.๖๔
ได้รับการสนับสนุนเครื่องมือ/อุปกรณ์ตรวจรักษาเพิ่มขึ้น	๓.๑๓	๐.๕๗
มีผู้ป่วยมะเร็งที่รอรับบริการของศูนย์ฯน้อยลง	๓.๐๐	๐.๖๕
การพัฒนาเครือข่ายการผู้ป่วยส่งต่อดีขึ้น	๒.๕๕	๐.๖๕
สถานพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้น	๒.๘๑	๐.๘๓

ทุกคนเท่ากัน (มีแห่งเดียวที่ระบุจำนวนเงินด้วย คือ ๕,๘๗๘ บาทต่อเดือน). ส่วนสถานพยาบาลอีก ๑๐ แห่ง ที่ระบุว่าจ่ายแบบให้บุคลากรไม่เท่ากันทุกคนนั้น ได้มีการจ่ายให้แพทย์ เฉพาะทาง ๘ แห่ง เฉลี่ย ๑๔,๖๒๕ บาท, แพทย์เวชปฏิบัติ ๙,๑๐๐ บาทต่อเดือน, และพยาบาล ๑,๘๐๐ บาทต่อเดือน เป็นต้น.

### ความเห็นของผู้บริหารต่อการดำเนินการโครงการพัฒนา ศูนย์ตติยภูมิจุดสูง

การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการของสถานพยาบาล ผู้บริหารสถานพยาบาลมีความเห็นว่าได้ส่งผลกระทบ (ทั้งบวกและลบ) กับสถานพยาบาล. ประเด็นที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยไปในทิศทางที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ ภาระงานที่เพิ่มขึ้นของสถานพยาบาล (๓.๕๑), พยาบาล (๓.๘๕), ค่าใช้จ่ายสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น (๓.๘๓), และชื่อเสียงสถานพยาบาล (๓.๘๓) ตามลำดับ. ส่วนประเด็นที่มีความเห็นด้วยน้อยที่สุดคือ ผลต่อรายได้เพิ่มขึ้น

ของสถานพยาบาล, การพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย และจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่รอรับบริการของศูนย์ฯน้อยลง ตามลำดับ.

### วิจารณ์

ด้วยนโยบายการพัฒนาในด้านหลักการ แนวคิด เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ตลอดจนแผนการดำเนินงานระบบบริการตติยภูมิจุดสูงด้านมะเร็ง โดยคณะกรรมการบริหารงบประมาณเพื่อพัฒนาบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน (ผ่านคณะทำงานพัฒนาระบบบริการตติยภูมิโรคมะเร็ง) ได้กำหนดกลยุทธ์สำคัญของ การพัฒนาบริการตติยภูมิเฉพาะทางประกอบด้วยสร้างการบริหารสินทรัพย์ และทรัพยากรด้านสุขภาพ ที่มีอยู่แล้วและพัฒนาให้มีศักยภาพสูงโดยพิจารณาเป็นภาพรวมทั้งในภาครัฐและเอกชน โดยหลีกเลี่ยงการลงทุนในสถานที่ใหม่หรือจัดตั้งเป็นสถาบันใหม่ สร้างให้เกิดเครือข่ายบริการระดับตติยภูมิ ให้บริการรักษาโรคที่ซับซ้อนใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายมาก, มีความเชื่อมโยงในแนวดิ่งและแนวราบ เป็นการลงทุนที่มีเงื่อนไข

ให้สามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันได้ เพื่อลดการลงทุนซ้ำซ้อน, กระจายการลงทุนด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนทุกภูมิภาคที่มีปัญหาด้านบริการทางการแพทย์ตติยภูมิ เข้าถึงได้ง่าย, การพัฒนาบุคลากร กระจายบุคลากร และสร้างระบบแรงจูงใจ และการใช้ข้อมูลสถิติโรคในพื้นที่มาประกอบการจัดทำงบประมาณ สร้างระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีความมุ่งมั่นเพื่อจัดการให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในทุกระดับทั้งตั้งแต่บริการปฐมภูมิ, ทติยภูมิ, ตติยภูมิ และตติยภูมิเฉพาะด้าน ภายใต้หลักการของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕. การสนับสนุนงบประมาณแบ่งออกเป็น ๓ ประเภทใหญ่ ๆ คือ การพัฒนาบุคลากร การลงทุนอุปกรณ์ราคาแพง และการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากร แต่การสนับสนุนงบประมาณของ สปสช. ยังไม่สอดคล้องกับจำนวนบริการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือตติยภูมิระดับดีเลิศ มีสัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าน้อย แต่ได้รับจำนวนการสนับสนุนโดยรวมใกล้เคียงกับสถานพยาบาลอื่น ๆ. ส่วนงบประมาณสนับสนุนการจัดทำครุภัณฑ์ที่จำเป็นนั้น ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๕ ถึง ๒๕๔๙ รวมทั้งหมด ๖๔๓.๑๙ ล้านบาท โดยหน่วยบริการต่าง ๆ ได้จัดซื้อแล้วเพียง ๓๖๓.๙ ล้านบาทหรือร้อยละ ๕๖.๕๙ โดยอยู่ระหว่างดำเนินการอีก ๒๗๙.๒ ล้านบาท.

คำจำกัดความของสถานพยาบาลตติยภูมิด้านมะเร็ง อาจตีความได้หลายแบบ โดยนัยหมายถึงศูนย์ที่มีการรักษาแบบเบ็ดเสร็จ ทันสมัยและมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดูแล. โดย London Implementation Group ให้ความเห็นว่าศูนย์มะเร็งควรจะมีความเชี่ยวชาญด้านการรักษามะเร็งไม่น้อยกว่า ๘ สาขา และให้บริการประชาชนครอบคลุมประชาชนไม่น้อยกว่า ๑ ล้านคน. ในข้อเสนอของราชวิทยาลัยรังสีแพทย์ แนะนำว่า ศูนย์มะเร็งควรดูแลประชาชนอย่างน้อย ๗ แสนคน. ส่วนแนวทางการพัฒนาสถานพยาบาลตติยภูมิตั้งต้นด้านมะเร็งของประเทศไทย ไม่ได้มุ่งเป้าไปที่การสร้างสถานพยาบาลใหม่ จึง

ทำให้บางเขตของ สปสช. ไม่มีสถานพยาบาลตติยภูมิตั้งอยู่เลยประกอบด้วยเขต สปสช. ๓, ๕ และ ๘ ทำให้ประชาชนที่อยู่ในภูมิภาคต่างเขตดังกล่าวต้องข้ามไปใช้ในเขตใกล้เคียงแทน.

การจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรในสถานพยาบาลส่วนใหญ่จ่ายให้กับทีมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร โดยบางสถานพยาบาลได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายให้เหมาะสมกับการบริหารจัดการของตนเอง เช่น การเฉลี่ยจ่ายให้พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ. จากการสัมภาษณ์ความเห็นจากผู้บริหารสถานพยาบาลที่ให้บริการตติยภูมิตั้งต้นสูง ต่อประเด็นการจ่ายค่าตอบแทนให้บุคลากรโดยตรง พอยืนยันได้ว่าจะไม่ส่งผลกระทบต่อความขัดแย้งในหน่วยงาน แต่ย่อมขึ้นกับลักษณะของการบริหารจัดการของแต่ละสถานพยาบาลไป. อย่างไรก็ตาม การสัมภาษณ์ผู้บริหารศูนย์ให้ความเห็นตรงกันว่าลักษณะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจะแตกต่างจากการให้บริการสถานพยาบาลตติยภูมิโรคหัวใจและอุบัติเหตุ คือ ต้องใช้ลักษณะการผสมผสานมาก จะไม่สามารถดูแลแล้วเสร็จเฉพาะการผ่าตัดหรือให้ยาเคมีบำบัดเท่านั้น ทำให้การบริการผู้ป่วยจึงต้องเกี่ยวข้องกับบุคลากรจำนวนมาก หลายแผนกทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน, รวมทั้งอาจจำเป็นต้องมีการนัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการจ่ายค่าตอบแทนให้บุคลากรเพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ย่อมมีความเสี่ยงต่อการทำงานร่วมกันในระยะยาว. ที่สำคัญการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรแพทย์ไม่ได้ส่งผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในสถานพยาบาลภูมิภาคมากนัก ทั้งนี้เนื่องจากการกำหนดอัตราค่าตอบแทน ก็ไม่ได้มีความแตกต่างกันระหว่างสถานพยาบาลในภูมิภาคต่าง ๆ แม้ว่าขณะทำงานได้พยายามคำนวณค่าตอบแทนโดยรวมให้ค่าน้ำหนักสถานพยาบาลในส่วนภูมิภาคมากกว่าในเขตกรุงเทพฯ ๑.๕ เท่าแล้วก็ตาม แต่เป็นแหล่งงบประมาณเพิ่มเติมที่มีความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ สำหรับให้สถานพยาบาลจัดการสมทบจ่ายค่าตอบแทนให้บุคลากรในสถานพยาบาลตนเองได้คล่องขึ้น.

อาจกล่าวได้ว่าการจ่ายค่าตอบแทนยังไม่ได้ตอบโจทย์เรื่องสมองไหลได้จริง โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์รังสีรักษาหรือแพทย์ในสถานพยาบาลตติยภูมิต่างจังหวัด. โดยแท้แล้วค่า



ตอบแทนไม่ได้เป็นพื้นความคิดเดิมของ สปสช. มาก่อนเลย แต่มาปรับแนวคิดการลงทุนดังกล่าวเพื่อจะเติมเต็มต่างจังหวัดให้มากขึ้น. แต่เนื่องจากดูเหมือนคำตอบแทนเป็นแนวทางที่จะได้ผลลงไปที่ตัวบุคลากร จึงเป็นที่พุดกันว่า โครงการพัฒนาสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง คือการเอางบประมาณมาใช้จ่ายเป็นค่าตอบแทนเป็นหลัก ซึ่งถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นสาเหตุทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างบุคลากรต่าง ๆ. ข้อมูลที่พบอาจกล่าวได้ว่าหน่วยงานที่รับเงินค่าตอบแทนยังไม่ได้มีบทบาทการเพิ่มผลผลิตให้กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสัดส่วนการให้บริการผู้ป่วยโครงการสุขภาพถ้วนหน้ายังต่ำเหมือนเดิม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มตติยภูมิระดับดีเลิศ.

ส่วนการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการจัดซื้ออุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญเหมือนจะยังไม่ประสบความสำเร็จมากนัก เพราะด้วยข้อจำกัดของวงเงินสนับสนุนและอุปกรณ์รักษา มะเร็งมีราคาค่อนข้างแพงการสนับสนุนจึงต้องมีเงื่อนไขให้สถานพยาบาลจ่ายเงินสมทบเพิ่มเติม ทำให้บางสถานพยาบาลยังไม่สามารถหางบประมาณเพิ่มเติมและจัดซื้อได้ตามตั้งใจ (รวมปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างของสังกัดเอง). แต่ท่ามกลางความไม่แน่นอนของสำนักงานประมาณที่หยุดการสนับสนุนการลงทุนของกระทรวงสาธารณสุข ถือว่าเป็นโอกาสช่องทางหนึ่งที่จะช่วยให้สถานพยาบาลได้จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นได้ โดยเฉพาะสถานพยาบาลในส่วนภูมิภาคที่มีต้นทุนเดิมน้อยและศักยภาพการงบประมาณสนับสนุนได้ไม่มาก.

การศึกษานี้ได้ใช้วิธีประชุมนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญด้าน มะเร็งเป็นการควบคุมคุณภาพของงานวิจัย โดยครั้งแรกเพื่อนำเสนอกรอบแนวคิดและปรับปรุงระเบียบวิธีวิจัยในวันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๕๐. ส่วนครั้งที่ ๒ จัดขึ้นในวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑ เพื่อเสนอผลการศึกษาและอภิปรายความเห็นต่อผล การศึกษา รวมทั้งข้อเสนอต่อผลการศึกษานี้. นอกจากนี้งาน การศึกษาประเมินผลนี้ยังทำควบคู่ไปกับการศึกษาประเมินสถาน พยาบาลตติยภูมิด้านโรคหัวใจและศูนย์อุบัติเหตุ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์วิธีการศึกษาและผลการศึกษาร่วมกัน.

ด้วยเหตุที่จุดประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อประเมินผลการ ดำเนินการของโครงการพัฒนาที่ดำเนินการโดย สปสช. แต่ กรอบแนวคิดของการประเมินอาจมีบางส่วนที่เป็นการอธิบาย ระบบการบริหารจัดการโรคมะเร็ง แต่ไม่เกี่ยวข้องกับ การสนับสนุนจากโครงการ เช่น การตรวจหาผู้ป่วยระยะแรก ที่อาจ จะไม่ได้คาดหวังให้เป็นภารกิจหลักของสถานพยาบาลตติย- ภูมิขั้นสูง รวมทั้งการประเมินเรื่องการบริการรักษาผู้ป่วยที่ไม่ ได้คำนึงเฉพาะผู้มีสวัสดิการสุขภาพหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ สปสช. ดูแลเท่านั้น. นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดของการเก็บ ข้อมูลและวิเคราะห์ผลข้อมูลดังนี้: การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบสอบถามสถานพยาบาล ๓๐ แห่ง มีอัตราการตอบ กลับร้อยละ ๗๗ อาจไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของสถาน พยาบาลทั้งหมดได้ และขาดความสมบูรณ์ของข้อมูลบางส่วน เช่น จำนวนบริการจำแนกตามประเภทสวัสดิการ ทำให้ผู้วิจัย ใช้ฐานข้อมูลของ สปสช. ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดย ข้อมูลสำคัญที่อ้างอิงจากแบบสอบถามนี้ คือ ศักยภาพสถาน พยาบาล, การบริหารจัดการ ความคิดเห็นและผลกระทบของ โครงการ, รวมทั้งรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนในสถานพยาบาล เป็นต้น ซึ่งประเด็นความถูกต้องของข้อมูลนั้น โดยเฉพาะ คำถามส่วนที่เป็นความคิดเห็น เช่น ถามความเพียงพอ ระหว่างบุคลากรกับภาระงานนั้นเป็นคำถามที่ตอบตามความรู้สึก และคนส่วนใหญ่ก็ต้องตอบว่า “ไม่เพียงพอ” ซึ่งในความเป็น จริงอาจต้องดูที่ภาระงานบริการที่แท้จริงประกอบด้วย. การ วิเคราะห์ฐานข้อมูลการบริการผู้ป่วยมะเร็งของ สปสช. สามารถวิเคราะห์และจำแนกตามสวัสดิการสุขภาพได้ในเวลา ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๙) โดยฐานข้อมูล พ.ศ. ๒๕๕๐ ยัง วิเคราะห์ได้เฉพาะผู้ป่วยมะเร็งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่านั้น จึงทำให้ผู้วิจัยเลือกเปรียบเทียบเฉพาะ ๓ ปีดังกล่าว. นอกจากนี้ในฐานข้อมูลยังมีข้อจำกัดของผู้ป่วยมะเร็ง สวัสดิการข้าราชการและผู้ประกันตนประกันสังคม ที่ไม่ สามารถระบุภูมิภาคได้, จำนวนการตายตามประเภทของการ รักษา, รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยที่นับตามเลขที่โรงพยาบาล (HN) แทนจำนวนรายหรือครั้งที่ระบุไว้ที่มีการนับซ้ำถ้าได้รับบริการ มากกว่าหนึ่งครั้งในปีนั้น ๆ เนื่องจากจุดประสงค์ของฐาน

ข้อมูลดังกล่าวมีไว้เพื่ออธิบายภาระงานของสถานพยาบาลมากกว่าการอธิบายการเข้าถึงบริการ.

### ข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง

ภาพรวมใน พ.ศ. ๒๕๕๑ ประมาณว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยมะเร็งเกิดใหม่ ๑๒๐,๐๐๐ คน ซึ่งเทียบกับอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐ ในช่วง ๑๐ ปี<sup>(๑)</sup>. ศูนย์รักษาโรคมะเร็งคาดหวังว่าจะต้องพร้อมด้วยการให้บริการการรักษาทุกวิธี หรือถ้าไม่สามารถให้การรักษาด้วยวิธีการใดวิธีหนึ่งได้ ก็จำเป็นต้องมีเครือข่ายการส่งต่อได้ทันที เนื่องจากการรักษาโดยเฉพาะการบำบัดด้วยรังสีรักษาจำเป็นต้องใช้เครื่องมือราคาแพง และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งมีความเป็นไปได้น้อยสำหรับการเพิ่มศักยภาพดังกล่าวในระยะเวลานี้สั้น. ทั้งนี้การวิเคราะห์ข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมจากประสบการณ์ต่างประเทศ พบว่าสถานการณ์ของระบบการดูแลรักษามะเร็งของไทยรวมทั้งยุทธศาสตร์ของการพัฒนาควรประกอบด้วย

-ผู้บริหารสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงส่วนใหญ่ มีความเชื่อมั่นและมีระบบจัดการบริการคุณภาพบริการของสถานพยาบาลตนเองได้ บุคลากรแพทย์และพยาบาลมีโอกาสได้รับการพัฒนาอบรมเพื่อติดตามองค์ความรู้ของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. ส่วนการสนับสนุนการจัดหาอุปกรณ์ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพง คงไม่สามารถทำได้อย่างสมบูรณ์ในโครงการนี้ แต่จำเป็นต้องมีแผนการจัดหาครุภัณฑ์แยกต่างหากเพราะต้องใช้ขนาดงบประมาณค่อนข้างมาก.

-สถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงของไทยส่วนใหญ่ยังขาดแนวทางการทำงานและส่งต่อผู้ป่วยแบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันชัดเจนตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิ โดยถ้าเป็นโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขด้วยตนเองจะใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเหมือนผู้ป่วยประเภทอื่น กระนั้นก็ยังไม่ได้มีข้อตกลงระบุเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับรูปแบบการประสานงานของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกับศูนย์มะเร็งที่สังกัดกรมการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข.

ประเด็นเหล่านี้ทำให้บทบาทของศูนย์ตติยภูมิยังเป็นแบบตั้งรับ จึงทำให้ยุทธศาสตร์ของประเทศในด้านการควบคุมการเกิดโรคและค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มแรก กลายเป็นบทบาทหน้าที่ของระบบบริการปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ที่ไม่เชื่อมโยงกับการบริการตติยภูมิ. ดังนั้นอาจมีความจำเป็นที่ต้องเพิ่มบทบาทการทำงานของสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง ต่อการบริการและส่งต่อผู้ป่วยแบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งบทบาทเชิงรุก ตั้งแต่การคัดกรองความเสี่ยงและการค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น เพื่อให้ประเทศสามารถลดการป่วยและตายจากโรคมะเร็งตามเป้าหมายที่วางไว้ได้จริง.

ประเทศไทยยังขาดผู้ที่เป็นเจ้าภาพหรือผู้ที่จะมองภาพระบบการจัดการดูแลรักษามะเร็งในภาพรวม. จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ ได้มีรูปแบบการจัดการให้มีผู้ดูแลระบบในรูปแบบต่างๆกัน ไม่ว่าจะเป็นการจัดตั้งเป็นกรรมการหรือสภามะเร็งแห่งชาติ เพื่อการควบคุมและรักษาโรคมะเร็งในระดับชาติ ตัวอย่างเช่น สภา Canadian Strategy for Cancer Control (CSCC) ในประเทศแคนาดา<sup>(๒,๓)</sup> หรือสภามะเร็งแห่งออสเตรเลีย<sup>(๔,๕)</sup>. ในบางประเทศจะใช้อำนาจที่เกี่ยวกับการจัดการระบบบริการสุขภาพโดยรวม ตัวอย่างเช่น กรณีของ NHS Cancer Plan ของประเทศอังกฤษ ภายใต้บริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS)<sup>(๖)</sup> ได้วางแผนการจัดการแก้ปัญหามะเร็งอย่างครบวงจร รวมถึงการลงทุนพัฒนาระบบบริการ, หรือกรณีของสหรัฐอเมริกาที่ใช้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (NCI)<sup>(๗)</sup> องค์กรภายใต้ระบบสถาบันสุขภาพแห่งชาติ (NIH) โดยกฎหมาย The National Cancer Institute Act ค.ศ. ๑๙๓๗ ระบุให้ NCI มีภารกิจให้ครอบคลุมการออกแบบระบบการจัดการมะเร็งของประเทศ เป็นต้น. คำถามที่ท้าทายสำหรับประเทศไทยหน่วยงานใดหรือเครือข่ายรูปแบบใดที่มีศักยภาพและเหมาะสมกับการทำบทบาทนี้ ตัวเลือกที่มี เช่น กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเพราะมีสถานพยาบาลอยู่ในสังกัดทุกระดับ หรือจะใช้หน่วยงาน สปสช. ที่เป็นผู้ซื้อบริการหลักของประเทศ หรือใช้สถาบันมะเร็งแห่งชาติที่แม้ว่าจะสังกัดกรมการแพทย์แต่ก็มีศักยภาพที่จะดูแล



ระบบนี้ได้เช่นกัน หรือจะใช้ทางเลือกเป็นกรรมการมะเร็งแห่งชาติที่มีกรรมการมาจากหลายฝ่ายร่วมกัน. ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องร่วมกันวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้เพิ่มเติม เพื่อความสำเร็จของนโยบายระดับชาติ เพราะเป็นวิธีการที่สร้างความเข้าใจบทบาท, อำนาจหน้าที่, ความสนใจและจุดยืนหรือมุมมองของแต่ละบุคคลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องนั้น ๆ และกำหนดหน่วยงาน/องค์กร/คณะกรรมการที่มีความเหมาะสมกับการเป็นผู้กำหนดนโยบายและทิศทางการขับเคลื่อนนโยบาย. ตัวอย่างทางเลือกของไทย เช่น ให้ทางสถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นหน่วยงานหลัก โดยทำทุกอย่างที่เกี่ยวกับมะเร็งอย่างครบวงจร แยกเป็นหน่วยต่าง ๆ ที่มีผู้เชี่ยวชาญเพื่อกำหนดทิศทางของระบบ. แต่ทั้งนี้ต้องให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติแยกเป็นหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการเป็นอิสระจากภาพการเป็นหน่วยงานย่อยของกระทรวงสาธารณสุข.

ด้วยเหตุผลหลายอย่างดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ประเทศไทยยังขาดการตั้งเกณฑ์หรือเป้าหมายของการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยมะเร็งที่ชัดเจน เหมือนต่างประเทศ. ตัวอย่างรัฐบาลสหราชอาณาจักรได้ตั้งเกณฑ์ของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ ๙๕ ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งควรได้เริ่มรับการรักษาภายใน ๖๒ วันนับจากวันที่ได้รับการส่งต่อมาจากแพทย์เวชปฏิบัติ<sup>(๖)</sup> หรือสหรัฐอเมริกาได้ตั้งเป้าหมายการพัฒนาต่าง ๆ ทั้งบุคลากร การเข้าถึงบริการ เป็นต้น. แม้ความจริงแล้วประเทศไทยเราเคยมีแผนแม่บทที่กล่าวถึงเป้าหมายหลายด้าน เช่น เป้าหมายการให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งในประเทศครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ ๗๕ หรือการกำหนดให้ทุกศูนย์มะเร็งมีข้อมูลสถิติผู้ป่วยมะเร็งด้วยการใช้โปรแกรมรูปแบบเดียวกัน แต่ในทางปฏิบัติจริง รวมทั้งการติดตามประเมินผลยังมีข้อจำกัดอยู่มาก ซึ่งการกำกับและประเมินผลจำเป็นต้องมีระบบฐานข้อมูลที่เข้มแข็ง (ทั้งประเด็นมาตรฐาน, ความเชื่อถือได้, การครอบคลุม และปฏิบัติได้). ดังนั้น ข้อเสนอเริ่มต้นสำหรับเป็นยุทธศาสตร์ก้าวนี้ คือปรับสัดส่วนหรือเพิ่มการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อจูงใจให้โรงพยาบาลนำไปสู่การปฏิบัติและพัฒนาระบบข้อมูล

ของทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งให้สมบูรณ์และใช้ได้จริง.

ส่วน สปสช.อาจต้องเพิ่มบทบาทและให้ความเข้มข้นกับการสร้างกฏกติกาการเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักตติยภูมิ (Contracting Unit for Tertiary care: CUT) ให้มากขึ้น โดยขยายบทเรียนจากการพัฒนาสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักปฐมภูมิ (CUP) รวมทั้งใช้เครือข่าย สปสช.เขตพื้นที่ให้มีบทบาทต่อการกำกับดูแลสถานพยาบาลตติยภูมิในเขตหรือจังหวัดตนเองมากขึ้น.

### สรุป

การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็งมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อวางแผนระดับชาติ ในการพัฒนาศูนย์บริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ทั้งในส่วนกลาง และภูมิภาคอย่างเป็นระบบ รวมทั้งมีการจัดเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงบริการ โดยสถานพยาบาลมีการพัฒนาระบบการจัดบริการสู่มาตรฐาน มีการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง ในทุกสาขาที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ทักษะสอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงทางวิชาการ และมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานในศูนย์ตติยภูมิที่เป็นเป้าหมาย และได้ทำให้ประชาชนในภูมิภาคต่าง ๆ เข้าถึงบริการสถานบริการตติยภูมิอย่างทั่วถึง.

สำหรับแนวทางหรือกลยุทธ์สำคัญของการพัฒนาโดยคณะทำงานพัฒนาระบบบริการตติยภูมิโรคมะเร็งค่อนข้างบรรลุวัตถุประสงค์ให้มีการบริหารสินทรัพย์ และทรัพยากรด้านสุขภาพ ที่มีอยู่แล้วโดยหลีกเลี่ยงการลงทุนในสถานที่ใหม่หรือจัดตั้งเป็นสถาบันใหม่ ได้กระจายการลงทุนด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนทุกภูมิภาค ที่มีปัญหาด้านบริการทางการแพทย์ตติยภูมิ เข้าถึงได้ง่าย ด้วยแนวทางการพัฒนาบุคลากร กระจายบุคลากร และสร้างระบบแรงจูงใจ แต่ยังไม่สามารถสร้างให้เกิดเครือข่ายบริการระดับตติยภูมิ ให้บริการรักษาโรคที่ซับซ้อนใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายมาก มีความเชื่อมโยงในแนวดิ่งและแนวราบ และยังไม่มีการใช้ข้อมูลสถิติโรคในพื้นที่มาประกอบการจัดทำงานประมาณสร้างระบบข้อมูลภูมิศาสตร์สารสนเทศอย่างเป็นรูปธรรม.

ศักยภาพของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็งใน

ปัจจุบันทั้งด้านอุปกรณ์และบุคลากรยังเป็นช่องว่างที่สำคัญของระบบ. การสนับสนุนงบประมาณของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน ไม่แตกต่างกันระหว่างภูมิภาคหรือสวัสดิการสุขภาพ. ส่วนการบริหารระบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่ให้บริการตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็งมีแนวทางค่อนข้างยืดหยุ่นให้สถานพยาบาลดำเนินบริหารจัดการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ตนเองได้ แต่ยังไม่พบความสัมพันธ์ของการจ่ายค่าตอบแทนกับการเพิ่มผลผลิตชัดเจน.

### กิตติกรรมประกาศ

งานนี้เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการประเมินผล โครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับทุนสนับสนุนการดำเนินการจากสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

### เอกสารอ้างอิง

๑. ธีรวิมล กุหะเปรมะ. ปัญหามะเร็งที่พบบ่อยและการดูแลรักษาสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติ ครอบครัว : สถานการณ์โรคมะเร็งของประเทศไทย. กลินิก ๒๕๔๘;๒๑:๓๗๕-๘๑.
๒. Canadian Strategy for Cancer Control. Governance model for the Canadian strategy for cancer control. Victoria: Canadian Strategy for Cancer Control; 2002.
๓. Canadian Strategy for Cancer Control. Strategic framework for the Canadian strategy for cancer control. Victoria: Canadian Strategy for Cancer Control; 2002.
๔. Cancer Council Australia. Profile and Annual Report 2006. Camperdown: The Cancer Council Australia; 2007.
๕. Cancer Council Australia, National Cancer Prevention Policy 2007-09. Camperdown: The Cancer Council Australia; 2007.
๖. Cancer Research UK Policy Statement, The NHS Cancer Plan. 2000.
๗. National Cancer Institute. The Nation's Progress in Cancer Research: An Annual Report for 2004. Bethesda: National Cancer Institute; 2005.