มุมมองผู้ป่วยเกี่ยวกับคุณภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบริบทการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

พีรสิชฌ์ สิทธิรัตน์[*]
พิวัฒน์ ศุภวิทยา[*]
ภูภิญโญ ลิมป์จันทรา[*]
ภาณุวิชญ์ แก้วกำจรชัย[*]
พงศกร อธิกเศวตพฤทธิ์[*]
ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล[†]
สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์[†]
ผู้รับผิดชอบบทความ: *สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์*

บทคัดย่อ

การแพทย์ฉุกเฉินถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพที่สามารถลดอัตราตายและผลกระทบจากการเจ็บป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต อย่างไรก็ตาม การแพทย์ฉุกเฉินนั้นยังมีความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน ในประเทศไทยจึงมีการผลักดันนโยบายการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านการถ่ายโอนภารกิจศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการการแพทย์ฉุกเฉินหรือศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการฯ จากโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลทั่วไป มายังองค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อมีเป้าประสงค์ในการตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และพัฒนางานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในบริบทท้องถิ่น การศึกษานี้จึงทำเพื่อประเมินมุมมองของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับคุณภาพของบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านการประเมินประสบการณ์ ความพึงพอใจ และความเชื่อมั่นต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดที่มีการถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการและจังหวัดที่ยังไม่มีการถ่ายโอน ซึ่งส่งผลต่อการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชน จากการศึกษาพบว่า จังหวัดที่มีการถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการมีระดับความเชื่อมั่นที่น้อยกว่าจังหวัดที่ไม่มีการถ่ายโอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีอัตราการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติและฉุกเฉินเร่งด่วน (emergency severity index, ESI 1 หรือ 2) น้อยกว่า (จังหวัดที่มีการถ่ายโอน ร้อยละ 32.7; จังหวัดที่ไม่มีการถ่ายโอนร้อยละ 47.5; *p*-value = 0.01) และระดับความเชื่อมั่นในการเลือกใช้บริการ

[*] *สถาบันการแพทย์จักรีนฤบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*
[†] *ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล*

Received 1 October 2024; Revised 19 November 2024; Accepted 4 December 2024
Suggested citation: Sitthirat P, Suppawittaya P, Limchantra P, Kaewkamjornchai P, Atiksawedparit P, Suriyawongpaisal P, et al. Patient's perspectives on quality of emergency medical service and related factors in the context of decentralization. Journal of Health Systems Research 2024;18(4):442-58.
พีรสิชฌ์ สิทธิรัตน์, พิวัฒน์ ศุภวิทยา, ภูภิญโญ ลิมป์จันทรา, ภาณุวิชญ์ แก้วกำจรชัย, พงศกร อธิกเศวตพฤทธิ์, ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ. มุมมองผู้ป่วยเกี่ยวกับคุณภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉินและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในบริบทการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2567;18(4):442-58.

การแพทย์ฉุกเฉินหากมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในอนาคตต่ำกว่า (จังหวัดที่มีการถ่ายโอนร้อยละ 72.5; จังหวัดที่ไม่มีการถ่ายโอนร้อยละ 83.1; *p*-value = 0.01) ทว่าระดับความพึงพอใจต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการให้บริการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน และโรงพยาบาลในทั้งสองกลุ่มจังหวัดไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนถึงช่องว่างในการพัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉินขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ซึ่งอาจมีผลมาจากความแตกต่างกันของการออกแบบบริการและกลไกการอภิบาลระบบของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การทำงานร่วมกันของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัดจึงเป็นโอกาสในการพัฒนาที่สำคัญในการผลักดันนโยบายการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพตามความต้องการของพื้นที่ได้

คำสำคัญ: บริการการแพทย์ฉุกเฉิน, การกระจายอำนาจ, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

Patient's Perspectives on Quality of Emergency Medical Service and Related Factors in the Context of Decentralization

Peerasit Sitthirat[*], Piwat Suppawittaya[*], Phupinyo Limchantra[*], Phanuwich Kaewkamjornchai[*], Pongsakorn Atiksawedparit[*], Paibul Suriyawongpaisal[†], Samrit Srithamrongsawat[†]

[*] *Chakri Naruebodindra Medical Institute, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

[†] *Department of Community Medicine, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

Corresponding author: *Samrit Srithamrongsawat, sstrsw2012@gmail.com*

Abstract

Emergency medical service (EMS) plays a critical role in reducing mortality and mitigating the consequences of emergency health conditions. Despite their importance, EMS systems often encounter accessibility challenges. In Thailand, a decentralization policy has been introduced, including transferring the function of provincial EMS dispatch center from provincial hospital of Ministry of Public Health (MoPH) to the provincial administration organization (PAO). This policy aims to enhance responsiveness and accountability to local government. This study investigated the patients' perspective on quality of EMS from exploring the experiences, satisfaction and level of confidence in EMS between decentralized and status-quo provinces. Our findings indicated a statistically significant reduction in EMS utilization rates in the transferred dispatch provinces (transferred: 32.7%; non-transferred: 47.5%; p = 0.01). Furthermore, public confidence in future EMS uses was notably lower in the transferred provinces (transferred: 72.5%; non-transferred: 83.1%; p = 0.01). Despite these differences, no significant variation was observed in the satisfaction on operational performances of dispatch centers, ambulance services, and hospital emergency departments across the two groups. These findings highlighted persistent challenges in EMS provision under PAO governance, likely due to the differences of service delivery design and governance mechanisms between units under MoPH and under local administration. The results underscored the need for strengthened collaboration between the National Institute of Emergency Medicine (NIEM) and local governance bodies to address these challenges realizing the full potential of decentralization. Such efforts would optimize EMS delivery in accordance with local health priorities ensuring equal access to high-quality emergency care across Thailand.

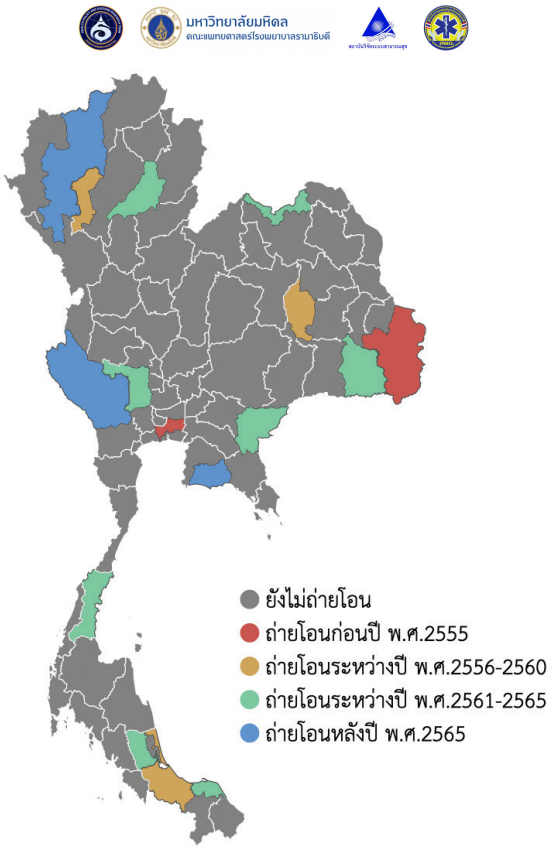
Keywords: emergency medical service, decentralization, local administrative organization

ภูมิหลังและเหตุผล

วิวัฒนาการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยมีความก้าวหน้ามาโดยลำดับและเป็นระบบมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง[1,2] โดยภายหลังการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ในปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีความครอบคลุมบริการนำส่งโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นประมาณ 1.4 เท่าใน 11 เขตสุขภาพ และเวลาที่ใช้ในการตอบสนองเร็วขึ้น 1.6 เท่า[3] ซึ่งในทางปฏิบัตินั้น บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการทำงานในระดับจังหวัดของ “ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการการแพทย์ฉุกเฉิน” ที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ประจำจังหวัด อันได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) หรือโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และมีบทบาทสำคัญในการรับแจ้งเหตุผ่านสายด่วน 1669 การสั่งการหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินในเครือข่าย และการขนส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงหรือภาวะวิกฤตเพื่อการรักษาที่จำเพาะต่อภาวะของผู้ป่วย (definitive care)

หากเทียบกับประเทศยากจนอื่นนั้น อาจพูดได้ว่าวิวัฒนาการดังกล่าวของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในประเทศไทยนับว่าก้าวหน้ากว่าอย่างเห็นได้ชัด ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (low and middle income countries, LMICs) นั้น พบว่า ประเทศส่วนใหญ่ยังขาดระบบบริการสำหรับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล และสำหรับประเทศแอฟริกาใต้ ปากีสถาน เยเมน อิหร่าน และเปรู พบว่ามีระบบที่แยกส่วนและขาดการประสานงาน ตลอดจนไม่มีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม นอกจากนี้ ข้อจำกัดในการเข้าถึง การขาดโครงสร้างพื้นฐานและบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสบการณ์และมีทักษะ และการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพนั้น เป็นเหตุผลหลักที่ทำให้การส่งมอบการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลในประเทศกำลังพัฒนามีประสิทธิภาพต่ำ[4]

ปัจจุบัน การถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจากโรงพยาบาลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นอีกหนึ่งก้าวย่างสำคัญบนความพยายามในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไทยให้รุดหน้าขึ้นไปอีก นับเป็นจังหวะก้าวการกระจายอำนาจ (decentralization) ที่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาประเทศโดยรวม ตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542[5] โดยต้นแบบของการกระจายอำนาจตามแนวทางนี้เกิดขึ้นที่จังหวัดอุบลราชธานีในปี พ.ศ. 2549 ผ่านการจัดตั้ง “สำนักงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน” โดยความร่วมมือของ อบจ. และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ซึ่งทำให้เกิดความรับรู้ต่อบริการกู้ชีพแพร่หลายมากขึ้น[6] ภายหลังปี พ.ศ. 2559 สพฉ. จึงมีการผลักดันนโยบายการถ่ายโอนภารกิจของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจาก รพศ./รพท. ไปยัง อบจ. ในหลายจังหวัด จวบจนปัจจุบันมีการถ่ายโอนไปแล้วทั้งสิ้น 15 จังหวัด (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 จังหวัดที่มีการถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

เมื่อพิจารณาการให้บริการทางสุขภาพแล้วนั้น ประสบการณ์ของผู้ป่วยเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดคุณภาพการดูแลสุขภาพ[4] การศึกษาก่อนหน้าได้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์เชิงบวกของประสบการณ์ผู้ป่วยกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ[7] ซึ่งการเปิดช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการโดยการให้ผู้ป่วยมี 'เสียง' ได้พิสูจน์แล้วว่าเป็นกุญแจสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพของประสบการณ์ทางคลินิก ดังนั้น จึงมีความพยายามทั่วโลกในการปรับปรุงประสบการณ์ของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นสหราชอาณาจักรที่มีการให้บริการที่มีคุณภาพสูงและมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางได้เป็นแนวหน้าของนโยบายสุขภาพตั้งแต่ปี 2008[8] สำหรับการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินนั้น งานวิจัยก่อนหน้าในยุโรปได้มีการพัฒนาแบบสอบถามที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อหลายมิติของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (บริการหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการและห้องฉุกเฉิน)[9] และได้นำไปใช้จริงในงานวิจัยที่ดำเนินการในกว่า 5 สถาบันในออสเตรียและสวิตเซอร์แลนด์[10]

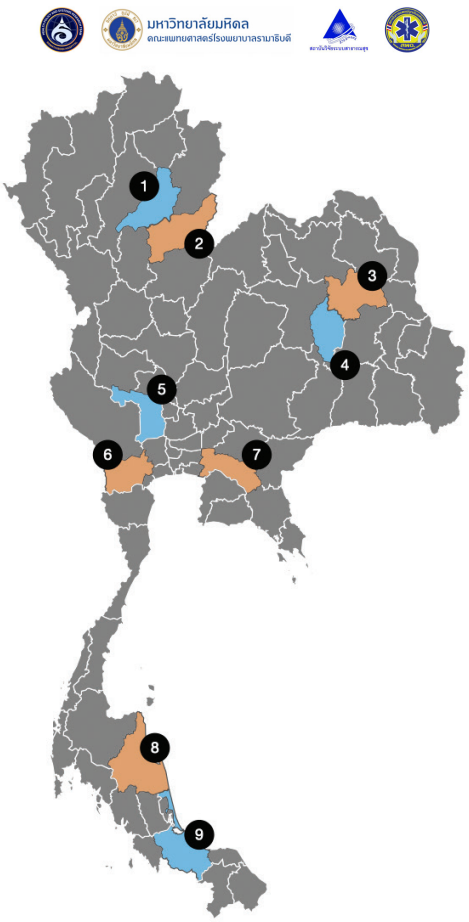
รายงานวิจัยนี้มุ่งตอบคำถามว่า ในมุมมองของประชาชน การถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจาก รพศ./รพท. ไปยัง อบจ. ในขอบเขตดังกล่าวตอบสนองความต้องการของประชาชนในทิศทางที่พึงประสงค์เพียงใด โดยพิจารณา 3 องค์ประกอบหลักของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ บริการหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน และบริการห้องฉุกเฉิน

ระเบียบวิธีศึกษา

การศึกษานี้คณะผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative study design) ผ่านการสำรวจสำมะโน (census criteria) เกี่ยวกับประสบการณ์การใช้บริการและความคิดเห็นต่อบริการใน 3 องค์ประกอบหลักดังที่กล่าวไปข้างต้น โดยใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดที่มีการถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการและจังหวัดที่ไม่มีการถ่ายโอน

ประชากรและตัวอย่างของการศึกษา

คณะผู้วิจัยได้คัดเลือกจังหวัดในภูมิภาคแบบเจาะจง จำนวน 10 แห่ง โดยในแต่ละจังหวัดจะคัดเลือก โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัดเป็นโรงพยาบาลตัวแทนในการเก็บข้อมูล โดย 5 โรงพยาบาลอยู่ในจังหวัดที่มีการถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ และอีก 5 โรงพยาบาลอยู่ในจังหวัดที่ไม่มีการถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ทว่า โรงพยาบาลตัวแทนของจังหวัดที่มีการถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในพื้นที่เขตภาคตะวันออกไม่ได้เข้าร่วมในการศึกษานี้ จึงเหลือเพียง 9 แห่ง (ภาพที่ 2)



ภาพที่ 2 พื้นที่ในการเก็บข้อมูลในการศึกษานี้

โดยการเก็บข้อมูลจะใช้การสำรวจสำมะโน (census criteria) กล่าวคือ เก็บข้อมูลในผู้ป่วยทุกคนที่เข้าเกณฑ์ในช่วงเวลาที่กำหนด โดยกำหนดกรอบประชากร ดังนี้

1. ผู้ป่วยทุกระดับความรุนแรงที่มาด้วยหน่วยกู้ชีพการแพทย์ฉุกเฉินทุกประเภท ยกเว้นการส่งต่อ

2. ผู้ป่วยที่มาด้วยตนเองและได้รับการคัดกรองว่าเป็นผู้ป่วยในกลุ่มฉุกเฉินวิกฤติ (emergency severity index, ESI 1) และฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI 2) แม้ว่าโดยทฤษฎีพวกเขาควรมาห้องฉุกเฉินด้วยหน่วยกู้ชีพนำส่ง และกำหนดเก็บข้อมูลในห้องฉุกเฉินทั้งหมด 2 วัน (48 ชั่วโมง) โดยเป็น 1 วันทำการและ 1 วันหยุดราชการ ในสัปดาห์เดียวกัน

การเก็บข้อมูลและเครื่องมือ

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการแพทย์ฉุกเฉินที่ดำเนินการวิจัยในหลายประเทศของยุโรป[10] โดยได้ทำการแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงข้อคำถามให้เข้ากับบริบทประเทศไทย จนได้แบบสอบถามที่มีข้อคำถามทั้งหมด 41 ข้อ ประกอบด้วย ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ป่วยและข้อคำถามเพื่อประเมินประสบการณ์การใช้บริการ ณ จุดต่างๆ ของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ การใช้บริการสายด่วนฉุกเฉิน การใช้บริการรถพยาบาล และการใช้บริการห้องฉุกเฉิน

คณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ (reliability test) โดยการคำนวณ Cronbach's alpha มีค่า 0.95 แสดงว่ามีระดับความน่าเชื่อถือสูงและข้อคำถามมีความสอดคล้องไปด้วยกัน

ภายหลังการทดสอบความน่าเชื่อถือของเครื่องมือแล้วนั้น คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลรอบ 24 ชั่วโมงพื้นที่ศึกษา พื้นที่ละ 2 วัน ได้แก่ 1 วันทำการ และ 1 วันหยุดราชการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้ทั้งการวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ดังนี้

- **การวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนา** สำหรับการวิเคราะห์ลักษณะของประชากรและตัวแปรต่างๆ คณะผู้วิจัยใช้รูปแบบค่ามัธยฐาน (median) และควอไทล์ 1-3 ในการแสดงค่ากลางและการกระจายตัวของข้อมูลสำหรับตัวแปรต่อเนื่อง และรูปแบบสัดส่วนร้อยละสำหรับตัวแปรไม่ต่อเนื่อง

- **การวิเคราะห์เปรียบเทียบ (comparative analysis)** สำหรับการเปรียบระหว่างกลุ่ม เนื่องจากการวิเคราะห์การกระจายตัวของข้อมูลด้วย Anderson-Darling normality test พบว่าข้อมูลจากการสำรวจนั้นมีการกระจายตัวแบบไม่สมมาตร (skewed distribution) คณะผู้วิจัยจึงใช้ non-parametric test ได้แก่ (1) chi-square test สำหรับการเปรียบเทียบสัดส่วนระหว่างกลุ่มและ (2) Mann-Whitney U test สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม 2 กลุ่ม โดยกำหนดค่า *p*-value น้อยกว่า 0.05 แสดงถึงนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์ทางสถิติในโครงการวิจัยได้ใช้ภาษา Python ในการวิเคราะห์โดยได้เผยแพร่รหัสการวิเคราะห์ไว้ใน GitHub ซึ่งเป็นช่องทางสาธารณะในการแลกเปลี่ยนและอภิปรายการเขียนรหัสด้วยภาษาต่าง ๆ และการใช้ปัญญาประดิษฐ์ นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรม Tableau ในการสร้างแผนภาพประกอบการวิเคราะห์

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัย

มหิดล เลขที่รับรอง COA. No. MURA2024/109 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567

ผลการศึกษา

ผลสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 436 คนจาก 9 โรงพยาบาล เป็นกลุ่มตัวอย่างจากจังหวัดที่มีการถ่ายโอนจำนวน 193 คน และกลุ่มตัวอย่างจากจังหวัดที่ไม่มีการถ่ายโอนจำนวน 243 คน การเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดสองกลุ่มนี้ได้ข้อค้นพบที่สำคัญ ดังนี้

1. สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันในประเด็นต่อไปนี้ วิธีเดินทางมาห้องฉุกเฉิน เพศ ช่วงกะทำงาน (เวร) ของห้องฉุกเฉิน กล่าวคือ ในกลุ่มจังหวัดที่มีการถ่ายโอนสัดส่วนผู้ป่วยเดินทางมาห้องฉุกเฉินด้วยตนเองมากกว่า เป็นเพศหญิงมากกว่า มาช่วงเวรดึกมากกว่า ผู้ป่วยจังหวัดที่ไม่มีการถ่ายโอน แม้ว่าลักษณะการเจ็บป่วยฉุกเฉินและสถานะสุขภาพโดยพื้นฐานไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

2. หากพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ป่วย ESI 1/2 ณ ห้องฉุกเฉิน พบว่า จังหวัดที่มีการถ่ายโอนนั้นมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อยกว่าจังหวัดที่ไม่มีการถ่ายโอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 32.7 และร้อยละ 47.5 ตามลำดับ, *p*-value = 0.01) (ตารางที่ 1)

3. สำหรับความเห็นต่อบริการศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (สายด่วน 1669) ปรากฏว่า ในจังหวัดที่มีถ่ายโอนมีสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างรายงานการรอโอนสายมากกว่าในจังหวัดไม่ถ่ายโอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

4. ตารางที่ 3 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างในสองกลุ่มจังหวัดมีความเห็นในทางบวกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อบริการหน่วยกู้ชีพในทุกประเด็นที่สอบถาม เช่น ระยะเวลาที่หน่วยกู้ชีพมาถึงจุดเกิดเหตุ การได้รับคำแนะนำระหว่างอยู่ในรถกู้ชีพ

5. โดยทั่วไป ประสบการณ์ใช้บริการห้องฉุกเฉินของกลุ่มตัวอย่างระหว่างสองกลุ่มจังหวัดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 4) ยกเว้นประเด็นต่อไปนี้ ก) ความพึงพอใจต่อบริการห้องฉุกเฉิน และ ข) การได้รับความช่วยเหลือในห้องฉุกเฉินตามที่ต้องการ

6. สำหรับประเด็นความเชื่อมั่นต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล (ตารางที่ 5) พบว่า เหตุผลส่วนใหญ่ของผู้ป่วยที่เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตนเอง คือ ความสะดวกในการเดินทาง (ร้อยละ 55.0) รองลงมาคือ คิดว่าเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย (ร้อยละ 14.9) และเป็นช่วงเวลาคับขัน ไม่ได้นึกถึงรถพยาบาล (ร้อยละ 11.7) และ จากคำถาม “หากมีการเจ็บป่วยฉุกเฉินในอนาคต ท่านจะเลือกใช้บริการสายด่วนฉุกเฉิน (1669) และบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (รถพยาบาลหรือรถกู้ภัย) หรือไม่” พบว่า มีผู้ป่วยที่เลือกใช้บริการอยู่ที่ร้อยละ 78.3 ทั้งนี้ ในจังหวัดที่มีการถ่ายโอนนั้นมีระดับความเชื่อมั่นที่ต่ำกว่า (ร้อยละ 72.5) เมื่อเทียบกับจังหวัดที่ไม่มีการถ่ายโอน (ร้อยละ 82.9; *p*-value = 0.01)

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรศาสตร์ สถานะสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง และวิธีเดินทางมาห้องฉุกเฉิน

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	รวม (n = 436)	จังหวัดที่ดำเนินการถ่ายโอน		*p*-value
		ถ่ายโอน (n = 193)	ไม่ถ่ายโอน (n = 243)	
วิธีเดินทาง, n (%)				0.00[a]
มาด้วยตัวเอง	203 (46.6)	107 (55.4)	96 (39.5)	
มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	233 (53.4)	86 (44.6)	147 (60.5)	
อายุ (ปี), median (Q1-Q3)	54.0 (30.8-70.0)	52.0 (29.0-70.0)	55.0 (32.0-70.0)	0.70[b]
เพศ, n (%)				0.01[a]
ชาย	229 (52.5)	87 (45.1)	142 (58.4)	
หญิง	207 (47.5)	106 (54.9)	101 (41.6)	
สัญชาติ, n (%)				0.20[a]
ไทย	432 (99.1)	193 (100.0)	239 (98.4)	
อื่น ๆ	4 (0.9)	0 (0.0)	4 (1.6)	
สิทธิการรักษา, n (%)				0.41[a]
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	297 (68.1)	132 (68.4)	165 (67.9)	
สวัสดิการข้าราชการ	43 (9.9)	17 (8.8)	26 (10.7)	
ประกันสังคม	34 (7.8)	15 (7.8)	19 (7.8)	
พรบ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ	49 (11.2)	25 (13.0)	24 (9.9)	
เงินสด/ไม่มีสิทธิการรักษา	8 (1.8)	1 (0.5)	7 (2.9)	
อื่น ๆ	5 (1.2)	3 (1.6)	2 (0.8)	
เวร, n (%)				0.00[a]
เช้า 08.00–16.00 น.	80 (31.5)	24 (22.0)	56 (38.6)	
บ่าย 16.00–00.00 น.	97 (38.2)	37 (33.9)	60 (41.4)	
ดึก 00.00–08.00 น.	77 (30.3)	48 (44.0)	29 (20.0)	

ตารางที่ 1 ลักษณะประชากรศาสตร์ สถานะสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง และวิธีเดินทางมาห้องฉุกเฉิน (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง		**จังหวัดที่ดำเนินการถ่ายโอน**		*p*-value
	รวม (n = 436)	**ถ่ายโอน (n = 193)**	**ไม่ถ่ายโอน (n = 243)**	
ลักษณะการเจ็บป่วย, n (%)				1.00[a]
บาดเจ็บ	84	37	47	
(trauma)	(19.3)	(19.2)	(19.3)	
เจ็บป่วยฉุกเฉิน	352	156	196	
(non-trauma)	(80.7)	(80.8)	(80.7)	
การคัดกรอง ณ ห้องฉุกเฉิน				0.10[a]
ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน	342	159	183	
(ESI 1 หรือ 2)	(78.4)	(82.4)	(75.3)	
ผู้ป่วยทั่วไป	94	34	60	
(ESI 3, 4 หรือ 5)	(21.6)	(17.6)	(24.7)	
สัดส่วนฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI 1 หรือ 2) ที่มาด้วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน, n (%)*	139 (40.6)	52 (32.7)	87 (47.5)	0.01[a]
ปัญหาสุขภาพ, n (%)				0.83[a]
มีภาวะ/ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง	216	101	115	
	(54.1)	(55.8)	(52.8)	
มีภาวะทุพพลภาพ	14	6	8	
	(3.5)	(3.3)	(3.7)	
ไม่มี	169	74	95	
	(42.4)	(40.9)	(43.6)	
คะแนนอรรถประโยชน์ของสถานะสุขภาพ, median (Q1-Q3)	0.90 (0.68-1.00)	0.90 (0.76-1.00)	0.89 (0.60-1.00)	0.99[b]

ESI = emergency severity index, Q = quartile

การวิเคราะห์ทางสถิติ: [a], Chi-square test; [b], Mann-Whitney U test

* คำนวณสัดส่วนจากผู้ป่วยกลุ่ม ESI 1/2 ทั้งหมด

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นต่อศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ (สายด่วน 1669)

ความคิดเห็นต่อ สายด่วน 1669	รวม (n = 156)	จังหวัดที่ดำเนินการถ่ายโอน		*p*-value
		ถ่ายโอน (n = 59)	ไม่ถ่ายโอน (n = 97)	
การต่อสายด่วน 1669, n (%)				0.00[a]
ต่อสายได้ทันที	119	25	94	
	(76.3)	(42.4)	(96.9)	
รอโอนสาย	37	34	3	
	(23.7)	(57.6)	(3.1)	
การได้รับคำแนะนำผ่านทางสายด่วน 1669, n (%)				0.31[a]
ได้รับคำแนะนำ	138	50	88	
	(88.5)	(84.8)	(90.7)	
ไม่ได้รับคำแนะนำ	15	8	7	
	(9.6%)	(13.6%)	(7.2%)	
ระดับความพึงพอใจต่อสายด่วน 1669, median (Q1-Q3)	5.0 (5.0-6.0)	5.0 (5.0-6.0)	5.0 (5.0-6.0)	0.20[b]

ESI = emergency severity index, Q = quartile

การวิเคราะห์ทางสถิติ: [a], Chi-square test; [b], Mann-Whitney U test

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นต่อการใช้บริการหน่วยกู้ชีพ

ความคิดเห็นต่อ การใช้บริการหน่วยกู้ชีพ	รวม (n = 208)	จังหวัดที่ดำเนินการถ่ายโอน ถ่ายโอน (n = 81)	ไม่ถ่ายโอน (n = 127)	*p*-value
ระยะเวลาที่หน่วยกู้ชีพมาถึง ณ จุดเกิดเหตุ, n (%)				0.17[a]
มาตามเวลาที่แจ้ง	165 (79.3)	60 (74.1)	105 (82.7)	
มาช้ากว่าเวลาที่แจ้ง	25 (12.0)	11 (13.6)	14 (11.0)	
ไม่ได้รับการแจ้ง	17 (8.2)	10 (12.4)	7 (5.5)	
การได้รับคำแนะนำระหว่างอยู่บนรถพยาบาล, n (%)				1.00[a]
ได้รับคำแนะนำ	192 (92.3)	77 (95.1)	115 (90.6)	
ไม่ได้รับคำแนะนำ	11 (5.3)	4 (4.9)	7 (5.5)	
ความรู้สึกมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา, n (%)				0.26[a]
มีส่วนร่วม	187 (89.9)	76 (93.8)	111 (87.4)	
ไม่มีส่วนร่วม	14 (6.7)	3 (3.7)	11 (8.7)	
ระดับความสะอาด, median (Q1-Q3)	4.0 (3.0-4.0)	4.0 (3.0-4.0)	4.0 (3.0-4.0)	0.82[b]
ระดับความพึงพอใจต่อรถพยาบาล, median (Q1-Q3)				
สภาพทั่วไปของรถพยาบาล (ความมั่นคงและปลอดภัย)	4.0 (4.0-5.0)	4.0 (4.0-5.0)	4.0 (4.0-5.0)	0.41[b]
เครื่องมือและอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาลและช่วยฟื้นคืนชีพขณะนำส่ง	4.0 (4.0-5.0)	4.0 (4.0-5.0)	4.0 (4.0-5.0)	0.92[b]
การให้การปฐมพยาบาลและช่วยฟื้นคืนชีพของพนักงานกู้ชีพ	4.0 (4.0-5.0)	4.0 (4.0-5.0)	4.0 (4.0-5.0)	0.92[b]
การให้ข้อมูล ปลอบประโลมและสร้างความสบายใจแก่ผู้ป่วยและญาติ	4.0 (4.0-5.0)	4.0 (4.0-5.0)	4.0 (4.0-5.0)	0.21[b]
ความสุภาพและเป็นมิตรในการให้บริการ	5.0 (4.0-5.0)	5.0 (4.0-5.0)	5.0 (4.0-5.0)	1.00[b]
การขับขี่ของพนักงานรถกู้ชีพ/รถพยาบาล	4.0 (4.0-5.0)	4.5 (4.0-5.0)	4.0 (4.0-5.0)	0.89[b]
ความพึงพอใจภาพรวม	4.0 (4.0-5.0)	5.0 (4.0-5.0)	4.0 (4.0-5.0)	0.89[b]

Q = quartile

การวิเคราะห์ทางสถิติ: [a], Chi-square test; [b], Mann-Whitney U test

ตารางที่ 4 ประสบการณ์ใช้บริการห้องฉุกเฉิน

ประสบการณ์	รวม (n = 436)	จังหวัดที่ดำเนินการถ่ายโอน		*p*-value
		ถ่ายโอน (n = 193)	ไม่ถ่ายโอน (n = 243)	
การใช้บริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน 12 เดือนที่ผ่านมา, n (%)				0.37[a]
ไม่เคย	305 (70.0)	130 (67.4)	175 (72.0)	
1-2 ครั้ง	65 (14.9)	33 (17.1)	32 (13.2)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง	61 (14.0)	30 (15.5)	31 (12.8)	
การใช้บริการห้องฉุกเฉินใน 12 เดือนที่ผ่านมา, n (%)				0.44[a]
ไม่เคย	194 (44.5)	80 (41.4)	114 (46.9)	
1-2 ครั้ง	115 (26.4)	55 (28.5)	60 (24.7)	
มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง	115 (26.4)	54 (28.0)	61 (25.1)	
ระดับความพึงพอใจต่อห้องฉุกเฉิน, median (Q1-Q3)	5.0 (5.0-6.0)	5.0 (5.0-6.0)	5.0 (5.0-6.0)	0.00[a]
การเลือกใช้บริการห้องฉุกเฉิน หากมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในอนาคต, n (%)	412 (94.5)	189 (97.9)	223 (91.8)	0.10[b]
ประสบการณ์ระหว่างการใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน, n (%)				
มีการแจ้งระยะเวลารอคอย	328 (75.2)	151 (78.2)	177 (72.8)	0.87[a]
ได้รับความช่วยเหลือตามที่ต้องการ	185 (42.4)	74 (38.3)	111 (45.7)	0.02[a]
มีการแนะนำอาการที่ต้องกลับมาโรงพยาบาล	370 (84.9)	176 (91.2)	194 (79.8)	0.23[a]
มีการอธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วย	377 (86.5)	177 (91.7)	200 (82.3)	0.59[a]
มีการอธิบายผลการตรวจ	384 (88.1)	182 (94.3)	202 (83.1)	0.22[a]
มีการแนะนำระยะเวลาพักฟื้น/ระยะเวลาที่สามารถกลับไปทำงานได้	335 (76.8%)	163 (84.5%)	172 (70.8%)	0.08[a]

Q = quartile

การวิเคราะห์ทางสถิติ: [a], Chi-square test; [b], Mann-Whitney U test

ตารางที่ 5 ความเชื่อมั่นต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล

ความเชื่อมั่นต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล	**รวม (n = 436)**	**จังหวัดที่ดำเนินการถ่ายโอน***		***p*-value**
		ถ่ายโอน (n = 193)	**ไม่ถ่ายโอน (n = 243)**	
เหตุผลที่มาเอง, n (%)*				0.42[a]
ความสะดวกในการเดินทาง	117 (57.6)	63 (58.9)	54 (56.2)	
คิดว่าเป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย	33 (16.3)	19 (17.8)	14 (14.6)	
เป็นช่วงเวลาคับขัน	26 (12.8)	11 (10.3)	15 (15.6)	
คิดว่าระบบบริการฯ มีความล่าช้า	8 (3.9)	3 (2.8)	5 (5.2)	
ไม่ทราบวิธีเรียกรถพยาบาล	17 (8.4)	10 (9.4)	7 (7.3)	
กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย	7 (3.4)	2 (1.9)	5 (5.2)	
การเลือกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลหากมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินในอนาคต, n (%)	342 (78.4)	140 (72.5)	202 (83.1)	0.01[a]

การวิเคราะห์ทางสถิติ: [a], Chi-square test

* คำนวณสัดส่วนจากผู้ป่วยกลุ่มที่มาด้วยตัวเองทั้งหมด

วิจารณ์

การศึกษานี้มุ่งตอบคำถามว่าในประสบการณ์ของประชาชนที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อันประกอบด้วยศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หน่วยกู้ชีพ และห้องฉุกเฉินเป็นอย่างไรในแง่การเข้าถึงและคุณภาพบริการ ในบริบทของการผลักดันนโยบายการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านการถ่ายโอนภารกิจศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจาก รพศ./รพท. ไปยัง อบจ. โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างจังหวัดที่มีและจังหวัดที่ไม่มีการถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

คณะผู้วิจัยพบว่าในการแจ้งเหตุไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการผ่านโทรสายด่วน 1669 นั้น 2 ใน 3 ประเด็นเกี่ยวกับการตอบสนองของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในสองกลุ่มจังหวัดไม่แตกต่างกัน ยกเว้นในแง่การรอโอนสายไปยังผู้เกี่ยวข้อง ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในกลุ่มจังหวัดถ่ายโอนถูกมองว่าด้อยกว่าในกลุ่มจังหวัดที่ไม่มีการถ่ายโอน จุดอ่อนนี้อาจอธิบายได้ว่าสืบเนื่องมาจาก

ก) ในกรณีของการรอโอนสายที่มีตัวเลขสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญในจังหวัดที่มีการถ่ายโอนนั้น อาจมีสาเหตุมาจากศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการที่อยู่ภายใต้สังกัด อปท. นั้นมีขั้นตอนการทำงานที่ใช้เวลานานมากกว่าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการภายใต้โรงพยาบาล ซึ่งในจังหวัดที่มีการถ่ายโอนนั้นจะมีกลไกการทำงานของศูนย์สั่งรับแจ้งเหตุและสั่งการตามข้อกำหนดของ สพฉ. ที่กำหนดให้มีบุคลากร

ปฏิบัติการในหลายขั้นตอนแยกกัน ได้แก่ การรับแจ้งเหตุ การซักประวัติเพิ่มเติม การสั่งการออกปฏิบัติการ เปรียบเทียบกับศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการภายใต้โรงพยาบาลที่มีบุคลากรทำหน้าที่ในกระบวนการทั้งหมด 1-2 คน ทำให้มีขั้นตอนน้อย นอกจากนี้ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการภายใต้ อปท. ยังมีประสบการณ์น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรของโรงพยาบาล ทำให้การปฏิบัติงานในขั้นตอนต่างๆ ล่าช้ากว่า จากข้อค้นพบและข้ออภิปรายดังกล่าว สพฉ. จำเป็นจะต้องมีการออกแบบขั้นตอนการทำงานของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการให้มีความชัดเจน กระชับ ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นแต่ยังให้ความสำคัญกับคุณภาพและความปลอดภัย และควรจัดให้มีการฝึกทักษะประสบการณ์ของผู้ที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการภายใต้ อปท. ที่ไม่ใช่เพียงการฝึกอบรมระยะสั้น แต่ควรมีการเรียนรู้ฝึกอบรมโดยการทำงานร่วมกับวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทำงานมามากกว่าเป็นระยะเวลาหนึ่ง

ข) บุคลากรศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการสังกัด อบจ. อาจยังมีประสบการณ์น้อยกว่าบุคลากรสังกัดโรงพยาบาลที่ทำงานมานานก่อนการถ่ายโอน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการประเมินสมรรถนะของการดำเนินการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการที่ถ่ายโอนที่พบว่ามีความล่าช้าในการสั่งการและการปฏิบัติการ ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องพัฒนาเนื่องจากระยะเวลาการตอบสนองของระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ล่าช้าออกไปสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น[11] ทั้งนี้แม้ สพฉ. จะกำหนดให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการทุกตำแหน่งต้องผ่านการอบรมในหลักสูตรที่ทาง สพฉ. กำหนดและจัดอบรมให้ อย่างไรก็ดี พบว่า การจัดอบรมมิได้มีอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้เมื่อมีบุคลากรที่ผ่านการอบรมลาออกและต้องรับบุคลากรใหม่ทดแทนซึ่งยังมิได้ผ่านการอบรมมาทำหน้าที่แทน

สำหรับความเห็นต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่มีความแตกต่างกันระหว่างสองกลุ่มจังหวัด บ่งชี้ว่ากระบวนการถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการไม่ได้มีผลกระทบใดๆ ต่อการทำงานของหน่วยกู้ชีพ และโดยทั่วไปภารกิจของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการก็ไม่ได้จำเพาะโดยตรงต่อการพัฒนาการทำงานของหน่วยกู้ชีพ โดยสังเกตได้จากคะแนนความพอใจโดยรวมและโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มจังหวัดสูงถึง 4 ใน 5 หรือได้เต็ม 5 ซึ่งอาจสะท้อนผลลัพธ์สะสมของกระบวนการพัฒนาบริการหน่วยกู้ชีพที่ต่อเนื่องกันมาอย่างน้อย 16 ปีนับตั้งแต่ก่อตั้ง สพฉ. อย่างไรก็ตาม อาจมีข้อควรระวังสำหรับการแปลผลข้อค้นพบนี้ คือ คำตอบจากตัวอย่าง (ผู้ป่วย) อาจเป็นการตอบเอาใจพยาบาลผู้สอบถามตามบริบทของการเก็บข้อมูลในโครงการวิจัยซึ่งเป็นการสอบถาม ณ ห้องฉุกเฉินที่อาจเกิดอคติทางมารยาท (courtesy bias) ได้[12] ดังนั้น นัยเชิงนโยบายของข้อควรระวังนี้ คือ สพฉ. และทุกภาคีที่เกี่ยวข้องควรทบทวนข้อจำกัดของกลไกและกระบวนการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อออกแบบบริการให้สอดคล้องกับบริบทที่แปรเปลี่ยนไป

สำหรับประสบการณ์ใช้บริการห้องฉุกเฉิน รายงานนี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างสองกลุ่มจังหวัดในหลายประเด็น (ตารางที่ 2) น่าจะสะท้อนผลลัพธ์สะสมจากกระบวนการพัฒนาบริการห้องฉุกเฉินอันยาวนาน ดังจะสังเกตได้ว่า คะแนนที่กลุ่มตัวอย่างให้ (5 จาก 6 ในกรณีความพึงพอใจ) หรือสัดส่วนที่แสดงความคิดเห็นทางบวกในประเด็นอื่นๆ (กว่าร้อยละ 80-90) ล้วนอยู่ในระดับสูง ซึ่งอาจเป็นผลจาก courtesy bias ได้เช่นเดียวกับที่กล่าวข้างต้น อย่างไรก็ตาม ยังพบความแตกต่างระหว่างสองกลุ่มจังหวัดอย่างชัดเจนในประเด็นการได้รับความช่วยเหลือตามที่ต้องการ สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดไม่มีการถ่ายโอนฯ (ร้อยละ 45.7) สูงกว่าสัดส่วนในจังหวัดถ่ายโอน (ร้อยละ 38.3) โดยความแตกต่างประการนี้ยากจะอธิบายด้วยกระบวนการถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ คำอธิบายที่อาจเป็นไปได้มากกว่าคือ การบริหารจัดการภายในของโรงพยาบาลเพื่อให้ 1) เกิดสมดุลระหว่างภาระ

งานกับจำนวนบุคลากร หรือภาวะแออัดภายในห้องฉุกเฉินนั่นเอง 2) การให้ความสำคัญเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่บุคลากรอาจมองว่ามีความจำเพาะต่อภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินน้อย[13]

หากพิจารณาความเชื่อมั่นในภาพรวมของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รายงานนี้พบว่าจังหวัดที่มีการถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการนั้นได้รับความเชื่อมั่นจากประชาชนต่ำกว่าจังหวัดที่ไม่มีการถ่ายโอน ซึ่งเห็นได้จากสัดส่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องไปด้วยกันกับสัดส่วนการตัดสินใจเลือกใช้บริการในอนาคตที่ต่ำกว่าเช่นกัน ผลการวิเคราะห์สะท้อนมุมมองของประชาชนต่อบริการภายใต้การดูแลของ อปท. ซึ่งอาจยังมีช่องว่างในการพัฒนาบางประการ จากการทบทวนวรรณกรรมในหลายประเทศ พบว่าการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนั้น มีผลทั้งบวกและลบต่อความเชื่อมั่นของผู้ป่วย การจัดการที่ดีและการกระจายทรัพยากรที่เพียงพอสามารถเพิ่มความเชื่อมั่นและความพึงพอใจของผู้ป่วยได้อย่างมาก ขณะเดียวกันในพื้นที่ที่มีทรัพยากรน้อยและขาดการจัดการที่เหมาะสม มักมีปัญหาในด้านการเข้าถึงและคุณภาพของบริการ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความเชื่อมั่นของผู้ป่วย อีกทั้งการกระจายทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและการตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของประชากรในแต่ละพื้นที่ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการพัฒนาความเชื่อมั่นของผู้ป่วยต่อบริการทางสุขภาพ[14] บริการฉุกเฉินการแพทย์ในการศึกษานี้ เป็นอีกหนึ่งตัวอย่างของผลลัพธ์ของการผลักดันการกระจายอำนาจทางสุขภาพที่ยังมีช่องว่างในกระบวนการจัดการและการบริหารทรัพยากร ถึงแม้การกระจายอำนาจในขั้นต้นเป็นเพียงการถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการที่ทำหน้าที่ด้านการรับแจ้งเหตุและการสั่งการหน่วยปฏิบัติการ อย่างไรก็ตาม การอภิบาลระบบในภาพรวมจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการส่งมอบบริการ ตลอดจนความเพียงพอของทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยปฏิบัติการหรือบุคลากรกู้ชีพในระดับจังหวัดด้วยเช่นเดียวกัน ซึ่งการอภิบาลระบบให้เกิดประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของการบริหารของผู้นำท้องถิ่นและความสามารถในการจัดสรรทรัพยากร เพื่อตอบสนองความต้องการของท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสมและทันต่อความต้องการ[15]

อย่างไรก็ดี สัดส่วนการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตอาจยังเป็นช่องว่างของการศึกษา โดยจากการประเมินดัชนีสมรรถนะระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด (Provincial Emergency Medical Services Performance Scoring Index, PEPSI) พบว่า ในภาพรวมของประเทศ 3 ปีย้อนหลัง มีค่าเฉลี่ยอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตอยู่ที่ร้อยละ 25[16] ซึ่งต่ำกว่าผลการวิเคราะห์ในรายงานชิ้นนี้ ทว่า จากการติดตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2562 อัตราการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตนั้นมีความแปรปรวนสูงระหว่างร้อยละ 4 ถึงร้อยละ 48 ใน 13 เขตสุขภาพ[17] ซึ่งอาจสะท้อนการออกแบบระบบบริการ การส่งมอบบริการและปัจจัยเชิงบริบทที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ ความแปรปรวนมากขนาดนี้อาจสืบเนื่องจากหลายเงื่อนไข ได้แก่ 1) การสมัครใจรายงานตามตัวชี้วัดของแต่ละเขตสุขภาพซึ่งแปรผันตาม (ก) ความสนใจที่ไม่คงที่ของฝ่ายการเมืองและผู้นำส่วนกลาง ซึ่งส่งผลตามมาคือ จำนวนและประเด็นของตัวชี้วัดที่ไม่คงที่ (ข) แรงจูงใจให้รายงานไม่ว่ารูปแบบแรงจูงใจจะเป็นทางบวกหรือลบก็ตาม 2) ภาวะผู้นำในแต่ละเขตเพื่อร้อยเรียงปัจจัยแห่งความสำเร็จให้ครบถ้วนในลักษณะการทำงานเป็นเครือข่ายบริการ ดังตัวอย่างการขยายตัวของการเข้าถึงบริการทางด่วนภาวะหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลัน แม้เวลาผ่านไป 10 ปีก็ยังมีความแตกต่างระหว่างเขตสุขภาพ[18] โดยระดับการขยายตัวมากที่สุด (220% ระหว่างปี พ.ศ. 2551-2556) ในเขตสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นผลจากการจัดการเครือข่ายบริการ ในขณะที่จำนวนอายุรแพทย์ประสาทวิทยาต่อประชากรต่ำที่สุดในประเทศ

รายงานนี้มีข้อจำกัดที่พึงระวังในการแปลผลและนำไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

ก) เกณฑ์การเลือกตัวอย่างผู้ป่วยนั้นจำกัดเฉพาะผู้ป่วยที่มาด้วยหน่วยกู้ชีพนำส่งหรือมีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน (ESI 1-2) กรณีมาด้วยตนเอง จึงทำให้พบสัดส่วนผู้ป่วยที่มาด้วยตนเองน้อยกว่าในรายงานก่อนหน้า[9,10]

ข) หนึ่งในจังหวัดที่มีการถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการไปยัง อบจ. นั้นได้ถอนตัวจากการศึกษานี้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดกลุ่มนี้เหลือเพียง 4 แห่งจาก 5 แห่งที่กำหนดไว้ในแผนการศึกษา ซึ่งอาจส่งผลต่อความเป็นตัวแทนของข้อมูลในกลุ่มนี้

ค) การศึกษานี้เป็นข้อมูลที่เก็บในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในจังหวัดตัวอย่าง จึงมีข้อจำกัดในการสะท้อนความเชื่อมั่นในบริการในพื้นที่อื่นของจังหวัด โดยเฉพาะการให้บริการในเขตชนบทและโรงพยาบาลชุมชนที่อาจมีข้อจำกัดของทรัพยากรและการประสานงาน ซึ่งจากวรรณกรรมก่อนหน้ามักจะมีระยะเวลาตอบสนองนานกว่าและอาจส่งผลต่อความเชื่อมั่นได้[19,20] ดังนั้น ข้อค้นพบในการศึกษานี้อาจสะท้อนถึงความเชื่อมั่นของบริการในบริการการแพทย์ฉุกเฉินในบริบทเขตเมืองมากกว่าความเชื่อมั่นในภาพรวมของจังหวัด การศึกษาความเชื่อมั่นในบริบทโรงพยาบาลชุมชนจึงยังเป็นช่องว่างที่ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติม

ง) การศึกษานี้ใช้เครื่องมือที่เป็นการประเมินตนเองของผู้รับบริการเกี่ยวกับความเชื่อมั่นและความพึงพอใจต่อระบบบริการที่อาจมีอคติจากประสบการณ์การใช้บริการในอดีต ความคาดหวังส่วนบุคคล และตัวแปรด้านสังคมและเศรษฐฐานะ การศึกษาเชิงปริมาณที่บูรณาการการศึกษาตัวแปรที่เป็นรูปธรรม เช่น ระยะเวลาตอบสนอง ผลลัพธ์การรักษา หรือการประเมินคุณภาพตามตัวชี้วัดต่างๆ อาจสนับสนุนข้อค้นพบในการศึกษานี้มากขึ้นได้

จ) การศึกษานี้เป็นการศึกษา ณ จุดใดจุดหนึ่งของเวลา (cross-sectional study) จึงไม่สามารถศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความรับรู้ของผู้รับบริการภายหลังจากการดำเนินถ่ายโอนได้ ดังนั้น การศึกษาในระยะยาวเพื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงความเชื่อมั่นของประชาชน จะสามารถทำให้เข้าใจกลไกของนโยบายที่ส่งผลต่อการรับรู้ของประชาชนได้มากยิ่งขึ้น

ฉ) การศึกษานี้เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลภาครัฐ ซึ่งภายหลังการดำเนินนโยบายการเงินการคลังในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับประเทศ เช่น นโยบายเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต มีสิทธิทุกที่ (universal coverage for emergency patient, UCEP) ทำให้โรงพยาบาลเอกชนเข้ามีบทบาทในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินกับประชาชนมากขึ้น ซึ่งอาจมีการรับรู้และความเชื่อมั่นของประชาชนที่แตกต่างออกไป การศึกษาในบริบทที่กว้างขึ้นจะทำให้สามารถเห็นภาพรวมของระบบบริการและสังเคราะห์นโยบายที่มีประโยชน์มากขึ้นได้

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

รายงานนี้แสดงให้เห็นในมุมมองของผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉินของ รพศ./รพท. โดยเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดที่มีและไม่มีการถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ พบว่า ถึงแม้ความพึงพอใจต่อการให้บริการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หน่วยกู้ชีพและห้องฉุกเฉินนั้นไม่มีความแตกต่างกัน แต่ความเชื่อมั่นในการใช้บริการของประชาชนในจังหวัดที่มีการถ่ายโอนนั้นต่ำกว่าทั้งการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตและมุมมองในการเลือกใช้บริการในอนาคต

นัยต่อนโยบายเมื่อพิจารณาข้อค้นพบต่างๆ เป็นดังนี้

1. สพฉ. ควรเดินหน้าขยายพื้นที่ถ่ายโอนศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการโดยให้ความสำคัญกับการทำงานร่วมกันอย่างมีแผนปฏิบัติ (ครอบคลุมคน เงิน ของ เนื้องาน) รองรับชัดเจนระหว่าง อบจ. โรงพยาบาล หน่วยกู้ชีพในสังกัด อปท. และมูลนิธิฯ ตลอดจนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ในฐานะกลไกกำกับดูแลและสนับสนุนระบบ)

เพื่อให้การถ่ายโอนเป็นไปแบบไร้รอยต่อ **สามารถสืบสานคุณภาพในระยะสั้น ดังที่รายงานนี้ได้ค้นพบและต่อยอดยิ่งๆ ขึ้นไปในระยะยาว**

2. สพฉ. ควรต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีกลไกในการพัฒนาศักยภาพของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการในจังหวัดที่มีการถ่ายโอนอย่างต่อเนื่อง เช่น การพัฒนาการลดขั้นตอนการทำงานระหว่างบุคลากรในศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการให้กระชับและชัดเจน เพื่อยกระดับคุณภาพและสมรรถนะของการสั่งการให้มีความรวดเร็วและถูกต้องเพื่อลดผลกระทบด้านลบอันเนื่องจากการถ่ายโอนและยกระดับความเชื่อมั่นของประชาชนในการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

3. เพื่อพัฒนาบริการห้องฉุกเฉิน ผู้บริหารโรงพยาบาลและทีมงานห้องฉุกเฉินควรพิจารณาโอกาสพัฒนาการให้ความช่วยเหลือตามที่ผู้ป่วยหรือญาติต้องการ**ดังที่ปรากฏข้อค้นพบ (ร้อยละ 44.5 สะท้อนเชิงบวกตารางที่ 4) โดยให้ความสำคัญกับการปรับสมดุลภาระงาน และการบริหารบุคลากรด้านขวัญกำลังใจ บันไดวิชาชีพและการฝึกอบรม**

4. แทนที่จะพอใจหรือชะล่าใจเกี่ยวกับข้อค้นพบเชิงบวกสำหรับบริการกู้ชีพ ซึ่งอาจมาจากอคติดังอภิปราย สพฉ. และทุกภาคีที่เกี่ยวข้องควรทบทวนข้อจำกัดของกลไกและกระบวนการพัฒนาบริการกู้ชีพเพื่อออกแบบสิ่งนี้ให้สอดคล้องกับบริบทที่แปรเปลี่ยนไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของ “โครงการประเมินคุณภาพระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลในบริบทการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งคณะผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ ตลอดจนโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลจนทำให้โครงการวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

References

1. Tadadej C, Mongkolsomlit S, Suriyawongpaisarn P. Evolution of emergency medical service systems in Thailand: a systematic review. J Health Sci [internet]. 2014 Jun 30 [cited 2024 Jun 25];23:513-23.
2. Suriyawongpaisal P, Woratanarat T, Tansirisithikul R, Srithamrongsawat S. Scaling up emergency medical services under the universal health insurance scheme in Thailand. Indian J Public Health Res Dev. 2012 Dec;3(4):220-5.
3. Suriyawongpaisal P, Aekplakorn W, Tansirisithikul R. A Thailand case study based on quantitative assessment: does a national lead agency make a difference in pre-hospital care development in middle income countries? Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2014 Dec 12;22(1):75.
4. Bhattarai HK, Bhusal S, Barone-Adesi F, Hubloue I. Prehospital emergency care in low- and middle-income countries: a systematic review. Prehospital Disaster Med. 2023 Aug;38(4):495-512.
5. Determining Plans and Process of Decentralization to Local Government Organization Act, B.E. 2542. The Royal Government Gazette Volume 116, Section 114 Kor. p. 48. (Nov 17, 1999). (in Thai)
6. Sutapak T. Evaluating emergency medical services of Ubon Rachathani province. Local Administation J. 2015;8(3):10-18.
7. Suryanto null, Plummer V, Boyle M. EMS systems in lower-middle income countries: a literature review. Prehospital Disaster Med. 2017 Feb;32(1):64-70.
8. Secretary of State for Health. High quality care for all: NHS next stage review. Final report. The Stationery Office; 2008. 92 p.
9. Baubin M, Neumayr A, Eigenstuhler J, Nübling M, Lederer W, Heidegger T. Patient satisfaction in out-of-hospital emergency care: development of a standard questionnaire. Notf Rettungsmedizin. 2012 Apr;15(3):225-33.
10. Neumayr A, Gnirke A, Schaeuble JC, Ganter MT, Sparr H, Zoll A, et al. Patient satisfaction in out-of-hospital emergency care: a multicentre survey. Eur J Emerg Med. 2016 Oct;23(5):370-4.
11. Srithamrongsawad S, Suriyawongpaisal P, Atiksawedparit P, Kaewkamjornchai P, Sitthirat P. Evaluating pre-hospital emergency care services in the context of decentralization policy. Faculty of Medicine Ramthibodi Hospital, Mahidol University; 2024.
12. Glick P. How reliable are surveys of client satisfaction with

healthcare services? Evidence from matched facility and household data in Madagascar. Soc Sci Med 1982. 2009 Jan;68(2):368-79.

13. Morley C, Unwin M, Peterson GM, Stankovich J, Kinsman L. Emergency department crowding: a systematic review of causes, consequences and solutions. PLoS ONE. 2018 Aug 30;13(8):e0203316.
14. Oliveira R, Santinha G, Sá Marques T. The impacts of health decentralization on equity, efficiency, and effectiveness: a scoping review. Sustainability. 2024 Jan;16(1):386.
15. Fatile JO, Ejalonibu GL. Decentralization and local government autonomy: quest for quality service delivery in Nigeria. J Econ Manag Trade. 2015 Sep 9;1-21.
16. National Institute for Emergency Medicine. Provincial emergency medical services performance scoring index 2023. Nonthaburi: National Institute for Emergency Medicine; 2023. (in Thai)
17. Ministry of Public Health of Thailand. Health KPI [internet]. 2024 [cited 2024 Sep 26]. Available from: http://healthkpi.moph.go.th. (in Thai)
18. Suwanwela NC, Chutinet A, Kijpaisalratana N. Thrombolytic treatment in Thailand. J Stroke Med. 2018 Jun 1;1(1):41-4.
19. Aruga T. The status quo and future prospects of emergency medical service systems in Japan in view of the tight supply-demand situation for medical resources. Nihon Rinsho Jpn J Clin Med. 2016 Feb;74(2):187-95.
20. Alanazy ARM, Wark S, Fraser J, Nagle A. Factors impacting patient outcomes associated with use of emergency medical services operating in urban versus rural areas: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2019 May;16(10):1728.