

สังเคราะห์บทเรียนการพัฒนาาระบบส่งต่อคนไข้ภาคเหนือ ตอนบน

ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล*

นเรนทร์ โชติรสนิรมิต[§]

ศรีสกุล ทิพย์กมล[†]

วิศิษฎ์ ถิ่นนภากร[#]

รรณี กายี[†]

ยุทธศาสตร์ จันทรทิพย์[‡]

กรองกาญจน์ สุธรรม[§]

รัศมี ต้นศิริสิทธิกุล*

บทคัดย่อ

มีคำกล่าวว่า “คำทำนายอนาคตที่แม่นยำที่สุด คือ การสร้างอนาคตที่อยากเห็น” นั่นเอง บทสังเคราะห์ความรู้ฝังลึก และความรู้เชิงประจักษ์เกี่ยวกับการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยในภาคเหนือตอนบนในรายงานนี้สะท้อนความพยายามของผู้เกี่ยวข้องในทิศทางดังกล่าวนี้ ความพยายามเริ่มขึ้นอย่างเป็นระบบภายหลังวิกฤตกำลังคนในรพ.มหาราชนคร เชียงใหม่อันเป็นศูนย์กลางหนึ่งเดียวในการรับคนไข้ส่งต่อของเขตสาธารณสุขที่ ๑๕ วิกฤตนี้คือ การพร้อมใจกันลาออกของพยาบาลจำนวนเกือบ ๓๐๐ คนจากรพ.มหาราชนครเชียงใหม่ เมื่อพ.ศ.๒๕๔๕ เนื่องจากปริมาณงานเพิ่มขึ้นโดยไม่ ได้สัดส่วนกับแรงจูงใจ เพื่อตอบสนองต่อภาวะวิกฤต รพ.มหาราชนครเชียงใหม่จึงปรับลดจำนวนเตียงรับคนไข้ส่งต่อ ส่งผลกระทบต่อเครือข่ายการส่งต่อทั้งระบบ จึงเป็นที่มาให้เกิดการจัดตั้งกลไกประสานและร่วมมือระหว่างรพ.รัฐและ เอกชนรวมทั้งรพ.มหาราชนครเชียงใหม่ กลไกเหล่านี้อำนวยความสะดวก ๑) การปรับบทบาทหน้าที่ของรพ.ต่างๆภายใต้การ จัดแบ่งพื้นที่เป็นโซน โดยแต่ละโซนมีแม่ข่ายหลัก แม่ข่ายรอง และลูกข่าย ๒) การพัฒนาขีดความสามารถให้แก่ รพ.ต่างๆโดยเฉพาะแม่ข่ายสองประเภท ๓) การวางแผนและดำเนินแผนพัฒนา บริการ กำลังคน อุปกรณ์การแพทย์ อาคารสถานที่ และเทคโนโลยีการสื่อสารโดยอาศัยเงินสนับสนุนจากภาครัฐและเอกชน ๔) การปรับเงินจูงใจให้สามารถ ระดมขีดความสามารถของเอกชน และรพ.สังกัดกรมการแพทย์ให้มาร่วมจัดบริการ หลักฐานปรากฏว่าระหว่างพ.ศ.๒๕๕๑- ๒๕๕๓ การปรับตัวดังกล่าวนำไปสู่การปฏิเสธการรับคนไข้ส่งต่อน้อยลง การเข้าถึงบริการมาตรฐานมากขึ้น เช่น การ ผ่าตัดสมองผู้บาดเจ็บ การให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่คนไข้หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด รายงานยังได้วิเคราะห์จุดเด่นและข้อจำกัดตลอดจนชี้โอกาสพัฒนาในด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องครอบคลุมมิติด้าน ความสัมพันธ์ระหว่างคนไข้และบุคลากร ด้านสารสนเทศ และด้านการจัดการ

คำสำคัญ: ระบบส่งต่อคนไข้, การดูแลคนไข้ต่อเนื่อง, โซนบริการ

Abstract

The knowledge synthesis in shaping referral network of health services in the upper north of Thailand

Paibul Suriyawongpaisal*, Toranee Kayee[†], Narain Chotirosniramit[§], Yuttasart Janthip[‡], Srisakul Thipkamol[†], Krongkarn Sutham[§], Visit Tangnapakorn[#], Rassamee Tansirisithikul*

*Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, [†]Nakornping Hospital, [§]Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, [‡]Sansai Hospital, [#]Bureau of Inspector - General, Ministry of Public Health

There is a notion saying “the most reliable prediction of the future is to build it”. This synthesis of tacit and explicit knowledge in shaping referral network of health services in the upper north of Thailand

*คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

[†]โรงพยาบาลนครพิงค์ จ.เชียงใหม่

[‡]โรงพยาบาลสินทราย จ.เชียงใหม่

[§]โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

[#]สำนักผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข



reflects collective actions among doers of the region in accord with such a notion. The actions started from a health manpower crisis of the former single node of referral chain in 2006 characterized by draining of almost 300 nurses instantly from the node hospital to private hospitals after dramatic increased workload without perceived competitive adjustment of financial incentives. The crisis forced the node hospital to shift its policy of hospitalizing referred cases from unlimited to a limited quota. Joint coordinating and collaborating mechanisms among networks of public and private hospitals were set up under the jurisdiction of public health administrative region no. 15. The mechanisms facilitated 1) restructuring roles and functions of the hospitals into zones of referral chains each with a node and sub-nodes; 2) capacity building of public hospitals under the restructured zones; 3) planning of human resources, service delivery and upgrading of facilities including buildings, medical equipment and communication technology through public and private subsidies; 4) adjustment of payment mechanisms to mobilize previously untapped capacity i.e., specialized cares of private hospitals; neurosurgery of a public hospital which previously excluded emergency cases. During 2008-2010, evidence has shown a decline in the number of referred cases being turn away; better access to standard care such as thrombolysis for acute STEMI, traumatic brain surgery; neonatal care. Strengths and weaknesses were discussed. Finally, opportunity for future improvement of continuity of care within the referral network was identified in terms of relational, informational and managerial continuity.

Key words: referral network, continuity of care, restructure, zoning

บทนำ

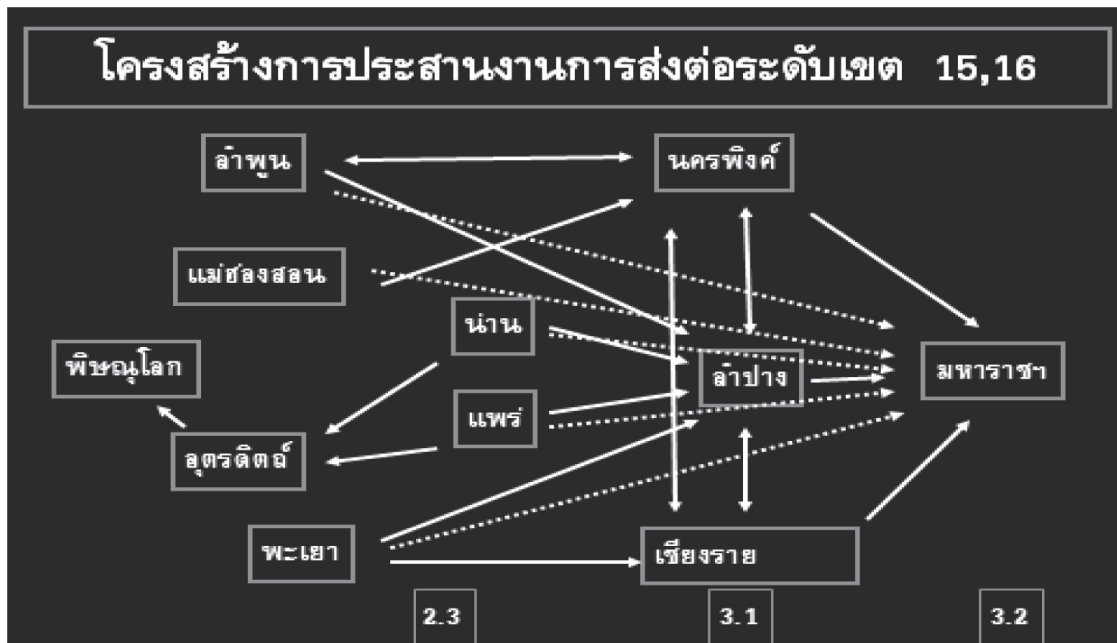
ภูมิภาคทางภาคเหนือของประเทศไทยส่วนหนึ่งมีพรมแดนติดต่อกับประเทศสหภาพพม่าอันคุกคามด้วยความขัดแย้งทางการเมืองรุนแรงควบคู่กับภาวะแร้นแค้นทางเศรษฐกิจ ผลักดันให้ประชาชนอพยพเข้ามาประเทศไทยอยู่เนืองๆ เมื่อผนวกเข้ากับจำนวนชนกลุ่มน้อยบนภูเขาของภาคเหนือ ซึ่งไม่ได้รับการรับรองสิทธิพลเมืองไทยแม้อาศัยอยู่ช้านาน กลายเป็นประชากรแฝงจำนวนนับล้านคน (เฉพาะในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ตัวเลขไม่ทางการระบุไว้ ๒.๕ ล้านคน^(๑)) จึงชัดเจนว่านี่คือภาระส่วนเกิน(ไม่อยู่ในระบบจัดสรรงบประมาณแผ่นดิน)ของระบบบริการสุขภาพภาคเหนือ นอกจากนี้ อำนาจซื้อของประชาชนภาคเหนือสะท้อนผ่าน gross regional product จัดอยู่ในอันดับที่ ๕ รองจากทม. (๙๖,๓๘๓๔ ล้านบาท^(๒)) บ่งชี้ข้อจำกัดในการพึ่งพาตนเองเมื่อต้องการบริการสุขภาพ

ภูมิภาคทางภาคเหนือ อันมีลักษณะเป็นภูเขาสูง นับเป็นอุปสรรคต่อการจัดบริการสุขภาพ เนื่องจากข้อจำกัดของเส้นทางคมนาคม และผู้อาศัยกระจายตัวเบาบางในหลายพื้นที่

โครงสร้างและการไหลเวียนคนไข้ในระบบบริการส่งต่อผู้ป่วยก่อนปี ๒๕๔๘

ประชาชนในทะเบียน ๕.๗๕ ล้านคนใน ๘ จังหวัดภาคเหนือตอนบน อยู่ในความดูแลของรพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ๙๕ แห่ง รพ.รัฐอื่นอีก ๗ แห่ง และรพ.เอกชน ๒๕ แห่ง ภาพที่ ๑ ฉายให้เห็นการไหลเวียนผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลภายในโครงข่ายบริการภาครัฐครอบคลุม ๑๐ จังหวัด (รวมพิษณุโลกและอุตรดิตถ์ในภาคเหนือตอนล่างไว้ด้วย) ช่วงเวลาก่อนปีพ.ศ.๒๕๔๘ เห็นได้ชัดเจนว่า รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ ซึ่งมีขีดความสามารถสูงสุดในภาคเหนือตอนบนกลายเป็นที่รองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้มากที่สุด รองลงมาคือ รพศ.ลำปาง โดยที่มีการลัดชั้นตอน(แสดงด้วยเส้นประในภาพ)ที่ควรจะเป็นตามลำดับขีดความสามารถและความใกล้ชิดระหว่างสถานพยาบาลเป็นจำนวนมาก จนสร้างความวิตกเกี่ยวกับความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยให้ทันการณ์และสอดคล้องกับหลักการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

เฉพาะระบบส่งต่อของเขต ๑๕ ครอบคลุมจังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง และแม่ฮ่องสอน เป็นระบบที่จัดขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยในภาวะ



รูปที่ ๑ โครงสร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยเขตสาธารณสุข ๑๕,๑๖ ก่อนปี พ.ศ.๒๕๔๘ (ตัวเลข ๓.๒ ๓.๑ ๒.๓ บ่งชี้ขีดความสามารถด้านรักษาพยาบาลจากมากไปน้อย)

วิกฤตได้รับการช่วยเหลือโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างรวดเร็ว และได้มาตรฐาน โดยมีเครือข่ายรพ.ในเครือข่าย แยกตามสังกัดได้แก่ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กรมการแพทย์ (โรงพยาบาลประจำ) และโรงพยาบาลเอกชนอีก ๓ แห่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์สำรองเตียง

การเปลี่ยนแปลง

เท่าที่ปรากฏหลักฐาน อย่างน้อยตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๔๘ มีการเปลี่ยนแปลงระบบส่งต่อคนไข้ในเครือข่ายสถานพยาบาลภาคเหนือตอนบน (เขตตรวจราชการสาธารณสุข ๑๕) ในหลายมิติ ได้แก่ โครงสร้างรองรับการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย กระบวนการพัฒนาศักยภาพ การระดมความร่วมมือจากสถานพยาบาล เอกชน บทบาทของสถานพยาบาล ช่องทางการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล ระบบสารสนเทศ วิธีการจ่ายค่าตอบแทน แพทย์เฉพาะทาง จำนวน/ประเภทคนไข้ส่งต่อ

จากสถิติของศูนย์ประสานการส่งต่อรพ.นครพิงค์ ปริมาณความต้องการส่งต่อคนไข้ระหว่างปีพ.ศ.๒๕๕๑ ถึง ๒๕๕๓ มากถึงปีละเกือบสองหมื่นราย^(๓) ประกอบกับความ

วิกฤตที่กล่าวมาเป็นแรงผลักดันประการหนึ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลง อีกแรงผลักดันคือ ภาวะวิกฤตกำลังคนของรพ.มหาสารคามนครเชียงใหม่ เมื่อพยาบาลประมาณ ๓๐๐ คนลาออกโดยพร้อมเพรียงกันด้วยทนต่อแรงกดดันภาระงานภายใต้ค่าตอบแทนที่ไม่ดึงดูดใจเหมือนรพ.เอกชน เงื่อนไขอีกประการคือ การออกนอกระบบราชการของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ต้นสังกัดของรพ.มหาสารคาม เป็นมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ อันเป็นสัญญาณให้พยายามพึ่งตนเองทางการเงินมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงในส่วนของรพ.มหาสารคามนครเชียงใหม่คือ ลดจำนวนเตียงคนไข้ใน โดยจำกัดไว้ไม่เกิน ๑,๒๐๐ เตียง แทนการเสริมเตียงตามความจำเป็นในอดีต และการเปิดหน่วยบริการรองรับคนไข้ย้ายจากกระเปาะตนเองคล้ายกับรพ.เอกชน ผลที่ตามมาคือ แรงกดดันต่อรพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้ปรับตัวเพื่อรองรับผู้ป่วยที่ล้นจากรพ.มหาสารคามนครเชียงใหม่ นำไปสู่การปรับช่องทางการไหลเวียนผู้ป่วย การปรับบทบาท และปรับโครงสร้างสถานพยาบาลด้วยการเพิ่มขีดความสามารถของรพ.นครพิงค์ และ



รพ.ชุมชนด้านกำลังคนและเทคโนโลยี ตามยุทธศาสตร์สี่มุมเมือง^(๓) ตลอดจนการเชื่อมโยงกับรพ.เอกชนเข้าสู่เครือข่ายระบบส่งต่อผู้ป่วย ดังปรากฏรูปแบบการไหลเวียนผู้ป่วยใหม่ ดังรูปที่ ๒

นอกจากนี้ ยังมีการเปลี่ยนแปลงอันเป็นที่มาของการปรับตัวข้างต้นในส่วนของรพ.สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดแม่ฮ่องสอนและลำพูน ซึ่งประสบปัญหาจำนวนเตียงรองรับผู้ป่วยที่ไม่เพียงพอและขาดผู้เชี่ยวชาญด้านการผ่าตัดสมอง ขณะเดียวกันรพ.ชุมชนก็มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก

การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวซึ่งดูเหมือนไม่ได้เกิดขึ้นด้วยความตั้งใจ หรืออีกนัยหนึ่งก็คือไม่ได้มีแผนรองรับล่วงหน้าด้านหนึ่งสะท้อนผลลัพธ์อันไม่คาดคิดของนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ทำให้การเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น เกินกว่ากำลังสถานพยาบาลภาครัฐจะปรับตัวทัน) และนโยบาย medical hub (ทำให้สมองไหลจากภาครัฐไปเอกชน) อีกด้านหนึ่งสะท้อนอิทธิพลของ node ใหญ่ที่สุด (รพ.มหาสารคาม เชียงใหม่) ต่อ node อื่นและต่อเครือข่ายทั้งหมด

เมื่อรพ.มหาสารคามจำเป็นต้องลดขอบเขตการรับดูแลคนไข้ส่ง

ต่อ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลระดับรองลงมาเพื่อรองรับคนไข้ส่วนที่พ้นขอบเขตนั้น การพัฒนาศักยภาพนี้เป็นไปด้วยการจัดโครงสร้าง ดังรูปที่ ๓ ในโครงสร้างนี้ รพ.มหาสารคามเชียงใหม่ คือ ศูนย์กลางการพัฒนาความรู้ทักษะบริการแก่รพ.รอบข้างที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในด้านการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ การดูแลทารกแรกเกิด การดูแลคนไข้อายุรกรรม (ที่สำคัญคือ ระบบทางเดินหายใจ และคนไข้หัวใจขาดเลือดระยะเฉียบพลัน) เป็นต้น และผสมผสานกับการสนับสนุนเทคโนโลยี การเงินการคลัง ที่ดินและอาคาร กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และระบบสารสนเทศ ทั้งนี้ การเพิ่มพูนทักษะดังกล่าวสอดคล้องในระดับหนึ่งกับขนาดความต้องการบริการ เมื่อพิจารณาจากสถิติจำนวนผู้ป่วยส่งต่อแยกประเภทในปีพ.ศ.๒๕๕๓ ของเครือข่ายนี้ (ห่าอันดับแรกคือผู้ป่วยอายุรกรรมร้อยละ ๓๓ ศัลยกรรมร้อยละ ๒๒ ออร์โธปิดิกส์ร้อยละ ๑๙ ศัลยกรรมสมองร้อยละ ๑๒ สูติกรรมและกุมารเวชกรรมร้อยละ ๑๐) เชื่อว่าอีกเงื่อนไขของรับประเด็นเพิ่มพูนทักษะน่าจะได้แก่ การสนับสนุนของสปสช.และกระทรวงสาธารณสุข ผ่านโครงการศูนย์ความเป็นเลิศ (excellent center) จึงไม่แปลกที่มีการจำแนกลำดับชั้นของรพ.ตาม



รูปที่ ๒ การไหลเวียนผู้ป่วยส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล ตั้งแต่ พ.ศ.๒๕๔๘



รูปที่ ๓ โครงสร้างการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วย ภาคเหนือตอนบนตั้งแต่ปี ๒๕๔๘

รหัสตัวเลขในรูปที่ ๑ และการจัดตั้งกองทุนเฉพาะโรคของสปสช. (high cost care)

โดยการสนับสนุนและชี้แนะทางนโยบายจากส่วนกลางดังกล่าว จึงก่อให้เกิดการขับเคลื่อนระบบส่งต่อคนไข้อย่างเป็นรูปธรรมในเขตภาคเหนือตอนบน ผ่านความร่วมมือระหว่างรพ.ภายในเครือข่ายทั้งรัฐและเอกชน โดยการสนับสนุนของสสจ.และผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้รับผิดชอบแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ ในรูปของกลไกทางการเงินและกฎระเบียบที่ร้อยเรียงเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกันของเครือข่ายบริการ เช่น การอนุมัติขยายวงเงินค่าตอบแทนศัลยแพทย์สมองโดยผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข การลงทุนจัดหาเครื่องมือและครุภัณฑ์การแพทย์ (ตู้อบทารก รถพยาบาล อุปกรณ์สื่อสาร)

ในรายละเอียด สามารถจำแนกการปรับตัวของระบบส่งต่อผู้ป่วยได้เป็นสองระยะคือ

การดำเนินการในระยะสั้น ได้แก่

๑. การจัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัด โดยโรงพยาบาลจังหวัดทุกจังหวัดเป็นศูนย์ฯจังหวัดและโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่เป็นศูนย์ฯเขต ๑๕ และภายในจังหวัดก็มีศูนย์ย่อยเพื่อรองรับการส่งต่อและรองรับการพัฒนา โดยจังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่มีรูปแบบที่ชัดเจน

๒. การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาล/คณะอนุกรรมการและคณะทำงานพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย มีการประชุมร่วมกันตามวาระอย่างสม่ำเสมอทุก ๒-๔ เดือนในระดับจังหวัดและทุก ๖ เดือนในระดับเขต โดยคณะทำงานจัดตั้งขึ้นตามสภาพปัญหาของจังหวัดและเขต โดยในเขต ๑๕ มีคณะทำงานด้านอายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไปและศัลยกรรมประสาท กุมารเวชกรรมและโรคหัวใจและหลอดเลือด

๓. การจัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดและเขตร่วมกันปีละ ๑ ครั้ง

๓.๑ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลและส่งต่อผู้ป่วย

๓.๒ การพัฒนาศูนย์ประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย (Call Center / Sub-Call Center)

๓.๓ การพัฒนาคุณภาพการส่งต่อ โดยการประเมินคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วย (Audit) การจัด Case Conference ในผู้ป่วยส่งต่อที่นำสนใจ

๓.๔ การตรวจเยี่ยม/นิเทศติดตามเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วย

๔. การจัดตั้งศูนย์กึ่งวิกฤตที่โรงพยาบาลนครพิงค์เพื่อรองรับผู้ป่วยวิกฤตระหว่างรอการประสานการส่งต่อภายในเขต ๑๕ เพื่อลดความล่าช้าในการส่งต่อ



๕. การจัดตั้งศูนย์สำรองเตียงด้านคลยกรรมระบบประสาททารกแรกเกิดและอายุรกรรมร่วมกับเอกชน
๖. การขอความร่วมมือคลยแพทย์ประสาทโรงพยาบาลมหาสารคามผ่าตัดที่โรงพยาบาลนครพิงค์
๗. การจัดทำคู่มือการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติของจังหวัดและของเขต ๑๕ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานใช้เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกัน
๘. การจัดตั้งคณะกรรมการสารสนเทศระดับเขต เพื่อพัฒนาระบบการรายงานข้อมูลการรับส่งต่อผู้ป่วยในระดับจังหวัดและระดับเขตผ่าน www.lannareferal.org และให้คำปรึกษาผ่านทางระบบ Internet (Web.Conference) เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนสามารถปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้
- การดำเนินการในระยะยาวเพื่อจัดการกับปัญหาในระดับจังหวัดและเขต ประกอบด้วย
 ๑. การจัดทำแผนรองรับการพัฒนาโรงพยาบาลแต่ละระดับให้ชัดเจนและเป็นรูปธรรม เป็นแผนระยะสั้นหรือแผนระยะยาวตามบริบทปัญหาแต่ละที่ (service plan)
 ๒. การสนับสนุนแพทย์เฉพาะทางช่วยหมุนเวียนช่วยโรงพยาบาลในเครือข่ายโดยรูปแบบการจัดการระดับจังหวัดและเขต
 ๓. การนำโรงพยาบาลประสาทมาช่วยดูแลผู้ป่วยคลยกรรมประสาทเพิ่มขึ้นในระดับเขต
 ๔. การพัฒนาระบบฐานข้อมูล www.lannareferal.org ให้รองรับทุกระดับการส่งต่อข้อมูลทรัพยากร และสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้เพื่อหาแนวทางการพัฒนา
 ๕. การลดการส่งผู้ป่วยระดับปฐมภูมิลงโดยพัฒนาระบบให้คำปรึกษาผ่าน internet
 ๖. การพัฒนาระบบส่งกลับเพื่อลดความแออัดและบริหารจัดการเตียงได้โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่
- ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างบ่งชี้ความสำเร็จของการปรับตัวขับเคลื่อนดังกล่าว

การเพิ่มขอบเขตบริการรองรับคนไข้กลุ่มต่างๆ เช่น

คนไข้ผ่าตัดสมอง

จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดสมองฉุกเฉินส่งต่อทั้งหมดในปี ๒๕๕๓

เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๖ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๕๒ แต่การกระจายจำนวนผู้ป่วยตามสถานพยาบาลปลายทางแตกต่างกันออกไป ที่เด่นชัดมากคือ จำนวนที่ รพ.เอกชนรับไว้ลดลงร้อยละ ๕๐ ในขณะที่รพ.นครพิงค์รับดูแลคนไข้กลุ่มนี้ได้ (ต่างจากเดิมที่ไม่เคยรับได้) บ่งชี้ความสำเร็จของการจัดการทรัพยากรบุคคลด้วยการสร้างแรงจูงใจทางการเงินให้คลยแพทย์สมอง การจัดหาเครื่องมือแพทย์เพิ่มเติมหรือหมุนเวียนเครื่องมือแพทย์ไปยังจุดที่เหมาะสมกว่าเดิม การประสานงานระหว่าง รพ.ปลายทางและรพ.ต้นทาง โดยการออกแบบการไหลเวียนคนไข้ไว้อย่างชัดเจนดังรูปที่ ๔ อันเป็นประโยชน์ต่อการประสานงานและติดตามวิเคราะห์ความเป็นไปเพื่อหาโอกาสพัฒนาแต่ละขั้นตอนและระหว่างขั้นตอนได้ชัดเจน

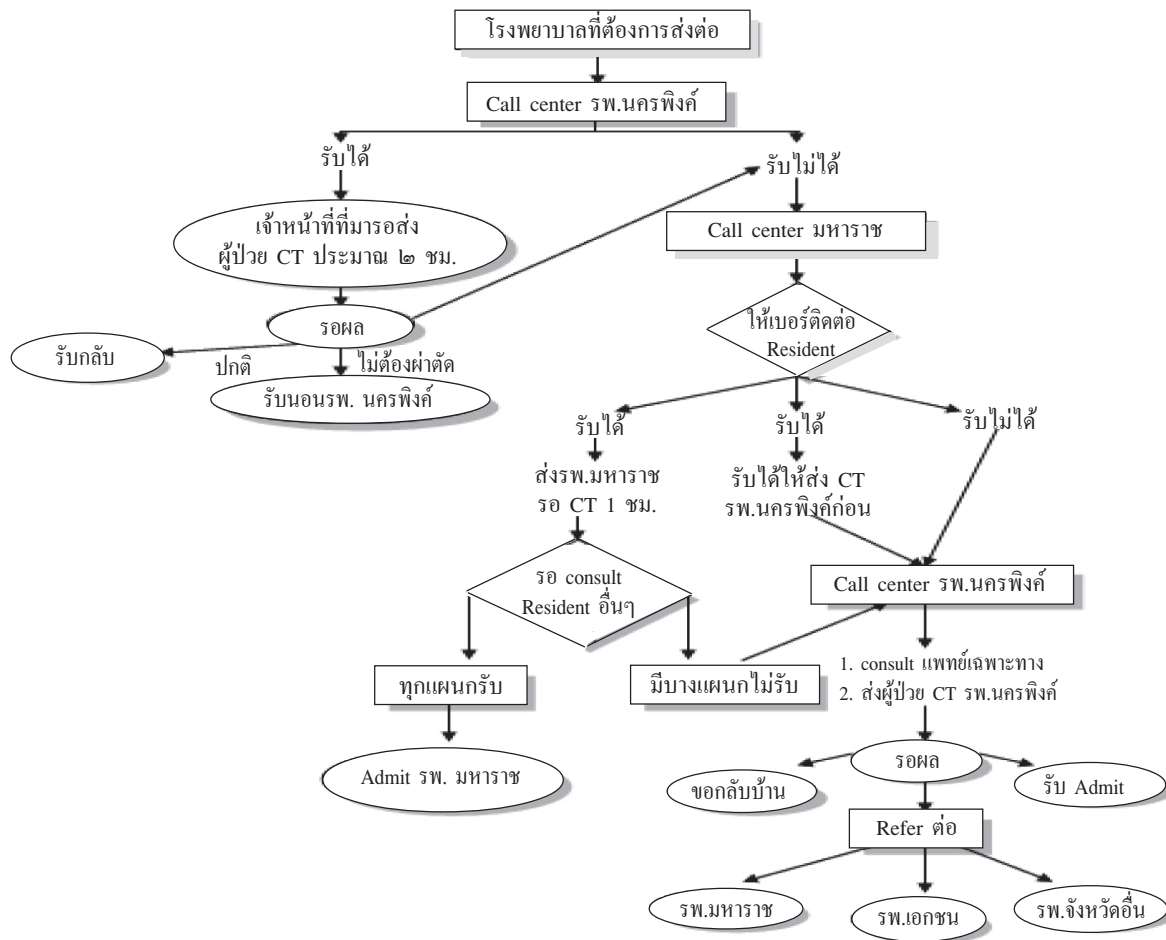
พร้อมกันนี้ได้มีการปรับปรุงรูปแบบวิธีให้บริการของ รพ.ปลายทางหน้าใหม่ ได้แก่ รพ.ประสาทเชียงใหม่ (เดิมดูแลเฉพาะคนไข้ไม่ฉุกเฉิน) โดยแก้ไขสาเหตุการปฏิเสธในอดีตกรณีเตียงเต็มด้วยการเพิ่มเตียง semi ICU และการส่งกลับคนไข้ที่ผ่าตัดไปรพ.ต้นทางเพื่อดูแลหลังผ่าตัด วางแผนจัดซื้อเครื่องช่วยหายใจเพิ่มเติม และการให้คำแนะนำกับรพ.ต้นทางเพื่อประเมินความเหมาะสมของคนไข้ก่อนส่งต่อ จึงสามารถเพิ่มปริมาณการให้บริการคนไข้บาดเจ็บทางสมองจาก ๒๑๐ รายในปีพ.ศ.๒๕๕๓ เป็น ๒๖๙ รายในปีถัดมา และจำนวนคนไข้กลุ่มนี้ที่รพ.ประสาททพปฏิเสธการส่งต่อคงที่ (๘๓ ราย และ ๘๑ ราย ในสองปีนี้โดยลำดับ)^(๔)

คนไข้หลอดเลือดสมองอุดตันนับพลัน

การพัฒนาเครือข่ายนำส่งคนไข้ฉุกเฉินทำให้คนไข้กลุ่มนี้ร้อยละ ๕๗ (จาก ๔๗ รายระหว่างรช.ปี ๒๕๕๐-พย.๒๕๕๑) เข้าถึงการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอันเป็นวิธีมาตรฐาน โดยผ่านการนำส่งดังกล่าว โดยใช้เวลานเฉลี่ย ๘๘ นาทีจากประตูรพ.จนได้ยา^(๕) (มากกว่าตัวเลขของรพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งบันทึกไว้ ๕๕ นาที โดยจำนวนคนไข้เท่ากับ

^๔คนไข้ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรทอง ซึ่งก่อนหน้าปี ๒๕๕๐ สปสช.ยังไม่ได้จัดสรรยาละลายลิ่มเลือด จึงเชื่อได้ว่าคนไข้ ๕๗ รายนี้เป็นกลุ่มแรกในเครือข่ายภาคเหนือตอนบนที่เริ่มได้รับการรักษาด้วยยานี้ ทำนองเดียวกับกรณีรพ.ธรรมศาสตร์ฯ

๑) กรณี CT brain



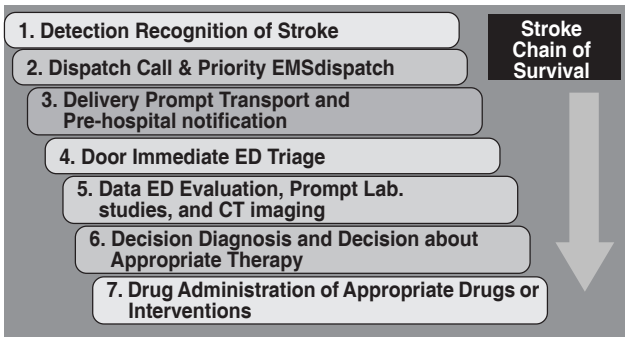
รูปที่ ๔ แผนผังการไหลเวียนคนไข้ที่จำเป็นต้องใช้การตรวจสอบด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์(นพ.ยุทธศาสตร์ จันทร์ทิพย์ เอื้อเพื่อภาพ)

๘๑ ราย โดยร้อยละ ๖๐ เข้าถึงในลักษณะผ่านเครือข่ายทำนองเดียวกัน นับเป็นสถิติดีที่สุดในประเทศ เท่าที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์^(๕) สถิติผลการรักษา แสดงว่า ไม่มีรายใดที่จำหน่ายแล้วกลับเข้ารับการรักษาภายใน ๒๘ วัน และร้อยละ ๖๖ กลับสู่ภาวะปกติเมื่อจำหน่าย (เพื่อให้เห็นภาพเปรียบเทียบโดยคร่าวๆ ตัวเลขนี้จากรายงานของรพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ระบุว่า ที่ ๓ เดือนหลังจำหน่ายมีค่าเท่ากับร้อยละ ๔๙)

ทำนองเดียวกัน การดูแลคนไข้กลุ่มนี้ในส่วนของรพ.มหาราชฯโดยเชื่อมโยงกับรพ.เครือข่ายเป็นไปตามขั้นตอนที่แสดงในรูปที่ ๕ ในระบบนี้ ถ้าคนไข้เข้าข่ายที่จะได้ประโยชน์จากบริการช่องทางด่วน (stroke fast track) การสื่อสาร

ระหว่างรพ.ต้นทางกับรพ.มหาราชฯเน้นให้แพทย์สองฝ่ายหารือกันโดยตรง เพื่อช่วยลดช่องว่างในการสื่อสารผ่านกระดาษหรือบุคลากรอื่น เฉพาะในส่วนของรพ.มหาราชฯคนไข้อยู่ในความดูแลของทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย ทีมแพทย์ฉุกเฉิน อายุรแพทย์ทางประสาท ศัลยกรรมประสาท รังสีแพทย์ และเวชศาสตร์ฟื้นฟู การให้ยาละลายลิ่มเลือดดำเนินการที่ห้องฉุกเฉินโดยไม่จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายคนไข้ต่อไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรม ช่วยให้คนไข้เข้าถึงการรักษามาตรฐานนี้ได้เร็วที่สุด

การให้ความสำคัญกับเรื่องเวลาในการไหลเวียนคนไข้เป็นจุดเด่นประการหนึ่งของบริการช่องทางด่วนนี้ โดยปรากฏรูปธรรมในลักษณะการติดตามเวลาในแต่ละขั้นตอนสำคัญ เช่น



รูปที่ ๕ แผนผังขั้นตอนการดูแลคนไข้หลอดเลือดสมองอุดตันฉับพลัน ของรพ.มหาราชนครเชียงใหม่^(๕)

นับแต่เริ่มแสดงอาการถึงห้องฉุกเฉิน (ใช้เวลา ๑๘-๑๒๐ นาที) จากประตูรพ.มหาราชนครถึงการอ่านผลการตรวจสมองด้วยเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (๑๒-๔๖ นาที) เป็นต้น^(๕) จึงเห็นได้ว่าการติดตามเช่นนี้ ช่วยให้ได้ข้อมูลชัดเจนสำหรับการปรับปรุงขั้นตอนให้บริการอย่างเป็นระบบ

ทารกแรกเกิด

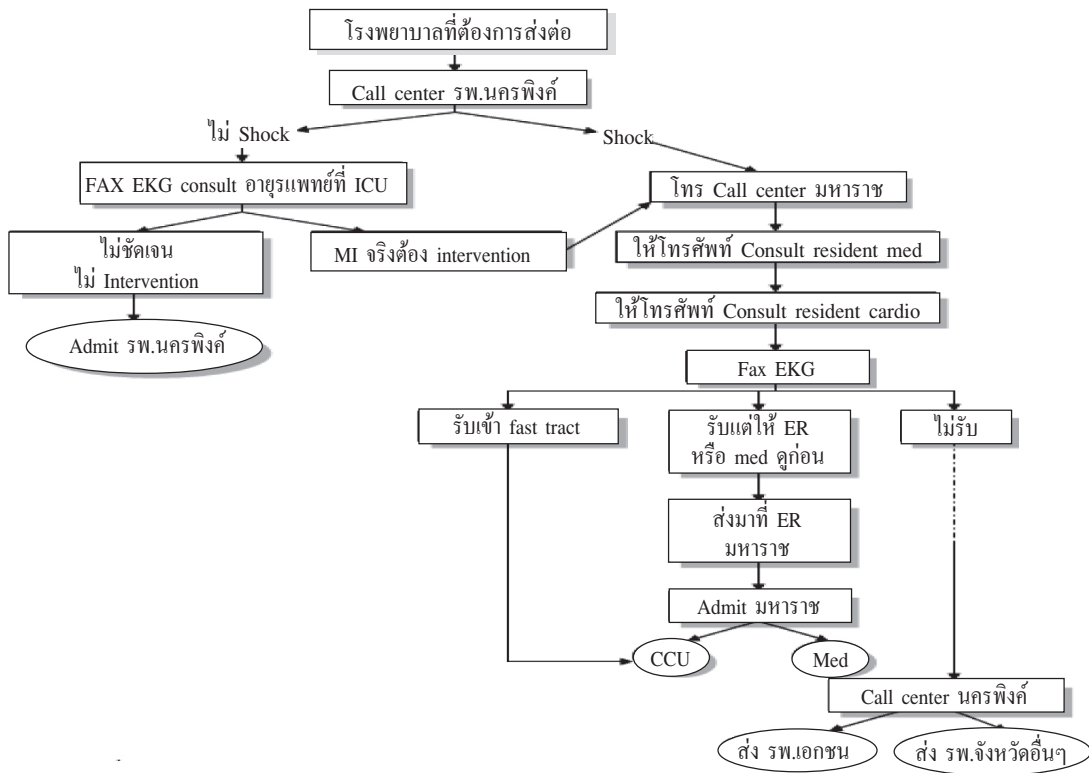
ทารกแรกเกิดที่ต้องการบริการไอซียู (NICU) นับเป็นภาวะที่เกินกำลังของรพ.ที่ไม่มีกุมารแพทย์ ที่มงานเฉพาะ และเครื่องมือพิเศษ เช่น เครื่องช่วยหายใจและตู้อบ ระหว่างปี ๒๕๕๑-๒๕๕๓ จำนวนทารกแรกเกิดกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นจาก ๒๘ เป็น ๕๔ ราย (อนุমানจากกลุ่มที่ต้องการการฉายแสงยูวี) โดยร้อยละ ๒๐-๓๐ เป็นคนไข้ส่งต่อมาจากในความดูแลของรพ.มหาราชนคร แต่เดิมนั้นนอกจากรพ.มหาราชนครแล้ว รพ.นครพิงค์(รพ.ศูนย์แห่งที่สองต่อจากรพ.มหาราชนคร)เป็นรพ.อีกแห่งที่สามารถให้บริการ NICU ต่อมาปี ๒๕๕๔จึงขยายขีดความสามารถให้รพ.สันทราย(รพ.ชุมชน ๖๐ เตียง จัดอยู่ในระดับการส่งต่อผู้ป่วยขั้นที่ ๒.๑ ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข)สามารถให้บริการนี้ได้จำนวน ๖ เตียง^(๖) โดยมีจำนวนทารกแรกเกิดกลุ่มนี้ในความดูแลเพิ่มจาก ๕ รายในปี ๒๕๕๑ เป็น ๑๒ รายในปี ๒๕๕๓ ภูมิภาคเหนือใกล้เทศบาลนครเชียงใหม่เป็นเงื่อนไขสำคัญประการหนึ่งในการได้รับเลือกให้รับภาระนี้ โดยเชื่อว่าสามารถดึงดูดและธำรงรักษาแพทย์เฉพาะทางได้ดีกว่ารพ.ชุมชนที่ไกลออกไป อย่างเช่น รพ.ฝาง (ระดับ๒.๓) รพ.สันป่าตอง(ระดับ๒.๒) รพ.จอมทอง (ระดับ๒.๓)

นอกจากบริการประเภทดังกล่าวเป็นตัวอย่างแล้ว ยังมีบริการส่งต่อคนไข้กลุ่มอื่น เช่น ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร ฉุกเฉินป้องกัน ความต้องการของคนไข้ระดับปฐมภูมิ เหล่านี้ก็อยู่ในขอบเขตของการพัฒนาบริการส่งต่อของเครือข่ายภาคเหนือตอนบนด้วย

กระบวนการนำส่งคนไข้ได้มาตรฐานขึ้น

การเพิ่มพูนทักษะให้ทีมนำส่งผู้ป่วยนั้น ในระยะสั้นอาจบ่งชี้ความสำเร็จด้วยการติดตามวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยเจ็บตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยมุมมองเช่นนี้ พบหลักฐานว่า ความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บขณะนำส่งลดลงอย่างต่อเนื่องระหว่างปีพ.ศ.๒๕๕๐ ถึง ๒๕๕๒ เช่น การ monitor oxygen ผิดพลาดลดลงจากร้อยละ ๗๕ เหลือ ๔๗ ECG จากร้อยละ ๙๐ เหลือ ๗๓ การยึดตรึงกระดูกคอกจากร้อยละ ๔๔ เหลือ ๒๖ เป็นต้น^(๗) การเปลี่ยนแปลงนี้คล้ายกับที่ปรากฏในเครือข่ายนำส่งผู้ป่วยเจ็บจังหวัดขอนแก่น ความแตกต่างที่น่าสนใจคือเครือข่ายภาคเหนือนี้เอาศักยภาพย้อนกลับผลการตรวจสอบกระบวนการดูแลคนไข้ระหว่างนำส่งให้แก่ผู้ปฏิบัติเพียงปีละครั้ง ในขณะที่เครือข่ายจังหวัดขอนแก่นย้อนกลับเกือบจะทันทีที่มีการนำส่งแต่ละราย การวิจัยเชิงเปรียบเทียบอย่างเป็นระบบระหว่างวิธีปฏิบัตินี้ระหว่างสองเครือข่ายน่าจะให้เห็นต้นทุนประสิทธิผล (cost-effectiveness) ว่าแตกต่างกันหรือไม่ ทำให้เห็นว่าสมาชิกเครือข่ายสัมพันธ์กันอย่างแน่นแฟ้นเพียงใด อันมีความหมายต่อความยั่งยืนของการพัฒนาระบบส่งต่อคนไข้

นอกจากกลุ่มผู้ป่วยเจ็บแล้ว กระบวนการพัฒนาทักษะการคัดคนไข้แต่เนิ่นๆและนำส่งโดยเร็วที่สุดให้แก่รพ.ชุมชน (อันเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบนำส่งคนไข้กลุ่มนี้) ยังทำให้การนำส่งคนไข้หัวใจขาดเลือดในเครือข่ายภาคเหนือตอนบนมีการพัฒนาก้าวหน้าอย่างชัดเจน โดยสามารถลดระยะเวลาการเข้าถึงการถ่ายยาหลอดเลือดจากค่ามัธยฐานเดิมมากกว่า ๑๐๐ นาที เหลือต่ำกว่า ๑๐๐ นาทีในเวลาอันน้อยกว่าหนึ่งปี^(๘) ยังผลให้คนไข้ได้รับการรักษาตามมาตรฐานนี้เพิ่มขึ้นทำนองเดียวกัน กรณีโรคหลอดเลือดสมองอุดตันฉับพลันการพัฒนาทักษะให้รพ.ชุมชนลักษณะเดียวกันทำให้คนไข้ร้อยละ ๘๘ ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลาตามมาตรฐาน (N=97)^(๙)



รูปที่ ๖ ระบบส่งต่อคนไข้หัวใจขาดเลือดฉับพลัน เครื่องช่วยภาคเหนือตอนบน (ภาพนี้ได้จากความเอื้อเฟื้อของพ.ยุทธศาสตร์ จันทรทิพย์ รพ.สันทราย)

การนำส่งคนไข้ที่เหมาะสม ยังต้องอาศัยการวางระบบที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเข้าใจและปฏิบัติสอดคล้องกันจึงจะเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง นอกจากนี้ภาพใหญ่ของระบบส่งต่อคนไข้ในรูปแบบที่ ๒ แล้ว ยังมีระบบส่งต่อย่อยๆทับซ้อนกันอย่างบูรณาการ (fractal pattern) รองรับคนไข้แต่ละกลุ่มที่มีความต้องการต่างกัน ดังตัวอย่าง ระบบส่งต่อคนไข้หัวใจขาดเลือดฉับพลัน ดังรูปที่ ๖ ซึ่งจะเห็นความเชื่อมต่อของข้อมูลคนไข้หลายรูปแบบ และความชัดเจนของกฎเกณฑ์การตัดสินใจร่วมกัน สอดคล้องกับคุณลักษณะพึงประสงค์ของระบบส่งต่อคนไข้ทางวิชาการ ๓ ประการได้แก่ informational continuity, management continuity, relational continuity (ดูความหมายในรูปที่ ๗)^(๑๐) ทำนองเดียวกันเมื่อคำนึงถึง

^{๑๐}ระบบการส่งต่อเขต ๑๕,๑๖ เป็นเครือข่ายที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ มีความสมานฉันท์และเอื้ออาทรต่อกัน

Three types of continuity

Informational continuity—The use of information on past events and personal circumstances to make current care appropriate for each individual
Management continuity—A consistent and coherent approach to the management of a health condition that is responsive to a patient's changing needs
Relational continuity—An ongoing therapeutic relationship between a patient and one or more providers

รูปที่ ๗ คุณลักษณะพึงประสงค์ของระบบส่งต่อคนไข้

เป้าหมายที่ ๑ ของการพัฒนาาระบบส่งต่อ^{๑๑} ก็คือพบความสอดคล้องกับคุณลักษณะดังกล่าวในสองประการหลัง

การระดมศักยภาพของรพ.เอกชน

ด้วยความตระหนักในข้อจำกัดด้านแพทย์เฉพาะทาง เครื่องมือแพทย์และจำนวนเตียงของรพ.รัฐ จึงได้มีการพิจารณารพ.เอกชนเป็นทางเลือกหนึ่งในการปิดช่องว่าง การใช้ทางเลือกนี้



อาศัยข้อตกลงที่ชัดเจน^(๑๑) ได้แก่การส่งต่อคนไข้ต้องผ่านศูนย์ประสานงานการส่งต่อโรงพยาบาลนครพิงค์ ต้องไม่สามารถเข้ารักษาในภาครัฐบาลได้ เป็นคนไข้ที่ใช้สิทธิบัตรทอง ต้องมีการติดตามคนไข้ และให้รับตัวเข้าภาครัฐบาลกรณีที่สามารถรับกลับได้ ความสำเร็จในการใช้ทางเลือกนี้สะท้อนความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการเครือข่ายได้อย่างน่าสนใจอย่างไรก็ตาม ด้วยภาระค่าบริการที่สูงของรพ.เอกชน ทางเลือกนี้จึงถูกใช้น้อยลงเมื่อรพ.รัฐมีความพร้อมมากขึ้น(จำนวนคนไข้ส่งต่อ รพ.เอกชนลดลงจาก ๕๘๘ รายในปีพ.ศ.๒๕๕๒ เหลือ ๘๐ รายในปี ๒๕๕๓) ข้อจำกัดอีกประการของการใช้ทางเลือกนี้คือ ช่วงนอกเวลาราชการนั้น รพ.เอกชนไม่สามารถตัดสินใจรับคนไข้ที่ไม่มั่นใจว่าคนไข้สามารถจ่ายได้เนื่องจากฝ่ายประกันสุขภาพของรพ.ทำงานเฉพาะเวลาราชการ

เมื่อคำนึงถึงบทเรียนที่สปสช.สามารถกระตุ้นด้วยแรงจูงใจทางการเงินให้รพ.เอกชน(รพ.ศุภมิตรเสนา)มาให้บริการผ่าตัดต่อกระดูกจนทำให้จำนวนคนไข้ที่รอการเปลี่ยนเลนส์ตาเทียมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยอาศัยการจัดซื้อเลนส์เทียมแบบรวมหมู่ (collective purchasing) จนทำให้ได้ราคาที่ต่ำลงมากจนสามารถลดต้นทุนโดยรวมของการผ่าตัดใส่เลนส์

เทียมได้อย่างมาก ทำให้เกิดข้อคิดว่า การวิเคราะห์โครงสร้างต้นทุนอย่างละเอียด ช่วยให้เห็นโอกาสที่จะจัดการกับหน่วยต้นทุน(cost centers)ต่างๆได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การดึงดูรพ.เอกชนให้จัดบริการตามความถนัดได้ในที่สุด

คนไข้ส่งต่อได้รับการปฏิเสธน้อยลงและประสานงานได้เร็วขึ้น

ปัญหาพื้นฐานอย่างหนึ่งในระบบส่งต่อคนไข้ดังที่ทราบกันดี คือ รพ.ปลายทางปฏิเสธที่จะรับคนไข้ด้วยเหตุผลต่างๆ ภาวะนี้จึงเป็นดัชนีวัดการเปลี่ยนแปลงการพัฒนาระบบส่งต่อคนไข้ที่ไม่อาจมองข้าม สถิติเปรียบเทียบระหว่างปี ๒๕๕๓ และ ๒๕๕๔ (รูปที่ ๘) แสดงว่า ในขั้นแรกของการประสานงานนั้น รพ.ปลายทางปฏิเสธการรับคนไข้น้อยลง และในที่สุดนั้นสามารถประสานการส่งต่อคนไข้ทุกรายได้สำเร็จ

ประการต่อมา ระยะเวลาการประสานงานนับเป็นอีกประเด็นพื้นฐาน สถิติของเครือข่ายภาคเหนือตอนบนแสดงให้เห็นว่า ตั้งแต่เดือนตุลาคม๒๕๕๒ ถึงกันยายน๒๕๕๓ สัดส่วนคนไข้ที่ต้องใช้เวลาประสานการส่งต่อมากกว่า ๓๐ นาทีลดลงอย่างเด่นชัดจากเดิมร้อยละ ๑๒ เหลือร้อยละ ๕^(๗) เมื่อย้อนกลับไปพิจารณาการติดตามเวลาในระบบย่อย คือ

ตัวชี้วัด	ผลการประเมินการถูกปฏิเสธการส่งต่อปี 2553และ2554									
	เชียงใหม่		ลำปาง		ลำพูน		แม่ฮ่องสอน		เขต 15	
	2553	2554	2553	2554	2553	2554	2553	2554	2553	2554
ร้อยละของการปฏิเสธการส่งต่อ 4 ระดับ										
ในจังหวัด	15.07%	10.17%	2.59%	0.00%	9.43%	4.26%	13.81%	7.08%	11.29%	7.08%
ในเขต	23.21%	23.88%	24.65%	5.81%	39.09%	24.76%	23.12%	15.28%	26.69%	15.28%
นอกเขต	52.63%	24.62%	0%	0.00%	0%	0%	0%	0%	33.3%	23.88%
ส่วนกลาง (กรมการแพทย์)	7.06%	14.15%	0%	0.00%	0%	0%	32.26%	0%	10.78%	14.15%

รูปที่ ๘ โอกาสที่รพ.ปลายทางปฏิเสธการรับคนไข้ส่งต่อเมื่อประสานงานครั้งแรกปี ๒๕๕๓ เทียบกับ ๒๕๕๔

บริการช่องทางด่วนคนไข้ตลอดเล็ดตมองอดตันฉบับพลัน และคนไข้ตลอดเล็ดหัวใจขาดเลือดฉบับพลัน ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินก็ได้ข้อคิดว่า น่าจะมีความจำเป็นสำหรับระบบการดูแลคนไข้ฉุกเฉินกลุ่มอื่น ๆ ที่ต้องติดตามเวลาการไหลเวียนคนไข้ในแต่ละชั้นตอนสำคัญอย่างใกล้ชิดในลักษณะเดียวกัน

โอกาสในการพัฒนา

RIM continuity

ภายใต้มิติความต่อเนื่อง (continuity) ของระบบส่งต่อคนไข้ ๓ ประการได้แก่ relational, informational และ management อาจกล่าวได้ว่า ระบบส่งต่อคนไข้ภาคเหนือตอนบนที่กล่าวมาเป็นไปตามมิติความต่อเนื่องสามด้านนี้โดยครบถ้วนในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามยังมีโอกาสในการพัฒนารออยู่ข้างหน้าในแต่ละด้าน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Relational continuity ในมุมมองของคนไข้ การได้รับการดูแลโดยบุคลากรต่างสถานพยาบาลแต่ปฏิบัติต่อกันต่อเนื่องเหมือนหนึ่งเป็นพวกเดียวกัน นับเป็นเงื่อนไขสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จของการจัดบริการส่งต่อ แม้ว่าท้ายที่สุดคนไข้อาจพิการหรือเสียชีวิตก็ตาม การปฏิบัติตัวอย่างน้อยน่าจะครอบคลุมถึงการสื่อสารด้วยปิยวาจา (พูดความจริง ถูกเวลา ถูกสถานที่ พูดในสิ่งที่เป็ประโยชน์ และพูดจาไพเราะเสนาะหู) การให้บริการด้วยความกระตือรือร้นตามความจำเป็นที่คนไข้พึงจะได้รับ การรับฟังความห่วงใยวิตกกังวลของคนไข้และญาติด้วยท่าทีเต็มใจ การสื่อสารสาระสำคัญของการดูแลรักษาอย่างคงเส้นคงวาโดยบุคลากรต่างฝ่าย ต่างสถานพยาบาลเพื่อป้องกันความสับสน คับข้องใจ ถ้าจะพัฒนามิตินี้ได้จำเป็นต้องมีเครื่องชี้วัดที่ทุกฝ่ายเห็นชอบร่วมกันและนำไปสู่การติดตามกำกับ ปรับปรุงอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

Informational continuity แม้ว่าแผนผังการไหลเวียนคนไข้ที่กล่าวมาเป็นข้อบ่งชี้แน่ชัดว่า มีความพยายามอย่างน่าชมเชยให้เกิดการประสานส่งต่อข้อมูลทางคลินิกระหว่างรพ.อย่างเป็นระบบครอบคลุมหลายช่องทาง และพยายามให้ช่องว่างในการสื่อสารเกิดขึ้นน้อยที่สุด รวมทั้งได้ข้อมูลครบถ้วนทันใช้ในจังหวะที่จำเป็น ดังตัวอย่างการเน้นย้ำให้แพทย์

หารือกับแพทย์ด้วยตนเองโดยตรง การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อส่งผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจจากรพ.ต้นทางไปรพ.ปลายทาง กรณีบริการช่องทางด่วนในโรคหัวใจขาดเลือดฉบับพลัน การลดการส่งต่อคนไข้ระดับปฐมภูมิด้วยระบบให้คำปรึกษาทางไกล เป็นต้น ในความเป็นจริงเชื่อว่ายังคงมีความหลากหลาย แปรปรวนในทางปฏิบัติที่อาจบั่นทอนคุณภาพบริการ ระหว่างกลุ่มคนไข้ ระหว่างคนไข้แต่ละรายในกลุ่มเดียวกัน จึงจำเป็นต้องมีระบบติดตาม กำกับ แล้วประมวลวิเคราะห์เพื่อนำมาหารือร่วมกันเป็นระยะสม่ำเสมอ ดังตัวอย่างการประเมินวิธีการนำส่งผู้บาดเจ็บแล้วป้อนกลับจนทำให้บริการเข้าสู่เกณฑ์มาตรฐานเพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด

Management continuity บริการช่องทางด่วนโรคหัวใจขาดเลือดตลอดฉบับพลัน นับเป็นตัวอย่างสะท้อนว่าโรคหรือการบาดเจ็บที่มีความซับซ้อน ต้องทำงานกันเป็นทีมและเครือข่ายภาคเหนือก็จัดการให้เกิดมรรคผลได้จริงอย่างน่าชื่นชม เปรียบได้ดั่งการวิ่งผลัดที่ไม่ถูกส่งต่อจากมือหนึ่งสู่มือถัดไปอย่างแม่นยำว่องไว จนทำให้กระบวนการดูแลคนไข้ไม่สะดุด ซึ่งชัดเจนว่าเป็นไปได้เพราะทุกฝ่ายร่วมกันวางแผน/แนวปฏิบัติที่เข้าใจตรงกัน (เช่น interhospital triage guideline, referral audit) จนเกิดการปฏิบัติร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ การขยายผลไปสู่กลุ่มโรคอื่นๆทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินนับเป็นความท้าทายประการหนึ่ง เช่นเดียวกัน การมีแผนหรือแนวปฏิบัติร่วมกันยังจำเป็นต้องอาศัยความยืดหยุ่นตามสถานการณ์หรือ/และความต้องการของคนไข้แต่ละรายที่ไม่ได้เหมือนกันโดยสิ้นเชิง ถ้ามีการสรุปทบทวนจากการปฏิบัติด้วยความยืดหยุ่นนี้พอสมควร เชื่อว่าจะนำไปสู่การปรับปรุงแผน/แนวปฏิบัติให้ทันสมัยยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าสามารถสื่อสารบทเรียนข้ามกลุ่มโรค/ทีมผู้ให้บริการได้

เทียบกับการวิ่งผลัด ระบบส่งต่อคนไข้ นับว่าซับซ้อนกว่ามาก เพราะมีไม่ได้รับและส่งพร้อมๆกันมากกว่าหนึ่งท่อน และนักวิ่งแต่ละคนก็มีค่านิยมและลีลาการวิ่งส่งไม่ต่างกัน จึงเป็นที่มาของ call center ทำหน้าที่ประสานการรับส่งคนไข้รอบทิศ ความยากลำบากของงานตำแหน่งนี้เป็นเงื่อนไขท้าทายการ



บริหารจัดการให้ได้ผู้ปฏิบัติที่มีคุณสมบัติเหมาะสมทั้งด้านความรู้ ทักษะและแรงจูงใจ การตอบสนองความท้าทายนี้ส่วนหนึ่งชัดเจนว่าเป็นโจทย์ของผู้บริหารรพ. อีกส่วนหนึ่งอาจต้องอาศัย การสนับสนุนจากภายนอกในการจัดระบบแรงจูงใจทั้งที่เป็น เงินและไม่ใช้เงิน

การป่วยตาย การไหลเวียนคนไข้ และความไม่แน่นอนของตัวเลข

แม้ว่าอัตราป่วยตายโดยรวมของผู้ป่วยในคงที่ (ตารางที่ ๑) แต่ดูเหมือนว่าอัตราป่วยตายในกลุ่มบาดเจ็บทางสมองเพิ่มขึ้น แม้ยังไม่มีความสำคัญทางสถิติ (p ๐.๓๖๑)ⁱⁱⁱ เมื่อพิจารณาระบบการไหลเวียนคนไข้ตามรูปที่ ๔ (“ไม่ต้องผ่าตัด...รับนอนรพ.นครพิงค์”) อาจอนุมานได้ว่า มีความเป็นไปได้ที่คนไข้กลุ่มนี้ซึ่งพยากรณ์โรคไม่ดีกระจุกตัวที่รพ.นครพิงค์ คำถามที่น่าสนใจอาจได้แก่ การพิจารณาว่ารพ.นครพิงค์จัดบริการรองรับคนไข้กลุ่มนี้อย่างไรจึงจะเหมาะสมที่สุดในแง่ประสิทธิภาพการ

ใช้ทรัพยากรและการลดความเสี่ยงที่จะถูกฟ้องร้อง การวิเคราะห์ข้อมูลคนไข้กลุ่มลึ้นหวังก็อาจจะช่วยให้เห็นโอกาสเชื่อมโยงต่อเนื่องไปสู่การป้องกัน ดังเช่นที่รพศ.ขอนแก่นได้แสดงแบบอย่างไว้จนได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลกและไจก้า^{iv,v}

เมื่อแยกแยะเฉพาะรายงานของรพ.มหาสารฯ ปรากฏว่า อัตราป่วยตายของผู้บาดเจ็บทุกประเภทลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p ๐.๐๐๐๔) ตั้งแต่ปี ๒๕๔๔ ถึง ๒๕๕๓ จากร้อยละ ๗.๓๕ เหลือ ๕.๓๘^(๑๑) โดยที่การป่วยตายในกลุ่มที่ป้องกันการตายได้ลดเหลือร้อยละ ๐.๐๐ ในปี ๒๕๕๓ (ปี ๒๕๕๑ เท่ากับร้อยละ ๐.๓๒) ในระยะเวลาดังกล่าว ค่าเฉลี่ยจำนวนวันนอนรพ.ของผู้บาดเจ็บสมองรุนแรงลดลงจาก ๑๕.๕ วันเหลือ ๑๑.๔ วัน หลักฐานสองชิ้นนี้บ่งชี้โอกาสในการพัฒนาการดูแลผู้บาดเจ็บทางสมอง โดยมีประเด็นที่น่าจะสำคัญคือ การประสานงานภายในรพ.ปลายทาง ดังจะเห็นได้

ตารางที่ ๑ ผลผลิตและผลลัพธ์การดูแลคนไข้ในกลุ่มบาดเจ็บสมองตั้งแต่ปี ๒๕๕๑-๕๔ เครื่องมือส่งต่อคนไข้ภาคเหนือตอนบน^(๑)

ลักษณะผลลัพธ์	ปี ๒๕๕๑	ปี ๒๕๕๒	ปี ๒๕๕๓	ปี ๒๕๕๔*
จำนวนผู้ป่วยใน (ราย)				
ภาพรวม รพ.	๔๘,๘๘๗	๕๑,๘๘๘	๕๖,๐๐๐	๑๘,๑๕๖
บาดเจ็บสมอง	๒๖๗	๓๘๘	๔๕๐	๒๘๘
จำนวนผู้ป่วยในเสียชีวิต (ราย)				
ภาพรวม รพ.	๑,๓๐๕	๑,๒๐๘	๑,๔๔๑	๔๕๖
บาดเจ็บสมอง	๑๖	๒๘	๔๐	๑๗
%case fatality				
ภาพรวม รพ.	๒.๗%	๒.๓%	๒.๖%	๒.๕%
บาดเจ็บสมอง**	๖.๐%	๗.๒%	๘.๙%	๕.๙%
วันนอนเฉลี่ยคนละ (วัน)				
ภาพรวม รพ.	๓.๘๒	๓.๖๘	๓.๗๖	๓.๘๘
บาดเจ็บสมอง	๔.๘๘	๔.๘๘	๕.๘๗	๔.๗๘

*ม.ค.- ส.ค. **chi-square p value: ๐.๓๖ (คำนวณโดยผู้เขียน)

ⁱⁱⁱ ไม่แน่ชัดว่าตัวเลขเหล่านี้เป็นของทุกรพ.รัฐและเอกชน หรือ รพ.รัฐเท่านั้นรวมกันในเครือข่าย

^{iv} http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/services/guidelines_traumacare/en/index.html

^v http://www.jica.go.jp/english/evaluation/project/term/as/๒๐๐๔/tha_๐๒.html

จากรูปที่ ๔ ว่ามีขั้นตอนที่ระบุว่า ก) “มีบางแผนกไม่รับ” ซึ่งถ้าสืบหาสาเหตุที่คลี่คลายได้ในเชิงบริหารก็จะทำให้มีเอกภาพในการตัดสินใจและตอบสนองของความจำเป็นของผู้บาดเจ็บทางสมองมากขึ้น ข) “เจ้าหน้าที่ที่มารองส่งผู้ป่วย CT ประมาณ ๒ ชม.” ข้อเท็จจริงนี้น่าจะนำไปสู่การสืบหาสาเหตุเพื่อลดระยะเวลาในขั้นตอนนี้เพื่อที่คนไข้จะได้รับการรักษาที่เหมาะสมโดยเร็วยิ่งขึ้น

นอกจากตัวเลขเกี่ยวกับผู้บาดเจ็บทางสมองแล้ว กรณีทารกแรกเกิดนั้นตัวเลขป่วยตายในกลุ่มนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑.๓ ในปี ๒๕๕๑ เป็น ๑๓.๑ ในปี ๒๕๕๔ โดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p ๐.๐๙๙) อย่างไรก็ตามผู้เสนอรายงานระบุว่าแนวโน้มนี้จะเกิดจากการรับรู้แลทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยลงต่อเนื่อง (ถ้าไม่รวมตัวเลขปี ๒๕๕๔ ซึ่งยังไม่ครบปี ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๒ เป็นร้อยละ ๔๔ แต่หากคิดเฉพาะที่น้ำหนักต่ำกว่า ๑,๐๐๐ กรัม กลับปรากฏแนวโน้มลดลง^{vi})

ความไม่แน่นอนของผลการวิเคราะห์ดังกล่าว บ่งชี้ความจำเป็นที่จะต้องติดตามรวบรวมตัวเลขและวิเคราะห์ผลโดยคำนึงถึงตัวกวน (confounders) ให้รอบคอบมากขึ้น การจัดตั้งฐานข้อมูล www.lannareferal.org^(vii) บ่งชี้ความตระหนักในเรื่องนี้ของผู้รับผิดชอบพัฒนาเครือข่ายบริการส่งต่อภาคเหนือตอนบน อย่างไรก็ตาม การลงทุนพัฒนาศักยภาพในส่วนสนับสนุนการพัฒนาระบบเช่นนี้ดูเหมือนยังไม่มีทำให้ความสำคัญเท่าที่จำเป็นในระดับประเทศ สะท้อนถึงกระบวนการคิดในการจัดสรรงบประมาณในระบบบริการสุขภาพที่มักเข้าใจกันว่าเป็นงานบริการล้วนๆ (ดังจะเห็นได้จากงบประมาณ สปสช.ด้านบริหารจัดการที่ดูเหมือนจะต่ำที่สุดในโลก คือต่ำกว่าร้อยละ ๑^{vii}) ถ้าจะมีการลงทุนก็มุ่งเฉพาะเรื่องตึก และครุภัณฑ์เท่านั้น โดยมองข้ามการพัฒนาขีดความสามารถด้าน

^{vi} ร้อยละ ๙.๕ ๑๑.๙ ๕.๙ สำหรับปี ๒๕๕๑-๕๓ตามลำดับ

^{vii} งบประมาณกองทุนสุขภาพของแคลิฟอร์เนีย เท่ากับร้อยละ ๒๕ ของแคนาดา ร้อยละ ๑๐-๑๕ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (Kahn JG et al *The cost of health insurance administration in California: estimates for insurers, physicians, and hospitals. DataWatch. Health Affairs* ๒๔, no. ๖ (๒๐๐๕): ๑๖๒๙-๑๖๓๙)

การวิเคราะห์ วิจัย และวางแผนเพื่อพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

ความกังวลว่าจะขาดทุน

“financial ของ UC กับของข้าราชการจะมีปัญหา... ระบบทำให้ไม่มั่นใจมากกว่าว่าจะได้รับกลับคืนมาเพราะว่ามันไม่มีเจ้าภาพค่ะ”

“อุบัติเหตุโดยเฉพาะ head injury ใช้ทรัพยากรเยอะในทุกๆด้านเลยคะ แล้วก็โรคที่น่าจะลง (ทะเบียน...ผู้เขียน) ไว้ (ในกลุ่มโรคค่าใช้จ่ายสูง...ผู้เขียน) แต่ทำไมถึงบอกว่าไม่ประกันราคาตรงนี้ด้วยเพราะว่ากลุ่มโรคอื่นๆเขาประกันราคากันหมดยกเว้นโรคนี้คะ “

“เด็กแรกคลอดน้ำหนักตัวน้อยเขาจะให้บัตร IRW มาเลย ๙,๐๐๐ ค่ะ แต่ว่าของ head injury ตามยถากรรม ปีที่แล้วได้ ๕,๐๐๐ ปีนี้เงินเหลือก็ให้ ๗,๐๐๐ ค่ะ”

มุมมองของผู้ปฏิบัติตั้งยกตัวอย่างข้างต้นสอดคล้องกับตัวเลขทางการเงินที่รพ.บางแห่งวิเคราะห์เพื่อสื่อสารไปถึงกองทุนสุขภาพต่างๆ

ตัวเลขรายรับ-รายจ่ายการให้บริการบางกลุ่มโรคของรพ.มหาราชฯ ได้แก่ บาดเจ็บสมอง บาดเจ็บทั่วไป-ฉุกเฉินทารกแรกเกิด แสดงว่า อัตราการคืนทุนเท่ากับร้อยละ ๔๗ ๔๓ และ ๔๙ ตามลำดับ ไม่ว่าความถูกต้องแม่นยำของตัวเลขจะเป็นที่ถกเถียงหรือไม่ เพียงใด ที่แน่นอนคือ ผู้ให้บริการมีความวิตกชัดเจนเกี่ยวกับสถานะการเงินของตน และจำเป็นที่จะต้องหาข้อยุติร่วมกันหากคำนึงถึงแรงจูงใจทางการเงินเพื่อให้สถานพยาบาลสามารถรับผิดชอบต่อบทบาทการรับส่งคนไข้ได้อย่างยั่งยืน การลาออกโดยพร้อมเพรียงกันของพยาบาลที่กล่าวแต่แรก น่าจะเป็นอุทกภัยที่เตือนผู้เกี่ยวข้องถึงอำนาจต่อรองทางการเมืองของผู้ให้บริการที่ไม่อาจมองข้าม ล่าสุดในรายงานวิเคราะห์ผลกระทบของการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพระหว่างปีพ.ศ.๒๕๕๔ ถึง ๒๕๕๙ บ่งชี้ว่าการสนับสนุนทางการเงินแก่สถานพยาบาลไม่เพียงพอต่อการจัดบริการให้มีคุณภาพ^(๑๒)

ในด้านการเงินการคลัง ผู้ปฏิบัติมีข้อสังเกตว่า การจัดสรรเงินเพื่อพัฒนารพ.ปลายทางในระดับเขตลำปางไปทั่วจังหวัดลำปางทั้งๆที่มีภาระงานและจำนวนประชากรน้อยกว่า



รพศ. นครพิงค์ที่จังหวัดเชียงใหม่ ความล่าช้าเช่นนี้จะเห็นได้ชัดเจนเมื่อเทียบกับการพัฒนารพศ. ขอนแก่นและรพศ. หาดใหญ่ให้เป็นรพ. ปลายทางเคียงคู่กับรพ. มหาวิทยาลัยในจังหวัดเดียวกัน ประเด็นที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าเรื่องกำไรขาดทุน คือการวิเคราะห์ต้นทุนเพื่อนำไปสู่การออกแบบวิธีสร้างแรงจูงใจทางการเงินให้แก่ผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน โดยคำนึงถึงการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ดังได้กล่าวถึงเรื่องการซื้อบริการผ่าตัดใส่เลนส์เทียมไปแล้วข้างต้น

ประการสุดท้าย ผู้ปฏิบัติมีข้อสังเกตว่า คณะกรรมการพัฒนาศักยภาพในระดับเขตที่มีผู้ตรวจราชการกระทรวงเป็นประธานหรือระดับจังหวัดเองที่มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นประธาน แม้เป็นกลไกสำคัญในการแก้ปัญหาในเชิงนโยบายและจัดสรรทรัพยากร แต่ยังมีข้อจำกัดในการผลักดันให้นโยบายเกิดผลในทางปฏิบัติเท่าที่ควร จึงยังเกิดปัญหาวนเวียนซ้ำซาก

สรุป

มีคำกล่าวที่ว่า “ไม่มีคำทำนายอนาคตใดจะแม่นยำเท่ากับ คำทำนายของผู้กำหนดชะตากรรมของตนเองด้วยความเพียรไปสู่ภาพฝันในอนาคตของคนนั้นๆ” เรื่องราวการเปลี่ยนแปลงระบบส่งต่อคนไข้ภาคเหนือตอนบน ช่างละม้ายคล้ายคลึงกับคำกล่าวนี้ไม่น้อย แม้ทีมงานไม่ได้ประกาศชัดว่า ภาพฝันนั้นคืออะไร แต่ก็ไม่ยากที่จะเข้าใจว่า พวกเขาปรารถนาว่าร่วมกันที่จะสร้างระบบส่งต่อคนไข้ที่เป็นเอกภาพโดยยึดประโยชน์ของคนไข้เป็นสำคัญ ถ้อยทีถ้อยอาศัยซึ่งกันและกัน เรียนรู้จากการปฏิบัติร่วมกัน ทุกคนเป็นทั้งผู้นำและผู้ตามสลับกันไปตามจังหวะโอกาสอันเหมาะสม ด้วยเป้าประสงค์เดียวกัน ยึดถือคุณค่าร่วมกัน มีความเชื่อร่วมกัน

ก่อนข้างชัดเจนว่า เจ็อนไขหลักบันดาลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เกิดจากภายในเครือข่าย จึงทำให้พวกเขายังมุ่งมั่นแม้มีอุปสรรคขวากหนาม ถ้าเข้าใจธรรมชาติเช่นนี้ของเครือข่ายระบบส่งต่อคนไข้ภาคเหนือตอนบน ส่วนกลางก็ควรให้ความสำคัญกับการรับฟังเสียงของผู้ปฏิบัติ เสียงของผู้รับประโยชน์ในพื้นที่ จึงจะสามารถให้การสนับสนุนส่งเสริมที่ช่วย

เติมคุณค่าให้แก่การเพียรไปสู่ภาพฝันนั้นได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

การจัดทำรายงานชิ้นนี้ได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

เอกสารอ้างอิง

๑. เทศบาลนครเชียงใหม่. วิถีพิเศษ สารานุกรมเสรี; Available from: URL: <http://th.wikipedia.org/wiki/เทศบาลนครเชียงใหม่>
๒. ผลิตภัณฑ์ภาคและจังหวัด(Gross regional & provincial product). สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; Available from: URL: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=96>
๓. ธรณี กาอี. สถิติการส่งต่อคนไข้. ศูนย์ประสานการส่งต่อ ปี พ.ศ. ๒๕๕๐ ถึง ๒๕๕๓; รพ. นครพิงค์.
๔. ระบบส่งต่อผู้ป่วยด้านศัลยกรรมประสาทโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. นำเสนอ ณ ห้องประชุม รพ.นครพิงค์ กันยายน ๒๕๕๔.
๕. Sombat Muengtawepongsa, Pompatr Dhammasaroja,Urai Kammark. Outcomes of intravenous thrombolytic therapy for acute ischemic stroke with integrated acute stroke referral network at no prior experience hospital: a prospective study. Presented at a policy forum on development of emergency medical services in Thailand. Suan Sam Pran Hotel, Nakhon Pathom. 24-25 December 2009.
๖. ยุทธศาสตร์ จันทร์ทิพย์. บริการหออภิบาลทารกแรกเกิด(NICU) รพ.สันทราย. นำเสนอ ณ ห้องประชุม รพ.สันทราย กันยายน ๒๕๕๔.
๗. ธรณี กาอี. การพัฒนาระบบการส่งต่อเขต15,16. นำเสนอในการประชุมเรื่องเจ็ระในระบบส่งการผู้ป่วย ณ โรงแรมเอเชีย กทม. ๒๕๕๔.
๘. รังสฤษฎ์ กาญจนะวณิชย์. เครือข่ายโรคหัวใจภาคเหนือตอนบน - Northern ACS Network. การประชุม 9th HA National Forum; 11-14 มีนาคม 2551.
๙. กรองกาญจน์ สุธรรม. โครงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. มีนาคม 2552 นำเสนอ ณ ห้องประชุม สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.
๑๐. Jeannie L Haggerty, Robert J Reid, George K Freeman et al. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003;327:22.
๑๑. นเรนทร์ โชติรสนิรมิต. Chiang Mai Referral System. นำเสนอ ณ ห้องประชุม รพ.มหาราชนครเชียงใหม่; กันยายน ๒๕๕๔.
๑๒. Jirawat Panpiemras, Thitima Puttitanun, Krislert Samphantharak, Kannika Thampanishvonga. Impact of Universal Health Care Coverage on patient demand for health care services in Thailand. Health Policy 2011;103:228-35.