

การพัฒนาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล

สุพัตรา ศรีวานิชชากอร์*

บทคัดย่อ

ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เกิดจากผู้ใช้บริการมากกว่าครึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตเมือง แม้มีปัญหาลดลงที่พยาบาลและแพทย์ทั่วไปสามารถบริการได้ ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์เฉพาะทาง แต่เมื่อไปรักษาที่หน่วยแพทย์ใกล้บ้านแล้วไม่ทุเลา หรือไม่ศรัทธาในคุณภาพ, ประกอบกับในเขตเมืองยังมีหน่วยบริการปฐมภูมิไม่ครอบคลุมเพียงพอ. ดังนั้นวิธีการแก้ปัญหาคือการพัฒนาบริการปฐมภูมิก่อนโรงพยาบาลใหญ่ให้มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ และสามารถดูแลต่อเนื่องทดแทนโรงพยาบาลได้. นอกจากนั้นสมควรทำการวิเคราะห์ข้อมูลให้ทราบว่าความแออัดเกิดขึ้นที่แผนกบริการใด ช่วงเวลาใด จะได้แก้ไขลดความแออัดได้อย่างสอดคล้อง. สำหรับกรณีผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเรื้อรังที่มีสถานภาพเวชกรรมคงที่ ควรจัดระบบดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นการเฉพาะและมีประสิทธิภาพ เช่นจัดการดูแลร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และอาจเปิดบริการรับยาต่อเนื่องจากร้านยาคุณภาพนอกโรงพยาบาล ก็เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดความแออัดได้. นอกจากนี้ในการแก้ปัญหาคือการพัฒนาในโรงพยาบาลต้องมีทีมรับผิดชอบจัดการเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง จริงจังโดยเฉพาะ.

คำสำคัญ: การลดความแออัด, โรงพยาบาลใหญ่

Abstract

Over-crowding Problems in Hospitals

Supatra Srivanichakorn

Institute of Health System Research, Ministry of Public Health, Nonthaburi

Overcrowding in hospitals' out-patient sectors is a chronic problem of public hospitals in Thailand. Patient visitors have to wait for a long time no matter how serious their illnesses. A reasonable step in solving this problem is to understand the nature of the attendants, i.e., who they are and why they come. It is known that over half of the visitors live in the local district; they come with every type of problem; most of the problems could be taken care of by practical nurses and general practitioners. The reasons for attending the hospital include ineffective treatment at primary care units, and inconvenience because there are not enough primary care units to cover the areas, and their quality is not well accepted. Therefore, an important approach to solving hospital overcrowding is strengthening the function of primary care units and forming them into a hospital network. Further, management is needed to find out which outpatient sections are crowded and when, so that supplemental services could be organized accordingly. Among the top five outpatients are those with diabetes mellitus and hypertension; these are chronic life-time patients. Thus, the service system for this group should be organized specifically and efficiently by linking the provision of care with primary care units and/or private dispensaries to relieve the patient pressure on big hospitals. Ultimately, owing to the complexity and variability of the problem, ad hoc teams should be established specifically to be responsible for managing and monitoring the system effectively.

Key words: hospital overcrowding, primary care unit

*สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน กระทรวงสาธารณสุข

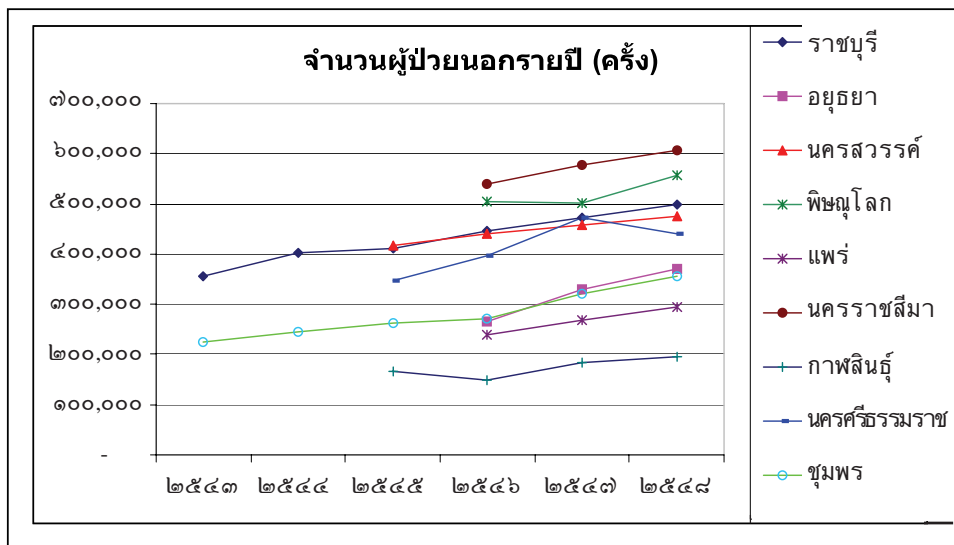
ภูมิหลังและเหตุผล

ความแออัดของโรงพยาบาลรัฐ ทำให้ผู้ป่วยต้องรอรับการตรวจนานไม่ว่าผู้ป่วยจะมีปัญหาสุขภาพรุนแรงมากน้อยเพียงใด เป็นปัญหาเรื้อรังในระบบบริการสุขภาพไทยที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง. การแก้ปัญหาต้องเริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้รู้สถานการณ์ปัญหา อันได้แก่ ลักษณะกลุ่มประชากรที่มาใช้บริการ, ภูมิลาเนา, ชนิดปัญหาสุขภาพ และสาเหตุการมารับบริการ เพื่อให้การแก้ไขได้ตรงจุด. ทัศนภาพที่คุ้นตา คือ ผู้ป่วยไปโรงพยาบาลรัฐแน่นมากตั้งแต่เช้าตรู่ รอคิว เพื่อรับบริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่ต้องคอยถึงบ่าย หรือเย็นกว่าจะได้กลับบ้าน. ผู้ให้บริการก็ต้องรีบเร่งให้บริการทันกับจำนวนผู้ป่วยที่รอคอย. ประเด็นการดูแลอย่างมีคุณภาพจึงไม่ต้องคอยกล่าวถึงมากนัก เพียงแต่ทำให้ภารกิจลุล่วงไปได้ ก็ถือว่าบรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้ถือว่าเป็นภาวะทุกข์ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ.

สภาพการณ์นี้ดำเนินตลอดมายาวนาน และมีแนวโน้มที่จะยืดเยื้อต่อไป และปริมาณผู้ใช้บริการจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (รูปที่ ๑) ถึงแม้จะมีการขยายและเพิ่มจำนวนโรงพยาบาล หรือบุคลากรผู้ให้บริการมีจำนวนมากขึ้นก็ตาม จึงเป็นประเด็น

ปัญหาที่ควรแก่การพิจารณาไตร่ตรองว่าเกิดจากเหตุปัจจัยอย่างไร ทำไมแก้ปัญหาไม่ได้สักที และหรือที่พัฒนาและแก้ไขไม่ตรงจุดหรืออย่างไร. ในระยะหนึ่งปีที่ผ่านมา ได้มีการพัฒนาโครงการร่วมกันของกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในการลดความแออัดโรงพยาบาลใหญ่ในเขตเมือง ภายใต้ชื่อโครงการว่า “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” โดยทดลองดำเนินการพัฒนาใน ๑๓ โรงพยาบาล ทั่วประเทศ.

ผู้เขียนที่อยู่ในคณะทำงานที่ประสานการพัฒนาโครงการเห็นว่าข้อมูลการวิเคราะห์และแนวทางการพัฒนาเรื่องนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาให้แก่โรงพยาบาลอื่นๆ เช่นเดียวกัน จึงขอนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของการบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่เข้าร่วมโครงการ ร่วมกับข้อมูลการวิจัยที่ได้เคยมีการศึกษามาก่อน เพื่อชี้ถึงประเด็นสำคัญในการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นแนวทางหลักส่วนหนึ่งในการลดความแออัดโรงพยาบาลลงได้. อนึ่งโครงการนี้ยังอยู่ในช่วงการเริ่มต้น ซึ่งจะได้นำมาเสนอความคืบหน้าเป็นระยะต่อไป.



แหล่งข้อมูล: รายงานประจำปีโรงพยาบาลของโรงพยาบาล ๕ แห่ง

รูปที่ ๑ แนวโน้มจำนวนผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ๕ แห่ง ปีพ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๘



วิธีแก้ไขความแออัดในโรงพยาบาล

การแก้ปัญหาความแออัดของโรงพยาบาลนั้น คงไม่มีสูตรสำเร็จในการพัฒนาที่เหมือนกันทุกแห่ง เพราะสถานการณ์แต่ละแห่ง แตกต่างกันไป แต่แนวทางค้นหาทางแก้ปัญหา อาจมีขั้นตอนหลักที่สำคัญเหมือนกันดังนี้

๑. ทำความรู้จักและเข้าใจธรรมชาติ และการให้บริการของประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ
๒. ค้นหา และสร้างทางเลือกใหม่ ในการพัฒนาบริการตามสภาพการณ์
๓. บริหารจัดการแก้ปัญหาแบบเดิมให้มีประสิทธิภาพ
๔. วางระบบบริหารจัดการ พัฒนา และติดตามอย่างต่อเนื่อง

๑. การรู้จักและเข้าใจ ธรรมชาติ และการให้บริการในพื้นที่นั้น ๆ ทำการวิเคราะห์บริการโรงพยาบาล ให้แจ่มชัด เพื่อชี้แนะแนวทางการแก้ปัญหาที่ตรงจุด วิเคราะห์ดูว่าคนกลุ่มใดที่มาใช้บริการ มาด้วยปัญหาสุขภาพแบบใด พยายามแปลผล และทำความเข้าใจว่าความนิยมของประชาชนในการใช้บริการเป็นอย่างไร ประเด็นที่ทำให้ประชาชนยังมาใช้บริการที่โรง-

พยาบาลใหญ่มีปัจจัยจากเรื่องใด.

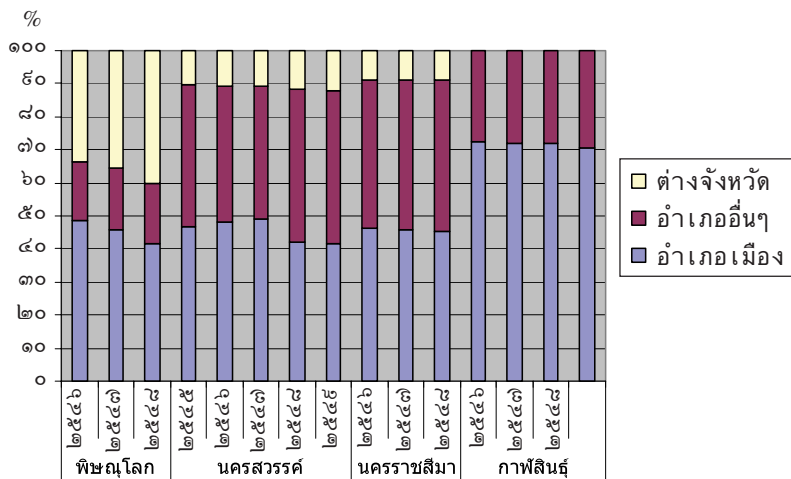
หากขาดขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ ก็จะทำให้กระบวนการพัฒนาเป็นแบบทำไปตามความคิดความเชื่อ หรือความถนัดของผู้ดำเนินการ โดยปราศจากหลักฐานข้อมูลประกอบการตัดสินใจ.

สถานการณ์แนวโน้มบริการผู้ป่วยนอก

ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยนอกแต่ละปีย้อนหลัง จะช่วยสะท้อนให้ตระหนักความรุนแรง, ความรวดเร็วของการเพิ่มความแออัดว่าเป็นอย่างไร และผลการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์จากการปรับระบบต่างๆ ที่กระทบต่อการใช้บริการได้ และให้ข้อสันนิษฐานในการค้นหาปัญหาต่อไปได้.

ข้อมูลผู้ป่วยนอกในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๓-๒๕๔๙ ของโรงพยาบาล ๙ แห่ง^(๑-๙) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเกือบทั้งหมด แต่ด้วยอัตราที่ไม่เท่ากัน นอกจากนี้ที่โรงพยาบาลนครศรีธรรมราชลดลง, โรงพยาบาลกาฬสินธุ์มีจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการเริ่มชะลอเกือบเท่าเดิม แสดงถึงแนวโน้มภาพรวมที่เหมือนกัน แต่มีรายละเอียด และประเด็นเฉพาะในแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน

สัดส่วนผู้ป่วยนอกตามภูมิภาค



แหล่งข้อมูล: รายงานโครงการ บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่ายของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๕๐

รูปที่ ๒ สัดส่วนของผู้ป่วยนอก จำแนกตามภูมิภาค พ.ศ. ๒๕๔๖-๒๕๕๘

ที่ควรมีการวิเคราะห์หาเหตุปัจจัยเฉพาะต่อไป. จากข้อมูลการติดตามการดำเนินงานจากโรงพยาบาลนครศรีธรรมราช ได้ข้อมูลว่าในพื้นที่เขตเทศบาลนครศรีธรรมราช มีการสร้างสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยเทศบาล ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งแบ่งไปใช้บริการที่สถานพยาบาลของเทศบาล. โรงพยาบาลสวรรคร์ประชารักษ์มีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นไม่เร็วเท่าโรงพยาบาลอื่นเข้าใจว่าเป็นผลจากการมีหน่วยศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเทศบาล ๗ แห่ง ที่มีการดำเนินการมาหลายปี ร่วมกับมีสถานพยาบาลเอกชนในเขตเมืองจำนวนมาก.

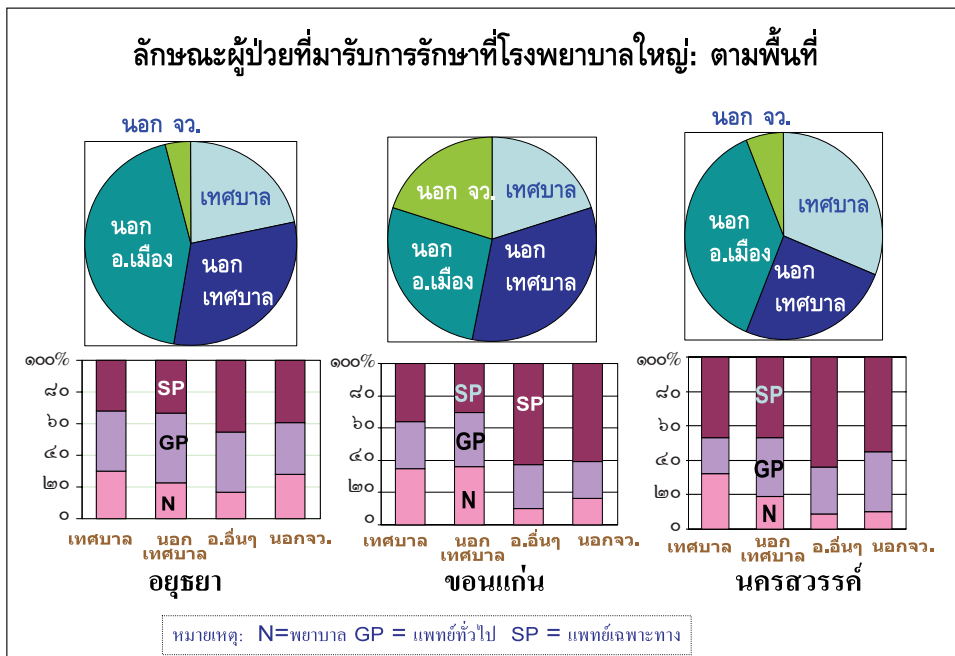
ภูมิสำเนาของผู้ใช้บริการ

เมื่อวิเคราะห์ถึงที่พักอาศัย หรือภูมิสำเนาของผู้ใช้บริการพบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยนอกประมาณครึ่งหนึ่ง มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง และบางโรงพยาบาลถึงร้อยละ ๗๕ แสดงว่าโรงพยาบาลใหญ่ มีบทบาทเป็นเสมือนโรงพยาบาลชุมชนของเขตอำเภอเมือง ที่นอกเหนือจากการเป็นโรงพยาบาล

รับส่งต่อ. โรงพยาบาลที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ เช่น โรงพยาบาลพุทธชินราช, โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จะมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่ส่งมาจากต่างจังหวัด มากกว่าโรงพยาบาลทั่วไป เช่น โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ (รูปที่ ๒). ข้อมูลส่วนนี้จะช่วยชี้ให้เห็นว่าประชากรกลุ่มใดควรจะเป็นเป้าหมายของการลดความแออัดได้บ้าง.

แบบแผนปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการ

จากข้อมูลการศึกษา ปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ขอนแก่น และนครสวรรค์^(๑๐-๑๒) พบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการที่มาจากเขตเทศบาลและเขตอำเภอเมือง ส่วนใหญ่เป็นปัญหาสุขภาพที่ดูแลได้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ทั่วไป (รูปที่ ๓) ซึ่งเมื่อรวมกับข้อมูลในตอนต้น ยิ่งทำให้เห็นชัดว่าโรงพยาบาลที่มีผู้บริการมาจากเขตอำเภอเมืองมากเท่าไร จำนวนของผู้ป่วยที่ดูแลได้โดยบุคลากรที่เป็น



แหล่งข้อมูล : รายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป เล่มที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๔๑

รูปที่ ๓ สัดส่วนของลักษณะปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา, โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลสวรรคร์ประชารักษ์ นครสวรรค์, จำแนกตามประเภทบุคลากรที่ควรให้การดูแล และพื้นที่ที่อยู่อาศัยของผู้รับบริการพ.ศ. ๒๕๔๐.



ตารางที่ ๑ สถิติโรคของผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ๑๐ อันดับแรก ปีงบประมาณ ๒๕๕๘

อันดับ	รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก		รพ.ชุมพรเขตอุดมศักดิ์		รพ.สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์	
	ชื่อโรค	จำนวน (ราย)	ชื่อโรค	จำนวน (ราย)	ชื่อโรค	จำนวน (ราย)
๑.	ความดันโลหิตสูง	๔๐,๑๕๓	ความดันโลหิตสูง	๑๖,๗๕๓	ความดันโลหิตสูง	๒๕,๖๑๗
๒.	เบาหวาน	๒๕,๘๐๘	การติดเชื้อทางหายใจ ส่วนบน	๑๕,๘๖๑	ระบบย่อยอาหาร	๒๘,๕๘๐
๓.	ความผิดปกติไข่มັນ	๑๕,๑๐๕	เบาหวาน	๕,๕๓๗	เบาหวาน	๒๒,๘๕๒
๔.	ติดเชื้อทางหายใจ ส่วนบน	๑๔,๒๖๗	ไข้	๖,๕๕๔	การติดเชื้อทางหายใจ ส่วนบน	๑๒,๓๔๘
๕.	โรคเหงือกและฟัน	๑๑,๒๖๕	ปวดท้อง	๕,๘๔๔	ฝากครรภ์	๕,๓๓๐
๖.	คออักเสบ	๖,๗๓๕	อาการท้องร่วง กระเพาะลำไส้ อักเสบจากการติดเชื้อ	๕,๕๔๒	ปวดหลัง และกล้ามเนื้อ	๔,๔๕๓
๗.	อาหารไม่ย่อย	๖,๐๘๑	คออักเสบเฉียบพลัน	๕,๒๐๔	วางแผนครอบครัว	๒,๘๗๐
๘.	ภาวะภูมิแพ้	๔,๕๐๗	เลือดมีไขมันสูงมากเกิน	๓,๕๕๗	คลินิกเด็กดี	๒,๑๑๓
๙.	ปวดข้อเข่า	๔,๘๑๖	ปวดกล้ามเนื้อ	๓,๔๘๔		
๑๐.	วิงเวียน	๔,๗๓๔	เพื่อย	๓,๓๕๑		

ที่มา: รายงานประจำปี ๒๕๕๘ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์ และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล และแพทย์ทั่วไป หรือเรียกว่า ทีมบริการปฐมภูมิ หรือทีมเวชปฏิบัติทั่วไปหรือเวชปฏิบัติครอบครัวยังมีมากขึ้น ซึ่งหมายถึงทางหลักทางหนึ่งในการแก้ปัญหาการให้บริการที่แน่นแออัดที่โรงพยาบาลใหญ่ ทำได้โดยการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิในเขตเมืองให้มีคุณภาพและครอบคลุมเพิ่มขึ้น เสริมและทดแทนโรงพยาบาลขนาดใหญ่.

เมื่อวิเคราะห์ลักษณะปัญหาสุขภาพของผู้มาใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาล พบว่าเป็นปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ คือ ปัญหาเรื่องเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคทางเดินอาหาร ดังตารางที่ ๑ ซึ่งช่วยยืนยันว่าปัญหาการให้บริการที่โรงพยาบาลใหญ่นี้ สามารถดูแลได้โดยทีมงานบริการปฐมภูมิ/ทีมเวชปฏิบัติครอบครัว ได้ประมาณครึ่งหนึ่ง

ฉะนั้นการเริ่มต้นพัฒนาเพื่อลดความแออัดโรงพยาบาลสามารถเริ่มต้นจากภาระงานส่วนใหญ่ที่ดำเนินการได้โดยทีมงานบริการปฐมภูมิ/เวชปฏิบัติครอบครัว, รวมทั้งประชาชน

ควรดูแลปัญหาสุขภาพพื้นฐานด้วยตนเองโดยไม่ต้องไปใช้บริการโรงพยาบาล. อีกส่วนหนึ่งที่ต้องการพัฒนา คือ การจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่หน่วยบริการปฐมภูมิเข้ามา ร่วม และสืบบทบาทในการดูแลอย่างเบ็ดเสร็จต่อเนื่องชัดเจนมากขึ้น ก็จะทำให้ลดความแออัดโรงพยาบาลได้ และที่สำคัญช่วยทำให้ประชาชนใช้บริการได้สะดวกขึ้น มีคุณภาพเพิ่มขึ้น. การจ่ายยาที่ร้านยาคุณภาพของเอกชนโดยใบสั่งยาจากโรงพยาบาลก็ช่วยระบายผู้ป่วยเรื้อรังได้อีกส่วนหนึ่ง.

เหตุผลที่ประชาชนข้ามขั้นตอนบริการ

การศึกษาผู้ป่วยที่ข้ามขั้นตอนไปใช้บริการที่โรงพยาบาล ขอนแก่น ๑๓ ไม่ใช้บริการโรงพยาบาลใกล้บ้าน พบว่าส่วนใหญ่รักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านแล้วไม่ดีขึ้น มีผู้แนะนำให้พบแพทย์เฉพาะทาง และอีกส่วนหนึ่งได้ย้ายเข้ามาพักเพื่อตัวในเขตเมือง ซึ่งแพทย์ที่โรงพยาบาลขอนแก่นให้ความเห็นว่าผู้ป่วยร้อยละ ๗๐ ควรส่งกลับไปรักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน มี

เพียงร้อยละ ๓๐ ที่เห็นสมควรรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น.

ข้อมูลจากการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า ยังมีปัญหาความไม่มั่นใจของประชาชนต่อคุณภาพการรักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน ความเข้าใจต่อแนวทางการดูแลรักษาไม่เพียงพอรวมทั้งระบบการส่งต่อยังไม่มีประสิทธิภาพ ที่จะทำให้ประชาชนมั่นใจต่อการดูแลรักษา ไม่ว่าจะรักษาที่สถานพยาบาลใด. ส่วนนี้เป็นข้อมูลเสริมที่ชี้ให้เห็นถึงแนวทางการพัฒนาบริการปฐมภูมิ ใกล้บ้าน ที่ต้องยกระดับคุณภาพ และสร้างความมั่นใจให้แก่ประชาชนควบคู่ไปด้วย.

การบริหารจัดการบริการในโรงพยาบาล

การพิจารณาว่าช่วงเวลาใด แผนกใดมีปัญหาความแออัด

สามารถทำการศึกษา และประเมินได้ดังตัวอย่างงานศึกษาที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา^(๑๐) เมื่อพ.ศ. ๒๕๔๐ ที่ศึกษาระยะเวลารอคอยแยกตามรายแผนก และตามจุดบริการต่าง ๆ ดังแสดงในตารางที่ ๒ และ ๓ ให้เห็นว่าการรอคอยและความแออัดมีปัญหามากในแผนกที่จำเป็นต้องเร่งแก้ไข เช่นคลินิกเบาหวาน และคลินิกโรคผิวหนัง, ช่วงเวลาความรุนแรงของบริการที่มีการรอคอยมากที่สุด ได้แก่การรอตรวจกับแพทย์, รองลงมาคือการรอรับยา ซึ่งเป็นจุดบริการที่ต้องการการแก้ไข. ตารางที่ ๓ แสดงให้เห็นการว่าการจัดบริการแก่ประชาชนไม่มีความแตกต่างกันไม่ว่าปัญหาสุขภาพนั้นจะซับซ้อน หรือยากง่ายต่างกัน แม้เป็นบริการพื้นฐาน หรือบริการที่ต้องดูแลด้วยแพทย์เฉพาะทางก็ใช้เวลาใกล้เคียงกัน ไม่มีการจัดบริการที่

ตารางที่ ๒ ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้บริการ ณ จุดต่าง ๆ จำแนกตามแผนกห้องตรวจ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ห้องตรวจ	รอบัตร (นาที)		รอตรวจกับแพทย์ (นาที)		เวลาที่แพทย์ตรวจ (นาที)		รอจ่ายเงิน (นาที)		รอรับยา (นาที)		เวลาทั้งหมดที่ใช้ (ชั่วโมง)	
	เฉลี่ย	S.D	เฉลี่ย	S.D.	เฉลี่ย	S.D	เฉลี่ย	S.D	เฉลี่ย	S.D	เฉลี่ย	S.D.
	อายุกรรม	๘.๒	๑๔.๑	๖๑.๕	๕๖.๑			๑๐.๘	๑๑.๖	๒๓.๕	๑๗.๗	๒.๘
กุมารเวชกรรม	๗.๕	๑๑.๗	๔๗.๗	๔๒.๖			๑๓.๘	๕.๘	๓๔.๔	๒๖.๒	๒.๐	๐.๕
สูติ - นรีเวช	๑๔.๓	๒๘.๘	๔๗.๒	๔๐.๘			๑๓.๒	๑๔.๖	๒๕.๔	๑๕.๑	๒.๓	๑.๑
ศัลยกรรม	๑๑.๓	๑๗.๖	๔๕.๒	๔๐.๐			๑๐.๘	๘.๗	๒๑.๖	๑๔.๐	๑.๕	๐.๘
ออโรโธปิดิกส์	๘.๑	๑๒.๕	๖๖.๗	๕๑.๕			๕.๕	๑๑.๗	๒๑.๗	๑๒.๘	๒.๕	๑.๖
สาขาอื่นๆ	๑๗.๔	๓๕.๐	๔๘.๐	๔๕.๔			๑๕.๓	๑๒.๔	๒๕.๘	๑๕.๔	๒.๘	๑.๒
รวมโอทีดีทั่วไป	๑๑.๒	๒๑.๕	๕๒.๔	๔๖.๕			๑๒.๑	๑๒.๑	๒๓.๕	๑๕.๔	๒.๗	๑.๕
จักษุวิทยา	๘.๗	๑๐.๓	๔๒.๗	๓๓.๓			๑๑.๖	๑๐.๒	๓๐.๓	๑๕.๕	๒.๖	๑.๔
หูด จมูก	๕.๗	๑๗.๑	๔๐.๐	๒๕.๕			๑๕.๘	๑๕.๐	๒๘.๕	๑๔.๖	๒.๓	๑.๐
สุขภาพจิต	๘.๓	๕.๑	๓๒.๐	๒๕.๕			๕.๗	๑๑.๑	๒๑.๗	๑๓.๔	๑.๕	๐.๗
คลินิกเบาหวาน	๕.๓	๗.๖	๑๗.๔	๑๗.๕.๑			๑๒.๕	๑๖.๐	๓๔.๘	๓๒.๘	๗.๖	๐.๕
คลินิกโรคหัวใจและความดันโลหิตสูง	๑๐.๓	๑๕.๕	๔๖.๔	๓๗.๗			๗.๕	๑๐.๕	๒๓.๕	๑๓.๕	๓.๕	๒.๕
คลินิกโรคผิวหนัง	๕.๗	๔.๗	๔๑.๑	๖๘.๗			๗.๗	๘.๑	๑๑.๘	๗.๕	๒.๐	๑.๕
คลินิกฝากครรภ์	๑๐.๕	๑๑.๓	๒๗.๔	๓๒.๔			๑๕.๕	๑๖.๘	๒๕.๕	๑๖.๗.๑.๔.๐.๗		
คลินิกเด็กดี	๑๐.๑	๘.๗	๒๒.๗	๑๓.๕			๐	๐	๓๐	-	๑.๒	๐.๕
คลินิกวัยโรค	๗.๕	๕.๔	๑๒.๕	๑๑.๒			๒	๕	๒.๐	๑.๖		
รวม					๔	๒						

แหล่งข้อมูล: รายงานการศึกษา การสำรวจสถานะของประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พ.ศ. ๒๕๔๑



แยกตามสภาพความรุนแรงของปัญหาสุขภาพของผู้ใช้บริการ.

๒. ทางเลือกใหม่ในการพัฒนาบริการตามสถานการณ์

เมื่อทราบปัญหา และปัจจัยของการใช้บริการแล้ว จึงนำมาประกอบรังสรรค์แนวการให้บริการ หรือ การดูแลในรูปแบบใหม่ให้เป็นทางเลือกที่จะทำให้คุณภาพของบริการดีขึ้น ประชาชนสามารถใช้บริการได้อย่างทั่วถึง ไม่ต้องมาแน่นแออัดพร้อมกันที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่.

บางครั้งปัญหาเกิดขึ้นในโรงพยาบาล แต่แก้ไขไม่ได้ด้วยการทำงานภายในโรงพยาบาล ต้องไปทำงานแก้ปัญห และ พัฒนางานนอกโรงพยาบาลด้วย เช่น ความแน่นแออัดในโรงพยาบาล เป็นตัวอย่างที่ชัดเจนว่าหากทำงานเฉพาะแต่ขยายพื้นที่ ขยายเวลาบริการในโรงพยาบาล ย่อมแก้ปัญหได้เพียงระยะสั้น แต่ไม่ยั่งยืน.

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าความแน่นแออัดของผู้ใช้บริการในเขตเมือง เป็นผลมาจากมีสถานพยาบาลบริการ

ปฐมภูมิ ยังไม่ครอบคลุม หรือมีคุณภาพไม่เพียงพอที่ทำให้ประชาชนเชื่อมั่นไปใช้บริการ. ฉะนั้นทางแก้ไขเพื่อลดความแออัด จึงอาจเริ่มได้จากการพัฒนางานนอกโรงพยาบาล เช่น การขยายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมากขึ้น เพื่อรองรับปัญหาสุขภาพพื้นฐานเสริมจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ รวมทั้งดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต่อเนื่องจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อันได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่เป็นกลุ่มผู้รับบริการส่วนใหญ่ของโรงพยาบาล. หากพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมืองได้อย่างครอบคลุมพื้นที่ จะลดจำนวนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลไปได้มากกว่าครึ่ง.

การพัฒนาสามารถเริ่มเห็นจากจุดที่กระทบประชาชนหลักที่ใช้บริการที่โรงพยาบาล อันได้แก่กลุ่มผู้ใช้บริการในเขตเมือง หรือกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง หรือกลุ่มบริการพื้นฐาน เช่น การให้วัคซีน, การดูแลหญิงตั้งครรภ์.

ในกรณีโรคเบาหวาน เมื่อวิเคราะห์ภูมิสำเนาของผู้ป่วย

ตารางที่ ๓ ระยะเวลาการรอรับบริการ ณ จุดตรวจกับแพทย์ จำแนกตามระดับปัญหาสุขภาพ ซึ่งพิจารณาจากระดับบุคลากรที่ควรให้การดูแล (เฉพาะส่วนผู้ป่วยนอกทั่วไป) โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พ.ศ. ๒๕๔๑

ระดับบุคลากรที่ควรให้การดูแล	ค่าเฉลี่ย (นาที)	S.D.	ต่ำสุด - สูงสุด (นาที)	จำนวนรวม (นาที)
จนท.สถานีนอมาัย	๕๓.๓	๔๓.๓	๒ - ๑๘๐	๔๘
พยาบาล	๕๔.๒	๔๔.๓	๒ - ๑๘๐	๓๕
แพทย์ทั่วไป	๕๑.๘	๕๐.๓	๑ - ๓๐๐	๒๐๑
แพทย์เฉพาะทาง	๔๖.๒	๓๗.๒	๒ - ๑๘๐	๑๐๕

แหล่งข้อมูล : รายงานการศึกษา การสำรวจสถานะของประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พ.ศ. ๒๕๔๑

ตารางที่ ๔ จำนวนผู้ป่วยนอกโรคเบาหวาน จำแนกตามพื้นที่ ปีงบประมาณ ๒๕๔๖ - ๒๕๔๘

พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย (คน)		อำเภอเมือง		อำเภออื่นๆ		ต่างจังหวัด		เขตเทศบาล		นอกเขตเทศบาล	
	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%	คน	%
๒๕๔๖	๒๑,๘๕๑	๖๘.๓	๖,๒๕๘	๓๘.๑	๑๐,๑๖๓	๖๑.๗	๑๖,๔๖๑	๗๕.๒	๓,๒๕๑	๑๕.๐	๒,๑๓๕	๙.๘
๒๕๔๗	๒๓,๔๕๐	๖๘.๘	๖,๓๑๑	๓๕.๘	๑๑,๒๕๓	๖๔.๒	๑๗,๖๐๔	๗๕.๑	๓,๕๐๗	๑๔.๕	๒,๓๓๕	๑๐.๐
๒๕๔๘	๒๖,๐๔๗	๖๖.๕	๖,๖๖๕	๓๔.๔	๑๒,๓๙๓	๖๕.๖	๑๕,๓๗๒	๗๔.๓	๔,๐๘๖	๑๕.๗	๒,๕๘๕	๑๐.๐

ที่มา: รายงานประจำปี โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ก็พบแบบแผนเดียวกันที่ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตเมือง มีเพียงส่วนน้อยที่มาจากนอกอำเภอ ฉะนั้นแผนการพัฒนาเรื่องนี้จึงประสานคู่ไปได้กับการพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเมือง, แต่มีโปรแกรมจำเพาะของเนื้อหาระบบดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ให้ชัดเจนมากขึ้น.

๓. บริหารจัดการระบบเดิมให้มีประสิทธิภาพ

ในการพัฒนางานเรื่องนี้หลายเรื่องมิใช่เรื่องใหม่ เพียงแต่ต้องมีการบริหารจัดการที่ต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การจัดการระบบส่งต่อผู้ป่วยทั้งขาไป ขากลับ ที่ต้องการผู้ดูแลที่ชัดเจน ดำเนินการอย่างจริงจังต่อเนื่อง, และพัฒนาการสร้างระบบข้อมูล ที่เกิดการเชื่อมประสานงานระหว่างเครือข่ายที่มีความต่อเนื่องกันได้, เมื่อพบว่าช่วงใด หรือแผนกใดแน่นแออัด ก็แก้ไขได้โดยการจัดกำลังคนเพิ่มเป็นการเฉพาะในช่วงเวลา และแผนกนั้นๆ, หรือการเพิ่มจุดบริการยาสำหรับผู้ป่วยบางกลุ่มเฉพาะ, หรือการจัดระบบนัดหมายให้ผู้รับบริการมาในช่วงเวลาบริการที่กระจายมากขึ้น.

๔. จัดระบบการพัฒนา และติดตามต่อเนื่อง

การดำเนินการเพื่อแก้ปัญหา หรือพัฒนาเรื่องนี้ มักเป็นเรื่องที่เหตุปัจจัยหลายด้าน และซับซ้อน ฉะนั้นจึงไม่สามารถแก้ไขได้อย่างรวดเร็ว หรือเร่งรัดมากเกินไป แต่ต้องการความเป็นผู้นำ มีเป้าหมายที่แน่นอน และมีกลวิธีจัดการที่วิเคราะห์สถานการณ์ และติดตามผลการทดลองแก้ไขอย่างต่อเนื่อง, มีทีมงานที่เป็นผู้จัดการประสานเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง, ใช้เวลาในการปรับระบบ, ต้องสร้างความเข้าใจความเชื่อมั่นให้กับประชาชน และการพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง เพราะการทำเพียงแก้ปัญหาระยะสั้นเป็นการเฉพาะกิจโดยไม่แก้ปัญหาที่รากฐาน ย่อมจะได้ผลการพัฒนาที่ไม่ยั่งยืน.

ทั้งหมดนี้เป็นเพียงบทเรียนเบื้องต้น ที่อาศัยการวิเคราะห์ข้อมูล. ผลการศึกษาบางรายการอาจเป็นผลงานเก่าในช่วงระยะเวลาหลายปีก่อน แต่ได้ตรวจสอบแล้วพบว่าสถานการณ์ปัจจุบันไม่ต่างจากเดิมมากนัก ประกอบกับไม่มีการศึกษาอื่นในช่วงระยะหลัง จึงได้นำการศึกษาเดิมมาวิเคราะห์ร่วมกับข้อมูลปัจจุบัน และประสบการณ์การพัฒนาในหลาย ๆ พื้นที่ให้เป็นตัวอย่าง และในโอกาสต่อไปจะได้นำ

เสนอผลการพัฒนาและบทเรียนการทำงานในโครงการพัฒนาลดความแออัดใน ๑๓ โรงพยาบาล ที่ดำเนินการเพื่อให้เกิดการและเปลี่ยน เรียนรู้ จากกรณีการดำเนินงานในพื้นที่.

เอกสารอ้างอิง

๑. โครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”. โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐.
๒. โครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”. โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐.
๓. โครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”. โรงพยาบาลแพร่ พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐.
๔. โครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”. โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา อยุธยา พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐.
๕. โครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”. โรงพยาบาลราชบุรี พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐.
๖. โครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”. โรงพยาบาลชุมพร พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐.
๗. โครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”. โรงพยาบาลมหาสารคามนครศรีธรรมราช พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐.
๘. โครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”. โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐.
๙. โครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๕๐.
๑๐. สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, ณัฐพร สุขพอดิ. การสำรวจสถานะของประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. พระนครศรีอยุธยา: โครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๑.
๑๑. ธีรศักดิ์ ลักษณะานันท์, เพ็ชรพร ยุงทอง, วิลาภรณ์ สิทธิโชคสกุลชัย. การสำรวจสถานะของประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. นครสวรรค์: โครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๑.
๑๒. วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์, สุวรรณา กิตติศรีวรพจน์. การสำรวจสถานะของประชาชนที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น ปี ๒๕๔๐. ขอนแก่น: โครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๑.
๑๓. สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, นพวรรณ ดวงหัสดี, วันทนี จำเพ็ง. สาเหตุการข้ามขั้นตอนมาใช้บริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น ในพื้นที่ ๔ อำเภอ ในโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. ขอนแก่น; ๒๕๔๒.
๑๔. สุพัตรา ศรีวิเศษชากร, สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, ทวีเกียรติ บุญญไพศาลเจริญ. โครงการวิจัยและพัฒนาระบบบริการรายงานผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการเวชปฏิบัติทั่วไป เล่มที่ ๑. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๔๑.