

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

# ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตบริการสุขภาพที่ 8

พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ พ.บ., ส.ด.

เขตบริการสุขภาพที่ 8 อุดรธานี

**บทคัดย่อ** การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการจัดระบบบริการสุขภาพเขตบริการสุขภาพที่ 8 และศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิเชิงปริมาณและเติมเต็มด้วยวิธีการเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม รวมทั้งทอแบบสอบถามปลายเปิด ผลการวิจัยพบว่าระบบบริการสุขภาพมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ลดอัตราป่วยและอัตราตาย ลดระยะเวลารอคอย ส่วนการลดค่าใช้จ่ายมีแนวโน้มที่ดี ความสำเร็จในการจัดระบบบริการสุขภาพใน 4 สาขาหลัก บรรลุเป้าหมายในสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด สามารถให้ยาลดไขมันเลือดครอบคลุมในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการลดอัตราตายและความพิการ สาขาอุบัติเหตุประชาชนเข้าถึงบริการตามมาตรฐาน สาขาแม่และเด็กถึงแม้ว่าบรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ หากแต่ยังพบปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ส่วนสาขามะเร็ง มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย ปัจจัยแห่งความสำเร็จประกอบด้วยแนวนโยบายเขตบริการสุขภาพและกลยุทธ์การดำเนินงานที่ชัดเจน ภาวะผู้นำ ความสัมพันธ์ที่ดีในคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ การจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม การวางแผนที่ดี ติดตามกำกับประเมินผลต่อเนื่อง รวมถึงเครือข่ายสนับสนุนในระดับพื้นที่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ส่งเสริมระบบข้อมูลสารสนเทศที่เหมาะสมและขวัญกำลังใจบุคลากร

**คำสำคัญ:** ปัจจัยแห่งความสำเร็จ, การจัดระบบบริการสุขภาพ, เขตบริการสุขภาพ

## บทนำ

กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยการจัดระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุม ทั้งส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและควบคุมโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ โดยจัดระบบบริการสุขภาพ ออกเป็นหลายระดับได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (primary care) บริการระดับทุติยภูมิ (secondary care) และบริการระดับตติยภูมิ (tertiary care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันและเชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (referral system) เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

โดยปัจจุบัน ระบบบริการสุขภาพประสบปัญหาสำคัญหลายประการทั้งปัญหาประสิทธิภาพบริการ คุณภาพบริการ ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ โรงพยาบาลขนาดเล็กส่งต่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่มากขึ้น ความแออัดของผู้มารับบริการในสถานบริการระดับสูง สะท้อนถึงการใช้ทรัพยากรที่ไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับสถานบริการในการให้บริการ มีการแข่งขันการขยายบริการและแย่งชิงทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดโดยขาดการวางแผนในการจัดระบบบริการและการบริหารจัดการที่ดี<sup>(1)</sup>

กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการทบทวนแนวทางการ

พัฒนาหน่วยบริการสุขภาพ ให้มีทิศทางที่ชัดเจนและเป็นระบบ โดยจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) มีระยะเวลา 5 ปี โดยเริ่มดำเนินการในปีงบประมาณ 2555 และสิ้นสุดในปีงบประมาณ 2559 มุ่งพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (seamless health service network) ตามสภาพข้อเท็จจริงทางภูมิศาสตร์และการคมนาคม โดยไม่มีเส้นแบ่งของการปกครอง เพื่อให้การใช้ทรัพยากรมีประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ซับซ้อนในระดับพื้นที่ได้<sup>(1)</sup>

เขตบริการสุขภาพที่ 8 ครอบคลุมพื้นที่ 7 จังหวัด ประกอบด้วยอุดรธานี หนองบัวลำภู เลย หนองคาย บึงกาฬ สกลนครและนครพนม รับผิดชอบ 89 อำเภอ 644 ตำบล 7,430 หมู่บ้าน 1,438,965 หลังคาเรือน ประชากร 5,491,263 คน โรงพยาบาลศูนย์ 2 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 5 แห่ง โรงพยาบาลจิตเวช 2 แห่ง โรงพยาบาลมะเร็ง ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์วิทยาลัย-พยาบาล อย่างละแห่ง โรงพยาบาลชุมชน 88 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 874 แห่ง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประกอบด้วย แพทย์ 918 คน ทันตแพทย์ 311 คน เภสัชกร 516 คน และพยาบาล 6,515 คน สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบย่อยอาหารรวมช่องปาก โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึม โรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม และโรคระบบไหลเวียนเลือด ส่วนสาเหตุการตายประกอบด้วยมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็งตับ และโรคเบาหวานอย่างไรก็ตามทั้งสาเหตุการป่วยและสาเหตุการตายมีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด เช่น สาเหตุการตายจากมะเร็งตับของจังหวัดหนองบัวลำภู คิดเป็น 54/แสนประชากร ในขณะที่จังหวัดบึงกาฬ

พบเพียง 20 ต่อแสนประชากร แต่ในภาพรวม สาเหตุการตายจากมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง<sup>(2)</sup>

การดำเนินงานของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ภายใต้ 15 กลยุทธ์หลักอันประกอบด้วย 5 รุก (โรคเรื้อรัง โรคไต โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตหัวใจและหลอดเลือดสมอง การแพทย์ฉุกเฉินและอุบัติเหตุ งานอนามัยแม่และเด็กและมะเร็งท่อน้ำดี) 5 รับ (จักสุข สุขภาพจิต ทันตกรรม ส่งต่อนอกเขต และการดูแลระยะยาว) 5 สนับสนุน (รพ.สต./คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ [คปสอ.] ดิจิตัล รับรองคุณภาพโรงพยาบาล การเงินการคลัง การจัดซื้อร่วมและระบบข้อมูลสารสนเทศ) ภายใต้ค่านิยมร่วม เข้าถึงบริการอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพแบบไร้รอยต่อ (AQES: access quality efficiency seamless) การดำเนินงานในปีงบประมาณ 2557 ภายใต้ระบบบริการสุขภาพ (service plan)<sup>(2)</sup> มีประเด็นซึ่งเป็นเป้าหมายการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขในการจัดระบบบริการสุขภาพที่ต้องพิจารณาประกอบกับผลการดำเนินงาน ประกอบด้วย (1) ความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยพิจารณาในประเด็นการลดอัตราป่วย การลดอัตราตาย การลดระยะเวลารอคอย และมาตรฐานบริการและการลดค่าใช้จ่าย (2) ความสำเร็จของการจัดระบบบริการสุขภาพในสาขาหลัก 4 สาขา ซึ่งประกอบด้วย สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง สาขาการแพทย์ฉุกเฉินและอุบัติเหตุ สาขานามัยแม่และเด็ก และสาขามะเร็ง

จากการประเมินผลการดำเนินงาน โดยประเมินจากข้อมูลผลงานรายจังหวัดตามตัวชี้วัดการตรวจราชการ พบว่า ผลการดำเนินงานของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ โดยพบความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดหลายประการ หากแต่มีคำถามตามมาว่า ตัวเลขและรายงานที่ได้รับเป็นจริงหรือไม่ สะท้อนข้อเท็จจริงในการดำเนินงานอย่างไร ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานคืออะไร การดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินงานการจัดระบบ

บริการสุขภาพประสบปัญหาอุปสรรคอย่างไร ดังนั้น  
เขตบริการสุขภาพที่ 8 จึงดำเนินการจัดทำวิจัยนี้เพื่อ  
เป็นการตรวจสอบ ยืนยันและค้นหาปัจจัยแห่งความ  
สำเร็จ/ล้มเหลวเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขส่วนขาด  
และพัฒนาการปฏิบัติงานตามระบบบริการสุขภาพต่อไป  
การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความ  
สำเร็จของการจัดระบบบริการสุขภาพเขตบริการสุขภาพที่  
8 และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการจัดระบบ  
บริการสุขภาพเขต

### วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน ทั้งวิจัยเชิง-  
ปริมาณและวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์ข้อมูล  
ทฤษฎีเชิงปริมาณจากรายงาน 43 แฟ้ม รวมทั้งรายงาน  
ผลการดำเนินงานในรอบ 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ  
2557 เขตบริการสุขภาพที่ 8 เติมเต็มข้อมูลด้วยวิธีการ  
เชิงคุณภาพ ซึ่งช่วยให้สามารถเข้าใจเชิงลึกในบริบท  
รวมถึงความคิด ความเห็น วิธีคิด มุมมอง ความเป็นมนุษย์  
ช่วยให้เข้าถึงทัศนคติคนในและมุมมองจากสมาชิกกลุ่ม<sup>(3,4)</sup>

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ดำเนินการคัดเลือกพื้นที่เก็บข้อมูลโดย  
การคัดเลือกแบบเจาะจง โดยเลือกทุกจังหวัดๆ ละ 2  
อำเภอที่มีผลงานดีที่สุดและผลงานด้อยที่สุดรวม 14  
อำเภอใน 7 จังหวัดของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วย นครพนม บึงกาฬ เลย สกลนคร หนองคาย หนอง-  
บัวลำภู และอุดรธานี

- สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารระดับอำเภอ ประกอบด้วยนายอำเภอ จำนวน 2 คน นายกเทศมนตรี/นายก-  
องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 4 คน ผู้อำนวยการ  
โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 คน สาธารณสุขอำเภอ  
จำนวน 5 คน รวม 16 คน

- สนทนากลุ่ม คณะกรรมการ คปสอ. 14 คปสอ.
- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จำนวน 6 คน และ  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 4 คน ผู้อำนวยการ-

การโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 2 คน รวม 12 คน

#### เครื่องมือวิจัย

- ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีจากรายงาน  
ตามตัวชี้วัด เขตบริการสุขภาพที่ 8 เพื่อวิเคราะห์ความ  
สำเร็จ

- แบบสอบถามปลายเปิดสำหรับนายแพทย์-  
สาธารณสุขจังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/  
โรงพยาบาลศูนย์

- แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์และ  
แบบสอบถามปลายเปิด ประกอบด้วย

1. การดำเนินงานตามแผนการจัดระบบบริการ  
สุขภาพ (service plan) ของเขตบริการสุขภาพที่ 8  
เป็นไปตามแผนหรือไม่

2. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบ  
บริการของเขตบริการสุขภาพที่ 8 สำเร็จหรือไม่สำเร็จ  
คืออะไร

3. ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารเพื่อการปรับปรุงกฎ  
ระเบียบที่เกี่ยวข้องอย่างไร

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

- รวบรวมข้อมูลทฤษฎี ตามตัวชี้วัด เขตบริการ  
สุขภาพที่ 8 เพื่อวิเคราะห์ความสำเร็จตามเกณฑ์

- ถอดแบบสอบถามสำหรับนายแพทย์สาธารณสุข  
จังหวัดและผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาล  
ศูนย์

- สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้บริหารระดับอำเภอ
- สนทนากลุ่ม คณะกรรมการ คปสอ.

#### ผลการศึกษา

ผลการศึกษาพบรายละเอียดโดยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้  
ส่วนที่ 1 การประเมินผลเชิงปริมาณ

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของเขตบริการสุขภาพ  
ที่ 8 ภายใต้อายุ 15 กลยุทธ์หลักอันประกอบด้วย 5 รุก  
(โรคเรื้อรัง โรคไต โรคเบาหวาน/ความดัน โรคหัวใจ

และปลอดเลือดสมอง การแพทย์ฉุกเฉินและอุบัติเหตุ งานอนามัยแม่และเด็กและมะเร็งท่อน้ำดี) 5 รับ (จักขุ สุขภาพจิต ทันตกรรม ส่งต่อนอกเขต และการดูแลระยะ ยาว [long term care]) 5 สนับสนุน (รพ.สต./คปสอ. ติดตามรับรองคุณภาพโรงพยาบาล การเงินการคลัง การ จัดซื้อร่วมและระบบข้อมูลสารสนเทศ) ภายใต้ค่านิยมร่วม เข้าถึงบริการอย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพแบบไร้รอยต่อ (AQES: Access Quality Efficiency Seamless) มีความ ก้าวหน้าในการดำเนินงานอย่างมาก ดังตาราง 1

อย่างไรก็ตามยังมีข้อขัดข้องในการดำเนินงาน แตกต่างกันไปในแต่ละบริบทของพื้นที่ โดยผลการ ดำเนินงานที่ปรากฏชัดเจน เป็นรูปธรรมที่สามารถจับต้อง ได้และส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการโดยตรงประกอบด้วยกลยุทธ์ 5 รุก ปรากฏผลการดำเนินงาน ดังนี้

- โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง พบว่าโรงพยาบาล ชุมชนทุกแห่งสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (streptoki- nase) กับผู้ป่วยที่มารับบริการโดยดำเนินการได้ครอบคลุม ทั้งเขตบริการสุขภาพที่ 8 โดยแพทย์โรงพยาบาลชุมชน ขอคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางที่เป็นพี่เลี้ยงผ่าน โปรแกรมสำเร็จรูปเช่น ไลน์ (Line) อื่นๆ และสามารถ ปรึกษากับผู้ป่วยได้ถึง ร้อยละ 31.57 ของผู้ป่วยทั้งหมด ลดอัตราตายเหลือเพียงร้อยละ 6.90
- ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติได้รับบริการภายใน 10 นาที ร้อยละ 84.13 ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาระบบบริการ ฉุกเฉิน และยังพบว่ามีห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินคุณภาพ

ร้อยละ 95.77

- มะเร็งท่อน้ำดี ผู้ป่วยได้รับบริการตรวจคัดกรอง ครอบคลุมและลดระยะเวลารอคอยในการเข้ารับบริการ รักษาทั้งรักษาด้วยการผ่าตัดและการรักษาด้วยรังสี
- อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรก 12 สัปดาห์ ร้อยละ 51.45 ฝากครรภ์ 5 ครั้งคุณภาพ ร้อยละ 55.89 อัตรา- ตายของทารกแรกเกิดที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ใน 28 วัน คิดเป็น 5.93 ต่อพันเด็กเกิดมีชีวิต อัตราการ ขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด 18.29 ต่อพันเด็กเกิด มีชีพ
- ผู้ป่วยเบาหวานความดันได้รับการในคลินิก โรคเรื้อรังคุณภาพ ร้อยละ 84.51

## ส่วนที่ 2 ผลการประเมินเชิงคุณภาพ

การประเมินผลเชิงคุณภาพเป็นกระบวนการเติมเต็ม ข้อมูลและแสวงหาโอกาสในการพัฒนาเขตบริการ- สุขภาพที่ 8 อีกทั้งยังเป็นการค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ/ ล้มเหลว รวมถึงอุปสรรคในการดำเนินงานในภาพรวม ทั้งนี้ กระบวนการบริหารจัดการในภาพเขตบริการสุขภาพ ที่ 8 หลังมีการกำหนดเขตบริการสุขภาพ โดยการรวมกลุ่ม จังหวัดเป็นเขตบริการสุขภาพ มีการประสานการดำเนิน- งานในภาพเขต แบ่งปันทรัพยากร สนับสนุนการจัดบริการ ตามความถนัดข้ามจังหวัด มีเจ้าภาพในแต่ละงาน ขับ เคลื่อนนโยบายไปพร้อมกัน เมื่อดำเนินการมอบนโยบาย การจัดระบบบริการสุขภาพแล้ว มีการจัดให้มีผู้จัดการ

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสำคัญ เขตบริการสุขภาพที่ 8

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย การดำเนินงาน	ผลงาน	อัตรา (ร้อยละ)	หมายเหตุ: เป้าหมายตัวชี้วัด (ร้อยละ)
- ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด	ผู้ป่วย 453 ราย	143 ราย	31.57	70.00
- ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ได้รับบริการใน 10 นาที	14,700 ราย	12,367 ราย	84.13	70.00
- อัตราเด็กนักเรียนอ้วน	นร. 217,665 คน	13,365 คน	6.14	15.00
- ประสิทธิภาพการบริหารการเงิน (รพ.ระดับ 7)	รพ. 71 แห่ง	16 แห่ง	22.54	10.00
- ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินคุณภาพ	รพ. 71 แห่ง	68 แห่ง	95.77	70.00
- คลินิกโรคเรื้อรังเรื้อรังคุณภาพ	รพ. 71 แห่ง	60 แห่ง	84.51	70.00

(manager) รับผิดชอบในแต่ละตัวชี้วัดและแต่ละสาขาชัดเจนในทุกระดับโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับอำเภอโดยจัดกระบวนการพัฒนาผู้จัดการในแต่ละสาขาให้เข้าใจเป้าหมาย และกระบวนการดำเนินงานในสาขานั้นๆ ผลการวิจัยในภาพรวมพบรายละเอียด ดังนี้

#### ความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

1. ประเด็นการลดอัตราป่วยยังไม่พบความชัดเจนในการลดอัตราป่วย ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กล่าวคือผลของระบบบริการสุขภาพในการลดอัตราป่วยอาจต้องใช้ระยะเวลาในการประเมินผลเป็นรายปีหรือมากกว่า ในทางตรงกันข้าม เมื่อมีกระบวนการทำงานในการคัดกรองอย่างเข้มข้น จึงพบอุบัติการณ์ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในภาพรวมทั้งเขต

2. ประเด็นการลดอัตราการตาย ผลของระบบบริการสุขภาพในการลดอัตราการตายพบความชัดเจนในกระบวนการลดอัตราการตายและความพึงการกรณีการจัดบริการกระจายยาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โดยสนับสนุนยา องค์ความรู้และระบบให้คำปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแก่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งสามารถลดอัตราการตายและอัตราความพิการได้ชัดเจน เป็นระบบบริการสุขภาพที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพประชาชนอย่างชัดเจน โดยเป็นที่ยอมรับ ชื่นชมจากทั้งประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์

3. ประเด็นการลดระยะเวลารอคอย ผลของการจัดบริการสุขภาพต่อการลดระยะเวลารอคอยในภาพรวมยังไม่ชัดเจน อาจมีบางสาขาที่ส่งผลในการลดระยะเวลารอคอยอย่างชัดเจน เช่น ผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด-สมอง การส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ การกระจายผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงลงสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ช่วยลดระยะเวลารอคอยของกลุ่มดังกล่าวได้อย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและ/หรือความดันโลหิตได้ดี จะได้รับการกระจายภายใต้หลักเกณฑ์และความเห็นของแพทย์ผู้ให้การรักษาเพื่อไปรับการตรวจรักษาต่อที่ รพ.สต. ลดระยะเวลาในการรับบริการจากปกติต้องออกเดินทางเวลา 03.00-05.00 น.

ได้รับการตรวจรักษาและรับยากลับบ้านในช่วงเย็น ใช้เวลารวมกว่า 12 ชม.เมื่อมารับบริการที่ รพ.สต. ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที ทั้งการตรวจรักษาและรับยากลับบ้านไปประกอบอาชีพได้ในวันเดียวกัน ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ และยังเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตของตนเองได้ หากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตของตนเองได้ ต้องกลับไปรับบริการที่โรงพยาบาล

4. ประเด็นมาตรฐานบริการและการลดค่าใช้จ่าย ในมุมมองของผู้ปฏิบัติ เป็นประเด็นที่สวนทางกัน โดยจะเห็นภาพชัดเจนกรณีอำเภอขนาดเล็ก โดยพบว่า หากต้องการคุณภาพมาตรฐานค่าใช้จ่ายก็เพิ่มขึ้นจากเกณฑ์มาตรฐานด้านบุคลากร เช่น การจัดบริการที่ห้องฉุกเฉิน หากต้องการมาตรฐานตามที่กำหนด ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรจะเพิ่มขึ้น และในกรณีการจัดบริการสุขภาพอื่นๆ ก็จะทำนองเดียวกัน

กรณีการลดค่าใช้จ่าย ภาพรวมของเขตจะลดค่าใช้จ่ายได้ชัดเจนกรณีการจัดหายาและเวชภัณฑ์ร่วม และการลดค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อย่างไรก็ตามยังพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน เช่น การจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ล่าช้า ต้องยืมยาระหว่างโรงพยาบาลหรือบางช่วงต้องลดปริมาณการจ่ายยาส่ง ผลให้ผู้ป่วยต้องมารับบริการบ่อยขึ้นเมื่อประเมินภาพรายอำเภอ หากแต่เมื่อนำภาพใหญ่ทั้งเขตมีความเชื่อมโยงกับการลดค่าใช้จ่ายจากการแบ่งปันทรัพยากร การจัดบริการตามความถนัด ลงทุนในการจัดบริการสุขภาพในภาพเครือข่าย (node) ลดการส่งต่อข้ามเขตลงอย่างช้าๆ และปัจจุบันได้รับการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวโน้มที่จะเกิดความประหยัดต่อขนาด (economy of scale) อย่างต่อเนื่อง จากการจัดบริการภาพเครือข่ายซึ่งช่วยให้รอบทั้งพื้นที่และจำนวนผู้รับบริการที่กว้างขึ้นและมากขึ้น ส่งผลต่อต้นทุนบริการสุขภาพที่ลดลงเมื่อมองในภาพรวม

## ความสำเร็จในการจัดระบบบริการสุขภาพใน 4 สาขาหลัก

ความสำเร็จในการดำเนินการจัดบริการสุขภาพตามยุทธศาสตร์เขตบริการสุขภาพที่ 8 ซึ่งดำเนินการตาม 15 ยุทธศาสตร์ในนี้ดำเนินการประเมินใน 4 สาขาหลักพบว่า

### สาขาที่ 1 โรคหัวใจ

การดำเนินงานประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ ความครอบคลุมในการให้บริการผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ในโรงพยาบาลทุกแห่ง และสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดมากกว่าปีที่ผ่านมาอย่างชัดเจน ช่วยลดอัตราการตายและลดความพิการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยที่มาทันเวลา (270 นาทีหรือ 4 ชั่วโมง 30 นาที) จะได้รับยาตามที่แพทย์สั่งการหรือวินิจฉัย โดยแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนผู้ทำการรักษาจะใช้ระบบการให้คำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามช่องทางต่างๆ เช่น Line/facebook อื่นๆ แต่ยังคงพบปัญหาจากความล่าช้าในการนำส่งผู้ป่วย โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร การเดินทางไม่สะดวก ไม่มีโทรศัพท์ จะใช้เวลาค่อนข้างมากในการเข้ารับบริการ ทั้งนี้ต้องเพิ่มการประชาสัมพันธ์ ให้อำเภอและญาติ รวมถึงประชาชนทั่วไปเข้าใจในอาการของโรคที่ต้องเฝ้าระวัง โดยดำเนินการในหลายช่องทาง เช่น จัดทำสติ๊กเกอร์แจกสำหรับติดที่ตู้เย็นทุกบ้าน โดยบอกรายละเอียดอาการและเบอร์โทรศัพท์สายด่วน การแจกสื่อประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน ประชาสัมพันธ์สายด่วน 1669 รวมถึงการประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหากรณี (case conference) สำหรับแพทย์ผู้ทำการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการที่หลากหลายไม่ใช่อาการโดยตรง เช่น จุกเสียดแน่นท้องปวดท้องมาก ส่งผลต่อการวินิจฉัย ที่ต้องใช้เวลามากขึ้นซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของการให้ยา และจะทำให้ได้รับยาช้ามากขึ้น จนบางรายอาการถึงขั้นรุนแรง อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในสาขานี้มีการพัฒนาก้าวหน้าไปอย่างมากและส่งผลต่อความพึงพอใจทั้งผู้ป่วย ญาติ

และบุคลากรสาธารณสุขผู้ให้บริการ

### สาขาที่ 2 โรคมะเร็ง

ประเทศไทยนับว่าเป็นประเทศที่มีอัตราการอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลกและมีอัตราการตายสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยในเพศชายพบอัตราการอุบัติการณ์ 84.6 ต่อแสนประชากร และเพศหญิงพบอัตราการอุบัติการณ์ 36.8 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2550 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี 28,000 ราย เฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 76 ราย จังหวัดที่พบอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุด คือ จังหวัดสกลนคร มีอัตราการตาย 61.4 ต่อแสนประชากร รองลงมาแพร่ ร้อยเอ็ด หนองบัวลำภู กาฬสินธุ์ อ่างนาจเจริญ และมหาสารคาม อัตราการตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 55.8, 54.8, 54.1, 50.9, 47.8, 44.9 ตามลำดับ จากข้อมูลพบว่ามีอุบัติการณ์ของมะเร็งตับ/ท่อน้ำดีสูงมาก โดยพบว่ามีผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีรายใหม่ที่ได้รับการรักษาในปี 2552 ถึง 2556 สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหาที่ตามมาคือ จะลดอัตราการติดพยาธิใบไม้ตับอย่างไร ลดความแออัดของผู้มารับบริการและความล่าช้าของการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ที่มีผู้เชี่ยวชาญสาขามะเร็งได้อย่างไร

แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของเขตบริการที่ 8 ในด้านมะเร็งตับและท่อน้ำดี มีการดำเนินการตั้งแต่การป้องกันการติดพยาธิใบไม้ในตับ การคัดกรองการรักษา และการรักษาแบบประคับประคองโดยใช้ยุทธศาสตร์ หัวใจสี่ดวง ในการขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขปัญหา รายละเอียดดังภาพที่ 1

ยุทธศาสตร์ “หัวใจสี่ดวง” เริ่มจากการสร้างค่านิยมในการลด ละ เลิก การไม่กินปลาดิบในเขาวงกตใหม่ โดยการบรรจุหลักสูตรเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในการเรียนการสอนโรงเรียนประถมศึกษาครอบคลุมทุกพื้นที่ ในขณะที่เดียวกันก็มีการรณรงค์ และให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์กับประชาชนในการลด ละ เลิก การกินปลาดิบอย่างต่อเนื่อง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยอัลตราซาวด์เพื่อนำไปสู่กระบวนการรักษาให้เร็วขึ้น มี

ภาพที่ 1 ยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อน ด้วยหัวใจสี่ดวง



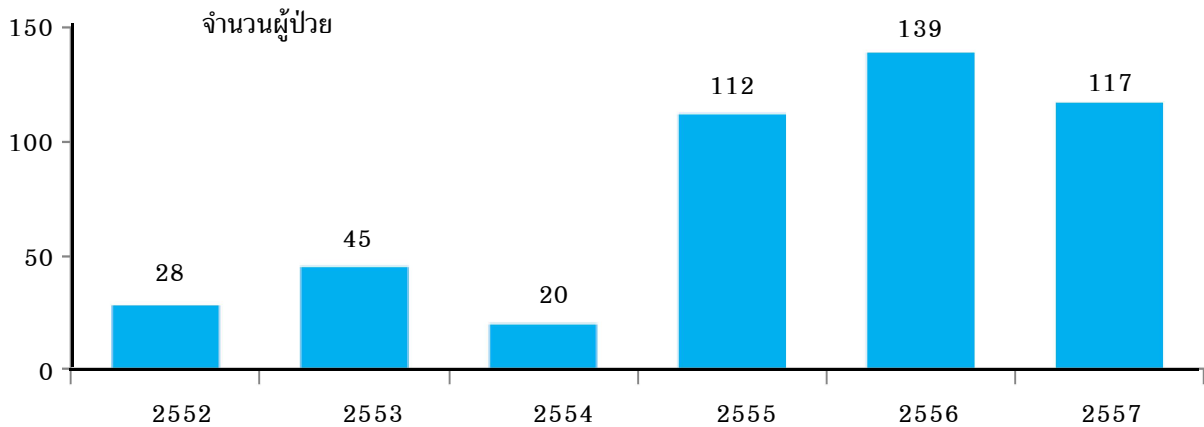
จำนวนเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมาและจำนวนผู้ป่วยใหม่ที่เข้าสู่กระบวนการจัดระบบบริการผ่าตัดรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์หรือระดับ A ก็เพิ่มมากขึ้นด้วยนั้นแสดงว่าผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการมารับบริการรักษาพยาบาลได้เร็วขึ้น อย่างไรก็ตาม จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการก็ยังเป็นระยะท้ายๆ เนื่องด้วยธรรมชาติของโรคนั้นในระยะเริ่มแรกมักไม่แสดงอาการให้เห็นเด่นชัด ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ในระยะที่มะเร็งมีการลุกลามและแพร่กระจาย หรืออยู่ในระยะที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาโดยการผ่าตัด เคมีบำบัด หรือรังสีรักษา ดังนั้น การคัดกรองแต่เนิ่นๆ ยังช่วยลดต้นทุน และเพิ่มอัตราการรอดชีวิต<sup>(5)</sup> และการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงช่วยในการเฝ้าระวังและค้นหาหามะเร็งในระยะแรกของมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้อย่างก็ตาม การดำเนินกิจกรรมค้นหา มีต้นทุนค่อนข้างสูง แต่ทำให้สามารถดำเนินการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยที่ปี 2557 ได้มีการจัดตั้ง Node ด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจำนวน 3 แห่ง คือ โรง-

พยาบาลศูนย์อุดรธานี โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี และโรงพยาบาลสกลนคร มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญในโรงพยาบาลระดับสูง (ระดับ A และ S) ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการมีแนวโน้มสูงขึ้น หากแต่ยังคงค้นพบผู้ป่วยมะเร็งในระยะที่ 3-4 เป็นส่วนใหญ่ รายละเอียดดังภาพที่ 2

### สาขาที่ 3 แม่และเด็ก

เป้าหมายการดำเนินงานในการลดอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของทารกแรกเกิดถึง 28 วันที่น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ผลการดำเนินงานพบว่า จำนวนเด็กเกิดมีชีพน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมจำนวน 5,391 คนเสียชีวิตใน 28 วันจำนวน 32 คนคิดเป็น 5.9 ต่อพันประชากร ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขซึ่งตั้งเกณฑ์ไว้ 15/พันประชากร อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กจะมีความเชื่อมโยงกลุ่มเป้าหมายหลายกลุ่มและต่อเนื่องจากกลุ่มวัยรุ่นที่ยัง

ภาพที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีรายใหม่ที่ได้รับการรักษาในสถานบริการเขตบริการสุขภาพที่ 8 ปี พ.ศ. 2552-2557



ประสบปัญหาแม่วัยใสและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น กลุ่มเด็กที่มีภาวะอ้วน กลุ่มเด็กที่มีความฉลาดทางปัญญาต่ำกว่ามาตรฐาน หากแต่การดำเนินงานสาขาแม่และเด็กมีกระบวนการทำงานและเป้าหมายที่ชัดเจนมีกระบวนการพัฒนาที่ต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งในระบบบริการของพื้นที่พบว่ามีปัญหาในการดำเนินงานน้อย ผลการดำเนินงานเป็นที่น่าพอใจ อุปสรรคที่พบเช่น มารดามาฝากครรภ์ช้ากว่า 12 สัปดาห์จากการไปทำงานต่างจังหวัด หรือไม่มาฝากครรภ์เพราะสาเหตุท้องไม่พร้อมในกลุ่มแม่วัยรุ่น ซึ่งเป็นแนวโน้มปัญหาที่เพิ่มขึ้น ถึงแม้จะให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เฝ้าระวัง ติดตาม สำรวจ กระตุ้น ก็ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จในระดับต่ำ เนื่องจากกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้อยู่ในพื้นที่หรือไม่ต้องการให้คนอื่นรู้แม้แต่ผู้ปกครองก็ไม่ทราบว่าตั้งครรภ์ ทั้งนี้ในระดับพื้นที่ที่มีมาตรการในการสนับสนุนชุดทดสอบการตั้งครรภ์สำหรับ อสม. ไว้ประจำในระดับหมู่บ้าน เพื่อให้ทราบผลและมาฝากครรภ์ในระยะ 12 สัปดาห์แรก ปัญหาอื่นๆที่พบในระดับพื้นที่ เช่น ในบางช่วงเวชภัณฑ์สำหรับหญิงตั้งครรภ์ขาดแคลนพร้อมกันทั้งจังหวัด ค่านิยมของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความต้องการในการฝากครรภ์กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และไม่เข้ารับบริการฝากครรภ์ในภาครัฐ ปัญหาการส่งต่อกรณีเตียงในหน่วยบริบาลทารก (neonatal intensive care unit: NICU) ไม่เพียงพอ และความล่าช้าในการประสานงานเพื่อการ

ส่งต่อ ในบางครั้งต้องส่งผู้ป่วยข้ามเขต ซึ่งจะต้องมีการแก้ไขปัญหาและพัฒนาาร่วมกันในระดับเขตต่อไป ทั้งนี้ยังพบความต้องการฝึกอบรมเพื่อทบทวนองค์ความรู้และเพิ่มทักษะการปฏิบัติงานของบุคลากรระดับปฏิบัติการ โดยเฉพาะการฝากครรภ์และการทำคลอด โดยเสนอให้มีกระบวนการพัฒนาในระดับเขต รายละเอียดดังตารางที่ 2

#### สาขาที่ 4 อุบัติเหตุ

สาขาอุบัติเหตุในระดับพื้นที่มีกระบวนการในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพที่ชัดเจน พร้อมมีกระบวนการในการพัฒนาทั้งบุคลากรและระบบที่เหมาะสม ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยศีรษะบาดเจ็บและอวัยวะอื่นๆ ได้รวดเร็วมากขึ้น ทั้งการวินิจฉัยทำให้การดูแลผู้บาดเจ็บแบบไร้รอยต่อตั้งแต่จุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาลที่มีศักยภาพรักษาที่สูงขึ้น มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บ โดยโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีข้อมูล 19 สาเหตุ ตาม 43 แพ้มๆ ที่ 21 แพ้ม accident ส่วนโรงพยาบาลจังหวัดมีระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บที่สามารถประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บทั้งนำมาทำ seamless trauma audit ได้ การพัฒนาบุคลากรจัดอบรมการใช้เกณฑ์คัดแยกผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินเป็นแนวทางเดียวกัน ตั้งแต่รับแจ้งเหตุจนถึงห้องฉุกเฉินทั้งภาวะปกติและ



ตารางที่ 2 อัตราการเสียชีวิตของเด็กที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ใน 28 วันแรก เขตบริการสุขภาพที่ 8

พื้นที่	จำนวนเด็กเกิดมีชีพน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	เด็กเสียชีวิตใน 28 วันแรก	อัตรา/พันประชากร
นครพนม	154	2	12.99
หนองคาย	1,581	1	0.63
เลย	1,876	10	5.33
อุดรธานี	407	15	36.86
หนองบัวลำภู	1,244	3	2.41
บึงกาฬ	129	1	7.75

ภาวะภัยพิบัติ แผนพัฒนาให้แพทย์โรงพยาบาลชุมชนผ่านการอบรม (advanced trauma life support: ATLS) และมีเกณฑ์ชีวิตด้านการรักษาผู้บาดเจ็บรุนแรงคือ การได้รับการผ่าตัดช่วยชีวิตตามเวลาที่กำหนดทุกโรงพยาบาล โดยมี fast tract ER to OR การรักษาผ่านระบบศูนย์สั่งการ ผลการพัฒนาคุณภาพงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตามระบบบริการสุขภาพ (service plan) เขตบริการสุขภาพที่ 8 ดังนี้

โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาล-ชุมชน มีการพัฒนาคุณภาพงานอุบัติเหตุฉุกเฉินตามแผน Service Plan เขตบริการสุขภาพที่ 8 โดยมุ่งพัฒนาคุณภาพงาน ER จนมีผลงานผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 95.77 และมีผลงานการดูแลผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤติ (สีเหลืองและสีแดง) ที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 10 นาที ที่ได้รับแจ้งเหตุ ร้อยละ 84.13 ทั้งนี้ มีแนวทางในการแสวงหาการมีส่วนร่วมเพื่อการดำเนินงาน ทั้งภาคีเครือข่ายภาครัฐ เอกชน มูลนิธิและประชาชน ผลที่เกิดขึ้นชัดเจน คือ บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การดูแลผู้บาดเจ็บได้เหมาะสมเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา ทั้งในส่วนการดูแลทางเดินหายใจ การห้ามเลือด การตาม C-spine ตลอดจนการให้สารน้ำทางเส้นเลือด สอดคล้องกับคำพูดที่ว่า “เดี๋ยวนี้ผู้ป่วยอุบัติเหตุ เข้า ถึงการรับบริการของรัฐดีขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก เรามีสติ๊กเกอร์แจกไปทุกหลังคาเรือน เพื่อให้รู้ว่าควรต้องทำอย่างไร” อย่างไรก็ตามในบางพื้นที่พบปัญหาในการโทรสายด่วน 1669 เข้าศูนย์สั่งการในระดับจังหวัด

แล้วประสบปัญหาศูนย์สั่งการซักถามรายละเอียดข้อมูลที่มากเกินไป ซึ่งสวนทางกับผู้แจ้งที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและเร่งรีบ ซึ่งโดยปกติผู้แจ้งเหตุจะร้อนใจและมีความคาดหวังสูงขอความช่วยเหลือ ควรต้องพัฒนาระบบการสั่งการให้เกิดความกระชับ ปัญหาความต่อเนื่องของทีมกู้ชีพตำบล (First Responder: FR) เนื่องจากลูกจ้างกู้ชีพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มักถูกเลิกจ้างเมื่อนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหมดวาระ ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาที่ต่อเนื่อง และเมื่อนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ารับตำแหน่งใหม่ก็จ้างลูกจ้างกู้ชีพคนใหม่ ซึ่งต้องเริ่มกระบวนการพัฒนาทีมกู้ชีพอีกครั้งหนึ่ง

การพัฒนา Service Plan สาขาอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นไปตามทิศทางของแผนปฏิบัติการพัฒนาที่มีเป้าประสงค์ให้มีระบบอุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) โดยเฉพาะด้าน pre-hospital care ที่มีคุณภาพ และมีการดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน (emergency room) ที่มีคุณภาพ เพื่อลดการเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น ซึ่งผลการพัฒนาพบว่า ห้องฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 95.77 ของโรงพยาบาลทั้งหมด ซึ่งปฏิบัติตามเป้าหมาย ในส่วนผลงานการดูแลผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤติ (สีเหลืองและสีแดง) ที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 10 นาที ที่ได้รับแจ้งเหตุ (EMS คุณภาพ) ร้อยละ 84.13 ซึ่งแม้จะสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด แต่ก็ควรมีการปรับปรุง พัฒนาการบูรณาการ

หน่วยบริการทุกระดับเพื่อให้เกิดบริการไร้รอยต่อ (seamless care) ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงการรักษาเฉพาะ (definitive care) พัฒนาระบบสารสนเทศด้านการบาดเจ็บ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข การดำเนินการตามหลักบริการครบวงจร (comprehensive trauma care) กุญแจสำคัญคือ การนำของแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาล<sup>(6)</sup>

ในด้านการส่วนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการดำเนินการร่วมกัน โดยการพัฒนาและขึ้นทะเบียนหน่วยกู้ชีพ FR กระจายครอบคลุมทุกพื้นที่ในเขตบริการสุขภาพที่ 8 เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอุบัติเหตุ จุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร ซึ่งการสร้างการมีส่วนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นภาคีเครือข่าย มีการประสานงานที่ดี มีระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และมีการติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่อง รูปแบบนี้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรลงได้<sup>(7)</sup>

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ปัจจัยนำเข้าของความสำเร็จที่สำคัญประกอบไปด้วย การจัดการในรูปแบบเขตบริการสุขภาพ โดยถ่ายถอดออกมาในรูปแบบแผนนโยบายเขตบริการสุขภาพที่ชัดเจน ถ่ายทอดสู่การปฏิบัติในรูปแบบการใช้ทรัพยากรร่วมกันในภาพเขต ทั้งระหว่างจังหวัด และระหว่างอำเภอ การดำเนินงานแบบเจ้าภาพตามความถนัดของแต่ละหน่วยบริการ แต่ละจังหวัดจัดเครือข่ายบริการ (Node) มอบหมายให้เป็นเจ้าภาพทั้งในระดับเขตและระดับจังหวัด มีความเป็นเอกภาพและช่วยเหลือเกื้อกูล ส่วนในระดับอำเภอ ปัจจัยแห่งความสำเร็จเชื่อมโยงผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์และภาวะผู้นำ มุ่งเน้นการทำงานเป็นทีม ส่วนในระดับอำเภอสัมพันธ์ภาพของผู้นำองค์กร ซึ่งเกี่ยวเนื่องโดยตรงต่อการนิเทศติดตาม และการกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน การสนับสนุนทรัพยากรที่เหมาะสม โดยมีผู้รับผิดชอบหลัก (manager) ในแผนนโยบายแต่ละกลยุทธ์ ภายใต้กระบวนการพัฒนาศักยภาพที่

เหมาะสม สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ ในส่วนกระบวนการวางแผนชัดเจน สอดคล้องในแต่ละกลยุทธ์กับทรัพยากรที่มีอย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงการประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ ภายใต้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ<sup>(8)</sup> ทั้งนี้ อุปสรรคในการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่คือ ระบบข้อมูลสารสนเทศ โดยพบว่า มีการใช้เวลามากในการบันทึกข้อมูลซึ่งมีหลายโปรแกรม และมีการบันทึกข้อมูลจำนวนมาก มีความซ้ำซ้อน ส่งผลให้เวลาในการให้บริการของบุคลากรสาธารณสุขลดลง เป็นภาระที่ไม่ส่งผลดีต่อสุขภาพประชาชนในภาพรวม และเป็นภาระที่บั่นทอนขวัญกำลังใจและความสุขของบุคลากรในภาพรวมของเขตบริการสุขภาพที่ 8

### วิจารณ์

ปัจจัยแห่งความสำเร็จเชื่อมโยง “เขตบริการสุขภาพ” ซึ่งมีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กำกับดูแลและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ ภายใต้ระบบบริการสุขภาพ (service plan) การประสานการดำเนินงานในภาพเขตแบ่งปันทรัพยากร สนับสนุนการจัดบริการตามความถนัดข้ามจังหวัด มีเจ้าภาพในแต่ละงาน ขับเคลื่อนนโยบายไปพร้อมกัน โดยจัดให้มีผู้จัดการ (manager) หรือเจ้าภาพรับผิดชอบในแต่ละตัวชี้วัดและแต่ละสาขาชัดเจนในทุกระดับระบบบริการสุขภาพสามารถลดอัตราการตาย ชัดเจนในกรณีโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการกระจาย Streptokinase และใช้ระบบการให้คำปรึกษาแพทย์ผู้ทำการรักษา รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ในระดับพื้นที่ผ่านสื่อเพื่อให้ผู้ป่วยรับบริการในช่วงเวลาทอง (golden period) 270 นาที โดยไม่ใช้เครื่องมือทันสมัยหรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่อย่างใด สอดคล้องกับการศึกษาของวตาทานต์ สุราษฎร์ และคณะ<sup>(9)</sup>

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในระดับพื้นที่เชื่อมโยงแผนนโยบายและแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนจากเขตบริการสุขภาพ รวมถึงภาวะผู้นำของผู้บริหารทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ ความสัมพันธ์ที่ดีใน คปสอ.

การจัดสรรทรัพยากรเหมาะสมและมีการใช้ทรัพยากรร่วมกันทุกระดับ การวางแผนที่ดี ติดตามกำกับประเมินผลต่อเนื่องรวมถึงเครือข่ายสนับสนุนในระดับพื้นที่ทั้งภายในและภายนอก คปสอ. การประสานการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รวมถึงการประสานงานภาครัฐ เอกชน และประชาชน ส่งเสริมระบบข้อมูลสารสนเทศและขวัญกำลังใจบุคลากรรวมถึงมาตรการในการสร้างความมั่นใจแก่บุคลากรในการปฏิบัติงานทั้งการพัฒนาที่ต่อเนื่องและมาตรการการความช่วยเหลือเยียวยาเมื่อเกิดเหตุสุดวิสัย สร้างการมีส่วนร่วมทั้งภายในและภายนอกองค์กรนำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินการจัดระบบบริการสุขภาพในท้ายที่สุด

ระบบการบริหารจัดการสุขภาพระดับเขตช่วยสนับสนุนและประสานการดำเนินงานส่งผลให้แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพมีแนวโน้มดีขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับพื้นที่ที่สลับซับซ้อน ประสานทรัพยากรลดต้นทุนบริการสุขภาพ เกิดความประหยัดต่อขนาด (economy of scale) จากหน่วย (unit) ที่เพิ่มขึ้นจากการกำหนดจุดบริการร่วม (node) ลดขั้นตอนและลดระยะเวลาารอคอย รวมถึงระบบประสานการส่งต่อ ช่วยให้การส่งต่อนอกเขตลดลง ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ อย่างเท่าเทียม เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ สามารถนำแนวนโยบายแปลงสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ผลของการดำเนินการจัดการระบบบริการสุขภาพที่ปรากฏชัดเจนอาจต้องใช้เวลาในการดำเนินงานที่ยาวนานขึ้นโดยอาจต้องประเมินผลในระยะ 3-5 ปี ผู้วิจัยคาดหวังว่า ระบบบริการสุขภาพ (service plan) จะส่งผลดีต่อสุขภาพอนามัยประชาชนในท้ายที่สุด

ข้อสังเกตอีกประการของนักวิจัยคือ ความสำเร็จที่เกิดขึ้นมักเกิดในอำเภอที่มีขนาดใหญ่ ซึ่งนอกจากจะเป็นผู้นำด้านต้นทุนต่ำ (cost frontier) จากความประหยัดต่อขนาดที่เกิดขึ้น ยังพบว่าในอำเภอขนาดใหญ่ ผู้นำองค์กรมักเป็นบุคคลที่มีความอาวุโสและมีความสามารถทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ ซึ่ง-

เชื่อมโยงทั้งภาวะผู้นำประสบการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ

### กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความร่วมมือของบุคลากรในพื้นที่ที่สนับสนุนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยให้ข้อมูลอันเป็นจริง เสนอแนะแนวทางที่นำไปสู่การพัฒนาสุขภาพอนามัยอย่างยั่งยืนของประชาชน และความผาสุกของบุคลากรสาธารณสุข ทั้งนี้ รวมถึงแนวนโยบายการประเมินผลเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินใหม่ของเขตบริการสุขภาพที่ 8 ซึ่งเปิดใจ เปิดกว้างสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนางานบนพื้นฐานข้อเท็จจริง และการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน ทีมงานวิจัย จึงขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพ (service plan). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
2. เขตบริการสุขภาพที่ 8. เอกสารประกอบการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานปีงบประมาณ 2557. อุดรธานี: เขตบริการสุขภาพที่ 8; 2556.
3. ทวีศักดิ์ นพเกสร. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. นครราชสีมา: ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย; 2548.
4. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์ปริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2547.
5. Zhang BH, Yang BH, Tang ZY. Randomized controlled trial of screening for hepatocellular carcinoma. J Cancer Res Clin Oncol 2004;130:417-22.
6. ไพบูลย์ สุริยวงศ์ไพศาล, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, พินทุสร เหมพิสุทธิ, บุญยวีร์ เอื้อศิริวรรณ, อังสุมาลี ผลภาค, อาณัติวรรณศรี, และคณะ. รายงานผลการศึกษาโครงการรวบรวมความรู้และถอด บทเรียนรูปแบบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่. สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2556

7. สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์, วิวัฒน์ ศีตมโนชญ์, อรชร อัฐวิลาภ และลักขณา ไทยเครือ. การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วมโดยอาศัยทรัพยากรและศักยภาพในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต. วารสาร-วิชาการสาธารณสุข 2557;23:580-92.
8. เขตบริการสุขภาพที่ 8. สรุปผลการประเมินให้คะแนนตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพเขตบริการสุขภาพที่ 8 รอบที่ 1. อุดรธานี: เขตบริการสุขภาพที่ 8; 2557.
9. วตาทานต์ สุราษฎร์, รชนิศ เย็นสบาย, ณัฐพล ขจรวิทยากุล, ไกรฤกษ์ ชาลิตกุล, กัญญารัตน์ เหล่ายัง, กฤดา เอื้อกฤดา-ธิการ, และคณะ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล้มเหลวของการใช้ยา Streptokinase ในการรักษาผู้ป่วย STEMI: การศึกษาแบบย้อนหลัง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2557;3:238-45.

**Abstract: Key Success Factors of Service Plan in Regional Health Center No 8, Thailand**

**Pisit Sriprasert, M.D., Dr.P.H..**

*Region Health Center No 8, Udon Thani Province*

*Journal of Health Science 2015;24:696-707.*

The objectives of this study were to evaluate the outcomes of the service plan implemented in the health region 8 of Thailand which was under the responsibility of the Regional Health Center 8 situated in Udon Thani, and to identify key success factors of health service in the region. It was conducted in 2014 using both quantitative and qualitative approaches. Quantitative data were collected through the review of health reports of the first 6 months of the fiscal year 2014 from all 7 provinces in the region; and the qualitative data were obtained through in-depth interview, focus group discussions and a set of questionnaire. It was found that the service plan was consistent with the regional context, and produced successful results with regard to the reduction of incidence and mortality of priority diseases, patient-waiting time and budget. The successes of service plan in 4 main tracks (cardiovascular diseases, cancer, maternal and child health, and emergency medical services) were observed. For the track of cardiovascular disease, the anticoagulant (streptokinase) availability had covered all community hospitals. The patients were able to conveniently access to the services which reduced mortality and disability. For the emergency service track, patients were able to obtain standard services in a seamless manner with easy access and effective referral system. The outcomes for the maternal and child health track had achieved the targets; although more common incidents of teen pregnancy were observed. As for the cancer track, the services were provided to raise awareness and target behavioral change to prevent cholangiocarcinoma as well as to reduce patient waiting time for cancer treatment. The key success factors were identified to be the clear region health center policies, strategies and guidelines; leadership; good relationship among district health teams; suitable allocation of appropriate resources; good planning, monitoring and evaluation; participation of and support from local administration and communities; promotion of appropriate information systems; and the positive morale of health workforce.

**Key words:** key success factor, service plan, regional health centre