

สถานการณ์การรับบริการส่งต่อของผู้ป่วย โรคกระดูกและข้อ ที่โรงพยาบาลศูนย์เชียงราย ประชานุเคราะห์ ปี 2546-2550

สมศักดิ์ อุทัยพิบูลย์*

ศาสตราจารย์ ดร. จรัสดำรงวัฒนะ**

สุมิตรา สมยาราช**

สุทัศน์ ศรีวิไล***

*กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์

**กลุ่มงานเวชสถิติ โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์

***ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ เชียงราย

บทคัดย่อ

จากสภาพการเปลี่ยนแปลงของระบบสาธารณสุขและสังคมในปัจจุบัน ทำให้จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทาง ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ที่ถูกส่งต่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์มีแนวโน้มเพิ่ม มากขึ้น การศึกษาเชิงพรรณนาและเชิงวิเคราะห์นี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ประเมินสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการ ส่งต่อผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อจากโรงพยาบาลในพื้นที่ใกล้เคียงมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์เชียงราย ประชานุเคราะห์ โดยรวบรวมข้อมูลการส่งต่อประเภทผู้ป่วยในช่วงปีงบประมาณ 2546-2550 จากแผนกเวช สถิติ แล้วเรียบเรียง และวิเคราะห์ จำนวนและแนวโน้มของการส่งต่อโรคทางออร์โธปิดิกส์ ลักษณะของโรค จำนวนวันนอนโรงพยาบาล รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการนอนโรงพยาบาล และปัจจัยที่มีผลต่อการส่งต่อ พบว่ามีผู้ป่วยถูกส่งต่อมาทั้งหมด 15,729 ราย โรคที่พบมากที่สุดคือ กระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก (fracture of lower end of radius) กระดูกหน้าแข้งหัก (fracture of shaft of tibia) และกระดูกต้นขาบริเวณ สะโพกหัก (pertrochanteric fracture) ตามลำดับ สำหรับแนวโน้มจำนวนการส่งต่อของโรคใน 10 อันดับ แรกมีจำนวนค่อนข้างคงที่ ยกเว้นผู้ป่วยที่มีแผลเปิดที่ส่วนอื่น ๆ ของข้อมือและมือ (open wound of other parts of wrist and hand) และกระดูกนิ้วมือหัก (fracture of other fingers) มีจำนวนการส่งต่อเพิ่มขึ้น มาก ผู้ป่วยกระดูกต้นขาบริเวณสะโพกหักมีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมากที่สุด (11 วัน) ผู้ป่วยกระดูก เรเดียสส่วนปลายหักมีวันนอนในโรงพยาบาลน้อยที่สุด (2 วัน) ในขณะที่แนวโน้มจำนวนวันนอนลดลง เกือบทุกโรค แต่พบว่าทุกโรคมีแนวโน้มค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทุกปี ร้อยละ 50-60 มีการส่งต่อที่ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ และมีปัจจัยทำให้ในปี 2547 ถึง 2549 มีการส่งต่อเพิ่มประมาณ 1.2 เท่าจากปี 2546 ($p < 0.005$) และระยะ ทางระหว่างอำเภอและตัวจังหวัดน้อยกว่า 50 กิโลเมตรมีการส่งต่อที่ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ มากกว่าโรงพยาบาล ที่อยู่ไกลกว่าประมาณ 1.1 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

คำสำคัญ: ออร์โธปิดิกส์, ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อ, ข้อตกลงบ่งชี้ในการส่งต่อของสถานบริการ

บทนำ

จังหวัดเชียงราย ตั้งอยู่บริเวณตอนบนสุดของประเทศไทย มีเขตติดต่อกับจังหวัดเชียงใหม่ทางด้านเหนือและตะวันตก กับจังหวัดพะเยาและจังหวัดลำปางทางด้านทิศใต้โดยแบ่งการปกครองเป็น 17 อำเภอมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด 1,226,482 คน มีโรงพยาบาลของรัฐที่ให้บริการ 17 แห่ง แบ่งระดับเป็นโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 120 เตียง 1 แห่ง, ขนาด 90 เตียง 3 แห่ง, ขนาด 60 เตียง 3 แห่ง และขนาด 30 เตียง 10 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 2 แห่ง ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์⁽¹⁾

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 756 เตียง ให้การบริการเป็นลักษณะการดูแลแบบตติยภูมิ โดยรับรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในเขตเมืองและรับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนทั้งในจังหวัดเชียงรายและจังหวัดใกล้เคียง จากสภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบัน พบว่าจำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ที่ถูกส่งต่อมารับการรักษาใน โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูลใน PCT ออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์พบว่า อัตราการส่งต่อผู้ป่วยจาก รพ.ชุมชนและ รพ.ทั่วไปใกล้เคียงมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 4,192 ราย ในปีงบประมาณ 2548 เป็น 4,332 รายและ 4,475 ราย ในปี 2549 และ 2550 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นผลจากการคมนาคมที่สะดวกและรวดเร็วขึ้น ซึ่งทำให้การบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์ได้ร้อยละ 78 จากการจราจร⁽²⁾ การเข้าถึงระบบสุขภาพของประชาชนตามนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้าตาม รัฐธรรมนูญฉบับ พ.ศ. 2540 ได้กล่าวถึง “สิทธิ” ขั้นพื้นฐานของประชาชน อันหมายรวมถึงการได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพเท่าเทียมกัน⁽³⁾ และสภาพของการเกิดความไม่มั่นใจในการให้การบริการเนื่องจากปัญหาเรื่องการฟ้องร้องในกรณีให้การรักษาผิดพลาด⁽⁴⁾ ก่อให้เกิดปัญหาเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย

อุบัติเหตุมากขึ้น ทำให้ปริมาณผู้ป่วยในหอผู้ป่วยมีปริมาณมากซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการเนื่องจากโอกาสรับการรักษาแบบทันที่เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง ได้รับการรักษาล่าช้าเนื่องจากต้องคอยคิวในการผ่าตัดนาน และผลกระทบทางอ้อมต่อตัวผู้ป่วยเอง เรื่องวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ทั้งด้านความสิ้นเปลืองของค่าใช้จ่ายที่ต้องเดินทางของญาติหรือผลกระทบต่อผู้ให้บริการเนื่องจากปริมาณผู้ป่วยมากทำให้ต้องปฏิบัติงานภายใต้ความเครียด ต้องเร่งรีบทำการดูแลรักษาเพื่อระบายผู้ป่วยให้หมดเพื่อบริหารจัดการเรื่องเตียงนอน การจัดการกับระบบเอกสารที่ต้องครบถ้วนตามกระบวนการคุณภาพ การจัดการคิวผ่าตัด อาจให้บริการไม่ทั่วถึง รวมถึงอาจต้องประสบกับปัญหาเรื่องความผิดพลาดในการรักษาสูงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาตามมา

การศึกษานี้ จัดทำขึ้นเพื่อให้ประเมินสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการส่งต่อผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อโดยการบรรยายลักษณะของผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ รวมทั้งโรคที่มีความถี่ในการส่งต่อสูง 5 อันดับแรก ในด้านจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (length of stay) รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในการนอนโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา

ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ประเภทผู้ป่วยในที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงรายและโรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียง ในช่วงปีงบประมาณ 2546-2550 รวมระยะเวลา 5 ปี

มีรูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาแบบย้อนหลังและเชิงวิเคราะห์ โดยรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยประเภทผู้ป่วยในที่ส่งต่อเข้ามารักษาเฉพาะแผนกออร์โธปิดิกส์ จากฐานข้อมูลของแผนกเวชสถิติ โรงพยาบาลศูนย์เชียงราย และคัดเลือกรหัสโรคตามระบบ ICD-10⁽⁵⁾ เฉพาะกลุ่มโรคสำหรับการวิเคราะห์ คือ กลุ่มโรครหัส M เกี่ยวกับโครงร่างกระดูก กล้าม-

เนื้อและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน

กลุ่มโรครหัส S เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่เกิดจากแรงกระทำภายนอก

กลุ่มโรครหัส T เกี่ยวกับการบาดเจ็บร่างกายหลายตำแหน่ง

นำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง จัดรูปแบบของข้อมูลใหม่เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งต่อกรณีการบาดเจ็บต่อกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน เปรียบเทียบตามข้อบ่งชี้การส่งต่อ (Interhospital Triage Criteria)⁽⁶⁾ ได้ตามวัตถุประสงค์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ สัดส่วน ร้อยละ มัชยฐาน และค่าความสัมพันธ์ odds ratio นำเสนอข้อมูลในรูปแบบงานศึกษาทางวิชาการ รวมทั้งเสนอข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ข้อบ่งชี้การส่งต่อ หมายถึง ข้อตกลงบ่งชี้ในการส่งต่อของสถานบริการ ในการเตรียมการก่อนการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุจังหวัดเชียงใหม่ (2547) งานการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มงานบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขเชียงใหม่ โดยจัดระดับความเหมาะสมของโรคกระดูกและเนื้อเยื่ออ่อนกับขนาดของโรงพยาบาลว่าภาวะใดควรส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลศูนย์ เช่น

ภาวะ irreducible closed fracture, irreducible dislocation, closed fracture of femur, open fracture, complicated fracture of hand, fracture spine, complete tear of flexor tendon ในโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง หรือ 60-120 เตียง ที่ไม่มีศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์สมควรส่งต่อได้

ค่า RW (Relative Weight) หรือค่าน้ำหนักมาตรฐานสัมพัทธ์ หมายถึงต้นทุนเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยในกลุ่ม DRG (Diagnosis Related Groups หรือกลุ่มวินิจฉัยโรครวม คือการจัดกลุ่มผู้ป่วย ที่ใช้ทรัพยากรในการรักษาพยาบาล และมีความสัมพันธ์ใกล้เคียงกัน ไว้ในกลุ่มเดียวกัน) เป็นกึ่งเท่าของต้นทุนเฉลี่ยของผู้ป่วยทุกกลุ่ม คะแนนน้ำหนักมาตรฐานสัมพัทธ์ใช้เป็นหน่วยในการคำนวณจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาล โดยค่า 1 คะแนนแปลเป็นตัวเงินบาท เช่น จังหวัดเชียงใหม่จ่าย RW 1 คะแนนเท่ากับ 10,000 บาท ในปี 2546 3,006 บาท ในปี 2548 - 2549 และ 7,653 บาท ในปี 2550 หรือใช้เป็นหน่วยวัดความซับซ้อนของโรคที่โรงพยาบาลหนึ่ง ๆ ให้การดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยทั้งหมด⁽⁷⁾

ผลการศึกษา

เมื่อคัดเลือกเฉพาะโรคในกลุ่ม M, S และ T ตามรหัสโรค ICD 10 พบว่าในระยะเวลา 5 ปี มีผู้ป่วยจำนวน

ตารางที่ 1 การส่งต่อโรคทางกระดูกและข้อตามรหัสกลุ่มโรค M, S, T ประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่ประชาชนนคราห์ จำแนกตามจังหวัดที่ส่งต่อ ปี 2546 - 2550

จังหวัด	ปีงบประมาณ-ราย					รวม
	2546	2547	2548	2549	2550	
เชียงใหม่	2,746	3,056	3,007	3,068	3,129	15,006
พะเยา	61	84	104	145	136	527
เชียงใหม่	43	36	34	35	23	171
ลำปาง	1	0	1	2	0	4
อื่น ๆ	5	5	2	3	6	21
จำนวนรวม	2,856	3,181	3,145	3,253	3,294	15,729

15,729 รายถูกส่งต่อมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในของคลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากทุกปีจาก 2,856 รายในปี 2546 เป็น 3,294 รายในปี 2550 โดยส่วนใหญ่ (95%) เป็นการส่งต่อมารับการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชนภายในจังหวัด ส่วนจังหวัดใกล้เคียงพบว่าจังหวัดพะเยาส่งต่อมารับการรักษามากที่สุด (ตารางที่ 1) ผู้มา

รับบริการส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (72.4%) ซึ่งแนวโน้มสัดส่วนประเภทการใช้สิทธิบัตรมีการเปลี่ยนแปลงไม่มาก อยู่ระหว่างร้อยละ 70.7 ถึงร้อยละ 73.9

จำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อในโรค 10 ลำดับแรก คิดเป็นร้อยละ 33.7 ของจำนวนที่ส่งต่อในกลุ่มโรค M, S, T ทั้งหมด จากตารางที่ 2 โรคที่พบในการส่งต่อจาก

ตารางที่ 2 การส่งต่อโรคทางกระดูกและข้อ ประเภทผู้ป่วยใน 10 อันดับแรก โดยเป็นวินิจฉัยเดี่ยวไม่มีการวินิจฉัยโรคอื่นร่วม (Single diagnosis) (ปีงบประมาณ 2546 - 2550)

การวินิจฉัยโรค	ปีงบประมาณ ราย (%)					รวม
	2546	2547	2548	2549	2550	
1. กระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก ทั้งหมด	177	206	197	229	246	1055
วินิจฉัยเดี่ยว	138 (77.9)	148 (71.8)	148 (75.1)	169 (73.8)	176 (71.5)	779 (73.8)
2. กระดูกหน้าแข้งทibiaหัก ทั้งหมด	215	209	200	168	184	976
วินิจฉัยเดี่ยว	156 (72.5)	125 (59.8)	110 (55.0)	57 (33.9)	95 (51.6)	543 (55.6)
3. กระดูกต้นขาส่วน trochanter หัก ทั้งหมด	171	158	159	168	212	868
วินิจฉัยเดี่ยว	156 (91.2)	146 (92.4)	146 (91.8)	147 (87.5)	171 (80.7)	766 (88.2)
4. กระดูกต้นแขนส่วนปลายหัก ทั้งหมด	122	133	126	150	148	679
วินิจฉัยเดี่ยว	113 (92.6)	117 (87.9)	109 (86.5)	132 (88.0)	115 (77.7)	586 (86.3)
5. แผลเปิดที่ส่วนอื่น ๆ ของข้อมือ และมือ ทั้งหมด	7	40	161	227	205	659
วินิจฉัยเดี่ยว	3 (42.8)	3 (7.5)	5 (3.1)	7 (3.1)	1 (0.5)	19 (2.9)
6. กระดูกนิ้วมืออื่น ๆ หัก ทั้งหมด	77	125	124	150	168	644
วินิจฉัยเดี่ยว	45 (58.4)	50 (40.0)	26 (20.9)	16 (10.7)	28 (16.7)	165 (25.6)
7. กระดูกต้นขาหัก ทั้งหมด	168	179	67	84	113	611
วินิจฉัยเดี่ยว	112 (66.7)	107 (59.7)	40 (59.7)	55 (65.4)	51 (45.1)	365 (59.7)
8. ภาวะโพรงกระดูกสันหลังตีบ ทั้งหมด	95	142	89	121	137	584
วินิจฉัยเดี่ยว	87 (91.6)	114 (80.3)	61 (68.5)	89 (73.5)	101 (73.7)	452 (77.4)
9. กระดูกแขนทั้งเรเดียสและอัลนาร์หัก ทั้งหมด	107	103	133	134	105	582
วินิจฉัยเดี่ยว	88 (82.2)	83 (80.6)	109 (81.9)	104 (77.6)	80 (76.2)	464 (79.7)
10. กระดูกต้นขาบริเวณคอสะโพกหัก ทั้งหมด	109	100	120	119	106	554
วินิจฉัยเดี่ยว	100 (91.7)	92 (92.0)	104 (86.6)	107 (89.9)	95 (89.6)	498(89.9)

การวินิจฉัยทั้งหมดมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ **กระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก** **กระดูกหน้าแข้งทibiaหัก** **กระดูกต้นขาส่วน trochanter หัก** **กระดูกต้นแขนส่วนปลายหัก** **กระดูกต้นขาบริเวณคอสะโพกหัก** ตามลำดับ แต่เมื่อเปรียบเทียบเป็นสัดส่วนของผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อโดยไม่มีกรวินิจฉัยการบาดเจ็บที่อื่นร่วมด้วย พบใน **กระดูกต้นขาบริเวณคอสะโพกหักมากที่สุด (89.9%)** รองลงมาคือ **กระดูกต้นขาส่วน trochanter หัก (88.2%)** และ **กระดูกต้นแขนส่วนปลายหัก (86.3%)** ตามลำดับ ส่วนโรคที่มีการบาดเจ็บร่วมกับบริเวณอื่นมากที่สุดคือ **แผลเปิดที่ส่วนอื่น ๆ ของข้อมือและมือและ กระดูกนิ้วมือ**

อื่น ๆ หัก สำหรับแนวโน้มจำนวนการส่งต่อของโรคโดยส่วนใหญ่มีจำนวนค่อนข้างคงที่ ยกเว้น **แผลเปิดที่ส่วนอื่น ๆ ของข้อมือและมือและกระดูกนิ้วมืออื่น ๆ หัก** มีจำนวนการส่งต่อเพิ่มขึ้นมากในระยะเวลา 5 ปี

เมื่อพิจารณาเฉพาะโรคที่มีการบาดเจ็บบริเวณเดียวที่มีจำนวนการส่งต่อสูงสุด 5 อันดับแรก พบว่าโรค **กระดูกต้นขาบริเวณคอสะโพกหัก** มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลมากที่สุด (11 วัน) ส่วนโรค **กระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก** มีวันนอนในโรงพยาบาลน้อยที่สุด (2 วัน) โดยพบว่า มีแนวโน้มจำนวนวันนอนลดลงเกือบทุกโรค สำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นระหว่างนอนโรงพยาบาล โรค

ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐานของจำนวนวันนอน ค่าใช้จ่าย และค่า RW ของโรคทางกระดูกและข้อที่ส่งต่อประเภทผู้ป่วยใน 5 อันดับแรก ที่ไม่มีโรคอื่นร่วม จำแนกตามปีงบประมาณ 2546 - 2550 โรงพยาบาลศูนย์เชียงใหม่รายประชาชนเคราะห์

การวินิจฉัยโรค	ปีงบประมาณ				
	2546	2547	2548	2549	2550
1. กระดูกเรเดียสส่วนปลายหัก					
ค่าใช้จ่าย (บาท)	2,581	2,633.5	2,763.5	3,701.5	5,304
จำนวนวันนอน	2	2	2	1	2
ค่า RW	0.46	0.46	0.47	0.47	1.18
2. กระดูกต้นขาส่วน trochanter หัก					
ค่าใช้จ่าย (บาท)	19,067.5	19,237	9,294.5	20,758.5	21,244
จำนวนวันนอน	8.5	10.5	9	9	8
ค่า RW	1.43	1.75	1.56	2.42	1.84
3. กระดูกต้นแขนส่วนปลายหัก					
ค่าใช้จ่าย (บาท)	5,735	5,669	5,289	6,245	6,980.5
จำนวนวันนอน	4	3	2.5	2	2
ค่า RW	0.89	0.89	0.98	0.98	0.98
4. กระดูกหน้าแข้งทibiaหัก					
ค่าใช้จ่าย (บาท)	13,051	12,963	13,480	16,748	15,882
จำนวนวันนอน	6	6.5	6	7	6
ค่า RW	1.42	1.66	1.66	1.66	1.66
5. กระดูกต้นขาบริเวณคอสะโพกหัก					
ค่าใช้จ่าย (บาท)	19,821.5	18,780	18,622	23,357	26,118
จำนวนวันนอน	11	10	11	9	8
ค่า RW	1.43	1.43	3.10	3.10	2.42

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งต่อกรณีการบาดเจ็บต่อกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันตามข้อบ่งชี้การส่งต่อ (Interhospital Triage Criteria) ปี 2545 -2550

ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งต่อ	จำนวนส่งต่อที่ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้/N (ร้อยละ)	OR (95% CI)	p value
ปีงบประมาณ			
● 2546	1,044/2,074 (50.34)	-	
● 2547	1,194/2,550 (46.82)	1.09 (0.98-1.21)	<0.005
● 2548	1,465/2,449 (57.84)	1.16 (1.05-1.28)	<0.005
● 2549	1,564/2,704 (57.84)	1.15 (1.04-1.27)	<0.005
● 2550	1,625/2,804 (57.95)	1.15 (1.04-1.27)	<0.005
ขนาดของโรงพยาบาล (เตียง)			
● 30-60	4,634/8,563 (54.12)	-	-
● 90 -120	1,729/3,168 (54.58)	1.01 (0.94-1.08)	0.81
● > 120	94/185 (50.84)	0.93 (0.73-1.20)	0.61
ระยะทางระหว่างโรงพยาบาล และ รพศ. เชียงราย (กิโลเมตร)			
● < 50	1,932/3,364 (57.43)	-	-
● 51- 100	3,856/7,211 (53.47)	1.07 (1.00-1.15)	<0.05
● > 100	669/1,341 (49.89)	1.15 (1.03-1.28)	<0.05

กระดูกต้นขาบริเวณคอสะโพกหักมีค่าใช้จ่ายมากที่สุด และโรคกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักมีค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด แต่พบว่าทุกโรคมีแนวโน้มค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทุกปีทั้งหมด ตั้งแต่ปี 2548 -2550 เมื่อเปรียบเทียบกับค่า RW พบว่า ค่าเฉลี่ยของ RW ค่อนข้างคงที่ในกระดูกต้นแขนส่วนปลายหักและกระดูกหน้าแข้งที่เบียดหักส่วนโรคอื่นมีแนวโน้มค่า RW ที่สูงขึ้น

จากการพิจารณาข้อบ่งชี้การส่งต่อผู้ป่วยเฉพาะในโรคที่เกิดจากการบาดเจ็บ (trauma) ในกลุ่มรหัสโรค S และ T พบว่าสัดส่วนของการส่งต่อที่ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้พบประมาณร้อยละ 50 ถึงร้อยละ 60 โดยพบการส่งต่อที่ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้เพิ่มขึ้นในปี 2547 ถึง 2549 โดยเพิ่มขึ้นประมาณ 1.2 เท่าจากปี 2546 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการส่งต่อที่ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ คือ ระยะทางระหว่างอำเภอและตัวจังหวัดโดย

โรงพยาบาลที่มีระยะทางห่างมากกว่า 50 กิโลเมตร มีแนวโน้มการส่งต่อที่ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ต่ำกว่าโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ตัวเมืองน้อยกว่า 50 กิโลเมตรประมาณ 1.1 เท่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับขนาดของโรงพยาบาลไม่มีผลกับการส่งต่อที่ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้ (ตารางที่ 4)

วิจารณ์

จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยทางกระดูกและข้อมายังโรงพยาบาลศูนย์เชียงรายฯ โดยเฉพาะที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการครองเตียงในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโดยอัตราการครองเตียงอยู่ที่มากกว่าร้อยละ 100 ในหอผู้ป่วยหญิงและประมาณร้อยละ 90 ในหอผู้ป่วยชาย โดยอัตราการครองเตียงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ข้อมูลจากสรุปผลงาน

ประจำปีโรงพยาบาลศูนย์เชียงรายฯ) และผลที่พบจากการศึกษานี้คือแนวโน้มของวันนอนโรงพยาบาลในโรคเดียวกันลดลง ส่วนหนึ่งเกิดจากการบริหารจัดการเตียงให้เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วย จึงต้องทำการผ่าตัดรักษาให้เร็วขึ้น และในขณะเดียวกันค่า RW ที่สูงขึ้น อาจเกิดจากการรักษาที่มีโรคแทรกซ้อน เพราะค่า RW ในการวินิจฉัยโรคเดียวกันจะมีค่าแปรตาม จำนวนการวินิจฉัยโรคอื่นร่วม ซึ่งกรณีนี้ได้ตัดการบาดเจ็บร่วมออกไปแล้ว

เมื่อพิจารณาจากกลุ่มโรคและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลพบว่า โรคที่มีจำนวนวันนอนสั้น (1-2 วัน) คือกระดูกเรเดียสส่วนปลายหักแสดงว่าการรักษาที่ได้รับในผู้ป่วยส่วนใหญ่คือการจัดกระดูกโดยการใส่เฟือก ซึ่งหัตถการเหล่านี้สามารถให้การดูแลรักษาได้ทั้งงานอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล แต่เนื่องจากมีผู้ป่วยส่งต่อจำนวนมากในแต่ละวันจึงไม่สามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ หรือสามารถดำเนินการรักษาได้ในโรงพยาบาลที่ส่งต่อโดยแพทย์ที่ได้รับการฝึกทักษะเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการส่งต่อ เช่น การเกิดอุบัติเหตุในการส่งต่อผู้ป่วยโดยรถพยาบาลของโรงพยาบาล⁽⁸⁾ และการสูญเสียงบประมาณประเทศชาติจากการขนส่งที่เพิ่มมากขึ้นมาก เนื่องจากสถานะในปัจจุบันที่ค่าเชื้อเพลิงสูงขึ้นตลอดเวลา

การส่งต่อที่ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ในกลุ่มโรคจากการบาดเจ็บพบถึงร้อยละ 50-60 ซึ่งข้อบ่งชี้เหล่านี้อ้างอิงจากระบบการส่งต่อของโรงพยาบาลในจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งมีสภาพของประชากรใกล้เคียงกับจังหวัดเชียงราย สำหรับแนวทางของจังหวัดเชียงรายซึ่งยังไม่มีการกำหนดต้องมีการประชุมเพื่อหาแนวทางต่อไป สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อการส่งต่อตามที่ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้คือ ระยะทางระหว่างโรงพยาบาลที่ส่งต่อกับโรงพยาบาลตามจังหวัดน้อยกว่า 50 กิโลเมตร และ พ.ศ. 2547-2550 มีการส่งต่อที่ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้มากขึ้นจากปี 2546 สถานการณ์เหล่านี้ อาจเกิดจากปัจจัยทั้งด้านผู้ให้บริการซึ่ง ได้แก่ ความรู้ของแพทย์เกี่ยวกับโรคที่ส่งต่อ

ทัศนคติของแพทย์ต่อการส่งต่อ ทักษะเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษาที่เคยปฏิบัติและไม่เคยปฏิบัติ ส่วนปัจจัยด้านผู้รับบริการได้แก่ อาชีพ การศึกษา รายได้ ความต้องการในการถูกส่งต่อของผู้ป่วย/ญาติ การมีสิทธิบัตรและปัจจัยด้านระบบบริการได้แก่ ประเภท ของโรงพยาบาล ขนาดของโรงพยาบาล ความพร้อมของอัตรากำลังเจ้าหน้าที่/เวร ความพร้อมของ อุปกรณ์ในการวินิจฉัยและรักษา ความพร้อมของเวชภัณฑ์และเลือด⁽⁹⁾ และจากการรายงานของจังหวัดขอนแก่นพบว่า ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจรทั่วไปในต่างอำเภอบางแห่งอาจมีอุบัติเหตุการณ์ของภัยอันตรายทางออร์โธปิดิกส์ไม่มาก แต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการถูกส่งต่อการรักษาสูง ควรต้องคำนึงถึงการส่งต่อการรักษาโดยไม่จำเป็นหรือ การรักษาแบบไม่ถูกต้องของผู้ป่วยกลุ่มนี้⁽¹⁰⁾

จากปัญหาที่เกิดขึ้นจากการส่งต่อจึงควรมีการจัดประชุมในระดับจังหวัดเพื่อสร้างระบบและความเข้าใจอันดีเพื่อแก้ปัญหาความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลชุมชนกับโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อเพิ่มคุณภาพของการรักษาที่อาจจะลดอัตราตายหรือความพิการลงได้หากได้มีการบริหารจัดการเรื่องการส่งต่อที่เหมาะสม⁽¹¹⁾

ส่วนปัญหาในเรื่องการไม่ทำหัตถการของโรงพยาบาลชุมชนเนื่องจากไม่มีวิสัญญี เพื่อป้องกันการฟ้องร้องนั้น เป็นเรื่องที่ต้องขบคิดในระดับนโยบายระดับชาติต่อไป ไม่ว่าจะเป็นการออกกฎหมายที่เหมาะสม การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การกระจายของบุคลากร และการสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้ที่ให้บริการสามารถทำงานได้อย่างมีความสุข ลดความเสี่ยงในทุก ๆ ที่ เพื่อป้องกันการไหลออกจากระบบของแพทย์ในภาครัฐต่อไป

สรุป

ภายในระยะเวลา 5 ปี การส่งต่อผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายฯ ประเภทผู้ป่วยในมีจำนวนมากขึ้นทุกปี โดยโรคที่ถูกส่งต่อมากที่สุดคือ กระดูกเรเดียสส่วนปลายหักซึ่งผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมีแนวโน้มของการนอนโรงพยาบาลลดลง มีค่า

ใช้จ่ายต่อโรคเพิ่มขึ้น และสัดส่วนของการส่งต่อที่ไม่ตรงตามข้อบ่งชี้พบประมาณร้อยละ 50-60 ปัจจุบันที่มีผลต่อการส่งต่อที่ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้คือ พ.ศ. ที่ผ่านไปแล้วหลังจากปี 2546 และระยะระหว่างโรงพยาบาลไม่เกิน 50 กิโลเมตร

กิตติกรรมประกาศ

แพทย์หญิงจิตราดา อุทัยพิบูลย์ จากศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข และคุณจิตติพันธ์ กิจเจริญทรัพย์ จากศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ ที่กรุณาในการให้คำปรึกษาในด้านการจัดการข้อมูล เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกที่ช่วยเหลือเรื่องข้อมูลอัตราการครองเตียง และเจ้าหน้าที่เวชสถิติโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ที่ช่วยในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. ข้อมูลบุคลากร สรุปผลงานปีงบประมาณ 2546 - 2550 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2546 - 2550.
2. Swiontkowski MF. The multiple injured patient with musculoskeletal injuries. In: Bucholz RW, Heckman JD, editors. Rockwood and Green's fracture in adults. 5th ed. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins; 2001. p. 47-84.

3. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย [online]. [สืบค้นเมื่อ 15 มิ.ย. 2550]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.local.moi.go.th/law1.html>
4. ชาญชัย มาลีพันธ์, สรวจิต ทองบัวบาน. ผลกระทบการประกอบวิชาชีพเวชกรรม "การฟ้องร้องทางการแพทย์". หนังสือประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข 2545. [online]. [สืบค้นเมื่อ 21 ก.ค. 2550]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.kkh.go.th/msokkh/chan/link1.html>
5. คู่มือการแปลงชื่อโรคและหัตถการมาเป็นรหัสเพื่อใช้ในกิจการทางการแพทย์และสาธารณสุข. ICD 10 คืออะไร? [online]. [สืบค้นเมื่อ 18 มิ.ย. 2550]; แหล่งข้อมูล: URL: http://www.kkh.go.th/drg/download/drg_present
6. งานการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มงานบริการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขเชียงใหม่. ข้อบ่งชี้การส่งต่อ : การเตรียมการก่อนการส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุจังหวัดเชียงใหม่ (2547). [online]. [สืบค้นเมื่อ 21 ก.ค. 2550]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.chiangmaihealth.com>
7. คู่มือ Thai DRG Version 2 [online]. [สืบค้นเมื่อ 18 มิ.ย. 2550]; แหล่งข้อมูล: URL: www.med.cmu.ac.th/hospital/drg/drgthai.htm
8. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี. การเกิดอุบัติเหตุในการส่งต่อผู้ป่วยโดยรถพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. [online]. 2549. [สืบค้นเมื่อ 20 มิ.ย. 2550]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://61.19.124.204/Reserch//reserch.2549.php>
9. จงกลณี จันทศิริ. ปัจจัยที่มีผลต่อการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลชุมชนที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลขอนแก่น. ฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์อิเล็กทรอนิกส์ (TKC e-Thesis) กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. [online]. 2542 [สืบค้นเมื่อ 20 มิ.ย. 2550]; แหล่งข้อมูล: URL: http://www.tkc.go.th/thesis/abstract.asp?item_id=1252
10. เมธี แสงวิภาสณภาพร. การวิเคราะห์รูปแบบภัยอันตรายทางออโรโรปิติกส์ที่เกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนนในโรงพยาบาลชุมชน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2005; 20(4):234-39
11. สุกสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. หวงไข-ผลกไข-ดูดไข : ความหวังใยทางข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของ 6 จังหวัดนำร่อง. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2544; 10(2):205-14.

Abstract Change of Orthopedics Referred Cases to Chiang Rai Regional Hospital during 2003-2007

Somsak Utaipiboon*, Sathorn Jarasdamrongwat, Sumitra Somyaraj**, Suthat Srivilai*****

***Department of Orthopedics, **Medical Record Unit, ***Director of Chiang Rai Regional Hospital
*Journal of Health Science 2008; 17:SV1419-27.***

Changes of social and health care system in Thailand during the previous 5 years can lead to increasing number of orthopedics cases in tertiary care hospitals. This retrospective descriptive and analytic study was conducted in order to clarify a magnitude of problems on orthopedics referral from nearby hospitals to Chiang Rai Regional Hospital (CRRH) in order to define evidence for further plan. Medical records of In-Patient Department (IPD) Orthopedics referred cases from fiscal year 2003 to 2007 were reviewed with objectives to quantify number and trend, diseases, length of stay (LOS), cost, and factors associated with haphazard referrals of orthopedics case during the 5 years.

There were 15,729 cases referred mostly with fracture of lower end of radius, fracture of shaft of tibia, and pertrochanteric fracture. Among top ten orthopedics injuries, trend of referred numbers remained constant showing increasing profile only on open wound of other parts of wrist and hand and fracture of other fingers. LOS was the longest in cases of fracture of neck of femur (11 days) and fracture of lower end of radius is lowest (2 days). Whereas a declining trend of LOS was observed, cost of treatment climbed up during the 5 years. Fifty to sixty percent were referred without being in line with Interhospital Triage Criteria as such, factors associated with such non-compliance were, referred cases in years 2004-2007 compared with 2003 (OD=1.2, p<0.005) and distance between hospitals to CRRH < 50 kms (OD=1.1, p<0.05).

Key words: orthopedics, referred cases, Interhospital Triage Criteria