

รายงานฉบับสมบูรณ์

ชุดโครงการประเมินผล โครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิชั้นสูง
(Excellence Center) ด้านโรคหัวใจ
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เพ็ญแข ลากยี่ง



รายงานฉบับสมบูรณ์
ชุดโครงการประเมินผล โครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง
(Excellence Center) ด้านโรคหัวใจ
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เพ็ญแข ลากยั้ง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
เพื่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

มีนาคม 2551

คำนำ

รายงานการประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติผ่านทางสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย โดยเป็นการประเมินตามวัตถุประสงค์และกลยุทธ์ของโครงการซึ่งบริหารโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การประเมินประกอบด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพและปริมาณ ในประเด็นนโยบายและการบริหารนโยบาย ศักยภาพและผลิตภาพในการจัดบริการรักษาโรคหัวใจ การกระจายบริการและระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ และการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย

เพื่อให้เข้าใจวิธีคิดของผู้เกี่ยวข้องตั้งแต่ระดับบริหารโครงการส่วนกลาง จนถึงผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในศูนย์หัวใจ รวมทั้งผู้ทำงานสนับสนุน ขณะเดียวกันรายงานก็มีความกระชับด้วย จึงนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพ ควบคู่ไปกับข้อมูลเชิงปริมาณ ในกรณีที่อยู่ในประเด็นหรือหัวข้อเดียวกัน แทนที่จะแยกการนำเสนอเป็นเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ แยกจากกัน

ในฐานะผู้จัดทำย่อมหวังว่า รายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์กับผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับอย่างน้อยก็ในแง่การวิเคราะห์กระบวนการทำงานและผลที่ได้

เพ็ญแข ลากยี่ง

phenkhae@health.moph.go.th

มีนาคม 2551

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในศูนย์หัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในศูนย์หัวใจ 6 แห่ง และขอขอบคุณ คุณอรรวรรณ ไชยวรรณ สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สปสช. ที่เอื้อเพื่อข้อมูลการลงทุน บุคลากร และบริการ รวมทั้งช่วยตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากศูนย์หัวใจต่างๆ อย่างมีน้ำใจและน่าประทับใจ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงจาดศรี ประจวบเหมาะ (ประธานคณะกรรมการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและศูนย์ส่งต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด) รองศาสตราจารย์นายแพทย์สมภาพ พระธานี (มหาวิทยาลัยขอนแก่น) และแพทย์หญิงสมนึก ศิริสุวรรณ (สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สปสช.) ในความกรุณาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้านบริการและการดำเนินงาน และสละเวลาให้ข้อคิดเห็นเสนอแนะอันมีคุณค่า

ท้ายนี้ขอขอบคุณ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทยที่จัดการและอำนวยความสะดวกในการทำงานให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กั้นงบประมาณในส่วนงบลงทุนมาใช้จัดบริการภายใต้โครงการพัฒนาบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 และบริหารในรูปแบบคณะกรรมการ เพื่อพัฒนาศูนย์บริการตติยภูมิทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง และมีเครือข่ายบริการทั้งภาครัฐและเอกชนเอื้อต่อการใช้ประโยชน์ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า และมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีมาตรฐาน เพื่อพัฒนาศักยภาพแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางวิชาการ และเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนในทุกภูมิภาค

ประเด็นของการประเมินได้แก่ นโยบายและการบริหารนโยบาย ศักยภาพและผลผลิตภาพในการจัดบริการรักษาโรคหัวใจ การกระจายบริการและระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (ด้วยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก) และเชิงปริมาณ (ด้วยการส่งแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเฉพาะให้ผู้เกี่ยวข้องในศูนย์หัวใจทุกแห่ง และวิเคราะห์จากข้อมูลบริการจากสำนักบริหารการชดเชยค่าบริการสุขภาพ สปสช.) ข้อค้นพบที่สำคัญสรุปได้ดังต่อไปนี้

โครงการเริ่มต้นด้วยเงินส่วนหนึ่งจากงบลงทุนของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยกำหนดวงเงินให้โครงการนี้เป็นรายปี ทำให้ไม่สามารถพัฒนาศักยภาพศูนย์บริการตติยภูมิตามแผนแม่บทที่วางไว้ได้อย่างแท้จริง แต่เป็นการพัฒนาตามวงเงินที่ได้รับในแต่ละปีซึ่งในบางปีก็ล่าช้า อย่างไรก็ตาม ประเด็นงบประมาณไม่มีผลกระทบนักต่อศูนย์ฯ ที่มีศักยภาพด้านการเงินหรือได้รับความช่วยเหลือจากภายนอก ประเด็นปัญหาหลักกลับเป็นเรื่อง ความไม่พอของบุคลากรทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ซึ่งเป็นประเด็นที่ต้องพึงการจัดการและสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก นอกจากนี้การไม่ได้มุ่งเน้นพัฒนาเครือข่ายควบคู่กันไปแต่แรก ประกอบกับเป็นระยะแรกของโครงการ ที่ศูนย์ฯ ในภูมิภาคยังอยู่ในระยะพัฒนา ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการขั้นสุดทำได้อย่างเบ็ดเสร็จและมีประสิทธิภาพ เมื่อศูนย์ฯ ในภูมิภาคไม่สามารถให้บริการได้และต้องส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการที่ศูนย์ฯ ระดับ 1 ซึ่งอยู่ในกรุงเทพมหานครทั้งสิ้น

โครงการฯ สามารถเพิ่มความเป็นธรรมในการบริการในกลุ่มสิทธิบัตรทอง (แต่ศูนย์ฯ ในเขต กทม. และสระบุรีมีแนวโน้มให้การรักษากลุ่มสิทธิข้าราชการเพิ่มขึ้น) เพิ่มการเข้าถึงบริการโดยสถานพยาบาลเพิ่มบริการทำให้ลดลงทั้งการตรวจและการผ่าตัด (โดยผู้ป่วยในจังหวัดที่ตั้งศูนย์หัวใจเข้าถึงบริการได้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้อยู่ในจังหวัดนั้น) และลดการป่วยตาย (อัตราการผ่าตัดหัวใจและเสียชีวิตลดเหลือร้อยละ 4.6 ในปี 2550)

ผลต่อสถานพยาบาลในด้านบวกคือ เป็นโอกาสพัฒนาของสถานพยาบาลเช่น บุคลากรได้รับการพัฒนาตามระดับศักยภาพของศูนย์หัวใจและการมีค่าตอบแทนเป็นแรงจูงใจให้มีความตั้งใจทำงาน ได้รับการสนับสนุนด้านครุภัณฑ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อแรกเข้าเป็นศูนย์หัวใจ มีการพัฒนาคุณภาพการรักษาจากระบบประกันคุณภาพผนวกกับเกณฑ์ด้านคุณภาพของ สปสช. มีการพัฒนาเครือข่ายบริการและระบบส่งต่อซึ่งขึ้นกับการดำเนินงานของศูนย์แม่ข่ายในภูมิภาค มีการพัฒนาระบบข้อมูล สถานพยาบาลมีรายได้จากค่าบริการที่เพิ่มขึ้น การพัฒนาตาโครงการฯ สร้างชื่อเสียงให้สถานพยาบาล และได้เรียนรู้จากการทำงาน เกิดการพัฒนา

ตนเองทั้งระบบงาน การบริหาร และการวิเคราะห์ภาพรวม สำหรับผลด้านลบคือ มีภาระค่าใช้จ่ายจากการปรับอาคารสถานที่หรืออุปกรณ์ที่ไม่ได้รับสนับสนุน มีภาระงานงานสนับสนุนเพิ่มขึ้นทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้อง กับคนไข้โรคหัวใจโดยตรง เพิ่มขึ้น และการที่มีบุคลากรเพียงบางส่วนได้คำตอบแทนทำให้มีปัญหาบ้างในการบริหารบุคคล แต่ผู้บริหารสถานพยาบาลมีการจัดการและคลี่คลายปัญหาที่เกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

1. เมื่อเปรียบเทียบประสบการณ์ต่างประเทศ กล่าวได้ว่า ประเทศไทยมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการรักษา แม้จะมีการระบุเรื่อง การส่งเสริมการป้องกันโรคหัวใจ และการสนับสนุนงานวิจัย ในแผนแม่บทการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ พ.ศ. 2547-2551 แต่การบริหารและดำเนินโครงการส่วนใหญ่เป็นการจัดสรรทรัพยากรทั้งส่วนครุภัณฑ์และค่าตอบแทนแพทย์เฉพาะสาขา และการประเมินศูนย์หัวใจในรูปแบบนิเทศ ขณะที่ประเทศพัฒนามักมุ่งเน้นการควบคุมป้องกันโรคพร้อมๆ กับการพัฒนาระบบบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิ และมีทางเลือกคือการซื้อบริการจากต่างประเทศหากไม่สามารถขยายผลิตภาพบริการเฉพาะสาขาได้

การมุ่งพัฒนาเฉพาะบริการตติยภูมิท่ามกลางทรัพยากรที่จำกัดในทุกๆ ด้านและมีความไม่แน่นอน รวมถึงการสนับสนุนด้านบริหารจัดการจากส่วนกลาง ทำให้มีข้อจำกัดด้านการจัดบริการ (supply side) อย่างมาก อันเป็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการฯ ที่สำคัญ ดังข้อมูลที่ได้จากระดับบริหารส่วนกลางและสถานพยาบาล ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าเสนอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขยายบทบาท แต่ควรประสานระดับนโยบายกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งมีแผนงานและงบประมาณในด้านนี้อยู่แล้ว รวมทั้งภาคีเครือข่ายอีกจำนวนหนึ่ง จะทำให้การแก้ปัญหาโรคหัวใจมีความครบถ้วนเป็นองค์รวมมากขึ้น ที่สำคัญคือ ไม่เป็นการส่งสัญญาณแก่สังคมว่าแก้ปัญหาด้วยการรักษา แต่มียุทธศาสตร์ด้านสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการตรวจรักษาให้มีคุณภาพ เป็นธรรม และทันทั่วถึง

2. ด้านบริหารจัดการโครงการ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรวิชาชีพทั้งแพทยสภา สมาคมแพทย์โรคหัวใจ และสภาการพยาบาล ควรร่วมกันดำเนินการในลักษณะพันธมิตร โดยมีบทบาทตามบทบาทภารกิจขององค์กรเองในการจัดการและสนับสนุนในลักษณะอำนวยความสะดวก ให้ศูนย์หัวใจปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างสะดวกมีประสิทธิภาพและคุณภาพ ส่วนการจัดทำข้อตกลง แนวทางการดำเนินงาน และการจัดสรรทรัพยากร ควรเชื่อมโยงกันในลักษณะพันธะสัญญาเช่น สถานพยาบาลที่ต้องการพัฒนาศักยภาพเป็นศูนย์หัวใจเสนอแผนงานพร้อมงบประมาณ และต้องดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ ภายใต้กรอบเวลาที่กำหนดไว้โดยมีการประเมินผล แต่ในสถานการณ์จริง องค์กรบริหารในรูปของคณะกรรมการมาจาก 3 กลุ่มใหญ่คือ กลุ่มวิชาชีพแพทย์เฉพาะสาขาในส่วนกลางและต่างจังหวัด และระดับบริหารของกระทรวงสาธารณสุข จึงเลี่ยงไม่ได้ที่กลุ่มวิชาชีพจะมีอคติในการจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อไม่มีข้อผูกมัดต่อผลการดำเนินงาน

3. ประเด็นคำตอบแทนเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญในระดับปฏิบัติงานทั้งที่ไม่ได้อยู่ในแนวคิดของผู้บริหารโครงการฯ ตั้งแต่แรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีไม่แน่ใจว่าการเบิกจ่ายมีระเบียบรองรับอย่างถูกต้องและ

ก่อให้เกิดความขัดแย้งในกลุ่มวิชาชีพไม่สอดคล้องกับภารกิจของโรงพยาบาลที่ให้บริการหลายระบบ ในส่วนกลางเอง ก็เป็นปัญหาในการงบประมาณ ค่าตอบแทนที่สามารถกระตุ้นผลิตภาพและคุณภาพควรต้องแปรตามปริมาณและคุณภาพของงาน หากใช้แนวคิดว่างานบริการทุกชนิดมีความสำคัญตามระดับยากง่าย และรวมค่าตอบแทนบุคลากรในค่าบริการ จะกระตุ้นให้ผู้บริหารสถานพยาบาลให้ความสำคัญกับการจัดการ เพื่อให้เกิดการบริการได้อย่างร่วมมือร่วมใจกันด้วยเพราะบุคลากรทุกประเภททุกชนิดบริการ ดีกว่าจ่ายค่าตอบแทนตรงให้วิชาชีพบางกลุ่ม (ซึ่งดีสำหรับการเพิ่มปริมาณบริการในระยะสั้น) แต่ต้องมีการแก้ไขระเบียบรองรับการเบิกจ่ายเงินส่วนดังกล่าวให้ถึงตัวบุคลากร และควรปรับการเบิกจ่ายเงินให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ด้านกลยุทธ์เครือข่ายบริการตติยภูมิที่สามารถให้บริการรักษาที่ซับซ้อนเชื่อมโยงแนวตั้งแต่ละระดับ เชื่อมโยงแนวราบระหว่างหน่วยงานทุกสังกัดทั้งรัฐและเอกชนนั้นเกิดขึ้นได้จริงในเขตที่มีศูนย์หัวใจตั้งอยู่ โดยดูแลครอบคลุมเขตพื้นที่ที่ไม่มีศูนย์หัวใจได้เฉพาะจังหวัดที่การคมนาคมมายังกรุงเทพ ฯ และนนทบุรีไม่สะดวก แต่ไม่สามารถครอบคลุมจังหวัดที่การคมนาคมสะดวก (“ถนนทุกสายมุ่งสู่กรุงเทพฯ”) แม้ในเขตนั้นจะมีศูนย์หัวใจตั้งอยู่ก็ตาม ข้อมูลเชิงประจักษ์คือ เขตนครสวรรค์, ราชบุรี และสกลนคร ไม่มีศูนย์หัวใจระดับ 1-3 ตั้งอยู่ และจากตาราง 7.5 ในปี 2549 ผู้ป่วยเขตราชบุรี นิยมรักษาที่กรุงเทพและนนทบุรี เช่นเดียวกับเขตนครสวรรค์ ซึ่งน่าจะไปที่ศูนย์พิษณุโลกทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะนอกจากจะเดินทางสะดวกแล้ว ศูนย์หัวใจในนนทบุรีและกรุงเทพ ฯ ยังมีระดับศักยภาพสูงกว่า ขณะที่ผู้ป่วยจากเขตสกลนคร ยังคงรับการรักษาในภูมิภาคเป็นส่วนใหญ่ซึ่งอาจไปที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ขอนแก่น หรือโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ส่วนเขตระยอง แม้ว่าจะมีศูนย์หัวใจตั้งอยู่ 2 แห่ง แต่ยังคงมีการไปรักษานอกเขต

เนื่องจากกรุงเทพ ฯ เป็นศูนย์กลางความเจริญด้านเทคโนโลยีในทุกสาขารวมทั้งการแพทย์ และมีทิศทางการพัฒนาเป็นศูนย์ระดับประเทศ (medical hub) โอกาสที่โครงการจะสามารถพัฒนาศูนย์หัวใจในบริเวณใกล้เคียง (ภาคกลาง ตะวันตก และภาคเหนือตอนล่าง) ให้มีศักยภาพในระดับใกล้เคียงกับกรุงเทพ ฯ และนนทบุรี ย่อมเป็นไปได้ยาก แม้โครงการ ฯ จะไม่สนับสนุนด้านงบประมาณใดๆ เพิ่มเติมแก่ศูนย์ฯ ในกรุงเทพ ฯ และนนทบุรีอีกเลยก็ตาม เพราะมีศักยภาพในการพัฒนาด้วยตนเองภายในบริบททางเศรษฐกิจสังคมและประชากรที่เอื้อต่อการพัฒนา ประกอบกับได้รับความนิยมหรือเชื่อถือจากประชาชนทั่วไป ดังนั้นภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และข้อจำกัดของกระทรวงสาธารณสุขในการสนับสนุนและการจัดการด้านกำลังคนและการกำกับด้านประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบบริการ จึงอาจไม่คุ้มค่าที่จะทุ่มเททรัพยากรในการจัดตั้งศูนย์ตติยภูมิระดับ 1-3 ใหม่เพิ่มขึ้นในภาคกลางและตะวันตก รวมทั้งภาคเหนือตอนล่าง เมื่อเทียบกับความจำเป็นในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนและภาคใต้ ทั้งนี้ควรพัฒนาศูนย์ฯ ที่มีอยู่ให้ได้ศักยภาพตามระดับควบคู่ไปกับการพัฒนาเครือข่ายบริการและระบบส่งต่อให้มีความเข้มแข็งขึ้น

4. ด้านการเข้าถึงบริการ เมื่อมีโครงการฯ สถานการณ์ดีขึ้นตามลำดับแม้จะยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตห่างไกลเนื่องจากสภาพทางภูมิศาสตร์ การคมนาคม และระดับศักยภาพของศูนย์หัวใจในต่างจังหวัด (ยกเว้นศูนย์หัวใจสังกัดมหาวิทยาลัย) แต่เมื่อพิจารณาสัดส่วนของผู้ป่วยสิทธิต่างๆ ที่ศูนย์หัวใจรักษาพบว่า ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในต่างจังหวัดได้รับการรักษาใกล้เคียงหรือเท่าเทียมกับผู้ป่วยสิทธิอื่น ดีกว่าผู้ป่วยในเขตที่มีความเจริญสูงเช่น เขตกรุงเทพ ฯ และสระบุรี จึงควรเน้นการ

คัดกรองเพื่อค้นหาผู้มีปัจจัยเสี่ยงเพื่อการรักษาแต่เนิ่นๆ เสียค่าใช้จ่ายน้อย เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดอาการเฉียบพลัน (acute myocardial infarction, sudden cardiac arrest) ซึ่งเมื่อเป็นแล้วต้องได้รับการรักษาอย่างฉุกเฉิน ตามมาด้วยการรักษาค่าใช้จ่ายสูงตามมา ขณะที่โครงสร้างบริการยังกระจุกตัวและบริการได้จำกัด

5. การเปรียบเทียบปริมาณบริการของศูนย์หัวใจควรคำนึงถึงทรัพยากรที่มีโดยเฉพาะจำนวนแพทย์เฉพาะสาขา ในปีงบประมาณ 2549 ศูนย์หัวใจในเชียงใหม่ ขอนแก่น อุบลราชธานี สงขลา นครราชสีมา สุราษฎร์ธานี สระบุรี กทม. ระยอง และพิษณุโลก) มีการะงานผ่าตัดหัวใจต่อศัลยแพทย์หัวใจ เรียงจากมากไปน้อย ส่วนลำดับภาระงาน intervention ต่ออายุรแพทย์หัวใจ 1 คน จากมากไปน้อยได้แก่ สุราษฎร์ธานี ขอนแก่น เชียงใหม่ สงขลา นครราชสีมา อุบลราชธานี สระบุรี ระยอง พิษณุโลก และ กทม.ตามลำดับ (ตารางที่ 7.2)

6. ผลลัพธ์การผ่าตัดหัวใจของศูนย์หัวใจในโครงการ ฯ อยู่ในระดับที่มีคุณภาพ ในภาพรวมประเทศต่ำกว่าร้อยละ 5 ในปี 2550 เขตที่ศูนย์หัวใจมีอัตราการผ่าตัดและเสียชีวิตต่ำกว่า 5 ในปี 2550 คือ เชียงใหม่ (1.7) สระบุรี (2.0) สุราษฎร์ธานี (2.5) สงขลา (3.7) และขอนแก่น (3.8) (ตาราง 7.7) อย่างไรก็ตาม การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับศูนย์หัวใจทุกแห่ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรสนับสนุนให้มีการเปรียบเทียบคุณภาพและนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการทรัพยากร (evidence-based)

7. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในลักษณะเปรียบเทียบ (benchmarking) จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นผู้ซื้อบริการ และสถานพยาบาลเอง การเปรียบเทียบนี้น่าจะเป็นบทบาทหนึ่งของสมาคมวิชาชีพเฉพาะ โดยใช้เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นการพัฒนาศักยภาพและประเมินคุณภาพบริการ อาจเพิ่มตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพหรืออื่นๆ ตามที่สถานพยาบาลให้ความเห็นขอร่วมกัน ซึ่งในแผนแม่บทการพัฒนา ฯ ระบุว่าเป็นกลวิธีในการพัฒนาศักยภาพ

8. ควรสนับสนุนให้ใช้วิชาการเป็นฐานในการทำงาน โดยการจัดทำกรอบและประเด็นการวิจัยและพัฒนา โดยสมาคมวิชาชีพสนับสนุนหรือช่วยเหลือด้านวิชาการ ส่วนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนเชิงโครงสร้างเช่น จัดประชุม/ประกวดผลงานวิชาการนวัตกรรมที่สอดคล้องกับบริบทประเทศไทย

9. การบริหารข้อมูลและสารสนเทศ มีชุดข้อมูลควรจัดเก็บอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงกัน เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นมาใช้ในการบริหารจัดการ ประเมินผล และจัดสรรทรัพยากร ในการจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพระยะยาวควรมีการจัดเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประเมินในประเด็น ดังต่อไปนี้

- ♥ จำนวนและประเภทความเชี่ยวชาญของแพทย์และทีมบุคลากร รวมทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์ของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจ เพื่อเปรียบเทียบศักยภาพของศูนย์หัวใจกับมาตรฐานที่ควรจะเป็น
- ♥ การกระจายทรัพยากรสุขภาพ (บุคลากร เทคโนโลยี และงบประมาณ) ให้โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจ จำแนกตามเขตสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การวิเคราะห์ข้อมูลการบริการที่สถานพยาบาลส่งมาเบิกเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถนำมาใช้ในการประเมินด้านผลิตภาพ ผลลัพธ์ การเข้าถึงบริการ และยังสามารถนำมาเปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษา รายกลุ่มโรค รายสถานพยาบาลซึ่งใช้เป็นตัวชี้วัดหนึ่งในด้านคุณภาพได้

สารบัญ

คำนำ	i
กิตติกรรมประกาศ	ii
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	iii
บทที่ 1	บทนำ
1.1	หลักการและเหตุผล 1
1.2	คำถามการวิจัย 4
1.3	วัตถุประสงค์การวิจัย 4
1.4	กรอบแนวคิด 5
1.5	ระเบียบวิธีวิจัย 6
1.6	กรอบการประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ 10
บทที่ 2	สถานการณ์ของปัญหาโรคหัวใจ
2.1	ความชุกและการกระจายของโรค 11
2.2	การตรวจและวินิจฉัยโรค 12
2.3	การเข้าถึงบริการรักษาที่มีคุณภาพและเป็นธรรม 13
2.4	การขาดแคลนทรัพยากรและคิวในการรักษา 14
บทที่ 3	ประสบการณ์ต่างประเทศ
	แนวคิดหลักการวัตถุประสงค์ รูปแบบ/กลวิธี/แนวทางการพัฒนาที่มีลักษณะเฉพาะ 16
3.1	สหราชอาณาจักร 18
3.1.1	อังกฤษและเวลส์
3.1.2	สกอตแลนด์ 21
3.2	สหรัฐอเมริกา 28
3.3	แคนาดา 30
3.4	การแก้ปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดของสามประเทศเชิงเปรียบเทียบ 33
บทที่ 4	ประสบการณ์ประเทศไทย
4.1	หลักการ 36
4.2	กลยุทธ์ 36
4.3	แนวทางการพัฒนาโครงการ 37
4.4	วัตถุประสงค์ 37
4.5	โครงสร้างการบริหารโครงการส่วนกลาง 37
4.6	กลวิธีดำเนินการ 40
4.7	แผนแม่บทในการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ 43
4.8	สถานพยาบาลเป้าหมาย : การจัดระดับและการกระจายบริการตติยภูมิโรคหัวใจ 44
4.9	ข้อกำหนดอัตราค่าตอบแทนสำหรับผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรผู้ให้บริการในศูนย์บริการเฉพาะด้าน ปี 2547-2551 46
4.10	ตัวชี้วัดความสำเร็จของการพัฒนาระยะที่สอง (พ.ศ. 2549-2552) 47
4.11	ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการพัฒนาระยะที่สอง 48
4.12	ผลการดำเนินการพัฒนา 48
4.13	ประเด็นปัญหาอุปสรรค 49
บทที่ 5	การบริหารโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจ ในส่วนกลาง
5.1	แนวคิดการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิโรคหัวใจ 50
5.2	การบริหารโครงการ 51
5.3	การกำกับคุณภาพบริการและการดำเนินงาน 53
5.4	ทิศทางการพัฒนา 54

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 6	การดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจของสถานพยาบาล	
6.1	บริบทของศูนย์หัวใจ	
6.1.1	โครงสร้างและสังกัด	56
6.1.2	พัฒนาการและการพัฒนาศูนย์หัวใจ	57
6.1.3	ระดับศักยภาพบริการโรคหัวใจในปัจจุบัน	57
6.2	การดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจของสถานพยาบาล	
6.2.1	แนวคิดและการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิโรคหัวใจ	59
6.2.2	การบริหารโครงการ	63
6.2.3	ระบบข้อมูลและการเบิกเงิน	64
6.2.4	ระบบบริการ การกำกับคุณภาพและผลลัพธ์	66
6.2.5	การบริหารค่าตอบแทน	69
บทที่ 7	ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบของโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจ	
7.1	การบริการ	73
7.2	การเข้าถึงบริการตรวจรักษาและความเป็นธรรม	75
7.3	ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ	79
7.4	ผลต่อศูนย์หัวใจและสถานพยาบาล	
7.4.1	ด้านศักยภาพบริการ	80
7.4.2	ด้านการเงิน	82
7.5	ผลกระทบ	85
7.6	ข้อเสนอแนะ	
บทที่ 8	สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	92
เอกสารอ้างอิง		97
ภาคผนวก 1	สกอตแลนด์	100
ภาคผนวก 2	Healthy People 2010 USA	102
ภาคผนวก 3	สาขาเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	106

สารบัญตาราง

1.1	โครงสร้างงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2
1.2	การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจปีงบประมาณ 2545-2549	3
2.1	อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรไทยแสนคนจำแนกตามสาเหตุสำคัญ 5 อันดับแรก พ.ศ. 2544-2548	11
2.2	อัตราการนอนในโรงพยาบาลจากโรคหัวใจ เบาหวาน และมะเร็ง ต่อประชากรไทยแสนคน พ.ศ. 2534-2543	11
2.3	ปัจจัยที่ทำให้เกิดคิวรักษา	15
3.1	การจัดลำดับความสำคัญของโรคหัวใจในสกอตแลนด์	24
3.2	บุคลากรและบริการของคลินิกโรคหัวใจในสกอตแลนด์	24
3.3	ระยะเวลาที่รอคอยบริการในสกอตแลนด์ระหว่างมาราคม-มิถุนายน	24
3.4	เทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยเปรียบเทียบระหว่างมณฑลในแคนาดา ค.ศ. 2004	32
3.5	การแก้ปัญหาโรคหัวใจของ สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา และแคนาดา เซึ่งเปรียบเทียบ	34
4.1	คณะกรรมการในการพัฒนาการจัดบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจและองค์ประกอบ	38
4.2	องค์การบริหารโครงการพัฒนาการจัดบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ	40
4.3	กิจกรรมและกลวิธีดำเนินการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ	40
4.4	การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ	41
4.5	สัดส่วนการจัดสรรงบลงทุนให้ศูนย์หัวใจในเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2545-2550 (ณ ราคาปัจจุบัน)	42
4.6	แผนแม่บทการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ พ.ศ. 2547-2551	43
4.7	ระดับและการกระจายบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ	44
4.8	เครือข่ายพื้นที่รับผิดชอบในการบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ	45
4.9	ภาระงานและอัตราค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในศูนย์บริการตติยภูมิโรคหัวใจ	47
4.10	ผลการดำเนินงานพัฒนาบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ ปีงบประมาณ 2546-48	48
4.11	ปัญหาที่พบในการดำเนินงานพัฒนาบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจและข้อเสนอแนะ	49
6.1	ผลการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนของศูนย์หัวใจ 6 แห่ง	58
6.2	ระดับศักยภาพในการบริการของศูนย์หัวใจ 6 แห่ง	59
6.3	การพัฒนาศักยภาพศูนย์โรคหัวใจด้านบริการในทัศนะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ	61
6.4	การพัฒนาเครือข่ายบริการและการส่งต่อระหว่างตุลาคม 2549- มิถุนายน 2550 ในทัศนะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ	62
6.5	ผลของการจ่ายค่าตอบแทนตรงแก่บุคลากรศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงของโครงการฯ ปีงบประมาณ 2550 ในทัศนะของผู้บริหารสถานพยาบาล	71
7.1	การเปลี่ยนแปลงปริมาณการผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของศูนย์หัวใจระดับ 1-3 ปีงบประมาณ 2547-50	73
7.2	ภาระงานบริการของศูนย์หัวใจระดับ 1-3 ตามเขต สปสช. ปีงบประมาณ 2549	74
7.3	ผลการดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจของสถานพยาบาล (จนถึงปัจจุบัน)	75
7.4	ภูมิฉินาของผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3 อันดับแรก ที่ผ่าตัดหัวใจในศูนย์โรคหัวใจระดับ 1-3 ในปีงบประมาณ 2549	78
7.5	ศูนย์หัวใจสามอันดับแรกที่มีผู้ป่วยจากภูมิฉินาต่างๆ เข้ารับการผ่าตัดหัวใจ ปีงบประมาณ 2549	78
7.6	สัดส่วนผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจจากศูนย์หัวใจระดับ 1-3	79
7.7	อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจในศูนย์หัวใจระดับ 1-3 ปีงบประมาณ 2547-50	79

สารบัญตาราง (ต่อ)

7.8	ผลของโครงการฯ ต่อศักยภาพบริการโรคหัวใจ (จนถึงปัจจุบัน)	80
7.9	ผลต่อสถานพยาบาลในการเป็นศูนย์โรคหัวใจ (จนถึงปัจจุบัน)	83
7.10	ผลกระทบต่อสถานพยาบาลในการเป็นศูนย์โรคหัวใจ (จนถึงปัจจุบัน) ในทัศนะของผู้บริหาร สถานพยาบาล	85
8.1	การเปรียบเทียบการแก้ปัญหาโรคหัวใจอย่างเป็นระบบของไทยและต่างประเทศ	93
8.2	สถานพยาบาลหลักที่ผู้ป่วยเขตเขตระยองเข้ารับการผ่าตัดโรคหัวใจ ในปีงบประมาณ 2549	94

สารบัญภาพ

1.1	โครงสร้างการบริหารงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	2
3.1	ระบบบริการตรวจรักษาโรคหัวใจภายใต้บริการสุขภาพแห่งชาติอังกฤษ	20
3.2	องค์ประกอบของเครือข่ายคลินิกโรคหัวใจในสกอตแลนด์	23
3.3	การจัดบริการสุขภาพโดยมณฑลและเขตการปกครองพิเศษประเทศแคนาดา	30
7.1	การบริหารและดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของศูนย์หัวใจ	90

บทที่ 1 บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

การดำเนินงานเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยและมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว รวมทั้งส่งผลกระทบต่อการจัดบริการในวงกว้าง การลงทุนด้านบริการตติยภูมิเฉพาะด้านเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ได้รับการพัฒนาเพื่อให้สามารถลดการเสียชีวิตจากโรคและภาวะเสี่ยง 3 อันดับแรก อันได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ก็นับประมาณในส่วนงบลงทุน เพื่อนำมาใช้จัดบริการภายใต้โครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และเครือข่ายการบำบัดเจ็บแห่งชาติตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาการลงทุนด้านบุคลากร การวิจัย และการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการจัดบริการตติยภูมิในรูปศูนย์โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และเครือข่ายควบคุมการบำบัดเจ็บแห่งชาติ ลงนามโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การบริหารสินทรัพย์และทรัพยากรสาธารณสุขเป็นไปอย่างคุ้มค่า มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง มีเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงงานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างเป็นเอกภาพ โดยกำหนดกลยุทธ์ดังนี้

1. สร้างเครือข่ายบริการตติยภูมิที่สามารถให้บริการรักษาที่ซับซ้อน เชื่อมโยงแนวตั้งแต่ละระดับ เชื่อมโยงแนวนอกระหว่างหน่วยงานทุกสังกัด ทั้งรัฐและเอกชนในพื้นที่ โดยแบ่งเป็น cluster บริการ
2. กระจายการลงทุนด้านเทคโนโลยีการแพทย์และบุคลากรผู้เชี่ยวชาญไปสู่ภูมิภาคตามข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการและลดต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์
3. ให้มีการทำความเข้าใจร่วมกันในลักษณะพหุภาคีภายใต้เงื่อนไขผลลัพธ์ด้านบริการ การลงทุน มาตรฐานการให้บริการ การส่งต่อและรับกลับผู้ป่วย และการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ

ในระยะ 3-4 ปีที่ผ่านมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ใช้งบประมาณจำนวนมากในการลงทุนโครงการนี้ การติดตามประเมินผลดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าว่าบรรลุเป้าประสงค์ตามกลยุทธ์ที่ตั้งไว้เพียงใด จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อการปรับปรุงยุทธศาสตร์ต่อไป

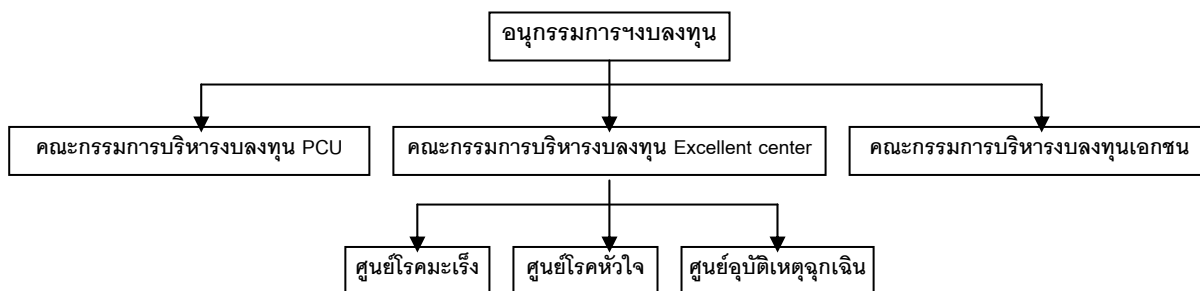
การดำเนินการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงรับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหมวดงบลงทุนทดแทนตามโครงสร้างงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ดังตาราง 1.1

ตาราง 1.1 โครงสร้างงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รายการกิจกรรม	2546	2547	2548	2549	2550
บริการผู้ป่วยนอก (OP)	574	488.2	533	585.08	585.28
บริการผู้ป่วยใน (IP)	303	418.3	435	460.35	465.99
บริการส่งเสริมป้องกัน (PP)	175	206	210	224.89	224.89
บริการอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน (A&E)	25	19.7	24.73	52.10	46.29
บริการที่มีค่าใช้จ่ายสูง (high cost)	32	66.3	99.48	187.69	187.69
พันปลอม	-	-	-	2.31	2.31
บริการการแพทย์ฉุกเฉิน	6	10	6	6	6
บริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ	4	-	4	4	4
งบลงทุนเพื่อการทดแทน	83.4	85	76.8	129.25	129.25
งบจัดสรรให้พื้นที่ทุรกันดาร	-	10	7.07	7	7
จ่ายช่วยเหลือเบื้องต้นตาม ม.41	-	5	0.20	0.53	0.53
รวม (บาท/คน)	1,202.4	1,308.5	1,396.3	1,659.2	1,659.2
จำนวนประชากรผู้มีสิทธิ (ล้านคน)	45.6	46.8	47.0	47.75	48.116

มีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาการลงทุนด้านบุคลากร การวิจัย และการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการจัดบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และเครือข่ายควบคุมการบาดเจ็บแห่งชาติ

ในการบริหารงบลงทุนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานดังโครงสร้างในภาพ 1.1



ภาพ 1.1 โครงสร้างการบริหารงบลงทุนในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

จากรายงานการประชุมของคณะกรรมการบริหารงบลงทุนเพื่อการพัฒนาบริการตติยภูมิเฉพาะด้านในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2549 ศูนย์บริการตติยภูมิทั้ง 3 ด้านประกอบด้วย ศูนย์โรคมะเร็ง 29 แห่ง ศูนย์โรคหัวใจ 21 แห่ง และศูนย์อุบัติเหตุ 28 แห่ง โดยมี 14 แห่งที่เป็นศูนย์บริการทั้ง 3 ด้าน และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรงบประมาณดังตาราง 1.2 โดยแบ่งได้เป็น 3 หมวดคือ

1. ค่าตอบแทนบุคลากร เป็นการจ่ายในลักษณะการจ่ายเพิ่มเติม (extra work load) ให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการรับส่งต่อผู้ป่วยตติยภูมิสำหรับโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุ ตามอัตราค่าตอบแทนที่กำหนดไว้
2. งบลงทุนด้านครุภัณฑ์
3. งบพัฒนาบุคลากร

**ตาราง 1.2 การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจ
ปีงบประมาณ 2545-2549**

หน่วย : บาท

ปีงบ	ค่าตอบแทน	ครุภัณฑ์	พัฒนาบุคลากร
2545		157,002,000	
2546	37,665,000	67,748,607	13,000,000
2547		261,080,000	
2548	15,000,000	48,000,000	
2549*	31,513,400	71,080,000	6,300,000
รวม	84,178,400	604,910,607	19,300,000
	708,389,007		

* ขณะที่ได้ข้อมูลมานั้น ครุภัณฑ์ปี 2549 อยู่ในระหว่างการประกวดราคา

การดำเนินงานที่ผ่านมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สรุปประเด็นปัญหาที่พบและควรมีการแก้ไขในอนาคตดังนี้

1. การกำหนดเกณฑ์หน่วยบริการรับส่งต่อบริการตติยภูมิอันเป็นที่ยอมรับของหน่วยบริการเอง ของสภาวิชาชีพ และของภาคประชาชน
2. การรักษามาตรฐานการรักษา
 - การใช้ยา การตรวจวินิจฉัย การนัดติดตามผลการรักษา การฟื้นฟูสภาพและกระบวนการดูแลรักษาตรงตามข้อบ่งชี้ ข้อบ่งใช้ โดยผู้ให้บริการสามารถจัดบริการได้ตามมาตรฐานและความก้าวหน้าทางการแพทย์
 - ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาตามเกณฑ์ กับการส่งกลับไปรับการรักษาฟื้นฟูที่เหมาะสมในระดับทุติยภูมิหรือปฐมภูมิ เป็นไปตามมาตรฐาน มีคุณภาพ
3. ผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะต้องได้รับโอกาสการรักษาที่ดี จัดระบบการจัดการรักษา และอัตราค่าจ่ายสำหรับโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงบางรายการ
4. ระบบการควบคุมและตรวจสอบการรักษาที่มีคุณภาพมาตรฐาน

1.2 คำถามการวิจัย

1.2.1 การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจมีหลักการ แนวคิด เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน และโครงสร้างการบริหารโครงการสอดคล้องกันอย่างไร ตลอดจนกระบวนการบริหารนโยบายมีประสิทธิผลอย่างไร

1.2.2 ศักยภาพและผลิตภาพในการจัดบริการของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจในปัจจุบันเป็นอย่างไร การกระจายของทรัพยากรสาธารณสุขในการบริการมีความเป็นธรรมมากน้อยเพียงใด และการสนับสนุนงบประมาณของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลต่อความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของการบริการและใช้ทรัพยากรอย่างไร

1.2.3 สถานการณ์ด้านความเป็นธรรมในการเข้าถึงและใช้บริการและระบบส่งต่อ

1.2.4 การบริหารระบบการจ่ายค่าตอบแทนตรงแก่แพทย์ในศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจมีหลักเกณฑ์และแนวทางการดำเนินการอย่างไร ส่งผลต่อการจัดบริการและผลกระทบอย่างไรในโรงพยาบาลตติยภูมิ

1.3 วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจด้านประสิทธิผลของการเปลี่ยนนโยบายสู่การปฏิบัติ และกระบวนการบริหารจัดการที่ระดับโรงพยาบาล ผลลัพธ์รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1.3.1 เพื่อทบทวนนโยบายการพัฒนาในด้านหลักการ แนวคิด เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ตลอดจนแผนการดำเนินงานระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจในประเด็นการลงทุน การผลิตและพัฒนา การกระจาย และการจ่ายค่าตอบแทน

1.3.2 เพื่อศึกษาการบริหารโครงการในระดับส่วนกลาง และการจัดการของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจด้านการจัดบริการ ระบบการส่งต่อ การพัฒนาบริการและกำลังคน และการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ผู้ให้บริการ

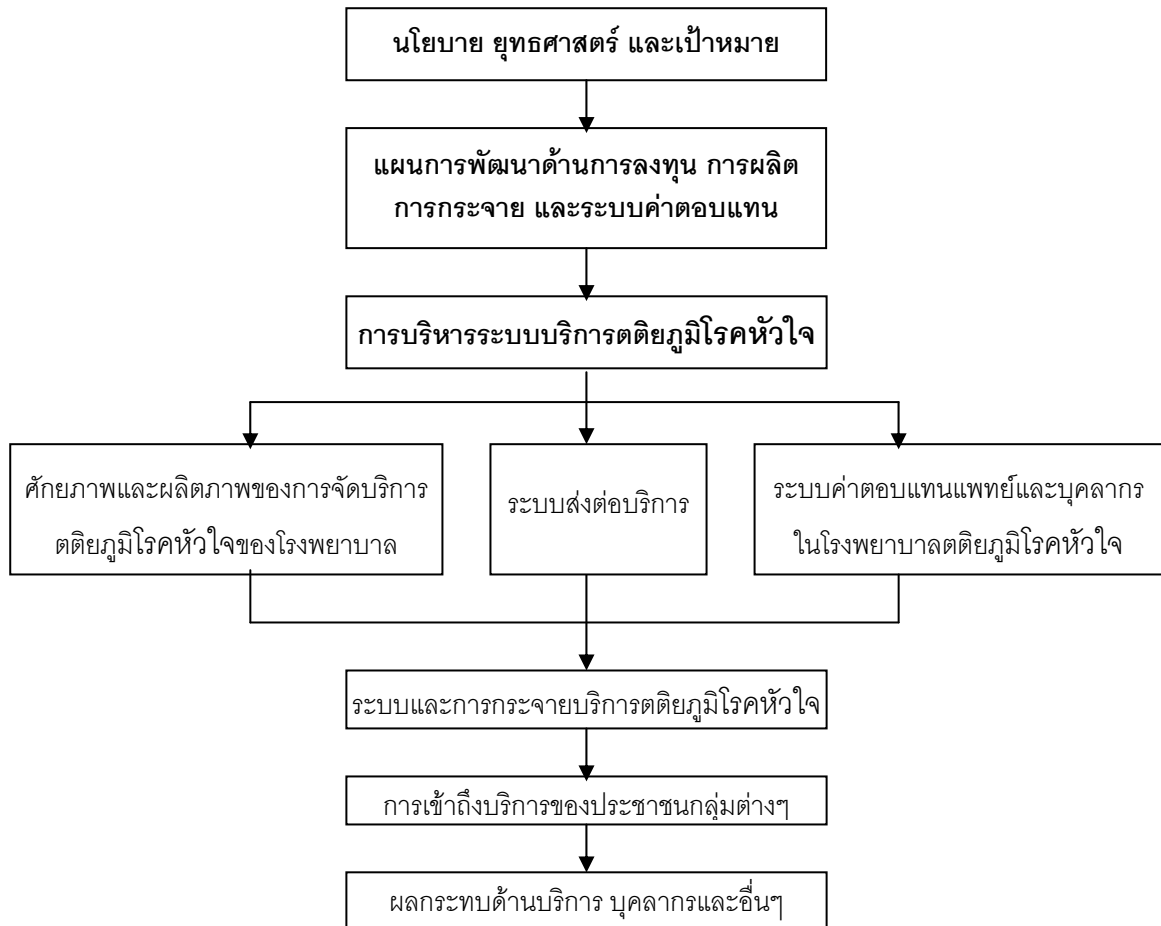
1.3.3 เพื่อศึกษาศักยภาพของหน่วยบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจ เทียบกับเกณฑ์มาตรฐานการเป็นสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงระดับต่างๆ และผลิตภาพของการจัดบริการของ โรงพยาบาลก่อนและหลังมีนโยบายดังกล่าว รวมถึงการกระจายบริการ

1.3.4 เพื่อศึกษาการกระจายบริการหรือการได้รับบริการของประชาชนตามประเภทสิทธิและภูมิลาเนา และปัญหาอุปสรรคในการรับส่งต่อผู้ป่วยประเภทต่างๆ

1.3.5 เพื่อศึกษาผลของการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจ ต่อค่าตอบแทนโดยรวมที่ได้รับและโครงสร้างค่าตอบแทนโดยรวมของแพทย์ในโรงพยาบาล ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้น

1.3.6 เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืน

1.4 กรอบแนวคิด



1.5 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้การวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพโดยประกอบด้วย 5 โครงการย่อยตามประเด็นการศึกษาดังนี้

ประเด็นศึกษา	ทบทวนเอกสาร	เชิงปริมาณ	สัมภาษณ์เชิงลึก	สนทนากลุ่ม	ประชุมระดมความคิดเห็น
1. นโยบายและการบริหาร นโยบาย	เอกสาร โครงการ และ รายงานการประชุม ของ คณะกรรมการชุดต่างๆ		ผู้บริหารส่วนกลาง 7 คน, โรงพยาบาลในภูมิภาคและ นนทบุรี 11 คน รวม 18 คน		
2. ศักยภาพและผลิตภาพ ในการจัดบริการรักษา หัวใจ		โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง ด้านโรคหัวใจทั้งหมดรวม 46 แห่ง			
3. การกระจายบริการและ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย โรคหัวใจ		สถานพยาบาลตติยภูมิ ขั้นสูงด้านโรคหัวใจ 6 แห่ง		ทีมเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลตติยภูมิ ขั้นสูงด้านโรคหัวใจ 6 แห่ง - ห้องผ่าตัด - ทีมดูแลรักษาผู้ป่วยหัวใจ	
4. ระบบการจ่าย ค่าตอบแทนแพทย์	แนวทางการจ่าย ค่าตอบแทนของโครงการ พัฒนาระบบบริการตติยภูมิ ขั้นสูงด้านโรคหัวใจ	สถานพยาบาลตติยภูมิ ขั้นสูงด้านโรคหัวใจ 6 แห่ง		กลุ่มแพทย์และกลุ่มวิชาชีพอื่นใน โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้าน โรคหัวใจ 6 แห่ง รวมเป็น 12 กลุ่ม	
5. การพัฒนาข้อเสนอเชิง นโยบายและยุทธศาสตร์					กลุ่มผู้เชี่ยวชาญระบบ บริการสุขภาพ 4 ครั้ง รวม 40 คน

1.5.1 การศึกษาการบริหารนโยบายการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจ

วัตถุประสงค์

เพื่อทบทวนหลักการ แนวคิด เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และแผนดำเนินงาน รวมทั้งประสิทธิผลของการดำเนินงานพัฒนาตามนโยบาย

วิธีศึกษา

1.5.1.1 ทบทวนเอกสารด้านนโยบาย แผน และแนวทางการดำเนินงาน รวมทั้งรายงานการประชุมของ คณะกรรมการชุดต่างๆ โดยมีประเด็นในการทบทวนดังนี้

- แนวคิด หลักการ
- วัตถุประสงค์ของนโยบาย
- ยุทธศาสตร์การพัฒนา
- แผนและเป้าหมายการพัฒนา
- โครงสร้างการบริหารจัดการ
- การดำเนินการพัฒนาและการสนับสนุนงบประมาณที่ผ่านมา

1.5.1.2 สัมภาษณ์เชิงลึก

1.5.1.2.1 ผู้บริหารและนักวิชาการที่บริหารนโยบาย มีประเด็นสัมภาษณ์ดังนี้

- บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจเช่น กระทรวงสาธารณสุข แพทยสภา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทบวงมหาวิทยาลัย
- โครงสร้างการบริหารนโยบายและกระบวนการประสานนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ความคิดเห็นต่อการกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจในประเด็นการลงทุน การพัฒนาระบบบริการและบุคลากร การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์และกำลังคน
- หลักคิด หลักเกณฑ์ และเป้าประสงค์ในการจัดสรรทรัพยากรอันได้แก่ งบประมาณ ด้านครุภัณฑ์ การพัฒนาระบบบริการและกำลังคน และค่าตอบแทน ในการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจ
- ระบบในการติดตามกำกับ รวมทั้งระบบข้อมูลด้านการพัฒนา เพื่อการวางแผนพัฒนาระบบบริการต่อไป
- ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของระบบบริการ
- ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายและข้อเสนอแนะ

กลุ่มเป้าหมาย 7 คน จำแนกตามสังกัดดังนี้

- กระทรวงสาธารณสุข : รองปลัดกระทรวงที่รับผิดชอบ, อธิบดีกรมสนับสนุนบริการ ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ผู้ตรวจราชการ
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : รองเลขาธิการ ผู้อำนวยการ สำนักงานพัฒนาคุณภาพบริการ ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขต
- คณะกรรมการร่วม : ประธานหรือเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงทั้งสามด้าน

1.5.1.2.2 ผู้บริหารหรือประธาน/เลขานุการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจโรคหัวใจของโรงพยาบาลในภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร 6 แห่ง โดยมีประเด็นสัมภาษณ์ดังนี้

- โครงสร้างการบริหารจัดการโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจของ โรงพยาบาล
- แผนและเป้าหมายการพัฒนาของโรงพยาบาล
- การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วย
- การจัดระบบข้อมูลการขึ้นทะเบียนและการจัดบริการ
- การพัฒนาบุคลากร
- หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์และบุคลากรในการบริการทั่วไป และจากโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจ
- ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จดังกล่าว
- ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายแต่ละด้านและข้อเสนอแนะ

1.5.2 การศึกษาศักยภาพ ผลผลิตภาพ และการบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบศักยภาพของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจ กับมาตรฐานที่โครงการกำหนดในประเด็นจำนวนและประเภทความเชี่ยวชาญของแพทย์และทีมบุคลากร รวมทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์
2. เพื่อศึกษาการกระจายทรัพยากรสุขภาพ (บุคลากร เทคโนโลยี และงบประมาณ) ของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจ จำแนกตามเขตสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. เพื่อศึกษาผลผลิตภาพการให้บริการของโรงพยาบาลก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจ จำแนกตามประเภทสิทธิประกันสุขภาพ

วิธีศึกษา

สำมะโนทรัพยากรและผลการดำเนินงานก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจของโรงพยาบาลในโครงการ ฯ รวม 37 แห่ง (ระดับ 1-2 จำนวน 14 แห่ง, ระดับ 3 จำนวน 7 แห่ง และระดับ 4 จำนวน 16 แห่ง)

ตัวแปรที่ศึกษา

- จำนวนและประเภทความเชี่ยวชาญของแพทย์และบุคลากร และเครื่องมือของ โรงพยาบาล ศูนย์โรคหัวใจ เปรียบเทียบกับมาตรฐานของโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง รายปี จำแนกตามภูมิภาคและเขตสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ศักยภาพบริการของรายโรงพยาบาล ณ พ.ศ. 2549 เปรียบเทียบกับมาตรฐาน
- จำนวนและประเภทการพัฒนาบุคลากรรายปี จำแนกตามหลักสูตร ประเภทบุคลากร และระยะเวลาที่รับการพัฒนา
- จำนวนและประเภทบริการตติยภูมิขั้นสูงรายปีของโรงพยาบาล จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพและภูมิภาค

1.5.3 การศึกษาการกระจายบริการและระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบการกระจายบริการของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ
2. เพื่อศึกษาการดำเนินงานตามระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง หัวใจและอุบัติเหตุฉุกเฉิน

วิธีการ

- 1.5.3.1 รวบรวมและวิเคราะห์ฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนและการบริการแบบผู้ป่วยในจากฐานข้อมูล IPD จาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตัวแปรที่ศึกษา

- อัตราบริการแบบผู้ป่วยใน จำนวนส่งต่อและรับผู้ป่วย อัตราการป่วยตาย จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพและจังหวัด

- 1.5.3.2 สทนากลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานส่งต่อ/รับผู้ป่วยของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง 10 แห่ง กลุ่มละไม่เกิน 8-10 คน โดยมีประเด็นสนทนาดังนี้

- แผนงานโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงและการดำเนินการจริง เช่น การ จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยแต่ละด้าน การจัดระบบข้อมูลการขึ้นทะเบียนและการจัดบริการ วิชาการรักษา การพัฒนาบุคลากร
- ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในการบริการและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จดังกล่าว
- ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายแต่ละด้านและข้อเสนอแนะ

1.5.3.3 สนทนากลุ่มแพทย์ผู้ดูแลกลุ่มโรคหัวใจของโรงพยาบาลในจังหวัดในภูมิภาคและส่วนกลาง โดยมีประเด็นสนทนาดังนี้

- แผนงานโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงและการดำเนินการจริงเช่น การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยแต่ละด้าน การจัดระบบข้อมูลการขึ้นทะเบียนและการจัดบริการ คิวการรักษา การพัฒนาบุคลากร
- ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายแต่ละด้านและข้อเสนอแนะ

1.5.4 การศึกษาการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ที่ให้บริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการบริหารค่าตอบแทนแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจและผลกระทบที่เกิดขึ้น

วิธีการ

สนทนากลุ่มแพทย์และวิชาชีพอื่นในโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงในภูมิภาคและกรุงเทพมหานคร 6 แห่ง แบ่งละ 2 กลุ่มกลุ่มละไม่เกิน 8-10 คน โดยมีประเด็นสนทนาดังนี้

- ความเหมาะสมและความเป็นธรรมของระบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ในปัจจุบัน
- ผลของค่าตอบแทนต่อการเพิ่มผลิตภาพบริการ แรงจูงใจ และขวัญกำลังใจของผู้ให้บริการ
- หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์และบุคลากรที่ให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจ
- ความเหมาะสมและผลกระทบของการจ่ายค่าตอบแทนตรงแก่แพทย์และบุคลากรในโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง
- หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสม

1.6 กรอบการประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ

มิติการประเมิน : กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์

1.6.1 **กระบวนการ** ได้แก่ การบริหารจัดการ ระบบสนับสนุน (การพัฒนาบุคลากร การจัดสรรงบประมาณ) การจัดการระบบรับส่งต่อผู้ป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย

1.6.2 **ผลผลิต** ได้แก่ ศูนย์ความเป็นเลิศด้านหัวใจ เครือข่ายวิชาการ และงานวิจัยด้านโรคหัวใจ ปริมาณงานบริการ

1.6.3 **ผลลัพธ์** ได้แก่ อัตราตายจากการผ่าตัดรักษาหัวใจ ความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรผู้ให้บริการ

เนื่องจากการประเมินผลการดำเนินโครงการในระยะแรก (พ.ศ. 2545-2548) ซึ่งเป็นระยะที่มุ่งพัฒนาและแก้ปัญหาโครงสร้างบริการเป็นหลักจึงเน้นด้านผู้ให้บริการและการจัดบริการ สำหรับด้านผู้รับบริการควรประเมินในช่วงระยะที่สอง ในทางปฏิบัติ การประเมินผลเริ่มในปลายปี 2549 ต่อเนื่องในปี 2550 จึงเพิ่มการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในปี 2549-50 เท่าที่จะได้

บทที่ 2 สถานการณ์ปัญหาโรคหัวใจ

สถานการณ์ปัญหาโรคหัวใจ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ ความชุกและการกระจายของโรค การตรวจและวินิจฉัยโรค การเข้าถึงบริการรักษาที่มีคุณภาพและเป็นธรรม และการขาดแคลนทรัพยากรและคิวในการรักษา

2.1 ความชุกและการกระจายของโรค

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease: CHD) เป็นสาเหตุการป่วยและตายอันดับต้นๆ โดยอัตราตายจากหลอดเลือดหัวใจอุดตัน (ischemic heart disease) ในเพศชายและหญิงสูงเป็นอันดับที่ 6 และ 5 ของโลก ตามลำดับ อีกทั้งเป็นภาระสูงในการดูแลรักษา จากการสำรวจพบผู้มีความดันเลือดสูงเพิ่มขึ้นแม้ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น^{1,2,3} จึงคาดว่าแนวโน้มปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดจะมากขึ้น รวมทั้งประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2544-2548 โรคความดันเลือดสูงและหลอดเลือดในสมอง และโรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตใน 5 อันดับแรกของการเสียชีวิตทั้งหมดโดยในปี 2548 มีอัตราเสียชีวิต 29.2 และ 28.2 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ตาราง 2.1) และเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นอันดับหนึ่งของกลุ่มโรคไม่ติดต่อตั้งแต่ พ.ศ.2534-2543 (ตาราง 2.2)

ตาราง 2.1 อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรไทยแสนคนจำแนกตามสาเหตุสำคัญ 5 อันดับแรก พ.ศ. 2544-2548

สาเหตุการเสียชีวิต	2544	2545	2546	2547	2548
มะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด	68.4	73.3	78.9	81.3	81.4
อุบัติเหตุและการเป็นพิษ (ไม่รวมฆ่าตัวตายหรือถูกฆ่าตาย)	50.9	55.3	56.9	58.9	57.6
ความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง	24.5	26.6	34.5	34.8	29.2
โรคหัวใจ	30.3	24.6	27.7	26.8	28.2
ปอดอักเสบและโรคอื่นๆ ของปอด	18.0	21.1	23.9	26.3	22.4
รวมทุกสาเหตุ	595.1	608.1	610.3	629.5	635.7

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

ตาราง 2.2 อัตราการนอนในโรงพยาบาลจากโรคหัวใจ เบาหวาน และมะเร็ง ต่อประชากรไทยแสนคน พ.ศ. 2534-2543

สาเหตุ	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543
โรคหัวใจ	114.4	125.6	101.7	109.4	129.7	158.0	173.6	194.8	252.6	285.4
เบาหวาน	68.4	78.5	69.3	91.0	100.1	127.5	148.7	175.7	218.9	250.3
มะเร็ง	104.2	72.3	56.1	34.7	41.2	48.6	60.4	62.6	66.9	71.1

ที่มา : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

โดยทั่วไปพบโรคนี้ในกลุ่มเศรษฐกิจฐานะทางสังคมสูง⁴ หรือเขตเมือง⁵ มากกว่า แต่กลุ่มคนจนหรือกลุ่มด้อยโอกาสทางสังคมมีอัตราการตายมากกว่าคนเขตเมือง⁵ เพศชายได้รับการรักษา (secondary prevention treatment) มากกว่าหญิง และกลุ่มผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปีได้รับการรักษาน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ^{6,7} ความชุกของภาวะหัวใจล้มเหลว⁸ และความผิดปกติอื่นๆ ของหัวใจก็เพิ่มขึ้นด้วย⁷

ภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) และ left ventricular systolic dysfunction (LVSD) เป็นโรคสำคัญซึ่งมีความชุกสูงและเพิ่มขึ้นโดยตลอด heart failure ซึ่งเป็นความผิดปกติจากหลายสาเหตุที่พบได้มากขึ้นเพราะมีผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเพราะขาดเลือด (infarction) มากขึ้นและเป็น infarction ที่มีอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้นด้วย โรคนี้ยังสัมพันธ์กับอายุ เมื่อประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นจึงพบปัญหามากขึ้น

ปัญหาโรคหัวใจไม่เพียงเป็นปัญหาเฉพาะผู้สูงอายุ แต่ยังพบได้ในทารกและเด็กด้วยโดยประเภทที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีอุบัติการณ์ 7-8 ต่อทารกคลอดมีชีพ 1,000 คน โดยมีเพียง 2 ต่อ 1,000 ที่มีอาการและตรวจพบตั้งแต่แรกเกิด ร้อยละ 9 มีความผิดปกติของระบบอื่นร่วมด้วย⁹

ในประเทศตะวันตก heart failure เป็นสาเหตุหลักของการมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก¹⁰ และผู้ป่วยใน^{10,11} เพิ่มความเสี่ยงต่อ stroke และไตวาย การทำนายโรคของภาวะนี้ไม่ดี บั่นทอนคุณภาพชีวิต และทำให้เสียชีวิตได้ ขณะที่ค่าใช้จ่ายในการรักษาแพงที่สุด อาจถึงร้อยละ 65 ของค่าใช้จ่ายทั้งหมด¹² โดยอัตราตายใกล้เคียงกับ colorectal cancer และเลวร้ายกว่ามะเร็งเต้านมและต่อมลูกหมาก

2.2 การตรวจและวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องรวดเร็วจำเป็นต่อการรักษาที่เหมาะสมและส่งต่ออย่างทันท่วงที มีรายงานวิจัยว่าแพทย์ในระดับปฐมภูมิยังวินิจฉัยโรคหัวใจล้มเหลวจากการตรวจทางคลินิกอย่างเดียวโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง (ความดันเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ และเบาหวาน) การรักษาจึงกระทำโดยไม่ทราบชัดเจนว่าหัวใจผิดปกติอย่างไร (non evidence based) ซึ่งในโรงพยาบาลก็พบการรักษาแบบนี้เช่นกัน¹³

การตรวจวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติต้องอาศัยเครื่องมือและเทคโนโลยีขั้นสูง* เช่น electrocardiogram (ECG) จำเป็นในการวินิจฉัย “ภัยเงียบ” จากโรคหัวใจ¹⁴ ลักษณะการเต้นของหัวใจที่ได้จาก ECG สามารถใช้ทำนายการเสียชีวิตกะทันหัน (sudden death) จากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) ได้เป็นอย่างดีและการเต้นของหัวใจที่ผิดปกตินี้สัมพันธ์โดยตรงกับ cardiac arrhythmia แต่ไม่สามารถบอกการเป็น atherosclerosis¹⁵ เมื่อผล ECG ออกมาว่าปกติก็มักปกติจริง¹⁶ ยังมีผู้เสนอให้ใช้วิธีการใหม่ๆ ในการวินิจฉัยภาวะหัวใจล้มเหลวในระดับชุมชน เช่น brain natriuretic peptide (BNP) assay (Hobbs FDR 2002)¹⁷

* Non-invasive diagnostics ได้แก่ Upright Tilt Table Test, Signal-Averaged Electrocardiogram (SAECG), Echocardiogram, MUGA Scan, Cardiopulmonary Stress Test, Stress Test, Thallium Stress Test, Holter Monitor และ Stress Echocardiogram

การเข้าถึงบริการการตรวจยืนยันด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีขั้นสูงนี้อาจไม่เกิดประโยชน์เท่าที่ควร หากขาดผู้เชี่ยวชาญอ่านและแปลผลซึ่งต้องมีการฝึกฝนซึ่งสมประสบการณ์ร่วมกับความรู้^{17, 18} นอกจากนี้ เทคโนโลยีส่วนหนึ่งเองยังคงมีข้อจำกัด (false negative/ positive) ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างที่คัดกรองด้วย echocardiography ได้ผลเป็นปกติแต่ร้อยละ 23 ในจำนวนนี้เป็น atrial fibrillation โดยที่ผู้ป่วยมีอาการแสดงชัดเจนด้วย¹⁹ ในการวินิจฉัย Left ventricular systolic dysfunction ด้วย ECG ในกลุ่มที่ได้ผลออกมาว่า ผิดปกติ 438 รายนั้น มีผู้เป็นปกติถึง 269 ราย¹⁴

2.3 การเข้าถึงบริการรักษาที่มีคุณภาพและเป็นธรรม

ปัญหาการเข้าถึงและความไม่เป็นธรรมในการรับบริการรักษา นอกจากจะเป็นผลจากลักษณะการรักษาที่ต้องมีความต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายสูงแล้ว ยังสืบเนื่องจากปัญหาการเข้าถึงบริการวินิจฉัยโรคที่กล่าวแล้วและการขาดแคลนทรัพยากรบริการทั้งในมิติของปริมาณและคุณภาพซึ่งจะกล่าวในลำดับต่อไป

มีผู้ป่วย heart failure ได้รับการรักษาอย่างไม่เหมาะสม[†] จำนวนมากเช่น ไม่ได้รับยา angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors ทั้งที่ควรจะได้ ผู้ป่วยที่ได้รับ B blockers ยีนน้อยกว่าผู้ที่ได้ ACE inhibitors และมีการรักษาโดยไม่มีการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจนและมีการวินิจฉัยผิดในระดับปฐมภูมิ แม้ว่าแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลจะวินิจฉัยจากอาการทางคลินิก (sign and symptom) ได้แม่นยำมากกว่าแพทย์ทั่วไปในระดับปฐมภูมิแต่ก็ชัดเจนว่าโรงพยาบาลบางแห่งไม่ได้ใช้ echocardiography อย่างเป็นประจำในรายที่สงสัยว่าเป็น heart failure¹³ ภาวะหัวใจล้มเหลวพบได้ในวัยผู้ใหญ่และพบมากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้นมีผลการศึกษาว่า กลุ่มผู้สูงอายุ[‡] และกลุ่มผู้หญิงได้รับยาที่พิสูจน์แล้วว่ามียาผลดีต่อโรคหัวใจล้มเหลวน้อยกว่าประชากรกลุ่มอื่น[§] เช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีโรคอื่นร่วมด้วย (เช่น โรคกระเพาะและลำไส้อักเสบ anemia และจิตประสาท)²⁰ ในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยแพทย์ทั่วไปในบริการปฐมภูมิเขต North West of England พบว่า มีความไม่เป็นธรรมจากอัตราการออกไปสั่งจ่าย statin สำหรับกลุ่มชาติพันธุ์ ยากจน และผู้ป่วยอายุมากกว่า 75 ปี สำหรับปัจจัยด้านผู้ให้บริการคือ มีแพทย์คนเดียวในคลินิก²¹

หากภาครัฐไม่ลงทุนในบริการการแพทย์ตติยภูมิและตติยภูมิหรือขาดการจัดการที่ดี ภาคเอกชนที่หวังผลกำไรจะเข้ามามีบทบาทและมีประชาชนเพียงบางกลุ่มที่เข้าถึงบริการ แม้ในเลบานอนซึ่งเผชิญสงครามกับอิสราเอลระหว่าง ค.ศ. 1975-1991[§] จากปี 1994 การตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยีระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่าง

[†] ยารักษา heart failure มี 4 กลุ่มคือ diuretics, angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors, B blockers และ aldosterone antagonists อาจรวม digoxin เป็นกลุ่มที่ห้า

[‡] ทบทวนข้อมูลการป่วยในสถานพยาบาลปฐมภูมิ 53 แห่งในสกอตแลนด์ระหว่าง 1 เมษายน 1999 - 31 มีนาคม 2000 จำนวน 307,741 คน พบว่า วัยผู้ใหญ่เป็นโรคหัวใจล้มเหลว 2,186 คนและพบมากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น ความชุกของหัวใจล้มเหลวในกลุ่มอายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไปเท่ากับ 90.1 ต่อ 1,000 และเป็นสาเหตุหลักของการมาพบแพทย์ใกล้เคียงกับอาการเจ็บหน้าอก (angina) และความดันเลือดสูง สาเหตุร่วมมากที่สุดของการมาพบแพทย์คือ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ จึงควรมีบริการวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบให้ผู้สูงวัยกลุ่มนี้ด้วย แต่ในทางปฏิบัติไม่มี

[§] หลัง ค.ศ. 1991 บริการภาครัฐตติยภูมิและตติยภูมิบางอย่างจัดไว้เฉพาะข้าราชการและกลุ่มด้อยโอกาส แต่โรงพยาบาลรัฐส่วนใหญ่ถูกทำลายหรือปิดตัวลงจากภาวะสงคราม รัฐจึงต้องซื้อบริการจากภาคเอกชน

ไม่สัมพันธ์กับจำนวนประชากร การสวนหัวใจ (cardiac catheterization) เพิ่มขึ้นจาก 10 เป็น 32 รายในปี 2002 คิดเป็นอัตรา 72 ต่อ 10,000 ประชากรซึ่งสูงเป็นอันดับสองของโลก²²

ในสหรัฐอเมริกา คนผิวดำป่วยและตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่ากลุ่มชาติพันธุ์อื่นๆ โดยชายผิวดำมีอัตราป่วยและตายสูงสุดเมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมด²³ ขณะที่กลุ่มผิวขาวมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ปัญหาในกลุ่ม Hispanics^{**} ยังคงสูงอยู่เช่นกัน การควบคุมโรคในกลุ่มนี้ได้ผลน้อยกว่าซึ่งอาจเป็นผลสะท้อนจากสถานภาพในระบบประกันสุขภาพ ปัญหาของกลุ่มนี้มีแนวโน้มแย่กว่ากลุ่มผิวขาวและกลุ่มเชื้อสายอัฟริกัน และคาดว่าปัญหาในกลุ่มนี้จะเพิ่มแบบ exponential ในอนาคต²⁴

2.4 การขาดแคลนทรัพยากรและคิวในการรักษา

ด้านการจัดบริการ ระบบการจ่ายเงินและการกำกับต่างๆ อาจส่งผลกระทบต่อปริมาณบริการและค่าตอบแทนของแพทย์ อย่างก็ตาม ในบางกรณี กลไกตลาดไม่สามารถทำให้เกิดความสมดุลระหว่างความต้องการบริการ (demand side) และการจัดบริการ (supply side) ทำให้เกิดคิวในการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อจ่ายร่วมในจำนวนน้อยหรืออัตราต่ำ

ทรัพยากรหลักในการบริการโรคหัวใจประกอบด้วย ทีมบุคลากรผู้ชำนาญการ และเครื่องมืออุปกรณ์ ราคาแพงในการตรวจวินิจฉัยโรครักษาและฟื้นฟูสภาพ การเป็นศัลยแพทย์หัวใจในประเทศไทยเริ่มต้นจากหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต 6 ปี ศัลยแพทย์ทั่วไป 4 ปี ศัลยแพทย์หัวใจ 2 ปี ฝึกฝนความชำนาญ 5 ปี รวม 17 ปีหลังจากจบชั้นมัธยมปลาย ศัลยแพทย์หัวใจที่ขึ้นทะเบียนในประเทศไทยมี 100 คน ปฏิบัติงานจริง 60 คน ร้อยละ 80 อยู่ในกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในภาครัฐและทำงานภาคเอกชนนอกเวลาราชการ ทั้งนี้ภาระงานในแต่ละโรงพยาบาลไม่เท่ากันขึ้นกับประเภทโรงพยาบาล ความชำนาญและอาวุโส ตั้งแต่ 60-70 รายต่อศัลยแพทย์ต่อปี จนถึง 250-300 รายต่อศัลยแพทย์ต่อปี การผ่าตัดหัวใจให้ผู้ป่วยหนึ่งครั้งต้องใช้กลุ่มบุคลากรได้แก่ ศัลยแพทย์โรคหัวใจคนที่หนึ่ง ศัลยแพทย์โรคหัวใจคนที่สอง แพทย์ผู้ช่วย วิสัญญีแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านหัวใจ 2 คน พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด 2 คน พยาบาลดูแลเครื่องมือด้านหัวใจ 1 คน และ พยาบาลหมุนเวียน 1 คน ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วย 1 คนต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด จากพยาบาล 1 คนต่อหนึ่งเวร 8 ชั่วโมง ผลัดเปลี่ยนเป็นเวลา 3 วันในหน่วยอภิบาลผู้ป่วยหนัก (intensive care unit) จากนั้นพักฟื้นในหอผู้ป่วยอีก 7-10 วัน²⁵ บุคลากรเฉพาะทางภาครัฐในประเทศกำลังพัฒนาและพัฒนาน้อยนอกจากจะกระจุกตัวในเมืองใหญ่แล้ว ยังมีการสูญเสียให้ภาคเอกชนด้วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อภาวะเศรษฐกิจประเทศเติบโต (ภาคเอกชนมักไม่ลงทุนผลิตแพทย์เฉพาะทางและทีมบุคลากรเองเพราะต้นทุนสูง)²⁶ โดยเฉพาะประเด็นหลังเป็นการซ้ำเติมปัญหาให้รุนแรงขึ้นเพราะส่งผลให้เครื่องมืออุปกรณ์ที่มีอยู่ในสถานพยาบาลนั้นไม่ได้ใช้งาน เสมือนการลงทุนด้อยประสิทธิภาพ

^{**} ได้แก่ พลเมืองของสหรัฐอเมริกาที่มีเชื้อสายเม็กซิกัน ปอร์โตริโก คิวบา อเมริกากลาง และอเมริกาใต้

บริการไม่ได้จำกัดเพียงการรักษาที่โรงพยาบาล การปฏิบัติตนเมื่ออยู่ที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน ทั้งการรับประทานยาและการมีพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม (social support)^{††} จึงจำเป็น²⁷ การพัฒนาความรู้และทักษะในการใช้ยาและการดูแลตนเองแก่ญาติ ผู้มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย และชุมชนจึงเป็นการบูรณาการที่สำคัญซึ่งจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีทักษะเพิ่มจากความสามารถในการรักษาพยาบาล การสำรวจความเห็นของกลุ่มบุคคลต่างๆ ในแคนาดาถึงสาเหตุของการเกิดคิวยาวนานในภาพรวม²⁸ สรุปได้ดังตาราง 2.3

ตาราง 2.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดคิวรักษา

ปีสำรวจ	ผู้ให้ข้อมูล	ปัจจัย (เรียงตามลำดับความสำคัญ)
1998	ผู้ให้บริการ ผู้บริหาร และ ผู้ใช้บริการ	งบประมาณไม่พอ, ประชากรมีอายุสูงขึ้น, การจัดการทรัพยากรด้วยประสิทธิภาพ, การปรับโครงสร้างโรงพยาบาล, ขาดแคลนบุคลากรสาธารณสุข, แบบแผนโรคเปลี่ยนไป, การเข้าถึงเทคโนโลยีเป็นไปอย่างจำกัด, การลงทุนด้านการป้องกันโรคที่ผ่านมามีผล, ความคาดหวังของผู้ป่วย
2004	แพทย์	อุบัติการณ์โรคเรื้อรังมากขึ้น, ขาดแคลนวิชาชีพ เตี้ยง หรืออุปสรรคการแพทย์ และ งบประมาณไม่พอ

การลดระยะเวลาการรักษา²⁸

นโยบายด้านบริการ (supply policy) เป็นการเพิ่มปริมาณการผ่าตัดโดยเพิ่มรายจ่ายภาครัฐ พัฒนาผลิภาพของบริการผ่าตัดเช่นด้วยการมุ่งสู่การบริการเป็นเลิศ (best practice) ขยายขีดความสามารถการบริการเฉียบพลัน (acute care) จัดสรรงบประมาณให้โรงพยาบาลตามปริมาณบริการ และใช้บริการจากภาคเอกชนให้มากขึ้น นโยบายด้านความต้องการบริการ (demand policy) เป็นการลดหรือจัดการกับความต้องการบริการผ่าตัดเช่น จัดลำดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยที่เข้าคิวอยู่ และมีการตรวจสอบคิว

การจัดทำระบบทะเบียน (service registry) จะช่วยให้การจัดการคิวสามารถทำได้ในระดับภาคหรือมณฑลและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การนับระยะเวลาการรักษา²⁸

1. การนับ กระทรวงสาธารณสุขแคนาดานับเวลารอคอยตั้งแต่ผู้ป่วยลงนัดรักษาในโรงพยาบาล (hospital booking) บางสถาบันนับตั้งแต่การส่งต่อไปพบแพทย์เฉพาะทาง ขณะที่ College of Family Physicians of Canada แย้งว่า ควรเริ่มนับตั้งแต่ผู้ป่วยพบว่าตนมีอาการและพยายามแสวงหาบริการจากแพทย์ประจำครอบครัว หน่วยนับนิยมใช้ median

2. แหล่งข้อมูล

2.1 โรงพยาบาล จากฐานข้อมูล surgical registry มีประโยชน์ในการเปรียบเทียบกับระยะเวลาเป้าหมาย

2.2 แพทย์ (self-report survey) ซึ่งมีโอกาสมีอคติในการให้ข้อมูล

^{††} การสนับสนุนมี 3 ประเภทคือ ด้านอารมณ์จิตใจ ด้านความรู้ข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุและแรงงาน (เช่น ไปรับยาให้)

บทที่ 3 ประสบการณ์ต่างประเทศ

การรับมือกับโรคหัวใจ สำหรับวิชาชีพมักเป็นการจัดทำแนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาในระดับประเทศหรือกลุ่มประเทศเช่น European Society of Cardiology (Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure 2001²⁹) ส่วนการบริหารจัดการเชิงระบบมักเป็นบทบาทขององค์กรบริหารระบบบริการหรือกองทุน โดยจัดทำเป้าหมายยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดที่สอดคล้องกัน จัดทำงบประมาณทั้งระบบและการสร้างแรงจูงใจต่อวิชาชีพในการให้บริการเพิ่มขึ้น และติดตามประเมินภาพรวมของการจัดบริการ รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติตนและการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา รวมทั้งโครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคและออกกำลังกาย เพราะเป็นที่ยอมรับว่า ลำพังการแพทย์ไม่สามารถควบคุมปัญหานี้ได้ ต้องปรับวิถีชีวิต (lifestyle) บริโภคอาหารสุขภาพ (เลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว จำกัดการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ อาหารเค็มและโซเดียมรูปแบบต่างๆ) และออกกำลังกาย (physical activities) เพิ่มขึ้นเพื่อควบคุมปัญหาความดันเลือดสูง (Gottlieb S. 2004³⁰, Kern J, et al 2005³¹, WHO³²)

ใน ค.ศ. 2004 องค์การอนามัยโลกจัดทำโครงการ Global Initiative for Treatment of Major Chronic Diseases ซึ่งเสริมการป้องกันโรคร่วมกับการรักษาเมื่อตรวจพบในเบื้องต้น (การป้องกันระดับทุติยภูมิ) เป็นหลักการสำคัญในการควบคุมปัญหา เนื่องจากหากไม่ได้รับการรักษา ร้อยละ 8 ของผู้ที่มีอาการ heart attack หรือ stroke จะมีอาการอีกภายใน 2 ปี การรักษาด้วยยาแอสไพริน, beta blocker, statin หรือ ACE inhibitor ลดอัตราการกลับเป็นอีกได้ร้อยละ 2.3-6 การริเริ่มขององค์การอนามัยโลกเน้นการแจกจ่ายจ่ายกำหนดการรักษาที่มีประสิทธิผลในแง่ของการจัดให้มี (affordability), การเข้าถึง (accessibility), คุณภาพและประสิทธิผลของยา (quality and efficacy), การสั่งยาที่มีการตรวจยืนยัน (evidence-based prescription) และความสะดวกในการรับประทาน (appropriate use) ปัจจัยเหล่านี้เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ (เช่น ในการส่งผู้ป่วยกลับไปให้ครอบครัวดูแล) การผลิต (การจัดหา การกระจาย การควบคุมกำกับ) และการคลัง (การเบิกจ่ายค่ารักษา การประกัน การวิจัยและพัฒนา) องค์การอนามัยโลกมีแผนประเมินสถานการณ์, แจกจ่ายอุปสรรค, เสนอมาตรการที่ให้ผลโดยตรง (direct intervention) และสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรวมทั้งการลดรายจ่าย³³

อย่างไรก็ตาม เมื่อรัฐแทรกแซงให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นก็เกิดผลกระทบตามมาได้เช่นกันหากไม่มีการจัดการให้ทรัพยากรเพียงพอ อังกฤษมีนโยบายปรับปรุงการรักษาโรคหัวใจในด้านการบริหารจัดการในส่วนกลางและท้องถิ่นโดยมีการปรับงบประมาณและค่าตอบแทนบุคลากร เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะเมื่อเป็นโรครุนแรงขึ้นหรืออาการเฉียบพลัน ในระยะ 2 ปีระหว่าง ค.ศ. 2002-2004 ผู้ป่วยในเวลส์รอคิวผ่าตัดหัวใจไม่เกิน 12 เดือน แต่แพทย์และทีมบุคลากรต้องทำงานเพิ่มขึ้นทั้งในและนอกเวลาราชการ เกิดความเครียดจากความกดดันที่ต้องลดเวลารอคิวรักษา จนโรงพยาบาล Morriston ซึ่งมี cardiac unit ใหญ่เป็นอันดับที่สองในเวลส์ (มีห้องผ่าตัดหัวใจ 2 ห้องและหอผู้ป่วย 18 เตียง) ต้อง

หยุดให้บริการหนึ่งสัปดาห์โดยคงให้บริการเฉพาะกรณีฉุกเฉิน อย่างไรก็ตามเมื่อหยุดให้บริการหนึ่งสัปดาห์ จำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (elective cases) ที่ไม่ได้รับการรักษาก็สะสมไว้มากอยู่ที่ดี (Dobson R 2004)³⁴ ภาวะการณ์เช่นนี้นับเป็นปัญหาต่อเนื่องในด้านบุคลากรและรายจ่ายภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อระบบในการป้องกันผู้เป็นโรครายใหม่ ล้มเหลว

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและสังคมเพื่อให้เข้าใจโรคอย่างถูกต้อง (health literacy)³⁵ จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาและมีทักษะในการดูแลตนเองและลดการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ อีกทั้งยังช่วยลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ²³ โดยปรับพฤติกรรมบริโภคและการใช้ชีวิต (เช่น ลดอาหารเค็ม อาหารไขมันสูง แอลกอฮอล์ บุหรี่) ซึ่งต้องอาศัยการสื่อสารทั้งในระดับปัจเจกบุคคลชุมชนและสาธารณะ โดยทั้งหน่วยงานรัฐและเอกชนในประเทศตะวันตกนิยมใช้เว็บไซต์เป็นช่องทางและเครื่องมือ^{35,36} เว็บไซต์ของคณะกรรมการสุขภาพ (Healthcare Commission) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยใช้ประกอบการตัดสินใจในการเลือกวิธีดูแลรักษาโรคหัวใจในประเทศอังกฤษ ข้อมูลประกอบด้วยสถิติการรักษาและอัตราการรอดชีวิตจากการรักษาแต่ละประเภท³⁷ และไม่เฉพาะความรู้ความเข้าใจในการรักษาและข้อปฏิบัติตนเท่านั้นที่มีความสำคัญ แต่การทำความเข้าใจในระดับปัจเจกบุคคลถึงวิธีการทดสอบและความหมายของผลที่ได้ก็มีความสำคัญเช่นกัน ทำให้ผู้รับการตรวจเชื่อมั่นผลที่ได้เช่น เมื่อได้ผลออกมาว่า “ปกติ” แต่มีอาการเจ็บหน้าอก ผู้รับการตรวจจะได้เลิก “ป่วย” ดังการศึกษาของ Petrie KJ, et al (2007)³⁸ ที่ผู้รับการตรวจเชื่อมั่นผลตรวจและคลายความกังวลกับอาการเจ็บหน้าอกที่เป็นอยู่³⁵

³⁵ การมีความรู้ด้านสุขภาพ เป็นระดับความสามารถที่จะได้มา ประมวล และเข้าใจข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและบริการที่จำเป็นในการตัดสินใจ ผู้มี health literacy จำกัดมักมีความรู้้น้อยและบอกว่าตนมีสภาวะสุขภาพแย่ ใช้บริการป้องกันโรคในระดับต่ำ และใช้บริการราคาแพงในระดับสูงกว่า

³⁶ ผู้เข้าร่วมการทดลองมีอายุมากกว่า 18 ปี ได้รับการตรวจแล้วว่า ไม่ได้เป็นโรคหัวใจ มีการเจ็บหน้าอก และต้องไม่เป็นผู้รอกการผ่าตัดอยู่ รวม 92 คนโดยใช้คอมพิวเตอร์สุ่มว่าจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มใดภายใน 3 กลุ่ม 1) กลุ่มที่ได้รับแผ่นพับขนาด 450 คำ อธิบายวิธีการ stress exercise test ความหมายของผลทดสอบที่เป็นปกติและสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอก และเปิดโอกาสให้มีการสอบถามอภิปรายข้อสงสัยอย่างเต็มที่ ก่อนการทดสอบจริง (ในเดือนมิถุนายนและตุลาคม ค.ศ. 2004) 2) กลุ่มที่ได้รับเอกสารแนะนำหนึ่งแผ่นเกี่ยวกับเสื้อผ้าวิธีการตรวจ และผลที่ตามมา และ 3) กลุ่มที่ได้รับแผ่นพับอย่างเดียว กลุ่มแรกมีค่าเฉลี่ยจากการทำแบบสอบถามหลังตรวจ มากกว่า สองกลุ่มหลัง และผลนี้ยังคงอยู่ต่อไปอีกหนึ่งเดือนหลังการทดสอบโดยผู้ป่วยรายงานว่ายังคงมีอาการเจ็บหน้าอกและยังคงรับประทานยาในสัดส่วนที่น้อยกว่า สองกลุ่มหลัง

แนวคิด หลักการ วัตถุประสงค์ รูปแบบ/กลวิธี/แนวทางการพัฒนาที่มีลักษณะเฉพาะ

3.1 สหราชอาณาจักร

3.1.1 อังกฤษและเวลส์

ในการปรับปรุงการจัดบริการสุขภาพภายใต้ National Health Service (NHS) มีการแต่งตั้ง NHS Modernization Board (ประกอบด้วยวิชาชีพด้านบริการสุขภาพและสังคมระดับอาวุโส บุคลากรในพื้นที่ ผู้จัดการ และตัวแทนผู้ป่วย) ให้คำแนะนำเลขานุการรัฐในการดำเนินงานด้านสุขภาพตามแผนงานของ NHS ซึ่งเป็นแผนพัฒนาระยะ 10 ปี คณะกรรมการชุดนี้มีการประชุมทุก 3 เดือนเพื่ออภิปรายความก้าวหน้าและพิจารณาลำดับความสำคัญในการพัฒนา NHS โดยมีการประชุมครั้งแรกในเดือนตุลาคม 2000 และมีรายงานประจำปีออกมาในปีนั้น การเปลี่ยนแปลงที่เห็นโดยง่ายคือ จำนวนเตียงและบุคลากรเพิ่มขึ้นเนื่องจากงบประมาณเพิ่มขึ้น critical care beds เพิ่มขึ้นร้อยละ 25 (มากกว่า 597 เตียง) general and acute beds เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.5 (มากกว่า 714 เตียง) โรงพยาบาลหลักเพิ่มขึ้น 10 แห่ง การลงทุนเพิ่มเหล่านี้อัตราระยะเวลารอรักษา (waiting time) จำนวนผู้ที่รอมากกว่า 15 เดือนเพื่อเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ลดลงมากกว่า 1 ใน 3 จาก 12,600 คนในเดือนตุลาคม 2000 เหลือ 8,100 คนในเดือนตุลาคม 2001 การรอมากกว่า 12 ชั่วโมงเพื่อเข้ารับรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ลดลงร้อยละ 60 ตั้งแต่ปี 1999 วัตถุประสงค์หลักของแผนงาน NHS เน้นบริการที่เป็นมิตรต่อผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายหลายประการ เช่น โรงพยาบาลสะอาดโดยใช้สัญญาณไฟในการจัดระดับ (ไม่มีสีแดงซึ่งต่ำกว่ามาตรฐาน 389 แห่งอยู่ในระดับสูงสุดคือสีเขียว และ 447 แห่งได้สีเขียว) ต้องมีแม่บ้านประจำหอผู้ป่วย ปรับปรุงรายการอาหารผู้ป่วย ในการยกระดับมาตรฐานคลินิก การปรับปรุงบริการรักษามะเร็ง โรคหัวใจและสุขภาพจิต อยู่ในระดับต้นๆ ในรายงานได้ให้ข้อสังเกตถึงงบประมาณพิเศษที่ใช้ในการฝึกอบรมทีมบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ในการปรับปรุงบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งในงานบริการศัลยกรรมทั่วไป ยังคงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อยกระดับบริการให้เข้าสู่มาตรฐานยุโรป ในการรักษาโรคหัวใจ มีการเปิดคลินิกใหม่ให้บริการรักษาอาการเจ็บหน้าอกได้อย่างรวดเร็ว (rapid chest pain clinic) 150 แห่ง ในเดือนมีนาคม 2002 มีการตั้งเป้าหมายผ่าตัดหลอดเลือดแดงทำเป็นเส้นลัดหรือแก้ไข (bypass and angioplasty) 3,000 รายซึ่งบรรลุได้ในเวลาไม่นาน จำนวนแพทย์เฉพาะทางหัวใจ (cardiologist) ในอังกฤษเพิ่มขึ้นร้อยละ 17 จาก 467 เป็น 546 คน แต่คณะกรรมการให้คำแนะนำว่า มีงานอีกมากในการปรับปรุงบริการที่เชื่อมต่อระหว่างบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิซึ่งเป็นงานเพิ่มขึ้นมาที่จำเป็น รายงานยังกล่าวถึงงบประมาณที่ต้องการเพิ่มขึ้นทั้งในการศัลยกรรมหัวใจและบริการอื่นเช่น การฟื้นฟูสภาพ (Mayor S 2002) ในภาพรวมรายงานสรุปว่า ควรลงทุนในระดับนี้ต่อไป เพราะการลงทุนเพิ่มเป็นพิเศษใน 2-3 ปีนี้ไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ที่ได้รับงบประมาณน้อยเป็นทศวรรษที่ผ่านมาได้^{39,40}

บริการสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศอังกฤษ (Hall R, More R, Camm J, Swanton H, Gray H, et al 2002)⁴¹ มีองค์ประกอบดังนี้คือ

- 1) เป็นบริการภายใต้ National Service Framework
- 2) ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- 3) บุคลากรซึ่งยังขาดแคลนในทุกสาขา (ไม่เพียงเฉพาะในการรักษาโรคหัวใจระดับตติยภูมิ) และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญชำนาญการต่างกันต้องทำงานร่วมกันมากขึ้น (เช่น ศัลยแพทย์โรคหัวใจ อายุรแพทย์โรคหัวใจ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และหน่วยงานธุรการ) จากเป้าหมายให้แพทย์โรคหัวใจ 1 คนดูแลประชากร 50,000 คน ในปี ค.ศ. 2010 จึงควรมีแพทย์โรคหัวใจอย่างน้อย 1,200 คน จาก 630 คน ในปี 2002 (แพทย์โรคหัวใจ 1 คนดูแลประชากร 80,000 คน) ซึ่งไม่ใช่เรื่องที่จะบรรลุได้ง่าย ประเด็นสำคัญสำหรับบุคลากรคือ ค่าตอบแทนที่สัมพันธ์กับปริมาณงาน
- 4) ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในการศึกษา ฝึกอบรม เวชระเบียน การแพทย์ทางไกล (telemedicine) และรวบรวมข้อมูล ยิ่งกว่านั้นยังมีประโยชน์อย่างยิ่งในการตรวจสอบการรักษา (audit) และการจัดการให้การรักษามีคุณภาพน่าเชื่อถือ (reliable clinical governance) การแพทย์ทางไกลยังอาจใช้ติดตามผู้ป่วย เช่น ตรวจสอบ pacemaker และ defibrillator เป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย
- 5) ปรับประสิทธิภาพการบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทบทวนและปรับบทบาทของบุคลากร (เช่น พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์) ให้ทำงานได้หลากหลายและยืดหยุ่นมากขึ้น “rapid access chest pain clinic” เป็นตัวอย่างของแนวคิดใหม่ที่ประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี ส่วนการตั้งเครือข่ายด้านโรคหัวใจก็เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการและประสบการณ์ต่างไปจากแบบเดิมๆ สำหรับคลินิกผู้ป่วยนอกก็ต้องร่วมมือกับ local network ในการตรวจและดูแลผู้ป่วยซึ่งต้องใช้เวลามาก
- 6) คงมาตรฐานและคุณภาพ นอกจากต้องมีบุคลากรที่เหมาะสมเพียงพอแล้ว ยังจำเป็นต้องมีการพัฒนาวิชาการต่อเนื่องและมีการจัดการบริการอย่างมีประสิทธิภาพ (clinical governance) รวมถึงการวิจัยเกี่ยวกับโรคหัวใจในทุกมิติซึ่งมีประโยชน์ในการพัฒนาบริการ

National Service Framework (NSF) ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพหัวใจและป้องกันโรค (heart health promotion and prevention) ซึ่งต้องจัดการปัจจัยเสี่ยงในชุมชน บริการปฐมภูมิ ที่ทำงานและโรงเรียน โดยพื้นที่เป้าหมายที่สำคัญคือ ชุมชนและบริการปฐมภูมิ

บริการป้องกันปฐมภูมิในชุมชนตามลำดับความสำคัญได้แก่ การเลิกบุหรี่ การเพิ่มการบริโภคผลไม้ และผัก การเพิ่มการใช้กำลังกาย และการควบคุมน้ำหนักโดยปรับการบริโภคและการออกกำลังกาย

บริการป้องกันปฐมภูมิในบริการปฐมภูมิ (primary prevention in primary care) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีโคเลสเตอรอลสูง ความดันเลือดสูง อ้วน เบาหวาน สูบบุหรี่ หรือคนในครอบครัวมีประวัติเป็น premature coronary heart disease โดยมีเป้าหมายลดผู้ที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจ

บริการป้องกันทุติยภูมิในบริการปฐมภูมิ (secondary prevention in primary care) ตาม Standard 3 ของ NSF ระบุว่า “สำหรับประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) แพทย์และทีมบริการปฐมภูมิต้องให้คำแนะนำอย่างครบถ้วนและรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยง

นอกจากนี้มีการริเริ่มใหม่ๆ โดยกรมอนามัยเพื่อปรับปรุงการบริการ ดังนี้

- ความร่วมมือระดับบริการปฐมภูมิ (Primary care collaborative) เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ มีสมาชิกประมาณ 5.3 ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่ขึ้นทะเบียน 318,000 คน โดยคาดหวังว่า การเข้าถึง secondary prevention จะลดการตายได้ร้อยละ 34

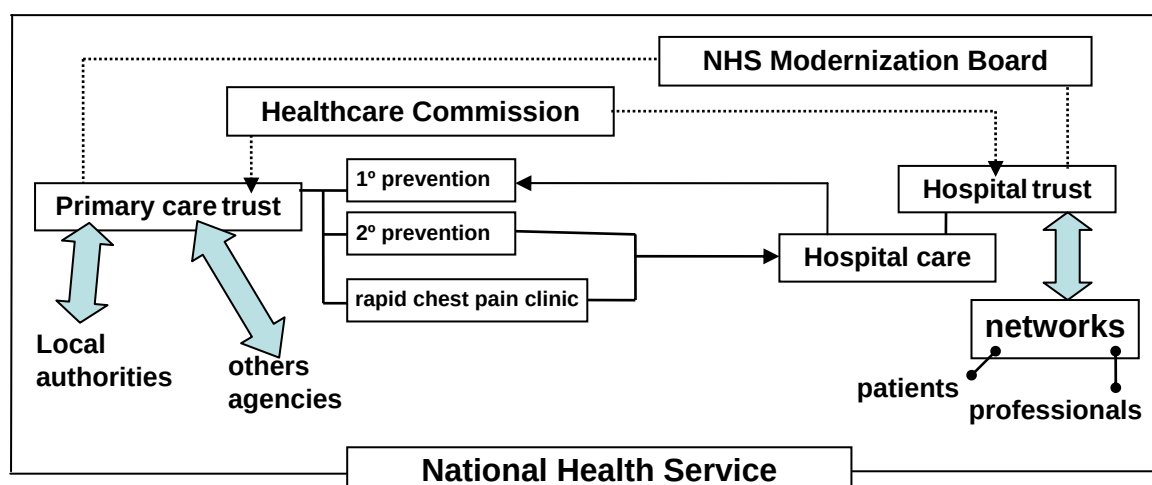
- โปรแกรมความร่วมมือด้านโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease collaborative program) เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อประเมินผลจากบริการปฐมภูมิและทุติยภูมิ อาจรวมถึงตติยภูมิเพื่อพัฒนาบริการ ในระยะแรกมี 10 กลุ่มมีผู้ป่วยประมาณ 500,000 คน ในปี 2002 มีประมาณ 30 กลุ่ม

- ระบบข้อมูลข่าวสารโรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary heart disease information strategy) โดยกรมอนามัย ในเดือนตุลาคม 2001 ประกอบด้วย

- การพัฒนาโปรแกรมบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและการส่งผ่านข้อมูลระหว่างบริการแต่ละระดับ
- การพัฒนาระบบข้อมูลระดับท้องถิ่น
- บูรณาการระบบข้อมูลของโรงพยาบาลเข้ากับระบบการบันทึกข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยที่มีอยู่แล้ว
- บริการข้อมูลข่าวสารสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ผ่านเว็บ
- บริการข้อมูลข่าวสารสำหรับผู้ป่วยผ่านเว็บ

- โปรแกรมโรคหลอดเลือดหัวใจ (Health informatics program for Coronary heart disease) อนุญาตให้ทีมบุคลากรเรียนรู้การรักษาที่มีคุณภาพ และอนุญาตให้มีการประเมินการรักษาตาม NSF

ระบบบริการตรวจรักษาโรคหัวใจภายใต้บริการสุขภาพแห่งชาติอังกฤษสรุปได้ดังภาพ 3.1



ภาพ 3.1 ระบบบริการตรวจรักษาโรคหัวใจภายใต้บริการสุขภาพแห่งชาติอังกฤษ

3.1.2 สกอตแลนด์

อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (CHD) ของสกอตแลนด์สูงเป็นอันดับสองในกลุ่มยุโรปตะวันตก⁴² มีการตั้งเป้าหมายลดการตายจากโรคหัวใจในกลุ่มอายุมากกว่า 75 ปีให้เหลือเพียงร้อยละ 50 ระหว่าง ค.ศ. 1995-2010 โดยมี Coronary Health Disease/Stroke Task Force (CHD Task Force) ซึ่งประกอบด้วยคณะทำงานย่อย (sub-group) 6 กลุ่มได้แก่ Database, Needs Assessment, Waiting List, CHD Accreditation Steering-Group, Waiting Time และ Horizontal Scanning ดำเนินการด้านวิชาการ แนวทาง/มาตรฐานของการบริการและระบบสนับสนุน ร่วมกับองค์กรวิชาชีพเพื่อพัฒนาเป็นกรอบการดำเนินงานของสกอตแลนด์⁴³ ในปีค.ศ. 1998 Scottish Acute Service เสนอให้มีการพัฒนาเครือข่ายคลินิก(Managed Clinical Network: MCN)^{***} เพื่อจัดบริการโรคหัวใจในสกอตแลนด์ซึ่งมีประชากร 5.12 ล้านคน ภายใต้ National Health Service เครือข่ายนี้เป็นกลุ่มของวิชาชีพสุขภาพและองค์กรจากระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทำงานประสานเชื่อมโยงกันโดยไม่ซ้ำซ้อนด้านองค์การหรือวิชาชีพ โดยจัดการความรู้ความชำนาญและทรัพยากรของการบริการแต่ละระดับให้สัมพันธ์กันรองรับผู้ป่วยที่มาจากทุกทิศเพื่อการจัดบริการที่มีประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล คุณภาพสูง และเข้าถึงได้มากขึ้น⁺⁺⁺

ลักษณะสำคัญของ MCN อยู่ที่ “มีการจัดการ”⁴⁴ หลักการสำคัญของ MCN ระบุโดย Scottish Office Department of Health Management Executive ค.ศ.1999 ได้แก่ เป็นความรับผิดชอบร่วมกันของสหวิชาชีพ, จัดการเชิงรุก, เน้นปรับปรุงบริการโรคหัวใจทั้งมิติคุณภาพ การเข้าถึง และการประสานงาน, ทำงานแบบมีข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐาน, ประเมินผลลัพธ์และตรวจสอบการรักษา, ประกันคุณภาพบริการ, มีรายงานประจำปี และผู้ป่วยมีส่วนร่วมปรับการทำงานของทีมเครือข่าย โดยแพทย์ทุกคนถูกคาดหวังให้ร่วมกันกำหนดวิธีการรักษาและอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง พัฒนาการที่สำคัญของ MCN คือ การส่งผ่านข้อมูลเพื่อขอความเห็นจากแพทย์เฉพาะทางโดยผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไปพบแพทย์

Chief Medical Officer และ Acute Services Group อนุมัติให้ทดลอง MCN ใน Dumfries และ Galloway ในเดือนกรกฎาคม 2001 โดย National Acute Services Group เป็นผู้ประเมินการบริการแต่ละชนิดแต่ละระดับ พบว่า มีการประสานงานกันมากขึ้นทำให้คนไข้ได้รับคำแนะนำสม่ำเสมอ การดูแลรักษาและป้องกันดีขึ้น การแก้ปัญหาความไม่เสมอภาคในการเข้าถึงบริการในเขตชนบทเริ่มจาก มีการอบรม pre-hospital thrombolysis แก่เจ้าหน้าที่บริการฉุกเฉินและแพทย์ทั่วไปในเขตชนบทให้แพทย์ปฏิบัติ

*** MCN เป็นนวัตกรรมในการจัดตั้งกลุ่มองค์กรดูแลรักษาโรคเฉียบพลัน เครือข่ายมีหลายแบบเช่น เครือข่ายเฉพาะโรค (เช่น peripheral vascular disease) เครือข่ายความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา หรือเครือข่ายเฉพาะหน้าที่

+++ การรักษาโรคหัวใจมักส่งต่อจากสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิไปยังทุติยภูมิ และทุติยภูมิไปยังตติยภูมิ เป็นการติดต่อระหว่างแพทย์หัวใจหนึ่งคนกับแพทย์อีกหนึ่งคน ในอดีตระบบนี้เพียงพอในการจัดการผู้ป่วยระดับบุคคล แต่มีข้อจำกัดในการจัดบริการให้กลุ่มประชากรเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน และยังมีข้อจำกัดในการปรับตัวด้านการจัดบริการและทักษะบริการไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงเช่น การเพิ่มพูนทักษะความชำนาญและการพัฒนาทรัพยากรของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ตาม regional pre-hospital thrombolysis protocol ลำดับต่อไปคือการจัดบริการ regional health failure โดย health failure nurse แต่ความสนใจหลักของ MCN คือ ปัญหา Myocardial infarction ต้นทุนการจัดตั้ง MCN และค่าบริหารจัดการและดำเนินการใน 1 ปีเท่ากับ 52,615 และ 50,000 ปอนด์ ตามลำดับ แต่ต้นทุนรักษา MI (median length of stay เท่าเดิมคือ 7 วัน) และการติดตามหลังรักษาเมื่อมี MCN ไม่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ⁴⁵

Managed clinical network

ประกอบด้วย เครือข่ายการปรับแก้พยาธิสภาพหัวใจระดับสูง(high level intervention network) และเครือข่ายวินิจฉัยและรักษาโรคในระดับพื้นที่ (local diagnostic and treatment networks)

1) High-level Intervention Network

สมาชิกคือแพทย์ในสกอตแลนด์ที่ให้บริการ revascularization intervention (อายุรแพทย์หัวใจ และศัลยแพทย์หัวใจ) โดยร่วมกันทำฐานข้อมูลให้เป็นหนึ่งเดียวรวมทั้งฐานข้อมูล coronary angioplasty procedures เพื่อประโยชน์ในการทบทวนและประเมินการรักษา เพื่อประสานระหว่างหน่วยศัลยกรรมหัวใจ (cardiac surgical unit) ที่มีอยู่ 4 แห่งและอายุรแพทย์หัวใจ (interventional cardiologist) ใน Glasgow, Edinburgh และ Lanarkshire มีการจัดทำแนวทางร่วมกันในการส่งต่อผู้ป่วย รักษา และจัดลำดับความสำคัญ (กรณีต้องเข้าคิวรอรักษา) เครือข่ายยังมีบทบาทเสริมในการฝึกอบรมและวิจัย

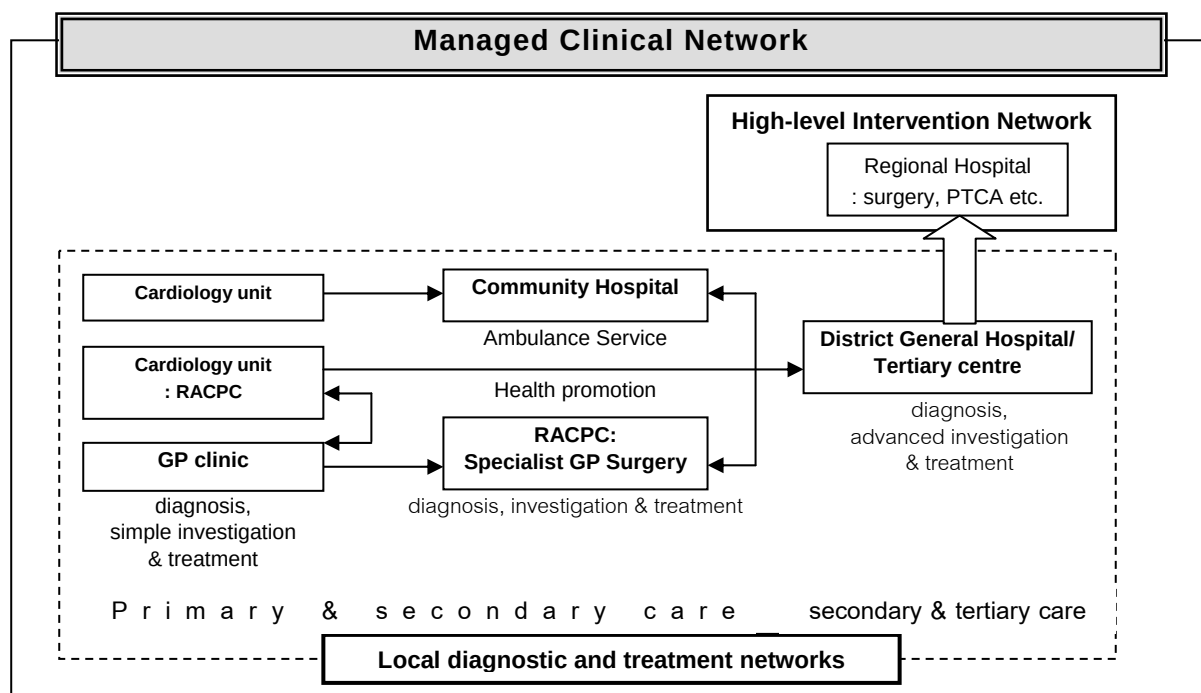
2) Local diagnostic and treatment networks (LDTN)

เครือข่ายนี้รองรับ high-level intervention network อยู่ภายใต้ Health Board areas ทำให้ไม่มีปัญหางบประมาณ เครือข่ายประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป (District General Hospitals/ tertiary centers), หน่วยบริการทั่วไป (local General Practices/ Local Health Care Co-operatives (LHCCs), โรงพยาบาลชุมชน (Community Hospitals), หน่วยบริการส่งเสริมสุขภาพ (local health promotion services) และศูนย์บริการเคลื่อนที่ (Scottish Ambulance Service) การทำงานขององค์กรประกอบเหล่านี้ อาศัยการประชุมที่มีวาระประจำ เทคโนโลยีการสื่อสาร และแนวทางการทำงานร่วมกัน เครือข่ายนี้มีบทบาทดูแลการบริการโรคหัวใจเกือบทั้งหมดในสกอตแลนด์ เริ่มจากการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นและจัดการตามแนวทางการดูแลโรคเรื้อรัง โดยเน้นการจัดบริการเฉียบพลัน การป้องกันระดับทุติยภูมิ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และการสลายลิ่มเลือด (thrombolysis)

เมื่อค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหัวใจรวมทั้งการผ่าตัดในสกอตแลนด์เพิ่มขึ้น การประเมินกลุ่มบริการรักษาเฉียบพลัน (Acute Service Review) พบว่า การส่งต่อและการจัดสรรงบประมาณแบบเดิมไม่สนับสนุนให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสม และบุคลากรเองก็ไม่สามารถประสานเพื่อให้เกิดผลดีที่สุด มีข้อเสนอให้ปรับปรุงการรักษาที่เป็นการป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (cardiac rehabilitation) และสลายลิ่มเลือด (coronary thrombolysis) ทั้งนี้กลุ่มสหวิชาชีพมีความจำเป็นต่อการพัฒนา MCN (พัฒนาการรักษาทางคลินิก งานวิจัย การศึกษา และการฝึกอบรมที่จำเป็น

สำหรับวิชาการโรคหัวใจ รวมทั้งเทคโนโลยีในการสื่อสารซึ่งลงทุนสูง) จึงมีการขยายบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติเพิ่มเติมจากการป้องกันระดับปฐมภูมิไปสู่การป้องกันหัวใจล้มเหลวและฟื้นฟูสภาพ โดย LDTN ช่วยปรับบทบาทใหม่นี้ ในเขตชนบทอาจต้องพิจารณาใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine)

ในบรรดาคลินิกที่เป็น cardiology unit นั้นส่วนหนึ่งให้บริการโดย GP specialist ในรูป rapid access chest pain clinic (RACPC) ซึ่งเป็นโครงสร้างบริการที่สำคัญ องค์ประกอบของ Managed clinical network ซึ่งเป็น complex co-operative structure มีความสัมพันธ์กับโครงสร้างบริการที่มีอยู่เดิม ดังภาพ 3.2



ภาพ 3.2 องค์ประกอบของเครือข่ายคลินิก (Managed clinical network) โรคหัวใจในสกอตแลนด์

เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการและได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (ทั้งการรักษาปัจจัยเสี่ยงและการรักษาที่ใช้เทคโนโลยี) ได้มีการจัดลำดับความสำคัญความผิดปกติของหัวใจและเกณฑ์ระยะเวลาที่ควรได้รับการให้สถานพยาบาลแต่ละระดับยึดถือปฏิบัติ⁴³ ดังตาราง 3.1 สำหรับรายละเอียดของเกณฑ์แต่ละระดับอยู่ในภาคผนวก 1 ตาราง 1

แม้ว่าบุคลากรและบริการดูแลรักษาโรคหัวใจในสกอตแลนด์ใน ค.ศ. 2000 จะเพิ่มขึ้นจากปี 1990 (ตาราง 3.2) และบริการ coronary angiography และ CABG มีระยะเวลารอคอยลดลง (ตาราง 3.3) แต่ตามคำแนะนำของ British Cardiac Society (แพทย์โรคหัวใจ 1 คนควรดูแลประชากรไม่เกิน 70,000 คน) เท่ากับว่าต้องการ cardiologist ประมาณ 99 คน อีกทั้งการบริการโดยแพทย์คนเดียว (single-hand consultant) ไม่เป็นที่ยอมรับในปัจจุบันเพราะเมื่อแพทย์มีเหตุจำเป็นต้องหยุดงานการบริการจะหยุดชะงัก

และแพทย์ยังเสี่ยงกับความต้องการที่เพิ่มขึ้นของชุมชนและเครือข่ายการทำงานเพียงลำพัง จำนวนแพทย์ที่ต้องการจึงเพิ่มขึ้นอีกในบางเมืองและต้องการสถานฝึกอบรม (training post) เพิ่มตามมา

ตาราง 3.1 การจัดลำดับความสำคัญของโรคหัวใจในสกอตแลนด์

เกณฑ์*		ระยะเวลาที่ให้บริการ	
		อุดมคติ	ที่ยอมรับได้
Emergency	level 1	เร็วที่สุดที่เป็นไปได้	ภายใน 24 ชั่วโมง
Urgent	level 2	5 วันทำการ	2 สัปดาห์
Priority	level 3	6 สัปดาห์	3 เดือน
Elective	level 4	3 เดือน	6 เดือน
	level 5	6 เดือน	6 เดือน

ตาราง 3.2 บุคลากรและบริการของคลินิกโรคหัวใจในสกอตแลนด์

บุคลากรและบริการ		1990	20000
cardiologist รวมผู้ทำงานบางเวลาและเลิกทำงานเฉพาะทางโรคหัวใจ	(คน)	38	70
cardiac catheterization laboratory	(แห่ง)	6	11
cardiac surgical center	(แห่ง)	4	4
coronary angiography	(ราย)	6,079	11,013
PTCA	(ราย)	521	2,401
CABG	(ราย)	1,737	3,000

ตาราง 3.3 ระยะเวลาที่รอคอยบริการในสกอตแลนด์ระหว่างมกราคม-มิถุนายน

ค่าเฉลี่ยเลขคณิตระยะเวลาที่รอบริการ (วัน)	1998	1999	20000
coronary angiography	55	42	42
PTCA	45	50	53
CABG	189	156	108

ความริเริ่มที่สำคัญอีกประการหนึ่งในด้านพัฒนาบุคลากรคือ การเพิ่มบทบาทพยาบาลทั้งในระดับบริการปฐมภูมิและในโรงพยาบาลเพราะพยาบาลมักไม่เปลี่ยนงานทำให้บริการมีความต่อเนื่อง เป็นการลดภาระงานของแพทย์ซึ่งขาดแคลน ส่วนใหญ่เป็นบทบาทด้านการจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเข้าถึงบริการทุกระดับ สำหรับเภสัชกรเน้นบทบาทด้านให้คำแนะนำในการป้องกันโรคหัวใจ (เนื่องจากประชาชนสกอตหนึ่งในสิบคนไปที่ร้านขายยาชุมชนทุกวัน) และการรักษาที่ปลอดภัยรายบุคคลทั้งในด้านการใช้ยาและผลข้างเคียงจากยา (ยากลุ่ม secondary prevention มีผลข้างเคียงโดยเฉพาะยาลดไขมันในเลือดและความดันเลือด) บทบาทพยาบาลและเภสัชกรดังกล่าวผนวก 1 ตาราง 2 และ 3

กล่าวโดยสรุป การควบคุม CVD ของสหราชอาณาจักรอังกฤษแบ่งเป็น 2 ระดับคือ บริการปฐมภูมิ (primary และ secondary prevention) และการรักษาในโรงพยาบาล ภายใต้ National Health Service (NHS)⁴⁶ มีสาระสำคัญโดยสังเขปดังนี้

1. มีโครงสร้าง National Institute for Clinical Excellence (NICE) มีบทบาทให้คำแนะนำแนวทางที่ชัดเจนเชื่อถือได้แก่ผู้ป่วย บุคลากรด้านสุขภาพ และสาธารณะ เพื่อบริการที่ดีที่สุด (best practice) NICE guidance : ประกอบด้วย 3 มิติในด้านสุขภาพคือ

1.1. Clinical guidelines ครอบคลุมการรักษาดูแลผู้ป่วยเฉพาะอาการหรือเฉพาะโรคอย่างเหมาะสม ภายใต้ NHS ของอังกฤษและเวลส์

1.2. Technological appraisals ครอบคลุมการใช้จ่ายและการรักษาใหม่และที่มีอยู่ ภายใต้ NHS ของอังกฤษและเวลส์

1.3. Interventional procedures ครอบคลุมวิธีการที่ปลอดภัยและได้ผลในการตรวจวินิจฉัยหรือรักษา

2. มีโครงสร้าง NHS Modernization Board (ประกอบด้วยวิชาชีพด้านบริการสุขภาพและสังคมระดับอาวุโส บุคลากรในพื้นที่ ผู้จัดการ และตัวแทนผู้ป่วย) พิจารณาความก้าวหน้าของการดำเนินงานและให้คำแนะนำเลขานุการรัฐในการดำเนินงานด้านสุขภาพตามแผนงานของ NHS มีการประชุมทุก 3 เดือน

3. มีการอบการปฏิบัติเป็นหนึ่งเดียวกันในทุกระดับคือ National Service Frameworks (NSFs)⁺⁺⁺ ซึ่งประกอบด้วย

3.1 มาตรฐานประเทศโดยอ้างอิงมาตรฐานของภาคพื้นยุโรปและระบุมตรการหลักสำหรับกลุ่มบริการแต่ละระดับ

3.2 กลยุทธ์ที่สนับสนุนการปฏิบัติงานตามแผน

3.3 วิธีการที่จะทำให้เกิดความก้าวหน้าภายในกรอบเวลาที่ตกลงกัน

4. มีการตั้งเป้าหมายระดับประเทศอย่างชัดเจนซึ่งสามารถใช้เป็นตัวชี้วัด ประกอบด้วย 4 มิติ ดังนี้^{sss}

4.1. เป้าหมายยกระดับสุขภาพประชาชน โดยใน ค.ศ. 2010 :

➢ ลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคหัวใจ (heart disease and stroke) และโรคที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยร้อยละ 40 ในประชาชนอายุต่ำกว่า 75 ปี กลวิธีหลักคือ การจัดการกับภาวะความดันเลือดสูง โคเลสเตอรอลสูงและเบาหวานใน primary care ทั้งผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอยู่แล้วหรือผู้ที่มีความเสี่ยง

➢ ลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่มีดัชนีสุขภาพและยากไร้ระดับต่ำสุด กับประชาชนในภาพรวมประเทศ :

⁺⁺⁺ NSFs ครอบคลุม mental health, coronary heart disease, older people, diabetes, pediatric intensive care ส่วน children, renal services and long-term conditions ด้านประสาทวิทยา อยู่ในระยะเตรียมการ

^{sss} ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือด

- อายุคาดเฉลี่ย (life expectancy) : ลดร้อยละผู้สูบบุหรี่ และมุ่งป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจและมะเร็ง

- ขจัดปัจจัยที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วย

- ลดอัตราสูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่ (จากร้อยละ 26 ใน ค.ศ. 2002 เหลือร้อยละ 21 หรือต่ำกว่าในปี 2010 โดยมุ่งลดร้อยละผู้สูบบุหรี่ในกลุ่ม Routine and manual groups**** (จากร้อยละ 31 เหลือร้อยละ 26 หรือต่ำกว่า)

- หยุดยั้งการกระจายภาวะอ้วนในเด็กอายุต่ำกว่า 11 ปี (เทียบกับปี 2002-2004) ด้วยกลยุทธ์ในกลุ่มประชาชนทั่วไป และร่วมมือกับกรมการศึกษาและทักษะ (Department of Education and Skills) และกรมวัฒนธรรม ประชาสัมพันธ์ และกีฬา (Department of Culture, Media and Sport)

4.2. การสนับสนุนประชาชนที่มีภาวะเสี่ยง :

- ด้วยการเสนอบริการเฉพาะบุคคล (personalized care) แก่ผู้ที่มีความเสี่ยง และปรับปรุงบริการใน primary care และในชุมชนสำหรับผู้มีภาวะเสี่ยงเพื่อลดวันนอนในโรงพยาบาลอย่างฉุกเฉิน (emergency bed days) ลงร้อยละ 5 ในปี 2008 (เทียบกับปี 2003-2004)

- การทำสัญญากับแพทย์ทั่วไปครั้งใหม่ (เดือนเมษายน ค.ศ. 2004) มีการให้รางวัลแก่แพทย์ประจำครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยมาตรฐานที่สูงขึ้น

4.3. การเข้าถึงบริการการรักษา

- ใน ค.ศ. 2008 ผู้ป่วยรอการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 18 สัปดาห์นับจากแพทย์ทั่วไปส่งต่อไปรับการรักษา

- ผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้ยามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาร้อยละ 100 ใน ค.ศ. 2008 และสัดส่วนผู้ที่รับการรักษาด้วยยาครบ เพิ่มขึ้นทุกปี

4.4. ประสิทธิภาพและทางเลือกของประชาชน

- บุคคลมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจในการรับบริการ รวมทั้งการเลือกผู้ให้บริการ (ประเมินจากการสำรวจซึ่งต้องสำรวจในกลุ่มคนผิวดำและชนกลุ่มน้อยเพื่อใช้ในการติดตามดู)

5. จัดสรรงบประมาณตามผลงาน (payment by result system) ซึ่งจำเป็นต้องมีการทบทวนอย่างสม่ำเสมอว่าผลที่ได้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของนโยบายหรือไม่

6. จัดทำเป้าหมายระดับพื้นที่โดย Primary care trust^{****} ร่วมกับ Local authority

**** นิยามตาม National Statistics socio-economic classification, หมายถึง local supervisors and technical occupations, semi-routine occupations, routine occupations และผู้ไม่เคยทำงานหรือตกงานเป็นเวลานาน

**** เป็นองค์การสุขภาพระดับท้องถิ่นมีหน้าที่จัดการให้เกิดบริการสุขภาพ โดยทำงานร่วมกับ Local authorities และหน่วยงานและองค์กรอื่นๆ ในท้องถิ่นที่ให้บริการสุขภาพและบริการสังคม เพื่อให้บรรลุความจำเป็นของชุมชน

7. เป็นพันธมิตรสัญญาระหว่าง Primary care trust และองค์กรอื่นๆ ที่ทำงานร่วมกัน และถูกประเมินโดย Healthcare Commission พันธสัญญาของแผน ค.ศ. 2003-2006 ซึ่งคาดว่า Primary care trust และองค์กรที่ทำงานร่วมกันจะยังคงใช้ต่อไป สาระโดยสรุปเฉพาะกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นดังนี้

7.1. ใน ค.ศ. 2006 ผู้สูบบุหรี่ในคนทุกกลุ่ม 800,000 คนเลิกได้อย่างแท้จริงที่สัปดาห์ที่สี่ของโปรแกรมเลิกบุหรี่

7.2. ในสถานพยาบาลระดับบริการปฐมภูมิ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจและเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนได้รับคำแนะนำและการรักษาปัจจัยเสี่ยงที่เหมาะสมตามมาตรฐานของ NSF รวมถึงคำแนะนำเรื่องอาหาร การออกกำลังกาย และบุหรี่ ซึ่งครอบคลุมผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจโดยเฉพาะผู้มีความดันเลือดสูง เป็นเบาหวาน และ BMI มากกว่า 30

7.3. ภายในธันวาคม 2005 การนัดหมายเพื่อรับบริการผู้ป่วยนอก (ที่โรงพยาบาล) ใช้เวลารอคิวไม่เกิน 3 เดือน

7.4. ภายในธันวาคม 2005 การนัดหมายเพื่อรับบริการผู้ป่วยใน ใช้เวลารอคิวไม่เกิน 6 เดือน

7.5. เพิ่มสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีปัญหาจาก heart attack และได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาทีหลังจากขอความช่วยเหลือจากแพทย์ ให้ได้ร้อยละ 10 ต่อปี

7.6. ใน ค.ศ. 2006 การส่งต่อผู้ป่วยที่ล่าช้า ต้องลดลงเหลืออยู่ในระดับต่ำ

8. มีวัตถุประสงค์เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและลดระยะเวลาการรักษา (waiting time) โดยเพิ่มทั้งจำนวนและพัฒนาศักยภาพโครงสร้างบริการ (โรงพยาบาล เดียง ขยายศูนย์ผ่าตัดหัวใจที่มีอยู่ และบุคลากรทั้งศัลยแพทย์/อายุรแพทย์โรคหัวใจและพยาบาล รวมทั้งบุคลากรสนับสนุนและที่เกี่ยวข้อง)

9. มีการกำหนดเป้าหมายชัดเจนโดยมีการปรับตัวเลขเป็นระยะ เช่น

➢ ในเดือนมีนาคม ค.ศ. 2002 ตั้งเป้าหมายทำ bypass and angioplasty จำนวน 3,000 ราย

➢ ใน ค.ศ. 2002-2004 ผู้ป่วยรอคิวผ่าตัดหัวใจไม่เกิน 12 เดือน

10. มีการจัดตั้ง rapid chest pain clinic เพื่อการบริการแบบฉุกเฉิน

11. มีข้อตกลง referral protocol จากบริการระดับปฐมภูมิสู่ทุติยภูมิและตติยภูมิซึ่งต้องปฏิบัติตามและการพัฒนาทักษะบุคลากรในแต่ละระดับเพิ่มจุดเน้นให้ปฏิบัติงานเชื่อมต่อกันได้ (cross-boundary working)

12. มีระบบประกันคุณภาพทุกระดับบริการรายงานต่อคณะกรรมการระดับประเทศ (Clinical Standards Board for Scotland: CSBS)

13. มีการพัฒนาโครงสร้างเครือข่าย Managed Clinical Network เพื่อส่งเสริมให้เกิดบริการที่มีคุณภาพและบูรณาการในระดับพื้นที่ในสกอตแลนด์

14. มีการจัดตั้งเครือข่ายด้านโรคหัวใจทั้งในส่วนของวิชาชีพ (เช่น High level intervention network, Local diagnostic and treatment networks) และผู้ป่วยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยผ่านทางเว็บ (เช่น เว็บของ Healthcare Commission, Heart association)

3.2 สหรัฐอเมริกา

เนื่องจากระบบบริการสุขภาพเป็นระบบตลาด การแทรกแซงของรัฐเน้นที่การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค และป้องกันการกลับมาเป็นโรครวมทั้งอาการแทรกซ้อนเพราะมีต้นทุนประสิทธิผลสูงกว่าการรักษาระดับตติยภูมิ (hospital care) โดยมีคณะกรรมการระดับชาติกำหนดมาตรฐานและแนวทางป้องกันและควบคุมโรคตามปัจจัยเสี่ยง สำหรับการรักษาระดับตติยภูมิจนถึงตติยภูมิเป็นบทบาทของวิชาชีพโดยความคุ้มครองด้านการรักษาขึ้นกับระบบประกันสุขภาพหรือความสามารถในการจ่ายค่ารักษาของประชาชน พลเมืองอเมริกันประมาณร้อยละ 14 ไม่มีความคุ้มครองด้านสุขภาพ แม้จะมีโครงการ Medicaid สำหรับกลุ่มรายได้น้อยและ Medicare สำหรับผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป เนื่องจากผู้มีงานทำอายุต่ำกว่า 65 ปีส่วนหนึ่งมีรายได้มากกว่าที่โครงการ Medicaid กำหนดแต่ไม่มากพอที่จะซื้อประกันสุขภาพเอกชนหรือนายจ้างไม่ทำประกันให้⁴⁷ ในกรณีที่เกินหนึ่งในสามของผู้ปกครองที่มีรายได้น้อยและสามในสี่ของเด็กที่ไม่มีประกันสุขภาพมีสิทธิตามเงื่อนไขโครงการประกันภาครัฐแต่ส่วนหนึ่งไม่ไปขึ้นทะเบียนเข้าร่วมโครงการ⁴⁸ เฉพาะรัฐเท็กซัสที่ไม่มีประกันสุขภาพใดๆ มีถึง 5.4 ล้านคน⁴⁹ การไม่มีประกันเป็นอุปสรรคสำคัญของการเข้าถึงบริการโรคหัวใจเนื่องจากเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้นๆ ของทุกรัฐ²⁸ ในขณะที่ประเทศพัฒนาที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้าถึงบริการฉุกเฉินในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease: IHD) รวมถึง intensive medical care เนื่องจากมีบริการเหล่านี้อยู่ในสถานพยาบาลที่ให้การรักษารวดเร็วหรือฉุกเฉิน⁴⁷

จาก Healthy People 2010 ซึ่งเป็นพื้นฐานของแผนงานด้านสุขภาพของมลรัฐและองค์กรท้องถิ่น และเป็นกรอบในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน เน้นการควบคุมโรคตามปัจจัยเสี่ยงและรักษาเป็นการป้องกันโรคระดับตติยภูมิ และการเข้าถึงการรักษาแบบเฉียบพลันตามระบบบริการฉุกเฉิน (emergency service system: EMS) ซึ่งมี chest pain department อยู่ในแผนกฉุกเฉิน โดยมุ่งสร้างการตระหนักรู้ถึงอาการ โรค และการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้มีอายุ 20 ปีขึ้นไป (ภาคผนวก 2) วัตถุประสงค์ของ Healthy People 2010 ด้านสุขภาพหัวใจได้แก่

- ♥ ลดการตายจากโรคหลอดเลือดโคโรนารี
- ♥ เพิ่มสัดส่วนของผู้มีอายุตั้งแต่ 20 ปีที่ตื่นตัวต่ออาการและอาการแสดงของ heart attack และตระหนักถึงบริการฉุกเฉินอย่างรวดเร็วโดยการเรียก 911
- ♥ เพิ่มสัดส่วนของผู้ป่วย heart attack ที่ได้รับ artery-opening therapy ภายใน 1 ชั่วโมงนับจากเริ่มมีอาการ
- ♥ เพิ่มสัดส่วนของผู้มีอายุตั้งแต่ 20 ปีที่เรียก 911 และทำ cardiopulmonary resuscitation (CPR) เมื่อพบผู้มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล

- ♥ เพิ่มสัดส่วนของผู้มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการรักษาด้วยการช็อคไฟฟ้าครั้งแรก (first therapeutic electric shock) ภายใน 6 นาทีหลังจาก collapse recognition
- ♥ ลดผู้ป่วย congestive health failure ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (older adults)
- ♥ ลดการตายจาก stroke
- ♥ เพิ่มสัดส่วนของผู้ที่ตื่นตัวต่ออาการและอาการแสดง stroke

องค์กรสุขภาพระดับรัฐบาลกลางที่ลงนามในบันทึกข้อตกลง (MOU) ประกาศสงครามกับโรคหัวใจประกอบด้วย

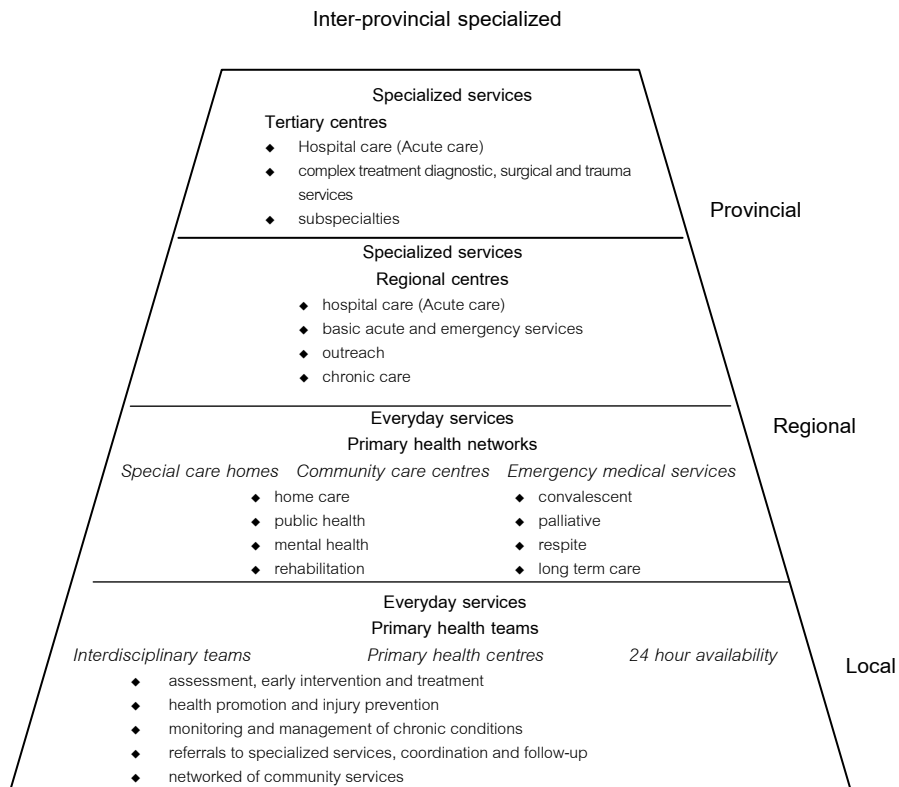
1. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (Center for Disease Control and Prevention)
2. National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) of the National Institutes of Health (NIH)
3. National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) of the NIH
4. Office of Disease Prevention and Health Promotion, Office of Public Health and Science
5. Office of the Surgeon General, Office of Public Health and Science
(Department of Health and Human Services)

National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) มีบทบาทสำคัญในการรับมือกับปัญหาความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพหัวใจ ด้วยเป้าหมายตามบันทึกข้อตกลง 4 ประการคือ ป้องกันการเกิดปัจจัยเสี่ยง ตรวจพบและรักษาปัจจัยเสี่ยง จำแนกและรักษาอาการโรคหลอดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) ได้แต่เนิ่นๆ และป้องกันการกลับเป็นโรค CVD รวมทั้งอาการแทรกซ้อน โดยมีการจัดตั้งโครงสร้างในการดำเนินงานที่สำคัญคือ Enhanced Dissemination and Utilization Centers (EDUCs) (ภาคผนวก 2)

3.3 แคนาดา

รัฐบาลกลางมีหน้าที่จัดทำและบริหารหลักการหรือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพระดับประเทศผ่าน Canada Health Act (CHA) เกณฑ์และเงื่อนไขของบริการในระบบประกันสุขภาพมีระบุใน CHA อันเป็นมาตรฐานระดับประเทศมณฑล/เขตการปกครองพิเศษต้องดำเนินการให้บรรลุจึงจะได้รับงบประมาณสมทบจากรัฐบาลกลางเต็มจำนวนตามกลไกการโอนเงิน (transfer mechanism) มณฑล/เขตการปกครองพิเศษมีหน้าที่จัดบริการ hospital care (acute care) ตามอำนาจที่มี ซึ่งประกอบด้วยการวางแผน การคลัง และการประเมิน และยังจัดบริการสุขภาพแก่กลุ่มประชากรเฉพาะเพิ่มจากระบบปกติ เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้ที่สังคมควรเกื้อกูล สิทธิประโยชน์ที่เพิ่มเติมนี้มักได้แก่ ยา (prescription drug) บริการทันตกรรม (dental care) บริการด้านสายตา (vision care) อุปกรณ์ทางการแพทย์และกายอุปกรณ์ การมีที่พักอาศัยของตนเอง (independent living) และบริการที่ต้องพึ่งวิชาชีพเช่น นักกายภาพบำบัดเท้า (podiatrist) นักกายภาพบำบัดกระดูกสันหลัง (chiropractor) ประชาชนส่วนหนึ่งซื้อประกันสุขภาพเอกชนเสริมเพื่อคุ้มครองค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเพิ่มเติมเหล่านี้⁴⁸

ระบบการจัดบริการสุขภาพในประเทศแคนาดาสรุปได้ดังภาพ 3.3



ภาพ 3.3 การจัดบริการสุขภาพโดยมณฑลและเขตการปกครองพิเศษประเทศแคนาดา

การแก้ปัญหาโรคหัวใจ

แคนาดาเริ่มโครงการ Canadian Heart Health Initiative (CHHI) ใน ค.ศ. 1988 เพื่อเป็นกลยุทธ์รับมือกับปัญหา CVD โดยขับเคลื่อนด้วยนโยบายอย่างเป็นระบบและอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence-based) และใช้ 'สุขภาพหัวใจ' เป็นจุดเริ่มต้นในการรุกเข้าสู่ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน เป้าหมายหลักเน้นที่การปฏิบัติโดยบูรณาการและปรับวิธีการที่มีประสิทธิผล (efficacious intervention) ให้เข้าสู่โครงสร้างพื้นฐานของระบบสาธารณสุขระดับท้องถิ่น (local) ภาค (region) และมณฑล (province)

โครงการนี้เชื่อมระหว่างนโยบายและการปฏิบัติครอบคลุมทั่วประเทศและเป็นความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในสายสาธารณสุขหลากหลาย ใช้ evidence-based prevention intervention พัฒนาความสามารถ (capacity building) และการมีส่วนร่วมในการป้องกัน CVD และควบคุมค่าใช้จ่ายสุขภาพในอนาคตจะเน้นการเป็นหุ้นส่วนแทนสายงานตามลำดับขั้น และอาศัยการทำงานสะสมของหุ้นส่วนในการขับเคลื่อนกระบวนการ รัฐบาลกลางแคนาดาเสนอโครงการนี้ผ่านทางสาธารณสุขจังหวัดกว่า 20 ปีมาแล้ว ซึ่งประกอบด้วย การพัฒนานโยบาย สำรวจสุขภาพหัวใจ วรรณคดี ประเมินผล และเผยแพร่ รัฐบาลกลางสนับสนุนงบประมาณระดับชุมชนเพื่อศึกษาว่าใน 10 จังหวัดมีการดำเนินงานอย่างไร

การสำรวจสุขภาพหัวใจระดับจังหวัด ค.ศ. 1986-1992 มีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง มีการตกลงร่วมกันเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและตัวชี้วัด โดยใช้ข้อมูลจากพยาบาลสาธารณสุขซึ่งทำงานอนามัยแม่และเด็ก และสร้างความเข้าใจร่วมกันด้วย ในการตรวจร่างกายนี้มีการเก็บข้อมูลปัจจัยพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงด้วยพบว่า 2 ใน 3 ของชาวแคนาดามีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 อย่าง มีการเผยแพร่ผลดังกล่าวและทำสื่อกระตุ้นให้สังคมตระหนักถึงความสำคัญและจัดทำฐานข้อมูลระดับชาติ (Canadian Heart Health Database) เท่ากับเป็นการดำเนินงานด้านคลินิกและสาธารณสุขไปพร้อมๆ กัน การสนับสนุนงบประมาณยังมีเป้าหมายเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินงานระดับชุมชนอย่างเบ็ดเสร็จ

การประเมินกระบวนการในระยะวรรณคดี (ค.ศ. 2002) เป็นพื้นฐานสำคัญเพราะเน้นการสร้างการมีส่วนร่วม สำหรับในระยะเผยแพร่ (ค.ศ. 1995-2005) ประกอบด้วยแผนการเผยแพร่งานวิจัย การประเมินระดับความสามารถ และการวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนการพัฒนาความสามารถและการเผยแพร่ ผลผลิตสุดท้ายคือ การสังเคราะห์เป็นรายงานระดับจังหวัด ซึ่งสามารถนำไปใช้กับการแก้ปัญหาเบาหวานและมะเร็งเต้านมได้ การดำเนินงานที่บรรลุใน ค.ศ. 2004 คือ ฐานข้อมูลปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่เชื่อมโยงกับข้อมูลการป่วยตาย การขยายความร่วมมือด้านสุขภาพหัวใจในทุกะดับไปสู่พันธมิตรโรคเรื้อรังอื่นๆ การพัฒนารูปแบบการจัดการเครือข่ายที่ยืดหยุ่นสำหรับการริเริ่มแก้ปัญหาในประเทศด้วยแนวทางกระจายอำนาจ ความรู้ที่ปฏิบัติได้จริงในการวางแผนและประเมินผล การป้องกันโรคเป็นแนวทางหลักในการแก้ปัญหา และการเชื่อมประสานกับความพยายามระดับนานาชาติเช่น WHO CINDI และ CARMEN และเป็นเจ้าภาพสัมมนาและประชุม heart health intervention⁵⁰

ด้านการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดมีการตั้งเป้าหมายการเข้าถึงบริการและระยะเวลารอบริการ (wait times) บริการการตรวจเปรียบเทียบระหว่างมณฑลเป็นดังตาราง 3.4⁵¹

ตาราง 3.4 เทคโนโลยีการตรวจวินิจฉัยเปรียบเทียบระหว่างมณฑลในแคนาดา ค.ศ. 2004

หน่วย : ต่อประชากรล้านคน

	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PEI	NL	CA
MRI	4.6	7.3	3.0	2.6	4.2	5.3	6.7	4.3	7.2	1.9	4.7
CT scanner	10.6	9.5	11.1	14.6	8.1	13.0	12.0	16.0	21.7	19.2	13.6
Angiography	4.8	4.4	5.0	2.6	5.8	5.5	9.3	6.4	7.2	5.8	5.7
Catheterization	2.9	3.5	4.0	3.4	3.3	2.9	2.7	5.3	-	3.8	3.2
PET scanner	0.5	0.9	-	-	0.6	0.5	-	-	-	-	0.3

หมายเหตุ MRI = magnetic resonance imaging, CT = computed tomography, PET = positron emission tomography

BC= British Columbia, AB= Alberta, SK= Saskatchewan, MB= Manitoba, ON= Ontario, QC= Quebec, NB= New Brunswick, NS= Nova Scotia, PEI=Prince Edward Island, NL=Newfoundland and Labrador, CA=Canada

เมื่อเดือนธันวาคม ค.ศ. 2005 กระทรวงสาธารณสุขแคนาดาประกาศใช้ตัวเปรียบเทียบ 10 ข้อ (10 key benchmarks) เพื่อลดระยะเวลารอคอยบริการการแพทย์ ซึ่งระบุถึงบริการ Cardiac bypass surgery 3 ข้อ⁺⁺⁺ level I, II และ III ทำ Cardiac bypass surgery ภายใน 2, 6 และ 26 สัปดาห์ ตามลำดับ

ทั้งนี้รัฐบาลกลางมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุน ซึ่งจะกล่าวถึง British Columbia เป็นตัวอย่าง ดังนี้

Federal wait time reduction fund

British Columbia ได้รับงบประมาณ 600 ล้านดอลลาร์แคนาดาจาก First Minister 10-Year Health Plan to Strengthen health Care fund สำหรับการดำเนินงาน 6 ปี ให้มณฑลนี้บรรลุเป้าหมายทั้ง 10 ข้อ ภายใน 31 มีนาคม 2007

Federal medical equipment fund

จากกองทุน 1,000 ล้านดอลลาร์ของ รัฐบาลกลางในปี 2000 British Columbia ได้รับงบ 132 ล้านดอลลาร์ สำหรับการจัดซื้ออุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ตามความจำเป็นของมณฑล ในกุมภาพันธ์ 2003 Diagnostic and equipment fund ของ British Columbia ได้รับจัดสรรมาจากรัฐบาลกลาง 1,500 ล้านดอลลาร์ในระยะเวลา 3 ปี และใช้งบของมณฑลเองอีก 200 ล้านดอลลาร์²⁸

⁺⁺⁺ ที่เหลือเป็นการรักษามะเร็ง, รักษากระดูกสะโพกหัก, ผ่าตัดใส่ข้อสะโพกและข้อเข่าเทียม, ผ่าตัดต่อกระจุก, และคัดกรองมะเร็ง

3.4 การแก้ปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือดของสามประเทศเชิงเปรียบเทียบ

ในอังกฤษและแคนาดา ผู้ป่วยประกันภาครัฐไม่ต้องจ่ายร่วมสำหรับการรักษา IHD ในโรงพยาบาลแบบที่ไม่ใช่ยา (non-drug related coverage) อย่างไรก็ตาม การต้องเสียค่าใช้จ่ายร่วมด้วยไม่ได้เป็นอุปสรรคสำคัญต่อความต้องการรักษา IHD แบบบริการเฉียบพลันและแบบผู้ป่วยนอก ที่ไม่ใช่ยา

ในระดับนโยบาย การจ่ายร่วมสำหรับยารักษา IHD ต้องพิจารณาให้มีความสมดุลระหว่าง การป้องกันการเกิดอาการเฉียบพลันซึ่งมีค่ารักษาแพงกับการรับภาระยาเกินความจำเป็น ทำให้จำนวนเงินที่ต้องจ่ายร่วมขึ้นกับชนิดยามากกว่าการรักษาอย่างอื่น ผู้ป่วยในสหรัฐอเมริกาและแคนาดาจึงมักซื้อประกันเอกชนเพื่อครอบคลุมบริการที่อยู่นอกเหนือสิทธิประโยชน์ประกันภาครัฐเช่น การรักษา IHD ด้วยยาในแผนกผู้ป่วยนอก ในสองประเทศนี้ยังมีการประกันจากนายจ้างซึ่งมีบทบาทสำคัญด้วย ขณะที่การซื้อประกันเอกชนของผู้ป่วยชาวอังกฤษเพื่อใช้บริการ CABG และ PTCA ในภาคเอกชน เป็นการหลีกเลี่ยงค่าบริการของประกันภาครัฐ⁴⁷

ตั้งแต่ปี 2000 รัฐบาลอังกฤษเพิ่มทางเลือกให้คนไข้ NHS ด้วยการซื้อบริการ intensive care และ elective surgery จากโรงพยาบาลเอกชน และส่งไปรักษาโรคกระดูก ตา และหัวใจ ในฝรั่งเศส เยอรมนี และเบลเยียม มากกว่า 400 คน ในปี 2005⁵²

ในอังกฤษและแคนาดา การจ่ายค่าบริการให้โรงพยาบาลในระบบประกันภาครัฐส่วนใหญ่เป็นงบประมาณรวม (global budget) ซึ่งสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายสุขภาพได้ดีแต่มีจุดอ่อนตรงที่ไม่สัมพันธ์กับกิจกรรมบริการของโรงพยาบาลจึงมีแรงจูงใจต่ำต่อผลผลิตภาพและประสิทธิภาพในการจัดบริการ ขณะที่ระบบ DRGs เป็นเครื่องมือจัดสรรทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพเพราะพัฒนาจากวัตถุประสงค์และกิจกรรมบริการของโรงพยาบาล ไปร่งใส่ต่อผู้ซื้อบริการ แม้ว่า DRGs อาจกระตุ้นให้มีการรักษาบางกลุ่มโรคมากเกินไป ความจำเป็นหากได้รับการชดเชยค่าบริการมาก ทั้งนี้มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 40 ของ Medicare's DRGs สัมพันธ์กับการรักษาโดยไม่สัมพันธ์กับการตรวจแบบ invasive investigation

ค่าตอบแทนแพทย์ที่ให้บริการเฉพาะสาขาแบบผู้ป่วยนอก ในสหรัฐอเมริกาและแคนาดาเป็นแบบ fee-for-service ในวงเงินที่กำหนด ในอังกฤษเป็นแบบเงินเดือน ทั้งนี้บริการเฉพาะสาขาในอังกฤษจะให้บริการในโรงพยาบาลเท่านั้น สำหรับแพทย์เฉพาะสาขา (cardiologist และ CVT surgeon) ในโรงพยาบาลภาครัฐมักได้ค่าตอบแทนเป็นเงินเดือนแต่สามารถให้บริการผู้ป่วยเอกชนในโรงพยาบาลภาครัฐได้ ส่วนแพทย์ในโรงพยาบาลเอกชนมักได้ค่าตอบแทนแบบ fee-for-service ยกเว้นในสหรัฐอเมริกาที่ขึ้นกับบริษัทประกันและสถานะของโรงพยาบาลเอง โดยทั่วไป โรงพยาบาลเอกชนที่ไม่ได้อยู่ใน managed care ค่าตอบแทนแพทย์มักเป็น fee-for-service⁴⁷ (ตาราง 3.5)

ตาราง 3.5 การแก้ปัญหาโรคหัวใจของ สหราชอาณาจักร สหรัฐอเมริกา และแคนาดา เปรียบเทียบ

ประเด็นเปรียบเทียบ	สหราชอาณาจักร	สหรัฐอเมริกา	แคนาดา
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (public funded) ^a	✓	public funded เฉพาะ Medicaid, Medicare	✓
แผนระดับชาติ	National Service Frameworks 2010	Healthy People 2010	Canadian Heart Health Initiative
ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการกำหนดเป้าหมาย	อัตราการป่วย, อัตราตาย, การส่งต่อ, การเข้าถึงบริการ, คิวรักษา และวันนอน, โครงสร้างบริการที่มีอยู่	อัตราการป่วย, อัตราตาย, การเข้าถึงบริการ, โครงสร้างบริการที่มีอยู่	อัตราการป่วย, อัตราตาย, การเข้าถึงบริการ, คิวรักษา, โครงสร้างบริการที่มีอยู่
เป้าหมายระดับชาติ	♥ บัณฑิตเสี่ยง : ลดร้อยละผู้สูบบุหรี่ในวัยผู้ใหญ่, หยุดยั้งความชุกของเด็กอ้วน ♥ ลดการส่งต่อผู้ป่วยที่ล่าช้า ♥ เพิ่มการเข้าถึงบริการ : รักษาบัณฑิตเสี่ยง, ยาละลายลิ้มเลือด ♥ ลดวันนอนในโรงพยาบาลจากบริการฉุกเฉิน ♥ ลดอัตราการตายจากโรคหัวใจ และจาก stroke ♥ กำหนดระยะเวลาการรักษา	♥ เพิ่มสัดส่วนผู้เรียก 911 ให้ผู้ป่วย heart attack, ทำ CPR ได้ ♥ เพิ่มการเข้าถึงบริการ artery-opening therapy และ first therapeutic electric shock ♥ ลดอัตราการป่วย congestive health failure ♥ ลดอัตราการตายจากโรคหลอดเลือดโคโรนารี และจาก stroke	♥ กำหนดระยะเวลาการรักษา
เป้าหมายระดับพื้นที่/มลรัฐ	✓	✓	✓
การชดเชยค่าบริการ			
1. Hospital payment	mainly global budget (publicly financed hospital services)	DRGs	mainly global budget (publicly financed hospital services)
2. Physician/specialist payment	mainly salary	- mainly FFS with fixed financing or mixed payment (Managed Care, Medicare) - FFS with open ended financing	mainly FFS with fixed financing or mixed payment
มาตรการ			
1. การควบคุมป้องกันโรคฐานชุมชน/พื้นที่ : ผู้รับผิดชอบ	primary care trust และ local authority	National Heart, Lung, and Blood Institute ผ่าน Enhanced Dissemination and Utilization Centers (EDUCs)	provincial/ territorial government
2. Waiting list management ^{ssss}			
2.1 กำหนดระยะเวลาการรักษา	♥ คิวรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลไม่เกิน 3 เดือน ♥ admission guarantee ไม่เกิน 12 เดือน	--	cardiac bypass surgery มีตัวชี้วัดตามความเร่งด่วนในการรักษา: คนใช้ระดับ 1, 2 และ 3 ได้รับการภายใน 2, 6 และ

ssss

ประเทศที่รัฐอุดหนุนงบประมาณบริการสุขภาพมักมีปัญหการเข้าถึงบริการและคิวรักษายาว โดยเฉพาะประเทศที่มีระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (โดยประชาชนไม่ต้องจ่ายหรือจ่ายน้อย) และมีบริการผ่าตัดจำกัด

ประเด็นเปรียบเทียบ	สหราชอาณาจักร	สหรัฐอเมริกา	แคนาดา
2.2 service network 3. Financial incentives	♥ คิวผ่าตัดหัวใจไม่เกิน 12 เดือน		26 สัปดาห์ ตามลำดับ ลดคิวบริการ 5 อย่าง ด้วยงบประมาณสนับสนุนจาก 1. Federal Medical Equipment Fund จำนวน 1 พันล้านดอลลาร์ แคนาดาในปี 2000 2. Federal Health Human Resources Investment Fund จำนวน 1 พันล้านดอลลาร์ ในระยะ 5 ปี 3. Health Access Fund จำนวน 2 พันล้านดอลลาร์ สำหรับการให้บริการเคลื่อนที่หรือการซื้อบริการในต่างประเทศ ในระยะ 5 ปี (รัฐบาลกลางร่วมกับรัฐจังหวัด/มณฑล)
	Managed Clinical Network (สกอตแลนด์) High level intervention network, Local diagnostic and treatment networks	--	1. Cardiac Care Network (Ontario) ใช้ urgency rating scores เป็นเครื่องมือประเมินความรุนแรงของโรคและการจัดคิวรักษา 2. Surgical Care Network (New Brunswick)
	1. Performance Fund (ตั้งแต่ปี 2001) จ่ายให้ hospital trusts และ Primary Care Trusts ที่ลดคิวรักษาได้ 2. Primary Care Trusts จ่ายให้โรงพยาบาลแบบ Activity-based ตั้งแต่ปี 2003		จัดสรรเพิ่มให้โรงพยาบาลตามตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพคุณภาพและการเข้าถึงบริการ
ระบบบริการรักษาเฉียบพลัน	Rapid chest pain clinic	♥ emergency medical system: emergency department (chest pain department) ♥ Automated External Defibrillator (AED) program ♥ Public Access Defibrillation (PAD) trial	
มีระบบวิจัยพัฒนาเป็นฐานในการพัฒนา	✓	✓	✓

บทที่ 4 ประสบการณ์ประเทศไทย

การแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการตรวจรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นรูปธรรมและมีความต่อเนื่องในประเทศไทย อาจกล่าวได้ว่า เริ่มจากมูลนิธิโรคหัวใจเด็กซึ่งสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ทรงรับไว้ในพระอุปถัมภ์เมื่อ พ.ศ. 2527 เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่ยากจนทั้งที่ใส่และไม่ใส่วัสดุเทียม โดยอนุเคราะห์การเปลี่ยนลิ้นหัวใจเทียม ให้เครื่องกระตุ้นหัวใจ ให้อุปกรณ์เครื่องช่วยการเต้นหัวใจ รักษาโดยใช้ Balloon catheter และอุปกรณ์อื่นๆ ในการผ่าตัด อีกทั้งยังให้ทุนกุมารแพทย์ศึกษาอบรมสาขาเฉพาะโรคหัวใจในทารกและเด็กทั้งในและต่างประเทศด้วย⁵³ ใน พ.ศ. 2545 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขจัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน (Excellent center) ศูนย์โรคหัวใจ^{*****} ในระยะ 5 ปี เริ่มต้นในปีงบประมาณ 2545 ซึ่งมีหลักการ กลยุทธ์ วัตถุประสงค์ แผนและเป้าหมาย การบริหารจัดการโครงการ ผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรค ดังนี้

4.1 หลักการ

การลงทุนด้านบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ได้รับการพัฒนาเพื่อให้สามารถลดการเสียชีวิตจากโรคและภาวะเสี่ยง 3 อันดับแรก โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกั้นงบประมาณในส่วนงบลงทุน เพื่อนำมาใช้จัดบริการภายใต้โครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาการลงทุนด้านบุคลากร การวิจัย และการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการจัดบริการตติยภูมิในรูปศูนย์โรคหัวใจ ลงนามโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การบริหารสินทรัพย์และทรัพยากรสาธารณสุขเป็นไปอย่างคุ้มค่า มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง มีเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงงานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างเป็นเอกภาพ

4.2 กลยุทธ์

1. สร้างเครือข่ายบริการตติยภูมิที่สามารถให้บริการรักษาที่ซับซ้อน เชื่อมโยงแนวตั้งแต่ละระดับ เชื่อมโยงแนวนอกระหว่างหน่วยงานทุกสังกัด ทั้งรัฐและเอกชนในพื้นที่ โดยแบ่งเป็น cluster บริการ
2. กระจายการลงทุนด้านเทคโนโลยีการแพทย์และบุคลากรผู้เชี่ยวชาญไปสู่ภูมิภาคตามข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการ
3. ให้มีการทำความตกลงร่วมมือกันในลักษณะพหุภาคีภายใต้เงื่อนไขผลลัพธ์ด้านบริการ การลงทุน มาตรฐานการให้บริการ การส่งต่อและรับกลับผู้ป่วย และการบริหารจัดการข้อมูลสารสนเทศ

เป็นโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิ 3 ด้าน อีกสองด้านได้แก่ มะเร็ง และอุบัติเหตุ

4.3 แนวทางการพัฒนาโครงการ

1. ให้มีการบริหารสินทรัพย์และทรัพยากรด้านสุขภาพที่มีอยู่แล้วและพัฒนาให้มีศักยภาพสูง โดยพิจารณาเป็นภาพรวมทั้งในภาครัฐและเอกชน หลีกเลี่ยงการลงทุนในสถานที่ใหม่หรือจัดตั้งเป็นสถาบันใหม่
2. สร้างเครือข่ายบริการระดับตติยภูมิให้การรักษาโรคที่ซับซ้อนใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายมาก โดยมีความเชื่อมโยงทั้งในแนวดิ่งและแนวราบ
3. เป็นการลงทุนที่มีเงื่อนไข สามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันได้เพื่อลดการลงทุนซ้ำซ้อน
4. กระจายการลงทุนด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อให้ประชาชนในภูมิภาคเข้าถึงบริการทางการแพทย์ตติยภูมิได้ง่าย
5. ให้มีการพัฒนาบุคลากร กระจายบุคลากร และสร้างระบบแรงจูงใจ
6. มีการใช้ข้อมูลสถิติโรคในพื้นที่มาประกอบการจัดทำงบประมาณ สร้างระบบ Geographic Information System (GIS)

4.4 วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อวางแผนระดับชาติในการพัฒนาศูนย์บริการตติยภูมิทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่องมีเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงงานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างเป็นเอกภาพเพื่อการใช้ประโยชน์ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการสู่มาตรฐานบริการที่กำหนด
2. เพื่อพัฒนาแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ในทุกสาขาที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ทักษะ สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงทางวิชาการที่เป็นปัจจุบัน
3. ขยายพื้นที่กลุ่มเป้าหมายสถานบริการตติยภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการของประชาชนในทุกภูมิภาค

4.5 โครงสร้างการบริหารโครงการส่วนกลาง

4.5.1. คณะอนุกรรมการ

มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะกรรมการในการพัฒนาการจัดบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ คำสั่งสองฉบับแรกลงนามโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นางสุดารัตน์ เกตุราพันธ์ ฉบับที่ 3 ลงนามโดยนายสุชัย เจริญรัตนกุล รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น สำหรับคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารงบประมาณเพื่อพัฒนาบริการตติยภูมิเฉพาะด้านในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้งโดยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ตาราง 4.1)

ตาราง 4.1 คณะอนุกรรมการในการพัฒนาการจัดบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจและองค์ประกอบ

คำสั่ง	ประธาน	เลขานุการ	อนุกรรมการ
196/2545 (วันที่ 20 มกราคม 2545) คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาการลงทุนด้านเทคโนโลยีการแพทย์ ในบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ รวม 25 คน	นายกสมาคมแพทย์โรคหัวใจ (ระบุชื่อ)	ผอ.สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สปสช.) ผู้ช่วยเลขานุการ : แพทย์สำนักพัฒนาเครือข่าย บริการสุขภาพ 2 คน (ระบุชื่อ)	▪ แพทย์รพ.ภาคีรัฐ 13 คน (ระบุชื่อ) ▪ แพทย์รพ.เอกชน 2 คน (ระบุชื่อ) ▪ นักวิชาการ 3 คน (ระบุชื่อ) ▪ ผู้แทนสำนักตรวจราชการ กสธ. 1 คน ▪ ผอ.รพช. 1 คน (ระบุชื่อ) ▪ นพ.สสจ. 1 คน (ระบุชื่อ)
1040/2546 (วันที่ 10 ธันวาคม 2546) ยกเลิกคำสั่ง 196/2545 1.คณะอนุกรรมการอำนวยการที่ปรึกษาการลงทุนด้านบุคลากร การวิจัย และการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการ จัดบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์โรคมะเร็ง และเครือข่าย ควบคุมการบาดเจ็บแห่งชาติ รวม 30 คน 2.คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาการลงทุนด้านบุคลากร การวิจัย และการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการจัดบริการตติย ภูมิศูนย์โรคหัวใจ รวม 37 คน	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคหัวใจ (ระบุชื่อ)	ผอ.สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ▪ สปสช.(ระบุชื่อ) ▪ ผอ.สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (กรม สนับสนุนบริการสุขภาพ) ▪ ผู้ช่วยเลขานุการ : หัวหน้าและเจ้าหน้าที่กลุ่ม พัฒนาระบบบริการและคุณภาพบริการ สรส.2 คน	▪ ที่ปรึกษา 3 คน (ระบุชื่อ) ▪ แพทย์รพ.ภาคีรัฐ 15 คน (ระบุชื่อ) ▪ 1 คน (ระบุชื่อ) ▪ ที่ปรึกษา 4 คน (ระบุชื่อ) ▪ แพทย์รพ.ภาคีรัฐ 25 คน (ระบุชื่อ) ▪ ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ 1 คน (ระบุชื่อ) ▪ สปสช. 2 คน (ระบุชื่อ)
612/2548 (วันที่ 11 กรกฎาคม 2548) 1. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิและศูนย์ส่งต่อใน ภูมิภาค รวม 42 คน	ผู้ช่วยรัฐมนตรีประจำกระทรวง สาธารณสุข	ผอ.สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ ▪ เลขานุการร่วม : ผอ.สำนักพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ และรองผอ.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.)	▪ เลขานุการ สปสช. ▪ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3 คน ▪ อธิบดีกรมการแพทย์และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ▪ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคหัวใจและด้านอุบัติเหตุ 2 คน (ระบุชื่อ) ▪ ผู้แทนสมาคมรพ.เอกชน ▪ ผู้แทนกรมแพทย์ทหารบก ทหารเรือ ทหารอากาศ สำนักงาน ตำรวจแห่งชาติ รวม 4 คน ▪ ผู้แทนคณะแพทยศาสตร์ 8 แห่ง 8 คน ▪ หัวหน้าสำนักตรวจราชการ 1 คน ▪ ผอ.กลุ่มประกันสุขภาพ, สนย., สถาบันพระบรมราชชนก ▪ ผอ.สถาบันโรคทรวงอกและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ▪ ประธานชมรม นพ.สสจ.และผอ.รพช./รพท

คำสั่ง	ประธาน	เลขานุการ	อนุกรรมการ
2. คณะกรรมการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและศูนย์ส่งต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด รวม 43 คน	ผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคหัวใจ (ระบุชื่อ)	- ผอ.สถาบันโรคทรวงอก ▪ เลขานุการร่วม : ผอ.สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และรองผอ.สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) ▪ ผู้ช่วยเลขานุการ : สถาบันโรคทรวงอก (ระบุชื่อ) และ กสธ.(หัวหน้ากลุ่มพัฒนาระบบบริการและคุณภาพบริการ สรส. และผอ.กลุ่มนโยบายสาธารณสุข สนย.) รวม 3 คน	▪ ที่ปรึกษา 7 คน (ระบุชื่อ) ▪ รองอธิบดีกรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมอนามัย และกรมควบคุมโรค 4 คน ▪ รองเลขาธิการ สปสช. 1 คน ▪ ผอ.สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ ▪ ผอ.กลุ่มประสานและสนับสนุนภูมิภาค ▪ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคหัวใจ 1 คน (ระบุชื่อ) ▪ หัวหน้างานด้านโรคหัวใจ/ศัลยศาสตร์ทรวงอก รพ.ภาครัฐ 9 คน ▪ แพทย์ รพ.ภาครัฐ 8 คน (ระบุชื่อ) ▪ แพทย์ รพ.เอกชน 2 คน (ระบุชื่อ) ▪ ตัวแทน นพ.สสจ. 1 คน
044/2549(วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2549) คณะกรรมการบริหารงบประมาณเพื่อพัฒนาบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ รวม 20 คน	พล.อ.อ.อวยชัย เปลื้องประสิทธิ์	- สปสช. (ระบุชื่อ) ▪ ผู้ช่วยเลขานุการ : สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักพัฒนาและสนับสนุนสำนักงานสาขา และสำนักบริหารภารกิจเฉพาะ สปสช.	▪ รองเลขาธิการ สปสช., รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ผอ.สำนักงานแพทย์ กทม. ▪ ผู้ทรงคุณวุฒิและนักวิชาการ (ระบุชื่อ)

4.5.2 องค์การบริหารจัดการ

ในปีแรก ดำเนินงานในรูปคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาการลงทุนด้านเทคโนโลยีการแพทย์ในบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจโดยมีสำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นองค์การบริหารจัดการ ตามคำสั่งที่ 196/2545 สั่ง ณ วันที่ 20 มกราคม 2545 จากนั้นบริหารโดยกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2546 บริหารโดยสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ล่าสุดในปีงบประมาณ 2548 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข บริหารจัดการร่วมกับสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (ตาราง 4.2)

ตาราง 4. 2 องค์การบริหารโครงการพัฒนาการจัดบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ

คำสั่ง	องค์การบริหาร
196/2545 (วันที่ 20 มกราคม 2545)	สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ (สปช.)
1040/2546 (วันที่ 10 ธันวาคม 2546)	สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กสธ.
612/2548 (วันที่ 11 กรกฎาคม 2548)	สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สป. กสธ.

4.6 กลวิธีดำเนินการ

ในการพัฒนาบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจกำหนดกิจกรรมและกลวิธีดำเนินการดังตาราง 4.3

ตาราง 4.3 กิจกรรมและกลวิธีดำเนินการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ

กิจกรรม	กลวิธี
1. กำหนดพื้นที่เป้าหมายในการพัฒนา	1.1 ประชุมคณะผู้ทรงคุณวุฒิ 1.2 วิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง 1.3 สำรวจประเมินศักยภาพ
2. กำหนดระดับมาตรฐานการบริการ	2.1 ประชุมคณะผู้ทรงคุณวุฒิ 2.2 ศึกษาวิเคราะห์และพิจารณา ➢ โครงสร้างพื้นฐาน ➢ ภารกิจที่จำเป็นในระบบบริการ ➢ บุคลากร ➢ ลักษณะภูมิศาสตร์ ➢ การเข้าถึงบริการ ➢ สถานบริการในเขตใกล้เคียง/เครือข่ายบริการ ➢ ความชุกของโรคในพื้นที่บริการ (ระบาดวิทยา) ➢ ระบบข้อมูล/ทะเบียนกลาง/การส่งต่อ ➢ อัตราค่าบริการที่เหมาะสม ➢ ปัญหาอื่นๆ
3. วางแผนการพัฒนา 3.1 บุคลากร	3.1.1 ประชุมคณะผู้ทรงคุณวุฒิ 3.1.2 กำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวข้องสำหรับบุคลากรแต่ละประเภท

กิจกรรม	กลวิธี
3.2 ระบบบริการ	3.1.3 เยี่ยมสำรวจและวางแผนพัฒนา 3.2.1 ประชุมคณะผู้ทรงคุณวุฒิ 3.2.2 กำหนดมาตรฐานบริการ 3.2.3 เยี่ยมสำรวจและวางแผนพัฒนา
4. ดำเนินการ	
4.1 พัฒนา	4.1.1 รูปแบบการใช้ technology assessment ในการพัฒนาบริการตติยภูมิ 4.1.2 ระบบสารสนเทศในบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจเพื่อเป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารการรับส่งต่อ 4.1.3 บุคลากรในสถานพยาบาลตติยภูมิเป้าหมายโดยการประชุม อบรม สัมมนา
4.2 จัดสรรงบประมาณ	4.2.1 ประชุมคณะผู้ทรงคุณวุฒิ 4.2.2 กำหนดมาตรฐานและคุณลักษณะครุภัณฑ์หลักรอง 4.2.3 สำรวจประเมินศักยภาพพื้นที่เป้าหมาย
4.3 จัดซื้อจัดจ้าง	4.3.1 จังหวัดจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบพัสดุในวงเงินที่ได้รับ 4.3.2 สำนักงานปลัด กสธ. โอนเงินไปยังสถานพยาบาลเป้าหมายโดยตรง
5. ติดตามประเมินผล	คณะผู้ทรงคุณวุฒิกำหนดหลักเกณฑ์ประเมินและเยี่ยมสำรวจ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดสรรงบประมาณให้ศูนย์บริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจ ในระยะที่ 1 และ 2 ดังตาราง 4.4 โดยแบ่งได้เป็น 3 หมวดคือ งบครุภัณฑ์ พัฒนาบุคลากร และค่าตอบแทน บุคลากรซึ่งจ่ายในลักษณะการจ่ายเพิ่มเติม (extra work load) ให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ รับส่งต่อผู้ป่วยตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจ ตามอัตราค่าตอบแทนที่กำหนดไว้ สำหรับการดำเนินงาน ระยะที่สอง (พ.ศ.2549-2552) เป็นการจัดสรรงบประมาณในภาพรวม สำหรับสถานพยาบาลเป้าหมาย 36 แห่ง เมื่อจำแนกตามเขต สปสช. สัดส่วนการจัดสรรงบประมาณ แสดงดังตาราง 4.5

ตาราง 4.4 แผนการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ

หน่วย : ล้านบาท

ปีงบประมาณ	ครุภัณฑ์	ค่าตอบแทน	พัฒนาบุคลากร	รวม
2545	157.00			157.00
2546	67.75	37.67	13.00	118.41
2547	261.08			261.08
2548	48.00	15.00		63.00
รวมระยะที่ 1	533.83	52.67	13.00	599.50
2549*				374.20
2550				1,294.00
2551				2,078.40
2552				1,144.40
รวมระยะที่ 2				4,891.00

* งบประมาณปี 2549 เป็นงบเฉพาะของกระทรวงสาธารณสุข

ที่มา : รายงานการประชุมของคณะกรรมการบริหารงบลงทุนเพื่อการพัฒนาบริการตติยภูมิเฉพาะด้านในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อวันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2549

ตาราง 4.5 สัดส่วนการจัดสรรงบประมาณให้ศูนย์หัวใจในเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2545-2550 (ณ ราคาปัจจุบัน)

2545	2546	2547	2548	2549	2550	รวม 6 ปี
ระยอง (37.1)	กรุงเทพฯ (27.3)	ระยอง (29.2)	สุราษฎร์ธานี (74.5)	ขอนแก่น (32.6)	ราชบุรี (22.4)	ระยอง (22.2)
อุบลราชธานี (26.6)	นครราชสีมา (18.3)	สุราษฎร์ธานี (18.3)	สระบุรี (11.7)	พิษณุโลก (20.6)	เชียงใหม่ (21.1)	สุราษฎร์ธานี (13.3)
เชียงใหม่ (19.1)	อุบลราชธานี (15.4)	พิษณุโลก (15.3)	สงขลา (11.7)	เชียงใหม่ (11.3)	ระยอง (13.2)	อุบลราชธานี (11.3)
สงขลา (8.9)	ระยอง (15.2)	กรุงเทพฯ (12.7)	ระยอง (1.1)	นครราชสีมา (11.3)	นครราชสีมา (10.6)	พิษณุโลก (10.8)
พิษณุโลก (7.8)	พิษณุโลก (11.7)	อุบลราชธานี (9.0)	อุบลราชธานี (1.1)	สุราษฎร์ธานี (11.3)	กรุงเทพฯ (7.2)	เชียงใหม่ (10.1)
นครราชสีมา (0.5)	สงขลา (8.9)	สงขลา (5.6)		ราชบุรี (7.5)	สุราษฎร์ธานี (5.7)	กรุงเทพฯ (8.4)
	เชียงใหม่ (3.2)	ขอนแก่น (5.4)		สกลนคร (3.8)	ขอนแก่น (5.4)	สงขลา (6.3)
		เชียงใหม่ (2.1)		สงขลา (1.8)	อุบลราชธานี (5.0)	ขอนแก่น (5.9)
		นครราชสีมา (1.4)			พิษณุโลก (4.1)	นครราชสีมา (5.3)
		สระบุรี (1.0)			สงขลา (3.7)	ราชบุรี (4.8)
					สกลนคร (1.6)	สระบุรี (1.1)
						สกลนคร (0.6)
(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)

ตัวเลขในวงเล็บคือ ร้อยละ

ที่มา : สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2550

4.7 แผนแม่บทในการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ

แผนแม่บทในการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ)^{liv} มีสาระโดยสังเขปดังตาราง 4.6

ตาราง 4.6 แผนแม่บทการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ พ.ศ. 2547-2551

แผนงาน	สาระ
1. การจัดตั้งศูนย์โรคหัวใจใหม่	ปีที่1-3 เป็นการจัดตั้งและพัฒนา 1. Primary cardiac center 2. Cardiac center: ชลบุรี อุบลราชธานี (2545-2546) จันทบุรี (2547) สุราษฎร์ธานี (2549) ปีที่4-5 เป็นการพัฒนา Advanced หรือ Excellent cardiac center ให้มีศักยภาพสูงขึ้นเทียบเท่าสถาบันโรคหัวใจชั้นนำในระดับนานาชาติโดยใช้กระบวนการ Benchmarking ในการพัฒนาศักยภาพ
2. การจัดระดับศูนย์โรคหัวใจที่มีอยู่แล้วกับศูนย์โรคหัวใจใหม่	จัดระดับศูนย์โรคหัวใจตามศักยภาพ ดังตาราง 4.6
3. การกำหนดมาตรฐานครุภัณฑ์และกรอบกำลังคนที่เหมาะสมกับงาน	ประกอบด้วยอาคารสิ่งก่อสร้าง ครุภัณฑ์มาตรฐาน (อายุกรรมและศัลยกรรมหัวใจ) และบุคลากร
4. การจัดหาอัตราากำลังของบุคลากรทางแพทย์ในศูนย์โรคหัวใจ	4.1 อายุรแพทย์โรคหัวใจสำหรับ Primary cardiac center 4.2 ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก อายุรแพทย์และกุมารแพทย์โรคหัวใจสำหรับ Cardiac center ทีมบุคลากร Cardiac center 1 ทีมในอุดมคติ ประกอบด้วย 1) CVT surgeon 4 คน 2) Adult cardiologist 6 คน 3) Pediatric cardiologist 2 คน 4) CV anesthesiologist 2 คน
5. การกำหนดเครือข่ายบริการของศูนย์โรคหัวใจในระดับต่างๆ	ตาราง 4.7
6. การสนับสนุนเครือข่ายบริการและศูนย์โรคหัวใจในระดับต่างๆ ให้เกิดมาตรฐานการบริการที่ดี	1. หมุนเวียนผู้เชี่ยวชาญจาก Excellent cardiac center ช่วยราชการที่ cardiac center ใหม่ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือตามความเหมาะสม รวม 6-7 คนต่อสัปดาห์ 2. ฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะบุคลากร 3. จัดสรรโควตาแพทย์ประจำบ้านเป็นกรณีพิเศษ
7. การจัดงบประมาณค่าตอบแทนวิชาชีพสนับสนุนเฉพาะตามกรอบภาระงาน	ตาราง 4.8
8. การพัฒนาศักยภาพศูนย์โรคหัวใจให้ทัดเทียมกับสถาบันโรคหัวใจชั้นนำในต่างประเทศ	แนวทางพัฒนาศักยภาพ การลงทุนเพื่อบริหารจัดการงบประมาณอย่างรอบคอบ (ไม่เกินร้อยละ 15 ของงบประมาณรวม) เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการสาธารณสุข ประเทศ และเป็นแหล่งระดมคน ทรัพยากร การคิดค้นวิจัยในภาพรวมประเทศได้อย่างมีส่วนร่วม
9. การติดตามประเมินผลการดำเนินงาน	
10. การส่งเสริมการป้องกันโรคหัวใจ	
11. การสนับสนุนงานวิจัย	

4.8 สถานพยาบาลเป้าหมาย : การจัดระดับและการกระจายบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจ

เนื่องจากมีศูนย์หัวใจเดิมอยู่แล้วและสถานพยาบาลมีศักยภาพในการบริการแตกต่างกัน จึงจำเป็นต้องจำแนกเพื่อให้สามารถจัดการพัฒนาได้อย่างเหมาะสม 4 ระดับ โดยมีศักยภาพบริการและการกระจาย ดังตาราง 4.7 และเครือข่ายพื้นที่รับผิดชอบดังตาราง 4.8

ตาราง 4.7 ระดับและการกระจายบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ

ศูนย์ตติยภูมิระดับ 1	ศูนย์ตติยภูมิระดับ 2	ศูนย์ตติยภูมิระดับ 3	ศูนย์ตติยภูมิระดับ 4
- ให้บริการทุกประเภท - ภาระงานสูง	- ให้บริการได้เกือบทุกประเภท - ภาระงานสูง-ปานกลาง	- สามารถให้บริการขั้นต่ำคือ การตรวจสวนหัวใจและหลอดเลือด ผ่าตัดหัวใจแบบเปิดบางประเภท - ภาระงานปานกลาง	- สามารถตรวจ echocardiography, exercise treadmill stress test - ภาระงานปานกลาง
1. รพ.จุฬา 2. รพ.ศิริราช	1. รพ.รามาธิบดี 2. รพ.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 3. ศูนย์สิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4. ศรินครินทร์ ม.ขอนแก่น 5. รพ.สงขลานครินทร์ ม.สงขลานครินทร์ 6. รพ.วชิรพยาบาล 7. รพ.ราชวิถี 8. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 9. สถาบันโรคทรวงอก 10. รพ.ภูมิพล 11. พระมงกุฎ 12. ตำรวจ	1. รพ.มหาราชนครราชสีมา 2. รพ.สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี 3. รพ.ชลบุรี 4. รพ.ยะลา 5. รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก 6. ม.นเรศวร 7. รพ.พระปกเกล้าจันทบุรี 8. สุราษฎร์ธานี 9. รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	1. รพ.สกลนคร 2. รพ.สุรินทร์ 3. รพ.บุรีรัมย์ 4. รพ.ร้อยเอ็ด 5. รพ.ชัยภูมิ 6. รพ.อุดร 7. รพ.ขอนแก่น 8. รพ.เที่ยงรายประชานุเคราะห์ 9. รพ.น่าน 10. รพ.แพร่ 11. รพ.อุดรดิตถ์ 12. รพ.ลำปาง 13. รพ.เพชรบูรณ์ 14. รพ.สวรรคปราชักษ์ นครสวรรค์ 15. รพ.ชุมพรเขตอุดมศักดิ์ 16. รพ.หาดใหญ่ 17. รพ.วชิระภูเก็ต 18. รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช 19. รพ.หัวหิน 20. รพ.ราชบุรี 21. รพ.ประจวบคีรีขันธ์ 22. รพ.จันทบุเบกษา 23. ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ

หมายเหตุ ระดับของศูนย์โรคหัวใจแบ่งตามภาระงานที่คณะกรรมการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและศูนย์ส่งต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด กำหนดเป็นรายปี

ตาราง 4.8 เครือข่ายพื้นที่รับผิดชอบในการบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ

โรงพยาบาล	จำนวนประชากร	โรงพยาบาล	จำนวนประชากร
สถาบันโรคทรวงอก (ภาคกลาง)	3,485,347	ศิริราช (ภาคกลาง)	4,211,585
นนทบุรี	894,637	กาญจนบุรี	797,065
ปทุมธานี	694,163	ราชบุรี	827,774
อยุธยา	745,009	นครปฐม	796,935
อ่างทอง	289,933	สมุทรสาคร	439,251
สุพรรณบุรี (บางส่วน)	861,605	สมุทรสงคราม	204,771
		เพชรบุรี	460,191
		ประจวบคีรีขันธ์	485,598
		กทม.	200,000
รพ.ราชวิถี (ภาคกลาง)	1,735,430	รพ.จุฬา (ภาคกลาง)	1,270,242
ลพบุรี	766,559	สมุทรปราการ	1,019,706
สระบุรี	618,131	นครนายก	250,536
ชัยนาท	350,740	กทม.	-
กทม.	1,735,430		
รพ.รามธิบดี	ตามภารกิจเดิม	รพ.ภูมิพล	ตามภารกิจเดิม
รพ.พระมงกุฎ	ตามภารกิจเดิม	รพ.ตำรวจ	ตามภารกิจเดิม
รพ.วชิรพยาบาล	ตามภารกิจเดิม	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ ฯ	ตามภารกิจเดิม
รพ.สวนดอก มช. (ภาคเหนือ)	5,795,484	รพ.พุทธชินราช (ภาคเหนือ)	3,519,422
เชียงใหม่	1,598,353	อุดรดิตถ์	484,522
ลำพูน	406,616	ตาก	503,131
ลำปาง	801,018	สุโขทัย	624,582
แพร่	485,812	พิษณุโลก	868,626
น่าน	487,474	เพชรบูรณ์	1,038,561
พะเยา	508,815		
เชียงราย	1,268,892		
แม่ฮ่องสอน	238,504		
ม.นเรศวร (ภาคเหนือ)	2,823,763		
นครสวรรค์	1,129,848		
อุทัยธานี	335,043		
กำแพงเพชร	767,189		
พิจิตร	591,683		
รพ.จันทบุรี (ภาคตะวันออก)	1,340,678	รพ.ชลบุรี (ภาคตะวันออก)	2,756,038
ตราด	224,818	ชลบุรี	1,117,059
จันทบุรี	502,930	ระยอง	541,453
ระยอง (แกลง)	110,000	ปราจีน	450,649
สระแก้ว	502,930	ฉะเชิงเทรา	646,877
รพ.ศรีนครินทร์ มช. (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	4,380,810	ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ มช. (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	5,235,284
หนองบัวลำภู	497,516	กาฬสินธุ์	987,833
อุดรธานี	1,531,036	สกลนคร	1,104,680
เลย	633,954	ขอนแก่น	880,129
หนองคาย	907,175	มหาสารคาม	941,415
ขอนแก่น	811,129	ร้อยเอ็ด	1,321,227

รพ.มหาวิทยาลัยราชภัฏ	6,642,806	รพ.สรรพสิทธิประสงค์	5,221,477
-----------------------------	-----------	----------------------------	-----------

โรงพยาบาล	จำนวนประชากร	โรงพยาบาล	จำนวนประชากร
(ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)		(ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)	
นครราชสีมา	2,573,465	ศรีสะเกษ	1,455,202
บุรีรัมย์	1,539,827	อุบลราชธานี	1,786,263
สุรินทร์	1,395,803	ยโสธร	553,289
ชัยภูมิ	1,133,711	อำนาจเจริญ	369,295
		นครพนม	720,326
		มุกดาหาร	337,102
รพ.สุราษฎร์ธานี (ภาคใต้)	5,061,045	รพ.ยะลา	
สุราษฎร์ธานี	913,948	รพ.สงขลานครินทร์ (ภาคใต้)	3,297,697
ระนอง	162,442	ปัตตานี	623,112
ชุมพร	471,282	ยะลา	455,425
นครศรีธรรมราช	1,530,584	นราธิวาส	694,976
ตรัง	599,873	สงขลา	1,260,235
พัทลุง	503,662	สตูล	263,949
กระบี่	374,884		
พังงา	238,458		
ภูเก็ต	265,912		

4.9 ข้อกำหนดอัตราค่าตอบแทนสำหรับผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรผู้ให้บริการในศูนย์บริการเฉพาะด้าน ปี 2547-2551

- อัตราเบิกจ่ายค่าตอบแทนแก่
 - ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการเฝ้าระวังตรวจประเมินศักยภาพสถานพยาบาลในอัตรา 2,000 บาท/คน/วัน ครั้งละ 3-6 คน
 - เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานโครงการในอัตรา 1,000 บาท/คน/วัน ครั้งละ 2 คน
- อัตราเบิกจ่ายค่าตอบแทนแก่
 - แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะในการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะเฉพาะด้านในสถานพยาบาล กลุ่มเป้าหมาย 4,000 บาท/คน/วัน
 - ทีมบุคลากรทางการแพทย์ 1,000 บาท/คน/วัน
- อัตราค่าตอบแทนสำหรับแพทย์และบุคลากรเฉพาะทางที่ปฏิบัติงานบริการเฉพาะด้านของศูนย์โรคหัวใจ ตามมติคณะอนุกรรมการที่ปรึกษา ฯ กำหนด
- อัตราค่าตอบแทนสำหรับแพทย์ประจำบ้านสาขาขาดแคลนที่รับต้นสังกัดของสถานพยาบาล กลุ่มเป้าหมายพัฒนาในสาขาขาดแคลนเพื่อการพัฒนาตามที่คณะอนุกรรมการที่ปรึกษา ฯ กำหนด

เกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ในศูนย์บริการตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจ

เป็นแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและบุคลากรในสถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมาย (ตามเกณฑ์ของคณะกรรมการที่
 ปรึกษาการลงทุนด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์) ทั้งกรุงเทพมหานครและภูมิภาคในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข
 ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม และกระทรวงมหาดไทย ทั้งที่รับราชการอยู่และช่วยราชการหลังเกษียณ โดย
 มีภาระงานและอัตราค่าตอบแทน ดังตาราง 4.9

**ตาราง 4.9 ภาระงานและอัตราค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในศูนย์บริการตติยภูมิขั้นสูง
 ด้านโรคหัวใจ**

ประเภทบุคลากร	ค่าตอบแทน (บาท)	ภาระงาน	ภาระงานที่เกิน (บาท/ราย)
1. cardiovascular thoracic (CVT) surgeon	50,000 /เดือน	ผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ≥ 100 ราย/ปี	2,000
2. interventionist	50,000 /เดือน	PCI ≥ 100 ราย/ปีและ CAG ≥ 200 ราย/ปี หรือ PCI ≥ 200 ราย/ปี	1,000
3. non-invasive			
3.1 adult cardiologist	40,000 /เดือน	3.1 ECHO/ EST ≥ 500 ราย/ปี	500
3.2 pediatric cardiologist	50,000 /เดือน	3.2 ECHO/ EST ≥ 300 ราย/ปี	500
4. anesthesiologist			
4.1 cardiovascular anesthesiologist	50,000 /เดือน	ดมยาผู้ป่วย ≥ 100 ราย/ปี	
4.2 rotation	2,500/รายผู้ป่วย	$\geq 3,000$ ราย/ปี	
5. nurse, perfusionist and technician	2.500 /เดือน		

PCI = Percutaneous cardiac intervention

CAG = Coronary angiograph

ECHO = Echocardiograph

EST = Exercise Stress Test

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549 มีการปรับการจ่ายค่าตอบแทนให้แปรตามปริมาณและความยากง่ายของหัตถการ โดยมีเพดาน
 การจ่ายไม่เกิน 50,000 บาทต่อเดือนต่อบุคลากรหนึ่งคน

4.10 ตัวชี้วัดความสำเร็จของการพัฒนาระยะที่สอง (พ.ศ. 2549-2552)

ผลผลิต : ศูนย์ความเป็นเลิศด้านหัวใจที่มีคุณภาพมาตรฐาน

ผลลัพธ์: 1. ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เท่าเทียมกัน

2. อัตราตายจากโรคหัวใจลดลงร้อยละ 15

4.11 ผลที่คาดว่าจะได้รับการพัฒนาระยะที่สอง

1. ลดค่าใช้จ่ายของบลงทุนในระยะยาวจากการบริหารจัดการทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. มีศูนย์ความเป็นเลิศด้านหัวใจที่มีคุณภาพมาตรฐานรองรับการเป็นศูนย์กลางสุขภาพของเอเชีย
3. ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้อย่างรวดเร็วและมีมาตรฐาน
4. มีเครือข่ายการดำเนินงานวิชาการและบริการสู่ความเป็นเลิศด้านหัวใจ
5. ปัญหาสุขภาพและโรคสำคัญลดลง
6. ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

4.12 ผลการดำเนินการพัฒนา

ผลการดำเนินงานพัฒนาบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจที่ผ่านมา สรุปได้ดังตาราง 4.10

ตาราง 4.10 ผลการดำเนินงานพัฒนาบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ ปีงบประมาณ 2546-2548

ปีงบ	ผลการดำเนินงาน	งบประมาณ																		
2546	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล																		
2547	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล																		
2548	ปริมาณงานบริการ จากสถานพยาบาล 11 แห่ง <table><tr><td>Surgery</td><td>3,780</td></tr><tr><td>Cath. Dx.</td><td>- adult 4,362</td></tr><tr><td></td><td>- pediatric 397</td></tr><tr><td>Cath. intervention.- adult</td><td>2,205</td></tr><tr><td></td><td>- pediatric 21</td></tr><tr><td>Pacemaker</td><td>558</td></tr><tr><td>ECHO</td><td>32,066</td></tr><tr><td>EST</td><td>3,530</td></tr><tr><td>Holter</td><td>955</td></tr></table>	Surgery	3,780	Cath. Dx.	- adult 4,362		- pediatric 397	Cath. intervention.- adult	2,205		- pediatric 21	Pacemaker	558	ECHO	32,066	EST	3,530	Holter	955	
Surgery	3,780																			
Cath. Dx.	- adult 4,362																			
	- pediatric 397																			
Cath. intervention.- adult	2,205																			
	- pediatric 21																			
Pacemaker	558																			
ECHO	32,066																			
EST	3,530																			
Holter	955																			
	การพัฒนาศูนย์บริการ อบรมเพิ่มพูนทักษะในห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ อบรมเชิงปฏิบัติการหัตถการหัวใจสำหรับแพทย์ (หลักสูตร 1 ปี) อบรม Basic Echocardiography Technician อบรมดูงานด้านศัลยกรรมหัวใจ วิทยากรสัญจร	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพขอเบิก 3,965,000 บาท เหลืองบประมาณส่วนที่ยังไม่ได้เบิก 9,035,000 บาท																		
	การจ่ายค่าตอบแทนบุคลากร โอนเงินให้สถานพยาบาล 11 แห่ง	รวม 37,665,000 บาท																		
	อื่นๆ 1. โครงการตรวจประเมินคุณสมบัติและมาตรฐานของสถานพยาบาลที่จะขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการตติยภูมิด้านโรคหัวใจในโครงการแกว้ตาดวงใจเทิดไท้ 72 พรรษามหาราชนี (มีรพ.กรุงเทพ สมิติเวช และเกษมราษฎร์ประชาชนเข้าร่วมโครงการฯ) 2. จัดทำเกณฑ์ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการรับส่งต่อระดับตติยภูมิเฉพาะทางศัลยกรรมหัวใจ 3. ตรวจประเมินรพ.เอกชนที่แสดงความจำนงเข้าร่วมบริการระดับตติยภูมิเฉพาะทางศัลยกรรมหัวใจ รพ.ที่ผ่านเกณฑ์คือ เกษมราษฎร์ประชาชนโดยต้องประเมินทุกปี 4. กำลังจัดทำ CPG Cathlab																			

4.13 ประเด็นปัญหาอุปสรรค

การดำเนินงานที่ผ่านมาได้มีการสรุปประเด็นปัญหาที่พบและข้อเสนอแนะดังตาราง 4.11

ตาราง 4.11 ปัญหาที่พบในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจและข้อเสนอแนะ

ปีงบประมาณ	ประเด็น/ลักษณะปัญหา	ข้อเสนอแนะ
2546-47	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล
2548 ¹⁾	การพัฒนาบุคลากร สปสช. Contract out ให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพดำเนินการ บุคลากรได้รับการพัฒนาไม่ทั่วถึงไม่ครบถ้วนเพราะ เบิกเงินล่าช้าทำให้ไม่สามารถอบรมต่อได้ การจ่ายค่าตอบแทนบุคลากร เมื่อ สปสช.โอนเงินไปสถานพยาบาลต้องเข้าเงินบำรุงแต่ไม่มีระเบียบเงินบำรุงมารองรับ ต้องอนุมัติจากปลัดกระทรวงฯ จึงเบิกจ่ายล่าช้าและได้ต่ำกว่าอัตราที่คณะอนุกรรมการฯ กำหนดตามแผนแม่บท	สปสช.ดำเนินการเองโดย Contract out ราชวิทยาลัย สมาคม และสถานพยาบาลต่างๆ 1.สปสช.ประสานงานกับกระทรวงฯ เพื่อให้รวดเร็ว 2.ปรับปรุงระเบียบของ สปสช.ให้สถานพยาบาลคล่องตัวในการเบิกจ่ายเช่น ใช้รูปแบบของเงินอุดหนุนแทนการทำข้อตกลง(TOR)
2549 ²⁾	สถานที่ 1. มีเพียง ICU รวม ไม่มี CCU ไม่เพียงพอต่อการบริการ 2. อาคารเก่ามีความชื้นสูง อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 3. สถานที่คับแคบ ปฏิบัติงานไม่สะดวก	1. เพิ่มจำนวนเตียงของ ICU หรือเพิ่ม CCU 2. ปรับปรุงสถานที่ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 3. ทำระบบควบคุมการติดเชื้อ
	ครุภัณฑ์ 1. จัดซื้อได้ล่าช้า 2. ไม่มีแผนบำรุงรักษาและทดแทนครุภัณฑ์	1. จัดซื้อรวมเพื่อให้ได้ครุภัณฑ์ราคาถูกและเร็วขึ้น 2. รพ.จัดสรรงบสำรองเพื่อซ่อมแซม/ทดแทนครุภัณฑ์
	บุคลากร 1. ขาดแคลนทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ 2. ขาดแผนพัฒนาบุคลากร 3. แพทย์เฉพาะทางไม่ได้ทำงานในสาขาที่เรียนมาอย่างเต็มเวลา 4. สัดส่วนบุคลากรกับการระงานไม่เหมาะสม	1. วางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งในระยะยาวและสั้น 2. จัดระบบบริหารจัดการด้านบุคลากรใน รพ.
	เวชระเบียนและการบริการ จากแฟ้มประวัติ 177 แฟ้ม (อายุรกรรม 87 และศัลยกรรม 90 แฟ้ม)	1. บันทึกผลการซักประวัติและตรวจร่างกายให้ละเอียด 2. วินิจฉัยและลงรหัสโรคให้ถูกต้องครบถ้วน 3. บันทึก progress note, operative note ให้ครบถ้วน 4. สรุปรายละเอียดของผู้ป่วยใน summary discharge 5. วางแผนในการดูแลผู้ป่วยและระบุรายละเอียดในใบ refer ให้ครบถ้วน (discharge planning)
	การบริหารจัดการ 1. รพ.มหาวิทยาลัยให้บริการผู้ป่วย UC น้อย จากการรอคอยนานหรือจำกัดจำนวนการให้บริการ ฯ 2. ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบดูแลเรื่องโรคหัวใจโดยตรงในโรงพยาบาล 3. การจัดระบบเครือข่ายการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง ขาดความเป็นรูปธรรม 4. ระบบข้อมูลผู้ป่วย/การดูแล/การติดตามการรักษายังไม่ชัดเจน	1. ให้บริการผู้ป่วย UC มากขึ้น 2. จัดตั้งศูนย์หัวใจเพื่อดูแลระบบบริการโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยตรง 3. จัดระบบเครือข่าย โดย สปสช.อาจเข้ามาช่วยให้เห็นภาพชัดเจนขึ้นเหมือนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 4. พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด

- ที่มา 1) รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและศูนย์ส่งต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด. 2548.
- 2) คณะกรรมการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและศูนย์ส่งต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด. ผลการติดตามตรวจเยี่ยมหน่วยบริการศูนย์โรคหัวใจ. 2550. จากการติดตามตรวจเยี่ยมศูนย์โรคหัวใจระดับ 2, 3 และ 4 จำนวน 4, 6 และ 2 แห่ง

บทที่ 5 การบริหารโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจ ในส่วนกลาง

บทนี้เป็นการวิเคราะห์การบริหารโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจในมุมมองของผู้บริหารส่วนกลาง โดยแบ่งเป็นประเด็น แนวคิดการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจ การบริหารโครงการ การกำกับคุณภาพบริการและการดำเนินงาน การบริหารค่าตอบแทน และทิศทางการพัฒนา

5.1 แนวคิดการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจ

โครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจ มะเร็ง และ trauma เริ่มต้นโดยไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์รองรับอย่างเพียงพอ และใช้เงินจากงบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งขึ้นกับนโยบายรัฐบาล การกำหนดวงเงินให้โครงการนี้เป็นรายปี ทำให้ไม่สามารถพัฒนาศักยภาพศูนย์ทั้ง 3 ด้านตามแผนแม่บทได้อย่างแท้จริง แต่เป็นการพัฒนาตามวงเงินที่ได้รับในแต่ละปีซึ่งในบางปีก็ล่าช้า

“การจัดระบบหมายถึงอะไร 1) ต้องเป็น evidence based ที่มาที่ไปเป็นอย่างไร ทำไม่ต้องทำ excellence center ทำไม่ต้องเป็น 3 ศูนย์นี้ นอกจาก 3 ศูนย์นี้ มีอย่างอื่นอีกไหม มันต้องเป็น evidence based 2) เมื่อพูดถึงการจัดระบบ ก็ต้องมีการตั้งเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ว่าเราต้องการอะไร ในการจัดตั้ง ให้เกิด excellence center 3) แล้ว Information system ที่เกี่ยวข้องมันบ่งชี้อะไร เท้าที่มีอยู่ แล้วต้องสร้างเพิ่มเติมอะไร หรือไม่ อย่างไรเพื่อ adjust ระบบให้สอดคล้องเข้าที่ จากนั้นเราก็กำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อไปบรรลุเป้าหมายที่ตั้งขึ้นอย่างที่ว่า แล้วถึงไปดูว่าจะ transfer ยุทธศาสตร์ไปสู่ operation ได้อย่างไร ในกระบวนการต้องมีความต้องการในแต่ละส่วนและทรัพยากรที่มีอยู่ ไม่ว่าจะเป็น คน เงิน ของ ที่โรงพยาบาล facilities ต่างๆ จะใช้ทรัพยากรน้อยที่สุดแต่เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผลสูงสุดใกล้เคียงกับเป้าหมายที่สุด จากนั้นต้องมีระบบประเมินผล”

“..... สปสช.บอกว่าปีนี้จะแบ่งงบลงทุนมาให้ตรงนี้ 350 ล้าน ให้มะเร็ง 150 ล้าน สมมติบอกเขาในเดือนที่ 3 นะ มะเร็งก็วิ่งแล้วจะเอาใจดี จะอบรมคนกี่คน”

ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“สมัยนั้นท่านรัฐมนตรี.....เคยบอกว่าเราจั่งแล้วกัน ทำไม่ทันแล้ว ปี 45, 46 แล้วกลายเป็นประเพณีต่อมา แบ่ง 70:30 เป็น capital investment ทั่วไป กับเพื่อจะมา highlight ของประเทศในบางเรื่องซัก 30% ซึ่งขณะนั้นถูกโจมตีมากกว่า 30% กันทีเดียว ไม่มาก แต่รัฐมนตรี.....บอก เอาน่าทำไปก่อน ปัญหาสาธารณสุขของประเทศก็คือ อุบัติเหตุ หัวใจ มะเร็ง transplantation แต่ transplant ไม่อยู่ในสิทธิ”

“สมัยอยู่กองโรงพยาบาลภูมิภาคตั้งงบลงทุน 9 พันล้านบาทมีเศษ พอเป็น UC ลดลงเหลือประมาณ 4 พันล้านบาทที่จริงไม่ได้กระทบแต่โรงพยาบาลศูนย์กระทบไปถึง primary care เลยละ คืองบลงทุนปีที่ 1 ที่จะไปทำ capital investment ลดลงไปประมาณ 5 พันล้านบาทของภาคกระทรวงสาธารณสุขเอง อันที่ 2 พอเข้าสู่ UCตั้งงบขึ้นไว้ 10% ของงบรักษาพยาบาลเป็น replacement ภาคเอกชนก็บอกว่าก็เป็นสิทธิของเค้าละ capital investment 10% อันที่ 3 หน่วยงานรัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข พอเข้า UC แล้วขาดทุนขาดนี้ การกระจายไม่ดี อะไรต่างๆ เค้าจะมีสิทธิเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างไรบ้าง”

ผู้บริหาร สปสช.2

การจัดตั้งศูนย์โรคหัวใจในปี 2545 เริ่มจากความพยายามหาข้อมูลทรัพยากรที่มี แต่ได้ข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงใช้จำนวนประชากร 3-5 ล้านคนเป็นฐาน และการไม่ได้มุ่งเน้นพัฒนาเครือข่ายทำให้ไม่ได้แก้ปัญหาการเข้าถึงบริการขั้นสุดท้าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการที่ศูนย์ระดับ 1

“.....การกระจายของ tertiary, super tertiary ในบ้านเรา กระจุยอยู่ในเมืองหลวงเป็นส่วนใหญ่....พยายามจะทำว่า.... มูลค่าของหรือเทคโนโลยีที่มีอยู่เป็นอย่างไร คนกระจายอย่างไร..... ขณะนั้นเราให้ authority ของกองโรงพยาบาลภูมิภาคในการออกแบบสำรวจไป ให้ตอบกลับมาว่า คุณมี CT ใหม่ MRI ใหม่ cardiac cath อะไรใหม่ ตอบกลับมาน้อยมาก ไม่สำเร็จ ... ได้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ปี 46 เลยเป็นลักษณะ top down ขณะนั้นยังไม่มี สปสช.สาขาเขต ก็ตั้งหลักว่าประชากร 3-5 ล้านคน ควรมี center of excellence 1 แห่ง พบว่า กรุงเทพฯมีเกิน สกลนคร อีสานใต้ ขาด เลยเป็นที่มา

ของนโยบายว่า ประชากร 3-5 ล้านให้มี excellence center ไม่ล้มของเก่า ไม่สร้างใหม่ในที่เกินแล้ว แต่จะทำใหม่ในที่ที่ขาด ถึงได้มี excellence center หัวใจขึ้นใหม่ที่ยะลา สุราษฎร์ธานี จันทบุรี.... ขึ้นมาใหม่”

ผู้บริหาร สปสช.2

“พอเริ่มทำงาน ก็คิดว่าคงต้องมีศูนย์ใหม่เพิ่มขึ้นเพราะศูนย์ทั้งหมดในอดีตอยู่ในกรุงเทพ ในต่างจังหวัดมีที่ สงขลา ขอนแก่น เชียงใหม่ นครราชสีมา เพิ่งเริ่มกระเตาะกระแตะ เพราะข้างในเราไม่ต้องทำอะไรให้เค้าอยู่แล้ว ”

กรรมการบริหารโครงการส่วนกลาง

“การไม่ได้พัฒนาเครือข่ายทำให้มันไม่ได้แก้ปัญหาการเข้าถึงบริการเช่น เป็นศูนย์ทั้งสามด้าน แต่ไม่สามารถส่งผู้ป่วยมารักษาได้เพราะเตียงไม่มี ดังนั้นขณะนี้ทำเพียงยกระดับ competency และโครงสร้างของศูนย์ แต่ไม่แก้ปัญหาการเข้าถึงบริการ”

ผู้บริหาร สปสช. 1

ในปีงบประมาณ 2547 คณะกรรมการฯ ลงหาข้อมูลในพื้นที่เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนพัฒนา แต่ไม่ได้มีการประเมินอย่างเป็นระบบ

“ขณะนั้นผมกับคณะกรรมการลงพื้นที่ดูว่า มีหมอ แล้วเติมอะไรอีกนิดหน่อยก็เกิดขึ้นได้ นั้นเข้ามาปี 47 แล้วโดยเราแบ่งตาม national institute clinical excellence ของ nation health service เช่น cardiac center เราเอามา adapt นิดหน่อย แบ่งเป็นหลาย level ที่ comprehensive เลยส่วนใหญ่ก็อยู่ในเมืองใหญ่อยู่แล้ว 1, 2, 3 4 ก็ศูนย์ส่งต่อ ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลจังหวัด เราก็ก่อน”

ผู้บริหาร สปสช.2

5.2 การบริหารโครงการ

การบริหารโครงการส่วนกลางอยู่ในรูปคณะกรรมการเป็นบทบาทร่วมระหว่าง ตัวแทนสมาคมวิชาชีพ สถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“Board support ส่วนใหญ่เป็นวิชาการ อีกส่วนเป็นเรื่องอุปกรณ์ที่เป็นครุภัณฑ์โรงพยาบาลกระทรวงถ้าเป็นศูนย์ใหม่ total ได้เกือบ 70 ล้านในการตั้ง ศูนย์เก่าที่มีอยู่แล้วอย่างโคราชได้น้อยหน่อย replacement ให้ เราเขียนถึงขนาดว่าเครื่อง cath ต้องใช้กี่ปีแล้วต้องมาดูอีกทีถ้าซ่อมได้ก็ซ่อมไปก่อน ECHO ถ้าดูปริมาณงานว่าควรมี 2 ตัว อายุควรใช้กี่ปีเมื่อไร replacement”

กรรมการบริหารโครงการส่วนกลาง

ผู้บริหารโครงการส่วนกลางรวมทั้งผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข เห็นพ้องว่ากระทรวง ฯ ควรเป็นผู้จัดทำแผนแม่บท ตั้งเป้าหมาย จัดทำแผนกำลังคนและแผนการศึกษาต่อในสาขาเฉพาะทาง แผนและการบริหารทรัพยากรและครุภัณฑ์ราคาแพง รวมทั้งประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ไม่ว่าในอนาคตโรงพยาบาลจะยังคงสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือไม่ บทบาทเหล่านี้ก็ยิ่งทวีความสำคัญ

“ต้นตอปัญหาคือเราขาดองค์กรหนึ่งที่จะดูระบบบริการในภาพรวม สปสช.จึงต้องเข้าไปจัดการพูดให้เพราะคือเป็น system manager กระตุ้นให้เกิดระบบและบริหารระบบ..... heart เริ่มขอ hardware มากขึ้นเพราะในภูมิภาคเริ่มพัฒนาศักยภาพมากขึ้นมีแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมมากขึ้น.....ในโรงพยาบาลเราไม่ใช้แหล่งเงินเพียงแหล่งเดียวสำหรับเรื่องนี้ แหล่งเงินอีกส่วนคือเงินบำรุงเนื่องจากพวกนี้เป็นโรงพยาบาลขนาดยักษ์ทั้งนั้น ก็พยายามชี้ให้เห็นว่าเงินที่เราสนับสนุนมันเป็นเพียงส่วนเล็กๆเท่านั้น”

ผู้บริหาร สปสช. 1

“Department of Health อเมริกายังมีอยู่ ทำ policy แต่ไม่ได้ทำ resource allocation ตั้งเป้าให้กับหน่วยบริการ พุงถ่าย ๆ ตลาดซื้อขายบริการ บ้านเขามีทางเลือกเยอะ บ้านเราไม่มีทางเลือก ควรมีกระทรวงแต่ต้องเปลี่ยนบทบาทเช่น แผนแม่บท กระทรวงควรเป็นคนยกร่าง ไม่ควรเป็น สปสช. มาทำ”

“.....ต้องมี another fund ไม่ใช่อยู่ยายื้อยื้อขอมาย..... ผมอ่านทาง internet เนเธอร์แลนด์ เบลเยียม อังกฤษ.....ไม่ได้คิดจากว่า มีปัญหาทางการเงินอะไร แต่คิดจาก prevalence คุณมี incident อย่างนี้ใน 3-5 ล้านคน จะมี primary care แบบนี้ secondary, comprehensive แบบนี้ ... นี่เป็นบทบาทของ national body แล้วบอกไปถึงหน่วยปฏิบัติ ถ้าคุณขอ submit มา ใช้แบบนี้ สปสช.จะจ่าย”

“ข้อเสนอผมคือ 1) ควร invest ในสิ่งที่ควร invest ตาม health need และตามบัญชีสินทรัพย์เท่าที่คุณมีอยู่ 2) ลงทุนในคน 3) technology assessment ต้องเข้มแข็งกว่านี้..... คุณไปดู tag technology assessment ของอเมริกาสังกัด federal อเมริกาเป็นเอกชน เป็นอิสระ รัฐใครรัฐมันจะ invest อะไรแล้วแต่นะ แต่ถ้าคุณจะลง technology ที่ยังไม่ mature คุณต้องผ่าน federal tag ของ technology assessment committee ก่อน มีกฎหมายอยู่เบื้องหลังด้วยนะ ผมต้องการเปรียบเทียบให้ extreme ขนาดสังคมทุนนิยมตัวใครตัวมัน ยังต้องมีคนทูป๊ะ นี่เป็น role ของกระทรวงสาธารณสุข สมมติผมเป็นกระทรวงสาธารณสุขผมจะบอกว่า แผนนี้ไม่เอาให้หรือใหม่ คุณต้องรอตามผม ต้องพูดได้ หรือโรงพยาบาลนี้ขอ MRI โรงพยาบาลนี้ขอ CT โรงพยาบาลนี้ขอ cardiac cath ไหนเอามาดูหน่อยสิ ผมว่ามันเยอะแล้วนะ ผมมี document support ว่าเยอะแล้วนะ หน่วยงานของผม ก่อนปี 48 เริ่มมีคนขอ PET scan ซึ่งศึกษาแล้วว่าประเทศไทยมี PET scan ไม่เกิน 5 เครื่องก็พอ PET scan ไม่ต้องทำแบบ emergency คุณเอาคนไข้ใส่รถใส่เครื่องบินมาก็ได้ ขณะนี้ก็มีแล้วที่ศูนย์หัวใจจุฬารัตน์ โรงพยาบาลเอกชน หรือถ้าคุณไม่เชื่อ ไม่เป็นไร ผมจะบอกกรรมคุณว่า อันนี้ไม่อยู่ในมาตรการลดภาระทางการแพทย์ คุณ invest เองนะ และคุณห้ามคิดค่าใช้จ่ายจากคนไข้เกินเท่านั้นบาทนะ”

ผู้บริหาร สปสช.2

“การบริหารจัดการเครื่องมือราคาสูงมาก คิดว่ามีความจำเป็นที่จะต้องมีคนดูแลที่เป็นคนกลาง ไม่เข้าข้างอะไร มองดูตามความจำเป็นของพื้นที่นั้นๆ แล้วอนุมัติ ถ้า referral center ต่างๆ ที่เราทำ work จริง ก็ต้องใช้ได้สบายอยู่แล้วอย่าง 64 slice CT ประโยชน์จริงๆ คือในกรณีมีคนไข้มีปัญหาเจ็บหน้าอกมาก แล้วแยกไม่ได้ว่า มีหรือไม่มี lesion ทำ 64 slice CT อาจจะช่วย คือพอเป็น negative coronary แน่ๆ ก็ OK แต่ก็ยังเป็นจำนวนเดียวเท่านั้นเอง คนที่ใช้เครื่องมือพวกนี้ไม่ได้ถึงอันตรายจากการใช้”

กรรมการบริหารโครงการส่วนกลาง

บทบาทหลักของกระทรวงสาธารณสุขในมุมมองของคณะกรรมการบริหารโครงการส่วนกลางคือ การจัดสรรตำแหน่งแพทย์เฉพาะทางหัวใจซึ่งมีประเด็นว่า แพทย์อาจไม่ต้องการไปประจำในโรงพยาบาลที่ได้รับจัดสรรตำแหน่ง แต่หากจัดสรรตำแหน่งให้โรงพยาบาลตามความต้องการของแพทย์ซึ่งมักอยู่ในจังหวัดใหญ่ที่มีความเจริญก็จะไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการที่ต้องการกระจายบริการสู่ชนบท

“โควตาคนที่จะมา train มาจากกระทรวง โควตาที่สถาบันรับ train แพทย์สภา approve แพทย์สภาและราชวิทยาลัยต้อง approve training center ว่ามีสิทธิ train ได้กี่คน มีตำแหน่งอยู่ ก็ไม่มีคนกระทรวงเข้ามา ของกระทรวงไม่มีคนมาลง ถ้าไม่มีแสดงว่า ทุกแห่งที่กระทรวงจะให้ ควรต้องเปลี่ยนไปให้ที่อื่นที่เค้าอยากลง อย่างน้อยที่สุดศูนย์พวกนี้มีเด็กของเค้าแล้วที่อยากมาเรียน ถ้าไม่ได้มาเรียนเค้าออก.... เป็น freelance แล้วมา train จบแล้วไปอยู่เอกชน จุดนี้อยากให้กระทรวงช่วยก่อนเพื่อนเลย แล้วทุกอย่างจะได้เร็วกว่านี้”

กรรมการบริหารโครงการส่วนกลาง

นอกจากนี้ การดำเนินโครงการอย่างมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขในด้านกฎระเบียบ สำหรับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอยู่ภายใต้ระเบียบของสภามหาวิทยาลัยที่ยืดหยุ่นมากกว่าระเบียบบริหารราชการแผ่นดินที่เป็นกรอบการทำงานของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

“การพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์เป็น excellence center สังกัดสำนักงานปลัดยังมีปัญหาอุปสรรคในการจัดซื้อจัดจ้าง.....ตัดจ่ายไปพักที่โรงพยาบาลไม่ได้ ต้องตัดจ่ายไปพักที่สำนักงานปลัด ในขณะนั้น ท่านสวทอยาก PR ว่าเปิด excellence center มี center ใหม่อยู่ตรงกลางของประเทศ อยู่ตรงด้ามขวาน ก็ต้องมี case ต้องไปยืมเครื่อง heart lung machine..... case ที่ออกข่าว TV ไม่ได้ผ่าด้วยเครื่องของเราเพราะเพิ่งซื้อได้ไม่กี่เดือนนี่เอง”

ผู้บริหาร สปสช.2

5.3 การกำกับคุณภาพบริการและการดำเนินงาน

ด้านคุณภาพบริการและการกำกับการดำเนินงาน อาจกล่าวได้ว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในฐานะผู้ซื้อบริการและคณะกรรมการบริหารโครงการไม่ได้มีการกำกับคุณภาพอย่างแท้จริง เนื่องจากยังมีจำนวนโรงพยาบาลน้อยและส่วนใหญ่อยู่ในระยะพัฒนาศักยภาพบริการ การลงพื้นที่จึงเป็นการนิเทศและประเมินระดับศักยภาพเพื่อใช้ในการวางแผนพัฒนาต่อไป มากกว่าจะเป็นการกำกับคุณภาพอย่างแท้จริง

“ปี 47 เรามี workout ทำเป็น standard ได้เรียนอาจารย์ทั้ง 3 คนว่า ขอให้ยกร่างเป็น national standard สำหรับการดูแล tertiary care อาจารย์ท่านก็ทำให้แต่ไม่ได้ implement เพราะว่า หนึ่ง การยกร่างพวกนี้ centralize ค่อนข้างมาก ยังไม่ได้ผ่านการ peer ไตว์ ทั้งสิ้นก็คือเอาของ American heart association ของอเมริกาไปดัดแปลง สองคือ ใช้แล้ว so what ถ้าไม่ใช้ แล้วทำไม ก็เลยมีแต่เอกสาร document”

ผู้บริหาร สปสช.2

“การควบคุมคุณภาพ ที่ผ่านมาก็ไม่ได้ตั้งธงในการประเมินแต่ทำในเรื่องการพัฒนาเช่น เราไม่กล้าทำประเมินว่าโรงพยาบาลไม่ผ่าน ไม่ให้ทำ เนื่องจาก supply มันไม่พอ จึงต้องไปพัฒนาให้เค้าสามารถทำได้ ใครคิดว่าปีนี้มีเงิน 2,100 แล้วจะดีขึ้นไม่จริงหรอก.... การฝึกอบรมในขณะนี้เป็นการฝึกทักษะ ไม่ได้ฝึกสมอง มีแต่ใช้ know how ที่นำเข้ามาทั้งหมด..... กรมการแพทย์เน้นในเรื่องคุณภาพในสถานพยาบาล competency แต่เรื่อง network เค้าไม่คิด ไม่มีความลึกในการทำงาน”

ผู้บริหาร สปสช. 1

“หลายแห่งที่ไปเยี่ยมมา ไม่ได้ใช้ ICU อย่างที่ควรจะเป็น บางแห่งให้ chronic case นอน on respirator รอเวลาก็มี ไม่รู้เรื่องก็มี occupied เต็มหมด ก็บอกเค้าว่า อย่างนี้คุณต้องมี step-down ward แล้วคือ care ให้ได้ดีเพื่อจะได้บอกไม่ได้ว่า เค้าพอแล้วเค้าออกไปแล้วตายเพราะไม่ได้อยู่ใน ICU ถ้าไปในที่เรเตรียมไว้ มีคน มี respirator อะไรต่ออะไร intermediate care หรือ step-down care สุดท้ายจะเรียก แล้ว ICU รับคนไข้ acute ที่ need จริงๆ ถ้าทำอย่างนี้เค้ารอดหรือโอกาสรอดสูงมาก”

กรรมการบริหารโครงการส่วนกลาง

5.4 การบริหารค่าตอบแทน

“ค่าตอบแทนแพทย์” ไม่ใช่ความคิดดั้งเดิมของการพัฒนาโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงฯ แต่แรงผลักดันจากคณะกรรมการบริหารโครงการและกลายเป็นประเด็นสำคัญ

“ขณะที่เราเริ่มโครงการ excellence center มีข่าวลือว่า สมอเอง board ต่างๆ ไม่ได้บอกว่ากลัว brain drain แต่บอกว่าคุณลงทุนในเทคโนโลยีแล้วมีคนไข้หรือ คุณต้อง train เค้านะ ต้องอะไรต่างๆ แต่ว่าเขาเข้าจริงก็อยากได้ incentive มีการเปรียบเทียบแต่ละ center จะบอกว่ารายได้ของอเมริกาแบบนั้น เรียกว่า pressure ก็ไม่เชิง ไปๆ มาๆ เราก็เห็นด้วย จะได้ตอบโจทย์เรื่อง brain drain เนื่องจากค่าตอบแทนโดนตัวคนจึงเป็นที่พูดกันว่า excellence center เามาใช้เป็นค่าตอบแทน ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกัน แต่จริงๆ เราไม่ได้คิดอย่างนี้ตั้งแต่ต้น คิดที่จะ invest และเติมเต็มต่างจังหวัดให้มาก แต่ว่าคิดไปคิดมา กลายเป็นค่าตอบแทนไป”

ผู้บริหาร สปสช.2

ผู้บริหารสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นว่า “ค่าตอบแทนแพทย์” ไม่ได้แก้ปัญหาสมอเองไหล จากภาครัฐไปเอกชน ขณะที่ยังมีสมอเองไหลในภาครัฐจากชนบทหรือเมืองเล็กสู่เมืองใหญ่ อีกทั้งการให้บริการผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงก็ไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ส่วนประธานคณะกรรมการเห็นว่า “ช่วยแก้ปัญหาสมอเองไหลได้” โดยประเมินจากการที่มีแพทย์รุ่นใหม่เข้ามารับการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะสาขาหัวใจ อย่างไรก็ตามสถานการณ์นี้อาจเป็นผลจากการเติบโตของศูนย์โรคหัวใจเอกชนและต้องการบุคลากรเพิ่มขึ้น เพราะภาคเอกชนจะไม่ลงทุนเองในการศึกษาต่อเนื่อง

“การให้ค่าตอบแทนแบบเดิมมี 2 อย่างที่เห็นคือ 1) ไม่ได้แก้ปัญหา brain drain คือ drain อยู่แล้วหรือคนที่อยู่ที่พูดน้อย เพราะมี incentive ผมถึงอยู่ความจริงก็อยู่ๆ แล้ว ถึงไม่ออกไปอยู่เอกชน มันก็ drain จาก primary care ไปสู่ tertiary care..... หมอเค้าก็อยากย้ายเข้ามาอยู่ในเมืองกัน แต่มันมี

incentive อีก แกมเราจะ recognize คุณเป็น center อีก มันก็ drain 2) หน่วยงานที่รับ incentive ไปไม่ได้เพิ่ม productivity ให้กับ UC สัดส่วนการให้บริการ UC ยังต่ำเหมือนเดิม โดยเฉพาะโรงเรียนแพทย์อย่างน้อย 3 แห่งมีอัตราการให้บริการ UC ต่ำกว่า 50% ทั้งที่รับ incentive เราไป คิดแบบชาวบ้าน ง่ายๆ เราใส่กำลังการผลิตในเครื่อง ด้วย member UC คุณควร produce สุขภาพให้กับคนของเรา โรงพยาบาลใหญ่กระทรวงสาธารณสุขอย่างน้อย 1 แห่งที่ไม่เพิ่ม 50% ก็ 50% เท่านั้นละ ถ้าเทียบปี 45 คุณให้บริการเท่าไร 46, 47 เป็นไปได้ที่คุณเต็มกำลังการผลิตแล้ว แต่เวลาคุณ request ขอ CT, MRI, cardiac cath, accelerator คุณไม่ได้พูดแบบนั้นนี่ คุณพูดว่าคุณจะ”

ผู้บริหาร สปสช.2

“มองในแง่ incentive ที่จ่ายให้ รร.แพทย์ ดูไม่มีค่า ไม่ควรจ่ายเพราะเป็น teaching hospital ไม่ใช่ที่รับส่งต่อ แล้วเรายังให้งบลงทุนเค้าด้วย อย่างศิริราชบอกเลยว่าเค้าจำกัดคนไข้ UC เพราะกลุ่มนี้เค้าสามารถทำเงินได้น้อยกว่าระบบอื่น เค้าก็ต้องดูแลเพื่อความอยู่รอด”

ผู้บริหาร สปสช. 1

“young staff ดีแน่ๆ อยู่แล้ว เป็นการกระตุ้นให้เด็กๆ ขยันทำงาน แล้วเห็นชัดเลย training CVT ซึ่งไม่มีคน train แล้ว ตอนนั้นคนกลับเข้ามา ด้วยความหวังว่าจะทำสิ่งที่อยากทำ หมอเด็กหัวใจก็มีมากขึ้น”

กรรมการบริหารโครงการส่วนกลาง

5.5 ทิศทางการพัฒนา

5.5.1 บทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการซื้อบริการ

ด้วยมุมมองว่า “คำตอบแทน” ไม่ได้เพิ่มผลิตภาพการบริการในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูง และไม่สามารถเป็นที่รับผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ส่งต่อมาจากต่างจังหวัดอย่างแท้จริง เป็นภาระในการบริหารจัดการระดับสถานพยาบาลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อีกทั้งมีผลกระทบต่อบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการตรวจรักษาโรคหัวใจโดยตรงที่ไม่ได้รับคำตอบแทนดังกล่าว การซื้อบริการจึงควรอยู่บนหลักการ “ซื้อบริการที่มีคุณภาพและจ่ายตามปริมาณงาน” แต่เนื่องจากเป็นบริการที่ซับซ้อนส่งผลต่อชีวิตผู้ป่วย ค่าบริการจึงควรครอบคลุมคำตอบแทนผู้ให้บริการอย่างเหมาะสม ชัดเจน และโปร่งใส และมากพอที่จะจูงใจให้ผู้บริหารสถานพยาบาลสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบริการและอำนวยความสะดวกแก่ทีมบุคลากร ทั้งนี้ต้องมีการสื่อสารกับบุคลากรให้ชัดเจนว่า ไม่ได้ยกเลิกแต่เปลี่ยนรูปแบบการจ่ายคำตอบแทนโดยรวมอยู่ในค่าบริการเป็นจำนวนหรือสัดส่วนเท่าไร

“ถ้าพูดเรื่องคำตอบแทนต้องวางแผนในภาพรวมร่วมกันแล้วทอนสัดส่วน กลุ่มไหนได้ก่อนก็หลักไปให้กลุ่มนั้นได้ก่อนถ้าเป็น priority แต่ต้องไม่โดนจนเหลื่อมล้ำกับกลุ่มอื่น..... ต้องยอมรับว่า ค่าใช้จ่ายสุขภาพเราตั้งที่ราคานี้ได้เพราะเขาเปรียบผู้ให้บริการ เราจ่ายค่าแรงต่ำกว่าที่ควรจะเป็น โดย theoretical ควรจะจ่ายอย่างไร assignment pay จ่ายอย่างไร performance จ่ายอย่างไร ตัวเงินเดือนเป็นอย่างไร ทำให้เรียบร้อยเมื่อมีจังหวะที่ต้องเสนอเช่น เข้าแท่งใหม่คุณต้องเสนอละ หรือพอมีรัฐบาลใหม่คุณก็ต้องเสนอละ แต่ข้อเท็จจริงคือไม่ได้เตรียมไว้เลย”

ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข

“อาจเป็นข้อถ้อยใน disease management หรือแยกเป็นหมวดโรคที่มีอัตราตายสูง ส่วนงบลงทุนก็เป็นงบลงทุนซึ่งเค้าจะแบ่งเป็น primary, tertiary ตรงนี้พยายามจะผนวกค่าบริการ + DF + instruments สมมุติว่าเราบอกว่าค่าบริการก็คือค่าที่เราจ่ายอยู่แล้วในปัจจุบัน เช่น OP DRG เป็นต้น ส่วน DF เราก็จะจ่ายให้สำหรับกลุ่มนี้.... สมมุติ 1000 บาทสำหรับบริการนี้ ก็บวกเข้าไปแล้วคำนวณว่าปีหนึ่งมีปริมาณ case เท่าไหร่แล้วต้องใช้เงินเท่าไหร่แล้วก็คำนวณไป เวลาคำนวณแยกเป็นสามส่วน”

“สิ่งที่ตามมาคือต้องทำระเบียบการจ่ายเงิน ให้เค้าสามารถเอา df จ่ายไปได้ อย่างน้อยก็ให้ผู้ให้บริการเห็นว่าเงินที่ได้ไปมีส่วนนี้ด้วย หาก IT เราทำให้เห็นว่าเราสามารถจ่าย DF ได้ก็จะแก้ปัญหาที่เราได้รับชดเชยต่ำ ประเด็นปัญหาคือ itemized billing ยังไม่เกิด สนม.ต้องลงทุนให้มี รพ.จำนวนหนึ่งเป็น lab แล้วทดลองเก็บข้อมูลต่อเนื่องและรพ.เหล่านี้ก็ practice ให้ได้ตามมาตรฐาน ทุกวันนี้ก็โจมตีว่าต้นทุนที่ได้มามากกว่าที่ควรเพราะเป็นต้นทุนตามบริบทโครงสร้างที่เป็นอยู่ ไม่ใช่ต้นทุนของบริการที่ได้ตามมาตรฐาน”

ผู้บริหาร สปสช. 1

5.5.2 ศักยภาพบริการเชิงโครงสร้าง

ขณะที่ยังคงพัฒนาระดับศักยภาพศูนย์หัวใจแต่ละระดับต่อไป ผู้บริหารโครงการส่วนกลางมีแนวคิดในการพัฒนาเครือข่ายรวมถึงโรงพยาบาลที่ไม่เป็นศูนย์หัวใจด้วย เพื่อพัฒนาการดูแลและประคับ ประคองผู้ป่วยในเขตชนบทที่ยังไม่มีศูนย์หัวใจและส่งต่อได้อย่างทันท่วงที รวมถึงการพัฒนาระบบส่งต่อให้เข้มแข็ง ทั้งนี้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการดำเนินงานเครือข่ายก้าวหน้าที่สุดโดยมีขอนแก่นเป็นศูนย์

“ส่วนของศูนย์ต้องเป็นศูนย์จริงๆ ส่วนเครือข่ายก็ต้องพัฒนาให้ได้ตามมาตรฐาน เพราะตอนนี้เราทำแต่ที่ศูนย์แต่ก็ยังไม่ได้มาตรฐาน ตอนนี้ศูนย์เป็น stand alone ต้องทำให้เป็น network ต้องเดินคู่กันไป การทำให้เป็นศูนย์ก็ทำให้เกิดความแออัดไปอีกแบบ บริการที่ชัดๆว่าต้องการความเป็นศูนย์นี้ เช่น หัวใจ รังสีรักษา”

ผู้บริหาร สปสช. 1

“พยายามจะทำเครือข่ายให้ดีให้ได้ เครือข่ายโรงพยาบาลที่ไม่ใช่ศูนย์และที่เป็นศูนย์ เครือข่ายจริงๆ เราเพิ่งเริ่มไม่ถึงปี แต่ที่เริ่มมาก่อนหน้านั้นคือที่ขอนแก่นเพราะเหมาะสมกับเครือข่ายคุยกันในที่ประชุม เห็นว่ามีคนน่าจะ implement ได้ โดยความร่วมมือกับอาจารย์ศักดิ์ชัย ลงไปในชุมชนอะไรภาคอื่นยังไม่ชัด ตอนนี้เรามีประชุมเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวของมาประชุมประสานงานเครือข่าย ทำไปแล้วที่ตะวันออกเฉียงเหนือ อาทิตย์นี้จะไปที่อุบลราชธานี อีสานใต้ เดือนหน้าอีสานเหนือที่ขอนแก่น และลงไปภาคใต้ที่สุราษฎร์ธานี ให้เค้าเข้าใจว่าเราจะทำอะไรให้เค้าได้ รู้ว่ามีอะไรบริการให้เค้าคุยตกลงกันด้วยว่าจะส่งกันยังไง โดยเราแนะนำให้ใช้ทุกอย่างที่มีเช่น IT internet โทรศัพท์มือถือ ถ่ายรูปส่งมาเลย ศูนย์ช่วยอ่าน ECG ส่งสัยอย่างนี้ พี่ว่าไง ไซ้ไหม ปรึกษาหารือได้”

“ที่เน้นป็นคือ referral system ให้ function ได้ ถ้า referral system ได้แล้ว จะลงจากศูนย์ระดับ 4 ไปชุมชนถึง PCU....โดยเราให้ background จุดสำคัญ เจ็บหน้าอกไม่ได้นะ.....รีบไปหาหมอ....ถ้ามาตั้งแต่ต้นเราเปิด re-vascular ทำอะไรให้ กลับไปทำงานเก่าได้หรือใกล้เคียงเก่า หัวใจ result ดีกว่าโรคอื่นเยอะ รักษาแล้วส่วนน้อยอาจตาย...รู้ว่าเป็นโรคหัวใจดีกว่าไม่รู้ ถ้าไม่เป็นก็ป้องกันให้ไม่เกิด ถ้าเป็นแล้วรักษาเร็วเท่าไรยิ่งดี”

กรรมการบริหารโครงการส่วนกลาง

บทที่ 6 การดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจของสถานพยาบาล

ข้อมูลการดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจของสถานพยาบาล 6 แห่งได้จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยเลือกพื้นที่เก็บข้อมูลการกระจายตามภูมิภาค สังกัด และระดับศักยภาพ และเพื่อให้เห็นภาพศูนย์หัวใจชัดเจนขึ้นจึงนำเสนอบริบทของศูนย์หัวใจในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพก่อน

6.1 บริบทของศูนย์หัวใจ

บริบทของศูนย์หัวใจ 6 แห่งแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ ด้านโครงสร้างและสังกัด พัฒนาการและการพัฒนาศูนย์หัวใจ และระดับศักยภาพบริการโรคหัวใจในปัจจุบัน

6.1.1 โครงสร้างและสังกัด

ศูนย์หัวใจ 6 แห่ง เป็นหน่วยงานราชการสังกัดคณะแพทยศาสตร์ 2 แห่ง (แห่งหนึ่งเป็นองค์การอิสระภายใต้กำกับของมหาวิทยาลัย) และสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 3 แห่ง (สังกัดกรมการแพทย์ 1 แห่งและสำนักงานปลัดกระทรวง 2 แห่ง) ซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกันไปสืบเนื่องจากปรัชญาและบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต้นสังกัดและองค์กรเอง

การเป็นหน่วยงานในคณะแพทยศาสตร์มีบริบทที่สำคัญคือ การบริหารงานและการบริหารบุคคลแตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ เนื่องจากผู้บังคับบัญชาของแพทย์คือ หัวหน้าภาควิชาและคณบดี ไม่ใช่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ศูนย์หัวใจที่มีสถานะเป็นองค์การอิสระภายใต้กำกับของมหาวิทยาลัยมีจุดเด่นที่ ความคล่องตัวในการบริหารจัดการ และได้รับการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยในการพัฒนาศักยภาพสู่ความเป็นเลิศด้านหัวใจ แต่ก็มีข้อจำกัดด้านตำแหน่งวิชาการ เนื่องจากถูกจัดเป็นองค์กรบริการไม่ใช่องค์กรวิชาการตั้งแต่ก่อตั้ง และความเป็นศูนย์หัวใจโดยเฉพาะทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยที่มีโรคระบบอื่นร่วมด้วย สำหรับศูนย์หัวใจในคณะแพทยศาสตร์อีกแห่งหนึ่งนั้นอยู่ในระยะพัฒนาให้ได้ตามศักยภาพของมาตรฐานคณะแพทยศาสตร์ซึ่งต้องมีการลงทุนสูงในสภาวะที่งบประมาณภาครัฐจำกัด

ส่วนศูนย์หัวใจสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยทั่วไปมีปัญหาด้านอัตรากำลังวิชาชีพเฉพาะทาง เนื่องจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นทั้งจากการเป็นศูนย์หัวใจและการบริการตติยภูมิระบบอื่นๆ โดยกระทรวงจัดสรรตำแหน่งให้ไม่เพียงพอกับความต้องการของโรงพยาบาล และในด้านการบริหารบุคลากรยังติดขัดที่พยาบาลอยู่ใต้การบังคับบัญชาของฝ่ายการพยาบาล

“ตำแหน่งพยาบาลไม่ได้ทันที ... ปีที่แล้วผมบรรจุได้ 2, 3 คนเอง แพทย์ก็ยังไม่มีตำแหน่งทิ้งไว้ให้เรา ตอนนี้ถ้าแพทย์คนไหนอยากมาอยู่จะจ้างทันทีเลย เพราะตอนนี้ขอมติกรรมการบริหารจ้างเพิ่มขึ้นจากค่าจ้าง 2 เท่าเลย แล้วเราก็อพยพตำแหน่งจากกระทรวง ทุกๆ ปีจะมี staff ใหม่มาเรื่อย แล้วแต่มากน้อย บางรุ่น 10 คน บางปีแค่ 2-3 คน ยังเป็นข้อดีของเขาแต่ไม่ตรงสาขา..... ถ้าคุณเก่งเรื่องหัวใจเราก็จะให้คุณทำเรื่องหัวใจ แต่คุณต้องมาทำงานทั่วไปด้วย เพราะเป็นงานที่แชร์ร่วมกันคือ ER ยังบังคับอยู่เวรเป็นหน้าที่ แต่ OK คุณไม่ทำ คุณจ้างได้ เวลาออก OPD เหมือนกัน บางครั้งอยู่เวรจะให้อยู่แต่เวรโรคหัวใจมันเป็นไปได้ไม่ได้ บางทีต้องหมุนเวียน คุณต้องรับคนใช้อื่นๆ ด้วย.....ถ้าจบมาชำนาญด้านนี้ก็ให้ทำด้านนี้แต่ว่านอกเวลาให้เค้าไปทำที่ไม่เกี่ยวข้องกับหัวใจ.....ในขณะที่เดียวกันเราพยายามหาแพทย์ใช้ทุนรองรับ ทุกอย่างไม่ต้องวิ่งหาเค้าหมด ก็พอประทังไปได้.....เราวางไว้ที่นี้ว่าคนไข้มาเราต้องแก้ปัญหาให้เขาให้ได้ เหลือน้อยมากๆ ที่เราแก้ปัญหาไม่ได้ ก็ส่งไปที่อื่น”

“พยาบาลเริ่มกันตัวเองมากขึ้น งานนี้ไม่ใช่งานของเค้า เป็นงานของหมอ...เราให้บริการบริหารใหม่ให้ทางพยาบาลเราขึ้นกับกลุ่มงานโดยตรงเช่น งานอายุรกรรมก็ควรมีหมออายุรกรรม เป็นผู้ดูแลขั้นต้นไป ฝ่ายการพยาบาลอาจเป็นผู้บันทึกหรือดูแลสุดท้าย เราคิดว่าแบบนี้ดีกว่า คนที่ใกล้ชิดกว่าคุณทำงานดีหรือไม่ดี พิจารณากว่าคนนั้นควรจะได้สวัสดิการเพิ่มขึ้น คนนั้นควรจะขึ้นเป็นหัวหน้าเพราะทำงานดี สภาการพยาบาลมาบอก อย่างนี้ไม่ได้ พยาบาลทุกคนต้องขึ้นกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ทั้งที่เราจัดงานอย่างนี้เพื่อให้งานบริการดีขึ้นได้ใกล้ชิดขึ้น หมอเห็นชัดเจนขึ้น หมอได้สอนเขาได้ดีขึ้น ตอนหลังเราคุยกับฝ่ายการพยาบาลเขาเข้าใจ.....ถ้ารุ่นใหม่ๆ เด็กๆ พอใจ เขาเป็นคนทำงานก็ได้ 2 ชั้นแน่พิจารณาแน่นอนชัดเจน แต่ทางหัวหน้าที่เขาไม่ค่อยได้ทำงาน ไม่ค่อยชอบเพราะเขาเหมือนจะไม่มีอำนาจในส่วนนั้น สภาการพยาบาลเน้นพยาบาลจบใหม่ในการบันทึกเขียน โอกาสช่วยคนไข้ดูแลคนไข้ น้อยลงเยอะ แล้วบอกว่าต้องมีอัตราค่าจ้างเท่านี้ เราอยากให้เด็กหนึ่งมีคนไข้แค่ 30 คน แต่คนไข้เข้ามาที่ 50 คน 60 คน....มาเท่าไรเราก็ต้องรับไว้หมด เพราะฉะนั้นต้องเพิ่มคน เรารับคนเข้ามาก็อยู่ไม่นานก็หายไป....เราจ้างไปเขาเข้ามาแล้วก็หายไป สรุปไม่ได้เพิ่มขึ้น”

“ผ่าตัดหัวใจได้ ไม่ให้หมอคนเดียวต้องมีพยาบาลดมยา scrub ห้องผ่าตัด ตอนนั้นเรามีหมอผ่าตัดหัวใจ 4 คน แต่ก็ติดปัญหาอีก มีหมอเยอะก็ไม่ใช่ว่าจะทำได้เลยอะ ห้องผ่าตัดเรามี พยาบาลส่งเครื่องมือไม่มี ห้องผ่าตัด 1 ห้องต้องใช้พยาบาลส่งเครื่องมือ 3-4 คน พยาบาลดมยาเพิ่ม เพิ่มไม่ได้ ต่อรองตั้งนาน เขาบอกว่าจัดคนเต็มทั้งหมดแล้ว”

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 3

“ผมมีลูกน้องเป็นพยาบาลหัวใจแต่ผมไปสั่งเขาไม่ได้เพราะเขาอยู่ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าเขาเป็นพยาบาล ผมให้สองชั้นก็ได้ นี่เป็นโครงสร้างที่เป็นฟอร์มเหมือนกันหมด ปัญหาทุกที่เหมือนกันหมด ถ้าบอกว่ากลุ่มงานศัลยกรรมประกอบด้วยแพทย์เท่านั้น พยาบาลเท่านั้น OK สั่งได้ แต่ไม่ได้ มันเลยมีปัญหาในการ management ต่อไปเราต้องวางคนไม่เฉพาะแพทย์แล้วแต่ต้องทั้งทีม แล้วก็เกิดปัญหาคือแผนมันไม่ตรงใจ ไม่ใช่ของเราสั่งได้เฉพาะแพทย์แต่พยาบาลเราสั่งไม่ได้..... ปัญหาเรื่องบุคลากรนี่แหละเป็นปัญหาใหญ่ที่ต้องเข้าไปแก้”

อายุรแพทย์หัวใจ โรงพยาบาล 1

6.1.2 พัฒนาการและการพัฒนาศูนย์หัวใจ

โดยทั่วไป โรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์มีศักยภาพในการบริการระดับตติยภูมิสูงกว่าโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพราะมีการพัฒนามาก่อนและมีการอบการพัฒนาตามมาตรฐานแพทยสภา แต่คณะแพทยศาสตร์บางแห่งตั้งภายหลังการมีศูนย์หัวใจในโรงพยาบาลศูนย์ จึงอยู่ในระยะพัฒนามูลฐาน โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งต้องหยุดให้บริการผ่าตัดหัวใจไประยะหนึ่ง เนื่องจากศัลยแพทย์หัวใจลาออกไปอยู่ภาคเอกชน และกลับมาให้บริการใหม่ได้ในปี 2549

สำหรับโรงพยาบาลศูนย์อีกแห่งหนึ่งนั้น การพัฒนาเริ่มจากศัลยแพทย์หัวใจวางแผนพัฒนาและเตรียมการตั้งแต่ พ.ศ. 2540 กระทั่งเริ่มให้บริการได้ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2544 และสวมต่อกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเดือนเมษายนปีเดียวกัน

ผลการวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนตามข้อมูลบริบทและ พัฒนาการ โดยสรุปเป็นดังตาราง 6.1

6.1.3 ระดับศักยภาพบริการโรคหัวใจ

จากการประเมินระดับศักยภาพตามโครงการ excellence center ศูนย์หัวใจสังกัดมหาวิทยาลัยมีศักยภาพระดับ 2 รวมทั้งสถาบันโรคทรวงอกซึ่งมีพัฒนาการมาอย่างยาวนานเช่นกัน ทั้ง 3 แห่งยังเป็นศูนย์ฝึกอบรมในด้านโรคหัวใจ สำหรับโรงพยาบาลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ซึ่งเริ่มพัฒนา นั้นอยู่ในระดับ 3 ระดับเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์พิษณุโลกและยะลา ระดับศักยภาพของศูนย์หัวใจทั้ง 6 สรุปได้ดังตาราง

ตาราง 6.1 ผลการวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนของศูนย์หัวใจ 6 แห่ง

ศูนย์หัวใจ	จุดแข็ง	จุดอ่อน
โรงพยาบาล 1 (กรมการแพทย์)	1. มีบุคลากรศูนย์หัวใจครบสาขา ศักยภาพสูง 2. มี CATH lab	1. ขาดหน่วยบริการระดับตติยภูมิระบบอื่น 2. ให้บริการได้เฉพาะผู้ป่วยอายุมากกว่า 14 ปี
โรงพยาบาล 2 (โรงพยาบาลศูนย์)	1. มีหน่วยบริการทุกระบบ 2. กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนตำแหน่งและค่าตอบแทนพิเศษ 3. ได้รับการสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ราคาแพงจากองค์กร/มูลนิธิ อย่างสม่ำเสมอ 4. ประชากร 3 จังหวัดส่วนใหญ่เป็นมุสลิมไม่นิยมออกนอกพื้นที่ และคนนอกพื้นที่ก็มักไม่เข้ามา	1. ปัญหาเฉพาะพื้นที่ ➢ จำกัดการผ่าตัดเฉพาะในเวลา ➢ ขาดแคลนบุคลากรอย่างหนัก (ทั้งที่มีตำแหน่งและมีค่าตอบแทนพิเศษ) จึงจำกัดประเภทการตรวจที่ใช้เทคโนโลยีและการผ่าตัด (เน้นผู้ป่วยเด็ก) 2. ไม่มี CATH lab 3. การผ่าตัดหัวใจในเวลามีจำกัด (วิสัญญีแพทย์และทีมผ่าตัด) 4. การรองรับคนไข้หลังผ่าตัดหัวใจมีจำกัด (ICU)
โรงพยาบาล 3 (โรงพยาบาลศูนย์)	1. มีบุคลากรศูนย์หัวใจครบสาขา มีศักยภาพตามระดับ 2. มี CATH lab 3. มีหน่วยบริการทุกระบบ	1. การผ่าตัดหัวใจในเวลามีจำกัด (วิสัญญีแพทย์/ทีมผ่าตัด) 2. มีศูนย์หัวใจ 2 แห่งในจังหวัดซึ่งมีปรัชญาองค์กรต่างกัน
โรงพยาบาล 4 (คณะแพทยศาสตร์ 1)	1. มีการพัฒนาสู่ความเป็นเลิศตามศักยภาพของคณะแพทย์ 2. มี CATH lab	1. การพัฒนาให้ได้ตามศักยภาพของคณะแพทย์ขัดแย้งกับปรัชญาองค์กรที่ต้องการให้นิสิตแพทย์ฝึกงานคลินิกในโรงพยาบาลนอกคณะแพทย์ 2. อยู่ในระยะพัฒนาบุคลากรศูนย์หัวใจ 3. การรองรับคนไข้หลังผ่าตัดหัวใจมีจำกัด (ICU) 4. มีศูนย์หัวใจ 2 แห่งในจังหวัดซึ่งมีปรัชญาองค์กรต่างกัน มีผลต่อการ share ทรัพยากร
โรงพยาบาล 5 (องค์กรอิสระภายใต้กำกับของมหาวิทยาลัย)	1. มีบุคลากรศูนย์หัวใจครบสาขา ศักยภาพสูง 2. มี CATH lab 3. เป็นองค์กรอิสระภายใต้กำกับรัฐ การบริหารงานคล่องตัวกว่าหน่วยงานราชการ	1. ขาดหน่วยบริการระดับตติยภูมิระบบอื่น 2. young staff ที่เป็นพนักงานมหาวิทยาลัยไม่ได้เงิน พ.ต.ส. 3. บุคลากรเป็นสาย ข. (ปัจจุบันแพทย์สามารถขอตำแหน่งวิชาการได้ตามเงื่อนไข)
โรงพยาบาล 6 (คณะแพทยศาสตร์ 2)	1. มีบุคลากรศูนย์หัวใจครบสาขา ศักยภาพสูง 2. มี CATH lab 3. มีหน่วยบริการระดับตติยภูมิทุกระบบ	ผอ.รพ.ไม่ใช่ผู้บังคับบัญชา แพทย์ (อาจารย์คณะแพทย์)

ตาราง 6.2 ระดับศักยภาพในการบริการของศูนย์หัวใจ 6 แห่ง

สถานที่เก็บข้อมูล	สังกัด	ลำดับ พัฒนาการ	ระดับ ศักยภาพ	พื้นที่ให้ บริการหลัก	สถานที่ ส่งต่อ
โรงพยาบาล 1	กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	I	2	ภาคกลาง ด้านตะวันตก	-
โรงพยาบาล 2	สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข	IV	3	ยะลา นราธิวาส ปัตตานี	ส่วนกลาง
โรงพยาบาล 3	สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข	IV	3	ภาคเหนือ ตอนล่าง	เชียงใหม่/ ส่วนกลาง
โรงพยาบาล 4	คณะแพทยศาสตร์	VI	3	ภาคเหนือตอนล่าง	ส่วนกลาง
โรงพยาบาล 5	องค์การอิสระภายใต้ กำกับมหาวิทยาลัย	III	2	ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ	-
โรงพยาบาล 6	คณะแพทยศาสตร์	II	2	ภาคตะวันออก เฉียงเหนือ	-

6.2 การดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจของสถานพยาบาล

การนำเสนอในส่วนนี้ประกอบด้วย 8 ส่วนได้แก่ แนวคิดต่อโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจ การบริหารโครงการ ระบบข้อมูลและการเบิกเงิน ระบบบริการการกำกับคุณภาพและผลลัพธ์ การบริหารค่าตอบแทน ผลของโครงการ ผลกระทบของโครงการ และข้อเสนอแนะ โดยผนวกข้อมูลเชิงคุณภาพและจากแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเฉพาะสำหรับผู้บริหารสถานพยาบาล ผู้บริหารศูนย์หัวใจ และผู้ปฏิบัติงานในศูนย์หัวใจทั้ง 46 แห่งซึ่งมีอัตราตอบกลับร้อยละ 60.9, 65.2 และ 58.7 ตามลำดับ

6.2.1 แนวคิดและการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจ

ผู้บริหารสถานพยาบาลและแพทย์ศูนย์หัวใจมีทัศนะพ้องกันว่า สถานพยาบาลระดับตติยภูมิต้องมีศักยภาพด้านรักษาและเป็นแหล่งวิชาการวิจัย ต้องใช้บุคลากรที่มีศักยภาพ เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีระดับสูง รวมทั้งระบบรองรับ แต่การมีเป้าหมายตั้งศูนย์หัวใจทั่วประเทศทำให้เกิดปัญหาในการจัดสรรทรัพยากรทั้งครุภัณฑ์และกำลังคน รวมทั้งการพัฒนาบุคลากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผนวกกับความต้องการตติยภูมิภาครัฐในต่างจังหวัด

“criteria excellence center นอกจากจะเป็น super tertiary care แล้วต้องเป็นแหล่ง train แหล่ง resource วิจัย แต่โครงการ สปสช. ไม่น่าเรียก ไม่ได้สนับสนุนให้เราไปถึง excellence center แต่อยากได้เป้า อยากได้ยอด คุณต้องเน้นโครงการเฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือมหาวิทยาลัย อุดม พอแล้วในภาคอีสานเพราะมีศักยภาพที่จะไปถึง..... ถ้าเอาทุกโรงพยาบาลก็ทำให้ถึงเป้าแล้วค่อยเรียก ควรเปลี่ยนชื่อเพราะเป็นแค่ diseases management level 1 ที่มีเงินเยอะและเข้มข้นกว่า level 2 เป็นแค่รูปแบบหนึ่งของ diseases management”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 6

“..... ควรจะบอกเป็นการพัฒนาการให้บริการด้านโรคหัวใจในต่างจังหวัด เพราะจริงๆ คือ aim มุ่งพัฒนาไปในต่างจังหวัดคือเพิ่มศักยภาพใน area นั้นๆ ก็คือมองว่าเขตไหนควรจะ center ยังไง แต่ขณะเดียวกัน การที่ขยายนี้คือการทุ่มทรัพยากรไปในจุดเหล่านั้น ไม่ได้อยู่ที่ครุภัณฑ์อย่างเดียวต้องคิดถึงจำนวนแพทย์ บุคลากรต่างๆ ที่ปัญหาของ สปสช. โดยคณะกรรมการ excellence center ก็คือ มองว่าทำอย่างไรถึงจะ keep หมอให้อยู่ในต่างจังหวัด ก็โดย add เงินค่าตอบแทน.....เพื่อจะให้คนได้ไปรับบริการที่เขตต่างจังหวัดซึ่งจริงๆ บริบทนี้ก็จะมีความหมายที่มองว่าการรับบริการนี้ต้องอยู่ต่างจังหวัด แต่จริงๆ แล้วศูนย์พวกนี้ก็ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ มีบางส่วนที่มีปัญหา case ยากเขาเพิ่งเริ่ม ก็จะส่งมาที่ส่วนกลางเพื่อให้ส่วนกลางช่วยแก้ไข”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 1

“เรามี excellent center มากเกินไปทำให้เงินกระจาย แล้วก็ในภาพรวมมันเยอะเกินไป สมมติเราเป็น national heart center ก็ต้องกำหนด criteria เพื่อ push ทุกอย่างในนี้เลย แล้วพยายามให้ใหญ่ขึ้นเป็นระดับ national ถ้ากระจายก็ต้องเกลี่ยกันไปซึ่งทำให้แต่ละที่ได้น้อย.....จุดที่ควรสนับสนุนก็ได้เงินน้อยลง....อยากตั้งศูนย์ภาคเหนือ ตะวันออก หรือศูนย์แห่งชาติก็ตั้งไป แล้วก็ push ไปแต่ไปกำหนด 1-4 ทำให้ขาดกำลัง”

“.....ผมว่างบประมาณ training น้อย.....เมื่อเทคโนโลยีที่เข้ามาใหม่เยอะ ต้องเตรียมคน จากนั้นไปจะ effective อีก 3-5 ปี คนของผมไม่ใช่หมายถึง MD แต่หมายถึงทั้งทีมเลยนะ งบเครื่องมือพอจะดันดันได้แต่คนไม่มี บอกว่ามีอะไรก็เสนอไปทางกรม พอเขียนจริงปิดแล้ว มีแต่ equipment ไม่มีประโยชน์ นี่คือปัญหาใหญ่ เราให้ความสนใจในคนน้อยมาก ไม่พูดถึง HA, human resource เลย”

“.....ยกตัวอย่างเช่นการทำเป็น heart center ถ้าพูดถึงงาน treatในแต่ละ center ไม่ว่าสายงานไหนควรจะถือเป็นภาระหน้าที่รับรองความรู้จากสากลเข้ามาประยุกต์กับปัญหาของเรา แล้ว input ความสามารถ ความพยายามของเรา ปรับเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับบ้านเราออกมาภายใต้พื้นฐานความรู้และสร้างเป็นองค์ความรู้ใหม่ที่มีประโยชน์ที่เป็นจริงที่ไม่ได้ตามกันใคร ซึ่ง trend อันนี้ยังไม่ชัดเจน แต่คิดว่าทำได้ถ้าเรามีความพยายาม แล้วถ้าทำได้มันจะเป็น feedback ใหญ่ ทำให้สถาบันเราโตในทิศทางที่แน่นอนและมีความหมาย ไม่ใช่โตแบบอะไรก็ได้เหมือนเมืองนอก อันนี้ทำได้ถ้ามีองค์ประกอบหรือแรงผลักดันเป็น policy ที่ชัดเจน เอื้ออำนวยให้คนที่ทำงานด้านนี้ได้รับการ recognize หรือการ support ที่เป็นจริง excellent center ที่ได้รับการ recognize หรือ volume ของ case มันจะต้องมี innovation กับ criteria เข้ามาด้วย คือไม่ใช่เพียงแต่ว่าทำเยอะแต่มันต้องมีคุณภาพ อันนี้ต้องเป็นหนึ่งใน factor หนึ่งที่จะ recognize ว่า center ไหน break through to target”

ศัลยแพทย์หัวใจ โรงพยาบาล 1

“ต้องชี้ว่า result เป็นอย่างไร อัตราตายก็ร้าย ยกตัวอย่างการทำบอลลูนเส้นเลือดหัวใจ อัตราตายของประเทศอยู่ที่ 2% กว่าๆ แต่ของเรา 0.22%, 10 เท่า เราสามารถชี้ตัวเลขได้อย่างผมผลิต device ปิดผนังหัวใจก็ไม่ใช้เทคนิคฝรั่งนะ เป็นเทคนิคของผมเอง”

อายุรแพทย์หัวใจ โรงพยาบาล 1

“ผมเป็นกรรมการอยู่ ปีแรกๆ ให้ครุภัณฑ์ต่างจังหวัดเยอะ หลังๆ ไปอยู่โรงเรียนแพทย์หมดเลย.....เหมือนกับว่าต้องการพัฒนาศูนย์ภาคให้ดี แต่บังเอิญกรรมการที่ตั้งขึ้นมาส่วนใหญ่มาจากโรงเรียนแพทย์ เลยเปลี่ยน concept ไป เอาเรื่อง case มาคิด เอาเรื่องของความสามารถมาคิด....ก็ shift กลายเป็นว่าไปที่โรงเรียนแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ต้องประกอบคณะกรรมการสมาชิกจากโรงเรียนแพทย์ส่วนกลางทั้งนั้น”

ศัลยแพทย์หัวใจ โรงพยาบาล 2

ด้านการพัฒนาศักยภาพศูนย์โรคหัวใจในการบริการในทัศนะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ เป็นดังตาราง

6.3 ส่วนใหญ่ตอบว่า มีการพัฒนาศักยภาพบริการของศูนย์ฯ เองเช่น ประชุมทำความเข้าใจในการบริการระหว่างบุคลากรภายในศูนย์ฯ (ร้อยละ 90) ไปประชุมวิชาการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในศูนย์ฯ (ร้อยละ 86.7) มีการจัดทำแนวทางการตรวจวินิจฉัยดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ ของศูนย์ฯ (ร้อยละ 86.7) มีการจัดทำแนวทางการจัดการผู้ป่วยและการส่งต่อ (ร้อยละ 80.0) ขณะที่ตอบว่า มีการสื่อสารทำความเข้าใจกับหน่วยงานนอกศูนย์ฯ เกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยโรคหัวใจ เพียงร้อยละ 66.7 ด้านการประชุมวิชาการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในศูนย์โรคหัวใจ ผู้บริหารศูนย์ฯ ตอบว่า มีแพทย์ไปประชุมร้อยละ 76.7 ขณะที่บุคลากรประเภทอื่นไปประชุมร้อยละ 86.7 น่าสังเกตว่าแม้จะมีแผนพัฒนาศูนย์ฯ เพื่อรองรับการปฏิบัติงานในศูนย์โรคหัวใจ แต่เป็นไปตามแผนเพียงร้อยละ 64.3 สำหรับแพทย์ เมื่อพิจารณาตามระดับศักยภาพ ผู้บริหารศูนย์หัวใจระดับ 1-3 ตอบว่ามีการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในสัดส่วน

มากกว่าหรือใกล้เคียงกับ ศูนย์ระดับ 4 ยกเว้นการส่งบุคลากรประเภทอื่นไปประชุมวิชาการหรือฝึกอบรมเกี่ยวกับการปฏิบัติงานในศูนย์หัวใจ

ตาราง 6.3 การพัฒนาศักยภาพศูนย์โรคหัวใจด้านบริการในทัศนะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ

กิจกรรม	มี/ใช่	ไม่มี/ไม่ใช่	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	รวม
1. ในปัจจุบันมีแนวทาง manage ผู้ป่วยโรคหัวใจและรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เป็นแนวทางปฏิบัติของศูนย์ฯ ของท่าน	80.0	20.0	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	84.6	15.4	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	76.5	23.5	0.0	100
2. ในปัจจุบันมีแนวทางการตรวจ วินิจฉัยดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นแนวทางปฏิบัติของศูนย์ฯ ของท่าน	86.7	13.3	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	84.6	15.4	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	88.2	11.8	0.0	100
3. ตั้งแต่ตุลาคม 49-มิถุนายน 50 มีการประชุมทำความเข้าใจในการบริการผู้ป่วยโรคหัวใจระหว่างบุคลากรภายในศูนย์ฯ	90.0	10.0	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	100.0	0.0	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	82.4	17.6	0.0	100
4. ตั้งแต่ตุลาคม 49-มิถุนายน 50 มีการประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยโรคหัวใจ กับแผนกอื่น ๆ ของสถานพยาบาล	66.7	30.0	3.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	84.6	15.4	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	52.9	41.2	5.9	100
5. ตั้งแต่ตุลาคม 49-มิถุนายน 50 มีแพทย์ไปประชุมวิชาการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในศูนย์โรคหัวใจ	76.7	20.0	3.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	84.6	15.4	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	70.6	23.5	5.9	100
6. ตั้งแต่ตุลาคม 49-มิถุนายน 50 มีบุคลากรประเภทอื่นไปประชุมวิชาการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในศูนย์โรคหัวใจ	86.7	13.3	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	76.9	23.1	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	94.1	5.9	0.0	100
7 ในปัจจุบันมีแผนพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับการปฏิบัติงานในศูนย์โรคหัวใจ	83.4	13.3	3.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	84.6	15.4	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	82.4	11.8	5.9	100
8 ถ้ามีแผนพัฒนาบุคลากร ตั้งแต่ตุลาคม 49-มิถุนายน 50 การส่งแพทย์ไปประชุมวิชาการฝึกอบรม เป็นไปตามแผน ฯ หรือไม่	64.3	32.1	3.6	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 12)	83.3	16.7	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 16)	50.0	43.8	6.3	100
9 ถ้ามีแผนพัฒนาบุคลากร ตั้งแต่ตุลาคม 49-มิถุนายน 50 การส่งบุคลากรประเภทอื่นไปประชุมวิชาการฝึกอบรม เป็นไปตามแผน ฯ หรือไม่	82.1	17.9	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 12)	100.0	0.0	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 16)	68.8	31.3	0.0	100

ในการพัฒนาเครือข่ายบริการและการส่งต่อ ผู้บริหารศูนย์หัวใจส่วนใหญ่ตอบว่า มีการประชุมตกลงทำความเข้าใจในการปฏิบัติงานกับหน่วยงานส่วนกลาง (เช่น สปสช. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) และศูนย์หัวใจในเครือข่าย ในสัดส่วนมากกว่า การประชุมกับสถานพยาบาลที่ไม่ใช่ศูนย์หัวใจ ในด้านวิชาการ เป็นการรับความรู้ มากกว่าจะเป็นผู้ให้ความรู้แก่ศูนย์ฯ ที่มีศักยภาพในระดับต่ำกว่า น่าสังเกตว่า ร้อยละ 80 มีคณะผู้ทรงคุณวุฒิประเมินรับรองศูนย์ฯ แต่เป็นการประเมินทุกปีเพียงร้อยละ 63 เมื่อพิจารณาถึงระดับศักยภาพของศูนย์หัวใจ พบว่า สัดส่วนของการตอบว่ามีการกิจกรรมต่างๆ ใกล้เคียงกัน ยกเว้นการพัฒนาเชิงวิชาการแก่ศูนย์ฯ ระดับต่ำกว่าในเครือข่ายเดียวกัน (กิจกรรม 2.2, 4 และ 6) ที่ศูนย์ระดับ 1-3 ทำมากกว่าศูนย์ระดับ 4 อย่างชัดเจนเพราะมีศักยภาพมากกว่า (ตาราง 6.4)

ตาราง 6.4 การพัฒนาเครือข่ายบริการและการส่งต่อระหว่างตุลาคม 2549- มิถุนายน 255 ในทัศนะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ

กิจกรรม	มี/ใช่	ไม่มี/ไม่ใช่	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	รวม
1 มีการประชุมตกลงทำความเข้าใจในบทบาท การจัดการ ภาระงาน และการปฏิบัติระหว่างหน่วยบริหารส่วนกลาง กับศูนย์ฯ ท่าน	90.0	3.3	6.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	84.6	7.7	7.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	94.1	0.0	5.9	100
2. มีการประชุมตกลงทำความเข้าใจในการค้นหาผู้ป่วย ระหว่างศูนย์ฯ ท่าน				
2.1 กับศูนย์โรคหัวใจระดับอื่นในเครือข่ายเดียวกัน	75.9	17.2	6.9	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	76.9	23.1	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	75.0	12.5	12.5	100
2.2 กับสถานพยาบาลอื่น (ที่ไม่ใช่ศูนย์โรคหัวใจ) ในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน	55.2	37.9	6.9	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	61.5	38.5	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	50.0	37.5	12.5	100
3. มีการประชุมตกลงทำความเข้าใจในการรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างศูนย์ฯ ของท่าน				
3.1 กับศูนย์โรคหัวใจระดับอื่นในเครือข่ายเดียวกัน	86.7	10.0	3.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	84.6	15.4	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	88.2	5.9	5.9	100
3.2 กับสถานพยาบาลอื่น (ที่ไม่ใช่ศูนย์โรคหัวใจ) ในพื้นที่รับผิดชอบของท่าน	56.7	36.6	6.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	61.5	38.5	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	52.9	35.3	11.8	100
4. มีการประชุมตกลงทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างศูนย์ฯ ท่านกับศูนย์โรคหัวใจอื่นนอกเครือข่าย (อาจเป็นศูนย์ฯ ระดับเดียวกันหรือต่างระดับ)	63.4	33.3	3.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	69.2	23.1	7.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	58.8	41.2	0.0	100
5. บุคลากรในศูนย์ฯ ท่านเข้าประชุมอบรม วิชาการด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดจากศูนย์ฯ ระดับสูงกว่า ในเครือข่ายเดียวกัน	63.4	33.3	3.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	61.5	38.5	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	64.7	29.4	5.9	100
6. ศูนย์ฯ ท่านจัดประชุมอบรมให้วิชาการด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดแก่ศูนย์ฯ ระดับต่ำ	53.4	43.3	3.3	100

กิจกรรม	มี/ใช่	ไม่มี/ไม่ใช่	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	รวม
กว่า ในเครือข่ายเดียวกัน				
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	61.5	38.5	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	47.1	47.1	5.9	100
7. มีคณะผู้ทรงคุณวุฒิประเมินรับรองศูนย์ฯ ของท่าน	80.0	20.0	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	76.9	23.1	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	82.4	17.6	0.0	100
8. จากข้อ 7 ถ้ามีการประเมินรับรอง เป็นการประเมินทุกปีหรือไม่	63.0	18.5	18.5	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	60.0	20.0	20.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	64.7	17.6	17.6	100

6.2.2 การบริหารโครงการ

การบริหารและดำเนินการในลักษณะเครือข่ายบริการค่อนข้างชัดเจนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีทีมแพทย์และพยาบาลออกไปตรวจคัดกรองประชาชนและทำความเข้าใจกับทีมแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัดอื่นๆ เกี่ยวกับระบบบริการของศูนย์และการส่งต่อ ขณะที่ศูนย์อื่นมีเครือข่ายเพียงบางจังหวัด

“เครือข่ายที่นี้ เข้มข้นที่สุด เราประชุมสร้างเครือข่ายหลายครั้ง ระบบ refer กำหนด zoning ชัดเจน heart center ที่ทำได้ complete มี 4 แห่ง คือราช อุบล และขอนแก่น 2 ที่ แต่ละแห่ง cover population บางที่ catchment ก็ 5 ล้านกว่าคนแล้วแต่ศักยภาพ กำหนดจังหวัดกันเลย แบ่งกันไป มีการประชุมจังหวัดเพื่อจะได้ refer เป็นที่ที่”

อดีตผู้บริหารโรงพยาบาล 5

“เรามีคลินิกหัวใจส่งไปตามจังหวัดตั้งแต่ 43-44 ทำโครงการไปโรงพยาบาลจังหวัดทุกจังหวัดในภาค ประชาสัมพันธ์คนไข้ในตัว แรกๆ คนไข้กลุ่มนี้จะเยอะ เป็นการสร้างเครือข่ายและทำความเข้าใจกับระบบ สอน ให้ความรู้ ตรวจคนไข้ นัดคนไข้มาผ่าตัด คุยกับการเงินกับเภสัช ระบบส่งต่อ 6-7 ปีแล้ว โรงพยาบาลที่เป็น excellence center อยู่แล้วเราก็ไม่ยุ่งกับระบบเคามาก เพียงแต่ join ทำความรู้จักกัน แพทย์ผ่าตัดที่นั่นก็ลูกศิษย์อาจารย์ ที่ไปมีศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ หมอเด็ก คนไข้เด็กเยอะ หมอเด็กไปทุกครั้ง ให้บริการด้วย ปีนี้ทำเครือข่ายในจังหวัด 10 โรงพยาบาลนำร่องเป็นโรงพยาบาลชุมชน ได้ทุนจาก สปสช. เป็นการสร้างเครือข่ายรักษาโรคหัวใจ ACS กับเปลี่ยนลิ้นหัวใจ มี CPG ให้โดยเรา move ไป กำลัง set กับ สสจ.”

ทีมพยาบาลผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาล 5

“การขยายเครือข่ายเราจับกับ รพท. ที่ชัดมากคือเพชรบูรณ์จนเค้ามี protocol ทั้งจังหวัด เรื่อง STEMI รพท. จังหวัดนี้เองยังไม่ได้รับอนุญาตให้มี streptokinase จึงต้องทำ fast track คือ รพท.ส่ง fax EKG มา เราตาม cardiologist มาอ่าน เปิดทางด่วนให้ เราบริหารจัดการขั้นต้น ER ช่วยเราได้มาก ตอนนี้เรารองรับที่ CCU เลย โกลาหลมาก คนไข้มาที่อาการหนัก บางที่ dead เพราะกว่าจะรู้ตัวเจ็บหน้าอกมาหาเราก็เป็นมาก”

หัวหน้า CCU โรงพยาบาล 3

บางท่านหยิบยกประเด็นปัญหาการบริหารโครงการระดับส่วนกลางและระดับองค์กรซึ่งมีทั้งที่เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างและส่วนที่เป็นปัญหาเฉพาะที่

“ผมบังคับบัญชาหัวหน้าศูนย์ทั้ง 3 ไม่ได้เลย.... ก่อนหน้านั้นมีการเลือกกรรมการแต่ละ center เราได้อาจารย์.....ซึ่งเป็นคนดีคนเก่งแต่งงานเยอะ อาจารย์ไม่เคยไปประชุมเลย.....เท่าที่ทราบ เราเลยเสียผลประโยชน์”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 6

6.2.3 ระบบข้อมูลและการเบิกเงิน

6.2.3.1 ระบบข้อมูล

สถานพยาบาลต้องมีการจัดการเพื่อให้ระบบข้อมูลถูกต้องสมบูรณ์ตามเกณฑ์ของ สปสช. จึงจะได้รับค่าบริการเต็มเม็ดเต็มหน่วย และเป็นการพัฒนาระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลด้วย

“อาจารย์ประดิษฐ์เคยมา บอกสงสาร เราส่งข้อมูลไปไม่ค่อยดีแทนที่จะได้มากกลับได้น้อย ไม่ complete เลยปรับระบบใหม่ เาพยาบาลที่มี หัวทางด้านนี้ออกจากตึกไปนั่งอยู่ที่ห้องศูนย์จัดเก็บรายได้ ขอเจรจากับฝ่ายการพยาบาล ตั้งทีมมา 4,5 คน แล้วอบรมพวกหมอพวกพยาบาล ให้ช่วยหมอนในการสรุป chart ให้ถูกต้อง ช่วยได้เลยอะ มันเป็นเรื่องสำคัญ ถ้าไม่ทำอันนี้ก็เจ๊ง”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 2

“โครงการ 8,000 ดวง มีการ train manager ให้ มีการลงข้อมูลตามฟอร์มของ สปสช. สปสช.มา present ให้เห็นภาพรวมประเทศ เห็นผลในทีเดียว เร็วมาก ข้อมูลทำในนามคณะกรรมการบริหารจัดการรายโรค การเงิน, IT, ER, OPD ที่เกี่ยวข้อง ประธานคือผู้อำนวยการโดยตำแหน่ง”

หัวหน้า ER โรงพยาบาล 5

“การเก็บข้อมูลเป็นระบบมากขึ้น เมื่อก่อนส่งแบบฟอร์มไป ตอนนี้เป็นไฟล์ นื่องที่อยู่ CCU เป็นเลขา med เล้าเป็น manager เก็บ ให้อยู่เข้า เพื่อทำข้อมูลโดยเฉพาะเพราะต้อง link กับกระทรวงตลอดเวลา เวชระเบียนอยู่ในทีมด้วยเป็นคนลง ICD ที่เกี่ยวกับโรคหัวใจ ทำเป็น center เพราะบางที่มี case ที่ไม่ผ่านศูนย์หัวใจเหมือนกัน ตอนนี้นั้ปัญหาคือ เราไม่มีเครื่องคอมพิวเตอร์ internet ป็นี่ต้องคุยกัน เราส่งเป็นงบกลางก็ถูกตัดบอกว่าควรซื้อเครื่องมือใหญ่ๆ คอมพิวเตอร์จะหา sponsor ได้ ต้องคุยกับหมอ cardio สองหมื่นก็ได้แล้ว ที่ผ่านมามีปัญหาเยอะ ส่งไฟล์ไปกระทรวงต้องเดินไปห้องสมุด”

หัวหน้า CCU โรงพยาบาล 3

“disease manager ต้องมี user name และ password เพราะ disease manager ต้องบันทึกข้อมูลคนไข้และการเรียกเก็บ เหมือนประสาน และจัดการข้อมูลให้ สปสช.มากกว่า แต่ความหมายของ diseases manager ของสถานพยาบาลเราจะมองไปถึงการพัฒนาคูณภาพเป็น บทบาทเชิงวิชาชีพ ข้อมูลน่าจะเป็นเรื่องข้อมูลไป ทุกวันนี้ทำแต่ข้อมูล ด้านคุณภาพทำผ่าน patient care team ซึ่งมีอยู่เดิม เราเลยไม่ลำบากนัก ที่จริงควรลงเชิงวิชาชีพไปตามความหมายที่แท้จริง ในต่างประเทศจะทำบทบาทด้านรักษาพยาบาล นี่พอ สปสช. ต้องการข้อมูล รายงานมีอะไรบ้าง RW เป็นอย่างไร manager ก็วิ่งตาม”

ทีมสนับสนุนโรงพยาบาล 6

สถานพยาบาลได้รับข้อมูลการจัดสรรค่าบริการจาก สปสช. ตามระบบ disease management เป็นภาพรวมของจำนวนเงินและผู้ป่วย บางแห่งต้องการข้อมูลสะท้อนกลับเพื่อการบริหารจัดการภายใน เนื่องจากไม่มีระบบข้อมูลภายในที่รองรับการจัดการข้อมูลที่ต้องการ

“เราไม่เห็นในภาพรวม..... ใน 6 ปีนี้ นี่ไม่เคยส่งข้อมูลของโรงพยาบาล กลับไปให้เจ้าตัวเอง เล้าน่าจะให้ข้อมูลเป็นภาพรวมของโรงพยาบาลมาแล้วโรงพยาบาลเขาไปดูข้อมูลเขา เขาก็ยังมีโอกาสได้พัฒนา”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 3

“ถ้าเป็น diseases management ต้องลงทะเบียนแยก แต่เราไม่สามารถตรวจสอบข้อมูลเป็นรายบุคคลได้เลยว่า สปสช.ส่งเงินมา ไม่มาอย่างไร..... ตอนที่เราไม่มี excellence เราก็ปรับตัวมาช่วงหนึ่งกำลังเข้าที่ การ flow ข้อมูลเชื่อมต่อได้ระหว่างกลุ่มที่ทำงาน คนไข้มาตรวจสอบสิทธิก่อนสิทธิอะไร refer มาใหม่ discharge ทุกคนต้องถูก key เวลา สปสช. จ่ายเงินมา ถูกเทกลับมามีความคิดว่าเป็นไปตามเกณฑ์การจ่ายเงินใหม่ คิด RW เท่าไร adjust เท่าไร ตรงนี้จ่ายหรือไม่จ่าย denied มาใหม่แต่ละกลุ่ม ระบบข้อมูลเดิมเราเคยได้ สปสช. เคยตอบกลับมา รายงานมีหมด เราส่ง 100 ราย สปสช.จ่ายเงินให้เรา 98 ราย ค่าใช้จ่าย charge cost เท่านั้น เียบแล้วต่ำกว่าเท่าไร เราบริหารต่อได้ ระบบ refer เรียกเก็บที่ไหนอย่างไร ชัดเจน พอระบบ diseases management มา กระบวนการเราป่วนหมดเลย รองรับไม่ได้ เป็นทุก center เราเสนอไปว่าขอให้ทำเป็นรายงานได้ เล้าก็รับรู้แต่เหมือนเดิม ถ้ามวลลงทะเบียนไปก็ case ทางนี้บอก 600 แต่ สปสช.จ่ายมา 400 ทางนี้ก็ไม่รู้หรอกว่า เป็นใครบ้าง เช็คไม่ได้ว่าลงจริงหรือเปล่า ผู้บริหารอยากทราบค่าค่าใช้จ่ายที่เราใช้ไปเป็นอย่างไร ก็ไม่ปรากฏ ระบบเดิมเคยเช็คข้อมูลได้ สปสช. ประกาศ RW 16000 แล้วปรับเป็น 13000 แต่จ่ายจริงไม่ถึง ตอนหลังให้ key แต่ operation ทำอะไรบ้าง แต่ไม่มีช่องให้ key

ค่าใช้จ่าย (คือ charge ตามอัตราของโรงพยาบาล ---นักวิจัย) ให้เหมามาว่า เป็น OPD ก็ case แต่เช็คไม่ได้ว่าใครบ้าง ถ้าต้องการรู้ก็ต้องทำเพิ่มเอง เลยไม่มีข้อมูลที่จะไปต่อยกกับ สปสช. ตัวระบบไม่ใส่ charge cost เพราะจ่ายเหมา ถ้าโรงพยาบาลต้องการก็ต้องทำเอง แต่ผู้ปฏิบัติจะเหนื่อย เลยไม่ได้ทำไปโดยปริยาย”

ทีมสนับสนุน โรงพยาบาล 5

6.2.3.2 การเบิกเงิน

ในภาพรวมสถานพยาบาลได้ค่าบริการจากระบบ disease management ไม่ต่ำกว่าระบบเดิม (DRGs) หากคุณภาพการรักษาอยู่ในเกณฑ์ เนื่องจากยังคงแยกเบิกค่าอุปกรณ์ได้ตามเดิม ส่วนค่าตอบแทนบุคลากรมีการจัดสรรให้เฉพาะตามปริมาณและประเภทของงาน และผลลัพธ์

“ผมว่าไม่เดือดร้อนนะ เพิ่งประชุมกัน ปีที่แล้วรายรับของเราอยู่ที่ 500 กว่าล้าน จากกรมบัญชีกลางประมาณ 45% คือ 200 กว่าล้าน รายจ่าย 400 กว่าล้าน เพราะฉะนั้นภาพรวมก็อยู่ได้ ระบบของ สปสช.ที่ให้ case ค่าใช้จ่ายสูงไม่ขาดทุนหรอก..... ถ้าไรนิดหน่อย สรุปว่าอยู่ได้นะ”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 2

“ผมเคยเช็คเลยนะ High cost ของ open heart นี่ถ้าเป็น case ที่ไม่มี complication นี่ได้กำไรนะ ถ้าเป็น simple case โรงพยาบาลได้ พอรู้ข้อมูลนี้ หลังๆ มีคนอยากทำเยอะเลยนะ disease management เขาให้แต่ค่ารักษา ค่าอุปกรณ์ยังได้เหมือนเดิม ไม่มีทางขาดทุนหรอก เพราะว่าค่าวัสดุค่าเครื่องก็ยังแยกเบิกต่างหากเหมือนเดิม แปรผันดวงให้ค่าตอบแทนต่างหาก 8,000 บาท มีนอกเวลาด้วย นอกเวลาให้อีก นิดหน่อย จะมาขาดทุนได้อย่างไร เพราะที่หนักก็ค่าอุปกรณ์พวกนี้ละ ถ้าเป็น case ยากก็ต้องไปเฉลี่ยขาดทุนกับ case ง่ายๆ ถึงบอกว่าเรื่องความมันเกลี้ยไม่ได้ใจ เพราะถ้าเอา case ง่ายๆ ไปให้ที่อื่นหมด ก็ไม่มี case ง่ายๆ มาเพิ่มรายได้ เรื่องความมันมีปัญหาเรื่องเกลี้ย”

ศัลยแพทย์หัวใจ โรงพยาบาล 2

“.....ยอดที่เราคิดไปกับ case ที่มีปัญหาซึ่งยุ่งยากและแพง คือ สปสช.จ่ายที่เป็นกรณี case ธรรมดา ตัวเลขเราเห็น 20 ล้านแต่มา 10 ล้าน อีก 10 เราเห็นแต่ยังไม่มาแต่เราต้องจ่ายค่าของก่อน รวมแล้วก็อยู่ได้เพราะ complication เราน้อยอัตราตายน้อย พวกนี้เป็นตัวเลขที่จะทำให้เราขาดทุนเพราะค่ากรณี mortality rate 5% โรงพยาบาลไหนอาการแทรกซ้อนเยอะจะขาดทุน ของเรา volume สูงแต่อัตราพวกนี้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ที่นี้ class 1, 2 ไม่สมดุลกัน case จะยากขึ้น aneurysm มากขึ้น case ที่ต้องทำ stent ต้อง co- กับ med ค่าใช้จ่ายก็สูงขึ้น per case ไม่ได้ แต่ค่าเฉลี่ย OK เพราะทำเยอะ class 4 เยอะขึ้น เป็น case หนัก”

ทีมผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาล 5

แต่พบว่ามีปัญหาบ้างในกรณีผู้ป่วยได้รับการแบบเบ็ดเสร็จ (one stop service) และมีการทำหัตถการที่ซับซ้อนเพิ่มเติมเนื่องจากเป็นการจ่ายแบบเหมาตามประเภทการรักษา

“แปรผันดวง claim ได้น้อยกว่าด้วยซ้ำก็ disease management program ปัญหานี้ยิ่งแยกว่า class 1,2,3,4 อย่างเดิม คนไข้มาถึงเราทำ one stop service มาถึงปัคนไข้คิดสินบนรอเพื่อผ่าตัดเลย เพื่อให้ได้เร็ว เรามารู้ทีหลังว่าพอเราทำแล้วส่งไป claim เราได้น้อยลงเพราะเขาเหมาจ่ายไม่ว่าเราจะไปทำหัตถการอะไรเพิ่มอย่างจืดสีก่อน กลายเป็นว่าถ้าเราอยากได้เงินเพิ่มเราต้อง discharge คนไข้ไปก่อนแล้วกลับมาผ่า เขาถือว่าเป็นการตรวจเพื่อจะผ่าตัดเหมารวมอยู่ในการตรวจ แต่ว่าผ่าออกมาปกติเขาเหมาแปดหมื่นบาท..... ถ้าเกิด RW หรือคิดค่าใช้จ่ายจริงๆ ก็ OK แต่นี่บอกเหมาแล้วเพราะฉะนั้นตรวจเสร็จก็กลับ แล้วคราวหน้ามาใหม่ก็ได้แปดหมื่น เพราะฉะนั้นการบริการคนไข้ก็จะแย่ลง คือแทนที่จะมานอนโรงพยาบาลแล้วทำไปเลย คุณบอกว่าคุณพัฒนาแต่คนไข้ได้รับความสะดวกน้อยลง โรงพยาบาลได้รับการจ่ายน้อยลง เหมือนเป็นการลงโทษโรงพยาบาล”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 1

ประเด็นที่ผู้บริหารสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสะท้อนตรงกันคือ ระบบการเบิกเงินของ สปสช. มีหลายขั้นตอน และได้รับเงินล่าช้า เมื่อเทียบกับกลุ่มสิทธิข้าราชการ

“จ่ายเงินเป็นช่วงๆ ฆรรักษาคนไข้คนหนึ่งไป เดือนแรกจะจ่าย 30% พอเดือนที่ 6 จะจ่าย 30 % หนึ่งปีค่อยจ่ายอีก 40 % ผมต้องเสียเวลาถามอีก 3 ครั้งเพื่อดูว่าผมได้เงินนี้หรือเปล่า ผมต้องทำงานมากกว่าเดิม 3 เท่า.... ระบบการจ่ายเงินของเขามิได้ทำให้คนทำงานง่ายขึ้น แต่ทำให้ทำงานมากขึ้นกว่าเก่า real time ก็จริง มันต้องแบ่งจ่าย 3 ตอน เหมือนต้องทำบัญชี 3 หน ผมจะมีโอกาสเช็คครบไหม เดือนนี้ผมเคลมไป 2,000 คน จ่ายมา 1,800

คนอีก 200 คนไม่ได้จ่าย เดือนหน้าผมเคลมไป 2,000 จ่ายมา 1,800 ใน 1,800 นี่มีเดือนที่แล้วติดมา 3 คน 3 คนนี้คนไหนละผมต้องไปเสียเวลาหาเอง ที่หลุมมีเยอะ ผมไม่มีเจ้าหน้าที่..... สมัยก่อนเราครบจ่ายปุ๊ป มันเคลียร์ได้ง่าย กรมบัญชีกลางตอนนี้เขาจ่ายมา 80 % ปลายปีจ่ายตามมาอีก 20% พอเราเคลมไปเขาจ่ายมา 80% เลยอีก 20 เขาบอกว่าปีนี้เจ็บป่วยมากหรือน้อย ถ้าเจ็บป่วยน้อยลงก็ถัวเงินคืนเยอะ"

ผู้บริหารโรงพยาบาล 2

6.2.4 ระบบบริการ การกำกับคุณภาพและผลลัพธ์

6.2.4.1 ระบบบริการ

สถานพยาบาลมีการจัดระบบบริการที่ยึดคนไข้เป็นศูนย์กลางตั้งแต่ห้องบัตร การตรวจที่ซับซ้อน (invasive investigation) แพทย์อายุรศาสตร์หัวใจ จนถึงการทำผ่าตัดโดยแพทย์ผ่าตัดหัวใจ ทั้งกรณีคนไข้มาเองหรือมาจากการส่งต่อ โดยมีการจัดสรรจำนวนรายว่าจะทำในเวลาหรือนอกเวลานั้น สามารถเพิ่มปริมาณการตรวจรักษาและผ่าตัดทำให้วันที่เคยยาวสั้นลงยกเว้นในจังหวัดที่มีบุคลากรจำกัด อย่างมากและไม่สามารถทำนอกเวลาได้ การผ่าตัดหัวใจเป็นการรักษาที่สัมพันธ์กับการตรวจวินิจฉัยในแผนกอายุรศาสตร์หัวใจและทีมผ่าตัด (forward relationship) และการดูแลหลังผ่าตัดในแผนก ICU และ ward (backward relationship) โดยทั่วไปปริมาณการผ่าตัดสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนผู้ป่วยที่ ICU จะดูแลได้ ส่วนศูนย์ฯ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขอาจมีปัญหาห้องหรือทีมผ่าตัดร่วมด้วย

"เรามี connection กับโรงพยาบาลโดยรอบ เรา clear คิวให้ได้ คนไข้ไม่ต้องไปกรุงเทพ หมอส่วนใหญ่รู้เลยว่า ถ้าเป็นหัวใจโดยตรงเราทำได้ค่อนข้างเร็ว refer มานี่เยอะกว่า new case ที่มา med ในแต่ละวัน 60-70% เป็นบัตรทอง เราบริการเหมือนกันหมดคือ med เป็นด่านแรกที่เจอคนไข้ ก่อนมาถึงเรา พยาบาลข้างหน้ากับแผนกบัตรจะเขียนมาก่อนว่า เบิกได้แบบจ่ายก่อนเบิกคืนที่หลัง หรือจ่ายตรง หรือ 30 บาทส่งตัวมา เราเปิดดูแล้วถ้าสิทธิใช้ได้ ก็ดำเนินการเต็มที่ อย่าง valvular ต้องทำ ECHO ก็ทำ ตอนนั้นเราทำดีกว่านั้นอีกคือรู้ว่า economic คนไข้ยังมีค่าเหมาะสมตรวจที่พันสองพัน เรามี cardio-med 4 คนออก OPD วันละ 2-3 คนมี fellow ช่วย 1 คน ถ้าคนไข้ชาวบ้าน 30 บาทเป็น valvular heart หนักๆ ที่ refer มาเราพยายามตรวจเข้า EKG เรียบร้อย ทำ ECHO ให้เสร็จในวันเดียว ถ้าต้องผ่าตัด นัดคิวมาเข้า cardiac conference กับ CVT ซึ่งมีทุกพุธ เราจะมีคนไข้ ECHO เข้า conference เฉลี่ยอาทิตย์ละ 20 กว่าคนเป็นอย่างต่ำ นี่ยังไม่นับ CAPG อีกส่วนหนึ่งที่เรารับ clear อาทิตย์ต่ออาทิตย์ ทำให้เรา short คิวผ่าตัดได้เหลือ 2-3 เดือน ถ้าคนไข้แยกว่านั่นเช่น MF แล้วมีก้อนเลือดใหญ่มาก ก็มี channel เข้า admit แล้วผ่าเลย เราพยายามลดขบวนการตรวจให้เสร็จวันนั้นแม้แต่ ECHO ยกเว้นต้องทำ CATH ต้องไปห้องสวนหัวใจ เสียเวลานิดหนึ่ง ECHO จะทำเสร็จวันนั้นเลยประมาณ 80-90% คิว CATH เต็มที่ไม่เกิน หนึ่งเดือนเพราะเราจัดสัตรีเตรียมผ่าตัดได้หมดทั้ง 4 คนที่ออก OPD cardio-med ตอนนั้นคิวทุกคนไม่เกินเดือน ผมเพิ่งจบ fellow มาจากจุฬา ถ้าคิวผ่าตัดที่จุฬานี้ไม่ต้องพูดถึง รู้ๆ กันว่านาน 6 เดือน ยกเว้น emergency ถ้าเป็น elective ก็นาน ส่วนหัวใจที่จุฬามีคนทำ 3 คน น้อยกว่าที่นี้และห้องก็มีแผนกอื่นใช้ด้วย ฉะนั้นคิวสวนหัวใจได้ประมาณเดือนกว่าๆ สองเดือน ที่นี้เร็วกว่า"

อายุรแพทย์หัวใจ โรงพยาบาล 5

"ยังมีคิวผ่าตัดอยู่ ของผมไม่เกิน 2 อาทิตย์คือเนื่องจากหมอผ่าตัดหัวใจ case ซับซ้อนหรือ case ผ่ามาก ก็ต้องยอมรับว่าเป็น flavor ของอาจารย์ คิวก็จะยาว"

"การตามคนไข้ โทรศัพท์ตาม จดหมายก็มี ที่ผ่านมามีต้องยอมรับว่ามีปัญหา คือช่วงทำนาคนไข้ไม่ยอมมา ยอดการผ่าตัดลดลง คือช่วงกรกฎาถึงตุลา หลังจากนั้นขึ้นใหม่"

ศัลยแพทย์หัวใจ โรงพยาบาล 5

"คิวมีแต่คิวผู้ป่วย elective..... พวกหัวใจเต้นผิดจังหวะคิวผมหนึ่งปี แต่ถ้าเป็นฉุกเฉินเช่น พวกไหลตาย หัวใจบีบตัวไม่ดี หัวใจเต้นผิดจังหวะที่มาจากต่างจังหวัด เราจะ admit ก่อนเป็นอันดับแรก ถ้าเราไปนัดเต็มศักยภาพเรา คนที่หนักๆ มาจะไม่ได้ทำ ต้องมานั่งแบ่งว่าคนไหนคือคนที่ไม่ด่วน โดยทั่วไป คิวผ่าตัดหัวใจที่ลดลง 3-6 เดือน ที่นี้การนัดนอกเวลาคือมี limit ข้อจำกัดคือ หนึ่งคนไข้คนนั้นต้องไม่ใช่ case ฉุกเฉินที่เรียกว่า abuse เช่นเส้นเลือดตีบเฉียบพลันมาถึงตอนสี่โมงเย็น บอกญาติว่าต้องทำ balloon เตือนั้นนะ ถ้าไม่ทำตายแล้วเรียกเงิน อย่างนี้ไม่ได้ ถ้าเป็น acute MI เข้ามาก็ต้องทำเลยถึงแม้จะไม่จ่ายนอกเวลา หรือผ่าตัดลิ้นหัวใจ สอง ต้องไม่ใช่ case ที่หนักที่เสี่ยงกับคนไข้ มาทำ สาม ใน

เวลาต้องไม่ลดลง ถ้าจะต้องเป็น senior staff.... คนที่ทำไม่ได้จะไม่ค่อย set นอกเวลา..... นอกเวลาของเราตั้งใจทำเพื่อคนไข้ได้รับประโยชน์.... หมอได้ประโยชน์รองเพื่อ keep staff ไว้ อีกอย่างผลกระทบคือ คนไข้จะได้รับคิวเร็วขึ้น พวกที่ไม่มีตังค์ก็จะได้คิวเร็วขึ้น เค้าเต็มใจ ถ้าไม่ด่วนส่วนมากเราไม่ค่อย set นอกเวลา เราถือว่ามันเป็นเรื่องจรรยาบรรณและก็เป็นความคุ้มกันด้วย”

ผู้บริหารโรงพยาบาล โรงพยาบาล 1

“อย่าง case หนักๆ คนไข้เส้นเลือดอย่างนี้ บอกผ่าดีกว่า ไม่ทำ balloon แต่เราทำได้ เพราะเรารู้ศักยภาพเราทำได้ คนไข้เราไม่มีอัตราเสี่ยง ข้อดีของ excellent center ของ สปสช. คือ เราสามารถทำ complex diseases ได้โดยไม่ต้องไปคำนึงถึง budget มากนัก เราเป็น excellent center คือความเฉพาะของสถาบันเรา แรกๆ มีข้อจำกัด หลัง ๆ มีการปลดเรื่องเงินได้ ถ้าหนักมาก ผ่า ถ้าคำนึงเรื่องเงินมาก ไม่ถูก หลังๆ มีคำตอบแทน เป็นส่วนหนึ่ง แต่ไม่ถึงกับลืมนะ strategy คืออะไร กลยุทธ์คืออะไร เพราะถ้าไปคำนึงเรื่องเงินมากจะมีปัญหา เพราะจะทำให้เราไม่ได้เห็นความแตกต่าง ต้อง keep standard ให้ได้มาตรฐานเหมือนกัน แต่ว่าบางจุดมันก็ต้องคำนึง ต้องยอมรับว่าผู้บริหารก็เป็นปัญหา คือ case จริงๆ มันก็มีความยากความง่ายแล้วแต่นะ เราก็ไม่รู้ 100% ปัจจุบันเราทำ case ยากขึ้นเรื่อยๆ เรารู้ สมมติผ่าตัดบอลลูนเส้นเลือดหัวใจ ถ้าเป็นที่หัวใจสมัยก่อนไม่ทำนะ สมัยนี้ทำแล้ว คนไข้ต้น 100 % เมื่อก่อนไม่ทำเดี๋ยวนี้ทำแล้ว อัตรา 70-80%”

อายุรแพทย์หัวใจ โรงพยาบาล 1

“เราผ่า open heart แค่ 2 วัน วันอื่นทีม OR ก็ต้องไปทำอย่างอื่น ที่นี้เราพยายามให้ทำได้ทุกอย่างเพราะเวลาอยู่รวมกันหมดกันอยู่เวรและอยู่เวรต้องทำทุกอย่าง ที่ผ่าเป็น class 2 กับ 1 เป็นส่วนใหญ่ 3,4 น้อย ที่ผ่าสับดาห้ละ 2 วันเพราะเราไม่มี ICU CVT ที่นี้เราจะเป็น ICU รวมแต่ผมจะขอให้ 1 เติ่งในวันทีมผ่าตัดนะ แล้วคนที่ขึ้นมาดูก็ไม่ใช่คนที่อยู่ในทีม ก็คือพยาบาล ICU นั้นแหละแต่ขึ้นมาดูต่างหาก เข้า บ่าย ตึก คือขึ้นมาดูคนไข้คนนี้โดยเฉพาะ เอาแค่ 3 เติ่ง เข้า บ่าย ตึก เราผ่าเข้าไข้ใหม่ บ่ายก็ off tube แล้ว เข้าก็เรียบร้อย เข้าก็เข้าไปในทีม..... ที่นี้ anesth หนึ่งคน เกรงใจพี่เค้าดูทุกห้องเลย เราผ่าซีกสิบโมงเช้าเสร็จซีกบ่ายสอง ก็เผื่อเราที่ต้องเผื่อเองดูเอง ก็ OK”

“จะไปเกลี้ยคิวอย่างไร เพราะคนไข้รออยู่ที่บ้าน เมื่อไรจะผ่าก็ admit ก็วิ่งไป ก็มา ที่นี้ไม่มีปัญหา คนในไม่ออกคนนอกก็ไม่เข้า.... ไม่ต้องมีคิวอะไร มากี่ผ่าไปเรื่อยๆ open heart เป็นงาน elective ปัญหาของบ้านเราคือคิวยาวเพราะสมัยก่อนผ่าได้ไม่กี่แห่ง อันที่สธในแต่ละแห่งจะไปติดคอขวดที่ ICU, surgeon จะผ่ามากขึ้นๆ แต่คอขวดที่ ICU ทุกที่เป็นอย่างนี้หมด strategy คือต้องเพิ่ม ICU ให้เค้า ติดคิวอย่างนี้เพราะฉะนั้นต้องไปผ่านนอกเวลาอีก ผ่านนอกเวลาก็ได้เงินอีก... ณ ขณะนี้ มีคนไข้ที่ตกลงใจผ่าแน่นอนแล้วให้ผ่าไปได้ 2 เดือนโดยผ่าอาทิตย์ละ 2 cases ถ้าไม่มี new case เท่ากับคิว 2 เดือน แต่ก็ยังมีส่วนหนึ่งที่รอการตัดสินใจอยู่”

ศัลยแพทย์หัวใจ โรงพยาบาล 2

“ถ้าผ่าเพิ่ม ตาราง OR ต้องจัดใหม่หมด เพราะว่า open heart ต้องใช้คนมากขึ้น 6 คน แต่ถ้าปกติแล้ว 6 คนนี้ไปทำ 2 ห้องได้ เราสามารถเปิดผ่าตัดได้ 2 ห้อง.... เรื่องคนนี่ถ้าจะยาก หมายถึงในสภาพคล่องของอัตราพยาบาลในโรงพยาบาลเรา รับเพิ่มได้ แต่ไม่มีใครมา”

พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาล 2

“ห้องผ่าตัดเหลือเพราะตึกผ่าตัดมี 2 ชั้น ชั้นหนึ่งก็ 8 ห้อง 10 ห้อง พองานมากขึ้น แทนที่จะมีหมอดมยาอยู่ชั้นหนึ่งซัก 2, 3 คนให้ดูคนละ 2-3 ห้อง แต่มีคนหนึ่งต้องวิ่งดูหลายห้อง ก็เริ่มปั่นกัน หลังจากคุยเจรจากัน OK ก็เปิดผ่าตัดหัวใจ ให้ขึ้นมา OT ก่อนซักวันหนึ่ง OT ต่อเวลาเย็นออกไปอีกหน่อยเวลาที่เกินไปเขาก็ได้คำตอบส่วนนี้มากขึ้นไปหน่อย ก็เลยผ่าไปได้ ปีนี้มีหมอดมยาตัดหัวใจ 4 คนก็จะเปิดห้องผ่าตัดเป็น 3 ห้อง ได้ 2 ห้อง แต่ 2 ห้องต้องบอกชัดเจนก่อน คือหมอมมีแต่ขาดพยาบาลติดขัดอันนี้แกไปติดขัดอันนั้น ... ตอนนี้จะว่าผ่าอาทิตย์ละ 2 รายไปเรื่อยๆ ถ้าผ่ามากขึ้นกระทบอีก”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 3

แม้ว่าการบริการนอกเวลาจะช่วยให้ลดคิวรอคอยได้ แต่ต้องมีระบบกำกับคุณภาพบริการและควบคุมพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสม (เช่น การไม่ทำในเวลาราชการ แต่นัดผู้ป่วยมาทำนอกเวลาเพื่อหวังเบิกค่าตอบแทนหรือเพื่อวัตถุประสงค์อื่น) บางแห่งมีการบันทึกและรายงานการใช้ห้องผ่าตัดเป็นเครื่องมือในการกำกับ (ระบุชื่อแพทย์ผ่าตัด ประเภทการผ่าตัด ในหรือนอกเวลาราชการ)

“โรงพยาบาลเรากำกับโดยดูอัตราการใช้ห้องผ่าตัด จำแนกตามสิทธิคนไข้ หัวหน้าห้องผ่าตัดเป็นผู้รายงานการผ่าหัวใจเพื่อบอกว่าไม่ผ่าในเวลาไปผ่านนอกเวลาแล้วเรียกเก็บเงินนอกเวลาหรือเปล่า มีคณะกรรมการดูแลอยู่ อาจารย์แพทย์มีการงานวิชาการด้วย ไม่ใช่บริการอย่างเดียว ต้องรายงานภาระงานวิชาการกับภาควิชาด้วย เท่ากับมีการกำกับหลายทาง แต่ยังไม่เคยมีปัญหา”

พยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาล 6

6.2.4.2 การกำกับคุณภาพ

สพสข. เป็นหน่วยงานกำกับกับการดำเนินงานขั้นสุดท้ายเพราะเป็นผู้ซื้อบริการ โดยมีเกณฑ์ปริมาณงานและผลลัพธ์ด้านสุขภาพเป็นตัวชี้วัด และใช้การจ่ายเงินค่าบริการและค่าตอบแทนบุคลากรเป็นเครื่องมือ สำหรับผู้บริหารกำกับจากรายงานที่ศูนย์หัวใจเสนอขึ้นมา หรือจากข้อมูลการเบิกจ่ายเงินของ สพสข. ส่วนแพทย์ผู้รักษาใช้วิธีการของระบบประกันสุขภาพที่ทำอยู่ในสถานพยาบาลเช่น conference case ก่อนการทำ invasive investigation และผ่าตัด

“คนที่จ่ายเงินคือ สพสข.เป็นคน control มาตรฐานคุณภาพว่า complication ไม่เกิน 5% mortality rate ไม่เกิน 5% คิวไม่เกิน 3 เดือน patient satisfaction 80% up ถ้าอย่างนี้เค้า accept ให้คุณทำไปเลย เป็บเดียวเลยพุ่งเป็นที่หนึ่งของประเทศไทย..... เรามีระบบคุณภาพอยู่แล้ว ก่อนโครงการ diseases management ไม่ได้ทำให้แตกต่าง..... HA มา audit โหดกว่าเยอะ มี KPI เพียบ”

อดีตผู้บริหารโรงพยาบาล 5

“Outcomes หัวใจดี คุณหมอ.....ค่อนข้างระมัดระวังอันนี้มันเป็นข้อเสียด้วย ถ้าผ่าแล้วตายอาจเป็น negative”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 2

“เราจะไม่ทำ 30 บาทนอกเวลาในหัตถการที่ high cost แต่เรามี channel พิเศษคือ นอนรอ เพราะ med นี่เราทำได้เร็ว คิวเราไม่นานถึงเดือนหรือคุณนอนรอวันนี้ สมมติเรา set ไว้ 7 ราย คนที่ 7 ไม่มา คุณได้ทำ ของเราไม่ค่อยมีปัญหาเพราะของเรามี conference กันตลอด คนไข้ของเราว่าจะผ่าตัด คนหนึ่งต้องผ่านหมอที่ทำ ECHO ต้องผ่าน conference med conference ศัลย์”

อายุรแพทย์หัวใจ โรงพยาบาล 1

“ปริมาณงานมากเพราะผู้บริหาร force ความจริงมีประชุมเป็นระยะและ feed back ตลอด คนไข้มีอัตราตายเท่านี้ complication เท่านี้เพราะออกจาก ICU เร็วไปหรือเปล่า off tube เร็วไปหรือเปล่า ย้ายมาจาก ICU ไม่กี่ชั่วโมงก็ย้ายกลับ อย่างนี้ คณะกรรมการ HA ก็รับทราบปัญหาที่เราตั้งเป้าสูง.....ผ่าตัดแล้วเสียชีวิตมีบ้าง case หนักๆ complication มากๆ case เสียชีวิต เก็บข้อมูลเป็นอัตราตาย มี in hospital กับตายที่บ้าน ที่เห็นคือ มี co-morbid เช่น thyroid มะเร็ง อายุเยอะ แล้วเราทำกลุ่ม high risk อยู่แล้ว dead rate 1 ปีก็พอๆ กับ in hospital”

พยาบาลนอกทีมผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาล 5

นอกจากระบบการประกันคุณภาพที่สถานพยาบาลดำเนินการอยู่แล้ว ยังมีผู้ให้ความเห็นว่าการประเมินข้อมูลและการเบิกค่าบริการก็มีส่วนในการกำกับคุณภาพ

“ระบบ DRG ควบคุมคุณภาพไปในตัวเหมือนกันในบางกระบวนการเช่น การสรุป การบันทึก แต่เหมาจ่ายนี้ไม่แน่ใจว่าจะทำให้กระบวนการที่เราเคย concern ตั้งแต่ต้นนี้ ยัง concern เหมือนเดิมหรือเปล่า เพราะเหมาจ่ายแล้ว ไม่ต้องสนใจ RW ไม่ทราบว่าเป็นการสวนทางกันหรือเปล่า หากสนใจประเด็นคุณภาพ เรื่อง cap ไม่แน่ใจว่าสามารถควบคุมคุณภาพได้จริง”

ทีมสนับสนุน โรงพยาบาล 6

“disease management เปิดช่องทางให้เราคุยได้ ส่งผลหลายอย่างคือประสิทธิภาพการดูแลรักษา ประสิทธิภาพงานเอกสารเวชระเบียน การให้ยา พฤติกรรมคนในสังคม หลักเศรษฐศาสตร์ เข้ามาเกี่ยวพันหมด สังเกตไหม คนที่ผ่าตัดรักษา ทำให้คนในสังคมปรับพฤติกรรมได้ ระบบเดิมนี่ RW อย่างเดียว ยังไงก็ได้ แค่นั้นแหละ ไม่ alert disease management ในแง่การรักษา ระบบ package ดีกว่า เหมือนคุณใช้ต่อไปในการ follow up 4 ครั้ง 5 ครั้ง เราต้องรักษาคุณภาพมาตรฐาน ถ้าเป็น RW มาไม่มา follow up ก็งั้น นี่คนไข้ต้องมานะ alert เราด้วย คนไข้จะได้รับสิ่งที่ดีที่สุดตามความคิดของผู้ดูแลรักษา เป็นแรงผลักดันให้เราทำงานเป็นทีมมากขึ้น”

หัวหน้า CCU โรงพยาบาล 2

6.2.5 การบริหารค่าตอบแทน

มีการเปรียบเทียบกับโครงการจากแหล่งทุนอื่นๆ ได้แก่ มูลนิธิเด็กโรคหัวใจ และโครงการเฉลิมพระชนพรรษา 72 พรรษาสมเด็จพระราชินี ซึ่งให้ค่าตอบแทนการผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยเด็กมี 25,000 และ 30,000 บาทต่อราย ตามลำดับ ขณะที่โครงการ 8,000 ดวงมีค่าตอบแทนเพียง 8,000 บาทต่อรายและให้เฉพาะทีมผ่าตัดหัวใจ สถานพยาบาลบางแห่งต้องใช้เงินรายได้โรงพยาบาลมาเพิ่มค่าตอบแทนแก่บุคลากร

“.....เงินมาจาก outsource มูลนิธิโรคหัวใจเด็ก ต้องการผ่าตัดให้ได้เยอะ ได้เฉพาะทีมผ่าตัด หมอเด็ก หมอผ่าตัด พยาบาล วิชาชีพ ICU ward ward ให้เป็นกลุ่มเพราะไม่สามารถให้ตัวบุคคลได้ แต่แพทย์ให้ตัวบุคคลได้..... แล้วก็มีโครงการ 72 พรรษาพระราชินีมา ให้เงินเยอะกว่าอีกของเด็กให้ 25,000 นี่ให้ 30,000 บาทต่อ case เฉพาะค่าตอบแทนอย่างเดียว”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 5

“สปสช.ให้ case ละ 8,000 บาท แต่เราใจป้ำกว่า ให้ case ละ 25,000 บาท (8,000 บาทมาทีหลัง) เราตั้งจากเงินรายได้เป็นระเบียบเพราะ CVT ประกาศเลยว่า ถ้า 8,000 ไม่ผ่า ก่อนหน้านั้นไม่มีเงินเลย เราคุยกันว่าฟังพากับ สปสช. และก็เห็นว่าคนไข้มากันตายไม่รู้เท่าไร ที่ทำอยู่ทุกวันนี้จะเยอะอยู่แล้ว จะเพิ่ม จะเร่งอย่างไร.....เลยเรียกคณะกรรมการมาคุยกันว่า เท่าไรจึงจะพอโดยโรงพยาบาลไม่ขาดทุนเพราะเราได้แสนสองหรือเท่าไรนี้ class I โรงพยาบาลก็เปิด cost ขึ้นมา ถ้าโรงพยาบาลไม่เอากำไรเลยคือตัดให้ 25,000 ไส้ขึ้นมาตั้งแต่แพทย์ ผู้ช่วยคนที่ 1, 2 พยาบาลดมยา scrub nurse ทุกอย่าง คนงาน เวรเปล ที่เกิดขึ้นนอกเวลาเท่านั้น ถ้าเกิดในเวลา ถือว่าคุณทำงานปกติ เราให้ 25,000 ต่อทีมผ่าตัด เฉพาะสิทธิ UC”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 6

ผู้บริหารเห็นด้วยกับหลักการที่ว่าผู้ที่ทำงานยากหรือทำมากควรได้ค่าตอบแทนมาก โดยเฉพาะแพทย์ผ่าตัดหัวใจซึ่งใช้เวลาในการผ่าตัดนานและมีจำนวนน้อยในระบบราชการ และสามารถจูงใจให้เพิ่มการบริการที่มีคุณภาพได้จริง เนื่องจาก สปสช. ปรับระบบการจ่ายค่าตอบแทนตามปริมาณงาน ส่วนสถานพยาบาลจะได้ค่าบริการแบบเหมาจ่ายตามวิธีการรักษา ปริมาณงาน และผลลัพธ์ของการผ่าตัด ผู้บริหารจึงต้องกำกับทั้งปริมาณและคุณภาพของงาน

“incentive ที่ลงมาก็ fair ๆ เวลาให้ตามภาระงานผ่าตัด หรือจำนวนคนไข้ของทั้งศูนย์ คนที่ได้น้อยจริงๆ ก็น่าจะยอมรับเพราะหมายถึงว่าเราทำงานน้อยในส่วนนั้น เพียงแต่ระบบการแบ่งควร clear ให้ชัดเจนว่าแบ่ง incentive ยังไง มี criteria ยังไง เทียบกับภาคราชการด้วยกัน ได้เยอะกว่าคนอื่นเยอะ แต่ถ้าทำแล้วไม่ได้เลย ถ้าเค้าไม่ทำ ปริมาณงานก็อาจลดลงอย่างชัดเจนก็ได้ ผมเข้าใจ strategy ของผู้บริหารเดิม คนน้อยการเพิ่มเงินตรงนี้ข้อดีคือเราไม่ต้องเพิ่มคนก็เพิ่มงานได้ แต่แน่นอน เราต้องจูนเรื่องคุณภาพก็ได้ด้วย indication ที่ทำชัดเจนขึ้น....เรา concern ค่อนข้างเยอะ ต้อง reasonable ด้วย กลัว abuse ต้องระมัดระวัง มีเงินก็มีความโลภ ทำใจให้ไม่โลภ”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 5

“เมื่อมีรายงานผ่าตัดหัวใจ Class I ขึ้นมาอาจารย์ต้องเข้า จ่ายเงินอาจารย์ ถูกต้องแล้ว..... เราให้ 25,000 ต่อทีมผ่าตัด เฉพาะสิทธิ UC สิทธิอื่นไปผ่าเวลาปกติ ถ้าให้ทั้งหมด กลางวันก็ไม่ทำงาน สิทธิปกติกับที่ไม่ใช่ open heart ที่ สปสช.ไม่จ่าย ที่ไม่ใช่ open heart และโรคอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวกับ สปสช. ถ้าเป็น CVT ให้ผ่ากลางวันไปตาม routine แอดมิทเข้าถึงสี่โมงเย็น หลังสี่โมงเย็น นัด case UC มาผ่าเลย ก็ win win โรงพยาบาลก็ได้เงินโอนจาก สปสช.มากขึ้น หมอก็ได้เงิน สปสช. ก็ได้ผลงาน แต่ถ้า 8,000 ผมบอกได้เลยว่า ไม่มีคนทำ ถ้าสุดท้ายประชุมกันโรงพยาบาลขอขึ้นแล้ว”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 6

“ตั้งแต่มี disease management เงินจากส่วนกลางมา แต่ละ center หาจุดร่วมจ่ายกันแต่ rate ที่จ่ายต่างกันหมดซึ่งเป็นไปได้ แต่จะหาให้เหมือนกันเป็น flat คงเป็นไปได้ยากในความเห็นของผม เพราะแต่ละที่ background แต่ละคนไม่เหมือนกัน วัฒนธรรมองค์กรไม่เหมือนกัน economic ของแต่ละจังหวัดแต่ละอำเภอไม่เหมือนกัน 2,000 บาท ให้ศูนย์หัวใจจ่าย 2,000 บาทสำหรับ case ที่ 8 ของเดือนนั้น คิดจาก

มาตรฐานสมาคมวิชาชีพ ถ้าทำ open heart surgery ต่อปี 100 ราย เดือนหนึ่งก็ 7 ราย อันนี้สำหรับโรงเรียนแพทย์นะ เป็นมาตรฐานที่เงินเดือน cover หลังจากนั้นจ่ายให้ case ละ 2,000 สำหรับแพทย์นะ บุคลากรอื่นไม่แน่ใจ”

อดีตผู้บริหารโรงพยาบาล 5

เกณฑ์การจัดสรรเงินค่าตอบแทนโดย สปสช. ระบุประเภทบุคลากรและสัดส่วนเงินมาชัดเจน มีส่วนช่วยให้การบริหารจัดการภายในสถานพยาบาลสะดวกขึ้น

“บอกตรงๆ ที่ให้โรงพยาบาลมาแบ่งกันเอง ยาก ยิ่งเพิ่มความลำบากใจให้แก่เรา สิ่งก็ส่งมาเลย ส่งมาเลย เป็นกฎกติกากำหนดมาเลยว่าหมอระบบนี้ให้ขนาดนี้ ถ้าให้มาแบ่งๆ กันเองก็อึดอัดเหมือนกันหรือมาทะเลาะกันตรงนี้ว่าใครทำงานหนักกว่าใครมันลำบาก อย่างโบนัสข้าราชการผมบอกทาง สสจ.ทางผู้ว่า ให้ส่งมาเลยเกลี้ยมาเลยเท่าไร ถ้ามาดูน้ำหนักการทำงานหรือ work point ที่เขาคิดๆ กันมันลำบาก”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 3

“เราจะพิจารณาตามความเหมาะสมที่ดี.....ทุกบาททุกสตางค์ต้องเข้าเงินรายได้ก่อน ก็จ่ายได้เพราะมีวัตถุประสงค์เงินก้อนนั้นชัดเจน ที่มีปัญหานี้ผู้บริหารก็ยกออกพอเข้าเงินรายได้ไม่กล้าจ่าย แต่เราทำโครงการให้ชัดเจน ก็จบ ไม่ต้องกลัวอะไร เราไม่ได้ชักแซก ทำงานจริง.....”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 5

“เงินที่เข้าคณะในระบบแล้วออกยากมาก ผมอยากให้งานเดิน ทุกวันนี้ไม่เลวหรอก คณะเขาเข้าบัญชี ‘เงินรับฝาก’ ซึ่งถอนได้ง่าย แต่ถ้าเข้าระบบคณะแล้วจะเอาออกมาเป็นเรื่องใหญ่มาก คือ สปสช.โอนเข้าโรงพยาบาล แล้วมีหนังสือตามมาว่าเงินนี้มีเงื่อนไขจ่ายเป็นค่านี้ๆ เรายกเอาหนังสือให้งานเงินรายได้ งานเงินรายได้ก็โอนเข้า “เงินรับฝาก” เรายกจากเงินรับฝากมาจ่ายให้แพทย์โดยไม่ต้องตั้งระเบียบอะไรรองรับ”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 6

แม้ว่า สปสช. จะระบุตัวบุคคลที่รับเงินค่าตอบแทน แต่การบริหารจัดการเงินของสถานพยาบาลแต่ละแห่งต้องอิงระเบียบของต้นสังกัดซึ่งบางแห่งถูกต้นสังกัดหักเงินในระดับหน่วยงาน บางแห่งมีการหักเงินที่ระดับบุคคล

“พอเงินเข้ามา ต้องเข้ามหาลัยหัก 10% อะไรก็แล้วแต่ ทำเข้าหน่วยงานบ้าง เขียนเลยให้เข้าหน่วยงาน 10% ให้ตั้งแต่ขีดพื้น ขึ้นมา ในระยะยาวไม่ดีแน่ๆ มหาลัยก็เพิ่งเล็งมาที่ผม เข้ามาศูนย์ไม่ได้อะไรเลย บางทีศูนย์ขาดทุนอีกเพราะพอเข้าไปปุ๊บ มหาลัยหัก 7% แต่ผมจ่ายเต็ม”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 5

อย่างไรก็ตาม มีผู้บริหารสะท้อนว่า ค่าตอบแทนนี้ทำให้เกิดความไม่พอใจในพยาบาลนอกทีมผ่าตัดหัวใจและบุคลากรสายสนับสนุน แต่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางแห่งให้ความเห็นว่าค่าตอบแทนไม่ได้ทำให้เกิดปัญหาแตกแยกในโรงพยาบาล

“ถ้าค่าตอบแทนมันไม่แตกต่างมาก (ระหว่างเอกชนกับภาครัฐ....นักวิจัย) เค้าได้เพิ่มขึ้น เขาก็ยังอยู่ หมอหัวใจ ถ้าไปเอกชนเงินแตกต่างมหาศาลอยู่ ตอนนี้นะไม่มีอย่างนั้นแล้วเพราะเขาเห็นค่าตอบแทนอย่างนี้เขาก็ไม่วิ่งเพราะเหนื่อยถูกฟ้องร้องด้วย”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 1

“Incentive เป็นเรื่องที่ดีเป็นขวัญกำลังใจในแง่หนึ่ง ในแง่ไม่ดีคือ cover ไม่หมด คนที่ไม่ได้จะร้อง ทำให้เราต้องปรับไปเรื่อย ตรงนี้บ้างที่ก็ขัดแย้งกันเอง เค้าคิดว่าทำในเวลาเหมือนกัน เค้าก็น่าจะได้ เราต้องทำให้เค้าเข้าใจหรือหาสวัสดิการอื่นให้เค้าได้พอใจบ้าง.....ส่วนที่เกี่ยวข้องกับคนไข้ถึงจะได้ ก็ fair ในระดับหนึ่ง ก็เป็นล่ำเป็นสันขึ้นมาสสำหรับแพทย์ต่างจังหวัด คิวผ่าตัดที่เคยรอปีสองปีก็ลดลงค่อนข้างมาก..... ถือว่าคือน้อยมาก แต่พอหมดโครงการ ศูนย์ต้องคิดว่าจะทำยังไงให้ produce ให้มากแบบนี้ได้ เลยมี incentive ให้ตั้งแต่ปลายปี 48 คือนอกจาก สปสช. ยังมีเงินที่ทางศูนย์หัวใจ support อีก ผ่าตัดในเวลา สปสช.ให้มาคนละไม่เกิน 5 หมื่นต่อเดือนต้องมีปริมาณงานด้วย นอกเวลา สปสช.ให้ 8,000 บาทต่อรายต่อทีม นอกเวลาหมอจะได้ประมาณ 6,000 บาท.... ในกลุ่มแพทย์และที่เกี่ยวข้องกับคนไข้โดยตรงจะเน้นว่าให้ดูวัตถุประสงค์ของ สปสช. ว่าให้เงินส่วนนี้มาเพื่ออะไร ก็ตีความได้ว่าอยากให้มีเฉพาะกลุ่ม โดยแม้อัตราส่วนก็ยังวุ่นวายอยู่พอสมควรว่าแบ่ง 80, 20 จะอย่างไร”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 5

“ของ cardiac center คุณหมอแก่เกลี้ยให้พยาบาล scrub ดมยาได้ ผมให้ตั้งกรรมการแล้วตกลงกันให้เรียบร้อย เค้าก็ประชุมกัน กำหนดมาตรฐานกัน ไม่ปัญหาอะไร happy กันดี หมออื่นก็ไม่โอ้อวดเพราะงานผ่าหัวใจมันเป็นงาน specialist แล้วเป็นคนใช้พิเศษ ถ้าไม่ผ่าคนไข้ก็ตายเยอะ บางคนเขาบอกว่าหมอหัวใจได้อยู่คนเดียวคนอื่นไม่ได้เป็นของธรรมดา ระบบจ่ายเงินก็เป็นทีพอใจของแพทย์ ของอะไรต่ออะไร”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 2

โดยรวมผู้บริหารและบุคลากรในสถานพยาบาลทุกระดับเห็นว่า ค่าตอบแทนเป็นมาตรการที่สร้างแรงจูงใจได้ในระดับหนึ่ง แต่ควรจัดสรรให้บุคลากรทุกกลุ่มมากขึ้นกับความยากง่ายและปริมาณภาระงาน เพราะภาระงานเพิ่มขึ้นในภาพรวมไม่เฉพาะแต่ศูนย์หัวใจ สอดคล้องกับทัศนะของผู้บริหารสถานพยาบาลที่เห็นว่าอัตราการจ่ายค่าตอบแทนตรงแก่บุคลากรศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงของโครงการฯ ในปีงบประมาณ 2550 สามารถจูงใจแพทย์ของศูนย์ ฯ ในการบริการได้ในระดับมากถึงมากที่สุดรวมร้อยละ 65.4 และปานกลางร้อยละ 34.6 สำหรับการรักษาศูนย์ของศูนย์ฯ ให้อยู่ในระบบราชการ เห็นว่า มีผลมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 60 ปานกลาง (32.0) และน้อยถึงน้อยที่สุด (8.0) ตามลำดับ และมาตรการนี้ก่อให้เกิดปัญหาในการบริหารบุคคลปานกลางร้อยละ 44.0 ที่เหลือเห็นว่ามีผลน้อยถึงน้อยที่สุด (36.0) และมากถึงมากที่สุด (20.0) ร้อยละ 36.0 เห็นว่าก่อให้เกิดความขัดแย้งในสถานพยาบาลในระดับปานกลาง เท่ากับ น้อยถึงน้อยที่สุด และมีผลมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 28.0 เมื่อพิจารณาระดับศักยภาพ ผู้บริหารสถานพยาบาลที่เป็นศูนย์หัวใจระดับ 4 มีความเห็นว่าการจ่ายค่าตอบแทนตรงมีผลในการจูงใจและรักษาศูนย์ของศูนย์ฯ ให้อยู่ในระบบในสัดส่วนมากกว่า สถานพยาบาลระดับ 1-3 และก่อให้เกิดปัญหาในสัดส่วนที่น้อยกว่า (ตาราง 6.5)

ตาราง 6.5 ผลของการจ่ายค่าตอบแทนตรงแก่บุคลากรศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงของโครงการฯ
ปีงบประมาณ 2550 ในทัศนะของผู้บริหารสถานพยาบาล

รายการ	มาก-มากที่สุด	ปานกลาง	น้อย-น้อยที่สุด	รวม
อัตราการจ่ายค่าตอบแทนตรง จูงใจแพทย์ของศูนย์ ฯ ในการบริการ	65.4	34.6	0.0	100
• สถานพยาบาลระดับ 1-3 (n= 15)	60.0	40.0	0.0	100
• สถานพยาบาลระดับ 4 (n= 11)	72.7	27.3	0.0	100
มาตรการจ่ายค่าตอบแทนตรงช่วยรักษาศูนย์ของศูนย์ฯ ให้อยู่ในระบบ	60.0	32.0	8.0	100
• สถานพยาบาลระดับ 1-3 (n= 15)	60.0	26.7	13.3	100
• สถานพยาบาลระดับ 4 (n= 10)	60.0	40.0	0.0	100
การจ่ายค่าตอบแทนตรง ก่อปัญหาในการบริหารบุคคลภายใน รพ.	20.0	44.0	36.0	100
• สถานพยาบาลระดับ 1-3 (n= 15)	20.0	46.7	33.3	100
• สถานพยาบาลระดับ 4 (n= 10)	20.0	40.0	40.0	100
การจ่ายค่าตอบแทนตรง ก่อให้เกิดความขัดแย้งใน รพ.	28.0	36.0	36.0	100
• สถานพยาบาลระดับ 1-3 (n= 15)	33.3	33.3	33.3	100
• สถานพยาบาลระดับ 4 (n= 10)	20.0	40.0	40.0	100

ส่วนบุคลากรในสายสนับสนุนมีความเห็นว่าภาระงานเพิ่มขึ้นทุกจุดปฏิบัติงาน ไม่ได้เพิ่มเฉพาะในหน่วยอายุรกรรมและผ่าตัดหัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ICU และหอผู้ป่วยใน และควรได้รับค่าตอบแทนด้วย แม้ว่าจะทราบดีว่าค่าตอบแทนส่วนนี้ สปสช. ให้สำหรับการทำงานนอกเวลาก็ตาม สถานพยาบาลที่มีการจัดสรรค่าตอบแทนให้บุคลากรสายสนับสนุนนั้นเป็นการแบ่งมาจากส่วนร้อยละ 20 ของค่าตอบแทนซึ่งเป็นส่วนของทีมพยาบาลผ่าตัดหัวใจด้วย (อีกร้อยละ 80 เป็นของแพทย์ผ่าตัดหัวใจ) ทำให้ค่าตอบแทนที่ได้น้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากรสายสนับสนุนที่มี จึงเปลี่ยนเป็นค่าตอบแทนแก่งานแทนการให้บุคคล

“สำหรับสายสนับสนุน พวกเรากระทบ ไม่ว่าจะเป็นคลัง พัสตุ ทุกอย่าง คือเราทำงานแต่เงินไม่ถึง แต่เราต้องทำงานหนึ่งต้องเก็บข้อมูล สองต้องมาดูว่า deny เพราะอะไร ทำไมต้องรู้เรื่องคนอื่นทุกเรื่องแต่ไม่ได้รับเงินอะไรเลย เพราะเงินที่ลงมาบอกว่า ให้แพทย์เท่านั้น ให้สายที่ให้บริการคนไข้ แต่สายสนับสนุนอื่นไม่มีบอกไว้ แต่ความที่ผู้บริหารเอื้อเห็นเราทำงานก็แบ่งไปหน่อยแล้วกัน แต่ยังไม่ได้เป็นรูปธรรม เพิ่งได้ปีนี้ ที่ผ่านมามาไม่ได้ทุกวันนี้ก็เป็นแบบนี้เหมือนโยนเผือกร้อน ปีแรกที่มี 80 : 20 เราจัดสรร 2 จาก 20% ให้ทีมสนับสนุน อีก 18 ให้ทีมบริการ ผู้บริหารให้สิทธิแต่ละงานไปคุยกันอย่างอายุรกรรมเราคุยกันหาคนทำข้อมูล ทุกคนมองว่ารับมาแล้วต้องจัดการไปก่อนว่าจะอย่างไร พอปีต่อมา สปสช.ใส่คำว่า ผู้ปฏิบัติงานโดยตรงและต่อเนื่อง ก็หลุดไปเลย ปีแรกยังเป็นผู้สนับสนุนเฉยๆ”

ทีมสนับสนุนโรงพยาบาล 6

“โครงการนี้ภาระงานประจำเราเพิ่มขึ้น อย่าง ICU รับคนไข้ผ่าตัด 5-7 รายต่อวัน มองว่าค่าตอบแทนเรายังได้ไม่เหมาะสมเท่าไร พอไม่เหมาะสมก็เกิดความแตกแยกในหน่วยงาน ถ้าทางโน้นกำหนดมาให้ชัดเจน แบ่งสัดส่วนมา หรือวิชาชีพไหนควรได้เท่าไร แพทย์พยาบาลควรได้เท่าไร เพราะคำว่าทีมเรา define ค่อนข้างยาก หน่วยงานที่คุยกันได้ ก็ได้พยาบาลเหมือนกัน ทำไม่ได้ไม่เท่ากัน อย่าง 100% แพทย์ 80 อีก 20 ของพยาบาล OR, Cath lab ที่เหลือจากส่วนนี้ต้องมาหารอีก 4 unit ICU, ER, IPD, OPD ICU ก็เกือบร้อยละ IPD ก็เกือบร้อยละ หากริได้น้อยเปรียบเทียบนะคะ ค่าได้อาจหมิ่นเราได้พัน ต่อ 6 เดือนเราได้ 900 บาท เราทำงานเป็นทีม แต่ สปสช. คิดให้ per case”

หัวหน้างาน ICU โรงพยาบาล 5

“ที่ ward ได้นิดหน่อย ได้ไม่เยอะ จะได้ case เด็ก ตามโครงการมูลนิธิกัลยาณิวัฒนา พวกที่เป็น PDA, close heart ballot ของเด็กแบ่งหมดแต่ไม่ได้แบ่ง ICU เด็กไม่ได้เข้า ICU เพราะ close heart ไม่เข้า ICU เพราะ PDA ทำแป็บเดียวแล้วกลับตึกเดิม”

หัวหน้า ward โรงพยาบาล 2

บทที่ 7 ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบของโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจ

การนำเสนอในบทนี้แบ่งเป็น 6 ส่วนคือ การบริการ การเข้าถึงบริการการตรวจรักษาและความเป็นธรรม ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ผลต่อศูนย์หัวใจและสถานพยาบาล ผลกระทบของโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจ และข้อเสนอแนะ โดยวิเคราะห์จากข้อมูล 3 ชุดคือ 1) ข้อมูลเชิงคุณภาพจากศูนย์หัวใจ 6 แห่ง 2) ข้อมูลผู้ป่วยและการผ่าตัดโรคหัวใจที่สถานพยาบาลส่งมาเบิกค่าบริการจากสำนักงานการชดเชยค่าบริการสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยสถานพยาบาลเหล่านี้มีทั้งที่เข้าร่วมและไม่ได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการ ตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจ และ 3) ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเฉพาะสำหรับผู้บริหารสถานพยาบาล ผู้บริหารศูนย์หัวใจ และผู้ปฏิบัติงานในศูนย์หัวใจทั้ง 46 แห่ง (อัตราตอบกลับร้อยละ 60.9, 65.2 และ 58.7 ตามลำดับ) และเพื่อให้สอดคล้องกับโครงสร้างการบริหารของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การนำเสนอผลบางตารางจะจำแนกตามสาขาเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งมี 13 เขต (ภาคผนวก 3)

7.1 การบริการ

ในภาพรวม ศูนย์หัวใจทั้ง 23 แห่งให้บริการผ่าตัดหัวใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 17.9 ในปีงบประมาณ 2548 และลดลงร้อยละ 4.6 และ 92.1 ในปี 2549 และ 2550 ตามลำดับ ศูนย์หัวใจที่ผ่าตัดหัวใจเรียงลำดับจากมากไปน้อย 5 อันดับคือ เขตกรุงเทพ ขอนแก่น เชียงใหม่ สระบุรี อุบลราชธานี และสงขลา (ตาราง 7.1)

ตาราง 7.1 การเปลี่ยนแปลงปริมาณการผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของศูนย์หัวใจระดับ 1-3 ปีงบประมาณ 2547-50

เขต สปสช.	จำนวนการผ่าตัด (ราย)				อัตราการเปลี่ยนแปลง (%)		
	47	48	49	50	2547-8	2548-9	2549-50
เชียงใหม่ (1 ศูนย์)	992	1,080	1,086	585	8.9	0.6	- 85.6
พิษณุโลก (2 ศูนย์)	128	212	218	135	65.6	2.8	- 61.5
สระบุรี (2 ศูนย์)	972	1,138	816	449	17.1	- 28.3	- 81.7
ระยอง (2 ศูนย์)	112	236	256	127	110.7	8.5	- 101.6
สุราษฎร์ธานี (1 ศูนย์)	12	60	130	81	400.0	116.7	- 60.5
สงขลา (2 ศูนย์)	606	654	754	436	7.9	15.3	- 72.9
อุบลราชธานี (1 ศูนย์)	638	900	786	332	41.1	- 12.7	- 136.7
นครราชสีมา (1 ศูนย์)	262	340	498	254	29.8	46.5	- 96.1
ขอนแก่น (2 ศูนย์)	1,564	2,372	2,280	1,129	51.7	- 3.9	- 101.9
กรุงเทพฯ (9 ศูนย์)	3,394	3,246	2,938	1,553	- 4.4	- 9.5	- 89.2
รวม	8,680	10,238	9,762	5,081	17.9	- 4.6	- 92.1

ที่มา : สำนักงานการชดเชยค่าบริการสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2550.

จากข้อมูลจำนวนศัลยแพทย์หัวใจ (CVT surgeon) และ อายุรแพทย์หัวใจ (cardiologist) และ ปริมาณงาน ที่ศูนย์หัวใจรายงานตรงมาที่สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สปสช. (ซึ่งใช้คิดค่าตอบแทนให้ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง) เมื่อนำมาคำนวณเป็นภาระงานอย่างหยาบของการผ่าตัดหัวใจต่อศัลยแพทย์หัวใจ 1 คน พบว่า ศูนย์หัวใจที่มีภาระงานผ่าตัดหัวใจ จากมากไปน้อย ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น อุบลราชธานี สงขลา นครราชสีมา สุราษฎร์ธานี สระบุรี กทม. ระยอง และพิษณุโลก ตามลำดับ ส่วนลำดับภาระงาน intervention ต่ออายุรแพทย์หัวใจ 1 คน จากมากไปน้อยได้แก่ สุราษฎร์ธานี ขอนแก่น เชียงใหม่ สงขลา นครราชสีมา อุบลราชธานี สระบุรี ระยอง พิษณุโลก และ กทม.ตามลำดับ (ตาราง 7.2) เป็นที่น่าสังเกตว่า ข้อมูลการผ่าตัดหัวใจในตาราง 7.2 มีจำนวนน้อยกว่าในตาราง 7.1 ในปี 2549 ทั้งที่ควรจะมากกว่า เพราะใช้ในการคิดค่าตอบแทน⁺⁺⁺⁺

ตาราง 7.2 ภาระงานบริการของศูนย์หัวใจระดับ 1-3 ตามเขต สปสช. ปีงบประมาณ 2549

ศูนย์หัวใจ ตามเขต สปสช.	จำนวนบุคลากร (คน)			ปริมาณบริการ (cases)				ภาระงาน (ราย/ แพทย์)	
	CVT	Cardio.	Ped. Cardio.	Open Heart surg.	Closed Heart surg.	Intervent.	non invasive Intervent.	All heart surg.	All intervent
เชียงใหม่	3	5	3	566	96	806	3,742	220.7	568.5
พิษณุโลก	5	8	1	99	26	166	1,615	25.0	197.9
สระบุรี	9	11	0	500	9	1,223	2,961	56.6	380.4
ระยอง	4	10	3	162	35	544	4,268	49.3	370.2
สุราษฎร์ธานี	1	2	0	58	25	12	2,204	83.0	1108.0
สงขลา	4	5	1	384	117	467	2,824	125.3	548.5
อุบลราชธานี	3	7	1	401	88	612	3,087	163.0	462.4
นครราชสีมา	3	6	2	251	118	705	3,398	123.0	512.9
ขอนแก่น	6	9	3	1,129	62	1,461	5,868	198.5	610.8
กทม.	36	77	17	1,671	352	4,981	12,127	56.2	182.0
รวม 23 ศูนย์	74	140	31	5,221	928	10,977	42,094	83.1	310.4

ที่มา : สำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2550.

++++ สะท้อนถึงคุณภาพการลงข้อมูลการรักษาที่สถานพยาบาลส่งมาที่ สปสช. ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลชุมชนก็มีการลงรหัสผ่าตัดหัวใจแบบเปิด สถานพยาบาลที่เป็นศูนย์หัวใจในโครงการฯ โดยไม่เปรียบเทียบกับสถานพยาบาลที่ไม่ใช่ศูนย์หัวใจในโครงการฯ เพื่อควบคุมปัญหาการลงรหัสที่ผิดการผิดดังกล่าว

สำนักบริหารการชดเชยค่าบริการสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้จึงใช้ข้อมูลบริการเฉพาะ

7.2 การเข้าถึงบริการตรวจรักษาและความเป็นธรรม

ในทัศนะของผู้บริหารสถานพยาบาล มีความเห็นว่า การดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจของสถานพยาบาลมีผลดีในด้านเพิ่มความเป็นธรรมในการบริการโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้มากถึงมากที่สุด ในสัดส่วนที่มากกว่า ผลในด้านเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดการป่วยตาย และลดการป่วยรายใหม่ (ร้อยละ 74.1, 63.0, 57.7 และ 15.4 ตามลำดับ) และมีบทบาทแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน ได้มากถึงมากที่สุด ปานกลาง และน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 63.0, 25.9 และ 11.1 ตามลำดับ โดยผู้บริหารสถานพยาบาลที่เป็นศูนย์ฯ ระดับ 1-3 เห็นว่า มีผลดีด้านต่างๆ ในสัดส่วนที่มากกว่า ผู้บริหารสถานพยาบาลที่เป็นศูนย์ฯ ระดับ 4 ยกเว้น ด้านการเพิ่มความเป็นธรรมในการบริการและลดอัตราป่วยตาย

ผู้บริหารศูนย์ฯ มีความเห็นว่า การดำเนินโครงการฯ มีผล เพิ่มการเข้าถึงบริการ ได้มากถึงมากที่สุด ในสัดส่วนที่มากกว่า ผลด้านเพิ่มความเป็นธรรม ลดการป่วยตาย และลดการป่วยรายใหม่ (ร้อยละ 86.7, 80.0, 64.3 และ 33.3 ตามลำดับ) โดยผู้บริหารศูนย์ฯ ระดับ 1-3 เห็นว่าโครงการมีผลมากถึงมากที่สุด ในสัดส่วนที่มากกว่า ผู้บริหารศูนย์ฯ ระดับ 4 ทั้งนี้ผู้บริหารศูนย์ฯ เห็นว่าโครงการให้ผลดีในด้านต่างๆ ในสัดส่วนที่มากกว่าผู้บริหารสถานพยาบาล (ตาราง 7.3)

ตาราง 7.3 ผลการดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจของสถานพยาบาล (จนถึงปัจจุบัน)

หน่วย : ร้อยละ

รายการ	มากที่สุด	ปานกลาง	น้อย-น้อยที่สุด	รวม
1. เพิ่มการเข้าถึงบริการโรคหัวใจและหลอดเลือด				
1.1 ทศนะของผู้บริหารสถานพยาบาล	63.0	33.3	3.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 15)	73.3	26.7	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 12)	50.0	41.7	8.3	100
1.2 ทศนะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ	86.7	13.3	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	92.3	7.7	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	82.4	17.6	0.0	100
2. เพิ่มความเป็นธรรมในการรับบริการโรคหัวใจและหลอดเลือด				
2.1 ทศนะของผู้บริหารสถานพยาบาล	74.1	18.5	7.4	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 15)	73.3	20.0	6.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 12)	75.0	16.7	8.3	100
2.2 ทศนะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ	80.0	16.7	3.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	92.3	7.7	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	70.6	23.5	5.9	100
3. ลดการป่วยตายของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด				
3.1 ทศนะของผู้บริหารสถานพยาบาล	57.7	26.9	15.4	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 14)	50.0	35.7	14.3	100

รายการ	มาก- มากที่สุด	ปาน กลาง	น้อย- น้อยที่สุด	รวม
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 12)	66.7	16.7	16.7	100
3.2 ทักษะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ	64.3	28.6	7.1	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 12)	91.7	8.3	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 16)	43.8	43.8	12.5	100
4. ลดการป่วย (new case) โรคหัวใจและหลอดเลือด				
4.1 ทักษะของผู้บริหารสถานพยาบาล	15.4	61.5	23.1	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 14)	21.4	50.0	28.6	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 12)	8.3	75.0	16.7	100
4.2 ทักษะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ	33.3	44.4	22.2	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 12)	58.3	33.3	8.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 15)	13.3	53.3	33.3	100
5. ศูนย์ฯ มีบทบาทในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน				
5.1 ทักษะของผู้บริหารสถานพยาบาล	63.0	25.9	11.1	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 15)	80.0	6.7	13.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 12)	41.7	50.0	8.3	100

ข้อมูลในตาราง 7.3 สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในศูนย์หัวใจให้ข้อมูลว่า การดำเนินโครงการมีผลให้ประชาชนเข้าถึงบริการมากขึ้นอย่างเท่าเทียมกันและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นจากการได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที โดยเฉพาะผู้อยู่ในพื้นที่ห่างไกลหรือยากจน

“ด้านบริการดีขึ้น ประชาชนได้รับบริการ คนไข้ที่นี้เกือบ 90% เป็นคนไข้ UC ยากจนมีเบิกได้เล็กน้อยผ่านไป 67 ราย ประกันสังคมสักรายส่วนมากเป็นชาวบ้าน ผมว่าประโยชน์ของ cardiac center ที่นี้ คุ่มที่นี้ชาวบ้านไม่ไปที่ไหน...ผมเคยเห็น case อายุยี่สิบกว่าเป็น mitral valve case นี้ผ่าเปลี่ยนวาล์วได้ผลดีมากเลย 4, 5 เดือนผ่านไป ล่ำบักเลย เปลี่ยนชีวิตเลย”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 2

“หัวใจอาจเห็นผลงานชัดเจนว่าหลังมีโครงการ มีการเปลี่ยนแปลงทั้งจำนวน case คุณภาพในทางที่ดี.....อัตราการผ่าตัดหัวใจของที่นี่ Class I, 2, 3, 4 ไม่เกิน 7 วัน เมื่อก่อน ต้องรอ 6 เดือน บางคนรอไม่ไหว ตายไปก่อน ปัจจุบันนี้ศัลยแพทย์บางคน มาวันนี้ pre-op พุงนี้ผ่า คว้า ไม่มี”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 6

“ประชาชนเข้าถึงบริการได้ทั่วถึงมากขึ้น..... สองก็คือว่า แพทย์สบายใจ.... บางคนแค่ pace maker ต้องไปขายที่นาเพื่อมาใส่แค่น้าหกหมื่นตอนนี้ก็พอใส่ได้ ก็ไม่ต้องคิดอะไรมาก”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 1

“จำนวน OPD เกินเป้า ปีที่แล้วเราตั้งไว้ 36,000 เราได้ 46,000 ก็เกินเป้า”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 5

“ตอนนี้เรายกบัตรทองขึ้นมาให้ทัดเทียมสิทธิอื่น เดิมที่ถูก ignore ตอนนี้ดีขึ้น ภาพรวม OK มาใกล้เคียงกัน ข้าราชการยังคงจ่ายเองได้บ้างแต่จะให้เท่ากันเลย คงไม่ได้ คอมมูนิตีส์ยังไม่เท่ากัน ไม่น่าเชื่อว่า ชีวิตตัวเองจะดีขึ้น ถ้า maintain ระดับนี้ไว้ได้ สุขภาพคนไทย happy.... คิวเราอยู่ที่ 1 เดือนมีคนไข้รอ 16 คนนี้ต้องจ่อให้มาผ่า ยังไม่ว่าง รอปิดเทอมก่อน ยังงั้นเลยนะ ขณะที่กรุงเทพฯหลายแห่งยังเป็นป้ออยู่”

ศัลยแพทย์หัวใจ โรงพยาบาล 6

“สมัยก่อนโรคเส้นเลือดตีบพุดถึงฉีดสีทำ balloon ชาวบ้านไม่มีสิทธิ์เลย ยิ่งเทคโนโลยีแพงๆ เครื่องซ็อกที่คนหัวใจเต้นผิดปกติ 4 จังหวะแล้วฝังที่เรียกเครื่องซ็อกในตัวเอง เครื่องนี้ตกสองแสนกว่าบาท 2-3 ปีที่แล้ว 30 บาทไม่มีสิทธิ์ใช้เครื่องนี้เลย ทุกวันนี้สามารถใช้กับโรคไหลตาย ที่นั่นที่มีปัญหาหัวใจหยุดเต้นไปแล้วปั๊มขึ้นมาแล้วตื่น คนไข้อายุ 30 กว่าเอง นำส่งสาร ยาไม่มีรักษาต้องฝังเครื่องอย่างเดียว เมื่อก่อนได้แต่ภาวนาว่าเป็นแล้วอย่าเป็นอีก ถ้าโชคดีมา โรงพยาบาลทันปั๊มขึ้นก็ขึ้น ไม่ขึ้นก็ตาย รู้สึก สปสช.อนุมัติให้เครื่องซ็อกไฟฟ้ามา ตอนนั้นเริ่มทำไป 3-4 คนเมื่อก่อนคนไข้ 30 บาทผันไม่ถึง ทุกวันนี้ได้ สปสช.มาจ่ายตรงนี้ให้ ทำให้ดีขึ้นมาก และ rate การใส่เครื่องพวกนี้ก็สูงขึ้นเรื่อยๆ”

อายุรแพทย์หัวใจโรงพยาบาล 5

“ลดคิวผ่าตัด คิดว่าดีมาก ช่วยคนไข้ที่มีสิทธิ์ได้มาก ตัวเองอยู่ห้องผ่าตัดหัวใจมาตลอด แต่ก่อนอยู่โรงพยาบาล ประมาณ 45-46 มีปัญหาเบิกเงินหัวใจ ต้องขออนุมัติผู้อำนวยการ.... emergency ก็เหมือนกัน ต้องโทรไปขอ เพราะราคาแพง มีเรื่องการบริหารต้นทุน พอมีโครงการก็จัดสรรให้สะดวก”

ทีมผ่าตัดหัวใจ สถานพยาบาล 5

“ลด waiting list จาก 6 เดือน เป็น 3 เดือน 1 เดือน ตอนนั้นเหลือ 3 อาทิตย์ ที่ลดเพราะหมอทำเยอะมาก มี emergency ด้วย.....”

หัวหน้า CCU โรงพยาบาล 3

ในทัศนะของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในศูนย์หัวใจ โครงการฯ เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งเดิมเข้าไม่ถึงการตรวจรักษา เพราะค่าใช้จ่ายสูงและบริการมีจำกัด โดยสถานพยาบาลพยายามเพิ่มบริการ ทำให้คิดลดลงทั้งการตรวจแบบ invasive investigation และการผ่าตัด ยกเว้นโรงพยาบาลบางแห่งที่ขาดแคลนบุคลากรอย่างหนัก อย่างไรก็ตาม ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นเป็นมุมมองของผู้ให้บริการ ข้อมูลบริการในตาราง 7.4 ช่วยแจกแจงการเข้าถึงบริการได้ชัดเจนขึ้น ในปีงบประมาณ 2549 ศูนย์หัวใจระดับ 1-3 ให้บริการประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดนั้นๆ และใกล้เคียง เป็นหลัก แต่เมื่อพิจารณา จังหวัดภูมิธำนาอันดับ 1-3 เห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยจากจังหวัดที่เป็นอันดับ 2 และ 3 ต่างจากอันดับ 1 มาก อาจสรุปได้ว่า ผู้ป่วยที่อยู่นอกจังหวัดที่ตั้งศูนย์หัวใจเข้าถึงบริการได้น้อยกว่า ผู้ป่วยของจังหวัดที่ตั้งศูนย์หัวใจเอง สำหรับศูนย์หัวใจในกรุงเทพฯ นอกจากจะให้บริการผู้ป่วยในกรุงเทพฯ และจังหวัดใกล้เคียง และภาคกลางแล้วยังรับผู้ป่วยที่ส่งมาจากทั่วประเทศ เพราะมีระดับศักยภาพสูงกว่าศูนย์ฯ ในภูมิภาค และอันดับ 2-3 ก็เป็นผู้ป่วยจากจังหวัดใกล้เคียงเช่นกัน

เมื่อพิจารณาจากจังหวัดต้นทางพบว่า ในปีงบประมาณ 2549 ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารับการผ่าตัดหัวใจที่ศูนย์หัวใจ (ระดับ 1-3) ในจังหวัดนั้น หรือในศูนย์หัวใจของภูมิกษานั้นเป็นอันดับแรก (ในกรณีที่มีจังหวัดนั้นไม่มีศูนย์หัวใจ) ยกเว้นผู้มีภูมิกษานในเขตสุราษฎร์ธานีไปรักษาที่ศูนย์หัวใจในสงขลา และส่วนกลาง เพราะศักยภาพสูงกว่าศูนย์ฯ ในเขต ส่วนเขตนครสวรรค์ และราชบุรี (ภาคเหนือตอนล่างและ ภาคกลาง) ส่วนใหญ่รักษาที่ศูนย์หัวใจในกรุงเทพฯ และนนทบุรี ซึ่งน่าจะเป็นเพราะความสะดวกในการเดินทางและความเชื่อมั่นต่อศูนย์หัวใจในส่วนกลาง น่าสังเกตว่า อัตราการผ่าตัดในเขตที่มีศูนย์หัวใจจะสูงกว่าในเขตที่ไม่มีศูนย์ฯ ยกเว้นเขตพิษณุโลก ในภาพรวมประเทศ อัตราการผ่าตัดเท่ากับ 31.5 ต่อแสนประชากร โดยโรงพยาบาลศิริราช ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ และสถาบันโรคทรวงอก ให้การรักษาผู้ป่วยมาก เป็น 3 อันดับแรก (ตาราง 7.5)

ตาราง 7.4 ภูมิสำเนาของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 3 อันดับแรก ที่ผ่าตัดหัวใจในศูนย์โรคหัวใจระดับ 1-3 ในปีงบประมาณ 2549

เขต สปสช.	อันดับ 1	อันดับ 2	อันดับ 3	ร้อยละของ 3 อันดับแรก
เชียงใหม่ 1 ศูนย์	เชียงใหม่ (37.6)	เชียงราย (15.0)	ลำปาง (10.9)	63.5
พิษณุโลก 2 ศูนย์	พิษณุโลก (41.3)	สุโขทัย (15.0)	กำแพงเพชร (15.0)	71.3
สระบุรี 2 ศูนย์	นนทบุรี (11.1)	ปทุมธานี (9.6)	กรุงเทพ (5.5)	26.2
ระยอง 2 ศูนย์	ชลบุรี (41.8)	จันทบุรี (15.3)	ฉะเชิงเทรา (11.7)	56.5
สุราษฎร์ธานี 1 ศูนย์	สุราษฎร์ธานี (72.5)	ชุมพร (8.7)	ระนอง (8.7)	89.9
สงขลา 2 ศูนย์	สงขลา (22.7)	นครศรีธรรมราช (18.9)	พัทลุง (8.9)	50.6
อุบลราชธานี 1 ศูนย์	อุบลราชธานี (51.1)	ศรีสะเกษ (18.0)	อำนาจเจริญ (9.3)	78.4
นครราชสีมา 1 ศูนย์	นครราชสีมา (73.8)	บุรีรัมย์ (9.8)	ชัยภูมิ (6.3)	89.8
ขอนแก่น 2 ศูนย์	ขอนแก่น (18.7)	อุดร (15.9)	มหาสารคาม (7.9)	42.5
กรุงเทพฯ 9 ศูนย์	กทม. (35.2)	สมุทรปราการ (2.9)	นครปฐม (2.8)	40.9

ตัวเลขในวงเล็บ คือ ร้อยละ

ตาราง 7.5 ศูนย์หัวใจสามอันดับแรกที่ผู้ป่วยจากภูมิสำเนาต่างๆ เข้ารับการผ่าตัดหัวใจ ปีงบประมาณ 2549

ภูมิสำเนาตามเขต สปสช.	จำนวนผ่าตัด (ราย)	ปชก. UC (คน)	อัตราผ่าตัด/แสน ปชก.	ศูนย์หัวใจอันดับ 1	ศูนย์หัวใจอันดับ 2	ศูนย์หัวใจอันดับ 3
เชียงใหม่	979	4,398,157	22.3	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	ศิริราช	สภากาชาดไทยจุฬาฯ
พิษณุโลก	482	2,740,506	17.6	ม.นเรศวร	พุทธชินราช	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, โรคทรวงอก
นครสวรรค์	404	2,142,756	18.9	โรคทรวงอก	ราชวิถี	ราชวิถี
สระบุรี	918	3,010,483	30.5	โรคทรวงอก	ราชวิถี	ศิริราช
ราชบุรี	825	3,736,309	22.1	ศิริราช	โรคทรวงอก	ราชวิถี
ระยอง	1,120	3,734,681	30.0	ชลบุรี	ราชวิถี	สภากาชาดไทยจุฬาฯ
ขอนแก่น	1,457	6,070,526	24.0	ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ มข.	ศรีนครินทร์ มข.	ศิริราช
สกลนคร	444	2,496,632	17.8	ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ มข.	ศรีนครินทร์ มข.	สรรพสิทธิประสงค์
นครราชสีมา	1,317	5,216,080	25.2	มหาวิทยาลัยนครราชสีมา	ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ มข.	สภากาชาดไทยจุฬาฯ
อุบลราชธานี	1,040	3,400,760	30.6	สรรพสิทธิประสงค์	ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ มข.	ศิริราช
สุราษฎร์ธานี	681	3,315,403	20.5	สงขลานครินทร์	ศิริราช	โรคทรวงอก
สงขลา	589	3,822,028	15.4	สงขลานครินทร์	ยะลา	โรคทรวงอก
กทม.	1,808	3,555,165	50.9	ศิริราช	วชิระ	ราชวิถี
รวม	12,285	47,639,486	31.51	ศิริราช	ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ มข.	โรคทรวงอก

ในภาพรวมประเทศ สัดส่วนการผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าค่อนข้างคงที่ระหว่างปีงบประมาณ 2547-9 มาอยู่ที่ร้อยละ 85.3 หากประมาณว่าประชากรทุกสิทธิมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจเท่ากันและจากฐานประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งมีสัดส่วนประมาณร้อยละ 70-80 ของประชากรทั้งหมด อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้าถึงบริการผ่าตัดหัวใจเท่าเทียมกับสิทธิอื่นๆ หรือดีกว่าเล็กน้อย เมื่อพิจารณารายเขตพบว่า กทม. และสระบุรีมีแนวโน้มให้การรักษากลุ่มสิทธิข้าราชการเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 24.3 และ 20.9 ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2549 (ตาราง 7.6)

ตาราง 7.6 สัดส่วนผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจจากศูนย์หัวใจระดับ 1-3

หน่วย : ร้อยละของการผ่าตัดผู้ป่วยทุกสิทธิ

เขต สปสช.	ระดับศักยภาพ	2547		2548		2549	
		UC	CSMBS	UC	CSMBS	UC	CSMBS
เชียงใหม่ 1 ศูนย์	2	86.9	11.6	88.5	10.5	88.6	10.5
พิษณุโลก 2 ศูนย์	3	96.2	3.0	93.0	6.6	94.8	4.8
สระบุรี 2 ศูนย์	3	84.4	15.1	84.2	15.6	78.8	20.9
ระยอง 2 ศูนย์	3	91.1	3.3	91.1	2.7	95.5	3.0
สุราษฎร์ธานี 1 ศูนย์	3	92.3	0.0	92.3	6.2	94.9	2.2
สงขลา 2 ศูนย์	3	92.8	6.6	92.5	7.4	92.0	7.8
อุบลราชธานี 1 ศูนย์	3	95.4	4.5	96.9	2.6	97.9	2.1
นครราชสีมา 1 ศูนย์	3	93.2	5.3	94.2	5.0	96.0	3.1
ขอนแก่น 2 ศูนย์	2	91.1	8.4	90.7	8.7	92.6	7.3
กรุงเทพฯ 9 ศูนย์	1, 2	78.7	19.9	75.7	22.0	74.5	24.3
รวม		85.1	13.8	85.1	13.6	85.3	14.0

7.3 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ในภาพรวม ร้อยละการผ่าตัดหัวใจและเสียชีวิต ลดเหลือร้อยละ 4.6 ในปี 2550 เขตที่ศูนย์หัวใจมีอัตราการผ่าตัดและเสียชีวิตต่ำกว่า 5 ในปี 2550 คือ เชียงใหม่ (1.7) สระบุรี (2.0) สุราษฎร์ธานี (2.5) สงขลา (3.7) และขอนแก่น (3.8) (ตาราง 7.7)

ตาราง 7.7 อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รับการผ่าตัดหัวใจในศูนย์หัวใจระดับ 1-3 ปีงบประมาณ 2547-50

เขต สปสช.		จำนวนเสียชีวิต (ราย)				อัตราเสียชีวิต (ต่อ 100 การผ่าตัด)			
		2547	2548	2549	2550	2547	2548	2549	2550
เชียงใหม่ (1 ศูนย์)		42	20	30	10	4.2	1.9	2.8	1.7
พิษณุโลก (2 ศูนย์)		4	6	6	12	3.1	2.8	2.8	8.9
สระบุรี (2 ศูนย์)		32	18	20	9	3.3	1.6	2.5	2.0
ระยอง (2 ศูนย์)		16	24	18	10	14.3	10.2	7.0	7.9
สุราษฎร์ธานี (1 ศูนย์)		0	0	6	2	0	0	4.6	2.5
สงขลา (2 ศูนย์)		18	32	64	16	3.0	4.9	8.5	3.7
อุบลราชธานี (1 ศูนย์)		58	54	62	19	9.1	6.0	7.9	5.7

เขต สป.สช.	จำนวนเสียชีวิต (ราย)				อัตราเสียชีวิต (ต่อ 100 การผ่าตัด)			
	2547	2548	2549	2550	2547	2548	2549	2550
นครราชสีมา (1 ศูนย์)	22	44	58	22	8.4	12.9	11.6	8.7
ขอนแก่น (2 ศูนย์)	64	98	96	43	4.1	4.1	4.2	3.8
กรุงเทพฯ (9 ศูนย์)	174	228	222	89	5.1	7.0	7.6	5.7
รวม	430	524	582	232	5.0	5.1	6.0	4.6

7.4 ผลต่อศูนย์หัวใจและสถานพยาบาล

7.4.1 ด้านศักยภาพบริการ

ผู้บริหารสถานพยาบาลและศูนย์หัวใจมีทัศนคติต่อโครงสร้างบริการของศูนย์หัวใจในปัจจุบันดังตาราง 7.8 โดยส่วนใหญ่เห็นว่า แพทย์และพยาบาลมีความรู้ทักษะความสามารถในระดับมาก แต่มีความพอเพียงปานกลางหรือน้อย ผู้บริหารสถานพยาบาลและผู้บริหารศูนย์หัวใจเห็นว่าจำนวนแพทย์เพียงพอ "น้อยถึงน้อยที่สุด" ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 50.0 และ 46.7 ตามลำดับ) ขณะที่เห็นว่า จำนวนพยาบาลเพียงพอ "น้อยถึงน้อยที่สุด" ต่างกัน (ร้อยละ 39.2 และ 60.0 ตามลำดับ) ด้านอาคารสถานที่อยู่ในระดับที่เป็นปัญหา มากกว่า เครื่องมืออุปกรณ์ในการรักษา ในทัศนะของผู้บริหารสถานพยาบาล ศูนย์ฯ มีศักยภาพบริการตามมาตรฐานและระดับของศูนย์ฯ อย่างมากถึงมากที่สุด ปานกลาง และน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 64.3, 25.0 และ 10.7 ตามลำดับ

ตาราง 7.8 ผลของโครงการฯ ต่อศักยภาพบริการโรคหัวใจ (จนถึงปัจจุบัน)

หน่วย : ร้อยละ

ศักยภาพบริการ	มาก-มากที่สุด	ปานกลาง	น้อย-น้อยที่สุด	รวม
1 แพทย์มีความรู้ทักษะความสามารถตามระดับศักยภาพของศูนย์หัวใจ				
ทัศนะของผู้บริหารสถานพยาบาล	75.0	25.0	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 15)	100.0	0.0	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 13)	46.2	53.8	0.0	100
ทัศนะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ	70.0	23.3	6.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	92.3	0.0	7.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	52.9	41.2	5.9	100
2 พยาบาลมีความรู้ทักษะความสามารถด้านบริการโรคหัวใจและหลอดเลือด				
ทัศนะของผู้บริหารสถานพยาบาล	67.9	25.0	7.1	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 15)	100.0	0.0	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 12)	30.8	53.8	15.4	100
ทัศนะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ	63.3	23.3	13.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	92.3	0.0	7.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	41.2	41.2	17.6	100
3 จำนวนแพทย์เพียงพอกับภาระงานบริการด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด				
ทัศนะของผู้บริหารสถานพยาบาล	28.6	21.4	50.0	100

ศักยภาพบริการ		มาก- มากที่สุด	ปาน กลาง	น้อย- น้อยที่สุด	รวม
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 15)		40.0	33.3	26.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 12)		15.4	7.7	76.9	100
ทักษะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ		13.3	40.0	46.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)		23.1	46.2	30.8	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)		5.9	35.3	58.8	100
4 จำนวนพยาบาลเพียงพอกับการะงานบริการด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด ทักษะของผู้บริหารสถานพยาบาล		17.9	42.9	39.2	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 15)		20.0	66.7	13.3	100.0
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 12)		15.4	15.4	69.2	100.0
ทักษะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ		6.7	33.3	60.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)		15.4	30.8	53.8	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)		0.0	35.3	64.7	100
5 เครื่องมืออุปกรณ์กับการะงาน OPD โรคหัวใจ (ทักษะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ)					
5.1 มีจำนวนเพียงพอ		43.3	46.7	10.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 15)		46.2	46.2	7.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 12)		41.2	47.1	11.8	100
5.2 อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี		46.7	43.3	10.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)		69.2	30.8	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)		29.4	52.9	17.6	100
6 เครื่องมืออุปกรณ์กับการะงาน IPD โรคหัวใจ (ทักษะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ)					
6.1 มีจำนวนเพียงพอ		30.0	33.3	36.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 15)		46.2	23.1	30.8	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 12)		17.6	41.2	41.2	100
6.2 อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี		43.3	36.7	20.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)		69.2	30.8	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)		23.5	41.2	35.3	100
7 อาคารสถานที่กับการะงาน OPD โรคหัวใจ (ทักษะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ)					
7.1 มีพื้นที่เพียงพอในการติดตั้งเครื่องมืออุปกรณ์และในการบริการ		26.7	20.0	53.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)		53.8	15.4	30.8	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)		5.9	23.5	70.6	100
7.2 อาคารสถานที่มีสภาพดี สะอาดปลอดภัยต่อบุคลากรและผู้รับบริการ		33.3	30.0	36.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)		61.5	23.1	15.4	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)		11.8	35.3	52.9	100
8 อาคารสถานที่กับการะงาน IPD โรคหัวใจ (ทักษะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ)					
8.1 มีพื้นที่เพียงพอในการติดตั้งเครื่องมืออุปกรณ์และในการดูแลผู้ป่วย		26.7	30.0	43.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)		46.2	15.4	38.5	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)		11.8	41.2	47.1	100
8.2 อาคารสถานที่มีสภาพดี สะอาด ปลอดภัยต่อบุคลากรและผู้ป่วย		33.3	43.3	23.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)		53.8	38.5	7.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)		17.6	47.1	35.3	100

ศักยภาพบริการ	มาก- มากที่สุด	ปาน กลาง	น้อย- น้อยที่สุด	รวม
9 ศูนย์ฯ มีศักยภาพในการให้บริการตามมาตรฐานและระดับของศูนย์ฯ (ทัศนะของผู้บริหารสถานพยาบาล)	64.3	25.0	10.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 15)	86.7	13.3	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 12)	38.5	38.5	23.1	100

7.4.2 ด้านการเงิน

ด้วยการจ่ายค่าบริการแบบ disease management มีส่วนทำให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงการบริการที่ครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้นกว่าระบบเดิม และยังเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพในด้านการคลังทั้งด้าน สปสช. ขณะที่สถานพยาบาลก็ได้ค่าบริการมากขึ้น

“ดีที่สุด ใคร win บ้าง หนึ่งใน สปสช.ลดค่าใช้จ่ายกี่ % ผมจำไม่ได้ หมอซูชัย quote เลยกว่าเมื่อ compare กับ DRG ที่ RW 13000 นี่นะ ถูกกว่าเป็นสิบยี่สิบเปอร์เซ็นต์ สอง โรงพยาบาลที่ให้บริการจากเดิมระบบ DRG เรียกไป 100 แล้วได้ 50, 60% แต่คราวนี้การันตีอยู่ที่ 80% ของระบบ DRG แล้วจ่ายล่วงหน้าด้วยงวดแรก งวดสองงวดสามจ่ายตามผลงานที่ส่งไป สาม บุคลากรซึ่งไม่เคยได้รับการเหลียวแล ก่อนหน้านี้อีกทำกัน 3 คน ไม่มีคำตอบแทน เพียงแต่อยากทำ ทำแล้วได้งานและความท้อทรมานของร่างกายและครอบครัว ตอนนี้ได้บ้างถึงแม้จะน้อยก็ยังดีกว่าไม่มีอะไรเลย เหมือน oasis อย่างนั้นเลย win ที่สี่คือชาวบ้าน จากคิวยาวเป็นคิวสั้น mortality ทำตายเมื่อก่อนไม่มีใครรู้เห็น ตอนนี้ต้องเอามาขึ้นโต๊ะ มาเป็น report, report เสร็จ ทำไปทำมากลายเป็นเครือข่ายไป เริ่มจากขอนแก่น จากศูนย์หัวใจ และศรีนครินทร์ ตอนนี้เครือข่ายระบบหัวใจทั่วประเทศ diseases management ทำให้เรามีการพัฒนาปรับเปลี่ยนกระบวนการบริการเยอะมากทั้งที่ศูนย์หัวใจและที่นี่ ซึ่งตอนนี้กำลังจัดให้ fit in ระบบ จริงๆ โครงการดีอยู่แล้ว มีคณะกรรมการดูแล excellence center หัวใจโดยเฉพาะ มีกรรมการซึ่งสอดเข้าไปในระบบ HA มีคณะกรรมการ CPG หัวใจโดยเฉพาะ มี ICU อีกจะประชุม semi-ICU เพื่อเตรียมการให้พร้อมรับ case”

อดีตผู้บริหารโรงพยาบาล 5

“คือมีสองส่วนจาก excellence center ส่วนหนึ่ง.....immediate เลยคือว่า คนที่จบใหม่ๆ เมื่อเข้ามาในภาระหน้าที่กลุ่มนี้ อย่างน้อยก็มีการ support เห็นเป็นเนื้อเป็นหนังหน่อย ช่วยให้เราพอตั้งหลักได้นิดหน่อย แต่อีกส่วนหนึ่ง excellent center นี่ถ้าว่ากันจริงๆ โดยศักยภาพ ถ้าเราทำกันจริงๆ การที่เราตั้งแล้วจัดรูปแบบองค์กรรวมทั้ง supportive measure ต่างๆ เพื่อให้เราทำงานด้านนี้ให้ดีกว่าที่ระบบที่เป็นอยู่นั้นหมายถึงว่าเราจะจัดระบบในเรื่องของเงื่อนไข ในเรื่องเครื่องมือเครื่องมือ ศักยภาพ หรือการ training บุคลากรในเรื่องของการเพิ่มพูนทางด้านการพัฒนาบุคลากร ถ้ารูปแบบ excellent center สามารถไปถึงจุดนั้นได้จริง มันจะมีพลังเยอะขึ้นกว่าการเป็น center ธรรมดาแน่ๆ เพียงแต่ว่ามันยังไม่ไปถึงจุดนั้น”

ศัลยแพทย์หัวใจ โรงพยาบาล 1

“ช่วยพัฒนาเรื่องเครื่องมือ ชัดเลย.....ICU ศัลย์ พอมีโครงการนี้ได้มอนิเตอร์..... ตอนนี้กลายเป็นว่ามอนิเตอร์ของเขาทันสมัยที่สุดเลย”
“เฉพาะโรคต้นๆ ที่เรารุกับศูนย์ประกัน ได้ค่าบริการมากขึ้น ถ้าเราทำถูกต้อง ส่งผลหลายอย่าง คือประสิทธิภาพการดูแลรักษา ประสิทธิภาพงานเอกสารเวชระเบียน การใช้ยา พฤติกรรมคนในสังคม หลักเศรษฐศาสตร์ เข้ามาเกี่ยวพันหมด สังเกตไหม คนที่ผ่าตัดรักษา ทำให้คนในสังคมปรับตัวพฤติกรรมได้ ระบบเดิมนี่ RW อย่างเดียว เหมือนมีช่องโหว่ ยังไงก็ได้ ได้แค่นั้นแค่นั้น ไม่ alert ในแง่การรักษาแบบ package ดีกว่า เหมือนดูคนไข้ต่อไปในการ follow up 4 ครั้ง 5 ครั้ง เราต้องรักษาคุณภาพมาตรฐาน ถ้าเป็น RW มาไม่มา follow up ก็ขึ้นนี่คนไข้ต้องมานะ alert เราด้วย คนไข้จะได้รับสิ่งที่ดีที่สุดตามความคิดของผู้ดูแลรักษา เป็นแรงผลักดันให้เราทำงานเป็นทีมมากขึ้น”

หัวหน้า CCU โรงพยาบาล 3

ทีมบุคลากรยังได้รับการพัฒนาเกิดความภาคภูมิใจเพราะระดับนโยบายเห็นความสำคัญของงาน เมื่อมีความชำนาญมากขึ้นยังสามารถสอนและให้คำแนะนำพยาบาลรุ่นน้องด้วย ทำให้เห็นว่างานสาขานี้มีความสำคัญมากขึ้นเป็นที่รับรู้ของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ด้วยกัน

“หนูว่า สปสช.มาถูกทาง โดยเฉพาะหัวใจ ทำงานมา 20 ปี หัวใจหยุดก็ตาย ไม่ค่อยมีการพัฒนา แต่ก็แปลกใจว่าทำไมคนไข้ไม่ลดลง ดีที่เราดูอยู่เรื่องเดียว ทุกปีๆ หนูอยู่ high cost รู้จริงๆ เลยว่าคนไข้ไม่ต้องจ่ายเลย tissue vault (ทำจากเนื้อเยื่อสัตว์ ของคนต้อง graft จากกรุงเทพ) 6 หมื่นกว่าบาท มีเป้าว่าจะทำ ห้องเตรียมแล้ว มีแผนชัดเจน ถ้าทำบริการแล้วไม่พัฒนาความรู้จะน่าเบื่อมาก”

ทีมผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาล 5

“Scrub เทรนกันเอง ตอนนีเธรนเป็นคนที่สามแล้ว ก็คือตอนเธรนใหม่ๆ ก็จะเป็นคนมือสามที่จะช่วยส่งสาย แล้วก็ขยับขึ้นมาเป็นผู้ช่วยส่งเครื่องมือ เราไม่ซีเรียสถึงขั้นว่าจะต้องมาเป็น assist หมอได้ เพราะว่าเป็น assist เป็น scrub ในทีมจะดีกว่าเพราะมีความคล่องตัวมากกว่าแค่ให้น้อง เกิดเจอ case นอกเวลาที่เราจะต้องใช้เครื่องมือที่จำเป็น ไม่ถึงกับว่าจะต้องเป็น case open heart อาจเป็น case lung อาจต้องใช้วัสดุที่เราใช้ stop bleed ที่ใช้ใน case heart นะคะ น้องก็ยังได้เห็นบ้างก็สามารถเลิฟให้หมอได้ ตอนนี่ยังมีคนติดต่อคิวเข้ามา tern อีกสามสี่คน ที่ผ่านมามีถือว่าเป็นความสำเร็จในทีมค่ะ เพราะว่าจากที่น้องเข้ามาใหม่ๆ น้องจะกลัวหมอบ้าง จะกลัว case บ้าง แต่พอเข้ามาแล้วทุกคน happy ดี เหมือนกับในทีมให้การช่วยเหลือกัน หมอก็เต็มใจที่จะสอน”

ทีมผ่าตัดหัวใจ โรงพยาบาล 2

“open heart มันไม่เลือกชนชั้นวรรณะอยู่แล้ว มันไปอยู่ในหัวใจอยู่แล้วตรงนั้น โรงพยาบาลก็ผ่าตัดได้ อย่างทางด้าน Med เรา STEMI fast tract เราช่วยคนไข้ได้เยอะ เริ่มมีชื่อ แล้วมีเครือข่ายและกระจายไปไกล..... สองเรื่องการพัฒนาความรู้ความสามารถของคน on the job training เริ่มได้เรียน เริ่มหันมามองเรา..... เจ้าหน้าที่ใน excellence center ไม่ได้สิทธิพิเศษความดีความชอบ แต่งานของเรามีคุณภาพมากขึ้น ผู้บริหารเองต้องมองภาพรวมขององค์กร”

หัวหน้า CCU โรงพยาบาล 3

โดยสรุปประโยชน์ต่อสถานพยาบาลที่ชัดเจนคือ การพัฒนาระบบบริการโรคหัวใจด้าน คุรุภัณฑ์ บุคลากร และศักยภาพบริการ ผู้บริหารศูนย์หัวใจให้คะแนนในระดับ “มากถึงมากที่สุด” ในสัดส่วนมากกว่า “ปานกลาง” และ “น้อยถึงน้อยที่สุด” ทุกรายการ แต่โดยรวมก็สอดคล้องกับ ผู้บริหารสถานพยาบาล ยกเว้น ผลในการเพิ่มขวัญกำลังใจของพยาบาลในศูนย์หัวใจ และผลในการเพิ่มงบประมาณในการดำเนินการ หรือรายได้ของสถานพยาบาล (ตาราง 7.9)

ตาราง 7.9 ผลต่อสถานพยาบาลในการเป็นศูนย์โรคหัวใจ (จนถึงปัจจุบัน)

หน่วย : ร้อยละ

รายการ	มาก-มากที่สุด	ปานกลาง	น้อย-น้อยที่สุด	รวม
1. เป็นโอกาสในการพัฒนาบุคลากร				
ทัศนะของผู้บริหารสถานพยาบาล	53.6	32.2	14.2	100
• ศูนย์ ระดับ 1-3 (n= 15)	46.7	40.0	13.3	100
• ศูนย์ ระดับ 4 (n= 13)	61.5	23.1	15.4	100
ทัศนะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ	90.0	10.0	0.0	100
• ศูนย์ ระดับ 1-3 (n= 13)	76.9	23.1	0.0	100
• ศูนย์ ระดับ 4 (n= 17)	100.0	0.0	0.0	100
2. เพิ่มระดับศักยภาพในการบริการตรวจรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด				
ทัศนะของผู้บริหารสถานพยาบาล	50.0	46.4	3.6	100
• ศูนย์ ระดับ 1-3 (n= 15)	40.0	60.0	0.0	100
• ศูนย์ ระดับ 4 (n= 13)	61.5	30.8	7.7	100
ทัศนะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ	83.3	16.7	0.0	100

รายการ	มาก- มากที่สุด	ปานกลาง	น้อย- น้อยที่สุด	รวม
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	84.6	15.4	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	82.4	17.6	0.0	100
3. ได้รับการสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ตรวจรักษาโรคหัวใจ ทัศนนะของผู้บริหารสถานพยาบาล	50.0	35.7	14.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 15)	53.3	26.7	20.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 13)	46.2	46.2	7.7	100
ทัศนนะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ	66.7	30.0	3.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	61.5	30.8	7.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	70.6	29.4	0.0	100
4. เพิ่มขวัญกำลังใจของแพทย์ในศูนย์โรคหัวใจ ทัศนนะของผู้บริหารสถานพยาบาล	53.5	42.9	3.6	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 15)	60.0	40.0	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 13)	46.2	46.2	7.7	100
ทัศนนะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ	66.7	30.0	3.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	53.8	46.2	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	76.5	17.6	5.9	100
5. เพิ่มขวัญกำลังใจของพยาบาลในศูนย์โรคหัวใจ ทัศนนะของผู้บริหารสถานพยาบาล	42.8	50.0	7.2	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 15)	46.7	46.7	6.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 13)	38.5	53.8	7.7	100
ทัศนนะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ	60.0	36.7	3.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	46.2	53.8	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	70.6	23.5	5.9	100
6. เพิ่มชื่อเสียงของสถานพยาบาล ทัศนนะของผู้บริหารสถานพยาบาล	55.6	40.7	3.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 15)	50.0	42.9	7.1	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 13)	61.5	38.5	0.0	100
ทัศนนะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ	63.3	36.7	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	76.9	23.1	0.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	52.9	47.1	0.0	100
7. เพิ่มงบประมาณในการดำเนินการ หรือรายได้ของสถานพยาบาล ทัศนนะของผู้บริหารสถานพยาบาล	3.7	63.0	33.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 15)	6.7	60.0	33.3	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 13)	0.0	66.7	33.3	100
ทัศนนะของผู้บริหารศูนย์หัวใจ	50.0	40.0	10.0	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 1-3 (n= 13)	46.2	46.2	7.7	100
• ศูนย์ฯ ระดับ 4 (n= 17)	52.9	35.3	11.8	100

7.5 ผลกระทบ

ในภาพรวม ผู้บริหารสถานพยาบาลเห็นว่า การเข้าร่วมโครงการ ฯ เกิดผลกระทบต่อองค์กรในด้านการเพิ่มภาระงานในระดับมาก มากกว่า การเพิ่มค่าใช้จ่าย และกระทบขวัญกำลังใจของบุคลากรนอกศูนย์ ฯ (ร้อยละ 78.6, 67.8 และ 23.0 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาในระดับศักยภาพของศูนย์ ผู้บริหารสถานพยาบาลที่เป็นศูนย์ ฯ ระดับ 1-3 เห็นว่า มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นมาก ในสัดส่วนมากกว่า ภาระงาน (ร้อยละ 80.0 กับ 73.3) ขณะที่ในศูนย์ ฯ ระดับ 4 เห็นว่า เป็นการเพิ่มภาระงาน มากกว่า ภาระค่าใช้จ่าย (84.6 กับ 53.8) อาจเนื่องจากศูนย์ ฯ ระดับ 4 ให้บริการน้อยชนิดกว่าและเป็นบริการที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่ามาก (ตาราง 7.10)

ตาราง 7.10 ผลกระทบต่อสถานพยาบาลในการเป็นศูนย์โรคหัวใจ (จนถึงปัจจุบัน) ในทัศนะของผู้บริหารสถานพยาบาล

รายการ	มาก-มากที่สุด	ปานกลาง	น้อย-น้อยที่สุด	รวม
1. สถานพยาบาลมีภาระงาน เพิ่มขึ้น	78.6	17.9	3.6	100
• ศูนย์ ฯ ระดับ 1-3 (n= 15)	73.3	20.0	6.7	100
• ศูนย์ ฯ ระดับ 4 (n= 13)	84.6	15.4	0.0	100
2. สถานพยาบาลมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น	67.9	25.0	7.1	100
• ศูนย์ ฯ ระดับ 1-3 (n= 15)	80.0	13.3	6.7	100
• ศูนย์ ฯ ระดับ 4 (n= 13)	53.8	38.5	7.7	100
3. กระทบขวัญกำลังใจของบุคลากรอื่นนอกศูนย์ ฯ	23.0	30.8	46.2	100
• ศูนย์ ฯ ระดับ 1-3 (n= 14)	21.4	42.9	35.7	100
• ศูนย์ ฯ ระดับ 4 (n= 12)	25.0	16.7	58.3	100

ผลกระทบต่อขวัญกำลังใจบุคลากรนอกศูนย์ ฯ โดยเฉพาะบุคลากรนอกทีมผ่าตัดและสายงานสนับสนุนเป็นผลจากการไม่ได้รับค่าตอบแทนซึ่งผู้บริหารบางท่านใช้คำว่า “บ้านแตกสาแหรกขาด”

“ระเบียบจ่ายเงินบอกว่า จ่ายให้แพทย์และทีมผ่าตัดและผู้เกี่ยวข้องกับทีมผ่าตัดเท่านั้น ตอนแรกไม่มีใครรู้ รู้แต่ทีมผ่าตัดเท่านั้น ชักพักข่าวเริ่มกระจายออกไป วอร์ดเริ่มโวย หมอ med ก็โวย เคยผ่า 10 case เดียวนี้ผ่า 20 case มี complication ต้องใส่ tube ใส่ท่อแล้วส่งมาให้ผมดูแล ต่อ ผมดูคุณได้ตั้งค์ เราประคองคนไข้เกือบตายคุณได้ตั้งค์ เด็กเริ่มรู้ ยิ่งตัวเล็กๆ คุณผ่าส่งมาอยู่ NICU หมอเราอดหลับอดนอนเพื่อผ่า case CVT ให้คุณ แล้วคุณได้ตั้งค์ พอข่าวเริ่มแพร่กระจายไป ชาวต้องมา follow-up ที่ OPD อีกเท่าไร แล้วเวรเปลต้องเซ็นอีกไร แม่บ้านต้องดูพื้นอีกเท่าไร ผมว่าจะบ้านแตกสาแหรกขาด.....”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 6

“การตั้ง criteria จ่ายค่าตอบแทนทำให้เกิดปัญหาเยอะ โรงพยาบาลศูนย์ระบบมันใหญ่มาก คุณต้องดูภาพรวมใหญ่ทั้งหมด ค่าตอบแทนต้องให้มันทั่วถึง ต้องไม่ไปเจาะจงให้..... ผ่าตัดหัวใจก็เหมือนกัน ผมก็โดนต่อว่าว่าหมอทำในเวลา ไม่ได้ทำนอกเวลา ถ้าคุณบอกหมอหัวใจสำคัญมาก ๆ แล้วหมอมองโรคหัวใจไม่สำคัญหรอก เพราะถ้าเขาไม่ตรวจจะอย่างคุณก็เดือดร้อน ทุกคนสำคัญทั้งนั้น แต่คุณต้องชั่ง อย่ายึดมั่นแตกต่างมหาศาลมาก ตอนนี้คุณไปทำให้หมอแตกต่างมหาศาลขึ้นเยอะ หมอโรคมะเร็งกับหมอโรคหัวใจผมค่าตอบแทนสูงมาก แต่หมอผ่าตัดทั่วไปสัลยกรรมทั่วไปไม่ได้ค่าตอบแทนเลย”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 3

ข้อมูลจากผู้บริหารสถานพยาบาล หัวหน้าศูนย์หัวใจ และผู้ปฏิบัติงานทั้งในศูนย์ฯ และสายงานสนับสนุน สามารถสรุปผลของโครงการฯ และผลกระทบได้ทั้งในด้านดีและด้านเสีย ดังนี้

ผลบวก

1. เป็นโอกาสพัฒนาของสถานพยาบาล
 - 1) บุคลากรได้รับการพัฒนาตามระดับศักยภาพของศูนย์หัวใจ และการมีค่าตอบแทนเป็นแรงจูงใจให้มีความตั้งใจทำงาน
 - 2) ได้รับการสนับสนุนด้านครุภัณฑ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อแรกเข้าเป็นศูนย์หัวใจ
 - 3) พัฒนาคุณภาพการรักษาจากระบบประกันคุณภาพผนวกกับเกณฑ์ด้านคุณภาพของ สปสช.
 - 4) พัฒนาเครือข่ายบริการและระบบส่งต่อ (ขึ้นกับการดำเนินงานของศูนย์แม่ข่ายในภูมิภาค)
 - 5) พัฒนาระบบข้อมูล
 - 6) สถานพยาบาลได้ค่าบริการเพิ่มขึ้น
 - 7) สร้างชื่อเสียงให้สถานพยาบาล
 - 8) ได้เรียนรู้จากการทำงาน เกิดการพัฒนาตนเองทั้งระบบงาน การบริหาร และการวิเคราะห์ภาพรวม
2. เพิ่มการเข้าถึงบริการและความเป็นธรรมในกลุ่มสิทธิบัตรทองซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ และเคยมีอุปสรรคในการรักษา

ผลลบ

ภาระค่าใช้จ่าย ภาระงานงานสนับสนุนทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับคนไข้โดยตรง เพิ่มขึ้น และการที่มีบุคลากรเพียงบางส่วนได้ค่าตอบแทนทำให้มีปัญหาบ้างในการบริหารบุคคล

7.6 ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหาร ผู้ให้การรักษายาพยาบาลโรคหัวใจ และผู้ปฏิบัติงานสนับสนุน มีข้อเสนอแนะต่อโครงการฯ สรุปได้ใน 5 ประเด็นคือ การบริหารโครงการ การกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน การจัดสรรทรัพยากร การพัฒนาเชิงวิชาการ และค่าตอบแทน

7.6.1 การบริหารโครงการ

ผู้บริหารเสนอให้ สปสช. เขตพื้นที่เข้ามามีบทบาทมากขึ้นเพื่อความคล่องตัวในการบริหารจัดการโครงการและให้การสนับสนุนศูนย์หัวใจในพื้นที่รับผิดชอบ และสะท้อนความต้องการเข้าไปเป็นคณะกรรมการส่วนกลาง อีกทั้งต้องการให้ สปสช. ปรับระบบการเบิกจ่ายเงินให้คล่องตัวเร็วขึ้นและต้องการให้มีการรายงานกลับในลักษณะที่สามารถตรวจสอบได้ว่าเป็นค่าบริการของผู้ป่วยรายใด

“สปสช.เขตก็มีปัญหา ไม่ถูก empower มา ถานอะไรก็แล้วแต่กรุงเทพ..... คำก็รู้ปัญหาผม ผมก็รู้ปัญหาเค้า แต่ช่วยอะไรไม่ได้ ตกที่นั่งเดียวกัน น่าจะให้ power คำบ้าง สปสช.น่าจะให้ power ผมบ้าง นี่ก็ปีแล้ว กรรมการคุณก็ยังอยู่อย่างนั้น เป็นอุปสรรคใหญ่ของผมเลย”

ผู้บริหารศูนย์หัวใจ โรงพยาบาล 5

“ของข้าราชการเร็วจังเลย ส่งรายงานปั๊บได้เงินปั๊บ ดูแล้วไม่ถึงเดือนนะ ผกกบอก สปสช. ด้วยว่า ข้าราชการเขาปรับระบบเร็วขึ้นแล้วเพื่อ สปสช. จะเร็วขึ้นบ้าง”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 2

“..... เดือนแรกจะจ่าย 30% พอเดือนที่ 6 จะจ่าย 30 % หนึ่งปีค่อยจ่ายอีก 40 % ผมต้องเสียเวลาถามอีก 3 ครั้งเพื่อดูว่าผมได้เงินนี้หรือเปล่า ผมต้องทำงาน 3 เท่ามากกว่าเดิมนะ.....สมัยก่อนเราครบจ่ายปั๊บ มันเคลียร์ได้ง่าย กรมบัญชีกลางตอนนั้นเขาจ่ายมา 80 % ปลายปีจ่ายตามมาอีก 20% พอเราเคลมไปเขาจ่ายมา 80% เลย อีก 20 เขาบอกว่าปีนี้เจ็บป่วยมากหรือน้อย ถ้าเจ็บป่วยน้อยลงก็ถัวเงินคืนเยอะ”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 3

ด้านข้อมูลและการเบิกจ่ายเงินต้องการให้มีการพัฒนาระบบและการจัดการข้อมูล

ผนวกเข้ากับระบบปกติของสถานพยาบาล

“เดี๋ยวจะให้ข้อมูลเป็นภาพรวมของโรงพยาบาลมาแล้วโรงพยาบาลเขาไปดูข้อมูลเขา เขาก็ยังมีโอกาสได้พัฒนา”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 3

“เรื่องบริหารจัดการข้อมูลน่าจะเป็นระบบปกติของโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ดูหลายระบบ ไม่ควรเป็นว่าเราต้องหาคนมาเพิ่มเรื่อยๆ เพื่อรองรับเพราะเป็นระบบบริการเดิม ถ้าเป็นไปได้จะยั่งยืน ถ้าเป็นโรงพยาบาลหัวใจอย่างเดียว มะเร็งอย่างเดียว อาจไม่ยาก”

ทีมสนับสนุน โรงพยาบาล 6

7.6.2 การกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน

ผู้บริหารสถานพยาบาลเห็นพ้องกันว่า สปสช. ควรเป็นผู้กำกับด้านคุณภาพขั้นสุดท้าย และควรมีการประชุมผู้ปฏิบัติงานเพื่อนำเสนอปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากศูนย์ที่ไม่ได้รับการนิเทศ ส่วนการบริหารจัดการภายในศูนย์เป็นบทบาทของผู้บริหาร ศูนย์ซึ่งบางแห่งก็มีปริมาณงานมาน้อยแล้วแต่บริบทและโครงสร้างบริการของแต่ละพื้นที่

“สปสช.มีสิทธิ์อยู่แล้วที่จะ audit ถ้าปริมาณเกินไปต้องเข้าไปดูเลย จริงๆ limit ที่ ICU ของโรงพยาบาลอยู่แล้ว”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 5

“ผมเคยเสนอให้จัด conference, excellence center เราเปิดมาก็ปีแล้ว ไม่เคยมีการประชุมประจำปีซะที ให้มา present สิ ต้องทำ เพราะ excellent center เปิดมาตั้งหลายปีแล้ว ไม่มีการประชุม มีแต่นิเทศงาน แล้วไม่เคยมานิเทศผม หายไปเลย ผมบอกมาบ้างซิ อาจจะกลัวเลยไม่มา เคยมารอบแระรอบเดียวก่อนเหตุการณ์ ผมก็เสนอว่าคุณมี excellent center หัวใจมาก็ปีแล้ว ทำหกปีแล้ว คุณจัด conference ชักที่ได้ใหม่ ประชุมใหญ่ชักที่ได้ใหม่ มา present งานกัน มาดูผลงานกัน คล้ายๆ พุดคุยแบบประชุมวิชาการ สปสช.เป็นเจ้าภาพก็ได้ น่าจะได้มามองลักษณะงานด้วยในอนาคต national program มันจะเป็นอย่างไร ให้มันสร้างสรรค์หน่อย”

ศัลยแพทย์หัวใจ โรงพยาบาล 2

“ผู้บริหารต้องจำกัดว่า จะผ่าตัดกลุ่ม UC เท่าไร สิทธิอื่นเท่าไร ต้องเกลี้ย”

ทีมสนับสนุน โรงพยาบาล 6

7.6.3 การจัดสรรทรัพยากร

มีผู้เสนอให้ทุ่มทรัพยากรให้กับศูนย์หัวใจที่ยังพัฒนาศักยภาพบริการไม่ถึงระดับที่ควรจะเป็น และควรลดการสนับสนุนศูนย์หัวใจของมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงอยู่แล้วเพราะมีศักยภาพในการหารายได้อยู่แล้ว

“อย่างมหาลัย...นี่ก็ไม่ถูกต้องที่ไปลงทุนให้เขาเพราะเค้าคือศูนย์ที่พัฒนาแล้ว.....คือจริงๆ ต้องแบ่งไปเลยว่าเกรดที่ยังไม่พัฒนาได้เยอะๆ ไปเลย ศูนย์ที่เป็นอันดับสองควรได้น้อยกว่าถึงเขาเป็นต่างจังหวัดแต่ศักยภาพเขาเท่ากับที่นี่..... ให้ดูว่าจริงๆ เป็นศูนย์ที่พัฒนาแล้ว อย่างจังหวัด เชียงใหม่ นี่เจริญไหม จังหวัดขอนแก่นเจริญไหม”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 1

“ผมอยากฝากเรื่อง CATH นะว่าคัมค่าหรือเปล่า บางแห่งอาจจะไม่คัมค่า คือระยะหลังผมสังเกตว่าครุภัณฑ์มันไปลงที่โรงเรียนแพทย์ซะมากทั้ง ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค คือ concept มันเปลี่ยนไป”

ศัลยแพทย์หัวใจ โรงพยาบาล 2

7.6.4 การพัฒนาเชิงวิชาการ

มีข้อเสนอด้านการพัฒนาเชิงวิชาการใน 2 ระดับคือ แพทย์เฉพาะทางในศูนย์ตติยภูมิ ควรเน้นการประยุกต์และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่สอดคล้องกับบริบทประเทศไทย และระดับ นโยบายควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพเชิงวิชาการด้วยเช่น การวิจัยหรือการผลิตนวัตกรรม และใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดระดับศักยภาพศูนย์ฯ นอกเหนือจากเกณฑ์ปริมาณบริการ

“ในแต่ละเซ็นเตอร์ไม่ว่าสายงานไหนควรจะต้องเป็นภาระหน้าที่รับรองความรู้ในภาพขององค์ความรู้ทั่วไปจากสากลเข้ามาประยุกต์กับปัญหาของเรา คนไข้ ปัญหาบ้านเมือง แล้ว input ความสามารถ ความพยายามของเรา ปรับเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับบ้านเราออกมา ภายใต้เงื่อนไขพื้นฐานความรู้และเราอาจสร้างองค์ความรู้ใหม่ได้.....ไม่ใช่โตแบบอะไรก็ได้เหมือนเมืองนอก..... อันนี้ทำได้ถ้ามีองค์ประกอบหรือแรงผลักดัน เป็น policy ที่ชัดเจน เอื้ออำนวยให้คนที่ทำงานด้านนี้ได้รับการ recognize หรือการ support ที่เป็นจริง..... excellent center ที่ได้รับการ recognize หรือ volume ของ case มันจะต้องมี innovation กับ criteria เข้ามาด้วย คือไม่ใช่เพียงแค่ว่าทำเยอะแต่มันต้องมีคุณภาพ อันนี้ต้องเป็นหนึ่งใน factor หนึ่งที่จะ recognize ว่า center ไหน break through to target..... ต้องมีคนสนับสนุนและพยายาม recognize ให้ได้ ให้เราเชื่อมั่นในศักยภาพในคนของเรา ในขณะเดียวกัน specialist ที่รับผิดชอบอยู่ในองค์กรใหญ่ๆ ก็ตั้งเป้าหมายว่าไม่ได้แค่ทำตามแบบเมืองนอก หากแต่ต้องนำความรู้มาประยุกต์สร้างเป็นแบบอย่างที่เป็นจริง มันถึงจะมีประโยชน์”

ศัลยแพทย์หัวใจ โรงพยาบาล 1

7.6.5 ค่าตอบแทน

ผู้บริหารสถานพยาบาลเสนอว่า หาก สปสช. แจ้งเป็นลายลักษณ์อักษรว่าเงินที่จัดสรรมาเป็นค่าอะไรบ้าง (เช่น ค่าบริการ ค่าตอบแทน และค่าพัฒนา...) จะทำให้สามารถบริหารค่าตอบแทนได้อย่างคล่องตัวเกิดประโยชน์ต่อองค์กรและบุคลากร

“ปี 49 เราได้จากผ่าหัวใจ 32 ล้านโอนเข้าเงินรายได้ ผมขอมาใช้ คณะไม่ให้ บอกไม่เกี่ยวกัน เป็นค่ารักษา ผมจะเบิกได้ต่อเมื่อ สปสช.บอกได้ โอนเงินมาเป็นค่าตอบแทนแพทย์และผู้เกี่ยวข้องและค่าพัฒนา registry center อีก 5 แสนบาทอย่างนี้ก็เรียบร้อย.....สิ่งที่ สปสช. กำลังทำเป็นสิ่งที่ดี ทำการบริหารจัดการเป็นรูปธรรมขึ้นอย่างชัดเจนแต่เกิด conflict เรื่องเงิน ถ้าเปิดช่องให้ผู้บริหารได้อิสระกว่านี้ (เพิ่ม“ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของผู้อำนวยการโรงพยาบาล”....นักวิจัย) conflict จะลดลงแต่อย่าให้โอนเข้าโรงพยาบาลแล้วหายเข้ากลีบเมฆ ผลตอบแทนถึงผู้ทำแต่ไม่ใช่แพทย์เท่านั้น”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 6

ทั้งนี้ค่าตอบแทนของบุคลากรควรต้องสัมพันธ์กับปริมาณและคุณภาพงาน และมีข้อเสนอให้ สปสช. เป็นผู้กำหนดสัดส่วนและระบุให้ชัดเจน โดยมีนัยยะว่า สปสช.ควรเพิ่มค่าตอบแทน

เพื่อให้แพทย์และทีมผ่าตัดหัวใจได้ไม่น้อยกว่าเดิม โดยเห็นสอดคล้องกันตั้งแต่ระดับบริหารถึงทีมสนับสนุนที่ไม่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด

“คำตอบแทนเป็นเพียงปัจจัยหนึ่ง ทำให้พอให้อยู่ได้..... แต่ต้องอิง productivity และ quality เมื่อ extra work ก็ extra incentive ใครก็เกียจไม่ได้เพราะ performance-based จากคิวยาวคุณภาพแย่แล้วมาเป็นแบบนี้.....ปัจจุบันอิงโรงพยาบาลกระทรวงเป็นหลัก ถ้าจบแพทย์ใหม่ๆ ใช้ทุน 2-3 ปีแรกพูดกันว่า at least income อยู่ที่ 3 หมื่นบาท young staff ต้อง 5 หมื่น senior staff cover case ได้หมด specialist เด็กก็รับ case ได้หมดไม่ว่ายากแค่ไหนไม่ต้องส่งไปกรุงเทพต้อง 7-8 หมื่นบาท ตอนนี้ CVT ที่อุบลเขียนข้างฝาไว้เลยต้องมีรายได้ไม่ต่ำกว่าแสน งานไม่เกียจ เต็มร้อยทุกอย่าง ลูกพี่เขียนไว้เป็นการันตี แล้วพยายามหางานให้..... ดีที่สุดคือใครรับไป จ่ายภาษีไป”

อดีตผู้บริหารโรงพยาบาล 5

“ถ้าให้แพทย์เยอะกลุ่มอื่นก็ได้หน่อย ถ้าจะสนับสนุนแพทย์จริงๆ สมมติ 5 หมื่น แล้วไม่น้อยกว่า 80 ไม่เกิน 20 ยากเหมือนกันนะ ถ้ากำหนดมาเลย ต้องการให้แพทย์เท่าไร เขียนไปก่อน สมมติ 4 หมื่น ต้องการให้แพทย์ได้ 50 % ก็ตั้งซัก 8 หมื่น..... สปสช.กำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนเลยว่าเพื่ออะไร..... นำประเมินทุก 2 ปีว่าคำตอบแทนแค่นี้พอไหม ตอนนี้เพดานสูงสุดไม่เกิน 5 หมื่น”

ผู้บริหารโรงพยาบาล 5

“ส่วนของแพทย์ควรให้เค้าไปเลยน่าจะยังมีอยู่ เพราะต้องดูแลคนไข้ต่อเนื่องอยู่แล้ว จะได้ active ส่วนของทีมมีปัญหาเรื่องการ define ‘ทีมที่เกี่ยวข้อง’ อันนี้เป็นปัญหภายใน คุยกันแต่ละที่ คล้ายๆ กัน ที่นี้คือทีมผ่าตัด ทีมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่ผ่าตัด ถ้าจะระบุชัดเจน มี perfusionist และพยาบาลห้องผ่าตัดก็คนอย่าง scrub nurse circulate ทีมหนึ่งก็คน Class ที่ยุ่งยาก มาตรฐาน perfusionist 2 คน พยาบาลผ่าตัด 4 คน แต่วันหนึ่งถ้าเราทำ case เล็กด้วยใหญ่ด้วย ก็ขึ้นทีมเดียวเช่น ทำ case ใหญ่แล้วพอเป็น case เล็กก็ไม่เอาคนออกหรือที่ทำกันคือจะ share กันเองในทีม ครัวดู workload ทีมที่ทำมากควรมีน้ำหนักให้มาก อย่าง OPD คนไข้ผ่าตัดต้องผ่าน OPD ทุกคนจริง แต่เค้าต้องมาทำนอกเวลากับเราไหม ทีมที่ load คือทีมผ่าตัด ICU ก็เหมือนกัน เต็มเท่าเดิม”

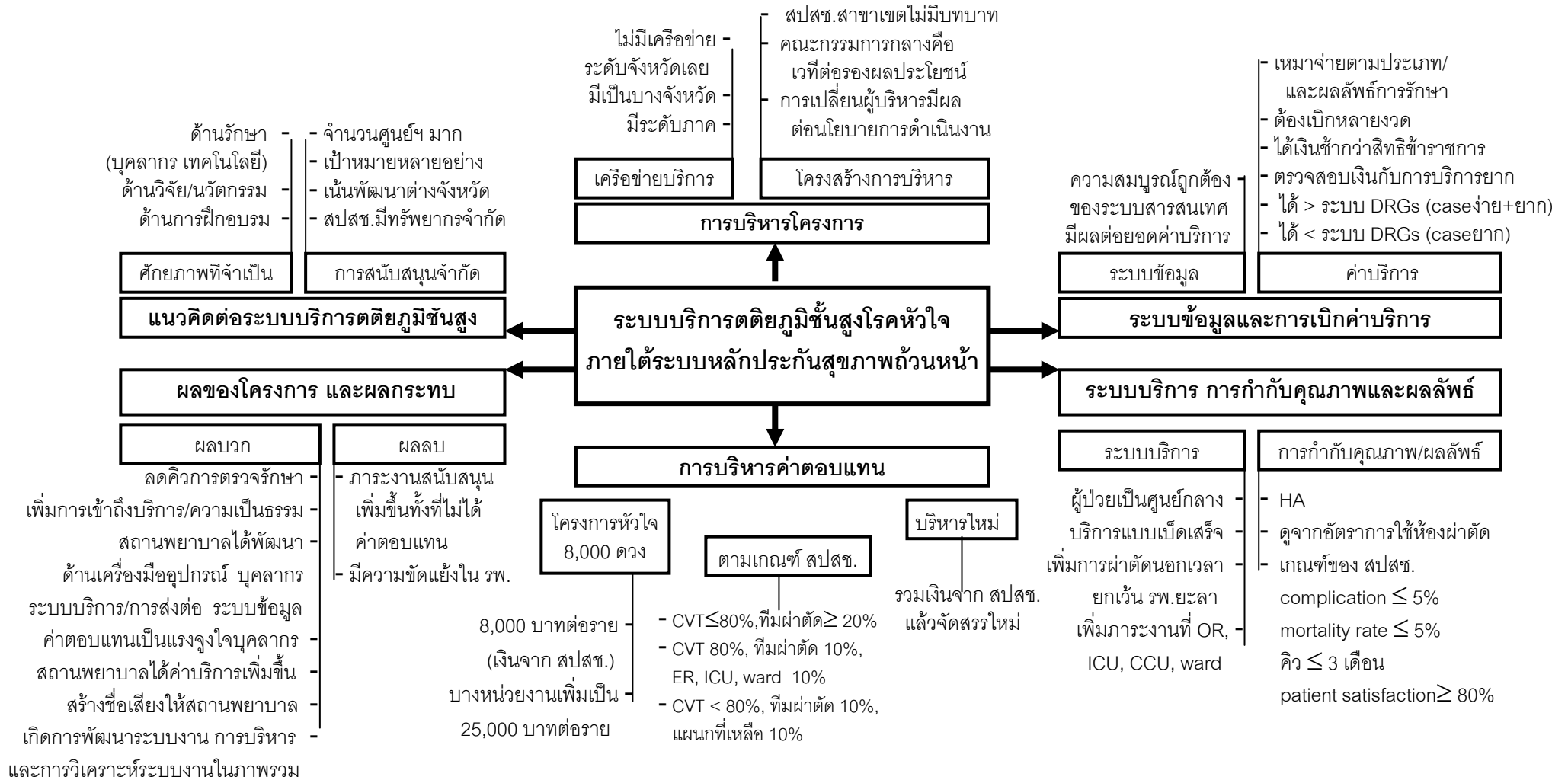
ทีมผ่าตัดหัวใจโรงพยาบาล 5

“สปสช.ต้องการให้ใครทำอะไร % set มาเลย เป็นมาตรฐานเดียวกันทุกโรงพยาบาล ไม่มีข้อโต้แย้งได้เลย เช่นให้แพทย์ 60% อีก 10 เป็นการจัดการข้อมูลต่างๆ ส่วนพยาบาลดูแลอีก 20 อีก 10 เป็นการบริหารจัดการ แต่เน้นว่าภาระงานมีอะไร แล้วแบ่งมาเลย ถ้า สปสช. เน้นแพทย์ก็กำหนดของแพทย์ไปเลยต่างหาก ถ้าภาระงานแพทย์มาก สปสช.ควรเพิ่มจาก 5 หมื่น ไม่ใช่ cap ไว้ คนที่เคยได้ก็ไม่ถูกลด และทีมส่วนอื่นก็ได้ด้วย”

ทีมสนับสนุนโรงพยาบาล 6

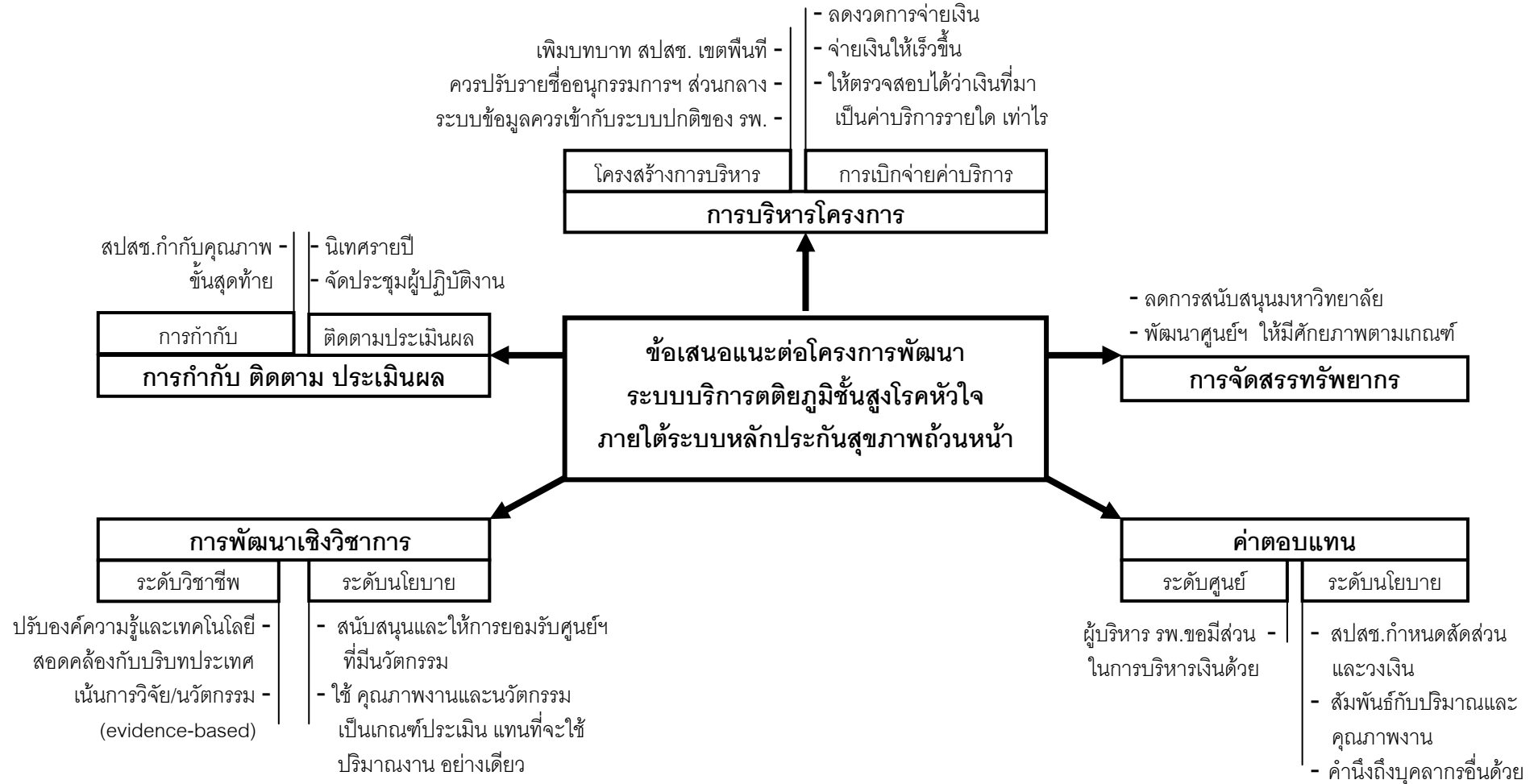
การบริหารและดำเนินโครงการฯ ของสถานพยาบาล สรุปได้ดังภาพ 7.1

ภาพ 7.1 การบริหารและดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของศูนย์หัวใจ



ภาพ 7.1 การบริหารและดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในมุมมองของศูนย์หัวใจ

(ต่อ)



บทที่ 8 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้บริหารโครงการส่วนกลาง จากสถานพยาบาล และจากข้อมูลการดำเนินงานจากผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานในศูนย์หัวใจและจากฐานข้อมูลบริการ (บทที่ 5, 6 และ 7) กับโครงการและแผนแม่บทในบทที่ 4 มีข้อสรุปและข้อเสนอแนะดังนี้

1. เมื่อเปรียบเทียบประสบการณ์ต่างประเทศ กล่าวได้ว่า ประเทศไทยมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการตติยภูมิ (ตาราง 8.1) แม้จะมีการระบุเรื่อง การส่งเสริมการป้องกันโรคหัวใจ และการสนับสนุนงานวิจัย ในแผนแม่บทการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ พ.ศ. 2547-2551 แต่การบริหารและดำเนินโครงการส่วนใหญ่เป็นการจัดสรรทรัพยากรทั้งส่วนครุภัณฑ์และค่าตอบแทนแพทย์เฉพาะสาขา และการประเมินศูนย์หัวใจในรูปแบบนิเทศ ขณะที่ประเทศพัฒนามุ่งเน้นการควบคุมป้องกันโรคพร้อมๆ กับการพัฒนาระบบบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิ และมีทางเลือกคือการซื้อบริการจากต่างประเทศหากไม่สามารถขยายผลผลิตภาพบริการเฉพาะสาขาได้ ดัง (ตาราง 8.1)

ปฏิเสธไม่ได้ว่า ไทยเป็นประเทศที่ฐานะทางเศรษฐกิจด้อยกว่าประเทศพัฒนา การมุ่งพัฒนาเฉพาะบริการตติยภูมิท่ามกลางทรัพยากรที่จำกัดในทุกๆ ด้านและมีความไม่แน่นอน รวมถึงการสนับสนุนด้านบริหารจัดการจากส่วนกลาง ทำให้มีข้อจำกัดด้านการจัดบริการ (supply side) อย่างมาก อันเป็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการที่สำคัญ ดังข้อมูลที่ได้จากระดับบริหารส่วนกลางและสถานพยาบาล ทั้งนี้ไม่ได้หมายความว่าเสนอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขยายบทบาท แต่ควรประสานระดับนโยบายกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งมีแผนงานและงบประมาณในด้านนี้อยู่แล้ว รวมทั้งภาคีเครือข่ายอีกจำนวนหนึ่ง จะทำให้การแก้ปัญหาโรคหัวใจมีความครบถ้วนเป็นองค์รวมมากขึ้น ที่สำคัญคือ ไม่เป็นการส่งสัญญาณแก่สังคมว่าแก้ปัญหาด้วยการรักษา แต่มียุทธศาสตร์ด้านสร้างเสริมสุขภาพควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการตรวจรักษาให้มีคุณภาพ เป็นธรรม และทันทั่วถึง

2. ด้านบริหารจัดการโครงการ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์วิชาชีพทั้งแพทยสภา สมาคมแพทย์โรคหัวใจ และสภาการพยาบาล ควรร่วมกันดำเนินการในลักษณะพันธมิตร โดยมีบทบาทตามบทบาทภารกิจขององค์กรเองในการจัดการและสนับสนุนในลักษณะอำนวยความสะดวก ให้ศูนย์หัวใจปฏิบัติงานในพื้นที่ได้อย่างสะดวกมีประสิทธิภาพและคุณภาพ ส่วนการจัดทำข้อตกลง แนวทางการดำเนินงาน และการจัดสรรทรัพยากร ควรเชื่อมโยงกันในลักษณะพันธะสัญญาเช่น สถานพยาบาลที่ต้องการพัฒนาศักยภาพเป็นศูนย์หัวใจเสนอแผนงานพร้อมงบประมาณ และต้องดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ภายใต้กรอบเวลาที่กำหนดไว้โดยมีการประเมินผล แต่ในสถานการณ์จริง องค์กรบริหารในรูปของคณะกรรมการ มาจาก 3 กลุ่มใหญ่คือ กลุ่มวิชาชีพแพทย์เฉพาะสาขาในส่วนกลางและต่างจังหวัด และระดับบริหารของกระทรวงสาธารณสุข จึงเล็งไม่ได้ที่กลุ่มวิชาชีพจะมีอคติในการจัดสรรทรัพยากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อไม่มีข้อมูลมาติดต่อผลการดำเนินงาน

ตาราง 8.1 การเปรียบเทียบการแก้ปัญหาโรคหัวใจอย่างเป็นระบบของไทยและต่างประเทศ

ประเด็นเปรียบเทียบ	อังกฤษ	สหรัฐอเมริกา	แคนาดา	ไทย
มีแผนสุขภาพหัวใจระดับชาติเป็นกรอบการทำงาน	✓	✓	✓	-
กำหนดเป้าหมายบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์	✓	✓	✓	-
กำหนดโครงสร้างบริการบนฐานข้อมูลเชิงประจักษ์	✓		✓	-
กำหนดเป้าหมายระดับชาติในด้านสุขภาพ	✓	✓	✓	-
กำหนดเป้าหมายระดับชาติที่ชัดเจน				-
♥ ด้านการรักษ่าภัยเสี่ยงและบริการฉุกเฉิน	✓	✓	✓	-
♥ ด้านการรักษาระดับตติยภูมิ	✓		✓	-
การควบคุมโรคในฐานชุมชน/พื้นที่	✓	✓	✓	-
ระบบการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง	✓	✓	✓	-
ระบบคัดกรองโรคฐานชุมชน	✓	✓	✓	-
ระบบบริการตรวจวินิจฉัยและส่งต่อ	✓	✓	✓	✓
ระบบรักษาระดับตติยภูมิและตติยภูมิ	✓	✓	✓	✓
ระบบบริการรักษาฉุกเฉิน	✓	✓	✓	-
การประเมินคุณภาพบริการ	✓	✓	✓	-
การประเมินการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม	✓	✓	✓	-
ระบบวิจัยพัฒนาเป็น evidence based ในการพัฒนา	✓	✓	✓	-

3. ประเด็นคำตอบแทนเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญในระดับปฏิบัติงานทั้งที่ไม่ได้อยู่ในแนวคิดของผู้บริหารโครงการฯ ตั้งแต่แรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีไม่แน่ใจว่าการเบิกจ่ายมีระเบียบรองรับอย่างถูกต้อง และก่อให้เกิดความขัดแย้งในกลุ่มวิชาชีพไม่สอดคล้องกับภารกิจของโรงพยาบาลที่ให้บริการหลายระบบในส่วนกลางเอง ก็เป็นปัญหาในการงบประมาณ ค่าตอบแทนที่สามารถกระตุ้นผลผลิตภาพและคุณภาพควรต้องแปรตามปริมาณและคุณภาพของงาน หากใช้แนวคิดว่างานบริการทุกชนิดมีความสำคัญตามระดับยากง่าย และรวมค่าตอบแทนบุคลากรในค่าบริการ จะกระตุ้นให้ผู้บริหารสถานพยาบาลให้ความสำคัญกับการจัดการเพื่อให้เกิดการบริการได้อย่างร่วมมือร่วมใจกันด้วยเพราะบุคลากรทุกประเภททุกชนิดบริการ ดีกว่าจ่ายค่าตอบแทนตรงให้วิชาชีพบางกลุ่ม (ซึ่งดีสำหรับการเพิ่มปริมาณบริการในระยะสั้น) แต่ต้องมีการแก้ไขระเบียบรองรับการเบิกจ่ายเงินส่วนดังกล่าวให้ถึงตัวบุคลากร และควรปรับการเบิกจ่ายเงินให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ด้านกลยุทธ์เครือข่ายบริการตติยภูมิที่สามารถให้บริการรักษาที่ซับซ้อนเชื่อมโยงแนวตั้งแต่ละระดับ เชื่อมโยงแนวราบระหว่างหน่วยงานทุกสังกัดทั้งรัฐและเอกชนนั้นเกิดขึ้นได้จริงในเขตที่มีศูนย์หัวใจตั้งอยู่ โดยดูแลครอบคลุมเขตพื้นที่ที่ไม่มีศูนย์หัวใจได้เฉพาะจังหวัดที่การคมนาคมมายังกรุงเทพ ฯ และนนทบุรีไม่สะดวก แต่ไม่สามารถครอบคลุมจังหวัดที่การคมนาคมสะดวก (“ถนนทุกสายมุ่งสู่กรุงเทพฯ”) แม้ในเขตนั้นจะมีศูนย์หัวใจตั้งอยู่ก็ตาม ข้อมูลเชิงประจักษ์คือ เขตนครสวรรค์, ราชบุรี และสกลนคร ไม่มีศูนย์หัวใจระดับ 1-3 ตั้งอยู่ และจากตาราง 7.5 ในปี 2549 ผู้ป่วยเขตราชบุรี นิยมรักษาที่กรุงเทพและ

นนทบุรี เช่นเดียวกับเขตนครสวรรค์ ซึ่งน่าจะไปที่ศูนย์พิษณุโลกทั้งนี้ น่าจะเป็นเพราะนอกจากจะเดินทางสะดวกแล้ว ศูนย์หัวใจในนนทบุรีและกรุงเทพฯ ยังมีระดับศักยภาพสูงกว่า ขณะที่ผู้ป่วยจากเขตสกลนคร ยังคงรับการรักษาในภูมิภาคเป็นส่วนใหญ่ซึ่งอาจไปที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ขอนแก่น หรือโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ส่วนเขตรยอง แม้ว่าจะมีศูนย์หัวใจตั้งอยู่ 2 แห่งแต่ยังคงมีการไปรักษานอกเขต ดังตาราง 8.2

ตาราง 8.2 สถานพยาบาลหลักที่ผู้ป่วยเขตรยองเข้ารับการรักษาโรคหัวใจ ในปีงบประมาณ 2549

ผู้ป่วยจังหวัด	สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาโรคหัวใจ
ชลบุรีและฉะเชิงเทรา	โรงพยาบาลชลบุรี
จันทบุรีและตราด	โรงพยาบาลปกเกล้า จันทบุรี
ระยอง ปราจีน และสระแก้ว	สถาบันโรคทรวงอก นนทบุรี
นครนายก สมุทรปราการ	โรงพยาบาลราชวิถี

เนื่องจากกรุงเทพฯ เป็นศูนย์กลางความเจริญด้านเทคโนโลยีในทุกสาขารวมทั้งการแพทย์ และมีทิศทางการพัฒนาเป็นศูนย์ระดับประเทศ (medical hub) โอกาสที่โครงการจะสามารถพัฒนาศูนย์หัวใจในบริเวณใกล้เคียง (ภาคกลาง ตะวันตก และภาคเหนือตอนล่าง) ให้มีศักยภาพในระดับใกล้เคียงกับกรุงเทพฯ และนนทบุรีย่อมเป็นไปได้ยาก แม้โครงการฯ จะไม่สนับสนุนด้านงบประมาณใดๆ เพิ่มเติมแก่ศูนย์ฯ ในกรุงเทพฯ และนนทบุรีอีกเลยก็ตาม เพราะมีศักยภาพในการพัฒนาด้วยตนเองภายในบริบททางเศรษฐกิจ สังคมและประชากรที่เอื้อต่อการพัฒนา ประกอบกับได้รับความนิยมหรือเชื่อถือจากประชาชนทั่วไป ดังนั้น ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และข้อจำกัดของกระทรวงสาธารณสุข ในการสนับสนุนและการจัดการด้านกำลังคนและการกำกับด้านประสิทธิภาพและคุณภาพของระบบบริการ จึงอาจไม่คุ้มค่าที่จะทุ่มเททรัพยากรในการจัดตั้งศูนย์ตติยภูมิระดับ 1-3 ใหม่เพิ่มขึ้นในภาคกลางและ ตะวันตก รวมทั้งภาคเหนือตอนล่าง เมื่อเทียบกับความจำเป็นในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน และภาคใต้ ทั้งนี้ควรพัฒนาศูนย์ฯ ที่มีอยู่ให้ได้ศักยภาพตามระดับควบคู่ไปกับการพัฒนาเครือข่ายบริการ และระบบส่งต่อให้มีความเข้มแข็งขึ้น

5. ด้านการเข้าถึงบริการ เมื่อมีโครงการฯ สถานการณ์ดีขึ้นตามลำดับแม้จะยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในเขตห่างไกลเนื่องจากสภาพทางภูมิศาสตร์ การคมนาคม และระดับศักยภาพของศูนย์หัวใจในต่างจังหวัด (ยกเว้นศูนย์หัวใจสังกัดมหาวิทยาลัย) แต่เมื่อพิจารณา สัดส่วนของผู้ป่วยสิทธิต่างๆ ที่ศูนย์หัวใจรักษาพบว่า ผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในต่างจังหวัดได้รับการรักษาใกล้เคียงหรือเท่าเทียมกับผู้ป่วยสิทธิอื่น ดีกว่าผู้ป่วยในเขตที่มีความเจริญสูงเช่น เขตกรุงเทพฯ และสระบุรี จึงควรเน้นการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้มีปัจจัยเสี่ยงเพื่อการรักษาแต่เนิ่นๆ เสียค่าใช้จ่ายน้อย เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดอาการเฉียบพลัน (acute myocardial infarction, sudden cardiac arrest) ซึ่งเมื่อ

เป็นแล้วต้องได้รับการรักษาอย่างฉุกเฉิน ตามมาด้วยการรักษาค่าใช้จ่ายสูงตามมา ขณะที่โครงสร้างบริการยังกระจุกตัวและบริการได้จำกัด

6. การเปรียบเทียบปริมาณบริการของศูนย์หัวใจควรคำนึงถึงทรัพยากรที่มีโดยเฉพาะจำนวนแพทย์เฉพาะสาขา ในปีงบประมาณ 2549 ศูนย์หัวใจในเชียงใหม่ ขอนแก่น อุบลราชธานี สงขลา นครราชสีมา สุราษฎร์ธานี สระบุรี กทม. ระยอง และพิษณุโลก) มีการส่งผ่านผ่าตัดหัวใจต่อศัลยแพทย์หัวใจ เรียงจากมากไปน้อย ส่วนลำดับภาระงาน intervention ต่ออายุแพทย์หัวใจ 1 คน จากมากไปน้อยได้แก่ สุราษฎร์ธานี ขอนแก่น เชียงใหม่ สงขลา นครราชสีมา อุบลราชธานี สระบุรี ระยอง พิษณุโลก และ กทม.ตามลำดับ (ตาราง 7.2)

7. ผลลัพธ์การผ่าตัดหัวใจของศูนย์หัวใจในโครงการ ฯ อยู่ในระดับที่มีคุณภาพ ในภาพรวมประเทศต่ำกว่าร้อยละ 5 ในปี 2550 เขตที่ศูนย์หัวใจมีอัตราการผ่าตัดและเสียชีวิตต่ำกว่า 5 ในปี 2550 คือ เชียงใหม่ (1.7) สระบุรี (2.0) สุราษฎร์ธานี (2.5) สงขลา (3.7) และขอนแก่น (3.8) (ตาราง 7.7) อย่างไรก็ตาม การพัฒนาคุณภาพต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับศูนย์หัวใจทุกแห่ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรสนับสนุนให้มีการเปรียบเทียบคุณภาพและนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการ ทรัพยากร (evidence-based)

8. การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานในลักษณะเปรียบเทียบ (benchmarking) จะเป็นประโยชน์ทั้งต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นผู้ซื้อบริการ และสถานพยาบาลเอง การเปรียบเทียบนี้ น่าจะเป็นบทบาทหนึ่งของสมาคมวิชาชีพเฉพาะ โดยใช้เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นการพัฒนาศักยภาพและประเมินคุณภาพบริการ อาจเพิ่มตัวชี้วัดด้านประสิทธิภาพหรืออื่นๆ ตามที่สถานพยาบาลให้ความสนใจขอร่วมกัน ซึ่งในแผนแม่บทการพัฒนา ฯ ระบุว่าเป็นกลวิธีในการพัฒนาศักยภาพ สมาคมวิชาชีพในต่างประเทศยังเผยแพร่ข้อมูลผลลัพธ์การรักษาในเวปไซต์สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการหาข้อมูลในการตัดสินใจเลือกวิธีรักษา

9. ควรสนับสนุนให้ใช้วิชาการเป็นฐานในการทำงาน โดยการจัดทำกรอบและประเด็นการวิจัยและพัฒนา โดยสมาคมวิชาชีพสนับสนุนหรือช่วยเหลือด้านวิชาการ ส่วนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนเชิงโครงสร้างเช่น จัดประชุม/ประกวดผลงานวิชาการนวัตกรรมที่สอดคล้องกับบริบทประเทศไทย

10. การบริหารข้อมูลและสารสนเทศ มีชุดข้อมูลที่ต้องจัดเก็บอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงกัน เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นมาใช้ในการบริหารจัดการ ประเมินผล และจัดสรรทรัพยากร ในการจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพระยะยาวควรมีการจัดเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประเมินในประเด็น ดังต่อไปนี้

- ♥ จำนวนและประเภทความเชี่ยวชาญของแพทย์และทีมบุคลากร รวมทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์ของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจ เพื่อเปรียบเทียบศักยภาพของศูนย์หัวใจกับมาตรฐานที่ควรจะเป็น
- ♥ การกระจายทรัพยากรสุขภาพ (บุคลากร เทคโนโลยี และงบประมาณ) ให้โรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจ จำแนกตามเขตสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การวิเคราะห์ข้อมูลการบริการที่สถานพยาบาลส่งมาเบิกเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถนำมาใช้ในการประเมินด้านผลิตภาพ ผลลัพธ์ การเข้าถึงบริการ และยังสามารถนำมาเปรียบเทียบผลลัพธ์การรักษา รายนกลุ่มโรค รายสถานพยาบาลซึ่งใช้เป็นตัวชี้วัดหนึ่งในด้านคุณภาพได้

เอกสารอ้างอิง

- ¹ World Health organization. 1996 World health statistics annual. Geneva: WHO, 2001.
- ² World Health organization. Health situation in the South-East Asia region 1998-2000. New Delhi: WHO, 2002.
- ³ Nishtar S. Prevention of coronary heart disease in South Asia. *Lancet* 2002;360:1015-1018.
- ⁴ Jafar TH, Levey AS, Jafary FH, White F, Gul A, et al. Ethnic subgroup differences in hypertension in Pakistan. *J Hypertens* 2003;21:905-912.
- ⁵ Eaton L. treatment for heart disease must improve in deprived areas. *BMJ* 2005; 330; 558 (12 March), doi:10.1136/bmj.330.7491.558-d [cited 2007 Jan 31].
- ⁶ Simpson CR, Hannaford PC, Williams D. Evidence for inequalities in the management of coronary heart diseases in Scotland. *Heart* 2005;91:630-634.
- ⁷ Murphy NF, Simpson CR, Jhund PS, Stewart S, Kirkpatrick M et al. A national survey of the prevalence, incidence, primary care burden and treatment of atrial fibrillation in Scotland. *Heart* 2007;doi:10.1136/hrt.2006.107573 [cited 2007 Jan 10].
- ⁸ Murphy NF, Simpson CR, McAlister FA, Stewart S, MacIntyre K et al. national survey of the prevalence, incidence, primary care burden and treatment of heart failure in Scotland. *Heart* 2004;90:1129-1136.
- ⁹ เยาวลักษณ์ จริยพงศ์ไพบูลย์, เจริญ ใจวงศ์. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *ลำปางเวชสาร* 2544; 22(2):129-141.
- ¹⁰ Massie BM, Shah NB. Evolving trends in the epidemiology factors of heart failure: rationale for preventive strategies and comprehensive disease management. *Am Heart J* 1997;133:703-712.
- ¹¹ Brown A, Cleland JGF. Influence of concomitant disease on patterns of hospitalization in patients with heart failure discharged from Scottish hospitals in 1995. *Eur Heart J* 1998;19:1063-1069.
- ¹² Cleland JGF, Swedberg K, Poole-Wilson PA. Successes and failures of current treatment of heart failure. *Lancet* 1998;352:SI19-28.
- ¹³ Cleland JGF. Contemporary management of heart failure in clinical practice. *Heart* 2002;88:ii5-ii8.
- ¹⁴ De Bacquer D, De Backer G, Kornitzen M. Prevalence of ECG findings in large population based samples of men and women. *Heart* 2000;84:625-633.
- ¹⁵ Jouven X, Empana JP, Schwartz PJ, Denson M, Courbon D, Ducimetiere P. Heart rate profile during exercise as a predictor of sudden death. *N Engl J Med* 2005; 352(19):1951-1958.
- ¹⁶ Davie AP, Francis CM, Love MP, Caruana L, Starkey IR, et al. Value of the electrocardiogram in identifying heart failure due to left ventricular systolic dysfunction. *BMJ* 1996;312:222 (27 January). [cited 2007 Feb 2]; Available from <http://www.bmj.com/cgi/content/full/312/7025/222>.
- ¹⁷ Hobbs FDR. Unmet need for diagnosis of heart failure: the view from primary care. *Heart* 2002;88:ii9-ii11.
- ¹⁸ คณิต ตันติศิริวิทย์, พรชัย งามสิทธิฤกษ์, นิวัตชัย สุจิตจันทร. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในจังหวัดน่าน. *ลำปางเวชสาร* 2545; 23(3):204-214.
- ¹⁹ Davies MK, Hobbs FDR, Davis RC, Kenkre JE, Roalf AK et al. Prevalence of left ventricular systolic dysfunction and heart failure in the general population: main findings from the ECHOES (echocardiographic heart of England screening) study. *Lancet* 2001;358:439-445.
- ²⁰ Dewilde S, Carey IM, Emmas C, Richards N, Cook DG. Trends in the prevalence of diagnosed atrial fibrillation, its treatment with anticoagulation and predictors of such treatment in UK primary care. *Heart* 2006; 92:1064-1070.

- ²¹ Ward PR, Noyce PR, Leger AS St. How equitable are GP practice prescribing rates for statins?: and ecological study in four primary care trusts in North West England. *International Journal for Equity in Health* 2007;6:2 doi:10.1186/1475-9276-6-2. [cited 2007 Jan 31]; Available from [http:// www.equityhealthj.com/content/6/12](http://www.equityhealthj.com/content/6/12).
- ²² Sibai Aabla-Mehio, Sen K. Can Lebanon conjure a public health phoenix from the ashes? *BMJ* 2006;333:848 (21 October), doi:10.1136/bmj.38996.466678.68 [cited 2007 Jan 10].
- ²³ Moritsugu KP. Prevention effort in the USA. In Charting new directions for cardiovascular diseases (CVD) prevention and control in the Americas: a joint NHLBI/PAHO workshop, Session 1 –Panel A. 13-15 October 2004. National Institutes of Health Building 31C, Conference Room6, Bethesda, MD.
- ²⁴ Ferdinand K. Prevention and control of CVD RF policy level, health systems and community: main issues and perspectives-Hypertention. In Charting new directions for cardiovascular diseases (CVD) prevention and control in the Americas: a joint NHLBI/PAHO workshop, Session 2 –Panel A. 13-15 October 2004. National Institutes of Health Building 31C, Conference Room6, Bethesda, MD.
- ²⁵ วีระศักดิ์ มงคลพร, ชุตติมา อรรถสิทธิ์, ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. อุปสงค์และอุปทานต่อการให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยชาวต่างชาติ: การศึกษาเพื่อสำรวจผลกระทบที่มีต่อระบบสุขภาพและบุคลากรสาธารณสุขในประเทศไทย. รายงานการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยนโยบายเศรษฐกิจการคลัง; 2548.
- ²⁶ ธเรศ ภรณ์ชัยวิวงศ์, เพ็ญแข ลาภยั้ง, ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ และคณะ. ธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนไทยระหว่าง พ.ศ. 2543-2546 : ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. องค์การอนามัยโลก; ออฟเซทอาร์ตอโตโมชัน, 2549.
- ²⁷ ปิยะรัตน์ นิมพิทักษ์พงษ์. การสนับสนุนดูแลผู้ป่วยเรื่องการให้ยาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2548;14:649-660.
- ²⁸ British Columbia Medical Association's Council on Health Economics and Policy. Wait list management techniques. In *Waiting to long: reducing and better managing wait times in BC*. 2006.
- ²⁹ Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure. Guidelines for the diagnosis and treatment of the chronic heart failure. *Eur Health J* 2001;22:1527-1560.
- ³⁰ Gottlieb S. Nearly a third of US adults have high blood pressure. *BMJ* 2004;329:531 (4 September), doi:10.1136/bmj.329.7465.531-a. [cited 2007 Jan 31].
- ³¹ Kern J, Strnad M, Coric T, Vuletic S. Cardiovascular risk factors in Croatia: struggling to provide the evidence for developing policy recommendations. *BMJ* 2005;331:208-210.
- ³² World Health Organization. *The World Health Report 1990:making a difference*.
- ³³ Mendis S. Global Initiative for Treatment of Major Chronic Diseases. In Charting new directions for cardiovascular diseases (CVD) prevention and control in the Americas: a joint NHLBI/PAHO workshop, Session 1 –Panel A. 13-15 October 2004. National Institutes of Health Building 31C, Conference Room6, Bethesda, MD.
- ³⁴ Dobson R. News extra: Heart surgery halted because of staff exhaustion. *BMJ* 2004;328:604(13 March).doi: 10.1136/bmj.328.7440.604-e. [cited 2007 Jan 31]; Available from <http://www.bmj.com/cgi/content/full/328/7440/604-e>.
- ³⁵ <http://www.heartandstrokepartners.org/aha/htm> [cited 2007 Mar 14].
- ³⁶ National Institutes of Health.
- ³⁷ Healthcare commission. Heart surgery in Great Britain. last update: 17/11/2006. [cited 2007 Jan 10]; Available from <http://heartsurgery.healthcarecommission.org.uk/>.
- ³⁸ Petrie KJ, Muller JT, Schirmbeck F, Donkin L, Broadbent E, et al. Effect of providing information about normal test results on patients' reassurance: randomized controlled trial. *BMJ*, doi:10.1136/bmj.39093.464190.55 (published 26 Jan 2007).
- ³⁹ Mayor S. Modernisation Board identifies progress on NHS Plan. *BMJ* 2002;324:132(19 January) doi:10.1136/bmj.324.7330.132a [cited 2007 Jan 10].

- ⁴⁰ National Health Service. The NHS Plan: A Progress Report. [cited 2007 Jan 10]; Available from www.doh.gov.uk/modernisationboardreport.
- ⁴¹ Hall R, More R, Camm J, Swanton H, Gray H, et al. Fifth report on the provision of services for patients with heart disease. Heart 2002; 88:iii1-iii56.
- ⁴² Perterson S, Rayner M. Coronary heart disease statistics. London: British Heart Foundation; 2002.
- ⁴³ Coronary Health Disease/Stroke Task Force. Coronary Health Disease/Stroke Task Force Report. 2001. [cited 2007 Jan 20]; Available from www.sehd.scot.nhs.uk/publications/cdtf/cdtf-00.htm.
- ⁴⁴ Baker CD, Lorimer AR. Cardiology: the development of a managed clinical networks. BMJ 2000;321:1152-1153.
- ⁴⁵ Hamilton KE StC, Sullivan FM, Donnan PT, Taylor R, Ikenwilo D, et al. A managed clinical network for cardiac services:set up, operation and impact on patient care. International Journal of Integrated Care 2005-ISSN 1568-4156. [cited 2007 Jan 10]; Available from www.ijic.org.
- ⁴⁶ Department of Health. National Standards, Local Action: health and social care standards and planning framework 2005/06-2007/08. 2004.
- ⁴⁷ Moise P, Jacobzone S, the ARD-IHD Experts Group. OECD study of cross-national differences in the treatment, cost and outcomes of ischemic heart disease. OECD working paper no.3, 2003.
- ⁴⁸ Worden MA, Flanagan-Hyde S, de Kok DA, Eng HJ, Driesen KE, Valdez R, Bossi S. health care in Arizona:accessibility, affordability and accountability. Ninetieth Arizona Town Hall April 15-18, 2007.
- ⁴⁹ Allied Communities of Tarrant County. A matter of life: the Tarrant County healthcare initiative. 2007. [cited 2007 June 2007]; Available from http://alliedcommunities.org/downloads/a_matter_of_life2707webfinal.pdf
- ⁵⁰ Clotey C. The Canadian Heart Health Initiative: a policy in action. In Charting new directions for cardiovascular diseases (CVD) prevention and control in the Americas: a joint NHLBI/PAHO workshop, Session 1 –Panel B. 13-15 October 2004. National Institutes of Health Building 31C, Conference Room6, Bethesda, MD.
- ⁵¹ Marchildon PG, O'Fee K. Physical and human resources. In Health care in Saskatchewan: an analytical profile. Canadian Plains Research Center/ Saskatchewan Institute of Public policy. 2007.
- ⁵² British Columbia. Report on the European fact finding mission: Febuary 28 to March 6, 2006. [cited 2007 June 30];
- ⁵³ [cited 2008 Feb 25]; Available from: URL: <http://203.155.220.230/history.html>.
- ⁵⁴ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. ผลการดำเนินการโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ ปี 2545-2548 ใน คณะอนุกรรมการที่ปรึกษาการลงทุนด้านบุคลากร การวิจัย และพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ (cardiac center). กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.

ภาคผนวก 1 สกอตแลนด์

ตาราง 1 การจัดลำดับความสำคัญของความผิดปกติของหัวใจ

Prioritization	Criteria
Emergency Level 1	Encompassing problems encountered during PTCA or coronary angiography, or As a complication of acute myocardial infarction
Urgent Level 2	♥ Unstable and in hospital with continuing chest pain despite appropriate therapy, or with critical underlying diseases, such as left main stenosis >75% associated with severe symptoms. There should be documented ECG evidence of ischaemia and biochemical evidence such as troponin levels should be taken into consideration. ♥ Intervention should be undertaken as soon as possible after the decision to proceed, and the patient should not leave hospital. (For such patients, PTCA may be the intervention of choice rather than CABG. PTCA of a culprit lesion may obviate the need for surgery or may allow elective CABG at an appropriate time).
Priority Level 3	♥ Symptom despite maximal medical therapy. Three vessel proximal disease. ♥ Exercise test positive at Stage I of standard Bruce Protocol or more than 3 mm ST depression at 6 minutes and/or significant reversible perfusion defect on nuclear imaging. Left ventricular (LV) function normal or only slightly impaired. ♥ Note myocardial revascularization in the presence of severely impaired LV function shows promise but requires an evidence base.
Elective Level 4	♥ Severe symptom despite maximal medical therapy. Three vessel disease where long term prognosis will be improved by surgery. ♥ Exercise test positive Stage II or III and/or significant perfusion defect on nuclear imaging.
Elective Level 5	♥ Patients who have 1 or 2 vessel disease not amenable to PTCA and who have continuing symptoms despite medical therapy. Positive exercise test Stage II or III and/or reversible perfusion defect.

ตาราง 2 บทบาทใหม่ของพยาบาล จำแนกตามลักษณะงาน

Department/Area	บทบาทใหม่
Accident/Emergency Department, Medical Admission unit	Administration of thrombolysis therapy ¹
Coronary care unit: CCU	More active role in resuscitation, haemodynamic monitoring and organization and titration of the therapy
Pre-/post- procedural care of patients admitted for an elective procedure (intervention cardiology)	History taking, clinical assessment, provision of information and education, obtaining informed consent, cannulation, venesection and ordering investigation
Elective setting	Rapid assessment, open access chest pain clinic: history taking, focused clinical examination and the organization of appropriate investigations (ECG, ETT ² , laboratory investigations, and communication between primary and secondary care.
Post-MI clinic	Nurse-led follow-up of patients
Secondary and primary care	Cardiac rehabilitation, risk management and secondary prevention

¹ เป็นบริการสำคัญมีประสิทธิผลสูงแต่ต้องบริหารอย่างรวดเร็วและเป็นเป้าหมายที่ต้องบรรลุของสกอตแลนด์

² ในอังกฤษ ETT ต้องอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์ แต่มี complication rate ใกล้เคียงกับการทำโดยพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมหรือนักเทคนิคหัวใจที่ไม่อยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์

ตาราง 3 บทบาทใหม่ของเภสัชกร จำแนกตามลักษณะงาน

Department/Area	บทบาทใหม่
community pharmacy	7.1 co-ordinating and delivering smoking cessation service: patient assessment, provision of NRT and counseling tailored to meet individual needs 7.2 disease register: patient administering glyceryl trinitrate (GTN) spray and patients who may be appropriate for aspirin therapy, based upon evaluation of their current therapy

ภาคผนวก 2 Healthy People 2010 USA

Objectives for Heart Diseases and Stroke

Healthy People 2010 is a set of health objectives for the Nation to achieve over the first decade of the new century. It can be used by many different people, States, communities, professional, organizations, and others to help them develop programs to improve health.

Healthy People 2010 builds on initiatives pursued over the past two decades. The 1979 Surgeon General's Report, Healthy People, and Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives both established national health objectives and served as the basis for the development of State and community plans. Like its predecessors, Healthy People 2010 was developed through a broad consultation process, build on the best scientific knowledge and designed to measure program s over time.

The objectives specific to health diseases and stroke are, as follows:

- ♥ Reduce coronary heart diseases deaths.
- ♥ Increase the proportion of adults aged 20 years and older who are aware of the early warning symptoms and signs of a heart attack and the importance of accessing rapid emergency care by calling 911.
- ♥ Increase the proportion of eligible patients with heart attacks who receive artery-opening therapy within an hour of symptom onset
- ♥ Increase the proportion of adults aged 20 years and older who call 911 and administer cardiopulmonary resuscitation (CPR) when they witness an out-of-hospital cardiac arrest.
- ♥ Increase the proportion of eligible persons with witnessed out-of-hospital cardiac arrest who receive their first therapeutic electric shock within 6 minutes after collapse recognition.
- ♥ Reduce hospitalizations of older adults with congestive health failure as the principal diagnosis.
- ♥ Reduce stroke deaths.
- ♥ Increase the proportion of adults who are aware of the early warning symptoms and signs of a stroke.

National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI)³ มีบทบาทสำคัญในการรับมือกับปัญหาความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพหัวใจ โดยมีเป้าหมาย 4 ประการได้แก่

- ป้องกันการเกิดปัจจัยเสี่ยง
- ตรวจพบและรักษาปัจจัยเสี่ยง
- จำแนกและรักษาอาการโรคหลอดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome) ได้แต่เนิ่นๆ
- ป้องกันการกลับเป็นโรค CVD รวมทั้งอาการแทรกซ้อน

เพื่อรองรับวัตถุประสงค์ของ Healthy People 2010 ซึ่งเป็นนโยบายชาติ (ภาคผนวก 1) NHLBI จัดตั้งและสนับสนุนงบประมาณให้ Enhanced Dissemination and Utilization Centers (EDUCs) ดำเนินโครงการในการให้การศึกษาเพื่อป้องกันควบคุม CVD และส่งเสริมการมีพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพหัวใจ ในพื้นที่เสี่ยง EDUC ได้รับการสนับสนุน 6 แห่งในปี ค.ศ. 2001 และอีก 6 แห่งในปี ค.ศ. 2002 EDUC แต่ละแห่งมีกลยุทธ์เฉพาะชุมชนเช่น เชื่อมโยงการเคหะกับสุขภาพ พัฒนา

³

Cardiovascular Disease Enhanced Dissemination and Utilization Centers (EDUCs) Awardees. Available from <http://hp2010.nhibihin.net/educs/awardees.htm> download on 14 March 2007.

ความสามารถและโครงสร้างพื้นฐาน ตระหนักถึงพลังของความร่วมมือ สร้างและสนับสนุนให้เกิดค่านิยมของชุมชนต่อเรื่องสุขภาพหัวใจ ดังนั้นการสร้างเงื่อนไขที่เพิ่มโอกาสให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นจึงเป็นเป้าหมายร่วม (shared goal) โดย Department of health and Human Services ต้องทำงานร่วมกับองค์กรสุขภาพด้านอื่นๆ ในประเทศ⁴

ในภาพรวม กลุ่มเป้าหมายของ EDUC มักประกอบด้วย นักเรียนระดับมัธยมศึกษา ผู้ป่วย ผู้ให้บริการสุขภาพ และชุมชน ใช้แนวทางการดำเนินงานฐานชุมชนร่วมกับคลินิกเพื่อลดอัตราป่วยรายใหม่และอัตราการตายของโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีสาระที่น่าสนใจดังนี้

กลยุทธ์เฉพาะ

- ดำเนินการคัดกรองในชุมชนและส่งต่อโดยบุคลากรสุขภาพระดับชุมชน
- ฝึกอบรมบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพตามแนวทางของ NHLBI ในการป้องกันและควบคุมความดันเลือดสูง โคเลสเตอรอลสูง และภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน
- ให้การศึกษาแก่ชุมชนและโรงเรียน โดยใช้โครงการรูปแบบการศึกษา (model education program เช่น Heart Smart and Heart at Work) เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อสุขภาพหัวใจ
- พัฒนาระบบและโครงสร้างพื้นฐานของแผนกฉุกเฉินเพื่อพัฒนาความเป็นเลิศของการบริการให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้ให้บริการสุขภาพ
 - ♥ มีการพัฒนาเครื่องมือประเมินความต้องการบุคลากรสุขภาพ
 - ♥ มีการพัฒนาโครงการการศึกษาต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความจำเป็นและความคาดหวังของบุคลากรการแพทย์
 - ♥ มีความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับการจัดการและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อ CVD
- การคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อ CVD และการจัดการผู้ป่วย
 - ♥ เพิ่มความตื่นตัวและความรู้ของชุมชนด้านปัจจัยเสี่ยงต่อ CVD การป้องกัน และการควบคุม
 - ♥ เพิ่มจำนวนผู้มีความเสี่ยงต่อ CVD ที่ได้รับการคัดกรอง ส่งต่อ และรักษาอย่างเหมาะสม
 - ♥ พัฒนาความร่วมมือกับคลินิกเฉพาะทางในการบริการผู้มีความเสี่ยงตามแนวทางของ NHLBI
 - ♥ เพิ่มความเป็นหุ้นส่วนกันระหว่างผู้จัดการผู้ป่วย แพทย์ และผู้ป่วย
 - ♥ เพิ่มการสนทนาวิสาสะระหว่างผู้จัดการผู้ป่วยกับแพทย์ผู้ให้บริการปฐมภูมิ
- การให้การศึกษาแก่ชุมชน
 - ♥ เพิ่มความตื่นตัวและความรู้ของชุมชนด้านปัจจัยเสี่ยงต่อ CVD และพฤติกรรมที่เหมาะสม
 - ♥ เพิ่มการมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพหัวใจ
- การรักษาฉุกเฉิน
 - ♥ ลดจำนวนผู้ป่วยแผนกฉุกเฉินหรือโรงพยาบาลจากการหลอดเลือด coronary และหรือหัวใจล้มเหลว
 - ♥ พัฒนาระบบให้สามารถวินิจฉัยและรักษาได้อย่างรวดเร็ว
 - ♥ ลดการตายและป่วยจากอาการเฉียบพลันของโรคหลอดเลือด coronary และหรือหัวใจล้มเหลว

National Cholesterol Education Program (NCEP) อาศัยความรู้ทางวิทยาศาสตร์และ การมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง กับองค์กรรัฐและเอกชนรวม 40 แห่งในรูปคณะกรรมการประสานงานของ NCEP ในการจัดทำแผนระดับรัฐและประเทศโดยมี ยุทธศาสตร์คู่ขนาน (dual strategy) รวมแนวทางสาธารณสุขและการรักษาทางคลินิกสำหรับผู้มีความเสี่ยง จากความจริงที่ โคลเลสเตอรอลเฉลี่ยของอเมริกันอยู่ในระดับสูง ประมาณ 200 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และหากคงระดับปัจจัยเสี่ยงให้ต่ำอยู่ได้ก็จะมี ความเสี่ยงการเป็น CHD ต่ำ แนวทางสาธารณสุขมีความเน้นส่งเสริมให้บุคคลมีวิถีชีวิตที่เน้นสุขภาพ (ลดการบริโภคไขมันอิ่มตัว และโคลเลสเตอรอล ออกกำลังกายมากขึ้น และคุมน้ำหนัก) ซึ่งต้องขึ้นกับพฤติกรรมของบุคคลและต้องมีการเปลี่ยนแปลงทั้ง นโยบายและสิ่งแวดล้อม แนวทางนี้ปรากฏในแนวทางการบริโภคอาหารสำหรับอเมริกันในรายงาน NCEP Population Panel Report และในกิจกรรมทั้งของหน่วยงานรัฐท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นๆ ยุทธศาสตร์ทางคลินิกพบได้ในแนวทางการแก้ปัญหา โคลเลสเตอรอล (NCEP Adult Treatment Panel III :ATP III guidelines for cholesterol management 2001) ด้วยข้อมูลเชิง ประจักษ์จากการตรวจผลลัพธ์ CHD ด้วยการทดลองทางคลินิก เมื่อลดระดับโคเลสเตอรอลลง (ไม่ว่าจะเป็นผลจากวิธีการใดเช่น โภชนาการ ยา หรือผ่าตัด) อุบัติการณ์ CHD ก็ลดลงด้วย ตามหลักการของ ATP III การรักษาให้ระดับโคเลสเตอรอลลดลงจะ เข้มข้นเพียงใดขึ้นกับระดับความเสี่ยงของการเป็น CHD ผู้มีความเสี่ยงสูงกว่ายิ่งต้องมีเป้าหมายจริงจังในการลดระดับไขมัน ความเข้มข้นต่ำ (low density lipoprotein-cholesterol : LDL) ATP III แนะนำการประเมินความเสี่ยงของการเป็น CHD ทุก 10 ปีของผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยง 2 อย่างขึ้นไป (สูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง มีระดับ high density lipoprotein-cholesterol : HDL ต่ำ สูงอายุ หรือครอบครัวมีประวัติ premature CHD) ใน ATP III ระบุว่าเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงของ CHD เช่นกันเพราะส่งผล ต่อ coronary เท่าๆ กับ CHD และผู้ป่วยเบาหวานที่เป็น CHD มีอัตราตายสูงเมื่อเกิดอาการเฉียบพลันและหลังจากกล้ามเนื้อ หัวใจตาย (myocardial infarction) การลดระดับ LDL เป็นวัตถุประสงค์เบื้องต้นของการรักษาเพื่อลดระดับโคเลสเตอรอล และ การรักษาความผิดปกติของการเผาผลาญอาหาร (metabolic syndrome) เป็นเป้าหมายการรักษาต่อไป เป็นกลุ่มปัจจัยเสี่ยง ของ CHD ที่เกิดขึ้นในบุคคลหนึ่งๆ metabolic syndrome เป็นผลมาจากการอ้วนลงพุง (abdominal obesity) ขาดการออกกำลังกาย และภาวะดื้ออินซูลิน ใน ATP III มีการระบุรายละเอียดของเกณฑ์การตรวจวินิจฉัย ปัจจัยเสี่ยง เกณฑ์ประเมินความ เสี่ยงของ CHD เป้าหมายการรักษา และการรักษาทางคลินิก ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ทั้งวิชาชีพและสาธารณะ⁵

Joint committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) ได้ จัดทำเกณฑ์โรคความดันโลหิตสูง ใหม่ ในปัจจุบันรวม prehypertention (ความดันโลหิตค่าบน 120-139 และค่าล่าง 80-89 มิลลิเมตรปรอท) ในระยะนี้ความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นจากความดันที่สูงขึ้นและควรใช้การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อป้องกันโรค JNC 7 แนะนำให้ตั้งเป้าหมายลดความดันโลหิตในผู้มีความเสี่ยงสูงต่อโรค CVD โดยเฉพาะในผู้ที่เป็เบาหวานและโรคไตเพื่อควบคุม ความจำเป็นในการล้างไต (dialysis) ในอนาคตซึ่งเป็นการรักษาที่แพง การรักษาแนวทางการรักษาเหมือนกันในผู้ป่วยทุกกลุ่ม แต่จำเป็นต้องมีแนวทางเฉพาะในการควบคุมและรักษาโรคอ้วนในกลุ่ม Hispanics ในสหรัฐอเมริกาไม่มีนโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าและการประกันในกลุ่ม Hispanics มีความครอบคลุมต่ำนั้นหมายถึงการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ บริการเฉพาะ ทาง และการรักษาด้วยยา ย่อมต่ำไปด้วย ภาษาเองก็เป็นอุปสรรคต่อการบริการ ดังนั้นหากโครงการและการรักษาต่างๆ ดำเนินถึงวัฒนธรรมย่อมเกิดประโยชน์มากกว่า เพราะผลการรักษาขึ้นกับปัจจัยสังคม เศรษฐกิจ และปัจจัยส่วนบุคคล (การเอาใจ ใส่และความช่วยเหลือของผู้ให้บริการ) ฐานทางเศรษฐกิจและการมีงานทำ และการติดสารเสพติด) NHLBI สนับสนุน งบประมาณโครงการ Salud para su Corazón (Health for Your Heart) สำหรับกลุ่ม Hispanics (Latino-focused initiative)

⁵ Cleeman J. NHLBI National Cholesterol Education Program: perspective and guidelines. In Charting new directions for cardiovascular diseases (CVD) prevention and control in the Americas: a joint NHLBI/PAHO workshop, Session 2 –Panel A. 13-15 October 2004. National Institutes of Health Building 31C, Conference Room6, Bethesda, MD.

ซึ่งเน้นการคัดกรองอย่างเข้มข้นและมีแนวทางการจัดการที่คำนึงถึงวัฒนธรรมเพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยและรักษาของประชากรกลุ่มนี้⁶

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) หยิบยกประเด็นที่โรคเบาหวานมักไม่ถูกระบุเป็นสาเหตุการตายเพราะสาเหตุโดยตรงมักเป็น CVD ซึ่งเบาหวานคือปัจจัยเสี่ยงหนึ่งและยังเป็นสาเหตุหลักของโรคไตระยะสุดท้ายด้วย NIDDK สนับสนุน Bienestar โครงการป้องกันโรคเบาหวานเด็กนักเรียน (school-based risk factor-prevention program) กลุ่มเป้าหมายคือเด็กอเมริกันเชื้อสายเม็กซิกันชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในย่านยากจนเมืองซานอันโตนิโอ รัฐเท็กซัส จากข้อมูลเด็ก 1 ใน 2 คนมีโอกาสเป็นเบาหวาน ส่วน Type 2 diabetes หรือที่เรียกว่า adult onset diabetes ในทุกกลุ่มชาติพันธุ์สามารถควบคุมได้โดยการปรับวิถีชีวิตอันเป็นมาตรการหลักและใช้ยา metformin ในระยะที่ผู้หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเป็นเบาหวาน (Gestational diabetes mellitus: GDM) ซึ่งแม้ว่าจะเป็นเฉพาะระยะตั้งครรภ์แต่ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเป็น Type 2 diabetes ต่อไปได้และบุตรก็มีโอกาสเสี่ยงมากขึ้นที่จะเป็นโรคอ้วนและ Type 2 diabetes การแก้ปัญหาในกลุ่มผู้หญิงคือวิถีชีวิตที่เน้นสุขภาพมากขึ้นโดยเฉพาะระยะก่อนและหลังคลอด⁷ ผลแทรกซ้อนของโรคเบาหวานได้แก่ neuropathy (44 %) nephropathy (38%) โรคหัวใจ (25%) โรคไตระยะสุดท้าย (15%) ตาบอด (12%) เส้นเลือดในสมองแตก (12%)⁸ National Diabetes Education Program (NDEP) เป็นโครงการร่วมระหว่าง U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health และ Center for Disease Control and Prevention โดยมีหุ้นส่วนภาครัฐและเอกชนมากกว่า 200 องค์กร เพื่อลดการป่วยและตายที่สัมพันธ์กับเบาหวาน โดยเน้นการสื่อสารเฉพาะกลุ่มเป้าหมายแต่ละชาติพันธุ์ (Hispanics, African Americans, Pacific Islanders, American Indians และ Asian Americans) (Spiegel A 2004)

⁶ Ferdinand K. Prevention and control of CVD RF policy level, health systems and community: main issues and perspectives-Hypertention. In Charting new directions for cardiovascular diseases (CVD) prevention and control in the Americas: a joint NHLBI/PAHO workshop, Session 2 –Panel A. 13-15 October 2004. National Institutes of Health Building 31C, Conference Room6, Bethesda, MD.

⁷ Spiegel A. Highlights of NIDDK: Supported Translational Research Efforts to Address Health Disparities in Type 2 Diabetes in Hispanics. In Charting new directions for cardiovascular diseases (CVD) prevention and control in the Americas: a joint NHLBI/PAHO workshop, Session 1 –Panel A. 13-15 October 2004. National Institutes of Health Building 31C, Conference Room6, Bethesda, MD.

⁸ Barceló A. Diabetes in the Americas. In Charting new directions for cardiovascular diseases (CVD) prevention and control in the Americas: a joint NHLBI/PAHO workshop, Session 2 –Panel A. 13-15 October 2004. National Institutes of Health Building 31C, Conference Room6, Bethesda, MD.

ภาคผนวก 3 สาขาเขตพื้นที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สาขา	จังหวัด	จำนวนจว.
เชียงใหม่	เชียงใหม่, เชียงราย, แม่ฮ่องสอน, น่าน, แพร่, พะเยา, ลำปาง, ลำพูน	8
พิษณุโลก	พิษณุโลก, อุตรดิตถ์, ตาก, สุโขทัย, เพชรบูรณ์	5
นครสวรรค์	นครสวรรค์, อุทัยธานี, พิจิตร, กำแพงเพชร	4
สระบุรี	สระบุรี, สิงห์บุรี, ชัยนาท, ลพบุรี, นนทบุรี, อัญญา, ปทุมธานี, อ่างทอง	8
ราชบุรี	ราชบุรี, สุพรรณบุรี, นครปฐม, กาญจนบุรี, เพชรบุรี, ประจวบ, สมุทรสาคร, สมุทรสงคราม	8
ระยอง	ระยอง, ฉะเชิงเทรา, สมุทรปราการ, นครนายก, สระแก้ว, ปราจีน, ชลบุรี, จันทบุรี, ตราด	9
สุราษฎร์ธานี	สุราษฎร์ธานี, ชุมพร, ระนอง, ภูเก็ต, พังงา, กระบี่, นครศรีธรรมราช	7
สงขลา	สงขลา, สตูล, ตรัง, พัทลุง, ปัตตานี, ยะลา, นราธิวาส	7
อุบลราชธานี	อุบลราชธานี, อำนาจเจริญ, ศรีสะเกษ, ยโสธร	4
นครราชสีมา	นครราชสีมา, สุรินทร์, ชัยภูมิ, บุรีรัมย์	4
สกลนคร	สกลนคร, มุกดาหาร, นครพนม, กาฬสินธุ์	4
ขอนแก่น	ขอนแก่น, มหาสารคาม, ร้อยเอ็ด, อุตรธานี, หนองคาย, หนองบัวลำภู, เลย	7
กรุงเทพฯ	กรุงเทพฯ	1