รายงานผลการศึกษา

โครงการรวบรวมองค์ความรู้และถอดบทเรียนรูปแบบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับพื้นที่

เสนอโดย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

รายงานผลการศึกษาโครงการรวบรวมองค์ความรู้ และถอดบทเรียนรูปแบบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับพื้นที่

ทีมวิจัย

ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล
นพ. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์
พินทุสร เหมพิสุทธิ์
บุณยวีร์ เอื้อศิริวรรณ
อังสุมาลี ผลภาค
อาณัติ วรรณศรี
วรรณภา บำรุงเขต

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.)

มิถุนายน 2556

คำนำ

รายงานฉบับนี้เป็นการสังเคราะห์และวิเคราะห์องค์ความรู้เพื่อถอดบทเรียนรูปแบบการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่ ใน 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี หนองบัวลำภู สงขลา ปทุมธานี พิจิตร และจังหวัดลำปาง โดย ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล) และทีมวิจัยของสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) จึงหวังว่ารายงานชิ้นนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของไทยต่อไป

ทีมวิจัย

มิถุนายน 2556

คำย่อ

อปท.	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
อบต.	องค์การบริหารส่วนตำบล
อบจ.	องค์การบริหารส่วนจังหวัด
กสธ.	กระทรวงสาธารณสุข
สพฉ.	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
กพฉ.	การแพทย์ฉุกเฉิน
สสจ.	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
stemi	ST elevated myocardial infarction
สปสช.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
CUPs	เครือข่ายบริการระดับอำเภอ
รพ.สต.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ALS	advanced life support
BLS	basic life support
EP	Emergency physician
FR	first responder

สารบัญ

คำนำ ..... **i**

คำย่อ ..... **ii**

สารบัญ ..... **iii**

สารบัญตาราง ..... **v**

สารบัญภาพ ..... **vi**

บทสรุปผู้บริหาร ..... **viii**

บทนำ **1**

ที่มาและความสำคัญ 1

กลไกหลักในการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ 3

วัตถุประสงค์ 5

กรอบประเด็นการถอดบทเรียนหลัก 6

ระเบียบวิธีวิจัย 6

ผลการศึกษา **10**

1. ภาพรวมปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่างๆ ในการขับเคลื่อนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและ ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 10

1.1 ผลการศึกษาโดยอิงแต่ละองค์ประกอบใน the WHO six building blocks 11

- รูปแบบบริการ **(service delivery)** 11
- บุคลากร **(health workforce)** 14
- ระบบสารสนเทศ **(health information systems)** 16
- การเข้าถึงบริการจำเป็น **(access to essential medicines)** 17
- การเงินการคลัง **(finance)** 23
- อภิบาลระบบ **(leadership and governance)** 25

1.2 บทเรียนและข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 30

- บทเรียนสำหรับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ 30
- บทเรียนสำหรับกระทรวงสาธารณสุข 33
- บทเรียนสำหรับ อปท. และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น 34

2. แนวทางบริหารจัดการกลไกและบทเรียนที่เกี่ยวข้อง 35

2.1 ศูนย์ความเป็นเลิศ และบทเรียนที่เกี่ยวข้อง **(Excellence Center)** 35

- ศูนย์ความเป็นเลิศที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด **ST elevated myocardial infarction (STEMI fast track)** 36
- ศูนย์ความเป็นเลิศที่ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตันฉับพลัน **(STROKE fast track)** 41
- ศูนย์ความเป็นเลิศด้านบริการผู้บาดเจ็บ 45
- ข้อเสนอแนวทางการทำงานของ **Excellence centers** ด้านการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน 51

2.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบทเรียนที่เกี่ยวข้อง 57

- จุดเด่นที่ค้นพบ 57
- กรณีศึกษาบริการกู้ชีพ 57
- กรณีศึกษาบริการห้องฉุกเฉิน 63
- ข้อเสนอแนวทางการทำงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ในงานการแพทย์ฉุกเฉิน 67
- ข้อเสนอแนวทางการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน 74

2.3 เครือข่ายบริการระดับอำเภอ และบทเรียนที่เกี่ยวข้อง 78

- จุดเด่นที่ค้นพบ 78
- ข้อเสนอแนวทางการทำงานของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับอำเภอ 81

รายการเอกสารอ้างอิง 87

ภาคผนวก 1 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินรายจังหวัด..... 91

1.1 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดขอนแก่น 92

1.2 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดปทุมธานี 108

1.3 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพิจิตร 124

1.4 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดลำปาง 138

1.5 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดสงขลา 152

1.6 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดหนองบัวลำภู 168

1.7 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดอุบลราชธานี 183

ภาคผนวก 2 รายชื่อเอกสารที่น่าสนใจและเว็บไซต์แนะนำ**สำหรับกลไกต่าง ๆ** 206

ภาคผนวก 3 ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายจังหวัด **210**

ภาคผนวก 4 กรอบประเด็นการสัมภาษณ์ **215**

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 พื้นที่การศึกษา/กลุ่มเป้าหมาย 8
ตารางที่ 2 การจัดระดับศักยภาพของศูนย์โรคหัวใจตามกรอบภาระงาน การบริการพิเศษ 19
ตารางที่ 3 การกระจายจำนวนผู้บาดเจ็บจำแนกตามเขตที่ขึ้นทะเบียนและที่ตั้งศูนย์
การบาดเจ็บ พ.ศ. 2549 22
ตารางที่ 4 การกระจายของพื้นที่ตามองค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพและคุณลักษณะย่อย
ของแต่ละองค์ประกอบ ในกรณีศูนย์ความเป็นเลิศด้าน STEMI fast track..... 40
ตารางที่ 5 การกระจายของพื้นที่ตามองค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพและคุณลักษณะย่อย
ของแต่ละองค์ประกอบ ในกรณีศูนย์ความเป็นเลิศด้าน STROKE fast track..... 42
ตารางที่ 6 การกระจายของพื้นที่ตามองค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพและคุณลักษณะย่อย
ของแต่ละองค์ประกอบ ในกรณีศูนย์ความเป็นเลิศด้านบริการการบาดเจ็บ 47
ตารางที่ 7 การกระจายของพื้นที่ตามองค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพและคุณลักษณะย่อย
ของแต่ละองค์ประกอบ ในกรณีบริการกู้ชีพ..... 62
ตารางที่ 8 การกระจายของพื้นที่ตามองค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพและคุณลักษณะย่อย
ของแต่ละองค์ประกอบ ในกรณีบริการห้องฉุกเฉิน..... 66

สารบัญภาพ

รูปที่ 1 โครงสร้าง กลไกการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน..... 1
รูปที่ 2 องค์ประกอบเชิงโครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามความคาดหวังของ สพฉ. 5
รูปที่ 3 The six building blocks of a health system: Aims and Desirable Attributes 10
รูปที่ 4 จำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเส้นเลือดสมองตีบ
ซึ่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด รายจังหวัด พ.ศ. 2553 19
รูปที่ 5 ปริมาณการผ่าตัดต่อแสนประชากร ในจังหวัดต่างๆ ระหว่าง พ.ศ. 2548-2553 23
รูปที่ 6 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่างๆ ในพื้นที่ 27
รูปที่ 7 ขั้นตอนในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ..... 51
รูปที่ 8 องค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพ กรณี stroke fast track 53
รูปที่ 9 องค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพ กรณี STEMI fast track..... 54
รูปที่ 10 ตัวอย่าง care map ระบบการดูแลคนไข้สามกลุ่มโรค โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
จ.อุบลราชธานี 56
รูปที่ 11 5 ขั้นตอนในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ 67
รูปที่ 12 องค์ประกอบในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรณี prehospital care 69
รูปที่ 13 องค์ประกอบในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรณี hospital care 69
รูปที่ 14 ตัวอย่าง care map ระบบการรับแจ้งเหตุและสั่งการ จังหวัดอุบลราชธานี 71
รูปที่ 15 ตัวอย่างการวิเคราะห์ระบบงานภายในศูนย์สื่อสารสั่งการ จังหวัดอุบลราชธานี..... 72
รูปที่ 16 ผลการติดตามวิธีการดูแลคนไข้ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น..... 73
รูปที่ 17 6 ขั้นตอนในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ 74
รูปที่ 18 โครงสร้างงานกู้ชีพ กู้ภัย ภายใต้ฝ่ายป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของเทศบาลนครรังสิต.. 76
รูปที่ 19 องค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพ กรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น..... 77
รูปที่ 20 5 ขั้นตอนในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ 81
รูปที่ 21 องค์ประกอบในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (prehospital care) กรณีองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น 83
รูปที่ 22 โครงสร้างงานกู้ชีพ กู้ภัย ภายใต้ฝ่ายป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของเทศบาลนครรังสิต.. 86

รูปที่ 1 โครงสร้าง กลไกการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1
รูปที่ 2 องค์ประกอบเชิงโครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามความคาดหวังของ สพฉ 5
รูปที่ 3 The six building blocks of a health system: Aims and Desirable Attributes 10
รูปที่ 4 จำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเส้นเลือดสมองตีบ
ซึ่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด รายจังหวัด พ.ศ. 2553 19
รูปที่ 5 ปริมาณการผ่าตัดต่อแสนประชากร ในจังหวัดต่างๆ ระหว่าง พ.ศ. 2548-2553 23
รูปที่ 6 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่างๆ ในพื้นที่ 27
รูปที่ 7 ขั้นตอนในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ 51
รูปที่ 8 องค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพ กรณี stroke fast track 53
รูปที่ 9 องค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพ กรณี STEMI fast track 54
รูปที่ 10 ตัวอย่าง care map ระบบการดูแลคนไข้สามกลุ่มโรค โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
จ.อุบลราชธานี 56
รูปที่ 11 5 ขั้นตอนในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ 67
รูปที่ 12 องค์ประกอบในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรณี prehospital care 69
รูปที่ 13 องค์ประกอบในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรณี hospital care 69
รูปที่ 14 ตัวอย่าง care map ระบบการรับแจ้งเหตุและสั่งการ จังหวัดอุบลราชธานี 71
รูปที่ 15 ตัวอย่างการวิเคราะห์ระบบงานภายในศูนย์สื่อสารสั่งการ จังหวัดอุบลราชธานี 72
รูปที่ 16 ผลการติดตามวิธีการดูแลคนไข้ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น 73
รูปที่ 17 6 ขั้นตอนในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ 74
รูปที่ 18 โครงสร้างงานกู้ชีพ กู้ภัย ภายใต้ฝ่ายป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของเทศบาลนครรังสิต .. 76
รูปที่ 19 องค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพ กรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 77
รูปที่ 20 5 ขั้นตอนในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ 81
รูปที่ 21 องค์ประกอบในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (prehospital care) กรณีองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น 83
รูปที่ 22 โครงสร้างงานกู้ชีพ กู้ภัย ภายใต้ฝ่ายป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของเทศบาลนครรังสิต .. 86

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

รายงานนี้มุ่งหมาย รวบรวมองค์ความรู้และถอดบทเรียนการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของกลไกหลักในพื้นที่ที่มีสมรรถนะการดำเนินงานที่ดีเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานของกลไกหลักในระดับจังหวัดและท้องถิ่นเพื่อเพิ่มสมรรถนะการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ได้แก่

1) กลไกอนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ. เทศบาล และ อบต.)

3) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน

4) กลไกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

5) กลไกเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUPs)

6) ความเชื่อมโยงของกลไกการทำงานของกลไกต่างๆ ข้างต้น

ในการบรรลุวัตถุประสงค์ ผู้รายงานเลือก 7 จังหวัดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์และ/หรือความเห็นผู้บริหารของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินว่ามีผลงานเข้าข่ายพื้นที่ที่มีสมรรถนะการดำเนินงานที่ดี แล้วรวบรวมวิเคราะห์หลักฐานจากเอกสารและการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละองค์ประกอบของกลไกพื้นที่ 5ประการข้างต้น ก่อนสรุปเป็นรายงานฉบับสุดท้าย ผู้รายงานได้นำเสนอรายงานฉบับร่างต่อคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงานพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 1/2556 วันพุธที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2556 เวลา 10.00-13.00 น. ณ โรงแรมเอเซีย แอร์พอร์ต

ข้อค้นพบสำคัญ ได้แก่

1) กลไกอนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ตามนิยามของ สพฉ. ไม่ได้มีผลในทางปฏิบัติเนื่องจากกลไกที่ดำเนินการมาก่อนหน้านั้นตอบสนองความจำเป็นในการดำเนินงานได้เพียงพอ นั่นคือเป็นกลไกที่สามารถประสานงาน ระดมสรรพกำลังจากหน่วยงานต่างๆ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและแผนจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ราบรื่นตามความคาดหวังของผู้รับผิดชอบ ในทางนโยบายจึงชวนให้เกิดคำถามว่า สพฉ. มี สมมติฐานอะไรจึงเสนอและพยายามผลักดันกลไกนี้ 6 ใน 7 จังหวัดดำเนินกลไกภายใต้การนำของ สสจ. ยกเว้นจังหวัดขอนแก่น ที่นำโดยโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเนื่องจากประวัติศาสตร์การพัฒนาแตกต่างจากที่อื่น ภาวะการนำของโรงพยาบาลศูนย์ลำปางและโรงพยาบาลศูนย์อุบลราชธานี (โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์) แม้ไม่ได้มีขอบเขตเนื้องานกว้างขวางเท่ากับโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น แต่ก็มีความโดดเด่นในการขับเคลื่อนกลไกจังหวัดในส่วนการพัฒนาบริการภายในโรงพยาบาลชัดเจน ทำนองเดียวกันโรงเรียนแพทย์ในจังหวัดปทุมธานี จังหวัดขอนแก่นและจังหวัดสงขลา ก็โดดเด่นในการพัฒนาบริการ fast tracks โดยอาศัยกลไกจังหวัด

ที่มีมาก่อนดังกล่าว ภาวะการนำและขอบเขตเนื้องานที่หลากหลายเหล่านี้เป็นความจริงที่หน่วยงานส่วนกลางพึงตระหนักในการดำเนินนโยบายใดๆ เพื่อต่อยอดจุดเด่นที่มีอยู่แทนที่จะมองข้ามจนอาจบั่นทอนโอกาสพัฒนาของพื้นที่

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ. เทศบาล และ อบต.) อุบลราชธานีเป็นจังหวัดที่ อบจ. มีบทบาทโดดเด่นที่สุดในการสนับสนุนบริการกู้ชีพตำบลได้ครอบคลุมกว้างขวางที่สุดอย่างต่อเนื่อง รองลงมาคือ อบจ.สงขลา โดยสองแห่งนี้มีที่มาต่างกัน แห่งแรกเป็นการริเริ่มของอดีต นพ.สสจ. ชักชวนให้ สปสช. ผู้ว่าราชการจังหวัด และ อบจ. ร่วมมือกัน แห่งหลังเป็นการริเริ่มของ อบจ. เป็นหลัก และครอบคลุมพื้นที่แคบกว่า ตลอดจนขอบเขตเนื้องานที่สนับสนุนของ อบจ.สงขลา ไม่ได้รวมศูนย์สื่อสารสั่งการเหมือน อบจ. อุบลราชธานี ทำนองเดียวกัน อบจ.หนองบัวลำภู ก็สนับสนุนบริการกู้ชีพตำบลในขอบเขตพื้นที่และขอบเขตเนื้องานคล้ายคลึงกับ อบจ.สงขลา โดยมีจุดเด่นในด้านการร่วมทุนระหว่าง อบจ. และเทศบาล/อบต. ที่รับการสนับสนุน ขอบเขตการสนับสนุนที่ต่างกันในสองมิติที่กล่าวมา ส่วนหนึ่งอธิบายด้วยอำนาจซื้อต่างกัน แต่อีกส่วนหนึ่งน่าจะเกี่ยวกับแนวคิดต่างกัน เทศบาลนครรังสิต เป็นตัวอย่าง อปท. ระดับตำบลที่มีขอบเขตการสนับสนุนบริการกู้ชีพตำบลกว้างขวางที่สุด ล่าสุดข้ามพื้นที่ไปดูแลตำบลใกล้เคียงที่ อปท. ยุติการสนับสนุนเพราะกังวลกับการท้วงติงระเบียบการใช้เงินโดย สตง. ด้วยอำนาจซื้อที่มากกว่า อบจ. ดังกล่าว เทศบาลนครรังสิตให้การสนับสนุนบริการกู้ชีพในขอบเขตเนื้องานที่กว้างขวางกว่าทุก อปท. ระดับตำบล อบต.ท่าเยี่ยม จ.พิจิตร โดดเด่นในด้านการระดมการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อจัดบริการกู้ชีพด้วยการสนับสนุนอย่างใกล้ชิดจาก รพ.สต.ท่าเยี่ยม อย่างไรก็ตามยังไม่ปรากฏหลักฐานบ่งชี้ชัดว่า คุณภาพและความครอบคลุมของบริการแตกต่างจากที่อื่นเพียงใด ด้วยขีดจำกัดทางวิชาการของ อปท. ทุกระดับ การสนับสนุนจากวิชาชีพสาธารณสุขจึงเป็นเงื่อนไขจำเป็น เมื่อพิจารณาแหล่งสนับสนุนวิชาการ ปรากฏว่า สสจ.อุบลราชธานี สสจ.ปทุมธานี และ สสจ.พิจิตร มีบทบาทโดดเด่นกว่าจังหวัดอื่น ในจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลศูนย์แสดงบทบาทได้โดดเด่นที่สุด รองลงมาคือ โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดอุบลราชธานี โดยเชื่อมโยงใกล้ชิดกับ สสจ. อุบลราชธานี อุปสรรคสำคัญในการสนับสนุนบริการกู้ชีพโดย อปท. คือความไม่ลงตัวในการตีความระเบียบการใช้เงินของ สตง. จนทำให้บาง อปท. ยุติการสนับสนุนดังตัวอย่างในจังหวัดปทุมธานี

3) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน ความสำเร็จในการจัดตั้งและดำเนินการศูนย์ความเป็นเลิศเป็นตัวอย่างย้ำเตือนความจำเป็นของการบูรณาการหน่วยบริการทุกระดับเพื่อให้เกิดบริการไร้รอยต่อ (seamless care) ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงการรักษาเฉพาะ (definitive care) กุญแจสำคัญคือภาวะการนำของแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงเรียนแพทย์ภายใต้การสนับสนุนอย่างเป็นระบบของ สปสช. ในด้านระบบสารสนเทศ กำลังคน การชดเชยค่าบริการ และครุภัณฑ์ โดยความร่วมมือของสมาคมวิชาชีพเฉพาะทาง แม้ว่ายังมีจุดอ่อนในส่วนระบบ

สารสนเทศด้านการบาดเจ็บ นอกจากเงินสนับสนุนของ สปสช. โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และโรงพยาบาลศูนย์ลำปางเป็นแบบอย่างเด่นชัดในการระดมเงินจากแหล่งทุนในท้องถิ่นเพื่อจัดหาครุภัณฑ์และ/หรือสถานที่ ในขณะที่โรงเรียนแพทย์ในจังหวัดขอนแก่นและสงขลาใช้เงินงบประมาณของตนเองบางส่วนหรือทั้งหมดในการจัดหาครุภัณฑ์และสถานที่ ในแง่ขอบเขตเนื้อหางานบริการบาดเจ็บโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเป็นแห่งเดียวที่มีขอบเขตกว้างและลึกมากที่สุดสอดคล้องกับหลักบริการครบวงจร (comprehensive trauma care) อย่างไรก็ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ไม่ได้สนับสนุนว่า จังหวัดขอนแก่นประสบความสำเร็จด้านการป้องกันอุบัติเหตุจราจรมากที่สุดในประเทศ

4) กลไกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นอกจากที่กล่าวข้างต้นว่า สสจ.อุบลราชธานี สสจ.ปทุมธานีและ สสจ.พิจิตร มีบทบาทโดดเด่นกว่าจังหวัดอื่นในการสนับสนุนวิชาการแก่ อปท. การสนับสนุนด้านการบริหาร และวิชาการแก่โรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. ในจังหวัดทั้งสามก็โดดเด่นมาก จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดเดียวที่มีบริการรถไอซียูคล้ายกับในประเทศญี่ปุ่น การตรวจเยี่ยมคุณภาพบริการห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดปทุมธานีเป็นผลการจัดการของ สสจ. ในขณะที่จังหวัดอื่นดำเนินการโดยโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดพิจิตรเป็นจังหวัดเดียวที่ สสจ. วิเคราะห์ข้อมูลบริการการแพทย์ฉุกเฉินป้อนกลับให้โรงพยาบาลจังหวัด สสจ. ลำปางเป็นตัวอย่างจังหวัดที่ทีมงาน สสจ. ยอมรับและเข้าใจภาวะการนำของโรงพยาบาลศูนย์ แทนที่จะมองว่าเป็นการแย่งอำนาจหรือช่วงชิงผลงานระหว่างกัน

5) กลไกเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUPs) โรงพยาบาลซำสูง อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น เด่นในการพัฒนาบริการกู้ชีพครอบคลุมทุกตำบล โดยเริ่มจากการสำรวจความต้องการของชุมชน แล้วจัดบริการให้สอดคล้องได้แก่ บริการกู้ชีพและบริการนำส่งคนไข้ที่รพศ.นัดหมายทั้งไปและกลับ ทำนองเดียวกับบริการโดยเทศบาลรังสิต และ อบต.ท่าเยี่ยม ในส่วนระบบสนับสนุน โรงพยาบาลซำสูงได้พัฒนาระบบสารสนเทศ (แผนที่ชี้เป้าจุดเกิดเหตุ) ด้วยภาระหนี้ระดับต้นๆ ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลซำสูงจึงระดมทุนจาก อบต. ร่วมอุดหนุนบริการกู้ชีพ

6) ความเชื่อมโยงของกลไกการทำงานของกลไกต่างๆข้างต้น ความเป็นไปในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละพื้นที่เกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่างๆ ผ่านรูปแบบความสัมพันธ์ 5 ประการได้แก่ การสนับสนุนเงิน/พัสดุ การกำกับดูแล การประสานงาน การสนับสนุนวิชาการ และความขัดแย้งระหว่างกัน ในทุกจังหวัดผู้ว่าราชการจังหวัดทำหน้าที่กำกับดูแลการดำเนินงานของทุกหน่วยงานที่กล่าวมายกเว้น สตง. การตรวจสอบการใช้เงินของ อปท. ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้เงินผิดระเบียบจนเป็นอุปสรรคในการขยายงานบริการกู้ชีพหรือกระทั่งยุติบริการ อบจ. สนับสนุน อบต. เทศบาลหรือโรงพยาบาลชุมชนด้วยเงินและ/หรือพัสดุในการจัดบริการกู้ชีพ อบต./เทศบาล มีความสัมพันธ์ทางวิชาการกับโรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชนและ

โรงพยาบาลศูนย์กำกับดูแล อบต./เทศบาล/มูลนิธิ ด้วยการตรวจสอบคุณภาพบริการนำส่งโรงพยาบาลซึ่งในบางจังหวัดกลายเป็นสัญญาณทางลบในสายตาของมูลนิธิหรือ อบต. การแย่งชิงพื้นที่และคนไข้ระหว่างหน่วยกู้ชีพต่างสังกัดยังดำรงอยู่โดยเฉพาะระหว่าง อปท. กับมูลนิธิ สสจ. โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. ล้วนสัมพันธ์กันด้วย 4 รูปแบบยกเว้นความขัดแย้งกัน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงเรียนแพทย์ สัมพันธ์กับ สสจ. ในรูปแบบการประสานงาน สนับสนุนเงิน/พัสดุ และวิชาการ พยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงเรียนแพทย์ ให้การสนับสนุนทางวิชาการ เงิน/พัสดุแก่โรงพยาบาลชุมชนในการจัดตั้ง/ดำเนินการบริการ fast tracks

ข้อเสนอแนะ

สำหรับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

1. ในฐานะองค์กรนำด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามกฎหมาย สพฉ. ควรมุ่งส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างภาคีในจังหวัดหรือเขต โดยตั้งต้นจากบุคคลหรือองค์กรที่น่าจะมีภาวะผู้นำ โดยใช้ความรู้และเงินเป็นเงื่อนไขชักนำให้ผู้นำชักชวนภาคีมาทำงานพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน

2. เพื่อดำเนินภารกิจนั้น สพฉ. ควรสนใจที่จะเข้าใจการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัตร (dynamic change) ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ ด้วยการสนับสนุนให้เกิดการตกผลึกแนวคิด (conceptualize) และคิดค้นแบบจำลอง (model) รองรับการวิเคราะห์องค์ประกอบและปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเชิงระบบในการทำนายพฤติกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ทั้งระดับบุคคล และองค์กร อันจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบระบบ (system design)

3. เอื้อให้เกิดเอกภาพของกรอบปฏิบัติในการกำกับดูแลการจัดสรรและใช้งบประมาณเพื่ออุดหนุน/พัฒนาบริการกู้ชีพ เมื่อคำนึงถึงประสบการณ์เกี่ยวกับข้อจำกัดในด้านนี้ที่ควรจะเหมือนกัน แต่กลับแตกต่างกันระหว่าง อบจ.อุบลราชธานี หนองบัวลาภู และสงขลา และระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งล้วนมีบริการห้องฉุกเฉิน

4. สร้างคลังความรู้ทางเทคนิคและบทเรียนการจัดการระบบที่ง่ายแก่การเข้าใจ ง่ายต่อการเข้าถึงและง่ายต่อการนำไปใช้ประโยชน์

5. ผลักดันให้เกิดเอกภาพทางนโยบายเกี่ยวกับการผลิต การกระจาย การใช้และการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน

สำหรับกระทรวงสาธารณสุข

ส่งเสริมสนับสนุนให้ นพ.สสจ. ทำหน้าที่กำกับดูแลและสนับสนุนหน่วยบริการทุกสังกัดโดยยึดสภาพความเป็นจริงและความต้องการของพื้นที่เป็นสำคัญ และจัดสรรทรัพยากรโดยคำนึงถึงอำนาจซื้อที่ไม่เท่าเทียมระหว่างพื้นที่

สำหรับ อปท. และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น

ในกรณีที่ไม่มีอุปสรรคทางการเงิน อปท. ควรสนับสนุนสิ่งต่อไปนี้เพื่อให้เกิดบริการกู้ชีพและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

a. รถกู้ชีพโดยไม่จำเป็นต้องให้ครบทุกตำบลหรือบางตำบลอาจมีมากกว่าหนึ่งคัน ประเด็นสำคัญคือ คำนึงถึงการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ทันเวลาในภาวะฉุกเฉิน (สีแดง/เหลือง)

b. การจัดหารถกู้ชีพอาจใช้วิธีเช่า (อุบลราชธานี) หรือซื้อ (หนองบัวลำภู สงขลา) ก็ได้

c. อุดหนุนกิจกรรมส่งเสริมปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างภาคี เช่น EMS day, EMS rally, dead case conference, การฝึกอบรมฟื้นฟู ฯลฯ

d. อุดหนุนการพัฒนาเทคนิคบริการ เช่น การพัฒนาซอฟท์แวร์ค้นหาจุดเกิดเหตุเพื่อให้หน่วยกู้ชีพเข้าถึงคนไข้ได้รวดเร็วแม่นยำ

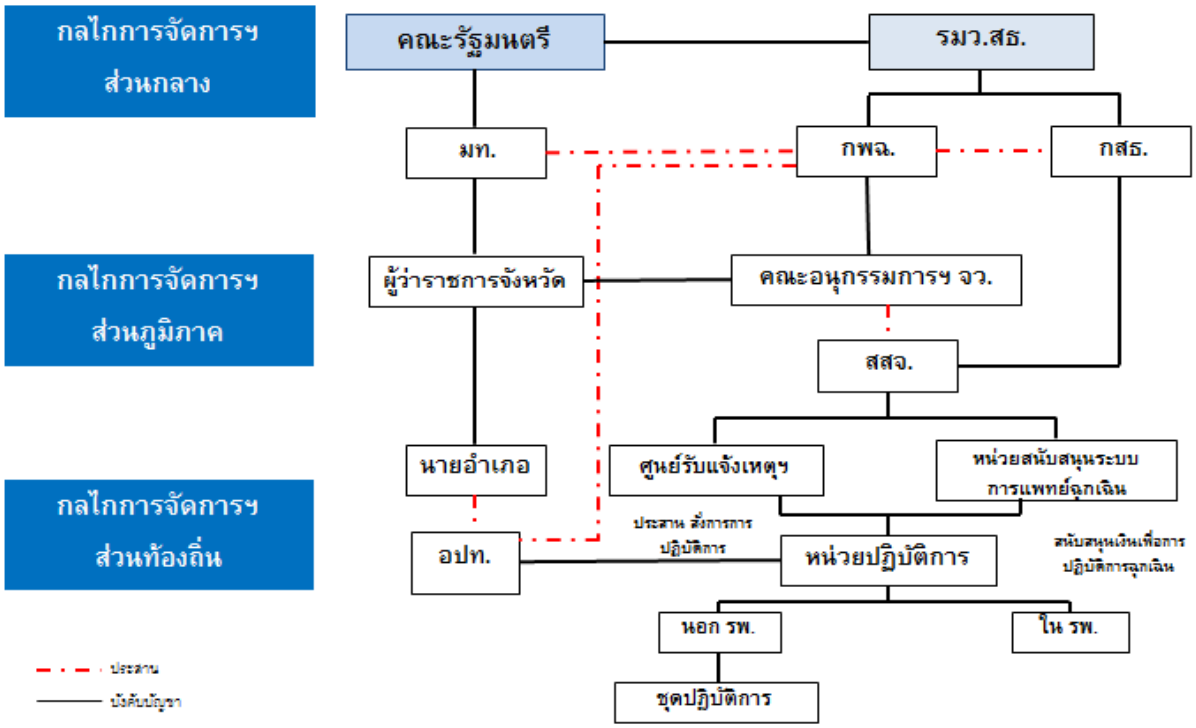
e. การจัดบริการแท็กซี่รับส่งคนไข้เรื้อรังหรือพิการให้เข้าถึงโรงพยาบาลได้สะดวกในพื้นที่ซึ่งบริการรถสาธารณะราคาแพง

บทนำ

ที่มาและความสำคัญ

การจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและเร่งด่วนได้อย่างทันท่วงทีและปลอดภัย ถือเป็นบริการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนพึงได้รับอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ในฐานะที่เป็นหน่วยรับผิดชอบการบริหารจัดการการประสานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เข้ามามีบทบาทในการบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการป้องกันและให้ความช่วยเหลือประชาชนจากภาวะฉุกเฉินต่างๆ จึงได้มีการทบทวนและกำหนดโครงสร้าง กลไกการบริหารจัดการทั้งในระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เพื่อเกิดการจัดการในแต่ละระดับอย่างชัดเจน โดยมองว่าหน่วยงานในส่วนภูมิภาค ถือเป็นหัวใจของงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ที่จะทำให้ประชาชนในพื้นที่สามารถเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างครอบคลุมและทั่วถึงได้

รูปที่ 1 โครงสร้าง กลไกการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน



การจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับประเทศ มีคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน (การแพทย์ฉุกเฉิน) ทำหน้าที่หลักในการกำหนดทิศทางและนโยบายในการพัฒนาระบบ โดย สพฉ. ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานบริหารจัดการ ประสานงานที่เกี่ยวข้อง และบริหารงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจาก

รัฐบาลในการจ่ายชดเชยแก่หน่วยปฏิบัติการต่างๆ ซึ่งดำเนินการผ่านการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 และมีการส่งเสริมสนับสนุนหน่วยงานในพื้นที่ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) โรงพยาบาลต่างๆ และ อปท. ระดับต่างๆ ให้จัดตั้งศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการและชุดปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับต่างๆ เพื่อให้การช่วยเหลือประชาชนได้อย่างทันท่วงที โดยในระดับจังหวัดมีการตั้งอนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นเพื่อเป็นเวทีการบูรณาการการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ ซึ่งในการดำเนินงานที่ผ่านมาได้พบว่าจำนวนชุดปฏิบัติการระดับต่างๆ มีเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก รวมถึงจำนวนการนำส่งโดยรถกู้ชีพระดับต่างๆ ก็เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ดีพบว่ามีความแตกต่างกันมากในการนำส่งระหว่างพื้นที่ ขณะเดียวกันก็เกิดข้อคำถามต่อความเหมาะสมและประสิทธิภาพของการใช้ชุดปฏิบัติการระดับต่างๆ และปฏิเสธมิได้ว่ามีการใช้ชุดปฏิบัติการในลักษณะเป็นยานพาหนะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย อีกทั้งจำนวนการใช้บริการที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วย่อมส่งผลกระทบต่อภาระด้านงบประมาณ เนื่องจากงบประมาณที่ได้รับในแต่ละปีมีจำกัด

นอกเหนือจากบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลแล้ว ยังมีการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลเพื่อรองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน เช่น การพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศด้านการบาดเจ็บ (Trauma center) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ (Cardiac center) ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวเกิดขึ้นตั้งแต่ช่วงยุคต้นๆ ของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก่อนกำเนิด สพฉ. และในระยะหลังมีการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองตีบเพื่อให้ได้รับสารละลายลิ่มเลือดทันท่วงที (Stroke fast track) ซึ่งพบว่ามีหลายพื้นที่ประสบความสำเร็จในการเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินตลอดจนลดการตายหรือพิการได้อย่างน่าพอใจ ซึ่งปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จอย่างหนึ่งคือ การสร้างเครือข่ายบริการในการนำส่งผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิผล

นอกจากนั้นในช่วงที่ผ่านมา สพฉ. ยังมีแนวคิดที่จะกระจายการดำเนินการและการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินลงในพื้นที่ โดยเฉพาะต้องการให้ท้องถิ่นได้เข้ามามีบทบาทในการจัดการระดับพื้นที่มากขึ้น และได้มีการนำร่องการพัฒนาระบบการจัดการในพื้นที่ 13 จังหวัดได้แก่ น่าน ลำพูน พิษณุโลก อุบลราชธานี หนองบัวลำภู ขอนแก่น นครราชสีมา ชลบุรี สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต สระบุรี พระนครศรีอยุธยา และสตูล โดยมีรูปแบบการจัดการตามบริบทของพื้นที่จำแนกได้เป็นสี่กลุ่ม คือ

1. การบริหารจัดการภายใต้กองทุนการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด ซึ่งมี สสจ. หรือ อบจ. เป็นแกนนำในการจัดระบบ (อุบลราชธานี และหนองบัวลำภู)
2. การบริหารจัดการในรูปแบบกองทุนสุขภาพแบบบูรณาการ ในลักษณะการบูรณาการในระดับจังหวัดทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู อันเนื่องจากการเจ็บป่วยฉุกเฉินและภัยพิบัติ

ต่างๆ โดยมีโรงพยาบาลระดับจังหวัดทำหน้าที่เป็นแกนนำหลักของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ (ขอนแก่น)

3. การบริหารจัดการในรูปแบบของการทำบันทึกข้อตกลง (MOU) เพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน โดยดำเนินการตามภารกิจของแต่ละองค์กรภายใต้งบประมาณที่ตนมี (นครราชสีมา ชลบุรี สุราษฎร์ธานี)
4. การบริหารจัดการผ่านโครงสร้างอนุกรรมการฉุกเฉินจังหวัด ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มี สสจ. เป็นเลขานุการ และเป็นแกนหลักในการผลักดันระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด (พิษณุโลก ลำพูน สระบุรี อยุธยา สตูล และภูเก็ต)

กลไกหลักในการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่

จากการวิเคราะห์รูปแบบการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่พบว่ามีกลไกหลักๆ ในการบริหารจัดการดังนี้

1. อนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัด

อนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัดเป็นเวทีในการกำหนดนโยบายและแผนการดำเนินงานตลอดจนเชื่อมประสานและบูรณาการการบริหารจัดการและการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในช่วงที่ผ่านมาองค์กรปกครองท้องถิ่นได้เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนและจัดบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินอย่างกว้างขวาง รวมถึงมีนวัตกรรมใหม่ๆ ในการจัดการเกิดขึ้น เช่น อบจ. เข้ามาจัดตั้งกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดโดยมีส่วนร่วมสมทบของ อปท. ระดับต่างๆ (หนองบัวลำภู) หรือ อบจ. เข้ามามีบทบาทในการพัฒนาและบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยสนับสนุนรถนำส่งผู้ป่วยและครุภัณฑ์ที่จำเป็นแก่ อปท. และหน่วยบริการสาธารณสุข ที่เข้าร่วมจัดตั้งหน่วยกู้ชีพและบูรณาการบริการกู้ชีพและกู้ภัยในระดับจังหวัด (อุบลราชธานี) ขณะเดียวกัน เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) จำนวนมากได้จัดตั้งหน่วยกู้ชีพขึ้นเพื่อจัดบริการแก่ประชนในพื้นที่ ซึ่งในการนี้มี อบต. และเทศบาลบางแห่งได้มีการจัดตั้งกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินขึ้นในพื้นที่เพื่อสนับสนุนการจัดบริการดังกล่าว (อบต.ท่าเยี่ยม อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร) หรือนอกจากมีการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแล้วยังมีการบูรณาการกับบริการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (เทศบาลนครรังสิต อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี) หรือจนการนำผู้เสียชีวิตกลับบ้าน (เทศบาลตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น)

3. ศูนย์ความเป็นเลิศ (excellence center)

ศูนย์ความเป็นเลิศที่เกี่ยวข้องกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น Trauma center, Cardiac center และ Stroke fast track โดยภายหลังการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)ได้มีการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศในการให้บริการทางการแพทย์ด้านต่างๆ เพื่อยกระดับศักยภาพของโรงพยาบาลศูนย์ในภูมิภาคให้มีขีดความสามารถในการให้บริการเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการประเมินพบว่าอัตราการตายของผู้ได้รับบาดเจ็บที่รักษาในศูนย์เหล่านี้มีแนวโน้มลดลง ซึ่งพบว่าศูนย์ความเป็นเลิศบางแห่งมีการจัดระบบเครือข่ายบริการเพื่อให้มีการเชื่อมและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลในพื้นที่กับศูนย์ความเป็นเลิศเหล่านี้อย่างเป็นระบบส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงทีและได้รับบริการอย่างรอบด้านและบูรณาการ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุอย่างครบวงจรรวมไปถึงการป้องกัน การรักษา ฟื้นฟู หรือศูนย์ธรรมศาสตร์มีการจัดเครือข่ายบริการที่ดีจนทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองตีบเข้าถึงบริการสารละลายลิ่มเลือดและมีประสิทธิผลในการดูแลได้อย่างดี เป็นต้น

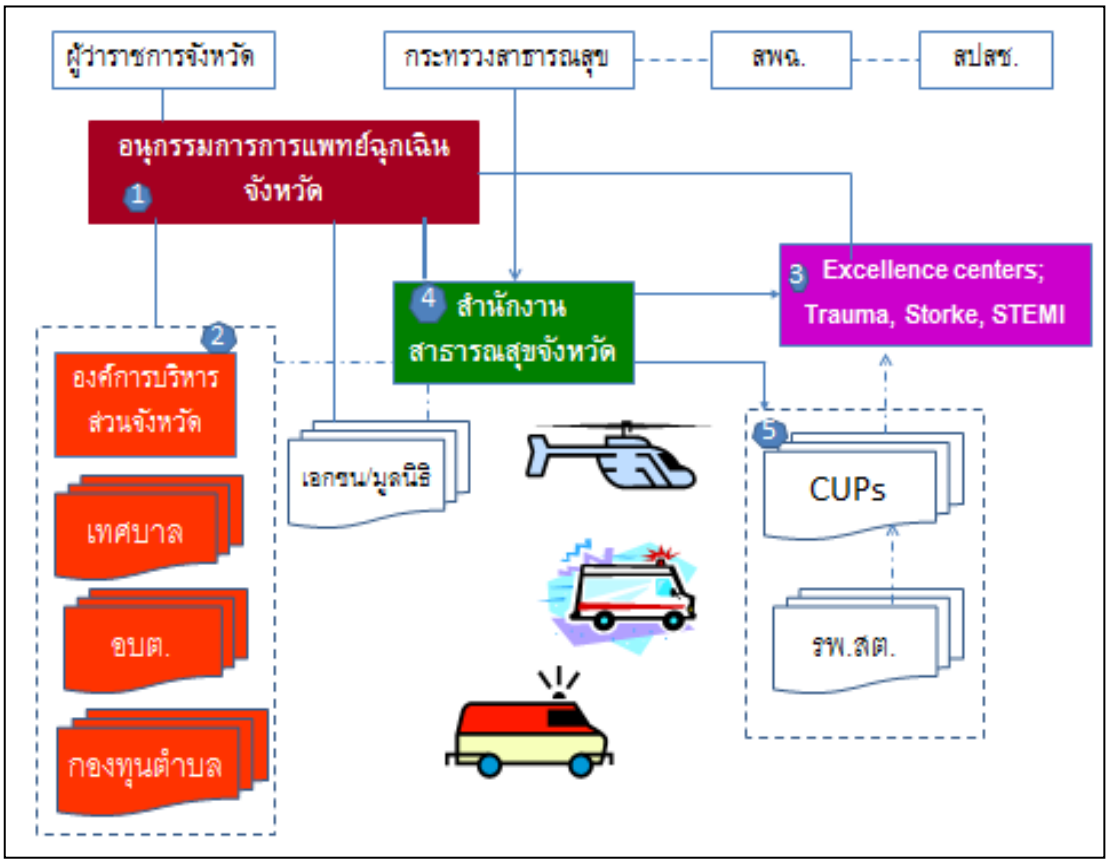
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เป็นกลไกหลักสำคัญในการบริหารจัดการและพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด เนื่องจากเป็นเลขานุการอนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัด ขณะเดียวกันยังต้องมีการเชื่อมประสานการทำงานร่วมกับท้องถิ่นระดับต่างๆ องค์กรเอกชนและมูลนิธิ รวมถึงการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการ ทั้งนี้มีบางพื้นที่ที่มีการเชื่อมประสานการทำงานร่วมกับภาคเอกชน/มูลนิธิได้เป็นอย่างดี เช่น กรณีจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่หน่วยกู้ชีพหลักเป็นของมูลนิธิ และมีการพัฒนาระบบกู้ชีพสำหรับประชาชนบนพื้นที่เกาะและเพื่อรองรับการท่องเที่ยว เป็นต้น

5. เครือข่ายบริการระดับอำเภอ (CUPs)

ถือเป็นกลไกสำคัญในการจัดบริการสุขภาพระดับอำเภอและตำบล ตลอดจนสนับสนุนการดำเนินงานของหน่วยกู้ชีพในพื้นที่ และจัดระบบเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเพื่อการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังมีบทบาทสำคัญในการดูแลหน่วยบริการลูกข่ายในระดับพื้นที่ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) ซึ่งรวมไปถึงการเสริมพลัง (empowerment) ในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับชุมชนของหน่วยบริการลูกข่าย

รูปที่ 2 องค์ประกอบเชิงโครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามความคาดหวังของ สพฉ.



ทั้งนี้ทุกกลไกที่กล่าวมาข้างต้นล้วนแต่มีความสำคัญและเป็นตัวจักรสำคัญในประสิทธิผลของการดำเนินงานพัฒนาและบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ อย่างไรก็ดีเป็นที่ทราบกันดีว่า กลไกต่างๆ ที่มีในพื้นที่นั้นส่งผลต่อประสิทธิผลในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระดับที่แตกต่างกัน (ภาคผนวก 3) ดังนั้นจึงเป็นที่น่าสนใจว่า กลไกเหล่านี้มีกระบวนการดำเนินงานอย่างไรให้ประสบผลสำเร็จ มีปัจจัยใดเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญที่ทำให้กลไกต่างๆ เหล่านี้สามารถปฏิบัติภารกิจได้อย่างมีประสิทธิผล และในพื้นที่ที่ยังไม่สามารถปฏิบัติภารกิจได้อย่างมีประสิทธิผลนั้นเกิดจากปัญหาอุปสรรคใดและต้องมีกลไกสนับสนุนใดในการอำนวยการทำงานของกลไกเหล่านี้

วัตถุประสงค์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมองค์ความรู้และถอดบทเรียนการดำเนินการการแพทย์ฉุกเฉินของกลไกหลักในพื้นที่ที่มีสมรรถนะการดำเนินงานที่ดี และพัฒนาเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนวทางการดำเนินงานของกลไกหลักในระดับจังหวัดและท้องถิ่นเพื่อเพิ่มสมรรถนะการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ได้แก่

1) กลไกอนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด

2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ. เทศบาล และ อบต.)

3) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน

4) กลไกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

5) กลไกเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUPs)

6) ความเชื่อมโยงของกลไกการทำงานของกลไกต่างๆ ข้างต้น

กรอบประเด็นการถอดบทเรียนหลัก

1. ขอบเขตบทบาทหน้าที่ของกลไกดังกล่าวในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของพื้นที่ ทั้งบทบาทที่ควรจะเป็นในอุดมคติและบทบาทที่ปฏิบัติอยู่จริง
2. กลไกดังกล่าวมีวิธีทำงานและกระบวนการทำงานอย่างไรให้ประสบผลสำเร็จ
3. ปัจจัยบริบทและการสนับสนุนที่สำคัญในการดำเนินงานของกลไกดังกล่าวให้ประสบความสำเร็จ
4. ปัญหาอุปสรรคสำคัญในการดำเนินงานของกลไกดังกล่าวและผ่านอุปสรรคเหล่านั้นมาอย่างไร
5. ความเป็นไปได้ในการขยายการดำเนินงานลักษณะดังกล่าวไปยังพื้นที่อื่นๆ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีการดำเนินการศึกษาดังนี้

1. รวบรวมองค์ความรู้ และวิเคราะห์ฐานข้อมูลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและฐานข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลระหว่างปี 2552-2554 เพื่อประเมินสมรรถนะการดำเนินงานของจังหวัดตามตัวชี้วัดเป้าหมายเฉพาะในแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553-2555
2. คัดเลือกพื้นที่เพื่อใช้เป็นกรณีตัวอย่างในการศึกษา เลือกจากฐานข้อมูลที่รวบรวมการบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของ สพฉ. และฐานข้อมูลผู้ป่วยในของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และคัดเลือกจากข้อมูลที่ได้รับการแนะนำจากผู้เกี่ยวข้องว่าเป็นพื้นที่ที่มีความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพในการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และท้องถิ่น ทั้งนี้หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ประกอบด้วย
    - จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระดับดี ทั้งในด้าน 1) ความครอบคลุมประชากรของการให้บริการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินในจังหวัด; 2) สัดส่วนการนำส่งผู้ป่วยผ่านระบบ 1669 และ; 3) สัดส่วนผู้ป่วยภาวะวิกฤต (สีแดง) ของการนำส่ง (ภาคผนวก 3)

- จังหวัดที่มีการเข้าถึงบริการสารละลายลิ่มเลือดในระดับสูง กรณีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (STEMI) และผู้ป่วยหลอดเลือดในสมองตีบ (Stroke) (ภาคผนวก 3)
- กลไกอนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดที่ทำงานอย่างเข้มแข็ง
- มีกลไกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทในการสนับสนุนหรือจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างบูรณาการ หรือมีการสนับสนุนงบประมาณ หรือระดมทุนและมีส่วนร่วมจากชุมชน
- มูลนิธิที่มีบทบาทหลักในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่

3. ทบทวนเอกสาร รายงาน งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อมูลผลการดำเนินงานการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่น
4. ศึกษาดูงานการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดและท้องถิ่น ตลอดจนสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เป็นแกนนำในการดำเนินงานจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด (สสจ.) ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ./อบต.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัด/สนับสนุนการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และท้องถิ่น
5. ศึกษาดูงานการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ท้องถิ่น ชุมชน ภายใต้กลไกการดำเนินงานหลัก 5 กลไก

ระยะเวลาในการศึกษา

ระยะเวลาการศึกษา 6 เดือน (มกราคม-มิถุนายน 2556)

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. แต่ละพื้นที่ไม่จำเป็นต้องมีจุดเด่นครบตามตัวชี้วัดเสมอไป
2. ความกว้างและลึกของข้อมูลที่พึงจะได้รับขึ้นกับความพร้อมของระบบสารสนเทศและรายงานตลอดจนเอกสารที่เกี่ยวข้องของแต่ละพื้นที่
3. ความสมัครใจของผู้รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่ในการให้สัมภาษณ์และให้เอกสารที่เกี่ยวข้อง
4. รูปแบบบริการจำกัดขอบเขตในประเด็นต่อไปนี้ ห้องฉุกเฉิน prehospital care fast tracks (stroke, stemi) และบริการผู้บาดเจ็บ

ตารางที่ 1 พื้นที่การศึกษา/กลุ่มเป้าหมาย

กลไก	จังหวัดขอนแก่น	จังหวัดอุบลราชธานี	จังหวัดหนองบัวลำภู	จังหวัดสงขลา	จังหวัดปทุมธานี	จังหวัดพิจิตร	จังหวัดลำปาง
อนุกรรมการจังหวัด	√	√	√	√	√	√	
สสจ.	√	√	√	√	√	√	√
Excellence center	● โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เป็นศูนย์ด้านการบาดเจ็บ โรคหัวใจ และหลอดเลือดในสมอง และเป็นผู้บุกเบิกระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมีการบูรณาการการดำเนินงานทั้งในด้านป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ● ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	● โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ เป็นแม่ข่ายด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดในสมอง	● โรงพยาบาลหนองบัวลำภูเป็นลูกข่าย โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	● โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่เป็นแม่ข่ายการบาดเจ็บ โรคหัวใจ และหลอดเลือดในสมอง ● ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือดนราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	● โรงพยาบาลปทุมธานีเป็นแม่ข่ายการบาดเจ็บ เป็นลูกข่ายโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ด้านหลอดเลือดในสมอง		● โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง เป็นแม่ข่ายบริการบาดเจ็บ หลอดเลือดในสมอง และหลอดเลือดหัวใจ
CUPs/ รพ.สต.	● โรงพยาบาลซำสูง	● โรงพยาลตระการพืชผล และ รพ.สต.บ้านเป้า	● โรงพยาบาลนากลาง		● โรงพยาบาลประชาธิปัตย์		● โรงพยาบาลแจ้ห่ม
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	● อบจ. สนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการจัดซื้ออุปกรณ์ประชาสัมพันธ์ และฝึกอบรม ● เทศบาลตำบลสำราญมีการจัดบริการ กพฉ. และการนำส่งผู้ป่วย	● อบจ. มีบทบาทในการบูรณาการงานกู้ชีพและกู้ภัย และสนับสนุน อบต.ในการจัดรถกู้ชีพ	● อบจ. จัดตั้งกองทุนบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด	● อบจ. สนับสนุนรถฉุกเฉินแก่ อปท./มูลนิธิที่ร่วม MOU	● เทศบาลนครรังสิต จัดโครงสร้างหน่วยงานรองรับการดำเนินงาน กพฉ. โดยมีพยาบาลประจำหน่วยปฏิบัติการ	● อบต. ท่าเยี่ยม ชาวบ้านร่วมลงขันสมทบเข้ากองทุนครอบครัวละ 1 บาท/วัน/ครอบครัว	

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. พัฒนากรอบการวิจัยให้มีความชัดเจนและครอบคลุมการศึกษา
2. รวบรวมองค์ความรู้และวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินและฐานข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาล ระหว่างปี 2552-2555 เพื่อประเมินเบื้องต้นเกี่ยวกับสมรรถนะการดำเนินงานของการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัดตามตัวชี้วัดของแผนหลักการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2553-2555
3. คัดเลือกพื้นที่เพื่อกำหนดเป็นกรณีตัวอย่างในการศึกษา โดยเลือกจากผลการประเมินเบื้องต้น โดยคำนึงถึงจุดเด่น ในการดำเนินงานการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่น
4. ทบทวนเอกสาร รายงาน งานวิจัยและข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างองค์กร กระบวนการทำงาน ผลผลิตและผลลัพธ์การดำเนินงานการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่น ตลอดจนโอกาสพัฒนา
5. สัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถาม (ภาคผนวก 4) ผู้เป็นแกนนำในการดำเนินงานจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ. และ อบต.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัด/สนับสนุนการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่น
6. วิเคราะห์ข้อมูลผลการศึกษาที่ได้จากข้างต้นโดยอาศัยกรอบแนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ (the WHO six building blocks of health care systems[1])
7. จัดทำแนวทางการบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดท้องถิ่นและชุมชนตามข้อเสนอผลการศึกษา ที่สามารถนำไปขยายผลต่อให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

ผลการศึกษา

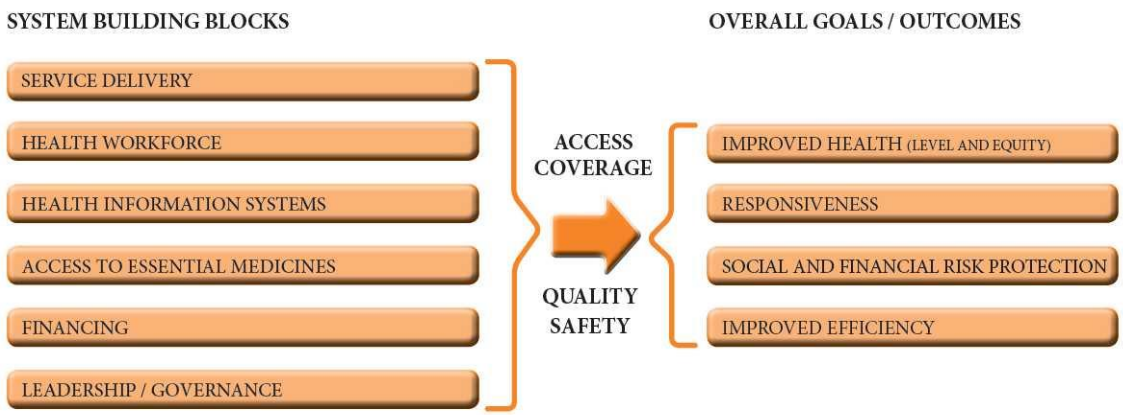
รายงานจะเสนอผลการศึกษาโดยจำแนกออกเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1 ได้แก่ ภาพรวมปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่างๆ ในการขับเคลื่อนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ส่วนที่ 2 แนวทางบริหารจัดการแต่ละกลไกและบทเรียนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่
  - แนวทางบริหารจัดการศูนย์ความเป็นเลิศ และบทเรียนที่เกี่ยวข้อง
  - แนวทางบริหารจัดการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบทเรียนที่เกี่ยวข้อง
  - แนวทางบริหารจัดการเครือข่ายบริการระดับอำเภอ และบทเรียนที่เกี่ยวข้อง

1. ภาพรวมปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

รายงานนี้จะเริ่มต้นจากการนำเสนอผลการศึกษาโดยอิงแต่ละองค์ประกอบใน the WHO six building blocks ดังแสดงในรูปที่ 3 โดยคำนึงถึงองค์ประกอบเชิงโครงสร้างระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามความคาดหวังของสพฉ.ในรูปที่ 2 ตามด้วยการเสนอผลการศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่างๆ แล้วปิดท้ายด้วยข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยงานที่เป็นกลไกในส่วนกลางและในพื้นที่

รูปที่ 3 The six building blocks of a health system: Aims and Desirable Attributes



ที่มา WHO, 2010

1.1 ผลการศึกษาโดยอิงแต่ละองค์ประกอบใน the WHO six building blocks

- **รูปแบบบริการ (service delivery)**

1. ในทุกจังหวัด บริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมบริการห้องฉุกเฉิน prehospital care fast tracks (stroke และ/หรือ stemi) และ บริการผู้บาดเจ็บ ยกเว้น จังหวัดหนองบัวลำภูยังไม่มีบริการ fast track ใดๆ จังหวัดปทุมธานี ยังไม่มีบริการ stemi fast track ในทุกจังหวัดที่มีบริการ fast track ล้วนเป็นไปด้วยภาวะผู้นำโดยแพทย์เฉพาะทาง stroke fast track โดยประสาทอายุรแพทย์ stemi fast track โดยอายุรแพทย์หัวใจ (แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินในกรณีโรงพยาบาลลำปางโดยต่อยอดจากผลงานของอายุรแพทย์หัวใจ) บริการบาดเจ็บโดยศัลยแพทย์ ห้องฉุกเฉินโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน หรือศัลยแพทย์ ที่สำคัญไม่น้อยกว่ากันคือ การเชื่อมโยงห่วงโซ่บริการเป็นหนึ่งเดียว (seamless care) ตั้งแต่จุดเกิดเหตุไปจนถึงบริการเฉพาะโรค (definitive care)
2. ทุกจังหวัดพยายามจัดบริการในรูปเครือข่ายเพื่อให้บริการเป็นไปอย่างไร้รอยต่อ (seamless) ระหว่างหน่วยบริการที่มีขีดความสามารถต่างกันโดยมีความก้าวหน้าแตกต่างกัน บริการ fast track มีความชัดเจนมากกว่าบริการอื่นในแง่ตัวชี้วัด (door to needle time, door to balloon time, onset to door เป็นต้น) และระบบสารสนเทศเพื่อให้เกิดภาวะไร้รอยต่อจากการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์ ความชัดเจนนี้ประการหนึ่ง สืบเนื่องจากแนวทางการจัดบริการ fast track ซึ่งมีต้นแบบมาจากสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องโดยอาศัยต้นแบบของประเทศตะวันตก[2, 3] ประการต่อมา ในกรณี trauma fast track โรงพยาบาลขอนแก่น (ไม่พบในจังหวัดอื่น) จากการสัมภาษณ์พบว่า อาจเป็นผลจากการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องภายในโรงพยาบาล ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับวิชาการสากล จึงมีโอกาสเรียนรู้รูปแบบในต่างประเทศแล้วนำมาประยุกต์ (สอดคล้องกับการที่โรงพยาบาลขอนแก่นได้รับการเชิดชูเกียรติโดยองค์กรระหว่างประเทศ[4, 5]) ประการสุดท้าย การเรียนรู้ข้ามพื้นที่เป็นเงื่อนไขสนับสนุนให้เกิดบริการหรือปรับปรุงต่อยอดบริการ เช่น การเรียนรู้จากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดทำให้เกิดการยกระดับระบบบริการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลลำปางและเครือข่ายจนการสื่อสารระหว่างหน่วยบริการเป็นไปแบบ real time และผลลัพธ์ต่อคนไข้ดีขึ้นชัดเจน[6, 7] การเรียนรู้จากอดีตคณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ทำให้การต่อยอดบริการ Stroke fast track ของโรงพยาบาลศูนย์ลำปางก้าวหน้าไปอีกขั้นหนึ่งด้วยแนวคิด lean management[8]
3. ในเชิงโครงสร้างไม่มีจังหวัดใดที่ปรากฏหลักฐานว่า คณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดมีความหมายในทางปฏิบัติ การสัมภาษณ์พบว่า ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในทุกจังหวัดเชื่อว่ากลไกที่มีอยู่เดิมทำหน้าที่ได้เพียงพอ ในเกือบทุกจังหวัด การประสานงานกับหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุขเป็นไปโดยอาศัย สสจ. ยกเว้น จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่นประสานตรง

เนื่องจากประวัติศาสตร์การพัฒนากลไกป้องกันอุบัติเหตุของจังหวัดขอนแก่น เป็นผลงานของโรงพยาบาลขอนแก่นที่บุกเบิกการทำงานข้ามกระทรวงในด้านถนนปลอดภัยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2538 ซึ่งกลไกประสานงานลักษณะนี้ในระดับจังหวัดยังอ่อนแอมาก ในระดับโรงพยาบาลนั้นโรงพยาบาลขอนแก่นมีโครงสร้างการบริหารจัดการที่ใหญ่และซับซ้อนที่สุด ในนามศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤต บำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อรองรับงานป้องกัน รักษาการบาดเจ็บ มีอาคารเฉพาะสำหรับบริการคนไข้ฉุกเฉิน พร้อมลานรับเฮลิคอปเตอร์ สะท้อนขีดความสามารถในการระดมทรัพยากรและสะท้อนขอบเขตการให้บริการอย่างบูรณาการในด้านการบาดเจ็บ โดยมีผลผลิตทางวิชาการในรูปสิ่งพิมพ์จำนวนมากที่สุด (หนังสืออีเลคทรอนิคส์ 135 เล่ม ซึ่งถูกดาวน์โหลดรวมกันแล้ว 30,861 ครั้ง จนถึง วันที่ 8 เมษายน 2556[9]) ด้วยขนาดการลงทุน และประวัติศาสตร์การพัฒนากว่า 20 ปี การขยายผลให้ได้เหมือนกรณี โรงพยาบาลขอนแก่นจึงเป็นสิ่งที่มีความเป็นไปได้จำกัด คำถามที่น่าสนใจไม่น้อย คือ การขยายขอบเขตภาระหน้าที่คล้าย โรงพยาบาลขอนแก่น (บริการการบาดเจ็บแบบบูรณาการ) โดยใช้ทรัพยากรและเวลาน้อยกว่าจะเป็นไปได้อย่างไร การบริหารจัดการระบบสนับสนุนที่ สปสช. และสมาคมวิชาชีพร่วมกันดำเนินการในกรณี fast tracks ดังกล่าวมา นับเป็นทางเลือกที่พึงพิจารณา

4. บริการบาดเจ็บ โรงพยาบาลขอนแก่นพัฒนามาอย่างต่อเนื่องนานกว่า 20 ปี เป็นโรงพยาบาลซึ่งมีบริการบาดเจ็บก้าวหน้าที่สุด และเป็นต้นแบบของประเทศและสากล รูปแบบบริการเป็นไปในลักษณะบูรณาการงานรักษาพยาบาล (ห้องฉุกเฉิน/prehospital care) และป้องกันการบาดเจ็บครบวงจร[10] มีเอกสารมากมายให้ศึกษา ตัวอย่างในระดับผลลัพธ์ปรากฏแนวโน้มการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนและจากเหตุอื่นๆ ลดลงตลอดมา[11] โรงพยาบาลที่ก้าวหน้าระดับรองลงไป ได้แก่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี และเครือข่าย ข้อเปรียบเทียบในเชิงคุณภาพขอบเขตงานบูรณาการได้ผลเป็นรูปธรรมจำกัดกว่าของโรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์มีจุดเด่นที่กลไกประสานหน่วยบริการภายในเรียกว่า ICU Hub[12] (โรงพยาบาลขอนแก่นเรียก referral link) ซึ่งรองรับด้วยระบบสะกดรอยผู้บาดเจ็บ (tracking) ด้วย GPS และสื่อสารแบบ real time ชัดเจนกว่าของโรงพยาบาลขอนแก่นและจังหวัดอื่น นอกจากนี้ยังมี mobile ICU ที่มีพยาบาลฝึกอบรมมาโดยเฉพาะประจำรถ เพื่อให้การดูแลด้วยวิธีการที่ซับซ้อนมากกว่า รถกู้ชีพระดับ ALS บริการเช่นนี้ไม่ปรากฏในจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดกลุ่มตัวอย่างอื่น เป็นตัวอย่างการพัฒนาบุคลากรสอดคล้องกับหลัก task shifting13 แทนที่จะคิดเชิงเส้นตรง นั่นคือ ขาดแพทย์ก็ผลิตแพทย์เพิ่ม ขาดพยาบาลก็ผลิตพยาบาลเพิ่มตรงไปตรงมา แต่มีความเป็นไปได้ต่ำ

5. Prehospital care รูปแบบบริการชนิดนี้ที่เหมือนกันในทุกจังหวัดประกอบด้วย ก) บริการระดับ ALS, BLS, Intermediate, และ FR ผสมผสานกัน และ; ข) การรับแจ้งเหตุและออกปฏิบัติการ

ภายใต้การประสานสั่งการของศูนย์สื่อสารสั่งการ ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งเป็นแม่ข่าย ยกเว้น จังหวัดอุบลราชธานี ศูนย์สื่อสารสั่งการตั้งอยู่ในอาคารขององค์การบริหารส่วนจังหวัดและอำนวยการโดยผู้ที่ นพ.สสจ. มอบหมาย จังหวัดอุบลราชธานียังมีความแตกต่างจากจังหวัดอื่นอีกด้านหนึ่ง นั่นคือมี mobile ICU ดังกล่าวข้างต้น รถ mobile ICU มีประจำการในโรงพยาบาลแม่ข่ายระดับจังหวัดและระดับอำเภอ Prehospital care เชื่อมโยงกับห้องฉุกเฉินในสองลักษณะ ได้แก่ การป้อนคนไข้ให้ และรับการประเมินคุณภาพบริการ โดยพยาบาลห้องฉุกเฉินเหมือนกันหมดในทุกจังหวัด อย่างไรก็ตาม จากการสัมภาษณ์พนักงานกู้ชีพและพยาบาลห้องฉุกเฉิน ปรากฏว่าความสัมพันธ์ในลักษณะนี้ระหว่างสองฝ่ายแน่นแฟ้นกลมเกลียวอย่างโดดเด่นทั้งในจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งนี้น่าจะสืบเนื่องจากภาวะผู้นำของทั้งสองจังหวัด (ศัลยแพทย์ในกรณีขอนแก่น สสจ. กับทีมผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์กรณีอุบลราชธานี) ชักนำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องด้วยปฏิสัมพันธ์หลายรูปแบบ เช่น EMS day เดือนละครั้ง dead case conference referral audit EMS rally เป็นต้น โปรดสังเกตว่าจังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดสงขลาก็มีการสนับสนุนรถกู้ชีพให้หน่วยกู้ชีพอำเภอและ/หรือตำบล คล้ายขององค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี ต่างกันที่สองกรณีแรกซื้อรถในขณะที่กรณีหลังสุดเช่าเหมารถ แต่สองกรณีแรกก้าวหน้าน้อยกว่าเมื่อพิจารณาจากจำนวนครั้งการออกเหตุและระบบสนับสนุนอันได้แก่ ระบบสารสนเทศ ระบบสื่อสาร ระบบบริหารและพัฒนากำลังคน ความแตกต่างที่เด่นชัดระหว่างสองฝ่ายนี้คือ บทบาทของ สสจ. ในลักษณะการสนับสนุนทางวิชาการและการบริหารจัดการให้เกิดระบบสนับสนุนดังกล่าว ซึ่งจะขยายความต่อไปในหัวข้อที่เกี่ยวข้อง

6. ในระดับตำบล กรณีศึกษาหน่วยกู้ชีพ ประกอบด้วย (1) อบต.ท่าเยี่ยม จ.พิจิตร (2) เทศบาลสำราญ จ.ขอนแก่น (3) เทศบาลนครรังสิต จ.ปทุมธานี (4) เทศบาลเขารูปช้างและมูลนิธิมิตรภาพสามัคคี (ท่งเซียเซี่ยงตึ๊ง) จ.สงขลา (5) เทศบาลกุดดินจี่ จ.หนองบัวลำภู (6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป้า จ.อุบลราชธานี จะเห็นว่า สังกัดของหน่วยกู้ชีพมีความหลากหลาย สะท้อนที่มาด้านพัฒนาการและอำนาจซื้อที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ แต่มีขอบเขตบริการใกล้เคียงกันคือเป็นบริการระดับ FR เป็นส่วนใหญ่ ส่วนน้อยให้บริการระดับ BLS ด้วย ในกรณีศึกษานี้คือ หน่วยกู้ชีพเทศบาลนครรังสิต เพราะมีอำนาจซื้อมาก (รายได้รวม ปี 2554 เท่ากับ 549 ล้านบาท มากกว่าของ อบจ. ในจังหวัดขนาดเล็ก) ปัจจุบันหน่วยกู้ชีพเทศบาลรังสิตได้ขยายพื้นที่บริการออกไปนอกตำบลรังสิตเพื่อรองรับความต้องการที่ อปท. ในตำบลเหล่านั้นยุติการให้บริการเนื่องจากผู้บริหารมีข้อจำกัดในการจัดการกับการทักท้วงโดย เกี่ยวกับการจ่ายเงินสนับสนุนหน่วยกู้ชีพ[14] นอกจากประเด็นนี้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีข้อจำกัดด้านงบประมาณยังประสบปัญหาสภาพคล่องในการ

สนับสนุนบริการเนื่องจากรายจ่ายส่วนใหญ่อยู่ในหมวดค่าตอบแทน ค่าสาธารณูปโภคจนเหลือเงินน้อยมากสำหรับจัดบริการและพัฒนางานทุกด้าน สภาพความเป็นจริงเช่นนี้เตือนว่า สพฉ. ในฐานะหน่วยงานส่วนกลางควรตระหนักถึงความหลากหลายของพื้นที่และกำหนดนโยบายและระบบสนับสนุนที่ยืดหยุ่นตามสภาพความเป็นจริง ซึ่งต้องอาศัยระบบติดตาม ประเมินผลที่เท่าทันการเปลี่ยนแปลง

7. บริการกู้ชีพระดับอำเภอ รายงานนี้พบหลักฐานจากการสัมภาษณ์และเอกสารว่า โรงพยาบาลซำสูง จังหวัดขอนแก่น มีบทบาทเด่นชัดในการพัฒนาบริการกู้ชีพเพื่อให้ครอบคลุมทุกตำบลโดยความริเริ่มดำเนินการและสนับสนุนของโรงพยาบาลซำสูง ซึ่งเป็นตัวอย่างการผสมผสานบทบาทคิดค้นรูปแบบบริการและเครื่องมือ (แผนที่ชี้เป้าจุดเกิดเหตุ) ดำเนินการและพัฒนาโดยหัวหน้าหน่วยกู้ชีพของโรงพยาบาล และบทบาทระดมจัดสรรทรัพยากรโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล แม้ว่าสถานะการเงินโรงพยาบาลจะเป็นหนี้ระดับต้นๆ ของโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้โปรดสังเกตว่า โรงพยาบาลนี้ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
8. ห้องฉุกเฉิน รับผิดชอบบริการคนไข้ที่มาถึงโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินหรือเชื่อว่าฉุกเฉิน สำหรับคนไข้ฉุกเฉินจริง บริการ ณ จุดนี้เป็นไปเพื่อประคับประคองหรือบรรเทาความรุนแรงของภาวะฉุกเฉิน รักษาให้พ้นภาวะฉุกเฉินก่อนส่งต่อ definitive care โรงพยาบาลเกือบทุกแห่งในกรณีศึกษาล้วนให้บริการศูนย์สื่อสารสั่งการด้วย ยกเว้น โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เพราะมีข้อตกลงระหว่าง สสจ. และโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ให้มอบหมาย สสจ. ดำเนินการ ด้วยตระหนักว่าโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์มีภาระมากเกินกว่าจะดูแลส่วนนี้ เท่าที่ปรากฏหลักฐานจากเอกสารและการสัมภาษณ์ยังไม่มีข้อสรุปว่าศูนย์สื่อสารสั่งการระดับจังหวัดควรอยู่ในความดูแลและดำเนินการของหน่วยงานใดจึงจะเกิดประสิทธิผล ประสิทธิภาพสูงสุด

- **บุคลากร (health workforce)**

1. Fast track ทั้งสองประเภท ในภาพรวม บริการลักษณะนี้ดำเนินการได้ด้วยการผสมผสานบทบาทหน้าที่ของบุคลากรหลายสาขาเพื่อดูแลคนไข้ตั้งแต่จุดเกิดเหตุจึงถึง definitive care บริการ prehospital care อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยกู้ชีพ บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอยู่ในความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลเวชปฏิบัติ บริการห้องฉุกเฉินอยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์ พยาบาล definitive care อยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลเฉพาะทาง (รวม case manager ด้วย) การทำงานร่วมกันในทุกจังหวัดล้วนเป็นไปด้วยแนวปฏิบัติ (care map และ clinical practice guideline) ที่แจกแจงบทบาทและวิธีดูแลคนไข้ของแต่ละจุดบริการไว้ชัดเจน ได้แก่ บริการ prehospital care บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล บริการห้องฉุกเฉิน เน้นการค้นหา/รู้จักสัญญาณเตือน (early warning signs) และ/หรือ การวินิจฉัยเบื้องต้นโดยมีเกณฑ์ที่ตกลงกันไว้ชัดเจน เพื่อให้คนไข้เข้าสู่ definitive care เร็วที่สุด และอาจให้การดูแลเบื้องต้น เช่น ให้ยาแอสไพริน ออกซิเจนสูดดมในกรณี Stemi ทั้งนี้ ความแตกต่างระหว่างจังหวัดที่ดำเนินการได้ก้าวหน้ามากกับที่ได้ก้าวหน้าน้อยกว่า (พิจารณาจากปริมาณคนไข้ที่ได้รับ definitive care) ดังกล่าวข้างต้น ได้แก่ (ก) จำนวนหน่วยบริการเครือข่ายเพื่อครอบคลุมพื้นที่ได้กว้าง ซึ่งสัมพันธ์กับการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการได้ง่ายและทั่วถึง (ข) การสื่อสารอย่างฉับไวระหว่างบุคลากรในแต่ละจุด ทั้งนี้เพื่อให้มั่นใจว่าคนไข้เข้าเกณฑ์การให้บริการ Fast track (ค) การเตรียมพร้อมของทีม definitive care เพื่อการดูแลเร็วที่สุดเมื่อคนไข้มาถึง และ (ง) ความถี่ของการเรียนรู้ร่วมกันด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์อันได้จากระบบสารสนเทศที่ออกแบบไว้ ประกอบกับประสบการณ์จากการทำงานจริง

2. นอกจากที่กล่าวมา การจัดการกำลังคนที่น่าสนใจอีกประการ คือ การให้บริการ definitive care ผู้นำการพัฒนาเขต 7 เห็นว่าไม่จำเป็นต้องอาศัยเฉพาะประสาทอายุรแพทย์เท่านั้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการบริหารกำลังคนแบบ task shifting[13] ความเชื่อนี้ส่งผลให้การขยายเครือข่ายหน่วยบริการ definitive care ในเขต 7 เป็นไปอย่างรวดเร็ว แทนที่จะรอให้มีประสาทอายุรแพทย์ที่พร้อมดำเนินการ นี่คือตัวอย่างการบริหารกำลังคนอย่างยืดหยุ่นตามสภาพความเป็นจริง ถ้าในอนาคตผลลัพธ์การดูแลคนไข้กลุ่มนี้ปรากฏว่าไม่ต่างกันระหว่างการดูแลโดยแพทย์ต่างกลุ่มกัน ความเชื่อนี้ก็จะมีน้ำหนักมากขึ้น
3. ทำนองเดียวกัน การผลิตพยาบาลประจำ mobile ICU ที่ จังหวัดอุบลราชธานี โดยความร่วมมือของวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบกและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และลงนามรับรองประกาศนียบัตรโดย นพ.สสจ. และผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ การใช้พยาบาลปริญญาโททำหน้าที่ case manager ในบริการ stemi fast track[12]แทนที่จะรอพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรม case manager มาโดยเฉพาะ ล้วนเป็นตัวอย่างเสริมแนวคิดการบริหารกำลังคนอย่างยืดหยุ่นตามสภาพความเป็นจริง ทำให้บุกเบิกบริการใหม่ๆ ได้ โดยไม่กังวลมากกับการมีจำนวนบุคลากรจำกัด
4. สำหรับการพัฒนาสมรรถนะพนักงานกู้ชีพ ความท้าทายสำคัญคือ การจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นที่ทราบกันดีว่า อัตราการเข้าออกจากงานนี้ค่อนข้างมากโดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครมูลนิธิ เนื่องจากเป็นงานที่ให้ผลตอบแทนต่ำแต่ความเสี่ยงมาก โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นแม่แบบในการดำเนินการด้วยรูปแบบวิธีการอันหลากหลายผสมผสานกัน อันได้แก่ clinic audit and feedback เมื่อพนักงานกู้ชีพนำส่งคนไข้เข้าห้องฉุกเฉิน การประชุมสม่ำเสมอในกรณีมีคนไข้เสียชีวิต หรือข้อผิดพลาดรุนแรง การประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (EMS day) เดือนละครั้ง และการแข่งขันประกวดปฏิบัติการกู้ชีพ (EMS rally) ปีละครั้ง นอกจากจังหวัดขอนแก่น กรณีศึกษาที่

โดดเด่นรองลงมาคือ จังหวัดอุบลราชธานี มีรูปแบบการดำเนินการคล้ายกัน และแตกต่างมากในเชิงปริมาณและคุณภาพเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่น ทั้งนี้อาจจะเนื่องจาก นพ.สสจ. ให้ความสำคัญ (รับดำเนินการศูนย์สื่อสารสั่งการ ชักชวน อบจ.ให้ลงทุน มอบผู้มีความสามารถให้รับผิดชอบ) และได้รับการสนับสนุนการเงินจาก อบจ. ในทางตรงกันข้ามจังหวัดที่ สสจ. ให้ความสำคัญน้อย การฝึกอบรมก็ไม่ได้ดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ

5. ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลแม่ข่าย (ตามเกณฑ์ สปสช.) ในทุกจังหวัด ยกเว้นจังหวัดหนองบัวลำภู มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินให้บริการและเป็นผู้รับผิดชอบการประสานงานหน่วยบริการอื่นๆ ภายในโรงพยาบาล แพทย์กลุ่มนี้มีจำนวนแตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายในจังหวัดต่างๆ (จำนวนมากที่สุด ในโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลสงขลานครินทร์) การสัมภาษณ์พยาบาลห้องฉุกเฉินทุกจังหวัดได้ข้อค้นพบตรงกันว่า แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินมีความหมายต่อบริการห้องฉุกเฉินใน 4 ลักษณะสำคัญแตกต่างจากการไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ได้แก่ (ก) ยกระดับคุณภาพการดูแลคนไข้ให้ถูกต้องแม่นยำ รวดเร็วขึ้นด้วยความสามารถของแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเอง (ข) ประสานงานกับแพทย์สาขาอื่นได้ผลมากขึ้น ส่งผลให้ภาวะไม่มีเจ้าของไข้เมื่อต้องรับไว้เป็นคนไข้ในลดลง (ค) พัฒนาสมรรถนะทีมงานพยาบาลและแพทย์ทั่วไป (ง) ระดมทรัพยากรได้มากขึ้น เช่น เครื่องมือแพทย์ วัสดุการแพทย์ เป็นต้น สำหรับโรงพยาบาลขอนแก่นและโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินยังมีส่วนสำคัญในการผลิตผลงานวิชาการเนื่องจากมีพยาบาลหลังปริญญาด้านการวิจัยสนับสนุน

- **ระบบสารสนเทศ (health information systems)**

1. ทุกจังหวัดที่ศึกษาล้วนมีระบบสารสนเทศรองรับการดำเนินงาน แต่ก็มีความแตกต่างในระดับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสื่อสาร ลักษณะฐานข้อมูลและการใช้ประโยชน์สำหรับการตัดสินใจดูแลคนไข้และพัฒนาระบบ
2. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลเครือข่ายและศูนย์สั่งการจังหวัดอุบลราชธานีเลือกใช้เทคโนโลยีสื่อสารที่ก้าวหน้ามากที่สุด จนสามารถอำนวยให้การสื่อสารเป็นไปแบบ real time เช่น การส่งผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจด้วยแท็บเล็ตคอมพิวเตอร์ การสะกดรอยรถกู้ชีพ/mobile ICU ระหว่างปฏิบัติการด้วย GPS นอกจากนี้ ศูนย์สั่งการจังหวัดอุบลราชธานียังใช้เทคโนโลยีสื่อสารหลายชนิดผสมผสานเพื่อขยายช่องสัญญาณและเพิ่มความเร็วการสื่อสารให้รองรับได้สอดคล้องกับปริมาณใช้บริการ 1669 ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับความต้องการขยายบทบาท 1669 ให้เป็นช่องทางบูรณาการบริการสาธารณะทุกประเภทของจังหวัด[15] เมื่อเทียบกับ อบจ.สงขลา ซึ่งมีรายได้ใกล้เคียงกับ อบจ.อุบลราชธานี และพยายามให้การสนับสนุนบริการกู้ชีพในขอบเขตเดียวกัน

ความเป็นไปได้ในการขยายผลจากกรณีจังหวัดอุบลราชธานีจึงไม่น่าจะเกี่ยวข้องกับอุปสรรคทางการเงิน ความต่างที่สำคัญมากระหว่างสองจังหวัดนี้คือ ความกระตือรือร้นและขีดความสามารถของ สสจ. ในบทบาทผู้บริหารจัดการระบบสนับสนุนหน่วยปฏิบัติการ

3. พิจารณาเรื่องฐานข้อมูล จะเห็นความแตกต่างค่อนข้างเด่นชัดระหว่างการจัดบริการ fast track และบริการกู้ชีพ/บาดเจ็บ ระบบฐานข้อมูล fast track เน้นการติดตามคนไข้ตลอดสายการให้บริการจากจุดเกิดเหตุจนถึง definitive care (tracers) จึงปรากฏรายงานด้าน fast track ของทุกจังหวัดเป็นแบบแผนเดียวกันในรูปการแสดง tracers ที่รวมผลลัพธ์ด้วย ลักษณะเช่นนี้ไม่พบเด่นชัดในรายงานบริการกู้ชีพ/บาดเจ็บ ยกเว้นโรงพยาบาลขอนแก่น เพื่อหาคำตอบ รายงานนี้ได้ทบทวนเอกสารของ สปสช.[16, 17] พบว่า บริการบาดเจ็บ เป็นกลุ่มโรคที่มีลำดับความสำคัญสูงและรวมอยู่ในโครงการพัฒนาบริการตติยภูมิมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 แต่ สปสช. เพิ่งประกาศแนวทางการบริหารจัดการเฉพาะกรณีบาดเจ็บที่ศีรษะทำนองเดียวกับ fast track เมื่อ พ.ศ. 2553 กระนั้นก็ดี รายละเอียดในแนวทางบริหารจัดการการบาดเจ็บมีจำกัดมากเมื่อเทียบกับสองโรคนั้น ที่เด่นชัดมากคือ ขั้นตอนการดำเนินงานสนับสนุน (ทางการเงินและสารสนเทศ) ทั้งนี้ไม่ปรากฏในกรณีการบาดเจ็บศีรษะการที่โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นข้อยกเว้นเพราะฐานข้อมูลการบาดเจ็บโรงพยาบาลขอนแก่นได้รับการสนับสนุนเงินจากแหล่งอื่น ในขณะที่ฐานข้อมูลนี้ในโรงพยาบาลอื่นเป็นไปแบบอาสาสมัคร
4. ทำนองเดียวกันการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลและองค์ประกอบอื่นในระบบสารสนเทศ เพื่อการตัดสินใจระดับนโยบาย บริหาร และปฏิบัติ มีความแตกต่างกันมากระหว่างการจัดและพัฒนาบริการ fast track กับบริการบาดเจ็บ เมื่อสังเกตจากการนำเสนอผลงานของหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์หลักฐานจากการสัมภาษณ์และเอกสารกรณี fast track (ภาคผนวก 1) ปรากฏว่ามีความชัดเจนในด้านการใช้ประโยชน์มากกว่า (มีเอกสารให้ทบทวนมากชิ้นกว่า มีรายละเอียด และความจำเพาะมากกว่า) กรณีบริการบาดเจ็บ/กู้ชีพ

- **การเข้าถึงบริการจำเป็น (access to essential medicines)**

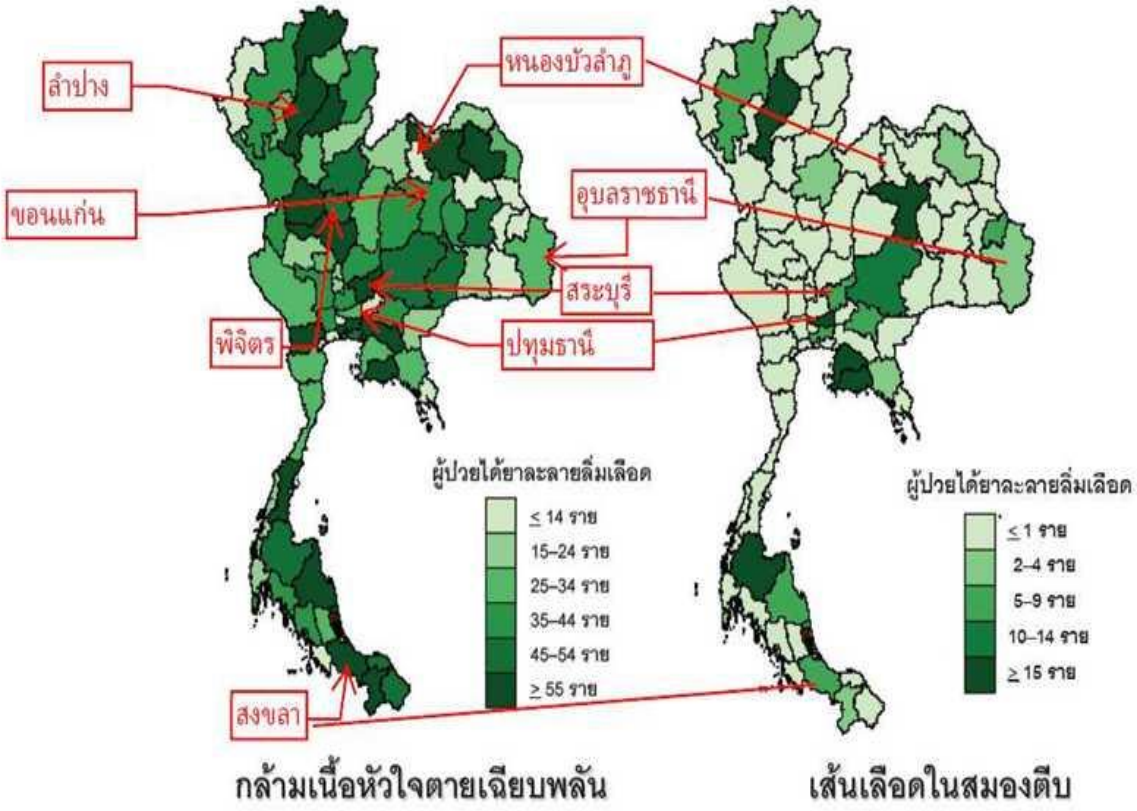
1. ในอุดมคติ ดัชนีวัดการเข้าถึงบริการกู้ชีพ ควรจะเป็นจำนวนคนไข้ฉุกเฉินที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลและถูกนำส่งด้วยบริการกู้ชีพ หารด้วยจำนวนคนไข้ฉุกเฉินที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลทั้งหมด ในทางปฏิบัติ ไม่มีตัวเลขนี้ปรากฏในเอกสารที่รายงานนี้เข้าถึงในทุกจังหวัดทำนองเดียวกัน ดัชนีวัดการเข้าถึง stemi/stroke fast track ควรจะเป็นจำนวนคนไข้ที่เข้าเกณฑ์ได้ยาละลายลิ่มเลือด หรือ PCI หารด้วยจำนวนคนไข้ที่เข้าเกณฑ์ได้ยาละลายลิ่มเลือดหรือ PCI ทั้งหมด ในทางปฏิบัติ มีความเป็นไปได้จำกัดมากที่จะค้นหาตัวหาร จึงไม่ปรากฏข้อมูลดัชนีชนิดนี้ และที่ยากไม่น้อยกว่ากันคือ ดัชนีวัดการเข้าถึงบริการบาดเจ็บ ซึ่งควรจะเป็นจำนวนผู้บาดเจ็บที่

จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลและได้นอนโรงพยาบาลหารด้วยจำนวนผู้บาดเจ็บที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลทั้งหมด ข้อจำกัดนี้บ่งชี้ถึงโอกาสพัฒนาระบบสารสนเทศให้ครอบคลุมไม่เพียงเฉพาะสถานพยาบาลภาครัฐแต่ควรรวมภาคเอกชนด้วย

2. การเข้าถึงบริการกู้ชีพเท่าที่มีตัวเลขคือปริมาณการออกเหตุต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2551 เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ 13 เขต สปสช. ปรากฏว่า ตัวเลขของ สปสช.เขต 10 ซึ่งโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีเป็นแม่ข่ายมากที่สุด (2,425 ครั้ง/แสนประชากร) รองลงมาคือ สปสช.เขต 7 ซึ่งโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น เป็นแม่ข่าย (1,463 ครั้ง/แสนประชากร) สปสช.เขต 12 ซึ่งโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา เป็นแม่ข่าย (575 ครั้ง/แสนประชากร) และล่าสุด ปี พ.ศ. 2555 จังหวัดขอนแก่น ปรากฏรายงานการออกเหตุมากที่สุดในประเทศ (99,002 ครั้ง) มากกว่าอันดับสอง (อุบลราชธานี 67,840 ครั้ง) และมากกว่าสงขลา (8,241 ครั้ง) ซึ่งน้อยที่สุดในจังหวัดกรณีศึกษาทั้งหมดประมาณ 10 เท่า[18] ความแตกต่างที่กล่าวมานี้สะท้อนขีดความสามารถในการจัดบริการกู้ชีพของแต่ละจังหวัด

3. ในด้านบริการ stemi fast track ปรากฏหลักฐาน (รูปที่ 4) จากการวิเคราะห์เอกสารพบว่า จังหวัดสงขลา สระบุรีและลำปาง มีความก้าวหน้ามากที่สุด รองลงมาคือ จังหวัดพิจิตรและขอนแก่น ถัดไปคือ อุบลราชธานี และสุดท้ายคือ หนองบัวลำภู ทั้งนี้ความก้าวหน้าวัดจากปริมาณผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ลำดับความก้าวหน้าต่างกันไม่น่าจะอธิบายได้ด้วยระยะเวลาที่ดำเนินการ (ยกเว้นกรณีหนองบัวลำภู ซึ่งชัดเจนว่าเพิ่งเริ่มดำเนินการมาได้ปีเดียว) เมื่อคำนึงถึงการจัดตั้งศูนย์โรคหัวใจตติยภูมิระดับต่างๆ ของ สปสช. ในปี พ.ศ. 2551 (ตารางที่ 1) ซึ่งปรากฏว่า จังหวัดขอนแก่น ลำปาง อุบลราชธานี ปทุมธานี (โดยโรงพยาบาลธรรมศาสตร์รังสิต) และสงขลา อย่างน้อยสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ แต่กลับมีระดับความก้าวหน้าต่างกัน ดูเหมือนขนาดพื้นที่ให้บริการอาจจะอธิบายได้ดีกว่า ดังจะเห็นได้ว่า สามจังหวัดที่ก้าวหน้าที่สุดมีขนาดพื้นที่เล็กกว่าจังหวัดขอนแก่นและอุบลราชธานี การเปรียบเทียบด้วยข้อมูลในแผนที่ดังรูปที่ 4 มีข้อจำกัดเพราะไม่ได้คำนึงถึงการรักษาด้วยวิธีสวนเปิดหลอดเลือดหัวใจซึ่งมีแนวโน้มการให้บริการมากขึ้นเพราะให้ผลแน่นอนกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด[19] พื้นที่เหล่านี้มี องค์ประกอบเหมือนกันในด้านภาวะผู้นำที่มุ่งมั่นพัฒนาเครือข่ายบริการ พร้อมทีมงานภายในหน่วยบริการซึ่งมีความพร้อมด้านปริมาณและคุณภาพ ไม่ว่าจะได้รับงบประมาณจากสปสช.หรือแหล่งอื่นในการสนับสนุนด้านการบริหารและพัฒนา (ส่วนใหญ่ใช้จัดกิจกรรมวิชาการระหว่างสมาชิกเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ)

รูปที่ 4 จำนวนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและเส้นเลือดสมองตีบซึ่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด รายจังหวัด พ.ศ. 2553[17]



ตารางที่ 2 การจัดระดับศักยภาพของศูนย์โรคหัวใจตามกรอบภาระงาน การบริการพิเศษ[20]

ศูนย์โรคหัวใจตติยภูมิ ระดับ 1 - 2	ศูนย์โรคหัวใจตติยภูมิระดับ 3	ศูนย์โรคหัวใจปฐมภูมิ
โรงพยาบาลศิริราช	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	สุรินทร์ , ร้อยเอ็ด ,สกลนคร
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	ขอนแก่น , ชัยภูมิ บุรีรัมย์
สถาบันโรคทรวงอก	โรงพยาบาลชลบุรี	อุดรธานี , น่าน , อุตรดิตถ์
โรงพยาบาลราชวิถี	โรงพยาบาลยะลา	เชียงรายประชานุเคราะห์
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	เพชรบูรณ์ ,ลำปาง
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	สถาบันวิจัย ม.นเรศวร	สวรรค์ประชารักษ์
โรงพยาบาลรามาธิบดี	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	ชุมพร เขตรอุดมศักดิ์
โรงพยาบาลวชิระ	โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี	หาดใหญ่ , นครศรีธรรมราช

ศูนย์โรคหัวใจตติยภูมิ ระดับ 1 - 2	ศูนย์โรคหัวใจตติยภูมิระดับ 3	ศูนย์โรคหัวใจปฐมภูมิ
โรงพยาบาลตำรวจ		หัวหิน , ราชบุรี
ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ		ประจวบคีรีขันธ์
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ม.ขอนแก่น		วชิระภูเก็ต
โรงพยาบาลมหาราช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่		สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ม.สงขลา นครินทร์		ธรรมศาสตร์รังสิต
โรงพยาบาลสถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติ มหาราชินี		

หมายเหตุ เฉพาะระดับ 1 เท่านั้นที่รักษาโรคหัวใจผ่านสายสวนในกรณีฉุกเฉิน

4. Stroke fast track ปรากฏหลักฐานจากการวิเคราะห์เอกสารว่า (รูปที่ 4) จังหวัดขอนแก่น ปทุมธานี และลำปาง มีความก้าวหน้ามากที่สุด รองลงมาคือ จังหวัดสงขลา สระบุรี อุบลราชธานี (วัดจากปริมาณผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด) ความแตกต่างระหว่าง 3 จังหวัดก้าวหน้าที่สุดกับจังหวัดที่มีความก้าวหน้ารองลงมาไม่อาจอธิบายได้ด้วยขนาดพื้นที่ ที่อาจเป็นไปได้คือ ระยะเวลาการพัฒนาบริการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ครอบคลุมพื้นที่จังหวัดปทุมธานี สระบุรี นครนายก อยุธยา บุกเบิกบริการนี้มานานกว่าที่อื่นในรายงานนี้และมีผลงานมากที่สุด[21] องค์ประกอบที่คล้ายกันในเกือบทุกพื้นที่ ได้แก่ (ก) ผู้นำมุ่งมั่นขยายเครือข่ายหน่วยบริการทุกระดับและช่องทางอื่นในการเข้าถึงบริการ (ครู, นักเรียน, และผู้นำชุมชนในกรณีเครือข่าย สปสช.เขต 7 การสัมภาษณ์พบว่า ผู้นำเขต 7 และพยาบาลประสานงาน stroke fast track จังหวัดสงขลา กล่าวอ้างอิงผู้นำในจังหวัดปทุมธานี (รศ.นพ.สมบัติ มุ่งทวีพงษา โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระ-เกียรติ) แสดงให้เห็นภาวะผู้นำซึ่งมีอิทธิพลกว้างไกลของท่าน นอกจากท่านนี้ภาวะผู้นำยังมาจากสถาบันประสาทวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (ข) งบประมาณจาก สปสช. ในทุกกรณีในการสนับสนุนด้านการบริหารและพัฒนา (ส่วนใหญ่ใช้จัดกิจกรรมวิชาการระหว่างสมาชิกเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ) โปรดสังเกตว่าจังหวัดที่ก้าวหน้าน้อยที่สุด ได้แก่ จังหวัดหนองบัวลำภูและจังหวัดพิจิตร ซึ่งมีลักษณะร่วมคือ เพิ่งเริ่มดำเนินการเหมือนกันโดยแม่ข่ายเป็นโรงพยาบาลทั่วไปและขนาดพื้นที่ใกล้เคียงกัน
5. ในรูปที่ 4 จะเห็นว่ามีความแตกต่างชัดเจนเกี่ยวกับบริการ stemi fast track มีการกระจายปริมาณผลผลิตระหว่างพื้นที่แตกต่างกันน้อยกว่าบริการ stroke fast track และปริมาณผลผลิตระบุด้วยเฉด

สีในกรณีแรกก็มากกว่ากรณีหลังชัดเจน ความแตกต่างนี้มีที่มาหลายประการ ได้แก่ (ก) กรณีแรกพัฒนามานานกว่า (ข) อุบัติการของ stemi มากกว่า stroke (ค) อาการวิทยาต่างกันระหว่างสองโรคนี้ (ง) วิธีการวินิจฉัย stroke ต้องอาศัยเครื่องเอกซเรย์ซีที ซึ่งราคาแพงจึงกระจายน้อยกว่าเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ความคล้ายคลึงกัน ได้แก่ จุดตั้งต้นชี้นำการพัฒนามาจากความร่วมมือระหว่าง สปสช. และโรงเรียนแพทย์/สมาคมวิชาชีพ โดยกรณี stroke fast track มีสถาบันประสาทวิทยาเพิ่มเข้ามา โรงพยาบาลลำปางให้บทเรียนที่น่าสนใจมากในการปรับบริการให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมของท้องถิ่น กล่าวคือ การกำหนดให้ตรวจ ECG คนไข้ทุกรายที่มาด้วยอาการ “บ่ม่วน อิดกั๊ด” ซึ่งเป็นคำบอกเล่าอาการวิทยาเฉพาะของคนลำปางและจังหวัดใกล้เคียง บ่งชี้สภาวะหัวใจขาดเลือดฉับพลัน

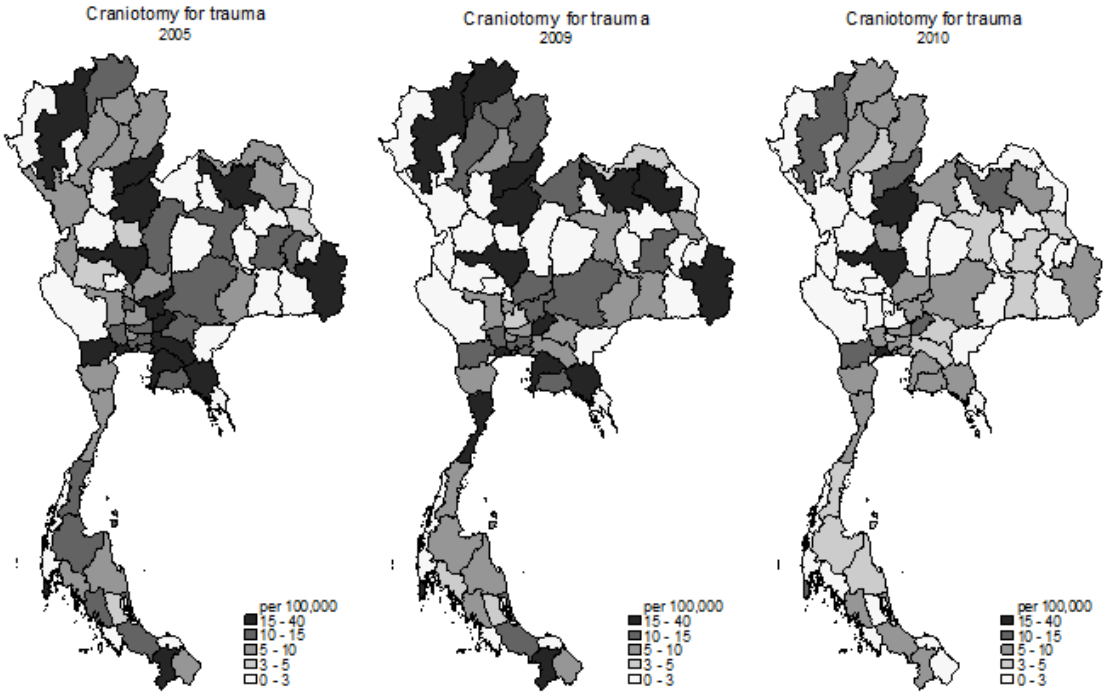
6. Trauma care ดัชนีเท่าที่สืบค้นได้เพื่อสะท้อนการเข้าถึงบริการบาดเจ็บคือ การกระจายจำนวนผู้บาดเจ็บจำแนกตามเขตที่ขึ้นทะเบียนและที่ตั้งศูนย์การบาดเจ็บ ปี พ.ศ. 2549 พบว่า ในแต่ละเขตมีสัดส่วนผู้บาดเจ็บที่รับการรักษาภายในเขตขึ้นทะเบียนอยู่ระหว่างร้อยละ 75-97[22] นั่นคือผู้บาดเจ็บเข้าถึงบริการได้เป็นส่วนใหญ่ โดยสงขลาเป็นเขตที่การเข้าถึงมากที่สุด ถัดไปคือ ขอนแก่นและอุบลราชธานี น้อยที่สุดคือสระบุรี (ตารางที่ 2) เมื่อพิจารณารูปที่ 5 ไปพร้อมกัน พบว่า แบบแผนการกระจายจำนวนผู้บาดเจ็บศีรษะและได้รับการผ่าตัดกระโหลกศีรษะค่อนข้างคงที่ระหว่างปี พ.ศ. 2548 ถึง 2552 บ่งชี้ว่า การเข้าบริการบาดเจ็บค่อนข้างคงที่ในระยะเวลาเดียวกัน ต่อมาแบบแผนนี้ได้เปลี่ยนแปลงมากใน ปี พ.ศ. 2553 ซึ่งยังยากจะหาข้อสรุปใดๆ จนกว่าจะมีข้อมูลหลังจาก พ.ศ. 2553 เพิ่มเติม
7. เมื่อคำนึงถึง บริการการบาดเจ็บโรงพยาบาลขอนแก่นในฐานะต้นแบบของประเทศ ตัวเลขในรูปที่ 5 ย่อมไม่สอดรับกับข้อคำนึงนี้ เช่นเดียวกับดัชนีความรุนแรงและดัชนีการเสียชีวิตจากบาดเจ็บทางถนนและสัดส่วนการสวมหมวกนิรภัยเปรียบเทียบระหว่างจังหวัดก็ไม่สอดรับ[23, 24] ดัชนีที่บ่งชี้ความเป็นต้นแบบของโรงพยาบาลขอนแก่นจึงได้แก่ (ก) ความยอมรับจากภาคีในรูปแบบต่างๆ เช่น เอกสารวิชาการ รางวัลดีเด่น และการเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการซึ่งโรงพยาบาลขอนแก่นจัดขึ้น (ข) แนวโน้มคุณภาพบริการของโรงพยาบาลขอนแก่นเอง[9] เช่น อัตราป่วยตายจากการบาดเจ็บ สัดส่วนการให้การดูแลผู้บาดเจ็บตามมาตรฐานโดยพนักงานกู้ชีพในเครือข่าย

ตารางที่ 3 การกระจายจำนวนผู้บาดเจ็บจำแนกตามเขตที่ขึ้นทะเบียนและที่ตั้งศูนย์การบาดเจ็บ พ.ศ. 254922

เขตที่ขึ้นทะเบียน		เขตที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไปใช้บริการ												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	เชียงใหม่	**0.95**					0.01						0.01	0.01
2	พิษณุโลก	0.03	**0.79**	0.03	0.02	0.01	0.02	0.01		0.01			0.01	0.06
3	นครสวรรค์	0.01	0.07	**0.82**	0.02	0.01	0.02			0.00				0.05
4	สระบุรี	0.01	0.01	0.04	**0.75**	0.01	0.03	0.01		0.02		0.01		0.11
5	ราชบุรี			0.01	0.01	**0.83**	0.02	0.01		0.01		0.01	0.01	0.08
6	ระยอง				0.01		**0.89**	0.00		0.01				0.05
7	ขอนแก่น				0.01	0.01	0.02	**0.88**		0.01		0.01	0.01	0.04
8	สกลนคร	0.02		0.01	0.04	0.02	0.10	0.46		0.03	0.10	0.05	0.03	0.15
9	นครราชสีมา				0.02	0.01	0.04	0.04		**0.82**		0.01	0.01	0.05
10	อุบลราชธานี				0.01	0.01	0.02	0.01		0.01	**0.88**	0.01	0.01	0.05
11	สุราษฎร์ธานี											**0.93**	0.05	0.01
12	สงขลา											0.02	**0.97**	0.01
13	กรุงเทพฯ	0.02	0.01	0.01	0.02	0.02	0.03	0.02		0.02	0.01	0.01	0.01	**0.83**

ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รูปที่ 1 ปริมาณการผ่าตัดต่อแสนประชากร ในจังหวัดต่าง ๆ ระหว่าง พ.ศ. 2548-2553



ที่มา สุพล ลิมวัฒนานนท์

- **การเงินการคลัง (finance)**

1. ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา สปสช. เป็นแหล่งเงินอุดหนุนบริการการบาดเจ็บ fast tracks และ กู้ชีพ (สิ้นสุดเมื่อปลายปี 2550) ครอบคลุม 3 ด้านคือ บริการ บริหารและพัฒนา (รวมวัสดุและครุภัณฑ์) ต่อมาเมื่อ สพฉ. กำเนิดในปี พ.ศ. 2551 ก็พยายามให้เงินอุดหนุนในลักษณะนี้ แต่จำกัดเพียงบริการกู้ชีพและด้วยวงเงินแคบกว่ามาก[21] ทำให้อำนาจต่อรองกับหน่วยบริหารและบริการในพื้นที่พลอยจำกัดไปด้วย จึงอาจส่งผลให้แนวคิดคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดไม่ได้รับความสนใจ นอกเหนือจากเหตุผลที่ว่ากลไกที่มีอยู่ทำหน้าที่ได้เพียงพอแล้วข้างต้น
2. วิธีการให้เงินอุดหนุนของ สปสช. ดังกล่าว จากการสัมภาษณ์และทบทวนเอกสารพบว่า เป็นไปในลักษณะส่งเสริมการสร้างเครือข่าย โดยตั้งต้นจากแม่ข่ายแล้วแพร่ไปสู่ลูกข่ายโดยจัดกิจกรรมวิชาการเผยแพร่ความรู้วิธีจัดบริการ แลกเปลี่ยนความรู้จากการนำไปปฏิบัติ การนิเทศงาน การวางแผนจัดสรรทรัพยากรร่วมกันในเครือข่าย[25] และปรากฏหลักฐานจากเอกสารว่า มีความเชื่อมโยงต่อมาในปัจจุบันเมื่อเริ่มการวางแผน Service Plan[26] จุดเด่นอีกประการในการจัดสรรเงินอุดหนุนของ สปสช. คือ การมุ่งเน้นข้อมูลเพื่อการติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ ซึ่งไม่เพียงเป็นประโยชน์สำหรับ สปสช. แต่ยังใช้งานได้ในระดับบริการ (เด่นชัดในกรณี fast track)

ประการสุดท้าย การวางเงื่อนไขให้แม่ข่ายเขียนโครงการขอทุนรายปีจาก สปสช. อาจมีส่วนช่วยให้เกิดนวตกรรม เช่น การระดมการมีส่วนร่วมของครู นักเรียนและผู้นำชุมชนในการค้นหาคนไข้หลอดเลือดสมองระยะเริ่มแรกเพื่ออำนวยให้เข้าถึงบริการแต่เนิ่นๆ ในกรณี สปสช.เขต 7[27] อย่างไรก็ตาม มีข้อสังเกตจากผู้นำ Stemi fast track ท่านหนึ่งว่า การอุดหนุนบริการนี้ให้แก่โรงพยาบาลเอกชน ก่อให้เกิดอัตราค่าตอบแทนแพทย์เป็นรายครั้ง และด้วยวงเงินสูงมาก (25,000 บาท/ครั้ง) ในขณะที่การจ่ายให้โรงพยาบาลรัฐในระยะหลังไม่ได้จ่ายตรงให้แก่แพทย์ แต่ให้แก่โรงพยาบาล ทำให้เกิดข้อเปรียบเทียบในเชิงได้เปรียบเสียเปรียบ ทั้ง ๆ ที่เป็นบริการคนไข้ประเภทเดียวกันในพื้นที่เดียวกัน ชักนำให้แพทย์ในภาครัฐมีความโน้มเอียงไปให้เวลากับบริการในโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าในโรงพยาบาลรัฐ ขณะเดียวกันการจ่ายตรงให้แพทย์ในระยะแรก ก็ได้รับการวิจารณ์จากผู้บริหารว่าทำให้เกิดความโน้มเอียงของแพทย์เพื่อให้เวลากับบริการประเภทนี้มากกว่าบริการประเภทอื่นในกลุ่มคนไข้โรคหัวใจ นี่คือจุดอ่อนของ pay for performance สอดคล้องกับหลักฐานการวิจัยในสหราชอาณาจักร[28]

3. เงินร่วมทุน นอกจากที่กล่าวมา จังหวัดอุบลราชธานีเป็นตัวอย่างการจัดตั้งระบบบริการกู้ชีพที่เกิดจากการร่วมทุนระหว่าง สปสช. อบจ. และ สสจ.[29] โดยการริเริ่มและชี้นำของอดีตนพ.สสจ. (วุฒิไกร มุ่งหมาย) ต่อมา อบจ.สงขลาและ อบจ.หนองบัวลำภู ก็ได้ให้การสนับสนุนบริการกู้ชีพทำนองเดียวกับ อบจ.อุบลราชธานี ในขอบเขตจำกัดมากกว่า แม้ไม่ได้เกิดจากการร่วมทุนในลักษณะดังกล่าวของอุบลราชธานี
4. เงินสมทบจากแหล่งอื่น หน่วยกู้ชีพ อบต.ท่าเยี่ยม อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร เป็นตัวอย่างการระดมทุนโดยให้ครัวเรือนมีส่วนร่วมจ่ายในรูปแบบสมาชิกบริการกู้ชีพ ครัวเรือนละ 1 บาทต่อวัน[30] นอกจากร่วมจ่าย ประชาชนยังได้ร่วมกับ แกนนำสุขภาพ ผู้นำชุมชน อบต. สถานีอนามัย หน่วยงานอื่นๆ ในการจัดทำแผนการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระเบียบกองทุนรองรับบริการนี้ แหล่งเงินลักษณะอื่น ได้แก่ เงินงบประมาณของเทศบาล/อบต. รองรับหมวดค่าจ้าง ค่าครุภัณฑ์ สถานที่ เบี้ยประกันอุบัติภัย รถกู้ชีพ (สำหรับเทศบาลนครหรือเทศบาลขนาดเล็กลงมาบางแห่งเพราะมีอำนาจซื้อมาก) มีข้อสังเกตว่าเทศบาล/อบต.หลายแห่งให้บริการนำส่งและรับคนไข้ไม่ฉุกเฉิน ตลอดจนรับศพกลับบ้านด้วย เพราะเชื่อว่าเป็นที่นิยมของชาวบ้าน (เสริมความนิยมต่อนักการเมืองท้องถิ่น) และสอดคล้องกับข้อเท็จจริงว่าบริการรถเช่าเอกชนแพงมากเมื่อเทียบกับกำลังซื้อของครัวเรือน E-claim system เป็นระบบอำนวยความสะดวกสถานพยาบาลในการเบิกเงินจากบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ (เฉพาะจักรยานยนต์) หลักฐานจากการฟังบรรยายประกอบสไลด์[31] พบว่า สสจ.พิจิตรเป็นตัวอย่างความพยายามอย่างเป็นรูปธรรมในการสนับสนุนส่งเสริมให้โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลได้เข้าถึงแหล่งเงินนี้ ประการสุดท้าย มูลนิธิอาศัยเงินบริจาคเป็นส่วนหนึ่งของการจัดบริการสมทบกับรายได้จากการออกเหตุที่เบิกจาก สพฉ. บทเรียนชุดนี้สะท้อนขีดความสามารถในการบริหารจัดการบริการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ซึ่งเป็นไปได้ยากที่หน่วยงานส่วนกลางจะรับรู้เท่าทัน จึงควรกระจายอำนาจให้ผู้รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่มีอิสระเพียงพอที่จะสร้างนวตกรรมต่างๆ

5. อปท. ในหลายพื้นที่อ้างอิงการตรวจสอบการจ่ายเงินโดยสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินเป็นอุปสรรคในการสนับสนุนพนักงานกู้ชีพให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่อีกหลายพื้นที่ไม่ประสบปัญหานี้
6. ระเบียบจ่ายค่าตอบแทนเป็นอุปสรรคในการธำรงรักษาแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินสำหรับโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดในการระดมแหล่งเงินอื่นนอกจากเงินบำรุงโรงพยาบาล (โรงพยาบาลลำปาง เป็นตัวอย่าง) ความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขและ สพฉ. ในฐานะกลไกนโยบายแห่งชาติจึงเป็นเงื่อนไขจำเป็นในประเด็นนี้ เพื่อให้การกระจายทรัพยากรเป็นไปอย่างเหมาะสมเป็นธรรม เมื่อคำนึงถึงข้อเท็จจริงว่า อำนาจซื้อของพื้นที่ต่างๆ ไม่เท่ากัน

- **อภิบาลระบบ (leadership and governance)**

1. คุณสมบัติในการจัดระเบียบตัวเอง (self organizing) ของระบบนั้นไม่ได้เกิดจากอิทธิพลขององค์กร สถาบันหรือองค์ประกอบหนึ่งใด แต่เป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างหลายองค์กร สถาบันหรือองค์ประกอบในแต่ละระบบและระหว่างระบบ[32] ถ้าภาวะผู้นำและโครงสร้างอภิบาลระบบอ่อนแอ ระบบสารสนเทศและการสื่อสารที่มีประสิทธิผลก็จะถูกมองข้าม นำไปสู่นโยบายและการปฏิบัติที่ไม่สอดคล้องกับองค์ความรู้เท่าที่ควร ในทางตรงกันข้าม ถ้าสองสิ่งนี้เข้มแข็งก็จะชักนำให้เกิดการออกแบบและพัฒนาระบบภายใต้กรอบนโยบายเชิงยุทธศาสตร์ การกำกับดูแล การสร้างภาคีเข้มแข็ง ระบบมีความรับผิดชอบต่อภาระหน้าที่ ทำงานตามกฎกติกา มีแรงจูงใจอย่างเหมาะสม[32]
2. เมื่อนำกรอบคิดใน ข้อ 1 มาวิเคราะห์หลักฐานจากเอกสารและการสัมภาษณ์ พบว่า ระบบการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดที่เข้าข่ายภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบอย่างเหมาะสมและโดดเด่นที่สุดครอบคลุมบริการในและนอกโรงพยาบาล ได้แก่ ขอนแก่น อุบลราชธานี และลำปาง กล่าวคือ มีภาวะผู้นำที่เน้นการนำด้วยความรู้ ซึ่งได้จากระบบสารสนเทศและแนวทางปฏิบัติ (care map, CPG) ที่เหมาะสมชัดเจน ดังกล่าวแล้วในหัวข้อบุคลากร และระบบสารสนเทศ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกับภาคีเป็นไปในลักษณะครูกับศิษย์หรือ/และพี่น้อง อุบลราชธานีเป็นกรณีเดียวที่พบว่าภาวะผู้นำโดย นพ.สสจ. เข้าข่ายที่กล่าวมาอย่างเด่นชัดเมื่อเทียบกับ

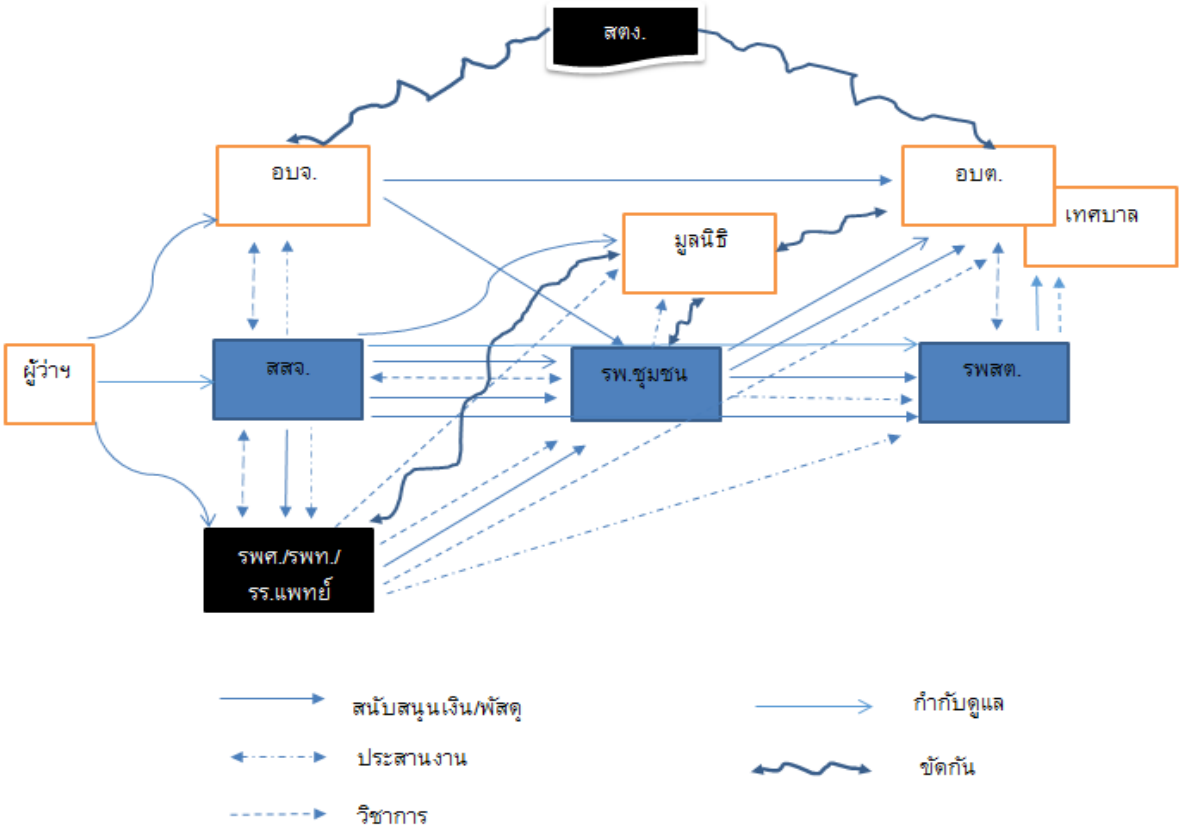
สสจ. ในจังหวัดอื่น ที่น่าสนใจไม่น้อยเช่นกันคือ ภาวะผู้นำโดยผู้บริหารระดับล่าง (หัวหน้างาน) ใน สสจ.ปทุมธานี สามารถเชื่อมโยงผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล แหล่งทุนภายนอกจังหวัด และหน่วยงานในศาลากลางจังหวัดเพื่อพัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉินและการป้องกันอุบัติภัยจราจร บ่งชี้ว่า ภาวะผู้นำมีได้หลากหลายรูปแบบ

3. ภาวะผู้นำที่เหมาะสมจะชักนำปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาคีในลักษณะร่วมคิดร่วมทำบนฐานความรู้และข้อเท็จจริงมีส่วนสำคัญในการกำกับดูแลให้การดำเนินภารกิจเป็นไปตามกรอบกติกาที่ยึดถือร่วมกัน (เช่น การแบ่งพื้นที่ออกเหตุกู้ชีพ การปรับปรุงพฤติกรรมบริการของพนักงานกู้ชีพเมื่อได้รับการประเมิน การไม่ปฏิเสธคนไข้ stroke ที่เข้าข่าย) แทนที่จะเป็นการสั่งการด้วยอำนาจบังคับบัญชา ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบในลักษณะนี้เสริมให้แรงจูงใจทางการเงินออกดอกผลเป็นผลงานที่พร้อมทั้งปริมาณและคุณภาพ อย่างไรก็ดีโปรดสังเกตว่า ยังมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ในด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบเมื่อแยกย่อยลงในงานแต่ละประเภทโดยเชื่อมโยงกับองค์กรหรือตัวผู้นำ กรณีโรงพยาบาลขอนแก่นผู้นำคือ ศัลยแพทย์ จึงสนใจพัฒนางานด้านบาดเจ็บ แต่มีข้อจำกัดในงานด้าน stroke/stemi fast tracks ในขณะที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีอายุรแพทย์ที่สนใจงานประเภทหลัง แต่มีข้อจำกัดในด้านงานบาดเจ็บมากกว่าโรงพยาบาลขอนแก่น

4. ความซับซ้อนของระบบ ทำให้วิวัฒนาการด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบมีความหลากหลายแตกต่างกันระหว่างจังหวัดและภายในจังหวัดเดียวกัน ภายใต้ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในงาน stroke fast track ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในงาน stemi fast track ทำให้บริการเหล่านี้เป็นจุดเด่นของจังหวัด แม้ว่าในงานการแพทย์ฉุกเฉินด้านอื่นๆ จะไม่โดดเด่น เนื่องจากข้อจำกัดของภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบในส่วนอื่น ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับองค์ความรู้ว่า ภาวะผู้นำไม่ได้จำกัดเฉพาะบุคคลหรือองค์กรหนึ่งเดียว[32] ทำนองเดียวกัน ก็ไม่อาจคาดหวังได้ว่า อบจ.อุบลราชธานีมีภาวะการนำเข้มแข็งด้านการสนับสนุนบริการกู้ชีพ เช่นนี้แล้ว อบจ. จังหวัดอื่นจะเข้มแข็งด้านภาวะการนำในเรื่องนี้เหมือนกันทุกประการ เช่นเดียวกัน ขนาดงบประมาณของอปท.ก็ไม่ได้เป็นเงื่อนไขเดียวในการกำหนดผลสำเร็จของภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ ตัวอย่างที่ชัดเจนในจังหวัดเดียวกันคือขอนแก่น ซึ่งโดยภาพรวมภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบจะเข้มแข็ง แต่ในภาพย่อย อำเภอซำสูงซึ่งยากจนมากที่สุดในจังหวัดกลับมีภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบเข้มแข็งกว่าเทศบาลตำบลสำราญ ที่จัดตั้งบริการกู้ชีพมาก่อนและมีความมั่นคงทางการเงินมากกว่า (โรงพยาบาลซำสูงซึ่งเป็นผู้นำโดยอยู่ในภาวะหนี้มาหลายปี) ในแง่การพัฒนานวตกรรมด้านสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อชี้ที่ตั้งจุดเกิดเหตุ ติดตามประเมินผลการออกเหตุ

5. ประสบการณ์เกี่ยวกับการกำกับดูแลของส่วนกลาง เกี่ยวกับการจัดสรรและใช้งบประมาณ อปท. ที่ควรจะเหมือนกันในหลักการและกฎเกณฑ์สำคัญ แต่ในทางปฏิบัติกลับแตกต่างกัน ระหว่าง อบจ.อุบลราชธานี หนองบัวลำภู และสงขลา และระหว่างเทศบาล/อบต. ที่ต่างถิ่นกัน ทั้งนี้หน่วยย่อยของสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินถูกพาดพิงโดย อปท. ว่ามีแนวปฏิบัติและตีความกฎระเบียบการเงินหลากหลาย

รูปที่ 6 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่าง ๆ ในพื้นที่



ความเข้าใจลักษณะปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลไกซึ่งเป็นทางการในพื้นที่ มีความสำคัญต่อการออกแบบระบบสนับสนุนปฏิสัมพันธ์ให้สร้างสรรมากที่สุดเท่าที่องค์ความรู้และบริบทในขณะหนึ่ง ๆ จะเอื้ออำนวย รูปที่ 6 แสดงกลไกที่ค้นพบจากการถอดบทเรียนในพื้นที่ โดยอาจจำแนกได้เป็น 10 ชนิดตามพันธกิจ โดยมีลักษณะปฏิสัมพันธ์ซึ่งอาจจำแนกได้เป็น 5 ประเภท ดังแสดงด้วยลูกศรและคำขยายในรูปที่ 6 ทั้งนี้ลักษณะปฏิสัมพันธ์ไม่ได้ตายตัวหรือเหมือนกันหมดในทุกพื้นที่ หากแต่มีส่วนที่เหมือนและต่างกันขึ้นกับบริบทของแต่ละพื้นที่

จะสังเกตพบว่า ในรูปที่ 6 แบบแผนปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่าง ๆ อาจจำแนกเป็นสองกลุ่มใหญ่ ได้แก่ สสจ. โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงเรียนแพทย์ มีลักษณะปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันหลายลักษณะ (สังเกตประเภทลูกศร) อันเป็นผลมาจากวิวัฒนาการตั้งแต่ก่อนมี สพฉ. อีกกลุ่มหนึ่งประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัด สตง. อบจ. อบต./เทศบาลและ

มูลนิธิ มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันไม่ซับซ้อนเท่ากลุ่มแรก ที่น่าสนใจคือ ระหว่าง สตง. กับ อปท. และระหว่างมูลนิธิกับโรงพยาบาลหรืออบต./เทศบาล ปรากฏปฏิสัมพันธ์ในลักษณะขัดแย้งกัน ในขณะที่คู่ความสัมพันธ์ที่เหลือเป็นไปในลักษณะสนับสนุนกันด้วยรูปแบบต่างๆ ได้แก่ เงิน/พัสดุ กำกับดูแล ประสานงาน และวิชาการ

จังหวัดอุบลราชธานี และขอนแก่น เป็นสองจังหวัดที่ สสจ. หรือ แพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลศูนย์ตามลำดับประสานให้ผู้ว่าราชการจังหวัดสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างเป็นรูปธรรม ที่จังหวัดอุบลราชธานี ผู้ว่าราชการจังหวัดลงนามบันทึกความร่วมมือระหว่าง อบจ. สสจ. และ สปสช. ในเรื่อง การจัดสรรค่าบริการ การจัดตั้งระบบบริการ การสมทบเงินจากอปท. การกำกับดูแล และการสนับสนุนทางวิชาการ/การบริหารหน่วยบริการ[29] บริบทที่เอื้ออำนวยปฏิสัมพันธ์นี้อาจได้แก่ ปริมาณรายได้ของ อบจ. จำนวนมาก (1.4 พันล้านบาทในปี พ.ศ. 2554) เพราะมีพลเมืองมากแม้ว่ารายได้ต่อหัวต่ำ (อันดับที่ 66 ของประเทศ) รวมถึงความสัมพันธ์ส่วนตัวมาแต่เดิมระหว่าง นพ.สสจ. รองเลขาธิการ สปสช. และ นายกอบจ. ตลอดจนความเข้มแข็งทางวิชาการของ สสจ.อุบลราชธานี ดังปรากฏหลักฐานทางวิชาการสนับสนุนอย่างเด่นชัดตามเอกสารอ้างอิง[15] สำหรับจังหวัดขอนแก่น ผู้ว่าราชการจังหวัดแสดงบทบาทสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยเป็นประธานในเวทีประชุมที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ผ่านการประสานงานของแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลศูนย์ (นพ.วิทยา ชาติบัญชาชัย) ผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันทำงานตามบทบาทหน้าที่ เช่น อบจ. สนับสนุนการฝึกอบรมบุคลากร โรงพยาบาลชุมชนให้การสนับสนุนทางวิชาการ กำกับดูแลคุณภาพบริการและจัดหาวัสดุการแพทย์สนับสนุน รพ.สต. สสจ. ประสานการทำงานระหว่างโรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น

ทุกจังหวัดในกรณีศึกษา สสจ. สัมพันธ์กับทุกหน่วยบริการกู้ชีพของ อบต. เทศบาล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงเรียนแพทย์ และมูลนิธิ เหมือนกันคือ กำกับดูแล (รับขึ้นทะเบียน) ตรวจสอบการเบิกค่าชดเชยบริการ เนื่องจากเป็นเงื่อนไขจากส่วนกลาง (สพฉ.) สสจ.ในบางจังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ปทุมธานี และพิจิตร ให้การสนับสนุนวิชาการอย่างเข้มข้นโดยตรงหรือโดยอ้อมให้แก่หน่วยกู้ชีพทุกสังกัด นอกจากนั้นใน 3 จังหวัดนี้ สสจ. ยังสนับสนุนวิชาการอย่างเข้มข้นโดยตรงหรือโดยอ้อมให้แก่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน ที่ปทุมธานี สสจ. ประสานคณะแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลจังหวัดตรวจเยี่ยมคุณภาพบริการห้องฉุกเฉินที่พิจิตร สสจ. ป้อนผลการวิเคราะห์ข้อมูล ITEMS และ injury surveillance ให้ทีมห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลจังหวัด

อุบลราชธานีเป็นจังหวัดเดียวที่อบจ.จัดสรรรถกู้ชีพให้โรงพยาบาลและอบต./เทศบาล นอกเหนือจากการสนับสนุนค่าใช้จ่ายฝึกอบรมบุคลากร อบจ. ในจังหวัดสงขลาและจังหวัดหนองบัวลำภูสนับสนุนรถกู้ชีพให้เฉพาะ อบต./เทศบาลบางพื้นที่ โดยเชื่อว่าสามารถใช้ร่วมกันระหว่างพื้นที่ได้ ความต่างระหว่างปฏิสัมพันธ์สองลักษณะนี้อาจเกี่ยวข้องกับปฏิสัมพันธ์ระหว่าง อบจ. กับ สสจ. กล่าวคือ ที่จังหวัดอุบลราชธานี ความสัมพันธ์เป็นไปอย่างเข้มข้นทั้งโดยส่วนตัวและทางวิชาการดังกล่าวข้างต้น ซึ่งมากกว่าอีกสองจังหวัด แม้ว่ารายได้รวมของอบจ.อุบลราชธานีและของอบจ.สงขลาจะใกล้เคียงกัน (1.4 พันล้านบาทและ 1.3 พันล้านบาทตามลำดับ) โปรดสังเกตว่า สสจ.พิจิตร และ สสจ.ปทุมธานี ก็มีความเข้มแข็งทางวิชาการแต่ความสัมพันธ์กับ อบจ. ไม่ได้ปรากฏในเชิงหนุนเสริมกันเหมือนกรณีอุบลราชธานี

มูลนิธิในทุกจังหวัดมีความสัมพันธ์กับโรงพยาบาลทุกประเภท ยกเว้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในลักษณะทางวิชาการคือ การฝึกอบรม การ audit การนำส่งคนไข้ และการซ้อมแผนอุบัติภัยหมู่ ในอีกด้านหนึ่ง ในบางจังหวัดมูลนิธิมีความขัดแย้งกับโรงพยาบาลเหล่านั้นและกับหน่วยกู้ชีพ อบต./เทศบาล ส่วนหนึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการใช้อาสาสมัครในบริการกู้ชีพโดยขาดการควบคุมคัดกรองคุณภาพบุคลากรประเภทนี้มากเท่าที่ควร จึงได้อาสาสมัครบางรายที่ด้อยวุฒิภาวะทางอารมณ์ (เป็นวัยรุ่น) และทางสังคม (มีผลประโยชน์แอบแฝง) ปะปนเข้ามาในระบบ เมื่อถูกตรวจสอบคุณภาพโดยพยาบาลห้องฉุกเฉิน (audit การนำส่งคนไข้) ก็อาจไม่เข้าใจจุดมุ่งหมายและไม่ยอมรับ มีข้อสังเกตว่าความขัดแย้งนี้มีโอกาสเกิดน้อยมากในจังหวัดขอนแก่น เนื่องจากความสำเร็จในการจัดแบ่งพื้นที่รับผิดชอบและการจัดเวทีเรียนรู้ร่วมกันสม่ำเสมอต่อเนื่อง (EMS day) มายาวนานและมีบรรยากาศเอื้ออำนวยให้ทุกฝ่ายได้แสดงความคิดเห็นอย่างเท่าเทียมกัน และเป็นไปในทางสร้างสรรค์

กรณีศึกษาเดียวในรายงานนี้คือที่ตำบลท่าเยี่ยม จังหวัดพิจิตร หน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสัมพันธ์เชิงบวกเด่นชัด ได้แก่ การร่วมกันจัดตั้งกองทุนสนับสนุนบริการกู้ชีพโดยการมีส่วนร่วมของครัวเรือน นอกจากนี้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้สนับสนุนหน่วยกู้ชีพองค์การบริหารส่วนตำบลในทางวิชาการและวัสดุการแพทย์ เงื่อนไขทางภูมิศาสตร์อาจมีส่วนส่งเสริมความสัมพันธ์นี้ เนื่องจากองค์การบริหารส่วนตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีพื้นที่ติดกัน ในรายงานอื่น ความเป็นกลางทางการเมืองระดับท้องถิ่นของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความหมายมากต่อความสัมพันธ์เชิงบวก เพราะพบหลักฐานว่า แม้อยู่ใกล้กันแต่ถ้าบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่วางตัวเป็นกลาง ก็เสี่ยงที่จะขัดแย้งกับองค์การบริหารส่วนตำบล[33]

ในกรณีทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนสัมพันธ์กับหน่วยกู้ชีพในทางวิชาการและการสนับสนุนวัสดุการแพทย์ (เฉพาะหน่วยกู้ชีพ อบต./เทศบาล) กรณีเฉพาะปรากฏหลักฐานจากการฟังบรรยายสรุปและเอกสารประกอบการบรรยายว่า ณ อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลชุมชนสามารถโน้มนำ อบต./เทศบาล ให้จัดตั้งหน่วยกู้ชีพครอบคลุมทั้งอำเภอได้สำเร็จ โดยอาจเป็นผลจากภาวะผู้นำผสานกันลงตัวระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าทีมกู้ชีพของโรงพยาบาลซำสูง แม้ว่าโรงพยาบาลกำลังตกอยู่ในสภาวะหนี้ต่อเนื่องมาหลายปี

นอกจากบริการกู้ชีพ โรงพยาบาลศูนย์/โรงเรียนแพทย์ ยังมีความสัมพันธ์กับหน่วยบริการอื่นในด้านการพัฒนาการเข้าถึงบริการช่องทางด่วน (stroke/stemi fast track) โดยพัฒนาขีดความสามารถในการคัดกรองอาการเตือนแล้วป้อนคนไข้เข้าระบบส่งต่อ โรงพยาบาลชุมชนบางแห่งในจังหวัดลำปางและจังหวัดชัยภูมิยังมีขีดความสามารถในการให้การรักษาเฉพาะแก่คนไข้สองกลุ่มนี้ เพราะได้รับการสนับสนุนเครื่องมือแพทย์และระบบสื่อสารทางไกลแบบ real time

ประการสุดท้าย บางจังหวัด ความสัมพันธ์ระหว่าง อปท. กับ สตง. ไม่เป็นไปในทางที่เอื้อต่อการพัฒนาบริการกู้ชีพเนื่องจาก อปท. ตีความว่าการทักท้วงของ สตง. ทำให้เกิดความเสี่ยงทางการเงินต่อผู้บริหาร อปท. จนถึงขั้นยุติบริการกู้ชีพก็ปรากฏแล้วในบางตำบลติดกับตำบลรังสิต นำไปสู่การขยายพื้นที่บริการของหน่วยกู้ชีพเทศบาลนครรังสิตเพื่อทดแทนบริการที่ยุติลง

1.2 บทเรียนและข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- **บทเรียนสำหรับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ**

1. ในฐานะองค์กรนำด้านการแพทย์ฉุกเฉินตามกฎหมาย สพฉ. ควรมุ่งส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมระหว่างภาคีในจังหวัดหรือเขต โดยตั้งต้นจากบุคคลหรือองค์กรที่น่าจะมีภาวะผู้นำ ทำนองเดียวกับที่ สปสช. องค์การอนามัยโลก และไจก้า ริเริ่มไว้กับกรณีศึกษาทั้งหลายที่กล่าวมา โดยใช้ความรู้และเงินเป็นเงื่อนไขชักนำให้ผู้นำชักชวนภาคีมาทำงานพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกัน ภายใต้กรอบกติกา และทิศทางที่เห็นชอบร่วมกัน โปรดสังเกตว่า ความรู้ในที่นี้เป็นไปได้ทั้งความรู้เชิงประจักษ์ (explicit knowledge) และความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) โดยส่วนหนึ่งมาจากภายนอกพื้นที่ อีกส่วนหนึ่งจากภายในพื้นที่ เช่นเดียวกัน เงินก็อาจมีที่มาได้หลายแหล่ง กรณีศึกษาส่วนใหญ่ในรายงานนี้บ่งชี้โอกาสที่จะค้นพบผู้นำในกลุ่มแพทย์เฉพาะทางมากกว่ากลุ่มอื่น ไม่ปรากฏหลักฐานจากทุกกรณีศึกษาว่าผู้นำคือสาขาอาชีพอื่น นอกจากแพทย์ อาจจะเป็นเพราะบริการการแพทย์ฉุกเฉินต้องอาศัยความรู้ที่มีอยู่ในวิชาชีพแพทย์เป็นสำคัญ แพทย์อยู่ในฐานะที่มีหรืออาจสะสมทุนทางสังคมได้มาก และแพทย์ก็เป็นคนกลุ่มแรกๆ ที่ได้รับผลกระทบจากระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

2. เพื่อดำเนินภารกิจนั้น สพฉ. ควรสนใจที่จะเข้าใจการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัตร (dynamic change) ของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่ ด้วยการสนับสนุนให้เกิดการตกผลึกแนวคิด(conceptualize) และคิดค้นแบบจำลอง (model) รองรับการวิเคราะห์องค์ประกอบและปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเชิงระบบในการทำนายพฤติกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ทั้งระดับบุคคล และองค์กร อันจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบระบบ (system design)
3. จำเป็นต้องอาศัยการออกแบบระบบสารสนเทศและความรู้ในเชิงสาระและโครงสร้างในเชิงการไหลเวียน/การใช้ประโยชน์ของข้อมูลความรู้เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจทุกระดับ(ปฏิบัติ บริหาร นโยบาย)
4. ตัวอย่างผู้นำที่โดดเด่นในแต่ละด้านที่กล่าวมา ชี้ให้เห็นความสามารถในการมองภาพรวม บริหารภาพรวมระดับจังหวัดหรือเขตโดยเห็นทั้งส่วนเต็มและส่วนขาด เพื่อวางแผนเติมเต็มส่วนขาด บทบาทนี้ในระดับประเทศจึงสอดคล้องกับภารกิจของ สพฉ.
5. เฉพาะหน้า สพฉ. ควรดำเนินการดังต่อไปนี้
    a. เอื้อให้เกิดเอกภาพของกรอบปฏิบัติในการกำกับดูแลการจัดสรรและใช้งบประมาณเพื่ออุดหนุน/พัฒนาบริการกู้ชีพ เมื่อคำนึงถึงประสบการณ์เกี่ยวกับข้อจำกัดในด้านนี้ที่ควรจะเหมือนกัน แต่กลับแตกต่างกันระหว่าง อบจ.อุบลราชธานี หนองบัวลำภู และสงขลา และระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ ซึ่งล้วนมีบริการห้องฉุกเฉิน
    b. สร้างคลังความรู้ทางเทคนิคและบทเรียนการจัดการระบบที่ง่ายแก่การเข้าใจ ง่ายต่อการเข้าถึงและง่ายต่อการนำไปใช้ประโยชน์ เช่น เทคนิคการใช้ powerpoint ที่โรงพยาบาลซำสูง พัฒนาเพื่อชี้เป้าจุดเกิดเหตุให้หน่วยกู้ชีพตำบลเข้าถึงคนไข้ได้รวดเร็ว รูปแบบการจัดประชุมประจำเดือน (EMS day) ของจังหวัดขอนแก่น หลักสูตรการผลิตพยาบาล mobile ICU จังหวัดอุบลราชธานี การอ้างอิงกฎระเบียบกรมบัญชีกลางในเรื่องการเช่ารถของ อบจ. อุบลราชธานี (ภาคผนวก 1) ฯลฯ
    c. แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ดูเหมือนว่าในทุกกรณีศึกษา การสัมภาษณ์พยาบาลห้องฉุกเฉินได้คำตอบตรงกันว่า แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินสามารถเติมเต็มในส่วนงานบริการและบริหารจัดการห้องฉุกเฉินได้อย่างน่าสนใจ แต่มีความน่าวิตกเกี่ยวกับการโยกย้ายลาออกในโรงพยาบาลหลายแห่ง ข้อค้นพบนี้บ่งชี้ความจำเป็นด้านเอกภาพทางนโยบายเกี่ยวกับการผลิต การกระจาย การใช้และการพัฒนาแพทย์สาขานี้ ทางเลือกหนึ่งคือ การส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการนโยบายแบบมีส่วนร่วมบนฐานความรู้ฝังลึกและเชิงประจักษ์
6. ระยะกลาง สพฉ.ควรสนับสนุนการวิจัยพัฒนาในประเด็นต่อไปนี้
    a. กำลังคน

I. การบริหารจัดการพนักงานกู้ชีพ ถ้าคาดหวังคุณภาพบริการ จำเป็นต้องบำรุงขวัญกำลังใจแก่พนักงานกู้ชีพเพราะเป็นงานที่มีความเสี่ยงสูง หากอาศัยเพียงอาสาสมัครมักต้องเผชิญกับการหมุนเวียนเข้าออกงานมากจนเป็นไปได้ยากที่จะคงทักษะความรู้ให้เพียงพอแก่การปฏิบัติงาน อะไรคือระบบแรงจูงใจทางการเงินและที่ไม่ใช่เงิน อันเพียงพอ เป็นไปได้และยั่งยืน

II. พยาบาล การสัมภาษณ์พยาบาลหัวหน้าห้องฉุกเฉินทุกแห่งพบตรงกันว่า แนวโน้มพยาบาลใหม่เข้าทำงานห้องฉุกเฉินน้อยลง ในขณะที่บางส่วนที่ปฏิบัติงานอยู่อยากย้ายออก ขณะเดียวกันก็มีตัวอย่างบางรายที่มีขวัญกำลังใจดี เช่น ที่โรงพยาบาล-สรรพสิทธิประสงค์ เพราะอยู่ในบรรยากาศการทำงานที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีส่วนสำคัญในการพัฒนางาน (สนับสนุนให้แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินได้เสนอผลงานวิชาการร่วมกัน เป็นต้น) และมีพยาบาลจำนวนหนึ่งสมัครใจเรียนต่อยอดเป็นพยาบาล mobile ICU โดยร่วมจ่ายค่าลงทะเบียนที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ พยาบาลท่านหนึ่งสนใจเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องจนสามารถดูแลคนไข้ได้ดีขึ้น ข้อค้นพบเหล่านี้ชวนให้เกิดคำถามว่า บรรยากาศการทำงานห้องฉุกเฉินที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร จะเกิดขึ้นได้อย่างไร อะไรคือระบบแรงจูงใจที่เหมาะสมเพื่อดึงดูดและธำรงรักษาพยาบาลและบุคลากรอื่นๆ ในห้องฉุกเฉิน

III. เช่นเดียวกัน ที่ สสจ.พิจิตร และ สสจ.ปทุมธานี บุคลากรสองท่าน (ข้าราชการหนึ่งลูกจ้างหนึ่ง) มุ่งมั่นพัฒนางานกู้ชีพ เช่น เชื่อมโยงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้ได้รับความสะดวกในระบบ E-claim ของบริษัทกลาง นำข้อมูลห้องฉุกเฉินมาวิเคราะห์แล้วป้อนกลับอย่างต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ร่วมกัน ผู้รับผิดชอบงานกู้ชีพ สสจ.อุบลราชธานี ก็เช่นกัน ด้วยกำลังคนในส่วนนี้ที่ไม่แตกต่างจาก สสจ. ในจังหวัดอื่น อะไรคือแรงจูงใจ นอกเหนือจากการให้โอกาสของ นพ.สสจ.

IV. สพฉ. ควรยืดหยุ่นในการสนับสนุนสถาบันฝึกอบรมพนักงานกู้ชีพ ตามข้อเท็จจริงที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่

b. สารสนเทศ

I. เทียบกับระบบข้อมูล fast tracks สพฉ. ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการใช้ประโยชน์จาก ITEMS นอกเหนือจากเพียงแค่การเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการ ดังตัวอย่างการพัฒนาของโรงพยาบาลซำสูงเรื่องการจัดทำแผนที่ชี้เป้าจุดเกิดเหตุ การวิเคราะห์การเข้าถึงเชิงพื้นที่ เวลา ประเภทการเจ็บป่วย ความเชื่อมโยงกับระบบบริการปกติเพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินซ้ำซาก เป็นต้น

II. ดัชนีวัดสมรรถนะหน่วยกู้ชีพ ควรคำนึงถึงสภาพภูมิประเทศที่แตกต่างกัน เช่น ไม่ควรกำหนดเวลาออกเหตุเหมือนกันระหว่าง หน่วยกู้ชีพในเขตภูเขากับพื้นราบ

c. เทคโนโลยี ตัวอย่างประเด็นที่พึงพิจารณาได้แก่

I. ข้อค้นพบเกี่ยวกับ mobile ICU ของจังหวัดอุบลราชธานี ชวนให้เกิดคำถามว่า สิ่งนี้ช่วยเติมเต็มช่องว่างอะไรบ้าง ทุกเครือข่ายบริการในประเทศไทยจำเป็นต้องมีสิ่งนี้หรือไม่ เมื่อคำนึงถึงภาวะฉุกเฉินที่มีลำดับความสำคัญสูงอย่างเช่น stroke/stemi fast track หรือ trauma care เครือข่ายบริการที่มีและไม่มีสิ่งนี้นำไปสู่ผลผลิต และผลลัพธ์ต่างกันหรือไม่อย่างไร

II. ระบบการสื่อสาร สะกดรอยหน่วยกู้ชีพด้วย GPS จำเป็นสำหรับทุกเครือข่ายบริการในประเทศไทยหรือไม่ เป็นทางเลือกที่คุ้มค่าเพียงใด และมีความเป็นไปได้เพียงใดที่จะขยายผล

III. ถ้าจะเพิ่มการเข้าถึง PCI สำหรับการรักษา STEMI ควรปรับปรุงเครือข่ายบริการอย่างไร จะลงทุนอย่างไรจึงคุ้มค่า

- **บทเรียนสำหรับกระทรวงสาธารณสุข**

1. ความโดดเด่นของ สสจ.อุบลราชธานีและ สสจ.พิจิตร (ในขอบเขตที่จำกัดกว่า) บ่งชี้ว่า ภาวะผู้นำของ สสจ. ด้วยความรู้เป็นเงื่อนไขสำคัญและเป็นไปได้ที่จะส่งเสริมสนับสนุนเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินและ อปท. ทุกระดับหรือบางระดับให้ผนึกผสานทรัพยากรต่างๆ เพื่อทำหน้าที่ร่วมกันอย่างเหมาะสมโดยมีพัฒนาการยั่งยืนได้ ในอีกมิติหนึ่งภาวะผู้นำของ สสจ.หมายถึงการให้โอกาสโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งทำหน้าที่ศูนย์สื่อสารสั่งการได้ดีแล้ว ดำเนินการต่อไป ดังเช่นกรณีจังหวัดลำปาง
2. ความรู้ในที่นี้คือ รู้ว่าแต่ละภาคีมีจุดเด่นและข้อจำกัดอะไร ถ้าสสจ.จะสนับสนุนควรเติมเต็มในจุดใด ปล่อยวางในจุดใด ควรริเริ่ม (proactive) หรือควรตามน้ำ (passive) เพื่อปิดช่องว่างในภาพใหญ่ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น

a. ในจังหวัดซึ่งโรงพยาบาลดูแลศูนย์สื่อสารสั่งการได้ดี สามารถประสานกับจังหวัดได้ในการทำงานป้องกันอุบัติภัย แต่โรงพยาบาลจำเป็นต้องประสานผ่าน สสจ. เพื่อทำงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนและ รพ.สต. นี่คือโอกาสเติมเต็มของ สสจ. (passive) โดยไม่จำเป็นต้องไปดึงงานศูนย์สื่อสารสั่งการมาดำเนินการเอง (จังหวัดอุบลราชธานี)

b. ทำนองเดียวกัน การบุกเบิกขยายงาน stroke/stemi fast tracks ระดับเขต/จังหวัดไม่อาจเป็นไปได้โดยปราศจากการสนับสนุนด้านการประสานงานของ สสจ. และในส่วนนี้ก็ชัดเจน

ว่า สสจ. สามารถเติมเต็มได้โดยไม่จำเป็นต้องมีความรู้ลึกเกี่ยวกับบริการประเภทนี้ นี่คือตัวอย่างบทบาทที่ สสจ. ไม่ได้ริเริ่ม (passive) แต่เหมาะสมกับบริบท

c. การริเริ่มผสานภาคี (บทบาทเชิงรุก หรือ “proactive”) ที่ไม่เคยทำงานด้วยกัน มีศักยภาพต่างกันให้สามารถหนุนเสริมกันได้ ทำงานด้วยกันได้ ในส่วนที่ยังมีช่องว่าง เช่น อบจ. ทำงานกับ เทศบาลและ อบต. โดย สสจ. เติมวิชาการด้านการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้เป็นทิศทางที่ สสจ. ในบทบาทผู้ถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางสู่จังหวัด พึงดำเนินการโดยอาจมีกรอบเวลาชัดเจนให้ อปท. พึ่งตนเองทางวิชาการได้เพื่อที่ สสจ. จะได้ขยับนักวิชาการไปบุกเบิกพรมแดนใหม่ในระบบบริการสุขภาพของจังหวัด แทนที่จะฝังตัวถาวรกับงานประจำด้านบริการ ซึ่งไม่ตรงกับบทบาทอันพึงประสงค์ของ สสจ. (มอง/จัดการภาพรวม)

3. สสจ. จะแสดงบทบาทที่กล่าวมาได้ดี ก็ต่อเมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีกรอบนโยบายและให้ความสำคัญสอดคล้องกัน ถ้าเป้าประสงค์ของการดำเนินนโยบายเขตสุขภาพคือให้บริการสุขภาพทั้งปวงเบ็ดเสร็จในแต่ละเขต (เครือข่ายจังหวัด) การพึ่งตนเอง และอิสระในการวางแผน กำหนดทิศทางและบริหารแผนย่อมเป็นเงื่อนไขจำเป็นสำหรับแต่ละเขตและจังหวัด ด้วยเงื่อนไขลักษณะนี้จึงจะมีความเป็นไปได้ที่กรอบนโยบายและการให้ความสำคัญของกระทรวงสาธารณสุขจะสอดคล้องกับความต้องการบริการของพื้นที่ มากกว่าการคิดและสั่งการจากส่วนกลางดังที่เป็นอยู่

- **บทเรียนสำหรับ อปท. และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น**

1. ในกรณีที่ไม่มีอุปสรรคทางการเงิน อปท. ควรสนับสนุนสิ่งต่อไปนี้เพื่อให้เกิดบริการกู้ชีพและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

a. รถกู้ชีพโดยไม่จำเป็นต้องให้ครบทุกตำบลหรือบางตำบลอาจมีมากกว่าหนึ่งคัน ประเด็นสำคัญคือ คำนึงถึงการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ทันเวลาให้ภาวะฉุกเฉิน (สีแดง/เหลือง) เป็นสำคัญ ซึ่งต้องอาศัยการวิเคราะห์ข้อมูลห้องฉุกเฉินจำแนกพื้นที่เพื่อค้นหาช่องโหว่หรือจุดซ้ำซ้อน

b. การจัดหารถกู้ชีพอาจใช้วิธีเช่า (อุบลราชธานี) หรือซื้อ (หนองบัวลำภู สงขลา) ก็ได้

c. อุดหนุนกิจกรรมส่งเสริมปฏิสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างภาคี เช่น EMS day, EMS rally, dead case conference,การฝึกอบรมฟื้นฟู ฯลฯ

d. อุดหนุนการพัฒนาเทคนิคบริการ เช่น การพัฒนาซอฟท์แวร์ค้นหาจุดเกิดเหตุเพื่อให้หน่วยกู้ชีพเข้าถึงคนไข้ได้รวดเร็วแม่นยำดังตัวอย่างโรงพยาบาลซำสูง

e. การจัดบริการแท็กซี่รับส่งคนไข้เรื้อรังหรือพิการให้เข้าถึงโรงพยาบาลได้สะดวกในพื้นที่ ซึ่งบริการรถสาธารณะราคาแพง ไม่เพียงสร้างความนิยมให้ฝ่ายการเมือง แต่ยังตอบสนองความจำเป็นในการเข้าถึงบริการ

2. กองทุน เป็นทางเลือกหนึ่งในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครัวเรือนในการจัดบริการกู้ชีพ ประเด็นสำคัญไม่ควรมุ่งให้ได้เงิน แต่ควรมุ่งสร้างความตระหนัก ความเข้าใจและความนิยมใช้บริการกู้ชีพที่ได้มาตรฐาน ครอบคลุม รวดเร็ว ตลอดจนบริการแท็กซี่ข้างต้น ซึ่งจำเป็นต้องใช้หลายช่องทางในการระดมความรับรู้ ความคิดเห็นของครัวเรือนอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เช่น การประชุมคณะกรรมการกองทุน การสำรวจความคิดเห็น การฝึกอบรมกู้ชีพพื้นฐานให้ครู นักเรียน แม่บ้าน การตรวจสอบคุณภาพบริการโดยตัวแทนชุมชน เป็นต้น
3. อปท. และกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ควรให้ความสำคัญมากขึ้นในการยกระดับปฏิสัมพันธ์ระหว่าง อปท.โดยพิจารณาแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลและโครงการ R2R ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพราะหลักฐานจากหลายกรณีศึกษาสนับสนุนว่า เป็นกระบวนการสร้างการเรียนรู้ระหว่างหน่วยงานและกลุ่มงานในแต่ละหน่วยงานอย่างมีพลังและยั่งยืน ตัวอย่างปัญหาที่อาจคลี่คลายด้วยแนวทางเช่นนี้คือ ภาวะกำกวมว่าด้วยปฏิสัมพันธ์ระหว่างสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน กับ อปท. จนเป็นอุปสรรคการบริหารและพัฒนาบริการกู้ชีพในหลายกรณีศึกษา

2.แนวทางบริหารจัดการกลไกและบทเรียนที่เกี่ยวข้อง

2.1 ศูนย์ความเป็นเลิศ และบทเรียนที่เกี่ยวข้อง (Excellence Center)

ศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellence Center) เป็นโครงสร้างบริการระดับตติยภูมิมีวัตถุประสงค์เพื่อรองรับความต้องการรักษาพยาบาลที่มีความซับซ้อน อาศัยเทคโนโลยีราคาแพง และบุคลากรเฉพาะทางหลายสาขา การจัดตั้งศูนย์ความเป็นเลิศเริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ครอบคลุมสามกลุ่มโรค ได้แก่ ผู้บาดเจ็บ ผู้ป่วยโรคหัวใจ และผู้ป่วยมะเร็ง20

ในรายงานนี้สนใจเฉพาะศูนย์ความเป็นเลิศที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด ST elevated myocardial infarction (STEMI fast track) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันเฉียบพลัน (STROKE fast track) และผู้บาดเจ็บ เนื่องจากทั้งสามกลุ่มโรคเป็นภาวะฉุกเฉิน

ผลการศึกษาได้จากการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบ และ การฟังบรรยายสรุปโดยผู้รับผิดชอบในพื้นที่ ซึ่งเลือกเป็นกรณีศึกษาดังปรากฏในตารางที่ 1 ในหัวข้อระเบียบวิธี อีกส่วนหนึ่งของผลการศึกษายังได้จากการทบทวนวรรณกรรม

การนำเสนอจำแนกเป็นสามส่วนย่อยตามกลุ่มโรคที่กล่าวในย่อหน้าที่แล้ว โดยจะเสนอผลการศึกษาควบคู่ไปกับการอภิปรายแล้วให้ข้อเสนอแนะตอนท้าย สำหรับรายละเอียดของการถอดบทเรียนศูนย์ความเป็นเลิศรายกลุ่มโรคของแต่ละจังหวัดปรากฏในภาคผนวกที่ 1

- **ศูนย์ความเป็นเลิศที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดชนิด ST elevated myocardial infarction (STEMI fast track)**

ผลการวิเคราะห์ข้อค้นพบด้วยองค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพ (WHO health care system building blocks) ปรากฏภาพเปรียบเทียบลักษณะของแต่ละองค์ประกอบระหว่างพื้นที่ดังตารางที่ 4 โดยอาจขยายความพอสังเขปตามองค์ประกอบได้ดังนี้

○ ภาวะผู้นำ

ที่ปรากฏมีสองลักษณะคือ อาศัยความรู้ชี้นำ และอาศัยความสัมพันธ์ฉันท์พี่น้อง หรือครูกับศิษย์ ระหว่างหน่วยบริการต่างระดับ ต่างสังกัด ช่วยให้การสื่อสารเป็นไปอย่างราบรื่น เนื่องจากความไว้วางใจซึ่งกันและกัน บนพื้นฐานความสัมพันธ์ดังกล่าวที่มีมาแต่เดิม นับเป็นทุนทางสังคมชนิดหนึ่ง เมื่อชี้นำด้วยความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของโรคชนิดนี้ และความเป็นไปได้ที่จะร่วมกันตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โอกาสได้รับความร่วมมือจึงเป็นไปได้มาก เมื่อคำนึงถึงตัวผู้นำแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันที่อาจจัดกลุ่มได้เป็น กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ดังปรากฏในจังหวัดขอนแก่น อุบลราชธานี ลำปาง และพิจิตร โดยสามจังหวัดหลังเด่นกว่าขอนแก่นเฉพาะขอนแก่นและสงขลา โรงเรียนแพทย์มีบทบาทเด่นมากกว่าโรงพยาบาลศูนย์เพราะมีความพร้อมด้านความเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีมาก่อน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นและคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เป็นสองแห่งในกลุ่มโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ที่บุกเบิกบริการชนิดนี้รุ่นแรกของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545[34] จะสังเกตได้ว่า ลักษณะของตัวผู้นำที่กล่าวมา กำหนดลักษณะของภาวะผู้นำที่ไม่อาจเป็นไปด้วยการสั่งการ เพราะความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างอำนาจระหว่างหน่วยบริการเป็นไปในแนวราบ

○ การอภิบาลระบบ

อันหมายถึงการกำกับดูแลให้หน่วยบริการทำหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและระบบบริการที่ออกแบบไว้เพื่อให้บริการเป็นไปด้วยประสิทธิผล คุ้มค่าและครอบคลุมถ้วนหน้า[32] ในกรณีบริการ STEMI fast track การอภิบาลระบบปรากฏในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างภาคี (แนวราบ) นั่นคือ

ร่วมกันคิดร่วมกันทำ นอกจากนี้ กลไกทางการเงินยังมีบทบาทในการอภิบาลระบบ ในฐานะแรงจูงใจและปัจจัยสนับสนุนทางวัตถุ เพื่อให้งานเดินได้

มองในมุมกลไกสถาบันเพื่อการอภิบาลระบบ สถาบันต่อไปนี้ ทำหน้าที่แตกต่างกันและเหมือนกันตามโครงสร้างความสัมพันธ์ทางอำนาจของระบบราชการ กล่าวคือ สสจ. ถูกคาดหมายให้ดูแลและบริหารจัดการภาพรวม ซึ่งในทางปฏิบัติคือทำหน้าที่ประสานหน่วยบริการในสังกัดให้ทำงานร่วมกับหน่วยบริการต่างสังกัดอันได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงเรียนแพทย์ และ สปสช. เฉพาะ สปสช. ชัดเจนว่า ทำหน้าที่อภิบาลระบบด้วยการออกแบบ และใช้กลไกทางการเงินอันประกอบด้วย เงินอุดหนุนเครื่องมือแพทย์ ค่าตอบแทน (DRG+top-up) และค่าพัฒนาระบบบริการสำหรับสถาบันที่เป็นผู้นำในแต่ละเครือข่ายบริการ ส่วนใหญ่ใช้จัดการประชุมและนิเทศงาน

○ **รูปแบบบริการ**

บริการที่คล้ายกันในทุกจังหวัดกรณีศึกษาคือ พยายามให้เป็นไปในลักษณะเชื่อมโยงตั้งแต่เกิดเหตุไปจนถึง definitive care ในทางปฏิบัตินั้น คนไข้เกือบทั้งหมดตั้งต้นจากการค้นพบของโรงพยาบาลชุมชนหรือห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงเรียนแพทย์ ขึ้นกับถิ่นอาศัยหรือจุดเกิดเหตุของคนไข้ แล้วข้อมูลทางคลินิกและคนไข้จะถูกส่งไปโดยลำดับจนเข้าสู่ definitive care โดยเชื่อว่าส่วนใหญ่คือการให้ยาละลายลิ่มเลือด เนื่องจากวิธีรักษาด้วย percutaneous coronary intervention (PCI) มีการกระจายจำกัดเฉพาะในโรงเรียนแพทย์ และโรงพยาบาลศูนย์บางแห่ง[35] ในโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดขอนแก่น (เรียก Refer Link) และอุบลราชธานี (เรียก ICU Hub) มีโครงสร้างเฉพาะรองรับการประสานงานระหว่างหน่วยบริการภายในและภายนอกโรงพยาบาล สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเอื้ออำนวยการส่งต่อผู้ป่วย ที่น่าสนใจคือ นอกจากบริการกู้ชีพ ระดับ ALS ถึง FR ซึ่งพบในทุกจังหวัด อุบลราชธานีได้จัดตั้ง mobile ICU เป็นหน่วยกู้ชีพเฉพาะรองรับคนไข้ที่จำเป็นต้องให้การรักษาซับซ้อนระหว่างทางจาก โรงพยาบาลต้นทางถึงโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมโดยเฉพาะ พร้อมเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์สื่อสารแตกต่างจากรถกู้ชีพทั่วไป ในห่วงโซ่การนำส่งคนไข้ ยังมีศูนย์สื่อสารสั่งการซึ่งส่วนใหญ่ประจำที่ โรงพยาบาลศูนย์ หรือ โรงพยาบาลทั่วไป ยกเว้นจังหวัดอุบลราชธานี ประจำที่อาคารของ อบจ. และบริหารจัดการโดยทีม สสจ. อาจกล่าวได้ว่า รูปแบบบริการดังกล่าวมีทิศทางมุ่งสู่ seamless care แต่ยังไม่ชัดเจนว่าเป็น integrated care คือบูรณาการบริการรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพหัวใจ

ปัจจุบันยังไม่มีการประเมินผลอย่างรัดกุมเพื่อตอบว่า โครงสร้างเฉพาะเหล่านี้มีนัยสำคัญเพียงใดต่อความสำเร็จในการดูแลคนไข้กลุ่มนี้ แม้ว่ามีหลักฐานก่อนหน้านี้ว่า คนไข้ที่เข้าสู่ definitive care ด้วยรถกู้ชีพจากโรงพยาบาลชุมชน มีโอกาสรอดชีวิตมากกว่าที่มาโรงพยาบาลด้วยตนเอง[21]

○ ระบบสารสนเทศและการสื่อสาร

องค์ประกอบย่อยในระบบนี้ ได้แก่ ระบบบันทึกและรายงานข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการ (clinical audit/tracers: door-to-needle time, door-to-balloon time เป็นต้น) outputs (จำนวนคนไข้ได้ยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือ PCI) outcomes (อัตราตาย, Killip grading) โดยข้อมูลไหลจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่ง ในสองลักษณะได้แก่ real time และ intensive feedback (ให้ feedback สม่ำเสมอ เป็นระบบในรูป dead case conference, นิเทศ) ทุกจังหวัดล้วนมีระบบสารสนเทศและการสื่อสารลักษณะดังกล่าว ยกเว้น จังหวัดพิจิตร ยังไม่มีการสื่อสารแบบ real time ลักษณะที่กล่าวมาสอดคล้องกับรูปแบบบริการที่มีทิศทางมุ่งสู่ seamless care

○ ระบบการเงินการคลัง

แหล่งเงินสนับสนุนระบบบริการ STEMI fast track ได้แก่ สปสช. อปท. กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล และ สพฉ. โดยแต่ละแหล่งมีจุดเน้นและขอบเขตต่างกัน สปสช. จ่ายค่ารักษาคนไข้ใน (DRG+top-up) ค่าพัฒนาเครือข่าย ค่าบริหารจัดการ และเครื่องมือแพทย์/อุปกรณ์สื่อสาร สพฉ. จ่ายเฉพาะค่าชดเชยบริการกู้ชีพ ค่าบริหารศูนย์สื่อสารสั่งการ อบจ. จัดหารถกู้ชีพ กรณีจังหวัดอุบลราชธานีและสงขลา กระทรวงสาธารณสุขลงทุนอาคารสถานที่ เฉพาะโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ลงทุนอาคารสถานที่และเครื่องมือแพทย์ เฉพาะจังหวัดลำปางและขอนแก่น โรงพยาบาลศูนย์ใช้เงินบริจาค ลงทุนอาคารสถานที่และเครื่องมือแพทย์ สะท้อนขีดความสามารถในการพึ่งตนเองของสถานพยาบาลแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ จึงน่าพิจารณาว่า การอุดหนุนจากส่วนกลาง ควรเป็นไปโดยไม่คำนึงถึงสิ่งนี้ จะเหมาะสมหรือไม่ ถ้าความเท่าเทียมในการกระจายทรัพยากรระหว่างพื้นที่เป็นเรื่องสำคัญ

○ กำลังคน

การพัฒนากำลังคนที่คล้ายกันทุกจังหวัดคือ การจัดกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติภายในแต่ละหน่วยบริการ และระหว่างหน่วยบริการในเครือข่าย โดยอาศัยการวิเคราะห์สารสนเทศในระบบที่ออกแบบไว้ ครอบคลุมประเด็นสำคัญดังกล่าวแล้วในหัวข้อสารสนเทศและการสื่อสาร เมื่อพิจารณาชนิดของกำลังคน ความคล้ายกันในทุกจังหวัดคือ ประกอบด้วยแพทยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

แพทย์โรคหัวใจ แพทย์ใช้ทุน และพยาบาลประสานงาน (nurse case manager) อุบลราชธานีเป็นจังหวัดเดียวที่ผลิตและใช้ mobile ICU nurse แพทยเวชศาสตร์ฉุกเฉินในจังหวัดลำปางมีความโดดเด่นมากในการต่อยอดขยายขอบเขตบริการ STEMI fast track ให้ครอบคลุมถึงขั้นที่โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่งสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ สืบเนื่องจากความสัมพันธ์อันดีระหว่างอายุรแพทย์หัวใจที่รับผิดชอบงานนี้อยู่เดิมและหัวหน้าทีมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินที่มีความสนใจพัฒนาระบบบริการมากเป็นพิเศษ นี่คือตัวอย่างปรากฏการณ์จัดระเบียบตัวเอง (self organizing property) ของระบบซับซ้อนและปรับตัว (complex adaptive systems) การให้โอกาสหรืออิสระในการทดลองสร้างนวตกรรมโดยผู้บริหารโรงพยาบาล จึงเป็นปัจจัยเกื้อหนุนสำคัญต่อการปลดปล่อยศักยภาพชนิดนี้

○ **วิจัยและพัฒนา**

บริการ STEMI fast track ก้าวหน้าอย่างเป็นรูปธรรมในทุกจังหวัด (รวมจังหวัดลูกข่ายด้วย) ไม่อาจเกิดขึ้นโดยปราศจากการสร้างความรู้ใหม่ที่จำเพาะต่อบริบทอันหลากหลายในแต่ละพื้นที่ รูปธรรมที่รองรับข้อสังเกตนี้ได้แก่ clinical practice guideline (CPG) ที่พัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงให้เข้ากับลักษณะจำเพาะของแต่ละเครือข่ายบริการ รายงานวิชาการตีพิมพ์เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์และอิทธิพลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการของสโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น การเปิดประเด็นอัตราตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดโดยโรงพยาบาลต่อทีมบริหารโรงพยาบาลพิจิตรและโรงพยาบาลหนองบัวลำภูนำไปสู่การตั้งต้นพัฒนาบริการนี้ การนำเสนอผลงานของเครือข่ายอื่นกระตุ้นให้แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินโรงพยาบาลลำปางสนใจและเชื่อว่า การพัฒนาต่อยอดบริการนี้เป็นไปได้

ตารางที่ 4 การกระจายของพื้นที่ตามองค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพและคุณลักษณะย่อยของแต่ละองค์ประกอบ ในกรณีศูนย์ความเป็นเลิศด้าน STEMI fast track

องค์ประกอบระบบบริการ	คุณลักษณะของแต่ละองค์ประกอบ									
leadership	***k based***	***ครู-ศิษย์/ พี่น้อง***	***สั่งการ***	***สสจ***	***อปท***	***โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป***	***รพอ***	***โรงเรียนแพทย์***		
	kk ub pc hy lp	***kk ub pc hy lp***				***kk ub pc lp***		***KK HY***		
governance	***ภาคี***	***เงินแลกงาน***	***สั่งการ***	***สสจ***	***อปท***	***โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป***	***รพอ***	***สปสช***		
	kk ub pc hy	***All***		***all***		***kk ub pc lp***		***all***		
service model	***Seamless***	***Integrated***	***mobile ICU***	***ICU Hub***	***กู้ชีพ A***	***กู้ชีพ B***	***กู้ชีพ I***	***กู้ชีพ FR***	***ER***	***CCC***
	kk ub hy		***Ub***	***kk ub***	***All***	***all***	***all***	***all***	***all***	***โรงพยาบาล (kk,nb,pt,pc) สสจ(ub)***
information system	***clinical audit***	***Tracers***	***real time***	***intensive feedback***	***Output***	***outcome***				
	All	All	all except pc	all	All	all				
Financing	**Operation**	**Development**	**Admin**	**capital**	**สพฉ**	**สปสช**	**อปท**	**กสธ**	**โรงพยาบาล**	**เงินบริจาค**
	All	kk ub lp	All	all esp **ub KK**	all(prehospital)	**operation** development admin capital	ub hy	admin capital	hy(psu)	Lp kk
HR	continuous learning	EP	Specialisits	basic doctors	nurse case managers	mobile ICU nurse				
	All	All	All	all	All	ub				
R&D	***CPG development***	***Research***	***HA***							
	KK ub pc lp	***KK ub hy(psu)LP***	***kk ub pc nb LP***							

หมายเหตุ 1. คำขยายอักษรย่อในตาราง kk.khon kaen; ub.ubon;pc.pichit; nb.nongbua lumphoo; pt.pathumthani; hy.hadyai; sb.saraburi; lp.lumpang,ty…thayiem, rs…rangsit

2. ขนาดของอักษรย่อบ่งชี้ ความเด่นชัดโดยสัมพัทธ์ ขนาดใหญ่แปลว่าเด่นชัดมากกว่าขนาดเล็ก

- **ศูนย์ความเป็นเลิศที่ดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองอุดตันฉับพลัน (STROKE fast track)**

ผลการวิเคราะห์ข้อค้นพบด้วยองค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพ (WHO health care system building blocks) ปรากฏภาพเปรียบเทียบลักษณะของแต่ละองค์ประกอบระหว่างพื้นที่ดังตารางที่ 5 โดยอาจขยายความพอสังเขปตามองค์ประกอบได้ดังนี้

○ **ภาวะผู้นำ**

ที่ปรากฏมีสองลักษณะคือ อาศัยความรู้ชี้นำ และอาศัยความสัมพันธ์ฉันท์พี่น้อง หรือครูกับศิษย์ ระหว่างหน่วยบริการต่างระดับ ต่างสังกัด ช่วยให้การสื่อสารเป็นไปอย่างราบรื่นเนื่องจากความไว้วางใจซึ่งกันและกันบนพื้นฐานความสัมพันธ์ดังกล่าวที่มีมาแต่เดิมนับ เป็นทุนทางสังคมชนิดหนึ่ง เมื่อชี้นำด้วยความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของโรคชนิดนี้และความเป็นไปได้ที่จะร่วมกันตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โอกาสได้รับความร่วมมือจึงเป็นไปได้มาก เมื่อคำนึงถึงตัวผู้นำ แต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันที่อาจจัดกลุ่มได้เป็น กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ดังปรากฏในจังหวัดอุบลราชธานี ลำปาง และสงขลา โดยจังหวัดลำปางเด่นกว่าอีกสองแห่ง โดยที่แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเป็นผู้นำ ในขณะที่อีกสองแห่งนำโดยประสาทอายุรแพทย์ เฉพาะขอนแก่นและปทุมธานี โรงเรียนแพทย์มีบทบาทเด่นมากกว่าโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เพราะมีความพร้อมด้านความเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีมาก่อน ผู้นำในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นได้รับแรงบันดาลใจมาจากผู้นำในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ซึ่งบุกเบิกมาก่อนและมีผลงานโดดเด่นมากในระดับประเทศ นอกจากผู้นำในพื้นที่ สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ก็มีอิทธิพลต่อการริเริ่มบริการนี้ที่จังหวัดสงขลา โปรดสังเกตว่า ลักษณะของตัวผู้นำที่กล่าวมากำหนดลักษณะของภาวะผู้นำที่ไม่อาจเป็นไปด้วยการสั่งการ เพราะความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างอำนาจระหว่างหน่วยบริการเป็นไปในแนวราบ

○ **การอภิบาลระบบ**

อันหมายถึงการกำกับดูแลให้หน่วยบริการทำหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและระบบบริการที่ออกแบบไว้เพื่อให้บริการเป็นไปด้วยประสิทธิผล คุ้มค่าและครอบคลุมถ้วนหน้า[32] ในกรณีบริการ STROKE fast track การอภิบาลระบบปรากฏในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างภาคี (แนวราบ) นั่นคือ ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ นอกจากนี้ กลไกทางการเงินยังมีบทบาทในการอภิบาลระบบในฐานะแรงจูงใจและปัจจัยสนับสนุนทางวัตถุเพื่อให้งานเดินได้

ตารางที่ 5 การกระจายของพื้นที่ตามองค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพและคุณลักษณะย่อยของแต่ละองค์ประกอบ ในกรณีศูนย์ความเป็นเลิศด้าน STROKE fast track

องค์ประกอบระบบบริการ	คุณลักษณะของแต่ละองค์ประกอบ								
leadership	k based	ครู-ศิษย์/พี่น้อง	สั่งการ	สสจ	อปท	โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	รพอ	โรงเรียนแพทย์	สถาบันประสาท
	kk ub pt lp	kk ub lp pt	no evidence	no evidence	no evidence	ub hy **lp**	no evidence	KK PT	hy
governance	ภาคี	เงินแลกงาน	สั่งการ	สสจ	อปท	โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	รพอ	สปสช	
	kk ub pt lp	All	no evidence	all	no evidence	kk ub pt lp	no evidence	all	
service model	Seamless	Integrated	mobile ICU	ICU Hub					
	kk ub pt hy	kk ub pt hy	Ub	kk ub					
information system	clinical audit	Tracers	real time	intensive feedback	output	outcome			
	kk ub pt hy	kk ub hy pt	kk ub	pt kk	kk ub pt	All			
financing	Operation	development	Admin	capital	สพฉ	สปสช	อปท	กสธ	
	All	kk ub pt	All	all esp **ub KK**	none	**operation** developmenmt admin capital	none	admin capital	
HR	continuous learning	อบรมฟื้นฟู	EP						
	kk ub pt hy lp	All	kk ub hy LP						
R&D	CPG	Research	HA						
	KK ub pt lp	KK ub pt lp	kk ub pt lp						

หมายเหตุ 1. คำขยายอักษรย่อในตาราง kk.khon kaen; ub.ubon;pc.pichit; nb.nongbua lumphoo; pt.pathumthani; hy.hadyai; sb.saraburi; lp.lumpang,ty…thayiem, rs…rangsit

2. ขนาดของอักษรย่อบ่งชี้ ความเด่นชัดโดยสัมพัทธ์ ขนาดใหญ่แปลว่าเด่นชัดมากกว่าขนาดเล็ก

มองในมุมกลไกสถาบันเพื่อการอภิบาลระบบ สถาบันต่อไปนี้ทำหน้าที่แตกต่างกันและเหมือนกันตามโครงสร้างความสัมพันธ์ทางอำนาจของระบบราชการ กล่าวคือ สสจ. ถูกคาดหมายให้ดูแลและบริหารจัดการภาพรวม ซึ่งในทางปฏิบัติคือ ทำหน้าที่ประสานหน่วยบริการในสังกัดให้ทำงานร่วมกับหน่วยบริการต่างสังกัด อันได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงเรียนแพทย์ และ สปสช. เฉพาะ สปสช. ชัดเจนว่า ทำหน้าที่อภิบาลระบบด้วยการออกแบบและใช้กลไกทางการเงินอันประกอบด้วย เงินอุดหนุนเครื่องมือแพทย์ ค่าตอบแทน (DRG+top-up) และค่าพัฒนาระบบบริการสำหรับสถาบันที่เป็นผู้นำในแต่ละเครือข่ายบริการ ส่วนใหญ่ใช้จัดการประชุมและนิเทศงาน

○ **รูปแบบบริการ**

บริการที่คล้ายกันในทุกจังหวัดกรณีศึกษาคือ พยายามให้เป็นไปในลักษณะเชื่อมโยงตั้งแต่เกิดเหตุไปจนถึง definitive care ในทางปฏิบัติคนไข้เกือบทั้งหมด ตั้งต้นจากการค้นพบของโรงพยาบาลชุมชน หรือ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงเรียนแพทย์ ขึ้นกับถิ่นอาศัยหรือจุดเกิดเหตุของคนไข้ แล้วข้อมูลทางคลินิกและคนไข้จะถูกส่งไปโดยลำดับจนเข้าสู่ definitive care คือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด โดยเฉพาะเครือข่ายที่นำโดยโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีความริเริ่มพัฒนาครู นักเรียน และสมาชิกชุมชนให้ค้นหาและเชื่อมโยงคนไข้ที่เริ่มแสดงอาการเตือนให้เข้าสู่ระบบบริการ นอกจากนี้ปฏิทินประจำปีของครัวเรือน ได้ถูกใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารเกี่ยวกับสัญญาณเตือนภาวะนี้และหมายเลขโทรศัพท์ 1669 แจ้งเหตุให้รถกู้ชีพนำส่งคนไข้โดยเร็วพร้อมเปิดสวิตช์ระบบ fast track ประสบการณ์ของผู้นำเครือข่ายนี้ยังน่าสนใจในการอาศัยอายุรแพทย์ทั่วไป แทนที่จะเป็นประสาทอายุรแพทย์เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งสวนทางกับความเชื่อและคำแนะนำทั่วไป

ในโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดขอนแก่น (เรียก Refer Link) และอุบลราชธานี (เรียก ICU Hub) มีโครงสร้างเฉพาะรองรับการประสานงานระหว่างหน่วยบริการภายในและภายนอกโรงพยาบาลสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเอื้ออำนวยการส่งต่อผู้ป่วย ที่น่าสนใจคือ นอกจากบริการกู้ชีพระดับ ALS ถึง FR ซึ่งพบในทุกจังหวัด อุบลราชธานีได้จัดตั้ง mobile ICU เป็นหน่วยกู้ชีพเฉพาะรองรับคนไข้ที่จำเป็นต้องให้การรักษาซับซ้อนระหว่างทางจาก โรงพยาบาลต้นทางถึงโรงพยาบาลศูนย์ โดยมีพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมโดยเฉพาะ พร้อมเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์สื่อสารแตกต่างจากรถกู้ชีพทั่วไป ในห่วงโซ่การนำส่งคนไข้ ยังมีศูนย์สื่อสารสั่งการซึ่งส่วนใหญ่ประจำที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป ยกเว้น จังหวัดอุบลราชธานี ประจำที่อาคารของอบจ.และบริหารจัดการโดยทีม สสจ. อาจกล่าวได้ว่า รูปแบบบริการดังกล่าวมีทิศทางมุ่งสู่ seamless care และ

เริ่มปรากฏหลักฐานว่า มีความพยายามให้เป็น integrated care คือ บูรณาการบริการรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพหลอดเลือดสมอง[27]

○ ระบบสารสนเทศและการสื่อสาร

องค์ประกอบย่อยในระบบนี้ ได้แก่ ระบบบันทึกและรายงานข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการ (clinical audit/tracers: door-to-needle time, door-to-CT scan เป็นต้น) outputs (จำนวนคนไข้ได้ยาละลายลิ่มเลือด) outcomes (อัตราตาย, ระดับการพึ่งตนเอง) โดยข้อมูลไหลจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่ง ในสองลักษณะได้แก่ real time และ intensive feedback (ให้ feedback สม่ำเสมอ เป็นระบบในรูป dead case conference และการนิเทศ) ทุกจังหวัดล้วนมีระบบสารสนเทศและการสื่อสารลักษณะติดตามตัวแปรกระบวนการบริการ แต่มีเพียงจังหวัดขอนแก่นและอุบลราชธานีที่มีการสื่อสารแบบ real time ลักษณะที่กล่าวมา แม้มีความหลากหลายระหว่างพื้นที่ แต่มีความสอดคล้องกับรูปแบบบริการที่มีทิศทางมุ่งสู่ seamless care

○ ระบบการเงินการคลัง

แหล่งเงินสนับสนุนระบบบริการ STROKE fast track ได้แก่ สปสช. อปท. กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล และ สพฉ. โดยแต่ละแหล่งมีจุดเน้นและขอบเขตต่างกัน สปสช. จ่ายค่ารักษาคนไข้ใน (DRG+top-up) ค่าพัฒนาเครือข่าย ค่าบริหารจัดการ และเครื่องมือแพทย์/อุปกรณ์สื่อสาร สพฉ. จ่ายเฉพาะค่าชดเชยบริการกู้ชีพ ค่าบริหารศูนย์สื่อสารสั่งการ อบจ. จัดหารถกู้ชีพกรณีจังหวัดอุบลราชธานีและสงขลา กระทรวงสาธารณสุขลงทุนอาคารสถานที่ เฉพาะโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์สองแห่ง คณะแพทยศาสตร์ลงทุนอาคารสถานที่ เครื่องมือและการวิจัย สะท้อนขีดความสามารถในการพึ่งตนเองของสถานพยาบาลแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ จึงน่าพิจารณาว่า การอุดหนุนจากส่วนกลางควรเป็นไปโดยไม่คำนึงถึงสิ่งนี้จะเหมาะสมหรือไม่ ถ้าความเท่าเทียมในการกระจายทรัพยากรระหว่างพื้นที่เป็นเรื่องสำคัญ

○ กำลังคน

การพัฒนากำลังคนที่คล้ายกันทุกจังหวัดคือ การจัดกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติภายในแต่ละหน่วยบริการ และระหว่างหน่วยบริการในเครือข่าย โดยอาศัยการวิเคราะห์สารสนเทศในระบบที่ออกแบบไว้ ครอบคลุมประเด็นสำคัญดังกล่าวแล้วในหัวข้อสารสนเทศและการสื่อสาร เมื่อพิจารณาชนิดของกำลังคน ความคล้ายกันในทุกจังหวัดคือ ประกอบด้วยแพทยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน อายุรแพทย์ทั่วไป ประสาทอายุรแพทย์ แพทย์ใช้ทุน พยาบาลประสานงาน (nurse case manager) จังหวัดอุบลราชธานี

เป็นจังหวัดเดียวที่ผลิตและใช้ mobile ICU nurse แพทยเวชศาสตร์ฉุกเฉินในจังหวัดลำปางมีความโดดเด่นมากในการต่อยอดขยายขอบเขตบริการ stroke fast track ให้ครอบคลุมมากขึ้น สืบเนื่องจากความสัมพันธ์อันดีระหว่างประสาทอายุรแพทย์ และหัวหน้าทีมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินที่มีความสนใจพัฒนาระบบบริการมากเป็นพิเศษ นี่คือตัวอย่างปรากฏการณ์ “จัดระเบียบตัวเอง” (self organizing property) ของระบบซับซ้อนและปรับตัว (complex adaptive systems) การให้โอกาสหรืออิสระในการทดลองสร้างนวตกรรมโดยผู้บริหารโรงพยาบาลจึงเป็นปัจจัยเกื้อหนุนสำคัญต่อการปลดปล่อยศักยภาพชนิดนี้

○ **วิจัยและพัฒนา**

บริการ stroke fast track ก้าวหน้าอย่างเป็นรูปธรรมในทุกจังหวัด (รวมจังหวัดลูกข่ายด้วย) ไม่อาจเกิดขึ้นโดยปราศจากการสร้างความรู้ใหม่ที่จำเพาะต่อบริบทอันหลากหลายในแต่ละพื้นที่ รูปธรรมที่รองรับข้อสังเกตนี้ได้แก่ clinical practice guideline (CPG) ที่พัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงให้เข้ากับลักษณะจำเพาะของแต่ละเครือข่ายบริการ รายงานวิชาการตีพิมพ์เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์[27] และอิทธิพลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตัวอย่างเช่น การนำเสนอผลงานของเครือข่ายอื่น กระตุ้นให้แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินโรงพยาบาลลำปางสนใจและเชื่อว่าการพัฒนาต่อยอดบริการนี้เป็นไปได้

- **ศูนย์ความเป็นเลิศด้านบริการผู้บาดเจ็บ**

ผลการวิเคราะห์ข้อค้นพบด้วยองค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพ (the WHO health care system building blocks) ปรากฏภาพเปรียบเทียบลักษณะของแต่ละองค์ประกอบระหว่างพื้นที่ดังตารางที่ 6 โดยอาจขยายความพอสังเขปตามองค์ประกอบได้ดังนี้

○ **ภาวะผู้นำ**

เช่นเดียวกับหัวข้อศูนย์ความเป็นเลิศที่กล่าวมา ในกรณีบริการผู้บาดเจ็บ ภาวะผู้นำก็ปรากฏสองลักษณะคือ อาศัยความรู้ชี้นำ และอาศัยความสัมพันธ์ฉันท์พี่น้องหรือครูกับศิษย์ ระหว่างหน่วยบริการต่างระดับ ต่างสังกัด ช่วยให้การสื่อสารเป็นไปอย่างราบรื่น เนื่องจากความไว้วางใจซึ่งกันและกันบนพื้นฐานความสัมพันธ์ดังกล่าวที่มีมาแต่เดิม นับเป็นทุนทางสังคมชนิดหนึ่ง เมื่อชี้นำด้วยความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของโรคชนิดนี้และความเป็นไปได้ที่จะร่วมกันตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โอกาสได้รับความร่วมมือจึงเป็นไปได้มาก

เมื่อคำนึงถึงตัวผู้นำ แต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันมากกว่าที่พบในหัวข้อศูนย์ความเป็นเลิศที่กล่าวมา ผู้นำอาจได้แก่ กลุ่มโรงพยาบาลศูนย์ ดังปรากฏในจังหวัดอุบลราชธานี และขอนแก่น โรงพยาบาลชุมชนในอำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น อปท. ในจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดหนองบัวลำภู และตำบลรังสิต จังหวัดปทุมธานี สสจ. ในจังหวัดอุบลราชธานี พิจิตรและปทุมธานี ที่น่าสังเกตคือ ไม่มีจังหวัดใดปรากฏหลักฐานว่า โรงเรียนแพทย์เป็นผู้นำ

โปรดสังเกตว่า ลักษณะของตัวผู้นำที่กล่าวมากำหนดลักษณะของภาวะผู้นำที่ไม่อาจเป็นไปด้วยการสั่งการ เพราะความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างอำนาจระหว่างหน่วยบริการเป็นไปในแนวราบ ยกเว้นกรณี สสจ. ที่อาจนำด้วยการสั่งการ แต่ก็ไม่ปรากฏหลักฐานเด่นชัดรองรับ

○ การอภิบาลระบบ

การอภิบาลระบบอันหมายถึงการกำกับดูแลให้หน่วยบริการทำหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและระบบบริการที่ออกแบบไว้ เพื่อให้บริการเป็นไปด้วยประสิทธิผล คุ้มค่าและครอบคลุมถ้วนหน้า[32] ในกรณีบริการผู้บาดเจ็บ การอภิบาลระบบ ปรากฏในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างภาคี (แนวราบ) นั่นคือ ร่วมกันคิดร่วมกันทำ นอกจากนี้ กลไกทางการเงินยังมีบทบาทในการอภิบาลระบบ ในฐานะแรงจูงใจและปัจจัยสนับสนุนทางวัตถุเพื่อให้งานเดินได้

มองในมุมกลไกสถาบันเพื่อการอภิบาลระบบ สถาบันต่อไปนี้ทำหน้าที่แตกต่างกันและเหมือนกันตามโครงสร้างความสัมพันธ์ทางอำนาจของระบบราชการ กล่าวคือ สสจ. ถูกคาดหมายให้ดูแลและบริหารจัดการภาพรวม ซึ่งในทางปฏิบัติคือ ทำหน้าที่ประสานหน่วยบริการในสังกัดให้ทำงานร่วมกับหน่วยบริการต่างสังกัด ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงเรียนแพทย์ และ สปสช. นอกจากนี้ สสจ. ยังอภิบาลระบบด้วยการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการกู้ชีพ รับขึ้นทะเบียนพนักงานกู้ชีพ เฉพาะ สปสช. ชัดเจนว่าทำหน้าที่อภิบาลระบบด้วยการออกแบบและใช้กลไกทางการเงินอันประกอบด้วย เงินอุดหนุนเครื่องมือแพทย์ (สำหรับรถกู้ชีพก่อนจัดตั้ง สพฉ.) ค่าตอบแทนการรักษาคนไข้ที่นอนโรงพยาบาล (DRG+top-up) และค่าพัฒนาระบบบริการสำหรับสถาบันที่เป็นผู้นำในแต่ละเครือข่ายบริการ ทั้งนี้ ส่วนใหญ่ของค่าพัฒนาระบบใช้จัดการประชุมและนิเทศงาน ทำนองเดียวกับ สปสช. สพฉ. ก็ใช้กลไกการเงินอภิบาลระบบแต่ด้วยเม็ดเงินที่น้อยกว่ามากส่งผลให้อำนาจต่อรองของ สพฉ. น้อยกว่ามากด้วยเช่นกัน

ตารางที่ 6 การกระจายของพื้นที่ตามองค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพและคุณลักษณะย่อยของแต่ละองค์ประกอบ ในกรณีศูนย์ความเป็นเลิศด้านบริการการบาดเจ็บ

องค์ประกอบระบบบริการ	คุณลักษณะของแต่ละองค์ประกอบ									
leadership	k based	ครู-ศิษย์/พี่น้อง	สั่งการ	สสจ	อปท	โรงพยาบาลศูนย์	รพอ	โรงเรียนแพทย์		
	kk ub ซำสูง	kk ub	ไม่เด่นชัด	ub pc pt	ub nb รังสิต	kk ub	ซำสูง	none		
governance	ภาคี	เงินแลกงาน	สั่งการ	สสจ	อปท	โรงพยาบาลศูนย์	รพอ			
	kk ub nb ซำสูง	All	รังสิต	All	ub nb รังสิต ท่าเยี่ยม	kk ub	ซำสูง			
service model	seamless	Integrated	mobile ICU	ICU Hub	A	B	I	FR	ER	
	kk ub	kk ub	Ub	kk **ub**	all	All	all	all	All	
information system	clinical audit	ITEM	Tracers	real time	Intensive feedback	Output	outcome	process		
	kk ub pc pt hy	All	kk ub	ub kk	kk ub pc lp	All	kk ub	all		
Financing	operation	Development	Admin	Capital	สพฉ	สปสช	อปท	ครัวเรือน	หน่วยงานในอำเภอ	กสธ
	all	kk ub	All	all esp **ub**	**operation** development admin	**operation** development admin capital	operation developmenmt admin **capital**	thayiem	ซำสูง	admin capital
HR	continuous learning	Registered	อบรมขึ้นทะเบียน	อบรมฟื้นฟู	rally	EMS day	mass casualty drill	careerpath	insurance	EP
	kk ub pc nb pt	All	All	all	kk ub pc nb pt hy	kk ub pc nb pt	kk ub pc nb pt hy	unclear,uncertain	kk ub pc nb	kk ub pc hy
R&D	CPG development	Research	HA	เครื่องมือ/แผนที่ชี้จุด						
	KK ub	KK ub	**kk ub** pc nb pt	rs ซำสูง						

หมายเหตุ 1. คำขยายอักษรย่อในตาราง kk.khon kaen; ub.ubon;pc.pichit; nb.nongbua lumphoo; pt.pathumthani; hy.hadyai; sb.saraburi; lp.lumpang,ty…thayiem, rs…rangsit

2. ขนาดของอักษรย่อบ่งชี้ ความเด่นชัดโดยสัมพัทธ์ ขนาดใหญ่แปลว่าเด่นชัดมากกว่าขนาดเล็ก

○ รูปแบบบริการ

บริการที่คล้ายกันในทุกจังหวัดกรณีศึกษาคือ พยายามให้เป็นไปในลักษณะเชื่อมโยง ตั้งแต่เกิดเหตุไปจนถึง definitive care ในทางปฏิบัตินั้น คนไข้เกือบทั้งหมดจะตั้งต้นจากจุดเกิดเหตุ แล้วข้อมูลทางคลินิกและคนไข้จะถูกส่งไปโดยลำดับจนเข้าสู่ definitive care นั่นคือการรักษาทางศัลยกรรม คุณลักษณะอื่นของรูปแบบบริการผู้บาดเจ็บ คล้ายกับที่กล่าวมาในสองกลุ่มโรคข้างต้น จุดต่างที่เด่นชัดคือ ความพยายามให้เป็น integrated care คือ บูรณาการบริการรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพในบริการผู้บาดเจ็บ ปรากฏรูปธรรมเด่นชัดกว่า โดยเฉพาะที่จังหวัดคือขอนแก่น อาจจะเนื่องจากปัจจัยอย่างน้อย 3 ประการได้แก่ (ก) ดำเนินการมานานกว่า (ข) มีแหล่งทุนหลากหลายและรวมกันแล้วมีจำนวนมากกว่าพื้นที่อื่น (ค)หน่วยสนับสนุนมีขนาดใหญ่และโครงสร้างซับซ้อนมากกว่าที่พบในจังหวัดอื่น

ในแง่กระบวนการทำงานป้องกันอุบัติภัยจราจร โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ได้รับการยอมรับเป็นต้นแบบโดยองค์กรในและนอกประเทศ อย่างไรก็ตาม ในแง่ผลลัพธ์ประการหนึ่งคือ อัตราการสวมหมวกนิรภัย ไม่ปรากฏว่าสถิติของจังหวัดขอนแก่นเด่นกว่าจังหวัดอื่น[36] จึงยังสรุปไม่ได้ว่า การออกแบบโครงสร้างและกระบวนการทำงานของโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดในการทำงานป้องกันอุบัติภัยจราจร ในทางตรงกันข้าม แนวโน้มการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นลดลงอย่างต่อเนื่องในระยะยาว สอดคล้องกับแนวโน้มในภาพรวมของประเทศ[11, 23] ซึ่งมีหลักฐานว่าผู้รับผิดชอบในจังหวัดอื่นน่าจะเรียนรู้จากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นไม่มากก็น้อย ดังเช่นจำนวนเอกสารวิชาการของโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นที่ได้รับการดาวน์โหลดมากสะสมกันกว่าหมื่นครั้ง[9] จึงอาจอนุมานได้ว่า การขยายผลความสำเร็จไม่ได้แปลว่า ต้องลอกเลียนโครงสร้างและกระบวนการให้เหมือนต้นแบบ แต่น่าจะหมายถึงการประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

○ ระบบสารสนเทศและการสื่อสาร

องค์ประกอบย่อยในระบบนี้ ได้แก่ ระบบบันทึกและรายงานข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการ (clinical audit/tracers: เวลานับแต่รับแจ้งเหตุจนไปถึงจุดเกิดเหตุ ร้อยละการปฏิบัติการกู้ชีพได้ตามมาตรฐาน เป็นต้น) outputs (จำนวนคนไข้ได้นอนโรงพยาบาล จำนวนคนไข้ส่งต่อ) outcomes (อัตราตาย, อัตราเกิดภาวะแทรกซ้อน) โดยข้อมูลไหลจากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่งในสองลักษณะได้แก่ real time และ intensive feedback (ให้ feedback สม่ำเสมอ เป็นระบบในรูป dead case conference, การนิเทศ, งาน EMS day) ทุกจังหวัดล้วนมีระบบสารสนเทศและการสื่อสารลักษณะติดตามตัวแปรกระบวนการบริการ

แต่มีเพียงจังหวัดขอนแก่นและอุบลราชธานี มีการสื่อสารแบบ real time ลักษณะที่กล่าวมาแม้มีความหลากหลายระหว่างพื้นที่แต่สอดคล้องกับรูปแบบบริการที่มีทิศทางมุ่งสู่ seamless care

○ ระบบการเงินการคลัง

แหล่งเงินสนับสนุนระบบบริการผู้บาดเจ็บ ได้แก่ สปสช. อปท. กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาล และ สพฉ. โดยแต่ละแหล่งมีจุดเน้นและขอบเขตต่างกัน สปสช. จ่ายค่ารักษาคนไข้ใน (DRG+top-up) ค่าพัฒนาเครือข่าย ค่าบริหารจัดการ และเครื่องมือแพทย์/อุปกรณ์สื่อสาร สพฉ. จ่ายเฉพาะค่าชดเชยบริการกู้ชีพ ค่าบริหารศูนย์สื่อสารสั่งการ อบจ. จัดหารถกู้ชีพกรณีจังหวัดอุบลราชธานีและสงขลา กระทรวงสาธารณสุขลงทุนอาคารสถานที่ เฉพาะโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์สองแห่ง คณะแพทยศาสตร์ ลงทุนอาคารสถานที่ เครื่องมือและการวิจัย สะท้อนขีดความสามารถในการพึ่งตนเองของสถานพยาบาลแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ จึงน่าพิจารณาว่า การอุดหนุนจากส่วนกลางควรเป็นไปโดยไม่คำนึงถึงสิ่งนี้จะเหมาะสมหรือไม่ ถ้าความเท่าเทียมในการกระจายทรัพยากรระหว่างพื้นที่เป็นเรื่องสำคัญ

○ กำลังคน

การพัฒนากำลังคนที่คล้ายกันทุกจังหวัดคือ การจัดกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติภายในแต่ละหน่วยบริการ และระหว่างหน่วยบริการในเครือข่าย โดยอาศัยการวิเคราะห์สารสนเทศในระบบที่ออกแบบไว้ ครอบคลุมประเด็นสำคัญดังกล่าวแล้ว ในหัวข้อสารสนเทศและการสื่อสาร เมื่อพิจารณาชนิดของกำลังคน ความคล้ายกันในทุกจังหวัดคือ ประกอบด้วยแพทยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน อายุรแพทย์ทั่วไป ประสาทอายุรแพทย์ แพทย์ใช้ทุน พยาบาลประสานงาน (nurse case manager) อุบลราชธานีเป็นจังหวัดเดียวที่ผลิตและใช้ mobile ICU nurse แพทยเวชศาสตร์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (สำเร็จการฝึกอบรม ณ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น) มีความโดดเด่นมากในการต่อยอดคุณภาพบริการกู้ชีพในโรงพยาบาล บริการคัดกรองระดับความรุนแรงผู้ป่วยฉุกเฉินทุกประเภท และการระดมทุนจัดหาเครื่องมือแพทย์ให้ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล นี่คือตัวอย่างปรากฏการณ์จัดระเบียบตัวเอง (self organizing property) ของระบบซับซ้อนและปรับตัว (complex adaptive systems) การให้โอกาสหรืออิสระในการทดลองสร้างนวตกรรมโดยผู้บริหารโรงพยาบาลจึงเป็นปัจจัยเกื้อหนุนสำคัญต่อการปลดปล่อยศักยภาพชนิดนี้

○ **วิจัยและพัฒนา**

บริการผู้บาดเจ็บก้าวหน้าอย่างเป็นรูปธรรมในจังหวัดอุบลราชธานีและขอนแก่น ไม่อาจเกิดขึ้นโดยปราศจากการสร้างความรู้ใหม่ที่จำเพาะต่อบริบทอันหลากหลายในแต่ละพื้นที่ รูปธรรมที่รองรับข้อสังเกตนี้ได้แก่ clinical practice guideline (CPG) ที่พัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงให้เข้ากับลักษณะจำเพาะของแต่ละเครือข่ายบริการ รายงานวิชาการตีพิมพ์เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์[9] และอิทธิพลของกระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการของสโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น การเผยแพร่คู่มือการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ การกำหนดมาตรฐานบริการครอบคลุมด้านการบาดเจ็บ[37, 38]

- **ข้อเสนอแนวทางการทำงานของ Excellence centers ด้านการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน**

เอกสารชิ้นนี้มุ่งหมายให้ผู้สนใจพัฒนา excellent centers ด้านการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน ได้เข้าใจขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาระบบบริการชนิดนี้ จึงพยายามเสนอโดยกระชับ พร้อมภาคผนวกสำหรับการค้นคว้าเพิ่มเติมในรายละเอียด

จุดเด่นที่ค้นพบ

1. ความเป็นต้นแบบของโรงพยาบาลขอนแก่นในด้าน (ก) ความยอมรับจากภาคีในรูปแบบต่างๆ เช่น เอกสารวิชาการ รางวัลดีเด่น และการเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการซึ่งโรงพยาบาลขอนแก่นจัดขึ้น (ข) แนวโน้มคุณภาพบริการของโรงพยาบาลขอนแก่นเอง[9] เช่น อัตราป่วยตายจากการบาดเจ็บ สัดส่วนการให้การดูแลผู้บาดเจ็บตามมาตรฐานโดยพนักงานกู้ชีพในเครือข่าย

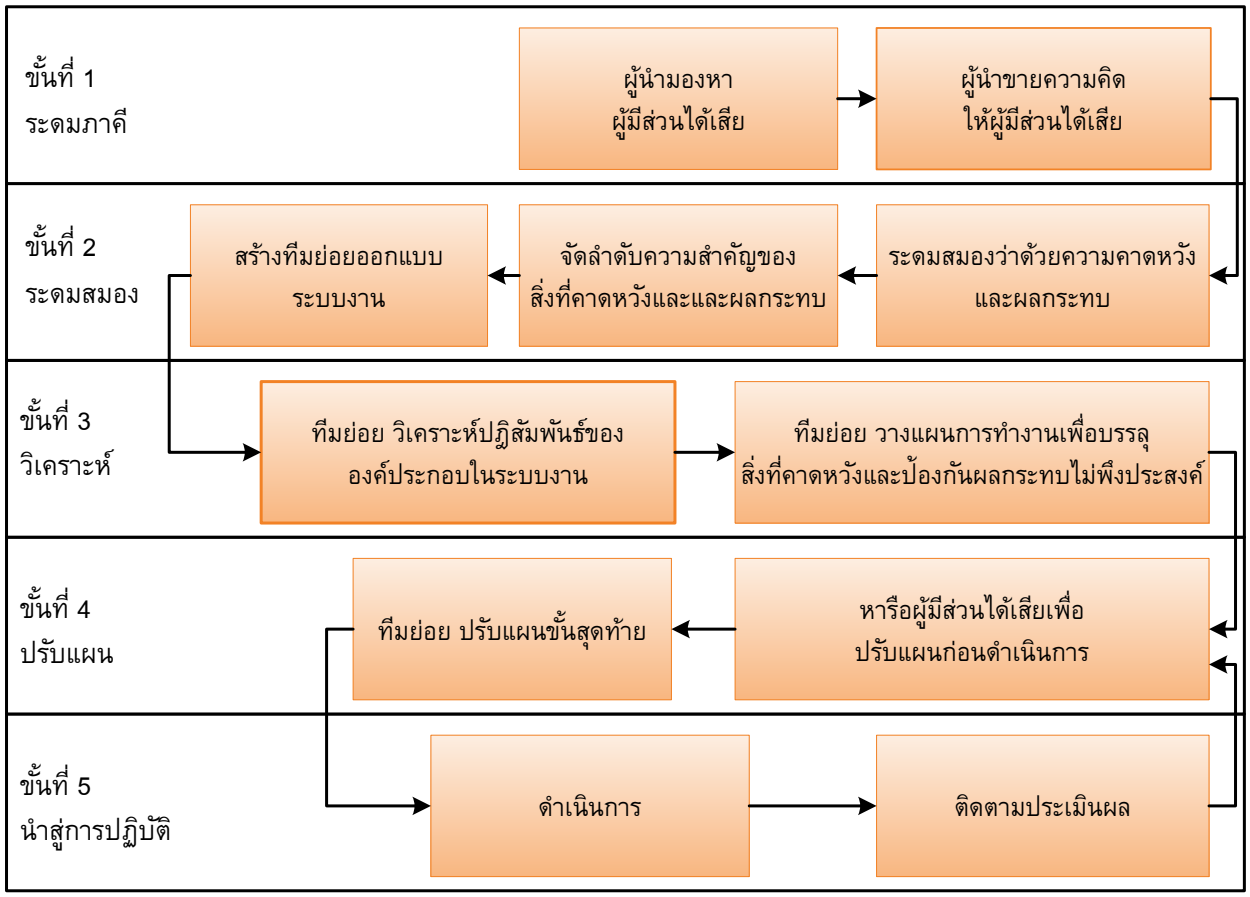
2. นวตกรรมของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ในเรื่อง ICU Hub, mobile ICU, real time referral link

3. ภาวะผู้นำโดยผู้บริหารระดับล่าง (หัวหน้างาน) ใน สสจ.ปทุมธานี สามารถเชื่อมโยงผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล แหล่งทุนภายนอกจังหวัด และหน่วยงานในศาลากลางจังหวัดเพื่อพัฒนางานการแพทย์ฉุกเฉินและการป้องกันอุบัติภัยจราจร

ในฐานะผู้นำการพัฒนาระบบ ผู้นำควรมองเห็น

- ความทุกข์ของผู้บาดเจ็บ/คนไข้ stroke/stemi และความเครียดของทีมงานห้องฉุกเฉิน/ศัลยกรรมเป็นโอกาสในวิกฤติ ถ้าปัญหานี้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และ/หรือของแหล่งทุน เช่น สปสช. สสส. เป็นต้น การแปลงวิกฤตเป็นโอกาสก็จะง่ายขึ้น
- แหล่งทรัพยากร (สปสช. องค์การอนามัยโลก ไจก้า อื่นๆ) และผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้อง (ผู้อำนวยการโรงพยาบาล พยาบาลห้องฉุกเฉิน/ศัลยกรรม/ออโธปิดิคส์ แพทย์ห้องฉุกเฉิน/ศัลยกรรม/ออโธปิดิคส์ แพทย์/พยาบาล โรงพยาบาลชุมชน สสจ. กู้ชีพ กู้ภัย ผู้ว่าราชการจังหวัด อปท. หอการค้า ตำรวจ)
- องค์ความรู้ทางเทคนิค และเชิงระบบ (รู้ว่าแต่ละองค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพดังรูปที่ 8 และรูปที่ 9 ทำหน้าที่อะไร ใครในกลุ่มผู้มีส่วนได้เสียรับผิดชอบแต่ละองค์ประกอบ)

รูปที่ 7 ขั้นตอนในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ



- ผู้นำในที่นี้อาจมีมากกว่าหนึ่ง เช่น แพทย์เฉพาะทาง หัวหน้าทีมแพทย์เฉพาะทาง หัวหน้าแผนก ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการเขต สปสช. ผู้ตรวจราชการ ไม่ว่าจะเป็นใคร ล้วนต้องกัดติดจึงจะบังเกิดผล และต้องอาศัยภาคีและทีมงานใกล้ชิดในการผลักดันความคิดไปสู่การปฏิบัติ โดยลำดับต่อไปนี้

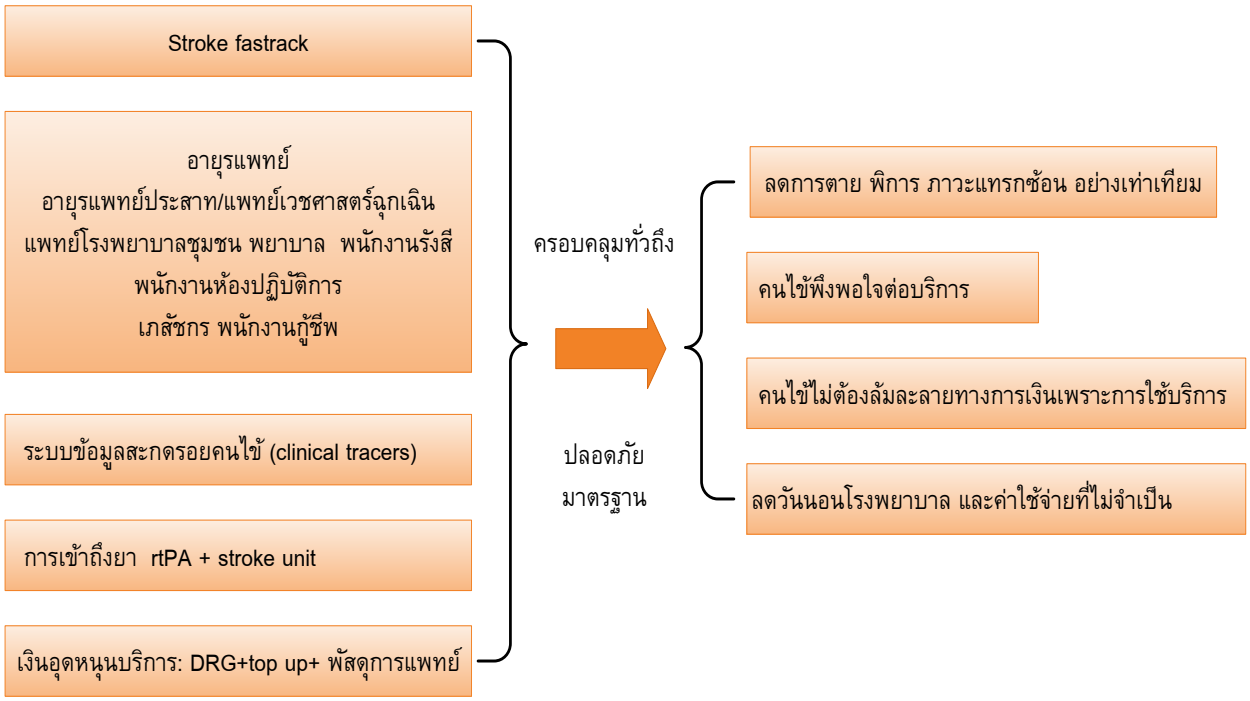
ขั้นที่ 1 ระดมภาคี

เริ่มด้วยการที่ผู้นำมองหาผู้มีส่วนได้เสียให้สอดคล้องกับองค์ประกอบต่างๆ ตามที่ผู้นำมองเห็นดังกล่าว แล้วเดินสายขายความคิด นั่นคือ การจับคู่ระหว่างจุดเด่นของแต่ละฝ่ายกับเป้าประสงค์ (purpose) ที่เห็นตรงกันทุกฝ่าย ทุกกรณีศึกษาพบว่า การมุ่งพัฒนาบริการเพื่อตอบสนองความจำเป็นของคนไข้แต่ละกลุ่มเป็นเป้าประสงค์ที่ทุกฝ่ายเห็นตรงกันได้ไม่ยาก

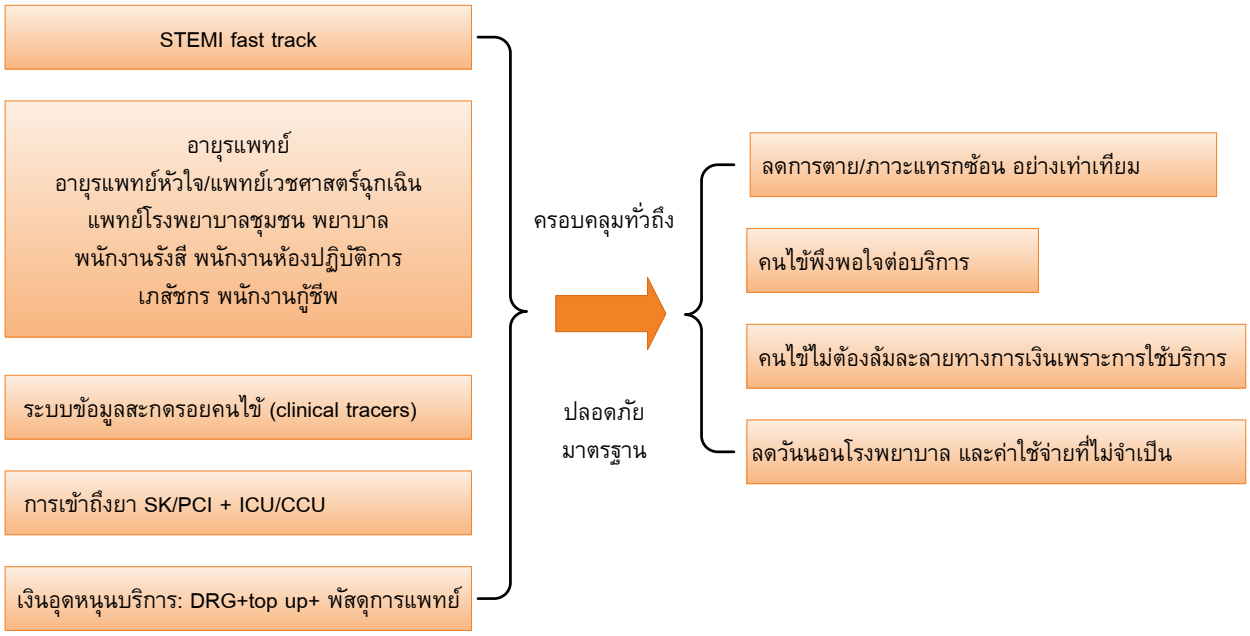
ขั้นที่ 2 ระดมสมอง

หลังจากขายความคิดโดยทั่วหน้าแล้ว ก็ถึงเวลาระดมสมองพร้อมหน้ากันเพื่อประเมินความคาดหวังและผลกระทบทั้งโดยตรง โดยอ้อม ด้านบวก (เช่น ความสำเร็จในการดูแลคนไข้ stroke fast track ทำให้คนไข้ stroke ที่ไม่เข้าข่ายได้รับการดูแลใกล้ชิดและรวดเร็วตามไปด้วย) ด้านลบ (เช่น การจ่ายค่าตอบแทนเฉพาะบุคลากรบางกลุ่มอาจบั่นทอนความสามัคคีของทีมงาน) จนสามารถนำไปสู่ความเห็นร่วมในประเด็นเหล่านี้ ในระดับที่พอจะเดินหน้าต่อในการจัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่คาดหวังและผลกระทบที่มองเห็นร่วมกัน แล้วทีมย่อยของผู้นำจึงนำผลจากการระดมสมองไปพิจารณาออกแบบระบบงาน ได้แก่ care map[39] (care plans, critical pathways, care paths, care protocols) ซึ่งระบุได้ชัดเจนว่า ใครต้องทำอะไร เมื่อใด อย่างไร ที่ใด กับใครตลอดสายการเดินทางของคนไข้ (patient journey/pathway) โดยลำดับ และเห็นความต้องการข้อมูล/ความรู้ของแต่ละฝ่ายในทีมงานเพื่อที่จะแสดงบทบาทหน้าที่นั้นๆ ได้สมบูรณ์ นี่คือปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบในระบบงาน จากนั้นก็แปลง care map เป็น care plan (ความหมายแคบกว่าข้างต้น) สำหรับคนไข้แต่ละราย ที่มีรายละเอียดมากขึ้นโดยเชื่อมโยงไปสู่สิ่งที่คาดหวังพร้อมทั้งมาตรการป้องกันผลกระทบไม่พึงประสงค์

รูปที่ 8 องค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพ กรณี stroke fast track[40]



รูปที่ 9 องค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพ กรณี STEMI fast track



ขั้นที่ 3 วิเคราะห์ระบบงาน

หลังจากออกแบบระบบงานโดยเน้นการบรรลุสิ่งคาดหวัง ในขั้นนี้การวิเคราะห์ระบบงานมุ่งหมายเพื่อคาดการณ์ว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ (ดูรูปที่ 8 และรูปที่ 9) อาจเป็นลักษณะบวกคือเสริมฤทธิ์กัน (เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินช่วยให้การประเมินคนไข้เจ็บหน้าอกรวดเร็วแม่นยำถูกต้องมากขึ้น คนไข้ STEMI เลยได้ PCI เร็วขึ้น หรือ เงินอุดหนุนบริการ ทำให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพอใจกับสภาพคล่องทางการเงิน เลยหนุนเสริมทีมงานให้ขยายบริการมากขึ้น) หรือ ลบคือหักล้างกัน (เช่น เงินอุดหนุนบริการ อาจลดการเข้าถึงยา เพราะโรงพยาบาลประเมินว่าขาดทุนเลยไม่พยายามขยายบริการ หรือ การเข้าถึงยาในระยะเริ่มบริการ stroke fast track นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง อาจทำให้ทีมเสียขวัญกำลังใจ) เมื่อวิเคราะห์ได้รอบด้านชัดเจนดีแล้วก็นำผลไปวางแผนการทำงานเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์เชิงบวก และลดโอกาสเกิดปฏิสัมพันธ์เชิงลบ

ขั้นที่ 4 ปรับแผน

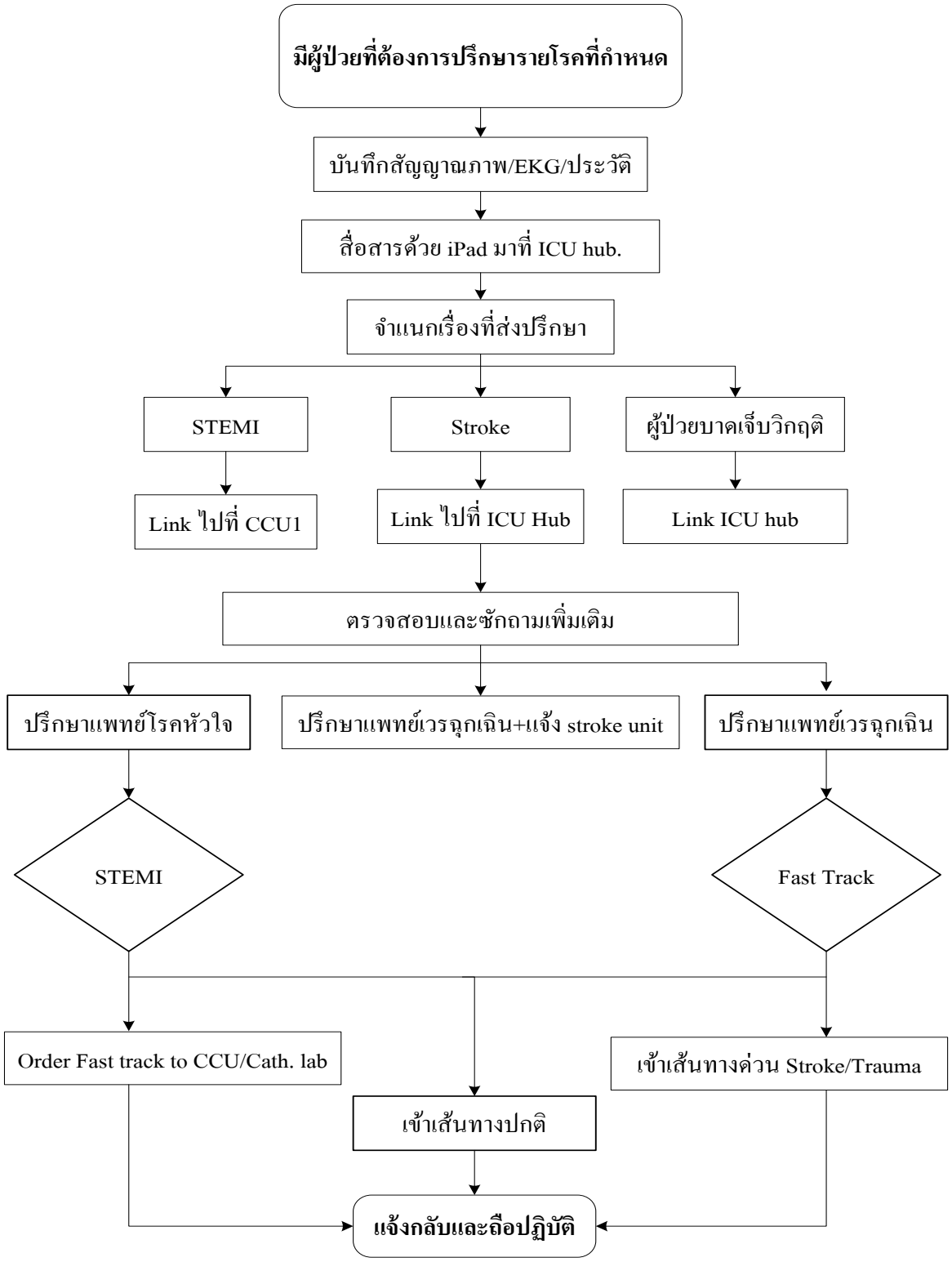
ต่อจากขั้นที่ 3 ให้ผู้นำหารือแผนที่วางไว้กับผู้มีส่วนได้เสียเพื่อช่วยกันปรับปรุงในรายละเอียด ขยายความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย และวางมาตรการขยายปฏิสัมพันธ์เชิงบวก และลดโอกาส

เกิดปฏิสัมพันธ์เชิงลบ ให้ชัดเจนขึ้น แล้วทีมย่อยนำไปปรับแผนเป็นครั้งสุดท้ายก่อนนำสู่การปฏิบัติต่อไป

ขั้นที่ 5 นำสู่การปฏิบัติ

เป็นขั้นตอนที่ทุกฝ่ายร่วมกันทำงานตามแผนที่วางไว้โดยมีการกำกับติดตามอย่างใกล้ชิด บทเรียนจากกรณีศึกษาพบว่า clinical tracers เป็นข้อมูลสำคัญในการกำกับติดตามเพื่อปรับแต่งการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ผ่านการรวบรวมวิเคราะห์ clinical tracers แล้วนำมาหารือร่วมกันเป็นระยะ โดยในระยะแรกย่อมมีความถี่มากกว่าระยะที่เริ่มอยู่ตัวแล้ว จึงประเมินผลว่าเป็นไปตามที่คาดหวังเพียงใด ยังมีโอกาสพัฒนาในเรื่องอะไรอีก แล้ววนกลับไปสู่การหารือผู้มีส่วนได้เสียในขั้นที่ 4 เป็นวงจรเรื่อยไป

รูปที่ 10 ตัวอย่าง care map ระบบการดูแลคนไข้สามกลุ่มโรคโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จ.อุบลราชธานี



แผนการใช้งาน iPAD รพ.สรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2556

2.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบทเรียนที่เกี่ยวข้อง

ในหัวข้อนี้ รายงานได้อาศัยการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบบริการกู้ชีพตามองค์ประกอบระบบบริการสุขภาพขององค์การอนามัยโลกเป็นหลัก เนื่องจากเป็นงานในขอบเขตที่ สพฉ.คาดหวังต่อ สสจ. และ อปท. อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานบ่งชี้ว่างานบริการห้องฉุกเฉินในบางพื้นที่ สสจ./อปท. ก็มีบทบาทอย่างน่าสนใจ จึงได้รวมผลการวิเคราะห์ส่วนนี้ไว้ด้วย

- **จุดเด่นที่ค้นพบ**

    1. การจัดตั้ง mobile ICU และการอบรมต่อยอดพยาบาลเป็นพยาบาลประจำ mobile ICU ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน โดย สสจ.
    2. การจัดตั้งเครือข่ายบริการกู้ชีพระดับตำบลครอบคลุมทั้งจังหวัดโดยความร่วมมือจาก สสจ. และ/หรือ อปท. และ/หรือ สปสช.
    3. การยกระดับศูนย์สื่อสารสั่งการให้เป็นศูนย์ประสานบริการสาธารณะเชิงบูรณาการ เช่น แจ้งเหตุร้าย เรียกใช้แท็กซี่
    4. การจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเครือข่ายกู้ชีพและบริการห้องฉุกเฉินภายในจังหวัด
    5. การจัดตั้งทีมโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อประเมินคุณภาพบริการห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน
    6. ความพยายามยกระดับคุณภาพบริการห้องฉุกเฉินด้วยการเสนอผลวิเคราะห์ข้อมูลโรงพยาบาลให้ทีมบริหารห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล

- **กรณีศึกษาบริการกู้ชีพ**

    - **ภาวะผู้นำ**

เช่นเดียวกับหัวข้อศูนย์ความเป็นเลิศที่กล่าวมา ในกรณีบริการกู้ชีพ ภาวะผู้นำก็ปรากฏ 3 ลักษณะคือ อาศัยความรู้ชี้นำ อาศัยความสัมพันธ์ฉันท์พี่น้อง หรือครูกับศิษย์ และการจูงใจด้วยเงินหรือการสนับสนุนทางวัตถุ ระหว่างหน่วยบริการต่างระดับ ต่างสังกัดภาวะผู้นำเป็นไปตามสองลักษณะแรก และช่วยให้การสื่อสารเป็นไปอย่างราบรื่นเนื่องจากความไว้วางใจซึ่งกันและกันบนพื้นฐานความสัมพันธ์ดังกล่าวที่มีมาแต่เดิมนับเป็นทุนทางสังคมชนิดหนึ่ง เมื่อชี้นำด้วยความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของบริการกู้ชีพและความเป็นไปได้ที่จะร่วมกันตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย โอกาสได้รับความร่วมมือจึงเป็นไปได้มาก สำหรับบางพื้นที่ได้แก่ อุบลราชธานี หนองบัวลำภู และสงขลา กลไกทางการเงินมีส่วนเสริมภาวะผู้นำได้อย่างเด่นชัดโดยใช้การจัดสรรรถกู้ชีพ การอุดหนุนการฝึกอบรมพนักงานกู้ชีพ เป็นเงื่อนไขให้เกิดการจัดตั้งและหรือขยายบริการกู้ชีพระดับตำบล

เมื่อคำนึงถึงตัวผู้นำ แต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันมากกว่าที่พบในหัวข้อศูนย์ความเป็นเลิศด้านหัวใจหรือหลอดเลือดสมอง ผู้นำอาจได้แก่ (ก) โรงพยาบาลศูนย์ดังปรากฏในจังหวัดอุบลราชธานี และขอนแก่น (ข) โรงพยาบาลชุมชนในอำเภอซำสูงจังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาลประชาธิปัตย์ จังหวัดปทุมธานี อปท. ในจังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดหนองบัวลำภู ตำบลรังสิต จังหวัดปทุมธานี และตำบลท่าเยี่ยม จ.พิจิตร (ค) สสจ. ในจังหวัดอุบลราชธานี พิจิตร และปทุมธานี ที่น่าสังเกตคือ ไม่มีจังหวัดใดปรากฏหลักฐานว่า โรงเรียนแพทย์เป็นผู้นำ

ในบางพื้นที่ สสจ. มีความโดดเด่นเป็นพิเศษ ได้แก่ สสจ.จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดพิจิตรและจังหวัดปทุมธานี ในการริเริ่มและผลักดันอย่างกระตือรือร้นให้เกิดนวตกรรมบริการกู้ชีพในเชิงปริมาณและคุณภาพ ดังกล่าวไว้ในหัวข้อ รูปแบบบริการภายใต้บทที่ว่าด้วย ภาพรวมปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลไกต่างๆ ในการขับเคลื่อนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ความแตกต่างที่น่าสังเกตระหว่างผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินในสามจังหวัดนี้กับที่อื่นคือ ความใส่ใจและความพยายามทุ่มเทให้กับการพัฒนางาน ประสานสนับสนุนหน่วยกู้ชีพอย่างชัดเจน จึงไม่น่าประหลาดใจที่ปรากฏเอกสารทางวิชาการนำเสนอได้อย่างเด่นชัดแตกต่างจากที่อื่น เช่น แผนที่แสดงหน่วยบริการกระจายตามภูมิศาสตร์จังหวัดปทุมธานี แผนที่กลยุทธ์ฉบับปฏิบัติการในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดปทุมธานี

โปรดสังเกตว่า ลักษณะของตัวผู้นำที่กล่าวมากำหนดลักษณะของภาวะผู้นำที่ไม่อาจเป็นไปด้วยการสั่งการ เพราะความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างอำนาจระหว่างหน่วยบริการเป็นไปในแนวราบ ยกเว้นกรณี สสจ. ที่อาจนำด้วยการสั่งการ แต่ก็ไม่ปรากฏหลักฐานเด่นชัดรองรับ

○ การอภิบาลระบบ

หมายถึงการกำกับดูแลให้หน่วยบริการทำหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพและระบบบริการที่ออกแบบไว้เพื่อให้บริการเป็นไปด้วยประสิทธิผล คุ้มค่าและครอบคลุมถ้วนหน้า[32] ในกรณีบริการผู้บาดเจ็บ การอภิบาลระบบปรากฏในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างภาคี (แนวราบ) นั่นคือ ร่วมกันคิดร่วมกันทำ ในอีกด้าน กฎระเบียบและ/หรือนโยบายเป็นอีกกลไกในการอภิบาลระบบ ซึ่งพบในทุกพื้นที่และมีอิทธิพลต่อ อปท. ในด้านการจัดสรรและใช้งบประมาณเด่นชัดมากกว่าหน่วยงานอื่น ที่น่ากังวลคือ อปท. หลายพื้นที่ตีความว่า สตง. ทักท้วงการใช้เงินผิดระเบียบจนบางแห่งยุติบริการดังกล่าวข้างต้น สภาพเช่นนี้ไม่เป็นผลดีต่อการจัดตั้งและขยายบริการกู้ชีพจำเป็นต้องทำความกระจ่างเพื่อนำไปสู่การวางบรรทัดฐานและแนวปฏิบัติที่เหมาะสมในระยะสั้น สสจ. อยู่ในฐานะที่เชื่อมประสานกับกลไกส่วนกลางได้ (สพฉ. และ กสธ.) จึงอาจทำงานเสริมกับ อปท. เพื่อคลี่คลายประเด็นนี้

นอกจากนี้กลไกทางการเงินยังมีบทบาทในการอภิบาลระบบในฐานะแรงจูงใจและปัจจัยสนับสนุนทางวัตถุเพื่อให้งานเดินได้ อย่างไรก็ตาม สสจ. หลายพื้นที่ยังใช้ประโยชน์จากกลไกจ่ายเงินชดเชยบริการกู้ชีพจำกัด นั่นคือ ให้ความสำคัญแต่เพียงการตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายค่าชดเชยบริการกู้ชีพ เช่นเดียวกับฝ่ายบริหาร อปท. แทนที่จะวิเคราะห์ข้อมูล ITEMS เพื่อประเมินคุณภาพและความครอบคลุมบริการ ทั้งนี้อาจเนื่องจากข้อจำกัดด้านขีดความสามารถและแรงจูงใจในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งก็อาจพัวพันไม่น้อยกับความกังวลเกี่ยวกับระเบียบการใช้เงินด้วย

○ รูปแบบบริการ

ในกรณีศึกษาทั้งหมด สสจ. จังหวัดอุบลราชธานี มีบทบาทมากที่สุดในการผลักดันการจัดตั้งดำเนินการ และขยายขอบเขตบริการกู้ชีพอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมมือใกล้ชิดกับ อบจ. จนปัจจุบันสามารถขยายขอบเขตบริการศูนย์สั่งการเป็นศูนย์ประสานบริการสาธารณะด้านอื่นได้ เช่น แจ้งเหตุร้าย 191 เรียกแท็กซี่ เป็นต้น โดยที่ปริมาณบริการกู้ชีพยังเพิ่มขึ้นต่อไป Mobile ICU ของอุบลราชธานีเป็นผลงานที่โดดเด่นจากการริเริ่มของ นพ.สสจ. โดยมีฐานอยู่ตามโรงพยาบาล (ยกเว้น รพ.สต.) รองลงมาคือจังหวัดพิจิตร สสจ. ให้การสนับสนุนวิชาการอย่างเข้มข้นโดยตรงหรือโดยอ้อมให้แก่หน่วยกู้ชีพทุกสังกัด ที่น่าสนใจไม่น้อยคือ หน่วยบริการกู้ชีพระดับตำบลไม่ได้ให้บริการเฉพาะคนไข้ฉุกเฉิน แต่ยังตอบสนองความต้องการของกลุ่มคนไข้สูงอายุ พิการ และโรคเรื้อรัง หรือแม้กระทั่งการส่งศพกลับบ้าน เนื่องจากผู้รับผิดชอบเชื่อว่า สามารถหาคะแนนเสียงทางการเมืองได้ และเชื่อว่าเป็นเงื่อนไขในการธำรงรักษาบริการกู้ชีพสำหรับคนไข้ฉุกเฉินซึ่งมีสัดส่วนน้อยกว่าได้ด้วย ที่กล่าวมาในประเด็นนี้ สะท้อนมิติทางการเมืองในการจัดบริการกู้ชีพระดับท้องถิ่นที่ควรคำนึงถึง แทนที่จะมองด้านวิชาการการแพทย์ฉุกเฉินเท่านั้น ประเด็นน่าสนใจคือ ควรติดตามประเมินผลว่าในระยะยาวบริการผสมผสานเช่นนี้หนุนเสริมกันหรือขัดกัน

○ ระบบสารสนเทศและการสื่อสาร

การจัดบริการกู้ชีพที่ สสจ. และ อปท. เกี่ยวข้องโดยตรงคือระบบข้อมูล ITEMS และ clinical audit (พยาบาลห้องฉุกเฉินประเมินและสะท้อนกลับให้พนักงานกู้ชีพปรับปรุงบริการ) ความท้าทายในกรณี ITEMS คือการวิเคราะห์ข้อมูลและป้อนกลับ ซึ่งดำเนินการได้ในบางพื้นที่ สังเกตว่า จังหวัดที่ดำเนินการได้ สัมพันธ์กับการให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ของผู้รับผิดชอบ มากกว่าจำนวนคนที่รับผิดชอบ สสจ.ปทุมธานีและพิจิตรเป็นตัวอย่างที่ดีในแง่นี้เพราะมีผู้รับผิดชอบ 2 คน เหมือนที่อื่นซึ่งดำเนินการได้จำกัดกว่าอย่างเด่นชัด ในกรณี clinical audit บางพื้นที่จำเป็นต้องทำความเข้าใจกับพนักงานกู้ชีพและอาสาสมัครมูลนิธิว่า เป็นเงื่อนไขสำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการ หากมีข้อขัดแย้งในประเด็นนี้ สสจ.

พึงเข้ามาคลี่คลายเพราะมีความชอบธรรมตามกฎหมาย ขณะเดียวกัน สสจ. ก็มีบารมีพอที่จะประสานกับโรงพยาบาลเพื่อแก้ปัญหาในส่วนที่อาจเป็นเหตุของความขัดแย้ง เช่น ท่าทีไม่เหมาะสมของพยาบาล

ความร่วมมืออันดีระหว่าง อบจ. และ สสจ.อุบลราชธานีเป็นแบบอย่างการเอื้ออำนวยให้ระบบสื่อสารและสารสนเทศพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดดเด่นกว่าจังหวัดอื่น กล่าวคือ เป็นการผสมผสานอย่างลงตัวระหว่างความสามารถทางวิชาการของ สสจ.อุบลราชธานี กับกำลังซื้อของ อบจ.

○ **ระบบการเงินการคลัง**

การตีความของ อปท.หลายแห่งต่อการทักท้วงระเบียบการใช้เงินในกิจการกู้ชีพดังกล่าวข้างต้น เป็นเรื่องที่ต้องการคลี่คลายในระยะสั้นหากคาดหวังการขยายพื้นที่ ขยายรูปแบบ หรือคุณภาพบริการ คาดหวังความยั่งยืนของการจัดบริการโดย อปท.

ในระดับตำบล อบต.ท่าเยี่ยม เป็นตัวอย่างการระดมทุนจากชุมชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม โดยมีคณะกรรมการกำกับติดตามที่มีตัวแทนจากชุมชนร่วมอยู่ด้วย อย่างไรก็ตาม ยังต้องการการประเมินในระยะยาวอย่างเป็นระบบทางวิชาการเพื่อให้ชัดเจนว่า แนวทางนี้ได้ผลตามที่คาดหวังเพียงใด มีโอกาสพัฒนาอะไรบ้าง ทำนองเดียวกัน ในระดับจังหวัด อบจ.หนองบัวลำภู ก็อาศัยการระดมทุนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม แต่ไม่ได้มีตัวแทนชุมชนอยู่ในกลไกกำกับดูแล

○ **กำลังคน**

เกือบทุกจังหวัดกรณีศึกษา บทบาทของสสจในด้านนี้คือ การขึ้นทะเบียนพนักงานกู้ชีพ การสนับสนุนการฝึกอบรม การจัดงาน EMS rally การจัดหาประกันชีวิตให้พนักงานกู้ชีพ และการซ้อมรับอุบัติภัยหมู่ อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่า จังหวัดที่มีกิจกรรมเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งบางแห่งเรียก EMS day มีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้และทักษะ ตลอดจนเชื่อมสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติต่างหน่วยงาน บทบาทของ อปท. ในส่วนนี้คือการสนับสนุนทางการเงินในกิจกรรมฝึกอบรม และจัดหาประกันชีวิต อย่างไรก็ตามความไม่แน่นอนในความก้าวหน้าทางอาชีพ อาจเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาขีดความสามารถของพนักงานกู้ชีพ โดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัครมูลนิธิ ซึ่งไม่อยู่ในข่ายรับการสนับสนุนจาก อปท. และหลายพื้นที่ก็มีข้อขัดแย้งกับหน่วยกู้ชีพของ อปท. ด้วย ในเมื่อสังคมไทยไม่อาจปฏิเสธคนกลุ่มนี้ได้ในระบบบริการกู้ชีพ ความท้าทายจึงอยู่ที่การค้นหากลไกอภิบาลระบบและพัฒนากำลังคนที่เหมาะสมยิ่งขึ้นเพื่อรองรับในระยะยาว ซึ่งต้องการส่วนร่วมจาก สสจ. อปท. และมูลนิธิ

○ **วิจัยและพัฒนา**

การแสดงบทบาทของ สสจ. โดยอิสระหรือร่วมกับ อบจ. ที่กล่าวมาในหัวข้อรูปแบบบริการกำลังคนและการเงินการคลัง ข้างต้นในจังหวัดอุบลราชธานี พิจิตร และปทุมธานี เป็นตัวอย่างที่เข้าข่ายการวิจัยพัฒนาที่ สสจ. และ/หรือ อปท. ทุกพื้นที่สามารถทำได้

ตารางที่ 7 การกระจายของพื้นที่ตามองค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพและคุณลักษณะย่อยของแต่ละองค์ประกอบ ในกรณีบริการกู้ชีพ

องค์ประกอบระบบบริการ	คุณลักษณะของแต่ละองค์ประกอบ									
leadership	k based	ครู-ศิษย์/พี่น้อง	เงิน	สสจ	อปท	โรงพยาบาลศูนย์	รพอ			
	kk ub ซ้ำสูง	kk ub	ub nb sk	**ub** pc **pt**	ub nb rs ty	kk ub	ซ้ำสูง ประชาธิปัตย์			
governance	ภาคี	เงินแลกงาน	กฎระเบียบนโยบาย	สสจ	อปท	โรงพยาบาลศูนย์	รพอ	สตง		
	kk ub nb ซ้ำสูง	All	all	All	ub nb rs ty	kk ub	ซ้ำสูง	all		
service model	seamless	Integrated	mobile ICU	A	B	I	FR	CCC		
	kk ub		ub	All	all	all except pc, nb,pt	all	โรงพยาบาล (kk,nb,pt,pc,sk,lp) สสจ(ub)		
information system	clinical audit	ITEMS	tracers	real time	intensive feedback	output	outcome			
	kk ub pc pt sk	All	ub	ub kk	kk ub pc นากลาง	all	kk ub			
financing	operation	Development	admin	Capital	สพฉ	สปสช	อปท	ครัวเรือน	หน่วยงานในอำเภอ	กสธ
	all	kk ub	all	all esp **ub**	**operation** development admin	**อดีต operation** developmenmt admin capital	operation development admin capital ub sk nb	ty	ซ้ำสูง	admin capital
HR	continuous learning	Registered	อบรมขึ้นทะเบียน	อบรมฟื้นฟู	rally	EMS day	mass casualty drill	careerpath	insurance	EP
	kk ub pc nb pt	All	all	all (except sk)	kk ub pc nb sk	kk ub pc nb pt	kk ub pc nb sk nk	unclear, uncertain	kk ub pc nb	kk ub pc lp
R&D	CPG development	Research	HA	การสร้างมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของ (กองทุน BLS/FR)						
	KK ub	KK ub	kk ub pc nb pt	nb ty						

หมายเหตุ 1. คำขยายอักษรย่อในตาราง kk.khon kaen; ub.ubon;pc.pichit; nb.nongbua lumphoo; pt.pathumthani; hy.hadyai; sb.saraburi; lp.lumpang,ty…thayiem, rs…rangsit

2. ขนาดของอักษรย่อบ่งชี้ ความเด่นชัดโดยสัมพัทธ์ ขนาดใหญ่แปลว่าเด่นชัดมากกว่าขนาดเล็ก

- **กรณีศึกษาบริการห้องฉุกเฉิน**

  ○ **ภาวะผู้นำ**

ภาวะผู้นำในการพัฒนาบริการห้องฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นไปภายในโรงพยาบาลโดยแพทยเวชศาสตร์ฉุกเฉินมีบทบาทหลัก หรือผสมผสานกับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น กรณีโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นแตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นตรงที่ศัลยแพทย์ผู้บุกเบิกการพัฒนาบริการห้องฉุกเฉินมีภาวะผู้นำสูงมาอย่างต่อเนื่องจนอาจทำให้บทบาทผู้นำของแพทยเวชศาสตร์ฉุกเฉินไม่เด่นเท่าของโรงพยาบาลอื่นทำนองเดียวกัน โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดอุบลราชธานีและโรงพยาบาลพิจิตร ก็พบภาวะการนำร่วมระหว่างแพทยเวชศาสตร์ฉุกเฉินและแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ปรากฏการณ์นี้สะท้อนประวัติศาสตร์การพัฒนาบริการห้องฉุกเฉินที่ชี้นำด้วยแพทย์สาขาอื่นมาก่อนจะปรากฏแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินอันเป็นสาขาใหม่ จังหวัดปทุมธานีและพิจิตร สสจ. ก็มีอิทธิพลชี้นำการพัฒนาเสริมบทบาทนำของแพทยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน หรือทดแทน (กรณีไม่มีแพทยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน) กล่าวคือ กรณีจังหวัดปทุมธานี (เคยมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน) สสจ. จัดตั้งทีมแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลทั่วไป ให้การสนับสนุนทางวิชาการแก่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนในรูปการประเมินคุณภาพบริการ ที่อาจตีความในอีกมุมหนึ่งว่าเป็นวิธีเสริมความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และทีมงานของแต่ละฝ่ายด้วย สสจ.จังหวัดพิจิตร แสดงภาวะผู้นำด้วยการป้อนข้อมูลบริการห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่วิเคราะห์โดยทีม สสจ. กลับไปยังโรงพยาบาลทั่วไป ความหลากหลายในรูปแบบภาวะผู้นำและตัวผู้นำที่กล่าวมาบ่งชี้บริบทเฉพาะของแต่ละพื้นที่ ซึ่งหน่วยงานส่วนกลางควรตระหนักและทำความเข้าใจเพื่อที่จะให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสม แทนที่จะมองข้ามแล้วแทรกแซงจนเกิดผลเสียมากกว่าผลดี การนำด้วยความรู้และด้วยความสัมพันธ์ฉันท์น้องพี่เป็นลักษณะภาวะผู้นำที่คล้ายกันในทุกพื้นที่ แตกต่างเฉพาะในรายละเอียด

  ○ **การอภิบาลระบบ**

ทุกจังหวัด สสจ. มีบทบาทไม่มากก็น้อยในการอภิบาลระบบ โดยส่วนหนึ่งเชื่อมโยงกับนโยบายของส่วนกลาง เช่น ในอดีต สปสช. เคยกำหนดนโยบายจัดสรรค่าตอบแทนเพิ่มเติมสำหรับแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป หลังจากดำเนินการได้เพียงปีเศษก็ยกเลิกเพราะปรากฏผลเสียมากกว่าผลดี[41] ในทางตรงกันข้ามนโยบายส่งเสริมการจัดบริการช่องทางด่วนของ สปสช. (stemi/stroke fast track) เป็นโอกาสให้เกิดความร่วมมือมากขึ้นระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล กระบวนการประกันคุณภาพโรงพยาบาลก็มีอิทธิพลไม่น้อยต่อการยกระดับคุณภาพบริการห้องฉุกเฉิน เช่น เป็นเวทีเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาลทั่วประเทศ (พบในจังหวัด

ลำปาง ขอนแก่น อุบลราชธานี หนองบัวลำภู เป็นต้น) เป็นสัญญาณกระตุ้นให้โรงพยาบาลริเริ่มบริการช่องทางด่วน (พบในโรงพยาบาลพิจิตร) เป็นต้น เงินก็เป็นเครื่องมือในการอภิบาลระบบโดยชักนำให้เกิดการพัฒนาระบบสารสนเทศที่รองรับทั้งการจัดบริการและการตอบแทนโรงพยาบาล ชัดเจนมากในกรณีบริการช่องทางด่วน ซึ่งครอบคลุมหน่วยบริการย่อยๆ ในห่วงโซ่บริการรวมทั้งห้องฉุกเฉิน นี่คือตัวอย่างที่ดีว่า ถ้าผสมผสานกลไกการเงิน กลไกสารสนเทศ การพัฒนาบุคลากร เข้าด้วยกันจะมีพลังหนุนเสริม (synergy) ให้หลายหน่วยบริการในห่วงโซ่พัฒนาไปพร้อมๆ กัน และ นพ.สสจ. ในฐานะประธาน สปสช. จังหวัดจึงมีโอกาสมากที่จะส่งเสริมสนับสนุนบริการห้องฉุกเฉิน

○ **รูปแบบบริการ**

ทัศนะต่อบริการห้องฉุกเฉิน อาจมองแบบแยกส่วนจากบริการอื่นๆ หรือมองแบบบูรณาการก็ได้ ขึ้นกับจะเน้นย้ำในเรื่องอะไร ที่สำคัญคือไม่ควรมองแบบตายตัวอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังตัวอย่างความล้มเหลวในการจ่ายค่าตอบแทนเพิ่มแก่แพทย์ประจำห้องฉุกเฉินที่กล่าวถึงข้างต้น การมองแบบแยกส่วนอาจใช้เมื่อต้องลงรายละเอียดในการวิเคราะห์แต่ละองค์ประกอบย่อยของห่วงโซ่บริการ เช่น การวิเคราะห์ความต้องการเครื่องมือแพทย์สำหรับห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลวารินชำราบแล้วนำไปสู่การระดมทุนสนับสนุนในเวลาต่อมา การจัดสรรบทบาทระหว่างแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินด้วยกัน โดยให้สัดส่วนภาระงานบริการสำหรับหัวหน้าทีมน้อยกว่าลูกทีมและกลับกันในบทบาทประสานงาน คิดค้นงาน

แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินโรงพยาบาลวารินชำราบเชื่อว่า พิมพ์เขียวการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานีตั้งแต่สมัย นพ.วุฒิไกร มุ่งหมายอดีต นพ.สสจ. มีอิทธิพลอย่างแน่นอนในการเชื่อมประสานสนับสนุนงานบริการและวิชาการระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลวารินชำราบ ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบเกี่ยวกับการริเริ่มของอดีต นพ.สสจ. ท่านนี้เรื่อง mobile ICU

ในส่วนรูปแบบบริการบาดเจ็บอย่างบูรณาการ จำเป็นต้องอาศัยฐานข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บซึ่งดำเนินการในห้องฉุกเฉิน เพื่อป้อนผลการวิเคราะห์ให้เวทีนโยบายป้องกันอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด เป็นปริมณฑลที่ สสจ. เข้ามาส่งเสริมสนับสนุนได้แน่นอนดังตัวอย่าง จังหวัดปทุมธานี อุบลราชธานี และขอนแก่น

○ **ระบบสารสนเทศ และระบบการเงินการคลัง**

ดังที่กล่าวไว้ในหัวข้อการอภิบาลระบบ การผสมผสานสององค์ประกอบนี้เข้าด้วยกันมีพลังมากในการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบริการห้องฉุกเฉิน ส่วนที่ สสจ. จะเติมเต็มได้อีก อาจพิจารณาจากข้อค้นพบกรณีจังหวัดพิจิตร ซึ่ง สสจ. ประมวลและวิเคราะห์สารสนเทศของโรงพยาบาลและบริการกู้ชีพ

ทั้งหมดป้อนกลับให้โรงพยาบาล หรือ กรณีจังหวัดอุบลราชธานี สสจ. ร่วมกับ อบจ. พัฒนาระบบสื่อสารกับหน่วยกู้ชีพโดยอิงพิกัดภูมิศาสตร์ทำให้ระบุจุดเสี่ยงอันตรายบนถนนได้ เป็นต้น หัวใจสำคัญจึงอยู่ที่การวางตัวบุคคลผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินของ สสจ. ให้เหมาะสม (แรงจูงใจ ภาระงาน ความต่อเนื่องในตำแหน่งหน้าที่) แล้วให้การสนับสนุนตามความจำเป็น การพัฒนาก็จะตามมา

○ **กำลังคน**

ยกเว้นจังหวัดหนองบัวลำภู และปทุมธานี โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ในทุกจังหวัดล้วนมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินประจำการ ด้วยจำนวนแตกต่างกันตั้งแต่จำนวน 1 คนถึง 5 คน และบทบาทแตกต่างกันโดยส่วนใหญ่มีบทบาทให้บริการและพัฒนาระบบบริการห้องฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีโรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ ที่กล่าวมานี้เป็นมุมว่าด้วยการใช้ประโยชน์บุคลากรสาขานี้ ในมุมการจัดสรรผลิตและพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับบริการห้องฉุกเฉิน สสจ.หลายพื้นที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญ เช่น กรณีทีมแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลทั่วไปประเมินคุณภาพบริการห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดปทุมธานี กรณีผลิตพยาบาลประจำ mobile ICU ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของทีมงานห้องฉุกเฉินด้วยในจังหวัดอุบลราชธานี นโยบาย service plan หรือเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่พึงประกาศไม่นานมานี้ เป็นโอกาสที่ สสจ. จะยิ่งมีบทบาทมากขึ้นในการวางแผนและผลักดันการผลิตกระจาย พัฒนากำลังคน

○ **วิจัยและพัฒนา**

ขอบเขตอิทธิพลของ สสจ. ในการวิจัยพัฒนาบริการห้องฉุกเฉินน่าจะอยู่ที่การประสานสนับสนุนเป็นหลักเพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการต่างๆ ดังตัวอย่างที่กล่าวถึงในองค์ประกอบอื่นข้างต้น ความร่วมมือระหว่างสสจและอบจในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการในตัวอย่างจังหวัดอุบลราชธานี อาจตีความได้ว่าคือการวางรากฐานให้การวิจัยพัฒนาเข้ามาต่อยอดนั่นเอง พิมพ์เขียวที่กล่าวถึงข้างต้นมีส่วนสำคัญในการจัดวางปฏิสัมพันธ์ระหว่างหน่วยบริการในจังหวัดอุบลราชธานีรองรับการต่อยอดงานวิจัยพัฒนา

ตารางที่ 8 การกระจายของพื้นที่ตามองค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพและคุณลักษณะย่อยของแต่ละองค์ประกอบ ในกรณีบริการห้องฉุกเฉิน

องค์ประกอบระบบบริการ	คุณลักษณะของแต่ละองค์ประกอบ						
Leadership	k based	ครู-ศิษย์/พี่น้อง	สสจ	โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป	โรงเรียนแพทย์		
	kk ub lp	kk ub lp	pt pc	kk ub lp pc	sk		
Governance	ภาคี	เงินแลกงาน	นโยบาย	HA	สสจ	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป	
	kk ub pt pc	All	all	all	all	kk ub lp pc	
service model	Seamless	Integrated					
	kk ub hy lp	kk ub pt					
information system	clinical audit	Tracers	real time	intensive feedback	output	Outcome	
	kk ub pt pc hy lp	kk ub hy lp	ub lp	kk ub lp	all	**kk ub** pt pc lp	
Financing	Operation	Development	admin	Capital	สพฉ	สปสช	Hospital
	All	kk ub	all	all esp **ub kk**	none	**operation**	Psu
HR	continuous learning	mass casualty drill	EP				
	kk ub pc nb pt	**kk** ub pc	**kk** ub pc sk lp				
R&D	CPG development	Research	HA				
	KK ub **PSU**	**KK ub**	kk ub pc nb pt				

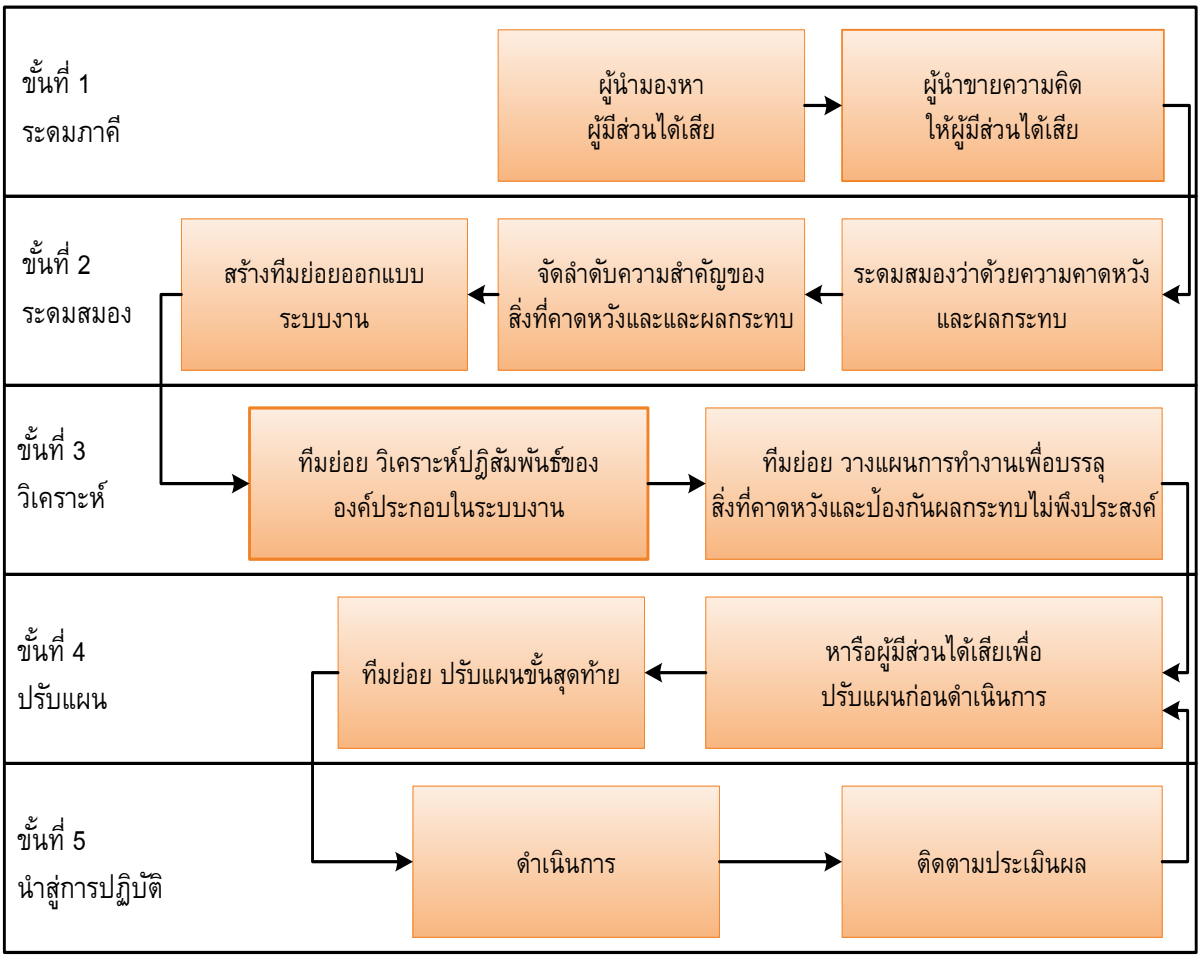
หมายเหตุ 1. คำขยายอักษรย่อในตาราง kk.khon kaen; ub.ubon;pc.pichit; nb.nongbua lumphoo; pt.pathumthani; hy.hadyai; sb.saraburi; lp.lumpang.ty…thayiem, rs…rangsit

2. ขนาดของอักษรย่อบ่งชี้ ความเด่นชัดโดยสัมพัทธ์ ขนาดใหญ่แปลว่าเด่นชัดมากกว่าขนาดเล็ก

- **ข้อเสนอแนวทางการทำงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ในงานการแพทย์ฉุกเฉิน**

เอกสารชิ้นนี้มุ่งหมายให้ผู้สนใจบทบาทของ สสจ. ในงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้เข้าใจขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาระบบบริการชนิดนี้ จึงพยายามเสนอโดยกระชับ พร้อมภาคผนวกสำหรับการค้นคว้าเพิ่มเติมในรายละเอียด

รูปที่ 11 5 ขั้นตอนในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ

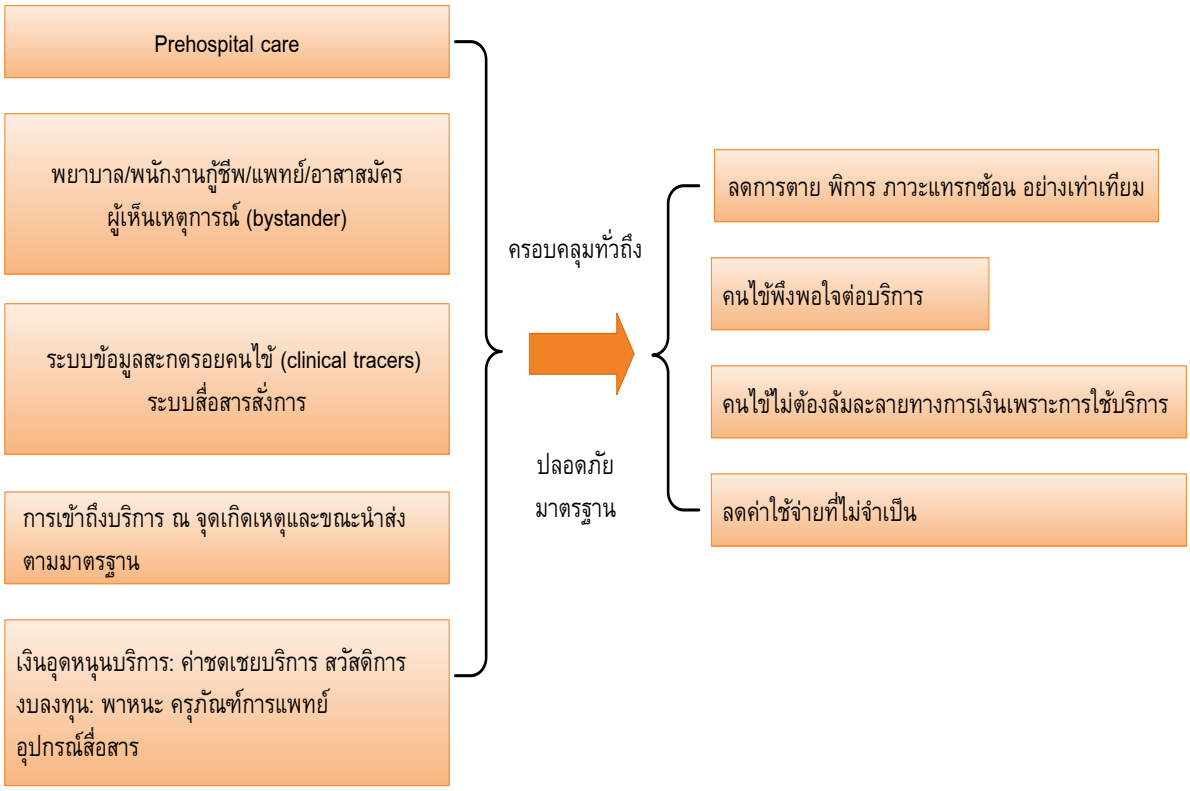


สสจ.ในบทบาทผู้นำควรมองเห็น

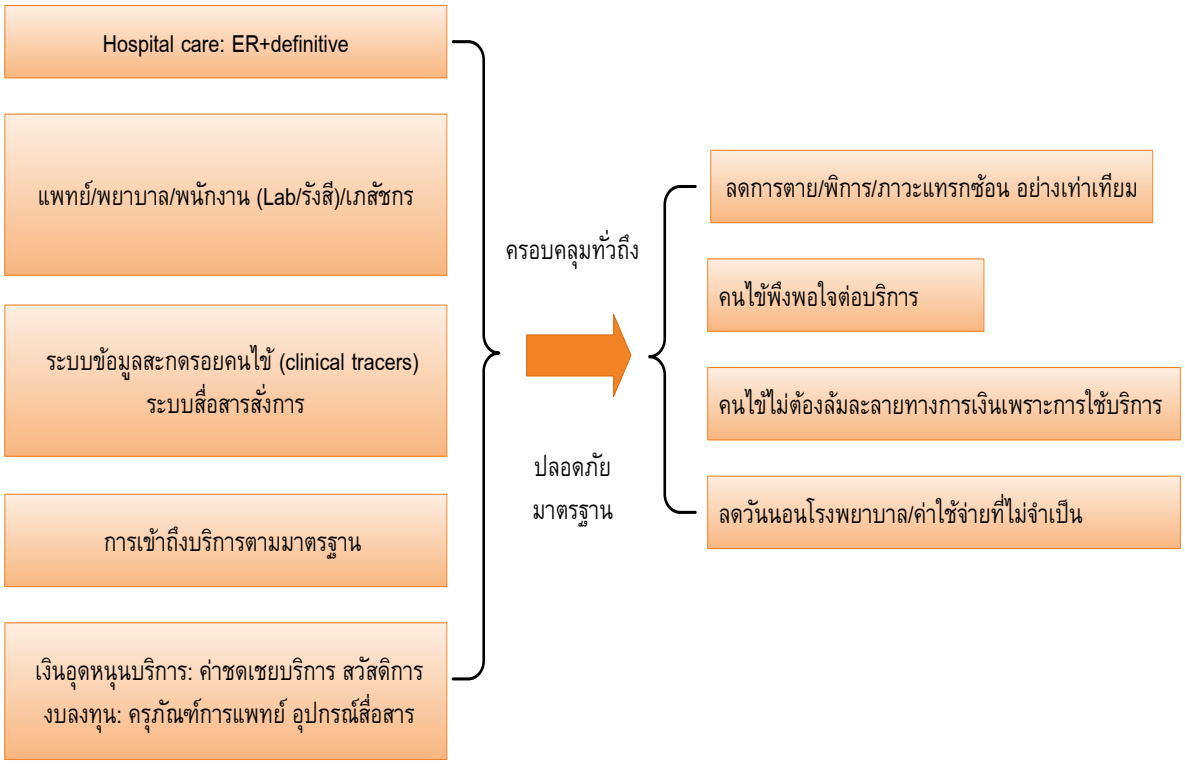
- แต่ละภาคีมีจุดเด่นและข้อจำกัดอะไร ถ้าสสจ.จะสนับสนุนควรเติมเต็มในจุดใด ปล่อยวางในจุดใด ควรริเริ่ม (proactive) หรือควรตามน้ำ (passive) เพื่อปิดช่องว่างในภาพใหญ่ของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น

- ในจังหวัดซึ่ง โรงพยาบาลดูแลศูนย์สื่อสารสั่งการได้ดีแล้ว สามารถประสานกับจังหวัดได้ในการทำงานป้องกันอุบัติภัย แต่โรงพยาบาลจำเป็นต้องประสานผ่าน สสจ. เพื่อทำงานร่วมกับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นี่คือโอกาสเติมเต็มของ สสจ. (passive) โดยไม่จำเป็นต้องไปดึงงานศูนย์สื่อสารสั่งการมาดำเนินการโดย สสจ. เหมือนจังหวัดอุบลราชธานี
- ทำนองเดียวกัน การบุกเบิกขยายงาน stroke/stemi fast tracks ระดับเขต/จังหวัดไม่อาจเป็นไปได้โดยปราศจากการสนับสนุนด้านการประสานงานของ สสจ. และในส่วนนี้ก็ชัดเจนว่า สสจ. สามารถเติมเต็มได้โดยไม่จำเป็นต้องมีความรู้ลึกเกี่ยวกับบริการประเภทนี้ นี่คือตัวอย่างบทบาทที่สสจไม่ได้ริเริ่ม (passive) แต่เหมาะสมกับบริบท
- การริเริ่มผสานภาคี (บทบาท proactive) ที่ไม่เคยทำงานด้วยกัน มีศักยภาพต่างกันให้สามารถหนุนเสริมกันได้ ทำงานด้วยกันได้ ในส่วนที่ยังมีช่องว่าง เช่น อบจ. ทำงานกับ เทศบาล และ อบต. โดย สสจ. เติมวิชาการด้านการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ เป็นทิศทางที่ สสจ. ในบทบาทผู้ถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางสู่จังหวัด พึงดำเนินการ โดยอาจมีกรอบเวลาชัดเจนให้ อปท. พึ่งตนเองทางวิชาการได้เพื่อที่ สสจ. จะได้ขยับนักวิชาการไปบุกเบิกพรมแดนใหม่ในระบบบริการสุขภาพของจังหวัด แทนที่จะฝังตัวถาวรกับงานประจำด้านบริการ ซึ่งไม่ตรงกับบทบาทอันพึงประสงค์ของ สสจ. (มอง/จัดการภาพรวม)

รูปที่ 12 องค์ประกอบในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรณี prehospital care[42]



รูปที่ 13 องค์ประกอบในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรณี hospital care



ลำดับขั้นตอนสำคัญ

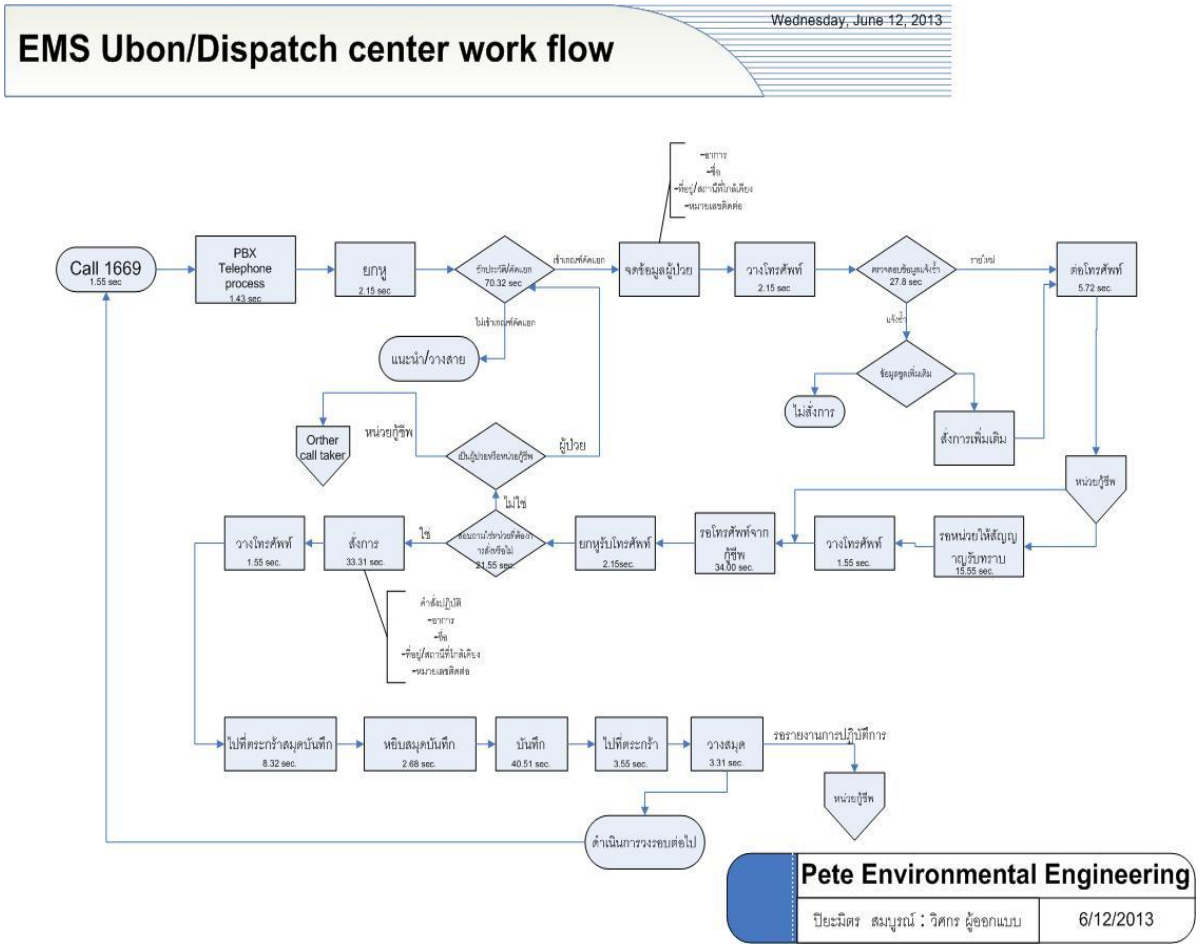
ขั้นที่ 1 ระดมภาคี เริ่มด้วยการที่ผู้นำมองหาผู้มีส่วนได้เสียให้สอดคล้องกับองค์ประกอบต่างๆ (ดังรูปที่ 12 และรูปที่ 13) แล้วเดินสายขายความคิด นั่นคือ การจับคู่ระหว่างจุดเด่นของแต่ละฝ่ายกับเป้าประสงค์ (purpose) ที่เห็นตรงกันทุกฝ่าย เช่น กรณีการจัดตั้งบริการ prehospital สสจ.อาจค้นพบศักยภาพและความสนใจของฝ่ายต่าง ๆ ในจังหวัดว่า อบจ. สนใจให้บริการนำส่งโรงพยาบาลและมีงบประมาณพร้อมสนับสนุนยานพาหนะ อาคารสถานที่และการฝึกอบรมพนักงานกู้ชีพ โรงพยาบาลศูนย์สนใจให้บริการในโรงพยาบาลเพราะมีบุคลากรเชี่ยวชาญการให้บริการห้องฉุกเฉิน และบริการเฉพาะทาง สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินสนใจผลักดันให้เกิดระบบ prehospital care และสามารถสนับสนุนค่าชดเชยบริการ อบต./เทศบาล สนใจนำคนไข้ฉุกเฉินและโรคเรื้อรังส่งโรงพยาบาลโดยพร้อมจ้างพนักงานกู้ชีพและจัดหาอุปกรณ์สื่อสารประจำหน่วยกู้ชีพ เป็นต้น

ขั้นที่ 2 ระดมสมอง หลังจากขายความคิดโดยทั่วหน้าแล้ว ก็ถึงเวลาระดมสมองพร้อมหน้ากันเพื่อประเมินความคาดหวังและผลกระทบทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ทั้งด้านบวกและลบ ด้านบวก (เช่น ความสำเร็จในการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ อาจเป็นกำลังใจ อบจ. ขยายการสนับสนุนพาหนะให้ครอบคลุมมากกว่าเมื่อเริ่มต้น) ด้านลบ (เช่น การละเลยความต้องการบริการนำส่งโรงพยาบาลพร้อมรับกลับบ้านอาจทำให้ชาวบ้านไม่นิยมใช้บริการ prehospital สภา อปท. ก็อาจลดการสนับสนุนพนักงานกู้ชีพ) ถ้าผลการประเมินสามารถนำไปสู่ความเห็นร่วมในประเด็นเหล่านี้ในระดับที่พอจะเดินหน้าต่อในการจัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่คาดหวังและผลกระทบที่มองเห็นร่วมกันแล้ว ทีมย่อยของผู้นำจึงนำผลจากการระดมสมองไปพิจารณาออกแบบระบบงาน ได้แก่ care map[43] (critical pathways, care paths, care protocols) ซึ่งระบุได้ชัดเจนว่า ใครต้องทำอะไร เมื่อใด อย่างไร ที่ใด กับใครตลอดสายการเดินทางของคนไข้ (patient journey/pathway) โดยลำดับ และเห็นความต้องการข้อมูล/ความรู้ของแต่ละฝ่ายในทีมงานเพื่อที่จะแสดงบทบาทหน้าที่นั้นๆ ได้สมบูรณ์ นี่คือปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบในระบบงาน

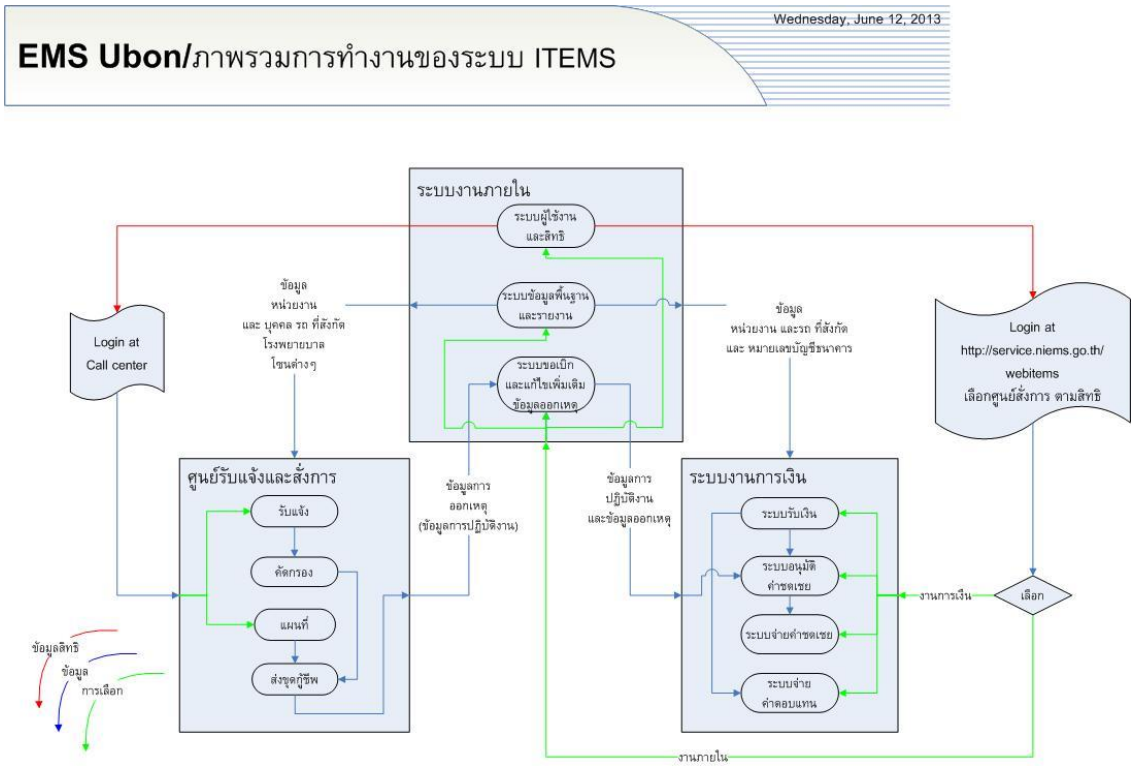
ขั้นที่ 3 วิเคราะห์ระบบงาน หลังจากออกแบบระบบงานโดยเน้นการบรรลุสิ่งคาดหวัง ในขั้นนี้การวิเคราะห์ระบบงานมุ่งหมายเพื่อคาดการณ์ว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ (ดูรูปที่ 12 และรูปที่ 13) อาจเป็นลักษณะบวกคือเสริมฤทธิ์กัน(เช่น เมื่อจำนวนพนักงานกู้ชีพผ่านการฝึกอบรมเพิ่มขึ้นปริมาณการออกเหตุเพิ่มตามมา) หรือลบคือหักล้างกัน (เช่น หน่วยบริการได้รับค่าชดเชยบริการล่าช้าอาจลดการเข้าถึงบริการนำส่งโรงพยาบาล หรือ การเข้าถึงบริการกู้ชีพที่ยังขาดความชำนาญอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จนทำให้ทีมพนักงานกู้ชีพ เสียขวัญกำลังใจ) เมื่อวิเคราะห์ได้รอบด้าน

ชัดเจนดีแล้วก็นำผลไปวางแผนการทำงานเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์เชิงบวกเชื่อมโยงไปสู่สิ่งที่คาดหวัง พร้อมทั้งมาตรการป้องกันผลกระทบไม่พึงประสงค์ (ดังตัวอย่างรูปที่ 14 และรูปที่ 15)

รูปที่ 14 ตัวอย่าง care map ระบบการรับแจ้งเหตุและสั่งการ จังหวัดอุบลราชธานี



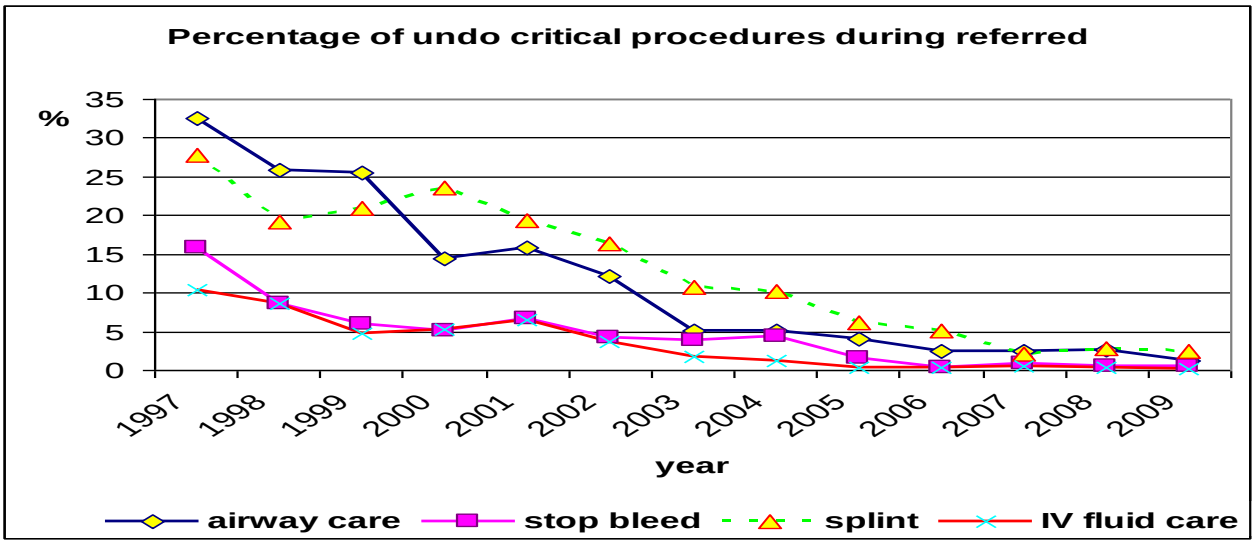
รูปที่ 15 ตัวอย่างการวิเคราะห์ระบบงานภายในศูนย์สื่อสารสั่งการ จังหวัดอุบลราชธานี



ขั้นที่ 4 ปรับแผน ต่อจากขั้นที่ 3 ให้ผู้นำหารือแผนที่วางไว้กับผู้มีส่วนได้เสียเพื่อช่วยกันปรับปรุงในรายละเอียด ขยายความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่าย และวางมาตรการขยายปฏิสัมพันธ์เชิงบวกและลดโอกาสเกิดปฏิสัมพันธ์เชิงลบให้ชัดเจนขึ้น แล้วทีมย่อยนำไปปรับแผนเป็นครั้งสุดท้ายก่อนนำสู่การปฏิบัติต่อไป

ขั้นที่ 5 นำสู่การปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่ทุกฝ่ายร่วมกันทำงานตามแผนที่วางไว้โดยมีการกำกับติดตามอย่างใกล้ชิด บทเรียนจากกรณีศึกษาพบว่า clinical tracers เป็นข้อมูลสำคัญในการกำกับติดตามเพื่อปรับแต่งการปฏิบัติในสถานการณ์จริง ผ่านการรวบรวมวิเคราะห์ clinical tracers แล้วนำมาหารือร่วมกันเป็นระยะ โดยในระยะแรกย่อมมีความถี่มากกว่าระยะที่เริ่มอยู่ตัวแล้ว จึงประเมินผลว่าเป็นไปตามที่คาดหวังเพียงใด ยังมีโอกาสพัฒนาในเรื่องอะไรอีก แล้ววนกลับไปสู่การหารือผู้มีส่วนได้เสียในขั้นที่ 4 เป็นวงจรเรื่อยไป ในระยะแรกของการให้บริการ clinical tracer ที่เป็นประโยชน์คือ วิธีการดูแลคนไข้ ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่งโรงพยาบาลให้เป็นไปตามมาตรฐาน (ตัวอย่างรูปที่ 16)

รูปที่ 16 ผลการติดตามวิธีการดูแลคนไข้ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น

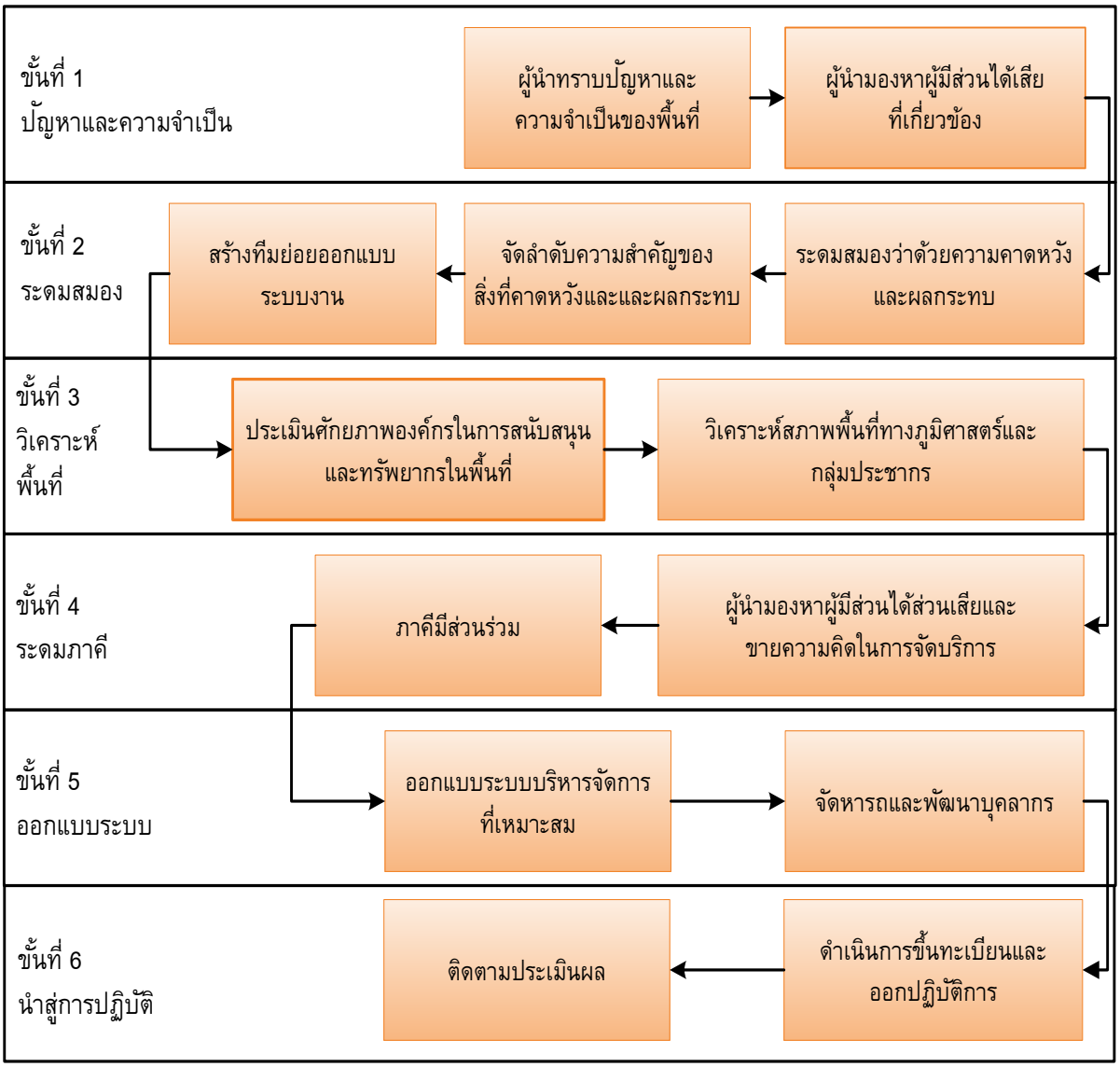


วิทยา ชาติบัญชาชัย รพศ ขอนแก่น 5 มีค 2556

- **ข้อเสนอแนวทางการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน**

เอกสารชิ้นนี้มุ่งหมายให้ผู้สนใจพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน ได้เข้าใจขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาระบบบริการชนิดนี้ จึงพยายามเสนอโดยกระชับ พร้อมภาคผนวกสำหรับการค้นคว้าเพิ่มเติมในรายละเอียด

รูปที่ 17 6 ขั้นตอนในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ



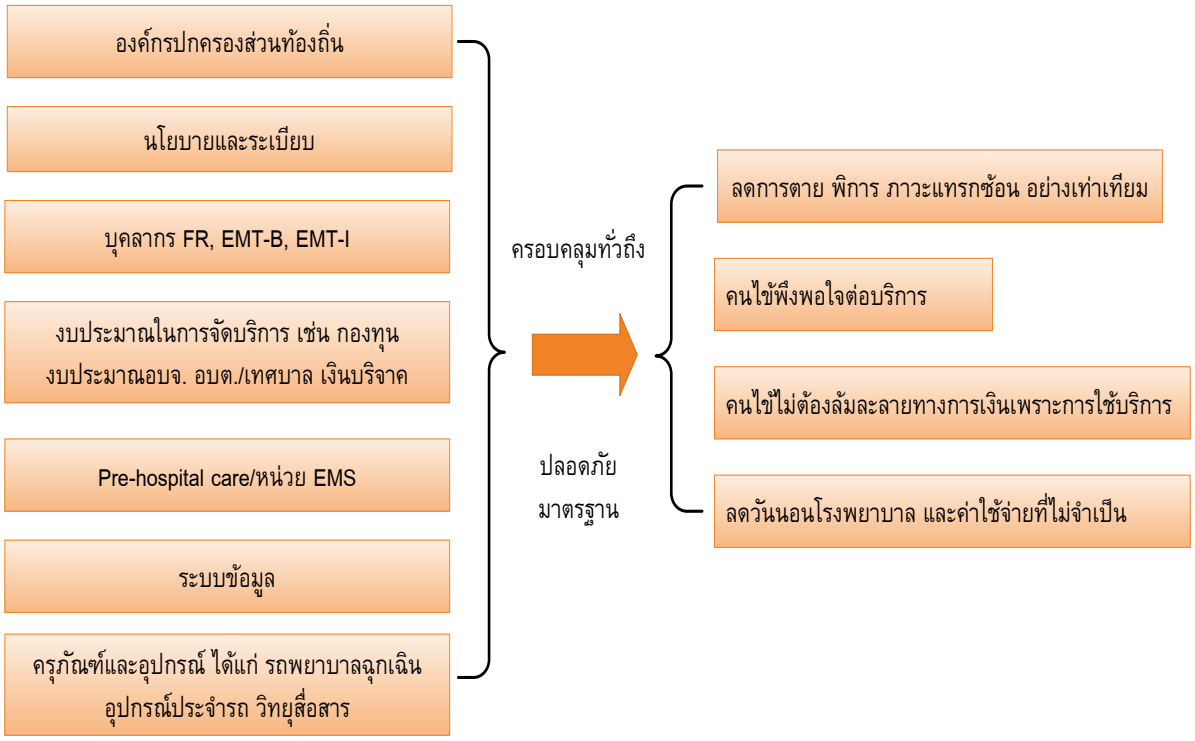
ในบทบาทนำ ผู้นำควรมองเห็น

- ความสำคัญของปัญหาและความจำเป็น หากผู้นำไม่เพิกเฉยต่อปัญหาและความจำเป็นในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่ การเข้าถึงบริการจะถูกนำมาวิเคราะห์และนำไปสู่การปรับปรุงเชิงระบบ
- การจัดการโครงสร้างแผนการทำงานรองรับการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินจะทำให้ปัญหางานฝาก งานไม่มีเจ้าของลดน้อยลง อีกทั้งช่วยลดปัญหาความไม่ต่อเนื่องของการดำเนินการเมื่อเกิดกรณีการถ่ายโอนอำนาจ
- ความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะด้านงบประมาณและกำลังคน
- ระบบสวัสดิการแก่ผู้ปฏิบัติงาน การออกหน่วยปฏิบัติการเป็นงานที่เสี่ยงต่อความปลอดภัยในชีวิต หากผู้นำเล็งเห็นปัญหาและช่วยเหลือสนับสนุนได้ย่อมเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การสร้างเสริมศักยภาพผู้ปฏิบัติงานก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการสร้างกำลังใจ และต่อยอดความรู้
- โอกาสในการทำงานเพื่อประชาชน องค์กรปกครองส่วนทั้งถิ่นไม่ว่าจะเป็น อบจ. เทศบาล หรือ อบต. ล้วนแล้วแต่ทำงานเพื่อมุ่งหวังให้ประชาชนได้รับประโยชน์ การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินถือเป็นอีกหนึ่งนโยบายที่ทำแล้วได้ใจประชาชน
- ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่าย การทำงานอย่างโดดเดี่ยวอาจก่อให้เกิดความสำเร็จได้ยาก การใช้ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน หรือตัวบุคคล โดยการพูดคุยตกลงเพื่อสร้างประโยชน์ร่วมกันโดยมุ่งหวังให้ประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด เช่น การร่วมเป็นกองทุนเพื่อจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หรือการร่วมสมทบจากภาคประชาชน ล้วนแล้วแต่เกิดจากการสร้างความเข้าใจและสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างกัน การดำเนินการต่างๆ ก็จะเป็นไปได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ การทำงานในรูปแบบเครือข่ายยังทำให้ได้รับการสนับสนุนทางวิชาการจาก “พี่เลี้ยง” ได้แก่ สสจ. โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลชุมชน

รูปที่ 18 โครงสร้างงานกู้ชีพ กู้ภัย ภายใต้ฝ่ายป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของเทศบาลนครรังสิต[1]

[1] โครงสร้างส่วนราชการสำนักปลัดเทศบาลนครรังสิต http://www.rangsit.org/staff.php?chkid=1

รูปที่ 19 องค์ประกอบในระบบบริการสุขภาพ กรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



ขั้นที่ 1 ปัญหาและความจำเป็น ปัญหาและความจำเป็นของการได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขโดยอาศัยภาวะผู้นำที่ไม่เพิกเฉยต่อความเดือดร้อนของประชาชน การที่ผู้นำมีแนวความคิดที่เปลี่ยนไปจากการมุ่งเน้นพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐาน มาเป็นการดูแลทุกข์สุขของประชาชนด้านอื่นๆ ทำให้การมองปัญหาของผู้นำท้องถิ่นกว้างขึ้น

ขั้นที่ 2 ระดมสมอง การจัดให้มีเวทีประชาคมหมู่บ้าน การรับฟังความคิดเห็นจากผู้นำชุมชน จะทำให้ได้มาซึ่งแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเอง และนำไปสู่การมอบหมายงานแก่บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถที่เหมาะสม

ขั้นที่ 3 วิเคราะห์พื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับมีศักยภาพในการสนับสนุนการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน การประเมินศักยภาพการสนับสนุนและทรัพยากรที่มีจะทำให้รู้จุดเด่น-จุดด้อยของตนเอง นอกจากนี้การวิเคราะห์ลักษณะของพื้นที่จะทำให้เกิดการบริหารจัดการที่เป็นระบบ เช่น ในบางพื้นที่สามารถจัดทำแผนชี้เป้าบ้านผู้รับบริการได้ ซึ่งเกิดจากความเข้าใจในบริบทของพื้นที่เป็นอย่างดี

ขั้นที่ 4 ระดมภาคี องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นโครงสร้างที่คอยเชื่อมโยงประสานระหว่างภาครัฐที่อยู่ส่วนกลางและภาคประชาชน และยังทำงานร่วมกับเครือข่ายต่างๆ เช่น โรงพยาบาล โรงเรียน บริษัทเอกชน เป็นต้น อบจ. บางจังหวัดสนับสนุนรถฉุกเฉินแก่เทศบาล และ อบต. ด้วยที่มีงบประมาณเอื้อต่อการสนับสนุน หรือการรวมตัวของภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นกองทุนบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ก็เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่มีการดำเนินการ

ขั้นที่ 5 ออกแบบระบบ การวางระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เป็นสิ่งที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกที่พึงกระทำได้ ในบางท้องถิ่นมีการจัดหน่วยบริการไว้หนึ่งหน่วยแต่สามารถให้บริการครอบคลุมพื้นที่ท้องถิ่นใกล้เคียงได้ นอกเหนือจากการออกแบบระบบยังครอบคลุมไปถึงการจัดหารถฉุกเฉินและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้วย ซึ่งท้องถิ่นที่จัดบริการต้องส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการอบรมเพื่อให้มีศักภาพเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด

ขั้นที่ 6 นำสู่การปฏิบัติ การที่หน่วยปฏิบัติการจะออกปฏิบัติการได้นั้น บุคลากรประจำหน่วยปฏิบัติการจำเป็นต้องได้รับการขึ้นทะเบียนจาก สสจ. รถฉุกเฉินต้องเป็นไปตามมาตรฐานที่ สพฉ. กำหนด การเปิดใจยอมรับคำแนะนำ และ Feedback จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเมื่อมีการนำส่งผู้ป่วยและเกิดการปฏิบัติหรือดูแลผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม จะนำมาซึ่งการพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา และประชาชนก็จะได้รับประโยชน์จากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ EMS

2.3 เครือข่ายบริการระดับอำเภอ และบทเรียนที่เกี่ยวข้อง

- **จุดเด่นที่ค้นพบ**

ความสำเร็จในการพัฒนาเครือข่ายบริการระดับอำเภอ ปรากฏในหลายรูปแบบ ทางเหนืออำเภอแจ้ห่ม จังหวัดลำปาง 1 ปีหลังจากโรงพยาบาลแจ้ห่มร่วมมือกับโรงพยาบาลศูนย์ลำปาง คนไข้หัวใจขาดเลือดชนิด ST elevation จำนวนหนึ่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด ณ โรงพยาบาลแจ้ห่ม แทนที่จะต้องเดินทาง 55 ก.ม. เพื่อไปรับยานี้ ที่โรงพยาบาลลำปาง อัตราตายต่อแสนในคนไข้กลุ่มนี้จึงลดลงจากเฉลี่ย 19.4 คน เหลือ 16.8 คน ในระหว่างปี พ.ศ. 2554-2555 ความสัมพันธ์ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กับโรงพยาบาลแจ้ห่ม ปรากฏชัดเจนในลักษณะเครือข่ายส่งต่อคนไข้ฉุกเฉิน แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่าง อปท. กับโรงพยาบาลแจ้ห่ม คล้ายคลึงกับ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลวารินชำราบยังอยู่ในระยะยกระดับขีดความสามารถบริการฯ ในโรงพยาบาลก่อนที่จะขยายไปภายนอก

ในอีกมุมหนึ่ง อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลซำสูงสามารถระดมความร่วมมือจากนายอำเภอ เทศบาล อบต. ทุกแห่ง พัฒนาเครือข่ายบริการ อบต. ที่ยังไม่พร้อมจัดหารถกู้ชีพให้เงินอุดหนุนค่าน้ำมันแก่รถกู้ชีพของโรงพยาบาลแทน สร้างนวตกรรมการค้นหาจุดเกิดเหตุอย่างรวดเร็วแม่นยำเพื่อให้การเข้าถึงและนำส่งคนไข้รวดเร็วแม่นยำ พยายามพัฒนาการสื่อสารข้อมูลคลินิกระหว่างการนำส่งคนไข้ไปโรงพยาบาลศูนย์เพื่อให้การตัดสินใจดูแลคนไข้ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วทำนองเดียวกัน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี โรงพยาบาลเป็นแหล่งสนับสนุนวิชาการแก่หน่วยกู้ชีพอบต./เทศบาล ในรูปการฝึกอบรมพนักงานกู้ชีพ EMS rally ซ้อมอุบัติภัยหมู่ และ EMS สัญจร(ประชุมทบทวนการทำงานร่วมกันรายเดือน) ความสัมพันธ์ลักษณะนี้ ก็ปรากฏในจังหวัดปทุมธานี โดยการผลักดันของ สสจ. ให้โรงพยาบาลชุมชนเป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการให้หน่วยกู้ชีพ อปท. และมูลนิธิ

เมื่อมองผ่านเลนส์องค์ประกอบระบบบริการสุขภาพขององค์การอนามัยโลก พบว่า

○ ภาวะผู้นำและรูปแบบบริการ

การพัฒนาเครือข่ายบริการระดับอำเภอ อาจจำแนกเป็น 2 ประเภท คือ บริการของโรงพยาบาลชุมชน (ห้องฉุกเฉินและหน่วยกู้ชีพ) กับ บริการกู้ชีพของอปท.และมูลนิธิ

ประเภทแรก ภาวะผู้นำมาจากโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงเรียนแพทย์ โดยเนื้องานเป็นลักษณะบริการเฉพาะกลุ่มโรคเช่น stroke stemi trauma ระดับขีดความสามารถที่พัฒนาขึ้นส่วนใหญ่อยู่ในขั้นการส่งต่อ เริ่มมีแนวโน้มเข้าหาขีดความสามารถให้บริการเฉพาะ เช่น การให้ยาละลายลิ่มเลือด กรณีโรงพยาบาลแจ้ห่ม เป็นต้น กรณีที่ต่างออกไปและปรากฏเป็นส่วนน้อยกว่า คือ สสจ. เป็นผู้นำ เช่น ตัวอย่างจังหวัดปทุมธานี สสจ. ประสานระดมทีมแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลทั่วไปให้การนิเทศงานห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน อีกกรณีคือการภาวะนำของแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินในโรงพยาบาลวาริน-ชำราบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ประเภทสอง ภาวะผู้นำมาจากโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ โรงพยาบาลซำสูง โดยเนื้องานเป็นลักษณะการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพหรือระดมการสนับสนุนการดำเนินงานหน่วยกู้ชีพจาก อปท. โรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดปทุมธานี มีการดำเนินงานการให้การสนับสนุนวิชาการแก่หน่วยกู้ชีพ อปท./มูลนิธิ ปรากฏตัวอย่างรายเดียวว่า เทศบาลรังสิตแสดงภาวะผู้นำในการตรวจสอบความพร้อมรถกู้ชีพของทุกสังกัดที่มีการปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยให้ตรวจรถทุกคันในครั้งเดียวกัน แทนการทะยอยตรวจที่ละหน่วยปฏิบัติการ เพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีการโยกย้ายอุปกรณ์ระหว่างคัน

○ **การอภิบาลระบบ**

ในทุกกรณีศึกษาการอภิบาลระบบเป็นไปในลักษณะความสัมพันธ์แนวราบ และกลืนเป็นเนื้อเดียวกับการสนับสนุนทางวิชาการรูปแบบต่างๆ

○ **ระบบสารสนเทศและการสื่อสาร**

ตัวอย่างที่โดดเด่นมากคือ การสร้างนวตกรรมแผนที่ชี้เป้า ในอำเภอซำสูง เพราะเป็นไปด้วยการประยุกต์ใช้โปรแกรม powerpoint ผสมผสานกับความร่วมมือของ อสม. ในการสำรวจพื้นที่ป้อนข้อมูลเข้า สะท้อนการพึ่งตนเองในระดับสูง ถัดมาคือ การติดตั้งระบบสื่อสารแบบ real time ในการให้บริการ Stemi fast track ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์ ในจังหวัดลำปางและอุบลราชธานี ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงเรียนแพทย์ ในจังหวัดสงขลา ประการสุดท้ายคือ การใช้เทคโนโลยีพิกัดภูมิศาสตร์ระบุจุดเสี่ยงบนถนน ในอำเภอแจ้ห่ม จังหวัดลำปาง ทุกอำเภอ ในจังหวัดอุบลราชธานี

○ **กำลังคน**

การพัฒนาต่อยอดบุคลากรที่มีอยู่จำกัด แทนการผลิตแยกเป็นการเฉพาะเพื่อแก้ปัญหาความขาดแคลนกำลังคนเป็นจุดเด่นอย่างหนึ่ง ที่พบในหลายอำเภอ ได้แก่ อำเภอตระการพืชผล และอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี (พยาบาล mobile ICU, ปฏิบัติการกู้ชีพในโรงพยาบาล, triage) อำเภอแจ้ห่ม จังหวัดลำปาง (ความรู้ทักษะในการให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด) ตลอดจนกิจกรรมอื่น ๆ ในการพัฒนาพนักงานกู้ชีพดังกล่าวตอนต้นของหัวข้อนี้

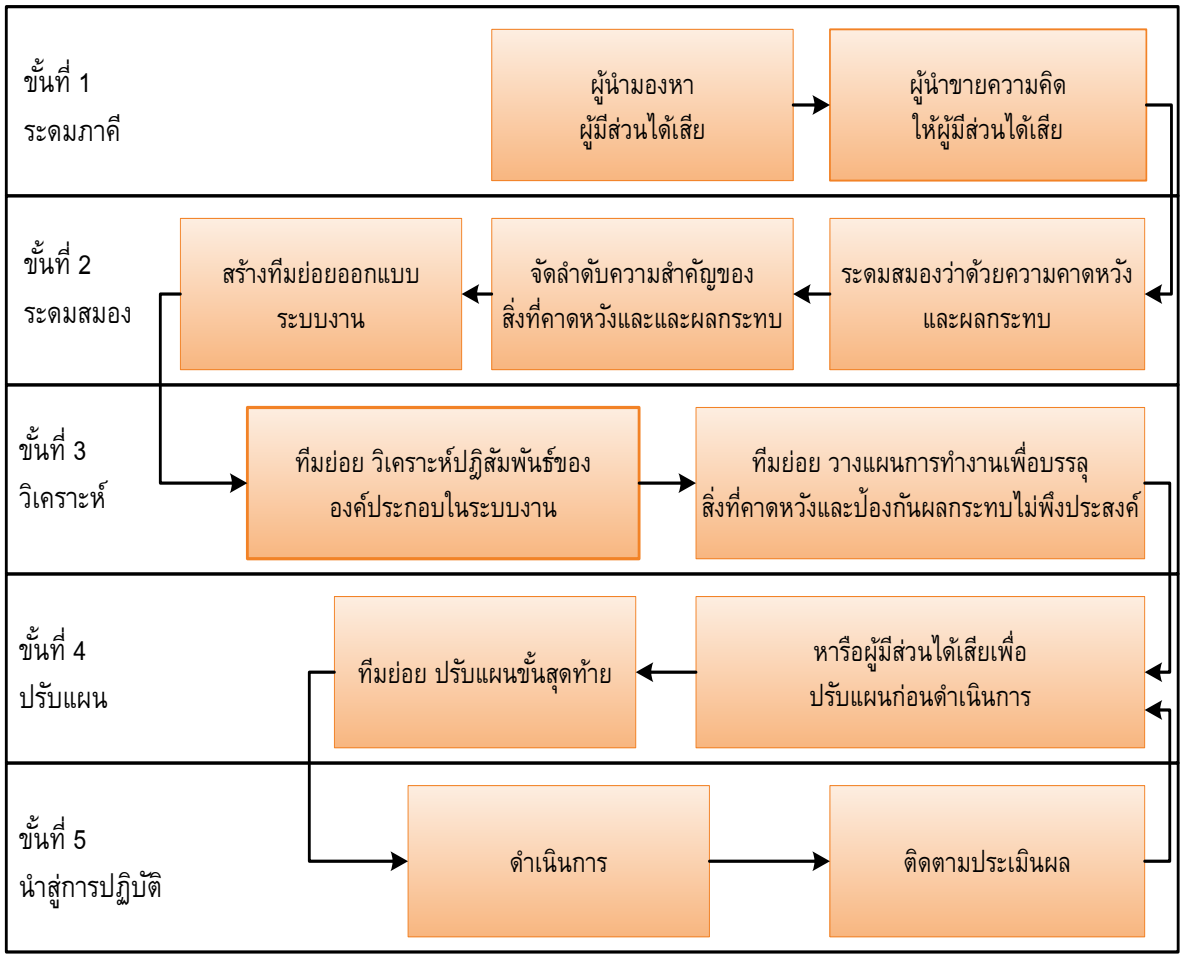
○ **การวิจัยและพัฒนา**

การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ต่อคนไข้ภาวะหัวใจขาดเลือด STEMI ในอำเภอแจ้ห่ม จังหวัดลำปาง เป็นตัวอย่างที่โดดเด่นที่สุด และสะท้อนความสามารถทางวิชาการของโรงพยาบาลศูนย์ ผู้ให้การสนับสนุนการยกระดับบริการชนิดนี้ในระดับอำเภอ

- **ข้อเสนอแนวทางการทำงานของเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับอำเภอ**

เอกสารชิ้นนี้มุ่งหมายให้ผู้สนใจพัฒนาเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับอำเภอ ได้เข้าใจขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาระบบบริการชนิดนี้ จึงพยายามเสนอโดยกระชับ พร้อมภาคผนวกสำหรับการค้นคว้าเพิ่มเติมในรายละเอียด

รูปที่ 10 5 ขั้นตอนในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ



ผู้นำเห็น.

1. ความจำเป็นในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชาชนในพื้นที่ ซึ่งเป็นโอกาสในการสร้างคะแนนนิยมทางการเมืองโดยเฉพาะสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. ความเป็นไปได้ในการระดมและใช้ทรัพยากรภายในและภายนอกหน่วยงานในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แหล่งทรัพยากรได้แก่ (ก) เงิน (งบประมาณของ อปท. เงินสนับสนุนจาก

สพฉ. กองทุนสุขภาพตำบล เป็นต้น) (ข) ความรู้ (วิทยากรจากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เป็นต้น) (ค) พัสดุ (วัสดุการแพทย์จาก โรงพยาบาลชุมชน หรือ โรงพยาบาลจังหวัด) (ง) บุคลากร ใน รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย หรือมูลนิธิ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่าย (รูปที่ 21) เป็นโอกาสในการระดมทรัพยากร และวางแผนร่วมกันในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งมีความเป็นไปได้มากกว่าหนึ่งรูปแบบ เช่น อปท. จัดตั้งและดำเนินการเอง ร่วมทุนระหว่าง อปท. ซื้อบริการจาก อปท.อื่น ซื้อบริการจาก รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเอกชน หรือมูลนิธิ
4. ขีดความสามารถของบุคลากรในองค์กรที่จะมอบหมายให้เป็นแม่งาน (focal point)
5. ผู้นำระดับอำเภอ เป็นไปได้หลายลักษณะ เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน หัวหน้างานการแพทย์ฉุกเฉินของโรงพยาบาลชุมชน (เป็นแพทย์หรือไม่ใช่แพทย์ก็ได้) หัวหน้าหน่วยกู้ชีพของโรงพยาบาลชุมชนหรือบุคคลที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนมอบหมาย หรือผสมผสานบุคคลหลายฝ่ายโดยมีบทบาทนำแตกต่างกัน

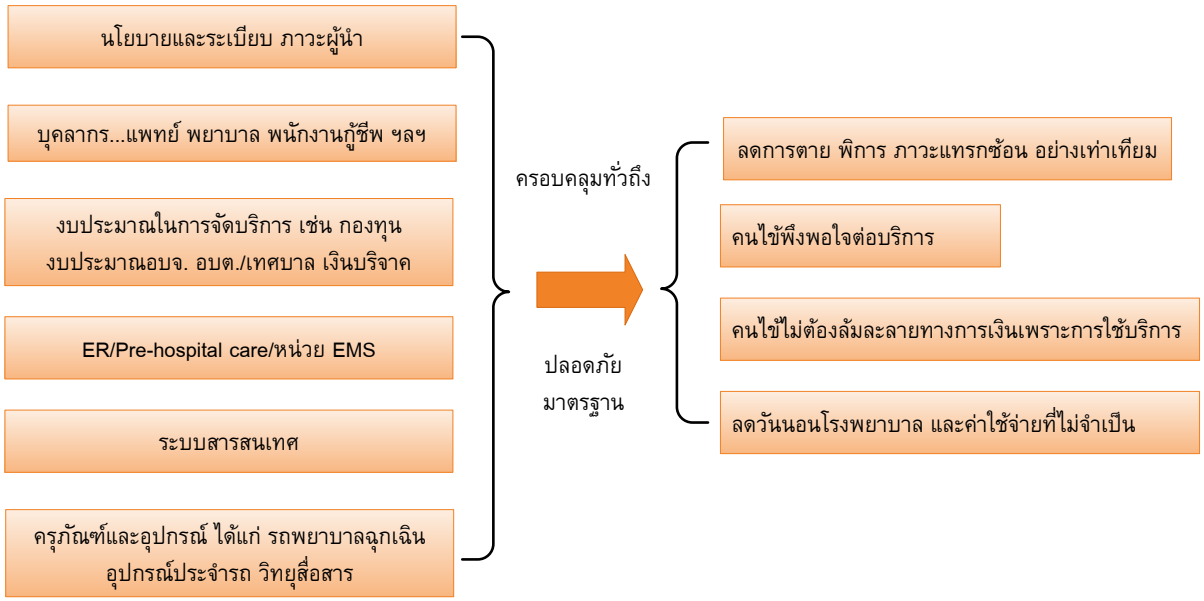
ขั้นตอนดำเนินงาน

ขั้นที่ 1 ระดมภาคี ประกอบด้วยการมองหาผู้มีส่วนได้เสียโดยผ่านการวิเคราะห์จุดเด่นและข้อจำกัดของแต่ละภาคีรวมทั้งองค์กรของตนเอง

- ถ้าพิจารณาตามศักยภาพด้านความรู้ เงิน บุคลากร และเทคโนโลยี โรงพยาบาลชุมชนคือองค์กรที่มีความพร้อมมากที่สุดในระดับอำเภอ สำหรับการแสดงบทบาทผู้นำการระดมภาคี โดยภาคีในแนวราบคือ อบต./เทศบาล หน่วยงานในอำเภอ ตลอดจนภาคธุรกิจและ รพ.สต. มูลนิธิ ในแนวดิ่ง คือ อบจ. สสจ. โรงพยาบาลจังหวัดและภาคธุรกิจ กรณีศึกษาอำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น บ่งชี้ว่า แม้แต่โรงพยาบาลซำสูง ซึ่งมีหนี้หลายล้านบาทต่อเนื่องมาหลายปี ยังสามารถระดมภาคีแนวราบในอำเภอให้จัดตั้งหน่วยกู้ชีพได้ครบทุกตำบลในอำเภอที่ยากจนที่สุดแห่งหนึ่ง (รายได้ของเทศบาลซำสูง (23 ล้านบาท พ.ศ. 2554) อำเภอซำสูง เป็นเพียงร้อยละ 60 ของรายได้ปี 2554 ของเทศบาลตำบลสำราญ อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น)
- การขายความคิดอาจทำได้มากกว่าหนึ่งรูปแบบ ในอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น เริ่มจากการปรับปรุงบริการนำส่งผู้บาดเจ็บจากโรงพยาบาลชุมชนจนเห็นผล แล้วขยายเป็นการปรับปรุงบริการกู้ชีพของโรงพยาบาลขอนแก่น ก่อนที่จะขยายเครือข่ายบริการหน่วยกู้ชีพครอบคลุมอำเภอเมือง ทำนองเดียวกัน กรณีศึกษาอำเภอซำสูง ตั้งต้นจากการทดลองให้บริการกู้ชีพในตำบลซำสูงโดยงบประมาณและทรัพยากรของโรงพยาบาลซำสูงอันจำกัดจนปรากฏผลงานแล้วค่อยเดินสายขายต้นแบบให้ อบต./เทศบาล กรณีศึกษาอำเภอวารินชำราบ แพทย์เวชศาสตร์

ฉุกเฉินที่เพิ่งเริ่มงานที่โรงพยาบาลวารินชำราบ ตั้งต้นการพัฒนาบริการการแพทย์ฉุกเฉินในขอบเขตของโรงพยาบาลก่อน โดยฝึกอบรมการกู้ชีพมาตรฐานต่อยอดให้บุคลากรในโรงพยาบาล การพัฒนาแบบฟอร์มสั่งการรักษาและบันทึกการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน จัดกิจกรรมหารายได้ซื้อเครื่องมือแพทย์ด้วยการจัดโชว์กายกรรม เป็นต้น สำหรับจังหวัดอุบลราชธานี บริการกู้ชีพระดับตำบลตั้งต้นจากการชักชวนของ อบจ. โดยความร่วมมือและริเริ่มของ สสจ. ภายใต้เงื่อนไขการสนับสนุนรถกู้ชีพจัดหาโดย อบจ. คล้ายคลึงกับกรณีจังหวัดสงขลาและจังหวัดหนองบัวลำภู

รูปที่ 21 องค์ประกอบในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (prehospital care) กรณีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



ขั้นที่ 2 ระดมสมอง ประกอบด้วย 3 ขั้นย่อยได้แก่ การประเมินความคาดหวังและความห่วงใยเกี่ยวกับผลกระทบต่อองค์กรแต่ละฝ่าย การจัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่คาดหวัง และการสร้างทีมย่อยเพื่อออกแบบระบบงาน โดยมีข้อพิจารณาในแต่ละขั้นย่อยดังนี้

- การประเมินความคาดหวังและความห่วงใยเกี่ยวกับผลกระทบต่อองค์กรแต่ละฝ่าย ด้วยพันธกิจ เป้าหมาย และประวัติศาสตร์การพัฒนาองค์กรแตกต่างกัน แต่ละฝ่ายจึงอาจมีความคาดหวังต่อเรื่องเดียวกันต่างกัน มีความกังวลต่อผลกระทบต่อองค์กรต่างกัน การระดมสมองจะช่วยให้ความต่างลดลง มีจุดร่วมที่ชัดเจนในด้านความคาดหวังและความห่วงใย
- เมื่อมีจุดร่วมดังกล่าว ก็น่าจะพร้อมกันจัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่คาดหวังตรงกัน เช่น คุณภาพบริการห้องฉุกเฉิน กระบวนการและระบบงานห้องฉุกเฉิน ความครอบคลุมของบริการกู้ชีพ กลุ่มเป้าหมายที่จะให้บริการ (ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ) ปริมาณผลงาน การจัดลำดับความสำคัญอาจคำนึงถึงกรอบเวลาที่จะบรรลุความคาดหวังโดยอาจแบ่งเป็นระยะ 1 ปี

3 ปี 5 ปี เป็นต้น โปรดสังเกตว่า แต่ละกรณีศึกษาที่กล่าวในขั้นที่ 1 ล้วนมีประเด็นเริ่มต้นต่างกัน บ่งชี้ว่า ไม่มีสูตรสำเร็จว่าควรจะเริ่มจากมิติใดของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- สุดท้ายในขั้นที่ 2 คือ มอบหมายทีมย่อยที่อาจมาจากแต่ละฝ่ายให้ออกแบบรายละเอียดระบบงาน ในทางปฏิบัติทีมย่อยในที่นี้อาจมีเพียงบุคคลเดียวก็ได้ ดังเช่น กรณีโรงพยาบาลซำสูง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมอบหมายให้หัวหน้าพนักงานกู้ชีพของโรงพยาบาลเป็นผู้ออกแบบ เพราะมีความเข้าใจเนื้องานและความกระตือรือร้นมากที่สุด กรณี โรงพยาบาลตระการพืชผล (จังหวัดอุบลราชธานี) และ โรงพยาบาลนากลาง (จังหวัดหนองบัวลำภู) หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉินและทีมงานรับมอบหมายในส่วนนี้

ขั้นที่ 3 วิเคราะห์ระบบงาน ในขั้นนี้ทีมย่อยที่ได้รับมอบหมายควรวิเคราะห์ปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบในระบบงาน

- สำหรับบริการห้องฉุกเฉิน ควรให้ความสนใจกับขีดความสามารถของทีมงานทุกฝ่ายที่ร่วมกันดูแลคนไข้ฉุกเฉิน เช่น triage, CPR, มาตรฐานการดูแลขณะส่งต่อ เป็นต้น อีกประเด็นคือ ระบบสารสนเทศติดตาม clinical tracers และกระบวนการเรียนรู้ภายในทีมห้องฉุกเฉินและฝ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง สองประการนี้เป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทีมสหวิชาชีพ (แพทย์เฉพาะทาง พยาบาลและบุคลากรศูนย์สั่งการ) โรงพยาบาลปทุมธานีนิเทศงานห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน เป็นตัวอย่างการสร้างปฏิสัมพันธ์ ระหว่างหน่วยบริการต่างระดับในทางบวกนำไปสู่ความเข้าใจและความร่วมมือดูแลคนไข้ฉุกเฉินและปรับระบบบริการให้ดีขึ้น
- ในส่วนบริการกู้ชีพ ตัวแปรสำคัญจากกรณีศึกษาคือ ความเห็นของ สตง. ในพื้นที่เกี่ยวกับระเบียบการเงินการคลัง ที่ปรากฏว่า อปท. หลายแห่งเข้าใจว่าเป็นอุปสรรคหลังจากดำเนินการบริการกู้ชีพไปแล้ว การพิจารณาความเห็นของสตง.ควรเป็นไปในลักษณะหารือโดยใช้เอกสารระเบียบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณามากกว่าฟังความข้างเดียว อบจ.อุบลราชธานีเป็นตัวอย่างที่ดีในการใช้ความเชี่ยวชาญของอดีตปลัด อบจ. คุณสุรชัย ยิ้มเกิด เป็นแหล่งความรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบการเงินและบุคคลของ อบจ. ทำให้การตัดสินใจและดำเนินการราบรื่นมาจนปัจจุบัน (8 ปี) ในระดับตำบลเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี เป็นอีกตัวอย่างที่จัดการความเสี่ยงทางการเงินได้ดี (ดูรูปที่ 22 การจัดโครงสร้างองค์กรของเทศบาลรังสิต โดยรวมงานกู้ชีพกู้ภัยไว้ด้วยกันในฝ่ายป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย) อีกประเด็นที่อ่อนไหวคือ พื้นที่บริการทับซ้อนระหว่างหน่วยกู้ชีพของ อปท. กับมูลนิธิ ถ้าได้หารือและตกลงล่วงหน้าก่อนจัดตั้งหน่วยกู้ชีพอปท. ซึ่งมักเกิดภายหลังบริการกู้ชีพมูลนิธิ โอกาสทับซ้อนก็จะลดลง หรือ อปท. อาจพิจารณาการร่วมทุนหรือซื้อบริการของมูลนิธิแทนการให้บริการเอง จุดอ่อนของหลายมูลนิธิอันเป็นอุปสรรคในการดำเนินการคือ การสะสมความรู้และทักษะอย่างต่อเนื่องของพนักงานกู้ชีพและการแยกแยะบทบาทให้ชัดเจนระหว่างอาสาสมัครกับพนักงานกู้ชีพ หลังจากทีมย่อย

พิจารณาประเด็นสำคัญเกี่ยวกับความคาดหวังและผลกระทบไม่พึงประสงค์แล้วก็ยกร่างแผนในรายละเอียดสำหรับแต่ละองค์ประกอบในรูปที่ 2

ขั้นที่ 4 ปรับแผน เมื่อยกร่างแผนในขั้นที่ 3 พร้อมแล้วก็หารือผู้มีส่วนได้เสียทั้งหมดเพื่อร่วมกันพิจารณาปรับแผน โดยทีมย่อยรับไปดำเนินการปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของที่ประชุมผู้มีส่วนได้เสีย

ขั้นที่ 5 เป็นการนำแผนสู่การปฏิบัติ ประเด็นที่พึงให้ความสำคัญคือ การกำกับติดตามกระบวนการและผลงานว่าเป็นไปตามที่วางแผนไว้หรือไม่ มีความคลาดเคลื่อนอะไร มาจากเหตุอะไร การประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอโดยคำนึงถึงข้อเท็จจริงที่กลั่นกรองอย่างรอบคอบเป็นกระบวนการสำคัญในการกำกับติดตาม อุปสรรคที่มักพบบ่อยครั้งคือความเข้าใจแผนยังไม่ตรงกัน การประชุมดังกล่าวมักจะช่วยคลี่คลายประเด็นนี้ได้ดี เมื่อแผนเดินไปตามกระบวนการที่กำหนด ก็จะนำไปสู่ผลงานและผลลัพธ์ ซึ่งพึงร่วมกันหาข้อสรุปเป็นระยะแล้วนำไปหารือกับผู้มีส่วนได้เสีย จังหวัดกรณีศึกษานิยมการประชุม EMS day, dead/interesting case conferences เป็นเครื่องมือในการปรับแผน นอกจากนี้ โรงพยาบาลซำสูงยังอาศัยการสำรวจความเห็นและการรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับบริการกู้ชีพเพื่อปรับแผนเสริมจากข้อมูลในระบบสารสนเทศ การปรับเล็ก หรือปรับใหญ่ ขึ้นกับข้อค้นพบจากการนำแผนสู่การปฏิบัติเทียบเคียงกับแผนที่วางไว้ และโอกาสใหม่หรือภาวะคุกคามใหม่ที่เกิดขึ้น การยุติบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลบางแห่งในจังหวัดปทุมธานีเป็นตัวอย่างของการปรับใหญ่เพราะเข้าใจว่าการใช้งบประมาณผิดระเบียบจนเกิดความเสี่ยงทางการเงินมากเกินกว่าจะรับได้ ในทางตรงกันข้าม การขยายบริการของเทศบาลรังสิตเข้าชดเชยการยุติบริการนั้นก็เป็นการปรับใหญ่เพราะเห็นเป็นโอกาส โรงพยาบาลซำสูงออกแบบระบบค้นหาจุดเกิดเหตุ/ครัวเรือนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินเพื่อให้หน่วยกู้ชีพตำบลเข้าถึงได้สะดวกรวดเร็วเป็นตัวอย่างการปรับเล็กแต่ส่งผลยาวไกลโดยไม่ต้องรอการสนับสนุนจากส่วนกลาง

รูปที่ 22 โครงสร้างงานกู้ชีพ กู้ภัย ภายใต้ฝ่ายป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยของเทศบาลนครรังสิต[1]

[1] โครงสร้างส่วนราชการสำนักปลัดเทศบาลนครรังสิต http://www.rangsit.org/staff.php?chkid=1

รายการเอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf

[2] http://www.thaiheart.org/บทความสาระที่น่าสนใจ/guideline.html

[3] http://www.thaineuroinfo.com/th/?p=2568

[4] http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/services/guidelines_traumacare/en/index.html

[5] http://www.jica.go.jp/english/evaluation/project/term/as/2004/tha_02.html

[6] ธานินทร์ โลเกศกระวี และคณะ Referral System : High Reliability Organization. การประชุม 14th HA National Forum 12-15 มีนาคม 2556 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี กทม.

[7] คณะกรรมการโรคหลอดเลือดหัวใจ จ.ลำปาง โครงการ Patient Safety by Telemedicine. การประชุม 14th HA National Forum 12-15 มีนาคม 2556 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี กทม.

[8] ธานินทร์ โลเกศกระวี และคณะ การประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน จังหวัดลำปาง ลำปางเวชสาร ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม 2555

[9] ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น http://www.ebooks.in.th/traumacenterkkh/

[10] Trauma and critical care center. http://www.traumacenterkkh.org/site/index.php?r=site/index

[11] Trauma and critical care center. 15 years anniversary. Trauma Registry 1997-2011. Khon Kaen Regional Hospital. May 2012.

[12] Supian Pokathip. Role of manager STEMI. Jan 31, 2013 CCU1 Sappasittiprasong Hospital, Ubon Ratchatani.

[13] Lincoln Chen MD,et al. Human resources for health: overcoming the crisis. The Lancet - 27 November 2004 (Vol. 364, Issue 9449, Pages 1984-1990)

[14] การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดปทุมธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี 2556

[15] ปิยะมิตร สมบูรณ์ EMS UBON SYSTEM THE SYSTEM MANAGEMENT ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพิมพ์ศิริธรรมออฟเซ็ต อำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี 2555

[16] แนวทางการดำเนินการพัฒนาเครือข่ายบริการกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูง และกลุ่มโรคที่มีปัญหาในพื้นที่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2554 http://www.nhso.go.th/downloadfile/fund/แนวทางการพัฒนาเครือข่ายบริการบาดเจ็บที่ศีรษะ.pdf

[17] การบริหารจัดการโรคที่เกี่ยวกับการอุดตันของหลอดเลือดสมอง(Stroke Fast Track) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ที่มีการยกขึ้นของคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST (Acute ST-

Elevated Myocardial Infection Fast Track) http://www.nhso.go.th/downloadfile/fund/แนวทางการบริหารจัดการโรคStroke_STEMI.pdf

[18] นายแพทย์วิทยา ชาติบัญชาชัย ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทยในวันนี้ ศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น มีค 2556

[19]Rogério Teixeira et al Acute myocardial infarction — Historical notes. International Journal of Cardiology. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2012.12.066

[20] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด ปี 2551 (Cardiac Center)

[21] ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ ชุดโครงการวิจัยการประเมินการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย(สวปก) ธันวาคม 2552

[22] สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ รายงานฉบับสมบูรณ์ ชุดโครงการประเมินผล โครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิชั้นสูง (Excellence Center) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า http://www.hisro.or.th/main/modules/research/attachservices/145/Full-text.pdf

[23] ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล และคณะ หนังสือ สถานการณ์ อุบัติเหตุ ทาง ถนน ของ ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553 มูลนิธิ ไทย โรดส์ และ ศูนย์วิจัย อุบัติเหตุ แห่ง ประเทศไทย สถาบัน เอ ไอที มกราคม 2554

[24] มูลนิธิไทยโรดส์ และเครือข่ายเฝ้าระวังสถานการณ์ความปลอดภัยทางถนน อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ใช้รถจักรยานยนต์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553 มิถุนายน 2554

[25] รายงานการประชุมคณะกรรมการประสานการพัฒนางานสาธารณสุข ๑๓ (จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ)
ครั้งที่ 5/2555 วันที่ 12 ธันวาคม 2555 เวลา 09.00 – 16.30 น. ณ ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

[26] (ร่าง) Service plan : HEART เครือข่าย STEMI เขตบริการที่ 10 สำเนาเอกสารอนุเคราะห์โดยรพ.สรรพสิทธิประสงค์

[27] คู่มือการจัดการการระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระดับเขต 7 พ.ศ. 2555

[28] Stephen M. Campbell, et al. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. N Engl J Med 2009; 361:368-378

[29] บันทึกความร่วมมือเพื่อดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด (อุบลราชธานี) ระหว่าง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานีและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 3 ตค 2551

[30] การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินตำบลท่าเยี่ยม สไลด์ประกอบการบรรยาย มีค 2556

[31] การพัฒนาด้านการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดพิจิตร 2556 ห้องประชุม สสจ พิจิตร

[32] Don de Savigny and Taghreed Adam (Eds). Systems thinking for health systems strengthening. Alliance for Health Policy
and Systems Research, WHO, 2009.

[33] มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ประเมินการปฏิบัติตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) Nov-2554 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/123456789/3413

[34] Srimahachota S, Kanjanavanit R, Boonyaratavej S, Boonsom W, Veerakul G, Tresukosol D. Demographic, management practices and in-hospital outcomes of Thai Acute Coronary Syndrome Registry (TACSR): the difference from the Western world. J Med Assoc Thai 2007; 90 (Suppl 1): 1-11.

[35] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เครือข่ายบริการดีเด่น 2554 สิงหาคม 2554 บริษัทสหพัฒนาการพิมพ์จำกัด กทม.

[36] ThaiRoads Foundation. Helmet use rate of motorcyclists in Thailand B.E. 2553. Bangkok. 2011.

[37] สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) คู่มือการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ SPA & Humanized Healthcare Part III สำหรับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี พ.ศ.2552

[38] สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ ๖๐ ปี พ.ศ. 2549

[39] Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M: Integrated care pathways. BMJ 1998, 316:133-137.

[40] World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies.
http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf

ภาคผนวก 1 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินรายจังหวัด

1.1 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดขอนแก่น

กลไก **ระดับพื้นที่**	**ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน (Excellence Center)** **โรงพยาบาลขอนแก่น (Stroke, STEMI และ Trauma) และ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ (Stroke และ STEMI)**
ผู้ให้สัมภาษณ์	แพทย์ประจำ Stroke Fast Track รพ.ขอนแก่น พยาบาลประจำ Stroke Fast Track รพ.ขอนแก่น หัวหน้าพยาบาลศูนย์โรคหัวใจ STEMI FAST TRACK รพ.ขอนแก่น ผู้อำนวยการศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด (Trauma center) รพ.ขอนแก่น ผู้อำนวยการศูนย์โรคหัวใจ รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้อำนวยการศูนย์หลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พัฒนาการของกลไก **Excellence center**	• เป็นที่ทราบกันดีว่า จังหวัดขอนแก่น เป็นต้นแบบของระบบการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย มีวิวัฒนาการมายาวนาน เริ่มต้นจากการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ ในปี 2532 โดยได้รับเงินสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลกและไจก้าอย่างต่อเนื่อง โดยมี นายแพทย์วิทยา ชาติบัญชาชัย ที่ฝังตัวทำงานสร้างทีม พัฒนาเครือข่าย จนกระทั่ง ปี 2537 มีการจัดตั้ง Trauma center พัฒนาจนมีโครงสร้างการทำงานของหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ใน รพ.ขอนแก่น และเชื่อมต่อระบบแบบไร้รอยต่อ (seamless) จนถึงระดับชุมชน และเชื่อมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างบูรณาการ ทั้งรูปแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ (เวที กินข้าว เล่าเรื่อง- มีผู้ว่าราชการจังหวัดนั่งหัวโต๊ะ มีหัวหน้าส่วนราชการในจังหวัดเข้าร่วมพูดคุย รพ.ขอนแก่นเป็นเจ้าภาพ) มีนวัตกรรมการพัฒนาสำคัญ ได้แก่ - ปี 2534-35 รณรงค์หมวกกันน็อค 100% ของจังหวัด - ปี 2537 ตั้ง ambulance station ใน รพ.ขอนแก่น และการทำ Trauma Center - ปี 2539 โครงการนำร่องผลิตเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น - ปี 2541 จัดสัมมนาระดับชาติ “อุบัติเหตุจราจร ครั้งที่ 1” แบ่ง Zoning ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน - ปี 2550 เสนออนุกรรมการ World Health Assembly Resolution พิจารณา/จัดทำมาตรฐาน “Trauma Care” เพื่อเป็นมาตรฐานให้สถานพยาบาลทุกแห่งปฏิบัติงานเช่นเดียวกัน - ปี 2552 เริ่มโครงการ Motor Way บริการ 3 กลุ่มโรค (Stroke, STEMI, Head Injury) ของเขตตรวจราชการที่ 12 - ปี 2552 พัฒนาระบบสารสนเทศเชื่อมต่อฐานข้อมูล ITEMS สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกับฐานข้อมูล E-claim ของบริษัทกลางผู้ประสบภัยจากรถ จะเห็นได้ว่าพัฒนาการเริ่มจากน้อย ช่วยกันทำงาน สร้างเครือข่าย สร้างระบบข้อมูล หาแหล่งทุนสนับสนุน ในขณะเดียวกัน ให้ความรู้ประชาชน • มีการจัดระบบข้อมูลเพื่อการพัฒนางานบนหลักการ “patient center” และ “clinical decision support” เป็นต้นแบบของการจัดทำ “Trauma registry” ให้กับจังหวัดอื่น ๆ และใช้เป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนานโยบายที่สำคัญ เช่น นโยบายหมวกกันน็อค ก็ได้แนวคิดจาก trauma registry

พัฒนาการของกลไก Excellence center	• มีการจัดกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และขยายไปในระดับประเทศ ได้แก่ EMS day, EMS rally, จัดประชุมวิชาการให้เครือข่ายได้เจอกัน ทั้งในระดับจังหวัด และระดับประเทศ ทำให้มีเวทีในแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ขยายวงไปยังจังหวัดอื่น ๆ อาจกล่าวได้ว่า รูปแบบของจังหวัดขอนแก่น เป็นแรงบันดาลใจของการก่อเกิด พ.ร.บ. การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พ.ศ. 2550 • การบูรณาการระบบ Fast Track ทุกระบบ รวมเป็น Motorway ซึ่งยังเน้นการให้บริการ มากกว่าการป้องกัน • ในส่วนการดำเนินงานศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellence center) จังหวัดขอนแก่น เป็นแม่ข่ายทั้งในด้านหลอดเลือดหัวใจ (STEMI Fast Track) และด้านหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) ซึ่งจะมีการดำเนินทั้งใน รพ.ขอนแก่น และ รพ.ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่งเริ่มดำเนินการในช่วงปี 2550 เป็นต้นมา จากที่มีนโยบายการพัฒนา และการสนับสนุนงบประมาณที่ชัดเจน จาก สปสช. • จุดเด่นของการพัฒนางานศูนย์ความเป็นเลิศของจังหวัดขอนแก่น คือ การสร้างทีม และขยายเครือข่ายในภาคอีสาน และจังหวัดอื่น ๆ ที่รู้จักกัน ส่วนใหญ่เป็นการขยายเครือข่ายด้วยความสัมพันธ์ส่วนตัวแบบพี่กับน้อง ครูกับศิษย์ ทำให้มีการขยายเครือข่ายได้อย่างรวดเร็ว ประกอบกับ ทางทีม รพ.ศรีนครินทร์ ให้การสนับสนุนทั้งองค์ความรู้ การพัฒนาบุคลากร และ back up ให้ทุกเรื่อง ทั้งการมี care map ที่ give more than expected, หากมีปัญหาทุกกรณี ส่งมาที่ รพ.ศรีนครินทร์ **“ไม่มีคำว่า เตียงเต็ม”** , เจรจาไกล่เกลี่ยให้ กรณีมีปัญหาข้อขัดแย้งกับญาติผู้ป่วย • การที่จะพัฒนาได้อย่างต่อเนื่องดังกล่าวนี้ เนื่องจากมี นพ.สมศักดิ์ เทียมเก่า (Stroke Fast Track) และ นพ.ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล (STEMI Fast Track) ของ รพ.ศรีนครินทร์ ที่มีความมุ่งมั่น เสียสละ อยู่ทำงานที่นี่อย่างต่อเนื่องยาวนาน ตั้งแต่จบคณะแพทยศาสตร์ ม.ขอนแก่น มีลูกศิษย์คณะแพทยศาสตร์ ขอนแก่น ที่ผ่านการฝึกงานด้านนี้ รู้จักกันดี เมื่อจบออกมาทำงานในระบบ ทั้งสองท่านจะมีการทำ mapping บุคลากร และทรัพยากร แล้วตามไปพูดคุย ให้การสนับสนุน ให้เปิดให้บริการ นอกจากนั้น เนื่องจากปริมาณแพทย์มีน้อย เมื่อเทียบกับปริมาณคนไข้ ดังนั้น จึงมีการพัฒนาพยาบาลให้อ่าน EKG ได้ พัฒนาให้พยาบาลเป็น case manager เพื่อให้มีการติดตาม ดูแลคนไข้ เป็นรายกรณี เพื่อลดความผิดพลาดจากการประสานงานและการดูแลตามมาตรฐาน care plan ที่กำหนดร่วมกันในทุกจุด นอกจากนี้ ยังมีการจัดระบบข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญได้แก่ Cardiac registry, ACS registry เพื่อรองรับการทำ Clinical audit • การสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. เป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ระบบพัฒนาไปได้ นอกจากสนับสนุนงบประมาณเพื่อการดำเนินงานแล้ว สปสช.ยังสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาเครือข่าย การประชุมวิชาการ การพัฒนาบุคลากร และงบประมาณเพื่อการวิจัยโดยเฉพาะในส่วนของโรงเรียนแพทย์ (แม้จะไม่มากนัก) • มีการวางระบบดูแลต่อเนื่อง จาก รพ.สต. จนถึง รพ.แม่ข่าย (ศรีนครินทร์) และอยู่ระหว่างการดำเนินงาน **“High Risk Fast Track”** โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละระดับบริการ โดยเน้นการ early detection ให้ รพช.เป็น node ในการให้ยาละลายลิ่มเลือด และแยกเตียงทำ Fast Track ซึ่งเริ่มดำเนินการในกลุ่ม DM early detection ทำการคัดกรอง และ mark up กลุ่มเสี่ยง • การทำงานให้ประสานสอดคล้อง รพ.เครือข่ายทุกแห่งจะมี standard order, standard flow เบอร์โทรติดต่อ คู่มือ และ รพ.ศรีนครินทร์ สนับสนุนการฝึกอบรม การนิเทศ ติดตามให้คำแนะนำ

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. ภาวะผู้นำ/ การอภิบาล	• กระบี่อยู่ที่ใจ ทำด้วยใจ ไม่มีแผนยุทธศาสตร์ แต่ทำทุกวิธีการ ขอให้มีองค์ความรู้ จริงใจในสิ่งที่ทำ พัฒนาทุกคนที่เกี่ยวข้อง หาทุนมาหล่อเลี้ยง ทำวิจัย กระตุ้นให้คนทำงาน ทุกคนมีงานวิจัย มีการประกวดผลงานวิจัย เป็นกำลังใจให้คนทำงาน เผยแพร่ผลงาน • Nothing is impossible ขอให้มีโจทย์ที่ชัด ทุกอย่างก็ทำได้ทั้งหมด • ศักยภาพเราคืออะไร ข้อจำกัดเราคืออะไร ต้องทำงานตามข้อจำกัดของเราได้ • คุณสมบัติของภาวะผู้นำ ประกอบด้วย มองการไกล เข้าใจ และจัดการภาพรวม สามารถสื่อสารได้ 360 องศา มุ่งมั่น ชนะผู้อื่นด้วยผลงานที่ยึดคนไข้เป็นศูนย์กลางและเสียสละ	• นโยบายที่ชัดเจนทั้งระดับนโยบายประเทศ นโยบาย รพ. • โครงสร้างการบริหารของรพ.กำหนดให้มีโครงสร้างการทำงานของศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด ทำให้มีบทบาทและหน้าที่ที่ชัดเจน • การออกแบบระบบและการพัฒนาระบบที่ต่อเนื่องยาวนาน มีผู้รับผิดชอบชัดเจนและต่อเนื่อง • Stroke ที่ รพ.ศรีนครินทร์ แรงจูงใจสำคัญคือ นพ.สมบัติ “พี่ทำเลย ง่ายมาก”	• การสืบทอดภาวะการนำโดย นพ.วิทยา ชาติบัญชาชัย ในกรณี รพ.ขอนแก่น ยังไม่มีความชัดเจนว่ากลไกและกระบวนการที่วางไว้เป็นคำตอบ
2. การเงินการคลัง	• ทรัพยากร – สามารถเริ่มต้นจากทรัพยากร และเครือข่ายเท่าที่มี (จากเล็กสู่ใหญ่) แล้วผลิตผลงานจนเป็นที่ประจักษ์ จะสามารถสร้างสภาวะแม่เหล็กดึงดูดการสนับสนุน (คน เงิน ของ) และขยายเครือข่ายได้ไม่ยาก เช่น เริ่มด้วย 4 เตียง ในมุมหนึ่งของหอผู้ป่วยอายุรกรรม หนึ่งเตียงในห้องไอซียูศัลยกรรม บริการ SFT และ STEMI FAST TRACK FT ในรพ.ศรีนครินทร์ ม.ขอนแก่น จนขยายเครือข่ายครอบคลุมภาคอีสานในปัจจุบัน จนอาจกล่าวได้ว่าในเขต 7สปสช. คนไข้หลอดเลือดสมองเกือบทุกราย ได้รับการประเมินด้วย CT Scan การให้ยาละลายลิ่มเลือด จาก รพช. มาขึ้นเรื่อย ๆ โดยมี รพ.ตติยภูมิ เป็น back up ให้ทุกเรื่อง	• ตั้งต้นทำงานด้วยความเชื่อว่าเงินเป็นเครื่องมือ งานดีย่อมจะได้เครื่องมือดีตามมา • ทำงานโดยอาศัยเงินจากหลายแหล่ง ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นในการทำงาน • การแบ่งปันบนฐานการมีส่วนร่วมเป็นแรงจูงใจที่ดี	• ในระยะยาว ยังมีความไม่แน่นอนว่าถ้าสปสช.ยุติการสนับสนุนดังเช่นที่ผ่านมา กลไกต่าง ๆ ยังสามารถทำงานได้เหมือนเดิม หรือ ดีกว่าเดิมอย่างยั่งยืน หรือไม่ • เมื่อคำนึงถึง ประสิทธิผลของ PCI ซึ่งดีกว่า streptokinase การใช้ PCI สำหรับคนไข้ STEMI ทุกรายจะมีความเป็นไปได้ทางการเงินและการจัดการ หรือไม่ อย่างไร

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	• อีกตัวอย่างหนึ่ง เมื่อ Trauma Registry ได้จัดตั้งขึ้นครั้งแรกที่ รพ.ขอนแก่น ในปี 2538 เป็นจุดกำเนิดของเรื่องราวเกือบ 30 ปี ภายใต้การสนับสนุนทางการเงินจากทั้งในประเทศและต่างประเทศ จนกระทั่งปัจจุบัน Trauma center ของ รพ.ขอนแก่นเป็นรูปแบบที่ดี มีชื่อเสียง เป็นแรงบันดาลใจให้เกิด พ.ร.บ.การแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ปี 2550		• อะไรคือรูปแบบการป้องกัน การเกิด STEMI ในกลุ่มเสี่ยงกับการกลับซ้ำของ STEMI ที่ได้ผลจริงในวงกว้าง
3. การให้บริการ			
3.1 Trauma center/Trauma Fast Track (นำเสนอที่ประชุมวิชาการเชียงใหม่)	**5 ช. 5 ส.** **5ช. = ชง ชัก ชื่น ช้อน เชค** • ชงข้อมูล (รวบรวม จัดเตรียมข้อมูลที่สำคัญเข้าสู่กระบวนการพิจารณา) • ชักชวน เชื่อม (เชิงรุก ออกไปค้นหา ชักชวน และเชื่อมภาคีคนทำงานที่เกี่ยวข้อง) • ชื่นชม เชียร์ และจุดชนวน (จุดประกาย แรงบันดาลใจให้คนทำงาน) • ช้อน แผนงานโครงการ มาตรการ ที่ภาคีเข้ามาร่วมผลักดัน • เช็ค มีระบบติดตามกำกับ และประเมินผล **5ส = สารสนเทศ สุดเสี่ยง สหวิชาชีพ สุดคุ้ม ส่วนร่วม**	• นโยบายชัดเจน โครงสร้างการทำงาน บุคลากร บทบาทหน้าที่ ผังการทำงาน ระบบข้อมูล ที่ชัดเจน (ทั้งบทบาทหน้าที่ในหน่วยบริการ และบทบาทหน้าที่ในการเป็นทีมทำงานในเครือข่ายระดับต่าง ๆ รพ. จนถึงระดับ นานาชาติ) • การออกแบบระบบที่ให้ trauma center อยู่ร่วมกันกับ ER, trauma ward, ICU และ Burn unit • มี Trauma and emergency committee • มี Trauma director • Committed mission, direction and master plan	• การขยายผลไปยังพื้นที่อื่นโดยอาศัยโครงสร้างสนับสนุน(back office)ในลักษณะเดียวกันกับของรพ.ขอนแก่น ยังต้องการความชัดเจนทางวิชาการว่า มีความเป็นไปได้และจำเป็นสักเพียงใด
3.2 การให้บริการ Stroke fast track	• ทำงานเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงตั้งแต่จุดเกิดเหตุถึงการรักษาเฉพาะ • ในระยะยาวเมื่อการรักษาเห็นผลเด่นชัดและครอบคลุม ควรขยายสู่การป้องกัน	• ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเครือข่ายแบบครู-ศิษย์ และ พี่-น้อง • เป้าหมายชัดเจนร่วมกัน	• อุปสรรคในการตั้งต้นบริการ stroke fast track คือ ความไม่ลงตัวในการแบ่งภาระในที่ซึ่งมีอายุรแพทย์และอายุรแพทย์สมอง และ/หรือ

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
		• แบ่งบทบาทหน้าที่ตามขีดความสามารถแต่ทำงานเชื่อมโยงกัน	ศัลยแพทย์สมอง ที่ให้เหตุผลว่าไม่พร้อมเพราะสมัยฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านไม่เคยมีบริการนี้
3.3 การให้บริการ STEMI FAST TRACK	• ทำงานเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงตั้งแต่จุดเกิดเหตุถึงการรักษาเฉพาะ • ในระยะยาวเมื่อการรักษาเห็นผลเด่นชัดและครอบคลุมควรขยายสู่การป้องกัน	• คนต้องมาก่อน (ต้องตั้งใจทำก่อน) • นโยบาย ผู้บริหารต้องสนับสนุน • องค์ความรู้ของทีมงาน ต้องชัดเจน ตรงกัน • ต้องมีเครือข่าย มีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่อง คุยกันได้ทุกช่องทาง (อีเมล์ โทรศัพท์ ฯลฯ) ทั้งเครือข่ายแบบเป็นทางการ และไม่เป็นทางการ • ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ต้องมีการแบ่งบทบาทของแต่ละหน่วยให้ชัดเจน มีระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	
4. กำลังคน	• ดรีมทีม ประกอบด้วย ความมุ่งมั่น การเรียนรู้ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (แบ่งปันความรู้ ประสบการณ์ เครดิต) อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ชนะใจผู้อื่นด้วยผลงานที่ยึดคนไข้เป็นศูนย์กลาง รับผิดชอบร่วมกัน • เครือข่าย ผลิตผลงานได้ ขยายได้ ด้วยกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ (แบ่งปันความรู้ ประสบการณ์ เครื่องมือ ทรัพยากร) เชื่อมโยงกันด้วยความสัมพันธ์ฉันท์พี่น้อง และครูกับศิษย์ (ทุนทางสังคมรองรับการสร้างเครือข่ายใหม่) เป็นตัวอย่างการจัดการเครือข่าย • มีการทำ standard protocol ช่วยให้คนไข้และญาติได้รับบริการเกินความคาดหวัง (สหวิชาชีพร่วมกันทำงานอย่างเข้มแข็ง) ไม่มีคำว่า “เตียงเต็ม” ในระบบ	• Resource/Patient mapping เป็นเครื่องมือสนับสนุนการวางแผนขยายบริการ SFT อย่างเป็นระบบ ครอบคลุมทั้งภาคอีสานและพื้นที่ใกล้เคียง เช่น นครสวรรค์ เพราะทำให้เห็นการกระจายผู้ป่วย และศักยภาพในระบบบริการที่รอการพัฒนา (อายุรแพทย์ทั่วไป อายุแพทย์สมอง ศัลยแพทย์สมอง CT Scan) ในกรณีบริการการบาดเจ็บ การจัดแบ่งพื้นที่รับผิดชอบ (จัดโซน) ให้สอดคล้องกับทรัพยากรที่มี เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการให้รวดเร็วและป้องกันการบริการซ้ำซ้อน	• แพทย์รพ.ชุมชนหมุนเวียนบ่อยจนไม่สามารถพัฒนาและสืบสานงานได้อย่างต่อเนื่อง

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	บริการคนไข้โรคหลอดเลือดสมอง รพ.ศรีนครินทร์ ทำให้เครือข่ายมั่นใจ จึงกล้าเดินหน้าให้บริการ Stroke Fast Track ● EMS day – เดือนละครั้ง – ส่งเสริมการแชร์ประสบการณ์ ความรู้ นวตกรรม ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ตลอดจนรับรู้ปัญหาอุปสรรค นำสู่การปรับปรุง ไม่หยุดยั้ง ● EMS Rally – เป็นกิจกรรมช่วยซักซ้อมความพร้อมและขีดความสามารถ ระหว่างหน่วยกู้ชีพอย่างเป็นรูปธรรม ผนวกกับการให้รางวัล กระตุ้นความกระตือรือร้นของแต่ละหน่วยงานในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง		
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร	● มุ่งเน้นการใช้ประโยชน์ในระดับปฏิบัติเป็นสำคัญ โดยเอื้อต่อการใช้ในระดับบริหารและนโยบายด้วย	● มีการใช้ข้อมูลเป็นฐานในการพัฒนา (Evidence Based) ● เงินจะมาจากแหล่งไหนไม่สำคัญ ขอให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน จะได้ไม่ซ้ำซ้อน ยุ่งยาก	● ขาดเอกภาพในการใช้สารสนเทศร่วมกัน ระหว่าง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข ทำให้เกิดภาระแก่ผู้ปฏิบัติเกินความจำเป็น
6. พัสดุและเทคโนโลยี	● จัดหา กระจาย และใช้ประโยชน์โดยอาศัยความรู้ชี้นำและเชื่อมโยงกับกำลังคน	● ความร่วมมือในการจัดหา กระจายและใช้ประโยชน์ระหว่างสมาคมวิชาชีพ สปสช. และ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีแผนการเงินและสารสนเทศสนับสนุนชัดเจนโดยเฉพาะอย่างยิ่ง กรณี stroke/stemi fast tracks	

กลไก ระดับพื้นที่	**บริการสุขภาพในระดับพื้นที่ (เครือข่ายบริการสุขภาพ) โรงพยาบาลซำสูง และ หน่วยปฏิบัติการ รพ.สต.บ้านโนน**
ผู้ให้สัมภาษณ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลซำสูง หัวหน้างานการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลซำสูง เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยปฏิบัติการ รพ.สต.บ้านโนน
พัฒนาการของกลไกเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลซำสูง	โรงพยาบาลซำสูงเป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอซำสูง แม้ว่าโรงพยาบาลซำสูงจะประสบกับปัญหาสภาพคล่องทางการเงินค่อนข้างมาก โรงพยาบาลซำสูงก็ได้เปิดให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเริ่มจากการดัดแปลงรถกระบะเก่าให้เป็นไปตามมาตราฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) โดยใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลเอง ภายใต้แนวความคิดที่เกิดขึ้นด้วยความตั้งใจที่จะให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ โดยได้เปิดให้บริการอย่างเต็มรูปแบบในเดือนมกราคม พ.ศ. 2552 จนผลงานค่อย ๆ เป็นที่ประจักษ์ชัดเจน กระทั่งองค์การบริหารส่วนตำบลต่างๆ ในพื้นที่อำเภอซำสูงเริ่มให้ความสนใจและเริ่มเข้ามามีส่วนร่วม โดยเริ่มจากการสนับสนุนเงินทุนสำหรับเชื้อเพลิงรถยนต์ที่ออกให้บริการ ปัจจุบันโรงพยาบาลซำสูง มีเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินปฏิบัติหน้าที่อยู่จำนวน 4 คน และยังทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับหน่วยปฏิบัติการระดับย่อยลงมา หนึ่งในตัวอย่างหน่วยปฏิบัติการที่โรงพยาบาลซำสูงเป็นพี่เลี้ยงให้คือ รพ.สต.บ้านโนน โดยที่ รพ.สต.บ้านโนน เป็นสถานที่ตั้งของหน่วยปฏิบัติการเท่านั้น

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. ภาวะผู้นำ/ การอภิบาล	• ผู้อำนวยการรพ.ซำสูงมองเห็นศักยภาพในการออกแบบและพัฒนาระบบของหัวหน้างานกู้ชีพ จึงให้โอกาสและการสนับสนุนทรัพยากร • หัวหน้าทีมกู้ชีพแสดงภาวะผู้นำด้วยการใช้การวิจัยและพัฒนาระบบสารสนเทศประเมินและตอบสนองความต้องการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของชุมชน การระดมกำลังอสม.ร่วมพัฒนาฐานข้อมูลชี้เป้าหมายการเข้าถึงผู้ป่วย	• ผู้นำสามารถพัฒนางานโดยตั้งต้นจากจุดเด่นขององค์กรคือ หัวหน้าทีมกู้ชีพ ผู้มีความมุ่งมั่นและความคิดริเริ่มการสร้างงาน ท่ามกลางอุปสรรคคือ ความขาดแคลนทรัพยากรของรพ.และอำเภอ	

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
2. การเงินการคลัง	• แม้ รพ.ชำสูง จะมีภาระหนี้จำนวนมาก แต่ก็สามารถใช้ทรัพยากรเท่าที่มีจำกัดนั้นเป็นจุดตั้งต้นในการสร้างงานจนปรากฏผลเป็นที่ยอมรับนำไปสู่การระดมทรัพยากรเพิ่มขึ้นจากแหล่งภายนอกรพ. นี่คือการคิดแบบ paradox เห็นความสว่างในความมืด	• การคิดแบบ paradox เห็นความสว่างในความมืด • เข้าใจเลือกจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประสิทธิผล (allocative efficiency) • รู้จักการวิเคราะห์เจ้าหนี้ที่มีแรงกดดันต่างกัน แล้วจัดการต่างกันต่อเจ้าหนี้ต่างๆ จึงยังคงสภาพคล่องของรพ.ได้พอไม่ให้งานสะดุด เปิดโอกาสให้กับการสร้างงานจากจุดเด่น	• ภาระหนี้เรื้อรังของรพ. • ระบบสนับสนุนจากส่วนกลางยังไม่รอบรู้และยืดหยุ่นต่อการสนับสนุนการปรับตัวของหน่วยบริการที่มีศักยภาพทางการเงินต่างกัน
3. การให้บริการ	• มาตรฐานวิชาชีพ บริการกู้ชีพ • พัฒนาต่อเนื่องด้วยผลงานเชิงประจักษ์ • พัฒนา "แผนที่ชี้เป้า" ได้ตรงกับความต้องการ โดยไม่ต้องมีความเชี่ยวชาญด้านการเขียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์ • สร้างการรับรู้ ความเข้าใจทั่วทั้งอำเภอเกี่ยวกับบริการกู้ชีพ โดยผ่านครู นักเรียน และอสม. • พัฒนาระบบบริการทางด่วนอย่างครอบคลุมในทุกระดับของพื้นที่ • พัฒนาจัดทำช่องทางพิเศษ Samsoong's fast tract model	• ประเมินสาเหตุและจุดด้อยเพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่องโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	
4. กำลังคน	• บุคลากรส่วนใหญ่เป็นคนวัยหนุ่มสาว มีความกระตือรือร้นที่จะพัฒนาสิ่งใหม่ๆ • จำนวนบุคลากรไม่มากทำให้การสื่อสารภายในองค์กรมีช่องว่างน้อย	• นโยบายของผู้อำนวยการรพ.ชำสูงกระตุ้นให้บุคลากรทุกคนริเริ่มและมีโอกาสแสดงฝีมือของตนเอง	

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	• ความสามารถระดมกำลังคนภายนอกรพ.มาสนับสนุนบริการกู้ชีพ	• การขับเคลื่อนทรัพยากรทั้งอำเภอโดยอาศัยหลายช่องทางทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น การศึกษาดูงานนอกพื้นที่ปีละครั้ง เพื่อเป็นช่องทางให้รพ.นำเสนอวาระที่นำไปสู่การระดมทรัพยากรนอกรพ.	
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร	• การจัดทำแผนที่ชี้เป้าเพิ่มโอกาสในการที่จะเข้าถึงตัวผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและทันเวลา ด้วยการพึ่งตนเอง	• อาศัยการประยุกต์เทคโนโลยีที่มีอยู่ (โปรแกรม powerpoint) และการระดมอสม.ร่วมสำรวจชุมชน เพื่อทำฐานข้อมูลแผนที่ตั้งครัวเรือนเชื่อมโยงข้อมูลกับของกระทรวงมหาดไทย • พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล (Refer click) ซึ่งอำนวยความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่ เพื่อเป็นการสื่อสารเตรียมความพร้อมในการให้การดูแลผู้ป่วย • ประชาสัมพันธ์ระบบและบริการให้ประชาชนรับทราบและตระหนักรู้ถึงสัญญาณเตือนอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น การติดสติ๊กเกอร์และป้ายประชาสัมพันธ์	
6. ครุภัณฑ์และอุปกรณ์	• เริ่มจากการดัดแปลง รถกระบะเก่าของรพ.ชำสูงให้เป็นไปตามมาตรฐานของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ โดยใช้เงินบำรุงของ รพ.ชำสูง มาให้บริการกู้ชีพในอำเภอ	• หน่วยงานอื่นให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรเพิ่มเติมในเวลาต่อมาเมื่อผลงานเป็นที่ประจักษ์จนเกิดการยอมรับชื่นชม	• ภาระหนี้ของรพ.

กลไก **ระดับจังหวัด**	**อนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และ** **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น**
ผู้ให้สัมภาษณ์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผู้อำนวยการรพ.ขอนแก่น ผู้อำนวยการศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด รพ.ขอนแก่น หัวหน้าศูนย์สั่งการ รพ.ขอนแก่น
พัฒนาการของกลไกอนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	• การดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จะเป็นการดำเนินงานตามโครงสร้างเดิมที่เริ่มในปี 2546 ตั้งแต่มีสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร) มาจนถึงยุคที่มีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในปี 2551 • ปี 2551 มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดขอนแก่น แต่เนื่องจากจังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดแรกที่ริเริ่มระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยพัฒนามาจากระบบส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยมี นพ.วิทยา ชาติบัญชาชัย และทีมงานโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นผู้ประสานงานหลักทั้งผู้บริหารในจังหวัดและผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้เวทีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการมาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตั้งแต่ปี 2535 ทั้งนี้การเชื่อมประสานเครือข่ายและภาคส่วนต่าง ๆ ตลอดจนการขอความร่วมมือ การแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด โรงพยาบาลขอนแก่นจะใช้การประชุม EMS day เป็นเวทีหลัก ดังนั้นการกำหนดนโยบาย การขับเคลื่อน การประสานเชื่อมโยง และการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ จึงมาจากเวทีนี้เป็นส่วนใหญ่ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเข้าร่วมอยู่ในการประชุม

กลไก ระดับท้องถิ่น/ชุมชน	**องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น**
ผู้ให้สัมภาษณ์	ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดขอนแก่น
พัฒนาการของกลไก อบจ.	เนื่องจาก โรงพยาบาลขอนแก่น มีความโดดเด่นในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดขอนแก่นมาอย่างยาวนานและต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2530 จนถึงปัจจุบัน องค์การบริหารส่วนจังหวัด จึงมีความเห็นว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นบทบาทหน้าที่หลักของกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขต้องเป็นผู้สนับสนุนหลักเรื่องงบประมาณของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ใช่อบจ. หากเป็นในเรื่องของการร่วมสมทบหรือการลงทุนเพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อบจ.จะพิจารณาสนับสนุนเป็นรายโครงการ ยกตัวอย่างเช่น ในปี พ.ศ.2555 อบจ. สนับสนุนงบประมาณให้กับโรงพยาบาลขอนแก่น ในส่วนการฝึกอบรมและพัฒนาหน่วยกู้ชีพของอบต./เทศบาล รวมถึงสนับสนุนเสื้อและเครื่องแบบ จำนวน 3 ล้านบาท และ แม้ว่า โรงพยาบาลขอนแก่น จะพยายามชักชวนให้ อบจ. เข้ามาร่วมในกระบวนการพัฒนาระบบบริการแพทย์ระดับจังหวัด เช่น กินข้าวเล่าเรื่อง แต่ อบจ. เห็นว่า เป็นเพียงกระบวนการที่จะดึงงบประมาณจาก อบจ.มาสนับสนุนงานของกระทรวงสาธารณสุข ไม่มีความเป็นเจ้าภาพร่วมกัน ดังนั้น อบจ.บทบาทของผู้เล่นหลักในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดขอนแก่น จึงเป็นไปได้ยาก

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. การเงินการคลัง	• ปี 2555 อบจ. สนับสนุนงบประมาณให้กับรพ.ขอนแก่น ในส่วนการฝึกอบรมและพัฒนาหน่วยกู้ชีพของอบต./เทศบาล รวมถึงสนับสนุนเสื้อและเครื่องแบบ รวม 3 ล้านบาท	• งบประมาณของอบจ.	• เป็นการพิจารณาสนับสนุนรายโครงการ/รายกรณี

กลไก ระดับท้องถิ่น/ชุมชน	**เทศบาลตำบลสำราญ จ.ขอนแก่น**
ผู้ให้สัมภาษณ์	นายกเทศมนตรี ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข เทศบาลตำบลสำราญ
พัฒนาการของกลไกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลตำบลสำราญ	เทศบาลตำบลสำราญได้เข้าร่วมโครงการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น (โรงพยาบาลขอนแก่น) ในปี 2547 โดยเปิดให้บริการโดยการจัดตั้งหน่วยกู้ชีพเทศบาลตำบลสำราญขึ้นที่เทศบาลตำบลสำราญ ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง เริ่มให้บริการจริงเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2548 เป็นต้นมา ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่เทศบาลตำบลสำราญมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบเมื่อปี 2552 โดยนายสุระชัย คนงาม (ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข) หน่วยปฏิบัติการกู้ชีพของเทศบาลตำบลสำราญจะอยู่ภายใต้การดูแลของกองสาธารณสุข ปัจจุบัน นายเทพฤทธิ์ ศรีปัญญา ดำรงตำแหน่งนายกเทศมนตรี และได้มีการสานต่อนโยบายโดยเล็งเห็นว่าเป็นบริการที่มีความจำเป็นต่อประชาชน ประชาชนจะต้องได้รับบริการอย่างทั่วถึง การดำเนินงานด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินของเทศบาลตำบลสำราญมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ และเป็นสถานที่ศึกษาดูงานทั้งในและต่างประเทศ เทศบาลตำบลสำราญจัดอาสาสมัครกู้ชีพขึ้นเวรบริการประชาชนวันละ 2 เวร เวรละ 2 คน เวรเช้าขึ้นเวรระหว่างเวลา 07.30-18.00 น. เวรบ่าย ระหว่างเวลา 18.00-07.30 น. ของวันถัดไป จากการประเมินผลการดำเนินงานของหน่วยกู้ชีพเทศบาลตำบลสำราญพบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจในการจัดให้บริการตามระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก มีการเรียกร้องให้เทศบาลตำบลสำราญดำเนินการต่อเนื่อง เป็นการดำเนินการตามความต้องการของประชาชนและบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชน อีกทั้งยังเป็นการสร้างความมั่นใจในเรื่องความปลอดภัยในชีวิตของประชาชนในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉินและประสบอุบัติเหตุ

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. ภาวะผู้นำ/ การอภิบาล	• เทศบาลตำบลสำราญอยู่ในช่วงการเปลี่ยนถ่ายอำนาจจากนายกเทศมนตรีท่านก่อนมาเป็นท่านนายกเทศมนตรีคนปัจจุบัน แต่การทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินยังสามารถดำเนินต่อไปได้	• บริการกู้ชีพอยู่ในความนิยมของประชาชนมาก่อนการเปลี่ยนนายกเทศมนตรี • ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญมากในการผลักดันให้เกิดบริการ และระบบระเบียบการบริหารจัดการงานต่าง ๆ	• ฝ่ายการเมืองของเทศบาลยังไม่เข้าใจและเห็นความสำคัญของบริการกู้ชีพ

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
2. การเงินการคลัง	• ในช่วงแรกของการดำเนินงานยังไม่มีระเบียบรองรับเรื่องการใช้จ่ายงบประมาณ เทศบาลตำบลสำราญจึงได้มีการจัดทำระเบียบกองทุนบริหารจัดการหน่วยกู้ชีพขึ้น โดยได้ระบุแหล่งที่มาของเงิน ระเบียบการใช้จ่ายเงิน และอำนาจในการอนุมัติจ่ายเงินงบประมาณ ไว้อย่างชัดเจน ซึ่งระเบียบดังกล่าวได้อ้างอิงจากพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ซึ่งกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน • มีการจัดทำงบประมาณรายจ่ายกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลตำบลสำราญ โดยนำงบประมาณจาก สปสช. ที่สนับสนุนท้องถิ่นในส่วนของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล และงบประมาณของท้องถิ่นเองส่วนหนึ่ง มีการเสนอแผนการดำเนินงานและบรรจุในแผนพัฒนาสามปี เทศบาลตำบลสำราญ และดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการ แต่ปัจจุบัน เมื่อมีการท้วงติงจาก สตง. เรื่องการใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลที่อาจผิดระเบียบจึงดำเนินการในรูปแบบของกองทุนหมุนเวียนหน่วยกู้ชีพ	• การบริหารจัดการด้านงบประมาณที่อิงหลักการของพระราชบัญญัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่ท้องถิ่นสามารถดำเนินการต่างๆ ได้ ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนด ซึ่งต้องทำความเข้าใจแก่ สตง. เพื่อมิให้เกิดการใช้เงินผิดระเบียบ • การรู้จักพลิกแพลงกลไกทางการเงินให้สอดคล้องกับกฎระเบียบ	
3. การให้บริการ	• เทศบาลตำบลสำราญได้เข้าร่วมจัดตั้งหน่วยกู้ชีพของอปท. กับโรงพยาบาลขอนแก่น ซึ่งเป็นศูนย์สั่งการ เพื่อจัดบริการหน่วยกู้ชีพก่อนถึงโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 11 สิงหาคม 2547 เริ่มให้บริการจริงในวันที่ 1 ตุลาคม 2549 จนถึงปัจจุบัน • การให้บริการอาศัยหลักการให้ประชาชนไว้วางใจ	• เป็นพื้นที่มีการจัดบริการมาอย่างต่อเนื่องและยาวนานจนเป็นที่นิยมของประชาชนส่วนใหญ่ • มีการตรวจสอบมาตรฐานการให้บริการ • มีการสอบถามความพึงพอใจของประชาชนหลังการให้บริการทันที	• ประชาชนบางกลุ่มยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และมีเสียงสะท้อนว่ามีปัญหาเรื่องรอรถนาน • ยังพบการปฏิบัติงานที่ไม่เป็นระบบของเจ้าหน้าที่

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
4. กำลังคน	• การวางแผนด้านกำลังคน โดยเริ่มจากเปิดรับสมัครอาสาสมัครที่มีความประสงค์จะทำงาน ซึ่งทางเทศบาลตำบลสำราญมิได้บอกว่าจะมีค่าตอบแทนให้สำหรับอาสมัครที่ผ่านการสอบคัดเลือกเป็นหน่วยปฏิบัติการ FR • พยายามพัฒนาขีดความสามารถอย่างต่อเนื่องเช่น การส่งเจ้าหน้าที่ FR ไปฝึกงานกับ รพ.สต. หรือเชิญพยาบาลวิชาชีพมาสอนเรื่องการให้ออกซิเจน การทำ Suction เป็นต้น • เพื่อลดปัญหาความไม่เข้าใจของชาวบ้านเกี่ยวกับระยะเวลาที่ต้องรอหน่วยปฏิบัติการ จึงจัดอบรมให้ความรู้กับ อสม. นักเรียน และอปพร. ในชุมชน ซึ่งแรกเริ่มเดิมทีนั้นมีแนวคิดมาจากคำว่า “ไทยมุง” คือ เมื่อมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นจะมีคนกลุ่มหนึ่งชอบไปเป็นไทยมุง และมีอยู่ในทุกหมู่บ้าน จึงนำมาสู่การอบรมกู้ชีพเบื้องต้นสำหรับกลุ่มคนดังกล่าวเพื่อให้สามารถให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ประสบเหตุได้ ก่อนแจ้ง 1669	• การที่ผู้รับผิดชอบงาน EMS ของเทศบาลฯ เป็นผู้มีความรู้และได้เป็นวิทยากรระดับชาติบ่อยครั้ง ทำให้เป็นผู้มีบทบาทในการสร้างกำลังคนด้านกู้ชีพในชุมชน • เทศบาลตำบลสำราญได้รับความช่วยเหลือด้านวิชาการจาก โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ เป็นอย่างดี มีการฝึกอบรมเพื่อเตรียมพร้อมด้านอุบัติภัยหมู่ การฝึกอบรมบุคลากรเพื่อพัฒนาศักยภาพ เช่น การอบรมเรื่องการทำคลอด	• ยังไม่ปรากฏหลักฐานความเชื่อมโยงผลการปฏิบัติงานกับการลงทุนด้านกำลังคน
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร	• มีการวิเคราะห์เพื่อเฝ้าระวังจุดเสี่ยงในชุมชน รถรงค์ส่งเสริมการแก้ไขจุดเสี่ยง และสร้างเครือข่ายบริการ	• มีการสร้างเครือข่ายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน โรงเรียน โรงงาน และการประชาสัมพันธ์ต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง	• ยังหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับผลลัพธ์/ผลผลิตของการสร้างเครือข่ายและการจัดการจุดเสี่ยง
6. ครุภัณฑ์และอุปกรณ์	• เทศบาลตำบลสำราญได้สร้างแบบฟอร์มการใช้ครุภัณฑ์และอุปกรณ์ต่าง ๆ เป็นของตนเอง ยกตัวอย่างเช่น แบบฟอร์มขอเติมน้ำมัน แบบฟอร์มขอให้รถ แบบฟอร์มใบเบิกวัสดุ	• ท้องถิ่นเป็นผู้จัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงาน	

ความท้าทายการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- มาตรฐานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในทุกมิติ
- ความครอบคลุมการเข้าถึงในการให้บริการทุกพื้นที่
- ความเหมาะสมในการบริหารจัดการทางการเงิน
- คุณภาพการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- ระบบข้อมูล การแพทย์ฉุกเฉินที่เชื่อมโยง และใช้ประโยชน์
- การควบคุมทางการแพทย์
- มาตรฐานการพัฒนาบุคลากรทุกระดับ
- มาตรฐานด้านความปลอดภัยของบุคลากร
- ทุกเหตุฉุกเฉินเบอร์เดียว
- ระบบการสื่อสาร ในสถานการณ์สาธารณภัย
- แผนหลักแห่งชาติในสถานการณ์สาธารณภัย
- บริการฉุกเฉินสำหรับเด็กและคนแก่
- ความชัดเจนในการปฏิบัติห้ากองทุน
- การให้บริการฉุกเฉินแก่ชาวต่างประเทศ ตามรอยตะเข็บ และพื้นที่พิเศษ

1.2 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดปทุมธานี

กลไก **ระดับพื้นที่**	**บริการสุขภาพในระดับพื้นที่ (เครือข่ายบริการสุขภาพ)** **โรงพยาบาลประชาธิปัตย์**
ผู้ให้สัมภาษณ์	หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉิน (ER) พยาบาลดูแลงานด้าน Stroke และ STEMI
พัฒนาการของกลไกเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลประชาธิปัตย์	โรงพยาบาลประชาธิปัตย์เป็นพี่เลี้ยงให้แก่หน่วยปฏิบัติการเทศบาลนครรังสิต และมีความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคคลและองค์กร จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่ามีการบันทึกข้อมูลการให้บริการผู้ป่วย Stroke ตั้งแต่ปี 2551 ส่วนผู้ป่วย STEMI มีข้อมูลปรากฏในปี 2554 โดยมีโรงพยาบาลเครือข่ายสำหรับการส่งต่อผู้ป่วยซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับสูงขึ้นไป คือ โรงพยาบาลปทุมธานี ธรรมศาสตร์ ทรวงอก เกษมราษฎร์ มงกุฎวัฒนะ วิภาราม ราชวิถี และโรงพยาบาลภูมิพล

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. ภาวะผู้นำ/ การอภิบาล	• สสจ. จัดทีมสหวิชาชีพจากรพ.ปทุมธานีประเมินบริการห้องฉุกเฉินรพ.ชุมชน • ห้องฉุกเฉินประเมินบริการนำส่งผู้ป่วยของพนักงานกู้ชีพ	• การริเริ่มโดยผู้รับผิดชอบงานการแพทย์ฉุกเฉินในสสจ.	• ยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรหลังจากมีการประเมินดังกล่าว
2. การเงินการคลัง			• วิธีจ่ายค่าตอบแทนอาจไม่จูงใจให้พยาบาลสนใจงานห้องฉุกเฉินซึ่งมีความเสี่ยงสูง มีความกดดันมาก
3. การให้บริการ	• มีการวางแผนระยะสั้นในการพัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บสมองขั้นต้นให้รวดเร็ว และเหมาะสม (initial treatment) มีอุปกรณ์ในการให้การช่วยฟื้นคืนชีพครบถ้วนพร้อมใช้งาน (resuscitation/ CPR sets) • ให้โรงพยาบาลมีความพร้อมทางห้องปฏิบัติการและห้อง x-ray 24 ชั่วโมง • มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke และ STEMI ชัดเจน	• การริเริ่มจากภายนอกรพ.โดยภาวะการนำของรพ.ธรรมศาสตร์ หรือ สสจ.	• ภาวะจราจรคับคั่งของโครงข่ายถนนรอบรพ.

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
4. กำลังคน		• มีการวางแผนระยะสั้นในการพัฒนาห้องฉุกเฉินให้มีบุคลากรทั้งทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ	• อาศัยแพทย์ใช้ทุน จึงมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรเป็นประจำ ทำให้ต้องมีการถ่ายถอดรูปแบบการทำงานให้แพทย์อยู่ตลอดเวลา • อัตรากำลังการให้บริการกู้ชีพยังคงขาดความชัดเจน เนื่องจากอิงอัตรากำลังของห้องฉุกเฉินที่มีภาระหลักในรพ.
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร	• มีการเก็บข้อมูล checklist ของหน่วยปฏิบัติการของเทศบาลและให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) และมีการให้รางวัลเพื่อเป็นขวัญกำลังใจ	• มีการวางแผนงานการวิเคราะห์สถานการณ์ (situation analysis) ของโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลและการนำไปใช้	• การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปปรับปรุงบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังจำกัดโดยเฉพาะด้านการมองภาพรวม
6. ครุภัณฑ์และอุปกรณ์	• มีการแชร์ทั้งคนและอุปกรณ์ระหว่างโรงพยาบาลและเทศบาลนครรังสิต มีการเชื่อมประสานกัน • โรงพยาบาลควบคุมเรื่องของการใช้ยา ส่วนเทศบาลนครรังสิตเน้นเรื่องของการสนับสนุนอุปกรณ์	• การทำงานเป็นเครือข่ายระหว่างหน่วยบริการ	

กลไก ระดับจังหวัด	**อนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี**
ผู้ให้สัมภาษณ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ (ผู้รับผิดชอบงาน EMS จังหวัด) สำนักงานธารณสุขจังหวัดปทุมธานี
พัฒนาการของกลไกอนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	• การดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนมีนาคม 2547 โดยอยู่ในกลุ่มจังหวัดนำร่องที่มีการขยายผลในปีที่สองของการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด[1] ซึ่งเดิมอยู่ที่งานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มสนับสนุนวิชาการ ต่อมาได้มีการปรับโครงสร้างแยกเป็นกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการในปี 2554 โดยมีการบรรจุงานการแพทย์ฉุกเฉินเป็นภารกิจสำคัญอีก 1 งาน[2] • ปี 2552 มีคณะอนุกรรมการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดปทุมธานี อย่างไม่เป็นทางการ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาในด้านการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดปทุมธานี โดยในช่วงเทศกาลมักใช้การประชุมนี้เป็นเวทีบูรณาการงานร่วมกับภาคส่วนอื่น และในปี 2554 ได้มีแต่งตั้งคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดปทุมธานีอย่างเป็นทางการ[3] โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด หัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ผู้อำนวยการ รพ.ปทุมธานี ผู้อำนวยการ รพ.ชุมชนหรือผู้แทน ผู้อำนวยการ รพ.เอกชนหรือผู้แทน ผู้อำนวยการ รพ.ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติหรือผู้แทน ผู้แทนมูลนิธิร่วมกตัญญู ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา/ประถมศึกษาปทุมธานีเขต 1 และเขต 2 สปสช.เขต 1 จังหวัดสระบุรี ท้องถิ่นจังหวัด นายกเทศมนตรีนครรังสิต นายกเทศมนตรีเมืองลำสามแก้ว ขนส่งจังหวัด ประชาสัมพันธ์จังหวัด หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินฯ รพ.ปทุมธานี ร่วมเป็นอนุกรรมการ โดยมี นพ.สสจ. เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและแผนในการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ตลอดจนประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และแก้ไขปัญหาระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

[1] อนุชา เศรษฐเสถียร, ประวัติศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ใน หลักการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2551, 2551

[2] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี, การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดปทุมธานี

[3] คำสั่งจังหวัดปทุมธานี ที่ 1947/2554 เรื่องแต่งตั้งคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดปทุมธานี ลงวันที่ 12 กันยายน 2554

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. การอภิบาล			
1.1 การจัดการโครงสร้างภายใน	• อยู่ภายใต้งานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ		
1.2 การกำหนดนโยบาย/ทิศทางการดำเนินงานระดับจังหวัด	• ในปีแรก ๆ (ปี 2552-2553) ของการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่มักใช้เวทีการประชุม อปพร.จังหวัด ซึ่งมีนายกเทศมนตรีนครรังสิต เป็นประธาน และมีผู้ว่าราชการจังหวัด หรือ รองผู้ว่าราชการจังหวัดที่กำกับดูแลเรื่องอุบัติเหตุทางบกของจังหวัดเป็นที่ปรึกษา ทั้งนี้ เพื่อให้งานการแพทย์ฉุกเฉินมีการตัดสินใจในระดับจังหวัด • การดำเนินงานปัจจุบัน ใช้เวทีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทาง ดังนี้ - คณะกรรมการวิเคราะห์และประเมินผลจังหวัดปทุมธานี (กวป.) ซึ่งประกอบด้วย อบจ. ส่วนราชการทั้งหมด และสาธารณสุขทั้งหมด ร่วมเป็นกรรมการ โดยคณะกรรมการชุดนี้จะทำหน้าที่พิจารณาทุกเรื่องของจังหวัด โดยงาน EMS และ refer จะถูกบรรจุเข้าวาระการประชุมทุกเดือน (ในอดีตประชุม 3-4 เดือน/ครั้ง) ทั้งนี้ ผลของการประชุมสามารถนำไปปฏิบัติและแก้ไขปัญหาของจังหวัดได้หลายเรื่อง เช่น การปฏิเสธ refer - การประชุมระดับจังหวัด ซึ่งมีผู้ว่าราชการเป็นประธาน มีป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด เป็นเลขานุการ	• ผู้รับผิดชอบหลักในงาน EMS มีอิทธิพลต่อผู้บริหารทั้งผู้บริหารสายตรงและผู้บริหารท้องถิ่น ซึ่งเกิดจากการเกาะติดงานจนเกิดผลเป็นรูปธรรมในหลาย ๆ เรื่อง ตลอดจนความสามารถในการประสานการปฏิบัติในแนวราบ จนทำให้เครือข่ายทุกภาคส่วนให้การยอมรับและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี • การเห็นโอกาสในการเชื่อมงาน refer เข้ากับงาน EMS ทำให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นลูกโซ่ เนื่องจากงาน EMS และงาน refer เป็นงานที่มีความสัมพันธ์กัน	• การประชุมที่เป็นรูปแบบทางการในระดับจังหวัด ไม่สามารถก่อให้เกิดการตัดสินใจในระดับนโยบายได้ เนื่องจากผู้แทนในอนุกรรมการที่เข้าร่วมส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ ทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์จากการประชุมระดับจังหวัดได้อย่างเต็มที่

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	- การประชุมภายใน สสจ.จะมีการประชุม senior staff มี นพ.สสจ.เป็นประธาน ร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์ และเป้าประสงค์ของระบบ EMS จังหวัดให้สอดคล้องกับ รมว.สธ. และ สพฉ.[4] - การประชุมแบบไม่เป็นทางการ เช่นเดียวกับ ทานข้าว เล่าเรื่องใน จ.ขอนแก่น โดยการประชุมดังกล่าวได้ส่งผลให้เกิดการจัดตั้งคณะทำงานยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด[5] ● มีแผนการพัฒนาคุณภาพ EMS ของจังหวัดที่ผ่านการประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัดและเครือข่าย ตลอดจนมีการกำหนดแผนที่กลยุทธฉบับปฏิบัติการในการดำเนินงาน EMS ของจังหวัด [3] ● มีการนำปัญหาที่เกิดจากการนิเทศงานในระบบ refer บรรจุเข้าใน service plan ● ผู้รับผิดชอบงาน EMS จังหวัด จะเป็นหลักในการเสนอความเห็น และเสนอเรื่องต่าง ๆ เข้าวาระการประชุมเวทีต่าง ๆ		

[4] เอกสารการนำเสนอระดับความสำเร็จของการบริหารงานการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดปทุมธานีอย่างมีประสิทธิภาพ, แผนกลยุทธ์การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 5 ปีจังหวัดปทุมธานี, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

[5] ณ เดือนพฤษภาคม 2556 อยู่ระหว่างการรวบรวมรายชื่อคณะกรรมการยุทธศาสตร์ทุกชุดของจังหวัดปทุมธานี และการจัดตั้งคณะทำงานของจังหวัด

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1.3 การจัดระบบการ แพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด	(1) การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ/ชุดปฏิบัติการ ● เป็นไปตามระเบียบ สพฉ. ● มีการจัดการการขึ้นทะเบียนให้แก่ชุมชนซึ่งอยู่พื้นที่ทับซ้อน เช่น มูลนิธิธรรมกาย อยู่ในพื้นที่เทศบาลท่าโขลงและคลองหลวง แต่ต้องการให้บริการประชาชนที่มาร่วมงานบุญต่างๆ ของวัดที่ประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บป่วยฉุกเฉิน (เฉพาะพื้นที่ในวัดพระธรรม- กาย) สสจ.จึงดำเนินการให้เทศบาล 2 แห่งในพื้นที่ที่ตั้งของวัดพระธรรมกาย ลงนาม MOU ร่วมกันในการเปิดให้บริการ เพื่อให้มูลนิธิธรรมกายเปิดโซนนิ่งเฉพาะในเขตวัดได้ ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เกิดการตีกันระหว่างมูลนิธิเดิม	● ผู้รับผิดชอบหลักในงาน EMS มีอิทธิพลต่อผู้บริหารทั้งผู้บริหารสายตรง และผู้บริหารท้องถิ่น ซึ่งเกิดจากการเกาะติดงานจนเกิดผลเป็นรูปธรรมในหลายๆ เรื่อง ตลอดจนความสามารถในการประสานการปฏิบัติในแนวราบ จนทำให้เครือข่ายทุกภาคส่วนให้การยอมรับและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี	● ท้องถิ่นที่เข้าร่วมให้บริการมีจำนวนลดลง ทำให้บางท้องถิ่นต้องให้บริการข้ามโซนเมื่อเกิดเหตุในพื้นที่ที่ไม่มีหน่วยปฏิบัติการตามการสั่งการของศูนย์สั่งการฯ (อบต.ที่ขึ้นทะเบียนมี 46 แห่ง ปฏิบัติงานจริง 29 หน่วยปฏิบัติการ และเบิกเงินชดเชยเพียง 19 แห่ง) ทั้งนี้ สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเปลี่ยนขั้วการเมืองของท้องถิ่นและอีกส่วนหนึ่งมาจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างท้องถิ่น กับ สตง. ในบางท้องที่ที่เข้าใจไม่ตรงกันทำให้ไม่สามารถเบิกจ่ายเงินได้ ซึ่งในระดับจังหวัดยังไม่มีการหาความกระจ่างในเรื่องนี้
	(2) การควบคุมกำกับศูนย์สั่งการ ● ศูนย์สั่งการตั้งอยู่ที่ รพ.ปทุมธานี ขึ้นกับ ER ● มีเจ้าหน้าที่วิทยุ ซึ่งเป็นพนักงานกู้ชีพรับสาย ถามอาการเบื้องต้น ที่อยู่ผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยมีพยาบาลประจำศูนย์ฯ เป็นผู้สั่งการ ● สสจ.จะทำหน้าที่ในการตรวจสอบการบันทึกข้อมูลการปฏิบัติงานของหน่วยบริการทุกระดับ และคุณภาพของศูนย์สั่งการในด้านความถูกต้องในการคัดแยกระดับความรุนแรงของผู้ป่วยก่อนสั่งให้ผู้ปฏิบัติแต่ละระดับออกให้การช่วยเหลือ	● ผู้รับผิดชอบงาน EMS จังหวัดจะทำการตรวจสอบการบันทึกทุก record ด้วยตนเอง ทำให้มองเห็นปัญหาทั้งหมดและสามารถหยิบยกไปเป็นประเด็นพูดคุยเพื่อแก้ปัญหาให้จบในระดับปฏิบัติได้	

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	(3) การควบคุมมาตรฐาน/คุณภาพหน่วยบริการ/ชุดปฏิบัติการ ● สนับสนุน รพท./รพช. ทำหน้าที่เป็นคณะทำงานและเป็นพี่เลี้ยงให้ท้องถิ่น รวมอาสาสมัครในการจัดบริการ EMS ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ตามคุณภาพและมาตรฐานที่ สพฉ.กำหนด ● จัดโครงการ ครู ก. เพื่อให้การอบรมอาสาสมัครในเรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ● ใช้การตักเตือน เรียกมาพูดคุย และกำหนดโทษในกรณีที่เกิดปัญหา ตลอดจนใช้การไกล่เกลี่ย เช่น การแย่ง case ในพื้นที่, ปัญหาความไม่เข้าใจกันระหว่าง FR และสถานพยาบาล ฯลฯ ● ประสาน สพฉ.ในการนิเทศทีม โดยร่วมกับ รพ.แม่ข่าย โดยนำประเด็นปัญหาที่เกิดจากการทำงานที่ไม่ถูกต้องลงไปพูดคุย เช่น การลงข้อมูล การประเมินผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยทั้งของพยาบาลกับพนักงานกู้ชีพ หรือ รถไม่มีรหัส ฯลฯ ซึ่งปัจจุบันปัญหาเหล่านี้เบาบางลงไปมาก ● จัดประชุมประจำเดือนเพื่อพัฒนาเครือข่ายด้านการให้ความช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ● จัด EMS rally และ FR rally ● ใช้หุ่นจำลอง ทดสอบระบบการดูแลผู้ป่วยที่ ER ของแต่ละโรงพยาบาล โดยให้แพทย์/บุคลากรเฉพาะทาง เช่น วิสัญญีแพทย์ แพทย์ IC พยาบาล ER เป็นผู้	● ความคิดนอกกรอบที่ไม่หยุดนิ่งของผู้ประสานงาน EMS โดยมุ่งหวังให้งานเดินไปข้างหน้าได้อย่างไม่ติดขัด เช่น (1) การประสานกับ รพ.เอกชน (รพ.จุฬาลักษณ์) ในการ refer ผู้ป่วย heart นอกเขต และให้ตั้ง OPD ทุกวันพุธที่ รพ.ปทุมธานี ทำให้ผู้ป่วยทุกสิทธิสามารถใช้บริการได้ (2) มีการสร้างแรงจูงให้หน่วยปฏิบัติทำงานมีการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน โดย - มีการสนับสนุนให้เครือข่ายนำเสนอผลการปฏิบัติงานผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับเขต - ให้คำชื่นชมเครือข่ายที่เป็นตัวอย่างที่ดี - สนับสนุนให้ท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็งและประสบความสำเร็จในการบริหารจัดการระบบ EMS เช่น เทศบาลนครรังสิต เป็นที่ปรึกษา/พี่เลี้ยงให้กับพื้นที่อื่น (3) การใช้หุ่นจำลองในการตรวจสอบคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ ER (4) การสร้างพันธมิตร เช่น สนับสนุนให้ รพ.ธรรมศาสตร์ฯ เป็นแหล่งอบรม EMT-B และเพื่อสัมพันธภาพที่ดีระหว่าง รพ.ธรรมศาสตร์ และ FR ในอนาคตระหว่างความเป็นครูและลูกศิษย์	

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	สังเกตการณ์ให้คะแนน และจะมีการประชุมสรุปบอกข้อดีและข้อด้อยของแต่ละแห่ง ● ใช้ผลของการตรวจคุณภาพของคณะกรรมการ audit ระดับเขต (ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล EP สพฉ. และ สสจ.) ที่จะทำการสุ่มตรวจการบันทึกข้อมูลของโรงพยาบาลทุกจังหวัด (100 case/จังหวัด) มาใช้ในการติดตามกำกับในภาพรวมของจังหวัด ● ตรวจประเมินคุณภาพระบบ EMS ที่ ER ของ รพช. ● พัฒนามาตรฐานสถานบริการ โดยร่วมกับสหวิชาชีพ) และหัวหน้า ER ของรพ.ปทุมธานี จัดทำแบบตรวจประเมินมาตรฐานบริการแพทย์ฉุกเฉินที่ห้อง ER (นำมาตรฐานของประกันสังคม ของสภาการพยาบาล และมาตรฐาน EMS ที่ควรมี มารวมกัน แล้วพัฒนาออกมาเป็น 12 มาตรฐานของจังหวัด	● เสริมสร้างความเข้มแข็งให้ภาคีเครือข่าย โดย สสจ. ดูแล รพ. มูลนิธิ สมาคม อปท. และสนับสนุนให้ รพ.เป็นพี่เลี้ยงให้ อปท.ในพื้นที่ ส่วน อปท.ขนาดใหญ่ สนับสนุนให้เป็นพี่เลี้ยงแก่ อปท.ขนาดกลางและขนาดเล็ก ● ผู้บริหารระดับสูงให้การสนับสนุน และเห็นความสำคัญกับงาน EMS เช่น เปิดไฟเขียวให้ทำการตรวจสอบข้อเท็จจริงกรณี รพ.ปฏิเสธการ refer และนำเรื่องเข้าเป็นประเด็นหารือในการประชุม กวป.	
	(4) การตรวจสอบ/การอนุมัติ/เบิกจ่ายเงินชดเชย ● หน่วยบริการ/ หน่วยปฏิบัติการ ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแบบฟอร์มที่ สพฉ.กำหนดให้ สสจ. โดย สสจ.จะทำการตรวจทุก record ดูเงิน และข้อมูลที่โรงพยาบาลบันทึก ● สสจ.ตรวจสอบและคีย์ข้อมูลส่ง สพฉ.เพื่อขอเบิกเงินชดเชยการปฏิบัติการ ● สสจ.อนุมัติและโอนเงินให้หน่วยปฏิบัติการ		

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
2. การเงินการคลัง	• งบพัฒนาระบบ และงบ on-top จากสพฉ.จ่ายเป็นค่า (1) พัฒนาระบบให้ศูนย์สั่งการ รพ.ปทุมธานี ตามโครงการที่เสนอขอเข้ามา 65% ของงบพัฒนาระบบที่ได้รับจาก สพฉ. (2) ค่าจ้างลูกจ้างของ สสจ.ที่คีย์ข้อมูล 1 คน (3) การพัฒนาคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการ เช่น การใช้หุ่นจำลองทดสอบการดูแลผู้ป่วยที่ ER โดยจ่ายเป็นค่าเช่ารถ ค่าอาหารวิทยากร ฯลฯ • งบ on-top จาก สปสช. ใช้ซื้อรถพยาบาลฉุกเฉิน 4 คัน งบ สอจร. สำหรับการจัดประชุมอย่างไม่เป็นทางการในการพูดคุยร่วมกับภาคส่วนต่าง ๆ ที่ เกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุจราจรหรือภัยพิบัติ เพื่อหาโอกาสในการพัฒนาระดับจังหวัด • งบอบจ. (แต่จะอยู่ในรูปของการสนับสนุนซื้อรถให้ รพ. 8 คัน โดยขณะนี้ยังอยู่ในกระบวนการอนุมัติการจัดซื้อของท้องถิ่น)	• จากความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้รับผิดชอบงาน EMS และเครือข่ายต่าง ๆ ทำให้มีโอกาสเห็นช่องทางของการระดมทุนทั้งเงิน คน และของจากแหล่งต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น • ผู้บริหารเห็นความโปร่งใส โดยผู้รับผิดชอบงาน EMS จะทำระบบบัญชีรองรับ มีรายงานการตัดจ่ายและก่อหนี้ เสนอต่อ นพ.สสจ.อย่างชัดเจน	• งบพัฒนาระบบของสพฉ. มีจำกัดเกินกว่าจะจัดสรรเพื่อพัฒนาระบบ • การตีความคำท้วงติงโดยสตง. ต่อวิธีการใช้งบประมาณของอปท.บางแห่งโดยผู้บริหารของอปท.ในทางลบ ทำให้บางแห่งยกเลิกการให้บริการกู้ชีพ
3. บุคลากร	• ข้าราชการ 2 คน - หัวหน้ากลุ่มงาน - ผู้รับผิดชอบหลักงาน EMS และงาน refer • ลูกจ้าง 1 คน ทำหน้าที่คีย์ข้อมูล (1,000 รายการ/เดือน)	• การมอบหมายงานที่บังเอิญลงตัวระหว่างความกระตือรือร้นส่วนบุคคลกับภารกิจ	• ความกระตือรือร้นของทีมงานเป็นเงื่อนไขภายในตัวบุคคลมากกว่าระบบ จึงไม่ยั่งยืนในระยะยาว • ผู้รับผิดชอบตำแหน่งลูกจ้างอาจไม่จูงใจให้รักษาขีดความสามารถที่พัฒนาขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน • หลักเกณฑ์เกี่ยวกับผู้ให้การฝึกอบรมพนักงานกู้ชีพของสพฉ.ถูกตีความว่าไม่ยืดหยุ่นเพียงพอ จึงเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาพนักงานกู้ชีพ

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
4. ข้อมูลสารสนเทศ (การใช้ประโยชน์จากข้อมูล)	● มีการวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าชดเชยของหน่วยปฏิบัติการ มาใช้ในการติดตาม กำกับ และนิเทศงาน	● ความกระตือรือร้นของทีมงาน	● ขาดการจัดการในด้านการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ

กลไก ระดับท้องถิ่น	**เทศบาลนครรังสิต จ.ปทุมธานี**
ผู้ให้สัมภาษณ์	นายกเทศมนตรีนครรังสิต
พัฒนาการของกลไกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลนครรังสิต	ศูนย์กู้ชีพ-กู้ภัย เทศบาลนครรังสิต ชื่อเดิมศูนย์รับ-ส่งผู้ป่วยเทศบาลเมืองรังสิต เริ่มก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 2546 โดย ดร.เดชา กลิ่นกุสุม (อดีตนายกเทศมนตรีเมืองรังสิต) และได้มอบหมายให้ นายธีรวุฒิ กลิ่นกุสุม (ปัจจุบันนายกเทศมนตรีนครรังสิต) เป็นผู้ควบคุมดูแลงานศูนย์รับ-ส่งผู้ป่วยเทศบาลเมืองรังสิตทั้งหมด ศูนย์จัดตั้งอยู่ที่ ศูนย์สาธารณสุข 2 ติดกับเทศบาลเมืองรังสิต เลขที่ 22 ถนนรังสิต-ปทุมธานี 10 หมู่ที่ 2 ตำบลประชาธิปัตย์ อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ตั้งอยู่ในหมู่บ้านรัตนโกสินทร์ 200 ปี ศูนย์รับ-ส่งผู้ป่วยเทศบาลเมืองรังสิตอยู่ในสังกัดกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้ควบคุมและดูแลการปฏิบัติงาน ศูนย์รับ-ส่งผู้ป่วยเทศบาลเมืองรังสิตมีรถพยาบาลฉุกเฉิน จำนวน 3 คัน ภายในรถพยาบาลมีอุปกรณ์การปฐมพยาบาลเบื้องต้นทุกชนิด เช่น อุปกรณ์ทำแผล อุปกรณ์ช่วยหายใจ ออกซิเจน อุปกรณ์ยกและเคลื่อนย้าย อุปกรณ์ดามแขน ขา หลัง และคอ ที่ทันสมัย โดยให้บริการประชาชนภายในเขตเทศบาลเมืองรังสิต **ลักษณะการให้บริการ** ให้บริการรับ-ส่งผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยตรวจตามแพทย์นัดที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ประสบอุบัติเหตุต่าง ๆ ภายในเขตเทศบาลเมืองรังสิต โดยให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ไม่เว้นวันหยุดราชการ โดยมีการจัดเวรเป็นผลัด ๆ ละ 8 ชั่วโมง แต่ละผลัดมี 2 ทีม ทีมละ 3 คน ภายใน 1 ทีมประกอบไปด้วย พยาบาลวิชาชีพ 1 คน พนักงานปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น 1 คน พนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน 1 คน เทศบาลเมืองรังสิตเป็นหน่วยงานแรกของท้องถิ่นในจังหวัดปทุมธานี ที่เปิดให้มีศูนย์รับ-ส่งผู้ป่วยของหน่วยงานราชการท้องถิ่น และให้บริการผู้เจ็บป่วยภายในเขตเทศบาลรับผิดชอบ ปี 2551 นายธีรวุฒิ กลิ่นกุสุม (อดีตรองนายกเทศมนตรีเมืองรังสิต) ได้เล็งเห็นความสำคัญของประชาชนภายในเขตเทศบาลเมืองรังสิต และ ศูนย์รับ-ส่งผู้ป่วย จึงให้ศูนย์รับ-ส่งผู้ป่วยเทศบาลเมืองรังสิตเข้าร่วมกับหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดปทุมธานี หรือ สายด่วน 1669 ซึ่งอยู่ในความดูแลของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ รวมทั้งยังมีทีมอาสาสมัคร First Responder (FR) ภาคประชาชนนำรถส่วนตัวมาเข้าร่วมในเครือข่าย จำนวน 5 คัน หรือ 5 ทีม ๆ ละ 3 คน ซึ่งรถแต่ละคันพร้อมผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นได้ผ่านการตรวจสอบและรับรองจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี ถูกต้องตามกฎระเบียบของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ สพฉ. โดยมีโรงพยาบาลปทุมธานีเป็นแม่ข่ายอันดับ 1 ของจังหวัด โรงพยาบาลประชาธิปัตย์เป็นแม่ข่ายภายในเขตเทศบาลเมืองรังสิต และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เป็นแม่ข่ายข้างเคียง โดยเปิดให้บริการตามระบบและระเบียบที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนดทุกประการ ในขณะเดียวกันศูนย์

พัฒนาการขององคลไกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเทศบาลนครรังสิต	รับ-ส่งผู้ป่วยเทศบาลเมืองรังสิต ก็ได้ให้บริการรับ-ส่งผู้ป่วยตามแพทย์นัด ผู้ป่วยเรื้อรังควบคู่ไปด้วยกันตามนโยบายของผู้บริหารเทศบาลเมืองรังสิต และความเป็นอยู่ของประชาชนในเขตเทศบาลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ในขณะเดียวกันศูนย์รับ-ส่งผู้ป่วยเทศบาลเมืองรังสิต ได้ย้ายหน่วยงานจากกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มาสังกัดฝ่ายป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการออกปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ร่วมกับหน่วยกู้ภัย และการวางแผนการปฏิบัติงานร่วมกับหน่วยกู้ภัย เนื่องจากสองหน่วยงานนี้เวลาเกิดอัคคีภัย อุทกภัย หรือ อุบัติเหตุหมู่ต่าง ๆ หน่วยกู้ชีพ และ หน่วยกู้ภัย สองหน่วยงานนี้ต้องออกปฏิบัติหน้าที่พร้อมกันตามนโยบาลของผู้บริหารเทศบาลที่ได้เล็งเห็นความสำคัญของการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และประชาชนภายในเขตเทศบาล วันที่ 22 มีนาคม 2553 ศูนย์รับ-ส่งผู้ป่วยเทศบาลเมืองรังสิตได้ย้ายสถานที่ตั้งจากศูนย์สาธารณสุข 2 ภายในหมู่บ้านรัตนโกสินทร์ 200 ปี ไปอยู่บริเวณใต้ต่างระดับสะพานแก้วติดคลองรังสิต ซึ่งเป็นอาคารเอนกประสงค์ 1 ชั้น แล้วเปลี่ยนชื่อใหม่เป็น ศูนย์กู้ชีพ-กู้ภัยเทศบาลเมืองรังสิต ปี 2554 เทศบาลเมืองรังสิตได้ยกฐานะเป็นเทศบาลนครรังสิต ศูนย์กู้ชีพ-กู้ภัยได้เปลี่ยนชื่อใหม่อีกครั้งเป็น ศูนย์กู้ชีพ-กู้ภัยเทศบาลนครรังสิต จนถึงปัจจุบัน โดยมีนายธีรวุฒิ กลิ่นกุสุม เป็นนายกเทศมนตรีนครรังสิต

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. ภาวะผู้นำ/ การอภิบาล	• **การบริหารจัดการที่ดีตามหลักธรรมภิบาล** ศูนย์กู้ชีพ-กู้ภัย เทศบาลนครรังสิต มีการบริหารจัดที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล โดยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้ซึ่งมีส่วนได้เสียกับการดำเนินงาน โดยจัดให้ประชาชนเข้าร่วมในการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเทศบาลจัดทำโครงการฝึกอบรมหนึ่งตำบลหนึ่งทีมกู้ภัย ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นประชาชนผู้ที่มีความสนใจในการบริการสังคม โดยเชิญวิทยากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานีเป็นผู้ให้ความรู้หลักการปฐมพยาบาลขั้นต้น ที่ถูกต้อง และให้ผู้ผ่านการฝึกอบรมเข้าร่วมหน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉินในชุดปฏิบัติการฉุกเฉินขั้นต้น (First Responders: FR) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปัจจุบันอาสา	• ผู้นำท้องถิ่นให้ความสนใจในงานกู้ชีพ กู้ภัย และมีการจัดทำโครงสร้างองค์กรรองรับงานด้านกู้ชีพกู้ภัยอย่างชัดเจน โดยอยู่ภายใต้ฝ่ายป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย • วิสัยทัศน์และการเล็งเห็นความสำคัญของการผู้นำองค์กร *“แม้ว่าวันพรุ่งนี้ไม่ได้เป็นนายกฯ แล้ว ระบบ EMS ของเทศบาลนครรังสิตก็ยังสามารถดำเนินการต่อไปได้...งานที่เป็นงานบริการชาวบ้าน ถ้านายกฯ ใหม่มาแล้วไม่ทำก็จะโดนชาวบ้านบ่น เพราะทำให้ชาวบ้านเดือดร้อน หยุดเมื่อไหร่ก็กระทบคนใช้บริการ”*	

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	ประชาชนที่เข้าร่วมหน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉินได้ปฏิบัติงานร่วมกับศูนย์กู้ชีพกู้ภัยเทศบาลนครรังสิตอย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับนโยบายการให้บริการของศูนย์ ฯ ตลอดเวลา ● เพื่อให้เกิดความโปร่งใสและลดปัญหาความขัดแย้งระหว่างหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ ได้มีการนัดตรวจมาตรฐานรถพยาบาลฉุกเฉิน ของหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ แต่ก็มีปัญหาตามมาอยู่บ้างที่หน่วยปฏิบัติการอื่นหาว่าเป็นการกลั่นแกล้ง ทำให้รถพยาบาลฉุกเฉิน ของเขาไม่ผ่านมาตรฐาน ซึ่งแท้จริงแล้วคือการที่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ประจำรถไม่เป็นไปตามมาตรฐาน		
2. การเงินการคลัง	● ค่าตอบแทนจาก สพฉ. ที่ได้จากการออกเหตุจะเข้าเป็นเงินรายได้ของเทศบาล ส่วนงบขาออกจะตั้งเป็นรายจ่ายในงบก้อนใหญ่ของเทศบาลฯ ● รายได้ต่อปีของเทศบาลมากเป็นอันดับที่ 8 ของประเทศ จึงมีกำลังซื้อบริการและพัฒนาบริการมาก	● อยู่ในเขตเศรษฐกิจที่มีพัฒนาการมายาวนาน	● การตีความระเบียบบริหารการเงินการคลังของ สตง. อาจไม่ยืดหยุ่นและเอื้ออำนวยต่อการสร้างงานกู้ชีพอย่างต่อเนื่อง
3. การให้บริการ	● ให้บริการรับ-ส่งผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยตรวจตามแพทย์นัดที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ประสบอุบัติเหตุต่าง ๆ ภายในเขตเทศบาลเมืองรังสิต เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยมีพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำแต่ละเวรด้วยทั้ง ๆ ที่ไม่จำเป็นต้องมีเพราะไม่ใช่บริการระดับ ALS ซึ่งทำให้เป็นบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน	● การให้บริการโดยมีพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยปฏิบัติการ ● ความเข้าใจในงานบริการที่คำนึงถึงประโยชน์ของผู้รับบริการก่อนเป็นอันดับแรก	

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	• การให้บริการ ทางเทศบาลฯ ได้จัดรถออกไว้เป็นสองกลุ่ม คือ รถสำหรับบริการผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน เช่น หมอนัด ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นบริการแต่เดิมของทางเทศบาลฯ การให้บริการรถพยาบาลฉุกเฉิน เพิ่งเริ่มให้บริการตอนที่ สพฉ. เข้ามาเมื่อปี 2551 • เรื่องสิทธิการรักษาของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ทางผู้ปฏิบัติงานไม่อยากถาม และไม่อยากเกิดความขัดแย้งกับทางโรงพยาบาลด้วย เพราะบางครั้งมีคำถามจากทางโรงพยาบาลว่า ทำไมไม่ส่งคนไข้มาที่นี่		
4. กำลังคน	• เนื่องจากกำลังคนที่เป็นพยาบาลวิชาชีพมีไม่เพียงพอจึงใช้วิธีการจ้างเหมาพยาบาลรายปี โดยทำการเปิดประมูล ซึ่งราคาที่ประมูลเข้ามาไม่สูงนัก เพียงแค่ 200-300 บาท/เวร ซึ่งราคาต่ำมากเมื่อเทียบกับค่าตอบแทนจากขึ้นเวรที่โรงพยาบาลเอกชน • บุคลากรที่จะเข้ามาทำงาน EMS จะเน้นผู้ที่มีจิตอาสา เนื่องจากการทำงานตรงนี้ไม่มีแรงจูงใจมากพอหากคำนึงถึงเรื่องค่าตอบแทน หากเอาบุคคลที่คำนึงถึงเรื่องค่าตอบแทนเป็นหลักจะทำให้การทุ่มเทเพื่อการปฏิบัติงานมีปัญหา *"...กลุ่ม อปพร. เขาไม่คำนึงถึงเรื่องเงินมากนัก แต่ถ้าพูดถึงเรื่องการเติบโตมันไม่มี เพราะคนขับรถผมก็ออกไปคนสองคน ออกไปขับรถตู้ เพราะมันไม่มีแรงจูงใจ..."*	**บุคลากรในสังกัดศูนย์กู้ชีพ กู้ภัย** • พยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์กู้ชีพ จำนวน 2 คน • พยาบาลจ้างเหมานอกเวลาราชการ จำนวน 5 คน • เวชกรฉุกเฉินระดับต้น (EMT-B) ประจำศูนย์ จำนวน 4 คน • ผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น (FR) ประจำศูนย์ จำนวน 4 คน • พนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินประจำศูนย์ (ผ่านการอบรม FR) จำนวน 5 คน • เจ้าหน้าที่กู้ภัยและดับเพลิงประจำศูนย์ จำนวน 26 คน	• การกำหนดกรอบอัตรากำลังคนให้มีตำแหน่งงานที่ชัดเจนเป็นปัญหาอยู่มาก เนื่องจากต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการบริหารงานบุคคลกลาง และถ้าเป็นเรื่องใหม่แล้วยิ่งมีความยืดเยื้อและใช้เวลานาน • การอบรมบุคลากรที่จริงแล้วอยากให้ สพฉ. เปิดอบรมบ่อยกว่าที่ทำอยู่เพราะที่ทำอยู่มันยังไม่เพียงพอ ทางเทศบาลฯเองยินดีที่จะสนับสนุนบุคลากรให้ได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพ คือ แม้ทางเทศบาลฯจะมีเงินแต่ก็ทำตรงนี้ไม่ได้

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	"...มีเด็กใหม่เพิ่งจบปริญญาตรีนิเทศฯมา แต่มาบอกผมว่าอยากทำเพราะเขาเคยเป็นอาสามาก่อนอยู่แล้ว เราก็โอเค เพราะว่าเขาอยากทำจริงๆ จบปริญญาตรีมาแต่อยากได้เงินเดือนเจ็ดแปดพัน ก็ให้เขาทำ..."		
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร	• มีการเก็บสถิติการให้บริการรายเดือน รายปี และจำแนกตามสาเหตุการเจ็บป่วย • ขณะนี้กำลังดำเนินการเรื่องการพัฒนาระบบ GPS เพื่อติดตามผู้ป่วยฉุกเฉินตามบ้าน • กำลังพัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยร่วมกับ NECTEC เพื่อทำเครื่องมือช่วยเหลือผู้ป่วยตามบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียกโดยตรงมาที่ศูนย์ปฏิบัติการของเทศบาลนครรังสิต ซึ่งเมื่อเชื่อมโยงกับระบบ GPS แล้วจะทำให้ทราบพิกัดบ้านของผู้ป่วยได้	• กำลังซื้อ และการให้ความสำคัญต่องานกู้ชีพโดยฝ่ายบริหาร	• ไม่ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติการให้บริการเชิงลึก
6. ครุภัณฑ์และอุปกรณ์	**เครื่องมือที่ใช้ในการกู้ชีพ-กู้ภัย** • รถตู้พยาบาลฉุกเฉินประจำศูนย์ จำนวน 3 คัน • รถดับเพลิงประจำศูนย์ จำนวน 2 คัน • รถส่องแสงสว่างประจำศูนย์ จำนวน 1 คัน • รถกู้ภัย 1 คัน • รถน้ำ 3 คัน • รถตรวจการ 3 คัน	• กำลังซื้อ และการให้ความสำคัญต่องานกู้ชีพโดยฝ่ายบริหาร	

1.3 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพิจิตร

กลไก **ระดับพื้นที่**	**ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน (Excellence Center)** **โรงพยาบาลพิจิตร**
ผู้ให้สัมภาษณ์	หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวช รพ.พิจิตร แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน รพ.พิจิตร คณะพยาบาลกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.พิจิตร
พัฒนาการของกลไก **Excellence center** **STEMI Fast Track**	รพ.พิจิตร มีการดำเนินการศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellence Center) ด้านหลอดเลือดหัวใจ (STEMI Fast Track) และ ด้านหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track: SFT) สรุปประเด็นการพัฒนา ดังนี้ **1. ด้านหลอดเลือดหัวใจ (STEMI Fast Track)** ● การสร้างเครือข่าย STEMI Fast Track รพ.พิจิตร เริ่มดำเนินการเมื่อปี 2548 เป็นช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขเริ่มมีนโยบาย ประกอบกับโรงพยาบาลต้องการ HA ด้วย โดยมี แพทย์อายุรกรรมเป็นผู้นำ และขณะนั้น มีพยาบาลจบเฉพาะทางโรคหัวใจจากศิริราช การดำเนินการในปีแรก ยังไม่มี Fast Track และสรพ.ได้ชี้ปัญหาคนไข้ MI เสียชีวิตเยอะ จึงต้องการให้มีระบบการดูแลผู้ป่วย MI ให้ดีที่สุด แพทย์อายุรกรรม จึงได้ประสานกับ รพช. สสจ. และเชิญประชุมให้ความรู้ในเรื่อง ลักษณะโรค การแปลผล EKG (ต่อมาได้สอนให้สามารถให้ยา Streptokinase (SK) ได้ที่ รพช.) และ ร่วมวางแผนงานใน รพ. และยกร่าง protocol ในการดูแลคนไข้ โดยกลุ่ม PCT Med ● การรับผู้ป่วยในช่วงแรก เริ่มต้นที่ ICU 2 เตียง และมีการให้ยา Streptokinase ที่ ICU (ซึ่งต่อมาประเมินแล้วว่าผู้ป่วยได้รับยาค่อนข้างช้า การดำเนินการในปีที่ 2 จึงมีการสอนพยาบาลให้ยา Streptokinase ที่ ER ได้ ภายใต้ supervision/ตามคำสั่งแพทย์ ● เริ่มให้บริการแบบ Fast Track ในปีที่ 3 (2551) รพ.พุทธชินราช เป็นแม่ข่ายในช่วงแรก (จังหวัดพิจิตร ขึ้นกับเขต จ.นครสวรรค์ ซึ่งต้องเดินทางไกลมาก จึงประสาน สปสช. ให้เจรจากับ รพ.พุทธชินราช ให้ รพ.พิจิตร สามารถส่งต่อที่ รพ.พุทธชินราชได้) ต่อมา มี รพ.คณะแพทย์ ม.นเรศวร ที่อยู่ใกล้กว่า ได้ขอให้ สปสช.เจรจาให้ ดังนั้น ปัจจุบัน จึงส่งต่อไปที่ รพ.คณะแพทย์ ม.นเรศวร ● ปัจจุบัน แม่ข่ายคือ รพ.นเรศวร และ รพ. ในเครือข่าย: 8 รพช.ในจังหวัดพิจิตร (รพ.ตะพานหิน (ให้ยาได้) รพ.บางมูลนาก (ให้ยาได้), รพ.โพทะเล, รพ.ทับคล้อ, รพ.โพธิ์ประทับช้าง, รพ.วังทรายพูน, รพ.สามง่าม, รพ.วชิรบารมี ส่วนบุคลากร มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก 1 คน และแพทย์หัวหน้าศูนย์โรคหัวใจ ● จำนวนผู้ป่วย STEMI = 104, 84, 109 คน ในปี 53, 54, 55 ตามลำดับ ● จำนวนเตียงอายุรกรรม 157 เตียง (รพ.ทั้งหมด 405 เตียง), จำนวนเตียง ICU+CCU 10 เตียง ● อายุรแพทย์ 8 คน, พยาบาลวิชาชีพอายุรกรรม 48 คน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทาง CVT 3 คน

STEMI Fast Track	• ทีมดูแล STEMI: PCT อายุรกรรม มีสหสาขาวิชาชีพร่วมกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย • จุดเด่นของ รพ. พิจิตร มีการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนา ปรับปรุง ร่วมกันกับทีมงานอย่างต่อเนื่อง และมีการเขียนรายงานรวบรวมไว้เพื่อการพัฒนาระบบบริการ ต่อไป • ระบบบริการ ○ จัดตั้ง Critical cardiac Care Unit (CCU) 2 เตียง ใน ICU เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจโดยเฉพาะ ○ มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยโรค Acute MI ทั้งชนิด STEMI และ NSTEMI โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic drug) ได้แก่ Streptokinase (SK) และ ยาป้องกันเลือดแข็งตัว Low molecular weight heparin ได้แก่ Enoxaparin ○ จัดตั้งเครือข่ายการดูแล และส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจอย่างเป็นระบบ ทั้งจากระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และจัดทำแนวทางการรักษาโรค (Clinical practice guideline; CPG) ให้เหมาะสมและทันสมัยเหมาะกับ GIS แต่ละโรงพยาบาล ○ มีการจัดตั้งเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ส่งมารักษาระดับทุติยภูมิ และหากต้องรักษาด้วยการผ่าตัด หรือ การสอดสายสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) จะส่งผู้ป่วยต่อไปยังระดับตติยภูมิ ○ มีการส่งต่อข้อมูลล่วงหน้าก่อนส่งผู้ป่วยมารักษา เพื่อให้โรงพยาบาลที่จะรับผู้ป่วยได้ เตรียมตัวได้ทัน โดยส่งข้อมูลด้านการรักษา และ EKG ทางโทรสาร ○ มีการจัดทำแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ตลอดจนอบรมบุคลากรทุกระดับให้เข้าใจและมีส่วนร่วมในการให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจให้ได้รับบริการที่รวดเร็ว (Fast track system) ○ มีพยาบาลประจำศูนย์โรคหัวใจ และนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยเพื่อทำรายงาน ช่วยตรวจพิเศษ Echo, EST, EKG 12 leads ○ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสหวิชาชีพ มีการประสานงานกับพยาบาล ICU หอผู้ป่วยอายุรกรรม ร่วมกันดูแล ส่งต่อผู้ป่วยให้ความรู้และคำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน และหากผู้ป่วยกลับบ้าน จะส่งให้ทีม Home health care เยี่ยมบ้าน หรือ ส่งข้อมูลให้ รพช. กรณีต่างอำเภอ • จัดทำระบบข้อมูลผู้ป่วย ฐานข้อมูล HOSxP ○ การตรวจพิเศษระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ Echocardiogram, Exercise stress test (EST): ตั้งแต่ เมษายนปี 2553 ก่อนมีการตั้งศูนย์โรคหัวใจ โดยได้รับงบประมาณจาก สปสช. ซื้อเครื่องตรวจ 1 ตัว เปิดบริการทุกวันจันทร์-ศุกร์ในเวลาราชการ ○ Exercise Stress Test (EST): ได้รับงบประมาณจาก สปสช. ซื้อเครื่องตรวจ 1 ตัว และเปิดให้บริการทุกช่วงบ่ายวันพฤหัสบดีในเวลาราชการ ○ ให้บริการคลินิกโรคหัวใจ: เปิดให้บริการเมื่อ 20 เมษายน 2554 ให้บริการทุกบ่ายวันพุธ • ปัญหาอุปสรรค ○ การดำเนินงานยังมีข้อขัดข้องหลายประการ เช่น ยังมีปัญหาขาดองค์ความรู้ในการ detect โรค บุคลากรขาดความรู้ ทักษะในการให้ยา SK การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่มีประสิทธิภาพ การใช้โทรสารนอกเวลาราชการยังไม่สะดวก ทั้งหลายเหล่านี้ทำให้มีการส่งต่อผู้ป่วยล่าช้า

Stroke Fast Track	○ ยังมีความไม่พร้อมของ รพช.บางแห่งที่ยังไม่มียา Wafarin, Plavix ทำให้โรงพยาบาลที่มียาไม่สามารถส่งผู้ป่วยกลับไปรับยาที่ รพช. เดิมได้ ○ บุคลากร พยาบาลประจำศูนย์โรคหัวใจไม่เพียงพอ เนื่องจากมีภาระงานทั้งงานประจำ งานภายในศูนย์โรคหัวใจ และงานขององค์กรในเรื่องของการเก็บรวบรวมข้อมูลและการช่วยตรวจพิเศษต่าง ๆ ทำให้ไม่มีพยาบาลอยู่ดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ขณะที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการที่ศูนย์โรคหัวใจ รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยที่มารับการตรวจ echo มีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ ○ ศูนย์โรคหัวใจยังไม่มีอายุรแพทย์โรคหัวใจประจำ ● แผนการดำเนินงานต่อไป ○ หากรพช.ใดพร้อม ศูนย์โรคหัวใจจะช่วยส่งเสริมให้มีการให้ยา Streptokinase ตั้งแต่ระดับรพช. ก่อนส่งมาที่โรงพยาบาลพิจิตร เพื่อลดระยะเวลาการให้ยา SK **2. ด้านหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track: SFT)** ● เริ่มดำเนินการ มีนาคม 2555 จากนโยบายของ สปสช. และรพ.พิจิตร พิจารณาว่าดำเนินงานแล้วคุ้มทุนและเกิดผลดีกับผู้ป่วย รวมทั้งเชื่อว่าทีมของรพ.ทำได้ รองผู้อำนวยการด้านการแพทย์เป็นประธาน PCT ได้มอบให้ นพ.ธีรวัฒน์ เป็นผู้รับผิดชอบและทำด้วยใจ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการจากสหสาขาแต่ละแผนกมาร่วมด้วย ● เริ่มให้ยาตั้งแต่ พฤศจิกายน 2555 จนถึงปัจจุบัน ให้ยา rt-PA ไปแล้ว 8 ราย (criteria ให้ยาแล้ว 24 ชั่วโมง ต้องย้ายออกจาก ICU) มี 4 รายที่มี complication แต่ต่อมาก็กลับบ้านได้ ● สิ่งสำคัญ “ทำด้วยใจ” มองว่า “ซักวันอาจเป็นเรา เป็นญาติ พี่น้อง คนที่เรารัก” ทำให้ลืมเหนื่อย ความสำเร็จคือ คนไข้ยิ้ม และ กลับบ้านได้ เป็นยาทิพย์ที่ให้ทีมมีกำลังใจทำงาน ● ที่นี่ มีหมอ **EP เติมเต็ม ER** ได้ (เป็นรองประธานกรรมการ) เมื่อก่อน การให้ rt-PA ต้องปรึกษาหมออายุรกรรมก่อน ทำให้ไม่สามารถให้ยาช่วงนอกเวลาราชการได้ เนื่องจากแพทย์อายุรกรรมไม่สามารถมาดูคนไข้ได้ ช่วงหลัง แพทย์ EP ช่วยได้ ทำให้ รพ.สามารถให้ยาช่วงนอกเวลาราชการได้มากขึ้น ● เริ่มดำเนินงานกับเครือข่าย รพช. ตั้งแต่มกราคม 2556 โดย สสจ. เป็นแม่งาน และ รพ.พิจิตร เป็นแกนหลักในเรื่ององค์ความรู้ วิทยากรและมีการพัฒนา service plan ร่วมกัน ● มีการวางแผนในเชิงการป้องกันและการคัดกรอง เช่น การให้ความรู้ในกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ผ่านทางวิทยุกระจายเสียง ทีมสุขศึกษาของ รพ. รวมทั้งให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการดำเนินการในพื้นที่รับผิดชอบ ● การให้ความรู้ในการ detect คนไข้และส่งต่อคนไข้ เพื่อให้มาถึง รพ.เร็วที่สุด โดยตั้งเป้าไว้ว่าต้องมาถึงรพ. ภายใน 3 ชั่วโมง หลังเกิดอาการ และรพ.มีเวลาให้การรักษา 1.30 ชั่วโมง จะสามารถช่วยชีวิตคนไข้ได้ (ขณะนี้เวลาในการตรวจ lab และ detect อาการคนไข้ในรพ.แต่ละจุด รวมแล้วไม่เกิน 60 นาที) ● ค่าตอบแทน และ แรงจูงใจ – ผู้บริหารให้ความสำคัญ เรื่องเงินค่าตอบแทนไม่มีพิเศษกว่าแผนกอื่น

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. ภาวะผู้นำ/ การอภิบาล	• อำนาจที่แท้จริงคือ ความรู้และแรงบันดาลใจที่อยากให้คนไข้ดีขึ้น	• ผู้บริหารให้ความสำคัญ • รองแพทย์ เป็นประธาน PCT • ทุกแผนกและทุกสหสาขา ให้ความร่วมมือ • ความใส่ใจ ตั้งใจ และมุ่งมั่นในการทำงาน อยากให้งานสำเร็จ เป้าหมายชัดเจนว่า ผู้ป่วยต้องดีขึ้นและกลับบ้านได้ • เป้าหมาย หลักการ และองค์ความรู้ในการทำงานที่ชัดเจน	• ระบบและโครงสร้างไม่ชัดเจน หากเปลี่ยนตัวคน การพัฒนาอาจไม่ยั่งยืน (กรณีการสนับสนุนบริการจาก สสจ.)
2. การเงินการคลัง	• สปสช. ซื้ออุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นให้ เช่น exercise stress test • การอุดหนุนค่าบริการโดยกองทุนสุขภาพ	• ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสปสช.ในการดำเนินงานและงบจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ (STEMI) • ผู้อำนวยการสนับสนุนการดำเนินงาน เนื่องจากต้องได้ HA ด้วย (STEMI)	• สิทธิ UC เบิกชดเชยค่ายา SK ได้สูงสุด 10,000 บาทต่อคน ส่วนอีกสองระบบเบิกจ่ายได้ 9,000 บาทต่อคน • นโยบายรพ. ไม่อนุญาตให้เบิก OT อย่างเพียงพอ
3. การให้บริการ	• Stroke/stemi fast tracks อย่างบูรณาการตั้งแต่ รพช. ห้องฉุกเฉิน รพ.พิจิตร และแพทย์เฉพาะทางหัวใจ/สมอง	• บุคลากรมีความมุ่งมั่นตั้งใจ • มีองค์ความรู้และมีแนวปฏิบัติในการทำงานร่วมกันชัดเจน • เครือข่าย รพช. ให้ความร่วมมือดี • มีการสนับสนุนจาก สปสช. ที่ชัดเจน เช่น มีการสนับสนุนการจัดซื้อจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อให้บริการที่เกี่ยวข้อง	• ยังไม่มีกระบวนการจัดการกับการโทรกวน (หลายครั้งที่เจ้าหน้าที่ไม่ได้รับสายเพราะคิดว่าเป็นการโทรกวน ทำให้ไม่ได้ไปรับคนไข้–มีกรณีคนไข้เสียชีวิต – อยู่ระหว่างการไกล่เกลี่ย

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
4. กำลังคน	• การ Feedback FR ทันทีเมื่อส่งผู้ป่วย มักมีผลทางลบ เหมือนถูกตำหนิ ทำให้ FR บางคนมีพฤติกรรมก้าวร้าว เจ้าหน้าที่รู้สึกไม่ปลอดภัย (เพราะไม่มีอำนาจในการกำกับ FR) ในขณะที่ขอนแก่น ไม่มีปัญหา เนื่องจากมีการวางระบบที่ชัดเจน ทุกคนเข้าใจกติกา (มีอีกหลายแห่ง เช่น เชียงใหม่ ใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลไว้ และคุยกันในที่ประชุม)	• ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคน เช่น ส่งไปอบรม ขอนแก่น 1 คนในปี 2556 มีการกำหนดแผนในservice plan ให้มีการอบรม เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในเรื่อง pre-hos, อบรมฟื้นฟูวิชาการ EMTI, พัฒนาศักยภาพพนักงานเปล และ พนักงานขับรถ ฯลฯ	• บุคลากรที่ทำงานในศูนย์โรคหัวใจ ไม่มีตำแหน่งชัดเจน (ถูกแต่งตั้งขึ้นมา) เป็นบุคลากรที่มีงานประจำอยู่แล้วมาทำงานที่นี่ ทำให้มีภาระงานเพิ่มขึ้น—ทำด้วยใจไม่มีค่าตอบแทน นอกจากนี้การประเมินผลจะพิจารณาจากงานประจำเท่านั้น • โครงสร้างการบริหารจัดการศูนย์โรคหัวใจไม่มีความชัดเจน • บุคลากรยังขาดการพัฒนาและสนับสนุนในเรื่องการเรียนต่อเฉพาะทางด้าน CVT และ non-invasive
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร	• พัฒนา GPS ติดรถ • การทำงานเป็นเครือข่าย ช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกิดการพัฒนาและได้องค์ความรู้ใหม่ที่สามารถปรับโครงสร้างระบบการดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ได้มาตรฐานเทียบเคียงระดับเครือข่ายและระดับประเทศ	• มีการประเมินผลการทำงานอย่างละเอียด และนำข้อมูลการวิเคราะห์ผลการประเมินดังกล่าว มาใช้พัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการเขียนสรุปไว้อย่างเป็นระบบ	• เจ้าหน้าที่ยังขาดการใช้ clinical pathway ในการดูแลผู้ป่วย • การรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบข้อมูลเป็นไปได้ช้า เนื่องจากต้องใช้เวลานอกงานประจำในการติดตามงาน • การรายงานผลงานส่ง สปสช. และ กสธ. ไม่เหมือนกัน ทั้งที่เป็นเรื่องเดียวกัน
6. พัสดุและเทคโนโลยี	• มีเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์สอดคล้องกับบริการเฉพาะโรค เช่น stroke/ stemi fast tracks	• สปสช. ซื้ออุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นให้ เช่น exercise stress test	

กลไก ระดับจังหวัด	**อนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร**
ผู้ให้สัมภาษณ์	หัวหน้าฝ่ายควบคุมโรค สสจ.พิจิตร ผู้ประสานงาน EMS สสจ.พิจิตร
พัฒนาการของกลไกอนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	• การดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เป็นการดำเนินงานตามระบบ/โครงสร้างเดิมที่เริ่มในเดือนธันวาคม ปี 2547 ตั้งแต่มีสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร) มาจนถึงยุคที่มีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในปี 2551 • ปี 2555 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดพิจิตร ภายใต้คำสั่งจังหวัดพิจิตร ที่ 808/2555 ลงวันที่ 3 พฤษภาคม 2555[6] โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธานกรรมการ มีรองผู้ว่าราชการฯ และ ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัดพิจิตร เป็นรองประธาน มีหัวหน้าส่วนราชการประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิจิตร ท้องถิ่นจังหวัด ประชาสัมพันธ์จังหวัด ขนส่งจังหวัด นายอำเภอทุกอำเภอ หัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ประธาน อพปร.จังหวัด. ร่วมเป็นกรรมการ มีนายแพทย์ สสจ.เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ และหัวหน้าฝ่ายควบคุมโรค สสจ.พิจิตร เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ - กำหนดนโยบาย มาตรการ แนวทางการสนับสนุนงบประมาณของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด - จัดตั้ง ดูแล สนับสนุนการปฏิบัติงานของสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดพิจิตร และศูนย์สั่งการโรงพยาบาลพิจิตร ให้ดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด - แต่งตั้งคณะทำงานด้านต่าง ๆ เพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด - ปฏิบัติหน้าที่อื่น ตามที่คณะกรรมการระดับชาติกำหนด อย่างไรก็ดี คณะอนุกรรมการฯ ชุดนี้มิได้มีผลในทางปฏิบัติแต่อย่างใด เนื่องจากทับซ้อนกับคณะกรรมการอุบัติเหตุอุบัติภัยจังหวัด • ภายใต้คำสั่งชุดเดียวกันนี้ ยังได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการอีก 7 ชุด เพื่อรองรับการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละระดับ ประกอบด้วย (1) คณะกรรมการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัดพิจิตร โดยมี นพ.สสจ.เป็นประธาน (2) คณะกรรมการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำอำเภอ (3) คณะกรรมการศูนย์สั่งการโรงพยาบาลพิจิตร

[6] ยกเลิกคำสั่งจังหวัดพิจิตรที่ 116/2551 ลงวันที่ 22 มกราคม 2551 เรื่องแต่งตั้งกรรมการและคณะอนุกรรมการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดพิจิตร ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานในระดับพื้นที่เกิดความคล่องตัว เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

พัฒนาการของกลไกอนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	(4) คณะอนุกรรมการตรวจสอบมาตรฐานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดพิจิตร ประกอบด้วยอนุกรรมการย่อยดังนี้ (4.1) คณะอนุกรรมการฝ่ายตรวจสอบเอกสารใบสมัครและดำเนินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ โดยมีหัวหน้าฝ่ายควบคุมโรค สสจ.พิจิตรเป็นประธาน (4.2) คณะอนุกรรมการฝ่ายตรวจสอบมาตรฐานรถพยาบาลระดับจังหวัด โดยมีหัวหน้าฝ่ายควบคุมโรค สสจ.พิจิตร เป็นประธาน (4.3) คณะอนุกรรมการฝ่ายตรวจสอบมาตรฐานรถพยาบาลระดับอำเภอ (4.4) คณะอนุกรรมการฝ่ายตรวจประเมินมาตรฐานบุคลากร

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. การอภิบาล			
1.1 การจัดการโครงสร้างภายใน	● อยู่ภายใต้โครงสร้างของฝ่ายควบคุมโรค เป็นการดำเนินงานตามโครงสร้างเดิมตั้งแต่เริ่มศูนย์เรนทร		
1.2 การกำหนดนโยบาย/ทิศทางการดำเนินงานระดับจังหวัด	● มีการกำหนดวิสัยทัศน์ระดับจังหวัดไว้อย่างชัดเจน (ระบบ EMS มีประสิทธิภาพ หน่วยบริการมีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุมทุกพื้นที่ ผู้รับบริการพึงพอใจ) ● ส่วนใหญ่จะใช้เวทีประชุมระดับจังหวัด ดังนี้ - การประชุมหัวหน้าส่วนราชการของจังหวัด ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน - การประชุมคณะกรรมการอุบัติเหตุอุบัติภัยจังหวัด - การประชุมของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ในคณะกรรมการระบบการแพทย์และสาธารณสุข - การประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล ซึ่งมีนพ.สสจ.เป็นประธาน มีผู้อำนวยการ รพ.ทุกแห่งและหัวหน้าฝ่ายทุกฝ่ายในสสจ.ร่วมเป็นกรรมการ	● การทำหน้าที่ “คุณอำนวย” ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สามารถสื่อสารและประสานได้ 360 องศา ● การแสวงหาภาคีร่วมในการทำงาน (มองว่า ER คือกำลังสำคัญของระบบ EMS) ● ความเชื่อมโยงกับเครือข่ายเป็นความสัมพันธ์ฉันท์พี่น้อง มีการเรียนรู้ร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ	● ยังระดมการมีส่วนร่วมจากอบจ.ได้จำกัด

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	- การประชุมของท้องถิ่น โดยผู้รับผิดชอบงาน EMS จังหวัดได้ประสานขอนำวาระเข้าปีละ 2 ครั้ง ● มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ ให้มีการนำส่งผู้ป่วย STEMI ด้วยระบบ EMS มากขึ้น ● แผน 5 ปีกำหนดให้มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. เรื่อง prehos ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ● ผู้รับผิดชอบงาน EMS จังหวัด จะเป็นหลักในการทำหน้าที่ประสานนโยบายจากส่วนกลาง (สพฉ., สธฉ.) มาสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ (ประสานและขอความร่วมมือ)		
1.3 การจัดระบบการ แพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด	(1) การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ/ชุดปฏิบัติการ ● เป็นไปตามระเบียบสพฉ. มีการต่อทะเบียนทุก 3 ปี		
	(2) การควบคุมกำกับศูนย์สั่งการ ● ศูนย์สั่งการตั้งอยู่ที่ รพ.พิจิตร ขึ้นกับ ER ● มีเจ้าหน้าที่วิทยุ ตลอด 24 ชม. ● การออกเหตุของ FR ขณะนี้อยู่ระหว่างนำร่องนำในการใช้ small talk ในการสื่อสาร ● มีการนำระบบ GPS ติดตามรถเข้ามาใช้ ● มีโทรศัพท์ 4 คู่สาย โดยยอมเสีย 1 คู่สายเพื่อให้ได้ทราบสถานการณ์จริงของผู้ป่วยฉุกเฉิน และเพื่อฟังว่าชุดปฏิบัติการให้การช่วยเหลือถูกหรือไม่ และศูนย์สั่งการสามารถให้คำแนะนำในระหว่างเกิดเหตุได้ ● มีการสรุปงาน EMS โดยเชิญผู้รับผิดชอบงาน EMS จังหวัดมาร่วมรับฟังเพื่อรายงานต่อ นพ.สสจ.	● ทีมงานพยายามเรียนรู้จากการปฏิบัติและปรับปรุงงานอย่างสม่ำเสมอ ภายใต้การนำและสนับสนุนของหัวหน้างาน EMS และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	● แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินกำลังจะย้ายไปจังหวัดอื่น

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	(3) การควบคุมมาตรฐาน/คุณภาพหน่วยบริการ/ชุดปฏิบัติการ ● อบรมฟื้นฟูอาสาสมัคร (FR) ทุก 2 ปี โดยอบรมเป็นโซน และพัฒนาทักษะของบุคลากร รพ. โดยเจ้าหน้าที่ สสจ. และเจ้าหน้าที่ ER เป็นวิทยากร ● มีความพยายามในการผลักดันให้ท้องถิ่นจัดตั้งงบประมาณในการอบรมฟื้นฟู (FR) เอง ● นิเทศ/ออกเยี่ยมหน่วยปฏิบัติการ ● จัด EMS rally ● จัด EMS สัญจร ● จัดอบรมเชิงปฏิบัติการและการกู้ชีพทางน้ำ		
2. การเงินการคลัง	● งบพัฒนาระบบ สพฉ. จ่ายเป็นค่า - ค่าตอบแทนพยาบาลที่ขึ้นเวรศูนย์สั่งการ (part time) แพทย์ on-call และลูกจ้างที่ขึ้นเวรวิทยุ 4 คน/เดือน ประมาณ 800,000 บาท/ปี - ค่าจ้างลูกจ้างของ สสจ.ที่รับผิดชอบงาน EMS 1 คน - ค่าจัดพิมพ์แบบรายงานต่าง ๆ ● งบชดเชยปฏิบัติการสำหรับหน่วยปฏิบัติการ ● การตรวจสอบ/การอนุมัติ/เบิกจ่ายเงินชดเชย - หน่วยบริการ/ หน่วยปฏิบัติการ ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแบบฟอร์มที่ สพฉ. กำหนดให้ สสจ. - สสจ.ตรวจสอบ คีย์ข้อมูล ส่ง สพฉ. เพื่อขอเบิกเงินชดเชยการปฏิบัติการ		● งบพัฒนาระบบ สพฉ. มีจำกัดเกินกว่าจะจัดสรรเพื่อพัฒนาระบบ

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
3. บุคลากร	(1) สสจ. ● ข้าราชการ 1 คน ● ลูกจ้าง 1 คน		
	(2) ศูนย์สั่งการ ● ศัลยแพทย์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวช 1 คน รับผิดชอบการบริหารจัดการศูนย์สั่งการ ● แพทย์เวร 1 คนให้คำปรึกษา ● พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 1 คน (ในเวลาราชการ) ● พยาบาล ER ประจำศูนย์ตลอด 24 ชม. 1 คน/เวร (นอกเวลาราชการ) ● เจ้าหน้าที่วิทยุสื่อสาร 1 คน/เวร	● ดำเนินการด้วยงบประมาณจากสพฉ.	● งบพัฒนาระบบสพฉ.มีจำกัดเกินกว่าจะจัดสรรเพื่อพัฒนาระบบ ● พนักงานกู้ชีพมูลนิธิบางแห่งตีความการตรวจสอบบริการกู้ชีพของห้องฉุกเฉินรพ.ในทางลบ จึงอาจกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง
	(3) อื่นๆ ● มีแผนการพัฒนาบุคลากรแต่ละระดับ (แพทย์ พยาบาล EMT-B EMT-I FR) ใน service plan		
4. ข้อมูลสารสนเทศ (การใช้ประโยชน์จากข้อมูล)	● มีการวิเคราะห์ข้อมูล (14 สาเหตุ) และ feed back รพ. และกระตุ้นให้ รพ. นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผน เฝ้าระวัง หรือการจัดกำลังเสริม ● สนับสนุนให้ รพ.สต.ทุกแห่ง ทำ e-claim ของบริษัทกลาง เพื่อกระตุ้นการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยปัจจุบันมีอำเภอโพธิ์ประทับช้างและอำเภอโพธิ์ทะเล สามารถเบิกเงินได้แล้ว	● การให้ความสำคัญต่อการนำเครื่องมือมาใช้ในการจัดการวางแผนของพื้นที่ โดย สสจ.มองว่าบริบทของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน พื้นที่จึงจำเป็นต้องวิเคราะห์สภาพปัญหาของตนเอง ● การให้ความสำคัญของผู้บริหาร (นพ.สสจ.บุญชัย ธีระกาญจน์) ที่เล็งเห็นโอกาสในการหาแหล่งเงินสนับสนุนระบบและการสานต่อนโยบายของผู้บริหารไปปฏิบัติต่อเพื่อให้เกิดผลของผู้รับผิดชอบงาน EMS จังหวัด	● งบพัฒนาระบบสพฉ.มีจำกัดเกินกว่าจะจัดสรรเพื่อพัฒนาระบบ

กลไก ระดับท้องถิ่น/ชุมชน	**องค์การบริหารส่วนตำบลท่าเยี่ยม จังหวัดพิจิตร**
ผู้ให้สัมภาษณ์	ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเยี่ยม เจ้าหน้าที่ FR ประจำหน่วยปฏิบัติการองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเยี่ยม เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเยี่ยม
พัฒนาการของกลไกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเยี่ยม	ระบบการแพทย์ฉุกเฉินของท้องถิ่นมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบมาตั้งแต่ปี 2550 โดย นายประทิว แก้วจันทร์ อดีตนายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเยี่ยม มีการจัดตั้งขึ้นเป็นกองทุน 1บาท/ 1 วัน/ 1 ครอบครัว ตำบลท่าเยี่ยม หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “กองทุนถึงบ้านถึงใจ” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การที่ชาวบ้านในตำบลท่าเยี่ยมได้มีส่วนร่วมในการสมทบเงินเข้ากองทุนถึงบ้านถึงใจ ทำให้ประชาชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ ให้ความร่วมมือในการจัดบริการ เกิดความเข้มแข็งของชุมชน และเกิดความยั่งยืนในเรื่องระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินตำบลท่าเยี่ยม แนวคิดในการจัดตั้งกองทุนถึงบ้านถึงใจนั้น เกิดจากการได้วิเคราะห์สภาพปัญหาของพื้นที่ ซึ่งตำบลท่าเยี่ยมอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลและไม่มีรพช.ในพื้นที่อำเภอ (ปัจจุบันเพิ่งก่อสร้างรพช. ประจำอำเภอสากเหล็กเสร็จ และยังไม่เปิดให้บริการ) ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางไปรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด และประชาชนในพื้นที่ยังมีฐานะยากจน ทำให้ต้องขอความช่วยเหลือมายัง อบต.ท่าเยี่ยม แต่ในเวลานอกราชการต้องทำการเหมาจ้างรถยนต์เอกชน ซึ่งมีราคาสูงประมาณ 500 บาท/ครั้ง สิทธิประโยชน์ที่ครอบครัวสมาชิกจะได้รับจากการเข้าร่วมกองทุนถึงบ้านถึงใจ อาทิเช่น การใช้บริการรถยนต์กองทุนฯ นำส่งโรงพยาบาลกรณีเจ็บป่วย โดยแพทย์นัดหรือมีใบส่งตัว ให้บริการทางด้านจราจรในกรณีที่สมาชิกจัดงานต่างๆ เจ็บป่วยสามารถยืมเงินได้ครั้งละ 2,000 บาท ไม่เกิน 1 เดือน ไม่เสียดอกเบี้ย สมาชิกที่ไม่ได้ใช้บริการ 10% ของเงินที่เหลือจัดสวัสดิการคืนให้ แต่สำหรับประชาชนทั่วไปนั้นจะได้รับบริการกรณีเกิดเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉิน สำหรับกรณีที่ไม่เจ็บป่วยฉุกเฉินแต่ต้องการใช้บริการจะคิดค่าบริการครั้งละ 300 บาท ระดับการให้บริการเป็นระดับ FR

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. ภาวะผู้นำ/ การอภิบาล	• นายประทิว แก้วจันทร์ อดีตนายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าเยี่ยม มีการจัดตั้งขึ้นเป็นกองทุน 1 บาท/ 1 วัน/ 1 ครอบครัว ตำบลท่าเยี่ยม หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า “กองทุนถึงบ้านถึงใจ” เน้นการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน แกนนำสุขภาพ ผู้นำชุมชน อบต. สถานีอนามัย และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	• ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเล็งเห็นความสำคัญของการจัดตั้งกองทุนถึงบ้านถึงใจ และการมีส่วนร่วมคิดร่วมทำ	• ยังไม่ชัดเจนว่า ในทางปฏิบัติการมีส่วนร่วมของชาวบ้านในการกำกับดูแลมีความหมายเพียงใดต่อธรรมาภิบาลบริการกู้ชีพ
2. การเงินการคลัง	• งบประมาณไม่ได้มาจากเพียงแหล่งใดแหล่งหนึ่ง นอกจากงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้ว ภาคประชาชนก็สามารถมีส่วนร่วมในการสมทบงบประมาณได้เช่นกัน • ตั้งแต่ปี 2550 จนถึงปัจจุบัน งบประมาณรวมทั้งหมด 3,625,300 บาท โดยงบประมาณสามารถจำแนกได้เป็น 4 ส่วนคือ งบสนับสนุนจาก อบต. ท่าเยี่ยม งบสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ประชาชนสมทบเข้ากองทุน และค่าตอบแทนที่ได้รับ สพฉ.	• การใช้หลักการมีส่วนร่วมสมทบทุนจากชาวบ้าน เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และมีความยั่งยืนทางด้านงบประมาณ	• งบประมาณมีจำกัด ผู้ปฏิบัติงานได้รับค่าตอบแทน 100 บาท/ ครั้ง เท่านั้น
3. การให้บริการ	• มีการแบ่งรูปแบบการให้บริการสำหรับประชาชนทั่วไป และครอบครัวที่เป็นสมาชิกกองทุนถึงบ้านถึงใจ ซึ่งผู้รับบริการที่เป็นสมาชิกจะได้รับสิทธิประโยชน์อื่น ๆ เพิ่มเติมตามเงื่อนไขของการเป็นสมาชิก ทำให้การบริการของ อบต.ท่าเยี่ยม ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะบริการการแพทย์ฉุกเฉินเท่านั้น แต่ยังสามารถให้บริการอื่น ๆ ได้ด้วย	• มีกลไกการขับเคลื่อนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ทำให้เกิดความเข้มแข็งและความยั่งยืนของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	• ยังไม่ทราบแน่ชัดว่า ความครอบคลุมบริการเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับความจำเป็นของชาวบ้านในการใช้บริการกู้ชีพ

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	• รพ.สต.ท่าเยี่ยม และ อบต.ท่าเยี่ยม ผนึกกำลังร่วมมือกันในการให้บริการมาตั้งแต่เริ่มดำเนินการให้บริการ		
4. กำลังคน	• มีการคัดเลือกอาสาสมัครกู้ชีพประจำหมู่บ้าน จำนวน 23 คน จำนวน 6 หมู่บ้าน ทำให้มีอาสาสมัครกู้ชีพกระจายตัวในพื้นที่ต่าง ๆ	• มีกำลังคนที่เป็นอาสาสมัครกู้ชีพเพียงพอ	• บุคลากรยังต้องการพัฒนาทักษะและความรู้ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการได้ในระดับสูงขึ้นไป
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร	• มีการจัดทำคู่มือให้กับสมาชิกที่เข้าร่วมกองทุน พร้อมเบอร์โทรศัพท์ และผู้ประสานงานในการแจ้งเหตุของแต่ละหมู่บ้าน • มีการเก็บข้อมูลการใช้บริการ และประเมินการดำเนินงานของการให้บริการ โดยการใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในการให้บริการและข้อเสนอแนะ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินของตำบลท่าเยี่ยม	• ความพยายามในการใช้ช่องทางการสื่อสารทุกรูปแบบเพื่อให้ชาวบ้านได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร และมีเครือข่ายการประสานงาน เช่น เครือข่ายศูนย์กู้ชีพอำเภอสากเหล็ก เครือข่ายศูนย์กู้ชีพจังหวัดพิจิตร เป็นต้น	• ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลจึงยังไม่ทราบแน่ชัดว่า ความครอบคลุมบริการเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับความจำเป็นของชาวบ้านในการใช้บริการกู้ชีพ
6. ครุภัณฑ์และอุปกรณ์	• อบต.ท่าเยี่ยม มีความพยายามในการจัดหายานพาหนะ วัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ ให้เพียงพอและสามารถให้บริการได้ภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณ	• ได้รับการสนับสนุนทางวิชาการจากสสจ.และรพสต.	

1.4 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดลำปาง

กลไกระดับพื้นที่	**ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน (Excellence Center) โรงพยาบาลลำปาง**
ผู้ให้สัมภาษณ์	หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน รพ.ลำปาง หัวหน้าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ รพ. ลำปาง
พัฒนาการของกลไก Excellence center **Seamless referral system**	**1. จุดเด่นของ รพ. ลำปาง** ● มีระบบ seamless referral system โดยใช้โปรแกรม ThaiRefer สนับสนุนปฏิสัมพันธ์แบบ real time ● มีการพัฒนาระบบช่องทางด่วนพิเศษโดยนำแนวคิดแบบลีน (Lean/Toyota production system principles) มาประยุกต์ใช้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ ● มีระบบ real time Telemedicine เพื่อใช้ในโครงการ STEMI-Telemedicine เพื่อให้ยา streptokinase ที่รพช.ได้อย่างปลอดภัย ● มีการระดมทุนจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาระบบบริการ ได้แก่ โครงการเปิดสวิตซ์หัวใจ จนได้ศูนย์โรคหัวใจที่ดีแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ● มีแพทย์ EP ที่เพียงพอ (ขณะนี้มี 4 คน ตามกรอบ 7 คน) ● ผู้บริหารให้การสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง **2. ลักษณะเด่นของระบบ ThaiRefer ได้แก่** ● เป็นโปรแกรมออนไลน์ผ่าน internet สามารถเชื่อมกับฐานข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลได้หลายโปรแกรม มีการกำหนดสิทธิ์การเข้าถึงข้อมูลโดยใช้รหัสผ่าน มีระบบความปลอดภัยในการป้องกันข้อมูลของผู้ป่วย ใช้งานสะดวกเพียงแค่ป้อนหมายเลขประจำตัวของผู้ป่วย (HN) ที่รพ.ต้นทางรายละเอียดข้อมูลผู้ป่วยต่าง ๆ จะถูกแนบมาถึง รพ.ปลายทางโดยอัตโนมัติ ● ใช้งานได้ง่าย สามารถแนบรูปถ่าย เอกซเรย์ ภาพคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มาพร้อมประวัติผู้ป่วยได้ ● ลดการทำงานซ้ำซ้อน เนื่องจากข้อมูลที่ป้อนเข้าในโปรแกรม จนสามารถยกเลิกใบส่งตัวแบบดั้งเดิมแล้ว ● มีหน้าจอแสดงรายชื่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่จะมาถึงรพ.ปลายทาง โดยมีพื้นฐานมาจากหน้าจอแสดงเที่ยวบินท่าอากาศยานสุวรรรภูมิ ● สามารถพูดคุย โต้ตอบสนทนา ระหว่างรพ.ต้นทางและปลายทางได้ (Thai Refer Chat ใน version 1.5) และมีระบบติดตามตำแหน่งรถพยาบาลแบบ real time (ThaiRefer GPS Tracking System) ขณะนี้อยู่ระหว่างการพัฒนาระบบบริหารจัดการสารสนเทศผู้ป่วยอุบัติภัยกลุ่มชน (ThaiRefer Disaster) ● ตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังได้ และมีระบบการรายงานผลเพื่อใช้พัฒนางานต่อไปได้ ● ผู้ใช้งานต่างๆ ทั่วประเทศสามารถแสดงความคิดเห็นเพื่อพัฒนาต่อยอดได้ตลอดเวลา ไม่มีลิขสิทธิ์ ● มีเว็บไซต์ศูนย์ประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วย จังหวัดลำปาง ซึ่งในเว็บไซต์จะมีคู่มือต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถ download ไว้ใช้งานได้ เช่น คู่มือการใช้ ThaiRefer, คู่มือการประสานรับส่งต่อผู้ป่วย, คู่มือการติดตั้ง ThaiRefer (สำหรับ admin) และแผนที่จังหวัดลำปาง นอกจากนี้ ยังมีเนื้อหาองค์ความรู้สำหรับประชาชน โดยจัดทำวิดีทัศน์การคัดแยกระดับความฉุกเฉินสำหรับประชาชน โดยมี แพทย์หญิงพรรณประภา ยงค์ตระกูล อดีตนางสาวไทยปี 2551 เป็นผู้บรรยาย

STEMI Fast Track	**3. ด้านหลอดเลือดหัวใจ (STEMI Fast Track)**

- รพ.ลำปาง มีการให้บริการด้านหลอดเลือดหัวใจและมีการเก็บข้อมูลอย่างเต็มรูปแบบมาตั้งแต่ ปี 2552 ส่วนการสร้างเครือข่าย STEMI Fast Track รพ.ลำปาง เริ่มดำเนินการเมื่อปี 2555 ปัจจุบันทางโรงพยาบาลลำปางมีทีมแพทย์เฉพาะทางที่ทำการผ่าตัดหัวใจ 4 ท่าน มีความพร้อมที่จะรับผู้ป่วยโรคหัวใจทุกคน เพื่อเข้ารับการรักษาทุกอย่างของการผ่าตัดที่สามารถทำที่รพ.ลำปางได้ทั้งหมด เช่น ผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจและซ่อมแซมลิ้นหัวใจ ผ่าตัดปิดผนังกั้นห้องหัวใจโหว่ ผ่าตัดทำทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ และอื่น ๆ สำหรับการรอคิวผ่าตัดใช้เวลาไม่นาน มีทีมแพทย์พยาบาลที่พร้อมจะให้บริการดูแลผู้ป่วยโดยไม่คิดค่าใช้จ่ายและไม่ต้องเสียเวลาเดินทางไปรักษาต่างจังหวัด ปัจจุบันมีผู้ป่วยชาวลำปางไม่ถึงร้อยละ 30 ที่เข้ารักษา แต่มีผู้ป่วยจังหวัดใกล้เคียงเดินทางมารักษาจำนวนมาก นอกจากนี้ ได้มีการสร้างทีมแพทย์รุ่นใหม่ที่ความรู้ ความสามารถพร้อมที่จะดูแลค้นหาผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ เพื่อเข้ารับการรักษาเป็นการทำงานเชิงลึกอีกด้วย
- สถานการณ์ปัจจุบัน:
  - แม่ข่ายในพวงบริการสาธารณสุขเขตที่ 1 ได้แก่ รพ.มหาราชนครเชียงใหม่
  - แม่ข่ายในเขตลำปาง พะเยา แพร่ น่าน ได้แก่ รพ.ลำปาง
  - รพช.ในเครือข่าย STEMI Fast Track ที่สามารถให้ยา Streptokinase (SK) ได้ 3 แห่ง ได้แก่ รพ.แจ้ห่ม รพ.เกาะคา และ รพ.เถิน โดยทุกจุดจะมี case manager ทำหน้าที่ประสานงาน เก็บข้อมูลทั่วไปและข้อมูลตามตัวชี้วัด นอกจากนี้ ทีมงานรพ.ลำปางจะเป็นผู้คอยช่วยเหลือ ดูแล และกำกับให้ทุกจุดบริการให้บริการตาม care map ที่กำหนดร่วมกัน
  - แพทย์ศูนย์โรคหัวใจ ประกอบด้วย อายุแพทย์โรคหัวใจ (Cardiologist) 3 คน และ ศัลยแพทย์ทรวงอก (CVT) 4 คน
  - จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา Streptokinase = 135, 104 และ 136 ราย ในปี 2553, 2554 และ 2555 ตามลำดับ
  - จำนวนเตียงอายุรกรรม 120 เตียง (รพ.ทั้งหมด 800 เตียง) และ จำนวนเตียง ICU 8+CCU 6+RCU 8 = 22 เตียง
  - อายุรแพทย์ 18 คน (รวมทุกสาขา), พยาบาลวิชาชีพอายุรกรรมทั่วไป 86 คน, พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทาง CVT 31 คน, นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก 3 คน
  - ทีมดูแล STEMI:PCT อายุรกรรม, เวชศาสตร์ฉุกเฉินและสหสาขาวิชาชีพร่วมกำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย
- เป้าหมายการพัฒนาต่อไป: พัฒนาเป็นศูนย์สวนหัวใจ (Cardiac cath lab) ภาคเหนือ เพื่อรองรับการรักษาโดยวิธี PCI สำหรับผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด
- โครงการ STEMI-Telemedicine network จังหวัดลำปาง แบ่งการพัฒนาเป็น 3 ระยะ ได้แก่
  - ระยะที่ 1 นำร่อง เริ่ม กรกฎาคม 2555 มี 3 รพช.ที่สามารถให้ยา Streptokinase ได้ ได้แก่ รพ.แจ้ห่ม รพ.เกาะคา และ รพ.เถิน
  - ระยะที่ 2 พัฒนา node เริ่ม เมษายน 2556 เป็นการพัฒนา node เพื่อรองรับผู้ป่วยอำเภอข้างเคียง ได้แก่ รพ.แจ้ห่ม รับส่งต่อจาก รพ.วังเหนือ และ รพ.เถิน รับส่งต่อจาก รพ.แม่พริก
  - ระยะที่ 3 เพิ่มเครือข่าย เริ่ม กรกฎาคม 2556 โดยเพิ่ม รพช.เครือข่าย ในการให้ยา Streptokinase

STEMI Fast Track	• การระดมทรัพยากรภายในท้องถิ่น ○ โรงพยาบาลลำปางร่วมกับโรตารีสากล จัดทำโครงการ "เปิดสวิตช์หัวใจ" โรตารีสร้างศูนย์ผ่าตัดหัวใจโรงพยาบาลลำปางเฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา เป็นโครงการรณรงค์หาเงินบริจาคระยะยาว 5 ปีเริ่มตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2552 ถึง 30 มิถุนายน 2557 เน้นเฉพาะการจัดหาอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์สำหรับใช้ผ่าตัดผู้ป่วยโรคหัวใจได้เต็มรูปแบบ เพื่อพัฒนาศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลลำปางให้สามารถบริการผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดในจังหวัดลำปาง และจังหวัดใกล้เคียงในเขต 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้รับการรักษาแบบครบวงจร ทั้งในด้านการผ่าตัดหัวใจ การรักษาด้วยยาและการตรวจรักษาด้วยวิธีพิเศษ เช่น การตรวจสวนหัวใจและฉีดสีเข้าหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น ○ เมื่อรวบรวมเงินบริจาคได้ระดับหนึ่งแล้ว โรงพยาบาลลำปางได้จัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ด้วยเงินบำรุงของโรงพยาบาลสมทบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ได้เปิดให้บริการผ่าตัดหัวใจแก่ผู้ป่วยจำนวน 2 รายแรก เมื่อ วันที่ 4 มกราคม 2553 ผู้ป่วยรายแรกเป็นหญิงอายุ 46 ปี มีอาการผนังหัวใจรั่ว ต้องทำการผ่าตัดปิดผนังหัวใจ รายที่สองเป็นชายอายุ 18 ปี ป่วยด้วยอาการลิ้นหัวใจรั่วรุนแรง แพทย์ต้องผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ซึ่งผู้ป่วยทั้งสองรายเข้ารับการผ่าตัดฟรี โดยใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า รักษาทุกโรค การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น และหลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวได้ดี ○ หลังจากได้รับเงินบริจาคจากโครงการ โรตารี่สร้างศูนย์ผ่าตัดหัวใจโรงพยาบาลลำปาง เฉลิมพระเกียรติ 84 พรรษา ได้เงินบริจาคกว่า 150 ล้านบาท นำมาจัดหาเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัยรองรับผู้ป่วยโรคหัวใจในพื้นที่จังหวัดลำปางและใกล้เคียง ทั้งผู้ป่วยเด็กแรกเกิด จนถึงผู้สูงอายุ มีการผ่าตัดโรคหัวใจไปแล้วกว่า 600 ราย ส่วนใหญ่เป็นผู้ยากไร้
Stroke Fast Track	**4. ด้านหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track: SFT)** • เริ่มดำเนินการ ปี 2551 มีการพัฒนาระบบช่องทางด่วนพิเศษโดยนำแนวคิดแบบลีน (Lean/Toyota production system principles) มาประยุกต์และเริ่มใช้ตั้งแต่ กรกฎาคม 2553 ซึ่งได้ศึกษาข้อมูลเปรียบเทียบก่อน และ หลัง การนำระบบลีนมาใช้ พบว่า กลุ่ม post-lean มี door to needle time เร็วขึ้น ตัวชี้วัดประสิทธิภาพระบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลาภายใน 60 นาที เพิ่มขึ้น พบภาวะแทรกซ้อนจากการมีเลือดออกในสมองน้อยกว่า อัตราตายที่ 3 เดือนลดลง และผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เป็นที่น่าพอใจ ภายใน 3 เดือนหลังการรักษาสูงกว่ากลุ่ม pre-lean กล่าวโดยสรุป การนำแนวคิดแบบลีนมาประยุกต์ใช้กับระบบช่องทางด่วนพิเศษ ในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน ช่วยลดระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดทันเวลามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราตายได้เล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ *(บทความ การประยุกต์ใช้แนวคิดแบบลีนในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันระยะเฉียบพลัน จังหวัดลำปาง, ธานินทร์ โลเกศกระวี และคณะ, ลำปางเวชสาร ปีที่ 33 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม- ธันวาคม 2555)*

Stroke Fast Track	• มีการจัดกระบวนการพัฒนาเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ○ ระยะที่ 1 Lean ในโรงพยาบาลลำปาง โดยทำการสำรวจสถานการณ์ปัจจุบัน ระบุที่มาและความสำคัญของปัญหา, ศึกษาแนวคิดแบบลีน และนำมาประยุกต์แนวคิดแบบลีนในการดูแลผู้ป่วย Stroke Fast Track, ชี้แจง อบรม ในกลุ่มงาน และสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล สร้างแนวทาง Lean Stroke Fast Track ของโรงพยาบาล ○ ระยะที่ 2 พัฒนาต่อยอด Lean ในรพช. อบรมให้ความรู้การจัดทำ Lean ในโรงพยาบาลเครือข่าย และจัดทำ Lean Stroke Fast Track ○ ระยะที่ 3 พัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement) ฟื้นฟูความรู้ ทบทวน ซ้อมแผน ประเมิน พัฒนาอย่างต่อเนื่อง • สถานการณ์ปัจจุบัน: ○ แม่ข่าย: รพ.ลำปาง ○ รพ.ในเครือข่าย Stroke Fast Track : 12 รพช.ในจังหวัดลำปาง ได้แก่ รพ.เกาะคา, รพ.ห้างฉัตร, รพ.แม่เมาะ, รพ.แม่ทะ, รพ.เสริมงาม, รพ.สบปราบ , รพ.เถิน, รพ.แม่พริก, รพ.แจ้ห่ม, รพ.เมืองปาน, รพ.งาว, และรพ.วังเหนือ ○ บุคลากร ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 4 คน, ประสาทอายุรแพทย์ 2 คน, พยาบาล case manager 1 คน, พยาบาล case manager ER 1 คน, และพยาบาลหอผู้ป่วย stroke unit 2 คน ○ จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา rtPA = 31, 51 และ 42 ราย ในปีงบประมาณ 2553, 2554 และ 2555 ตามลำดับ ○ จำนวนเตียง stroke unit = 3 เตียง ○ มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 4 คน (อยู่ระหว่างการศึกษาอีก 3 คน) กรอบอัตรากำลัง EP ทั้งหมด 7 คน • เป้าหมายการพัฒนาต่อไป: ขยายหอผู้ป่วย stroke unit เป็น 6-8 เตียง, intra-arterial rtPA (อยู่ในระหว่างการศึกษาของประสาทอายุรแพทย์)

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. ภาวะผู้นำ/ การอภิบาล	• แพทยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ใน 4 ทำงานเกาะติดมานาน (5 ปี) อย่างมุ่งมั่น จึงผลักดันการพัฒนาบริการห้องฉุกเฉิน เชื่อมโยงบริการเฉพาะทางอื่นๆ ได้อย่างต่อเนื่อง สร้างขวัญกำลังใจให้ทีมงาน	• ผู้บริหารรพ.ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบริการทุกด้านภายใต้วิสัยทัศน์ “รพ.ลำปาง เป็นรพ.ชั้นนำทางด้านการแพทย์” จึงผลักดันนโยบาย สนับสนุนงบประมาณ หาแหล่งงบประมาณ โดยร่วมกับประชาชน องค์กรต่าง ๆ เพื่อระดมงบประมาณในการพัฒนาบริการศูนย์ความเป็นเลิศ (STEMI) • ผู้บริหารและทีมงานห้องฉุกเฉินสนับสนุนให้แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ¼ เป็นผู้ขับเคลื่อนระบบ	• ระบบค่าตอบแทนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินยังไม่จูงใจให้อยู่กับรพ.ลำปางได้นานยิ่งขึ้นไปอีก
2. การเงินการคลัง	• การระดมทุนจากท้องถิ่น (โครงการเปิดสวิตซ์หัวใจ)	• ใช้โอกาสจากการสนับสนุนงบประมาณจากสปสช.ในการสร้างผลงานจนชนะใจประชาชน นำไปสู่การระดมทุนจากสโมสรโรตารี จนเพียงพอที่จะยกระดับสถานที่และครุภัณฑ์การแพทย์ให้ทันสมัยที่สุดในภาคเหนือในไม่ช้า	• ถ้ามีความยืดหยุ่นด้านงบประมาณและเงินบริจาค จะช่วยคลี่คลายปัญหาการให้แรงจูงใจทางการเงินแก่แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและบุคลากรอื่นให้เหมาะสมกับสภาวะการแข่งขันในตลาดแรงงาน
3. การให้บริการ	• Stroke/STEMI fast tracks อย่างบูรณาการตั้งแต่ รพช. ห้องฉุกเฉินและแพทย์เฉพาะทางหัวใจ/สมอง • ปรับปรุงบริการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดยคำนึงถึงความจำเพาะทางภาษาในการบอกเล่าอาการเจ็บป่วย (cultural sensitive health care) เพื่อลด false negative ในการวินิจฉัยภาวะหัวใจขาดเลือด	• บุคลากรมีความมุ่งมั่นตั้งใจเพราะภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบข้างต้น • องค์ความรู้และแนวปฏิบัติในการทำงานร่วมกันชัดเจน • การสนับสนุนจาก สปสช. ที่ชัดเจน เช่น มีการสนับสนุนการจัดซื้อจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์เพื่อให้บริการที่เกี่ยวข้อง • ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการสนับสนุนเงินสมทบเพื่อการพัฒนาระบบบริการ (STEMI)	• ยังมีความเสี่ยงที่การพัฒนาอาจสะดุด หากแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินผู้บุกเบิกย้ายออกเพราะหมดความอดทนรอคอยการปรับค่าตอบแทนให้เหมาะสมต่อไปไม่ได้ • งาน EMS (pre-hospital care/ command control center) ในโรงพยาบาล ซึ่งมีส่วนเชื่อมโยงการส่งต่อผู้ป่วย ขณะนี้ยังไม่มีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน เป็นงานฝาก ที่ ER

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
4. กำลังคน	• ความสัมพันธ์ฉันท์น้องพี่ภายในรพ. ชักนำให้อายุรแพทย์โรคหัวใจผ่องถ่ายงาน stemi fast track ให้แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินต่อยอดอย่างราบรื่นและก้าวหน้าจนได้รับรางวัลจาก สรพ.และ R2R • การแบ่งบทบาทภายในทีมแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินอย่างลงตัว ทำให้ภาวะการนำโดย ¼ ของแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จนปรากฏผลงานอย่างเป็นรูปธรรม และได้รับการยอมรับระดับประเทศ • การพัฒนาขีดความสามารถทีมงาน รพ.ชุมชน เครือข่าย จนทำให้คนไข้ STEMI สามารถเข้าถึงยา streptokinase ได้ในระดับอำเภอ • ทีมนำสหสาขา (แพทย์เฉพาะทาง ผู้เชี่ยวชาญระบบสารสนเทศ)	• โรงเรียนแพทย์สร้างแรงบันดาลใจต่องานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน • เวที HA สามารถสร้างแรงบันดาลใจให้คนทำงานมีความสุขในการพัฒนางานของตนเอง และมีเวทีให้มานำเสนอแลกเปลี่ยนกัน ทำให้คนทำงานมีกำลังใจ มีความสุข และเห็นคุณค่าของงานที่ตนเองรับผิดชอบ • เวที R2R เป็นอีกเวทีหนึ่ง ที่สนับสนุนให้คนทำงานรู้จักวิธีการพัฒนางานประจำที่ตนเองรับผิดชอบ โดยใช้วิธีการวิจัยเข้ามาช่วย ให้งานมีคุณค่ามากขึ้น	• งาน EMS (pre-hospital care /command control center) ในโรงพยาบาล ซึ่งมีส่วนเชื่อมโยงการส่งต่อผู้ป่วยขณะนี้ ยังไม่มีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน เป็นงานฝากที่ ER
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร	• สามารถต่อยอดโปรแกรม refer link รพ.ร้อยเอ็ดจนเกิดประโยชน์ไม่เพียงภายในจังหวัดลำปางแต่ยังขยายผลไปสู่จังหวัดอื่น ๆ ที่อยู่ต่างภูมิภาค • ขีดความสามารถในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลในระบบ fast track จนเกิดองค์ความรู้เผยแพร่ สร้างความยอมรับและยกย่องแก่ รพ.ลำปาง	• การเปิดโอกาสและสนับสนุนให้คนทำงานในระบบ มีอิสระในการทำงานภายใต้เป้าหมายชัดเจน จึงสามารถพัฒนาต่อยอดงาน จนเกิดอานิสงค์อย่างเด่นชัด • การเปิดรับข้อคิดเห็นเพื่อพัฒนาต่อยอดโปรแกรม ThaiRefer ได้ ด้วยการแชร์โดยไม่มีลิขสิทธิ์ ทำให้ประเทศไทย ได้ระบบโปรแกรมที่ดี	• ขยายขีดความสามารถบุคลากรในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลในระบบบริการให้แพร่หลายมากขึ้นอีก
6. พัสดุและเทคโนโลยี	• มีเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์สอดคล้องกับบริการเฉพาะโรค เช่น Stroke/ STEMI Fast Tracks	• สปสช.จัดซื้ออุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นให้ เช่น telemedicine, exercise stress test • การระดมทุนภายในท้องถิ่นดังกล่าวข้างต้น • การประยุกต์ใช้อย่างสอดคล้องกับบริบทแต่ละท้องถิ่น(ดูประเด็น cultural sensitive ข้างต้น)	• การประเมินผลการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เช่น streptokinase, thai refer อย่างเป็นระบบตามหลักวิชาการ แล้วเผยแพร่

กลไก ระดับพื้นที่	**บริการสุขภาพในระดับพื้นที่ (เครือข่ายบริการสุขภาพ) รพ.แจ้ห่ม**
ผู้ให้สัมภาษณ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉิน (ER) พยาบาลดูแลงานด้าน Stroke, STEMI
พัฒนาการของกลไกเครือข่ายบริการสุขภาพ รพ.แจ้ห่ม	**การให้บริการด้าน STEMI** รพ.แจ้ห่มเป็นโรงพยาบาลเครือข่ายของ รพ.ลำปาง และมี รพ.สต.ที่เป็นเครือข่ายบริการ จำนวน 10 แห่ง พื้นที่จังหวัดลำปางใช้เวลาในการเดินทางจากเหนือจรดใต้เป็นชั่วโมง เนื่องจากลักษณะภูมิประเทศเป็นภูเขา การที่รพ.แจ้ห่มกล้าที่จะให้ยา SK แก่ผู้ป่วย STEMI นั้นเริ่มต้นขึ้นเมื่อปี 2554 โดยคุณหมอธานินทร์ และทีมแพทย์จากรพ.ลำปาง เข้ามาประสานเพื่อให้เกิดเครือข่ายบริการ และได้ผลักดันให้รพ.แจ้ห่มเป็นศูนย์กลางเครือข่ายบริการย่อยหนึ่งในสี่แห่ง คือ รพ.แจ้ห่ม รพ.เถิน รพ.เกาะคา และรพ.งาว การให้บริการนี้เป็นการทำงานเพื่อแก้ปัญหาเชิงพื้นที่ ไม่ใช่เป็นการทำตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขแต่อย่างใด **การให้บริการด้าน Stroke fast track** รพ.แจ้ห่ม ไม่มีเครื่อง CT scan การบริการที่ทางรพ.แจ้ห่มดำเนินการนั้น เน้นเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยไปยังรพ.ลำปาง โดยมีความท้าทายอย่างหนึ่งคือ จะทำอย่างไรให้ครอบครัวที่มีบุคคลในครอบครัวมีความเสี่ยงสูงรู้จักเรื่อง early warning sign ของ Stroke ทั้งนี้เพื่อให้มีการแจ้งเหตุและส่งต่อผู้ป่วยได้ทันเวลา ทางรพ.แจ้ห่มมีการวางแผนโดยให้ทาง รพ.สต. เครือข่ายนำทีมสุขศึกษาเข้าไปในพื้นที่ชุมชน เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะอการของโรค ซึ่งเริ่มดำเนินการไปตั้งแต่ปี 2555 โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง การดำเนินการนี้เป็นส่วนหนึ่งของแผนอำเภอ โดยจะมีการจัดอบรมวิชาการให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อถ่ายทอดความรู้ไปยังชาวบ้าน **การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669** รพ.แจ้ห่ม ได้ผนวกเอาการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน บริการด้าน STEMI และ Stroke เข้าด้วยกัน โดยประชาชนจะต้องเข้าใจและมีความรู้เบื้องต้นในการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น การช่วยเหลือผู้อื่นเบื้องต้น และการแจ้งเหตุ ทางโรงพยาบาลได้จัดอบรมอาสาฉุกเฉินชุมชน (อฉช.) ซึ่งรวมไปถึงการจัดอบรมนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ให้ความรู้ทั้งเรื่อง STEMI, Stroke และ Trauma ทั้งนี้ยังมีการจัดวิทยุชุมชนเพื่อเป็นการประชาสัมพันธ์การให้บริการแพทย์ฉุกเฉินอีกด้วย และการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินยังเป็นการดำเนินงานแบบเครือข่ายร่วมกับ อปท. ต่าง ๆ ในพื้นที่อำเภอแจ้ห่ม

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. ภาวะผู้นำ/ การอภิบาล	• ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคำนึงถึงผลประโยชน์ของประชาชนในพื้นที่มากกว่าการดำเนินงานตามนโยบายที่ไม่ได้คำนึงถึงเรื่องความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ ฉะนั้นการดำเนินงานของรพ.แจ้ห่มจึงเป็นไปเพื่อแก้ปัญหาเชิงพื้นที่	• ผู้นำมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกลมากกว่าการทำงานตามโนยบายเพียงอย่างเดียว	
2. การเงินการคลัง		• ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเทศบาลตำบลแจ้ห่มในการจัดซื้อวัสดุและอุปกรณ์ที่จำเป็น	• ขาดแคลนงบประมาณในการจัดซื้ออุปกรณ์ที่จะสามารถให้บริการได้ครอบคลุมพื้นที่บริการ
3. การให้บริการ	• แม้จะมีปัญหาเรื่องงบประมาณ แต่ก็มิได้คิดว่าเป็นปัญหาหลักในการจัดบริการแก่ประชาชน เพราะความตั้งใจจริงคือ การให้บริการเป็นการแก้ปัญหาเชิงพื้นที่ • มีกลุ่มงานเวชปฏิบัติ ดูแลเรื่อง Health care ซึ่งจะมีพี่เลี้ยงไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านผู้ป่วย เป็นงานบริการด้าน Stroke อย่างครบวงจร และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในทีมแบบพี่น้อง	• นพ.ธานินทร์ โลเกศกระวี และทีมแพทย์ รพ.ลำปาง ช่วยผลักดันให้เกิดบริการให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่คนไข้ STEMI	• ส่วนใหญ่ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับสีเหลืองและสีแดงเดินทางมารพ.ด้วยตนเอง ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเนื่องจากหน่วยปฏิบัติการในพื้นที่ไม่ได้ปฏิบัติงาน 24 ชั่วโมง และใช้รถฉุกเฉินในกิจกรรมอื่นด้วย
4. กำลังคน	• มีการจัดอัตรากำลังออกเป็น 3 เวร คือ (1) เวรเช้า มีพยาบาลวิชาชีพ 5 คน เวชกิจฉุกเฉิน 1 คน และพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย 1 คน (2) เวรบ่าย มีพยาบาลวิชาชีพ 4 คน เวชกิจฉุกเฉิน 1 คน และพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย 1 คน (3) เวรดึก มีพยาบาลวิชาชีพ 3 คน และพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย 1 คน • มีแผนยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินชัดเจน กล่าวคือ มีแผนการสร้าง/ขยายเครือข่ายให้บริการฉุกเฉินให้ครอบคลุมทั้งทั้งอำเภอแจ้ห่ม และพัฒนาศักยภาพทีมให้มีความรู้/ทักษะด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การบริหารจัดการบุคลากรให้เหมาะสมกับภาระงาน	• มีพยาบาบาลวิชาชีพ 11 คน • เวชกิจฉุกเฉิน 2 คน • พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย 4 คน • การดำเนินงานโดยมีแผนพัฒนาทรัพยากรบุคคลอย่างชัดเจน	• สำหรับ อปท.ที่เป็นเครือข่ายรพ.แจ้ห่มยังขาดแคลนบุคลากรในปฏิบัติงานนอกเวลา • บุคลากรของโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องให้ยาละลายลิ่มเลือดนอกเวลา

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร	• มีการเก็บสถิติการให้บริการรายเดือนและรายปี • มีการคืนข้อมูลด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน หลังจากมีการวิเคราะห์ถึงสภาพปัญหา สาเหตุของปัญหาสุขภาพต่างๆ และมีทีมสื่อสารด้านสุขศึกษาเข้าไปให้ข้อมูลแก่คนในชุมชน โดยผ่านแผนของอำเภอ • ใช้ระบบการส่ง/เชื่อมต่อข้อมูลระหว่าง รพ.แจ้ห่ม และ รพ.ลำปางด้วยระบบ ThaiRefer	• การสนับสนุนวิชาการและครุภัณฑ์ด้านระบบสารสนเทศจาก รพ.ลำปาง	• ยังขาดความสามารถในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกให้เห็นคุณภาพและความครอบคลุมบริการ
6. ครุภัณฑ์และอุปกรณ์	• การดำเนินงานช่วงแรกต้องอาศัยแรงผลักดันและการสนับสนุนต่างๆ จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เทศบาลตำบลแจ้ห่มให้งบประมาณเพื่อจัดซื้ออุปกรณ์ Defibrillator ใหม่ เนื่องจากอุปกรณ์ตัวเดิมนั้นเก่าและเทคโนโลยีล้าสมัย และใช้งานไม่ค่อยได้ ส่วนรพ.ลำปางให้การสนับสนุนเรื่องอุปกรณ์โดยเฉพาะด้าน Trauma ค่อนข้างมาก	• งบประมาณของเทศบาลตำบลแจ้ห่ม • การสนับสนุนอุปกรณ์จาก รพ.ลำปาง	

กลไก ระดับจังหวัด	**อนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง**
ผู้ให้สัมภาษณ์	ผู้ประสานงาน ems จังหวัดลำปาง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หัวหน้าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ รพ.ลำปาง
พัฒนาการของกลไกอนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	1. ลำปางเป็น 1 ใน 7 จังหวัดนำร่องของการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัด ซึ่งเริ่มดำเนินการหลังจากที่คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบยุทธศาสตร์การแพทย์ฉุกเฉินในวันที่ 28 เมษายน 2546 เพื่อยกระดับมาตรฐานความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย ซึ่งกำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการในทุกจังหวัด โดยใช้งบประมาณในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยให้เริ่มบริการใน 7 จังหวัดนำร่อง[7]ในเบื้องต้น และขยายผลอย่างต่อเนื่อง[8] 2. ในระยะแรก (ปี 2546-2548) รพ.ลำปาง รับเป็นสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำหน้าที่เพียงประสานงานกับหน่วยงานภายนอก และร่วมกับ รพ.ลำปาง ในการพัฒนาระบบในเชิงบริหารจัดการ ส่วน รพ.ลำปาง จะรับผิดชอบในการดำเนินงานทั้งหมด ทั้งการจ้างบุคลากร การขึ้นทะเบียน การบันทึกข้อมูลของหน่วยปฏิบัติการ ฯลฯ โดยงบประมาณจะถูกจัดสรรไปที่ รพ.ลำปาง โดยตรง 3. ปีงบประมาณ 2549 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเห็นชอบการจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ งบบริการสำหรับการจ่ายค่าชดเชยให้บริการ งบพัฒนาระบบ และงบสนับสนุนบริการ[9] ทำให้งบประมาณในส่วนของงบบริการและงบพัฒนาระบบต้องผ่านลงมาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เนื่องจากเป็นสำนักงานสาขาจังหวัดของสปสช. ดังนั้น สสจ. จึงต้องทำหน้าที่ในการบริหารจัดการงบประมาณ และการจัดทำแผน ส่วนการขึ้นทะเบียน ระบบเอกสารรายงาน และการตรวจสอบมาตรฐาน ก็ยังคงให้ รพ.ลำปาง ดำเนินการต่อจนถึงปัจจุบัน แม้จะมีการเปลี่ยนในด้านการจัดสรรงบประมาณมาอยู่ที่ สพฉ.แล้วก็ตาม 4. ปี 2554 มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน ภายใต้คำสั่งจังหวัดลำปาง ที่ 2076/2554 ลงวันที่ 12 กันยายน 2554[10] โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธานกรรมการ มีรองผู้ว่าราชการฯ เป็นรองประธาน และมีผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัดลำปาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลค่ายสุรศักดิ์มนตรี โรงพยาบาลเขลางค์นคร-ราม นายอำเภอทุกอำเภอ ขนส่งจังหวัด ประชาสัมพันธ์จังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด ผู้อำนวยการศูนย์ตรวจสอบการใช้ความถี่วิทยุเขต 3 ลำปาง ผู้อำนวยการองค์การโทรศัพท์จังหวัดลำปาง นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด นายกเทศมนตรีนครลำปาง นายกเทศมนตรีเขลางค์นคร ประธานสันนิบาตเทศบาล จ.ลำปาง ประธานชมรม อบต. นายกสมาคมกู้ภัยลำปาง ร่วมเป็นอนุกรรมการ มีนายแพทย์ สสจ.เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ

[7] จังหวัดนำร่อง ประกอบด้วย กรุงเทพมหานคร ขอนแก่น นครราชสีมา นครสวรรค์ เพชรบุรี ลำปาง สงขลา

[8] อนุชา เศรษฐเสถียร, ประวัติศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ใน หลักการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2551, 2551

[9] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, คู่มือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2549

[10] ยกเลิกคำสั่งจังหวัดลำปางที่ 612/2552 ลงวันที่ 7 เมษายน 2552 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดลำปาง

พัฒนาการของกลไกอนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง (ฝ่ายการแพทย์) และนพ.ด้านเวชกรรมป้องกัน สสจ.ลำปาง เป็นผู้ช่วยเลขานุการ โดยมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้ - กำหนดนโยบายและแผนงานในการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด - ให้คำปรึกษา และแนะนำการปฏิบัติงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด - ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ - แก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม ในคณะอนุกรรมการ ฯ ดังกล่าวมิได้มีผลในทางปฏิบัติมากนัก

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1.การอภิบาล			
1.1 การจัดการโครงสร้างภายใน	● อยู่ภายใต้โครงสร้างของกลุ่มงานควบคุมโรค		
1.2 การกำหนดนโยบาย/ทิศทางการดำเนินงานระดับจังหวัด	● เป็นไปตามตัวชี้วัดจากส่วนกลาง โดยผู้รับผิดชอบงาน EMS จังหวัดจะทำหน้าที่ในการเชื่อมโยงนโยบายจากส่วนกลางมาสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ (ประสาน/ขอความร่วมมือ) และจัดประชุมเครือข่าย ระดับจังหวัด โดยเชิญหัวหน้างาน EMS ทุกอำเภอเพื่อพิจารณาและวางแผนการพัฒนาดำเนินงานตามตัวชี้วัด รวมถึงการพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการ ปีละ 2 ครั้ง ● การดำเนินงาน EMS ของจังหวัดในแต่ละปี สสจ.จะลงไปประชุมชี้แจงแผน เพื่อให้อำเภอรับทราบนโยบายและจัดทำแผนระดับอำเภอให้สอดคล้อง ทั้งนี้งาน EMS จะถือเป็นแผนงานประจำ (routine) ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น การจัดอบรมฟื้นฟู และการซ้อมแผน		● ไม่มียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวกับงาน EMS ในระดับจังหวัด

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1.3 การจัดระบบการ แพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด	(1) การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ/ชุดปฏิบัติการ ● เป็นบทบาทของ รพ.ลำปาง ● สสจ.ดำเนินการเพียงการขออนุญาตขึ้นทะเบียนรถกับตำรวจภูธรจังหวัดลำปาง		● การตีความการใช้จ่ายเงินของสตง.ในแต่ละพื้นที่ ส่งผลให้ท้องถิ่นหลายแห่งยุติการให้บริการ
	(2) การควบคุมกำกับศูนย์สั่งการ ● เป็นบทบาทของ รพ.ลำปาง		
	(3) การควบคุมมาตรฐาน/คุณภาพหน่วยบริการ/ชุดปฏิบัติการ ● อบรมฟื้นฟูอาสาสมัคร (FR) ● จัดอบรมครู ก. และ ครู ข. ● ประชุมประสานและติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยผลักดันให้โรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลศูนย์ เป็นพี่เลี้ยงให้กับ อปท. ส่วนการประชุมในภาพกว้างจะเป็นบทบาทของ สสจ. ● ประสาน รพ.ลำปาง และ รพช.ทุกแห่งในการจัดเตรียมแนวทางการพัฒนาและประเมินคุณภาพบริการของหน่วยบริการและหน่วยรับบริการ ● ประชุมเชิงปฏิบัติการเครือข่ายการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด ● ประชุมเครือข่ายหน่วยปฏิบัติการฯ เพื่อชี้แจงแนวทางการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการฯ ระเบียบและวิธีปฏิบัติในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	● การอบรมครู ก. และครู ข. สามารถสร้างความเชื่อมโยงให้แก่เครือข่าย เกิดความสัมพันธ์ฉันท์พี่น้อง สามารถลดปัญหาความไม่เข้าใจกันระหว่างหน่วยบริการและหน่วยปฏิบัติการได้ และหน่วยบริการบางแห่งก็ให้การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เช่น ผ้าพันแผล สำลี ให้แก่หน่วยปฏิบัติการด้วย	

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	● EMS rally ● นิเทศ/กำกับคุณภาพงานบูรณาการพี่เยี่ยมน้อง ระบบส่งต่อ		
	(4) การตรวจสอบ/การอนุมัติ/เบิกจ่ายเงินชดเชย ● หน่วยบริการ/ หน่วยปฏิบัติการ ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแบบฟอร์มที่ สพฉ. กำหนดให้ รพ.ลำปาง ตรวจสอบ คีย์ข้อมูล และอนุมัติการจ่ายเงินชดเชยให้หน่วยปฏิบัติการ สสจ. ทำหน้าที่เพียงการตรวจสอบข้อมูลผ่านเว็บไซต์ ● สสจ.มีบทบาทในการโอนเงิน ให้ศูนย์สั่งการและหน่วยปฏิบัติการ ตามที่ รพ.ลำปาง ส่งสรุปค่าใช้จ่ายของศูนย์สั่งการ ค่าจ้างพนักงาน และค่าชดเชยปฏิบัติการในแต่ละเดือนให้แก่ สสจ.		
2. การเงินการคลัง	● งบพัฒนาระบบ สพฉ. จ่ายเป็นค่า (1) ค่าตอบแทนพนักงานของ รพ.ลำปางในการบันทึกข้อมูล และค่าอยู่เวรศูนย์สั่งการ (2) ค่าจัดพิมพ์แบบรายงานต่าง ๆ (จัดพิมพ์ 2 ปี/ครั้ง ครั้งละประมาณ 200,000 บาท) (3) ค่าจัดทำเอกสารขึ้นทะเบียนและสติ๊กเกอร์		● งบพัฒนาระบบสพฉ.มีจำกัดเกินกว่าจะจัดสรรเพื่อพัฒนาระบบ
3. บุคลากร	● ข้าราชการ 1 คน (รับผิดชอบงาน EMS, วัณโรค, อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง) ● ลูกจ้างตำแหน่งวิชาการ 1 คน (ใช้เงิน สสจ.จ้าง รับผิดชอบ EMS และการรวบรวมรายงานให้กระทรวง (injury surveillance, 19 สาเหตุ, การทำหนังสือโต้ตอบ)		● จุดเน้นนโยบายและภาระงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อความชัดเจนและการพัฒนาต่อยอดงาน EMS ในภาพรวมของจังหวัด

1.5 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดสงขลา

กลไก **ระดับพื้นที่**	**ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน (Excellence Center)** **โรงพยาบาลหาดใหญ่ (Stroke Fast Track, STEMI Fast Track) และโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (STEMI Fast Track)**
ผู้ให้สัมภาษณ์	พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย STROKE รพ.หาดใหญ่ พยาบาลผู้รับผิดชอบงานระบบส่งต่อ รพ.หาดใหญ่ พยาบาลผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย STEMI รพ.หาดใหญ่ ผู้จัดการศูนย์หัวใจ รพ.หาดใหญ่ หัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.หาดใหญ่ แพทย์ประจำกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.หาดใหญ่ ผู้อำนวยการศูนย์หัวใจ รพ.สงขลานครินทร์ พยาบาลหัวหน้าแผนกฉุกเฉิน รพ.สงขลานครินทร์ พยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม รพ.สงขลานครินทร์ อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน รพ.สงขลานครินทร์
พัฒนาการของกลไก **Excellence center** **STEMI Fast Track**	รพ.หาดใหญ่ มีการดำเนินการศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellence Center) ด้านหลอดเลือดหัวใจ (STEMI Fast Track) และด้านหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track: SFT) และ รพ.สงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จ.สงขลา มีศูนย์โรคหัวใจ สรุปประเด็นการพัฒนาระบบ ดังนี้ **1. ด้านหลอดเลือดหัวใจ (STEMI Fast Track) รพ.หาดใหญ่** • เริ่มดำเนินการเมื่อปี 2547 การดำเนินการลุ่มๆ ดอนๆ และมาเริ่มเป็นรูปเป็นร่างจริงจัง เมื่อปี 2549 ได้ขึ้นทะเบียนเข้าโครงการจัดตั้งระบบบริการตติยภูมิด้านโรคหัวใจ (Cardiac center of excellence) จัดเป็นศูนย์หัวใจตติยภูมิระดับ 4 รับผู้ป่วยที่ส่งต่อจาก รพท. รพช. เครือข่าย จ.สงขลา จ.สตูล และ 5 รพช.ของ จ.พัทลุงเขตพื้นที่รอยต่อ อ.หาดใหญ่ รวม 27 แห่ง รวมทั้งผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการโดยตรง (ช่วงเริ่มทำโครงการมีการพูดคุยแบบไม่เป็นทางการ นัดทานข้าว ฯลฯ กับแพทย์ที่รับผิดชอบ และทีมแพทย์ รพ.ศรีนครินทร์) ศักยภาพของ รพ.หาดใหญ่ เป็นรพ.ตติยภูมิระดับ 4 ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ แต่ยังไม่สามารถรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดปฐมภูมิและการผ่าตัดได้ จะส่งต่อให้ รพ.สงขลานครินทร์ • มีระบบสำรองเตียงใน ICU MED 1 เตียง (STEMI Fast Track) • ประเด็นการส่งต่อระหว่าง รพ.- บทบาทของ รพช. มีการทำ CPG1 ร่วมกัน มีการสร้างแบบฟอร์มบันทึกการดูแล การส่งต่อ และใช้เป็นตัวชี้วัด มีการจัดอบรมร่วมกัน โดยแยกอบรมกลุ่มแพทย์และกลุ่มพยาบาล จนกระทั่งปี 2554 ทาง รพ.สงขลานครินทร์ จัดให้บริการด้านโรคหลอดเลือดหัวใจเอง • เครือข่ายในจังหวัด รพ.หาดใหญ่ กับ รพ.ช. มีการประชุมร่วมกันเป็นทางการปีละครั้ง นอกจากนั้น จะมีการพบปะกันเป็น **referral สัญจร** โดยจะเลือกกลุ่มโรคที่สนใจ เช่น การให้ยา Streptokinase แล้วส่งทีมสหวิชาชีพลงไปทำสนทนากลุ่ม

STEMI Fast Track	• วิธีการทำงานร่วมกันของเครือข่ายในจังหวัด - สามารถส่ง line EKG มาปรึกษาหารือได้ ทำให้สามารถลดระยะเวลาการ detect อาการผู้ป่วยได้มาก • การจ่ายเงิน สปสช. - มี top up กรณีให้ Streptokinase (SK) เพิ่มให้อีกหนึ่งหมื่นบาท จากการจ่ายตาม DRG ปกติ (เข้าเงินบำรุง) และไม่มีการนำเงินดังกล่าวมาใช้เพื่อพัฒนาระบบบริการนี้เป็นพิเศษ (การพัฒนาเป็นการทำโครงการปกติในรอบปีอยู่แล้ว) • งบพัฒนา - ระยะหลัง สปสช. สนับสนุนปีละหนึ่งแสนบาท (ลดลงจากแต่ก่อน ที่จัดสรรให้ในฐานแม่ข่ายและ รพ.หาดใหญ่ จะทำหน้าที่ในการจัดสรรให้ ลูกข่ายต่อ รวมทั้งมีงบประมาณ เพื่อจัดกิจกรรมร่วมกันของเขต สปสช. ปัจจุบัน สปสช.จัดสรรให้จังหวัดลูกข่ายเอง) อย่างไรก็ตาม หาก รพ.ทำโครงการที่เกี่ยวข้องกับ health promotion จะได้รับการสนับสนุนเพิ่มเติมอีกห้าหมื่นบาท • บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - อบจ. สนับสนุนรถ ambulance ให้ รพ.หาดใหญ่ และให้รพ.หาดใหญ่ฝึกอบรมบุคลากรประจำรถให้ สสจ.ขึ้นทะเบียน FR อบต.ตั้งหน่วยบริการและจ้างคน และส่งคนมาให้ รพ.ฝึกให้ ใช้รถกระบะดัดแปลง ในส่วนเทศบาลมีรถต่างหากและใช้เบอร์แยกต่างหาก • สถานการณ์ปัจจุบัน: ○ แม่ข่าย ได้แก่ รพ.หาดใหญ่ ○ ลูกข่าย ได้แก่ - รพท. และ รพช. ในเขต จ.สงขลา 16 แห่ง - รพท. และ รพช. ใน จ.สตูล 6 แห่ง - รพช.ใน จ.พัทลุง เขตรอยต่อของอำเภอหาดใหญ่ 5 แห่ง (รพ.เขาชัยสน รพ.ตะโหมด รพ.ปากพะยูน รพ.ป่าบอน และ รพ.บางแก้ว) ○ จำนวนผู้ป่วย STEMI = 158, 147 และ 134 คน ในปี 2552, 2553 และ 2554 ตามลำดับ ○ Door to needle time ใน 30 นาที = 31%, 32% และ 27% นาที ในปี 2552, 2553 และ 2554 ตามลำดับ (เป้าหมาย >50%) ○ อัตราการส่งต่อทำ PCI ตามข้อบ่งชี้ได้สำเร็จ 66%, 42% และ 85% ในปี 2552, 2553 และ 2554 ตามลำดับ (เป้าหมาย >80%) • ระบบข้อมูล สารสนเทศ และการสื่อสาร ○ กำหนดแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย ACS (CPG) แนวทางการส่งต่อ และตัวชี้วัดร่วมกับ รพ.ในเครือข่าย ○ จัดทำแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย ACS ก่อนและระหว่างส่งต่อ ○ กำหนดแนวทางการขอคำปรึกษาอายุรแพทย์ อายุรแพทย์หัวใจ และจัดระบบขอคำปรึกษาและช่องทางด่วนสำหรับส่งต่อผู้ป่วยไปทำ PCI ที่ รพ.สงขลานครินทร์ กรณี Acute STEMI ○ มี standing order ปรับการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ที่ ER และ มีระบบสำรองยา Streptokinase ที่ ER ○ จัดอบรมวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ACS อย่างต่อเนื่องปีละ 1 ครั้ง ○ จัดกิจกรรม MI conference ทุกวันจันทร์ที่ 4 ของเดือน เพื่อทบทวน แก้ไข ลดปัญหาที่เกิดขึ้น

STEMI Fast Track	○ จัดกิจกรรม referral สัญจร รพ.ในเครือข่าย เพื่อรับทราบปัญหาและให้คำปรึกษาการดูแลการส่งต่อผู้ป่วย ○ จัดอบรมญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วย อาสาสมัครหมู่บ้าน และหน่วยกู้ชีพ เพื่อคัดกรองกลุ่ม Fast Track และนำส่งได้อย่างรวดเร็ว ○ จัดทำคู่มือและสื่อประชาสัมพันธ์โรคหัวใจ ○ จัดกิจกรรมรณรงค์วันหัวใจโลกต่อเนื่องทุกปี ● ปัจจัยความสำเร็จ ○ ผู้บริหารระดับสูงให้การสนับสนุน ประกาศเป็นนโยบายที่ชัดเจน ○ บุคลากรทุกท่าน ทั้งในรพ.แม่ข่ายและรพ.ลูกข่าย มีการทำงานเป็นทีมที่ดี มองถึงประโยชน์ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ○ การทำงานเป็นทีม ความมุ่งมั่น และความเข้มแข็งของเครือข่าย ○ การได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ โดยเฉพาะเขต 12 คอยให้การช่วยเหลือเป็นที่ปรึกษาที่ดีตลอดมา ● ปัญหาอุปสรรคและการแก้ไข ○ หน่วยกู้ชีพมีหลายกลุ่มพบว่า ยังมีการทับซ้อนพื้นที่ของ กลุ่มใหม่กับกลุ่มเก่า (แก้ปัญหาโดยการประชุมและให้ตกลงกันเอง) ● แผนการดำเนินงานต่อไปและทิศทางการพัฒนา ○ พัฒนาศักยภาพบริการของ รพช.เครือข่าย จัดตั้ง node เพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด ○ โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Cardiac Rehabilitation) ○ โครงการจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Support Group) ○ การพัฒนาระบบการดูแลเชิงรุก คัดกรองกลุ่มเสี่ยงและจัดการทุกพื้นที่รับผิดชอบ การป้องกันการเจ็บป่วย (primary prevention) ○ การพัฒนาระบบป้องกันการโรคซ้ำ (Secondary prevention) และการดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) ○ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
ศูนย์โรคหัวใจ	**2. ศูนย์โรคหัวใจ รพ.สงขลานครินทร์** ● เริ่มดำเนินการเมื่อปี 2554 ● ยึดหลักการสำคัญ: ไม่สนับสนุนการให้ยาละลายลิ่มเลือด หากผู้ป่วยมาถึงรพ.จะเน้นการทำ Primary PCI ซึ่งได้ผลดีกว่าและผลข้างเคียงน้อยกว่า (มีงานวิจัยหลายชิ้นที่บอกว่า การทำ PCI ได้ผลดีกว่าการให้ยาละลายลิ่มเลือด อย่างไรก็ตาม ต้องนำส่งผู้ป่วยมารพ.ให้เร็วที่สุด) ทั้งนี้ PCI จะได้ประโยชน์มากในผู้ป่วย STEMI แต่ไม่ได้ลดอัตราตายใน NSTEMI ● คณบดียุคก่อน เอาใจใส่ และสนับสนุนการพัฒนาเป็นพิเศษ มีผู้มารับบริการที่เป็นผู้บริหาร นักการเมือง ฯลฯ ทำให้ รพ.มีชื่อเสียงด้านนี้พอสมควร

ศูนย์โรคหัวใจ	• มีหมอสองคน รับภาระงานค่อนข้างมาก ไม่ค่อยได้พัก พยาบาลรับภาระงานหนักมาก บางวันมีผ่าตัดมากถึง 18 ราย (ที่นี่ สามารถส่ง consult แพทย์อายุรกรรม 2 ท่าน ได้โดยตรง ไม่ต้องผ่านหลายด่าน ลดระยะเวลาได้มากขึ้น) • การที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่พร้อม ไม่ได้หมายความว่าจะมีคนเพียงพอที่จะแก้ปัญหาผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ส่วนใหญ่จะช่วยได้ในช่วงเวลาทำการ เนื่องจากปัญหาคนยังไม่เพียงพอ • ความเห็นต่อการยกงานให้เอกชนทำอาจผิดทาง หากเพิ่มการจ่ายค่าตอบแทนให้แพทย์ทำในสถานบริการภาครัฐอาจดีกว่า (เพราะหมอหลายคนต้องออกไปทำงานให้ รพ.เอกชน เพื่อเพิ่มรายได้ ในขณะที่ทำงานอย่างเดียวกันในภาครัฐ ได้แต่เงินเดือน ซึ่งน้อยมาก ไม่เพียงพอต่อการดูแลครอบครัว กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณากำหนดนโยบายที่จะทำให้ drain บุคลากรด้านการแพทย์ มาทำงานภาครัฐให้มากขึ้น) • กสธ. ยังไม่ได้มาเชื่อมการทำงานและไม่ได้ใช้ศักยภาพของรพ.มหาวิทยาลัยเท่าที่ควร

Stroke Fast Track	**3. ด้านหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track: SFT) รพ.หาดใหญ่**
	• เริ่มดำเนินการเดือนตุลาคม 2554
	• สปสช.สนับสนุนงบประมาณเพื่อการสร้าง unit และจัดหาครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง (สปสช.ยังช่วยประสานระบบสำรองเตียงระดับเขต ทั้งในภาครัฐและเอกชน)
	• ผู้บริหาร รพ. ให้การสนับสนุนอย่างดี ทั้งเรื่องสถานที่และอุปกรณ์ เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดของกระทรวง นอกจากนี้ สสจ.สนับสนุนงบประมาณ หากมีการเสนอโครงการขึ้นไป (แต่ไม่ใช่ครุภัณฑ์การแพทย์ การจัดสรรครุภัณฑ์การแพทย์เป็นเรื่องของการจัดสรรระดับเขต สสจ.จะทำหน้าที่กำกับการทำงานในพื้นที่รับผิดชอบ และ สสจ.เข้ามาร่วมในการประชุม stroke network – รายสามเดือนและรายปี)
	• มีพยาบาลที่ผ่านการอบรม Stroke Advance หลักสูตร 1 สัปดาห์ จากสถาบันประสาทวิทยา จำนวน 6 คน และเพิ่งส่งไปอบรมหลักสูตร 4 เดือน อีก 1 คน (จบแล้วจะมีศักยภาพในการ detect คนไข้ได้รวดเร็ว ป้องกันภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้เร็วและอ่าน CT ได้)
	• มีการประชุมกับเครือข่าย ปีละ 2 ครั้ง (ประชุมวิชาการประจำปี เชิญวิทยากรส่วนกลางมาให้ความรู้ และให้รพ.ลูกข่ายนำเสนอผลงานและประกวดผลงาน)
	• ระบบข้อมูล มีการรวบรวมข้อมูลและมีการนำไปพัฒนา care map (ทบทวนครั้งที่ 4) และแนวทางการพัฒนาระบบและขั้นตอนให้เร็วขึ้น ครอบคลุมมากขึ้น (โดยการพูดคุย ไม่มีการเขียนรายงาน)
	• บุคลากร
	  ○ แพทย์ประสาทวิทยา 2 คน
	  ○ พยาบาลที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 6 คน

Stroke Fast Track	○ ทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชกรรมฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ จิตแพทย์ และ นักโภชนาการ ● ผลการดำเนินงานสำคัญ ○ จำนวนผู้ป่วยเข้าระบบ fast track 65, 40 และ 40 ราย ในปี 2552, 2553 และ 2554 ตามลำดับ ○ จำนวนผู้ป่วยได้รับยา rt-PA 7, 13, 13, 20 ราย (ร้อยละ 10.76, 32.5 และ 31.25) ในปี 2552, 2553, 2554 และ 2555 ตามลำดับ ○ จำนวนผู้ป่วย Ischemic stroke 714, 771 และ 911 ในปี 2553, 2554 และ 2555 ตามลำดับ ● ปัญหาและอุปสรรค ○ การเข้าถึงยายังต่ำ (ตั้งเป้าหมาย การเข้าถึงยา ร้อยละ 50) ● แผนการดำเนินงานต่อไป ○ ให้ทุกจังหวัดให้ rt-PA และศักยภาพในการส่งต่อรวดเร็ว รวมทั้งอัตราได้รับยา rt-PA เพิ่มขึ้น

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. ภาวะผู้นำ/ การอภิบาล	● อำนาจที่แท้จริงคือ ความรู้ ที่อยากให้คนไข้ดีขึ้น	● ความมุ่งมั่นของผู้นำองค์กร ความร่วมมือของทีมงาน การวางแผนอย่างต่อเนื่อง ● ผู้บริหารให้ความสำคัญ ให้การสนับสนุน และประกาศเป็นนโยบายชัดเจน ● ทุกแผนก สหสาขา และทีมงานให้ความร่วมมือ ● แม่ข่ายและลูกข่ายทำงานเป็นทีม มุ่งเป้าหมายให้ผู้ป่วยหายจากโรค ● สปสช.เขต 12 ให้การช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษาที่ดี เสมือนมิตร ● เป้าหมาย หลักการ และองค์ความรู้ในการทำงานที่ชัดเจน	● การทำแผน service plan ระดับเขต ยังอยู่ในกลุ่มหน่วยงาน กสธ.เท่านั้น (ไม่มีกลุ่มเอกชนและมหาวิทยาลัยมาร่วมด้วย)

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
2. การเงินการคลัง		• ความชัดเจนในการสนับสนุนงบประมาณในแต่ละเรื่อง เช่น สสจ. สนับสนุนตามโครงการที่เสนอ เขต/กสธ. สนับสนุนครุภัณฑ์ตามมาตรฐานสถานบริการ สปสช.สนับสนุนการจัดสถานที่และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ช่วงก่อตั้ง unit รวมทั้งงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน การฝึกอบรม และค่าตอบแทนจูงใจ ฯลฯ	
3. การให้บริการ	• การสร้างระบบให้เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ยากกว่าจะสำเร็จ แต่การทำให้ระบบนั้นคงอยู่ ยั่งยืน ยากยิ่งกว่า อย่างไรก็ตาม ไม่มีอะไรยากเกินไป หากมีความมุ่งมั่นที่จะทำและร่วมมือกัน (เอกสารบทคัดย่อการพัฒนาเครือข่าย รพ.หาดใหญ่)	• การมี nurse case manager ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ทำให้การประสานทีมในการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพขึ้น • การทำ referral สัญจร ทำให้ รพศ. ได้ออกไปพบปะพูดคุย ตอบคำถาม ในการปฏิบัติงาน ร่วมแก้ไขปัญหาอุปสรรค ให้ความรู้เพิ่มเติม ฯลฯ ซึ่งทีมประกอบด้วย แพทย์อายุรกรรม พยาบาลประจำศูนย์ส่งต่อ Nurse case manager on Acute STEMI พยาบาล ER และเภสัชกร	• ระดับเขต (7 จังหวัด) ยังมีการปฏิเสธการส่งต่อด้วยเหตุผล เตียงเต็ม เครื่องช่วยหายใจสำหรับเด็กและทารกแรกเกิดไม่เพียงพอ เกินศักยภาพในการรักษา (มีการทำโครงการร่วมกับเขต 8 ปี 2556)
4. กำลังคน	• รพท. เป็นแหล่งวิชาการ แหล่งฝึกอบรมบุคลากรทั้ง FR และบุคลากรใน รพช.และเครือข่ายจังหวัดในเขตบริการสุขภาพ ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากมีบุคลากรที่มีองค์ความรู้และทักษะเพียงพอ	• มีการจัดกระบวนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างเป็นระบบ: พัฒนาสมรรถนะทีม ทักษะการ CPR การแปลผล EKG การจัดประชุมวิชาการต่อเนื่องปีละครั้ง ตั้งแต่ปี 2550 มีคู่มือการสอนสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจสำหรับพยาบาล รวมทั้งมีการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย (มีคู่มือ)	

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
		• การมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง การประสานทีมในการดูแล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ • ความมุ่งมั่นและตั้งใจของทีมงาน	
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร	• การสรุปผลงานและเผยแพร่ผลงานในเวทีต่าง ๆ และได้รับรางวัล ทำให้ทีมมีความภาคภูมิใจและเป็นแรงจูงใจให้ทีมทำงานอย่างมีความสุข และมีการร่วมวางแผนการพัฒนาร่วมกันอย่างจริงจัง	• การวางแผนงานต่อเนื่อง มีการนำข้อมูลมาปรับปรุงพัฒนาระบบ • มีคู่มือสำหรับ รพช. เพื่อให้ความรู้ (การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดและการทำบอลลูนขยายหลอดเลือดหัวใจ) และช่วยในการสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย ช่วยให้ผู้ป่วยตัดสินใจได้เร็วขึ้น • มีการนำองค์ความรู้มาใช้ในการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบ MI conference เดือนละครั้ง ทุกวันจันทร์ที่ 4 ของทุกเดือน สรุปบทเรียนที่ได้จาก MI conference มาใช้ในการพัฒนางาน • การจัดกิจกรรมรณรงค์วันหัวใจโลก ต่อเนื่องทุกปี	

กลไก ระดับจังหวัด	**อนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา**
ผู้ให้สัมภาษณ์	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน สสจ.สงขลา หัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ รพ.หาดใหญ่
พัฒนาการของกลไกอนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด **พัฒนาการของกลไก**	• การดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในส่วนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เป็นการดำเนินงานตามระบบ/โครงสร้างเดิมที่เริ่มในปี 2546 ตั้งแต่มีสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร) มาจนถึงยุคที่มีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในปี 2551 • ปี 2554 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนี้ (1) คณะกรรมการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดสงขลา[11] มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานกรรมการ มีคณะกรรมการจากภาคส่วนต่างๆ ประกอบด้วย ทหาร ตำรวจ พลเรือน ท้องถิ่น โรงพยาบาล สปสช.เขต มูลนิธิ สมาคม โดย นพ.สสจ.เป็นกรรมการและเลขานุการ ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ แนวทาง และมาตรการการดำเนินงานให้สอดคล้องกับส่วนกลาง ตลอดจนอำนวยการ สั่งการ เร่งรัด สนับสนุน กำกับ ติดตาม ตรวจสอบ การดำเนินงานขององค์กรที่เกี่ยวข้อง แสวงความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ปรับปรุงพัฒนาศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ สำนักงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน สนับสนุนการจัดการบริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และรายงานผลการดำเนินงานให้ผู้ว่าราชการจังหวัด และ สพฉ.ทราบเป็นระยะ (2) คณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสงขลา[1] โดยมี นพ.สสจ.เป็นประธรรมกรรมการ มีผู้แทนจาก รพ.ต่างๆ สสอ. มูลนิธิ/สมาคม และท้องถิ่น ร่วมเป็นกรรมการ มีหัวหน้าฝ่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ เป็นกรรมการและเลขานุการ ทำหน้าที่จัดทำแผนงาน โครงการ สนับสนุน ติดตาม ประสานการดำเนินงานกับหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนส่งเสริม สนับสนุน การจัดตั้ง/พัฒนาหน่วย/ชุดปฏิบัติ และศึกษาหาแนวทางในการพัฒนาของจังหวัด (3) คณะกรรมการข้อมูลข่าวสารและประชาสัมพันธ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสงขลา[1] ประกอบด้วย สสจ. หัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รพ.หาดใหญ่ รพ.สงขลา และรพช.ทุกแห่ง ประชาสัมพันธ์จังหวัด ผู้อำนวยการสถานีวิทยุกระจายเสียแห่งประเทศไทย และศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ทำหน้าที่ในการประชาสัมพันธ์ตลอดจนจัดทำแผนให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ (4) คณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด[12] โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธานกรรมการ มีหัวหน้าส่วนราชการประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลศิครินทร์ รพช.สมเด็จฯ อำเภอนาทวี ประธานมูลนิธิท่งเซียเซี่ยงตึ้ง หาดใหญ่ ผู้อำนวยการเขตพื้นที่มัธยมศึกษา เขต 16 ผู้อำนวยการสปสช. เขตพื้นที่สงขลา หัวหน้าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

[11] คำสั่งจังหวัดสงขลา ที่ 1292/2554 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2554

[12] คำสั่งจังหวัดสงขลา ที่ 2667/2554 ลงวันที่ 9 กันยายน 2554

อนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด หัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ร่วมเป็นอนุกรรมการ มีนายแพทย์ สสจ.เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ โดยมีบทบาทหน้าที่ - กำหนดนโยบายและแผนในการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัด - ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ - แก้ไขปัญหาระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - ปฏิบัติหน้าที่อื่น ตามที่ได้รับมอบหมาย อย่างไรก็ดี คณะอนุกรรมการฯ ดังกล่าวกำหนดให้มีการประชุมปีละ 2 ครั้งซึ่งในปี 2555 มีการประชุมไปแล้ว 1 ครั้งโดยเป็นวาระแจ้งเพื่อทราบนโยบายการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ตลอดจนโครงสร้าง บทบาท หน้าที่ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และพิจารณาแนวทางการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1.การอภิบาล			
1.1 การจัดการโครงสร้างภายใน	● อยู่ภายใต้โครงสร้างของกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ เป็นการดำเนินงานตามโครงสร้างเดิมตั้งแต่เริ่มศูนย์เรนทร		
1.2 การกำหนดนโยบาย/ทิศทางการดำเนินงานระดับจังหวัด	● ยึดตามนโยบาย รมว.กระทรวงสาธารณสุข[13] เน้น 3 เร็ว (แจ้งเร็ว รับเร็ว ส่งเร็ว) และ 2 ดี (การบริการที่มีคุณภาพดีทั้งภาวะปกติและภัยพิบัติ) โดยทิศทางการดำเนินงานจะอิงตามยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดที่ สพฉ.กำหนด เป็นหลัก ● ผู้รับผิดชอบงาน EMS จังหวัด จะทำหน้าที่ประสานนโยบายจากส่วนกลาง (สพฉ., สธฉ.) มาสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่		● เนื่องจาก line of command แยกกันระหว่าง กระทรวง และ สพฉ. ทำให้การให้ความสำคัญและจุดเน้นนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในงาน EMS มีน้อย ● ไม่มีประเด็นการพัฒนาที่ชัดเจน
1.3 การจัดระบบการ แพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด	(1) การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ/ชุดปฏิบัติการ		

[13] รายงานการประชุมคณะอนุกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดสงขลา ครั้งที่ 1/2555 วันที่ 22 พฤษภาคม 2555

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	● เป็นไปตามระเบียบ สพฉ.		
	(2) การควบคุมกำกับศูนย์สั่งการ ● ศูนย์สั่งการตั้งอยู่ที่ รพ.หาดใหญ่ ขึ้นกับ ER ● ประชุมเจ้าหน้าที่ศูนย์สั่งการ		
	(3) การควบคุมมาตรฐาน/คุณภาพหน่วยบริการ/ชุดปฏิบัติการ ● ตรวจสอบมาตรฐานรถปฏิบัติการฉุกเฉินตามมาตรฐาน สพฉ. ทุก 2 ปี ● อบรมหน่วยปฏิบัติการระดับ FR ที่ขึ้นทะเบียนใหม่ ● จัด EMS rally ระดับเขต ● ตรวจประเมินคุณภาพ ดูความถูกต้องของการปฏิบัติงานของชุดปฏิบัติการ ตามที่สพฉ.กำหนด		
	(4) การตรวจสอบ/การอนุมัติ/เบิกจ่ายเงินชดเชย ● หน่วยบริการ/ หน่วยปฏิบัติการ ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแบบฟอร์มที่ สพฉ.กำหนดให้ สสจ. ● สสจ.ตรวจสอบ คีย์ข้อมูลและส่ง สพฉ.เพื่อขอเบิกเงินค่าชดเชยปฏิบัติการ (เฉลี่ย 1,500 ราย/เดือน) ● สสจ.อนุมัติและโอนเงินให้หน่วยปฏิบัติการ		
2. การเงินการคลัง	● งบพัฒนาระบบ สพฉ. จ่ายเป็นค่า - ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ขึ้นเวรศูนย์สั่งการ ประมาณ 800,000 บาท/ปี - ค่าจ้างลูกจ้างคีย์ข้อมูลของ สสจ. 2 คน ● งบชดเชยปฏิบัติการสำหรับหน่วยปฏิบัติการ		● งบพัฒนาระบบสพฉ.มีจำกัดเกินกว่าจะจัดสรรเพื่อพัฒนาระบบ

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
3. บุคลากร	สสจ. ● ข้าราชการ 2 คน (หัวหน้างาน, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ● ลูกจ้าง 2 คน		● พนักงานกู้ชีพอปท.บางแห่งตีความการตรวจสอบบริการกู้ชีพของห้องฉุกเฉินรพ.ในทางลบ จึงอาจกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง
	ศูนย์สั่งการ ● แพทย์ 3 คน พยาบาล 14 คน ● EMT-I 4 คน เจ้าหน้าที่สื่อสาร 3 คน		

กลไก ระดับท้องถิ่น/ชุมชน	**องค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา**
ผู้ให้สัมภาษณ์	รองนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา
พัฒนาการของกลไก อบจ.	บทบาทขององค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลาในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เริ่มต้นในปี พ.ศ.2548 สมัยที่ นายนวพล บุญญามณี เป็นนายกอบจ. โดยได้มีการจัดซื้อรถพยาบาลฉุกเฉิน พร้อมอุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยมอบให้กับอบต. เทศบาล และมูลนิธิที่มีความพร้อมที่จะเข้าร่วมเครือข่าย จำนวน 25 คัน จัดซื้อเพิ่มเติมในปี 2549 จำนวน 30 คัน อย่างไรก็ดี เมื่อปี 2552 นายอุทิศ ชูช่วย นายกอบจ.คนปัจจุบันได้รับเลือก ก็ยังคงให้การสนับสนุนระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดย พ.ศ.2554 สนับสนุนรถพยาบาลฉุกเฉินและอุปกรณ์ จำนวน 18 คัน ปัจจุบันมีจำนวนสิ้น 73 คัน กระจายครอบคลุมจังหวัดสงขลาทั้ง 16 อำเภอ และให้อบต. เทศบาล และมูลนิธิที่เป็นเครือข่ายรับผิดชอบในการหาชุดปฏิบัติการ และอบจ.สนับสนุนงบประมาณในการจัดฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ ในปี 2553 และ 2554

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. ภาวะผู้นำ/ การอภิบาล	● ด้วยการริเริ่มของ นายนวพล บุญญามณี (นายกอบจ.คนก่อน) ที่สนับสนุนรถตู้พยาบาลฉุกเฉิน พร้อมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้มีการสนับสนุนในเรื่องดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนตัวนายกอบจ.ก็ตาม	● เนื่องจากเป็นเรื่องทางการเมือง อบจ.ต้องการคะแนนเสียงจากประชาชน ดังนั้น สิ่งที่เป็นการให้บริการประชาชน แม้ว่าจะเปลี่ยนนายกอบจ. แต่การให้บริการก็ยังคงอยู่	● ขาดการนำข้อมูลมาใช้ในการบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. การเงินการคลัง	● อบจ.จัดซื้อรถ พร้อมอุปการณ์และจัดฝึกอบรมให้กับอปท. เครือข่ายและมูลนิธิที่มีความพร้อม	● งบประมาณของอบจ.	● ขาดวิเคราะห์ทางเลือกอื่น ๆ เช่น การร่วมทุน
3. การให้บริการ	● ปัจจุบันการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดสงขลาครอบคลุม 127 ตำบล สัดส่วนโดยเฉลี่ยคือ รถพยาบาล 1 คัน ต่อ อปท. 2 แห่ง (อบต./เทศบาล มีจำนวน 140 แห่ง) โดยอปท./ มูลนิธิ ที่รับรถไปต้องทำ MOU กับอบจ. และต้องส่งรายงานผลการปฏิบัติงานให้ อบจ. ทุกเดือน หากไม่ส่งรายงานหรือไม่ผ่านการประเมิน อบจ. จะยึดรถคืน	● การกระจายของทรัพยากรเป็นไปตามหลักรัฐศาสตร์ ปัจจุบันกระจายครอบคลุมเต็มพื้นที่ ประชาชนมีโอกาสได้รับบริการทั่วถึง	● แม้ว่าจะอบจ. จะสัดสรรให้ รถพยาบาล 1 คัน ต่อ อปท. 2 แห่ง ให้ใช้ร่วมกัน แต่ในความเป็นจริง หลายพื้นที่ไม่ได้ใช้ร่วมกัน และอปท.ซึ่งทำ MOU นำไปใช้ฝ่ายเดียว จึงควรแก้ปัญหาในเรื่องดังกล่าว เพื่อให้เกิดความเป็นธรรม

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
4. กำลังคน	● จัดฝึกอบรมระดับ FR ให้กับเจ้าหน้าที่รถพยาบาลและผู้รับผิดชอบงาน ดำเนินการในปี 2553 และ 2554 - ปี 2553 อบรม จำนวน 250 คน เป็นเงิน 250,000 บาท - ปี 2554 5 รุ่น จำนวน 275 คน เป็นเงิน 430,000 บาท	● งบประมาณของอบจ.	● ขาดการติดตามประเมินผลผู้ที่ผ่านการฝึกอบรม
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร			● ข้อมูลในรายงานที่ได้จากอปท./มูลนิธิเพื่อประเมินการต่อ MOU กับ อปท.นั้นไม่ได้ถูกนำมาใช้ในการบริหารจัดการ
6. ครุภัณฑ์และอุปกรณ์	● สนับสนุนรถตู้พยาบาลฉุกเฉิน พร้อมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ให้กับอปท.และมูลนิธิที่มีความพร้อม ตั้งแต่ปี 2548-2554 รวมทั้งสิ้น 73 คัน มีรายละเอียดดังนี้ - ปี 2548 จัดซื้อ 25 คัน เป็นเงิน 32,500,000 บาท - ปี 2549 จัดซื้อ 30 คัน เป็นเงิน 44,933,400 บาท - ปี 2554 จัดซื้อ 18 คัน เป็นเงิน 17,640,000 บาท	● งบประมาณของอบจ.	● ขาดตรวจสอบมาตรฐานของรถตู้พยาบาลฉุกเฉิน

กลไกระดับท้องถิ่น/ชุมชน	**เทศบาลเมืองเขารูปช้าง จังหวัดสงขลา**
ผู้ให้สัมภาษณ์	ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินประจำหน่วยเทศบาลเมืองเขารูปช้าง จังหวัดสงขลา
พัฒนาการของกลไกเทศบาลเมืองเขารูปช้าง	เทศบาลเมืองเขารูปช้างได้ดำเนินการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินมาตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน โดยมีเป้าหมายในการให้บริการประชากรในพื้นที่กว่า 38,000 คน นอกจากนี้ยังมีกลุ่มประชากรแฝงในพื้นที่อีกจำนวนกว่า 20,000 คน ซึ่งรวมจำนวนแล้วมีประชากรกว่า 60,000 คนที่จะได้รับประโยชน์จากการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเทศบาลเมืองเขารูปช้างได้รับการสนับสนุนด้านรถพยาบาลฉุกเฉินจากองค์การบริหารส่วนจังหวัดหวัดสงขลา (เป็นการทำ MOU ระหว่าง อบจ. สงขลา และเทศบาลเมืองเขารูปช้าง) นอกจากในพื้นที่ของตนเองแล้ว หน่วยปฏิบัติการเทศบาลเมืองเขารูปช้างยังออกให้บริการสำหรับพื้นที่ใกล้เคียงอีกด้วยในช่วงที่พื้นที่ข้างเคียงไม่มีหน่วยปฏิบัติการเป็นของตนเอง ในอนาคต ทางเทศบาลเมืองเขารูปช้างได้ประเมินถึงความจำเป็นด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉินว่าความต้องการของประชาชนนั้นจะเพิ่มมากขึ้น ซึ่งบริการ ณ ขณะนี้ยังไม่ครอบคลุมความต้องการของประชาชนทั้งหมด คือ นอกจากเรื่องการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เพิ่มมากขึ้นแล้ว การเจ็บป่วยเรื้อรังยังเพิ่มขึ้นด้วย และปัญหาเรื่องวินัยจราจรก็เป็นประเด็นสำคัญ ซึ่งเป็นจุดบอดที่เกิดจากการที่ผู้มีใบอนุญาตขับขี่รถยนต์ไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร *“เราไม่ได้ต้องการที่จะออกให้บริการเยอะๆ ซึ่งเราคาดหวังว่าจะไม่ case เสียด้วยซ้ำ”*

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. ภาวะผู้นำ/ การอภิบาล			
2. การเงินการคลัง	• อบจ.จัดซื้อรถ พร้อมอุปการณ์และจัดฝึกอบรมให้กับอปท.เครือข่ายและมูลนิธิที่มีความพร้อม • หากไม่มีงบประมาณสนับสนุนจากเทศบาลเป็นหลัก เนื่องจากค่าตอบแทนรายหัวในการให้บริการชุดปฏิบัติการเบื้องต้นค่อนข้างน้อย ก็จะทำให้งบประมาณที่ได้รับจากการให้บริการไม่เพียงพอต่อการบริหารจัดการ	• การทำ MOU ร่วมกันระหว่าง อบจ.สงขลา และเทศบาลเมืองเขารูปช้าง	• การท้วงติงวิธีการใช้เงินของอปท.โดย สตง.อาจเป็นอุปสรรคต่อการขยายและพัฒนางานกู้ชีพ • ขาดระเบียบหรือหนังสือสั่งการโดยตรงในการตั้งงบประมาณด้านค่าตอบแทนการปฏิบัติงานและค่าวัสดุเครื่องแต่งกายสำหรับอาสาสมัครหน่วยกู้ชีพ • งบประมาณที่รับการสนับสนุนจากศูนย์นเรนธร (จ่ายตามข้อกำหนดของศูนย์นเรนทร 350 บาท/ราย) ไม่สามารถบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือจัดตั้งกองทุนอาสาสมัครกู้ชีพได้

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
3. การให้บริการ	• มีการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สสจ.สงขลา ศูนย์นเรนทร รพ.สต.ในเขตเทศบาล โรงพยาบาลสงขลา และ อบจ.สงขลา เพื่อวางแผนการดำเนินงาน	• มีการศึกษาคู่มือแนวทางการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อดำเนินการวางแผนการให้บริการ ทำให้มีลำดับขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน	• ไม่ชัดเจนว่าบริการกู้ชีพครอบคลุมเพียงพอหรือไม่ คุณภาพเป็นอย่างไร
4. กำลังคน	• แบ่งทีมปฏิบัติการออกเป็น 3 ผลัด ผลัดละ 4-5 คน ผลัดเช้า เวลา 06.00-14.00 น. ผลัดบ่าย เวลา 14.00-22.00 น. และผลัดดึก เวลา 22.00-06.00 น. • ในช่วงแรกมีการเข้าออกของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการที่เป็นอาสาสมัครค่อนข้างสูง ทำให้ต้องทำการอบรมใหม่อยู่เสมอ จึงมีการกำหนดให้อาสาสมัครที่จะเข้าร่วมปฏิบัติงานต้องมาอยู่ปฏิบัติงานกับเทศบาลเมืองเขารูปช้างโดยมีค่าตอบแทนให้ตามระเบียบของ อพปร. และปรับเปลี่ยนเป็นการจ่ายค่าตอบแทนแบบจ้างเหมาในปัจจุบัน	• มีทีมอาสาสมัครปฏิบัติงานจำนวน 13 คน ทำให้สามารถจัดสรรคนทำงานหมุนเวียนกันได้ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งหลายพื้นที่จะมีเจ้าหน้าที่ทำการผลัดเปลี่ยนเวร 2 ผลัด แต่เนื่องจากเทศบาลเมืองเขารูปช้างมีกำลังคนที่เพียงพอจึงสามารถจัดสรรกำลังคนได้โดยที่เจ้าหน้าที่ไม่ต้องทำงานหลายชั่วโมงมากเกินไป	• การประเมินมาตรฐานการนำส่งผู้ป่วยของกู้ชีพตำบลโดยห้องฉุกเฉินรพ.อาจไม่ได้รับการยอมรับหรือกระทั่งเข้าใจว่าเป็นการตำหนิ
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร	• มีการเก็บสถิติการให้บริการรายเดือนและรายปี		• ไม่ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติการให้บริการเชิงลึก • ไม่มีการเก็บข้อมูลที่ชัดเจนที่จะนำมาใช้ในการปฏิบัติงานให้มีความคล่องตัวมากขึ้น เช่น ไม่มีการสำรวจแผนที่ชุมชนเพื่อจัดทำแผนที่ชี้เป้า
6. ครุภัณฑ์และอุปกรณ์	• การกำหนดเงื่อนไขผูกพันการรับจัดสรรรถกู้ชีพจากอบจ. กับผลงานให้บริการกู้ชีพ	• ความเข้าใจของ อบจ.เกี่ยวกับหลักการจัดสรรทรัพยากรโดยอิงผลงาน	• ความกังวลต่อการท้วงติงของสตง.ต่อระเบียบการใช้เงิน

1.6 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดหนองบัวลำภู

กลไก **ระดับพื้นที่**	**บริการสุขภาพในระดับพื้นที่** **โรงพยาบาลนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู**
ผู้ให้สัมภาษณ์	หัวหน้าการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ประจำห้องฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่กู้ชีพ
พัฒนาการของกลไกโรงพยาบาลนากลาง	เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2549 ตั้งแต่ยังเป็นศูนย์เรนทร จนปัจจุบันเป็น สพฉ. ช่วงแรกของการดำเนินงาน บุคลากรยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และการให้บริการในพื้นที่อำเภอนากลางยังไม่ครอบคลุมทั่วทั้งพื้นที่ ในส่วนของโรงพยาบาลนากลางเองนั้น ในช่วงแรกมีการออกเหตุค่อนข้างน้อย เนื่องจากประชาชนยังไม่รู้จักเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องอาศัยการประชาสัมพันธ์บอกต่อของชาวบ้านให้มาใช้บริการ การให้บริการของโรงพยาบาลนากลางนั้นสามารถให้บริการได้ในทุกระดับ ซึ่งกรณีของ อบจ.หนองบัวลำภู ที่มีการจัดตั้งเป็นกองทุนจะเป็นการให้บริการระดับ BLS

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. ภาวะผู้นำ/ การอภิบาล			• ภาวะผู้นำในการพัฒนาการให้บริการ EMS ไม่เด่นชัด
2. การเงินการคลัง		• กิจกรรมส่วนใหญ่ใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาล	• สสจ.ให้เขียนโครงการ แต่ไม่เคยให้เงินโรงพยาบาลใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาลเอง
3. การให้บริการ	• แม้ว่าจะมีข้อจำกัดด้านการให้บริการที่ไม่ครอบคลุมทั่วถึง แต่โรงพยาบาลนากลางได้พยายามออกไปนิเทศให้กับหน่วยปฏิบัติการระดับท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอนากลาง เพื่อให้หน่วยปฏิบัติการให้บริการที่มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานของ สพฉ. โดยเทศบาลตำบลกุดดินจี่ได้อ้างถึงการออกนิเทศของโรงพยาบาลนากลางและ อบจ. ว่าช่วยให้งานมีคุณภาพมากขึ้น โดย อบจ.ช่วยให้งานด้านบริหารดีขึ้น และโรงพยาบาลนากลาง ทำให้คุณภาพบริการดีขึ้น	• มีการเช็คการให้บริการและประเมินการให้บริการของหน่วยกู้ชีพ และมีการให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback)	• การให้บริการยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
4. กำลังคน			• กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมรพ. และกู้ชีพมีน้อยมาก • ไม่มีบันไดวิชาชีพสำหรับเจ้าหน้าที่กู้ชีพ • ขาดแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรเป็นประจำ ทำให้ต้องมีการถ่ายถอดรูปแบบให้แพทย์
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร	• มีการประชาสัมพันธ์ แผ่นพับเกี่ยวกับลักษณะของโรค STEMI, Stroke และแจกแผ่นพับความรู้ ฝึกการทำงานการประสานแจ้งศูนย์ เพื่อการส่งต่อ • มีการส่งข้อมูลเชื่อมโยงกับ รพ.สต. เนื่องมาจากการทำ HA ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกับเครือข่าย และการเชื่อมโยงข้อมูล	• การนำข้อมูลตามตัวชี้วัดมาวิเคราะห์ และรายงานให้กับโรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ และทำให้ผลงานดีขึ้น	• แม้จะมีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์แต่ยังทำค่อนข้างน้อย ทำให้เกิดความไม่ครอบคลุมของการให้บริการอย่างทั่วถึง
6. ครุภัณฑ์และอุปกรณ์		• ครุภัณฑ์ส่วนใหญ่ของหน่วยปฏิบัติการจะมากับรถของ อบจ. • โรงพยาบาลสนับสนุนครุภัณฑ์บางส่วน • โรงพยาบาลทำหน้าที่ตรวจเช็คคุณภาพของครุภัณฑ์และให้ สสจ. ตรวจซ้ำ	• โรงพยาบาลนากลางยังคงขาดเครื่องมือในการให้บริการผู้ป่วยด้าน STEMI และ Stroke

กลไก **ระดับจังหวัด**	**อนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และ** **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู**
ผู้ให้สัมภาษณ์	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ผู้ประสานงาน EMS จังหวัดหนองบัวลำภู นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู
พัฒนาการของกลไกอนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	• การดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เป็นการดำเนินงานตามระบบ/โครงสร้างเดิมที่เริ่มในปี 2548 ตั้งแต่มีสำนักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ศูนย์นเรนทร) มาจนถึงยุคที่มีการจัดตั้งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติในปี 2551 • ปี 2555 มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดหนองบัวลำภู ภายใต้คำสั่งจังหวัดหนองบัวลำภู ที่ 791/2555 ลงวันที่ 23 มีนาคม 2555 โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธานอนุกรรมการ มีหัวหน้าส่วนราชการ ประกอบด้วย นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้บังคับการตำรวจภูธร ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าสำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ผู้อำนวยการกลุ่มส่งเสริมการจัดการศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข ผู้ประสานงานประจำเขต สพฉ. ร่วมเป็นอนุกรรมการ มีนายแพทย์ สสจ.เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ โดยมีบทบาทหน้าที่ 3 ประการคือ - กำหนดนโยบายและแผน ในการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด - อำนวยการและแนะนำแก้ไขในการปฏิบัติในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด - สนับสนุนจัดหาทรัพยากรในการปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด อย่างไรก็ดี คณะอนุกรรมการฯ ชุดนี้มิได้มีผลในทางปฏิบัติแต่อย่างใด • ภายใต้คำสั่งชุดเดียวกันนี้ ยังได้มีการแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดหนองบัวลำภู ขึ้นมาอีกชุดหนึ่ง เพื่อทำหน้าที่ในการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด ตลอดจนพัฒนาคุณภาพในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยบริการ ดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับต่าง ๆ ประกาศแบ่งพื้นที่ในการให้บริการของแต่ละหน่วยบริการ รวมไปถึงการพัฒนาบุคลากรในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของหน่วยบริการ และควบคุมกำกับการตรวจสอบและระบบรายงานผลการปฏิบัติงานแต่ละหน่วยบริการให้เป็นไปตามมาตรฐาน โดยมีนายแพทย์สสจ.เป็นประธานคณะทำงาน มีผู้แทนจากสถานพยาบาล และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขร่วมเป็นคณะทำงาน มีหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เป็นเลขานุการคณะทำงาน และผู้รับผิดชอบงานระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นผู้ช่วยเลขานุการฯ

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1.การอภิบาล			
1.1 การจัดการโครงสร้างภายใน	● อยู่ภายใต้โครงสร้างของกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ เป็นการดำเนินงานตามโครงสร้างเดิมตั้งแต่เริ่มศูนย์เรนทร		
1.2 การกำหนดนโยบาย/ทิศทางการดำเนินงานระดับจังหวัด	● ส่วนใหญ่มักใช้เวทีการประชุมระดับจังหวัดเป็นเวทีของการหารือหรือชี้แจง เช่น การประชุมของหัวหน้าส่วนราชการ การประชุมของตำรวจ หรือการประชุมของท้องถิ่น โดยผู้รับผิดชอบงาน EMS ของจังหวัดจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการนำเสนอวาระ ● ในประเด็นที่เป็นปัญหา ผู้รับผิดชอบงาน EMS ของจังหวัดจะเป็นผู้ประสานการแก้ไขปัญหาซึ่งสามารถจบได้ในระดับปฏิบัติ ไม่จำเป็นต้องนำเข้าวาระการประชุมเพื่อการหารือ ● ผู้รับผิดชอบงาน EMS จังหวัด ส่วนใหญ่จะเป็นหลักในการทำหน้าที่ประสานนโยบายจากส่วนกลาง (สพฉ., สธฉ.) มาสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่		● เนื่องจากการดำเนินงานเป็นลักษณะงานประจำ และงาน EMS เป็นเหมือนงานฝาก การให้ความสำคัญเชิงนโยบายของผู้บริหารจึงอยู่ในลำดับท้าย
1.3 การจัดระบบการ แพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด	(1) การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ/ชุดปฏิบัติการ ● เป็นไปตามระเบียบ สพฉ. แต่จะเข้มงวดกับการขึ้นทะเบียนให้แก่มูลนิธิเอกชน เพื่อให้ง่ายต่อการควบคุมหลังขึ้นทะเบียน (ป้องกันการขโมยทรัพย์สินผู้ประสบเหตุ หรือการช่วยเพื่อนเพื่อให้ได้ค่าตอบแทน การแย่งเคสฯลฯ)		

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	• สัดส่วนของหน่วยปฏิบัติการ - ALS 10% - BLS 30% - FR 60%		
	(2) การควบคุมกำกับศูนย์สั่งการ • ศูนย์สั่งการตั้งอยู่ที่ รพ.หนองบัวลำภู ขึ้นกับ ER • ดำเนินการตามมาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ของ สพฉ. • 1669 มีทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน • เคยมีการวางแผน (ปี 2533) ที่จะบูรณาการกู้ชีพ กู้ภัย โดยรวมตำรวจเข้ามาด้วย และมีความคิดที่จะให้ศูนย์สั่งการจะไปอยู่ที่ อบจ.		• ขาดการกำกับควบคุมจาก สสจ.
	(3) การควบคุมมาตรฐาน/คุณภาพหน่วยบริการ/ชุดปฏิบัติการ • จัดอบรมเครือข่ายชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน (FR) ร่วมกับอปท. มูลนิธิ และเอกชน โดยจัดอบรมตามโซนแม่ข่าย (3 โซน) แต่ในระยะหลังจะสนับสนุนให้ระดับอำเภอเป็นผู้จัดอบรม โดยจังหวัดจะจัดทำแผนใหญ่ และออกหนังสือถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อให้อำเภอเสนอโครงการจัดอบรมในพื้นที่ได้เอง		• เนื่องจาก line of command แยกกันระหว่างกระทรวง และ สพฉ. ทำให้การให้ความสนใจและการกำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแทน สพฉ.ทำได้ไม่เต็มที่ • ในส่วนของ in-hos สสจ.ยังมีบทบาทน้อย

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	• ส่งเสริมสมรรถนะผู้ปฏิบัติงานในระบบ EMSให้มีคุณภาพ/มาตรฐาน เช่น จัด EMS rally, EMS day ร่วมกับ อบจ. และ รพ.หนองบัวลำภู อบรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้สามารถดูแลตนเอง/ ร้องขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ร่วมกับเครือข่าย เช่น ร่วมกับ อปท. ในการอบรม อปพร., เข้าร่วมในการออกอนามัยโรงเรียน การอบรมฟื้นฟู อสม. ฯลฯ (อบรมอาสาสมัครแจ้งเหตุ) • อบรมฟื้นฟูผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน		
	(4) การตรวจสอบ/การอนุมัต/เบิกจ่ายเงินชดเชย • หน่วยบริการ/ หน่วยปฏิบัติการ ส่งรายงานผลการปฏิบัติตามแบบฟอร์มที่ สพฉ.กำหนดให้ สสจ. • สสจ.ตรวจสอบและคีย์ข้อมูลส่งสพฉ.เพื่อขอเบิกเงินชดเชยการปฏิบัติการ • สสจ.อนุมัติและโอนเงินให้หน่วยปฏิบัติการ		
2. การเงินการคลัง	(1) งบพัฒนาระบบ สพฉ. (จ่ายเป็นค่าตอบแทนพยาบาลที่ศูนย์สั่งการที่ขึ้นเวร) (2) งบชดเชยปฏิบัติการสำหรับหน่วยปฏิบัติการ (3) งบประมาณของ สสจ. ที่เหลือจากงบอุดหนุน EMS จาก สปสช.ในปีแรกๆ		• งบพัฒนาระบบสพฉ.มีจำกัดเกินกว่าจะจัดสรรเพื่อพัฒนาระบบ

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
3. บุคลากร	(1) สสจ. ● ข้าราชการรับผิดชอบ 1 คน (2) ศูนย์สั่งการ ● แพทย์หัวหน้าศูนย์ 1 คน ● พยาบาลประจำศูนย์ 1 คน ● เจ้าหน้าที่สื่อสารข้อมูล ปฏิบัติในเวลาราชการ 2 คน นอกเวลาเวรละ 2 คน		
	(3) อื่นๆ ● นพ.สสจ. (วุฒิไกร ศักดิ์สุรกานต์) ให้ความสำคัญกับการมี EMT-I ใน รพช. (ปัจจุบัน รพช.ทุกแห่งมี EMT-I อย่างน้อย 4 คน ผลัดเวรเช้า บ่าย เป็นอัตราจ้างของ รพ.) โดยคนเหล่านี้สามารถบรรจุเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ (เวชกิจฉุกเฉิน) ● หนองบัวลำภูถือเป็นจังหวัดที่มีเวชกิจฉุกเฉินมากกว่าจังหวัดอื่น (มี 30 คน)	● ผู้บริหารให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนถึง รพ. (pre-hos) และกำหนดเป็นนโยบายชัดเจนเพื่อลดภาระของ รพ.	

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
4. ข้อมูลสารสนเทศ (การใช้ประโยชน์จากข้อมูล)	● แม้จะไม่มีการจัดทำรายงานที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นรูปเล่ม แต่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภูก็ได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อใช้ประโยชน์ในด้าน - การจัดทำแผน - การประชุมเครือข่ายหน่วยกู้ชีพที่ขึ้นทะเบียน (2 ครั้ง/ปี) - ประชุมหัวหน้า ER (4 ครั้ง/ปี)		

กลไก ระดับท้องถิ่น/ชุมชน	**องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู**
ผู้ให้สัมภาษณ์	นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู ผู้ดูแลกองทุนเครือข่ายบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น BLS
พัฒนาการของกลไก อบจ.	จุดเริ่มต้นคือ ปี 2549-2550 ได้มีนโยบายจากรัฐบาลให้จัดตั้ง OTOS ทำให้อบต/ทต.หลายแห่งเริ่มมีกู้ชีพกู้ภัยและเป็นการผลักดันให้ท้องถิ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และจากทบทวนสถานการณ์ร่วมกับอบต/เทศบาลในจังหวัดหนองบัวลำภูพบว่า ยังไม่ได้มีการสร้างหลักประกันในการเข้าถึงบริการ ชาวบ้านต้องเสียเงินเหมารถ บางครั้งเรียกรถโรงพยาบาลมาก็หลงทาง ทำให้เสียเวลา นพ.ศราวุธ นายกอบจ.จึงริเริ่มกองทุนเครือข่ายบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น BLS และเริ่มดำเนินการในปี 2553 โดยชักชวน อบต./เทศบาล จำนวน 6 แห่ง มาร่วมเป็นเครือข่าย ทำ MOU ร่วมกัน โดยบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการกองทุน และอบจ.ได้จัดซื้อรถพยาบาลฉุกเฉินให้กับเครือข่าย เริ่มต้นรถ จำนวน 6 คัน พร้อมจัดหาพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน ปัจจุบันมีจำนวน 18 คัน

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. ภาวะผู้นำ/ การอภิบาล	• นพ.ศราวุธ สันตินันตรักษ์ นายกอบจ.คนปัจจุบัน เล็งเห็นว่า เงินค่าชดเชยบริการ 500 บาท ต่อ case ที่ได้จากสพฉ. นั้น ใช้ได้เพียงจ้างคนมาปฏิบัติงาน แต่ไม่จูงใจมากพอที่จะให้มีการอภิบาลระบบอย่างยั่งยืน นพ.ศราวุธเริ่มต้นวางระบบการแพทย์ฉุกเฉินด้วยการจัดตั้งกองทุน “เครือข่ายบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น BLS”ร่วมกับการสนับสนุนเชิงวิชาการ เพื่อยกระดับคุณภาพและมาตรฐานเป็น BLS ซึ่งอัตราเงินสมทบของอบจ. และท้องถิ่น คือ 1 บาทต่อหัวประชากร เพื่อใช้เป็นสัญลักษณ์ของการระดมทุนและการมีส่วนร่วม บริหารจัดการในรูปแบบของคณะกรรมการกองทุน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม มีความโปร่งใส เกิดการเรียนรู้และการแก้ปัญหาร่วมกัน โดยมองว่า กองทุนที่เกิดจากการมีส่วนร่วมนั้น หากจะยุบก็ทำได้ยาก	• นายกอบจ.เคยทำกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการมาก่อน ซึ่งเป็นการทำ MOU ร่วมกับสปสช. โดยอบจ.และสปสช. สมทบในสัดส่วนที่เท่ากัน ทำให้เกิดแนวคิดการนำกองทุนมาใช้ในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน นอกจากนี้ จังหวัดหนองบัวลำภู มีการดำเนินการเรื่องกองทุนอื่น ๆ เช่น กองทุนสัจจะออมทรัพย์ มาก่อน ทำให้ท้องถิ่นมีแนวคิดในการร่วมสมทบเงินกองทุนและเข้าร่วมโครงการ	• ระบบสารสนเทศและขีดความสามารถในการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศยังจำกัดมาก เกินกว่าจะช่วยสนับสนุนการวางแผนด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
2. การเงินการคลัง	(1) กองทุน “เครือข่ายบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น BLS” เป็นการสมทบเงินร่วมกัน ระหว่าง อบจ. และอบต./เทศบาล เครือข่าย ในสัดส่วน 1 บาทต่อหัวประชากรต่อปี [14] ซึ่งการใช้เงินของกองทุนมีรายละเอียดดังนี้: ● รายรับ ได้แก่ เงินชดเชยบริการจาก สพฉ. และ เงินสมทบจาก อบจ. และ อปท. ● รายจ่าย ได้แก่ ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง (ร้อยละ 40) การฝึกอบรมและพัฒนาระบบ (ร้อยละ 30) และจ่ายเงินให้อปท.ตามสัดส่วนการให้บริการ (จัดสรรเงิน ปีละ 1 ครั้ง) (ร้อยละ 30) (2) งบประมาณกลางประจำปีของอบจ.	● เนื่องจากเป็นการบริหารกองทุนในรูปแบบของคณะกรรมการกองทุน โดยเอาเครือข่ายทุกแห่งมาร่วมเป็นคณะกรรมการ[15] ทำให้เกิดความโปร่งใสในการบริหารจัดการเงินกองทุน สร้างการมีส่วนร่วมและความรู้สึกเป็นเจ้าของ ในเครือข่ายการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่	● ระบบสารสนเทศและขีดความสามารถในการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศยังจำกัดมาก เกินกว่าจะช่วยสนับสนุนการวางแผนด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์
3. การให้บริการ	● การเข้าร่วมเป็นเครือข่ายเป็นไปด้วยความสมัครใจ มีอบต./เทศบาล เข้าร่วมเป็นเครือข่าย ลงนาม MOU กับอบจ. ปัจจุบันมีจำนวน 18 แห่ง จากเดิมมีเพียง 6 แห่ง (พ.ศ. 2553) จะเห็นได้ว่าจำนวนเครือข่ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ● เนื่องจากนำหลักรัฐศาสตร์มาใช้ในการบริหารจัดการ นั่นคือ ให้ความสำคัญกับความต้องการของประชาชน ดังนั้น รถพยาบาลฉุกเฉินสามารถนำไปใช้ในการรับส่งผู้ป่วย รวมถึงผู้ป่วยที่เสียชีวิตเพื่อบริการประชาชนในพื้นที่		● เนื่องจากเป็นการทำ MOU แบบปีต่อปี ทำให้จำนวนเครือข่ายไม่นิ่ง เช่น บางแห่งไม่ต่อ MOU กับอบจ. แต่ไปซื้อรถและจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเอง อาจส่งผลต่อการพัฒนาเครือข่ายและคุณภาพในการให้บริการ ● กรณีที่ท้องถิ่นไม่ให้ความสำคัญกับงานแพทย์ฉุกเฉิน หรือ มีงบประมาณไม่เพียงพอที่จะร่วมสมทบและจ่ายค่าจ้างพนักงานกู้ชีพ จะไม่สามารถเข้าร่วมกองทุนได้

[14] ข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินระดับ BLS ปีงบประมาณ 2553

[15] ระเบียบกองทุนเครือข่ายหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้นนำร่องในเขตจังหวัดหนองบัวลำภู

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
			• เนื่องจากการเข้าร่วมเครือข่ายเป็นไปด้วยความสมัครใจ ทำให้เครือข่ายไม่ได้กระจายตามสภาพภูมิศาสตร์ และไม่เห็นผลในเรื่องความครอบคลุม
4. กำลังคน	• จัดจ้างพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน (เงินเดือนและค่าตอบแทนล่วงเวลา) ให้กับหน่วยบริการเครือข่ายทุกแห่ง นอกจากนี้ ยังจัดฝึกอบรมระดับ FR ให้กับพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน (ลูกจ้าง อบจ.) และพนักงานกู้ชีพ (พนง/ลูกจ้างของอบต./เทศบาล)[16] ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมประมาณ 12,000 บาทต่อคน ด้วยวิธีการดังกล่าวเป็นการดึงให้คนเข้ามาอยู่ในระบบ ทำให้มีพนักงานขับรถฉุกเฉินและพนักงานกู้ชีพอยู่ประจำตลอด 24 ชั่วโมง การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานทำได้ง่ายกว่าอาสาสมัคร • มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ (1 คน) รับผิดชอบงาน EMS โดยเฉพาะ • มีการติดตามเยี่ยมหน่วยปฏิบัติการ เพื่อรับฟังสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ รวมถึงการอบรมฟื้นฟูความรู้ โดยพยาบาลวิชาชีพของอบจ. และบางครั้งก็ออกร่วมกับโรงพยาบาลหนองบัวลำภูและรพช.	• งบประมาณของอบจ.	• เนื่องจากอบจ. เป็นฝ่ายจัดจ้างพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินให้กับเครือข่าย ดังนั้น หากมีจำนวนเครือข่ายเพิ่มขึ้น อบจ.จะต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนของค่าจ้างพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน การฝึกอบรมและการซ่อมบำรุงรถพยาบาลฉุกเฉินเพิ่มขึ้น อาจส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายของอบจ. ในระยะยาว

[16] สำหรับพนักงานกู้ชีพนั้น อบจ. ให้อบต./เทศบาล คัดเลือกมาและให้จ้างต่อ

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร	● แนวทางและแผนในอนาคต มีแนวคิดที่จะระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสารมาใช้ในการจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ได้แก่ - tracking system - ขยายจากงานตั้งรับ (pre-hospital) เป็นงานป้องกัน เช่น วิเคราะห์จุดเสี่ยงที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ศูนย์เรียนรู้เรื่องการแพทย์ฉุกเฉิน		● ระบบสารสนเทศและขีดความสามารถในการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศยังจำกัดมาก เกินกว่าจะช่วยสนับสนุนการวางแผนด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์
6. ครุภัณฑ์และอุปกรณ์	● ซื้อรถพยาบาลฉุกเฉินและอุปกรณ์ประจำรถ รวมถึงการซ่อมบำรุงรถพยาบาลฉุกเฉิน	● งบประมาณของอบจ.	

กลไก ระดับท้องถิ่น/ชุมชน	**เทศบาลตำบลกุดดินจี่**
ผู้ให้สัมภาษณ์	นายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาลตำบลกุดดินจี่ รักษาการผู้อำนวยการกองสาธารณสุข เจ้าหน้าที่กู้ชีพ หน่วยปฏิบัติการเทศบาลตำบลกุดดินจี่
พัฒนาการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลตำบลกุดดินจี่	เทศบาลตำบลกุดดินจี่ทำ MOU ร่วมกับ อบจ.หนองบัวลำภู ในปี 2553 และให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับ BLS แต่ที่ผ่านมาก่อนทำ MOU นั้นได้มีการให้บริการระดับ FR ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการบริหารจัดการจากเทศบาลตำบลกุดดินจี่ทั้งหมด หลังจากทำ MOU ร่วมกับ อบจ.หนองบัวลำภู เทศบาลตำบลกุดดินจี่ได้รับรถฉุกเฉินประจำหน่วยปฏิบัติการ 1 คัน ครุภัณฑ์ต่าง ๆ ส่วนใหญ่จะได้รับการสนับสนุนจาก อบจ.หนองบัวลำภู ส่วนเทศบาลตำบลกุดดินจี่รับผิดชอบในส่วนค่าจ้างพนักงานกู้ชีพ

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. ภาวะผู้นำ/ การอภิบาล	• แม้ว่าภาพบทบาทของผู้นำท้องถิ่นในพื้นที่เทศบาลกุดดินจี่อาจไม่เด่นชัดเท่าใดนัก แต่การมีวิสัยทัศน์และทัศนคติที่ดีต่อการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และความเข้าอกเข้าใจหน่วยปฏิบัติการ มีแนวคิดเรื่องการสร้างสร้างบันไดวิชาชีพให้กับผู้ปฏิบัติงาน โดยยินดีให้การสนับสนุน ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ในระดับที่สูงขึ้นไป เนื่องจากการทำงานที่เทศบาลฯนั้นได้รับอัตราค่าจ้างตามค่าแรงขั้นต่ำ ซึ่งทำงานที่อื่นอาจมีโอกาสได้ค่าจ้างที่สูงกว่า *(”..เพื่อให้เขามีโอกาสต่อยอด ได้ไปทำในสิ่งที่ดีกว่าที่นี่...”)*		

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
2. การเงินการคลัง	• อบจ.เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเรื่องพนักงานขับรถ ขณะที่เทศบาลฯ จะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายสำหรับพนักงานกู้ชีพ		• เทศบาลตำบลกุดดินจี่มีความกังวลเรื่องภาระค่าใช้จ่ายด้านบุคลากรที่ใกล้ชนเพดานที่ 40% ซึ่งทำให้เหลืองบประมาณไม่มากพอสำหรับนำไปพัฒนางานบริการต่างๆ สำหรับประชาชน ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากนโยบายภาครัฐที่ประกาศขึ้นเงินเดือนขั้นต่ำสำหรับ ป.ตรี เป็น 15,000 บาท ต่อเดือน
3. การให้บริการ	• เดิมหน่วยปฏิบัติการเทศบาลตำบลกุดดินจี่เป็นหน่วยระดับ FR แต่ต่อมาได้เข้าร่วมกองทุนบริการการแพทย์ฉุกเฉิน BLS กับ อบจ.หนองบัวลำภู โดยได้รับรถพยาบาลฉุกเฉิน ระดับ BLS จำนวน 1 คัน		• ไม่ชัดเจนว่าบริการครอบคลุมและมีคุณภาพเพียงใด
4. กำลังคน	• มีการอบรมอาสาสมัครสอนเรื่อง Stroke และ STEMI ปีละครั้ง โดยมีการคัดเลือกหมู่บ้านละ 3 คน ที่มีจิตอาสาเพื่อเข้ามาช่วยในการเฝ้าระวังและแจ้งเหตุ		• ไม่มีบันไดวิชาชีพรองรับ
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร	• มีการนำข้อมูลที่ทำการบันทึกเวลาออกปฏิบัติการมาวิเคราะห์เพื่อดูว่ามีคนไข้ประเภทใดบ้าง กรณีที่พบว่าเป็นกลุ่มอุบัติเหตุก็จะนำเอาเรื่องอุบัติเหตุไปรณรงค์ กรณีที่มีการประชุมร่วมกับทางจังหวัดก็จะนำเรื่องไปเสนอต่อที่ประชุม	• การสนับสนุนทางวิชาการของรพ.นากลาง (รพช.) และการนิเทศงานของอบจ.	• ยังสามารถพัฒนาขีดความสามารถในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้อีกมาก
6. ครุภัณฑ์และอุปกรณ์	• รถพยาบาลฉุกเฉิน ได้รับมอบจาก อบจ.หนองบัวลำภู • อุปกรณ์บางอย่างเช่น ถังออกซิเจน ทำการจัดซื้อจัดหาเอง • บางครั้งมีการขอสนับสนุนอุปกรณ์ภายในรถพยาบาลฉุกเฉิน จาก รพ.นากลาง	• การสนับสนุนของอบจ.	

1.7 ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จังหวัดอุบลราชธานี

กลไก **ระดับพื้นที่**	**ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการบาดเจ็บและการแพทย์ฉุกเฉิน (Excellence Center)** **โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี**
ผู้ให้สัมภาษณ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ รองผู้อำนวยการ รพ. และหัวหน้าหน่วยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินและหัวหน้าห้องฉุกเฉิน หัวหน้าพยาบาลห้องฉุกเฉิน หัวหน้าหน่วยโรคหัวใจ (STEMI Fast Track) หัวหน้าพยาบาลหน่วยโรคหัวใจ (STEMI Fast Track) หัวหน้าหน่วยหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) หัวหน้าพยาบาลหน่วยหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) พยาบาลศูนย์ประสานการส่งต่อระดับจังหวัด
พัฒนาการของกลไก **Excellence center** **ER & ICU HUB**	รพ.สรรพสิทธิประสงค์จัดบริการศูนย์ความเป็นเลิศ (excellence center) 2 ด้าน ได้แก่ ด้านหลอดเลือดหัวใจ (STEMI Fast Track) และ ด้านหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track: SFT) และมีการพัฒนาระบบห้องฉุกเฉินและ ICU HUB สามารถสรุปสาระการจัดระบบบริการโดยสังเขป บทเรียนและจุดเด่น การจัดระบบบริการ โดยแบ่งการนำเสนอ เรียงลำดับดังนี้ (1) นโยบายการให้บริการของรพ. โดยภาพรวม (2) ห้องฉุกเฉินและ ICU HUB (3) ศูนย์โรคหัวใจ (STEMI Fast Track) (4) ศูนย์หลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track และ (5) บทเรียนและปัจจัยความสำเร็จ **1) นโยบายการให้บริการของ รพ. ภาพรวม** ● รพ.สรรพสิทธิประสงค์ มีนโยบายที่ต่อเนื่องยาวนานจนเป็นวัฒนธรรมองค์กรว่า “ไม่ปฏิเสธคนไข้” นอกจากนี้ มีนโยบาย “ฉุกเฉินทุกอย่าง เบ็ดเสร็จที่นี่” ทำให้ต้องจัดบริการรองรับผู้ป่วยไม่จำกัด และต้องมีการพัฒนาระบบ refer back ที่เร็ว สนับสนุนและพัฒนา รพช. ให้รับ refer back ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น มีแผนที่จะให้มีกองทุนกลางของจังหวัด เพื่อสนับสนุนการพัฒนารพช.ให้พร้อมรับผู้ป่วยกลับ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้บริหารให้การสนับสนุนการจัดบริการให้ครอบคลุมทุกมิติ รวมทั้งศูนย์ความเป็นเลิศเป็นอย่างดี ขณะนี้ รพ.ยังขาดเพียงบริการการให้ intervention radiotherapy เท่านั้น **2) ห้องฉุกเฉินและ ICU HUB รพ.สรรพสิทธิประสงค์** ● ปี 2549 จังหวัดอุบลราชธานีได้รับการจัดสรร รถ Super มา 5 คัน นพ.สสจ. (นพ.วุฒิไกร มุ่งหมาย) ได้ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และตัดสินใจให้ใช้เป็นรถของระบบการส่งต่อส่วนกลางของจังหวัด โดยเริ่มจัดระบบให้คนไข้ภาวะวิกฤติได้รับการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ จัดให้มีศูนย์สั่งการที่ สสจ. และ

ER & ICU HUB	มอบหมายให้ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ เป็นหน่วยบริการ ALS ต่อมาในปี 2551 ได้ยกระดับให้เป็น mobile ICU (มี real time telemedicine และ GPS) และฝึกอบรมพยาบาลให้สามารถใส่ tube, ทำ defrib และ ให้น้ำเกลือได้ พัฒนาเครือข่าย รพช. และ รพท.ในจังหวัดใกล้เคียง เพื่อให้มีการส่งต่อผู้ป่วยที่ถูกต้องตามมาตรฐานที่กำหนด และรวดเร็ว (ปัจจุบัน รพช.ทุกแห่งมี mobile ICU) • ER มี 4 ภารกิจ ได้แก่ (1) ห้องตรวจฉุกเฉิน (2) EMS หน่วย A (3) ระบบส่งต่อกรณีฉุกเฉิน (ฉุกเฉินมาเอง ให้ผ่าน ICU hub/ ฉุกเฉินมาด้วยรถพยาบาล เข้า ER/CCU) และ (4) หน่วยการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย • มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 คน • ตั้ง ICU hub เป็นจุดประสาน มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเป็นหัวหน้า เมื่อผ่านการคัดกรอง (screening) แล้วจะตัดสินใจว่าจะส่งคนไข้ไปยังแผนกใด และสามารถ consult แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางได้ (ปริมาณคนไข้ 600 รายต่อเดือน จะเป็นคนไข้ Stroke FTและ STEMI FT ประมาณ 30-40 ราย) • ตั้ง Critical Care Unit – CCU - (Operate 24hrs) เพื่อรับผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยเฉพาะ STEMI Fast track เป็นหลัก • เน้นการสื่อสารให้เห็น patient flow และ management flow และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อ feed back เพื่อการเรียนรู้ของทีม ให้คนไข้เป็นศูนย์กลาง มีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า คนไข้ที่เสียชีวิตส่วนใหญ่มาจาก Trauma ปัจจัยสำคัญทำให้คนไข้รอดชีวิตมากขึ้น ขึ้นกับบุคลากรทุกระดับ เช่น รพ. มีห้องผ่าตัดที่มีบุคลากรพร้อม รพ.ต้องได้คนไข้ในสภาพที่ดีที่สุด (ระบบส่งต่อต้องดี มีประสิทธิภาพ บุคลากรต้องมีความรู้) รพช.ต้องคัดกรอง และดูแลเบื้องต้นให้ดี ก่อนมาถึง รพศ. ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับจึงเป็นสิ่งสำคัญ จึงมีการพัฒนาให้พยาบาล รพช.สามารถอ่าน EKG ได้ ให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทราบว่า normal EKG เป็นอย่างไร ส่วนที่เหลือลูกข่ายสามารถ consult เข้ามาได้ • บุคลากรแต่ละระดับได้รับการพัฒนาและมีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน โดยระบบส่งต่อจะนำกรณีผู้ป่วยเสียชีวิตมาพูดคุยกันในที่ประชุม เพื่อการเรียนรู้ (Referral, EMS and dead case conferences) และเมื่อมีการส่งต่อมาถึง รพ. จะมีพยาบาลมาตรวจสอบความถูกต้องการส่งต่อ มี check list หากไม่ถูกต้องจะบอก/สอน ทันที (Transfer audit) • อบรมพยาบาล mobile ICU ร่วมกับวิทยาลัยกองทัพบก วิทยาลพระมงกุฎเกล้า โดยผลิตหลักสูตรอบรม 4 เดือน (16 สัปดาห์) เป็นหลักสูตรที่สภาการพยาบาลรับรองและสพฉ.รับทราบ รุ่นแรกได้รับสนับสนุนงบประมาณจากเขต (ผู้ตรวจฯ) 1.6 ล้านบาท เป็นหลักสูตรเฉพาะทาง เวชปฏิบัติฉุกเฉิน (paramedic) รุ่นแรก 51 คน (อุบลฯ 40 คน กองทัพ 11 คน) • การพัฒนาพยาบาลวิชาชีพ (ซึ่งอยู่ใกล้คนไข้มากที่สุด) อำเภอละ 4-5 คน (ใช้ช่องทาง ม. 28 ของ สพฉ.) เพื่อให้มีพยาบาลไปกับคนไข้ กรณีที่ส่งต่อที่จำเป็นต้องดูแล โดยให้พยาบาลสามารถใส่ tube ได้ (รับรองโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และ นพ.สสจ.) • มีการจัด EMS conference ทุก 2 เดือน – กลุ่ม EMT และมี ผอก.รพช. (กำหนดให้มีการเสนอเรื่องดี ๆ 1 เรื่อง เรื่องที่ต้องพัฒนา 2 เรื่อง) • มีเวทีต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เวทีวิชาการ นำนโยบายสู่การปฏิบัติ เวทีหัวหน้าส่วน ใน สสจ. เดือนละครั้ง เวที คปสข. ผ่าน ผอก. รพช. รวมถึงเวที เทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ เจ็ดวันอันตราย จัดทุกปี

STEMI Fast Track	• มี real time conference กับทุกอำเภอ ที่มีองค์ประกอบของส่วนราชการที่เกี่ยวข้องในจังหวัด – การเชื่อมโยงการสั่งการ ทุกภาคส่วนมาร่วมกันทำงานอย่างแท้จริง • มีการรวบรวมผลงาน นำเสนอในเวทีวิชาการ ทั้งในและต่างประเทศ **3) ด้านหลอดเลือดหัวใจ (STEMI FT)** : เป็น Fast Track ที่ดีที่สุดใน รพ.สรรพสิทธิประสงค์ • **จุดเริ่มต้นของการสร้างเครือข่าย STEMI** ของ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ เริ่มเมื่อ มกราคม 2550 จากการประชุมเชิงปฏิบัติการของเครือข่าย STEMI ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นความชัดเจนของการดำเนินการร่วมกับเครือข่าย ในเรื่อง MI ได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการจาก สปสช. ที่ชัดเจนและเป็นระบบ ทำให้สามารถผลักดันงานได้อย่างรวดเร็ว มีการจัดทำระบบข้อมูลการสื่อสารเพื่อการส่งต่อ (เพื่อการ consult ผ่าน CCU, Cardiologist เพื่อการรักษาเบื้องต้น) ระบบข้อมูลเพื่อการเบิกจ่ายเงินจาก สปสช. • **สถานการณ์ปัจจุบัน:** ○ แม่ข่าย ได้แก่ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ (1CCU, 1Caht Lab, 3 Interventionists) ○ ลูกข่าย ได้แก่ 5 จังหวัด – อุบลราชธานี, ศรีษะเกษ, ยโสธร, อำนาจเจริญ, มุกดาหาร (ประชากร 4.54 ล้านคน) รพ.ลูกข่ายทั้งสิ้น 54 แห่ง ○ ทรัพยากร CCU1: - RN 17 คน (เฉพาะทาง 7 คน, ป.เอก 1 คน) ○ 12 เตียง อัตราครองเตียง ร้อยละ 82.2 (2555) ○ จำนวนผู้ป่วย Fast Track STEMI = เฉลี่ย 3 คนต่อวัน (สูงสุด 5 คนต่อวัน) ○ อัตรากำลัง วันราชการ 6, 4, 4 วันหยุดราชการ 4, 4, 4 ○ จำนวนผู้ป่วย STEMI = 226, 276 และ 296 คน ในปี 2553, 2554, 2555 ตามลำดับ ○ Consult หมอโรคหัวใจได้ตลอด 24 ชั่วโมง ผ่าน IPAD, Line ○ พัฒนา Disease manager ด้วยตนเอง (on the job training) ○ เน้น telemedicine on real time basis (Line, IPAD) for individual care • **ขอบเขต บทบาท หน้าที่ ของศูนย์โรคหัวใจ** ○ จัดบริการ ○ พัฒนาฐานข้อมูล STEMI ในเครือข่าย ○ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย STEMI (บุคลากร เครื่องมือเครื่องใช้ แนวทางการดูแล ตัวชี้วัด) ○ การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย STEMI (วางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การช่วยเหลือผู้ป่วย STEMI ให้เลิกบุหรี่โดยใช้เทคนิก 5A) ○ Innovation- โรงพยาบาลแม่ข่าย: เปิดใจใส่จังหวะ สื่อรักษ์หลอดเลือดหัวใจ / โรงพยาบาลลูกข่าย- EMS member club, การสอนญาติผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงทำ CPR

Stroke Fast Track

- **กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน**
  - Referral, EMS, และ dead case conferences
  - พัฒนา Disease manager ด้วยตนเอง (เคยผ่านการอบรมของฝ่ายการพยาบาลมาแล้ว): ปี 2555 เริ่มมี Manager STEMI บทบาทหน้าที่ ดังนี้

    1) Coordinating- ประสาน รพ.ลูกข่าย, ICU Hub, Refer center, Cardiologist, Cath Lab, ฯลฯ เพื่อให้การรักษาได้รวดเร็ว

    2) Direct Patient Care,

    3) Educating & Couseling/ Empowerment

    - Clinical tracer audits
    - มีการร่วมกำหนด CPG, guideline ร่วมกันกับเครือข่าย และมีการปรับปรุงให้ทันสมัย อย่างต่อเนื่อง
    - การประชุมร่วมกับเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ

4) ด้านหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track: SFT)

- ปี 2545 เริ่มโครงการจัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยหน่วยประสาทวิทยา กลุ่มงานอายุรกรรม ช่วงแรกตั้งเป็น Stroke Corner ในหอผู้ป่วยอายุกรรมชาย 4 เตียง และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง 4 เตียง ซึ่งไม่ประสบความสำเร็จมากนัก (คู่มือการจัดการระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองครบวงจร)
- ปี 2548 เริ่มมีการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดของโรคหลอดเลือดสมองร่วมกับเครือข่ายวิจัยสหสถาบัน (อัตราตาย complication ของ Stroke อัตราการ readmission ฯลฯ)
- เดือนกันยายน 2551 จัดตั้งหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) เป็นแห่งแรกของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยมีจำนวนเตียง 12 เตียง และให้บริการ Stroke Fast Track
- ทำเรื่อง evidence base practice, การให้ anti-platelet, การตั้ง stroke unit และ การให้ Thrombolysis ใน Stroke Fast Track และ Rehabilitation
- ให้ความสำคัญต่อการส่งคนไข้มาให้ทันตามเวลา – ดังนั้น จึงได้ให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้รู้อาการเตือน (stroke warning) เพื่อจะได้ส่งคนไข้มาเร็วที่สุด เมื่อมาถึง รพ. ถ้าเข้าหลักเกณฑ์ จะให้ยาละลายลิ่มเลือด ถ้าไม่เข้าหลักเกณฑ์จะต้องส่งไป ward stroke ทันที โดยมีทีม stroke รออยู่แล้ว (หน่วย EMS จะส่งข้อมูลมาที่ รพ.ก่อน และติดต่อสื่อสารกันตลอดเวลา)
- **ผลการดำเนินงานสำคัญ**
  - Stroke unit รับดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปีละ 700 กว่าราย
  - จำนวนผู้ป่วย Ischemic stroke 1,991, 2,021, 2,138 ราย ในปี 2552, 2553, 2554 ตามลำดับ
  - จำนวนผู้ป่วยนอน stroke unit 691, 772, 787 ราย ในปี 2552, 2553, 2554 ตามลำดับ
  - จำนวนผู้ป่วย Stroke Fast Track 37, 30, 24 ราย ในปี 2552, 2553, 2554 ตามลำดับ

Stroke Fast Track	○ ผู้ป่วยได้รับยา rt-PA 4, 5, 7 ราย ในปี 2552, 2553, 2554 ตามลำดับ ○ คนไข้ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ร้อยละ 10-15 คนไข้อยู่ที่ Fast Track ทั้งหมด ส่วนคนไข้ที่ไม่ได้รับยา คือ กลุ่มที่ไม่เข้าหลักเกณฑ์ ○ ปี 2556 คนไข้ได้ยา 7 ราย (คนไข้ FT ทั้งหมดประมาณ 40-50 คน) • **ข้อสรุป บทเรียนการดำเนินงาน Stroke** ○ ต้องมี CT Scan, platelet count, อ่านผลได้ ให้ยาได้ (ถ้ามีปัญหา สามารถ consult ได้) หากนอกหลักเกณฑ์การให้ยา สามารถส่งต่อได้รวดเร็ว (เดชอุดม และตระการพืชผล มี CT Brain จะสร้างโซนนิ่งให้รพ.รอบ ๆ สามารถส่งมาทำ CT scan และตรวจ lab ที่เดชอุดมได้ และมีเป้าหมายพัฒนาให้เป็น M1 เป็นต้น) ○ ต้องจัดระบบให้ชัดเจน เมื่อมีบุคลากรย้ายเข้า-ย้ายออก ระบบยังคงอยู่ ○ การมี Disease manager ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของระบบดีขึ้นชัดเจน ช่วยในการประเมินผู้ป่วย ติดตามผู้ป่วยตาม care map ที่กำหนด ลงทะเบียนเพื่อเบิกค่าตอบแทนการให้ยาละลายลิ่มเลือดจาก สปสช. ช่วยตรวจสอบความถูกต้อง (Disease manager ต้องมีความตั้งใจ ชอบพองานในระดับหนึ่ง ถึงจะทำงานได้สำเร็จ ส่วนใหญ่ต้องมีความสนใจเฉพาะ แล้วส่งให้ไปอบรมเพิ่มเติมในเรื่อง การบริหารจัดการและการดูแลผู้ป่วย stroke) ○ Care map – มี care map ที่บอกขั้นตอนการทำงาน และผู้รับผิดชอบ ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาถึง รพ. และมีการปรับปรุง พัฒนา ร่วมกันตลอด สามารถลดเวลาการตรวจวินิจฉัยได้เร็วขึ้น (พบว่า ปัญหาไม่ได้อยู่ที่ขั้นตอนภายใน รพ. เป็นปัญหาการส่งคนไข้ให้มาถึงรพ.ช้า มากกว่า) ○ Stroke day- ไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอ (ไปร่วมกับ อ.สมศักดิ์ เทียมเก่า ที่ปีที่แล้วมาจัดที่ อุบลฯ ไปร่วมเป็นวิทยากร) ทั้งนี้ รพ. ได้รับงบประมาณ สปสช. ปีละ 2 แสนบาท ตามจำนวนผู้ป่วยมารับบริการ • **กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน** ○ จัดประชุมให้ความรู้บุคลากรทางการแพทย์ เรื่อง stroke และเครือข่าย EMS ปีละ 2 ครั้ง ○ จัดทำคู่มือให้ความรู้ประชาชน ในเรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงอาการของโรค สามารถ detect โรคเบื้องต้นได้ และส่งคนไข้มารพ.ให้ทันเวลา (เร็วที่สุด) ○ พัฒนาทีมงานสหวิชาชีพ • **ระบบข้อมูลสารสนเทศ** ○ จัดทำแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ○ เก็บตัวชี้วัดโรคหลอดเลือดสมองต่าง ๆ เช่น อัตราตาย อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT brain) การทำกายภาพบำบัด การได้รับสุขศึกษาก่อนจำหน่าย อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำใน 1 เดือน การได้รับยาต้านเกล็ดเลือด เป็นต้น ○ Discharge plan เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และ/หรือ รพช.

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. ภาวะผู้นำ/ การอภิบาล	• นโยบายที่ชัดเจนในทุกระดับ “ไม่มีคำว่า เตียงเต็ม” ทำให้บุคลากรทุกระดับ ช่วยกันทุกจุดบริการ เพื่อให้สามารถรับผู้ป่วยได้ทุกคนที่เข้ามา รพ. • Stroke และ STEMI จุดตั้งต้นที่ รพศ. แล้วมีการเชื่อมโยงกับเวทีนโยบายของจังหวัด นำไปสู่การขับเคลื่อน เพื่อให้มีการป้องกัน ให้มากขึ้น บนหลักของการเอาประชาชน หรือ คนไข้ เป็นศูนย์กลาง ถือเป็น model ที่ยั่งยืน และพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง หากภาวะผู้นำชัดเจน ทุกอย่างก็ทำได้	• วัฒนธรรมองค์กรที่ไม่ปฏิเสธการรักษา ทำมานานมาก • ผู้บริหารให้ความสำคัญ สนับสนุนการดำเนินงาน • ทีมมีความมุ่งมั่น มีฉันทะ • ให้ความสำคัญกับการทำความดี (โครงการธนาคารความดี)	
2. การเงินการคลัง	• ให้ความสำคัญกับการมองภาพรวมของเขต จึงไม่มีปัญหาการแย่งชิงหรือพยายามผูกขาดการจัดสรรงบประมาณระหว่างจังหวัดในเขต • รพ.สรรพสิทธิฯสามารถระดมเงินบริจาคมาอุดหนุนการพัฒนาบริการและกำลังคน	• สปสช.สนับสนุนงบประมาณดำเนินงานที่ชัดเจน ทั้งเพื่อให้เกิดบริการ พัฒนาบุคลากรและเครือข่าย • รพ.ให้การสนับสนุนงบประมาณ เมื่อหน่วยบริการเสนอโครงการให้พิจารณา	
3. การให้บริการ	• STEMI เริ่มมาก่อน แพทย์ทุ่มเท และที่สำคัญคือ ไม่ต้องการเครื่องมือใหญ่เหมือน stroke โดยใช้เฉพาะ EKG กระบวนการวินิจฉัยง่ายกว่า สามารถสอนพยาบาลให้อ่าน EKG ได้มากขึ้น ก็ช่วยระบบได้มากขึ้น สรุป สอนให้พยาบาลทำได้ หากไม่แน่ใจ consult แพทย์ได้) • ส่วน Stroke ที่ไม่ค่อยได้ผล เนื่องมาจากระบบ EMS (จากที่เกิดเหตุ มา รพ.) มากกว่า ระบบการส่งต่อ (จากสถานพยาบาล ไป สถานพยาบาล) – ดังนั้น การให้ความรู้ประชาชนทั่วไป เป็นสิ่งสำคัญ	• มีการทำงานเชื่อมโยงทุกระดับบริการ และเชื่อมไปถึงชุมชน บ้าน เพื่อให้มีความรู้ในการ detect อาการผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลเบื้องต้นก่อนที่จะถึง รพ. • มีการทำ care map, clinical pathway ร่วมกันกับ สหวิชาชีพ และปรับปรุงต่อเนื่อง (ปัจจุบันมี care map ในการดูแลผู้ป่วยทุกราย แต่มี clinical pathway เฉพาะกลุ่ม ใช้สังเกตอาการผู้ป่วย เพื่อปรับแผนการดูแล เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้คนไข้เสียชีวิต)	

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
4. กำลังคน	• องค์ความรู้ในการทำงาน สามารถพัฒนามาจาก on the job training อย่างไรก็ตาม หากมีการส่งบุคลากรไปอบรมเพิ่มเติม จะได้ประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่าย และสร้างเครือข่ายรุ่นใหม่ต่อไป • การธำรงอยู่ของบุคลากรเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้บริหารควรให้ความสนใจ การกำหนด career path ของบุคลากร โดยเฉพาะ case manager ให้ชัดเจนกว่าในปัจจุบัน • มีคนน้อย ต้องพัฒนาให้คนมีคุณภาพจากจำนวนคนน้อย ๆ • Stroke เป็น multidisciplinary ต้องมีผังการทำงาน และผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อให้การทำงานร่วมกันเป็นไปอย่างราบรื่น • รพศ. ควรเป็นหลักในการฝึกอบรมบุคลากร EMS ทุกระดับ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบ (มีองค์ความรู้ มีความต่อเนื่อง) • สิ่งที่ทำให้บุคลากรอยู่ได้ ไม่ใช่เรื่องเงินอย่างเดียว เป็นความภาคภูมิใจในงาน ที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการทำให้คนไข้รอดชีวิต • EP ช่วยเติมเต็มการทำงานใน ER ได้อย่างดี • EP จะอยู่ได้นาน รพ.ต้องมีทีมงานที่เข้มแข็ง ให้โอกาสทำงานร่วมกับเครือข่าย ได้พัฒนางานด้านบริหาร การทำงานอย่างเป็นระบบ ชัดเจน ผู้บริหารต้องดูแลความก้าวหน้า EP เหล่านั้นด้วย	• การรวมคนดี คนเก่ง และมีการพัฒนาไม่หยุดยั้ง • มี system manager/disease manager ที่ประสานสิบทิศให้ระบบบริการลื่นไหล มีประสิทธิภาพมากขึ้น • สหวิชาชีพ ร่วมกันทำงานเป็นทีม เชื่อมโยงกันตั้งแต่การเตรียมรับผู้ป่วย จนถึงการฟื้นฟูสภาพ • มีระบบการคัดเลือกบุคลากร ให้ได้คนดี เสียสละ เข้ามาอยู่ในองค์กร • ให้ความสำคัญกับการทำความดี	• Career Path ของ System manager ไม่ชัดเจน

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร	• สิ่งที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง มากจากเสียงสะท้อนจากเวทีเล็ก ๆ ช่วยกลั่นกรอง แล้วออกมาปรับ แปลง เป็นนโยบาย ที่จะเสนอผู้บริหาร ให้มีการพิจารณาสั่งการเป็นนโยบายออกมา	• มีการร่วมกำหนด CPG, guideline ร่วมกันกับเครือข่าย และมีการปรับปรุงให้ทันสมัย อย่างต่อเนื่อง • มีการประชุมร่วมกับเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ • สื่อสารทุกเวทีที่มีโอกาส • มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ (real time telemedicine)	• เทียบกับขอนแก่น ยังขาดความชัดเจนในการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลทางคลินิกเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุจราจร
6. ครุภัณฑ์และอุปกรณ์	• ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการลงทุนเพื่อการพัฒนาระบบ EMS อย่างต่อเนื่อง	• หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ให้ความสำคัญในการลงทุนการจัดซื้อ จัดหา รถพยาบาลฉุกเฉิน ทำให้มีรถกระจายอยู่ทั่วจังหวัด ส่งผลให้สามารถส่งผู้ป่วยมา รพ.ได้มีประสิทธิภาพทันเวลา มากขึ้น	• การตรวจสอบและปรับปรุงครุภัณฑ์ในรถพยาบาลยังไม่สม่ำเสมอและครอบคลุมรถทุกคันเพื่อให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานตลอดเวลา

กลไก **ระดับพื้นที่**	**บริการสุขภาพในระดับพื้นที่ (เครือข่ายบริการสุขภาพ)** **โรงพยาบาลตระการพืชผล โรงพยาบาลวารินชำราบ และ รพ.สต.บ้านเป้า**
ผู้ให้สัมภาษณ์	ผู้อำนวยการ รพ.ตระการพืชผล แพทย์ Intern รพ.ตระการพืชผล หัวหน้าพยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน รพ.ตระการพืชผล พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน รพ.ตระการพืชผล เจ้าหน้าที่กู้ชีพ รพ.ตระการพืชผล แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน รพ.วารินชำราบ พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน รพ.วารินชำราบ ผู้อำนวยการ รพ.สต. บ้านเป้า เจ้าหน้าที่กู้ชีพ รพ.สต. บ้านเป้า
พัฒนาการของกลไกเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลตระการพืชผล, โรงพยาบาลวารินชำราบ และ รพ.สต.บ้านเป้า	**โรงพยาบาลตระการพืชผล** ● การดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ชัดเจนนัก การดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นบริการที่มีอยู่เดิมของโรงพยาบาล โดยในระยะแรกนี้มีความสนใจในเรื่องโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังมากกว่า ส่วนเรื่อง EMS จะเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้นในปี 2557 ในจังหวัดอุบลราชธานี ผู้เล่นหลักเรื่องระบบ EMS คือ อบจ.อุบลราชธานี โดยการทำ MOU กับ อปท. ต่างๆ ที่ต้องการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ ปัจจุบันนี้ ในพื้นที่อำเภอตระการพืชผล มีพื้นที่รับผิดชอบ 23 ตำบล 29 PCU และ EMS ระดับ FR 18 หน่วย อีก 5 หน่วยเป็นระดับ BLS โรงพยาบาลตระการพืชผลมีความพยายามในการประสานความร่วมมือจาก อปท. ต่างๆ ในพื้นที่เพื่อผลักดันให้เกิดบริการ โดยการจัดทำ EMS สัญจร เพื่อลงพื้นที่นำเสนองาน และเพื่อให้เกิดการแบ่งปันข้อมูลระหว่างพื้นที่ โดยเริ่มดำเนินการในปี 2555 มีการกำหนด Action plan ที่จะเชิญ อปท. ทุกแห่งในพื้นที่รับผิดชอบเข้าร่วมรับฟัง และโรงพยาบาลตระการพืชผลยังเป็นหนึ่งในโรงพยาบาลหน้าด่านก่อนที่จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลสรรพประสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ **โรงพยาบาลวารินชำราบ** ● การดำเนินงานด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินของ นพ.ประวีณ จันจำปา เกิดจากการได้มีโอกาสเข้าฝึกอบรม ณ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และได้รับแรงบันดาลใจจาก นพ.วิทยา ชาติบัญชาชัย ซึ่งเป็นผู้บุกเบิกงานด้าน Trauma มาตั้งแต่ยุคแรกๆ และการได้มาปฏิบัติหน้าที่ประจำอยู่ที่โรงพยาบาลวารินชำราบ ทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติงาน และการคิดสร้างสรรค์ทำสิ่งใหม่ๆ หรือสิ่งท้าทาย แต่ก็ต้องใช้ความพยายามอย่างสูงในการพิสูจน์ตนเองกับบุคลากรในโรงพยาบาล โดยใช้วิธีการใจซื้อใจจนบุคลากรในโรงพยาบาลให้การยอมรับ และมีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานให้เป็นระบบมากขึ้น และอบรมเจ้าหน้าที่ทั้งระดับ BLS และ ALS ให้มี

พัฒนาการของกลไกเครือข่ายบริการสุขภาพ โรงพยาบาลตระการพืชผล, โรงพยาบาลวารินชำราบ และ รพ.สต.บ้านเป้า	ความรู้และความสามารถในการให้บริการได้ การดำเนินการต่างๆ มีการทดสอบ เพื่อให้เมื่อเกิดเหตุการณ์จริง จะได้ทำงานอย่างมีระบบระเบียบ และโรงพยาบาลวารินชำราบก็มีสถานะเช่นเดียวกันกับโรงพยาบาลตระการพืชผลคือ เป็นโรงพยาบาลหน้าด่านก่อนนำส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี **โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป้า (รพ.สต. บ้านเป้า)** ● ตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายนโยบายให้มีการจัดบริการตั้งแต่ปี 2549 ก็ดำเนินการเรื่อยมาจนปัจจุบันก็ 6 ปี กว่าๆ แล้ว ได้รับการสนับสนุนจาก สสจ. มีการส่งเจ้าที่เข้ารับการอบรม EMT-B ตั้งแต่เริ่มแรก และปัจจุบันก็เป็นหนึ่งในหน่วยบริการที่ทำ MOU กับ อบจ.อุบลราชธานี ทำให้ได้รับการสนับสนุนเรื่องรถฉุกเฉิน แต่ก่อนนี้หน่วยปฏิบัติการตำบลเป้ารับผิดชอบพื้นที่ ต.เป้า ต.หนองเต่า ต.นาสมัย และ ต.กุดแจรวน แต่ปัจจุบัน ต.กุดแจรวน อบต.ได้จัดตั้งเป็นหน่วยปฏิบัติการระดับ FR จึงรับผิดชอบแค่พื้นที่ 3 ตำบล เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ อบต.ยังไม่มีความพร้อมที่จะจัดบริการเอง ทั้งความพร้อมด้านงบประมาณและการให้ความสำคัญ หน่วยปฏิบัติการที่ทำ MOU กับ อบจ. จะรับผิดชอบในส่วนของเจ้าหน้าที่ ค่าฝึกอบรม และเงินเดือนสำหรับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บ้านเป้า มีโรงพยาบาลตระการพืชผลเป็นพี่เลี้ยง คอยทำงานประสานกัน

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. ภาวะผู้นำ/ การอภิบาล	● กรณีรพ.วารินชำราบ แพทย์ EP พัฒนาความรู้และทักษะการกู้ชีพ การแยกแยะระดับความรุนแรงของผู้ป่วยให้ทีมงานรพ. และ ระดมทุนจัดซื้อครุภัณฑ์ ● ผู้อำนวยการรพ.ตระการพืชผลให้อิสระในการทำงานแก่พยาบาลหัวหน้าห้องฉุกเฉิน	● แพทย์ EP รพ.วารินชำราบ ให้ความสนใจและเป็นแกนนำในการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	● รพ.สต.บ้านเป้า ขาดการสนับสนุนจากผู้นำของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ อบต. ไม่เห็นถึงความสำคัญ
2. การเงินการคลัง	● รพ.วารินชำราบ มีการระดมทุนจากภาคส่วนเอกชน โดยใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวของแพทย์ EP ด้วยการจัดโชว์กายกรรมจากจีน	● ความสัมพันธ์ส่วนตัวระหว่างแพทย์ EP กับนักธุรกิจในชุมชน (บิดา)	● รพ.สต. เริ่มขาดสภาพคล่อง เนื่องจากต้องดูแลในส่วนของหน่วยปฏิบัติการที่ยังคงอยู่กับ รพ.สต. การดำงานของหน่วยปฏิบัติการ รพ.สต.บ้านเป้า ใช้งบกองทุนสุขภาพตำบล

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
3. การให้บริการ	• มีการให้บริการ Mobile ICU ที่สามารถให้บริการได้ในระดับสูง • รพ.สต. บ้านเป้ามีหน่วยปฏิบัติการ BLS ในการให้บริการในพื้นที่ • การให้บริการของหน่วยปฏิบัติการ รพ.สต.บ้านเป้า ได้รับการตรวจคุณภาพจาก รพ.ตระการพืชผล • บริการฉุกเฉินของรพช.มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	• มีการควบคุมคุณภาพบริการระหว่างหน่วยบริการพี่เลี้ยง (รพ.ตระการพืชผล) และเครือข่าย (รพ.สต.บ้านเป้า) โดยจะมีการบันทึกว่ามีการปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่ และจะทำการ Feedback กลับให้กับทีมกู้ชีพ มีการหารือเพื่อปรับให้ปฏิบัติงานได้ถูกต้อง เป็นการทำงานแบบพี่แบบน้อง • รพ.สรรพสิทธิประสงค์จัดกระบวนการคุณภาพอย่างต่อเนื่องแก่เครือข่ายบริการ เช่น dead case conference, clinical audit	
4. กำลังคน	• มีการจัดอบรมฟื้นฟูและซ้อมอุบัติเหตุหมู่ปีละ 2 ครั้ง จัดในช่วงปีใหม่และสงกรานต์ ทำให้เจ้าที่มีศักยภาพและปฏิบัติหน้าที่ได้ตามมาตรฐาน • โรงพยาบาลตระการพืชผลมีการจัดอัตรากำลังคนโดยแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบชัดเจน เช่น เวรเช้ามีพยาบาลวิชาชีพเข้าเวรที่ห้องฉุกเฉิน 4 คน และผู้ช่วยพยาบาล 1 คน โดย 1 คน เป็นหัวหน้าเวร 1 คน รับผิดชอบงานส่งต่อ 1 คน รับผิดชอบงาน EMS และ 1 คน ผิดชอบงาน Mobile ICU	• แพทย์ EP (โรงพยาบาลวารินชำราบ) ทุ่มเทในการทำงาน • ทีม EMS โรงพยาบาลตระการพืชผล มีใจรักในงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน • ทีม รพ.สต.บ้านเป้า ทำงานด้วยจิตอาสา และมีความเกื้อกูลกันระหว่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานด้าน EMS	• กำลังหลักคือพยาบาล ER แต่พยาบาล ER ยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน การมีแพทย์มาประจำที่โรงพยาบาลถือเป็นเรื่องดี แต่ส่วนใหญ่มีการเคลื่อนย้ายเปลี่ยนแปลงค่อนข้างสูง ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร	• มีการใช้ Ipad เพื่อปรึกษาแพทย์ (รพช.และ รพศ.) ซึ่งเป็นการใช้เทคโนโลยีสื่อสารให้เกิดประโยชน์สูงสุด • โรงพยาบาลตระการพืชผลมีการเก็บข้อมูลการใช้บริการทั้งที่เป็นข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการให้บริการการแพทย์	• ได้รับการสนับสนุน Ipad จาก สสจ. • เจ้าหน้าที่มีความสนใจและเกาะติดการดำเนินงานและต้องการทำให้ประชาชนเล็งเห็นความสำคัญของบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	ฉุกเฉิน (รวมข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยด้าน STEMI และ Stroke) ทำให้ทราบถึงปัญหาและนำไปสู่การแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ปัญหาการเข้าถึงบริการ มีการแก้ไขโดยการจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบริหารจัดการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินระหว่างโรงพยาบาล อบต. และ สสอ.		
6. ครุภัณฑ์และอุปกรณ์	• MOU ระหว่าง อบจ. และหน่วยปฏิบัติการ ทำให้หน่วยปฏิบัติการไม่ต้องจัดหารถฉุกเฉินเอง • วางระบบแลกเปลี่ยนอุปกรณ์การแพทย์ในบริการกู้ชีพทำให้หน่วยกู้ชีพมีอุปกรณ์ใช้อย่างต่อเนื่อง • กรณีในพื้นที่ที่ อปท.ไม่ได้ให้ความสนใจจะไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อครุภัณฑ์ต่าง ๆ	• ได้รับการสนับสนุนรถพยาบาลฉุกเฉินจาก อบจ. แต่ในส่วนของรพช.มีรถพยาบาลฉุกเฉินเป็นของตนเองอยู่แล้ว • ผู้รับผิดชอบงานกู้ชีพรพ.สรรพสิทธิประสงค์คิดค้นพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง	

กลไก ระดับจังหวัด	**อนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี**
ผู้ให้สัมภาษณ์	เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
พัฒนาการของกลไกอนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินระดับจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	• การดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบล เริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคม 2547 โดยผลการประเมินการดำเนินงาน EMS ของจังหวัดในปี 2549 พบว่า มีข้อจำกัดด้านบุคลากร ขาดการประชาสัมพันธ์ในภาพกว้าง จำเป็นต้องหาแนวร่วมเข้ามาช่วยจัดระบบให้เกิดความชัดเจนมากขึ้น • การพัฒนาในยุคแรก (ปี 2548-2553) จึงเกิดจากอดีต นพ.สสจ. (วุฒิไกร มุ่งหมาย) ที่มองเห็นปัญหา และได้ริเริ่มการดำเนินการต่างๆ ได้แก่ (1) ประสาน อบจ. เพื่อนำนโยบาย EMS เสนอต่อผู้บริหารของ อบจ. จนได้รับการขานรับและให้ สสจ.นำเสนอโครงการอย่างเป็นรูปธรรมต่อสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัดในปี 2549 จนกระทั่งสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัดให้การอนุมัติการขอเช่ารถสนับสนุนการให้บริการ EMS (2) จัดทำโครงการหน่วยกู้ชีพเฉลิมราชย์ 60 ปี ให้ อบจ. เทศบาล และ อบต.เข้าร่วมในการจัดบริการ EMS ในปี 2550 (3) จัดตั้งกองทุนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (แห่งแรกและจังหวัดเดียว) โดยมี คณะกรรมการบริหารระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี เป็นกรรมการบริหาร (มีผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธาน นายก อบจ. เป็นรองประธาน และ นพ.สสจ. เป็นกรรมการและเลขานุการ)[17] โดยเริ่มดำเนินการในปี 2551 (4) จัดตั้งมูลนิธิการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อดูแลด้านสวัสดิการให้พนักงานกู้ชีพ และเพื่อดำเนินการศึกษาวิจัย • การพัฒนาในยุคต่อมา ปี 2553-2555 (บูรณาการ) เริ่มจากดำริของผู้ว่าราชการจังหวัดอุบลราชธานี (สุรพล สายพันธุ์) ต้องการให้มีศูนย์กู้ชีพ-กู้ภัย อยู่ร่วมกัน มีการอยู่เวรตลอด 24 ชม. • โดยสรุป การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในจังหวัดอุบลราชธานี มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง คือ (1) วางระบบ (2) พัฒนาร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (3) บูรณาการ กู้ชีพ กู้ภัย เข้าด้วยกัน โดยในภาวะปกติจะเป็น “ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน” ในภาวะภัยพิบัติจะแปลงสภาพเป็น “ศูนย์บัญชาการภัยพิบัติส่วนหน้า” เป็น war room ประกอบด้วยทีม EMS ทหาร ตำรวจ พลเรือนและปกครอง

[17] คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ 79/2551 ลงวันที่ 8 เมษายน 2551

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. การอภิบาล			
1.1 การจัดการโครงสร้างภายใน	• มีการแยกโครงสร้างภายใน สสจ.ออกมาอย่างชัดเจนเป็นศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการแพทย์ฉุกเฉิน และสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกกเฉิน		
1.2 การกำหนดนโยบาย/ทิศทางการดำเนินงานระดับจังหวัด	• มีการกำหนดวิสัยทัศน์ระดับจังหวัดไว้อย่างชัดเจน คือ ประชาชนได้รับบริการ EMS เมื่อเจ็บป่วยฉุกเฉิน (ภายใต้แนวคิดในการพัฒนาระบบ คือ (1) ประชาชนใช้บริการได้ตลอด 24 ชม. (2) ระบบ EMS มีความยั่งยืน (3) ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำเป็นอาชีพได้ (4) การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น) • การกำหนดนโยบาย/ แนวทางการดำเนินงานตลอดจนการจัดทำแผน ในระยะแรกจะใช้การประชุมคณะกรรมการบริหารระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี เป็นหลัก ซึ่งจะมีการประชุม ปีละ 2-3 ครั้ง แต่ปัจจุบันจะประชุมปีละ 1 ครั้ง เนื่องจากการดำเนินงาน EMS ของจังหวัดจะเป็นลักษณะของการทำงานตามระบบ โดยมีผู้รับผิดชอบงาน EMS จังหวัดเป็นหลักในการประสานและพัฒนาระบบ	• การผลักดันนโยบายการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในช่วงปี 2548-2550 โดยผ่านสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายจากสำนักตรวจราชการ เพื่อให้ผู้ตรวจราชการติดตามผลงานและข้อจำกัดของแต่ละจังหวัด ส่วนกลวิธีดำเนินการจะให้อิสระแก่จังหวัด แล้วแต่จะออกแบบ โดยในส่วนของจังหวัดอุดร จะใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินและหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน โดยจัดให้มีการประชุมพบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพัฒนา เป็นประจำ อย่างต่อเนื่อง[18] เช่นเดียวกับจังหวัดขอนแก่น นอกจากนี้ความคิดริเริ่มในอดีต ส่วนหนึ่งมาจากการประชุมทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ	

[18] อนุชา เศรษฐเสถียร, ประวัติศาสตร์การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย ใน หลักการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2551, 2551

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	• มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัด ประกอบด้วย ผู้แทนจากหน่วยกู้ชีพที่ขึ้นทะเบียนทุกหน่วย และมีการประชุมคณะทำงานทุกเดือน เพื่อร่วมรับทราบทิศทางแผนงาน ตลอดจนร่วมสร้างระเบียบปฏิบัติ กำหนดตัวชี้วัด การติดตามผลการออกปฏิบัติงานของทุกหน่วย รายงานปัญหา ค้นหาวิธีแก้ไข รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำเสนอแนวคิดใหม่ๆ เพื่อการพัฒนา[19]		
1.3 การจัดระบบการ แพทย์ฉุกเฉินในจังหวัด	(1) การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการ/ชุดปฏิบัติการ • เป็นไปตามระเบียบ สพฉ. มีการต่อทะเบียนทุก 1 ปีและต้องผ่านการอบรมฟื้นฟู		
	(2) การควบคุมกำกับศูนย์สั่งการ • สสจ. เป็นผู้ดำเนินการศูนย์สั่งการ โดยแยกศูนย์สั่งการออกจาก สสจ.และ รพ.มาตั้งอยู่ที่ศูนย์ OTOP • พัฒนาระบบสารสนเทศในการติดตามรถพยาบาลฉุกเฉินและสามารถดูตำแหน่งรถพยาบาลผ่านเว็บไซต์ได้ (GIS tracking)		
	(3) การควบคุมมาตรฐาน/คุณภาพหน่วยบริการ/ชุดปฏิบัติการ • ดำเนินการตรวจสอบมาตรฐาน 3 ด้าน ได้แก่		

[19] องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี, โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสทรงครองราชย์ครบ 60 ปี

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	- บุคลากร โดยทดสอบทักษะการปฏิบัติในการอบรมฟื้นฟู เพื่อต่อสัญญาปฏิบัตการในแต่ละปี - อุปกรณ์เครื่องมือ และรถพยาบาล - มาตรฐานชุดปฏิบัติการ ● นิเทศและติดตาม หน่วยละ 2 ครั้ง/ปี ● FR ที่ผ่านการอบรมแล้ว ต้องไป on the job training ที่ ER ของรพ. ก่อน 1 สัปดาห์ (โดยศูนย์สั่งการจะเป็นผู้ออกหนังสือส่งตัวให้) ● ทดสอบทักษะการปฏิบัติการให้เจ้าหน้าที่กู้ชีพ ● จัด EMS conference ● จัด EMS day	● การให้ FR ที่ผ่านการอบรมที่ ER ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติการและโรงพยาบาลในลักษณะครูและศิษย์ ทำให้เกิดความเป็นทีมและให้การเคารพซึ่งกันและกัน	
	(4) การตรวจสอบ/การอนุมัติ/เบิกจ่ายเงินชดเชย ● ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตรวจสอบ คีย์ข้อมูล โอนเงินให้หน่วยปฏิบัติการ		
2. การเงินการคลัง	● งบพัฒนาระบบ และ งบชดเชยปฏิบัติการ สพฉ. ● งบของ สสจ. (นำไปใช้จ่ายทางด้านครุภัณฑ์ ระบบโทรศัพท์ เครื่องมืออุปกรณ์ต่างของศูนย์สั่งการ และในกรณีที่งบพัฒนาระบบไม่พอใช้) ● งบจาก อบจ. ซึ่งจะอยู่ในรูปของการสนับสนุนค่าใช้จ่ายเป็นค่าจ้างบุคลากร สถานที่ รถปฏิบัติการ และค่าสาธารณูปโภค (ไม่ได้อยู่ในรูปของการโอนเงินให้ สสจ.)		

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
3. บุคลากร	(1) สสจ.18 คน ประกอบด้วย ● พยาบาลประจำศูนย์ 5 คน ● ข้าราชการ 6 คน ● ลูกจ้าง 7 คน	● ความร่วมมือระหว่างสสจ.กับอบจ.ด้วยความมุ่งมั่นอย่างต่อเนื่อง	
	(2) อบจ. 12-15 คน (4-5 คน/เวร) ทั้งนี้ ลูกจ้างอบจ.จะไม่ได้อยู่ใต้บังคับบัญชาของ สสจ. แต่การทำงานจะขึ้นกับ สสจ.ทำหน้าที่ในด้านธุรการ และส่งคนรักกลับบ้าน[20])		
	(3) ศูนย์สั่งการ (การวางกำลังคนในศูนย์) ● พยาบาลวิชาชีพ 1 คน/เวร ● เจ้าหน้าที่สื่อสาร รับ-ส่งวิทยุ โทรประสานงาน - เช้า 6 คน - บ่าย 5 คน - ดึก 2 คน		
	(4) อื่นๆ ● มีการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการให้ผู้ปฏิบัติการ ในกรณีประสบอุบัติเหตุ พิการ เสียชีวิต ทั้งที่เนื่องและไม่เนื่องจากการทำงาน รวมถึงเพื่อการศึกษาต่อ/พัฒนาศักยภาพ นอกเหนือจากการมีประกันชีวิตสำหรับผู้ปฏิบัติการเช่นเดียวกับจังหวัดอื่น (หักจากเงินเดือน)		

[20]เป็นโครงการของ อบจ. โดยใช้รถพยาบาลกู้ชีพฉุกเฉิน (EMS 1669) นำส่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้านกลับบ้าน โดยไม่มีค่าใช้จ่ายแต่อย่างใด

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	• การสร้างจูงใจให้แก่บุคลากร - การเลื่อนขั้นเป็นไปตามระบบของสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ทุกคน รวมพยาบาลประจำศูนย์ สามารถประเมินเลื่อนตำแหน่งภายในศูนย์ได้ แต่ตำแหน่งสูงสุดคือ ซี 7 - พยาบาลศูนย์เวรดึกจะใช้พยาบาลจาก รพช. โดยจ่ายค่าตอบแทนให้ตามประกาศกระทรวง เวรละ 600 บาท	• การแยกงาน EMS ออกมาเป็นโครงสร้างชัดเจน ทำให้การบริหารจัดการเกิดความคล่องตัว สามารถจัดหาบุคลากรรองรับได้มากขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงาน EMS สามารถเติบโตในวิชาชีพได้จนถึงผู้บริหารระดับกลาง	• ความก้าวหน้าในสายงานจะตันอยู่ที่ ซี 7 เนื่องจากเป็นการแบ่งโครงสร้างภายในการเลื่อนระดับ (ซี 8) จึงต้องไปบรรจุในตำแหน่งของฝ่ายอื่น
4. ข้อมูลสารสนเทศ (การใช้ประโยชน์จากข้อมูล)	• มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์ในการออกนิเทศหน่วย และใช้ในการวางแผนจุดเสี่ยงลดอุบัติเหตุ มีการจัดทำรายงานการเกิดอุบัติเหตุขนส่งจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2552		

กลไก ระดับท้องถิ่น/ชุมชน	**องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี**
ผู้ให้สัมภาษณ์	นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี
พัฒนาการของกลไก อบจ.	ปีงบประมาณ 2549 องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี ได้รับการประสานโครงการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีในฐานะสำนักงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินประจำจังหวัด เพื่อร่วมโครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามบันทึกความร่วมมือในการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี ระหว่าง 4 หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี และองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดมีภารกิจในการสนับสนุนรถพยาบาลฉุกเฉินพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิต จำนวน 42 คัน และในปี 2551 เพิ่มขึ้นเป็น 60 คัน และในปี 2554 มีจำนวนทั้งสิ้น 90 คัน ซึ่งเป็นรถเช่าทั้งหมด เพื่อให้มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัดอุบลราชธานี

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
1. ภาวะผู้นำ/ การอภิบาล	• นพ.วุฒิไกร มุ่งหมาย อดีตสสจ. ผู้ล่วงลับ ได้ชักชวน นายพรชัย โควสุรัตน์ นายกอบจ.อุบลราชธานีคนปัจจุบัน ร่วมลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่ รถพยาบาล อาคารที่ตั้ง อุปกรณ์ศูนย์สื่อสารสั่งการ และพนักงานกู้ชีพจำนวนหนึ่ง โดยใช้หลักการทางรัฐศาสตร์ในการเสนอโครงการ กล่าวคือ จำนวนรถเช่า 42 คัน สอดคล้องกับสมาชิกสภาอบจ. ซึ่งมี 42 เขต ซึ่งเป็นการประสานประโยชน์ทางการเมือง ทำให้โครงการนี้ได้รับเสียงโหวตเป็นเอกฉันท์ของสภาอบจ. ในการสนับสนุนงบประมาณดังกล่าว นอกจากนี้ ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังได้รับการสนับสนุนจากภาคีระดับจังหวัด นั่นคือ จังหวัดอุบลราชธานี รวมถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จนเกิดเป็นบันทึกความร่วมมือในการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี ระหว่าง 4 หน่วยงาน ได้แก่	• ภาวะผู้นำของนพ.วุฒิไกร มุ่งหมายและนายพรชัย โควสุรัตน์ นายกอบจ. ที่เห็นความสำคัญของระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และกล้าแบกรับความเสี่ยงในการลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน ทั้งที่ยังไม่มีระเบียบอบจ.รองรับ[22] • ความสัมพันธ์อันดีที่มีมาแต่เดิมระหว่างนพ.วุฒิไกร นายกอบจ. และนพ.ประทีป ธนกิจเจริญ รองเลขาธิการสปสช.คนปัจจุบัน (น้าเขยนายกอบจ.) • นายกอบจ. มีอดีตปลัดอบจ. นายสุรชัย ยิ้มเกิด ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับกฎระเบียบการเงินและบุคคลของอบจ.คอยสนับสนุน ทำให้สามารถใช้ระเบียบเท่าที่มีอยู่ของอบจ.ในการลงทุนโครงสร้างพื้นฐานได้	• ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัดอุบลราชธานีเกิดขึ้นจากภาวะผู้นำที่เข้มแข็งของนายแพทย์สสจ.ที่ทำให้นายกอบจ. และสปสช. เห็นความสำคัญของเรื่องนี้และร่วมลงขันทำให้ระบบมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน พื้นที่อื่นอาจไม่สามารถลอกเลียนแบบได้ เนื่องจากเป็นภาวะผู้นำของแต่ละบุคคล

[22] บันทึกความร่วมมือโครงการรถพยาบาลฉุกเฉินพร้อมอุปกรณ์ใช้ในราชการ ระหว่าง องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานีและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ลงวันที่ 6 ตุลาคม 2549

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี และองค์การบริการส่วนจังหวัดอุบลราชธานี โดยแต่ละหน่วยงานมีความรับผิดชอบแตกต่างกันดังนี้[21] 1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้การสนับสนุนงบประมาณ โดยจ่ายล่วงหน้าเป็นค่าชดเชยการบริการระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตามปริมาณงานที่เกิดขึ้นจริง 2. กระทรวงสาธารณสุข จะให้การสนับสนุน 2.1 วิชาการและการพัฒนาบุคลากร รวมทั้งการติดตามประเมินผลเพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานีอย่างต่อเนื่อง 2.2 การดำเนินงานของศูนย์สั่งการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี 3. จังหวัดอุบลราชธานี จะให้การสนับสนุน 3.1 มอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เป็นหน่วยสนับสนุนการบริหารระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 3.2 จัดให้มีหน่วยบริการให้ครอบคลุมประชากรได้อย่างทั่วถึง 4. องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี จะให้การสนับสนุนรถพยาบาลฉุกเฉิน จำนวน 42 คัน เป็นระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่วันที่ 31 สิงหาคม 2549 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2553		

[21] บันทึกความร่วมมือในการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี ลงวันที่ 19 พฤศจิกายน 2549

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
2. การเงินการคลัง	• อบจ. สนับสนุนรถพยาบาลฉุกเฉินด้วยการเช่าเหมารายเดือน คันละ 24,000 บาท โดยใช้งบประมาณจากงบกลางขององค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามแผนพัฒนา 3 ปีขององค์การบริหารส่วนจังหวัด[23]จะเห็นได้ว่างบประมาณ โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานีจะเพิ่มขึ้นทุก 3 ปี ตามจำนวนรถที่เช่า (ปี 2556-2557 งบประมาณ ปีละ 66 ล้านบาท) นอกจากการสนับสนุนรถพยาบาลฉุกเฉินแล้ว อบจ.ยังสนับสนุนงบประมาณในการจัดฝึกอบรม รวมถึงอุปกรณ์ในรถพยาบาลฉุกเฉินอีกด้วย	• แหล่งที่มาของงบประมาณในการสนับสนุนรถพยาบาลฉุกเฉินก็คือ “ภาษีบาป” ที่จัดเก็บได้ในแต่ละปี	• การสนับสนุนรถพยาบาลฉุกเฉินโดยใช้งบประมาณของอบจ.ทั้งหมดและค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง ค่าเช่าคันละ 30,000 บาท/เดือน รวม 66 ล้านบาท/ปี ซึ่งยังไม่รวมค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมและจัดซื้ออุปกรณ์ในรถ ดังนั้น หากในอนาคตค่าใช้จ่ายในการเช่ารถพยาบาลหรือภาระค่าใช้จ่ายในเรื่องอื่น ๆ ของอบจ.เพิ่มสูงขึ้น อบจ.อาจไม่สามารถรับภาระค่าใช้จ่ายนี้ได้ทั้งหมด
3. การให้บริการ	• พื้นที่ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขยายความครอบคลุมพื้นที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เริ่มต้นจากหน่วยกู้ชีพ 42 หน่วย เป็น 60 หน่วย และ 90 หน่วยตามลำดับ ปัจจุบันมีหน่วยกู้ชีพทั้งสิ้น 220 หน่วย ครอบคลุมทุกพื้นที่ [24] • เนื่องจากการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นเรื่องของรัฐศาสตร์ ดังนั้น รถพยาบาลฉุกเฉินไม่ได้จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพียงอย่างเดียว แต่มีการจัดบริการรับส่งผู้ป่วยร่วมด้วย นั่นคือ โครงการพาคนรักกลับบ้าน ซึ่งเป็นการนำส่งผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือ ผู้ป่วยที่เสียชีวิต กลับบ้าน[25]	• นายกอบจ.ใช้หลักการทางรัฐศาสตร์ในการเสนอโครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเริ่มต้นเสนอสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัดด้วยจำนวนรถเช่า 42 คัน สอดคล้องกับสมาชิกสภาอบจ. ซึ่งมี 42 เขต จึงได้รับการอนุมัติจากสภาฯ	• เนื่องจากอบจ.จัดรถพยาบาลฉุกเฉินให้บริการครอบคลุมทุกพื้นที่ ทำให้เกิดกรณีแย่ง case กับมูลนิธิในเขตเมือง ซึ่งดำเนินการมาก่อน อบจ. แม้ปัจจุบันความขัดแย้งจะลดลง แต่ยังคงมีอยู่

[23] แผนพัฒนา 3 ปี องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2549-2551, 2552-2554, 2556-2558

[24] รายงานประจำปีองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี พ.ศ. 2554

[25] http://www.ubon.go.th/news/detail.php?id=11219

Six blocks	บทเรียน	ปัจจัยสำเร็จ	จุดอ่อน
4. กำลังคน	• อบจ. ได้จัดฝึกอบรมและศึกษาดูงานให้กับหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ปีละ 2 ครั้ง • อบจ. ได้ส่งเจ้าหน้าที่หมุนเวียนมาประจำที่ศูนย์สั่งการผลัดละ 3-4 คน โดยให้อยู่ภายใต้การกำกับของเจ้าหน้าที่ของสสจ. ที่ศูนย์สั่งการ	• งบประมาณและการวางแผนกำลังคนอันเป็นส่วนหนึ่งของการออกแบบระบบ	
5. ระบบข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร	• การนำระบบภูมิสารสนเทศมาใช้ในการติดตามรถพยาบาลฉุกเฉิน	• งบประมาณ • การออกแบบระบบสารสนเทศโดย สสจ.	
6. ครุภัณฑ์และอุปกรณ์	• อบจ.สนับสนุนงบประมาณในการเช่ารถพยาบาลฉุกเฉินและซื้ออุปกรณ์ในรถพยาบาลฉุกเฉิน ซึ่งอยู่ในยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาสังคมและคุณภาพชีวิต แนวทางที่ 2 พัฒนาการสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม [3] รวมถึง สถานที่ตั้งศูนย์สั่งการ ค่าน้ำ และค่าไฟ	• เช่นเดียวกับข้อ 3.	

ภาคผนวก 2 รายชื่อเอกสารที่น่าสนใจและเว็บไซต์แนะนำ สำหรับกลไกต่าง ๆ

2.1 ศูนย์ความเป็นเลิศ

- **เอกสาร**

1. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดโดยใช้แบบแผนการดูแลระบบทางด่วน (Fast Track Guideline) โรงพยาบาลพิจิตร (powerpoint)
2. คำสั่งโรงพยาบาลพิจิตร ปี 2553 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันระดับจังหวัดโรงพยาบาลพิจิตร
3. ผลการดำเนินงาน fast track stemi โรงพยาบาลพิจิตร (powerpoint)
4. สมศักดิ์ เทียมเก่า การพัฒนาเครือข่าย Stroke Fast Track สปสช. เขต 7 กลุ่มวิจัยโรคหลอดเลือดสมอง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วารสารคลินิก ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 มีค 2556
5. สมศักดิ์ เทียมเก่า Stroke Fast Track ไม่ยากอย่างที่คิด วารสารคลินิก ปีที่ 29 ฉบับที่ 3 มีค 2556

- **เว็บไซต์แนะนำ**

1. http://www.e-books.in.th/traumacenterkkh/ สำหรับดาวน์โหลดเอกสาร/คู่มือต่างๆ (135 ชิ้น) ของศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น
2. http://www.thaineuroinfo.com/th/?p=2568 สำหรับดาวน์โหลดเอกสารแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) เกี่ยวกับการดูแลโรคทางสมอง ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
3. http://www.thaiheart.org/บทความสาระที่น่าสนใจ/guideline.html สำหรับดาวน์โหลดเอกสารแนวทางเวชปฏิบัติ(CPG) เกี่ยวกับการดูแลโรคหัวใจของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์

2.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายบริการระดับอำเภอ

- **เอกสาร**

1. ปิยะมิตร สมบูรณ์ EMS UBON SYSTEM THE SYSTEM MANAGEMENT ศูนย์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โรงพิมพ์ศิริธรรมออฟเซ็ต อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 2555
2. แนวทางการดำเนินการพัฒนาเครือข่ายบริการกลุ่มโรคที่มีอัตราตายสูง และกลุ่มโรคที่มีปัญหาในพื้นที่ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2554 http://www.nhso.go.th/downloadfile/fund/แนวทางการพัฒนาเครือข่ายบริการบาดเจ็บที่ศีรษะ.pdf
3. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเฉลิมพระเกียรติในวโรกาสทรงครองราชย์ครบ 60 ปี องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อุบลกิจออฟเซตการพิมพ์
4. คำสั่งสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ที่ 044/2555 เรื่องแต่งตั้งคณะทำงานบริหารกองทุนพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้น (Basic Life Support: BLS) นำร่องในเขตจังหวัดหนองบัวลำภู ลงวันที่ 25 พฤษภาคม 2554
5. ระเบียบกองทุนเครือข่ายหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินระดับต้นนำร่องในเขตจังหวัดหนองบัวลำภู
6. ข้อตกลงว่าด้วยความร่วมมือการดำเนินงานตามโครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายหน่วยบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับ ต้นในเขตจังหวัดหนองบัวลำภู
7. โครงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายหน่วบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินประจำปี 2554 “ภาคีร่วมใจกู้ชีพ-กู้ภัย วัน EMS Day” โดยองค์การบริหารส่วนจังหวัดหนองบัวลำภู
8. บันทึกข้อความ เรื่อง สรุปผลการปฏิบัติงานการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับ BLS เลขที่ นภ 6904/2554 สำนักงานเทศบาลกุดดินจี่ อำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู
9. ข้อมูลการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน องค์การบริหารส่วนจังหวัดสงขลา
10. แผ่นพับประชาสัมพันธ์ EMS ศูนย์รับ-ส่งผู้ป่วยฉุกเฉินเทศบาลนครรังสิต โดยเทศบาลนครรังสิต จังหวัดปทุมธานี
11. แผ่นพับประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการดำเนินงานหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเทศบาลตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
12. โครงการพัฒนาศักยภาพหน่วยกู้ชีพ เทศบาลตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2554

13. สรุปการออกปฏิบัติการรับผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ 2551-2555 เทศบาลตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
14. รอยทางที่สร้างสรรค์ ประสบการณ์และอนาคตของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.และเทศบาล) ที่ได้รับรางวัลระดับจังหวัดและระดับประเทศในที่ 2552. “ความหมายของเงิน 1 บาท” ประสบการณ์จากกองทุนระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ อบต.ท่าเยี่ยม อ.ท่าเยี่ยม จ.พิจิตร กองทุนหลักประกันสุขภาพดีเด่นระดับประเทศ, หน้า 37.
15. นพ.ประวีณ จันจำปา WESI Triage Algorithm รพ.วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ภาคผนวก 3 ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายจังหวัด

ภาคผนวก 3 ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายจังหวัด

ครั้งปฏิบัติการ/ประชากร		1669/ทั้งหมด		สีแดง/EMSทั้งหมด		อัตราได้รับยา_AMI 2553		อัตราได้รับยา_Stroke 2553	
จังหวัด	ร้อยละ	จังหวัด	ร้อยละ	จังหวัด	ร้อยละ	จังหวัด	ร้อยละ	จังหวัด	ร้อยละ
ขอนแก่น	3.5%	ปราจีนบุรี	99%	พระนครศรีอยุธยา	59.3%	ชุมพร	28.1%	สระบุรี	25.5%
กาฬสินธุ์	2.7%	พังงา	99%	สระบุรี	45.7%	ภูเก็ต	26.8%	ฉะเชิงเทรา	7.8%
นครพนม	2.5%	สกลนคร	98%	เชียงใหม่	39.7%	ยะลา	24.4%	ลำปาง	2.9%
ยโสธร	2.4%	อำนาจเจริญ	97%	ฉะเชิงเทรา	33.4%	เชียงราย	19.4%	ระยอง	2.3%
อุบลราชธานี	2.4%	กาฬสินธุ์	97%	ปราจีนบุรี	30.8%	น่าน	18.5%	สุราษฎร์ธานี	2.1%
นครนายก	2.2%	สุราษฎร์ธานี	97%	แม่ฮ่องสอน	29.5%	สระบุรี	18.1%	ขอนแก่น	1.4%
อำนาจเจริญ	2.1%	สุพรรณบุรี	97%	ชัยนาท	29.2%	ตรัง	17.5%	ลพบุรี	1.1%
มุกดาหาร	2.1%	มหาสารคาม	96%	ตาก	28.4%	กระบี่	17.2%	สมุทรปราการ	1.1%
มหาสารคาม	2.1%	อุบลราชธานี	96%	ตรัง	28.0%	แพร่	17.2%	ยะลา	0.9%
น่าน	2.0%	ชัยนาท	96%	นครสวรรค์	27.7%	ลพบุรี	17.0%	ภูเก็ต	0.7%
สุรินทร์	2.0%	มุกดาหาร	93%	นนทบุรี	26.9%	อุดรธานี	16.6%	สงขลา	0.4%
ภูเก็ต	1.9%	ร้อยเอ็ด	92%	เลย	25.7%	พะเยา	16.6%	พิษณุโลก	0.4%
ร้อยเอ็ด	1.8%	ระนอง	92%	ระยอง	25.3%	ประจวบคีรีขันธ์	16.4%	นครราชสีมา	0.4%
หนองคาย	1.8%	หนองบัวลำภู	91%	สระแก้ว	24.9%	ระนอง	16.1%	สกลนคร	0.4%
หนองบัวลำภู	1.7%	นครพนม	91%	เพชรบุรี	24.7%	กำแพงเพชร	15.8%	นครศรีธรรมราช	0.4%
สมุทรสงคราม	1.7%	ชัยภูมิ	91%	พะเยา	24.1%	ตาก	15.4%	เชียงราย	0.3%
ประจวบคีรีขันธ์	1.7%	ตรัง	89%	มหาสารคาม	23.3%	ราชบุรี	14.9%	เชียงใหม่	0.3%
สมุทรสาคร	1.7%	บุรีรัมย์	89%	เชียงราย	22.1%	พิษณุโลก	14.8%	อุบลราชธานี	0.3%
บุรีรัมย์	1.6%	ศรีสะเกษ	88%	กระบี่	22.0%	ชัยนาท	14.8%	ปทุมธานี	0.3%
ปราจีนบุรี	1.6%	สมุทรปราการ	87%	ตราด	22.0%	ลำปาง	14.6%	ปราจีนบุรี	0.3%
อุดรธานี	1.5%	ยโสธร	86%	ชัยภูมิ	21.9%	ลำพูน	14.6%	ชุมพร	0.2%

ครั้งปฏิบัติการ/ประชากร		1669/ทั้งหมด		สีแดง/EMSทั้งหมด		อัตราได้รับยา_AMI 2553		อัตราได้รับยา_Stroke 2553	
จังหวัด	ร้อยละ	จังหวัด	ร้อยละ	จังหวัด	ร้อยละ	จังหวัด	ร้อยละ	จังหวัด	ร้อยละ
อุตรดิตถ์	1.5%	นครนายก	86%	สุพรรณบุรี	21.3%	นราธิวาส	14.6%	แพร่	0.2%
ระนอง	1.5%	นครราชสีมา	86%	นครปฐม	20.3%	สกลนคร	14.3%	กทม	0.1%
ชลบุรี	1.4%	เชียงราย	86%	สุโขทัย	20.2%	ปราจีนบุรี	13.9%	สุโขทัย	0.1%
พัทลุง	1.4%	สุรินทร์	83%	สมุทรปราการ	19.6%	สมุทรปราการ	13.8%	พิจิตร	0.1%
นครราชสีมา	1.4%	อุดรธานี	83%	ปทุมธานี	19.1%	สงขลา	13.5%	ราชบุรี	0.1%
อุทัยธานี	1.4%	น่าน	83%	ลำปาง	18.9%	อุทัยธานี	12.9%	กำแพงเพชร	0.1%
ศรีสะเกษ	1.4%	กำแพงเพชร	78%	สมุทรสาคร	18.2%	จันทบุรี	12.1%	พระนครศรีอยุธยา	0.1%
สตูล	1.4%	ประจวบคีรีขันธ์	77%	ลำพูน	18.1%	สระแก้ว	11.9%	น่าน	0.0%
สกลนคร	1.4%	เพชรบุรี	76%	ชุมพร	18.0%	เพชรบุรี	11.9%	ตรัง	0.0%
พังงา	1.4%	ภูเก็ต	74%	นครศรีธรรมราช	17.3%	พิจิตร	11.7%	กระบี่	0.0%
ลำพูน	1.3%	สตูล	74%	ราชบุรี	17.0%	พัทลุง	11.5%	อุดรธานี	0.0%
ยะลา	1.3%	สมุทรสงคราม	72%	สงขลา	16.6%	ฉะเชิงเทรา	11.4%	พะเยา	0.0%
สระแก้ว	1.3%	พะเยา	72%	อ่างทอง	16.4%	ปัตตานี	11.3%	ประจวบคีรีขันธ์	0.0%
ชัยนาท	1.1%	เชียงใหม่	69%	สิงห์บุรี	15.9%	พระนครศรีอยุธยา	11.1%	ระนอง	0.0%
สิงห์บุรี	1.1%	อ่างทอง	68%	นครราชสีมา	15.9%	สิงห์บุรี	11.1%	ตาก	0.0%
ราชบุรี	1.1%	สุโขทัย	68%	สมุทรสงคราม	15.8%	ชัยภูมิ	10.8%	ชัยนาท	0.0%
เพชรบูรณ์	1.1%	นครสวรรค์	67%	แพร่	15.7%	มหาสารคาม	10.8%	ลำพูน	0.0%
จันทบุรี	1.1%	ขอนแก่น	66%	สุราษฎร์ธานี	15.7%	นครศรีธรรมราช	10.8%	นราธิวาส	0.0%
สุราษฎร์ธานี	1.0%	อุตรดิตถ์	65%	เพชรบูรณ์	15.4%	อ่างทอง	10.7%	อุทัยธานี	0.0%
พะเยา	1.0%	ยะลา	65%	พิษณุโลก	15.3%	ตราด	10.3%	จันทบุรี	0.0%
ระยอง	1.0%	สิงห์บุรี	62%	กำแพงเพชร	15.0%	พังงา	10.1%	สระแก้ว	0.0%
เพชรบุรี	1.0%	แพร่	62%	จันทบุรี	14.9%	สุโขทัย	9.9%	เพชรบุรี	0.0%
ตราด	1.0%	พิษณุโลก	62%	ระนอง	14.8%	นครพนม	9.6%	พัทลุง	0.0%

ครั้งปฏิบัติการ/ประชากร		1669/ทั้งหมด		สีแดง/EMSทั้งหมด		อัตราได้รับยา_AMI 2553		อัตราได้รับยา_Stroke 2553	
จังหวัด	ร้อยละ	จังหวัด	ร้อยละ	จังหวัด	ร้อยละ	จังหวัด	ร้อยละ	จังหวัด	ร้อยละ
พิจิตร	1.0%	หนองคาย	62%	อุตรดิตถ์	14.5%	นนทบุรี	9.4%	ปัตตานี	0.0%
เลย	1.0%	พิจิตร	61%	ร้อยเอ็ด	14.3%	สุราษฎร์ธานี	9.1%	สิงห์บุรี	0.0%
เชียงใหม่	0.9%	พัทลุง	60%	มุกดาหาร	13.9%	นครปฐม	9.0%	ชัยภูมิ	0.0%
กาญจนบุรี	0.9%	สระบุรี	60%	นครนายก	13.2%	ร้อยเอ็ด	9.0%	มหาสารคาม	0.0%
ฉะเชิงเทรา	0.9%	ชุมพร	59%	ปัตตานี	13.0%	นครสวรรค์	8.6%	อ่างทอง	0.0%
อ่างทอง	0.9%	เพชรบูรณ์	58%	อุทัยธานี	12.7%	บุรีรัมย์	8.4%	ตราด	0.0%
เชียงราย	0.9%	กระบี่	57%	ยะลา	12.7%	ปทุมธานี	8.0%	พังงา	0.0%
สงขลา	0.9%	สระแก้ว	56%	ประจวบคีรีขันธ์	12.5%	สุพรรณบุรี	7.9%	นครพนม	0.0%
ลำปาง	0.8%	ลำปาง	56%	นราธิวาส	11.8%	สตูล	7.7%	นนทบุรี	0.0%
นครสวรรค์	0.8%	ระยอง	55%	ศรีสะเกษ	10.6%	ขอนแก่น	7.7%	นครปฐม	0.0%
ตรัง	0.8%	สมุทรสาคร	55%	น่าน	10.4%	กาญจนบุรี	6.1%	ร้อยเอ็ด	0.0%
ชัยภูมิ	0.8%	เลย	54%	หนองคาย	10.1%	เชียงใหม่	6.0%	นครสวรรค์	0.0%
ชุมพร	0.8%	นนทบุรี	54%	อุดรธานี	10.0%	นครราชสีมา	5.7%	บุรีรัมย์	0.0%
แพร่	0.8%	แม่ฮ่องสอน	53%	ภูเก็ต	9.7%	เพชรบูรณ์	5.6%	สุพรรณบุรี	0.0%
พิษณุโลก	0.8%	ตราด	50%	ชลบุรี	9.7%	ชลบุรี	5.6%	สตูล	0.0%
ลพบุรี	0.7%	ลำพูน	48%	พังงา	9.5%	ระยอง	5.5%	กาญจนบุรี	0.0%
สระบุรี	0.7%	ฉะเชิงเทรา	46%	ลพบุรี	8.4%	อุบลราชธานี	5.1%	เพชรบูรณ์	0.0%
นครศรีธรรมราช	0.7%	ปัตตานี	46%	พิจิตร	8.3%	อุตรดิตถ์	5.1%	ชลบุรี	0.0%
แม่ฮ่องสอน	0.7%	ปทุมธานี	45%	อำนาจเจริญ	8.0%	หนองคาย	5.0%	อุตรดิตถ์	0.0%
กระบี่	0.7%	นราธิวาส	43%	สกลนคร	7.5%	สุรินทร์	4.8%	หนองคาย	0.0%
นราธิวาส	0.7%	ตาก	43%	นครพนม	7.4%	กาฬสินธุ์	4.4%	สุรินทร์	0.0%
สมุทรปราการ	0.7%	ลพบุรี	42%	พัทลุง	7.2%	กทม	3.9%	กาฬสินธุ์	0.0%
กำแพงเพชร	0.6%	ราชบุรี	37%	กาญจนบุรี	7.2%	เลย	3.8%	เลย	0.0%

ครั้งปฏิบัติการ/ประชากร		1669/ทั้งหมด		สีแดง/EMSทั้งหมด		อัตราได้รับยา_AMI 2553		อัตราได้รับยา_Stroke 2553	
จังหวัด	ร้อยละ	จังหวัด	ร้อยละ	จังหวัด	ร้อยละ	จังหวัด	ร้อยละ	จังหวัด	ร้อยละ
ปทุมธานี	0.6%	พระนครศรีอยุธยา	37%	ขอนแก่น	6.8%	สมุทรสาคร	2.6%	สมุทรสาคร	0.0%
นนทบุรี	0.6%	จันทบุรี	36%	อุบลราชธานี	6.6%	นครนายก	2.4%	นครนายก	0.0%
ตาก	0.5%	ชลบุรี	29%	ยโสธร	6.1%	หนองบัวลำภู	1.8%	หนองบัวลำภู	0.0%
นครปฐม	0.5%	นครปฐม	28%	กาฬสินธุ์	5.7%	แม่ฮ่องสอน	0.0%	แม่ฮ่องสอน	0.0%
สุโขทัย	0.4%	กาญจนบุรี	28%	สตูล	5.7%	สมุทรสงคราม	0.0%	สมุทรสงคราม	0.0%
ปัตตานี	0.4%	สงขลา	25%	สุรินทร์	5.0%	มุกดาหาร	0.0%	มุกดาหาร	0.0%
พระนครศรีอยุธยา	0.4%	อุทัยธานี	21%	หนองบัวลำภู	4.1%	ศรีสะเกษ	0.0%	ศรีสะเกษ	0.0%
สุพรรณบุรี	0.3%	นครศรีธรรมราช	17%	บุรีรัมย์	4.0%	อำนาจเจริญ	0.0%	อำนาจเจริญ	0.0%
กทม	0.0%	กทม		กทม		ยโสธร	0.0%	ยโสธร	0.0%

ภาคผนวก 4 กรอบประเด็นการสัมภาษณ์

กลไกอนุกรรมการบริหารระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัด

1. จังหวัดมีการใช้กลไกของอนุกรรมการฯ มากน้อยเพียงใดในการดำเนินงานและพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของจังหวัด (การกำหนดนโยบาย/วางแผน EMS ของจังหวัด, การกำกับติดตาม, การแก้ไขปัญหา, การประสานความร่วมมือภาคส่วนต่างๆ ทำหรือไม่ได้ทำ เพราะอะไร)
2. สัดส่วนและองค์ประกอบของคณะอนุกรรมการฯ เหมาะสมต่อการดำเนินงาน EMS ในจังหวัดให้มีประสิทธิภาพได้หรือไม่ (ความเพียงพอของอนุกรรมการแต่ละภาคส่วน ความรู้/ทัศนคติของผู้แทนแต่ละภาคส่วน)
3. การแสดงบทบาทของอนุกรรมการฯ ในแต่ละภาคส่วน (ลักษณะการประชุม, ความถี่, แกนหลักที่มีอิทธิพลต่อการนำเสนอความเห็น, บทบาทประธาน การให้ความสนใจ, มีการกำหนด ends policy หรือไม่, ลักษณะการประชุมเป็นการระดมความเห็นหรือเผด็จการ)
4. กลไกเสริมการทำงานของอนุกรรมการฯ มีอะไรบ้าง (สสจ., คณะทำงานเครือข่าย ฯลฯ)
5. ปัญหาอุปสรรค ทิศทางการพัฒนากลไก/โครงสร้างของอนุกรรมการฯ เพื่อการพัฒนาระบบ EMS ระดับจังหวัด

กลไกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1. บทบาทของ สสจ. ในการดำเนินการการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัดมีอะไรบ้าง และมีขอบเขตเป็นอย่างไร
2. บทบาทของ สสจ. ในการดำเนินการร่วมกับภาคส่วนต่างๆ ทั้งเอกชนและท้องถิ่นมีอะไรบ้าง มีขอบเขตเป็นอย่างไร
3. ในการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินเป็นไปตามบทบาทหน้าที่และแผนที่วางไว้ได้มากน้อยเพียงใด เป็นเพราะสาเหตุใด
4. แนวคิดหรือแรงผลักดันในการดึงภาคส่วนต่างๆในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการมีที่มาที่ไปอย่างไร
5. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสำคัญต่อการเข้ามามีส่วนร่วมและ มีการสนับสนุนการทำงานจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคเอกชนและท้องถิ่นในพื้นที่
6. มีการบูรณาการการทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินร่วมกับภาคเอกชนและท้องถิ่นในจังหวัดอย่างไร บทบาทของแต่ละองค์กรเป็นอย่างไร
7. กลไกใดบ้างที่ช่วยให้การทำงานแบบบูรณาการกับภาคส่วนต่างๆ ประสบความสำเร็จ

8. สสจ. มีกลไกในการกำกับ ติดตาม การประเมินผล การดำเนินงานของหน่วยปฏิบัติการหรือไม่อย่างไร
9. มีปัญหาหรืออุปสรรคในการทำงานร่วมกับภาคเอกชนและท้องถิ่นหรือไม่อย่างไร และมีวิธีการแก้ไขปัญหาเหล่านั้นอย่างไร
10. ผลลัพท์ของการทำงานแบบบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วนคืออะไร ประชาชนในพื้นที่มีความพึงพอใจหรือไม่
11. มีแนวทางในการพัฒนาการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอนาคตหรือไม่ อย่างไร

กลไกศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellence center)

1. มีที่มาและแนวคิดในการทำเครือข่ายการให้บริการในเรื่องนี้อย่างไร อะไรคือแรงจูงใจ
2. กลไกที่ใช้ในการทำงานร่วมกับหน่วยงานในเครือข่ายบริการ มีความเหมือนหรือแตกต่างจากแนวทางที่ส่วนกลางกำหนดไว้หรือไม่อย่างไร (โครงสร้าง การจัดการ การเงินการคลัง)
3. รูปแบบในการจัดระบบบริการภายในเครือข่ายเป็นอย่างไร มีความเหมือนหรือแตกต่างจากแนวทางที่ส่วนกลางกำหนดไว้หรือไม่อย่างไร (การจัดระบบเครือข่ายบริการ การส่งต่อ ขอบเขตงานของศูนย์)
4. มีการจัดทำนวัตกรรม/ นวัตกรรมเด่น เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร
5. ทิศทางการพัฒนาต่อไป

กลไกรพช. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

รพช.

1. ขอบเขตและบทบาทหน้าที่ของ รพ.ชุมชน (CUP) ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินเป็นอย่างไร
2. CUP สามารถดำเนินงานได้ตามบทบาทหน้าที่ได้มากน้อยเพียงใด และมีปัจจัยใดที่มีผลต่อการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน
3. CUP มีส่วนร่วมในการสนับสนุนการฝึกอบรมให้กับหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่อย่างไร และมากน้อยเพียงใด
4. CUP ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่อย่างไร

5. มีการเชื่อมโยงการทำงานร่วมกับ Excellence center ในด้านการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร
6. มีแนวทาง/แนวปฏิบัติในระบบการส่งต่อผู้ป่วยหรือไม่ อย่างไร
7. ประสบปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ อย่างไร และวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างไร
8. ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จคืออะไร และมีแนวคิด/ทิศทางในการพัฒนาต่อไปหรือไม่ อย่างไร

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

9. รพ.สต. มีบทบาทในการจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนหรือไม่ อย่างไรปัจจัยใดบ้างที่มีความสำคัญต่อการเข้ามามีส่วนร่วมและ มีการสนับสนุนการทำงานจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคเอกชนและท้องถิ่นในพื้นที่
10. รพ.สต. ได้รับการสนับสนุนจาก CUP ในการพัฒนาและจัดระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร
11. รพ.สต. ได้รับความร่วมมือ/ช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร
12. ประสบปัญหาหรืออุปสรรคในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร และมีวิธีการแก้ไขปัญหาอย่างไร

กลไกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. การสนับสนุน

- อบจ./เทศบาล/อบต. (อปท.) มีแนวทางหรือนโยบายในการสนับสนุนการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินอย่างไรบ้าง
- อปท. ได้อะไรจากการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ทำไมจึงต้องจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน
- อปท. มีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างไรบ้าง
- ในการสนับสนุนเรื่องงบประมาณ จัดซื้อ – จัดจ้าง การดำเนิการดังกล่าวขัดต่อข้อกฎหมายหรือไม่ อย่างไร อปท. จัดการกับเรื่องดังกล่าวได้อย่างไร?
- อปท. มีแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในอนาคตเป็นอย่างไร

2. การตั้งกองทุน

- ใครเป็นผู้ริเริ่มแนวคิดในการจัดตั้งกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน
  - ที่มาของแนวคิด
  - วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน

- ทำไมถึงมีการจัดตั้งกองทุนการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อได้รับงบประมาณจาก สพฉ. อยู่แล้ว

- การมีกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินทำให้การดำเนินงานแตกต่างจากที่อื่นอย่างไรบ้าง
- คำแนะนำสำหรับพื้นที่อื่นสำหรับการจะจัดตั้งกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินต้องเตรียมการอย่างไรบ้าง

3. การบริหารระบบ

- ทางกองทุนฯ มีวิธีการจัดเก็บงบประมาณเข้ากองทุนอย่างไร
  - แนวคิดดังกล่าวมีที่มาอย่างไร
- ในเรื่องงบประมาณ จะมีการดึงภาคส่วนชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการสมทบหรือไม่ อย่างไร
- กลไกและมาตรการที่ใช้ในการจัดการงบประมาณและติดตามผล
  - การดำเนินงานต้องผ่านคณะกรรมการของกองทุนฯหรือไม่
  - คณะกรรมการกองทุนฯประกอบด้วยใครบ้าง
  - คณะกรรมการมีบทบาทหรือหน้าที่อย่างไรบ้าง
  - กองทุนการแพทย์ฉุกเฉินมีกฎระเบียบการใช้เงินรองรับหรือไม่ อย่างไร
  - ใช้กลไกใดในการประเมิน ติดตามผลการดำเนินงาน
- กองทุนมีระบบการจัดการเรื่องค่าใช้จ่ายอย่างไร มีการแบ่งสัดส่วนการใช้เงินหรือไม่ อย่างไร
- งบประมาณของกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินมีเพียงพอจ่ายสำหรับค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นหรือไม่
  - ในกรณีที่ไม่เพียงพอ คณะกรรมการกองทุนฯ หรือผู้รับผิดชอบและผู้มีส่วนร่วมมีวิธีการจัดการอย่างไร
- ทำอย่างไรเพื่อให้มีการบริการการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชนอย่างยั่งยืน