

ผลงานงวดที่ ๒

(๑)

โครงการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการด้านการแพทย์
และการจัดการเครือข่ายบริการของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน
กรณีโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง

(ตามข้อตกลงเลขที่ สวรส. ๕๘-๐๑๙ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๗)

เสนอ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ธันวาคม ๒๕๕๘

รายงานการศึกษาสถานการณ์
การให้บริการด้านการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน
กรณีโรคหัวใจ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2558



คณะผู้วิจัย

พัชนี ธรรมวันนา

รศ.ดร.สุพล ลิ้มวัฒนานนท์

รศ.ดร.จุฬารักษ์ ลิ้มวัฒนานนท์

ผศ.ดร.อรอนงค์ วลีขจรเลิศ

ผศ.ดร.ธนรรักษ์ รัตนโชติพานิช

พัฒนาวิไล อินใหม่

ได้รับทุนสนับสนุนจาก

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ส่วนงานสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

ธันวาคม 2558

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอแสดงความขอบคุณต่อสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนผ่านสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขสำหรับการศึกษาครั้งนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลางและสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) ที่ให้การอนุเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยในสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ตามลำดับ และขอขอบพระคุณ นายแพทย์ถาวร สกุลพาณิชย์ ผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ ส่วนงานสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) นายแพทย์สมชาย พิระภรณ์ ที่ปรึกษา สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย และแพทย์หญิงนภา ศิริวิวัฒนากุล อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ โรงพยาบาลราชวิถี ที่ให้คำปรึกษาแนะนำในการวางแผนจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในสามกองทุน และข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์การให้บริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยใคร่ขอขอบคุณ โรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสำรวจของคณะนักวิจัย ทำให้โครงการศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

Executive Summary

Bangkok is a metropolis, administratively governed by a special form of local administration organization which has been established to take care of the entire area of the city under the supervision of the Minister of Interior, according to Bangkok Metropolitan Administration Act B.E. 2528 (1985). The existing Bangkok's structural contexts and distribution of health resources as well as health service systems differ from other provinces of Thailand, especially in that private health facilities are outnumbering the government ones in all levels of care, whether primary, secondary or tertiary. There are many high potential private hospitals distributed around the various khets (districts) of Bangkok, but only a few choose to offer their services for any of the three government health coverage schemes, i.e. Universal Coverage (UC), Social Security (SS) and Civil Servants Medical Benefits (CS). In contrast, the total number of high potential government hospitals affiliated with either the Bangkok Metropolitan Administration (BMA) or the Ministry of Public Health (MoPH) is small with no linkage to the overall area-based integrated health service system networks and referral systems. This may result in the general public being unable to access emergency services easily and conveniently, unlike in the other regions/areas.

Acute Coronary Syndrome (ACS) is an important cause of sudden death or disability, if the patient fails to get proper reopening of the clogged vessels in time. Recently it was found that people living in Bangkok (or the 13th Health Zone of MoPH) have higher prevalence of risk factors to coronary heart diseases (i.e. overweight and obesity, Diabetes Mellitus, hypertension, and dyslipidemia), when compared to people living in other zones of the country¹.

The MoPH, through Department of Medical Services, was assigned to jointly develop a service plan on heart diseases with hospitals affiliated with the BMA and other government units as well as private hospitals. This is to build a network of health service systems and heart disease patient referral systems within Bangkok area, which is effective with standard quality. However, there is still a lack in basic information on general situation and issues of medical service delivery specific for heart disease patients in the government and private hospitals within Bangkok. So the Health Insurance System Research Office (HISRO) has conducted a situational analysis on medical service delivery of government and private hospitals in Bangkok for heart diseases. This is to provide initial information for the working group concerned in the development of a service plan for heart diseases in this area.

This study was aimed at analyzing the situation and issues involved in medical service delivery related to heart diseases in the government and private hospitals by focusing on acute ST elevation myocardial infarction (STEMI) in many aspects, i.e. health resources distribution, service quality and potential, pattern and structure of the organization, service system management process within and outside the hospital, and linkage or collaboration among private and government hospitals. This was to identify priority issues that should be improved and developed. The research used mixed method i.e. paper reviews, quantitative data analysis, additional survey for additional data, in-depth interviews and brainstorming sessions with experts on heart and vessel diseases.

It was found that

(1) A total of 56 government and private hospitals in Bangkok responded to the survey. Twenty nine (51.8%) have STEMI Fast Track service in place, while only 15 (26.8%) have Coronary Care Unit (CCU). However, most private hospitals which are well-equipped and having high potential in providing primary percutaneous coronary intervention (Primary PCI), i.e. having proper organizational structure and medical team, are not within the service network for government health coverage schemes.

(2) The prevalence of STEMI per 100,000 population among participants of the three government health coverage schemes, i.e. UC, SS and CS, within Bangkok showed an increasing trend when compared to other zones nationwide (i.e. among Health Zone 1-13), especially among elderly aged over 60 years. Moreover, collectively only 40% of the patients in the three government health coverage schemes have received reperfusion service, which is less than the average level of the country. Patients of UC and SS schemes could access health service networks and referral systems which are linked with private hospitals, but patients of the CS scheme still have no such systems.

(3) Discrepancy in methods and rates of payment among the existing government health coverage schemes is an important obstacle affecting the development of health service networks for heart disease patients in Bangkok where the contexts of health service system differ from other areas, especially among emergency heart patients who are in need of medical services that are convenient, timely and of standard quality to save lives and prevent disabilities.

Suggestions on the service plan for heart diseases in Bangkok are as follows:

- (1) There is a need to establish health service networks and referral systems for patients of heart diseases based on collaboration among government and private hospitals in each sub-zonal area. This is to ensure that every patient under every scheme can access the needed primary PCI under emergency conditions within the suggested timeframe according to technical guidelines, with support of effective information systems.
- (2) Amendments on criteria, conditions, methods and rates of payment should be made to be identical or to achieve harmonization among the three government health coverage schemes. Patients of CS scheme should also be able to access the needed medical services at capable private hospitals in case of emergency.
- (3) Data collection and information systems on medical and health services for heart diseases, which are integrative in nature, need to be developed. Those systems should cover government and private health facilities for continuous situation analysis, planning, and monitoring and evaluation.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

เขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะเป็นมหานคร มีการปกครองรูปแบบพิเศษโดยองค์กรปกครองท้องถิ่นที่รับผิดชอบดูแลครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัด ตามพระราชบัญญัติกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2528 ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย มีบริบทของโครงสร้างและการกระจายทรัพยากรสุขภาพและระบบบริการสุขภาพแตกต่างจากพื้นที่จังหวัดอื่นของประเทศไทย เนื่องจากมีจำนวนสถานพยาบาลของภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐ ทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ พบว่ามีโรงพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพสูงกระจายตัวครอบคลุมพื้นที่เขตต่างๆ ของ กทม. และพบว่ามีโรงพยาบาลเอกชนส่วนหนึ่งเท่านั้น ที่เข้าร่วมให้บริการผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพของรัฐ 3 ระบบ คือ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ระบบประกันสังคม (SS) และระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CS) ในขณะที่โรงพยาบาลของรัฐในสังกัดกรุงเทพมหานครและกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ที่มีศักยภาพสูงมีจำนวนจำกัด และขาดการเชื่อมโยงเครือข่ายระบบบริการสุขภาพและระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยในภาพรวมของเขตพื้นที่ อาจส่งผลกระทบทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการ กรณีฉุกเฉินเร่งด่วนได้อย่างสะดวก รวดเร็วเช่นเดียวกับเขตภูมิภาคอื่นๆ

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute coronary syndrome, ACS) เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทันทีหรือเกิดความพิการ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็ว ปัจจุบันในเขตพื้นที่ กทม. (เขตสุขภาพที่ 13) พบว่าประชากรในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครมีความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด อาทิเช่น ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนลงพุง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ สูงกว่าเขตอื่นๆ ในภาพรวมของประเทศ¹ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคหัวใจ ร่วมกับโรงพยาบาลของรัฐสังกัด กทม. และรัฐอื่น รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชน เพื่อพัฒนาให้มีเครือข่ายระบบบริการสุขภาพและระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครที่มีทั้งประสิทธิภาพ และคุณภาพมาตรฐาน แต่ยังขาดข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาการให้บริการทางการแพทย์ กรณีโรคหัวใจของผู้ป่วยจากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) จึงได้ทำการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน กรณีโรคหัวใจในเขตพื้นที่กทม. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับคณะทำงานในการวางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคหัวใจ เขตพื้นที่กทม.

¹ ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (ปี 2551-2552) สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย.

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน กรณี ผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยเน้นกลุ่มภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute ST elevation myocardial infarction, STEMI) ทั้งด้านการกระจายทรัพยากรสุขภาพ ศักยภาพและคุณภาพการให้บริการ รวมถึง รูปแบบ โครงสร้างองค์กรและกระบวนการจัดระบบบริการทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล และการเชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เพื่อระบุประเด็นปัญหาที่ควรได้รับการพัฒนา โดยมีวิธีการศึกษาแบบผสมผสาน (mixed method) ทั้ง การทบทวนเอกสาร การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ การสำรวจข้อมูลเพิ่มเติม การสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมระดมความคิดเห็นกับผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด

ผลการศึกษาพบว่า (1) โรงพยาบาลรัฐและเอกชนในเขตพื้นที่ กทม.จำนวน 56 แห่งที่ตอบสำรวจ มีการจัดระบบบริการเร่งด่วน (STEMI Fast Track) จำนวน 29 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 51.8 และมีการจัดตั้งหน่วยบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจโดยเฉพาะ (Coronary Care Unit, CCU) จำนวน 15 แห่งเท่านั้น คิดเป็นร้อยละ 26.8 และโรงพยาบาลเอกชนที่มีความพร้อมและศักยภาพสูงในการให้บริการ Primary percutaneous coronary intervention, Primary PCI ผู้ป่วยโรคหัวใจ ทั้งด้านสถานที่ โครงสร้างองค์กร และบุคลากรด้านการแพทย์ แต่โรงพยาบาลเอกชนที่มีความพร้อมดังกล่าวส่วนใหญ่ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายระบบประกันสุขภาพ (2) ความชุกของโรคหัวใจ STEMI ต่อแสนประชากรของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ 3 ระบบ คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และข้าราชการ ในเขตพื้นที่กทม.มีแนวโน้มสูงขึ้นเมื่อเทียบกับเขตสุขภาพที่ 1-13 ในภาพรวมของประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ป่วย 3 ระบบประกันสุขภาพได้รับการ Reperfusion เพียงร้อยละ 40 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ โดยผู้ป่วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคม มีเครือข่ายบริการสุขภาพและระบบการรับ-ส่งต่อที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลเอกชน แต่ผู้ป่วยข้าราชการยังไม่มีระบบรองรับ (3) วิธีการและอัตราการจ่ายเงินที่แตกต่างกันของระบบประกันสุขภาพในปัจจุบัน เป็นอุปสรรคที่สำคัญและมีผลกระทบต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ ในเขตพื้นที่กทม.ซึ่งมีบริบทของระบบบริการสุขภาพแตกต่างจากเขตพื้นที่อื่นๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจฉุกเฉิน ที่จำเป็นต้องได้รับการบริการทางการแพทย์ที่สะดวกรวดเร็ว และมีคุณภาพมาตรฐาน เพื่อช่วยชีวิตและป้องกันความพิการ

โดยมีข้อเสนอแนะประเด็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) ในเขตพื้นที่ กทม. ดังนี้คือ (1) สร้างเครือข่ายบริการสุขภาพและระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย สาขาโรคหัวใจ โดยร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในแต่ละพื้นที่โซนย่อย เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนทุกสิทธิ กรณีฉุกเฉิน เข้าถึงบริการ Primary PCI ได้ ภายในระยะเวลาที่กำหนดตาม guideline โดยมีระบบข้อมูลสารสนเทศสนับสนุนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ (2) เสนอให้ปรับแก้ไขหลักเกณฑ์/เงื่อนไข วิธีการและอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของสามระบบประกันสุขภาพให้เหมือนกัน และให้ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนที่มีศักยภาพได้ กรณีฉุกเฉินเร่งด่วน (3) พัฒนาระบบการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ กรณีโรคหัวใจ ที่บูรณาการและครอบคลุมสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน สำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผน และการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1	1
บทที่ 2	5
บทที่ 3	18
บทที่ 4	23
ภาคผนวก	29

บทที่ 1

หลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา

หลักการและเหตุผล

1. ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (ปี พ.ศ.2551-2552) พบว่า สถานะสุขภาพของประชากรในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานครที่มีความชุกสูงกว่าเขตอื่นๆ และภาพรวมของประเทศ ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนลงพุง (BMI $\geq$ 25) คิดเป็นร้อยละ 44.2 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 9.25 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.8 ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ร้อยละ 62.6 โดยมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดร่วมกัน ตั้งแต่สองปัจจัยขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 37.6 และเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3.2¹ ซึ่งพบว่า โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุลำดับต้นๆ ของความสูญเสียปีสุขภาวะ (ปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรและความบกพร่องทางสุขภาพ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) คิดเป็นร้อยละ 6.4 และ 4.3 ในเพศชาย และร้อยละ 8.0 และ 4.0 ตามลำดับ²

2. เครือข่ายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และการให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจ เขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 1 เครือข่ายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กรณี ผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง เขตสุขภาพที่ 13 กรุงเทพมหานคร

เครือข่ายสถานพยาบาล	เครือข่าย Service plan โรคหัวใจ กระทรวงสาธารณสุข	พื้นที่ตั้งของ สถานพยาบาล
1.ภาครัฐ		
1.1 นพรัตนราชธานี	√	คั่นยาว
1.2 ราชวิถี	√	ราชเทวี
1.3 เลิศสิน		บางรัก
1.4 สถาบันประสาทวิทยา		ราชเทวี
1.5 สงฆ์		ราชเทวี
1.6 ตำรวจ	√	ปทุมวัน
1.7 พระมงกุฎเกล้า		ราชเทวี

¹ รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552 โดย สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย.
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

² รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.2552 โดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

เครือข่ายสถานพยาบาล	เครือข่าย Service plan โรคหัวใจ กระทรวงสาธารณสุข	พื้นที่ตั้งของ สถานพยาบาล
1.8 สมเด็จพระปิ่นเกล้า		ธนบุรี
1.9 ภูมิพลอดุลยเดช	✓	ดอนเมือง
1.10 รามาธิบดี	✓	ราชเทวี
1.11 ศิริราช		บางกอกน้อย
1.12 จุฬาลงกรณ์		ปทุมวัน
1.13 วชิรพยาบาล กทม.	✓	ดุสิต
1.14 กลาง กทม.	✓	ป้อมปราบศัตรูพ่าย
1.15 เจริญกรุงประชารักษ์		บางคอแหลม
1.16 ลาดกระบัง กทม.	✓	ลาดกระบัง
1.17 สิรินคร กทม.	✓	ประเวศ
1.18 ตากสิน กทม.	✓	คลองสาน
2.ภาคเอกชน		
2.1 กรุงเทพ		ห้วยขวาง
2.2 เทพธารินทร์		คลองเตย
2.3 ไทนครินทร์		บางนา
2.4 บำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล		วัฒนา
2.5 บีเอ็นเอช		บางรัก
2.6 เกษมราษฎร์ บางแค		บางแค
2.7 เกษมราษฎร์ ประชาชื่น		บางซื่อ
2.8 ธนบุรี		บางกอกน้อย
2.9 รามคำแหง		บางกะปิ
2.10 วิทยาราม		สวนหลวง
2.11 เปาโล เมมโมเรียล พหลโยธิน	✓	พญาไท
2.12 ยันฮี	✓	บางพลัด
2.13 พญาไท 1		ราชเทวี
2.14 พญาไท 2	✓	พญาไท
2.15 พญาไท 3		ภาษีเจริญ
2.16 วิชัยยุทธ		พญาไท

เครือข่ายสถานพยาบาล	เครือข่าย Service plan โรคหัวใจ กระทรวงสาธารณสุข	พื้นที่ตั้งของ สถานพยาบาล
2.17 วิภาวดี	√	จตุจักร
2.18 เพชรเวช		ห้วยขวาง
2.19 กรุงเทพคริสเตียน	√	บางรัก
2.20 เซ็นหลุยส์		สาทร
2.21 ศิครินทร์	√	บางนา
2.22 มงกุฎวัฒนะ		หลักสี่
2.23 เวชธานี		บางกะปิ
2.24 สมิติเวช สุขุมวิท		วัฒนา

ที่มา : สถาบันโรคทรวงอก กรมการแพทย์ (2557)

หมายเหตุ : โรงพยาบาลที่เป็นเครือข่ายโรคหัวใจ รวม 16 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลรัฐ 10 แห่ง
และโรงพยาบาลเอกชน 6 แห่ง

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการและการจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพ และศักยภาพและคุณภาพการให้บริการด้านการแพทย์ของโรงพยาบาลของรัฐสังกัดต่างๆและเอกชน กรณี โรคหัวใจ ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร

โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

(1) เพื่อสำรวจและวิเคราะห์การกระจายทรัพยากรสุขภาพ ศักยภาพและคุณภาพการให้บริการด้านการแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคหัวใจของโรงพยาบาลของรัฐสังกัดต่างๆและเอกชน ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทั้งด้านบุคลากรทางการแพทย์ สถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ในการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษา ความครอบคลุมและคุณภาพการให้บริการ ฯลฯ

(2) เพื่อศึกษารูปแบบ โครงสร้างองค์กรและกระบวนการจัดระบบบริการภายในโรงพยาบาล และกลไกการเชื่อมโยงการทำงานของโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลอื่น/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชน รวมถึงหน่วยงานอื่นๆของรัฐทุกสังกัดกับเอกชน ปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค รวมถึงความต้องการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ที่จะพัฒนาศักยภาพและคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ กรณี โรคหัวใจ ให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากขึ้น

นิยาม

“โรคหัวใจ” ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึงโรคหัวใจขาดเลือด (ST-elevation myocardial infraction, STEMI & Non STEMI) ซึ่งมีรหัสโรคตาม ICD-10 ดังนี้ I21, I214, I22

วิธีการศึกษา

- (1) ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
- (2) จัดเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล จาก 3 กองทุน
- (3) สำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ ศักยภาพและการให้บริการ
- (4) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ “สถานการณ์และปัญหาในการให้บริการสุขภาพและการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย กรณี โรคหัวใจ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร”
- (5) ศึกษาดูงานการบริหารจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารโรงพยาบาลและต้นสังกัด และสนทนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน
- (6) จัดประชุมรับฟังข้อคิดเห็นและเสนอแนะจากผู้บริหารเขตกรุงเทพมหานคร/โรงพยาบาล/ผู้เกี่ยวข้อง
- (7) เขียนรายงานผลการศึกษาและเผยแพร่ต่อสาธารณะ

ผลลัพธ์-ผลผลิตที่คาดว่าจะได้

- (1) ได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์การให้บริการและการกระจายทรัพยากรสุขภาพด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ ศักยภาพโรงพยาบาล คุณภาพมาตรฐานและความครอบคลุมในการให้บริการ เพื่อนำไปใช้ในการจัดทำแผนพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ และจัดลำดับความสำคัญของพื้นที่ หรือ สถานพยาบาลที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม
- (2) มีข้อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนในพื้นที่ใกล้เคียง และแนวทางสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ

ข้อจำกัดในการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ กรณี โรคหัวใจครั้งนี้ สามารถสะท้อนสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคนี้ได้ส่วนหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากข้อมูลผู้ป่วยในที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ ได้จากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ 3 กองทุนเท่านั้น จึงขาดข้อมูลผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาพยาบาลโดยชำระเงินเอง

บทที่ 2

วิเคราะห์ศักยภาพและสถานการณ์การให้บริการด้านการแพทย์ กรณี โรคหัวใจ ของโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ตามที่สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ได้รับมอบหมายให้ดำเนินการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการและการจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน กรณี โรคหัวใจขาดเลือด ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งวิธีการศึกษาแบบผสมผสาน มีทั้งการทบทวนเอกสาร การสำรวจข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล โดยได้รับการอนุเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยในรายบุคคลจากข้อมูลการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของ 3 กองทุน คือ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม(สปส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

2.1 การกระจายทรัพยากรสุขภาพและศักยภาพในการให้บริการ กรณี โรคหัวใจ ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร

ข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์การให้บริการทางการแพทย์ กรณี โรคหัวใจ โดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือด (STEMI) ในโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในปี พ.ศ.2558 จำนวนรวม 192 แห่ง และได้รับข้อมูลตอบกลับ จำนวน 76 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 39.6 แต่มีข้อมูลครบถ้วนและสมบูรณ์ สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ จำนวน 56 แห่ง โดยมีผลวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจ ดังต่อไปนี้

พบว่าโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่มีการจัดระบบบริการเร่งด่วน (STEMI Fast Track) สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีจำนวน 29 แห่ง หรือคิดเป็นร้อยละ 51.8 เท่านั้นที่ดำเนินการแล้ว ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลเอกชน คิดเป็นร้อยละ 69 แต่โรงพยาบาลรัฐทุกสังกัดส่วนใหญ่ยังไม่มีการจัดระบบบริการนี้ สำหรับการจัดตั้งหน่วยบริการเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจโดยเฉพาะ (Coronary Care Unit, CCU) พบว่ามีโรงพยาบาลรัฐและเอกชน จำนวน 15 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 26.8 เท่านั้น ที่มีหน่วย CCU ส่วนใหญ่ร้อยละ 86.7 เป็นโรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลรัฐมีการจัดตั้งหน่วย CCU น้อย รายละเอียดตามตารางที่ 2.1

ส่วนประเด็นความพร้อมในการพัฒนาการให้บริการโรคหัวใจขาดเลือดของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่ยังไม่มีการจัดระบบบริการเร่งด่วนสำหรับโรคหัวใจ (STEMI Fast Track) พบว่ามีโรงพยาบาลบางส่วนเท่านั้นที่มีความพร้อมสามารถพัฒนาการจัดบริการเร่งด่วนสำหรับโรคหัวใจได้ในระยะสั้น เนื่องจากโรงพยาบาลยังไม่มีนโยบายที่จะพัฒนาการจัดบริการด้านนี้ และขาดความพร้อมด้านศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์สาขาต่างๆ และยังไม่มีความพร้อมที่สามารถตรวจวินิจฉัยและทำการหัตถการ Percutaneous coronary intervention, PCI ได้ส่วนความพร้อมในการจัดตั้งหน่วยบริการเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจโดยเฉพาะ (CCU) พบว่ามีโรงพยาบาลบางส่วนเท่านั้นที่มีความพร้อมสามารถพัฒนาได้ในระยะสั้น เนื่องจากขาดความพร้อมทั้งด้านนโยบายการพัฒนา

ของโรงพยาบาล อาคารสถานที่ และศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์สาขาต่างๆ รวมทั้ง ขาดการสนับสนุนการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ รายละเอียดตามตารางที่ 2.1.1 และตารางที่ 2.1.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.1 แสดงจำนวนโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่ให้บริการ STEMI Fast Track & CCU

ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำแนกตามต้นสังกัด ปี พ.ศ.2558

โรงพยาบาล	รวมทั้งสิ้น	ยังไม่ได้ดำเนินการ		ดำเนินการแล้ว	
		Fast track	Unit	Fast track	Unit
1. เอกชน	27	7	12	20	13
2. กระทรวงสาธารณสุข	18	9	14	6	1
3. มหาวิทยาลัย	2	0	1	1	0
4. กลาโหม/อื่นๆ	9	7	5	2	1
รวม	56	23 ^ก	32 ^ข	29 ^ก	15 ^ข

หมายเหตุ : ^ก ตอบทั้งสองส่วน 2 โรงพยาบาล (11548, 11564); ไม่ตอบทั้งสองส่วน 6 โรงพยาบาล (11300, 11301, 11800, 11811, 13815, ไม่ทราบรหัส 1 แห่ง)

^ข ตอบทั้งสองส่วน 1 โรงพยาบาล (11564); ไม่ตอบทั้งสองส่วน 10 โรงพยาบาล (10685, 10687, 10765, 11541, 11548, 13815, 14641, 23783 และไม่ทราบรหัส 2 แห่ง)

ตารางที่ 2.1.1 ความพร้อมและศักยภาพของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ที่ไม่มีบริการ STEMI Fast Track จำนวน 23 แห่ง ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล

ประเด็นความพร้อม	มีแล้ว	ยังไม่มี	
		สามารถทำได้ในระยะสั้น	ไม่สามารถทำได้ในระยะสั้น
1. นโยบายการพัฒนา	14	2	7
2. ศักยภาพด้านบุคลากร/ทรัพยากร			
อายุรแพทย์	11	2	10
แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	6	5	12
อายุรแพทย์ระบบหัวใจและหลอดเลือด*	9	2	11
หน่วย PCI	4	2	17
พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด	4	7	12
3. มีข้อมูลประสานงานเพื่อส่งผู้ป่วยไปทำหัตถการที่อื่น	18	3	2

หมายเหตุ : * บาง โรงพยาบาล ไม่ตอบ

ตารางที่ 2.1.2 ความพร้อมและศักยภาพของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่ยังไม่มี CCU

จำนวน 32 แห่ง ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ประเด็นความพร้อม	มีแล้ว	ยังไม่มี	
		สามารถทำได้ ในระยะสั้น	ไม่สามารถทำ ในระยะสั้น
1. นโยบายการพัฒนา	4	4	24
2. ศักยภาพด้านสถานที่	4	3	25
3. ศักยภาพด้านบุคลากร			
อายุรแพทย์	10	4	18
อายุรแพทย์ระบบหัวใจและหลอดเลือด	10	3	19
พยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือด	4	6	22
4. มีการสนับสนุนการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ	8	10	14

หมายเหตุ : * บาง โรงพยาบาล ไม่ตอบ

2.2 ความพร้อมและศักยภาพในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่มีการจัดระบบบริการ STEMI Fast Track แล้ว จำนวน 29 แห่ง

พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่เริ่มดำเนินการจัดระบบบริการ Stroke Fast Track ตั้งแต่ปี พ.ศ.2554 เป็นต้นมา (มีโรงพยาบาลบางแห่งที่เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ.2549) ข้อมูลในปี พ.ศ.2557 พบว่ายังขาดแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ส่วนอายุรแพทย์ระบบหัวใจและหลอดเลือด มีทั้งแบบทำงานเต็มเวลา (Full Time) และทำงานบางเวลา (Part Time) ส่วนพยาบาลส่วนใหญ่ทำงานเต็มเวลา และโรงพยาบาลที่ดำเนินการแล้ว ส่วนใหญ่มีความเข้มแข็งในการดำเนินงาน และให้ความสำคัญกับการสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลอื่นๆ มีการจัดอบรมทีมงานของโรงพยาบาลในเครือข่าย ส่วนใหญ่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ (Thrombolytic) แต่โรงพยาบาลบางส่วนยังมีข้อจำกัดในการให้บริการ invasive intervention (PCI) คุณภาพด้าน Cardiac care การจัดเก็บข้อมูล Door to needle time และมีห้องตรวจปฏิบัติการสวนหัวใจน้อย รายละเอียดในตาราง 2.2.1 และ 2.2.2

ตารางที่ 2.2.1 แสดงจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่มีการจัดระบบบริการ STEMI Fast Track แล้ว จำนวน 29 แห่ง

ประเภทบุคลากร	เต็มเวลา (full time)		บางเวลา (part time)	
	มัธยฐาน	พิสัยควอร์ไทล์	มัธยฐาน	พิสัยควอร์ไทล์
แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	0	0-1	0	0-1
อายุรแพทย์ระบบหัวใจและหลอดเลือด	2.5	0-4	3	0-5
แพทย์อื่นๆ	1	0-5	0	0-1
พยาบาล	13.5	7-32.5		

ตารางที่ 2.2.2 แสดงความพร้อมและความเข้มแข็งของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่มีการจัดระบบบริการ STEMI Fast Track จำนวน 29 แห่ง

ประเด็นความพร้อม	ไม่มี/ไม่ใช่	มี/ใช่
อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ของ โรงพยาบาล	0	29
ให้ความสำคัญกับการสร้างเครือข่าย	4	22
จำนวน โรงพยาบาล ในเครือข่าย (แห่ง)		(มัธยฐาน) 4.5
มีการอบรมเครือข่ายและทีมงาน	6	20
การอบรมเพียงพอในทุกกลุ่มเป้าหมาย	15	11
มีบริการในด้านต่อไปนี้		
Fast track	1	27
Thrombolytic	8	20
Invasive intervention (PCI)	12	13
ผ่านการรับรองคุณภาพด้าน cardiac care	16	11
เก็บข้อมูล door to needle time	6	10
ระยะเวลาเฉลี่ย (นาที)		มัธยฐาน 67.5
มีข้อมูลเปรียบเทียบกับ โรงพยาบาล อื่น	9	7
มีระบบการขอคำปรึกษาจาก โรงพยาบาล อื่น	12	17
มีระบบการให้คำปรึกษาแก่ โรงพยาบาล อื่น	11	17
มีการให้ความรู้แก่คนไข้กลุ่มเสี่ยง	2	27
มีการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป	5	24

ประเด็นความพร้อม	ไม่มี/ไม่ใช่	มี/ใช่
บุคลากรมีศักยภาพในการช่วยเหลือระหว่างการรักษาผู้ป่วย	12	16
มีห้องตรวจปฏิบัติการสวนหัวใจหรือมีโรงพยาบาล เครือข่าย outsource ได้สะดวก	8	1

2.3 ความพร้อมและศักยภาพในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน

ที่มีการจัดตั้งหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจโดยเฉพาะ (CCU) จำนวน 15 แห่ง

พบว่าโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ที่มีการจัดตั้งหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจโดยเฉพาะ(CCU) ตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 (มีโรงพยาบาลบางแห่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542) ข้อมูลในปี พ.ศ.2557 พบว่าอายุรแพทย์ระบบหัวใจและหลอดเลือด และแพทย์อื่นๆ ส่วนใหญ่ มีทั้งแบบทำงานเต็มเวลา (Full Time) และทำงานบางเวลา (Part Time) ส่วนพยาบาลส่วนใหญ่ทำงานแบบเต็มเวลา (Full Time) และมีความเข้มแข็งในการดำเนินงาน ดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ ส่วนใหญ่มีระบบการขอคำปรึกษาและการให้คำปรึกษาระหว่างโรงพยาบาล มีการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์ที่กำหนด มีการให้บริการ Echocardiography Stress test ในผู้ป่วยนอก รายละเอียดในตาราง 2.3.1 และ 2.3.2

ตารางที่ 2.3.1 แสดงจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่มีการจัดหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจโดยเฉพาะ (CCU) จำนวน 15 แห่ง

ประเภทบุคลากร	เต็มเวลา (full time)		บางเวลา (part time)	
	มัธยมศึกษา	พัสัยควอร์ไทล์	มัธยมศึกษา	พัสัยควอร์ไทล์
อายุรแพทย์ระบบหัวใจและหลอดเลือด	3	1-5	5	3-8
แพทย์อื่นๆ	1	0-5	0	0-4
พยาบาล	14	8-50	-	-

ตารางที่ 2.3.2 แสดงความพร้อมและความเข้มแข็งของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่มีการจัดหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจโดยเฉพาะ (CCU) จำนวน 15 แห่ง

ประเด็น	ไม่มี/ไม่ใช่	มี/ใช่
มีการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ	0	14
จำนวนพยาบาลต่อผู้ป่วยเพียงพอ	2	13
บันทึกข้อมูลบริการตามมาตรฐานของ สปสช.	3	12

มีระบบการขอคำปรึกษาจาก โรงพยาบาล อื่น	3	12
มีระบบการให้คำปรึกษาแก่ โรงพยาบาล อื่น	4	11
มีเกณฑ์ประเมินผู้ป่วยเยี่ยมบ้านและมีการ เยี่ยมบ้านโดยสหสาขาวิชาชีพตามสภาวะ ผู้ป่วย	9	6
มี Echocardiography ผู้ป่วยนอก	0	14
มี stress test ผู้ป่วยนอก	0	14

2.4 วิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการทางการแพทย์ กรณี โรคหัวใจขาดเลือด (STEMI)

ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร

โรคหัวใจขาดเลือด หรือ STEMI (ST-elevation myocardial infraction) คือ ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ที่เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน หากผู้ป่วยไม่ได้รับการเปิดเส้นเลือดที่อุดตันในเวลาอันรวดเร็ว มีโอกาสเสียชีวิตอย่างกะทันหัน หรือ ทุพพลภาพได้ โดยมีอาการนำที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือดที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ คือ มีอาการเจ็บแน่นอก (angina pectoris) เหนื่อยง่ายขณะออกกำลังกาย มีความดันโลหิตต่ำเฉียบพลัน มีอาการหมดสติหรือหัวใจหยุดเต้น และหากโรงพยาบาลจัดให้มีระบบบริการตรวจวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่มีลิ้มเลือดอุดตันได้อย่างรวดเร็ว จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น ปัจจุบันมีแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด ที่จัดทำโดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง³

ข้อมูลรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2549 พบว่าอัตราป่วยของโรกระบบไหลเวียนโลหิต (I00-I99) เท่ากับ 52.8 ต่อแสนประชากร และคาดว่าปี 2552 มีผู้ป่วย STEMI ประมาณ 30,000 คนต่อปี เสียชีวิตปีละ 6,000 คน คิดเป็นร้อยละ 15-20 ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมักเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล

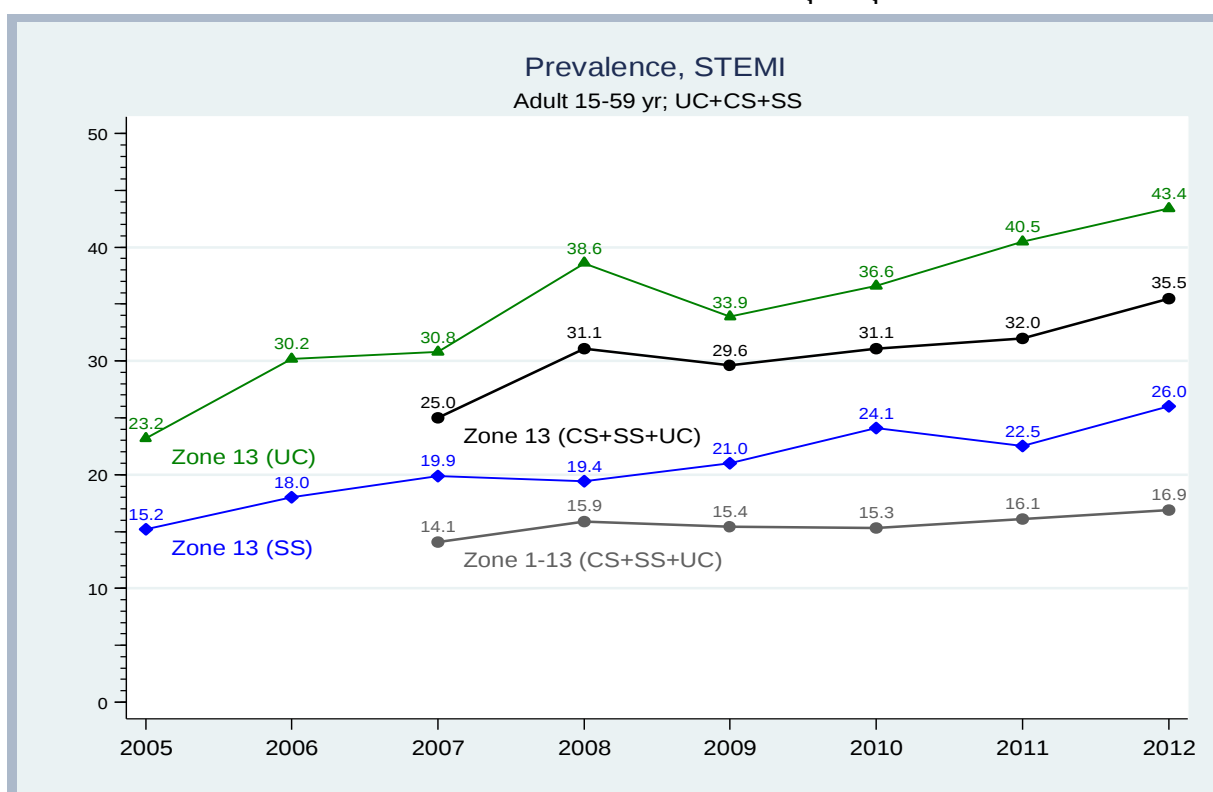
การวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการทางการแพทย์ กรณี STEMI ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ.2558 ครั้งนี้ อาศัยฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในรายบุคคลที่ได้รับการอนุเคราะห์จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยในที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก (Pdx) ตามรหัส ICD-10: I21 (STEMI), I214, I22 (NSTEMI) ปี 2555-2557 ที่มีข้อมูลครบถ้วนและสมบูรณ์ โดยมีผลการวิเคราะห์ในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

³ แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557 จัดทำโดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และหน่วยงานต่างๆ

2.4.1 แนวโน้มความชุก (prevalence) โรคหัวใจขาดเลือด (STEMI) ต่อแสนประชากรของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพ 3 ระบบ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เทียบกับภาพรวมของประเทศ ปี พ.ศ. 2550-2557

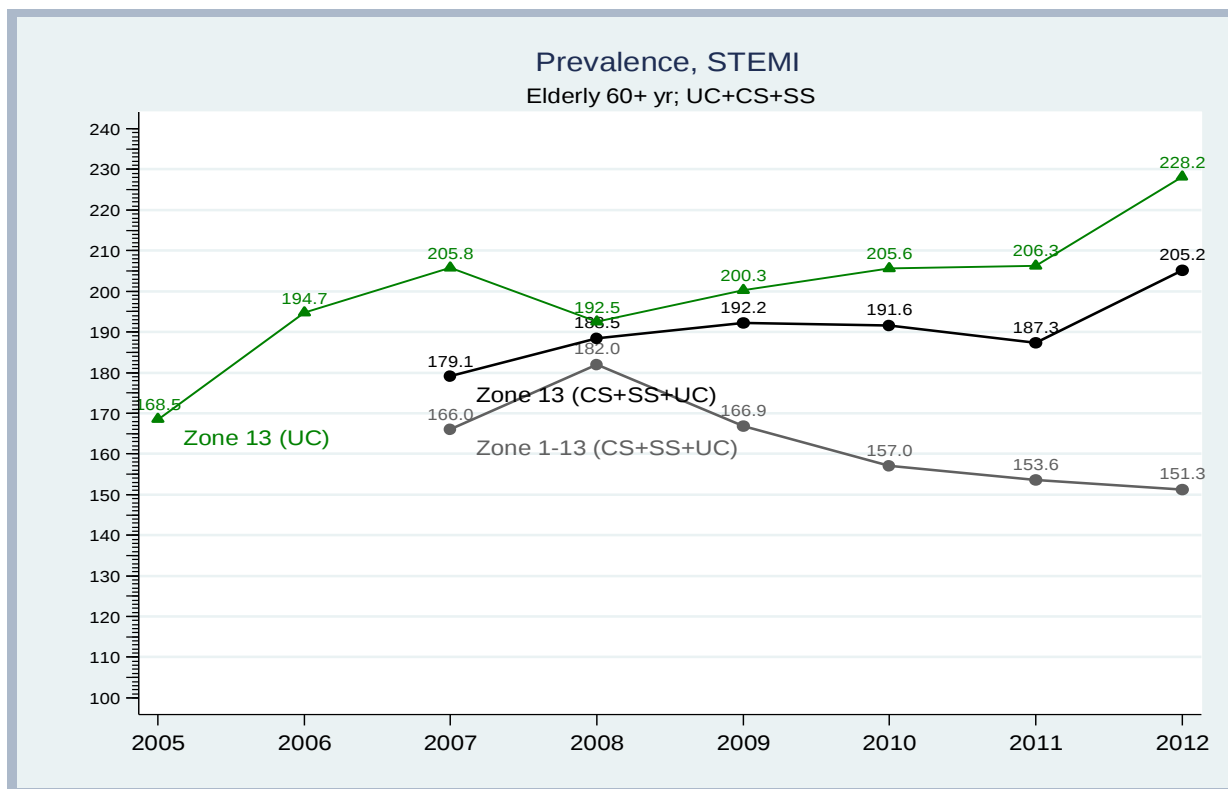
พบว่าแนวโน้มความชุกของโรค STEMI ต่อแสนประชากรของผู้มีสิทธิประกันสุขภาพสามระบบ ช่วงปี พ.ศ.2550-2555 ในกลุ่มอายุ 15-59 ปี ในเขตพื้นที่ กทม.สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสูงกว่าภาพรวมของประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) และกลุ่มสิทธิประกันสังคม รายละเอียด ตามภาพที่ 2.4.1.1 นอกจากนี้ยังพบว่า แนวโน้มความชุกของโรค STEMI ต่อแสนประชากร ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปของเขต กทม.ในภาพรวม และกลุ่มประชากรผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ในเขต กทม.มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาก ซึ่งตรงกันข้ามกับข้อมูลแนวโน้มของโรค STEMI ต่อแสนประชากรของกลุ่มอายุเดียวกันในภาพรวมของประเทศ (UC+SS+CS) ที่มีแนวโน้มความชุกของโรคลดลง รายละเอียด ตามภาพที่ 2.4.1.2

ภาพที่ 2.4.1.1 แสดงแนวโน้มความชุกของโรค STEMI ต่อแสนประชากร ในเขต กทม.(เขต 13) เทียบกับภาพรวมของประเทศ (เขต 1-13) ปี 2550-2555 ในกลุ่มอายุ 15-59 ปี



ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ปี 2558

ภาพที่ 2.4.1.2 แสดงแนวโน้มความชุกของโรค STEMI ต่อแสนประชากร ในเขต กทม.(เขต 13) เทียบกับภาพรวมของประเทศ (เขต 1-13) ปี 2550-2555 ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป



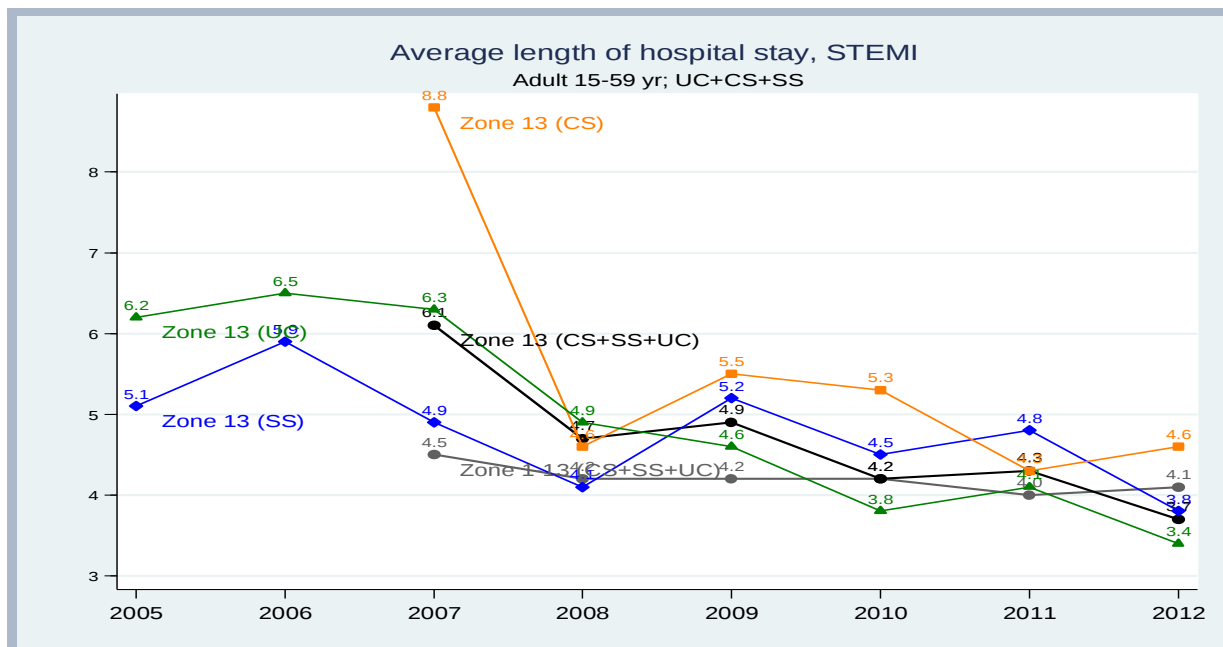
ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

2.4.2 แนวโน้มจำนวนจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (STEMI)

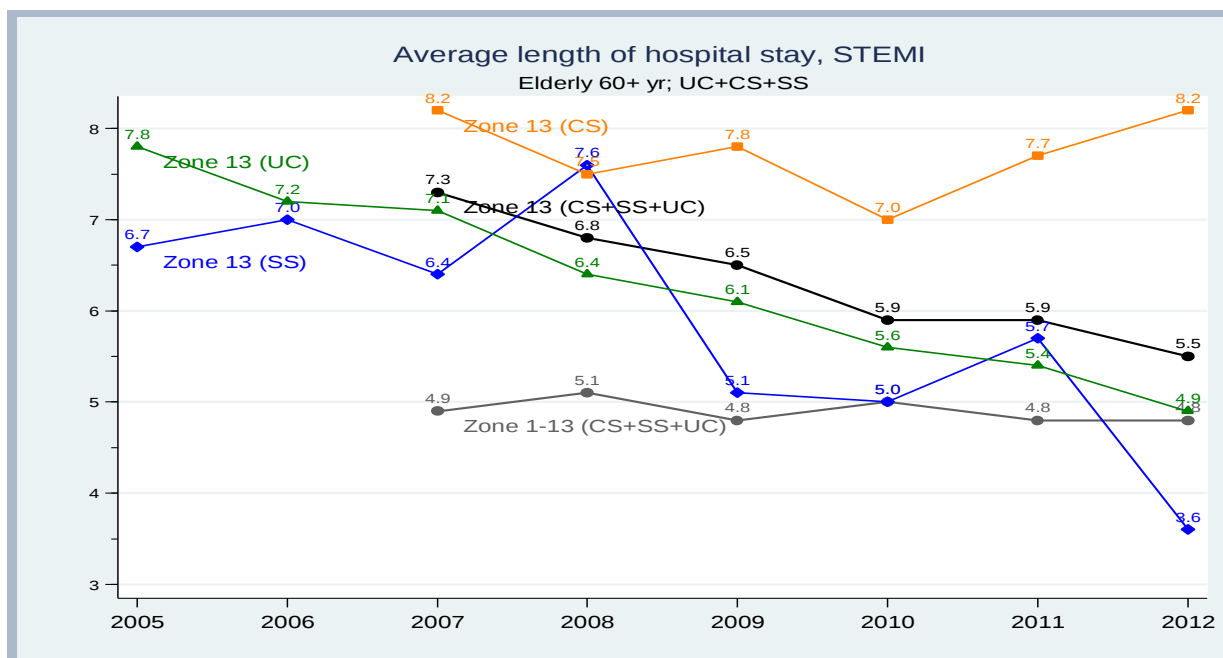
ช่วงปี พ.ศ.2550 – 2557 ในเขต กทม.เทียบกับภาพรวมเขต 1-13 จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพต่างๆ

พบว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาล (Length of hospital stay) ของผู้ป่วย STEMI ปี สิทธิประกันสุขภาพต่างๆ กลุ่มอายุ 15-59 ภาพรวมของประเทศ (เขต 1-13) มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากจำนวนวันนอนเฉลี่ย 4.5 วันในปี 2550 (ค.ศ.2007) ลดลงเหลือเท่ากับ 4.1 ในปี 2557 (ค.ศ.2012) วัน โดยเฉพาะกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และพบว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย STEMI สิทธิข้าราชการ ในปี 2550 เท่ากับ 8.8 วัน ลดลงเหลือจำนวน 4.6 วันในปี 2557 แต่ก็ยังสูงกว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย STEMI ทุกสิทธิ ในภาพรวมของประเทศ รายละเอียด ตามภาพที่ 2.4.2.1 นอกจากนี้ยังพบว่า จำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วย STEMI สิทธิข้าราชการ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขต กทม.มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยสูงกว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยสิทธิอื่นๆ กลุ่มอายุเดียวกัน และสูงกว่าภาพรวมของประเทศ รายละเอียด ตามภาพที่ 2.4.2.2

ภาพที่ 2.4.1.2 แสดงแนวโน้มจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลของผู้ป่วย STEMI สิทธิประกันสุขภาพต่างๆ ในเขต กทม.(เขต 13) ในกลุ่มอายุ 15-59 ปี เทียบกับภาพรวมของประเทศ (เขต 1-13) ปี 2550-2557



ภาพที่ 2.4.2.2 แสดงแนวโน้มจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลของผู้ป่วย STEMI สิทธิประกันสุขภาพต่างๆ ในเขต กทม.(เขต 13) กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เทียบกับภาพรวมของประเทศ (เขต 1-13) ปี 2550-2557



2.4.3 เปรียบเทียบจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลและค่าAdjRW เฉลี่ย/ราย ของผู้ป่วย STEMI

สิทธิต่างๆปีล่าสุด ในเขตพื้นที่ กทม. จำแนกตามกลุ่มอายุและกลุ่มโรงพยาบาล

พบว่าผู้ป่วย STEMI สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคมเท่านั้น ที่ไปใช้บริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชน และพบว่าผู้ป่วย STEMI กลุ่มอายุ 15-59 ปี และอายุ 60 ปีขึ้นไปของทั้งสองสิทธิดังกล่าว มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลเอกชนต่ำสุดเมื่อเทียบกับกลุ่มโรงพยาบาลรัฐสังกัดต่างๆ และมีค่า AdjRW เฉลี่ยต่อรายค่อนข้างสูง และกลุ่มโรงพยาบาลสังกัด กทม.มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยสูงกว่าโรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่น แต่มีค่าAdjRW เฉลี่ยต่อรายต่ำที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) มีค่า AdjRW เฉลี่ยต่อรายของผู้ป่วยทุกสิทธิ ต่ำที่สุด ทั้งกลุ่มอายุ 15-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป รายละเอียดตามตารางที่ 2.4.3

ตารางที่ 2.4.3 จำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลและค่า AdjRW เฉลี่ย/ราย ของผู้ป่วย STEMI สิทธิต่างๆปีล่าสุด ในเขตพื้นที่ กทม. จำแนกตามกลุ่มอายุและกลุ่มโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	CS2014		SS 2012		UC 2013	
	15-59 ปี	60+ ปี	15-59 ปี	60+ ปี	15-59 ปี	60+ ปี
จำนวนวันนอนเฉลี่ย						
1.สังกัด กทม. (รวม โรงพยาบาลวชิระ)	4.7	8.6	4	4.5	4.9	7.4
2.สังกัด กสธ. (รวม โรงพยาบาลราชวิถี)	2.9	6.2	4.3	4.2	4.4	6.2
3.สังกัดมหาวิทยาลัย	2.5	6.5	2	3.6	2.8	5.8
4.โรงพยาบาล รัฐ สังกัดอื่นๆ	4.9	6.1	4	3.6	5.9	7.6
5.เอกชน			3.5	3.1	2.5	2.8
จำนวน Adj RW เฉลี่ย						
1.สังกัด กทม (รวม โรงพยาบาลวชิระ)	8.1	5.3	4.6	5.1	3.5	4.5
2.สังกัด กสธ. (รวม โรงพยาบาลราชวิถี)	3.6	5	4.5	5.1	4.9	4.8
3.สังกัดมหาวิทยาลัย	8.2	8.1	7	7.6	8.5	9.5
4.โรงพยาบาล รัฐ สังกัดอื่นๆ	8	7.8	5.6	4	8.6	8.8
5.เอกชน			5.9	6.1	8.1	8.1

ที่มา: ฐานข้อมูลเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยใน จากสามกองทุน ปี พ.ศ.2558

2.4.4 จำนวนผู้ป่วย STEMI สิทธิประกันสุขภาพต่างๆ ที่ได้รับ Thrombolytic, PCI, Reperfusion, Re-admission, และ In hospital death ปีล่าสุด ในเขตพื้นที่กทม.

พบว่าผู้ป่วย STEMI ที่มาใช้บริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลสังกัดต่างๆ ในเขตพื้นที่ กทม.(เขต 13) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 2,064 ราย ในปี 2556 (ค.ศ.2013) สิทธิประกันสังคม จำนวน 697 รายในปี 2555 (ค.ศ.2012) และสิทธิข้าราชการ จำนวน 602 ราย ในปี 2557 (ค.ศ. 2014) พบว่าโรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้ให้บริการผู้ป่วย STEMI ในเขตพื้นที่ กทม.มากที่สุด ทั้งสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม

เนื่องจากข้อจำกัดของฐานข้อมูลผู้ป่วยใน STEMI ปีล่าสุดของแต่ละสิทธิประกันสุขภาพไม่ใช่ปีเดียวกัน จึงทำการวิเคราะห์การให้บริการทางการแพทย์แต่ละประเภทแยกตามสิทธิประกันสุขภาพ และพบว่า

- ในปี 2556 ผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไปรับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic) คิดเป็นร้อยละ 6.4 การทำ Primary PCI คิดเป็นร้อยละ 47.2 ได้รับ Reperfusion (primary PCI หรือ ยาละลายลิ่มเลือด) คิดเป็นร้อยละ 48.2 โดยมีการเข้ารับการรักษาซ้ำ (Re-admission) คิดเป็นร้อยละ 6.3 และเสียชีวิตในโรงพยาบาล (Inhospital Death) คิดเป็นร้อยละ 6.1 รายละเอียด ตามตารางที่ 2.4.4
- ในปี 2555 ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม ไปรับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชนเป็นส่วนใหญ่ เช่นเดียวกัน และได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic) คิดเป็นร้อยละ 7.2 การทำ Primary PCI คิดเป็นร้อยละ 33.0 ได้รับ Reperfusion (primary PCI หรือ ยาละลายลิ่มเลือด) คิดเป็นร้อยละ 37.5 โดยมีการเข้ารับการรักษาซ้ำ (Re-admission) คิดเป็นร้อยละ 4.9 และเสียชีวิตในโรงพยาบาล (Inhospital Death) คิดเป็นร้อยละ 4.7 รายละเอียด ตามตารางที่ 2.4.4
- ในปี 2557 ผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ ไปรับบริการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่นเป็นส่วนใหญ่ และได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic) คิดเป็นร้อยละ 14.4 การทำ Primary PCI คิดเป็นร้อยละ 50.6 ได้รับ Reperfusion (primary PCI หรือ ยาละลายลิ่มเลือด) คิดเป็นร้อยละ 56.3 โดยมีการเข้ารับการรักษาซ้ำ (Re-admission) คิดเป็นร้อยละ 3.8 และเสียชีวิตในโรงพยาบาล (Inhospital Death) คิดเป็นร้อยละ 5.9 รายละเอียด ตามตารางที่ 2.4.4

การวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วย STEMI ในเขตพื้นที่ กทม. โดยสรุป พบว่า

- (1) เขตพื้นที่ กทม. มีความชุกของผู้ป่วย STEMI สูงกว่าเขตพื้นที่อื่นๆ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่สูงกว่า
- (2) โรงพยาบาลเอกชนเป็นผู้ให้บริการแก่ผู้ป่วย STEMI ในสัดส่วนที่สูงที่สุด กรณี สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและสิทธิประกันสังคม ส่วนสิทธิข้าราชการส่วนใหญ่ไปใช้บริการที่โรงพยาบาลรัฐสังกัดอื่นและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ตามลำดับ
- (3) โรงพยาบาลสังกัด กทม. และสังกัด กสธ. ให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย STEMI ในสัดส่วนที่น้อย
- (4) ผู้ป่วย STEMI ของโรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลต่ำสุด แต่มีค่า AdjRW เฉลี่ยต่อรายสูงกว่าเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลสังกัดอื่น
- (5) โรงพยาบาลสังกัด กทม. และสังกัด กสธ. มีจำนวนวันนอนเฉลี่ยในโรงพยาบาลสูงกว่าโรงพยาบาลสังกัดอื่น แต่มีค่า AdjRW เฉลี่ยต่อรายต่ำกว่า
- (6) ผู้ป่วย STEMI ในเขตพื้นที่ กทม. ได้รับการ Reperfusion เฉลี่ยประมาณร้อยละ 40 ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ (ข้อมูล Registry ประเทศไทย ปี 2550-2551 เท่ากับ ร้อยละ 67)

ตารางที่ 2.4.4 จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับ Thrombolytic, PCI, Reperfusion, Re-admission, และ In hospital death ปีล่าสุด ในเขตพื้นที่ กทม. จำแนกตามกลุ่มโรงพยาบาล

กลุ่มโรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย	Thrombolytic	PCI	Reperfusion	Re-admission	In hospital death
CS 2014	602	12.5%	51.2%	55.6%	4.0%	7.8%
1.สังกัด กทม. (รวม โรงพยาบาลวชิระ)	58	6.9%	46.6%	50.0%	5.2%	10.3%
2.สังกัด กสธ. (รวม โรงพยาบาลราชวิถี)	34	11.8%	20.6%	23.5%	5.9%	26.5%
3.สังกัดมหาวิทยาลัย	87	6.9%	69.0%	69.0%	3.4%	8.0%
4.โรงพยาบาล รัฐ สังกัดอื่นๆ	423	14.4%	50.6%	56.3%	3.8%	5.9%
5.โรงพยาบาลเอกชน						
SS 2012	697	7.3%	32.6%	36.6%	5.0%	4.7%
1.สังกัด กทม. (รวม โรงพยาบาลวชิระ)	48	2.1%	29.2%	29.2%	4.2%	6.3%
2.สังกัด กสธ. (รวม โรงพยาบาลราชวิถี)	52	3.8%	23.1%	25.0%	5.8%	1.9%

กลุ่มโรงพยาบาล	จำนวน ผู้ป่วย	Thrombolytic	PCI	Reperfusion	Re-admission	In hospital death
3.สังกัดมหาวิทยาลัย	8	0.0%	62.5%	62.5%	12.5%	0.0%
4.โรงพยาบาล รัฐ สังกัดอื่นๆ	34	23.5%	38.2%	44.1%	5.9%	8.8%
5.โรงพยาบาลเอกชน	555	7.2%	33.0%	37.5%	4.9%	4.7%
UC 2013	2064	6.6%	40.1%	42.1%	6.4%	7.7%
1.สังกัด กทม (รวม โรงพยาบาลวชิระ)	257	5.1%	11.7%	16.3%	10.5%	13.6%
2.สังกัดกสธ. (รวม โรงพยาบาลราชวิถี)	168	9.5%	16.1%	22.0%	7.1%	7.7%
3.สังกัดมหาวิทยาลัย	111	4.5%	58.6%	59.5%	0.9%	8.1%
4.โรงพยาบาล รัฐ สังกัดอื่นๆ	300	8.0%	41.7%	44.0%	5.0%	8.7%
5.โรงพยาบาลเอกชน	1,228	6.4%	47.2%	48.2%	6.3%	6.1%

ที่มา: ฐานข้อมูลเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยใน จากสามกองทุน ปี พ.ศ.2558

แต่อย่างไรก็ตาม มีประเด็นข้อสังเกตว่า ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ครั้งนี้ มีผู้ป่วยโรคนี้จำนวนหนึ่งที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในเขตปริมณฑล เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคนี้ยังมีจำนวนจำกัด นอกจากนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย STEMI ครั้งนี้ ยังขาดข้อมูลผู้ป่วย STEMI กรณี ที่ไปรับบริการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในโรงพยาบาลเอกชนแล้วจ่ายเงินเองหรือบริษัทประกันจ่ายให้ รวมถึง ข้อมูลผู้ป่วย STEMI สิทธิต่างๆ ที่โรงพยาบาลเอกชน มีการส่งเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีฉุกเฉิน ผ่านระบบ EMCO ที่บริหารจัดการระบบโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

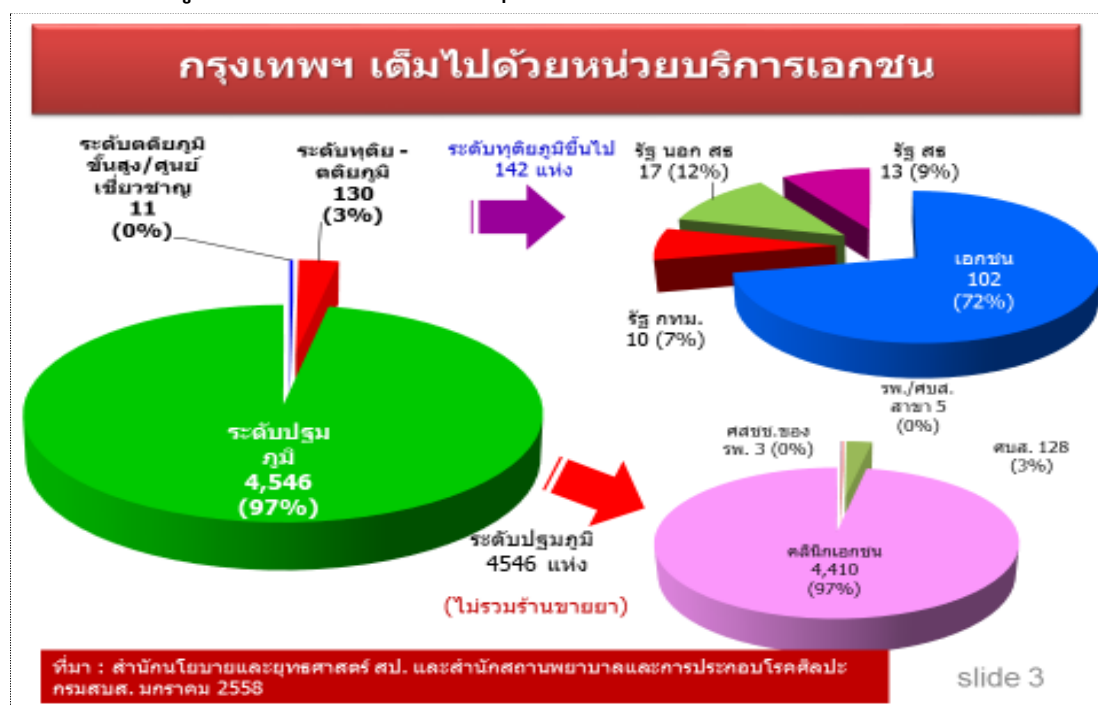
บทที่ 3

รูปแบบความร่วมมือการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ในการให้บริการทางการแพทย์ กรณี โรคหัวใจ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

3.1 รูปแบบความร่วมมือการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ในการให้บริการทางการแพทย์ กรณี โรคหัวใจ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

เขตพื้นที่ กทม.มีบริบทโครงสร้างและการกระจายทรัพยากรสุขภาพแตกต่างจากเขตอื่นๆ เนื่องจากพบว่า ในเขตพื้นที่ กทม. มีจำนวนสถานพยาบาลมากกว่าเขตอื่นๆ และส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาลของเอกชน แบ่งเป็น สถานพยาบาลประเภทที่ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยค้างคืน (ให้บริการทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ) จำนวนรวม 4,546 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นคลินิกเอกชน มากถึงร้อยละ 97 ส่วนสถานพยาบาลของรัฐมีเพียงร้อยละ 3 (ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครและสถานพยาบาลของหน่วยงานรัฐ) ส่วนสถานพยาบาลประเภทที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ส่วนใหญ่ร้อยละ 72 เป็นโรงพยาบาลเอกชน ส่วนโรงพยาบาลของรัฐทุกสังกัดมีเพียงร้อยละ 28 ซึ่งแตกต่างจากเขตพื้นที่อื่นๆ รายละเอียด ตามภาพที่ 3.1

ภาพที่ 3.1 ข้อมูลสถานการณ์ระบบบริการสุขภาพ เขตพื้นที่ กทม.ปี 2558



ที่มา : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (2558)

จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่างๆ การศึกษาดูงาน และการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้บริหารและผู้รับผิดชอบด้านประสานงานด้านการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ กรณี ผู้ป่วยโรคหัวใจ ในปัจจุบัน พบว่ามีรูปแบบการทำงานที่หลากหลาย แต่แต่ละรูปแบบก็มีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะๆ เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งสามารถจำแนกรูปแบบความร่วมมือการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนได้เป็น 3 ลักษณะใหญ่ๆ ดังนี้

3.1.1 รูปแบบเครือข่ายโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ

รูปแบบความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนในการจัดบริการทางการแพทย์แบบนี้ส่วนใหญ่ มักจะริเริ่มและให้การสนับสนุนในระยะแรกโดยองค์กรบริหารระบบประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อสร้างเครือข่ายระบบการรับ-ส่งต่อให้กับผู้ป่วยสิทธิประกันสุขภาพที่หน่วยงานบริหารจัดการ โดยหน่วยงานบริหารกองทุน จะทำหน้าที่ประสานการทำงานและบริหารจัดการระบบในช่วงเริ่มต้นให้กับโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ ตัวอย่างรูปแบบเครือข่ายลักษณะนี้ คือ เครือข่ายโรงพยาบาลระบบประกันสังคม และเครือข่ายโรงพยาบาลระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการยังไม่มี การดำเนินงานเนื่องจากสถานพยาบาลที่ให้บริการสิทธิข้าราชการเป็นภาครัฐ และกำหนดให้โรงพยาบาลเอกชนเข้าร่วมให้บริการทางการแพทย์ได้เฉพาะ กรณี การผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เท่านั้น รายละเอียดตาม ภาพที่ 3.1.1

ภาพที่ 3.1.1 ข้อมูลสถานพยาบาลรัฐและเอกชน ในเครือข่ายระบบประกันสุขภาพ เขตกทม.

โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ ที่เป็นหน่วยบริการประจำ หรือ สถานพยาบาลหลักในระบบประกันสุขภาพ 2556-2557					
ประเภท	รวม ทั้งสิ้น (แห่ง)	เฉพาะ UC (แห่ง)	เฉพาะ SS (แห่ง)	เฉพาะ CS (แห่ง)	ไม่ได้เป็น (แห่ง)
1.รพ.รัฐ ทุกสังกัด	43	21	18	43	-
2.รพ. เอกชน	102	15	39	-	63*
รวม	145	36	57	43	63

1. CS ไม่มีรพ.เอกชนร่วมให้บริการ ยกเว้นกรณี Elective Surgery จึงอาจมีปัญหาเรื่องการหาเตียง และส่งต่อมากกว่าระบบอื่น เพราะรพ.รัฐมีเตียงจำกัดและอัตราครองเตียงสูงกว่ารพ.เอกชน
 2. UC มีรพ.เอกชนที่เป็นหน่วยบริการประจำลดลง และรพ.รัฐยังมีจำกัด
 3. SS มีรพ.เอกชนที่เป็นสถานพยาบาลหลักค่อนข้างมาก แต่รพ.ยังมีจำกัด
 4. มีรพ.เอกชน 63 แห่ง (61.8%) ที่ไม่ได้เป็นหน่วยบริการประจำของระบบ UC หรือ สถานพยาบาลหลักของระบบ SS แต่บางส่วนอาจให้บริการเฉพาะกรณี High cost slide 9

ที่มา : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (2558)

3.1.2 รูปแบบเครือข่ายโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ของกระทรวงสาธารณสุข

หลังจากกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ ได้เริ่มดำเนินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหัวใจ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2555 เป็นต้นมา โดยมีสถาบันโรคทรวงอกร่วมกับสถาบันด้านการแพทย์อื่นๆ ของกรมการแพทย์ สมาคมและราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการจัดบริการทางการแพทย์ ที่ครอบคลุมทั้งบริการ STEMI Fast Track การทำหัตถการและการผ่าตัด สนับสนุนงบประมาณสำหรับวางแผนลงทุนทรัพยากรที่จำเป็น และการจัดหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทางให้กับแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ รวมถึงการจัดเครือข่ายระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยสาขาโรคหัวใจระหว่างโรงพยาบาลแต่ละระดับ ในช่วงที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขเน้นการพัฒนา Service Plan ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับแบบเครือข่าย จัดให้มีระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต และมีการใช้ทรัพยากรที่มีในเขตพื้นที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งปัจจุบันมีโรงพยาบาลในเขตพื้นที่ กทม.ที่เป็นเครือข่าย การพัฒนา Service Plan ของกรมการแพทย์ จำนวน 16 แห่ง ตามที่กล่าวมาแล้วตอนต้น และรูปแบบเครือข่ายนี้ จะเน้นให้เกิดความร่วมมือและสนับสนุนระหว่างสถานพยาบาลเพื่อให้มีการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพสาขาต่างๆ ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลสังกัดต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน สำหรับเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร ยังไม่มีแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่เป็นรูปธรรม เนื่องจากมีบริบทของโครงสร้างระบบบริการสุขภาพในพื้นที่กรุงเทพมหานครแตกต่างจากเขตอื่นๆ

3.1.3 รูปแบบเครือข่ายโรงพยาบาลรัฐและเอกชนแบบอื่นๆ

พบว่ามีการดำเนินการหลากหลายเป็นรูปแบบ แต่ยังไม่มีการจัดเครือข่ายที่ชัดเจน อาจมีข้อตกลงร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาล หรือ เครือข่ายโรงพยาบาลเดียวกัน เช่น โรงพยาบาลรัฐบางสังกัดกับเครือโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง เป็นต้น เป็นการประสานความร่วมมือแบบไม่เป็นทางการ โดยอาศัยสัมพันธ์ภาพส่วนตัวระหว่างผู้บริหารหรือแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐกับโรงพยาบาลเอกชนเป็นหลัก และบางส่วนเกิดจากการบริหารจัดการระบบการเบิกจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ของระบบประกันสุขภาพ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีข้อตกลงในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล กรณี ค่าใช้จ่ายสูง (High Cost) กับโรงพยาบาลเอกชน บางส่วน เช่น การผ่าตัดเส้นเลือดหัวใจตีบ การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด การขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใช้บอลลูนหรือหัวใจกรอ เป็นต้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสิทธิบัตรทองสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลของรัฐมีจำกัด โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ กทม.

3.2 วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน ของรูปแบบความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลรัฐและเอกชน และผลกระทบต่อการให้บริการทางการแพทย์
กรณี โรคหัวใจ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

รูปแบบความร่วมมือ	จุดแข็ง	จุดอ่อน	ผลกระทบ
1.เครือข่ายระบบประกันสุขภาพ	- มีรูปแบบเครือข่ายการทำงานร่วมกันที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม - มีการประชุมหารือร่วมกันสม่ำเสมอ ทำให้บุคลากรโรงพยาบาลต่างๆ สนับสนุนคืบคั้นกัน - มีระบบการจัดเก็บ/รวบรวมข้อมูล	- ไม่มีความต่อเนื่อง - ให้ความสำคัญกับระบบการเบิกจ่ายเงินมากกว่าการพัฒนาคุณภาพบริการ - มีข้อจำกัดเนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่กทม.ส่วนใหญ่ไม่ได้เข้าร่วมระบบประกันสุขภาพ - มีความแตกต่างในการบริหารจัดการระบบเครือข่ายโรงพยาบาลแต่ละกองทุนยังทำงานแบบแยกส่วน - มีการแยกส่วนและความแตกต่างของระบบการจัดเก็บ/รวบรวมข้อมูลของแต่ละกองทุน	- ทำให้ผู้ป่วยที่มีสิทธิต่างกัน เข้าถึงและได้รับบริการฯ แตกต่างกัน - ผู้ป่วยข้าราชการ กรณี โรคหัวใจ เข้าถึงบริการไม่สะดวกรวดเร็ว เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐในเขต กทม. มีจำนวนจำกัด และยังไม่มียุทธศาสตร์ความร่วมมือโรงพยาบาลรัฐและเอกชนสำหรับสิทธินี้ - โรงพยาบาลมีภาระงานและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จากการบริหารจัดการที่แตกต่างกันของแต่ละกองทุน - ทำให้มีภาระงาน/ค่าใช้จ่ายในการรวบรวม/บริหารจัดการข้อมูลจากกองทุนต่างๆ เพื่อจะนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ของโรคในภาพรวมของประเทศ รวมถึงการวางแผนการจัดบริการแบบบูรณาการ

รูปแบบความร่วมมือ	จุดแข็ง	จุดอ่อน	ผลกระทบ
2.เครือข่าย Service Plan	ยังไม่สามารถระบุได้ เนื่องจากยังไม่มีการทำงานใน เขต กทม.	ยังไม่สามารถระบุได้ เนื่องจากยังไม่มีการทำงานใน เขต กทม.	ยังไม่สามารถระบุได้ เนื่องจากยังไม่มีการทำงานใน เขต กทม.
3.อื่นๆ	- ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว ไม่ต้องอาศัยระบบ - อาจมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ น้อยกว่า	- ไม่มีระบบรองรับ ทำได้แบบจำกัด และไม่ยั่งยืน - เพิ่มภาระงานให้กับแพทย์และ ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง	- อาจเกิดความเสียดังต่อแพทย์และ ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ถ้ามีการเลือกปฏิบัติ จากการถูกร้องเรียน

บทที่ 4

สรุปสถานการณ์ปัญหาและประเด็นท้าทาย

การพัฒนาระบบบริการด้านการแพทย์และการจัดการเครือข่ายบริการ กรณี โรคหัวใจ ของโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน ในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร

สรุปสถานการณ์ปัญหาการให้บริการทางการแพทย์ กรณี โรคหัวใจ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการให้บริการทางการแพทย์ กรณี โรคหัวใจ ในเขตพื้นที่ กทม. โดยอาศัยข้อมูลจากการวิเคราะห์เชิงปริมาณ การศึกษาคุณภาพ การจัดประชุมร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ และการสำรวจศักยภาพการให้บริการ พบว่าโรงพยาบาลรัฐและเอกชนในเขตพื้นที่กทม. ที่มีศักยภาพการให้บริการทางการแพทย์สูง สามารถให้บริการตรวจวินิจฉัยและทำการหัตถการด้านโรคหัวใจได้หลายแห่ง ขณะเดียวกันผู้ป่วยโรคหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและยังมีปัญหาการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เนื่องจากโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่มีศักยภาพในการให้บริการมีจำกัด และโรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่ไม่อยู่ในเครือข่ายระบบประกันสุขภาพ นอกจากนี้ ยังพบว่ายังไม่มีการจัดระบบหรือรูปแบบการทำงานร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาลรัฐ-รัฐ ต่างสังกัด หรือระหว่างโรงพยาบาลรัฐ-เอกชนที่ชัดเจนเป็นรูปธรรม ซึ่งสามารถสรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการให้บริการทางการแพทย์ กรณี โรคหัวใจ แบ่งเป็น 6 ด้าน ดังนี้คือ

(1) ด้านการจัดบริการ (service delivery system)

- มีโรงพยาบาลรัฐ จำนวน 10 แห่ง ที่มีศักยภาพให้บริการสวนหัวใจได้ แต่บางแห่งยังไม่สามารถให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน เนื่องจากมีบุคลากรจำกัด และบางแห่งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ขาดห้องปฏิบัติการสวนหัวใจ ในขณะที่มีโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 24 แห่ง ที่สามารถให้บริการสวนหัวใจได้ แต่มีบางส่วนเท่านั้นที่อยู่ในเครือข่ายระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ
- ระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลต่างสังกัดยังไม่สะดวกและรวดเร็ว ขาดการจัดการเชิงระบบ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลล่าช้า ไม่เป็นไปตามมาตรฐานระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ตาม guideline ขณะนี้ยังไม่มีศูนย์ประสานงาน (call center) สำหรับการส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่เตรียมความพร้อม update ข้อมูลสำหรับการส่งต่อ 24 ชม. ทั้งกรณี Emergency & Chronic กรณีฉุกเฉิน พบปัญหาว่าทางฝ่าย EMS เมื่อรับผู้ป่วยโรคหัวใจฉุกเฉินมาแล้ว ก็ไม่ทราบว่าจะไปส่งที่ไหน
- ผู้ป่วยโรคหัวใจฉุกเฉินเข้าถึงและได้รับบริการล่าช้า สาเหตุมาจากต้องใช้เวลาเคลียร์เรื่องสิทธิ เนื่องจากระบบประกันสุขภาพ 3 ระบบ มีหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงินแตกต่างกัน พบว่าผู้ป่วยสิทธิข้าราชการมีปัญหาในการส่งต่อ

- มีข้อสังเกตเรื่องคุณภาพมาตรฐานการให้บริการ PCI ของโรงพยาบาลเอกชน ที่พบว่าส่วนใหญ่ให้บริการกับผู้ป่วย chronic มากกว่าฉุกเฉิน

ประเด็นท้าทายเพื่อพัฒนา

- การพัฒนาแนวทางบูรณาการระบบการให้บริการทางการแพทย์และการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจฉุกเฉิน ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ผู้ป่วยทุกราย ไม่ว่าจะมียาหรือประกันสุขภาพใดหรือจ่ายเงินเอง เข้าถึง และได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน
- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคหัวใจ และการจัดโซนนิ่งเครือข่ายการให้บริการ ให้ครอบคลุมพื้นที่เขตกทม. เป็นรูปแบบเครือข่ายร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลสังกัด กทม. โรงพยาบาล กรมการแพทย์ โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลเอกชน ลักษณะรัฐกับรัฐ และรัฐกับเอกชน ที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกันให้เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับ
- การพัฒนาระบบการรับ-ส่งกลับผู้ป่วย (refer in & refer out) ให้เกิดขึ้นและทำงานได้จริง โดยมีพยาบาล ทำหน้าที่ Co-ordinator รวมทั้ง ระบบการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ
- แนวทางการกำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ให้เป็นไปตาม guideline ที่กำหนด ซึ่งทางสมาคมฯ ราชวิทยาลัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้อง ดำเนินการ
- การทำงานเชื่อมโยงกับระบบ EMS ของศูนย์เอราวัณ ในเขตพื้นที่ กทม. เพื่อหนุนเสริมซึ่งกันและกัน

(2) ด้านบุคลากร (health workforce)

- ข้อมูลจากการสำรวจพบว่า ปัจจุบันในเขตพื้นที่กทม.มีโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน STEMI Fast Track แล้วจำนวน 29 แห่ง และมี CCU แล้วจำนวน 15 แห่ง ส่วนใหญ่มีศักยภาพและความเข้มแข็งในการ ดำเนินการ บุคลากรส่วนใหญ่ผ่านการอบรมเพียงพอ สามารถให้บริการ Fast Track, Thrombolytic, และ Invasive Intervention (PCI) ได้ และผ่านการรับรองคุณภาพด้าน Cardiac care แล้วเป็นส่วนใหญ่ พบว่าโรงพยาบาลบางส่วนยังขาดแคลนบุคลากร ทั้ง แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อายุรแพทย์ระบบหัวใจ และหลอดเลือด โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ ทำให้ไม่สามารถเปิดให้บริการสวนหัวใจและผ่าตัดหัวใจได้ 24 ชั่วโมงทุกวัน
- โรงพยาบาลที่ดำเนินการให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจแล้ว ประมาณครึ่งหนึ่งมีอายุรแพทย์ระบบหัวใจและหลอดเลือดและพยาบาลทำงานเต็มเวลา (full time) แต่ยังขาดแคลนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน สำหรับ โรงพยาบาลที่มี CCU มีพยาบาลเท่านั้นที่ทำงานเต็มเวลาอย่างเดียว แต่อายุรแพทย์ระบบหัวใจและหลอดเลือด และแพทย์อื่นๆ มีการทำงานทั้งแบบเต็มเวลาและบางเวลา (part time) และมีการกำกับดูแลการทำงานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ประเด็นท้าทายการพัฒนา

- การพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลทุกแห่ง ที่ยังไม่ได้ดำเนินการ ให้สามารถให้บริการตรวจวินิจฉัยและดูแลระบบ Fast Track กรณี STEMI ฉุกเฉิน และให้การดูแลและประสานงานระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจกับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้ ตาม guideline ที่กำหนด
- การพัฒนาระบบเครือข่ายการให้บริการ หรือ การส่งต่อผู้ป่วย STEMI ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการสวนหัวใจและผ่าตัดหัวใจ 24 ชั่วโมงอย่างสะดวก รวดเร็ว ครอบคลุมทั่วถึงทั้งเขตพื้นที่ กทม. ระหว่างโรงพยาบาลรัฐทุกสังกัดและเอกชน

(3) ด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ (technology & medical products)

ในเขตพื้นที่กทม.มีโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ชั้นนำของประเทศ โรงพยาบาลรัฐและเอกชนหลายแห่งที่มีศักยภาพทางการแพทย์ในการดูแลด้านโรคหัวใจได้ทั้งการสวนหัวใจและผ่าตัด 24 ชั่วโมงทุกวัน แต่ในเขตพื้นที่ กทม.โซนด้านตะวันออก เช่น เขตคันนายาว เขตหนองแขม เขตบางกะปิ ฯลฯ มีแต่โรงพยาบาลเอกชนเท่านั้นที่ให้บริการสวนหัวใจและผ่าตัดได้ ซึ่งจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการให้สามารถส่งต่อผู้ป่วย (กรณีฉุกเฉิน) ไปรับบริการที่โรงพยาบาลเอกชนได้ ปัจจุบันโรงพยาบาลของรัฐบางแห่ง เช่น โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี ได้ทำข้อตกลงการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่กับโรงพยาบาลเอกชนในพื้นที่ แต่ก็ยังไม่ได้มีการดำเนินงานดังกล่าวอย่างเป็นระบบให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในเขตกทม. เนื่องจากยังติดปัญหาเรื่องหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการเบิกจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ของระบบประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

ประเด็นท้าทายเพื่อพัฒนา

- การมีกลไกและกระบวนการกำกับดูแลคุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลในการทำผ่าตัดและหัตถการ ให้เป็นไปตาม guideline ที่กำหนด

(4) ด้านข้อมูลข่าวสาร (information)

ปัจจุบันมีความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและมีระบบและเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการสื่อสารสามารถเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลทุกระดับ หากสามารถพัฒนาหรือประยุกต์ให้เหมาะสม จะสามารถนำมาแก้ไขจุดอ่อนและช่วยสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการทางการแพทย์ กรณีโรคหัวใจได้ อาทิเช่น

- มี Application GIS แสดงข้อมูลโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านโรคหัวใจเบื้องต้น หากมีการพัฒนาต่อยอดสามารถสนับสนุนการให้บริการทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งด้านการให้คำปรึกษาด้านการแพทย์ ระบบการรับ-ส่งกลับผู้ป่วย ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการกำกับดูแลคุณภาพบริการให้ เป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์

- มีระบบการขึ้นทะเบียน (Registry) และรวบรวมข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่มีค่าตอบแทนให้กับโรงพยาบาลทั่วประเทศที่จัดส่งข้อมูลให้ แต่อาจต้องปรับปรุงให้เหมาะสม เอาเฉพาะ key point ซึ่งอาจผูกไปกับรหัส ICD หรือระบบการเบิกจ่ายเงิน

ประเด็นท้าทาย

- การพัฒนาระบบสารสนเทศสำหรับศูนย์ประสานงานการรับ-ส่งกลับผู้ป่วยโรคหัวใจ ในเขตพื้นที่กทม. ที่สามารถ update ข้อมูลปัจจุบันของโรงพยาบาลในเครือข่ายบริการได้ 24 ชั่วโมง
- การทบทวนระบบการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ผู้ป่วยโรคหัวใจ ที่สามารถติดตามประเมินผลคุณภาพมาตรฐานการให้บริการได้ทั้งเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ และวางแผนพัฒนาระบบบริการได้

(5) ด้านการเงินการคลัง (financing)

- ข้อมูลการศึกษาพบว่า ต้นทุนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย กรณี เจ็บป่วยฉุกเฉินของโรงพยาบาล โรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลเอกชน เขตพื้นที่ กทม.สูงกว่า โรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลเอกชนในต่างจังหวัด แต่ขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลต้นทุนการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ กรณีฉุกเฉิน และเรื้อรัง
- ปัจจุบันแต่ละระบบประกันสุขภาพ กำหนดเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ กรณีโรคหัวใจ แตกต่างกัน ซึ่งเป็นข้อจำกัดสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยโรคนี้ ไม่สะดวกในการเข้ารับบริการ และเข้าถึงบริการล่าช้า และมีปัญหาด้านคุณภาพมาตรฐานบริการ เนื่องจากเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีบริบทของโครงสร้างและการกระจายทรัพยากรสุขภาพของภาครัฐและเอกชนที่แตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ ทั้งกรณีการรักษาพยาบาลทั่วไปและ กรณี ฉุกเฉิน

ประเด็นท้าทายเพื่อพัฒนา

- การจ่ายเงินชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณี ผู้ป่วยโรคหัวใจฉุกเฉิน ภายใต้หลักเกณฑ์และเงื่อนไขเดียวกัน แก่โรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่เป็นผู้ให้บริการฯ ในเขตพื้นที่ กทม. ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีสิทธิประกันสุขภาพใด หรือจ่ายเงินเอง ทั้งนี้ ต้องมีระบบการขึ้นทะเบียนโรงพยาบาลและแพทย์ผู้ทำหัตถการด้านโรคหัวใจ และการกำกับดูแลด้านคุณภาพมาตรฐานบริการ
- การศึกษาต้นทุนค่าบริการทางการแพทย์ กรณีผู้ป่วยโรคหัวใจฉุกเฉิน ตามแนวेषปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทยของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงในการปรับปรุงเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงินชดเชย

(6) การอภิบาลระบบและภาวะผู้นำ (governance & leadership)

- การพัฒนาประเทศเพื่อเป็นศูนย์กลางด้านแพทย์ (Medical hub) อาจเป็นทั้งภาวะคุกคามและโอกาสในการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ กรณีโรคหัวใจ ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร มองว่าหากการพัฒนาประเทศในเรื่องนี้ มุ่งเน้นให้ความสำคัญเชิงระบบเศรษฐกิจ คือ การเพิ่มรายได้ของธุรกิจบริการสุขภาพมากเกินไป จะส่งผลกระทบทางอ้อมทำให้ต้นทุนค่าแรงบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น และการขยายตัวของธุรกิจบริการสุขภาพเพื่อแสวงหากำไรมากขึ้น
- ปัจจุบันผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานคร มีความร่วมมือในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคหัวใจ ในเขตพื้นที่กทม. แต่ยังมีข้อจำกัดในการดำเนินงาน เนื่องจากโรงพยาบาลในสังกัดของสองหน่วยงานยังไม่สามารถทำการสวนหัวใจและผ่าตัดหัวใจได้ 24 ชั่วโมงทุกวัน
- โรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์มีศักยภาพและความพร้อมในการให้บริการสวนหัวใจและผ่าตัดหัวใจ แต่ยังมีข้อจำกัดในการให้บริการ ขณะที่โรงพยาบาลเอกชนส่วนใหญ่มีศักยภาพและความพร้อมในการให้บริการสวนหัวใจและผ่าตัดหัวใจได้ 24 ชั่วโมงทุกวัน แต่ก็ไม่อยู่ในเครือข่ายระบบประกันสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีภาระค่าใช้จ่ายมากเมื่อไปรับบริการ

ประเด็นท้าทายเพื่อพัฒนา

- การพัฒนากลไกอภิบาลระบบการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและกรุงเทพมหานคร กับโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลเอกชน ในรูปแบบเครือข่าย (network model) เพื่อให้มีกลไกบริหารจัดการเครือข่ายระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อในเขตพื้นที่กทม.
- การจัดทำข้อเสนอมาตรการเพื่อลดปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากความแตกต่างของหลักเกณฑ์เงื่อนไขการจ่ายเงินค่าบริการทางการแพทย์ของระบบประกันสุขภาพ กรณีผู้ป่วยโรคหัวใจ กรณีฉุกเฉิน และเรื้อรัง โดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับกรุงเทพมหานครและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง

บรรณานุกรม (Bibliography)

- 1.จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์. ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนา Fast track STEMI ในประเทศไทย. ฉบับผู้บริหาร
ตามโครงการวิจัยประเมินผลเพื่อพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ด้านโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน).
ศูนย์โรคหัวใจ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี : 2552.
- 2.พัชนี ธรรมวันนา, ณัฐนิ บัณฑะวงศ์, แสงจันทร์ ขาดิประสิทธิ์. รายงานประจำปี 2557 สถานการณ์ระบบบริการ
สุขภาพ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์ ; 2559.
- 3.สุทธิพันธ์ สิทธิสุข. แนวเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557.
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2557.
- 4.รายงานการประชุมหารือการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service plan) สาขาโรคหัวใจ
ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ; วันที่ 24 มิถุนายน 2558 ; ห้องประชุมราชวิถี ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระเกียรติ
โรงพยาบาลราชวิถี. กรุงเทพฯ : 2558.

ภาคผนวก

- 1.แบบสำรวจการดำเนินการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ของโรงพยาบาล
- 2.แบบสำรวจการดำเนินการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ของโรงพยาบาล

แบบสำรวจการดำเนินการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ของโรงพยาบาล

คำชี้แจงแบบสำรวจ

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เป็นหน่วยงานในเครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยและสนับสนุนหน่วยงานของรัฐในการพัฒนาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเขตสุขภาพ มีความประสงค์จะศึกษารูปแบบโครงสร้างองค์กรและกระบวนการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมองภายในโรงพยาบาล และกลไกเชื่อมโยงการทำงานกับโรงพยาบาลอื่นๆ และหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบในการวางแผนพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเขตสุขภาพในระยะต่อไป ทั้งนี้ เพื่อให้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วย Stroke & STEMI เป็นไปอย่างสะดวกรวดเร็ว มีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการตาย หรือ ความพิการของผู้ป่วยโรคดังกล่าว

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในสถานพยาบาล มี 3 องค์ประกอบสำคัญ ดังนี้ 1) Stroke Fast Track คือ การมีระบบการตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยโรคเพื่อให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolytic Therapy) ที่รวดเร็วทันเวลา 2) Stroke Unit คือ การมีหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 3) Stroke Intervention คือ การสามารถใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ใส่เข้าทางหลอดเลือดแดงแล้วดึงหรือลากลิ่มเลือดที่อุดตันโดยตรง ซึ่งจะใช้อุปกรณ์ดังกล่าวในการจำแนกระดับสถานพยาบาลด้านการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล..... จังหวัด.....

สังกัด [] เอกชน [] กระทรวงสาธารณสุข
[] โรงเรียนแพทย์/ มหาวิทยาลัย [] กระทรวงกลาโหม/อื่นๆ

ผู้ให้ข้อมูล ตำแหน่ง.....

เบอร์โทร.....

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน

Stroke Fast Track	กรณีที่ยังไม่ได้ดำเนินการ กรุณาตอบส่วนที่ 1 (หน้า 2) กรณีที่ดำเนินการแล้ว กรุณาตอบส่วนที่ 3 (หน้า 4)
Stroke Unit	กรณีที่ยังไม่ได้ดำเนินการ กรุณาตอบส่วนที่ 2 (หน้า 3) กรณีที่ดำเนินการแล้ว กรุณาตอบส่วนที่ 4 (หน้า 6)

ส่วนที่ 1 ความพร้อมในการพัฒนาให้มี Stroke Fast Track สำหรับโรงพยาบาลที่ยังไม่มีการดำเนินการในปัจจุบัน
(กรณีที่ดำเนินการแล้ว ให้ข้ามไปตอบ ส่วนที่ 3)

โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของโรงพยาบาลท่าน

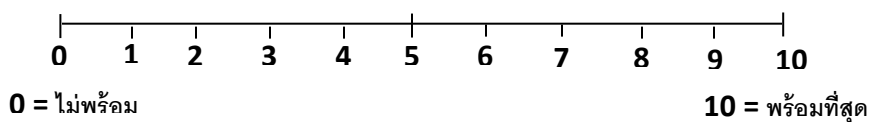
กรุณาประเมินความพร้อมในประเด็นต่อไปนี้	มีแล้ว	ยังไม่มี แต่สามารถ พัฒนาได้ใน ระยะสั้น	ยังไม่มี และไม่สามารถ พัฒนาได้ใน ระยะสั้น
1.1 โรงพยาบาลมีนโยบายที่จะพัฒนา Stroke Fast Track			
1.2 โรงพยาบาลของท่านมีอายุรแพทย์ที่สามารถเข้าร่วม Stroke Fast Track			
1.3 โรงพยาบาลของท่านมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินที่สามารถเข้าร่วม Stroke Fast Track			
1.4 โรงพยาบาลของท่านมีอายุรแพทย์ระบบประสาทที่สามารถเข้าร่วม Stroke Fast Track			
1.5 โรงพยาบาลของท่านมีหน่วยรังสีแพทย์ที่สามารถเข้าร่วม Stroke Fast Track			
1.6 โรงพยาบาลของท่านมีเครือข่ายเพื่อ outsource ผู้ป่วยทำ CT ได้สะดวก			
1.7 โรงพยาบาลของท่านมีพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองที่สามารถเข้าร่วม Stroke Fast Track			
1.8 โรงพยาบาลของท่านมีศักยภาพจะพัฒนา intervention สำหรับผู้ป่วยโรค			

ส่วนที่ 2 ความพร้อมในการพัฒนาให้มี Stroke Unit สำหรับโรงพยาบาลที่ยังไม่มีการดำเนินการในปัจจุบัน
(กรณีที่ดำเนินการแล้ว ให้ข้ามไปตอบ **ส่วนที่ 4**)

โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของโรงพยาบาลท่าน

กรุณาประเมินความพร้อมในประเด็นดังต่อไปนี้	มีแล้ว	ยังไม่มี แต่ สามารถ พัฒนาได้ ในระยะ สั้น	ยังไม่มี และ ไม่ สามารถ พัฒนาได้ ในระยะ สั้น
2.1 โรงพยาบาลมีนโยบายที่จะพัฒนา Stroke Unit			
2.2 ด้านสถานที่ โรงพยาบาลของท่านมีความพร้อมที่จะเปิด Stroke Unit			
2.3 โรงพยาบาลของท่านมีอายุรแพทย์ที่พร้อมจะร่วมงาน Stroke Unit			
2.4 โรงพยาบาลของท่านมีอายุรแพทย์ระบบประสาทที่พร้อมจะร่วมงาน Stroke Unit			
2.5 โรงพยาบาลของท่านมีศัลยแพทย์ระบบประสาทที่พร้อมจะร่วมงาน Stroke Unit			
2.6 โรงพยาบาลของท่านมีพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองที่พร้อมจะร่วมงาน Stroke Unit			
2.7 โรงพยาบาลของท่านมีเจ้าหน้าที่กายภาพบำบัดที่พร้อมจะร่วมงาน Stroke Unit			
2.8 โรงพยาบาลของท่านมีทีมงานเยี่ยมบ้านที่สามารถดำเนินการติดตามผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้			

2.9 โดยภาพรวม ขอให้ท่านให้คะแนนความพร้อมในการพัฒนาให้มี Stroke Unit ของโรงพยาบาลท่าน โดยโปรดทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นบรรทัดด้านล่างนี้ตามคะแนนที่ท่านประเมิน



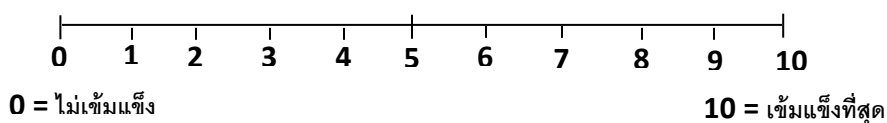
2.10 ประเด็นสำคัญที่อาจเป็นปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ Stroke Unit ของโรงพยาบาลท่าน ได้แก่
อะไรบ้าง

.....
.....

ส่วนที่ 3 สถานการณ์การดำเนินงาน Stroke Fast Track สำหรับโรงพยาบาลที่ดำเนินการแล้ว

- 3.1 โรงพยาบาลของท่าน เริ่มดำเนินงาน Stroke Fast Track ตั้งแต่ปี พ.ศ.
- 3.2 ข้อมูลปีที่ผ่านมา (มค.-ธค.57) มีผู้ป่วยที่ผ่านระบบ Stroke Fast Track จำนวนคน
- 3.3 มีแพทย์ร่วมทีม Stroke Fast Track จำนวน.....คน ประกอบไปด้วย
- [] แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน.....คน Full Timeคน Part Timeคน
- [] อายุรแพทย์ จำนวน.....คน Full Timeคน Part Timeคน
- [] อายุรแพทย์ระบบประสาท จำนวน.....คน Full Timeคน Part Timeคน
- [] อื่นๆ จำนวนคน Full Timeคน Part Timeคน
- ระบุ
- 3.4 มีพยาบาลร่วมทีม Stroke Fast Track จำนวน.....คน
- ผ่านการอบรม (หลักสูตรมหาวิทยาลัย/กระทรวงสาธารณสุข/จัดอบรมเอง) คิดเป็นร้อยละ
- 3.5 ผู้บริหารโรงพยาบาลมีนโยบายพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Stroke อยู่ในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- [] มี
- [] ไม่มี
- 3.6 ปัจจุบัน โรงพยาบาลของท่านมีการสร้างเครือข่าย Stroke Fast Track กับโรงพยาบาลอื่น
- [] มี ระบุ มีโรงพยาบาลเครือข่าย จำนวน.....แห่งจนถึงปัจจุบัน
- [] ไม่มี
- 3.7 ในรอบปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลของท่านมีการอบรมพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายและทีมงาน Stroke Fast Track ของโรงพยาบาล
- [] มี ระบุ จำนวน.....ครั้ง
- [] ไม่มี
- 3.8 ท่านคิดว่าการอบรมในข้อ 3.7 เพียงพอสำหรับการทำงานหรือไม่
- [] เพียงพอ ในทุกกลุ่มบุคลากรเป้าหมาย
- [] ไม่เพียงพอ โปรดระบุกลุ่มบุคลากรเป้าหมายที่ควรได้รับการอบรมเพิ่มเติม.....
- 3.9 ปัจจุบัน โรงพยาบาลของท่านมีการดำเนินงานให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ครอบคลุม
- [] มีระบบ Stroke Fast Track
- [] มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolytic Therapy)
- [] มีการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ใส่เข้าทางหลอดเลือดแดงแล้วดึงหรือลากลิ่มเลือดที่อุดตัน
- [] อื่นๆ ระบุ

- 3.10 โรงพยาบาลของท่านมีการเก็บข้อมูลระยะเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มเกิดอาการจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อพัฒนากระบวนการให้บริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ☐ มี โปรตระบุ Door to needle time เฉลี่ย ของโรงพยาบาล นาที
- ☐ ไม่มี
- 3.11 โรงพยาบาลของท่าน มีการจัดเก็บข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อเทียบกับโรงพยาบาลอื่นหรือไม่
- ☐ มี ระบุโรงพยาบาลที่เทียบเคียง จำนวน แห่ง
- ☐ ไม่มี
- 3.12 โรงพยาบาลของท่านผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน ด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- ☐ ไม่ได้ได้รับการรับรอง และไม่สามารถดำเนินการในระยะเวลาอันใกล้
- ☐ ไม่ได้ได้รับการรับรอง แต่เตรียมดำเนินการในระยะเวลาอันใกล้
- ☐ ผ่านการรับรองแล้ว โปรตระบุชื่อสถาบันที่รับรอง
-
- 3.13 โรงพยาบาลของท่านมีระบบการขอคำปรึกษา (consult system) การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลอื่นหรือไม่
- ☐ มี โปรตระบุชื่อ โรงพยาบาล
- ☐ ไม่มี
- 3.14 โรงพยาบาลของท่านมีการดำเนินการสนับสนุนและให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่โรงพยาบาลอื่น หรือไม่
- ☐ มี ระบุชื่อโรงพยาบาลที่ให้คำปรึกษาบ่อยๆ.....
- ☐ ไม่มี
- 3.15 ระบบรถฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลของท่าน บุคลากรมีศักยภาพในการประเมิน และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่อาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมอง ในระหว่างการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย (เช่น มีแบบฟอร์ม check lists มีเครื่องตรวจ EKG สามารถตรวจเลือดเบื้องต้นได้) รวมถึงระบบสื่อสารระหว่าง Ambulance กับโรงพยาบาล
- ☐ มี ☐ ไม่มี ☐ ไม่แน่ใจ
- 3.16 โดยภาพรวม ขอให้ท่านให้คะแนนความเข้มแข็งของการดำเนินงาน Stroke Fast Track ของโรงพยาบาลท่าน โดยโปรดทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นบรรทัดด้านล่างนี้ตามคะแนนที่ท่านประเมิน



ส่วนที่ 4 สถานการณ์การดำเนินงาน Stroke Unit สำหรับโรงพยาบาลที่ดำเนินการแล้ว

4.1 โรงพยาบาลของท่านเริ่มดำเนินงาน Stroke Unit ตั้งแต่ปี พ.ศ.....

4.2 ในปีล่าสุด (มค.-ธค.57) มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ Stroke Unit จำนวน.....คน

4.3 จำนวนเตียงใน Stroke Unit จำนวน เตียง

4.4 มีแพทย์ร่วมดูแลผู้ป่วยใน Stroke Unit จำนวนคน

[] แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน.....คน Full Timeคน Part Time คน

[] อายุรแพทย์ จำนวน.....คน Full Timeคน Part Time คน

[] อายุรแพทย์ระบบประสาท จำนวน.....คน Full Timeคน Part Time คน

[] ศัลยแพทย์ระบบประสาท จำนวน.....คน Full Timeคน Part Time คน

[] รังสีแพทย์ จำนวน.....คน Full Timeคน Part Time คน

[] อื่นๆ จำนวน.....คน Full Timeคน Part Time คน

ระบุ

4.4 มีพยาบาลดูแลใน Stroke Unit จำนวน.....คน

ผ่านการอบรม (หลักสูตรมหาวิทยาลัย/กระทรวงสาธารณสุข/จัดอบรมเอง) คิดเป็นร้อยละ

ประเด็น สถานการณ์ดำเนินงาน Stroke Unit	คำตอบ
4.5 มีการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ	[] ไม่ใช่ [] ใช่
4.6 มีสัดส่วนอัตรากำลังพยาบาล 1 คน ต่อผู้ป่วย 2-4 คน	[] ไม่ใช่ [] ใช่
4.7 มีระบบการบันทึกข้อมูลการให้บริการครบตามแบบฟอร์มมาตรฐานของสสส.	[] ไม่ใช่ [] ใช่
4.8 มีระบบที่สามารถ consult การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับโรงพยาบาลอื่นได้	[] ไม่ใช่ [] ใช่
4.9 มีการสนับสนุนและให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแก่โรงพยาบาลอื่น	[] ไม่ใช่ [] ใช่
4.10 ให้ความสำคัญกับการเยี่ยมบ้าน โดยมีเกณฑ์ประเมินผู้ป่วยที่ต้องเยี่ยมบ้านและจัดบริการเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพตามสถานะของผู้ป่วย	[] ไม่ใช่ [] ใช่
4.11 สามารถให้บริการ Stroke Intervention ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน	
[] การใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ใส่เข้าทางหลอดเลือดแดงแล้วดึงหรือลากลิ่มเลือดที่อุดตันโดยตรง	[] ไม่ใช่ [] ใช่
[] การผ่าตัด Hemicraniectomy	[] ไม่ใช่ [] ใช่
[] อื่นๆ ระบุ	[] ไม่ใช่ [] ใช่

แบบสำรวจการดำเนินการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ของโรงพยาบาล

คำชี้แจงแบบสำรวจ

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เป็นหน่วยงานในเครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยและสนับสนุนหน่วยงานของรัฐในการพัฒนาการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเขตสุขภาพ มีความประสงค์จะศึกษารูปแบบโครงสร้างองค์กรและกระบวนการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมองภายในโรงพยาบาล และกลไกเชื่อมโยงการทำงานกับโรงพยาบาลอื่นๆ และหน่วยบริการปฐมภูมิที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบในการวางแผนพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเขตสุขภาพในระยะต่อไป ทั้งนี้ เพื่อให้การดูแลและส่งต่อผู้ป่วย Stroke & STEMI เป็นไปอย่างสะดวกรวดเร็ว มีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการตาย หรือ ความพิการของผู้ป่วยโรคดังกล่าว

การดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ในสถานพยาบาล โดยพิจารณาจาก 3 องค์ประกอบสำคัญ ดังนี้ 1. การสามารถให้บริการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจ (Primary percutaneous coronary intervention, Primary PCI) ที่รวดเร็วทันเวลา 2. การวินิจฉัยโรคเพื่อให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ(Thrombolytic Therapy) กรณีที่ไม่สามารถทำ PCI ได้ 3.การมีหอผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Coronary Care Unit, CCU) เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งจะใช้องค์ประกอบดังกล่าวในการจำแนกระดับสถานพยาบาลด้านการให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI)

ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาล

ชื่อโรงพยาบาล.....จังหวัด.....

สังกัด ☐ เอกชน ☐ กระทรวงสาธารณสุข

☐ โรงเรียนแพทย์/ มหาวิทยาลัย ☐ กระทรวงกลาโหม/อื่นๆ

ผู้ให้ข้อมูลเบอร์โทร.....

ตำแหน่ง

แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน

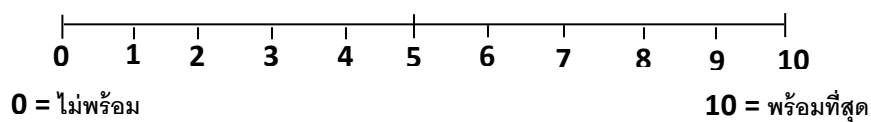
STEMI Fast Track	กรณีที่ยังไม่ได้ดำเนินการ <u>กรุณาตอบส่วนที่ 1</u> (หน้า 2) กรณีที่ดำเนินการแล้ว <u>กรุณาตอบส่วนที่ 3</u> (หน้า 4)
Coronary Care Unit (CCU)	กรณีที่ยังไม่ได้ดำเนินการ <u>กรุณาตอบส่วนที่ 2</u> (หน้า 3) กรณีที่ดำเนินการแล้ว <u>กรุณาตอบส่วนที่ 4</u> (หน้า 7)

ส่วนที่ 1 ความพร้อมในการพัฒนาให้มี STEMI Fast Track สำหรับโรงพยาบาลที่ยังไม่มีการดำเนินการใน
ปัจจุบัน (กรณีที่ดำเนินการแล้ว ให้ข้ามไปตอบ **ส่วนที่ 3**)

โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของโรงพยาบาลท่าน

กรุณาประเมินความพร้อมในประเด็นดังต่อไปนี้	มีแล้ว	ยังไม่มี แต่สามารถ พัฒนาได้ ในระยะสั้น	ยังไม่มี และไม่สามารถ พัฒนาได้ใน ระยะสั้น
1.1 โรงพยาบาลมีนโยบายที่จะพัฒนา STEMI Fast Track			
1.2 โรงพยาบาลของท่านมีอายุรแพทย์ที่สามารถเข้าร่วม STEMI Fast Track			
1.3 โรงพยาบาลของท่านมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินที่สามารถเข้าร่วม STEMI Fast Track			
1.4 โรงพยาบาลของท่านมีอายุรแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สามารถเข้าร่วม STEMI Fast Track			
1.5 โรงพยาบาลของท่านมีหน่วย PCI ที่สามารถเข้าร่วม STEMI Fast Track			
1.6 โรงพยาบาลของท่านมีพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือดที่สามารถเข้าร่วม STEMI Fast Track			
1.7 โรงพยาบาลของท่านมีข้อมูลเพื่อการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่เข้าถึงได้เร็วที่สุด สำหรับกรณีต่างๆ เช่น การขยายหลอดเลือดหัวใจ การผ่าตัดทางเบี่ยงเส้นเลือดหัวใจ (CABG) การซ่อมแซมหลอดเลือดหัวใจ (revascularization) และการผ่าตัดหัวใจ ณ จุดบริการที่เกี่ยวข้อง			

1.8 โดยภาพรวม ขอให้ท่านให้คะแนนความพร้อมในการพัฒนาให้มี STEMI fast track ของโรงพยาบาลท่าน โดยโปรดทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นบรรทัดด้านล่างนี้ตามคะแนนที่ท่านประเมิน



1.9 ประเด็นสำคัญที่อาจเป็นปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ STEMI fast track ของโรงพยาบาลท่าน ได้แก่ อะไรบ้าง

.....

.....

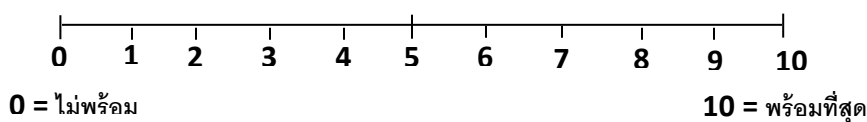
.....

ส่วนที่ 2 ความพร้อมในการพัฒนาให้มี CCU สำหรับโรงพยาบาลที่ยังไม่มีการดำเนินการในปัจจุบัน

โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลของโรงพยาบาลท่าน

กรุณาประเมินความพร้อมในประเด็นดังต่อไปนี้	มีแล้ว	ยังไม่มี แต่สามารถ พัฒนาได้ ในระยะสั้น	ยังไม่มี และไม่สามารถ พัฒนาได้ใน ระยะสั้น
2.1 โรงพยาบาลมีนโยบายที่จะพัฒนา CCU			
2.2 ด้านสถานที่ โรงพยาบาลของท่านมีความพร้อมที่จะเปิด CCU			
2.3 โรงพยาบาลของท่านมีอายุแพทย์ที่พร้อมจะร่วมงาน CCU			
2.4 โรงพยาบาลของท่านมีแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พร้อมจะร่วมงาน CCU			
2.5 โรงพยาบาลของท่านมีพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางโรคหัวใจและหลอดเลือดที่พร้อมจะร่วมงาน CCU			
2.6 โรงพยาบาลของท่านมีนโยบายสนับสนุนการศึกษาอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและทรวงอก			

2.7 โดยภาพรวม ขอให้ท่านให้คะแนนความพร้อมในการพัฒนาให้มี CCU ของโรงพยาบาลท่าน โดยโปรดทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นบรรทัดด้านล่างนี้ตามคะแนนที่ท่านประเมิน



2.8 ประเด็นสำคัญที่อาจเป็นปัญหา อุปสรรคในการพัฒนาให้มี CCU ของโรงพยาบาลท่าน ได้แก่อะไรบ้าง

.....

.....

.....

ส่วนที่ 3 สถานการณ์การดำเนินงาน STEMI Fast Track สำหรับโรงพยาบาลที่ดำเนินการแล้ว

- 3.1 โรงพยาบาลของท่านเริ่มดำเนินงาน STEMI Fast Track ปี พ.ศ.....
- 3.2 ข้อมูลปีที่ผ่านมา (มค.-ธค.57) มีผู้ป่วยที่ผ่านระบบ STEMI Fast Track จำนวน.....คน
- 3.3 มีแพทย์ร่วมทีม STEMI Fast Track จำนวนรวม.....คน ประกอบด้วย
- แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน คน Full Time คน Part Time คน
 - แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจ จำนวนคน Full Time คน Part Time คน
 - แพทย์สาขาอื่นๆ (ถ้ามี) จำนวน คน Full Time คน Part Time คน
- 3.4 มีพยาบาลร่วมทีม STEMI Fast Track จำนวน.....คน
- ผ่านการอบรม (หลักสูตรมหาวิทยาลัย/กระทรวงสาธารณสุข/จัดอบรมเอง) คิดเป็นร้อยละ
- 3.5 ผู้บริหารโรงพยาบาลของท่านมีนโยบายพัฒนาการดูแลผู้ป่วย STEMI ในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล
- ☐ มี
- ☐ ไม่มี
- 3.6 ปัจจุบัน โรงพยาบาลของท่านมีการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย STEMI Fast Track กับโรงพยาบาลอื่น
- ☐ มี ระบุ มีโรงพยาบาลเครือข่าย จำนวนแห่ง จนถึงปัจจุบัน
- ☐ ไม่มี
- 3.7 ในรอบปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลของท่านมีการอบรมพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายและทีมงาน STEMI Fast Track ของโรงพยาบาล
- ☐ มี ระบุ จำนวน ครั้ง
- ☐ ไม่มี
- 3.8 ท่านคิดว่าการอบรมพัฒนาศักยภาพฯ ตามข้อ 3.7 เพียงพอสำหรับการทำงานหรือไม่
- ☐ เพียงพอ ในทุกกลุ่มบุคลากรเป้าหมาย
- ☐ ไม่เพียงพอ โปรดระบุกลุ่มบุคลากรเป้าหมายที่ควรได้รับการอบรมเพิ่มเติม
-
- 3.9 ปัจจุบัน โรงพยาบาลของท่านมีการดำเนินงานให้บริการผู้ป่วย STEMI ครอบคลุม
- ☐ มีระบบ STEMI Fast Track
- ☐ มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Thrombolytic Therapy)
- ☐ มีการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดแดงหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention, PCI)
- ☐ อื่นๆ ระบุ

3.10 ปัจจุบัน โรงพยาบาลของท่านผ่านการรับรองด้านการดูแลรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด จากสมาคมแพทย์โรคหัวใจ หรือ สถาบันอื่น (ระบุ)

☐ ไม่ได้รับการรับรอง และไม่สามารถดำเนินการในระยะเวลาอันใกล้

☐ ไม่ได้รับการรับรอง แต่เตรียมดำเนินการในระยะเวลาอันใกล้

☐ ผ่านการรับรองแล้ว

3.11 โรงพยาบาลของท่านมีการเก็บข้อมูลระยะเวลาที่ผู้ป่วย STEMI เริ่มเกิดอาการจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อพัฒนากระบวนการให้บริการ

☐ มี ระบุ Door to needle time เฉลี่ย ของโรงพยาบาล นาที

☐ ไม่มี

3.12 ปัจจุบัน โรงพยาบาลของท่าน มีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลในการดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI เพื่อเทียบกับโรงพยาบาลอื่นหรือไม่

☐ มี ระบุ โรงพยาบาลที่เทียบเคียง จำนวน แห่ง

☐ ไม่มี

3.13 ปัจจุบัน โรงพยาบาลของท่านมีระบบการขอคำปรึกษา (consult system) การดูแลผู้ป่วย STEMI กับโรงพยาบาลอื่น

☐ มี ถ้ามี ขอให้ระบุชื่อโรงพยาบาลที่ขอรับคำปรึกษาบ่อยๆ

☐ ไม่มี

3.14 โรงพยาบาลของท่านมีการดำเนินการสนับสนุนและให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วย STEMI ให้กับโรงพยาบาลอื่น

☐ มี ถ้ามี ขอให้ระบุชื่อโรงพยาบาลที่ให้คำปรึกษาบ่อยๆ

☐ ไม่มี

3.15 โรงพยาบาลของท่านมีการให้ความรู้แก่คนไข้กลุ่มเสี่ยง เช่น โรค metabolic syndrome โรคหัวใจและหลอดเลือดทุกราย ในการเฝ้าระวังอาการเบื้องต้นของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เพื่อให้สามารถเข้าถึง STEMI Fast Track ได้อย่างรวดเร็ว

☐ มี

☐ ไม่มี

3.16 โรงพยาบาลของท่านมีการให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป เพื่อให้รับทราบอาการเบื้องต้นของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและสามารถเข้าถึง STEMI Fast Track ได้อย่างรวดเร็ว

☐ มี

☐ ไม่มี

3.17 ระบบรถฉุกเฉินในเครือข่ายโรงพยาบาลของท่าน มีศักยภาพเพียงพอในการประเมิน และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่อาการคล้ายโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในระหว่างการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เช่น มีอุปกรณ์ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจเลือดเบื้องต้น หรือ มีระบบ telemedicine เป็นต้น

☐ มี

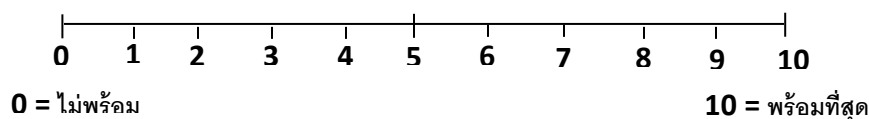
☐ ไม่มี

3.18 โรงพยาบาลของท่านมีห้องตรวจปฏิบัติการสวนหัวใจ (CATH LAB) หรือ มี โรงพยาบาลเครือข่ายที่สามารถ outsource ได้อย่างสะดวก ตลอด 24 ชั่วโมง

☐ มี ถ้ามี ขอให้ระบุชื่อโรงพยาบาลที่ outsource บ่อยๆ

☐ ไม่มี

3.19 โดยภาพรวม ขอให้ท่านให้คะแนนความเข้มแข็งของการดำเนินงาน STEMI fast track ของโรงพยาบาลท่าน โดยโปรดทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นบรรทัดด้านล่างนี้ตามคะแนนที่ท่านประเมิน



ส่วนที่ 4 สถานการณ์การดำเนินงาน CCU สำหรับโรงพยาบาลที่ดำเนินการแล้ว

4.1 โรงพยาบาลของท่านเริ่มดำเนินงาน CCU ปี พ.ศ.....

4.2 ข้อมูลปีที่ผ่านมา (มค.-ธค.57) มีผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่ CCU จำนวน.....คน

4.3 มีแพทย์ร่วมดูแลใน CCU จำนวน.....คน

- แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจ จำนวนคน Full Time คน Part Time คน

- แพทย์สาขาอื่นๆ (ถ้ามี) จำนวน คน Full Time คน Part Time คน

4.4 มีพยาบาลร่วมดูแลใน CCU จำนวน.....คน

- ผ่านการอบรม (หลักสูตรมหาวิทยาลัย/กระทรวงสาธารณสุข/จัดอบรมเอง) คิดเป็นร้อยละ

กรุณาประเมินการดำเนินการในประเด็นต่อไปนี้	การประเมิน	
4.5 มีการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ	[] ไม่ใช่	[] ใช่
4.6 มีอัตรากำลังพยาบาล 1 คน: ผู้ป่วย 1-2 คน	[] ไม่ใช่	[] ใช่
4.7 มีระบบการบันทึกข้อมูลการให้บริการครบตามแบบฟอร์มมาตรฐานของ สปสช	[] ไม่ใช่	[] ใช่
4.8 มีระบบที่สามารถ consult การดูแลผู้ป่วย STEMI กับโรงพยาบาลเครือข่ายได้	[] ไม่ใช่	[] ใช่
4.9 มีการสนับสนุนและให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วย STEMI ให้กับโรงพยาบาลอื่น	[] ไม่ใช่	[] ใช่
4.10 ให้ความสำคัญกับการเยี่ยมบ้าน โดยมีเกณฑ์ประเมินผู้ป่วยที่ต้องเยี่ยมบ้านและจัดบริการเยี่ยมบ้านที่มีประสิทธิภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพตามสถานะของผู้ป่วย	[] ไม่ใช่	[] ใช่
4.11 มีการติดตาม case ที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อตรวจหาความผิดปกติของหลอดเลือด โดย Echocardiography	[] ไม่ใช่	[] ใช่
4.12 มีการติดตาม case ที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อตรวจหาความผิดปกติของหลอดเลือด โดย stress test	[] ไม่ใช่	[] ใช่