

รายงานฉบับสมบูรณ์

ชุดโครงการประเมินผล โครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง
(Excellence Center) ด้านโรคมะเร็ง
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วีระศักดิ์ พุทธาศรี

รายงานฉบับสมบูรณ์
ชุดโครงการประเมินผล โครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง
(Excellence Center) ด้านโรคมะเร็ง
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วีระศักดิ์ พุทธาศรี

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

มีนาคม 2551

คำนำ

การดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ให้ความสำคัญกับการลงทุนด้านบริการ ตติยภูมิเฉพาะด้าน หรือ Excellence center หรือ Supra-tertiary care โดยคาดหวังว่าจะสามารถลดสาเหตุ การตายจากโรคและภาวะเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพชีวิตประชาชน โดยเฉพาะสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก คือ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุ โดยได้กั้นงบประมาณด้านงบลงทุนเพื่อจัดบริการภายใต้โครงการ พัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์โรคมะเร็ง และเครือข่ายการบาดเจ็บแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา

รายงานฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคมะเร็ง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการประเมินผล โครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง (Excellence center) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย ศูนย์หัวใจ ศูนย์อุบัติเหตุ และศูนย์มะเร็ง ดังนั้น การติดตามประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาระบบ บริการสุขภาพระดับตติยภูมิภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดังกล่าว จะช่วยในการตอบ คำถามว่าได้บรรลุเป้าประสงค์ตามกลยุทธ์ที่ตั้งไว้มากน้อยเพียงใด เพื่อประโยชน์ต่อการปรับปรุงพัฒนา ยุทธศาสตร์ต่อไป

มีนาคม 2551

บทสรุปบริหาร

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อติดตามประเมินผลการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิระดับสูงทั้งในด้านประสิทธิภาพของการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และกระบวนการบริหารจัดการที่ระดับโรงพยาบาล ผลลัพธ์รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น วิธีการศึกษาประกอบด้วยการทบทวนเอกสาร การสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล 5 แห่ง สัมภาษณ์ผู้บริหารสถานพยาบาล 5 แห่ง สัมภาษณ์ผู้บริหารและนักวิชาการส่วนกลาง 9 คน ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงจำนวน 30 แห่งเป็นผู้ตอบและส่งกลับทางไปรษณีย์ด้วยอัตราการตอบกลับร้อยละ 77 หรือ 25 แห่ง

การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิชั้นสูงในด้านมะเร็งมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อวางแผนระดับชาติในการพัฒนาศูนย์บริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ทั้งในส่วนกลาง และภูมิภาคอย่างเป็นระบบ รวมทั้งมีการจัดเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงบริการ โดยสถานพยาบาลมีการพัฒนาระบบการจัดบริการสู่มาตรฐาน มีการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทางในทุกสาขาที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ทักษะสอดคล้องกับความต้องการเปลี่ยนแปลงทางวิชาการ และมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานในศูนย์ตติยภูมิที่เป็นเป้าหมาย และได้ทำให้ประชาชนในภูมิภาคต่างๆมีเข้าถึงบริการสถานบริการตติยภูมิอย่างทั่วถึง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีความมุ่งมั่นเพื่อจัดการให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในทุกระดับทั้งตั้งแต่บริการปฐมภูมิ ตติยภูมิ และตติยภูมิเฉพาะด้าน ภายใต้หลักการของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 การสนับสนุนงบประมาณแบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ การพัฒนาบุคลากร การลงทุนอุปกรณ์ราคาแพง และการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากร ซึ่งการสนับสนุนงบลงทุนของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องการผลต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน ทำให้ไม่มีแตกต่างกันระหว่างภูมิภาคหรือสวัสดิการสุขภาพ แต่การสนับสนุนงบประมาณของ สปสช. ยังไม่สอดคล้องกับจำนวนบริการของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือตติยภูมิระดับที่ 1 ที่มีสัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าน้อย แต่ได้รับจำนวนการสนับสนุนโดยรวมใกล้เคียงกับสถานพยาบาลอื่นๆ ส่วนงบประมาณสนับสนุนการจัดหาครุภัณฑ์ที่จำเป็นนั้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ถึง 2549 รวมทั้งหมด 643.19 ล้านบาท โดยหน่วยบริการต่างๆได้จัดซื้อแล้วเพียง 363.9 ล้านบาทหรือร้อยละ 56.59 โดยอยู่ระหว่างดำเนินการอีก 279.2 ล้านบาท ส่วนการบริหารระบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากรที่ให้บริการตติยภูมิชั้นสูงด้านมะเร็งมีแนวทางการแข่งขันยืดหยุ่นให้สถานพยาบาลดำเนินการบริหารจัดการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ตนเองได้ แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบความสัมพันธ์ของการจ่ายค่าตอบแทนกับการเพิ่มผลผลิตชัดเจน

แนวทางการพัฒนาสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงด้านมะเร็งของประเทศไทย ไม่ได้มุ่งเป้าไปที่การสร้างสถานพยาบาลใหม่ จึงทำให้บางเขต สปสช. ไม่มีสถานพยาบาลตติยภูมิตั้งอยู่เลยประกอบด้วย

เขต สปสช. 3, 5 และ 8 ทำให้ประชาชนที่อยู่ในภูมิภานาเขตดังกล่าวต้องข้ามไปใช้ในเขตใกล้เคียงแทน เมื่อพิจารณาตามรายเขตของ สปสช. ที่พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภูมิภานาจังหวัดต่างๆ ได้เข้ารับการรักษานในสถานพยาบาลที่อยู่ในเขตของตนมากกว่าร้อยละ 80 มีจำนวนทั้งสิ้น 36 จังหวัด, มีการรับบริการร้อยละ 60-79 รวม 5 จังหวัด และมี 6 จังหวัดที่มีการรับบริการน้อยกว่าร้อยละ 20 โดยบางจังหวัดที่ไม่มีสถานพยาบาลตติยภูมิตั้งอยู่ในเขตตนเอง ก็จะเดินทางไปรับบริการในเขตที่ใกล้เคียงกัน หรือเขตกรุงเทพมหานครที่สามารถเดินทางได้สะดวก อย่างไรก็ตามอย่างน้อยประชาชนใน 5 เขต สปสช. (1, 7, 10, 12, 13) มีอัตราการรับบริการในสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงในเขตที่ตนเองตั้งอยู่ มากกว่าร้อยละ 90

ศักยภาพของโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงด้านมะเร็งในปัจจุบันทั้งด้านอุปกรณ์และบุคลากรยังเป็นช่องว่างที่สำคัญของระบบ หลายแห่งยังมีอุปกรณ์และจำนวนบุคลากรประเภทต่างๆ ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของการเป็นสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง สำหรับปริมาณการบริการนั้น ในปีงบประมาณ 2549 มีรายงานปริมาณการบริการโรคมะเร็งจากสถานพยาบาลทั่วประเทศ 681 แห่ง จำนวน 96,377 ราย หากนับเฉพาะการบริการที่เกิดในสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง 58,197 ราย หรือเท่ากับร้อยละ 60.38 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ค่าเฉลี่ยผู้ป่วยในเฉพาะกลุ่มสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงทั้งหมดจำนวน 26 แห่ง เท่ากับ 1,940 รายต่อสถานพยาบาล และจากฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งจากสถานพยาบาลทั่วประเทศดังกล่าว ได้รับการรักษาโดยการทําเคมีบำบัดมากที่สุด ร้อยละ 49.85 รองลงมาเป็นการรักษาโดยการผ่าตัดร้อยละ 37.42 ในกลุ่มผู้ป่วยรักษามะเร็งผู้มีสิทธิสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเอง มีสัดส่วนได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมากที่สุด ร้อยละ 43, 35 และ 37 ในสถานพยาบาลตติยภูมิระดับ Excellence, Advance และ General ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่อยู่ในคิวรอรับหัตถการมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับผลลัพธ์ของการรักษาแสดงถึงอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งไม่ได้ลดลงเนื่องจากการเข้าถึงบริการในสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงมากขึ้น แต่ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลที่ไม่ได้จำแนกความรุนแรงหรือระยะของการมะเร็งที่อาจแตกต่างกันไประหว่างสถานพยาบาลระดับต่างๆ เพราะดัชนีชี้วัดความสำเร็จที่แท้จริงของการรักษามะเร็งต้องผสมผสานกันระหว่างการรักษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย ในระยะเวลากำหนด 3 ปี หรือ 5 ปี เป็นต้น ซึ่งต้องมียุทธศาสตร์ตั้งแต่การตรวจคัดกรองโรค การตรวจวินิจฉัย และการจัดการระบบคิวเพื่อให้ผู้ป่วยในระบบได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากประสบการณ์ต่างประเทศ ผู้วิจัยมีความเห็นว่าสถานการณ์ของระบบการดูแลรักษามะเร็งของไทยรวมทั้งยุทธศาสตร์ของการพัฒนา ที่ประกอบด้วย การสนับสนุนการจัดหาอุปกรณ์ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพง คงไม่สามารถทำได้อย่างสมบูรณ์เสร็จสิ้นในโครงการนี้ แต่จำเป็นต้องมีแผนการจัดหาครุภัณฑ์แยกต่างหากเพราะต้องใช้เวลางบประมาณค่อนข้างมาก นอกจากนี้สถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงของไทยส่วนใหญ่ ยังขาดแนวทางการทำงานและส่งต่อผู้ป่วยแบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันชัดเจนตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยถ้าสถานพยาบาลนั้นเป็นโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขด้วยตนเอง ก็จะใช้รูปแบบการส่ง

ต่อผู้ป่วยมะเร็งเหมือนผู้ป่วยประเภทอื่น ถึงกระนั้นก็ยังไม่มีข้อตกลงระบุเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับรูปแบบการประสานงานของโรงพยาบาลทั้งไปของกระทรวงสาธารณสุขกับศูนย์มะเร็งสังกัดกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข เหล่านี้ล้วนทำให้บทบาทของศูนย์ตติยภูมิยังเป็นแบบดั้งรับ ส่งผลให้ยุทธศาสตร์ของประเทศไทยในด้านการควบคุมการเกิดโรคและค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มแรก กลายเป็นบทบาทหน้าที่ของระบบสุขภาพมูลฐาน ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลปฐมภูมิ ที่ไม่อาจเชื่อมโยงกับการบริการตติยภูมิขั้นสูงได้อย่างเป็นระบบ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องสร้างระบบให้การทำงานของสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง มีบทบาทการบริการและส่งต่อผู้ป่วยแบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันชัดเจน รวมถึงบทบาทเชิงรุก ตั้งแต่การคัดกรองความเสี่ยงและการค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น เพื่อให้ประเทศสามารถลดการป่วยและตายจากโรคมะเร็งตามที่มุ่งเป้าไว้มีความเป็นไปได้จริง

ประเทศไทยยังขาดการตั้งเกณฑ์หรือเป้าหมายของการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยมะเร็งที่ชัดเจน เนื่องจากยังขาดผู้ที่เป็นเจ้าภาพหรือผู้ที่มองภาพระบบการจัดการดูแลรักษามะเร็งในภาพรวม คำถามที่ท้าทายสำหรับประเทศไทยคือหน่วยงานใดที่เหมาะสมกับการทำบทบาทนี้ เช่น กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หรือ สปสช. หรือสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จึงมีความจำเป็นต้องร่วมกันวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้เพิ่มเติม เพราะการวางนโยบายระดับชาติ ต้องมีกระบวนการที่สร้างความเข้าใจบทบาท อำนาจหน้าที่ ความสนใจ และจุดยืนหรือมุมมองของแต่ละบุคคลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องนั้นๆ และกำหนดหน่วยงาน/องค์กร/คณะกรรมการที่มีความเหมาะสมกับการเป็นผู้กำหนดนโยบายและชี้ทิศทางการขับเคลื่อนนโยบาย ที่สำคัญที่สุด เมื่อกำหนดเป้าหมายแล้ว ต้องสร้างระบบกำกับและประเมินผล จึงจำเป็นต้องมีระบบฐานข้อมูลที่เข้มแข็ง ข้อเสนอเริ่มต้นสำหรับเป็นยุทธศาสตร์ขั้นนี้ คือปรับสัดส่วนหรือเพิ่มการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อให้ทุกสถานพยาบาลได้พัฒนาระบบข้อมูลของทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งให้สมบูรณ์และใช้ได้จริง ส่วน สปสช.เองอาจต้องเพิ่มบทบาทและให้ความเข้มข้นกับกฎกติกาการเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักตติยภูมิ (Contracting Unit for Tertiary care: CUT) ให้มากขึ้น โดยขยายบทเรียนจากการพัฒนาสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) รวมทั้งใช้เครือข่าย สปสช.เขตพื้นที่ให้มีบทบาทต่อการกำกับดูแลสถานพยาบาลตติยภูมิในเขตหรือจังหวัดตนเองมากขึ้น

สารบัญเรื่อง

เรื่อง

หน้า

บทที่ 1 บทนำ.....	1
ที่มาและขอบเขตของการศึกษา.....	1
คำถามของการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ทั่วไป.....	4
วัตถุประสงค์เฉพาะ	4
วิธีการศึกษาประเมินผล.....	5
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	12
สถานการณ์ของปัญหาและการจัดบริการมะเร็งในประเทศไทย	12
ประสบการณ์จากต่างประเทศของการจัดการและระบบบริการ โรคมะเร็ง	17
กรณีศึกษา ประเทศสหราชอาณาจักร.....	17
กรณีศึกษา ประเทศสหรัฐอเมริกา.....	25
กรณีศึกษา ประเทศออสเตรเลีย.....	28
กรณีศึกษา ประเทศแคนาดา.....	29
แนวคิดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กับการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง	31
บทที่ 3 ผลการศึกษา.....	42
1. ปริมาณการบริการผู้ป่วยมะเร็งของศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง	42
1.1 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งและประเภทบริการรักษา	43
1.2 ภูมิลาเนาผู้ป่วยมะเร็งและการรับบริการในศูนย์ตติยภูมิขั้นสูง	45
1.3 สิทธิสวัสดิการสุขภาพและประเภทการรับบริการ	50
1.4 การเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง.....	57
1.5 การสนับสนุนงบประมาณของศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง จาก สปสช.	59
2. การบริหารจัดการของศูนย์ตติยภูมิขั้นสูง.....	60
2.1 ศักยภาพบริการของศูนย์บริการตติยภูมิขั้นสูง.....	62
2.2 ความเห็นของผู้บริหารต่อการดำเนินการของศูนย์บริการตติยภูมิขั้นสูงตนเอง	69
2.3 รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรของศูนย์บริการตติยภูมิขั้นสูง.....	72
2.4 ความเห็นของผู้บริหารต่อการดำเนินการ โครงการพัฒนาศูนย์ตติยภูมิขั้นสูง.....	75
บทที่ 4 สรุปและอภิปรายผล.....	78
บทสรุป.....	78
อภิปรายผล	78
ข้อจำกัดของการศึกษา.....	81
ข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง.....	83

เอกสารอ้างอิง.....	86
ภาคผนวก.....	87

สารบัญตาราง

ภาพ	หน้า
ภาพที่ 1 ระบบการดูแลจัดการโรคมะเร็ง	2
ภาพที่ 2 การกระจายของสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคมะเร็ง จำแนกตามเขต สปสช.	16
ภาพที่ 3 แนวโน้มของการรื้อรับบริการรักษามะเร็งของประเทศไทย ค.ศ.2003-2006	22
ภาพที่ 4 ระยะเวลาเฉลี่ยของการรื้อรับบริการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยมะเร็ง ประเทศไทย ปี 1999-2000.....	23
ภาพที่ 5 ร้อยละของประเภทการบริการผู้ป่วยมะเร็ง ในสถานพยาบาลต่างๆ พ.ศ. 2549.....	44
ภาพที่ 6 การกระจายของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการผู้ป่วยมะเร็งของสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง 2549	45
ภาพที่ 7 อัตราผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง 2549 ต่อจำนวน UC แสมราย จำแนกรายจังหวัด	46
ภาพที่ 8 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงในเขต สปสช. ตนเอง ปี 2549 จำแนกรายจังหวัด	47
ภาพที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงในเขต สปสช. ตนเอง ปี 2549 จำแนกรายเขต สปสช.	48
ภาพที่ 10 สัดส่วนประเภทการบริการผู้ป่วยมะเร็งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในสถานพยาบาลตติยภูมิระดับต่างๆ พ.ศ. 2549	53
ภาพที่ 11 สัดส่วนประเภทการบริการผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ประกันตน ในสถานพยาบาลตติยภูมิระดับต่างๆ พ.ศ. 2549.	54
ภาพที่ 12 สัดส่วนประเภทการบริการผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ในสถานพยาบาลตติยภูมิระดับ ต่างๆ พ.ศ. 2549	55

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 1 การเลือกตัวอย่าง และเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูล.....	9
ตารางที่ 2 แผนการดำเนินงานการวิจัยประเมินผลชุดโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง.....	11
ตารางที่ 3 อุบัติการณ์มะเร็งในประเทศไทย โดยประมาณ	12
ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย พ.ศ. 2548.....	13
ตารางที่ 5 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิง พ.ศ. 2548	13
ตารางที่ 6 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามวิธีการรักษา ปี 2548 หน่วย: ร้อยละ.....	14
ตารางที่ 7 ค่าคะแนนรวม QOF ของการบริการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (หน่วย ร้อยละ).....	21
ตารางที่ 8 แผนการใช้จ่ายเงินพัฒนาตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจ มะเร็งและอุบัติเหตุ ปี 2549	37
ตารางที่ 9 งบประมาณสำหรับการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคมะเร็ง 2545-2549.....	37
ตารางที่ 10 การจัดสรรงบประมาณตอบแทนบุคลากร แก่สถานพยาบาลตติยภูมิด้านมะเร็ง ปี 2549	38
ตารางที่ 11 ผลการสนับสนุนค่าของบลงทุนเพื่อการบำรุงรักษาทดแทนบริการตติยภูมิโรคมะเร็งปี 2545-9	39
ตารางที่ 12 ผลการพิจารณาค่าของบลงทุนบุคลากรงานตติยภูมิโรคมะเร็งปี 2549	41
ตารางที่ 13 การให้บริการผู้ป่วยในโรคมะเร็ง ของสถานพยาบาลทั่วประเทศ พ.ศ. 2549.....	43
ตารางที่ 14 ร้อยละสถานพยาบาลตติยภูมิตามเขต สปสช. ที่ประชาชนในเขตที่ไม่มีสถานพยาบาลตติยภูมิตั้งอยู่ ไปรับ บริการรักษาโรคมะเร็ง พ.ศ. 2549	49
ตารางที่ 15 ร้อยละของการไปรับบริการโรคมะเร็ง ของเขตใกล้กรุงเทพฯ พ.ศ. 2549	50
ตารางที่ 16 จำนวนการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ปี พ.ศ. 2547-2549 จำแนกตามสวัสดิการสุขภาพและประเภทรักษา.....	51
ตารางที่ 17 จำนวนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในและนอกสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง ปี พ.ศ. 2549 จำแนกตามสวัสดิการ สุขภาพและประเภทรักษา.....	52
ตารางที่ 18 อัตราการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในและนอกสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง พ.ศ. 2547-9 จำแนกตามสิทธิสุขภาพ หน่วย: ต่อแสน	56
ตารางที่ 19 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งผู้มารับการรักษา ปี พ.ศ. 2547-2549 จำแนกตามสวัสดิการสุขภาพ.....	57
ตารางที่ 20 อัตราผู้ป่วยมะเร็งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เสียชีวิต ปี 2547-2549 หน่วย : ร้อยละ	58
ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนงบประมาณจากโครงการฯ ในสถานพยาบาลต่างๆ พ.ศ.2549.....	59
ตารางที่ 22 รายชื่อและจำนวนการตอบแบบสอบถาม จำแนกตามประเภทแบบสอบถาม	61
ตารางที่ 23 ภาระงานและศักยภาพบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งของศูนย์มะเร็ง.....	64
ตารางที่ 24 จำนวนอุปกรณ์และเครื่องมือที่สำคัญ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ศักยภาพตามกำหนด	65
ตารางที่ 25 จำนวนบุคลากรที่มีในศูนย์มะเร็ง เปรียบเทียบกับจำนวนขั้นต่ำตามกำหนด	67
ตารางที่ 26 สภาพปัจจุบันของการพัฒนาระบบบริการ บุคลากร และงานวิชาการ หน่วย : ร้อยละ	69
ตารางที่ 27 ความคิดเห็นของผู้บริหารต่อความพร้อมและการพัฒนาบริการตติยภูมิขั้นสูงของสถานพยาบาล	70
ตารางที่ 28 สภาพปัจจุบันความสมบูรณ์ของระบบทะเบียนผู้ป่วย	71
ตารางที่ 29 สภาพปัจจุบันของการใช้ประโยชน์ของระบบทะเบียนผู้ป่วย ต่อการพัฒนางานของศูนย์	72
ตารางที่ 30 ความคิดเห็นของผู้บริหารการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรของโครงการ	72
ตารางที่ 31 แนวทางและอัตราการจัดจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรของศูนย์มะเร็ง.....	73

ตารางที่ 32 ประเภทบุคลากรในสถานพยาบาลที่ได้รับค่าตอบแทนจากโครงการ.....	73
ตารางที่ 33 จำนวนเงินที่จ่าย กรณีที่สถานพยาบาลจ่ายค่าตอบแทนให้บุคลากรแบบคงที่ทุกเดือน.....	74
ตารางที่ 34 ความเห็นของผู้บริหาร ต่อผลกระทบจากการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ.....	75
ตารางที่ 35 ความเห็นต่อโอกาส/ความเป็นไปได้ ของผลลัพธ์โครงการต่อระบบบริการสุขภาพในภาพรวม	76
ตารางที่ 36 ความคิดเห็นต่อทิศทางการบริหารจัดการทำให้บรรลุเป้าหมายแนวคิด.....	76
ตาราง A1 ปริมาณงานภายใต้เงื่อนไขข้อตกลงและการจัดสรรงบค่าตอบแทนบุคลากร (Extra work load) สำหรับ บริการตติยภูมิโรคมะเร็งปี 2548	87

บทที่ 1 บทนำ

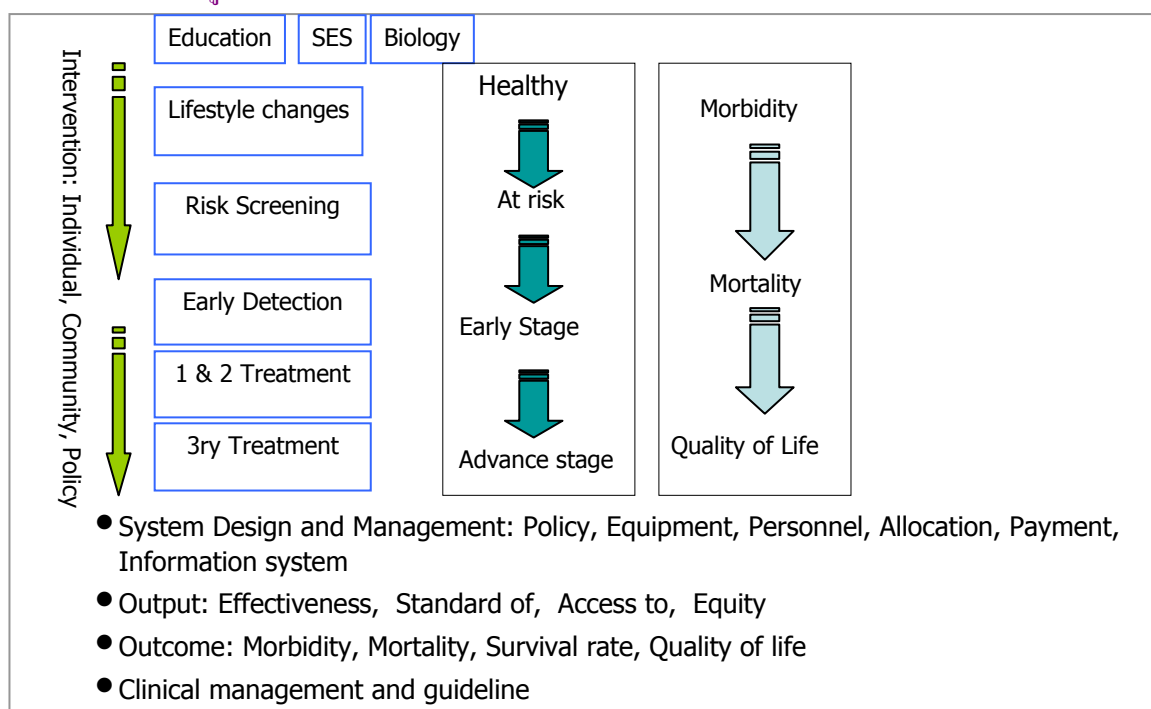
ที่มาและขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาระบบของการจัดการดูแลรักษามะเร็งนั้น (Cancer System) มีส่วนหรือประเด็นที่เกี่ยวข้องหลากหลาย โดยหากศึกษาเชิงระบาดวิทยาของโรค อาจต้องเริ่มจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค เช่น กรรมพันธุ์ ภาวะเศรษฐกิจสังคม ระดับการศึกษา ประกอบกับวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปที่เอื้อต่อการเกิดโรคมมากขึ้น ซึ่งการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องนั้นอาจมีตั้งแต่ระดับบุคคล ระดับชุมชน รวมถึงการกำหนดนโยบายประเทศในภาพรวม และเกี่ยวพันกันระบบการจัดบริการ (Cancer Service System) แบ่งเป็นงานบริการที่เน้นการตรวจหาผู้ป่วยรายใหม่ (Screening and early case detection) โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง (risk population) ระดับต่อไปเป็นบริการรักษาแบบปฐมภูมิ ทดตยภูมิ ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีการของโรคในระยะเริ่มต้น และบริการตติยภูมิที่รักษาผู้ป่วยมะเร็งที่มีความซับซ้อนมากขึ้น (ดูภาพที่ 1)

การประเมินผลของการระบบมะเร็งในภาพรวม เบื้องต้นอาจแบ่งเป็น 4 ลักษณะ คือ

1. การประเมินการออกแบบและการจัดการระบบ มุ่งเน้นไปที่การทำความเข้าใจที่มาและหลักการของนโยบาย สู่ระดับการปฏิบัติ ซึ่งจะดูกระทบการจัดการคน ทรัพยากร การจัดสรรเงิน รวมทั้งการจ่ายเงินเข้าสู่ระบบ
2. การประเมินส่วนผลผลิต เป็นการศึกษาผลที่ได้จากการออกแบบระบบดังกล่าว ว่ามีประสิทธิผล มากน้อยเพียงไร ในรูปแบบของจำนวนและประเภทการจัดบริการ ใครบ้างที่มารับบริการ เป็นต้น
3. การประเมินผลลัพธ์และผลกระทบ โดยมุ่งเน้นที่ผู้รับบริการหรือประชาชนเป็นศูนย์กลางว่า โครงการหรือนโยบายนั้นๆ ส่งผลต่อสุขภาพและการเกิดอย่างไรบ้าง ลดอัตราการตายได้หรือไม่ ประชาชนที่ได้รับการรักษามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นมากน้อยอย่างไร เป็นต้น
4. การประเมินระดับบริการคลินิก เพื่อศึกษามาตรฐานของวิชาชีพและการจัดบริการ ระบบหรือคู่มือในการรักษาโรคมะเร็งต่างๆ เป็นต้น

ภาพที่ 1 ระบบการดูแลจัดการโรคมะเร็ง



ที่มา กรอบความคิดนี้ผู้ทำวิจัยพัฒนาขึ้นเอง เพื่อประกอบคำอธิบาย

การดำเนินงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ทำให้เกิดปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยและมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว และส่งผลกระทบต่อการจัดระบบบริการอย่างมาก การดำเนินงานโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้ให้ความสำคัญกับการลงทุนด้านบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน หรือ Excellence center หรือ Supra-tertiary care โดยคาดหวังว่าจะสามารถลดสาเหตุการตายจากโรคและภาวะเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพชีวิตประชาชนโดยเฉพาะสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก คือ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และอุบัติเหตุ โดยได้กั้นงบประมาณด้านงบลงทุนเพื่อจัดบริการภายใต้โครงการพัฒนาบริการตติยภูมิศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์โรคมะเร็ง และเครือข่ายการบำบัดแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมา โดยระยะเริ่มต้นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการที่ปรึกษาการลงทุน ด้านเทคโนโลยีในการจัดการบริการตติยภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้การบริหารสินทรัพย์ ทรัพยากรสาธารณสุขอย่างคุ้มค่า มีการพัฒนาอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง มีเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงงานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างเป็นเอกภาพ โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ใช้งบประมาณสำหรับการลงทุนในด้านนี้ในระยะ 3-4 ปีที่ผ่านมาเป็นจำนวนมาก ดังนั้น การติดตามประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ว่าบรรลุเป้าประสงค์ตามกลยุทธ์ที่ได้ตั้งไว้มากน้อยเพียงใด จึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อประโยชน์ต่อการปรับปรุงพัฒนายุทธศาสตร์ต่อไป

ดังนั้น การศึกษาเพื่อประเมินผลนี้ จะวางขอบเขตการประเมินไปที่การจัดบริการตติยภูมิขั้นสูง ด้านมะเร็ง และประเมินผลในรูปแบบของการออกแบบระบบและการจัดการระบบ รวมผลผลิตที่สำคัญจากการดำเนินโครงการดังกล่าว ส่วนการประเมินผลลัพธ์หรือผลกระทบต่อการตายและคุณภาพชีวิตนั้น จะต้องใช้เวลาติดตามประเมินผลมาก รวมทั้งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระบบมะเร็งมากมายที่โครงการและศูนย์มะเร็งตติยภูมิขั้นสูงนี้ยังไม่ได้มีบทบาทมากนัก เช่น การรณรงค์ การตรวจหาผู้ป่วยในชุมชน เป็นต้น ส่วนการประเมินคุณภาพการบริการรักษาโรคทางคลินิกนั้นจำเป็นต้องอาศัยการประเมินจากกลุ่มวิชาชีพเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน จึงจะไม่ถูกรวมในการวิจัยประเมินผลในครั้งนี้ ดังนั้น ข้อตกลงและแนวทางสำหรับการกำหนดระเบียบวิธีวิจัย เพื่อประเมินการพัฒนาสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็งครั้งนี้ กำหนดขอบเขตไว้ดังนี้

- 1) ทบทวนเอกสารการดำเนินการที่เกี่ยวกับ แนวคิด หลักการ วัตถุประสงค์ รูปแบบ กลวิธี และแนวทางการพัฒนาศูนย์บริการตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็งของต่างประเทศ
- 2) ศึกษาการดำเนินงานบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง ในประเด็นของ นโยบายการพัฒนา หลักการ แนวคิด เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ทั้งในระยะสั้น / ยาว ตลอดจนแผนการดำเนินงานระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง การลงทุน การผลิต พัฒนา และการกระจายบุคลากร
- 3) ศึกษาโครงสร้างการบริหารจัดการ ในระดับส่วนกลาง กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. เขต (สำนักตรวจราชการ และ สปสช. เขต) หรือหน่วยงานบริหารของโรงพยาบาลส่วนกลาง นอกกระทรวงสาธารณสุข (ถ้าเป็นรพ.สังกัดมหาวิทยาลัย) โดยศึกษาบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการฯ และการจัดการของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง การจัดบริการ ระบบการส่งต่อ การพัฒนาบริการและบุคลากรที่ให้บริการ
- 4) ศึกษาศักยภาพของหน่วยบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานการเป็นสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง และผลิตภาพของการจัดบริการของโรงพยาบาล รวมถึงการกระจายบุคลากรและผลกระทบที่เกิดขึ้น
- 5) ศึกษาผลิตภาพ ประสิทธิภาพ/ประสิทธิผล การดำเนินงานของศูนย์ด้านมะเร็งแต่ละแห่ง การกระจายของบริการ และการได้รับบริการของประชาชนตามประเภทของสิทธิ และจำแนกตามภูมิฐานะ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคในการรับส่งต่อผู้ป่วยประเภทต่างๆ และผลกระทบที่เกิดขึ้น
- 6) การพัฒนาและการสนับสนุนงบประมาณ หมวดต่างๆ ในแต่ละปีของศูนย์ด้านมะเร็ง ของกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช.
- 7) ดำเนินการ รวบรวมข้อมูล ในเชิงปริมาณและคุณภาพตามระเบียบวิธีวิจัยซึ่งเป็นที่ยอมรับ รวมทั้งการวิเคราะห์/สังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืนต่อไป

8) จัดทำรายงานความก้าวหน้า (Progress Report) ในประเด็นดังกล่าวข้างต้น รายงานฉบับกลาง (Interim Report) และรายงานฉบับสมบูรณ์ (Final report) เป็นระยะๆ เพื่อรับฟังข้อเสนอแนะจากผู้ทรงวุฒิ หรือผู้เชี่ยวชาญ

คำถามของการวิจัย

- 1) การพัฒนาระบบบริการตติภูมิขั้นสูงในด้านมะเร็งมีหลักการ แนวคิด เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน และการโครงสร้างการบริหารโครงการ สอดรับกันอย่างไร ตลอดจนกระบวนการบริหารนโยบายมีประสิทธิผลอย่างไร
- 2) ศักยภาพและผลผลิตภาพในการจัดบริการของโรงพยาบาลตติภูมิขั้นสูงด้านมะเร็งในปัจจุบันเป็นอย่างไร การกระจายของทรัพยากรสาธารณสุขในการบริการตติภูมิมีความเป็นธรรมมากน้อยเพียงใด และการสนับสนุนงบประมาณของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลต่อความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของการบริหารและใช้ทรัพยากรอย่างไร
- 3) สถานการณ์ด้านความเป็นธรรมในการเข้าถึงและใช้บริการตติภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง และระบบส่งต่อเป็นอย่างไร
- 4) การบริหารระบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่ให้บริการตติภูมิขั้นสูงด้านมะเร็งมีหลักเกณฑ์และแนวทางการดำเนินการอย่างไรในแต่ละโรงพยาบาล และส่งผลต่อการจัดบริการและผลกระทบอย่างไรในโรงพยาบาลตติภูมิขั้นสูง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อติดตามประเมินผลการพัฒนาระบบบริการตติภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง ทั้งในด้านประสิทธิผลของการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และกระบวนการบริหารจัดการที่ระดับโรงพยาบาล ผลลัพธ์รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อทบทวนนโยบายการพัฒนาในด้านหลักการ แนวคิด เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ตลอดจนแผนการดำเนินงานระบบบริการตติภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง ในประเด็นการลงทุน การผลิตและพัฒนา การกระจาย และการจ่ายค่าตอบแทน
- 2) เพื่อศึกษาการบริหารโครงการในระดับส่วนกลาง (สธ.และ สปสช.) เขต (สำนักตรวจ และ สปสช.เขต) และการจัดการของโรงพยาบาลตติภูมิขั้นสูงด้านการจัดบริการ ระบบการส่งต่อ การพัฒนาบริการและกำลังคน และการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ผู้ให้บริการ

3) เพื่อศึกษาศักยภาพของหน่วยบริการตติยภูมิชั้นสูงประเภทต่างๆ เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานการเป็นสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงระดับต่างๆ และผลิดภาพของการจัดบริการ รวมถึงการกระจายบริการ

4) เพื่อศึกษาการกระจายบริการหรือการได้รับบริการของประชาชนตามประเภทสิทธิและภูมิลำเนา และปัญหาอุปสรรคในการรับส่งต่อผู้ป่วยประเภทต่างๆ

5) เพื่อศึกษาผลของการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์และทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการตติยภูมิชั้นสูงต่อค่าตอบแทนโดยรวมที่ได้รับและโครงสร้างค่าตอบแทนโดยรวมของแพทย์ใน โรงพยาบาลดังกล่าว ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้น

6) เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิชั้นสูงด้าน มะเร็ง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ยั่งยืน

วิธีการศึกษาประเมินผล

การศึกษานี้ใช้การวิจัยทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพโดยประกอบด้วย 5 ประเด็นคำถามย่อยตามประเด็นการศึกษาดังนี้

ประเด็นที่ 1.นโยบายและการบริหารนโยบาย เพื่อทบทวนหลักการ แนวคิด เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และแผนดำเนินงาน รวมทั้งประสิทธิผลของการดำเนินงานพัฒนาด้านนโยบาย โดยใช้วิธีการศึกษา ดังนี้

1.1 ทบทวนเอกสาร: เอกสาร โครงการ และรายงานการประชุม ของคณะกรรมการชุดต่างๆ โดยมีประเด็นในการทบทวนดังนี้

1.1.1 แนวคิด หลักการ

1.1.2 วัตถุประสงค์ของนโยบาย

1.1.3 ยุทธศาสตร์การพัฒนา

1.1.4 แผนและเป้าหมายการพัฒนา

1.1.5 โครงสร้างการบริหารจัดการ

1.1.6 การดำเนินการพัฒนาและการสนับสนุนงบประมาณที่ผ่านมา

1.2 สัมภาษณ์เชิงลึก: ผู้บริหารส่วนกลางและนักวิชาการ 6-10 คน, ผู้บริหารโรงพยาบาลและศูนย์มะเร็ง 4-6 คน โดยมีประเด็นสัมภาษณ์ดังนี้

1.2.1 บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิชั้นสูง

เช่น กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ทบวงมหาวิทยาลัย

- 1.2.2 โครงสร้างการบริหารนโยบายและกระบวนการประสานนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - 1.2.3 ความคิดเห็นต่อการกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง ในประเด็นการลงทุน การพัฒนาระบบบริการและบุคลากร การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์และกำลังคน
 - 1.2.4 หลักการ หลักเกณฑ์ และเป้าประสงค์ในการจัดสรรทรัพยากรอันได้แก่ งบประมาณ ด้านครุภัณฑ์ การพัฒนาระบบบริการและกำลังคน และค่าตอบแทน ในการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง
 - 1.2.5 ระบบในการติดตามกำกับ รวมทั้งระบบข้อมูลด้านการพัฒนา เพื่อการวางแผนพัฒนาระบบบริการด้านมะเร็งต่อไป
 - 1.2.6 ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของระบบบริการ
 - 1.2.7 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายและข้อเสนอแนะ
- 1.3 สันทนากลุ่ม: คณะทำงานและผู้ปฏิบัติในระดับศูนย์ฯหรือโรงพยาบาล 4 แห่งๆละหนึ่งกลุ่ม (กลุ่มละ 8-10 คน) โดยมีประเด็นสัมภาษณ์ดังนี้
- 1.3.1 โครงสร้างการบริหารจัดการ โครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงของโรงพยาบาล
 - 1.3.2 แผนและเป้าหมายการพัฒนาของโรงพยาบาล
 - 1.3.3 การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยด้านมะเร็ง
 - 1.3.4 การจัดระบบข้อมูลการขึ้นทะเบียนและการจัดบริการ
 - 1.3.5 การพัฒนาบุคลากร
 - 1.3.6 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์และบุคลากรในการบริการทั่วไป และจากโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูง
 - 1.3.7 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จดังกล่าว
 - 1.3.8 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายแต่ละด้านและข้อเสนอแนะ

ประเด็นที่ 2. ศักยภาพและผลิตภาพในการจัดบริการรักษาโรคมะเร็ง เพื่อเปรียบเทียบศักยภาพของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง กับมาตรฐานที่โครงการกำหนดในประเด็นจำนวน และประเภทความเชี่ยวชาญของแพทย์และทีมบุคลากร รวมทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์ การกระจายทรัพยากรสุขภาพ (บุคลากร เทคโนโลยี และงบประมาณ) รวมถึงการศึกษาผลิตภาพการให้บริการของโรงพยาบาลนั้นๆ วิธีการศึกษา ประกอบด้วย

2.1 การศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม ในโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงด้านมะเร็งทั้งหมดรวม 30 แห่ง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด คือ แบบกรอกข้อมูลสำหรับผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ฯ แบบความเห็นของผู้บริหารศูนย์ฯ และแบบความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาล (กรณีที่ศูนย์มะเร็งนั้นๆ เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล) ซึ่งประเด็นคำถามประกอบด้วย

2.1.1 จำนวนและประเภทความเชี่ยวชาญของแพทย์และบุคลากร และเครื่องมือของโรงพยาบาลศูนย์มะเร็ง เปรียบเทียบกับมาตรฐานของโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิชั้นสูง

2.1.2 ศักยภาพบริการของรายโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับมาตรฐาน

2.1.3 จำนวนและประเภทการพัฒนาบุคลากร จำแนกตามประเภทบุคลากร

2.2 การศึกษาเชิงปริมาณ ประเด็นจำนวนและประเภทบริการตติยภูมิชั้นสูง จำแนกตามสิทธิประกันสุขภาพ โดยใช้ฐานข้อมูลรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2547-2549

ประเด็นที่ 3. การกระจายบริการและระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อเปรียบเทียบการกระจายบริการของโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง และศึกษาการดำเนินงานตามระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง

3.1 การศึกษาเชิงปริมาณ: แบบสอบถามสำหรับผู้ปฏิบัติงาน (เหมือนประเด็นที่ 2) ในโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงทั้งหมดรวม 30 แห่ง

3.2 รวบรวมและวิเคราะห์ฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนและการบริการผู้ป่วยของศูนย์มะเร็ง (ใช้ข้อมูลตติยภูมิจาก สปสช.) ปี 2547-2549

3.3 สัมภาษณ์เชิงลึก: ผู้บริหารส่วนกลาง 6-10 คน, ผู้บริหารระดับศูนย์ฯ/โรงพยาบาล 4-6 คน ประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

3.3.1 แผนงานโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิชั้นสูงและการดำเนินการจริง เช่น การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วย การจัดระบบข้อมูลการขึ้นทะเบียนและการจัดบริการ วิศวกรรม การพัฒนาบุคลากร

3.3.2 ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในการบริการและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ

3.3.3 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายและข้อเสนอแนะ

ประเด็นที่ 4. ระบบการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ เพื่อศึกษาการบริหารการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ที่ให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งและแพทย์สาขาอื่นในโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง และผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยวิธีการศึกษา

4.1 ทบทวนเอกสาร: แนวทางการจ่ายค่าตอบแทนของโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิชั้นสูงด้านมะเร็ง

4.2 สัมภาษณ์เชิงลึก: ผู้บริหารส่วนกลาง 6-10 คน, ผู้บริหารศูนย์ฯ/โรงพยาบาล 4-6 คน

4.3 สันทนากลุ่ม: คณะทำงานและปฏิบัติระดับโรงพยาบาล หมายรวมทั้งกลุ่มแพทย์และกลุ่มวิชาชีพอื่น ในโรงพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง 4 แห่ง แห่งละ 8-10 คน โดยมีประเด็นสนทนาดังนี้

- 4.3.1 ความเหมาะสมและความเป็นธรรมของระบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ในปัจจุบัน
- 4.3.2 ผลของค่าตอบแทนต่อการเพิ่มผลิตภาพบริการ แรงจูงใจ และขวัญกำลังใจของผู้ให้บริการ
- 4.3.3 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์และบุคลากรที่ให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- 4.3.4 ความเหมาะสมและผลกระทบของการจ่ายค่าตอบแทนตรงแก่แพทย์และบุคลากรในโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิชั้นสูง
- 4.3.5 หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสม

ประเด็นที่ 5. การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอโดย

- 5.1 สัมภาษณ์เชิงลึก: ผู้บริหารส่วนกลาง 6-10 คน, ผู้บริหารศูนย์ฯ/โรงพยาบาล 4-6 คน
- 5.2 สันทนากลุ่ม: คณะทำงานและปฏิบัติระดับโรงพยาบาล
- 5.3 การระดมสมอง: จัดประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญระบบบริการสุขภาพ 1 ครั้ง (ผู้เข้าร่วม 10-15 คน)

ตารางที่ 1 การเลือกตัวอย่าง และเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูล

เครื่องมือ	เป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ตอบ	เนื้อหา
แบบสำรวจข้อมูล ชุดที่ 1	ทรัพยากรและผลการดำเนินงานของศูนย์ฯ	ผู้บริหาร/ผู้จัดการศูนย์มะเร็ง หรือผู้ปฏิบัติงานในศูนย์มะเร็ง ที่ได้รับมอบหมาย 30 แห่ง	ข้อ 1 ระดับของสถานพยาบาล/ศูนย์ ข้อ 2 ภาระงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็ง ข้อ 3 การแบ่งความรับผิดชอบการดูแลและรักษาผู้ป่วย แบบเครือข่ายการส่งต่อ ข้อ 4 ศักยภาพด้านบุคลากรเฉพาะในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านมะเร็ง ข้อ 5 ศักยภาพและจำนวนอุปกรณ์เครื่องมือสำคัญ ข้อ 6 การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง ในปีงบประมาณ 2549 ข้อ 7 ผลผลิตภาพของศูนย์ฯ ที่เป็นจำนวนผู้รับบริการ ข้อ 8 สภาพปัจจุบันของการพัฒนาระบบบริการ การส่งต่อ และเครือข่าย ข้อ 9 การพัฒนาบุคลากร ข้อ 10 การสร้างองค์ความรู้ และการเผยแพร่งานวิชาการ ข้อ 11 ระบบทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็ง
แบบสำรวจข้อมูล ชุดที่ 2	ความคิดเห็นของผู้บริหารศูนย์มะเร็ง	ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็ง (กรณีที่ ศูนย์มะเร็งไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล) 8 แห่ง และ หัวหน้า/รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลดูแลศูนย์มะเร็งในโรงพยาบาล 22 แห่ง	ข้อ 1. ความคิดเห็นต่อโครงสร้างและการจัดบริการตรวจรักษาโรคมะเร็ง ณ ปัจจุบัน ข้อ 2 ปัจจัยและผลกระทบจากโครงการกับสถานพยาบาลของท่าน ข้อ 3 สถานการณ์ปัจจุบันและบทบาทหน้าที่ผู้บริหารต่อการดำเนินการของศูนย์ ข้อ 4 ความเห็นต่อผลลัพธ์และเป้าหมายในภาพรวมของโครงการ ข้อ 5 ความเห็นต่อการบริหารจัดการโครงการ ข้อ 6 แนวทางการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากร

เครื่องมือ	เป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย/ผู้ตอบ	เนื้อหา
แบบสำรวจข้อมูล ชุดที่ 3	ความคิดเห็นของ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ที่มี ศูนย์มะเร็งเป็นส่วนหนึ่งของ โรงพยาบาล 22 แห่ง	ข้อ 1 ปัจจัยและผลกระทบจากโครงการกับสถานพยาบาลของท่าน ข้อ 2 สถานการณ์ปัจจุบันและบทบาทหน้าที่ผู้บริหารต่อการดำเนินการของศูนย์ ข้อ 3 ความเห็นต่อการบริหารจัดการโครงการ ข้อ 4 ความเห็นและข้อเสนอแนะทั่วไป
ชุดที่ 4 แนวทางการ สัมภาษณ์เชิงลึก	ผู้กำหนดนโยบายและ วิชาการ	ผู้เกี่ยวข้องในระดับนโยบาย ส่วนกลาง 6-10 คน	สัมภาษณ์เจาะลึกในกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องระดับนโยบายในส่วนกลาง และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง
ชุดที่ 5. แนวทางการ สัมภาษณ์เชิงลึก	ผู้บริหารสถานพยาบาล	ผู้เกี่ยวข้องในระดับผู้บริหาร สถานพยาบาล 4-6 คน	สัมภาษณ์เจาะลึกในผู้บริหารสถานพยาบาลและ/หรือผู้อำนวยการศูนย์มะเร็ง 4 แห่ง
ชุดที่ 6. แนวทางการ สนทนากลุ่ม	ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์	ผู้เกี่ยวข้องและปฏิบัติงานใน สถานพยาบาล 5 แห่ง	- สัมภาษณ์กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ฯ เช่น แพทย์ พยาบาลและ/หรือเจ้าหน้าที่ - สนทนากลุ่มๆละประมาณ 8-10 คน - เลือกกลุ่มตัวอย่างหลังจากพบความแตกต่างที่ได้จากข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น การจ่ายผลกระทบอื่นๆ

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม

สถานการณ์ของปัญหาและการจัดบริการมะเร็งในประเทศไทย

ปัจจุบันคนไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเป็นอันดับ 1 มากกว่าโรคอื่นๆที่เคยเป็นปัญหาทางสาธารณสุขในอดีต จากปี พ.ศ. 2516 ที่โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 6 มีอัตราการตาย 16.3 ต่อประชากรแสนคนต่อปี ต่อมาปี พ.ศ.2536 อัตราตายเลื่อนมาเป็นอันดับ 3 เท่ากับ 45 ต่อแสนคนต่อปี และปี พ.ศ. 2542 ได้กลายมาเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 1 แซงโรคหัวใจหลอดเลือด และอุบัติเหตุ และในปี พ.ศ. 2545 อัตราการตายของมะเร็งเท่ากับ 73.3 ต่อแสนคนต่อปี^[1] จากการศึกษาวิจัยภาคในจังหวัดที่มีระบบทะเบียนมะเร็งที่ถูกต้อง คือ เชียงใหม่ ลำปาง ขอนแก่น สงขลา และกรุงเทพฯ พบว่ามีความแตกต่างในอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตั้งแต่ 91.4 (จังหวัดสงขลา) ถึง 182.5 (ขอนแก่น) ต่อแสนคนในเพศชาย และ 81.3 (สงขลา) ถึง 148.6 (เชียงใหม่) ต่อแสนคนในเพศหญิง^[1] โดยภาพรวมของประเทศ ปี พ.ศ. 2539 มีผู้ป่วยมะเร็งเพศชาย 35,539 คน หรือคิดเป็น Age standard rate (ASR) เท่ากับ 149.2 ต่อแสนคน และผู้หญิง 38,467 คนหรือ ASR 125 ต่อแสนคน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 อุตติการณ์มะเร็งในประเทศไทย โดยประมาณ

ปี พ.ศ.	เพศชาย		เพศหญิง	
	จำนวน	ASR	จำนวน	ASR
2533	29,195	149.6	28,773	125.2
2536	32,801	151.3	30,940	123.8
2539	35,539	149.2	38,467	125.0

คัดจาก ธีรวุฒิ คูหะเปรมะ, 2548

มะเร็งที่พบได้บ่อยในเพศชาย โดยอาศัยข้อมูลจำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2548^[2] สามอันดับแรกที่พบมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มมะเร็งปอดและหลอดลม โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี และโรคมะเร็งลำไส้และทางเดินอาหาร (ตารางที่ 4) ส่วนมะเร็งที่พบได้บ่อยในเพศหญิง ในปี พ.ศ. 2548 สามอันดับแรกคือ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และลำไส้ทางเดินอาหาร ตามลำดับ (ตารางที่ 5) ซึ่งประมาณร้อยละ 63 ของผู้ป่วยมะเร็งที่รายงานในปี พ.ศ. 2548 นั้น เป็นกลุ่มผู้ที่มีอายุ 40 ถึง 60 ปี ลักษณะเดียวกันทั้งเพศชายและเพศหญิง^[2]

ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย พ.ศ. 2548

	Cancer Type	Code	จำนวน
1	Traches, Bronchus & Lung	C33 - C34	215
2	Liver and Intrahepatic bile ducts	C22	168
3	Colon + Rectum, Rectosigmoid and Anus	C18 – C21	117
4	Lumph Nodes	C77	55
5	Nasopharynx	C11	50
6	Tongue	C01 - C02	43
7	Esophagus	C15	33
8	Skin	C43 - C44	27
9	Stomach	C16	25
10	Oropharynx	C09 - C10	18

ที่มา Pattarawin Attasara, 2548^[2]

ตารางที่ 5 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่พบบ่อยในเพศหญิง พ.ศ. 2548

	Cancer Type	Code	จำนวน
1	Breast	C50	679
2	Cervix	C53	397
3	Colon + Rectum, Rectosigmoid and Anus	C18 – C21	115
4	Traches, Bronchus & Lung	C77	110
5	Ovary	C56	95
6	Liver	C22	63
7	Corpus uteri	C54	51
8	Lumph Nodes	C77	51
9	Skin	C44	30
10	Thyriod gland	C73	30

ที่มา Pattarawin Attasara, 2548^[2]

สรุปโดยรวมในปี พ.ศ. 2551 คาดคะเนว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยมะเร็งเกิดใหม่ 120,000 คน ซึ่งเทียบกับอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ในช่วง 10 ปี ส่วนสาเหตุที่ทางภาคใต้มีผู้ป่วยน้อย อาจเป็นเพราะว่ามีอุบัติการณ์ที่เกิดน้อยจริง หรือว่าอาจเป็นเพราะจำนวนประชากรในภาคใต้น้อยกว่าภาคอื่นๆ ก็ได้^[1]

องค์การอนามัยโลกได้ให้แนวทางสำหรับการจัดการด้านโรคมะเร็งไว้ 4 แนวทาง คือ 1. การป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็ง (Primary prevention); 2. การค้นหามะเร็งในระยะแรกเริ่ม (Early detection); 3. การวินิจฉัยและรักษา (Diagnosis and treatment หรือ Tertiary prevention); 4. การรักษา

แบบประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งแพทย์โดยทั่วไปมักจะดูแลผู้ป่วยมะเร็งในมุมมองของการวินิจฉัยและรักษาเท่านั้น^[1] การรักษาโรคมะเร็งนั้น โดยสากลมีวิธีการหลัก คือ การผ่าตัด การใช้สารเคมีบำบัด (รวมทั้งการใช้ฮอร์โมน) การบำบัดด้วยรังสีรักษาหรือการฉายแสง และชีวบำบัด ซึ่งการที่จะใช้วิธีการใดในการรักษานั้นขึ้นอยู่กับชนิดของโรคมะเร็งและระยะของโรคนั้นๆ ปัจจุบันบทบาทของการใช้วิธีผสมผสาน (Multimodality treatment) มีมากขึ้น ดังนั้นศูนย์รักษาโรคมะเร็งจึงต้องพร้อมด้วยการให้บริการการรักษาทุกวิธี หรือถ้าไม่สามารถให้การรักษาด้วยวิธีการใดวิธีหนึ่งได้ ก็จำเป็นต้องมีเครือข่ายการส่งต่อได้ทันที เนื่องจากการบำบัดด้วยรังสีรักษาจำเป็นต้องใช้เครื่องมือราคาแพง และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง การดูศักยภาพของสถานบริการด้านโรคมะเร็งจึงมักนำเอาขีดความสามารถของสถานบริการในเรื่องรังสีรักษาเป็นหลัก และรองลงมาคือเคมีบำบัดและศัลยกรรม ในปี พ.ศ. 2548 ผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยได้รับการรักษาที่เป็นการผ่าตัดอย่างเดียว ร้อยละ 24.9 รองลงมาเป็นการใช้รังสีรักษาอย่างเดียว ร้อยละ 15.9 และเคมีบำบัดอย่างเดียว ร้อยละ 13.8 ตามลำดับ นอกจากนั้นจะเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการหลายอย่างร่วมกัน (ดูตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง จำแนกตามวิธีการรักษา ปี 2548 หน่วย: ร้อยละ

	ประเภทของการรักษา	ชาย	หญิง	รวม
1	Surgery only	17.4	28.9	24.9
2	Radiation therapy only	13.2	17.4	15.9
3	Chemotherapy only	16.6	12.4	13.8
4	Supportive only	19.2	9.6	13.0
5	Surgery + Radiation therapy	5.5	6.5	6.1
6	Surgery + Radiation therapy + Chemotherapy	1.9	2.5	2.3
7	Surgery + Radiation therapy + Chemotherapy + Hormone	0	0.1	0
8	Surgery + Chemotherapy	4.5	9.8	7.9
9	Surgery + Chemotherapy + Hormone	0	0.2	0.1
10	Surgery + Hormone	0.2	0.2	0.2
11	Surgery + Immunotherapy	0	0.1	0
12	Radiation therapy + Chemotherapy	5.4	3.1	3.9
13	Chemotherapy + Hormone	0	0.1	0
14	Others	2.6	1.3	1.8
15	Not recorded	13.6	8.0	10.0
	รวม	100	100	100

ที่มา Pattarawin Attasara, 2548^[2]

ตามรายงานในปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยได้แบ่งระดับสถานพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาโรคมะเร็งออกตามศักยภาพเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับ 1 Excellence Cancer Center ระดับ Excellence มีบริการรักษาโรคมะเร็งได้ครบเต็มรูปแบบ และทำ Research และ Model Development เช่น

- กระทรวงสาธารณสุข: รพ.ราชวิถี สถาบันมะเร็ง
- ทบวงมหาวิทยาลัย: จุฬาลงกรณ์ ศิริราช รามาธิบดี เชียงใหม่ สงขลา ศรีนครินทร์
- กระทรวงกลาโหม: พระมงกุฎฯ ภูมิพล
- กทม.: วชิรพยาบาล

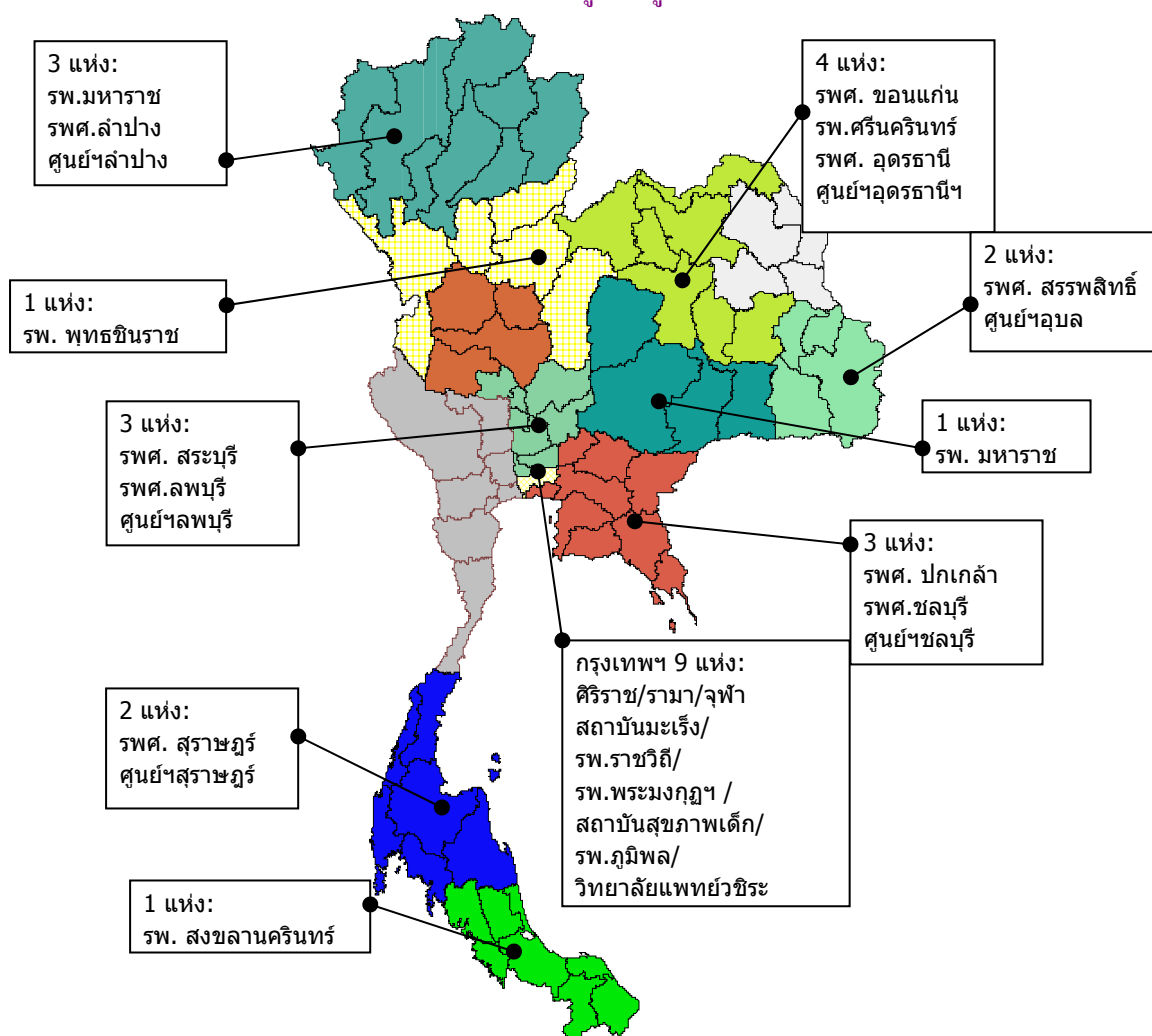
ระดับ 2 Advance Cancer Center ระดับ Advance มีบริการครบ และทำ Clinical Research

- รพศ.มหาราชนครราชสีมา
- รพศ.สรรพสิทธิประสงค์ + ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี
- รพศ.สระบุรี + ศูนย์มะเร็งลพบุรี
- รพศ.ชลบุรี + ศูนย์มะเร็งชลบุรี
- รพศ.ขอนแก่น

ระดับ 3 เป็น General Cancer Center จัดบริการครบ แต่ไม่ทำ Research

- รพศ.อุดรธานี + ศูนย์มะเร็งอุดรธานี
- รพศ.สุราษฎร์ธานี + ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี
- รพศ.พุทธชินราช
- รพศ.ลำปาง + ศูนย์มะเร็งลำปาง
- รพศ.พระปกเกล้า
- รพศ.ลพบุรี

ภาพที่ 2 การกระจายของสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคมะเร็ง จำแนกตามเขต สปสช.



นอกจากนี้แล้วยังมีสถานพยาบาลภาคเอกชนจำนวนหนึ่งที่สามารถให้บริการรักษาโรคมะเร็ง โดยมีเครื่องฉายแสงให้บริการด้วย คือ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ สมิติเวชศรีนครินทร์ ชนบุรี ศรีสยาม ศูนย์มะเร็งกรุงเทพ เป็นต้น ปัจจุบันสถาบันมะเร็งแห่งชาติและศูนย์มะเร็งส่วนภูมิภาคทั้ง 7 ศูนย์อยู่ภายใต้กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข กำลังดำเนินการพัฒนาเครือข่าย Cancer of Excellence ด้านมะเร็ง โดยจะเป็นเครือข่ายดูแล ควบคุมโรคมะเร็งครบวงจร คือ ด้านการป้องกัน การค้นหาและวินิจฉัยในระยะแรกเริ่ม การวินิจฉัยและรักษา และการรักษาประคับประคอง โดยมุ่งเน้นให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติและศูนย์มะเร็งภูมิภาค ก้าวสู่ comprehensive cancer center^[1] คือ

1. เป็น Super-tertiary Center ด้านโรคมะเร็ง
2. เป็น Referral Center
3. เป็น Training Center
4. เป็น Research and Development
5. เป็น Reference Center

6. เป็น Network Center
7. เป็นผู้ชี้แนะนโยบายเรื่องโรคมะเร็งของชาติ National body and policy advocacy

ประสบการณ์จากต่างประเทศของการจัดการและระบบบริการโรคมะเร็ง

กรณีศึกษา ประเทศสหราชอาณาจักร

ประเทศสหราชอาณาจักรมีลักษณะระบบสุขภาพสำคัญ ที่ใกล้เคียงกับประเทศไทยมากที่สุด กล่าวคือระบบสุขภาพมีองค์กรที่รับผิดชอบหลักคือ National Health Service (NHS) และมีการจัดสรรงบประมาณหลักมาจากระบบภาษี ดังนั้นจึงมีความเป็นการบริหารแบบรวมศูนย์จึงมีมากกว่าประเทศพัฒนาแล้วอื่นๆ เช่น ออสเตรเลียหรือแคนาดา

ระบบสุขภาพของอังกฤษและเวลส์ ได้แบ่งระดับของการบริการมะเร็งของประเทศ ไว้ 3 ระดับ คือ^[3]

1. ระดับบริการปฐมภูมิ โดยใช้ Primary Care Teams ร่วมทำงานกับ Unit และ Centre โดยต้องมีแบบแผนการส่งต่อและติดตามที่ชัดเจน
2. ระดับ Cancer Units โดยปกติมักจะตั้งอยู่ร่วมกัน โรงพยาบาล เพราะต้องเน้นการสนับสนุนทีมบุคลากรแพทย์ และสามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่พบได้บ่อยในพื้นที่นั้นๆ
3. ระดับ Cancer Centre จะต้องมีผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษามะเร็งทุกประเภททั้งในพื้นที่ และที่ได้รับการส่งต่อมาจากระดับอื่นๆ

งานบริการรักษามะเร็งควรเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ที่ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งที่พบบ่อย (Commoner cancers) เป็นหน่วยมะเร็ง (Cancer Unit) ที่จะให้บริการรักษาเฉพาะมากขึ้น ควรมีข้อตกลงโดยผู้รับหน้าที่ซื้อบริการกับศูนย์มะเร็ง (Cancer Centre) โดยศูนย์มะเร็งควรมีบริการรักษามะเร็งที่พบได้ไม่บ่อย (less common and rare cancers) ที่ต้องการการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางยิ่งขึ้น การพัฒนาความเชี่ยวชาญหรือเฉพาะทางในศูนย์มะเร็งควรมีทั้งการวินิจฉัยและการรักษา รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยแบบการผสมผสานสหสาขา (multi-disciplinary consultation) ทั้งนี้ยังต้องประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่น(ที่ไม่ใช่มะเร็ง)ด้วย จึงจะทำให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม^[3]

คำจำกัดความของ “Cancer Centre” อาจตีความได้หลายแบบ โดยส่วนใหญ่จะหมายถึงศูนย์ที่มีการรักษาแบบเบ็ดเสร็จ ทันสมัยและมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดูแล กลุ่ม ‘London Implementation Group’ ให้ความเห็นว่าศูนย์มะเร็งควรมีผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษามะเร็งไม่น้อยกว่า 8 สาขา และให้บริการประชาชนครอบคลุมประชาชนไม่น้อยกว่า 1 ล้านคน ในข้อเสนอของ ‘Royal College of Radiologists’ แนะนำว่าศูนย์มะเร็งควรดูแลประชาชนอย่างน้อย 7 แสนคน (two-thirds of a million people)

งานบริการที่คาดหวังว่าศูนย์มะเร็งจะสามารถรับผิดชอบและบริการรักษาได้ ประกอบด้วย

- 1) Pediatric and adolescent cancer services
- 2) The assessment and management of rare cancers in multi-disciplinary teams and the accumulation of expertise in these treatments
- 3) Specialist surgical services including plastic and reconstructive surgery
- 4) Intensive chemotherapy particularly involving complex hematological support such as bone marrow transplantation and peripheral blood stem cell support
- 5) A full range of radiotherapy facilities with appropriate numbers of clinical oncologists to ensure specialized application
- 6) Medical oncology
- 7) Sophisticated diagnostic facilities (pathology and imaging)
- 8) Special expertise in palliative care and rehabilitation

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยของศูนย์ควรเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมมาเป็นพิเศษ (post-registration cancer qualification) เช่น Clinical Nurse Specialist (มีทักษะในการดูแล Intravenous Cytotoxic Chemotherapy, Palliative Care, Breast care, Rehabilitation/Psychosocial support, Lymphoedema Management, Stoma Care) และที่สำคัญศูนย์มะเร็งต้องทำหน้าที่เป็นที่ฝึกอบรมพยาบาลทั้งคนในศูนย์เองและนอกศูนย์ด้วย

ผู้ที่ทำหน้าที่รังสีรักษา (Therapy radiographers) ต้องมีทักษะในการรักษา day to day radiation treatment และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยระหว่างที่รับการรักษา รวมทั้งทักษะการบริหาร และจัดบริการที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ (safe and efficient service) โดยผู้ที่หน้าที่รักษาทางรังสีนั้นควรได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยรังสี (College of Radiographers)

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ปรึกษา (Expert Advisory Group) ให้ความเห็นว่าอาจไม่สามารถจัดบริการให้ได้ผลด้วยรูปแบบเดียว (single blueprint) แต่ก็ให้ความสำคัญว่าความสำเร็จและความเบ็ดเสร็จในการรักษามะเร็งประเภทที่พบได้ไม่บ่อย (rare cancers) ขึ้นกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่มีอยู่ในแต่ละศูนย์ด้วย แม้ว่ากลุ่มที่ปรึกษาจะแนะนำให้ศูนย์มีพื้นที่ดูแลประชาชนมากกว่า 1 ล้านก็ตาม ยังต้องคำนึงถึงข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ที่อาจส่งผลการเข้าถึงบริการได้

รูปแบบการจัดบริการของศูนย์อาจขึ้นกับหน่วยมะเร็งในพื้นที่นั้นๆ ด้วย หน่วยมะเร็งจะต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังศูนย์มะเร็งในกรณีที่ศักยภาพของหน่วยในการดูแลรักษามีไม่เพียงพอ ในบางพื้นที่อาจให้บริการรักษาที่ศูนย์มะเร็งทั้งหมดแล้วส่งผู้ป่วยกลับและติดตามผลที่หน่วยมะเร็งแทน จึงดูเหมือนว่าการจัดตั้งเป็นศูนย์มะเร็งจะเกิดลักษณะการจัดการแบบ “รวมศูนย์” ของผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ เข้าด้วยกัน ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งเดียวกัน อย่างไรก็ตามบางครั้งอาจคำนึงถึงการรวมกันเป็นเครือข่ายหลายสถานพยาบาลได้เช่นกัน (collaborative structures and managerial integration)

นอกจากนี้ศูนย์มะเร็งต้องแสดงบทบาทสำคัญของการเป็นศูนย์อบรม (Training), การศึกษาต่อเนื่อง (continuing medical education) และการรับรองทางคลินิกของบุคลากรทางสุขภาพด้วย (clinical audit for health care professionals) ศูนย์มะเร็งและเครือข่าย ควรผลักดันให้ผู้ป่วยเข้าสู่งานวิจัยที่เป็นการพัฒนาและทดลองทางคลินิก (Clinical trials)

รูปแบบการทำงานที่สมดุลระหว่างศูนย์มะเร็งและหน่วยมะเร็งในแต่ละพื้นที่อาจต่างกันได้ ขึ้นกับจำนวนประชากร ผู้เชี่ยวชาญและศักยภาพสถานพยาบาล เมื่อมีการรักษาด้วยเทคนิคใหม่ก็คาดว่าศูนย์มะเร็งอาจต้องดูแลรับผิดชอบก่อน จากนั้นระยะหนึ่งจึงพัฒนาความเป็นไปได้ของการบริการในหน่วยมะเร็งรับผิดชอบได้ในภายหลัง รวมทั้งโรงพยาบาลที่เป็นลูกข่ายของศูนย์มะเร็งควรพัฒนาบริการที่สนับสนุนการวินิจฉัยทางคลินิกได้ เช่น Hematology, Pathology และ Radiology

ในปี 2000 NHS Cancer Plan^[4] ของประเทศอังกฤษได้วางแผนการจัดการแก้ปัญหาภาระอย่างครบวงจรโดยผสมผสานงาน prevention, diagnosis, treatment, care and research, รวมถึงการลงทุนพัฒนาระบบบริการที่รวม improved staffing, equipment, drugs, treatments and information systems โดยตั้งเป้าหมายของความสำเร็จไว้ดังนี้

1. ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็ง (reducing overall cancer mortality)
2. ส่งเสริมการเลิกการสูบบุหรี่ (improving smoking cessation services)
3. ขยายการบริการตรวจคัดกรองโรค (expanding screening services)
4. เพิ่มการเข้าถึงบริการ (improving speed and equality in access to treatment)
5. สนับสนุนการศึกษาวิจัย (supporting and promoting cancer research)
6. บริการแบบผสมผสาน และใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (designing more coordinated and patient-centered service delivery)
7. ดำเนินการศึกษาวิจัยเรียนรู้ผู้ป่วยทางคลินิกมากขึ้น (getting more patients into clinical trials)

การดำเนินงานของ Cancer Plan จะเน้นกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างองค์ความรู้สนับสนุนการจัดบริการที่ดี (establishing evidence based policy decisions), การลดความเท่าเทียมของการเกิดโรคและการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง (tackling inequalities in cancer incidence and mortality), ลดเวลาการรอคิวรับบริการ (addressing waiting times for the entire patient pathway) และ การวางแผนการพัฒนาระบบบริการในระยะยาว (planning for the long-term future of cancer services) โดยรายงานของกระทรวงสุขภาพของอังกฤษ^[5] ได้วางแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเกี่ยวกับมะเร็ง กำหนดเป้าหมายกว้างๆไว้ 4 ประเด็น คือ

1. สามารถรักษาชีวิตมากขึ้น (save more lives)
2. ให้มีความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางและได้รับการรักษาที่ดีที่สุด (right professional support and best treatments)

3. ลดความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ โดยข้อมูลได้ระบุว่าผู้ใช้แรงงานเสียชีวิตจากมะเร็งมากกว่ากลุ่มวิชาชีพอื่นๆ 2 เท่า

4. ลงทุนด้านการพัฒนากำลังคน และงานวิจัย

ทั้งนี้ องค์กร “Cancer Research” ของประเทศอังกฤษยังได้นำเสนอกลยุทธ์การปฏิรูปสำหรับการแก้ปัญหาระบบบริการมะเร็งต่อรัฐบาลอังกฤษ ที่มีความสอดคล้องกับข้อเสนอของ Cancer Plan โดยนำเสนอแนวทางดำเนินการดังนี้^[6]

1. มีระบบข้อมูลผลทางคลินิกและสร้างนโยบายที่มีหลักฐานวิชาการสนับสนุน (Clinical outcomes data and evidence-based policy)
2. สนับสนุนการลงทุนและพัฒนาบุคลากร (Investment, workforce and capacity planning and efficiency)
3. สนับสนุนการวิจัยด้านมะเร็ง และการศึกษาทดลองทางคลินิก (Supporting cancer research and improving access to clinical trials)
4. จัดลำดับความสำคัญให้มีการส่งเสริมป้องกันการเกิดโรค (Prioritizing cancer prevention)
5. ลดความไม่เท่าเทียม (Tackling inequalities)
6. ปรับปรุงและสร้างให้มีการตรวจหาและวินิจฉัยโรคในระยะของโรคต้นๆ (Improving early presentation, detection and screening)
7. สร้างระบบเข้าถึงการบริการที่ทันสมัย (Ensuring access to new treatments)
8. มีระบบข้อมูลข่าวสาร (Providing high quality, tailored information to patients)
9. สร้างเครือข่ายการจัดการ (Developing the cancer networks)
10. สนับสนุนคุณภาพระบบบริการรักษามะเร็ง (Reconfiguring cancer services to deliver improved outcomes)

การประเมินบริการของศูนย์มะเร็งของสหราชอาณาจักร

ทั้งนี้ในการประเมินคุณภาพของการบริการรักษามะเร็งนั้น ประเทศอังกฤษและเวลส์ได้มีการประเมินในปี 2548 โดยใช้แนวคิด Quality and Outcomes Framework (QOF)^[7] เชื่อมโยงการรักษาและคุณภาพของการบริการ ผลการศึกษาเบื้องต้นพบว่ามีความแตกต่างกันของการจัดบริการแต่ละประเภท โดยการบริการรักษาโรคมะเร็งโดยรวม มีค่าคะแนน QOF เท่ากับร้อยละ 90 และ 88 ในอังกฤษและเวลส์ตามลำดับ โดยถือว่ามีความต่ำกว่างานรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ทั้งต่อมไทรอยด์ โรคหัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง และโรคหอบหืด (ดูตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ค่าคะแนนรวม QOF ของการบริการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (หน่วย ร้อยละ)

โรค	อังกฤษ	เวลส์
Hypothyroidism	98	99
Heart disease	95	93
Hypertension	94	94
Diabetes	93	93
Stroke	92	91
Asthma	92	91
Cancer	90	88
Mental health	88	85
Epilepsy	87	85
COPD	86	81

ที่มา Commission for Healthcare Audit and Inspection, 2006^[7]

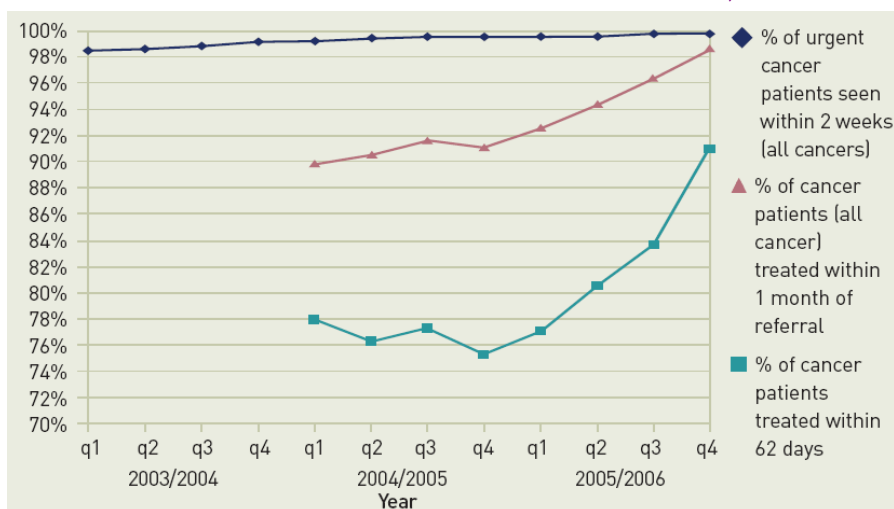
กลุ่มเครือข่ายมะเร็ง (Cancer networks) ในอังกฤษ 33 แห่ง และในเวลส์ 3 แห่ง ได้สร้างระบบการพัฒนาให้องค์กรดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งให้มีประสิทธิผล (Effective) โดยปี 2549 นี้ได้รายงานประเมินผลการดำเนินการ ในภาพรวม ดังนี้^[7]

1. กระบวนการตัดสินใจในการรักษาทางคลินิกพัฒนาขึ้น (Improvements in how decisions about treatment are made)
2. การเข้าถึงบริการและความรวดเร็วของการจัดบริการดีขึ้น (Faster access to care and support for patients)
3. สร้างความเข้าใจในความจำเป็นของการรับบริการผู้ป่วยมากขึ้น (Better understanding of the needs of patients)
4. กระบวนการให้ข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นลายลักษณ์อักษรดีขึ้น (Better written information for patients)
5. เสริมสร้างกระบวนการทำงานร่วมกันของบุคลากร (Improvements in how staff works together)
6. มีแนวทางการทำงานแบบเครือข่ายชัดเจน (Clearer guidelines for staff working across networks on how care should be planned and delivered)

จะเห็นได้ว่า ประเด็นเกี่ยวกับระยะเวลาการรอรับบริการ (Waiting times) ยังเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการในประเทศอังกฤษ และได้รับการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ตามที่รัฐบาลได้ตั้งเกณฑ์ของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งไว้ ดังนี้ (ภาพที่ 3)

- ร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งควรได้เริ่มรับการรักษาภายใน 62 วันนับจากวันที่ได้รับการส่งต่อมาจากแพทย์เวชปฏิบัติ
- ร้อยละ 99 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งควรได้เริ่มรับบริการรักษา ภายในหนึ่งเดือน นับจากวันที่รู้ผลการตรวจวินิจฉัยโรค

ภาพที่ 3 แนวโน้มของการรอรับบริการรักษามะเร็งของประเทศไทย ค.ศ.2003-2006

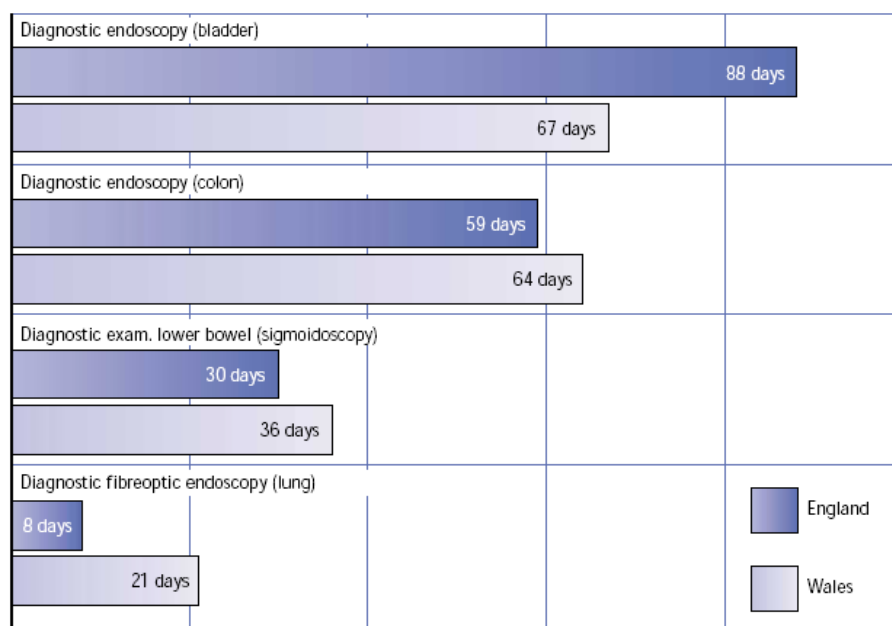


คัดจาก Commission for Healthcare Audit and Inspection, 2006^[7]

จากการติดตามประเมินผล พบว่าระบบบริการของประเทศไทยปี ค.ศ.2003-2006 มีแนวโน้มได้เพิ่มจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้เริ่มรับการรักษาตามที่ตั้งเกณฑ์ไว้ อย่างไรก็ตามยังต้องปรับปรุง ประเด็นจำนวนผู้ป่วยมะเร็งควรได้เริ่มรับบริการรักษา ภายใน 62 วันที่ยังต่ำกว่าเป้าหมาย (ตั้งเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 95) เช่นเดียวกับการรายงานระยะเวลาที่รอรับบริการรักษามะเร็ง ในปี ค.ศ.1999-2000^[8] (ภาพที่ 4) กระนั้น หากพิจารณาลงในรายละเอียดของการประเมินผล ก็ยังมีความแตกต่างของผลการจัดบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ระหว่างเครือข่ายต่างๆอยู่มาก ตัวอย่าง เช่น

- เมื่อผู้ป่วยต้องการรับบริการการถ่ายภาพ CT และ MRI ซึ่งบางเครือข่าย (Trust) สามารถให้บริการได้ภายใน 13 สัปดาห์ แต่ยังมีจำนวน 67 เครือข่ายที่ยังต้องใช้เวลานานมากกว่า 26 สัปดาห์
- ผู้ป่วยบางคนสามารถเข้ารับบริการ Endoscopy ภายใน 2 สัปดาห์ แต่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ต้องรอนานกว่าหนึ่งปี

ภาพที่ 4 ระยะเวลาเฉลี่ยของการรอรับบริการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยมะเร็ง ประเทศอังกฤษ ปี 1999-2000



คัดจาก Commission for Health Improvement, 2001

แต่ทั้งนี้ ยุทธศาสตร์การดำเนินการได้เริ่มตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายที่จะบรรลุผลในปีต่างๆ^[9] เช่น

ปี 2000: *Maximum two week wait from urgent GP referral to first outpatient appointment with a specialist

ปี 2001: *Maximum one month wait from urgent GP referral to treatment guaranteed for children's and testicular cancers and acute leukaemia – to be achieved by 31 December 2001

*Maximum one month wait from diagnosis to treatment for breast cancer – to be achieved by 31 December 2001

ปี 2002: *Maximum two month wait from urgent GP referral to treatment for breast cancer

ปี 2003: *Roll out of one month and two month targets to other cancer sites continues

ปี 2004: *Every patient diagnosed with cancer to have pre-planned and pre-booked care

ปี 2005: *Maximum one month wait from diagnosis to treatment for all cancers

*Maximum two month wait from urgent GP referral to treatment for all cancers

ในภาพรวมของการประเมินผลระบบบริการโรคมะเร็งในสหราชอาณาจักร พอที่จะสรุปการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพของการบริการที่ดีขึ้น ตามลำดับ อาทิเช่น^[8]

1. กระบวนการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบได้เร็วขึ้น และผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนได้รับการส่งต่อจากแพทย์เวชปฏิบัติให้ได้รับการนัดหมายกับโรงพยาบาลแรกโดยใช้เวลาน้อยกว่าสองสัปดาห์

2. มีการผสมผสานกระบวนการวินิจฉัยและการตรวจทางคลินิก ทำให้ผู้ป่วยลดภาระความถี่ในการเดินทางมาสถานพยาบาลหลายๆครั้ง
3. ขยายการทำงานแบบสหสาขา (Multidisciplinary) ที่มีแพทย์ร่วมให้ความเห็นในการวางแผนการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย
4. ขยายการบริการเคมีบำบัดและรังสีรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง ให้อยู่ในสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านมากขึ้น
5. มีแผนการเกี่ยวกับการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลและอุปกรณ์ เพื่อลดความไม่เท่าเทียม
6. สร้างให้ทุกสถานพยาบาลมีมาตรฐานการจัดบริการแบบเดียวกันทั้งประเทศ

ในทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรและสถานพยาบาล ประเทศสหราชอาณาจักร ยังได้วางแนวทางที่เรียกว่าการตรวจและวินิจฉัยโรคมะเร็งที่ดี ('Good' diagnosis and planning treatment)^[8] โดยกล่าวครอบคลุมในประเด็น ดังต่อไปนี้

1. แพทย์เวชปฏิบัติ (GPs) ใช้ 'Cancer Referral Guidelines' สำหรับการส่งต่อผู้ป่วย
2. ผู้ป่วยมะเร็งที่คาดว่าจะมีความต้องการเร่งด่วน ควรได้รับการนัดหมายจากโรงพยาบาลแห่งแรกนั้น ภายใน สองสัปดาห์
3. โรงพยาบาลต้องจัดการให้มีการตรวจให้ทันเวลาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน ไม่ล่าช้าโดยไม่มีเหตุผล
4. ผู้ป่วยได้รับการบอกเล่าถึงวิธีการตรวจและผลของการตรวจนั้นๆ
5. ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุน เพื่อลดความกังวลใจในระหว่างการตรวจนั้นๆ
6. อุปกรณ์และเครื่องมือในการตรวจมีประสิทธิภาพ ทำให้การตรวจวินิจฉัยมีความรวดเร็ว
7. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งในสาขาที่เหมาะสม
8. ผลการตรวจถูกส่งไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่จะทำการรักษาผู้ป่วยมะเร็งนั้น ด้วยความรวดเร็ว
9. ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะพาดูหรือคนใกล้ชิดมาร่วมรับฟังและหารือประเด็น ผลการวินิจฉัยทางเลือกของการรักษา
10. ผู้ที่ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ต้องเป็นบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย
11. แพทย์เวชปฏิบัติประจำตัวผู้ป่วยต้องได้รับการบอกกล่าวเรื่องผลการวินิจฉัย แนวทางการรักษา และเรื่องที่ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบแล้ว

เมื่อเข้าถึงกระบวนการรักษามะเร็ง ต้องทำให้กระบวนการดังกล่าวมีคุณภาพ เช่น มีการทำงานร่วมกันระหว่างทีมแพทย์ที่เกี่ยวข้อง มี Clinical Guideline Practice ของการรักษามะเร็งแต่ละประเภท

เป็นต้น^[8] เช่นเดียวกันกับกระบวนการตรวจวินิจฉัยโรค กระบวนการรักษาโรคมะเร็งก็ได้เขียนแนวปฏิบัติที่ถือว่าเป็นกระบวนการที่ดี ('Good' Treatment and care)^[8] ดังนี้

1. สถานพยาบาลต้องบอกกล่าวผู้ป่วยถึง ระยะเวลาที่ต้องรอการรักษา และกระบวนการนี้ต้องมีการกำกับติดตามเพื่อให้จำนวนผู้ป่วยในคิวที่มีน้อยที่สุด
2. ผู้ป่วยรับทราบ ผลความคาดหวังหรือวัตถุประสงค์ของการรักษาที่จะได้รับอย่างชัดเจน
3. การผ่าตัดจะกระทำโดยแพทย์เฉพาะทาง ที่มีผลยืนยันถึงประสิทธิผลของการรักษานั้นๆ
4. การรักษาโดยเคมีบำบัดต้องได้รับการดูแลจากแพทย์ หรือ Clinical oncologist และได้รับการเอาใจใส่จากพยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว
5. การรักษาโดยเคมีบำบัดควรกระทำในหน่วยมะเร็งที่ต้องคำนึงถึงความสะดวกกับผู้ป่วย
6. กระบวนการรักษาทุกประเภทต้องมีประสิทธิภาพ ไม่ล่าช้า
7. การวางแผนการรักษาต้องมีการอภิปรายความเห็นร่วมกันของแพทย์สหสาขา รวมทั้งพยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆด้วย
8. กรณีที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการบริการที่สถานพยาบาลหลายแห่ง การบันทึกและรายงานผู้ป่วยจะต้องทำอย่างครบถ้วน
9. มีแหล่งหรือระบบสนับสนุนผู้ป่วยตลอดในระหว่างการรักษา และผู้ป่วยรับทราบวิธีการติดต่อขอความช่วยเหลือได้
10. การวางแผนการรักษาจะต้องรวมไปถึงแนวทางปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน รวมทั้งการแจ้งแพทย์เวชปฏิบัติประจำตัวผู้ป่วยนั้นๆ
11. มีกระบวนการติดตามประเมินผลผู้ป่วยทุกราย
12. เครือข่ายทุกแห่งยอมรับในหลักปฏิบัติ (Treatment guidelines) และมาตรฐานการรักษา
13. มีกระบวนการหารือกับผู้ป่วยในการพัฒนา Treatment guidelines และมาตรฐานการรักษา
14. มีกระบวนการติดตามประเมินผล ตรวจสอบจากใช้ Treatment guidelines และมาตรฐานการรักษา

กรณีศึกษา ประเทศสหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกาเป็นประเทศตัวอย่างของรูปแบบการจัดบริการแบบผสมผสานรัฐ-เอกชนมากที่สุด แต่ละรัฐมีอำนาจในการปกครองและความรับผิดชอบในการจัดบริการสุขภาพค่อนข้างมาก ทำให้กรอบแนวคิดภาพรวมของระดับประเทศของสหรัฐอเมริกามีการจัดกระจาย ไม่ชัดเจนเหมือนกับประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย หรือ สหราชอาณาจักร

ประเทศสหรัฐอเมริกาไม่มีระบบเฝ้าระวังหรือการจัดการบริการมะเร็งในระดับประเทศแบบใดแบบหนึ่ง (There is no single national cancer surveillance system in the U.S. that collects data on all cases diagnosed each year)^[10] ประชาชนอเมริกันมีระบบประกันสุขภาพที่หลากหลายทั้งจากภาครัฐและเอกชน มีบางองค์กรที่มีบทบาทสำคัญกับระบบบริการมะเร็งระดับประเทศ เช่น The National Coordinating Council for Cancer Surveillance (NCCCS) ที่มุ่งเน้นการเฝ้าระวังและระบบลงทะเบียน (registries) อีกองค์กรหนึ่ง คือ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Institute : NCI)^[11] เป็นองค์กรหนึ่งภายใต้ระบบ National Institutes of Health (NIH) โดยกฎหมาย the National Cancer Institute Act of 1937 ระบุให้ NCI มีภารกิจให้ครอบคลุมการออกแบบระบบการจัดการมะเร็งของประเทศ (National Cancer Program) โดยดำเนินการผ่านกระบวนการศึกษาวิจัย การฝึกอบรม การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารต่างๆ ทั้งสาเหตุ การตรวจ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนโครงการวิจัยในการควบคุมโรคมะเร็ง และภารกิจหนึ่งที่สำคัญ คือการสนับสนุน National network of cancer centers

เนื่องจาก การศึกษาระดับประเทศจะมีความเป็นรูปธรรมน้อย จึงจะขอยกตัวอย่างกรณีศึกษาการดำเนินการในระดับมลรัฐแทน เช่น มลรัฐนิวยอร์ก ได้จัดทำแผนกลยุทธ์สำหรับปี 2003 ถึง ปี 2010^[12] ซึ่ง The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ได้มีส่วนผลักดันและสนับสนุน Comprehensive Cancer Control Planning ให้มลรัฐมีแผนดำเนินการของตนเองให้สอดคล้องกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนด้วย (ประกอบด้วย citizens, cancer survivors, advocacy groups, health care providers, researchers, service delivery organizations, policy makers, planners, government) ทั้งการป้องกันโรค ตรวจวินิจฉัย และการรักษาโรค ดังนั้นในปี 2001 จึงได้กำหนดแผน New York State Comprehensive Cancer Control Plan (NYSCCCP) ขึ้น โดยวางเป้าหมายไว้ 9 ด้าน ประกอบด้วย Health Promotion and Disease Prevention, Early Detection เน้นความสำคัญกับการบริการปฐมภูมิ (primary care providers) เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่เดิมมักจะไม่สามารถเข้าถึงบริการ, Treatment, Palliative Care , Quality of Life, Health Personnel, Research, Data and Surveillance, และ Policy Review

สำหรับประเด็นการจัดบริการนั้น ก็มุ่งเน้นให้บริการที่ครอบคลุมมุมมองประสิทธิผล (effective), มีคุณภาพ (high quality), เข้าถึงบริการได้ง่าย (accessible and affordable) นิวยอร์กใช้งบประมาณในการรักษาพยาบาลถึง 4 พันล้านเหรียญต่อปี โดยการรักษาหลักๆก็ประกอบด้วย การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด มีโรงพยาบาล 250 แห่งที่สามารถให้บริการเคมีบำบัดและฉายรังสีสำหรับผู้ป่วยนอก ส่วนคุณภาพและมาตรฐานการรักษาพยาบาลจะได้รับการสนับสนุนจาก National Cancer Institute (NCI) ร่วมมือกับ The Cancer Care Outcomes Research and Surveillance Consortium และที่สำคัญในแผนของนิวยอร์กก็ได้ตั้งเป้าหมายและแผนในการดำเนินการที่สำคัญๆไว้ด้วย เช่น

1. เป้าหมาย: คุณภาพการวินิจฉัยและการรักษา

‘By 2010, increase the availability of the best cancer care to all New Yorkers’

‘By 2010, provide standard-of-care diagnosis and treatment of cancer for all affected New Yorkers’

ด้วยกลยุทธ์สำคัญ เช่น

- 1.1 เพิ่มความตระหนักด้านประสิทธิผลและคุณภาพบริการ ทั้งแก่บุคลากรและสาธารณะ
- 1.2 สร้างการเข้าถึงบริการที่เหมาะสม โดยไม่เลือกวัย เชื้อชาติ และสถานะเศรษฐกิจสังคม
- 1.3 กระตุ้นการสร้างคุณภาพในระบบบริการ โดยผ่านการรับรองคุณภาพจาก American College of Surgeons (ACoS)
- 1.4 ทำการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินคุณภาพการจับบริการ
- 1.5 สนับสนุนให้บรรจุกการตรวจและรักษามะเร็ง ผนวกไว้ในระบบประกันสุขภาพ
- 1.6 สร้างแนวทางการเข้าถึงการตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มต้นโดยไม่มีอุปสรรคจากระบบประกันสุขภาพหรือความสามารถในการจ่าย
- 1.7 ดำเนินการร่วมกับ Care organizations เพื่อลดระยะเวลาในการรอส่งต่อ โดยเฉพาะหากมีความจำเป็นต้องส่งต่อนอกเครือข่าย

2. เป้าหมาย การเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง

‘By 2010, geographic access issues will be identified and reduced’

กลยุทธ์สำคัญ เช่น

- 2.1 ประเมินศักยภาพของการรักษามะเร็งของสถานพยาบาลต่างๆ
- 2.2 ให้ฐานข้อมูลที่มีอยู่ประเมินการรักษามะเร็ง จำแนกเป็น สถานพยาบาล พื้นที่ภูมิศาสตร์ กลุ่มด้อยโอกาส และตัวแปรอื่นๆ
- 2.3 กำหนดองค์ประกอบที่จำเป็นสำหรับการจับบริการ เพื่อสร้างความมั่นใจว่ามีการกระจายทรัพยากรอย่างทั่วถึง
- 2.4 ประเมินการบริการรักษามะเร็งในระดับภูมิภาค (Regionalization) โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งที่พบไม่บ่อย (มี low incidence) แต่ต้องการการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น

3. เป้าหมาย การพัฒนาและเตรียมความพร้อมของบุคลากร

‘By 2010, health care providers will have access to continuing educational opportunities that enhance and update their knowledge, skills and competencies in the area of cancer care’

กลยุทธ์สำคัญ เช่น

- 3.1 สนับสนุนให้บรรจุในหลักสูตร (model curricula) ในโรงเรียนแพทย์และพยาบาล

- 3.2 จัดการศึกษาต่อเนื่องที่สอดคล้องกับความจำเป็น ซึ่งข้อมูลความจำเป็นอาจใช้กระบวนการสำรวจหรือจัดประชุมกลุ่มย่อยหาข้อสรุป
- 3.3 ทำการศึกษาโอกาสการได้รับการอบรมต่อเนื่องของบุคลากรในสถานพยาบาลระดับต่างๆ
- 3.4 สร้างกระบวนการเรียนรู้ทางไกล (distance learning and web-based education)
- 3.5 มีช่องทางการเพิ่มเติมหรือสนับสนุนการหาความรู้ให้ทันกับเทคโนโลยีใหม่ (emerging technologies) หรือแนวทางการปฏิบัติในรูปแบบใหม่ๆ
- 3.6 สร้างรูปแบบการเรียนรู้ และ educational tools เช่น CD-ROMs, virtual libraries เพื่อให้บุคลากรที่มีภารกิจในการรักษาผู้ป่วย ได้มีโอกาสการพัฒนาความรู้ด้วย
- 3.7 รูปแบบการฝึกอบรมที่มีวิชาชีพต่างๆร่วมกันเป็นทีม (across health professional groups) เป็นอีกรูปแบบหนึ่งที่จะมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานและประสานงาน

กรณีศึกษา ประเทศออสเตรเลีย

ประเทศออสเตรเลีย มีสภามะเร็งแห่งออสเตรเลีย (The Cancer Council Australia)^[13, 14] เป็นองค์กรด้านการควบคุมโรคมะเร็งที่ใหญ่ที่สุด เป็นความร่วมมือของ 8 รัฐของประเทศออสเตรเลีย ทำหน้าที่สร้างนโยบาย เสนอยุทธศาสตร์ในการควบคุมโรคมะเร็งของประเทศ ดังนั้นภารกิจหลัก จึงประกอบด้วย

1. สร้าง สนับสนุน นโยบายการควบคุมโรคมะเร็ง
2. สนับสนุนการรักษาที่ดี (best practice) และวิทยาการสมัยใหม่ (innovation) ในการควบคุมและรักษาโรคมะเร็ง
3. กระตุ้นให้ ชุมชน บุคลากรแพทย์ รัฐบาล และ หน่วยธุรกิจ เข้ามามีบทบาทในการลดผลกระทบของภาระโรคมะเร็ง
4. สร้างความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

ในปี 2006 สภามะเร็งร่วมมือกับองค์กรทางคลินิก คือ The Clinical Oncological Society of Australia (COSA) พัฒนาการบริการรักษาโรคมะเร็ง ในรูปแบบการทำงานเป็น The Australian Cancer Network (ACN) โดยรายงานของเครือข่ายมะเร็ง ปี 2003 ได้มุ่งเน้นประเด็นคำถาม 3 เรื่องหลัก^[15] คือ

1. รูปแบบของการบริการ (Models of cancer care): จำนวนบริการมากน้อยเพียงไร และ มีลักษณะเป็น multidisciplinary หรือไม่
2. การปรับปรุงคุณภาพบริการ (Improving the quality of cancer care): ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่อ้างอิง evidence-based, การรักษาแบบผสมผสาน (comprehensive care)
3. ทรัพยากร (Resource issues in cancer care): บุคลากรและศักยภาพ, ความพร้อมทางกายภาพและอุปกรณ์, ยา รวมทั้งประเด็นการเข้าถึงบริการ

ในระดับปฏิบัตินั้น ปัจจุบัน ออสเตรเลีย มีศูนย์หลักระดับประเทศ 2 แห่ง ที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง (Commonwealth) ที่มีบทบาทต่อการปฏิรูประบบการควบคุมและรักษาโรคมะเร็ง ได้แก่ The National Breast Cancer Centre (NBCC) ตั้งขึ้นปี 1995 เพื่อพัฒนาระบบบริการและควบคุมโรคมะเร็งเต้านมในภาพรวมทั้งหมด ทำหน้าที่ถ่ายทอดบทเรียนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมสู่การแนวทางปฏิบัติกับโรคมะเร็งอื่นๆ อีกองค์กรหนึ่งที่ต้องทำงานประสานร่วมกัน คือ The National Cancer Control Initiative (NCCI) ตั้งขึ้นปี 1997 เพื่อรับผิดชอบการป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัย การรักษา และการรักษาประคับประคอง อย่างไรก็ตามหน่วยงานนี้ไม่ได้ควบคุมสถานพยาบาลโดยตรง เพียงทำหน้าที่เกี่ยวกับการพัฒนา Clinical guidelines และการสำรวจการบริหารจัดการ

กรณีศึกษา ประเทศแคนาดา

ประเทศแคนาดาได้แบ่งการความรับผิดชอบระบบสุขภาพของคนออกเป็น ระดับประเทศ ระดับรัฐ (Province) และระดับโรงพยาบาล ซึ่งระดับรัฐและโรงพยาบาลเป็นหน้าที่ของรัฐบาลท้องถิ่นเพื่อสร้างความมั่นใจและโปร่งใสว่าได้จัดบริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชน^[16] อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ยังทำให้ระบบการจัดการมะเร็งยังแยกส่วนไม่ชัดเจนนัก (fragmented, uncoordinated and uneven across the country)^[17] สำหรับการควบคุมและรักษาโรคมะเร็งในระดับชาติ ได้จัดตั้งสภา Canadian Strategy for Cancer Control (CSCC)^[17, 18] มีสมาชิก 30 คนมาจากตัวแทน Provincial/territorial cancer agency/program or ministry of health, the Public Health Agency of Canada, the Canadian Cancer Society, the National Cancer Institute of Canada, the Canadian Association of Provincial Cancer Agencies, the Canadian Institutes of Health Research, the Canadian Cancer Advocacy Network, และ Chairs of the priority area Action Groups ซึ่งสภามีบทบาทในการเสนอยุทธศาสตร์การควบคุมโรคมะเร็ง โดยการกระตุ้นและสนับสนุนความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ โดยแคนาดาได้กำหนดเป้าหมายของระบบการควบคุมและรักษาโรคมะเร็งไว้ว่า^[18]

1. ลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็ง และการเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง
2. เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง
3. มีความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการที่ดี
4. สนับสนุนการผสมผสานการรักษาตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ จนถึงการรักษาประคับประคองในขั้นสุดท้าย
5. ออกแบบการตัดสินใจลงทุน เพื่อเพิ่มประสิทธิผลการป้องกันและรักษา
6. สร้างความเข้มแข็งให้ผู้ป่วย (Empowered patients)
7. สร้างความกลมกลืนเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Harmonization) ของการวางแผนดำเนินการตั้งแต่ระดับจังหวัดและประเทศ

ดังนั้น แคนาดาจึงให้ความสำคัญกับกิจกรรมและวิธีดำเนินงาน โดยจัดตั้งคณะทำงาน 12 ชุด เพื่อสร้างข้อเสนอแนะทางยุทธศาสตร์ของประเทศ (หาอ่านได้ที่ www.cancercontrol.org)^[18] หลังจากนั้น Canadian Cancer Control Council ได้นำสรุปออกเป็น 5 ด้านที่มีความสำคัญ คือ

1. Standards and guidelines สร้างกระบวนการกลไก และปรับปรุงความร่วมมือของการพัฒนาแนวปฏิบัติและมาตรฐานต่างๆ
2. Primary prevention ผสมผสานระบบการป้องกันโรค
3. Rebalancing focus ปรับปรุงระบบ และทรัพยากรเพื่อการบริการรักษา และประคับประคอง
4. Human resource planning จัดทำฐานข้อมูลทรัพยากรบุคคล
5. Research priorities จัดลำดับความสำคัญ เพื่อการลงทุนงานวิจัยเกี่ยวกับมะเร็ง

แนวคิดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กับการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีความมุ่งมั่นเพื่อจัดการให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในทุกระดับ ตั้งแต่บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิและตติยภูมิ เฉพาะด้าน ภายใต้หลักการของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ถึงปัจจุบันการพัฒนาบริการตติยภูมิเฉพาะด้านหรือ Excellence center หรือ Supra-tertiary care ได้พัฒนาระบบบริการให้สามารถลดสาเหตุการตายจากโรคและภาวะเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก คือ โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือดและอุบัติเหตุได้เป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง ผ่านการสนับสนุนงบประมาณการลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐาน เครื่องมือ อุปกรณ์ การแพทย์ที่เป็นเทคโนโลยีขั้นสูงราคาแพงเป็นการเติมให้เต็มในระบบบริการที่ควรจะเป็น และการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพการจัดบริการ ค่าตอบแทนบุคลากร

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อวางแผนระดับชาติ ในการพัฒนาศูนย์บริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ทั้งในส่วนกลาง และภูมิภาคอย่างเป็นระบบ รวมทั้งมีการจัดเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงบริการ ทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างเป็นเอกภาพและเอื้อต่อการใช้ประโยชน์ด้านทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับวัตถุประสงค์รอง ประกอบด้วย

1. เพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการสู่มาตรฐานบริการที่กำหนด
2. เพื่อพัฒนา บุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง ในทุกสาขาที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ทักษะ สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงทางวิชาการ และมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานในศูนย์ตติยภูมิ ที่เป็นเป้าหมาย
3. ขยายพื้นที่กลุ่มเป้าหมายสถานบริการตติยภูมิ เพื่อการเข้าถึงบริการของประชาชนในทุกภูมิภาค

คณะกรรมการบริหารงบลงทุนเพื่อพัฒนาบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน โดยคณะทำงานพัฒนาระบบบริการตติยภูมิโรคมะเร็ง ได้มีแนวทางหรือกลยุทธ์สำคัญของการพัฒนาบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ประกอบด้วย

1. ให้มีการบริหารสินทรัพย์ และทรัพยากรด้านสุขภาพ ที่มีอยู่แล้วและพัฒนาให้มีศักยภาพสูงโดยพิจารณาเป็นภาพรวมทั้งในภาครัฐและเอกชน โดยหลีกเลี่ยงการลงทุนในสถานที่ใหม่หรือจัดตั้งเป็นสถาบันใหม่

2. สร้างให้เกิดเครือข่ายบริการระดับตติยภูมิ ให้บริการรักษาโรคที่ซับซ้อนใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ามาก มีความเชื่อมโยงในแนวดิ่งและแนวราบ
3. เป็นการลงทุนที่มีเงื่อนไข ให้สามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันได้ เพื่อลดการลงทุนซ้ำซ้อน
4. กระจายการลงทุนด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนทุกภูมิภาค ที่มีปัญหาด้านบริการทางการแพทย์ตติยภูมิ เข้าถึงได้ง่าย
5. ให้มีการพัฒนาบุคลากร กระจายบุคลากร และสร้างระบบแรงจูงใจ
6. มีการใช้ข้อมูลสถิติโรคในพื้นที่มาประกอบการจัดทำงบประมาณ สร้างระบบข้อมูลภูมิศาสตร์สารสนเทศ (Geographic Information System : GIS)

ถ้าอ้างอิงแผนแม่บทเพื่อพัฒนาตติยภูมิศูนย์โรคมะเร็งระยะที่ 1 (Cancer Excellence Center) ที่ได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งในประเทศไทยให้ได้มาตรฐาน โดยมีพันธกิจ (Mission) และกลยุทธ์ในการดำเนินงาน ที่สำคัญๆ คือ

1. ครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยมะเร็งภายในประเทศอย่างน้อยร้อยละ 75 โดยใช้กลยุทธ์
 - 1.1 ผลักดันให้มี Advance Cancer Center ในทุกภูมิภาค
 - 1.2 ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาใน Registered cancer center
 - 1.3 ให้งบประมาณสำหรับการพัฒนาบุคลากร และครุภัณฑ์ที่เหมาะสม
 - 1.4 กำหนด Guideline การรักษา: การผ่าตัด, รังสีรักษา, เคมีบำบัด
 - 1.5 สนับสนุนให้ Excellence Center ทำงานเต็มศักยภาพ ทั้งด้านงานบริการ การเรียนการสอนและการวิจัย
2. กำหนดและพัฒนาเครือข่ายการรับและส่งต่อผู้ป่วย
 - 2.1 สร้างเครือข่ายภายในองค์กรของกระทรวงสาธารณสุข และระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรอื่น เช่น โรงเรียนแพทย์ กระทรวงกลาโหมและเอกชน
 - 2.2 กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในศูนย์แต่ละระดับ เช่น กลุ่มระดับ 1: Excellence ให้บริการครบวงจร กลุ่มระดับ 2: Advance ให้บริการ Diagnostic, Plan management, Treatment และกลุ่มระดับ 3: General เน้น Maintenance และ Follow-up เป็นต้น
3. พัฒนาระบบข้อมูลมะเร็งให้ถูกต้องและครบถ้วน
 - 3.1 เก็บข้อมูลสถิติผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้ Program เดียวกันทั้งประเทศ (2548) (ID, Diagnostic, Staging, Mode of treatment, Result of treatment)
 - 3.2 ทุกศูนย์มีระบบการรักษาตาม Clinical practice guideline ที่ได้มาตรฐานและตรวจสอบได้ (ภายในปี 2551)
4. พัฒนาบุคลากรและสนับสนุนให้บุคลากรทางด้านมะเร็ง

- 4.1 ขอจัดสรรตำแหน่งจากกระทรวงในการเชี่ยวชาญแต่ละทางอย่างน้อย 8 ตำแหน่งต่อปี
- 4.2 จัดให้มีอบรมแบบ Short course training (3-6 เดือน) สำหรับบุคลากรที่ทำงานด้านโรคมะเร็ง
- 4.3 ให้ทุนผู้ที่ต้องการฝึกอบรมด้านโรคมะเร็ง
- 4.4 เงินสนับสนุน สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคมะเร็ง
- 4.5 กระจายบุคลากรในศูนย์ต่างๆ ตามสภาพปัญหาโดยคำนึงถึงสภาพทาง
5. ตรวจ/ค้นหาโรคมะเร็งในระยะเริ่มต้นและลดอุบัติการณ์โรคมะเร็ง
 - 5.1 สนับสนุนงานวิจัยหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งที่พบบ่อย
 - 5.2 สนับสนุนงานวิจัยในด้านการคัดกรองมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย
 - 5.3 ณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งและปัจจัยเสี่ยง
6. มีสถาบันที่ทำหน้าที่เป็นองค์กรกลาง โดยกำหนดหน้าที่ร่างแผนแม่บท กำกับการทำงาน และกระจายงบประมาณ ผลักดันการวิจัย และงานอื่นๆทั้งหมดที่ร่างไว้

โดยได้กำหนดระยะเวลาทำงานทั้งหมด 10 ปี แบ่งแผนงานออกเป็น 2 ระยะ คือระยะที่ 1 (2547-2551) เน้นการกระจายระบบบริการให้ครอบคลุมทั่วประเทศ ส่วนระยะระยะที่ 2 (2552-2556) เน้นการศึกษาวิจัยลดอุบัติการณ์มะเร็งและตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มต้น

หลักเกณฑ์ในการจัดบริการตติยภูมิโรคมะเร็ง แบ่งเป็นระดับ คือ

- (1) ระดับ Excellence ได้แก่ โรงเรียนแพทย์ต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- (2) ระดับ Advance ได้แก่ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง
- (3) ระดับ General ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ในจังหวัดต่างๆ ที่มีศักยภาพ

โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายไม่ปิดกั้น โรงพยาบาลเอกชนที่ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ เพื่อขยายการให้บริการ ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

กลไกจัดการและการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีอนุกรรมการพิจารณาแผนการลงทุนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งแต่งตั้งจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เป็นผู้พิจารณากรอบ วางหลักเกณฑ์แนวทางการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อบริการตติยภูมิเฉพาะด้านโรคมะเร็งภายใต้โครงการตั้งแต่งบประมาณของปี 2545 เป็นต้นมา โดยกฎเกณฑ์ที่กำหนดมาจาก สปสช. นั้น ได้ควบคุมจากปริมาณการบริการ เช่น การจ่ายเงินในปี 2549 ได้จ่ายเงินให้กับ

สถานพยาบาลทั้งหมด 30 แห่ง แบ่งเป็นสามงวดเมื่อเซ็นสัญญาและรายงานผล (ร้อยละ 50, 25, 25 ตามลำดับ) ซึ่งเงื่อนไขการจ่ายของ สปสช.นั้นจ่ายเฉพาะคนไข้ UC เท่านั้น โดยเป็นการจ่ายให้บุคลากร บุคคลภายนอก และค่าดำเนินการเกี่ยวกับผู้ป่วย (รวมค่ารับ-ส่ง ค่าตรวจแลปด้วย) และเพื่อสนับสนุน และพัฒนาให้บุคลากรในหน่วยบริการตติยภูมิเฉพาะด้านโรคมะเร็ง ให้มีความพร้อมด้านศักยภาพและ ขวัญกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมตาม ภาระงาน สำคัญ ดังนี้

1. ข้อตกลงนี้จัดทำขึ้นเพื่อรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อการพัฒนาสมรรถนะและศักยภาพการ ให้บริการ ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อจัดบริการระดับตติยภูมิเฉพาะด้าน โรคมะเร็ง สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง

2. หน่วยบริการ ตามที่คณะทำงานฯ ให้การรับรอง ตกลงว่าจะแสดงผลงานการให้บริการแก่ คณะทำงานฯ ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้ง และสามารถตรวจสอบได้ ตามแบบ รายงานที่คณะทำงานฯ กำหนด

3. หน่วยบริการ ตกลงจะให้บริการผู้ป่วยที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่รับส่งต่อจาก หน่วยบริการระดับทุติยภูมิหรือปฐมภูมิ ตามมาตรฐานของวิชาชีพ หรือ กลุ่มเฝ้าระวังการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่สำนักงานฯ ดำเนินการจัดทำ และยอมรับกระบวนการการตรวจสอบด้านการควบคุม กำกับคุณภาพการให้บริการตามที่คณะทำงานฯ กำหนด

4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะจัดสรรงบประมาณปี 2549 ให้แก่หน่วยบริการเพื่อ นำไปจัดสรรเป็นค่าตอบแทน ตามข้อ 1 โดยแบ่งการโอนงบสนับสนุน เป็น 3 งวด ดังนี้

งวดที่ 1 จัดสรรให้ร้อยละ 50 ของงบประมาณที่จัดสรรต่อหน่วยบริการ เมื่อลงนามในบันทึก ข้อตกลงนี้ พร้อมกับรายงานผลงานบริการ รวม 6 เดือน (ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2548- มีนาคม 2549) ตามแบบรายงานที่คณะทำงานฯ กำหนด และส่งไม่เกินวันที่ 20 มิถุนายน 2549

งวดที่ 2 จัดสรรให้ร้อยละ 25 ของงบประมาณที่จัดสรร ต่อหน่วยบริการ เมื่อรายงานผลงาน บริการ รวม 3 เดือน (ตั้งแต่เดือนเมษายน 2549 - มิถุนายน 2549) ตามแบบรายงานที่ คณะทำงานฯ กำหนด และส่งไม่เกินวันที่ 20 กรกฎาคม 2549

งวดที่ 3 จัดสรรให้ร้อยละ 25 ของงบประมาณที่จัดสรร ต่อหน่วยบริการ เมื่อรายงานผลงาน บริการ รวม 3 เดือน (ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม 2549-15 กันยายน 2549) ตามแบบรายงาน ที่คณะทำงานฯ กำหนด และส่งไม่เกินวันที่ 20 กันยายน 2549

5. งบประมาณที่จ่ายให้หน่วยบริการตามข้อตกลงนี้ เพื่อส่งเสริมสมรรถนะการให้บริการตติยภูมิ เฉพาะด้านโรคมะเร็ง สำหรับปีงบประมาณ 2549 จึงกำหนดให้จ่าย ดังนี้

5.1 ให้ใช้จ่ายงบประมาณนี้เพื่อการจัดบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งในระบบหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ เท่านั้น โดยมีระยะเวลาการจ่ายรวม 12 เดือน

- 5.2 จ่ายเป็นค่าตอบแทนแก่บุคลากรภายในหน่วยบริการเป็นพิเศษที่ไม่เข้าซ้อนกับระบบการจ่ายเงินปกติ ของระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินบำรุ้งปี 2544 โดยให้ใช้อัตราสูงสุด ที่กำหนดไว้เป็นเกณฑ์
- 5.3 จ่ายเป็นค่าตอบแทน ค่าเบี้ยเลี้ยง ค่าเดินทาง แก่บุคลากรที่เชิญมาจากภายนอก ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อมาดูแลรักษาโรคมะเร็ง สนับสนุนด้านวิชาการ โรคมะเร็ง หรือมาปฏิบัติการ โดยจ่ายได้ในอัตราสูงสุดตามที่กระทรวงการคลังกำหนดทั้งนี้บุคลากรภายนอกที่มาปฏิบัติการที่หน่วยบริการจะต้องมาปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 2 วันทำการ ต่อสัปดาห์
- 5.4 จ่ายเป็นค่าดำเนินการเกี่ยวกับผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เป็นโรคมะเร็งตามที่จำเป็น เช่น ค่ารับ-ส่ง ต่อผู้ป่วย ค่าเดินทาง ค่าส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการแบบพิเศษ เฉพาะค่าดำเนินการเกี่ยวกับเอกสาร และระบบสารสนเทศ
6. การจ่ายค่าตอบแทนนี้ มีวัตถุประสงค์สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งแก่หน่วยบริการตติภูมิด้านโรคมะเร็งทั้ง 30 แห่ง จึงให้หน่วยบริการ มีบันทึกการดำเนินการ ดังนี้
 - 6.1 การจัดสรรงบประมาณ เป็นค่าตอบแทนตามแนวทางที่คณะทำงานฯ กำหนด
 - 6.2 กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการด้านโรคมะเร็ง และผลงาน ที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง เช่น การพัฒนาระบบเครือข่ายและการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยโรคมะเร็ง, ระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง เพื่อสรุปรายงานผลงานการให้บริการตามแบบรายงานที่คณะทำงานฯ กำหนดหรือการพัฒนาศักยภาพบุคลากร เป็นต้น โดยสามารถนำเสนอผลงานหรือการรายงานให้คณะทำงานพัฒนาระบบบริการโรคมะเร็ง หรือคณะผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
7. กรณีที่หน่วยบริการมีปัญหาในการปฏิบัติตามเงื่อนไขของบันทึกข้อตกลงนี้ ให้คณะทำงานฯ เป็นผู้พิจารณา และวินิจฉัย โดยรายงานต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทราบต่อไป
8. แนวคิดของการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรในหน่วยบริการตติภูมิด้านมะเร็ง โครงการ Excellence Center โดยระบบการจ่ายค่าตอบแทน จ่ายตามผลงานการให้บริการเป็นอัตราคงที่ ใช้แหล่งเงินงบประมาณของ สปสช. เป็นงบประมาณที่ตั้งไว้ ปี 2549 จำนวน 80 ล้านบาท โดยวัตถุประสงค์เพื่อตอบแทนการให้บริการตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นต่ำตามที่กำหนด สำหรับแพทย์กับบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการเป้าหมาย หลักเกณฑ์/เงื่อนไข จ่ายให้บุคลากรของหน่วยบริการที่คณะกรรมการฯ กำหนดว่าเป็น Excellence Cancer Center ระดับ General, Advance, Comprehensive
9. แนวทางการจัดสรรภายในหน่วยบริการ ได้แก่
 - 9.1 แพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง หมายถึงผู้ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง เมื่อได้รับการวินิจฉัยและติดตามให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

ประเภทบุคลากร	เกณฑ์ภาระงานที่กำหนดขั้นต่ำ ผู้ป่วยรายใหม่/ปี
1) Medical Oncologist	50 ราย/ปี
2) Medical Hematologist	50 ราย/ปี
3) Pediatric Hemato Oncologist	20 ราย/ปี
4) Radiation Oncologist	50 ราย/ปี
5) Gynaecological-oncologist	30 ราย/ปี
6) Oncology surgeon ผ่าตัดผู้ป่วยโรคมะเร็งและติดตามดูแล กำหนด Major operation 20-40 ราย /ปี ตามสัดส่วน ดังนี้	
6.1 Ca Breast	40 ราย/ปี
6.2 Liver-Gastrointestinal	20 ราย/ปี
6.3 Thyroid	20 ราย/ปี
6.4 Urology	20 ราย/ปี
6.5 Colon – Rectum Surgery	20 ราย/ปี
6.6 Neuro Surgery	20 ราย/ปี
6.7 Head and neck surgery Plastic	20 ราย/ปี
6.8 Orthopedics	20 ราย/ปี
6.9 Pediatric	10 ราย/ปี
6.10 CVT	20 ราย/ปี
6.11 Gynaecology Cancer	20 ราย/ปี
6.12 Soft tissue tumor	20 ราย/ปี
6.13 Mixed Cancer cases	20 ราย/ปี
7) Cancer Pain Specialist	50 ราย/ปี
8) Interventional Radiologist	20 ราย/ปี
9) Nuclear Medicine	20 ราย/ปี
10) Pathologist	200 ราย/ปี

ทั้งนี้ ด้านศัลยกรรม ไม่นับกรณีผู้ป่วย Biopsy (การผ่าตัดเอาเนื้อของอวัยวะส่งตรวจเพื่อวินิจฉัย)

9.2 บุคลากรสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง หรือได้รับมอบหมาย จากคณะกรรมการในหน่วยงาน

10. การจ่ายค่าตอบแทนนี้มีวัตถุประสงค์สนับสนุนการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง โดยเฉพาะการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีคุณภาพและมาตรฐานที่เหมาะสม และได้รับการยอมรับตามแนวทางเวชปฏิบัติ

11. ให้งานบริการตติยภูมิด้านโรคมะเร็ง ที่ได้รับค่าตอบแทนทั้ง 30 แห่ง มีบันทึกการดำเนินการ และจัดส่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พร้อมรายงานผลงานบริการตามแบบรายงานที่กำหนดในแต่ละงวด ดังนี้

1) การจัดสรรงบประมาณ ด้านค่าตอบแทน

2) กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการ และผลงาน ที่แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษา โดยสามารถนำเสนอให้คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ โรคมะเร็ง หรือคณะผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้

12. หน่วยบริการต้องจัดให้มีระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และการรายงานผลงานการให้บริการ ที่สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้

13. หากมีปัญหาหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อการพัฒนาและสนับสนุนระบบบริการผู้ป่วยโรคมะเร็ง ให้เสนอหรือแจ้ง เลขาฯ คณะทำงานพัฒนาระบบบริการ โรคมะเร็ง (ผู้อำนวยการสำนักพัฒนาคุณภาพบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

โดยปี 2549 สปสช. ใช้งบลงทุน Excellence center ทั้งหมดประมาณ 500 ล้านบาท โดยเป็นแผนงานของมะเร็ง 141 ล้านบาท ตามกรอบการพัฒนาเป็น 3 ด้าน คือ การพัฒนาระบบบริการ กำลังคนและเทคโนโลยี (หรือจัดหาครุภัณฑ์) โดยหมวดของการจ่ายเพื่อพัฒนาศูนย์บริการด้านมะเร็ง ในปี พ.ศ. 2549 นั้น ประกอบด้วย ค่าตอบแทน 80 ล้านบาท ค่าจัดหาอุปกรณ์ครุภัณฑ์ที่จำเป็น 54 ล้านบาท และค่าใช้จ่ายเพื่อพัฒนาบุคลากร 7.82 ล้านบาท (ดูตารางที่ 8 และ 9) หากนับจากปี 2545 เป็นต้นมา สปสช. ได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อการพัฒนาสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง รวมแล้ว 838 ล้านบาท

ตารางที่ 8 แผนการใช้จ่ายเงินพัฒนาตติยภูมิขั้นสูงโรคหัวใจ มะเร็งและอุบัติเหตุ ปี 2549

กิจกรรม	ศูนย์โรคหัวใจ	ศูนย์อุบัติเหตุ	ศูนย์โรคมะเร็ง	ร้อยละ	รวม
ค่าตอบแทน	120,000,000	126,000,000	80,000,000	56%	326,000,000
พัฒนาบุคลากร	6,000,000	5,860,000	7,820,000	6%	19,680,000
ครุภัณฑ์	42,180,000	2,500,000	54,000,000	38%	98,680,000
รวม	168,180,000	134,360,000	141,820,000	100%	444,360,000

ตารางที่ 9 งบประมาณสำหรับการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงโรคมะเร็ง 2545-2549

ปี	ค่าตอบแทน	ครุภัณฑ์	พัฒนา	รวม
2545		160,500,000		160,500,000
2546	40,000,000	95,694,948	13,000,000	148,694,948
2547		295,273,961		295,273,961
2548	39,000,000	53,000,000		92,000,000
2549	80,000,000	54,000,000	7,820,000	141,820,000
รวม	159,000,000	658,468,909	20,820,000	838,288,909

การจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นค่าตอบแทนในปีงบประมาณ 2549 นั้น ได้ดำเนินการบริหารเบิกจ่ายให้สถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด 30 แห่ง แบ่งเป็น 3 จังหวัด กล่าวคือร้อยละ 50, 25

และ 25 ในงวดที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ คูตารางที่ 10 ส่วนงบประมาณสนับสนุนการจัดหาครุภัณฑ์ที่จำเป็นนั้น ใช้หลักการให้สถานพยาบาลเสนอรายการสนับสนุน และหาวงเงินที่เสนอมาเกินกว่าจำนวนที่อนุมัติหน่วยบริการดังกล่าว ต้องสมทบส่วนเกินนั้นเอง (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 10 การจัดสรรงบประมาณตอบแทนบุคลากร แก่สถานพยาบาลตติยภูมิด้านมะเร็ง ปี 2549

ลำดับ	ชื่อสถานพยาบาล	วงเงินทั้งหมด	งวดที่1=50%	งวดที่2=25%	งวดที่3=25%
1	ศูนย์มะเร็งรังสีลพบุรี	2,690,000	1,345,000	672,500	672,500
2	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	2,660,000	1,330,000	665,000	665,000
3	โรงพยาบาลขอนแก่น	2,660,000	1,330,000	665,000	665,000
4	ศูนย์มะเร็งรังสีอุบลราชธานี	2,380,000	1,190,000	595,000	595,000
5	ศูนย์มะเร็งรังสีชลบุรี	2,400,000	1,200,000	600,000	600,000
6	โรงพยาบาลอุดรธานี	2,380,000	1,190,000	595,000	595,000
7	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	2,770,000	1,385,000	692,500	692,500
8	สถาบันสุขภาพเด็กมหาราชินี	1,070,000	535,000	267,500	267,500
9	ศูนย์มะเร็งรังสีสุราษฎร์ธานี	1,070,000	535,000	267,500	267,500
10	ศูนย์มะเร็งหาวชิราลงกรณ ชัยภูมิบุรี	1,070,000	535,000	267,500	267,500
11	โรงพยาบาลลพบุรี	1,070,000	535,000	267,500	267,500
12	ศูนย์มะเร็งลำปาง	2,150,000	1,075,000	537,500	537,500
13	โรงพยาบาลสระบุรี	2,150,000	1,075,000	537,500	537,500
14	โรงพยาบาลลำปาง	2,150,000	1,075,000	537,500	537,500
15	โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี	2,150,000	1,075,000	537,500	537,500
16	โรงพยาบาลชลบุรี	2,150,000	1,075,000	537,500	537,500
17	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	3,200,000	1,600,000	800,000	800,000
18	ศิริราชพยาบาล	4,000,000	2,000,000	1,000,000	1,000,000
19	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	4,000,000	2,000,000	1,000,000	1,000,000
20	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	4,000,000	2,000,000	1,000,000	1,000,000
21	โรงพยาบาลศรีนครินทร์	4,000,000	2,000,000	1,000,000	1,000,000
22	โรงพยาบาลรามาธิบดี	4,000,000	2,000,000	1,000,000	1,000,000
23	โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่	4,000,000	2,000,000	1,000,000	1,000,000
24	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	4,000,000	2,000,000	1,000,000	1,000,000
25	ศูนย์มะเร็งรังสีอุดรธานี	1,600,000	800,000	400,000	400,000
26	วชิระพยาบาล	2,680,000	1,340,000	670,000	670,000
27	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	2,700,000	1,350,000	675,000	675,000
28	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	3,700,000	1,850,000	925,000	925,000
29	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	2,150,000	1,075,000	537,500	537,500
30	โรงพยาบาลราชวิถี	4,000,000	2,000,000	1,000,000	1,000,000
	รวม	81,000,000	40,500,000	20,250,000	20,250,000

หมายเหตุ เป็นตัวเลขรายงานเมื่อ วันที่ 8 สิงหาคม 2549 โดยงวดที่ 2 และ 3 จะเบิกหลังจากตรวจสอบรายงานผลงาน 6

เดือนหลัง ภายในเดือนตุลาคม 2549 รวม 40,500,000 บาท

ตารางที่ 11 ผลการสนับสนุนค่าของบงลงทุนเพื่อการบำรุงรักษาทดแทนบริการตติยภูมิโรคมะเร็งปี 2545-9

ลำดับ	หน่วยบริการ	ปี	รายการ	บาท
1	รพ.รามาริบัติ	2545	1. Micro Array	15,000,000
		2549	2 MRD Brachytherapyup grade software	3,400,000
2	รพ.ศรีนครินทร์	2545	1. Cobalt source	8,500,000
		2546	2. Cobalt 60	25,000,000
		2547	3. Linac	45,000,000
		2548	4. เครื่อง X-ray ระบบหลอดเล็ดหัวใจและรังสีร่วมรักษา	5,800,000
3	รพ.มหาราชนครเชียงใหม่	2545	1. Cancer Biology Laboratory Equipment(22 รายการ)	15,000,000
			2. Gramma camera	5,000,000
4	รพ.สงขลานครินทร์	2546	1. ตู้ผสมยาเคมีบำบัด	1,400,000
		2546	2. GAMMED IV Suregical Probe	894,948
		2548	3. Linac	45,000,000
5	รพ.พระมงกุฎเกล้า	2545	1. High dose rate	22,000,000
		2548	2. Simulator	15,000,000
6	รพ.ราชวิถี	2545	High dose rate	22,000,000
		2549	เครื่องจำลองการฉายรังสี (Simulator) ทดแทน	18,000,000
7	รพ.อุดรธานี	2545	1. Ultrasound dissector	6,000,000
		2548	2. ตู้ผสมยาเคมีบำบัด	1,400,000
8	รพ.ภูมิพล	2548	Simulator	20,000,000
9	รพ.ศิริราช	2549	เครื่องตัดไฟมระบบอัตโนมัติ	2,800,000
10	รพ.สระบุรี	2545	Ultrasound dissector	6,000,000
11	รพ.ลพบุรี	2546	Ultrasound	3,000,000
12	รพ.ชลบุรี	2545	Ultrasound	3,000,000
13	รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี	2545	Mammograme	6,000,000
14	รพ.พุทธชินราช พิษณุโลก	2547	1. CT scan	20,000,000
			2. Biological safety carbinet	800,000
15	รพ.มหาราชนครราชสีมา	2545	High dose rate	22,000,000
		2547	Cobalt 60	25,000,000
16	รพ.ขอนแก่น	2545	อุปกรณ์ตรวจไขกระดูก	1,000,000
		2546	Bioharzard	1,400,000
		2547	- เครื่อง X-ray แบบdigital Flourosopic system	20,000,000
		2548	Ultrasound	3,000,000

ตารางที่ 11 ผลการสนับสนุนค่าของบงลงทุนเพื่อการบำรุงรักษาทดแทนบริการศัลยกรรมโรคมะเร็งปี 2545-9

ลำดับ	หน่วยบริการ	ปี	รายการ	บาท
18	รพ.สรรพสิทธิประสงค์	2545	Ultrasound dissector	6,000,000
		2546	Spiral CT Scan	20,000,000
		2547	Gastroscope	1,000,000
		2548	ตู้ผสมยาเคมีบำบัด	1,400,000
19	รพ.ลำปาง	2545	Ultrasound	3,000,000
		2547	CT Scan	20,000,000
20	รพ.สุราษฎร์ธานี	2547	Gamma camera	20,000,000
21	ศูนย์มะเร็งฯชลบุรี	2545	Cobalt 60	25,000,000
		2549	เครื่องจำลองการฉายรังสี 2 มิติ (Simulator)	18,000,000
22	ศูนย์มะเร็งฯอุบลราชธานี	2546	High dose rate	22,000,000
23	ศูนย์มะเร็งฯลพบุรี	2546	High dose rate	22,000,000
		2547	Linac	45,000,000
24	ศูนย์มะเร็งฯสุราษฎร์ธานี	2547	เครื่อง X-ray แบบdigital Fluoroscopic system	20,000,000
		2548	ตู้ผสมยาเคมีบำบัด	1,400,000
25	ศูนย์มะเร็งฯลำปาง	2547	High dose rate	22,000,000
26	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	2549	เครื่องวัดลำแสงรังสี	8,000,000

รวมงบประมาณการจัดหาครุภัณฑ์ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ถึง 2549 รวมทั้งหมด 643.19 ล้านบาท โดยหน่วยบริการต่างๆได้จัดซื้อแล้ว 363.9 ล้านบาทหรือร้อยละ 56.59 และ อยู่ระหว่างดำเนินการอีก 279.2 ล้านบาท (ข้อมูลจาก สปสช. ณ ธันวาคม 2550)

อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ นั้น ด้วยข้อจำกัดของฐานข้อมูลการกระจายครุภัณฑ์และกำลังคนที่มีในปัจจุบัน ทำให้แผนการจัดซื้อครุภัณฑ์และการจัดสรรงบประมาณส่วนนี้อาจไม่มีเป้าหมายชัดเจนนัก เช่น การประชุมคณะทำงานพัฒนาบริการศัลยกรรมโรคมะเร็ง ด้านการจัดสรรงบประมาณ วันที่ 3 เมษายน พ.ศ.2550 พิจารณาให้อยู่ในวงเงินงบประมาณคงเหลือจากปี 2549 (140,224,350 บาท) ได้ดำเนินการพิจารณาการสนับสนุนงบประมาณทางด้านครุภัณฑ์ ให้แก่หน่วยบริการที่เสนอขอมา เนื่องจากยังไม่มีฐานข้อมูลทรัพยากรที่ชัดเจน (ในการประชุมใช้การติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามรายละเอียดของอุปกรณ์ที่มีจากศูนย์ด้านมะเร็งที่ขอรับการสนับสนุนมา) และให้คณะทำงานได้กำหนดเงื่อนไขการสนับสนุนดังนี้

- 1) รายการที่ขอสนับสนุนต้องมีมูลค่าตั้งแต่ 2 ล้านบาทขึ้นไป
- 2) รายการที่มีมูลค่าตั้งแต่ 2-5 ล้านบาท : สปสช.สนับสนุนงบประมาณเต็มจำนวน
- 3) รายการที่มีมูลค่ามากกว่า 5 ล้านบาท : สปสช.สนับสนุนร้อยละ 50 หน่วยบริการสมทบเพิ่มร้อยละ 50 (ทั้งนี้ สปสช.จะสนับสนุนในวงเงินไม่เกิน 20 ล้านบาทต่อ 1 รายการ)

สำหรับการสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรและการจัดอบรมเพิ่มพูนทักษะและวิชาการต่าง ๆ นั้น ใช้หลักการเหมือนการจัดซื้อครุภัณฑ์ คือนำเสนอโครงการและงบประมาณที่ต้องการสนับสนุนเพื่อให้กรรมการอนุมัติวงเงินสนับสนุน

ตารางที่ 12 ผลการพิจารณาคำขอของบพัฒนาบุคลากรงานตติยภูมิโรคมะเร็งปี 2549

ลำดับ	โครงการ	งบประมาณ	งวดที่ 1 20%	งวดที่ 2 70%	งวดที่ 3 10%
1	การให้ความรู้ทางด้านรังสีวินิจฉัยเกี่ยวกับโรคมะเร็งทรวงอก	416,250	208,125	208,125	-
2	โครงการฝึกอบรมยกระดับความรู้ความสามารถทางเทคนิคในงานรังสีรักษาของนักรังสีการแพทย์	406,500	81,300	284,550	40,650
3	ความร่วมมือพัฒนาหน่วยบริการรังสีรักษาศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี	593,400	118,680	415,380	59,340
4	การประกันคุณภาพและการควบคุมเครื่องคอมพิวเตอร์วางแผนการรักษาด้วยรังสี	338,700	67,740	237,090	33,870
5	การจัดการความรู้สู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคมะเร็ง	934,600	186,920	654,220	93,460
6	โครงการเวชศาสตร์นิวเคลียร์	153,500	30,700	107,450	15,350
7	ฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในการผ่าตัดรักษามะเร็งระบบปัสสาวะแบบห้วงผลหายขาดโดยวิธีเจาะรูส่องกล้อง	537,900	107,580	376,530	53,790
8	โครงการพัฒนาเภสัชกร สาขาโรคมะเร็ง (ภาคเหนือ)	74,000	14,800	51,800	7,400
9	โครงการฝึกอบรมเทคนิคการเตรียมยาเคมีบำบัด	307,200	61,440	215,040	30,720
10	โครงการพัฒนาบุคลากรด้านมะเร็งวิทยา	305,250	61,050	213,675	30,525
11	การอบรมเชิงปฏิบัติการทางโลหิตวิทยา (ส่ง 2 โครงการ ยกเลิก 1 โครงการ)	1,000,000	300,000	600,000	100,000
12	โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง	765,500	153,100	535,850	76,550
13	โครงการพัฒนาวิชาสำหรับพยาบาลเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง(Update Oncology Nursing care)	192,000	38,400	134,400	19,200
14	Multimodality Imaging in Breast Carcinoma Care	1,024,600	204,920	717,220	102,460
15	อบรมเชิงปฏิบัติการการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก	360,000	72,000	252,000	36,000
16	อบรมเชิงปฏิบัติการการวินิจฉัยโรคมะเร็งเม็ดโลหิตขาวในไขกระดูก	350,200	70,040	245,140	35,020
17	โครงการตรวจประเมินหน่วยบริการระดับตติยภูมิโรคมะเร็ง	2,760,400	-	-	2,760,400
18	โครงการพัฒนาบุคลากรด้านการบริหารและผสมยาเคมีบำบัด	100,000	20,000	70,000	10,000
	รวม	10,620,000	1,796,795	5,318,470	3,504,735

หมายเหตุ : โดยข้อมูลเมื่อ วันที่ 2 ตุลาคม 2549 มีการเบิกจ่ายไปแล้ว 7,189,190 บาท คงเหลือ 3,430,810 บาท

บทที่ 3 ผลการศึกษา

1. ปริมาณการบริการผู้ป่วยมะเร็งของศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง

การวิเคราะห์ฐานข้อมูลจากรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) ที่สถานพยาบาลแต่ละแห่ง ต้องจัดส่งรายงานจำนวนผู้รับบริการ และการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนจากโครงการ โดยการวิเคราะห์จำแนกสถานพยาบาลออกเป็นส่วนที่เป็นสถานพยาบาลทั่วไปที่ไม่ได้อยู่ในโครงการ และสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงที่ได้ระบุชื่อร่วมโครงการ 30 แห่ง ประกอบด้วย

1. กลุ่มสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงระดับ 1 (Excellence Center) จำนวน 12 แห่ง คือ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, โรงพยาบาลราชวิถี, โรงพยาบาลศรีนครินทร์, โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, โรงพยาบาลรามารับดี, โรงพยาบาลศิริราช, โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และ วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิระพยาบาล
2. กลุ่มสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงระดับ 2 (Advance Center) จำนวน 8 แห่ง คือ ศูนย์มะเร็งลพบุรี, ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี, ศูนย์มะเร็งชลบุรี, โรงพยาบาลขอนแก่น, โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี, โรงพยาบาลชลบุรี, โรงพยาบาลสระบุรี และ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
3. กลุ่มสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงระดับ 3 (General Center) จำนวน 10 แห่ง คือ ศูนย์มะเร็งอุดรธานี, ศูนย์มะเร็งลำปาง, ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี, โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก, โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, โรงพยาบาลอุดรธานี, โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, โรงพยาบาลลพบุรี, โรงพยาบาลลำปาง และศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏ ชัยบุรี

1.1 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งและประเภทบริการรักษา

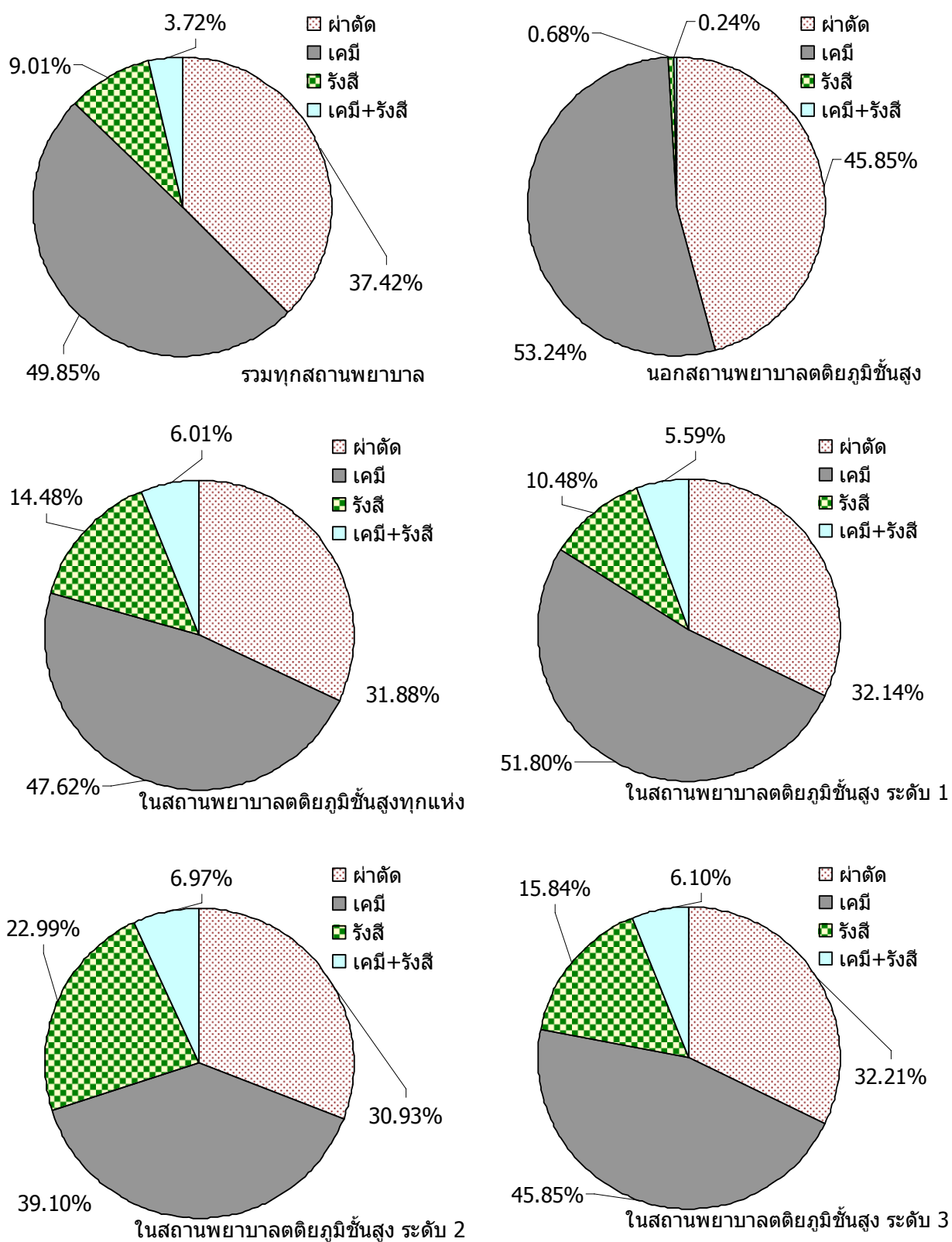
ในปีงบประมาณ 2549 มีปริมาณการบริการโรคมะเร็งโดยฐานข้อมูลผู้ป่วยในจากสถานพยาบาลทั่วประเทศ 681 แห่ง จำนวน 96,377 ราย^a (นับเฉพาะผู้ที่ได้รับบริการหรือหัตถการใดๆแล้วเท่านั้น ซึ่งไม่นับรวมส่วนที่อยู่ระหว่างการรอหัตถการอีก 138,419 ราย) หากนับเฉพาะการบริการที่เกิดขึ้นในสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง ทั้ง 30 แห่งมีจำนวน 58,197 ราย หรือเท่ากับร้อยละ 60.38 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ค่าเฉลี่ยผู้ป่วยในเฉพาะกลุ่มสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงทั้งหมด 30 แห่ง เท่ากับ 1,940 รายต่อสถานพยาบาล โดยสถานพยาบาลระดับตติยภูมิระดับ 1 ให้บริการผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 33.19 ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริการทั่วประเทศ (ดูตารางที่ 13) ผู้ป่วยมะเร็งทั่วประเทศได้รับการบริการด้วยการให้เคมีบำบัดมากที่สุดร้อยละ 49.85 รองลงมาเป็นการรักษาโดยการผ่าตัดร้อยละ 37.42 (ภาพที่ 5) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง อัตราการได้รับการบริการด้วยเคมีบำบัดจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 53.24 สำหรับกลุ่มที่มารับการรักษาที่สถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงจะมีอัตราการรักษาที่เป็นรังสีเป็นร้อยละ 14.48 (เปรียบเทียบกับร้อยละ 0.68 ในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่ตติยภูมิชั้นสูง) ที่เด่นชัดที่สุดคือสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงกลุ่มระดับ 2 เป็นการบริหารด้วยวิธีนี้ด้วยสัดส่วนร้อยละ 22.99

ตารางที่ 13 การให้บริการผู้ป่วยในโรคมะเร็ง ของสถานพยาบาลทั่วประเทศ พ.ศ. 2549

	การผ่าตัด	เคมีบำบัด	รังสีรักษา	เคมี+รังสีรักษา	รวม	ร้อยละ
รวมทั้งหมด	36,060	48,040	8,688	3,589	96,377	100.00
นอกสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง	17,504	20,327	259	90	38,180	39.62
ในสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง	18,556	27,713	8,429	3,499	58,197	60.38
● ระดับ Excellence	10,278	16,566	3,352	1,787	31,983	33.19
● ระดับ Advance	3,997	5,053	2,971	901	12,922	13.41
● ระดับ General	4,281	6,094	2,106	811	13,292	13.79

^a นับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ข้อมูลสามารถระบุชื่อสถานพยาบาลได้เท่านั้น โดยหน่วยนับจากฐานข้อมูล ถูกนับเป็นครั้งเพื่อแสดงภาระงานของสถานพยาบาล เช่น การรักษาคีมีบำบัดนับเป็น Course ไม่ใช่รายตาม Hospital number แต่เนื่องจากผู้ป่วยประกันสังคมและข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ไม่สามารถนับตามบุคคลได้ ดังนั้นตัวเลขในที่นี้จะบ่งบอกถึงภาระงานของสถานพยาบาล ไม่ได้แสดงอัตราการเข้าถึงบริการ

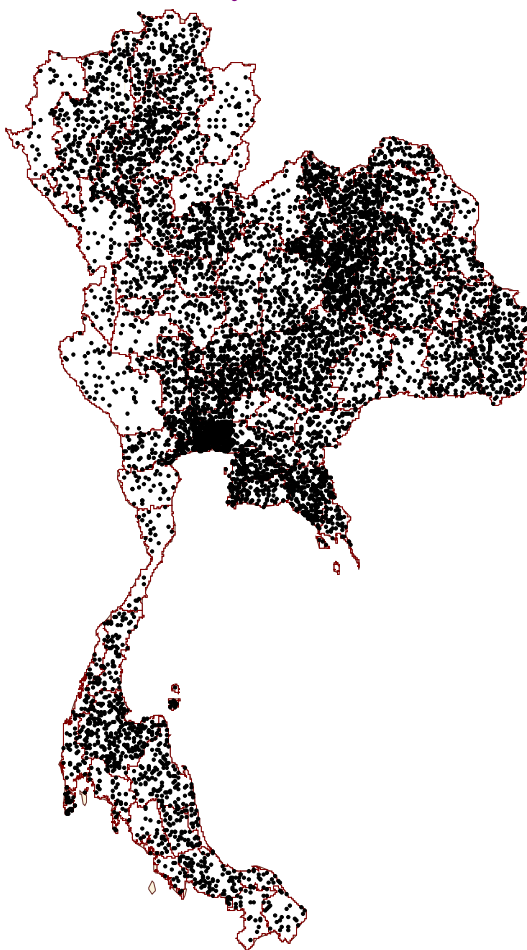
ภาพที่ 5 ร้อยละของประเภทการบริการผู้ป่วยมะเร็ง ในสถานพยาบาลต่างๆ พ.ศ. 2549



1.2 ภูมิลาเนาผู้ป่วยมะเร็งและการรับบริการในศูนย์ตติยภูมิชั้นสูง

ภาพที่ 6 เป็นการกระจายของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการในศูนย์ตติยภูมิ ตามฐานข้อมูลของ สปสช. ปี 2549 จำแนกตามภูมิลาเนาจังหวัดที่ลงทะเบียน^๖ (ซึ่งข้อมูลทีสมบูรณัจะแสดงเฉพาะผู้มีสิทธิสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ UC เท่านั้น) พบว่า มีการกระจายผู้ป่วยมะเร็งไปทัั้งประเทศ โดยมีจำนวนหนาแน่นมากที่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลางและตะวันออก และเมื่อจำแนกเป็นภูมิลาเนารายจังหวัด ผู้ป่วยมะเร็งกรุงเทพฯมีมากที่สุด 6,586 ราย รองลงมาเป็นขอนแก่น 5,408 ราย และ นครราชสีมา 5,066 ราย ตามลำดับ

ภาพที่ 6 การกระจายของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการผู้ป่วยมะเร็งของสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง 2549

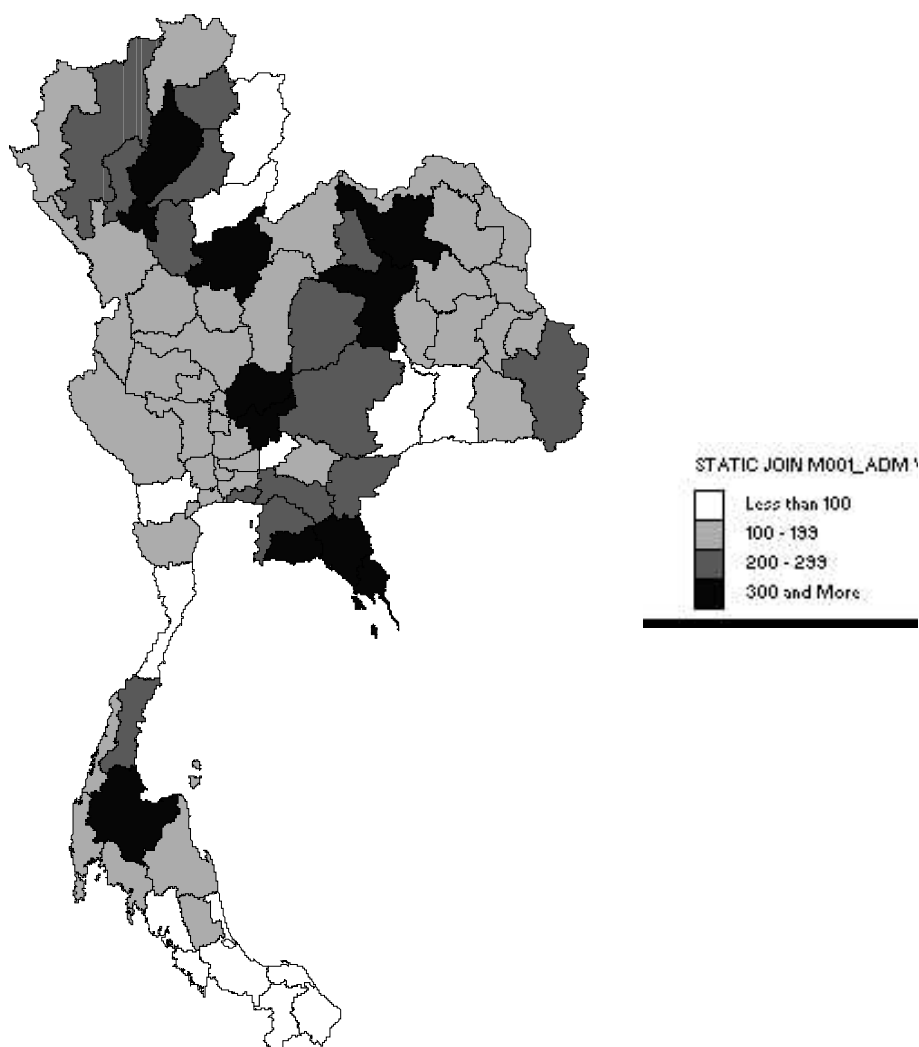


หมายเหตุ: 1 จุดแทนจำนวนผู้ป่วยมะเร็ง 10 ราย

^๖ นับเป็นราย ตาม hospital number

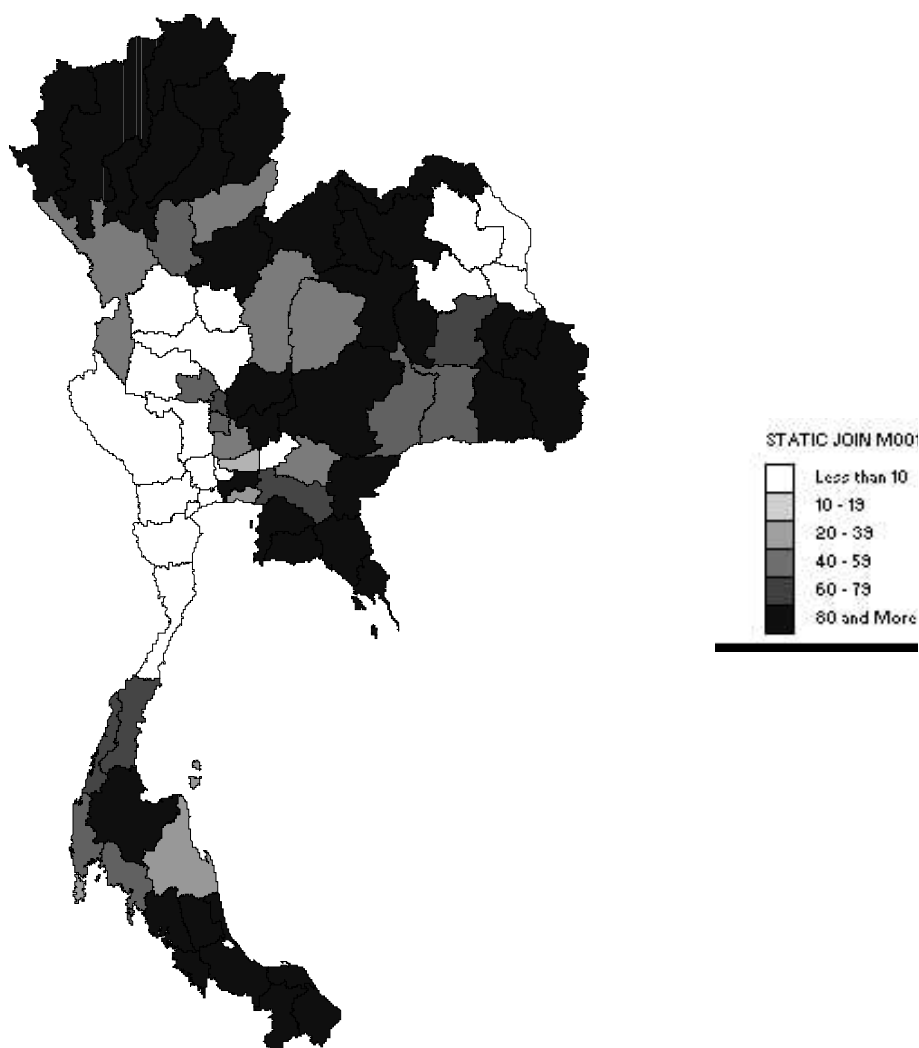
เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยมะเร็งในภาพที่ 6 เป็นฐานข้อมูลของกลุ่มผู้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ กลุ่ม UC ที่มีจำนวนผู้ลงทะเบียนแตกต่างกันไปในแต่ละจังหวัด ดังนั้น การเปรียบเทียบภาระหรือความชุกของโรคมะเร็งในแต่ละจังหวัดที่เหมาะสม อาจพิจารณาจากอัตราผู้เป็นมะเร็งต่อจำนวนผู้ลงทะเบียนในเขตจังหวัดนั้นๆ โดยภาพที่ 7 เป็นการกระจายความชุกของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการในศูนย์ศัลยกรรมขั้นสูงต่อจำนวน UC หนึ่งแสนคน ตามฐานข้อมูลของ สปสช. ปี 2550 ด้วยภาพรวมค่าเฉลี่ยทั้งประเทศมีจำนวนผู้รับบริการมะเร็งในศูนย์ศัลยกรรมขั้นสูงด้วยอัตรา 191 ต่อประชากร UC หนึ่งแสนคน เมื่อจำแนกตามภูมิภาคแล้วพบว่าอัตราผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษามีมากที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รองลงมาเป็นลำดับ 572 รายต่อแสน ะยะของ 400 รายต่อแสน และ ขอนแก่น 386 รายต่อแสน ตามลำดับ

ภาพที่ 7 อัตราผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาลศัลยกรรมขั้นสูง 2549 ต่อจำนวน UC แสนราย
จำแนกรายจังหวัด



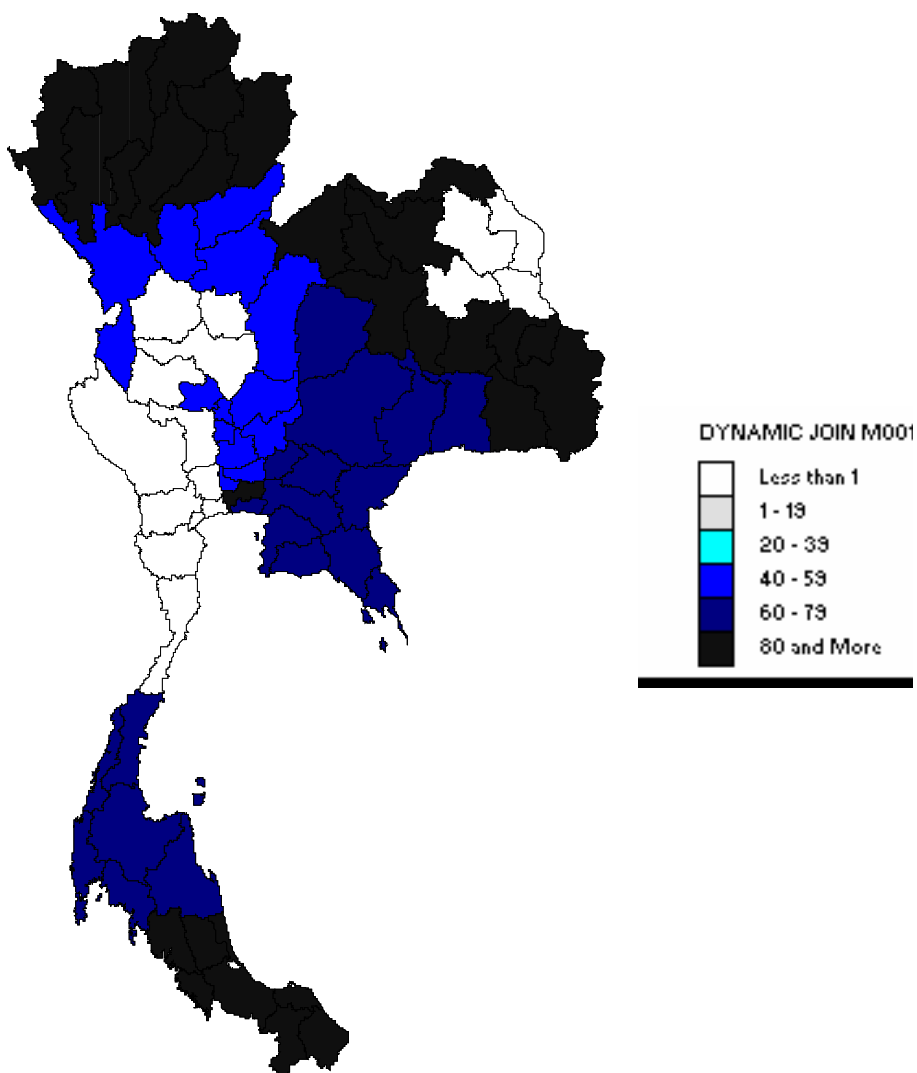
การกระจายพัฒนาศักยภาพบริการของสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงนั้น เพื่อจุดประสงค์ต้องการให้เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งที่กระจายในจังหวัดต่างๆ ให้สามารถเข้าถึงบริการในอัตราที่ใกล้เคียงกัน แต่เนื่องจากข้อจำกัดของจำนวนสถานพยาบาลตติยภูมิที่มีอยู่ไม่สามารถกระจายได้ครบทุกจังหวัดดังนั้น ลักษณะการเข้ารับบริการในศูนย์ตติยภูมิชั้นสูงของผู้ป่วยมะเร็งอย่างน้อยควรได้รับการอย่างทั่วถึงตามการกระจายของศูนย์ที่มีอยู่ในส่วนต่างๆ ทั่วประเทศ หากพิจารณาตามรายเขตของ สปสช. (ภาพที่ 8) พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาจังหวัดต่างๆ ได้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่อยู่ในเขตของตนมากกว่าร้อยละ 80 มีจำนวนทั้งสิ้น 36 จังหวัด, มีการรับบริการร้อยละ 60-79 รวม 5 จังหวัด และมีอีก 6 จังหวัดที่มีการรับบริการน้อยกว่าร้อยละ 20 (การวิเคราะห์ไม่รวม 17 จังหวัดในเขต สปสช. 3, 5 และ 8 ที่ไม่มีสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงในเขตของตนเอง)

ภาพที่ 8 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงในเขต สปสช. ตนเอง ปี 2549
จำแนกรายจังหวัด



จากข้อจำกัดเรื่องการสร้างหรือกระจายพัฒนาศักยภาพบริการของสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงนั้น อย่างน้อยประชาชนในเขตควรเลือกรับบริการในสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงในเขตที่ตนเองตั้งอยู่ ภาพที่ 9 แสดงอัตราการรับบริการของคนในเขต 1, 7, 10, 12, 13 ที่มีอัตราการรับบริการในเขตมากกว่าร้อยละ 90 ส่วนเขต 11, 6, 9 มีอัตราการรับบริการประมาณ ร้อยละ 60-70 ส่วนเขตมีผู้ป่วยมะเร็งประมาณครึ่งหนึ่งในเขต 2 และ 4 ที่เข้ารับการรักษานในเขตตนเอง ทั้งนี้ไม่นับรวม 3 เขต สปสช. 3, 5 และ 8 ที่ไม่มีสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงในเขตของตนเอง

ภาพที่ 9 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับบริการผู้ป่วยในของสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงในเขต สปสช. ตนเอง ปี 2549
จำแนกรายเขต สปสช.



โดยประชาชนที่มีภูมิลำเนาและลงทะเบียนอยู่ในเขต สปสช.ที่ 3, 5 และ 8 ที่ไม่มีสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงด้านมะเร็งใดๆตั้งอยู่เลย ทำให้ต้องไปรับบริการการรักษาในสถานพยาบาลตติยภูมิเขตอื่นๆที่ตนเองสะดวก (ตารางที่ 14) โดยประชาชนในจังหวัดเขต 3 เลือกไปรับบริการกระจายไปที่เขต 13

(กลุ่มสถานพยาบาลในกรุงเทพฯ) เขต 2 โรงพยาบาลพุทธชินราช และเขต 4 (ลพบุรีและสระบุรี) ส่วนประชาชนในจังหวัดเขต 8 เลือกไปรับบริการกระจายไปที่เขต 7 (ขอนแก่นและอุดรธานี) เขต 10 อุบลราชธานี และเขต 13 กรุงเทพมหานคร ทำยุดเป็นประชาชนในจังหวัดเขต 5 ที่ไม่มีสถานพยาบาล ตติยภูมิชั้นสูงตั้งอยู่ในเขตตนเอง มากกว่าร้อยละ 95 เลือกไปรับบริการที่เขต 13 กรุงเทพมหานคร ยกเว้นประชาชนจังหวัดสุพรรณบุรี เกือบร้อยละ 20 กระจายไปรับบริการที่เขต 4 (โดยเฉพาะอย่างศูนย์มะเร็งรัง ลพบุรี)

ตารางที่ 14 ร้อยละสถานพยาบาลตติยภูมิตามเขต สปสช. ที่ประชาชนในเขตที่ไม่มีสถานพยาบาลตติยภูมิตั้งอยู่ ไปรับบริการรักษาโรคมะเร็ง พ.ศ. 2549

เขต สปสช.		เขต สปสช. ที่ไปรับบริการ			
	จังหวัด	เขต 13	เขต 2	เขต 4	อื่นๆ
3	อุทัยธานี	51.16	0.29	48.27	0.29
	พิจิตร	41.20	35.87	20.80	2.13
	นครสวรรค์	39.72	1.84	57.58	0.87
	กำแพงเพชร	30.38	39.34	10.47	19.81
8	จังหวัด	เขต 7	เขต 10	เขต 13	อื่นๆ
	สกลนคร	93.66	1.23	4.47	0.65
	กาฬสินธุ์	93.23	1.32	4.71	0.74
	นครพนม	36.90	55.46	6.58	1.06
	มุกดาหาร	28.94	65.92	4.82	0.32
5	จังหวัด	เขต 13	เขต 4	อื่นๆ	
	สมุทรสงคราม	100.00	0	0	
	ราชบุรี	99.49	0	0.51	
	นครปฐม	99.41	0.12	0.47	
	กาญจนบุรี	98.73	0.56	0.71	
	สมุทรสาคร	98.46	0	1.54	
	เพชรบุรี	97.63	1.58	0.79	
	ประจวบคีรีขันธ์	96.15	0.30	3.55	
	สุพรรณบุรี	79.36	19.93	0.72	

อย่างไรก็ดี เนื่องจากการแบ่งกลุ่มจังหวัดให้ออกเป็นเขต สปสช.ต่างๆ อาจไม่มีความสอดคล้องกับจำนวนสถานพยาบาลตั้งอยู่ หรือความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ ตารางที่ 15 เป็นตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนว่าประชาชนที่มีภูมิลำเนาและลงทะเบียนอยู่ในเขต สปสช.ที่ 4 และ 6 ที่อยู่ใกล้กรุงเทพมหานคร แม้จะมีสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงด้านมะเร็งตั้งอยู่ในเขตตนเอง แต่มีประชาชนที่

ป่วยด้วยโรคมะเร็งจำนวนหนึ่งที่สะดวกมารับบริการในเขต 13 กรุงเทพมหานคร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จังหวัดที่ถูกจัดให้เป็นเขตปริณทล เช่น นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรปราการ และนครนายก

ตารางที่ 15 ร้อยละของการไปรับบริการโรคมะเร็ง ของเขตใกล้กรุงเทพฯ พ.ศ. 2549

เขต สปสช.	จังหวัด	เขตที่ไปรับบริการ	
		เขต 4	เขต 13
4	นนทบุรี	0.22	99.00
	ปทุมธานี	1.13	96.93
	พระนครศรีอยุธยา	21.39	78.19
	อ่างทอง	44.96	53.95
	ชัยนาท	55.07	44.20
	สิงห์บุรี	74.48	25.52
	ลพบุรี	83.05	15.17
	สระบุรี	88.58	10.99
6	จังหวัด	เขต 6	เขต 13
	นครนายก	0	80.14
	สมุทรปราการ	10.02	89.54
	ปราจีนบุรี	28.78	70.36
	ฉะเชิงเทรา	69.38	30.3
	ระยอง	85.22	14.35
	ชลบุรี	85.26	14.27
	ตราด	90.09	9.53
	จันทบุรี	95.62	4.26

1.3 สิทธิสวัสดิการสุขภาพและประเภทการรับบริการ

ฐานข้อมูลการให้บริการรักษามะเร็ง พ.ศ. 2547- 2549 โดยแยกประเภทงานบริการออกเป็น การรักษาด้วยการผ่าตัด, เคมีบำบัด, รังสีรักษา และรังสีร่วมกับเคมีบำบัด (ดูรายละเอียดในตารางที่ 16) พบว่าในกลุ่มสถานที่รักษามะเร็งที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงมีจำนวนรวมการรักษาผู้ป่วยมะเร็งทั้ง 3 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นเล็กน้อย กล่าวคือกลุ่มสวัสดิการประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพิ่มขึ้นจาก 23,511 รายในปี 2547 เป็น 27,481 รายในปี 2549 ด้วยอัตราเพิ่มจากปีที่ผ่านมาร้อยละ +1.53 และ+15.13 ตามลำดับ เช่นเดียวกับกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ก็เพิ่มจาก 4,822 รายในปี 2547 เป็น 5,766 รายในปี 2549 ด้วยอัตราเพิ่มจากปีที่ผ่านมาร้อยละ +8.88 และ+9.83 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ประกันตนในภาพรวมปรับลดลงในปี 2549 เล็กน้อย แต่มีอัตราการเพิ่มช่วยระหว่างปี 2547-2548 ถึงร้อยละ +76.36

สำหรับในการรับบริการในกลุ่มที่เป็นสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง ระหว่าง พ.ศ. 2547-2549 มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในกลุ่มสวัสดิการราชการ/รัฐวิสาหกิจ จาก 26,184 รายในปี 2547 เพิ่มขึ้นเป็น 28,837 รายในปี 2549 ด้วยอัตราเพิ่มจากปีที่ผ่านมาร้อยละ +8.04 และ +1.94 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ประกันตนสวัสดิการสังคมในภาพรวมไม่ได้เพิ่มจำนวนขึ้น โดยมีอัตราการเพิ่มช่วงระหว่างปี 2548-2549 เป็นร้อยละ -4.16 และ -23.34 ตามลำดับ

ตารางที่ 16 จำนวนการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ปี พ.ศ. 2547-2549 จำแนกตามสวัสดิการสุขภาพและประเภทรักษา

สวัสดิการสุขภาพ	พ.ศ.	จำนวนตามประเภทบริการรักษา					อัตราเพิ่ม
		ผ่าตัด	เคมีบำบัด	รังสีรักษา	รังสี+เคมี	รวม	
ก. กลุ่มสถานพยาบาลที่ไม่ใช่ตติยภูมิชั้นสูง							
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2547	13,548	9,909	41	13	23,511	----
	2548	12,392	11,395	66	17	23,870	+1.53
	2549	13,292	14,108	65	16	27,481	+15.13
ประกันสังคม	2547	1,424	1,859	116	45	3,444	----
	2548	2,265	3,505	234	70	6,074	+76.36
	2549	1,747	2,942	177	67	4,933	-18.78
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2547	2,237	2,563	21	1	4,822	----
	2548	2,296	2,938	14	2	5,250	+8.88
	2549	2,465	3,277	17	7	5,766	+9.83
ข. กลุ่มสถานพยาบาลที่เป็นตติยภูมิชั้นสูง							
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2547	11,058	8,427	5,940	2,171	27,596	----
	2548	11,132	9,222	6,146	2,701	29,201	+5.82
	2549	10,922	7,927	6,457	2,681	27,987	-4.16
ประกันสังคม	2547	348	1,018	100	25	1,491	----
	2548	462	1,192	102	35	1,791	+20.12
	2549	338	919	94	22	1,373	-23.34
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2547	6,497	17,104	1,990	593	26,184	----
	2548	6,732	18,920	1,898	738	28,288	+8.04
	2549	7,296	18,867	1,878	796	28,837	+1.94

จากฐานข้อมูลปี 2549 ที่สามารถระบุสิทธิสวัสดิการของผู้ป่วยมะเร็งและประเภทของการรับบริการจากสถานพยาบาลต่างๆทั่วประเทศ ทั้งที่เป็นสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงและสถานพยาบาลอื่นๆ ด้วย 681 แห่ง จำนวน 96,377 ราย (ในตารางที่ 17) ส่วนรูปที่ 10 เป็นสัดส่วนของกลุ่มสวัสดิการ

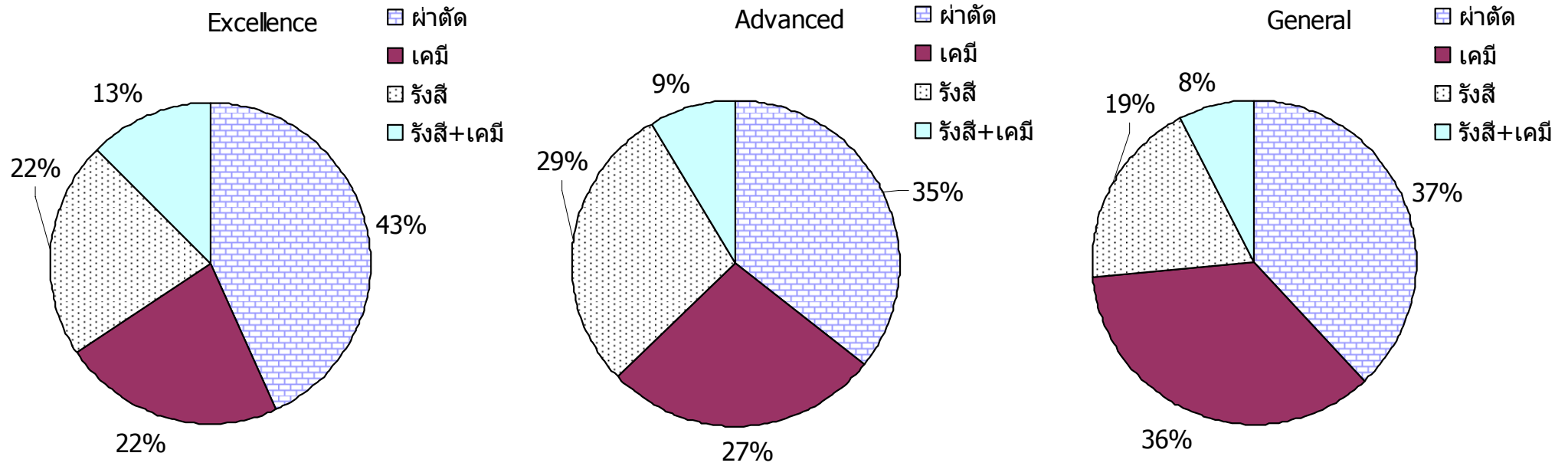
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมากที่สุด ร้อยละ 43, 35 และ 37 ในสถานพยาบาลตติยภูมิระดับ Excellence, Advance และ General ตามลำดับ ต่างกับกลุ่มผู้ประกันตนเป็นการรักษาด้วยสัดส่วนเคมีบำบัดมากที่สุด ร้อยละ 67, 70 และ 65 ในสถานพยาบาลตติยภูมิระดับ Excellence, Advance และ General ตามลำดับ (รูปที่ 11) ซึ่งคล้ายกับกลุ่มสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (รูปที่ 12) เป็นการรักษาด้วยเคมีบำบัดด้วยสัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ 65, 65 และ 71 ในสถานพยาบาลตติยภูมิระดับ Excellence, Advance และ General ตามลำดับ

ตารางที่ 17 จำนวนการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในและนอกสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง ปี พ.ศ. 2549 จำแนกตามสวัสดิการสุขภาพและประเภทรักษา

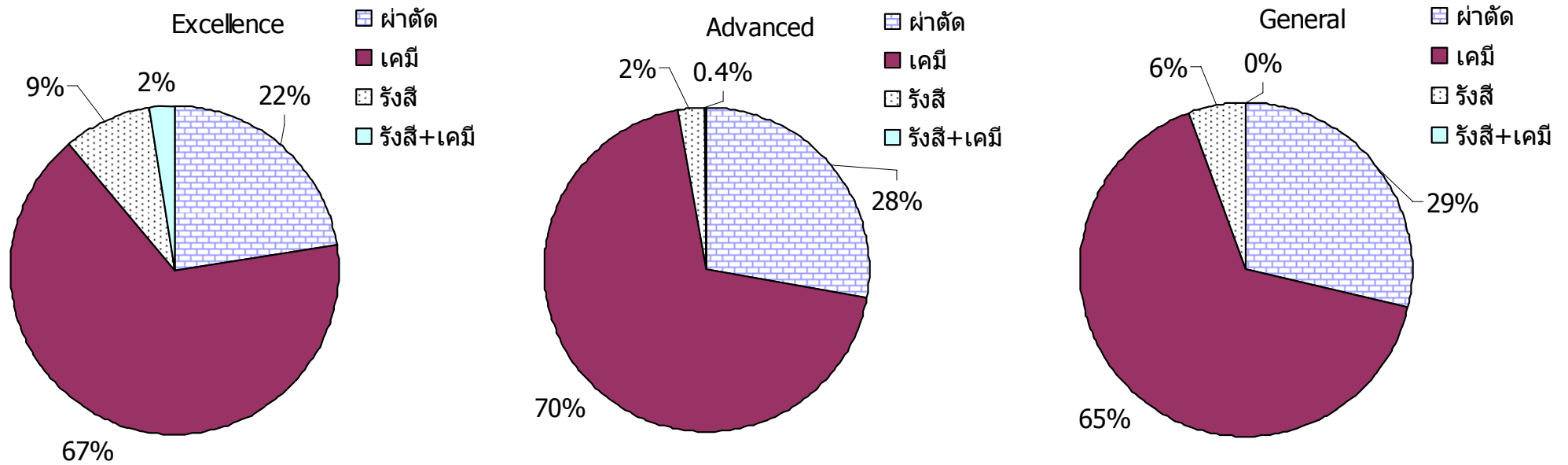
สวัสดิการสุขภาพ	ประเภทบริการ	สถานพยาบาลที่ไม่ใช่ตติยภูมิชั้นสูง	สถานพยาบาลที่เป็นตติยภูมิชั้นสูง			
			Excellence	Advance	General	รวม
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	ผ่าตัด*	13,292	4,189	3,148	3,585	10,922
	เคมีบำบัด	14,108	2,153	2,408	3,366	7,927
	รังสีรักษา	65	2,122	2,552	1,783	6,457
	รังสี+เคมีบำบัด	16	1,211	758	712	2,681
	รวม	27,481	9,675	8,866	9,446	27,987
ประกันสังคม	ผ่าตัด*	1,747	189	78	71	338
	เคมีบำบัด	2,942	560	195	164	919
	รังสีรักษา	177	73	7	14	94
	รังสี+เคมีบำบัด	67	21	1		22
	รวม	4,933	843	281	249	1,373
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	ผ่าตัด*	2,465	5,900	771	625	7,296
	เคมีบำบัด	3,277	13,853	2,450	2,564	18,867
	รังสีรักษา	17	1,157	412	309	1,878
	รังสี+เคมีบำบัด	7	555	142	99	796
	รวม	5,766	21,465	3,775	3,597	28,837

ข้อสังเกตฐานข้อมูลการผ่าตัดของกลุ่มประกันสังคมและข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ จะมีสัดส่วนน้อยกว่าเคมีบำบัด (ตรงกันข้ามกับกลุ่ม UC) ทำให้การนำข้อมูลไปใช้อ้างอิงต้องถือเป็นภาระงานของสถานพยาบาล ไม่ใช่จำนวนคนที่มารับบริการที่แท้จริงตาม hospital number

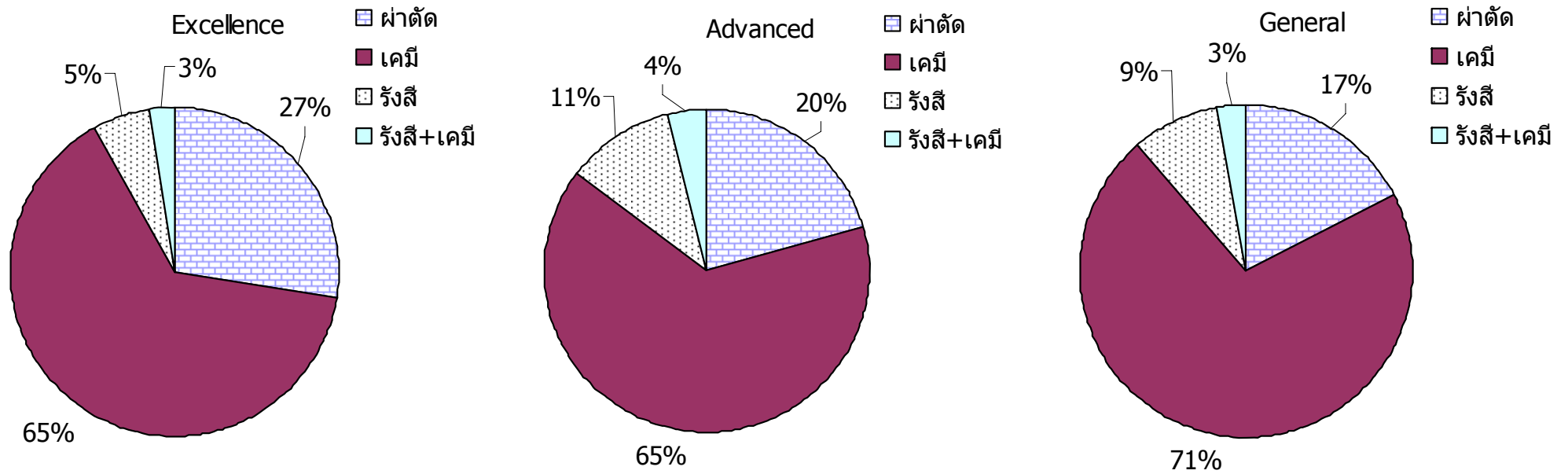
ภาพที่ 10 สัดส่วนประเภทการบริการผู้ป่วยมะเร็งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในสถานพยาบาลตติยภูมิระดับต่างๆ พ.ศ. 2549



ภาพที่ 11 สัดส่วนประเภทการบริการผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้ประกันตน ในสถานพยาบาลตติยภูมิระดับต่างๆ พ.ศ. 2549



ภาพที่ 12 สัดส่วนประเภทการบริการผู้ป่วยมะเร็งที่ใช้สวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ในสถานพยาบาลตติยภูมิระดับต่างๆ พ.ศ. 2549



อัตราการรับบริการของผู้สิทธิสวัสดิการที่สำคัญ 3 กลุ่ม คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มประกันสังคม และข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจของสถานพยาบาลตติยภูมิ ต่อจำนวนผู้มีสิทธิในแต่ละหลักประกันสุขภาพ (ตารางที่ 18) กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีอัตราการรับบริการที่สูงที่สุด คือ เข้ารับบริการในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่สถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงในปี 2549 เท่ากับ 110.46 รายต่อแสน เปรียบเทียบกับกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 58.94 ต่อแสนในปีเดียวกัน สำหรับการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงทั้งหมดในปี 2549 สูงที่สุดเป็นกลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจเช่นเดียวกัน เท่ากับ 552.43 รายต่อแสน ขณะที่กลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกลุ่มประกันสังคม มีอัตรา 60.03 และ 15.15 ต่อแสนในปี 2549 ตามลำดับ นอกจากนี้ฐานข้อมูลการรับบริการในสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงยังชี้ว่า กลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ยังไปรับบริการในตติยภูมิชั้นสูงระดับ 1 (Excellence) มากกว่าระดับ 2 (Advance) หรือ 3 (General) กว่า 5 เท่าตัว

ตารางที่ 18 อัตราการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในและนอกสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง พ.ศ. 2547-9 จำแนกตามสิทธิสุขภาพ หน่วย: ต่อแสน

สิทธิ	พ.ศ.	จำนวนผู้ถือสิทธิ* (ล้านคน)	รวมที่ไม่ใช่ สถานพยาบาล ตติยภูมิชั้นสูง	สถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง			
				Excellence	Advance	General	รวม
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2547	47.074	49.94	23.37	18.61	16.65	58.62
	2548	47.444	50.31	24.26	18.05	19.24	61.55
	2549	46.624	58.94	20.75	19.02	20.26	60.03
ประกันสังคม	2547	8.315	41.42	13.61	2.10	2.21	17.93
	2548	8.706	69.77	14.00	3.20	3.37	20.57
	2549	9.064	54.42	9.30	3.10	2.75	15.15
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	2547	4.733	101.88	406.21	74.96	72.05	553.22
	2548	4.239	123.85	493.80	86.62	86.91	667.33
	2549	5.220	110.46	411.21	72.32	68.91	552.43

*อ้างอิงจากจำนวนผู้ถือสิทธิ ณ เดือนธันวาคมของปี พ.ศ.นั้นๆ โดยนับจำนวนรวมด้วย: สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCS) + สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเภทมีสิทธิย่อย(WEL); สิทธิประกันสังคม (SSS) + สิทธิประกันสังคมกรณีทุพพลภาพ (SSI); สิทธิข้าราชการ/สิทธิรัฐวิสาหกิจ (OFC) + สิทธิประกันสังคมและสิทธิข้าราชการ/สิทธิรัฐวิสาหกิจ (SOF) www.nhso.go.th

การศึกษากระบวนการจัดการและบริการผู้ป่วยมะเร็ง ประเด็นการจัดการระบบคิวที่ดีย่อมทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาในการรอรับหัตถการไม่นานเกินไป และได้รับการรักษาอย่างทันทั่วถึงที่ก่อนที่จะถึงระยะของโรคมะเร็งจะลุกลามมากขึ้น ในช่วงเวลา 3 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2547-2549 มีจำนวนผู้รับบริการมะเร็งในสถานพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงและไม่ใชสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง ข้อสังเกตของช่วง 2547-2548 จำนวนผู้ที่อยู่ในคิวของกลุ่มหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าใน

สถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงที่เข้าร่วมในโครงการพัฒนาฯ มีจำนวนลดลงร้อยละ 44 ต่อมาปรับเปลี่ยนเล็กน้อยในช่วงปี 2548-2549 (ตารางที่ 19)

ตารางที่ 19 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษา ปี พ.ศ. 2547-2549 จำแนกตามสวัสดิการสุขภาพ

สวัสดิการสุขภาพ	พ.ศ.	จำนวน	อัตราเพิ่ม
ก. กลุ่มสถานพยาบาลที่ไม่ใช่ตติยภูมิชั้นสูง			
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2547	56,514	----
	2548	61,114	+8.14
	2549	64,189	+5.03
ประกันสังคม	2547	7,724	----
	2548	12,921	+67.28
	2549	10,473	-18.95
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2547	17,299	----
	2548	17,792	+2.85
	2549	18,722	+5.23
ข. กลุ่มสถานพยาบาลที่เป็นตติยภูมิชั้นสูง			
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	2547	5,401	----
	2548	3,006	-44.34
	2549	3,169	+5.42
ประกันสังคม	2547	2,368	----
	2548	2,947	+24.45
	2549	2,255	-23.48
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2547	37,025	----
	2548	39,098	+5.60
	2549	39,611	+1.31

1.4 การเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็ง

การลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งนั้น เป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพบริการของสถานพยาบาลตติยภูมิ การแสดงอัตราการตายของผู้ป่วยจะเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จของโครงการได้อีกทางหนึ่ง แต่เนื่องจากข้อจำกัดของฐานข้อมูลที่มีเฉพาะกลุ่มสวัสดิการสุขภาพหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น ตารางที่ 20 จึงแสดงอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งแต่ละปีเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยในปีนั้น (คำนวณจากอัตรา = $\text{Dead} \times 100 / \text{Cases}$)

ในช่วงเวลา 3 ปีที่ผ่านมา อัตราผู้ป่วยมะเร็งที่เสียชีวิตที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา และรังสี+เคมีบำบัดในทุกสถานพยาบาลทั่วประเทศ เปลี่ยนแปลงเล็กน้อย จากร้อยละ 6.51, 2.39, 3.47 และ 2.61 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 6.05, 2.20, 3.79 และ 3.10 ในปี พ.ศ.2549 ตามลำดับ โดยอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด และรังสีรักษาในสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงมีค่าต่ำกว่าผู้ป่วยนอกสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงเล็กน้อย) โดยอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่รับ

การรักษาด้วยเคมีบำบัด และรังสีร่วมกับเคมีบำบัดนอกศูนย์ตติยภูมิชั้นสูงมีต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยในศูนย์ตติยภูมิชั้นสูง อาจเนื่องมาจากมีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถรับบริการนอกศูนย์ตติยภูมิน้อย เช่น ปี พ.ศ. 2549 มีจำนวนผู้ป่วยที่รับบริการรังสีร่วมกับเคมีบำบัดนอกศูนย์ตติยภูมิ เพียง 16 ราย (ไม่มีผู้เสียชีวิต) ขณะที่จำนวนผู้ป่วยในศูนย์รวม 1,982 เสียชีวิต 62 ราย อาจกล่าวได้ว่าข้อมูลเบื้องต้นระบุได้ว่า ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา อัตราการตายของผู้ป่วยมะเร็งในภาพรวมไม่ได้ลดลง (ทั้งผู้ป่วยมะเร็งในศูนย์และนอกศูนย์ตติยภูมิชั้นสูง)

ตารางที่ 20 อัตราผู้ป่วยมะเร็งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เสียชีวิต ปี 2547-2549 หน่วย : ร้อยละ

พ.ศ.	ประเภท	รวมทุกสถานพยาบาล	นอกตติยภูมิชั้นสูง	ในตติยภูมิชั้นสูง ระดับ			
				ทุกระดับ	Excence	Advance	General
2547	การผ่าตัด	6.51	6.26	6.77	8.75	5.03	5.55
	เคมีบำบัด	2.39	1.13	2.89	4.82	1.51	1.67
	รังสีรักษา	3.47	11.11	3.42	5.31	2.68	1.70
	รังสี+เคมี	2.61	0	2.63	2.74	3.31	1.09
2548	การผ่าตัด	6.01	7.08	5.10	5.57	3.90	5.60
	เคมีบำบัด	2.20	1.14	2.59	3.43	1.74	1.88
	รังสีรักษา	4.13	11.48	4.03	6.00	3.89	1.38
	รังสี+เคมี	2.87	6.67	2.84	2.68	3.59	1.99
2549	การผ่าตัด	6.05	7.01	5.26	5.90	4.04	5.38
	เคมีบำบัด	2.20	1.43	2.48	2.97	1.72	2.35
	รังสีรักษา	3.79	14.04	3.68	5.63	2.88	2.33
	รังสี+เคมี	3.10	0	3.13	4.02	3.36	1.61

1.5 การสนับสนุนงบประมาณของศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง จาก สปสช.

การสนับสนุนงบประมาณตอบแทนบุคลากรสำหรับจูงใจให้เพิ่มบริการผู้ป่วยมะเร็งจาก สปสช. ผู้สถานพยาบาลต่างๆ แม้ว่าจะมีกฎเกณฑ์การสนับสนุนงบประมาณจากส่วนกลาง แต่ถ้าพิจารณาการสนับสนุนเฉลี่ยเป็นรายครั้งของการให้บริการผู้ป่วย ในปี พ.ศ. 2549 เฉลี่ย 833 บาทต่อผู้ป่วยหนึ่งราย โดยกลุ่มสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงระดับ General, Advance และ Excellence ได้รับการสนับสนุนเฉลี่ย 945, 821 และ 796 บาทต่อผู้ป่วยหนึ่งราย ตามลำดับ

หากนโยบายการพัฒนาตติยภูมิขั้นสูงของ สปสช. นี้ได้มุ่งความสนใจในการบริการผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นผู้มีสิทธิสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น การสนับสนุนเฉลี่ยเป็นรายครั้งของการให้บริการผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2549 เฉลี่ย 1,209 บาทต่อราย โดยสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงระดับที่ 2 ได้รับการสนับสนุนเฉลี่ย 982 บาทต่อราย นับว่าต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากสัดส่วนผู้รับบริการที่เป็นหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในกลุ่มสถานพยาบาลนี้สูงถึงร้อยละ 83.62

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนงบประมาณจากโครงการฯ ในสถานพยาบาลต่างๆ พ.ศ.2549

	สัดส่วนผู้ป่วย UC	เฉลี่ยบาท ต่อ UC	เฉลี่ยบาท ต่อผู้ป่วยทั้งหมด
ระดับ 1 Excellence Center			
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่	64.90	667	433
โรงพยาบาลศรีนครินทร์	65.34	828	541
โรงพยาบาลรักษาโรคทั่วไปศิริราช	47.42	1,096	520
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	62.72	1,208	758
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี	93.90	1,241	1,166
โรงพยาบาลราชวิถี	81.46	1,288	1,049
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	57.85	1,832	1,060
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย	47.30	1,940	918
โรงพยาบาลรามธิบดี	35.95	2,357	847
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และวชิรพยาบาล	71.71	2,376	1,704
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	40.56	3,626	1,471
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	26.75	6,764	1,809
ค่าเฉลี่ยเฉพาะระดับ Excellence Center	57.33	1,388	796
ระดับ 2 Advance Center			
โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น	88.66	420	373
โรงพยาบาลศูนย์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธ	87.91	786	691
โรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์	86.70	1,040	902

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ยการสนับสนุนงบประมาณจากโครงการฯ ในสถานพยาบาลต่างๆ พ.ศ.2549

ศูนย์มะเร็งลพบุรี	77.98	1,055	823
ศูนย์โรคมะเร็งชลบุรี	80.65	1,116	900
ศูนย์มะเร็ง อุบลราชธานี	72.40	1,289	933
โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี	73.77	3,589	2,648
โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี	80.60	3,832	3,089
ค่าเฉลี่ยเฉพาะระดับ Advance Center	83.62	982	821
ระดับ 3 General Center			
ศูนย์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์	81.78	710	580
โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี	85.65	919	787
ศูนย์มะเร็งอุดรธานี	76.12	967	736
โรงพยาบาลศูนย์พระปกเกล้า	82.91	974	807
โรงพยาบาลศูนย์พุทธชินราช	76.33	985	752
ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี	88.90	1,182	1,051
ศูนย์มะเร็ง ลำปาง	82.77	1,340	1,109
โรงพยาบาลศูนย์ลำปาง	79.80	1,582	1,262
โรงพยาบาลศูนย์สุราษฎร์ธานี	79.98	1,716	1,373
โรงพยาบาลทั่วไปลพบุรี	73.85	7,431	5,487
ค่าเฉลี่ยเฉพาะระดับ General Center	80.94	1,167	945
ค่าเฉลี่ยของทุกสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง	68.92	1,209	833

2. การบริหารจัดการของศูนย์ตติยภูมิขั้นสูง

ผลการศึกษาได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ร่วมกับการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มในศูนย์มะเร็ง 5 แห่ง โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย และส่งไปยังสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็งทั้ง 30 แห่งตามประกาศ 2549 แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ชุด (รายละเอียดและตัวอย่างแบบสอบถามอยู่ในภาคผนวก) และได้รับข้อมูลกลับมาทั้งสิ้น 25 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 77

ชุดที่ 1 แบบสำรวจทรัพยากรและผลการดำเนินงานของศูนย์ฯ โดยผู้ตอบคือผู้บริหาร/ผู้จัดการศูนย์มะเร็งหรือผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ฯที่ได้รับมอบหมาย

ชุดที่ 2 ความคิดเห็นของผู้บริหารศูนย์มะเร็ง ผู้ตอบคือ ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็ง (กรณีที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล) หรือ หัวหน้า/รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลดูแลศูนย์มะเร็งในโรงพยาบาล

ชุดที่ 3 ความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ตอบคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ที่มีศูนย์มะเร็งเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล โดยแบบสอบถามใช้ร่วมกับการศึกษาประเมินศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงด้านโรคหัวใจและอุบัติเหตุ

ตารางที่ 22 รายชื่อและจำนวนการตอบแบบสอบถาม จำแนกตามประเภทแบบสอบถาม

	รายชื่อศูนย์มะเร็ง	ชุด 1	ชุด 2	ชุด 3
1	โรงพยาบาลศิริราช	1	1	
2	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	1		1
3	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	1	1	1
4	วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิระพยาบาล	1	1	1
5	โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช	1	1	1
6	โรงพยาบาลศรีนครินทร์	1	1	1
7	โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่	1		1
8	โรงพยาบาลสงขลานครินทร์	1	1	1
9	โรงพยาบาลสระบุรี	1	1	1
10	โรงพยาบาลชลบุรี	1	1	1
11	โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี	1	1	1
12	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	1	1	1
13	โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี			1
14	โรงพยาบาลขอนแก่น	1	1	1
15	โรงพยาบาลอุดรธานี	1	1	1
16	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก	1	1	1
17	โรงพยาบาลลำปาง			1
18	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	1		
19	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	1	1	1
20	ศูนย์มะเร็งลพบุรี	1	1	1
21	ศูนย์มะเร็งชลบุรี	1	1	1
22	ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี	1	1	1
23	ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี	1	1	1
24	ศูนย์มะเร็งลำปาง	1	1	1
25	ศูนย์มหาวชิราลงกรณ์ ชัยบุรี	1	1	1
รวมจำนวนการตอบกลับ		23	20	23
ร้อยละของการตอบกลับ (จากทั้งหมด 30 แห่ง)		77%	67%	77%

นอกจากนี้ยังวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อประกอบคำอธิบายแบบสอบถามข้อมูลเชิงปริมาณ นั้น ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและสันทนาของกลุ่มของบุคลากรในศูนย์ตติยภูมิชั้นสูง หลังจากที่ได้รับข้อมูลแบบสอบถามมาแล้วทั้งนี้แล้ว จำนวน 5 แห่ง ประกอบด้วย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 8 คน, โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก 12 คน, โรงพยาบาลศรีนครินทร์ 11 คน, โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 11 คน และศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี 10 คน โดยประเด็นการสนทนาหลัก ประกอบด้วย

1. การศึกษาโครงสร้างการบริหารนโยบายและกระบวนการประสานนโยบายของสถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. แผนและเป้าหมายการพัฒนาในด้านมะเร็งของสถานพยาบาล
3. การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง
4. การจัดระบบข้อมูลการขึ้นทะเบียนและการจัดบริการ
5. การส่งเสริมและพัฒนาบุคลากร
6. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์และบุคลากรในการบริการทั่วไป เป็นอย่างไร และได้ผลกระทบกับใครบ้าง ในแง่ใดบ้างทั้งบวกและลบ
7. การประเมินระดับความสำเร็จของสถานพยาบาล ตัวชี้วัด และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จดังกล่าว
8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายแต่ละด้านและข้อเสนอแนะ

2.1 ศักยภาพบริการของศูนย์บริการตติยภูมิชั้นสูง

ตารางที่ 23 แสดงบทบาทหรือพันธกิจที่สถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงต่างๆ ได้ปฏิบัติ มีเพียง 4 แห่งสถานพยาบาลระดับ Excellence จำนวน 8 แห่ง เท่านั้น (ร้อยละ 50) ที่ได้ทำบทบาทครบ ตั้งแต่มีบริการการตรวจวินิจฉัย การผ่าตัด เคมีบำบัด การฉายรังสี รักษาผู้ป่วยมะเร็งแบบ Palliative and Terminal care, ทำการศึกษาวิจัยด้านมะเร็งที่เป็น Clinical Research ตลอดจนถึงการสร้างงานวิจัยที่เป็น Model development จากการสัมภาษณ์ถึงเหตุผลของสถานพยาบาลที่ยังไม่สามารถจัดบริการได้ครบตามเกณฑ์เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น สถานพยาบาลขาดรายการอุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ จำนวนและการคงอยู่ของบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางที่ปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์ตติยภูมิส่วนภูมิภาค อย่างไรก็ตาม ใดก็ตามที่สถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงจำนวน 6 จาก 21 แห่ง (ร้อยละ 29) ได้มีกิจกรรมที่สนับสนุนการคัดกรองและส่งเสริมการป้องกันโรคถึงระดับชุมชน

ความคาดหวังของสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง ต่อบทบาทการร่วมเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพก็คือ หน้าที่การรับส่งต่อผู้ป่วยจากสถานพยาบาลต่างๆ ที่อยู่ในเครือข่าย ที่เกินความสามารถของสถานพยาบาลลูกข่ายนั้นๆ พบว่ามีเพียง 9 ใน 21 แห่ง (ร้อยละ 43) เท่านั้น ที่ตอบว่ามีและรับผิดชอบในเครือข่ายส่งต่อนั้นด้วย และมีสถานพยาบาลตติยภูมิอีก 8 แห่ง (ร้อยละ 38) ที่ตอบว่าการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบเครือข่ายชัดเจน สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการ

สัมภาษณ์ ที่ชี้ชัดว่าโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลตติยภูมิที่ไม่ได้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มักจะไม่มีรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่นๆชัดเจนนัก

ตารางที่ 24 เปรียบเทียบเกณฑ์ครุภัณฑ์อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญที่ควรมีขึ้นสำหรับการขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงระดับ Excellence, Advance และ General จากข้อมูลแบบสอบถามยังไม่มีสถานพยาบาลระดับ Excellence ใดๆเลยที่มีอุปกรณ์ครบตามกำหนดทุกรายการในตาราง ซึ่งส่วนใหญ่จะมีความพร้อมในอุปกรณ์สำคัญ เช่น Cobalt + Linac, CT scan, Mammography, High Dose Rate และห้องผสมยาเคมีบำบัด ส่วนสถานพยาบาลกลุ่ม Advance ทุกแห่งมี CT scan และ Mammography ใช้ ส่วนอุปกรณ์ที่ขาดแคลนไม่ครบมาตรฐานขึ้นต่าค่ายกัน อาทิเช่น Simulator, Cobalt + Linac และ Biology Lab ท้ายสุดเป็นสถานพยาบาลกลุ่ม General ที่ไม่ได้มีข้อกำหนดรายการมาตรฐานขั้นต่ำชัดเจน แต่ทั้ง 7 แห่งที่ให้ข้อมูลทุกแห่งตอบว่ามี Mammography ใช้ในการตรวจวินิจฉัย

ตารางที่ 25 เปรียบเทียบเกณฑ์จำนวนบุคลากรที่สำคัญที่ควรมีขึ้นสำหรับการขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงระดับ Excellence, Advance และ General เริ่มจากกลุ่มตติยภูมิระดับ Excellence อย่างน้อย 3 ใน 9 แห่ง (สถานพยาบาลรหัส 3, 6 และ 8 ในตารางที่ 25) ที่มีบุคลากรค่อนข้างครบและหลากหลาย ส่วนกลุ่ม Advance ยังไม่มีสถานพยาบาลใดที่มีบุคลากรครบทุกรายการขั้นต่ำ บุคลากรที่ขาดแคลนมากได้แก่ Cancer Pain specialist และ Nuclear Medicine ท้ายสุดเป็นกลุ่มระดับ General อย่างน้อยสถานพยาบาล 2 ใน 7 แห่งที่บุคลากรค่อนข้างครบถ้วนตามเกณฑ์ (สถานพยาบาลรหัส 16 และ 23)

ตารางที่ 23 ภาระงานและศักยภาพบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งของศูนย์มะเร็ง

ระดับ	กลุ่ม Excellence								กลุ่ม Advance								กลุ่ม General				
รหัสสถานพยาบาล	1	2	3	5	19	4	7	8	9	20	10	21	12	14	22	11	15	18	23	24	25
Diagnosis and Planning Treatment	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
รักษา Surgery	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓
รักษา Chemotherapy	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
รักษา Radiotherapy	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓	✓	✓
รักษา Palliative and Terminal care	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓
วิจัย Clinical Research	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓		✓		✓	✓
วิจัย Model Development	✓			✓	✓			✓		✓		✓			✓			✓		✓	✓
ตรวจ Cancer Screening	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
ตรวจ Risk Factor Screening	✓			✓	✓	✓				✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓		✓	✓
ตรวจ Risk Factor Screening in Community				✓	✓					✓		✓	✓	✓	✓	✓		✓			
Community Prevention Program				✓	✓					✓				✓	✓			✓			
เครือข่ายและระบบส่งต่อผู้ป่วย																					
ไม่มีการแบ่งรูปแบบชัดเจน	✓		✓	✓			✓	✓	✓		✓								✓		
มี แต่ศูนย์นี้ไม่เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อนั้น																		✓			
มี และศูนย์มีส่วนรับผิดชอบนั้นด้วย					✓	✓				✓		✓	✓	✓		✓				✓	✓

ตารางที่ 24 จำนวนอุปกรณ์และเครื่องมือที่สำคัญ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ศักยภาพตามกำหนด

[illegible]

ตารางที่ 24 จำนวนอุปกรณ์และเครื่องมือที่สำคัญ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ศักยภาพตามกำหนด

ระดับ		กลุ่ม Excellence								กลุ่ม Advance							กลุ่ม General							
รายการเครื่องมือและจำนวนที่มี		1	2	3	5	19	4	7	6	8	9	20	10	21	12	14	22	11	15	16	18	23	24	25
	จัดซื้อ 2550			1					1															
MRI	ปัจจุบัน	2		1			1	2	1	1														
	จัดซื้อ 2550								1															
เครื่องวัด + ควบคุม คุณภาพ	ปัจจุบัน	1				1		4	2	1		1	1	1			1				1		1	1
	จัดซื้อ 2550								2															
รังสีมาตรฐาน	ปัจจุบัน	1		15		1	1	1	1	1		1					1				5			
	จัดซื้อ 2550	.							1															
Endoscope	ปัจจุบัน	1			2	1	4	1			5	1	4	1		5	1	1	10			1		1
	จัดซื้อ 2550				1								1			2								
ห้องผสมยาเคมีบำบัด	ปัจจุบัน	3	1	1	2	1	1	2	3		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1
	จัดซื้อ 2550															1								

หมายเหตุ รายการที่อยู่ในช่องระบายสี หมายถึง คุรภัณฑ์จำเป็นของตติยภูมิศูนย์มะเร็งระดับ 1 ถึง 3 อ้างจากรายงานผลการดำเนินงาน พ.ศ. 2545-2548 โดยคณะกรรมการที่ปรึกษาการลงทุน

ด้านบุคลากร การวิจัยและการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในศูนย์โรคมะเร็งแห่งชาติ

ตารางที่ 25 จำนวนบุคลากรที่มีในศูนย์มะเร็ง เปรียบเทียบกับจำนวนขั้นต่ำตามกำหนด

ระดับ		กลุ่ม Excellence									กลุ่ม Advance								กลุ่ม General								
บุคลากรและจำนวนที่มี			1	2	3	5	19	4	7	6	8		9	20	10	21	12	14	22		11	15	16	18	23	24	25
Cancer Pain specialist	กรอบ	2-4			7					4	2	1-2		1						-							
	*จริง				3		2		4	4	2			1		1											
Interventional Radiologist	กรอบ	1-2	3		2	1				2	3	0-1			1					-				1			
	*จริง		3		2	1	4			2	3				1				1					1			
Nuclear Medicine	กรอบ	2-4	4		4			1		3	3	1-2					2			-				1			1
	*จริง		6		2		1	1		2	4						2							1			
Pathologist	กรอบ	>2	24		12	2		2		9	7	1-3	2	1	3		5	1		1-2	2	1	2	2			
	*จริง		31		12	2	4	2	16	9	7		2	1	3		5	1				2	1	2	2	1	

หมายเหตุ เกณฑ์จำนวนบุคลากรตามการขึ้นทะเบียนศัลยกรรมศูนย์มะเร็ง อ้างจากรายงานผลการดำเนินงาน พ.ศ. 2545-2548 โดยคณะกรรมการที่ปรึกษาการลงทุนด้านบุคลากร การวิจัย และการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในศูนย์โรคมะเร็งแห่งชาติ

* กรอบ หมายถึงอัตราตำแหน่งตามกรอบที่มี ส่วนจริง หมายถึงจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่จริง

2.2 ความเห็นของผู้บริหารต่อการดำเนินการของศูนย์บริการตติยภูมิชั้นสูงตนเอง

2.2.1 ความพร้อมทางศักยภาพบริการ

การบริหารจัดการบริการของสถานตติยภูมิชั้นสูงเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.7 จากจำนวน 23 แห่งที่ตอบแบบสอบถาม) มีระบบการควบคุมกำกับคุณภาพ เช่น HA, QA, ISO รวมทั้งการทำความเข้าใจและข้อปฏิบัติต่างๆของบุคลากรในการรักษาพยาบาลภายในศูนย์ฯ ได้ดี ส่วนประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการวางระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างศูนย์ การควบคุมกำกับระยะเวลาารับบริการ รวมถึงการค้นหาผู้ป่วยมะเร็ง มีจำนวนสถานพยาบาลที่ปฏิบัติได้จริงน้อย

ด้านการพัฒนาบุคลากรของสถานพยาบาล ในรอบปีที่ผ่านมาทุกสถานพยาบาลได้จัดการให้พยาบาลของตนเองได้รับการฝึกอบรมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติ สักส่วนของสถานพยาบาลที่ได้ส่งบุคลากรอื่นๆ และแพทย์อบรมวิชาการมีร้อยละ 95.7 และ 87 ตามลำดับ แต่ภาพโดยรวมแล้วมีสถานพยาบาลประมาณเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้น ที่ได้ส่งแพทย์และบุคลากรต่างๆไปประชุมวิชาการฝึกอบรมเป็นไปตามแผน

ในรอบปีที่ผ่านมา สถานพยาบาลจำนวนร้อยละ 95.7 ได้จัดการบรรยายให้ความรู้บุคลากรของภายในศูนย์ตนเอง และตั้งแต่ปี 2545 เป็นต้นมาสถานพยาบาลตติยภูมิร้อยละ 91.3 มีบุคลากรในศูนย์ฯมีผลงานวิชาการ/วิจัยด้านมะเร็ง

ตารางที่ 26 สภาพปัจจุบันของการพัฒนาระบบบริการ บุคลากร และงานวิชาการ หน่วย : ร้อยละ

ประเด็น	ร้อยละ
ก. การพัฒนาระบบบริการ การส่งต่อ และเครือข่ายศูนย์มะเร็ง	
1) มีการจัดการในศูนย์ฯที่มีระบบรับรองคุณภาพ เช่น HA, QA, ISO	95.7
2) มีแนวทางการตรวจ วินิจฉัยดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นแนวทางปฏิบัติ	91.3
3) มีคณะผู้ทรงคุณวุฒิ(ภายในหรือภายนอก)แบบเป็นทางการ เพื่อมาประเมินรับรองศูนย์ฯ	82.6
4) ตกลงทำความเข้าใจในการบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งระหว่างบุคลากรในศูนย์ฯเอง	82.6
5) ตกลงทำความเข้าใจเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วยโรคมะเร็งกับแผนกอื่นๆ ของศูนย์ฯ/โรงพยาบาล	78.3
6) แนวทางการตรวจ วินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในศูนย์ฯของท่านแบบ Multidisciplinary team เช่นในรูปแบบของ ‘case notes’	73.9
7) ตกลงทำความเข้าใจในบทบาท การจัดการ ภาระงาน และการปฏิบัติ กับส่วนกลาง	65.5
8) แนวทางปฏิบัติกับผู้ป่วยโรคมะเร็งและรับ-ส่งต่อผู้ป่วย (Flow chart management) เป็นแนวทางปฏิบัติ	60.9
9) การประชุมตกลงทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับส่งต่อผู้ป่วย (Cancer Referral Guidelines) ระหว่างศูนย์ฯกับสถานพยาบาลอื่นในเครือข่ายเดียวกัน	52.2
10) มีระบบการแจ้งผู้ป่วยแต่ละรายว่าจะต้องใช้ เวลา(คิว)รับการรักษายาวนานเท่าไร	47.8
11) ประชุมตกลงทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างศูนย์ฯ กับศูนย์มะเร็งอื่นนอกเครือข่าย	39.1
12) มีระบบติดตาม ที่เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อไม่ให้มีจำนวนการรอคิวของผู้ป่วยในศูนย์ฯมากเกินไป	34.8
13) ตกลงทำความเข้าใจเกี่ยวกับการค้นหาผู้ป่วยระหว่างศูนย์ฯกับสถานพยาบาล/ศูนย์มะเร็งอื่นในเครือข่าย	30.4

ตารางที่ 26 สภาพปัจจุบันของการพัฒนาระบบบริการ บุคลากร และงานวิชาการ หน่วย : ร้อยละ

ประเด็น	ร้อยละ
ข. การพัฒนาบุคลากรในศูนย์มะเร็ง	
1) พยาบาลของศูนย์ไปประชุมวิชาการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน	100
2) บุคลากรประเภทอื่นของศูนย์ไปประชุมวิชาการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน	95.7
3) แพทย์ของศูนย์ไปประชุมวิชาการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน	87.0
4) มีแผนพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับการปฏิบัติงานในศูนย์อย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	69.6
5) ได้ส่งแพทย์และบุคลากรไปประชุมวิชาการฝึกอบรมเป็นไปตามแผน	52.2
ค. การสร้างองค์ความรู้ และการเผยแพร่งานวิชาการศูนย์มะเร็ง	
1) มีการบรรยายให้ความรู้ด้านมะเร็งแก่บุคลากรในศูนย์เอง	95.7
2) มีการบรรยายให้ความรู้ด้านมะเร็งแก่บุคลากรนอกศูนย์ฯ (ทั้ง รพ.เดียวกันและต่าง รพ.)	87.0
3) มีการบรรยายให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป (เช่น การประชุม รายการวิทยุ โทรทัศน์)	87.0
4) ตั้งแต่ปี 2545 บุคลากรในศูนย์ฯ มีงานวิชาการ/วิจัยด้านมะเร็ง	91.3
5) ตั้งแต่ปี 2545 มีการตีพิมพ์ผลงานวิชาการ/วิจัยในวารสารวิชาการ ในประเทศ	65.2
6) ตั้งแต่ปี 2545 มีการตีพิมพ์ผลงานวิชาการ/วิจัยในวารสารวิชาการ ต่างประเทศ	39.1

2.2.2 การบริหารจัดการ

ตารางที่ 27 แสดงความคิดเห็นของผู้บริหารต่อความพร้อมเพื่อการดำเนินงาน และการพัฒนาบริการตติภูมิขั้นสูงของสถานพยาบาลของตนเอง (แบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน โดยค่าคะแนน 5 หมายถึงเห็นด้วยมากที่สุด ส่วนคะแนน 1 หมายถึงเห็นด้วยน้อยที่สุด) ประเด็นด้านความพร้อมความรู้และทักษะของบุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล และบุคลากรอื่นๆได้รับค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับที่สูงกว่าประเด็นอื่น (เห็นด้วย) ส่วนประเด็นที่สถานพยาบาลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำหรือไม่เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ ความเพียงพอของจำนวนพยาบาลและบุคลากรอื่น 2.64 คะแนน, จำนวนแพทย์ 2.70 คะแนน, ความเพียงพอของเครื่องมือ/อุปกรณ์ 2.87คะแนน ตามลำดับ

ตารางที่ 27 ความคิดเห็นของผู้บริหารต่อความพร้อมและการพัฒนาบริการตติภูมิขั้นสูงของสถานพยาบาล

ประเด็น	ค่าคะแนน	
	เฉลี่ย	SD
1) แพทย์ที่ให้บริการในศูนย์มีความรู้และทักษะเหมาะสมกับระดับศูนย์ฯ	4.17	0.72
2) พยาบาลและบุคลากรอื่นที่ให้บริการในศูนย์มีความรู้และทักษะดี	3.95	0.65
3) การพัฒนาระบบที่ผ่านมาทำให้มีความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโรคนั้นๆของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ	3.82	0.73
4) ศูนย์มีศักยภาพในการให้บริการตามมาตรฐานและระดับของศูนย์ฯได้ดี	3.70	0.70
5) ศูนย์ฯมีบทบาทในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในด้านนั้นๆ	3.64	0.85
6) การพัฒนาระบบบริการตติภูมิขั้นสูงที่ผ่านมา เพิ่มการเข้าถึงบริการ	3.64	0.66

ตารางที่ 27 ความคิดเห็นของผู้บริหารต่อความพร้อมและการพัฒนาบริการศัลยกรรมขั้นสูงของสถานพยาบาล

ประเด็น	ค่าคะแนน	
	เฉลี่ย	SD
7) การจัดให้มีระบบบริการศัลยกรรมขั้นสูง สามารถลดอัตราการป่วยตายด้วยโรคนั้นๆของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	3.48	0.60
8) มีการจัดเครือข่ายบริการศัลยกรรมขั้นสูง และระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกันเป็นระบบทั้งในแนวดิ่งและแนวราบ	3.26	0.92
9) มีการพัฒนาระบบทะเบียนผู้ป่วย ที่พร้อมใช้งานในการวางแผนพัฒนาระบบ	3.23	0.75
10) ในพื้นที่รับผิดชอบ มีการบริหารสินทรัพย์ และทรัพยากรด้านสุขภาพร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชนที่มีประสิทธิภาพ	3.13	0.92
11) ศูนย์มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี	3.09	0.67
12) การจัดให้มีระบบบริการศัลยกรรมขั้นสูง สามารถลดอัตราการป่วยของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบด้วยโรคนั้นๆได้	2.95	0.67
13) ศูนย์มีเครื่องมือ/อุปกรณ์จำนวนเพียงพอกับการะงานบริการ	2.87	0.69
14) ศูนย์มีจำนวนแพทย์เพียงพอเมื่อเทียบกับภาระงาน	2.70	0.70
15) ศูนย์มีจำนวนพยาบาลและบุคลากรอื่นเพียงพอกับการะงาน	2.64	0.66

2.2.3 ระบบลงทะเบียนผู้ป่วยมะเร็ง

มีจำนวนสถานพยาบาลที่มีระบบทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งแล้ว 20 แห่ง (หรือร้อยละ 87) โดยได้ลงข้อมูลในระบบ Cancer Registry ในศูนย์แล้ว ประกอบด้วย การจำแนกประเภทของมะเร็ง การรักษา และระยะของการเป็นมะเร็ง มีจำนวนสถานพยาบาลบางแห่ง ที่มีความสมบูรณ์ของข้อมูลการรับส่งต่อผู้ป่วย สิทธิประโยชน์ และการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล (ดูตารางที่ 28)

ตารางที่ 28 สภาพปัจจุบันความสมบูรณ์ของระบบทะเบียนผู้ป่วย

ประเภทข้อมูล	แห่ง	ร้อยละ
1) จำแนกตามประเภทของมะเร็ง (Pathology and Sites)	18	78.26
2) จำแนกตามประเภทของการรักษามะเร็ง (Method of Treatment)	16	69.57
3) จำแนกตามระยะของมะเร็ง (Stage of cancer)	15	65.22
4) การปรับข้อมูลในทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งทุกรายให้ทันสมัย	14	60.87
5) การลงทะเบียนรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งทุกราย	9	39.13
6) จำแนกตามประเภทของสิทธิประโยชน์ (Health insurance)	8	34.78
7) ระบุค่ารักษาพยาบาลเรียกเก็บ (Treatment fee)	4	17.39

มีจำนวนสถานพยาบาลที่ส่งรายงานฐานข้อมูลสู่หน่วยงานส่วนกลางระดับประเทศอย่างสม่ำเสมอ 12 แห่ง (ร้อยละ 52) ซึ่งตารางที่ 29 แสดงการนำฐานข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งไปใช้ประโยชน์จริงในหน่วยงานตนเอง ค่าคะแนนเฉลี่ยให้น้ำหนักการใช้ประโยชน์สำหรับการของบประมาณ (คะแนน 3.62) การวางแผนด้านครุภัณฑ์ (คะแนน 3.57) ส่วนการใช้ประโยชน์ในประเด็นการรณรงค์ป้องกันควบคุมโรคและการวางแผนรับส่งต่อผู้ป่วยยังไม่มากนัก

ตารางที่ 29 สภาพปัจจุบันของการใช้ประโยชน์ของระบบทะเบียนผู้ป่วย ต่อการพัฒนางานของศูนย์

ประเด็นการใช้ประโยชน์	ค่าคะแนน	
	เฉลี่ย	S.D.
1) ใช้ในการวางแผนและเขียนของงบประมาณ	3.62	0.97
2) ใช้ในการวางแผนครุภัณฑ์	3.57	1.03
3) ใช้ในการพัฒนาศักยภาพการรักษามะเร็ง	3.25	0.97
4) ใช้สำหรับการวางแผนพัฒนากำลังคน	3.38	1.12
5) ใช้ในการรณรงค์ป้องกันควบคุมการเกิดมะเร็งรายใหม่	3.00	1.03
6) ใช้เพื่อการวางแผนระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง	2.80	1.06

2.3 รูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรของศูนย์บริการตติยภูมิขั้นสูง

ตารางที่ 30 แสดงความเห็นของผู้บริหารต่อการกำหนดให้จ่ายค่าตอบแทนบุคลากรของโครงการไปยังบุคลากรในศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงโดยตรงนั้น ได้สร้างแรงจูงใจในการให้บริการของแพทย์ในศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงได้ดี (คะแนน 3.73) และช่วยรักษากำลังคนของศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงไว้ในระบบได้ดีขึ้น (คะแนน 3.62) ล้วนอธิบายสะท้อนความเห็นในเชิงบวก สอดคล้องกับประเด็นผลกระทบเชิงลบทั้งปัญหาการบริหารบุคลากรภายในโรงพยาบาล และการก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในโรงพยาบาล ล้วนได้ค่าคะแนนเฉลี่ยความเห็นด้วยน้อยกว่า

ตารางที่ 30 ความคิดเห็นของผู้บริหารการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรของโครงการ

ประเด็น	ค่าคะแนน	
	เฉลี่ย	SD
1) สร้างแรงจูงใจในการให้บริการของแพทย์ในศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงได้ดี	3.73	0.63
2) ช่วยรักษากำลังคนของศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงไว้ในระบบได้ดีขึ้น	3.62	0.92
3) ช่วยในการบริหารจัดการ	3.33	0.98
4) ก่อให้เกิดปัญหาการบริหารบุคลากรภายในโรงพยาบาล	2.95	1.03
5) ก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในโรงพยาบาล	2.75	1.07

แม้ว่า สปสช. จะกำหนดรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนในเบื้องต้นสำหรับเป็นแนวทางการจ่ายให้บุคลากรในสถานพยาบาลแล้ว ข้อมูลแบบสอบถามระบุว่าสถานพยาบาล 11 แห่ง (ร้อยละ 55) ได้ปรับปรุงแก้ไขข้อกำหนดการจ่ายบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบทของสถานพยาบาลเอง และมีสถานพยาบาล 1 แห่งที่ไม่ปฏิบัติเหมือนข้อกำหนดของคณะกรรมการส่วนกลาง (สปสช.) โดยศูนย์ฯได้สร้างข้อกำหนดขึ้นใหม่เอง (ดูตารางที่ 31)

ตารางที่ 31 แนวทางและอัตราการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรของศูนย์ฯมະເຮິງ

รูปแบบการจ่าย	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
เป็นไปตามข้อกำหนดของคณะกรรมการส่วนกลาง (สปสช.) ทุกประการ	8	40.0
ไม่เหมือนข้อกำหนดคณะกรรมการส่วนกลาง ศูนย์ฯแก้ไขปรับปรุงบางส่วน	11	55.0
ไม่เหมือนข้อกำหนดคณะกรรมการส่วนกลาง ศูนย์ฯสร้างข้อกำหนดขึ้นใหม่เอง	1	5.0
รวม	20	100.0

ข้อมูลการจ่ายค่าตอบแทนให้กับบุคลากรจากสถานพยาบาลจำนวน 20 แห่ง พบว่าสถานพยาบาลร้อยละ 90 ได้จ่ายค่าตอบแทนให้แพทย์เฉพาะทาง (ตารางที่ 31) นอกจากนั้นยังมีสถานพยาบาลจำนวนหนึ่งที่ยังจ่ายให้แพทย์ทั่วไป (ร้อยละ 35) พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ (ร้อยละ 40-45) มีสถานพยาบาลหนึ่งแห่งที่ได้จ่ายค่าตอบแทนเฉลี่ยให้แพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลทุกคน ส่วนการจ่ายแบบอื่นๆ ที่สถานพยาบาลระบุไว้ เช่น การนำเงินค่าตอบแทนเข้าเป็นเงินบำรุงโรงพยาบาล, ใช้เป็นเงินสวัสดิการส่วนกลาง, จ่ายให้เฉพาะผู้ที่เกี่ยวข้องจริงๆ เท่านั้น, เฉลี่ยให้ทุกหน่วยงานใน รพ., แบ่งให้ตามกลุ่มงานและปริมาณงาน เป็นต้น

ตารางที่ 32 ประเภทบุคลากรในสถานพยาบาลที่ได้รับค่าตอบแทนจากโครงการ

ประเภทบุคลากร	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
1. แพทย์เฉพาะทางที่ทำงานในศูนย์ฯมະເຮິງ	18	90.0
2. แพทย์ GP ที่ทำงานในศูนย์ฯมະເຮິງ	7	35.0
3. พยาบาลที่ทำงานในศูนย์ฯมະເຮິງ	8	40.0
4. เจ้าหน้าที่และบุคลากรอื่นๆที่ทำงานในศูนย์ฯมະເຮິງทุกคน	9	45.0
5. เจ้าหน้าที่ที่ทำงานในศูนย์ฯมະເຮິງและบริการที่เกี่ยวข้อง	7	35.0
6. แพทย์ในโรงพยาบาลทุกคน (กรณีที่ศูนย์ฯมະເຮິງเป็นส่วนหนึ่งของ รพ.)	1	5.0
7. ให้พยาบาลในโรงพยาบาลทุกคน (กรณีที่ศูนย์ฯมະເຮິງเป็นส่วนหนึ่งของ รพ.)	1	5.0
8. อื่นๆ	7	35.0

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารสถานพยาบาล ข้อกำหนดของ สปสช. (อย่างน้อยในระยะแรก) ที่ระบุชัดเจนว่าช่วยให้เฉพาะแพทย์เฉพาะทางที่รักษาผู้ป่วยเท่านั้น ได้พบข้อเท็จจริงสำหรับการบริการการจ่ายหลายรูปแบบ ได้แก่

1. ผู้บริหารจ่ายตามข้อกำหนดที่ระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษรให้เฉพาะแพทย์เฉพาะทางที่มีชื่อระบุไว้ในข้อกำหนด เท่านั้น
2. กรณีที่ต้องการป้องกันปัญหาความขัดแย้งจากผู้ร่วมงานบางกลุ่ม เช่น พยาบาล เกษตรกรผู้เตรียมยา ซึ่งผู้บริหารจะจัดสรรบางส่วนให้กับบุคลากรเหล่านี้โดยตรง หรือทางอ้อมผ่านการลงชื่อรับเงินโดยแพทย์ก่อน
3. มีสถานพยาบาลบางแห่งที่นำเงินเข้าเป็นเงินบำรุง เพื่อสะดวกสำหรับการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์ที่มาช่วยงานจากโรงพยาบาลอื่นๆ เช่น กรณีศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ธานี เนื่องจากแพทย์ส่วนใหญ่มาจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและกรุงเทพฯ

การได้รับค่าตอบแทนบุคลากรมีทั้งการจ่ายในอัตราที่เท่ากันทุกเดือน และแบบไม่เท่ากันทุกเดือน ขึ้นกับปริมาณงานจริง ตารางที่ 33 แสดงลักษณะและอัตราการจ่ายค่าตอบแทน กรณีที่สถานพยาบาลจ่ายให้กับบุคลากรคงที่ทุกเดือน โดยสถานพยาบาล 2 แห่งระบุว่าจ่ายแบ่งให้ทุกคนเท่ากัน (มีแห่งเดียวที่ระบุจำนวนเงินด้วย คือ 5,878 บาทต่อเดือน) ส่วนสถานพยาบาลอีก 10 แห่ง ที่ระบุว่าจ่ายแบบให้บุคลากรไม่เท่ากันทุกคนนั้น ได้มีการจ่ายให้แพทย์เฉพาะทาง (8 แห่ง) เฉลี่ย 14,625 บาท; แพทย์เวชปฏิบัติ 9,100 บาทต่อเดือน; พยาบาล 1,800 บาทต่อเดือน เป็นต้น

ตารางที่ 33 จำนวนเงินที่จ่าย กรณีที่สถานพยาบาลจ่ายค่าตอบแทนให้บุคลากรแบบคงที่ทุกเดือน

	จำนวน (แห่ง)	ค่าต่ำสุด (บาท)	ค่าสูงสุด (บาท)	ค่าเฉลี่ย (บาท)	SD
จ่ายแบบเท่ากันทุกคน*	2			5,878	
จ่ายแบบไม่เท่ากันทุกคน	10				
● แพทย์เฉพาะทาง	8	5,000	25,000	14,625	7633.3
● แพทย์ GP	5	2,500	15,000	9,100	5319.8
● พยาบาล	4		5,000	1,800	2219.6
● วิชาชีพอื่นๆ	5	600	25,000	7,020	10176.1
● เจ้าหน้าที่อื่นๆ	3	300	15,000	5,600	8162.7

*ได้ระบุตัวเลขเพียงแห่งเดียว

2.4 ความเห็นของผู้บริหารต่อการดำเนินการโครงการพัฒนาศูนย์ตติยภูมิขั้นสูง

การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการของสถานพยาบาล ผู้บริหารสถานพยาบาลมีความเห็นว่าได้ส่งผลกระทบต่อ (ทั้งบวกและลบ) กับสถานพยาบาล ประเด็นที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยไปในทิศทางที่เห็นด้วยมากที่สุด คือ ภาระงานที่เพิ่มขึ้นของสถานพยาบาล (3.91), พยาบาล (3.85), ค่าใช้จ่ายสถานพยาบาลเพิ่มขึ้น (3.83), และชื่อเสียงสถานพยาบาล (3.83) ตามลำดับ ส่วนประเด็นที่มีความเห็นด้วยน้อยที่สุดคือ ผลต่อรายได้เพิ่มขึ้นของสถานพยาบาล การพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย และจำนวนคิวผู้ป่วยมะเร็งที่รอรับบริการของศูนย์น้อยลง ตามลำดับ

ตารางที่ 34 ความเห็นของผู้บริหาร ต่อผลกระทบจากการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ

ประเด็นผลกระทบกับสถานพยาบาล	ค่าคะแนน	
	เฉลี่ย	SD
1) สถานพยาบาลมีภาระงานเพิ่มขึ้น	3.91	0.67
2) พยาบาลมีภาระในการทำงานเพิ่มขึ้น	3.85	0.81
3) สถานพยาบาลมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่ม	3.83	0.89
4) โรงพยาบาลมีชื่อเสียงและได้รับการยอมรับเพิ่มขึ้น	3.83	0.89
5) แพทย์มีภาระงานในการทำงานเพิ่มมากขึ้น	3.75	0.72
6) คุณภาพการให้บริการตติยภูมิขั้นสูงของโรงพยาบาลดีขึ้น	3.65	0.65
7) การรักษาผู้ป่วยมะเร็งของศูนย์มีมาตรฐานเพิ่มขึ้น	3.60	0.60
8) บุคลากรมีโอกาสพัฒนาและอบรมวิชาการมากขึ้น	3.45	0.69
9) แพทย์มีขวัญกำลังใจในการให้บริการดีขึ้น	3.41	0.67
10) ระยะเวลาเฉลี่ยรอรับบริการของผู้ป่วยมะเร็งในศูนย์สั้นลง	3.15	0.59
11) พยาบาลมีขวัญกำลังใจในการให้บริการดีขึ้น	3.14	0.64
12) ได้รับการสนับสนุนเครื่องมือ/อุปกรณ์ตรวจรักษาเพิ่มขึ้น	3.13	0.97
13) มีจำนวนคิวผู้ป่วยมะเร็งที่รอรับบริการของศูนย์น้อยลง	3.00	0.65
14) การพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อดีขึ้น	2.95	0.69
15) สถานพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้น	2.81	0.87

ตารางที่ 35 แสดงความคิดเห็นของผู้บริหารสถานพยาบาลต่อโอกาสที่จะเกิดผลลัพธ์ของโครงการในทิศทางที่พึงประสงค์ ค่าคะแนนเฉลี่ยที่มากที่สุดเป็นเรื่องมาตรฐานการรักษา (3.75) รวมทั้งความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของประชาชนกลุ่มต่างๆ ได้ ส่วนผลลัพธ์ด้านการลดพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง การลดอัตราการป่วยและตายจากโรคมะเร็งของประเทศในระยะยาว ได้ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำ

ตารางที่ 35 ความเห็นต่อโอกาส/ความเป็นไปได้ ของผลลัพธ์โครงการต่อระบบบริการสุขภาพในภาพรวม

ประเด็น	ค่าคะแนน	
	เฉลี่ย	SD
1) ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษามีมาตรฐานเพิ่มขึ้น	3.75	0.64
2) สร้างความเป็นธรรมการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาศัยในพื้นที่ต่าง ๆ กัน	3.75	0.64
3) สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีรายได้ต่างกันได้	3.60	0.68
4) สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีสิทธิคุ้มครองสุขภาพต่างกัน	3.60	0.75
5) ทำให้ศักยภาพของการให้บริการมะเร็งของศูนย์ต่างๆดีขึ้น	3.55	0.89
6) ทำให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งมากขึ้น	3.55	0.60
7) จำนวนผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาอย่างทันทั่วที่เพิ่มขึ้น	3.50	0.83
8) ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการตรวจวินิจฉัยได้รวดเร็วขึ้น	3.45	0.76
9) ทำให้ระยะเวลาการรับบริการของผู้ป่วยมะเร็งน้อยลง	3.45	0.69
10) สร้างการพัฒนาเครือข่ายการผู้ป่วยส่งต่อโดยรวมดีขึ้น	3.42	0.69
11) ทำให้ประชาชนตระหนักและเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งในระยะเริ่มต้น มากขึ้น	3.30	0.86
12) ทำให้สามารถค้นพบผู้ป่วยมะเร็งในระยะเริ่มต้น ได้มากขึ้น	3.25	0.85
13) ทำให้ประชาชนลดพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อโรคมะเร็งได้	3.10	0.79
14) ทำให้ลดอัตราการป่วยตายจากโรคมะเร็งของประเทศในระยะยาว	3.05	0.89
15) ทำให้ลดอัตราการเป็นโรคมะเร็งของประเทศในระยะยาว	2.95	0.76

ตารางที่ 36 ความคิดเห็นต่อทิศทางการบริหารจัดการทำให้บรรลุเป้าหมายแนวคิด

ประเด็น	ค่าคะแนน	
	เฉลี่ย	SD
1) สามารถกระจายการลงทุนด้านเทคโนโลยีการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนทุกภูมิภาค ที่มีปัญหาด้านบริการทางการแพทย์ตติยภูมิ เข้าถึงได้ง่าย	3.50	0.69
2) สนับสนุนการใช้ข้อมูลสถิติโรคในพื้นที่มาประกอบการจัดทำงบประมาณ และสร้างระบบ GIS	3.50	0.89
3) สร้างให้เกิดเครือข่ายบริการระดับตติยภูมิ ให้บริการรักษาโรคที่ซับซ้อนใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายมาก มีความเชื่อมโยงในแนวดิ่งและแนวราบ	3.40	0.75
4) สนับสนุนการพัฒนาบุคลากร กระจายบุคลากร และสร้างระบบแรงจูงใจ	3.45	0.69
5) สร้างการลงทุนที่มีเงื่อนไข ให้สามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันได้ เพื่อลดการลงทุนซ้ำซ้อน	3.15	0.88
6) สร้างให้มีการบริหารสินทรัพย์ และทรัพยากรด้านสุขภาพ ที่มีอยู่แล้วและพัฒนาให้มีศักยภาพสูงโดยพิจารณาเป็นภาพรวมทั้งในภาครัฐและเอกชน	3.10	0.79

ส่วนความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้หรือสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายแนวคิด จากนโยบายและรูปแบบการทำงานของคณะทำงานพัฒนาบริการตติยภูมิโรคมะเร็ง ตลอดจนการนำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่จริงนั้น ผู้บริหารสถานพยาบาลมีความเห็นว่า โครงการพัฒนาสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็งของ สปสช. มีโอกาสบรรลุเป้าหมายในด้านการกระจายการลงทุนและการสนับสนุนการใช้ข้อมูลสถิติโรค ส่วนความเห็นที่ได้คะแนนต่ำได้แก่ ความสามารถแก้ไขความซ้ำซ้อนของการลงทุนและการบริหารทรัพยากรร่วมกัน

บทที่ 4 สรุปและอภิปรายผล

บทสรุป

การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงในด้านมะเร็งมีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อวางแผนระดับชาติในการพัฒนา ศูนย์บริการตติยภูมิเฉพาะด้าน ทั้งในส่วนกลาง และภูมิภาคอย่างเป็นระบบ รวมทั้งมีการจัดเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงบริการ โดยสถานพยาบาลมีการพัฒนาระบบการจัดบริการสู่มาตรฐาน มีการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์เฉพาะทาง ในทุกสาขาที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ ทักษะสอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงทางวิชาการ และมีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานในศูนย์ตติยภูมิ ที่เป็นเป้าหมาย และได้ทำให้ประชาชนในภูมิภาคต่างๆ เข้าถึงบริการสถานบริการตติยภูมิอย่างทั่วถึง

สำหรับแนวทางหรือกลยุทธ์สำคัญของการพัฒนาโดยคณะทำงานพัฒนาระบบบริการตติยภูมิโรคมะเร็ง ด้านประกอบด้วย ก่อนข้างบรรลุวัตถุประสงค์ให้มีการบริหารสินทรัพย์ และทรัพยากรด้านสุขภาพ ที่มีอยู่แล้วโดยหลีกเลี่ยงการลงทุนในสถานที่ใหม่หรือจัดตั้งเป็นสถาบันใหม่ ได้กระจายการลงทุนด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนทุกภูมิภาค ที่มีปัญหาด้านบริการทางการแพทย์ตติยภูมิ เข้าถึงได้ง่าย ด้วยแนวทางการพัฒนาบุคลากร กระจายบุคลากร และสร้างระบบแรงจูงใจ แต่ยังไม่สามารถสร้างให้เกิดเครือข่ายบริการระดับตติยภูมิ ให้บริการรักษาโรคที่ซับซ้อนใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายมาก มีความเชื่อมโยงในแนวดิ่งและแนวราบ และยังไม่มีการใช้ข้อมูลสถิติโรคในพื้นที่มาประกอบการจัดทำงบประมาณ สร้างระบบข้อมูลภูมิศาสตร์สารสนเทศอย่างเป็นรูปธรรม

ศักยภาพของโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็งในปัจจุบันทั้งด้านอุปกรณ์และบุคลากรยังเป็นช่องว่างที่สำคัญของระบบ การสนับสนุนงบลงทุนของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีผลต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน ไม่แตกต่างกันระหว่างภูมิภาคหรือสวัสดิการสุขภาพ ส่วนการบริหารระบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่ให้บริการตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็งมีแนวทางค่อนข้างยืดหยุ่นให้สถานพยาบาลดำเนินบริหารจัดการให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ตนเองได้ แต่ยังไม่พบความสัมพันธ์ของการจ่ายค่าตอบแทนกับการเพิ่มผลผลิตขั้นต้น

อภิปรายผล

ด้วยนโยบายการพัฒนาในด้านหลักการ แนวคิด เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ ตลอดจนแผนการดำเนินงานระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง โดยคณะกรรมการบริหารงบลงทุนเพื่อพัฒนาบริการตติยภูมิเฉพาะด้าน (ผ่านคณะทำงานพัฒนาระบบบริการตติยภูมิโรคมะเร็ง) ได้กำหนดกลยุทธ์สำคัญของการพัฒนาบริการตติยภูมิเฉพาะด้านประกอบด้วย สร้างการบริหารสินทรัพย์ และทรัพยากรด้านสุขภาพที่มีอยู่แล้วและพัฒนาให้มีศักยภาพสูงโดยพิจารณาเป็นภาพรวมทั้งในภาครัฐและเอกชน โดยหลีกเลี่ยงการลงทุนในสถานที่ใหม่หรือจัดตั้งเป็นสถาบันใหม่ สร้างให้เกิดเครือข่ายบริการระดับตติยภูมิ

ให้บริการรักษาโรคที่ซับซ้อนใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายมาก มีความเชื่อมโยงในแนวดิ่งและแนวราบ เป็นการลงทุนที่มีเงื่อนไข ให้สามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันได้ เพื่อลดการลงทุนซ้ำซ้อน กระจายการลงทุนด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนทุกภูมิภาค ที่มีปัญหาด้านบริการทางการแพทย์ ดียุคใหม่ เข้าถึงได้ง่าย การพัฒนาบุคลากร กระจายบุคลากร และสร้างระบบแรงจูงใจ และการใช้ข้อมูล สถิติโรคในพื้นที่มาประกอบการจัดทำงบประมาณ สร้างระบบภูมิศาสตร์สารสนเทศ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีความมุ่งมั่นเพื่อจัดการให้เกิดการพัฒนาคุณภาพ ของบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขในทุกระดับทั้งตั้งแต่บริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิและตติย ภูมิเฉพาะด้าน ภายใต้หลักการของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 การสนับสนุน งบประมาณแบ่งออกเป็น 3 ประเภทใหญ่ๆ คือ การพัฒนาบุคลากร การลงทุนอุปกรณ์ราคาแพง และการ จ่ายค่าตอบแทนแก่บุคลากร แต่การสนับสนุนงบประมาณของ สปสช. ยังไม่สอดคล้องกับจำนวนบริการ ของสถานพยาบาลนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหรือตติยภูมิระดับที่ 1 มีสัดส่วนผู้ป่วยมะเร็งสิทธิหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าน้อย แต่ได้รับจำนวนการสนับสนุนโดยรวมใกล้เคียงกับสถานพยาบาลอื่นๆ ส่วน งบประมาณสนับสนุนการจัดหาครุภัณฑ์ที่เป็นนั้น ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 ถึง 2549 รวมทั้งหมด 643.19 ล้าน บาท โดยหน่วยบริการต่างๆ ได้จัดซื้อแล้วเพียง 363.9 ล้านบาทหรือร้อยละ 56.59 โดยอยู่ระหว่าง ดำเนินการอีก 279.2 ล้านบาท

ถ้าจำกัดความของสถานพยาบาลตติยภูมิด้านมะเร็ง อาจตีความได้หลายแบบ โดยนัยยะจะ หมายถึงศูนย์ที่มีการรักษาแบบเบ็ดเสร็จ ทันสมัยและมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดูแล โดยกลุ่ม ‘London Implementation Group’ ให้ความเห็นว่าศูนย์มะเร็งควรจะมีผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษามะเร็งไม่น้อยกว่า 8 สาขา และให้บริการประชาชนครอบคลุมประชาชนไม่น้อยกว่า 1 ล้านคน ในข้อเสนอของ ‘Royal College of Radiologists’ แนะนำว่าศูนย์มะเร็งควรดูแลประชาชนอย่างน้อย 7 แสนคน ส่วนแนวทางการ พัฒนาสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็งของประเทศไทย ไม่ได้มุ่งเป้าไปที่การสร้างสถานพยาบาล ใหม่ จึงทำให้บางเขต สปสช. ไม่มีสถานพยาบาลตติยภูมิตั้งอยู่เลยประกอบด้วยเขต สปสช. 3, 5 และ 8 ทำให้ประชาชนที่อยู่ในภูมิภานาเขตดังกล่าวต้องข้ามไปใช้ในเขตใกล้เคียงแทน

ลักษณะการเข้ารับบริการในศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงของผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในทิศทางที่พึงประสงค์ ว่า อย่างน้อยประชาชนควรได้รับบริการอย่างทั่วถึงตามการกระจายของศูนย์ตติยภูมิที่มีอยู่ในส่วนต่างๆ ทั่ว ประเทศ โดยพิจารณาตามรายชื่อของ สปสช. ที่พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภูมิภานาจังหวัดต่างๆ ได้เข้า รับการรักษาในสถานพยาบาลที่อยู่ในเขตของตนมากกว่าร้อยละ 80 มีจำนวนทั้งสิ้น 36 จังหวัด, มีการรับ บริการร้อยละ 60-79 รวม 5 จังหวัด และมี 6 จังหวัดที่มีการรับบริการน้อยกว่าร้อยละ 20 โดยบางจังหวัด ที่ไม่มีสถานพยาบาลตติยภูมิตั้งอยู่ในเขตตนเอง ก็จะเดินทางไปรับบริการในเขตที่ใกล้เคียงกัน หรือเขต กรุงเทพมหานครที่สามารถเดินทางได้สะดวก หากพิจารณาเป็นรายเขต พบว่าประชาชนใน 5 เขต สปสช. (1, 7, 10, 12, 13) มีอัตราการรับบริการในสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงในเขตที่ตนเองตั้งอยู่

มากกว่าร้อยละ 90 นอกจากนี้แล้วยังมีข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการของประชาชนที่มีสิทธิสวัสดิการสุขภาพต่างกัน มีอัตราการเข้ารับบริการรักษามะเร็งในสถานพยาบาลชั้นสูงไม่เท่ากัน กล่าวคือ กลุ่มสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีอัตราการรับบริการ 552 รายต่อแสน ขณะที่กลุ่มสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกลุ่มผู้ประกันตน มีอัตราการรับบริการที่ 60 และ 15 รายต่อแสน ตามลำดับ และที่สำคัญในระหว่างกลุ่มสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีอัตราเลือกไปรับบริการที่สถานพยาบาลตติยภูมิระดับ Excellence มากกว่าระดับ Advance หรือระดับ General มากกว่า 5 เท่าตัว

ด้านศักยภาพของหน่วยบริการตติยภูมิชั้นสูงด้านมะเร็ง หลายแห่งยังมีอุปกรณ์และจำนวนบุคลากรประเภทต่างๆต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของการเป็นสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง ในปีงบประมาณ 2549 มีปริมาณการบริการโรคมะเร็งจากสถานพยาบาลทั่วประเทศ 681 แห่ง จำนวน 96,377 ราย หากนับเฉพาะการบริการที่เกิดในสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง 58,197 ราย หรือเท่ากับร้อยละ 60.38 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด ค่าเฉลี่ยผู้ป่วยในเฉพาะกลุ่มสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงทั้งหมดจำนวน 26 แห่ง เท่ากับ 1,940 รายต่อสถานพยาบาล และจากฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งจากสถานพยาบาลทั่วประเทศดังกล่าวได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดด้วยสัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ 49.85 รองลงมาเป็นการรักษาโดยการผ่าตัด ร้อยละ 37.42 ในกลุ่มผู้ป่วยรักษามะเร็งผู้มีสิทธิสวัสดิการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีสัดส่วนการได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมากที่สุด ร้อยละ 43, 35 และ 37 ในสถานพยาบาลตติยภูมิระดับ Excellence, Advance และ General ตามลำดับ

การจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรในสถานพยาบาลส่วนใหญ่จ่ายให้กับทีมบุคลากรทางการแพทย์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร เช่น แพทย์เฉพาะทาง เฉลี่ย 14,625 บาท; แพทย์เวชปฏิบัติ 9,100 บาทต่อเดือน; พยาบาล 1,800 บาทต่อเดือน โดยบางสถานพยาบาลได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายให้เหมาะสมกับการบริหารจัดการของตนเอง เช่น การเฉลี่ยจ่ายให้พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ จากการสัมภาษณ์ความเห็นจากผู้บริหารสถานพยาบาลที่ให้บริการตติยภูมิชั้นสูง ต่อประเด็นการจ่ายค่าตอบแทนให้บุคลากรโดยตรง พอยืนยันได้ว่าจะไม่ส่งผลกระทบต่อความขัดแย้งในหน่วยงาน แต่ย่อมขึ้นกับลักษณะของการบริหารจัดการของแต่ละสถานพยาบาลไป อย่างไรก็ตาม การสัมภาษณ์ผู้บริหารศูนย์ให้ความเห็นตรงกันว่าลักษณะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งจะแตกต่างจากการให้บริการสถานพยาบาลตติยภูมิโรคหัวใจและอุบัติเหตุ คือ ต้องใช้ลักษณะการผสมผสานมาก จะไม่สามารถดูแลแล้วเสร็จเฉพาะการผ่าตัดหรือให้ยาเคมีบำบัดเท่านั้น ทำให้การบริการผู้ป่วยจึงต้องเกี่ยวข้องกับบุคลากรจำนวนมาก หลายแผนกทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมทั้งอาจจำเป็นต้องมีการนัดรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการจ่ายค่าตอบแทนให้บุคลากรเพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ย่อมมีความเสี่ยงต่อการทำงานร่วมกันในระยะยาว ที่สำคัญการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรแพทย์ไม่ได้ส่งผลต่อการคงอยู่ของแพทย์ในสถานพยาบาลภูมิภาคมากนัก ทั้งนี้เนื่องจากการกำหนดอัตราค่าตอบแทน ก็ไม่ได้มีแตกต่างกันระหว่างสถานพยาบาลในภูมิภาคต่างๆ แม้ว่าขณะทำงานได้พยายามคำนวณค่าตอบแทนโดยรวมให้ค่านำหนักสถานพยาบาลใน

ส่วนภูมิภาคมากกว่าในเขตกรุงเทพฯ 1.5 เท่าแล้วก็ตาม แต่เป็นแหล่งงบประมาณเพิ่มเติมที่มีความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการ สำหรับให้สถานพยาบาลจัดการสมทบจ่ายค่าตอบแทนให้กับบุคลากรในสถานพยาบาลตนเองได้คล่องขึ้น

อาจกล่าวได้ว่าการจ่ายค่าตอบแทนยังไม่ได้ตอบโจทย์เรื่องสมองไหลได้จริง โดยเฉพาะกลุ่มแพทย์รังสีรักษาหรือแพทย์ในสถานพยาบาลตติยภูมิต่างจังหวัด โดยแท้แล้วค่าตอบแทนไม่ได้เป็นรากความคิดเดิมของ สปสช.มาก่อนเลย แต่มาปรับแนวทางการลงทุนดังกล่าวเพื่อจะเติมเต็มต่างจังหวัดให้มากขึ้น แต่เนื่องจากดูเหมือนค่าตอบแทนเป็นแนวทางที่จะได้ผลลงไปที่ตัวบุคลากร จึงเป็นที่พูดกันว่าโครงการพัฒนาสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง คือการเอางบประมาณมาใช้จ่ายเป็นค่าตอบแทนเป็นหลัก ซึ่งถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นสาเหตุทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างบุคลากรต่างๆ ข้อมูลที่พบอาจกล่าวได้ว่าหน่วยงานที่รับเงินค่าตอบแทนยังไม่ได้มีบทบาทเพิ่มผลผลิต (productivity) ให้กับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสัดส่วนการให้บริการผู้ป่วย UC ยังต่ำเหมือนเดิม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มตติยภูมิระดับ Excellence

ส่วนการสนับสนุนงบประมาณสำหรับการจัดซื้ออุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญเหมือนจะยังไม่ประสบความสำเร็จมากนัก เพราะด้วยข้อจำกัดของวงเงินสนับสนุนและอุปกรณ์รักษามะเร็งมีราคาค่อนข้างแพงการสนับสนุนจึงต้องมีเงื่อนไขให้สถานพยาบาลจ่ายเงินสมทบเพิ่มด้วย ทำให้บางสถานพยาบาลยังไม่สามารถหางบประมาณเพิ่มเติมและจัดซื้อได้ตามตั้งใจ (รวมปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างของสังกัดเอง) แต่ท่ามกลางความไม่แน่นอนของสำนักงานงบประมาณที่หยุดการสนับสนุนงบลงทุนของกระทรวงสาธารณสุข ถือว่าเป็นโอกาสช่องทางหนึ่งที่จะช่วยให้สถานพยาบาลได้จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นได้ โดยเฉพาะสถานพยาบาลในส่วนภูมิภาคที่มีต้นทุนเดิมน้อยและศักยภาพการงบประมาณสนับสนุนได้ไม่มาก

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ได้ใช้วิธีประชุมนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเป็นการควบคุมคุณภาพของงานวิจัย โดยครั้งแรกเพื่อนำเสนอกรอบแนวคิดและปรับปรุงระเบียบวิธีวิจัยในวันที่ 11 กรกฎาคม 2550 ส่วนครั้งที่สองจัดขึ้นในวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2551 เพื่อเสนอผลการศึกษาและอภิปรายความเห็นต่อผลการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอต่อผลการศึกษานี้ นอกจากนี้งานศึกษาประเมินผลนี้ยังทำควบคู่ไปกับการศึกษาประเมินสถานพยาบาลตติยภูมิด้านโรคหัวใจและศูนย์อุบัติเหตุ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์วิธีการศึกษาและผลการศึกษาร่วมกัน

ด้วยเหตุที่จุดประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อประเมินผลการดำเนินของโครงการพัฒนาที่ดำเนินการโดย สปสช. แต่กรอบแนวคิดของการประเมินอาจมีบางส่วนที่เป็นการอธิบายระบบการบริหารจัดการ โรคมะเร็ง แต่ไม่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนจากโครงการ เช่น การตรวจหาผู้ป่วยระยะแรก ที่อาจจะไม่ได้คาดหวังให้เป็นภาระกิจหลักของสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง รวมทั้งการประเมินเรื่องการ

บริการรักษาผู้ป่วยก็ไม่ได้คำนึงเฉพาะผู้มีสวัสดิการสุขภาพหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ สปสช.ดูแลเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดของการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ผลข้อมูล ดังนี้

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามสถานพยาบาลจำนวน 30 แห่ง มีอัตราการตอบกลับร้อยละ 77 อาจไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของสถานพยาบาลทั้งหมดได้ และขาดความสมบูรณ์ของข้อมูลบางส่วน เช่น จำนวนบริการจำแนกตามประเภทสวัสดิการ ทำให้ผู้วิจัยใช้ฐานข้อมูลของ สปสช. ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบ โดยข้อมูลสำคัญที่อ้างอิงจากแบบสอบถามนี้ คือ ศักยภาพสถานพยาบาล การบริหารจัดการ ความคิดเห็นและผลกระทบของโครงการ รวมทั้งรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนในสถานพยาบาล เป็นต้น ซึ่งประเด็นความถูกต้องของข้อมูลนั้น โดยเฉพาะคำถามส่วนที่เป็นความคิดเห็น เช่น ถามความเพียงพอระหว่างบุคลากรกับภาระงานนั้น เป็นคำถามที่ตอบตามความรู้สึก และคนส่วนใหญ่ก็ต้องตอบว่า “ไม่เพียงพอ” ซึ่งในความเป็นจริงอาจต้องดูที่ภาระงานบริการที่แท้จริงประกอบด้วย

การวิเคราะห์ฐานข้อมูลการบริการผู้ป่วยมะเร็งของ สปสช. สามารถวิเคราะห์และจำแนกตามสวัสดิการสุขภาพได้ในช่วงเวลา 3 ปีเท่านั้น คือ 2547-2549 โดยฐานข้อมูล 2550 ยังวิเคราะห์ได้เฉพาะคนไข้มะเร็งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น จึงทำให้ผู้วิจัยเลือกเปรียบเทียบเฉพาะ 3 ปีดังกล่าวเท่านั้น นอกจากนี้ในฐานข้อมูลยังมีข้อจำกัดของผู้ป่วยมะเร็งสวัสดิการข้าราชการและผู้ประกันตน ประกันสังคม ที่ไม่สามารถระบุภูมิภาคได้ จำนวนการตายตามประเภทของการรักษา รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยที่นับตาม Hospital number แทนจำนวนรายหรือครั้งที่ระบุไว้ที่มีการนับซ้ำถ้าได้รับบริการมากกว่าหนึ่งครั้งในปีนั้นๆ เนื่องจากจุดประสงค์ของฐานข้อมูลดังกล่าวมีไว้เพื่ออธิบายภาระงานของสถานพยาบาลมากกว่า การอธิบายการเข้าถึงบริการ

การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยจากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและสนทนากลุ่มของบุคลากรในศูนย์ตติยภูมิชั้นสูง หลังจากที่ได้รับข้อมูลแบบสอบถามมาแล้วล่วงหน้าแล้ว จำนวน 5 แห่ง ซึ่งการเลือกตัวอย่างสถานพยาบาลนี้ ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ให้เป็นตัวแทนของสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูงอื่นๆ ผู้วิจัยเลือกสถานพยาบาลตติยภูมิให้ครอบคลุมทั้งที่เป็นระดับโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคมะเร็ง เพื่อต้องการทำความเข้าใจรูปแบบความแตกต่างของผลกระทบ การบริหารจัดการ โดยเฉพาะรูปแบบการจ่ายค่าตอบแทนแบบต่างๆ กันได้

ผลลัพธ์ของการรักษายังไม่ชัดเจนพอที่จะยืนยันว่าจะมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตน้อยลงเนื่องจากการเข้าถึงบริการในสถานพยาบาลตติยภูมิชั้นสูง เพราะข้อจำกัดของข้อมูลที่ไม่ได้จำแนกความรุนแรงหรือระยะของมะเร็งที่อาจแตกต่างกันไประหว่างสถานพยาบาลระดับต่างๆ ที่สำคัญดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการรักษามะเร็งต้องผสมผสานกันระหว่างการวัดคุณภาพบริการ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วย (Survival rate) ในระยะเวลากำหนด 3 ปี หรือ 5 ปี เป็นต้น ซึ่งยุทธศาสตร์ที่สำคัญสำหรับการลดอัตราการตายด้วยมะเร็ง ต้องสนับสนุนตั้งแต่กิจกรรมการตรวจคัดกรอง (Screening) การค้นหาผู้ป่วยระยะแรก (Early detection) รวมไปถึงกระบวนการจัดการระบบคิว เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้าสู่ระบบนั้นได้รับการรักษาทันเวลาที่ ก่อนที่จะมีการลุกลามของมะเร็งเป็นระยะ Late stage

ดังนั้นการศึกษาระยะต่อไปควรมีการเก็บข้อมูลการรอคิวเพื่อเข้ารับการรักษา โดยรวบรวมข้อมูลที่เวชระเบียน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะสามารถสะท้อนถึงประสิทธิภาพในการบริหารจัดการในการรักษาได้

ข้อเสนอเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง

ภาพรวมในปี พ.ศ. 2551 คาดประมาณว่าประเทศไทยจะมีผู้ป่วยมะเร็งเกิดใหม่ 120,000 คน ซึ่งเทียบกับอัตราการเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ในช่วง 10 ปี^[1] ศูนย์รักษาโรคมะเร็งมีคาดหวังว่าจะต้องพร้อมด้วยการให้บริการรักษาทุกวิธี หรือถ้าไม่สามารถให้การรักษาด้วยวิธีการใดวิธีหนึ่งได้ ก็จำเป็นต้องมีเครือข่ายการส่งต่อได้ทันที เนื่องจากการรักษา โดยเฉพาะการบำบัดด้วยรังสีรักษาจำเป็นต้องใช้เครื่องมือราคาแพง และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ซึ่งมีความเป็นไปได้น้อยสำหรับการเพิ่มศักยภาพดังกล่าวในระยะเวลาอันสั้น ทั้งนี้การวิเคราะห์ข้อมูลและทบทวนวรรณกรรมจากประสบการณ์ต่างประเทศ พบว่าสถานการณ์ของระบบการดูแลรักษามะเร็งของไทยรวมทั้งยุทธศาสตร์ของการพัฒนาควรประกอบด้วย

ผู้บริหารสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงส่วนใหญ่ มีความเชื่อมั่นและมีระบบจัดการบริการคุณภาพบริการของสถานพยาบาลตนเองได้ บุคลากรแพทย์และพยาบาลมีโอกาสดำเนินการพัฒนาอบรมเพื่อติดตามองค์ความรู้ของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนการสนับสนุนการจัดหาอุปกรณ์ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพง คงไม่สามารถทำได้อย่างสมบูรณ์ในโครงการนี้ แต่จำเป็นต้องมีแผนการจัดหาครุภัณฑ์แยกต่างหากเพราะต้องใช้ขนาดงบประมาณค่อนข้างมาก

สถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงของไทยส่วนใหญ่ ยังขาดแนวทางการทำงานและส่งต่อผู้ป่วยแบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันชัดเจนตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ โดยถ้าเป็นโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขด้วยกันเองจะใช้รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเหมือนผู้ป่วยประเภทอื่น กระนั้นก็ยังไม่ได้มีข้อตกลงระบุเป็นลายลักษณ์อักษรสำหรับรูปแบบการประสานงานของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกับศูนย์มะเร็งที่สังกัดกรมการแพทย์ของกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นเหล่านี้ทำให้บทบาทของศูนย์ตติยภูมิยังเป็นแบบตั้งรับ จึงทำให้ยุทธศาสตร์ของประเทศในด้านการควบคุมการเกิดโรคและค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มแรก กลายเป็นบทบาทหน้าที่ของระบบสุขภาพมูลฐาน ศูนย์สุขภาพชุมชน และโรงพยาบาลปฐมภูมิ ที่ไม่เชื่อมโยงกับการบริการตติยภูมิ ดังนั้นอาจมีความจำเป็นที่ต้องเพิ่มบทบาทการทำงานของสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง ต่อการบริการและส่งต่อผู้ป่วยแบบเครือข่ายที่เชื่อมโยงกันชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งบทบาทเชิงรุก ตั้งแต่การคัดกรองความเสี่ยงและการค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น เพื่อให้ประเทศสามารถลดการป่วยและตายจากโรคมะเร็งตามเป้าหมายที่วางไว้ได้จริง

ประเทศไทยยังขาดผู้ที่เป็นเจ้าภาพหรือผู้ที่จะมองภาพระบบการจัดการดูแลรักษามะเร็งในภาพรวม จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศ ได้มีรูปแบบการจัดการให้มีผู้ดูแลระบบในรูปแบบ

ต่างๆกัน ไม่ว่าจะเป็นการจัดตั้งเป็นกรรมการหรือสภามะเร็งแห่งชาติ เพื่อการควบคุมและรักษาโรคมะเร็งในระดับชาติ ตัวอย่างเช่น สภา Canadian Strategy for Cancer Control (CSCC) ในประเทศแคนาดา^[17, 18] หรือสภามะเร็งแห่งออสเตรเลีย (The Cancer Council Australia)^[13, 14] ในบางประเทศจะใช้องค์กรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการระบบบริการสุขภาพโดยรวม ตัวอย่างเช่น กรณีของ NHS Cancer Plan ของประเทศอังกฤษ ภายใต้บทบาทของ National Health Service (NHS)^[4] ได้วางแผนการจัดการแก้ปัญหา มะเร็งอย่างครบวงจร รวมถึงการลงทุนพัฒนาระบบบริการ หรือกรณีของสหรัฐอเมริกาที่ใช้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Institute : NCI)^[11] องค์กรภายใต้ระบบ National Institutes of Health (NIH) โดยกฎหมาย The National Cancer Institute Act of 1937 ระบุให้ NCI มีภารกิจให้ครอบคลุมการออกแบบระบบการจัดการมะเร็งของประเทศ เป็นต้น คำถามที่ท้าทายสำหรับประเทศไทยหน่วยงานใดหรือเครือข่ายรูปแบบใดที่มีศักยภาพและเหมาะสมกับการทำบทบาทนี้ ตัวเลือกที่มี เช่น กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเพราะมีสถานพยาบาลอยู่ในสังกัดทุกระดับ หรือ จะใช้หน่วยงาน สปสช. ที่เป็นผู้ซื้อบริการหลักของประเทศ หรือ ใช้สถาบันมะเร็งแห่งชาติที่แม้ว่าจะสังกัดกรมการแพทย์แต่ก็มีศักยภาพที่จะดูแลระบบนี้ได้เช่นกัน หรือจะใช้ทางเลือกเป็นกรรมการมะเร็งแห่งชาติที่มีกรรมการมาจากหลายฝ่ายร่วมกัน ดังนั้น จึงต้องมีความจำเป็นต้องร่วมกันวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder analysis) หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้เพิ่มเติม เพื่อความสำเร็จของนโยบายระดับ เพราะเป็นวิธีการที่สร้างความเข้าใจบทบาท อำนาจหน้าที่ ความสนใจ และจุดยืนหรือมุมมองของแต่ละบุคคลหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องนั้นๆ และกำหนดหน่วยงาน/องค์กร/คณะกรรมการที่มีความเหมาะสมกับการเป็นผู้กำหนดนโยบายและทิศทางการขับเคลื่อนนโยบาย ตัวอย่างทางเลือกของไทย เช่น ให้ทางสถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นหน่วยงานหลัก โดยทำทุกอย่างที่เกี่ยวกับมะเร็งอย่างครบวงจร แยกเป็นหน่วยต่างๆที่มีผู้เชี่ยวชาญเพื่อกำหนดทิศทางของระบบ แต่ทั้งนี้ต้องให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติแยกเป็นหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการเป็นอิสระจากภาพการเป็นหน่วยงานย่อยของกระทรวงสาธารณสุข

ด้วยเหตุผลหลายอย่างดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้ประเทศไทยยังขาดการตั้งเกณฑ์หรือเป้าหมายของการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยมะเร็งที่ชัดเจน เหมือนต่างประเทศ ตัวอย่างรัฐบาลสหราชอาณาจักรได้ตั้งเกณฑ์ของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งควรได้เริ่มรับการรักษาภายใน 62 วันนับจากวันที่ได้รับการส่งต่อมาจากแพทย์เวชปฏิบัติ^[4] หรือสหรัฐอเมริกาได้ตั้งเป้าหมายการพัฒนา ด้านต่างๆ ทั้งบุคลากร การเข้าถึงบริการ เป็นต้น แม้ความเป็นจริงแล้วประเทศไทยเราเคยมีแผนแม่บทที่กล่าวถึงเป้าหมายหลายด้าน เช่น เป้าหมายการให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งในประเทศครอบคลุมอย่างน้อย ร้อยละ 75 หรือการกำหนดให้ทุกศูนย์มะเร็งมีข้อมูลสถิติผู้ป่วยมะเร็งด้วยการใช้โปรแกรมรูปแบบเดียวกัน แต่ในทางปฏิบัติจริง รวมทั้งการติดตามประเมินผลยังมีข้อจำกัดอยู่มาก ซึ่งการกำกับและประเมินผลจำเป็นต้องมีระบบฐานข้อมูลที่เข้มแข็ง (ทั้งประเด็น Standard, Reliable, Coverage and Practice) ดังนั้น ข้อเสนอเริ่มต้นสำหรับสำหรับเป็นยุทธศาสตร์ก้าวนี้ คือปรับสัดส่วนหรือเพิ่มการ

สนับสนุนงบประมาณ เพื่อจูงใจให้โรงพยาบาลนำไปสู่การปฏิบัติและพัฒนาระบบข้อมูลของทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งให้สมบูรณ์และใช้ได้จริง

ส่วน สปสช.เองอาจต้องเพิ่มบทบาทและให้ความเข้มข้นกับการสร้างกฎกติกาการเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักตติยภูมิ (Contracting Unit for Tertiary care: CUT) ให้มากขึ้น โดยขยายบทเรียนจากการพัฒนาสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักปฐมภูมิ (CUP) รวมทั้งใช้เครือข่าย สปสช.เขตพื้นที่ให้มีบทบาทต่อการกำกับดูแลสถานพยาบาลตติยภูมิในเขตหรือจังหวัดตนเองมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ชีรวิทย์ ภูหะเปรมะ, ปัญหาภาระที่พบบ่อยและการดูแลรักษาสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติ ครอบครัว : สถานการณ์โรคมะเร็งของประเทศไทย. คลินิก, 2548. 21(5): p. 375-381.
2. Pattarawin Attasara, *Hospital-Based Cancer Registry*. 2005, National Cancer Institute: Bangkok.
3. Expert Advisory Group on Cancer, *A Policy Framework for Commissioning Cancer Services*. 1995: London. p. 34.
4. Cancer Research UK Policy Statement, *The NHS Cancer Plan*. 2000.
5. Department of Health, *The NHS Cancer Plan – Making Progress*. 2001: London. p. 12.
6. Cancer Research UK Policy Statement, *Priorities for the Cancer Reform Strategy*. February 2007.
7. Commission for Healthcare Audit and Inspection, *State of Healthcare 2006*. 2006 London.
8. Commission for Health Improvement, *National Service Framework Assessment No1: NHS Cancer Care in England and Wales*,. 2001: London.
9. Department of Health, *Cancer Waiting Times: Guidance on Making and Tracking Progress on Cancer Waiting Times 2004*: London. p. 9.
10. Swan, J., et al., *Cancer surveillance in the U.S.: can we have a national system?* Cancer, 1998. 83(7): p. 1282-91.
11. National Cancer Institute, *The Nation's Progress in Cancer Research: An Annual Report for 2004*. 2005, National Cancer Institute: Bethesda.
12. New York State Department of Health, *New York State Comprehensive Cancer Control Plan - Strategic Directions for New York State 2003-2010* 2003, New York State Department of Health: New York.
13. Cancer Council Australia, *Profile and Annual Report 2006*. 2007, The Cancer Council Australia: Camperdown.
14. Cancer Council Australia, *National Cancer Prevention Policy 2007–09*. 2007, The Cancer Council Australia: Camperdown.
15. National Cancer Control Initiative, *Optimising Cancer Care in Australia*. 2003, National Cancer Control Initiative: Carlton.
16. Canadian Institute for Health Information, *Annual Report 2005-2006*. 2006, CIHI: Ottawa.
17. Canadian Strategy for Cancer Control, *Strategic Framework for the Canadian Strategy for Cancer Control*. 2005, Canadian Strategy for Cancer Control: Victoria.
18. Canadian Strategy for Cancer Control, *Governance Model for the Canadian Strategy for Cancer Control*. 2002, Canadian Strategy for Cancer Control.

ภาคผนวก

**ตาราง A1 ปริมาณงานภายใต้เงื่อนไขข้อตกลงและการจัดสรรงบประมาณบุคลากร (Extra work load)
สำหรับบริการตติยภูมิโรคมะเร็งปี 2548**

	หน่วยบริการ	(A) ปริมาณงาน(ราย) Extra work load	(B) ค่าฐาน 1 (วิชาชีพ)	(C) ค่าฐาน 2 (ภาระงาน)	(D) ปรับตามพื้นที่		วงเงินรวม (A) x (B) x (C) x (D)
					ตจว.	กทม.	
1	ศิริราช	4,209	3	2,500		1	31,567,500
2	พระมงกุฎเกล้า	624	3	2,500		1	4,860,000
3	ภูมิพล	1,194	3	2,500		1	8,955,000
4	สถาบันสุขภาพเด็ก	147	3	2,500		1	1,102,500
5	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	3,230	3	2,500	1.5		36,337,500
6	ศูนย์มะเร็งสุราษฎร์ฯ	661	3	2,500	1.5		7,436,250
7	ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี	1,086	3	2,500	1.5		12,217,500
8	ศูนย์มะเร็งลำปาง	4,405	3	2,500	1.5		49,556,250
9	ศูนย์มะเร็งชลบุรี	867	3	2,500	1.5		9,753,750
10	ลพบุรี	764	3	2,500	1.5		8,595,000
11	พระปกเกล้า	864	3	2,500	1.5		9,720,000
12	ชลบุรี	159	3	2,500	1.5		1,788,750
13	มหาวิทยาลัยราชสีห์	1,184	3	2,500	1.5		13,320,000
14	ขอนแก่น	229	3	2,500	1.5		2,576,250
15	สรรพสิทธิ์ประสงค์	488	3	2,500	1.5		5,490,000
16	พุทธชินราช	803	3	2,500	1.5		9,033,750
17	ลำปาง	1,887	3	2,500	1.5		21,228,750
18	สุราษฎร์ธานี	287	3	2,500	1.5		3,228,750
19	ศูนย์มะเร็งอุดรธานี	1,081	3	2,500	1.5		12,161,250
20	สระบุรี	137	3	2,500	1.5		1,541,250
21	ศรีนครินทร์	1,827	3	2,500	1.5		20,553,750
22	อุดรธานี	1,239	3	2,500	1.5		13,938,750
23	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	364	3	2,500		1	2,730,000
24	ราชวิถี	6,750	3	2,500		1	16,875,000
25	รามธิบดี	6,561	3	2,500		1	49,207,500
26	วชิรพยาบาล	2,040	3	2,500		1	5,010,000
27	สงขลานครินทร์	4,116	3	2,500	1.5		15,435,000
28	ศูนย์มะเร็งลพบุรี	3,004	3	2,500	1.5		33,795,000
	รวม						408,015,000

ที่มา : รายงานผลการปฏิบัติงานบริการตติยภูมิโรคมะเร็งปี 2548 (ตุลาคม 2547-กันยายน 2548) ที่หน่วยบริการส่งให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ภายหลังการลงนามในบันทึกความร่วมมือฯ

หมายเหตุ : หน่วยบริการที่ไม่ทำ MOU กับสำนักงานในปี 2548 จำนวน 1 แห่ง คือ รพ.จุฬาลงกรณ์

แบบสำรวจข้อมูล ชุดที่ 1 ทรัพยากรและผลการดำเนินงานของศูนย์ฯ

ศูนย์บริการตติยภูมิขั้นสูงโรคมะเร็ง (Cancer Excellence Center)

คำชี้แจง

แบบสำรวจทรัพยากรและผลการดำเนินการนี้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคมะเร็งภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนงบประมาณให้สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ดำเนินการ

ผู้ตอบคือ ผู้บริหาร/ผู้จัดการศูนย์มะเร็ง หรือผู้ปฏิบัติงานในศูนย์มะเร็ง ที่ได้รับมอบหมาย

แบบสำรวจประกอบด้วยประเด็นคำถาม 11 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ศักยภาพของสถานพยาบาล

- ข้อ 1 ระดับของสถานพยาบาล/ศูนย์
- ข้อ 2 ภาระงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็ง
- ข้อ 3 การแบ่งความรับผิดชอบการดูแลและรักษาผู้ป่วย แบบเครือข่ายการส่งต่อ
- ข้อ 4 ศักยภาพด้านบุคลากรเฉพาะในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านมะเร็ง
- ข้อ 5 ศักยภาพและจำนวนอุปกรณ์เครื่องมือสำคัญ
- ข้อ 6 การรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง ในปีงบประมาณ 2549
- ข้อ 7 ผลผลิตของศูนย์ฯ ที่เป็นจำนวนผู้รับบริการ

ตอนที่ 2 การจัดการระบบและเครือข่ายบริการ

- ข้อ 8 สภาพปัจจุบันของการพัฒนาระบบบริการ การส่งต่อ และเครือข่าย
- ข้อ 9 การพัฒนามูลฐาน
- ข้อ 10 การสร้างองค์ความรู้ และการเผยแพร่งานวิชาการ
- ข้อ 11 ระบบทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็ง

คณะผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสำรวจเกี่ยวกับศูนย์ฯ ของท่านอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ตามความเป็นจริง เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาโครงการ การสนับสนุน และการดำเนินงาน อันจะส่งผลย้อนกลับสู่ระบบบริการตติยภูมิในศูนย์ฯของท่านและภาพรวมประเทศ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เมื่อตอบเสร็จแล้วกรุณารวบรวมแบบสำรวจข้อมูลชุดที่ 1 และ 2 ส่งกลับไปที่

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
สถาบันบาราศนราดรุณ อาคาร 10 ชั้น (ชั้น 5)
ซอยติวานนท์ 14 ถนนติวานนท์
อำเภอเมือง นนทบุรี 11000

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อคำถามหรือการประเมินผล สามารถติดต่อได้ที่

นักวิจัย โทร 02-5902366, 089-4927430 E-mail: weerasak@ihpp.thaigov.net หรือ

ผู้ประสานงานของ สวปก. โทร 089-3086329 E-mail: sorapong@hisro.or.th

(1)-() () () ()

แบบสำรวจข้อมูลบริการตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง ชุดที่ 1 ทรัพยากรและผลการดำเนินงานของศูนย์ฯ

ชื่อ โรงพยาบาล/ศูนย์มะเร็ง

ชื่อ ผู้ตอบ/รวบรวมข้อมูล โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก

e-mail address

ตอนที่ 1 ศักยภาพของสถานพยาบาล

ทำเครื่องหมาย “✓” ในช่องที่มีความสอดคล้องกับศูนย์ฯของท่าน

1. ปัจจุบันสถานพยาบาล/ศูนย์ของท่านจัดเป็นระดับใด

[.....] 1. ระดับ 1 (Excellent Cancer Center)

[.....] 2. ระดับ 2 (Advance Cancer Center)

[.....] 3. ระดับ 3 (General Cancer Center)

2. ปัจจุบันหน่วยงานของท่านมีภาระงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็ง ประเภทใดบ้าง (เลือกได้มากกว่าหนึ่งคำตอบ)

[.....] 1. มีบริการการตรวจวินิจฉัย ‘Diagnosis and Planning Treatment’

[.....] 2. มีบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งโดยการผ่าตัด (Surgery)

[.....] 3. มีบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งโดยเคมีบำบัด (Chemotherapy)

[.....] 4. มีบริการรักษาผู้ป่วยมะเร็งโดยการฉายรังสี (Radiotherapy)

[.....] 5. การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งแบบ ‘Palliative and Terminal care’

[.....] 6. การทำศีกษาวิจัยด้านมะเร็งที่เป็น ‘Clinical Research’

[.....] 7. การศึกษาวิจัยด้านมะเร็งเพื่อพัฒนารูปแบบ ‘Model Development’

[.....] 8. มีการค้นหาผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ จากผู้มารับบริการทั่วไป (Cancer Screening)

[.....] 9. มีการค้นหาผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง จากผู้มารับบริการทั่วไป (Risk Factor Screening)

[.....] 10. มีสถานพยาบาลเครือข่ายค้นหาผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งระดับชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ (Risk Factor Screening in Community)

[.....] 11. มีสถานพยาบาลเครือข่ายทำโครงการป้องกันโรคระดับชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง (Community Prevention Program)

3. ศูนย์ฯของท่าน ได้รับการแบ่งความรับผิดชอบการดูแลและรักษาผู้ป่วย แบบเครือข่ายการส่งต่อหรือไม่

[.....] 1. ไม่มีการแบ่งรูปแบบชัดเจนในการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง

[.....] 2. มีระบบการแบ่งรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง แต่ศูนย์ฯนี้ไม่เกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อนั้น

[.....] มีระบบการแบ่งรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งชัดเจน และศูนย์ฯท่านรับผิดชอบในขอบเขต ดังนี้

● 3. จังหวัดในเขตความรับผิดชอบ จังหวัด

● 4. จำนวนโรงพยาบาลลูกข่าย โรงพยาบาล

4. ศักยภาพด้านบุคลากรเฉพาะในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านมะเร็ง ของศูนย์ฯท่าน ในปัจจุบัน โดยคิดเฉพาะบุคลากรที่ทำงานเต็มเวลาเท่านั้น

- จำนวนบุคลากรในศูนย์มะเร็งของท่าน ให้ระบุจำนวน ณ เดือนมิถุนายน 2550
- บุคลากรที่มี หมายถึง ผู้ที่มีตำแหน่งอยู่ในศูนย์ฯนี้ แต่ปัจจุบันอาจปฏิบัติงานในศูนย์ฯนี้ หรือไม่ก็ได้
- บุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติงานในศูนย์ฯ นี้ อาจมีตำแหน่งอยู่ในศูนย์ฯนี้หรือไม่ก็ได้

รายการ		ที่มีตำแหน่งอยู่	ปฏิบัติงานจริง
1	Medical Oncologist		
2	Medical Hematologist		
3	Pediatric Oncologist		
4	Radiation Oncologist		
5	Gynecologist –oncologist		
6	Oncology Surgeon		
7	Cancer Pain specialist		
8	Interventional Radiologist		
9	Nuclear Medicine		
10	Pathologist		
11			

หมายเหตุ กรณีที่ศูนย์ฯตั้งอยู่หรือเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล แพทย์/บุคลากร โรงพยาบาลที่เวียนมาปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์ฯ ให้นับเป็นบุคลากรเต็มเวลาด้วย

5. ศักยภาพและจำนวนอุปกรณ์เครื่องมือสำคัญ ที่มีในปัจจุบันของศูนย์ฯท่าน ณ เดือนมิถุนายน 2550 และจำนวนที่กำลังจัดซื้อในงบประมาณปี 2550

รายการ		หน่วยวัด	จำนวนที่มีในปัจจุบัน	กำลังจัดซื้อภายในปี 2550
1	Biology Lab			
2	Cobalt + Linac			
3	High Dose Rate			
4	3D Planning			
5	IMRT (Intensive)			
6	CT scan			
7	MRI			
8	Mammography			
9	เครื่องวัด + ควบคุมคุณภาพ			

รายการ		หน่วยวัด	จำนวนที่มี ในปัจจุบัน	กำลังจัดซื้อ ภายในปี 2550
10	รังสีมาตรฐาน			
11	Endoscope			
12	ห้องผสมยาเคมีบำบัด			
13	แบบ Unit dose/Biological safety cabinet			
14	Simulator			
15				
16				

6. อัตราการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง ในปีงบประมาณ 2549 (ระหว่างเดือนตุลาคม 2548- กันยายน 2549) จำแนกตามประเภทบริการและสิทธิประโยชน์คุ้มครองทางสุขภาพ

ประเภทงานบริการ	ประเภทสวัสดิการคุ้มครองสุขภาพ				รวม
	ประกันสังคม	UC	ข้าราชการ	อื่นๆ	
การส่งต่อไปยังศูนย์ที่สูงขึ้น					
การส่งผู้ป่วยกลับสถานพยาบาลเดิม					

หมายเหตุ หากฐานข้อมูลหน่วยงานท่านมีข้อจำกัดในการจำแนกตามสิทธิ ให้ใส่จำนวนเฉพาะในช่องรวมก็ได้

7. ผลผลิตของศูนย์ฯ ที่เป็นจำนวนผู้รับบริการแยกตามประเภทสิทธิประโยชน์คุ้มครองทางสุขภาพ ทั้งในและนอกเวลาราชการ ระหว่าง ปีงบประมาณ 2549 (ตุลาคม 2548- กันยายน 2549)

	ประกันสังคม	UC	ข้าราชการ	อื่นๆ	รวม
จำนวนรายตรวจวินิจฉัยโรค					
บริการรักษามะเร็ง จำแนกตามวิธีการ (Mode of treatment)					
Surgery					
Radiation					
Chemotherapy					
งานบริการอื่นๆ (ถ้ามีโปรดระบุ)					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

หมายเหตุ หากฐานข้อมูลหน่วยงานท่านมีข้อจำกัดในการจำแนกตามสิทธิ ให้ใส่จำนวนเฉพาะในช่องรวมก็ได้

ตอนที่ 2 การจัดการระบบและเครือข่ายบริการ

8. สภาพปัจจุบันของการพัฒนาระบบบริการ การส่งต่อ และเครือข่ายศูนย์มะเร็งของท่าน

จงทำเครื่องหมาย “✓” ในช่องที่มีความสอดคล้องกับศูนย์ของท่านมากที่สุด

ประเด็น	มี/ใช่	ไม่มี/ไม่ใช่	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
8.1 ได้มีการประชุมตกลงทำความเข้าใจในบทบาท การจัดการ ภาระงาน และการปฏิบัติ ระหว่างหน่วยบริหารส่วนกลาง (เช่น สปสช. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ) กับศูนย์ฯ	[....]	[....]	[....]
8.2 ได้มีการประชุมตกลงทำความเข้าใจเกี่ยวกับการค้นหาผู้ป่วยระหว่างศูนย์ฯท่านกับสถานพยาบาล/ศูนย์มะเร็งอื่นในเครือข่ายเดียวกัน	[....]	[....]	[....]
8.3 ได้มีการประชุมตกลงทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับส่งต่อผู้ป่วย (Cancer Referral Guidelines) ระหว่างศูนย์ฯ กับสถานพยาบาลอื่นในเครือข่ายเดียวกัน	[....]	[....]	[....]
8.4 ได้มีการประชุมตกลงทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างศูนย์ฯ กับศูนย์มะเร็งอื่นนอกเครือข่าย (ศูนย์ฯระดับเดียวกันหรือต่างระดับก็ได้)	[....]	[....]	[....]
8.5 ในรอบปีที่ผ่านมา บุคลากรในศูนย์ฯของท่านได้เข้าประชุมอบรมรับวิชาการด้านโรคมะเร็งจากศูนย์มะเร็งระดับสูงกว่า	[....]	[....]	[....]
8.6 ในรอบปีที่ผ่านมา ศูนย์ฯของท่านจัดประชุมอบรมให้วิชาการด้านโรคมะเร็งแก่ศูนย์มะเร็ง/สถานพยาบาลระดับที่ต่ำกว่า ในเครือข่ายเดียวกัน	[....]	[....]	[....]
8.7 มีคณะผู้ทรงคุณวุฒิ(ภายในหรือภายนอก)แบบเป็นทางการ เพื่อมาประเมินรับรองศูนย์ฯของท่าน	[....]	[....]	[....]
8.8 การจัดการในศูนย์ฯของท่านมีระบบรับรองคุณภาพ เช่น HA, QA, ISO	[....]	[....]	[....]

9. สภาพปัจจุบันของการพัฒนาบุคลากรในศูนย์มะเร็งของท่าน

จงทำเครื่องหมาย “✓” ในช่องที่มีความสอดคล้องกับศูนย์ของท่านมากที่สุด

ประเด็น	มี/ใช่	ไม่มี/ไม่ใช่	ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ
9.1 ในปัจจุบัน ศูนย์ฯมีแนวทางปฏิบัติกับผู้ป่วยโรคมะเร็งและรับ-ส่งต่อผู้ป่วย (Flow chart management) เป็นแนวทางปฏิบัติ	[....]	[....]	[....]
9.2 ในปัจจุบัน ศูนย์ฯมีแนวทางการตรวจ วินิจฉัยดูแลรักษา (Clinical Practice Guideline) ผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นแนวทางปฏิบัติ	[....]	[....]	[....]
9.3 ในปัจจุบัน ศูนย์ฯมีแนวทางการตรวจ วินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในศูนย์ฯของท่านแบบ Multidisciplinary team เช่น ในรูปแบบของ ‘case notes’	[....]	[....]	[....]
9.4 ศูนย์ฯมีระบบการแจ้งผู้ป่วยแต่ละรายว่าจะต้องใช้ เวลารอ(คิว)รับการรักษา ยาวนานเท่าไร	[....]	[....]	[....]
9.5 มีระบบติดตาม ที่เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อไม่ให้มีจำนวนการรอคิวของผู้ป่วยในศูนย์ฯมากเกินไป	[....]	[....]	[....]

ประเด็น	มี/ ใช	ไม่มี/ ไม่ใช้	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
9.6 ตั้งแต่ตุลาคม 2549 ถึงปัจจุบัน มีการประชุมทำความเข้าใจในการบริการผู้ป่วย โรคมะเร็งระหว่างบุคลากรในศูนย์ฯเอง	[....]	[....]	[....]
9.7 ตั้งแต่ตุลาคม 2549 ถึงปัจจุบัน มีการประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับการบริการผู้ป่วย โรคมะเร็งกับแผนกอื่นๆ ของศูนย์ฯ/โรงพยาบาล	[....]	[....]	[....]
9.8 ตั้งแต่ตุลาคม 2549 ถึงปัจจุบัน มีแพทย์ของศูนย์ฯไปประชุมวิชาการฝึกรอบรมที่ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการเป็นศูนย์มะเร็ง	[....]	[....]	[....]
9.9 ตั้งแต่ตุลาคม 2549 ถึงปัจจุบัน มีพยาบาลของศูนย์ฯไปประชุมวิชาการฝึกรอบรมที่ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในศูนย์มะเร็ง	[....]	[....]	[....]
9.10 ตั้งแต่ตุลาคม 2549 ถึงปัจจุบัน มีบุคลากรประเภทอื่นๆของศูนย์ฯไปประชุมวิชาการ ฝึกรอบรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานในศูนย์มะเร็ง	[....]	[....]	[....]
9.11 ในปัจจุบันมีแผนพัฒนามูลฐานเพื่อรองรับการปฏิบัติงานในศูนย์ฯอย่างเป็นลาย ลักษณ์อักษร	[....]	[....]	[....]
9.12 ถ้ามีแผนพัฒนามูลฐาน ตั้งแต่ตุลาคม 49-มิถุนายน 50 การส่งแพทย์และบุคลากร ไปประชุมวิชาการฝึกรอบรม เป็นไปตามแผน ฯ หรือไม่ (ถ้าข้อ 9.11 ตอบว่า “ไม่ใช่/ไม่มี” ข้อนี้ให้เว้นไว้ไม่ต้องตอบ)	[....]	[....]	[....]

10. สภาพปัจจุบันของการพัฒนา การสร้างองค์ความรู้ และการเผยแพร่งานวิชาการศูนย์มะเร็งของท่าน
จงทำเครื่องหมาย “✓” ในช่องที่มีความสอดคล้องกับศูนย์ฯของท่านมากที่สุด

ประเด็น	มี/ ใช	ไม่มี/ ไม่ใช้	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
10.1 ตั้งแต่ตุลาคม 2549 ถึงปัจจุบัน มีการบรรยายให้ความรู้ด้านมะเร็งแก่บุคลากรใน ศูนย์ฯเอง	[....]	[....]	[....]
10.2 ตั้งแต่ตุลาคม 2549 ถึงปัจจุบัน มีการบรรยายให้ความรู้ด้านมะเร็งแก่บุคลากรนอก ศูนย์ฯ (ทั้งใน รพ.เดียวกันและต่าง รพ.)	[....]	[....]	[....]
10.3 ตั้งแต่ตุลาคม 2549 ถึงปัจจุบัน มีการบรรยายให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป (เช่น การประชุม รายการวิทยุ โทรทัศน์)	[....]	[....]	[....]
10.4 ตั้งแต่ปี 2545 บุคลากรในศูนย์ฯ มีงานวิชาการ/วิจัยด้านมะเร็ง	[....]	[....]	[....]
10.5 ตั้งแต่ปี 2545 มีการตีพิมพ์ผลงานวิชาการ/วิจัยในวารสารวิชาการ ในประเทศ	[....]	[....]	[....]
10.5 ตั้งแต่ปี 2545 มีการตีพิมพ์ผลงานวิชาการ/วิจัยในวารสารวิชาการ ต่างประเทศ	[....]	[....]	[....]

11. ระบบทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Cancer Registry) ในศูนย์ฯ

11.1 ศูนย์ฯของท่านมีระบบทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็ง หรือไม่

[.....] ยังไม่มีระบบ Cancer Registry ในศูนย์ฯ (สิ้นสุดการทำแบบสอบถาม)

[.....] มี และลงข้อมูลในระบบ Cancer Registry ในศูนย์ฯแล้ว (ตอบคำถามข้อถัดไป)

11.2 ความสมบูรณ์ของระบบ Cancer registry ในศูนย์ฯท่าน เป็นอย่างไร (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[.....] กำลังพัฒนาระบบ การลงข้อมูลจึงยังไม่สมบูรณ์

[.....] มีการปรับข้อมูลในทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งทุกรายให้ทันสมัย

[.....] มีการลงทะเบียนผู้ป่วยทุกราย จำแนกตามประเภทของมะเร็ง (Pathology and Sites)

[.....] มีการลงทะเบียนผู้ป่วยทุกราย จำแนกตามระยะของมะเร็ง (Stage of cancer)

[.....] มีการลงทะเบียนผู้ป่วยทุกราย จำแนกตามประเภทของการรักษามะเร็ง (Method of Treatment)

[.....] มีการลงทะเบียนผู้ป่วยทุกราย จำแนกตามประเภทของสิทธิประโยชน์ (Health insurance)

[.....] มีการลงทะเบียนผู้ป่วยทุกราย โดยระบุค่ารักษาพยาบาลเรียกเก็บ (Treatment fee)

[.....] มีการลงทะเบียนรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งทุกราย

[.....] มีการส่งรายงานฐานข้อมูล สู่หน่วยงานระดับประเทศอย่างสม่ำเสมอ

11.3. ศูนย์ฯของท่าน ได้นำข้อมูลจากระบบ Cancer registry มาใช้ประโยชน์บ้างหรือไม่ อย่างไร

[.....] ได้นำมาใช้งานแบบสม่ำเสมอ, มีการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

[.....] ถูกนำมาใช้เป็นบางครั้ง โดยถูกนำมาใช้น้อยกว่าปีละครั้ง

[.....] ไม่ได้ถูกนำมาใช้ (สิ้นสุดการทำแบบสอบถาม)

[.....] ไม่มีความเห็น (สิ้นสุดการทำแบบสอบถาม)

11.4 ศูนย์ฯเคยนำฐานข้อมูลจากระบบ Cancer registry มาใช้ในการพัฒนางานของท่านอย่างไรบ้าง

หัวข้อ	ความถี่ของการนำมาใช้ประโยชน์				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
11.4.1 ใช้ในการรณรงค์ป้องกันควบคุมการเกิดมะเร็งรายใหม่	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]
11.4.2 ใช้ในการพัฒนาศักยภาพการรักษามะเร็ง	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]
11.4.3 ใช้เพื่อการวางแผนระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]
11.4.4 ใช้สำหรับการวางแผนพัฒนากำลังคน	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]
11.4.5 ใช้ในการวางแผนครุภัณฑ์	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]
11.4.6 ใช้ในการวางแผนและเขียนของบประมาณ	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]

ความเห็นและข้อเสนอแนะทั่วไป (ถ้ามี)

.....

.....

.....

คณะผู้ศึกษา ขอขอบพระคุณที่ให้ข้อมูลครบถ้วน

แบบสำรวจข้อมูล ชุดที่ 2 ความคิดเห็นของผู้บริหารศูนย์มะเร็ง

ศูนย์บริการตติยภูมิขั้นสูงโรคมะเร็ง (Cancer Excellence Center)

คำชี้แจง

แบบสำรวจความเห็นของผู้บริหารศูนย์มะเร็งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคมะเร็งภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนงบประมาณให้สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ดำเนินการ

ผู้ตอบคือ ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็ง (กรณีที่ ศูนย์มะเร็ง ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล)

หรือ หัวหน้า/รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลดูแลศูนย์มะเร็งในโรงพยาบาล

แบบสำรวจประกอบด้วยประเด็นคำถาม 6 ข้อ ดังนี้

- ข้อ 1. ความคิดเห็นต่อโครงสร้างและการจัดบริการตรวจรักษาโรคมะเร็ง ณ ปัจจุบัน
- ข้อ 2 ปัจจัยและผลกระทบจากโครงการกับศูนย์ของท่าน
- ข้อ 3 สถานการณ์ปัจจุบันและบทบาทหน้าที่ผู้บริหารต่อการดำเนินการของศูนย์
- ข้อ 4 ความเห็นต่อผลลัพธ์และเป้าหมายในภาพรวมของโครงการ
- ข้อ 5 ความเห็นต่อการบริหารจัดการโครงการ
- ข้อ 6 แนวทางการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากร

คณะผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสำรวจเกี่ยวกับศูนย์ฯ ของท่านอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ตามความเป็นจริง เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาโครงการ การสนับสนุน และการดำเนินงาน อันจะส่งผลย้อนกลับสู่ระบบบริการตติยภูมิในศูนย์ของท่านและภาพรวมประเทศ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เมื่อตอบเสร็จแล้วกรุณารวบรวมแบบสำรวจข้อมูลชุดที่ 1 และ 2 ส่งกลับไปที่

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

สถาบันบาราศนราดรุ อาคร 10 ชั้น (ชั้น 5)

ซอยติวานนท์ 14 ถนนติวานนท์

อำเภอเมือง นนทบุรี 11000

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อคำถามหรือการประเมินผล สามารถติดต่อได้ที่

นักวิจัย โทร 02-5902366, 089-4927430 E-mail: weerasak@ihpp.thaigov.net หรือ

ผู้ประสานงานของ สวปก. โทร 089-3086329 E-mail: sorapong@hisro.or.th

(2)-() () () ()

แบบสำรวจข้อมูล ชุดที่ 2
ศูนย์บริการตติยภูมิขั้นสูงโรคมะเร็ง (Cancer Excellence Center)
ความคิดเห็นของผู้บริหารศูนย์มะเร็ง

ชื่อ โรงพยาบาล/ศูนย์มะเร็ง

ชื่อผู้ตอบ

ตำแหน่งในศูนย์มะเร็ง

โทรศัพท์ที่ติดต่อสะดวก e-mail address

ข้อ 1. ความคิดเห็นต่อโครงสร้างและการจัดบริการตรวจรักษาโรคมะเร็ง ณ ปัจจุบัน

จงทำเครื่องหมาย “✓” ในคำตอบประเด็นต่างๆ ว่าท่านมีความเห็นสอดคล้องมากน้อยเพียงใด

รายการประเมิน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.1 ท่านคิดว่า “แพทย์” ในศูนย์ของท่านมีความรู้ทักษะความสามารถในการบริการด้านโรคมะเร็งเป็นอย่างดี	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
1.2 ท่านคิดว่า “พยาบาล” ในศูนย์ของท่านมีความรู้ทักษะความสามารถในการบริการด้านโรคมะเร็งเป็นอย่างดี	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
1.3 ท่านคิดว่า “บุคลากรอื่นๆ” ในศูนย์ของท่านมีความรู้ทักษะความสามารถในการบริการด้านโรคมะเร็งเป็นอย่างดี	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
1.4 ท่านคิดว่า “แพทย์” ในศูนย์ของท่านมีจำนวนเพียงพอกับการะงานบริการด้านโรคมะเร็ง	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
1.5 ท่านคิดว่า “พยาบาล” ในศูนย์ของท่านมีจำนวนเพียงพอกับการะงานบริการด้านโรคมะเร็ง	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
1.6 ท่านคิดว่า “บุคลากรอื่นๆ” ในศูนย์ของท่านมีจำนวนเพียงพอกับการะงานบริการด้านโรคมะเร็ง	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
1.7 ท่านคิดว่า “เครื่องมืออุปกรณ์” กับภาระงาน โรคมะเร็งที่ใช้ได้มีจำนวนเพียงพอ	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
1.8 ท่านคิดว่า “อาคารสถานที่ที่มีพื้นที่เพียงพอ” ที่จะรองรับภาระงานกับภาระงานโรคมะเร็งที่มี	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
1.9 ท่านคิดว่า “อาคารสถานที่มีสภาพดี สะอาดปลอดภัย” ต่อบุคลากรและผู้ป่วยบริการ	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]

ข้อ 2. การที่ศูนย์ของท่านได้ตัดสินใจเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาสถานพยาบาลตติยภูมิขั้นสูงด้านมะเร็ง
กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีปัจจัยและผลกระทบกับท่านต่อไปนี้ อย่างไร
จงทำเครื่องหมาย “✓” ในคำตอบประเด็นต่างๆ ว่าท่านมีความเห็นสอดคล้องมากน้อยเพียงใด

โครงการนี้ทำให้	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
2.1 เพิ่มชื่อเสียงและช่วยประคับประคองให้กับศูนย์ฯ ได้	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]
2.2 บุคลากรมีโอกาสพัฒนาและอบรมวิชาการมากขึ้น	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]
2.3 แพทย์มีแรงจูงใจในการทำงาน จากการได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]
2.4 พยาบาลมีแรงจูงใจในการทำงาน จากการได้รับค่าตอบแทนเพิ่มขึ้น	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]
2.5 ลดขวัญกำลังใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงานบริการผู้ป่วยมะเร็ง แต่ยังไม่ได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]
2.6 แพทย์ในศูนย์ฯ มีภาระงานในการทำงานเพิ่มมากขึ้น	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]
2.7 พยาบาลในศูนย์ฯ มีภาระในการทำงานเพิ่มขึ้น	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]
2.8 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งของศูนย์ฯ มีมาตรฐานเพิ่มขึ้น	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]
2.9 มีจำนวนคิวผู้ป่วยมะเร็งที่รอรับบริการของศูนย์ฯ น้อยลง	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]
2.10 ระยะเวลาเฉลี่ยรอรับบริการของผู้ป่วยมะเร็งในศูนย์ฯ สั้นลง	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]
2.11 ศูนย์ฯ ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์และครุภัณฑ์ เพิ่มขึ้น	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]
2.12 ศูนย์ฯ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพิ่มขึ้น	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]
2.13 ศูนย์ฯ ได้สร้างการพัฒนาเครือข่ายการผู้ป่วยส่งต่อดีขึ้น	[....]	[....]	[....]	[....]	[....]

ข้อ 3. ด้วยตำแหน่งการเป็นผู้บริหารระดับสูงของศูนย์ ท่านมีบทบาทหน้าที่ รวมทั้งสถานการณ์ปัจจุบัน ที่
เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของศูนย์มะเร็งหรือการสร้างพัฒนาระบบ ในประเด็นต่อไปนี้ อย่างไร
จงทำเครื่องหมาย “✓” ในคำตอบประเด็นต่างๆ ว่าสถานการณ์ในศูนย์ฯ ท่าน “มี/ใช่” หรือ “ไม่มี/ไม่ใช่”

ประเด็น	ใช่ / มี	ไม่ใช่ / ไม่มี
3.1 ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา/คณะทำงานเฉพาะระดับศูนย์ฯ	[....]	[....]
3.2 ในรอบปีที่ผ่านมา มีการร้องเรียน/ร้องทุกข์จากผู้รับบริการ หรือญาติ เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของบุคลากรในศูนย์ฯ	[....]	[....]
3.3 ในรอบปีที่ผ่านมา มีการร้องเรียน/ร้องทุกข์จากผู้รับบริการหรือญาติ เกี่ยวกับการผลการรักษา มะเร็งของศูนย์ฯ	[....]	[....]
3.4 ในรอบปีที่ผ่านมา มีการร้องเรียนจากผู้รับบริการหรือญาติ ให้ปรับปรุงอาคารสถานที่หรือเครื่องมือของศูนย์ฯ	[....]	[....]
3.5 ท่านติดตามการดำเนินงานของศูนย์ฯ อย่างสม่ำเสมอ	[....]	[....]
3.6 ท่านรับทราบรายงานการดำเนินงานของศูนย์ฯ รวมทั้งปัญหาอุปสรรคอย่างเป็นระบบ	[....]	[....]

จงทำเครื่องหมาย “✓” ในคำตอบประเด็นต่างๆ ว่าท่านเห็นด้วยกับข้อความหรือสถานการณ์ดังกล่าว สอดคล้องกับ ศูนย์มะเร็งของท่าน มากน้อยเพียงใด

ประเด็น	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
3.7 บุคลากรทุกคนในศูนย์ปฏิบัติงานได้ราบรื่นเรียบร้อย	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
3.8 บุคลากรในศูนย์ สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
3.9 ท่านได้มีคำแนะนำ/ช่วย แก้ปัญหาของศูนย์อย่างสม่ำเสมอ	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
3.10 ท่านได้จัดหาสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอ เพื่อการพัฒนา ระบบ Cancer Registry ของศูนย์	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
3.11 ท่านได้สนับสนุนการอบรมบุคลากรอย่างเพียงพอ เพื่อการพัฒนา ระบบ Cancer Registry ของศูนย์	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]

ข้อ 4. ท่านมีความเห็นว่า การดำเนินโครงการพัฒนา Cancer Excellence Center ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีโอกาส/ความเป็นไปได้ ที่จะได้ผลลัพธ์ต่อระบบบริการสุขภาพในภาพรวมในประเด็นเหล่านี้ มากน้อยเพียงใด จงทำเครื่องหมาย “✓” ในคำตอบประเด็นต่างๆ ว่าท่านมีความเห็นสอดคล้องมากน้อยเพียงใด

ประเด็น	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
4.1 ทำให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งมากขึ้น	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
4.2 ทำให้ประชาชนลดพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงต่อโรคมะเร็งได้	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
4.3 ทำให้ประชาชนตระหนักและเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งในระยะเริ่มต้น มากขึ้น	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
4.4 ทำให้สามารถค้นพบผู้ป่วยมะเร็งในระยะเริ่มต้น ได้มากขึ้น	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
4.5 ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการตรวจวินิจฉัยได้รวดเร็วขึ้น	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
4.6 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีเพิ่มขึ้น	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
4.7 ทำให้ศักยภาพของการให้บริการมะเร็งของศูนย์ต่างๆดีขึ้น	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
4.8 ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการรักษามีมาตรฐานเพิ่มขึ้น	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
4.9 ทำให้ระยะเวลาารับบริการของผู้ป่วยมะเร็งน้อยลง	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
4.10 สร้างการพัฒนาเครือข่ายการผู้ป่วยส่งต่อโดยรวมดีขึ้น	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
4.11 ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
4.12 สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีรายได้ต่างกัน	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
4.13 สร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีสิทธิคุ้มครองสุขภาพต่างกัน	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]

ประเด็น	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
4.14 สร้างความเป็นธรรมการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาศัยในพื้นที่ต่างกันได้ (เช่น กรุงเทพฯกับต่างจังหวัด หรือเมืองกับชนบท)	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
4.15 ทำให้ลดอัตราการเป็นโรคมะเร็งของประเทศในระยะยาว	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
4.16 ทำให้ลดอัตราการป่วยตายจากโรคมะเร็งของประเทศในระยะยาว	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]

ข้อ 5. ความคิดเห็นของท่านต่อทิศทางการบริหารจัดการ โครงการการพัฒนาบบบริการรักษามะเร็งจาก สปสช.

5.1 นโยบายและรูปแบบการทำงานของคณะทำงานพัฒนาบริการตติยภูมิโรคมะเร็ง ตลอดจนการนำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่จริง มีความเป็นไปได้หรือสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายแนวคิดเหล่านี้ มากน้อยเพียงใด

ทำเครื่องหมาย “✓” ในช่องว่างในข้อเลือก

ประเด็นแนวคิด	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	หมายเหตุ (ระบุ)
5.1.1 สร้างให้มีการบริหารสินทรัพย์ และทรัพยากรด้านสุขภาพ ที่มีอยู่แล้วและพัฒนาให้มีศักยภาพสูงโดยพิจารณาเป็นภาพรวมทั้งในภาครัฐและเอกชน	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	
5.1.2 สร้างให้เกิดเครือข่ายบริการระดับตติยภูมิ ให้บริการรักษาโรคที่ซับซ้อนใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายมาก มีความเชื่อมโยงในแนวดิ่งและแนวราบ	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	
5.1.3 สร้างการลงทุนที่มีเงื่อนไข ให้สามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันได้ เพื่อลดการลงทุนซ้ำซ้อน	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	
5.1.4 สามารถกระจายการลงทุนด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ เพื่อให้ประชาชนทุกภูมิภาค ที่มีปัญหาด้านบริการทางการแพทย์ตติยภูมิ เข้าถึงได้ง่าย	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	
5.1.5 สนับสนุนการพัฒนาบุคลากร กระจายบุคลากร และสร้างระบบแรงจูงใจ	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	
5.1.6 สนับสนุนการใช้ข้อมูลสถิติโรคในพื้นที่มาประกอบการจัดทำงบประมาณ และสร้างระบบ GIS	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	

5.2 ความคิดเห็นทั่วไปและข้อเสนอแนะต่อแนวทางการพัฒนาบุคลากร

.....

.....

.....

5.3 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อแนวทางการสนับสนุนจ่ายค่าตอบแทนบุคลากร

.....

.....

.....

5.4 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อแนวทางการจัดหาอุปกรณ์และครุภัณฑ์ที่จำเป็น

.....

.....

.....

5.5 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อ ด้านการบริหารจัดการภายในศูนย์ฯ

.....

.....

.....

5.6 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อ การบริหารจัดการเครือข่ายด้านมะเร็งในภาพรวม (การพัฒนาระบบ/ดำเนินงาน/สนับสนุน/ประเมินผล)

.....

.....

.....

แบบสำรวจข้อมูล ชุดที่ 3 ความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ที่มีศูนย์บริการตติยภูมิขั้นสูงโรคมะเร็ง (Cancer Excellence Center)

คำชี้แจง

แบบสำรวจความเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลนี้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิศูนย์โรคมะเร็งภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนงบประมาณให้สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ดำเนินการ

ผู้ตอบคือ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ที่มีศูนย์มะเร็งเป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล

แบบสำรวจประกอบด้วยประเด็นคำถาม 4 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1** ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานและการพัฒนาบริการตติยภูมิขั้นสูงของสถานพยาบาลท่าน
- ส่วนที่ 2** การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผลต่อสถานพยาบาล
- ส่วนที่ 3** การจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรศูนย์ตติยภูมิขั้นสูง ในปีงบประมาณ 2550
- ส่วนที่ 4** ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

คณะผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสำรวจเกี่ยวกับศูนย์ฯ ของท่านอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ตามความเป็นจริง เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาโครงการ การสนับสนุน และการดำเนินงาน อันจะส่งผลย้อนกลับสู่ระบบบริการตติยภูมิในสถานพยาบาลของท่านและภาพรวมประเทศ และขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

เมื่อตอบเสร็จแล้วกรุณารวบรวมแบบสำรวจข้อมูลชุดที่ 1 และ 2 ของโรงพยาบาลของท่านส่งกลับไปที่

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
สถาบันบาราศนราดรุ อาคาร 10 ชั้น (ชั้น 5)
ซอยดิวานนท์ 14 ถนนดิวานนท์
อำเภอเมือง นนทบุรี 11000

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อคำถามหรือการประเมินผล สามารถติดต่อได้ที่

นักวิจัย โทร 02-5902366, 089-4927430 E-mail: weerasak@ihpp.thaigov.net หรือ

ผู้ประสานงานของ สวปก. โทร 089-3086329 E-mail: sorapong@hisro.or.th

(3)-() () () ()

**แบบสำรวจข้อมูล ชุดที่ 3 ความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ที่มีศูนย์บริการคัดยภูมิขั้นสูงโรคมะเร็ง (Cancer Excellence Center)**

ชื่อโรงพยาบาล/ศูนย์

ตำแหน่งของผู้ตอบแบบสอบถาม

[...] ผู้อำนวยการ [...] รองผู้อำนวยการ [...] อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ 1 ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานและการพัฒนาบริการคัดยภูมิขั้นสูงของสถานพยาบาลท่าน

ทำเครื่องหมาย “✓” ในช่องว่างในข้อเลือก

รายการประเมิน (การปฏิบัติงานของศูนย์)	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	ไม่ ทราบ/ ไม่แน่ใจ
1. แพทย์ที่ให้บริการในศูนย์มีความรู้และทักษะเหมาะสมกับระดับศูนย์ฯ	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
2. พยาบาลและบุคลากรอื่นที่ให้บริการในศูนย์มีความรู้และทักษะดี	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
3. ศูนย์มีจำนวนแพทย์เพียงพอเมื่อเทียบกับภาระงาน	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
4. ศูนย์มีจำนวนพยาบาลและบุคลากรอื่นเพียงพอกับภาระงาน	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
5. ศูนย์มีเครื่องมือ/อุปกรณ์จำนวนเพียงพอกับภาระงานบริการ	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
6. ศูนย์มีเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่อยู่ในสภาพใช้งานได้ดี	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
7. ศูนย์มีศักยภาพในการให้บริการตามมาตรฐานและระดับของศูนย์ฯ ได้ดี	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
8. มีการพัฒนาระบบทะเบียนผู้ป่วย (registry) ที่พร้อมใช้งานในการ วางแผนพัฒนาระบบ (การจัดบริการของศูนย์ ของพื้นที่ รวมถึงการ แก้ปัญหาโรคนั้นๆ)	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
9. ในพื้นที่รับผิดชอบ มีการบริหารสินทรัพย์ และทรัพยากรด้าน สุขภาพร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชนที่มีประสิทธิภาพ	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
10. มีการจัดเครือข่ายบริการคัดยภูมิขั้นสูง และระบบส่งต่อที่มี ประสิทธิภาพ เชื่อมโยงกันเป็นระบบทั้งในแนวดิ่งและแนวราบ	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
11. ศูนย์มีบทบาทในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
12. การพัฒนาระบบบริการคัดยภูมิขั้นสูงที่ผ่านมา เพิ่มการเข้าถึง บริการ (ลดระยะเวลาในการรอ) ของประชาชน	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
13. การพัฒนาระบบที่ผ่านมาทำให้มีความเป็นธรรมในการเข้าถึง บริการรักษาพยาบาล โรคนั้นๆของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
14. การจัดให้มีระบบบริการคัดยภูมิขั้นสูง สามารถลดอัตราการป่วยตาย ด้วยโรคนั้นๆของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
15. การจัดให้มีระบบบริการคัดยภูมิขั้นสูง สามารถลดอัตราการป่วย ของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบด้วยโรคนั้นๆได้	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]

ส่วนที่ 2 การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผลต่อ

สถานพยาบาล

ทำเครื่องหมาย “✓” ในช่องว่างในข้อเลือก

รายการประเมิน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
1. ได้รับการสนับสนุนเครื่องมือ/อุปกรณ์ตรวจรักษาเพิ่มขึ้น	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
2. บุคลากรได้รับการพัฒนาให้มีความรู้และทักษะในการให้บริการสูงขึ้น	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
3. คุณภาพการให้บริการตติยภูมิขั้นสูงของโรงพยาบาลดีขึ้น	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
4. โรงพยาบาลมีชื่อเสียงและได้รับการยอมรับเพิ่มขึ้น	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
5. สถานพยาบาลมีรายได้เพิ่มขึ้น	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
6. สถานพยาบาลมีภาระงานเพิ่มขึ้นจากการเป็นศูนย์ฯ	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
7. สถานพยาบาลมีการค่าใช้จ่ายเพิ่มจากการเป็นศูนย์ฯ	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
8. แพทย์ในศูนย์ฯมีขวัญกำลังใจในการให้บริการดีขึ้น	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
9. พยาบาลในศูนย์ฯมีขวัญกำลังใจในการให้บริการดีขึ้น	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
10. โครงการดังกล่าวทำให้ขวัญกำลังใจของบุคลากรอื่นนอกศูนย์ฯลดลง	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]

ส่วนที่ 3 การจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรศูนย์ตติยภูมิขั้นสูง ในปีงบประมาณ 2550

ทำเครื่องหมาย “✓” ในช่องว่างในข้อเลือก

รายการประเมิน	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
1. การจ่ายค่าตอบแทนตรงของโครงการไปยังบุคลากรในศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงทำให้ช่วยบริหารจัดการ	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
2. การจ่ายค่าตอบแทนตรงของโครงการก่อให้เกิดปัญหาการบริหารบุคลากรภายในโรงพยาบาล	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
3. การจ่ายค่าตอบแทนตรงของโครงการต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในศูนย์ก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในโรงพยาบาล	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
4. อัตราการจ่ายค่าตอบแทนตรงของโครงการสร้างแรงจูงใจในการให้บริการของแพทย์ในศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงได้ดี	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]
5. มาตรการจ่ายค่าตอบแทนของโครงการช่วยรักษากำลังคนของศูนย์ตติยภูมิขั้นสูงไว้ในระบบได้ดีขึ้น	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]	[...]

ข้อคิดเห็นอื่นๆ และข้อเสนอแนะในด้านการจ่ายค่าตอบแทน

.....

.....

.....

ส่วนที่ 4 ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

4.1 การบริหารนโยบายระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงของประเทศ (โครงสร้าง การจัดการ การคลัง)

.....

.....

.....

4.2 การบริหารสินทรัพย์ (ครุภัณฑ์/เครื่องมือ/อุปกรณ์) บริการตติยภูมิขั้นสูงในมิติของการกระจายและประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร

.....

.....

.....

4.3 การบริหารกำลังคน (การพัฒนา/ การกระจาย / ขวัญกำลังใจและการรักษาไว้ในระบบ)

.....

.....

.....

4.4 การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (การจัดระบบเครือข่ายบริการ การส่งต่อ
ขอบเขตงานของศูนย์)

.....

.....

.....

4.5 การพัฒนาบริการตติยภูมิขั้นสูงของสถานพยาบาล

.....

.....

.....

4.6 ด้านอื่นๆ

.....

.....

.....

ขอขอบพระคุณที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตติยภูมิขั้นสูง

ชุดที่ 4 แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก
ผู้เกี่ยวข้องในระดับนโยบายส่วนกลาง
โครงการวิจัยประเมินผล “Cancer Excellence Center”

กลุ่มเป้าหมาย

สัมภาษณ์เจาะลึกในกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องระดับนโยบายในส่วนกลาง และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง 4-6 คน

แนวคำถาม

กลุ่มคำถามที่ 1 เรื่องราวเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล

1. ชื่อผู้ให้ข้อมูล และรายละเอียดเกี่ยวกับหน่วยงานของผู้ให้ข้อมูล (ชื่ออะไร เป็นหน่วยงาน สังกัด ที่ตั้ง ที่ติดต่อ)
2. ทศนคติหรือความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล เกี่ยวกับสถานการณ์โรคมะเร็งและการจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวในประเทศไทย
3. การรับรู้ และบทบาทหรือความเกี่ยวข้องในโครงการพัฒนาบริการตติยภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้ให้ข้อมูลในปัจจุบัน และที่ผ่านมา

กลุ่มคำถามที่ 2 ความคิดเห็นต่อโครงการ Cancer Excellence Center

ตามข้อมูลที่ท่านทราบเกี่ยวกับโครงการนี้ อยากจะเรียนถามความคิดเห็นของท่านว่า วิธีการดำเนินงานโครงการมีความเหมาะสมกับสถานการณ์หรือไม่ ทำไมท่านคิดเช่นนั้น แล้วที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

1. โครงสร้างการบริหารนโยบายและกระบวนการประสานนโยบายของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. ความคิดเห็นต่อการกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงในประเด็นการลงทุน รวมทั้ง หลักคิด หลักเกณฑ์ และเป้าประสงค์
3. ความคิดเห็นต่อการกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงในประเด็นการพัฒนากระบวนการและบุคลากร รวมทั้ง หลักคิด หลักเกณฑ์ และเป้าประสงค์
4. ความคิดเห็นต่อการกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงในประเด็น การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์และกำลังคน รวมทั้ง หลักคิด หลักเกณฑ์ และเป้าประสงค์
5. ความเหมาะสมและความเป็นธรรมของระบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ในปัจจุบัน
6. ระบบในการติดตามกำกับ รวมทั้งระบบข้อมูลด้านการพัฒนา เพื่อการวางแผนพัฒนาระบบบริการ
7. ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของระบบบริการ
8. โครงการนี้ เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพียงช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น (มีระยะเวลาดสิ้นสุด) ตามความคิดเห็นของท่าน ท่านคิดว่าในเวลาข้างหน้า โครงการนี้จะผสมผสานเข้ากับระบบและบริการปกติของประเทศเราได้หรือไม่ หรือจะมีความยั่งยืนของระบบบริการ อย่างไร

กลุ่มคำถามที่ 3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอื่นๆ

1. นอกจากที่ท่านได้ให้ความคิดเห็นของการจัดการปัญหาการมะเร็งในแต่ละด้านแล้ว ตอนนี้ขอเรียนถามในภาพรวมว่า ท่านมีข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายด้านมะเร็งอย่างไรบ้าง
2. แล้วข้อเสนอแนะต่อแนวทางปฏิบัติโดยทั่วไป มีอย่างไรบ้าง

ชุดที่ 5. แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก
ผู้เกี่ยวข้องในระดับผู้บริหารสถานพยาบาล
โครงการวิจัยประเมินผล “Cancer Excellence Center”

กลุ่มเป้าหมาย

สัมภาษณ์เจาะลึกในผู้บริหารสถานพยาบาลและ/หรือผู้อำนวยการศูนย์มะเร็ง 5 แห่ง (ประมาณ 4-6 คน)

แนวคำถาม

กลุ่มคำถามที่ 1 เรื่องราวเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล

1. ชื่อผู้ให้ข้อมูล และรายละเอียดเกี่ยวกับหน่วยงานของผู้ให้ข้อมูล (ชื่ออะไร เป็นหน่วยงาน สังกัด ที่ตั้ง ที่ติดต่อ)
2. ทักษะหรือความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล เกี่ยวกับสถานการณ์โรคมะเร็งและการจัดการกับสถานการณ์ดังกล่าวในประเทศไทย
3. การรับรู้ และบทบาทหรือความเกี่ยวข้องในโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้ให้ข้อมูลในปัจจุบัน และที่ผ่านมา

กลุ่มคำถามที่ 2 ความคิดเห็นต่อโครงการ Excellence Center

ตามข้อมูลที่ท่านทราบเกี่ยวกับโครงการนี้ อยากจะเรียนถามความคิดเห็นของท่านว่า วิธีการดำเนินงาน โครงการมีความเหมาะสมกับสถานการณ์หรือไม่ ทำไมท่านคิดเช่นนั้น แล้วที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

1. โครงสร้างการบริหารนโยบายและกระบวนการประสานนโยบายของ สปสช. สถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. ความคิดเห็นต่อการกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์ การดำเนินการ การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงในประเด็นการลงทุน หลักคิด หลักเกณฑ์ และเป้าประสงค์ และผลกระทบกับสถานพยาบาลของท่าน
3. ความคิดเห็นต่อการกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงในประเด็นการพัฒนาระบบบริการและบุคลากร รวมทั้ง หลักคิด หลักเกณฑ์ และเป้าประสงค์ และผลกระทบกับสถานพยาบาลของท่าน
4. ความคิดเห็นต่อการกำหนดเป้าหมายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการตติยภูมิขั้นสูงในประเด็นการจ่ายค่าตอบแทนแพทย์และกำลังคน รวมทั้ง หลักคิด หลักเกณฑ์ และเป้าประสงค์ และผลกระทบกับสถานพยาบาลของท่าน
5. ความเหมาะสมและความเป็นธรรมของระบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ในปัจจุบัน โดยเงื่อนไขของโครงการ และการปรับปรุงเงื่อนไขของสถานพยาบาลเอง

6. โครงการนี้ส่งผลกระทบทับกับการจัดบริการในสถานพยาบาลของท่าน ในประเด็นเหล่านี้หรือไม่
อย่างไร
 - a. ศักยภาพอุปกรณ์และบริการ รวมถึงผลผลิตภาพการบริการ
 - b. การส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง
 - c. การสร้างเครือข่าย
 - d. การพัฒนาบุคลากร
 - e. การพัฒนาและยกระดับความสามารถในการเป็น Excellence Center
 - f. ระยะเวลาการรอรับบริการ และการเข้าถึง
 - g. ความเป็นธรรมของระบบบริการ
 - h. Cancer Registry System
7. ระบบในการติดตามกำกับ รวมทั้งระบบข้อมูลด้านการพัฒนา เพื่อการวางแผนพัฒนาระบบบริการ
8. ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของระบบบริการ
9. โครงการนี้ เป็นโครงการที่จัดทำขึ้นเพียงช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น (มีระยะเวลายั่งยืน) ตามความคิดเห็นของท่าน ท่านคิดว่าในเวลาข้างหน้า โครงการนี้จะผสมผสานเข้ากับระบบและบริการปกติของประเทศเราได้หรือไม่ อย่างไร

กลุ่มคำถามที่ 3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอื่นๆ

1. นอกจากที่ท่านได้ให้ความคิดเห็นของการจัดการปัญหาการมะเร็งในแต่ละด้านแล้ว ตอนนี้ขอเรียนถามในภาพรวมว่า ท่านมีข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายด้านมะเร็งอย่างไรบ้าง
2. แล้วข้อเสนอแนะต่อแนวทางปฏิบัติโดยทั่วไป มีอย่างไรบ้าง

ชุดที่ 6. แนวทางการสนทนากลุ่ม
ผู้เกี่ยวข้องและปฏิบัติงานในสถานพยาบาล
โครงการวิจัยประเมินผล “Cancer Excellence Center”

กลุ่มเป้าหมาย

สัมภาษณ์กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในศูนย์ฯ เช่น แพทย์ พยาบาลและ/หรือเจ้าหน้าที่ จำนวน 5 แห่ง แห่งหรือกลุ่มละประมาณ 8-10 คน (หากมีจำนวนแพทย์และพยาบาลมากพอ อาจพิจารณาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม)

แนวคำถาม

กลุ่มคำถามที่ 1 เรื่องราวเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูล

1. ชื่อผู้ให้ข้อมูล และรายละเอียดเกี่ยวกับหน่วยงานของผู้ให้ข้อมูล (ชื่ออะไรบ้าง บทบาทหน้าที่ที่สำคัญในศูนย์)
2. การรับรู้ และบทบาทหรือความเกี่ยวข้องในโครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของผู้ให้ข้อมูลในปัจจุบัน และที่ผ่านมา

กลุ่มคำถามที่ 2 ความคิดเห็นต่อโครงการ Excellence Center

ตามข้อมูลที่ท่านทราบเกี่ยวกับโครงการนี้ อยากจะเรียนถามความคิดเห็นของท่านว่า วิธีการดำเนินงานโครงการมีความเหมาะสมกับสถานการณ์หรือไม่ ทำไมท่านคิดเช่นนั้น แล้วที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

1. โครงสร้างการบริหารนโยบายและกระบวนการประสานนโยบายของสถานพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. โครงสร้างการบริหารจัดการ โครงการพัฒนาระบบบริการตติยภูมิชั้นสูงของ โรงพยาบาล
3. แผนและเป้าหมายการพัฒนาด้านมะเร็งของสถานพยาบาล
4. การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง
5. การจัดระบบข้อมูลการขึ้นทะเบียนและการจัดบริการ
6. การส่งเสริมและพัฒนาบุคลากร
7. หลักเกณฑ์การจ่ายค่าตอบแทนแพทย์และบุคลากรในการบริการทั่วไป เป็นอย่างไร และได้ผลกระทบกับใครบ้าง ในแง่ใดบ้างทั้งบวกและลบ
8. การประเมินระดับความสำเร็จของสถานพยาบาล ตัวชี้วัด และปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จดังกล่าว
9. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานตามนโยบายแต่ละด้านและข้อเสนอแนะ

กลุ่มคำถามที่ 3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายอื่นๆ

1. นอกจากที่ท่านได้ให้ความคิดเห็นของการจัดการปัญหาการมะเร็งในแต่ละด้านแล้ว ตอนนี้ขอเรียนถามในภาพรวมว่า ท่านมีข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายด้านมะเร็งในภาพรวมของประเทศ อย่างเป็นอย่างไรบ้าง
2. แล้วข้อเสนอแนะต่อแนวทางปฏิบัติโดยทั่วไป มีอย่างไรบ้าง