



การพัฒนาระบบเครือข่าย บริการและการส่งต่อผู้ป่วย

รศ.ดร.พญ.ภัทรวิทย์ วรรณรัตน์ / ผศ.นพ.ธีระ วรรณรัตน์



สำนักงานวิจัยและพัฒนาเพื่อการปรองานวิจัยสู่การปฏิบัติ
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือ

การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วย

รศ.ดร.พญ.ภัทรวิทย์ วรณารัตน์ | ผศ.นพ.ธีระ วรณารัตน์

การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วย

รศ.ดร.พญ.ภัทรวัดณ์ วรรณรัตน์ | ผศ.นพ.ธีระ วรรณรัตน์

ISBN: 978-616-551-875-8

พิมพ์ครั้งที่ 1 ธันวาคม 2557

จำนวน 500 เล่ม

ราคา 200 บาท

จัดทำ

สำนักงานวิจัยและพัฒนาเพื่อการแปรงานวิจัยสุขภาพสู่การปฏิบัติ

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พิมพ์ที่ บริษัท จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์ จำกัด

219 ซอยเพชรเกษม102/2 แขวงบางแคเหนือ เขตบางแค กรุงเทพฯ 10160

โทรศัพท์ 02-809-2281-3 โทรสาร 02-809-2284

www.fast-books.com

คำนำ

หนังสือเล่มนี้ เป็นการทบทวนองค์ความรู้ และกรณีศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการ และการส่งต่อผู้ป่วย ที่มาจากประสบการณ์ของประเทศไทย และจากต่างประเทศ นับเป็นความท้าทาย เป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรด้านสุขภาพสาขาต่างๆ ภายในระบบจะต้องมีศักยภาพที่ครบถ้วนในการตอบสนอง ต่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม รวมถึงค่านิยมด้านต่างๆ ของประชากร ไม่ว่าจะเป็น เรื่องการมุ่งเน้นคุณภาพ ความปลอดภัย และความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องจากการรับบริการทาง การแพทย์

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศ.นพ.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล นพ.พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข และท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็น และคำแนะนำอันทรงคุณค่า อันเปรียบเสมือนเข็มทิศที่เป็น ตัวช่วยให้คณะผู้วิจัย ได้ปรับแต่งงานชิ้นนี้เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของสังคมไทยได้ดี ยิ่งขึ้น และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า งานชิ้นนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการดูแล ผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วยของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นได้ในอนาคต

สุดท้ายนี้ ขอขอบใจน้องคีน (ธีระวัฒน์ วรรณารัตน์) ซึ่งได้คอยให้กำลังใจคณะผู้วิจัย และเป็น ตัวอย่างของแนวทางการมองโลกในด้านที่สดใสอยู่เสมอ ทำให้พ่อแม่ได้พิจารณาว่า หากเราในฐานะ บุคลากรด้านสุขภาพ ได้มีทัศนคติการมองโลกที่สดใสเช่นนี้ ย่อมจะทำให้เกิดกำลังใจในการพัฒนาระบบ สุขภาพของประเทศอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นอุปสรรคใดๆ อย่างกรายมาก็ตาม

รศ.ดร.พญ.ภัทรวัดณ์ วรรณารัตน์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ผศ.นพ.ธีระ วรรณารัตน์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
ความเป็นมาและพัฒนาการของแนวคิดในการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วย	1
แนวคิดและกรณีศึกษาในการพัฒนาระบบบริการของภาวะเจ็บป่วย/ฉุกเฉิน	12
แนวคิดการพัฒนาระบบบริการของโรคเรื้อรัง	19
การทบทวนบทเรียนการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยจากต่างประเทศ	23
การทบทวนบทเรียนการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยของประเทศไทย	51
บทวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบของกรณีศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ	74
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยในประเทศไทย	79

ความเป็นมาและพัฒนาการของแนวคิดในการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วย

แนวคิดของการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยนั้นมีจุดหมายหลักในการทำให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันแนวคิดดังกล่าวได้ก้าวข้ามขอบเขตของแต่ละสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพ อันเป็นเหตุมาจากหลักความจริงที่ว่ากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้นจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ มิใช่แต่เป็นเพียงแพทย์อย่างเดียว นอกจากนี้ เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า หากจะทำให้ประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้น จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ในสังคม รวมถึงครอบครัวและผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยอีกด้วย

ต่างพื้นที่ ต่างสถานการณ์ ต่างวาระ และต่างบุคคล ย่อมมีความเข้าใจเกี่ยวกับคำจำกัดความและขอบเขตของแนวคิดการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพที่แตกต่างกันไม่มากนักน้อย ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะทำการทบทวนแนวคิดการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วย โดยจำแนกตามประเภทของการดูแลรักษาได้แก่

1. **ภาวะฉุกเฉินหรือที่ต้องได้รับการดูแลแบบเฉียบพลัน (Acute conditions):** Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)¹ ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลภาวะเฉียบพลัน (Acute care) ว่าการให้บริการดูแลรักษาภาวะต่างๆ เช่น การคลอด การดูแลภาวะบาดเจ็บ การผ่าตัดฉุกเฉิน การดูแลรักษาเพื่อบรรเทาอาการป่วยหรือบาดเจ็บโดยไม่ใช้การรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) การลดความรุนแรงของอาการป่วยหรืออาการบาดเจ็บ รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการป่วยหรือบาดเจ็บเฉียบพลันที่สามารถเป็นอันตรายต่อชีวิต และการทำหัตถการรักษา หรือการตรวจวินิจฉัยอาการป่วยหรือบาดเจ็บ

2. **ภาวะที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวหรือโรคเรื้อรัง (Long term care/Chronic conditions):** โดยทั่วไปแล้วการดูแลรักษาโรคเรื้อรังหรือภาวะที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว จะหมายถึงการให้บริการดูแลรักษาโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ฯลฯ รวมไปถึงภาวะที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจนก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้อีกด้วย

ก่อนที่จะทำการทบทวนแนวคิดการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยจำแนกตามประเภทการดูแลรักษาข้างต้น จะขอกล่าวถึงความพยายามของผู้รู้หลากหลายฝ่ายที่พยายามจะกำหนดกรอบแนวคิดต่างๆ ให้เป็นระบบโดยประยุกต์ใช้กับกระบวนการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้ทุกประเภท (Universal conceptual framework)² แนวคิดหนึ่งที่ได้รับการนำมาขยายผลในทางปฏิบัติอย่างมาก คือ เรื่องความต่อเนื่องในการดูแลรักษาพยาบาล หรือ Continuity of Care (COC)^{2,3,4,5}

ความต่อเนื่อง หรือ Continuity นั้นได้รับความนิยมนำไปใช้เพื่อเป็นเป้าหมายที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพมาอย่างช้านาน แต่เป็นที่น่าเสียดายที่ไม่ได้มีคำจำกัดความมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับอย่างสากล โดยมีการใช้คำอื่นๆ ในภาษาอังกฤษที่มีความหมายใกล้เคียงและคล้ายคลึงกัน โดยมีเป้าประสงค์เหมือนกัน เช่น Continuum of care, Coordination of care, Discharge planning, Case management, Disease management, Integration of services, และ Seamless care เป็นต้น

JL Haggerty และคณะ⁶ ได้ตีพิมพ์ผลการศึกษาทบทวนคำจำกัดความและการใช้คำต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดดังกล่าว ใน British Medical Journal ในปีค.ศ.2003 โดยทำการทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งข้อมูลต่างๆ อย่างละเอียด ตั้งแต่ปีค.ศ.1966 ถึงปีค.ศ.2001 และทำการจัดประชุมระดมสมองผู้เชี่ยวชาญเพื่อขอข้อคิดเห็นและแหล่งข้อมูลเพิ่มเติม จนกระทั่งได้เอกสารวิชาการจำนวน 2439 ฉบับ และพบว่า ในทางปฏิบัติแล้ว มีมุมมองที่แตกต่างกันในเรื่องแนวคิดด้านการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ขึ้นอยู่กับลักษณะและระดับของบริการสุขภาพ เช่น ความต่อเนื่องในมุมมองของระดับบริการปฐมภูมิ ความต่อเนื่องในมุมมองของบริการด้านจิตเวช ความต่อเนื่องในมุมมองของการพยาบาล และความต่อเนื่องในมุมมองของการจัดการโรค เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาดังกล่าวพบว่า สามารถสังเคราะห์ข้อมูลต่างๆ และแบ่งแนวคิดดังกล่าวได้เป็น 3 รูปแบบ ดังนี้

1. ความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity)

ข้อมูลถือเป็นส่วนประกอบสำคัญในการทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการ และระหว่างเหตุการณ์หนึ่งไปยังอีกเหตุการณ์หนึ่ง โดยจะเป็นได้ทั้งลักษณะข้อมูลด้านบุคคล หรือข้อมูลเกี่ยวกับโรค โดยส่วนใหญ่แล้ว วงการสุขภาพมักจะเน้นเรื่องการพัฒนากรอบข้อมูลที่ต้องตามปัญหาสุขภาพเป็นหลัก แต่

ขาดข้อมูลที่มีรายละเอียดเพียงพอสำหรับแต่ละบุคคล ทำให้กระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นอาจไม่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริงได้ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องความต้องการ ความชอบ/ไม่ชอบ และความเหมาะสมของระบบบริการต่อปัจจัยในบริบทแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ โดยเป็นที่น่าสังเกตว่า ข้อมูลด้านบุคคลนั้น ส่วนใหญ่จะไม่ได้รับการบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษรหรือในฐานข้อมูล แต่มักจะอยู่ในความทรงจำของผู้ให้บริการระดับต่างๆ ที่ดูแลรักษาคนไข้ เป็นส่วนใหญ่

2. ความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management continuity)

ความต่อเนื่องด้านการจัดการถือว่ามีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคที่มีความซับซ้อนซึ่งต้องการการดูแลจากผู้ให้บริการหลายฝ่าย ความต่อเนื่องจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อบริการด้านต่างๆ ได้รับการนำส่งในลักษณะที่เกื้อหนุนซึ่งกันและกันในเวลาที่เหมาะสม ตัวอย่างหนึ่งของความต่อเนื่องด้านการจัดการสามารถเห็นได้จากการที่มีการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกันระหว่างแต่ละฝ่ายที่ดูแลผู้ป่วยจนทำให้สามารถสร้างระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่สามารถคาดการณ์ผลได้และเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้รับบริการ นอกจากนี้ความต่อเนื่องด้านการจัดการยังสามารถเห็นได้จากการที่ระบบการดูแลรักษามีความยืดหยุ่น และสามารถปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงและต่อความต้องการของแต่ละคนหรือแต่ละสถานการณ์ได้ หากการดูแลรักษาผู้ป่วยมีระยะเวลายาวนาน นอกจากความยืดหยุ่นแล้ว ความคงที่ก็ถือเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นคุณสมบัติสำคัญที่จะสะท้อนถึงระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่องด้านการจัดการอีกด้วย

3. ความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational continuity)

ความสัมพันธ์นั้นถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่แสดงความเชื่อมโยงทั้งอดีตสู่ปัจจุบัน และปัจจุบันถึงอนาคต ปัจจัยนี้ได้รับการเน้นย้ำถึงความสำคัญอย่างมากในการดูแลรักษาทั้งระดับปฐมภูมิ และการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช ทั้งนี้เพราะความสามารถในการดำรงความสัมพันธ์หรือสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างบุคลากรแต่ละฝ่ายที่ให้บริการดูแลรักษา และตัวผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ย่อมจะทำให้เกิดผลดีต่อกระบวนการรักษาพยาบาล และช่วยให้สามารถลดโอกาสเกิดผลอันไม่พึงประสงค์จากกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยได้

โดยสรุปแล้ว ความต่อเนื่องหรือ Continuity นั้น ถือเป็นลักษณะที่บ่งถึงกระบวนการที่เกิดขึ้นในระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความเชื่อมโยงกันอย่างกลมกลืน และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและบริบทแวดล้อมอย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะในมิติการดูแลรักษาในเวลาที่เปลี่ยนแปลงไป (Care over time) หรือแม้แต่ในมิติที่มองเฉพาะผู้ป่วยแต่ละคน (Focus on individual patient) ก็ตาม ถึงแม้ว่าการให้คำจำกัดความของความต่อเนื่องอยู่ถึง 3 แบบ แต่การมุ่งเน้นในแต่ละลักษณะของความต่อเนื่องนั้นก็ขึ้นอยู่กับลักษณะของการดูแลรักษาในแต่ละสถานการณ์

คำถามที่น่าสนใจ แต่ยังไม่มีการค้นหาคำตอบเชิงปริมาณอย่างชัดเจนได้ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันคือ มีกระบวนการพัฒนาใดบ้างที่จะสามารถเสริมสร้างความต่อเนื่องในแต่ละด้านนั้นได้ ความต่อเนื่องแต่ละด้านนั้นมีสัดส่วนของอิทธิพลต่อประสิทธิภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมากน้อยเพียงใด นอกจากนี้อิทธิพลของปัจจัยด้านความต่อเนื่องแต่ละด้านนั้น จะยังคงเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะใดบ้าง หากจำแนกตามประเภทของการดูแลรักษาพยาบาลทั้งสองแบบข้างต้น

อย่างไรก็ตาม หากทำการศึกษาข้อมูลทั้งเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติอย่างลึกซึ้งแล้ว จะมีผู้รู้หลายท่านเริ่มตั้งคำถามเพิ่มเติมกับตัวเองและคนรอบข้างว่า ทฤษฎีต่างๆ รวมถึงแนวคิดสำหรับการพัฒนาระบบบริการทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรังนั้น โดยแท้จริงแล้วดูเหมือนว่ายิ่งพัฒนาตามแนวคิดและทฤษฎีเท่าใด ก็เริ่มจะมีข้อขัดแย้งโดยตัวของมันเองมากขึ้นเท่านั้น ส่วนหนึ่งก็เนื่องมาจากหลักฐานการพัฒนาตามแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ที่เริ่มมีมากขึ้น แต่ยังไม่มีการลองรวบรวมมาวิเคราะห์ว่าได้ผลตามที่มุ่งหวังไว้จริงหรือไม่ ดังนั้นในบทต่อไปจะกล่าวถึงข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มายืนยันหรือหักล้างความเชื่อทางทฤษฎีด้านความต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบบริการ และเครือข่ายบริการ ซึ่งเป็นผลการศึกษาวิจัยที่ทบทวนข้อมูลวิชาการในฐานข้อมูล Medline และ EMBASE จำนวน 15,044 ชิ้น ซึ่งดำเนินการโดย Gray และคณะ⁷ ในปีค.ศ. 2003

เชื่อดีหรือไม่ 1?

ความเชื่อเชิงทฤษฎี:

หากแพทย์และผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันใกล้ชิดขึ้น โดยมีปฏิสัมพันธ์กันเป็นระยะตามนัดหมายโดยผู้ให้บริการยังเป็นคนเดิมตลอด อาจทำให้เกิดผลดีและผลเสียได้ เนื่องจากหากผู้ป่วยมีโรคที่ดำเนินไปช้าๆ แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำอาจมีโอกาสมองข้ามอาการหรืออาการแสดงบางอย่างไปได้ ทั้งๆ ที่อาการหรืออาการแสดงนั้นอาจเป็นที่ประจักษ์ชัดสำหรับแพทย์คนอื่นๆ ที่เพิ่งมาดูแล นอกจากนี้ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดเกินไปนั้นอาจทำให้ลดทอนความถูกต้องแม่นยำในการตัดสินใจสั่งตรวจหรือสั่งการรักษาได้ โดยแพทย์ผู้ให้บริการอาจมีความรู้สึกเสมือนเป็นญาติสนิท พ่อแม่พี่น้อง จนทำให้สูญเสียความมั่นใจและความเป็นตัวตนของแพทย์ไป อันเป็นเหตุให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นระหว่างกระบวนการรักษาได้

หลักฐานเชิงประจักษ์:

Flynn และคณะ⁸ ได้ทำการวิจัยผลลัพธ์ของการดูแลรักษา โดยพิจารณาเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และความพึงพอใจของหญิงตั้งครรภ์จำนวน 61 คน พบว่า การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องของแพทย์นั้นไม่ได้มีก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ของการดูแลรักษาทั้งสองอย่างเลย

เช่นเดียวกับ Rodney และคณะ⁹ ที่พบว่าความพึงพอใจในการรับบริการของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยแพทย์ประจำบ้าน ไม่ได้ต่างจากในกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยอาจารย์ โดยกล่าวอย่างมีนัยยะว่าอาจารย์มีความต่อเนื่องในการดูแลน้อยกว่า

Freeman และ Richards¹⁰ ได้พบว่าการดูแลอย่างต่อเนื่องนั้น ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยโรคลมชักพุดคุยกับแพทย์ผู้รักษามากขึ้น

ในขณะที่มีนักวิจัยอีกสองกลุ่ม^{11, 12} ที่ทำการศึกษาและสรุปว่า แพทย์ทั่วไปที่รู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดีนั้น จะพบกับความยากลำบากในการรักษาโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ในเวชปฏิบัติ (Evidence-based care)

หลักฐานเชิงวิชาการที่ตอกย้ำเรื่องผลเสียของการดูแลอย่างต่อเนื่องอีกชิ้นหนึ่งคือ ผลงานวิจัยของ Hanninen และคณะ¹³ ซึ่งได้ทำการศึกษาผลการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 212 คน โดยเปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างกลุ่มที่มีแพทย์คนเดียวกันดูแลอย่างต่อเนื่องเกิน 2 ปี กับกลุ่มที่มีแพทย์

ดูแลน้อยกว่า 2 ปี โดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากแพทย์คนเดียวกันอย่างต่อเนื่องเกิน 2 ปีนั้นมีผลลัพธ์การรักษาในรูปของระดับ HbA1C แย่กว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในขณะที่เดียวกัน Overland และคณะ¹⁴ก็ได้รายงานผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มที่ได้รับการดูแลจากแพทย์ทั่วไปเพียงคนเดียวนั้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลจากแพทย์ทั่วไปหลายคน โดยวัดผลลัพธ์การรักษาในรูปของระดับ HbA1C แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และมีโอกาสเกิดอคติจากความแตกต่างกันในลักษณะประชากรระหว่างกลุ่ม โดยกลุ่มที่ดูแลโดยแพทย์คนเดียวนั้นมีอายุเฉลี่ยมากกว่าอีกกลุ่มหนึ่ง ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่า

ในขณะที่การวัดผลในด้านความรู้สึกแบบญาติสนิท หรือแบบพ่อแม่พี่น้อง ว่ามีผลต่อการดูแลรักษาหรือไม่นั้น ยังไม่มีงานวิจัยใดมาพิสูจน์ยืนยันหรือหักล้างสมมติฐานเชิงทฤษฎีได้

เชื่อดีหรือไม่ 2?

ความเชื่อเชิงทฤษฎี:

การที่แพทย์ทำการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคร้ายแรง และ/หรือเรื้อรัง รักษาไม่หาย ติดต่อกันอย่างต่อเนื่อง มีโอกาสสูงที่แพทย์จะเกิดอาการหดหู่ ท้อแท้ หรือเพิกเฉยไปในที่สุด นอกจากนี้การพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ยึดถือพื้นฐานการให้บริการที่ต้องการทักษะการดูแลเอาใจใส่ การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย รวมถึงมุมมองการให้บริการแบบองค์รวมนั้น ไม่ใช่แพทย์ส่วนใหญ่จะทำได้ เนื่องจากความชอบและคุณสมบัติพื้นฐานของแพทย์แต่ละคนไม่เหมือนกัน

หลักฐานเชิงประจักษ์:

จากการสอบถามเชิงลึกในแพทย์เวชปฏิบัติจำนวน 207 คน ในประเทศนอร์เวย์ โดย Hjortdahl¹⁵ พบว่าต่างมีความเห็นตรงกันว่า หากมาตรฐานการดูแลรักษาสูงเกินไป หรือดูเป็นไปได้ยากในความเป็นจริง ก็จะเป็นอุปสรรคในการดูแลรักษามากกว่าที่จะประสบความสำเร็จในการยกมาตรฐานตามที่มุ่งหวังไว้

นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาโดย Balint ที่พบว่าแพทย์ที่ดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องนั้นจะเกิดความเครียดสะสมโดยแปรผันตามความยากของการดูแลรักษา O'Dawd¹⁶ ได้ทำการศึกษาและนำเสนอคำว่า “Heart-sink” อันหมายถึงความถึงผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลยาวนานและต่อเนื่องโดยแพทย์เวชปฏิบัติ จนกระทั่งได้รับการมองว่าเป็นตัวปัญหาเองในที่สุด

เชื่อดีหรือไม่ 3?

ความเชื่อเชิงทฤษฎี:

หากมีการดูแลรักษากันอย่างต่อเนื่อง น่าจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับและกล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวต่างๆ ที่สำคัญต่อการดูแลรักษา ให้แก่แพทย์ของตนเอง รวมถึงมีโอกาสที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ และมีความพึงพอใจในการรับบริการมากกว่า

หลักฐานเชิงประจักษ์:

จากหลักฐานทางวิชาการ พบว่ากลุ่มผู้ที่ให้คุณค่าแก่การดูแลอย่างต่อเนื่องว่ามีประโยชน์ มักจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเพศหญิง ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง และกลุ่มที่เป็นผู้พิการ¹⁷ โดย Breslau ได้ทำการศึกษาและสรุปว่าการดูแลอย่างต่อเนื่องของแพทย์นั้นส่งผลทำให้เกิดความสัมพันธ์และทัศนคติที่ดีต่อกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ป่วยประสบอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง ในขณะที่กลุ่มวัยรุ่นนั้นจะไม่ค่อยได้สนใจและให้คุณค่าแก่การดูแลอย่างต่อเนื่องมากนัก¹⁸

ในทำนองเดียวกัน Pilotto และคณะ¹⁹ ก็ได้ทำการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มักจะชอบเปลี่ยนแพทย์ผู้ให้บริการมักจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยอายุน้อย ร่างกายแข็งแรง มีดัชนีมวลกายปกติ และทำงานเป็นกะ ในขณะที่ Shers และคณะ²⁰ ได้ทำการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มักจะไปรับบริการกับแพทย์คนเดิมหรือแพทย์ประจำตัว มักจะเป็นกลุ่มที่เคยมีโรคประจำตัวที่รุนแรง และกลุ่มที่มีลูกแล้ว

นอกจากนี้หากมองในแง่การติดต่อสื่อสารแล้ว Shers และคณะ ที่ทำการสำรวจผู้ป่วยจำนวน 644 รายในประเทศเนเธอร์แลนด์ ปีค.ศ.2002 พบว่าการได้พบกับแพทย์ประจำตัว จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการติดต่อสื่อสารได้ง่ายกว่า เนื่องจากคุ้นเคยกันดี ซึ่งผลการศึกษานี้ก็เป็นไปในทิศทางและเหตุผลเดียวกันกับอีกการศึกษาหนึ่งที่ทำโดย Gabel และคณะในปีค.ศ.1993²¹

สำหรับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และการรับประทานยาตามคำแนะนำนั้น เป็นที่ทราบกันดีว่าต่อให้ยาดีอย่างไรก็ไม่ได้ผลหากผู้ป่วยไม่ได้ทาน ในสหรัฐอเมริกา Charney และคณะ²² ได้ทำการศึกษาพบว่ามารดาของผู้ป่วยเด็กจะตัดสินใจให้เด็กรับประทานยาหรือไม่นั้น มักขึ้นอยู่กับความไว้วางใจต่อกุมารแพทย์ ในทำนองเดียวกัน Ettlinger และ Freeman²³ ก็ทำการศึกษาในประเทศอังกฤษก็

ได้ผลการศึกษาศึกษาทางเดียวกัน สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้น มีการศึกษาอย่างน้อย 2 เรื่องที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคหอบหืด และพบว่าการดูแลผู้ป่วยโดยแพทย์คนเดียวกันอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์มากกว่า^{24, 25} ในขณะที่ O'Connor และคณะ²⁶ ได้ทำการสำรวจผู้ป่วยจำนวน 1,387 รายในอเมริกา โดยเปรียบเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่มีแพทย์ประจำตัว กับกลุ่มที่ไม่มีแพทย์ประจำ พบว่า กลุ่มแรกจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น การคุมอาหาร การวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน การตรวจเท้า และการมาตรวจหาระดับคอเลสเตอรอลในเลือด รวมถึงการได้รับวัคซีนป้องกันโรคอย่างครบถ้วนมากกว่ากลุ่มหลัง

เชื่อดีหรือไม่ 4?

ความเชื่อเชิงทฤษฎี:

การที่มีระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความต่อเนื่องแล้ว น่าจะทำให้ลดปริมาณการส่งต่อที่ไม่จำเป็น และลดภาระในการบริการในแต่ละระดับของสถานพยาบาลได้

หลักฐานเชิงประจักษ์:

ในสหราชอาณาจักร Sweeney และคณะ²⁷ ได้ทำการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ในระบบที่มีความต่อเนื่องในการดูแลรักษาของแพทย์นั้น จะมีอัตราการใช้บริการรักษาพยาบาลด้านอุบัติเหตุและแผนกฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความต่อเนื่องในการดูแลรักษาของแพทย์ ในทำนองเดียวกัน Orr และคณะ²⁸ ได้รายงานว่เด็กที่ได้รับการดูแลจากแพทย์ประจำตัวจะมีอัตราการใช้บริการแผนกฉุกเฉินน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีแพทย์ประจำตัว เวกเช่นเดียวกับ Gill และคณะ²⁹ ที่รายงานว่อัตราการใช้บริการแผนกฉุกเฉินของผู้ป่วยในระบบ Medicaid นั้น แปรผกผันกับความต่อเนื่องในการดูแลรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในระบบ

สำหรับผลของการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยแพทย์ ต่ออัตราการเข้านอนรักษาตัว ในโรงพยาบาลนั้น Alpert และคณะ³⁰ ได้ทำการศึกษาพบว่าเด็กที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยแพทย์ประจำตัวนั้นจะมีอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและการผ่าตัดน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีการดูแลโดยแพทย์ประจำตัว ในขณะที่ Gill และคณะ³¹ ได้รายงานว่กลุ่มผู้ป่วยในระบบ Medicaid ที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำตัว จะมีอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ

Butler และคณะ³² ได้ทำการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่เด็กที่มีแพทย์ดูแลประจำตัวนั้นจะมีอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่มีแพทย์ดูแลประจำตัว ทำให้ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นต่อระบบสุขภาพลดลงถึง 25% โดยมีการศึกษายืนยันผลอีกครั้งในลักษณะที่คล้ายคลึงกันโดย Weiss และคณะ³³ ในปีค.ศ.1996 แต่ก็ได้รายงานพร้อมตั้งข้อสังเกตว่ ผลดังกล่าวในทั้ง 2 รายงาน เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ป่วยในระบบ Medicaid ซึ่งเป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาสทางสังคม

Safran และคณะ³⁴ ได้ทำการคำนวณ และคาดประมาณว่า กลุ่มผู้สูงอายุชาวอเมริกันที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ประจำยาวนานกว่า 10 ปีขึ้นไปนั้น จะมีค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อปีน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ประจำน้อยกว่า 1 ปี ถึง 300 ดอลลาร์สหรัฐ

แนวคิดและกรณีศึกษาในการพัฒนาระบบบริการของภาวะเฉียบพลัน/ฉุกเฉิน (Acute Care/Emergency Medical Service Models)

ตามหลักสากลแล้ว ระบบบริการทางการแพทย์สำหรับภาวะเฉียบพลันหรือภาวะฉุกเฉินนั้นจะหมายรวมถึงระบบที่มีบุคลากร สถานที่ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่สามารถนำมาให้บริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้บาดเจ็บหรือที่มีโรคเฉียบพลันได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ³⁵ โดยมุ่งหวังที่จะลดอัตราการตายและ/หรือภาวะทุพพลภาพ ทั้งนี้มักจะมีการพิจารณาเป็น 4 ส่วน³⁶ ได้แก่

1. การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
2. การให้การดูแลในชุมชน
3. การให้การดูแลระหว่างขนส่ง/เดินทางสู่สถานพยาบาล
4. การให้การดูแลเมื่อมาถึง/ ณ สถานพยาบาล

ตั้งแต่ปีค.ศ. 1970 เป็นต้นมา การให้การดูแลรักษาพยาบาลก่อนถึงสถานพยาบาลนั้น จะมีแนวคิดในการพัฒนาระบบใน 2 รูปแบบคือ

1. แนวคิดแบบแองโกล-อเมริกัน (Anglo-American model):
2. แนวคิดแบบฟรังโก-เยอรมัน (Franco-German model):

แนวคิดทั้งสองนั้นมีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง และได้รับการนำไปใช้ในแต่ละประเทศตามความเชื่อและบริบทของตนเองในลักษณะแบบอยู่คนละค่ายตั้งแต่ช่วงปีค.ศ. 1970 จนถึงก่อนเข้าสู่คริสต์ศตวรรษที่ 21 ในปัจจุบันนี้ ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินทั่วโลกนั้น ส่วนใหญ่มักจะมีการพัฒนาแบบลูกผสม กล่าวคือมีส่วนประกอบย่อยๆ ตามแนวคิดทั้งสองแบบผสมกัน

นอกจากสองแนวคิดที่กล่าวมาแล้ว ยังสามารถจำแนกรูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในลักษณะของระดับการดูแลรักษาพยาบาลได้แก่ การให้บริการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic life support) และการให้บริการช่วยชีวิตขั้นสูง (Advanced life support)

แนวคิดแบบฟรังโก-เยอรมัน³⁷

แนวคิดนี้ตั้งอยู่บนปรัชญาการให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินแบบ “ทำให้ปลอดภัยก่อน เคลื่อนย้าย” (“Stay and Stabilize”)³⁸ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือเป็นความพยายามที่จะนำสถานพยาบาลไปหาผู้ป่วยถึงที่เกิดเหตุ โดยปกติแล้วแนวคิดนี้จะเป็นระบบที่มีการดำเนินการโดยแพทย์ ซึ่งมีอุปกรณ์เครื่องมือ เทคโนโลยีขั้นสูง และมีการพัฒนาระบบขนส่งที่ทันสมัย ทั้งรถพยาบาล เฮลิคอปเตอร์ หรือแม้แต่เรือพยาบาลที่มีเครื่องมือครบครัน³⁹

แนวคิดนี้ได้รับความนิยมนำไปใช้ในกลุ่มประเทศยุโรป ระบบนี้ให้อำนาจการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยแก่แพทย์ฉุกเฉินที่เดินทางไปยังสถานที่เกิดเหตุ ซึ่งก็ทำให้มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อย ได้รับการดูแลรักษาที่สถานที่นั้น หรือที่บ้าน และไม่จำเป็นต้องขนส่งมาที่สถานพยาบาลเลย ในขณะที่ผู้ป่วยที่แพทย์ฉุกเฉินพิจารณาแล้วว่าจำเป็นต้องส่งต่อมายังสถานพยาบาล ก็จะมีการส่งต่อโดยไม่ต้องผ่านเข้าแผนกฉุกเฉินของสถานพยาบาล เนื่องจากได้รับการคัดกรองและดูแลมาระดับหนึ่งแล้ว ประเทศที่ใช้ระบบนี้ได้แก่ เยอรมัน ฝรั่งเศส กรีซ มอลตา และออสเตรเลีย ซึ่งประเทศเหล่านี้ถือเป็นต้นแบบของระบบฟรังโก-เยอรมัน อย่างเต็มตัว^{40, 41, 42, 43, 44}

แนวคิดแบบแองโกล-อเมริกัน

แนวคิดนี้ตั้งอยู่บนปรัชญาการให้บริการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินแบบ “เก็บแล้ววิ่ง” (“Scoop and Run”)¹⁷ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือเป็นความพยายามในการที่จะนำส่งผู้ป่วยให้ไปถึงสถานพยาบาลโดยเร็วที่สุด โดยมีการทำหัตถการหรือกระบวนการดูแลรักษาพยาบาล ณ ที่เกิดเหตุตามความจำเป็นเท่านั้น โดยปกติแล้วระบบนี้จะดำเนินการโดยอาศัยความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานบริการด้านสาธารณสุขเป็นหลัก เช่น ตำรวจ พนักงานดับเพลิง เป็นต้น เจ้าหน้าที่เหล่านั้นจะได้รับการฝึกอบรมจนสามารถปฏิบัติงานเป็นเจ้าหน้าที่ปฐมพยาบาลได้ โดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลหรือมีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เป็นที่ปรึกษา ระบบดังกล่าวจะเน้นการขนส่งโดยใช้รถพยาบาลเป็นหลัก

นอกจากนี้ประเทศที่มักนำแนวคิดนี้ไปพัฒนาระบบบริการ มักจะเป็นประเทศที่มีการพัฒนาแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉินอย่างมาก รวมถึงมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉินประจำอยู่ที่สถานพยาบาล ผู้ป่วยฉุกเฉินจะได้รับการนำส่งโดยตรงไปยังแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาล ซึ่งต่างจากแนวคิดแบบฟรังโก-

เยอรมัน ประเทศที่มีการพัฒนาระบบบริการโดยใช้แนวคิดนี้อย่างเต็มรูปแบบ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา แคนาดา นิวซีแลนด์ โอมาน และออสเตรเลีย^{45, 46, 47, 48, 49}

ในอดีตจนถึงปัจจุบัน ได้มีความพยายามที่จะศึกษาเปรียบเทียบว่าแนวคิดใดที่จะได้ผลดีและคุ้มค่ามากกว่ากัน แต่เป็นที่น่าเสียดายว่า หากพิจารณาโดยเนื้อแท้แล้ว ยากที่จะเปรียบเทียบกันได้ เนื่องจากความแตกต่างในแต่ละบริบทพื้นที่ที่ใช้ระบบการดูแลตามแต่ละแนวคิด ซึ่งมีทั้งความแตกต่างในอุปสงค์และวิธีการดำเนินงานในรายละเอียด^{50, 51, 52, 53} นอกเหนือจากคำถามว่าแนวคิดใดจะดีกว่ากันแล้ว ยังมีอีกคำถามหนึ่งที่น่าสนใจ และเป็นที่ใคร่รู้คือ หน่วยงานใดกันแน่ที่เหมาะสมในการที่จะรับหน้าที่จัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้รู้หลายท่านได้พยายามนำเสนอรูปแบบการร่วมมือจัดบริการระหว่างหน่วยงานด้านการแพทย์กับหน่วยงานด้านสาธารณสุข แต่มักเกิดปัญหาในหลายพื้นที่ที่รูปแบบนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานทั้งสองฝ่ายเลย เนื่องจากการเกี่ยวว่าไม่ใช่หน้าที่หลักของตนเองตามข้อตกลง⁵⁴ ดังนั้นในทางปฏิบัติระดับสากล จึงมีคำแนะนำว่าระบบบริการทางการแพทย์เพื่อดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นควรที่จะได้รับการจัดการโดยองค์กรหรือหน่วยงานใดๆ ก็ได้ ที่มีศักยภาพและความพร้อมเพียงพอที่จะให้บริการทางการแพทย์ที่มาตรฐานแก่ประชาชน ไม่ว่าจะ เป็นหน่วยงานด้านสุขภาพหรือหน่วยงานด้านสาธารณสุขก็ตาม

อีกแนวทางหนึ่งในการพิจารณาแบ่งระบบบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินนั้น จะทำการพิจารณาตามระดับของการดูแลรักษาพยาบาล ได้แก่ ระบบที่ใช้การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic life support: BLS) และการช่วยชีวิตขั้นสูง (Advanced life support: ALS)

แนวคิดการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินโดยยึดหลักการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (BLS)

ระบบนี้จะยึดปรัชญาของการรีบขนส่งผู้ป่วยไปสู่สถานพยาบาลโดยเร็ว หรือ “Load and Go” โดยให้บริการดูแลรักษาช่วยชีวิต ณ สถานที่เกิดเหตุ ที่มักจะมีเหตุการณ์ที่ไม่ซับซ้อนยุ่งยาก เช่น การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน การตามกระดุกที่หัก การให้ออกซิเจน เป็นต้น

แนวคิดการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินโดยยึดหลักการช่วยชีวิตขั้นสูง (ALS)

ระบบนี้จะยึดปรัชญาของการให้บริการอย่างเต็มที่จนกว่าผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะปลอดภัย หรือ “Stay and Stabilize” โดยมีการให้บริการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และมีการทำเหตุการณ์อื่นๆ เช่น การใส่ท่อช่วย

หายใจ การเปิดเส้น การให้สารน้ำทางเส้นเลือด การเจาะปอด และการให้ยาชนิดต่างๆ เป็นต้น โดยทั่วไปแล้วระบบนี้จะใช้หลักของการให้บริการโดยใช้รพพยาบาลที่มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัย พร้อมบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมในการช่วยชีวิตขั้นสูง เคยมีผู้นำเสนอแนวคิดนี้เพื่อจัดบริการดูแลรักษาอย่างเต็มที่ในผู้ป่วยทุกๆ ราย แต่ก็มีการศึกษาพบว่าแนวคิดดังกล่าวไม่น่าจะคุ้มค่า เนื่องจากผู้ป่วยฉุกเฉิน 85% ในสหรัฐอเมริกาจะมีอาการและอาการแสดงที่จำเป็นต้องได้รับเพียงการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานเท่านั้น⁵⁵

อย่างไรก็ดี ในทางปฏิบัติแล้ว จะมีการจัดระบบบริการเช่นนี้ในลักษณะของการให้บริการตามสถานการณ์ (Tiered response system) กล่าวคือ จะมีการช่วยชีวิตขั้นสูงสำหรับผู้ที่บาดเจ็บสาหัสจริงๆ แต่สำหรับผู้ที่ไม่เร่งด่วน ก็ให้บริการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน หรือทำการนัดขนส่งผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วนตามเวลาที่เหมาะสม ซึ่งระบบนี้ก็จะช่วยให้สามารถรักษาทรัพยากรขั้นสูงไว้ใช้ยามจำเป็นจริงๆ เท่านั้น⁵⁶ แม้กระนั้นข้อเสียของการจัดระบบบริการตามสถานการณ์เช่นนี้ คืออาจทำให้เกิดผลกระทบต่อทักษะของบุคลากรประจำการในระบบนี้ หากไม่ได้มีการฝึกฝนประสบการณ์ในสถานการณ์มากเพียงพอ⁵⁷

มีบางการศึกษาที่พยายามจะสนับสนุนว่าระบบที่เน้นการช่วยชีวิตขั้นสูงจะดีกว่าขั้นพื้นฐาน แต่พบว่าการศึกษาเหล่านี้มักจะมีจุดอ่อนหลายด้าน เช่น จำนวนประชากรที่มีขนาดเล็ก มีอคติด้านต่างๆ และมักเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา⁵⁸ บางการศึกษาเชื่อว่าระบบที่ใช้การช่วยชีวิตขั้นสูงก่อนนำมาส่งสถานพยาบาลนั้น ทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้น แต่มีจุดอ่อนคือเป็นการศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บเท่านั้น ไม่มีผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากเหตุเฉียบพลันหรือฉุกเฉินอื่นๆ เลย^{59, 60, 61, 62} อย่างไรก็ตามก็มีการศึกษาที่มาหักล้าง โดยสนับสนุนระบบบริการที่ให้บริการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานว่า การนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลโดยเร็วจะทำให้เกิดผลดีต่อผลลัพธ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย^{63, 64, 65} ดังนั้นในปัจจุบัน จึงยังไม่มีข้อสรุปชัดเจนว่าระบบที่ใช้แนวคิดใดที่ดีกว่ากัน โดยแนะนำให้ดำเนินการตามความเหมาะสมภายใต้การตัดสินใจของบุคลากรว่า สิ่งใดที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

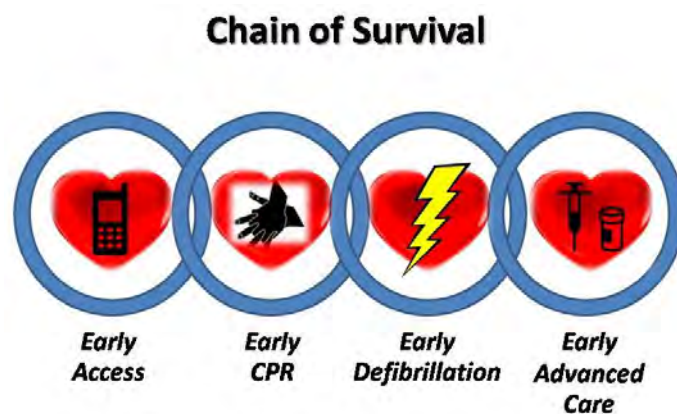
แนวคิดใหม่และกรณีศึกษาในสหราชอาณาจักร

เร็วๆ นี้ได้มีแนวคิดในการจัดระบบบริการการแพทย์แก่ผู้ป่วยฉุกเฉินในลักษณะใหม่ในสหราชอาณาจักร ภายใต้ชื่อว่า “Emergency Care Practitioner Scheme” โดยมีการจัดตั้งระบบใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการดูแลรักษาภาวะเฉียบพลัน/ฉุกเฉินต่างๆ ณ สถานที่เกิดเหตุหรือในชุมชนได้มากขึ้นกว่าเดิม ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อมูลการสำรวจ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการขนส่งโดยรถพยาบาลไปยังสถานพยาบาลนั้น

กว่า 50% ที่จะได้รับการส่งกลับบ้านโดยไม่ต้องกรการรักษาใดๆ มากนัก หรือแม้แต่โดยแท้จริงแล้วไม่จำเป็นต้องส่งมาสถานพยาบาลด้วยซ้ำ⁶⁶ ดังนั้นระบบนี้จึงมุ่งที่จะลดการขนส่งผู้ป่วยมายังสถานพยาบาลโดยไม่จำเป็นลง

หน่วยงาน National Health Service (NHS) ของสหราชอาณาจักรจึงได้ให้คำจำกัดความของ Emergency Care Practitioner (ECP) ว่าเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ แต่ได้รับการฝึกฝนอบรมให้มีความรู้ ทักษะ และทัศนคติ เพื่อให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินแบบองค์รวม ทั้งในพื้นที่เกิดเหตุ ในสถานบริการปฐมภูมิ หรือแม้แต่ช่วยในสถานบริการของแพทย์ทั่วไป โดยมีอิสระและมีความเป็นตัวของตัวเองในการดำเนินงานระดับหนึ่ง⁶⁷ ระบบใหม่นี้จะมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของ paramedics ที่มีอยู่เดิมให้มีทักษะต่างๆ มากขึ้น เพื่อที่จะสามารถทำการประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยได้แม่นยำขึ้น พร้อมกับให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยไม่ต้องนำส่งมายังสถานพยาบาล

ระบบดังกล่าวนี้จะเอื้อให้ ECP มีขอบเขตการตัดสินใจในการให้บริการดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยตนเอง ภายใต้กรอบการดำเนินงานที่เรียกว่า “ห่วงโซ่แห่งการอยู่รอด” หรือ “Chain of Survival⁶⁸” ดังรูป โดยกรอบการดำเนินงานนี้เป็นผลผลิตที่เกิดขึ้นจากการศึกษาวิจัยอันยาวนานกว่าศตวรรษ เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้น โดยพบว่าหากดำเนินการดูแลรักษาตามขั้นตอนดังกล่าวแล้ว จะมีประสิทธิผลสูงสุด โดยลดอัตราการตายและเพิ่มโอกาสรอดชีวิต



นอกจากนี้ระบบนี้ยังได้รับการออกแบบให้เอื้อต่อการที่ paramedics ที่ได้รับการฝึกฝนเป็น ECP จะสามารถประกอบอาชีพนอกเหนือไปจากการปฏิบัติงานในรพพยาบาล โดยสามารถไปทำงานที่คลินิกระดับปฐมภูมิ และคลินิกที่รักษาอาการบาดเจ็บเล็กน้อยได้⁶⁹ ทางสหราชอาณาจักรได้หมายมั่นปั้นมือที่จะใช้

ระบบการดำเนินงานนี้ เป็นสะพานเชื่อมต่อระหว่างระบบการดูแลรักษา ก่อนถึงสถานพยาบาลและการดูแล ณ สถานพยาบาลระดับปฐมภูมินั้นเป็นไปแบบไร้รอยต่อ มีความต่อเนื่อง และหวังให้กระบวนการต่างๆ เป็นไปอย่างราบรื่น

ระบบนี้ได้เริ่มดำเนินการเมื่อปีค.ศ.2004 อย่างไรก็ตามการประเมินระบบแบบเต็มรูปแบบนั้นยังไม่ได้มีการดำเนินการ แต่ผลที่ออกมาเบื้องต้นเป็นไปในด้านบวก โดยมีการศึกษาหนึ่งพบว่า ผู้ป่วยมีความพอใจที่ได้รับบริการจาก ECP มากกว่าตอนที่ได้รับการจากระบบเดิม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่อง ครอบคลุมและครบถ้วนของการประเมินอาการ และการอธิบายเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะประสบต่อไป⁷⁰ นอกจากนี้ประเทศอื่นๆ เช่น ออสเตรเลีย และ นิวซีแลนด์ ก็ยังได้นำระบบนี้ไปพิจารณาเพื่อประยุกต์ใช้ใน ประเทศของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ชนบทซึ่งยังมีปัญหาการขาดแคลนบุคลากร และมีช่องว่างของการบริการอยู่มาก^{71, 72}

นอกจากนี้ ประเทศโอมาน ซึ่งได้เริ่มระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินในปีค.ศ.2004 โดยอยู่ภายใต้ การดูแลของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ โดยใช้แนวคิดแบบแองโกล-อเมริกัน เพื่อให้ตอบสนองต่อจำนวน ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางท้องถนน ระบบการดูแลนั้นจะให้บริการช่วยชีวิตขั้นสูงก่อนถึง สถานพยาบาลโดยมีเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ที่ได้รับการฝึกฝนอบรมด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โดยใน ปัจจุบันการดำเนินงานก็อยู่ภายใต้การกำกับของแพทย์ที่เชี่ยวชาญอีกชั้นหนึ่ง⁷³ อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการ เปลี่ยนแปลงของลักษณะของโรคหรือความเจ็บป่วยในไม่กี่ปีที่ผ่านมา ประเทศโอมานประสบกับปัญหาโรค เรื้อรังที่เพิ่มมากขึ้น เช่น เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น⁷⁴ ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินที่มี อยู่ก็จำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยน โดยพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ นั้นจะมีผลลัพธ์ในการ รักษาพยาบาลดี หากได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ผู้ป่วยฉุกเฉินจากโรคเรื้อรัง นั้น มักจะต้องการการดูแลรักษา ณ สถานที่เกิดเหตุมากกว่าอย่างชัดเจน ดังนั้นประเทศโอมานจึงเริ่ม พิจารณานำระบบ ECP ของสหราชอาณาจักรไปประยุกต์ใช้ โดยปัจจุบันยังอยู่ในระหว่างการพิจารณา วางแผนดำเนินการ

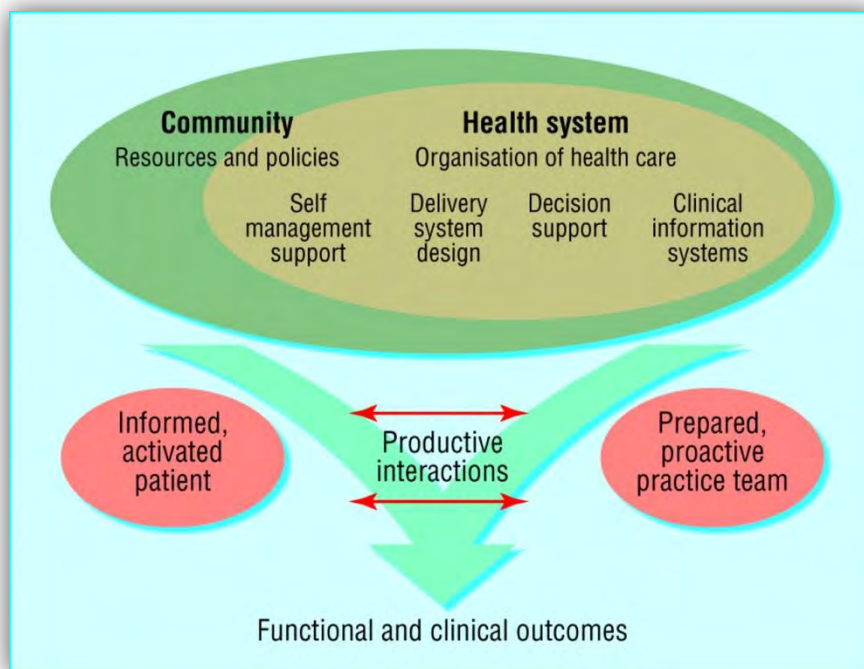
สรุป

ปัจจุบันนี้ ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินในแต่ละประเทศนั้นมีความหลากหลาย โดยล้วนแต่ต้องการออกแบบระบบบริการที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ของตนเอง และเหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ คงเป็นการยากที่จะมีใครคนใดคนหนึ่งที่จะเรียกร้องให้มีการใช้ระบบเดียวกันทั่วโลก

แนวคิดการพัฒนากระบวนการบริการของโรคเรื้อรัง (Chronic Care Models)

1. The Chronic Care Model

แนวคิดนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกาโดย Wagner และคณะ⁷⁵ ในปีค.ศ. 1990s โดยได้รับการนำไปประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว โมเดลนี้มีจุดเน้นตรงที่การให้ความสำคัญกับการเสริมพลัง (Empower) ผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังหรือต้องการการดูแลระยะยาว และสร้างความเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยกับทีมของผู้ให้บริการ โดยเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าการดูแลระยะยาวส่วนใหญ่เกิดขึ้นนอกสถานพยาบาล



แนวคิดนี้ได้บรรยายองค์ประกอบที่สำคัญไว้ 6 ส่วน ได้แก่ ทรัพยากรในชุมชน (Community resources), ระบบการให้บริการดูแลสุขภาพ (Health care system), การดูแลตนเองของผู้ป่วย (Patient self-management), การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision support), การปรับระบบการส่งมอบบริการ (Delivery system redesign), และระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical information system)

ในทางปฏิบัติแล้ว หลักการดำเนินงานตามแนวคิดนี้มีดังนี้

- การเคลื่อนย้ายและจัดสรรทรัพยากรในชุมชนให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย
- การสร้างวัฒนธรรมการดำเนินงาน รวมถึงการจัดองค์กรหรือโครงสร้างการบริการ และกระบวนการที่เกี่ยวข้องในการให้บริการดูแลสุขภาพ ที่แสดงถึงความปลอดภัย และมีคุณภาพ
- การเสริมพลังผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมให้มีศักยภาพที่จะดูแลและจัดการสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม
- การพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลตนเอง ระบบการดูแลรักษาและกระบวนการส่งมอบบริการที่มีประสิทธิภาพ
- การให้การดูแลรักษาตามหลักฐานเชิงประจักษ์และตรงตามความต้องการของผู้ป่วย
- การสร้างระบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยและประชากรในพื้นที่ เพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนาระบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

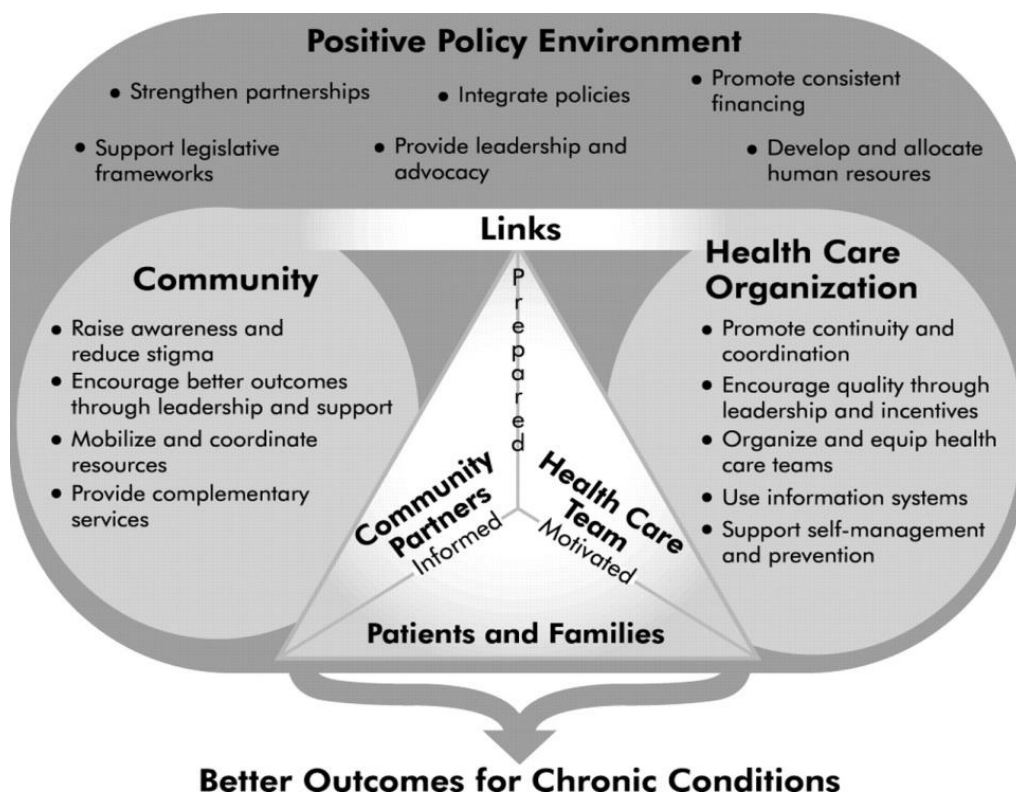
แนวคิดนี้ได้รับการเพิ่มเติมในปีค.ศ. 2003 โดยมีการรวมเรื่องสมรรถนะด้านวัฒนธรรม (Cultural competency), ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety), การประสานงานดูแลรักษา (Care coordination), นโยบายในชุมชน (Community policies), และการจัดการผู้ป่วย (Case management) เนื่องจากค้นพบว่าหลักการข้างต้นมีข้อจำกัดในทางปฏิบัติหากนำไปประยุกต์ใช้ในงานด้านสร้างเสริมสุขภาพและงานป้องกันโรค นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีปัจจัยบางอย่างที่มีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่เกิดจากการพัฒนาระบบบริการตามแนวคิดนี้ โดยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ด้อยกว่าที่ควรจะเป็น⁷⁶ เช่น การอ่านออกเขียนได้ของผู้ป่วย การประยุกต์ใช้การจัดการผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ ทรัพยากรที่จำกัดของระบบ และการขาดแนวทางปฏิบัติมาตรฐานสำหรับการดำเนินการกระบวนการต่างๆ เป็นต้น

2. Innovative Care for Chronic Conditions Model

ภายใต้ข้อเท็จจริงที่ว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นมีความแตกต่างเป็นอย่างมากกับการดูแลรักษาผู้ป่วยในภาวะเฉียบพลัน ทำให้มีข้อสังเกตพบว่าระบบสุขภาพทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาในการตอบสนองต่อภาระโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ขณะที่ปัญหาที่เป็นภาวะเฉียบพลันนั้น โดยรวมมีแนวโน้มที่จะลดลงเรื่อยๆ

ในปีค.ศ.2002 องค์การอนามัยโลกได้ลองเปลี่ยนมุมมอง โดยทำการมุ่งเน้นไปยังชุมชนและมิติด้านนโยบายในการปรับปรุงคุณภาพของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยแบ่งระดับการพิจารณาเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับจุลภาค (Micro level) มุ่งเน้นบุคคลและครอบครัว
2. ระดับกลาง (Meso level) มุ่งเน้นองค์กรและชุมชน
3. ระดับมหภาค (Macro level) มุ่งเน้นเรื่องนโยบาย



เนื้อหาของแนวคิดนี้ กล่าวถึงสมมติฐานที่ว่า ผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเกิดขึ้นได้ ก็ต่อเมื่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรด้านสุขภาพได้รับการให้กำลังใจ ได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนถูกต้อง และดำเนินการไปด้วยกัน โดยระดับจุลภาคนั้นจะได้รับการสนับสนุนจากระดับกลาง ซึ่ง

โดยแท้จริงแล้ว ในทางปฏิบัติจะได้รับอิทธิพลและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากระดับนโยบายที่เอื้อต่อการดำเนินงานนั่นเอง

ในการทำงานเดียวกับ Chronic Care Model แนวคิดนี้ได้รับการศึกษาวิจัยจากหลายหน่วยงาน พบว่ามีหลักฐานที่พอจะบ่งถึงคุณประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากแต่ละส่วนประกอบย่อยภายใต้แนวคิดนี้ได้ แต่ยังไม่มีการศึกษาใดที่ยืนยันได้ว่าทุกส่วนประกอบจะก่อให้เกิดผลลัพธ์โดยรวมดีขึ้นมากนักน้อยเพียงใด

บทเรียนการพัฒนา ระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยจากต่างประเทศ

หลักฐานเชิงประจักษ์ในระบบบริการแบบเฉียบพลันสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ

องค์ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งแบบเฉียบพลันและสำหรับโรคเรื้อรังนั้น โดยส่วนใหญ่แล้วทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศจะอยู่ในรูปแบบของการนำเสนอกรณีศึกษาหรือรายงานการดำเนินการระดับเครือข่ายสถาบันหรือระดับพื้นที่ ยกเว้นบางประเด็นที่มีการดำเนินการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับประสิทธิภาพของกระบวนการดำเนินการในลักษณะของการวิจัยเชิงทดลอง ซึ่งมักจะได้รับการทำในเรื่องที่เป็นประเด็นปัญหาสำคัญๆ เช่น ระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ เป็นต้น

ทั้งนี้ ประเทศไทยกำลังเข้าสู่ภาวะสังคมสูงอายุ จนอาจทำให้ประเด็นดังกล่าวส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงจะขอนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมที่ดำเนินการโดย Louise Hickman และคณะ ซึ่งได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม เพื่อดูประสิทธิภาพของกระบวนการดำเนินงานจัดระบบบริการแบบเฉียบพลันสำหรับผู้สูงอายุในต่างประเทศ ตั้งแต่ปีค.ศ.1985 ถึงค.ศ.2006 พบว่ามีงานวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 26 เรื่อง สรุปผลการวิจัยจำแนกตามชนิดของกระบวนการดำเนินงานได้ดังนี้

ผลของการบริการแบบทีมโดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและพหุสาขาวิชาชีพร่วมกัน

จากการศึกษาต่างๆ พบว่าการดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบเฉียบพลัน (Acute care for elderly) โดยใช้การดูแลแบบทีมงานที่ผสมผสานกันระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและพหุสาขาวิชาชีพนั้น ทำให้เกิดการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในเชิงผลลัพธ์ของการรักษามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{77, 78, 79, 80, 81}

หนึ่งในการศึกษาข้างต้น ได้แสดงให้เห็นว่า หากมีการสร้างระบบบริการที่มุ่งเน้นที่จะสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (Specifically designed environment) การให้บริการโดยมุ่งเน้นตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย (Patient-centered care) การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย (Planning for discharge) และการทบทวนการรักษาพยาบาลเป็นระยะ (Review of medical care) แล้วก็จะทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยดีขึ้นและลดระยะเวลาในการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลได้

ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย

ถึงแม้ว่าจะมีความพยายามเรียกร้องให้มีการปรับระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุให้มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อที่จะลดระยะเวลาการนอนรักษาในสถานพยาบาลและหวังจะลดอัตราการกลับเข้ามารับการรักษาในสถานพยาบาลซ้ำ โดยมีผลลัพธ์ของการวิจัยที่ชัดเจน แต่ก็มีผลตามมาก็คือค่าใช้จ่ายในการดำเนินการโดยรวมที่สูงขึ้น อันเนื่องจากค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นของผู้ป่วยและชุมชนในพื้นที่ที่ต้องให้บริการดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากสถานพยาบาล^{82, 83}

ความสำคัญของการสื่อสาร

โดยปกติแล้วผู้ป่วยสูงอายุมักมีโรคประจำตัวและปัญหาหลายอย่างซึ่งทำให้ต้องการระบบการดูแลรักษาที่มีความซับซ้อน มีการศึกษาหลายเรื่องที่พบว่า การสื่อสารที่ครบถ้วนและต่อเนื่อง ทั้งภายในทีมพหุสาขาวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาและกับผู้ป่วยหรือญาติ ตลอดจนขั้นตอนการดูแลรักษานั้นจะทำให้เกิดผลลัพธ์ของการดูแลรักษาที่ดีขึ้น^{59, 62, 84, 85}

การทบทวนการศึกษาเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบในเรื่องระบบบริการเจ็บป่วยสำหรับผู้สูงอายุ

นอกจากการศึกษาวิจัยเชิงทดลองที่ได้รับความสนใจเพื่อหากระบวนการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ และเกิดผลดีต่อผู้ป่วยแล้ว ยังมีการทบทวนแบบเป็นระบบเพื่อรวบรวมการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการเจ็บป่วยสำหรับผู้สูงอายุ โดย Bridges J และคณะ⁸⁶ ซึ่งทำการทบทวนวรรณกรรม ตั้งแต่ปีค.ศ. 1999 จนถึงค.ศ. 2008 ในฐานะข้อมูลต่างๆ พบว่ามีการศึกษาที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 42 เรื่อง และมีการทบทวนแบบเป็นระบบอีก 1 เรื่อง โดยเป็นการศึกษาในสหราชอาณาจักร 15 เรื่อง สหรัฐอเมริกา 5 เรื่อง สวีเดน 4 เรื่อง ออสเตรเลีย 3 เรื่อง นิวซีแลนด์ 1 เรื่อง นอร์เวย์ 1 เรื่อง กรีซ 1 เรื่อง และไม่ได้ระบุอีก 12 เรื่อง

สาระสำคัญที่เป็นปัจจัยที่ผู้ป่วยและญาติให้ความสำคัญเป็นลำดับต้นๆ สำหรับการจักระบบบริการเจ็บป่วยสำหรับผู้สูงอายุ มีดังนี้

การเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติ (Connecting with me)

การศึกษาเชิงคุณภาพสะท้อนให้เห็นว่า การขาดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ป่วยและญาติ นั้นจะก่อให้เกิดความทุกข์และความกังวลเพิ่มขึ้น หากมีกระบวนการเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันมากขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยและญาตินั้นมีความอุ่นใจ และรู้สึกปลอดภัย รวมถึงมีความมั่นใจในระบบบริการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้น^{87, 88}

การรู้จักผู้ป่วยและญาติ (See who I am)

มีหลายการศึกษาที่พบว่าคนที่บุคลากรที่ให้บริการดูแลรักษานั้นรู้จักตัวตนของผู้ป่วย รวมถึงทราบว่าผู้ป่วยนั้นมีลักษณะเช่นไร ให้ความสำคัญกับอะไรบ้าง รวมถึงการแสดงออกถึงการรักษาความเป็นส่วนตัว รักษาช่องว่างระหว่างกันอย่างเหมาะสม ก็จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีศักดิ์ศรีและความภาคภูมิใจมากขึ้น^{89, 90}

การให้ผู้ป่วยและญาติร่วมตัดสินใจในกระบวนการดูแลรักษา (Involve me)

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพได้แสดงให้เห็นว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรผู้ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้นจะต้องให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่างๆ ระหว่างกระบวนการดูแลรักษา โดยควรทราบถึงความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการอธิบายภาวะต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพของผู้ป่วย มิฉะนั้นจะก่อให้เกิดความกังวลใจและความไม่ไว้วางใจระหว่างกันได้^{91, 92, 93}

กรณีศึกษาจำแนกตามรูปแบบของการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วย

Goodwin N และคณะ⁹⁴ ได้ทำการจำแนกชนิดของการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการดูแลสุขภาพและส่งต่อผู้ป่วย โดยดำเนินการเป็นโครงการศึกษาวิจัยขนาดใหญ่ในปีค.ศ.2004 โดยทำการรวบรวมข้อมูลงานวิจัยกว่า 9,000 รายการ พร้อมกับการทบทวนหนังสืออ้างอิงและทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการศึกษากับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญหลายครั้ง เพื่อสกัดรูปแบบของการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการได้ออกเป็น 4 แบบ ดังนี้

1. เครือข่ายที่เน้นข้อมูล (Informational networks) เช่น Belgian-Dutch Clinical Pathways Network, Project CHAIN เป็นต้น
2. เครือข่ายที่เน้นการประสานงาน (Coordinated networks) เช่น Health Action Zones, Hospital and clinical networks, Chains of Care systems เป็นต้น
3. เครือข่ายที่เน้นการจัดซื้อจัดหา (Procurement networks) เช่น Integrated Healthcare Networks, Chains of Care systems เป็นต้น
4. เครือข่ายที่เน้นการจัดการแบบเบ็ดเสร็จ (Managed networks) เช่น Kaiser Permanente, Social HMOs เป็นต้น

เครือข่ายที่เน้นข้อมูล (Informational networks)

เครือข่ายที่เน้นข้อมูล (Informational networks) นั้น มีอีกชื่อหนึ่งว่า Learning networks ถือเป็นเครือข่ายบริการที่พบได้บ่อยมาก โดยเป็นการพัฒนาเครือข่ายบริการโดยแบ่งปันความเห็น และข้อมูลระหว่างบุคคล และ/หรือองค์กร และมักจะมุ่งผลผลิตในรูปแบบของการสร้างแนวทางปฏิบัติที่ได้ผลเลิศและนโยบาย (Best practice guidelines and policies) ทั้งนี้ทั้งนั้น การพัฒนาเครือข่ายบริการในรูปแบบนี้มีความหลากหลายในทางปฏิบัติมาก ไม่ว่าจะเป็นกลไกในการประสานงานที่อาจทำได้ทั้งในรูปของหน่วยงานภาครัฐ หรือแม้แต่องค์กรวิชาชีพระดับชาติ หรือนานาชาติ มาทำหน้าที่เป็นแกนนำในการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการ ตัวอย่างหนึ่งของการพัฒนาเครือข่ายบริการโดยองค์กรรัฐเป็นผู้นำ คือ The Integrated Care Network ในประเทศอังกฤษ

การพัฒนาเครือข่ายบริการที่เน้นข้อมูลนี้มักจะใช้ระบบ web-based และบางกรณียังมีการพัฒนาแบบเครือข่ายต่อยอด หรือเครือข่ายย่อยๆ แยกแขนงไปได้อีกด้วย เพื่อให้เกิดโครงสร้างคล้ายห้องสมุดหรือแหล่งข้อมูลระหว่างกันเพื่อใช้ประโยชน์ในการให้บริการผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ปฏิบัติที่ได้ผลเลิศ (Best practice) ซึ่งมักจะทำให้เกิดการปรับตัวของคนและองค์กรต่างๆ เพื่อร้อยเรียงนโยบายและกลวิธีการดำเนินงานให้สอดคล้องกันและมีความราบรื่นในการให้บริการและการส่งต่อมากยิ่งขึ้น

การพัฒนาเครือข่ายบริการแบบนี้ เชื่อกันว่าเป็นขั้นตอนแรกของการพัฒนาไปสู่ระบบที่มีการประสานงานระหว่างกันได้มากขึ้นในอนาคต

The Belgian-Dutch Clinical Pathway Network

เป็นกรณีศึกษาของการใช้แผนที่ทางเดินสำหรับการให้การดูแลรักษาแบบบูรณาการ หรือ Integrated care pathways เพื่อเป็นเครื่องมือในการจัดระบบเครือข่ายบริการให้ดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งในระดับบุคลากรและระดับองค์กร โดยมีการริเริ่มทำในประเทศเบลเยียมในปี ค.ศ. 1996 จากนั้นประเทศอื่นๆ ได้ดำเนินรอยตาม เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และออสเตรเลีย ซึ่งต่างก็ประสบความสำเร็จในการดำเนินการ

ในเบลเยียมนั้น ได้เริ่มต้นระบบนี้โดยสร้างเครือข่ายจากผู้ให้บริการระดับโรงพยาบาลที่สนใจที่จะพัฒนาแผนที่ทางเดินสำหรับการให้การดูแลรักษาแบบบูรณาการร่วมกันภายในโรงพยาบาลต่างๆ โดยมีหน่วยงานหนึ่งคือ The Center for Health Services and Nursing Research ของมหาวิทยาลัย Leuven รับหน้าที่เป็น “คุณอำนวย” หรือ facilitator

แรงจูงใจหนึ่งสำหรับโรงพยาบาลต่างๆ ในการตัดสินใจเข้าร่วมพัฒนาระบบเครือข่ายบริการตามรูปแบบนี้คือ การที่รัฐบาลได้มีนโยบายที่สนับสนุนงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลที่สามารถลดจำนวนวันในการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยของผู้ป่วยลงได้ ร่วมกับกลไกสนับสนุนให้มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาลและมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

ลักษณะการบริหารจัดการของระบบนี้ในเบลเยียมนั้น ได้เน้นการเป็นภาคีสมาชิกของโรงพยาบาลต่างๆ มากกว่าจะเน้นที่สมาชิกภาพของระดับบุคลากร เพื่อที่จะตัดปัญหาเรื่องการแข่งขันระหว่างบุคคลซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานโดยรวมได้ ทั้งนี้คุณอำนวยได้ทำการตั้งกฎการดำเนินงานร่วมกัน 5 ข้อ ดังนี้

1. มีการร่วมกันลงขันเงินจำนวนหนึ่งในแต่ละปีจากแต่ละองค์กร เพื่อนำมาพัฒนาระบบเครือข่ายบริหารนี้ (Fixed annual contribution fee)
2. ต้องมีคำมั่นสัญญาที่จะเข้าร่วมอย่างน้อย 3 ปี (Commitment to three years minimum participation)
3. มีการมอบหมายบุคลากรในแต่ละโรงพยาบาลในการเป็นผู้ประสานงาน หรือ hospital clinical pathways co-ordinator โดยคนคนนี้จะเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลในการเข้าร่วมประชุมหารือด้วยทุกครั้ง
4. มีคำมั่นสัญญาว่าแต่ละโรงพยาบาลจะต้องมีการแต่งตั้งคณะกรรมการกำกับทิศ ซึ่งประกอบด้วยพหุสาขาวิชาชีพ
5. ข้อตกลงต่างๆ จะต้องได้รับการลงนามจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลหรือผู้มีอำนาจเต็มในการตัดสินใจ

เพื่อให้เกิดความชัดเจนในทางปฏิบัติ คุณอำนวยการของระบบนี้จึงได้ให้คำมั่นสัญญาแก่เครือข่ายบริการว่า จะได้ผลประโยชน์จากการเข้าร่วมกันพัฒนาระบบเครือข่ายบริการดังต่อไปนี้

1. จะมีการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้บทเรียนความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการ
2. แต่ละโรงพยาบาลจะช่วยกันพัฒนาแผนที่ทางเดินสำหรับการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในแนวทางที่ไม่ซ้ำกัน แห่งละ 1 เรื่อง ตลอดระยะเวลา 3 ปีที่เข้าร่วมโครงการ โดยจะทำการประเมินผลหลังการดำเนินการและมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างละเอียด
3. จะมีการตั้งคณะทำงานเพื่อวางแผนประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการนี้ ทั้งในเรื่องผลลัพธ์ทางคลินิก การบริการ ค่าใช้จ่าย และกระบวนการดำเนินงาน รวมถึง ผลกระทบทางการเงินและด้านสารสนเทศที่เกิดขึ้น
4. จะมีการพัฒนาแผนที่ทางเดินร่วมที่เหมาะสมร่วมกัน โดยพิจารณาเปรียบเทียบแผนที่ทางเดินที่มีวิธีการที่แตกต่างกัน มาเปรียบเทียบ และวิเคราะห์หารูปแบบที่เหมาะสม
5. จะมีการจัดตั้งระบบทบทวนแผนที่ทางเดิน และระบบรับรองคุณภาพ โดยมีองค์ประกอบจากหน่วยงานภายนอก ภายหลังจากที่โรงพยาบาลต่างๆ ในเครือข่ายได้บรรลุมาตรฐานการดูแลรักษาที่เหมาะสมแล้ว
6. จะมีการจัดวงเสวนา และฝึกอบรม เพื่อพัฒนาเครือข่ายบริการให้มีศักยภาพและความเข้มแข็งมากขึ้น และจัดทำเว็บไซต์ และวิธีแลกเปลี่ยนแบ่งปันข้อมูลระหว่างกัน

จากการดำเนินการ พบว่ามีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ดูแลผู้ป่วยเฉียบพลัน เข้าร่วมโครงการ 3 แห่ง ในปีค.ศ. 1999 และเพิ่มเป็น 8 แห่ง ในปีค.ศ.2000 จนเป็น 17 แห่งในปีค.ศ.2001 โดยมีโรงพยาบาลจากประเทศเนเธอร์แลนด์จำนวน 3 แห่งสนใจเข้ามาร่วมอีกด้วย ในระยะแรกนั้น ได้มีการจำกัดให้สิทธิการเข้าร่วมแก่โรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินขนาดใหญ่เท่านั้น โดยพบว่า จากโรงพยาบาลในเบลเยียมที่เข้าร่วม 14 แห่ง จะมีจำนวนเตียงรวมทั้งสิ้นถึง 10,700 เตียงเลยทีเดียว ในปีค.ศ.2001 นั้น เครือข่ายบริการนี้ได้ทำการพัฒนาแผนที่ทางเดินสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบบูรณาการ จำนวนทั้งสิ้นกว่า 100 เรื่อง และได้นำไปดำเนินการได้จริง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของกรณีศึกษานี้ คือ การที่องค์กรต่างๆ ในระบบเครือข่ายบริการ มุ่งเน้นผลประโยชน์ต่อส่วนรวมเป็นหลัก โดยมีได้มุ่งเน้นเฉพาะกำไรในรูปตัวเงิน แต่มุ่งเน้นเรื่องประโยชน์ที่ได้จากข้อมูลและแนวทางต่างๆ ที่ร่วมกันพัฒนาขึ้นมา และคุณภาพของข้อมูลที่มี ปัจจัยที่สอง คือ การรวมกลุ่มจัดตั้งเป็นเครือข่ายบริการแบบมีโครงสร้างชัดเจน ทำให้สามารถดำเนินการพัฒนาได้อย่างเป็นระบบ ปัจจัยที่สาม คือ การที่มี “คุณอำนวย” ที่เป็นคนกลางมาจากภาควิชาการ ทำให้ไม่มีอคติต่อการดำเนินการพัฒนาระบบและมีอิสระในการดำเนินการ

ปัจจัยที่ยังเป็นช่องว่างในการพัฒนา คือ การรักษาสมดุลระหว่างการสร้างมาตรฐานการดำเนินงานกับการรักษาความแตกต่างของวิธีการดำเนินงานโดยมุ่งไปสู่จุดหมายเดียวกัน เนื่องจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนั้นมียุทธศาสตร์ประกอบทั้งศาสตร์และศิลป์

อย่างไรก็ตาม ผู้เล่นสำคัญสำหรับระบบนี้ คือ คุณอำนวย ที่จะเป็นจะต้องทำหน้าที่เป็นนักขาย และนักประนีประนอมตัวงึง เพื่อรักษามิตรภาพอันดีระหว่างโรงพยาบาลต่างๆ และรักษาสมดุลให้ได้ระหว่างการสร้างมาตรฐาน โดยยังเอื้อให้ยังคงมีโอกาสพัฒนาโดยอาศัยความแตกต่างอันเป็นเอกลักษณ์ของแต่ละองค์กรอีกด้วย

Project CHAIN

ตัวอย่างของ The Belgian-Dutch network นั้นมีความชัดเจนในเรื่องของผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ แต่ในหลายสถานการณ์ การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการที่เน้นข้อมูลอาจไม่ได้มีความชัดเจน เช่นนี้เสมอไป ซึ่งอาจมีผลทำให้ไม่ได้รับความสนใจหรือการสนับสนุนจากที่ต่างๆ มากนัก

โครงการ CHAIN เป็นการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการที่เน้นข้อมูล ในทางตอนใต้ของประเทศเบลเยียม โดยมุ่งที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โครงการนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยใช้ทฤษฎีการออกแบบองค์กร (Organization design theory) ที่ว่า การพัฒนาเครือข่ายใดๆ ควรที่จะสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นกลางและเอื้อให้แต่ละองค์กรได้รับรู้ข้อมูลต่างๆ ขององค์กรอื่นๆ ภายในเครือข่าย โดยปราศจากภาวะคุกคามใดๆ ที่จะมีผลต่อความเป็นตัวของตัวเองขององค์กรนั้นๆ

โครงการนี้เน้นการออกแบบระบบเครือข่ายบริการที่เป็นกลาง มีธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการ และที่เหมือนกับกรณีศึกษาของเบลเยียมคือ การที่อาศัยตัวกลางประสานงานที่เป็นกลาง คือมหาวิทยาลัย ที่จะทำหน้าที่เป็นตัวแทนเจรจาต่อรอง (Broker) เพื่อเอื้อให้เกิดความร่วมมือระหว่างองค์กรต่างๆ ขึ้นมา

ในระยะแรก คือปีค.ศ.2000 ระบบนี้ได้เริ่มต้นโดยมีคนกลุ่มหนึ่งซึ่งมีความสนใจในเรื่องการสร้างเครือข่ายบริการเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้ทำการประชุมหารือกันเพื่อหาทางจัดตั้งเครือข่าย และกำหนดเป้าประสงค์ของเครือข่ายขึ้นมา และเรียงลำดับความสำคัญของสิ่งที่ได้ทำการหารือ จากนั้นจึงได้ทำการวิเคราะห์ความเป็นไปได้โดยดูบริบทในพื้นที่ และพบว่าจำเป็นจะต้องมีการปรับเป้าประสงค์ร่วม ให้เป็นการสร้างเครือข่ายบริการที่จะเน้นการสนับสนุนให้เกิดความเป็นอิสระแก่กลุ่มผู้สูงอายุ (Supporting independence)

การดำเนินการขั้นต่อมา คือ เปิดโอกาสให้หน่วยงานต่างๆ ที่สนใจเข้าร่วมกันแลกเปลี่ยนข้อมูล จนกระทั่งได้ทราบข้อมูลในพื้นที่ว่า มีหน่วยงานใดในพื้นที่ที่มีหน้าที่อะไร หน่วยงานใดเคยทำงานร่วมกัน หรือกำลังทำงานร่วมกันอยู่ หน่วยงานแต่ละแห่งเต็มใจที่จะจัดหาบริการใดให้แก่กลุ่มเป้าหมายบ้าง มีทรัพยากรใดๆ ที่สามารถจะระดมมาจัดระบบเครือข่ายบริการนี้บ้าง และมีกลวิธีใดบ้างที่สามารถทำการแบ่งปันและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันได้

จากนั้นคุณอำนวยจึงได้นำข้อมูลข้างต้นไปนำเสนอในที่ประชุมของเครือข่าย เพื่อให้ช่วยกันพัฒนาแผนเพื่อจัดระบบเครือข่ายบริการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ โดยให้มีการนำเสนอหัวข้อหรือประเด็นเฉพาะ และทำการจัดเรียงลำดับความสำคัญ โดยใช้วิธี modified Delphi process

ระหว่างการดำเนินการ สมาชิกเครือข่ายต่างๆ ก็ได้ช่วยกันนำเสนอหัวข้อต่างๆ เช่น การเพิ่มรายได้ การลดความกลัวต่ออาชญากรรม การเดินทางหรือการเคลื่อนไหว การจัดการเรื่องยาในชุมชน เป็นต้น ยกตัวอย่างเช่น เรื่องการจัดการยาในชุมชนที่ได้รับการนำเสนอมาได้ก่อให้เกิดการขยายสมาชิกเครือข่ายจากแกนหลัก ไปเป็นระดับพหุสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาลสุขภาพจิตชุมชน เกสัชกรชุมชน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ ตัวแทนภาคประชาชน เป็นต้น โดยสมาชิกต่างๆ ก็ได้มีโอกาสเข้าร่วมในการร่างพิธีสารที่ระบุถึงกลไกในการบริหารจัดการ และควบคุมระบบเครือข่ายบริการเรื่องการจัดการยาในชุมชน เป็นต้น

สำหรับกรณีศึกษาโครงการ CHAIN นี้ ถือเป็นการแสดงให้เห็นถึงตัวอย่างการจัดการเครือข่ายบริการที่อาศัยหลักของการมีส่วนร่วมในการกำหนดกลยุทธ์ และวางแผนเชิงกระบวนการในเรื่องต่างๆ (Joint strategies and joint protocols) ซึ่งจะตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้ ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดในเรื่องของกระบวนการตอนต้นที่มีการกำหนดเป้าประสงค์ร่วมโดยกลุ่มคนเล็กๆ แต่กระบวนการต่อจากนั้นได้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการสร้างกระบวนการเพื่อเปิดโอกาสให้หน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ได้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน และทราบสถานการณ์โดยรวม ทั้งในเรื่องกิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินการ และทรัพยากรจากหน่วยงานต่างๆ ที่ลงไปชุมชน เพื่อนำมาทำการจัดเรียงบทบาทหน้าที่ ทรัพยากร ให้ตอบสนองต่อประเด็นปัญหาและเป้าประสงค์เฉพาะที่ได้รับการนำเสนอและเรียงลำดับความสำคัญร่วมกัน ในกระบวนการต่อมา อันก่อให้เกิดการยอมรับ และความเป็นเจ้าของของทุกภาคส่วนในชุมชนได้

เครือข่ายที่เน้นการประสานงาน (Coordinated networks)

มีการให้คำจำกัดความสำหรับรูปแบบการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยที่เน้นการประสานงานว่า มีลักษณะส่วนใหญ่เหมือนแบบที่เน้นข้อมูล ต่างกันตรงที่เป็นการพัฒนาที่มีอย่างก้าวเพิ่มขึ้นอีกก้าวหนึ่งคือ การที่แสดงให้เห็นถึงการปรับกระบวนการของระบบให้บริการระหว่างบุคลากร และ/หรือองค์กร ให้เกิดการบูรณาการกระบวนการทำงานเข้าด้วยกัน อย่างไรก็ตามแต่ละฝ่ายยังคงมีหน้าที่ความรับผิดชอบ และการจัดการการเงินที่มีอิสระต่อกัน และไม่มีการผูกมัดสมาชิกเครือข่ายด้วยสัญญาใดๆ

ในทางปฏิบัตินั้น เครือข่ายบริการลักษณะนี้เกิดขึ้นมากมาย โดยมักจะได้รับงบประมาณสนับสนุนจากรัฐบาลหรือหน่วยงานภาครัฐ เพื่อก่อให้เกิดการสร้างเครือข่ายบริการร่วมกันขึ้นมา โดยหวังจะให้เกิดปรับกลไกการให้บริการในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการบูรณาการกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยระหว่างผู้ให้บริการกลุ่มต่างๆ ขึ้นมา เช่น เครือข่ายบริการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทย เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ จึงมีผู้รู้หลายคนเชื่อว่า ระบบนี้จะเริ่มต้นกำเนิดของระบบพัฒนาเครือข่ายบริการอื่นๆ ที่มีการจัดการเชิงระบบมากขึ้น เช่น เครือข่ายบริการแบบเบ็ดเสร็จ เป็นต้น

พื้นฐานแนวคิดที่สนับสนุนระบบนี้ คือ การศึกษาวิจัยเชิงระบบ ที่พบว่าการก่อให้เกิดความสัมพันธ์กันระหว่างต่างสถาบันหรือต่างองค์กร จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการระบบบริการสุขภาพมากกว่าวิธีอื่นๆ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นทางการใด ที่มีข้อมูลเปรียบเทียบคุณภาพของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอย่างครอบคลุม สำหรับภาวะก่อนและหลังการสร้างเครือข่ายบริการด้วยแนวคิดดังกล่าว

เครือข่ายโรงพยาบาล (Hospital networks)

การพัฒนาเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยที่เน้นการประสานงาน ในรูปแบบของการสร้างเครือข่ายโรงพยาบาลนั้น รู้จักกันดีภายใต้แนวคิดแบบ “Hub and Spoke” โดยเป็นการพัฒนาภายใต้เหตุผลที่พบบ่อยๆ เช่น ความต้องการบุคลากรเฉพาะทางที่เพิ่มมากขึ้น ความต้องการความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ และคุณภาพของการดูแลรักษาพยาบาล ปัญหาในการจัดการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลรักษาที่เหมาะสมระหว่างระดับชุมชนกับระดับที่สูงกว่า และความต้องการหากวิธีที่จะกระจายความเสี่ยงและค่าใช้จ่ายระหว่างสถานพยาบาลระดับต่างๆ ภายใต้ข้อจำกัดในด้านทรัพยากรที่แต่ละแห่งมีอยู่ เป็นต้น

ดังนั้นในหลายประเทศทั่วโลกจึงได้มีการสร้างเครือข่ายบริการโดยการรวมกลุ่มของโรงพยาบาลระดับต่างๆ ในพื้นที่ เพื่อปรับระบบบริการให้ลดขั้นตอน และร่วมกันดำเนินการให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่ ตัวอย่างหนึ่งของการพัฒนาภายใต้แนวคิดนี้คือ ในพื้นที่เวสต์ ไฮแลนด์ของประเทศสกอตแลนด์ ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทที่ห่างไกลมากที่สุดพื้นที่หนึ่งของสหราชอาณาจักร ได้มีการประเมินระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยในพื้นที่แล้วพบว่าจำเป็นต้องมีการปรับระบบเครือข่ายบริการเพื่อให้โรงพยาบาลขนาดเล็กต่างๆ ที่มีอยู่สามารถดำเนินกิจการต่อไปได้ภายใต้แรงกดดันจากความต้องการแพทย์เฉพาะทางมากขึ้น มาตรฐานการดูแลรักษาที่มากขึ้น และจากนโยบายสหภาพยุโรปที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาการทำงานของบุคลากร (European Working Time Directive) ดังนั้นจึงมีข้อเสนอให้สร้างพิธีสารที่ชัดเจนในการปรับระบบบริการแบบองค์รวมที่เอื้อให้โรงพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิร่วมกันทำงานภายใต้เครือข่ายบริการภายในพื้นที่ (Holistic primary and secondary care network)

อีกตัวอย่างหนึ่งคือ การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยในไอร์แลนด์เหนือ ซึ่งสร้างเครือข่ายโรงพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหลายเครือข่าย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของฝ่ายการเมือง เพื่อช่วยให้เกิดการหมุนเวียนของบริการต่างๆ ในพื้นที่ชุมชน และสร้างอัตราการจ้างงานในพื้นที่ต่างๆ โดยแต่ละเครือข่ายก็ทำการตกลงจัดสรร แบ่งงานของหน่วยงานในเครือข่ายตามข้อตกลงระหว่างกันในพื้นที่

เครือข่ายโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุในเมืองเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย

ในประเทศออสเตรเลีย ระบบสุขภาพจะอยู่ภายใต้การดูแลของแต่ละมลรัฐ มลรัฐวิกตอเรียได้เปิดให้มีการแข่งขันทางการตลาดด้านสุขภาพภายในระบบตั้งแต่ปีค.ศ. 1990 เป็นต้นมา ผลของการดำเนินงานทำให้การดูแลผู้สูงอายุได้ถูกปรับเปลี่ยนจากระบบการดูแลในชุมชนมาอยู่ในระดับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ แทน นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความพยายามลอกเลียนแบบการดำเนินงานระหว่างกัน มีความพยายามปิดบังกลวิธีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพขององค์กร และมีการบริการแบบแยกส่วนกันอย่างมากในช่วงทศวรรษต่อจากนั้น

ในปีค.ศ. 2005 จึงได้มีการหารือกันในระดับมลรัฐ เพื่อหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว จนได้ข้อสรุปให้มีการจัดตั้งเครือข่ายบริการผู้สูงอายุ โดยเป็นการบูรณาการงานด้านจิตเวช งานรักษาแบบประคับประคอง งานกายภาพฟื้นฟู และงานดูแลที่บ้านเข้าด้วยกัน โดยหวังที่จะให้ระบบเครือข่ายบริการดังกล่าวเพิ่มโอกาส

การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ และรักษาระดับมาตรฐานของการดูแล มุ่งเน้นการถ่ายโอนภารกิจต่างๆ จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ลงสู่ระดับล่างมากขึ้น นอกจากนี้ในด้านการบริหารจัดการนั้น ได้มีการบูรณาการคณะกรรมการของโรงพยาบาลต่างๆ มาร่วมกันบริหารจัดการเครือข่ายบริการ ร่วมกับกรรมการของเครือข่ายที่ได้รับสรรหาาร่วมกันขึ้นมาในพื้นที่ แต่ในด้านของงบประมาณและกลไกการดูแลรักษาในระดับโรงพยาบาลนั้น ยังคงเป็นหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละที่เช่นเดิม

จากการประเมินผลการดำเนินงาน พบว่า มีการร่วมกันดำเนินงานกันได้เป็นอย่างดี มีการสร้างแพคเกจการดูแลรักษาผู้สูงอายุแบบบูรณาการหลายรูปแบบร่วมกันเพื่อเพิ่มความต่อเนื่องในการดูแลรักษา ระหว่างโรงพยาบาล หลังการดำเนินการระบบนี้ไป 5 ปี พบว่ามีผู้สูงอายุมารับบริการในสถานพยาบาลขนาดเล็กแถบชานเมืองเพิ่มขึ้นจาก 5% เป็น 37% เลยกทีเดียว

The Parmesan partnership

ในปีค.ศ.2003 Ugolini และคณะ ได้ทำการนำเสนอผลการศึกษาคือการพัฒนาาระบบเครือข่ายบริการโรคหัวใจและหลอดเลือดในแถบ Emilia Romagna ของประเทศอิตาลี เครือข่ายนี้ได้รับการสร้างขึ้นเพื่อจะเพิ่มประสิทธิภาพของการส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดจากบริเวณชานเมืองมายังโรงพยาบาลในเมือง โดยอาศัยกลไกพิธีสารที่ช่วยจำแนกประเภทของผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง ผู้นิพนธ์รายงานว่า การจัดตั้งระบบเครือข่ายบริการระหว่างโรงพยาบาลดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลที่เป็นสมาชิกเครือข่ายโดยใช้ระยะเวลาสั้นลง และสามารถช่วยให้กระจายผู้ป่วยจำแนกตามความรุนแรงหรือระยะของโรคไปตามโรงพยาบาลที่เหมาะสมมากขึ้น

เครือข่ายบริการนี้ดำเนินการโดยใช้นักวางแผนที่ทำงานแบบเต็มเวลา โดยทำหน้าที่ประสานงานตามผลการตัดสินใจของแพทย์ในแต่ละโรงพยาบาลที่ใช้พิธีสารที่พัฒนาขึ้นเป็นเครื่องมือจำแนกความรุนแรงของผู้ป่วย Plogman และคณะได้ทำการประเมินประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรของระบบนี้ในปี ค.ศ.1998 พบว่ามีความคล้ายคลึงกับระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจขององค์กรใหญ่ในสหรัฐอเมริกา ที่ใช้การพัฒนาเครือข่ายบริการแบบเบ็ดเสร็จ

เครือข่ายทางคลินิก (Clinical networks)

เครือข่ายทางคลินิกนี้ เป็นการพัฒนาต่อยอดจากแนวคิดของเครือข่ายโรงพยาบาล กล่าวคือจะเน้นการสร้างเครือข่ายในระดับบุคลากรมากกว่าระดับองค์กรหรือโรงพยาบาล เพราะเชื่อว่าการพัฒนาเครือข่ายบริการแนวนี้จะช่วยให้เกิดบริการในลักษณะที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางมากขึ้นตั้งแต่ระดับปฐมภูมิจนถึงทุติยภูมิ โดยการเอื้อให้บุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในเครือข่ายนั้นปฏิบัติงานตามพิธีสารที่ได้ตกลงและยอมรับกันไว้ตั้งแต่ต้น โดยจำแนกตามกลุ่มของผู้ป่วย

ในทางปฏิบัติแล้ว เครือข่ายทางคลินิกนี้ มักจะได้รับการดำเนินการแบบเครือข่าย “นามธรรม” หรือ Virtual organization และมักจะมีการบริหารจัดการในลักษณะให้คำแนะนำต่อกัน มากกว่าการบังคับ โดยมองสมาชิกในเครือข่ายเสมือนทำงานอยู่ภายใต้องค์กรเดียวกัน

วัตถุประสงค์ของเครือข่ายทางคลินิกนี้ คือ การรู้ถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดอย่างละเอียดในเครือข่าย ดำเนินการศึกษาวิจัยและเผยแพร่การปฏิบัติที่ได้ผลดีเลิศให้แก่ผู้อื่นในเครือข่าย การทำข้อตกลงกันให้ทราบถึงลำดับความสำคัญที่ทุกคนเห็นร่วมกันและการลงทุนทรัพยากรต่างๆ การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ และเครื่องมือกำกับตรวจสอบการดำเนินงาน และในบางแห่งอาจมีการแบ่งปันทรัพยากรบุคคลและ/หรือใช้ตำแหน่งร่วมกัน

เฉกเช่นเดียวกับแนวคิดหลักเรื่องการพัฒนาเครือข่ายบริการที่เน้นการประสานงาน การดำเนินการในรูปแบบเครือข่ายทางคลินิกนั้น มักมีเหตุผลเชิงการเมืองที่เป็นเบื้องหลังผลักดัน เช่น เป็นการปรับตัวของบุคลากรในระบบเพื่อรักษาสถานะต่างๆ ของโรงพยาบาลให้ปลอดภัย โดยมีตัวอย่างกรณีศึกษาหลายรูปแบบ เช่น เครือข่ายการดูแลโรคหัวใจของออนตาริโอ ประเทศแคนาดา (Ontario Cardiac Care Network) ระบบเครือข่ายบริการดูแลผู้สูงอายุในประเทศเนเธอร์แลนด์ เครือข่ายทางคลินิกของประเทศสกอตแลนด์ และห่วงโซ่การดูแลผู้ป่วยในประเทศสวีเดน (Chain of Care in Sweden)

เครือข่ายการดูแลโรคหัวใจของออนตาริโอ ประเทศแคนาดา (Ontario Cardiac Care Network)

เครือข่ายนี้เกิดจากความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลต่างๆ และรัฐบาล เพื่อจัดระบบเครือข่ายบริการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึงและได้รับบริการภายในเวลาที่เหมาะสม เครือข่ายนี้ได้รับการริเริ่มโดยกระทรวงสุขภาพของรัฐออนตาริโอ เพื่อตอบสนองต่อ

ปัญหาเกี่ยวกับบริการผ่าตัดโรคหัวใจ การยกเลิกการผ่าตัด และปัญหาการเข้าถึงบริการโรคหัวใจต่างๆ ของประชาชน

กระทรวงสุขภาพได้สนับสนุนงบประมาณทั้งหมด โดยอาศัยความร่วมมือในการดำเนินการจากสมาชิกเครือข่าย อันประกอบด้วย แพทย์ ผู้บริหารโรงพยาบาลต่างๆ ที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ เครือข่ายนี้ได้รับการจัดขึ้นเพื่อหวังจะเป็นกลไกหลักในการประสานงานด้านบริการจากแหล่งต่างๆ ให้สอดคล้องกันและมีความเหมาะสมต่อความต้องการในพื้นที่ มุ่งเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และสร้างระบบติดตามกำกับการให้บริการ รวมถึงการสร้างฐานข้อมูลที่สำคัญต่างๆ เช่น การรวบรวมบทเรียนความสำเร็จในการให้บริการ และฐานข้อมูลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ลักษณะการดำเนินการของเครือข่ายนั้นจะเน้นหนักไปที่การปฏิบัติการตามแผนที่ได้รับการยอมรับ และตกลงกันโดยทุกฝ่ายในเครือข่าย ตั้งแต่กระบวนการดูแลรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติที่ช่วยกันพัฒนาขึ้นมา กระบวนการติดตามกำกับประเมินผล โดยเครือข่ายนี้จะทำหน้าที่ให้คำแนะนำแก่กระทรวงสุขภาพ เกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ และการวางแผนการให้บริการ แต่ไม่ได้สร้างแรงกดดันหรือบีบบังคับเกี่ยวกับงบประมาณโดยตรง เครือข่ายนี้จะมีคณะกรรมการบริหารจัดการเพื่อดูแลเกี่ยวกับกลไกธรรมาภิบาลโดยทั่วไป คณะกรรมการบริการทางการแพทย์เพื่อพัฒนากลไกการให้บริการแก่ผู้ป่วยและแก้ไขปัญหเกี่ยวกับระบบบริการ และคณะกรรมการด้านข้อมูล ซึ่งจะทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ วิเคราะห์ และวิจัยภายในระบบเครือข่ายบริการนี้ นอกจากนี้ยังมีกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่างผู้ให้บริการ ในวงเสวนาของคณะกรรมการประสานงานการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจระดับภาค (Regional cardiac care coordinators committee)

บทเรียนที่ได้จากการดำเนินเครือข่ายบริการนี้ มีหลายประเด็น เช่น

- การกำหนดพันธกิจและวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานของเครือข่ายอย่างชัดเจน ช่วยให้การกำหนดขอบเขตงานและเป้าหมายที่ต้องการของสมาชิกเครือข่าย
- การมีโครงสร้างเครือข่ายอย่างชัดเจนและมีการเรียงลำดับความสำคัญของงานช่วยให้ง่ายต่อการตกลงด้านการลงทุนทรัพยากรของภาคีสมาชิก รวมไปถึงง่ายต่อการจัดสรรกำลังคนที่มีความเชี่ยวชาญด้านต่างๆ เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยในพื้นที่

- จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีคนที่มีภาวะผู้นำในการนำทีมบริการ
- ระบบข้อมูลที่ครบถ้วนจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของงานและปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไขได้อย่างเหมาะสม
- งบประมาณเพื่อใช้ในการสนับสนุนการจัดการบุคลากรภายในเครือข่ายที่ปฏิบัติการดีนั้นมีความจำเป็น
- การดำเนินการของเครือข่ายบริการจำเป็นต้องได้รับการลงทุนด้านทรัพยากร เวลา และความทุ่มเทอย่างมาก
- ความน่าเชื่อถือของเครือข่ายบริการจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่ชัดเจน

ห่วงโซ่การดูแลผู้ป่วยในประเทศสวีเดน (Chains of Care in Sweden)

ในประเทศสวีเดน ได้มีการพัฒนาเครือข่ายบริการในลักษณะคาบเกี่ยวระหว่างเครือข่ายทางคลินิก และเครือข่ายที่เน้นการจัดซื้อจัดหา (Procurement networks) แต่ใช้ในชื่อว่า ห่วงโซ่การดูแลผู้ป่วย หรือ Chain of Care ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990s เป็นต้นมาโดยมุ่งหวังที่จะทำการพัฒนาเครือข่ายของผู้ให้บริการจากที่ต่างๆ ให้เกิดความเชื่อมโยงกันเพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย แนวคิดการพัฒนายีนบนพื้นฐานของการสร้างพันธมิตรสัญญาในรูปแบบผู้ซื้อบริการและผู้ให้บริการ (Purchasers and providers) โดยการสร้างสัญญาการซื้อบริการโดยยึดหลักให้เกิดความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย (Cover volumes), ราคา (Costs), และคุณภาพ (Quality)

เครือข่ายบริการนี้ จะมีผู้จัดการ (Chain of care manager) ที่รับผิดชอบในฐานะผู้ซื้อบริการ ในขณะที่เครือข่ายของผู้ให้บริการนั้นจะได้รับแรงจูงใจในการดำเนินการโดยมีการให้บริการร่วมกันกับผู้ให้บริการรายอื่นๆ ภายในพื้นที่ เพื่อลดปัญหาความซ้ำซ้อนของการให้บริการ และเป็นการกระจายความเสี่ยงอีกด้วย

ลักษณะการให้บริการจะขึ้นอยู่กับสัญญาที่ตกลงกัน โดยมักจะแยกตามประเภทกลุ่มโรคของการให้บริการ หรือจำแนกตามกลุ่มเป้าหมายหรือผู้รับบริการ สิ่งที่แตกต่างกันจากระบบอื่นๆ คือ การพัฒนาเครือข่ายบริการแบบห่วงโซ่การดูแลผู้ป่วยของประเทศสวีเดนนั้น จะไม่ยึดเอาตัวชี้วัดที่ขอบใช้กันอย่างจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล หรือจำนวนคนที่เข้าคิวรอ มาพิจารณา แต่จะใช้กลวิธีจูง

ใจทางงบประมาณ เพื่อให้เกิดการให้ระบบการดูแลแบบบูรณาการ และการเกิดแผนที่ทางเดินสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย

ในทางปฏิบัติ เชื่อกันว่าระบบห่วงโซ่การดูแลผู้ป่วยนี้ เป็นระบบที่เป็นปรากฏการณ์สำคัญเพื่อถ่วงดุลผลกระทบที่เกิดขึ้นจากระบบสุขภาพดั้งเดิมของประเทศสวีเดนที่ก่อให้เกิดการให้บริการแบบแยกส่วนอันไม่พึงปรารถนาของสังคม

จากการดำเนินการที่ผ่านมา พบว่าเครือข่ายการให้บริการแบบนี้ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี โดยมีจำนวนห่วงโซ่การดูแลผู้ป่วยในขนาดต่างๆ กันทั่วประเทศ จำนวนถึง 50 เครือข่ายบริการ โดยมักจะเป็นเครือข่ายบริการที่มุ่งเน้นการให้บริการทั้งโรคเฉียบพลัน และโรคเรื้อรัง และการดำเนินการของเครือข่ายลักษณะนี้ เชื่อว่าเป็นแรงผลักดันทำให้เกิดการให้บริการทางการแพทย์แบบอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ และมีการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติชนิดต่างๆ เพิ่มมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ยังมีช่องว่างสำหรับการพัฒนาต่อยอด เนื่องจากการดำเนินงานส่วนใหญ่ของเครือข่ายบริการในพื้นที่ต่างๆ นั้น มักจะมีการจัดบริการที่ไม่ได้ตอบสนองต่อปัญหาสำคัญของประเทศมากนัก บางพื้นที่ก็มีข้อจำกัดในการบริหารจัดการที่องค์กรมีการแบ่งแยกหน้าที่กันอย่างเด็ดขาด ต่างคนต่างทำ จนเกิดความยากลำบากในการประสานงานภายในเครือข่าย บางแห่งก็แสดงความต่อต้านการเปลี่ยนแปลงของระบบ เป็นต้น ดังนั้นกฎเกณฑ์สำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวคือ การสร้างกลไกการประสานงานที่สามารถโน้มน้าวผู้ให้บริการและองค์กรต่างๆ ภายในเครือข่ายให้ยอมรับในข้อตกลงร่วมกันได้ รวมถึงการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายให้มีความโปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ นอกจากนี้ยังมีผู้เสนอให้มีการควมรวมห่วงโซ่การดูแลผู้ป่วยหลายๆ แห่งเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดทางเลือกในการบริหารจัดการ และอาจทำให้ประสานงานได้ดีขึ้น นอกจากนี้ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยระบบนี้และให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาระบบว่า ควรที่จะมีกลไกการหมั้นหมายกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย และอาจมีการคัดเลือกผู้ให้บริการที่มีผลการปฏิบัติที่ดี มาเป็นตัวอย่างเพื่อโน้มน้าวให้ห่วงโซ่การดูแลผู้ป่วยในพื้นที่อื่นๆ ได้ชื่นชม และอยากจะเข้าร่วมดำเนินงานกับเครือข่ายได้

เครือข่ายที่เน้นการจัดซื้อจัดหา (Procurement networks)

แนวโน้มสำคัญอย่างหนึ่งในปัจจุบันของประเทศสหรัฐอเมริกาคือ การพัฒนาเครือข่ายบริการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการที่เน้นความต่อเนื่องของการให้บริการตั้งแต่การประกันสุขภาพ การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก การให้บริการแบบผู้ป่วยใน ไปจนถึงการให้บริการดูแลแบบระยะยาว โดยแนวคิดดังกล่าวหวังที่จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพของระบบเครือข่ายบริการ เพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ เพิ่มความหลากหลายของผลิตภัณฑ์และบริการภายในระบบ เสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ เสริมประสิทธิภาพของกระบวนการดำเนินงาน และลดค่าใช้จ่ายโดยรวมที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพ

ระบบดังกล่าวมีการประยุกต์ใช้การจัดการผู้ป่วยรายโรค (Disease management) การจัดการผู้ป่วยรายบุคคล (Case management) มาใช้ควบคู่ไปกับการปรับระบบเครือข่ายบริการโดยผ่านการทำสัญญากับโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อสร้างเป็นเครือข่ายบริการ (Contractual networks) โดยเปิดโอกาสให้มีการแข่งขันกันระหว่างเครือข่าย เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถได้รับประโยชน์ต่างๆ เพิ่มมากขึ้นได้

โดยทั่วไปแล้ว ระบบเครือข่ายบริการต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามแนวคิดนี้ ได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยภายนอก จนทำให้เกิดการปรับตัวเพื่อความอยู่รอดท่ามกลางการแข่งขันที่เพิ่มมากขึ้น จนเกิดปรากฏการณ์ที่เบี่ยงเบนแนวทางปฏิบัติไปจากเดิมบ้าง เช่น มีการขยายขนาดของเครือข่ายบริการมากขึ้นเรื่อยๆ (Enlarging the network size) มีการร่วมลงทุนจากกลุ่มธุรกิจที่ไม่ใช่สายสุขภาพ (Non-hospital provision) มีการบูรณาการระบบข้อมูลและการจัดการงบประมาณระหว่างสมาชิกในเครือข่ายเพื่อจัดทำ การจัดซื้อจัดหาทรัพยากรต่างๆ ร่วมกัน (Co-operative purchases) เป็นต้น ดังนั้น จึงมีทั้งกรณีศึกษาที่ประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวัง กับกรณีที่ไม่ประสบความสำเร็จ โดยกลุ่มที่ประสบความสำเร็จตามที่มุ่งหวังก็มักจะได้รับ การประเมินพบว่าสำเร็จในระดับหนึ่งหรือในบางมิติเท่านั้น และพบว่าการบูรณาการงานทางคลินิกและการจัดการทรัพยากรบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือกลุ่มแพทย์นั้น มีความยากลำบาก และต้องการการวางแผนด้านวัฒนธรรมองค์กรและด้านการเงินอย่างรอบคอบ

Bazzoli และคณะ⁹⁵ ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเครือข่ายบริการที่เกิดขึ้นในปีค.ศ.1999 ว่าการพัฒนาเครือข่ายบริการด้านสุขภาพที่เน้นการจัดซื้อจัดหานั้นสามารถทำให้เกิดการให้บริการแบบบูรณาการได้ แต่จะสามารถจำแนกได้ใน 3 ลักษณะ ได้แก่

1. จำแนกตามความหลากหลายของผลิตภัณฑ์หรือบริการที่เกิดขึ้น
2. จำแนกตามระดับของการประสานงาน หรือจำนวนกลไกที่เกิดขึ้นเพื่อให้เกิดการทำงานระหว่างองค์กรอย่างมีประสิทธิภาพ
3. จำแนกตามระดับของการรวมศูนย์อำนาจ

ที่มิวิจัยพบว่า ยังมีขอบเขตของกิจกรรมหรือเรื่องงานภายในเครือข่ายมากเท่าใด ก็ยิ่งยากที่จะประสบความสำเร็จด้านการจัดการและกำไร หากเครือข่ายนั้นมีการจัดการแบบรวมศูนย์ นอกจากนี้การจัดการแบบรวมศูนย์นั้นจะเป็นอุปสรรคในการสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ ภายในเครือข่ายบริการ ทั้งนี้หากเปรียบเทียบกับแนวคิดการพัฒนาเครือข่ายบริการแบบอื่น เช่น แบบที่เน้นการประสานงานในรูปแบบเครือข่ายโรงพยาบาล ซึ่งไม่ได้เน้นการจัดซื้อจัดหาแล้ว พบว่า เครือข่ายโรงพยาบาลที่มีการจัดการแบบรวมศูนย์มีแนวโน้มที่จะได้ผลการดำเนินงานที่ดีกว่าการปล่อยแบบกระจายหรือจัดการแบบหลวมๆ

อย่างไรก็ดี แนวคิดการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการที่เน้นการจัดซื้อจัดหาและเพื่อมุ่งสู่การบูรณาการนั้น ได้รับการท้าทายในแนวลักษณะเดียวกันอีกครั้งโดย Wan และคณะ⁹⁶ในปีค.ศ.2001 ซึ่งทำการศึกษาระบบเครือข่ายบริการที่ได้รับการจัดอันดับว่ามีการบูรณาการสูงสุด 100 ลำดับแรกของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าถึงแม้จะมีการพัฒนากลยุทธ์ต่างๆ มากมายเพื่อให้เกิดการบูรณาการระหว่างกันและมีความต่อเนื่องในการดูแลรักษาผู้ป่วย แต่กลับพบว่าไม่ได้ก่อให้เกิดความคุ้มค่าในการดำเนินการและไม่ทำให้เกิดกำไรเพิ่มขึ้นเลย นอกจากนี้ยังพบว่าเครือข่ายจำนวน 87 เครือข่ายจัดเป็นเครือข่ายในลักษณะที่ดำเนินการแบบไม่แสวงหากำไร ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำเสนอคำถามชวนคิดต่อว่า การพัฒนาระบบให้เกิดการบูรณาการมากขึ้นนั้น จะทำให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่คุ้มค่ากับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจริงหรือไม่?

Henry Ford Integrated Healthcare System

Henry Ford Integrated Healthcare System เป็นระบบเครือข่ายบริการดูแลรักษาแบบบูรณาการที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือของสถานพยาบาลต่างๆ เพื่อให้บริการดูแลผู้ป่วย



ระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ และมีบริการดูแลผู้ป่วยแบบไม่ค้างคืน โดยเครือข่ายนี้ประกอบด้วยสถานพยาบาลกว่า 70 แห่ง โดยมีลักษณะการจัดการแบบรวมศูนย์ (Centralized design) โดยมีระบบการตัดสินใจส่วนกลางอันประกอบด้วยตัวแทนของสถานพยาบาลต่างๆ ร่วมกันดำเนินการ มีการให้ชุดบริการ

ดูแลรักษาแบบบูรณาการร่วมกัน มีการใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศแบบบูรณาการร่วมกัน และมีการจัดซื้อจัดหาทรัพยากรต่างๆ ร่วมกัน

เป็นที่น่าสนใจว่า ระบบเครือข่ายบริการนี้เคยได้รับการจัดอันดับว่าเป็นระบบที่แสดงให้เห็นถึงการบูรณาการมากที่สุดเป็นอันดับ 3 ของประเทศสหรัฐอเมริกาในปีค.ศ.1999 แต่ปรากฏว่าระบบนี้ประสบภาวะขาดทุนจากการดำเนินการ โดยมีผลประกอบการเดิมมีกำไร 38 ล้านดอลลาร์ในปีค.ศ.1997 แต่ขาดทุนในปีค.ศ.1998 ถึง 43.8 ล้านดอลลาร์เลยทีเดียว ผลจากภาวะขาดทุน ทำให้ระบบเครือข่ายนี้ต้องลดจำนวนบุคลากรลง 425 ตำแหน่งในปีค.ศ.1999

ทั้งนี้มีการศึกษาแล้วพบว่า โครงสร้างการดำเนินงาน และลักษณะของกระบวนการดำเนินงานแบบรวมศูนย์นี้เอง ที่ทำให้ระบบเครือข่ายบริการนี้ประสบภาวะขาดทุนและไม่มีมูลค่าในการดำเนินงานระยะยาว ถึงแม้ว่าแนวคิดเบื้องต้นในมิติต่างๆ จะดูมีน้ำหนักน่าเชื่อถือก็ตาม

เครือข่ายที่เน้นการจัดการแบบเบ็ดเสร็จ (Managed networks)

การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้แนวคิดการจัดการแบบเบ็ดเสร็จนั้น มักมีลักษณะดังต่อไปนี้

- ประชากรกลุ่มเป้าหมายจะมาจากการสมัครเข้ารับบริการในเครือข่าย
- จะมีสัญญาแสดงความรับผิดชอบในการจัดหาชุดบริการดูแลต่างๆ ที่ครอบคลุม ครอบคลุม รวมไปถึงถึงบริการดูแลทางสังคม
- จะมีการระดมงบประมาณด้วยการรวมจากหลายแหล่ง โดยจะมีหรือไม่มีจำนวนงบประมาณที่จ่ายแบบตายตัวต่อเดือนหรือต่อปีก็ได้ และไม่ได้กำหนดลักษณะปริมาณของบริการ/ความสามารถในการรองรับ แต่จะกำหนดว่าต้องให้บริการให้ครบถ้วนตามสัญญาโดยได้รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมดไว้ในชุดบริการแล้ว
- เป็นเครือข่ายบริการแบบระบบปิด กล่าวคือมีเฉพาะกลุ่มสมาชิกผู้ให้บริการที่ทำสัญญาด้วยกันเท่านั้น
- เน้นการให้บริการปฐมภูมิและไม่ยึดติดกับสถาบัน (Primary care and non-institutional/extramural services)
- ใช้เทคนิคการจัดการเชิงจุลภาค เพื่อให้เกิดคุณภาพของการบริการและควบคุมค่าใช้จ่าย เช่น การทบทวนการใช้จ่ายทรัพยากร การจัดการผู้ป่วยรายโรค
- มีทีมงานพหุสาขาวิชาชีพซึ่งทำงานร่วมกันภายในเครือข่าย โดยมีความรับผิดชอบร่วมกันกับผลลัพธ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น

แนวคิดการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการแบบนี้ถือกำเนิดขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา มีความเชื่อว่าเป็นคือรูปแบบการบูรณาการแบบสมบูรณ์ หรือ Fully integrated service delivery system อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะยืนยันถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการดำเนินการของระบบเครือข่ายบริการแบบเบ็ดเสร็จในระยะยาวได้ มีเพียงการรายงานบทเรียนจากการดำเนินงานเฉพาะแห่งเท่านั้น

Kaiser Permanente⁹⁷

Kaiser Permanente ซึ่งเป็นเครือข่ายบริการทางการแพทย์ที่ใหญ่ที่สุดแห่งหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการใช้แนวคิดเพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนที่มีภาวะโรคเรื้อรังมากขึ้น โดยเน้น 4 ส่วนหลัก ดังนี้



1. เสริมสร้างให้เกิดความต่อเนื่องและการประสานงานระหว่างหน่วยย่อยต่างๆ
2. จัดตั้งและเสริมสร้างสมรรถนะให้แก่ทีมบริการทางการแพทย์
3. ใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศ
4. สนับสนุนเรื่องการป้องกันโรคและการดูแลตนเอง

Kaiser Permanente ได้มีการปฏิรูประบบเครือข่ายบริการปฐมภูมิของตนเองใหม่ โดยเน้นให้เกิดทีมพหุสาขาวิชาชีพ อันประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสุขศึกษา นักจิตวิทยา และนักกายภาพบำบัด โดยทีมงานดังกล่าวในแต่ละพื้นที่ จะทำงานเชื่อมโยงกับร้านขายยา ศูนย์ให้บริการปรึกษาและนัดตรวจ รวมถึงคลินิกแพทย์เฉพาะทางต่างๆ ทำให้สามารถสร้างเป็นระบบบูรณาการแบบครบวงจร ตั้งแต่ให้บริการแบบผู้ป่วยนอกไปจนถึงการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ระบบดังกล่าวได้ก่อให้เกิดวงจรที่จะทำการรวบรวมผู้ป่วยโรคเรื้อรังจากแหล่งต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยที่เดิมไม่เข้ามาใช้บริการในระดับปฐมภูมิ แต่ไปอยู่ตามคลินิกเฉพาะทางต่างๆ รวมไปถึงผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากคลินิกแพทย์ทั่วไป ทีมพหุสาขาวิชาชีพจะช่วยสร้างการนัดหมายให้เป็นระบบ มีการมุ่งเน้นการให้สุขศึกษา การป้องกันโรค และการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย จนทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ฯลฯ มีผลที่ดีขึ้น ร่วมกับสถิติการให้บริการป้องกันโรคและคัดกรองโรคที่สูงขึ้น โดยมีอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ลดลงอย่างชัดเจน

เมื่อไม่นานมานี้ มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างระบบการให้บริการดูแลรักษาแบบบูรณาการของ Kaiser Permanente กับระบบการให้บริการทางการแพทย์ของสหราชอาณาจักร พบว่ามีค่าใช้จ่ายที่คล้ายคลึงกัน แต่ระบบของ Kaiser Permanente นั้น มีผลลัพธ์ในแง่การเข้าถึงบริการ ผลลัพธ์ของการรักษา และระยะเวลาการรอคอยรับบริการ ที่ดีกว่า

กรณีศึกษาเพิ่มเติมในแต่ละประเทศ

ประเทศแอฟริกาใต้⁹⁸

ณ เมืองเคปทาวน์ ประเทศแอฟริกาใต้ ได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดผสมระหว่าง CCM และ ICCC โดยเน้นการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อโรคเรื้อรังในประชากร ในสามส่วนหลัก ได้แก่



1. การป้องกัน และการสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเอง
2. การเคลื่อนย้ายทรัพยากรและร้อยเรียงทรัพยากรให้เกื้อหนุนการดำเนินงานซึ่งกันและกันในพื้นที่
3. การจัดบริการเสริมนอกเหนือจากการแพทย์ให้แก่คนในพื้นที่

มูลเหตุจูงใจเกิดจากข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยส่วนใหญ่เน้นมีการติดตามผลและรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามที่ควรจะเป็นเพียง 20-50% เท่านั้น ดังนั้นจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาระบบเครือข่ายบริการผู้ป่วย เพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และตรงต่อความต้องการของผู้ป่วยในพื้นที่มากขึ้น โดยทำการจัดตั้งโครงการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการภายใต้ชื่อ “The Compliance Service” อันประกอบด้วยบริการส่งข้อความสั้น (Short message service: SMS) ไปยังโทรศัพท์มือถือของผู้ป่วยเป็นระยะๆ ตามเวลาที่เหมาะสม โดยมีทั้งในรูปแบบความรู้ภาคปฏิบัติในการใช้ชีวิตประจำวันสำหรับผู้ป่วย เช่น สูตรอาหารที่มีเกลือน้อยสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมไปถึงข้อความโดนๆ หรือข้อความที่เรียกอารมณ์ขัน เป็นต้น โดยจำแนกตามความเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละโรค และทุกข้อความจะมีการลงท้ายเพื่อเตือนความจำผู้ป่วยให้รับประทานยาและไปพบแพทย์ตามกำหนด

นอกจากบริการส่งข้อความสั้นดังกล่าวแล้ว ยังมีการจัดระบบเครือข่ายบริการให้ผู้ป่วยสามารถรายงานความผิดพลาดในการส่งข้อความ รวมถึงบริการปรึกษาโดยมีการตั้งศูนย์รับปรึกษาทางโทรศัพท์ที่

เป็นส่วนกลางโดยมีพยาบาลเป็นเจ้าหน้าที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมงอีกด้วย เพื่อให้แน่ใจว่ามีคุณภาพและมาตรฐานเพียงพอในการให้ข้อมูลแก่ประชาชน

โครงการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการดังกล่าวของเมืองเคปทาวน์นั้น ประสบความสำเร็จเนื่องจากการสำรวจพบว่าประชากรส่วนใหญ่มีโทรศัพท์มือถือใช้ และการจัดบริการดังกล่าวนี้มีต้นทุนไม่สูง โดยเฉลี่ยแล้วประมาณ 1 ดอลลาร์สหรัฐต่อคนต่อเดือนเท่านั้น และหลังจากการดำเนินการ ได้มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย แพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้บริหาร พบว่าต่างมีความพอใจกับโครงการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการดังกล่าว รวมถึงทำการสำรวจพบว่าอัตราการรับประทานยาสม่ำเสมอในผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับบริการนี้ ดีเทียบเท่ากับผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการรับประทานยาต่อหน้าบุคลากรทางการแพทย์ (Directly Observed Therapy Short Course: DOTS) เลยทีเดียว อย่างไรก็ตาม ผลการประเมินอย่างเป็นทางการยังอยู่ในระหว่างดำเนินการ

ประเทศสกอตแลนด์⁹⁹

ประเทศสกอตแลนด์ได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดผสมระหว่าง CCM และ ICCC โดยเน้นการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อโรคเรื้อรังในประชากร ใน 6 ส่วน ได้แก่

1. การเสริมสร้างความเข้มแข็งกับภาคีเครือข่าย
2. การพัฒนาและจัดสรรทรัพยากรมนุษย์
3. การรื้อเรียงและเสริมสมรรถนะที่มบุคลากร
ทางการแพทย์
4. การสนับสนุนเรื่องการป้องกันโรคและเสริมสร้าง
ให้เกิดการดูแลตนเอง
5. การเสริมสร้างความเป็นผู้นำในชุมชน
6. การเคลื่อนย้ายและรื้อเรียงทรัพยากรในชุมชน



ในประเทศสกอตแลนด์ แต่ละพื้นที่จะมีโครงสร้างหนึ่งๆ ที่เรียกว่า Local Health Care Cooperatives (LHCC) ซึ่งจัดเป็นโครงสร้างภายในของ Primary Care Trust (PCT) ซึ่ง LHCC นี้จะเป็นความร่วมมือระหว่างภาคส่วนประชาชนในชุมชน ร่วมกับเครือข่ายบริการทางการแพทย์ ทั้งแพทย์ทั่วไป และแพทย์เฉพาะทางที่อยู่ในพื้นที่นั้นๆ ร่วมกันจัดระบบบริการทางการแพทย์ให้แก่ประชาชนในพื้นที่ โดยมี คณะกรรมการจัดการ (Management board) ที่ประกอบด้วยพหุสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และสาขาอื่นๆ รวมถึงประชาชน เข้ามามีส่วนร่วม

ในการดำเนินการช่วงแรกของ LHCC นั้น แพทย์ทั่วไปเข้ามามีส่วนร่วมแบบสมัครใจ แต่ภายหลังจากสองปีแรก ปรากฏว่ามีแพทย์ทั่วไปเข้ามามีส่วนร่วมในโครงสร้างดังกล่าวทั่วประเทศ โดยในปัจจุบัน LHCC ในแต่ละพื้นที่จะรับผิดชอบดูแลประชาชนตั้งแต่อย่างน้อยกว่า 10,000 คน จนถึงมากกว่า 172,000 คน เลยทีเดียว

วงจรของ LHCC นั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปโฉมของระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยในประเทศสกอตแลนด์ดังนี้

1. ชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพะชุมชน: มีการเน้นรณรงค์ในชุมชนเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และรื้อเรียงโครงการด้านสาธารณสุขต่างๆ ให้สอดคล้องกับแผนการดำเนินงานของชุมชน

2. การส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเอง: มีการร่วมกันสร้างสรรค์และคัดกรองข้อมูลต่างๆ ที่จะเผยแพร่สู่สาธารณะ รวมถึงข้อมูลที่มีงผลเพื่อให้ความรู้และคำแนะนำด้านสุขภาพแก่ประชาชนผ่านทางโทรทัศน์ และสื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ
3. การจัดตั้งระบบเครือข่ายบริการ NHS24: ทำการจัดตั้งระบบเครือข่ายบริการสุขภาพแก่ประชาชน โดยมีพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ โดยพิจารณาปัญหาของผู้ป่วยเป็นหลัก และทำการประสานงานเพื่อส่งต่อไปรับการดูแลอย่างเหมาะสมกับโรงพยาบาลและแพทย์ที่รับผิดชอบในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือผู้ที่มีปัญหาเฉียบพลันหรือฉุกเฉินก็ตาม
4. การดูแลปฐมภูมิแบบขยาย (Extended primary care): เป็นการเสริมสมรรถนะให้แก่ทีมบุคลากรปฐมภูมิ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร ฝังครรรค์ ฯลฯ ให้มีศักยภาพและสมรรถนะในการตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่อย่างครบถ้วน
5. การดูแลแบบ Intermediate care: เป็นการให้ทรัพยากรในชุมชน อันได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน ระบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และที่บ้าน มาผสมผสานกับบุคลากรต่างๆ ในชุมชน เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อจัดเครือข่ายบริการให้แก่ผู้ป่วยประเภทพึ่งพิงในชุมชน เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ฯลฯ โดยครอบคลุมการให้บริการตั้งแต่การตรวจวินิจฉัย รักษา และบริการกายภาพบำบัด
6. การจัดเรียงบริการดูแลรักษาระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ: ใช้วงจรเครือข่ายบริการทางการแพทย์ในพื้นที่ เพื่อให้เกิดขั้นตอนการปรึกษาและส่งต่ออย่างเป็นระบบ และช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน
7. การปรับปรุงคุณภาพบริการผ่านภาวะผู้นำและการสร้างแรงจูงใจ: มีการสร้างวัฒนธรรมองค์กรในเรื่องคุณภาพของการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วย โดยผู้นำองค์กรและผู้นำชุมชนที่มีอิทธิพล ร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาคุณภาพ ทั้งในเรื่องการบูรณาการกระบวนการตรวจสอบคุณภาพบริการและกระบวนการพัฒนาคุณภาพให้เป็นงานประจำ และสร้างแรงจูงใจต่างๆ เช่น การให้รางวัลแก่บุคลากรหรือทีมงานที่ให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ
8. การสร้างเสริมสมรรถนะให้ทีมบริการทางการแพทย์: ทำการจัดหาสิ่งต่างๆ ที่จำเป็นในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ครบถ้วนเหมาะสม ตั้งแต่ เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และยาชนิดต่างๆ โดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงการพัฒนาแนวทางปฏิบัติมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆ ให้มีความชัดเจนและครบถ้วน

ประเทศจีน¹⁰⁰

ในเมืองเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีนได้มีแนวคิดในการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการผู้ป่วยโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง และโรคปอด เนื่องจากโรคเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตและคุณภาพเป็นลำดับต้นๆ ของประเทศ โดยเน้นการพัฒนาใน 3 ส่วนหลักดังนี้



1. สนับสนุนการป้องกันโรคและการดูแลตนเอง
2. ใช้ภาวะผู้นำและการสนับสนุนเพื่อให้ได้ผลลัพธ์จากการบริการที่ดีขึ้น
3. จัดหาบริการเสริมในชุมชน

มีการทำการศึกษพบว่า การสนับสนุนผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้สามารถดูแลตนเองได้นั้นจะทำให้ผู้ป่วยมีศักยภาพมากขึ้น ผลลัพธ์ในการดูแลรักษาดีขึ้น และลดอัตราการใช้บริการทางการแพทย์ได้ ทั้งนี้ระบบเครือข่ายบริการดังกล่าวได้ถูกริเริ่มขึ้น โดยดัดแปลงจากแนวคิดของ Chronic Care Model ภายใต้สมมติฐาน ดังนี้

1. เชื่อว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละที่นั้น มีความกังวลและปัญหาที่คล้ายคลึงกัน
2. เชื่อว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นสามารถที่จะเรียนรู้ในการรับมือต่อการจัดการปัญหาจากโรคของตนเองระหว่างการใช้ชีวิตประจำวันได้ ทั้งในเรื่องปัญหาทางกายและใจ
3. เชื่อว่าประชาชนทั่วไป หากมีคู่มือในการดูแลตนเองที่มีรายละเอียดและข้อเสนอแนะเพียงพอ ก็จะสามารถดูแลตนเองได้ดีเทียบเท่ากับการรับบริการจากบุคลากรทางการแพทย์

ระบบเครือข่ายบริการนี้ได้ดำเนินการโดยกลุ่มอาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยแบ่งกันทำงานเป็นคู่ๆ แต่ละคู่จะได้รับการฝึกอบรมเป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ชั่วโมงครึ่ง การอบรมจะประกอบด้วยหัวข้อ การออกกำลังกาย การใช้เทคนิคการดูแลตามอาการเฉพาะ โภชนาการ การจัดการกับอาการอ่อนเพลียและการนอนหลับ การใช้ทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชน การใช้จ่าย การจัดการความกลัว ความโกรธ อาการซึมเศร้า การสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ การแก้ไขปัญหา และการตัดสินใจ

จากการดำเนินการพบว่า แนวคิดนี้เป็นที่ยอมรับกันเป็นอย่างดี และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในองค์กรระดับชุมชนที่ให้บริการทางการแพทย์ได้

บทเรียนการพัฒนาาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยของประเทศไทย

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

สถานการณ์:

โดยปกติแล้วจังหวัดนนทบุรีมีประชากร 1.3 ล้านคน มีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง (456 เตียง) โรงพยาบาลชุมชน 5 แห่ง (175 เตียง) โรงพยาบาลเฉพาะทาง 4 แห่ง (2,055 เตียง) และโรงพยาบาลเอกชน 6 แห่ง (534 เตียง)

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าประสบปัญหาเรื่องเตียงเต็ม เนื่องจากรับผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาลต่างๆ จำนวนมาก มีอัตราการรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น ตั้งแต่ตุลาคม 2552 ถึงกันยายน 2553 จำนวน 2,768 ราย แต่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่อื่นในกรณีฉุกเฉิน จำนวน 527 ราย เพราะเกินศักยภาพ และ 449 รายเพราะเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนกรณีผู้ป่วยนอกนั้น มีอัตราการส่งไปรักษาที่อื่นเนื่องจากเกินศักยภาพ 2,333 ราย และส่งไปเนื่องจากสิทธิการรักษา 4,973 ราย

ในขณะที่โรงพยาบาลชุมชนแต่ละแห่งนั้น ก็ล้วนมีอัตราการครองเตียงมากกว่าพระนั่งเกล้า คือ ประมาณ 120% ของศักยภาพที่จะรองรับได้ ยกเว้นโรงพยาบาลไทรน้อยแห่งเดียวที่มีอัตราการครองเตียง 60-70%

นโยบายของผู้บริหารระดับจังหวัดคือ การรับส่งต่อทุกรายโดยไม่มีเงื่อนไข ทำให้เป็นการซ้ำเติมให้เกิดปัญหาเรื่องอัตราการครองเตียง และระบบการส่งต่อมากขึ้น

แนวทางการแก้ไขปัญหา:

1. การพัฒนาศูนย์รับส่งต่อประจำจังหวัด เพื่อให้เกิดบริการอย่างรวดเร็ว (Fast track) สำหรับรองรับผู้ป่วยโรคที่รุนแรง เช่น การติดเชื้อในกระแสโลหิต โรคหัวใจขาดเลือด โรคหอบหืด และโรคหลอดเลือดสมอง

2. การปรับระบบห่วงโซ่อุปทานในเครือข่ายโรงพยาบาล เช่น การมีระบบการยืมเลือด เครื่องมือผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ หรือแม้แต่การยืมเครื่องมือหรือครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนมีแต่ไม่ได้ใช้ ได้แก่ Bird's respirator เป็นต้น
3. การจัดทำโครงการความร่วมมือระหว่างภาครัฐและภาคเอกชน (Public private partnership) โดยทำข้อตกลงระหว่างโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าและโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท เพื่อให้ช่วยจัดบริการผู้ป่วยนอกให้ โดยหวังจะลดความแออัดของการให้บริการ ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยปกติแล้วโรงพยาบาลกล้วยน้ำไทจะรับเหมารายหัวในราคา 8,500 บาทต่อคนต่อปี แต่ได้ทำการตกลงรับรายหัวจากโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าในราคาพิเศษคือ 8,000 บาทต่อคนต่อปี โดยแลกกับประโยชน์ที่ได้รับคือ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าจะรับผู้ป่วยที่ต้องมีการผ่าตัดยากๆ เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนเข่า ทั้งนี้รูปแบบการตกลงในโครงการนี้ ได้มีการหารือและได้รับความเห็นชอบจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอีกด้วย
4. การพัฒนาระบบส่งกลับ เพื่อดำเนินการส่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะคงที่แล้วกลับไปรับการดูแลรักษาต่อใกล้บ้าน โดยมีสถิติในรอบปีที่ผ่านมา สามารถส่งกลับไปยังโรงพยาบาลชุมชนได้จำนวน 630 ราย

บทเรียนจากการดำเนินการ:

1. ศูนย์รับส่งต่อนั้นเป็นหน่วยงานที่หาคนมาอยู่ยาก เนื่องจากมีแรงกดดันมาก และมีโอกาสกระทบกระทั่งสูง บุคลากรที่จะมาดำเนินการต้องมีความสามารถในการประสานงาน และมีทักษะในการเจรจากับแพทย์และผู้บริหารระดับต่างๆ
2. การส่งตัวผู้ป่วยกลับไปโรงพยาบาลที่เล็กกว่านั้น หากเตรียมยาและอุปกรณ์ไปให้ด้วยก็จะทำให้การตอบรับและคุณภาพการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยดีขึ้น
3. หากสามารถจูงใจให้แพทย์เฉพาะทางมาพูดคุยหรือรับปรึกษาทางโทรศัพท์กรณีจะมีการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาล อาจทำให้ลดอัตราการส่งต่อลงได้
4. โรงพยาบาลทุกแห่งควรทำแผนพัฒนาคุณภาพการบริการ
5. การนำประสบการณ์ของที่อื่นๆ ที่ทำระบบการส่งต่อผู้ป่วยกลับสำเร็จมาประยุกต์ใช้ น่าจะมีประโยชน์ เช่น ในขณะนี้ที่นนทบุรีกำลังประยุกต์ใช้บทเรียนความสำเร็จจากสระบุรีและอยุธยา

โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

สถานการณ์:

ในจังหวัดนครปฐมนั้น มีโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง (670 เตียง) โรงพยาบาลทั่วไป (ทหารอากาศ) 1 แห่ง โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (เฉพาโรคตา) 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 8 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน 4 แห่ง และสถานเอนามัย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล) 40 แห่ง

โรงพยาบาลศูนย์นครปฐมนั้นประสบปัญหาในการรับส่งต่อผู้ป่วย โดยปกติแล้วหากผู้ป่วยมีสิทธิบัตรทองของโรงพยาบาลนครปฐม หรือสิทธิประกันสังคม จะรับ 100% แต่ในกรณีที่ไม่มียุทธินี้ดังกล่าวนั้น การจะรับหรือไม่ จะขึ้นอยู่กับคนที่รับส่งต่อ และจำนวนเตียงที่ว่าง เป็นที่น่าสนใจว่า แม้ผู้ป่วยจะมีสิทธิข้าราชการที่เบิกได้ แต่ก็ไม่ได้ทำให้การันตีได้ว่า จะรับมารักษา

จากสถิติการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าจำนวนเตียงโดยรวมไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแผนกศัลยกรรมระบบประสาทจะมีปัญหาเรื่องจำนวนผู้ป่วยมากกว่าจำนวนเตียงที่มีเสมอ ถึงแม้ว่าจะมีความพยายามที่จะบริหารจัดการเรื่องการรับผู้ป่วยเข้า และการประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่หน่วยงานอื่นๆ ก็ตาม นอกจากนี้ยังมีกรณีศึกษาของผู้ป่วย Abdominal aortic aneurysm ที่โรงพยาบาลพยายามโทรประสานงานติดต่อเพื่อส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่า โดยติดต่อถึง 36 ครั้ง แต่ไม่มีใครรับไปรักษา จนกระทั่งต้องลักโกโดยจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และให้เดินทางไปโรงพยาบาลโรคทรวงอกเอง แต่ปรากฏว่าโดนต่อว่ากลับมา และส่งผู้ป่วยกลับมาที่เดิม แต่โชคดีที่ต่อมา ผู้ป่วยได้ไปรับการรักษาต่อที่ร.ราชวิถี

แนวทางแก้ไขปัญหา:

1. การทำข้อตกลงกับโรงพยาบาลชุมชนให้มารับผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อ ในกรณีที่ผู้ป่วยนั้นมีภาวะคงที่แล้ว
2. สร้างระบบการตอบกลับใบส่งต่อผู้ป่วย โดยมีศูนย์ประสานงานการส่งต่อเป็นผู้ดำเนินการกรอกข้อมูลให้ จากนั้นให้ศูนย์คอมพิวเตอร์ดำเนินการจัดทำเป็นใบแจ้งผลการตรวจรักษา พร้อมสำเนาใบสั่งยา เพื่อส่งกลับไปยังโรงพยาบาลต้นทาง พบว่าสามารถทำให้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันมากขึ้น จากเดิมที่ต้นทางมีการตอบรับกลับมา 10% เพิ่มขึ้นเป็น 40% หลังจากการดำเนินการ

3. ดำเนินการแก้ไขปัญหาขาดแคลนบุคลากรและรถในการรับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลตติยภูมิ โดยใช้วิธีเอื้ออาทรซึ่งกันและกันยามจำเป็น

บทเรียนที่ได้จากการดำเนินการ:

การให้บริการในรูปแบบของเครือข่ายบริการนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่จะดำเนินการบนพื้นฐานของความเอื้ออาทรต่อกัน มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และเสริมสร้างกลไกการสื่อสารเพื่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน

โรงพยาบาลปทุมธานี

สถานการณ์:

หนึ่งในปัญหาหลักของโรงพยาบาลปทุมธานีคือ การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับบริการดูแลรักษาต่อใน ส่วนกลาง เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากที่มีปัญหาสุขภาพที่เกินกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลจะดูแลได้ และในพื้นที่ปทุมธานีเองมีประชากรแฝงจำนวนมาก ทำให้มีผู้มารับบริการดูแลรักษาที่โรงพยาบาลอย่าง หนาแน่น ทำให้ลักษณะของระบบการดูแลรักษานั้นคล้ายคลึงกับโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ผู้ป่วยใน ปัจจุบันนี้มีพื้นฐานการศึกษาและมีความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บดีขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก และทำให้มีคำถาม ตามมาเกี่ยวกับวิธีการรักษาและคุณภาพการดูแลรักษามากขึ้นเรื่อยๆ

ถึงแม้ว่าตามระเบียบของสปสช. นั้นแม่ข่ายที่แท้จริงของโรงพยาบาลปทุมธานีจะเป็นโรงพยาบาลราช วิถีก็ตาม แต่ในทางปฏิบัติจริงนั้นมีความยากลำบากในการประสานงานส่งต่อไปยังโรงพยาบาลราชวิถีเป็น อย่างมาก นอกจากนี้เป็นที่น่าสังเกตว่า ระบบการจัดแม่ข่ายลูกข่ายที่ตกลงกันในระดับบริหารนั้น มีความ ชัดแย้งเชิงเหตุผลในการปฏิบัติจริงเป็นอย่างมาก ยกตัวอย่างเช่น โรงพยาบาลลำลูกกาซึ่งอยู่ห่างจาก โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเพียง 10 กิโลเมตร ต้องส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลปทุมธานีซึ่งห่างกันถึง 40 กิโลเมตร เป็นต้น

แนวทางแก้ไขปัญหา:

โรงพยาบาลปทุมธานีได้จัดเครือข่ายบริการส่งต่อเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยทำการติดต่อกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือดจะทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลโรคทรวงอก โรคเด็กทำ การส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมศว. โรคหลอดเลือดสมองทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลธรรมศาสตร์

บทเรียนที่ได้จากการดำเนินการ:

จากประสบการณ์ของผู้ประสานงานระบบส่งต่อผู้ป่วย พบว่า ระบบการส่งต่อผู้ป่วยจะสำเร็จหรือไม่ ขึ้นอยู่กับแพทย์และอารมณ์ของแพทย์ที่ติดต่อด้วยเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด

โรงพยาบาลประชาธิปไตย

สถานการณ์:

ยังไม่มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานส่งต่อ เนื่องจากสถานที่คับแคบ สถานการณ์ในปัจจุบันคือ การแบ่งงานให้เวิร์ดแต่ละเวิร์ดทำหน้าที่รับผิดชอบในการส่งต่อผู้ป่วยกันเอง ในขณะที่หากมีผู้ป่วยที่ต้องรับตัวกลับมา ก็ใช้แผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้รับผิดชอบ โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยที่มีสิทธิรักษาพยาบาลข้าราชการ มักจะส่งตัวไปรับการรักษาต่อลำบากกว่าผู้ป่วยสิทธิอื่นๆ

ธรรมชาติของการบริหารจัดการในโรงพยาบาลนั้น ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ข้อมูลว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลเอาค่าใช้จ่ายเป็นตัวตั้งในการพัฒนาระบบอะไรก็ตาม นอกจากนี้เคยมีแพทย์รุ่นใหม่ๆ พยายามจะพัฒนาบริการเช่น ผ่าตัดได้ตั้ง เนื่องจากมีวิสัยทัศน์พยาบาลในโรงพยาบาลอยู่แล้ว แต่ไม่ได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหาร จนทำให้ถอดใจไปในที่สุด

แนวทางแก้ไขปัญหา:

มีความพยายามในการพัฒนาระบบบริการและการส่งต่อ 2 เรื่อง คือ การใช้วิธีทำสัญญากับโรงพยาบาลเอกชน (โรงพยาบาลปทุมเวช) เพื่อให้บริการด้านการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกเวลา และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ นอกจากนี้ก็มีการพัฒนากลไกการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับทางโรงพยาบาลธรรมศาสตร์

บทเรียนที่ได้จากการดำเนินการ:

ข้อจำกัดเชิงทรัพยากร และรูปแบบการบริหารจัดการของผู้บริหารนั้นมีผลอย่างมากต่อกำลังใจและแบบแผนการดำเนินงานของบุคลากร

โรงพยาบาลคลองหลวง

สถานการณ์:

เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีประชากรแฝงจำนวนมาก อยู่ใกล้นิคมอุตสาหกรรมนวนคร และตลาดไท สิทธิบัตรทองและต่างด้าวประมาณครึ่งครึ่ง โดยปกติแล้วจะมีอัตราการครองเตียง 100% แทบทุกวัน

โรงพยาบาลคลองหลวงเป็นโรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลปทุมธานีมากที่สุด โรคร้ายแรงที่พบบ่อยคือโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งทำให้ประสบปัญหาในการส่งต่อ เนื่องจากโรงพยาบาลปทุมธานีไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านหัวใจ ทำให้ต้องส่งต่ออีกทอดหนึ่งไปยังโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ และโรงพยาบาลปิยะเวท ปัญหาเกี่ยวกับการส่งต่อที่พบบ่อยอีกเรื่องคือ ความยากลำบากในการส่งต่อผู้ป่วยต่างด้าว

นอกจากนี้โรงพยาบาลคลองหลวงมีผู้อำนวยการเป็นแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรม จึงมีการผ่าตัดอยู่เรื่อยๆ วันละ 4-5 ราย แต่ไม่มีวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลเลย

แนวทางแก้ไขปัญหา:

1. มีการจ้างแพทย์เฉพาะทางด้านโรคหัวใจจากโรงพยาบาลเกษมราษฎร์มาตรวจเดือนละ 1 ครั้ง โดยใช้เงินบำรุงของโรงพยาบาล เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจเยอะมาก
2. มีการทำข้อตกลงร่วมใช้ทรัพยากรบุคคลด้านวิสัญญีกับโรงพยาบาลหนองเสือ
3. มีการสร้างกลไกการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปยังโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ โดยสามารถโทรติดต่อกับแพทย์ได้โดยตรง เร็วกว่าที่จะต้องติดต่อแผนกฉุกเฉินซึ่งปกติกินเวลามากกว่า 15 นาที

บทเรียนที่ได้จากการดำเนินการ:

การประยุกต์ใช้โมเดลการจัดการแบบร่วมใช้ทรัพยากรกับโรงพยาบาลอื่น และจ้างแบบ outsourcing ก็สามารถช่วยบรรเทาปัญหาที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี

โรงพยาบาลลาดหลุมแก้ว

สถานการณ์:

ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดปทุมธานีจะมีการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อมากขึ้นเรื่อยๆ แต่สำหรับโรงพยาบาลลาดหลุมแก้วนั้นมีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ไม่สามารถเบิกจ่ายค่าส่งเวลาได้ รถพยาบาลมีเพียง 1 คัน และที่สำคัญคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลไม่สนับสนุนเรื่องการพัฒนาการส่งต่อ รวมถึงระบบบริการเอกซเรย์นอกเวลาด้วย

ในปัจจุบันนี้ พยาบาลทำหน้าที่ตรวจรักษาแทนแพทย์เป็นประจำ มีสถิติการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นๆ โดยเฉลี่ย 256 รายต่อปี โดยจะมีผู้ป่วยที่ได้รับการส่งตัวกลับมาประมาณ 10 กว่ารายต่อปี และรับผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ประมาณ 20 รายต่อปี ตามหลักการแล้ว โรงพยาบาลแม่ข่ายคือโรงพยาบาลปทุมธานี และโรงพยาบาลแม่ข่ายของโรงพยาบาลปทุมธานีคือโรงพยาบาลราชวิถี แต่ในทางปฏิบัติจริงนั้น มักจะต้องส่งต่อไปยังที่อื่นๆ เสมอ เคยส่งต่อไปไกลที่สุดคือ จังหวัดร้อยเอ็ด และโดยเฉลี่ยแล้วการส่งต่อแต่ละครั้งต้องอาศัยความพยายามประสานงานไม่ต่ำกว่า 15 ครั้ง

ระบบการบริหารจัดการในปัจจุบันอาศัยเงินเป็นตัวตั้ง ทำให้เกิดข้อจำกัดในการดูแลรักษา การจัดระบบบริการทางการแพทย์ รวมไปถึงการส่งต่อผู้ป่วย ที่เห็นชัดเจนที่สุดคือการจะเปิดบริการใดๆ ให้แก่ผู้ป่วย เช่น การเปิดผ่าตัด การให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกเวลา ก็ไม่ได้รับการอนุมัติเนื่องจากความกลัวว่าไม่คุ้มทุน

แนวทางแก้ไขปัญหา:

ข้อเสนอแนะให้ทางกระทรวงสาธารณสุขกำหนดระเบียบและกฎต่างๆ ให้ชัดเจนว่าโรงพยาบาลชุมชนระดับต่างๆ ควรจะมีศักยภาพและทรัพยากรเท่าใด โดยพิจารณาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่แท้จริง

บทเรียนที่ได้จากการดำเนินการ:

นโยบายและภาวะผู้นำของผู้บริหารเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาระบบบริการและการส่งต่อ และความลึกลับระหว่างนโยบายการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อกับสถานการณ์จริงในทางปฏิบัติ

โรงพยาบาลธัญญบุรี

สถานการณ์:

โรงพยาบาลธัญญบุรีมีปัญหาคนต่างด้าวเยอะ และส่วนใหญ่ไม่ขึ้นทะเบียน นอกจากนี้ในเรื่องการพัฒนาระบบบริการและการส่งต่อนั้น เริ่มมีการพัฒนาขึ้นมาในระยะหลัง สมัยก่อนเคยประสบปัญหาในการส่งต่ออย่างมาก เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงที่ต้อง ผ่านไปกว่า 5 ชั่วโมงก็ยังไม่ได้รับการส่งต่อไม่ได้ อีก รายคือผู้ป่วย Burn 80% ติดต่อประสานงานกว่า 18 โรงพยาบาล และติดต่อสภสข. 4 รอบ ก็ยังไม่ได้เพราะ เต็มเต็ม สุดท้ายผ่านไป 6 ชั่วโมง ต้องส่งไปยังชัยภูมิโดยขึ้นรถพยาบาลและปั๊ม Ambu bag ไป จากนั้นส่งต่อไปนครราชสีมาและเสียชีวิตที่นั่น

แนวทางแก้ไขปัญหา:

มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานส่งต่อในโรงพยาบาล และมีการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อความลำบาก ในการสื่อสารกับแพทย์ โดยการให้แพทย์เป็นผู้สื่อสาร/ปรึกษากับแพทย์ที่โรงพยาบาลปทุมธานีกันเองทำให้ เข้าใจได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอแนะให้มีศูนย์สำรองเพียงส่วนกลางอย่างเพียงพอ และจัดหา operator ที่ทราบศัพท์เทคนิค เพราะในปัจจุบัน operator ที่ 1330 นั้นไม่รู้จักศัพท์เทคนิค

บทเรียนที่ได้จากการดำเนินการ:

ความสำคัญของระดับความรู้ของบุคลากรในการประสานงานส่งต่อ และข้อมูลเกี่ยวกับอุปสงค์ อุปทานที่แท้จริงในการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย

โรงพยาบาลศิริราช

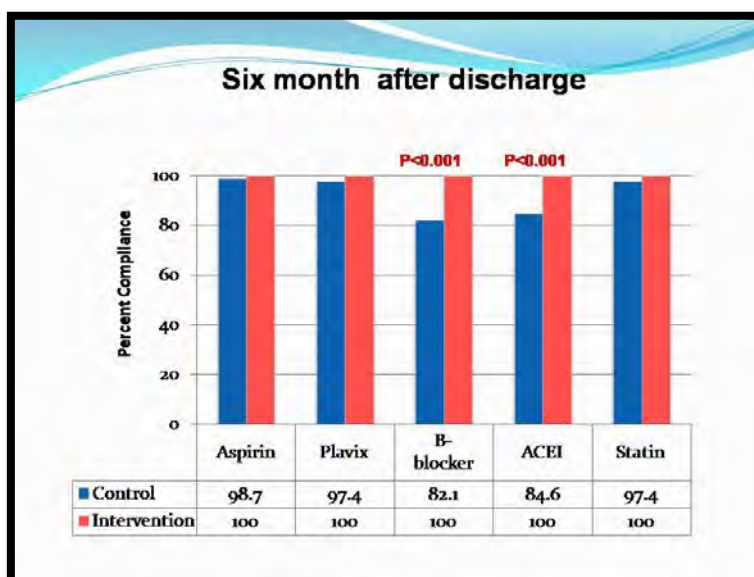
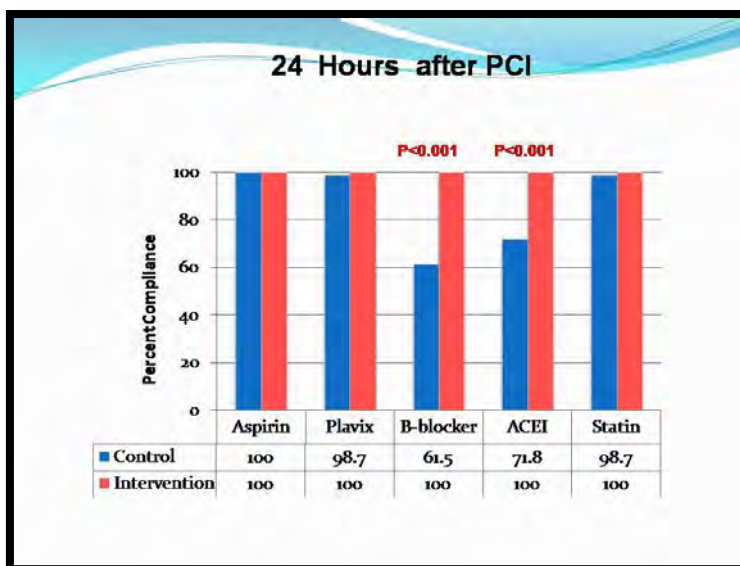
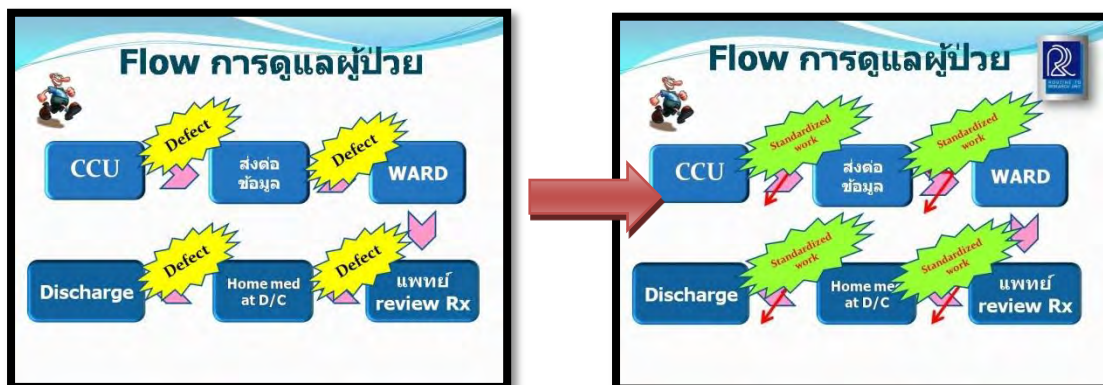
สถานการณ์:

โดยเฉลี่ยแล้ว โรงพยาบาลศิริราชจะมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมารับการรักษาด้วยวิธี Percutaneous Coronary Intervention (PCI) ประมาณ 1,200 รายต่อปี ตามแนวทางเวชปฏิบัติ มาตรฐานของ American College of Cardiology (ACC) and American Heart Association (AHA) ผู้ป่วยควรจะได้รับคำแนะนำให้ออกกำลังกาย งดบุหรี่ ควบคุมอาหาร และได้รับยาชนิดต่างๆ เช่น แอสไพริน ยากลุ่มเบต้าบล็อกรายวัน ยากลุ่ม Angiotensin-converting enzyme inhibitor (ACEI) และยา ลดไขมันประเภท Statin เป็นต้น

จากการสำรวจสถานการณ์พบว่า ผู้ป่วยได้รับยาต้านเกล็ดเลือดเพียง 60% กลุ่ม ACEI เพียง 76% เท่านั้น ทั้งนี้คาดว่าเป็นเพราะโรงพยาบาลมีขนาดใหญ่ ผู้ป่วยมีปริมาณมาก แพทย์ที่ตรวจมีการ หมุนเวียนเปลี่ยนไปมาตลอด การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลไม่เป็นระบบ ขาดการประสานงานเป็นทีม

แนวทางแก้ไขปัญหา:

โรงพยาบาลศิริราชจึงได้ทำการทบทวนวรรณกรรม และทำการศึกษาวិธีการประยุกต์ใช้แนวคิดการ ทำระบบงานให้เป็นมาตรฐาน โดยใช้แบบติดตาม (Checklist) มาควบคุมกระบวนการทำงานระหว่างทีม ผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ต่างแผนกกัน โดยทำการวิจัย การใช้แบบติดตามว่ามีผลต่อการได้ยาของคนไข้หรือไม่ จาก การดำเนินการศึกษาเชิงทดลองแบบมีกลุ่มควบคุมพบว่ากลุ่มที่ใช้แบบติดตามได้ยาครบถ้วนมากกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ (unpaired readmission) น้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการควบคุมความดันโลหิตที่ดีขึ้นอีกด้วย ผลจาก การศึกษาวิจัยดังกล่าว ทำให้ได้รับการนำไปใช้ทางปฏิบัติในภาควิชาอายุรศาสตร์



Six month follow-up clinical outcome between two groups

	Control (n=79)	Intervention (n=81)	P value
Unplanned Readmission	11 (14.2)	4 (5.2)	0.05
Cause of unplanned readmission			
- Congestive Heart Failure	4 (5.3)	1(1.4)	
- Acute Coronary Syndrome	7 (8.9)	3 (3.8)	

บทเรียนที่ได้จากการดำเนินการ:

การประยุกต์ใช้หลักการพัฒนาแบบติดตามหรือ Checklist ของโรงพยาบาลศิริราชนี้ อาจถือเป็นนวัตกรรมแบบต่อยอด หรือ Incremental innovation ซึ่งทางศิริราชให้ทุนสนับสนุนผ่านทาง Routine to Research (R2R) ไม่ก็หมิ่นบาท ลงทุนน้อย และใช้การพัฒนาโดยอาศัยกระดาษเป็นแบบฟอร์มเพิ่มเติมเพียงไม่กี่แผ่น แต่ได้ผลดีจนกระทั่งขณะนี้นำไปใช้ในแผนกโรคหัวใจ ตอนนี้ checklist นี้เป็นมาตรฐานของห้องผ่าตัด และไอซียู รวมถึงอีอาร์ ในการดูแลคนไข้โรคหัวใจ อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนกรณีศึกษานี้จะเป็นการแก้ไขปัญหาภายในของศิริราช โรงพยาบาลอื่นๆ ในต่างจังหวัดอาจมีความแตกต่างเพราะไม่ซับซ้อนแบบศิริราช และอาจต้องไปเน้นเรื่องการประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาระบบการติดต่อระหว่างโรงพยาบาล

“บทพิสูจน์ความสำเร็จของการใช้แบบติดตามเป็นเครื่องมือเพื่อลดความผิดพลาดในกระบวนการดูแลรักษาระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างแผนกในศิริราช” (Coordinated care?)

ระบบส่งต่อภาคเหนือเขต 15, 16

สถานการณ์:

ประสบการณ์ที่ถ่ายทอดโดยนพ.ธรณี กายี เกี่ยวกับการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยของภาคเหนือเขต 15 และ 16 นั้นเป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาแบบต่อเนื่อง โดยมีการส่งต่อผู้ป่วยมากขึ้นจากบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปในแง่มุมต่างๆ เช่น นักท่องเที่ยว ระบบการจ่ายเงิน การออกนอก ระบบของมหาวิทยาลัย การฟ้องร้องที่มากขึ้น จำนวนเตียงไม่เพียงพอ จนต้องมีการปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วย เป็นต้น

แนวทางแก้ไขปัญหา:

วิธีแก้ไขตั้งแต่ปี 2548: การพัฒนาระบบภายใต้ระบบและทรัพยากรที่มีอยู่ การเพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการ มีการตั้งวิสัยทัศน์ร่วมกันโดยต่อยอดจากของกระทรวงสาธารณสุข พันธกิจ เป้าหมาย ตัวชี้วัด โดยมีการหารือร่วมกันกับทุกฝ่าย เช่น อาจารย์โรงเรียนแพทย์จากสถาบันต่างๆ จากนั้นจึงมีการจัดตั้งโครงสร้างระบบการส่งต่อ และจัดระบบเพื่อการพัฒนา NICU ที่โรงพยาบาลชุมชน การพัฒนาศูนย์สำรองเตียง การทำสัญญากับเอกชน และการตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการพัฒนาบุคลากรในแต่ละคณะทำงาน สี่หมื่นบาทต่อคณะต่อปี

ผลการดำเนินการพบว่ามีจำนวนการประสานงานส่งต่อผ่าน call center เพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งส่งไปกลับ และภายในและระหว่างจังหวัด โรงพยาบาลนครพิงค์สามารถรับส่งต่อได้ประมาณ 70% และได้รับผลการประเมินความพึงพอใจเพิ่มขึ้นจาก 80% เป็น 92% จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเอกชน ลดลง อันเนื่องจากการพัฒนาศักยภาพของสถานพยาบาลภาครัฐ เช่น มีการเพิ่มเครื่องช่วยหายใจ oxygen saturation monitor และเครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยใช้งบภาครัฐ และเอกชน เช่น โรตารี เป็นต้น นอกจากนี้ในด้านกระบวนการ ได้มีการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่สำคัญและไม่เคยมีมาก่อน เช่น การปรับค่าตอบแทนแพทย์ผ่าตัดระบบประสาท สามเท่าของปกติ โดยได้รับการอนุมัติจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข การมีการปรึกษาระหว่างกันทางไกล หรือ Teleconsultation ทั้งผ่านทางอีเมลและวิธีอื่นๆ เป็นต้น

บทเรียนที่ได้จากการดำเนินการ:

กรณีศึกษาของการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อของภาคเหนือเขต 15 และ 16 ได้แสดงให้เห็นผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นจากการร่วมกันพัฒนาในลักษณะของนวัตกรรมเชิงกระบวนการและโครงสร้าง เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อมในสังคม อย่างไรก็ตามสิ่งที่เห็นได้ชัดว่าเป็นความต้องการอย่างยิ่งยวดในระบบสาธารณสุขไทยคือ การขาดแคลนข้อมูลการวิจัยฝั่งผู้ให้บริการในแง่สมรรถนะในการรองรับภาระงานแต่ละระดับ และข้อมูลสนับสนุนในการประยุกต์ใช้แนวทางปฏิบัติจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ในแง่ความคุ้มค่าของขอบเขตการดำเนินงาน มาตรฐานความสำเร็จ และความเร่งด่วนในการดำเนินการตามแนวทางนั้น (Economy of scope, of scale, of speed)

“การพัฒนาและแก้ไขปัญหาโดยเปลี่ยนแปลงกระบวนการ และโครงสร้างการดำเนินงาน”

การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการด้านจักษุของนครราชสีมา

สถานการณ์:

ประชากรในจังหวัดนครราชสีมาประมาณ 2,550,195 คน แต่มีจักษุแพทย์เพียง 7-8 คน ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการตรวจตาได้อย่างทั่วถึง โดยสถิติแล้วแผนกผู้ป่วยนอกของจักษุจะให้บริการตรวจตาแก่ประชาชนจำนวน 43,390 คนต่อปี และให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยในประมาณ 4,045 คนต่อปี ผู้ป่วยกว่าร้อยละ 80 ถูกส่งมาจากโรงพยาบาลชุมชน โดยโรคตาที่พบบ่อยได้แก่ cataract 3,587 ราย Conjunctiva 1,590 ราย Glaucoma 1,033 ราย Retina 737 ราย และ Cornea 599 ราย ทั้งนี้ได้มีการประเมินสถานการณ์ของการให้บริการด้านจักษุของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาแล้ว พบว่าการบริการแบบตั้งรับที่ดำเนินการอยู่นั้น ทำให้เกิดความแออัดของผู้ป่วยที่มาใช้บริการอย่างมาก

แนวทางแก้ไขปัญหา:

ได้มีการวางแผนเพื่อพัฒนาบริการเชิงรุกแบบครบวงจร ลดความแออัดในรพ.มหาราชนครราชสีมา และเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยดำเนินการร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ขนาด 60 90 และ 120 เตียง ตั้งแต่ตุลาคม 2551 ถึงกันยายน 2552

การดำเนินการต่างๆ ประกอบด้วย การจัดประชุมแพทย์จักษุและพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา และดำเนินการทบทวนข้อมูลบริการ และนำเสนอโครงการต่อผู้บริหาร และมีการจัดเตรียมหน่วยตรวจตาเคลื่อนที่ (mobile eye unit) โดยได้งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2551 นอกจากนี้ยังมีการจัดฝึกอบรมจักษุแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร สำหรับระบบเครือข่ายบริการที่จะดำเนินการนั้น ได้มีการกำหนดวันเวลาและสถานที่ที่แน่นอนที่ทีมจักษุเคลื่อนที่จะไปให้บริการที่แต่ละโรงพยาบาลชุมชนทุกๆ วันอังคาร

ทีมเคลื่อนที่ ประกอบด้วย จักษุแพทย์ 3 คน พยาบาลอาสาสมัครเวชปฏิบัติทางตา 1 คน พยาบาลส่งเครื่องมือ 1 คน และเจ้าหน้าที่ธุรการ 2 คน โดยสามารถให้บริการผู้ป่วยได้ประมาณ 200-300 รายต่อวัน ทั้งนี้โรงพยาบาลโนนสูง บัวใหญ่ และครบุรี รวมทั้ง PCU เขตเมือง จะแบ่งโซนรับผิดชอบกันเอง ระบบบริการที่พัฒนาขึ้นขณะนี้สามารถให้บริการตรวจรักษา ผ่าตัดเล็ก ผ่าตัดใหญ่ เลเซอร์ ได้ทั้งหมดยกเว้นรพ.โนนสูงกับ PCU ที่ทำผ่าตัดใหญ่และเลเซอร์ไม่ได้

นอกจากที่กล่าวมาแล้ว โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครราชสีมาได้ทำการเจรจาต่อรองกับสาธารณสุขจังหวัด เพื่อให้เห็นความสำคัญของภาวะโรคด้านจักษุ และความต้องการบุคลากรของโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัด และทำการตกลงให้มีการถ่ายโอนตำแหน่งจักษุแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ให้มาสังกัดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครราชสีมา เพื่อจูงใจให้จักษุแพทย์อยู่ในจังหวัดมากขึ้น โดยทำสัญญาที่จะมีการจัดเครือข่ายบริการเคลื่อนที่ด้านจักษุไปให้บริการโดยทั่วถึงกันเป็นการแลกเปลี่ยน

บทเรียนที่ได้จากการดำเนินการ:

ในระยะเวลาดำเนินการ ได้ทำการฝึกอบรมบุคลากรจากสถานพยาบาลในเครือข่ายและพื้นที่ใกล้เคียงทั้งสิ้น 17 แห่ง จำนวน 34 คน และได้ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยไปจำนวนทั้งสิ้น 4,551 ราย โดยมีอายุตั้งแต่ 1-95 ปี ผลจากการดำเนินงานที่ผ่านมาทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมารักษาที่รพ.มหาวิทยาลัยศรีนครราชสีมา มีจำนวนลดลงถึง 32.5% และผู้ป่วยที่ได้รับการจากหน่วยบริการจักษุเคลื่อนที่นั้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยผลเฉลี่ยเทียบเท่ากับการผ่าตัดที่รพ.มหาวิทยาลัยศรีนครราชสีมา นอกจากนี้บุคลากรของโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ ยกเว้น โรงพยาบาลครบุรี ซึ่งประเมินว่าทำให้มีงานมากขึ้น แต่ยังคงมีความพึงพอใจประมาณ 72% ในขณะที่ผู้ป่วยที่มารับบริการโดยเฉลี่ยมีความพึงพอใจประมาณ 82% ในขณะที่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลครบุรีมีความพึงพอใจสูงถึง 98% เฉยทีเดียว

บทเรียนความสำเร็จของเครือข่ายบริการจักษุของจังหวัดนครราชสีมา ได้สะท้อนให้เห็นคุณสมบัติด้านการมีภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม ประสิทธิภาพในการสื่อสาร ความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการระหว่างหน่วยงานแต่ละระดับ ผลจากการดำเนินการจนสำเร็จดังกล่าว ได้นำมาซึ่งแผนการขยายไปสู่อำเภอพิมาย และอำเภอปากช่องในระยะต่อมา

“การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นการเสียสละ ภายใต้การนำของหัวหน้าหรือผู้อาวุโส”

“การแลกเปลี่ยนโดยขอตำแหน่งจักษุแพทย์จากสสจ. เพื่อให้บริการ ณ รพช. อย่างสม่ำเสมอ โดยพิจารณาความเหมาะสมของชีวิตการทำงานของบุคลากร อุปกรณ์ และสภาพแวดล้อม”

การพัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับยา Warfarin จังหวัดอุบลราชธานี

สถานการณ์:

หน่วยศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ทำการประเมินสถานการณ์การให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจหลังการผ่าตัดที่ได้รับยา warfarin ซึ่งโดยแท้จริงแล้วคนไข้กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ต้องกินยาไปตลอดชีวิต พบว่ามีอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลภายหลังจากได้รับยา warfarin จำนวนมาก โดยเฉลี่ยปีละ 30-50 ราย นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาในทางปฏิบัติมักเกิดจากปัญหาเรื่องการใช้ยา การเข้าถึงบริการ และความต่อเนื่องของการรักษา

แนวทางแก้ไขปัญหา:

ได้มีการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการใช้เครือข่ายมาช่วยจะเป็นประโยชน์ในการดูแลคนไข้ โดยมีผลในการควบคุม International Normalized Ratio (INR) ไม่แตกต่างกัน จึงได้มีการจัดประชุมสาธารณสุขจังหวัด 4 จังหวัดใกล้เคียง เพื่อค้นหาปัญหา ออกแบบสอบถาม พบว่าเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ในการดูแล, ขาดอุปกรณ์ที่จะตรวจ INR, การไม่มียา warfarin ในบัญชียาของโรงพยาบาล, และการขาดผู้รับผิดชอบโดยตรง และดำเนินการหาทางแก้ไข โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานระหว่างโรงพยาบาล มีกิจกรรมระดมสมองเพื่อหาทางแก้ไขปัญหา สร้างคู่มือแนวทางมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ การส่งต่อและการดูแลในระดับโรงพยาบาลชุมชน

นอกจากนี้ยังมีการทบทวนประสบการณ์ในรอบสิบปีที่ผ่านมาของแพทย์และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย มีการจัดทำการ์ดคูมาดิน (Coumadin card) คู่มือคนไข้ วิธีดีเตรียมตัวสำหรับคนไข้ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และถามความต้องการของโรงพยาบาลลูกข่ายในการร่วมส่งต่อและดูแลผู้ป่วย โดยพบว่าโรงพยาบาลลูกข่ายต้องการเลขประจำตัว 13 หลัก การสื่อสารให้กลุ่มงานอื่นได้ทราบค่า target INR ของคนไข้ว่าควรจะเป็นเท่าใด เพื่อลดอัตราการสูญเสียคนไข้หลังผ่าตัดที่ไปรับบริการที่แผนกอื่น มีการเฝ้าระวังในระบบจ่ายยา โดยมีป๊อปอัพเตือนเวลาสั่งยาอื่นๆ ที่อาจมีการเสริมฤทธิ์ได้ มีการพัฒนาระบบรับปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง

สำหรับการรับคนไข้ที่แผนกผู้ป่วยใน ก็ได้มีการลดขั้นตอนเพื่อให้สามารถรองรับการส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบบริการให้เกิดการทำงานร่วมกันระหว่างศัลยแพทย์ อา

ยุทธแพทย์ เกษัชกร พยาบาล การออกนิเทศก์ลูกข่ายทำอย่างเป็นกันเองเหมือนพี่เยียมน้อง ติดตามความก้าวหน้าเป็นระยะๆ และประชุมร่วมกันทุก 3 เดือน โรงพยาบาลแม่ข่ายจะเก็บตัวชี้วัดทุกเดือน

บทเรียนที่ได้จากการดำเนินการ:

โรงพยาบาลลูกข่ายจำนวน 13 แห่งจากทั้งหมด 15 แห่งสามารถทำงานได้สำเร็จตามตัวชี้วัด สามารถลดอัตราการคุม INR ไม่ดีจาก 23% เหลือเพียง 8% โดยไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต นอกจากนี้การพัฒนากระบวนการบริการและการส่งต่อผู้ป่วยข้างต้นได้ทำให้เกิดการทำงานเป็นทีม มีความยืดหยุ่นในการทำงานมากกว่าเดิม เกิดศูนย์ประสานงานตลอด 24 ชั่วโมง เกิดการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างปฏิบัติงาน ทุกโรงพยาบาลในเครือข่ายมี warfarin manager และมีระบบปรึกษาที่อำนวยความสะดวกและให้ความมั่นใจแก่ลูกข่าย

ปัญหาที่พบระหว่างการดำเนินการคือ การเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบบ่อย การติดต่อประสานงานโดยโทรศัพท์ส่วนตัวเป็นภาระค่าใช้จ่ายเฉพาะบุคคล และทัศนคติของผู้ป่วยบางคนต่อสถานบริการในชุมชนที่ยังไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของโรงพยาบาลขนาดเล็ก

ในปีพ.ศ.2554 ได้มีการวางแผนเพื่อเพิ่มเครือข่ายอีกสองแห่ง และพัฒนาศักยภาพลูกข่ายให้สามารถเป็นแม่ข่ายให้จังหวัดตนเองได้ และการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถขยายเป็นแม่ข่ายสำหรับดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลที่สังกัดในอำเภอได้ รวมถึงการใช้ระบบ skype ในการติดต่อสื่อสารผ่านทาง computer และ iphone4

บทเรียนความสำเร็จของการพัฒนาเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีนี้ ได้แสดงให้เห็นถึงผลของความพยายามในการสร้างนวัตกรรมเชิงกระบวนการและเชิงโครงสร้าง โดยมีพื้นฐานจากจิตอาสาของบุคลากร ภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม การแบ่งและจัดสรรงานแบบกระจายอำนาจหน้าที่รับผิดชอบ จนสามารถก่อให้เกิดระบบการดูแลแบบครบวงจร

การจัดตั้งเครือข่าย Warfarin network ในโรงพยาบาลชุมชนและศูนย์แพทย์ชุมชน จังหวัด นครราชสีมา

สถานการณ์:

โรงพยาบาลมหาราช จังหวัดนครราชสีมาได้มีการจัดตั้งคลินิก warfarin เพื่อให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับประทานยา warfarin มาตั้งแต่ปีพ.ศ.2547 ปัญหาที่พบระหว่างการดำเนินการคือไม่สามารถติดตามดูแลได้ใกล้ชิด ตามมาตรฐานที่ควรจะนัดทุกเดือน แต่ปฏิบัติได้เพียง 2-3 เดือนต่อครั้งเท่านั้น ปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถดูแลได้ คือ การเดินทางของคนไข้มาได้ยากลำบาก เนื่องจากระยะทางไกล และมีภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง โดยเฉพาะแล้วผู้ป่วยทั้งหมด 2,300 รายนั้น 80% อยู่ต่างจังหวัด ต่างอำเภอ และมีเพียง 20% เท่านั้นที่อยู่ในอ.เมือง จ.นครราชสีมา นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องภาระงานของแพทย์ที่มาก โดยมีผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลถึงวันละ 2,000-3,000 ราย

แนวทางแก้ไขปัญหา:

แนวคิดแก้ไขปัญหาคงได้เป็นการสร้างระบบบริการที่เอื้อให้เกิดการติดตามผู้ป่วยที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านเนื่องจากมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของคนไข้โรคหัวใจ เช่น Atrial Fibrillation ที่ต้องกินยา warfarin

ทีมงานได้ไปทบทวนแนวคิดการจัดการระบบให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulation management: anticoagulant clinic), แนวคิดการสร้างระบบการดูแลตนเองของผู้ป่วย, การจัดการระบบข้อมูลและขนาดยา และนำมาพิจารณาปรับเข้ากับบริบทของพื้นที่ โดยสร้างเป็นโครงการคือ ใกล้บ้านใกล้ใจ โดยใช้เครือข่ายบริการที่ทำงานประสานงานกัน (coordinated network)

ความท้าทายในการจัดตั้ง คือ ความแตกต่างด้านศักยภาพระหว่างแม่ข่ายกับลูกข่าย วิธีการคัดเลือกโรงพยาบาลนำร่อง งบประมาณสำหรับวัสดุครุภัณฑ์ ทั้งเครื่องตรวจและสตรีปที่ใช้ตรวจ ความต้องการของผู้ป่วยในการกลับไปรับบริการดูแลที่โรงพยาบาลลูกข่าย

จากนั้นก็ดำเนินการคัดเลือกโรงพยาบาลชุมชนที่ยินดีร่วมมือ และมีปริมาณคนไข้พอสมควร โดยมีโรงพยาบาลชุมชน และศูนย์แพทย์ชุมชน รวม 7 แห่ง เข้าร่วมโครงการ มีการอบรมวิชาการ ชักซ้อมทำความเข้าใจกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยให้เภสัชกรทดลองทำเคสที่แม่ข่ายโดยมีพี่เลี้ยงดูแล เป็นเวลา 1 เดือน

บทเรียนที่ได้จากการดำเนินการ:

ผลการดำเนินงาน เปรียบเทียบระหว่างลูกข่ายกับแม่ข่ายพบว่า สามารถให้บริการควบคุมค่า INR ในระดับที่ตั้งเป้าไว้ 45% และ 45% ตามลำดับ โดยมีความถี่ในการติดตาม 4.5 สัปดาห์สำหรับลูกข่าย ในขณะที่แม่ข่ายนัดทุก 8.5 สัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบว่าแม่ข่ายเจอค่าที่เกินหรือต่ำกว่าเป้า 20% แต่ลูกข่ายมีเพียง 17%

จากการประเมินภาพรวมพบว่า ความปลอดภัยต่อคนไข้สูงขึ้น สามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลแม่ข่ายได้ และการดำเนินการพัฒนาตามระบบดังกล่าวยังช่วยให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลลูกข่าย

ในปีพ.ศ.2554 ได้มีการวางแผนจะขยายต่อไปในจังหวัดใกล้เคียง เช่น สุรินทร์ บุรีรัมย์ ชัยภูมิ และทำการพัฒนาโปรแกรมเก็บข้อมูล จัดตั้ง call center และจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับยา

บทเรียนความสำเร็จที่ได้จากการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยของจังหวัดนครราชสีมา ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความครบถ้วนของข้อมูลที่น่ามาใช้วางแผนการดำเนินการ แผนการดำเนินการที่ชัดเจน รวมถึงกระบวนการดำเนินงานที่มีการเตรียมความพร้อมให้กับลูกข่าย ระบบให้คำปรึกษาจากพี่เลี้ยง การมีโรงพยาบาลนำร่องเพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้แก่ที่อื่นๆ

...Push tertiary care into primary care...

Fast track appendix โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

สถานการณ์:

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี มีสถิติการให้บริการผ่าตัดไส้ติ่งจำนวน 2,162 รายต่อปี หากเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ ที่ให้บริการดูแลในแผนกศัลยกรรมของโรงพยาบาลตั้งแต่ 2550-2 ถือว่าโรคไส้ติ่งอักเสบเป็นสาเหตุอันดับ 1 ของผู้ป่วยที่เข้ามาอนในแผนกผู้ป่วยใน นอกจากนี้ยังพบว่า 70% ของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่นๆ นอกจากนี้ ผู้บริหารระดับจังหวัดและระดับโรงพยาบาลมีนโยบายให้รับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากทุกสาย ไม่มีนโยบายเตียงเต็ม ดังนั้นจึงเกิดปัญหาความแออัดของผู้ป่วยที่เข้ามาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลเป็นอย่างมาก โดยในปี พ.ศ.2550 ได้มีข้อร้องเรียนเกี่ยวกับระยะเวลาในการรอตรวจของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบที่แผนกฉุกเฉิน จนเป็นเหตุให้เกิดการวางแผนแก้ไขปัญหานี้

แนวทางแก้ไขปัญหา:

ทีมงานได้มาพิจารณาสถานการณ์การให้บริการรวมถึง flow ของแผนกฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยไส้ติ่ง อักเสบใช้เวลาประมาณ 39 นาที (พิสัยตั้งแต่ 28 นาทีถึง 2 ชั่วโมง 53 นาที) จากการระดมสมองหารือกัน ได้ตกผลึกความคิดที่จะพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยแบบ Fast track เพื่อลดระยะเวลารอคอยบริการของ ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ โดยใช้ใบส่งตัวมาแทนใบแอดมิตได้ และได้มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ ทำการคัด กรองผู้ป่วยแทนแพทย์ เพื่อให้แพทย์ไม่ต้องเสียเวลามาดูที่แผนกฉุกเฉิน แต่ให้ไปดูผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยใน ครั้งเดียวเลย ทั้งนี้เพื่อลดโอกาสผิดพลาด ได้มีการประยุกต์ใช้เครื่องมือการคัดกรองที่เรียกว่า Alvarado score มาให้พยาบาลทำการประเมิน และทำการพัฒนาต้นแบบใบสั่งการรักษา (standing order) สำหรับ ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบทุกรายเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันอีกด้วย

บทเรียนที่ได้จากการดำเนินการ:

จากการจัดระบบบริการแบบ fast track นานหนึ่งปี ทีมงานได้ทำการศึกษาผลการดำเนินงาน โดย ทบทวนย้อนหลังหนึ่งปี ทำการสุ่มผู้ป่วยจำนวน 264 ราย โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้กับไม่ใช้ระบบ fast track พบว่าระยะเวลาในการรอรับบริการที่แผนกฉุกเฉินในกลุ่ม fast track คือ 22 นาที ในขณะที่กลุ่มที่ ไม่ได้อยู่ในระบบใช้เวลาเฉลี่ย 29 นาที ในขณะที่อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยสุดท้ายว่าไม่ใช่ไส้ติ่ง อักเสบและไม่ต้องการการผ่าตัดนั้น ในกลุ่ม fast track มี 9% ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ใช่ fast track 14%

จากนั้นทีมงานจึงได้เริ่มนำระบบมาใช้จริงอย่างเต็มรูปแบบ และพบว่าหลังจากการประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินแบบ Alvarado score ก็พบว่าไม่มีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมาผ่าตัดไส้ติ่งหลังจากผ่านการคัดกรองว่าไม่ใช่แล้วเลย

ตัวอย่างความสำเร็จของกรณีศึกษาการพัฒนากระบวนการ fast track สำหรับผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานีนี้ เป็นตัวอย่างหนึ่งของความพยายามจะลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นของระบบบริการลง เพื่อหวังจะทำให้ลดระยะเวลาการรอรับบริการของผู้ป่วย และการประยุกต์ใช้เครื่องมือประเมินทางทฤษฎีเพื่อมาใช้เป็นเครื่องมือรูปธรรมในทางปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการลดขั้นตอนบางอย่างในระบบบริการลง อันแสดงให้เห็นถึงแนวทางการใช้เทคโนโลยีสำหรับช่วยในการตัดสินใจดูแลรักษาผู้ป่วยที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

บทวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบของกรณีศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ

จากแนวคิดและกรณีศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วย ทั้งแบบเฉียบพลันและโรคเรื้อรัง จะสังเกตได้ว่า มีความหลากหลายในกลวิธีการพัฒนาอย่างมาก ทั้งนี้สามารถจำแนกแรงผลักดันที่ทำให้เกิดการพัฒนาระบบได้ออกเป็น 4 ประเภทหลักๆ ได้แก่

1. การพัฒนาที่เกิดขึ้นจากนโยบายของผู้บริหารระดับองค์กร หรือระดับชาติ (Policy oriented direction)
2. การพัฒนาตามความต้องการของการเสริมสร้างศักยภาพ (Capacity building)
3. การพัฒนาที่เกิดจากแรงผลักดันเพื่อหาระบบบริการที่มีความคุ้มค่าและประหยัดทรัพยากร (Efficiency)
4. การพัฒนาตามแนวคิดหรือแบบอย่างที่เหมาะสมความสำเร็จโดยนำมาปฏิบัติ หรือนำมาแปรสู่การปฏิบัติตามบริบทของพื้นที่ (Adoption and/or Translation)

ปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงจากกระแสโลกาภิวัตน์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากกรณีศึกษาต่างๆ ทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศ พอจะสรุปลักษณะการเปลี่ยนแปลงโดยรวมได้ดังนี้

ปัจจัย	แบบเดิม	แบบใหม่
<p>1. ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ความสัมพันธ์เชิงพ่อลูก ● แพทย์สั่งการรักษา ● การรักษาขึ้นอยู่กับพื้นที่และประสบการณ์ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ความสัมพันธ์แบบคู่ความร่วมมือ ● การตัดสินใจผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย ● การดูแลรักษาโดยยึดถือหลักฐานเชิงประจักษ์
<p>2. คู่แข่งขันในการให้จัดระบบบริการสุขภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● มักมีคู่แข่งภายในพื้นที่ใกล้เคียง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ตัวเล็อกมากขึ้น ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับภูมิภาค ระดับประเทศ หรือต่างประเทศ เนื่องจากการเดินทางที่สะดวกขึ้น ● มีผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่อิงศาสตร์ด้านการแพทย์ทางเลือก
<p>3. พื้นฐานแนวคิดด้านการจัดระบบบริการสุขภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● อิงตามพื้นที่ ● คุณภาพตามแนวคิดเชิงคลินิก ● ความพึงพอใจ ● การเข้าถึง 	<ul style="list-style-type: none"> ● คุณค่าที่เกิดขึ้นจากบริการที่ให้ ● การให้บริการสุขภาพที่เน้นความจำเพาะต่อตัวบุคคล ● การให้บริการสุขภาพโดยมีการประสานงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ● มีการคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้า เน้นการป้องกัน การตรวจค้นหาโรคระยะเริ่มแรก ร่วมไปกับการจัดบริการรักษาตามมาตรฐาน ● เน้นการจัดบริการและช่องทางให้บริการที่ใกล้ชิดต่อตัวผู้รับบริการ

<p>4. นวัตกรรมที่ใช้ในการจัดระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● เน้นการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ และมองเรื่องกำไร/ขาดทุนจากการให้บริการ ● เน้นการวิจัยขั้นพื้นฐานในมหาวิทยาลัย เพื่อคัดเลือกมาใช้ปรับปรุงระบบบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> ● เน้นเรื่องสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก ● เน้นผลประโยชน์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานภายในเครือข่ายบริการ เพื่อจัดบริการให้เกิดการปรับปรุงด้านคุณภาพ ความปลอดภัย และคุณค่าของบริการที่เพิ่มขึ้น ● ปรับใช้เครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจทางคลินิก ร่วมกับการแปรผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องมาสู่การปฏิบัติ
<p>5. วัฒนธรรมการให้บริการสุขภาพภายในระบบ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ต่างคนต่างทำ ● เน้นการพิจารณาจัดระบบบริการจากมุมมองของผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาลเป็นหลัก ● ไม่ชอบการเปลี่ยนแปลง หรืออาจมีแรงต้าน 	<ul style="list-style-type: none"> ● เน้นการทำงานเป็นทีม ทั้งในระดับการปฏิบัติการ และระดับบริหารจัดการ ● เน้นการพิจารณาจัดระบบบริการจากมุมมองของผู้ป่วยเป็นหลัก ● เน้นการประสานงานระหว่างองค์กร/หน่วยงาน เพื่อก้าวข้ามข้อจำกัดเรื่องกฎระเบียบ ทรัพยากร รวมถึงบุคลากรที่จำเป็นต้องใช้ในการพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ ● เน้นการมีทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง และการสร้างสรรค่นวัตกรรมระดับต่างๆ

<p>6. กระบวนการให้บริการภายในระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● กระบวนการดั้งเดิมที่ใช้ระบบเขียนระบบกระดาษ และใช้คนเป็นหลัก ● มีการพัฒนากระบวนการให้บริการสุขภาพอย่างค่อยเป็นค่อยไป ในลักษณะแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ● ปรับกระบวนการให้บริการตามความเหมาะสมต่อผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> ● เน้นการใช้เทคโนโลยี ระบบอิเล็กทรอนิกส์ และระบบอัตโนมัติ ในกระบวนการให้บริการสุขภาพมากขึ้นเรื่อยๆ ● เน้นการออกแบบกระบวนการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนมากขึ้น มีการวิเคราะห์ระบบ และจัดการระบบ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ● เน้นการร้อยเรียงกระบวนการให้บริการภายในระบบเครือข่าย ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายที่ตั้งไว้ขององค์กรต่างๆ ภายในเครือข่าย เพื่อลดโอกาสขัดแย้งระหว่างกัน และสร้างสมดุลของประโยชน์ที่เกิดขึ้นร่วมกัน
<p>7. การจัดการข้อมูลข่าวสารภายในระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● เน้นการจัดการข้อมูลที่อยู่บนกระดาษ/เอกสารเป็นหลัก ● ข้อมูลต่างๆ ยังไม่มีระบบมาตรฐานในการกำกับ ● เกิดภาวะขาดแคลนองค์ความรู้ที่แสดงถึงผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินการต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ● เน้นการจัดเก็บแบบอิเล็กทรอนิกส์ ● เน้นข้อมูลที่ได้รับการบันทึกและจัดเก็บโดยระบบที่มีมาตรฐาน และพร้อมต่อการนำไปวิเคราะห์ ● เน้นการสร้างองค์ความรู้เชิงประจักษ์ ที่สามารถนำไปใช้พัฒนาระบบบริการสุขภาพได้จริง

	<p>อย่างแท้จริง</p> <ul style="list-style-type: none">● ข้อมูลการจัดกระจายเข้าถึงได้ยาก● ข้อมูลต่างๆ ได้รับความเชื่อถือน้อย	<ul style="list-style-type: none">● เน้นการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เข้าถึงได้ง่าย และระบบข้อมูลเป็นระบบที่ใช้กันระหว่างหน่วยงานได้ แต่ยังมีระบบรักษาความปลอดภัย และรักษาความลับที่ดี
--	--	---

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับกระทรวงสาธารณสุขเพื่อประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบ เครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยในประเทศไทย

จากแนวคิดอันหลากหลายที่เกิดขึ้นในแต่ละที่นั้น มีทั้งข้อดีและข้อจำกัดในทางปฏิบัติ แต่เราสามารถที่จะวิเคราะห์บทเรียนความสำเร็จจากกรณีศึกษาทั้งในประเทศ และต่างประเทศได้ว่า หากจะพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพของประเทศไทย ให้สามารถมีศักยภาพในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมโลกได้นั้น น่าจะมีแนวทางการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดำเนินการไปพร้อมกันใน 4 ลักษณะ ดังนี้

1. **การพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพระดับชุมชน (Community health network):** ในอดีตจนถึงปัจจุบันนั้นได้มีแนวคิดของกระทรวงสาธารณสุขในการจัดระบบบริการในลักษณะพื้นที่เขตบริการสุขภาพอยู่แล้ว ดังนั้น หากทำการส่งเสริมให้มีการเชื่อมโยงหน่วยบริการต่างๆ ในแต่ละพื้นที่ ให้สามารถสร้างวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายร่วมที่ตรงกันได้ก็จะทำให้ทิศทางของการดำเนินงานนั้นเป็นไปในทิศทางเดียวกันมากขึ้น นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขควรจะดำเนินการหากวิธีอย่างเป็นทางการที่จะเอื้อให้เกิดการแบ่งปันทรัพยากรด้านต่างๆ รวมถึงทรัพยากรบุคคลของแต่ละหน่วยงานตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิที่อยู่ในพื้นที่ แม้จะต่างสังกัดก็ตาม โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จที่ควรพิจารณาคือ สมดุลของการลงทุนแบ่งปันของแต่ละหน่วยงาน และผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับแต่ละฝ่ายอย่างยั่งยืน^{101, 102, 103} (Sustainable return on investment: SROI) ดังจะเห็นได้ว่าเป็นรูปธรรมในหลายกรณีศึกษา เช่น การจัดการทรัพยากรบุคคลด้านจักษุแพทย์ของระบบเครือข่ายบริการโรคตาของจังหวัดนครราชสีมา เป็นต้น หากยกตัวอย่างความเป็นไปได้สำหรับการพิจารณาอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การเปลี่ยนระบบจัดสรรงบประมาณเป็นรายเครือข่าย แทนที่จะเป็นแต่ละสถานพยาบาล เพื่อให้สถานพยาบาลขนาดเล็กมีโอกาสที่จะรักษาสถานะทางการเงินที่มั่นคง โดยสามารถส่งต่อผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนไปยังสถานพยาบาลทุติยภูมิหรือตติยภูมิในเครือข่ายเดียวกันได้อย่างเหมาะสม และเอื้อให้สถานพยาบาลทุกระดับในเครือข่ายมีความเชื่อมโยงในการปฏิบัติงานร่วมกันมากขึ้น
2. **การพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศ (Center of excellence):** จากกรณีศึกษาทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ จะพบว่า ระบบเครือข่ายบริการสุขภาพนั้นจะประสบความสำเร็จไม่ได้เลย หากไม่มี

ศูนย์กลางหรือแม่ข่ายที่ดูแลลูกค้า ทั้งในด้านวิชาการ และด้านการจัดการประสานงาน ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาวางแผนเรื่องการจัดหาคู่มือที่มีความเป็นเลิศด้าน วิชาการหรือการให้บริการสุขภาพ เพื่อทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง หรือแม่ข่ายสำหรับแต่ละเครือข่าย บริการสุขภาพระดับชุมชน/แต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ศูนย์ความเป็นเลิศที่กล่าวถึงนั้น เป็นได้ในสองลักษณะ คือ 1) รับบทบาททั้งผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นเลิศ และบทบาทผู้ประสานงานของเครือข่ายเพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับของทั้งลูกค้าและประชาชนผู้รับบริการ ภายใต้ทรัพยากร เดิมที่มีอยู่ หรือ 2) ในกรณีที่มีข้อจำกัดด้านภาระงานหรือทักษะในการดำเนินการทั้งให้บริการ สุขภาพและประสานงานเครือข่าย อาจทำการสนับสนุนทรัพยากรเพิ่มเติมเพื่อเสริมสร้างศักยภาพ ให้เกิดขึ้นทั้งสองด้าน หรือ อาจทำการจัดจ้างมืออาชีพด้านการประสานงานเครือข่ายมาเพื่อ ปฏิบัติงานส่วนนี้ให้แทน¹⁰⁴ ร่วมกับการลงทุนพัฒนาอาชีพประสานงานเครือข่ายสุขภาพให้เกิดขึ้น ในประเทศไทย โดยอาศัยบทเรียนจากผู้มีประสบการณ์ในต่างประเทศ เพื่อให้เกิดระบบการจ้าง งานอย่างเป็นทางการและเป็นมาตรฐานในอนาคต

3. **การพัฒนาบุคลากรในลักษณะผู้ดูแลสุขภาพประจำตัว (Medical/Personal concierge):** สืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของสังคม ทั้งในเรื่องการพัฒนาด้านการแพทย์ เทคโนโลยี รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และค่านิยมในการใช้ชีวิตของประชากร มี แนวโน้มอย่างสูงที่ประชากรจะหันมาให้ความสำคัญกับบริการที่คำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ผู้ป่วยแต่ละคน ถึงแม้จะเป็นโรคเดียวกัน แต่จะมีความต้องการในเรื่องการ ดูแลรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน (Customized needs) ดังนั้น เพื่อให้เกิดการพัฒนา ระบบ เครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยที่มีความยืดหยุ่น และมีศักยภาพในการปรับตัวต่อการ เปลี่ยนแปลงของบริบทแวดล้อมดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนา บุคลากรสุขภาพที่สามารถดำเนินการให้บริการในลักษณะผู้ดูแลสุขภาพประจำตัว และเริ่มทดลอง ดำเนินการในพื้นที่นำร่องที่ได้รับการประเมินว่ามีความพร้อม โดยอาจพิจารณาเปรียบเทียบ ระหว่างการเริ่มพัฒนาบุคลากรในแนวทางใหม่ กับการต่อยอดแบบแผนและแนวคิดในการ ดำเนินงานของแพทย์ประจำตัวของต่างประเทศ หรือแม้แต่การต่อยอดแบบแผนและแนวคิดในการ ดำเนินงานตามหลักของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยขยายจากแพทย์ไปเป็นบุคลากรด้าน

สุขภาพสาขาอื่นๆ โดยคำนึงถึงความครอบคลุม (Coverage) ความเที่ยงธรรมและเท่าเทียม (Equity and equality) และความคุ้มค่า (Efficiency) ในการดำเนินการร่วมไปด้วย

4. การพัฒนาหน่วยตรวจจับความผันแปรของค่าใช้จ่ายของบริการด้านสุขภาพ (Price leader and competition policy): จะเห็นได้จากกรณีศึกษาหลายกรณีว่าระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วยนั้น มีปัจจัยหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญท่ามกลางกระแสการพัฒนาที่เน้นความคุ้มค่าของการบริหารระบบบริการ และสมดุลด้านมาตรฐานบริการและความปลอดภัยของผู้ป่วย นั่นคือ กระบวนการจัดซื้อจัดหาบริการ (Strategic purchasing process) รวมถึงการจัดซื้อจัดหา ยา วัสดุครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ที่ใช้ในระบบเครือข่ายบริการอีกด้วย ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาหน่วยตรวจจับความผันแปรของค่าใช้จ่ายของบริการด้านสุขภาพภายในระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อต่างๆ ที่มีอยู่ โดยควรคำนึงถึงความสมดุลระหว่างบริการภาครัฐ และเอกชน และพัฒนาให้เกิด**กลไกที่สามารถมีข้อมูลเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายระหว่างบริการเดียวกันหรือบริการที่คล้ายกัน ระหว่างเครือข่ายบริการ** เพื่อนำผลที่ได้มาพิจารณาสร้าง หรือปรับกลไกการควบคุมค่าใช้จ่ายให้เหมาะสม โดยเน้นด้าน**นโยบายเชิงบวก** เช่น นโยบายการสนับสนุนงบประมาณพิเศษสำหรับเครือข่ายบริการที่มีผลการดำเนินการให้บริการที่ดี และคุ้มค่า เป็นต้น

คณะผู้ศึกษาวิจัยมีความเชื่อเป็นอย่างยิ่งว่า ภายในระยะเวลาอีกหนึ่งทศวรรษที่จะถึงนี้ ประเทศไทยจำเป็นต้องได้รับการเสริมสร้างศักยภาพให้มีระบบสาธารณสุข ที่มีเครือข่ายบริการสุขภาพและระบบส่งต่อผู้ป่วย ที่มีคุณสมบัติทั้ง 4 ด้านดังที่กล่าวมา อันจะเป็นคำตอบเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนชาวไทย ทั้งในเรื่องแนวโน้มภาระโรค ด้วยบทบาททางสังคมและเศรษฐกิจที่เป็นผลจากการพัฒนา ร่วมกันของสังคมโลก เช่น เขตการค้าเสรี แนวทางการพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางด้านบริการสุขภาพ ฯลฯ รวมไปถึงการมุ่งเน้นคุณภาพและความปลอดภัยของผู้บริโภค และผลกระทบอันเกิดจากการพัฒนาด้านเทคโนโลยี ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในสังคม โดยในที่สุดแล้ว จะทำให้เกิดความคุ้มค่าของการลงทุนด้านทรัพยากร และลดอัตราการเสียชีวิต/พิการ และเพิ่มผลิตภาพของประเทศได้ในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Glossary of Statistical Terms. OECD. Available online at: <http://stats.oecd.org/glossary/detail.asp?ID=4>
2. Sturmberg JP. Continuity of Care: A Systems-based Approach. *Asia Pacific Family Medicine* 2003; 2:136-42.
3. Starfield B. Continuous Confusion? *Am J Public Health* 1980; 70:117-9.
4. Hjortdahl P. Continuity of Care in General Practice. A Study Related to Ideology and Reality of Continuity of Care in Norwegian General Practice. Oslo: University of Oslo, 1992.
5. Gonnella J, Herman M. Continuity of Care. *JAMA* 1980; 243:352-4.
6. <http://www.bmj.com/content/327/7425/1219.full>
7. Gray DP, Evan P, Sweeney K, et al. Towards a Theory of Continuity of Care. *J Royal Soc Med* 2003;96:160-6.
8. Flynn SP. Continuity of Care During Pregnancy: The Effect of Continuity on Outcome. *J Fam Prac* 1985;21:375.
9. Rodney WM, Quigley CB, Werblun MN, et al. Satisfaction of Continuity Patients in a Family Medicine Residency--Validation of a Measurement Tool. *Fam Pract Res J* 1986;5:167-76.
10. Freeman GK, Richards SC. Personal Continuity and the Care of Patients with Epilepsy in General Practice. *Br J Gen Pract* 1994;44:395-9.
11. Freeman GK, Sweeney KG. Why General Practitioners Do Not Implement Evidence-based Medicine: Qualitative Study. *BMJ* 2001;323:1100-2.
12. Summerskill WSM, Pope C. 'I Saw the Panic Rise in Her Eyes, and Evidence-based Medicine Went out of the Door.' An Exploratory Qualitative Study of the Barriers to Secondary Prevention in the Management of Coronary Health Disease. *Fam Pract* 2002;19:605-10.
13. Hanninen J, Takala J, Keinannen-Kiukaanniemi S. Good Continuity may Improve Quality of Life in Type 2 Diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 2001;51:21-7.
14. Overland J, Yue DK, Mira M. Continuity of Care in Diabetes: To Whom Does It Matter? *Diabetes Res Clin Pract* 2001;52:55-61.
15. Hjortdahl P. Ideology and Continuity of Care. *Fam Med* 1990;22:361.
16. O'Dawd TC. Five Years of Heartsink Patients in General Practice. *BMJ* 1988;297(6647):528-30.
17. Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An Exploration of the Value of the Personal Doctor-Patient Relationship in General Practice. *Br J Gen Pract* 2001;51:712-18.
18. Breslau N. Continuity Re-examined. *Med Care* 1982;20:347-60.

19. Pilotto LS, McCallum J, Raymond C, et al. Sequential Continuity of Care by General Practitioners: Which Patients Change Doctor? *Med J Aust* 1996;164:463-6.
20. Shers H, Webster S, van den Hoogen H, et al. Continuity of Care in General Practice: A Survey of Patients' Views. *Br J Gen Pract* 2002;52:459-62.
21. Gabel LL, Lucas JB, Westbury RC. Why Do Patients Continue to See the Same Physician? *Fam Pract Res J* 1993;2:1333-47.
22. Charney E, Bynum R, Eldridge DE. How Well Do Patients Take Oral Penicillin? *Pediatrics* 1967;40:188-95.
23. Ettinger PRA, Freeman GR. General Practice Compliance Study: Is It Worth Being a Doctor? *BMJ* 1981;282:1192-3.
24. German PS, Skinner EA, Shapiro S, et al. Preventive and Episodic Health Care of Inner City Children. *J Commun Health* 1976;2:92-106.
25. Salkever DS, German PS, Shapiro S, et al. Episodes of Illness and Access to Care in the Inner City: A Comparison of HMO and Non-HMO Populations. *Health Serv Res* 1976;11:252-70.
26. O'Connor PJ, Desai J, Rish WA, et al. Is Having a Regular Provider of Diabetes Care Related to Intensity of Control? *J Fam Pract* 1998;47:290-7.
27. Sweeney KG, Pereira Gray DJ. Patients Who Do Not Receive Continuity of Care from Their General Practitioner—Are They a Vulnerable Group? *Br J Gen Pract* 1995;45:133-5.
28. Orr S, Charney E, Strauss J, et al. Emergency Room Use by Low Income Children with a Regular Source of Care. *Med Care* 1991;29:283-6.
29. Gill JM, Mainous AG, Nsereko M. The Effect of Continuity of Care on Emergency Department Use. *Arch Fam Med* 2000;9:333-8.
30. Alpert JJ, Roberson LS, Kosa J, et al. Delivery of Health Care for Children: Report of an Experiment. *Pediatrics* 1976;57:917-30.
31. Gill JM, Mainous AG. The Role of Provider Continuity in Preventing Hospitalizations. *Arch Fam Med* 1998;7:352-7.
32. Butler JA, Winter WD, Singer JD, et al. Medical Care Use and Expenditure among Children and Youth in the United States: Analysis of a National Probability Sample. *Pediatrics* 1985;76:495-507.
33. Weiss LJ, Blustein J. Faithful Patients: The Effect of Long Term Relationships on the Cost of Care by Older Americans. *Am J Publ Health* 1996;86:1742-7.
34. Safran DG, Montgomery JE, Chang H, et al. Switching Doctors: Predictors of Voluntary Disenrollment from a Primary Physician's Practice. *J Fam Pract* 2001;50:130-6.

35. Moore L. Measuring Quality and Effectiveness of Prehospital EMS. *Prehosp Emerg Care* 1999 Oct-Dec;3(4):325-31.
36. Razzak JA, Kellermann AL. Emergency Medical Care in Developing Countries: Is It Worthwhile? *Bull World Health Organ* 2002;80(11):900-5.
37. Dick WF. Anglo-American vs. Franco-German emergency medical services system. *Prehosp Disaster Med* 2003 Jan-Mar;18(1):29-35.
38. Huiyi T. A Study on Prehospital Emergency Medical Service System Status in Guangzhou. Hong Kong: University of Hong Kong; 2007.
39. Fleischmann T, Fulde G. Emergency medicine in modern Europe. *Emerg Med Australas* 2007 Aug;19(4):300-302.
40. Roessler M, Zuzan O. EMS systems in Germany. *Resuscitation* 2006 Jan;68(1):45-49.
41. Adnet F, Lapostolle F. International EMS systems: France. *Resuscitation* 2004 Oct;63(1):7-9.
42. Papaspyrou E, Setzis D, Grosomanidis V, Manikis D, Boutlis D, Ressos C. International EMS systems: Greece. *Resuscitation* 2004 Dec;63(3):255-259.
43. Spiteri A. EMS systems in Malta. *Resuscitation* 2008 Feb;76(2):165-167.
44. Weninger P, Hertz H, Mauritz W. International EMS: Austria. *Resuscitation* 2005 Jun;65(3):249-254.
45. Pozner CN, Zane R, Nelson SJ, Levine M. International EMS Systems: The United States: Past, Present, and Future. *Resuscitation* 2004 Mar;60(3):239- 244.
46. Symons P, Shuster M. International EMS Systems: Canada. *Resuscitation* 2004 Nov;63(2):119-122.
47. Trevithick S, Flabouris A, Tall G, Webber CF. International EMS Systems: New South Wales, Australia. *Resuscitation* 2003 Nov;59(2):165-170.
48. Hay HI. EMS in New Zealand. *Emerg Med Serv* 2000 Jul;29(7):95-97, 109.
49. Al-Shaqsi S. EMS in the Sultanate of Oman. *Resuscitation* 2009.
50. Roudsari BS, Nathens AB, Cameron P, Civil I, Gruen RL, Koepsell TD, et al. International comparison of prehospital trauma care systems. *Injury* 2007 Sep;38(9):993-1000.
51. Arnold JL. International emergency medicine and the recent development of emergency medicine worldwide. *Ann Emerg Med* 1999 Jan;33(1):97-103.
52. Dib JE, Naderi S, Sheridan IA, Alagappan K. Analysis and applicability of the Dutch EMS system into countries developing EMS systems. *J Emerg Med* 2006 Jan;30(1):111-115.
53. Zieziulewicz T TW. Effectiveness and Efficiencies in Emergency Medical Services, NHTSA Technical Report,. 1982.

54. Pan American Health Organization W. Emergency Medical Services Systems. lessons learned from the United States of America for Developing Countries. Holtermann K-e, editor. Washington D.C: PAHO HQ Library Cataloguing-in-publication; 2003.
55. Pozner CN, Zane R, Nelson SJ, Levine M. International EMS systems: The United States: past, present, and future. Resuscitation 2004 Mar;60(3):239- 244.
56. Stout J, Pepe PE, Mosesso VN, Jr. All-advanced life support vs tiered-response ambulance systems. Prehospital Emergency Care. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2000 Jan-Mar; 4(1):1-6.
57. Stout J, Pepe PE, Mosesso VN, Jr. All-advanced life support vs tiered-response ambulance systems. Prehospital Emergency Care. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2000 Jan-Mar; 4(1):1-6.
58. Towl d. PRIME: A qualitative evaluation. dunedin: university of Otago; 2005.
59. Aprahamian C, Thompson BM, Towne JB, Darin JC. The effect of a paramedic system on mortality of major open intra-abdominal vascular trauma. J Trauma 1983 Aug;23(8):687-690.
60. Potter D, Goldstein G, Fung SC, Selig M. A controlled trial of prehospital advanced life support in trauma. Ann Emerg Med 1988 Jun;17(6):582-588.
61. Jacobs LM, Sinclair A, Beiser A, D'Agostino RB. Prehospital advanced life support: benefits in trauma. J Trauma 1984 Jan;24(1):8-13.
62. Eckstein M, Chan L, Schneir A, Palmer R. Effect of prehospital advanced life support on outcomes of major trauma patients. J Trauma 2000 Apr;48(4):643- 648.
63. Gervin AS, Fischer RP. The importance of prompt transport of salvage of patients with penetrating heart wounds. J Trauma 1982 Jun;22(6):443-448.
64. Ivatury RR, Nallathambi MN, Roberge RJ, Rohman M, Stahl W. Penetrating thoracic injuries: in-field stabilization vs. prompt transport. J Trauma 1987 Sep;27(9):1066-1073.
65. Demetriades D, Velmahos GC. Penetrating injuries of the chest: indications for operation. Scand J Surg 2002;91(1):41-45.
66. Volans A. Use and abuse of the ambulance service. Pre-hospital Immediate Care 1998;2:190-192.
67. Woollard M. The role of the paramedic practitioner in the UK. J Emerg Prim Health Care 2006;4(1).
68. Cummins RO, Ornato JP, Thies WH, Pepe PE. Improving survival from sudden cardiac arrest: the "chain of survival" concept. A statement for health professionals from the Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and the Emergency Cardiac Care Committee, American Heart Association. Circulation 1991 May;83(5):1832-1847.
69. Black JJ, Davies GD, Black JJ, Davies GD. International EMS systems: United Kingdom. Resuscitation January 2005;64(1):21-29.

70. Halter M, Marlow T, Tye C, Ellison GT. Patients' experiences of care provided by emergency care practitioners and traditional ambulance practitioners: a survey from the London Ambulance Service. *Emerg Med J* 2006 Nov;23(11):865-866.
71. O'Meara P. Would a prehospital practitioner model improve patient care in rural Australia?: the *Emergency Medicine Journal*; 2003. p. 199-203.
72. Kedgley S. Inquiry into the Provision of Ambulance Services in New Zealand: Report of the Health Committee. Presented to the New Zealand House of Representatives. (July 2008).
73. Al-Shaqsi S. EMS in the Sultanate of Oman. *Resuscitation* 2009.
74. Al-Lawati JA, Mabry R, Mohammed AJ. Addressing the threat of chronic diseases in Oman. *Prev Chronic Dis* 2008 Jul;5(3):A99.
75. Wagner EH. Chronic Disease Management: What will It Take to Improve Care for Chronic Illness? *Eff Clin Prac* 1998;1(1):2-4.
76. Savage J. Models of Care of Chronic Disease. Background Paper for the Models of Access and Clinical Service Delivery Project. Australasian Society for HIV Medicine. Sydney, NSW, 2009c. Available at: http://www.ashm.org.au/default2.asp?active_page_id=168
77. Landefeld C., Palmer R., Kresevic D., Fortinsky R. & Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *New England Journal of Medicine* 1995;332(20),1338–1344.
78. Asplund K., Gustafson Y., Jacobsson C., Bucht G., Wahlin A., Peterson J., Blom J.O. & Angquist K.A. Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: a randomized comparison of outcomes and use of resources. *Journal of the American Geriatrics Society* 2000;48(11), 1381–1388.
79. Counsell S.R., Holder C.M., Liebenauer L.L., Palmer R.M., Fortinsky R.H., Kresevic D.M., Quinn L.M., Allen K.R., Covinsky K.E. & Landefeld C.S. Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: a randomized controlled trial of Acute Care for Elders (ACE) in a community hospital. *Journal of the American Geriatrics Society* 2000;48(12), 1572–1581.
80. Schmader K.E., Hanlon J.T., Pieper C.F., Sloane R., Ruby C.M., Twersky J., Francis S.D., Branch L.G., Lindblad C.I., Artz M., Weinberger M., Feussner J.R. & Cohen H.J. Effects of geriatric evaluation and management on adverse drug reactions and suboptimal prescribing in the frail elderly. *American Journal of Medicine* 2004;116(9), 394–401.
81. Vidan M., Serra J., Moreno C., Riquelme G. & Oritz J. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized controlled trial. *JAGS* 2005;53, 1476–1482.

82. Harris R., Richardson G., Griffiths P., Hallett N. & Wilson-Barnett J. Economic evaluation of a nursing-led inpatient unit: the impact of findings on management decisions of service utility and sustainability. *Journal of Nursing Management* 2005;13(5), 428–438.
83. Naylor M., Brooten D., Campbell R., Jacobsen B., Mezey M., Pauly M. & Schwartz J. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA* 1999;281(7), 613–620.
84. Strand T., Asplund K., Eriksson S., Hagg E., Lithner F. & Wester P.O. A non-intensive stroke unit reduces functional disability and the need for long-term hospitalization. *Stroke* 1985;16(1), 29–34.
85. Mion L.C., Palmer R.M., Meldon S.W., Bass D.M., Singer M.E., Payne S.M., Lewicki L.J., Drew B.L., Connor J.T., Campbell J.W. & Emerman C. Case finding and referral model for emergency department elders: a randomized clinical trial. *Annals of Emergency Medicine* 2003;41(1), 57–68.
86. Bridges J, Flatley M, Meyer J. Older People's and Relatives' Experiences in Acute Care Settings: Systematic Review and Synthesis of Qualitative Studies. *Int J Nursing Studies* 2010;47(1):89-107.
87. Davies, S., Nolan, M., Brown, J., Wilson, F., 1999. *Dignity on the ward: promoting excellence in care. Help the Aged, London.*
88. Douglas, C.H., Douglas, M.R. Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health Expectations* 2004;7(1), 61–73.
89. Jacelon, C.S. Older adults and autonomy in acute care: increasing patients' independence and control during hospitalization. *Journal of Gerontological Nursing* 2004;30 (11), 29–36.
90. Li, H. Identifying family care process themes in caring for their hospitalized elders. *Applied Nursing Research* 2005;18 (2), 97–101.
91. Social Care Institute for Excellence. *Using qualitative research in systematic reviews: older people's views of hospital discharge.* SCIE, London 2006.
92. Bridges, J. *Listening Makes Sense: Understanding the Experiences of Older People and Relatives Using Urgent Care Services in England.* City University, London 2008.
93. Costello, J. Nursing older dying patients: findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing* 2001;35 (1), 59–68.
94. Goodwins N, Peck E, Freeman T, et al. *Managing across Diverse Networks of Care: Lessons from Other Sectors.* Report to the National Co-ordinating Center for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO), January 2004.
95. Bazzoli G, Shortell S, Dubbs N, et al. A Taxonomy of Health Networks and Systems: Bringing Order Out of Chaos. *Health Services Research* 1999;33(6):1683-1718.

96. Wan T, Allen M, Blossom Y. Integration and the Performance of Healthcare Networks. Do Integrated Strategies Enhance Efficiency, Profitability, and Image? International Journal of Integrated Care, June 2001.
97. Feachem GA, Sekhri NK, & White KL. Getting More for Their Dollar: A Comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. British Medical Journal 2002; 324:135-143.
98. Green D. On Cue Compliance Service. Available online at: <http://www.compliance.za.net/>
99. Woods K., The Development of Integrated Health Care Models in Scotland. International Journal of Integrated Care 2001; 1(3).
100. Dongbo F, McGowan P, Yongming D, et al. Implementation and Quantitative Evaluation of a Chronic Disease Self-management Program in Shanghai, China: Randomized Controlled Trial. Bull World Health Organ 2003;81(3):174-82.
101. Sustainable Return on Investment. Columbia University, Clinton Global Initiative, and HDR Inc. Available online at:
<http://sipa.columbia.edu/academics/workshops/documents/CGIBrochureupdated.pdf>
102. Sustainable Return on Investment. HDR Inc. Available online at:
<http://www.hdrinc.com/sites/all/files/content/articles/article-files/3275-sustainable-return-on-investment-sroi-can-help-get-projects-funded.pdf>
103. Introduction to Sustainable Return on Investment (SROI). Green&Grub. HDR Inc. Available online at:
<http://www.usgbccolorado.org/metro/documents/SROIPresentation.pdf>
104. Health Unit Coordinator. Health Career Center. Mississippi Hospital Association. Available online at:
<http://www.mshealthcareers.com/careers/healthunitcoord.htm>

ก

การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการ

การเปรียบเทียบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ, 74-78

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย, 79-81

ต่างประเทศ

จีน, 50

สก๊อตแลนด์, 48-49

สวีเดน, 39-40

แอฟริกาใต้, 46-47

ประเทศไทย

กลุ่มจังหวัดในภาคเหนือเขต 15 และ 16, 64-65

โรงพยาบาล

คลองหลวง, 57

ศูนย์นครปฐม, 53-54

ธัญญบุรี, 60

ปทุมธานี, 55

ประชาทิพย์, 56

พระนั่งเกล้า, 51-52

มหาราชนครราชสีมา, 66-67, 70-71

ลาดหลุมแก้ว, 58-59

ศิริราช, 61-63

สรรพสิทธิประสงค์, 68-69, 72-73

น

แนวคิดการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วย

ความเป็นมา, 1

ความต่อเนื่องของเครือข่าย

ด้านการจัดการ, 2

ด้านข้อมูล, 2

ด้านความสัมพันธ์, 3

ประเภทการดูแลรักษา

ระยะยาวหรือโรคเรื้อรัง, 1-2

Innovative Care for Chronic Conditions Model, 21, 22

The Chronic Care Model, 19, 20

ภาวะฉุกเฉิน, 1

การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน, 14

การช่วยชีวิตขั้นสูง, 14-15

ฟริงโก-เยอรมัน, 13

ระบบ Emergency Care Practitioner Scheme, 15-17

แองโกล-อเมริกัน, 13-14

ร

ระบบบริการแบบเฉียบพลันสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ

การจัดระบบบริการ

การเชื่อมความสัมพันธ์, 26

การทำความรู้จัก, 26

การร่วมตัดสินใจในการรักษา, 26

ความสำคัญของการสื่อสาร, 25

ผลของทีมพหุสาขาวิชาชีพ, 24

ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย, 25

รูปแบบการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการและการส่งต่อผู้ป่วย

เครือข่ายที่เน้นการประสานงาน 27, 34

เครือข่ายทางคลินิก, 37

เครือข่ายโรงพยาบาล, 34-36

เครือข่ายที่เน้นการจัดการแบบเบ็ดเสร็จ, 27, 44-45

Kaiser Permanente, 45

เครือข่ายที่เน้นการจัดซื้อจัดหา, 27, 41-43

Henry Ford Integrated Healthcare System, 42-43

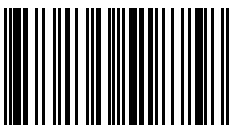
เครือข่ายที่เน้นข้อมูล, 27-33

Project CHAIN, 31-33

The Belgian-Dutch Clinical Pathway Network, 28-31



ISBN: 978-616-551-875-8



ราคา 200 บาท