การปรับตัวในการจัดบริการโรคไม่ติดต่อในช่วงสถานการณ์โควิด-19 เขตสุขภาพที่ 10

Adaptation of non-communicable disease services in Health Region 10 during the COVID-19 situation

อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์[1*], ชญานิน กฤติยะโชติ[2], ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์[3], นัตยา ตั้งศิริกุล[3]

Anuphan Suwanphan[1*], Chayanin Grittiyachote[2], Siriwan Pitayarangsarit[3], Nattaya Tungsirikoon[3]

*Corresponding author: phanssk@gmail.com

(Received: April 11, 2023; Revised: May 30, 2023; Accepted: June 18, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการปรับตัวในการจัดบริการโรคไม่ติดต่อ และประเมินความยั่งยืนของการจัดบริการจากสถานการณ์โควิด-19 ในสถานบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 10 รวม 9 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริการโรคไม่ติดต่อ 62 คน เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน - พฤศจิกายน 2564 โดยวิเคราะห์เอกสาร สัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง และสรุปประเด็นสำคัญ ผลการวิจัยพบว่าโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสำคัญและมีผู้ป่วยสูงสุด แม้จะได้รับผลกระทบจากการจัดบริการวิถีใหม่ แต่ผลลัพธ์การบริการยังคงเดิม การปรับระบบบริการมีดังนี้ 1) ระบบบริการ มีช่องทางที่หลากหลาย 2) กำลังคนด้านสุขภาพ มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการบริการโรคไม่ติดต่อ 3) ระบบสารสนเทศ มีการใช้โปรแกรมให้บริการในทุกระดับ แต่ยังขาดการเชื่อมโยง 4) เทคโนโลยีด้านการแพทย์ ได้เพิ่มช่องทางการส่งมอบยา โดยผ่านบริษัทเอกชน ร้านยาเอกชน ทางไปรษณีย์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 5) การบริหารจัดการงบประมาณ พบว่าเพียงพอสามารถบริหารจัดการได้ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลของระบบ ผู้นำริเริ่มในปรับการบริการ และจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอ และ 7) ระบบสุขภาพชุมชนที่เชื่อมโยงกัน ส่วนความยั่งยืนจะเกิดขึ้นได้จาก 5 ส่วน คือ 1) นโยบายของเขตสุขภาพ 2) ผู้บริหารของสถานบริการ 3) เครือข่ายความร่วมมือในระดับอำเภอ 4) ระบบข้อมูลที่มีการเชื่อมโยงกัน และ 5) การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ประเด็นที่ควรพัฒนา ได้แก่ 1) พัฒนาระบบสารสนเทศให้เชื่อมโยง 2) ระบบการแพทย์ทางไกล 3) ความร่วมมือกับร้านขายยาชุมชน และ 4) การกำกับดูแลตนเองของผู้ป่วย

คำสำคัญ: การปรับตัวการจัดบริการ, โรคโควิด-19, โรคไม่ติดต่อ

[1]สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ

[1]Community Health Program, Faculty of Liberal Art and Sciences, Sisaket Rajabhat University

[2]นักวิชาการอิสระ

[2]Independent Scholar

[3]กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

[3]Division of Non-communicable Disease, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

Abstract

This research is a qualitative study aimed at extracting lessons learned from adapting non-communicable disease (NCDs) services and assessing the sustainability of healthcare services in the context of the COVID-19 situation in Health Service Region 10, consisting of 9 facilities. The main data providers were individuals involved in NCDs services, totaling 62 people. Data were collected from June to November 2022 and analyzed through document analysis, semi-structured interviews, group discussions, content and structural analysis, and summarization of key findings. The research findings revealed that NCDs are a significant problem with many patients, despite the impact of new service arrangements. The results showed that the service outcomes remained unchanged. The service system adjustments included, 1) service delivery: expanding service channels, 2) health workforce: human resource capacity development in non-communicable disease services, 3) information systems: information systems utilizing the software at all levels but lacking in linkage, 4) medical products, vaccines, and technologies: medical technology advancements in medication delivery through private companies, private pharmacies, postal services, and village health volunteers, 5) financing: budget management, which was found to be sufficient for effective administration, 6) leadership and governance: system leadership and governance found that leaders initiated service adjustments and allocated resources adequately, and 7) community health system: the interconnected community health system. Sustainability can be achieved through five aspects: 1) health service area policies, 2) facility management, 3) collaboration networks at the district level, 4) interconnected data systems, and 5) community participation. Areas for development include: 1) enhancing information systems connectivity, 2) telemedicine systems, 3) expanding cooperation with community pharmacies, and 4) self-monitoring of patients at home.

Keywords: Adaptation **h**ealth services, COVID-19, Non-communicable disease

1. บทนำ

ในช่วงต้นปี 2563 ทั่วโลกประสบปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) โดยล่าสุดพบผู้ป่วยสะสมทั่วโลก 229 ล้านราย ผู้เสียชีวิต 4.7 ล้านราย [(1)] ส่วนในประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อสะสม 1.53 ล้านราย เสียชีวิต 16,016 ราย [(2)] แม้ในปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคจะลดลง แต่ผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมก็ยังคงอยู่ การจัดบริการสุขภาพเพื่อตอบสนองต่อการระบาดของโรคโควิด-19 ไม่สามารถดำเนินการได้ในระบบบริการปกติโดยเฉพาะในส่วนของโรงพยาบาล เนื่องจากความต้องการใช้บริการที่เพิ่มมากขึ้นจนเกินกว่าขีดความสามารถปกติจะรองรับได้ และความจำเป็นที่ต้องจัดบริการในรูปแบบที่มีการเว้นเพื่อป้องกันและควบคุมการระยะห่างแพร่กระจายของโรค[(3)] ดังนั้นผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อโควิด-19 จะได้รับผลกระทบค่อนข้างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่มีผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก

ข้อมูลผลการสำรวจเบื้องต้น เรื่องผลกระทบและการปรับตัวของนโยบายและระบบบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน สำหรับโรคไม่ติดต่อของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศและกองโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2564 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ[(4)] พบว่ามีหน่วยงานในสังกัดที่ให้บริการ *“เปิดให้บริการ โดยลดจำนวนวันในการให้บริการลง”* ร้อยละ 52.8 ในช่วงการระบาดโรคโควิด-19 ระลอกแรก และเพิ่มเป็น 58.3 ในระลอกที่สอง *“มีบุคลากร NCD clinic บางคนไปช่วยงานในสถานการณ์โรคโควิด - 19 บางเวลา”* ร้อยละ 80.7 ในช่วงการระบาดโรคโควิด-19 ระลอกแรก และร้อยละ 66.7 ในระลอกที่สอง *“ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ ไม่ดีเท่าเดิม”* ร้อยละ 55.6 ในช่วงการระบาดโรคโควิด-19 ระลอกแรก และร้อยละ 52.8 ในระลอกที่สอง อีกทั้งการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะซึมเศร้า/ภาวะเครียดเชิงรุกในพื้นที่ชุมชน รวมทั้งประเมิน CVD (Cardio-vascular disease) risk มีแนวโน้มลดลงกว่าในสถานการณ์ปกติ

เขตพื้นที่สุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร พบว่าสถานบริการสุขภาพในเขตไม่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระลอกแรกและระลอกที่สองมากนัก แต่ในระลอกที่สาม เดือนเมษายน 2564 พบว่ามีผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากพื้นที่เสี่ยงกลับมารักษาเป็นจำนวนมาก ทำให้ต้องจัดระบบการดูแลผู้ป่วย มีการจัดตั้งศูนย์กักกัน ศูนย์พักคอย โรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ เพื่อรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น โดยล่าสุดมีผู้ป่วยติดเชื้อ 41,015 คน เสียชีวิต 258 คน[(5)] ซึ่งสถานบริการสุขภาพต้องจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุขไปดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการจัดบริการโรคไม่ติดต่อเป็นอย่างมาก และทำให้ผลลัพธ์ในการให้บริการลดลง

อย่างไรก็ตามการสำรวจเบื้องต้นพบว่ามีจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 สามารถปรับระบบการจัดบริการให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ โดยผลลัพธ์ในการให้บริการไม่ลดลงแม้ในช่วงสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เช่น ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ในปี พ.ศ. 2562–2564 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 23.4, 27.9 และ 28.9 ตามลำดับ ส่วนโรคความดันโลหิตสูงมีผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 51.6, 54.4 และ 55.9 ตามลำดับ ส่วนในจังหวัดศรีสะเกษ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี พบร้อยละ 26.6, 29.4 และ 28.2 ตามลำดับ และโรคความดันโลหิตสูงมีผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 52.2, 54.1 และ 58.3 ตามลำดับ[(6)] ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เลือกสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดอุบลราชธานีและศรีสะเกษ เป็นพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการปรับระบบการจัดบริการโรคไม่ติดต่อ และประเมินความยั่งยืนของบริการจากสถานการณ์โควิด-19 ในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ ทั้งภาครัฐและเอกชน พื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 เพื่อนำข้อมูลมาช่วยในการวางแผนเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการจัดบริการโรคไม่ติดต่อ เพื่อลดผลกระทบต่อผู้ป่วยและให้ระบบสามารถรับมือกรณีเกิดการระบาดของโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ในอนาคต

2. วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative research) แบบกรณีศึกษาเพื่อถอดบทเรียนการเรียนรู้หลังการดำเนินงาน (Retrospect)[7] ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดซึ่งพัฒนาจาก Implementation sciences โดยปัจจัยภายใน (Inner context) ตามกรอบ Six building blocks of health system plus one[8-9] ได้แก่ 1) การให้บริการ (Service delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) 3) ระบบสารสนเทศ (Information system) 4) เทคโนโลยีด้านการแพทย์ (Medical products, Vaccine & Technologies) 5) การบริหารจัดการงบประมาณ (Financing) และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลของระบบ (Leadership/Governance) โดยเพิ่มองค์ประกอบที่ 7 คือ ระบบสุขภาพชุมชน (Community health system) หรือ จากการจัดระบบบริการโรคไม่ติดต่อที่มีผลลัพธ์การบริการที่ไม่ลดลงจากเดิมหรือดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 นำไปสู่ความยั่งยืนในการดำเนินการปรับระบบการจัดบริการโรคไม่ติดต่อ การเก็บข้อมูลการวิจัยตั้งแต่เดือนมิถุนายน - พฤศจิกายน 2564

2.1 พื้นที่ศึกษาและผู้ให้ข้อมูลหลัก

ศึกษาในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 โดยเลือกพื้นที่แบบเจาะจง ตามเกณฑ์พิจารณาในแต่ละสถานบริการ คือ

1) จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย

1.1) โรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ประสงค์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในเขตเมือง และตั้งอยู่ใจกลางเทศบาลนครอุบลราชธานี มีระบบรองรับในสถานการณ์โควิด-19 ที่พร้อมมากที่สุด

1.2) โรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปในเขตเมือง มีบุคลากรและระบบรองรับในสถานการณ์โควิด-19 รวมทั้งผลการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี

1.3) โรงพยาบาลเขื่องใน เป็นโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ชนบท มีบุคลากรและระบบที่รองรับสถานการณ์โควิด-19 มีผลการดำเนินงานในระดับประเทศ

1.4) โรงพยาบาลบุณฑริก เป็นโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ชนบท อยู่ชายแดนฝั่งประเทศลาว

1.5) โรงพยาบาลอุบลรักษ์ธนบุรี เป็นโรงพยาบาลเอกชนในเขตเมืองที่มีระบบรองรับสถานการณ์โควิด-19 และมีผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับดี

1.6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางขี้นกเชื่อมต่อระบบการทำงานกับโรงพยาบาลเขื่องใน รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เข้ามามีบทบาทในการขับเคลื่อนงาน ทำให้ผลการดำเนินงานมีความเป็นเลิศในระดับเขต

2) จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย

2.1) โรงพยาบาลกันทรลักษ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไปในเขตเมือง ตามแนวชายแดนฝั่งประเทศกัมพูชา พื้นที่ดูแลขนาดใหญ่ มีผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับดี

2.2) โรงพยาบาลขุนหาญ เป็นโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ชนบท ชายแดนฝั่งประเทศกัมพูชา มีผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับดี

2.3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพราน อำเภอขุนหาญ เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนที่เป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีระบบรองรับสถานการณ์โควิด มีผลการดำเนินงานโรคไม่ติดต่ออยู่ในระดับดี

ผู้ให้ข้อมูลหลักประกอบด้วย 1) ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แห่งละ 3 คน 2) ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้องในงานป้องกันและรักษาโรคไม่ติดต่อ ประกอบด้วยหัวหน้างานผู้ป่วยนอก หัวหน้างานโรคไม่ติดต่อ แพทย์ เภสัชกร หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน แห่งละ 6-8 คน และ 3) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ แห่งละ 3 คน รวมผู้ให้ข้อมูลหลัก 62 คน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ สัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (Semi-structure questionnaire) สำหรับรายบุคคล และแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Group interviews) ดังนี้

1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลที่ทำให้ก่อเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบบริการ ได้แก่ ปัจจัยปัญหา (Problem stream) สถานการณ์การระบาดของโควิด-19 (Focusing event) ปัจจัยตัวชี้วัดปัญหาของการเจ็บป่วย ระบาดวิทยา (Indicators) ปัจจัยการจากการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 (Feedback and development) ปัจจัยผู้ที่มีสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง บุคคลใดสำคัญก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หน้าต่างของโอกาสที่เอื้อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง

2) การปรับระบบบริการอย่างไร มีองค์ประกอบอะไรที่ทำให้สำเร็จ

3) ประเภทของการปรับบริการ (Service Intervention) คืออะไร มีการใช้เทคโนโลยี เช่น การจัดคิว Digital health payment system ส่งผลดีอย่างไร มีผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นต่อสถานพยาบาลรัฐและเอกชนจากสถานการณ์โรคโควิด-19 และประชาชนอย่างไร เช่น การลดภาระงาน การเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ พิจารณาองค์ประกอบ Six Building block ที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

4) อธิบายลักษณะของระบบบริการในมุมมองความยั่งยืนทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก

5) ประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อความยั่งยืน และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ประกอบด้วย ประเมินความยั่งยืน ตามองค์ประกอบต่าง ๆ และระบบสนับสนุนที่ต้องการจากส่วนกลาง

2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจสอบเครื่องมือ โดยหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้มีการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูลโดยใช้หลักการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation techniques) ได้แก่ 1) ด้านข้อมูล (Data triangulation) ตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นจริงของข้อมูลที่ได้มาจากหลายแหล่ง ในคำถามประเด็นเดียวกัน ซึ่งเก็บในช่วงเวลา สถานที่ ผู้ให้ข้อมูลและผู้รวบรวมข้อมูลที่ต่างกัน 2) ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล (Methodology triangulation) ตรวจสอบการเก็บข้อมูลที่หลากหลายวิธี ได้แก่ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกต รวมถึงการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการยืนยันข้อมูลและเพิ่มความครอบคลุม ความสมบูรณ์ของข้อมูลให้ครบถ้วน 3) ด้านผู้วิจัย (Investigator triangulation) เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยผ่านการอบรมการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและมีการสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และโครงสร้าง (Theme analysis) และสรุปประเด็นสำคัญจากนั้นวิเคราะห์จุดเด่น ข้อควรพัฒนา

2.5 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ขออนุญาตเก็บข้อมูลกับนายแพทย์สาธารณสุขของแต่ละจังหวัด และผู้บริหาร ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน งานวิจัยเคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลหลัก มีการชี้แจงและให้ข้อมูลอย่างชัดเจนและให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วม การเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวม โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ณ วันที่ 14 มกราคม พ.ศ. 2564 (COA No. IHRP2021002)

3. ผลการวิจัย (Results)

จากการศึกษาเอกสารและสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องกับงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ได้ผลการถอดบทเรียน โดยจะนำเสนอใน 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ระบบการจัดบริการโรคไม่ติดต่อในภาพเขต 2) ผลกระทบของโรคโควิด-19 ต่อ

ระบบการจัดบริการโรคไม่ติดต่อในภาพเขต 3) รูปแบบการปรับตัวของสถานบริการสุขภาพที่เป็นต้นแบบ และ 4) การวิเคราะห์ปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรคต่อความยั่งยืนของระบบ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ระบบการจัดบริการโรคไม่ติดต่อในภาพรวมระดับเขต

เขตสุขภาพที่ 10 อยู่ทางทิศตะวันออกของประเทศไทย ประกอบด้วย 5 จังหวัด คือ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ ศรีสะเกษ มุกดาหาร และ ยโสธร มีประชากร 4.5 ล้าน ประกอบด้วยกลุ่มชาติพันธุ์หลากหลายซึ่งพูดภาษาถิ่นต่าง ๆ กัน อาทิ ภาษาลาว ภาษากูย ภาษาเยอ และภาษาเขมรถิ่นไทย ส่วนใหญ่เป็นพุทธศาสนิกชนและนับถือผีมาแต่เดิม แม้จะมีความแตกต่างทางชาติพันธุ์แต่ความต้องการบริการสาธารณสุขก็มีลักษณะไม่แตกต่างกันมากนัก

สถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 10 มีโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) 2 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) 7 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 62 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 839 แห่ง มีโรงพยาบาลเอกชน 8 แห่ง สัดส่วนบุคลากรทางการแพทย์ต่อประชากรที่สำคัญ พบว่าสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร 1: 3,485 สัดส่วนพยาบาลวิชาชีพต่อประชากร 1: 530 ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ อีกทั้งมีภาระงานที่หนักจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเป็นจำนวนมาก

ในปี 2563 เขตสุขภาพที่ 10 มีการใช้บริการผู้ป่วยนอก 5.5 ล้านคน จำนวน 22 ล้านครั้ง โดยอันดับที่ 1 เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ และอันดับที่ 2 เป็นโรคเบาหวาน มีจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนเป็นโรคความดันโลหิตสูง 507,211 คน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 332,701 คน จะเห็นได้ว่าโรคไม่ติดต่อมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก รวมทั้งการใช้บริการที่สูงทำให้เป็นกลุ่มโรคที่เขตสุขภาพที่ 10 ให้ความสำคัญในการจัดระบบบริการ

โครงสร้างในการจัดการระบบบริการโรคไม่ติดต่อมีคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ 10 ที่ปรับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขให้เข้ากับพื้นที่ โดยใช้แผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service plan) เป็นแผนแม่บทในการกำกับทิศทาง ทั้งนี้พบว่า ระบบการจัดบริการป้องกัน และรักษาโรคไม่ติดต่อในภาพรวมระดับเขต ได้กำหนดแผนที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการโรคไม่ติดต่อ ประกอบด้วย 1) Nurse case manager (NCM) 2) NCD (Non-communicable diseases) Stroke IMC (Intermediate Care) ครบวงจร 3) ระบบสุขภาพปฐมภูมิ “คนไทยทุกครอบครัว มีหมอประจำตัว 3 คน” 4) 30 บาทรักษาทุกที่ และ Refer ไม่มีใบส่งตัว 5) แนวทางการแพทย์วิถีใหม่ (New normal medical care) และ 6) การขับเคลื่อนการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน (Apply border health) นอกจากนั้นยังมีสำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 10 มีส่วนที่สนับสนุนใน 2 ส่วน คือ 1) NCD plus และ 2) ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs เพื่อถ่ายทอดลงสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสถานบริการในทุกระดับ

3.2 ผลกระทบของโรคโควิด-19 ต่อระบบการจัดบริการโรคไม่ติดต่อในเขตสุขภาพที่ 10

การระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2562 ถึงช่วงการระบาดระลอกใหม่ในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2564 ข้อมูล ณ วันที่ 10 พฤษภาคม 2564 ประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันสะสม 85,005 ราย เฉลี่ยพบผู้ป่วยรายใหม่วันละ 2,000 ราย ซึ่งการระบาดของโรคโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 10 พบการระบาดในรูปแบบของกลุ่มก้อนและมีการกระจายในหลายพื้นที่ ดังนั้น เพื่อควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ต้องใช้อัตรากำลังคนเพื่อรองรับการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก (Active case finding) และประจำโรงพยาบาลสนามเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคดังกล่าว โดยแยกผลกระทบแต่ละด้าน ดังนี้

1) ด้านการดูแลรักษาพยาบาล เนนให้การดูผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีภาวะฉุกเฉิน ลดจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อแต่ละวันลง นัดผู้ป่วยนานขึ้น

“โรงพยาบาลรับผู้ป่วยโควิด มีทั้งในโรงพยาบาล มีทั้ง Community Isolation และล่าสุดนี่เปิดเป็น Hospitel ด้วย ซึ่งจุผู้ป่วยได้ทั้งหมด 3 ชั้น ชั้น 5 ชั้น 6 และชั้น 8 ซึ่งเป้าหมายจะรับผู้ป่วย 16 คน แต่ปัจจุบันรับที่ 20 คน ซึ่งเตียงเต็มตลอด”

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลแห่งที่ 1

“ช่วงนี้ระบาดรุนแรง เรางดให้คนไข้เข้ามาโรงพยาบาลเลย ส่งยาอย่างเดียว”

“มีจำกัดจำนวนไม่เกิน 30 คนต่อวัน ไม่เกินนี้”

พยาบาลงานโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลแห่งที่ 2

“มีการปรับการรับยาเป็น 3 เดือนครั้ง”

พยาบาลงานโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลแห่งที่ 3

2) การปรับเปลี่ยนบริการการดูแลผู้ป่วย มีการงดการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การออกแบบกระบวนการดูแลเพื่อลดการสัมผัส งดการพ่นยาเพื่อลดการฟุ้งกระจาย

“การเจาะ Lab ช่วงนี้ถึงกำหนดงดเจาะเลย งดก่อน”

พยาบาลงานโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลแห่งที่ 2

“คนไข้นอกเราตรวจ Swab ผู้ป่วยนอก 100 กว่าคนเยอะสุดช่วงสงกรานต์”

อายุรแพทย์ รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแห่งที่ 3

“ช่วงโควิดคนไข้ลาว กัมพูชา ลดไปเยอะ ต้องใช้วีดีโอคอลในการตรวจ เพราะข้ามชายแดนไม่ได้”

พยาบาลงานโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลแห่งที่ 3

3) การจัดการบุคลากร พบว่ามีการปรับบุคลากรไปช่วยงานโรคโควิด-19 ใน Cohort Ward รวมทั้งโรงพยาบาลสนาม ทำให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อลดลง

“ส่วนของ NCD จะเข้าไปอยู่ใน Cohort Ward ของโรงพยาบาลสลับกัน”

พยาบาลงานโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลแห่งที่ 4

“ตอนออกโรงพยาบาลสนามก็จะฝากทีมงาน โอเคงานไว้”

พยาบาลงานโรคไม่ติดต่อ รพ.สต.แห่งที่ 1

3.3 การปรับระบบการจัดบริการโรคไม่ติดต่อ

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักที่เป็นพื้นที่ศึกษา พบการปรับตัวของนโยบายและระบบบริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดระยะเวลาการอยู่ที่โรงพยาบาลและรับบริการต่อเนื่องของผู้ป่วย ตลอดจนลดความเสี่ยงของผู้รับบริการโรคไม่ติดต่อให้สอดคล้องกับมาตรการป้องกันและควบคุม โรคโควิด-19 ดังนี้

1) เขตสุขภาพที่ 10 นโยบายรับผู้ป่วยกลับบ้าน จัดตั้ง Home Quarantine (HQ), Local Quarantine (LQ), Home Isolation (HI), CI, Hospitel, Cohort ward, Cohort ICU, Comprehensive Covid-19 Response Team (CCRT) ในการดูแลผู้ป่วย ค้นหาฉีดวัคซีน และตรวจ Antigen Test Kit (ATK)

2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการจัดคนไปช่วยงานโรคโควิด-19 และงดการประชุมในสถานที่ปรับเป็นแบบออนไลน์ และติดตามงานผ่านผู้รับผิดชอบหลักในแต่ละอำเภอ

3) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเอกชน มีการจัดบริการแบบ New normal medical care จัดคนไปช่วยงานโรคโควิด-19 มีการลดจำนวนผู้ป่วยแต่ละวัน ขยายเวลานัดให้นานขึ้น มีระบบการส่งยา Drug Delivery: Drive Thru และร้านยาชุมชน

4) โรงพยาบาลชุมชน มีมาตรการงดกิจกรรมที่มีการรวมกันเป็นกลุ่ม กระจายผู้ป่วยลง รพ.สต. นอกจากนั้น ยังพบการปรับใช้ระบบ Telemedicine ในบริบทที่เกี่ยวข้อง

5) รพ.สต. จัดให้มีการวัดความดันโลหิตร่วมกับการเจาะเลือดที่บ้าน มีการปรับใช้ระบบเทคโนโลยี และการสื่อสารผ่าน line application และ Smart อสม. application

โดยพบว่ามีสถานบริการจำนวน 3 แห่งที่มีรูปแบบบริการสุขภาพสำหรับโรคไม่ติดต่อ ที่อาจจะเป็นต้นแบบในการให้จัดบริการโรคไม่ติดต่อ ดังนี้

3.3.1 กรณีศึกษา โรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ์

โรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ์ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อยู่ในอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี รับผิดชอบประชากร 101,294 คน มีพื้นที่รับผิดชอบ 155 หมู่บ้าน 4 เทศบาล 8 อบต. มีเครือข่ายบริการสุขภาพ ได้แก่ รพ.สต. 20 แห่ง และ ศูนย์สุขภาพชุมชนรพ. 1 แห่ง มีผู้ป่วยเบาหวาน 1,371 ราย ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง1,230 ราย

ในการระบาดของโควิด-19 ระลอกแรก โรงพยาบาลได้ประชุมเพื่อวางแนวทางโดย NCD board ดังนี้

1) *"โครงการส่งยากลับบ้านต้านภัยโควิด-19"* มีบริการส่งยาใน 2 ช่องทาง ได้แก่ 1) โรงพยาบาลจัดยาส่งไป รพ.สต. จากนั้น รพ.สต. รับแล้วนำส่งยาให้ผู้ป่วย และส่งผ่านระบบขนส่งเอกชน โดยผู้ป่วยรับภาระค่าจัดส่งประมาณ 50 บาท/ครั้ง ส่วนการเงินกรอกข้อมูลสิทธิ์เบิกได้/จ่ายตรง นอกจากนั้นจัดทำแบบฟอร์มส่งยา

2) ลดระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล โดยผู้ป่วยเบาหวานปรับจากเจาะ Fasting blood sugar เป็น Dextrostix เพื่อลดเวลารอคอย ส่วนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)/โรคหอบหืด (Asthma) งดเป่า Peak flow เพื่อลดการฟุ้งกระจาย มีการกำหนดเกณฑ์ส่งยาในแต่ละคลินิก มี QR code ที่หน้าห้องยา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถสแกนลงข้อมูลส่งยากลับบ้านโดยไม่ต้องรอรับยา

3) กำหนดยอดนัดในแต่ละคลินิก ไม่ให้มีผู้ป่วยมากจนทำให้เกิดการแออัด และได้รับบริการช้า

4) ให้บริการในเชิงรุก โดยจัดระบบ Tele-nurse ให้ผู้ป่วยติดต่อสอบถามและตรวจโดยพยาบาลผ่านออนไลน์ และเชิงรับโดยให้ผู้ป่วยโทรศัพท์เข้าติดต่อตามเบอร์ภายในของคลินิก และเพิ่มช่องทางประชาสัมพันธ์เพื่อการเข้าถึงบริการ

ปัญหาและอุปสรรคสำคัญ กล่าวคือ การเข้าถึงบริการของผู้รับบริการ ซึ่งพบว่าการประชาสัมพันธ์โครงการไม่ครอบคลุม ส่วนการติดต่อสื่อสารพบว่าหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้ติดต่อไม่ได้ นอกจากนั้นยังพบข้อจำกัดในการใช้รถ นำส่ง รพ.สต. ซึ่งพนักงานขับรถมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น และภาระงาน รพ.สต. ที่พบว่าอุบัติการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้น ต้องดำเนินการตามมาตรการควบคุมโรค ส่วนผู้ป่วยได้รับยาล่าช้ากว่าเวลาที่ประกัน ซึ่งพบว่าจำนวนการส่งพัสดุยาน้อยกว่า 10 ราย/วัน

เมื่อเกิดการระบาดในระลอกต่อมา โรงพยาบาลได้ปรับตัวเกี่ยวกับ ผู้ป่วยเบาหวานใช้ค่า HbA_1C ร่วมในการคัดกรองการส่งยา กำหนดแนวทางการคัดกรองความเสี่ยงผู้ป่วยสงสัยโรคโควิด-19 จัดบริการเบ็ดเสร็จจุดเดียวในคลินิกวาร์ฟาริน เพิ่มสื่อและการประชาสัมพันธ์ เช่น สื่อประชาสัมพันธ์ เพจ Facebook รพ. การประชาสัมพันธ์ในคลินิก กลุ่มไลน์ โดยมีเภสัชกรเป็นผู้จัดการเพจ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ปรับช่องทางการส่งยาผ่านบริษัทเอกชน การรับยาร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ และให้บริการ Tele-nurse อย่างต่อเนื่อง นอกจากนั้น ยังเชื่อมโยงกับกลุ่มงานปฐมภูมิในกลุ่มโรคเรื้อรัง NCD หากระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ดี สามารถให้ยาเดิมแล้วนัดผู้ป่วยมารับยา หรือให้ตัวแทน อสม. ประจำหมู่บ้านนั้นส่งมอบยาที่บ้านผู้ป่วย

"เมื่อมีการระบาดระลอกแรก เราไม่ได้ไม่ได้ลดคนไข้ลง แต่ปรับเปลี่ยนการเจาะจาก FBS มาเป็น DTx ในเบื้องต้นได้คุยกันว่าเราน่าจะลดระยะเวลารอคอยลงจากการรอผล Lab"

พยาบาลงานโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลแห่งที่ 2

"การลดความแออัดอีกวิธีหนึ่ง คือ การส่งยากลับบ้าน โดยกำหนดเกณฑ์โดยดูประวัติย้อนหลัง ดูค่า HbA_1C แล้วก็ FBS ที่มาพบเราใน 3 Visits ถ้าอยู่ในเกณฑ์สีเขียว สีเหลืองจะสอบถามว่าผู้ป่วยอยากรับยาที่บ้านหรือเปล่า"

"ในกรณีที่คนไข้มีระดับน้ำตาลในกลุ่มสีเขียว พยาบาลเวชปฏิบัติ.จะให้ Re-med ได้เลย หรือกรณีมีปัญหา หรือควบคุมน้ำตาลไม่ได้ จะให้รอพบแพทย์ การจัดแบบนี้จะมีคนไข้ที่รอคอยที่รพ.สต.ลดลงอย่างเห็นได้ชัด"

"ในรพ.สต.มีการส่งยาที่บ้านโดยใช้อสม.และการ Monitor Blood Sugar คนไข้ก็ให้อสม.เจาะ DTx และวัดความดัน ส่งผลมาที่รพ.สต."

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลแห่งที่ 1

3.3.2 กรณีศึกษาโรงพยาบาลเขื่องใน

โรงพยาบาลเขื่องใน เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับทุติยภูมิ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี รับผิดชอบประชากร 105,469 คน มีลูกข่ายระดับ รพ.สต. ทั้งสิ้น 31 แห่ง ดูแลผู้ป่วยไม่ซับซ้อนมากนัก โรคที่พบบ่อย คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้มารับบริการเฉลี่ย 530 คนต่อวัน

การปรับตัวของโรงพยาบาลเขื่องใน เป้าหมายให้ผู้ป่วยลดเวลาการอยู่โรงพยาบาล ได้รับบริการและการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Health service delivery and essential

medication) จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก พบรูปแบบการปรับตัว ตลอดจนกระบวนการดำเนินงาน ที่เกิดจากประยุกต์นโยบายของเขตสุขภาพที่ 10 และนำมาสู่การปฏิบัติที่สอดคลองกับบริบทของหน่วยงานและชุมชน ดังนี้

1) เพิ่มรูปแบบบริการและการเข้าถึง (Availability and accessibility) เครือข่ายสถานบริการปฐมภูมิ โดยส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่มีความซับซ้อนทางคลินิกไปรับการรักษาที่ รพ.สต. และสามารถส่งต่อหรือปรึกษามายังโรงพยาบาลหากมีความซับซ้อนทางคลินิกเพิ่มขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลมีความเชื่อมโยงความร่วมมือกับ รพ.สต. เพื่อสนับสนุนการทำงานและวิชาการ รวมถึงการติดตามผู้ป่วยโดยใช้กลุ่มไลน์ และมีระบบ Telemedicine เพื่อปรึกษาแพทย์ในบางกรณี มีความพยายามในการเชื่อมต่อข้อมูลในโปรแกรมการให้บริการระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. และกระตุ้นการใช้งาน “Smart อสม. application” รวมถึงมีบริการส่งยาผ่านอสม. เพื่อลดการอยู่โรงพยาบาล

2) การดำเนินงานชุมชนด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพในการทำงานเชิงรุก ทำให้มีความเชื่อมโยงกับชุมชน และมีระบบการสื่อสารระหว่างชุมชนและเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้น ยังได้เชื่อมโยงไปยังทีม NCD board เพื่อเข้าเสนอต่อ พชอ. เพื่อให้การดูแลแบบองค์รวม

3) การนำนวัตกรรม DMS (Diabetes Mellitus Service) - เขื่องในโมเดล มาปรับใช้ในสถานการณ์โควิด - 19 เนื่องจากเป็นการขับเคลื่อนงานเป็นภาพรวมระดับอำเภอ ผู้วิจัยจะนำเสนอประเด็นนี้ในตอนท้ายต่อไป

3.3.3 กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางขี้นก

รพ.สต.ยางขี้นก เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานีเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่รับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเขื่องใน มีการดำเนินงานคือ

1) กลไกระดับตำบลคือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ขับเคลื่อนงาน

2) ระบบสารสนเทศ มีการเชื่อมต่อข้อมูลผ่านโปรแกรมการให้บริการระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต.

3) การแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 ระดับ (4 สี) ได้แก่ สีเขียว-ควบคุมน้ำตาลได้ดี จะมี อสม.จะนำส่งยาถึงบ้าน โดยกำหนดระยะเวลา 3 เดือน สีเหลือง-ควบคุมน้ำตาลได้บ้าง ซึ่งต้องติดตามอาการ และ อสม.จะนำส่งยาถึงบ้าน สีส้ม-มีอาการสงสัย จะต้องเจาะเลือด และรอฟังผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากนั้น อสม.จะนำส่งยาถึงบ้าน สีแดง-ควบคุมน้ำตาลไม่ได้และมีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้องพบแพทย์ที่ รพ.สต. หรือหากเร่งด่วนจะนำส่งไปยังโรงพยาบาลเขื่องในเพื่อตรวจรักษา

4) การติดตามผ่านโทรศัพท์ กลุ่มไลน์ และ “Smart อสม. Application”

การปรับตัวของโรงพยาบาลเขื่องใน และรพ.สต.ยางขี้นก ผู้วิจัยค้นพบว่าอำเภอเขื่องในได้มีนวัตกรรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมาในระยะก่อนเกิดการระบาดของโควิด-19 ซึ่งเริ่มใช้เมื่อปี 2561 เนื่องจากประสบอุทกภัยในพื้นที่อำเภอเขื่องในและถูกนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์โควิด-19 นั่นคือ DMS-เขื่องในโมเดล ซึ่งเป็นรูปแบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นเชิงรุกในชุมชน แบบให้บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (One stop service) ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ผสมผสานแนวทางการรักษาร่วมกับการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน มีการใช้โปรแกรมการสอนที่เหมาะสม มีการสร้างความรู้ ความเข้าใจ สร้างความตระหนักรู้แก่ผู้ป่วยในทุกขั้นตอนบริการ บูรณาการกับงานอื่น ๆ อย่างเหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ นำนวัตกรรมใหม่ ๆ มาปรับใช้ให้เหมาะสมในงานบริการ มีการผสมผสานบริหารจัดการอัตรากำลังร่วมกันในเครือข่าย ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง มีการเชื่อมประสานส่วนร่วมจากชุมชน และมีการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง จนเกิดผลดีต่อประชาชนและผู้ป่วยเบาหวานในอำเภอเขื่องใน จนเป็นต้นแบบขยายผลแนวทางการปฏิบัติสู่ระดับจังหวัดอุบลราชธานีและเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่

1) การนำองค์กร มีนโยบายการดำเนินงานที่ชัดเจน โดยใช้งบประมาณร่วมกันทั้งเครือข่าย รวมทั้งงบสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบล การขับเคลื่อนงานโดย NCD board มีพยาบาล NCD data ระดับอำเภอ พยาบาล NCD

โซน มีคณะกรรมการ NCD โซนระดับปฐมภูมิ มีการประชุมวางแผน สรุปงานสม่ำเสมอ และนิเทศงาน NCD สัญจร

2) ระบบสารสนเทศ มี Data center ระดับอำเภอ มีเจ้าหน้าที่เทคโนโลยีโซน ทำหน้าที่กำกับดูแลระบบข้อมูล ใช้สมุดทะเบียนผู้ป่วยรูปแบบเดียวกันทั้งเครือข่าย มีการวิเคราะห์ข้อมูล คืนข้อมูลผลงานรายวันเพื่อกระตุ้นและกำกับติดตามผลงานต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ

3) การปรับระบบและกระบวนการบริการ ให้บริการผู้ป่วยที่ รพ.สต. ทุกวันราชการ ทั้งหมด 22 หน่วย นัดผู้ป่วย 2-2 เดือนครึ่งต่อรอบ เฉลี่ยผู้ป่วยวันละ 70-80 ราย ตรวจโดยแพทย์ทุกรายและใช้ยามาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่าย มีทีมดูแลผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ทีม ได้แก่ DMS1 ซึ่งเป็นทีมจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล รับผิดชอบด้านการรักษาตามแนวทางรักษา และจัดเก็บข้อมูลบริการ ของหน่วย DMS2 เป็นทีมจาก รพ.สต. ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการแพทย์แผนไทย เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล อสม.รับผิดชอบคัดกรอง สอนสุขศึกษาตามโปรแกรมการให้คำแนะนำ จัดห้องเรียนเบาหวาน จัดคิวเข้าตรวจตามกลุ่มสี เน้นงานเชิงรุกส่งเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชนผู้ป่วยรายใหม่พร้อมผู้ดูแล (Care giver) ต้องเข้าอบรมนักเรียนใหม่เบาหวานอย่างน้อยครึ่งวัน มีระบบส่งต่อระหว่างเครือข่าย มีระบบติดตาม ขาดนัด ขาดยา มีการประสานงานที่เป็นระบบ มีการเยี่ยมบ้าน ในรายปกติเยี่ยมโดยทีมรพ.สต. และอสม. ในรายผิดปกติมีปัญหาซับซ้อน เยี่ยมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการบูรณาการแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทยในคลินิกบริการและในชุมชน มีการนำนวัตกรรมหลากหลายมาใช้ในงานบริการตามบริบทของพื้นที่ เช่น หมอลำกลอนสอนเบาหวาน กล่องข้าวเบาหวาน มีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ในผู้ป่วยเบาหวานตามมาตรฐานอย่างครอบคลุม มีการคัดกรองสุขภาพเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยรายใหม่ให้บริการดูแลตามหลักปิงปองจราจรเจ็ดสี

4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง มีการคืนข้อมูลให้ความรู้อย่างเป็นระบบทั้งรายกลุ่มและบุคคล เน้นเสริมพลังอำนาจการจัดการตนเอง สร้างความตระหนักด้านสุขภาพจนปรับเปลี่ยนเป็นวิถีชีวิตประจำวัน

5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ มีคู่มือแนวทางปฏิบัติงานใช้ร่วมกันทั้งเครือข่าย จัดประชุมวิชาการจัดการความรู้โดยใช้ปัญหา มีพยาบาล Case manager, Mini case manager, Mini system manager, อสม. เชี่ยวชาญ NCD

6) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ขับเคลื่อนงานการควบคุมป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ผ่าน พชอ. และคณะกรรมการ NCD Board บูรณาการลงสู่ตำบลขับเคลื่อนโดยพชต. สู่แนวทางการปฏิบัติในชุมชน โดยเป็นข้อกำหนดในธรรมนูญตำบลด้านสุขภาพ ผ่านหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยมีกฎกติกาหมู่บ้านด้านสุขภาพ มีนโยบายสาธารณะด้านควบคุมโรคเบาหวาน มีการคืนข้อมูลแก่ชุมชน สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทุกระดับ

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนได้รับบริการที่มีมาตรฐาน ใกล้บ้าน มีความพึงพอใจ

2) อัตราผู้ป่วย ขาดนัด ขาดยา และ ค่าใช้จ่าย ลดลง สามารถค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ได้เพิ่มขึ้น

3) ผลลัพธ์การควบคุมน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมได้ดี อัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำลดลง

4) ประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน ได้รับบริการตามมาตรฐานอย่างครอบคลุม

5) เกิดความตระหนักรู้ เกิดความร่วมมือของคนในชุมชน เกิดชุมชนลดหวาน มัน เค็ม เกิดชมรมสร้างเสริมสุขภาพ และกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกื้อหนุน ต่อการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ มีระบบฐานข้อมูลสุขภาพในชุมชน

6) องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ภาคีเครือข่ายในชุมชน เห็นความสำคัญ สนับสนุนงบประมาณ และด้านอื่น ๆ ในการทำกิจกรรมของโครงการ อาทิเช่น รางวัลผู้ป่วยควบคุมน้ำตาลได้ดี อาหารเช้าวันออกหน่วยเบาหวาน อุปกรณ์กีฬา ลานกีฬา

7) การปฏิบัติป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อแนวทางเขื่องในโมเดล เกิดความยั่งยืนในระดับอำเภอ

8) เกิดกองทุนตำบล หมู่บ้านและชมรมสุขภาพ ส่งผลให้เกิดหมู่บ้านต้นแบบลดหวาน มัน เค็ม วัด โรงเรียนต้นแบบ บุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ

"เชื่องในโมเดลมันจะมี 2 ทีม คือทีมของรพ. และทีมของรพ.สต.เราจะออกหน่วยเคลื่อนที่เป็น Mobile ให้บริการโดยรถของรพ.ทุกวันราชการมี 2 โรค คือความดันและเบาหวาน ซึ่งทีมจะประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัช และเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ส่วนรพ.สต.จะจัดคนไข้ไว้ที่รพ.สต.เราจะไปตรวจและรักษาที่นั่น ส่วนที่มีภาวะแทรกซ้อนจะให้บริการที่รพ. มีการปรับระบบในปี 64 เราส่งกลุ่มสีเขียวให้รพ.สต.ดูแล โดยมีระบบ Consult ส่งต่อ ช่วงโควิดระบาดมีคนไข้บางกลุ่มที่ต้องเข้ารพ.พวก CKD ที่ต้องเจาะเลือดทุกอาทิตย์ ส่วนรพ.สต.จะให้อสม.เจาะเลือดและส่งยาที่บ้าน"

นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขแห่งที่ 2

3.4 การประเมินความยั่งยืนของนวัตกรรมการปรับระบบการจัดบริการป้องกัน และรักษาโรคไม่ติดต่อ

สถานบริการทั้ง 9 แห่ง พบว่าการปรับตัวทำให้มีระบบบริการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ (Availability and accessibility) และนำไปสู่การดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย ส่วนการวิเคราะห์พบความแตกต่างของศักยภาพในการปรับตัวของกรณีตัวอย่างทั้ง 3 กรณีและพื้นที่ศึกษาทั้งหมด ทีมวิจัยพบปัจจัยเกื้อหนุนและอุปสรรคที่ส่งผลต่อความยั่งยืนของระบบในพื้นที่ศึกษา ดังต่อไปนี้

1) นโยบายของเขตสุขภาพ เป็นเข็มทิศในการชี้ทางแห่งความสำเร็จของงานโรคไม่ติดต่อ เป็นกลไกที่จะสนับสนุนการปรับรูปแบบบริการ เช่น Drug Delivery การใช้เทคโนโลยีในการให้บริการ การเชื่อมโยงข้อมูลของสถานพยาบาล ทั้งนี้ เขตสุขภาพจำเป็นต้องพิจารณาความท้าทายสำคัญที่กำลังเผชิญอยู่ รวมทั้งต้องมองไปข้างหน้าถึงสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปหลังการระบาดของโควิด-19 คลี่คลายด้วย

2) ผู้บริหารหรือแกนนำองค์กรนับเป็นเงื่อนไขสำคัญที่กำหนดทิศทางและความสำเร็จขององค์กร ผู้บริหารหรือแกนนำองค์กรที่มีวิสัยทัศน์ความรู้ ความเข้าใจที่จะปรับระบบบริการที่เน้นปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลบุณฑริกที่สนับสนุนทุกกิจกรรมที่ก่อให้การจัดบริการโรคไม่ติดต่อในสถานการณ์โควิด-19 บรรลุเป้าหมาย นำไปสู่การกำหนดเป็นนโยบาย ยุทธศาสตร์และกระบวนการทำงานที่สอดคล้องกับสภาพบริบทและวิถีชีวิตของคนในท้องถิ่น รวมทั้งการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อให้เกิดการดำเนินงานเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง

3) เครือข่ายความร่วมมือในระดับอำเภอเป็นกลไกการขับเคลื่อนงานการจัดบริการโรคไม่ติดต่อในสถานการณ์โควิด-19 แม้การขับเคลื่อนงานโรคไม่ติดต่อจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสาธารณสุขทุกคนก็ตาม แต่การมีเครือข่ายความร่วมมือในระดับอำเภอ เช่น CUP board หรือ พชอ. อาจนับได้ว่าเป็นข้อต่อสำคัญของการแปลงนโยบาย มาตรการขององค์กรไปสู่การปฏิบัติงานจริงได้

4) ระบบข้อมูลที่มีการเชื่อมโยงกันระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. อสม. และชุมชน ทำให้เพิ่มขีดความสามารถในการจัดบริการโรคไม่ติดต่อในสถานการณ์โควิด-19 มีการออกแบบช่องทางให้เก็บรวบรวมข้อมูลเอาไว้ที่เดียว ทำให้มีข้อมูลเดียวกันในการขับเคลื่อนงานและส่งผลต่อคุณภาพของการจัดบริการโรคไม่ติดต่อ

5) การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เช่น กรณีธรรมนูญสุขภาพทั้ง 22 ตำบลของอำเภอเขื่องใน และธรรมนูญอำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ที่บรรจุสาระสำคัญในเรื่องชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมและเสริมสร้างบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และแก้ไขปัญหาโรคโควิด-19 ไว้ในธรรมนูญ

4. อภิปรายผล

จากการถอดบทเรียน โดยใช้กรอบ Six building blocks of health system plus one ในการศึกษา สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

4.1 ระบบการจัดบริการโรคไม่ติดต่อ จากการที่ประเทศไทยมีการวางรากฐานการปฏิรูประบบสุขภาพตั้งแต่การมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ [10] โดยมีเครื่องมือสำคัญทั้งสมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญว่าด้านระบบสุขภาพ ตลอดจนมีการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน [11] รวมทั้งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ [12] ประกอบกับระบบสุขภาพชุมชน [13] ที่เน้นให้องค์ประกอบของระบบสุขภาพทั้งหมดมีความเป็นหนึ่งเดียวกัน ปัจจัยเหล่านี้เป็นพื้นฐานที่ทำให้การรับมือกับภาวะวิกฤติของประเทศไทยมีความเข้มแข็งและมีผลงานเป็นที่ประจักษ์

ในภาพรวมระดับเขตและผลกระทบจากโรคโควิด-19 ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 10 ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเป็นกลุ่มโรคที่มีผู้มารับบริการสูงสุดและให้ความสำคัญตั้งแต่ก่อนเกิดสถานการณ์โควิด-19 หลังจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในระลอกสามมีนโยบายรับผู้ป่วยกลับบ้านทำให้ผู้ป่วยจากพื้นที่เสี่ยงกลับมารักษาเป็นจำนวนมาก ต้องมีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย ทั้งการตั้งศูนย์กักกัน ศูนย์พักคอย โรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ เพื่อรองรับผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเช่นเดียวกับในหลายประเทศที่พบว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้การให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อต้องหยุดชะงัก ซึ่งรวมถึงการตรวจวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟู และการรักษาแบบประคับประคอง โดยพบว่าประเทศที่รายงานว่าต้องหยุดให้บริการมากถึงร้อยละ 66 ในช่วงการระบาดในชุมชน เหตุผลที่พบ คือ มีจำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่เพียงพอ มีการปิดให้บริการชั่วคราวของคลินิกผู้ป่วยนอกเฉพาะโรค และขาดแคลนอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล [14-15] หรือในระดับพื้นที่เช่น งานวิจัยของประภา ราชา และคณะ [16] ที่พบว่าการจัดระบบบริการยังไม่ครอบคลุมในการป้องการแพร่กระจายเชื้อ การเข้าถึงบริการและการรับยาต่อเนื่อง สอดคล้องกับงานวิจัยของ บุษยมาส ฐิศยาสัศมี [17] ที่พบว่าการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาที่ต่อเนื่องแม้จะมีการกระจายผู้ป่วยไปรักษาที่รพ.สต.ตั้งแต่ก่อนเกิดการระบาด นอกจากนั้นผลลัพธ์การดูแลทั้งการควบคุมระดับน้ำตาลและการควบคุมระดับความดันโลหิตยังไม่บรรลุตามเกณฑ์ ในขณะที่งานวิจัยของ จุรีพร คงประเสริฐ และคณะ [18] พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลและการควบคุมระดับความดันโลหิตมีแนวโน้มดีขึ้นในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งนี้อาจจะเป็นผลจากความต่อเนื่องของการรักษาที่แตกต่างกัน

4.2 การปรับระบบการจัดบริการโรคไม่ติดต่อ ได้แก่

1) การให้บริการ (Service delivery) พบว่าการปรับระบบบริการให้มีช่องทางเข้าถึงที่หลากหลายและเชื่อมต่อเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทั้งการให้คำแนะนำเพื่อสร้างการรอบรู้ การจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเพื่อให้การดูแล การส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่มีความซับซ้อนทางคลินิกไปรับการรักษาที่ รพ.สต. โดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล หรือ Telemedicine ซึ่งทำให้ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อจากการสัมผัส ความแออัดในโรงพยาบาล และเพิ่มความสะดวกสบายให้กับผู้ป่วย เช่นเดียวกับงานวิจัยของ จารุวัณย์ รัตนะมงคลกุล [19] นอกจากนั้นการมีแนวทางการรักษาที่ชัดเจน หากมีความซับซ้อนทางคลินิกเพิ่มขึ้นก็จัดระบบส่งต่อในเครือข่ายบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ รวมทั้งการให้บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียวโดยยังคงมาตรการเว้นระยะห่าง ส่วนผู้ป่วยเองจะมีการวัดความดันโลหิตที่บ้านเอง จะเพิ่มการเข้าถึงและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาสอดคล้องกับงานวิจัยของ จุรีพร คงประเสริฐ และคณะ [18] และรายงานของ Soraphan Songsermpong et al [20]

2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health workforce) เมื่อมีการระบาดของโรคโควิด-19 บุคลากรที่ปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อต้องไปช่วยงานโรคโควิด-19 ทำให้ขาดแคลนบุคลากรเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามผลจากการพัฒนาบุคลากรไว้ก่อนที่จะมีการระบาดของโรคโควิด-19 ใน 3 ระดับ [21-22] คือ 1) ระดับอำเภอ คือ NCD Board ที่จะเป็นเวทีในการพูดคุยและจัดการปัญหา และสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยแกนนำสำคัญคือ Case manager และ และ Mini System manager ที่ผ่านการอบรมการจัดการระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ 2) ระดับรพ.สต.จะมีพยาบาลที่เป็น Min case manager เป็นแกนหลักที่เข้ามามีส่วนร่วมในระดับอำเภอ และให้บริการในรพ.สต. และ 3) ระดับหมู่บ้าน โดยอสม.ที่จะทำหน้าที่ในการคัดกรอง ให้คำแนะนำ นำส่งยา และติดตามการรักษา การพัฒนาบุคลากรไว้ทั้ง 3 ระดับ จึงทำให้เมื่อเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 การดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อจึงยังสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และ

ทักษะเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้การเข้าถึง ความต่อเนื่อง ความพึงพอใจและผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้นเช่นเดียวกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ [16-17]

3) ระบบสารสนเทศ (Information system) ข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อถือได้จะถูกนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจ แต่พบว่าโปรแกรมที่ใช้ในการให้บริการของโรงพยาบาลจะใช้โปรแกรม HI (Health Information) HIMPRO หรือ HOSxp ส่วนรพ.สต.ใช้ JHCIS (Java Health Center Information System) และ HOSxP PCU ทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูลบริการและการนำข้อมูลไปใช้ในการตัดสินใจขาดความเชื่อมโยงกัน เช่นเดียวกับที่พบในงานวิจัยของ ฐษยมาส ฐศยาฐัศมี [17] แม้จะมีการส่งข้อมูลผู้รับบริการจากโรงพยาบาลชุมชนไปยังรพ.สต.ผ่านกลุ่มไลน์แต่ก็ยังเป็นระบบไฟล์ตารางทำการเท่านั้น ซึ่งยังไม่มีแนวทางการพัฒนาความเชื่อมโยงข้อมูลในภาพรวมระดับเขต ส่วนระบบการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์และพยาบาล มีแนวทางการให้คำปรึกษาผ่าน Telemedicine ส่วนระบบการให้คำปรึกษาระหว่างแพทย์และผู้ป่วยมีเพียงในรพ.เอกชนที่จะมีระบบให้คำปรึกษาผ่านไลน์ และรพ.บุณฑริกที่ใช้ระบบการแพทย์ทางไกลวางระบบไว้ตั้งแต่ก่อนเกิดโรคโควิด-19 และได้นำมาใช้ในการให้บริการ

4) เทคโนโลยีด้านการแพทย์ (Medical products, Vaccine & Technologies) ก่อนการระบาดของโรคโควิด-19 เขตสุขภาพที่ 10 มีระบบการสั่งยารวมและมีคณะกรรมการจัดทำบัญชียารวมของโรงพยาบาลเพื่อลดความเหลื่อมล้ำของการใช้ยา จึงทำให้มียาเพียงพอและเข้าถึงยาได้ในทุกระดับ และจัดทำร้านยานำร่องในการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังจึงมีทุนเดิมในการจัดระบบ เมื่อมีการระบาดของโรคโควิด-19 ได้เพิ่มช่องทางการส่งมอบยาโดยมีทั้งผ่านบริษัทเอกชน การเพิ่มร้านยาที่เข้าร่วมโครงการมากขึ้น ซึ่งเหมาะสมกับเขตเมือง และที่ใช้มากที่สุดคือ การส่งมอบยาโดยอสม.ในหมู่บ้านที่เหมาะสมกับเขตชนบท เช่นที่พบในรายงานของ Soraphan Songsermpong et al [20] ขณะที่ผู้ป่วยชาวลาวและกัมพูชาในโรงพยาบาลเอกชนจะมีการส่งทางไปรษณีย์และรับยาที่ด่านตรวจคนเข้าเมือง

5) การบริหารจัดการงบประมาณ (Financing) งบประมาณในการจัดบริการโรคไม่ติดต่อ พบว่ามีความเพียงพอทั้งการจัดสรรงบประมาณรายหัวและสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เนื่องจากมีการบริหารในลักษณะ CUP board ที่มีคณะกรรมการร่วมระหว่างสถานบริการ ซึ่งแตกต่างไปจากงานวิจัยของ บุษยมาส ฐศยาฐัศมี [17] ที่พบว่าการบริหารจัดการงบประมาณโดยเฉพาะการจัดสรรงบรายหัวให้ รพ.สต. อยู่ในระดับต้องปรับปรุง

6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลของระบบ (Leadership/Governance) ผู้บริหารเป็นผู้กำหนดทิศทางของทั้ง 5 ส่วนดังที่กล่าวมา ผู้บริหารที่มีวิสัยทัศน์ความรู้ความเข้าใจ และให้ความสำคัญในการจัดบริการโรคไม่ติดต่อในสถานการณ์โควิด-19 เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย จะสามารถนำไปสู่การกำหนดเป็นนโยบาย ยุทธศาสตร์และกระบวนการทำงานที่สอดคล้องกับสภาพบริบทและวิถีชีวิตของคนในท้องถิ่น รวมทั้งการสนับสนุนกำลังคน ระบบสารสนเทศ เทคโนโลยีการแพทย์ รวมทั้งงบประมาณเพื่อให้เกิดการดำเนินงานเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง และจะเป็นผู้ริเริ่มการขับเคลื่อนในพื้นที่ เช่นเดียวกับที่พบในงานวิจัยของวนิดา สมภูงา และคณะ [21]

7) ระบบสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ การมีจิตอาสาในชุมชนที่จะดูแลช่วยเหลือกัน โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อได้รับการดูแลที่เหมาะสมและต่อเนื่อง รวมทั้งการสร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ทั้งข้อตกลง กติกาหรือธรรมนูญตำบลที่จะทำให้ระบบบริการโรคไม่ติดต่อคงอยู่กับชุมชนต่อไป แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงจากภายนอกหรือมีวิกฤติสุขภาพก็ตาม

ทั้งนี้นอกจากการประเมินนวัตกรรมการปรับระบบบริการตาม Six building blocks of health system plus one ประเด็นที่สนับสนุนความยั่งยืนของระบบ คือ นโยบายของเขตสุขภาพ และการสนับสนุนจากส่วนกลาง

5. สรุปผลการศึกษา

สถานบริการในเขตสุขภาพที่ 10 สามารถปรับระบบในการจัดบริการโรคไม่ติดต่อในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีต้นแบบระบบสุขภาพชุมชนที่เชื่อมโยงเป็น

หนึ่งเดียว รวมทั้งภาวะผู้นำของสถานบริการที่ริเริ่มในปรับการให้บริการเชิงรุกในชุมชน การพัฒนากำลังคนให้รองรับในทุกระดับ มีเทคโนโลยีการแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการที่หลากหลาย มีงบประมาณที่เพียงพอ จนทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงและผลลัพธ์บริการดีกว่าเดิม อย่างไรก็ตามประเด็นที่ควรพัฒนาคือ 1) พัฒนาระบบสารสนเทศให้เชื่อมโยงกันระหว่างสถานบริการ และ 2) ระบบการแพทย์ทางไกลระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยให้ตอบสนองในการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อจากการสัมผัส ความแออัดในโรงพยาบาล และเพิ่มความสะดวกสบายให้กับผู้ป่วย 3) สถานบริการควรมีการขยายความร่วมมือกับคลินิกหรือร้านขายยาชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ และ 4) สถานบริการควรเพิ่มการดูแลตนเองให้ผู้ป่วย เช่น การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน หรือการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองและการให้ความรู้ผ่าน Application สำหรับผู้ที่เข้าถึงได้รวมถึงควรสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ หรือ YouTube channel เพื่อความหลากหลายในการเข้าถึงของผู้ใช้งานที่มีความแตกต่างกัน ข้อจำกัดที่พบในงานวิจัยนี้คือบทเรียนและผลการวิเคราะห์เน้นเพียงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่ครอบคลุมไม่ติดต่อของสถานพยาบาลได้ทั้งหมดเช่น โรคไต โรคหัวใจ โรคหอบหืด รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากพื้นที่ศึกษาทุกแห่งได้แยกงานคลินิกเลิกเหล้าบุหรี่ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงออกจากงานโรคไม่ติดต่อ หรือดำเนินการโดยกลุ่มงานอื่นที่ไม่ใช่กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ เช่น โรงพยาบาลอุบลรักษ์ธนบุรี ซึ่งขับเคลื่อนงานผ่านคลินิกผู้ป่วยนอก เป็นต้น

6. กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอย่างสูงต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 คณะกรรมการ Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อเขตสุขภาพที่ 10 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 แห่งในเขตสุขภาพที่ 10 ตลอดจนผู้บริหารและคณะทำงานจากโรงพยาบาลในกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าของทุกท่านให้ข้อเท็จจริง งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.)

7. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard [Internet]. [Cited 2021 Sep 24] Available from: https://covid19.who.int/
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php
3. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นพพล วิทย์วรพงศ์, ธีระ วรรธนารัตน์, สุรีรัตน์ งามเกียรติไพศาล, วราภร วิมุติไชย, พุฑีญา โอชารส, และคณะ. รายงานวิจัยการตอบสนองและเตรียมการของระบบบริการสุขภาพไทยต่อวิกฤติการระบาดของ COVID-19: การดำเนินการของโรงพยาบาล และผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมภายในขอบเขตของระบบสุขภาพ. กรุงเทพฯ; 2564.
4. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์, นัตยา ตั้งศิริกุล. รายงานวิจัยผลกระทบและการปรับตัวของนโยบายและระบบบริการสุขภาพ (ภาครัฐและเอกชน) สำหรับโรคไม่ติดต่อ (Health service response) ระหว่างช่วงการระบาดของ COVID-19 รอบแรกและรอบสอง. นนทบุรี; 2564.
5. เขตสุขภาพที่ 10. เอกสารประกอบการประชุม EOC Covid-19 เขตสุขภาพที่ 10 วันที่ 20 ก.ย. 2564.
6. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานตามตัวชี้วัด NCDplus [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php
7. ประภาพรรณ อุ่นอบ (บรรณาธิการ). การประเมินภายใน: เครื่องมือเพื่อการเรียนรู้และการพัฒนาโครงการสร้างเสริมสุขภาวะ. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด; 2564.

8. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO Document Production Services; 2010.
9. ศิริเกษม ศิริลักษณ์. การจัดการความรู้ระบบสุขภาพอำเภอพึงประสงค์ โดยใช้หลักการ Six Building Block Plus One. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563.
10. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 พ.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=87&Itemid=130
11. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. 2559 [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 พ.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล https://infocenter.nationalhealth.or.th/node/19135
12. กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 พ.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล http://www.dla.go.th/upload/regulation/type2/2018/4/1589_1.pdf
13. ทัศนีย์ ญาณะ, พฤกษา บุกบุญ. ระบบสุขภาพชุมชนโดยชุมชน เพื่อชุมชน. กรุงเทพฯ: บียอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด, 2556.
14. สุชีรา บรรลือศิลป์. รายงานการวิจัยผลการทบทวนผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อโรคไม่ติดต่อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระดับโลก. นนทบุรี; 2564.
15. World Health Organization. Rapid assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic 2020 [Internet]. [Cited 18 June 2021]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic
16. ประภา ราชา, จารุภา คงรส, และธนพร สดชื่น. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19. วารสารแพทย์เขต 4-5 2563; 39(3): 414-26.
17. บุษยมาส ฐิศยาภัศมี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในยุควิถีใหม่ เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5 2566; 42(1): 66-77.
18. จุรีพร คงประเสริฐ, ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง, ประภัสรา บุญทวี. ผลกระทบจากการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ต่อการพัฒนาคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อ: โรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2565; 39(4): 429-37.
19. จารุวัณย์ รัตนะมงคลกุล. แอปพลิเคชันไดเอทซ์ (Dietz): เทเลเมดิซีนเพื่อการติดตามการรักษาและการดูแลตัวเองของผู้ป่วยเบาหวาน. Journal of the Thai Medical Informatics Association 2022; 1: 46-54.
20. Songsermpong S, Bunluesin S, Khomgongsuwan P, Junthon S, Cazabon D, Moran AE, Garg R, et al. Innovations to Sustain Noncommunicable Disease Services in the Context of COVID-19: Report from Pakkred District, Nonthaburi Province, Thailand. Global Heart 2021; 16(1): 44. DOI: https://doi.org/10.5334/gh.1003
21. วนิดา สมภูงา, มะลิ สุปัตติ. ประสิทธิผลการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการโรคเบาหวานด้วยหลักการ 6 building blocks จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(1): 142-55.
22. วนิดา สมภูงา, พุทธิไกร ประมวล. การพัฒนาและการประเมินผลของรูปแบบการจัดการตนเองแบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2565; 15(1): 273-87.