



การจัดระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกที่ 3 เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

Organizing Tertiary Health Service Systems in the Situation of Corona 2019

(Third wave Pandemic) in Bangkok Metropolitan Region

อดิญา ศรเกสริน¹ ธัญพร ชื่นกลิ่น² ณัฐพงศ์ วงศ์วิวัฒน์³ อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์⁴ นภัส แก้ววิเชียร³
สุชาดา นิมวัฒนากุล¹ วรุณี แสงทอง⁵ เบญจพร สุธรรมชัย⁶ ศุภสิทธิ์ พรณารุณทัย⁷

¹Atiya Sarakshetrin ^{Thunyaporn Chuenklin}*² Nutthapong Wongwiwat³ Atcharawadee Sriyasak⁴

Naphas Kaeowichian³ Suchada Nimwatanakul¹ Worawut Saengthong⁵

Benjaporn Suthamchai⁶ Supasit Pannarunothai⁷

¹คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ²คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี

³กรมการแพทย์ ⁴วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา ⁵วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ ⁶มูลนิธิพัฒนาสถานีนามัยเฉลิม
พระเกียรติ 60 พรรชนาวินมหาราชินี ⁷ศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรม จังหวัดพิษณุโลก

¹Faculty of Nursing, Prabormrajchanok Institute, ²Faculty of Health Science Phetchaburi Rajabhat University

³Department of Medical Services ⁴Boromarajonnani College of Nursing Yala, ⁵Boromarajonnani College of Nursing Surin

⁶Queen Sirikit Health Center Foundation ⁷Center of Health Equity Monitoring Foundation Phitsanulok

Corresponding author: Atcharawadee Sriyasak; Email: atcharawadee@bcnyala.ac.th

Received: October 25, 2023 Revised: November 30, 2023 Accepted: December 10, 2023

บทคัดย่อ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกที่ 3 ส่งผลให้อัตราการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทยสูง โดยมีจุดศูนย์กลางการระบาดอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการจัดระบบบริการระดับตติยภูมิ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลตั้งแต่สัปดาห์ที่ 14 ถึงสัปดาห์ที่ 53 ของปี 2564 ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่ม คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงจากผู้บริหาร และทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการตติยภูมิและปริมณฑลจำนวนทั้งสิ้น 123 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1) ระบบบริการ: มีการปรับระบบบริการเพื่อรองรับสถานการณ์ โดยผสมผสานหลักการบริหารเพื่อรับมือกับสถานการณ์วิกฤติ บริหารจัดการด้านโครงสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้บริการ 2) บุคลากรสาธารณสุข: มีการลดภาระงานไม่จำเป็น ระดมกำลังคน พัฒนาสมรรถนะและทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ และบำรุงขวัญกำลังใจ 3) ข้อมูลข่าวสาร: ประกอบไปด้วยระบบข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ ระบบข้อมูลข่าวสารในการรายงาน และระบบบันทึกข้อมูลการเบิกจ่าย 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์: ปรับการบริหารจัดการคลังและการกระจายผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนแบบเร่งด่วน ประยุกต์ใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น และพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนการให้บริการ 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ: ประกอบไปด้วยเงินจากงบประมาณของทางโรงพยาบาล เงินจากกองทุนพิเศษ เงินบริจาค และเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 6) การนำและการอภิบาลระบบ: เกิดจากการเป็นแบบอย่างที่ดีในการสั่งงานหนัก และร่วมลงมือปฏิบัติ สร้างเครือข่ายความร่วมมือ กล้าตัดสินใจรับงานใหม่ และปรับเปลี่ยนกระบวนการขั้นตอนในการทำงาน

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019; การจัดระบบบริการสุขภาพ; ระดับตติยภูมิ



Organizing Tertiary Health Service Systems in the Situation of Corona 2019 (Third wave Pandemic) in Bangkok Metropolitan Region

¹Atiya Sarakshetrin Thunyporn Chuenklin*² Nutthapong Wongwiwat³ Atcharawadee Sriyasak⁴

Naphas Kaeowichian³ Suchada Nimwatanakul¹ Worawut Saengthong⁵

Benjaporn Suthamchai⁶ Supasit Pannarunothai⁷

¹Faculty of Nursing, Prabborromrajchanok Institute, ²Faculty of Health Science Phetchaburi Rajabhat University

³Department of Medical Services ⁴Boromarajonnani College of Nursing Yala, ⁵Boromarajonnani College of Nursing Surin

⁶Queen Sirikit Health Center Foundation ⁷Center of Health Equity Monitoring Foundation Phitsanulok

Corresponding author: Atcharawadee Sriyasak; Email: atcharawadee@bcnyala.ac.th

Received: October 25, 2023 Revised: November 30, 2023 Accepted: December 10, 2023

Abstract

The third wave of the COVID-19 pandemic had led to a high rate of infection spreading and exacerbating the situation of the 2019 coronavirus outbreak in Thailand, with the epicenter of the outbreak located in the Bangkok metropolitan area and its surrounding provinces. A qualitative study aimed to explore health system management during the situation of Corona 2019(COVID-19) third wave pandemic in Bangkok Metropolitan Region. Data were collected by in-depth interview and focus group discussion during week 14 to week 54 in 2021 from 123 purposively selected participants including administrative staff and multidisciplinary health care teams. Content analysis was used for data analysis. The results revealed that: 1) *Service delivery*: restructuring of service systems, integration of crisis management principles, management of structural aspects and development of new practices in service delivery. 2) *Health workforce*: reducing workload and bringing the workforce together, developing competencies of healthcare providers and skills in caring for critically ill patients, and providing rewards. 3) *Information*: The medical service information system, the information reporting news system, and expenditure data recording system. 4) *Access to essential medicine*: managing medical supplies systems and accelerating the allocation and developing innovations and technologies in health care services. 5) *Financing*: using hospital budget, special budget, disbursement from NHSO, and donations. 6) *Leadership and governance*: role modelling hard work, cooperation, establishment of a collaborative network, daring to change jobs, and changed mindsets.

Keywords: coronavirus disease 2019 pandemic; health service system; tertiary level



ความเป็นมาและความสำคัญ

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถือเป็นเป็นการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่มีผลกระทบไปทั่วโลก โดยการระบาดระลอกที่ 1 เป็นการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ดั้งเดิมที่พบครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน หรือโคโรนาสายพันธุ์ S (Serine) ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ต่อมาพบจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนเกิดการระบาดอย่างรวดเร็วในอีกหลายประเทศทั่วโลก จนกระทั่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประเมินสถานการณ์ของการติดเชื้อดังกล่าว และได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ ซึ่งเริ่มต้นในช่วงมกราคม พ.ศ. 2563 ในประเทศไทยมีการระบาดภายในประเทศจากกลุ่มคนในสนามมวย จนกลายเป็นจุดเริ่มต้นของการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว 13 จังหวัดตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ รัฐบาลได้ตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อทำหน้าที่กำหนดนโยบายและมาตรการเร่งด่วน จนนำไปสู่การบังคับใช้มาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงมาตรการอื่น ๆ ทำให้สามารถควบคุมการระบาดได้ในระดับหนึ่ง การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในระลอกนี้ โดยเริ่มตั้งแต่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 – 14 ธันวาคม พ.ศ. 2563 มีผู้ติดเชื้อ 4,237 คน และผู้เสียชีวิต 60 ราย (คิดเป็นร้อยละ 1.42 จากจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมด)^๑

การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 2: มีการพบอุบัติการณ์ในกลุ่มแรงงานสมุทรสาครกับ “การระบาดระลอกใหม่” เกิดขึ้นภายหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สายพันธุ์ S หรือสายพันธุ์อู่ฮั่น ครั้งนี้ก็ถือเป็นการแพร่ระบาดที่เชื่อมีการกลายพันธุ์และเกิดการแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง โดยที่ไม่สัมพันธ์กับการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นในช่วงก่อนหน้านี้ การระบาดระลอกใหม่เกิดจากเชื้อไวรัสกลายพันธุ์ สายพันธุ์ GH เป็นสายพันธุ์ที่แยกออกมาจากสายพันธุ์ G หรือสายพันธุ์บีตา (Beta (B.1.351)) และแพร่มายังประเทศไทยในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยสายพันธุ์นี้ตรวจพบครั้งแรกในตลาดกลางกุ้ง จากแรงงานอุตสาหกรรมประมงตลาดกุ้ง จังหวัดสมุทรสงคราม ที่ไม่ได้ผ่านการคัดกรองเข้าเมือง และในระยะเวลาเพียงหนึ่งสัปดาห์ มีผู้ติดเชื้อประมาณ 1,400 ราย และการระบาดครั้งนี้ กระจายไป 27 จังหวัด ทั่วประเทศ ในช่วงตั้งแต่ธันวาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยทั้งหมด 24,262 คน เสียชีวิต 34 ราย คิดเป็นร้อยละ .14 ต่อจำนวนผู้ป่วย

การแพร่ระบาดของโควิดระลอกที่ 3 สายพันธุ์อัลฟาหรือสายพันธุ์จากเมืองเคนต์ในประเทศอังกฤษ เริ่มมีการระบาดในประเทศไทยเมื่อต้นเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 และแพร่ระบาดอย่างหนักจากกลุ่มคนเที่ยวสถานบันเทิงย่านทองหล่อ ในขณะนั้นแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วกว่า 138 ประเทศทั่วโลก เนื่องจากเป็นสายพันธุ์ที่แพร่กระจายเชื้อได้ง่ายกว่าสายพันธุ์อื่นมากถึง 40-70% และมีคุณสมบัติหลบหลีกภูมิคุ้มกันได้ดี ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตสูงขึ้นถึง 30% นอกจากนี้ในช่วงเวลาคาบเกี่ยวกันของเชื้อไวรัสสายพันธุ์เดลต้า ซึ่งแพร่ระบาดได้เร็วขึ้นถึง 4.2 เท่าของสายพันธุ์เดิม (SARS CoV-2: Wuhan-Hu-1 isolate)⁴ แพร่ได้เร็วกว่าสายพันธุ์แอลฟามากกว่าร้อยละ 60 มีความรุนแรงกว่า หลบหลีกระบบภูมิคุ้มกันได้ดีกว่า ในขณะที่เดียวกันการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของคนไทยในช่วงนั้นยังไม่ทั่วถึง ไม่พร้อมรับมือกับการแพร่ระบาดของเชื้อที่มีความรุนแรง และขยายวงกว้างรวดเร็ว รายงานการติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากเดิมวันละหลักร้อยรายเป็นหลักพันราย อัตราขยายเชื้อของโควิด-19 ในประเทศไทยสูงที่สุดในโลก โดยมีอัตราการขยายอยู่ที่ 2.273 การติดเชื้อกระจายอยู่ทั่วประเทศแต่จุดศูนย์กลางการระบาดอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อัตราการครองเตียงเพิ่มมากกว่าร้อยละ 80 ทั่วประเทศ 5 จำนวนผู้ป่วยวิกฤติมากขึ้น เตียงผู้ป่วยวิกฤติ (ไอซียู) มีจำกัด การเสียชีวิตมากขึ้น เกิดปัญหาอุปกรณ์และบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยหนัก

กรุงเทพมหานครเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษและตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่า

ด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. 2559 โดยกำหนดให้พื้นที่กรุงเทพมหานครอยู่ภายใต้การดูแลด้านสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 13 เพื่อให้เป็นเขตพื้นที่สำหรับดำเนินการขับเคลื่อนการปฏิรูปสุขภาพและบูรณาการภารกิจด้านการสาธารณสุขร่วมกับหลายหน่วยงาน⁶ แม้ว่ากรุงเทพมหานครจะเป็นเมืองที่มีศักยภาพสูงและมีระบบสาธารณสุขหลากหลายรูปแบบแต่การระบาดของที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วได้ทำให้หน่วยงานและกลไกต่าง ๆ ในพื้นที่กรุงเทพมหานครไม่สามารถรับมือได้อย่างทันท่วงที อันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านการบริหารจัดการสาธารณสุขที่มีความทับซ้อนกันระหว่างหลายหน่วยงาน สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาในระลอกที่ 3 สร้างความตื่นตระหนกในการให้กักระบบบริการสุขภาพ ที่จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการที่ดี การศึกษาถึงการบริหารจัดการภายใต้กรอบแนวคิดระบบสุขภาพ Six building blocks⁷ ของหน่วยบริการการแพทย์ในสังกัดต่าง ๆ ทั้ง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม ในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลที่มีการระบาดเกิดขึ้นอย่างมากมาย จะบทเรียนที่สำคัญ อันจะนำไปสู่การพัฒนากระบวนการแพทย์ที่เหมาะสม ในการจัดระบบบริการในกรณีที่เกิดภาวะวิกฤติต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อถอดบทเรียนการจัดระบบบริการระดับตติยภูมิ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ทีมวิจัยทำการศึกษาและถอดบทเรียนการจัดการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาของสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยทำการศึกษาการจัดการระบบสุขภาพตามกรอบแนวคิด 6 องค์ประกอบ (six building blocks) ขององค์การอนามัยโลก⁷ 1) ระบบบริการ (service delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร (health information systems) 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (access to essential medicines) 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (financing system) และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (leadership and governance)

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่าง สัปดาห์ที่ 14 ถึงสัปดาห์ที่ 53 ของปี 2564 โดยจะทำการสัมภาษณ์และอภิปรายกลุ่มกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล

กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 1) ผู้บริหาร (หรือผู้แทน) หน่วยบริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ ตติยภูมิ เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ทั้งหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงกลาโหม และกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม รวม 18 คน จาก 18 หน่วยบริการ 2) ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ มีประสบการณ์การดูแลหรือบริหารจัดการผู้ป่วยโควิดในสถานบริการ ที่เป็นทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานรังสี เภสัชกร เจ้าหน้าที่ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 10-12 คนจาก 18 หน่วยบริการรวมเป็น 180 คน รวมมีผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จำนวน 123 คน



เครื่องมือการวิจัย

1. ทีมผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ มีการเตรียมตัวโดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารทางวิชาการและผลงานวิจัย ที่มีความสัมพันธ์กับแนวคิดในการวิจัย

2. แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ และประสบการณ์ในการทำงาน

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้แนวคำถามปลายเปิด แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured) ประเด็นคำถามมีกรอบกว้างในประเด็นหลักๆ เช่น 1) หน่วยงานท่านมีการจัดระบบการบริการ แก่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ระลอกที่ 3 อย่างไร 2) ท่านมีการจัดสรรทรัพยากรอย่างไรในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)ในระลอกที่ 3 3) ระบบสารสนเทศที่ใช้ในระหว่างการระบาดระลอก 3 นี้เป็นอย่างไร และ 4) การบริหารจัดการงบประมาณ/การเงินการคลัง มีการดำเนินการเป็นอย่างไร ในระหว่างการสัมภาษณ์มีการใช้คำถามเจาะลึก (probing questions) เช่น ท่านหมายความว่าอย่างไร ช่วยขยายความในประเด็น... นี้เพิ่มเติม เป็นต้น และใช้คำถามเพื่อขอข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เช่น ในประเด็น...นี้ ท่านคิดว่ามีแนวทางในการแก้ไขอย่างไร มีอะไรที่ไม่ได้ถามแล้วอยากจะเล่าเพิ่มเติมหรือไม่ อย่างไร

แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านหลังจากนั้นผู้วิจัยได้ทดลองใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกัน กับโรงพยาบาลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเพื่อดูความเหมาะสมของแนวคำถามก่อนนำมาเก็บข้อมูลจริง

3. แบบสังเกตพฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะการให้สัมภาษณ์และเมื่อสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ประกอบด้วยอากัปกริยาขณะให้ข้อมูล น้ำเสียง สายตา อารมณ์ความรู้สึก ที่เกิดขึ้น

4. แบบบันทึกภาคสนามประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ให้ข้อมูลวันที่ เวลาเริ่มและสิ้นสุดการสัมภาษณ์ สถานที่ให้สัมภาษณ์ สิ่งแวดล้อมทั่วไป การบันทึกความรู้สึก เหตุการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในการเก็บข้อมูล

5. อุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สำหรับบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เลขที่ IHRP2021127 ลงวันที่ 31 สิงหาคม 2564 คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลราชวิถี เลขที่ 265/2564 ลงวันที่ 29 พฤศจิกายน 2564 คณะกรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA no. Si 189/2022 ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565 คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลตำรวจ เลขที่ วจ.40/65 ลงวันที่ 11 พฤษภาคม 2565 คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร เลขที่ 56 ลงวันที่ 6 พฤษภาคม 2565

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดเบื้องต้นเกี่ยวกับการทำวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจในการเข้าร่วมตามความสมัครใจ เลือกสถานที่ในการสัมภาษณ์ ที่มีความเป็นส่วนตัว สร้างสัมพันธภาพเพื่อทำความรู้จักซึ่งกันและกันระหว่างผู้วิจัยกับผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์เริ่มจากข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล และตามด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกตามแนวคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการในการค้นหาความหมายของประสบการณ์และมีการถามเพื่อติดตามประเด็นที่เกิดขึ้นใหม่

(probing questions) หรือประเด็นที่ไม่ชัดเจนในขณะสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

2. ผู้วิจัยทำบันทึกภาคสนาม (field note) และการบันทึกความรู้สึกสะท้อนคิด (reflective journal) ภายหลังการสัมภาษณ์ เพื่อเพิ่มความชัดเจนครอบคลุมของข้อมูลและป้องกันการนำความรู้สึกของผู้วิจัยไปตีความเหตุการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

3. ภายหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยถอดเทปและพิมพ์แบบคำต่อคำ แล้วอ่านทำความเข้าใจกับความหมายต่าง ๆ การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย สัมภาษณ์จนกว่าไม่ได้ข้อมูลใหม่เกิดขึ้น หรือข้อมูลอิ่มตัว (saturation of data) จึงยุติการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน⁸ ได้แก่

1) การทำความเข้าใจกับข้อมูล โดยการอ่านข้อมูลจากการถอดเสียงแบบคำต่อคำ ที่ได้จากการสัมภาษณ์อย่างละเอียดเพื่อให้เกิดความเข้าใจและความรู้สึกตามข้อความในคำบรรยายนั้น ๆ

2) สร้างข้อมูลเบื้องต้น จัดระเบียบเนื้อหาข้อมูลและกำหนดรหัสข้อมูลโดยเลือกข้อความที่มีความหมายในประเด็นของการศึกษา และกำหนดรหัสแทนความหมายของข้อความนั้น

3) ค้นหาแก่นสาระ จัดกลุ่มข้อมูล โดยจัดรหัสทั้งหมดให้เป็นหมวดหมู่

4) ตรวจสอบซ้ำแก่นสาระ โดยการคัดเอาข้อมูลที่ตรงกับรหัสแต่ละตัวมารวมไว้ที่เดียวกันเพื่อความสะดวกในการหาความหมายและหาข้อสรุป

5) ระบุและตั้งชื่อแก่นสาระ โดยการหาข้อสรุปจากการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล โดยมองหาแบบแผนเรื่อง หรือประเด็นที่ปรากฏจากข้อมูล และ

6) เขียนสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การตรวจสอบความเชื่อถือได้และคุณภาพของข้อมูล (trustworthiness) ตามแนวคิดของลินคอนและกิบา⁹ มีดังนี้ 1) ความน่าเชื่อถือ (credibility) ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องโดยให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันหลังจากที่ผู้วิจัยวิเคราะห์ประเด็น (theme) เป็นระยะ ๆ และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความครอบคลุมและ ความอึดตัวของข้อมูล โดยมีการนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ วิเคราะห์ผลไปตรวจสอบกับผู้ร่วมวิจัย 2 คน และอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้และเชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ 2 คน 2) การพึ่งพากับเกณฑ์อื่น (dependability) ผู้วิจัยวิเคราะห์การเขียนบันทึกสะท้อนคิดและถอดเทป การสัมภาษณ์เชิงลึกและวิเคราะห์ข้อมูลอย่างอิสระจากนั้นนำประเด็นมาอภิปรายร่วมกับผู้ร่วมทำวิจัยและผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลเด็กและการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพิจารณาประเด็นหลักและสาระเพื่อให้ไปในทางเดียวกัน 3) การนำไปใช้ (transferability) ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมเพื่อให้ผู้อ่านตัดสินใจว่าจะนำไปประยุกต์ใช้กับสภาพแวดล้อมและบริบทที่คล้ายคลึงกัน 4) การยืนยันข้อมูล (confirmability) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ตลอดการดำเนินการวิจัย ในฐานข้อมูลเพื่อสามารถอ้างอิงและตรวจสอบข้อมูลซ้ำได้ตลอดเวลา



ผลการวิจัย

การจัดระบบบริการสุขภาพระดับตติยภูมิในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกที่ 3 เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล สรุปลงเป็นประเด็นตามหลักองค์ประกอบ (six building block) ได้ดังนี้

1. ระบบบริการ (service delivery) มีการปรับระบบบริการเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกที่ 3 โดยผสมผสานหลักการบริหารเพื่อรับมือกับสถานการณ์วิกฤติ บริหารจัดการด้านโครงสร้างและพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้บริการ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ผสานหลักการบริหารเพื่อรับมือกับสถานการณ์วิกฤติ ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บริหารจัดการโดยใช้หลัก 3 S (system, staff, structure) ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข (emergency operation center) ร่วมกับระบบบัญชาการเหตุการณ์ (incidence command system) และมีคณะกรรมการในการดำเนินงาน ทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับกรม และกระทรวงสาธารณสุข มีการประชุมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการบริหารโดยใช้แผนดำเนินธุรกิจอย่างต่อเนื่องสำหรับการบริหารความพร้อมต่อสภาวะวิกฤติจากโรคติดต่ออุบัติใหม่ (Business Continuity Plan for Emergency Infectious Disease in Healthcare Facilities: BCP) ในการดำเนินงานร่วมด้วย และความร่วมของโรงพยาบาลเอกชน ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ในแง่ของการบริหารเราก็ดูหลัก ๆ 3 S system staff structure อันนี้เป็นสิ่งที่เราใช้บริหารทั่วไปอยู่แล้ว และก็ในส่วนของโควิดสิ่งที่เราทำเพิ่มก็คือ BCP ก็คือแผนการในการรับภาวะฉุกเฉินทั้งหลาย ...รพ.ทั้งหลายทำมาตั้งแต่รอบปีที่แล้ว ตัวขับเคลื่อนของเราที่นี้คือ EOC ของ รพ.ที่จะเป็นตัวขับเคลื่อนภายในนี้เป็นเครื่องมือหลัก ๆ ที่เราใช้นะครับ” (ผู้บริหาร ป03)

“ต้องให้เครดิตท่านอธิบดีมากเลย ท่านมองเห็นปัญหาของ กทม.เลยว่าเป็นเมืองหลวงเมืองใหญ่ที่ Stakeholder เยอะ มีทั้ง กทม. มีทั้ง รร.แพทย์ มีทั้ง รพ.มีกรม มีทั้งทหาร ตำรวจ มีเอกชน มี 5 Stakeholder ใหญ่ ซึ่งแต่ละคนจะมี source ที่แตกต่างกัน แต่ถ้าต่างคนต่างทำบริหารงานไม่ดี คนไข้จะไปกองอยู่ที่เดียว ท่านจะตั้งคณะกรรมการชุดหนึ่งซึ่งมี รพ. เป็นประธาน ท่านจะเป็นเลขานุการ และท่านจะเชิญ Stakeholder รวมถึงภาคเอกชนมาร่วมกันวางแผนเขียนสถานการณ์ร่วมกัน วางแผนเตียง วางแผนระบบการจัดการส่งต่อคนไข้ร่วมกัน” (ผู้บริหาร กทม09)

“โดยเฉพาะปริมณฑล ถ้าไม่มีหน่วยงานเอกชนเข้ามารับผมคิดว่าจะเป็นภาระของภาครัฐและก็จะเป็ประเด็นของทางภาครัฐเป็นอย่างสูง เพราะว่าในกรุงเทพปริมณฑลเท่าที่ผมดูสถิติตั้งแต่เดลด้าเมษายนปีที่แล้วจนกระทั่งระบดหนัก ๆ กรกฎาคม สิงหาคม เอกชนรองรับประมาณ 80 เปอร์เซ็นต์ ของภาพใหญ่ นะ... ถามแล้วเอาเตียงมาจากไหนรองรับได้ถึง 70-80% อันนั้นเป็นกลไกที่กรมสนับสนุนบริการได้ให้ทาง รพ.เอกชนทั้งระบบในกรุงเทพและปริมณฑลไป contact กับโรงแรม ซึ่งเศรษฐกิจไม่ได้อยู่แล้วเปิดทำเป็น hospital เพราะฉะนั้นใน hospital เราจะมีห้องอยู่เยอะมากเลยเป็นหมื่น ๆ ห้อง” (ผู้บริหาร เอกชน02)

1.2 บริหารจัดการด้านโครงสร้าง เมื่อปริมาณผู้มีความเสี่ยงสูงและผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่าง

รวดเร็ว สถานที่ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในเริ่มไม่เพียงพอ จำเป็นต้องพัฒนาโครงสร้างทางกายภาพเพื่อรองรับผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ปรับปรุงพื้นที่และหอผู้ป่วยต่าง ๆ บริการแก่ผู้ป่วยติดเชื้อ ซึ่งจำเป็นต้องดำเนินการอย่างรวดเร็วและทันการณ์ แยกพื้นที่ให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อออกจากกัน เพื่อให้สามารถรองรับผู้ป่วยติดเชื้อตามลำดับความรุนแรงของการระบาด ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“...peak มาก ๆ น่าจะเดือน 6 เดือน 7 ก็เลยต้องทำ หรือว่าตัดสินใจก่อนครับ..โดยปรับ structure ใหม่หมดเลยคือเราต้องแบ่งประเภทคนไข้ก่อนกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่สงสัย กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่วินิจฉัยแล้ว กลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่ไม่

ได้เกี่ยวกับโควิด เพราะว่าเราต้อง run business ของ รพ.ต่อไปด้วย เพราะว่าเรารู้ว่า 3 กลุ่มนี้ไม่ควรจะมาพัวพันกัน ไม่อย่างนั้นก็จะ contaminate อย่างกลุ่มที่เราสงสัยเริ่มจาก ARI คลินิก ก็จะไปถูกวางอยู่ติดกะอาดมมหนึ่งของ รพ. ทำเป็นเหมือนกับ one stop service ของ ARI ถ้าวินิจฉัยแล้วก็ต้องไป admit ที่เราอย่างที่บอกพอช่วงระลอก 3 เราจะดูคนไข้เหลือง ส้ม แดง เราก็จะไปปรับเตียงอายุรกรรมทั้ง ward เลยให้เป็น ward ที่ดูแลโควิด ก็จะมี ICU โควิดที่ปรับเป็น AIIR ก่อนจากนั้นไม่พอก็ไปปรับ extended ICU Surg มาก่อสร้างเพิ่ม ward รวมก็ถูกปรับไปเป็น Cohort ward และก็มีเหมือน Semi-Covid-ICU เราก็ค่อนข้างที่จะมั่นใจว่าคนไข้จะไม่ contaminate กับคนไข้ที่ไม่ได้เป็นโควิด...” (ผู้บริหาร ป05)

1.3 พัฒนาแนวปฏิบัติในการให้บริการ มีการพัฒนาแนวปฏิบัติ ขั้นตอนการดำเนินงาน และการระบุบทบาทหน้าที่แก่ผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอน ทั้งการควบคุมป้องกันการติดเชื้อ การให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ติดเชื้อ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยโควิด และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่มีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลาให้ทันกับความรุนแรง และการเปลี่ยนแปลงของปัญหาในสถานการณ์ จัดระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย และระดับความสามารถของโรงพยาบาลตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย เป็นสีเขียว สีเหลือง สีส้ม และสีแดง เพื่อให้การบริการมีคุณภาพ และปลอดภัย ดังตัวอย่างคำกล่าวต่อไปนี้

“ใช้ guideline แล้วสั่งยาตาม guideline เลย...” (สหวิชาชีพ ป01)

“แนวปฏิบัติ เราใช้ของกรมการแพทย์เป็นหลัก กรมควบคุมโรค และก็สำนักโรคต่างๆ ในเรื่องเกี่ยวกับผู้สัมผัส การจัดการเกี่ยวกับระยะติดเชื้อ การจัดการการป้องกันการระบาดจาก การสอบสวนโรค” (สหวิชาชีพ ป08)

“ระบบ IC ของ โรงพยาบาล... เราก็มีหน้าที่ออกแบบระบบ เขียน flow แล้วก็ออกแบบระบบในเรื่องของการ safety ของเจ้าหน้าที่ที่เราพร้อมกับทางศิริราช มาประกอบกัน เพื่อออกระบบโดยโรงพยาบาล” (สหวิชาชีพ ป08)

“CPG เปลี่ยนกรมการแพทย์ post CPG ใหม่วันนี้ไป 08.00 โมงเช้า ถ้ามาตรฐานโลกคุณจะต้องเปลี่ยนวิธีการรักษาโรคคนไข้ได้ก่อน 10.00 ถ้าเกิดคุณต้องรอเป็นวันแล้วก็ยังมีหมอบางคนยังไม่รู้เลยว่า CPG ใหม่มันเปลี่ยนไปยังไงผมคิดว่าการจัดการในภาวะฉุกเฉินมัน fail แล้วนะ” (ผู้ทรง ป09)

2. บุคลากรสาธารณสุข (health workforce) มีการดำเนินการโดยการลดภาระงานไม่จำเป็น ระดมกำลังคนพัฒนาสมรรถนะและทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ และบำรุงขวัญกำลังใจ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ลดงานระดมคน พบว่า เมื่อปริมาณผู้มารับบริการเพิ่มมากขึ้นจึงลดภาระงานที่ไม่ฉุกเฉิน รอได้ เช่น งานห้องผ่าตัด ทันตกรรม กายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือก ฯลฯ ให้มีหน้าที่ในแผนกที่เปิดให้บริการผู้ที่เสี่ยงหรือติดเชื้อ ยุบรวมบางแผนกที่สามารถรวมได้ ระดมบุคลากรสาธารณสุขภายในจังหวัด หรือภายในเขตที่ผู้ติดเชื้อยังไม่สูงนักมาช่วยงานในช่วงแรก รวมทั้งบุคลากรสายสนับสนุนมาช่วยงานส่วนสนับสนุนบริการ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“รพ.เรามีห้องแยก negative modified ห้องเดียว ตอนช่วงเดลต้าและก็ปิดห้องตลอด เอายาบาล หัวหน้าพยาบาลของ IC ทำงานร่วมกัน ให้พยาบาลห้องตลอดไปอยู่เวรรับคนไข้โควิดที่ตึกพิเศษ” (สหวิชาชีพ ป06)

“อันดับแรกมีการลดงานที่ไม่จำเป็นลง เช่น พอเราลดงาน OR ก็เอาบุคลากรและพยาบาล OR รวมถึงตึกบริการสังคมที่เราปิดไป เอาไปโรงพยาบาลสนาม รวมถึง back office ทันตกรรม หรือกายภาพบำบัด ส่งน้องออกไปช่วย รพ.สนาม และไปช่วยที่ตึกที่ฉีดวัคซีน” (สหวิชาชีพ ป01)

“คนไข้เยอะขึ้น ต้องระดมคน ประมาณ 40 เปอร์เซ็นต์ของโรงพยาบาล ให้ไปดูคนไข้โควิด แต่พอตอนช่วงคนไข้ในระลอกที่ 4 กลับกัน เจ้าหน้าที่ 60 เปอร์เซ็นต์ต้องไปดูคนไข้โควิด เพราะเราจะมีโรงพยาบาลสนามด้วย เปิด cohort ward เพิ่มด้วย และช่วงท้ายๆ จะมี Home isolation ด้วย เจ้าหน้าที่ในการดูแลปฐมภูมิก็ยังคงไปดูคนไข้ Home isolation ดังนั้นแน่นอนว่ากำลังของบุคลากรจะต้องมีความ tight มากในการจัดเวร” (ผู้บริหาร ป03)



2.2 พัฒนาศมรรณะและทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ มีการพัฒนาศมรรณะและทักษะกำลังคนด้านต่าง ๆ ทั้งการให้บริการ และการสนับสนุนบริการ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้ ดังตัวอย่างข้อมูลต่อไปนี้

“...ฝึกสอนเจ้าหน้าที่.. กระตุ้นความรู้เรื่อง infection control เราฝึกตั้งแต่เราให้ความรู้ทางการแพทย์ ทางด้านการพยาบาล เราก็กฝึกรวมในเรื่องของการใส่ชุด การปฏิบัติตัวการทำงานจะต้องทำอะไร” (ผู้บริหาร ป03)
“ตอนนี้มีการปรับเปลี่ยน โดยการให้ไปอบรม เช่น การใช้ทักษะพิเศษ การใส่ท่อเครื่องช่วยหายใจ และใช้สารสนเทศ มีการเพิ่มระดับสมรรณะ” (ผู้ทรง 08)

2.3 บำรุงขวัญกำลังใจ เป็นการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน โดยการชดเชยภาระงานและความเสี่ยงที่เพิ่มมากขึ้น ด้วยการทำประกันชีวิตให้แก่เจ้าหน้าที่ ให้ค่าตอบแทน ค่าเสี่ยงภัย มีสวัสดิการด้านอาหาร ที่พัก และการเสริมแรงด้วยการชมเชย ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“อีกเรื่องหนึ่งของบุคลากรก็คือ เรื่องขวัญกำลังใจต้องพร้อม แล้วไม่ตระหนกตกใจ ดูแลคนไข้ก็กลัวกัน อย่างนี้นะ เราก็มาสร้างขวัญกำลังใจ เพื่อที่จะให้เจ้าหน้าที่เตรียมพร้อมทำหน้าที่เพิ่มการทำประกันชีวิตและค่าเสี่ยงภัย” (ผู้บริหาร ป03)

“เรื่องค่าตอบแทน เราให้ค่าตอบแทนเพิ่มขึ้นเป็นเต็มเวลา ตอนหลังให้เพิ่ม เป็น 2 เท่า ยังไม่รวมค่าเสี่ยงภัยอีก” (ผู้บริหาร ป06)

3 ระบบข้อมูลข่าวสาร (information) ประกอบไปด้วยระบบข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ ระบบข้อมูลข่าวสารในการรายงาน และระบบบันทึกข้อมูลการเบิกจ่าย ดังนี้

3.1 ระบบข้อมูลการให้บริการทางการแพทย์ โรงพยาบาลส่วนใหญ่บันทึกข้อมูลด้วยโปรแกรมระบบข้อมูลข่าวสารเดิมที่ใช้อยู่ เช่น HOSxP, SSB และขยายเครือข่ายการลงบันทึกข้อมูลไปยังโรงพยาบาลสนาม โดยการจัดหาอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ และเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเพิ่มเติมอย่างเพียงพอสำหรับรองรับการดำเนินการที่มีจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้น ต้องการความรวดเร็วทันเวลาเพื่อให้การควบคุมโรค และการรักษาได้ทันเวลาที่ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ฐานข้อมูลก็มีระบบ HOSxP ของโรงพยาบาลที่มีอยู่ เพียงแต่ว่าการรายงาน lab ก็ต้องเร่ง process ทุกอย่างก็ต้องเร็ว เพราะว่าคนไข้เยอะมาก คนไข้นอกวันหนึ่งเป็นพันคน เกือบ 2,000 คน เพิ่มขึ้นมาจากปกติ” (ผู้บริหาร ป09)

“การ key ข้อมูลเข้าในระบบ SSB ของโรงพยาบาล ของเราใช้ SSB อยู่ พยาบาลที่รับผิดชอบส่วนของ caring ตรงนี้ดูแลในเรื่องการ key ข้อมูลเข้าระบบ พอไปใช้ที่โรงพยาบาลสนาม พยาบาลจากต่างจังหวัดที่มาช่วยงานส่วนใหญ่ใช้ HOSxP ก็คือจะต้องมาเรียนรู้ในเรื่องของการ key ข้อมูลเข้าในระบบ SSB นะ ต้องเรียนรู้ใหม่” (สหวิชาชีพ ป08)

3.2 ระบบข้อมูลข่าวสารในการรายงาน เป็นการรายงานข้อมูลเรื่อง การสอบสวนโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค การควบคุมโรค การใช้ยา และทรัพยากร ไปยังกรมต่าง ๆ ที่รับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ระบบ DDC -COVID, Co-Lab, Co-Ward เป็นต้น ดังคำกล่าวนี

“คือใช้ฐานข้อมูลกลางของกระทรวงฯ อย่างเช่นข้อมูล lab อย่างนี้ก็ต้อง key เข้า co-lab เรื่องทรัพยากร key เข้า co-ward เรื่องของคนไข้ก็ต้อง key เรียกเก็บเงินอะไรอย่างนี้” (ผู้บริหาร ป03)

“Co-ward ข้อมูลภาพเตียงทั้งหมด การเห็นข้อมูลทำให้การบริหารจัดการง่ายขึ้น แต่ให้เฉพาะคนที่มสิทธิ ดู โรงพยาบาลเราจะใช้วิธีนำข้อมูลเป็น Visual มาเข้าที่ประชุม ไม่ได้เอา Dashboard มาโชว์ จะเป็นการรายงานจากผู้รับผิดชอบว่าตอนนี้สถานการณ์เตียงเป็นอย่างไร การบริหารจัดการที่เราควรจะต้องทำเป็นอย่างไร” (สหวิชาชีพ กทม02)

3.3 ระบบบันทึกข้อมูลการเบิกจ่าย โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลบริการทางการแพทย์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเบิกค่าใช้จ่ายการบริการทางการแพทย์ ดังคำกล่าวนี้

“เรื่องของคนไข้ก็ต้อง key เรียกเก็บเงินอะไรอย่างนี้ จากระบบของ สปสช คือ จะต้อง key ข้อมูลให้ทันด้วย” (ผู้บริหาร ป03)

“ค่าใช้จ่ายของโควิด ก็ใช้ HIS (Hospital information system) key ในโปรแกรม e-Claim ของสปสช ก็แล้วแต่ว่าผู้ป่วยใช้สิทธิอะไร ก็ key ให้ตรงตามสิทธิ” (สหวิชาชีพ ป02)

อย่างไรก็ตามในส่วนของภาคเอกชนอยากให้มีการสื่อสารในเรื่องของการจ่ายเงินให้เข้าใจตรงกัน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“สิ่งที่ผมตกก็คือเวลาประกาศเป็นโรคอุบัติใหม่แล้วจำเป็นต้องใช้ประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินก็ช่วยให้กองทุนหรือมีbodyซักตัวมาเคลียร์ในการทำ financing ด้วย...ก็เป็ndrama มาช่วงหนึ่ง ซึ่งมันสะท้อนได้ถึงมันสะท้อนถึงระบบว่าท่านไม่ได้เตรียมตัว integrate กันให้ชัดเจนมันเป็นภาวะของประเทศ อันนี้จุดอ่อนมาก ๆ เลยนะ ทั้ง ๆ ที่เรารับผิดชอบจ่ายเงินมโหฬารแต่การเตรียมตัวไม่ดี ... ไม่ว่าจะเกิดขึ้นในช่วงหน้าก็ขอชัดเจน เพราะท่านเข้ามาถามใคร ๆ ไม่มีคำตอบนะ แล้วก็ต่างคนต่างเล่น... ส่วนอีกด้านหนึ่งเวลาทำลงไปแล้วสื่อสารกันทั่วประเทศไม่มีความชัดเจนในระบบ รพ.เอกชนทั่วประเทศมีมากกว่า 400 โรง ถ้าประกาศเป็นมาตรการที่ให้ระบบรัฐและเอกชนมาช่วยดูแลในยุคของเดลต้าอัตราการตายมันสูง เติงมันต้องเตรียมตัวล่วงหน้าบางจังหวัดก็ทำตามกรอบของส่วนใหญ่บางจังหวัดก็จะไปดิ้นดิ้นที่ท้องถิ่นเนื่องจากว่าคณะกรรมการโรคติดต่อฉุกเฉินประจำจังหวัดเขาก็แปลความจากส่วนกลางไม่ตรงกัน” (ผู้บริหาร เอกชน05)

4. เทคโนโลยีทางการแพทย์ (access to essential medicine) ปรับการบริหารจัดการคลังและการกระจายผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีนแบบเร่งด่วน ประยุกต์ใช้อุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น และพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีมาสนับสนุนการให้บริการ ดังนี้

4.1 บริหารจัดการคลังและการกระจายผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์แบบเร่งด่วน อาทิเช่น ยา Favipiravir วัคซีน รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“เราก็เป็นcenterในการบริหารจัดการยาโควิดของเขต พอมีคนไข้ทั้งเขตเยอะ การบริหารจัดการยาก็จะมีความ tight ในช่วงที่ tight นะ เราจะให้ยาไปก่อน 2 วันนะแทนที่จะให้ 5 วัน แล้วค่อยจ่ายเพิ่มทีหลังจนครบ” ผู้บริหาร ป03, “การผลิต การจัดสรรอุปกรณ์ทางการแพทย์ คือว่า เราได้มาน้อย เราก็บริหาร ก็อาจจะมียืมกันบ้าง เขตของเราตรงนี้มีน้ำใจช่วยกัน ก็มีการยืมกันบ้าง เป็นสิ่งที่เราบริหารจัดการ ก็ช่วยลดปัญหาหลาย ๆ ที่ได้ด้วย” ผู้บริหาร ป03 และ “ในเรื่องของยา เราจะมีการจัดตั้งคณะกรรมการพิจารณาการจ่ายยา Favipiravir ของเขต ซึ่งมีสาธารณสุขนิเทศเป็นประธาน เราจะออกแบบฟอร์ม design การขอใช้ยา ช่องทางการติดต่อก็สามารถผ่านช่วงวิกฤตตอนนั้นไปได้ ต้องใช้หลาย ๆ วิธีการเพื่อให้ยาพอใช้ บางที่ตึก ๆ ตื่น ๆ เข้ามาตามยากัน ก็ต้องทำทุกอย่างให้คนไข้ได้ใช้ยา” (สหวิชาชีพ ป08)

4.2 ประยุกต์ใช้อุปกรณ์ทดแทนผลิตภัณฑ์การแพทย์ที่จำเป็น และพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีแนวทางการป้องกันและการรักษาโรคอุบัติใหม่ ยังไม่ผลิตอุปกรณ์ชนิดที่ต้องการมาก่อน มีการดัดแปลงและพัฒนานวัตกรรมและเทคโนโลยีขึ้นทดแทน อาทิเช่น เสื้อกันฝน PPE กล่องพลาสติกป้องกันการติดเชื้อ AI ผู้ช่วยการตรวจรักษา แอปพลิเคชันสื่อสารกับผู้ป่วย เป็นต้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้



“เรื่อง PPE อุปกรณ์ป้องกัน ตอนนั้นค่อนข้างขาดเยอะ มีเสื้อกันฝนก็ต้องใช้” (สหวิชาชีพ ป04)

“เราจะมีนวัตกรรมคือคิดค้นขึ้นมา เพื่อให้เราปลอดภัย พวกกล่องพลาสติกต่าง ๆ ที่ครอบศีรษะคนไข้เวลาจะใส่ tube เวลาเรา swab” สหวิชาชีพ ป04 และ “ช่วยกันหาวิธีเอาเครื่องมือมาใช้ เช่น จะทำอย่างไรจะลดความเสี่ยงในการติดเชื้อจากคนไข้ จึงคิดวิธีทำเครื่องฟุ้งหัวใจ ที่หมอในห้องสามารถได้ยิน” ผู้บริหาร กทม02 และ “พอคนไข้เยอะขึ้นเราก็เริ่มมีนวัตกรรมเพิ่มขึ้น มี Application QQ เพื่อจองตรวจ PCR แล้วเริ่มเรื่องการฟุ้งผล lab เราก็มี Application ในการให้คนไข้สามารถฟุ้งผล lab ผ่านทาง Line ได้” (ผู้บริหาร กทม04)

5. ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (financing) งบประมาณที่ใช้ในการจัดการการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบไปด้วยเงินจากงบประมาณของทางโรงพยาบาล เงินจากงบพิเศษ เงินบริจาค และเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนี้

5.1 เงินจากงบประมาณของทางโรงพยาบาล ทั้งโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชนใช้การบริหารจัดการเงินงบประมาณแบบเร่งด่วน โดยขึ้นกับสภาพคล่องทางการเงินของแต่ละโรงพยาบาล ดังคำกล่าวต่อไปนี้ “ก็ใช้เงินภาคส่วนของสาธารณสุขเอง มีเงินبودทุนบางส่วน และที่สำคัญเลย ภาวะเร่งด่วนก็คงจะเป็นเรื่องของเงินบำรุงเป็นหลัก และน่าจะเป็นครึ่งหนึ่งในการบริหารจัดการ ภาพรวมมันจะมีงบกลางหรืองบพัฒนาจังหวัด มีงบของภาคส่วนอื่นเข้ามาช่วยเหลือพอสมควร” สหวิชาชีพ ป01 และ “ภาคเอกชนไม่มียกย่องงบประมาณ ไม่ต้องรออะไรอย่างห้องความดันลบเขาทำได้เลย ไม่คิดว่าจะต้องตั้งงบประมาณส่วนกลางมาเหมือนหน่วยงานของรัฐที่ต้องรออนุมัติ” (ผู้บริหาร เอกชน01)

5.2 เงินจากงบพิเศษ กระทรวงสาธารณสุขได้อนุมัติงบพิเศษ เพื่อช่วยในการบริหารจัดการโดยเฉพาะการจัดซื้อจัดจ้างเพื่อให้เป็นไปด้วยความรวดเร็ว ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ยาบางตัวที่มีราคาสูง เราก็ใช้งบกลางงบพิเศษซื้อมา จัดหามาให้ เพราะไม่ได้อยู่ในบัญชียา ถ้าเป็นที่อื่นคนไข้ก็ต้องออกเอง แต่เราก็ตั้งงบพิเศษ ก็ใช้เงินงบพิเศษด้วย กินเงินโรงพยาบาลด้วย” (ผู้บริหาร ป09)

“วิธีซื้อช่วงนั้นใช้วิธีพิเศษ คือซื้อผ่านมูลนิธิ ซึ่งจะลดกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างตามขั้นตอนปกติไปหมดเลย จะแบบว่าเร็วมากนะ ถือว่าเป็นข้อได้เปรียบ ยืดหยุ่นสูง ถ้าอันไหนจำเป็นต้องออกก่อนคุยได้เลย ของก็จะมาก่อนแล้ว ทำเรื่องตามที่หลัง มันจำเป็นเหมือนว่าซื้อของแข่งกันกันเพื่อให้มีใช้แล้วก็เกิดการแย่งกัน” (สหวิชาชีพ กทม02)

5.3 เงินบริจาค ประชาชนและภาคส่วนต่าง ๆ ได้มีส่วนร่วมบริจาคในการสนับสนุนการปฏิบัติงานดังคำกล่าวต่อไปนี้

“เรื่องของการปรับปรุง ward เราขอใช้เงินบริจาคมัลลันกว่าบาท ก็คือเราจัดงบประมาณเงินบริจาคที่เรา มีอยู่แล้ว และขออนุญาตกรรมการบริจาคเพื่อใช้เงินตรงนี้ ก็ไม่มีปัญหาอะไร” สหวิชาชีพ ป04 และ “ก็ต้องประเมินว่าขณะนี้เรามีวัสดุอุปกรณ์พร้อมบริการหรือไม่ ถ้าไม่มีก็คิดแผนการรับบริจาคหรือการจัดซื้อด้วยงบด้านอื่น ก็มาเปิดในเรื่องของ item ที่จะรับบริจาค ทางหน่วยเราก็จะเป็นหน่วย request ไปยังผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริจาค เช่น การเงินกับมูลนิธิโรงพยาบาล” (สหวิชาชีพ กทม02)

5.4 เงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สามารถเบิกจ่ายค่าบริการที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทำให้มีสภาพคล่องทางการเงิน คำกล่าวต่อไปนี้

“เราไม่ค่อยกังวลใจเรื่องค่าใช้จ่าย เพราะว่าโควิดให้ค่าตอบแทนเยอะ เช่น lab covid แล้วเงิน สปสช. ออกทุก 2 สัปดาห์ การเงินไม่ค่อยมีปัญหา ค่าทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับโควิดเราได้ เราก็จ่ายได้อยู่แล้ว” ผู้บริหาร ป06 และ

“ส่วนเรื่องเงิน เมื่อทำงานแล้ว ให้เงินเต็มที่เขาไม่ได้ทำเพื่อเงินนะ แต่เขาทำเพื่อประชาชนก่อน แต่ผลลัพธ์เรื่องเงินเป็นผลพลอยได้ เป็นกำลังใจที่ดีอย่างต่อเนื่อง” (ผู้บริหาร กทม04)

6. การนำและการอภิบาลระบบ (leadership/ governance) เกิดจากการเป็นแบบอย่างที่ดีในการสู่งานหนัก และร่วมลงมือปฏิบัติ สร้างเครือข่ายความร่วมมือ กล้าตัดสินใจรับงานใหม่ และปรับเปลี่ยน mindset ดังนี้



6.1 เป็นแบบอย่างที่ดีในการสู้งานหนัก และ ร่วมลงมือปฏิบัติ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ผอ.ของโรงพยาบาล... (เอ่ยชื่อโรงพยาบาลแม่ข่ายในปริณทล) เป็นคนที่เก่ง แกร่ง สู้งาน ข้อมูลละเอียด รอบคอบ มีสติแล้วก็สามารถนำพาองค์กรได้อย่างที่ไม่รู้จะใช้คำใดสรรหามา คือทำงานทุกวินาทีไม่ว่าจะเป็นวันหยุด แต่ ผอ. ไม่เคยที่จะหยุด และทำให้เราก็คงต้องเตรียมพร้อมทุกสถานการณ์เพื่อให้ก้าวผ่านไปด้วยกันได้” สหวิชาชีพ ป01 และ “เราต้องทำให้เขาเห็นว่าเราต้องทำ เราก็คงทำงานหนัก ทุกคนต้องทำงานหนัก คนไข้ตายทุกคนก็เห็นว่าตาย ทุกคนก็เห็นคนไข้ไม่มีที่จะ swab ไม่มีที่จะนอน ก็ต้องช่วยกัน อันนี้ผมว่าน่าจะเป็นเรื่องหลัก” (ผู้บริหาร ป06)

6.2 สร้างเครือข่ายความร่วมมือ เพื่อให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“...ต้องมีการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ให้ได้มากที่สุด ไม่ใช่เรื่องของกระทรวงสาธารณสุข อย่างเดียว จะต้องร่วมแรงร่วมใจกับทุกภาคส่วนในลักษณะเครือข่าย ทำให้เราสามารถนำพาองค์กรเราไปรอดได้” (ผู้บริหาร ป03)

“พอเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล...(แม่ข่ายใน กทม.) กับโรงพยาบาล (ลูกข่ายใน กทม.) ก็จะเป็นการบริหารจัดการในภาพรวม เพื่อให้ประชาชนได้รับประโยชน์มากขึ้น” ผู้บริหาร กทม02

6.3 กล้าตัดสินใจรับงานใหม่ (initiation) เพื่อนำทีมให้ผ่านพ้นช่วงวิกฤติ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ไม่ใช่ท่าน ผอ.ท่านเดียวที่มีภาวะผู้นำ ระดับรองผู้อำนวยการ ระดับแพทย์ พยาบาลก็เกิดภาวะผู้นำ กล้าตัดสินใจรับงานที่ใหม่แล้วก็ learning ไป doing ไป ผิดพลาดก็แก้ไขไปทำไป เพื่อผ่านภาวะวิกฤตินี้” (สหวิชาชีพ ป01)

“ผมโอเคกับการที่โควิดมา โอเคกับการที่องค์กรตั้งใหม่ (เอ่ยชื่อโรงพยาบาลลูกข่ายใน กทม.) ก็ได้มา ในจังหวะนี้พอดี ทำให้เราเห็นตัวตนของเรา เห็นภาพจำลองของโรงพยาบาลที่ดีก็น่าจะเป็นช่วง Covid นี้แหละ” (ผู้บริหาร กทม02)

6.4 ปรับเปลี่ยน mindset ช่วยนำองค์กรให้ผ่านภาวะวิกฤติได้ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“เริ่มด้วยผู้นำเขาสามารถมองวิกฤติให้เป็นโอกาสและปรับเปลี่ยน mindset ของคนทั้งองค์กรให้สามารถ มุ่งไปทางเดียวกันได้ และมีการสื่อสารอย่างทั่วถึงกัน เปลี่ยนการสื่อสารผ่านออนไลน์ด้วย” สหวิชาชีพ กทม04 และ “ตอนแรกเหมือนทุกคนคิดว่าเป็นเรื่องยากไปหมดเลยตอนนี้นั้ผู้นำสามารถเปลี่ยนให้คิดว่า มันเป็นเรื่องง่าย แล้วก็ได้ทั้งประโยชน์ทั้งประชาชน จริง ๆ แล้วทุกสิ่งอย่างก็ทำให้โรงพยาบาลเราเติบโตไปด้วย อันนี้คือ เปลี่ยน mindset จากที่คิดว่าวิกฤติ แต่ว่าจริง ๆ แล้ว มันเป็นโอกาส” (สหวิชาชีพ กทม04)

สรุปและอภิปรายผล

จากการสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาของสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกที่ 3 (สายพันธุ์ GR, G Alpha (B.1.1.7) หรือสายพันธุ์อัลฟา) ที่มีวิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลการบริหารจัดการระบบสุขภาพตามกรอบแนวคิด 6 องค์ประกอบ (six building blocks) ขององค์การอนามัยโลก⁷ สรุปดังต่อไปนี้

1) จัดระบบบริการ (service delivery) การปรับระบบบริการเพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกที่ 3 โดยผานหลักการบริหารเพื่อรับมือกับสถานการณ์วิกฤติ ที่มีหลักการตอบสนองที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพกว่าการบริหารตามปกติ ผู้ปฏิบัติจากหลายหน่วยงานสามารถทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ภายใต้การบัญชาการอย่างเป็นเอกภาพโดยรับคำสั่งจากหัวหน้าโดยตรงเพียงคนเดียว⁷ ด้วยการระดมทรัพยากรและสรรพกำลังมาใช้เพื่อหยุดยั้งเหตุการณ์ฉุกเฉินในเวลาที่ย่ำแย่ที่สุด มีความปลอดภัยกับทุกฝ่าย ซึ่งการดำเนินการ



ในครั้งนี้สามารถประสบความสำเร็จ อย่างไรก็ดีตามบางพื้นที่ที่มีความซับซ้อนขององค์กร เช่น กรุงเทพมหานคร ที่มีหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น และโรงเรียนแพทย์ อีกทั้งคณะกรรมการไม่มีโอกาสมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ¹⁰ ที่พบว่า ปัญหาอุปสรรคสำคัญในกลไกการอภิบาลระบบในสถานการณ์โควิด-19 คือ การขาดการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและภาคส่วนอื่นในระดับนโยบาย จึงเกิดข้อขัดแย้งในการการบัญชาการเหตุการณ์ และขาดเอกภาพในการบริหารจัดการ และท้าทายอย่างยิ่งในการนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการแก้ปัญหา

บริหารจัดการด้านโครงสร้าง และพัฒนาแนวปฏิบัติในการให้บริการ เป็นการบริหารจัดการระบบบริการที่มีความจำเป็นในขณะที่ยังอัตราการระบาดกำลังแพร่กระจายไปอย่างรวดเร็ว สถานที่ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้ป่วยหนักที่มีอยู่ไม่เพียงพอ จำนวนเตียงปกติที่มีอยู่ไม่อาจรองรับได้ (surge capacity) จำเป็นต้องมีสถานที่และเตียงรองรับเพิ่มขึ้นอย่างเร่งด่วนให้ทันเหตุการณ์ในบางประเทศเช่น ประเทศจีน มีการสร้างอาคารและโรงพยาบาลขึ้นใหม่¹¹ แต่สำหรับประเทศไทยใช้วิธีการปรับปรุงพื้นที่ห้องโถง โรงจอดรถ หอผู้ป่วยต่าง ๆ ที่เดิมเคยให้บริการแก่ผู้ป่วยอื่นที่ไม่ฉุกเฉิน (non covid) มาเพื่อเปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยติดเชื้อ (covid) เช่นเดียวกับประเทศส่วนใหญ่อีกหลายประเทศที่ใช้ทรัพยากรเดิมที่มีอยู่มารองรับผู้ป่วยสอดคล้องผลการศึกษาในสหรัฐอเมริกา¹² ที่เสนอกลยุทธ์ที่ใช้ในการบริหารจัดการเกี่ยวกับพื้นที่ ด้วยการปรับห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดเป็นห้อง ICU¹³⁻¹⁴ เพิ่มเตียงผู้ป่วยในห้อง ICU เป็น 2 เท่า ย้ายผู้ป่วยปกติไปโรงพยาบาลชั่วคราวที่หอพักของมหาวิทยาลัย และโรงแรม

ปัญหาการเพิ่มขึ้นจำนวนมหาศาลที่ก่อให้เกิดปัญหาเตียงไม่พอนั้น ต่อมาจึงมีการขยายเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อยเข้ารับการรักษาที่ hospital และโรงพยาบาลสนาม แม้กระนั้นยังมีแนวโน้มว่าไม่เพียงพอในการรองรับได้ทั้งหมด จึงมีการขยายไประบบบริการปฐมภูมิ เป็นการให้บริการแบบ community isolation และ home isolation^{13,15} ซึ่งช่วยแก้ปัญหาเตียงไม่พอในระดับตติยภูมิ ไปสู่ระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้แม้จะแก้ปัญหาไปได้ระดับหนึ่ง หากปรับเอกภาพในการบริหารจัดการในเขตกรุงเทพมหานคร จะช่วยให้การบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินจากการระบาดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) บุคลากรสาธารณสุข (health workforce) การปรับระบบการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข ในระหว่างการระบาดของโควิด-19 มีความจำเป็นเพื่อรองรับภาระการบริการที่เพิ่มมากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์บางสายงานมีความขาดแคลนอยู่เดิม เมื่อปริมาณผู้ป่วยมากขึ้น การดำเนินการปิดให้บริการงานที่ไม่ฉุกเฉิน รอได้ การยุบรวมบางแผนก ช่วยลดภาระ และระดมบุคลากรเหล่านั้นมาเปิดบริการแก่ผู้ป่วยโควิด รวมทั้งการระดมบุคลากรสายสนับสนุนมาช่วยงานส่วนอื่น เป็นวิธีที่ช่วยแก้ปัญหาการขาดบุคลากรทางการแพทย์ได้ในระดับหนึ่งของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และเป็นกลยุทธ์ในการตอบสนองดูแลผู้ป่วยวิกฤติโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านกำลังคน¹² รวมทั้งการขยายขีดความสามารถของกำลังคน ด้วยการพัฒนาและฝึกอบรม¹⁴ เพื่อเตรียมความพร้อมของทีมนurses และรองรับการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติได้อย่างปลอดภัย¹⁵

3) ระบบข้อมูลข่าวสาร (information) ระบบข้อมูลสารสนเทศเดิมไม่รองรับบริการที่เพิ่มขึ้น และไม่เชื่อมต่อกับระบบข้อมูลสารสนเทศของกระทรวง อีกทั้งระบบข้อมูลสารสนเทศกลางของกระทรวงฯ เป็นการออกแบบขึ้นใหม่ ทั้ง DDC -COVID, Co-Lab, Co-Ward แม้ว่าจะมีระบบ Co-link เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลแต่ละฐานเข้าด้วยกัน แต่ยังไม่มียูนิฟอร์มที่เชื่อมเข้ากับระบบข้อมูลข่าวสารที่โรงพยาบาลใช้อยู่ ข้อมูลที่กรอกมีความยุ่งยากและซับซ้อน ไม่สามารถใช้เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนดำเนินการได้ ใช้งานยาก ระบบล้า ข้อมูลไม่ถูกต้อง ล้าช้า จึงเป็นการเพิ่มภาระงานการกรอกข้อมูลมากขึ้นจากภาระงานการให้บริการเดิมที่หนัก และใช้เวลายาวนาน นอกจากนี้ ระบบ hardware ยังไม่สามารถรองรับการส่งข้อมูลจำนวนมาก การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเป็นระบบเดียวกัน ให้ง่ายและ

ทันเหตุการณ์ จึงเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับการแพร่ระบาดใหญ่ และเป็นโจทย์สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องมีการพัฒนาเพื่อให้สอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมของรัฐบาลดิจิทัลประเทศไทย ที่จะขับเคลื่อนสู่ประเทศไทย 4.0 ด้วยการนำเทคโนโลยีและอุปกรณ์ดิจิทัลมาสนับสนุนการปฏิบัติงานด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสม (Smart operations) ประหยัด และคุ้มค่า¹⁰

4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (access to essential medicine) การบริหารจัดการคลังและการกระจายผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์แบบเร่งด่วน อาทิเช่น ยา Favipiravir วัคซีน รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรสาธารณสุข การให้การรักษานักป่วยจำนวนมากอย่างเหมาะสมตามความรุนแรง ช่วยเพิ่มการเข้าถึงยาที่จำเป็นและเกิดความเท่าเทียม ตลอดจนการใช้มี Application QQ เพื่อจองตรวจ PCR มี Application ในการให้คนไข้สามารถฟังผล lab ผ่านทาง Line ได้ เป็น ถือเป็นการเปลี่ยนผ่านสู่ยุคของ digital health technology อย่างชัดเจน¹⁶

5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (financing) งบประมาณที่ใช้ในการจัดการการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบไปด้วยเงินจากงบประมาณของทางโรงพยาบาล เงินจากงบพิเศษ เงินบริจาค และเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตามภาคเอกชนมีปัญหา/ อุปสรรค ด้านการเงินคือ ระบบการเบิกจ่ายเงินไม่ชัดเจน และมีข้อจำกัดในการเบิกจ่าย¹³ การขับเคลื่อนมาตรการต้องใช้งบประมาณจากภาครัฐและภาคเอกชน การเบิก-จ่ายงบประมาณภาครัฐต้องดำเนินการตามระเบียบของราชการอย่างเคร่งครัด หากขาดการชี้แจงหรือกำหนดแนวทางที่ชัดเจนอาจทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเบิก-จ่ายไม่ปฏิบัติตามระเบียบที่กำหนดและอาจเกิดปัญหาตามมาภายหลังได้

6) การนำและการอภิบาลระบบ (leadership/governance) เกิดจากการเป็นแบบอย่างที่ดีในการสั่งงานหนักไม่ถอย ร่วมลงมือปฏิบัติ สร้างเครือข่ายความร่วมมือ กล้าตัดสินใจรับงานใหม่ และปรับเปลี่ยน mindset สอดคล้องกับลอเรนซ์ เฮอเบินเยก¹⁷ ได้กล่าวถึง 4 องค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติและบรรลุผลลัพธ์ตามที่ต้องการได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงปัจจัยสภาพแวดล้อมทางด้านการจัดการ 2) วัฒนธรรมองค์การ 3) โครงสร้างองค์การและ 4) ภาวะผู้นำองค์การ หากผู้บริหารสามารถบริหารจัดการปัจจัยทั้ง 4 ได้เป็นอย่างดีและสอดคล้องกันทำให้คาดคะเนได้ว่าองค์การสามารถนำกลยุทธ์ไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตามที่ต้องการ ดังนั้นผู้บริหารหรือผู้นำเป็นฟันเฟืองสำคัญที่สุด

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

เป็นแนวทางให้ผู้บริหารนำไปทบทวนระบบการให้บริการ การจัดบุคลากรสาธารณสุข การสำรองและการกระจายยาและเวชภัณฑ์ทางการแพทย์ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร การเงิน รวมทั้งการนำและการอภิบาลระบบ รวมทั้งเป็นแนวทางให้ทีมสหวิชาชีพนำไปประยุกต์เพื่อปรับปรุงการปฏิบัติงานในบริบทของหน่วยงานตนเองเมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ทำการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการประเมินรูปแบบการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในระดับตติยภูมิ
2. ศึกษาการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการภาวะวิกฤติในระดับตติยภูมิโดยใช้ระบบการบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS)



กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่สนับสนุนทุนวิจัย ขอขอบคุณผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ จากสถานบริการสุขภาพทุกท่านที่ร่วมกันให้ข้อมูลที่มีคุณค่ายิ่งในการศึกษาครั้งนี้

References

1. Leelarasamee A. Interesting about COVID-19: SARS-CoV-2. [internet]. 2020 [cited 15 April 2022]. Available from: <https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/tmc-covid19-19.pdf>.(in Thai)
2. Kuzmina A, Wattad S, Khalaila Y, Ottolenghi A, Rosental B, Engel S, Rosenberg E, Taube R.. SARS CoV-2 Delta variant exhibits enhanced infectivity and a minor decrease in neutralization sensitivity to convalescent or post-vaccination sera.iScience 2021;24:1-14. doi.org/10.1016/j.isci.2021.103467
3. BBC Thai. Infected number over thousand per day, warning from Department of Disease Control: If there's no well control, the number will over ten thousand. [internet]. 2021 [cited 27 May 2021]. Available from: <https://www.bbc.com/thai/thailand-56742531>.(in Thai)
4. Health focus. Complication of Covid-19 Vaccine. [internet]. 2021 [cited 27 May 2021]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2021/03/21194>.(in Thai)
5. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A handbook of indicators and their measurement strategies.Geneva Switzerland: WHO Document Production Services. 2010.
6. Krippendorff K. Content analysis. an introduction to its methodology (3rd ed). California, CA: Sage Publications. 2013.
7. Prampre P. Development Policy of EOC of Department of Disease Control. Meeting document: The workshop of developing emergency operations center (EOC) and incident command system (ICS). Office of Occupational and Environmental Diseases: Nonthaburi. 2016.(in Thai)
8. Sriratanaban J. et al. The preparedness and responses of the health services system to the COVID-19 crisis in Thailand. Research Center of Health Care Development: Bangkok. 2021.(in Thai)
9. Nelson C, Lurie N, Wasserman J, Zakowski S. Conceptualizing and defining public health emergency preparedness.Am.J.Public Health 2007;97(Suppl 1):S9-S11.doi: 10.2105/AJPH.2007.114496.
10. Digital Government Development Agency (Public Organization). Thailand digital government vision 2021. [internet]. 2020 [cited 22 May 2022].Available from: <https://www.dga.or.th/document-sharing/dg2021/>.(in Thai)
11. Haldane V. et al. Health system resilience in managing the COVID-19 pandemic: lesson from 28 countries. Nature Medicine 2021;27; 964-980.
12. Her M. Repurposing and reshaping of hospitals during the COVID-19 outbreak in South Korea. One Health 10 2020;100137.
13. Abir M, Nelson C, Chan EW, Al-Ibrahim H, Cutter C, Patel KB. Critical care surge response



- strategies for the 2020 COVID-19 outbreak in the United States. Ranta Monica, CA: RAND Corporation, 2020. https://www.rand.org/pubs/research_reports/RRA164-1.html.
14. Clavier T, Bruckert V, Abraham P, Capdevila M, James A. The use of post- anaesthesia care units as a supply of ICU beds while maintaining scheduled surgery: A cross-sectional web-based feasibility survey in France. *Journal of Clinical Anesthesia* 2021;71:110244.
 15. Department of medical services, Ministry of Public Health. Service of home isolation. [internet]. 2020 [cited 22 May 2022]. Available from: [https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/2565.\(in Thai\)](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/2565.(in Thai))
 16. Tanipong H. After the COVID-19 Pandemic the healthcare system will never be the same again. *Chonburi Hospital Journal* 2022;47(2):165-70.(in Thai)
 17. Lawrence, G. making strategy work: leading effective execution and change. New York: Wharton School Publishing. 2005.