



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICE

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy)

โดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหนังสือ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy advocacy) กรมการแพทย์ ปี 2560

บรรณาธิการ แพทย์หญิงจิตสุดา บัวขาว

ที่ปรึกษากรมการแพทย์และผู้อำนวยการสำนักวิชาการแพทย์

ทีมบรรณาธิการ

1. นางสาวศิวาพร	สังรวม	สำนักวิชาการแพทย์
2. นายสมิทธิกร	เย็นวัฒนา	สำนักวิชาการแพทย์
3. นางสาวบุหลิน	ภูสุดสูง	สำนักวิชาการแพทย์
4. นางสาวภัทรภรณ์	สมศรี	สำนักวิชาการแพทย์
5. นายโสภณ	เกษสำโรง	สำนักวิชาการแพทย์
6. นางสาวสุภัทรา	ผอฝน	สำนักวิชาการแพทย์
7. นางสาวสาวิตรี	ยาหอม	สำนักวิชาการแพทย์
8. นางสาวลลิตา	พนาคร	สำนักวิชาการแพทย์

จัดทำโดย สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2590 6055 โทรสาร 0 2591 8265

พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2560

คำนำ

กรมการแพทย์ ในบทบาทฐานะที่เป็นกรมวิชาการมีหน้าที่สำคัญในการดูแลกำกับ การแพทย์ฝ่ายกายของประเทศ การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการแพทย์จึงเป็น หน้าที่สำคัญ อีกทั้งกรมการแพทย์ยังมีหน่วยงาน และผู้เชี่ยวชาญที่ถือว่าเป็นบุคลากรสำคัญในการ ขับเคลื่อนแนวทางการพัฒนาด้านการแพทย์ต่างๆ ของประเทศ

หนังสือข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy) กรมการแพทย์ 2560 เล่มนี้ จึงได้ รวบรวมข้อมูลสำหรับจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากหน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ที่มี ความเป็นเลิศและความเชี่ยวชาญสาขาต่างๆ โดยประกอบด้วยหัวข้อสำคัญ ได้แก่ ประเด็นของ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย วัตถุประสงค์/ เป้าหมาย ที่มาและความสำคัญ ข้อมูลความจำเป็นของ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่ ระบาดวิทยา ภาระโรค ความคุ้มค่าของการบริการ คุณภาพ การดูแลรักษา ระบบข้อมูลและการติดตาม และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดัน ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และความเป็นไปได้ในการผลักดันเป็นนโยบาย ซึ่งหัวข้อดังกล่าวได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญในหน่วยงานเป็นอย่างดี ทางคณะผู้จัดทำจึงขอขอบคุณทุกท่าน มา ณ โอกาสนี้

ในอนาคตข้อมูลข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่อยู่ในหนังสือเล่มนี้ ถือเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำคัญที่ทำให้ทราบถึงต้นทุนทางวิชาการในแต่ละสาขาที่เชี่ยวชาญ นำไปสู่การพัฒนาในลำดับต่อไป ซึ่งทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อมูลในหนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งในระดับบริหารและระดับปฏิบัติการ ได้เห็นถึงความสำคัญของ ข้อมูลทางวิชาการที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ (Evidence based) และให้ความสำคัญในการศึกษา ค้นคว้า รวบรวม ตลอดจนวิเคราะห์สังเคราะห์ อีกทั้งเห็นส่วนที่ขาด (Gap) ของข้อมูล เพื่อให้เห็น แนวทางในการพัฒนาวิธีการและกระบวนการในการจัดทำข้อเสนอที่นำไปสู่การพัฒนาการแพทย์ ของประเทศต่อไป

คณะผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	
1. การคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด	1
2. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก	4
3. การพัฒนาระบบการดูแลและป้องกันโรคเบาหวาน	8
4. ความดันโลหิตสูง	11
5. โครงการป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน	16
6. การพัฒนาระบบการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยโรคผิวหนังที่เป็นเรื้อรัง และรุนแรงที่บ้านด้วยวิดีโอแบบออนไลน์	20
7. สมรรถนะของคลินิกอาชีวเวชศาสตร์	25
8. National Electronic Dental Record (EDR)	27
9. การพัฒนาระบบบริการรักษาโรคลมชัก	32
10. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย/ คนพิการแบบองค์รวม	37
11. การรักษาโรคมะเร็งเต้านม ลำไส้ และปากมดลูก ครบวงจรภายในเขตสุขภาพ	41
12. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี	46
13. การสร้างเครือข่ายการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงเพื่อลดอัตรา การเสียชีวิตในทารกแรกเกิดและพัฒนาสู่การดูแลรักษาเด็กโรคหัวใจ ระดับประเทศ	52
ภาคผนวก	59
- รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy advocacy) กรมการแพทย์ 2560	60

การคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด

โดย โรงพยาบาลราชวิถี

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อลดจำนวนผู้พิการในการสื่อสารจากหูหนวกในทารกแรกเกิด

ประเด็นรองของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- เพื่อคัดกรองภาวะบกพร่องทางการได้ยินในทารกแรกเกิดปกติ
- เพื่อคัดกรองภาวะบกพร่องทางการได้ยินในทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูง

1. วัตถุประสงค์/ เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อให้ทารกแรกเกิดที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในช่วงเวลาที่เหมาะสม และสามารถสื่อสารและมีคุณภาพชีวิตได้เท่าเทียมกับเด็กปกติ ซึ่งจะลดจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพด้านหูหนวกให้ลดลง

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอ (โดยสรุป)

จากการรายงานจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในประชากรไทย ปี พ.ศ. 2557 พบว่า หูหนวกเป็น 1 ใน 20 อันดับแรกทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยเป็นลำดับที่ 5 และ 6 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับ ปี พ.ศ. 2554 หูหนวกเป็นปัญหาในลำดับที่ 11 ในเพศชายและลำดับที่ 8 ในเพศหญิง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

ปัญหาของการได้ยินในทารกแรกเกิด หากมีการคัดกรองเพื่อค้นหาทารกแรกเกิดที่มีความบกพร่องทางการได้ยินได้ตั้งแต่แรกคลอด ถ้าให้การดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่แรกคลอด จะทำให้ทารกเหล่านี้สามารถเจริญเติบโตโดยมีความสามารถทางการพูด สื่อสาร การศึกษา และเป็นประชากรที่มีคุณภาพของประเทศต่อไปได้

3. ข้อมูลปัจจุบันที่บ่งบอกความจำเป็นของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา

มีการรายงานโดยการสำรวจจากองค์การอนามัยโลก พบว่า ทารกแรกเกิดมีความบกพร่องทางการได้ยิน 0.5-5 รายในทารกแรกเกิด 1,000 ราย และอุบัติการณ์จะสูงกว่านี้ในกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่

- 1) ครอบครัวมีประวัติประสาทหูพิการในวัยเด็ก
- 2) ทารกเข้ารับการรักษาในหออภิบาล (NICU) มากกว่า 5 วัน
- 3) ใช้ ECMO หรือ เครื่องช่วยหายใจ
- 4) ตัวเหลืองแรกเกิดต้องได้รับการถ่ายเลือด
- 5) ได้รับ ototoxic medication ได้แก่ Gentamicin, tobramycin etc.
- 6) มารดามีการติดเชื้อ ระหว่างการตั้งครรภ์ ได้แก่ CMV, Rubella, Syphilis, toxoplasmosis
- 7) มีความผิดปกติของใบหน้าและกะโหลกศีรษะ เช่น cleft lip, cleft palate เป็นต้น

8) ตรวจพบความผิดปกติที่สัมพันธ์กับกลุ่มอาการสูญเสียการได้ยิน เช่น พบรอยผมห่น้ำสีขาว (White Forelock) ซึ่งพบได้ใน Waardenburg syndrome เป็นต้น

9) Head trauma

10) มีการติดเชื้อ ได้แก่ bacterial meningitis, herpes virus, varicella, CMV เป็นต้น

และในทารกแรกเกิดที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน ก็จะมีการพัฒนาทางการใช้ภาษา การเรียนช้ากว่าเด็กปกติ และองค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญและประกาศในปี พ.ศ. 2543 ในด้านคำแนะนำเป็นสากลให้มีการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดทุกราย

3.2 ข้อมูลภาระโรค (Burden of disease)

ทารกแรกเกิดที่มีความบกพร่องทางการได้ยิน หากได้รับการตรวจคัดกรองตั้งแต่แรกเกิดและมีการติดตาม รวมทั้งให้การรักษาและฟื้นฟูตั้งแต่ช่วงแรก มีรายงานในการศึกษาทารกแรกเกิด 146 ราย พบว่า เด็กเหล่านี้สามารถมีพัฒนาการทางการพูด การศึกษาได้เหมาะสมกับอายุได้ทันเมื่อเปรียบเทียบกับในช่วงอายุ 3 ปี และยังมีการพัฒนาต่อไปจนถึงอายุ 7 ปีที่ได้มีการติดตามในการศึกษา หากทารกแรกเกิดเหล่านี้ไม่ได้รับการคัดกรองและไม่ได้รับการฟื้นฟูการได้ยินก็จะไม่สามารถสื่อสารหรือรับการศึกษาที่จะทำให้มีโอกาสนในการพัฒนาตนเองหรือนำศักยภาพในตนเองไปสู่การเป็นประชากรที่มีคุณภาพและเป็นกำลังที่สำคัญของประเทศต่อไป

3.3 ข้อมูลความคุ้มค่าของการบริการ (Cost effectiveness of intervention)

ในการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด ยังไม่มีข้อมูลในส่วนการประเมินความคุ้มค่าของการบริการแต่อย่างใดก็ตาม การจัดการระบบการตรวจ การรายงาน การติดตาม การให้การดูแลรักษา และฟื้นฟู จนถึงผลลัพธ์ที่เป็นไปตามเป้าหมาย จะเป็นแผนในอนาคตที่จะทำการศึกษาหลังจากมีการนำไปใช้ อย่างไรก็ตามการคัดกรองการได้ยินในเด็กทารกแรกเกิด และการให้การดูแลรักษาฟื้นฟู จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการทั้งด้านการสื่อสาร การศึกษาและคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่เด็กทารกแรกเกิดไม่ได้รับการคัดกรอง จนเด็กเจริญเติบโตมาจนถึงอายุ 1-2 ปี และมาพบว่าเด็กไม่พูดหรือไม่ได้ยินแล้วจึงมารับการรักษาและฟื้นฟูซึ่งส่วนใหญ่จะไม่สามารถกลับมาสื่อสารได้เท่ากับเด็กปกติ และต้องเป็นผู้พิการทางการได้ยินและการสื่อสาร ในต่างประเทศและองค์การอนามัยโลกยอมรับการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดว่าเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่แนะนำให้มีการตรวจ

3.4 ข้อมูลคุณภาพการดูแลรักษา (Quality of care)

1) การเข้าถึง: Joint committee of infant hearing ปี พ.ศ. 2553 ได้กำหนดตัวชี้วัดจากการที่ได้มีคำแนะนำให้มีโปรแกรมการตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดทั่วโลกเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินการระหว่างประเทศ และเพื่อการพัฒนา ได้แก่

- เด็กทารกแรกได้รับการตรวจคัดกรองการได้ยินภายในอายุ 1 เดือน มากกว่าร้อยละ 95

2) การเข้าถึงการรักษาและฟื้นฟู

- ทารกแรกเกิดที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางการได้ยินได้รับการรักษาและฟื้นฟูก่อนอายุ 6 เดือน มากกว่าร้อยละ 90

3.5 ระบบข้อมูลการกำกับและติดตาม

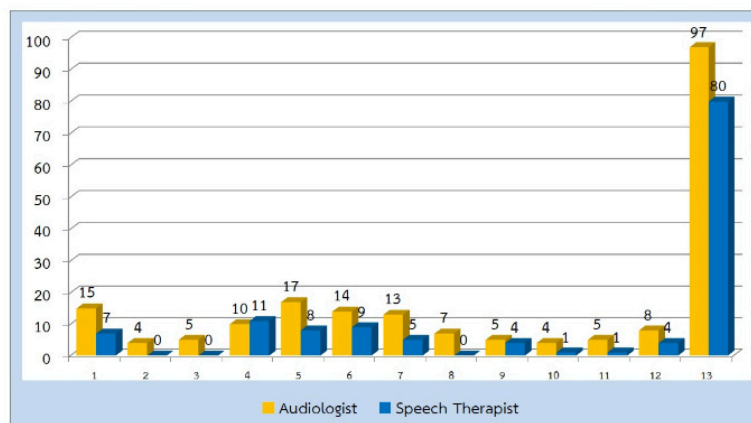
ในการติดตามตัวชี้วัด จำเป็นต้องมีระบบสารสนเทศที่จะนำมาใช้ในการรายงานและในส่วนของการทารกแรกเกิด มีส่วนของระบบสารสนเทศในการรายงานอยู่แล้ว ดังนั้นการพัฒนาส่วนนี้ สามารถเชื่อมต่อกับระบบเดิมที่มีอยู่ได้

4. กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

4.1 นำเสนอในราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิก เพื่อดำเนินการจัดทำแนวทางตรวจคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดร่วมกับสมาคมวิชาชีพและราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้แนวปฏิบัติที่ชัดเจนของประเทศและเป็นแผนในการฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ โสต ศอ นาสิก นักตรวจการได้ยินและนักฝึกแก้ไขการพูด

4.2 สำรวจศักยภาพการให้บริการในเขตสุขภาพ พัฒนาระบบส่งต่อ แผนพัฒนาศักยภาพการให้บริการตรวจวินิจฉัยและฟื้นฟูการได้ยินในเขตสุขภาพ

จำนวน Audiologist และ Speech Therapist แยกเขตสุขภาพ



รูปภาพที่ 1 การสำรวจจำนวนนักตรวจการได้ยินและนักฝึกแก้ไขการพูดในแต่ละเขตสุขภาพ

5. ความเป็นไปได้ในการผลักดันเป็นนโยบาย

ในการนำเสนอเพื่อเป็นนโยบายเพื่อให้เกิดการคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิดทั้งประเทศ จากการที่เป็นหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญในด้านโสต ศอ นาสิก สามารถตรวจคัดกรองและทำการดูแลรักษาและฟื้นฟูได้ครบวงจร เป็นแหล่งในการผลิตแพทย์โสต ศอ นาสิก และแพทย์ต่อยอด จึงมีเครือข่ายทั่วประเทศ ซึ่งเป็นศักยภาพให้สามารถดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายที่จะผลักดันให้เกิดการคัดกรองการตรวจการได้ยินในเด็กแรกเกิดได้

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

โดย โรงพยาบาลราชวิถี

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

ประเด็นรองของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- เพื่อคัดกรองรอยโรคในช่องปากเพื่อค้นหาและเริ่มรักษาในระยะเริ่มแรก
- เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเข้าสู่ระบบการรักษาได้ในเวลาที่เหมาะสม

1. วัตถุประสงค์/ เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น ดังนั้นการค้นหาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และการให้การรักษามาตรฐานรวมทั้งการได้รับการรักษาในเวลาที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีผลการรักษาที่ดีขึ้น

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอ (โดยสรุป)

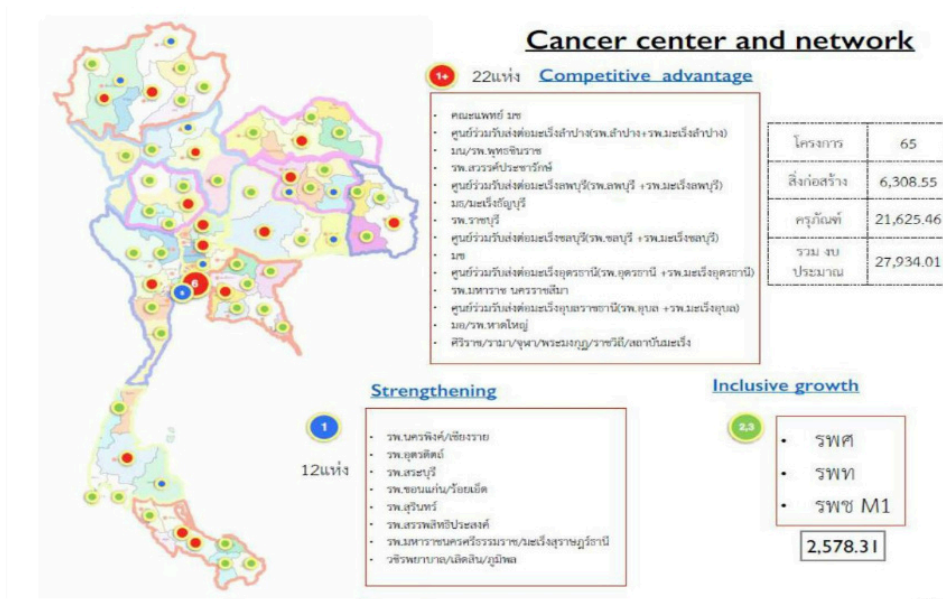
เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย จากสถิติทะเบียนมะเร็ง Cancer in Thailand พบว่า ในเพศชายการเกิดมะเร็งช่องปากอยู่ในอันดับที่ 7 และวิธีการรักษามะเร็งประกอบด้วย การผ่าตัด การฉายรังสี และเคมีบำบัด ซึ่งส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมักมาในระยะลุกลาม ต้องได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกัน การรักษานั้นสามารถทำได้ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือศูนย์มะเร็งเฉพาะทางซึ่งมีอย่างจำกัดจึงทำให้มีปัญหาของการเข้าถึงการรักษา และเกิดความล่าช้าจนทำให้มะเร็งมีการลุกลามในระหว่างรอรับการรักษา นอกจากนี้ผลการรักษายังขึ้นอยู่กับระยะของโรคกล่าวคือการรักษามะเร็งในระยะแรกเริ่มให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษามะเร็งช่องปากในระยะลุกลาม ดังนั้นหากสามารถทำการคัดกรองรอยโรคในช่องปากและค้นหาและเริ่มรักษาในระยะเริ่มแรกเข้าสู่ระบบการรักษาได้จะส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น และลดภาระค่าใช้จ่ายของประเทศในการรักษาอีกด้วย

3. ข้อมูลปัจจุบันที่บ่งบอกความจำเป็นของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา

อุบัติการณ์ของมะเร็งช่องปากในประเทศไทย จากทะเบียนมะเร็งล่าสุด ปี พ.ศ. 2555 มีการรายงาน มะเร็งช่องปาก พบมากเป็นอันดับ 7 ของมะเร็งที่พบบ่อยในเพศชาย คือ Age Standardized incidence rate (ASR) เท่ากับ 5.1 ต่อประชากรแสนคน และพบในเพศหญิง 3.6 ต่อประชากรแสนคน มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การเคี้ยวหมาก และสุขภาวะช่องปาก จากรายงานในแต่ละภาคพบว่า มะเร็งช่องปากพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แต่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งช่องปากในเพศหญิงมากกว่าในเพศชาย โดยพบในเพศหญิง ASR เท่ากับ 3.2 ต่อประชากรแสนคน ในขณะที่พบในเพศชาย พบ ASR เท่ากับ 2.6 ต่อประชากรแสนคน โดยมีการรายงานมะเร็งช่องปากดังรูปภาพที่ 2 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติมะเร็งในช่วง 10 ปีก่อนหน้านี้ พบว่าสถิติ

มะเร็งช่องปากไม่ลดลง แม้ว่าจะมีการรณรงค์เรื่องการงดสูบบุหรี่และดื่มสุรา นอกจากนี้ การเคี้ยวหมาก ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ยังมีอยู่ในปัจจุบัน



รูปภาพที่ 2 ศูนย์มะเร็งและระบบเครือข่าย

3.2 ข้อมูลภาระโรค (Burden of disease)

จากการรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2557 พบว่า มะเร็งปาก และคอ เป็นสาเหตุการตายของประชากรไทย อันดับที่ 16 คิดเป็นร้อยละ 1.4 ของสาเหตุการตาย 20 อันดับแรกของประเทศไทย รวมทั้งยังเป็นสาเหตุการตายก่อนวัยอันควรที่อยู่ใน 20 อันดับแรก คิดเป็นร้อยละ 1.3 และจากทะเบียนมะเร็งรายงานช่วงอายุที่พบมะเร็งช่องปากสูงในผู้ป่วยอายุ 50 ปีขึ้นไป

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ซึ่งมักจะมาในระยะลุกลาม และการมีโรคประจำตัว ทำให้มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนตั้งแต่การผ่าตัด ซึ่งจะเป็นการผ่าตัดใหญ่ต้องใช้เวลาและทรัพยากรมาก รวมทั้งต้องมี reconstruction ด้วยการใช้เนื้อเยื่อจากอวัยวะอื่นมา ได้แก่ Regional flap และ microvascular free flap หลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาเสริมหลังการผ่าตัด ได้แก่ การฉายรังสี และ/ หรือร่วมกับเคมีบำบัด แล้วแต่กรณี ภายใน 6-8 สัปดาห์ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะลุกลามจะมีปัญหาเรื่องของภาวะทุพโภชนาการทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างรับการรักษา โดยการรักษาตามแผนการรักษาในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะลุกลามต้องใช้เวลามากถึง 16-18 สัปดาห์ จึงจะครบการรักษา หากเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาก็จะใช้เวลามากกว่าที่กำหนด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะเริ่มแรก ซึ่งใช้การรักษาวิธีเดียว สามารถครบการรักษาภายใน 1-2 สัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยที่รักษาด้วยการผ่าตัดหรือ 6-8 สัปดาห์ ในผู้ป่วยที่รักษาด้วยการฉายรังสี

ดังนั้นการตรวจพบมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและทำการรักษาจะมีผลทั้งต่อผู้ป่วย คือ เพิ่มอัตราการรอดชีวิต และช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของประเทศได้

3.3 ข้อมูลความคุ้มค่าของการบริการ (Cost effectiveness of intervention)

1) การรณรงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมให้ประชากรมีความรู้เรื่องอาการมะเร็งช่องปาก ระยะเริ่มแรกเป็นแนวคิดที่ควรลงทุน โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงซึ่งในปัจจุบันมีช่องทางการสื่อสารหลายวิธีเพื่อส่งข่าวสารข้อมูล

2) การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหามะเร็งช่องปากในระยะเริ่มแรก โดยการตรวจช่องปากเมื่อมีการพบทันตแพทย์ซึ่งกรมอนามัยได้มีการสร้างระบบการตรวจคัดกรองผู้ที่มาพบทันตแพทย์ด้วยสายตาบริเวณเยื่อช่องปากทั้งหมดก่อนทำฟัน และรายงานไว้ในรายงานต้นทุนอรรถประโยชน์ของโปรแกรมการคัดกรองช่องปากในประเทศไทย เมื่อเดือนมิถุนายน 2559 พบว่า มีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ในการค้นหาในระยะเริ่มแรกในประชากรและมีความคุ้มค่าด้านการรักษา

3) ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะเริ่มแรก ตามมาตรฐานการรักษาจะให้การรักษาวิธีเดียว คือ การผ่าตัดหรือการฉายรังสี ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะลุกลาม จะต้องได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสีและเคมีบำบัด

ดังนั้นการจัดการบริการให้ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากได้รับการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสมคือ ระยะเวลาที่มะเร็งยังไม่เปลี่ยนแปลงระยะของโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะเริ่มแรก จะทำให้ผลการรักษาคืออัตราการรอดชีวิตสามารถเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้วได้

3.4 ข้อมูลคุณภาพการดูแลรักษา (Quality of care)

1) การเข้าถึงตามตัวชี้วัดได้แก่ ระยะเวลารอผลชิ้นเนื้อ ระยะเวลาในการรอผ่าตัดและระยะเวลาการฉายรังสี ซึ่งเป็นข้อกำหนดจาก service plan ของโรคมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสม คือไม่เกิดความล่าช้าจนทำให้ระยะโรคเปลี่ยนแปลง อย่างไรก็ตาม การให้การรักษายังมีข้อจำกัดคือ แพทย์ผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด รวมทั้งโรงพยาบาลและศูนย์มะเร็งที่ให้รังสีรักษาได้มีการสำรวจศักยภาพในการประชุมเขตสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการเพิ่มบุคลากรและของบประมาณในการพัฒนาเพื่อให้ผู้ป่วยในแต่ละเขตสุขภาพสามารถเข้าถึงการรักษาได้ตามมาตรฐานการรักษาต่อไป

2) ประสิทธิภาพและประสิทธิผลการรักษา

- ระยะสั้น ได้แก่ อัตราตายจากการรักษา
- ระยะยาว ได้แก่ อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี (5 year survival) และอัตราการรอดชีวิตของ

ผู้ป่วยที่ปลอดมะเร็ง(Failure Free Survival)

พบว่าปัจจุบันการติดตามผู้ป่วยยังเป็นปัญหา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกันและไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเดียวกัน การติดตามต้องใช้เวลานาน ประกอบกับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะลุกลามซึ่งมีการตอบสนองน้อยต่อการรักษา ผู้ป่วยเหล่านี้ก็จะไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ข้อมูลส่วนนี้ที่บ่งชี้ถึงผลการให้บริการแต่ไม่สามารถบอกผลได้ชัดเจน

3.5 ระบบข้อมูลการกำกับและติดตาม

1) ในการติดตามตัวชี้วัด ส่วนของการเข้าถึงอ้างอิงจากระบบ service plan ของโรคมะเร็ง มีการนิเทศติดตามตัวชี้วัด

2) การติดตามผลการรักษา มีการริเริ่มการพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อลงทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก โดยมีการจัดบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ระยะโรค รายละเอียดการรักษาและการติดตามการรักษา ซึ่งเป็นการจัดบันทึกข้อมูลร่วมกันในโรงพยาบาลที่ให้การรักษามะเร็งช่องปาก เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาคำนวณอัตราการรอดชีวิตได้ต่อไป

4. กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการของระบบสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก ดังนั้นจึงได้มีการจัดประชุมตัวแทนเขตสุขภาพ เพื่อสำรวจข้อมูลจำนวนแพทย์ หู คอ จมูก ที่สามารถให้การดูแลตั้งแต่การวินิจฉัย การประเมินระยะโรค การผ่าตัด และมีการสำรวจปัญหาในแต่ละเขตพื้นที่เพื่อให้ความช่วยเหลือ เพื่อสร้างกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาและเป็นข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อไป (รูปภาพที่ 2)

5. ความเป็นไปได้ในการผลักดันเป็นนโยบาย

ในการนำเสนอเพื่อเป็นนโยบายเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก จากการที่เป็นหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญในการผ่าตัดมะเร็งช่องปาก และเป็นศูนย์ที่รับผู้ป่วยมะเร็ง ช่องปากเป็นจำนวนมากอันดับต้นของประเทศ โดยในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยมะเร็งช่องปากรายใหม่ 414 ราย รวมทั้งโรงพยาบาลราชวิถี เป็นแหล่งในการผลิตแพทย์โสต ศอ นาสิก และแพทย์ต่อยอด รวมทั้งเป็นที่ดูงานของทันตแพทย์ มาเป็นเวลานาน ดังนั้นจึงมีเครือข่ายทั่วประเทศ ซึ่งเป็นศักยภาพให้สามารถดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายที่จะผลักดันให้เกิดการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปากได้

การพัฒนาระบบการดูแลและป้องกันโรคเบาหวาน

โดย โรงพยาบาลราชวิถี

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อให้สามารถควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ตามเป้าหมาย Service plan

ประเด็นรองของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อให้สามารถป้องกันโรคเบาหวาน ให้มีความชุกของโรคเบาหวานลดลงใน 5 ปี

1. วัตถุประสงค์/ เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 เพื่อให้สามารถควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ตามเป้าหมาย service plan

1.2 เพื่อให้สามารถป้องกันโรคเบาหวาน ให้มีความชุกของโรคเบาหวานลดลง ใน 5 ปี

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอ (โดยสรุป)

ปัญหาโรคเบาหวานเพิ่มจำนวนขึ้นพร้อมกับปัจจัยเสี่ยงด้านน้ำหนักตัวรวมถึงโรคร่วม เช่น โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคเหล่านี้นำมาสู่โรคแทรกซ้อนที่มีภาระค่าใช้จ่ายที่สูง เช่น โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น

3. ข้อมูลปัจจุบันที่บ่งบอกความจำเป็นของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา

1) ความชุกของโรคเบาหวานจาก NHES ครั้งที่ 5 เพิ่มขึ้นร้อยละ 8.9 เมื่อเทียบกับ ครั้งที่ 4 ที่มีร้อยละ 6.9 เมื่อเทียบประชากรคนไทย จะมีความชุกที่เพิ่มมากกว่า 1 ล้านคน ทำให้มีค่ารักษาพยาบาลสูงขึ้นมาก

2) สังคมไทยเริ่มเปลี่ยนแปลงเป็นสังคมผู้สูงอายุ

3) ความชุกของโรคอ้วนในเด็กไทยเพิ่มจำนวนมากขึ้น

3.2 ข้อมูลภาระโรค (Burden of disease)

1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนสูง

2) สาเหตุโรคเบาหวาน ความดัน เป็นสาเหตุของการล้างไตที่มีค่าใช้จ่ายสูง

3) สาเหตุโรคเบาหวาน ความดัน เป็นสาเหตุของโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงหลอดเลือดสมองที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตและทุพพลภาพสำคัญของไทย ซึ่งเป็นสาเหตุที่ป้องกันและแก้ไขได้

4) ค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่เพิ่มขึ้น

3.3 ข้อมูลความคุ้มค่าของการบริการ (Cost effectiveness of intervention)

- 1) ความคุ้มค่ากรณีที่มีค่าตอบแทนเพิ่มเติมสำหรับ CDE เพื่อให้มีบุคลากรที่มีคุณภาพและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านยาและลดภาวะแทรกซ้อน
- 2) ความคุ้มค่ากรณีที่มี เครื่องตรวจน้ำตาลและแถบตรวจน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

3.4 ข้อมูลคุณภาพการดูแลรักษา (Quality of care)

- 1) การควบคุมโรคเบาหวานตาม service plan ให้มี HbA1c < ร้อยละ 7 ให้ได้ ร้อยละ 40 แต่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย และมีแนวโน้มที่จะควบคุมโรคได้ลดลง ถึงแม้ว่าจะมีการตรวจระดับ HbA1c ที่มากขึ้น
- 2) จำนวนเจ้าหน้าที่ case manger และ mini case manger ในปัจจุบัน รวมถึงการกระจายและความต้องการมีไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย และไม่ได้มีมาตรฐานในระดับที่เท่าเทียมกัน
- 3) จึงต้องมีการพัฒนาคุณภาพของของ case manager และ mini case manager ที่สอบผ่าน certified diabetes educator (CDE) เพื่อจะได้มีเกณฑ์ที่เป็นมาตรฐาน

3.5 ระบบข้อมูลการกำกับและติดตาม

- 1) ความถูกต้องของข้อมูลจาก HDC โดยการใช้ข้อมูล HDC ในการประเมินผลการรักษาในเขตบริการตนเองรวมถึงการวางแผนเพื่อพัฒนาทั้งในระยะสั้นและระยะยาว
- 2) การพัฒนาโรงพยาบาลจากการตรวจราชการและ HA

4 กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

4.1 การลงทะเบียนต้องมีความถูกต้อง มีการใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนาการรักษาและป้องกันโรคเบาหวาน

4.2 มีการสอน Self-care ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อลดค่าใช้จ่ายทางยาและลดภาวะแทรกซ้อน โดย case managers และ mini-case managers ที่มีคุณภาพ ดังนั้นจึงต้องมีการดำเนินการดังนี้

- 1) มีการสอนหลักสูตรระยะสั้นเพื่อผลิต mini case managers ซึ่งอาจจะจัดโดยโรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
- 2) มีการสอบเพื่อให้มี Certified diabetes educator (CDE) ซึ่งจัดโดยสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน ซึ่งต้องต่ออายุ ทุก 5 ปี เพื่อให้มีการศึกษาต่อเนื่อง
- 3) เพิ่มค่าตอบแทนใน case managers และ mini-case managers ที่ผ่านการสอบ CDE และจะต้องเป็นผู้ตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้มี HDC ที่มีความถูกต้อง และมีการให้ความรู้ที่ได้มาตรฐาน
- 4) โรงพยาบาลต้องได้มาตรฐานในการที่ให้ความรู้โดยมีการตรวจสอบเป็นระยะ โดยอาศัยการตรวจสอบ โดยการตรวจเขตบริการหรือใช้ขบวนการของ HA
- 5) มีการพัฒนาการรักษาโรคเบาหวานของแพทย์

4.3 มีเครื่องตรวจน้ำตาลและแถบตรวจน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

4.4 มีนโยบายระดับชาติในการลดการบริโภคน้ำตาล เช่น โครงการคนไทยอ่อนหวาน หรือมาตรการทางภาษีน้ำตาลและเครื่องดื่มรสหวาน เป็นต้น

4.5 มีนโยบายในการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ

4.6 มีนโยบายทางสังคมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถดูแลตนเอง เช่น ชมรมเบาหวาน ในชุมชน ชมรมไร้พุงในชุมชน ชุมชนการออกกำลังกาย โครงการลดน้ำตาลหวานในโรงเรียน เป็นต้น

5 ความเป็นไปได้ในการผลักดันเป็นนโยบาย

หลายฝ่ายได้มีการทำงานร่วมกันเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น การเพิ่มภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง นโยบายชุมชนในการดูแลสุขภาพชุมชน การส่งเสริมการออกกำลังกาย มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการให้สัมฤทธิ์ผล

ส่วน CDE ควรค่อยๆ ให้มีปริมาณที่เพิ่มขึ้น โดยโรงพยาบาลและเขตให้ความสำคัญ และเป็นตัวกำหนดมาตรฐานสถานพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในอนาคต ส่วนค่าตอบแทนอาจจะต้องพิจารณาถึงความเป็นไปได้ แต่น่าจะมี cost effective และ ทำให้ HDC มีความถูกต้องมากขึ้น

การให้เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และ 2 ควรจะมีความเป็นไปได้ในช่วงเวลาที่กำหนดเบื้องต้นเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แต่อาจต้องพิจารณาความคุ้มค่าและค่าใช้จ่ายระยะยาว

ความดันโลหิตสูง

โดย โรงพยาบาลเลิดสิน
โรงพยาบาลราชวิถี

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อควบคุมโรค HT ให้ได้ตามเป้าหมาย (Control HT ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)

ประเด็นรองของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย HT โดยการใช้ Home Blood pressure monitoring (HBPM) เน้นผู้ป่วยมีส่วนร่วม

1. วัตถุประสงค์/ เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาที่เข้าเกณฑ์มากขึ้น
- 1.2 เพื่อให้การได้รับยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยเป็นไปตามความจำเป็นและเหมาะสม
- 1.3 ลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดความดันโลหิตเกินความจำเป็น

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอ (โดยสรุป)

เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง ถ้าหากไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้จะเกิดปัญหาแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดตามมาได้ แต่ในทางกลับกันถ้าหากมีการใช้ยาลดความดันโลหิตมากกว่าที่จำเป็น ก็อาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาที่ใช้รักษาได้ เช่น หน้ามืด เป็นลม หมดสติ เป็นต้น

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะมีความแตกต่างกันของความดันในช่วงระหว่างวัน ทำให้มีบางช่วงของวันที่มีความดันโลหิตต่ำหรือความดันโลหิตสูงได้ การวัดความดันโลหิตที่บ้าน (HBPM) นั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญในการตรวจวัดความดันโลหิต เพื่อประโยชน์ในการรักษาความดันโลหิตสูงให้เข้าเกณฑ์มาตรฐานมากขึ้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาลดความดันโลหิตเกินความจำเป็น

3. ข้อมูลปัจจุบันที่บ่งบอกความจำเป็นของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา

จากข้อมูลของ WHO พบว่า อัตราป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นทั่วโลก โดยมีความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงแตกต่างกันตามภูมิภาคและเพศ การศึกษาของ Kearney และคณะพบว่าความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2543 อยู่ที่ร้อยละ 26.4 ของประชากรทั่วโลก หรือประมาณ 972 ล้านคนและประมาณการว่าในปี พ.ศ. 2568 จะพบความชุกของภาวะความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกหรือประมาณ 1,560 ล้านคน

ถึงแม้ว่าจะมีการตระหนักถึงภาวะความดันโลหิตสูงที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยก็มีผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ดี และยังมีผู้ป่วยจำนวนมากที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูงที่ป้องกันได้

ข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อยู่ที่ 937.58 คนต่อประชากรแสนคน โดยเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เมื่อแยกตามภาคแล้ว พบว่า ภาคกลางมี

อัตราป่วยรวมสูงสุดที่ 1,270.36 คนต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือภาคเหนือ เท่ากับ 1,108.15 คนต่อประชากรแสนคน ภาคใต้ เท่ากับ 939.81 คนต่อประชากรแสนคน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 841.32 คนต่อประชากรแสนคน

จากข้อมูลรายงานการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยอายุ 15 ปีในปี พ.ศ. 2552 เท่ากับ ร้อยละ 21.4 (เพศชายร้อยละ 21.5 และเพศหญิงร้อยละ 21.3) ใกล้เคียงกับรายงานการสำรวจสุขภาพ ครั้งที่ 3 เมื่อปี พ.ศ. 2547 ซึ่งพบความชุก ร้อยละ 22.0 (เพศชายร้อยละ 23.3 และเพศหญิงร้อยละ 20.9)

การกระจายตามภาคพบว่า กรุงเทพมหานครมีความชุกสูงที่สุดในเพศชาย ร้อยละ 32.7 และเพศหญิง ร้อยละ 26.9 รองลงมาคือ เพศชายในภาคกลาง ร้อยละ 25.0 และภาคเหนือ ร้อยละ 25.1 มีความชุกใกล้เคียงกัน ต่อมาคือ ภาคใต้ ร้อยละ 21.4 ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกต่ำที่สุด ร้อยละ 13.5 สำหรับเพศหญิง ความชุกในภาคกลาง ร้อยละ 24.0 สูงกว่าภาคเหนือ ร้อยละ 21.9 และภาคใต้ ร้อยละ 21.8 ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกต่ำที่สุด ร้อยละ 16.9 เช่นเดียวกับเพศชาย

ข้อมูลสำนักโรคบาตวิทยาในปี พ.ศ. 2552 มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยใน 602,548 ราย อัตราป่วย 937.58 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดนี้ประกอบด้วย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 361,859 ราย อัตราป่วย 563.06 ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเบาหวานร่วมด้วย 240,689 ราย อัตราป่วย 374.52 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2555 ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องกล่าวคือในปี พ.ศ. 2551 อัตราป่วยเท่ากับ 500.65 คนต่อแสนประชากร จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2555 เท่ากับ 937.58 คนต่อแสนประชากร

จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย โดยอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1:1.7 ในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั้งหมด และ 1:1.52 ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างเดียวส่วนกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเบาหวานร่วมด้วย มีอัตราส่วน 1:2 ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงทั้งหมดกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด 4,056.19 คนต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 50-59 ปี 40-49 ปี และ 15-39 ปีโดยมีอัตราป่วยเท่ากับ 2,024.44, 779.66 และ 97.77 คนต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

จากการเปรียบเทียบอัตราป่วยรายภาคในช่วง 5 ปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2551-2555 พบว่าทุกภาคมีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงสุดในช่วงปี พ.ศ. 2551-2554 โดยมีอัตราป่วยระหว่าง 720.63-1,099.93 คนต่อประชากรแสนคน ส่วนปี พ.ศ. 2555 ภาคกลางมีอัตราป่วยสูงสุดเท่ากับ 1,270.36 คนต่อแสนประชากร รองลงมาคือ ภาคเหนือ 1,108.15 คนต่อแสนประชากร ภาคใต้ 939.81 คนต่อแสนประชากรและภาคตะวันออกเฉียงเหนือเท่ากับ 841.32 คนต่อแสนประชากร โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 58.30 รองลงมาคือ โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 24.64 โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 10.05 ศูนย์สุขภาพชุมชน ร้อยละ 3.38 โรงพยาบาลสังกัดอื่นๆ ร้อยละ 2.99 คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 0.65

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยในปี 2555 มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 1.42 ภาวะแทรกซ้อนที่พบสูงสุดคือ ภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ ร้อยละ 76.54 รองลงมาคือ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 15.05 และภาวะแทรกซ้อนหลายอย่างร้อยละ 8.42

นอกจากนี้ การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บใน 4 ครั้งที่ผ่านมาคือ ปี พ.ศ. 2547 2548 2550 และ 2553 พบว่า ประชากรไทยอายุ 15-74 ปี เข้าใช้บริการการคัดกรองความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นรวมทั้งมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคหัวใจหลอดเลือดเพิ่มขึ้นกว่าเดิม

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (ปี พ.ศ. 2551-2552) พบว่า ในจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 ในเพศชาย และร้อยละ 40 ในเพศหญิงไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อน และร้อยละ 8-9 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับ การรักษา นั้น ประมาณน้อยกว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาแต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์และอีกประมาณ 1 ใน 4 ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ โดยเพศชายมีสัดส่วนของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรักษาและการควบคุมความดันโลหิตได้น้อยกว่าในผู้หญิงนอกจากนี้ จากรายงาน พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยสูงที่สุดรองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือและกรุงเทพมหานครตามลำดับ ส่วนผู้ที่ไม่ได้รับการรักษานั้นภาคใต้มีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่น สำหรับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้นั้น กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนของกลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้สูงสุดรองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ตามลำดับ

3.2 ข้อมูลภาระโรค (Burden of disease)

อัตราการตาย

ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาที่พบบ่อยและทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตหรือโรคหัวใจและหลอดเลือด และจากการศึกษาของ Ezzati และคณะ ในปี พ.ศ. 2545 พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของอัตราการตายที่สูงที่สุดมากกว่าการสูบบุหรี่หรือโรคไขข้อในเลือดสูง โดยแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ

จากข้อมูลสถิติสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี พ.ศ. 2555 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูงเป็นจำนวน 3,684 คน หรือคิดเป็น 5.73 ต่อประชากรแสนคน และแสดงให้เห็นสถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยภาวะความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากการศึกษาของ ผศ.ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทรและคณะ พบว่า อัตราตายปรับฐานของความดันโลหิตสูงโดยรวมของผู้ป่วยในประเทศไทยลดลงจาก ร้อยละ 5.5 ในปี พ.ศ. 2543 เหลือร้อยละ 3.9 ในปี พ.ศ. 2553 แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้น จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยตายจากความดันโลหิตสูงลดลงไม่มาก และยังมีจำนวนสูงถึง 2,478 คนต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2553

นอกจากนี้ เพศชายมีการตายสูงกว่าเพศหญิงทั้งในส่วนของการตายอย่างหยาบ จำนวนการตาย และอัตราการตายปรับฐานพบว่า มีแนวโน้มการลดลงจากการตายจากภาวะความดันโลหิตสูงอย่างชัดเจนระหว่างปี พ.ศ. 2546-2550 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2551

อัตราความพิการ

ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของอัตราการเกิดความพิการต่อผู้ป่วยเป็นอันดับที่ 3 รองจากภาวะน้ำหนักตัวน้อยและการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย จากการศึกษาระบาดวิทยาพบว่า ความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงทางหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของทุกๆ ความดันโลหิตที่สูงขึ้น 20/ 10 มิลลิเมตรปรอท เมื่อเทียบกับ 115/ 70 มิลลิเมตรปรอท โดยที่อัตราการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบ และโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามระดับ SBP ที่เพิ่มขึ้น และแตกต่างกันตามเชื้อชาติพบว่าในเชื้อชาติเอเชียจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบและโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า

ในเชื้อชาติ Caucasian และมักพบเป็นลักษณะเส้นเลือดสมองแตกมากกว่าเส้นเลือดสมองตีบในเชื้อชาติเอเชีย

3.3 ข้อมูลความคุ้มค่าของการบริการ (Cost effectiveness of intervention)

ในการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 35–40 โดยลดอัตราการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ร้อยละ 20–25 และลดอัตราการเกิดโรคหัวใจวาย ร้อยละ 90 นอกจากนี้ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การลด SBP ลง 12 มิลลิเมตรปรอทเป็นเวลา 10 ปี จะสามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ 1 คน จากการรักษาผู้ป่วยทั้งหมด 11 คน และมากกว่านั้นจะป้องกันการเสียชีวิตได้ 1 คน จากการรักษาผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดแล้วเพียง 9 คน

การศึกษาของ Lovibond และคณะ ในปี พ.ศ. 2554 โดยศึกษาเกี่ยวกับ cost effectiveness การใช้การวัดความดันโลหิตด้วยวิธีต่างๆ (ที่คลินิก ที่บ้าน และแบบติดตามตัว 24 ชั่วโมง) เพื่อวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง โดยคัดกรองในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไปที่มีการวัดความดันโลหิตที่คลินิกมากกว่า 140/ 90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป พบว่า การใช้ Ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) เป็นวิธีที่มี cost effective ที่สุดในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง ในทุกอายุ โดยสามารถประหยัดได้ตั้งแต่ 56-323 ปอนด์ และมี QALY เพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง (ตั้งแต่ 0.006–0.022) เนื่องจากไม่จำเป็นต้องใช้ยารักษาในผู้ป่วยที่ไม่จำเป็น ทำให้การใช้ ABPM ในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยที่มีการวัดความดันโลหิตครั้งแรกเกิน 140/ 90 มิลลิเมตรปรอท มี cost effectiveness ที่ดีที่สุด

3.4 ข้อมูลคุณภาพการดูแลรักษา (Quality of care)

เนื่องจากในปัจจุบันการรักษาความดันโลหิตสูง จะใช้ความดันโลหิตที่คลินิกเป็นหลักในการปรับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ทำให้ในผู้ป่วยบางรายที่มีความดันโลหิตที่บ้านสูง (Masked hypertension) และผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตที่บ้านต่ำ (White coat hypertension) ทำให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงนั้นบางรายมีปัญหาจากการได้รับยาลดความดันโลหิตมากเกินไป หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดในระยะยาวได้

ในปัจจุบันการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง guideline การรักษาล่าสุด แนะนำให้ทำการติดเครื่อง ABPM ทุกรายก่อนทำการรักษา เพื่อแยกโรค white coat hypertension และ mask hypertension ออกไปก่อนเริ่มทำการรักษา แต่ในประเทศไทย การใช้ ABPM ยังอยู่ในวงจำกัดและไม่แพร่หลาย นอกจากนี้ การวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ยังใช้การวัดความดันโลหิตที่คลินิกเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งการใช้ ABPM นี้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น แต่สามารถลดการรักษาที่ไม่จำเป็นในผู้ป่วย white coat hypertension ได้ ซึ่งอาจทำให้โดยรวมค่าใช้จ่ายลดลงได้ อย่างไรก็ตามความคุ้มค่าของการใช้ ABPM ในการวินิจฉัยทุกรายขึ้นกับความชุกของโรค white coat hypertension ค่าใช้จ่ายในการรักษาโดยเฉลี่ยต่อราย และค่าใช้จ่ายในการใช้เครื่อง ABPM ในการตรวจ ซึ่งเป็นข้อมูลที่อาจต้องเก็บเพิ่มเติม และหากค่าใช้จ่ายในการใช้เครื่อง ABPM ในอนาคตถูกลง ก็อาจสามารถใช้ได้อย่างแพร่หลายทั่วไปได้นอกจากนี้ ใน guideline อื่นๆ ยังแนะนำให้ใช้การวัดความดันโลหิตที่บ้านแบบ HBPM ทดแทน แบบ ABPM เนื่องจากสามารถลดค่าใช้จ่ายได้

นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่สงสัย White coat hypertension, masked hypertension หรือ resistant hypertension ยังควรมีการตรวจ HBPM หรือ ABPM เพิ่มเติมอีกด้วยเช่นเดียวกัน

3.5 ระบบข้อมูลการกำกับและติดตาม

โดยในปัจจุบันมีการสำรวจ ของ National health survey ที่สำรวจการตระหนักโรคความดันโลหิตสูง การรักษาความดันโลหิตสูง และการรักษาให้ได้เกณฑ์มาตรฐาน แต่ยังคงขาดข้อมูลเกี่ยวกับความชุกของ WCH และ Masked hypertension ในประเทศไทยยังไม่เคยมีการตรวจสอบการเที่ยงตรงของการวัด HBPM ที่บ้านของผู้ป่วยมาก่อน ว่าได้ทำตามมาตรฐานหรือไม่ ซึ่งอาจจะทำให้ผลการรักษาผิดพลาดได้ ถ้าการตรวจที่บ้านไม่ได้ตามมาตรฐาน

4. กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

4.1 เสนอแนะให้ผลิตเครื่องวัดความดันโลหิต โดยอาจร่วมมือกับบริษัทผลิตเครื่องวัดความดันโลหิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงได้ และวัดความดันโลหิตได้ด้วยตนเอง

4.2 เสนอให้มีการให้ความรู้และบูรณาการ การวัดความดันโลหิตที่บ้านร่วมกับการดำเนินงานของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในชุมชน

4.3 การสร้างฐานข้อมูลสำหรับผู้ป่วย โดยการใช้สมุดบันทึก (patient photo) เพื่อบันทึกค่าของความดันโลหิต และคู่มือการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน โดยใช้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย และมีรูปภาพประกอบเพื่อสื่อความหมายที่ชัดเจน

4.4 จัดหลักสูตรอบรม การใช้เครื่องวัดความดันโลหิตให้แก่ผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ที่ดูแลในเขตพื้นที่สุขภาพ และควรลิงค์ข้อมูลไปยังสถานบริการสุขภาพได้ โดยเฉพาะบุคคลที่ยังไม่เป็นโรค เพื่อที่จะได้ติดตามบุคคลเหล่านี้ได้

4.5 ศึกษาความชุกของ WCH และ Masked HT ในประชากรไทย เพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาความคุ้มค่าของการใช้การวัดความดันโลหิตที่บ้าน

5. ความเป็นไปได้ในการผลักดันเป็นนโยบาย

5.1 เนื่องจากปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขมีการเห็นความสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะหนึ่งในโรคนั้นคือ โรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้การรักษาได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน และปัจจุบันเริ่มมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมากขึ้น จะทำให้มีแนวโน้มติดตามผู้ป่วยใกล้ชิดขึ้น ทำให้การรักษาได้เกณฑ์มากขึ้น

5.2 ในปัจจุบัน เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดอัตโนมัติที่สามารถวัดได้เองที่บ้าน เริ่มมีราคาที่ต่ำกว่าเดิมมาก ทำให้หาซื้อได้เองจากผู้ป่วยไม่ยาก และหากต้องใช้งบประมาณในการซื้อ ก็จะทำให้ในราคาที่ถูกลงกว่าสมัยก่อนได้ ทำให้มีโอกากระบายเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น

เนื่องจากมี COE NCD โดยทางด้านความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ได้มีการออกไปให้ความรู้ทางเรื่องความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ให้แก่เจ้าหน้าที่ พยาบาล และแพทย์ประจำอำเภอ ในเขตสุขภาพต่างๆ อยู่แล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 ทำให้ถ้าต้องการเพิ่มการอบรมการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติที่บ้าน ก็สามารถเพิ่มเข้ามาจากการไปอบรมเรื่องความดันโลหิตสูง และเบาหวานได้

โครงการป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน

โดย โรงพยาบาลเลิดสิน

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

พัฒนาระบบการบริการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนไม่ให้เกิดกระดูกหักซ้ำ

ประเด็นรองของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การพัฒนาการเข้าถึงการรักษาโรคกระดูกพรุนที่เพียงพอและเหมาะสมของประชาชน

1. วัตถุประสงค์/ เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

พัฒนาระบบและจัดตั้งให้เกิดระบบการบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนไม่ให้เกิดกระดูกหักซ้ำ

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอ

มีการคาดการณ์ไว้ว่าประมาณปี พ.ศ.2568 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ภาวะกระดูกข้อสะโพกหัก (Geriatric hip fracture) เป็นภาวะทางออร์โธปิดิกส์ที่มีสถิติติดอันดับต้นๆ ของการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงวัย ทำให้สูญเสียงบประมาณในการดูแลจำนวนมาก ทั้งจากการผ่าตัดรักษากระดูกหักและค่าใช้จ่ายในการดูแลฟื้นฟูหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคประจำตัวที่กำเริบขึ้นภายหลังการที่มีกระดูกหักทำให้ถึงขั้นเสียชีวิตได้

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เคยกระดูกสะโพกหักจะมีอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำสูงถึงร้อยละ 30 เนื่องจากขาดการดูแลรักษาภาวะกระดูกพรุนที่เหมาะสมภายหลังได้รับการผ่าตัดรักษากระดูกหักครั้งแรก

ดังนั้นการรักษาภาวะกระดูกพรุนซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดกระดูกหักในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งการที่จะบรรลุเป้าหมายได้ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกแผนกทั้งทางอายุรกรรม วิสัญญี กายภาพบำบัด โภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่จะให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างครบถ้วน การตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการหกล้มซ้ำ การดูแลเยี่ยมบ้าน จัดสถานที่พักอาศัยให้เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ การได้รับยาที่เพียงพอและเหมาะสมของผู้ป่วย ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนมีการติดต่อประสานระหว่างสหสาขาจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างต่อเนื่องต่อการรักษา ซึ่งในปัจจุบันระบบสาธารณสุขของประเทศไทยยังไม่มีระบบนี้

จากรายงานประสิทธิภาพของระบบบริการผู้ป่วยเพื่อป้องกันกระดูกหักซ้ำ (Capture the fracture) ที่มีระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักแบบองค์รวม ตั้งแต่ในโรงพยาบาลและหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในต่างประเทศ พบว่าสามารถลดโอกาสการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำได้มากถึงร้อยละ 50 ต่อปี ซึ่งจะช่วยประหยัดภาระงบประมาณในการดูแลรักษา ตลอดจนภาระการดูแลทางสังคม รวมถึงช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้

3. ข้อมูลปัจจุบันที่บ่งบอกความจำเป็นของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา

มีการคาดการณ์จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติว่า ประเทศไทย จะมีจำนวนประชากรอายุมากกว่า 60 ปี อยู่ประมาณ 17.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 เป็นเพศชาย ประมาณ 7.6 ล้านคนและเพศหญิง 10 ล้านคน จากการศึกษาความชุกของโรคกระดูกพรุนประเทศไทย เมื่อ ปี พ.ศ. 2551 ในประชากรสูงอายุพบโรคกระดูกพรุนที่สะโพก ร้อยละ 19.3 ในเพศหญิงและ ร้อยละ 12.7 ในเพศชาย อุบัติการณ์การเกิดกระดูกข้อสะโพกหักในเพศชายและเพศหญิงอายุมากกว่า 50 ปี ประมาณ 162 ต่อประชากรแสนคน พิจารณาเฉพาะเพศหญิงอายุมากกว่า 75 ปีจะพบว่า อุบัติการณ์จะสูงถึง 1,011 ต่อประชากรแสนคน

3.2 ข้อมูลภาระโรค (Burden of disease)

อัตราการตายหลังกระดูกสะโพกหักจากการศึกษาที่จังหวัดเชียงใหม่พบว่า ร้อยละ 2.1 ตายระหว่างยังรักษาตัวในโรงพยาบาล และอัตราการตายหลังจากกระดูกสะโพกหักที่ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เท่ากับ ร้อยละ 9, 12 และ 17 ตามลำดับ สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตหลังกระดูกสะโพกหักในคนไทย พบว่า 1 ใน 5 ของผู้ป่วย (ร้อยละ 22) ไม่สามารถเดินได้ ร้อยละ 23 ต้องใช้ wheel chair ในการเคลื่อนย้ายจากการศึกษาในปี พ.ศ. 2548 พบว่า ผู้ป่วยกระดูกสะโพกมีวันนอน โรงพยาบาลเฉลี่ย 20 วัน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยรวมการผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัดในปีแรก ประมาณ 116,500 บาท หากปรับตามอัตราเงินเฟ้อร้อยละ 2 ต่อปี ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักประมาณ 150,000 บาทต่อคนในปีแรก จากการคาดประมาณอุบัติการณ์กระดูกข้อสะโพกหัก ปี พ.ศ. 2773 จะมีจำนวนผู้ป่วยใหม่ประมาณ 77,850 รายต่อปี ทำให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจต่อประเทศ ปีละหลายพันล้านบาท

3.3 ข้อมูลความคุ้มค่าของการบริการ (Cost effectiveness of intervention)

โรคกระดูกพรุนมักไม่แสดงอาการผิดปกติจนกว่าจะเกิดภาวะกระดูกหัก มีการศึกษาในเชิงเศรษฐศาสตร์ทางสาธารณสุขแล้วพบว่า ไม่มีความคุ้มค่าที่จะทำการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องวัดความหนาแน่นกระดูก (Bone density) ในประชากรโดยทั่วไปทั้งหมด ดังนั้นในประชากรทั่วไปควรใช้การประเมินปัจจัยเสี่ยง (risk assessment) เช่น OSTA SCORE หรือ KKOS score หรือ FRAX เป็นต้น ขององค์การอนามัยโลกมาคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดกระดูกหักมารับการรักษาโรคกระดูกพรุน ผู้ป่วยที่เคยมีกระดูกหักมาก่อนคือ กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดที่จะเกิดกระดูกหักอีกครั้ง ดังนั้นนโยบายป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน เป็นการป้องกันกระดูกหักที่มีความคุ้มค่าและประสิทธิภาพสูงโรคกระดูกพรุน

3.4 ข้อมูลคุณภาพการดูแลรักษา (Quality of care)

สถานการณ์ของระบบบริการยังไม่มีข้อมูลที่บ่งชี้ถึงคุณภาพบริการด้านการคัดกรองและรักษาโรคกระดูกสะโพกหักและโรคกระดูกพรุนประเทศไทย ทั้งในแง่ประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการรักษา การเข้าถึงการรักษาโรคกระดูกพรุนที่พอเพียงและเหมาะสม การบริการที่เป็นที่ยอมรับ เช่น การที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็วในเมื่อเกิดภาวะกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน เป็นต้น

3.5 ระบบข้อมูลการกำกับติดตาม

ควรการจัดตั้งทีม Capture the fracture ในระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ เพื่อดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหักจากภาวะกระดูกพรุนเพื่อลดอัตรา

การเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำ มีการสำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ ทั้งนี้เพื่อให้

- 1) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดรักษาที่รวดเร็วขึ้น (Early hip surgery) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดีขึ้น
- 2) ผู้ป่วยได้รับการรักษาโรคกระดูกพรุนอย่างเป็นระบบ (Treatment of osteoporosis)
- 3) ผู้ป่วยได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Fall assessment)
- 4) ผู้ป่วยได้ฝึกการออกกำลังกายที่เหมาะสม สำหรับภาวะโรค (Exercise programme)
- 5) ผู้ป่วยและญาติได้รับสุศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน (Education programme)

4. กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

มีการจัดตั้งโครงการป้องกันกระดูกสะโพกหักซ้ำ (Capture the fracture) โดยได้เริ่มทำ model development ขึ้นที่โรงพยาบาลเลิดสิน และมีการประเมินประสิทธิภาพของโครงการหลังนำมาใช้เป็นเวลา 1 ปีพบว่า สามารถลดอัตราการตายภายในหนึ่งปีแรกเหลือ ร้อยละ 5.6 จากค่าเฉลี่ยอัตราการตายของผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักจะอยู่ที่ประมาณ ร้อยละ 10 และสามารถลดอุบัติการณ์กระดูกหักซ้ำในปีแรกได้ ร้อยละ 100 จากค่าเฉลี่ยที่มีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 30

วิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือ เสนอยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service excellence) ด้วยแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจัดตั้งทีม capture the fracture ในทุกเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งควรมีอย่างน้อย 1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพนั้น

การประเมินผล

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ผลักดันและสร้างความเข้าใจในความสำเร็จและกระบวนการสร้างทีม Capture the fracture ให้แก่เขตสุขภาพและโรงพยาบาลในเครือข่าย

ทีมนิเทศและตรวจราชการของกรมการแพทย์ ทำการสำรวจและประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์และสรุปผลการประเมิน

ตัวชี้วัด

ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture

เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 2561: มีทีม capture the fracture ครอบคลุมเขตสุขภาพและลดอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำเหลือน้อยกว่า ร้อยละ 10

คำนิยาม

ทีม Capture the fracture คือ สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)

สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วิทยุแพทย์ แผนกโภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือแผนกอื่นที่เกี่ยวข้องที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ

Liaison หมายถึง บุคลากรผู้มีหน้าที่ประสานงาน (Coordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

เขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture หมายถึง เขตสุขภาพตามการแบ่งส่วน
ของกระทรวงสาธารณสุข

5. ความเป็นไปได้ในการผลักดันเป็นนโยบาย

นโยบายนี้มีความเป็นไปได้สูงเนื่องจากเป็นบริหารจัดการทรัพยากรและบุคลากรที่มีอยู่แล้ว
ให้เป็นระบบและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยที่ไม่ได้ใช้งบประมาณหรือการลงทุนที่สูง ในขณะเดียวกัน
สามารถลดภาระทางเศรษฐกิจของประเทศในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้นับพันล้านบาทต่อปี

โครงการจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขช่วยผลักดัน
ให้เกิดในระดับประเทศจึงจะประสบความสำเร็จ

การพัฒนาระบบการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยโรคผิวหนังที่เป็นเรื้อรัง และรุนแรงที่บ้านด้วยวิดีโอแบบออนไลน์

โดย สถาบันโรคผิวหนัง

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคผิวหนังที่เป็นเรื้อรังและรุนแรงให้มีการดูแลรักษาถึงบ้านด้วยวิดีโอแบบออนไลน์ (telemedicine)

ประเด็นรองของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การพัฒนาการเข้าถึงการบริการของประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็วด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย

1. วัตถุประสงค์/ เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อให้มีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคผิวหนังที่เป็นเรื้อรังและรุนแรงให้สามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดีที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดีและมีความปลอดภัยรวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอ (โดยสรุป)

โรคผิวหนังเป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ จากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคผิวหนังพบบ่อยเป็นอันดับที่ 8 จากสถิติโรคผู้ป่วยนอกทั้งประเทศ (ไม่รวมกทม.) ในปี พ.ศ. 2557 และพบว่า โรคผิวหนังพบบ่อยเป็นอันดับที่ 12 จากสถิติโรคผู้ป่วยนอกทั้งประเทศ (รวมกทม.) ในปี พ.ศ. 2559

ความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและรัฐเสียค่าใช้จ่ายจากการรักษาเพิ่มมากขึ้น จากสถิติผู้ป่วยในของสถาบันโรคผิวหนัง ปี พ.ศ. 2559 พบว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคตุ่มน้ำพองมากที่สุด (53 ราย) รองลงมาคือ โรคสะเก็ดเงิน (28 ราย) มะเร็งผิวหนัง (21 ราย) และโรคผื่นลอกทั่วตัว (8 ราย) ผู้ป่วยที่เป็นโรครุนแรงมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงและเสียเงินในการรักษาเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลและเสียค่าใช้จ่ายทั้งหมดประมาณ 100,000 บาท/ ครั้งของการนอนโรงพยาบาล ดังนั้นค่าใช้จ่ายทั้งหมดของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลจากโรคที่เป็นรุนแรงและเรื้อรังดังกล่าวประมาณปีละ 10 ล้านบาท โรคที่เป็นรุนแรงทำให้ผู้ป่วยมีแผลที่ผิวหนังตามร่างกายจำนวนมาก ทำให้เกิดภาวะการติดเชื้อจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคผิวหนังส่วนใหญ่ตายจากภาวะแทรกซ้อนของโรคตุ่มน้ำพองโรค ผื่นลอกทั่วตัว ภาวะแพ้ยาและมะเร็งผิวหนัง อาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ จึงทำให้ผู้ป่วยยอมเสียเงินเป็นจำนวนมากในการรักษาเพื่อให้ได้มาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากข้อมูลของสถาบันโรคผิวหนัง ปี พ.ศ. 2559 พบว่า ผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่สถาบันโรคผิวหนัง จำนวนทั้งหมด 169,644 ราย ผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอก เสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการรักษาประมาณ 1,000 บาท/ ราย โดยค่ารักษาอาจจะมากหรือน้อยกว่าขึ้นอยู่กับชนิดและภาวะความรุนแรงของโรค จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้ว จะต้องได้รับการติดตามที่บ้านอย่างต่อเนื่องด้วย เนื่องจากต้องระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้

จากการศึกษาของมหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ศึกษาการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารแบบออนไลน์ระหว่างแพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วย พบว่า การใช้เทคโนโลยีการสื่อสารแบบออนไลน์รวมถึงอีเมลในการสื่อสารระหว่างแพทย์และคนไข้ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ย ประมาณ 1 เหรียญสหรัฐต่อคนไข้หนึ่งคนต่อเดือน นอกจากนี้แพทย์ผู้รักษาและผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้เทคโนโลยี ร้อยละ 78 และ 63 ตามลำดับ

ในปัจจุบันยังไม่เคยมีระบบการดูแลรักษาและติดตามการรักษาอย่างครบวงจรในด้านโรคผิวหนังทั่วประเทศมาก่อน ซึ่งมีความสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลผิวและแผลที่ตีรวมทั้งเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่มีประสิทธิภาพ ภาวะการเจ็บป่วยอื่นๆ ทางผิวหนังส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลและระบบสุขภาพ ผู้ป่วยต้องเสียเงินในการดูแลรักษาจำนวนมาก คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นจึงควรมีการกำหนดนโยบายให้มีการดูแลรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นรุนแรงหรือเรื้อรังนี้ เพื่อให้สุขภาพด้านโรคผิวหนังของประชากรไทยดีขึ้น อัตราการตายลดลงและระบบบริการด้านสาธารณสุขของประเทศไทยด้านโรคผิวหนังมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยทางโปรแกรมการพบแพทย์และพยาบาลออนไลน์ (telemedicine) เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายประเทศไทย 4.0

จะเห็นว่าโรคผิวหนังเป็นโรคที่สามารถให้การวินิจฉัยด้วยตาเปล่าและแนะนำติดตามการรักษาแบบวิดีโอแบบออนไลน์น่าจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยจำนวนมากนโยบายควรประกอบด้วยการพัฒนาเชิงระบบ ได้แก่

- มีทีมดูแลผู้ป่วยถึงบ้าน อาจจะเป็นการเยี่ยมบ้านทาง telemedicine เพื่อให้มีการดูแลสุขภาพทางร่างกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการแม้ว่าอยู่ในที่ห่างไกล การดูแลสภาวะแวดล้อมให้ปราศจากเชื้อ ผู้ป่วยและญาติสามารถต่อสายด่วนเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน
- สร้างเครือข่ายอาสาสมัครชุมชน โรงพยาบาลและสถานบริการในระบบสุขภาพให้มีการประสานงานในกรณีรายงานผู้ป่วยผิวหนังที่เป็นรุนแรง โดยให้มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและให้คำแนะนำการรักษา รวมทั้งความร่วมมือในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านให้ความรู้ผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพเฉพาะโรค การจัดส่งยา แบบโรงพยาบาล-โรงพยาบาล และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือป้องกันไม่ให้โรคเป็นมากขึ้น โดยในเครือข่ายมีการสร้างเสริมความรู้ในวิทยาการการรักษาร่วมกันทาง teleconference
- ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมาพบแพทย์ได้เร็วเพื่อให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ตลอดจนป้องกันผลข้างเคียงจากการรักษาและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผิวหนังด้วยตนเอง
- ให้มีการทำวิจัยด้านระบาดวิทยาด้านโรคผิวหนังเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคผิวหนังที่เป็นเรื้อรังหรือรุนแรง รวมทั้งหาปัญหา สาเหตุและผลกระทบทางสุขภาพของโรคผิวหนังในภาพรวมของประเทศ
- ให้มีการฝึกอบรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคผิวหนังแก่แพทย์และประชาชนทั่วประเทศไทย โดยสถาบันการศึกษาที่มีความรู้ความชำนาญเพื่อให้มีการดูแลรักษาตามมาตรฐานอย่างทั่วถึง
- ให้มีการจัดทำ database และระบบติดตามผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มีความรุนแรง เพื่อให้มีการเก็บข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุงการรักษาและใช้ในการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากโรคหรือยาที่ใช้รักษา

3. ข้อมูลปัจจุบันที่บ่งบอกความจำเป็นของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา

โรคผิวหนังเป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ จากข้อมูลของสำนัคนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคผิวหนังพบบ่อยเป็นอันดับที่ 8 จากสถิติโรคผู้ป่วยนอกทั้งประเทศ (ไม่รวมกทม.) ในปี พ.ศ. 2557 และพบว่า โรคผิวหนังพบบ่อยเป็นอันดับที่ 12 จากสถิติโรคผู้ป่วยนอกทั้งประเทศ (รวมกทม.) ในปี พ.ศ. 2559 ในปี พ.ศ. 2557 จำนวนผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยโรคผิวหนังทั้งประเทศ (ไม่รวมกทม.) จำนวน 5,468,001 ราย จำนวนผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยโรคผิวหนังเฉพาะกทม. 46,311 ราย และจำนวนผู้ป่วยทั้งประเทศ จำนวน 5,514,312 ราย

สาเหตุของการเกิดโรค (Cause) ของผู้ป่วยโรคผิวหนังขึ้นอยู่กับชนิดของโรค โรคผิวหนังที่เป็นเรื้อรังและรุนแรงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพมากที่สุดคือ โรคสะเก็ดเงินและโรคตุ่มน้ำพองใส โรคสะเก็ดเงิน เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของผิวหนัง โดยมีลักษณะเป็นผื่นแดง สะเก็ดหนา อาจมีอาการคัน โรคสะเก็ดเงินมีความสัมพันธ์กับระบบต่างๆ ในร่างกายหลายระบบ เช่น ข้ออักเสบ ลำไส้อักเสบ (inflammatory bowel disease) ภาวะข้ออักเสบสามารถพบได้ถึงร้อยละ 40 ของผู้ที่มีภาวะนี้ โรคสะเก็ดเงินอาจจะเป็นขึ้นมาเองหรือสัมพันธ์กับปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดโรคและกระตุ้นให้อาการกำเริบได้ สามารถพบได้ประมาณร้อยละ 1-2 ของประชากรทั้งหมด อัตราการเกิดโรคเท่ากันทั้งเพศชายและเพศหญิง โรคนี้เกิดขึ้นได้ในทุกช่วงอายุแต่ส่วนใหญ่เกิดในคนอายุมากกว่า 10 ปีขึ้นไป และอาจเป็นมาก ถ้าผู้ป่วยมีปัจจัยกระตุ้น เช่น ต้มสุรา ภาวะเครียด รับประทานยาสเตียรอยด์หรือยาลดความดันโลหิตบางชนิด เป็นต้น ส่วนโรคตุ่มน้ำพองใสเป็นจากภาวะที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อตนเอง ทำให้เกิดตุ่มน้ำตามผิวหนังหรืออาจมีแผลในปาก มีอาการคัน โรคนี้มักพบในผู้ป่วยวัยกลางคนและวัยสูงอายุ อัตราการเกิดโรคเฉลี่ย 6-7 คนต่อ 1 ล้านคนต่อปี ซึ่งพบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีตุ่มน้ำไม่มากอาจจะให้การรักษาด้วยยาทา ในผู้ป่วยที่เป็นมากอาจมีตุ่มน้ำหรือแผลทั่วตัว การรักษาคือ ยารับประทาน ได้แก่ ยากดภูมิคุ้มกันต่างๆ อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆตามมา เช่น ภาวะติดเชื้อทางผิวหนังหรือภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น รวมทั้งมีความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงของยารับประทาน เช่น ตับอักเสบ การทำงานของไตผิดปกติ เป็นต้น การที่ผู้ป่วยได้รับการติดตามการรักษาและได้รับคำแนะนำดูแลถึงบ้าน รวมถึงมีระบบเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการกลับมาเป็นซ้ำของโรค ทำให้ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองและสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันผลแทรกซ้อนในด้านการติดเชื้อได้ดีขึ้น ผู้ป่วยมีความเครียดน้อยลงและมาพบแพทย์ได้เร็วขึ้น ทำให้มีความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนน้อยลง

3.2 ข้อมูลภาระโรค (Burden of disease)

จากการสืบค้นวารสารทั้งรายงานการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ ยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรคตุ่มน้ำพองมาก่อน จากรายงานการศึกษาในต่างประเทศ (Rencz, British Journal of Dermatology 2016) พบว่า ผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองที่มีอาการกำเริบมีคุณภาพชีวิตในแง่มุมมองทางเศรษฐศาสตร์น้อยกว่าผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองที่อาการควบคุมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับอัตราการตายของโรคตุ่มน้ำพองในประเทศไทยมาก่อน จากรายงานการศึกษาในต่างประเทศ (Kridin, Acta Dermato-Venereologica 2017) พบว่า ผู้ป่วยโรคตุ่มน้ำพองมีอัตราการตายเพิ่มมากกว่าประชากรปกติถึง 3 เท่า

3.3 ข้อมูลความคุ้มค่าของการบริการ (Cost effectiveness of intervention)

จากข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังกล่าว ควรประกอบไปด้วยกิจกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มความคุ้มค่าอย่างมีประสิทธิภาพในการให้บริการดังนี้ คือ

- 1) จัดการประชุมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันในการสร้างเครือข่ายการดูแลรักษาโรคผิวหนังและแนวทางการค้นหาผู้ป่วยโรคผิวหนังที่เป็นเรื้อรังและรุนแรง
- 2) สร้างภาคีความร่วมมือในระดับโรงเรียนแพทย์และสถาบันต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุขเพื่อร่วมมือในการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยร่วมกันอย่างเป็นระบบ
- 3) วางระบบการพบแพทย์และพยาบาลด้วยวิดีโอออนไลน์ โดยมีศูนย์ประสานงานรับเรื่องและประเมินผล โดยสร้างระบบการเก็บข้อมูล database และระบบติดตามผู้ป่วย
- 4) ประชาสัมพันธ์กับโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศไทยเพื่อส่งแพทย์เข้ารับการอบรมในการดูแลรักษาโรคผิวหนังที่เป็นเรื้อรังและรุนแรง
- 5) ประชาสัมพันธ์กับสื่อมวลชนเกี่ยวกับความสำคัญของการรักษาโรคผิวหนังให้ถูกต้องตามมาตรฐานและเกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย

3.4 ข้อมูลคุณภาพการดูแลรักษา (Quality of care)

ปัจจุบัน ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่เป็นเรื้อรังและรุนแรงส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาทั้งที่โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน มีการประสิทธิผลและประสิทธิผลในการรักษาด้วยยาจากงานวิจัยของแพทย์ประจำโรงพยาบาลหลายสถาบันและจากบริษัทเอกชน สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทยได้มีความร่วมมือกันของหลายสถาบันจัดทำแนวทางการดูแลรักษาโรคผิวหนังต่างๆ รวมทั้งโรคผิวหนังที่เป็นเรื้อรังและรุนแรง สถาบันโรคผิวหนังมีระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาใกล้บ้านยังเขตสุขภาพต่างๆ ทั่วประเทศไทย เพื่อวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังสามารถรับยาได้ใกล้บ้าน นอกจากนี้ทางสถาบันโรคผิวหนังยังได้จัดทำโครงการ “คลินิกผิวหนังออนไลน์” เพื่อให้คำปรึกษาแนะนำทางด้านการวินิจฉัยและรักษาแก่แพทย์ในเขตสุขภาพหลายเขตทางไลน์กลุ่ม และได้ทำโครงการ “สถาบันโรคผิวหนังสัญจร” โดยจัดให้มีการออกหน่วยและสอนให้ความรู้แก่แพทย์ประจำเขตต่างๆ ทำให้มีเครือข่ายในการติดต่อดูแลสุขภาพในระดับโรงพยาบาล จากผลการปฏิบัติในช่วงแรกเมื่อปี พ.ศ. 2559 การใช้ Application line เป็นช่องทางการสื่อสารระหว่างบุคลากรของสถาบันโรคผิวหนังและบุคลากรในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 พบว่า จำนวนผู้ป่วยส่งต่อในระดับปฐมภูมิลดลง ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานเท่าเทียมกับการเดินทางมารักษาที่กรุงเทพมหานคร ผู้ป่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางและลดระยะเวลาในการรอคอยการตรวจรักษา

3.5 ระบบข้อมูลการกำกับและติดตาม

- 1) ควรให้มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคผิวหนังที่เป็นรุนแรงหรือเรื้อรัง เพื่อใช้ในการติดตามการรักษา ให้คำแนะนำและการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค
- 2) ควรให้การอบรมและสร้างเครือข่ายด้านโรคผิวหนังกับแพทย์ใช้ทุนและแพทย์ประจำโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากสถานพยาบาลต่างๆ และอาสาสมัครชุมชน โดยเครือข่ายและเพื่อให้มีการเก็บข้อมูลร่วมกันในโรคผิวหนังที่เป็นเรื้อรังและรุนแรงในระดับประเทศ
- 3) ควรให้มีการทำงานวิจัยด้านระบาดวิทยาและผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ของโรคผิวหนังต่อประชาชนในประเทศไทย โดยมีการบันทึกและส่งต่อข้อมูลระหว่างจังหวัดและภาคต่างๆ ในประเทศไทยเพื่อให้เป็นข้อมูลพื้นฐานของประเทศอย่างต่อเนื่องทุกปี

4. กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรมีการทำ Model development ในด้านการติดตามและประเมินผู้ป่วยด้วยการพบแพทย์ และพยาบาลแบบวิดีโอออนไลน์ควบคู่ไปกับการทำวิจัยเพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในการทำกิจกรรมนี้และงานวิจัยเชิงระบาดวิทยาเพื่อค้นหาปัญหาจากโรคผิวหนังที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้งคณะกรรมการ Center of Excellent Care ในภาวะโรคสำคัญที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อร่างรูปแบบโครงการและกิจกรรมที่ทำในหน่วยงานภาคีเครือข่าย

5. ความเป็นไปได้ในการผลักดันเป็นนโยบาย

นโยบายมีความเป็นไปได้ เนื่องจากวิธีการปฏิบัติมีเป้าหมายชัดเจน และมีความเป็นไปได้ที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยในด้านการเข้าถึงบริการ การให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน อย่างเหมาะสมและป้องกันรวมทั้งลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อน แต่นโยบายนี้จำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนเป็นอย่างมากจากผู้ที่มีอำนาจและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น สมาคมแพทย์ผิวหนัง หน่วยงานโรคผิวหนังในมหาวิทยาลัยต่างๆ เป็นต้น เพื่อให้มีแนวทางปฏิบัติร่วมกันและเกิดการเครือข่ายเชื่อมโยงไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์และทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีข้อมูลด้านระบาดวิทยาของโรคผิวหนังในทุกจังหวัดของประเทศ ทำให้ยังไม่มีข้อมูลในด้านความสำคัญและผลกระทบที่แท้จริงของโรคผิวหนังต่อสุขภาพในประชาชนไทย รวมทั้งการเข้าถึงผู้ป่วยที่มีภาวะโรครุนแรงและเรื้อรังจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากอาสาสมัครชุมชน ซึ่งสถาบันโรคผิวหนังยังไม่มีเครือข่ายในเชิงลึกในตอนนี้และการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคที่เป็นเรื้อรังอย่างต่อเนื่องจำเป็นต้องอาศัยจำนวนคนทำงาน เงินทุนสนับสนุนและผู้มีอำนาจจำเป็นต้องเห็นความสำคัญ นอกจากนี้ การวางแผนใช้โปรแกรมในการติดต่อสื่อสารทางวิดีโอออนไลน์จำเป็นที่จะต้องมีการมีโปรแกรมที่เหมาะสม จำเป็นต้องมีเงินลงทุนและเจ้าหน้าที่ประจำที่มีหน้าที่ดูแลเรื่องนี้โดยเฉพาะ

สมรรถนะของคลินิกอาชีวเวชศาสตร์

โดย โรงพยาบาลพรตน์ราชธานี

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สมรรถนะของคลินิกอาชีวเวชศาสตร์

ประเด็นรองของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

มาตรฐานของคลินิกอาชีวเวชศาสตร์และมาตรฐานของการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

1. วัตถุประสงค์/ เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จัดทำเกณฑ์การประเมินคลินิกอาชีวเวชศาสตร์และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอ (โดยสรุป)

ปัจจุบันมีการจัดตั้งคลินิกโรคจากการทำงานในโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศเพื่อให้คนงานได้รับการวินิจฉัยโรคจากการทำงานและนำไปสู่การป้องกันโรคจากการทำงานต่อไป อย่างไรก็ตามการทำงานป้องกันและวินิจฉัยโรคจากการทำงานในแต่ละคลินิกยังมีความแตกต่างกัน ซึ่งทำให้การรวบรวมข้อมูลโรคจากการทำงานในประเทศไทยทำได้ยากและยังทำให้มีปัญหาต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในคลินิกแตกต่างกันในแต่ละที่

3. ข้อมูลปัจจุบันที่บ่งบอกความจำเป็นของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา

โรคจากการทำงานที่พบบ่อย ได้แก่ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อเนื่องมาจากการทำงาน โรคผิวหนังจากการทำงานและภาวะประสาทหูเสื่อมจากเสียงดัง โรคจากการทำงานนี้เป็นสาเหตุสำคัญทำให้คนงานหยุดงานหรือมีความพิการเกิดขึ้น โรคจากการทำงานสามารถป้องกันก่อนเกิดโรคได้และหากคนงานได้รับการวินิจฉัยโรคจากการทำงานได้เร็วและได้รับการป้องกันที่ถูกต้องก็จะช่วยลดการเจ็บป่วยที่ต้องมารักษาที่โรงพยาบาลได้

3.2 ข้อมูลภาระโรค (Burden of disease)

โรคจากการทำงานทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ เนื่องจากโรงงานขาดคนทำงานจากการเจ็บป่วยหรือประสิทธิภาพของคนทำงานลดลง ซึ่งส่งผลต่อกำลังการผลิตในโรงงานต่อไป

3.3 ข้อมูลความคุ้มค่าของการบริการ (Cost effectiveness of intervention)

การวินิจฉัยโรคจากการทำงานได้ถูกต้องและรวดเร็ว จะทำให้สามารถดำเนินมาตรการป้องกันโรคจากการทำงานในโรงงานเพื่อป้องกันให้คนงานคนอื่นๆ ไม่เจ็บป่วย

3.4 ข้อมูลคุณภาพการดูแลรักษา (Quality of care)

ปัจจุบันคลินิกโรคจากการทำงานหลายแห่งในประเทศไทย ยังขาดแคลนแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ พยาบาลอาชีวอนามัย นักวิชาการและเครื่องมือการตรวจพิเศษทางอาชีวอนามัย ทำให้ไม่สามารถดูแลคนทำงานได้ครอบคลุมทั้งประเทศ

มาตรฐานการตรวจทางอาชีวเวชศาสตร์ และมาตรฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านพิษวิทยาที่จะสนับสนุนการวินิจฉัยโรค

3.5 ระบบข้อมูลการกำกับและติดตาม

จัดทำมาตรฐานการทำงานของคลินิกโรคจากการทำงานเพื่อพัฒนาการป้องกันโรคจากการทำงาน และทำมาตรฐานการวินิจฉัยโรคจากการทำงานเพื่อให้การวินิจฉัยโรคจากการทำงานทำได้ถูกต้อง

4. กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ทำเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกอาชีพเวชศาสตร์เพื่อใช้ในการประเมินงานคลินิก และเผยแพร่ Nine steps in Occupational Disease Diagnosis ไปยังคลินิกโรคจากการทำงานเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

5. ความเป็นไปได้ในการผลักดันเป็นนโยบาย

5.1 คลินิกโรคจากการทำงานได้จัดตั้งขึ้นที่โรงพยาบาลนพรัตนราชธานีเป็นแห่งแรกและได้เปิดให้บริการจนถึงปัจจุบัน ซึ่งให้บริการการวินิจฉัยโรคจากการทำงานเป็นหลัก และมีสถานประกอบการหลายแห่งทั่วประเทศส่งพนักงานมาวินิจฉัยโรคจากการทำงานที่โรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลได้จัดทำ Nine steps in Occupational Disease Diagnosis และ ASEAN Criteria Diagnosis for Occupational Disease ซึ่งได้นำมาใช้ในโรงพยาบาลและได้เผยแพร่ไปยังคลินิกอื่นๆ และประเทศในกลุ่ม AEC

5.2 การจัดทำมาตรฐานเชิง function ซึ่งเป็นการวัดและให้คลินิกโรคฯ ที่สมัครใจเข้าประเมินซึ่งจะทำให้ทราบ gap ของตนเองกรมการแพทย์โดยโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี จะช่วยสนับสนุนให้มีการปิดช่องว่างของแต่ละคลินิกเพื่อให้มีคลินิกที่มีมาตรฐาน และทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมกันทั่วประเทศ