National Electronic Dental Record (EDR)

โดย สถาบันทันตกรรม

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การพัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลทันตกรรม National Electronic Dental Record (EDR)

ประเด็นรองของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การพัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐาน 3 ชุดคือ Thailand dental service profile dataset, Dental clinical dataset, DMS referral system dataset ซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการบูรณาการข้อมูลทันตกรรมในระหว่างหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ในขั้นต้น และการสร้างฐานความรู้Thailand Dental Service Profile Repository

1. เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อสร้างเครือข่ายข้อมูลของแผนกทันตกรรมในสังกัดกรมการแพทย์โดยเน้นข้อมูลงานทันตกรรมระดับตติยภูมิ และมีเป้าหมายขยายเครือข่ายไปสู่โรงพยาบาลอื่นๆ ทั่วประเทศรวมถึงเชื่อมโยงข้อมูลกับ Health information system

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การสรุปสถานะปัจจุบันของสุขภาพช่องปากในประเทศไทย เช่น ปัญหาโรคช่องปาก เป็นต้น โดยวิธีรวบรวมข้อมูลเท่าที่มีอ้างอิงได้ เปรียบเทียบกับข้อมูลต่างประเทศ เพื่อพยายามแสดงถึงระบาดวิทยา ภาระของโรค ความไม่เท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม คุณภาพบริการทันตกรรม ความคุ้มค่าของกระบวนการรักษาโรคที่สำคัญหรือโรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเศษฐกิจในภาพรวม ที่ปรากฏในหนังสือ Thailand Medical Service Profile เล่มแรก โดยแสดงข้อมูลของโรคทันตกรรมและการให้บริการทันตกรรมในระดับต่างๆ เน้นระดับตติยภูมิเพื่อนำเสนอแนวทางการเก็บข้อมูลแห่งชาติที่ภาครัฐยังขาดข้อมูลที่จะใช้ตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับเศษฐศาสตร์สาธารณสุข การวางนโยบายที่เกี่ยวข้องกับทันตกรรมในระดับชาติ ได้นำแหล่งข้อมูลระดับชาติเปรียบเทียบกับข้อมูลต่างประเทศ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแหล่งข้อมูลระดับชาติเพื่อเทียบกับข้อมูลต่างประเทศ

Primary dental care	Secondary dental care	Tertiary dental care
• WHO	• WHO • International associations for specialists • ADA	• International associations for specialists • ADA
• กรมอนามัย • Thai national dental health survey	• กรมอนามัย • สำนักงานปลัดฯ • ข้อมูลโครงการระดับชาติต่างๆ	• กรมการแพทย์ • สำนักงานปลัดฯ • ข้อมูลโครงการระดับชาติต่างๆ • ข้อมูลภาคเอกชน

แม้ข้อมูลที่ได้ในครั้งนั้นจะยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากแหล่งข้อมูลทั้ง 3 แหล่ง ต่างมีข้อจำกัด แต่ข้อมูลที่รวบรวมได้มานั้นสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานได้ระดับหนึ่งเพื่อใช้ในการวางแผนจัดการทรัพยากรเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และเป็นประโยชน์สำหรับประชาชน แพทย์ ทันตแพทย์ นักวิจัย ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ทันตบุคลากร และผู้กำหนดนโยบายที่จะใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้น เพื่อเพิ่มการตระหนักรู้ การจัดทำแผนการป้องกันและรักษา การวางนโยบายให้มีการรักษาพยาบาลที่สมคุณค่า ใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้การบริการทันตกรรมสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศไทยได้

จากข้อมูลเบื้องต้นดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการขาดแคลนข้อมูลเป็นปัญหาหลักของการวางแผนระบบการรักษาทางทันตกรรมในประเทศไทย โดยเฉพาะปัญหาเรื่องของข้อมูลทางระบาดวิทยาในประเทศไทยไม่ได้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคของปัญหาช่องปากทั้ง 7กลุ่ม ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้เปรียบเทียบกันระดับนานาชาติ ได้แก่ โรคฟันผุ โรคปริทันต์ โรคมะเร็งช่องปาก การติดเชื้อของช่องปาก การได้รับอุบัติเหตุทางทันตกรรม การสบฟันผิดปกติ และรอยโรคทางพันธุกรรม นอกจากนี้ยังขาดข้อมูลอื่นๆ อีกมาก ได้แก่ ข้อมูลภาระโรค ข้อมูลการรักษา การให้บริการทางทันตกรรม และการใช้ทรัพยากร

3. ข้อมูลปัจจุบันที่บ่งบอกความจำเป็นของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา

3.2 ข้อมูลภาระโรค (Burden of Disease)

3.3 ข้อมูลความคุ้มค่าของการบริการ (Cost effectiveness of intervention)

3.4 ข้อมูลคุณภาพการดูแลรักษา (Quality of care)

3.5 ระบบข้อมูลการกำกับและติดตาม

การสรุปข้อมูลทั้ง 5 หัวข้อ รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาและการจัดการความรู้แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การสรุปข้อมูลทั้ง 5 หัวข้อ รวมถึงข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาและการจัดการความรู้



ตารางข้อมูลแสดงปัญหาเรื่องของข้อมูลทางระบาดวิทยาในประเทศไทยไม่ได้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคของปัญหาช่องปากทั้ง 7 กลุ่ม ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้เปรียบเทียบ ได้แก่

1) กลุ่มโรคฟันผุ
2) โรคปริทันต์
3) กลุ่มโรคมะเร็งช่องปาก
4) กลุ่มสภาวะและการติดเชื้อของช่องปาก
5) การได้รับอุบัติเหตุทางทันตกรรม
6) การสบฟันผิดปกติ
7) รอยโรคทางพันธุกรรม

ส่วนใหญ่ยังขาดข้อมูลภาระโรค ข้อมูลการรักษา การให้บริการทางทันตกรรม และการใช้ทรัพยากร

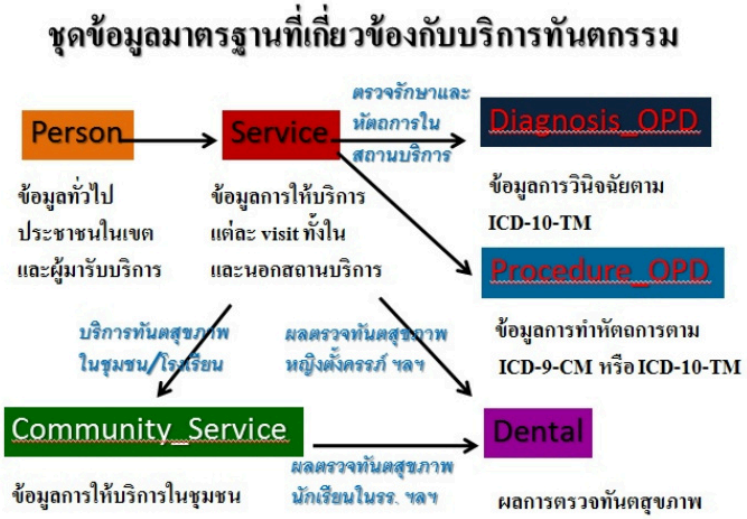
มีข้อมูลระบาดวิทยา และภาระโรคในหัวข้อเฉพาะ ได้แก่ Cleft และ HIV อยู่บ้างเป็นจำนวนน้อย

มีการประเมินความคุ้มค่า (cost effectiveness) ในการรักษาทางทันตกรรมเพียงรายการเดียว คือ การผ่าตัดฝังรากฟันเทียม แต่ไม่มีการประเมินอย่างเป็นระบบและยังมีปัญหาการนำผลการประเมินมาใช้ในระดับนโยบาย

มีระบบข้อมูลเรื่องของ HIV อยู่บ้างเป็นจำนวนน้อย

ข้อมูลรายงานทางทันตกรรมในทุกหัวข้อในปัจจุบัน ขาดข้อมูลการวัดคุณภาพบริการ มีการนำข้อมูลมาใช้เป็นข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาและการจัดการความรู้เพียงเรื่องโรคฟันผุและโรคปริทันต์ซึ่งเน้นระดับ ปฐมภูมิ และทุติยภูมิ โดยกรมอนามัย เท่านั้น

ในเฉพาะหัวข้อระบบข้อมูลและการติดตามประเทศไทยมีการจัดการระบบข้อมูลโดยพัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งชุดข้อมูลมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับบริการทางทันตกรรม ใช้สำหรับเก็บข้อมูลเฉพาะระดับ ปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ตามลักษณะงานของกรมอนามัย เท่านั้น ดังแสดงในรูปที่ 3

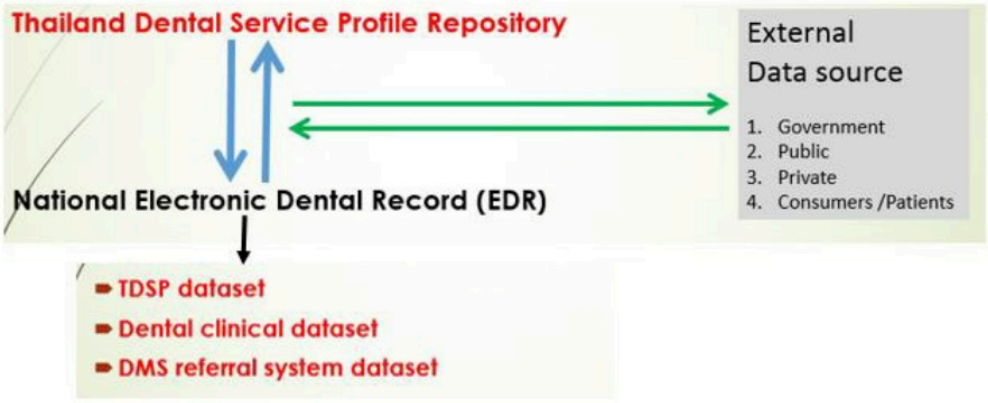


รูปภาพที่ 3 ชุดข้อมูลมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับบริการทางทันตกรรมของกรมอนามัย

ไม่มีการบูรณาการกับข้อมูลทางด้านการแพทย์ ไม่มีข้อมูลระบบการส่งต่อทางทันตกรรม และขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการบริการทางทันตกรรมในภาครัฐในระหว่างหน่วยงานที่ให้บริการทันตกรรมระดับตติยภูมิ

4. กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การวางกลยุทธ์และวิธีการเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนข้อมูลซึ่งเป็นปัญหาหลักของการวางแผนระบบการรักษาทางทันตกรรมในประเทศไทย แสดงในรูปภาพที่ 4



รูปภาพที่ 4 แสดงกลยุทธ์เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนข้อมูลทันตกรรมสำหรับกรมการแพทย์

ข้อมูลจากการรวบรวมเพื่อทำหนังสือ Thailand Medical Service Profile ตั้งแต่เล่มแรก เมื่อรวบรวมจัดเก็บเป็นระบบสามารถจัดทำเป็นฐานความรู้ของบริการทางทันตกรรมของประเทศไทย (Thailand Dental Service Profile Repository) ได้ และการรวบรวมข้อมูลทันตกรรมจากแหล่งต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกกรมการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับโรคทันตกรรมทั้ง 7 กลุ่ม สามารถใช้วิธีต่างๆ เช่น การวิจัยและการรวบรวมงานวิจัย การประเมินเทคโนโลยี การสำรวจ การถอดบทเรียน การเฝ้าระวัง การสร้างระบบทะเบียน เป็นต้น เพื่อให้ทันสมัยอยู่เสมอ จะช่วยเสริมให้หนังสือ Thailand Medical Service Profile ในส่วนของทันตกรรมสมบูรณ์ขึ้นเรื่อยๆ ในเล่มต่อๆ ไป และฐานความรู้ของบริการทางทันตกรรมของประเทศไทยสามารถเป็นประโยชน์สำหรับประชาชน แพทย์ ทันตแพทย์ นักวิจัย ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ทันตบุคลากร และผู้กำหนดนโยบายที่จะใช้เป็นข้อมูล เพื่อวางนโยบายให้มีการรักษาพยาบาลที่สมคุณค่า ใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้การบริการทันตกรรมสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศไทยได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ในส่วนของกรมการแพทย์ ซึ่งรับผิดชอบการให้บริการทันตกรรมในระดับตติยภูมิ เป็นหลักควรเป็นผู้วางนโยบายเกี่ยวกับ National Electronic Dental Record โดยเน้นข้อมูลการบริการระดับตติยภูมิ และเป็นผู้พัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐาน 3 ชุดด้วยกัน คือ Thailand dental service profile dataset, Dental clinical dataset, DMS referral system datasetซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการบูรณาการข้อมูลทันตกรรมในระหว่างหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ในขั้นต้น

ชุดข้อมูลมาตรฐานทั้ง 3 ชุด เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบข้อมูลทันตกรรมด้านตติยภูมิ ซึ่งเป็นข้อมูลรากฐานของ Electronic dental record สำหรับหน่วยงานทันตกรรมในสังกัดกรมการแพทย์ได้เป็นอย่างดี และหากนำไปเชื่อมโยงกับชุดข้อมูลมาตรฐานของหน่วยงานรัฐบาลอื่นๆ ก็สามารถ

ก่อให้เกิด ความสมบูรณ์ของ National Electronic Dental Record (EDR) ซึ่งผู้บริหารและการวางนโยบายสามารถเห็นข้อมูลบริการทันตกรรมทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิได้สมบูรณ์ขึ้น

5. ความเป็นไปได้ในการผลักดันเป็นนโยบาย

แนวทางการดำเนินงาน

5.1 ติดต่อประสานงานกับ stakeholders ทุกฝ่าย ได้แก่ กรมอนามัย สปสช.ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย ทันตแพทยสภา สมาคมทันตแพทย์เอกชนแห่งประเทศไทย ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทย สมาคมเวชสารสนเทศแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ และสำนักวิชาการแพทย์ จะเป็นแกนกลางในการดำเนินงานและประสานงานร่วมกัน

5.2 จัดประชุมชี้แจงแนวทางนโยบายและรับฟังข้อเสนอแนะจัดทำสรุปและเสนอร่างนโยบายแก่ผู้บริหาร

5.3 สร้างเครือข่ายข้อมูลของแผนกทันตกรรมในสังกัดกรมการแพทย์ ขยายเครือข่ายไปสู่โรงพยาบาลอื่นๆ ทั่วประเทศและเชื่อมโยงข้อมูลกับ Health information system

5.4 จัดประชุมเพื่อพัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐานทั้ง 3 ชุด เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบข้อมูลทันตกรรมด้านตติยภูมิ เพื่อใช้เชื่อมโยงข้อมูลในเครือข่ายข้อมูลของแผนกทันตกรรมในสังกัดกรมการแพทย์

การพัฒนาระบบบริการรักษาโรคลมชัก

โดย สถาบันประสาทวิทยา

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การพัฒนาระบบบริการรักษาโรคลมชัก

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการรักษาโรคลมชัก

1. วัตถุประสงค์/ เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โรคลมชัก (Epilepsy) เป็นโรคระบบประสาทที่พบบ่อยในประชากรทุกกลุ่มอายุทั่วโลก องค์การอนามัยโลกจึงถือว่าโรคลมชักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งจากการประมาณการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคลมชักทั่วโลก พบว่า มีจำนวนมากถึง 50 ล้านคน และ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย อาศัยอยู่ในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำถึงปานกลาง (low and middle income countries) ซึ่ง 3 ใน 4 ของจำนวนผู้ป่วยโรคลมชักที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำถึงปานกลางไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาโรคลมชักได้ จึงมีผลให้ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วย ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

2. ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน (Current situation)

การรักษาโรคลมชักโดยทั่วไป คือ การรับประทานยากันชัก ซึ่งในปัจจุบันมียากันชักที่มีกลไกในการป้องกันที่หลากหลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60-70) สามารถหยุด/ควบคุมอาการชักได้ จากการรักษาด้วยยา แต่ยังมีผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 36 ที่ยังคงมีอาการชัก แม้ได้รับการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมแล้วก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยลมชักที่ดื้อต่อยา (drug resistant epilepsy) ซึ่งการรักษาโดยการผ่าตัดสามารถเพิ่มโอกาสผู้ป่วยหายขาดจากอาการชักหรือมีอาการชักลดลงได้ ถ้าได้รับการประเมินที่เหมาะสม การรักษาด้วยยา และการผ่าตัดโรคลมชักในปัจจุบัน มีการให้บริการที่จำกัดเฉพาะในสถาบันประสาทวิทยา และโรงเรียนแพทย์บางแห่ง รวมทั้งขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ จึงทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาที่เหมาะสมได้ เช่น การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกับอาการชัก ความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วยมาประเมินการรักษาโดยการผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยมีภาวะดื้อต่อยา มีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมในระยะยาว

3. องค์ประกอบในการเขียน Thailand Medical Services Profile

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา (Epidemiology)

อัตราความชุก (Prevalence rate)

จากรายงานผลการศึกษาทั่วโลกพบว่า โรคลมชักมีความชุก ประมาณ 8.2 ต่อประชากรพันคน คาดว่าตัวเลขนี้อาจต่ำกว่าความเป็นจริง จากการศึกษาในประเทศกำลังพัฒนามีผู้ป่วยลมชักส่วนใหญ่อาศัยอยู่พบว่า โรคลมชักมีความชุกประมาณ 10 ต่อประชากรพันคน

ในประเทศไทยความชุกของโรคลมชักมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น โดยข้อมูลการศึกษาในปี พ.ศ. 2545 พบว่า โรคลมชักมีความชุก ประมาณ 7.2 ต่อประชากรพันคน และผลสำรวจของสมาคมโรคลมชักในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2555 โรคลมชักมีความชุกเพิ่มมากขึ้นเป็น 25 ต่อประชากรพันคน หากใช้ตัวเลขล่าสุดนี้ประมาณการณ์ผู้ป่วยโรคลมชักในประเทศไทย ที่ปัจจุบันมีประชากรทั้งหมด ประมาณ 66 ล้านคน จะพบว่า ในปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคลมชักเป็นจำนวนมากถึง 1,650,000 คน

อุบัติการณ์ (Incidence rate)

รายงาน Meta-analysis จากผลการศึกษาในประเทศกำลังพัฒนา พบว่าโรคลมชักมีมัธยฐานของอุบัติการณ์สูงถึง 68.7 ต่อประชากรแสนคน สูงกว่าในประเทศอุตสาหกรรมหรือประเทศพัฒนาแล้วที่มีมัธยฐานของอุบัติการณ์เพียง 43.4 ต่อประชากรแสนคน จากตัวเลขอุบัติการณ์ดังกล่าว คาดว่าในประเทศไทยจะมีผู้ป่วยโรคลมชักรายใหม่ ประมาณ 45,342 ราย/ปี

ปัจจัยเสี่ยง (Risk factors)

ปัจจัยเสี่ยงของ idiopathic epilepsy ประกอบด้วย pre or peri-natal risk factors (obstetric complication, toxaemia, preeclampsia, prematurity, low birth weight, neonatal seizures or asphyxia, small for gestational age, delivary problems and maternal haemorrhage, caesarean section), previous spontaneous abortion in the mother, ประวัติการป่วยด้วยโรคลมชักของครอบครัว, febrile convulsions, การบาดเจ็บทางศีรษะ และการสูบบุหรี่ของมารดา (Hauser 1990, Sidenvall 2001, Casetta 2002, Matuja 2001)

สำหรับปัจจัยเสี่ยงของ secondary epilepsy ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ การบาดเจ็บทางศีรษะ มีประวัติการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและ neurocysticercosis (Leone 2002, Carpio 1998)

อัตราการพักโรค (Remission rates)

The British National General Practice Study ได้รายงานข้อมูลว่า หลังจาก 9 ปี ร้อยละ 86 ของผู้ป่วยโรคลมชัก จะหยุดชักได้ประมาณ 3 ปี และอีกร้อยละ 68 จะหยุดชักได้ถึง 5 ปี และจากการศึกษาระยะยาวในผู้ป่วยโรคลมชักที่อาศัยอยู่ใน Rochester, Minnesota พบว่า โอกาสที่ผู้ป่วยโรคลมชักจะหยุดชักได้ 5 ปี นับจากที่ป่วยมาเป็นเวลา 20 ปี มีมากถึงร้อยละ 70

ผลการศึกษาดังกล่าวบ่งชี้ว่า ผลการรักษาโรคลมชักที่ดี ขึ้นอยู่กับการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา จึงเป็นปัญหาอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากผู้ป่วยลมชักในประเทศเหล่านี้จะไม่ได้รับวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการชัก

3.2 ข้อมูลภาระโรค (Burden of disease)

ภาวะการตาย (Mortality)

ผู้ป่วยโรคลมชัก มีความเสี่ยงที่จะตายก่อนวัยอันควร (Premature death) สูงกว่าประชากรปกติ 2-3 เท่า โดยอัตราส่วนการตายปรับฐาน (standardized mortality ratio) ของผู้ป่วย idiopathic epilepsy คือประมาณ 1.6 (Cockerell OC, 1994)

ปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากโรค (Disability-Adjusted Life Year, DALYs)

โรคลมชักเป็นโรคที่ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข รวมทั้งผลกระทบทางด้านสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งจากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2554 ของสำนักงานบริหารนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข โรคลมชักเป็นโรคที่ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ อันดับที่ 18 ในเพศชาย

และอันดับที่ 14 ในเพศหญิง และจากข้อมูลภาระโรคของทั่วโลก พบว่าภาระโรคดังกล่าวจะสูงในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากผู้ป่วยโรคลมชักมักไม่ได้รับการรักษา เพราะมีปัญหา Treatment gap ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการรักษาโรคลมชักได้

3.3 ข้อมูลความคุ้มค่าของการบริการ (Cost effectiveness of intervention)

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักที่ดื้อยา (Drug resistant epilepsy) มีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งซึ่งเป็นผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด (Surgical candidate for epilepsy surgery) ซึ่งแพทย์ผู้ดูแลรักษาจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยที่เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดและส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการตรวจประเมินก่อนการผ่าตัด (presurgical evaluation) และผ่าตัดรักษาโรคลมชัก

จากรายงานการศึกษาความคุ้มค่าของการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคลมชักดื้อยาด้วยวิธีการผ่าตัดในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 (Kitwitee, P, et al, 2016.) พบว่า มีความคุ้มค่าของการบริการรักษา พยาบาลด้วยวิธีการดังกล่าวอย่างยิ่ง นอกจากนี้ คณะผู้ศึกษายังได้มีข้อเสนอแนะให้วิธีการรักษาผู้ป่วยลมชักดื้อยาด้วยวิธีการผ่าตัดนี้ครอบคลุมอยู่ในระบบประกันสุขภาพอีกด้วย

3.4 ข้อมูลคุณภาพการดูแลรักษา (Quality of care)

จากสถานการณ์ปัจจุบันการรักษาโรคลมชัก ผู้ป่วยร้อยละ 60-70 จะสามารถหยุด/ควบคุมอาการชักได้จากการรักษาด้วยยา แต่ผู้ป่วย ร้อยละ 36 เป็นผู้ป่วยลมชักที่ดื้อต่อยา (drug resistant epilepsy) ซึ่งต้องรักษาโดยการผ่าตัด อย่างไรก็ตามในประเทศไทย มีสถานพยาบาลที่สามารถให้ให้บริการศูนย์ผ่าตัดลมชักระดับสูงอยู่เพียง 5 แห่ง คือ สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จะดูแลผู้ป่วยโรคลมชักรักษายากด้วยการผ่าตัด ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคลมชักทั้งหมด คิดเป็นประมาณ 60,000 คน นอกจากนี้พบว่า ความชุกของโรคลมชักในประเทศ มีอัตรา 7:1,000 จากการศึกษาของสมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทยผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงการรักษาประมาณ 3 : 1,000 พบว่า ร้อยละ 57 ของผู้ป่วยโรคลมชักไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาที่เหมาะสมได้ เนื่องจากการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกับอาการชัก ความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วยมาประเมินการรักษาโดยการผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยมีภาวะดื้อต่อยา ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมในระยะยาว ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคลมชักของประเทศไทยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง ได้เข้าถึงการรักษาโรคลมชัก จึงขอเสนอนโยบายพัฒนาการรักษาโรคลมชัก ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 นโยบายที่พัฒนาการรักษาโรคลมชัก

3.5 ข้อมูลการกำกับและติดตาม (Monitoring and evaluation)

สถาบันประสาทวิทยาได้วางแผนจัดทำโครงการพัฒนาการเข้าถึงการรักษาโรคลมชัก โดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการและบริการ ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M, F ในทุกเขตสุขภาพ และมีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อกำกับและติดตามการดำเนินงาน รวมทั้งมีระบบข้อมูลการเทียบเคียงตัวชี้วัด (Benchmarking) คุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคลมชักโดยการผ่าตัด

4. กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การลด Treatment gap ในบริการรักษาโรคลมชัก เพื่อลดภาระโรค ของโรคลมชัก จะต้องมีการดำเนินงาน ดังนี้

1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคลมชัก โดยมุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพของสถานพยาบาลปฐมภูมิ และบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่แพทย์เฉพาะทางด้านโรคลมชัก ให้สามารถให้บริการรักษา/ คัดกรองผู้ป่วยโรคลมชักในชุมชนให้เข้าสู่กระบวนการรักษาได้

2) การพัฒนารูปแบบการให้บริการรักษาที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพในทุกเขตสุขภาพของประเทศ

3) การผลักดันให้การรักษาโรคลมชัก ให้มีความครอบคลุมในระบบการประกันสุขภาพในระดับประเทศ

4) การให้ความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคลมชัก ให้แก่ประชาชน เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในการป่วยด้วยโรคลมชักให้แก่ประชาชนและสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคลมชักให้แก่สังคมสาธารณะ รวมทั้งให้เพื่อเป็นการลดผลกระทบที่จะเกิดกับผู้ป่วย ครอบครัว ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม

โดยตั้งเป้าหมายระยะแรกคือ ให้มียากันชักที่จำเป็นตามระดับโรงพยาบาลในประเทศ พัฒนาการจัดตั้งคลินิกโรคลมชักระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ ในเขตสุขภาพอย่างน้อย

เขตสุขภาพละ 1 โรงพยาบาล ภายใน 5 ปี เป้าหมายระยะยาว คือ ประชาชนสามารถเข้าถึงการรักษาโรคลมชัก มีระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคลมชักที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ treatment gap ลดลง เป้าหมายสูงสุดคือ ผู้ป่วยโรคลมชักหายจากโรค ถึงแม้ไม่สามารถหายจากโรคแต่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคลมชักในภาพรวมของประเทศไทย

5. ความเป็นไปได้ในการผลักดันเป็นนโยบาย

มีความเป็นไปได้ในการจัดทำข้อเสนอแนะทางนโยบายได้สำเร็จในระดับสูง เนื่องจากสถาบันประสาทวิทยา เป็นสถาบันเฉพาะทางด้านระบบประสาท ที่มีการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคลมชัก มีการรักษาพยาบาลในระดับสูงกว่าตติยภูมิ การศึกษาวิจัยและพัฒนา การฝึกอบรมและถ่ายทอดเทคโนโลยีทางการแพทย์ มีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางด้านการบริการและวิชาการกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยโรคลมชักระดับสูง เป็นแหล่งอ้างอิงทางงานบริการและวิชาการและมีศักยภาพเพียงพอที่จะนำเสนอนโยบายด้านโรคลมชักในระดับประเทศ รวมทั้งในปัจจุบันสถาบันประสาทวิทยา เป็น 1 ใน 5 ของสถานพยาบาลในประเทศไทย ที่สามารถให้บริการศูนย์ผ่าตัดโรคลมชักระดับสูงที่มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากรและเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคลมชักที่ดื้อยาและซับซ้อนโดยการผ่าตัด และมีการจัดทำโครงการจัดทำการเทียบเคียงตัวชี้วัดคุณภาพและประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยลมชักโดยการผ่าตัดของศูนย์ผ่าตัดโรคลมชักระดับสูงดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการรักษาโรคลมชักระดับต่างๆ ในประเทศไทย รวมทั้งเป็นแหล่งอ้างอิงในระดับชาติและนานาชาติต่อไป

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย/ คนพิการแบบองค์รวม

โดย สถาบันสิริธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นำเสนอรูปแบบระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เหมาะสมโดยเฉพาะการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Intermediate Care Service Plan)

ประเด็นรองของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย -

1. วัตถุประสงค์/ เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อนำเสนอแนวคิด รูปแบบระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เหมาะสมโดยเฉพาะการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascuar disease) ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord Injury) และผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) ระยะฟื้นฟู โดยมุ่งเน้นให้เกิดการเข้าถึงระบบการฟื้นฟูผ่านการสนับสนุนกลไกการทำงานระดับเขต จังหวัดตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในชุมชน

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอ (โดยสรุป)

โรคที่ก่อให้เกิดความบกพร่องทางกายมีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างมากในปัจจุบัน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมองและไขสันหลัง เป็นต้น เมื่อเทคโนโลยีและองค์ความรู้การแพทย์ไทยเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตเพิ่มมากขึ้น ส่วนหนึ่งจะยังมีความบกพร่องทางกายหลงเหลือ ล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยตลอดจนครอบครัว ชุมชนและสังคม แต่ปัจจุบันผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงและได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมอย่างเพียงพอได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สามารถลดความพิการและคงความสามารถของผู้ป่วยไว้ได้ มีการศึกษาพบว่า การฟื้นฟูด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ การเริ่มฟื้นฟูตั้งแต่แรก (early rehabilitation) และการฟื้นฟูแบบเข้มข้น (intensive rehabilitation) สามารถลดความพิการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยถือเป็นจุดเชื่อมโยงการดูแลที่สำคัญ เพื่อลดความพิการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและครอบครัว หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นแนวทางสำคัญที่ช่วยเปลี่ยนภาระเป็นพลังของสังคม

3. ข้อมูลปัจจุบันที่บ่งบอกความจำเป็นของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา และข้อมูลภาระโรค (Burden of disease)

จากรายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี พ.ศ. 2556 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALY) สูงเป็นอันดับ1 ในเพศหญิง และเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย ทั้งนี้ยังพบว่า ความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นจากการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมัน

ในเลือดสูง และการใช้ชีวิตแบบนั่งๆ นอนๆ (sedentary lifestyle) เป็นต้นนั้น เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อดังกล่าว

3.2 ข้อมูลความคุ้มค่าของการบริการ (Cost effectiveness of intervention)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ยังมีไม่มากนัก จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน รวม 25 แห่ง มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 4,499 ราย ได้รับบริการฟื้นฟู 1,930 ราย คิดเป็น ร้อยละ 42.9 ซึ่งมีทั้งการได้รับบริการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งนี้ในประเทศไทย ยังไม่มีการจัดทำเกณฑ์ที่ชัดเจนในการแยกกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอก หรือแบบเยี่ยมบ้าน และการเลือกรูปแบบบริการฟื้นฟู ในปัจจุบันมักขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งยังขาดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้มาตรฐาน จึงยังส่งผลให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงและได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมเพียงพอ นอกจากนี้งานวิจัยเรื่อง “การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจในการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยในที่เป็นโรคหลอดเลือดในสมอง” (อรทัย เขียวเจริญ และคณะ 2554) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง ระยะกึ่งเฉียบพลัน (subacute and non acute phase) ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูมีคะแนน Bathel index และ Qaulity-Adjusted life year; QALY (ดัชนีปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (incremental cost effectiveness ratio : ICER) ของการบริการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองต่อ QALY เท่ากับ 24,571 บาท ดังนั้น แสดงให้เห็นว่าการบริการด้านเวชกรรมฟื้นฟูถึงแม้จะมีค่าใช้จ่ายสูง แต่มีความคุ้มค่าเพราะทำให้ผู้พิการจากโรคหลอดเลือดในสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและค่าใช้จ่าย (คิดเป็นเงิน 68,798 บาท) ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าใช้จ่ายที่ยอมรับได้ว่ามีประโยชน์ในการบริการด้านเวชกรรมฟื้นฟู (cost effectiveness acceptability curves for quality-adjusted life-year gained using the net benefit approach=100,000 บาท) แม้จะมีข้อจำกัดในงานศึกษานี้ในบางประเด็น เช่น กลุ่มผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคหลากหลาย เป็นต้น ได้แสดงถึงความเป็นจริงของโรคหลอดเลือดในสมองที่มีหลากหลายลักษณะและการศึกษานี้ทำการศึกษาเพียง 2 โรงพยาบาล จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของข้อมูลในประเทศไทยได้ทั้งหมด ดังนั้นควรมีการศึกษาแบบ multicenter ทั่วประเทศ อีกทั้งเป็นการศึกษาในระยะเวลา 4 เดือน ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อประเมิน ความคุ้มค่าอย่างมีประสิทธิภาพของการให้บริการด้านเวชกรรมฟื้นฟูต่อไป

3.3 ข้อมูลคุณภาพการดูแลรักษา (Quality of care)

ปัจจุบันมีการจัดรูปแบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะฟื้นฟูที่หลากหลายตามแต่บริบทของสถานพยาบาล และความต้องการของผู้ป่วย เช่น การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลประจำจังหวัด การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลชุมชน การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น การลงเยี่ยมและให้บริการที่บ้าน การฝึกอบรมอาสาสมัครในท้องถิ่น หรือครอบครัวเพื่อดูแลกันเองแทนนักวิชาชีพ โดยพบว่าอัตราการเข้าถึงบริการในรูปแบบบริการแบบผู้ป่วยในค่อนข้างต่ำ แต่สูงขึ้นเมื่อมีการขยายบริการออกเป็นแบบผู้ป่วยนอก หรือแบบเยี่ยมบ้าน แต่ระบบบริการฟื้นฟูดังกล่าวยังขาดแนวทางกำกับติดตามมาตรฐานกลางที่เป็นรูปธรรม นอกเหนือจากมาตรฐานวิชาชีพตามรายละเอียดของทีมสหสาขา รวมถึงความขาดแคลนกำลังคนในสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัด นัก

แก้ไขการพูด พยาบาลฟื้นฟูสภาพ นักกายอุปกรณ์ นักจิตวิทยา เครื่องมือและงบประมาณ เป็นต้น โดยเฉพาะในพื้นที่ส่วนภูมิภาค ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้ น่าจะแก้ไขด้วยการวางแผนระบบบริการ (Service Plan) ที่เหมาะสม ตัวอย่างที่ดีของการให้บริการรวมทั้งระบบบริการหลากหลายรูปแบบจึงมีให้เห็นในทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย แต่ยังขาดนโยบายและระบบสนับสนุนการให้บริการที่ชัดเจน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พัฒนา intermediate care service plan ขึ้นด้วยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพและสถานพยาบาลทุกระดับ โดยมุ่งหวังที่จะช่วยให้ผู้ป่วยระยะกลางเข้าถึงและได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องจนส่วนหนึ่งสามารถกลับไปเป็นพลังของสังคมได้ นับเป็น service plan ที่พัฒนาขึ้นด้วยใจและความปรารถนาดีที่เริ่มต้นพัฒนามาจากในหลากหลายพื้นที่สู่นโยบายระดับชาติในที่สุด

3.4 ระบบข้อมูลการกำกับ และติดตาม

การจัดการระบบข้อมูลและสร้างรูปแบบการให้การบริการการรักษาทุกกลุ่มโรคและกลุ่มวัยตามแนวทางกำกับติดตามระบบบริการ (Service plan) รวมทั้งระบบการติดตามการให้บริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่จังหวัด และเขตสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการฟื้นฟูและขยายผลถึงผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่มีโอกาสเกิดความพิการได้ ซึ่งเป็นโอกาสสำคัญที่จะกระตุ้นให้เกิดการวางแผนพัฒนาระบบงานฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบสุขภาพได้อย่างครอบคลุม ตรงประเด็นปัญหาและต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคน เครื่องมืออุปกรณ์ และงบประมาณได้อย่างเป็นรูปธรรม

4. กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โดยมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพิจารณาผลักดันกลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

4.1 สนับสนุนกลไกการทำงานระดับเขต จังหวัด รพศ. รพท. รพช. รพ.สต. และในชุมชน

4.2 พัฒนาบุคลากร สถานที่ และอุปกรณ์ วัสดุครุภัณฑ์ต่างๆ เพื่อรองรับการให้บริการ Intermediate care ในสถานบริการทุกระดับ ต่อเนื่องจนถึงในชุมชน

4.3 สนับสนุนการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบบริหารจัดการข้อมูล ที่เป็นรูปแบบเดียวกันในระดับประเทศ

4.4 การสนับสนุนทางด้านวิชาการและเทคโนโลยีเพื่อการฟื้นฟู

4.5 พัฒนาระบบการจ่ายค่าบริการที่เหมาะสมทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. และความต่อเนื่องของนโยบาย

5. ความเป็นไปได้ในการผลักดันเป็นนโยบาย

โอกาสในการผลักดันระบบบริการ service plan การฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง หรือระยะฟื้นฟูมีสูง เพราะ Service plan Intermediate care เป็นระบบการดูแลที่มีความหมายกว้าง แต่จะเลือกพัฒนาในส่วนที่ผู้ป่วยจะได้ประโยชน์เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนมากที่สุดก่อน คือ การพัฒนาระบบการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง หรือระยะฟื้นฟู ในสามกลุ่มโรค คือ โรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง และผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วย ร้อยละ 70 ได้รับการคัดกรองเพื่อประเมิน และเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องไปจนครบ 6 เดือนหลังจากวันที่สามารถรับการฟื้นฟูได้ โดยเป็นการสร้างระบบบริการเชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับโดยทีมสหวิชาชีพ และมีรูปแบบบริการที่หลากหลายทั้งแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ในชุมชน

และการเยี่ยมบ้าน ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้บริการและตามความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยมีเป้าหมายว่า เมื่อครบ 6 เดือน ประมาณ ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยในกลุ่มที่มีศักยภาพในการฟื้นฟูจะมีสมรรถนะดีขึ้น และกลุ่มผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการฟื้นฟูน้อยจะมีภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงเป็นระยะเวลานานน้อยกว่า ร้อยละ 20 นับเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระและความกังวลใจของญาติ อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เป็นจุดเชื่อมโยงระบบบริการดูแลผู้ป่วยให้มีความสมบูรณ์ และส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในหลากหลายภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งภาคสาธารณสุข ภาคสังคมและชุมชน โดยปัจจุบันได้รับความร่วมมืออย่างดีจากหลายภาคส่วน ทั้งในด้านผู้ปฏิบัติการ ทีมสหวิชาชีพ นักวิชาการ ราชวิทยาลัยและสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และภาคประชาสังคม

การรักษาโรคมะเร็งเต้านม ลำไส้ และปากมดลูก ครบวงจรภายในเขตสุขภาพ

โดย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

พัฒนาการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งปากมดลูกครบวงจรภายในเขตสุขภาพ มุ่งสู่มาตรฐานการรักษาเสมอภาค เป็นอันดับหนึ่งของอาเซียนภายในปี พ.ศ. 2565

ประเด็นรองของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

พัฒนาการตรวจติดตามผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งปากมดลูก เพื่อลดการส่งต่อ และติดตามเปรียบเทียบคุณภาพและผลการรักษา

1. วัตถุประสงค์/ เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 นำการบริการไปสู่ประชาชน ครอบคลุม เสมอภาคเป็นธรรม

1.2 ลดการส่งต่อนอกเขตสุขภาพ ลดภาระของผู้ป่วยในการรักษาและตรวจติดตาม

1.3 พัฒนามาตรฐานคุณภาพการรักษา และผลการรักษาภาพรวมทั้งประเทศ เพื่อมุ่งสู่การเป็นอันดับหนึ่งของอาเซียนภายในปี พ.ศ. 2565

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอ (โดยสรุป)

อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งปากมดลูกคิดเป็นร้อยละ 26.25 ของมะเร็งที่พบในปี พ.ศ. 2555 (หนังสือ Cancer in Thailand Vol. VIII) โรคมะเร็งทั้งสามอวัยวะเป็นโรคที่พบบ่อยและมีโอกาสรักษาหายขาดได้ หากผู้ป่วยเข้าถึงบริการในระยะเวลาที่เหมาะสม การนำบริการไปสู่ผู้ป่วยเป็นการแก้ปัญหาอุปสรรคด้านเศรษฐกิจและสังคม เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า ไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้โอกาสรอดชีวิตที่ 5 ปี โดยประเทศไทยต่ำกว่าสากล อัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งของประเทศไทย มะเร็งเต้านมมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี เท่ากับ ร้อยละ 68.8 มะเร็งลำไส้ (colon-rectal cancer) มีอัตราการรอดชีวิตที่ ๕ ปี เท่ากับร้อยละ 50.5 มะเร็งปากมดลูกมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 53.7 (ข้อมูลจาก concord survival 2017)

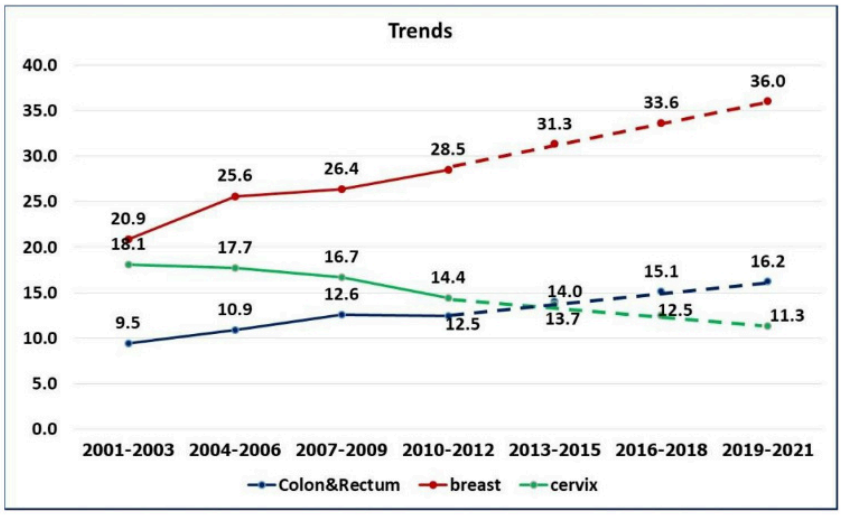
การพัฒนากระบวนการเข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งที่พบมากในกลุ่มที่ให้ผลการรักษาดี จะช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนภายในเขตสุขภาพ นำไปสู่การพัฒนาการรักษาโรคมะเร็งอื่นๆ ต่อไป

3. ข้อมูลปัจจุบันที่บ่งบอกความจำเป็นของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา

จากอุบัติการณ์โรคมะเร็งปี พ.ศ. 2559-2560 พบมะเร็งเต้านมเป็นอันดับที่1ในพื้นที่ภาคกลางและภาคใต้ โดยมะเร็งเต้านมและมะเร็งมะเร็งลำไส้ (colon-rectal cancer) มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งรายใหม่ติดอันดับที่ 1-4 ในทุกเขตสุขภาพ และมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับที่ 5

ข้อมูลจาก Cancer in Thailand แสดงอุบัติการณ์โรคมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ (colon-rectal cancer) ตั้งแต่ปี พ.ศ 2544-2555 และประมาณการณ์แนวโน้มในอนาคตดังกราฟ



รูปภาพที่ 5 อุบัติการณ์โรคมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ (colon-rectal cancer) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544-2555 และประมาณการณ์แนวโน้มในอนาคต

3.2 ข้อมูลภาระโรค (Burden of disease)

อุบัติการณ์โรคมะเร็งเต้านมพบมากในกลุ่มอายุ 30-60 ปี มะเร็งลำไส้ (colon-rectal cancer) พบมากในกลุ่มอายุ 50-70 ปี และมะเร็งปากมดลูก พบมากในกลุ่มอายุ 35-65 ปี โดยจัดเป็นกลุ่มประชากรวัยทำงานอันส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ

โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งรายใหม่และภาพรวมการเสียชีวิตที่เกิดจากผู้ป่วยรายใหม่แบบสะสมจากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ในวันที่ 31 สิงหาคม 2560 (ไม่สามารถคำนวณอัตราการรอดชีวิตตามรายระยะโรคได้) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 3 ภาระโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ (colo-rectal) และมะเร็งปากมดลูก

ปี	มะเร็งเต้านม		มะเร็งลำไส้ (colo-rectal)		มะเร็งปากมดลูก	
	รายใหม่	เสียชีวิต (สนย.)	รายใหม่	เสียชีวิต (สนย.)	รายใหม่	เสียชีวิต (สนย.)
2555	12,802	2,915	10,389	2,879	6,426	1,915
2556	9,292	3,264	4,682	3,407	3,890	2,031
2557	10,501	3,475	8,241	3,416	4,142	2,062
2558	11,573	3,766	9,783	4,104	4,389	2,195
2559	10,343	4,125	9,329	4,402	3,922	2,193

* ผู้ป่วยรายใหม่ ข้อมูลงานทะเบียนมะเร็ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

3.3 ข้อมูลความคุ้มค่าของการบริการ (Cost effectiveness of intervention)

การรักษาโรคมะเร็งเป็นการบริการที่มีต้นทุนสูงมาก แต่มีความจำเป็น ดังนั้นแนวคิดด้านความคุ้มค่าทางตรง อาจส่งผลกระทบทางจริยธรรมทางการแพทย์ อย่างไรก็ตามการสร้างความคุ้มค่าในการบริการ ต้องอาศัยการบริหารจัดการในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคลเป็นกรณีพิเศษ โดยเฉพาะด้านการผ่าตัดและรังสีรักษาเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

การลงทุนประเดิมของหน่วยรังสีรักษาที่ได้มาตรฐานในปัจจุบันมีราคาสูงกว่า 150 ล้านบาท หากรวมกับค่าประกันความเสียหายของครุภัณฑ์รายปี (ร้อยละ 5-8 ของราคาต่อเนื่องตลอดอายุเครื่อง) การเปิดบริการเพียงวันละ 8 ชั่วโมง ในขณะที่เครื่องสามารถให้บริการได้วันละ 12-16 ชั่วโมง เนื่องจากขาดบุคลากร ไม่สามารถให้สวัสดิการและค่าตอบแทนที่เหมาะสม ระเบียบการจัดบริการและการบริหารทรัพยากรบุคคลภายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบเดียวกันอย่างเป็นธรรม โดยมีระเบียบรองรับเพื่อลดการสูญเสียโอกาสการเข้าถึงบริการและมูลค่าการลงทุน

3.4 ข้อมูลคุณภาพการดูแลรักษา (Quality of care)

การพัฒนาการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งปากมดลูก ครบวงจรภายในเขตสุขภาพ จำเป็นต้องมีการพัฒนาบริการที่ดี มีคุณภาพความปลอดภัย ความเสมอภาคในการเข้าถึงเท่ากันทั้งประเทศ ทั้งในด้านการผ่าตัด สูตรและกระบวนการให้ยาเคมีบำบัด และการฉายรังสีด้วยเทคนิคที่ได้มาตรฐาน ควรให้การฉายรังสีสามมิติซึ่งให้ผลการรักษาดีและผลข้างเคียงต่ำ ทั้งนี้ควรพิจารณาความร่วมมือกับโรงเรียนแพทย์ในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยเพื่อการจัดทำมาตรฐานคุณภาพการดูแลรักษา ภายใต้ทรัพยากรของกระทรวงสาธารณสุข ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ทรัพยากรด้านโรคมะเร็งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2560

เขต	ศัลยแพทย์ทั่วไป/ศัลยแพทย์ระบบลำไส้(คน)	สูตินรีแพทย์สาขามะเร็งนรีเวช (คน)	โรงพยาบาลที่ให้ยาเคมีบำบัด (A,S,M๑) แห่ง	แพทย์อายุรกรรมโรคมะเร็ง (คน)	แพทย์รังสีรักษา/นักฟิสิกส์ (คน)	เครื่องฉายรังสี/ CT simulator (เครื่อง)
1	66 /3	7	A=3 S=5 M1=2(1)	6	4/3	3/1
2	39 /0	3	A=2 S=4 M1=1	4	3/2(1)	1/1
3	33 /0	2	A=1 S=4	2	2/1	1/0
4	71 /0	3	A=3 S=4 M1=4(1)	5	6/9(2)	8/2
5	91 /0	4	A=4 S=6 M1=5	3(1)	3(1)/2	1/รวมDx
6	73 /3	7	A=6 S=3 M1=2(3)	7	4(2)/4(2)	3/1
7	57 /0	5(1)	A=2 S=2 M1=1(1)	3(3)	4/4	2/1
8	54 /2	4	A=2 S=4(1) M1=1(1)	5	4/5	3/2
9	63 /1(1)	8(1)	A=3 S=1 M1=4	4	6/1(1)	2/1รวมDx
10	75 /1	2	A=1 S=4(1) M1=2	3	6/3	3/1
11	54 /1	1	A=4 S=4 M1=3(1)	3	3/2(1)	1/1
12	50 /0	5	A=2 S=5 M1=2	1	0(3)/0(2)	0/0

3.5 ระบบข้อมูลการกำกับและติดตาม

การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งปากมดลูกครบวงจรภายในเขตสุขภาพมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

การจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศโรคมะเร็งเพื่อการกำกับติดตามข้อเสนอ สามารถใช้ฐานข้อมูล Thai cancer based (TCB) ซึ่งปัจจุบันมีการใช้งานกว่า 350 โรงพยาบาลทั่วประเทศในการติดตามการรักษาโรคมะเร็งและการส่งต่อ Thai refer เพื่อการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการ นอกจากนี้ยังมีแผนการพัฒนาให้เชื่อมโยงกับระบบการติดตามของ primary care cluster เพื่อหาอัตราการรอดชีวิตต่อไป

4. กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

4.1 บริหารจัดการห้องผ่าตัด และเครื่องฉายรังสีให้เปิดบริการได้วันละ 12-16 ชั่วโมงตามบริบทโรงพยาบาลและเขตสุขภาพ

4.2 กำหนดกรอบอัตรากำลังบุคลากรด้านมะเร็ง โดยเฉพาะนักฟิสิกส์การแพทย์ (เพิ่มจำนวน ศักยภาพ ความมั่นคง และแรงจูงใจ)

4.3 พัฒนาศัลยแพทย์ สูตินรีแพทย์เพื่อการตรวจติดตามหลังการฉายรังสีในโรงพยาบาล M1 S A ภายในจังหวัด ลดค่าใช้จ่ายผู้ป่วย และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงรังสีรักษาของผู้ป่วยรายใหม่

4.4 พัฒนาบุคลากรและครุภัณฑ์ด้านเวชศาสตร์นิวเคลียร์เพื่อการวินิจฉัย กำหนดระยะโรคมะเร็งภายในเขตสุขภาพ

4.5 การสร้างเครือข่ายการส่งต่อภายในเขตสุขภาพผ่านระบบ Thai cancer based

4.6 เชื่อมระบบการติดตามผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายกับฐานข้อมูล Primary care cluster

5. ความเป็นไปได้ในการผลักดันเป็นนโยบาย

จากทรัพยากรพื้นฐานในปี 2560 ด้านการผ่าตัดมีศัลยแพทย์ทั่วไป ศัลยแพทย์ระบบลำไส้ (colorectal surgeon) สูตินรีแพทย์ และแพทย์เฉพาะทางสาขามะเร็งนรีเวช กระจายอยู่ใน 12 เขตสุขภาพ ด้านเคมีบำบัดสามารถให้ยาเคมีบำบัดได้ในโรงพยาบาล A S และส่วนหนึ่งของโรงพยาบาล M1 ด้านรังสีรักษา มีเครื่องฉายรังสีครบทุกเขตสุขภาพ และผลการติดตามตัวชี้วัดด้านการเข้าถึงบริการภายในระยะเวลาที่กำหนดของปี 2560 ด้านการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ ร้อยละ 78.99 การเข้าถึงเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ ร้อยละ 81.89 และการเข้าถึงรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ ร้อยละ 74.55 แต่ยังไม่เห็นผลงานการดูแลผู้ป่วยโรคสำคัญอย่างเป็นรูปธรรมในโรคใดโรคหนึ่ง จึงเสนอพิจารณากระบวนการรักษา และติดตามผลการรักษารายโรค

การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด

โดย สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การเพิ่มอัตราเข้าถึงบริการผู้ป่วยยาเสพติด

ประเด็นรองของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การเข้าถึงบริการช่วงแรกของความเจ็บป่วย

1. วัตถุประสงค์/ เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 เพื่อให้อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยาและสารเสพติดมากขึ้น

1.2 เพื่อลดความรุนแรงของความเจ็บป่วยและผลกระทบด้านสุขภาพในการรับการรักษาพยาบาลที่เร็วขึ้น

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอ

ยาและสารเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญระดับชาติ และเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข รัฐบาลได้กำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติที่ต้องระดมกำลังทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จากข้อมูลสำนักพัฒนานโยบายเพื่อความร่วมมือระหว่างประเทศ ปี พ.ศ. 2552 พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) ในเพศชาย ของประเทศไทยอันดับที่ 1 เกิดจากการดื่มสุรา และปัจจัยที่เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 คือ การเสพติดบุหรี่และสุรา ซึ่งบุหรี่และสุราเป็นยาเสพติดที่ถูกกฎหมายที่เป็นสารเสพติดเริ่มต้นของผู้ใช้ยาเสพติดที่ผิดกฎหมายอื่นๆ ในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่า ประมาณการผู้ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ. 2554-2556 และประมาณการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการรักษาในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 560,000 ราย และปี พ.ศ. 2556 จำนวน 434,131 ราย (ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.), 2555)

นอกจากนั้น ปัญหายาเสพติดยังเป็นปัญหาระดับภูมิภาคอาเซียน ซึ่งลักษณะการแพร่ระบาดของยาเสพติด มีความคล้ายคลึงกับประเทศไทย โดยพบว่า สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว) กัมพูชา มีการแพร่ระบาดมากของยาบ้าและไอซ์ ส่วนประเทศสาธารณรัฐสหภาพเมียนมาร์ เวียดนาม มาเลเซีย อินโดนีเซีย มีการใช้เฮโรอีนมากที่สุด โดยในระดับภูมิภาคอาเซียนได้มีคณะกรรมการอาวุโสอาเซียน (ASEAN Senior Officials on Drug Matters หรือ ASOD) เป็นคณะกรรมการกลางที่มีการประชุมและสร้างความร่วมมือกันอย่างต่อเนื่องในภูมิภาค ได้กำหนดเป้าหมายร่วมกันให้อาเซียนปลอดยาเสพติดในปี พ.ศ. 2558 (Drug Free ASEAN in 2015) โดยกำหนดให้แต่ละประเทศเป็นศูนย์กลางในด้านต่างๆ คือ ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางด้านการปราบปราม ประเทศสิงคโปร์เป็นศูนย์กลางด้านการศึกษาวิจัย ประเทศมาเลเซียเป็นศูนย์กลางด้านการบำบัดฟื้นฟู อย่างไรก็ตาม ในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมด้านความร่วมมือระหว่างประเทศในด้านวิชาการการบำบัดรักษานั้น ถือว่าประเทศไทยเป็นประเทศแรกที่มีการริเริ่ม

ในเรื่องการประชุมวิชาการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับภูมิภาค โดยเริ่มจัดประชุมวิชาการร่วมกันครั้งแรกในปี พ.ศ. 2556 รวมทั้งประเทศไทยเป็นประเทศศูนย์กลางด้านการฝึกอบรมความรู้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งที่ผ่านมามีการอบรมให้กับบุคลากรจาก สปป.ลาว กัมพูชา และสาธารณรัฐสหภาพเมียนมาร์

การเข้าถึงการบำบัดรักษายาบ้า จากข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาบ้าหลังการประกาศสงครามยาเสพติดในปี พ.ศ. 2547 มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดเพียง 23,000 คน และค่อยๆ เพิ่มสูงขึ้นเป็น 180,000 คน ในปี พ.ศ. 2554 ทั้งนี้ จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาสะสม มีจำนวน 775,900 คน พบสัดส่วนผู้เข้ารับการบำบัดยาบ้ารายใหม่มีมากถึงประมาณ ร้อยละ 80.0 ในปี พ.ศ. 2556 พบว่า ผู้เข้าบำบัดรักษายาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้เข้ารับการบำบัด 320,947 คน ในจำนวนนี้พบผู้เข้ารับการบำบัดเสพติดยาบ้าสูงถึง 268,959 คน (ร้อยละ 83.8) ของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด ในการเข้ารับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ส่วนใหญ่จะเข้ามาด้วยระบบบังคับบำบัด ร้อยละ 70.3 ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดสารเสพติด ปี พ.ศ. 2545 และพบผู้เสพติดเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจน้อยมาก และเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ที่ใช้สารเสพติดในช่วงปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่สามารถดำเนินงานได้ครอบคลุมเป้าหมายให้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาได้ นอกจากนี้ ระบบบริการของสถานบำบัดมีความหลากหลาย สถานบริการที่ให้บริการด้านยาเสพติด มี 3 ระบบ ประกอบด้วย ระบบสมัครใจ จำนวน 1,008 แห่ง ระบบบังคับบำบัด จำนวน 91 แห่ง และระบบต้องโทษ จำนวน 179 แห่ง ความหลากหลายของระบบการบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อความสามารถในการบำบัด ทำให้ให้เกิดอุปสรรคจากระบบบริการขณะที่การเข้ารับบริการเกิดช่องว่างในการเข้าถึงการบริการ และเชื่อมโยงถึงการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง เช่น ความรู้ความสามารถของบุคลากร อาคาร สถานที่ ทรัพยากร อุปกรณ์ที่มีความหลากหลาย เป็นต้น ส่งผลให้เกิดมาตรฐานและคุณภาพการบำบัดที่แตกต่างกันการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดนั้น นอกจากการมุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายจากอาการติดยาและไม่หวนกลับไปเสพติดซ้ำ ยังมุ่งหวังที่จะสร้างความตระหนักรู้ถึงอันตรายและภัยที่เกิดจากยาเสพติด ซึ่งประชาชนต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อผู้เสพยาเสพติดรวมถึงการให้โอกาสและการยอมรับให้กลับเข้าสู่สังคม ที่สำคัญที่สุดคือ การมุ่งหวังให้ผู้ผ่านการบำบัดสามารถกลับไปประกอบอาชีพ และดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติเป็นที่ยอมรับและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างสมภาคภูมิ

3. ข้อมูลปัจจุบันที่บ่งบอกความจำเป็นของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา

ยาบ้ามีแนวโน้มการแพร่ระบาดมากขึ้นตามภูมิภาคต่างๆ ของโลก จากรายงานสำนักงานสหประชาชาติว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรม (UNODC, 2012) แสดงให้เห็นแนวโน้มการแพร่ระบาดของสารเสพติดโดยเปรียบเทียบจากข้อมูลของกลางที่จับกุมได้ว่า สารกลุ่ม Amphetamine-type stimulants (ATS) มีแนวโน้มการแพร่ระบาดสูงขึ้น และมากกว่าสารเสพติดกลุ่มอื่นๆ ในปีงบประมาณ 2553 ประมาณการว่าประชากรโลกที่มีอายุระหว่าง 15-64 ปี เคยใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งมาแล้วประมาณ 153-300 ล้านคน และพบว่าประชากรกลุ่มนี้ใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีนถึงร้อยละ 0.3-1.2 หรือประมาณ 14-52 ล้านคน และยังพบว่าแถบเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ใช้สารกระตุ้นสูงกว่าภูมิภาคอื่นทั่วโลก

ในประเทศไทย พบว่า ขนาดของปัญหายาเสพติดภายในประเทศไทยมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นหลังจากการประกาศสงครามยาเสพติดในปีงบประมาณ 2546 พบจำนวนคดีการจับกุม และจำนวนของกลางสูงขึ้นโดยพบคดีการจับกุมสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2547-2556 พบว่า คดีการจับกุมสูงขึ้นกว่าเดิม 4 เท่าตัว และพบของกลางมีจำนวนสูงขึ้นกว่าเดิม 5 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากการสำรวจของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ ปี พ.ศ. 2555 ในกลุ่มประชากรอายุ 12-65 ปี จำนวนมากกว่า 48 ล้านคนทั่วประเทศพบว่า ตลอดประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของคนกลุ่มนี้มีผู้เคยใช้ยาบ้าจำนวน 3.7 ล้านคน หรือประมาณ 76.6 คนต่อพันคน และผู้เคยใช้ยาบ้าในช่วง 1 ปีก่อนการสำรวจมีอยู่ประมาณเกือบ 3 ล้านคน จึงอาจกล่าวได้ว่าประมาณร้อยละ 80.0 ของผู้เคยใช้ยาบ้าครั้งหนึ่งในชีวิตยังคงมีการใช้ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ผู้เสพปัจจุบัน) หรือประมาณ 62.1 ต่อประชากรพันคน ซึ่งสูงกว่าในการสำรวจปี พ.ศ. 2550 ที่พบผู้เคยใช้ยาบ้า 12.4 ต่อประชากรพันคน โดยในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ที่เคยใช้ยาบ้าสูงขึ้นกว่าในปี พ.ศ. 2550 ถึง 5 เท่า และจากจำนวนผู้เสพยาบ้าในช่วง 7 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นใกล้จำนวนคนที่เคยใช้ยาบ้าตลอดประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาสอดคล้องกับประมาณการณ์จำนวนผู้ใช้สารเสพติดจากการสำรวจครัวเรือนของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติดที่ได้สำรวจในปี พ.ศ. 2554 พบว่า มีผู้เคยใช้ยาบ้า จำนวน 902,244 คน (หรือประมาณ 18.7 ต่อ 1,000 ประชากร) ในจำนวนนี้ผู้ที่ใช้ยาบ้าใน 1 ปี จำนวน 92,510 คน (1.92 ต่อ 1,000 ประชากร) รวมทั้งมีผู้ใช้ยาบ้าภายใน 30 วัน จำนวน 36,834 คน (ประมาณ 0.76 ต่อ 1,000 ประชากร) ซึ่งพบว่า มีการแพร่ระบาดรุนแรงในประชากรทุกเพศ ทุกวัย ทุกอาชีพ และในทุกภูมิภาคต่อเนื่องตลอดมา

สำหรับการสำรวจของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ เมื่อปี พ.ศ. 2554 พบเด็กและเยาวชนที่ใช้สารเสพติดไม่นับรวมสุราและบุหรี่ทั่วประเทศ จำนวน 1,715,447 คน ซึ่งในกลุ่มนี้พบผู้ใช้ยาบ้าและยาไอซ์มากเป็นอันดับ 2 และ 3 กล่าวคือ มีผู้ใช้ยาบ้าจำนวน 649,419 คน และยาไอซ์ 563,647 คน มีอายุเฉลี่ย 17 ปี และ 16 ปี ตามลำดับ และพบประเด็นที่น่าสนใจ คือ พบผู้เสพยาบ้าครั้งแรกเมื่ออายุเพียง 7 ปีเท่านั้น ซึ่งชี้ให้เห็นว่ามาตรการป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษากำลังประสบปัญหาเนื่องจากการป้องกันการระบาดของยาเสพติดในกลุ่มเยาวชนยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ หรืออาจจะกระจายไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวยังเชื่อมโยงถึงวิธีการปราบปรามด้วยว่า ระบบนี้ยังมีช่องว่างที่ยังไม่สามารถแก้ปัญหานี้ได้ รวมถึงระบบการบำบัดรักษาที่ขาดระบบการติดตามอย่างต่อเนื่องจึงส่งผลให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดกลับไปเสพติดซ้ำและวนเวียนในวงจรนี้ต่อไป

3.2 เครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of Disease)

สืบเนื่องจากขณะนี้ปัญหายาเสพติดมีความรุนแรง และมีการแพร่ระบาดไปทั่วประเทศ ภาครัฐและเอกชน ร่วมกับเครือข่ายต่างๆ ได้ร่วมกันใช้มาตรการ แนวทางที่หลากหลายรูปแบบใช้ความร่วมมือ และการสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้กระบวนการดำเนินงานป้องกัน แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเสพติด การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสพติดมาโดยตลอด แต่ปัญหานี้ก็ยังไม่ลดลง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสังเคราะห์ให้เห็นถึงขนาดของภาระโรคจากการติดยาเสพติด เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการปรับและพัฒนานโยบายให้เหมาะสมกับปัญหาต่อไป ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงการเสียชีวิตและความพิการอันเนื่องมาจากยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย จึงขาดข้อมูลหรือตัวเลขนำเข้าที่จะใช้สำหรับคำนวณภาระโรคจากการติดยาและสารเสพติด

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ รายงานผลการศึกษาพบว่า ภาระโรคจากการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย แต่ถามคือ “ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมาท่านใช้ เฮโรอีน ยาบ้า กัญชา หรือไม่” ซึ่งนับเป็นคำถามที่อ่อนไหว จึงอาจจะไม่ได้รับคำตอบที่แท้จริง และการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย เกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ติดสารเสพติดในปี พ.ศ. 2552 พบผู้ติดสารเสพติดจำนวน 14,376 ราย แบ่งเป็นกัญชา 6,711 ราย แอมเฟตตามีน 6,634 ราย และเฮโรอีน 1,031 ราย มีผู้เสียชีวิต 403 ราย (ร้อยละ 0.1) ของผู้ติดสารเสพติดทั้งหมด ส่งผลทำให้สูญเสียปีสุขภาวะที่เกิดขึ้นจากการที่มีผู้เสียชีวิตและพิการจากการใช้ยาเสพติดทั้งหมดรวมกันแล้วกว่า 1.36 (100,000 ปี) แบ่งเป็นชาย 1.28 (100,000 ปี) และหญิง 8.6 (1,000 ปี) ที่น่าตกใจคือ ยังพบว่าผู้ติดสารเสพติดเหล่านี้ ส่วนหนึ่งเสียชีวิตจากโรคเอดส์เนื่องจาการเสพสารเสพติดและข้อมูลที่ได้อาจต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 รัฐบาลมีความจริงจังในการรณรงค์ปราบปรามยาเสพติด มีการดำเนินการที่จริงจัง มีบทลงโทษที่รุนแรง ทำให้ผู้เสพไม่กล้าเปิดเผยว่าตัวเองติดยาเสพติด

ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด

ในการคิดภาระโรคทั่วไปจะคิดจากการเสียชีวิตและพิการ แต่ผลจากการติดยาเสพติดไม่สามารถหาความสัมพันธ์จากการพิการและเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาผลกระทบจากการใช้ยาและสารเสพติด มีดังต่อไปนี้

1) ด้านสุขภาพอนามัย พบการเจ็บป่วยสำคัญที่จะเกิดขึ้น ดังนี้

- โรคร่วมทางจิตเวช พบว่าการเสพยาเสพติดทำให้เกิดสภาวะทางจิตใจไม่ปกติ สมรรถภาพทางจิตเสื่อมลง อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว ซึมเศร้า วิตกกังวล ซึ่งจะผลักดันให้ผู้เสพกลายเป็นผู้ที่ด้อยสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ (พิชัย แสงชาญชัย, 2557) จากสถิติผู้ป่วยเสพติดทั่วประเทศมีแนวโน้มเกิดอาการทางจิตจากการใช้ยาเสพติดใน 3 อันดับแรก ได้แก่ อาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล และรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง แม้ว่าจะมีจำนวนไม่มากนัก แต่ก็พบมากกว่าร้อยละ 6.2-10.2 ของกลุ่มผู้ที่ใช้ยาเสพติดทั้งหมด ซึ่งอาการแสดงนี้เป็นอาการนำของอาการทางจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด (รายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.) ซึ่งอาการดังกล่าวสามารถนำสู่การเกิดโรคจิต โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล การทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าว อาละวาด เป็นต้น

- โรคร่วมทางกาย พบว่าผู้ติดยาเสพติดเกือบทุกประเภทร่างกายจะซูบซีด ผอมเหลือง มีภาวะทุพโภชนาการ อาเจียน นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร (วิโรจน์ วีรชัย, 2548) ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยเสพติดที่ติดเชื้อเอชไอวี มีโรคแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบสมองประสาท การติดเชื้อแทรกซ้อน เป็นต้น

2) ด้านเศรษฐกิจ จากพฤติกรรมการใช้ยาเสพติด เมื่อติดยาเสพติดผู้ติดยาต้องการเพิ่มปริมาณยามากขึ้นตลอดเวลา สาเหตุเกิดจากภาวะสมองติดยา และมีภาวะพึ่งยา (drug dependence) จึงทำให้ผู้ติดยาเสพติดต้องการเงินในปริมาณมากขึ้นตามไปด้วย เป็นเหตุให้สูญเสียสภาพคล่องทางการเงินและฐานะทางเศรษฐกิจของตนเองและต่อเนื่องไปยังครอบครัว ประกอบกับผลกระทบด้านสุขภาพอนามัยทำให้ผู้ติดยาไม่สามารถประกอบอาชีพ หารายได้ตามปกติได้ เพราะสุขภาพไม่อำนวยในการประกอบสัมมาอาชีพ

3) ด้านครอบครัว ชุมชน และสังคม การติดยาเสพติดยังเกิดผลกระทบกับครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ เมื่อเนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวจะเปลี่ยนไปจากพฤติกรรมการใช้ยา เกิดความรุนแรงในครอบครัว หากถูกจับกุมจะเกิดปัญหาตามมา หรือก่อให้เกิดปัญหาสังคม

โดยเฉพาะปัญหาอาชญากรรม ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ เป็นต้น นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบด้านความมั่นคงของประเทศจากการลักลอบนำเข้ายาเสพติด สะท้อนความต้องการยาเสพติดที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้น บั่นทอนสภาพเศรษฐกิจเพราะประชากรวัยแรงงานติดยาเสพติดไม่สามารถหารายได้หรือมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ เกิดความเสียหายต่อภาวะทางเศรษฐกิจของประเทศร่วมกับสภาพทางสังคมอ่อนแอ

3.3 ข้อมูลความคุ้มค่าของการบริการ (Cost effectiveness of intervention)

ผลทางเศรษฐศาสตร์ของการบำบัดรักษายาเสพติด

การที่มีผู้ติดยาเสพติดเข้ามารับการบำบัดรักษาจำนวนมากในประเทศไทย และพบว่ารัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาเฉลี่ยขั้นต่ำ 8,366 บาทต่อราย (ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ, 2552) การดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดในปี พ.ศ. 2554-2558 รัฐบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษายาเสพ 1,581 2,545 2,741 3,001 และ 3,107 ล้านบาทต่อปี ตามลำดับในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดดังกล่าว ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมาก (เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการพิจารณาการจัดทำงบประมาณในลักษณะบูรณาการ เรื่อง การป้องกัน ปราบปราม และบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด 5 มกราคม ปี พ.ศ.2558 ณ ห้องประชุมคณะรัฐมนตรี ชั้น 2 อาคารสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี (หลังใหม่) กรุงเทพฯ) นอกจากนี้ ยังมีค่าใช้จ่ายที่ในกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการบำบัดรักษา ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดจากโรคแทรกซ้อนจากการใช้ยาเสพติด หากลดปัญหานี้ได้และพัฒนาบุคคลกลุ่มนี้ให้มีสมรรถนะ และสามารถหารายได้ให้เพิ่มขึ้นคนละ 100 บาทต่อวันไม่ต้องสูญเสียงบประมาณดังกล่าว รัฐจะมีรายได้เพิ่มขึ้นปีละกว่าสามพันล้านบาท ซึ่งเป็นงบประมาณจำนวนมาก

ผลการบำบัดรักษา

การศึกษาของอังกูร และนันทา ในปี พ.ศ. 2557 ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ระหว่างผู้ป่วย เสพติดระบบสมัครใจกับระบบบังคับบำบัด: กรณีศึกษาสถาบันธัญญารักษ์ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจมีโอกาสเลิกใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด 1.56 เท่า (OR = 1.56, 95%Cl 1.02-2.39,p<0.05) ส่วนปัจจัยด้านอายุ เพศ ชนิดของยาเสพติดระยะเวลาการเสพติดและระยะเวลาการบำบัดไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติด

สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา

ในระบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศไทย ถือว่าผู้ติดยาเสพติด คือ ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดรักษา ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งการเจ็บป่วยด้านสุขภาพทั่วไปดำเนินการตามสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ ในภาระรับผิดชอบของรัฐหรือกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ส่วนการบำบัดรักษายาเสพติดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษายังจัดเป็นระบบ 3 ระบบ ประกอบด้วย

- **ผู้ป่วยระบบสมัครใจ** งบประมาณการบำบัดรักษาจัดสรรไว้ที่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย
- **ผู้ป่วยระบบบังคับบำบัด** จะตั้งไว้ที่กรมคุมประพฤติ กระทรวงยุติธรรมและสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข
- **ผู้ป่วยระบบต้องโทษ** งบประมาณการบำบัดรักษาจัดสรรไว้ที่กรมราชทัณฑ์และกรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรม

4. กลยุทธ์และวิธีในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย ประเด็น “การเพิ่มอัตราเข้าถึงบริการผู้ป่วยยาเสพติด” เสนอให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการ คณะทำงาน เพื่อวางแผน ศึกษา รวบรวมข้อมูล สถานการณ์ ความรู้ และข้อมูลจากทุกภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาเป็นเอกสารหลัก ข้อเสนอเชิงนโยบาย และเอกสารอื่นๆ และจัดกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญจากทุกภาคส่วน ตลอดจนการรับความเห็นจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยต้องมีการประเมินข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ประกอบด้วย

4.1 ความสอดคล้องกับสถานการณ์ และแนวนโยบายที่สำคัญในเรื่องระบบสุขภาพ

4.2 การได้รับผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจและสังคม

4.3 ผลต่อระบบต่างๆ ในระบบสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

4.4 ความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ

4.5 ความซับซ้อน ต้องร่วมกันแก้ปัญหาโดยหลายภาคส่วนจำเป็นต้องใช้การพัฒนาข้อเสนอนโยบายผ่านช่องทางต่างๆ

4.6 ความสัมพันธ์กับเคลื่อนไหวในระดับโลก

4.7 มีผลกระทบต่อกลุ่มบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล

4.8 ความรุนแรง ประกอบด้วย จำนวนผู้ได้รับผลกระทบมาก สาเหตุสำคัญของการตายที่ป้องกันได้ ภาระโรคที่สำคัญ พฤติกรรมเสี่ยงก่อให้เกิดผลเสียทางสุขภาพที่สำคัญ มีความรุนแรงหรือผลกระทบทางเศรษฐกิจ ทางสังคม สิ่งแวดล้อม

4.9 ความสนใจของสาธารณะ ประกอบด้วย ประเภทองค์กร/ ภาคีเครือข่ายที่เสนอมีความหลากหลายในมิติวิชาการ นโยบาย และประชาชน ความเชื่อมโยงกับสุขภาพเฉพาะพื้นที่และ/หรือสุขภาพเฉพาะประเด็นถึงระดับชาติ

5. ความเป็นไปได้ในการผลักดันเป็นนโยบาย

การดดำเนินการผลักดันให้เกิดนโยบาย ในประเด็น “การเพิ่มอัตราเข้าถึงบริการผู้ป่วยยาเสพติด” กรมการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด มีความพร้อมและศักยภาพทางวิชาการได้รับการยอมรับ แต่ทั้งนี้ต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข เพื่อประสานความร่วมมือจากภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญที่มีผลให้เกิดความสำเร็จดังเจตนารมณ์ของผู้เสพผู้เสพ คือ ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดรักษาที่เข้าถึงง่าย อย่างเสมอภาคและเท่าเทียม

การสร้างเครือข่ายการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด และพัฒนาสู่การดูแลรักษาเด็กโรคหัวใจระดับประเทศ

โดย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การสร้างเครือข่ายการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง

ประเด็นรองของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ลดอัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดและพัฒนาสู่การดูแลรักษาเด็กโรคหัวใจระดับประเทศ

1. วัตถุประสงค์/ เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 เพื่อลดอัตราตายจากโรคหัวใจในเด็กทารกของประเทศ

1.2 เพื่อให้สามารถทำการคัดกรองเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงในทารกแรกเกิดให้ครอบคลุม โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปทั้งประเทศ

1.3 เพื่อให้โรงพยาบาลศูนย์สามารถให้การวินิจฉัยรายละเอียดของเด็กที่เป็นโรคหัวใจจากการตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจได้มากขึ้น

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอ (โดยสรุป)

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี รับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประมาณ 1 ใน 4 ของเด็กโรคหัวใจทั่วประเทศ คือ มากกว่า 1,300-1,400 รายในแต่ละปี ในจำนวนนี้ต้องได้รับการผ่าตัดถึงประมาณ 700 รายต่อปี แต่ปัจจุบันมีข้อจำกัดที่จำนวนเตียงที่มีอยู่ในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจที่จะสามารถหมุนเวียน เพื่อรองรับการผ่าตัดได้เพียง 4 เตียง จึงเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้สามารถผ่าตัดได้เพียงครึ่งหนึ่งของที่ควรจะทำได้ ส่งผลให้คิวผ่าตัดนาน ซึ่งปัญหาเรื่องความจำกัดในจำนวนเตียงผู้ป่วยหนักที่จะดูแลเด็กโรคหัวใจในภาวะวิกฤติ กำลังอยู่ระหว่างการขอทุนสนับสนุนการสร้างหอผู้ป่วยและผูกโยงกับปัญหาหลักคือ ขาดแพทย์ผู้ดูแลภาวะวิกฤติในเด็ก (Pediatric Intensivist) และการดำรงไว้ของแพทย์ในกลุ่มนี้ เพื่อให้การส่งต่อเข้ามารับการรักษาในระดับ super tertiary care ทำได้ง่ายขึ้น ไม่ต้องรอคิวนาน ส่งผลให้เกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อนในกระบวนการรักษาในอนาคต ด้วยโรคหัวใจก็เป็นโรคหนึ่งที่มีผู้ป่วยใหม่มารับการรักษาเป็นจำนวนมาก อัตราการเกิด infant mortality rate ของประเทศ 12-15/ 1,000 หรือเสียชีวิตประมาณ 12,000 รายต่อปี (คาดว่าเด็กเกิดมีชีพ ในประเทศอยู่ที่ประมาณ 800,000 รายต่อปี โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นสาเหตุสำคัญ 1 ใน 3 ของ infant mortality rate ของประเทศไทย อุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเท่ากับ 6-8/1,000 เด็กเกิดมีชีพใน จำนวนนี้ประมาณร้อยละ 60 ต้องการรักษาด้วยการผ่าตัดหรือสวนหัวใจเพื่อการรักษาประมาณ 3,800 รายต่อปี อุบัติการณ์ของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง (critical congenital heart disease) เท่ากับ 1-1.5 /1,000 ของเด็กเกิดมีชีพ คาดว่า เด็กที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตในกลุ่มนี้น่าจะอยู่ที่ 800 - 1,200 รายต่อปี การวินิจฉัยโดยละเอียดในทารกแรกเกิดด้วยคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ จะทำได้จำกัดเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงเรียนแพทย์ ในปัจจุบันมีโรงพยาบาลศูนย์ประมาณ ร้อยละ 50 เท่านั้น ที่สามารถตรวจ

คลื่นเสียงสะท้อนหัวใจในเด็กทารกแรกเกิดได้ การรักษาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงในทารกแรกเกิดต้องอาศัยทีมแพทย์ที่มีความชำนาญ และทำได้เฉพาะโรงพยาบาลในระดับสูงกว่าตติยภูมิ (Super tertiary care) เท่านั้น แต่สามารถช่วยชีวิตเบื้องต้นได้ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ที่สามารถให้การวินิจฉัยด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจได้

3. ข้อมูลปัจจุบันที่บ่งบอกความจำเป็นของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา

จากรายงานของธนาคารโลกในปี 2558 พบว่า อัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดในประเทศไทยอยู่ที่ 7:1000 การเกิดมีชีพ เมื่อเทียบกับประเทศมาเลเซีย 4:1000 และประเทศสิงคโปร์ 1:1000 การเกิดมีชีพ องค์การอนามัยโลกมีเป้าหมาย ให้ลดอัตราการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งมากกว่าร้อยละ 50 จะเป็นการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด ดังนั้น การลดอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดจึงเป็นเป้าหมายสำคัญในแผนพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย จากการศึกษา พบว่า โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงเป็นสาเหตุสำคัญอันดับต้นๆ ของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด แม้จะมีอุบัติการณ์เกิดไม่สูงมากนัก คือ 8:1000 การเกิดมีชีพ หรือประมาณ 600-700 คน จากจำนวนทารกเกิดใหม่ปีละ 800,000 คน แต่ก็ส่งผลต่อความสูญเสียของครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศชาติ เนื่องจากโรคนี้มีอัตราการเสียชีวิตสูงทำให้เกิดปัญหาสังคมในครอบครัวที่สูญเสียลูกไป หรือหากเกิดความพิการถาวรในเด็กที่รอดชีวิตก็จะกลายเป็นปัญหาทั้งทางสังคม และเศรษฐกิจในการดูแลรักษาระยะยาว การดำเนินงานที่ผ่านมาของประเทศไทย ในผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่เป็นโรคโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จะเป็นในลักษณะการตั้งรับ คือ เมื่อทารกแสดงอาการของโรคหัวใจแล้ว จึงจะได้เริ่มทำการตรวจวินิจฉัยและรักษาตามอาการ แต่เนื่องจากเป็นโรคหัวใจที่มีความพิการซับซ้อนและรุนแรง และมีอัตราการเสียชีวิตสูง จึงจำเป็นต้องได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในสถานพยาบาลระดับตติยภูมิเท่านั้น ทำให้เป็นปัญหาในเรื่องการเข้าถึงบริการ อีกทั้งการรักษาโรคจะต้องใช้เวลาและค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ทำให้การหมุนเวียนการใช้เตียงผู้ป่วยวิกฤตเกิดปัญหา กระทบต่อการดำเนินงานของสถานพยาบาลในภาพรวม

3.2 ข้อมูลภาระโรค (Burden of disease)

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคที่มีอันตรายร้ายแรงมาก ทารกบางรายมีอาการน้อยขณะแรกคลอด 48 ชั่วโมงแรก ทำให้สูติแพทย์ กุมารแพทย์ผู้ดูแลไม่สามารถให้การวินิจฉัยเบื้องต้นได้ และอนุญาตให้มารดาและเด็กกลับบ้าน แต่เด็กที่กลับไปอาจจะแสดงอาการของโรคเพิ่มมากและหลังจากนั้นจะรุนแรงขึ้น ทารกที่ป่วยจะเสียชีวิตโดยไม่สามารถส่งตัวเข้ารักษาในศูนย์หัวใจได้ทันท่วงที ในอดีตเด็กกลุ่มนี้ต้องเสียชีวิตที่บ้านเป็นจำนวนมากและจำนวนไม่น้อยที่อาการรุนแรงมากแล้วค่อยพามาโรงพยาบาลใกล้บ้าน เมื่อกลับมาพบแพทย์อีกครั้งอาการของโรคจะหนักและสุดจะเยียวยาได้ แต่ในปัจจุบันมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จะช่วยค้นหาความผิดปกติได้ตั้งแต่ต้น ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการชัดเจน การตรวจค้นหาโรคจะช่วยให้แพทย์สามารถเตรียมการล่วงหน้า เช่น การให้ยารักษา ติดต่อศูนย์หัวใจเพื่อส่งตัวทารกเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อเนื่องต่อไป เป็นต้น โดยจะช่วยให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสเข้ารับการรักษา และมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น เครื่องมือดังกล่าว คือ Pulse Oximeter เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดที่ใช้ตรวจวัดทางผิวหนังที่ใช้กันอยู่ทั่วไป ซึ่งศูนย์โรคหัวใจเด็ก เป็นผู้ผลักดันให้เกิดการคัดกรองในระดับประเทศ โดยเริ่มจากโรงพยาบาลเครือข่ายในเขตกรุงเทพมหานคร ขยายสู่ภาคกลาง และโรงพยาบาลใน

เขตบริการสาธารณสุขต่างๆ ทั่วประเทศ ซึ่งปัจจุบันได้ดำเนินการในโรงพยาบาลประจำจังหวัดครบแล้วทั้ง 13 เขต ทั่วประเทศ และจะดำเนินการส่งเสริมการคัดกรองในจังหวัดและอำเภอต่างๆ ที่ยังไม่ได้ร่วมเป็นเครือข่ายการคัดกรองในอันดับต่อไป เพื่อให้เกิดโครงข่ายการส่งต่อที่สมบูรณ์ในอนาคต

3.3 ข้อมูลความคุ้มค่าของการบริการ (Cost effectiveness of intervention)

ต้องสร้างความน่าเชื่อถือของวิธีการคัดกรองในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขตลอดจนถึงประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ให้ทุกคนได้เห็นถึงความสำคัญของบริการคัดกรองประเภทนี้ ซึ่งในเบื้องต้นจะต้องทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ดูแลเด็กทารกหลังคลอดเกิดความเชื่อมั่นต่อกระบวนการคัดกรองว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ สามารถที่จะคัดกรองทารกกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดได้จริง มีความคุ้มค่าในการดำเนินงาน และร่วมกันให้บริการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในสถานพยาบาลที่มีห้องคลอดจนครอบคลุมไปทั่วประเทศ

ในปี พ.ศ. 2555 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เริ่มเปิดให้บริการนวัตกรรมบริการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิด ด้วยการใช้เครื่องตรวจวัดปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด (Pulse Oximeter: PO) เพื่อคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรง ก่อนที่ทารกจะแสดงอาการของโรคหัวใจให้เห็น และได้ทำการศึกษาวิจัยนำร่องแบบกลุ่มร่วมกับสถานพยาบาลที่เป็นพันธมิตรจำนวน 12 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ด้วยงบสนับสนุนจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเขตสุขภาพที่ 13 โดยทำการคัดกรองกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50,000 ราย จนถึงปีงบประมาณ 2557 ได้ผลการคัดกรองเป็น True Positive 21 ราย โดยทั้ง 21 ราย จะต้องได้รับการตรวจ echocardiogram เพื่อยืนยันจากกุมารแพทย์โรคหัวใจว่า เป็นโรคหัวใจจริง (True Positive) สูงถึงร้อยละ 80.77 ส่วนกลุ่มที่ผลการคัดกรองเป็นลบจะได้รับคำแนะนำให้สังเกตอาการต่อที่บ้าน และนำกลับมาพบแพทย์ในกรณีที่สงสัยว่าเด็กอาจจะมีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรง ผลลัพธ์นี้แสดงถึงประสิทธิภาพของกระบวนการคัดกรองด้วยการใช้เครื่อง PO ในระดับสูงเท่าเทียมกับต่างประเทศ ทำให้สามารถรักษาผู้ป่วยได้ทันท่วงทีก่อนที่ทารกจะแสดงอาการของโรคอย่างรุนแรง ขณะเดียวกัน จากการติดตามกลุ่มทารกที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นลบ แล้วพบว่าเป็นโรคหัวใจในภายหลัง (False negative) พบว่ามีจำนวนมากถึงร้อยละ 0.23 ซึ่งเป็นอันตรายกับทารกในกลุ่มนี้เป็นอย่างยิ่ง ควรที่จะต้องระมัดระวังอย่าให้เกิดขึ้นหรือให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด จากการวิเคราะห์ห่วงโซ่อุปทานของกระบวนการคัดกรอง พบว่าความผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดจากความสับสนในการจำตัวเลข criteria ของการแปรผลการคัดกรอง จนทำให้เกิด False negative ดังกล่าว ทางทีมงานจึงได้มีการพัฒนานวัตกรรมในการแปลผลขึ้นใหม่ เพื่อให้ผู้ที่ทำการคัดกรองสามารถปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้น ไม่จำเป็นต้องมาจำตัวเลข criteria ใดๆ ด้วยการประดิษฐ์วงล้อช่วยแปรผลการคัดกรองโดยตั้งชื่อว่า Blue Baby Wheel (BB wheel) ขึ้นในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งหลังจากที่ใช้เครื่องมือช่วยแปลผลการคัดกรอง (BB wheel) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30,000 ราย ก็ไม่พบรายงานการวินิจฉัยการคัดกรองผิดพลาดแต่อย่างใด ประกอบกับการมีข้อมูลทารกที่ได้รับการคัดกรองเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก สถาบันสุขภาพเด็กฯ โดยศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ ได้พัฒนาขั้นตอนการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลและการแปลผลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ผ่านทาง web-based จึงทำให้มีความสมบูรณ์ของข้อมูล สะดวก รวดเร็วและสามารถเข้าถึงผลการคัดกรองทั่วทั้งเครือข่ายอย่างรวดเร็ว มีความถูกต้อง แม่นยำ ทันกาลและเชื่อถือได้

3.4 ข้อมูลคุณภาพการดูแลรักษา (Quality of care)

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา สถาบันสุขภาพเด็กฯ โดยการสนับสนุนจาก กรมการแพทย์ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ขยายนวัตกรรมบริการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิด ไปสู่เขตบริการสุขภาพต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลประจำจังหวัดในเขตบริการสุขภาพต่างๆ ได้แก่ เขตบริการสุขภาพ ที่ 1, 4, 7 และ 8 โดยให้การอบรมแลกเปลี่ยนความรู้ด้านการคัดกรองด้วยวิธีการใช้เครื่อง PO และการดูแลรักษาเมื่อผลการคัดกรองเป็นบวก ในปีงบประมาณ 2558 ได้ขยายนวัตกรรมบริการคัดกรองเด็กโรคหัวใจเพิ่มขึ้นอีกใน 4 เขตบริการสุขภาพ คือ เขตบริการสุขภาพที่ 2, 5, 9 และ 11 สำหรับในปี พ.ศ. 2559 นอกจากจะสามารถขยายเครือข่ายการคัดกรองเพิ่มขึ้นในเขตบริการสุขภาพที่ 3, 6, 10 และ 12 จนครบทุกเขตบริการสุขภาพทั่วประเทศแล้ว ยังได้เริ่มให้การสนับสนุนโรงพยาบาลประจำจังหวัดต่างๆ ที่ได้ดำเนินการคัดกรองไปแล้ว ให้จัดการอบรมและขยายการคัดกรองลงสู่โรงพยาบาลระดับอำเภอในเขตจังหวัดเดียวกัน ให้สามารถบริการคัดกรองโรคหัวใจพิการในทารกแรกเกิดต่อไป เพื่อให้นวัตกรรมบริการคัดกรองนี้ได้ครอบคลุมประชากรมากขึ้น เกิดความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการมากขึ้น

ในปัจจุบัน จะมีทารกแรกเกิดที่ได้รับการคัดกรองโรคหัวใจในพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงด้วย pulse oximeter มากกว่า 2 แสนคนต่อปี หรือประมาณร้อยละ 30 ของเด็กที่เกิดทั้งประเทศต่อปี หากสามารถขยายบริการคัดกรองให้เป็นกระบวนการงานประจำของทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ จนสามารถครอบคลุมทารกเกิดใหม่ทั้งหมด ซึ่งจากสถิติจำนวนทารกที่เกิดในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวน 736,352 ราย จึงคาดว่าจะสามารถค้นหาเด็กทารกแรกเกิดที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงได้ในขณะที่ทารกยังไม่มีอาการ ประมาณมากกว่า 800 คน/ ปี และส่งผลดีต่อทั้งผู้ป่วย ญาติ สังคม และประเทศชาติในหลายๆ ด้านที่กล่าวมาแล้ว

3.5 ระบบข้อมูลการกำกับและติดตาม

1) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ มีระบบการติดตามและนิเทศการดำเนินโครงการในเขตบริการสุขภาพต่างๆ ด้วยการเข้าเยี่ยมชมและรับฟังการสรุปผลความสำเร็จโดยตรงจากพันธมิตรและโรงพยาบาลที่ร่วมเป็นเครือข่าย เพื่อรับฟังปัญหาและอุปสรรค์ต่างๆ ในการดำเนินโครงการ และหาแนวทางการแก้ไขให้กับแต่ละโรงพยาบาล

2) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ มีระบบการลงข้อมูลแบบ on-line ในฐานข้อมูลอันเดียวกันทั่วทั้งประเทศ ทำให้สามารถทราบผลการคัดกรองในแต่ละโรงพยาบาลแบบทันที โดยเฉพาะในกรณีที่พบผลการคัดกรองที่ผิดปกติ ก็สามารถทราบรายชื่อผู้ป่วย และติดต่อประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ

3) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ มีระบบการตรวจสอบภาพรวมของผลการคัดกรองของโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศจากฐานข้อมูลแบบ on-line ที่แต่ละโรงพยาบาลลงร่วมกันแล้วนำมาปรับปรุงการการดำเนินงานเพื่อสร้างเครือข่ายการคัดกรองเด็กโรคหัวใจให้เกิดประโยชน์กับเด็กแรกคลอดจากทั่วประเทศ

4) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ มีระบบการประเมินผลความคุ้มค่า ความพึงพอใจ และปรับปรุงการใช้นวัตกรรมบริการเพื่อให้มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในโรงพยาบาลที่ร่วมเป็นเครือข่ายบริการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงทั่วประเทศ

4. กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กลยุทธ์ที่ 1 การสร้างความเข้าใจ และความตระหนักถึงความสำคัญ

1) โดยศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ ได้ประสานงานกับแพทย์และผู้รับผิดชอบดูแลเด็กโรคหัวใจในโรงพยาบาลที่ให้บริการและดูแลทารกหลังคลอดเพื่อเป็นสื่อกลางในการประสานความร่วมมือกับทีมผู้รับผิดชอบในการดูแลทารกหลังคลอด

2) ประสานการจัดประชุมร่วมกันกับทีมผู้รับผิดชอบในการดูแลทารกหลังคลอดของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นถึงปัญหา สื่อสารปัญหาให้รับรู้ และโน้มน้าวให้ร่วมกันลงมือแก้ปัญหาอย่างจริงจัง รวมทั้งการจัดเวทีการประชุมเพื่อเปิดโอกาสให้แต่ละโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการได้มีโอกาสนำเสนอผลงาน เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

3) นำเสนอโครงการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงในทารกแรกเกิดด้วยการตรวจค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดที่ใช้การตรวจวัดทางผิวหนัง (Pulse Oximeter) พร้อมทั้งแนะนำแนวทางการดำเนินโครงการการคัดกรอง

กลยุทธ์ที่ 2 สร้างนวัตกรรมการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1) ศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรมบริการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิดโดยใช้เครื่องมือตรวจค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด (Pulse oximeter) และพัฒนาอุปกรณ์และวิธีการรวบรวมข้อมูลผลการตรวจเพื่อการแปรผลที่มีประสิทธิภาพให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสะดวกในการใช้งานลดความผิดพลาดของกระบวนการที่อาจเกิดจากบุคคล (human error) ตลอดจนมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศอยู่เสมอ โดยมีการทบทวนประเมินผลแก้ไขปรับปรุงตามแนวทาง PDCA อย่างสม่ำเสมอ

2) ประดิษฐ์วงล้อช่วยแปลผลค่าออกซิเจนในเลือดที่วัดผ่านทางผิวหนังขึ้น โดยใช้ชื่อว่า วงล้อ Blue Baby Wheel (BB wheel)

3) พัฒนาระบบการจัดเก็บและรายงานข้อมูลการดำเนินงานโครงการ พัฒนา Application ช่วยแปลผลค่าออกซิเจนในเลือดโดยสามารถ Load ลงในมือถือ ทำให้มีความสะดวกในใช้งาน และไม่จำเป็นต้องพกพาวงล้อสำหรับช่วยการคัดกรองอีกต่อไป เป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ขั้นตอนการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยไปจนถึงการแปลผลการวินิจฉัย ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ชนิด web-based จึงทำให้มีความสมบูรณ์ของข้อมูล สะดวก รวดเร็วสามารถเข้าถึงผลการคัดกรองทั่วทั้งประเทศอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ เชื่อถือได้และทันกาล

กลยุทธ์ที่ 3 การสร้างอุปสงค์ให้เกิดขึ้นในหมู่ประชาชนผู้รับบริการที่เป็นพ่อแม่ผู้ปกครอง

1) จัดให้มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบริการการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการรุนแรงแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิดให้กับประชาชนโดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ สตรีมีครรภ์เพื่อให้เกิดความตระหนักในความสำคัญและคุณประโยชน์ของกระบวนการคัดกรองนี้ว่าจะสามารถช่วยรักษาชีวิตหรือ ลดโอกาสการพิการในทารกแรกเกิดหรือบุตรหลานของตนเองอันเป็นที่รักได้และทะนุถนอมในครรภ์มารดามาถึงเก้าเดือนได้

2) รณรงค์ให้เกิดบริการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิดด้วยการติดแผ่นโปสเตอร์อธิบายกระบวนการคัดกรองในหอสูติกรรมหลังคลอดของโรงพยาบาลต่างๆ ที่ร่วมโครงการ

3) ให้ความรู้ในสื่อทีวีสาธารณะร่วมกับ สปสช. เขตสุขภาพที่ 13 และมูลนิธิเด็กโรคหัวใจ และขยายการดำเนินการนวัตกรรมบริการคัดกรองเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงให้กับโรงพยาบาลประจำจังหวัดต่างๆในอีก 12 เขตบริการสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ 4 การจัดการความรู้เรื่องนวัตกรรมและแนวทางของการบริการคัดกรองโรคหัวใจสู่โรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศ

1) จัดทำแนวทางการดำเนินงานการตรวจคัดกรองโดยใช้ pulse oximeter และเกณฑ์ที่ใช้บอกค่าความผิดปกติ จากคำแนะนำ ของคณะแพทย์จาก AAP และ AHA เมื่อตรวจพบว่าผิดปกติ (ผลการคัดกรองเป็นบวก) ต้องแจ้งแพทย์ให้ทราบเพื่อการตรวจค้นหาความผิดปกติ รีบแก้ไขช่วยเหลือ เด็กต้องได้รับการตรวจ echocardiogram เร็วภายใน 24 ชั่วโมง เพราะอาจมีความผิดปกติที่รุนแรงถึงชีวิตได้ในระยะเวลาอันสั้นถ้าไม่ได้รับการแก้ไข ส่วนทารกที่ผลการคัดกรองเป็นลบ ควรได้รับคำแนะนำ เรื่องการสังเกตอาการ เขียว หอบเหนื่อย และ สถานที่ที่จะแนะนำให้มาพบแพทย์ ให้เอกสารแนะนำก่อนกลับบ้าน

2) จัดทำคู่มือการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวในทารกแรกเกิดและการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงในทารกแรกเกิด โดยใช้เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนทางผิวหนัง (pulse oximeter) เพื่อเป็นคู่มือปฏิบัติการให้เกิดเป็นกระบวนการที่มีมาตรฐานเดียวกันทั่วทั้งประเทศ

5. ความเป็นไปได้ในการผลักดันเป็นนโยบาย

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยศูนย์โรคหัวใจ ได้ดำเนินโครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ผ่านการวิจัยนำร่องเรื่องการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ และนำเสนอเป็นนโยบายระดับชาติเพื่อประกอบการตัดสินใจให้กับผู้กำหนดนโยบายของประเทศ เพื่อให้เกิดการใช้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม และจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอและคุ้มค่า นวัตกรรมนี้จึงยั่งยืนเนื่องจากสามารถตอบสนองต่อปัญหาเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีขององค์การอนามัยโลก ซึ่งพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 เป็นการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด และเป้าหมายการลดอัตราการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดในแผนพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศด้านทารกแรกเกิดที่มีสาเหตุที่สำคัญสาเหตุหนึ่งคือโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงซึ่งพบมากถึง 8:1000 ของทารกเกิดมีชีพ จึงได้เริ่มรณรงค์และผลักดันให้เกิดการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรง ด้วยการดำเนินงานในนามของ Service plan newborn โดยบูรณาการงานที่ทำร่วมกับทีมที่ดูแลแม่และเด็กหลังคลอดเพื่อให้เป็นผลงานที่สำเร็จร่วมกันและผลักดันโครงการเป็นงานประจำของหน่วยงานสาธารณสุขทั่วประเทศ ซึ่งปัจจุบันก็ได้รับการยอมรับจากราชแพทย์วิทยาลัย ถึงเหตุผลความจำเป็นและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรง โดยราชแพทย์วิทยาลัยสนับสนุนให้ผลักดันโครงการให้กลายเป็นภาระงานที่ควรจะต้องดำเนินการเป็นปกติ นอกจากนี้ยังได้ร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) เขตที่ 13 (กรุงเทพมหานคร) ในการรณรงค์ให้ทุกโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ร่วมกันคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิด ด้วยงบประมาณของ สปสช. เขต 13 ส่วนในเขตบริการสุขภาพอื่นๆ

อีก 12 เขตสุขภาพ ด้วยการสนับสนุนของ Service plan newborn ในการกำหนดให้การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นอีกหนึ่ง KPI ในเด็กแรกคลอด ทำให้สามารถขยายโครงการคัดกรองลงสู่โรงพยาบาลประจำจังหวัดต่างๆ ได้ทั่วทั้งประเทศ

ภาคผนวก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy advocacy) กรมการแพทย์ 2560

การคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด

นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์	โรงพยาบาลราชวิถี
แพทย์หญิงสมจินต์ จินดาวิจักษณ์	โรงพยาบาลราชวิถี

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์	โรงพยาบาลราชวิถี
แพทย์หญิงสมจินต์ จินดาวิจักษณ์	โรงพยาบาลราชวิถี

การพัฒนาระบบการดูแลและป้องกันโรคเบาหวาน

นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์	โรงพยาบาลราชวิถี
ศ.คลินิกนายแพทย์วีระศักดิ์ ศรินนภากร	โรงพยาบาลราชวิถี

ความดันโลหิตสูง

นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์	โรงพยาบาลราชวิถี
นายแพทย์สมพงษ์ ตันจริยภรณ์	โรงพยาบาลเลิดสิน
นายแพทย์สิทธิชัย อาชายินดี	โรงพยาบาลเลิดสิน
นายแพทย์สุรพันธ์ พงศ์สุธนะ	โรงพยาบาลราชวิถี

โครงการป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน

นายแพทย์สมพงษ์ ตันจริยภรณ์	โรงพยาบาลเลิดสิน
นายแพทย์สมศักดิ์ ลีเชวงวงศ์	โรงพยาบาลเลิดสิน
นายแพทย์ชัยวัฒน์ ปิยะสกุลแก้ว	โรงพยาบาลเลิดสิน
แพทย์หญิงชายน์ เมธาดิลกกุล	โรงพยาบาลเลิดสิน

การพัฒนาระบบการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยโรคผิวหนังที่เป็นเรื้อรังและรุนแรงที่บ้านด้วยวิดีโอแบบออนไลน์

แพทย์หญิงมิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ	สถาบันโรคผิวหนัง
แพทย์หญิงชินมนัส ตั้งจาตุรนต์รัศมี	สถาบันโรคผิวหนัง

สมรรถนะของคลินิกอาชีวเวชศาสตร์

นายแพทย์สมบูรณ์ ทศบวร	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
นายแพทย์อดุลย์ บัณฑุกุล	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
แพทย์หญิงอรพรรณ ชัยมณี	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

National Electronic Dental Record (EDR)

ทันตแพทย์บุญชู สุรีย์พงษ์	สถาบันทันตกรรม
แพทย์หญิงทันตแพทย์หญิงกรรณิกา ชูเกียรติมั่น	สถาบันทันตกรรม
ทันตแพทย์หญิงนงวิภา พุฒิภาษ	สถาบันทันตกรรม
ทันตแพทย์หญิงรัศมี เกศสุวรรณรักษ์	สถาบันทันตกรรม
ทันตแพทย์หญิง ดร.เอศเธระ ประทีปทองคำ	สถาบันทันตกรรม
ทันตแพทย์หญิงศศิธร ทวีเดช	สถาบันทันตกรรม
นางสาววัลลภา ยะประสิทธิ์	สถาบันทันตกรรม

การพัฒนาระบบบริการรักษาโรคลมชัก

นายแพทย์อุดม ภู่วโรดม	สถาบันประสาทวิทยา
แพทย์หญิงอาภาศรี ลุสวัสดิ์	สถาบันประสาทวิทยา
แพทย์หญิงรัตนา คุณติรานนท์	สถาบันประสาทวิทยา
แพทย์หญิงปาณิสรา สุดาจันทร์	สถาบันประสาทวิทยา
แพทย์หญิงขวัญรัตน์ หวังผลพัฒนศิริ	สถาบันประสาทวิทยา
แพทย์หญิงชนิกานต์ ศรัทธาพร	สถาบันประสาทวิทยา
แพทย์หญิงภัชราภร บุญรักษ์	สถาบันประสาทวิทยา
แพทย์หญิงยุวพร พลรักษ์	สถาบันประสาทวิทยา
นายแพทย์ชลภิวัฒน์ ตรีพงษ์	สถาบันประสาทวิทยา

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและคนพิการแบบองค์รวม

แพทย์หญิงดารณี สุวพันธ์	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
แพทย์หญิงบุษกร โลหารชุน	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
นายแพทย์ศุภศิลป์ จำปานาค	โรงพยาบาลสระบุรี
แพทย์หญิงอุไรรัตน์ ศิริวัฒน์เวชกุล	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
แพทย์หญิงวิชนี ธงทอง	ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

การรักษาโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ และมะเร็งปากมดลูกครบวงจรภายในเขตสุขภาพ

นายแพทย์วรวุฒิ อิ่มสำราญ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒนะ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
ผศ.แพทย์หญิงปฐมพร ศิรประภาศิริ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
ดร.ศุลีพร แสงกระจ่าง	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
เรือเอกนายแพทย์สมชาย ธนะสิทธิชัย	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
แพทย์หญิงอรดี พัฒนะอเนก	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

นายแพทย์วิโรจน์ วีรชัย	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นายแพทย์อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นางสาวสุกุมา แสงเดือนฉาย	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นางสุวภัทร คงหอม	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นางไพวัล อาจหาญ	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นางสาวเสมอเหมือน โลหะกิจ	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
นางรัชนีกร ขันตี	สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

การสร้างเครือข่ายการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดและพัฒนาสู่การดูแลรักษาเด็กโรคหัวใจระดับประเทศ

นายแพทย์สมเกียรติ ลลิตวงศา	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
นายแพทย์ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
นายสมพัน กลั่นดีมา	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี