



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICE

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Advocacy)

โดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหนังสือ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy advocacy) กรมการแพทย์ ปี 2560

บรรณาธิการ แพทย์หญิงจิตสุตา บัวขาว

ที่ปรึกษากรมการแพทย์และผู้อำนวยการสำนักวิชาการแพทย์

ทีมบรรณาธิการ

1. นางสาวศิวาพร	สังรวม	สำนักวิชาการแพทย์
2. นายสมิทธิกร	เย็นวัฒนา	สำนักวิชาการแพทย์
3. นางสาวบุหพันธ์	ภูสุดสูง	สำนักวิชาการแพทย์
4. นางสาวภัทราภรณ์	สมศรี	สำนักวิชาการแพทย์
5. นายโสภณ	เกษสำโรง	สำนักวิชาการแพทย์
6. นางสาวสุภัทรา	ฝอฝน	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

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

- 1) ครอบครัวมีประวัติประสาทหูพิการในวัยเด็ก
- 2) ทารกเข้ารับการรักษานในหออภิบาล (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 พบปอยผมด้านหน้าสีขาว (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 หากทารกแรกเกิดเหล่านี้ไม่ได้รับการคัดกรองและไม่ได้รับการฟื้นฟูการได้ยินก็จะไม่สามารถสื่อสารหรือรับการศึกษาที่จะทำให้มีโอกาสในการพัฒนาตนเองหรือนำศักยภาพในตนเองไปสู่การเป็นประชากรที่มีคุณภาพและเป็นกำลังที่สำคัญของประเทศต่อไป

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

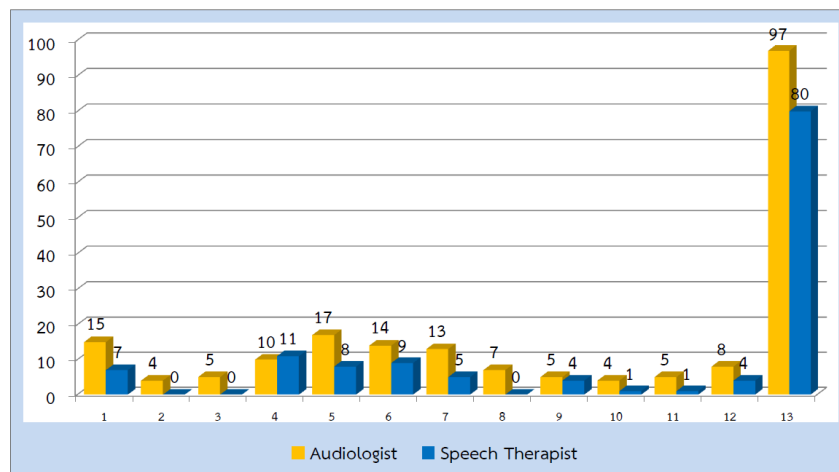
ในการติดตามตัวชี้วัด จำเป็นต้องมีระบบสารสนเทศที่จะนำมาใช้ในการรายงานและในส่วนของการทารกแรกเกิด มีส่วนของระบบสารสนเทศในการรายงานอยู่แล้ว ดังนั้นการพัฒนาส่วนนี้ สามารถเชื่อมต่อกับระบบเดิมที่มีอยู่ได้

4. กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

4.1 นำเสนอในมหาวิทยาลัย 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 สามารถตรวจคัดกรองและทำการดูแลรักษาและฟื้นฟู ได้ครบวงจร เป็นแหล่งในการผลิตแพทย์โสต ศอ นาสิก และแพทย์ต่อยอด จึงมีเครือข่ายทั่วประเทศ ซึ่งเป็นศักยภาพให้สามารถดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายที่จะผลักดันให้เกิดการคัดกรองการตรวจการได้ยินในเด็กแรกเกิดได้

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

โดย โรงพยาบาลราชวิถี

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

ประเด็นรองของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- เพื่อคัดกรองรอยโรคในช่องปากเพื่อค้นหามะเร็งช่องปากในระยะเริ่มแรก
- เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเข้าสู่ระบบการรักษาได้ในเวลาที่เหมาะสม

1. วัตถุประสงค์/ เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น ดังนั้นการค้นหาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และการให้การรักษามาตรฐานรวมทั้งการได้รับการรักษาในเวลาที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากมีผลการรักษาที่ดีขึ้น

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอ (โดยสรุป)

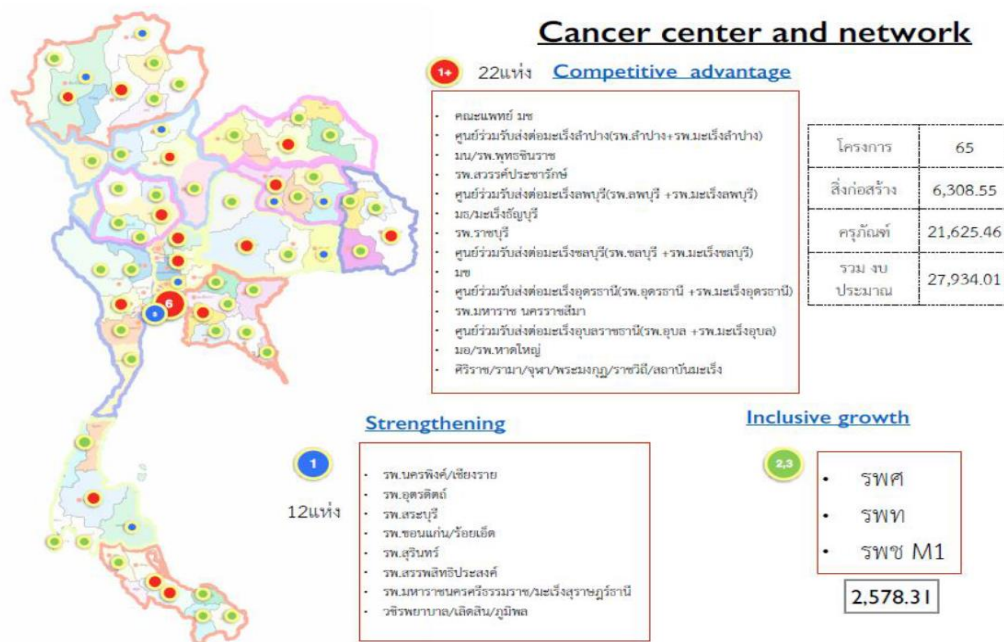
เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อย จากสถิติทะเบียนมะเร็ง Cancer in Thailand พบว่า ในเพศชายการเกิดมะเร็งช่องปากอยู่ในอันดับที่ 7 และวิธีการรักษามะเร็งประกอบด้วย การผ่าตัด การฉายรังสี และเคมีบำบัด ซึ่งส่วนใหญ่ของผู้ป่วยมักมาในระยะลุกลามต้องได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกัน การรักษานั้นสามารถทำได้ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือศูนย์มะเร็งเฉพาะทางซึ่งมีอย่างจำกัดจึงทำให้มีปัญหาของการเข้าถึงการรักษา และเกิดความล่าช้าจนทำให้มะเร็งมีการลุกลามในระหว่างรอรับการรักษา นอกจากนี้ผลการรักษายังขึ้นอยู่กับระยะของโรคล่าช้าคือการรักษามะเร็งในระยะแรกเริ่มให้ผลการรักษาที่ดีกว่าการรักษามะเร็งช่องปากในระยะลุกลาม ดังนั้นหากสามารถทำการคัดกรองรอยโรคในช่องปากและค้นหามะเร็งช่องปากในระยะเริ่มแรกเข้าสู่ระบบการรักษาได้จะส่งผลให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น 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 มะเร็งปากและคอ 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 โดยการรักษาตามแผนการรักษาในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะลุกลามต้องใช้เวลาถึง 16-18 สัปดาห์ จึงจะครบการรักษา หากเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา ก็จะใช้เวลามากกว่าที่กำหนด 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 ตามมาตรฐานการรักษาจะใช้การรักษาวิธีเดียว คือ การผ่าตัดหรือการฉายรังสี ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะลุกลาม จะต้องได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การผ่าตัด การฉายรังสีและเคมีบำบัด

ดังนั้นการจัดการบริการให้ผู้ป่วยมะเร็งช่องปากได้รับการรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสมคือ ระยะเวลาที่มะเร็งยังไม่เปลี่ยนแปลงระยะของโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งช่องปากระยะเริ่มแรก จะทำให้ผลการรักษาคืออัตราการรอดชีวิตสามารถเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้วได้

3.4 ข้อมูลคุณภาพการดูแลรักษา (Quality of care)

1) การเข้าถึงตามตัวชี้วัดได้แก่ ระยะเวลารอผลชิ้นเนื้อ ระยะเวลาในการรอผ่าตัดและระยะเวลารอการฉายรังสี 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) และอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่ปลอดมะเร็ง(Failure Free Survival)

พบว่าปัจจุบันการติดตามผู้ป่วยยังเป็นปัญหา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาหลายวิธีร่วมกันและไม่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเดียวกัน การติดตามต้องใช้ระยะเวลานาน ประกอบกับผู้ป่วยที่อยู่ในระยะลุกลามซึ่งมีการตอบสนองน้อยต่อการรักษา ผู้ป่วยเหล่านี้ก็จะไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ข้อมูลส่วนนี้ที่ไปถึงถึงผลการให้บริการแต่ไม่สามารถบอกผลได้ชัดเจน

3.5 ระบบข้อมูลการกำกับและติดตาม

1) ในการติดตามตัวชี้วัด ส่วนของการเข้าถึงอ้างอิงจากระบบ service plan ของโรคมะเร็ง มีการนิเทศติดตามตัวชี้วัด

2) การติดตามผลการรักษา มีการริเริ่มการพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อลงทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก โดยมีการจัดบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ระยะโรค รายละเอียดการรักษาและการติดตามการรักษา ซึ่งเป็นการจัดบันทึกข้อมูลร่วมกันในโรงพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก 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 แต่ยังไม่ทำตามเป้าหมาย 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 โครงการปลอดน้ำตาลในโรงเรียน 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 เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการรักษาที่เข้าถึงมากขึ้น
- 1.2 เพื่อให้การได้รับยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยเป็นไปตามความจำเป็นและเหมาะสม
- 1.3 ลดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดความดันโลหิตเกินความจำเป็น

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอ (โดยสรุป)

เนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง ถ้าหากไม่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้จะเกิดปัญหาแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดตามมาได้ แต่ในทางกลับกันถ้าหากว่ามีการใช้ยาลดความดันโลหิตมากกว่าที่จำเป็น ก็อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาที่ใช้รักษาได้ เช่น หน้ามืด เป็นลม หมดสติ เป็นต้น

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะมีความแตกต่างกันของความดันในช่วงระหว่างวัน ทำให้มีบางช่วงของวันที่มีความดันโลหิตต่ำหรือความดันโลหิตสูงได้ การวัดความดันโลหิตที่บ้าน (HBPM) นั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญในการตรวจวัดความดันโลหิต เพื่อประโยชน์ในการรักษาความดันโลหิตสูงให้เข้าถึงมาตรฐานมากขึ้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาลดความดันโลหิตเกินความจำเป็น

3. ข้อมูลปัจจุบันที่บ่งบอกความจำเป็นของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา

จากข้อมูลของ WHO พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยภาวะความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นทั่วโลก 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) ใกล้เคียงกับรายงานการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 3 เมื่อปี พ.ศ. 2547 ซึ่งพบความชุก ร้อยละ 22.0 (เพศชายร้อยละ 23.3 และเพศหญิงร้อยละ 20.9)

การกระจายตามภาคพบว่า กรุงเทพมหานครมีความชุกสูงที่สุดทั้งในเพศชาย 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

ข้อมูลสำนักกระบาดวิทยาในปี 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 โดยเฉพาะภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงที่สุดในช่วงปี 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 เข้าใช้บริการการคัดกรอง ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นรวมทั้งมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคหัวใจหลอดเลือดเพิ่มขึ้นกว่าเดิม

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (ปี พ.ศ. 2551-2552) พบว่า ในจำนวนผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 ในเพศชาย และร้อยละ 40 ในเพศหญิงไม่เคย ได้รับการวินิจฉัยมาก่อน และร้อยละ 8-9 ได้รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับ การรักษา นั้น ประมาณน้อยกว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาแต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์และอีกประมาณ 1 ใน 4 ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้ โดยเพศชายมีสัดส่วนของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรักษาและการควบคุมความดันโลหิตได้น้อยกว่าในผู้หญิงนอกจากนี้ จากรายงาน พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยสูงที่สุดรองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือและกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ ส่วนผู้ที่ไม่ได้รับการรักษานั้นภาคใต้มีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่น สำหรับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้นั้น กรุงเทพมหานครมีสัดส่วนของกลุ่มที่ได้รับการรักษาและควบคุมความดันโลหิตได้สูงสุด รองลงมาคือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ตามลำดับ

3.2 ข้อมูลภาระโรค (Burden of disease)

อัตราการตาย

ภาวะความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาที่พบบ่อยและทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตหรือโรคหัวใจและหลอดเลือด และจากการศึกษาของ Ezzati และคณะ ในปี พ.ศ. 2545 พบว่า ภาวะความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของอัตราการตายที่สูงที่สุดมากกว่าการสูบบุหรี่หรือโรคไขมันในเลือดสูง 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 เพศชายมีการตายสูงกว่าเพศหญิงทั้งในส่วนของอัตราการตายอย่างหยาบจำนวนการตาย 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 และแตกต่างกันตามเชื้อชาติ พบว่าในเชื้อชาติเอเชียจะมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบและโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า

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) เนื่องจากไม่จำเป็นต้องใช้การรักษาในผู้ป่วยที่ไม่จำเป็น 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 ยังอยู่ในวงจำกัด และไม่แพร่หลาย 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 ก็จะได้ในราคาที่ถูกลงกว่าสมัยก่อนได้ ทำให้มีโอกาสกระจายเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น

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

โครงการป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน

โดย โรงพยาบาลเลิดสิน

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การพัฒนาระบบการบริการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนไม่ให้เกิดกระดูกหักซ้ำ

ประเด็นรองของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การพัฒนาการเข้าถึงการรักษาโรคกระดูกพรุนที่เพียงพอและเหมาะสมของประชาชน

1. วัตถุประสงค์/ เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

พัฒนาระบบและจัดตั้งให้เกิดระบบการบริการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกข้อสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนไม่ให้เกิดกระดูกหักซ้ำ

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอ

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

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่เคยกระดูกสะโพกหักจะมีอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำสูงถึงร้อยละ 30 เนื่องจากขาดการดูแลรักษาภาวะกระดูกพรุนที่เหมาะสมภายหลังได้รับการผ่าตัดรักษากระดูกหักครั้งแรก

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

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

3. ข้อมูลปัจจุบันที่บ่งบอกความจำเป็นของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา

มีการคาดการณ์จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติว่า ประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรอายุมากกว่า 60 ปี อยู่ประมาณ 17.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 เป็นเพศชายประมาณ 7.6 ล้านคนและเพศหญิง 10 ล้านคน จากการศึกษาความชุกของโรคกระดูกพรุนประเทศไทยเมื่อ ปี พ.ศ. 2551 ในประชากรสูงอายุพบโรคกระดูกพรุนที่สะโพก ร้อยละ 19.3 ในเพศหญิงและร้อยละ 12.7 ในเพศชาย อุบัติการณ์การเกิดกระดูกข้อสะโพกหักในเพศชายและเพศหญิงอายุมากกว่า 50 ปี ประมาณ 162 ต่อประชากรแสนคน พิจารณาเฉพาะเพศหญิงอายุมากกว่า 75 ปีจะพบว่าอุบัติการณ์จะสูงถึง 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 ผู้ป่วยกระดูกสะโพกมีวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 20 วัน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยรวมการผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัดในปีแรกประมาณ 116,500 บาท หากปรับตามอัตราเงินเฟ้อร้อยละ 2 ต่อปี ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักประมาณ 150,000 บาทต่อคนในปีแรก จากการคาดประมาณอุบัติการณ์กระดูกข้อสะโพกหักปี พ.ศ. 2773 จะมีจำนวนผู้ป่วยใหม่ประมาณ 77,850 รายต่อปี ทำให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจต่อประเทศปีละหลายพันล้านบาท

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 กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดที่จะเกิดกระดูกหักอีกครั้ง 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) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนส่งเสริมการฟื้นตัวหลังผ่าตัดที่ดียิ่งขึ้น
- 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 1ปีพบว่า 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 ผลักดันและสร้างความเข้าใจในความสำคัญและกระบวนการสร้างทีม Capture the fracture ให้แก่เขตสุขภาพและโรงพยาบาลในเครือข่าย

ทีมนิเทศและตรวจราชการของกรมการแพทย์ ทำการสำรวจและประเมินโรงพยาบาลตามเกณฑ์และสรุปผลการประเมิน

ตัวชี้วัด

ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture

เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 2561: มีทีม capture the fracture ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพและลดอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำเหลือน้อยกว่า ร้อยละ 10

คำนิยาม

ทีม Capture the fracture คือ สหสาขาวิชาชีพที่ร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีบุคคลช่วยประสานและดำเนินการ (Liaison)

สหสาขาวิชาชีพ หมายถึง ทีมงานที่ประกอบไปด้วยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ อายุรกรรม เวชศาสตร์ฟื้นฟู วิชาญแพทย์ 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

การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคผิวหนังที่เป็นเรื้อรังและรุนแรงให้มีการดูแลรักษาถึงบ้าน ด้วยวิดีโอแบบออนไลน์ (telemedicine)

ประเด็นรองของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การพัฒนาการเข้าถึงการบริการของประชาชนให้สามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็วด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย

1. วัตถุประสงค์/ เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อให้มีการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคผิวหนังที่เป็นเรื้อรังและรุนแรงให้สามารถดูแลตนเองได้ เป็นอย่างดีที่บ้านทำให้ผู้ป่วยมีผลการรักษาที่ดีและมีความปลอดภัยรวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอ (โดยสรุป)

โรคผิวหนังเป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ จากข้อมูลของสำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรคผิวหนังพบบ่อยเป็นอันดับที่ 8 จากสถิติโรคผู้ป่วยนอกทั่วประเทศ (ไม่รวมกทม.) ในปี พ.ศ. 2557 และพบว่า โรคผิวหนังพบบ่อยเป็นอันดับที่ 12 จากสถิติโรคผู้ป่วยนอกทั่วประเทศ (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 โดยค่ารักษายาจะมากหรือน้อยกว่านี้ขึ้นกับชนิดและภาวะความรุนแรงของโรค จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้ว จะต้องได้รับการติดตามที่บ้านอย่างต่อเนื่องด้วย เนื่องจากต้องระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตได้

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

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

จะเห็นว่าโรคผิวหนังเป็นโรคที่สามารถให้การวินิจฉัยด้วยตาเปล่าและแนะนำติดตามการรักษาแบบวิดีโอแบบออนไลน์น่าจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยจำนวนมากนโยบายควรประกอบด้วยการพัฒนาเชิงระบบ ได้แก่

- มีทีมดูแลผู้ป่วยถึงบ้าน อาจจะเป็นการเยี่ยมบ้านทาง telemedicine เพื่อให้มีการดูแลสุขภาพทางร่างกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการแม้ว่าอยู่ในที่ห่างไกล การดูแลสภาวะแวดล้อมให้ปราศจากเชื้อ ผู้ป่วยและญาติสามารถต่อสายด่วนเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉิน

- สร้างเครือข่ายอาสาสมัครชุมชน โรงพยาบาลและสถานบริการในระบบสุขภาพให้มีการประสานงานในกรณีรายงานผู้ป่วยผิวหนังที่เป็นรุนแรง โดยให้มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและให้คำแนะนำการรักษา รวมทั้งความร่วมมือในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านให้ความรู้ผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพเฉพาะโรคการจัดส่งยา แบบโรงพยาบาล-โรงพยาบาล และเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือป้องกันไม่ให้โรคเป็นมากขึ้น โดยในเครือข่ายมีการสร้างเสริมความรู้ในวิทยาการการรักษาร่วมกันทาง teleconference

- ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยตระหนักถึงแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมาพบแพทย์ได้เร็วเพื่อให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ตลอดจนป้องกันผลข้างเคียงจากการรักษาและมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผิวหนังด้วยตนเอง

- ให้มีการทำวิจัยด้านระบาดวิทยาด้านโรคผิวหนังเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีภาวะโรคผิวหนังที่เป็นเรื้อรังหรือรุนแรง รวมทั้งหาปัญหา สาเหตุและผลกระทบทางสุขภาพของโรคผิวหนังในภาพรวมของประเทศ

- ให้มีการฝึกอบรมการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคผิวหนังแก่แพทย์และประชาชนทั่วประเทศไทย โดยสถาบันการศึกษาที่มีความรู้ความชำนาญเพื่อให้มีการดูแลรักษาตามมาตรฐานอย่างทั่วถึง

- ให้มีการจัดทำ database และระบบติดตามผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มีความรุนแรง เพื่อให้มีการเก็บข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุงการรักษาและใช้ในการเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากโรคหรือยาที่ใช้รักษา

3. ข้อมูลปัจจุบันที่บ่งบอกความจำเป็นของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา

โรคผิวหนังเป็นโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ จากข้อมูลของสำนักนโยบายและแผนกระทรวงสาธารณสุข 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 โรคสะเก็ดเงินอาจจะเกิดขึ้นมาเองหรือสัมพันธ์กับปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดโรคและกระตุ้นให้อาการกำเริบได้ 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 ซึ่งพบได้ในเพศชายและเพศหญิง 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 ควรประกอบไปด้วยกิจกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อความคุ้มค่าอย่างมีประสิทธิภาพในการให้บริการดังนี้ คือ

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

3.4 ข้อมูลคุณภาพการดูแลรักษา (Quality of care)

ปัจจุบัน ผู้ป่วยโรคผิวหนังที่เป็นเรื้อรังและรุนแรงส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาทันทีที่โรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน 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 ในด้านการติดตามและประเมินผู้ป่วยด้วยการพบแพทย์และพยาบาลแบบวิดีโอออนไลน์ควบคู่ไปกับการทำวิจัยเพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในการทำกิจกรรมนี้และงานวิจัยเชิงระบาดวิทยาเพื่อค้นหาปัญหาจากโรคผิวหนังที่มีผลต่อสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้งคณะกรรมการ Center of Excellent Care ในภาวะโรคสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพื่อร่างรูปแบบโครงการและกิจกรรมที่ทำในหน่วยงานภาคีเครือข่าย

5. ความเป็นไปได้ในการผลักดันเป็นนโยบาย

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

สมรรถนะของคลินิกอาชีวเวชศาสตร์

โดย โรงพยาบาลพรัตนราชธานี

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สมรรถนะของคลินิกอาชีวเวชศาสตร์

ประเด็นรองของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

มาตรฐานของคลินิกอาชีวเวชศาสตร์และมาตรฐานของการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

1. วัตถุประสงค์/ เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จัดทำเกณฑ์การประเมินคลินิกอาชีวเวชศาสตร์และเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจากการทำงาน

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอ (โดยสรุป)

ปัจจุบันมีการจัดตั้งคลินิกโรคจากการทำงานในโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศเพื่อให้คนงานได้รับการวินิจฉัยโรคจากการทำงานและนำไปสู่การป้องกันโรคจากการทำงานต่อไป อย่างไรก็ตาม การทำงานป้องกันและวินิจฉัยโรคจากการทำงานในแต่ละคลินิกยังมีความแตกต่างกัน ซึ่งทำให้การรวบรวมข้อมูลโรคจากการทำงานในประเทศไทยทำได้ยากและยังทำให้มีปัญหาต่อการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในคลินิกแตกต่างกันในแต่ละที่

3. ข้อมูลปัจจุบันที่บ่งบอกความจำเป็นของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา

โรคจากการทำงานที่พบบ่อย ได้แก่ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อเกี่ยวเนื่องจากการทำงาน 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 โรงพยาบาลอาชีวอนามัย นักวิชาการและเครื่องมือการตรวจพิเศษทางอาชีวอนามัย ทำให้ไม่สามารถดูแลคนงานได้ครอบคลุมทั่วประเทศ

มาตรฐานการตรวจทางอาชีวเวชศาสตร์ และมาตรฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านพิษวิทยาที่จะสนับสนุนการวินิจฉัยโรค

3.5 ระบบข้อมูลการกำกับและติดตาม

จัดทำมาตรฐานการทำงานของคลินิกโรคจากการทำงานเพื่อพัฒนาการป้องกันโรคจากการทำงาน และจัดทำมาตรฐานการวินิจฉัยโรคจากการทำงานเพื่อให้การวินิจฉัยโรคจากการทำงานทำได้ถูกต้อง

4. กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ทำเกณฑ์มาตรฐานของคลินิกอาชีวเวชศาสตร์เพื่อใช้ในการประเมินงานคลินิก 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

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 และการสร้างฐานความรู้ Thailand Dental Service Profile Repository

1. เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อสร้างเครือข่ายข้อมูลของแผนกทันตกรรมในสังกัดกรมการแพทย์โดยเน้นข้อมูลงานทันตกรรมระดับตติยภูมิ และมีเป้าหมายขยายเครือข่ายไปสู่โรงพยาบาลอื่นๆ ทั่วประเทศรวมถึงเชื่อมโยงข้อมูลกับ Health information system

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การสรุปสถานะปัจจุบันของสุขภาพช่องปากในประเทศไทย เช่น ปัญหาโรคช่องปาก เป็นต้น โดยวิธีรวบรวมข้อมูลเท่าที่มีอ้างอิงได้ เปรียบเทียบกับข้อมูลต่างประเทศ เพื่อพยายามแสดงถึงระดับวิทยา ภาระของโรค ความไม่เท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการทางทันตกรรม คุณภาพบริการทันตกรรม ความคุ้มค่าของกระบวนการรักษาโรคที่สำคัญหรือโรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจในภาพรวม ที่ปรากฏในหนังสือ Thailand Medical Service Profile เล่มแรก โดยแสดงข้อมูลของโรคทันตกรรมและการให้บริการทันตกรรมในระดับต่างๆ เน้นระดับตติยภูมิเพื่อนำเสนอแนวทางการเก็บข้อมูลแห่งชาติที่ภาครัฐยังขาดข้อมูลที่จะใช้ตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับเวชศาสตร์สาธารณสุข การวางแผนนโยบายที่เกี่ยวข้องกับทันตกรรมในระดับชาติ ได้นำแหล่งข้อมูลระดับชาติ เปรียบเทียบกับข้อมูลต่างประเทศ 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 7 กลุ่ม ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้เปรียบเทียบกับระดับนานาชาติ ได้แก่ โรคฟันผุ โรคปริทันต์ โรคเมเร็งช่องปาก 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

	โรคฟันผุ	โรคปริทันต์หรือโรคเหงือก	ละอองในช่องปาก	โรคติดเชื้อในช่องปาก	การได้รับอุบัติเหตุ	การสบฟันผิดปกติ	รอยโรคทางกรรมพันธุ์
ระบาดวิทยา : สถานะของสุขภาพช่องปากในประเทศไทย ปัญหาโรคช่องปาก แนวโน้ม และปัจจัยเสี่ยง	●	●	●	●	●	●	● Cleft ●
ภาระโรค	●	●	●	HIV ●	●	●	● Cleft ●
Cost effectiveness intervention Implant	●	●	●	●	●	●	●
คุณภาพบริการทันตกรรม : 1. การเข้าถึงบริการ - การรับบริการ สิทธิในการรักษาพยาบาล การวัดคุณภาพบริการ 2. สถานการณ์ระบบบริการทันตกรรมในปัจจุบัน - ทรัพยากร Service plan	●	●	●	●	●	●	●
ระบบข้อมูลและการติดตาม	●	●	●	HIV ●	●	●	●
ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาและการจัดการความรู้	●	●	●	●	●	●	●

 ไม่พบข้อมูลเป้าหมาย

 พบข้อมูลเป้าหมายบ้างแต่ไม่สมบูรณ์

 พบข้อมูลเป้าหมายจำนวนน้อย

 พบข้อมูลเป้าหมายใช้อย่างดี

ตารางข้อมูลแสดงปัญหาเรื่องข้อมูลทางระบาดวิทยาในประเทศไทยไม่ได้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคของปัญหาช่องปากทั้ง 7 กลุ่ม ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ใช้เปรียบเทียบ ได้แก่

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

ส่วนใหญ่ยังขาดข้อมูลภาระโรค ข้อมูลการรักษา การให้บริการทางทันตกรรม และการใช้ทรัพยากร

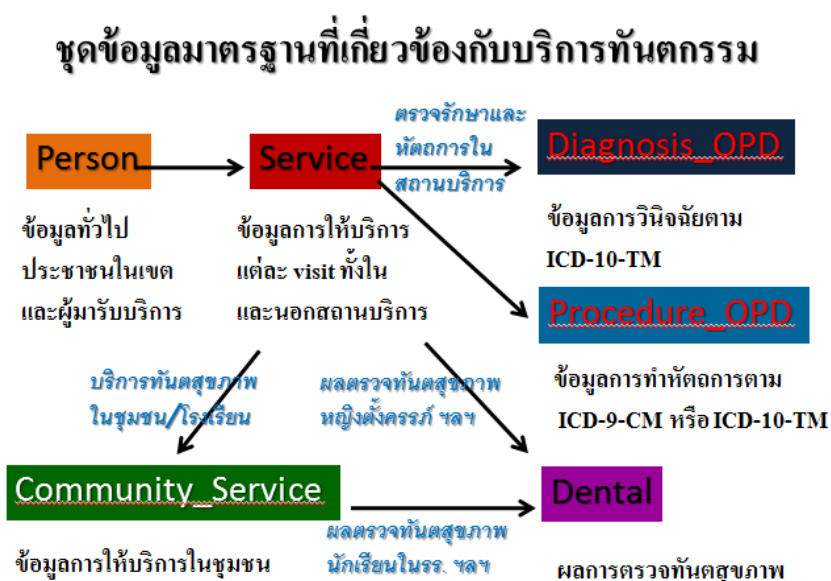
มีข้อมูลระบาดวิทยา และภาระโรคในหัวข้อเฉพาะ ได้แก่ Cleft และ HIV อยู่บ้างเป็นจำนวนน้อย

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

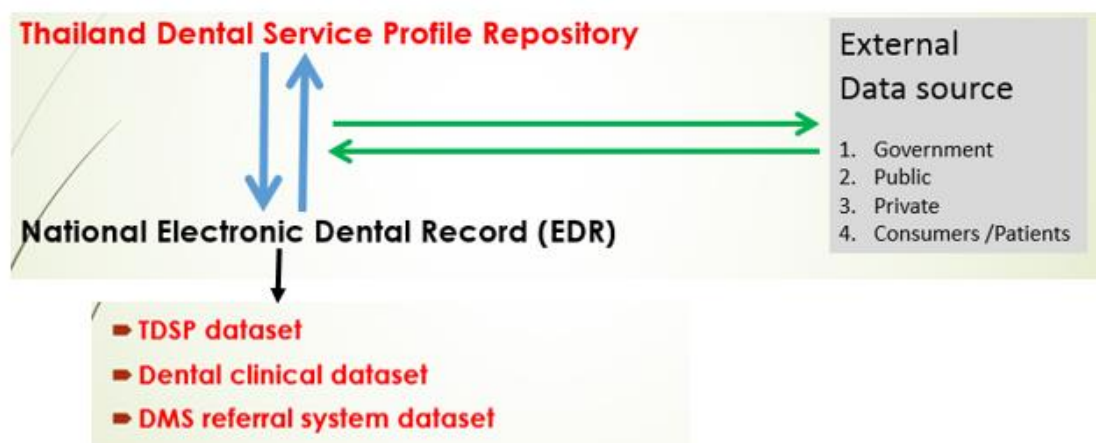


รูปภาพที่ 3 ชุดข้อมูลมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับบริการทางทันตกรรมของกรมอนามัย

ไม่มีการบูรณาการกับข้อมูลทางด้านการแพทย์ ไม่มีข้อมูลระบบการส่งต่อทางทันตกรรม และขาดการเชื่อมโยงข้อมูลการบริการทางทันตกรรมในภาครัฐในระหว่างหน่วยงานที่ให้บริการทันตกรรม ระดับตติยภูมิ

4. กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การวางกลยุทธ์และวิธีการเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนข้อมูลซึ่งเป็นปัญหาหลักของการวางแผนระบบการรักษาทางทันตกรรมในประเทศไทย แสดงในรูปภาพที่ 4



รูปภาพที่ 4 แสดงกลยุทธ์เพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนข้อมูลทันตกรรมสำหรับกรมการแพทย์

ข้อมูลจากการรวบรวมเพื่อทำหนังสือ Thailand Medical Service Profile ตั้งแต่เล่มแรกเมื่อรวบรวมจัดเก็บเป็นระบบสามารถจัดทำเป็นฐานความรู้ของบริการทางทันตกรรมของประเทศไทย (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 ในเล่มต่อไป และฐานความรู้ของบริการทางทันตกรรมของประเทศไทยสามารถเป็นประโยชน์สำหรับประชาชน แพทย์ ทันตแพทย์ นักวิจัย ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ทันตบุคลากร และผู้กำหนดนโยบายที่จะใช้เป็นข้อมูล เพื่อวางนโยบายให้มีการรักษาพยาบาลที่สมคุณค่า ใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อให้การบริการทันตกรรมสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนในประเทศไทยได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ในส่วนของการบูรณาการแพทย์ ซึ่งรับผิดชอบการให้บริการทันตกรรมในระดับตติยภูมิเป็นหลักควรเป็นผู้วางนโยบายเกี่ยวกับ National Electronic Dental Record โดยเน้นข้อมูลการบริการระดับตติยภูมิ และเป็นผู้พัฒนาชุดข้อมูลมาตรฐาน 3 ชุดด้วยกัน คือ Thailand dental service profile dataset, Dental clinical dataset, DMS referral system dataset ซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการบูรณาการข้อมูลทันตกรรมในระหว่างหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ในขั้นต้น

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 ทันตแพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย 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 ซึ่งจากการประมาณการณ์ จำนวนผู้ป่วยโรคลมชักทั่วโลก พบว่า มีจำนวนมากถึง 50 ล้านคน และ ร้อยละ 80 ของผู้ป่วย อาศัยอยู่ในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำถึงปานกลาง (low and middle income countries) ซึ่ง 3 ใน 4 ของจำนวนผู้ป่วยโรคลมชักที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีระดับรายได้ต่ำถึงปานกลางไม่สามารถเข้าถึง บริการรักษาโรคลมชักได้ จึงมีผลให้ผู้ป่วยโรคลมชักส่วนใหญ่รวมทั้งครอบครัวของผู้ป่วย ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

2. ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน (Current situation)

การรักษาโรคลมชักโดยทั่วไป คือ การรับประทานยากันชัก ซึ่งในปัจจุบันมียากันชักที่มี กลไกในการป้องกันที่หลากหลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60-70) สามารถหยุด/ควบคุม อาการชักได้ จากการรักษาด้วยยา แต่ยังมีผู้ป่วยประมาณ ร้อยละ 36 ที่ยังคงมีอาการชัก แม้ได้รับการ รักษาด้วยยาที่เหมาะสมแล้วก็ตาม ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยลมชักที่ดื้อต่อยา (drug resistant epilepsy) ซึ่งการรักษาโดยการผ่าตัดสามารถเพิ่มโอกาสผู้ป่วยหายขาดจากอาการชักหรือ มีอาการชักลดลงได้ ถ้าได้รับการประเมินที่เหมาะสม การรักษาด้วยยา และการผ่าตัดโรคลมชัก ในปัจจุบัน มีการให้บริการที่จำกัดเฉพาะในสถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลบางแห่ง รวมทั้งขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักในโรงพยาบาลระดับ ปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ จึงทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาที่เหมาะสมได้ เช่น การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกับอาการชัก ความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วยมาประเมินการรักษาโดยการ ผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยมีภาวะดื้อต่อยา มีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมในระยะยาว

3. องค์ประกอบในการเขียน Thailand Medical Services Profile

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา (Epidemiology)

อัตราความชุก (Prevalence rate)

จากรายงานผลการศึกษาทั่วโลกพบว่า โรคลมชักมีความชุก ประมาณ 8.2 ต่อประชากรพันคน คาดว่าตัวเลขนี้อาจต่ำกว่าความเป็นจริง จากการศึกษาในประเทศกำลังพัฒนามีผู้ป่วยลมชักส่วนใหญ่ อาศัยอยู่พบว่า 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, toxemia, preeclampsia, prematurity, low birth weight, neonatal seizures or asphyxia, small for gestational age, delivery 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 เนื่องจากผู้ป่วยลมชักในประเทศเหล่านี้ จะไม่ได้รับวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการชัก

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 ในเพชฌัญญ์ และจากข้อมูลภาระโรคของทั่วโลก พบว่าภาระโรคดังกล่าวจะสูงในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากผู้ป่วยโรคลมชักมักไม่ได้รับการรักษา เพราะมีปัญหา Treatment gap ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการรักษาโรคลมชักได้

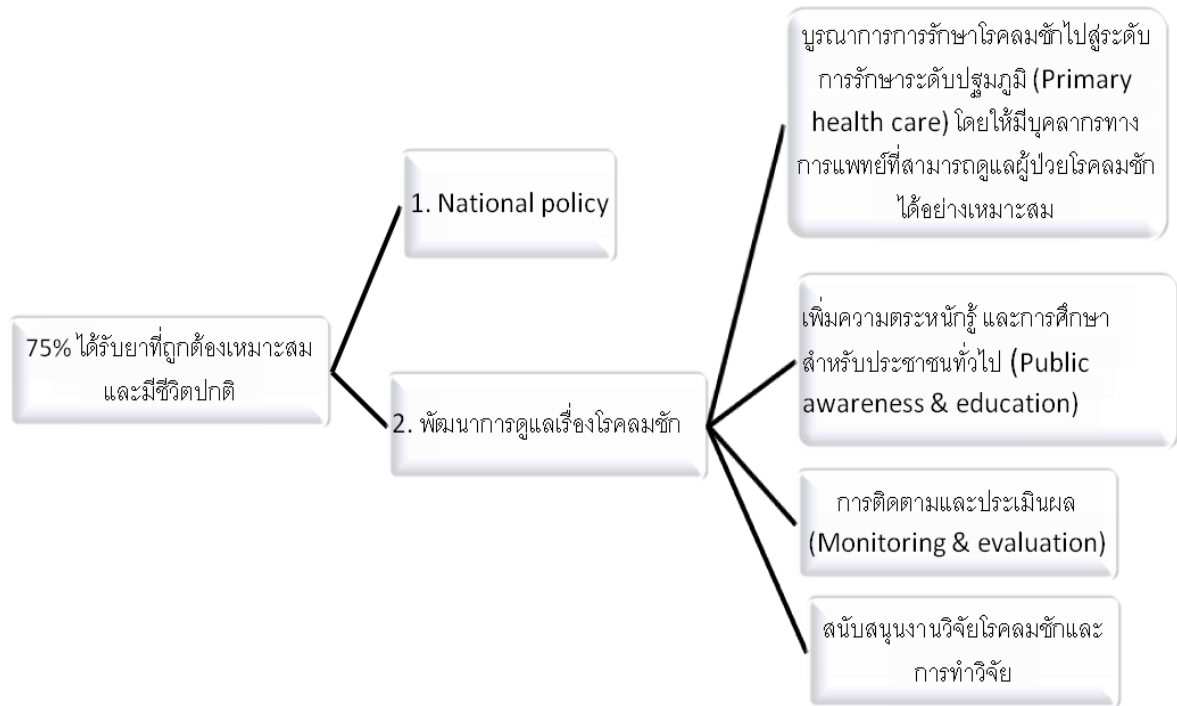
3.3 ข้อมูลความคุ้มค่าของการบริการ (Cost effectiveness of intervention)

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 มีสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการศัลยกรรมผ่าตัดลมชักระดับสูงอยู่เพียง 5 แห่ง คือ สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จะดูแลผู้ป่วยโรคลมชักรักษายากด้วยการผ่าตัด ร้อยละ 10 ของผู้ป่วยโรคลมชักทั้งหมด คิดเป็นประมาณ 60,000 คน นอกจากนี้พบว่า ความชุกของโรคลมชักในประเทศไทย มีอัตรา 7:1,000 จากการศึกษาของสมาคมโรคลมชักแห่งประเทศไทยผู้ป่วยที่สามารถเข้าถึงการรักษาประมาณ 3 : 1,000 พบว่า ร้อยละ 57 ของผู้ป่วยโรคลมชักไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาที่เหมาะสมได้ เนื่องจากการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคลมชักในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสมกับอาการชัก ความล่าช้าในการส่งต่อผู้ป่วยมาประเมินการรักษาโดยการผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยมีภาวะดื้อต่อยา ซึ่งมีผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมในระยะยาว ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคลมชักของประเทศไทยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง ได้เข้าถึงการรักษาโรคลมชัก จึงขอเสนอนโยบายพัฒนาการรักษาโรคลมชัก ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 นโยบายที่พัฒนาการรักษาโรคไม่ติดต่อ

3.5 ข้อมูลการกำกับและติดตาม (Monitoring and evaluation)

สถาบันประสาทวิทยาได้วางแผนจัดทำโครงการพัฒนาการเข้าถึงการรักษาโรคไม่ติดต่อ โดยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการและบริการ ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M, F ในทุกเขต สุขภาพ และมีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อกำกับและติดตามการดำเนินงาน รวมทั้งมีระบบข้อมูลการ เทียบเคียงตัวชี้วัด (Benchmarking) คุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อโดยการผ่าตัด

4. กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การลด Treatment gap ในบริการรักษาโรคไม่ติดต่อ เพื่อลดภาระโรค ของโรคไม่ติดต่อ จะต้อง มีการดำเนินงาน ดังนี้

1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ โดย มุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพของสถานพยาบาลปฐมภูมิ และบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่ใช่แพทย์เฉพาะ ทางด้านโรคไม่ติดต่อ ให้สามารถให้บริการรักษา/ คัดกรองผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในชุมชนให้เข้าสู่กระบวนการ รักษาได้

2) การพัฒนารูปแบบการให้บริการรักษาที่เหมาะสม เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างมี ประสิทธิภาพในทุกเขตสุขภาพของประเทศ

3) การผลักดันให้การรักษาโรคไม่ติดต่อ ให้มีความครอบคลุมในระบบการประกันสุขภาพ ในระดับประเทศ

4) การให้ความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ ให้แก่ประชาชน เพื่อสร้างความ ตระหนักรู้ในการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อให้แก่ประชาชนและสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ให้แก่สังคม สาธารณะ รวมทั้งให้เพื่อเป็นการลดผลกระทบที่จะเกิดกับผู้ป่วย ครอบครัว ตลอดจนเศรษฐกิจและ สังคมโดยรวม

โดยตั้งเป้าหมายระยะแรกคือ ให้มียากันชักที่จำเป็นตามระดับโรงพยาบาลในประเทศ พัฒนาการจัดตั้งคลินิกโรคไม่ติดต่อระดับตติยภูมิ หุติยภูมิ 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 และมีการจัดทำโครงการจัดทำทะเบียนเคียงตัวชี้วัดคุณภาพและประสิทธิภาพการรักษาผู้ป่วยลมชักโดยการผ่าตัดของศูนย์ผ่าตัดโรคลมชักระดับสูงดังกล่าว เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการรักษาโรคลมชักระดับต่างๆ ในประเทศไทย รวมทั้งเป็นแหล่งอ้างอิงในระดับชาติและนานาชาติต่อไป

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย/ คนพิการแบบองค์รวม

โดย สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นำเสนอรูปแบบระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เหมาะสมโดยเฉพาะการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Intermediate Care Service Plan)

ประเด็นรองของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย -

1. วัตถุประสงค์/ เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อนำเสนอแนวคิด รูปแบบระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่เหมาะสมโดยเฉพาะการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease) ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord Injury) และผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ (Traumatic brain injury) ระยะฟื้นฟูโดยมุ่งเน้นให้เกิดการเข้าถึงระบบการฟื้นฟูผ่านการสนับสนุนกลไกการทำงานระดับเขต จังหวัดตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในชุมชน

2. ที่มาและความสำคัญของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เสนอ (โดยสรุป)

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

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 ได้รับการฟื้นฟู 1,930 ราย คิดเป็น ร้อยละ 42.9 ซึ่งมีทั้งการได้รับการแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งนี้ในประเทศไทย ยังไม่มีการจัดทำเกณฑ์ที่ชัดเจนในการแยกกลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอก หรือแบบเยี่ยมบ้าน และการเลือกรูปแบบบริการฟื้นฟู ในปัจจุบันมักขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งยังขาดระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ได้มาตรฐาน จึงยังส่งผลให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงและได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมเพียงพอ นอกจากนี้งานวิจัยเรื่อง “การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐกติกในการให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดในสมอง” (อรทัย เทียวเจริญ และคณะ 2554) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง ระยะกึ่งเฉียบพลัน (subacute and non acute phase) ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการฟื้นฟูพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูมีคะแนน Bathel index และ Quality-Adjusted life year; QALY (ดัชนีปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพ) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (incremental cost effectiveness ratio : ICER) ของการบริการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองต่อ QALY เท่ากับ 24,571 บาท ดังนั้น แสดงให้เห็นว่าการบริการด้านเวชกรรมฟื้นฟูถึงแม้จะมีค่าใช้จ่ายสูง แต่มีความคุ้มค่าเพราะทำให้ผู้ป่วยที่จากโรคหลอดเลือดในสมองมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและค่าใช้จ่าย (คิดเป็นเงิน 68,798 บาท) ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าค่าใช้จ่ายที่ยอมรับได้ว่ามีประโยชน์ในการบริการด้านเวชกรรมฟื้นฟู (cost effectiveness acceptability curves for quality-adjusted life-year gained using the net benefit approach=100,000 บาท) แม้จะมีข้อจำกัดในงานศึกษานี้ ในบางประเด็น เช่น กลุ่มผู้ป่วยมีความรุนแรงของโรคหลากหลาย เป็นต้น ได้แสดงถึงความเป็นจริงของโรคหลอดเลือดในสมองที่มีหลากหลายลักษณะและการศึกษานี้ทำการศึกษาเพียง 2 โรงพยาบาล จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของข้อมูลในประเทศไทยได้ทั้งหมด ดังนั้นควรมีการศึกษาแบบ multicenter ทั่วประเทศ อีกทั้งเป็นการศึกษาในระยะยาว 4 เดือน ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อประเมิน ความคุ้มค่าอย่างมีประสิทธิภาพของการให้บริการด้านเวชกรรมฟื้นฟูต่อไป

3.3 ข้อมูลคุณภาพการดูแลรักษา (Quality of care)

ปัจจุบันมีการจัดรูปแบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะฟื้นฟูที่หลากหลายตามแต่บริบทของสถานพยาบาล และความต้องการของผู้ป่วย เช่น การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลชุมชน การให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น การลงเยี่ยมและให้บริการที่บ้าน การฝึกอบรมอาสาสมัครในท้องถิ่น หรือครอบครัวเพื่อดูแลกันเองแทนนักวิชาชีพ โดยพบว่า อัตราการเข้าถึงบริการในรูปแบบบริการแบบผู้ป่วยในค่อนข้างต่ำ แต่สูงขึ้นเมื่อมีการขยายบริการออกเป็นแบบผู้ป่วยนอก หรือแบบเยี่ยมบ้าน แต่ระบบบริการฟื้นฟูดังกล่าวยังขาดแนวทางกำกับติดตามมาตรฐานกลางที่เป็นรูปธรรม นอกเหนือจากมาตรฐานวิชาชีพตามรายละเอียดของทิมสหสาขา รวมถึงความขาดแคลนกำลังคนในสาขาที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกิจกรรมบำบัด นัก

แก้ไขการพูด พยาบาลฟื้นฟูสภาพ นักกายอุปกรณ์ นักจิตวิทยา เครื่องมือและงบประมาณ เป็นต้น โดยเฉพาะในพื้นที่ส่วนภูมิภาค ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้ น่าจะแก้ไขด้วยการวางแผนระบบบริการ (Service Plan) ที่เหมาะสม ตัวอย่างที่ดีของการให้บริการรวมทั้งระบบบริการหลากหลายรูปแบบ จึงมีให้เห็นในทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย แต่ยังคงขาดนโยบายและระบบสนับสนุนการให้บริการ ที่ชัดเจน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้พัฒนา intermediate care service plan ขึ้นด้วยความร่วมมือของทีมนสหวิชาชีพและสถานพยาบาลทุกระดับ โดยมุ่งหวังที่จะช่วยให้ผู้ป่วยระยะกลางเข้าถึงและได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ดีอย่างต่อเนื่องจนส่วนหนึ่งสามารถกลับไปเป็นพลังของสังคมได้นับเป็น service plan ที่พัฒนาขึ้นด้วยใจและความปรารถนาดีที่เริ่มต้นพัฒนามาจากในหลากหลายพื้นที่สู่นโยบายระดับชาติในที่สุด

3.4 ระบบข้อมูลการกำกับ และติดตาม

การจัดการระบบข้อมูลและสร้างรูปแบบการให้บริการการรักษาทุกกลุ่มโรคและกลุ่มวัยตามแนวทางกำกับติดตามระบบบริการ (Service plan) รวมทั้งระบบการติดตามการให้บริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่จังหวัด และเขตสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานการฟื้นฟูและขยายผลถึงผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่มีโอกาสเกิดความพิการได้ ซึ่งเป็นโอกาสสำคัญที่จะกระตุ้นให้เกิดการวางแผนพัฒนาระบบงานฟื้นฟูสมรรถภาพในระบบสุขภาพได้อย่างครอบคลุม ตรงประเด็นปัญหา และต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคน เครื่องมืออุปกรณ์ และงบประมาณได้อย่างเป็นรูปธรรม

4. กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

โดยมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพิจารณาผลักดันกลไกต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- 4.1 สนับสนุนกลไกการทำงานระดับเขต จังหวัด รพศ. รพท. รพช. รพ.สต. และในชุมชน
- 4.2 พัฒนาศูนย์บริการ สถานที่ และอุปกรณ์ วัสดุครุภัณฑ์ต่างๆ เพื่อรองรับการให้บริการ Intermediate care ในสถานบริการทุกระดับ ต่อเนื่องจนถึงในชุมชน
- 4.3 สนับสนุนการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบบริหารจัดการข้อมูล ที่เป็นรูปแบบเดียวกันในระดับประเทศ
- 4.4 การสนับสนุนทางด้านวิชาการและเทคโนโลยีเพื่อการฟื้นฟู
- 4.5 พัฒนาระบบการจ่ายค่าบริการที่เหมาะสมทั้งในส่วน of กระทรวงสาธารณสุขและ 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 เดือนหลังจากวันที่สามารถรับบริการฟื้นฟูได้ โดยเป็นการสร้างระบบบริการเชื่อมโยงกันระหว่างสถานพยาบาลทุกระดับโดยทีมนสหวิชาชีพ และมีรูปแบบบริการที่หลากหลายทั้งแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ในชุมชน

และการเยี่ยมบ้าน ขึ้นอยู่กับความพร้อมของผู้ให้บริการและตามความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยและญาติ โดยมีเป้าหมายว่า เมื่อครบ 6 เดือน ประเมิน 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 5 ปี เท่ากับร้อยละ 50.5 มะเร็งปากมดลูกมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปี เท่ากับร้อยละ 53.7 (ข้อมูลจาก concord survival 2017)

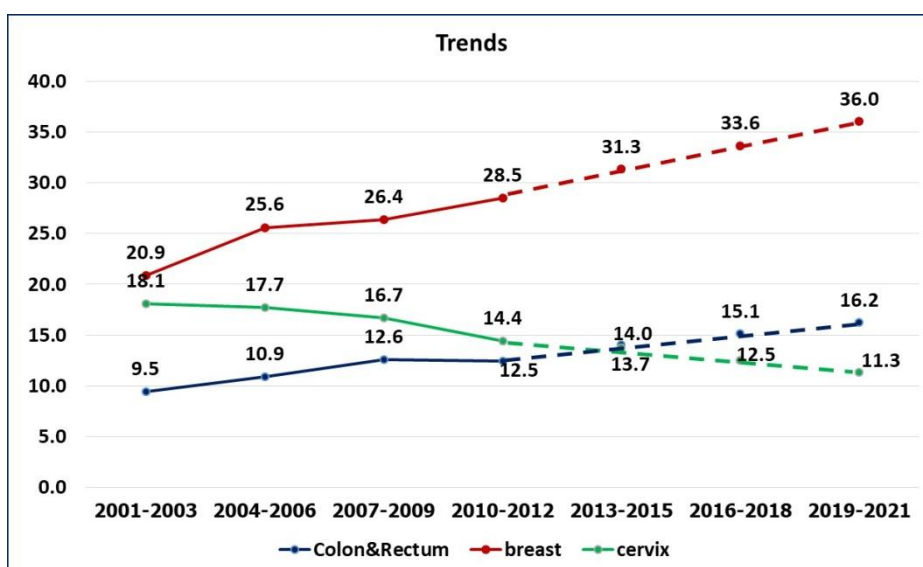
การพัฒนากระบวนการเข้าถึงการรักษาโรคมะเร็งที่พบบ่อยในกลุ่มที่ให้ผลการรักษาดี จะช่วยสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนภายในเขตสุขภาพ นำไปสู่การพัฒนาการรักษาโรคมะเร็งอื่นๆ ต่อไป

3. ข้อมูลปัจจุบันที่บ่งบอกความจำเป็นของการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่

3.1 ข้อมูลระบาดวิทยา

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

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



รูปภาพที่ 5 อุตการณ์โรคมะเร็งเต้านม 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

โดยอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งรายใหม่และภาพรวมการเสียชีวิตที่เกิดจากผู้ป่วยรายใหม่แบบสะสมจากข้อมูลสำนัคนโยบายและยุทธศาสตร์ ในวันที่ 31 สิงหาคม 2560 (ไม่สามารถคำนวณอัตราการรอดชีวิตตามระยะโรคได้) 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 ต้องอาศัยการบริหารจัดการในภาพรวมของกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคลเป็นกรณีพิเศษ โดยเฉพาะด้านการผ่าตัดและรังสีรักษา เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ

การลงทุนประเดิมของหน่วยรังสีรักษาที่ได้มาตรฐานในปัจจุบันมีราคาสูงกว่า 150 ล้านบาท หากรวมกับค่าประกันความเสียหายของครุภัณฑ์รายปี (ร้อยละ 5-8 ของราคาต่อเครื่องตลอดอายุเครื่อง) การเปิดบริการเพียงวันละ 8 ชั่วโมง ในขณะที่เครื่องสามารถให้บริการได้วันละ 12-16 ชั่วโมง เนื่องจากขาดบุคลากร ไม่สามารถให้สวัสดิการและค่าตอบแทนที่เหมาะสม ระเบียบการจัดบริการ และการบริหารทรัพยากรบุคคลภายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบเดียวกันอย่างเป็นธรรม โดยมีระเบียบรองรับเพื่อลดการสูญเสียโอกาสการเข้าถึงบริการและมูลค่าการลงทุน

3.4 ข้อมูลคุณภาพการดูแลรักษา (Quality of care)

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

ตารางที่ 4 ทรัพยากรด้านโรคมะเร็งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขปี 2560

เขต	คัลยแพทย์ ทั่วไป/ คัลยแพทย์ ระบบลำไส้(คน)	สูตินรีแพทย์ สาขามะเร็ง นรีเวช (คน)	โรงพยาบาลที่ให้ ยาเคมีบำบัด (A,S,M๑) แห่ง	แพทย์ อายุรกรรม โรคมะเร็ง (คน)	แพทย์ รังสี รักษา/ นักฟิสิกส์ (คน)	เครื่องฉาย รังสี/ 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 นอกจากนี้ยังมีแผนการพัฒนาระบบเชื่อมโยงกับระบบการติดตามของ primary care cluster เพื่อหาอัตราการรอดชีวิตต่อไป

4. กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

4.1 บริหารจัดการห้องผ่าตัด และเครื่องฉายรังสีให้เปิดบริการได้วันละ 12-16 ชั่วโมงตามบริบทโรงพยาบาลและเขตสุขภาพ

4.2 กำหนดกรอบอัตรากำลังบุคลากรด้านมะเร็ง โดยเฉพาะนักฟิสิกส์การแพทย์ (เพิ่มจำนวน ศักยภาพ ความมั่นคง และแรงจูงใจ)

4.3 พัฒนาคัลยแพทย์ สูตินรีแพทย์เพื่อการตรวจติดตามหลังการฉายรังสีในโรงพยาบาล M1 S A ภายในจังหวัด ลดค่าใช้จ่ายผู้ป่วย และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงรังสีรักษาของผู้ป่วยรายใหม่

4.4 พัฒนาศักยภาพและครุภัณฑ์ด้านเวชศาสตร์นิวเคลียร์เพื่อการวินิจฉัย กำหนดระยะโรคมะเร็งภายในเขตสุขภาพ

- 4.5 การสร้างเครือข่ายการส่งต่อภายในเขตสุขภาพผ่านระบบ Thai cancer based
- 4.6 เชื่อมระบบการติดตามผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายกับฐานข้อมูล Primary care cluster

5. ความเป็นไปได้ในการผลักดันเป็นนโยบาย

จากทรัพยากรพื้นฐานในปี 2560 ด้านการผ่าตัดมีศัลยแพทย์ทั่วไป ศัลยแพทย์ระบบลำไส้ (colorectal surgeon) สูติรีแพทย์ 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 ประมาณการผู้ที่ใช้เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นจากปี พ.ศ. 2554-2556 และประมาณการณ์ผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการรักษในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 560,000 ราย และปี พ.ศ. 2556 จำนวน 434,131 ราย (ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.), 2555)

นอกจากนั้น ปัญหายาเสพติดยังเป็นปัญหาระดับภูมิภาคอาเซียน ซึ่งลักษณะการแพร่ระบาดของของยาเสพติด 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 ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการอบรมให้กับบุคลากรจาก สปป.ลาว กัมพูชา และสาธารณรัฐสหภาพเมียนมาร์

การเข้าถึงการบำบัดรักษายาบ้า จากข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาบ้าหลังการประกาศสงครามยาเสพติดในปี พ.ศ. 2547 มีจำนวนผู้เข้ารับการบำบัดเพียง 23,000 คน และค่อยๆ เพิ่มขึ้นเป็น 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 ในจำนวนนี้พบผู้เข้ารับการบำบัดเสติดยาบ้าสูงถึง 268,959 คน (ร้อยละ 83.8) ของผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมด ในการเข้ารับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ส่วนใหญ่จะเข้ามาด้วยระบบบังคับบำบัด ร้อยละ 70.3 ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด ปี พ.ศ. 2545 และพบผู้เสติดเข้ารับการบำบัดในระบบสมัครใจน้อยมาก และเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ใช้สารเสพติดในช่วงปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นถึงการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่สามารถดำเนินงานได้ครอบคลุมเป้าหมายให้เข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาได้ นอกจากนี้ ระบบบริการของสถานบำบัดมีความหลากหลาย สถานบริการที่ให้บริการด้านยาเสพติด มี 3 ระบบ ประกอบด้วย ระบบสมัครใจ จำนวน 1,008 แห่ง ระบบบังคับบำบัด จำนวน 91 แห่ง และระบบต้องโทษ จำนวน 179 แห่ง ความหลากหลายของระบบการบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อความสามารถในการบำบัด ทำให้เกิดอุปสรรคจากระบบบริการขณะที่การเข้ารับบริการเกิดช่องว่างในการเข้าถึงการบริการ และเชื่อมโยงถึงการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง เช่น ความรู้ความสามารถของบุคลากร อาคร สถานที่ ทรัพยากร อุปกรณ์ที่มีความหลากหลาย เป็นต้น ส่งผลให้เกิดมาตรฐานและคุณภาพการบำบัดที่แตกต่างกันการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสติดนั้น นอกจากการมุ่งหวังให้ผู้ป่วยหายจากอาการติดยาและไม่หวนกลับไปเสติดซ้ำยังมุ่งหวังที่จะสร้างความตระหนักรู้ถึงอันตรายและภัยที่เกิดจากยาเสพติด 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 และพบว่าประชากรกลุ่มนี้ใช้สารเสติดกลุ่มแอมเฟตามีนถึงร้อยละ 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 ซึ่งสอดคล้องกับจำนวนผู้เข้ารับการรักษาที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จากการสำรวจของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ ปี พ.ศ. 2555 ในกลุ่มประชากรอายุ 12-65 ปี จำนวนมากกว่า 48 ล้านคนทั่วประเทศพบว่า ตลอดประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาของคนกลุ่มนี้มีผู้เคยใช้ยาบ้าจำนวน 3.7 ล้านคน หรือประมาณ 76.6 คนต่อพันคน และผู้เคยใช้ยาบ้าในช่วง 1 ปี ก่อนการสำรวจมีอยู่ประมาณเกือบ 3 ล้านคน จึงอาจกล่าวได้ว่าประมาณร้อยละ 80.0 ของผู้เคยใช้ยาบ้าครั้งหนึ่งในชีวิตยังคงมีการใช้ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ผู้เสพติดปัจจุบัน) 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 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นใกล้จำนวนคนที่เคยใช้ยาบ้าตลอดประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา สอดคล้องกับประมาณการณ์จำนวนผู้ใช้สารเสพติดจากการสำรวจครัวเรือนของคณะกรรมการบริหารเครือข่ายองค์กรวิชาการสารเสพติดที่ได้สำรวจในปี 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 ซึ่งในกลุ่มนี้พบผู้ที่ใช้ยาบ้าและยาไอซ์มากเป็นอันดับ 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 ปรามปราม และบำบัดรักษากำลังประสบปัญหาเนื่องจากการป้องกันการระบาดของยาเสพติดในกลุ่มเยาวชนยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ หรืออาจจะกระจายไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ปัญหาดังกล่าวยังเชื่อมโยงถึงวิธีการปรามปรามด้วยว่า ระบบนี้ยังมีช่องว่างที่ยังไม่สามารถแก้ปัญหานี้ได้ รวมถึงระบบการบำบัดรักษาที่ขาดระบบการติดตามอย่างต่อเนื่องจึงส่งผลให้ผู้ผ่านการบำบัดกลับไปเสพติดซ้ำและวนเวียนในวงจรนี้ต่อไป

3.2 เครื่องชี้วัดภาระโรค (Burden of Disease)

สืบเนื่องจากขณะนี้ปัญหายาเสพติดมีความรุนแรง และมีการแพร่ระบาดไปทั่วประเทศ ภาครัฐและเอกชน ร่วมกับเครือข่ายต่างๆ ได้ร่วมกันใช้มาตรการ แนวทางที่หลากหลายรูปแบบ ใช้ความร่วมมือ และการสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้กระบวนการดำเนินงานป้องกัน แก้ไขปัญหาที่เกิดจากการเสพติด การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเสติดมาโดยตลอด แต่ปัญหานี้ก็ยังไม่ลดลง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสังเคราะห์ให้เห็นถึงขนาดของภาระโรคจากการติดยาเสพติด เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินการปรับ และพัฒนานโยบายให้เหมาะสมกับปัญหาต่อไป ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาถึงการเสียชีวิตและความพิการอันเนื่องมาจากยาเสพติดที่ผิดกฎหมาย จึงขาดข้อมูลหรือตัวเลขนำเข้าที่จะใช้สำหรับคำนวณภาระโรคจากการติดยาและสารเสพติด

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ รายงานผลการศึกษาพบว่า ภาระโรคจากการใช้สารเสพติดที่ผิดกฎหมาย แต่ถ้ามอง “ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมามีการใช้ เฮโรอีน ยาบ้า กัญชา หรือไม่” ซึ่งนับเป็นคำถามที่อ่อนไหว จึงอาจจะไม่ได้รับคำตอบที่แท้จริง และการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย เกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ติดยาเสพติดในปี พ.ศ. 2552 พบผู้ติดยาเสพติดจำนวน 14,376 ราย แบ่งเป็นกัญชา 6,711 ราย แอมเฟตามีน 6,634 ราย และเฮโรอีน 1,031 ราย มีผู้เสียชีวิต 403 ราย (ร้อยละ 0.1) ของผู้ติดยาเสพติดทั้งหมด ส่งผลทำให้สูญเสียปีสุขภาวะที่เกิดขึ้นจากการที่มีผู้เสียชีวิตและพิการจากการใช้ยาเสพติดทั้งหมดรวมกันแล้วกว่า 1.36 (100,000 ปี) แบ่งเป็นชาย 1.28 (100,000 ปี) และหญิง 8.6 (1,000 ปี) ที่น่าตกใจคือ ยังพบว่าผู้ติดยาเสพติดเหล่านี้ ส่วนหนึ่งเสียชีวิตจากโรคเอดส์เนื่องจากการเสพยาเสพติดและข้อมูลที่ได้อาจต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 รัฐบาลมีความจริงจังในการรณรงค์ปราบปรามยาเสพติด มีการดำเนินการที่จริงจัง มีบทลงโทษที่รุนแรง ทำให้ผู้เสพยาไม่กล้าเปิดเผยว่าตัวเองติดยาเสพติด

ผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด

ในการคิดภาระโรคทั่วไปจะคิดจากการเสียชีวิตและพิการ แต่ผลจากการติดยาเสพติดไม่สามารถหาความสัมพันธ์จากการพิการและเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาผลกระทบจากการใช้ยาและสารเสพติด มีดังต่อไปนี้

1) ด้านสุขภาพอนามัย พบการเจ็บป่วยสำคัญที่จะเกิดขึ้น ดังนี้

- โรคระบบทางจิตเวช พบว่าการเสพยาเสพติดทำให้เกิดสภาวะทางจิตใจไม่ปกติ สมรรถภาพทางจิตเสื่อมลง อารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย ฉุนเฉียว ซึมเศร้า วิดกกังวล ซึ่งจะผลักดันให้ผู้เสพยากลายเป็นผู้ที่ด้อยสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจ (พิชัย แสงชาญชัย, 2557) จากสถิติผู้ป่วยเสพติดทั่วประเทศมีแนวโน้มเกิดอาการทางจิตจากการใช้ยาเสพติดใน 3 อันดับแรก ได้แก่ อาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล และรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง แม้ว่าจะมีจำนวนไม่มากนัก แต่ก็พบมากกว่าร้อยละ 6.2-10.2 ของกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดทั้งหมด ซึ่งอาการแสดงนี้เป็นอาการนำของอาการทางจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาและสารเสพติด (รายงาน ระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหาเสพติด (บสต.) ซึ่งอาการดังกล่าวสามารถนำไปสู่การเกิดโรคจิต โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล การทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตาย พฤติกรรมก้าวร้าว อาละวาด เป็นต้น

- โรคระบบทางกาย 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 เมื่อเนื่องจากสัมพันธ์ภาพในครอบครัวจะเปลี่ยนไปจากพฤติกรรมการใช้ยา เกิดความรุนแรงในครอบครัว หากถูกจับกุมจะเกิดปัญหาตามมา หรือก่อให้เกิดปัญหาสังคม

โดยเฉพาะปัญหาอาชญากรรม ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ เป็นต้น นอกจากนั้นยังส่งผลกระทบด้านความมั่นคงของประเทศจากการลักลอบนำเข้ายาเสพติด สะท้อนความต้องการยาเสพติดที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้น บันทอนสภาพเศรษฐกิจเพราะประชากรวัยแรงงานติดยาเสพติดไม่สามารถหารายได้หรือมูลค่าเพิ่มทางเศรษฐกิจ เกิดความเสียหายต่อภาวะทางเศรษฐกิจของประเทศร่วมกับสภาพทางสังคมอ่อนแอ

3.3 ข้อมูลความคุ้มค่าของการบริการ (Cost effectiveness of intervention)

ผลทางเศรษฐศาสตร์ของการบำบัดรักษายาเสพติด

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

ผลการบำบัดรักษา

การศึกษาของอังกูร และนนทา ในปี พ.ศ. 2557 ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) ระหว่างผู้ป่วย เสพติระบบสมัครใจกับระบบบังคับบำบัด: กรณีศึกษาสถาบันธัญญารักษ์ พบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจมีโอกาสเลิกใช้ยาเสพติดมากกว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดในระบบบังคับบำบัด 1.56 เท่า (OR = 1.56, 95%CI 1.02-2.39, $p < 0.05$) ส่วนปัจจัยด้านอายุ เพศ ชนิดของยาเสพติดระยะเวลาการเสพติด และระยะเวลาการบำบัดไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลิกใช้ยาเสพติด

สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา

ในระบบการแก้ไขปัญหายาเสพติดของประเทศไทย ถือว่าผู้ติดยาเสพติด คือ ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดรักษา ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งการเจ็บป่วยด้านสุขภาพทั่วไปดำเนินการตามสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ ในภาระรับผิดชอบของรัฐหรือกองทุนประกันสุขภาพต่างๆ ส่วนการบำบัดรักษาเสพติดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษายังจัดเป็นระบบ 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 ต้องร่วมกันแก้ปัญหาโดยหลายภาคส่วนจำเป็นต้องใช้การพัฒนาข้อเสนอแนะผ่านช่องทางต่างๆ
- 4.6 ความสัมพันธ์กับเคลื่อนไหวในระดับโลก
- 4.7 มีผลกระทบต่อกลุ่มบุคคลที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล
- 4.8 ความรุนแรง ประกอบด้วย จำนวนผู้ได้รับผลกระทบมาก สาเหตุสำคัญของการตายที่ป้องกันได้ ภาระโรคที่สำคัญ พฤติกรรมเสี่ยงก่อให้เกิดผลเสียทางสุขภาพที่สำคัญ มีความรุนแรงหรือผลกระทบทางเศรษฐกิจ ทางสังคม สิ่งแวดล้อม
- 4.9 ความสนใจของสาธารณะ ประกอบด้วย ประเทืองศักดิ์/ ภาคีเครือข่ายที่เสนอ มีความหลากหลายในมิติวิชาการ นโยบาย และประชาชน ความเชื่อมโยงกับสุขภาพเฉพาะพื้นที่และ/หรือสุขภาพเฉพาะประเด็นถึงระดับชาติ

5. ความเป็นไปได้ในการผลักดันเป็นนโยบาย

การดำเนินการผลักดันให้เกิดนโยบาย ในประเด็น “การเพิ่มอัตราเข้าถึงบริการผู้ป่วยยาเสพติด” กรมการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติด ผู้ติดยาเสพติด มีความพร้อมและศักยภาพทางวิชาการได้รับการยอมรับ แต่ทั้งนี้ต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร กระทรวงสาธารณสุข เพื่อประสานความร่วมมือจากภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญที่มีผลให้เกิดความสำเร็จดังเจตนารมณ์ของผู้เสพยาเสพติด คือ ผู้ป่วยต้องได้รับการบำบัดรักษาที่เข้าถึงง่าย อย่างเสมอภาคและเท่าเทียม

**การสร้างเครือข่ายการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง
เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด
และพัฒนาสู่การดูแลรักษาเด็กโรคหัวใจระดับประเทศ**

โดย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ประเด็นหลักของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การสร้างเครือข่ายการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง

ประเด็นรองของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ลดอัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดและพัฒนาสู่การดูแลรักษาเด็กโรคหัวใจระดับประเทศ

1. วัตถุประสงค์/ เป้าหมายของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1.1 เพื่อลดอัตราการตายจากโรคหัวใจในเด็กทารกของประเทศ
- 1.2 เพื่อให้สามารถทำการคัดกรองเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงในทารกแรกเกิดให้ครอบคลุม โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปทั่วประเทศ
- 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 จึงเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้สามารถผ่าตัดได้เพียงครึ่งหนึ่งของที่ควรจะได้ 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 เนื่องจากโรคนี้มีอัตราการเสียชีวิตสูงทำให้เกิดปัญหาสังคมในครอบครัว ที่สูญเสียลูกไป 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 แต่เด็กที่กลับไปอาจจะแสดงอาการของโรคเพิ่มมากขึ้น หลังจากนั้นจะรุนแรงขึ้น ทารกที่ป่วยจะเสียชีวิตโดยไม่สามารถส่งตัวเข้ารับรักษาในศูนย์หัวใจได้ทันทั่วทั้ง ในอดีตเด็กกลุ่มนี้ต้องเสียชีวิตที่บ้านเป็นจำนวนมากและจำนวนไม่น้อยที่อาการรุนแรงมากแล้วค่อยพามาโรงพยาบาลใกล้บ้าน เมื่อกลับมาพบแพทย์อีกครั้งอาการของโรคจะหนักและสุดท้ายเสียชีวิตได้ 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)

ต้องสร้างความน่าเชื่อถือของวิธีการคัดกรองในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนถึงประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ให้ทุกคนได้เห็นถึงความสำคัญของบริการคัดกรองประเภทนี้ ซึ่งในเบื้องต้นจะต้องทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้ดูแลเด็กทารกหลังคลอดเกิดความเชื่อมั่นต่อกระบวนการคัดกรองว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ สามารถที่จะคัดกรองทารกกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดได้จริง มีความคุ้มค่าในการดำเนินงาน และร่วมกันให้บริการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในสถานพยาบาลที่มีห้องคลอดจนครอบคลุมไปทั่วประเทศ

ในปี พ.ศ. 2555 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เริ่มเปิดให้บริการนวัตกรรมบริการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิด ด้วยการใช้เครื่องตรวจวัดปริมาณความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด (Pulse Oximeter: PO) เพื่อคัดกรองทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรง ก่อนที่ทารกจะแสดงอาการของโรคหัวใจให้เห็น และได้ทำการศึกษาวิจัยนำร่องแบบกลุ่มร่วมกับสถานพยาบาลที่เป็นพันธมิตรจำนวน 12 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ด้วยงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเขตสุขภาพที่ 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 และนำกลับมาพบแพทย์ในกรณีที่สงสัยว่าเด็กอาจจะจะมีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรง ผลลัพธ์นี้แสดงถึงประสิทธิภาพของกระบวนการคัดกรองด้วยเครื่อง PO ในระดับสูงเท่าเทียมกับต่างประเทศ ทำให้สามารถรักษาผู้ป่วยได้ทัน่วงทีก่อนที่ทารกจะแสดงอาการของโรคอย่างรุนแรง ขณะเดียวกัน จากการติดตามกลุ่มทารกที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นลบ แล้วพบว่า เป็นโรคหัวใจในภายหลัง (False negative) พบว่ามีจำนวนมากถึงร้อยละ 0.23 ซึ่งเป็นอันตรายกับทารกในกลุ่มนี้เป็นอย่างยิ่ง ควรที่จะต้องระมัดระวังอย่าให้เกิดขึ้นหรือให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด จากการวิเคราะห์ห่วงโซ่คุณค่าของกระบวนการคัดกรอง พบว่าความผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดจากความสับสนในการจำตัวเลข criteria ของการแปลผลการคัดกรอง จนทำให้เกิด False negative ดังกล่าว ทางทีมงานจึงได้มีการพัฒนานวัตกรรมในการแปลผลขึ้นใหม่ เพื่อให้ผู้ที่ทำการคัดกรองสามารถปฏิบัติงานได้ง่ายขึ้น ไม่จำเป็นต้องมาจำตัวเลข criteria ใดๆ ด้วยการประดิษฐ์วงล้อช่วยแปลผลการคัดกรองโดยตั้งชื่อว่า 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 และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้ขยายนวัตกรรมบริการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิด 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 เพื่อให้ทันนวัตกรรมบริการคัดกรองนี้ได้ครอบคลุมประชากรมากขึ้น 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 เพื่อรับฟังปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการดำเนินโครงการ และหาแนวทางการแก้ไขให้กับแต่ละโรงพยาบาล

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

3) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ มีระบบการตรวจสอบภาพรวมของผลการคัดกรองของโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศจากฐานข้อมูลแบบ on-line ที่แต่ละโรงพยาบาลลงร่วมกัน แล้วนำมาปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อสร้างเครือข่ายการคัดกรองเด็กโรคหัวใจให้เกิดประโยชน์กับเด็กแรกคลอดจากทั่วประเทศ

4) ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ มีระบบการประเมินผลความคุ้มค่า ความพึงพอใจ และปรับปรุงการใช้นวัตกรรมบริการเพื่อให้มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในโรงพยาบาลที่ร่วมเป็นเครือข่ายบริการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงทั่วประเทศ

4. กลยุทธ์และวิธีการในการผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กลยุทธ์ที่ 1 การสร้างความเข้าใจ และความตระหนักถึงความสำคัญ

- 1) โดยศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคหัวใจ ได้ประสานงานกับแพทย์และผู้รับผิดชอบดูแลเด็กโรคหัวใจในโรงพยาบาลที่ให้บริการและดูแลทารกหลังคลอดเพื่อเป็นสื่อกลางในการประสานความร่วมมือกับทีมผู้รับผิดชอบในการดูแลทารกหลังคลอด
- 2) ประสานการจัดประชุมร่วมกันกับทีมผู้รับผิดชอบในการดูแลทารกหลังคลอดของแต่ละโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นถึงปัญหา สื่อสารปัญหาให้รับรู้ และโน้มน้าวให้ร่วมกันลงมือแก้ปัญหาอย่างจริงจัง รวมทั้งการจัดเวทีการประชุมเพื่อเปิดโอกาสให้แต่ละโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการได้มีโอกาสนำเสนอผลงาน เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
- 3) นำเสนอโครงการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงในทารกแรกเกิดด้วยการตรวจค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือดที่ใช้การตรวจวัดทางผิวหนัง (Pulse Oximeter) พร้อมทั้งแนะนำแนวทางการดำเนินโครงการคัดกรอง

กลยุทธ์ที่ 2 สร้างนวัตกรรมการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- 1) ศึกษาวิจัยและพัฒนานวัตกรรมบริการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิดโดยใช้เครื่องมือตรวจค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด (Pulse oximeter) และพัฒนาอุปกรณ์และวิธีการรวบรวมข้อมูลผลการตรวจเพื่อการแปลผลที่มีประสิทธิภาพให้ผู้ปฏิบัติงานมีความสะดวกในการใช้งานลดความผิดพลาดของกระบวนการที่อาจเกิดจากบุคคล (human error) ตลอดจนมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศอยู่เสมอ โดยมีการทบทวนประเมินผลแก้ไขปรับปรุงตามแนวทาง PDCA อย่างสม่ำเสมอ
- 2) ประดิษฐ์วงล้อช่วยแปลผลค่าออกซิเจนในเลือดที่วัดผ่านทางผิวหนังขึ้น โดยใช้ชื่อว่า วงล้อ Blue Baby Wheel (BB wheel)
- 3) พัฒนาระบบการจัดเก็บและรายงานข้อมูลการดำเนินงานโครงการ พัฒนา Application ช่วยแปลผลค่าออกซิเจนในเลือดโดยสามารถ Load ลงในมือถือ ทำให้มีความสะดวกในการใช้งาน และไม่จำเป็นต้องพกพาวงล้อสำหรับช่วยการคัดกรองอีกต่อไป เป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ขั้นตอนการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยไปจนถึงการแปลผลการวินิจฉัย ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ชนิด web-based จึงทำให้มีความสมบูรณ์ของข้อมูล สะดวก รวดเร็วสามารถเข้าถึงผลการคัดกรองทั่วทั้งประเทศอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ เชื่อถือได้และทันกาล

กลยุทธ์ที่ 3 การสร้างอุปสงค์ให้เกิดขึ้นในหมู่ประชาชนผู้รับบริการที่เป็นพ่อแม่ผู้ปกครอง

- 1) จัดให้มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบริการการตรวจคัดกรองโรคหัวใจพิการรุนแรงแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิดให้กับประชาชนโดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ สตรีมีครรภ์ เพื่อให้เกิดความตระหนักในความสำคัญและคุณประโยชน์ของกระบวนการคัดกรองนี้ว่าจะสามารถช่วยรักษาชีวิตหรือ ลดโอกาสการพิการในทารกแรกเกิดหรือบุตรหลานของตนเองอันเป็นที่รักได้และทะนุถนอมในครรภ์มารดาถึงแก่เดือนได้
- 2) รณรงค์ให้เกิดบริการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิดด้วยการติดแผ่นโปสเตอร์อธิบายกระบวนการคัดกรองในหอสุติกรรมหลังคลอดของโรงพยาบาลต่างๆ ที่ร่วมโครงการ

3) ให้ความรู้ในสื่อที่สื่อสารสาธารณะร่วมกับ สปสช. เขตสุขภาพที่ 13 และมูลนิธิเด็กโรคหัวใจ และขยายการดำเนินการนวัตกรรมการบริการคัดกรองเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงให้กับ โรงพยาบาลประจำจังหวัดต่างๆในอีก 12 เขตบริการสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ 4 การจัดการความรู้เรื่องนวัตกรรมการบริการคัดกรองโรคหัวใจ สู่โรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศ

1) จัดทำแนวทางการดำเนินงานการตรวจคัดกรองโดยใช้ pulse oximeter และ เกณฑ์ที่ใช้บอกค่าความผิดปกติ จากคำแนะนำ ของคณะแพทย์จาก AAP และ AHA เมื่อตรวจพบว่า ผิดปกติ (ผลการคัดกรองเป็นบวก) ต้องแจ้งแพทย์ให้ทราบเพื่อการตรวจค้นหาความผิดปกติ รีบแก้ไข ช่วยเหลือ เด็กต้องได้รับการตรวจ echocardiogram เร็วภายใน 24 ชั่วโมง เพราะอาจมีความผิดปกติ ที่รุนแรงถึงชีวิตได้ในระยะเวลาอันสั้นถ้าไม่ได้รับการแก้ไข ส่วนทารกที่ผลการคัดกรองเป็นลบ ควรได้รับ คำแนะนำ เรื่องการสังเกตอาการ เขียว หอบเหนื่อย และ สถานที่ที่จะแนะนำให้มาพบแพทย์ ให้เอกสาร แนะนำก่อนกลับบ้าน

2) จัดทำคู่มือการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว ในทารกแรกเกิดและการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงในทารกแรกเกิด โดยใช้เครื่องวัดค่า ความอิ่มตัวของออกซิเจนทางผิวหนัง (pulse oximeter) เพื่อเป็นคู่มือปฏิบัติการให้เกิดเป็นกระบวนการ ที่มีมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

5. ความเป็นไปได้ในการผลักดันเป็นนโยบาย

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยศูนย์โรคหัวใจ ได้ดำเนินโครงการประเมิน เทคโนโลยีทางการแพทย์ผ่านการวิจัยนำร่องเรื่องการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อให้ได้ ข้อมูลเชิงประจักษ์ และนำเสนอเป็นนโยบายระดับชาติเพื่อประกอบการตัดสินใจให้กับผู้กำหนด นโยบายของประเทศ เพื่อให้เกิดการใช้ เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม และจัดสรร ทรัพยากรให้เพียงพอและคุ้มค่า นวัตกรรมนี้จึงยั่งยืนเนื่องจากสามารถตอบสนองต่อปัญหา เป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีขององค์การอนามัยโลก ซึ่งพบว่ามากกว่า ร้อยละ 50 เป็นการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด และเป้าหมายการลดอัตราการเสียชีวิตของทารกแรก เกิดในแผนพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศด้านทารกแรกเกิดที่มีสาเหตุที่สำคัญสาเหตุหนึ่งคือ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงซึ่งพบมากถึง 8:1000 ของทารกเกิดมีชีพ จึงได้เริ่มรณรงค์ และผลักดันให้เกิดการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรง ด้วยการดำเนินงานในนาม ของ Service plan newborn โดยบูรณาการงานที่ทำร่วมกับทีมที่ดูแลแม่และเด็กหลังคลอด เพื่อให้เป็นผลงานที่สำเร็จร่วมกันและผลักดันโครงการเป็นงานประจำของหน่วยงานสาธารณสุข ทั่วประเทศ ซึ่งปัจจุบันก็ได้รับการยอมรับจากราชแพทยวิทยาลัย ถึงเหตุผลความจำเป็นและ ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรง โดยราชแพทยวิทยาลัย สนับสนุนให้ผลักดันโครงการให้กลายเป็นภาระงานที่ควรจะต้องดำเนินการเป็นปกติ นอกจากนี้ ยังได้ร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) เขตที่ 13 (กรุงเทพมหานคร) ในการรณรงค์ให้ทุกโรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร ร่วมกันคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดรุนแรงในทารกแรกเกิด ด้วยงบประมาณของ สปสช. เขต 13 ส่วนในเขตบริการสุขภาพอื่นๆ

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

ภาคผนวก

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy advocacy)
กรมการแพทย์ 2560

การคัดกรองการได้ยินในทารกแรกเกิด

นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์	โรงพยาบาลราชวิถี
แพทย์หญิงสมจินต์ จินดาวิจักษ์ณ์	โรงพยาบาลราชวิถี

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก

นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์	โรงพยาบาลราชวิถี
แพทย์หญิงสมจินต์ จินดาวิจักษ์ณ์	โรงพยาบาลราชวิถี

การพัฒนาระบบการดูแลและป้องกันโรคเบาหวาน

นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์	โรงพยาบาลราชวิถี
ศ.คลินิกนายแพทย์วีระศักดิ์ ศรีนนภากร	โรงพยาบาลราชวิถี

ความดันโลหิตสูง

นายแพทย์มานัส โพธาภรณ์	โรงพยาบาลราชวิถี
นายแพทย์สมพงษ์ ตันจริยภรณ์	โรงพยาบาลเลิดสิน
นายแพทย์สิทธิชัย อาชาโยนดี	โรงพยาบาลเลิดสิน
นายแพทย์สุรพันธ์ พงศ์สุริยะ	โรงพยาบาลราชวิถี

โครงการป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน

นายแพทย์สมพงษ์ ตันจริยภรณ์	โรงพยาบาลเลิดสิน
นายแพทย์สมศักดิ์ ลิเชวงวงศ์	โรงพยาบาลเลิดสิน
นายแพทย์ชัยวัฒน์ ปิยะสกุลแก้ว	โรงพยาบาลเลิดสิน
แพทย์หญิงชายน เมธาติลกกุล	โรงพยาบาลเลิดสิน

การพัฒนาระบบการดูแลรักษาและติดตามผู้ป่วยโรคผิวหนังที่เป็นเรื้อรังและรุนแรงที่บ้าน
ด้วยวิดีโอแบบออนไลน์

แพทย์หญิงมิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ	สถาบันโรคผิวหนัง
แพทย์หญิงชินมนัส ตั้งจาตุรนต์รัศมี	สถาบันโรคผิวหนัง

สมรรถนะของคลินิกอายุรเวชศาสตร์

นายแพทย์สมบุรณ์ ทศบวร	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
นายแพทย์อดุลย์ บัณฑุกุล	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี
แพทย์หญิงอรพรรณ ชัยมณี	โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี

National Electronic Dental Record (EDR)

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

การพัฒนาระบบบริการรักษาโรคลมชัก

นายแพทย์อุดม ภู่วโรดม	สถาบันประสาทวิทยา
แพทย์หญิงอภาศรี ลุสสวัสดิ์	สถาบันประสาทวิทยา
แพทย์หญิงรัตนา คุณศิริานนท์	สถาบันประสาทวิทยา
แพทย์หญิงปาณิสรา สุตาจันทร์	สถาบันประสาทวิทยา
แพทย์หญิงขวัญรัตน์ หวังผลพัฒนศิริ	สถาบันประสาทวิทยา
แพทย์หญิงชนิกานต์ ศรีท้าวพร	สถาบันประสาทวิทยา
แพทย์หญิงภัชราภร บุนนรักษ์	สถาบันประสาทวิทยา
แพทย์หญิงยุวพร พลรักษ์	สถาบันประสาทวิทยา
นายแพทย์ชลวิวัฒน์ ตรีพงษ์	สถาบันประสาทวิทยา

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและคนพิการแบบองค์รวม

แพทย์หญิงดารณี สุวพันธ์	ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ
แพทย์หญิงบุษกร โลหารชุน	ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ
นายแพทย์ศุภศิลป์ จำปานาค	โรงพยาบาลสระบุรี
แพทย์หญิงอุไรรัตน์ ศิริวัฒน์เวชกุล	ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แห่งประเทศไทย
แพทย์หญิงวิชนี ธงทอง	ศูนย์สรีนทรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทางการแพทย์แห่งชาติ

การรักษาโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ และมะเร็งปากมดลูกครบวงจรภายในเขตสุขภาพ

นายแพทย์วรวิทย์ อิมสำราญ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
นายแพทย์อาคม ชัยวีระวัฒน์	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
ผศ.แพทย์หญิงปฐมพร ศิริประภาศิริ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
ดร.ศุภพร แสงกระจ่าง	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
เรือเอกนายแพทย์สมชาย ธนะสิทธิชัย	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
แพทย์หญิงอรดี พัฒนระนอก	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี

นายแพทย์วิโรจน์ วีระชัย

นายแพทย์อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์

นางสาวสุกมา แสงเดือนฉาย

นางสุวภัทร คงหอม

นางไพวัล อางหาญ

นางสาวเสมอเหมือน โลหะกิจ

นางรัชนิกร ชันดี

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แห่งชาติบรมราชชนนี

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แห่งชาติบรมราชชนนี

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แห่งชาติบรมราชชนนี

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แห่งชาติบรมราชชนนี

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แห่งชาติบรมราชชนนี

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แห่งชาติบรมราชชนนี

สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด
แห่งชาติบรมราชชนนี

การสร้างเครือข่ายการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิด และพัฒนาสู่การดูแลรักษาเด็กโรคหัวใจระดับประเทศ

นายแพทย์สมเกียรติ ลลิตวงศา

นายแพทย์ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน

นายสมพันธ์ กลั่นดีมา

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี