



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รายงานผลการดำเนินงาน  
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑

## สารบัญ

	หน้า
๑. แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยี	๓
๒. แผนงานวิจัยกำลังคนด้านสุขภาพ	๗
๓. แผนงานวิจัยระบบบริการสุขภาพ	๙
๔. แผนงานวิจัยพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ	๑๐
๕. แผนงานวิจัยการเงินภาคสุขภาพ	๒๕
๖. แผนงานวิจัยระบบอภิบาลสุขภาพ	๒๘
๗. แผนงานวิจัยกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ	๓๔
๘. แผนงานอื่นๆ	๓๘

## สรุปผลการดำเนินงานที่สำคัญ ประจำปี ๒๕๖๑

### ๑. แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยี

#### ๑) โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล

ศ.นพ.ชัยรัตน์ ฉายากุล สังกัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (๑) พัฒนาโรงพยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) ในประเทศไทย ซึ่งดำเนินการภายใต้คณะกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล ให้บรรลุตามเป้าหมาย โดยสนับสนุนโรงพยาบาลให้มีแนวทางในการนำแผนสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพ เหมาะกับบริบท (๒) ช่วยเสริมสร้างเครือข่ายของโรงพยาบาลภายในเขตพื้นที่เดียวกัน และ (๓) พัฒนาเครื่องมือสนับสนุนการดำเนินการตามกฎหมาย P-L-E-A-S-E โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมใน ๖ เครือข่าย (ภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือบนและล่าง ใต้ กลาง-ตะวันออก และโรงพยาบาลกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย หรือ UHosNet) และวิเคราะห์หาแนวทางที่เหมาะสมผ่านผลการประเมินตนเองของโรงพยาบาล ของเครือข่าย และผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดเมื่อสิ้นสุดโครงการ โดยแนวปฏิบัติที่ดีจะถูกนำมาจัดเก็บรวบรวม พร้อมนำไปเผยแพร่ร่วมกับสิ่งสนับสนุนต่างๆ ที่พัฒนาขึ้นให้แก่ผู้เกี่ยวข้องและโรงพยาบาลที่กำลังดำเนินการเพื่อการใช้อย่างสมเหตุผลต่อไป

**การตอบโจทย์การพัฒนา – แก้ปัญหาระบบสุขภาพ:** ผลการดำเนินการในช่วง ๒ ปี (ตุลาคม ๒๕๕๘ ถึง กันยายน ๒๕๖๐) มีผลงานสำคัญ ได้แก่ ๑) การร่วมมือกับโรงพยาบาลและเครือข่ายจนสิ้นสุดโครงการ ทำให้ทราบถึงแนวปฏิบัติที่ดีในแต่ละด้านของการดำเนินการตามกฎหมาย P-L-E-A-S-E และสามารถนำมาจัดเก็บรวบรวมไว้เผยแพร่ต่อไปได้ ๒) ผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดของ RDU Hospital Project ทั้งหลักและรองแสดงว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีผลการดำเนินการที่ดีขึ้น แม้จะยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ในบางตัวชี้วัด ๓) ทราบถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ การสนับสนุนของผู้บริหาร ความร่วมมือของสหวิชาชีพ และการมีนโยบายที่ชัดเจน ซึ่งอาจรวมถึงความสำคัญของการมีเครือข่าย โดยเครือข่ายที่ดำเนินการได้ดีจะมีจำนวนสมาชิกร่วมดำเนินการต่อเนื่องมากกว่า และ ๔) เกิดความร่วมมือในหลายระดับเพื่อพัฒนาข้อมูลยาสู่ประชาชนที่เป็นหนึ่งเดียวในประเทศ ซึ่งจะเชื่อมโยงกับ Mobile Application “RDU รู้เรื่องยา” ก่อนนำไปเผยแพร่เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้ด้านสุขภาพต่อไป

**การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย** ผลกระทบสำคัญที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการคือ การนำไปใช้กำหนดเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่ ๑๕ ของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ เป็นต้นไป การนำไปใช้เป็นเรื่องหนึ่งในมาตรฐานการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ในส่วนคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (PTC) และในส่วนของสร้างความปลอดภัยด้านยา การนำไปใช้ส่งเสริมกระบวนการจัดการเรียนการสอนเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประเทศไทย จนเกิด RDU Core Curriculum สำหรับนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตสุขภาพ และการกระตุ้นให้เกิดการนำเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาในประเทศไทยไปใช้อย่างทั่วถึง

#### ๒) ชุดโครงการวิจัยพัฒนาการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทยระยะที่ ๒

ศ.นพ.วิชญ์ ธรรมลิขิตกุล และคณะ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล การเตรียมและการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยข้อมูลและหลักฐานเกี่ยวกับการพัฒนาระบบพื้นฐาน ประเด็นวิชาการ เศรษฐกิจ และสังคมเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ โดยคณะกรรมการสถาบันวิจัย

ระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้เห็นชอบให้ สวรส. เป็นแกนหลักสนับสนุนการสร้างและจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนาและดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างของการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทยที่ชุดโครงการฯ ระยะที่ ๑ ที่เสนอให้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนและส่งเสริมระบบการควบคุมและป้องกันการดื้อยาในประเทศไทย

การศึกษาวินิจฉัยพัฒนาการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทยระยะที่ ๒ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) พัฒนาระบบพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ (เช่น โครงสร้างระดับชาติของการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันการติดเชื้อ ระบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างรับผิดชอบ) ๒) เพื่อส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาประเด็นวิชาการ เศรษฐกิจ และสังคมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพ ๓) เพื่อพัฒนาชุมชนต้นแบบที่นำระบบ มาตรการ กลไกการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างครอบคลุม ไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เป็นการดำเนินการต่อยอดของผลงานของชุดโครงการฯ ระยะที่ ๑ และสนับสนุนการเตรียมและการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการการควบคุมและป้องกันการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย

**การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย** จากการทดสอบระบบการเฝ้าระวังการดื้อยาต้านจุลชีพในคนระบบใหม่ ที่องค์การอนามัยโลกจะเสนอให้ประเทศสมาชิกนำไปใช้นั้น โครงการได้จัดทำโปรแกรม (WebApp) การเก็บข้อมูล การตรวจ ผลการตรวจพบแบคทีเรียจากห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา และข้อมูลจากผู้ป่วยแต่ละรายที่ตรวจพบเชื้อ ซึ่งได้มีการเก็บและประเมินข้อมูลการตรวจ และได้จัดทำรายงานและตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารทั้งในและต่างประเทศหลายเรื่อง

### ๓) โครงการการพัฒนาเครื่องมือช่วยวินิจฉัย คัดกรองและการติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน

ในปัจจุบันการวินิจฉัยโรคพาร์กินสันให้แม่นยำนั้นจำเป็นต้องอาศัยประสบการณ์และความเชี่ยวชาญของแพทย์ผู้ตรวจรักษา ร่วมกับใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของ United Kingdom Parkinson's Disease Society Brain Bank's clinical criteria ซึ่งประกอบด้วย bradykinesia, rigidity, ๔-๖ Hz resting tremor และ postural instability ซึ่งการประเมินอาการบางอย่างในผู้ป่วยพาร์กินสัน เช่น อาการสั่น ซึ่งสามารถตรวจวัดในเชิงปริมาณได้ด้วยเครื่องมือตรวจวัดอาการสั่นได้ โดยทางคณะผู้วิจัยคาดว่าในโรคพาร์กินสันอาจมีแบบแผนของอาการสั่นที่จำเพาะและสามารถช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะอื่นที่มีอาการสั่นคล้ายคลึงกับโรคพาร์กินสันได้ เช่น ในโรค Essential tremor และ atypical parkinsonism อื่นๆ ซึ่งในแต่ละโรคมียุทธศาสตร์การรักษาที่แตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ดังนั้นหากสามารถหาแบบแผนของอาการสั่นดังกล่าวได้ อาจช่วยทำให้การวินิจฉัยโรคพาร์กินสันมีความแม่นยำมากขึ้น นอกจากการวินิจฉัยแล้ว การประเมินผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการ และดูการตอบสนองต่อยาของผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน มีความสำคัญมากเนื่องจากผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาในเรื่องของการตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอ เช่น มีอาการยุกยิก (dyskinesia) อาการแข็งเกร็ง (rigidity) หรือ อาการสั่น (tremor) ที่เพิ่มมากขึ้นในช่วงที่ยาออกฤทธิ์หรือหมดฤทธิ์ ซึ่งในปัจจุบันต้องใช้การประเมินทางคลินิกร่วมกับการใช้แบบประเมิน Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) โดยผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมแล้วเท่านั้น ทำให้การประเมินดังกล่าวถูกจำกัดเพียงในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่เป็นโรงเรียนแพทย์เท่านั้น นอกจากนี้อาจมีความคาดเคลื่อนในการวิเคราะห์คะแนนไม่ตรงกันในผู้ประเมินแต่ละรายอีกด้วย ทางผู้วิจัยคาดว่า การตรวจวัดค่าการสั่นโดยใช้เครื่องวัดการสั่น อาจนำมาใช้ทดแทนการให้คะแนนอาการสั่นในแบบประเมิน Unified Parkinson's Disease Rating Scale

(UPDRS) ซึ่งจะสามารถลดความคลาดเคลื่อนของการให้คะแนน และทำให้สามารถนำไปใช้ประเมินและติดตาม การรักษาผู้ป่วยโรคพาร์กินสันในโรงพยาบาลที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางสาขาประสาทวิทยาหรือการเคลื่อนไหว ผิดปกติได้ ในปัจจุบันการตรวจวัดอาการสั่นสามารถทำได้โดยการตรวจโดยใช้เครื่อง electromyography (EMG) และเครื่อง accelerometry แต่ทั้งสองเครื่องนี้ก็ยังคงมีข้อจำกัดอยู่บางประการเช่น เครื่อง electromyography (EMG) นั้นไม่สามารถวัด tremor amplitude ได้ ในขณะที่เครื่อง accelerometry สามารถบันทึกได้เพียงแค่ ๑ มิติและในปัจจุบันนี้ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ผลิตเครื่องวัดการสั่น ภายใต้ชื่อการค้า “Motus” ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มี ประสิทธิภาพในการประเมินอาการสั่น แต่ยังคงมีข้อจำกัดในเรื่องของ ชุดรับสัญญาณที่มีเพียง ๑ แนวแกนเท่านั้น และมีราคาค่อนข้างสูง(>๑,๐๐๐,๐๐๐ บาท)

ทางคณะผู้วิจัยได้ค้นคว้าและออกแบบพัฒนาเครื่องมือในการตรวจวัดและวิเคราะห์อาการสั่นของผู้ป่วย โรคพาร์กินสัน ซึ่งประกอบด้วยชุดรับสัญญาณการเคลื่อนที่เชิงเส้นและเชิงมุม ทั้ง ๓ แนวแกน และสามารถบันทึก, วิเคราะห์และแสดงผลสัญญาณในเชิงเวลา และความถี่และคำนวณค่าพารามิเตอร์ต่างๆ ได้แก่ ค่าความแรงเฉลี่ย ในการเคลื่อนที่เชิงมุม (Angular rate), ค่าองศาเฉลี่ยในการเคลื่อนที่เชิงมุม (Angular rms), ค่าน้ำหนักของ ความถี่หลัก (Peak rate), ค่าความถี่หลัก (Peak frequency) และค่าการกระจายตัวของความถี่(Q) เพื่อใช้ในการ วิเคราะห์อาการสั่นของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันและโรคที่มีอาการสั่นอื่นๆ นอกจากนั้นคณะผู้วิจัยได้สร้างซอฟต์แวร์ สำหรับเก็บข้อมูลการวาดภาพของผู้ป่วยเทียบกับรูปกันหอยต้นแบบ เพื่อเป็นข้อมูลเพิ่มเติมสำหรับใช้ในการ วินิจฉัย โดยข้อมูลจากการตรวจวัดอาการสั่นนั้นสามารถถ่ายโอนข้อมูลจากอุปกรณ์วัดไปยังระบบจัดเก็บข้อมูลได้ โดยง่ายหลังจากทำการวัดเสร็จสมบูรณ์ในแต่ละครั้งโดยข้อมูลที่ถูกรวบรวมไว้ในฐานข้อมูลสามารถนำมาสร้างระบบคัด กรองอัจฉริยะทำหน้าที่คัดกรองผู้ที่เป็โรคในกลุ่มการเคลื่อนไหวผิดปกติเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจของ แพทย์ส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

**การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย** เนื่องจากศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์โรคพาร์กินสัน ได้จัดการประชุม เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน อาการสั่นในโรคพาร์กินสัน โรคอื่นๆ และการใช้งานเครื่องวิเคราะห์อาการสั่น โดยมีการจัด งานประชุมใหญ่ๆ ในรอบปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐ มี ๓ งานประชุมใหญ่ ทั้งแพทย์ พยาบาล ดังนี้

๑) งานประชุมวิชาการ ๒nd CHULA Intensive Movement Disorders Camp เมื่อวันที่ ๓๐ กันยายน ถึง วันที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๕๙ โรงแรมคลาสสิค คามีโอ ออยุธยา จำนวน ๓ วัน ๒ คืน มีอาจารย์แพทย์ แพทย์ประจำ บ้าน และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาประสาทวิทยาจากสถาบันต่างๆ เข้าร่วมประชุมจำนวน ๑๑๕ คน มีการ บรรยายเกี่ยวกับกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติ โรคพาร์กินสัน อาการสั่น และการประยุกต์การใช้งานเครื่องมือ วิเคราะห์การสั่นกับผู้ป่วยในทางคลินิกได้อย่างไร

๒) งานประชุมวิชาการ เรื่อง Applied Investigations in Movement Disorders for General Neurologists ในวันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๐ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ประจำบ้านต่อ ยอดสาขาประสาทวิทยาจากสถาบันต่างๆ เข้าร่วมงานจำนวน ๖๒ คน มีการบรรยายเกี่ยวกับโรคพาร์กินสันและ การประยุกต์ใช้เครื่องมือทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน เครื่องวิเคราะห์การสั่น ไม้เท้าเลเซอร์ เครื่องถ่วงมือ ลดสั่น เป็นต้น

๓) งานประชุมวิชาการ การพยาบาลผู้ป่วยพาร์กินสันครั้งแรกในประเทศไทย ประจำปี ๒๕๕๙ ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีแพทย์ พยาบาล และนักกายภาพบำบัด เข้าร่วมงาน ๑๖๖ คน มีการ บรรยายเกี่ยวกับโรคพาร์กินสัน อาการเคลื่อนไหวผิดปกติ อาการสั่น และการประยุกต์ใช้งานเครื่องมือทาง การแพทย์ในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน การใช้เครื่องวิเคราะห์การสั่น การใช้ไม้เท้าเลเซอร์ การใช้ยาทางหน้าท้อง การ ฉีดยา และการพยาบาลต่างๆกับผู้ป่วยพาร์กินสัน

**๔) ประสิทธิภาพและประสิทธิภาพของเครื่องมือคัดกรองไมโครแอลบูมินูเรียด้วยระบบคะแนนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐและเอกชน ในจังหวัดปทุมธานี**

ผศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต

ภาวะไมโครอัลบูมินูเรีย คือ ภาวะที่มีการขับอัลบูมิน (โปรตีนชนิดหนึ่งที่มีโมเลกุลเล็กขนาดประมาณ ๖๐,๐๐๐ dalton) ทางปัสสาวะในปริมาณระหว่าง ๓๐ - ๓๐๐ มิลลิกรัมภายในเวลา ๒๔ ชั่วโมง หรือปริมาณ ๓๐ - ๓๐๐ ไมโครกรัมต่อมิลลิกรัมของครีอาตินีน และจะต้องพบ ๒ ใน ๓ ครั้งของปัสสาวะที่เก็บต่างเวลากัน ภาวะนี้สามารถบ่งชี้ถึงการเสื่อมหน้าที่ของไตในระยะเริ่มแรกได้ ในปัจจุบันมีการศึกษาพบว่า การให้ยาในกลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACE Inhibitor) เช่น ยา Enalapril ซึ่งเป็นกลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง มีผลช่วยลดปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะในรายที่มีการตรวจพบภาวะไมโครอัลบูมินูเรีย และสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ การตรวจวินิจฉัยภาวะไมโครอัลบูมินูเรีย ในปัจจุบันมีข้อบ่งชี้ตามคำแนะนำของสมาคมแพทย์โรคเบาหวานในสหรัฐอเมริกาให้เป็นการตรวจคัดกรองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๑ (ชนิดต้องพึ่งอินซูลิน) ในรายที่การดำเนินโรคเข้าสู่ปีที่ห้าเป็นต้นไป สำหรับในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (ชนิดไม่ต้องพึ่งอินซูลิน) ควรได้รับการตรวจตั้งแต่เริ่มต้นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากส่วนมากของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถระบุระยะเวลาของการดำเนินโรคที่แท้จริงได้ และถ้าตรวจไม่พบภาวะนี้ ก็ควรติดตามระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะต่อเนื่องทุกปี สำหรับในประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยได้ให้ข้อควรปฏิบัติในการตรวจคัดกรอง ไมโครแอลบูมินูเรีย ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจคัดกรองไมโครแอลบูมินูเรียในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ขึ้นเพื่อมุ่งหวังการนำไปใช้ในชุมชนโดยใช้หลักการสร้างเครื่องมือจากการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดไมโครแอลบูมินูเรีย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนรวมของเครื่องมือนี้มีค่าคะแนนตั้งแต่ ๐-๑๑.๕ คะแนน หากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ได้คะแนนประเมิน < ๒ หมายความว่ามีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคไตร้อยละ ๒๘ หากคะแนนอยู่ในช่วง ๒.๕-๕.๕ คะแนน หมายความว่ามีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคไตร้อยละ ๒๙-๖๕ และหากคะแนน > ๖ คะแนนขึ้นไป หมายความว่ามีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคไตร้อยละ ๖๖ ซึ่งความสามารถของเครื่องในการคัดกรองอยู่ที่ร้อยละ ๖๖.๘ ซึ่งในขั้นตอนของการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองแบบระบบคะแนนนี้จำเป็นต้องใช้ข้อมูลส่วนหนึ่งที่เป็นข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ เช่น HbA๑c (%), FBS (mmol/L), Total cholesterol (mmol/L), Triglyceride (mmol/L), HDL-C (mmol/L), LDL-C (mmol/L), Creatinine ( $\mu$ mol/L) เนื่องจากต้องการหา predictor factor ของการเกิดไมโครแอลบูมินูเรีย แต่ในกระบวนการของการนำเครื่องมือคัดกรองแบบระบบคะแนนไปใช้เป็นการใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยที่รับบริการจากหน่วยบริการที่ผู้ป่วยมารับบริการตามปกติ จึงไม่มีความจำเป็นในการเจาะเลือดหรือเก็บสิ่งส่งตรวจเพิ่ม ซึ่งตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการประเมินการเกิดไมโครแอลบูมินูเรียมีจำนวน ๖ ตัวแปร ได้แก่ ประวัติระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน อายุที่เริ่มป่วยเป็นเบาหวาน ค่าความดันโลหิตตัวบน ค่าไขมันชนิด LDL ค่าระดับครีอะตินินในเลือด และประวัติการตั้งครรภ์ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้ถูกเก็บไว้อยู่ในงานประจำอยู่แล้ว

ผลการศึกษาพบว่า การประเมินด้วยการตรวจมาตรฐานวิธี Immunoturbidity ครบ ๓ ครั้ง มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ๕๓๖ ราย พบว่า ร้อยละ ๖.๐๙ มีภาวะ Macroalbuminuria และร้อยละ ๒๒.๕๖ มีภาวะ Microalbuminuria เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่า sensitivity specificity PPV NPV LR(+) LR(-) และ ROC ของแบบคัดกรองไมโครแอลบูมินูเรียด้วยระบบคะแนน กับการจุ่มแถบปัสสาวะคัดกรองไมโครแอลบูมินูเรีย พบว่าความสามารถของการจุ่มแถบปัสสาวะคัดกรองไมโครแอลบูมินูเรียดีกว่าการคัดกรองไมโครแอลบูมินูเรีย

ด้วยระบบคะแนน แต่ค่าใช้จ่ายด้วยวิธีการตรวจไมโครแอลบูมินูเรียด้วยการจุ่มแถบปัสสาวะแพงกว่าการคัดกรองไมโครแอลบูมินูเรียด้วยระบบคะแนน

ทั้งนี้เครื่องมือคัดกรองไมโครแอลบูมินูเรียด้วยระบบคะแนนที่พัฒนาขึ้นใหม่ สำหรับใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่รับบริการในระดับปฐมภูมิครั้งนี้ จึงยังไม่มีความสามารถในการคัดกรองไมโครแอลบูมินูเรียได้ ดังนั้นหากมีการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองที่พัฒนาในเชิงนวัตกรรมที่สามารถทดแทนวิธีการเดิมและมีราคาที่ถูกลง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ สามารถเข้าถึงการรับบริการคัดกรองได้ตามมาตรฐาน ยังเป็นช่องว่างเพื่อการพัฒนาต่อไปในอนาคต

**การนำไปใช้ประโยชน์** นำเสนอผลการศึกษาต่อหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดปทุมธานี เช่น คลินิกเอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และวางแผนนำเสนอผลการศึกษาต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เห็นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับต้นทุนในการคัดกรองที่ลดลง และประโยชน์ทางอ้อมจากงบประมาณที่ลดลงในการรักษาโรคไตซึ่งเป็นโรคที่ป้องกันได้

## ๒.แผนงานวิจัยกำลังคนด้านสุขภาพ

### ๕) การศึกษาภาระงานและผลิตภาพกำลังคนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ดร.กฤษดา แสงดี IHPP

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) ทบทวนและวิเคราะห์งาน (Job analysis) และปัจจัยกำหนดผลิตภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๒) ศึกษาความสอดคล้องของภาระงานและอัตรากำลังของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานจริง ณ รพ.สต. ๓) สังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านกำลังคนและการกำหนดกรอบอัตรากำลังตามภาระงานที่เหมาะสมใน รพ.สต. โดยมีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ คือ บุคลากรทุกตำแหน่ง/ทุกคนที่ปฏิบัติงานจริง ณ รพ.สต.๕ ขนาด (S, M, L, Extra และพิเศษ) จำนวน ๓๓๖ คน ใน ๔๘ แห่งที่สุ่มโดยวิธี Stratified Random Sampling จาก ๑๒ จังหวัด ใน ๑๒ เขตสุขภาพ และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย บุคลากรทุกตำแหน่ง/ทุกคนที่ปฏิบัติงานจริง ณ รพ.สต. ดีเด่นจำนวน ๘ แห่ง ที่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จาก ๔ ภูมิภาคของประเทศ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลการใช้เวลาในการปฏิบัติงานประจำวัน และภาระงาน ในระยะเวลา ๓เดือน แบบสังเกตชนิดมีโครงสร้างและประเด็นในการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลความต้องการอัตรากำลังคนเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงบรรยายได้แก่ จำนวนและร้อยละ วิเคราะห์เชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ๑) ในภาพรวมการทำงานของบุคลากรใน รพ.สต. ใช้เวลาส่วนใหญ่กับงานรักษาพยาบาล (ร้อยละ ๖๐ - ๖๐) มากกว่างานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งเป็นภารกิจหลักของรพ.สต. ๒) ในภาพรวม รพ.สต. ยังมีความขาดแคลนกำลังคนเมื่อเทียบกับภาระงาน อัตรากำลังบุคลากรที่มีในปัจจุบัน ไม่สอดคล้องกับกรอบอัตรากำลังที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยเฉลี่ยบุคลากรแต่ละคนในรพ.สต. มีการทำงานประมาณ ๑.๒ FTE และบุคลากรทุกตำแหน่งมีการใช้เวลาจํานวนที่ร้อยละ ๓๐ ของเวลาการทำงานทั้งหมด เพื่อทำรายงานผลงานตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รวมถึงการทำงานด้านบริหาร งานเอกสารอื่นๆ เช่น งานพัสดุ การจัดซื้อจัดจ้าง การเงิน การบันทึกข้อมูล มีผลทำให้เวลาที่ให้บริการสุขภาพประชาชนลดน้อยลง ในขณะที่เดียวกันบุคลากรส่วนใหญ่รู้สึกขาดขวัญกำลังใจ ที่ทำงานหนัก แต่ไม่ได้รับค่าตอบแทนการทำงานล่วงเวลาและไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงควรมีการทบทวนการกำหนดกรอบมาตรฐานอัตรากำลัง,การสร้างขวัญกำลังใจในรูปแบบต่างๆ และการปรับปรุงกระบวนการทำงานใหม่เพื่อให้ใช้ประโยชน์จากกำลังคนที่มีอยู่อย่างเต็มศักยภาพ ตามลักษณะงานและปริมาณงานของ รพ.สต.แต่ละ

ขนาด ส่งเสริมการทำงานให้สอดคล้องกับภารกิจหลัก และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาสมรรถนะผู้อำนวยการ รพ.สต. ในการบริหารจัดการเพื่อลดภาระงานที่ไม่จำเป็น และควรมีการจัดสรรบุคลากร รพ.สต. ให้มีจำนวนเพียงพอภาระงานในปัจจุบัน รวมทั้งการทบทวนเกี่ยวกับการกำหนดตัวชี้วัด และระบบรายงาน ที่จะไม่เป็นภาระแก่บุคลากรโดยไม่จำเป็น

**การนำไปใช้ประโยชน์** ได้นำเสนอผลการวิจัยต่อคณะกรรมการกำลังคนด้านสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑/ ๒๕๖๑ วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๑ โดยที่ประชุมได้พิจารณาข้อเสนอเชิงนโยบาย ดังนี้ ๑) ขอให้กระทรวงสาธารณสุข โดยกลุ่มบริหารงานบุคคล วิเคราะห์กระบวนการทำงาน และพัฒนาระบบงาน รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อช่วยการทำงาน และพัฒนาฐานข้อมูลที่ต่อบทตัวชี้วัดให้เป็นระบบเดียวกัน ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการใช้ ข้อมูลจากตัวชี้วัดที่เหมือนกัน หรืออาจใช้การบริหารจัดการในรูปแบบเครือข่ายในลักษณะ One Cluster One Administration System เพื่อลดการใช้เวลาที่ไม่จำเป็นของบุคลากรแต่ละคนลง รวมถึงบริหารจัดการทั้งการ สรรหาบุคลากรให้มีครบตามกรอบอัตรากำลัง และให้มีการกระจายตัวของบุคลากรไม่ให้เกิดการล้นเกินในบางแห่ง และขาดแคลนในบางแห่ง เพื่อให้มีบุคลากรทำงานครบทุกตำแหน่ง ในจำนวนที่สอดคล้องกับกรอบอัตรากำลังที่กำหนด ๒) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องกำหนดภารกิจหลัก ภารกิจรองของบุคลากร แต่ละวิชาชีพให้ชัดเจน ร่วมกับจัดให้มีการฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคลากรแต่ละตำแหน่งมี ทักษะเพียงพอ และสามารถทำงานได้หลากหลายหน้าที่ ในลักษณะของ Task sharing โดยมีผู้รับผิดชอบหลัก และจัดให้มีมีระบบ Coaching หรือระบบการให้คำปรึกษา เพื่อการช่วยการตัดสินใจ ๓) คณะกรรมการกำลังคน ด้านสุขภาพแห่งชาติจำเป็นต้องพิจารณานโยบายด้านกำลังคนและกำหนดกรอบอัตรากำลังของกระทรวง สาธารณสุข ควรมีการทบทวนกรอบอัตรากำลังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละขนาด โดยคำนึงถึง ความเฉพาะเจาะจงของบริบทในแต่ละพื้นที่ และภาระงานร่วมด้วย เพื่อให้สามารถวางแผนสรรหา และการจัดการ กระจายได้อย่างเหมาะสมสอดคล้องกับภารกิจหลัก ลักษณะงานและปริมาณงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล เกณฑ์ในการจัดสรรกำลังคนควรกำหนดตามลักษณะของงาน เช่น งานที่ให้บริการเป็นรายบุคคล ควรใช้ เกณฑ์ FTE ตามมาตรฐานงานวิชาชีพนั้นๆ เช่น งานรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก งานทันตกรรมรักษา งาน รักษาพยาบาลด้วยแพทย์แผนไทย เป็นต้น งานที่เป็นบริการเพื่อสาธารณะ ควรใช้ เกณฑ์ population ratio เช่น งานระบาดวิทยา งานควบคุมโรค ส่วนงานบริหารจัดการซึ่งเป็นงานสนับสนุนการให้บริการสุขภาพ เช่น ผู้อำนวยการ การเงิน และ พัสดุ ควรใช้เกณฑ์ job specific criteria เพื่อเอื้อให้การบริการระดับปฐมภูมิเป็น gate keeper ที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนั้นควรดำเนินมาตรการการอารังรักษากำลังคนไว้ใน รพ.สต.โดยการจัดระบบ ความก้าวหน้าในแต่ละสายงาน รวมทั้งการจัดระบบการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร รวมทั้งการสร้างสุข ใจให้เกิดขึ้นในองค์กร

**๖) การศึกษารูปแบบการจ้างงาน แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ของภาครัฐในประเทศไทย ในระยะ ๑๕ ปีข้างหน้า**

ดร.กฤษดา แสงวดี IHPP

โครงการนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญในการศึกษา ๓ ข้อ ได้แก่ ๑) เพื่อศึกษาสถานการณ์และถอดบทเรียน เกี่ยวกับการจ้างงานบุคลากรสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุขเปรียบเทียบกับสังกัดภาครัฐอื่น ได้แก่ มหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลรัฐบางแห่งที่มีการบริหารจัดการในรูปแบบพิเศษ ในประเด็น ต่างๆ อาทิ ความแตกต่างของจำนวนและวิชาชีพ/สายงาน ของบุคลากรสุขภาพที่ได้รับ การจ้างงานในลักษณะ ต่างๆ รวมทั้งความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ และความแตกต่างของงบประมาณที่ใช้ในการจ้างงานในแต่ละ



วิชาชีพ/สายงาน ๒) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของผู้กำหนดนโยบาย ผู้ใช้บุคลากร (ผู้จ้าง) และบุคลากรสุขภาพ ในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในประเด็น จุดอ่อน/จุดแข็ง ของการจ้างงานแต่ละรูปแบบในปัจจุบัน ประเด็นท้าทาย และข้อเสนอแนะสำหรับกำหนดรูปแบบการจ้างงานแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ของภาครัฐในประเทศไทยในระยะ ๑๕ ปีข้างหน้า ๓) เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะรูปแบบการจ้างงานแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ของภาครัฐในประเทศไทยในระยะ ๑๕ ปีข้างหน้า ตามข้อค้นพบที่ได้จากวัตถุประสงค์ข้อที่ ๒ และประเมินข้อดี ข้อเสีย และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากทุกรูปแบบ การวิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย ๓ กลุ่ม ได้แก่ ๑. ผู้กำหนดนโยบาย หรือ ผู้เชี่ยวชาญด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ๒. ผู้ใช้บุคลากรสุขภาพ ๓. บุคลากรสุขภาพ ๔ วิชาชีพหลัก ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ใน ๔ ภูมิภาค ๆ ละ ๑ จังหวัด ได้แก่ ภาคเหนือ จังหวัดเชียงใหม่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น ภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดชลบุรี และภาคใต้ จังหวัดสงขลา โดยในแต่ละจังหวัดจะเก็บข้อมูลอย่างน้อย ๒ โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/จังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ ได้มีการศึกษาในโรงพยาบาลภาครัฐที่มีการบริหารจัดการรูปแบบพิเศษด้วย ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน) จังหวัดสมุทรสาคร

เนื่องจากอยู่ในระหว่างการดำเนินงานวิจัย ซึ่งงานวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาการศึกษา ๖ เดือน โดยโครงการเริ่มดำเนินการตั้งแต่ ๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ถึง ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑ ซึ่งกิจกรรมในระยะแรกนี้ มีกิจกรรมที่ดำเนินการ แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ ๑. ขั้นการเตรียมการ ได้แก่ การประชุมเตรียมการเพื่อวางแผนการดำเนินการวิจัย การส่งเอกสารเพื่อขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ ๒. การทบทวนวรรณกรรม และเอกสารเชิงนโยบาย ๓. การเก็บข้อมูลบางส่วน ได้แก่ สัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายนอกกระทรวงสาธารณสุข และสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายในกระทรวงสาธารณสุข

**การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย** เบื้องต้น ได้นำเสนอผลการวิจัยต่อคณะกรรมการกำหนดยุทธศาสตร์ ปฎิรูปกำลังคนและภารกิจบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุม ๒ ชั้น ๙ อาคารสำนักงาน ก.พ. จังหวัดนนทบุรี

### ๓. แผนงานวิจัยพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

๖) โครงการทบทวนระบบส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งของศูนย์รังสีรักษา ภายใต้ความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลราชบุรี ร่วมกับคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผศ.ดร. ประพัฒน์ สุริยผล หน่วยชีวสารสนเทศและจัดการข้อมูลวิจัย คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ด้วยสถานการณ์โรคมะเร็งยังมีความรุนแรงเพราะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยอันดับ ๑-๙ ตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา เป็นโรคที่ต้องมีการใช้การรักษาด้วยวิธีการที่หลากหลาย และมีการใช้ผู้เชี่ยวชาญหลายสาขา เข้ามาร่วมกันรักษาผู้ป่วย มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง แต่ด้วยการพัฒนาวิธีการรักษา ยา และความรู้ที่เพิ่มมากขึ้นในปัจจุบันทำให้อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากได้รับการรักษาในระยะต้น และรวดเร็ว แต่เนื่องจากความพร้อมของเครื่องมือ บุคลากร ยังไม่เพียงพอ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งเพื่อให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วจึงยังมีความจำเป็นอยู่ แต่การส่งต่อนั้นจำเป็นต้องใช้ข้อมูลการรักษาที่ผ่านที่ผ่านมาก่อนข้างมาก บางครั้งทำให้การรักษาล่าช้า ต้องมีการตรวจวินิจฉัยซ้ำซ้อน และไม่ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ประกอบกับปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศก้าวหน้ามากขึ้น สามารถสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วยให้ทันเวลา และได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

**การตอบโจทย์การพัฒนา - แก้ปัญหาระบบสุขภาพ** การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งของศูนย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลราชบุรีและภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ครั้งนี้เป็น การศึกษา ทบทวนสภาพปัญหา และการแก้ปัญหาของผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องรับการรังสีรักษา และจำเป็นต้องมีการส่ง ต่อเนื่องจากความพร้อมและระยะเวลานัดหมายที่ทำการรักษาที่นาน โดยใช้ระบบสารสนเทศมาสนับสนุนการส่ง ต่อผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการใช้รังสีรักษา เช่น ระบบการใช้ cloud storage การพัฒนารูปแบบโปรแกรมที่ สามารถเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน ทำให้ผู้ป่วย แพทย์ที่รักษา และรับส่งต่อผู้ป่วย ลดระยะเวลาและขั้นตอนทั้งใน ส่วนข้อมูลการตรวจที่ผ่านมา เช่น ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา(Pathology) การตรวจทางรังสีวินิจฉัย การนัดหมาย และการติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยต่อเนื่อง

**การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย** ผู้ใช้ประโยชน์จากงานวิจัยชิ้นนี้คือ ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาลและศูนย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลราชบุรี โดยสามารถขยายผลการใช้ประโยชน์ไปยัง สถานบริการอื่นที่อยู่ภายในเขตบริการสุขภาพที่ ๕ ได้ในระยะต่อไป

#### ๘) โครงการวิจัยพัฒนาเตรียมสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ ๖

ศ.นพ.วิชัย เอกพลากร ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

โครงการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ได้ดำเนินการมาทั้งสิ้น ๕ ครั้ง เป็นระบบการสำรวจสภาวะสุขภาพ ของประชาชน ปัจจัยเสี่ยง โรคที่มีความสำคัญ เพื่อใช้ในการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และกำหนดนโยบายทางด้าน สาธารณสุขที่สำคัญยิ่ง เพราะข้อมูลที่ได้เป็นการเก็บมาจากบุคคลตัวอย่างที่สุ่มตัวอย่าง ให้ได้เป็นตัวแทนของ ประชากรไทยในแต่ละภูมิภาค มีการตรวจร่างกาย เก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อตรวจทางชีวภาพ ซึ่งหากได้ชุดข้อมูลที่มีความถูกต้อง แม่นยำและทันต่อสถานการณ์ จะทำให้หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น สามารถใช้ ประโยชน์จากข้อมูลการสำรวจ ดังนั้นการเตรียมพร้อมก่อนการสำรวจจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยการ ทบทวนวรรณกรรม แบบสอบถาม ปัญหาที่พบ มาใช้ในการศึกษาก่อนที่จะดำเนินการสำรวจอีกครั้งในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งจากการสำรวจที่ผ่านมายังพบปัญหาทางสุขภาพเช่น โรคติดต่อไม่เรื้อรัง ปัญหาทางโภชนาการเกิน และปัจจัยเสี่ยงจากแอลกอฮอล์ บุหรี่

**การตอบโจทย์การพัฒนา - แก้ปัญหาระบบสุขภาพ** ข้อมูลที่ได้จากการเตรียมความพร้อมการสำรวจ จะทำให้ได้ข้อมูลของแบบสอบถาม การสุ่มตัวอย่างประชากรที่เหมาะสม และมีความเป็นตัวแทนของประชากร ไทย การตรวจร่างกายที่มีความจำเป็น รวมทั้งแผนการในการดำเนินงานภาคสนามที่จะทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ และทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน มากที่สุด นำไปสู่การใช้กำหนดนโยบาย และวางแผนของหน่วยงานต่าง ๆ

**การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย** ผู้ใช้ประโยชน์จากการเตรียมความพร้อมครั้งนี้คือ กระทรวงสาธารณสุข เขตบริการสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ หน่วยงานทางวิชาการอื่น ที่ใช้ในการอ้างอิงผลการสำรวจ

#### ๙. แผนงานวิจัยระบบบริการสุขภาพ

##### ๙) วิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทย (ปีที่ ๒)

รศ.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย การจัดบริการการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทย ยังไม่เป็นที่ รู้จักกันกว้างขวาง แต่มีพัฒนาการมาในระดับหนึ่งโดยเฉพาะในระบบบริการการดูแลสุขภาพของรัฐ บริบทของ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทยมีความเฉพาะตัวซึ่งส่งผลต่อการนิยาม Hospice care โดยเฉพาะในเรื่องใครคือผู้ป่วยระยะท้าย พัฒนาการและจุดเน้นของการดูแลแบบประคับประคอง ตลอดจนรูปแบบที่พบของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทย ซึ่งควรให้มีการทำความเข้าใจด้วยนิยามที่ชัดเจนและสร้างเสริมความเข้าใจที่สอดคล้องไปกับทิศทางที่ต้องการในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ บทสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายว่าด้วย “แนวทางการพัฒนาการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice care) ในประเทศไทย: ทางเลือกของการดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย” นี้ ได้ประมวลขึ้นจากข้อมูล สารสนเทศและสถิติที่เกี่ยวข้องต่างๆ จากโครงการวิจัยเชิงสังเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบบริการเพื่อผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice care) ในประเทศไทย โดยศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ที่ได้ดำเนินโครงการตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ.๒๕๕๙ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๖๑ โครงการข้างต้นประกอบด้วยการศึกษา ๕ ส่วนสำคัญ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์และการสังเคราะห์รูปแบบของ Hospice care ในประเทศไทย, การสังเคราะห์บทเรียนจากกรณีศึกษาเชิงลึกของ Hospice care ในประเทศไทย, การศึกษาต้นทุนและสังเคราะห์ข้อเสนอองค์ประกอบของ Hospice care เพื่อการเบิกจ่ายค่าบริการ, ระบาดวิทยาของความต้องการที่มีต่อ Hospice care ในประเทศไทย และการสังเคราะห์ต้นแบบร่างข้อกำหนดของบริการ และข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับบริการ Hospice care ทั้งนี้มีการรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ โดยการทบทวนวรรณกรรมวิชาการและเอกสารในระบบสาธารณสุข การจัดประชุมสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์กับนักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิ แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การศึกษาโดยการเยี่ยมสำรวจในพื้นที่ ๑๒ เขตบริการ การทำกรณีศึกษาเชิงลึกกับโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การวิเคราะห์ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของประเทศระหว่างปี ๒๕๕๔-๒๕๕๘ การสำรวจข้อมูลจากโรงพยาบาลทั่วประเทศทั้งรัฐและเอกชนด้วยแบบสอบถามทางไปรษณีย์ การพัฒนาต้นร่างข้อกำหนด นำร่องและติดตามประเมินในโรงพยาบาล ๑๖ แห่ง และการประชุมเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นจากข้อค้นพบต่างๆ เป็นระยะจนสรุปโครงการ

ข้อค้นพบที่สำคัญเกี่ยวกับการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศ สามารถสรุปได้พอสังเขปเป็น ๘ กลุ่มประเด็น ได้แก่

๑. มุมมองและความเข้าใจของบุคลากรทางสาธารณสุขต่างๆ ที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีความแตกต่างกันในความเห็น ความเชื่อมโยง และความทับซ้อนกันประเด็นที่เป็นสาระสำคัญของนิยามและขอบเขตของบริการสุขภาพต่างๆ ในหลายเรื่อง เช่น ความหมายและความแตกต่างของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End-of-life care) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในรูปแบบเฉพาะ (Hospice care) การดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long-term care) การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home health care) รวมถึงล่าสุดคือการดูแลระยะพหุวิฤติหรือ Intermediate care เป็นต้น ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการขับเคลื่อนนโยบายที่สนับสนุนการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายอย่างรวดเร็ว โดยการเตรียมการ การสื่อสาร การพัฒนารวมถึงให้ความรู้บุคลากรกลุ่มต่างๆ ซึ่งมีผู้เกี่ยวข้องเป็นจำนวนมากไม่ทันต่อการขับเคลื่อนการปฏิบัติ นอกจากนี้โครงสร้างการมอบหมายงานในกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะส่วนภูมิภาคในระยะแรกขาดความชัดเจนและขาดต้นแบบที่เป็นรูปธรรมในการดำเนินการ ทำให้การตีความ การจัดการและการขับเคลื่อนการพัฒนามีความหลากหลายสูง

ความเข้าใจที่ไม่ชัดเจนและไม่ตรงกันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยเฉพาะในกลุ่มแพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ ทำให้การดูแลแบบประคับประคองมักไม่ถูกนำเสนอเป็นทางเลือกสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย

โดยเฉพาะในกลุ่มมะเร็ง หรือนำเสนอเมื่อไม่มีทางเลือกแล้ว มากกว่าเป็นเส้นทางการบริบาลที่มีการประเมินและวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมผู้ให้การรักษาพยาบาล

๒. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศเริ่มต้นเป็นรูปธรรมในช่วงประมาณปีพ.ศ.๒๕๔๐ และขยายตัวมากในช่วงประมาณปีพ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๘ โดยการพัฒนางานด้านการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมุ่งเน้นการให้ความรู้และทักษะเกี่ยวกับแนวทางการให้การดูแลแบบประคับประคองแก่บุคลากรในส่วนของงานบริการมากกว่าแนวทางการจัดระบบบริการ กระบวนการสนับสนุนหรือด้านการบริหารจัดการ องค์กรประกอบของงานบริการส่วนใหญ่มุ่งไปใน ๒ องค์กรหลัก คือ การสร้างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล และการติดตามดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้าน โดยมีญาติหรืออาสาสมัครในชุมชนเข้ามามีบทบาทในการให้การดูแล ทั้งนี้บุคลากรกลุ่มที่มักเป็นกลุ่มริเริ่มพัฒนางานและมีบทบาทหลักในการดำเนินการมากที่สุด คือ พยาบาลในที่มีการสร้างทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้มแข็งมักมีแพทย์ในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือวิสัญญีแพทย์มาเป็นผู้นำทีม และมีบุคลากรทางการแพทย์ด้านอื่นๆ มามีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน ทำให้สามารถจัดการดูแลได้อย่างเป็นองค์รวม เช่น เภสัชกร จิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด โภชนากร เป็นต้น บางแห่งมีนักกฎหมายเป็นที่ปรึกษาด้วย พัฒนาการหลังจากเริ่มมีทีมงานเมื่อผู้บริหารเห็นชอบด้วย คือมีการจัดตั้งหน่วยงาน เช่น ศูนย์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองซึ่งอาจมีชื่อเรียกแตกต่างกันไปสำหรับโรงพยาบาลแต่ละแห่ง และเริ่มมีการมอบหมายบุคลากรประจำ

อุปสรรคที่สำคัญที่สุดของการพัฒนางานด้านนี้คือ ยังไม่มีการบริหารจัดการองค์ประกอบของการจัดบริการอย่างครอบคลุม เช่น นโยบายและการชี้นำทิศทางจากผู้บริหาร อุปสรรคเรื่องการใช้ยาบำบัดอาการปวด ความพร้อมใช้ของเครื่องมือแพทย์ในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบริบาลยังมีข้อจำกัดมากทั้งในสถานพยาบาลและที่บ้าน รวมถึงการเชื่อมโยงสารสนเทศเพื่อการสื่อสารและสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วย ปัญหาเหล่านี้ได้รับการจัดการเป็นเรื่องๆ ในแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน

๓. รูปแบบของการจัดบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทยเกือบทั้งหมดยังอิงอยู่กับการจัดบริการโดยโรงพยาบาล หรือสนับสนุนโดยโรงพยาบาล ประกอบด้วย

(๑) บริการผู้ป่วยใน ซึ่งในโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่ยังจัดรวมอยู่กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ แต่จะมีทีมรับผิดชอบการดูแลแบบประคับประคองเป็นผู้ร่วมดูแล สนับสนุนและให้คำปรึกษา อาจมีการแยกพื้นที่หรือใช้ห้องเดี่ยวบ้างถ้าสถานที่เอื้ออำนวย ยังไม่พบการจัดเป็นหอผู้ป่วยเฉพาะมากนัก โดยเริ่มมีแนวโน้มว่าโรงพยาบาลที่สถานที่เอื้ออำนวย ผู้บริหารให้ความสำคัญและมีจำนวนผู้ป่วยมากพอ เปิดหอผู้ป่วยเพื่อการบริบาลคุณภาพชีวิตระยะท้ายโดยเฉพาะ

(๒) บริการผู้ป่วยนอก ที่ยังรวมอยู่กับคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ทั้งนี้อาจมีการนัดหมายผู้ป่วยหรือญาติมิตรผู้ดูแลมาในช่วงเวลาเฉพาะ หากโรงพยาบาลมีความพร้อมสูงอาจจัดบริการร่วมกับคลินิกอาการปวด (Pain clinic) หรือคลินิกการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care clinic) และมีบางโรงพยาบาลใช้สถานที่ในหอผู้ป่วยในที่เป็นหอผู้ป่วยเฉพาะทาง สำหรับการนัดติดตามผู้ป่วยนอกด้วย โดยให้ทีมแพทย์ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยใน รวมถึงมีโรงพยาบาลบางแห่งเริ่มสนใจพัฒนาบริการแบบ Day care

(๓) บริการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน ส่วนนี้เป็นจุดเน้นที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่ให้ความสำคัญ โดยเฉพาะในส่วนภูมิภาค มีการดำเนินการเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงองค์กรทางสังคมที่เป็นเครือข่ายในพื้นที่ มีการจัดทีมเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นทีมเยี่ยมบ้านที่มีอยู่แล้ว หรือทีมการดูแลแบบประคับประคองตามเยี่ยมบ้านเอง อย่างไรก็ตามข้อจำกัดสำคัญในส่วนนี้คือ อัตรากำลังและขีดความสามารถของบุคลากรที่จะเยี่ยมบ้านสำหรับกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายโดยเฉพาะ

รวมถึงระบบสารสนเทศที่จะเอื้อต่อการส่งตัวผู้ป่วยและการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งเครือข่ายที่มีความก้าวหน้าในด้านนี้ เช่น เครือข่ายของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน จะมีการดำเนินงานที่ประสานกันได้เป็นอย่างดี

๔. ความต้องการและความคาดหวังที่มีต่อการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายมีความหลากหลายสูง แม้ดูเหมือนว่าจะมีประเด็นจัดได้เป็นกลุ่มๆ เช่น ความต้องการด้านกาย จิตใจ สังคมหรือจิตวิญญาณ ตามมิติของสภาวะที่มักมีการพุดกัน แต่ประเด็นเชิงเนื้อหาสำหรับการวางแผนและการให้การดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายแต่ละคน แตกต่างกันมากเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มโรคเฉียบพลันหรือโรคเรื้อรังโดยทั่วไป เพราะมีเหตุพื้นฐานมาตั้งแต่ความคิดความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับความตาย ความพึงพอใจต่อชีวิตที่ผ่านมา ความชอบและความนิยมส่วนตัว ความพร้อมทางเศรษฐกิจสังคมและความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ป่วย ตลอดจนจนถึงความรู้ความเข้าใจที่มีต่อโรคและทางเลือกในการดูแลรักษา เป็นต้น อีกทั้งยังมีแนวโน้มที่กลุ่มผู้ป่วยที่มีความต้องการเฉพาะหรือเป็นกลุ่มชายขอบ (Marginal group) เพิ่มขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่เป็นคนต่างชาติ ผู้ป่วยกลุ่ม LGBT และผู้ป่วยกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ เป็นต้น

นอกจากนี้ ประเด็นเรื่องความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัวยังสัมพันธ์กับความรู้ความเข้าใจ ความคิดความเชื่อส่วนบุคคล อุปนิสัยและทัศนคติของผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยและกระบวนการให้การดูแลรักษาพยาบาลด้วยว่าจะเปิดกว้างเพียงใดที่จะค้นหา นำมาพิจารณาและตอบสนองด้วยความยืดหยุ่นเพียงใด ทั้งนี้เกี่ยวข้องกับทั้งทีมผู้ให้การดูแลรักษา เช่น แพทย์ พยาบาลที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง และผู้ดูแลที่อาจเป็นญาติ มิตรสหาย อาสาสมัคร หรือผู้ที่ได้รับการจ้างวาน

๕. ในเชิงปริมาณ ความต้องการที่การจัดบริการการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย แม้ประเด็นหลักจะเป็นปัจจัยด้านความต้องการทางระบาดวิทยาตามประเด็นปัญหาทางสุขภาพที่เกิดจากโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิตผู้ป่วยและรักษาไม่หายซึ่งประเมินเบื้องต้นจากฐานข้อมูลการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในของระบบหลักประกันสุขภาพระหว่างปี ๒๕๕๔-๒๕๕๘ อยู่ที่ปีละประมาณ ๕๓,๕๐๐ คน แต่ความต้องการต่อระบบบริการที่แท้จริงยังขึ้นอยู่กับความพร้อมของระบบที่จะทำให้เข้าถึงบริการ ประสิทธิภาพของทางเลือกอื่นในการรักษาและควบคุมโรคของผู้ป่วย การได้รับข้อมูล การรับรู้ความจริง การทำใจยอมรับและการตัดสินใจของผู้ป่วยที่จะเลือกเส้นทางการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายด้วย ความรู้ความเข้าใจและความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วย ปัจจัยทางครอบครัว ตลอดจนปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่แวดล้อมผู้ป่วยและครอบครัวด้วย

๖. การใช้ทรัพยากรและต้นทุนของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ขึ้นอยู่กับรูปแบบของการจัดบริการเป็นสำคัญ ซึ่งประกอบด้วยต้นทุนการลงทุน และต้นทุนการดำเนินการ การจัดการบริการเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาลที่ไม่ได้แยกหอผู้ป่วยจะมีต้นทุนโดยรวมอยู่ที่ประมาณ ๖,๔๕๑ บาทต่อคนต่อวัน ส่วนใหญ่เป็นต้นทุนการดำเนินการคือประมาณ ๖,๔๑๕ บาทต่อคนต่อวัน เป็นต้นทุนบุคลากรร้อยละ ๘๘.๙๑ ของต้นทุนการดำเนินการ ในขณะที่โรงพยาบาลที่มีการจัดหอผู้ป่วยให้กับผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการเฉพาะ มีต้นทุนรวมโดยรวมอยู่ที่ประมาณ ๓,๐๘๖ บาทต่อวัน ต้นทุนการดำเนินการเฉลี่ย ๒,๘๘๕ บาทต่อคนต่อวัน ส่วนที่เป็นต้นทุนบุคลากรคิดเป็นร้อยละ ๕๔.๑๖ ของต้นทุนการดำเนินการ

แม้ว่าจะมีข้อจำกัดในการศึกษาต้นทุนในพื้นที่จำนวนหนึ่ง แต่ในเบื้องต้นอาจประเมินได้ว่าต้นทุนการจัดบริการการดูแลที่บ้าน แบ่งได้เป็น ๒ ส่วนสำคัญ คือ (๑) ส่วนของการให้การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล ซึ่งเฉลี่ยอยู่ที่ ๑,๓๓๘-๒,๓๖๖ บาทต่อคนต่อเดือน ซึ่งขึ้นกับการจัดระบบว่ามีทีมผู้เยี่ยมกี่คนและความถี่ในการเยี่ยม ทั้งนี้ไม่รวมถึงต้นทุนที่เกี่ยวข้องกับเครื่องมือแพทย์ และ (๒) ส่วนของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่ประกอบด้วยค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตรายวัน ๓๒๕ บาทต่อวัน ค่าจ้างผู้ดูแล ประมาณ ๕๐๕ บาทต่อวัน หรือค่า

เสียโอกาสของการหารายได้ของผู้ดูแล เฉลี่ย ๕๖๖ บาทต่อวัน ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อติดตามการรักษาเฉลี่ย ๔๓๖ บาทต่อเดือน และค่าใช้จ่ายในการปรับปรุงสถานที่หรือเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย เฉลี่ย ๒๒,๓๐๙ บาทต่อคน

๖. การพัฒนาบริการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองก้ำวหน้าและขยายตัวเร็วในช่วงปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐ โดยมี Service plan ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นเครื่องมือสำคัญในการขึ้นำการพัฒนา มีการตั้งคณะกรรมการ หน่วยบริการ เครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง และมีมาตรฐานการปฏิบัติต่างๆ เป็นข้อแนะนำมาจากหลักสูตรต่างๆ ที่บุคลากรของโรงพยาบาลไปอบรมมา ซึ่งมักนำมาใช้อ้างอิงเป็นระดับของขีดความสามารถของบุคลากร เช่น อบรมหลักสูตร ๓ วัน, ๒ สัปดาห์, ๒ เดือนหรือ ๔ เดือน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการจัดบริการส่วนใหญ่ยังอยู่ในโรงพยาบาลทำให้ต้องนำมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยระยะเฉียบพลันหรือผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ของโรงพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทำให้การให้การดูแลรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหลายแห่งขาดความยืดหยุ่นที่จะรองรับความต้องการเฉพาะในขณะที่ต้องใช้ทรัพยากรมากเกินไปจนความจำเป็น นอกจากนี้ยังมีความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับความเหมาะสมของตัววัดคุณภาพของการบริหารที่สามารถนำมาใช้เพื่อการทบทวนและปรับปรุงการให้การบริการของโรงพยาบาลว่าควรมีอย่างน้อยเพียงใดที่จะได้ประโยชน์และปฏิบัติได้จริง

ทั้งนี้ มีข้อสังเกตจากการศึกษาสถานการณ์ ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งผลการประเมินการนำร่องร่างข้อกำหนดของการจัดบริการการบริการเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายว่าสิ่งที่สถานพยาบาลดำเนินการเพื่อให้เกิดคุณภาพของการบริการคุณภาพชีวิตระยะท้าย อาจแบ่งได้เป็น ๓ ระดับคือ (๑) สิ่งที่ต้องมีหรือต้องทำ เช่น การปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสิทธิผู้ป่วยและครอบครัว ความปลอดภัยของผู้ป่วยและการบริหารความเสี่ยงในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การเข้าถึงบริการ การประเมิน วางแผนดูแล การดูแลและความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ, (๒) สิ่งที่มีหรือควรทำ เช่น การจัดการเรื่องขีดความสามารถและการพัฒนาอาสาสมัคร การจัดการและดูแลความผูกพันและความสุขของผู้ปฏิบัติงาน, และ (๓) สิ่งที่มีหรือทำได้ก็จะดีมาก เช่น การประเมินลักษณะที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม แหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมถึงเครือข่ายสนับสนุน เป็นต้น

๘. ระบบหลักประกันสุขภาพของไทยในปัจจุบันส่วนใหญ่ยังไม่มี ความชัดเจนเรื่องสิทธิประโยชน์และการเบิกจ่ายค่าบริการที่เกี่ยวข้องกับการบริการผู้ป่วยระยะท้าย ยกเว้นในส่วนของระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นการชดเชยค่ารักษาพยาบาลแบบเหมาจ่าย ๔,๐๐๐-๖,๐๐๐บาทต่อราย ขึ้นกับระยะเวลาก่อนการเสียชีวิต ซึ่งครอบคลุมภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลเพียงบางส่วนและยังมีผู้ป่วยเข้าถึงสิทธิดังกล่าวไม่มากนัก ในขณะที่ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิในระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาของข้าราชการ ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายบางส่วนอาศัยการรวมไว้ในการเหมาจ่ายรายหัวสำหรับการบริการผู้ป่วยนอก หรือบริการผู้ป่วยในในส่วนของดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย ซึ่งมีข้อจำกัดมากและไม่ส่งเสริมให้โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นๆ พัฒนาบริการสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นอุปสรรคกับโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่จะจำหน่ายผู้ป่วยที่ควรกลับบ้านได้แล้วออกจากโรงพยาบาล นอกจากนี้การใช้กลไกการเบิกจ่ายที่ไม่เหมาะสมอาจไม่สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนที่แท้จริงของการจัดบริการด้วย

คณะผู้วิจัย ได้วิเคราะห์ข้อมูล สารสนเทศและสถิติต่างๆ ร่วมกัน และนำเสนอข้อค้นพบที่สำคัญในที่ประชุมอันประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ทั้งแพทย์ พยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพอื่นๆ ตลอดจนผู้แทนจากองค์กรการกุศลและองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไรที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารสถานพยาบาล ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ผู้บริหารหน่วยงานด้านหลักประกันสุขภาพและผู้บริหารของสถาบัน

รับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อสังเกตต่างๆ นำมาเพิ่มเติมแนวทางการดำเนินงานและปรับปรุงบทสังเคราะห์ในส่วนต่างๆ เป็นระยะ ตลอดจนได้นำเสนอข้อสรุปเบื้องต้นและข้อเสนอในการพัฒนาบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายนี้ที่ประชุมทางวิชาการในหลายโอกาสพร้อมแลกเปลี่ยนกับนักวิชาการที่สนใจ

การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายที่สำคัญเพื่อการพัฒนาการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย สรุปประเด็นที่สำคัญได้ดังต่อไปนี้

๑. ควรให้มีการทบทวนและกำหนดนิยามและจุดเน้นของการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Hospice care) เพื่อให้เกิดความเข้าใจของภาคส่วนต่างๆ ไปในแนวทางเดียวกัน สอดคล้องกับความหมายในทางวิชาการ และเอื้อต่อการขับเคลื่อนการพัฒนางานบริการด้านนี้ไปในอนาคตได้

ทั้งนี้ ในเบื้องต้นคณะผู้วิจัยได้เสนอนิยามของ Hospice care ซึ่งยังไม่มีผู้กำหนดไว้ว่า “การบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย” ซึ่งหมายถึง “การให้การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) แก่ผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิต โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่มีการจัดไว้เหมาะสม ด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตทางสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมช่วงระยะท้ายของชีวิต (Terminal phase) รวมถึงในช่วงเวลาระยะแรกภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Bereavement phase)” ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความแตกต่างในระดับหนึ่งจากการให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ที่แพร่หลายอยู่ในประเทศไทย ที่จะแสดงถึงจุดเน้นสำหรับการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายสำหรับผู้ป่วยว่าเป็นกระบวนการรักษาพยาบาลเช่นกันเพียงแต่มุ่งเป้าหมายที่คุณภาพชีวิตมิใช่ตัวโรคของผู้ป่วย และมุ่งเน้นการจัดการความสัมพันธ์และสภาพแวดล้อมของการบริหารเป็นองค์ประกอบสำคัญด้วย การประชุมตัวแทนจากโรงพยาบาลต่างๆ ที่เข้าร่วมในโครงการนำร่องร่างข้อกำหนดของบริการเกือบทั้งหมดแสดงความเห็นด้วยต่อนิยามนี้ โดยมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงเพียงประเด็นเล็กน้อยเท่านั้น

๒. เผยแพร่แนวคิดและประเด็นที่เป็นองค์ประกอบหลักของการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายให้กว้างขวางให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมและระบบบริการสุขภาพของประเทศ รวมถึงให้โอกาสแก่ผู้ให้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่จะสร้างนวัตกรรมของบริการเพื่อตอบสนองต่อผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว ตลอดจนวางกลไกในการบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อนการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายอย่างครอบคลุม

องค์ประกอบที่สำคัญของระบบงานเพื่อการพัฒนาของการบริหารคุณภาพชีวิตระยะท้ายในประเทศไทย ประกอบด้วย ๓ ส่วนสำคัญ คือ ๓ ส่วน ได้แก่ ๑) กระบวนการหลักของการบริหาร ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การประเมินผู้ป่วยระยะท้าย การวางแผนการดูแล การให้การดูแล การสื่อสารและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินและวางแผนจำหน่าย การบันทึกข้อมูลเวชระเบียน และการจำหน่ายผู้ป่วยและดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน ๒) กระบวนการสนับสนุนการจัดการบริการ ได้แก่ การจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ระบบเครื่องมือแพทย์ ระบบยาและเวชภัณฑ์ และการดำเนินงานร่วมกับชุมชน ๓) กระบวนการบริหารจัดการ ได้แก่ การบริหารจัดการองค์การสถานพยาบาล การบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย ซึ่งประกอบด้วยนโยบายและกลไกซึ่งนำการพัฒนาเชิงระบบ กฎหมายและการกำกับดูแล สิทธิประโยชน์และกลไกการชดเชยค่าดูแลรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพ และทรัพยากรบุคคล

๓. พัฒนาการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายให้มีต้นแบบที่หลากหลาย มีรูปแบบต่างๆ ที่เป็นทางเลือกที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ สังคมและระบบบริการสุขภาพของประเทศ ไม่ใช่มีเพียงรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง หรือมีเพียงมาตรฐานเดียว

รูปแบบของการจัดบริการการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นไปได้ และควรส่งเสริมตามความเหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ ได้แก่ ๑) การจัดบริการในรูปแบบทีมสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลแบบประคับประคองแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลโดยไม่มี การจัดเตียงผู้ป่วยในไว้เป็นการเฉพาะ ๒) การบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายแบบผู้ป่วยใน ที่เป็นส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลที่มีการแยกเตียงผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายไว้เป็นมุมเฉพาะหรือห้องแยกโดยเฉพาะ ๓) หอผู้ป่วยในสำหรับการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย ๔) การบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายเป็นส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยหรือหอพักฟื้นในสถานพยาบาลสำหรับการดูแลระยะยาว ๕) การบริบาลระยะท้ายแบบพักพิงชั่วคราว หรือ Respite care ๖) สถานบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่เป็นสถานพยาบาลอิสระที่มีเตียงผู้ป่วยใน ๖) การบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายในระบบบริการผู้ป่วยนอกของสถานพยาบาล ซึ่งอาจดูแลผู้ป่วยร่วมกับบริการผู้ป่วยนอกโดยทั่วไปหรือจัดไว้ร่วมกับบริการคลินิกกระบังปวด หรือเป็นคลินิกดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยเฉพาะ ๘) การบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายแบบดูแลเป็นรายวันในช่วงกลางวันหรือเป็นการรับดูแลในโรงพยาบาลแบบเข้าไปเย็นกลับ ๙) การบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่บ้านของผู้ป่วย ๑๐) การบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายในสถานที่พักในชุมชน

๔. นำความต้องการและความคาดหวังจากหลากหลายมุมมองของผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ไปสู่การพัฒนาการบริการเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย อย่างน้อยใน ๓ กลุ่มประเด็นที่สำคัญ คือ ๑) การบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายควรต้องเป็นสิ่งที่ทุกคนที่ต้องการแล้วสามารถเข้าถึงได้ด้วยมาตรฐานและคุณภาพที่เป็นพื้นฐานในระดับเดียวกัน ๒) การบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายควรต้องตั้งอยู่บนสมมติฐานของความหลากหลาย ทั้งนี้ประเด็นสำคัญที่ควรนำมาพิจารณา เช่นความสามารถของสถานพยาบาลในการจัดระบบงานเพื่อดูแลผู้ป่วย เทคโนโลยีเชิงระบบและเทคโนโลยีในชีวิตประจำวัน บูรณาการระหว่างหน่วยงานระดับต่างๆ ระบบงานส่งเสริมและสนับสนุน รวมถึงความหลากหลายของความเป็นมนุษย์ ๓) การจัดบริการเพื่อการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายควรมีความยืดหยุ่นมากพอที่จะตอบสนองต่อการเข้าถึงความปรารถนาที่แท้จริงของผู้ป่วย มีความยืดหยุ่นในการรองรับความต้องการเฉพาะ ไม่ควรนำมาตรฐานหรือข้อกำหนดในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคทั่วไปมาใช้ในการกำกับควบคุมเป็นการทั่วไป

๕. ติดตามและตั้งเป้าหมายของการพัฒนาและขยายบริการการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายเพื่อการตอบสนองความต้องการบริการในด้านนี้อย่างต่อเนื่อง โดยการส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลในระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ข้อมูลมีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันสมัย และให้สามารถนำมาบูรณาการเพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ ทบทวนและคาดการณ์ความต้องการบริการได้ทั้งในระดับประเทศ และระดับพื้นที่ ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพจะช่วยเอื้อต่อการนำไปวิจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการคาดการณ์ความต้องการบริการมาประกอบการวิเคราะห์และทบทวนด้วย เช่น การเข้าถึงบริการในพื้นที่ต่างๆ ชีตความสามารถ ความเพียงพอทรัพยากรต่อการให้บริการในระบบ รวมถึงผลลัพธ์ของการรักษาและควบคุมโรคที่ช่วยป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยการเข้าสู่การเป็นผู้ป่วยระยะท้าย เป็นต้น

การคาดการณ์ความต้องการต่อการบริบาลเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่มีประสิทธิภาพ จะเอื้อต่อการวางแผนพัฒนาบริการ การผลิตและพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการวางแผนด้านหลักประกันสุขภาพดีเป็นอย่างดี

๖. ควรมีการพัฒนาระบบบัญชีการเงินและบัญชีต้นทุนในโรงพยาบาลที่เอื้อให้สามารถติดตามต้นทุนค่าใช้จ่ายของการให้บริการแต่ละประเภทได้ โดยเฉพาะในกรณีที่โรงพยาบาลจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโดยการใช้สถานที่หรือระบบบริการร่วมกัน ทั้งในกรณีบริการผู้ป่วยใน บริการผู้ป่วยนอก และบริการการดูแลผู้ป่วยที่



บ้าน การมีระบบบัญชีต้นทุนที่สามารถลงลึกถึงการวิเคราะห์ต้นทุนตามประเภทหรือกลุ่มของบริการที่เชื่อมโยงกับผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มได้ จะทำให้สามารถติดตามและบริหารต้นทุนของการให้บริการบริหารผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเทียบเคียงเพื่อกำหนดราคาอัตราค่าบริการ เปรียบเทียบกับงบประมาณสนับสนุนที่ได้รับ ซึ่งมักได้รับการจัดสรรตามกลุ่มบริการหรือกลุ่มของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังช่วยให้สามารถรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลและกำหนดงบประมาณ ตลอดจนความต้องการทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการพัฒนาบริการในระดับประเทศทำได้ถูกต้องและน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

๖. ควรมีการทบทวนความจำเป็นและกำหนดกฎหมายรวมถึงมาตรฐานขั้นต่ำที่เหมาะสมสำหรับการขออนุญาตดำเนินการเป็นสถานพยาบาลที่จะให้บริการการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายโดยเฉพาะ (License) เพื่อมุ่งประกันคุณภาพเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแลอย่างน้อยเป็นขั้นพื้นฐานที่ต้องทำและการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้เพื่อให้เอื้อต่อทั้งหน่วยงานภาครัฐไว้ในทางอ้อม และการขออนุญาตประกอบการสถานพยาบาลของภาคเอกชนที่มีแนวโน้มจะเปิดบริการในด้านนี้มากขึ้น การมีกฎหมายเฉพาะอาจช่วยให้สถานพยาบาลจำนวนหนึ่งที่ไม่ใช่โรงพยาบาลที่รับดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นเป็นการทั่วไป ไม่ต้องลงทุนหรือใช้ทรัพยากรในส่วนที่เกินจำเป็น และนำทรัพยากรส่วนนั้นกลับมาเพื่อใช้พัฒนาบริการและบุคลากรในส่วนที่ได้ประโยชน์หรือสร้างคุณค่ากับผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวโดยตรง

นอกจากนี้ยังควรส่งเสริมให้มีกระบวนการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาลสำหรับการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย (Accreditation) หรือรับรองในรูปแบบการดูแลเฉพาะโรค (Disease-specific certification) เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้สถานพยาบาลทั้งที่เป็นโรงพยาบาลและไม่ใช่โรงพยาบาล มีการพัฒนาคุณภาพของการจัดบริการสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง รวมถึงมีแนวทางร่วมเพื่อการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งนี้สามารถใช้กรอบของมาตรฐานหรือข้อกำหนดของการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลร่วมกับร่างข้อกำหนดสำหรับการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายที่เสนอไว้เป็นกรอบเบื้องต้นในการพัฒนาได้

ในส่วนของการพัฒนาระบบบริการของกระทรวงสาธารณสุขตาม Service plan ที่กำหนดไว้ ควรมีการติดตามรูปธรรมของการถ่ายทอดสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลและหน่วยบริการต่างๆ อย่างใกล้ชิดเป็นระยะ เพื่อทบทวนการกำหนดองค์ประกอบและแผนพัฒนาบริการ ตลอดจนรูปแบบการใช้ทรัพยากรให้มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของแต่ละพื้นที่ด้วย

๘. ทบทวนและพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ การซื้อบริการและกลไกการเบิกจ่ายสำหรับการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศเพื่อให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงการบริหารเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้ายได้อย่างทั่วถึง สถานพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพที่ให้บริการกับประชาชนได้รับการสนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอและเป็นธรรมเพื่อการจัดการบริการที่มีคุณภาพได้

การซื้อบริการและกลไกการเบิกจ่าย ควรเป็นการซื้อบริการในรูปแบบการทำสัญญาเฉพาะ (Selective contracting) ภายใต้แนวคิดการดูแลสุขภาพที่มุ่งคุณค่า (Value-based healthcare) ที่มีการกำหนดขอบเขตบริการ คุณสมบัติผู้ให้บริการ ข้อกำหนดด้านคุณภาพที่สำคัญต่อผลลัพธ์ และการเบิกจ่ายค่าบริการที่เพียงพอแต่กระตุ้นให้เกิดประสิทธิภาพและการพัฒนาบริการไปในทิศทางที่พึงประสงค์

นอกจากนี้ สิทธิประโยชน์และกลไกการเบิกจ่ายการเบิกจ่ายข้างต้นอาจรวมถึงองค์ประกอบที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ลดภาระของครอบครัวของผู้ป่วยที่ยากจนในกรณีที่ต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้านด้วย แหล่งการคลังอาจอาศัยงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุน ซึ่งการดำเนินการในส่วนนี้จะช่วยให้โรงพยาบาลสามารถจำหน่ายผู้ป่วยจำนวนหนึ่งกลับบ้านได้ง่ายขึ้นด้วย

**การนำไปใช้ประโยชน์**

นำเสนอผลการศึกษารื่องคำนิยาม Hospice care ต่อคณะกรรมการขับเคลื่อนการส่งเสริมการใช้สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๐ วันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐ และนำเสนอผลการศึกษาต่อเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติในวันที่ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๖๐ โดยที่ประชุมเห็นชอบนิยามปฏิบัติการกลาง(Operational definition)ของประเทศไทยของคำว่า การดูแลแบบประคับประคอง(Palliative care) , End-of-life care, Hospice และควรมีการประยุกต์หรือเพิ่มเติมคำนิยามเชิงปฏิบัติการในหน่วยบริการ (รพ.แพทย์ รพช. รพ.สต.และชุมชน) และเห็นควรใช้ประโยชน์จากนิยาม โดยการบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ผ่านสภาพัฒน์ และใช้ประโยชน์ในการตีความกฎหมายและการวางแผนการใช้จ่ายงบประมาณให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศและของทั้งสามกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การนำนิยามไปใช้ในแต่ละ setting ของ service plan ในกรณีสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ นำนิยามนี้ไปใช้ในการตีความการใช้จ่ายงบประมาณการดูแลแบบประคับประคองที่สถานพยาบาล และที่บ้าน รวมทั้งของกองทุนสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำนิยามไปใช้ในการดูแลแบบประคับประคองของกองทุนสุขภาพตำบล ในกรณีกรมบัญชีกลาง นำนิยามนี้ไปใช้ในการตีความการใช้จ่ายงบประมาณในการดูแลแบบประคับประคองในสถานพยาบาล ในกรณีสำนักงานประกันสังคม นำนิยามนี้ไปใช้ในการตีความการใช้จ่ายงบประมาณในการดูแลแบบประคับประคองในกรณีแรงงานที่ประสบอุบัติเหตุจากการทำงานจนต้องเป็นมะเร็ง หรือโรคเรื้อรังต่างๆ ส่วนสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินนำนิยามนี้ไปใช้ประโยชน์ในการตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณ นอกจากนี้ ได้วางแผนจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น แล้วนำข้อสรุปจากเวทีเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเพื่อประกาศเป็นประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติว่าด้วยนิยามและความหมายเพื่อเสนอแนะให้องค์กรต่างๆ นำไปใช้ตามอำนาจหน้าที่ ส่วนผลการศึกษาดำเนินการจัดบริการเพื่อคุณภาพชีวิตระยะท้าย สวรส. ได้จัดประชุมนำเสนอต่อผู้เกี่ยวข้องในวันอังคารที่ ๑๐ ตุลาคม ๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมสุโขทัย โรงแรมนารายณ์ นอกจากนี้ยังได้มีการลงนามบันทึกข้อตกลง จัดทำนิยามปฏิบัติการของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย ในวันที่ ๒๕ เมษายน ๒๕๖๑ ระหว่าง ๕ องค์กร ประกอบด้วย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย ซึ่งปัจจุบันการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เป็นองค์ความรู้สำคัญและจำเป็นต่อสังคมไทย เห็นได้จากผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังสูงขึ้นทุกปี ที่ผ่านมา หน่วยงานต่างๆ ในระบบสุขภาพได้ร่วมกันขับเคลื่อนนโยบาย อาทิ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลและปรับปรุงการใช้จ่ายงบประมาณให้อัตราการดูแลแบบประคับประคองในชุมชน และกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จัดหน่วยให้บริการ เป็นต้น แต่การขับเคลื่อนนโยบายดังกล่าวยังมีประเด็นปัญหาที่สำคัญคือเรื่องคำนิยามและความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ในประเด็นความรู้ความเข้าใจที่ตรงกัน ส่งผลต่อการดำเนินงานทั้งด้านกฎหมาย ระเบียบการปฏิบัติ การเบิกจ่ายและตรวจสอบงบประมาณฯ

#### ๑๐) การสังเคราะห์ทางเลือกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง เขตสุขภาพที่ ๓

ผศ.ดร.นพ.ภูติภ เทศาภิวัฒน์ วิทยาลัยการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยนเรศวร  
การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ ๔ ข้อ คือ ๑) กำหนดทางเลือกของแนวทางเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ๒) วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะเพื่อใช้ประกอบเป็นเกณฑ์ในการพิจารณาทางเลือกแต่ละทางเลือกของแนวทางเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ๓) ประเมินทางเลือกของแนวทางเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเขตเมืองตามเกณฑ์พิจารณาที่เสนอไว้ในเบื้องต้น เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในโอกาส

ต่อไป ๔) พัฒนาแนวทางเบื้องต้นให้แก่องค์กรในการบริหารระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ควรต้องมีการดำเนินการหากทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งที่น่าเสนอไว้ได้รับการเลือกไปดำเนินการ

ผลการศึกษา พบว่า ทางเลือกในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง จ. นครสวรรค์ และ จ. กำแพงเพชร ได้แก่ ทางเลือกที่หนึ่ง การขับเคลื่อนโดยกลไกภาครัฐ ทางเลือกที่สอง การขับเคลื่อนโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของ อปท. ทางเลือกที่สาม การขับเคลื่อนโดยการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ส่วนการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนไปใช้บริการปฐมภูมิเขตนครพท./รพท. ได้แก่ กรอบบัญชียาและลักษณะยาควรเหมือนกัน การตรวจ LAB/X-ray ที่สะดวกและมีคุณภาพ การบริการของแพทย์และทีมงานมีความเชี่ยวชาญโดดเด่น โดยใช้ศาสตร์เวชศาสตร์ครอบครัวและมีความเป็นกันเอง การพัฒนาระบบสนับสนุนในการอำนวยความสะดวกของข้อมูลและการสื่อสาร ทั้งด้านการบริการและข้อมูลสุขภาพ ซึ่งต้องมี การเตรียมการบริหารการเปลี่ยนแปลงและเตรียมความพร้อม โดยเตรียมชี้แจงทำความเข้าใจและขอความร่วมมือจากแพทย์และบุคลากร สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างทีมงานภายนอกและภายใน รพศ./รพท. เตรียมพัฒนาศักยภาพในการให้บริการปฐมภูมิ จัดสถานบริการที่สะอาดทันสมัย นำไปใช้บริการและระบบสนับสนุนต่างๆภายในศูนย์สุขภาพฯและรพ.สต. เตรียม อสม.และชุมชน ให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับบาทบาทและศักยภาพของ รพ.สต. และเป็นเครือข่ายเดียวกับ รพศ./รพท. สร้างช่องทางการสื่อสารกับประชาชน เตรียมการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอรอบนอก โดยช่วยเหลือพัฒนา รพช.ภายนอกการคัดกรองและลดการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นเข้ามาบริการในเมือง สำหรับประเด็นการจัดการกำลังคน ควรมีการวางแผนจัดการกำลังคนโดยผลิตและพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ด้วยการอบรมแพทย์เกษียณอายุ หรือแพทย์เฉพาะทางอื่นๆ การจูงใจแพทย์ให้ทุนศึกษาต่อด้านเวชศาสตร์ครอบครัวพัฒนา รพศ. รพท. เป็นศูนย์การผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สำหรับประเด็นการจัดการการเงินการคลัง สำหรับประเด็นการนำงบประมาณไปใช้ พบว่าไม่มีความไม่เพียงพอของงบประมาณ ไม่มีปัญหาการจัดสรรงบประมาณระหว่าง CUP ไม่สามารถนำงบที่จัดสรรแล้วไปใช้ได้ โดยเฉพาะ อปท. ควรหารือร่วมกันระหว่างผู้บริหารระดับนโยบายของแต่ละหน่วยงาน และทำความเข้าใจว่ากิจกรรมใดที่กระทำได้และไม่ได้ ส่วนประเด็นการรวมเงินเดือนในค่าเหมาจ่ายรายหัว CAPITATION พบว่าภาคเอกชนและอปท. เห็นว่าหากตัดเงินเดือนออกจากค่าเหมาจ่ายรายหัว ภาคเอกชนและอปท. จะไม่สามารถเข้าร่วมการให้บริการได้อย่างเต็มที่ เพราะจำเป็นต้องจ้างบุคลากร โดยเฉพาะ อปท.ที่ไม่ได้รับการถ่ายโอนสถานบริการ ไม่ได้มีบทบาทโดยตรงด้านการรักษา ส่วนประเด็นโครงสร้างการบริหารระบบ พบว่า โครงสร้าง DHB อาจเหมาะกับบริบทชุมชน ไม่เหมาะกับเขตเมือง ตอนนี้อย่างขาดความเข้มแข็งและความเข้าใจในการทำงาน DHB ควรเป็นเวทีสำหรับการพูดคุยปรึกษาหารือ ส่วนประเด็นการประสานงานด้านการบริการควรเป็น คปสอ. ควรมีคณะกรรมการย่อยภายใต้ DHB ดูแลบริการเขตเมือง โดยแยกเป็น Zone ในการบริหาร

ข้อเสนอเชิงนโยบาย ได้แก่ ควรพัฒนาบทบาทของเวชกรรมสังคมและแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้มีความโดดเด่นมากกว่าเดิม ควรมีนโยบายการให้แพทย์ใช้ทุนและแพทย์ GP ทำงานใน รพศ.ด้าน Primary Care ควรกำหนดโครงสร้างของการบริการเขตเมืองในรพศ. โดยแยกจากเวชกรรมสังคม แต่ทำงานด้วยกัน ควรพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลของการจัดบริการสุขภาพเขตเมืองที่มีความต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม ควรพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศกลางที่ใช้ในการวางแผนร่วมกันระหว่างภาคเครือข่ายต่างๆของอำเภอ รวมถึงการเชื่อมโยงระบบบริการของสถานบริการต่างระดับและต่างสังกัด

**การนำไปใช้ประโยชน์** นำเสนอผลการศึกษาต่อรองผู้อำนวยการสำนักบริหารการสาธารณสุข (สปรส.) วันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๐ เพื่อนำผลงานวิจัยไปตัดสินใจในการกำหนดนโยบายที่มหมอครอบครัว (PCC) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB) นอกจากนี้ยังได้นำเสนอผลงานวิจัยบางส่วนในการประชุมรับฟัง (ร่าง) ยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง ในวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๙ ในการประชุมสมัชชาสุขภาพ

แห่งชาติครั้งที่ ๙ ณ อิมแพ็คเมืองทองธานี นำเสนอผลการศึกษาคู่ต่อคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ ๒/๒๕๖๑ ในวันที่ ๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้ผลงานวิจัยดังกล่าวไปปรับปรุงนโยบาย Primary Care Cluster ของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงผู้บริหารหน่วยงานสุขภาพได้ใช้ผลการศึกษาดังกล่าวเป็นข้อมูลในการจัดทำยุทธศาสตร์ระบบบริการสุขภาพเขตเมือง

### ๑๑. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการล้างไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

รศ.ดร.อัมพรพรรณ อีรานูตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อชะลอการล้างไตโดยใช้แนวคิดของของต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยดำเนินการจัดทำสื่อสุขภาพสำหรับประชาชน เช่น สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และชุดวิดีโอทัศน์เพื่อชะลอการล้างไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษา พบว่า ระบบบริการที่เหมาะสมสำหรับในแต่ละพื้นที่ย่อมแตกต่างกัน วิถีชีวิตของผู้ป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือแตกต่างจากภาคกลาง จากผลการศึกษาระบบการบริการสุขภาพเพื่อชะลอการล้างไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในเขตภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย สามารถใช้ได้จริงและสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของโรงพยาบาลระดับชุมชนและช่วยให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน และช่วยให้ทีมสุขภาพที่เป็นแบบสหสาขาวิชาชีพที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพ ซึ่งรูปแบบของระบบการบริการสุขภาพเพื่อชะลอการล้างไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ชะลอกลุ่มไตเรื้อรังจาก stage ๓ ไป ๔) ที่ใช้ได้จริงในบริบทโรงพยาบาลระดับชุมชน และสามารถขยายองค์ความรู้ที่ศึกษาได้ไปสู่โรงพยาบาลในระดับอื่นๆต่อไป นอกจากนี้ได้นำความรู้ที่ได้ไปขยายผลเป็นนวัตกรรมที่ได้จากการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพเพื่อชะลอการล้างไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เช่น นวัตกรรมของสื่อการสอนหรือชุดความรู้สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและครอบครัวบริบทที่สถานสามารถนำไปใช้ได้จริงในการดูแล , จัดทำตำราทางการแพทย์เกี่ยวกับองค์ความรู้ของการพยาบาลดูแลโรคไตเรื้อรัง, จัดทำเป็นคู่มือการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสำหรับประชาชน

การนำไปใช้ประโยชน์ นำเสนอผลการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐ และได้นำเสนอผลการศึกษาต่อหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและโรคเรื้อรังอื่นๆ รวมถึงประชาชนทั่วไป และได้จัดสิทธิบัตรเครื่องจำนวน ๓ ชิ้นคือ สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ชุดวิดีโอทัศน์เพื่อชะลอการล้างไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และไวนิลชุดโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้ยังได้นำเสนอชุมแพโมเดลต่อผู้เกี่ยวข้องในช่วงเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๐ เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ได้พิจารณา คือการจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้ทรัพยากรต้นทุนด้านต่างๆที่มีอยู่จริงของโรงพยาบาล การสรรหาผู้เชี่ยวชาญที่ช่วยทีมสุขภาพในการสอนแนะนำผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้ภายใต้ภาษาที่สื่อสารกันระหว่างผู้ป่วยด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพ

### ๑๒) ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของเครื่องมือคัดกรองไมโครแอลบูมินูเรียด้วยระบบคะแนนสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่รับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐและเอกชน ในจังหวัดปทุมธานี

ผศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต  
ภาวะไมโครอัลบูมินูเรีย คือ ภาวะที่มีการขับอัลบูมิน (โปรตีนชนิดหนึ่งที่มีโมเลกุลเล็กขนาดประมาณ ๖๐,๐๐๐ dalton) ทางปัสสาวะในปริมาณระหว่าง ๓๐ -๓๐๐ มิลลิกรัมภายในเวลา ๒๔ ชั่วโมง หรือปริมาณ ๓๐ -

๓๐๐ ไมโครกรัมต่อมิลลิกรัมของครีอาตินีน และจะต้องพบ ๒ ใน ๓ ครั้งของปีสภาวะที่เก็บต่างเวลากัน ภาวะนี้สามารถบ่งชี้ถึงการเสื่อมหน้าที่ของไตในระยะเริ่มแรกได้ ในปัจจุบันมีการศึกษาพบว่า การให้ยาในกลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor (ACE Inhibitor) เช่น ยา Enalapril ซึ่งเป็นกลุ่มยาลดความดันโลหิตสูง มีผลช่วยลดปริมาณอัลบูมินในปัสสาวะในรายที่มีการตรวจพบภาวะไมโครอัลบูมินูเรีย และสามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ การตรวจวินิจฉัยภาวะไมโครอัลบูมินูเรีย ในปัจจุบันมีข้อบ่งชี้ตามคำแนะนำของสมาคมแพทย์โรคเบาหวานในสหรัฐอเมริกาให้เป็นการตรวจคัดกรองในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๑ (ชนิดต้องพึ่งอินซูลิน) ในรายที่การดำเนินโรคเข้าสู่ปีที่ห้าเป็นต้นไป สำหรับในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (ชนิดไม่ต้องพึ่งอินซูลิน) ควรได้รับการตรวจตั้งแต่เริ่มต้นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน เนื่องจากส่วนมากของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถระบุระยะเวลาของการดำเนินโรคที่แท้จริงได้ และถ้าตรวจไม่พบภาวะนี้ ก็ควรติดตามระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะต่อเนื่องทุกปี สำหรับในประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทยได้ให้ข้อควรปฏิบัติในการตรวจคัดกรอง ไมโครอัลบูมินูเรีย ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจคัดกรองไมโครอัลบูมินูเรียในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ขึ้นเพื่อมุ่งหวังการนำไปใช้ในชุมชนโดยใช้หลักการสร้างเครื่องมือจากการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดไมโครอัลบูมินูเรีย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนรวมของเครื่องมือนี้มีค่าคะแนนตั้งแต่ ๐-๑๑.๕ คะแนน หากผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ได้คะแนนประเมิน < ๒ หมายความว่ามีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคไตร้อยละ ๒๘ หากคะแนนอยู่ในช่วง ๒.๕-๕.๕ คะแนน หมายความว่ามีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคไตร้อยละ ๒๙-๖๕ และหากคะแนน > ๖ คะแนนขึ้นไป หมายความว่ามีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคไตร้อยละ ๖๖ ซึ่งความสามารถของเครื่องในการคัดกรองอยู่ที่ร้อยละ ๖๖.๘ ซึ่งในขั้นตอนของการพัฒนาเครื่องคัดกรองแบบระบบคะแนนนี้จำเป็นต้องใช้ข้อมูลส่วนหนึ่งที่เป็นข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ เช่น HbA๑c (%), FBS (mmol/L), Total cholesterol (mmol/L), Triglyceride (mmol/L), HDL-C (mmol/L), LDL-C (mmol/L), Creatinine ( $\mu$ mol/L) เนื่องจากต้องการหา predictor factor ของการเกิดไมโครอัลบูมินูเรีย แต่ในกระบวนการของการนำเครื่องมือคัดกรองแบบระบบคะแนนไปใช้เป็นการใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยที่รับบริการจากหน่วยบริการที่ผู้ป่วยมารับบริการตามปกติ จึงไม่มีความจำเป็นในการเจาะเลือดหรือเก็บสิ่งส่งตรวจเพิ่ม ซึ่งตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการประเมินการเกิดไมโครอัลบูมินูเรียมีจำนวน ๖ ตัวแปร ได้แก่ ประวัติระยะเวลาการป่วยเป็นเบาหวาน อายุที่เริ่มป่วยเป็นเบาหวาน ค่าความดันโลหิตตัวบน ค่าไขมันชนิด LDL ค่าระดับครีเอตินีนในเลือด และประวัติการตั้งครรภ์ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้ถูกเก็บไว้อยู่ในงานประจำอยู่แล้ว

ผลการศึกษาพบว่า การประเมินด้วยการตรวจมาตรฐานวิธี Immunoturbidity ครบ ๓ ครั้ง มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น ๕๓๖ ราย พบว่า ร้อยละ ๖.๐๙ มีภาวะ Macroalbuminuria และร้อยละ ๒๒.๕๖ มีภาวะ Microalbuminuria เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่า sensitivity specificity PPV NPV LR(+) LR(-) และ ROC ของแบบคัดกรองไมโครอัลบูมินูเรียด้วยระบบคะแนน กับการจุ่มแถบปัสสาวะคัดกรองไมโครอัลบูมินูเรีย พบว่าความสามารถของการจุ่มแถบปัสสาวะคัดกรองไมโครอัลบูมินูเรียดีกว่าการคัดกรองไมโครอัลบูมินูเรียด้วยระบบคะแนน แต่ค่าใช้จ่ายด้วยวิธีการตรวจไมโครอัลบูมินูเรียด้วยการจุ่มแถบปัสสาวะแพงกว่าการคัดกรองไมโครอัลบูมินูเรียด้วยระบบคะแนน

ทั้งนี้เครื่องมือคัดกรองไมโครอัลบูมินูเรียด้วยระบบคะแนนที่พัฒนาขึ้นใหม่ สำหรับใช้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่รับบริการในระดับปฐมภูมิครั้งนี้ จึงยังไม่มีความสามารถในการคัดกรองไมโครอัลบูมินูเรียได้ ดังนั้นหากมีการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองที่พัฒนาในเชิงนวัตกรรมที่สามารถทดแทนวิธีการเดิมและมีราคาถูกลง ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ สามารถเข้าถึงการรับบริการคัดกรองได้ตามมาตรฐาน ยังเป็นช่องว่างเพื่อการพัฒนาต่อไปในอนาคต

**การนำไปใช้ประโยชน์** นำเสนอผลการศึกษาต่อหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดปทุมธานี เช่น คลินิก เอกชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และวางแผนนำเสนอผลการศึกษาต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เห็นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับต้นทุนในการคัดกรองที่ลดลง และประโยชน์ทางอ้อมจากงบประมาณที่ลดลงในการรักษาโรคไตซึ่งเป็นโรคที่ป้องกันได้

### ๑๓) การประเมินผลและถอดบทเรียนการดำเนินงานของคลินิกโรคไตภายใต้นโยบายกระทรวงสาธารณสุข

รศ.ดร.สสิธร เทพตระการพร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ๑) ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย CKD Clinic ของกระทรวงสาธารณสุข ๒) เปรียบเทียบผลลัพธ์ในการดำเนินงาน CKD Clinic ในเขตเมืองและเขตชนบท ๓) ประเมินปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานตามนโยบาย CKD Clinic ของกระทรวงสาธารณสุข ๔) ถอดบทเรียนการดำเนินการคลินิกโรคไตที่เหมาะสมสำหรับโรงพยาบาลรับผู้ป่วยส่งต่อระดับต้น และระดับกลาง ปัจจุบันอยู่ระหว่างการเก็บข้อมูลในพื้นที่ และสังเคราะห์ข้อเสนอแนะแนวทางในการจัดตั้ง CKD clinic ที่เหมาะสมของสถานบริการแต่ละระดับ

ผลการศึกษา จากการเก็บข้อมูลสถานพยาบาลทั่วประเทศ ๑๓๔ แห่ง พบว่า การจัดตั้ง CKD clinic เป็นนโยบายที่ดีหากมีการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ และการเตรียมความพร้อมของบุคลากรในการดำเนินงานจะทำให้การดำเนินงาน CKD clinic มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น แนวทางการจัดตั้ง CKD clinic ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามนโยบายของกระทรวง และมีบางส่วนที่ไม่มีการจัดตั้ง CKD clinic ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่เขตชนบท โดยมีข้อจำกัดในเรื่องของสถานที่ บุคลากร และงบประมาณ ผลการศึกษาสรุปรูปตามตัวแปร Implementation research ทั้งหมด ๘ ประเด็น ดังนี้

๑. การยอมรับนโยบายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Acceptability) ผู้บริหารทุกระดับยอมรับนโยบายการจัดตั้ง CKD clinic รวมถึงผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคไตเรือรั้งให้การยอมรับว่านโยบายในการจัดตั้ง CKD clinic ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ใกล้ชิดมากขึ้นสามารถวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของผู้ป่วยรายบุคคลที่ลึกซึ้งและเป็นการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรือรั้งแบบองค์รวม แต่อย่างไรก็ตามภาระงานก็เพิ่มขึ้นตามด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคไตเรือรั้งที่รับบริการใน CKD clinic มองว่าการแยก CKD clinic จะทำให้ได้รับการดูแลที่ดีขึ้น

๒. การนำเอานโยบายไปปฏิบัติ (Adoption) โรงพยาบาลส่วนใหญ่ได้มีการจัดตั้ง CKD clinic โดยมีการแต่งตั้งคณะทำงานผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน CKD clinic มีการจัดหาทรัพยากรต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการดำเนินงานภายใน CKD clinic และพยายามเชื่อมประสานการทำงานเป็นเครือข่ายกับชุมชนเพิ่มขึ้น รวมถึง Service plan ในแต่ละเขตสุขภาพได้รับนโยบายสู่การปฏิบัติโดยการจัดอบรมเพิ่มเติมความรู้เกี่ยวกับโรคไตให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้ง ๕ วิชาชีพ นอกจากนี้พบว่าโรงพยาบาลส่วนใหญ่ใช้งบประมาณของโรงพยาบาลในการดำเนินการ แต่ยังไม่ชัดเจนในการวางแผนการพัฒนาศูนย์บริการอย่างเป็นระบบ

๓. ความเหมาะสมของนโยบายในแต่ละสถานที่ (Appropriateness) นโยบายการจัดตั้ง CKD clinic สามารถนำไปใช้สำหรับโรงพยาบาลได้ทุกระดับ แต่รูปแบบการดำเนินงานอาจต้องปรับเปลี่ยนตามบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง เนื่องจากทรัพยากรและความเพียงพอของบุคลากรมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการประยุกต์แนวการทำงานของ CKD clinic จาก ๕ วิชาชีพ อาจต้องพิจารณาให้มีรูปแบบการดำเนินงานครบตามหน้าที่ของทั้ง ๕ วิชาชีพ โดยให้บุคลากรภายใน CKD clinic สามารถทำงานแบบ Multi-tasking in CKD clinic

๔. ความเป็นไปได้ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Feasibility) การดำเนินงานโดยส่วนใหญ่แยก CKD clinic ออกจาก NCD clinic กำหนดให้วันใดวันหนึ่งในหนึ่งสัปดาห์เป็น CKD clinic แต่ใช้สถานที่และบุคลากร

ร่วมกัน และมีความจำกัดในเรื่องของสถานที่ สถานที่ของ CKD clinic คับแคบ แออัด อุปกรณ์และสื่อการสอนยังไม่เพียงพอ

๕. ความถูกต้องในการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ตรงตามที่วางแผนไว้ (Fidelity) โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีความพยายามในการดำเนินงานตามแนวทางของคลองชลูงโมเดล โดยการแยก CKD clinic ออกจาก NCD clinic โดยการจัดวันแยกคลินิก และพยายามจัดหาบุคลากรให้ครบทีมสหวิชาชีพ แต่ด้วยข้อจำกัดเรื่องทรัพยากรทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งยังไม่สามารถนำนโยบายไปปฏิบัติได้ตรงตามที่วางแผนที่วางไว้ พบว่าการดำเนินงานครบทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร และนักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหาร มีเพียงร้อยละ ๕๔.๔๘ ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลยังขาดแคลนนักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหาร ดังนั้นผู้ที่ทำหน้าที่ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการในทีมจึงเป็นพยาบาลวิชาชีพ

๖. ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานเพื่อนำนโยบายไปปฏิบัติ (Implementation cost) พบว่า ต้นทุนในการดำเนินการ CKD clinic ต้องใช้ทรัพยากรที่สูงซึ่งไม่คุ้มค่ากับการลงทุน การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ๓ และ ๔ ด้วยวิธีแบบผสมผสานในชุมชนชนบทไม่คุ้มค่า เมื่อเปรียบเทียบกับ การดูแลด้วยวิธีแบบมาตรฐานตามเกณฑ์แนะนำขององค์การอนามัยโลก อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ความอ่อนไหวของตัวแปร พบว่าการดูแลด้วยวิธีแบบผสมผสานจะคุ้มค่าเมื่อต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ลดลงได้ครั้งหนึ่ง ดังนั้นหากโรงพยาบาลสามารถลดทรัพยากรทางการแพทย์ได้จะทำให้การดำเนินงาน CKD clinic มีประสิทธิภาพขึ้น

๗. จำนวนประชากรที่ได้รับผลประโยชน์จากการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Coverage) ปัจจุบันคนไทยป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังประมาณ ๘ ล้านคน โดยเป็นผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายกว่า ๑๐๐,๐๐๐ คน ที่ต้องรับการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้อง และมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องร้อยละ ๑๕-๒๐ ต่อปี ซึ่งการจัดตั้ง CKD clinic เน้นการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในระยะ ๓a ขึ้นไป สำหรับผู้ป่วยโรคไตวายที่อยู่ในระยะ ๑-๒ จะได้รับการบริการจาก NCD clinic หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งในขณะนี้การทำงานประสานกันระหว่าง CKD clinic และชุมชนแต่ยังไม่ชัดเจนในการดำเนินงานทำให้ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ ๑-๒ ซึ่งอาจไม่ได้รับประโยชน์มากนักจาก CKD clinic

๘. การสนับสนุนนโยบายในระยะยาว (Sustainability) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรให้มีความสามารถในการปฏิบัติแบบข้ามศาสตร์ได้ หรือการทำงานแบบ multi-function เป็นแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาในการดำเนินการ เนื่องจากตัวชี้วัดที่ระบุมีทีมสหวิชาชีพครบ จากหลายการศึกษาทางด้านเศรษฐศาสตร์พบว่าเป็นการลงทุนที่ยังไม่คุ้มค่า และจากผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีบุคลากรไม่ครบทีมสหวิชาชีพ สามารถให้บริการผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังในการควบคุมลดปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสื่อมของโรคไตได้ไม่ต่างจากโรงพยาบาลที่มีทีมสหวิชาชีพครบ ทั้งนี้ผลจากการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลที่มีทีมสหวิชาชีพไม่ครบจะมีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่แทน เช่น การให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย การให้ความรู้เรื่องอาหาร เป็นต้น

**การนำไปใช้ประโยชน์** นำเสนอผลการศึกษาต่อคณะกรรมการ Service Plan สาขาไต กระทรวงสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ใช้ข้อมูลจากผลการวิจัยและข้อเสนอเชิงนโยบายดังกล่าวไปปรับปรุงแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังใน CKD clinic ตามบริบท

**๑๔) การประเมินความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพของบริการป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคเบาหวาน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย**

พญ.ทิพพาวดี สืบบุญการณั์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย จังหวัดเลย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานอย่างครบวงจรของพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย โดยทำการสร้างเครื่องมือในการติดตามประชากรและผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะยาว (Diabetes Longitudinal Database หรือ Panel Database) ของพื้นที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นรายคน และประเมินความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานตามตัวชี้วัดดังต่อไปนี้ ๑) จำนวนประชากรที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่มีความจำเป็นทางสุขภาพ ๒) อัตราความครอบคลุมการคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ๓) อัตราการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลโรคเบาหวานในระดับโรงพยาบาลหลังได้รับการคัดกรอง ๔) ประเมินการนัดความชุกของผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่ ๕) อัตราการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานในระบบเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ๖) ค่าเฉลี่ย HbA<sub>1c</sub> และ FBS ของผู้ป่วย ๖) อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุม HbA<sub>1c</sub> และ FBS ได้ นอกจากนั้นยังประเมินอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควรหลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้ด้วยบริการปฐมภูมิหรือบริการแบบผู้ป่วยนอก

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ที่ใช้ข้อมูลปฐมภูมิได้จากการสำรวจเพื่อคัดกรองประชากรที่ไม่เข้ารับการคัดกรองโรคเบาหวานในปี ๒๕๕๙ จำนวน ๓,๒๑๔ คน และข้อมูลทุติยภูมิได้มาจากคลังข้อมูลสุขภาพและชุดข้อมูลมาตรฐานด้านสุขภาพ ๔๓ แห่งของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ ถึง ๒๕๕๙ เกณฑ์ที่ใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA<sub>1c</sub>) น้อยกว่าร้อยละ ๖ และค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ระหว่าง ๖๐-๑๓๐ mg/dl ผลการศึกษา พบว่า ฐานข้อมูลการติดตามประชากรและผู้ป่วยโรคเบาหวานระยะยาว ที่เชื่อมข้อมูลจากฐานข้อมูลประชากรที่มีอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีขึ้นไป ฐานข้อมูลการคัดกรองโรค ฐานข้อมูลการเข้ารับการรักษาพยาบาล และผลของความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพของการรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานเข้าด้วยกันในรูปแบบของฐานข้อมูล MySQL ที่สามารถเฝ้าระวังประชากร จำนวน ๒๓,๓๓๓ คนในปี ๒๕๕๙ และติดตามการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ โดยประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงานที่มีอายุ ๓๐ - ๕๙ ปี ร้อยละ ๔๕.๔, ๔๖.๐ และ ๔๔.๙ จากประชากรทั้งหมด อีกทั้งพบว่าการคัดกรองของประชากรเท่ากับร้อยละ ๘๕.๙, ๘๘.๑ และ ๘๙.๕ ซึ่งสูงกว่าภาพรวมของจังหวัดเลยอยู่ประมาณร้อยละ ๓.๖, ต่ำกว่าเขตสุขภาพที่ ๘ เพียงร้อยละ ๐.๒ และสูงกว่าภาพรวมระดับประเทศอยู่ ร้อยละ ๑๕.๘ หลังจากนั้นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้วจะเข้ารับบริการเพื่อรักษาโรคเบาหวาน ร้อยละ ๙๓.๖, ๙๑.๑ และ ๙๓.๔ และสามารถควบคุมค่าระดับ HbA<sub>1c</sub> ครั้งสุดท้ายให้น้อยกว่า ๖ ได้ร้อยละ ๔๕.๔, ๓๔.๑ และ ๓๑.๙ และควบคุมค่าระดับ FBS สองครั้งสุดท้ายของผู้ป่วยในรอบ ๑ ปี ได้ร้อยละ ๔๐.๕, ๔๑.๘ และ ๓๘.๐ เมื่อพิจารณาอัตราความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพที่พิจารณาจากการควบคุม HbA<sub>1c</sub> ได้ร้อยละ ๓๑.๙, ๒๓.๖ และ ๒๓.๑ ในขณะที่ร้อยละของความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพของการคุมค่า FBS เท่ากับ ๓๒.๖, ๓๓.๕ และ ๓๑.๖ และผลจากการสำรวจเพื่อค้นหาผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่เข้ารับการคัดกรองในปี ๒๕๕๙ พบว่า ค้นพบกลุ่มเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่ม จำนวน ๑๓๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๕.๖ ของกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจ ทั้งนี้กลุ่มเสี่ยงจะต้องเข้ารับการตรวจค่าน้ำตาลซ้ำอีกครั้งที่โรงพยาบาลเพื่อยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน หากทุกคนได้รับการยืนยันว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานในพื้นที่จะมีประมาณ ๑๑ คนต่อ ๑๐๐ ประชากร

ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษานี้นอกจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้ายจะได้ใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการดูแลและติดตามผู้ป่วยเบาหวานอย่างรอบด้านและทันต่อสถานการณ์ต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ยังมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลเพื่อการดูแลและติดตามผู้ป่วยเบาหวานสำหรับหน่วยบริการด้านสาธารณสุขแห่งอื่นๆ ในพื้นที่ใกล้เคียงหรือพื้นที่อื่นๆ ด้วย



เนื่องจากการดำเนินงานที่ไม่ยุ่งยากมากนักและใช้ฐานข้อมูลจาก HDC ซึ่งจะส่งผลให้ในที่สุดแล้วหน่วยบริการด้านสาธารณสุขจะสามารถเปรียบเทียบผลการประเมินความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพของการรักษาโรคเบาหวานระหว่างโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการต่างๆ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อประเทศไทยในภาพรวมเพื่อการพัฒนาาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานต่อไป

**การนำไปใช้ประโยชน์** นำเสนอผลการศึกษาต่อกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## ๕. แผนงานวิจัยการเงินการคลังสุขภาพ

### ๑๕) การศึกษาผลของวิธีการฟอกไต, ระดับการทำงานของไตก่อนการฟอกไต, และการรักษาด้วยเหล็กทางหลอดเลือดดำต่อประสิทธิภาพการรักษาและภาระต่อเศรษฐกิจสาธารณสุข

ศ.นพ.เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อุบัติการณ์ของการเกิดภาวะไตเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทยจากการเพิ่มมากขึ้นของผู้ป่วย non-communicable disease หรืออาจเกิดจากการเริ่มให้การรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะท้ายๆ ด้วยการบำบัดทดแทนไตไม่เหมาะสม คำถามว่าควรเริ่มการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไตเมื่อค่าการทำงานของไตอยู่ในระดับใดที่เหมาะสมไม่ต่ำเกินไปจนเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและไม่สูงเกินไปจนเป็นการเริ่มบำบัดรักษาทดแทนไตเร็วเกินไปเป็นคำถามวิจัยที่ต้องการคำตอบ ซึ่งการเริ่มรักษาบำบัดทดแทนไตอย่างไม่เหมาะสมหรือเร็วเกินไปทำให้เกิดภาระทางงบประมาณด้านสุขภาพของประเทศ การศึกษานี้ทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของระดับการทำงานของไตเมื่อเริ่มรักษาบำบัดทดแทนไตกับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยไตเสื่อมระยะสุดท้ายและเปรียบเทียบผลของวิธีการฟอกเลือดทางเส้นเลือดและทางหน้าท้องในผู้ป่วยไตเสื่อมระยะสุดท้ายของประเทศไทย โดยเริ่มจากศึกษาหาวิธีการวัดการทำงานของไตในระยะสุดท้ายก่อนเริ่มการบำบัดทดแทนไตให้แม่นยำที่สุด และนำผลการศึกษานั้นมาใช้ติดตามผู้ป่วยที่เริ่มรักษาบำบัดทดแทนไตทั้งการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการฟอกไตทางช่องท้องเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับการทำงานของไตก่อนเริ่มการรักษาบำบัดทดแทนไตและผลลัพธ์ทางคลินิกตลอดจนเปรียบเทียบวิธีการบำบัดทดแทนไตทั้งสองวิธี โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นการหาวิธีการประเมินการทำงานของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เข้าข่ายรับการพิจารณาว่าต้องรับการรักษาบำบัดทดแทนไตหรือไม่โดย Cross sectional study เมื่อได้ผลศึกษาแล้วจึงดำเนินการศึกษาผลของระดับการทำงานของไตก่อนเริ่มการฟอกไตในผู้ป่วย ESRD และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนประสิทธิภาพระหว่างการรักษาด้วยวิธี การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมและการฟอกไตทางช่องท้องโดย "multicenter, prospective observational study" ติดตามผู้ป่วยไปข้างหน้าและวิเคราะห์ผลลัพธ์ทางคลินิกและปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลการรักษา

ผลการศึกษา พบว่า การประเมินการทำงานของไตเพื่อพิจารณาว่าผู้ป่วยจำเป็นต้องรับการรักษาบำบัดทดแทนไตด้วย CKD-EPI Equation ไม่แม่นยำและให้ค่าการทำงานของไตในผู้ป่วย CKD ระยะท้าย ๆ ต่ำกว่าความเป็นจริงมาก ควรใช้ Thai GFR Equation เพื่อป้องกันการไม่ให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตโดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเสียงบประมาณของรัฐโดยไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วย CKD ที่ได้รับการเริ่มด้วยรักษาบำบัดทดแทนไตเป็นผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์ของโรคหรือภาวะร่วมสูงและมีความคลาดเคลื่อนของผลการประเมินการทำงานของไตโดย CKD-EPI Equation สูงเพื่อพิจารณาว่าต้องเริ่มการรักษาบำบัดทดแทนไตหรือไม่ การศึกษาเพื่อติดตามผลลัพธ์การรักษาบำบัดทดแทนไตควรใช้ Thai GFR Equation เป็นเครื่องมือในการพิจารณาผู้ป่วยควร

เริ่มการรักษาบำบัดทดแทนไตหรือไม่และเป็นเครื่องในการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาบำบัดทดแทนไต

ส่วนการวิจัยผลของการให้ธาตุเหล็กทางเส้นเลือดต่อภาวะซีด ปริมาณของยากระตุ้นการสร้างเม็ดเลือด และค่าใช้จ่ายในการรักษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นการศึกษาผลกระทบต่อ เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขของประเทศ ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในปี ๒๐๑๔ แสดงให้เห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสูงถึงกว่า ๖๐,๐๐๐ คน ปัจจุบันระบบหลักประกันสุขภาพและระบบประกันสังคม ยังไม่มีนโยบายเบิกจ่าย intravenous iron แก่ผู้ป่วยขณะที่เบิกจ่ายยา EPO แก่ผู้ป่วย การที่ไม่กำหนดนโยบาย เบิกจ่าย intravenous iron ทำให้การรักษาภาวะซีดในผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพสูงสุดทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะซีดที่สำคัญได้แก่ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้เกิดภาวะทาง เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการรักษาภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่มีมูลค่าสูง รวมไปถึงผลกระทบที่เกิดต่อ คุณภาพของชีวิตผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพและระบบประกันสังคมมีจำนวน มากกว่า ๕๖ ล้านคนซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ

หากประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจพบว่าจำนวนผู้ป่วยกว่า ๖๐,๐๐๐ รายที่กำลังรับการรักษาด้วยการ ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม หากได้รับ intravenous iron ในขนาดที่การศึกษานี้ได้แสดงผลลัพธ์ไว้ว่าเป็นขนาดที่ เหมาะสม กล่าวคือ ขนาด ๑๐๐ มิลลิกรัมต่อเดือน จะต้องใช้งบประมาณคิดเป็นจำนวนประมาณ ๓๐๐ ล้านบาท ต่อปี งบประมาณจำนวนที่ต้องการเพิ่มขึ้นนี้จะถูกชดเชยโดยการลดของงบประมาณที่ต้องใช้เพื่อรักษา ภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากการรักษาภาวะซีด ที่ไม่มีประสิทธิภาพ อันเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับ intravenous iron นอกจากนั้นการกำหนดนโยบาย เบิกจ่าย intravenous iron ยังจะถูกชดเชยโดยการสามารถลดค่าใช้จ่ายในการบริหารยา EPO โดยขนาดยาที่คาด ว่าน่าจะลดลงได้ประมาณ ๒๐% และหากคำนวณจำนวนงบประมาณที่น่าจะลดลงได้ในส่วนนี้ อาจสูงถึง ๔๐๐ ล้านบาทต่อปี

ผลจากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติตลอดจนการสร้างแนวทางการรักษาในประเทศ เพื่อ ช่วยเหลือผู้ป่วยสรุปได้ ดังนี้ ๑) ค่า Ferritin และ Transferrin Saturation ที่เหมาะสมสำหรับประชากรไทยจะทำให้ การรักษาภาวะซีดในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีประสิทธิภาพสูงสุด ๒) การบริหารธาตุเหล็กทางหลอดเลือดดำที่เหมาะสมสำหรับประชากรไทยจะทำให้การรักษาภาวะซีดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีประสิทธิภาพส่งผลช่วย ลดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วย ๓) ขนาดของ intravenous iron ที่เหมาะสมสำหรับ ผู้ป่วยไทยที่มีโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายและรับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเท่ากับ ๑๐๐ มิลลิกรัมต่อ ๔ สัปดาห์ ๔) ควรพิจารณากำหนดขนาดของ intravenous iron ๑๐๐ มิลลิกรัมต่อ ๔ สัปดาห์ สำหรับ ผู้ป่วยไทยที่ได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นนโยบายทางเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุขของประเทศ

**การนำไปใช้ประโยชน์** นำเสนอผลงานวิจัยต่อคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขในการประชุม ครั้งที่ ๘/๒๕๖๐ วันที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๐ โดยประธานคณะกรรมการฯ (รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข) ให้ ข้อคิดเห็นต่อขั้นตอนของการนำข้อเสนอจากการวิจัยไปสู่นโยบาย โดยการเชื่อมต่อกับเรื่องสิทธิประโยชน์บริการ ทางการแพทย์ในระบบสุขภาพของทั้ง ๓ กองทุนภาครัฐ ได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประสังคัม และสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เพื่อให้ทุกกองทุนกำหนดเกณฑ์การเริ่มการรักษาบำบัดทดแทนไต ด้วยมาตรฐานเดียวกันและมีกระบวนการกำกับให้เป็นไปตามเกณฑ์ไปในแนวทางเดียวกัน โดยกรณีสิทธิ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีกลไกการพิจารณาผ่าน คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตสิทธิประโยชน์ในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต ซึ่งอนุกรรมการมีบทบาทหน้าที่พิจารณาทั้งเชิงวิชาการและการจัดการไปสู่การกำหนดสิทธิประโยชน์ นอกจากนี้ข้อมูลจากงานวิจัยสามารถนำไปใช้กับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาไตของกระทรวงสาธารณสุขด้วย

## ๑๖) ภาวะทางเศรษฐศาสตร์และการพยากรณ์โรคของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะหอบเฉียบพลันและ ฟังปอดพบเสียงวี๊ด (ปีที่ ๓)

รศ.นพ.ภาสกร ศรีทิพย์สุโข มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ภาวะหอบและฟังปอดพบเสียงวี๊ด (Wheezing) เป็นปัญหาที่พบบ่อยในเด็กโดยเฉพาะในเด็กเล็ก โดยพบบ่อยที่สุดในช่วงขวบปีแรก ประมาณ ๑ ใน ๓ ของเด็กจะมีภาวะ wheezing อย่างน้อย ๑ ครั้งเมื่อครบอายุ ๓ ขวบ และประมาณครึ่งหนึ่งของเด็กจะมี cumulative prevalence ของการมีภาวะ wheezing เมื่ออายุ ๖ ปี เด็กเล็กมักมีภาวะ acute wheezing ขณะมีการติดเชื้อไวรัสของระบบทางเดินหายใจ จากการศึกษา birth cohort พบว่า ส่วนหนึ่งของเด็กเหล่านี้จะมีเพียง transient wheezing ซึ่งมีภาวะ wheezing สัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสของระบบทางเดินหายใจโดยไม่พัฒนาเป็นโรคหืดในวัยเรียน อย่างไรก็ตาม การจำแนกผู้ป่วยตาม retrospective wheezing phenotype pattern เป็น transient wheezers หรือ persistent wheezers นั้นไม่สามารถใช้ในทางคลินิกเพื่อการดูแลรักษาได้ เนื่องจากเป็น retrospective categorization การจำแนก phenotype ของผู้ป่วยตาม temporal pattern of wheeze ซึ่งใช้ข้อมูลทางคลินิก (clinical parameter) เป็น episodic wheeze และ multiple trigger wheeze อาจมีประโยชน์เพื่อช่วยให้การพยากรณ์การดำเนินโรคและเลือกใช้ยาที่ตอบสนองต่อการป้องกันการเกิด persistent wheeze ถึงแม้จะมีรายงานโต้แย้งถึงความแม่นยำและประโยชน์ที่ได้จากการจำแนก phenotype ดังกล่าว โดยสรุป ความรู้ในปัจจุบันยังไม่สามารถจำแนกเด็กเล็กในช่วงดังกล่าวว่าจะเป็นเพียงภาวะ transient wheezing หรือจะพัฒนาเป็นโรคหืดในเด็กวัยเรียน ทำให้แพทย์ผู้รักษาเด็กเล็กที่มีภาวะ wheezing ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนทั้งในด้านการวินิจฉัยโรค การดูแลรักษาและการพยากรณ์โรคของเด็กเล็กที่มีภาวะ wheezing โดยเฉพาะใน ๕ ขวบปีแรกในชีวิต

ปัจจุบันความก้าวหน้าในด้านความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับพยาธิกำเนิดและมีพยาธิสภาพที่สำคัญร่วมกันคือ การอักเสบของเยื่อทางเดินหายใจ ของโรคมุมแพ้ของระบบทางเดินหายใจคือโรคจมูกอักเสบและโรคหืดเพิ่มมากขึ้น ร่วมกับหลักฐานทางคลินิก ทำให้เชื่อได้ว่าทั้งสองโรคนี้เป็นโรคเดียวกันและควรให้การประเมินโรคและรักษาไปพร้อมกันจึงจะได้ผลดี ตาม ARIA guideline (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma collaboration) ) นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์ระหว่างโรคมุมแพ้ดังกล่าวกับปัญหาการหายใจขณะหลับ (sleep disordered breathing) ซึ่งควรให้การประเมินและรักษาไปพร้อมกัน

การวินิจฉัยแยกโรคภาวะ wheezing ในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปีก่อนข้างยาก มักวินิจฉัยโดยอาศัยอาการและอาการแสดงทางคลินิก ซึ่งตอบสนองต่อการรักษาทางยาทั้งในระยะหอบเฉียบพลันและการควบคุมในระยะยาว แตกต่างกันตาม phenotype ของผู้ป่วย การจำแนก phenotype ของผู้ป่วยที่มีภาวะ wheezing ในทางคลินิกจึงมีความสำคัญเพื่อการให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม ปัจจุบันมี guideline เกี่ยวกับการดูแลรักษาภาวะ wheezing ในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปีซึ่งเริ่มพัฒนาในระยะเวลา ๕ ปีที่ผ่านมา แต่มีความแตกต่างกันเกี่ยวกับแนวทางการจำแนก phenotype แนวทางการให้การรักษาทั้งแบบเฉียบพลันและการควบคุมอาการในระยะยาว ระดับ evidence ที่ใช้อ้างอิงอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ปัจจุบันยังไม่มียอดความรู้เพียงพอที่จะพยากรณ์โรคที่ชัดเจนว่า ใครจะ

ดำเนินเป็นโรคหืด ใครจะมี recurrent wheezing ได้บ่อยและรุนแรง การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะยาวก็แตกต่างกันคาดเดาได้ยาก Guideline การดูแลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปีที่มีภาวะ wheezing ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ก็ขาดรายละเอียดและระดับ evidence ที่ใช้อ้างอิงอยู่ในเกณฑ์ต่ำ แพทย์จึงให้การรักษาแตกต่างกันไป

จากการศึกษาในปีที่ ๑และ๒ พบว่าข้อมูลผู้ป่วยที่สมบูรณ์ที่ได้รับการทำ data management เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลมีจำนวน ๒๐๙ ราย พบว่าเป็นเด็กชาย ร้อยละ ๖๒.๕ เป็นการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากเป็น recurrent wheeze ร้อยละ ๕๙.๖ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะ atopy (มีระดับ specific IgE มากกว่า ๐.๓๕ kU/L ตั้งแต่ ๑ ชนิดขึ้นไป) ร้อยละ ๖๕.๙ โดยมีภาวะแพ้ต่อไข่ขาว มากที่สุด รองลงมาคือไข่ขาว พบว่าผู้ป่วยมีภาวะ vitamin D insufficiency (ระดับ ๒๕-hydroxy-vitamin D level น้อยกว่า ๓๐ ng/ml) เป็นร้อยละ ๒๒.๓ ผู้ป่วยมีระดับมัธยฐานของ uLTE๔ เป็น ๒๒๖ pg/ml และ ของ uLTE๔ ต่อ urinary creatinine เป็น ๙๕๖ pg/mg) ตามลำดับ โดยการศึกษาปีที่ ๓ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) ศึกษาอุบัติการณ์การเกิด recurrent wheeze ที่มาโรงพยาบาลฉุกเฉิน ของผู้ป่วยเด็กเล็กที่มีภาวะ wheezing เมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา ๒ ปี ๒) เพื่อศึกษาอัตราการนอนในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยเด็กเล็กที่มีภาวะ wheezing เมื่อติดตามไปเป็นระยะเวลา ๒ ปี

**การนำไปใช้ประโยชน์** ได้นำเสนอรายงานภาระทางเศรษฐศาสตร์ต่อผู้บริหารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และโรงพยาบาลสระบุรี นอกจากนั้นยังได้นำเสนองานวิจัยในการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ (poster presentation) ๓ ครั้ง และตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางการแพทย์ระดับนานาชาติ ๑ เรื่อง

## ๖. แผนงานวิจัยระบบอภิบาลสุขภาพ

๑๘) การพัฒนาโครงการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมต่อนโยบายของรัฐเพื่อสนับสนุน การเข้าถึงยาของประชาชนไทย

ดร.อุษาวดี สุตะภักดิ์ มหาวิทยาลัยพายัพ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) วิเคราะห์และสังเคราะห์บทเรียนการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมในการสนับสนุนการเข้าถึงยาของประชาชนไทย ในระยะ ๒๐ ปีที่ผ่านมา ปัญหาและอุปสรรคของการขับเคลื่อนภาคีเครือข่ายและกลไกสำคัญของการขับเคลื่อน ๒) เปรียบเทียบบทเรียนการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคมในประเทศไทยและในต่างประเทศในประเด็นการสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ ๓) วิเคราะห์หาเป้าหมาย แนวทาง รูปแบบ และกลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมต่อนโยบายรัฐเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงยา ๔) ศึกษาความร่วมมือของภาคประชาสังคมและหน่วยงานภาครัฐในการสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงยาของประชาชนและสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย

จากการสังเคราะห์มาตรการในการสนับสนุนการเข้าถึงยาของทั้ง ๔ ประเทศ พบบทเรียนที่ควรนำมาใช้ในประเทศไทย ดังนี้

๑. การสร้างมาตรฐานในการอนุมัติสิทธิบัตรยาให้มีความเข้มงวดเพื่อป้องกันการผูกขาดยา เช่น มาตรการของประเทศอินเดีย กรณีการกำหนดคุณสมบัติสิ่งประดิษฐ์ที่ไม่สามารถได้สิทธิบัตร ในมาตรา ๓ (d) ของกฎหมายสิทธิบัตร ควบคู่ไปกับการสร้างความเข้มแข็งของหน่วยงานที่อนุมัติสิทธิบัตรที่จะปฏิเสธคำขอที่ไม่สมควรได้รับสิทธิบัตร

๒. การประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยภาคเอกชนของประเทศอินเดีย เป็นกรณีศึกษาที่สำคัญในการแสวงหาช่องทางเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาโดยบทบาทของภาคเอกชน

๓. การสร้างกลไกยืดหยุ่นด้านสาธารณสุข เช่น การให้อำนาจแก่หน่วยงานควบคุมยาของประเทศ ในการประเมินการขอสิทธิบัตรยาและกระบวนการผลิตยาก่อนที่จะมีการออกสิทธิบัตร เพื่อให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขของรัฐบาลเข้ามามีบทบาทอย่างเป็นทางการในการตรวจสอบคำขอสิทธิบัตรยาดังเช่นกรณีของประเทศบราซิล

๔. การขยายเครือข่ายของภาคประชาสังคมไปสู่กลุ่มนักกฎหมาย ทนายความ หรือผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในระบบทรัพย์สินทางปัญญา เหมือนกับการรวมกลุ่มของนักกฎหมายในประเทศอินเดียเป็น The Lawyer Collective เป็นต้น จะทำให้การขับเคลื่อนของภาคประชาสังคมมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น

จากการสรุปบทเรียนการเคลื่อนไหวของภาคประชาสังคม ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการสนทนากลุ่ม รวมถึงบทเรียนความเคลื่อนไหวในต่างประเทศ คณะผู้วิจัยได้สังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนวทางการพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมเพื่อสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงยา ประกอบด้วย ข้อเสนอแนะต่อภาคประชาสังคม ข้อเสนอแนะต่อภาควิชาการ และข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานผู้กำหนดนโยบาย ดังนี้

#### **ข้อเสนอต่อภาคประชาสังคม: การเสริมสร้างศักยภาพภายในของภาคประชาสังคม**

ภาคประชาสังคมเป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนให้เกิดการเข้าถึงยาของประชาชนไทย เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของภาคประชาสังคมก็ต้องสร้างความเข้มแข็งในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ด้วย ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนาศักยภาพภายในของภาคประชาสังคม ดังนี้

๑) สร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายผู้ป่วยในกลุ่มอื่นๆ และการสร้างคนรุ่นใหม่ในขบวนการภาคประชาชน

๒) สร้างกระบวนการเรียนรู้ และองค์ความรู้ในประเด็นด้านทรัพย์สินทางปัญญา

๓) แสวงหาความร่วมมือกับนักกฎหมายด้านทรัพย์สินทางปัญญา และการสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่เป็น รูปธรรมกับองค์กรเอกชนในต่างประเทศ

๔) การขยายเครือข่ายเฝ้าระวังภาคประชาชน ต่อนโยบายที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพและการเข้าถึงยา

๕) สร้างความร่วมมือกับผู้ผลิตยาภายในประเทศ

๖) สนับสนุนให้เกิดการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรโดยเอกชน

**ข้อเสนอต่อภาควิชาการ: สร้างและสนับสนุนองค์ความรู้ให้แก่ภาคประชาสังคมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการขับเคลื่อน**

พันธกิจหลักของภาควิชาการคือการสร้างองค์ความรู้ และสนับสนุนองค์ความรู้ให้แก่ภาคประชาสังคม เพื่อเพิ่มศักยภาพในการขับเคลื่อน คณะผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะแนวทางในการสร้างและสนับสนุนองค์ความรู้ให้แก่ภาคประชาสังคมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการขับเคลื่อน ดังนี้

๑) มีองค์กรด้านวิชาการที่มีความเป็นสถาบัน ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการเชื่อมต่อระหว่างกลุ่มนักวิชาการและภาคประชาสังคม

๒) สร้างหน่วยปฏิบัติการวิจัย/ศูนย์วิจัยด้านการเข้าถึงยา และ/หรือ ทรัพย์สินทางปัญญา เพื่อสร้างองค์ความรู้ในสถาบันการศึกษา

๓) สร้างเวทีการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างภาควิชาการและภาคประชาสังคม โดยอาศัยพื้นที่ร่วมงานขององค์กรที่มีอยู่เดิม

๔) ควรทำงานเผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการอย่างสม่ำเสมอ

**ข้อเสนอต่อภาครัฐ: บูรณาการหน่วยงานภาครัฐที่มีพันธกิจด้านยา และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและการเข้าถึงยา**

๑) สร้างสถาบัน/หน่วยงานกลางที่ทำหน้าที่บูรณาการการทำงานของหน่วยงานภาครัฐที่มีพันธกิจด้านยา โดยอาศัยกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบัน

๒) สนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในทุกระดับ โดย

๒.๑) หน่วยงานด้านสุขภาพ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ต้องสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมต่อระบบสุขภาพและระบบยา สนับสนุนงบประมาณให้แก่ภาคประชาสังคม เพื่อให้เกิดการรวมกลุ่มของภาคประชาสังคมในการทำงานด้านสุขภาพ

๒.๒) ในกระบวนการยกร่างกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับประเด็นด้านสุขภาพทุกฉบับ ต้องเปิดโอกาสให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนแรก เช่น กำหนดให้มีสัดส่วนของภาคประชาสังคมในการยกร่างแก้ไขกฎหมายที่เป็นธรรม มีการเปิดรับฟังความคิดเห็นอย่างแท้จริงและโปร่งใส

๒.๓) อาศัยอำนาจตาม มาตรา ๑๑ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ หน่วยงานรัฐต้องจัดให้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ

๒.๔) หน่วยงานภาครัฐต้องสร้างพื้นที่ของการหารือ แลกเปลี่ยนข้อมูลและสร้างความเข้าใจ ระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคมในประเด็นต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ

๓) สร้างความเข้มแข็งให้กับระบบทรัพย์สินทางปัญญา และสร้างสมดุลของประโยชน์ผู้ทรงสิทธิและประโยชน์สาธารณะ

๔) สนับสนุนทีมวิชาการในการทำวิจัย โดยการสนับสนุนงบประมาณ อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลสำคัญ เป็นต้น เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายของหน่วยงานภาครัฐอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลทางวิชาการ

**การนำไปใช้ประโยชน์** นำเสนอแนวทางและกลไกการขับเคลื่อนที่มีประสิทธิภาพของภาคประชาสังคมในการสนับสนุนการเข้าถึงยา การขยายภาคีเครือข่ายที่ร่วมขับเคลื่อน และแนวทางการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมและหน่วยงานภาครัฐในการสนับสนุนการเข้าถึงยาของประชาชนไทย ต่อ สปสช.

**๑๙) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.)**

รศ.อุไรวรรณ อินทร์ม่วง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ๑) ศึกษาแนวทางในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข ๒) ศึกษารูปแบบ และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จการดำเนินการของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด ตามบทบาทอำนาจหน้าที่ ๓) ศึกษาบทบาทอันพึงประสงค์ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัดตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข

ผลการศึกษา พบว่า คณะอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด(อสจ.) สามารถขับเคลื่อนประเด็นงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น ๑) การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ๒) การผลักดันให้มีการออกข้อกำหนดของท้องถิ่น ๓) การพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ๔) การขับเคลื่อนไม่ใช้โฟมเป็นภาชนะบรรจุอาหาร (NO FOAM) ๕) การจัดการมูลฝอยทั่วไป ๖) การจัดการสิ่งปฏิกูล ๖) โครงการถนนอาหารปลอดภัย ตลาดน้ำซ้อย ๘) การจัดการเหตุรำคาญ ๙) พัฒนาและควบคุมตลาด และ ๑๐) การแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม อาทิเช่น การจัดการน้ำเสีย/คุณภาพน้ำทิ้ง/น้ำใช้๑๑) ส้วมสาธารณะ ๑๒) แผนการจัดการขยะตาม Roadmap ๑๓) ขยะอันตราย /กิจการน้ำแข็งบริโภค/ การควบคุมสถานที่จำหน่ายอาหาร/สะสมอาหาร และการ

จำหน่ายในที่หรือทางสาธารณะ ๑๔) โครงการบ้านสะอาด อนามัยดี ซีวีสมบูรณ์และ๑๕) กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จากการดำเนินงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ – ๒๕๕๙ ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.) พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานบางประการ เช่น อำนาจหน้าที่ของอสธจ. ถูกกำหนดเพียงเฉพาะการดำเนินการตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตำแหน่งผู้ช่วยเลขานุการถูกกำหนด ว่าเป็นหัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งเกิดปัญหาในทางปฏิบัติอยู่บ้าง การเสนอแนวทางเพื่อเป็นมติในการจัดการปัญหาต้องอาศัยองค์ความรู้สาขาวิชา ซึ่งมีผู้ทรงคุณวุฒิเพียงหนึ่งคน การขับเคลื่อนมติต้องอาศัยคณะกรรมการในระดับพื้นที่เพื่อให้การจัดการปัญหามีประสิทธิภาพสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างรวดเร็ว แม้อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสธจ.) จะให้อำนาจในการแต่งตั้งคณะกรรมการได้ แต่ในการปฏิบัติที่ติดปัญหาเรื่องการตั้งงบประมาณในการขับเคลื่อนตามมติหรือข้อสั่งการจากคณะอนุฯ จึงอาจทำให้การขับเคลื่อนตามมติไม่เป็นรูปธรรมเท่าที่ควร จากการศึกษาประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข โดยการระดมความคิดเห็นของเจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานท้องถิ่นหรือผู้แทน เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง นักวิชาการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และอยู่ภายใต้บังคับแห่งกฎหมาย พบว่าปัญหาอุปสรรคต่อการควบคุมกำกับ การบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายประการ เช่น ๑) การตราข้อบัญญัติในเรื่องต่างๆ จะใช้การลอกเลียนแบบต่อๆ กันมา ทั้งนี้ เป็นเพราะขาดองค์กรประสานการบังคับใช้กฎหมายระหว่างคณะกรรมการสาธารณสุขกับราชการส่วนท้องถิ่น ๒) ขั้นตอนหรือกระบวนการในการให้คำปรึกษาหรือการตอบข้อหารือของคณะกรรมการสาธารณสุขแก่เจ้าพนักงานท้องถิ่นมีความล่าช้าและไม่ชัดเจน เนื่องจากขาดองค์กรที่จะทำหน้าที่โดยตรงในการกลั่นกรองเรื่องที่จำเป็นและสำคัญจริงๆ เข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการฯ และองค์กรที่จะให้คำปรึกษาเบื้องต้นหรือตอบหรือให้คำชี้แจงในเรื่องเล็กน้อยหรือเรื่องที่คณะกรรมการเคยมีความเห็นแล้ว ๓) การขาดองค์กรที่เป็นรูปธรรมที่จะประสานการทำงานระหว่างคณะกรรมการสาธารณสุขกับราชการส่วนท้องถิ่นและเจ้าพนักงานท้องถิ่น ก่อให้เกิดผลเสียต่อการบังคับใช้พระราชบัญญัตินี้ จึงมีข้อเสนอต่อกลไก “คณะกรรมการสาธารณสุข” ดังนี้ ๑) คณะกรรมการสาธารณสุขควรปรับปรุงโครงสร้างองค์กรของคณะกรรมการสาธารณสุข ให้มีลักษณะเป็นไตรภาคี โดยเพิ่มกรรมการจากองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนและการเพิ่มสัดส่วนของผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ครบทุกรูปแบบขององค์กร และ ๒) ควรให้มีคณะกรรมการสาธารณสุขในระดับจังหวัด เพื่อเป็นองค์กรให้คำแนะนำปรึกษาแก่ราชการส่วนท้องถิ่นได้ทั่วถึงและเป็นการกระจายอำนาจและหน้าที่ไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น และเพิ่มตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุข ตามมาตรา ๑๐ คือ เพิ่มเติมให้มีคณะกรรมการระดับจังหวัด ๒ คณะ คือ คณะกรรมการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด เพื่อแบ่งเบาภาระการทำงานของคณะกรรมการสาธารณสุขและกำกับดูแลการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นไปโดยถูกต้อง และเรียบร้อย อย่างทั่วถึงทั้งประเทศ อันจะช่วยเพิ่มความรวดเร็วและกระตุ้นการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขแก่ราชการส่วนท้องถิ่นทั่วประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ จึงสมควรที่จะให้มีบทบัญญัติในกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขกำหนดให้มี “คณะกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด” เพื่อทำหน้าที่ที่สำคัญดังต่อไปนี้ ๑) กำกับ ดูแล ราชการส่วนท้องถิ่นให้ดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ที่กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขกำหนดไว้ ๒) ชี้แจงและให้คำปรึกษาแนะนำแก่เจ้าพนักงานท้องถิ่นในเรื่องที่คณะกรรมการสาธารณสุขมอบหมาย ๓) ติดตามและประสานงานการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุขระหว่างราชการส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัด

กลไกคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสธจ.) มีองค์ประกอบประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธานกรรมการ และมีอัยการจังหวัด เกษตรจังหวัด ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด ผู้อำนวยการสำนักงาน

ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด ปศุสัตว์จังหวัด โยธาธิการและผังเมืองจังหวัด สวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด อุตสาหกรรมจังหวัด นายองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นกรรมการ และมีนายกเทศมนตรี จำนวนหนึ่งคน และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวนหนึ่งคน ซึ่งผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้ง เป็นกรรมการ โดยกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประธานกรรมการแต่งตั้งจากผู้มีความรู้ความสามารถหรือ ประสบการณ์ในด้านการสาธารณสุข และการอนามัยสิ่งแวดล้อม จำนวนไม่เกินสี่คน และผู้แทนภาคประชาชนซึ่ง ผู้ว่าราชการจังหวัดแต่งตั้ง จำนวนไม่เกินสองคน เป็นกรรมการ และให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็น กรรมการและเลขานุการและให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแต่งตั้งข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดซึ่งรับผิดชอบงานด้านกฎหมายและการอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านละหนึ่งคน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ โดยมี บทบาทอำนาจหน้าที่ ดังนี้ (๑) ดำเนินการตามนโยบาย แผนงาน และเสนอความเห็นต่อรัฐมนตรีในการกำหนด นโยบายแผนงานและมาตรการเกี่ยวกับการสาธารณสุข และพิจารณาให้ความเห็นในเรื่องใดๆ เกี่ยวกับการ สาธารณสุขที่รัฐมนตรีมอบหมาย (๒) เสนอความเห็นเกี่ยวกับการแก้ไขปรับปรุงกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข ตามรัฐมนตรีหรือคณะกรรมการมอบหมาย (๓) ให้คำแนะนำแก่ราชการส่วนท้องถิ่นในการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น และให้คำปรึกษาหรือสนับสนุนราชการส่วนท้องถิ่นและเจ้าพนักงานท้องถิ่นในการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติ นี้ (๔) ประสาน สนับสนุน และพัฒนาศักยภาพในการดำเนินการของส่วนราชการและราชการส่วนท้องถิ่นที่ เกี่ยวข้องตามโครงการที่คณะกรรมการกำหนด โดยคำนึงถึงหลักการมีส่วนร่วมของประชาชนด้วย (๕) สอดส่อง หรือกำกับดูแลการปฏิบัติหน้าที่ของราชการที่มีอำนาจหน้าที่ในการปฏิบัติการตามกฎหมายเกี่ยวกับการ สาธารณสุขเพื่อรายงานต่อคณะกรรมการ (๖) ส่งเสริมและสนับสนุนการรณรงค์และสร้างความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการสาธารณสุขและการอนามัยสิ่งแวดล้อม (๖) ตรวจสอบข้อเท็จจริงหรือให้ความเห็นเพื่อประกอบการ พิจารณาของอธิบดีกรมอนามัยตามมาตรา ๘/๑ (๘) ออกคำสั่งเป็นหนังสือเรียกให้บุคคลหนึ่งบุคคลใดมาให้ถ้อยคำ หรือส่งเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องหรือวัตถุใดๆ มาเพื่อใช้ประกอบการพิจารณา (๙) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่ กฎหมายกำหนดไว้ให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด หรือตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

**การนำไปใช้ประโยชน์** นำเสนอผลงานวิจัยต่อกรมอนามัยใช้เป็นข้อมูลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายต่อ การพัฒนาโลกตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข

## ๒๐) การวิเคราะห์สภาพการณ์การดำเนินงานวิจัยจากงานประจำในเขตสุขภาพที่ ๑๑ และ ๑๒

ดร. ปรียนุช ชัยกองเกียรติ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อ ๑) วิเคราะห์สภาพการณ์การดำเนินงานวิจัยจากงานประจำ (R๒R) ใน เขตสุขภาพที่ ๑๑ และ ๑๒ และการสนับสนุนการจากกลุ่มผู้ทำวิจัย ผู้อำนวยการความสะดวก(facilitator) และ ผู้บริหาร ในการนำงานวิจัยจากงานประจำไปใช้ประโยชน์ โดยการเผยแพร่ในเวทีวิชาการ หรือการตีพิมพ์ใน วารสารระดับชาติ ๒) วิเคราะห์การเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ทำวิจัยจากงานประจำ ๓) ประเมินผลการนำผลงานวิจัยจากงานประจำไปใช้ประโยชน์แก่ผู้รับบริการ องค์กร และสังคม ตามองค์ประกอบ ของระบบบริการสุขภาพ (Six building blocks)

ผลการศึกษา พบว่าสภาพการณ์การดำเนินงานวิจัยจากงานประจำในเขตสุขภาพที่ ๑๒ โดยภาพรวมมี การดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ ๑๒ มากกว่าเขตสุขภาพที่ ๑๑ งาน R๒R ที่พบจากการวิเคราะห์เอกสารจะ เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพ (Six building blocks) ในเรื่องการให้บริการสุขภาพมากที่สุด รองลงมาคือยาและเวชภัณฑ์ โดยไม่มีในเรื่องภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลเลย และพบว่างานวิจัยที่มีลักษณะเป็น Meta R๒R ยังมีเพียงร้อยละ ๐.๖๔ (๒ ใน ๓๑๒ เรื่อง) เมื่อวิเคราะห์สภาพการณ์จากการสัมภาษณ์พบว่า ในเขต



สุขภาพทั้ง ๒ เขต เห็นความสำคัญของงาน R๒R ว่าเป็นเครื่องมือพัฒนาคน พัฒนางาน และนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง โดยมีกลไกสนับสนุน มีผู้รับผิดชอบงาน R๒R โดยตรง มีคณะกรรมการ R๒R ของเขตสุขภาพ มีการจัดเวทีวิชาการเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่ผลงานวิจัย และจัดงบประมาณสนับสนุน นโยบายที่สำคัญคือการพัฒนานักวิจัย พบว่าในเขตสุขภาพทั้ง ๒ เขต ให้ความสำคัญกับการพัฒนาสมรรถนะนักวิจัย และเห็นความจำเป็นในการจัดหาพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษากับนักวิจัย R๒R ส่วนความจำเป็นที่งาน R๒R ต้องผ่านคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มีความเห็นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับรูปแบบของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงระยะเวลาในการทำวิจัยที่จะมีผลต่อการตีพิมพ์เผยแพร่ และการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัยด้วย การกำกับติดตามเพื่อให้การทำ R๒R เป็นไปตามนโยบาย ใช้การติดตามกลยุทธ์ หรือมีเข็มมุ่ง บางจังหวัดกำหนดให้มีการเผยแพร่ในเวทีวิชาการ มีการประกวดผลงานในทุกระดับจนถึงระดับประเทศ รวมถึงการกำกับติดตามโดยตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุข ผ่านผู้รับผิดชอบงานโดยตรง

**การนำไปใช้ประโยชน์** นำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากงานประจำสู่งานวิจัย หรือ Routine to Research (R๒R) ครั้งที่ ๑๐ ประจำปี ๒๕๖๐ อาคารศูนย์การประชุมอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี วันที่ ๖ กรกฎาคม ๒๕๖๐ และได้นำเสนอต่อคณะกรรมการ R๒R ของกระทรวงสาธารณสุข ในปี ๒๕๖๑

## **๒๑) การประเมินการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: สักระยะที่บทเรียนจากพื้นที่ ๕๑ แห่งและทางเลือกในเชิงนโยบาย**

ดร.ภญ.วลัยพร พัทธนนุช มุลินิธิเพื่อการพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิ และประเมินผลการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาว่ามีจุดแข็ง จุดอ่อนตลอดจนปัจจัยสำเร็จและอุปสรรคในการดำเนินงานอย่างไร รวมถึงจัดทำข้อเสนอแนะในการจัดบริการปฐมภูมิที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยในอนาคต โดยใช้การศึกษาเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยการทบทวนวรรณกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลอัตราการคัดกรองโรคของหน่วยบริการปฐมภูมิและข้อมูลจากแบบสอบถามที่หน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนเป็นผู้ประเมิน การสัมภาษณ์เชิงลึกและจัดการสนทนากลุ่มใน ๔ พื้นที่

ผลการศึกษาพบว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีค่าเฉลี่ยอัตราการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมะเร็งปากมดลูก น้อยกว่าหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ถ่ายโอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนอัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านงบประมาณ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และสถานที่พบว่าเพียงพอต่อการให้บริการ บางแห่งยังประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การทำงานบางแห่งมีบริการทางการแพทย์ที่เพิ่มมากขึ้น จากแบบสอบถาม ๔๑ ฉบับ พบว่าเจ้าหน้าที่ร้อยละ ๖๕.๖๑ เห็นว่าคุณภาพการให้บริการประชาชนในพื้นที่ และการตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ดีขึ้น การบริหารงานที่มีสายบังคับบัญชาสั้นเป็นทั้งข้อดีที่จะทำให้บริหารงานได้คล่องตัว แต่ก็มีข้อเสียเนื่องจากเจ้าหน้าที่กังวลปัญหาการเมืองท้องถิ่นส่งผลต่อการปฏิบัติงาน หลังการถ่ายโอนยังคงมีความสัมพันธ์กับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ใกล้ชิด แต่มีเพียง ๑๙ แห่ง ที่ได้รับการนิเทศงานจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เป็นประจำ มีเจ้าหน้าที่ ๖ แห่งต้องการย้ายกลับกระทรวงสาธารณสุข และกระบวนการถ่ายโอนที่ผ่านมาพบว่าไม่มีส่วนร่วมจากประชาชนในพื้นที่และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฏิบัติงาน

ในอนาคตหากต้องการให้การกระจายอำนาจด้านสุขภาพประสบความสำเร็จ รัฐบาลจะต้องมีนโยบายที่ชัดเจนในการกระจายอำนาจ โดยการปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับในการบริหารราชการแผ่นดิน ให้

สอดคล้องกับการกระจายอำนาจ กระทรวงสาธารณสุขควรมีการติดตามการทำงานของหน่วยบริการปฐมภูมิที่ถ่ายโอนไปแล้วอย่างต่อเนื่อง หากพบปัญหาในการให้บริการควรมีแนวทางการแก้ปัญหาพร้อมกันอย่างชัดเจน ส่วนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ยังไม่ได้ถ่ายโอนต้องถ่ายโอนไปให้เฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมเท่านั้น และควรส่งเสริมให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการถ่ายโอนหน่วยบริการ

**การนำไปใช้ประโยชน์** นำเสนอต่อคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขครั้งที่ ๓/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๑ และได้นำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมผู้บริหารระดับสูงกระทรวงสาธารณสุข (WM) ครั้งที่ ๑๒ ปี ๒๕๖๑ วันที่ ๔ เมษายน ๒๕๖๑ ณ ห้องรับรอง ชั้น ๕ อาคาร ๑ ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เพื่อพิจารณาทิศทางการกระจายอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

## ๗. แผนงานวิจัยกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

**๒๒) โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี จากที่ระบบการดูแลระยะยาวพึ่งพิงถูกปรับเป็นนโยบายของรัฐบาลและมีงบประมาณสนับสนุนในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ โดยให้เริ่มดำเนินการในพื้นที่ ๑,๐๐๐ ตำบลโดยมีกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องดูแล ๑๐๐,๐๐๐ คน ก่อนที่จะขยายไปยังพื้นที่อื่นในปีต่อไปจนครบทุกตำบล ซึ่งการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนที่ดำเนินการอยู่นี้ อาศัยแนวคิดที่ต้องการให้ท้องถิ่นเข้ามาเป็น เจ้าภาพ บริหารจัดการและร่วมลงทุนพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชน ภายใต้การสนับสนุนของระบบ บริการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Systems) ในการจัดบริการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการบูรณาการการจัดบริการสุขภาพและบริการด้านสังคม อาศัยกลไกกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กองทุน ตำบล) เป็นแกนในการบริหารระบบในพื้นที่ โดยจัดให้มีผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care manager) เป็นผู้จัดการเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม และมีผู้ช่วยผู้ดูแล (care giver) ที่ผ่านการอบรมในการช่วยเหลือครอบครัวในการให้การดูแล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สนับสนุนการดูแลด้านสังคม อย่างไรก็ตาม ระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนที่ดำเนินการอยู่ยังอยู่ในระยะแรก จึงเห็นควรต้องมีการประเมินระหว่างดำเนินการ (formative evaluation) ว่ากรอบแนวคิดและกลไกที่พัฒนาขึ้นนั้นสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ มีช่องว่างอะไรที่จำเป็นต้องปรับปรุง ก่อนที่จะขยายไปยังพื้นที่อื่นๆต่อไป

**การตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาาระบบสุขภาพ** นักวิจัยดำเนินการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาวิจัยประเมินการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนผ่านกลไกกองทุนประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อนและช่องว่างเพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ เป็นธรรม และยั่งยืน ผลการศึกษามีข้อค้นพบสำคัญ ดังนี้

๑. การพัฒนาระบบ LTC ผ่านกลไกกองทุนตำบล: การบูรณาการบริการ พบว่า ทั้ง อปท.และ รพ. ประเมินตนเองว่าสามารถบูรณาการและเชื่อมโยงการจัดบริการได้ดี การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่ายังมีช่องว่างที่ต้องพัฒนาอีกมากการแยกส่วนระหว่างงาน HHC & LTC (ชัดเจนขึ้น CoC ของ รพ.มิได้อยู่กลุ่มงานเวชฯ) การดูแลระยะยาวมุ่งเน้นเพียงบริการด้านสังคม และ bias toward rehabilitation ขาดการเชื่อมโยงของระบบ

ข้อมูล ขาดผู้นำทางวิชาการในการพัฒนาศักยภาพและจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งนี้ มีสองพื้นที่ ได้แก่  
ลำสนธิ/ภูฉินารายณ์ที่ดำเนินการได้อย่างบูรณาการและเชื่อมโยง

๒. ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายการจัดบริการ LTC พบว่า งบที่จัดสรรให้กับพื้นที่ระบุว่าครอบคลุมเฉพาะสิทธิ UC และกลุ่มผู้สูงอายุในขณะที่พื้นที่ดูแลทุกกลุ่ม (ลำสนธิใช้งบกองทุนตำบลเป็นหลักในการจ่ายค่าตอบแทน CG ในขณะที่ภูฉินารายณ์ใช้งบกองทุนพื้นฟูจังหวัด) กลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวเป็นกลุ่มผู้สูงอายุร้อยละ ๖๐-๘๐ ดังนั้น นโยบายดังกล่าวครอบคลุมผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวเพียงร้อยละ ๖๐-๖๐ เท่านั้น

๓. กระบวนการจัดบริการและการบริหารกำลังคนในระบบ LTC พบว่า รูปแบบบริการส่วนใหญ่ยังอิงระบบจิตอาสา ทำให้มีข้อจำกัดในการหาคนมาอบรม ๒ wks. การจัดบริการ (ความถนัด/เวลา) สัดส่วน CG/อบรมแล้วไม่ได้ทำ กระบวนการประชุม case conference เพื่อทำ care plan ร่วมกับหน่วยที่เกี่ยวข้องทำให้วางแผนได้เป็นองค์รวม รอบด้าน และระดมการมีส่วนร่วม (แต่ใช้แรง) กลไกและกระบวนการในการพัฒนาเพิ่มพูนทักษะแก่ CM & CG ยังมีช่องให้พัฒนาได้มาก นอกเหนือจาก line กลุ่ม การใช้จ่ายเงินทั้งในส่วนของเงินที่โอนให้กองทุนฯและ รพ. ยังมีจำกัดมากสืบเนื่องจากระเบียบการใช้เงิน

๔. ระบบและกลไกสนับสนุนการพัฒนาส่วนกลาง เขต จังหวัด และอำเภอ พบว่า ระบบและกลไกการสนับสนุนจากระดับเขตและจังหวัดมีบทบาทสำคัญและให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ตัวแทนโรงพยาบาลร้อยละ ๖๖ รายงานว่าได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในระดับมากถึงมากที่สุด อย่างไรก็ตาม มีร้อยละ ๑๐ ที่รายงานว่าได้รับการสนับสนุนในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่ามีบางเขตสุขภาพและจังหวัดกำหนดเรื่อง LTC เป็น หนึ่งใน service plan และมีการจัดทำแนวทางการเบิกจ่ายงบ LTC แก่พื้นที่เพื่อความชัดเจนในการดำเนินงาน

งานวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้ ๑) สปสช. สธ. และกรมส่งเสริมฯ ควรเร่งสร้างความชัดเจนของระเบียบการใช้จ่ายงบ LTC และงบท้องถิ่นในการสนับสนุนการจัดบริการ ๒) สปสช. และกระทรวงสาธารณสุขทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ต้องประสานและบูรณาการการดำเนินนโยบายร่วมกันอย่างเร่งด่วน เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น ๓) สปสช. ควรร่วมกับ พม.และกรมส่งเสริมฯสร้างความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ รูปแบบ และระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรงบ LTC ไปยังศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ๔) สปสช. และ สธ. ควรปรับปรุงประสิทธิภาพการสื่อสารกับพื้นที่ ๕) ทบทวนกลไกการพิจารณา care plan ซึ่งปัจจุบัน คือ อนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะ ยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งอยู่ในระดับตำบล มาที่ระดับอำเภอร่วมกับการมี System manager ภายใต้ ระบบ DHS แทน และ ๖) สปสช. และ สธ. ควรร่วมกันทบทวนกลุ่มเป้าหมายของนโยบาย LTC

การใช้ประโยชน์จากงานวิจัย สวรส. ได้มีการดำเนินงาน ได้แก่ ๑) จัดเวทีนำเสนอผลการศึกษาวิจัย ณ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เพื่อนำเสนอผลการศึกษาวิจัย รับฟังข้อคิดเห็นเสนอแนะเพิ่มเติม และทิศทางการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยจากนักวิชาการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๒) นำเสนอผลการศึกษาวิจัย และหารือเกี่ยวกับการบริหารจัดการการดำเนินงาน LTC ของจังหวัดนครสวรรค์ ภายใต้งบประมาณจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ ๓) เข้าร่วมเวทีประชุมผู้บริหารเขตสปสช. ณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อนำเสนอผลการศึกษาวิจัย LTC และอภิปรายร่วมกัน ๔) เข้าร่วมเวทีประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาเครือข่ายสังคมสุขภาวะและนโยบาย ณ โรงแรมสวนสามพราน ริเวอร์ไซด์ จังหวัดนครปฐม เพื่อรับทราบสถานการณ์การขับเคลื่อนงาน LTC อภิปรายอภิปรายร่วมกัน และข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาประเด็นวิจัยต่อยอด ๕) เตรียมนำเสนอผลการวิจัยในการประชุมบอร์ดสวรส. เพื่อรับฟังข้อคิดเห็น

เสนอแนะ ๕) วางแผนการสร้าง Excellent Center ในการทำวิจัยเกี่ยวกับ LTC โดยหา External Research Manager/Research Director รวมถึงจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) ระหว่าง สวรส. มส.ผส. สสส. และกรมกิจการผู้สูงอายุ ต่อไป

### ๒๓) โครงการวิจัยพัฒนาเครือข่ายค้นหาโครงการพัฒนาเครือข่ายและรูปแบบค้นหาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการได้ยินในชุมชนต่อเนื่องระยะยาว

รศ.พญ. ขวัญชนก ยิ้มแต่ และคณะ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความพิการทางการได้ยินเป็นปัญหาที่มีพบบ่อยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ สำหรับประเทศไทย พบว่า สัดส่วนประชากรมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี ๒๕๕๖ มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ ๑๔.๙ ของประชากรทั้งประเทศ ปัญหาการเข้าถึงบริการตรวจประเมินความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์สำหรับผู้พิการทางการได้ยินนั้นเป็นปัญหาในระดับประเทศ เนื่องจากขั้นตอนการตรวจการได้ยิน การรับอุปกรณ์ช่วย เช่น เครื่องช่วยฟัง จำเป็นต้องได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งมีใบประกอบโรคศิลปะ คือ นักแก้ไขการได้ยิน หรือเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ ที่ทำงานภายใต้การควบคุมของแพทย์หู คอ จมูก ซึ่งบุคลากรด้านนี้มีจำนวนน้อยมาก ในขณะที่กำลังการผลิตบุคลากร นักแก้ไขการได้ยินของประเทศอยู่ในอัตราการเพิ่ม ๑๐-๒๐ คนต่อปี ดังนั้น การพัฒนาเครือข่ายและ รูปแบบการค้นหาผู้พิการและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยินในชุมชน เป็นแนวทางที่แนะนำในประเทศที่มีทรัพยากรบุคคลจำกัด โดยมีหลักการกระจายงานที่ไม่ต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะของวิชาชีพให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ช่วยบุคลากรทางการแพทย์ และความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญจากนอกพื้นที่มาให้บริการเสริมในหน่วยงานที่มีจำนวนจำกัด ทำให้จำนวนผู้สูงอายุ ที่มีความพิการทางการได้ยินและต้องการการดูแลเฉพาะด้านลดลง ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการทางการได้ยินของทั้งประเทศจะมีประสิทธิภาพขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นขยายตลาดเพื่อสนับสนุนการพัฒนาเครื่องช่วยฟังที่ผลิตขึ้นในประเทศต่อไป

**การตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาระบบสุขภาพ** นักวิจัยดำเนินงานวิจัยพัฒนาเครือข่ายค้นหาโครงการพัฒนาเครือข่ายและรูปแบบค้นหาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการทางการได้ยินในชุมชนต่อเนื่องระยะยาว มีวัตถุประสงค์ ๑) เพื่อพัฒนาเครือข่าย รูปแบบ และคู่มือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความพิการทางการได้ยินต่อเนื่องระยะยาวในชุมชน ๒) เปรียบเทียบอัตราการเข้าถึงบริการเครื่องช่วยฟังระหว่างพื้นที่วิจัย กับพื้นที่ จังหวัดอื่น ในเขตสุขภาพเดียวกัน และ ๓) เปรียบเทียบประสิทธิผลของการให้บริการเครื่องช่วยฟังระหว่างพื้นที่วิจัย กับพื้นที่ จังหวัดอื่นในเขตสุขภาพเดียวกัน มีความก้าวหน้าสำคัญ ได้แก่ การสร้างเครือข่ายพัฒนาระบบบริการบริการได้ยิน ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น ชัยภูมิ มหาสารคาม พิษณุโลก การสร้างรูปแบบการค้นหาผู้สูงอายุที่พิการทางการได้ยิน โดยอบรมการดูแลเครื่องช่วยฟังแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้สามารถตรวจเช็คเครื่องช่วยฟังเบื้องต้นได้ และจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อตรวจคัดกรองให้บริการเครื่องช่วยฟัง และติดตามการใช้งาน โดยมีความก้าวหน้า ได้แก่ ๑) ด้านการให้บริการเครื่องช่วยฟัง มีการแจกเครื่องช่วยฟังจังหวัดขอนแก่น จังหวัดชัยภูมิ และจังหวัดมหาสารคาม รวมทั้งสิ้น ๓๙๔ เครื่อง ส่วนจังหวัดพิษณุโลกกำลังเตรียมดำเนินการ ๒) ด้านการติดตามการใช้งาน จังหวัดชัยภูมิมีการติดตามการใช้เครื่องช่วยฟังหลังใส่เครื่องครบหนึ่งเดือน สามเดือน และครบปี ซึ่งจากการประเมินคุณภาพชีวิตหลังใช้เครื่องช่วยฟัง ในโครงการนี้มีการประเมินโดยดูจาก ภาวะพึ่งพาทางการได้ยินก่อนและหลังใช้เครื่องช่วยฟัง ซึ่งลดลงชัดเจนตั้งแต่นั้นหนึ่งเดือนแรก หลังจากใส่เครื่องช่วยฟัง

**การใช้ประโยชน์จากงานวิจัย** โครงการวิจัยยังอยู่ระหว่างการขยายเวลาดำเนินงาน อย่างไรก็ตามที่ผ่านมา สวรส.ได้จัดเวทีโดยเชิญผู้เกี่ยวข้องได้แก่ เครือข่ายให้บริการแต่ละภาค รพ.ที่สนใจจะเข้าร่วมโครงการ

ที่มีวิจัยการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ สปสช. เพื่อมารับฟังความก้าวหน้า อุปสรรคปัญหาการเข้าถึงบริการ เครื่องช่วยฟัง และเสนอแนะรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ต่อไป

#### **๒๔) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการรักษาผู้ป่วยด้วยการทำการถ่างขยายหลอดเลือด หัวใจผ่านทางผิวหนังในประเทศไทย แบบสหสถาบัน (Thai PCI Registry) ระยะที่ ๑**

โรคหลอดเลือดหัวใจ (Coronary artery disease; CAD) ในประเทศไทย มีแนวโน้มของอุบัติการณ์สูงขึ้นเรื่อยๆ และเป็นสาเหตุการตายและการเกิดทุพพลภาพที่สำคัญในปัจจุบัน การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากอาศัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องของการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมและการรักษาด้วยการรับประทานยาแล้ว ผู้ป่วยบางรายมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนัง (PCI) โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction; AMI) ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndromes; ACS) หรือในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง (Chronic ischemic heart disease หรือ stable coronary artery disease; stable CAD) ที่มีการขาดเลือดของกล้ามเนื้อหัวใจเป็นบริเวณกว้าง หรือ ยังมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกอยู่หลังได้รับการรักษาด้วยยาบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอกอย่างเต็มที่แล้ว การถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนังถือเป็นการรักษาหนึ่งที่เป็นมาตรฐานสากล มีความจำเป็นและเป็นการรักษาที่มีความสำคัญมากอย่างหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในองคร่วม

นโยบายสำคัญของรัฐบาลเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพ มีการจัดระบบการบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ยอมรับได้ มีความเท่าเทียมและเป็นธรรม ให้กับประชากรไทย จากการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น ที่เห็นได้ชัดและเป็นความสำเร็จอย่างมากของรัฐบาล คือ การเข้าถึงการรักษาด้วยการทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนัง โดยการดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทำให้มีประชาชนได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนังก็เพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากทรัพยากรและงบประมาณด้านสาธารณสุขนั้นมีจำกัด

**การตอบโจทย์การพัฒนา-แก้ปัญหาาระบบสุขภาพ** การมี National PCI registry เป็นเรื่องที่สำคัญ จะช่วยบอกข้อมูลเวชปฏิบัติ การทำการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนังของประเทศในปัจจุบัน ซึ่งรวมถึงประเภทของผู้ป่วย ข้อบ่งชี้ในการทำ อุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ ยาที่ต้องใช้ รวมถึงบอกถึง ผลการรักษา อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสามารถใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุน ความคุ้มค่า และประสิทธิภาพของการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนัง ตลอดจนมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อการวางแผนและกำหนดนโยบายของประเทศ

**การใช้ประโยชน์ผลงานวิจัย** ได้มีการจัดประชุมให้กับโรงพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมโครงการ เพื่อทำความเข้าใจและเป็นการหาแนวทางในการเข้าถึงบริการด้วยการทำการถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจผ่านทางผิวหนังในประเทศไทย แบบสห สถาบัน (Thai PCI Registry) เมื่อวันที่ ๑๓ มิถุนายน ๒๕๖๐ ณ รร.มารวยการ์เด้น ซึ่งมีโรงพยาบาลให้ความสนใจร่วมโครงการ ๔๙ แห่ง เพิ่มจากเดิม ๓๖ แห่ง สำหรับการเอาไปใช้ประโยชน์อื่นอยู่ระหว่างการดำเนินการวิจัย

#### **๒๕) โครงการทัศนคติต่อแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ตามมิติด้านสาธารณสุข ด้านเศรษฐกิจ และด้านความมั่นคงของประเทศ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ**

ปัจจุบันประเทศไทยมีการนำเข้าของแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก ซึ่งมีทั้งการเข้ามาทำงานที่ถูกกฎหมาย และเข้ามาแบบไม่ถูกกฎหมาย ปัญหาที่ตามมาคือ การแข่งขันการแย่งงานทำ ตลอดจนปัญหาด้านสาธารณสุข ทำให้คนไทยส่วนหนึ่งมีทัศนคติทางลบต่อแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาให้ประเทศไทย ทั้งนี้ ทัศนคติและท่าทีของสังคมไทยที่มีต่อแรงงานข้ามชาติ อาจแยกได้เป็น (๑) แรงงานข้ามชาติที่เกี่ยวกับความมั่นคงของประเทศ จึงมีทัศนคติที่เน้นแก้ปัญหาเพื่อความมั่นคงของประเทศเป็นหลัก (๒) แรงงานข้ามชาติคือปัจจัยการผลิตที่ช่วยขับเคลื่อนเศรษฐกิจ จึงเน้นแก้ปัญหาแรงงานข้ามชาติที่มุ่งผลประโยชน์ทางด้านเศรษฐกิจและตลาดแรงงานเป็นหลัก และ (๓) แรงงานข้ามชาติมีสิทธิความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกับทุกคน ทัศนคติเช่นนี้จึงมุ่งเน้นการแก้ปัญหาด้านสิทธิความเป็นมนุษย์และความเท่าเทียมกันเป็นหลัก ซึ่งหมายรวมถึงเรื่องการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขด้วย ทัศนคติในแต่ละรูปแบบหรือแต่ละกลุ่มย่อมส่งผลไปสู่การปฏิบัติที่แตกต่างกัน

การศึกษาในครั้งนี้จะเป็นการทบทวนถึงทัศนคติในมิติต่าง ๆ ของสังคมไทยที่มีต่อแรงงานข้ามชาติอย่างเป็นระบบ เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญที่จะใช้สื่อสารสร้างความเข้าใจให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีมุมมองที่หลากหลาย ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาและกำหนดนโยบายบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติที่มีความเหมาะสม และเชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวม

## ๒๖) แผนงานความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก (WHO CSS) ประเด็น Migrant

WHO CCS เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่องค์การอนามัยโลกจัดทำขึ้น เพื่อทำงานร่วมกับประเทศต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (How to work with/in country) โดยมีหลักการสำคัญ คือ การเป็นเจ้าของร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลกและประเทศนั้นและการดำเนินงานของ CCS จะเป็นการดำเนินงานในส่วนที่เสริม หล่อลื่น/เติมเต็มการทำงานในระบบปกติ (Lubricant/catalytic) ปัจจุบันมุ่งเน้นการทำงานสำคัญใน ๕ priority areas ซึ่งยกระดับการบริหารโครงการเป็นการบริหารระดับแผนงานและคาดหวังผลลัพธ์ที่กระทบในวงกว้าง ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรอิสระด้านสุขภาพต่างๆ ร่วมสนับสนุนงบประมาณในแต่ละแผนงานในสัดส่วนสูงและมีความเป็นเจ้าของร่วม มีระบบอภิบาลและการบริหารจัดการที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ระบบการบริหารเป็นระบบเดียว เพื่อสร้างความคล่องตัวและยืดหยุ่น โดยมี การดำเนินงานใช้ระเบียบและเงื่อนไขต่างๆ ของ สวรส.

ทั้งนี้ เป็นการบูรณาการร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพในแบบองค์รวมจากหน่วยงานด้านสุขภาพ โดย สวรส. รับผิดชอบในการบริหารจัดการแผนงาน และสนับสนุนงบประมาณใน ๓ ประเด็น ได้แก่ Migrant health , NCD network และ AMR

## ๘. แผนงานอื่นๆ

๒๖) โครงการพัฒนาศักยภาพนักวิจัย (รุ่นที่ ๑/๒๕๖๑ วันที่ ๘ - ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ณ จังหวัด นครศรีธรรมราช)

จากการลงนามความร่วมมือระหว่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กับศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวิจัยสุขภาพและการแพทย์ (CE-HSMR) มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เพื่อพัฒนาการดำเนินงานของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวิจัยระบบสุขภาพและการแพทย์ให้เป็นไปตามพันธกิจอย่างเข้มแข็ง จนสามารถช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ด้านระบบสุขภาพของประเทศไทย ที่นำไปสู่การพัฒนาสุขภาพให้ตอบสนองการพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะในเขตภาคใต้ตอนบน เพื่อการบรรลุพันธกิจเกี่ยวกับ สร้างและพัฒนา ศักยภาพเครือข่ายวิจัยทางระบบสุขภาพและการแพทย์ในระดับเขต และแสวงหาแหล่งทุนหรืองบประมาณจาก

หน่วยงานภายนอกมหาวิทยาลัย ศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวิจัยสุขภาพและการแพทย์ (CE-HSMR) มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ และสถาบันวิจัยระบบสุขภาพ (สวรส.) จึงได้จัดให้มีการอบรมเพื่อพัฒนานักวิจัยในการเขียนข้อเสนอโครงการ และการพัฒนาโจทย์วิจัยที่ตอบสนองการแก้ไขปัญหาสุขภาพในเขตพื้นที่ภาคใต้ตอนบน ตลอดจนเป็นการสร้างเครือข่ายนักวิจัยระบบสุขภาพ ผ่านการทำโครงการวิจัยร่วมกันระหว่างทีมวิจัย หรือไม่เป็นทางการ เช่น การสร้างโอกาสให้นักวิจัยที่มีความสนใจในประเด็นระบบสุขภาพของเขต ๑๑ ได้มาพบปะ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ซึ่งกันและกัน

ทั้งนี้ เป็นการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยด้านระบบสุขภาพเกี่ยวกับการพัฒนาโจทย์วิจัย ตลอดจนพัฒนาศักยภาพนักวิจัยด้านระบบสุขภาพในการเขียนข้อเสนอโครงการวิจัย และสร้างเครือข่ายนักวิจัยระบบสุขภาพ

ผลลัพธ์ของโครงการ เกิดนักวิจัยหน้าใหม่ สวรส. ที่ได้เรียนรู้และเข้าใจการวิจัยเชิงระบบและนโยบายสุขภาพ โดยเฉพาะการกำหนดโจทย์และวิธีการวิจัย มีจำนวนข้อเสนอโครงการที่ผ่านการพัฒนา สามารถส่งขอรับการสนับสนุนทุนตามระบบ สวรส. ได้อย่างน้อย ๓ โครงการ และเกิดระบบการจัดการงานวิจัยเชิงระบบและนโยบายสุขภาพ ขึ้นในเขตสุขภาพที่ ๑๑ โดยมีศูนย์ความเป็นเลิศด้านการวิจัยสุขภาพและการแพทย์ ม.วลัยลักษณ์ จ.นครศรีธรรมราช เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้และพัฒนา

**๒๘) การประชุมชี้แจงกรอบการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒**  
(วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๑ ณ รร.รามการ์เด้น)

เนื่องจากข้อเสนอโครงการที่ส่งเข้ารับการพิจารณาจัดสรรทุนของ สวรส. นั้น ส่วนหนึ่งยังไม่ตรงกรอบการวิจัยที่ประกาศไว้ หรือหากตรงกรอบแต่ประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการยังไม่ตอบโจทย์ที่ สวรส. กำหนด นอกจากนี้ ข้อเสนอโครงการที่ส่งเข้ามายังมีคุณภาพไม่ถึงเกณฑ์ การทบทวนวรรณกรรมและสถานการณ์ปัญหา ยังไม่เพียงพอ ส่งผลให้คำถามวิจัยไม่ชัดเจน จึงเห็นสมควรจัดการประชุมชี้แจงกรอบการวิจัย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการสนับสนุนทุนวิจัย อีกทั้งเพื่อเป็นการทำความเข้าใจและให้ข้อมูลในการเขียนข้อเสนอโครงการวิจัยที่มีคุณภาพตรงตามเกณฑ์ที่ สวรส. กำหนด

ทั้งนี้ เป็นการชี้แจงกรอบการวิจัย สวรส. ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และแนวทางการรับข้อเสนอโครงการวิจัย สวรส. ตลอดจนเป็นการแนะนำวิธีการเขียนข้อเสนอโครงการวิจัยที่มีคุณภาพ และขั้นตอนการยื่นข้อเสนอโครงการวิจัย

ผลลัพธ์ของโครงการ นักวิชาการ นักวิจัย ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรับข้อเสนอโครงการวิจัยด้านสุขภาพ และกรอบการวิจัย สวรส. ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และสามารถเขียนข้อเสนอโครงการที่ถูกต้อง มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่ สวรส. กำหนด