



สมรรถนะระบบสุขภาพไทย ก่อน ระหว่าง และหลังโควิด-19:

เรียนรู้จากการศึกษาผลกระทบในช่วงแรกของการระบาด ของโควิด-19 ต่อระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย

**โครงการวิจัยการตอบสนองและเตรียมการของระบบบริการ
สุขภาพไทยต่อวิกฤตการระบาดของ COVID-19:
การดำเนินการของโรงพยาบาล และผลกระทบทางเศรษฐกิจและ
สังคมภายในขอบเขตของระบบสุขภาพ**

The preparedness and responses of the health services system
to the COVID-19 crisis in Thailand: Hospital operation and
economic and social impacts within the boundary of the health
services system

คณะผู้วิจัย:

รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, รศ.นพ.ธีระ วรธนารัตน์, รศ.ดร.นพพล วิทยวรวงศ์, ดร.สุวีรัตน์ งามเกียรติไพศาล, ดร.หุฬิษา โอซารส,
รศ.ดร.พญ.ภัทรวัลย์ วรธนารัตน์, อ.ดร.อารียา จิรณานันต์, อ.จตุรวิทย์ ทองเมือง, วรากร วัฒนดิไชย

ผู้ช่วยนักวิจัย: ทักษิณา วัชรบุรุษ, พรหมภัสสร สุทธิโยธา, สุจิตรา วงศ์เครือสร, นฤดมชัย สุขพันธ์

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รศ.ดร.นพ. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

และศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาบริการสุขภาพ (TRC-HS)

รองคณบดี ฝ่ายวางแผนและพัฒนา

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ก่อนโควิด-19 ???

- แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข 10 ประเด็น: (1) ระบบบริหารจัดการ (เช่น เทคโนโลยีและสารสนเทศสุขภาพ), (2) ระบบบริการสาธารณสุข (ระบบบริการปฐมภูมิ), (3) การคุ้มครองผู้บริโภคและผู้ให้บริการ), (4) ความยั่งยืนและความเพียงพอด้านการเงินการคลังสุขภาพ (เป้าหมาย SAFE ของหลักประกันสุขภาพ)

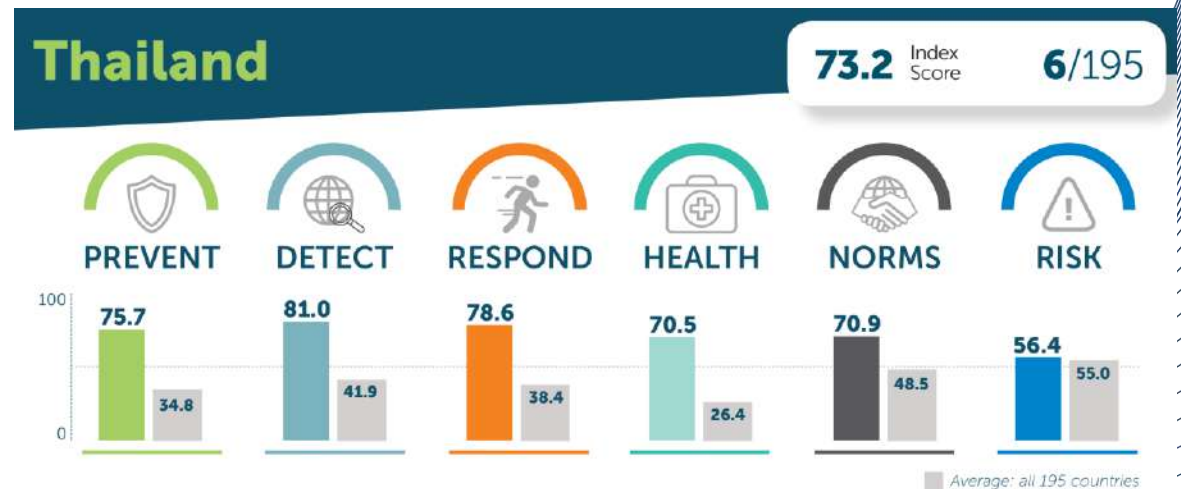
- นโยบาย “กัญชาทางการแพทย์”

- Global Health Security (08/2019):

อันดับที่ 1 คือ USA

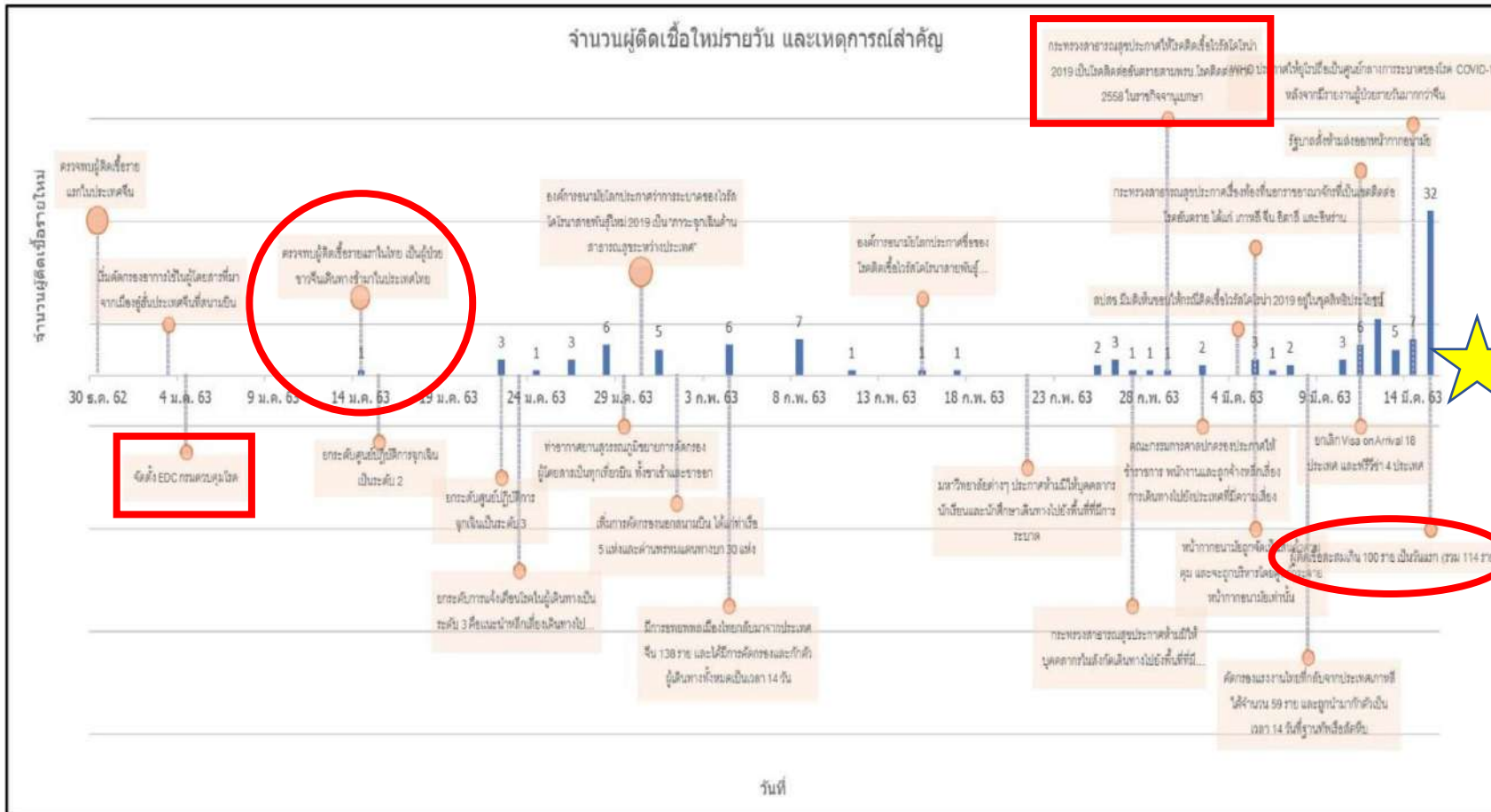
ประเทศไทย อยู่อันดับที่ 6

(รับทราบกันแล้ว ก็ผ่านกันไป)



ก้าวเข้าสู่ “ยุคโควิด”

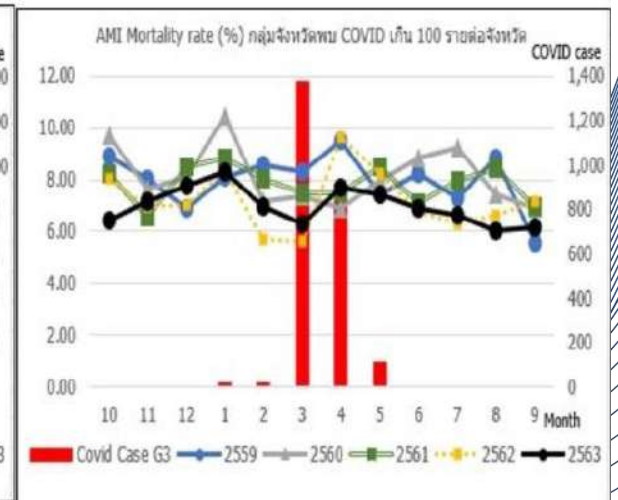
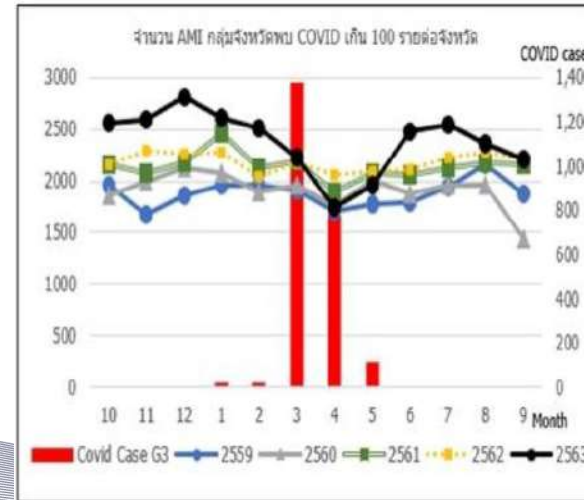
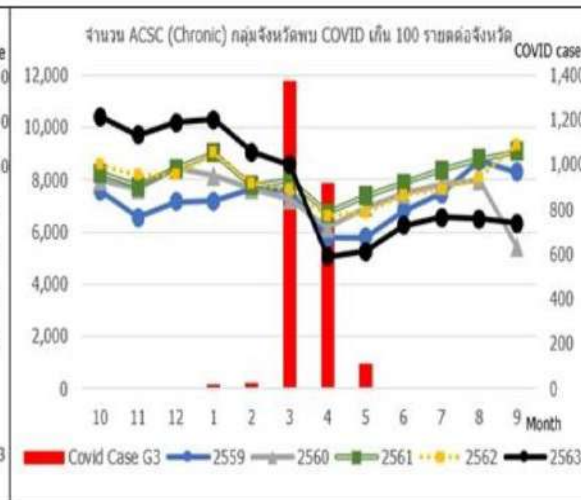
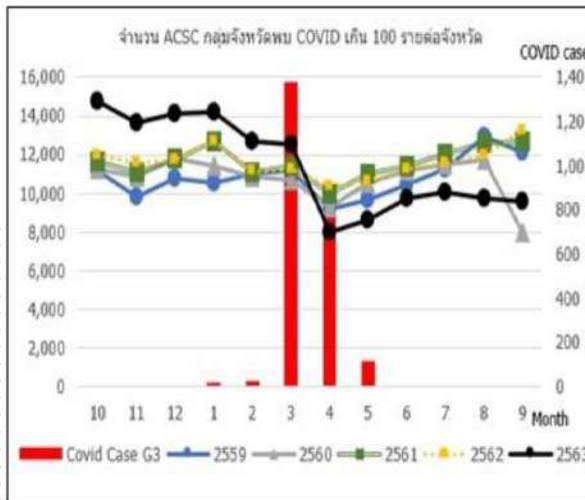
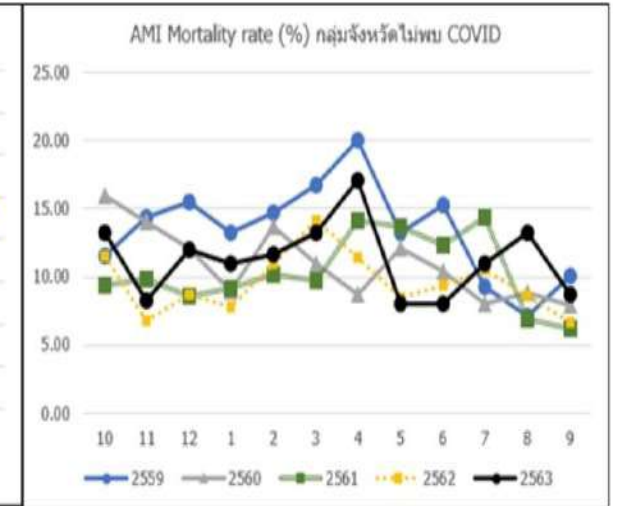
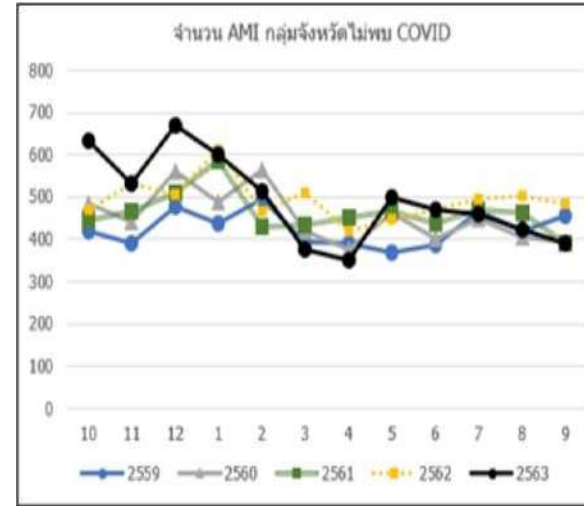
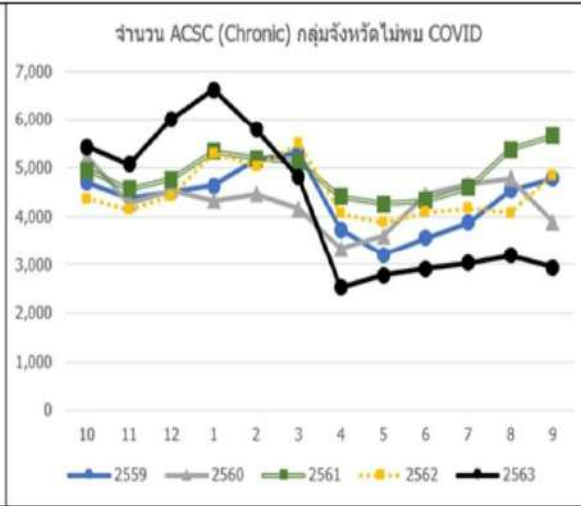
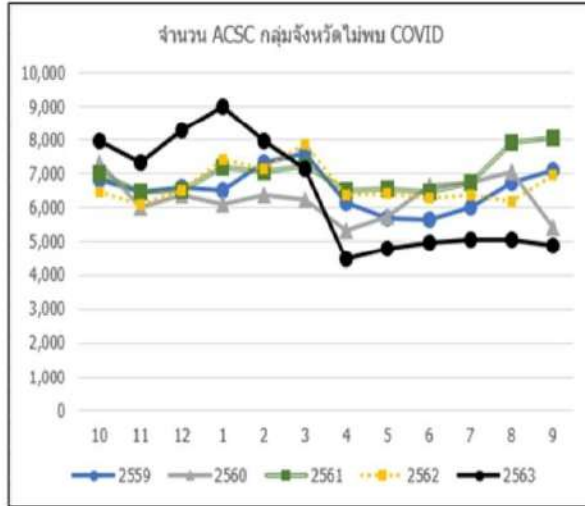
- วันที่ 13 มกราคม 2563 พบผู้ป่วยโควิด-19 ที่ได้รับการยืนยันรายแรกซึ่งนับเป็นรายแรกที่พบนอกประเทศจีน โดยเป็นหญิงจีนที่เดินทางมากับกลุ่มทัวร์จากอู่ฮั่นมายังท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ เมื่อวันที่ 8 มกราคม
- พบผู้ป่วยชาวไทยที่ไม่มีประวัติเดินทางไปประเทศจีนคนแรกในวันที่ 31 มกราคม โดยเป็นคนขับแท็กซี่ซึ่งคาดว่าสัมผัสกับนักท่องเที่ยวจีน



ระบบบริการสุขภาพได้รับผลกระทบอย่างกว้างขวางจากสถานการณ์โควิด-19

- สำรวจโรงพยาบาลทั่วประเทศ (กรกฎาคม – กันยายน 2563) เพื่อถามถึงผลกระทบระหว่างช่วงมกราคม – มิถุนายน 2563, อัตราการตอบกลับโดยรวม 723 แห่ง (ร้อยละ 55.7)
- ร้อยละ 98 ของ รพ. มีการเตรียมการในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ไม่ว่าจะอยู่ในพื้นที่การระบาดหรือไม่ก็ตาม (ร้อยละ 40.9 ไม่มีผู้ป่วยโควิดมาใช้บริการเลย)
- ผลกระทบสำคัญ 3 ลำดับแรกคือ การจัดการสถานที่ การจัดการยาเวชภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์ และการจัดการบุคลากร
- บริการใหม่ที่มีการเปิดในโรงพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์โควิด-19 ระลอกแรกมากที่สุดคือ ARI clinic (ร้อยละ 95.8); รองลงมาคือ COVID isolation ward (ร้อยละ 54.3) และ PUI Ward (ร้อยละ 49.1)
- ความท้าทาย(ปลายเปิด): งานอยู่ต่อหน้า-เงินมาไม่ทัน, มีเงิน-ก็ไม่มีของ, เงินจะมา-สุดท้ายไม่มา

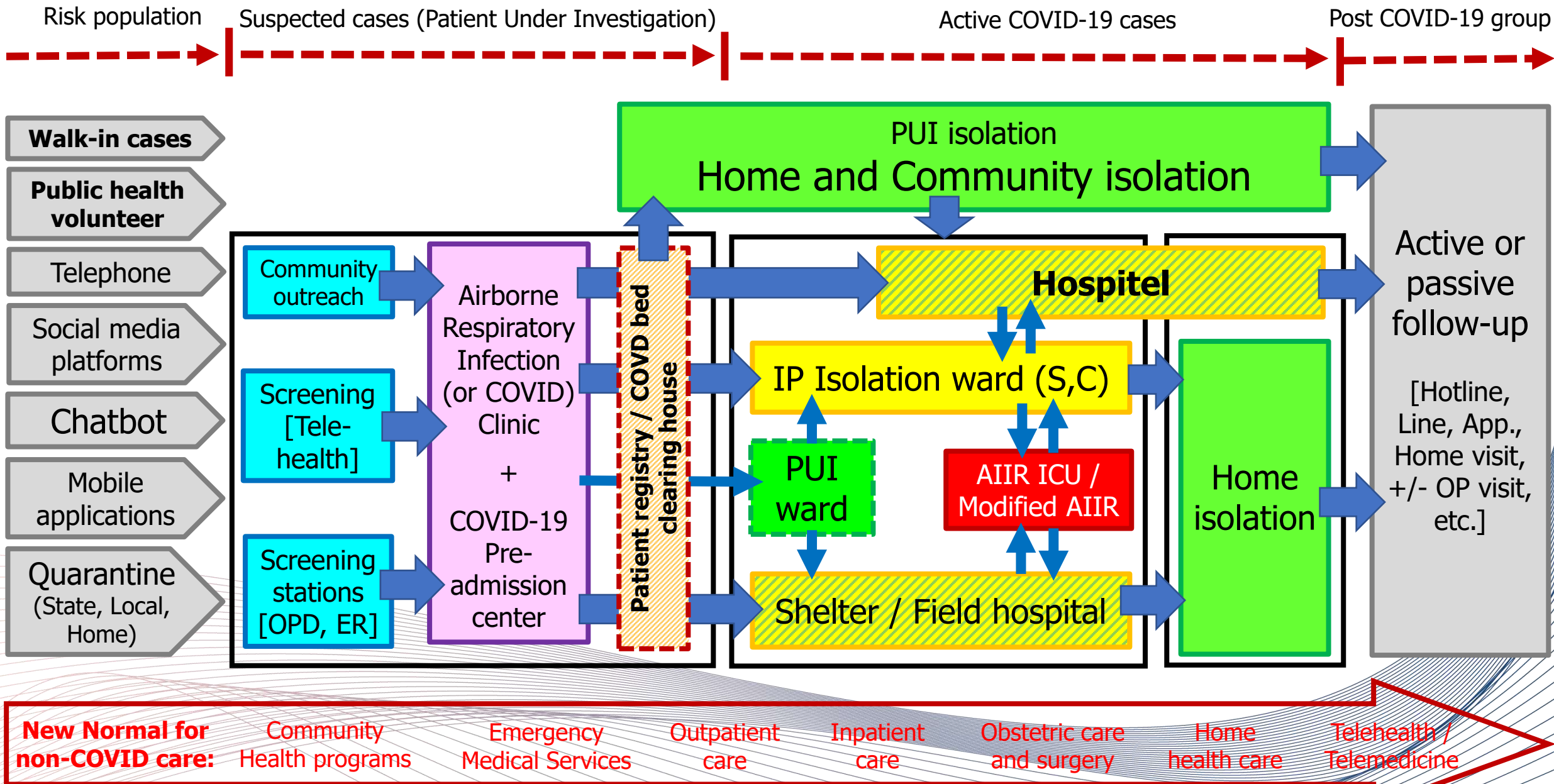
โควิด-19 ส่งผลต่อการให้บริการสุขภาพ ทั้งในพื้นที่ที่มีการระบาด และไม่มีการระบาด และผลกระทบอาจไม่เหมือนกับที่คาดการณ์ไว้ เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนสถานการณ์โควิด



ACSC admissions ผิดจากที่คาดการณ์ไว้ในทุกพื้นที่ ?
ลด OPD F/U น่าจะมี admission เพิ่มแต่กลับพบลดลง !

AMI cases ลดลงช่วง มีค.-เม.ย. แต่
Mortality rate ไม่แตกต่างจากแนวโน้มในปีที่ผ่านมา

การจัดการการดูแลสุขภาพในระหว่างสถานการณ์ระบาดวิกฤติต้อง "พลิกแพลง"

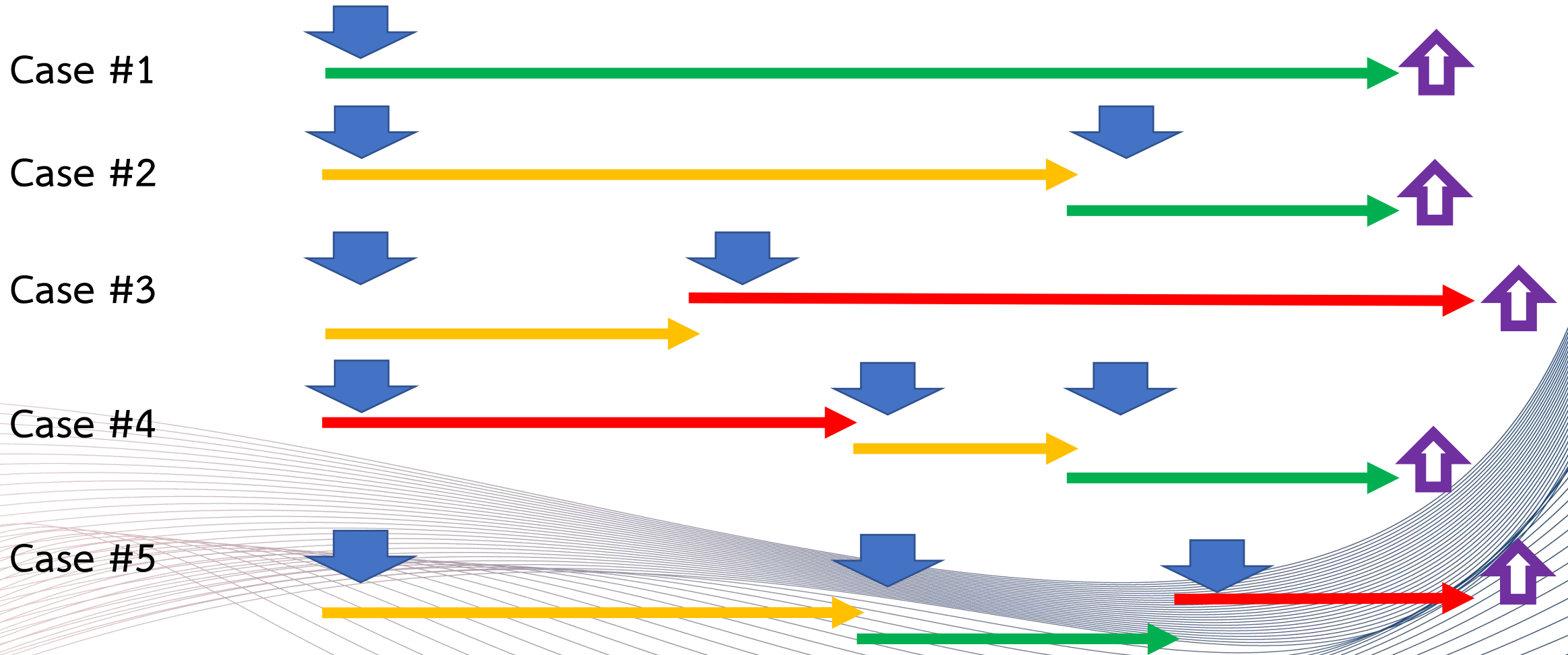


โรค → แนวทางการดูแล → ระบบสารสนเทศและกลไกการเบิกจ่ายค่ารักษา

↓ = Registry

↑ = Registry
& Claim authorization

Day														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	++



บทเรียนที่น่าสนใจอื่นๆ



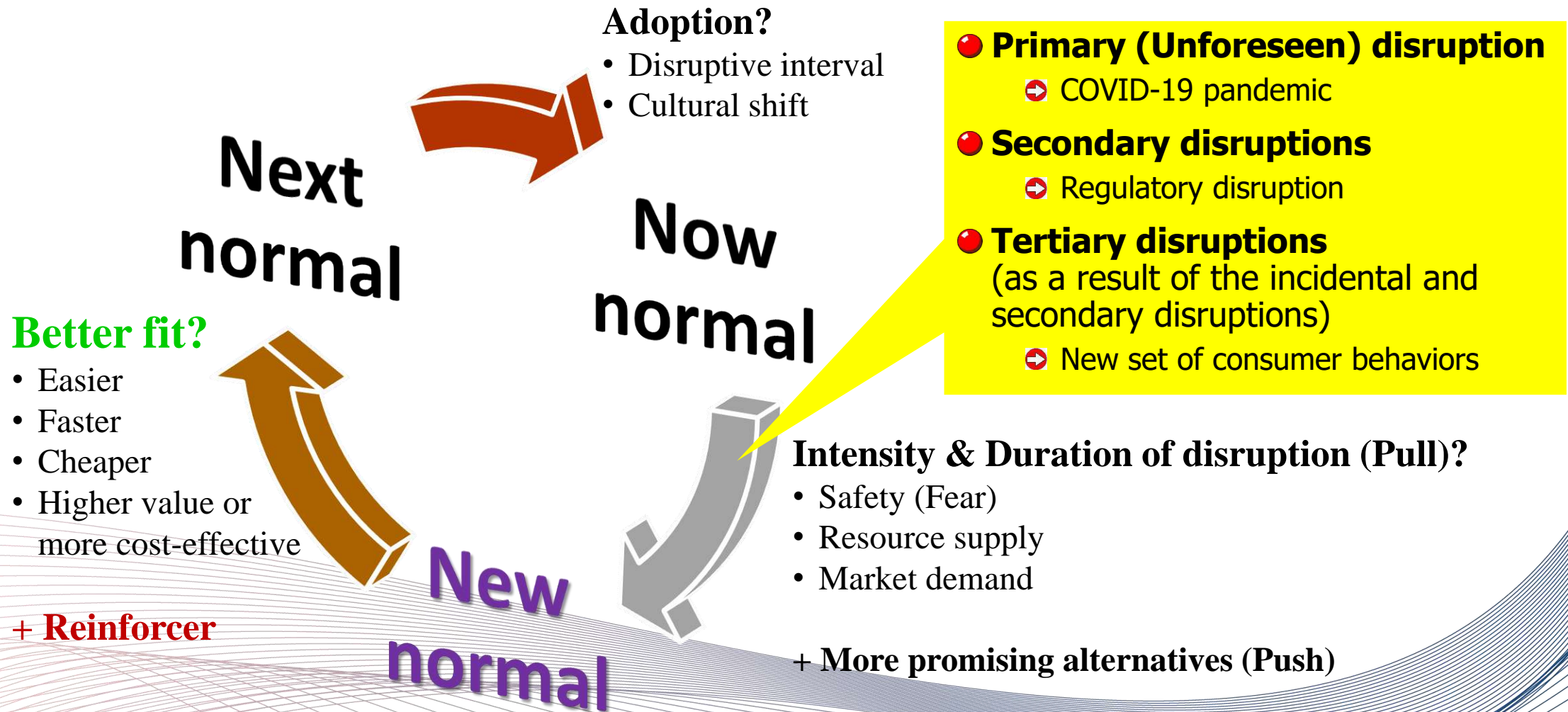
● การใช้ทรัพยากรและต้นทุน

- ➔ ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 โดยตรง (ความไม่แน่นอนและความผันแปรที่สูงมาก)
- ➔ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอื่น (เช่น ค่าใช้จ่ายอันเนื่องมาจากมาตรการการป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อที่เพิ่มขึ้น)
- ➔ ต้นทุนค่าเสียโอกาส เนื่องจากการสูญเสียรายได้จากการปิด/ลดการให้บริการ
- ➔ คาดการณ์ค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ Post-COVID จะเพิ่มขึ้นอันเป็นผลจากปัจจัยโควิด-19 ประมาณ ร้อยละ 0.47 (OPD) / 0.22 (IPD)

● พลวัตของการนำและการกำกับดูแลระบบ

- ➔ ข้อจำกัดของกฎหมายสาธารณสุขในการบูรณาการส่วนราชการเพื่อตอบสนองต่อวิกฤติทางสุขภาพที่มีผลกระทบกว้างขวาง
- ➔ สื่อสังคมออนไลน์เป็นเครื่องมือที่ดีเพื่อการติดตามสถานการณ์และ Public sentiment

The “learning” health system



ส่งผ่านนวัตกรรมการดูแลสุขภาพสู่ Next-normal: สร้างมาตรฐานรองรับอนาคต

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ณ. การแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine)

- (1) องค์กรมีการวางระบบ แนวทางปฏิบัติ กำหนดกลุ่มผู้ป่วย/โรค รวมถึงสนับสนุนทรัพยากรสำหรับการแพทย์ทางไกล
- (2) ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยการแพทย์ทางไกล จะได้รับการประเมิน คัดกรอง ความเหมาะสมเพื่อเข้ารับบริการ และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแล/ข้อจำกัด ก่อนแสดงความยินยอมในการรับบริการ
- (3) ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผนการดูแลรักษา และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง
- (4) ผู้ให้บริการการดูแลผู้ป่วยการแพทย์ทางไกล สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยในระบบเวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันกาล โดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย
- (5) ผู้ป่วยได้รับการดูแลการแพทย์ทางไกลในแนวทางที่สอดคล้องกับองค์กรทางวิชาชีพที่เป็นที่เชื่อถือได้ แนะนำ และเป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนด เช่น การรักษาความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลส่วนบุคคล
- (6) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลผ่านทางแพทย์ทางไกลจะได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการ หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผน หรือสั่งการรักษาไว้
- (7) ในกรณีที่คาดว่า การตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษามุ่งผ่านทางแพทย์ทางไกลอาจทำให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้เชื่อได้ว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วย. ผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม

ที่มา: มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Hospital and Healthcare Standards ฉบับที่ 5. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). ต้นฉบับตามที่ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการสถาบัน วันที่ 28 พฤษภาคม 2565.

III-4.3 การดูแลเฉพาะ (Specific Care)

ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

ณ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน (Home-based care)

- (1) ผู้ป่วยได้รับการประเมิน คัดกรองความเหมาะสมและความจำเป็นในการเป็นผู้ป่วยที่สามารถดูแลสุขภาพที่บ้าน
- (2) ผู้ป่วยได้รับการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการได้รับการดูแลประจำวัน และความพร้อมในการดูแลสุขภาพที่บ้านในด้านอื่นๆ เพื่อให้สามารถได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย
- (3) ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านในแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม และสอดคล้องกับแนวทางหรือคำแนะนำขององค์กรวิชาชีพ
- (4) ผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยในระบบเวชระเบียนได้ง่าย สะดวก และทันกาล
- (5) ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย การวางแผนการดูแลรักษา และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้รับการบันทึกในระบบเวชระเบียนเพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงการส่งผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
- (6) ทีมผู้ให้บริการมีวิธีการที่สามารถสร้างความมั่นใจได้ว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านจะได้รับการรักษา ยา เวชภัณฑ์ การทำหัตถการ การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพหรือการรักษาต่อเนื่องอื่นตามที่ได้มีการวางแผน หรือสั่งการรักษาไว้ อย่างมีคุณภาพและมีความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วย โดยมีระบบการติดตามประเมินผล
- (7) ในกรณีที่คาดว่า การตรวจวินิจฉัยหรือให้การรักษาผู้ป่วยที่บ้านอาจทำให้เกิดหรือมีเหตุอันทำให้เชื่อได้ว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีช่องทางในการติดต่อทีมผู้ให้บริการที่สะดวกและทันกาล ผู้ให้บริการตอบสนองในแนวทางและกรอบเวลาที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับทางเลือกในการดูแลผ่านทางวิธีการอื่น หรือได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาด้วยวิธีการอื่นอย่างเหมาะสม
- (8) มีองค์ประกอบของทีมผู้ให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพและแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย

ที่มา: มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ Hospital and Healthcare Standards ฉบับที่ 5. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). ต้นฉบับตามที่ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการสถาบัน วันที่ 28 พฤษภาคม 2565.

สู่ยุคใหม่หลังโควิด... (Next Normal)

- สิ่งดีๆ ที่ได้เริ่มไว้แล้ว ทำอย่างไรจะให้ทำกันต่อไป และต่อยอดให้ดีขึ้น
 - ➔ การบูรณาการระบบเพื่อบริหารจัดการสถานการณ์ ระดับพื้นที่ (โดยเฉพาะ กทม.) และระบบการสนับสนุนและบริหารการใช้ทรัพยากรสุขภาพระหว่างพื้นที่
 - ➔ ระบบสารสนเทศ กลไกด้านการเงินการคลังและงบประมาณเพื่อตอบสนองเหตุฉุกเฉิน
- สิ่งที่เราเรียนรู้ไว้แล้วและเห็นว่าควรนำมาสู่การปฏิบัติ: ทำอย่างไรจะไม่ถูกกลืน
 - ➔ Multi-site healthcare and seamless care transition ตลอด “Patient journey”
 - ➔ System resilience ซึ่งต้องการสมดุลระหว่างสิ่งที่ต้องเตรียมพร้อม กับ ต้นทุนของระบบ
- สิ่งที่เกิดขึ้นแต่ยังไม่ได้มีโอกาสศึกษาและสรุปบทเรียนเพื่อนำมาสู่ข้อเสนอเชิงระบบ?