



ระบบและกลไก : การเข้าถึงแหล่งข้อมูลความเห็นที่สองและข้อมูลด้านสาธารณสุข

กานต์ สุวรรณสารกุล*

อุนพงษ์ วิเลปานนท์*

บทคัดย่อ

แนวคิดเรื่องความเห็นที่สอง เป็นแนวคิดหนึ่งที่มีประสิทธิภาพซึ่งทำให้การรักษาพยาบาลมีคุณภาพและน่าเชื่อถือมากขึ้น โดยเป็นไปเพื่อประโยชน์แก่ผู้รับบริการ ยิ่งไปกว่านั้นการนำแนวคิดเรื่องนี้มาประยุกต์ใช้อย่างทั่วถึงในประเทศไทย ยังแสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญแก่ผู้รับบริการมากขึ้น ซึ่งเป็นการพัฒนาและยกระดับสิทธิพื้นฐานของประชาชนในการได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบและกลไกการเข้าถึงแหล่งข้อมูลความเห็นที่สองและข้อมูลด้านสาธารณสุขครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อได้มาซึ่งข้อมูลเบื้องต้นในการพัฒนาระบบและกลไกการเข้าถึงแหล่งข้อมูลความเห็นที่สองที่เหมาะสมในประเทศไทย

คำสำคัญ :

ความเห็นที่สอง, ระบบ, กลไก, ข้อมูลสาธารณสุข, การเข้าถึง

Abstract

System and Mechanism : Access to Second Opinion and Public Health Information

Garn Suwansakornkul, Anupong Wilepananont

International Health Policy Program-IHPP

Second opinion is one of the efficient medical procedures to enhance quality and reliability of health care system, particularly from the patient's point of view. To be applied in Thailand, this will provide evidence of Thai patient's rights enhancement as well as consumer empowerment, in terms of allowing consumers to receive better quality of health care services. The objective of this study is to review the literatures related to second opinions and people's access to public health information, with the aim to find out preliminary information required for a proper development of second opinion system in Thailand.

Key words :

second opinion, system, mechanism, health information, access

บทนำ

ในอดีตจนถึงปัจจุบัน การใช้บริการด้านสาธารณสุขของประชาชนในประเทศไทย มักจะฝากความหวังไว้กับบุคลากรทางการแพทย์ การตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทั้งหมดจึงอยู่ที่แพทย์เป็นผู้วินิจฉัย ประชาชนมักจะไม่ทราบสิทธิของตนในฐานะผู้ป่วย สิทธิของผู้ป่วยเป็นเรื่องใหม่ ในสายตาของคนไทย ถึงแม้จะเป็นสิทธิที่มีความเกี่ยวข้องกับชีวิตมากที่สุดอย่างหนึ่งก็ตาม แต่ประชาชนก็ยังขาดความเข้าใจและไม่มีช่องทางในการเข้าถึงสิทธินี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ บุคคลหรือแหล่ง

อื่นที่มีได้เป็นผู้ให้บริการแก่ตน เช่น ในกรณีที่ป่วยเป็นโรครุนแรง ผู้รับบริการมักจะไปรับการตรวจใหม่ ตรวจซ้ำจากที่อื่นอีกก่อนตัดสินใจ หรือสร้างความมั่นใจในการรับการรักษาในบางกรณีเช่นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการเข้าถึงข้อมูลด้านสาธารณสุข และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่จะช่วยในการตัดสินใจ อาทิ ความเห็นที่สอง (second opinion) น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลรักษาของผู้รับและผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตาม ประเด็นเรื่องการเข้าถึงหรือการมีสิทธิที่สามารถมีความเห็นที่สอง อาจเกิดผลเสียได้คือ ทำให้การรักษาล่าช้า หรือขัดขวางการดำเนินการตามขั้นตอนของผู้ให้บริการ และอาจกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการได้ ความเห็นที่สองเป็นสิ่งที่มิประโยชน์ต่อผู้รับบริการ แต่เป็นเรื่องละเอียดอ่อนในการจัดการเพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้งหรือล่าช้า ในขณะที่เกี่ยวกับการสร้างกลไกรองรับที่เอื้อต่อการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสาธารณสุขของประชาชน จะเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้รับบริการมีศักยภาพและความมั่นใจในการตัดสินใจรับบริการสุขภาพได้ โดยไม่จำเป็นต้องมีความเห็นที่สองของการวินิจฉัยภาวะสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาเทคโนโลยีเหล่านี้เป็นเรื่องที่จำเป็นและควรมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ ดังนั้น การศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบและกลไกการเข้าถึงแหล่งข้อมูลความเห็นที่สองและข้อมูลด้านสาธารณสุขที่มีอยู่ในปัจจุบันของต่างประเทศและประเทศไทย จะเป็นพื้นฐานที่ช่วยให้สามารถพัฒนาระบบและกลไกการเข้าถึงแหล่งข้อมูลความเห็นที่สองในประเทศไทยได้อย่างเหมาะสม โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ในกลุ่มประเทศยุโรป ได้แก่ สหราชอาณาจักร เยอรมนี เนเธอร์แลนด์ ฝรั่งเศส สวีเดน และในกลุ่มประเทศเอเชีย ได้แก่ ญี่ปุ่น สิงคโปร์ เกาหลี ไทย

1. แนวคิดความเห็นที่สอง

แนวความคิดเรื่องการเข้าถึงความเห็นที่สองเป็นผลมาจากประเด็นสิทธิเสรีภาพพื้นฐานในการเปิดเผยและเข้าถึงข้อมูลของชาวอเมริกัน เกิดขึ้นในช่วงทศวรรษที่ 1970 การนำความเห็นที่สองมาใช้อย่างเป็นทางการเริ่มจากการที่บริษัทประกันได้นำระบบความเห็นที่สองมาใช้ในการทบทวนการอนุมัติเบิกจ่ายค่ารักษา เพื่อลดค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดที่เกินความจำเป็น⁽¹⁾ โดยสถานบริการจะต้องส่งความเห็นของแพทย์หลาย ๆ คนต่อการผ่าตัดหรือการรักษาแต่ละกรณีที่เกิดขึ้นให้แก่บริษัทประกัน เพื่อประกอบการพิจารณาเบิกจ่ายค่าสินไหมทดแทนในการรักษาแต่ละครั้ง ซึ่งต่อมาได้พัฒนาระบบ Second Surgical Opinion Program (SSOP) ในกฎหมายกำหนดให้รัฐบางแห่งต้องมี mandatory SSOP ในระบบประกันสุขภาพ เพื่อใช้เป็นเครื่องยืนยันหรือปฏิเสธความจำเป็นในการเข้ารับการผ่าตัดของผู้ป่วยแต่ละราย โดย Mandatory SSOP นี้ได้ผลักดันให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้มากขึ้น

แนวคิดเรื่องความเห็นที่สองจะไม่มีผลสำคัญเลยถ้าการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่มีการดำเนินการอย่างถูกต้องเหมาะสมตาม clinical guideline บนพื้นฐานของ objective evidence แต่ในทางปฏิบัติแล้วย่อมมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นได้ จากการทบทวนสามารถสรุปเป็นได้ว่า การแสวงหา

- ไม่ใช่การพิสูจน์ (prove or disprove) ความเห็นของแพทย์ แต่เป็นการแสวงหาทางเลือกให้ผู้ป่วย
- ไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยไม่ไว้วางใจแพทย์แต่เพื่อให้ได้ข้อมูลมากขึ้นมั่นใจว่าคำแนะนำที่แพทย์ให้เป็นสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย (best option)



- เป็นสิทธิของผู้ป่วย ซึ่งบางประเทศมีกำหนดอยู่ในกฎหมายของรัฐ
- ในบางประเทศบริษัทประกันกำหนดให้มีความเห็นที่สองก่อนการจ่ายตามคำขอเบิกจ่าย (claim)
- การเตรียมการที่ดีจะช่วยให้การทำความเห็นที่สองมีประสิทธิภาพมากขึ้น (efficiency) เช่น การค้นหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ศึกษาประวัติของผู้ป่วยรวมทั้งการตรวจต่าง ๆ จะช่วยให้แพทย์ที่จะให้ความเห็นที่สองได้ดีและเร็วขึ้น และสามารถส่งกลับให้แพทย์เดิมได้เร็วขึ้น
- อาจเสียค่าใช้จ่ายสูงและเสียเวลา ซึ่งเป็นข้อเสียประการหนึ่ง (American Medical Association)

Gray B. ให้ความเห็นไว้ว่า ความเชื่อใจ (trust) ในบริการสาธารณสุขที่ตนเองได้รับนั้นจะมีผลต่อการตัดสินใจแสวงหาความเห็นที่สอง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเชื่อใจน้อยจะส่งผลให้ผู้ป่วยดำเนินการแสวงหาความเห็นที่สอง และค้นหาบุคลากรทางการแพทย์หรือสถานพยาบาลที่ดีกว่า⁽²⁾

2. แนวทางสำหรับการใช้ความเห็นที่สอง⁽³⁾

(1) มีความไม่แน่ใจในการวินิจฉัย (uncertain diagnosis) ถ้าแพทย์ไม่สามารถตรวจพบสิ่งผิดปกติหรือไม่แน่ใจในผลการวินิจฉัย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะไปพบแพทย์ท่านอื่นเพื่อแสวงหาความคิดเห็นที่สอง

(2) การวินิจฉัยเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิตหรือไม่ (life-threatening) การได้รับการวินิจฉัยจากแหล่งอื่นอาจช่วยให้จัดการกับปัญหาได้ดีขึ้น หรือสรุปได้ว่าป่วยเป็นอะไร

(3) การรักษามีความขัดแย้ง (controversial) เป็นการทดลอง (experimental) หรือมีความเสี่ยง (risky) ผู้ป่วยอาจไม่มีปัญหาหรือสงสัยในการวินิจฉัยแต่อาจมีปัญหากับวิธีการรักษาที่แพทย์แนะนำ เช่น ผู้ป่วยอาจไม่ต้องการผ่าตัด ซึ่งแพทย์คนอื่นอาจเสนอให้ใช้วิธีอื่น เช่น การรักษาด้วยฮอร์โมน

(4) การรักษาไม่ได้ผล (treatment not working) ถ้าผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นซึ่งอาจเกิดจากวินิจฉัยผิดหรือการรักษาที่ไม่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย

(5) มีการเสนอให้ใช้การตรวจหรือขั้นตอนที่เสี่ยง (risky tests or procedures being recommended) ผู้ป่วยอาจไม่ยอมรับการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาบางประเภท การได้ความเห็นที่สองอาจช่วยให้มั่นใจยอมรับได้มากขึ้น หรืออาจพบว่ามีทางเลือกในการรักษาอื่น ๆ ที่ดีกว่า

(6) ผู้ป่วยต้องการการรักษาแบบอื่น (another approach)

(7) แพทย์มีความสามารถเพียงพอหรือไม่ (doctor's competency) ผู้ป่วยไม่มั่นใจในศักยภาพของแพทย์และต้องการเปลี่ยนไปพบแพทย์ท่านอื่น

ในปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดของความเห็นที่สองมาประยุกต์ใช้ในการรักษาโรคทางด้านนรีเวชวิทยา (gynecology) ศัลยกรรมกระดูก (orthopedic surgery) ทันตกรรมจัดฟัน (orthodontics) และวิทยาทางเดินอาหาร (gastroenterology) แต่อย่างไรก็ตามได้พบว่า ความเห็นที่สองได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในการรักษาโรคมะเร็ง โดย Richard and Annette Bloch⁽⁴⁾ ได้ระบุถึงเหตุผล 4 ประการที่ความเห็นที่สองมีความจำเป็น ได้แก่

(1) มะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรงที่มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว (geometric growth) ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมตั้งแต่แรก ก็มักจะไม่มีโอกาสที่สอง

- (2) แพทย์ก็เป็นมนุษย์มีโอกาสผิดพลาด
- (3) คนอื่นสามารถเห็นสิ่งที่แพทย์คนนั้นไม่เห็น
- (4) คนอื่นสามารถรู้ในสิ่งที่แพทย์คนนั้นไม่รู้

สำหรับโรคมะเร็งได้มีการใช้ความเห็นที่สอง เพื่อเอื้อประโยชน์ในการรักษาแก่ผู้ป่วยในหลาย ๆ กรณี อาทิ⁽⁵⁾

- (1) การเข้าใจที่ไม่ถ่องแท้หรือข้อบกพร่องในการสื่อสาร
- (2) การได้รับการวินิจฉัยขั้นต้นจากแพทย์ที่ไม่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็ง
- (3) ไม่ได้รับข้อมูลทางเลือกในการรักษาอย่างพอเพียง
- (4) การรักษาโดยมีการนำการทดลองทางคลินิก (clinical trial) มาเกี่ยวข้อง
- (5) โรคมะเร็งที่มีโอกาสพบได้น้อย
- (6) การรักษาที่มีการผ่าตัดเป็นวิธีหลัก
- (7) การวินิจฉัยโดยโรงพยาบาลที่ด้อยศักยภาพ
- (8) การรักษาโดยวิธีพิเศษ

3. ผลลัพธ์ที่ได้จากการมีความเห็นที่สอง

(1) ก่อให้เกิดต้นทุน-ประโยชน์ (cost benefit) จากการศึกษา ของ McCarthy EG และคณะ⁽⁶⁾ พบว่าทุก \$1.00 ที่ใช้ไปใน mandatory SSOP จะทำให้ประหยัดเงินได้ \$2.63 จากการหลีกเลี่ยงการผ่าตัดที่ไม่จำเป็น ต่อมาภายหลัง McSherry CK และคณะ⁽⁷⁾ ได้ทำการศึกษาเรื่องต้นทุน-ประโยชน์นี้อีกครั้งพบว่าเมื่ออัตราส่วนที่ได้จาก mandatory SSOP มีค่าเท่ากับ 1.34

(2) การร้องขอความเห็นที่สองของผู้ป่วยที่มาจากเหตุผลอันเกี่ยวเนื่องกับคำแนะนำในการรักษา (therapeutic advice) จะทำให้ผู้ป่วยได้รับแนวทางการรักษาใหม่ ๆ ที่แตกต่างจากเดิมถึงร้อยละ 71 จากจำนวนการร้องขอทั้งหมด ในขณะที่การร้องขอถ้ามาจากเหตุผลอันเกี่ยวเนื่องกับการวินิจฉัยโรค (diagnosis) จะส่งผลให้เกิดการตรวจวินิจฉัยในแนวทางใหม่เพียงร้อยละ 10 เท่านั้น ทั้งนี้จากการศึกษาในหมู่ผู้ป่วยชาวต่างชาติของ Mustafa MK และคณะ⁽⁸⁾

(3) สามารถลดอัตราของ caesarean delivery ได้ร้อยละ 7 โดยเฉพาะใน intrapartum caesarean delivery ลดลงร้อยละ 13 เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีการดำเนินการแบบปกติ โดยปราศจากการเพิ่มขึ้นของอัตรา maternal/perinatal morbidity และ mortality ทั้งนี้จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างในหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 149,276 คนจาก 36 โรงพยาบาล ในประเทศ อาร์เจนตินา บราซิล คิวบา กัวเตมาลาและเม็กซิโก⁽⁹⁾

อย่างไรก็ตาม Newhouse JP และ Lindsey P⁽¹⁰⁾ ได้ให้ความเห็นไว้ว่าหลาย ๆ บทความที่เกี่ยวกับความเห็นที่สองจะให้ความสำคัญไปที่การศึกษาเรื่องของการใช้และการใช้ cost benefit มากกว่าผลลัพธ์ของการรักษา ได้สรุปไว้ว่า ความเห็นที่สองไม่จำเป็นที่จะทำให้ผลของการรักษาดีขึ้นเสมอไป ทว่าข้อสรุปนั้นมาจากการคำนวณโดยใช้สมมติฐานเกี่ยวกับอัตราความผิดพลาด (error percentage) ที่เกิดขึ้นจากการวินิจฉัยของแพทย์และการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย โดยมีได้ทำการวิจัยและเก็บข้อมูลจากตัวอย่างจริง



4. การเข้าถึงแหล่งข้อมูลความเห็นที่สองในปัจจุบัน

(1) แพทย์ผู้ทำการรักษาอยู่เป็นผู้จัดหาให้โดยตรง

ในกรณีที่มีกฎหมายรับรองเช่นในสหรัฐอเมริกาภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดผู้ป่วยสามารถร้องขอความเห็นที่สองผ่านแพทย์ผู้ทำการรักษาอยู่ได้เลย โดยแพทย์ท่านนั้นจะดำเนินการจัดหาแพทย์ผู้ให้ความเห็นที่สองและส่งมอบข้อมูลของผู้ป่วยไปให้⁽¹¹⁾

(2) การใช้บริการของหน่วยงานผู้ให้ความเห็นที่สอง

ปัจจุบันมีผู้ให้บริการเอกชนจัดหาความเห็นที่สอง ซึ่งผู้ใช้บริการจะต้องเสียค่าธรรมเนียมของแต่ละแห่งตามอัตราที่กำหนด ผู้ให้บริการบางแห่งจะมีสัญญาความร่วมมือกับบริษัทประกันในการเบิกจ่ายค่าธรรมเนียมนี้โดยผู้ป่วยไม่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง⁽¹¹⁾

(3) การใช้บริการ on-line consultation หรือ e-consultation

การให้บริการของ on-line consultant เป็นการให้คำปรึกษาและข้อมูลความเห็นที่สอง หลังจากผู้ป่วยหรือแพทย์ผู้ทำการรักษาได้จัดส่งข้อมูลการรักษาและเพิ่มประวัติของผู้ป่วยไปให้ โดยพิจารณาให้ความเห็นจากข้อมูลและหลักฐานทางการแพทย์ที่ได้รับเท่านั้น การใช้บริการประเภทนี้จะมีประโยชน์สำหรับผู้ป่วย ที่อยู่ห่างไกลจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ และไม่ต้องการเดินทางไกล เช่น การแสวงหาความเห็นที่สองจากต่างประเทศ⁽¹¹⁾

(4) ในกรณีที่ผู้ป่วยทำการหาข้อมูลด้วยตนเอง

- จากสื่อด้านสุขภาพทั่วไป เช่น คอลัมน์ตอบปัญหาสุขภาพในหนังสือ หรือรายการโทรทัศน์ทางการแพทย์ แต่ความเห็นที่ได้นี้อาจไม่ชัดเจนเนื่องจากข้อมูลไม่เพียงพอและเวลาจำกัด ทั้งยังไม่ได้มีการพบแพทย์ด้วย

- จากแหล่งข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต

ปัจจุบันอินเทอร์เน็ตได้เข้ามามีบทบาทอย่างยิ่งโดยเฉพาะในการเผยแพร่และแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์และสาธารณสุข ในส่วนของการเข้าถึงความเห็นที่สอง นอกจากผู้ป่วยจะต้องคำนึงถึงความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลและคุณภาพของข้อมูลแล้ว ยังต้องตระหนักว่าข้อมูลที่พบนั้นไม่ได้พิจารณารวมถึงข้อมูลส่วนตัวและข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง เพราะฉะนั้นผู้ป่วยต้องระวังเป็นอย่างยิ่งในข้อมูลที่ได้รับและนำไปปรึกษากับแพทย์ที่ให้การรักษาก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อถือข้อมูลนั้น ๆ อย่างเต็มที่

- จากคำแนะนำจากคนอื่น

ผู้ป่วยอาจจะได้ข้อมูลการรักษาหรือคำแนะนำมาจากผู้ป่วยคนอื่น ๆ ที่มีประสบการณ์ หรือจากญาติมิตร แต่ข้อมูลเหล่านี้ก็มีใช้ข้อมูลวินิจฉัยจากแพทย์โดยตรง ไม่ถือว่าเป็นความเห็นที่สองที่น่าเชื่อถือ แต่จะมีประโยชน์มากในกรณีที่มีการแนะนำรายชื่อของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่สามารถให้ความเห็นที่สองได้ เพื่อให้ผู้ป่วยไปพบ

ทั้งนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยทำการหาข้อมูลด้วยตนเอง ผู้ป่วยไม่ควรเชื่อข้อมูลที่หาได้ทันที แต่ควรจะนำไปปรึกษากับแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วยควรพึงระลึกอยู่เสมอว่า ความเห็นที่สองที่เชื่อถือได้นั้น ควรจะได้รับหลังจากมีการตรวจร่างกาย (physical examination) และทบทวนบันทึกการรักษา (medical record) อย่างละเอียด⁽¹²⁾

5. แนวโน้มการเข้าถึงข้อมูลสาธารณสุขในอนาคต

การพัฒนาอย่างรวดเร็วด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ประกอบกับความต้องการของผู้บริโภคในการเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ได้เป็นแรงผลักดันให้เกิดวิวัฒนาการของการให้บริการข้อมูลสาธารณสุขบน cyberspace อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการเข้าถึงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ตนั้นจะมีประโยชน์ในด้านความสะดวกรวดเร็ว แต่ก็ยังมีปัญหาในด้านคุณภาพของข้อมูล การไม่มีมาตรฐานกลางของเทคโนโลยีบางประเภท และการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตของประชากรที่ด้อยโอกาสในสังคม⁽¹³⁾

ในสหรัฐอเมริกาจำนวนผู้เข้าค้นหาข้อมูลสุขภาพผ่านระบบออนไลน์และอินเทอร์เน็ต (ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี) มีจำนวนถึง 97 ล้านคนในปี 2001 เพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวในปี 1998 ซึ่งมีเพียง 54 ล้านคน⁽¹⁴⁾ ในขณะที่ Fox S.⁽¹⁵⁾ พบว่า 8 ใน 10 คน หรือร้อยละ 79 ของผู้ใช้อินเทอร์เน็ตได้มีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ โดยที่ในจำนวนนี้นั้น ร้อยละ 66 เป็นการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคหรือปัญหาสุขภาพเฉพาะด้าน และร้อยละ 51 เป็นการหาข้อมูลด้านวิธีการรักษา (ตารางที่ 1) โดยทั่วไป ผู้ค้นหาข้อมูลทางสุขภาพจะค้นหาข้อมูลใน 5 หัวข้อหลัก ๆ ประมาณ 1 ใน 3 ค้นหาข้อมูลใน 7 หัวข้อหรือมากกว่า หลายหัวข้อมีการค้นหาเพิ่มขึ้นที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นหาข้อมูลสุขภาพ

(หน่วย : ร้อยละของจำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตที่ค้นหาข้อมูลสุขภาพทั้งหมด)

หัวข้อการค้นหา	จำนวนผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นหาข้อมูลสุขภาพ	
	ปี 2002	ปี 2004
โรคเฉพาะทางหรือปัญหาสุขภาพเฉพาะทาง	63	66
การรักษาทางยาหรือขั้นตอนการรักษา	47	51
โภชนาการ, อาหาร, วิตามินและอาหารเสริม*	44	51
การออกกำลังกาย*	36	42
การจ่ายยาหรือการซื้อยารักษาด้วยตัวเอง*	34	40
การประกันสุขภาพ*	25	31
แพทย์ทางเลือก	28	30
เรื่องเกี่ยวกับแพทย์และโรงพยาบาล*	21	28
โรคเครียด, ความวิตกกังวลหรืออาการทางจิต	21	23
การทดลองในการรักษาหรือทางยา*	18	23
การดูแลสุขภาพเนื่องจากสิ่งแวดล้อม	17	18
ระบบภูมิคุ้มกันภายในหรือการรับวัคซีน	13	16
ข้อมูลสุขภาพในเรื่องเพศ	10	11
ระบบประกันสุขภาพ (Medicare or Medicaid)	9	11
ปัญหาสิ่งเสพติดและแอลกอฮอล์	8	8
วิธีการเลิกสูบบุหรี่	6	7

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติ



ในอนาคตนั้น ผู้ป่วยอาจทำการสื่อสารการประชุมทางไกล (video conference) กับแพทย์ผ่านระบบอินเทอร์เน็ตจากที่ใดก็ได้ โดยลดปัญหาเรื่องเวลาและการเดินทาง ส่วนแพทย์สามารถตรวจวินิจฉัยแบบออนไลน์ (on-line diagnosis) ผ่านเครื่องมือที่ทันสมัย และการส่งต่อข้อมูลหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างแพทย์ด้วยกันจะทำได้ง่ายและมีประสิทธิภาพมากขึ้นในขณะที่มีความปลอดภัยสูงในการเก็บรักษาข้อมูล ทั้งนี้เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตจะช่วยให้เกิดประโยชน์ในด้านความร่วมมือและการแลกเปลี่ยนข้อมูลเชิงวิชาการและบูรณาการ (integrated) เข้ากับการศึกษาอีกด้วย

6. เปรียบเทียบต่างประเทศ

ส่วนใหญ่แล้วแต่ละประเทศมีแนวคิดหลักอยู่บนหลักการเดียวกัน คือเป็นไปเพื่อสิทธิพื้นฐานโดยเอื้อประโยชน์ในด้านการเป็นข้อมูลยืนยัน เพิ่มเติม และเสนอทางเลือกในการรักษาให้แก่ผู้ป่วย ยกเว้นประเทศสหรัฐอเมริกาที่ให้ความสำคัญต่อการลดค่าใช้จ่ายด้วย ทั้งนี้แต่ละประเทศจะมีความแตกต่างกันอยู่บ้างในเรื่องของกลไกในการบังคับใช้ว่าจะมากน้อยในระดับใด ซึ่งบางประเทศได้ออกเป็นกฎหมายบังคับ แต่บางประเทศเห็นว่าเป็นเรื่องของจรรยาบรรณพื้นฐานในการประกอบวิชาชีพที่ควรปฏิบัติกันโดยทั่วไปอยู่แล้ว ข้อดีของการบังคับใช้เป็นกฎหมายนั้นคือการยืนยันสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลของผู้บริโภคโดยรัฐ ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิอย่างเต็มที่เท่าเทียมกันในการร้องขอความเห็นที่สองภายใต้เงื่อนไขที่รัฐกำหนด หรือผู้ให้บริการจะเป็นผู้ดำเนินการจัดทำให้โดยอัตโนมัติ ส่วนข้อเสียคือ ในบางกรณีที่แพทย์รู้สึกไม่เห็นด้วยในการร้องขอ อาจจะทำให้ตอบสนองเพียงเพื่อบรรลุดังประสงค์ตามข้อบังคับเท่านั้นไม่ได้ตั้งใจที่จะปฏิบัติตามการร้องขออย่างจริงจัง ส่วนการบรรจุเรื่องความเห็นที่สองเข้าอยู่ในจรรยาบรรณวิชาชีพก่อให้เกิดเป็นธรรมเนียมปฏิบัติในหมู่ผู้ประกอบการวิชาชีพ โดยอนุโลมให้แพทย์หรือผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขใช้วิจารณญาณในการเลือกปฏิบัติได้ตามสมควร แต่ก็ยังต้องเคารพสิทธิในการร้องขอของผู้ป่วยด้วย ซึ่งข้อเสียก็ถือเป็นการผูกมัดสิทธิเข้ากับวิจารณญาณส่วนตัวของผู้ประกอบการวิชาชีพ ทำให้การเข้าถึงข้อมูลเป็นไปได้อย่างไม่เต็มที่หรือผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องแสวงหาโดยพึ่งตนเองเป็นหลัก

วิธีการเข้าถึงข้อมูลของแต่ละประเทศค่อนข้างคล้ายคลึงกัน แต่จำนวนการใช้และประสิทธิผลในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยในแต่ละวิธีนั้นอาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของแต่ละประเทศ เช่น ระดับการศึกษาของประชากร เทคโนโลยี กฎหมาย/ข้อบังคับ และวัฒนธรรมของประเทศนั้น ๆ ดังตารางที่ 2

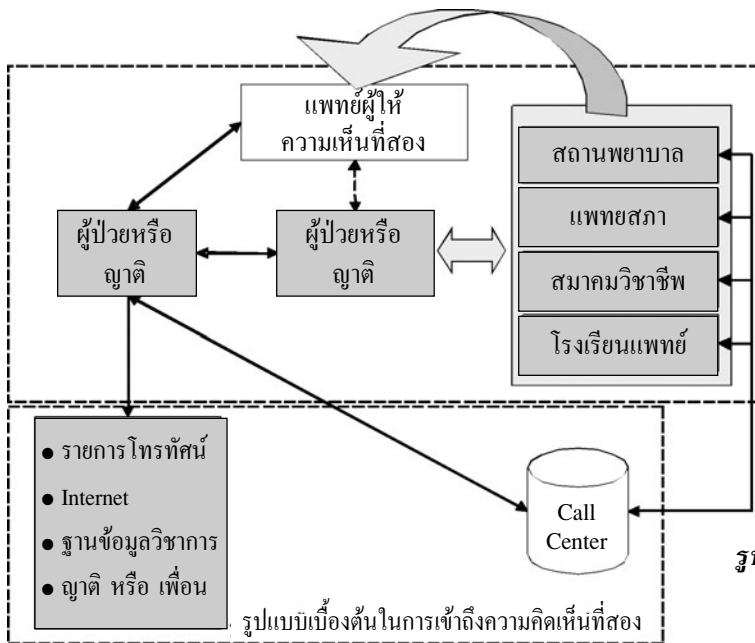
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบกลไกระบบความเห็นที่สองของแต่ละประเทศ

ประเทศ	แนวคิดหลัก	กลไกกำกับ	กลไกทางจรรยาบรรณวิชาชีพ
สหรัฐอเมริกา	- ลดค่าใช้จ่าย - เป็นสิทธิพื้นฐาน	- Patient's Bill of Rights - State legislation - Second Opinion Bill	- American Medical Association
สหราชอาณาจักร	- เป็นสิทธิพื้นฐาน	- WHO/EURO, The Rights of Patients	- Royal College of GP - British Medical Association
เยอรมัน	- เป็นสิทธิพื้นฐาน		- ไม่มีกำหนดไว้
เนเธอร์แลนด์	- เป็นสิทธิพื้นฐาน		- ยังไม่พบข้อมูล
ฝรั่งเศส	- ยังไม่พบข้อมูล		- ยังไม่พบข้อมูล
สวีเดน	- เป็นสิทธิพื้นฐาน		- ยังไม่พบข้อมูล
ญี่ปุ่น	- เป็นสิทธิพื้นฐาน	- ไม่มี	- ยังไม่พบข้อมูล
สิงคโปร์	- เป็นสิทธิพื้นฐาน	- ไม่พบข้อมูล	- Singapore Medical Council
เกาหลีใต้	- ยังไม่พบข้อมูล	- ยังไม่พบข้อมูล	- ยังไม่พบข้อมูล
ไทย	- เป็นสิทธิพื้นฐาน	- ประกาศสิทธิผู้ป่วยของแพทยสภา	- มิได้บรรจุอยู่ใน พรบ. วิชาชีพเวชกรรม

สรุป วิจัย และข้อเสนอแนะ

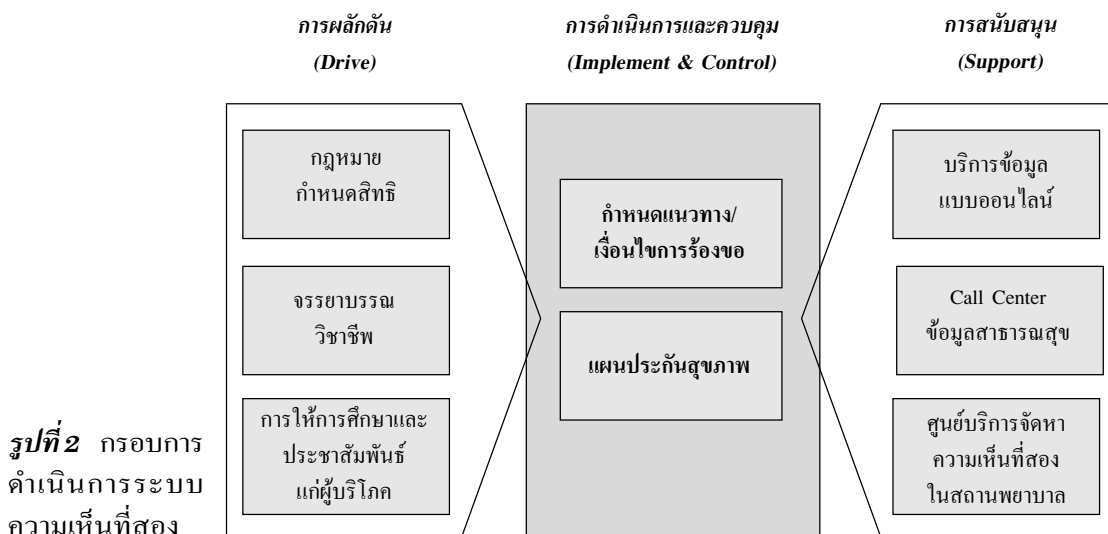
ความเห็นที่สองเป็นแนวคิดหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการทำให้การรักษาพยาบาลมีคุณภาพมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น และเป็นไปเพื่อประโยชน์แก่ผู้รับบริการ ทั้งนี้รูปแบบของการนำแนวคิดเรื่องความเห็นที่สองไปใช้นั้นควรเป็นแบบสมัครใจ (voluntary) เพราะจะเป็นการให้ความสำคัญในเรื่องสิทธิของผู้ป่วย ในการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการเข้ารับการรักษา ซึ่งจะแตกต่างจากแบบบังคับให้ต้องมี (mandatory) ที่ริเริ่มจากเหตุผลด้านการลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาเป็นหลักโดยที่มิได้คำนึงถึงสิทธิพื้นฐานที่พึงได้รับของผู้รับบริการ และจากการทบทวนวรรณกรรมหลาย ๆ ประเทศ ได้กำหนดการเข้าถึงความเห็นที่สองไว้เป็นสิทธิพื้นฐานของผู้ป่วยซึ่งมีสิทธิที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้ก็ได้ตามความเหมาะสม

ในการนำแนวคิดการเข้าถึงความเห็นที่สองแบบสมัครใจไปใช้นั้น ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิในการร้องขอความเห็นที่สองจากแพทย์ผู้ทำการรักษาอยู่ได้โดยตรง อย่างไรก็ตามแพทย์ผู้ทำการรักษาเองนั้นอาจจัดหาความเห็นที่สองให้ผู้ป่วยโดยอัตโนมัติโดยที่ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องร้องขอ ขึ้นอยู่กับวิถึการวินิจฉัยของแพทย์ผู้ทำการรักษา ซึ่งควรเป็นไปเพื่อประสิทธิผลของการรักษาเป็นหลัก ท้ายที่สุดนั้นควรมีการบรรจุสิทธิอันนี้เข้ากับระบบประกันสุขภาพเพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการดังตัวอย่างของรูปแบบเบื้องต้นของการเข้าถึงความเห็นที่สอง ปรากฏดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 รูปแบบเบื้องต้นในการเข้าถึงความคิดเห็นที่สอง

แม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยจะมีกลไกด้านสิทธิของผู้ป่วยเป็นกลไกหลักในการรองรับการนำแนวคิดเรื่องความคิดเห็นที่สองมาใช้ในประเทศไทยอยู่แล้ว แต่การทำให้เกิดการนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้นนั้น มีองค์ควรคำนึงถึงผู้เกี่ยวข้องหลัก 4 ฝ่ายระหว่าง ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ แพทย์ หน่วยงานภาครัฐซึ่งมีหน้าที่ในการกำกับนโยบาย และหน่วยงานประกันสุขภาพ ซึ่งแต่ละฝ่ายต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดและบทบาทของตนเองในการนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่วางไว้ และหลังจากมีระบบแล้วรัฐควรทำการประชาสัมพันธ์ถึงสิทธินี้ให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบอย่างทั่วถึง จัดให้มีการติดตามผลการนำไปปฏิบัติอย่างใกล้ชิดเพื่อที่จะประเมินประสิทธิผลและปรับปรุงแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งนี้กรอบการพัฒนาแบบดังรูปที่ 2



กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่สนับสนุนการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาให้คำสัมภาษณ์แก่คณะผู้วิจัย ในการให้ความคิดเห็นมาประกอบและเพิ่มความสมบูรณ์ให้แก่รายงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Wagner TH, Wagner LS. Who gets second opinions?. Health Affair 1999; 18 (5):137-45.
2. Gray BH. Trust and trustworthy care in the managed care era. Health Affairs 1997; 16:34-49.
3. Rosenthal MS. When to get a second opinion?. The Gynecological Sourcebook. [serial online] 1999 [cited 2005 Sep 1]. Available from : URL : http://my.webmd.com/content/article/3/1680_50683.htm
4. Bloch R, Bloch A. Multidisciplinary second opinion fundamentals. [serial online] 2005 [cited 2005 Sep 5]. Available from : URL : <http://www.blochcancer.org/articles/md2op.html>.
5. Cancer Research and Treatment Center: The University of New Mexico. Cancer information. [serial online] 2005 [cited 2005 Oct 12]. Available from: URL : <http://cancer.unm.edu/content.aspx?section=cancerinformation&id=23017>
6. Mc Carthy EG, Finkel ML, Ruchlin HS. Second opinions on elective surgery. Cornell/New York: Hospital Study; 1891; 1 (8234): 1352-4
7. McSherry CK, Chen PJ, Worner TM, Kupferstein N, Mccarthy ED. Second surgical opinion programs: dead or alive?. American College of Surgeons 1997; 185: 466-71.
8. Mustafa MK, Bijl M, Gans ROB. What is the value of patient-sought second opinions?. European J Intern Med 2002; 13: 445-7.
9. Althabe F, Belizan JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Romos S. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America : a cluster randomized controlled trial. Lancet 2004; 363: 1934-40.
10. Newhouse JP, Lindsey P. Do second opinion programs improve outcomes?. Journal of Health Economics 1988; 7: 285-88.
11. Gesme D. Managing second opinions [serial online] 2005 [cited 2005 Sept 9]; Available form : URL : http://12.3.4.45/web_book/chapter_10.html
12. The National Women's Health Information Center. How to get a second opinion. [online]. 2005 [cited 2005 Sep 5]. Available from: URL: <http://www.4woman.gov/tools/SecondOpinion.pdf>.
13. Eysenbach G, Sa ER, Diepgen TL. Shopping around the internet today and tomorrow: towards the millennium of cybermedicine. BMJ 1999; 319: 1294.
14. Taylor H, Leitman R. Health traffic critically dependent on search engines and portals. [serial online] 2001 [cited 2005 Sep 25]; Available from: URL : http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_HealthCareNews2001Vol1_iss13.pdf
15. Fox S. Health information online. [serial online] 2005 May 17 [cited 2005 Sep 25]; Available from: URL : http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Healthtopics_May05.pdf