

**ขับเคลื่อนคุณภาพ เพื่อประสิทธิภาพ
และความยั่งยืน
ของระบบหลักประกันสุขภาพ**

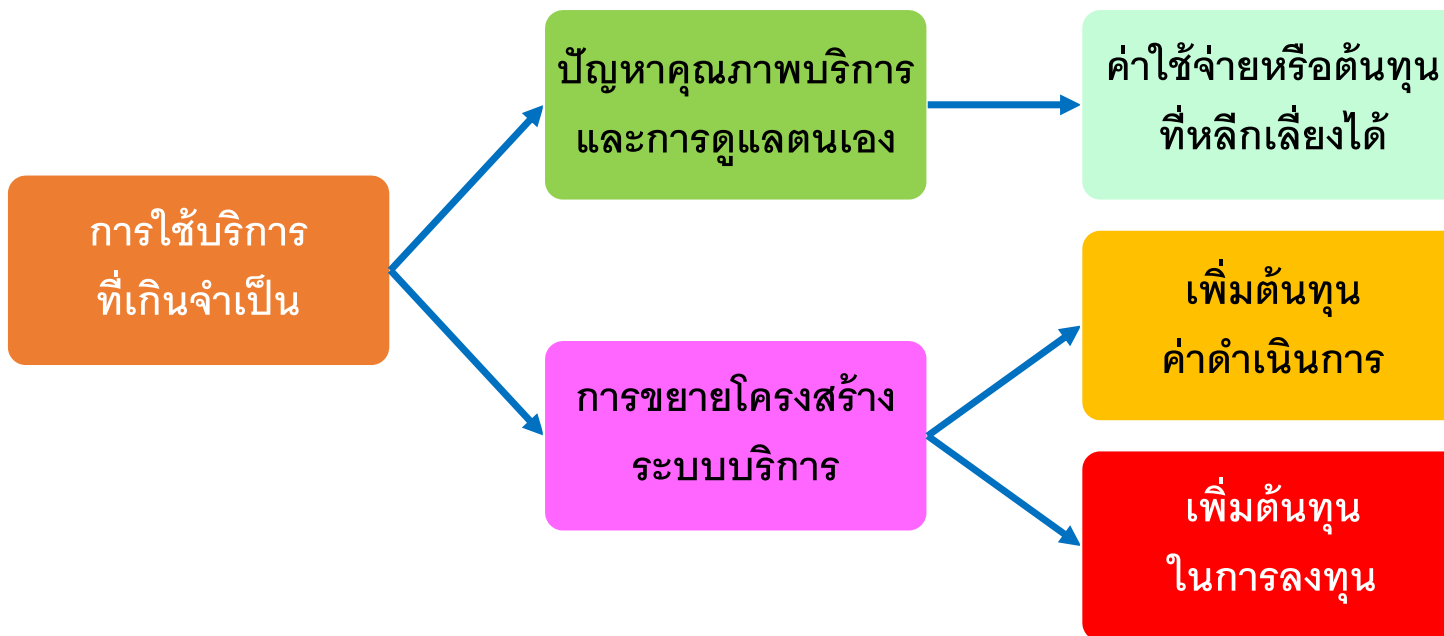
11 ตุลาคม 2559

ผู้ร่วมเสวนา :

- รศ.ดร.นพ.จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์
- ดร. สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล
- ดร. พุฒินา ไชยสาร
- น.ส. วิชาภรณ์ อินทรชุตี

ขอขอบคุณ: น.ส.ดาวรุ่ง คำวงศ์ ผู้ร่วมทีมทบทวนจัดเตรียมข้อมูล และ
คณะทำงานพัฒนาประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบ
การดูแลสุขภาพ (20 ท่าน) ในขณะอนุกรรมการขับเคลื่อน
และปฏิรูประบบสาธารณสุขด้านการคลังสุขภาพและระบบ
หลักประกันสุขภาพ และคณะกรรมการจัดทำแนวทางการ
พัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ร่วมให้ข้อคิดเห็น

แนวคิดการปฏิรูปและขับเคลื่อนการพัฒนาหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้า คู่ประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร
โดยยกระดับประสิทธิผลของระบบการดูแลสุขภาพ



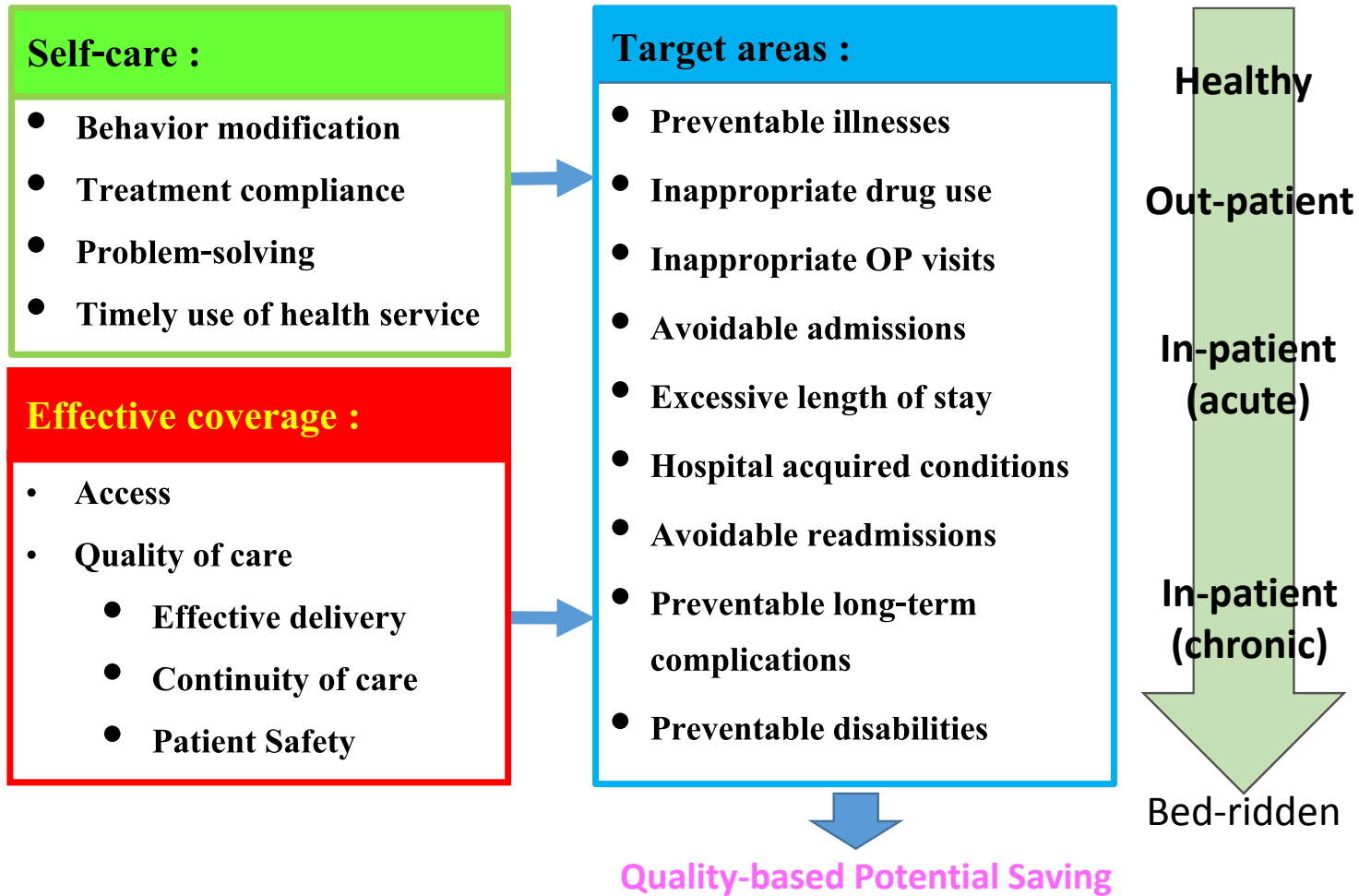
หลักการและเหตุผล

- ข้อมูลทางวิชาการทั้งในประเทศไทย และในต่างประเทศ พบว่าการใช้บริการสุขภาพจำนวนหนึ่ง เป็นการใช้บริการสุขภาพที่หลีกเลี่ยงได้ ป้องกันได้ ไม่เหมาะสม หรือเป็นการใช้ที่เกินจำเป็น
- การใช้บริการสุขภาพที่หลีกเลี่ยงได้หรือไม่เหมาะสม อาจมีสาเหตุมาจากคุณภาพของระบบบริการสุขภาพ และศักยภาพในการดูแลสุขภาพของประชาชน ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง หรือทั้งสองปัจจัยทั้งสองกลุ่มร่วมกัน
- นอกจากการให้บริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสม หลีกเลี่ยงได้ หรือเกินจำเป็นจะทำให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นแล้ว ยังทำให้เกิดความจำเป็นที่ต้องขยายโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพเพิ่มเติม กลายเป็นภาระงบประมาณเพื่อการลงทุน และดำเนินการเพิ่มขึ้น
- การทำให้ระบบการดูแลสุขภาพมีประสิทธิภาพ ลดการให้บริการสุขภาพในกลุ่มที่หลีกเลี่ยงได้ จะนำสู่การประหยัดค่าใช้จ่ายและทรัพยากรสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพได้

เป้าประสงค์

- ลดการใช้บริการสุขภาพในส่วนที่สามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ เพื่อนำไปสู่การประหยัดการใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยไม่มีผลกระทบเชิงลบการเข้าถึงบริการและคุณภาพของบริการสุขภาพที่ประชาชน
 - ประมาณเบื้องต้นหากสามารถดำเนินการได้ประสบความสำเร็จภายใน 5 ปี น่าจะสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพได้ไม่น้อยกว่าปีละ **5,000-5,700 ล้านบาท** ตั้งแต่ปีที่ 5 ถึงปีที่ 20 ของการดำเนินการเป็นต้นไป
- ให้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในบริการสุขภาพในส่วนที่สามารถป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ ในด้านระบาดวิทยา และ/หรือต้นทุนค่าใช้จ่ายในประเด็นที่ยังไม่มีข้อมูลพื้นฐานในประเทศไทย เพื่อนำมาใช้เป็นสารสนเทศเพื่อการวางแผนบริหารจัดการ และพัฒนาข้อเสนอการปรับปรุงระบบการดูแลสุขภาพให้มีประสิทธิผลและประสิทธิภพยิ่งขึ้นในลำดับต่อไป

กลวิธีในการดำเนินการ



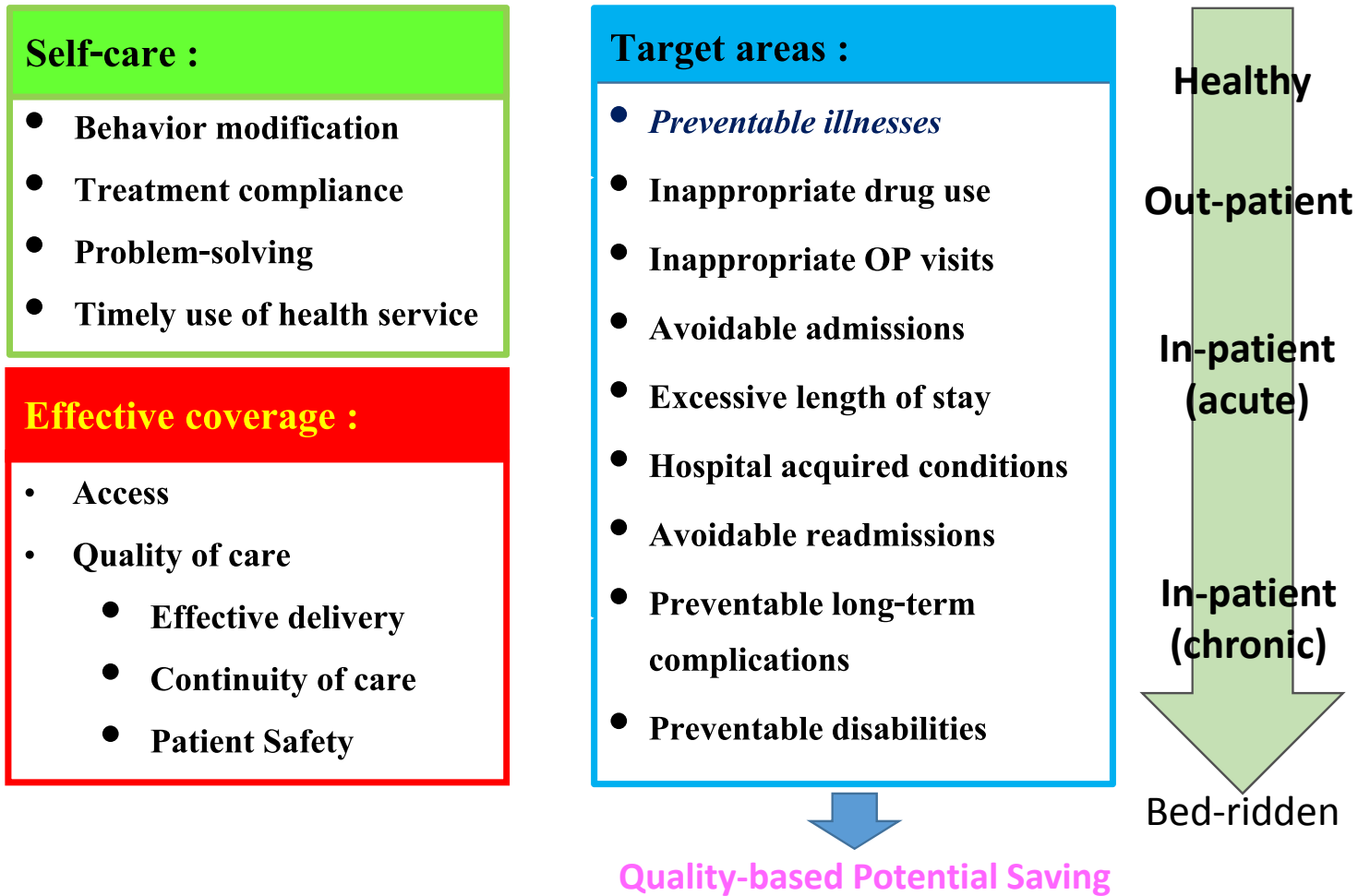
1. สถานการณ์ Preventable illnesses

- Vaccine preventable diseases : Influenza ป้องกันรายป่วยได้ 17.5% และลดค่าใช้จ่ายได้ 23.2% (Dayan, 2001.)
- Life-style modifiable diseases: DM ลดอุบัติการณ์ได้ 34% ในระยะ 10ปี (Knowler, 2009.)
- Injuries: Traffic มาตรการที่ดี สามารถลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในผู้โดยสารยานพาหนะ 33-55% (Turner, 2005.)
- การบาดเจ็บในผู้สูงอายุ: 30-55% Reduction ของการผลัดตกหกล้ม จากมาตรการที่เหมาะสม
- Advanced-stage cancer : lung, breast, cervix, Liver-bile, Colo-recta ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ 30-70% เมื่อเปรียบเทียบการรักษาใน Stage1 กับ Stage4 ขึ้นกับชนิดของมะเร็ง (Hankin-Wei, 2016.)

ประเด็นที่เป็นจุดเน้น	ประชากรเป้าหมาย	อุบัติการณ์หรือความชุก	ต้นทุนต่อหน่วย	ประมาณการค่าใช้จ่าย ('000)	สัดส่วนที่อาจสามารถหลีกเลี่ยงได้ หากมีแนวทางเหมาะสม	ค่าใช้จ่ายที่อาจประหยัดได้
Vaccine preventable diseases	Influenza (Pop.<16ปี)	2,905 รายต่อปี	3,876 บาทต่อ IP admission	11,258.7	ป้องกันรายป่วยได้ 17.5% และลดค่าใช้จ่ายได้ 23.2%	2,589,501 บาทต่อปี
Life-style modifiable diseases	DM (Pop.>15 ปี)	DM รายใหม่ 38,415 /ปี	9,347 บาท/คน/ปี	359,082.3	ลดอุบัติการณ์ได้ 34% ในระยะ 10ปี	122,087,982 บาทต่อปี
	ประชากรไทยที่สูบบุหรี่ (11.4 ล้านคน ปี 2557)	COPD 4,588 ราย (IP) (อัตรา 20.7%)	27,694 บาทต่อ IP admission	125,940.7
Injuries	ประชากรไทยทั้งหมด (46.5ล้านคน)	บาดเจ็บทางถนนTraffic (admit) 107,123 คน/ปี2557	<i>รอกการรวบรวมข้อมูล</i>	<i>รอกการรวบรวมข้อมูล</i>	มาตรการที่ดี สามารถลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บในผู้โดยสารยานพาหนะ 33-55%
	การบาดเจ็บในผู้สูงอายุไทย (Pop.14.6 ล้าน)	ผสอ.ไทยจะหกล้มประมาณร้อยละ 20 (909 คนผสอ ตายจากหกล้ม)	<i>ค่าใช้จ่ายในการรักษา fall</i>	<i>ต้องการการศึกษาและประมาณการอย่างเป็นระบบ</i>	30-55% Reduction ของการผลัดตกหกล้ม จากมาตรการที่เหมาะสม

ประเด็นที่เป็นจุดเน้น	ประชากรเป้าหมาย	อุบัติการณ์หรือความชุก	ต้นทุนต่อหน่วย	ประมาณการค่าใช้จ่าย ('000)	สัดส่วนที่อาจสามารถหลีกเลี่ยงได้ หากมีแนวทางเหมาะสม	ค่าใช้จ่ายที่อาจประหยัดได้
Advanced-stage cancer (Pop.<70 ปี)	cancer (Lung)	9668.09	24,163	233,607,236	ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ 30-70% เมื่อเปรียบเทียบการรักษาใน Stage1 กับ Stage4 ขึ้นกับชนิดของมะเร็ง	70.08 ล้านบาทต่อปี (ใช้ 30% คำนวณ)
	cancer (Cervix)	3146.99	18,677	58,777,378		1,763.32 ล้านบาทต่อปี
	cancer (Breast)	10058.28	19,806	199,215,360		5,976.46 ล้านบาทต่อปี
	cancer (Liver-bile)	10907.15	25,468	277,779,024		8,333.37 ล้านบาทต่อปี
	cancer (Colo-rectal)	14659.19	34,757	509,511,865		15,285.35 ล้านบาทต่อปี

กลวิธีในการดำเนินการ



2. Inappropriate drug use : สถานการณ์

- WHO นโยบายการส่งเสริมการลดใช้ **ABT**
 - ❑ ลด antibiotic use; 15-18% in acute diarrhea (AD), 22-30% in URI) (Holloway KA et al., 2016)
 - ❑ ลด antibiotic prescription; 75% in acute diarrhea, 82% and URI (Boonyasiri A andThamlikitkul V, 2014)
- Impact of antimicrobial stewardship in critical care: a systematic review. (Kaki R et al., 2011)
 - ❑ ลด antimicrobial utilization; 11%–38%
 - ❑ ลด rates of antibiotic resistance; 33%-79%.
 - ❑ ลด antibiotic cost in ICUs; 26%-72%.
- Estimation of Financial Burden Due to **Oversupply** of Medications for Chronic Diseases (Chaiyakunapruk N et al., 2012)
 - ❑ financial loss due to medication oversupply; 3.77% of total medication costs of chronic diseases patients

2. Inappropriate drug use : สถานการณ์

- 1) การสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม → เพิ่มค่าใช้จ่าย, การติดเชื้อมีดื้อยา, ใ้ยาราคาแพงขึ้น, มีการนอน รพ. นานขึ้น และเกิดการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

ภาณุมาศ ภูมาศ และสุพล ลิมวัฒนานนท์. (2553) พบว่า การรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อมีดื้อยา

- มีมูลค่ายาสูงกว่าการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อมีดื้อยา ประมาณ 1.75-5.16 พันล้าน หรือสูงกว่ารายละ 19,947-58,855 บาท
- จำนวนวันนอนที่นานกว่า เฉลี่ยประมาณ 0.87-23.03 วันต่อราย ขึ้นอยู่กับการติดเชื้อมีดื้อยาแต่ละชนิด

2. Inappropriate drug use : สถานการณ์

2) ค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2557: หน้า 12)

- OP : DM = 1,172, HT = 831, CHD = 1,109, CVD = 1,629 บาทต่อราย
- IP : DM = 10,217, HT = 4,586, CHD = 28,633, CVD = 29,571 บาทต่อราย

2. Inappropriate drug use : สถานการณ์

3) การได้รับยาจำนวนมากหลายขนาน (poly-pharmacy) โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน

- เพิ่มโอกาสเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา
- การไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา
- อาจทำให้ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น
- ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น

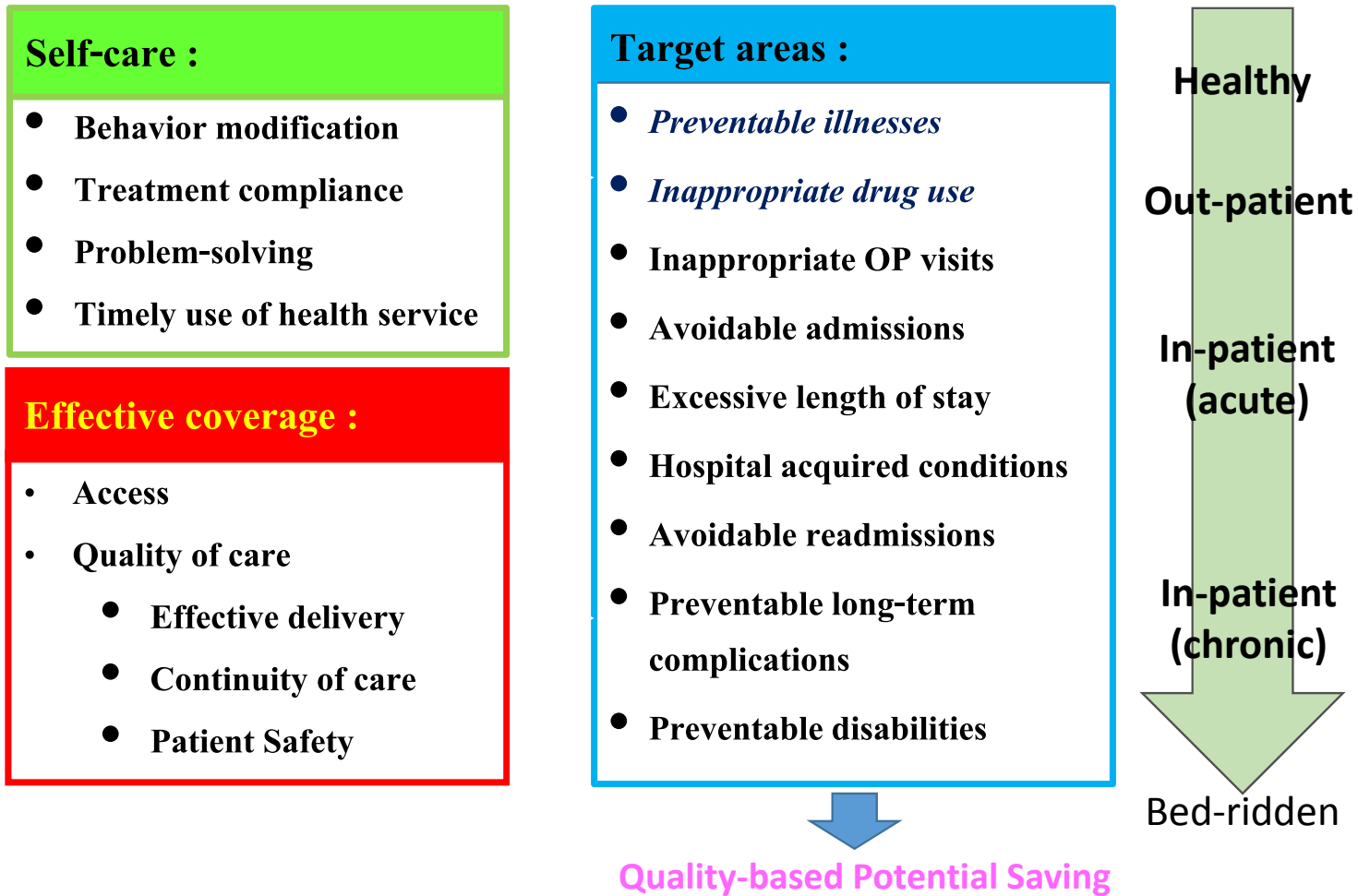
ชนิดยา พลอยเลื่อมแสง และคณะ (2554) ผู้สูงอายุที่ใช้ยาตั้งแต่ 5 ชนิดขึ้นไป (Polypharmacy) ใน รพ.ระดับตติยภูมิ มีโอกาสเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยามากกว่าผู้สูงอายุที่ใช้ยาน้อยกว่า 5 ชนิด 50.4% อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Cost saving by more appropriate drug use ?

- ลดปริมาณของการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น ในกรณีการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก หรือการดูแลรักษาในระดับปฐมภูมิ
- ป้องกันอุบัติการณ์ของการเกิดเชื้อดื้อยาในกรณีการติดเชื้อในโรงพยาบาล ด้วยสาเหตุมาจากการใช้ยาปฏิชีวนะเกินจำเป็น
- ลดปริมาณของการใช้ยาแก้ปวดในกลุ่ม **Non-opioid analgesic** ที่ไม่เหมาะสม
- ลดการครอบครองยา หรือการสั่งยาให้แก่ผู้ป่วยเกินกว่าปริมาณที่มีการใช้จริง
- ศึกษาการจัดการที่เหมาะสม สำหรับกรณีผู้ป่วยได้รับยาหลายขนาน (ตั้งแต่ 5 ขนานขึ้นไป)

ประเด็นที่เป็นจุดเน้น	ประชากรเป้าหมาย	อุบัติการณ์หรือความชุก	ต้นทุนต่อหน่วย	ประมาณการค่าใช้จ่าย	สัดส่วนที่อาจสามารถหลีกเลี่ยงได้ หากมีแนวทางเหมาะสม	ค่าใช้จ่ายที่อาจประหยัดได้
Antibiotic use	จำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับ	% จ่ายยา ABT ใน URI&AD (~70%ใน รพม., ~50%ใน รพช.)	<i>ต้องการการศึกษาเพิ่มเติม</i>	<i>ต้องการการศึกษาเพิ่มเติม</i>	%การสั่งจ่าย ABT ใน URI หรือ AD ลดลง; 15%-18% (URI)-22-30% (AD) ³ 75%(AD)-82%(URI) ²	
	จำนวนครั้งของการนอนรพ.ที่มีการสั่งจ่ายยา ABT	% การสั่งจ่ายยาไม่เหมาะสม (~25-30% ใน รพม./รพช.)	<i>ต้องการการศึกษาเพิ่มเติม</i>	<i>ต้องการการศึกษาเพิ่มเติม</i>	% การสั่งจ่าย ABT ที่ไม่เหมาะสมลดลง 11%-38% ⁸	
เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ	จำนวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล 268,628 ครั้ง	การติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 87,751 ครั้ง (33%) (การดื้อยาในเชื้อ 5 ชนิด)	ต้นทุนที่เพิ่มขึ้นจากการติดเชื้อดื้อยาต่อครั้งโดยเฉลี่ย 19,948-58,855 บาท	ต้นทุนทางตรงที่เพิ่มขึ้นโดยรวม 1,750.42 - 5,164.59 ล้านบาท (ขึ้นกับสูตรยา)	การให้ Intervention (health services) สามารถลดการติดเชื้อดื้อยาลง 33%-79%	578-1,388 ล้านบาท (ประมาณการจากราคาสูตรยาต่ำสุด; 19,948 บาทต่อครั้ง)
ยาแก้ปวด (การใช้ยา COX-2 NSAIDs ได้แก่ Celecoxib, Etoricoxib ไม่เหมาะสมหรือไม่จำเป็น)	จ่าย NSAIDs 402,840 ครั้ง เป็น NSAIDs-NED 283,034 ครั้ง คิดเป็น 63.3% รพ.34 แห่ง เฉพาะสิทธิ CS)	กรณีศึกษาพบการใช้ที่ไม่เหมาะสม ประมาณ 29.3%-45.3%	ค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาไม่เหมาะสม (มุมมองรพ.ใช้ราคาต้นทุน) เท่ากับ 2,361 บาทต่อรายต่อปี	196 -302 ล้านบาท ต่อปี	ค่าใช้จ่ายที่ประหยัดได้หากมีการทดแทนด้วย conventional NSAIDs (30% effective)	ค่าใช้จ่ายที่ประหยัดได้หากมีการทดแทนด้วย conventional NSAIDs เท่ากับ บาทต่อปี 10-88 ล้านบาทต่อปี
การครอบครองยาเกินกว่าปริมาณใช้จริง	115,971 คน (ศึกษาใน รพศ. 2 แห่ง รพช. 1 แห่ง ทุกสิทธิการรักษา)	ความชุกของการมียาครอบครองเกินจำเป็น (ภาพรวม 3 สิทธิ 58.8% ในรพศ. และ 43.5% ในรพช.)	รพศ./รพท. 239 บาท/คน/ปี, รพช./รพ.สต. 17.9 บาท/คน/ปี	รพ.ศ 12.6 ล้านบาท/รพ./ปี, รพช. 0.2 ล้านบาท/รพ./ปี	การประเมินขนาดของปัญหาและการมีมาตรการควบคุม (50% effective)	808.8 ล้านบาทต่อปี (ประมาณการจากจำนวน รพศ./รพท. 116 แห่ง, รพช. 780 แห่ง ข้อมูลปี 2558)

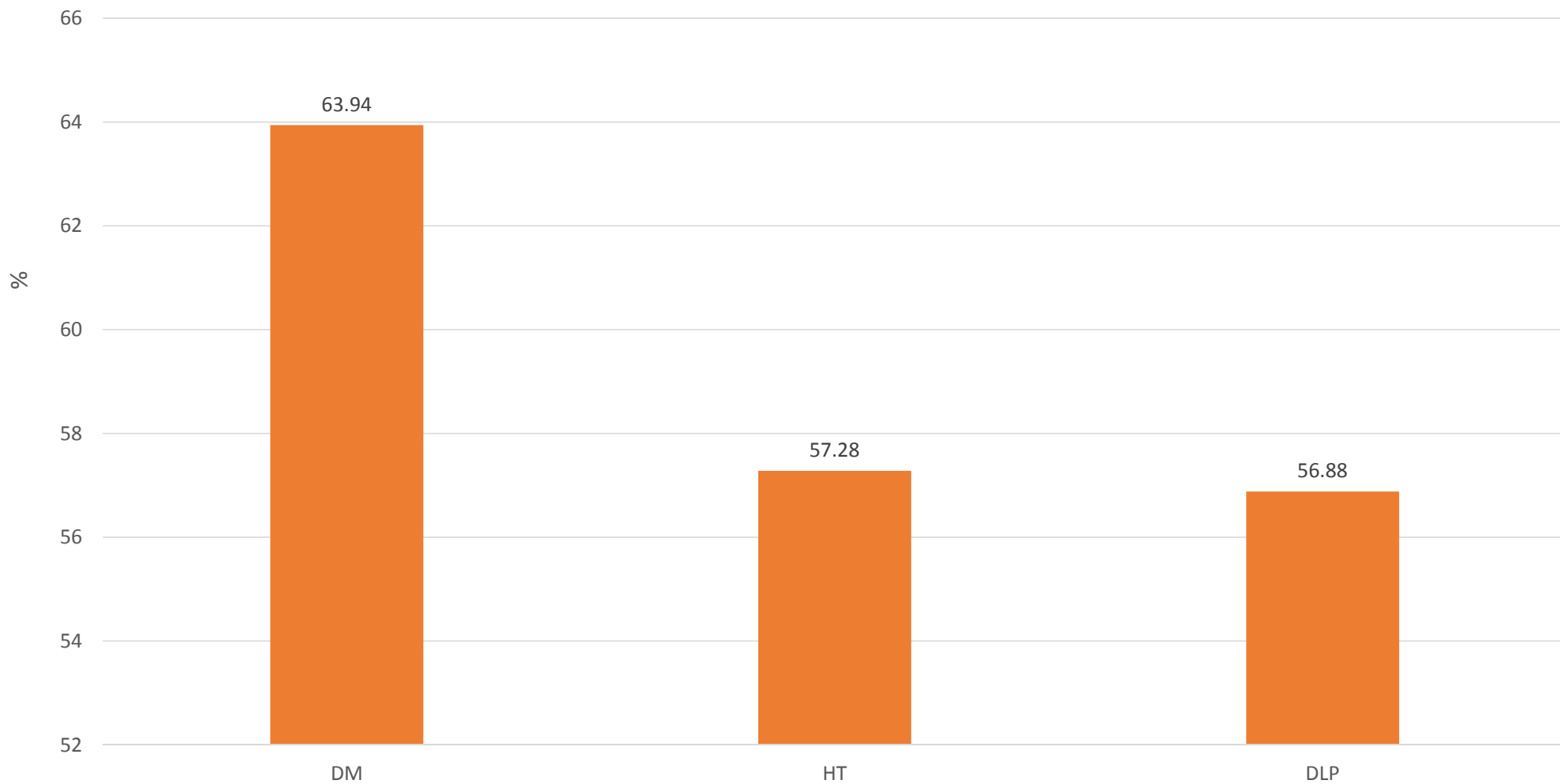
กลวิธีในการดำเนินการ



3. สถานการณ์ Inappropriate outpatient visits

- การใช้บริการระดับตติยภูมิที่เกินจำเป็น
 - ↓ การส่งต่อที่ไม่จำเป็นได้ 15% กรณีศึกษาในผู้ป่วย ENT (Mahalingam, 2014)
- การใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินที่ไม่เหมาะสม
 - ↓ การใช้บริการได้ 18% (Coleman, 2001)
- ผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับ Sub-optimal care

ผู้ป่วยเรื้อรังที่มาพบแพทย์มากกว่า 4 ครั้งต่อปี

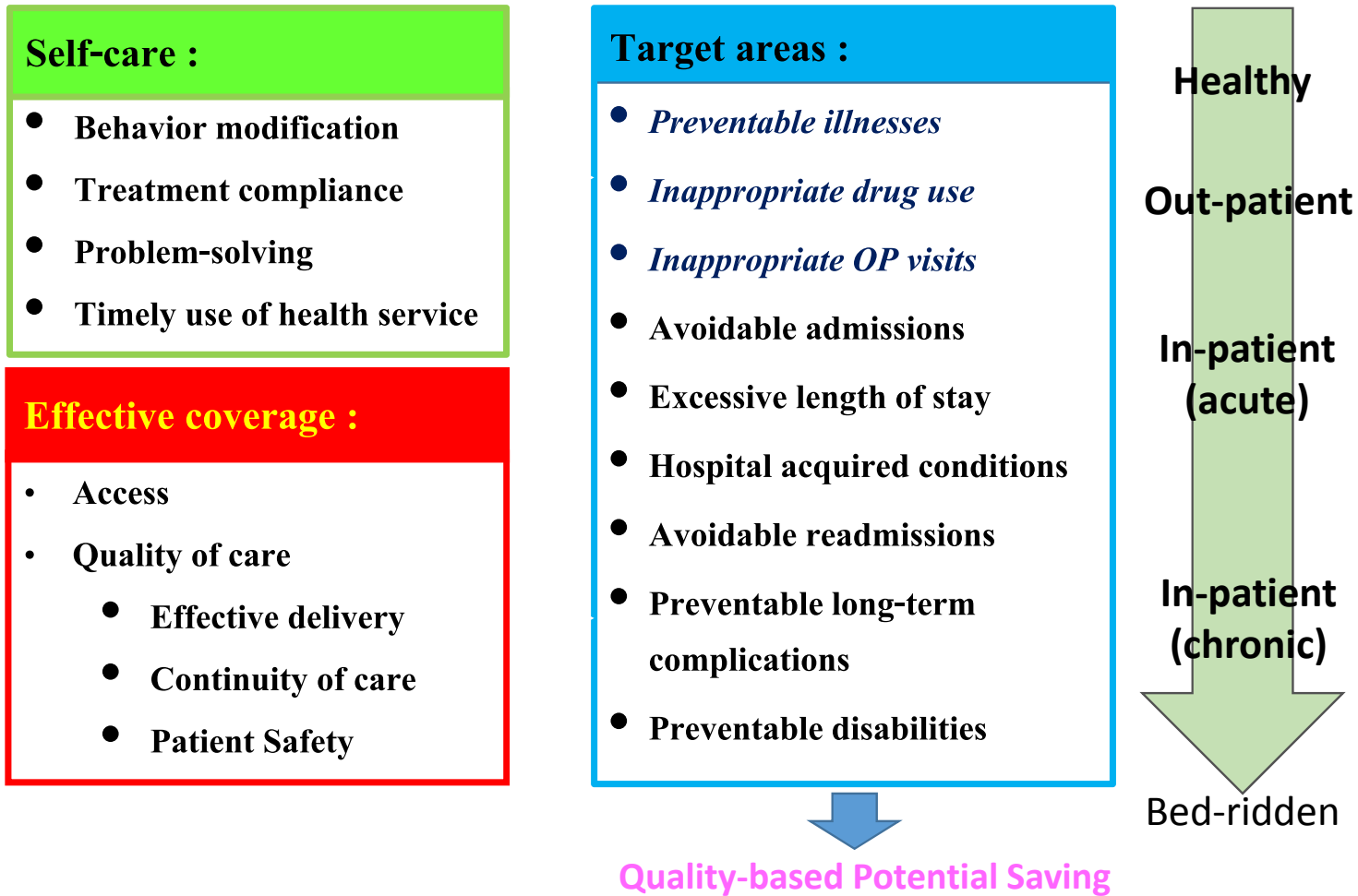


ที่มา : โครงการศึกษารูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังที่สำคัญและพบบ่อยในโรงพยาบาลกรณีศึกษา เพื่อสนับสนุนการพัฒนาระบบจัดกลุ่มผู้ป่วยนอก เพื่อเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล สำหรับระบบสวัสดิการ
รักษาพยาบาลของข้าราชการ (จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ)

กรณีตัวอย่าง Quality-based cost saving

ประเด็นที่เป็นจุดเน้น	ประชากรเป้าหมาย	อุบัติการณ์หรือความชุก	ต้นทุนต่อหน่วย	ประมาณการค่าใช้จ่าย ('000)	สัดส่วนที่อาจสามารถหลีกเลี่ยงได้ หากมีแนวทางเหมาะสม	ค่าใช้จ่ายที่อาจประหยัดได้
การใช้บริการระดับตติยภูมิที่เกินจำเป็น	คนไทยที่ใช้สิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพ	<i>% การใช้บริการที่เกินจำเป็น</i>	<i>ผลต่างต้นทุนการจัดบริการ</i>	<i>ให้มีการศึกษา</i>	กรณีศึกษาในผู้ป่วย ENT Intervention ที่เหมาะสม ลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็นได้ 15%	<i>ประมาณการตามผลการศึกษา</i>
การใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินที่ไม่เหมาะสม	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี	<i>% การใช้บริการที่เกินจำเป็น</i>	<i>ผลต่างต้นทุนการจัดบริการ</i>	<i>ให้มีการศึกษา</i>	การจัดให้มี Intervention ที่เหมาะสม อาจลดการใช้บริการได้ 18%	<i>ประมาณการตามผลการศึกษา</i>
	ผู้ป่วยที่รถฉุกเฉินนำส่ง	<i>% การใช้บริการที่เกินจำเป็น</i>	<i>ผลต่างต้นทุนการจัดบริการ</i>	<i>ให้มีการศึกษา</i>		<i>ประมาณการตามผลการศึกษา</i>
	ผู้ป่วยทั่วไปที่มาโดยไม่นัดหมาย	<i>% การใช้บริการที่เกินจำเป็น</i>	<i>ผลต่างต้นทุนการจัดบริการ</i>	<i>ให้มีการศึกษา</i>		<i>ประมาณการตามผลการศึกษา</i>
ผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับ Sub-optimal care	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี	DM, HT, DLP ที่มาพบแพทย์ > 4 ครั้งต่อปี พบ 56-64%	16,996 – 19,970 บาทต่อคนต่อปี	1,323,355.6	<i>ให้มีการศึกษาเชิงลึก</i>	<i>ประมาณการตามผลการศึกษา</i>

กลวิธีในการดำเนินการ



4. Avoidable admission (สถานการณ์)

- Interventions to reduce unplanned hospital admission: a series of systematic reviews (Purdy S et al., 2012)

- Case Management → ลด admissions rate 39%
- Specialist clinics → ลด admission rate 49%
- Medication review by clinical pharmacists → admission rate 25%

- Potentially preventable hospitalisations : a review of the literature and Australian policies (Clinical Epidemiology & Health Service Evaluation Unit, 2009)

- Self-management programs ลด admissions rate 36% (asthma)
- Chronic care model → ลด admissions rate 22 -42%
- Multidisciplinary team → ลด admissions rate 30-64% (CHF, asthma)

4. Avoidable admission (สถานการณ์)

- The effectiveness of interventions for reducing ambulatory sensitive hospitalisations: a systematic review (Basu A and Brinson D, 2008)

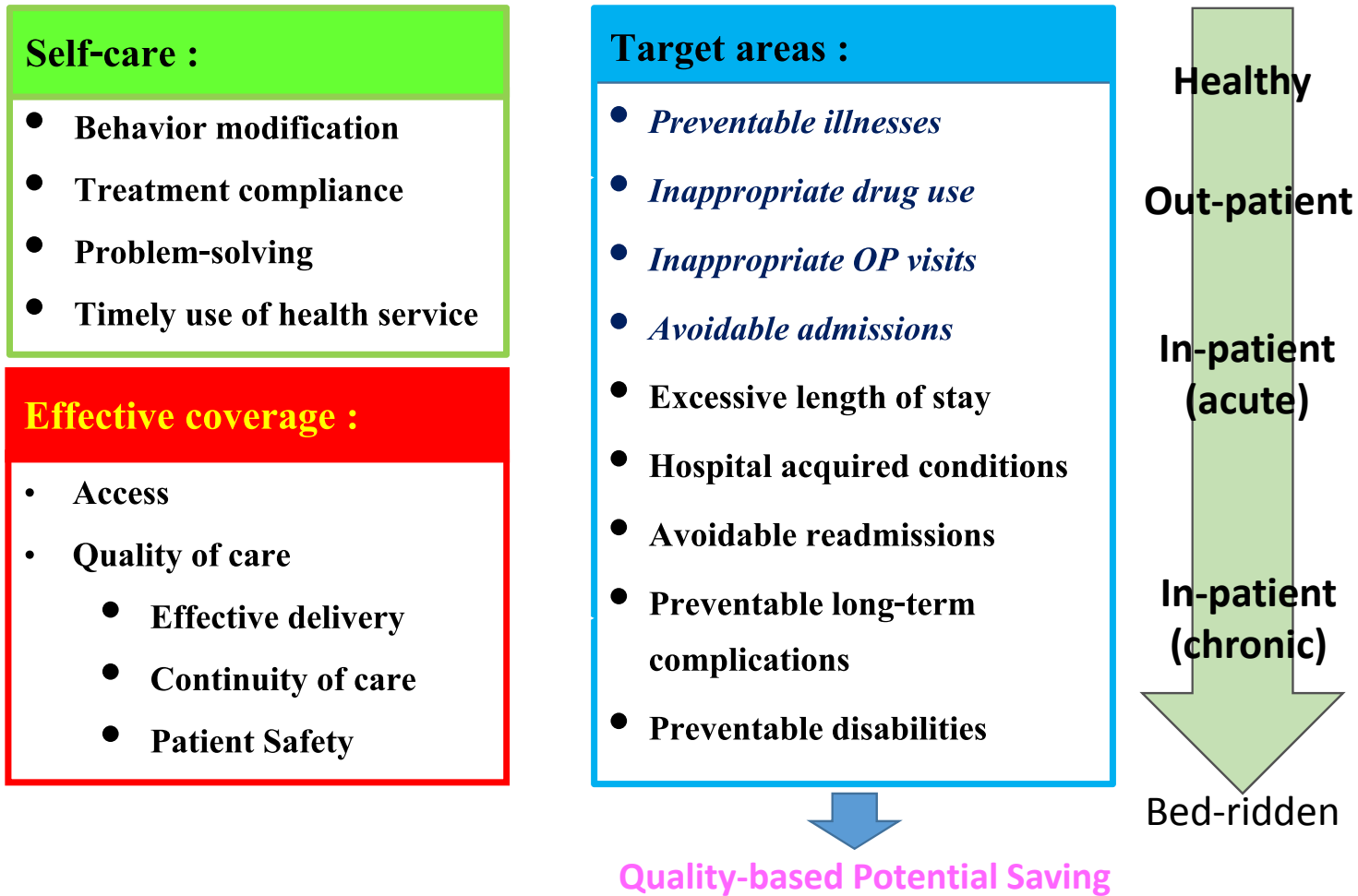
- Disease mgt. programe → ลด admissions rate 13-31% (multiple conditions, elderly with CHF, DM)
- การเพิ่ม access to care → ลด admissions rate 21-38% (all or multiple conditions)
- Educational Interventions → ลด admissions rate 26-54 %
- Telehealth application → ลด admissions rate 21-29 %

Cost saving by reducing avoidable admission ?

- ลดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในในโรงพยาบาล ในกรณีที่สามารถป้องกันได้ด้วยประสิทธิภาพของการดูแลในระดับปฐมภูมิ
 - เบาหวาน
 - ความดันโลหิตสูง
 - ภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure)
 - โรคปอดอุดตันเรื้อรัง
 - โรคหอบหืดในผู้ใหญ่
 - โรคหอบหืดในเด็ก

ประเด็นที่เป็น จุดเน้น	ประชากร เป้าหมาย	อุบัติเหตุหรือ ความชุก	ต้นทุนต่อหน่วย	ประมาณการ ค่าใช้จ่าย ('000)	สัดส่วนที่อาจสามารถ หลีกเลี่ยงได้ หากมี แนวทางเหมาะสม	ค่าใช้จ่ายที่อาจ ประหยัดได้
เมทรวาน	ประชากรที่มีอายุ 15 - 60 ปี (3,7066,729)	22,381 admissions	19,687 บาทต่อ IP admission	440,613.3	การดูแลที่มีประสิทธิผล (บริการปฐมภูมิและการดูแล ตนเองที่บ้าน) สามารถลด การนอน รพ.ลงได้ 13-64% (ประมาณการที่ค่าเฉลี่ย 30%) ลดจำนวนวันนอน โรงพยาบาลลงได้ 41-57%	132,183,990
ความดันโลหิตสูง	ประชากรที่มีอายุ 15 - 60 ปี	129 admissions	8,885 บาทต่อ IP admission	1,143.7		346,110
ภาวะหัวใจวาย	ประชากรที่มีอายุ 15 - 60 ปี	9,837 admissions	13,865 บาทต่อ IP admission	136,390.9		40,917,270
ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ประชากรที่มีอายุ 15 - 60 ปี	8,660 admissions	9,275 บาทต่อ IP admission	80,328.6		24,098,580
หอบหืดในผู้ใหญ่	ประชากรที่มีอายุ 15 - 60 ปี	2,050 admissions	7,464 บาทต่อ IP admission	15,304.4		4,591,320
หอบหืดในเด็ก	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	2,538 admissions	4,387 บาทต่อ IP admission	11,135.5		3,340,650

กลวิธีในการดำเนินการ



5. Excessive length of stay in hospitals (สถานการณ์)

- Organisational interventions to reduce length of stay in hospital: a rapid evidence assessment (Miani C et al., 2014)
- Discharge planning from hospital (Goncalves-Bradley DC et al., 2016)
- Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs (Rotter T et al., 2010)

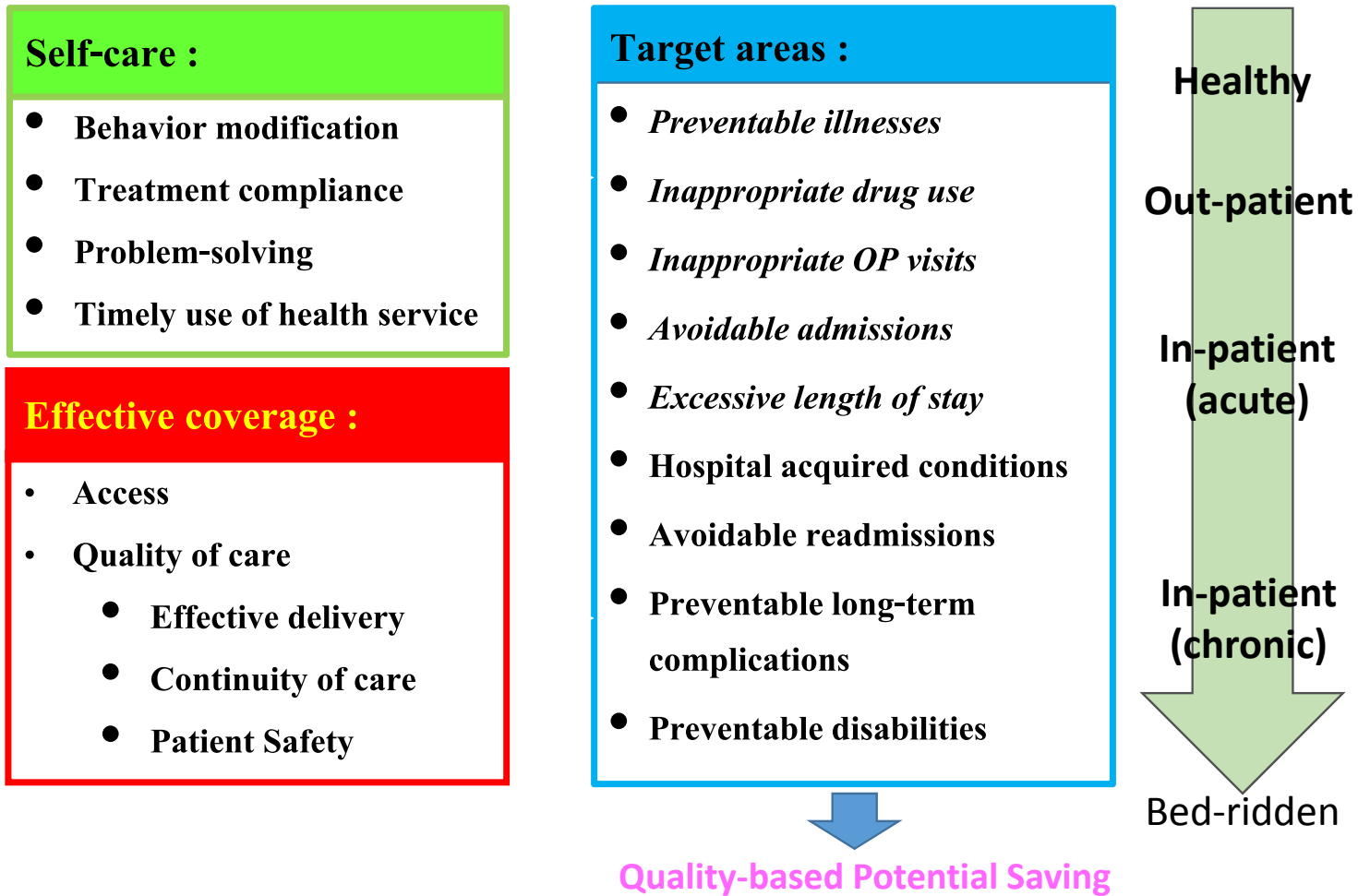
- Multidisciplinary care → ลด LOS 2-6 days (stroke ward)
- Case management → ลด LOS 0.24 days (CHF)
- Specialist nurse staffing → ลด LOS 1.35 days
- Exercise interventions → ลด LOS 19.7 days (istroke survivors)
- Discharge planning → ลด LOS 0.2 days (all settings)
- Early supported discharge → ลด LOS 7 days (after stroke), 2.6-15 days (after ischaemic or haemorrhagic)
- clinical pathway → ลด LOS 1.9 days (CHF)
- clinical pathway → ลด LOS 1.67 days (pneumonia), 0.90 days (suspected MI)

Cost saving by reducing excessive length of stay in hospitals ?

- ลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในที่เกิดเกินจำเป็นในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ
- ศึกษาและปรับปรุงความเหมาะสมของการใช้เตียงในหอผู้ป่วยวิกฤติ

ประเด็นที่เป็นจุดเน้น	ประชากรเป้าหมาย	อุบัติการณ์หรือความชุก	ต้นทุนต่อหน่วย	ประมาณการค่าใช้จ่าย	สัดส่วนที่อาจสามารถหลีกเลี่ยงได้ หากมีแนวทางเหมาะสม	ค่าใช้จ่ายที่อาจประหยัดได้
วันนอนในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาล	จำนวนครั้งของการนอนรักษาตัวในรพ. ทั้งหมด (7 ล้านครั้งต่อปี)	% ของการนอนรักษาตัวในรพ. เกิน 30 วัน (รอกการวิเคราะห์ข้อมูล)	ค่าใช้จ่ายต่อครั้งของการนอนรพ. เกิน 30 วัน (จน. วันนอนที่เกิน 30 วัน x ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวันของการนอนรพ.)	ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาจากการนอนรพ. เกิน 30 วัน	ตัวอย่างกรณีศึกษา: LOS ลดลง 0.20-0.73 day 1. older patients with a medical condition 2-15 days 2. stroke 0.24-1.9 days 3. CHF 1.67 days 4. pneumonia 0.90 days	ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล และ ต้นทุนการลงทุนเพื่อเพิ่มจำนวนเตียงของโรงพยาบาล
	จำนวนครั้งของการนอนรักษาตัวในรพ. ทั้งหมด	% ของการนอนรักษาตัวในรพ. ที่เกินค่ามาตรฐานจุดตัดวันนอนนานเกินเกณฑ์ (OT) ของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม (รอกการวิเคราะห์ข้อมูล)	ค่าใช้จ่ายต่อครั้งของการนอนรพ. ที่นานกว่าค่า OT (จน. วันนอนที่เกินค่า Ot x ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อวันของการนอนรพ.)	ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาจากการนอนรพ. ที่นานกว่าค่า OT		
การใช้เตียงในหอผู้ป่วย ICU	ผู้ป่วยที่ต้องนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วย ICU	% ของผู้ป่วยที่มีจำนวนวันนอนใน ICU เกินจำเป็น (>28 หรือ 30 วัน) [การศึกษาใน 9 รพ. มหาวิทยาลัยพบ 1.3% ใน Surgical	รอกการศึกษาเพิ่มเติม	ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยใน ICU ที่ไม่จำเป็นหรือไม่เหมาะสม	มาตรการในการลดจำนวนวันนอนใน ICU เช่น standard guidelines ในการดูแลผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมของบุคลากรเฉพาะทาง ซึ่งต้องการการศึกษาเพิ่มเติมถึงสาเหตุของการนอนนาน	ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาล และ ต้นทุนการลงทุนเพื่อเพิ่มเตียง ICU

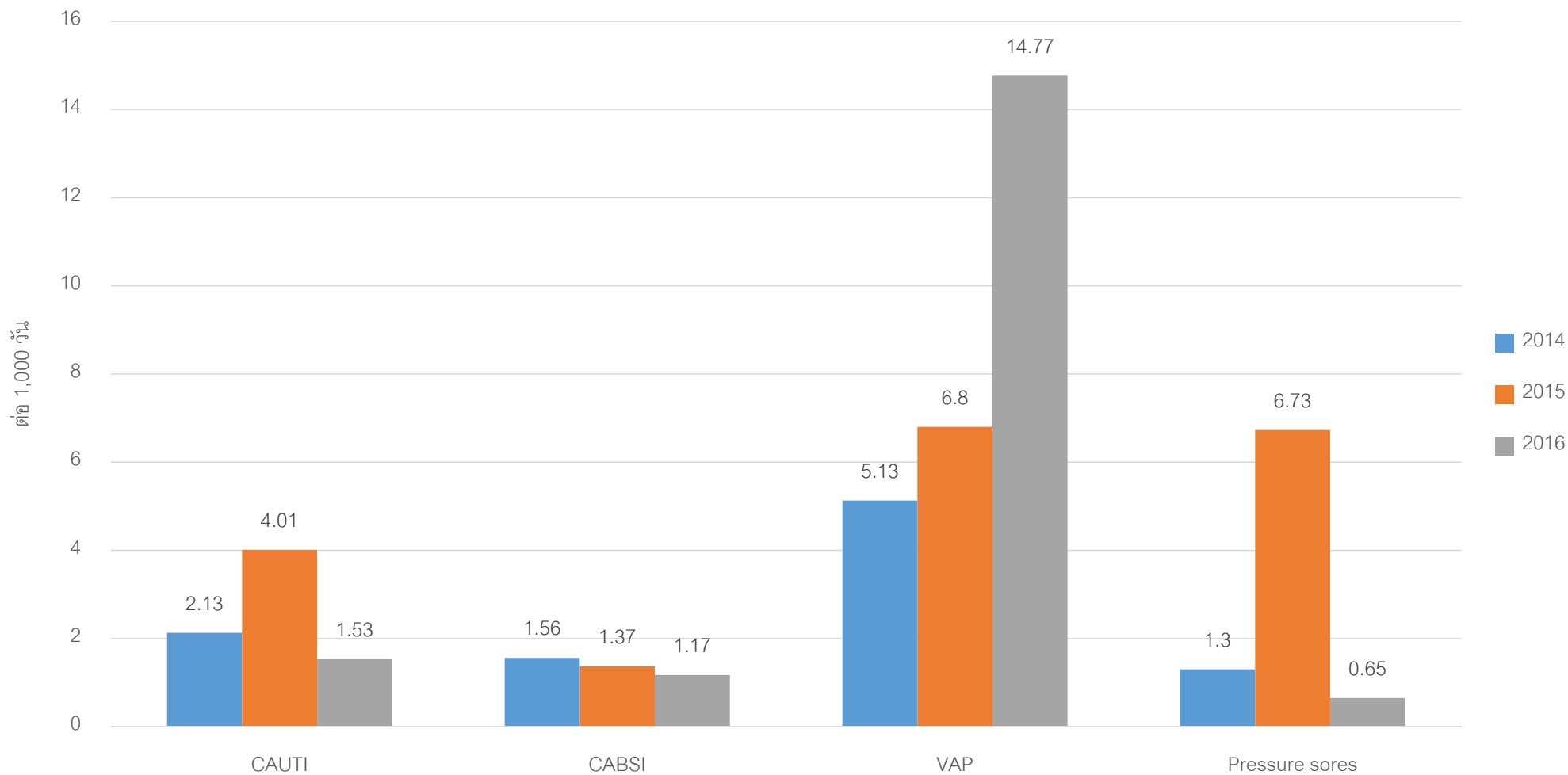
กลวิธีในการดำเนินการ



6. สถานการณ์ Hospital acquired conditions

- การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ
↓ 10% (Crouzet, 2007)
- การติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง
↓ 53 - 66% (Climo, 2013 & Coopersmith, 2002)
- การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
↓ 33 - 40% (Morris, 2011 & Garcia, 2009)
- แผลกดทับ
↓ 10 - 20% (Still, 2013 & Uzun, 2009)
- การติดเชื้อแผลผ่าตัด
↓ 7% CABG (Dohmen, 2009)
- ภาวะที่ไม่พึงประสงค์จากยา
↓ prevalence ของ ADE 14% (Trivalle, 2010)

Hospital acquired conditions (Mean)

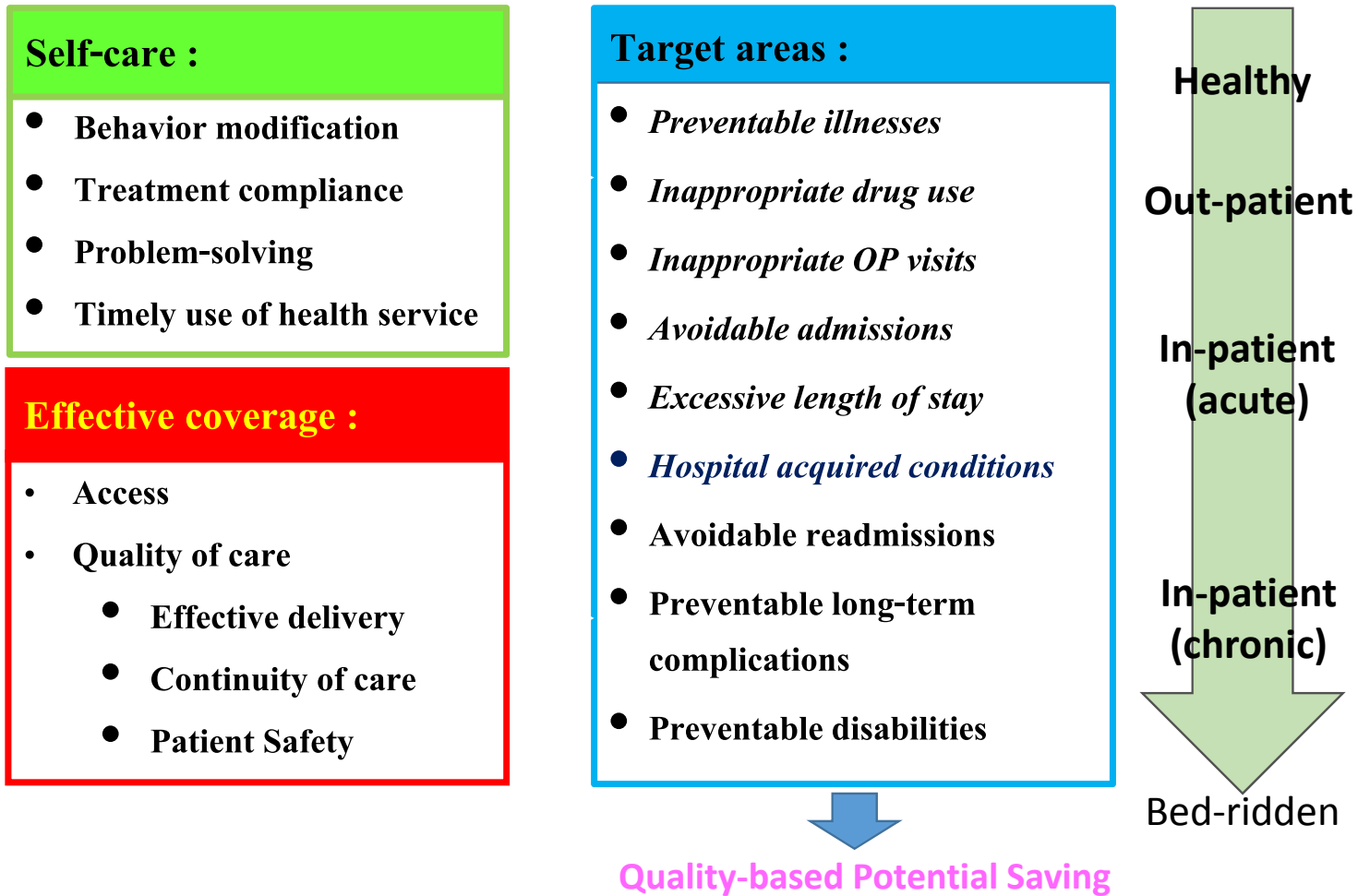


ที่มา : โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (Thailand Hospital Indicator Project: THIP) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล องค์การมหาชน) 2

กรณีตัวอย่าง Quality-based cost saving

ประเด็นที่เป็นจุดเน้น	ประชากรเป้าหมาย	อุบัติการณ์หรือความชุก	ต้นทุนต่อหน่วย	ประมาณการค่าใช้จ่าย ('000)	สัดส่วนที่อาจสามารถหลีกเลี่ยงได้ หากมีแนวทางเหมาะสม	ค่าใช้จ่ายที่อาจประหยัดได้
Hospital-acquired infection	ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (7x10 ⁶ admission)	เฉลี่ยประมาณ 6.9%	ประมาณ 5,919.50 ต่อครั้ง (2548)	2,859,118	ป้องกันการติดเชื้อให้ลดลงได้ 1% ของจำนวนผู้ป่วยใน (ข้อมูลปีที่อัตราติดเชื้อต่ำที่สุด)	285.911 ล้านบาท
1. Catheter-associated UTI	ผู้ป่วยที่ใส่และคาสายสวนปัสสาวะ	1.53 (0.76-3.01) ต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนปัสสาวะ (THIP)		<i>ให้มีการศึกษา</i>	การให้ Intervention ที่ได้ผล สามารถลดอัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ 10%	<i>ประมาณการตามผลการศึกษา</i>
2. Catheter-related blood stream infections	ผู้ป่วยที่ใส่และคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง	1.17 (0.99-1.78) ต่อ 1,000 วันที่คาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง (THIP)		<i>ให้มีการศึกษา</i>	การให้ Intervention ที่ได้ผล สามารถลดอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดจากการคาสายสวนหลอดเลือดส่วนกลาง 53-66%	<i>ประมาณการตามผลการศึกษา</i>
3. Ventilator-associated pneumonia	ผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ (212,777 คน)	14.77 (4.26-87.78) ต่อ 1,000 วันนอนผู้ป่วยในที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (THIP)		<i>ให้มีการศึกษา</i>	การให้ Intervention ที่ได้ผล สามารถลดอัตราการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 33-40%	<i>ประมาณการตามผลการศึกษา</i>
4. Surgical site infection	ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด	<i>ให้มีการศึกษา</i>		<i>ให้มีการศึกษา</i>	การให้ Intervention ที่ได้ผล สามารถลดการติดเชื้อแผลผ่าตัด CABG 7%	<i>ประมาณการตามผลการศึกษา</i>
5. Pressure sores	ผู้ป่วยนอนติดเตียง	2.68% (0.13%-5.72%) (THIP)		<i>ให้มีการศึกษา</i>	การให้ Intervention ที่ได้ผล สามารถลดการเกิดแผลกดทับ 10-20%	<i>ประมาณการตามผลการศึกษา</i>
Adverse drug event	ผู้ป่วยในของโรงพยาบาล (7x10 ⁶ admission)	<i>ให้มีการศึกษา</i>		<i>ให้มีการศึกษา</i>	การให้ Intervention ที่ได้ผล สามารถลด prevalence ของ ADE 14%	<i>ประมาณการตามผลการศึกษา</i>

กลวิธีในการดำเนินการ

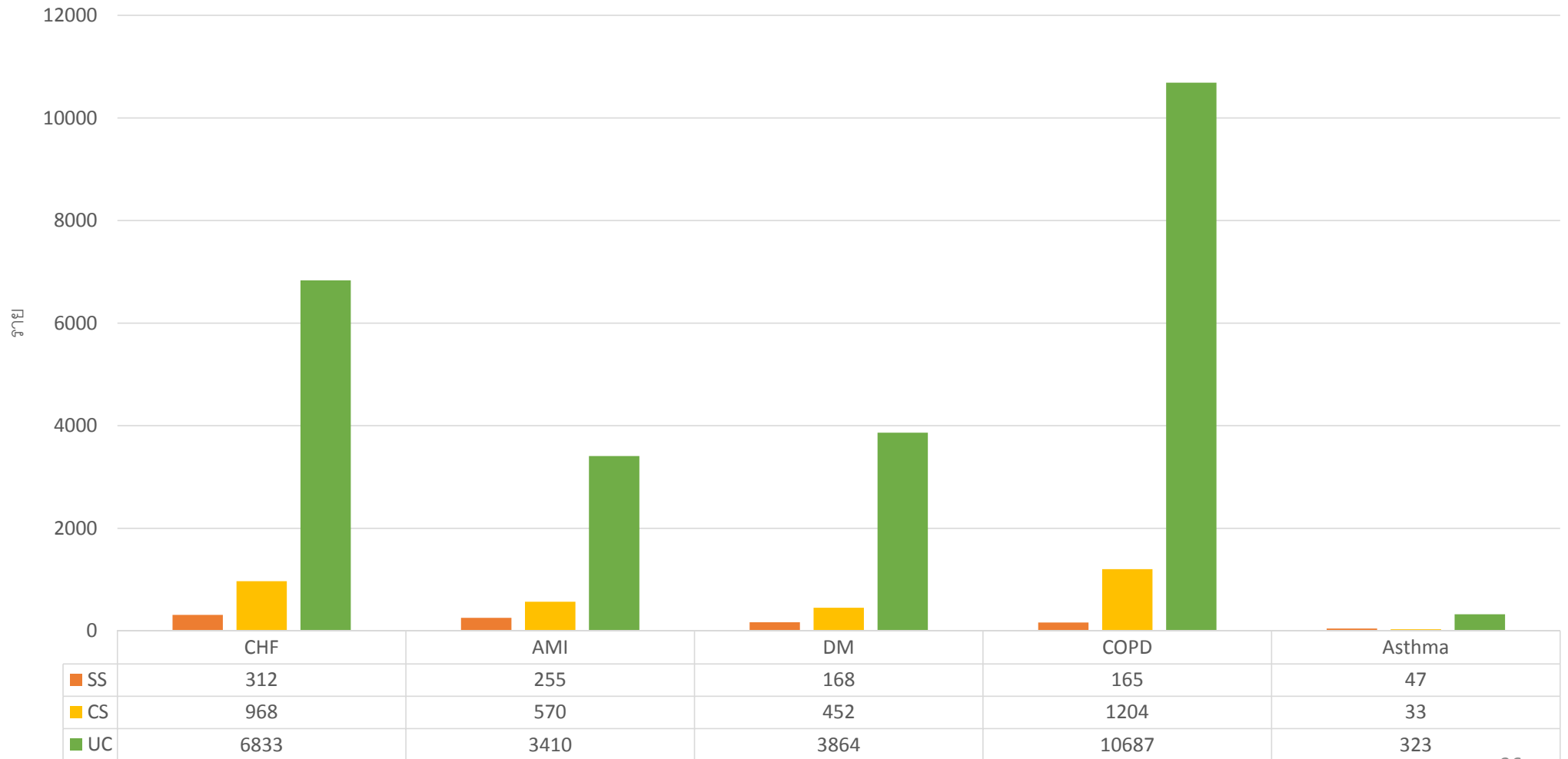


7. สถานการณ์ Avoidable readmissions

- Congestive Heart Failure readmission
↓ 11 - 51% (Ryan, 2014 & Harris, 2014 & Rabbat, 2012)
- Acute Myocardial Infarction readmission
↓ 34% (Harris, 2014)
- DM readmission
↓ 5% (Healy, 2013)
- COPD readmission
↓ 29% (Casas, 2006)
- Asthma readmission
↓ 54% & ↓ Cost 53% (Castro, 2003)

Readmission (28 Days)

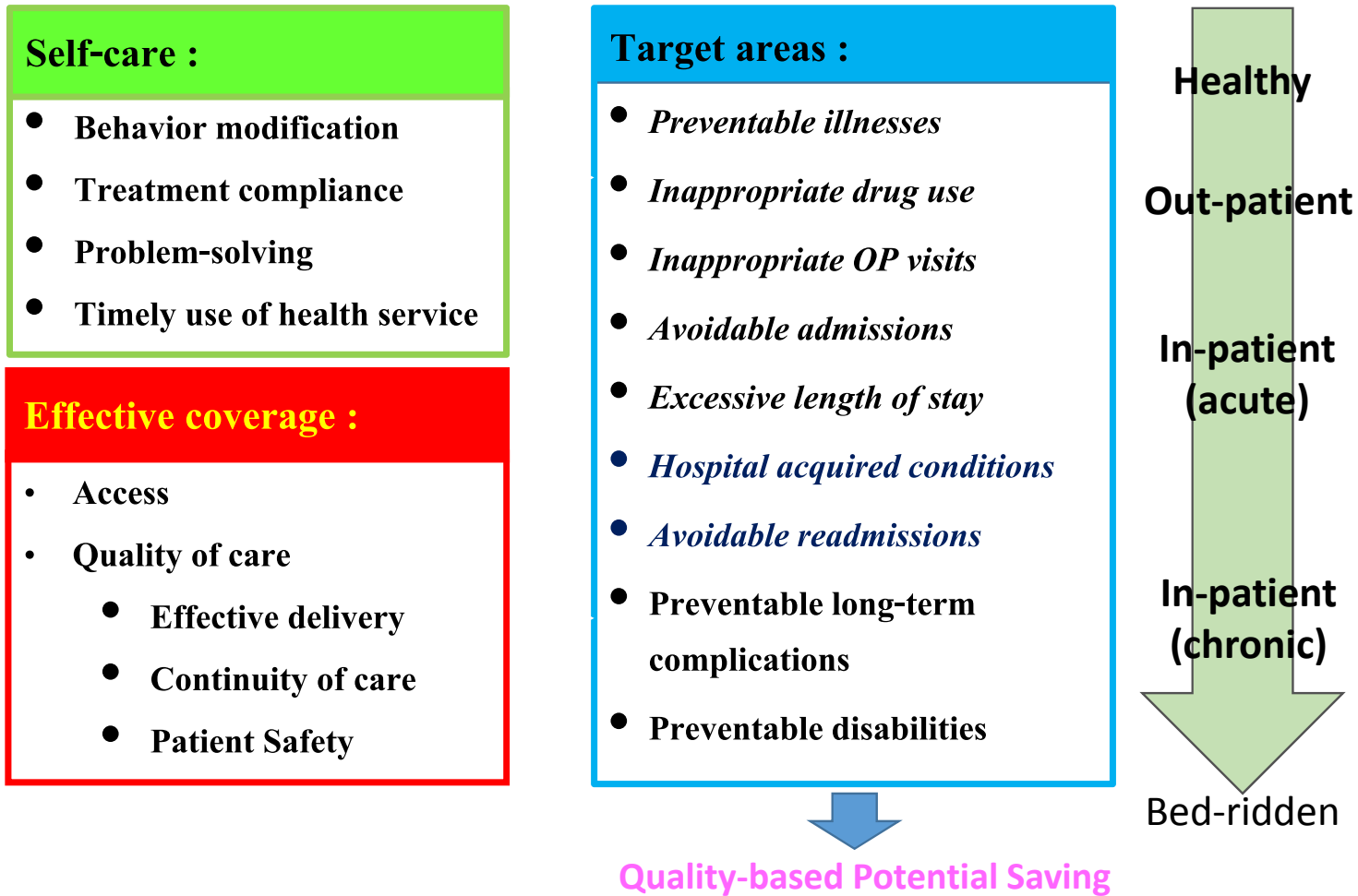
(ปี 2011-2015)



กรณีตัวอย่าง Quality-based cost saving

ประเด็นที่เป็นจุดเน้น	ประชากรเป้าหมาย	อุบัติการณ์หรือความชุก	ต้นทุนต่อหน่วย	ประมาณการค่าใช้จ่าย ('000)	สัดส่วนที่อาจสามารถหลีกเลี่ยงได้ หากมีแนวทางเหมาะสม	ค่าใช้จ่ายที่อาจประหยัดได้
1. Congestive Heart Failure readmission	ผู้ป่วย CHF ที่รับเข้ารักษาในรพ.	2,705 readmissions	<i>รอผลการวิเคราะห์ข้อมูล</i>	-----	การให้ Intervention (health services) สามารถลดอัตราการรับกลับเข้ารพ.ของผู้ป่วย Heart Failure 11-51%	<i>รอผลการวิเคราะห์ข้อมูล</i>
2. Acute Myocardial Infarction readmission	ผู้ป่วย AMI ที่รับเข้ารักษาในรพ.	1,412 readmissions	<i>รอผลการวิเคราะห์ข้อมูล</i>	-----	การให้ Intervention (health services) สามารถลดอัตราการรับกลับเข้ารพ.ของผู้ป่วย AMI 34%	<i>รอผลการวิเคราะห์ข้อมูล</i>
3. DM readmission	ผู้ป่วย DM ที่รับเข้ารักษาในรพ.	1,495 readmissions	<i>รอผลการวิเคราะห์ข้อมูล</i>	-----	การให้ Intervention (health services) สามารถลดอัตราการรับกลับเข้ารพ.ของผู้ป่วย DM 5%	<i>รอผลการวิเคราะห์ข้อมูล</i>
4. COPD readmission	ผู้ป่วย COPD ที่รับเข้ารักษาในรพ.	4,019 readmissions	<i>รอผลการวิเคราะห์ข้อมูล</i>	-----	การให้ Intervention (health services) สามารถลดอัตราการรับกลับเข้ารพ.ของผู้ป่วย COPD 29%	<i>รอผลการวิเคราะห์ข้อมูล</i>
5. Asthma readmission	ผู้ป่วย Asthma ที่รับเข้ารักษาในรพ.	134 readmissions	<i>รอผลการวิเคราะห์ข้อมูล</i>	-----	การให้ Intervention (health services) สามารถลดอัตราการรับกลับเข้ารพ.ของผู้ป่วย Asthma 54% ลด Cost 53%	<i>รอผลการวิเคราะห์ข้อมูล</i>

กลวิธีในการดำเนินการ



8. สถานการณ์ Preventable Long-term care Complication

- Stroke: > 90% ของภาวะจาก Stroke สามารถป้องกันได้จากมาตรการที่มีประสิทธิผลในการจัดการกับความเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ (Feigin, 2016.)
- Chronic Kidney diseases (CKD): มาตรการที่ดีน่าจะ 50% Reduction in end-stage kidney dis. and death (Franklin, 2015)
- ผู้ป่วย CKD-Chronic dialysis: มาตรการป้องกันที่เหมาะสมสามารถลดผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องบำบัดทดแทนไตได้ 29.1% (Wu, 2009.)
- Multidisciplinary care program has proved its effectiveness in decreasing dialysis incidence, mortality and medical costs. (Hwang, 2010.)

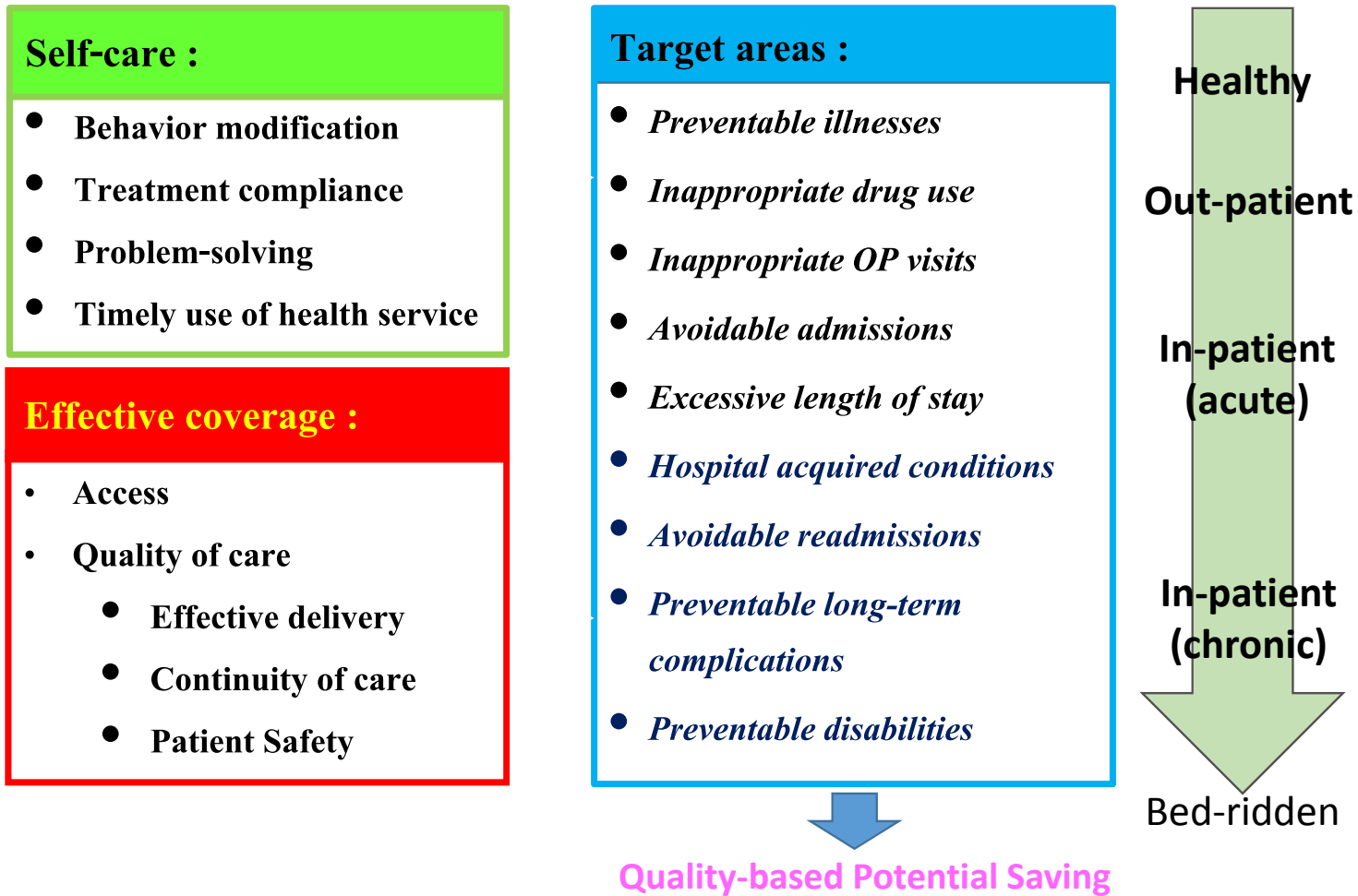
ประเด็นที่เป็นจุดเน้น	ประชากรเป้าหมาย	อุบัติการณ์หรือความชุก	ต้นทุนต่อหน่วย	ประมาณการค่าใช้จ่าย ('000)	สัดส่วนที่อาจสามารถหลีกเลี่ยงได้ หากมีแนวทางเหมาะสม	ค่าใช้จ่ายที่อาจประหยัดได้
Stroke	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด	29,095 admissions	21,479 บาทต่อ IP admission	624,935.2 (exclude LT care)	> 90% ของภาระจาก Stroke สามารถป้องกันได้จากมาตรการที่มีประสิทธิผลในการจัดการกับความเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้	312,467,600 (ประมาณการที่ 50% effectiveness ใน 20 ปี)
Chronic Kidney diseases (CKD)	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยง	26,608 admissions (IP case)	12,187 บาทต่อ IP admission	324,267.2	มาตรการที่ดีน่าจะ 50% Reduction in end-stage kidney dis. and death	162,133,600
	ผู้ป่วย Chronic dialysis รักษาเป็นผู้ป่วยใน	2,613 admissions	38,370 บาท ต่อ admission	100,242.3	มาตรการป้องกันที่เหมาะสมสามารถลดผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องบำบัดทดแทนไตได้ 29.1%	29,170,510
	ผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องบำบัดด้วย Chronic dialysis	<i>จำนวนผู้ป่วย Chronic Dialysis รายใหม่</i>	<i>ไม่มีข้อมูล</i>	<i>ต้องการการศึกษาและประมาณการอย่างเป็นระบบ</i>		
Acute myocardial infarction (AMI)	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจ	<i>จำนวนผู้ป่วย AMI รายใหม่</i>	<i>ไม่มีข้อมูล</i>	<i>ต้องการการศึกษาและประมาณการอย่างเป็นระบบ</i>		

9. สถานการณ์ Preventable disabilities

- ภาวะพิการจากโรคเรื้อรังที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี: DM amputation Team approach เพื่อจัดการแผลที่เท้าใน DM ลดอัตราการตัดเท้าในระยะยาวได้ 62-82% (Moxey , 2011)
- DM retinopathy:
- Elderly bed-ridden:
- ภาวะความพิการหลังการคลอด: CP *5.1% of term CP after NE may be prevented with hypothermia. (Garfinkle, 2015)
- ภาวะพิการจากบาดเจ็บ: การจราจรทางบก, การประกอบอาชีพ

ประเด็นที่เป็นจุดเน้น	ประชากรเป้าหมาย	อุบัติการณ์หรือความชุก	ต้นทุนต่อหน่วย	ประมาณการค่าใช้จ่าย ('000)	สัดส่วนที่อาจสามารถหลีกเลี่ยงได้ หากมีแนวทางเหมาะสม	ค่าใช้จ่ายที่อาจประหยัดได้
ภาวะพิการจากโรคเรื้อรังที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี	DM amputation (18.7ต่อ 10 ⁵)	23,979 ราย ในระยะ 5 ปี	19,687 บาทต่อ IP admission	472,085.7 (เฉพาะค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน)	Team approach เพื่อจัดการแผลที่เท้าใน DM ลดอัตราการตัดเท้าในระยะยาวได้ 62-82%	292.693 ล้านบาท/ปี (ในระยะ5ปี)
	DM retinopathy	722 ราย	16,883 บาทต่อ IP admission	12,184.6 (เฉพาะค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน)
Elderly bed-ridden	ผู้สูงอายุทั้งหมด (14.6ล้านคน)	219,000 1.5 % เป็น ผสอ.ติดเตียง	ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟู และ/หรือค่าผู้ดูแลผสอ.ติดเตียง	ต้องการการศึกษาและประมาณการอย่างเป็นระบบ		
ภาวะความพิการหลังการคลอด	จำนวนเด็กอายุ < 15 ปี ที่เกิดภาวะ Cerebral palsy	191 ราย (เฉพาะ IP case)	15,526 บาทต่อ IP admission	2,960.7 (เฉพาะค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน)	ความปลอดภัยในการคลอด * 5.1% of term CP after NE may be prevented with hypothermia.	151,238/ปี
ภาวะพิการจากภาวะเบาหวาน	การประกอบอาชีพ	1,474 ราย (ปี2557)	ค่าใช้จ่ายในการฟื้นฟู และค่าดูแล	ต้องการการศึกษาและประมาณการอย่างเป็นระบบ		
	การจราจรทางบก	บาดเจ็บ(admit) 107,123 คน/ปี2557				

กลวิธีในการดำเนินการ



บูรณาการประเด็นการปฏิรูปและขับเคลื่อนเพื่อความยั่งยืนด้านการคลังสุขภาพ โดยการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของระบบการดูแลสุขภาพ

ประเด็นย่อยของการขับเคลื่อนและปฏิรูปฯ	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. กลุ่มโรคที่ป้องกันได้ (Preventable illnesses) ที่เป็นภาระทางการเงินต่อระบบหลักประกันสุขภาพ : โรคที่ป้องกันด้วยวัคซีน, โรคที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำรงชีวิต, มะเร็งระยะท้ายและคัมค่าในการคัดกรองระยะเริ่มต้น, การบาดเจ็บ	X								
2. ความสมเหตุสมผลของการใช้ยา (Rational drug use) : การใช้ยาปฏิชีวนะ, การป้องกันเชื้อดื้อยา, การใช้ยาแก้ปวด, การครอบครองยาเกินกว่าปริมาณใช้จริง		X							
3. การจัดการโรคเรื้อรัง (Chronic disease management) ตลอดห่วงโซ่ของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนระยะยาว : เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, หัวใจวาย, โรคหลอดเลือดสมอง, ปอดอุดกั้นเรื้อรัง, หอบหืด	X		X	X			X	X	X
4. ความเหมาะสมของการใช้บริการสุขภาพ (Appropriate use of health services) : การใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ รพ.ตติยภูมิโดยไม่ได้นัดหมาย, การใช้บริการห้องฉุกเฉิน, การนอนเป็นผู้ป่วยในของรพ.นานเกินจำเป็น, การใช้เตียง ICU			X		X				
5. การป้องกันเหตุการณ์หรือกรณีไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล (Hospital acquired conditions) : การติดเชื้อในโรงพยาบาล, เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากยา						X			
6. การป้องกันภาวะพิการ (Preventable disabilities) ที่เป็นภาระระยะยาวต่อระบบหลักประกันสุขภาพ									X

แนวทางของการพัฒนาข้อเสนอ

มาตรการเพื่อจัดการโอกาสพัฒนา ด้านประสิทธิภาพ ?		ความเพียงพอของข้อมูล สถิติที่แสดงสถานการณ์ หรือต้นแบบของการทำงาน สำหรับการตัดสินใจ	
		ไม่เพียงพอ	เพียงพอ
หลักฐาน ทางวิชาการ จาก ตปท. และ/หรือ ความเห็น ร่วมทาง นโยบาย	มีแต่ไม่ เพียงพอ	<ul style="list-style-type: none"> ศึกษาทางระดับวิทยาในประเทศไทย 	<ul style="list-style-type: none"> แผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนา นวัตกรรมต้นแบบ ประเมิน อย่างรอบด้าน และขยายผล
	เพียงพอ ที่บ่งชี้ว่า สำคัญ	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบเฝ้าระวังทาง ระดับวิทยา / ระบบ ฐานข้อมูลสุขภาพ วิจัยนาร่อง / ทดลองและ ค้นหาต้นแบบ 	<ul style="list-style-type: none"> ต่อยอด เรียนและรู้ขยายผล พัฒนาระบบข้อมูล ความรู้ และความร่วมมือ สร้างการจัดการเชิงระบบ ประเมินผล และปรับปรุง

1. เพิ่มประสิทธิภาพจากการเพิ่มประสิทธิผลของการป้องกันโรคในกลุ่มโรคที่ป้องกันได้

ประเด็นข้อเสนอ	ค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะประหยัดได้	มาตรการที่แนะนำ
ลดอุบัติการณ์ของ Vaccine preventable diseases ที่การให้วัคซีนมีความคุ้มค่า	2.6 ล้านบาทต่อปี (เฉพาะกรณี ไข้หวัดใหญ่)	มุ่งเน้นความครอบคลุมของการให้ วัคซีนป้องกันโรคที่ได้รับการ ประเมินแล้วว่าคุ้มค่าในคนไทย
ลดอุบัติการณ์ของกลุ่มโรคที่มีปัจจัยเสี่ยง จากวิถีการดำเนินชีวิต: เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	122 ล้านบาทต่อปี (ประมาณ เฉพาะจากการชะลอการเกิดโรคใน กลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ ใน DM,COPD)	การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการสูบบุหรี่
ลดอุบัติการณ์ก่อนวัยอันควร (<70ปี) ของกลุ่มโรคมะเร็งที่สำคัญ ป้องกันได้ และพบบ่อยในประเทศไทย โดยเฉพาะ ในระยะลุกลาม	<i>ข้อมูลในต่างประเทศพบว่า ลด ค่าใช้จ่ายในการรักษาได้ 30-70% เมื่อเปรียบเทียบการรักษาใน Stage1 กับ Stage4</i>	เน้นการให้ความรู้ประชาชนอย่าง ถูกต้อง การคัดกรองที่คุ้มค่า การ เข้าถึงบริการที่รวดเร็ว เพื่อลดการ เกิดมะเร็งขั้นลุกลาม
ลดอุบัติการณ์การบาดเจ็บ โดยเฉพาะ การจราจร การบาดเจ็บในบ้าน และการ บาดเจ็บจากการประกอบอาชีพ	<i>เสนอแนะให้มีการศึกษาด้านระบาด วิทยาและค่าใช้จ่ายในประเทศไทย อย่างเป็นระบบ</i>	จัดทำแผนปฏิบัติการตามรายงาน ผลการศึกษา และพัฒนา ฐานข้อมูลเพื่อติดตามเฝ้าระวัง

2. เพิ่มประสิทธิภาพจากการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

ประเด็นข้อเสนอ	ค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะประหยัดได้	มาตรการที่แนะนำ
ลดปริมาณของการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น ในกรณีการรักษาเป็นผู้ป่วยนอก หรือการดูแลรักษาในระดับปฐมภูมิ	600 ล้านบาทต่อปี (ประมาณการจากข้อมูลในต่างประเทศพบว่าสามารถลดการใช้ที่ไม่เหมาะสมได้อย่างน้อย 15% และประมาณการมูลค่าการใช้ยา 4,000 ล้านบาทต่อปีในไทย)	สนับสนุนและดำเนินการเรื่อง Rational drug use อย่างต่อเนื่องและจริงจังทั้งในภาคบริการและภาคประชาชน
ป้องกันอุบัติการณ์ของการเกิดเชื้อดื้อยา ในกรณีการติดเชื้อในโรงพยาบาล ด้วยสาเหตุมาจากการใช้ยาปฏิชีวนะเกินจำเป็น	578-1,388 ล้านบาทต่อปี ในระยะยาว (ประมาณการจากราคาสูตรยาปฏิชีวนะที่ต่ำที่สุด)	ดำเนินการเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม ทั้งในภาคบริการภาคประชาชน อาหารและเกษตร
ลดปริมาณของการใช้ยาแก้ปวดในกลุ่ม Non-opioid analgesic ที่ไม่เหมาะสม	ประหยัดได้หากมีการทดแทนด้วย Conventional NSAIDs ประมาณ 10-88 ล้านบาทต่อปี	สนับสนุนและดำเนินการเรื่อง Rational drug use อย่างต่อเนื่องและจริงจังในภาคบริการ
ลดการครอบครองยา หรือการสั่งยาให้แก่ผู้ป่วยเกินกว่าปริมาณที่มีการใช้จริง	404 ล้านบาทต่อปี	ศึกษาการจัดการที่เหมาะสมสำหรับกรณีผู้ป่วยได้รับยาหลายขนาน (ตั้งแต่ 5 ขนานขึ้นไป)

3. มุ่งเน้นการจัดการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (Chronic disease management)

ประเด็นข้อเสนอ	ค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะประหยัดได้	มาตรการที่แนะนำ
ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการดูแลรักษาที่ยังไม่มีประสิทธิผลเต็มที่ (Sub-optimal care) เพื่อให้เมื่อผู้ป่วยควบคุมโรคได้ดีแล้วจะไม่จำเป็นต้องมาใช้บริการผู้ป่วยนอกเป็นจำนวนครั้งที่มากเกินไปจนเกิดความจำเป็น	<i>ประเมินเบื้องต้นจากการศึกษาในกลุ่ม DM, HT, DLP ที่มาพบแพทย์ > 4 ครั้งต่อปี มี 56-63% เสนอแนะให้มีการศึกษาด้านระบาดวิทยาและค่าใช้จ่ายในประเทศไทย อย่างเป็นระบบ</i>	1.วางแผนดำเนินการตาม ผลการศึกษา และพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อติดตามเฝ้าระวัง 2.วิจัยและพัฒนา นวัตกรรม ประเมินและขยายผลระบบ Chronic care model ที่พบว่ามีประสิทธิผล

3. มุ่งเน้นการจัดการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (Chronic disease management)

ประเด็นข้อเสนอ	ค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะประหยัดได้	มาตรการที่แนะนำ
ลดการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล ในกรณีที่สามารถป้องกันได้ด้วยประสิทธิผลของการดูแลในระดับปฐมภูมิ:	<i>ข้อมูลต่างประเทศพบว่า การดูแลที่มีประสิทธิผลสามารถลดการนอนโรงพยาบาลได้ 13-64% และลดจำนวนวันนอนได้ 41-57%</i>	1.ศึกษาวิจัย ประเมินและขยายผลต่อยอดเพื่อพัฒนาประสิทธิผลและความต่อเนื่องของการดูแลระดับปฐมภูมิ ตลอดจนสมรรถนะของการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านของผู้ป่วยในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังที่สำคัญ ทั้งระบบ 2.กำหนดตัววัดเชิงผลลัพธ์ (ACSC admission) ในฐานะข้อมูลเพื่อการบริหาร Service plan ของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงบูรณาการกลไกการจ่ายเงิน P4P ในหลักประกันสุขภาพทุกระบบ
(1) เบาหวาน	132.2 ล้านบาทต่อปี	
(2) ความดันโลหิตสูง	0.35 ล้านบาทต่อปี (รอกทบทวนตัวเลข)	
(3) ภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure)	40.9 ล้านบาทต่อปี	
(4) โรคปอดอุดตันเรื้อรัง	24.1 ล้านบาทต่อปี	
(5) โรคหอบหืดในผู้ใหญ่	4.6 ล้านบาทต่อปี	
(6) โรคหอบหืดในเด็ก	3.3 ล้านบาทต่อปี	

3. มุ่งเน้นการจัดการการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (Chronic disease management)

ประเด็นข้อเสนอ	ค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะประหยัดได้	มาตรการที่แนะนำ
ลดอุบัติการณ์ของการรับผู้ป่วยในด้วยโรคหรือภาวะที่เป็นภาวะแทรกซ้อนของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระยะยาวเนื่องจากไม่สามารถควบคุมโรคเรื้อรังเหล่านั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (1) Stroke	312.5 ล้านบาทต่อปี (ประมาณการประสิทธิผลของมาตรการ 50% ภายใน 20ปี)	มุ่งเน้นประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยภาวะหรือโรคเรื้อรังที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิด Stroke เช่น ความดันโลหิตสูง, การสูบบุหรี่, โรคหัวใจที่ใช้ Warfarin
(2) Chronic Kidney Diseases (CKD) - การรักษาเป็นผู้ป่วยใน - การบำบัดด้วย Chronic dialysis (เฉลี่ย 129.50ต่อหัวประชากร)	2,900 ล้านบาทต่อปี ภายใน 20ปี <i>(ข้อมูลจากต่างประเทศพบว่า มาตรการป้องกันที่เหมาะสม สามารถลดผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องบำบัดทดแทนไตได้ 29.1%)</i>	ประเมิน ต่อยอดและขยายผล Chronic care model เพื่อการป้องกัน CKD อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
(3) Acute myocardial infarction(AMI)	<i>เสนอแนะให้มีการศึกษาต้นทุน-ผลได้ ของการป้องกัน AMI ในประเทศไทยอย่างเป็นระบบ</i>	จัดทำแผนปฏิบัติการตามรายงานผลการศึกษา และพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อติดตามเฝ้าระวัง

4. ส่งเสริมการใช้บริการสุขภาพด้วยความเหมาะสม

ประเด็นข้อเสนอ	ค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะประหยัดได้	มาตรการที่แนะนำ
ลดการใช้บริการระดับตติยภูมิที่เกินจำเป็น	<i>ตัวอย่างกรณีศึกษาในต่างประเทศ ในผู้ป่วย ENT พบว่า Intervention ที่เหมาะสม ลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็นได้ 15%</i>	จัดทำแผนปฏิบัติการตามรายงานผลการศึกษา และพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อติดตามเฝ้าระวัง
หลีกเลี่ยงใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินที่ไม่เหมาะสม (ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี, ผู้ป่วยที่รถฉุกเฉินนำส่ง, ผู้ป่วยทั่วไปที่มาใช้บริการโดยไม่นัดหมาย)	<i>เสนอแนะให้มีการศึกษาด้านระบาดวิทยาและค่าใช้จ่ายในประเทศไทยอย่างเป็นระบบ</i>	จัดทำแผนปฏิบัติการตามรายงานผลการศึกษา และพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อติดตามเฝ้าระวัง

4. ส่งเสริมการใช้บริการสุขภาพด้วยความเหมาะสม

ประเด็นข้อเสนอ	ค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะประหยัดได้	มาตรการที่แนะนำ
<p>ลดจำนวนวันนอนของผู้ป่วยในที่เกินจำเป็นในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ</p> <p>(ค่าเฉลี่ยของ ร้อยละที่มีการนอนรักษาตัวใน รพ.ที่มีระยะเวลาเกินกว่า 30 วัน (2554-2558) CS=2.36%; SS=0.95%; UC=1.07%)</p>	<p><i>เสนอแนะให้มีการศึกษาวิจัยสาเหตุและความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่า 30 วัน และค่าใช้จ่ายที่อาจประหยัดได้จากการใช้ทางเลือกอื่นทดแทนในกรณีที่ไม่มีข้อบ่งชี้ที่จำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล</i></p>	<p>กำหนดมาตรการตามผลการวิจัยกรณีศึกษาในต่างประเทศพบว่า Intervention ที่เหมาะสมสามารถลดวันนอนโรงพยาบาลลงได้อย่างมีนัยสำคัญ</p>
<p>ศึกษาและปรับปรุงความเหมาะสมของการใช้เตียงในหอผู้ป่วยวิกฤติ</p> <p>(การศึกษาใน 9 รพ.มหาวิทยาลัย พบการใช้เตียง ICU ที่หลีกเลี่ยงได้ประมาณ 1.3% ใน Surgical ICU)</p>	<p><i>เสนอแนะให้มีการศึกษาวิจัยทางระบาดวิทยา สาเหตุและความจำเป็นทางสุขภาพของผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤติของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบ</i></p>	<p>พัฒนาและเผยแพร่แนวทางในการส่งเสริมการใช้ ICU อย่างเหมาะสม การเตรียมความพร้อมของบุคลากรเฉพาะทาง ร่วมกับระบบการติดตามประเมินความเหมาะสมของการใช้เตียง ICU</p>

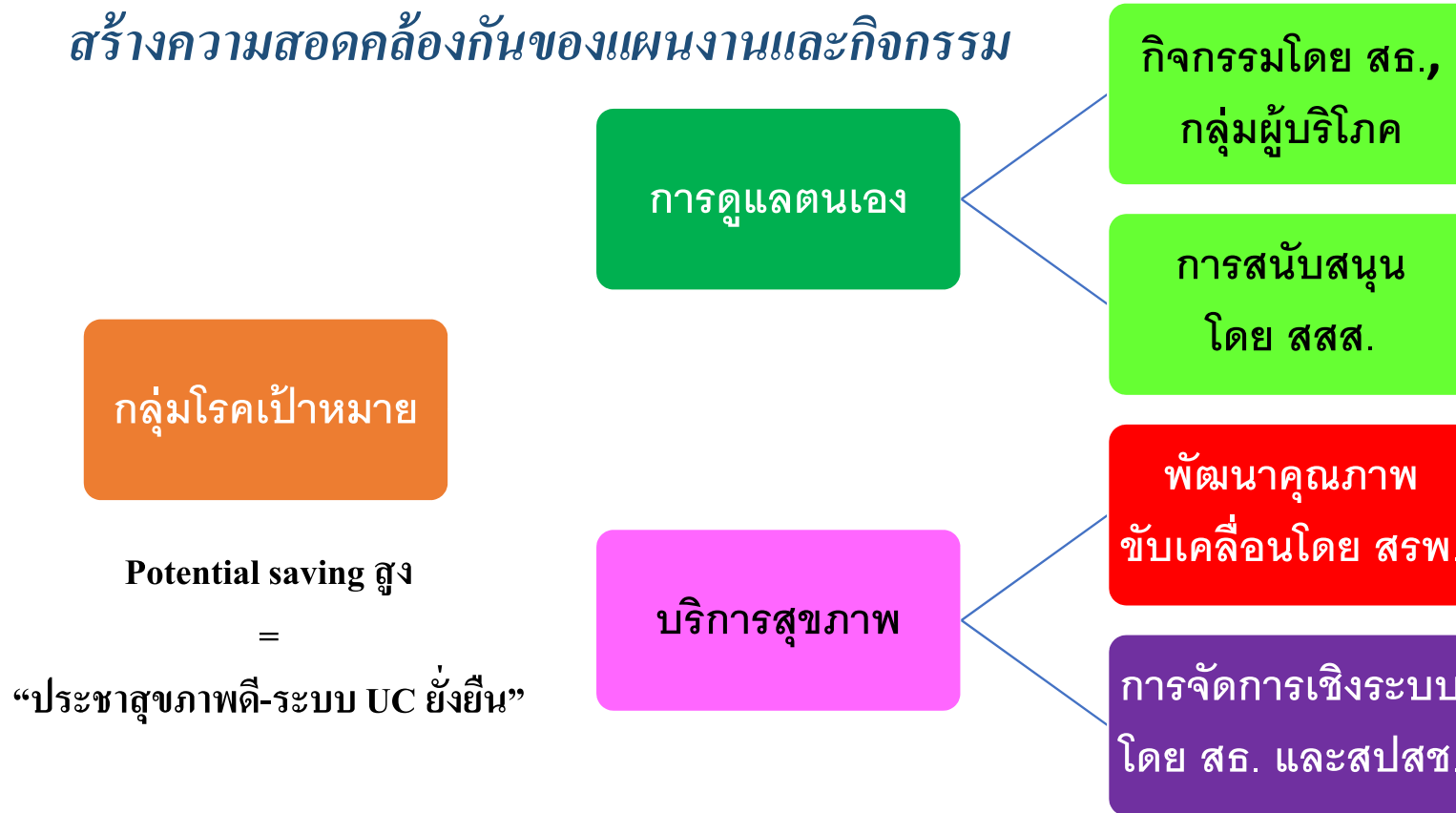
5. ป้องกันเหตุการณ์หรือกรณีที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างพักการรักษาตัวในโรงพยาบาล (Hospital-acquired conditions)

ประเด็นข้อเสนอ	ค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะประหยัดได้	มาตรการที่แนะนำ
ลดอุบัติการณ์ของการเกิดการติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลสุขภาพ (Healthcare associated infections)	285.9 ล้านบาทต่อปี (เป้าหมายลดอุบัติการณ์ให้ได้อ้อยละ 1 จากอัตราเดิมร้อยละ 6.9 ของจำนวนครั้งการรักษาเป็นผู้ป่วยใน)	ให้มีการวิจัย พัฒนาและปรับปรุง การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และจริงจัง เพื่อลดการติดเชื้อในโรงพยาบาล
ภาวะที่ไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug event, ADE)	<i>ข้อมูลในต่างประเทศพบว่า ADE ทำให้เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในการดูแลรักษาพยาบาล และการใช้ Intervention ที่ได้ผล สามารถลด prevalence ของ ADE ได้ 14%</i>	ศึกษา เลือกลงและพัฒนาการ ติดตามตัววัดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ เพื่อกำหนดแผนงานในการบริหารจัดการเพื่อลดค่าใช้จ่ายในระบบ อันเนื่องมาจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาในลำดับต่อไป

6. ป้องกันภาวะพิการ (Preventable disabilities) ที่เป็นภาระระยะยาวต่อระบบหลักประกันสุขภาพ

ประเด็นข้อเสนอ	ค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะประหยัดได้	มาตรการที่แนะนำ
ลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะพิการที่สามารถป้องกันได้ และลดอัตราผู้ป่วยพิการติดเตียง (1) ภาวะพิการจากโรคเบาหวาน	DM amputation 292.3 ล้านใน ระยะ 5 ปี <i>และศึกษาเพิ่มเติมกรณี Diabetic retinopathy</i>	ปรับปรุงประสิทธิผลของการควบคุมน้ำตาลในระยะยาว ผ่านแนวทางเช่น บูรณาการการดูแล Chronic care model
(2) ผู้ป่วยติดเตียงภายหลังการเกิด Stroke	ข้อมูลในต่างประเทศพบว่า มาตรการที่เหมาะสมสามารถลดค่าใช้จ่ายได้ 4-30%	1.ขยายผล Stroke fast-track 2.ศึกษาวิจัยมาตรการป้องกันการเกิด Stroke การวางเครือข่ายการส่งต่อและศูนย์การรักษา และการลดความพิการจาก Stroke
(3) ภาวะพิการหลังการคลอด	เฉพาะค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน ประมาณปีละ 2.9 ล้านบาท	ปรับปรุงเครือข่ายการดูแลหญิงตั้งครรภ์และการคลอด ร่วมกับรณรงค์การตั้งครรภ์เมื่อพร้อม
(4) ภาวะพิการจากการบาดเจ็บ - กรณีการจราจรทางบก - กรณีการประกอบอาชีพ	<i>เสนอแนะให้ขยายผลการศึกษา ด้านระบาดวิทยาและค่าใช้จ่ายในประเทศไทยอย่างเป็นระบบ</i>	จัดทำแผนปฏิบัติการตามรายงานผลการศึกษา และพัฒนาฐานข้อมูลเพื่อติดตามเฝ้าระวัง

ขับเคลื่อนสุขภาพ คุณภาพ และประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากร ในระบบหลักประกันสุขภาพไปด้วยกัน ตามหลัก “ประชารัฐ”



แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น...

