

นโยบายด้านการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วย และ ผู้ให้บริการ

พญ.ฉันทนา หมอกเจริญพงศ์(แทน)

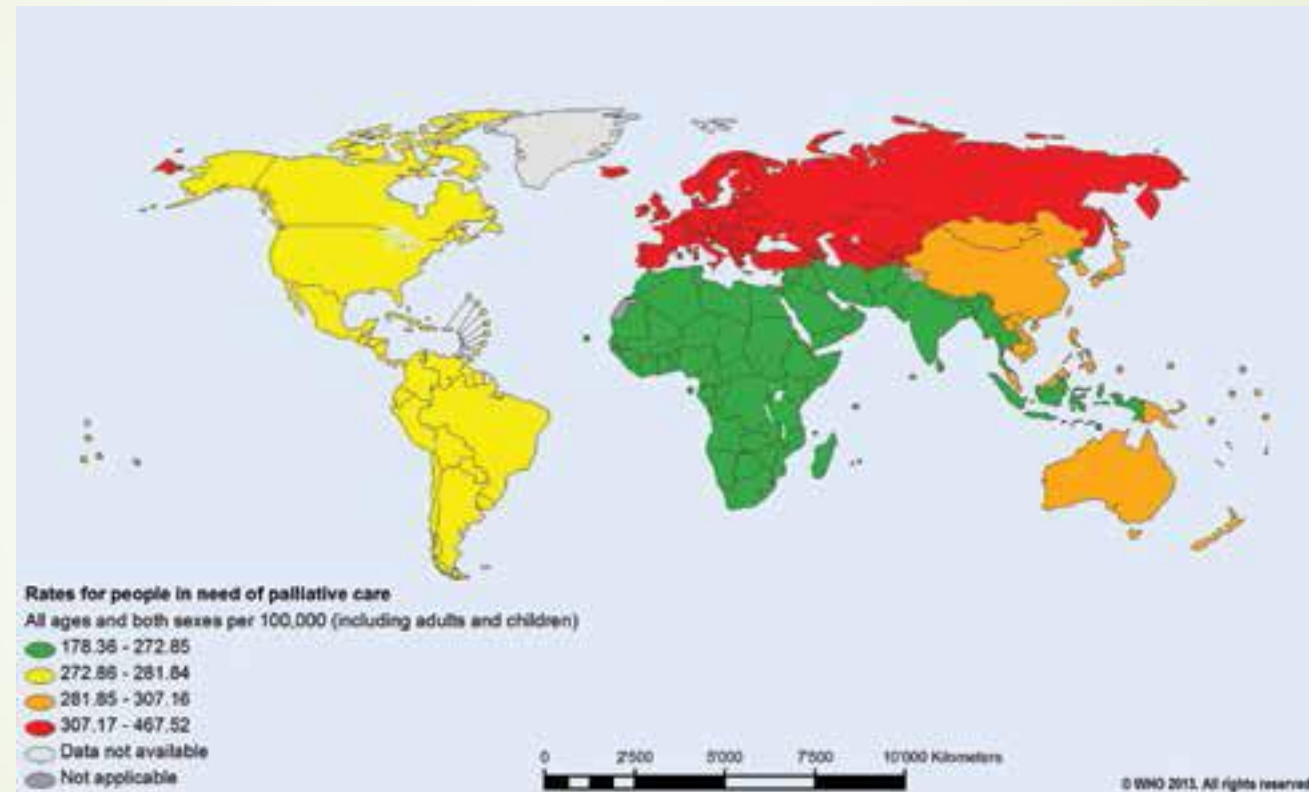
คณะกรรมการ **Central Reimbursement**

สาขาการดูแลแบบประคับประคอง

สำนักบริหารการสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

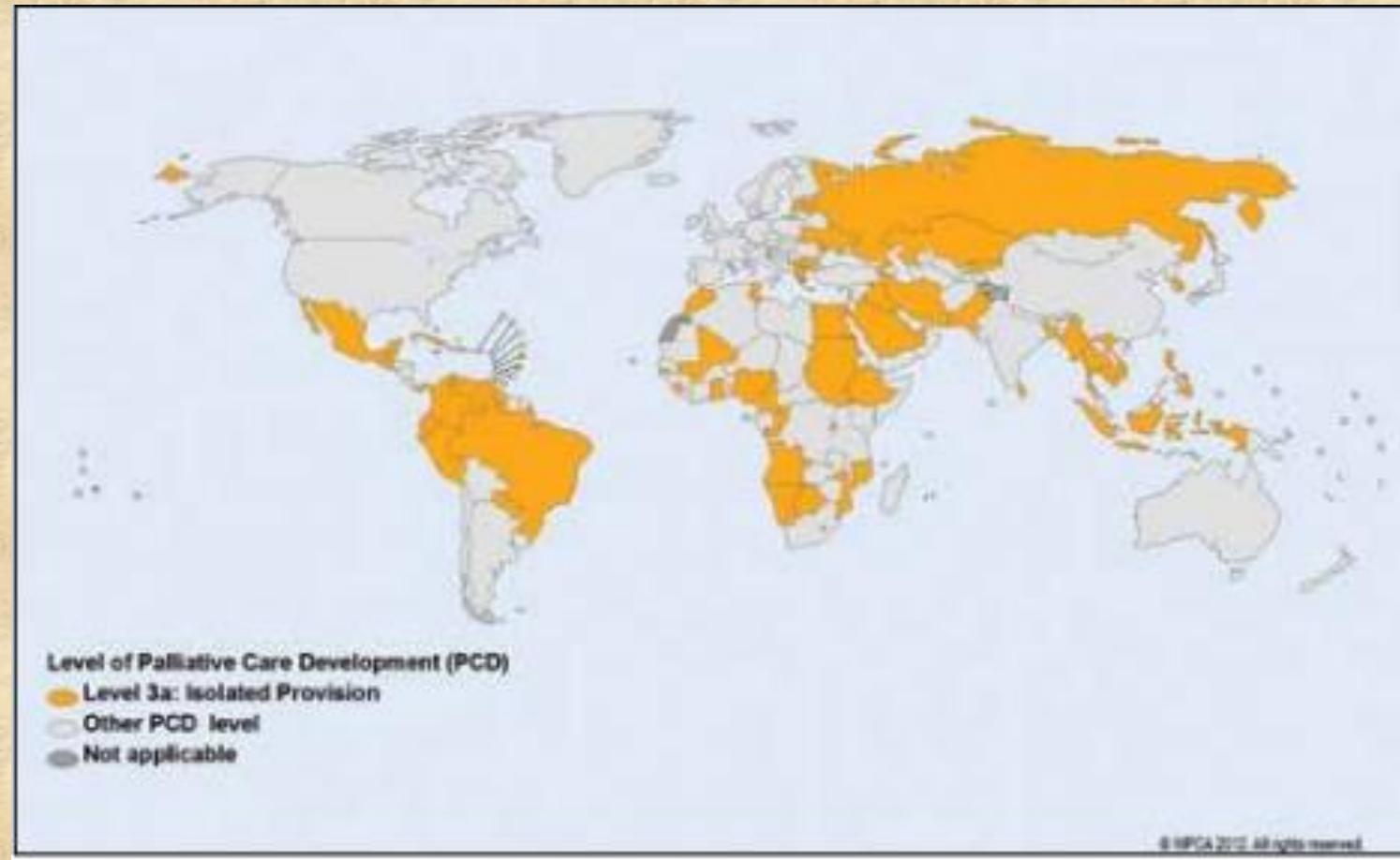
people in need of palliative care at the end of life



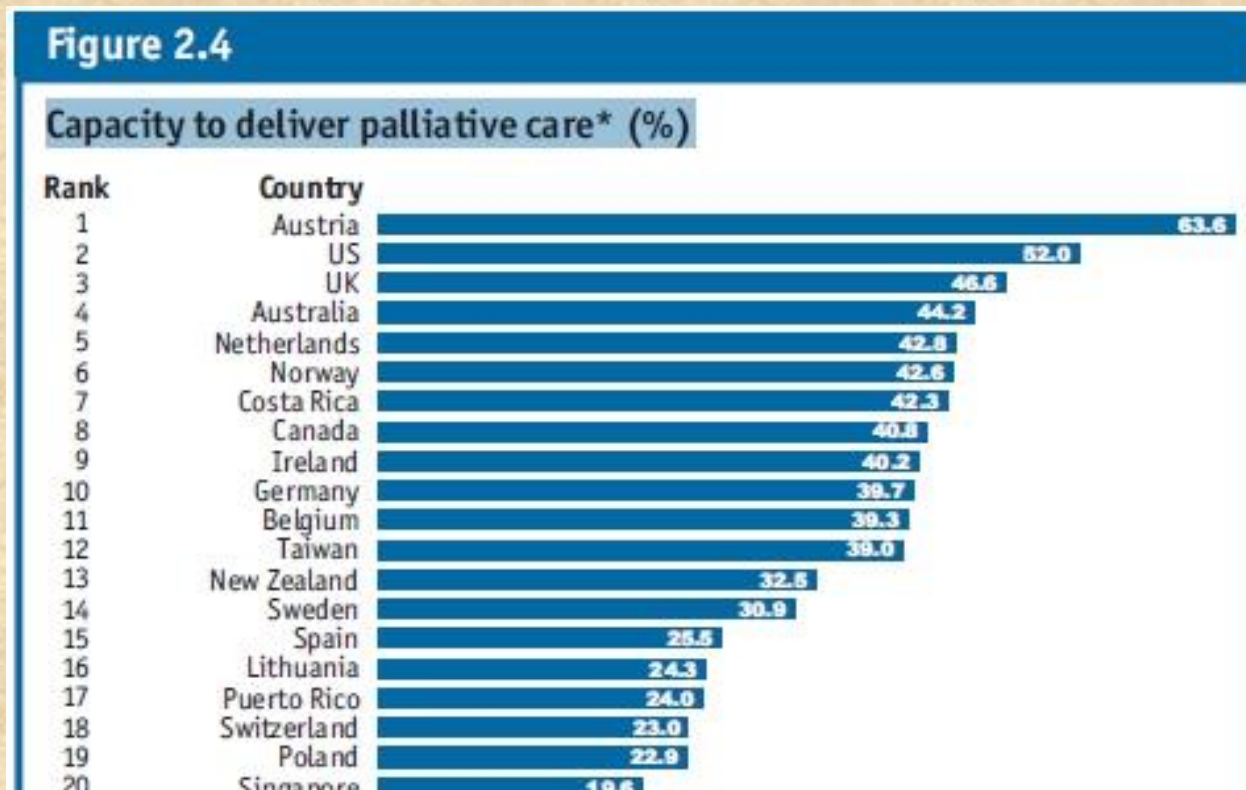
Countries with isolated provision of palliative care (Level 3a)

Group 3a Isolated provision N =74 (31.6%)	ANGOLA (+ from category 1), Armenia, BAHRAIN (+ from category 2), Bangladesh, Barbados, BELIZE (+ from category 2), Bermuda, Botswana, Brazil, BRUNEI (+ from category 2), Bulgaria, Cambodia, Cameroon, Cayman Islands, Colombia, Congo, Cuba, Dominican Republic, Ecuador, Egypt, El Salvador, Estonia, ETHIOPIA (+ from category 2), GHANA (+ from category 2), Gibraltar, Greece, Guadeloupe, Guatemala, Guernsey, Guyana, Indonesia, IRAN (+ from category 2), Iraq, Isle of Man, Jamaica, Jersey, Kazakhstan, Korea (South), KUWAIT (+ from category 2), Kyrgyzstan, Latvia, LEBANON (+ from category 2), LESOTHO (+ from category 2), Macedonia, MALI (+ from category 1), Mexico, Moldova, Morocco, MOZAMBIQUE (+ from category 2), Myanmar, NAMIBIA (+ from category 2), Nigeria, NIUE (+ from category 1), Pakistan, Panama, PARAGUAY (+ from category 2), Peru, Philippines, Reunion, Russia, RWANDA (+ from category 2), SAINT LUCIA (+ from category 2), Saudi Arabia, Sierra Leone, Sri Lanka, SUDAN (+ from category 2), The Gambia, Thailand, Trinidad and Tobago, Tunisia, Ukraine, United Arab Emirates, Venezuela, Vietnam.
--	--

Countries with isolated provision of palliative care (Level 3a)



Capacity to deliver palliative care* (%)

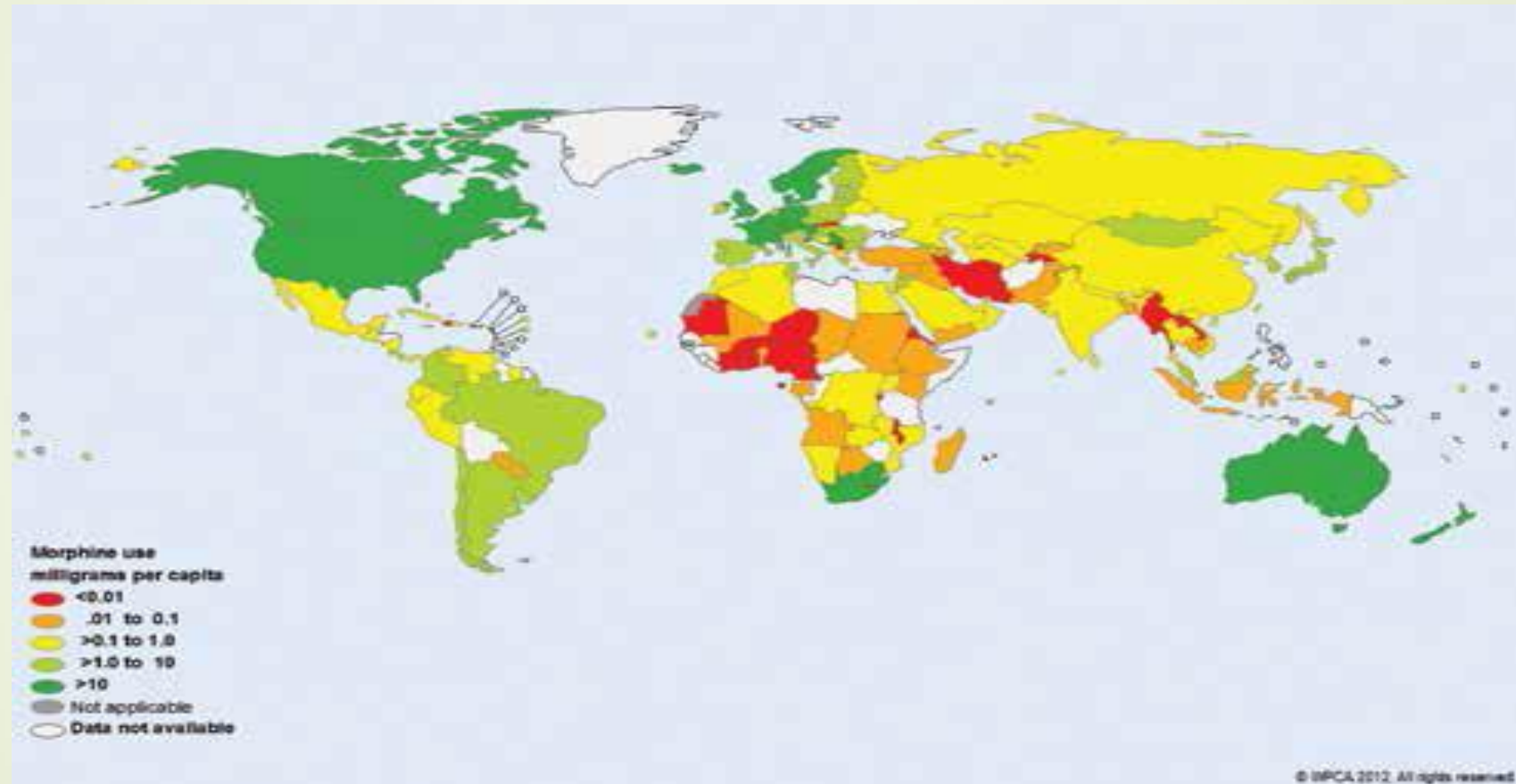


Capacity to deliver palliative care* (%)

55	Kazakhstan	0.7
56	Ecuador	0.6
=57	Cuba	0.5
=57	Turkey	0.5
=57	Saudi Arabia	0.5
=60	India	0.4
=60	Colombia	0.4
=60	Mexico	0.4
=60	Thailand	0.4
=64	China	0.3
=64	Ghana	0.3
=64	Peru	0.3
=64	Brazil	0.3
=64	Iraq	0.3
69	Dominican Republic	0.2
=70	Bangladesh	0.1
=70	Iran	0.1
=70	Sri Lanka	0.1
=70	Myanmar	0.1
=70	Indonesia	0.1
=70	Venezuela	0.1
=70	Vietnam	0.1
=70	Egypt	0.1
=70	Morocco	0.1
=79	Nigeria	0
=79	Ethiopia	0

*This is a proxy indicator to measure the percentage of people who died in a country in one year that would have been able to receive palliative care, given the country's existing resources. Some countries publish statistics on the number of deaths that used palliative care, but data is not uniformly available for all 80 countries in the Index. As an approximation, we use an estimation of the capacity of palliative care services available (i.e. of specialised providers of palliative care, including those that admit patients and provide services at home and in facilities) based on WHPCA data, and divide by the number of deaths in a given year.

Morphine Use



Opioid availability

Figure 5.2: Availability of opioid painkillers

5		4		3		2		1
Freely available and accessible		Available, but access is somewhat restricted by bureaucratic red tape		Not easily available and/or access is restricted through laws and bureaucratic red tape or prejudices		Only available in limited circumstances		Illegal
Argentina	Malaysia	Chile	Turkey	Brazil	Indonesia	Bangladesh	Nigeria	
Australia	Netherlands	Jordan	Uruguay	Bulgaria	Iran	Botswana	Philippines	
Austria	New Zealand	South Africa		China	Mexico	Egypt	Russia	
Belgium	Norway			Colombia	Mongolia	India	Saudi Arabia	
Canada	Poland			Cuba	Morocco	Iraq	Sri Lanka	
Costa Rica	Portugal			Dominican Republic	Panama	Kazakhstan	Tanzania	
Czech Republic	Puerto Rico			Ecuador	Peru	Kenya	Zambia	
Denmark	Singapore			Ethiopia	Romania	Malawi	Zimbabwe	
Finland	Slovakia			Ghana	Thailand	Myanmar		
France	South Korea			Greece	Uganda			
Germany	Spain			Guatemala	Venezuela			
Hong Kong	Sweden			Hungary	Vietnam			
Ireland	Switzerland							
Israel	Taiwan							
Italy	UK							
Japan	US							
Lithuania								

Estimated needs for analgesics (morphine)

Selected Asian countries:

	Hypothetical requirement (mg/capita)	Actual consumption (2005; mg/capita)	ratio
Bangladesh	6.4	0.07 (2001)	1.1%
China	8.1	0.35	4.3%
India	8.2	0.08 (2001)	0.9%
Indonesia	7.3	0.02	0.3%
Philippines	5.3	0.23	4.4%
Vietnam	7.2	0.14	1.9%

Source: S. Gelders, W. Scholten, H. Hogerzeil, WHO, 2008
(In preparation)



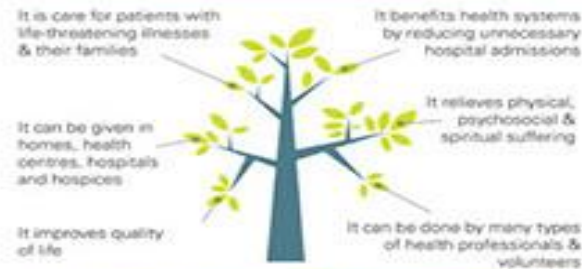
WHY MORPHINE CONSUMPTION IS MONITORED ?

80% of terminal cancer patients and 50% of terminal AIDS patients will require an average of 90 days of pain treatment with 60 mg to 75 mg of morphine per day**

****Foley KM, Wagner JL, Joranson DE, Gelband H: Pain control for people with cancer and AIDS. Disease Control Priorities in Developing Countries New York: Oxford University Press, 2 2003, 981-994.**

IMPROVING ACCESS TO PALLIATIVE CARE

WHAT IS PALLIATIVE CARE ?

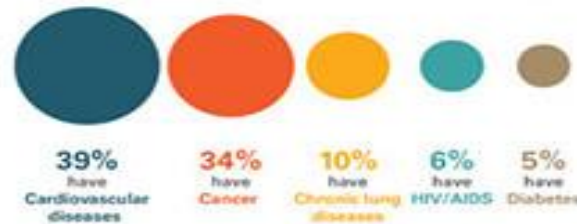


WHEN IS PALLIATIVE CARE NEEDED ?



WHO NEEDS IT ?

Of the **40 million** people who need palliative care each year:



WHAT ARE THE GAPS ?



WHAT ARE THE BARRIERS ?



WHAT CAN COUNTRIES DO?

Implement the 2014 World Health Assembly Resolution 67.19 on palliative care, by:

INTEGRATING PALLIATIVE CARE INTO NATIONAL HEALTH POLICIES



Revise laws & processes to improve access to opioid pain relief



Include palliative care in the training for health workers



Provide palliative care services, including through primary health care centres and homes

WHO NEEDS IT ?

Of the **40 million** people who need palliative care each year:



39%
have
Cardiovascular
diseases



34%
have
Cancer



10%
have
Chronic lung
diseases



6%
have
HIV/AIDS



5%
have
Diabetes

WHAT ARE THE GAPS ?



86%

of people who need
palliative care do not
receive it



83%

of the world's
population lack
access to pain relief



98%

of children needing
palliative care live in
low and middle
income countries

What are the barriers ?



Poor public awareness of
how palliative care can help



Cultural & social barriers, such
as beliefs about pain and dying



Insufficient skills and
capacities of health workers



Overly restrictive regulations
for opioid pain relief

**Implement the 2014 World Health Assembly
Resolution 67.19 on palliative care, by:**

**INTEGRATING PALLIATIVE CARE
INTO NATIONAL HEALTH POLICIES**



What can country do ?



Revise laws & processes to improve access to opioid pain relief



Include palliative care in the training for health workers



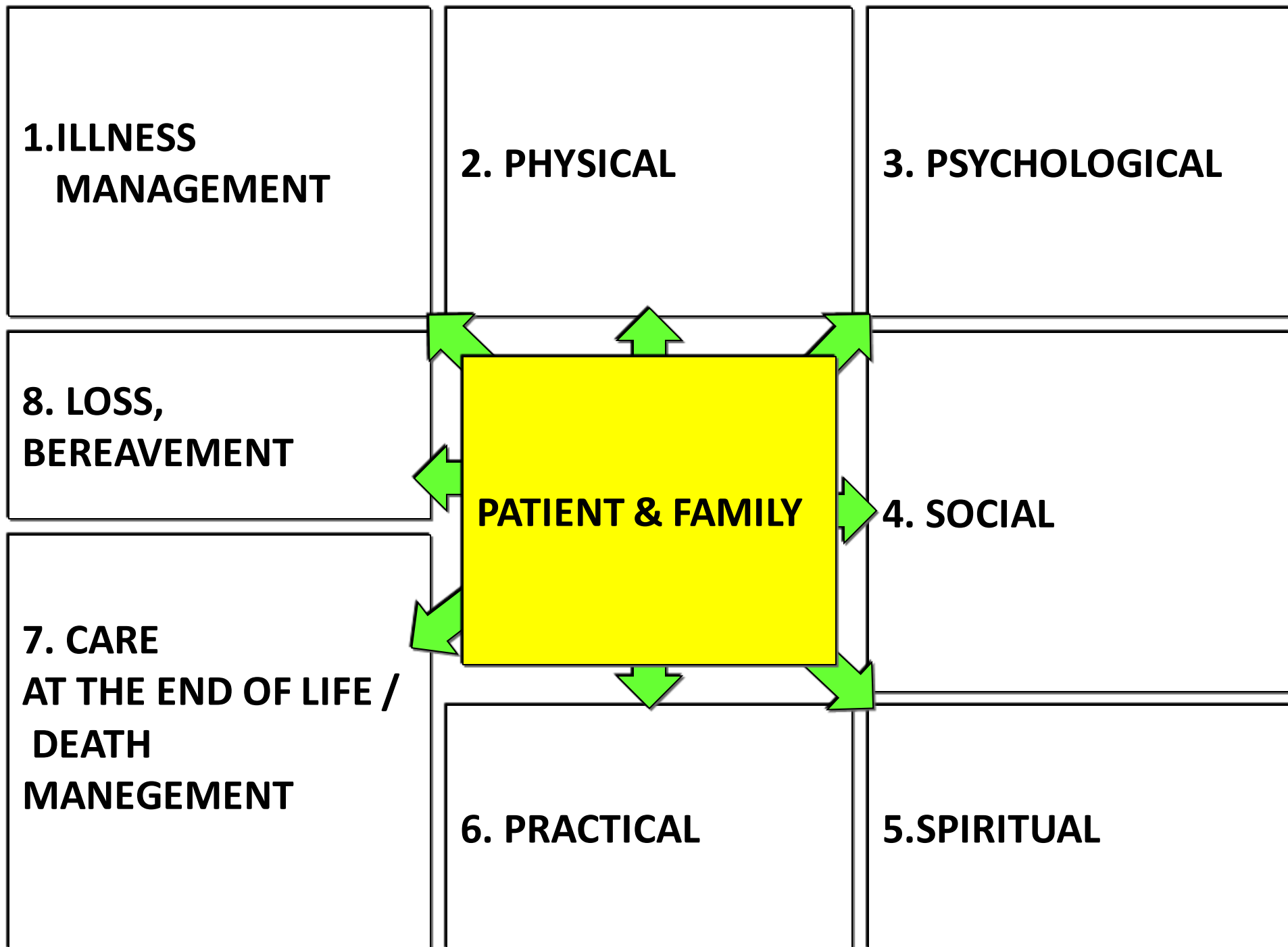
Provide palliative care services, including through primary health care centres and homes

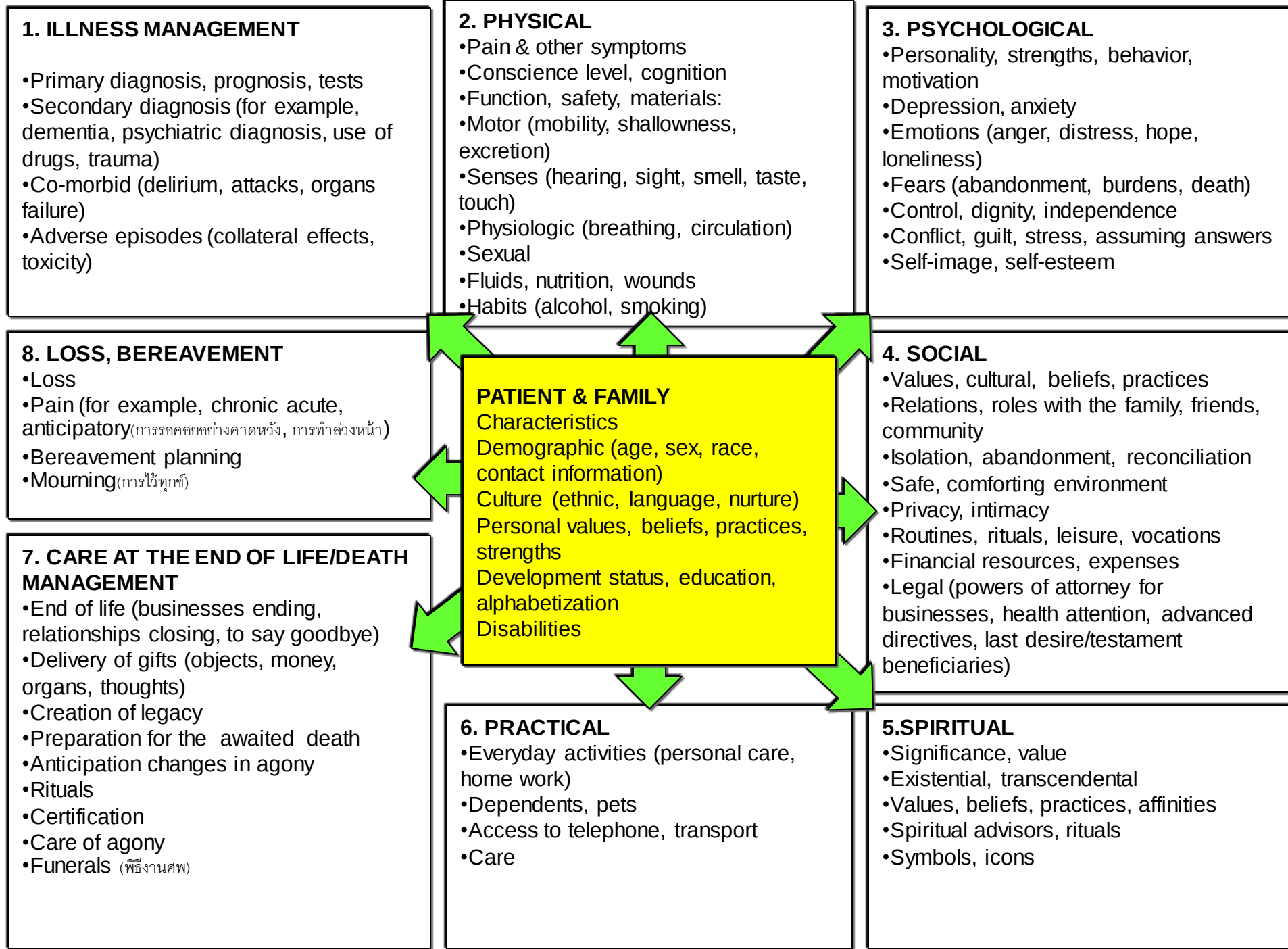


Old people with chronic and
advance disease....

Young people with advance [disease....](#)







คณะกรรมการพัฒนาประสิทธิภาพการจัดบริการกรณีเฉพาะ (Central Reimbursement) ส.ค. 2559 โดยกระทรวงสาธารณสุข

- **หลักเกณฑ์ เงื่อนไขการกำหนดรายการบริการกรณีเฉพาะ**
- **หลักการ** คือ ใช้กับบริการที่การจ่ายเงินในระบบปกติจะส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ หรือผู้ให้บริการต้องรับภาระค่าใช้จ่ายสูง ความเป็นธรรมและประสิทธิภาพของระบบหลักประกันสุขภาพ จึงแยกกบประมาณเพื่อบริหารจัดการเป็นการเฉพาะในภาพรวมระดับประเทศ
- **โดยมีหลักเกณฑ์กำหนดรายการบริการกรณีเฉพาะ ดังนี้**
 1. การรวมความเสี่ยง (Risk pooling) เพื่อประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ
 2. ประสิทธิภาพในการจัดการทรัพยากร (Central Bargaining and / or Central procurement)
 3. ประกันการได้รับบริการที่มีความจำเป็นบางรายการ เช่น การบริการเจ็บป่วยฉุกเฉินนอกเครือข่าย หรือบริการที่เป็นนโยบายสำคัญ
 4. ให้คำนึงถึงความแตกต่างของปัญหาในระดับพื้นที่ประเด็นที่ต้องดำเนินการใน CR



โดยที่ต้องคำนึงถึงด้านต่างๆดังนี้

1. มาตรฐานหรือแนวทางเวชปฏิบัติในการรักษา (CPG) ที่ราชวิทยาลัย/สมาคมวิชาชีพรับรอง และการมีส่วนร่วมจากทุกหน่วยงานทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่
2. แนวทางปฏิบัติเพื่อการบริการจัดการ/เพื่อการให้บริการ (Protocol)
3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ รองรับข้อมูลการบริการ ข้อมูลการจ่ายชดเชย และการรายงานผล
4. ระบบ Monitoring and Evaluation กำกับติดตาม คุณภาพมาตรฐานการให้บริการ วิเคราะห์ผลการดำเนินการ เพื่อกลับเข้าสู่ระบบการเบิกจ่ายปกติ



การดำเนินงานและบริการจัดการ

1. คุณสมบัติ/ศักยภาพหน่วยบริการที่จะให้บริการ
2. ขอบเขตและเป้าหมายของผู้มีสิทธิเข้ารับบริการ
3. แนวทางและเงื่อนไขการให้บริการ(ข้อบ่งชี้ ข้อห้าม)
4. กำหนดอัตรา และวิธีการรับค่าใช้จ่าย (ค่ารักษา ค่าอุปกรณ์ การส่งข้อมูลบริการ การอุดหนุน)
5. การกำกับติดตามคุณภาพบริการ (Audit)
6. กรณีจำเป็นอาจกำหนดให้มี pre authorize/registry



บริการกรณีเฉพาะในปีงบประมาณ 2560 มี 5 กลุ่ม

1. กรณีปกป้องการได้รับบริการนอกเครือข่ายกรณีจำเป็น
2. กรณีเพิ่มความมั่นใจเรื่องคุณภาพบริการ
3. กรณีเพื่อลดความเสี่ยงด้านการเงินของหน่วยบริการ
4. กรณีจำเป็นต้องกำกับการใช้ยาบริการอย่างใกล้ชิด
5. *กรณีที่ต้องบริการแบบเฉพาะโรค : การดูแลแบบประคับประคอง*

ข้อมูล พ.ศ. 2559 Health Data Center

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	193,306
จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อประชากร (Cardiovascular disease)	172,694
จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	150,677
จำนวนผู้ป่วยโรคไตวาย (RF)	683,290
จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ (AIDs)	481241
จำนวนผู้ป่วยโรค Dementia	936,000
จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม	21,079
จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งปอด	6,946
จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก	8,366

6BB	มาตรการที่1 ระบบการบริการดูแล	มาตรการที่2 ระบบเครือข่ายและการส่งต่อ	มาตรการที่3 ระบบข้อมูล	มาตรการที่4 การพัฒนาศูนย์บริการ
Service Delivery	1. Functional PC Administrative Unit ในทุกระดับการบริการ 2. list of disease and standard of palliative care 3. Hospital to Home Ward อสม.และจิตอาสา 4. พัฒนาระบบ District Health System ให้สามารถรองรับและดูแลผู้ป่วย PC ได้อย่างต่อเนื่องและเต็มรูปแบบ โดยเฉพาะ รพ.สต. 5. PC center for Equipment and facilitator	1. KM Region and National Forum 2. อบรมจิตอาสา/ผู้ดูแลผู้ป่วยpalliative 3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยPC 4. แนวทางการส่งต่อและระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ	พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลให้สอดคล้องกับระบบโรงพยาบาลเชื่อมโยงเครือข่าย	1. จัดทำแผนพัฒนา PC unit และเตรียมความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข 2. มีตำแหน่งนักโภชนาการ นักกายภาพ นักสังคมสงเคราะห์ อสม. อาสาสมัคร มีส่วนร่วมเข้าไปดูแลผู้ป่วย PC อย่างจริงจัง

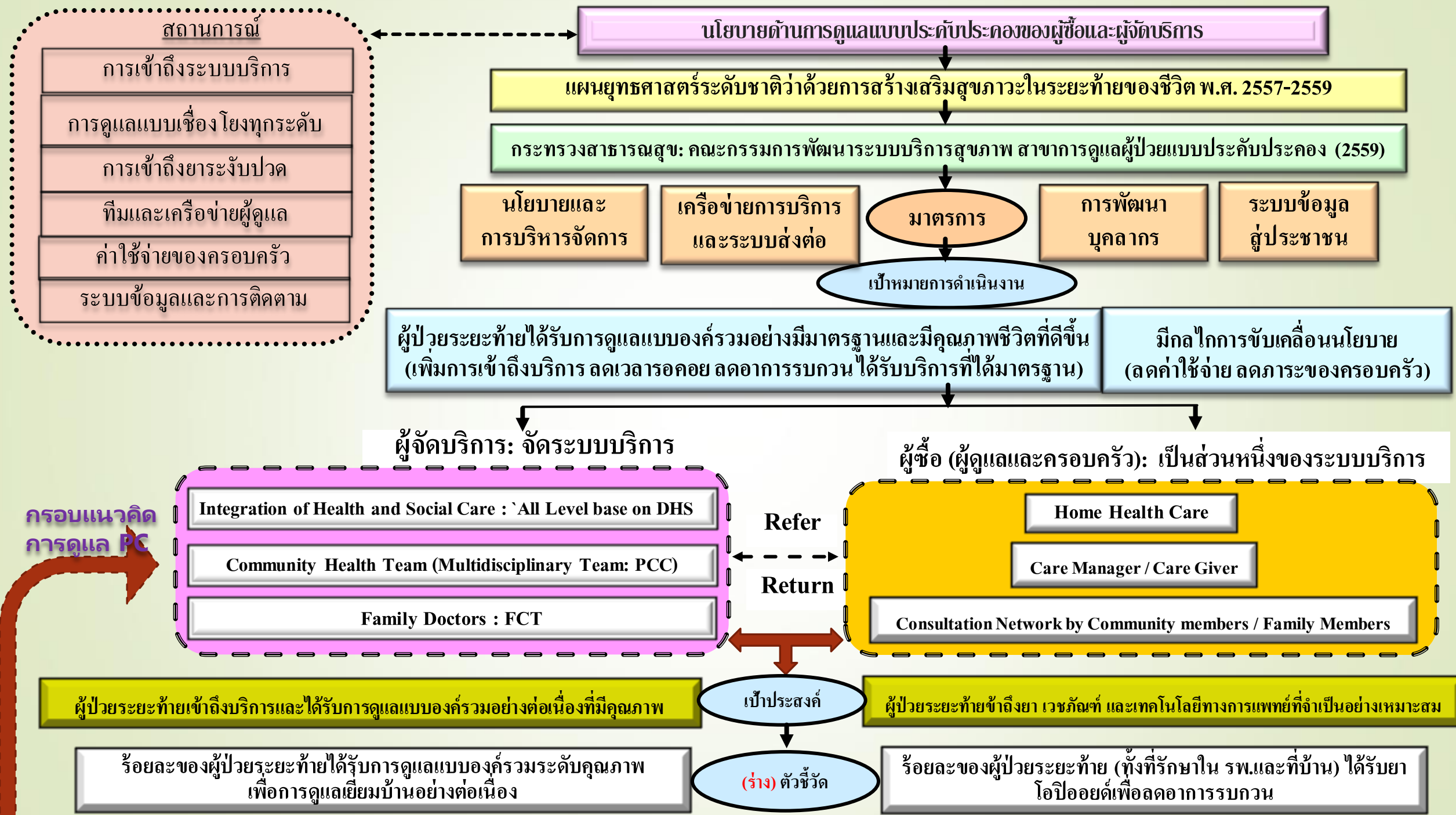
6BB	มาตรการที่1 ระบบการบริการดูแล	มาตรการที่2 ระบบเครือข่ายและการส่งต่อ	มาตรการที่3 ระบบข้อมูล	มาตรการที่4 การพัฒนาศูนย์บริการ
Health workforce	บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้บริการผู้ป่วยPCตามที่กำหนดไว้ในแต่ละระดับการบริการ	1.ระบบการดูแลใน PC unit 2.ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการดูแลต่อเนื่อง	มีการลงข้อมูลด้านการพัฒนาศูนย์บริการด้านPC และข้อมูลระบบการติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วย PC	1. พัฒนาศูนย์บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข(แพทย์พยาบาล สหวิชาชีพ) 2. จัดทำหลักสูตรเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากร PCWN และ Nurse Coordinator 3. พัฒนา Health Volunteer Village for PC 4. ทีม FCT เต็มรูปแบบ 5. Academic training center for PC health care personnel

6BB	มาตรการที่1 ระบบการบริการดูแล	มาตรการที่2 ระบบเครือข่ายและการส่งต่อ	มาตรการที่3 ระบบข้อมูล	มาตรการที่4 การพัฒนาบุคลากร
Information	มีระบบ IT ช่วยในการบันทึกข้อมูลและติดตามประเมินผลการบริการ	มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย 2. หาโมเดลในการพัฒนา PC ของแต่ละเขตบริการ และพัฒนาไปสู่ Best Practice ในแต่ละเขตบริการ	1. บูรณาการข้อมูลกับโรคต่างๆที่เกี่ยวข้อง 2. พัฒนาระบบข้อมูลเพื่อการติดตามและส่งต่อผู้ป่วย 3. มีระบบข้อมูลผู้ป่วย PC ในแต่ละระดับการบริการ 4. Palliative Care Registration ทั้ง Population Base and Hospital Base 5. Palliative Care Survey (every 2 -3 years)	1. มีเจ้าหน้าที่ PCWN, PC nurse manager

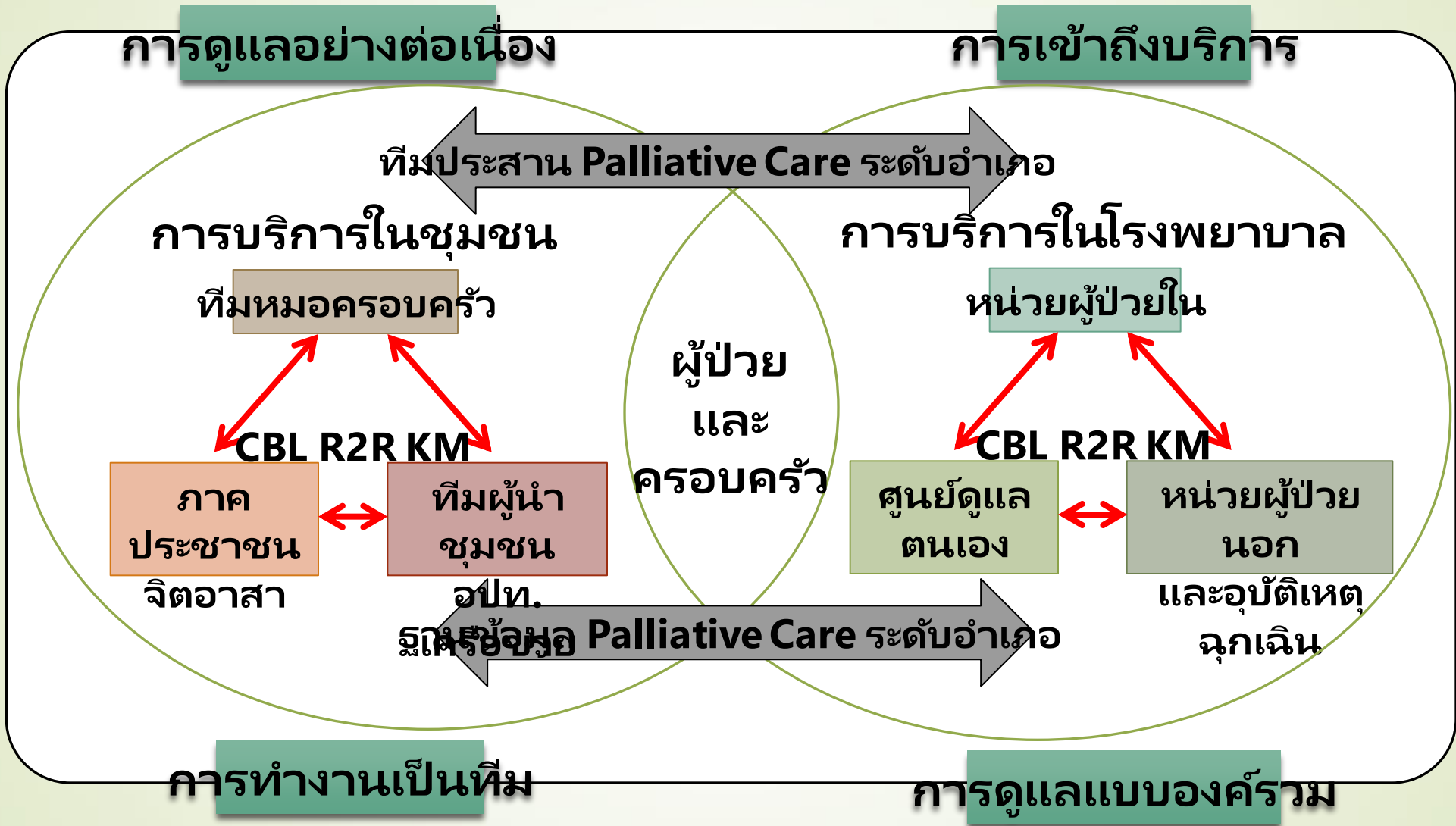
<u>6BB</u>	<u>มาตรการที่1</u> ระบบการบริการ ดูแล	<u>มาตรการที่2</u> ระบบเครือข่ายและ การส่งต่อ	<u>มาตรการที่3</u> ระบบข้อมูล	<u>มาตรการที่4</u> การพัฒนาศักยภาพบุคลากร
Medical implement & Technology	1.การบริหาร จัดการด้านยาเพื่อ การเข้าถึงบริการ (ปรับบัญชียา หลัก)	1.ส่งเสริมความ ร่วมมือด้านทรัพยากร ร่วมกับSP อื่นๆ ที่ เกี่ยวข้อง	1.เชื่อมต่อกับ โปรแกรม Thai Refer	1.ส่งเจ้าหน้าที่ PCWN, PC nurse manager อบรม IT

<u>6BB</u>	<u>มาตรการที่1</u> ระบบการบริการ ดูแล	<u>มาตรการที่2</u> ระบบเครือข่ายและ การส่งต่อ	<u>มาตรการที่3</u> ระบบข้อมูล	<u>มาตรการที่4</u> การพัฒนาศูนย์กลาง
Financing	1. กระทรวง สาธารณสุข, สสส. และสปสช.และ หน่วยงานอื่น เพิ่มเติมได้ตาม ความเหมาะสม	1. กระทรวง สาธารณสุข, สสส. และสปสช.และ หน่วยงานอื่นเพิ่มเติม ได้ตามความ เหมาะสม		1. กระทรวง สาธารณสุข, สสส. และสปสช. และหน่วยงาน อื่นเพิ่มเติมได้ ตามความ เหมาะสม

<u>6BB</u>	<u>มาตรการที่1</u> ระบบการบริการ ดูแล	<u>มาตรการที่2</u> ระบบเครือข่ายและ การส่งต่อ	<u>มาตรการที่3</u> ระบบข้อมูล	<u>มาตรการที่4</u> การพัฒนา บุคลากร
Leadership and Governance	1. ผลักดันให้มี SP PC 2.ปรับปรุง กฎหมายที่ เกี่ยวข้องในเรื่อง ยา 3. National Policy advocacy in PC	1. PCWN ,Nurse manager 2. Palliative Care Center and Regional	1. Palliative Care Data Center for registration	1. คณะกรรมการ National Palliative Care Workforce Task Committee



กรอบแนวคิดการดูแล PC



Cancer Control

Knowledge into Action
WHO Guide for Effective Programmes



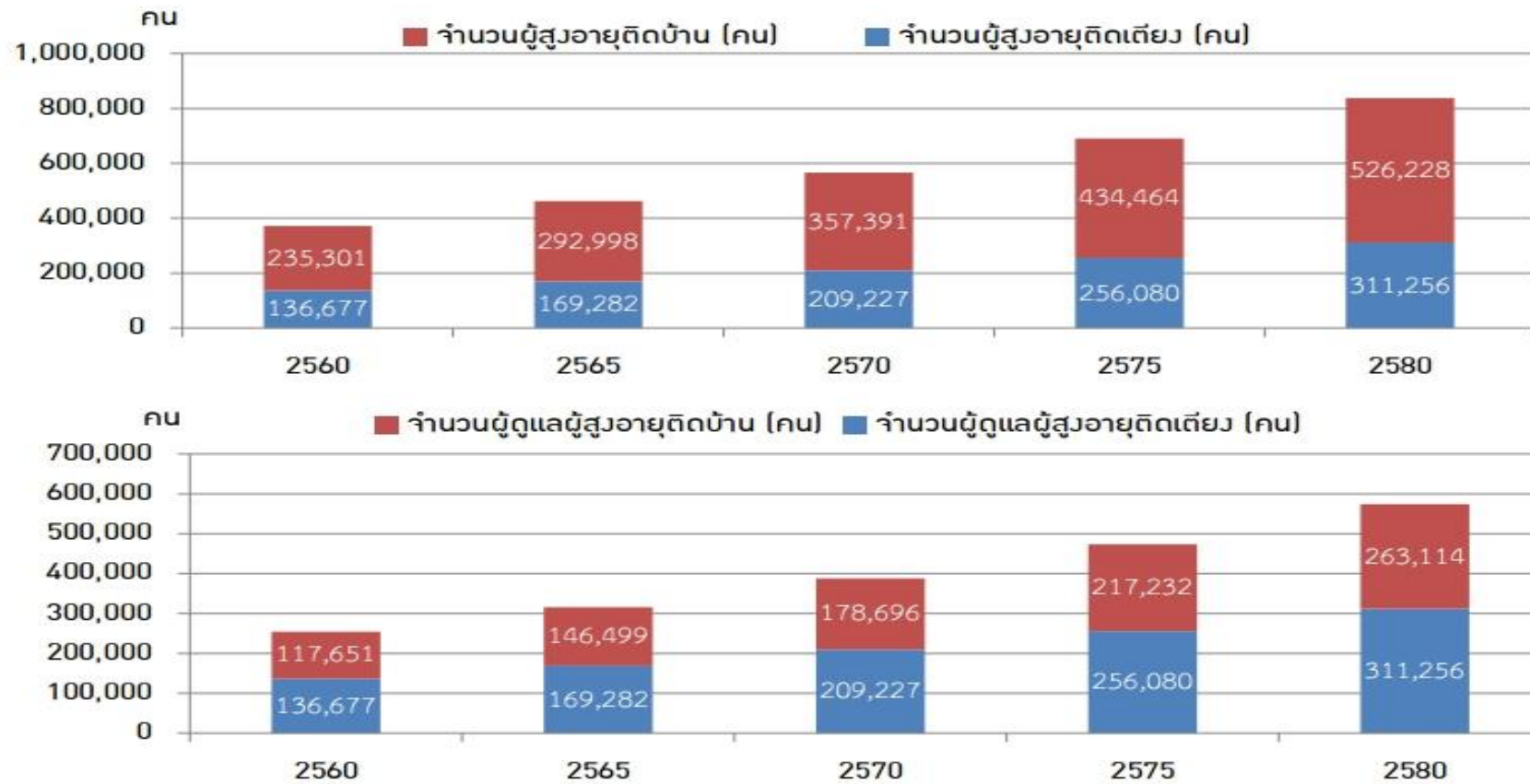
Palliative Care



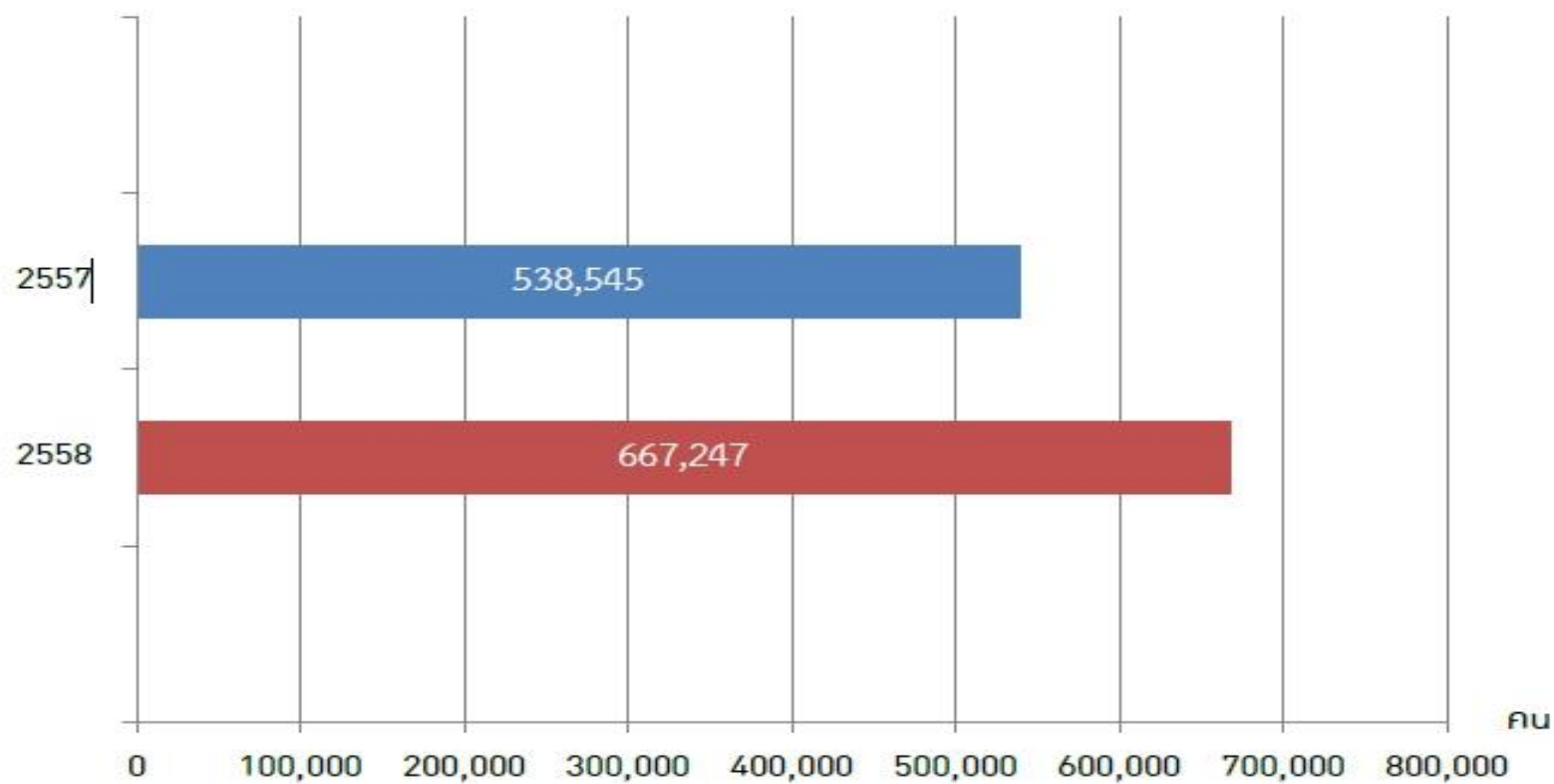
World Health
Organization



ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ส่งผลให้ความต้องการผู้ดูแลเพิ่มขึ้นตาม



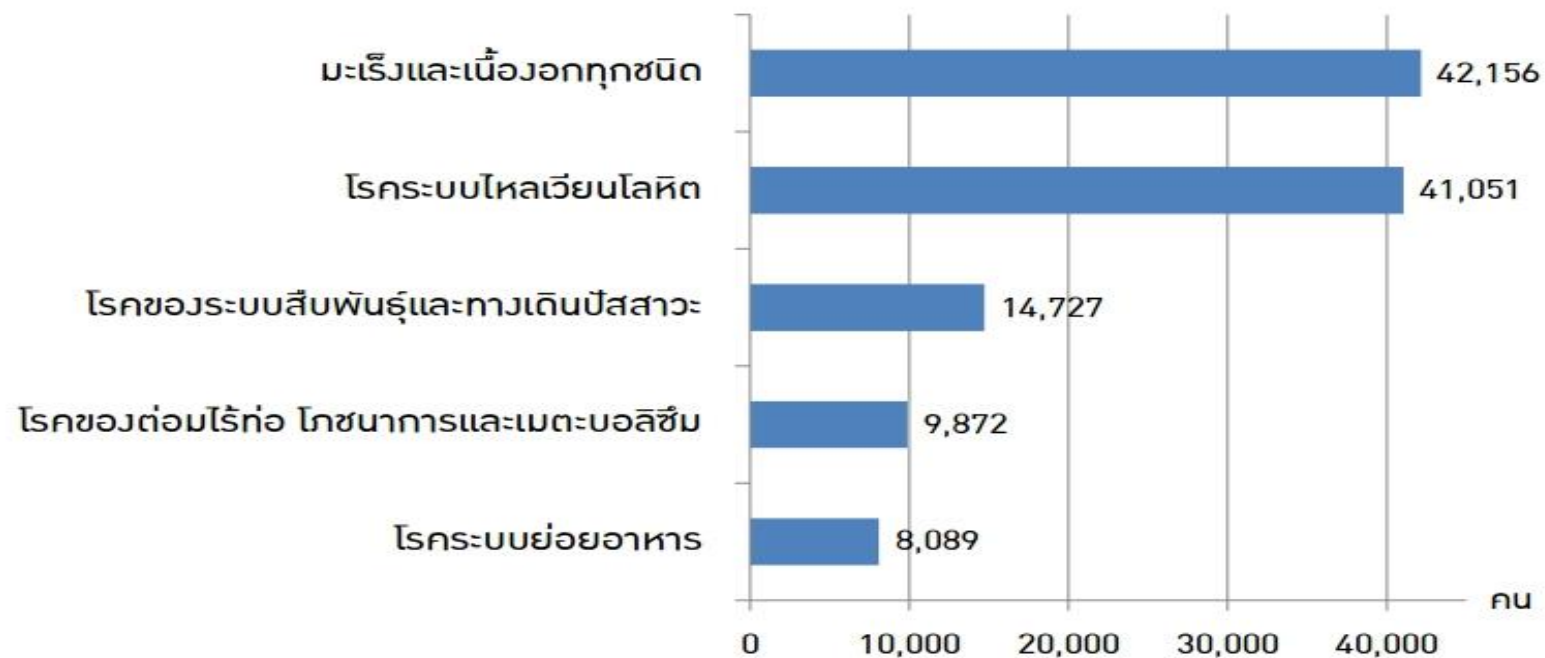
จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งและเนื้องอกทุกชนิด



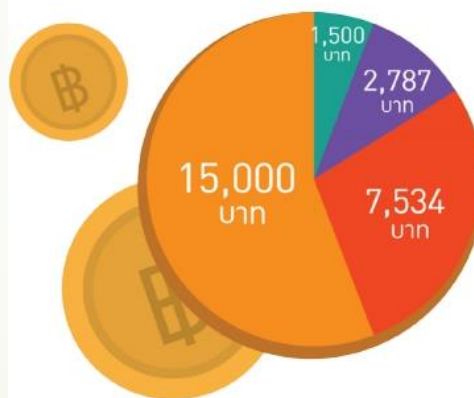
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

มะเร็งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ

5 อันดับของการเสียชีวิตของผู้สูงอายุในปี 2557



- ผู้ป่วยโรคมะเร็งกายไตโครงการ UC มีค่ารักษาพยาบาลเดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตเฉลี่ยเท่ากับ 44,974 บาท
- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านมีค่าใช้จ่ายเท่ากับ 26,821 บาท โดยแบ่งเป็น



- อุปรกรณ์
- วัสดุสิ้นเปลือง
- การเดินทาง
- บุคลากร

ข้อเสนอ: ส่งเสริมให้เกิดการดูแลระยะสุดท้ายที่บ้าน
เสนอให้เป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วย

ความเป็นมา and disease burden

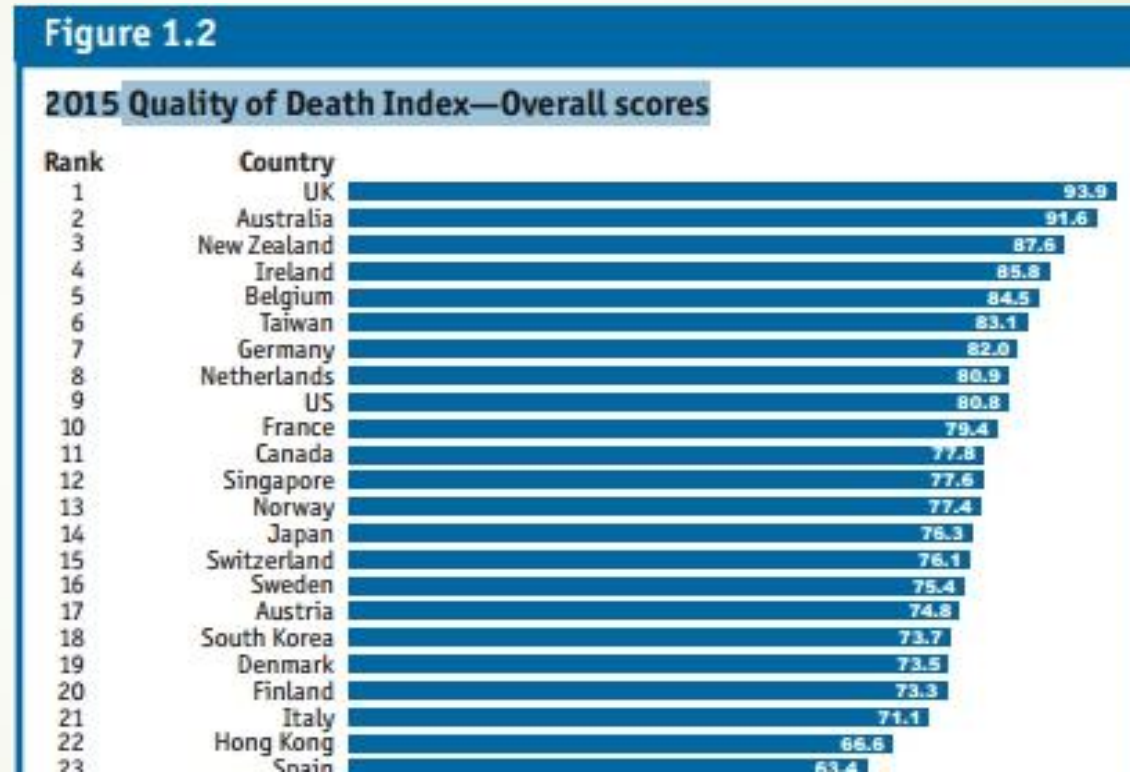
- ▶ ในประเทศมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 70,161 ราย(ในปี 2557) และผู้ป่วยที่เสียชีวิตนั้น 60-70% จะเสียชีวิตจาก chronic advance progressive illness
- ▶ ในจำนวนนี้การเสียชีวิตจากมะเร็งคิดเป็น 25% และอีก 35%- 45% เสียชีวิตจาก non cancer คิดเป็น 98,224 - 126,288 ราย* รวมผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด 168,385- 196,449 ราย/ปี*
- ▶ Death cases of proportion non cancer/cancer เท่ากับ 1.4-1.8
- ▶ การคำนวณ The need of Palliative Care estimated at 80% สำหรับผู้ป่วยมะเร็ง และ 30-60% สำหรับ non cancer*** (* เป็นตัวเลขที่ได้จากการคำนวณ)

Gap

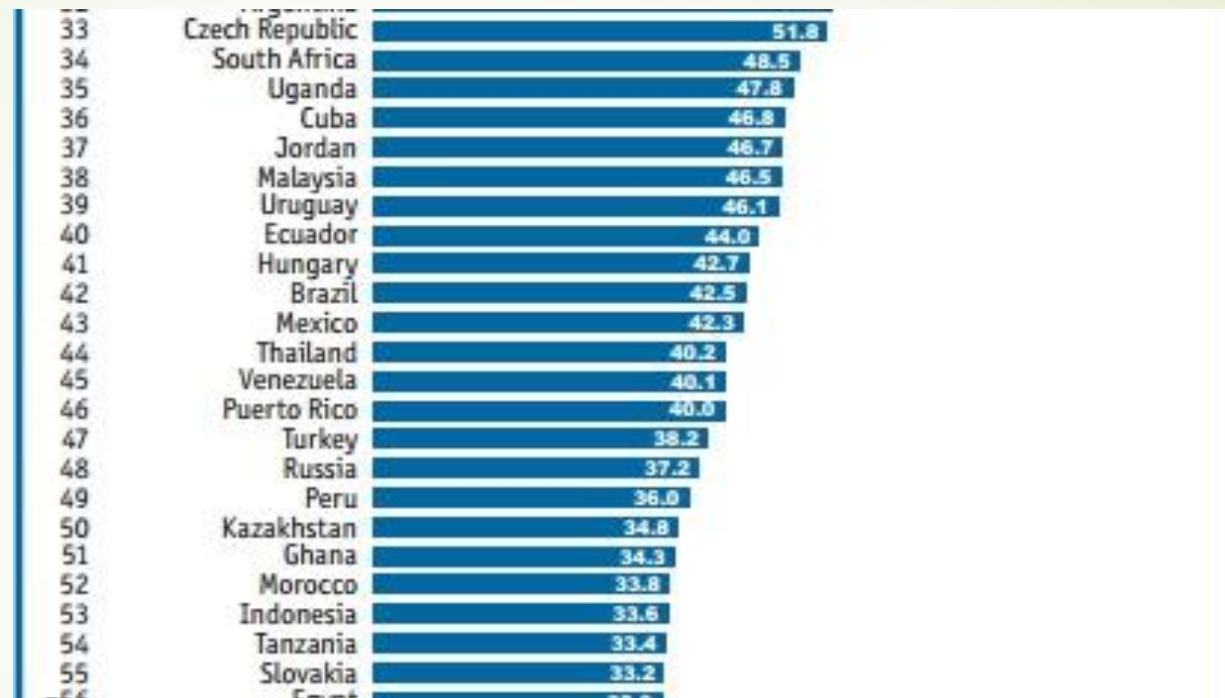
	กรมบัญชีกลาง	สปสช.		สำนักงานประกันสังคม	
1 ยาแก้ปวด	ให้ยาได้ตามสิทธิการรักษา และจำนวนตามแพทย์ที่ส่งจ่ายยา	1 เดือน(ในรพ.ต้นสิทธิ์) รพ.ที่รับส่งต่อให้ OPD case 700 บาท/วัน		ให้ยาได้ตามสิทธิการรักษา และจำนวนตามแพทย์ที่ส่งจ่ายยา	
2 อุปกรณ์ทำแผล	ไม่สามารถให้ได้เลย	30 ชุด/เดือน		ไม่สามารถให้ได้เลย	
3 ออกซิเจน	ไม่สามารถให้ได้เลย	เบิกคืนได้ 100 บาท/วัน		ไม่สามารถให้ได้เลย	

ประเด็นที่ต้องการนำเสนอ	เป้าหมาย	มาตรการหลักในการดำเนินการ	กลุ่มเป้าหมาย	minimum requirement
1.การให้บริการผู้ป่วยดูแลแบบ ประคับประคอง (Palliative Care)	1. ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบ ประคับประคองอย่างมีมาตรฐาน ร้อยละ 80 ในปี 2560-2561	1. มีการให้บริการการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคอง	รพ.ระดับ A-F3	1.บุคลากร
	2. ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการรบกวน	2.มียาแก้ปวด strong opioid ทั้ง ยาที่เป็น Sustain Release (long) acting และ Immediate Release (short acting)	รพ.ระดับ A-F3	2. ยา
	3. สถานพยาบาลมีอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ยืม	3.1 .มีอุปกรณ์ให้ยาแก้ปวด 3.2 เครื่องผลิตออกซิเจน หรือ ถังออกซิเจน 3.3. เครื่องดูดเสมหะ 3.4 ที่นอนลม	รพ.ระดับ A- F2	3. ครุภัณฑ์ ต่างๆ Syringe driver เครื่องผลิตออกซิเจน หรือถังออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ
	4. ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน(home care)	4. จัดตั้งทีมเยี่ยมบ้าน ร่วมดูแล กับ Family Care Team (FCT) (ทีมหมอครอบครัว)	รพ.ระดับ A-F3	4. บุคลากร

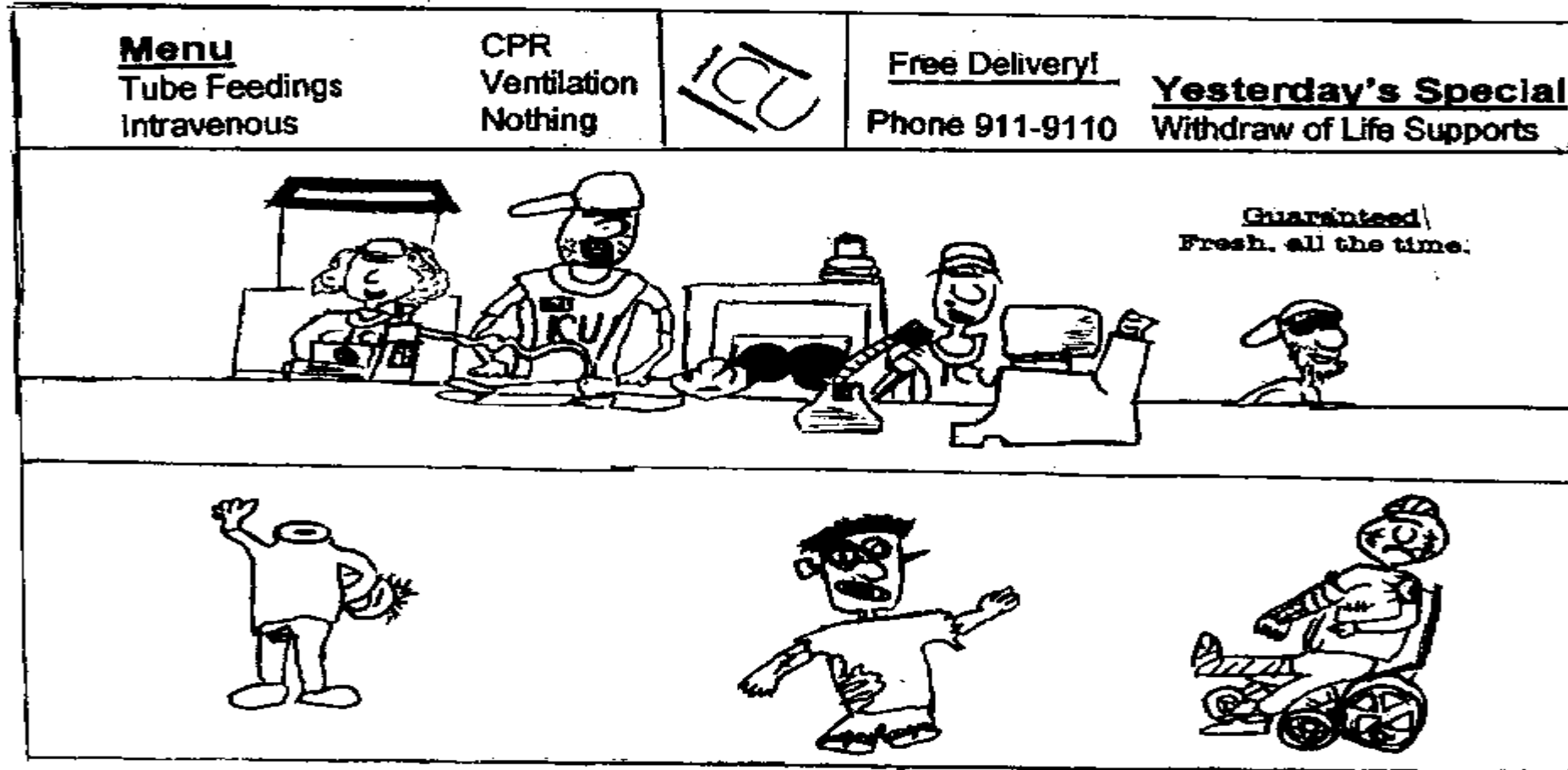
2015 Quality of Death Index—Overall scores

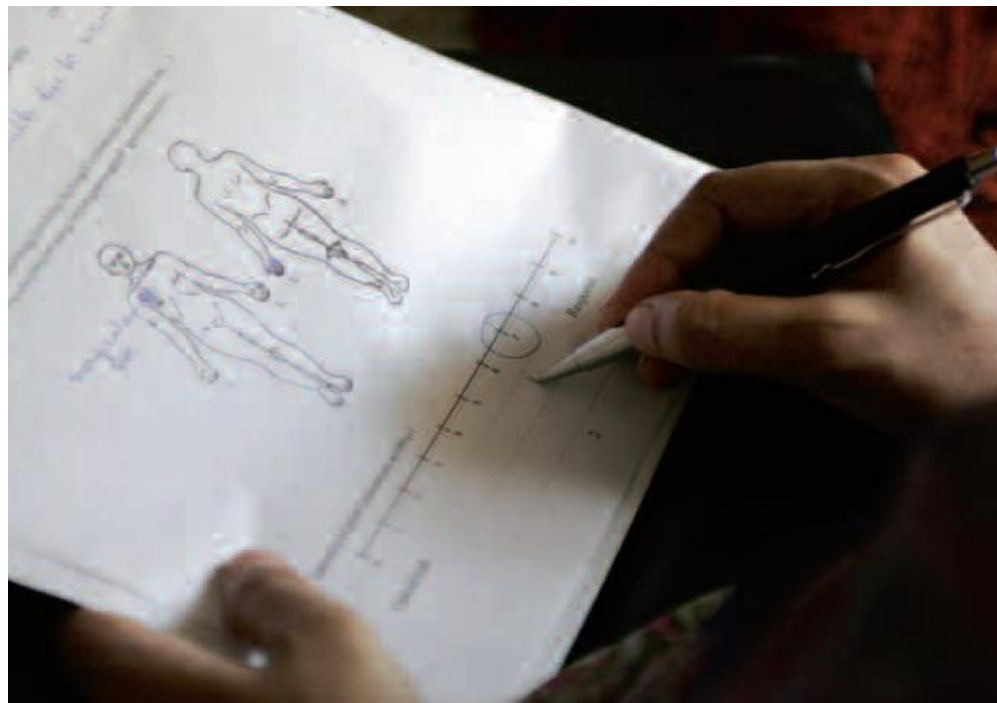


Total 80 ประเทศ



End-of-life discussions should not be like a fast food restaurant menu

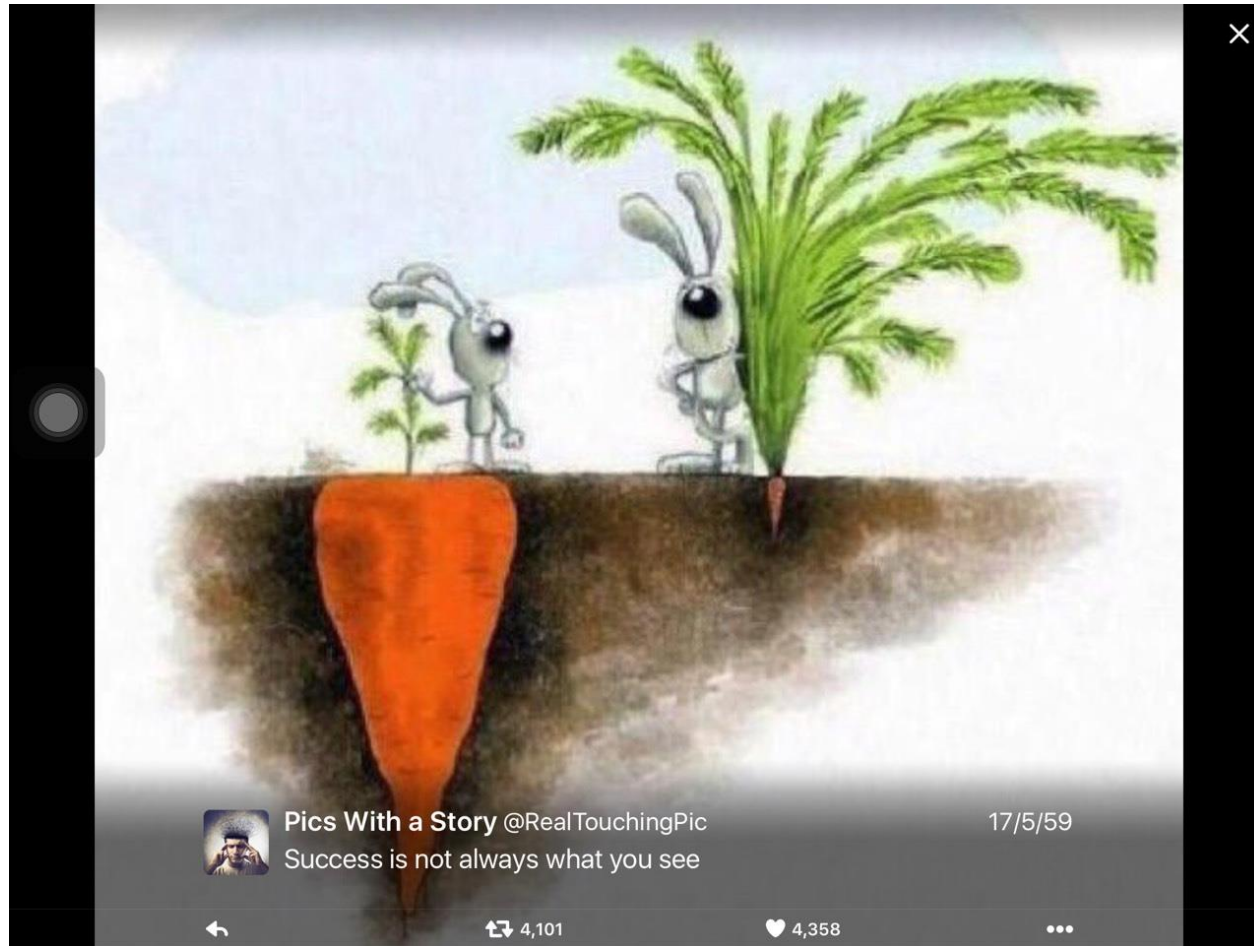




**“Please, do not make us
suffer any more...”**

Access to Pain Treatment as a Human Right

HUMAN
RIGHTS
WATCH



Pics With a Story @RealTouchingPic
Success is not always what you see

17/5/59



↻ 4,101

♥ 4,358



"If someone offers you an amazing opportunity and you are not sure you can do it, say yes. Then learn how to do it later."

-- Richard Branson.

www.facebook.com/learningpetals



We cure seldom

palliate often

and comfort always

(16th Century Anonymous)



鳥語紛飛

