



กรมควบคุมโรค
กองโรคไม่ติดต่อ

รายงานผลการทบทวน

ผลกระทบของ COVID-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตุลาคม พ.ศ. 2564



ผลกระทบของ COVID-19
ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้เขียน	<ul style="list-style-type: none">● กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค● สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
ผู้จัดทำ และ บรรณาธิการ	กลุ่มเทคโนโลยี และระบาดวิทยา กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โทรศัพท์: 0 2590 3892 โทรสาร: 0 2590 3893 E-mail: technology.epi.cbi@gmail.com
สนับสนุนโดย	<ul style="list-style-type: none">● โครงการวิจัยผลกระทบของสถานการณ์โควิดต่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยและการบรรลุเป้าหมายระดับโลกและระดับชาติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ● สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สวสท.)● กองโรคไม่ติดต่อ

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
1. บทนำ	1
.2 การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในชุมชน	1
.3 ผลกระทบและการปรับรูปแบบบริการคลินิกโรคเรื้อรัง	2
4. ผลลัพธ์ของการปรับรูปแบบบริการคลินิกโรคเรื้อรัง	9
5. เอกสารอ้างอิง	10



ผลกระทบของ COVID-19 ต่อระบบบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

1. บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ปลายปี 2562 ทำให้มีผู้เจ็บป่วยและเสียชีวิตจำนวนมาก ซึ่งในปัจจุบันสถานการณ์การระบาดของโรค ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกในทุกๆ มิติไม่ว่าจะเป็นทางด้านเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อม ทำให้การดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้คนเปลี่ยนแปลงไป การจัดบริการรักษาพยาบาลให้กับผู้ป่วยด้วยโรคหรือภาวะอื่นๆ จำเป็นต้องมีมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม (Social Distancing) การป้องกันการติดเชื้อในกิจกรรมบริการต่างๆ จึงต้องมีการวางแผนการจัดบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Service) โรงพยาบาลทุกระดับมีความจำเป็นต้องปรับระบบบริการ ทางกายภาพใหม่ ทั้งในด้านการเตรียมพร้อมรองรับการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 และกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงและเสียชีวิตเมื่อมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้แก่ ผู้สูงอายุผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน โรคไตวายเรื้อรัง และคนที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือได้รับยารักษาภูมิคุ้มกันนั้น โดยมาตรการสำหรับควบคุมการระบาดที่สำคัญนอกเหนือจากการส่งเสริมการดูแลอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ การล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล และนโยบายอยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อชาติ ระบบบริการสาธารณสุขต้องปรับรูปแบบเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ในช่วงที่การเข้าถึงสถานพยาบาลในรูปแบบเดิมเป็นเรื่องที่ลำบากมากขึ้นในช่วงการระบาด และการรักษาระยะห่างระหว่างบุคคลภายในสถานพยาบาล โดยให้เกิดผลกระทบต่อเข้าถึงการรักษาน้อยที่สุด

การระบาดของโรคโควิด-19 และมาตรการการควบคุมป้องกันการระบาดต่างๆ ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นโรคติดต่อ หรือโรคไม่ติดต่อ ทั้งในแง่การส่งเสริมป้องกันโรค และการรักษา และควบคุมโรค ซึ่งจากการรวบรวมหลักฐานที่แสดงผลกระทบที่เกิดขึ้น พบว่ากิจกรรมการให้บริการตั้งแต่การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองโรคและปัจจัยเสี่ยง ได้ถูกจำกัดลง อย่างไรก็ตามยังเห็นถึงการปรับตัวของระบบ โดยมีการปรับรูปแบบการจัดบริการรักษา การนัดหมายผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนา หรือการเร่งรัดการนำเทคโนโลยีต่างๆ มาใช้เพื่อช่วยในการตรวจติดตาม และติดต่อสื่อสารระหว่างประชาชน และผู้ให้บริการ

2. การคัดกรองโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในชุมชน

สำหรับกิจกรรมการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในชุมชน ซึ่งทุกพื้นที่ดำเนินการเป็นประจำอย่างต่อเนื่องทุกปี ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขนั้น จากข้อมูลของ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข พบว่าความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในชุมชน ในช่วงของการระบาดของโรคโควิด-19 นั้น มีค่าไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาดนัก โดยความครอบคลุมการคัดกรองความดันโลหิตในประชากรไทยอายุ 35 – 59 ปี ในปี 2562, 2563, และ 2564 มีค่าเท่ากับ ร้อยละ 89.81, 90.35, และ 88.63 ตามลำดับ ความครอบคลุมการคัดกรองเบาหวานในประชากรไทยอายุ 35 – 59 ปี ในปี 2562, 2563, และ 2564 มีค่าเท่ากับ

ร้อยละ 90.37, 91.03, และ 89.56 ตามลำดับ ดังนั้นจึงแสดงถึงว่าพื้นที่ยังคงให้ความสำคัญกับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และเบาหวาน โดยหลายพื้นที่ที่มีการมีประยุคนำแผ่นพลาสติกป้องกันการสัมผัสก่อนวัดความดันโลหิต อย่างไรก็ตามช่องทาง การเข้าถึงการวัดความดันโลหิตของประชาชนจากช่องทางอื่นที่ได้ถูกจำกัดลงในช่วงการระบาดชัดเจน ได้แก่ เครื่องวัดความ ดันโลหิตสาธารณะ ซึ่งก่อนหน้าการระบาดได้มีการกระจายเครื่องวัดความดันโลหิตสาธารณะ สู่ชุมชน และที่สาธารณะ เช่น หน่วยงานราชการ องค์กรเอกชน ธนาคาร วัด และห้างสรรพสินค้า ไปกว่า 800 จุดทั่วประเทศ (จาก 2 โครงการใหญ่ คือ โครงการภายใต้กรมควบคุมโรค และโครงการภายใต้การสนับสนุนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (สปสช.) ร่วมกับ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (1)) แต่ภายหลังการระบาด อุปกรณ์สาธารณะต่างๆ ต้องถูก ระงับการให้บริการ ด้วยความกังวลต่อการแพร่เชื้อจากการสัมผัสของสาธารณะร่วมกัน ถึงแม้จะมีความพยายามในการ พัฒนาแนวทางการดูแล และการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตสาธารณะเพื่อลดการสัมผัส แต่ในทางปฏิบัติยังดำเนินการได้ยาก

ในระยะแรกของการระบาดของโรค COVID-19 ช่วงวันที่ 27 เมษายน – 3 พฤษภาคม 2563 กองโรคไม่ติดต่อได้ทำ การสำรวจการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงในประชาชนผ่านช่องทางออนไลน์ พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1,415 คนนั้น ส่วนใหญ่ร้อยละ 64.7 ระบุว่าความถี่ในการตรวจวัดระดับความดันโลหิตไม่เปลี่ยนแปลง และพบว่าผู้มีผู้ที่ระบุว่า ความถี่ในการตรวจวัดความดันโลหิตลดลงมีถึงร้อยละ 15.2 แต่มีผู้ที่ระบุว่าความถี่ในการวัดความดันโลหิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.8 และการสำรวจในผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 1,206 คน พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 48.3 ระบุว่าความถี่ในการตรวจวัดระดับ น้ำตาลในเลือดไม่เปลี่ยนแปลง และพบว่าถึงร้อยละ 13.7 ที่ระบุว่าความถี่ในการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และมี เพียงร้อยละ 2.8 ที่ระบุว่าความถี่ในการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น(1)

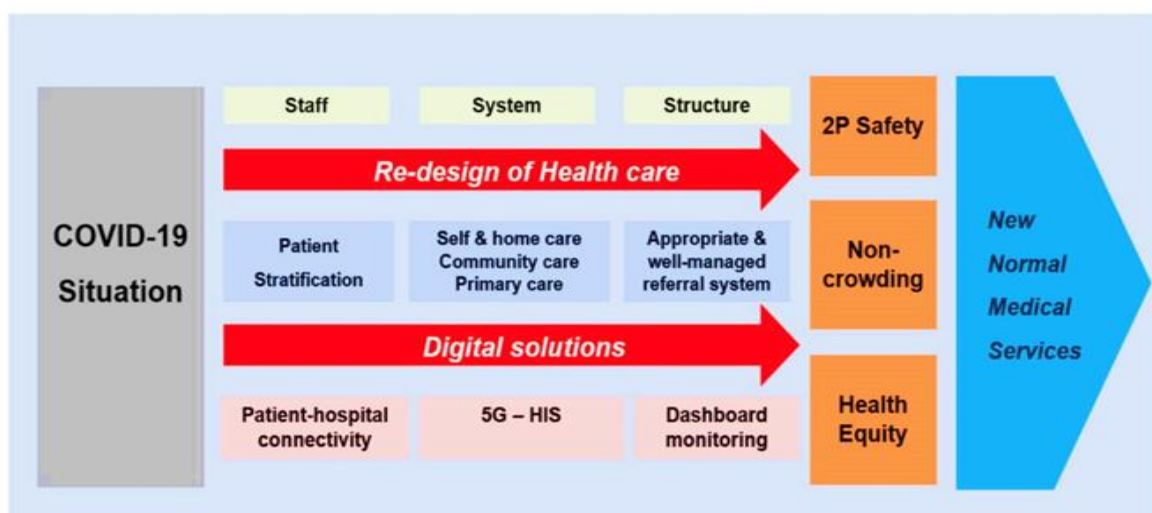
3. ผลกระทบ และการปรับรูปแบบบริการคลินิกโรคเรื้อรัง

หน่วยบริการสุขภาพหลายแห่งได้ปรับระบบบริการ เพื่อป้องกันและลดภาวะเสี่ยงของการแพร่กระจายเชื้อ โดยที่ประชาชนและบุคลากรทางการแพทย์เอง มีความเสี่ยงกับการติดเชื้อน้อยที่สุด โดยนำเทคโนโลยี ด้านสุขภาพ (Health tech) มาใช้สนับสนุน “ระบบบริการสุขภาพวิถีใหม่” หรือ “New Normal Healthcare Service Delivery” โดยมุ่งเน้น Non-crowded, Patient and Personnel (2P) Safety และ Health equity และมีการนำระบบการจัดแบ่งกลุ่มการ ให้บริการผู้ป่วย ตามระดับ ความรุนแรง ความซับซ้อนของโรค และความจำเป็นในการรักษา (Patient Stratification) เพื่อ ลดปัญหา คนเข้าใช้บริการจำนวนมากในเวลาเดียวกัน มีการนำเทคโนโลยีและพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อสนับสนุน ระบบนัดหมาย ผ่านทางออนไลน์ ระบบการแพทย์ทางไกล (Teleconsultation) และโครงการรับยาที่บ้าน (2) ตัวอย่างโรงพยาบาลที่จัดระบบบริการสำหรับบริการระบบโรคเรื้อรังในช่วงการระบาด เช่น ในจังหวัดสุพรรณบุรี รพ.อุทอง ได้จัดรายการเดิมส่งมาให้ รพ.สต.จะเข้สามพัน โดยพยาบาลเวชปฏิบัติของรพ.สต. สามารถใช้รหัสผ่านส่วนตัวเข้าระบบ ข้อมูล ของรพ.อุทอง เพื่อตรวจสอบเลือด และรายการยาของผู้ป่วย และนัดหมาย อสม.มารับยาไปมอบให้ ผู้ป่วยถึงบ้าน ในจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลชลบุรี ได้มีการจัดบริการหออกรับครัวออนไลน์ สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ควบคุมโรคได้ดี โดย ก่อนวันนัดหมาย 1-3 วัน ผู้ป่วยจะต้องวัดค่าความดันโลหิต หรือค่าระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ของตนเอง ซึ่งสามารถทำได้ที่บ้านหรือโดย อสม. หรือที่ร้านยาอบอุ่นที่เข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยจะได้ปรึกษาแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ตามนัดหมาย และ ผู้ป่วยจะได้รับยาผ่าน 4 ช่องทางดังนี้ 1.รับยานอกเวลา 2.รับยาที่ร้านยาชุมชนอบอุ่นที่เข้าร่วมโครงการ 3.รับยาทางไปรษณีย์ 4.รับยาที่บ้าน โดยทีม Home med delivery นอกจากนี้ยังมีช่องทางการรับยาในรูปแบบอื่น เช่น ร้านยาจิตอาสาใน

จังหวัดนครราชสีมา ระบบ drive thru ในจังหวัดสระบุรี อย่างไรก็ตาม หน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง เลื่อนนัดผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ดี ออกไป โดยไม่ได้พบแพทย์ แต่ยังมีการจัดยาเดิม ส่งให้ผู้ป่วยที่บ้าน

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal Medical Services) (รูปที่1) ร่วมกับมหาวิทยาลัย และภาคีเครือข่าย พัฒนาคู่มือการบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ขึ้น ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ และนำไปทดลองใช้โดยเลือกจังหวัดปัตตานีเป็นโครงการต้นแบบ (Sand Box) และเหตุผลที่เลือกพื้นที่ จังหวัดปัตตานีเนื่องมาจาก 1) จังหวัดปัตตานีมีอัตราการแพร่ระบาดของ โรคโควิด-19 สูงที่สุดในภาคใต้ และจัดเป็นพื้นที่สีแดงในช่วงแรกของการระบาด เนื่องจากการไปร่วมพิธีแสวงบุญตาวะห์ ณ มัสยิด ซีอริปือตาล ประเทศมาเลเซีย 2) พื้นที่มีความเข้มแข็ง มีมาตรการและนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัดที่ส่งผลต่อการควบคุมการระบาดของ โรคโควิด-19 อย่างเป็นรูปธรรม และ 3) มีหน่วยงานของกรมการแพทย์ ที่เป็นหลักในการประสานงานกับพื้นที่ คือโรงพยาบาลธัญญารักษ์ปัตตานี New Normal Medical Service มีหลักความเชื่อมโยงในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อย่างยั่งยืน

New Normal Medical Services

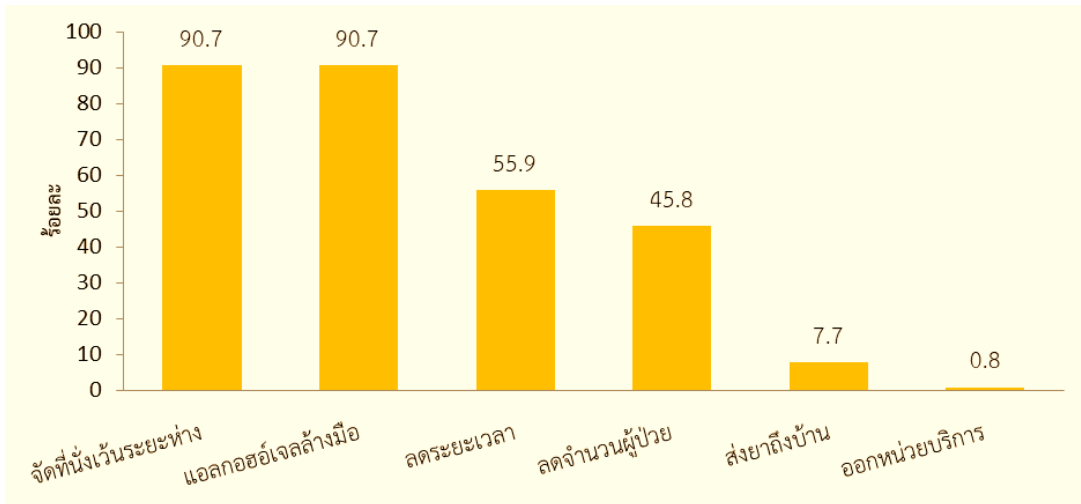


รูปที่1 Conceptual Framework ของการจัดบริการการแพทย์วิถีใหม่ (new normal medical services)

การพัฒนาการให้บริการตามแนวปฏิบัติการแพทย์วิถีใหม่นั้น เป็นการปรับเปลี่ยนรูปแบบระบบบริการสุขภาพ (Re-design) โดยมีทิศทางการดำเนินงาน ซึ่งแต่เดิมเป็นการบริการทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการรับการรักษาที่โรงพยาบาล (hospital based medical services) สำหรับผู้ป่วยทุกประเภท ทำให้เกิดปัญหาความแออัดในโรงพยาบาล จึงต้องปรับให้มีการคัดเลือกผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการบริการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขึ้นไป ในขณะที่เดียวกันมีการส่งเสริมให้มีการจัดบริการให้เหมาะสมกับสถานะการเจ็บป่วยในแต่ละบุคคล (personal-based medical services)

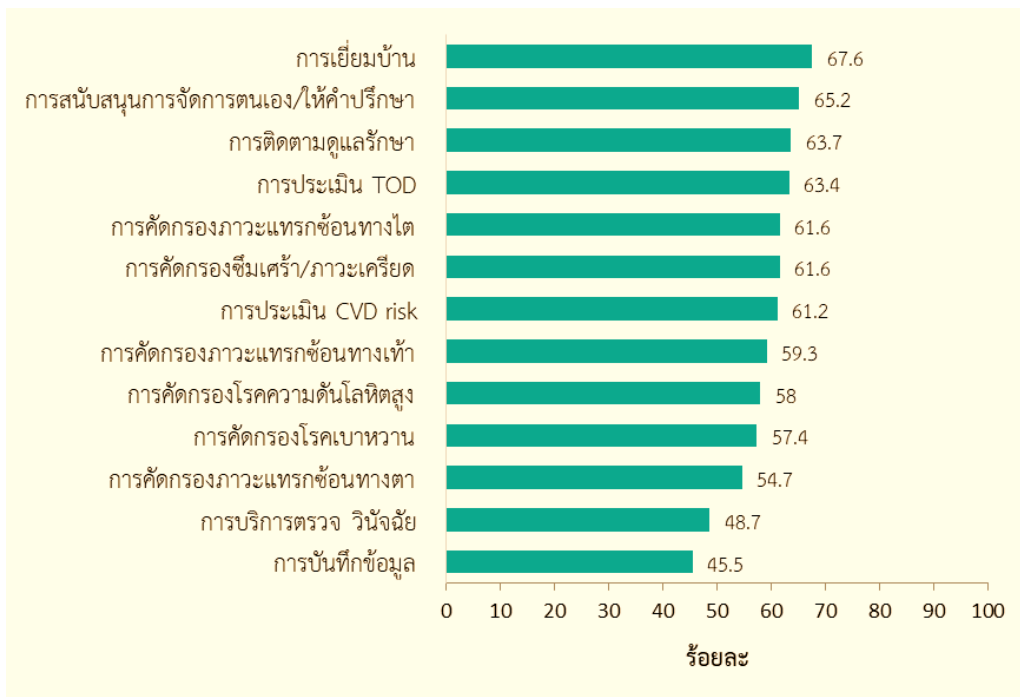
“ปัตตานีโมเดล” ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2563 มีการจัดรูปแบบการบริการ สำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยจำแนกเป็นกลุ่มสีเขียว กลุ่มสีเหลือง และกลุ่มสีแดง โดยมีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ อาทิ Application “หมอรู้จักคุณ”, Telemedicine และฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงโรงพยาบาลระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เข้ามาช่วยบริหารจัดการ ในการส่งข้อมูลและการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อจัดระบบบริการให้ตามความเหมาะสมในแต่ละกลุ่ม กลุ่มสีเขียวซึ่งควบคุมโรคได้ดี สามารถไปพบแพทย์ครั้งเว้นครั้งได้รับยาทางไปรษณีย์ โดยมุ่งเน้นการพบแพทย์ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และรับยาทางไปรษณีย์ หรือผ่านช่องทาง Fast Track ในโรงพยาบาล กลุ่มสีเหลือง เป็นกลุ่มควบคุมโรคได้ปานกลาง มีภาวะแทรกซ้อนแต่ไม่รุนแรง สามารถพบแพทย์ที่โรงพยาบาลครั้งเว้นครั้ง หรือผ่านระบบการแพทย์ทางไกล มีอาสาสมัครสาธารณสุขไปตามเยี่ยมบ้าน ทั้งกลุ่มควบคุมได้ดีและปานกลางสามารถเติมยา (Refilled Med) และรับยาผ่านช่องทางด่วนในรอบที่ไม่ต้องพบแพทย์ได้ รับยาทางไปรษณีย์หรือร้านขายยาใกล้บ้าน ส่วนกลุ่มสีแดง เป็นกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง จำเป็นต้องพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทุกครั้ง จะมีการดูแลที่เข้มข้นจากแพทย์และทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งนี้ผู้ป่วยทั้ง 3 กลุ่มยังสามารถวัดความดันโลหิตและวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยเครื่องตรวจน้ำตาลจากการเจาะเลือดปลายนิ้ว ที่จุดตรวจให้บริการ “Self-Check Point” ประจำหมู่บ้าน โดยมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้าไปช่วยตรวจและส่งผลการตรวจไปยังหน่วยบริการล่วงหน้าก่อนวันนัด

กองโรคไม่ติดต่อ ได้มีการสำรวจผลกระทบและการปรับรูปแบบบริการคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ โรคโควิด-19 เมื่อเดือนกรกฎาคม 2563 ในรูปแบบการสำรวจออนไลน์ผ่าน Google form มีจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 589 คน ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 366 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 62.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 140 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 23.8 โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 51 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 8.7 โรงพยาบาลศูนย์จำนวน 24 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 4.1 และสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ จำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 1.4 พบว่า ร้อยละ 51.4 ได้รับผลกระทบทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ตามปกติ ต้องปรับรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ นอกจากนี้ คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง บางแห่งปิดให้บริการ ร้อยละ 6.3 มีเพียงร้อยละ 42.3 ที่ยังสามารถเปิดให้บริการได้ตามปกติ โดยรูปแบบการจัดบริการของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ถูกปรับเปลี่ยน 3 อันดับแรก ได้แก่ จัดบริการจัดที่นั่งรอรับบริการ โดยเว้นระยะห่าง 1-2 เมตรและ จัดให้มีแอลกอฮอล์เจลล้างมือบริการในคลินิก มากที่สุดร้อยละ 90.7 รองลงมาคือ ลดระยะเวลารอคอยในการรับบริการ เช่น จัดบริการแบบ One stop service ร้อยละ 55.90 และการลดลงจำนวนผู้ป่วยในคลินิก เช่น การนัดเหลือมเวลา การยืดเวลานัดผู้ป่วยให้นานขึ้น ร้อยละ 45.8 (รูปที่ 2)



รูปที่ 2 ร้อยละของคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดบริการในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ โควิด-19

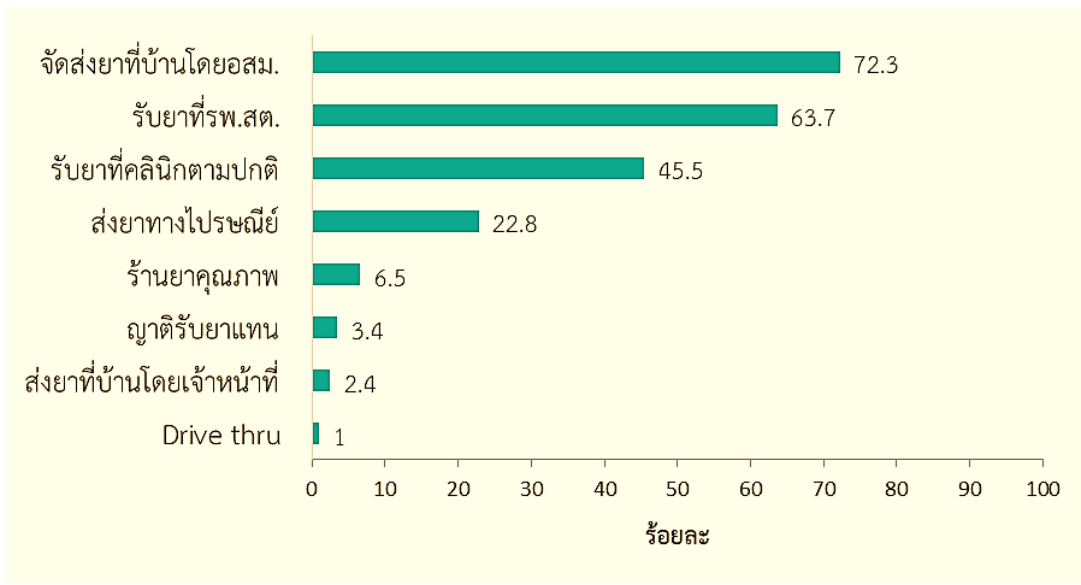
สำหรับผลกระทบที่มีต่อกิจกรรมการให้บริการในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงนั้น พบว่า ส่งผลกระทบต่อ การเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 67.6 การสนับสนุนการจัดการตนเอง/ให้คำปรึกษา ร้อยละ 65.2 การติดตามการรักษา ร้อยละ 63.7 ส่งผลกระทบต่อ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 61.6 การคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 61.2 การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ร้อยละ 59.3 และการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ร้อยละ 54.7 (รูปที่ 3)



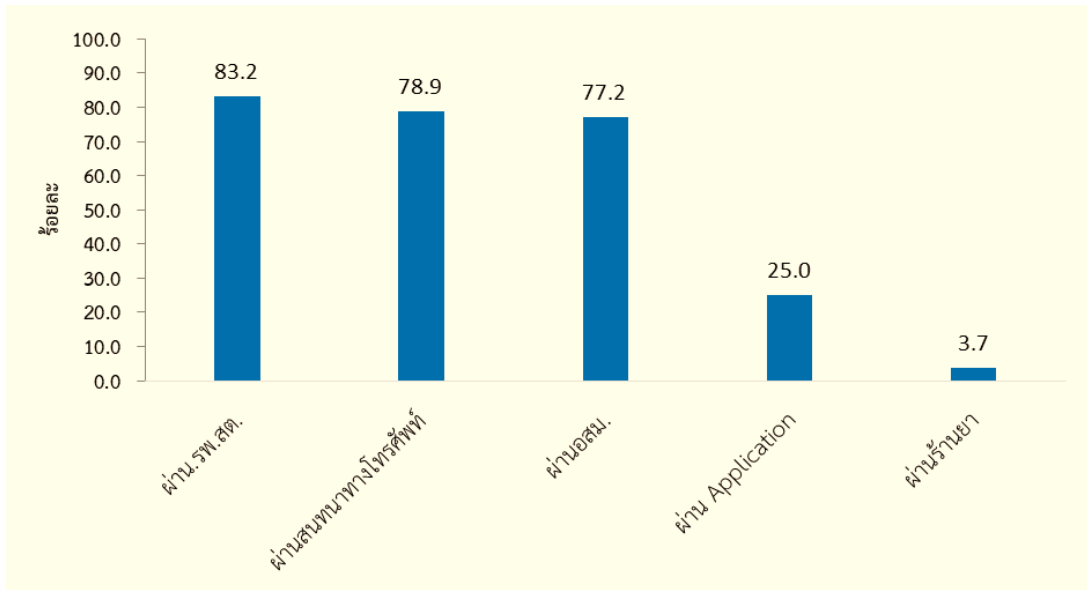
รูปที่ 3 ร้อยละของผู้ที่ปฏิบัติงานใน NCD Clinic ที่ระบุว่าได้รับผลกระทบช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อการจัดบริการ

สำหรับการปรับรูปแบบการจัดบริการในผู้ป่วยโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี พบว่า มีการจัดส่งยาไปที่บ้านโดย อสม. ร้อยละ 72.9 แจ้งผู้ป่วยให้ไปรับยาที่ รพ.สต. ร้อยละ 63.7 ผู้ป่วยมารับยาที่คลินิกตามปกติ ร้อยละ 45.5 และจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ร้อยละ 22.8 และบางพื้นที่มีการจัดบริการจ่ายยาในรูปแบบอื่นๆ เช่น ร้านยาคุณภาพ ญาติรับยาแทน การส่งยาโดยเจ้าหน้าที่ และการรับยาแบบ Drive thru เป็นต้น (รูปที่ 4) นอกจากนี้ในประเด็นระบบการสำรองยา พบว่ามีผู้ระบุว่ามีการสำรองยากินลดระดับน้ำตาลในเลือดเพียงพอ ร้อยละ 89.6 ยาฉีดลดระดับน้ำตาลในเลือดเพียงพอ ร้อยละ 93.9 ยาลดความดันโลหิตเพียงพอ ร้อยละ 82.9 และยาลดไขมันเพียงพอ ร้อยละ 78.3 นอกจากนี้กิจกรรมการติดตามผู้ป่วยถูกปรับเปลี่ยนช่องทางการติดตาม โดยมีการติดตามผ่าน รพ.สต. ร้อยละ 83.2 ติดตามผ่านทางโทรศัพท์ ร้อยละ 78.9 ติดตามโดย อสม. ร้อยละ 77.2 และติดตามผ่าน Application ร้อยละ 25 (รูปที่ 5) ความถี่การติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง (รวมทุกช่องทาง) ในกลุ่มควบคุมได้ดีได้รับการติดตามห่างขึ้นมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 58.70 ส่วนกลุ่มควบคุมได้ไม่ดีติดตามเท่าเดิมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.70 และนอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มควบคุมได้ไม่ดี ได้รับการติดตามห่างขึ้น ร้อยละ 13.6 ผลกระทบด้านบุคลากร และทีมสหสาขาวิชาชีพ

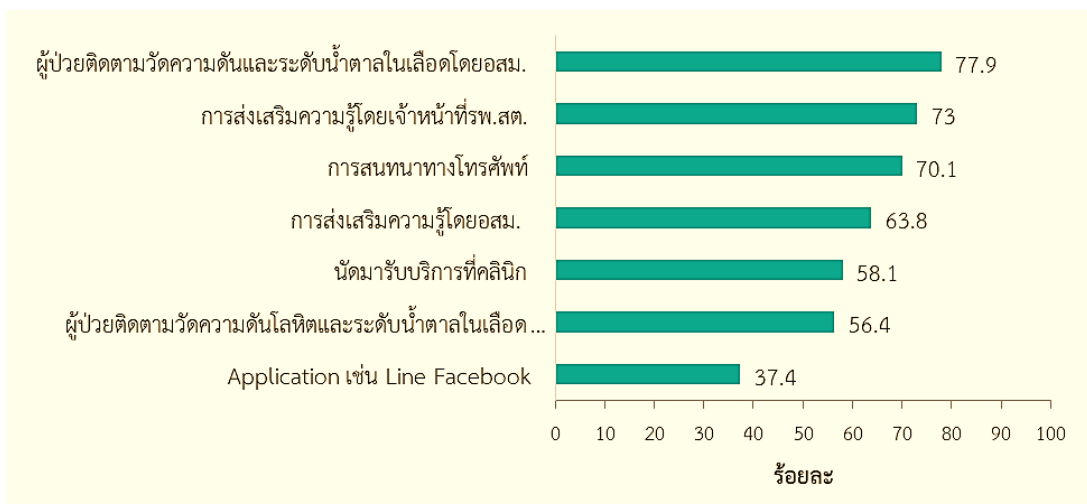
ในแง่การบริการในการสนับสนุนการจัดการตนเอง พบว่าผู้ปฏิบัติงานใน NCD clinic ระบุว่าผู้ป่วยได้รับการติดตามวัดความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดโดย อสม. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77.90 รองลงมาคือ การส่งเสริมความรู้โดยเจ้าหน้าที่รพ.สต. ร้อยละ 73.00 การให้สนทนาผ่านการสนทนาทางโทรศัพท์ ร้อยละ 70.10 และการส่งเสริมความรู้โดย อสม. ร้อยละ 63.80 (รูปที่ 6)



รูปที่ 4 ร้อยละของผู้ที่ปฏิบัติงานใน NCD Clinic ที่ระบุว่าได้รับเปลี่ยนการจ่ายยาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ดี ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

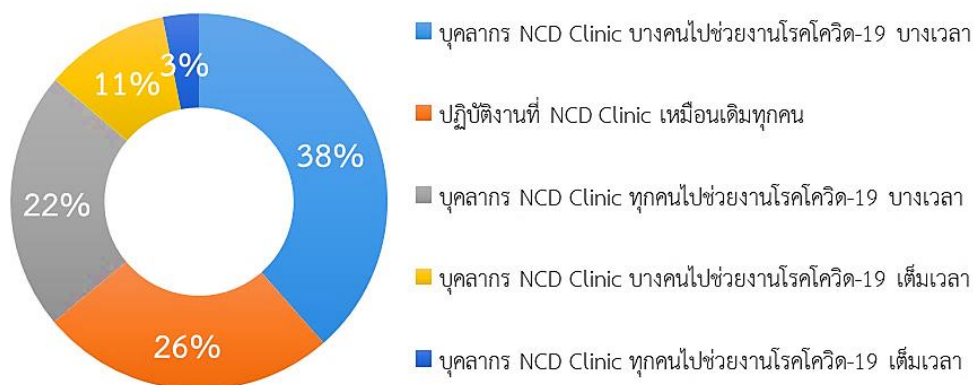


รูปที่ 5 ร้อยละผู้ที่ปฏิบัติงานใน NCD clinic ที่ระบุว่ามีการปรับรูปแบบการติดตามผู้ป่วยผ่านช่องทางต่างๆ



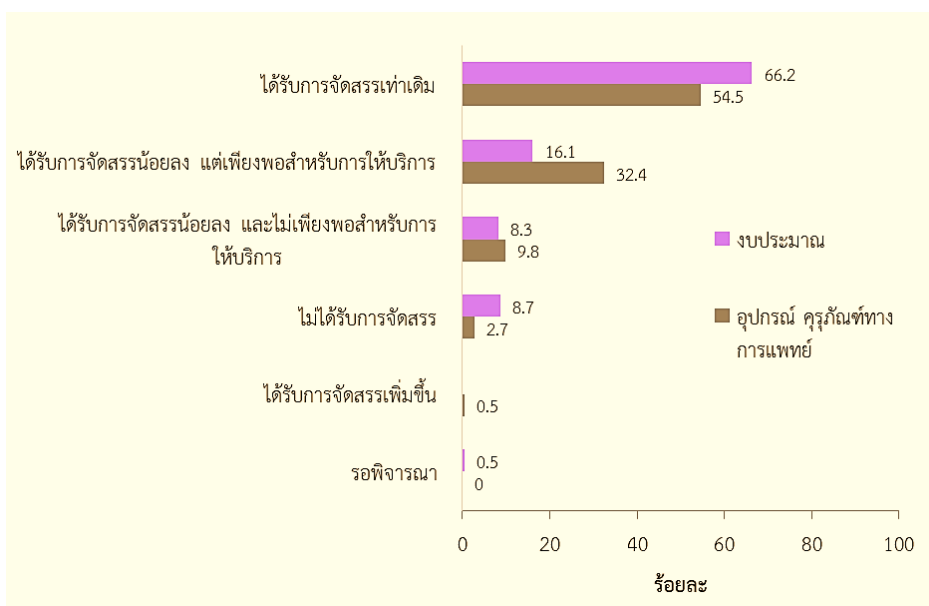
รูปที่ 6 ร้อยละของ NCD Clinic ที่ปรับเปลี่ยนการจัดบริการ การสนับสนุนการจัดการตนเอง และให้คำปรึกษา ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

ด้วยภาระงานด้านการควบคุมป้องกันโรค ตลอดจนการจัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วย และผู้สัมผัสโรคโควิด-19 ที่มีมากในช่วงการระบาด จึงจำเป็นต้องจัดสรรกำลังคนทางการแพทย์ และทางสาธารณสุขเพิ่มขึ้น โดยส่วนหนึ่งเป็นการจัดสรรจากบุคลากรการแพทย์ และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในส่วนอื่น โดยในส่วนบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน NCD clinic นั้นพบว่า ร้อยละ 74 ระบุว่า NCD clinic ต้องสูญเสียบุคลากรเพื่อไปสนับสนุนงานด้าน โรคโควิด-19 โดยในจำนวนนั้นพบว่ามี NCD clinic ที่มีผู้ที่ถูกจัดสรรให้ไปปฏิบัติงานด้าน โรคโควิด-19 เต็มเวลา ร้อยละ 14 มี NCD clinic ที่บุคลากรทั้งหมดถูกจัดสรรไปช่วยงาน โรคโควิด-19 ร้อยละ 25 ไปช่วยบางเวลา และมี NCD clinic ที่ไม่ต้องจัดสรรบุคลากรไปช่วยงาน โรคโควิด-19 ร้อยละ 26 (รูปที่ 7)



รูปที่ 7 ร้อยละของผู้ที่ปฏิบัติงานใน NCD Clinic ที่ระบุว่าไม่มีบุคลากร/ทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้รับมอบหมายไปช่วยงานโรคโควิด-19

ด้านการจัดสรรอุปกรณ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ภายใน NCD Clinic พบว่า ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 หน่วยบริการส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรอุปกรณ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์เท่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 54.50 และได้รับจัดสรรงบประมาณในงาน NCD Clinic เท่าเดิม คิดเป็นร้อยละ 66.20 อย่างไรก็ตามบางหน่วยบริการที่ถึงแม้ได้รับการจัดสรรน้อยลงแต่ยังเพียงพอสำหรับการให้บริการ ซึ่งอาจเนื่องมาจากการลดลงของกิจกรรมบริการ และภาระงาน จากจำนวนผู้มารับบริการที่ลดลง ประกอบกับมาตรการปรับรูปแบบการให้บริการของหน่วยบริการเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายลดความแออัด เพิ่มระยะห่างทางสังคม (รูปที่ 8)



รูปที่ 8 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานใน NCD Clinic ที่ระบุว่าได้รับการจัดสรร อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และงบประมาณ ช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19

NCD Clinic ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ตามปกติ มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการให้สอดคล้องกับสถานการณ์และนโยบายลดความแออัด เพิ่มระยะห่างทางสังคม เช่น การลดจำนวนผู้รับบริการลง การลดจำนวนชั่วโมงให้บริการ หรือการลดจำนวนวันในการให้บริการ ด้านบุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพ มีเพียง 1 ใน 4 ที่ปฏิบัติงานใน NCD Clinic เหมือนเดิม ส่วนใหญ่ได้รับมอบหมายไปช่วยงานโรคโควิด-19 ทั้งแบบเต็มเวลาและในบางเวลา ด้านอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และงบประมาณ ส่วนใหญ่ได้รับการจัดสรรเท่าเดิม และได้รับจัดสรรน้อยลงแต่ยังเพียงพอต่อการจัดบริการใน NCD clinic นอกจากนี้การสำรวจยังพบว่า กิจกรรมการให้บริการใน NCD Clinic ส่วนใหญ่ได้รับผลกระทบส่งผลให้ไม่สามารถจัดบริการได้ตามปกติ และบางกิจกรรมไม่สามารถจัดบริการได้ หลายหน่วยงานมีการปรับกิจกรรมการให้บริการในรูปแบบใหม่ ยกตัวอย่างเช่น กิจกรรมสนับสนุนการจัดการตนเองและให้คำปรึกษา มีการปรับให้ผู้ป่วยได้รับการวัดความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดโดย อสม. ส่งเสริมความรู้โดยเจ้าหน้าที่รพ.สต. และอสม. การใช้การสนทนาทางโทรศัพท์ มากกว่าการนัดมารับบริการที่คลินิก นอกจากนี้การศึกษายังสะท้อนให้เห็นถึงมาตรการต่าง ๆ ที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ เช่น การรับยาทางร้านยาคุณภาพ การส่งยาทางไปรษณีย์ ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิต้องมีการเพิ่มขึ้นในการสนับสนุนการบริการในช่วงที่มีการระบาด เช่น อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นต้น

นโยบาย “ลดแออัด ลดรอคอย ในโรงพยาบาล” เป็นหนึ่งในนโยบายเร่งรัดของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ที่มีดำริมาตั้งแต่ก่อนการระบาดของ โรคโควิด-19 เพื่อพัฒนา เสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ และสร้างโอกาสความเสมอภาค ความเท่าเทียม และเป็นธรรมทางสังคม ในการเข้ารับบริการทางสุขภาพ (Health Equality) โดยโครงการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านนั้น เป็นส่วนหนึ่งของนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาล ด้วยการเปิดโอกาสให้ประชาชนรับยาตามร้านยาที่ร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ หรือรับยาใกล้บ้าน ร้านยาใกล้ใจ เพื่อเป็นทางเลือกในการรับยาล้างพบแพทย์ให้กับผู้ป่วย โดยไม่ต้องรอคิวรับยาที่โรงพยาบาล ซึ่งร้านยาที่เข้าร่วมโครงการต้องเป็นร้านยาแผนปัจจุบัน ข.ย.1 ที่มีเภสัชกรประจำร้าน และจะมีป้ายสัญลักษณ์ “ร้านยาชุมชนอบอุ่น” ที่หน้าร้าน ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ ไม่ได้มีแต่ร้านยาในศูนย์สรรพสินค้าขนาดใหญ่ ร้านยาที่มีคุณภาพทั่วประเทศที่มีเภสัชกรประจำก็เข้าร่วมโครงการเป็นจำนวนมาก เพื่ออำนวยความสะดวกประชาชน และกระจายเงินสู่ภาคส่วน(3) เสมือนเป็นการจำลองห้องยาโรงพยาบาลมาอยู่ที่ร้านขายยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการอย่างถูกต้องเหมาะสมเช่นเดียวกับการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลทุกประการ ซึ่งในระยะแรกจะเริ่มต้นในผู้ป่วย 4 โรคเรื้อรัง คือ 1. เบาหวาน 2. ความดันโลหิตสูง 3. จิตเวช และ 4. หอบหืด โดยเมื่อวันที่ 1 ม.ค. 2564 มีจำนวนผู้ป่วยสะสมที่ไปรับบริการที่ร้านยา 29,299 คน คิดเป็น 80.38% ของเป้าหมายในปี 2564 ซึ่ง สปสช.ตั้งไว้ที่ 36,450 คน จำนวนการไปรับยา 54,730 ครั้ง มีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ 141 แห่ง และร้านยาในเครือข่าย 1,081 แห่ง โดยรวมแล้วถือว่ามีการพัฒนาขึ้นมาก เช่น จำนวนผู้ป่วยสะสมเพิ่มขึ้นจาก 11,235 รายในช่วงไตรมาส 3 ปี 2563 เป็น 29,299 รายในปัจจุบัน หรือจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นจาก 130 แห่งในช่วงไตรมาส 3 ปี 2563 เป็น 141 แห่ง ซึ่งรูปแบบการส่งยาที่โรงพยาบาลเลือกใช้มากที่สุดคือการจัดยาจากโรงพยาบาลส่งไปให้ที่ร้าน แล้วให้ผู้ป่วยมารับยาที่ร้านภายใต้การแนะนำของเภสัชกรร้านยา สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการมากที่สุดคือกลุ่มผู้ป่วยอายุระหว่าง 61-75 ปี มีจำนวน 11,765 คน (40.16%) รองลงมาคือผู้ป่วยอายุระหว่าง 46-60 ปี มีจำนวน 9,326 คน (31.83%) ผู้ป่วยอายุ 75 ปีขึ้นไป 3,825 คน (13.06%) และอายุ 31-45 ปีอีก 2,517 คน (8.60%) ส่วนโรคที่รับยาที่ร้านยามากที่สุด 5 อันดับแรก คือโรคเรื้อรังอื่นๆที่ควบคุมได้ 12,896 ราย (44.01%) โรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่นๆ 4,663 ราย (15.91%) ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน 4,085 ราย (13.94%) ความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 3,183 ราย (10.86%) ขณะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเดียวมารับยาที่ร้านยา 1,096 ราย (3.74%)

ในส่วนของกรุงเทพมหานครนั้น ได้มีความร่วมมือกันระหว่างกรุงเทพมหานคร กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อดำเนินการทำให้บริการสุขภาพแบบ New Normal 3 โครงการ ได้แก่ การเจาะเลือดผู้ป่วยถึงบ้าน การพบแพทย์ผ่าน Telemedicine และการรับยาที่ร้านยาใกล้บ้านหรือทางไปรษณีย์โดยไม่ต้องเดินทางมาถึงโรงพยาบาล โดยเบื้องต้นเน้นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน ผู้สูงอายุ ผู้พิการและทุพพลภาพ ซึ่งเมื่อเดือนมีนาคม .2564 มีโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร เข้าร่วมบริการแล้ว 9 แห่ง(4) นอกจากนั้นในปีงบประมาณ 2564 สปสช.ได้พัฒนาการจ่ายเงินชดเชยค่าบริการเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเว้นระยะห่างทางกาย ลดการเดินทางและลดความแออัดในโรงพยาบาลคือบริการสาธารณสุขระบบทางไกล (Telehealth / Telemedicine) โดยได้เริ่มนำร่องให้บริการระยะที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 1 ธ.ค. 2563 โดยมีโรงพยาบาลที่มีความพร้อมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ 15 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลประสาทวิทยา สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลหลวงพ่อทวีศักดิ์ ชุตินิโรวุฒิกุล อุทิศ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ โรงพยาบาลสิรินธร โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี โรงพยาบาลลาดกระบัง โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง และโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน ทั้งนี้ สปสช.กำหนดอัตราจ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขไว้ที่ 30 บาท/ครั้ง(5)

4. ผลลัพธ์ของการปรับรูปแบบบริการคลินิกโรคเรื้อรัง

การปรับรูปแบบบริการรักษาพยาบาลได้ถูกดำเนินการในหลายพื้นที่ทั่วประเทศ โดยมีบางพื้นที่ได้ทำการติดตามประเมินผล เช่น โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ได้ติดตามประเมินผลการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 พฤษภาคม 2563 พบว่าระดับความดันโลหิตก่อนและหลังรับยาทางไปรษณีย์ ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาทางไปรษณีย์ภายใน 2 วัน ร้อยละ 77.4 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อระบบการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ร้อยละ 96.2(6) มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้ทำการประเมินผลโครงการนำร่องให้ผู้ป่วยรับยาที่ร้านยาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ระยะที่ 2 ใน 15 โรงพยาบาลนำร่องจาก 13 เขตสุขภาพ รวมถึงร้านยาที่เป็นเครือข่ายในการดำเนินงานตามรูปแบบที่ 1-2 พบว่าโครงการมีประโยชน์ต่อผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ในด้านช่วยลดระยะเวลาการรอรับยาและเวลาเดินทางไปโรงพยาบาล เฉลี่ยรวม 58 นาทีต่อผู้ป่วย 1 คน ผู้ป่วยมีเวลาปรึกษาเภสัชกรเพิ่มขึ้น 3 นาที คิดเป็น 42% ลดความแออัดในโรงพยาบาลได้เฉลี่ย 8.5% ต่อโรงพยาบาล และประหยัดต้นทุนการเดินทางของผู้ป่วยได้ 71% เมื่อเทียบกับการรับยาที่ รพ. ผลสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ พบว่าผู้ป่วยพึงพอใจมาก โดยเฉพาะในด้านการใช้เวลารอคอยรับยาไม่นาน ความสะดวกในการเดินทาง และความถี่หรือวันของเภสัชกรในการให้คำปรึกษา(7)

การประเมินในส่วนของการบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ (New Normal of Medical Services) “ปัตตานีโมเดล (DMS - Pattani Model)” จากการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน - พฤศจิกายน 2563 พบว่าประชาชนมีความเชื่อมั่นต่อการจัดบริการสำหรับกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สุด แต่ยังไม่มีการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพในประเด็นโรคไม่ติดต่อ และอุปสรรคใหญ่ในการดำเนินการคือ ความไม่เพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันเชื้อ ประสิทธิภาพของระบบสารสนเทศ และความไม่ชัดเจนของการจัดสรรแพทย์เพื่อมารับผิดชอบในคลินิกโรคไม่ติดต่อ นอกจากนั้นยังพบปัญหาการจัดพื้นที่สำหรับการตรวจ

โรค เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมากและแออัด และแนะนำให้แพทย์และพยาบาลทำการคัดกรองและตรวจโรคให้เร็วที่สุดเพื่อลดการจับกลุ่มรวมตัวของผู้ที่มาใช้บริการ และให้จัดบริการตรวจรักษาเชิงรุกกับผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น(8)

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, สุธิดา แก้วทา,. ผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมกับมาตรการการควบคุมการระบาดในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ.2563 ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย. วารสารควบคุมโรค. 2563;46(4):14.
2. คู่มือการจัดการคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูงวิถีใหม่ แบบยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (สำหรับระดับผู้ปฏิบัติงาน). ปฐมพร ศิริประภาศิริ, สันติ ลาภเบญจกุล,, editor. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์: กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
3. อนันต์ชัย อัศวเมฆิน. นโยบายลดความแออัด ลดการรอคอย ในโรงพยาบาล แครีบายที่ร้านขายยาจริงหรือ 2562 [1 ตุลาคม 2564]. Available from: <https://www.hfocus.org/content/2019/10/17865>.
4. กทม.จับมือ สปสช. ให้บริการสาธารณสุขแบบ New Normal เปิด 3 บริการใหม่ป้องกันโควิด-19: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2564 [cited 2564 2 ตุลาคม 2564]. Available from: <https://www.nhso.go.th/news/3009>.
5. สปสช.นำร่องจ่ายค่าบริการ Telemedicine เฟสแรกรับมือโควิด-19 รอบใหม่ 2564 [cited 2564 2 ตุลาคม 2564]. Available from: <https://gnews.apps.go.th/news?news=76297>.
6. ปิยะวัฒน์ รัตนพันธุ์, ประดับ เพ็ชรจรรยา, สิริญา สุริยา,. การพัฒนาระบบจัดส่งยาทางไปรษณีย์สำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. Chiangrai Medical Journal. 2563;2564(2).
7. Thitima. วิจัย สวรส.ซี “รับยาที่ร้านยา” ช่วยลดเสี่ยงติดเชื้อ-ลดเวลารอรับยา-ลดแออัดใน รพ.- เกสซ์พร้อมให้บริการในสถานการณ์โควิดระลอกใหม่: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564 [cited 2564 1 ตุลาคม 2564]. Available from: <https://www.hsri.or.th/media/news/detail/13167>.
8. รายงานฉบับสมบูรณ์ ผลการสำรวจข้อมูลและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกรมการแพทย์ ในโครงการพัฒนาการบริการทางการแพทย์วิถีใหม่ในสถานพยาบาลแต่ละระดับ จังหวัดปัตตานี ปี 2563. 2563.