



รายงานการวิจัย

การศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

An Impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic
on access to healthcare services of elderly in Thailand



โดย

ดร. ญ.พัทธรา สีนหรงค์
ผศ. ภก.พีรวัฒน์ จินาทองไทย
ผศ. ภก.สุธรา จันทะวงศ์
ดร. ภก.ยุทธนา วงศาภา
ผศ. ภก.กิริติ เก่งกล้า
นางสาวอารยา ญาณพิบูลย์
นางสาวภคินท์ อังกาบ
พญ.อัญชญา สุรอมรรตน์
นพ.เอกภพ หมอกพรม
รศ. พญ.อรุณทัย ศิริอัสกุล
นางสาวกুমารี พັນนี
ภญ.นิธิเจน กิตติรัชกุล

ที่ปรึกษา

รศ. พญ.วรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ
ดร. ญ.ศรีเพ็ญ ดันติเวส

หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ



รายงานการวิจัย

การศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อการเข้าถึงบริการ
สุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

An Impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on access to
healthcare services of elderly in Thailand
(สัญญาเลขที่ SPH63008)

โดย

ดร.ภญ.พัทธรา สีนหรงค์	หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ภก.พีรวัฒน์ จินาทองไทย	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ภก.สุธาร จันทะวงศ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ภก.ยุทธนา วงศาภา	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ภก.กิตติ เก่งกล้า	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
นางสาวอารยา ญาณพิบูลย์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
นางสาวกณันท์ อังกาบ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
พญ.อัญชญา สุระมรรรัตน์	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
นพ.เอกภพ หมอกพรม	ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.พญ.อรุณทัย ศิริธวัชกุล	หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวกুমารี พัทธนี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ภญ.นิธิเจน กิตติรัชกุล	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ที่ปรึกษา

รศ.พญ.วรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ	หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

รายชื่อคณะผู้วิจัยในพื้นที่

จ.อุบลราชธานี

ภญ.พัชรีย์ กาญจนวัฒน์	กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
อ.ภญ.ทิภาดา สามสีทอง	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
อ.ภญ.อัญมณี ลามมาก	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.นพ.ปริญญ์ ชำนาญ	กลุ่มวิจัยโรคทางคาร์ดิโอเมตาบอลิก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
นพ.พิเชฐ หล่อวินิจนันท์	ภาควิชาอายุรกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์
อ.นพ.วิรัช จินาทองไทย	วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
นางสมสมัย บุญส่อง	งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

จ.ขอนแก่น

อ.นพ.อรรถกร รักษาสัตย์	ศูนย์การุณรักษ์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ภก.ชัชสินทร์ อจลานนท์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ภญ.ภัทรา อัครชนบดี	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ภก.สมัย จันทน์นามอม	ฝ่ายเภสัชกรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ภญ.เฉลิมขวัญ วิไลแก้ว	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

จ.พิษณุโลก

ผศ.(พิเศษ) นพ.โตมร ทองศรี	กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
ภญ.ดวงกมล พูลพันธ์	กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

จ.เชียงราย

ผศ.(พิเศษ) ภญ.สุภารัตน์ วัฒนสมบัติ	กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
------------------------------------	---

กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2563 โดยสนับสนุนการดำเนินโครงการโดยแผนงานยุทธศาสตร์เป้าหมาย (Spearhead) ด้านสังคมของหน่วยบริหารจัดการและส่งเสริมผลลัพธ์ (ODU) แผนงานศักยภาพและโอกาสของผู้สูงอายุ ปีที่ 1 ในความรับผิดชอบของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลจากโรงพยาบาล งานเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก งานสารสนเทศ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ศูนย์สารสนเทศและนวัตกรรมข้อมูลศิริราช (Siriraj Informatics and Data Innovation Center หรือ SiData+) ผู้ประสานงานในพื้นที่ รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิจากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ (มส.ผส.) และผู้เชี่ยวชาญที่เข้าประชุมนำเสนอความก้าวหน้าของโครงการรวม 3 ครั้ง ซึ่งให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยและการจัดทำข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์

บทสรุปผู้บริหาร

ที่มา

ตั้งแต่ต้นปี 2563 จนถึงเดือนกันยายน 2564 มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สถานพยาบาลจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบการให้บริการสุขภาพ เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรค โดยเฉพาะการติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ที่อาจเกิดการรุนแรงหรือเสียชีวิต และเพื่อให้ผู้สูงอายุยังได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มาตรการ/นโยบายต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 (9) ได้แก่ 1) เพิ่มการคัดกรองโรคติดเชื้อ COVID-19 ก่อนให้บริการ 2) ลดหรืองดการให้บริการผู้ป่วย โดยให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหนัก รุนแรง หรือฉุกเฉินเท่านั้น 3) การบริการแบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยใช้เทคโนโลยี 4) การเพิ่มช่องทางการรับยาโรคเรื้อรังนอกโรงพยาบาล และ 5) การปรับเปลี่ยนพื้นที่ให้บริการเฉพาะกลุ่มผู้มีความเสี่ยงหรือผู้ติดเชื้อ COVID-19 แยกออกจากพื้นที่ให้บริการโรคอื่น ๆ มาตรการทั้งหมดอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจำเป็นของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและขาดผู้ดูแล จึงนับเป็นเรื่องที่ทำนายอย่างยิ่งที่ภาครัฐจะต้องมีการวางแผนการดำเนินงาน ทั้งด้านการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุและด้านการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น การศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขต่อการวางแผนนโยบายด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้เหมาะสม ทั้งการดูแลสุขภาพในสถานพยาบาลรวมถึงการดูแลรักษาต่อเนื่องในชุมชน

การดำเนินการวิจัย

การศึกษผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ต่อระบบบริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในรายงานฉบับนี้ เป็นงานวิจัยที่ใช้ทั้งวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ หรือ mixed methods ประกอบด้วย การทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และการวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยระดับโรงพยาบาล 5 แห่ง ร่วมกับการทบทวนเอกสารของโรงพยาบาลและการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลที่คัดเลือกเป็นพื้นที่ศึกษาทั้ง 7 แห่ง (มีโรงพยาบาล 2 แห่งที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงฐานข้อมูลผู้ป่วย) ซึ่งกระจายทุกภูมิภาคและในกรุงเทพมหานคร โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์สามารถนำมาใช้ประกอบการอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และปัจจัยบริบทพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ต่อการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล และการเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยทั่วไป

ผลการวิจัย

1. แนวทางการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพ ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษาได้กำหนดนโยบายและมาตรการที่สอดคล้องกับศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 (ศบค.) และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) ระดับประเทศ และจังหวัด แนวทาง/มาตรการจัดการระบบบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลกำหนดขึ้นในช่วงการระบาด ครอบคลุมการดำเนินการทั้งแผนกที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการคัดกรองและรักษาผู้ป่วย COVID-19 และแผนกที่ดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ โรงพยาบาลทุกแห่งมุ่งเน้นด้านการลด งด เลื่อน การตรวจรักษา การทำหัตถการและการ ผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วน รวมถึงการปรับเปลี่ยนการให้บริการและนำวิธีการ/เทคโนโลยีต่าง ๆ มาเสริมหรือทดแทน โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะลดการเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงและคงที่ ในขณะเดียวกันก็ ยังคงคุณภาพของบริการทั้งการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การ กำหนดมาตรการของโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาล และบริบทของพื้นที่ แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โรงเรียนแพทย์มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการปรับรูปแบบบริการช่วง COVID-19 เช่น การพัฒนา application ของโรงพยาบาลสำหรับติดตามอาการและให้คำแนะนำในการ ให้บริการผู้ป่วย ส่วนโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปใช้โทรศัพท์เป็นเครื่องมือสื่อสารหลักระหว่างผู้ป่วย และบุคลากร นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังมีการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรับบริการยังสถานพยาบาล เครือข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้เคียงชุมชน

2. การใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เปรียบเทียบกับช่วงก่อนการระบาด โรงพยาบาลที่ศึกษามีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของอัตราการใช้บริการในแต่ละกลุ่ม บริการสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยขึ้นกับหลายปัจจัยทั้งปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ปัจจัยบริบทพื้นที่และปัจจัยที่ เกี่ยวกับระบบการให้บริการ การใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่ไม่เร่งด่วนมีแนวโน้มลดลง เช่น การคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การผ่าตัดต่อกระดูกและผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า รวมถึงกลุ่มโรคและการดูแล สุขภาพบางประเภทสามารถใช้บริการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ทดแทนการมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ของผู้ป่วย เช่น การจ่ายยาเดิม (remed) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การติดตามอาการและให้คำปรึกษาในผู้ป่วย/ญาติ ของการดูแลแบบประคับประคอง และการเจ็บป่วยด้วยโรคใช้หวัดใหญ่ลดลงอย่างมากในทุกพื้นที่ซึ่งน่าจะเป็น เพราะมาตรการดูแลอนามัยส่วนบุคคล เช่น การสวมหน้ากาก ล้างมือ ในขณะที่การใช้บริการสุขภาพในกลุ่ม โรคและบริการที่ฉุกเฉินเร่งด่วนมีแนวโน้มทั้งเพิ่มขึ้นและไม่แตกต่างจากก่อนการระบาด

3. ผลกระทบด้านสุขภาพในสถานพยาบาลของผู้สูงอายุ จากการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในช่วงการระบาด ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (แผนกผู้ป่วยใน) มีอัตราการ เสียชีวิตไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด ทั้งการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล (30 วันหลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ในขณะที่ผลการศึกษาระดับโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันในผู้สูงอายุแต่ละ

กลุ่มอายุ และแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล โดยพบทั้งอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น/ลดลง (เล็กน้อย) และไม่แตกต่าง เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการระบาด

สรุปผลการศึกษา

ข้อค้นพบที่สำคัญประการหนึ่งจากการศึกษานี้ คือ แต่ละโรงพยาบาลกำหนดมาตรการของตนเอง และมีหลายมาตรการ แม้หลักการและมาตรการส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกันระหว่างโรงพยาบาล แต่ก็มีการปรับเปลี่ยนไปตามความรุนแรงของการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในจังหวัด ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา นอกจากนี้ ประสิทธิภาพและผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของมาตรการ ยังขึ้นกับหลายปัจจัยที่มีการพัฒนามาก่อนช่วงการระบาด (โดยที่ระดับของการพัฒนาในพื้นที่ต่าง ๆ เป็นไปอย่างไม่เท่าเทียมกัน) เช่น ศักยภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัดรวมถึงการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ความสามารถของระบบเสริมหรือทดแทนบริการตามปกติ (เช่น telemedicine, telepharmacy) วัฒนธรรมของระบบคุณภาพโรงพยาบาล ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ลักษณะเช่นนี้ (ซึ่งยังไม่รวมปัจจัยด้านผู้รับบริการ) ทำให้การดำเนินการมาตรการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของ “ระบบบริการสุขภาพ” มีความซับซ้อน ดังนั้น การประเมินผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงควรดำเนินการในระดับโรงพยาบาลหรือเครือข่ายของโรงพยาบาล เนื่องจากผลการประเมินน่าจะเชื่อถือได้และมีประโยชน์มากกว่าการประเมินในภาพรวมของประเทศ แต่ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพของฐานข้อมูล การให้บริการของโรงพยาบาลก่อนนำมาวิเคราะห์ รวมทั้งผู้ประเมินควรทำความเข้าใจกับบทบาทของปัจจัยที่เกี่ยวข้องและบริบทของการดำเนินการมาตรการของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดตัวแปร ตัวชี้วัด และคัดเลือกวิธีการประเมินที่เหมาะสม ลักษณะเฉพาะของบริการสุขภาพบริการหนึ่ง ๆ เช่น ความต้องการ ความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการ ความต้องการใช้อุปกรณ์/เทคโนโลยีขั้นสูง และความรุนแรงของโรคที่เป็นเป้าหมาย ก็เป็นสิ่งที่ควรนำมาพิจารณาในการจัดลำดับความสำคัญและออกแบบการประเมิน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ผู้กำหนดนโยบายระดับประเทศควรให้การสนับสนุนสถานบริการสุขภาพทุกระดับรวมถึงการให้บริการสุขภาพในชุมชนในด้านต่าง ๆ ที่จำเป็น ได้แก่

1.1 กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นอย่างเร่งด่วน ทันการณ์ เพียงพอ และได้คุณภาพมาตรฐาน ให้แก่สถานพยาบาลเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่โดยจัดเตรียมพื้นที่และทรัพยากรที่ใช้สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ กองทุนประกันสุขภาพภาครัฐควรให้เบิกชดเชยค่าบริการสำหรับมาตรการเสริม/ทดแทนการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลในอัตราที่เหมาะสม เช่น การบริการแพทย์ทางไกล การส่งยาให้ผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากมาตรการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 โดยการงด/ลดการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลลดลง ส่งผลให้รายรับลดลงจนอาจขาดสภาพคล่องและไม่สามารถจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินได้

1.2 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับราชวิทยาลัย/สมาคมวิชาชีพจัดทำแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานของประเทศที่ช่วยตัดสินความเร่งด่วนและฉุกเฉินของอาการสำคัญและสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมตามลำดับความเร่งด่วน (Triage) ให้ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับของสถานพยาบาลสามารถนำไปใช้เพื่อประเมินสถานะผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว

1.3 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และสภาวิชาชีพพัฒนาระบบและแนวทางมาตรฐานของบริการแพทย์ทางไกล ให้มีความพร้อมและสามารถใช้งานได้จริงทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยต้องดำเนินการพัฒนาให้ระบบบริการแพทย์ทางไกลมีความยั่งยืนในระยะยาว ไม่ใช่เป็นการใช้ชั่วคราวในสถานการณ์ฉุกเฉินเท่านั้น โดยต้องดำเนินการวางแผนพัฒนาและออกแบบ รวมถึงการนำไปใช้ในทางปฏิบัติอย่างครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดด้านการใช้เทคโนโลยีใหม่ นอกจากนี้ ระบบการแพทย์ทางไกลควรนำไปใช้ร่วมกับมาตรการเสริม/ทดแทนของโรงพยาบาลในช่วงการระบาดอื่น ๆ เช่น การส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน การดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะยาวและระยะท้าย เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้

2. โรงพยาบาลร่วมกับ EOC ในพื้นที่ควรมีการเตรียมความพร้อมกรณีเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในอนาคต โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ของโรงพยาบาลจากการปฏิบัติตามมาตรการช่วง COVID-19 ตลอดช่วงการระบาดรวมทั้งพยายามลดผลกระทบของมาตรการและสามารถให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ดังนี้

2.1 แนวทางปฏิบัติงานและการจัดระบบบริหารจัดการบุคลากรในโรงพยาบาล กรณีมีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานตามอัตรากำลังคนของโรงพยาบาลอย่างชัดเจน และมีแผนการบริหารจัดการในการสอบสวนโรคเพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงของคนใกล้ชิดบุคลากรที่ติดเชื้อ และเตรียมพื้นที่กักตัวให้บุคลากร

2.2 ระบบสนับสนุนการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 พัฒนาและสนับสนุนให้มีการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการรักษาและติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ปรับปรุงเสถียรภาพของระบบเทคโนโลยี และสนับสนุนอุปกรณ์สื่อสารที่เพียงพอต่อการบริการสุขภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 หรือกรณีเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่เป็นไปได้อย่างราบรื่น

2.3 มีการประสานความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพภายในโรงพยาบาลเพื่อกำหนดนโยบายและมาตรการร่วมกัน และทำงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่เพื่อร่วมกันดูแลสุขภาพประชาชนและการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงงานอุตสาหกรรม และชุมชนที่อยู่ละแวกใกล้เคียง

3. การที่โรงพยาบาลมีการกำหนดมาตรการเพื่อรับมือการระบาด แต่ไม่มีการติดตามประเมินผลมาตรการ ทั้งที่มีแนวโน้มว่าบางมาตรการอาจส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง ดังนั้น โรงพยาบาลควรมีการติดตามและ

ประเมินผลหลังจากที่มีการปฏิบัติตามมาตรการในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนมาตรการเพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยแบ่งการประเมินผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยได้ ดังนี้

3.1 การประเมินผลลัพธ์ระยะสั้น (short-term outcome) เช่น ความพึงพอใจและปัญหาอุปสรรคที่มีต่อระบบการให้บริการรูปแบบใหม่ อัตราการใช้บริการเสริม/ทดแทนที่เกิดขึ้นในช่วงการระบาด การเข้าถึงมาตรการที่โรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยน เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ด้วยข้อจำกัดจากปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ลำพังหรือไม่มีผู้ดูแล หรือเข้าไม่ถึงช่องทางการสื่อสารที่โรงพยาบาลนำมาใช้ในช่วงการระบาด

3.2 การประเมินผลลัพธ์สุขภาพระยะกลาง (intermediate outcome) เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คุณภาพชีวิต ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การมาโรงพยาบาลในกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน (เช่น การพลัดตกหกล้ม) การดำเนินไปของโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค

3.3 การประเมินผลกระทบต่อจิตใจ (mental health) เนื่องจากการปฏิบัติตามมาตรการของโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยที่รักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในโดยเฉพาะผู้ป่วย COVID-19 รู้สึกโดดเดี่ยวและมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

4. การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถได้รับการดูแลระยะกลาง ระยะยาว และระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

4.1 การพัฒนารูปแบบบริการทางการแพทย์ทางไกล ควรมีการออกแบบและพัฒนาเทคโนโลยีโดยคำนึงถึงการใช้งานที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถเข้าถึงได้ง่าย เพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารให้หลากหลาย และต้องเป็นช่องทางที่สามารถให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถติดต่อสถานพยาบาลเพื่อขอคำปรึกษาได้สะดวกตลอดเวลาโดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉินเร่งด่วน และปรับปรุงเสถียรภาพของเทคโนโลยีเพื่อให้การสื่อสารเป็นไปได้อย่างราบรื่น

4.2 กรณีผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาจมีข้อจำกัดด้านการใช้เทคโนโลยี และไม่สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลควรมีการสนับสนุนการทำงานร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครในชุมชนและชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุยังได้รับการดูแลและติดตามอาการอย่างต่อเนื่องในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่ยังมีการระบาดอย่างต่อเนื่องหรือกรณีเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อื่น ๆ ในอนาคต

4.3 การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติเลือกได้จากแนวทางหลัก 2 แบบ ซึ่งอาจมีความเหมาะสมแตกต่างกันในแต่ละกรณี ได้แก่

1) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในโรงพยาบาล ซึ่งมีความพร้อมของบุคลากร เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์จำเป็น เหมาะกับผู้ป่วยที่ญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยเองที่บ้าน และมีความรู้สึกทุกข์ กังวลใจ ที่ต้องเห็นความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่บ้าน และแนวทางนี้เหมาะกับพื้นที่ที่การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ในช่วงการระบาด ซึ่งแนวทางนี้ยังมีข้อดีคือ ลดความเสี่ยงของผู้ป่วยระยะท้ายจากการติดเชื้อ COVID-19 จากคนในครอบครัว ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยระยะท้ายเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร

2) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยระยะท้ายและญาติสามารถใช้เวลาอยู่ร่วมกันได้อย่างใกล้ชิด โดยสถานพยาบาลให้บริการผ่านระบบการแพทย์ทางไกล และหากสามารถเยี่ยมบ้านได้ควรติดตามทุก 3 วัน แต่ถ้าไม่ได้อาจพิจารณาช่วง 72 ชั่วโมงสุดท้ายของชีวิต โดยบุคลากรควรสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนตัว (PPE) จัดการบริหารยาประคับประคองอาการโดยเครื่องมือสำหรับให้ยาทางใต้ผิวหนังแบบต่อเนื่อง และวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

บทคัดย่อ

ที่มา: การศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยศึกษาบริการสุขภาพ 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) มาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2) การบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 3) การทำหัตถการ/ผ่าตัด และ 4) การดูแลสุขภาพระยะกลาง (intermediate care) การดูแลสุขภาพระยะยาว (long term care) และการดูแลแบบประคับประคองก่อนการเสียชีวิต (palliative care, end of life care) ซึ่งช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 มีการดำเนินนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพ ซึ่งการปรับรูปแบบบริการสุขภาพในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 อาจส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ อัตราการเข้ารับบริการสุขภาพ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และค่ารักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลเบิกชดเชยจากกองทุนสุขภาพ และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อผู้สูงอายุอันเป็นผลมาจากมาตรการต่าง ๆ ที่ดำเนินการ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย และ 2) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการจัดระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในกรณีที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อื่น ๆ เพื่อลดผลกระทบของโรคระบาดต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

วิธีวิจัย: การศึกษานี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) โดยวิเคราะห์ interrupted-time series analysis ใช้ฐานข้อมูลการจ่ายชดเชยบริการผู้ป่วยในของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล 5 แห่งทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative research) ใช้วิธีการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับมาตรการของโรงพยาบาล และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลจำนวนรวม 129 คน จาก 7 โรงพยาบาล ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล โดยเน้นการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากแผนกที่ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ

ผลการศึกษา:

ผลการศึกษาเชิงปริมาณโดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในในสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทุกกลุ่มอายุตั้งแต่ มกราคม 2559-ตุลาคม 2563 เปรียบเทียบช่วงการระบาดตั้งแต่เดือน มกราคม 2563 กับก่อนการระบาด (ก่อนมกราคม 2563) พบว่า การใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่ไม่เร่งด่วนมีแนวโน้มลดลงโดยกลุ่มอายุ 0-59 ปี ลดลงมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุเล็กน้อย เช่น การคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การผ่าตัดต่อกระดูกและผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า การใช้บริการสุขภาพในกลุ่มโรคและบริการที่ถูกเงินเร่งด่วนมีแนวโน้มทั้งเพิ่มขึ้นและไม่แตกต่างจากก่อนการระบาด เช่น การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมอง การรักษาโรคมะเร็งโดยการผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัด การผ่าตัดข้อสะโพกกรณีฉุกเฉิน อัตราการเสียชีวิตในและนอกโรงพยาบาลไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด และค่ารักษาพยาบาลของบริการผู้ป่วยในที่เบิกชดเชยจากกองทุนลดลง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับบุคคลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล 5 แห่ง เฉพาะผู้สูงอายุตั้งแต่ มกราคม 2558-ธันวาคม 2563 พบว่า อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกและค่ารักษาพยาบาลของบริการผู้ป่วยใน มีแนวโน้มแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาลและแต่

ละช่วงเวลา โรงพยาบาลทุกแห่งมีอัตราการทำหัตถการ/การผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน (elective) และผู้ป่วยโรคใช้หัวใจใหญ่ลดลง ส่วนอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่า โรงพยาบาลมีการกำหนดมาตรการแบ่งเป็น 4 กลุ่มมาตรการ ได้แก่ 1) ลดการให้บริการ 2) งดให้บริการ 3) การจัดบริการเสริมหรือทดแทน และ 4) การปรับเปลี่ยนการบริการ ที่สอดคล้องกับมาตรการในระดับประเทศ และพัฒนามาจากประสบการณ์ของโรงพยาบาลและบุคลากรในการเตรียมรับมือโรคอุบัติใหม่และการรับมือในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลมีวิธีการและช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายตามระดับความเป็นทางการของข้อมูลมาตรการและกลุ่มเป้าหมาย ผลของการปฏิบัติตามมาตรการจึงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพในช่วงการระบาด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังขาดผู้ดูแลและมีปัญหาด้านร่างกายเข้าถึงการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลที่มีการปรับเปลี่ยนได้น้อยลง แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีการกำหนดมาตรการเพื่อให้ผู้ป่วยยังได้รับบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 แต่โรงพยาบาลไม่มีระบบการติดตามประเมินผลมาตรการที่นำมาปฏิบัติจากมุมมองผู้รับบริการโดยเฉพาะผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย

สรุปผลการศึกษา: ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลมีการกำหนดมาตรการที่หลากหลายเพื่อใช้ในโรงพยาบาล แม้หลักการและมาตรการส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกันแต่มีการปรับเปลี่ยนไปตามความรุนแรงของการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในจังหวัด มาตรการที่ป้องกันการระบาดของโรคในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลลดลงและประเภทของผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกรณีเร่งด่วนฉุกเฉินเท่านั้น ข้อค้นพบจากการศึกษานำมาสังเคราะห์ข้อเสนอแนะต่อการวางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุกรณีที่ยังมีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อื่น ๆ เพื่อลดผลกระทบของโรคระบาดต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย: การจัดการเพื่อลดผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีการดำเนินการร่วมกันในหลายระดับทั้งในระดับประเทศ ระดับพื้นที่ และหลายภาคส่วนนอกเหนือจากภาคสุขภาพ เพื่อร่วมมือกันกำหนดนโยบาย/มาตรการรวมถึงการนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพและร่วมมือกันดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่องในชุมชนซึ่งเป็นบริการสุขภาพที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้มากที่สุดในช่วงสถานการณ์ฉุกเฉิน นอกจากนี้ มาตรการต่าง ๆ ที่ดำเนินการซึ่งส่วนใหญ่เป็นมาตรการใหม่ที่ไม่เคยมีการใช้มาก่อนหน้านี้ควรมีการประเมินติดตามจากผู้รับบริการว่าเกิดปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงหรือไม่รวมถึงผลลัพธ์ของมาตรการโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งอาจมีปัญหาในการปรับตัวต่อบริการสุขภาพแบบใหม่ เช่น บริการแพทย์ทางไกล ผลการประเมินมาตรการและการปรับปรุงมาตรการให้มีความเหมาะสมสามารถเป็นโอกาสพัฒนาให้เกิดการบริการรูปแบบใหม่ที่สามารถแก้ไขปัญหการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดอีกในอนาคตได้

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ บริการสุขภาพ การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

Abstract

Background: The study was to explore the impact of COVID-19 on access to healthcare services among the elderly in Thailand. Four domains of healthcare services were applied including: (i) health promotion and disease prevention; (ii) healthcare services in inpatient and outpatient departments; (iii) procedures and surgeries; and (iv) intermediate care, palliative care and end of life care. During the spread of COVID-19, various health policies were implemented to curb this pandemic. However, there is a concern whether such policy implementation may have impacts on healthcare services among the elderly especially for healthcare service access, health-related outcomes, medical reimbursement from the public health fund, and other factors affecting health and wellbeing of the elderly.

Objectives: This objective of this study was to 1) examine the impact of the COVID-19 pandemic on access to healthcare services for the elderly in Thailand; and 2) develop policy recommendations on the management of healthcare services for the elderly during the COVID-19 pandemic and other emerging infectious diseases outbreaks in order to mitigate such impact on access to healthcare services and to ensure continuity of healthcare service provision for the elderly.

Methods: A mixed-method study was used in this study. An interrupted-time series (ITS) analysis was undertaken by using two sources of data including: (i) the hospitalization administrative data for reimbursement under Universal Coverage Scheme (UCS) obtained from the e-Claim database from January 2016 to October 2020, the National Health Security Office (NHSO); (ii) electronic medical records (EMRs) of five selected hospitals from both inpatient and outpatient departments between January 2015 and December 2020. For qualitative study, document review and in-depth interview were performed to explore the context of health policy implementation by health facilities. There were 129 key informants from purposively selected hospitals ($n = 7$). The participants included hospital directors, heads of departments, and healthcare professionals in selected departments that regularly provided services for the elderly.

Results: The results of the ITS analysis of NHSO (e-Claim) database of all age groups from January 2016 to October 2020 with a comparison between pre- and post-pandemic period (before and after January 2020) showed that the healthcare utilization of non-emergency services among the elderly tended to decrease. For the age group of 0-59 years, this number

was slightly lower compared to the elderly group in particular health screening for non-communicable diseases, cataract, and knee replacement surgeries. Regarding healthcare utilization of emergency services, this number was likely to increase and did not differ from the data prior to COVID-19. These included healthcare utilizations due to coronary artery disease, cerebrovascular disease, surgery and chemotherapy for cancer treatment, and emergency hip surgery. Moreover, mortality rate of in-hospital death and death after discharge from hospital were not different from the pre-COVID-19 period, while the monthly inpatient service reimbursement decreased during the pandemic period. From January 2015 to December 2020, EMRs from five selected hospitals revealed that the utilization rate among the elderly in inpatient and outpatient care, as well as the healthcare reimbursement charge of inpatient service were various among each hospital and each pandemic period. Every hospital had lower rate of procedure and elective surgery, with a decreased number of influenzas. However, the mortality rate of in-hospital death was not different from the pre-COVID-19 period.

According to the findings of the qualitative study, the policies/interventions in response to COVID-19 in seven selected hospitals were categorized into four groups: 1) a partial provision on healthcare services; 2) the temporary halt in healthcare services; 3) a provision on additional or substitute healthcare interventions; and 4) adaptation of provided healthcare services. These themes were generated based on experiences of hospitals and healthcare professional themselves responding to new emerging diseases and the spread of COVID-19. However, there was a wide range of strategies for health communication initiated by hospitals regarding formality levels and targets. Also, there was a relationship between the policy implementation of health facilities and healthcare services and health-related outcomes during COVID-19. The results were profound among the elderly who tended to be isolating and lacked family support, and therefore likely to face greater physical health problems while accessing healthcare services in health facilities with a low level of adaptive capacity to the pandemic. Although health measures were in place in hospitals to facilitate access to healthcare and continuity of healthcare service provision during COVID-19, there was a lack of monitoring and evaluation programs to evaluate the impact on health-related outcomes generated by the perspectives of healthcare users or elderly patients.

Conclusions: During the COVID-19 pandemic, health-related policies and measures have been developed in health facilities. Although the majority of the concepts and procedures were consistent, the level of implementation of such policies and measures differed depending on intensity of the COVID-19 pandemic in each province. The number of patients, especially the elderly who are at substantial risk of COVID-19 infection, has decreased because of measures to infectious control in health facilities, and the number of patients who utilized the hospital services were restricted to urgency and emergency cases. The findings of this study would be analyzed to develop policy recommendations on preparedness and management plans of healthcare services for the elderly during the COVID-19 crisis and other new emerging disease outbreaks, with the aim to its impact on healthcare access and utilization among the elderly further.

Policy recommendations: To control this pandemic and its impact on healthcare access, there is a need to have multi-sectoral collaboration at national and regional levels, and strengthen partnerships with non-health sectors. This effort will help to guide the direction of health policy and implementation more effectively, and to support continuity of the provision on healthcare services especially at the community health facility with the highest rate of healthcare access by the elderly during the pandemic. Moreover, as the majority of policy initiatives or interventions over this crisis are new, monitoring and evaluation programs should be established for these actions. Views from the health service users should be gathered to explore challenges in accessing healthcare services among them especially the elderly who tends to face greater barriers in adapting themselves to new healthcare services such as telemedicine. The findings from the evaluation on policy implementation and improvement by taking into account the context of the pandemic can be lessons learned for new solutions addressing challenges on healthcare access among the elderly both in the normal situation and in the crisis.

Keywords: Elderly, Healthcare service, COVID-19 pandemic

สารบัญเรื่อง

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	ii
บทสรุปผู้บริหาร	iii
บทคัดย่อ	ix
Abstract.....	x
สารบัญเรื่อง	xiv
สารบัญตาราง.....	xvii
สารบัญรูป	xix
คำย่อ	xxi
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความสำคัญ และที่มาของปัญหา.....	1
1.2 การทบทวนวรรณกรรม.....	2
1.2.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศไทย	2
1.2.2 ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศไทย	3
1.2.3 ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19	5
1.2.4 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19	6
บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย.....	10
2.1 กรอบแนวคิดของการวิจัย	10
2.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	11
2.3 นิยาม/ขอบเขตของการวิจัย	11
2.4 การดำเนินการวิจัย และสถานที่ทำการทดลอง/เก็บข้อมูล.....	12
2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	18
บทที่ 3 ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ COVID-19 ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ: ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ.....	22
3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).....	22
3.1.1 จำนวนผู้ป่วยใน (IPD patients) ที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme; UCS)	22
3.1.2 อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	25

3.1.3 ผลลัพธ์ทางคลินิกของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (IPD admission) ของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.....	39
3.1.4 ผลกระทบด้านเศรษฐศาสตร์ของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	43
3.1.5 สรุปผลการศึกษาสำคัญจากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในของ สปสช.	58
3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับโรงพยาบาล	59
3.2.1 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ.....	59
3.2.1.1 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ	59
3.2.1.2 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ.....	60
3.2.1.3 อัตราการทำหัตถการ/การผ่าตัดของผู้สูงอายุ.....	61
3.2.1.4 อัตราการดูแลสุขภาพระยะกลาง การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลแบบประคับประคอง.....	61
3.2.2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (IPD admission) ของผู้สูงอายุ...69	
3.2.3 ผลกระทบด้านเศรษฐศาสตร์ของการรับบริการสุขภาพ.....	73
3.2.4 สรุปผลการศึกษาสำคัญจากการวิเคราะห์ข้อมูลระดับโรงพยาบาล.....	76
บทที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19: ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ	78
4.1 ข้อมูลบริบทโรงพยาบาลและจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล	78
4.2 นโยบาย/มาตรการ/แนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อลดผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19.....	81
4.2.1 นโยบายและมาตรการระดับประเทศ	81
4.2.2 นโยบายและมาตรการระดับโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา	82
4.3 การกำหนดมาตรการของโรงพยาบาล.....	91
4.4 การนำมาตรการไปปฏิบัติ	94
4.5 ผลที่เกิดจากการนำมาตรการไปปฏิบัติในระดับโรงพยาบาล.....	95
4.6 การถอดบทเรียนเพื่อวางแผนรับมือต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	97
4.6.1 การเตรียมพร้อมด้านบุคลากร	98
4.6.2 การเตรียมพร้อมด้านระบบสนับสนุนบริการสุขภาพ.....	99
4.6.3 การวางแผนเตรียมพร้อมด้านอาคาร สถานที่	100
4.6.4 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป	100
4.7 แนวปฏิบัติที่ดี (good practice) ของโรงพยาบาล.....	101
4.8 สรุปผลการศึกษาเชิงคุณภาพ.....	103
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	105
5.1 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา.....	105

5.1.1 ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ต่อระบบบริการสุขภาพ และแนวทางการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพ.....	108
5.1.2 การใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เปรียบเทียบกับช่วงก่อนการระบาด	113
5.1.3 ผลกระทบด้านสุขภาพในสถานพยาบาลของผู้สูงอายุ จากการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19	116
5.1.4 สรุปผลการศึกษา.....	118
5.2 ข้อจำกัดของการศึกษา.....	119
5.3 ข้อเสนอต่อการศึกษาในอนาคต	120
5.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	120
เอกสารอ้างอิง	124
ภาคผนวก 1 การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยใน สปสช.....	128
ภาคผนวก 2 ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา	131
ภาคผนวก 3 แนวคำถามสัมภาษณ์.....	140
ภาคผนวก 4 หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	143
ภาคผนวก 5 รายงานการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย.....	145
รายชื่อคณะนักวิจัย.....	154

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 2-1 รูปแบบการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย	13
ตารางที่ 2-2 แสดงรายละเอียดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาล	18
ตารางที่ 2-3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อตอบวัตถุประสงค์เฉพาะข้อ 1.2 และ 1.3.....	19
ตารางที่ 3-1 ค่าเฉลี่ยจำนวนผู้ป่วยในต่อเดือนเปรียบเทียบระหว่างก่อนการระบาดและช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19.....	23
ตารางที่ 3-2 อัตราการเข้ารับการรักษาตัวเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลทั้งหมดและจำแนกตามกลุ่มอายุ.....	26
ตารางที่ 3-3 อัตราการเข้ารับการรักษาตัวเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุและเขตของ สปสช. (หน่วยนับ ผู้ป่วย, IPD patient).....	28
ตารางที่ 3-4 อัตราการเข้ารับการรักษาตัวเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุและกลุ่มวินิจฉัยโรค (หน่วยนับ ครั้ง, IPD admission).....	30
ตารางที่ 3-5 อัตราการเข้ารับการรักษาตัวเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุและการทำหัตถการ/ผ่าตัด (หน่วยนับ ครั้ง, IPD admission)	37
ตารางที่ 3-6 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุและช่วงที่เสียชีวิต	41
ตารางที่ 3-7 จำนวนวันนอน (length of stay) รวมต่อเดือนของผู้ป่วยที่รับการรักษาตัวเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลแยกตามกลุ่มอายุ	42
ตารางที่ 3-8 ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยในทั้งหมดและจำแนกตามกลุ่มอายุ	45
ตารางที่ 3-9 ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยในจำแนกตามเขตของ สปสช.	46
ตารางที่ 3-10 ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มอายุและกลุ่มวินิจฉัยโรค.....	47
ตารางที่ 3-11 ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มอายุและการทำหัตถการ/ผ่าตัด	55
ตารางที่ 3-12 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุทั้งหมดเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) จำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล (หน่วยนับ ผู้ป่วย, OPD patient) ...	62
ตารางที่ 3-13 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุทั้งหมดเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) จำแนกตามกลุ่มวินิจฉัยโรค (หน่วยนับ ครั้ง, OPD visit)	64

ตารางที่ 3-14 อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุทั้งหมดเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) จำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล (หน่วยนับ ผู้ป่วย, IPD patient)	66
ตารางที่ 3-15 อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) จำแนกตามกลุ่มวินิจฉัยโรคและการทำหัตถการ/ผ่าตัด (หน่วยนับ ครั้ง, IPD admission)	67
ตารางที่ 3-16 อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล (in-hospital death) ของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) จำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล	70
ตารางที่ 3-17 อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน (re-hospitalization) ของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) จำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล	71
ตารางที่ 3-18 ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (length of stay) ของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) จำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล	72
ตารางที่ 3-19 ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล	74
ตารางที่ 3-20 ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล.....	75
ตารางที่ 4-1 ข้อมูลบริบทโรงพยาบาลและจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล ปี 2563	80
ตารางที่ 4-2 มาตรการของโรงพยาบาลช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่อาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2563	87

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่ 1-1 ร้อยละของประเทศที่มีการรายงานการหยุดชะงักให้บริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อ	7
รูปที่ 2-1 กรอบแนวคิดของการวิจัย	10
รูปที่ 3-1 กราฟแสดงอัตราการเข้ารับการรักษาดูแลโรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบก่อนการระบาด (มกราคม 2559- ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลทั้งหมดและจำแนกตามกลุ่มอายุ	28
รูปที่ 3-2 กราฟแสดงอัตราการเข้ารับการรักษาดูแลโรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ	32
รูปที่ 3-3 กราฟแสดงอัตราการเข้ารับการรักษาดูแลโรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ	33
รูปที่ 3-4 กราฟแสดงอัตราการเข้ารับการรักษาดูแลโรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ	34
รูปที่ 3-5 กราฟแสดงอัตราการเข้ารับการรักษาดูแลโรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ	35
รูปที่ 3-6 กราฟแสดงอัตราการเข้ารับการรักษาดูแลโรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ	37
รูปที่ 3-7 กราฟแสดงอัตราการเข้ารับการรักษาดูแลโรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบก่อนการระบาด (มกราคม 2559- ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุและการทำหัตถการ/ผ่าตัด	39
รูปที่ 3-8 กราฟแสดงอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลโรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ	42
รูปที่ 3-9 กราฟแสดงจำนวนวันนอน (length of stay) รวมต่อเดือนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลโรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง เปรียบเทียบก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ	43
รูปที่ 3-10 กราฟแสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบก่อนการระบาด (มกราคม 2559- ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยในทั้งหมดและจำแนกตามกลุ่มอายุ	45
รูปที่ 3-11 กราฟแสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบก่อนการระบาด (มกราคม 2559- ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยใน สำหรับกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง	49
รูปที่ 3-12 กราฟแสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบก่อนการระบาด (มกราคม 2559- ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยใน สำหรับโรคหัวใจและหลอดเลือด	50
รูปที่ 3-13 กราฟแสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบก่อนการระบาด (มกราคม 2559- ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยใน สำหรับกลุ่มการดูแลเป็นพิเศษ	51
รูปที่ 3-14 กราฟแสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบก่อนการระบาด (มกราคม 2559- ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยใน สำหรับโรคของระบบทางเดินหายใจ	52

รูปที่ 3-15 กราฟแสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยใน สำหรับกลุ่มโรคอื่น ๆ	54
รูปที่ 3-16 กราฟแสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มอายุและการทำหัตถการ/ผ่าตัด	57
รูปที่ 4-1 ข้อเสนอแนะแผนการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่...	98

คำย่อ

COVID-19	Coronavirus disease 2019
SiData+	Siriraj Informatics and Data Innovation Center
ADL	Activity of Daily Living
WSO	World Stroke Organization
TIA	Transient Ischemic Attack
OPD	Outpatient Department
IPD	Inpatient Department
EMR	Electronic medical record
UCS	Universal Coverage Scheme
SD	Standard deviation
Mean diff	Mean difference
IRR	Incidence rate ratio
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
IMV	Invasive mechanical ventilation
NIV	Noninvasive ventilation
PCI	Percutaneous coronary intervention
OR	Odd ratio
CSMBBS	Civil Servant Medical Benefit Scheme
SSS	Social Security Scheme
UCS	Universal coverage scheme
PHEIC	Public health emergency of international concern
EOC	Emergency Operation Center
NCDs	Non-Communicable Diseases
PCU	Primary Care Unit
PUI	Patient Under Investigation
ARI clinic	Acute Respiratory Infection
ICU	Intensive care unit
CCTV	Closed-circuit television
NCD	Non-communicable disease

PPE	Personal protective equipment
BCP	Business Continuity Plan
BCM	Business Continuity Management
WHO	World health organization
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
ADL	Activities of daily living
ICN	Infectious Control Nurse
รพ.สต.	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
อสม.	อาสาสมัครสาธารณสุข
อปท.	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
สวปก.	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
มส.ผส.	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
วช.	สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ
มสช.	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
สวปก.	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
สปสช.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สพร.	สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล
รร.แพทย์	โรงเรียนแพทย์
รพศ.	โรงพยาบาลศูนย์
รพท.	โรงพยาบาลทั่วไป
ศบค.	ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19

บทที่ 1 บทนำ

1.1 ความสำคัญ และที่มาของปัญหา

ประเทศไทยมีนโยบายในระดับประเทศที่ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุโดยมีความร่วมมือจากหลายภาคส่วน (1) ในขณะที่ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพในสัดส่วนที่สูงโดยเฉพาะโรคเรื้อรังซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีระบบที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ ในอดีตที่ผ่านมาหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย เน้นรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่เน้นการดูแลแบบเฉียบพลัน (acute care model) เจ็บป่วยโรคเดียว (single illness) จากโรคทั่วไปที่ไม่ซับซ้อน รักษาหายขาดได้ และเมื่อหายจากอาการเจ็บป่วยสามารถกลับบ้านได้ โดยรูปแบบนี้อาศัยสถานพยาบาลเป็นฐานในการให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ต้องดูแลแบบต่อเนื่องเข้าไม่ถึงบริการที่จำเป็น โดยมีสาเหตุมาจากปัญหาสุขภาพอันเป็นอุปสรรคต่อการเดินทาง ไม่มีผู้ดูแล ไม่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยโรค ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เป็นต้น (2) ผู้สูงอายุที่เข้าไม่ถึงบริการด้านสุขภาพที่จำเป็น ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดีขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค (3) จนอาจนำไปสู่ภาวะพึ่งพิงมากขึ้น (4) ดังนั้น เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงมุ่งเน้นตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การดูแลรักษาภาวะเฉียบพลัน การดูแลสุขภาพระยะกลาง (intermediate care) การดูแลสุขภาพระยะยาว (long term care) และการดูแลแบบประคับประคองก่อนการเสียชีวิต (palliative care, end of life care) (5) ในอดีตที่ผ่านมาพบปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นเหล่านี้สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุอันมีสาเหตุมาจาก ข้อจำกัดของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่ต้องช่วยเหลือเรื่องการเดินทางไปสถานพยาบาลหรือการดูแลในระหว่างการเข้ารับบริการสุขภาพซึ่งจะมีปัญหาอย่างมากในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (6) ผู้ให้บริการสุขภาพไม่ได้เน้นการให้บริการเชิงรุกรวมถึงการประสานงานระหว่างเครือข่ายการดูแลสุขภาพจึงทำให้ผู้สูงอายุบางกลุ่มเข้าไม่ถึงการบริการสุขภาพได้ (7) เข้าไม่ถึงข้อมูลด้านการดูแลสุขภาพ (8) เป็นต้น

ตั้งแต่ต้นปี 2563 จนถึงเดือนกันยายน 2564 มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สถานพยาบาลจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนระบบการให้บริการสุขภาพ เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคโดยเฉพาะการติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ที่อาจเกิดอาการรุนแรงหรือเสียชีวิต และเพื่อให้ผู้สูงอายุยังได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มาตรการ/นโยบายต่าง ๆ ที่นำมาใช้ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 (9) ได้แก่ 1) เพิ่มการคัดกรองโรคติดเชื้อ COVID-19 ก่อนให้บริการ 2) ลดหรืองดการให้บริการผู้ป่วยโดยให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหนัก แรงดัน หรือฉุกเฉินเท่านั้น 3) การบริการแบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยใช้เทคโนโลยี 4) การเพิ่มช่องทางการรับยาโรคเรื้อรังนอกโรงพยาบาล และ 5) การปรับเปลี่ยนพื้นที่ให้บริการเฉพาะกลุ่มผู้มีความเสี่ยงหรือผู้ติดเชื้อ COVID-19 แยกออกจากพื้นที่ให้บริการโรคอื่น ๆ ซึ่งการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการเหล่านี้อาจส่งผลต่อการเข้าถึงการรักษาซึ่ง

ปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพในอดีตอาจมีเพิ่มมากขึ้นและอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในระยะยาว

1.2 การทบทวนวรรณกรรม

1.2.1 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศไทย

ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านสุขภาพกายเนื่องจากความชราซึ่งอวัยวะต่าง ๆ และการทำงานของร่างกายเสื่อมลงตามธรรมชาติ (10) ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะ Metabolic syndrome โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคหอบหืด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเหล่านี้ส่วนใหญ่เริ่มเป็นปัญหาในวัยกลางคนแล้วต่อเนื่องจนถึงวัยสูงอายุซึ่งมักเป็นหลายโรคพร้อมกัน ทำให้มีปัญหาซับซ้อนในการรักษาและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุ ซึ่งโรคทั้งหมดนี้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและระยะยาวทั้งในระบบบริการสุขภาพและนอกระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอัตราการเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือความพิการที่จำเป็นต้องมีการดูแลตลอดชีวิต

รูปแบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจำเป็นต้องถูกออกแบบให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ อันเนื่องมาจากความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการมีโรคประจำตัวของประชาชนในกลุ่มวัยนี้ ซึ่งระบบการดูแลสุขภาพจะเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ นอกจากนี้ยังควรคำนึงถึงขีดความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และภาวะพึ่งพิง ที่ส่งผลถึงการเข้าถึงบริการ/การดูแลสุขภาพ ในอดีตที่ผ่านมาหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย เน้นรูปแบบการให้บริการสุขภาพที่เน้นการดูแลแบบเฉียบพลัน (Acute Care model) เจ็บป่วยโรคเดียว (single illness) จากโรคติดต่อทั่วไปที่ต้องการบริการด้านสุขภาพไม่ซับซ้อน รักษาหายขาดได้ และเมื่อหายจากอาการเจ็บป่วยสามารถกลับบ้านได้ โดยรูปแบบนี้อาศัยสถานพยาบาลเป็นฐานในการให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องเข้าไม่ถึงบริการที่จำเป็น โดยมีสาเหตุมาจากปัญหาสุขภาพอันเป็นอุปสรรคต่อการเดินทาง ไม่มีผู้ดูแล ไม่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยโรค ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เป็นต้น (2) ผู้สูงอายุที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดีขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค (3) ในปัจจุบันรูปแบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพในประเทศไทย ได้มุ่งเน้นการดูแลแบบต่อเนื่องมากขึ้นโดยเริ่มต้นตั้งแต่ มาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การดูแลรักษาภาวะเฉียบพลัน ภาวะเรื้อรัง การดูแลสุขภาพระยะกลาง (intermediate care) การดูแลระยะยาว (long term care) และในระยะท้ายของชีวิต (palliative/end of life care) (5)

ข้อมูลจากรายงานโครงการผลสัมฤทธิ์การใช้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐในประเทศไทย พบว่า ในปีงบประมาณ 2553 ผู้สูงอายุใช้บริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและบริการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับปีงบประมาณก่อนหน้า (11) จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยในของสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลทั้ง 3 สิทธิ พบว่าสัดส่วนการใช้บริการในแต่ละ

กลุ่มโรคค่อนข้างคงที่ โดยโรคที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องนอนโรงพยาบาลมากที่สุด คือ โรคระบบไหลเวียนโลหิต โรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้นตามอายุ และผู้สูงอายุมากกว่า 80 ปีเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในด้วยเรื่องโรคติดเชื่อเพิ่มขึ้น ในภาพรวมของการใช้บริการสุขภาพ ผู้สูงอายุมีอัตราการใช้บริการสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ทั้งบริการตรวจร่างกายเพื่อคัดกรองโรค บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน อัตราการใช้บริการจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุ โดยจะมีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นและอัตราการใช้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจะเริ่มลดลงเมื่อประชากรมีอายุมากกว่า 75 ปี ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะที่ผู้สูงอายุเริ่มช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ต้องมีผู้ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันนั้นทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพยากขึ้น ตลอดจนสิทธิประโยชน์และเงื่อนไขในการเข้ารับบริการของกองทุนหลักประกันสุขภาพที่มีความแตกต่างกันในแต่ละกองทุน รวมทั้งจำนวนและการกระจายของสถานบริการสุขภาพที่แตกต่างกันในเขตเมืองและเขตชนบท (11)

เมื่อพิจารณาเฉพาะปัญหาสุขภาพสำคัญที่ทำให้กลุ่มผู้สูงอายุนอนโรงพยาบาล คือ โรคหัวใจ พบว่า มีโรงพยาบาลหลายระดับที่สามารถให้การรักษานี้ได้ทั้งในภาครัฐและเอกชน จากการศึกษาสถานการณ์การให้บริการด้านการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน กรณีโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (12) ซึ่งมีบริบทของโครงสร้างและการกระจายทรัพยากรสุขภาพและระบบบริการสุขภาพแตกต่างจากพื้นที่จังหวัดอื่นของประเทศไทย แม้ว่าจะเป็นเขตเมืองที่มีทรัพยากรด้านสุขภาพพร้อมกว่าจังหวัดอื่น ๆ แต่พบปัญหาด้านการเชื่อมโยงเครือข่ายระบบบริการสุขภาพ และระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างภาครัฐและเอกชนที่ชัดเจน รวมทั้งเงื่อนไข/อัตราการเบิกชดเชยของระบบประกันสุขภาพของรัฐทั้ง 3 ระบบยังมีความแตกต่างกันซึ่งเป็นประเด็นท้าทายสำคัญที่จำเป็นต้องพัฒนา ซึ่งอาจทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการฉุกเฉินเร่งด่วนได้อย่างสะดวกรวดเร็ว

การศึกษาของจเร วิชายุทธ และคณะ (2553) ซึ่งศึกษาการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุภายหลังถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในจังหวัดตัวอย่างที่มีการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟู ค่อนข้างก้าวหน้าจำนวน 3 จังหวัด พบว่าร้อยละ 64 รายงานว่าได้รับการทำกายภาพบำบัดหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยกว่าครึ่งเป็นการทำกายภาพบำบัดโดยญาติ น้อยกว่าร้อยละ 10 ที่ไปรับบริการที่หน่วยบริการใกล้บ้าน และร้อยละ 13 มีเจ้าหน้าที่มาให้บริการถึงบ้าน ซึ่งการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพ 3 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยมีสมรรถภาพ (Activity of Daily Living: ADL) ดีขึ้นร้อยละ 14-38 (13)

1.2.2 ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื่อ COVID-19 ในประเทศไทย

จากการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารต่าง ๆ เกี่ยวกับปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่ามีประเด็นท้าทายสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ข้อจำกัดของผู้รับบริการ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้ ด้านความแตกต่างของสิทธิการรักษา และการประสานงานระหว่างเครือข่ายผู้ให้บริการ ดังนี้

1) ข้อจำกัดของผู้รับบริการ

รายงานของธนาคารโลก เรื่อง Closing the health gaps for the elderly: Promoting Health Equity and Social Inclusion in Thailand (14) พบว่า อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่ม

ผู้สูงอายุอาจเกี่ยวข้องกับการขาดผู้ดูแลช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุเดินทางไปยังสถานพยาบาล ซึ่งพบมากในเขตชนบท และการที่ผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายที่ไม่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลโดยตรง ได้แก่ ค่าเดินทาง ค่าอาหาร หรือค่าที่พัก ที่จำเป็นต้องจ่ายเมื่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาล ปัญหาเหล่านี้พบมากในผู้สูงอายุที่มีเศรษฐานะไม่ดี (15) อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลเขตเมือง เป็นผู้ป่วยติดเตียง และอายุเกิน 75 ปี นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่อายุเกิน 75 ปี มีอัตราการใช้บริการสุขภาพต่ำกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มอายุอื่น สาเหตุสำคัญคือ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีปัญหาต่อกระดูก ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเดินทาง รวมทั้งมีภาวะพึ่งพิงที่ซับซ้อน และจำเป็นต้องส่งต่อไปสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้สูงอายุบางกลุ่มอาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งส่งผลให้ประสบปัญหาด้านการขาดแคลนบริการขนส่งสาธารณะที่ราคาย่อมเยา บางพื้นที่ไม่มีรถโดยสารประจำทางผ่านบริเวณที่พักอาศัยและบางรายมีฐานะยากจน จึงไม่สามารถเดินทางไปโรงพยาบาลได้ (14) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของความร่วมมือในการรักษาโรคเรื้อรัง เนื่องจากได้รับการรักษามายาวนาน 10-15 ปี จึงไม่มีความกระตือรือร้นที่จะเข้ารับบริการสุขภาพ นอกจากนี้ อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพในเขตเมือง คือ ระยะเวลาการคอยที่นาน เป็นอุปสรรคสำคัญอันดับต้นของการเข้าไม่ถึงการรักษา (8, 16)

2) การเข้าถึงข้อมูลและมีความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด

ผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนหนึ่งเข้าไม่ถึงข้อมูลการประชาสัมพันธ์ด้านการบริการสุขภาพ อาจเนื่องมาจากช่องทางการสื่อสารไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ เช่น การสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ ทำให้ไม่ทราบเกี่ยวกับโครงการต่าง ๆ ตลอดจนสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วย (8) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลส่วนหนึ่งยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ อาการแสดงของโรคจึงไม่สามารถประเมินอาการในเบื้องต้น เช่น อาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการรักษาหรือล่าช้าในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ทันเวลาที่ (17, 18) และผู้ป่วยหรือญาติไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินและไม่ทราบวิธีการแจ้งเหตุฉุกเฉิน 1669 (7, 19, 20) นอกจากนี้ การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค ทำให้ผู้ป่วยต้องใช้ยาหลายชนิด และมีโอกาสใช้ยาไม่ถูกวิธี ซึ่งส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาและเสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ (21)

3) ความแตกต่างด้านสิทธิการรักษาของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ

ผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาของระบบประกันสุขภาพภาครัฐที่แตกต่างกัน มีสิทธิประโยชน์หรือเงื่อนไขการเบิกชดเชยค่าบริการบางอย่างที่แตกต่างกัน และอาจส่งผลให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพในบางกรณี ดังมีตัวอย่างจากการศึกษาสถานการณ์การให้บริการด้านการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน กรณีโรคหัวใจ ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและประกันสังคม มีเครือข่ายบริการสุขภาพและระบบการส่งต่อที่เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลเอกชน ในขณะที่ผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการไม่สามารถเข้าถึงการบริการในโรงพยาบาลเอกชนได้ (12) นอกจากนี้รายการยาเวชภัณฑ์หรือการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือพิเศษที่ใช้ในการรักษายังมีความแตกต่างกันระหว่างสิทธิหากบางรายการไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาพยาบาลโดยเฉพาะการรักษา/วินิจฉัยที่มีราคาแพงและผู้ป่วยจำเป็นต้องจ่ายเอง ซึ่งผู้ป่วยอาจมีข้อจำกัดด้านความสามารถในการจ่ายและทำให้เข้าไม่ถึงการรักษา ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้าสู่ระยะฟื้นฟูจะได้รับการรักษาที่แตกต่างกันโดยพิจารณาตาม

สิทธิการรักษาของผู้ป่วยเป็นหลัก เช่น การให้ยาลดความดันโลหิต หรือยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือพิเศษซึ่งเป็นเทคโนโลยีใหม่และยังไม่มีในชุดสิทธิประโยชน์ (7)

4) การประสานงานระหว่างเครือข่าย

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ได้ทำการศึกษาเรื่องการประเมินสมรรถนะระบบหลักประกันสุขภาพในการให้บริการผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (7) พบว่าปัจจัยที่เป็นปัญหาในการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพของผู้ป่วย คือการขาดการถ่ายภาพบำบัดต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล รวมถึงระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยมีปัญหาด้านการสื่อสารกันระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้ไม่ได้มีการติดตามให้บริการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนขาดการบริการสุขภาพเชิงรุก เช่น การเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังขาดการเชื่อมโยงเครือข่ายการให้บริการด้านการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชน ในขณะที่โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งมีศักยภาพสูงกว่าโรงพยาบาลรัฐ เช่น การให้บริการโรคหัวใจขาดเลือดชนิดหลอดเลือดหัวใจอุดตันเฉียบพลัน (12)

1.2.3 ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

จากรายงานของธนาคารโลก เรื่อง Closing the health gaps for the elderly: Promoting Health Equity and Social Inclusion in Thailand (14) มีข้อเสนอแนะต่อการแก้ไขปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย อาศัยในเขตชนบทและไม่ได้อาศัยหรือได้รับค่าเลี้ยงดูจากครอบครัว ถือเป็นกลุ่มเปราะบางที่ควรได้รับการดูแลเป็นลำดับแรก เพราะเป็นกลุ่มที่เกิดปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพซึ่งอาจเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงเพิ่มขึ้นหรือมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น
2. ควรมีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดบ้าน-ติดเตียงโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ
3. ให้การสนับสนุนค่าเดินทางและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลแก่ผู้ป่วย โดยสถานพยาบาล หรือ อปท.
4. อปท. ให้การสนับสนุนบริการรถรับ-ส่ง ระหว่างบ้านและสถานพยาบาลแก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ฉุกเฉิน
5. อสม. เพิ่มบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน ให้สุขศึกษา การออกกำลังกาย ซึ่งการเพิ่มบทบาทของ อปท. และ อสม. ในชุมชนควรได้รับการสนับสนุนให้เป็นนโยบายทั้งประเทศ

สำหรับการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล พิการหรือเสียชีวิต มีข้อเสนอแนะ ได้แก่ การให้บริการสุขภาพเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและทักษะการดูแลสุขภาพแก่ชุมชนและประชาชนเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถทราบอาการผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มต้นและติดต่อผู้ให้บริการเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที (12)

อีกทั้งควรสร้างเครือข่ายการบริการสุขภาพ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลรัฐบาลและเอกชน ให้มีความรวดเร็วและสามารถเข้าถึงการรักษาได้ทุกสิทธิการรักษา ปรับหลักเกณฑ์/เงื่อนไขของสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐให้สามารถเข้ารับบริการสุขภาพกับโรงพยาบาลเอกชนได้ (8) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาในกรณีฉุกเฉิน การศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย (17) มีข้อเสนอแนะว่า ควรใช้เทคโนโลยีที่มีความทันสมัยและเหมาะสมมาใช้เพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงการให้ความรู้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองด้วยตนเอง โดยการสังเกตอาการภายนอก และการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการแจ้งเหตุเมื่อผู้ป่วยมีอาการโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการสุขภาพได้ทันที่ รวมทั้งควรนำเทคโนโลยีมาใช้ในการระดมการประสานการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการช่วยเหลือมากขึ้น เช่น การติดตั้งระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) โรงพยาบาลฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถรายงานอาการผู้ป่วยได้อย่างเป็นปัจจุบันมากขึ้น ตลอดจนการนำรถรักษาโรคหลอดเลือดสมองเคลื่อนที่ (Mobile CT & Stroke treatment Unit) มาใช้ในการรักษาผู้ป่วย

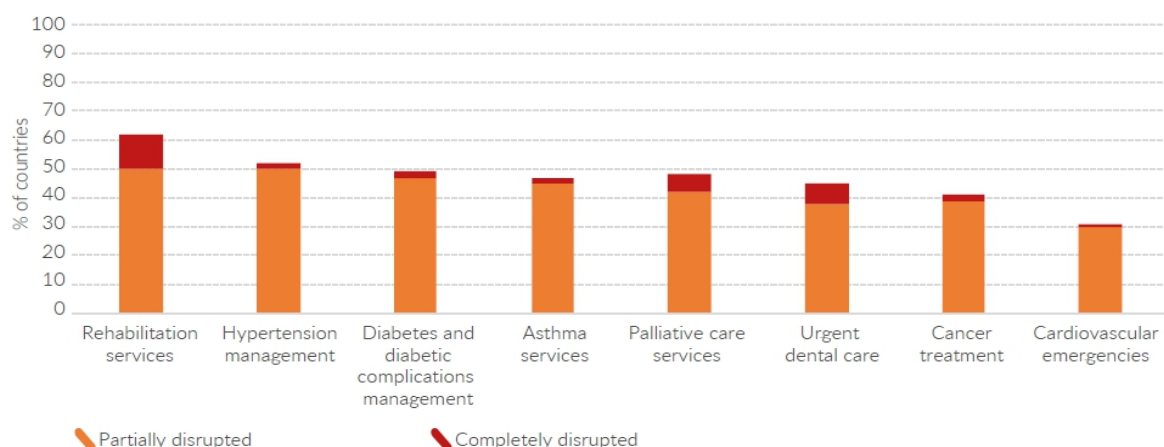
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินสมรรถนะระบบหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 กองทุนในการให้บริการผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน (7) และได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ดังนี้ 1) พัฒนารูปแบบกลไกการเบิกจ่าย หรือสิทธิประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดของระบบประกันสุขภาพทั้งสามกองทุนให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน 2) พัฒนากฎเกณฑ์และมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟู เพื่อให้เป็นแนวทางระบบประกันสุขภาพทั้งสามกองทุนสามารถนำไปใช้กำหนดสิทธิประโยชน์ที่สอดคล้องกัน 3) ส่งเสริมให้หน่วยบริการหรือสถานพยาบาลในระดับชุมชนกำหนดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพเพื่อยกระดับศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดได้ เมื่อผู้ป่วยต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และเพิ่มความร่วมมือในการปฏิบัติหรือติดตามการรักษา 4) พัฒนาระบบฐานข้อมูลการจัดการโรค ที่จะเป็นประโยชน์ในการติดตามการดูแลรักษาระยะยาว 5) พัฒนาการให้การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ให้บริการในพื้นที่ 6) พัฒนาระบบการให้ความรู้เชิงรุกในการปฏิบัติตนแก่กลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในชุมชน เช่น การกินยาประจำในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง

1.2.4 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก (22) ซึ่งสอบถามข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขของประเทศสมาชิกจำนวน 168 ประเทศ ในเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2020 พบว่า การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อบริการสุขภาพสำหรับโรคไม่ติดต่อในหลายประเทศ เนื่องจากรัฐบาลของประเทศเหล่านั้นมีนโยบายให้สถานพยาบาลชะลอหรือหยุดการให้บริการชั่วคราว ทำให้มีข้อจำกัดในการให้บริการดูแลโรคไม่ติดต่อของแผนกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 59 ของประเทศที่รายงาน ไม่ว่าจะเป็นข้อจำกัดด้านบุคลากรทางการแพทย์ การเปิดให้บริการในพื้นที่สำรอง และปรับการให้บริการในรูปแบบ

ที่แตกต่างไปจากรูปแบบเดิม เพื่อให้สอดคล้องตามสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ร้อยละ 4 ปิดการให้บริการดูแลโรคไม่ติดต่อ และร้อยละ 38 ยังคงเปิดให้บริการดูแลโรคไม่ติดต่อตามปกติโดยไม่มีข้อจำกัด สำหรับการให้บริการดูแลโรคไม่ติดต่อของแผนกผู้ป่วยใน การสำรวจนี้พบว่า ร้อยละ 62 มีการเปิดให้บริการตามปกติ และร้อยละ 35 มีการเปิดให้บริการเฉพาะกรณีฉุกเฉินเท่านั้น ทั้งนี้ไม่มีพบประเทศใดที่ปิดให้บริการแผนกผู้ป่วยใน

นอกจากนี้ยังมีการรายงานผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ต่อการเข้าถึงบริการแผนกผู้ป่วยในและแผนกผู้ป่วยนอก โดยจำแนกตามการบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อทั้งหมด 8 บริการ ได้แก่ rehabilitation services, hypertension management, diabetes and diabetic complications management, asthma services, palliative care services, urgent dental care, cancer treatment, cardiovascular emergencies พบว่า ประเทศส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75) มีการหยุดให้บริการบางส่วน (partially disrupted) ในหน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (rehabilitation services) รองลงมาคือ หน่วยรักษาโรคความดันโลหิตสูง (hypertension management) คิดเป็นร้อยละ 52 และหน่วยรักษาโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (diabetes and diabetic complications management) ร้อยละ 49 ในขณะเดียวกันประเทศส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีนโยบายหยุดให้บริการทั้งหมด (completely disrupted) ที่หน่วยบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ รองลงมาคือ หยุดให้บริการที่หน่วยทันตกรรมแบบเร่งด่วน (urgent dental care) และหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (palliative care services) ทำให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการสุขภาพในหน่วยเหล่านี้ขาดโอกาสในการเข้ารับบริการสุขภาพดังกล่าว (รูปที่ 1-1) เมื่อพิจารณาข้อมูลเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุพบว่า เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบในการเข้ารับบริการสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ เนื่องจากประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52) ของประเทศที่ให้ข้อมูลในการสำรวจนี้ ยังเปิดให้บริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อสำหรับผู้สูงอายุ และร้อยละ 35 เปิดให้บริการสำหรับผู้สูงอายุกรณีฉุกเฉินเท่านั้น (22)



รูปที่ 1-1 ร้อยละของประเทศที่มีการรายงานการหยุดชะงักให้บริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อ

ในหลายประเทศมีนโยบายหยุดหรือลดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แบบผู้ป่วยนอก (outpatient based) และการดูแลที่บ้าน (home-based) เช่น อาร์เจนตินา เบลเยียม บราซิล จีน เยอรมนี อินเดีย สหรัฐอเมริกา และสหราชอาณาจักร (23) เพื่อลดความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อทั้งบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป การงดบริการนี้อาจส่งผลให้เกิดความพิการและการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น จากการขาดการดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องในผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแล นอกจากนี้มีนโยบายหยุดให้บริการชั่วคราวในหน่วยโรคไม่ติดต่อทั้งการรักษาพยาบาลและการคัดกรองโรค เพื่อลดจำนวนผู้มารับบริการในสถานพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องรักษาอย่างฉุกเฉินและกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะมีอาการรุนแรงหากติดเชื้อ COVID-19 (เช่น ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) และสถานพยาบาลมีการนำระบบการแพทย์ทางไกลมาใช้เพื่อเสริม/ทดแทนการมารับบริการที่สถานพยาบาล เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการขยายเวลานัดรับยาผู้ป่วยเป็น 3 เดือนเพื่อลดความแออัดในการมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล (24, 25)

ข้อค้นพบจากรายงานของ World Stroke Organization (WSO) ซึ่งประเมินผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ต่อการให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (26) พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงระบบการให้บริการ ได้แก่ การโยกย้ายบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกไปช่วยรักษาผู้ติดเชื้อ COVID-19 ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหยุดชะงักในสถานพยาบาลหลายแห่ง รวมถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือดชนิดฉีดเข้า (intravenous thrombolysis) รวมทั้งส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งในแผนกผู้ป่วยในและในหอผู้ป่วยวิกฤตที่มีทรัพยากรอย่างจำกัดมากขึ้น เพราะต้องสำรองทรัพยากรไว้ให้ผู้ติดเชื้อ COVID-19 และการส่งต่อผู้ป่วยล่าช้า ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน และแพทย์มีอุปสรรคในการประเมินติดตามอาการของผู้ป่วยเนื่องจากสถานพยาบาลหลายแห่งต้องการลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทำให้ต้องหยุดให้บริการที่ไม่ฉุกเฉิน

ผลสำรวจใน 7 ประเทศ พบว่า ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการบริการจากสถานพยาบาลลดลงอย่างมาก บางประเทศลดลงมากถึงร้อยละ 50 แม้ว่าผู้ป่วย Transient Ischemic Attack (TIA) หรือ minor stroke ที่มีอาการไม่รุนแรงจะได้รับการรักษาในเบื้องต้น แต่พบว่ามีอัตราการเจ็บของโรคหลอดเลือดสมองถึงร้อยละ 10 ในสัปดาห์แรกหลังการรักษา (27) ดังนั้นควรมีการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยอย่างรอบคอบโดยเฉพาะกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ และมีข้อแนะนำให้ติดตามประเมินผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้การแพทย์ทางไกลเพื่อให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยและช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 (26) การศึกษาผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวนทั้งสิ้น 81 บทความ จาก 20 ประเทศ (28) เพื่อเปรียบเทียบการเข้ารับบริการสุขภาพก่อนการระบาดและช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยภาพรวมการเข้ารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 37 (median reduction) จากการเข้ารับบริการทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ไม่มีการระบาด (เดือนกุมภาพันธ์-พฤษภาคม) เมื่อแยกตามประเภทของบริการ การเข้ารับบริการผู้ป่วยนอก/ห้องฉุกเฉิน ลดลงมากที่สุด (ร้อยละ 42) รองลงมาคือ การวินิจฉัยโรค (ร้อยละ 31) บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ร้อยละ 30) การเข้ารับการรักษาแบบนอนในโรงพยาบาล (ร้อยละ 28) ในหลายการศึกษาโดยมีจำนวนผู้เข้ารับบริการลดลงอย่างมากในกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง หรือเจ็บป่วยน้อย จากการทบทวนวรรณกรรมนี้พบว่ายังมีช่องว่างของการวิจัยและมีข้อเสนอแนะต่อการศึกษาใน

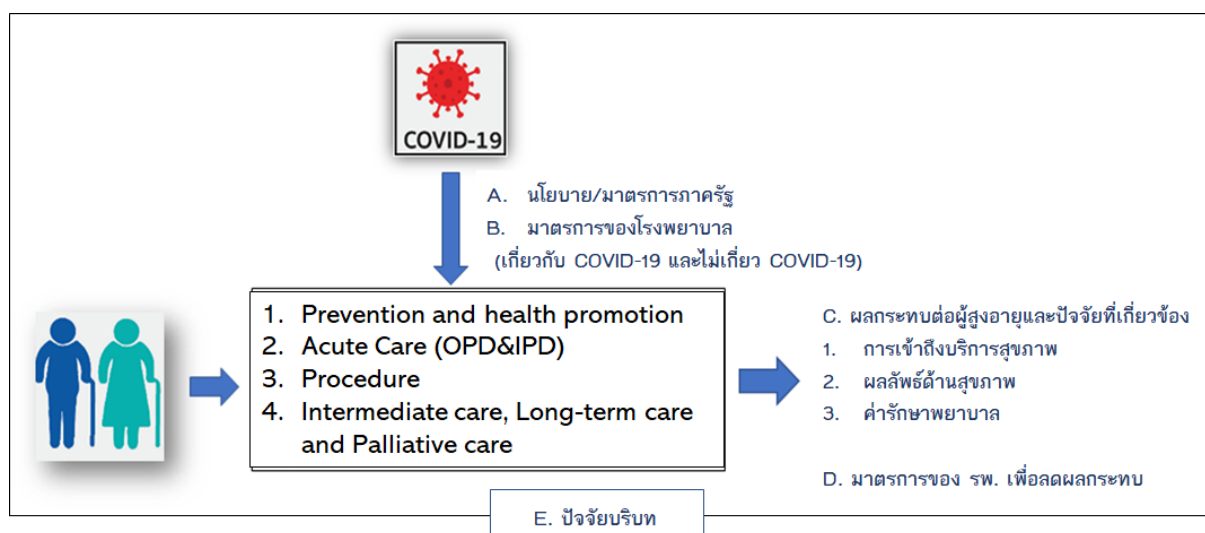
อนาคต เช่น การวิเคราะห์อนุกรมเวลา (Time Series Analysis) เปรียบเทียบการเข้ารับบริการสุขภาพในหลายปีก่อนหน้าการระบาด (multiple years prepandemic) กับช่วงปีที่มีการระบาดของโรค การศึกษาโดยใช้วิธี natural experiment หลังจากการเข้ารับบริการลดลง เพื่อศึกษาความแตกต่างของผลกระทบในผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เปรียบเทียบกันเพื่อพิจารณาประเด็นเรื่องความเสมอภาค (equity) การวิเคราะห์ข้อมูลการเข้ารับบริการสุขภาพในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับพื้นที่ ระดับภูมิภาคและระดับประเทศ การศึกษากลุ่มผู้ป่วยบางกลุ่มหรือบางมาตรการแบบติดตามไปข้างหน้าตั้งแต่เริ่มเกิดการระบาดของโรคเพื่อดูผลกระทบในด้านอื่น ๆ เช่น ผลด้านคลินิก รูปแบบแนวทางการบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่สถานบริการสุขภาพมีการเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการเป็นการแพทย์ทางไกลและเพิ่มมาตรการเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 โดยลด/งดการเดินทางมาโรงพยาบาล มาตรการทั้งหมดอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจำเป็นของผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและขาดผู้ดูแล จึงนับเป็นเรื่องที่ทำหายอย่างยิ่ง ที่ภาครัฐจะต้องมีการวางแผนการดำเนินงาน ทั้งด้านการจัดระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุและด้านการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น การศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นประเด็นที่เป็นประโยชน์ต่อผู้กำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขต่อการวางแผนนโยบายด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้เหมาะสม ทั้งการดูแลสุขภาพในสถานพยาบาล ได้แก่ การบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาล มาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุ การผ่าตัด/หัตถการ การดูแลสุขภาพระยะกลาง (intermediate care) และการดูแลสุขภาพระยะยาว (long term care) การดูแลแบบประคับประคองก่อนการเสียชีวิต (palliative care, end of life care) รวมถึงการดูแลรักษาต่อเนื่องในชุมชน

บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย

2.1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัย ดังแสดงในรูปที่ 2-1 โดยศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุโดยศึกษากลุ่มบริการสุขภาพ 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) มาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2) การบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 3) การทำหัตถการ/ผ่าตัด และ 4) การดูแลสุขภาพระยะกลาง (intermediate care) การดูแลสุขภาพระยะยาว (long term care) และการดูแลแบบประคับประคองก่อนการเสียชีวิต (palliative care, end of life care) ช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 มีการดำเนินนโยบายและมาตรการในหลายระดับ ได้แก่ ระดับประเทศ ระดับพื้นที่ และระดับโรงพยาบาล ในระดับโรงพยาบาลมีขั้นตอนการกำหนดมาตรการของโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ และการนำมาตรการในระดับโรงพยาบาลไปปฏิบัติในระดับหน่วยงาน ซึ่งการปรับรูปแบบบริการสุขภาพในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 อาจส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ โดยการศึกษานี้มีขอบเขตครอบคลุม 3 ประเด็น คือ อัตราการเข้ารับบริการสุขภาพ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ การเจ็บป่วยและทุพพลภาพ และการเสียชีวิต รวมถึงการศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์รวมเฉพาะต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพที่เกิดขึ้น เปรียบเทียบกับก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลของมาตรการต่าง ๆ ที่ดำเนินการ รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ข้อค้นพบจากการศึกษานำมาสังเคราะห์ข้อเสนอแนะต่อการวางแผนการจัดระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุกรณีที่ยังมีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อื่น ๆ เพื่อลดผลกระทบของโรคระบาดต่อการเข้ารับบริการสุขภาพและเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง



รูปที่ 2-1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

2.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะดังนี้

1.1 เพื่อศึกษาการกำหนดมาตรการและการนำมาตรการไปปฏิบัติของหน่วยให้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ

1.2 เพื่อวิเคราะห์อัตราการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เปรียบเทียบกับช่วงก่อนการระบาด

1.3 เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและค่ารักษาพยาบาลจากการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เปรียบเทียบกับก่อนการระบาด

1.4 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุและผลลัพธ์ด้านสุขภาพซึ่งเป็นผลจากมาตรการของโรงพยาบาลในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

2. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการจัดระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในกรณีที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อื่น ๆ เพื่อลดผลกระทบของโรคระบาดต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.3 นิยาม/ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษานี้มีขอบเขตของการวิเคราะห์ผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยแยกตามรายกลุ่มบริการสุขภาพ 4 กลุ่ม ดังนี้ 1) การบริการในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของสถานพยาบาล 2) มาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นบริการพื้นฐานของผู้สูงอายุ^{1,2} 3) การทำหัตถการ/ผ่าตัด และ 4) การดูแลสุขภาพระยะกลาง (intermediate care) การดูแลสุขภาพระยะยาว (long term care) และการดูแลแบบประคับประคองก่อนการเสียชีวิต (palliative care, end of life care)

2. การเปรียบเทียบช่วงก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 มกราคม 2558-ธันวาคม 2562 กับในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ การระบาดใน 6 เดือนแรก (มกราคม-มิถุนายน 2563) และการระบาดใน 6 เดือนหลัง (กรกฎาคม-ธันวาคม 2563)

3. การศึกษาผลกระทบด้านเศรษฐศาสตร์จะศึกษาในมุมมองของผู้จ่ายค่าบริการสุขภาพภาครัฐ (payer perspective) โดยจะวิเคราะห์ข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยค่าบริการให้แก่สถานพยาบาลตามสิทธิการ

¹ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559

² คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 11) พ.ศ. 2560

รักษาพยาบาลเฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดังนั้น การศึกษานี้รวมเฉพาะต้นทุนตรงที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ที่ให้บริการโดยสถานพยาบาลและมีการเบิกจ่ายชดเชยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

4. การเข้าถึงบริการสุขภาพในการศึกษานี้ หมายถึง “การใช้บริการสุขภาพ” (service utilization)

2.4 การดำเนินการวิจัย และสถานที่ทำการทดลอง/เก็บข้อมูล

การศึกษานี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และเชิงคุณภาพ (qualitative research) เพื่อศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ต่อการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพทั้ง 4 กลุ่มที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ และผลกระทบของมาตรการต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เปรียบเทียบกับก่อนที่มีการระบาด โดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินงาน ดังตารางที่ 2-1

ตารางที่ 2-1 รูปแบบการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย	วิธีเก็บข้อมูล	ประเด็นที่วิเคราะห์/เก็บรวบรวม
1. เพื่อศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย		
1.1 เพื่อศึกษาการกำหนดมาตรการและการนำมาตรการไปปฏิบัติของหน่วยให้บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุ	1) การทบทวนเอกสาร ได้แก่ ประกาศนโยบายและมาตรการที่เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในช่วงมกราคม ถึง ธันวาคม 2563 ของโรงพยาบาล ทั้ง 7 แห่ง 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรของโรงพยาบาล 7 แห่ง (ตารางที่ 2-2) ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าแผนกและบุคลากร ผู้ปฏิบัติงานในแผนกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยดำเนินการสัมภาษณ์แบบ face-to-face และแบบออนไลน์ เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเดินทางในช่วงการระบาด ในช่วงเดือน พฤษภาคม-กรกฎาคม 2564	นโยบาย/มาตรการ/แนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อลดผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 การนำมาตรการไปปฏิบัติและผลที่เกิดขึ้นในระดับโรงพยาบาลและการถอดบทเรียนเพื่อวางแผนรับมือต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ
1.2 เพื่อวิเคราะห์อัตราการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เปรียบเทียบกับช่วงก่อนการระบาด	1) วิเคราะห์ข้อมูลระดับบุคคลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของกองทุน/สวัสดิการรักษายาพยาบาลภาครัฐ	● อัตราการให้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เปรียบเทียบกับช่วงก่อนการระบาด ● ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและผลกระทบต่อค่ารักษาพยาบาลของโรงพยาบาลจากการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เปรียบเทียบกับก่อนการระบาด
1.3 เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ		

วัตถุประสงค์ของการวิจัย	วิธีเก็บข้อมูล	ประเด็นที่วิเคราะห์/เก็บรวบรวม
และค่ารักษาพยาบาลจากการให้บริการ สุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ในช่วงการระบาด ของโรคติดเชื้อ COVID-19 เปรียบเทียบ กับก่อนการระบาด		วิเคราะห์กลุ่มย่อย (subgroup analysis) เพื่อวิเคราะห์อัตราการให้บริการสุขภาพทั้ง 4 กลุ่มและผลกระทบที่ต่างกันในแต่ละกลุ่มย่อย เช่น แยกตาม รายโรค ระดับของสถานพยาบาล แยกรายเขตสุขภาพ ดังแสดงรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลและแหล่งข้อมูลในตารางที่ 2-3
	2) วิเคราะห์ข้อมูลระดับบุคคลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล - คัดเลือกโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (จังหวัดละ 1 แห่ง) เก็บรวบรวมข้อมูลจากพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพฯ สมุทรสาคร พิษณุโลก เชียงราย ขอนแก่น อุบลราชธานี และชุมพร - ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและมาตรการของโรงพยาบาลช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 (ช่วง มกราคม 2563-ธันวาคม 2563) เช่น ประกาศของโรงพยาบาล แนวทางการจัดระบบบริการ บันทึกการประชุม - วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล ด้วยข้อมูลของผู้มารับบริการที่มีอายุ <u>60 ปีขึ้นไป</u> (อายุ ณ วันที่มารับบริการ) ตั้งแต่ <u>มกราคม 2558-ธันวาคม 2563</u> เพื่อเปรียบเทียบช่วงก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ตั้งแต่ มกราคม 2558-ธันวาคม 2562 กับช่วงการระบาดของโรคใน	- อัตราการให้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ - ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes) เช่น การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ (re-hospitalizations) การเจ็บป่วยและทุพพลภาพ (morbidity) และการเสียชีวิต (mortality) - ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ (economic impacts) ซึ่งการศึกษานี้รวมเฉพาะต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพ (provider perspective) ที่เกิดขึ้น ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

วัตถุประสงค์ของการวิจัย	วิธีเก็บข้อมูล	ประเด็นที่วิเคราะห์/เก็บรวบรวม
	ประเทศไทยที่เริ่มต้นในเดือนมกราคม 2563 สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยมีผู้ให้ข้อมูลจำนวนรวม 129 คน (ตารางที่ 2-2) ประกอบด้วยผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล โดยเน้นการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากแผนกที่ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยดำเนินการสัมภาษณ์แบบ face-to-face และแบบออนไลน์ เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเดินทางในช่วงการระบาด ในช่วงเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2564 และมีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation)	
1.4 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุและผลลัพธ์ด้านสุขภาพซึ่งเป็นผลจากมาตรการของโรงพยาบาลในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19	สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อรวบรวมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุของแผนกต่าง ๆ ในโรงพยาบาลช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนรวม 129 คน (ตารางที่ 2-2) โดยดำเนินการสัมภาษณ์แบบ face-to-face และแบบออนไลน์เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเดินทางในช่วงการระบาด ในช่วงเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2564 และมีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation)	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพซึ่งเป็นผลจากมาตรการของโรงพยาบาลในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในกลุ่มบริการสุขภาพ 4 กลุ่ม
2. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	จัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder consultation)	ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการวางแผนการจัดระบบ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย	วิธีเก็บข้อมูล	ประเด็นที่วิเคราะห์/เก็บรวบรวม
ต่อการจัดระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในกรณีที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อื่น ๆ เพื่อลดผลกระทบของโรคระบาดต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพและเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	meeting) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และให้ความคิดเห็นต่อร่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในวันที่ 30 สิงหาคม 2564 (รายงานการประชุมดังกล่าวมี 5) ซึ่งมีผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งหมด 36 คน ประกอบด้วย ○ ผู้แทนมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) จำนวน 6 คน ○ ผู้แทนสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) จำนวน 2 คน ○ ผู้แทนมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) จำนวน 1 คน ○ ผู้แทนสำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) จำนวน 1 คน ○ ผู้แทนกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 1 คน ○ ผู้แทนสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี จำนวน 1 คน ○ ผู้แทนศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 1 คน ○ ผู้แทนมูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน ○ ผู้แทนคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จำนวน 1 คน ○ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 4 คน	บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุกรณีที่ยังมีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อื่น ๆ เพื่อลดผลกระทบของโรคระบาดต่อการเข้ารับบริการสุขภาพและเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย	วิธีเก็บข้อมูล	ประเด็นที่วิเคราะห์/เก็บรวบรวม
	○ ทีมวิจัยจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษา จำนวน 13 คน ○ ทีมวิจัยจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ จำนวน 4 คน	

ตารางที่ 2-2 แสดงรายละเอียดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

จำแนกตามตำแหน่ง	รพ.ก (25 คน)	รพ.ข (19 คน)	รพ.ค (18 คน)	รพ.ง (23 คน)	รพ.จ (15 คน)	รพ.ฉ (13 คน)	รพ.ช (16 คน)	รวม (129 คน)
ผู้บริหารโรงพยาบาล	4	1	1	4	2	1	1	14
หัวหน้าหน่วย	15	14	8	16	6	6	6	71
ผู้ปฏิบัติงาน	6	4	9	3	7	6	9	44
จำแนกตามวิชาชีพ								
แพทย์	12	7	5	16	8	3	4	55
เภสัชกร	2	2	4	2	2	2	3	17
พยาบาล	11	9	8	4	5	8	7	52
นักกายภาพบำบัด	0	1	1	0	0	0	1	3
นักกิจกรรมบำบัด	0	0	0	0	0	0	1	1
ทันตแพทย์	0	0	0	1	0	0	0	1

2.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์เชิงปริมาณดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2-3 เพื่อวิเคราะห์อัตราการให้บริการสุขภาพทั้ง 4 กลุ่มและผลกระทบด้านสุขภาพและค่าใช้จ่าย รวมทั้งวิเคราะห์กลุ่มย่อย (subgroup analysis) ในแต่ละกลุ่มย่อย เช่น แยกตามรายโรค แยกตามแผนกของโรงพยาบาลที่ให้บริการ ดังแสดงรายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลและแหล่งข้อมูลในตารางที่ 2-3 และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA® version 16 (StataCorp. 2019. Stata Statistical Software: Release 16. College Station, TX: StataCorp LLC)

ข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพทั้งหมด ทั้งจากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึก นำมาวิเคราะห์ โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะถูกนำมาแปลงเสียงการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นตัวอักษรแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) นักวิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยการพิจารณาข้อความเพื่อค้นหาข้อมูลที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิด แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาจัดหมวดหมู่เป็นรายประเด็น (themes) และประเด็นย่อย (subthemes) เพื่อความสะดวกในการเรียบเรียงและนำเสนอผลการศึกษาในรายงาน สำหรับประเด็นที่มีข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่ชัดเจน หรือมีข้อขัดแย้ง นักวิจัยจะสัมภาษณ์ผู้แทนหน่วยงานหรือบุคคลที่เหมาะสมเพิ่มเติม

ตารางที่ 2-3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อตอบวัตถุประสงค์เฉพาะข้อ 1.2 และ 1.3

วัตถุประสงค์เฉพาะ	รายละเอียด*	วิธีวิเคราะห์*	แหล่งข้อมูล*
1.2) เพื่อวิเคราะห์อัตราการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เปรียบเทียบกับช่วงก่อนการระบาด	● เปรียบเทียบอัตราการใช้บริการสุขภาพในรายกลุ่มบริการสุขภาพ ดังนี้ 1) อัตราการให้บริการผู้ป่วยใน (IPD services) ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล อัตราครองเตียง หัตถการ/การผ่าตัด เช่น การสวนหลอดเลือดหัวใจ (cardiac catheterization) การให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) หรือหัตถการอื่น ๆ (other procedures) เป็นต้น ปริมาณการใช้เครื่องช่วยหายใจ (mechanical ventilator) และอัตราการให้บริการผู้ป่วยนอก (OPD services) เช่น การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทั่วไป บริการเวชกรรมฟื้นฟู (rehabilitation) การฟอกไตด้วยการใช้ไตเทียม (hemodialysis) 2) อัตราการได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นบริการพื้นฐานของผู้สูงอายุ^{3,4}	● วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนาการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุเปรียบเทียบก่อนการระบาดและช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ● วิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการให้บริการสุขภาพก่อนการระบาด เปรียบเทียบกับช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยใช้ Interrupted-time series analysis⁵ (29) เพื่อทำนายและเปรียบเทียบอัตราการให้บริการสุขภาพในกรณีที่มีและไม่มี การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ● วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการให้บริการสุขภาพโดยใช้สมการถดถอยและพิจารณาผลของตัวแปรกวน (confounders) เช่น โรคร่วม	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

³ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559

⁴ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 11) พ.ศ. 2560

วัตถุประสงค์เฉพาะ	รายละเอียด*	วิธีวิเคราะห์*	แหล่งข้อมูล*
	3) อัตราการได้รับบริการโครงการพิเศษของภาครัฐที่จัดบริการเฉพาะแก่กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย 4) อัตราการได้รับการดูแลสุขภาพระยะกลาง (intermediate care) และการดูแลสุขภาพระยะยาว (long term care) ของโรคหลอดเลือดสมอง และการดูแลแบบประคับประคองก่อนการเสียชีวิต (palliative care, end of life care) ของโรคมะเร็ง	อายุ เพศ เป็นต้น ● วิเคราะห์ผลในกลุ่มย่อย (subgroup analysis) เช่น แยกตามรายโรค ระดับของสถานพยาบาล แยกรายเขตสุขภาพ จังหวัดที่มีรายงานผู้ติดเชื้อ และไม่มีผู้ติดเชื้อ COVID-19	
1.3) เพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เปรียบเทียบกับก่อนการระบาด	● ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) อัตราการเสียชีวิต (mortality rate) 2) การเสียชีวิตในโรงพยาบาล (in-hospital mortality) 3) การเสียชีวิตที่ 30 วัน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (30-day mortality) 4) อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (hospitalizations) 5) อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน (re-hospitalization within 30 days)	● วิเคราะห์เปรียบเทียบเชิงพรรณนาผลลัพธ์ทางคลินิกและผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ ก่อนมีการระบาดและช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ● วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางคลินิกและผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์โดยใช้สมการถดถอยและพิจารณาผลของตัวแปรกวน (confounders) เช่น โรคร่วม อายุ เพศ เป็นต้น ● วิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนการเกิดผลกระทบ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เวชระเบียน หรือ เวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic medical record: EMR) จากโรงพยาบาลที่คัดเลือกเป็นพื้นที่ศึกษา

⁵ Interrupted-time series analysis คือ การวิเคราะห์ถดถอย (regression analysis) แบบแบ่งช่วงเวลาเพื่อพิจารณาแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลตามอนุกรมเวลา (time series) หลังจากที่ได้รับผลกระทบจากการให้สิ่งแทรกแซงหรือผลกระทบ เรียกว่า (interruption) เทียบกับก่อนที่ได้รับสิ่งแทรกแซงหรือผลกระทบ

วัตถุประสงค์เฉพาะ	รายละเอียด*	วิธีวิเคราะห์*	แหล่งข้อมูล*
	6) ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (length of stay) ● ผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ (economic impacts) ซึ่งการศึกษาเน้นเฉพาะต้นทุนการดูแลสุขภาพ (healthcare cost) ในมุมมองของผู้จ่ายบริการสุขภาพภาครัฐ (payer perspective)	ทางคลินิกและเศรษฐศาสตร์ ก่อนมีการระบาดและช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยใช้ Interrupted-time series analysis และใช้ Regression Forecasting methods (29) เพื่อทำนายอัตราการเกิดผลกระทบในสภาวะปกติ ● การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยระดับบุคคลโดยติดตามการเข้ารับบริการสุขภาพในสถานพยาบาลแต่ละแห่งในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เพื่อศึกษาการเข้ารับบริการสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ● วิเคราะห์ผลในกลุ่มย่อย (subgroup analysis) เช่น แยกตามรายโรค ระดับของสถานพยาบาล แยกเขตสุขภาพ จังหวัดที่มีรายงานผู้ติดเชื้อและไม่มีผู้ติดเชื้อ COVID-19	

* รายละเอียดการวิเคราะห์ทั้งหมดจำเป็นต้องประเมินความเป็นไปได้ของการศึกษาก่อนเริ่มการวิเคราะห์

**โดยคัดเลือกโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ (จังหวัดละ 1 แห่ง) จาก 7 จังหวัด

บทที่ 3 ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของ COVID-19 ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ: ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

รายงานในบทที่ 3 เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อตอบวัตถุประสงค์เฉพาะข้อ 1.2 และ 1.3 โดยแบ่งเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ อัตราการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มผู้สูงอายุ และผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์ในมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 (ตั้งแต่มีนาคม 2563) เปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (ก่อนมีนาคม 2563) โดยใช้การวิเคราะห์ Interrupted-time series analysis แบบแบ่งช่วงเวลาเพื่อประเมินแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงของข้อมูลตามอนุกรมเวลา (time series) และรายงานผลการวิเคราะห์กลุ่มย่อยตาม กลุ่มอายุ กลุ่มวินิจฉัยโรค การทำหัตถการ/ผ่าตัด และบริการสุขภาพอื่น ๆ ที่ได้รับ แบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์เป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทุกกลุ่มอายุตั้งแต่ มกราคม 2559-ตุลาคม 2563 โดยวิเคราะห์ข้อมูลในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 (แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ มกราคม-มิถุนายน 2563 และ กรกฎาคม-ตุลาคม 2563) เปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) พร้อมวิเคราะห์แยกตามกลุ่มอายุ 0-59 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ (≥ 60 ปี) เขตของ สปสช. กลุ่มวินิจฉัยโรค และการทำหัตถการ/ผ่าตัด

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับบุคคลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาล 5 แห่ง โดยรวบรวมข้อมูลของผู้สูงอายุ (≥ 60 ปี) ตั้งแต่ มกราคม 2558-ธันวาคม 2563 โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ มกราคม-มิถุนายน 2563 และ กรกฎาคม-ธันวาคม 2563 เปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2558-ธันวาคม 2562) พร้อมวิเคราะห์แยกตามกลุ่มอายุ (60-64, 65-74, 75-84 และ ≥ 85 ปี) สิทธิการรักษาพยาบาล กลุ่มวินิจฉัยโรค และการทำหัตถการ/ผ่าตัด

3.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

3.1.1 จำนวนผู้ป่วยใน (IPD patients) ที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme; UCS)

ตารางที่ 3-1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจำนวนผู้ป่วยใน (IPD patients) ที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme; UCS) ณ วันที่รับบริการแผนกผู้ป่วยใน (IPD admission) ในแต่ละเดือนระหว่างก่อนการระบาด (ก่อนมีนาคม 2563) และช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 (ตั้งแต่มีนาคม 2563) พบว่า จำนวนผู้ป่วยในทุกกลุ่มอายุต่อเดือนช่วงการระบาด มีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนการระบาด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มอายุ 0-59 ปีมีค่าเฉลี่ยจำนวนผู้ป่วยในต่อเดือนช่วงการระบาดน้อยกว่าก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ($p < 0.001$) ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุ (≥ 60 ปี) ค่าเฉลี่ยจำนวนผู้ป่วยในต่อเดือนไม่เปลี่ยนแปลง การวิเคราะห์โดยจำแนกตามประเภท

สถานพยาบาล พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนผู้ป่วยในต่อเดือนก่อนการระบาดน้อยกว่าช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ($p < 0.05$) ในทุกประเภทสถานพยาบาล และการวิเคราะห์ตามเขตของ สปสช. ทั้ง 13 เขต พบว่า 9 ใน 13 เขตมีค่าเฉลี่ยจำนวนผู้ป่วยในต่อเดือนลดลงในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ($p < 0.01$) และ เขตสุขภาพที่ 7, 8 และ 10 (เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ค่าเฉลี่ยจำนวนผู้ป่วยในต่อเดือนไม่เปลี่ยนแปลง

ตารางที่ 3-1 ค่าเฉลี่ยจำนวนผู้ป่วยในต่อเดือนเปรียบเทียบระหว่างก่อนการระบาดและช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

ข้อมูลพื้นฐาน	ก่อนการระบาด: ม.ค. 2559 - ธ.ค. 2562 (Mean $\pm$ SD)	ช่วงการระบาด: ม.ค. - ต.ค. 2563 (Mean $\pm$ SD)	Mean diff.	p-value
รวมทั้งหมด	408,861.30 $\pm$ 25,553.61	372,996.30 $\pm$ 51,920.11	-35,864.97	0.0017
จำแนกตามกลุ่ม				
(1) กลุ่มอายุ				
กลุ่มที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ (0-59 ปี)	267,411.50 $\pm$ 19,401.37	230,575.20 $\pm$ 33,032.87	-36,836.26	0.0000
0-5 ปี	52,201.08 $\pm$ 9,296.59	32,257.40 $\pm$ 14,991.29	-19,943.68	0.0000
6-24 ปี	73,380.60 $\pm$ 6,724.99	61,848.70 $\pm$ 9,064.28	-11,531.90	0.0000
25-59 ปี	141,855.20 $\pm$ 7,046.36	136,491.10 $\pm$ 14,004.83	-5,364.07	0.0767
กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	141,449.80 $\pm$ 8,529.51	142,421.10 $\pm$ 19,235.49	971.29	0.8000
60-64 ปี	31,573.19 $\pm$ 31,573.19	31,825.60 $\pm$ 4,150.85	252.41	0.7780
65-74 ปี	58,733.13 $\pm$ 4,038.20	60,758.70 $\pm$ 8,370.74	2,025.58	0.2483
75-84 ปี	39,188.90 $\pm$ 1,684.54	37,473.50 $\pm$ 5,111.77	-1,715.40	0.0595
85 ปี ขึ้นไป	12,025.83 $\pm$ 1,179.51	12,408.60 $\pm$ 1,843.23	-382.77	0.4038
(2) เพศ				
ชาย	193,546.30 $\pm$ 12,752.19	177,613.20 $\pm$ 25,302.87	-15,933.07	0.0045
หญิง	215,282.10 $\pm$ 13,112.56	195,348.10 $\pm$ 26,688.58	-19,933.96	0.0008
(3) ประเภทสถานพยาบาล				
สถานบริการสาธารณสุขชุมชน	94,313.98 $\pm$ 4,582.17	87,521.20 $\pm$ 11,374.65	-6,792.78	0.0026

ข้อมูลพื้นฐาน	ก่อนการระบาด: ม.ค. 2559 - ธ.ค. 2562 (Mean $\pm$ SD)	ช่วงการระบาด: ม.ค. - ต.ค. 2563 (Mean $\pm$ SD)	Mean diff.	p-value
โรงพยาบาลศูนย์	102,611.60 $\pm$ 6,378.90	96,117.30 $\pm$ 12,916.15	-6,494.28	0.0201
โรงพยาบาลทั่วไป	192,217.20 $\pm$ 14,972.23	175,430.90 $\pm$ 25,796.78	-16,786.27	0.0068
ศูนย์วิชาการ	10,498.83 $\pm$ 553.75	9,076.50 $\pm$ 1,571.71	-1,422.33	0.0000
โรงพยาบาล นอก สป.สธ.	22,410.60 $\pm$ 1,176.21	20,110.50 $\pm$ 3,185.53	-2,300.10	0.0002
โรงพยาบาล นอก สธ.	23.17 $\pm$ 10.32	12.40 $\pm$ 7.14	-10.77	0.0027
(4) เขตสุขภาพ				
เขต 1	39,737.73 $\pm$ 2,001.57	37,284.50 $\pm$ 4,967.27	-2,453.23	0.0117
เขต 2	22,556.71 $\pm$ 1,344.95	20,326.70 $\pm$ 3,023.47	-2,230.01	0.0005
เขต 3	19,411.65 $\pm$ 1,169.28	17,868.70 $\pm$ 2,671.78	-1,542.95	0.0049
เขต 4	26,661.19 $\pm$ 1,727.45	23,533.50 $\pm$ 3,051.87	-3,127.69	0.0000
เขต 5	32,158.94 $\pm$ 2,137.82	28,632.00 $\pm$ 4,307.61	-3,526.94	0.0003
เขต 6	31,138.40 $\pm$ 1,952.55	28,271.10 $\pm$ 3,489.16	-2,867.30	0.0006
เขต 7	34,675.21 $\pm$ 2,617.53	32,625.30 $\pm$ 4,277.40	-2,049.91	0.0503
เขต 8	35,047.96 $\pm$ 2,681.47	34,401.10 $\pm$ 4,672.86	-646.86	0.5494
เขต 9	46,420.52 $\pm$ 3,200.25	42,523.80 $\pm$ 6,924.89	-3,896.72	0.0075
เขต 10	32,260.65 $\pm$ 2,892.31	31,253.40 $\pm$ 4,118.70	-1,007.25	0.3573
เขต 11	30,254.13 $\pm$ 2,222.36	26,889.90 $\pm$ 4,011.89	-3,364.23	0.0004
เขต 12	35,454.88 $\pm$ 2,842.07	29,991.70 $\pm$ 4,647.90	-5,463.18	0.0000
เขต 13	24,330.13 $\pm$ 1,258.47	20,623.60 $\pm$ 3,939.34	-3,706.53	0.0000

SD: standard deviation; Mean diff.: mean difference

เขต 1 ประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย น่าน พะเยา แพร่
แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน
เขต 2 ประกอบด้วย จังหวัดพิษณุโลก ตาก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์
เขต 3 ประกอบด้วย จังหวัดนครสวรรค์ กำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร
อุทัยธานี
เขต 4 ประกอบด้วย จังหวัดสระบุรี ลพบุรี นครนายก ปทุมธานี
เขต 5 ประกอบด้วย จังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี
สมุทรสงคราม นครปฐม สุพรรณบุรี สมุทรสาคร
เขต 6 ประกอบด้วย จังหวัดระยอง จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด
ปราจีนบุรี สมุทรปราการ สระแก้ว
เขต 7 ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด

เขต 8 ประกอบด้วย จังหวัดอุดรธานี สกลนคร นครพนม หนองคาย เลย
หนองบัวลำภู บึงกาฬ
เขต 9 ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์
เขต 10 ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ
อำนาจเจริญ
เขต 11 ประกอบด้วย จังหวัดสุราษฎร์ธานี กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช
พังงา ภูเก็ต ระนอง
เขต 12 ประกอบด้วย จังหวัดสงขลา ตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา
สตูล
เขต 13 ประกอบด้วย จังหวัดกรุงเทพมหานคร

3.1.2 อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลการวิเคราะห์อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่รับบริการแผนกผู้ป่วยใน (IPD admission) ในช่วงการระบาดเปรียบเทียบกับก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยเป็นการเปรียบเทียบอัตราการให้บริการในแผนกผู้ป่วยในต่อเดือน⁶ โดยแสดงผลการวิเคราะห์จำแนกตามกลุ่มอายุ (ตารางที่ 3-2) เขตของ สปสช. (ตารางที่ 3-3) กลุ่มวินิจฉัยโรค (ตารางที่ 3-4) และการทำหัตถการ/ผ่าตัด (ตารางที่ 3-5) แสดงผลเป็นค่า incidence rate ratio (IRR) ที่เปลี่ยนไปเมื่อเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 พิจารณาเป็น 2 ช่วงคือ การระบาดใน 6 เดือนแรก (มกราคม-มิถุนายน 2563) และการระบาดใน 4 เดือนหลัง (กรกฎาคม-ตุลาคม 2563)

ตามที่ได้แสดงในตารางที่ 3-2 และรูปที่ 3-1 อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งหมดลดลงร้อยละ 13 ตั้งแต่เริ่มการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 (ทั้งจำนวนครั้งและจำนวนผู้ป่วย) โดยกลุ่มอายุ 0-59 ปี อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงประมาณร้อยละ 15 และกลุ่มผู้สูงอายุ (>60 ปี) ลดลงประมาณร้อยละ 10 เฉพาะช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด หลังจากนั้นอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลกลับมาใกล้เคียงกับก่อนการระบาด ยกเว้น กลุ่มผู้สูงอายุที่อายุ 85 ปีขึ้นไปอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงตลอดช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ส่วนตารางที่ 3-3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มผู้ป่วยอายุ 0-59 ปี อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 10-25 ในทุกเขตของ สปสช. ขณะที่ในกลุ่มผู้สูงอายุ (>60 ปี) อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 10-20 เฉพาะช่วง 6 เดือนแรกของการระบาดโดย สปสช. เขต 12 ลดลงมากที่สุด และ สปสช. เขต 7, 8 และ 13 ลดลงน้อยกว่าเขตอื่น ๆ หลังจากนั้นอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลกลับมาใกล้เคียงกับก่อนการระบาด

ตารางที่ 3-4 และรูปที่ 3-2 ถึงรูปที่ 3-6 แสดงอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (หน่วยนับ: ครั้ง) แยกตามกลุ่มวินิจฉัยโรค (ภาคผนวก 1) ประกอบด้วย 1) การวินิจฉัยโรคหลัก (primary diagnosis) สำหรับกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มโรคเมเร็ง และ 2) การวินิจฉัยโรคหลักและโรคร่วมสำหรับกลุ่มการดูแลเป็นพิเศษ กลุ่มโรคของระบบทางเดินหายใจ และกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งผลการวิเคราะห์ พบว่า อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมองในช่วง 6 เดือนแรกที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทุกกลุ่มอายุมีอัตราลดลงประมาณร้อยละ 10 หลังจากนั้นอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลกลับมาใกล้เคียงกับก่อนการระบาด ยกเว้น กลุ่มผู้สูงอายุ (>60 ปี) ที่มีโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะมีอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงตลอดช่วงที่มี

⁶ อัตราการให้บริการในแผนกผู้ป่วยในต่อเดือน = จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมดของเดือน/จำนวนประชากรที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในเดือนเดียวกัน

การระบาด ส่วนอัตราการเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลด้วยโรคประจำตัวในช่วงการระบาดไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาดในทุกกลุ่มอายุ นอกจากนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มวินิจฉัยโรคที่ต้องได้รับการดูแลและบำบัดฟื้นฟู พบว่า อัตราการเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในช่วงการระบาดโรคติดเชื้อ COVID-19 ลดลงในทุกกลุ่มอายุ ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบผู้ป่วยใน ช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ลดลงร้อยละ 10-20 2) การดูแลระยะกลาง (intermediate care) ลดลงร้อยละ 8-10 และ 3) การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ลดลงร้อยละ 6-13 ในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ พบว่า อัตราการเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่ (influenza) ปอดอักเสบ (pneumonia) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) และโรคหอบหืด (asthma) มีค่าลดลงมากกว่ากลุ่มโรคอื่น ๆ (ร้อยละ 30-90) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสาเหตุการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบในทุกกลุ่มอายุ สำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังมีอัตราการเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลในช่วงการระบาดโรคติดเชื้อ COVID-19 ลดลงประมาณร้อยละ 10

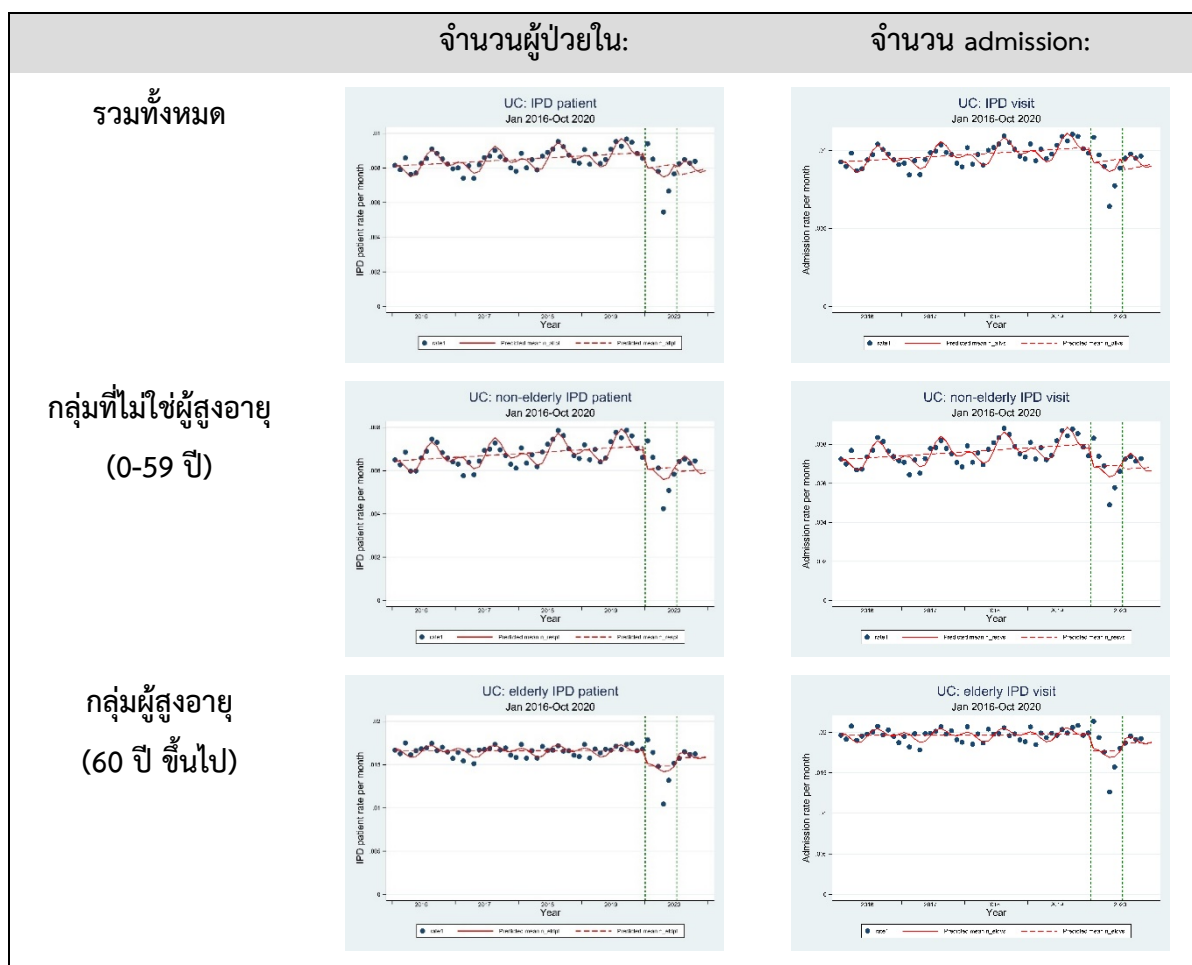
ตารางที่ 3-5 และรูปที่ 3-7 แสดงอัตราการเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล (หน่วยนับ: ครั้ง) จำแนกตามชนิดของหัตถการ/การผ่าตัด พบว่า การผ่าตัดต่อกระดูกในทุกละการมีอัตราการลดลงร้อยละ 15-20 ในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด การผ่าตัดข้อสะโพกและการเปลี่ยนข้อเข่าในทุกละการมีอัตราการลดลงร้อยละ 15-20 ในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด ส่วนการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด invasive mechanical ventilation (IMV) ในช่วงการระบาดมีอัตราการลดลงร้อยละ 5-10 ในทุกละการ และการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด noninvasive ventilation (NIV) ในกลุ่มอายุ 0-59 ปี ลดลงร้อยละ 25-40 ขณะที่ในกลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราการใช้ NIV เพิ่มขึ้นร้อยละ 14 ในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด ส่วนการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดย percutaneous coronary intervention (PCI) ในช่วงการระบาดมีอัตราการเข้ารับบริการไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด ยกเว้น ในกลุ่มผู้สูงอายุ (≥ 60 ปี) ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) ที่มีอัตราการเข้ารับบริการลดลงร้อยละ 7

ตารางที่ 3-2 อัตราการเข้ารับการรักษาทันทีเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลทั้งหมดและจำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	หน่วยนับ ผู้ป่วย (IPD patient)		หน่วยนับ ครั้ง (IPD admission)	
	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย.	COVID-19 ก.ค.-ต.ค.	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย.	COVID-19 ก.ค.-ต.ค.
	2563	2563	2563	2563
	IRR	IRR	IRR	IRR
รวมทั้งหมด	0.87***	0.87***	0.87***	0.87***
1. กลุ่มที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ (0-59 ปี)	0.85***	0.82***	0.85***	0.83***

กลุ่มอายุ	หน่วยนับ ผู้ป่วย (IPD patient)		หน่วยนับ ครั้ง (IPD admission)	
	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 2563
	IRR	IRR	IRR	IRR
2. กลุ่มผู้สูงอายุ	0.89***	0.95	0.90**	0.94
60-64 ปี	0.90**	0.96	0.91**	0.95
65-74 ปี	0.89**	0.96	0.90**	0.95
75-84 ปี	0.89***	0.95	0.89***	0.94
85 ปี ขึ้นไป	0.86***	0.91*	0.86***	0.90**

IRR: incidence rate ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.001



รูปที่ 3-1 กราฟแสดงอัตราการเข้ารับการรักษาดูเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลทั้งหมดและจำแนกตามกลุ่มอายุ

ตารางที่ 3-3 อัตราการเข้ารับการรักษาดูเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุและเขตของ สปสช. (หน่วยนับ ผู้ป่วย, IPD patient)

เขตของ สปสช.	กลุ่มอายุ 0-59 ปี		กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	
	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย.63	COVID-19 ก.ค.-ต.ค.63	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย.63	COVID-19 ก.ค.-ต.ค.63
	IRR	IRR	IRR	IRR
รวมทั้งหมด	0.85***	0.82***	0.89***	0.95
เขต 1	0.86***	0.87***	0.92**	1.00
เขต 2	0.86***	0.84***	0.88**	0.94
เขต 3	0.86**	0.82***	0.90**	0.95

เขตของ สปสข.	กลุ่มอายุ 0-59 ปี		กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	
	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย.63	COVID-19 ก.ค.-ต.ค.63	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย.63	COVID-19 ก.ค.-ต.ค.63
	IRR	IRR	IRR	IRR
เขต 4	0.83***	0.78***	0.91**	0.92*
เขต 5	0.83***	0.78***	0.88***	0.93*
เขต 6	0.83***	0.79***	0.88***	0.93*
เขต 7	0.87**	0.82***	0.89***	0.92*
เขต 8	0.89**	0.87**	0.92*	0.97
เขต 9	0.85***	0.84***	0.87***	0.92
เขต 10	0.85***	0.82***	0.89**	0.95
เขต 11	0.81***	0.77***	0.88***	0.93
เขต 12	0.83***	0.78***	0.82***	0.89**
เขต 13	0.87***	0.89*	0.93*	0.99

IRR: incidence rate ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.001

เขต 1 ประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย น่าน พะเยาแพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน

เขต 2 ประกอบด้วย จังหวัดพิษณุโลก ตาก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์

เขต 3 ประกอบด้วย จังหวัดนครสวรรค์ กำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร อุทัยธานี

เขต 4 ประกอบด้วย จังหวัดสระบุรี ลพบุรี นครนายก ปทุมธานี

เขต 5 ประกอบด้วย จังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม นครปฐม สุพรรณบุรี สมุทรสาคร

เขต 6 ประกอบด้วย จังหวัดระยอง จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี สมุทรปราการ สระแก้ว

เขต 7 ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด

เขต 8 ประกอบด้วย จังหวัดอุดรธานี สกลนคร นครพนม หนองคาย เลย หนองบัวลำภู บึงกาฬ

เขต 9 ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์

เขต 10 ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ

เขต 11 ประกอบด้วย จังหวัดสุราษฎร์ธานี กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง

เขต 12 ประกอบด้วย จังหวัดสงขลา ตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สตูล

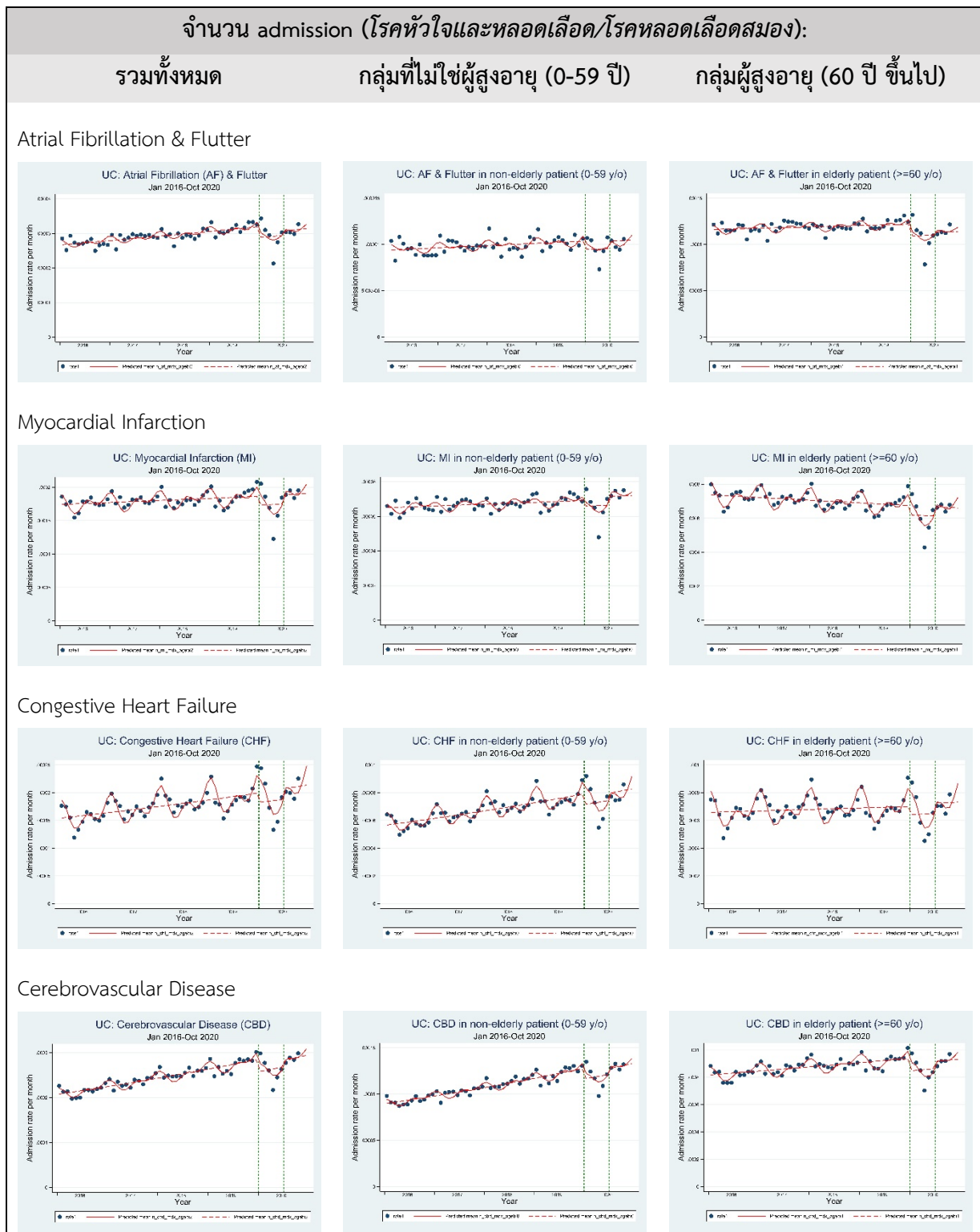
เขต 13 ประกอบด้วย จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 3-4 อัตราการเข้ารับการรักษาตัวเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุและกลุ่มวินิจฉัยโรค (หน่วยนับครั้ง, IPD admission)

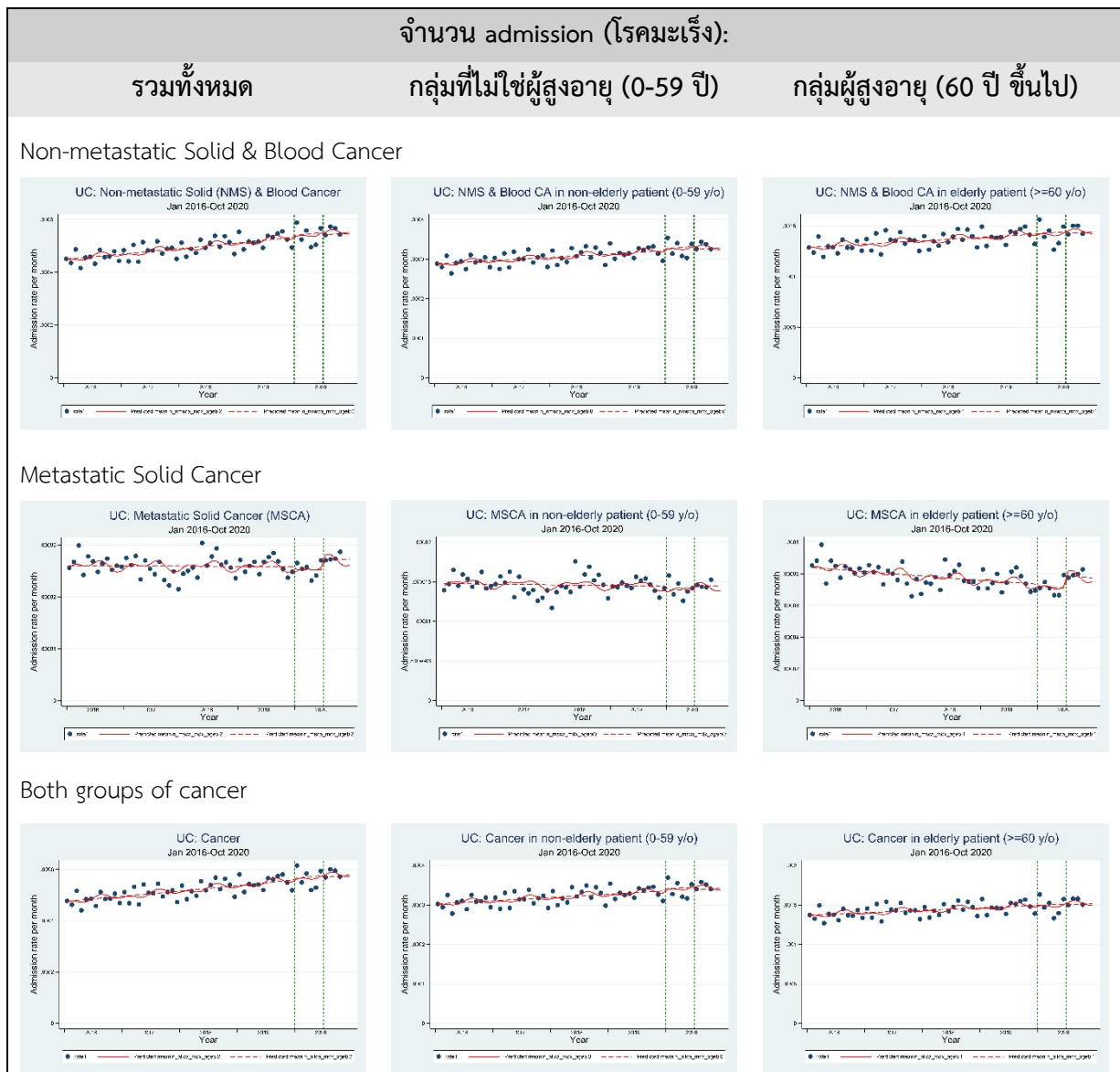
กลุ่มวินิจฉัยโรค	รวมทั้งหมด		กลุ่มอายุ 0-59 ปี		กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	
	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 63	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 63	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 63	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 63	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 63	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 63
	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR
1. โรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง						
Atrial Fibrillation & Flutter	0.90**	0.94	0.91*	0.99	0.90**	0.93*
Myocardial Infarction	0.93*	1.01	0.95	1.03	0.92**	1.00
Congestive Heart Failure	0.91*	1.01	0.90**	0.96	0.92*	1.03
Cerebrovascular Disease	0.90***	0.96	0.91***	0.95	0.90***	0.96
2. โรคมะเร็ง						
Non-metastatic Solid & Blood Cancer	1.01	0.99	1.02	1.00	1.00	0.99
Metastatic Solid Cancer	0.98	1.05	0.97	1.00	0.98	1.09*
Both groups	1.01	1.00	1.02	1.00	1.00	1.00
3. การดูแลเป็นพิเศษ						
Dementia	0.88***	0.95	0.78***	0.86*	0.90**	0.98
Rehabilitation	0.98	0.92	1.00	0.89*	0.96	0.95
Intermediate Care	0.91***	0.97	0.90***	0.99	0.92***	0.96
Palliative Care	0.89***	0.89***	0.94*	0.93**	0.87***	0.87***

กลุ่มวินิจฉัยโรค	รวมทั้งหมด		กลุ่มอายุ 0-59 ปี		กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	
	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 63	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 63	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 63	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 63	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 63	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 63
	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR
4. โรคของระบบทางเดินหายใจ						
Influenza	0.67	0.07***	0.63*	0.07***	1.09	0.08***
Pneumonia	0.87	0.55***	0.80*	0.46***	0.93	0.69***
Tuberculosis	0.99	0.97	1.00	0.98	0.98	0.96
Chronic obstructive pulmonary disease & Asthma	0.84**	0.85**	0.76**	0.78**	0.90**	0.93
5. โรคอื่น ๆ						
Hypertension	0.91**	0.98	0.92**	0.99	0.90**	0.98
Diabetes Mellitus	0.91**	0.97	0.92**	0.98	0.91**	0.98
Acute Kidney Injury	1.00	1.06	1.01	1.06	0.99	1.06
Chronic Kidney Disease	0.90***	0.95	0.91***	0.95	0.89***	0.95
End Stage Renal Disease	0.90**	0.93*	0.91**	0.94	0.90***	0.93*

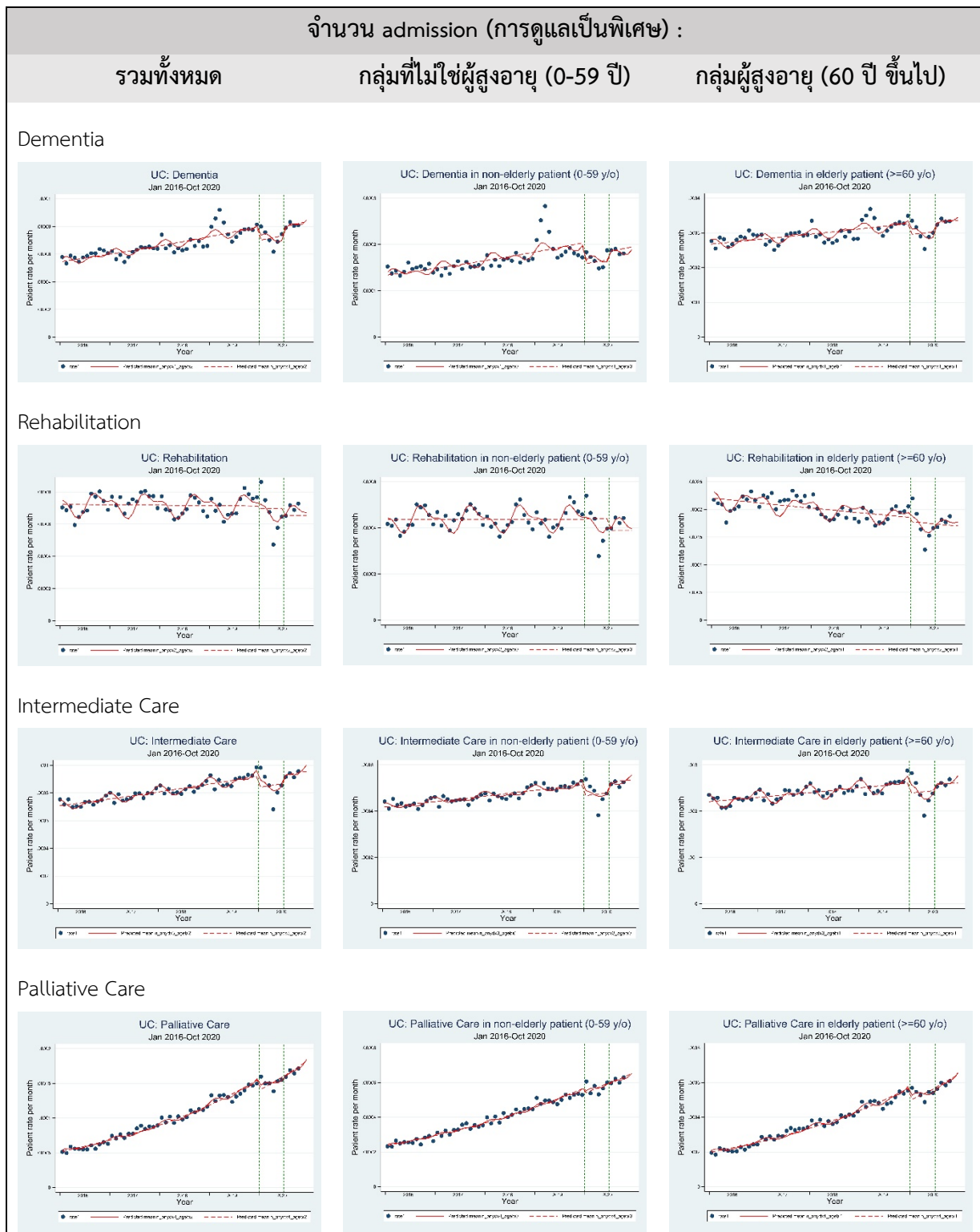
IRR: incidence rate ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.00



รูปที่ 3-2 กราฟแสดงอัตราการเข้ารับการรักษาดังกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมองเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ



รูปที่ 3-3 กราฟแสดงอัตราการเข้ารับการรักษาทัวกลุ่มโรคมะเร็ง เปรียบเทียบกับก่อนการระบาด
(มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ



รูปที่ 3-4 กราฟแสดงอัตราการเข้ารับการรักษาตัวกลุ่มการดูแลเป็นพิเศษ เปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ

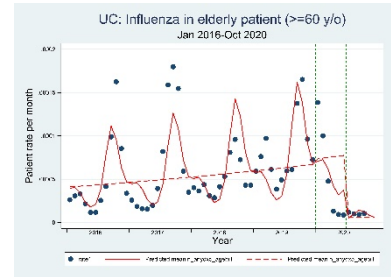
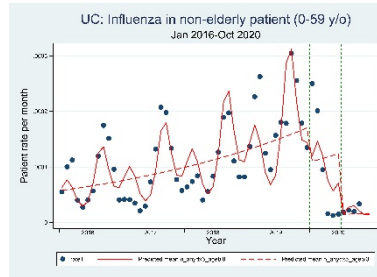
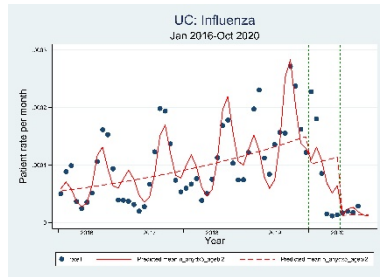
จำนวน admission (โรคระบบทางเดินหายใจ):

รวมทั้งหมด

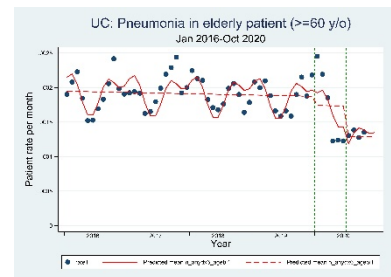
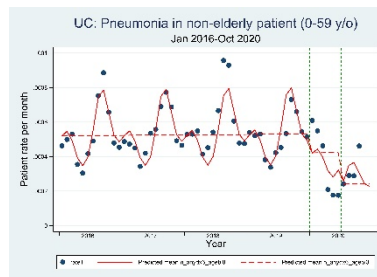
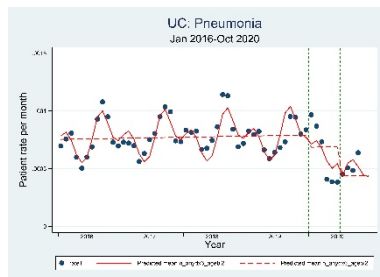
กลุ่มที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ (0-59 ปี)

กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)

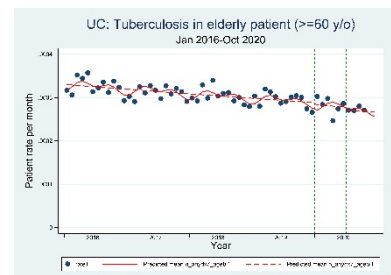
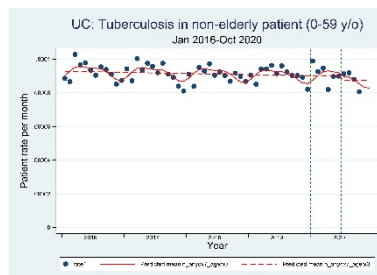
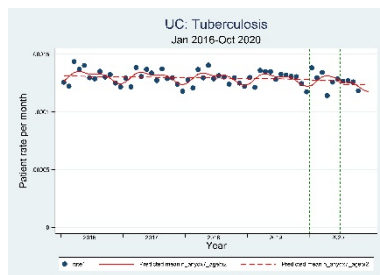
Influenza



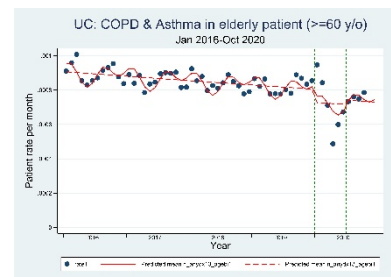
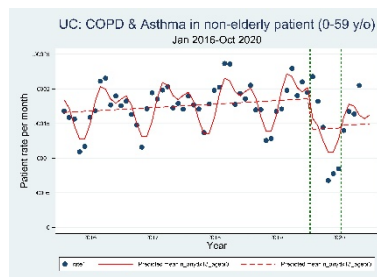
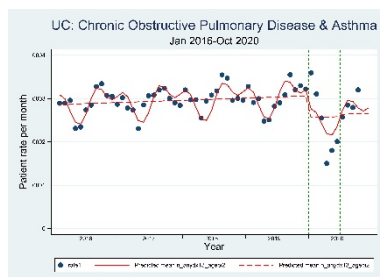
Pneumonia



Tuberculosis



COPD & Asthma



รูปที่ 3-5 กราฟแสดงอัตราการเข้ารับการรักษากลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ เปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ

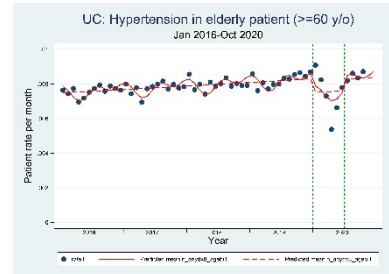
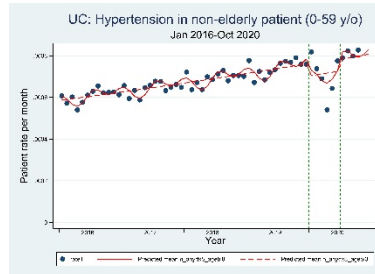
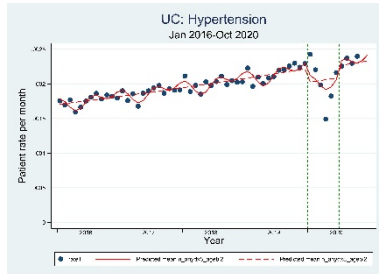
จำนวน admission (โรคอื่น ๆ):

รวมทั้งหมด

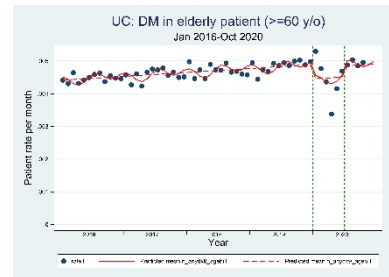
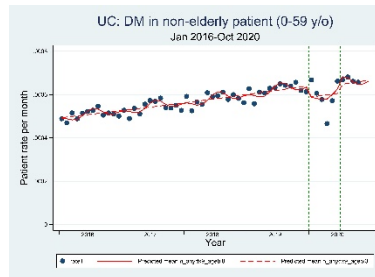
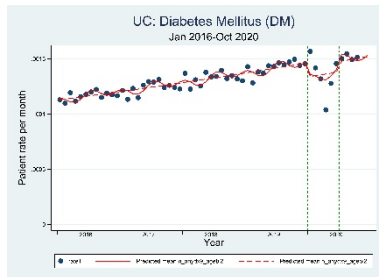
กลุ่มที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ (0-59 ปี)

กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)

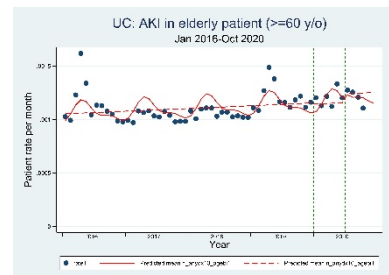
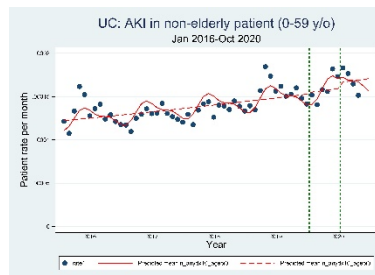
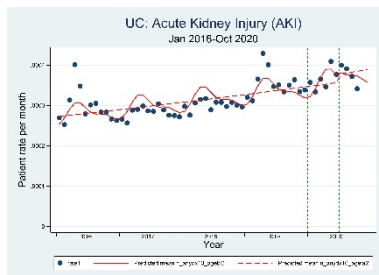
Hypertension



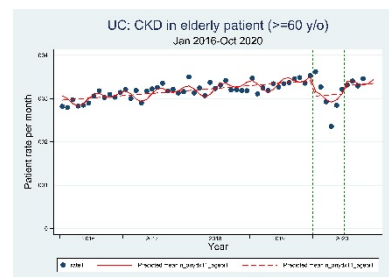
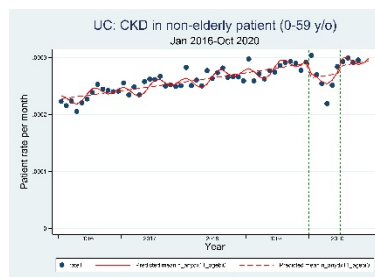
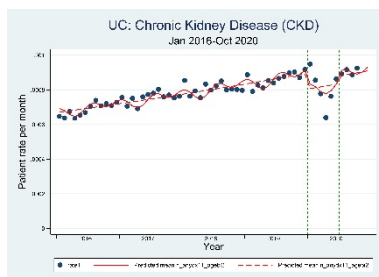
Diabetes Mellitus



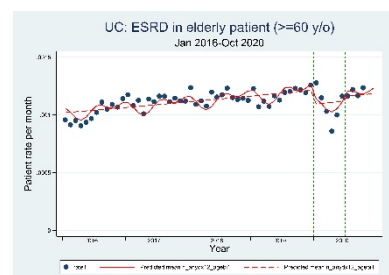
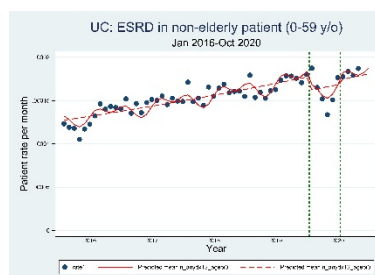
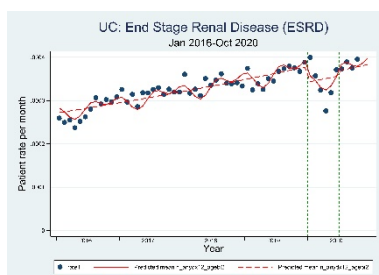
Acute Kidney Injury



Chronic Kidney Disease



End Stage Renal Disease



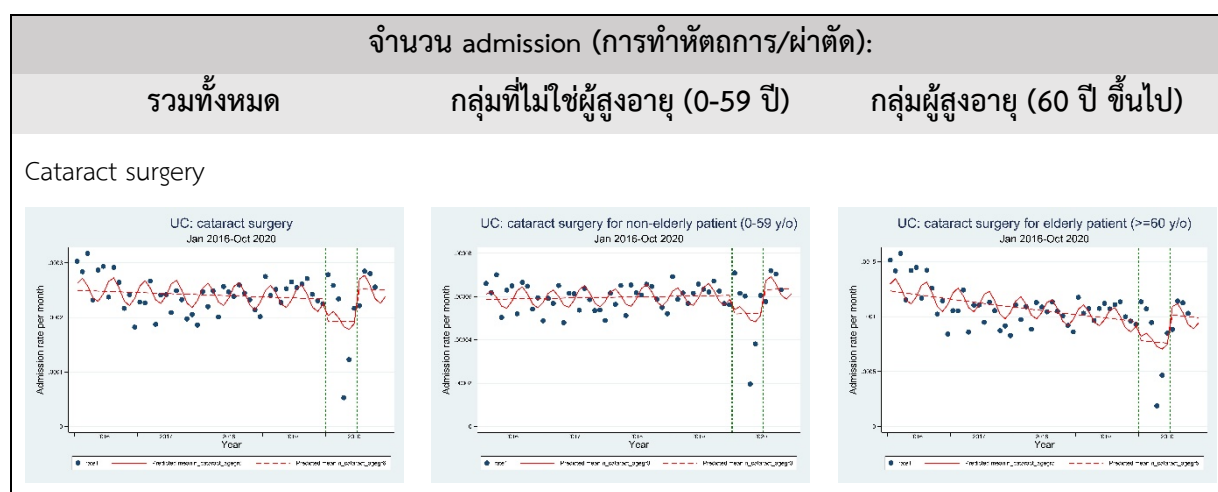
รูปที่ 3-6 กราฟแสดงอัตราการเข้ารับการรักษากลุ่มโรคอื่น ๆ เปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ

ตารางที่ 3-5 อัตราการเข้ารับการรักษาดูเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุและการทำหัตถการ/ผ่าตัด (หน่วยนับ ครั้ง, IPD admission)

การทำหัตถการ/ผ่าตัด	รวมทั้งหมด		กลุ่มอายุ 0-59 ปี		กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	
	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 63	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 63	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 63	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 63	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 63	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 63
	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR
Cataract surgery	0.83	1.09	0.86*	1.04	0.82	1.10
Hip surgery	0.85**	0.98	0.86*	0.98	0.83**	0.98
Knee replacement	0.86	1.07	0.99	1.17	0.83	1.05
Invasive mechanical ventilation (IMV)	0.94*	0.92**	0.93**	0.92**	0.95*	0.93*
Noninvasive ventilation (NIV)	0.88	0.70***	0.76**	0.56***	1.14*	1.07
PCI for acute case ¹	0.96	1.02	1.00	1.07	0.93*	0.99
PCI for elective case ¹	0.92	0.99	0.93	0.97	0.92	1.01

IRR: incidence rate ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.001

¹PCI: Percutaneous coronary intervention 1) acute case: ICD-10 I21, Acute myocardial infarction and 2) elective case: ICD-10 I25, Chronic ischemic heart disease



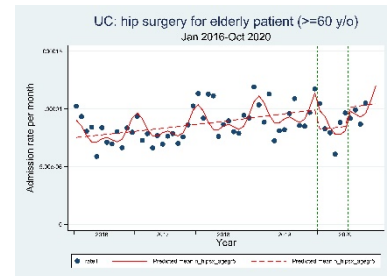
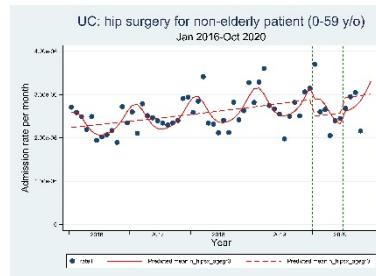
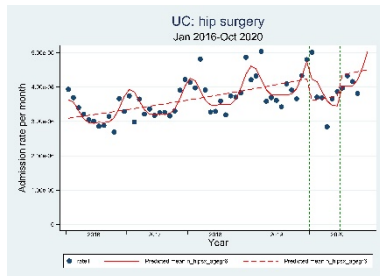
จำนวน admission (การทำหัตถการ/ผ่าตัด):

รวมทั้งหมด

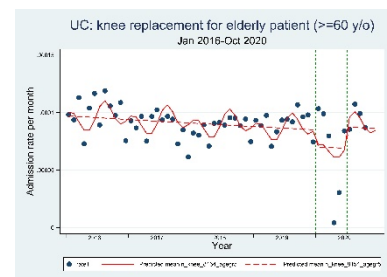
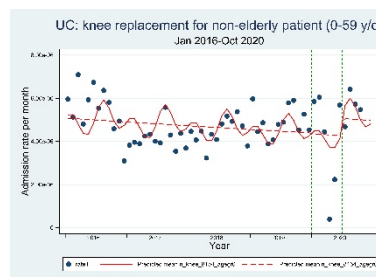
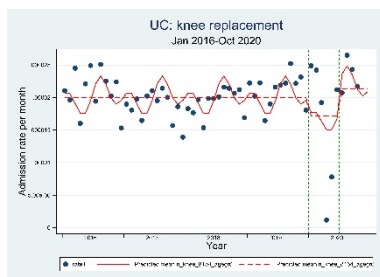
กลุ่มที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ (0-59 ปี)

กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)

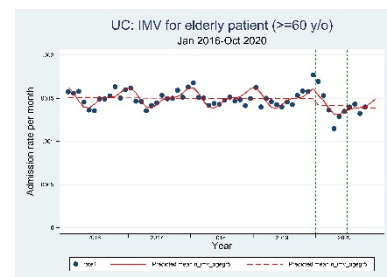
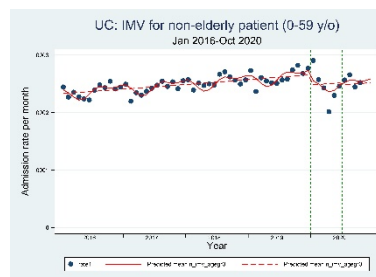
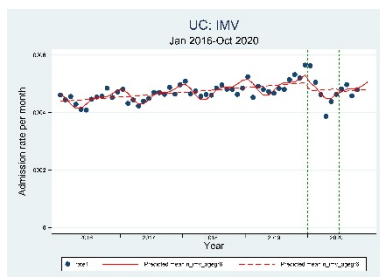
Hip surgery



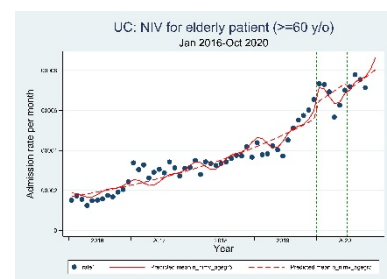
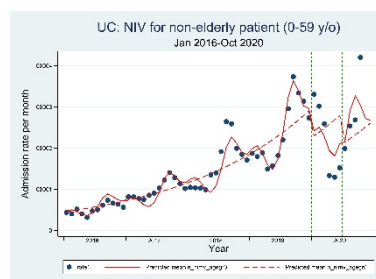
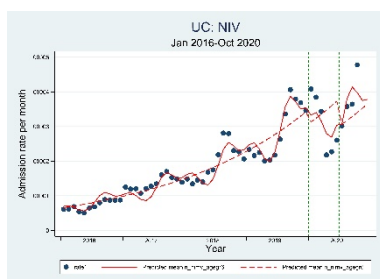
Knee replacement



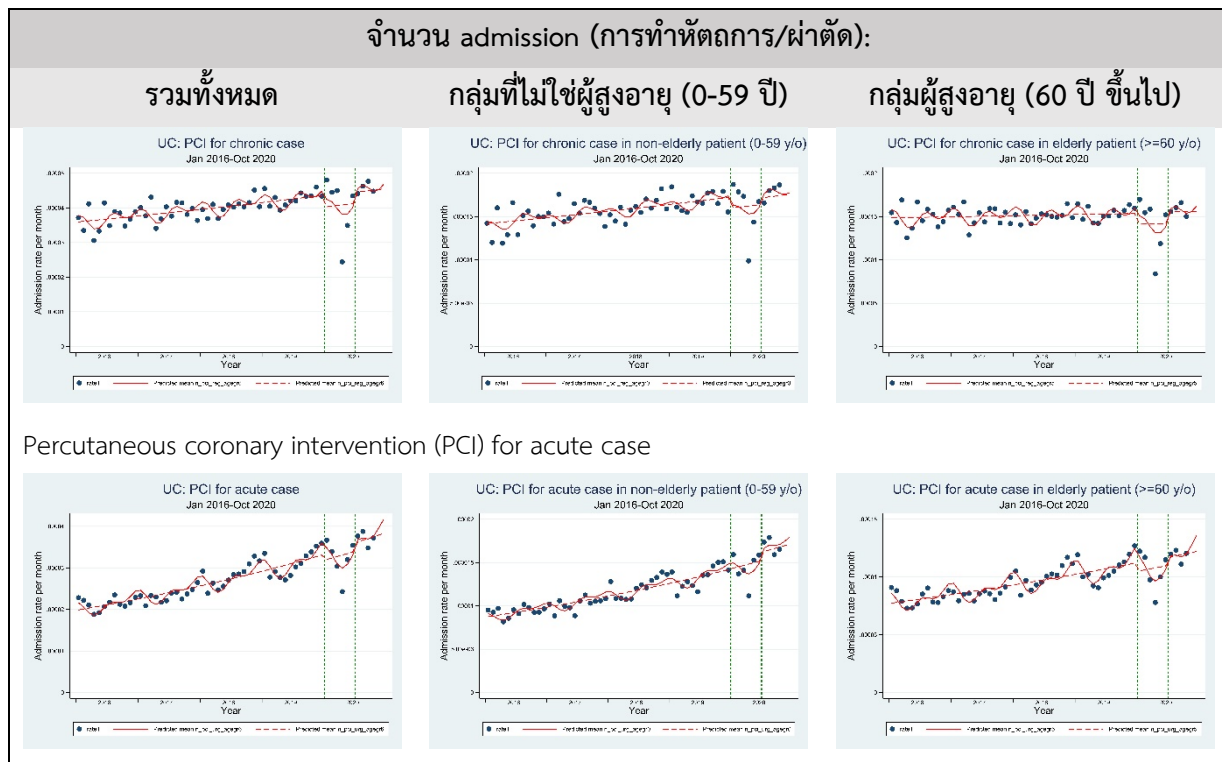
Invasive mechanical ventilation (IMV)



Noninvasive ventilation (NIV)



Percutaneous coronary intervention (PCI) for chronic case



รูปที่ 3-7 กราฟแสดงอัตราการเข้ารับการรักษาดูแลเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุและการทำหัตถการ/ผ่าตัด

3.1.3 ผลลัพธ์ทางคลินิกของการเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาล (IPD admission) ของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

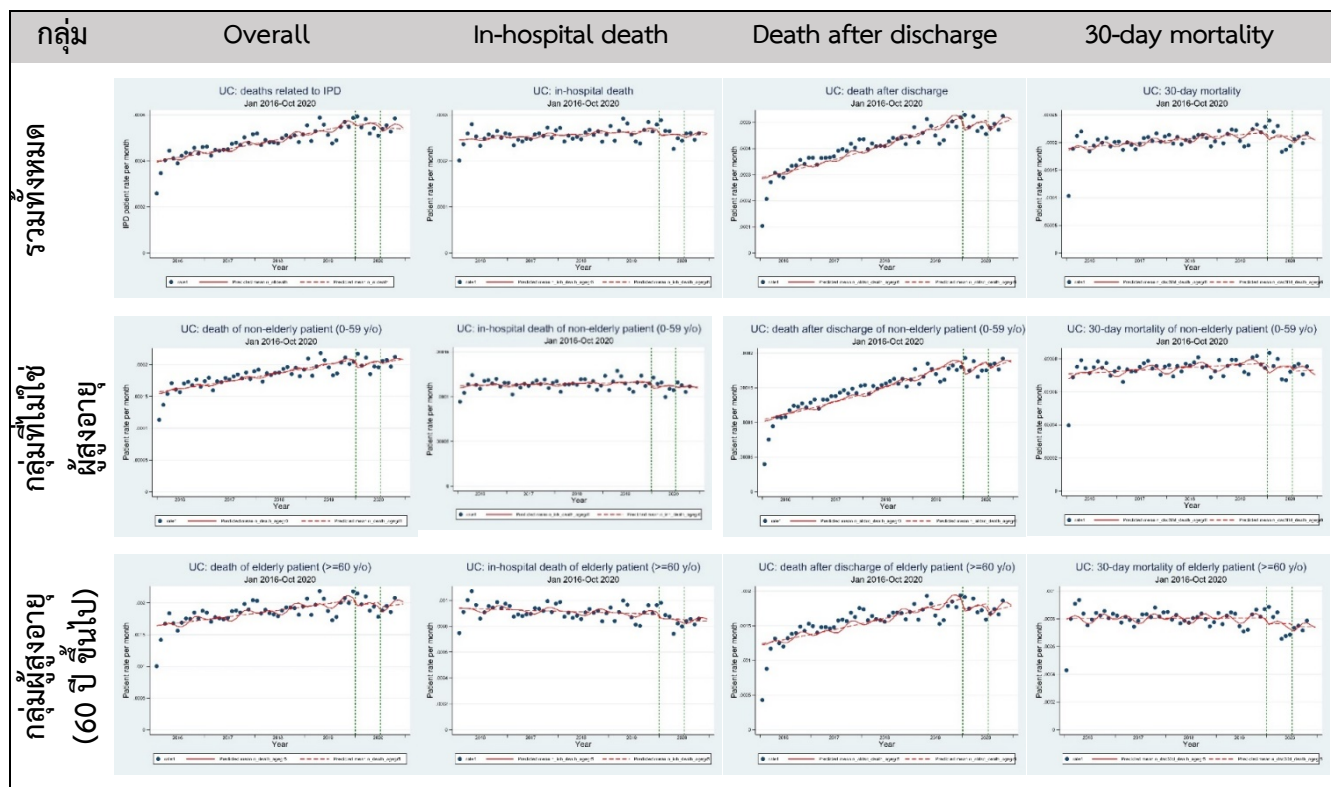
ผลการวิเคราะห์อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ วันที่รับบริการแผนกผู้ป่วยใน (IPD admission) ในช่วงการระบาดเปรียบเทียบกับก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 แสดงผลเป็นค่า incidence rate ratio (IRR) ที่เปลี่ยนไปเมื่อเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 พิจารณาเป็น 2 ช่วงคือ การระบาดใน 6 เดือนแรก (มกราคม-มิถุนายน 2563) และการระบาดใน 4 เดือนหลัง (กรกฎาคม-ตุลาคม 2563) ตารางที่ 3-6 และรูปที่ 3-8 แสดงอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลแยกตามกลุ่มอายุและช่วงที่เสียชีวิต ได้แก่ การเสียชีวิตในโรงพยาบาล (in-hospital death) การเสียชีวิตหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 30 วัน (death after discharge within 30 days) และการเสียชีวิตหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (death after discharge) พบว่า การเสียชีวิตทั้งหมดของผู้ป่วยในช่วงการระบาดไม่แตกต่างกับช่วงก่อนการระบาด ยกเว้นกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไปที่อัตราการเสียชีวิตลดลงร้อยละ 10-15 ซึ่งเป็นการเสียชีวิตหลังการจำหน่ายออกจากสถานพยาบาลที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงการระบาด (ร้อยละ 15-20) โดยอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาดในทุกกลุ่มอายุ ตารางที่ 3-7 และรูปที่ 3-9 แสดงจำนวนวันนอนรวมต่อเดือนของผู้ป่วยที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลแยกตามกลุ่มอายุโดยแสดงเป็นค่า odd ratio (OR) พบว่า จำนวนวันนอนรวมต่อเดือนลดลงร้อยละ 13-16 ในช่วงที่มีการระบาด โดยกลุ่ม

อายุ 0-59 ปี มีจำนวนวันนอนรวมต่อเดือนลดลงมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ คือ ลดลงร้อยละ 15-20 และลดลงร้อยละ 10 ตามลำดับ

ตารางที่ 3-6 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุและช่วงที่เสียชีวิต

กลุ่มอายุ	การเสียชีวิตทั้งหมด		In-hospital death		Death after discharge (within 30 days)		Death after discharge	
	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 2563
	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR
รวมทั้งหมด	0.95	0.92	0.96	0.95	0.95	0.92	0.91	0.85*
(1) กลุ่มอายุ 0-59 ปี	0.95	0.93	0.96	0.95	0.96	0.93	0.91	0.86*
(2) กลุ่มผู้สูงอายุ	0.95	0.92	0.96	0.95	0.95	0.92	0.91	0.85*
60-64 ปี	0.98	0.96	1.00	0.99	0.97	0.93	0.94	0.90
65-74 ปี	0.97	0.94	0.96	0.96	0.96	0.94	0.94	0.88*
75-84 ปี	0.95	0.91	0.96	0.95	0.95	0.94	0.91	0.84*
85 ปี ขึ้นไป	0.91*	0.85**	0.93	0.91	0.92	0.85*	0.87*	0.79**

IRR: incidence rate ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.001

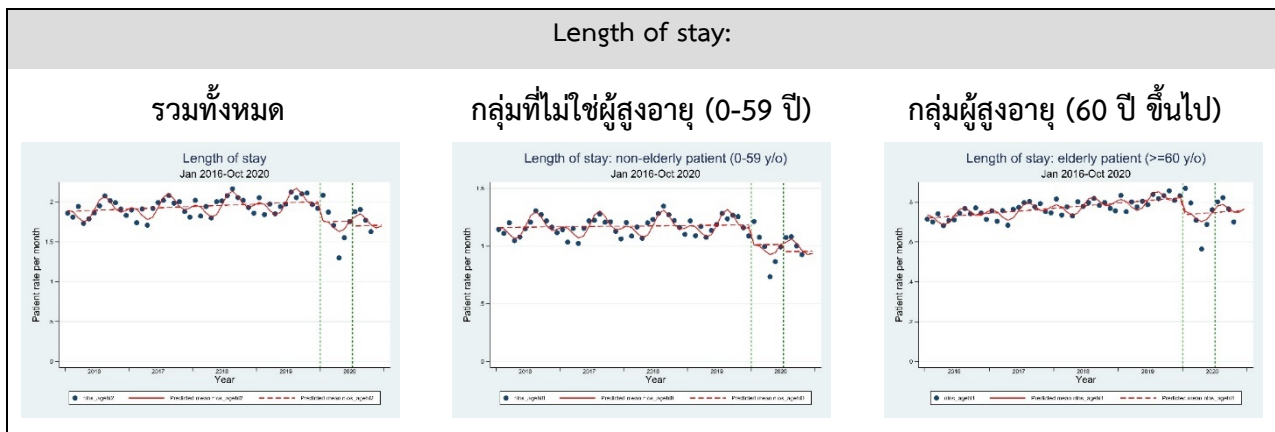


รูปที่ 3-8 กราฟแสดงอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ

ตารางที่ 3-7 จำนวนวันนอน (length of stay) รวมต่อเดือนของผู้ป่วยที่รับการรักษาตัวเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลแยกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 2563
	OR	OR
รวมทั้งหมด	0.87***	0.84***
1. กลุ่มอายุ 0-59 ปี	0.85***	0.80***
2. กลุ่มผู้สูงอายุ	0.89***	0.89**
60-64 ปี	0.92**	0.92**
65-74 ปี	0.90***	0.91**
75-84 ปี	0.89***	0.88***
85 ปี ขึ้นไป	0.85***	0.83***

OR: odds ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.001



รูปที่ 3-9 กราฟแสดงจำนวนวันนอน (length of stay) รวมต่อเดือนของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตัวเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ในโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุ

3.1.4 ผลกระทบด้านเศรษฐศาสตร์ของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผลการวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยใน ที่สถานพยาบาลเบิกจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติโดยคิดเป็นค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือน ในช่วงการระบาดเปรียบเทียบกับก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยเป็นการเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนของบริการผู้ป่วยในโดยแสดงผลการวิเคราะห์จำแนกตามกลุ่มอายุ (ตารางที่ 3-8) เขตของ สปสช. (ตารางที่ 3-9) กลุ่มวินิจฉัยโรค (ตารางที่ 3-10) และการทำหัตถการ/ผ่าตัด (ตารางที่ 3-11) แสดงผลเป็นค่า odd ratio (OR) ที่เปลี่ยนไปเมื่อเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 พิจารณาเป็น 2 ช่วงคือ การระบาดใน 6 เดือนแรก (มกราคม-มิถุนายน 2563) และการระบาดใน 4 เดือนหลัง (กรกฎาคม-ตุลาคม 2563)

ตารางที่ 3-8 และรูปที่ 3-10 แสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนของบริการผู้ป่วยในลดลงร้อยละ 7 เฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด ทั้งนี้ เมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 0-59 ปี กลุ่มผู้สูงอายุ 75-84 ปี และ 85 ปีขึ้นไป มีค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนลดลง ประมาณร้อยละ 10 ในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด หลังจากนั้นเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ 85 ปีขึ้นไปที่มีค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตารางที่ 3-9 แสดงให้เห็นว่า สปสช. เขตจำนวน 6 ใน 13 เขตมีค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนของบริการผู้ป่วยในลดลงร้อยละ 10-15 ในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด การให้บริการผู้ป่วยในโดยสถานพยาบาลใน สปสช. เขต 4 และเขต 12 มีค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนลดลงต่อเนื่องมาถึงช่วงเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม 2563 เท่ากับร้อยละ 14 และร้อยละ 12 ตามลำดับ และในช่วงเวลาเดียวกัน สปสช. เขต 13 มีค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนลดลงร้อยละ 13 ขณะที่ในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาดไม่แตกต่างจากก่อนระบาด

ตารางที่ 3-10 และรูปที่ 3-11 ถึงรูปที่ 3-15 แสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนของบริการผู้ป่วยในแยกตามกลุ่มวินิจฉัยโรค (ภาคผนวก 1) ประกอบด้วย 1) การวินิจฉัยโรคหลัก (primary diagnosis) สำหรับ

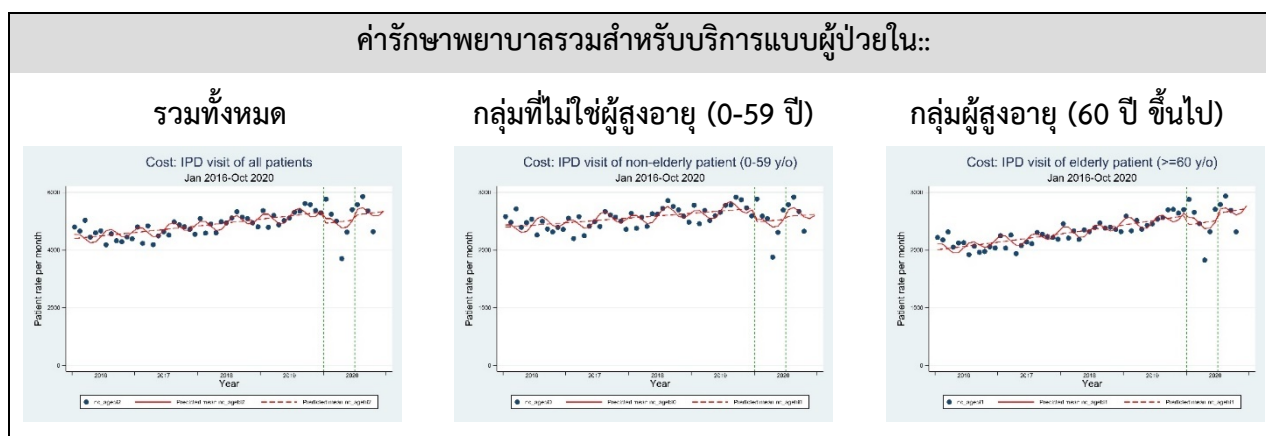
กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง และกลุ่มโรคมะเร็ง และ 2) การวินิจฉัยโรคหลักและโรคร่วมสำหรับกลุ่มการดูแลเป็นพิเศษ กลุ่มโรคของระบบทางเดินหายใจ และกลุ่มโรคเรื้อรัง ซึ่งการวิเคราะห์พบว่า ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนของบริการผู้ป่วยในโรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมองกลุ่มผู้สูงอายุลดลงเล็กน้อยในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด ส่วนในกลุ่มอายุ 0-59 ปีในกลุ่มวินิจฉัยโรคเดียวกันมีค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนของบริการผู้ป่วยลดลงร้อยละ 10 ในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด และหลังจากนั้นค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนไม่แตกต่างจากก่อนการระบาดในทุกกลุ่มอายุ ส่วนกลุ่มโรคมะเร็งมีค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนของผู้ป่วยมะเร็งกลุ่ม non-metastatic solid & blood cancer เพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 10 ในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาดในทุกกลุ่มอายุ ขณะที่ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนของผู้ป่วยมะเร็งกลุ่ม metastatic solid cancer ในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาดไม่แตกต่างกับช่วงก่อนการระบาดในทุกกลุ่มอายุ ขณะที่ช่วงการระบาดเดือนกรกฎาคม-ตุลาคม 2563 กลุ่มผู้สูงอายุ (≥ 60 ปี) ที่มีค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเพิ่มขึ้นร้อยละ 19 นอกจากนี้ การวิเคราะห์กลุ่มวินิจฉัยโรคที่ต้องได้รับการดูแลและบำบัดฟื้นฟู พบว่า ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนของบริการผู้ป่วยในช่วงการระบาดโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่ลดลงในทุกกลุ่มอายุ ได้แก่ การดูแลระยะกลาง (intermediate care) ลดลงร้อยละ 7 ในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด และการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ลดลงร้อยละ 8-16 ในทุกช่วงของการระบาด การวิเคราะห์ในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ พบว่า ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนของบริการผู้ป่วยใน ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่ (influenza) ปอดอักเสบ (pneumonia) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease: COPD) และโรคหอบหืด (asthma) ลดลงมากกว่ากลุ่มโรคอื่น ๆ (ร้อยละ 50-90) โดยเฉพาะสาเหตุการนอนโรงพยาบาลเนื่องจากไข้หวัดใหญ่ในทุกกลุ่มอายุ สำหรับการวิเคราะห์กลุ่มโรคเรื้อรังพบว่า ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนของการรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคไตในผู้ป่วยสูงอายุในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาดลดลงร้อยละ 7

ตารางที่ 3-11 และรูปที่ 3-16 แสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนของบริการผู้ป่วยในจำแนกตามชนิดของหัตถการ/การผ่าตัด การผ่าตัดต่อกระดูกในกลุ่มอายุ 0-59 ปี มีค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนลดลงร้อยละ 14 ในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด การผ่าตัดข้อสะโพกและการเปลี่ยนข้อเข่าในกลุ่มผู้สูงอายุมีค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนลดลงร้อยละ 16-24 ในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด ส่วนการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด invasive mechanical ventilation (IMV) ในช่วงการระบาดในเดือน ก.ค.-ต.ค. 2563 มีค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนลดลงประมาณร้อยละ 10 ในทุกกลุ่มอายุ และค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนของการใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด noninvasive ventilation (NIV) ในกลุ่มอายุ 0-59 ปี ลดลงร้อยละ 24-42 ในทุกช่วงการระบาด การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดย percutaneous coronary intervention (PCI) มีค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด ยกเว้นในกลุ่มอายุ 0-59 ปี ที่มีค่ารักษาพยาบาลภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (acute myocardial infarction) เพิ่มขึ้นร้อยละ 12

ตารางที่ 3-8 ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยในทั้งหมดและจำแนกตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 2563
	OR	OR
รวมทั้งหมด	0.93*	0.96
1. กลุ่มอายุ 0-59 ปี	0.91*	0.93
2. กลุ่มผู้สูงอายุ	0.94	0.98
60-64 ปี	0.96	1.00
65-74 ปี	0.94	1.01
75-84 ปี	0.92*	0.96
85 ปี ขึ้นไป	0.88**	0.89*

OR: odds ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.001



รูปที่ 3-10 กราฟแสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยในทั้งหมดและจำแนกตามกลุ่มอายุ

ตารางที่ 3-9 ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยในจำแนกตามเขตของ สปสช.

เขตของ สปสช.	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 2563
	OR	OR
เขต 1	0.95	1.00
เขต 2	0.93*	0.98
เขต 3	0.91*	0.99
เขต 4	0.91*	0.86**
เขต 5	0.91**	0.96
เขต 6	0.95	0.98
เขต 7	0.94	0.99
เขต 8	0.94	0.99
เขต 9	0.92	0.99
เขต 10	0.89**	0.96
เขต 11	0.96	1.00
เขต 12	0.85***	0.88**
เขต 13	0.94	0.87*

OR: odds ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.001

เขต 1 ประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย น่าน พะเยา แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน

เขต 2 ประกอบด้วย จังหวัดพิษณุโลก ตาก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์

เขต 3 ประกอบด้วย จังหวัดนครสวรรค์ กำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร อุทัยธานี

เขต 4 ประกอบด้วย จังหวัดสระบุรี ลพบุรี นครนายก ปทุมธานี

เขต 5 ประกอบด้วย จังหวัดราชบุรี กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสงคราม นครปฐม สุพรรณบุรี สมุทรสาคร

เขต 6 ประกอบด้วย จังหวัดระยอง จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี สมุทรปราการ สระแก้ว

เขต 7 ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม ร้อยเอ็ด

เขต 8 ประกอบด้วย จังหวัดอุดรธานี สกลนคร นครพนม หนองคาย เลย หนองบัวลำภู บึงกาฬ

เขต 9 ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์

เขต 10 ประกอบด้วย จังหวัดอุบลราชธานี มุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ

เขต 11 ประกอบด้วย จังหวัดสุราษฎร์ธานี กระบี่ ชุมพร นครศรีธรรมราช พังงา ภูเก็ต ระนอง

เขต 12 ประกอบด้วย จังหวัดสงขลา ตรัง นราธิวาส ปัตตานี พัทลุง ยะลา สตูล

เขต 13 ประกอบด้วย จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 3-10 ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562)
ของบริการผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มอายุและกลุ่มวินิจฉัยโรค

กลุ่มวินิจฉัยโรค	รวมทั้งหมด		กลุ่มอายุ 0-59 ปี		กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	
	COVID- 19	COVID- 19	COVID- 19	COVID- 19	COVID- 19	COVID- 19
	ม.ค.- มิ.ย. 2563	ก.ค.- ต.ค. 2563	ม.ค.- มิ.ย. 2563	ก.ค.- ต.ค. 2563	ม.ค.- มิ.ย. 2563	ก.ค.- ต.ค. 2563
	OR	OR	OR	OR	OR	OR
1. โรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง						
Atrial Fibrillation & Flutter	0.87*	0.90	0.85	0.83	0.88	0.94
Myocardial Infarction	0.96	1.07	0.99	1.07	0.95	1.06
Congestive Heart Failure	0.92*	1.02	0.89**	1.00	0.94	1.03
Cerebrovascular Disease	0.93*	0.95	0.92**	0.95	0.95	0.96
2. โรคมะเร็ง						
Non-metastatic Solid & Blood Cancer	1.12**	1.10	1.13**	1.09	1.11*	1.10
Metastatic Solid Cancer	1.01	1.07	0.98	0.94	1.03	1.19**
Both groups	1.11**	1.09*	1.12**	1.08	1.11*	1.10*
3. การดูแลเป็นพิเศษ						
Dementia	0.97	0.94	0.88*	0.88	0.99	0.95
Rehabilitation	1.02	0.96	1.06	0.99	1.00	0.95
Intermediate Care	0.93*	0.96	0.93*	0.97	0.93*	0.95
Palliative Care	0.92*	0.85***	0.95	0.87**	0.90*	0.84***
4. โรคของระบบทางเดินหายใจ						
Influenza	0.57*	0.08***	0.52*	0.08***	0.74	0.06***
Pneumonia	0.92	0.69***	0.89*	0.61***	0.95	0.76***
Tuberculosis	1.01	0.98	1.01	1.01	1.00	0.94
Chronic obstructive pulmonary disease & Asthma	0.90*	0.94	0.82**	0.85*	0.94	0.99

กลุ่มวินิจฉัยโรค	รวมทั้งหมด		กลุ่มอายุ 0-59 ปี		กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	
	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19
	ม.ค.-	ก.ค.-	ม.ค.-	ก.ค.-	ม.ค.-	ก.ค.-
	มิ.ย.	ต.ค.	มิ.ย.	ต.ค.	มิ.ย.	ต.ค.
	2563	2563	2563	2563	2563	2563
	OR	OR	OR	OR	OR	OR
5. โรคอื่น ๆ						
Hypertension	0.95	1.02	0.96	1.03	0.95	1.01
Diabetes Mellitus	0.96	1.01	0.96	1.01	0.95	1.01
Acute Kidney Injury	1.04	1.03	1.07	1.05	1.03	1.02
Chronic Kidney Disease	0.94*	0.99	0.94	0.99	0.93*	0.99
End Stage Renal Disease	0.93*	0.95	0.95	0.96	0.93*	0.95

OR: odds ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.001

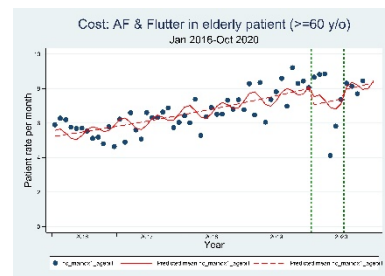
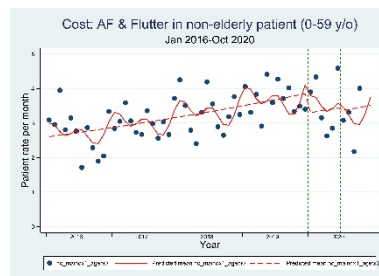
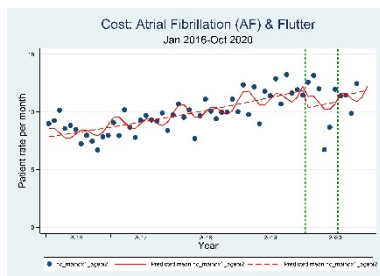
ค่ารักษาพยาบาลรวมสำหรับบริการแบบผู้ป่วยใน (โรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง):

รวมทั้งหมด

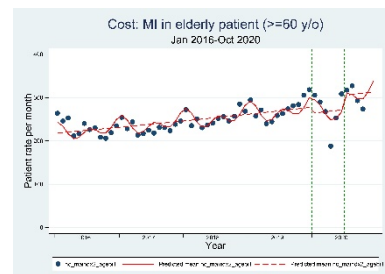
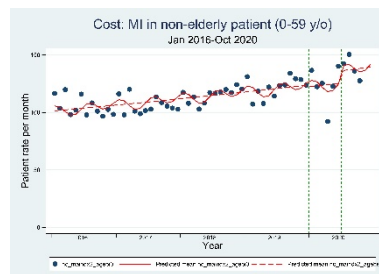
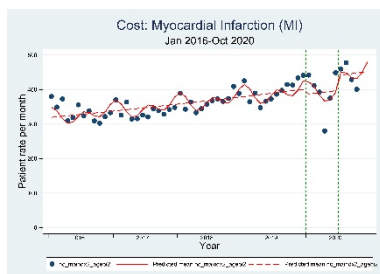
กลุ่มที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ (0-59 ปี)

กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)

Atrial Fibrillation & Flutter



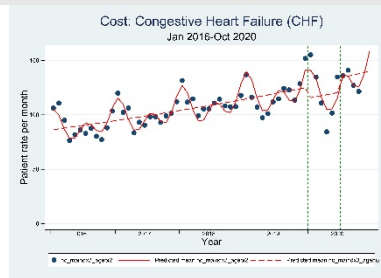
Myocardial Infarction



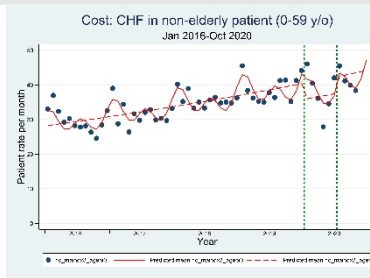
Congestive Heart Failure

ค่ารักษาพยาบาลรวมสำหรับบริการแบบผู้ป่วยใน (โรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง):

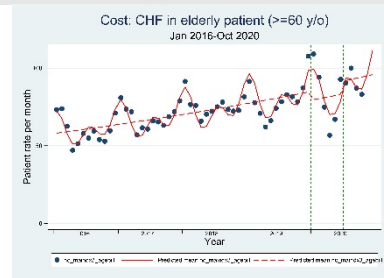
รวมทั้งหมด



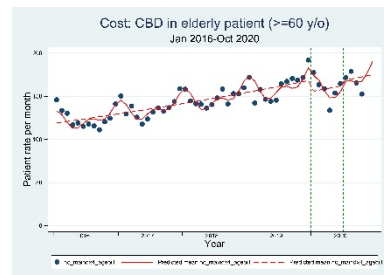
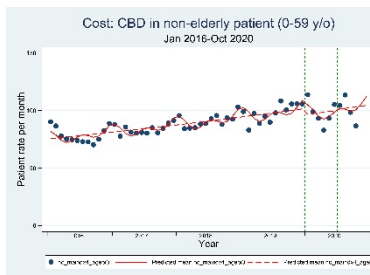
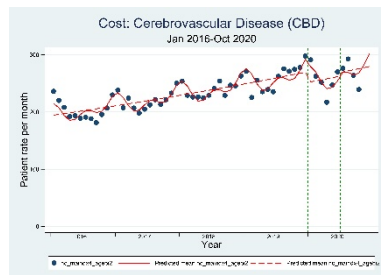
กลุ่มที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ (0-59 ปี)



กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)



Cerebrovascular Disease



รูปที่ 3-11 กราฟแสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยใน สำหรับกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง

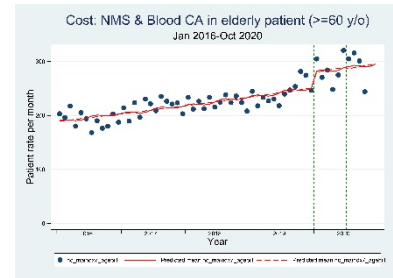
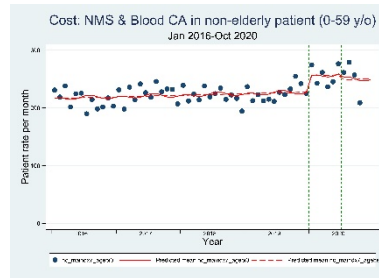
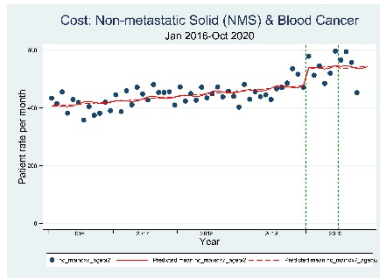
ค่ารักษาพยาบาลรวมสำหรับบริการแบบผู้ป่วยใน (โรคมะเร็ง):

รวมทั้งหมด

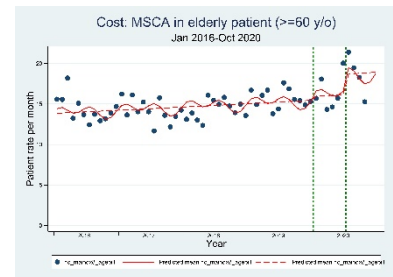
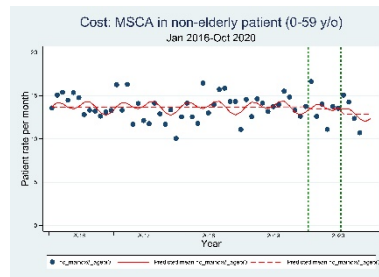
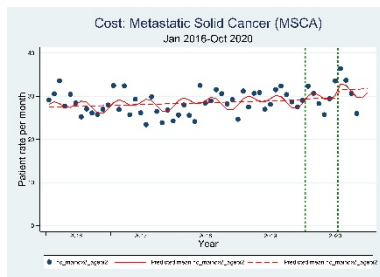
กลุ่มที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ (0-59 ปี)

กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)

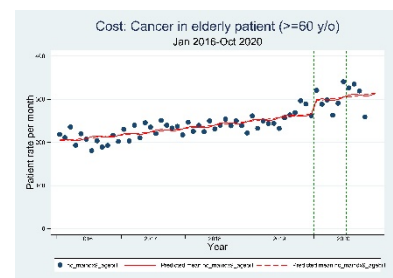
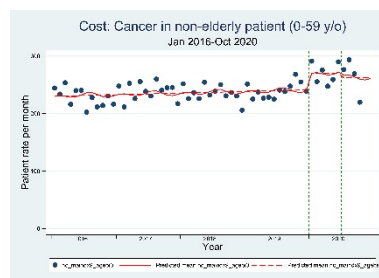
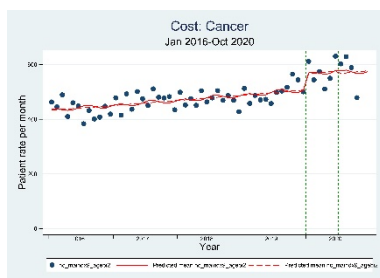
Non-metastatic Solid & Blood Cancer



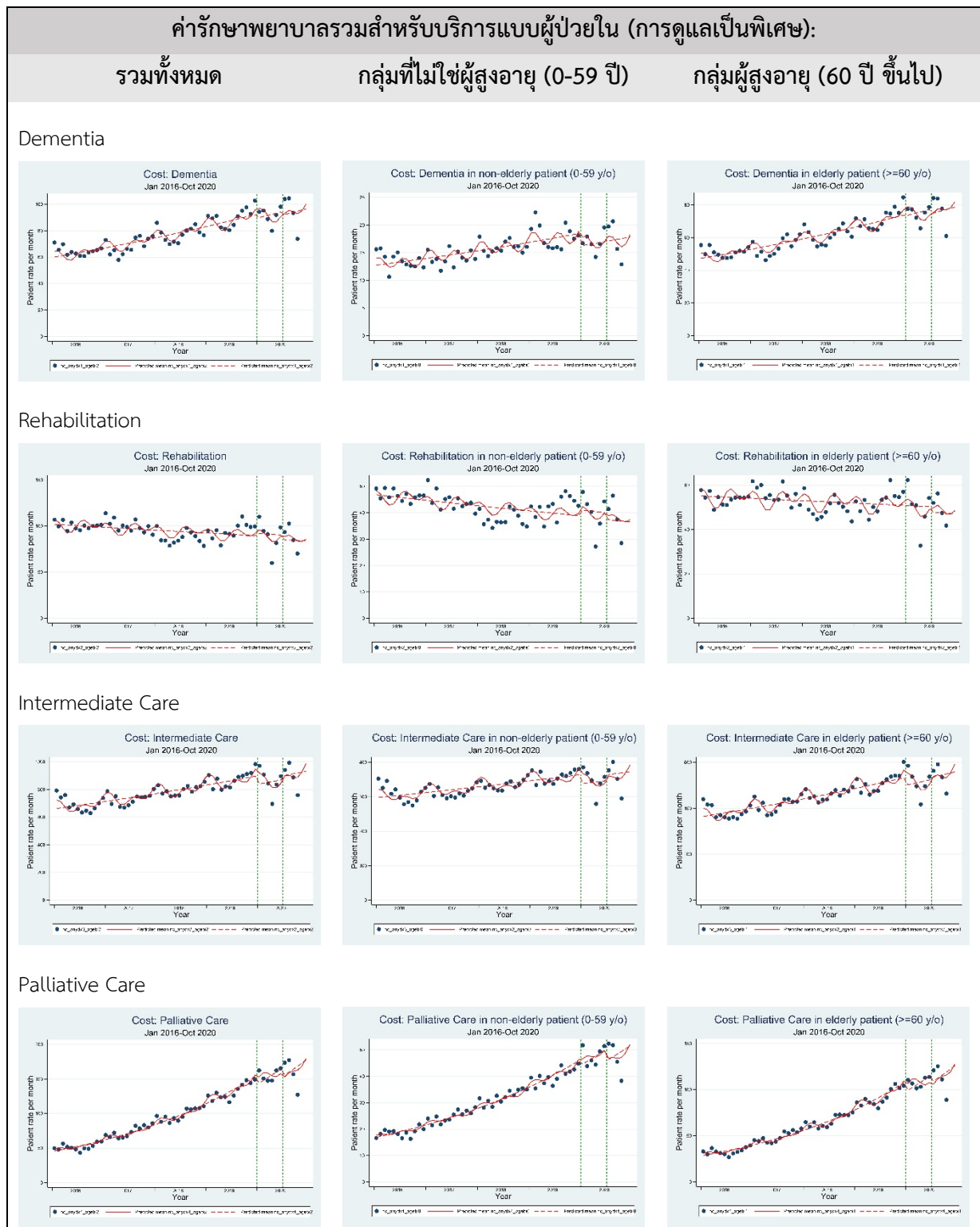
Metastatic Solid Cancer



Both groups of cancer



รูปที่ 3-12 กราฟแสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยใน สำหรับโรคมะเร็ง



รูปที่ 3-13 กราฟแสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยใน สำหรับกลุ่มการดูแลเป็นพิเศษ

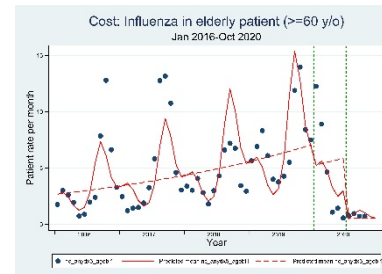
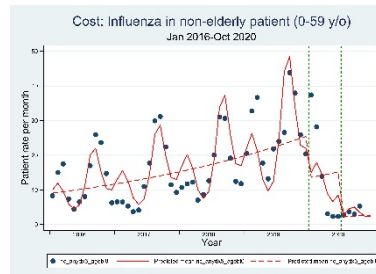
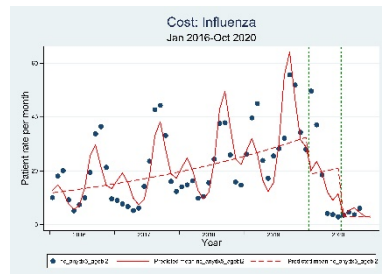
ค่ารักษาพยาบาลรวมสำหรับบริการแบบผู้ป่วยใน (โรคของระบบทางเดินหายใจ):

รวมทั้งหมด

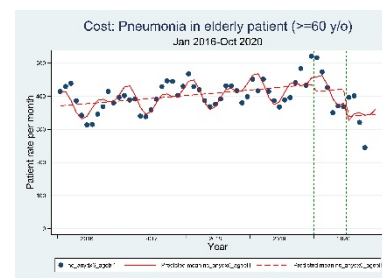
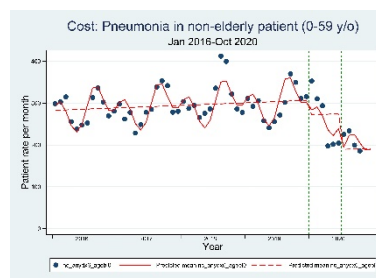
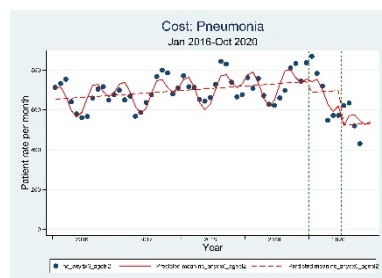
กลุ่มที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ (0-59 ปี)

กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)

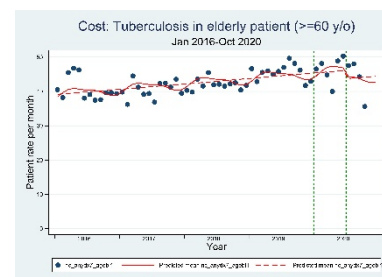
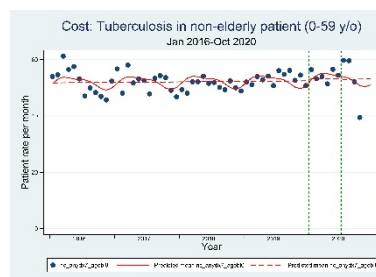
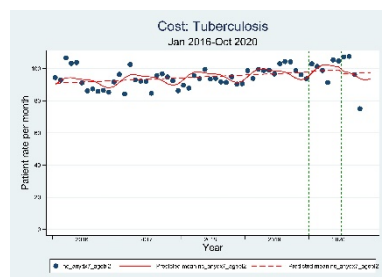
Influenza



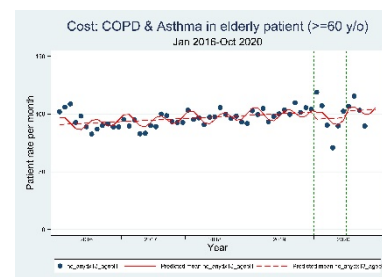
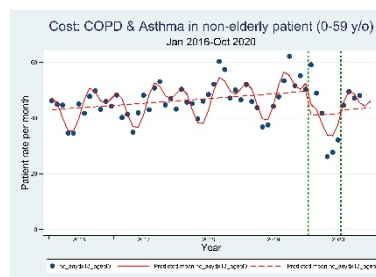
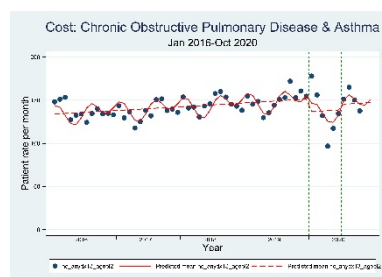
Pneumonia



Tuberculosis



COPD & Asthma



รูปที่ 3-14 กราฟแสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยใน สำหรับโรคของระบบทางเดินหายใจ

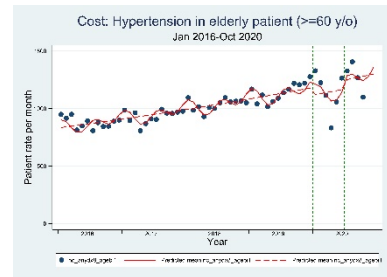
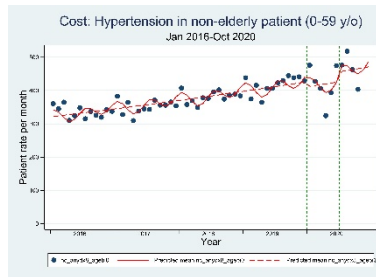
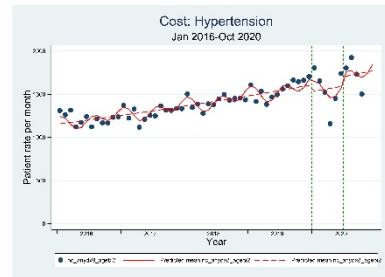
ค่ารักษาพยาบาลรวมสำหรับบริการแบบผู้ป่วยใน (โรคอื่น ๆ):

รวมทั้งหมด

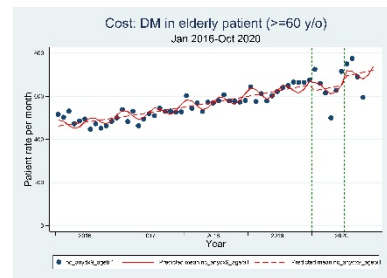
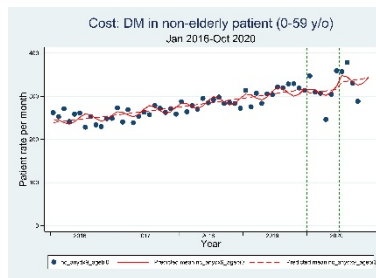
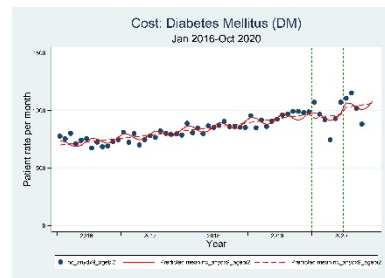
กลุ่มที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ (0-59 ปี)

กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)

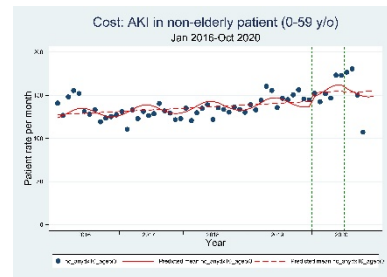
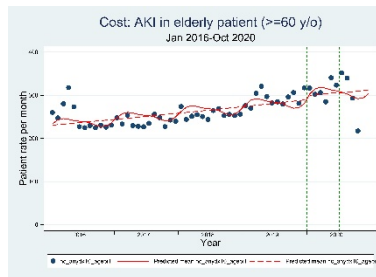
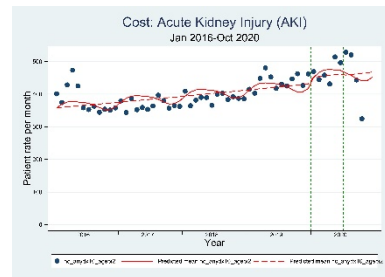
Hypertension



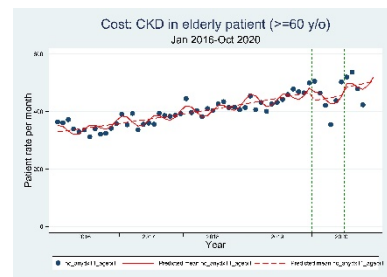
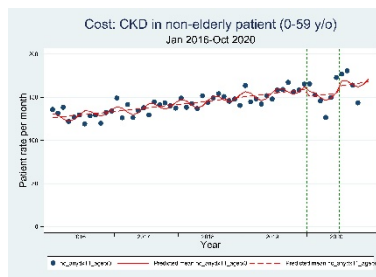
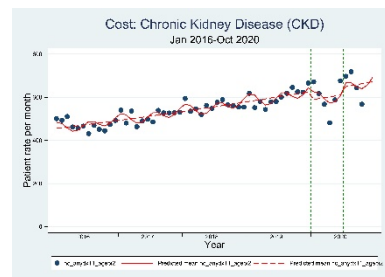
Diabetes Mellitus



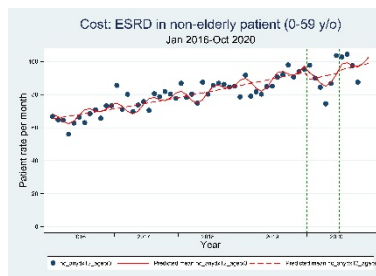
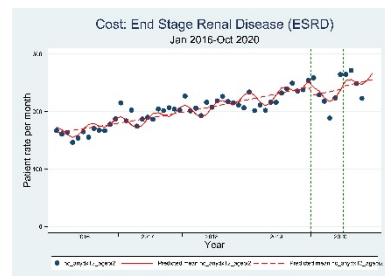
Acute Kidney Injury



Chronic Kidney Disease



End Stage Renal Disease



รูปที่ 3-15 กราฟแสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-
ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยใน สำหรับกลุ่มโรคอื่น ๆ

ตารางที่ 3-11 ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562)
ของบริการผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มอายุและการทำหัตถการ/ผ่าตัด

การทำหัตถการ/ผ่าตัด	รวมทั้งหมด		กลุ่มอายุ 0-59 ปี		กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	
	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ต.ค. 2563
	OR	OR	OR	OR	OR	OR
Cataract surgery	0.83	1.09	0.86*	1.02	0.82	1.11
Hip surgery	0.86*	0.90	0.87	0.88	0.84*	0.93
Knee replacement	0.79	1.00	0.92	1.10	0.76*	0.98
Invasive mechanical ventilation (IMV)	0.96	0.89*	0.95	0.90*	0.97	0.89**
Noninvasive ventilation (NIV)	0.89	0.69***	0.76**	0.58***	1.06	0.86
PCI for elective case ¹	0.94	1.07	0.93	1.01	0.94	1.10
PCI for acute case ¹	1.00	1.10	1.05	1.12*	0.98	1.09

IRR: incidence rate ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.001

¹PCI: Percutaneous coronary intervention 1) acute case: ICD-10 I21, Acute myocardial infarction and 2)
elective case: ICD-10 I25, Chronic ischemic heart disease

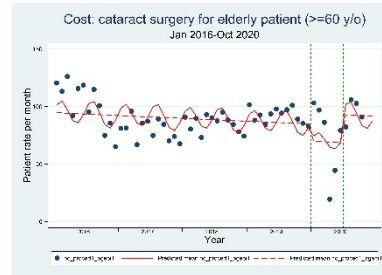
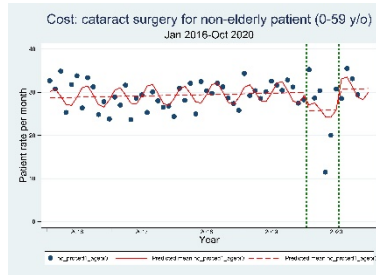
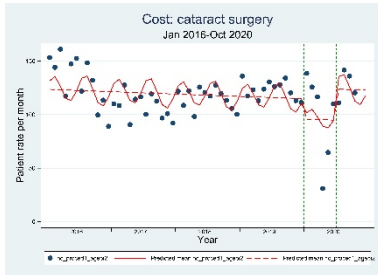
ค่าใช้จ่ายรวมสำหรับบริการแบบผู้ป่วยใน จำแนกตามชนิดหัตถการ:

รวมทั้งหมด

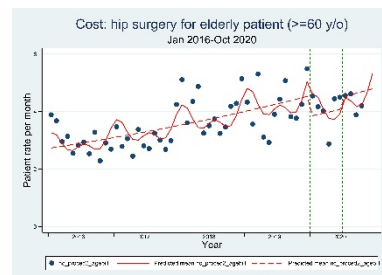
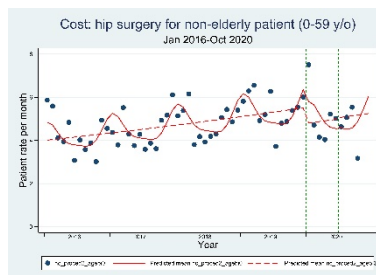
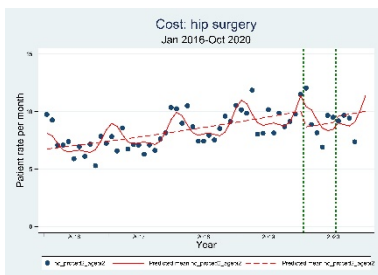
กลุ่มที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ (0-59 ปี)

กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)

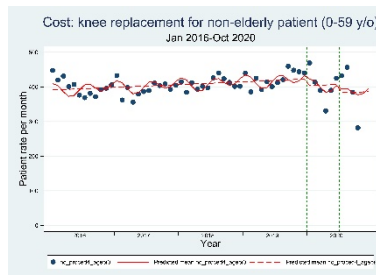
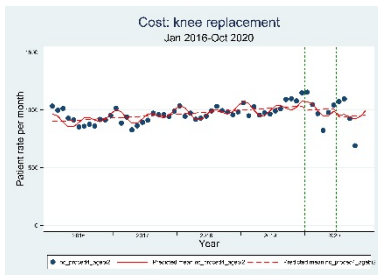
Cataract surgery



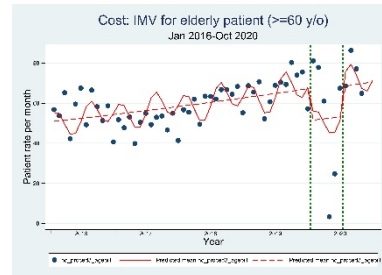
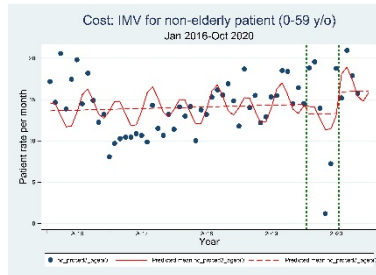
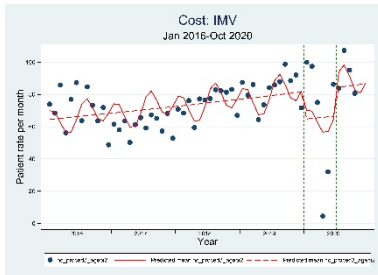
Hip surgery



Knee replacement



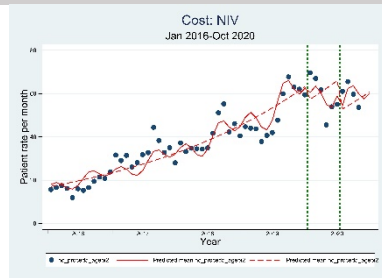
Invasive mechanical ventilation (IMV)



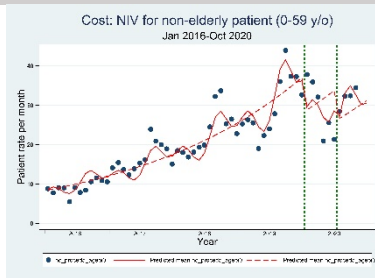
Noninvasive ventilation (NIV)

ค่าใช้จ่ายรวมสำหรับบริการแบบผู้ป่วยใน จำแนกตามชนิดหัตถการ:

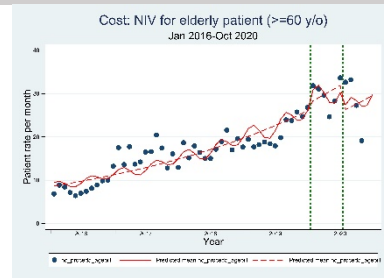
รวมทั้งหมด



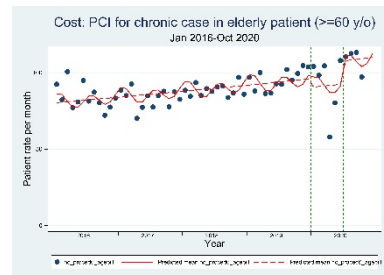
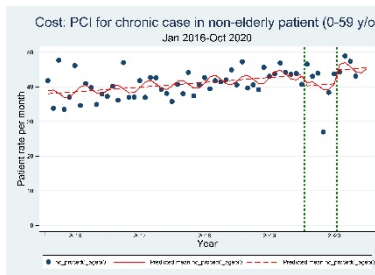
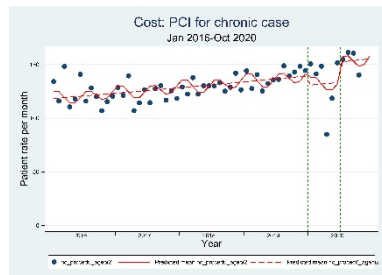
กลุ่มที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ (0-59 ปี)



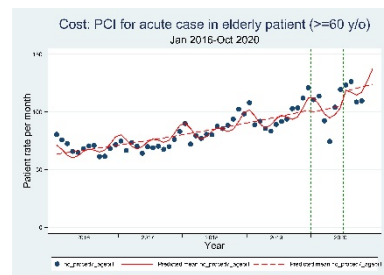
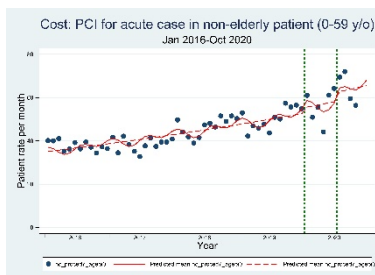
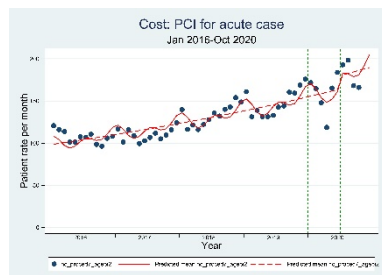
กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปี ขึ้นไป)



Percutaneous coronary intervention (PCI) for chronic case



Percutaneous coronary intervention (PCI) for acute case



รูปที่ 3-16 กราฟแสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยในจำแนกตามกลุ่มอายุและการทำหัตถการ/ผ่าตัด

3.1.5 สรุปผลการศึกษาสำคัญจากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในของ สปสช.

1. อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ลดลงร้อยละ 13 โดยกลุ่มอายุ 0-59 ปี ลดลงมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุเล็กน้อย (ร้อยละ 15 และร้อยละ 10 ตามลำดับ) ซึ่งเกิดขึ้นเฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด โดย สปสช. เขต 12 ลดลงมากที่สุด ส่วน สปสช. เขต 7, 8 และ 13 ลดลงน้อยกว่าเขตอื่นๆ หลังจากนั้นอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลกลับมาใกล้เคียงกับก่อนการระบาด

2. อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง ในทุกกลุ่มอายุลดลงในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด หลังจากนั้นอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลกลับมาใกล้เคียงกับก่อนการระบาด ส่วนกลุ่มโรคของระบบทางเดินหายใจในทุกกลุ่มอายุ ได้แก่ ไข้หวัดใหญ่ ปอดอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคหอบหืด มีอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงอย่างมากในช่วงการระบาด (ร้อยละ 30-90) และกลุ่มโรคมะเร็งและโรคไตวายฉับพลันมีอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาดในทุกกลุ่มอายุ นอกจากนี้ กลุ่มวินิจฉัยโรคที่ต้องได้รับการดูแลและบำบัดฟื้นฟูลดลงในทุกกลุ่มอายุ (ร้อยละ 10-20) ได้แก่ โรคสมองเสื่อม การดูแลระยะกลาง (intermediate care) และการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

3. อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการ/การผ่าตัดลดลงร้อยละ 15-20 ในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาดและในทุกกลุ่มอายุ ได้แก่ การผ่าตัดต่อกระเพาะ การผ่าตัดข้อสะโพก และการเปลี่ยนข้อเข่า หลังจากนั้นอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลกลับมาใกล้เคียงกับก่อนการระบาด ส่วนการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดย PCI ในกลุ่มอายุ 0-59 ปีมีอัตราการเข้ารับบริการไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุ (≥ 60 ปี) ที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ที่มีอัตราการเข้ารับบริการลดลงร้อยละ 7 ในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด หลังจากนั้นอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลกลับมาใกล้เคียงกับก่อนการระบาด

4. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและเสียชีวิตภายในโรงพยาบาลไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาดในทุกกลุ่มอายุ ส่วนผู้ป่วยกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไปอัตราการเสียชีวิตหลังการจำหน่ายออกจากสถานพยาบาลลดลงร้อยละ 10-15

5. จำนวนวันนอนรวมต่อเดือนลดลงร้อยละ 13-16 ในช่วงที่มีการระบาด โดยกลุ่มอายุ 0-59 ปี มีจำนวนวันนอนรวมต่อเดือนลดลงมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ

6. ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนของบริการผู้ป่วยในทั้งหมดลดลงร้อยละ 7 เฉพาะในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด หลังจากนั้นค่ารักษาพยาบาลกลับมาใกล้เคียงกับก่อนการระบาด โดยกลุ่มอายุ 0-59 ปี กลุ่ม

ผู้สูงอายุ 75-84 ปี และ 85 ปีขึ้นไป มีค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนลดลงประมาณร้อยละ 10 ในช่วง 6 เดือนแรก และกลุ่มวินิจฉัยโรคที่มีค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนลดลงในช่วงที่มีการระบาด คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง การดูแลระยะกลาง (intermediate care) การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ซึ่งกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจและปอดมีค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนลดลงอย่างมากในช่วงการระบาด (ร้อยละ 50-90) ขณะที่กลุ่มวินิจฉัยโรคที่มีค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนในช่วงการระบาดเพิ่มขึ้นจากช่วงก่อนการระบาด คือ โรคมะเร็ง

7. ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนจำแนกตามกลุ่มเหตุการณ์ที่ลดลงอย่างมากในช่วงที่มีการระบาดของกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุ (0-59 ปี) ได้แก่ การผ่าตัดต่อกระดูก ส่วนค่ารักษาพยาบาลที่ลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุ (≥ 60 ปี) คือ การผ่าตัดข้อสะโพกและการเปลี่ยนข้อเข่า ส่วนค่ารักษาพยาบาลรวมรายเดือนของผู้ป่วยในที่เกี่ยวข้องกับ PCI ไม่แตกต่างจากก่อนการระบาดในทุกกลุ่มอายุ

3.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับโรงพยาบาล

3.2.1 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 5 แห่ง (โรงพยาบาล ก., ข., ค., ง. และ จ.) ของผู้สูงอายุ (อายุ ≥ 60 ปี) ตั้งแต่เดือนมกราคม 2558-เดือนธันวาคม 2563 ในช่วงการระบาดเปรียบเทียบกับก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยเป็นการเปรียบเทียบอัตราการใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลต่อเดือน⁷ ซึ่งแสดงผลการวิเคราะห์เป็นค่า incidence rate ratio (IRR) ที่เปลี่ยนไปเมื่อเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 พิจารณาเป็น 2 ช่วงคือ การระบาดใน 6 เดือนแรก (มกราคม-มิถุนายน 2563) และการระบาดในช่วง 6 เดือนหลัง (กรกฎาคม-ธันวาคม 2563) ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่งแสดงอยู่ในภาคผนวก 2

3.2.1.1 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3-12 แสดงอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามกลุ่มอายุ และสิทธิการรักษาพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาล ก. และ ข. อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุลดลงประมาณร้อยละ 10 ในช่วงการระบาด 6 เดือนแรกหลังจากนั้นอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด ส่วนโรงพยาบาล ค., ง. และ จ. มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่ไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า ในโรงพยาบาล ก. มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกลดลงในทุกสิทธิใกล้เคียงกัน ขณะที่โรงพยาบาล ข. พบอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกลดลงเฉพาะสิทธิประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิชำระเงินเอง เช่นเดียวกันกับโรงพยาบาล ง. และ จ. ที่อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกลดลง

⁷ อัตราการใช้บริการของผู้สูงอายุต่อเดือน = จำนวนผู้สูงอายุที่ใช้บริการทั้งหมดของเดือน/จำนวนผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ IPD และ OPD ต่อปี

เฉพาะ 2 สิทธิดังกล่าวร้อยละ 10-15 และโรงพยาบาล ค. ไม่พบความแตกต่างของการใช้บริการผู้ป่วยนอกในทุกสิทธิการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 3-13 แสดงอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มวินิจฉัยโรค ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มวินิจฉัยโรคที่มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกลดลง คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด (โรงพยาบาล ก. และ ง.) โรคหลอดเลือดสมอง (โรงพยาบาล ก.) วัณโรค (โรงพยาบาล ก. และ จ.) โรคไต (โรงพยาบาล ก., ข. และ ง.) โรคสมองเสื่อม (โรงพยาบาล ก. และ ง.) และโรคปอดเรื้อรัง (โรงพยาบาล ก., ข. และ จ.) ส่วนกลุ่มโรคไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบซึ่งลดลงอย่างมากในทุกโรงพยาบาลร้อยละ 50-90 ขณะที่อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ค. และ จ. เพิ่มขึ้นในหลายกลุ่มวินิจฉัยโรคและส่วนใหญ่พบในช่วงการระบาด 6 เดือนหลัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ วัณโรค โรคกระดูกและโรคไต

3.2.1.2 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3-14 แสดงอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล โรงพยาบาล ก. มีอัตราการใช้บริการของผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยในลดลงตั้งแต่การระบาดในช่วง 6 เดือนแรกประมาณร้อยละ 20 ส่วนโรงพยาบาลอีก 4 แห่งไม่พบความแตกต่าง เมื่อเปรียบเทียบในช่วงการระบาด 6 เดือนหลัง โรงพยาบาล ก. มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในกลับมาเท่ากับช่วงก่อนการระบาด ส่วนโรงพยาบาล ค., ง. และ จ. พบว่าอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเปลี่ยนไปในผู้สูงอายุบางกลุ่มอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากช่วงก่อนการระบาด (ร้อยละ 10-20) เมื่อจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า โรงพยาบาล ก. มีเฉพาะสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการเท่านั้นที่อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในช่วงการระบาดไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ขณะที่สิทธิอื่น ๆ มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในลดลง ส่วนโรงพยาบาล ค. และ ง. มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นในช่วงการระบาด 6 เดือนหลัง ในสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ในขณะที่อัตราการใช้บริการผู้ป่วยในที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิอื่น ๆ เพิ่มขึ้นเฉพาะโรงพยาบาล ค. ในช่วงการระบาด 6 เดือนหลัง

ตารางที่ 3-15 แสดงอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยในโดยจำแนกตามกลุ่มวินิจฉัยโรค พบว่า โรงพยาบาล ก. มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุลดลงร้อยละ 10-30 ในช่วงการระบาด 6 เดือนแรก ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางต่อมไทรอยด์ โรคเบาหวานและความดัน โรคไตเรื้อรัง ส่วนกลุ่มโรคกระดูกมีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 20-30 นับตั้งแต่มีการระบาด ส่วนโรงพยาบาล ค. มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นในกลุ่มวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ นับตั้งแต่มีการระบาดร้อยละ 15-60 เช่นเดียวกันกับโรงพยาบาล ง. ที่พบอัตราเพิ่มขึ้นในหลายกลุ่มวินิจฉัยโรคโดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนหลังของการระบาด ส่วนโรงพยาบาล ข. และ จ. ส่วนใหญ่ไม่แตกต่างจากก่อนการระบาด นอกจากนี้ อัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ลดลงอย่างมาก (ประมาณร้อยละ 90) ในโรงพยาบาล ก., ข., ค. และ ง.

3.2.1.3 อัตราการทำหัตถการ/การผ่าตัดของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3-15 แสดงอัตราการทำหัตถการและการผ่าตัดในแผนกผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ ซึ่งโรงพยาบาล ก. มีอัตราการให้บริการลดลง (ร้อยละ 25-40) ในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาดซึ่งเป็นการผ่าตัดในกรณีที่ไม่เร่งด่วนฉุกเฉิน ได้แก่ หัตถการรักษาลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนในกรณีไม่เร่งด่วน การผ่าตัดต่อกระจุกและการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ซึ่งอัตราการทำหัตถการต่อกระจุกลดลงในโรงพยาบาล จ. และ ค. เช่นเดียวกัน (ร้อยละ 15-30) และการผ่าตัดข้อสะโพกมีอัตราลดลงในโรงพยาบาล ข. เท่านั้น (ร้อยละ 10-20) ขณะที่โรงพยาบาล ก. และ จ. มีอัตราการทำหัตถการข้อสะโพกเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 64 และร้อยละ 11 ตามลำดับ) โรงพยาบาล ค. และ จ. มีแนวโน้มของอัตราการทำหัตถการรักษาลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนในกรณีไม่เร่งด่วนเพิ่มขึ้นในช่วงการระบาด (ร้อยละ 30-55) ส่วนโรงพยาบาล ง. มีอัตราการทำหัตถการข้อเข่าเพิ่มขึ้นในช่วงการระบาดร้อยละ 40-65 และมีอัตราการรักษาหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวนในกรณีเร่งด่วนเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 ในช่วงการระบาด 6 เดือนหลัง

3.2.1.4 อัตราการดูแลสุขภาพระยะกลาง การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลแบบประคับประคอง

ตารางที่ 3-13 และตารางที่ 3-15 แสดงอัตราการดูแลสุขภาพระยะกลาง การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลแบบประคับประคองของผู้สูงอายุทั้งในแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ซึ่งการดูแลสุขภาพระยะกลางแบ่งเป็นบริการสำหรับผู้ป่วย 2 กลุ่ม (แสดงรหัสวินิจฉัยโรคในภาคผนวก 1) คือ กลุ่มที่มีการแตกหักของกระดูกส่วนต่างๆ และกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง/กล้ามเนื้อ จากการวิเคราะห์พบว่า อัตราการดูแลสุขภาพระยะกลางในแผนกผู้ป่วยในระหว่างช่วงการระบาดของโรงพยาบาล ก., ค. และ จ. เพิ่มขึ้นร้อยละ 20-55 ส่วนการดูแลสุขภาพระยะกลางในแผนกผู้ป่วยนอกมีความแตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาล โดยอัตราการดูแลสุขภาพระยะกลางเพิ่มขึ้นระหว่างช่วงการระบาดในโรงพยาบาล ก., ง. (เฉพาะช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด) และ จ. (ตลอดช่วงการระบาด) ขณะที่อัตราการดูแลสุขภาพระยะกลางลดลงในโรงพยาบาล ข. และ ง. (เฉพาะช่วง 6 เดือนหลังของการระบาด) ส่วนการบำบัดฟื้นฟูในแผนกผู้ป่วยในไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด (โรงพยาบาล ก., ค., ง. และ จ.) แต่มีอัตราการทำหัตถการบำบัดฟื้นฟูลดลงอย่างมากในแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ โรงพยาบาล ก., ค. และ จ. ร้อยละ 30-75 ซึ่งโรงพยาบาล ข. และ ง. มีอัตราการทำหัตถการบำบัดฟื้นฟูไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด นอกจากนี้ อัตราการดูแลแบบประคับประคองในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ข. และ ง. ลดลงร้อยละ 20-70 ซึ่งอัตราการดูแลแบบประคับประคองในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ข. ลดลงอย่างมากระหว่างเริ่มช่วงการระบาด ขณะที่โรงพยาบาล จ. มีอัตราการดูแลแบบประคับประคองในแผนกผู้ป่วยในเพิ่มขึ้นร้อยละ 25-40 ตลอดช่วงการระบาด ส่วนอัตราการดูแลแบบประคับประคองในแผนกผู้ป่วยนอกลดลงร้อยละ 30-45 ในโรงพยาบาล ก., ข., ง. และ จ. โดยอัตราการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล ข. ลดลงมากที่สุด

ตารางที่ 3-12 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุทั้งหมดเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) จำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล (หน่วยนับ ผู้ป่วย, OPD patient)

กลุ่มอายุ/สิทธิการรักษาพยาบาล	โรงพยาบาล ก.		โรงพยาบาล ข.		โรงพยาบาล ค.		โรงพยาบาล ง.		โรงพยาบาล จ.	
	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19
	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.
	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563
	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR
จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	0.89**	0.98	0.93*	0.96	0.99	1.00	0.97	0.98	0.97	0.96
กลุ่มอายุของผู้สูงอายุ										
อายุ 60-64 ปี	0.88**	1.03	0.93*	0.98	0.98	1.00	0.96	0.98	0.98	0.95
อายุ 65-74 ปี	0.89**	1.03	0.92*	0.97	0.98	1.01	0.98	0.99	0.96	0.97
อายุ 75-84 ปี	0.89**	1.02	0.93	0.94	0.99	1.00	0.99	1.00	0.96	0.97
อายุ 85 ปี ขึ้นไป	0.93*	1.01	0.97	0.96	1.01	1.01	1.02	1.01	0.98	0.96
สิทธิการรักษาพยาบาล										
UCS	0.89**	1.04	0.92*	0.96	0.99	1.01	0.91**	0.94*	0.96	0.95
CSMBS	0.87*	1.04	0.95	0.96	0.98	1.01	0.96	0.98	0.96	1.00
Self-pay/SSS	0.89*	1.03	0.91*	0.98	0.89	1.14	0.94	0.98	1.10	0.84*
Other	1.03	0.89	0.95	1.17	1.07	0.87	1.13	0.86	0.94	0.97

IRR: incidence rate ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.001

CSMBS, Civil Servant Medical Benefit Scheme; SSS, Social Security Scheme; UCS, Universal coverage scheme

ตารางที่ 3-13 อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุทั้งหมดเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) จำแนกตามกลุ่มวินิจฉัยโรค (หน่วยนับ ครั้ง, OPD visit)

กลุ่มวินิจฉัยโรค	โรงพยาบาล ก.		โรงพยาบาล ข.		โรงพยาบาล ค.		โรงพยาบาล ง.		โรงพยาบาล จ.	
	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19
	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.
	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563
	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR
Myocardial Infarction	0.96	1.05	0.97	0.86*	1.04	1.15***	0.86*	0.86**	1.07	1.13**
Congestive Heart Failure	0.86**	1.04	1.10	1.24***	1.00	1.22***	1.03	1.05	1.07	1.16**
Cerebrovascular disease	0.88**	1.06	0.96	0.94	1.12*	1.21***	0.94	0.99	1.13*	1.23**
Chronic pulmonary disease	0.81*	0.72***	0.88	0.72*	1.13	0.92	1.06	1.05	0.82**	0.65**
Non-metastatic Solid Cancer	0.95	1.01	1.03	1.02	1.01	1.01	0.96	1.03	1.10	1.09
Metastatic Solid Cancer	0.95	1.06	1.07	1.12	0.82	0.66**	1.03	1.06	1.20**	1.15**
Atrial Fibrillation & Flutter	0.92*	1.00	1.14	1.07	1.00	1.08*	0.96	0.87**	1.10*	1.11*
Tuberculosis	0.88*	0.82**	1.06	0.86	1.14*	1.15*	0.99	1.07	0.97	0.83*
Endocrine disorder	0.98	1.07	0.97	0.94	1.03	1.04	0.87**	0.92*	1.15**	1.27***
Hypertension	1.01	1.09*	0.97	0.95	1.09**	1.11**	0.87***	0.91*	1.05	1.15***
Diabetes mellitus	0.98	1.08*	1.02	1.01	1.03	1.03	0.88**	0.88**	0.99	1.06
Influenza	0.53*	0.05***	0.86	0.11***	0.51*	0.05***	1.36	0.09***	1.63	0.17**

กลุ่มวินิจฉัยโรค	โรงพยาบาล ก.		โรงพยาบาล ข.		โรงพยาบาล ค.		โรงพยาบาล ง.		โรงพยาบาล จ.	
	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19
	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.
	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563
	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR
Pneumonia	0.74**	0.83*	0.98	0.70**	0.91	0.52***	0.75*	0.61***	1.04	0.88*
COPD/Asthma	0.98	1.01	1.16**	1.02	0.98	0.98	1.05	1.08	0.96	0.96
Acute Kidney Injury	0.74*	1.32*	0.90	0.55**	1.88***	1.95***	0.75	0.79	1.14	1.22*
Chronic Kidney Disease	0.91**	0.97	0.95	0.97	0.86	0.92	0.77***	0.78***	1.05	1.12*
End Stage Renal Disease	0.93*	0.98	0.87*	0.90	0.78	0.84	0.67***	0.69***	1.06	1.15
Dementia	0.88**	0.95	0.93	0.93	-	0.27	1.02	0.85*	1.07	1.25
Intermediate care: fracture	1.03	1.33***	0.90	0.85*	0.92	1.19	0.49**	1.54*	0.95	1.14*
Intermediate care: non-fracture	0.91**	1.01	0.98	0.96	0.97	1.06	0.94	0.93	1.12**	1.17***
Hip fracture	-	-	0.91	0.89	-	-	0.37	1.59	0.97	1.13
Palliative care	0.71**	0.78*	1.47	0.91	1.24	1.19	0.57***	0.56***	0.83	0.74**
Rehabilitation	0.60***	0.72**	0.83	0.94	0.51***	0.55***	0.09	0.26	0.26***	0.28***

IRR: incidence rate ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.001

ตารางที่ 3-14 อัตราการเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุทั้งหมดเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) จำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล (หน่วยนับ ผู้ป่วย, IPD patient)

กลุ่มอายุ/สิทธิการรักษาพยาบาล	โรงพยาบาล ก.		โรงพยาบาล ข.		โรงพยาบาล ค.		โรงพยาบาล ง.		โรงพยาบาล จ.	
	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19
	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.
	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563
	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR
จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	0.81***	0.98	0.94	1.02	1.04	1.14***	1.00	1.09*	1.00	1.05
กลุ่มอายุของผู้สูงอายุ										
อายุ 60-64 ปี	0.81***	1.04	0.99	1.07	1.05	1.16***	1.04	1.09	1.04	1.06
อายุ 65-74 ปี	0.79***	0.95	0.94	1.03	1.05	1.12***	1.01	1.09*	1.01	1.08*
อายุ 75-84 ปี	0.81**	0.98	0.91*	0.94	0.99	1.16***	1.01	1.18**	0.96	1.01
อายุ 85 ปี ขึ้นไป	0.80***	0.94	0.91	0.95	0.95	1.03	0.91	1.01	0.91	0.92
สิทธิการรักษาพยาบาล										
UCS	0.74***	0.86**	0.95	1.02	0.99	1.08*	0.96	0.97	0.99	1.06
CSMBS	0.91	1.04	0.93	0.99	1.03	1.22***	0.97	1.12**	0.98	1.06
Self-pay/SSS	0.80***	1.03	0.92	1.10	1.27	1.17	1.09	0.95	0.85	0.46***
Other	0.59***	0.70***	1.05	1.04	1.47***	1.35***	0.98	1.37	0.95	1.01

IRR: incidence rate ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.001

CSMBS, Civil Servant Medical Benefit Scheme; SSS, Social Security Scheme; UCS, Universal coverage scheme

ตารางที่ 3-15 อัตราการเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) จำแนกตามกลุ่มวินิจฉัยโรคและการ
ทำหัตถการ/ผ่าตัด (หน่วยนับ ครั้ง, IPD admission)

กลุ่มวินิจฉัยโรค หรือ การทำหัตถการ/ผ่าตัด	โรงพยาบาล ก.		โรงพยาบาล ข.		โรงพยาบาล ค.		โรงพยาบาล ง.		โรงพยาบาล จ.	
	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563
	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR
By diseases (all diagnosis type)										
Myocardial Infarction	0.70**	0.96	1.01	0.98	1.25***	1.52***	0.93	1.09	1.05	1.06
Congestive Heart Failure	0.89	0.91	1.08	1.19**	1.43***	1.95***	1.05	1.24**	1.16*	1.23**
Cerebrovascular disease	0.88*	1.02	0.95	1.01	1.18*	1.52***	0.96	1.16**	1.00	1.02
Chronic pulmonary disease	1.46**	1.04	1.19	1.05	1.15	1.05	0.86	1.00	0.97	0.87*
Non-metastatic Solid Cancer	0.92	0.95	1.09	1.07	1.20**	1.19**	1.03	1.03	1.08	1.04
Metastatic Solid Cancer	1.21**	1.30***	1.19*	1.09	1.19**	1.02	1.00	0.99	1.21**	1.06
Atrial Fibrillation & Flutter	0.64	0.61*	1.10	1.07	1.15**	1.27***	1.01	1.10	1.10	1.01
Tuberculosis	0.73	1.07	1.03	0.83	1.29*	1.61***	0.78	1.49***	1.39**	0.99
Endocrine disorder	0.83***	0.99	1.02	1.04	1.34***	1.57***	1.03	1.12*	1.14*	1.19***
Hypertension	0.82***	0.97	0.98	0.99	1.19***	1.33***	0.99	1.13**	1.00	1.06
Diabetes mellitus	0.85**	1.02	0.96	0.96	1.18***	1.35***	0.98	1.09*	0.99	1.04
Influenza	0.63	0.01**	1.45	0.14*	1.26	0.12**	0.86	0.05**	0.79	0.21

กลุ่มวินิจฉัยโรค หรือ การทำหัตถการ/ผ่าตัด	โรงพยาบาล ก.		โรงพยาบาล ข.		โรงพยาบาล ค.		โรงพยาบาล ง.		โรงพยาบาล จ.	
	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563
	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR
Pneumonia	0.88*	0.93	1.05	0.87	1.23*	1.26**	1.08	1.12	1.04	0.94
COPD/Asthma	0.89	1.02	1.30**	1.42***	1.12	1.14	0.92	1.08	0.99	0.94
Acute Kidney Injury	0.92	1.01	0.97	0.94	1.23**	1.59***	1.12*	1.05	1.18*	1.08
Chronic Kidney Disease	0.80***	0.96	0.94	1.02	1.13**	1.37***	0.97	1.06	1.04	1.04
End Stage Renal Disease	0.90	1.11	0.93	1.00	1.20***	1.38***	1.00	1.03	0.99	1.07
Dementia	0.81	1.02	0.99	0.95	-	-	0.78	1.50*	0.96	1.19
Intermediate care: fracture	1.15	1.46***	1.01	0.95	1.20***	1.38**	1.21	1.19	0.95	1.19**
Intermediate care: non-fracture	0.87*	1.05	0.98	1.02	1.23***	1.56***	0.95	1.06	1.08	1.09*
Hip fracture	1.19	1.53***	1.01	0.96	0.63	0.86	0.64	1.54	1.00	1.15*
Palliative care	1.08	0.90	0.50***	0.30***	1.20	1.18	0.81	0.77*	1.42***	1.27**
Rehabilitation	0.41	0.90	-	-	1.08	-	0.41	-	0.71	0.29
By procedures										
PCI for elective case ¹	0.74*	1.06	1.19	1.03	1.37*	1.56***	0.71	1.22	1.14	1.32*
PCI for acute case ¹	0.73	0.99	0.91	0.89	0.97	1.08	0.81	1.51**	1.02	1.12
Invasive mechanical	0.51	0.79	0.99	0.84*	1.20***	1.29***	1.06	1.12	0.98	0.96

กลุ่มวินิจฉัยโรค หรือ การทำหัตถการ/ผ่าตัด	โรงพยาบาล ก.		โรงพยาบาล ข.		โรงพยาบาล ค.		โรงพยาบาล ง.		โรงพยาบาล จ.	
	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563
	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR
ventilation										
Cataract surgery	0.58**	0.87	0.83	1.26	0.78*	1.16	1.07	1.24**	0.70***	0.85*
Hip surgery	1.23	1.64***	0.88*	0.80***	0.62	0.25	1.46	3.14	1.11*	1.03
Knee surgery	0.69**	1.09	0.78	1.04	1.27	0.96	1.41*	1.65**	1.07	1.20

IRR: incidence rate ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.001

¹PCI: Percutaneous coronary intervention 1) acute case: ICD-10 I21, Acute myocardial infarction and 2) elective case: ICD-10 I25, Chronic ischemic heart disease 3

3.2.2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (IPD admission) ของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 3-16 แสดงอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล ซึ่งการวิเคราะห์ในช่วงการระบาด 6 เดือนแรก พบว่า อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล ข., ค. และ จ. ไม่แตกต่างจากก่อนการระบาด ส่วนโรงพยาบาล ก. มีอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลลดลงประมาณร้อยละ 20 (ยกเว้นกลุ่มอายุ 75-84 ปี ที่อัตราการเสียชีวิตไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด) เมื่อจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล โรงพยาบาล ก. มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 20-40 ในผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิข้าราชการ และสิทธิอื่น ๆ ในขณะที่ผู้สูงอายุสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด ส่วนการวิเคราะห์ช่วงการระบาดใน 6 เดือนหลัง โรงพยาบาล ค. มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 60-64 ปี (ร้อยละ 27) ส่วนโรงพยาบาล จ. มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 75-84 ปี (ร้อยละ 63) และผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ตารางที่ 3-17 แสดงอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำของผู้สูงอายุภายใน 30 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า โรงพยาบาล ก. และ ค. มีอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด ในช่วงการระบาด 6 เดือนแรก โรงพยาบาล ข. มีอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำในผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้นร้อยละ 13 ส่วนโรงพยาบาล จ. มีอัตราดังกล่าวเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 36) ส่วนช่วงการระบาดใน 6 เดือนหลัง โรงพยาบาล จ. และ ค. มีอัตราดังกล่าวลดลงร้อยละ 10-15 ในผู้สูงอายุกลุ่ม 60-74 ปี นอกจากนี้ โรงพยาบาล จ. มีอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำลดลงในผู้สูงอายุสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (ร้อยละ 17) และสิทธิข้าราชการ (ร้อยละ 48)

ตารางที่ 3-18 แสดงระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (length of stay) ของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า โรงพยาบาล ก. และ ข. มีระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุลดลงในช่วงการระบาด ร้อยละ 10-20 โดยโรงพยาบาล ก. มีระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด ขณะที่โรงพยาบาล ข. มีระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงในช่วง 6 เดือนหลังของการระบาด ส่วนโรงพยาบาล ค. และ จ. มีระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงการระบาด (ร้อยละ 5-10) ในกลุ่มอายุ 65-74 ปีและผู้สูงอายุสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ตารางที่ 3-16 อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล (in-hospital death) ของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) จำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล

กลุ่มอายุ/สิทธิการรักษาพยาบาล	โรงพยาบาล ก.		โรงพยาบาล ข.		โรงพยาบาล ค.		โรงพยาบาล ง.		โรงพยาบาล จ.	
	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19
	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.
	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563
	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR
จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	0.82***	0.92	1.07	0.92	1.04	1.10	1.36*	1.21	1.06	0.95
กลุ่มอายุของผู้สูงอายุ										
อายุ 60-64 ปี	0.67*	0.86	0.95	0.85	1.12	1.27**	1.28	0.77	1.14	1.15
อายุ 65-74 ปี	0.78*	0.86	1.12	0.96	1.01	1.07	1.39	1.27	1.07	0.92
อายุ 75-84 ปี	0.92	1.04	1.09	0.99	1.07	1.09	1.63**	1.63**	1.14	0.90
อายุ 85 ปี ขึ้นไป	0.78*	0.84	1.15	0.87	0.98	0.96	1.01	0.98	0.90	0.94
สิทธิการรักษาพยาบาล										
UCS	0.71**	0.83	1.02	0.94	1.07	1.09	1.79*	1.50	1.07	0.96
CSMBS	1.11	1.05	1.30**	0.91	0.91	1.00	1.24	1.08	1.02	0.95
Self-pay/SSS	0.83*	0.93	0.33	0.51	0.95	1.52	1.95	2.37	1.59	1.02
Other	0.60**	0.69*	0.62	1.04	1.31	1.69**	-	1.31	0.90	0.86

IRR: incidence rate ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.001

CSMBS, Civil Servant Medical Benefit Scheme; SSS, Social Security Scheme; UCS, Universal coverage scheme

ตารางที่ 3-17 อัตราการเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน (re-hospitalization) ของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) จำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล

กลุ่มอายุ/สิทธิการรักษาพยาบาล	โรงพยาบาล ก.		โรงพยาบาล ข.		โรงพยาบาล ค.		โรงพยาบาล ง.		โรงพยาบาล จ.	
	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19
	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.
	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563
	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR	IRR
จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	0.91	0.98	1.11*	0.97	1.09	0.98	1.07	0.93	0.99	0.95
กลุ่มอายุของผู้สูงอายุ										
อายุ 60-64 ปี	-	-	1.16	1.01	1.04	0.99	1.02	0.87	0.94	0.84*
อายุ 65-74 ปี	-	-	1.08	0.96	1.08	0.95	1.06	0.89*	1.05	1.04
อายุ 75-84 ปี	-	-	1.10	0.94	1.14	1.05	1.11	1.17	0.95	0.92
อายุ 85 ปี ขึ้นไป	-	-	1.20	0.78	1.16	0.99	1.36*	0.97	0.89	0.82
สิทธิการรักษาพยาบาล										
UCS	-	-	1.13*	0.99	1.06	0.97	1.14	0.95	0.99	0.92
CSMBS	-	-	1.07	0.86	1.14	1.02	1.04	0.92	0.83*	0.99
Self-pay/SSS	-	-	0.98	1.22	0.90	0.53	0.85	0.94	0.52*	1.11
Other	-	-	1.12	0.55	0.94	0.88	0.91	0.23***	1.23	1.06

IRR: incidence rate ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.001

CSMBS, Civil Servant Medical Benefit Scheme; SSS, Social Security Scheme; UCS, Universal coverage scheme

ตารางที่ 3-18 ระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (length of stay) ของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) จำแนกตามกลุ่มอายุ และสิทธิการรักษาพยาบาล

กลุ่มอายุ/สิทธิการรักษาพยาบาล	โรงพยาบาล ก.		โรงพยาบาล ข.		โรงพยาบาล ค.		โรงพยาบาล ง.		โรงพยาบาล จ.	
	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19
	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.
	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563
	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	0.79***	0.96	1.00	0.89***	1.04*	1.02	1.06*	1.06*	1.03	0.97
กลุ่มอายุของผู้สูงอายุ										
อายุ 60-64 ปี	-	-	0.98	0.89**	1.06	1.03	1.13*	1.00	1.04	1.01
อายุ 65-74 ปี	-	-	1.00	0.92*	1.05*	1.05*	1.08	1.12*	1.03	0.99
อายุ 75-84 ปี	-	-	1.04	0.89*	1.00	1.02	1.04	1.06	1.02	0.94
อายุ 85 ปี ขึ้นไป	-	-	1.04	0.83*	1.00	0.81**	0.80	0.94	0.99	0.83*
สิทธิการรักษาพยาบาล										
UCS	-	-	1.02	0.92*	1.04*	1.00	1.08	1.01	1.02	0.96
CSMBS	-	-	0.97	0.80***	1.04	1.12*	1.05	1.09*	1.08	0.98
Self-pay/SSS	-	-	0.75	0.89	0.84	0.86	1.02	0.97	1.10	1.21
Other	-	-	0.98	1.06	0.87	0.74***	1.42	1.21	0.96	0.95

OR: odd ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.001

CSMBS, Civil Servant Medical Benefit Scheme; SSS, Social Security Scheme; UCS, Universal coverage scheme

3.2.3 ผลกระทบด้านเศรษฐศาสตร์ของการรับบริการสุขภาพ

ตารางที่ 3-19 แสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนของบริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า โรงพยาบาล ก. มีค่ารักษาพยาบาลรวมของบริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ (กลุ่มอายุ 60-84 ปี) และเกือบทุกสิทธิ (ยกเว้น สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ลดลงในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด (ร้อยละ 10-20) ส่วนโรงพยาบาล ข. มีค่ารักษาพยาบาลรวมของบริการผู้ป่วยนอก ลดลงในช่วง 6 เดือนหลังของการระบาดในผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุและทุกสิทธิการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 10-65) โดยกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไปสิทธิชำระเงินเองลดลงมากที่สุดเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาลอื่น ๆ ขณะที่ โรงพยาบาล ข. และ ค. มีค่ารักษาพยาบาลของบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น โดยโรงพยาบาล ข. มีค่ารักษาพยาบาลของบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นร้อยละ 5-15 ในทุกกลุ่มอายุ รวมถึงผู้สูงอายุกลุ่มสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ส่วนโรงพยาบาล ค. มีค่ารักษาพยาบาลของบริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นอย่างมากเทียบกับช่วงก่อนการระบาด โดยเฉพาะในช่วง 6 เดือนหลังของการระบาด

ตารางที่ 3-20 แสดงค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนของบริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ โดยจำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า ค่ารักษาพยาบาลรวมของบริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุ ลดลงร้อยละ 10-35 ในโรงพยาบาล ก. (ช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด) โรงพยาบาล ข. (ช่วง 6 เดือนหลังของการระบาด) และโรงพยาบาล จ. (ตลอดช่วงการระบาด) เมื่อจำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า โรงพยาบาล ก. และ จ. มีค่ารักษาพยาบาลของบริการผู้ป่วยในลดลงในผู้สูงอายุทุกสิทธิ โรงพยาบาล ข. มีค่ารักษาพยาบาลของบริการผู้ป่วยในลดลงเฉพาะผู้สูงอายุสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และโรงพยาบาล ค. มีค่ารักษาพยาบาลของบริการผู้ป่วยในลดลงเฉพาะผู้สูงอายุสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและสิทธิอื่น ๆ

ตารางที่ 3-19 ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล

กลุ่มอายุ/สิทธิการรักษาพยาบาล	โรงพยาบาล ก.		โรงพยาบาล ข.		โรงพยาบาล ค.		โรงพยาบาล ง.		โรงพยาบาล จ.	
	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563	COVID-19 ม.ค.-มิ.ย. 2563	COVID-19 ก.ค.-ธ.ค. 2563
	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	0.89*	1.01	1.09***	1.08***	1.24	1.41*	1.04	1.04	0.96	0.78***
กลุ่มอายุของผู้สูงอายุ										
อายุ 60-64 ปี	0.84**	0.95	1.07*	1.08**	1.25	1.44*	0.99	0.99	0.97	0.82***
อายุ 65-74 ปี	0.90*	1.02	1.08**	1.07**	1.19	1.39*	1.07**	1.07**	0.95	0.81***
อายุ 75-84 ปี	0.90*	1.03	1.14***	1.11***	1.33	1.38	1.06*	1.07*	0.97	0.73***
อายุ 85 ปี ขึ้นไป	0.94	1.04	1.16***	1.10*	1.42*	1.45*	1.00	0.92	0.95	0.63***
สิทธิการรักษาพยาบาล										
UCS	0.92	1.03	1.05**	1.05***	1.52*	1.95***	0.98	1.03	0.97	0.88***
CSMBS	0.89*	1.02	1.16***	1.13***	1.07	1.09	1.06*	1.05	1.01	0.91*
Self-pay/SSS	0.86**	0.98	1.07	1.10	1.20	2.16*	0.85***	0.91*	0.71	0.34***
Other	0.78***	0.83**	1.08	0.69	0.51**	0.31***	1.14	1.17	0.95	0.75***

OR: odd ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.001

CSMBS, Civil Servant Medical Benefit Scheme; SSS, Social Security Scheme; UCS, Universal coverage scheme

ตารางที่ 3-20 ค่ารักษาพยาบาลรวมต่อเดือนเปรียบเทียบกับก่อนการระบาด (มกราคม 2559-ธันวาคม 2562) ของบริการผู้ป่วยในของผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล

กลุ่มอายุ/สิทธิการรักษาพยาบาล	โรงพยาบาล ก.		โรงพยาบาล ข.		โรงพยาบาล ค.		โรงพยาบาล ง.		โรงพยาบาล จ.	
	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19	COVID-19
	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มิ.ย.	ก.ค.-ธ.ค.
	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563	2563
	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	0.78***	0.97	0.98	0.89***	0.83	1.00	1.02	1.03	0.86***	0.79***
กลุ่มอายุของผู้สูงอายุ										
อายุ 60-64 ปี	0.74***	0.99	0.95	0.87**	0.85	1.05	1.09	0.94	0.85***	0.85***
อายุ 65-74 ปี	0.76***	0.94	0.95	0.92*	0.82	0.99	1.03	1.08	0.86***	0.81***
อายุ 75-84 ปี	0.82*	0.99	1.04	0.85**	0.83	0.97	1.00	1.08	0.86***	0.73***
อายุ 85 ปี ขึ้นไป	0.79**	1.00	1.07	0.82*	0.85	0.90	0.75*	0.86	0.90	0.63***
สิทธิการรักษาพยาบาล										
UCS	0.83*	0.96	1.00	0.92**	0.85	1.08	0.99	0.93	0.84***	0.78***
CSMBS	0.77***	0.98	0.92	0.79***	0.73*	0.77	1.03	1.10**	0.92	0.82**
Self-pay/SSS	0.81*	1.00	0.82	0.95	0.99	0.87	0.99	0.94	0.76	0.78
Other	0.67***	0.86	0.96	1.30	0.69*	0.70*	1.15	1.00	0.84*	0.77***

OR: odd ratio; *p-value < 0.05; **p-value < 0.01; ***p-value < 0.001

CSMBS, Civil Servant Medical Benefit Scheme; SSS, Social Security Scheme; UCS, Universal coverage scheme

3.2.4 สรุปผลการศึกษาสำคัญจากการวิเคราะห์ข้อมูลระดับโรงพยาบาล

1. อัตราการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 5 แห่ง (ข้อมูลพื้นฐานโรงพยาบาลในภาคผนวก 2):

1.1 การเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (แผนกผู้ป่วยใน): โรงพยาบาล 1 ใน 5 แห่งมีอัตราการใช้บริการรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด (เดือนมกราคม-มิถุนายน 2563) ส่วนโรงพยาบาลอีก 4 แห่งไม่พบความแตกต่างในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาด แต่มีอัตราดังกล่าวเพิ่มขึ้นในช่วง 6 เดือนหลังของการระบาด (เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2563) เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามกลุ่มวินิจฉัยโรคพบว่าแต่ละโรงพยาบาลมีอัตราการใช้บริการรักษาตัวในโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่มวินิจฉัยโรคแตกต่างกัน โดยโรงพยาบาล 3 ใน 5 แห่งมีอัตราการใช้บริการรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นในกลุ่มวินิจฉัยโรคส่วนใหญ่ ในขณะที่โรงพยาบาล 2 ใน 5 แห่งมีอัตราการใช้บริการรักษาตัวในโรงพยาบาลในแต่ละกลุ่มวินิจฉัยโรคไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด นอกจากนี้ โรงพยาบาล 4 ใน 5 แห่งมีอัตราการใช้บริการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ลดลงอย่างมาก

1.2 การใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก: โรงพยาบาล 2 ใน 5 แห่ง มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุลดลงในช่วงการระบาด 6 เดือนแรก ซึ่งกลุ่มวินิจฉัยโรคที่พบว่ามีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกลดลงในบางโรงพยาบาล คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง วัณโรค โรคไต โรคสมองเสื่อม และโรคปอดเรื้อรัง ส่วนกลุ่มโรคไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบซึ่งลดลงอย่างมากในทุกโรงพยาบาล

1.3 การทำหัตถการ/การผ่าตัด: โรงพยาบาลทุกแห่งมีอัตราการทำหัตถการ/ การผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน (elective) ลดลง เช่น การผ่าตัดต่อกระบอก การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ส่วนอัตราการทำหัตถการอื่น ๆ ที่เร่งด่วนไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด เช่น หัตถการรักษาหลอดเลือดหัวใจผ่านสายสวน และการผ่าตัดข้อสะโพก

1.4 การดูแลสุขภาพระยะกลาง การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลแบบประคับประคอง: โรงพยาบาล 3 ใน 5 แห่ง มีอัตราการดูแลสุขภาพระยะกลางเพิ่มขึ้นในช่วงการระบาดทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ส่วนโรงพยาบาลอีก 2 แห่งมีอัตราการดูแลสุขภาพระยะกลางลดลงเฉพาะช่วง 6 เดือนหลังของการระบาด ในขณะที่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล 3 ใน 5 แห่งมีอัตราลดลงในช่วงการระบาดทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ส่วนโรงพยาบาลอีก 2 แห่งมีอัตราการบำบัดฟื้นฟูและการดูแลแบบประคับประคองไม่แตกต่างเทียบกับก่อนการระบาด

2. ผลลัพธ์ทางคลินิกของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล (IPD admission) ของผู้สูงอายุ: โรงพยาบาล 3 ใน 5 แห่ง มีอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด โดยโรงพยาบาล 1 แห่ง มีอัตราดังกล่าวลดลง และโรงพยาบาล 1 แห่งมีอัตราดังกล่าวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ โรงพยาบาล 2 ใน 5 แห่งมีอัตราการใช้บริการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำของผู้สูงอายุไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด โดยโรงพยาบาล 3 แห่ง มีอัตราดังกล่าวทั้งเพิ่มขึ้นและลดลงแตกต่างกันตามกลุ่มอายุและสิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมีระยะเวลาลดลงในโรงพยาบาล 2 แห่ง เพิ่มขึ้นในโรงพยาบาล 2 แห่ง และไม่แตกต่างกับช่วงก่อนการระบาดในโรงพยาบาล 1 แห่ง

3. ผลกระทบด้านเศรษฐศาสตร์ของการให้บริการสุขภาพ จากการวิเคราะห์ค่ารักษาพยาบาลของบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของผู้สูงอายุรวมต่อเดือน พบว่าค่ารักษาพยาบาลของบริการผู้ป่วยในลดลงในโรงพยาบาล 3 แห่ง ส่วนโรงพยาบาลอีก 2 แห่ง มีค่ารักษาพยาบาลของบริการผู้ป่วยในไม่แตกต่างเทียบกับก่อนการระบาด ในขณะที่ค่ารักษาพยาบาลของบริการผู้ป่วยนอกลดลงในโรงพยาบาล 2 แห่ง และเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลอีก 3 แห่งระหว่างช่วงการระบาด

บทที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19: ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

รายงานบทที่ 4 นำเสนอผลการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงไปจากช่วงก่อนการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 การศึกษาในส่วนนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research approaches) เก็บข้อมูลด้วยการทบทวนเอกสาร และการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรของโรงพยาบาล 7 แห่ง (ภาคผนวก 2) ได้แก่ ผู้บริหารโรงพยาบาล หัวหน้าแผนกและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในแผนกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาทำความเข้าใจและอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ (ดูบทที่ 3) โดยแบ่งเป็น 8 ประเด็นหลัก คือ 1) ข้อมูลบริบทโรงพยาบาลและจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล 2) นโยบาย/มาตรการ/แนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อลดผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 3) การกำหนดมาตรการของโรงพยาบาล 4) การนำมาตรการไปปฏิบัติ 5) ผลที่เกิดจากการนำมาตรการไปปฏิบัติในระดับโรงพยาบาล 6) การถอดบทเรียนเพื่อวางแผนรับมือต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ 7) แนวปฏิบัติที่ดี (good practice) ของโรงพยาบาล และ 8) สรุปผลการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

4.1. ข้อมูลบริบทโรงพยาบาลและจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล

จังหวัดที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล ก. คือ กรุงเทพมหานคร (กทม.) มีข้อมูลจำนวนผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในปี 2563 มากที่สุด คือ 2,312 ราย โดยมีการรายงานการติดเชื้อตลอดทั้งปี ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงมีนาคม ประเทศไทยมีผู้ป่วยยืนยันจำนวน 1,651 ราย ในจำนวนนี้อยู่ในเขต กทม. 957 ราย (ร้อยละ 58 ของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ทั่วประเทศ) โดยมีการแพร่ระบาดจาก 3 แหล่ง ได้แก่ จากคนต่างชาตินที่เดินทางมาจากต่างประเทศซึ่งเป็นสาเหตุของการมีผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 รายแรกในประเทศไทยในเดือนมกราคม จากนั้นพบการแพร่ระบาดกลุ่มใหญ่จากสถานบันเทิง และสนามมวยในเดือนมีนาคม ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และพบการรายงานการติดเชื้อในจังหวัดที่ตั้งของ โรงพยาบาล ข., ค., ง., จ., และ ฉ. จากนั้นจึงมีการออกประกาศกรุงเทพมหานคร ลงวันที่ 17 มีนาคม 2563 ให้ปิดสถานที่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นการชั่วคราว ตั้งแต่ 18-31 มีนาคม 2563 ได้แก่ สถานประกอบกิจการอาบ อบ นวด อบสมุนไพร เว้นแต่การให้บริการในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล สถานประกอบกิจการโรงแรมสรรพ สถานประกอบกิจการสถานที่ออกกำลังกาย สถานบริการ สนามมวย สนามม้า และสนามกีฬา และในวันที่ 23 มีนาคม 2563 ได้ออกประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่อง การควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยขอความร่วมมือให้ประชาชนไม่เดินทางออกนอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร งดกิจกรรมการรวมกลุ่ม และให้ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญด้านการดูแลสุขอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตลอดจนขอความร่วมมือสถานที่ทำงานทั้งภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ เอกชน พิจารณามาตรการการทำงานที่บ้าน และส่งเสริมให้ใช้ระบบอินเทอร์เน็ต เช่น การประชุมทางไกล และขอความร่วมมือขนส่งมวลชนทุกประเภทลดความแออัดของผู้โดยสารที่มาใช้บริการ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ภายในประเทศขยายพื้นที่ออกไปเป็นวงกว้างแม้ว่าจะมีการออกมาตรการเพื่อควบคุมสถานการณ์ดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ทำให้รัฐบาลประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ในราชอาณาจักร ตั้งแต่ 26 มีนาคม ถึง 30 เมษายน 2563 และได้มีข้อกำหนดที่ออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) ลงวันที่ 25 มีนาคม 2563 โดยออกข้อกำหนดและข้อปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาด ได้แก่ การห้ามประชาชนเข้าพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 การปิดสถานที่เสี่ยงต่อการติดต่อของโรค การปิดช่องทางเข้ามาในราชอาณาจักร การห้ามชุมนุม และห้ามจัดกิจกรรมรวมกลุ่มคน หลังการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินฯ ประชาชนส่วนหนึ่งเดินทางออกจากกรุงเทพมหานครและปริมณฑลกลับสู่ภูมิลำเนา จังหวัดต่าง ๆ ได้ออกมาตรการคัดกรองผู้ติดเชื้อ COVID-19 เชิงรุก จากปรากฏการณ์ดังกล่าวทำให้พบผู้ติดเชื้อสะสมเพิ่มขึ้นในเดือนเมษายน 2563 ในจังหวัดที่ตั้งโรงพยาบาล ก., ข., ค., ง. และ ฉ. รวมถึง โรงพยาบาล ช. ที่พบผู้ป่วย COVID-19 รายแรกของจังหวัดและพบผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่ม 20 รายในเดือนเดียวกัน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เป็นบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข 1 ราย จากนั้นไม่มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เพิ่มเติมในปี 2563

วันที่ 3 พฤษภาคม 2563 มีประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่อง ปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว (ฉบับที่ 8) เริ่มให้ผ่อนปรนมาตรการ และการดำเนินกิจกรรมของสถานบริการ หน่วยงาน และประชาชน ให้สามารถดำเนินชีวิตได้สะดวกขึ้น แต่ยังคงอยู่ภายใต้การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 กทม. ยังคงมีรายงานผู้ป่วยติดเชื้ออย่างต่อเนื่องแต่เป็นจำนวนที่ลดลงเมื่อเทียบกับการระบาดในช่วงเดือนมกราคมถึงมีนาคม จนกระทั่งการระบาดรุนแรงอีกครั้งในเดือนธันวาคมจาก “คลัสเตอร์ตลาดกิ้ง” ส่งผลให้จังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล ก., ง., จ., และ ฉ. มีรายงานการติดเชื้ออีกครั้ง โดยเฉพาะจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล ก., จ., และ ฉ. ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อในเดือนธันวาคมเพิ่มขึ้น 339 ราย 62 ราย และ 1,471 ราย ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม การกำหนดมาตรการของแต่ละพื้นที่มีผลกระทบแตกต่างกันขึ้นกับความรุนแรงของการระบาดในพื้นที่ บริบท (ดูภาคผนวกที่ 2) ระดับของโรงพยาบาลซึ่งการศึกษานี้มี 4 ระดับ ได้แก่ โรงเรียนแพทย์ (โรงพยาบาล ก., ง.) โรงพยาบาลศูนย์ (โรงพยาบาล ข., ค., จ.) โรงพยาบาลทั่วไป (โรงพยาบาล ฉ.) และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (โรงพยาบาล ช.) รวมถึงขนาดและศักยภาพของโรงพยาบาลทั้งด้านอัตราากำลังและทรัพยากรต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล (ดังตารางที่ 4-1)

ตารางที่ 4-1 ข้อมูลบริบทโรงพยาบาลและจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล ปี 2563

ข้อมูล	รพ.ก	รพ.ข	รพ.ค	รพ.ง	รพ.จ	รพ.ฉ	รพ.ช
ระดับของโรงพยาบาล	รร.แพทย์	รพ.ศูนย์	รพ.ศูนย์	รร.แพทย์	รพ.ศูนย์	รพ.ทั่วไป	รพ.ทั่วไปขนาดใหญ่
จำนวนเตียงทั้งหมดในโรงพยาบาล	2,044	922	1,188	1,710	760	287	509
จำนวนหอผู้ป่วยธรรมดา	189	45	50	43	32		
จำนวนหอผู้ป่วยวิกฤติ		5	28	14	5		
เขตสุขภาพที่สังกัด	13	2	10	7	1	5	11
จำนวนประชากรในความรับผิดชอบ	115,281	269,168	178,236	62,529	220,981	122,025	107,616
จำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤติ	114	80	238	75	80	15	28
จำนวนห้องตรวจผู้ป่วยนอก	121	108	77	12	155	36	36
จำนวนห้องผ่าตัด	69	20	24	29	19	8	11
จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ปี 2563 (ราย)*	2,312	6	16	9	73	1,485	21
ช่วงที่มีการรายงานการติดเชื้อในจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล*	ม.ค.-ธ.ค.	มี.ค.-เม.ย.	มี.ค.-เม.ย.	มี.ค.-เม.ย. และ ธ.ค.	มี.ค. และ ธ.ค.	มี.ค.-เม.ย. และ ธ.ค.	เม.ย.

ที่มา: * สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) (สพร.) 2563

4.2 นโยบาย/มาตรการ/แนวทางการให้บริการสุขภาพเพื่อลดผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

4.2.1 นโยบายและมาตรการระดับประเทศ

การแพร่ระบาดของ COVID-19 เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วจนทำให้หลายประเทศทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ในวันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของโรคดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern; PHEIC) ในประเทศไทย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขโดยคำแนะนำของคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ ได้ประกาศให้โรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 ต่อจากนั้น ภาครัฐได้ประกาศมาตรการต่าง ๆ ออกมาอย่างต่อเนื่องเพื่อรับมือกับสถานการณ์ โดยมาตรการในช่วงต้น เกี่ยวข้องกับการงดการเดินทางไป-กลับจากต่างประเทศ และมาตรการสำหรับชาวต่างชาติที่เข้ามาในประเทศไทย โดยระบุท้องที่นอกราชอาณาจักรที่เป็นเขตโรคติดต่ออันตราย กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 (Coronavirus Disease 2019; COVID-19) พ.ศ. 2563 รวมทั้งมีการจัดทำข้อมูลและแก้ไขประกาศเพิ่มเติมตามรายชื่อประเทศที่พบการระบาด

ต่อมาในช่วงเดือนมีนาคม ได้มีการระบาดของ COVID-19 ภายในประเทศ อันเนื่องมาจากผู้ป่วยที่เดินทางมาจากประเทศที่มีการระบาดของโรค ดังนั้น เพื่อเป็นการยกระดับการบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในประเทศ และลดผลกระทบต่อประชาชน สร้างความตระหนักรู้เท่าทัน และเตรียมความพร้อมในการรับมือกับการระบาดของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงประเมินสถานการณ์เพื่อบังคับใช้กฎหมาย ประเมินความรุนแรงของปัญหาและวางมาตรการป้องกัน ควบคุมและช่วยเหลือเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบอย่างเหมาะสม นายกรัฐมนตรีมีคำสั่งจัดตั้ง "ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)" หรือ "ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19" ขึ้นในสำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรีและขึ้นตรงต่อนายกรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2563 และแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน คณะกรรมการดังกล่าว มีหน้าที่และอำนาจกำหนดนโยบายและมาตรการเร่งด่วนในการบริหารสถานการณ์ทั้งด้านการสาธารณสุข ด้านเวชภัณฑ์ป้องกัน บริหารจัดการข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบันและแนวโน้มของสถานการณ์ในอนาคต ด้านการชี้แจงและรับเรื่องร้องเรียน ด้านการต่างประเทศ ด้านมาตรการป้องกัน และด้านมาตรการให้ความช่วยเหลือเยียวยา รวมถึงมีอำนาจสั่งการส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ และหน่วยงานต่าง ๆ ตลอดจนขอความร่วมมือภาคเอกชนเพื่อให้ดำเนินการเป็นไปตามนโยบายและมาตรการเร่งด่วนที่กำหนด และมีหน้าที่สำคัญในการชี้แจงและประชาสัมพันธ์ต่อประชาชนเพื่อสร้างความรู้เท่าทันและความเข้าใจที่ตรงกันในสถานการณ์การระบาดช่วงต่าง ๆ

นโยบายและมาตรการที่อาจส่งผลกระทบต่อการมารับบริการสุขภาพของประชาชนทั่วไป รวมถึงผู้สูงอายุ และส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสุขภาพของสถานพยาบาล ได้แก่ ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทุกเขตทั่วประเทศ เริ่มตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2563 และมีการ

ประกาศขยายระยะเวลาตามสถานการณ์การแพร่ระบาด หลังจากนั้นก็มีข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 จำนวน 7 ฉบับในช่วงปี 2563 เพื่อให้สามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินให้ยุติลงได้โดยเร็วและป้องกันไม่ให้เกิดการณ์ร้ายแรงมากยิ่งขึ้น โดยมีมาตรการหลัก 4 กลุ่ม เพื่อป้องกันการติดเชื้อและลดการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ได้แก่

1) **งดเดินทางหรือเคลื่อนย้าย** การงดเดินทางข้ามจังหวัดและข้ามประเทศ การงดเข้าพื้นที่เสี่ยงติดเชื้อ COVID-19 และให้กลุ่มคนที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ COVID-19 ได้กักตัวอยู่ที่พักของตนเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อจากภายนอก เช่น ผู้สูงอายุ กลุ่มคนที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคในระบบทางเดินหายใจ โรคภูมิแพ้ซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำ

2) **มาตรการป้องกันโรคและการดูแลอนามัยส่วนบุคคล** การทำความสะอาดโดยการเช็ดพื้นผิวสัมผัส การเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) รวมถึงให้ประชาชนสวมหน้ากากอนามัยในการใช้ชีวิตประจำวัน ตลอดจนให้ความรู้ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย

3) **งดการชุมนุมหรือการรวมกลุ่ม** รัฐบาลได้ออกมาตรการกำหนดเวลาเข้า-ออกเคหะสถาน และให้งดทำกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มของประชาชน

4) **รัฐบาลมีนโยบายให้โรงพยาบาลและสถานพยาบาลดำเนินการตามปกติ** และมีข้อแนะนำเรื่องการทำงานนอกสถานที่เพื่อลดการเดินทางมาทำงาน การใช้การสื่อสารทางไกลในการทำงาน และการให้บริการด้วยการสื่อสารแบบดิจิทัล

มาตรการเหล่านี้ส่งผลต่อชีวิตประจำวันของประชาชนทั่วไป และการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวทางการให้บริการของสถานพยาบาลเพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของภาครัฐ เช่น ลดการเดินทางของผู้ป่วยเข้ามาในสถานพยาบาล และโรงพยาบาลต้องจัดรูปแบบบริการใหม่ ๆ ที่ใช้เครื่องมือสื่อสาร เพื่อให้บริการแบบทางไกลมากขึ้น

4.2.2 นโยบายและมาตรการระดับโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษา

ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลได้กำหนดนโยบายและมาตรการให้สอดคล้องกับศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center; EOC) ในพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วยมาตรการทั้งระดับจังหวัดและระดับโรงพยาบาล โดยทุกโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษามีนโยบายมุ่งเน้นการลด งด เลื่อน การตรวจรักษา การทำหัตถการและการผ่าตัด รวมถึงการปรับเปลี่ยนการให้บริการเป็นการใช้วิธีอื่นเพื่อลดการเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย ตลอดจนการปรับลดจำนวนผู้ปฏิบัติงานและจัดสรรเตียงผู้ป่วยเพื่อรองรับทั้งผู้ป่วยโรค COVID-19 และผู้ป่วยอื่น ๆ การใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนตัวรวมถึงใช้ระบบการสื่อสารมาเสริมการทำงานเพื่อลดการสัมผัสและป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของผู้ป่วยและบุคลากร ทั้งนี้สามารถจำแนกมาตรการของโรงพยาบาลได้เป็น 4 กลุ่มมาตรการ (ตารางที่ 4-2) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ลดการให้บริการผู้ป่วย โดยให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหนัก จำเป็นต้องได้รับการดูแลเร่งด่วน หรือกรณีฉุกเฉินเท่านั้น โรงพยาบาลมีมาตรการลดจำนวนผู้ป่วยเพื่อลดความแออัดของการให้บริการผู้ป่วยนอก (OPD) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) และผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการคงที่ โดยการเลื่อนนัดพบแพทย์ หรือให้ผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการใกล้บ้าน เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit; PCU) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวมทั้งให้บริการเสริมหรือทดแทนการเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาล (ดูมาตรการกลุ่มที่ 2) นอกจากนี้ ยังมีการงดและเลื่อนบริการ เช่น การผ่าตัดหรือหัตถการ งานบริการทางทันตกรรม การเลื่อนนัดการทำหัตถการ/ผ่าตัดผู้ป่วยที่สามารถรอการรักษาได้ (elective cases) ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะเร่งด่วนหรือไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ศัลยกรรมตกแต่งเสริมสวย (cosmetic plastic surgery) ต้อกระจก (cataract) การผ่าตัดเปลี่ยนข้อ (arthroplasty) เส้นเลือดขอด (varicose vein) ผู้ป่วยภาวะมีบุตรยาก (infertile) ผู้ป่วยเกี่ยวกับภาวะโรคอ้วน (obesity) การคัดกรองด้วยการส่องกล้อง (screening endoscopy) และการผ่าตัดตรวจชิ้นเนื้อ (excision benign lesions) กรณีผู้ป่วยที่มีประวัติการเดินทางกลับจากประเทศกลุ่มเสี่ยง (ตามประกาศของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) และต้องการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล จะต้องพ้นระยะการกักตัว 14 วันนับจากวันเดินทางกลับ อีกทั้งงดหรือเลื่อนการรับยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยกรณีเดียวกัน สำหรับผู้ป่วยทั่วไป ตลอดจนเลื่อนนัดผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วนที่มาจากพื้นที่เสี่ยง บางโรงพยาบาลมีมาตรการที่จำเพาะสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การเลื่อนนัดผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) อายุมากกว่า 70 ปี นอกจากนี้ ยังมีการลดการให้บริการการออกเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) การดูแลสุขภาพระยะยาว (long term care) และการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต (palliative care, end of life care)

กลุ่มที่ 2 งดให้บริการ โรงพยาบาลได้งดให้บริการกลุ่มงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 เช่น บริการตรวจรักษาผู้ป่วยคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ บริการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก ได้แก่ นวดประคบ อบสมุนไพร บริการนวดรักษา และคลินิกฝังเข็ม ซึ่งมาตรการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่ต้องการเข้ารับบริการ ตลอดจนการงดบริการงานกิจกรรมบำบัด และบริการฝึกกลืนในผู้ป่วยกลืนลำบาก นอกจากนี้ ยังมีการงดการตรวจพิเศษ เช่น การสวนหลอดเลือดหัวใจในรายไม่เร่งด่วน (elective case) และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อลดการสัมผัสผู้ป่วยและป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 เช่น ให้ความรู้ทางวิชาการแก่อาสาสมัคร อสม. กิจกรรมอนามัยโรงเรียน การงดในชุมชน การคัดกรองเบาหวาน ความดัน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการทำแปปสเมียร์ (pap smear) ตรวจจอประสาทตา โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 จัดบริการเสริมหรือทดแทน แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่

1) การบริการแบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) โดยใช้เทคโนโลยี ได้แก่ LINE application, video conference รวมถึง application ที่โรงพยาบาลจัดทำขึ้นสำหรับใช้ทดแทนบริการหรือ

กิจกรรมที่ไม่สามารถทำได้ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เช่น การเลื่อนนัดผู้ป่วย การติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ ตลอดจนการให้ข้อมูลสุขภาพ ทั้งงานบริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลและงานเยี่ยมบ้านในชุมชน ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยและแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์สามารถสนทนาแบบเห็นหน้ากันทันที (real time) โดยผู้ป่วยยังคงได้รับการบริการจากโรงพยาบาล แม้ว่าไม่ได้เดินทางมาโรงพยาบาลด้วยตัวเอง

2) การเพิ่มช่องทางการรับยา เช่น การส่งยาทางไปรษณีย์ การรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน การรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) การรับยาแบบ "ドライブスルー" (drive-thru) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการคงที่และไม่เร่งด่วน

3) การทำงานร่วมกันในเครือข่ายสถานพยาบาล โดยประสานงานผ่านเครือข่ายของโรงพยาบาล เช่น หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย เช่น โรงพยาบาล ค. (โรงพยาบาลศูนย์) ได้จัดตั้งเครือข่ายรวมถึงการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วย เนื่องจากมีมาตรการงดการออกให้บริการแก่ผู้ป่วยในเชิงรุกเช่น การออกเยี่ยมบ้าน จึงได้มีการจัดตั้งและประสานงานเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย เช่น เครือข่ายดูแลผู้ป่วย palliative care โดยนำการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์มาใช้ เช่น Line application เพื่อให้เกิดการประสานกับบุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยสุขภาพที่อยู่ใกล้ผู้ป่วยสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ รวมทั้งมีการใช้สื่อสังคมออนไลน์ดังกล่าวในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยหรือผู้ดูแลด้วยเช่นกัน เพื่อให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วย ส่วน โรงพยาบาล ง. (โรงเรียนแพทย์) ปรับรูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต (palliative care, end of life care) คือให้งดการเยี่ยมบ้านและใช้ telemedicine ในการดูแลผู้ป่วยระหว่างพักรักษาตัวที่บ้าน โดยประสานงานผ่านเครือข่ายของศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หน่วยปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการร่วมกันดูแลผู้ป่วย

กลุ่มที่ 4 ปรับการให้บริการ ได้แก่

1) ปรับระยะเวลาให้บริการและจำกัดการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ได้แก่ การปรับเวลาเปิด-ปิดคลินิก หรือหน่วยให้บริการ และให้การรักษแบบผู้ป่วยนอก (day surgery) หรือให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admit) ในระยะเวลาที่สั้นที่สุดในกรณีผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผ่าตัดหรือต้องได้รับหัตถการ โรงพยาบาล ก. (โรงเรียนแพทย์) ได้ขยายเวลาให้บริการสำหรับผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด (hemodialysis) ให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ครบตามนัดหมาย เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล ส่วน โรงพยาบาล ค. (โรงพยาบาลศูนย์) มีมาตรการจำกัดการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล ในช่วงที่การระบาดของโรค COVID-19 ในจังหวัดที่ยังไม่รุนแรง มีการจำกัดช่วงเวลาในการเข้าเยี่ยมที่ชัดเจน รวมถึงจำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยม แต่ในช่วงที่มีการระบาดรุนแรงได้มีมาตรการห้ามเข้าเยี่ยมโดยเด็ดขาด โดยอาจมีการอนุญาตเป็นกรณีพิเศษสำหรับเหตุฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วยที่ใกล้ถึงวาระสุดท้ายของชีวิต อย่างไรก็ตามหากเป็น

ผู้ป่วย COVID-19 จะไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยมทุกกรณี รวมถึงโรงพยาบาลมีมาตรการจำกัดจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยกรณีต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล โรงพยาบาล ข. (โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่) มีมาตรการให้ผู้ป่วยใน สามารถมีผู้ดูแลตลอดการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ 1 คน ต้องได้รับการคัดกรองของโรงพยาบาลอย่างเคร่งครัดก่อนเข้าหผู้ป่วย

2) ปรับขั้นตอนวิธีการให้บริการ โดยเพิ่มการคัดกรองโรคติดเชื้อ COVID-19 ก่อนให้บริการและก่อนทำหัตถการหรือผ่าตัด โดยใช้แบบสอบถาม การตรวจเนื้อเยื่อบริเวณหลังโพรงจมูก (nasopharyngeal swab) และการตรวจแบบเร่งด่วน (rapid test) ทั้งนี้ เลือกใช้ตามระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยและรูปแบบของการให้บริการ ผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการ เช่น ผู้ที่เข้ารับบริการที่ โรงพยาบาล จ. (โรงพยาบาลศูนย์) จะได้รับการคัดกรองความเสี่ยงของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยมีการซักประวัติความเสี่ยง วัตถุประสงค์มีร่างกาย ใช้แบบบันทึกซักประวัติ COVID-19 และแบบบันทึกการรับทราบข้อมูลและยินยอมให้แพทย์ทำการรักษา ผ่าตัด ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีมาตรการจัดแยกกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยง มีการจัดหผู้ป่วยเป็น potential contaminated ward (respiratory infection ward) หรือปรับห้องพิเศษเป็นห้องแยกโรค (modified isolation room) สำหรับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ PUI เป็นต้น ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการทำหัตถการและมาจากพื้นที่เสี่ยง โดย โรงพยาบาล จ. และ ข. (โรงพยาบาลศูนย์) มีมาตรการให้โรงพยาบาลต้นทางต้องส่งแบบขอปรึกษา (consult form) หรือใบส่งต่อผู้ป่วย (refer form) และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (laboratory test) หรือผลตรวจพิเศษอื่น ๆ (แบบ official report) รวมถึงประวัติยาโรคประจำตัวส่งมาก่อนล่วงหน้าเพื่อเตรียมพร้อมก่อนนัดหมาย นอกจากคัดกรองผู้ป่วยแล้วยังคัดกรองผู้ที่เข้ามาติดต่อกัน ญาติที่มาดูแลผู้ป่วย (ผู้ป่วยนอก) และคนที่มาเฝ้าไข้ (ผู้ป่วยใน)

3) ปรับพื้นที่ให้บริการ ได้แก่ ปรับย้ายหผู้ป่วย ปิดหผู้ป่วย ยุบรวมหผู้ป่วย จัดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (ARI clinic) แยกพื้นที่สำหรับผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคต้องเฝ้าระวัง (PUI) โรงพยาบาล ข. (โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่) ได้จัดเตรียมห้องแยกโรคความดันลบ (negative pressure room) สำหรับรองรับผู้ป่วยวัณโรค (tuberculosis) และในหดูแลผู้ป่วยหนัก (ICU) ห้องฉุกเฉิน และห้องผ่าตัด รวมถึงการลดจำนวนเตียง (ทั้งเตียงผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยหนัก) เพื่อเว้นระยะห่างระหว่างเตียงผู้ป่วย เช่น โรงพยาบาล ก. (โรงเรียนแพทย์) ได้ปรับปรุงหผู้ป่วยใน (IPD) และหผู้ป่วยวิกฤต (ICU) โดยการติดตั้งอุปกรณ์สื่อสารกับผู้ป่วย (intercom และ CCTV) เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและป้องกันการติดเชื้อสำหรับการรักษาผู้ป่วย COVID-19 โรงพยาบาล ข. (โรงพยาบาลศูนย์) ปิดหผู้ป่วยอายุรกรรมบางแห่งเพื่อปรับเป็น potential contaminated ward (respiratory infection ward) และปรับห้องพิเศษเป็นห้องแยกโรค (modified isolation room) เป็นต้น เพื่อป้องกันผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และเฝ้าต่ออัตรากำลังของพยาบาลที่จะไปปฏิบัติงานที่หผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วย COVID-19

4) ปรับการจัดสรรบุคลากร โรงพยาบาลมีการปรับแผนกำลังคนเพื่อลดการสัมผัสผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยและบุคลากร โดยแบ่งสัดส่วน จำนวนบุคลากรที่มาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลและทำงาน

จากบ้าน (work from home) จัดอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่พยาบาล เป็นรูปแบบผลัด *โรงพยาบาล ก.* (โรงเรียนแพทย์) มีการแบ่งเป็น 2 ทีม คือ ทีม A และทีม B สำหรับการทำงานของแผนกผู้ป่วยนอก และแบ่งเป็น 3 ทีม สำหรับบุคลากรห้องผ่าตัด เพื่อลดการสัมผัสผู้ป่วย ตลอดจนการจัดสรรกำลังคนไปปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 *โรงพยาบาล ฉ.* (โรงพยาบาลทั่วไป) เพิ่มจุดที่ทำการ swab โดยปรับปรุงห้องผ่าตัดที่ไม่ได้ใช้งานและมอบให้ทันตแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบเนื่องจากมีการปิดคลินิกทันตกรรมและมีการปรับเปลี่ยนอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่และบุคลากรงานทันตกรรมมาช่วยงานเกี่ยวกับ COVID-19 *โรงพยาบาล ค.* (โรงพยาบาลศูนย์) ยังได้มีการจัดสรรอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อให้สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อป้องกันการสัมผัสใกล้ชิดและเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อ เช่น tablet หุ่นยนต์สื่อสาร ทั้งนี้ *โรงพยาบาล ก.* มีการเตรียมความพร้อมสำหรับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของบุคลากรกรณีเป็นผู้มีความเสี่ยงสูง โดยการมีผู้รับผิดชอบตำแหน่ง incidence manager ของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล ทำหน้าที่สอบสวนประวัติบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในหน่วยงานของตนเองและรายงานข้อมูลต่อ staff center ของโรงพยาบาลและส่งผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป

ตารางที่ 4-2 มาตรการของโรงพยาบาลช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่อาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2563

มาตรการ		รพ.ก. (รร.แพทย์)	รพ.ข. (รพศ.)	รพ.ค. (รพศ.)	รพ.ง. (รร.แพทย์)	รพ.จ. (รพศ.)	รพ.ฉ. (รพท.)	รพ.ช. (รพท.ขนาด ใหญ่)
มาตรการกลุ่มที่ 1 ลดการให้บริการผู้ป่วย โดยให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหนัก แรงดัน หรือ อุกเขินเท่านั้น								
1	ลดจำนวนผู้ป่วยนอกของคลินิกปกติและพิเศษ	✓	✓	✓	✓		✓	✓
2	งด/เลื่อนบริการ:							
	- งดและเลื่อนการนัดการรับยาเคมีบำบัดแบบไม่เร่งด่วน (elective cases)	✓		✓			✓	
	- งด/เลื่อนผ่าตัด/หัตถการ ยกเว้นผู้ป่วยฉุกเฉินและจำเป็นเร่งด่วน	✓		✓	✓	✓	✓	
	- งดบริการทางทันตกรรม กรณีที่ไม่เร่งด่วน					✓	✓	
	- หลีกเลี่ยง laparoscopic และ robotic surgery	✓		✓	✓			
	- งดบริการฝึกกลืนในผู้ป่วยกลืนลำบาก				✓			
	- เลื่อนนัดผู้ป่วยที่มาจากพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ โดยรับรักษาเฉพาะกรณีฉุกเฉิน			✓				✓
	- งดการลงชุมชนเยี่ยมบ้านผู้ป่วย	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3	มาตรการที่จำเพาะกับผู้สูงอายุ: เลื่อนนัดผู้ป่วยที่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) อายุมากกว่า 70 ปี					✓	✓	
4	เลื่อนนัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการคงที่	✓			✓			
มาตรการกลุ่มที่ 2 งดให้บริการ								

มาตรการ		รพ.ก. (รร.แพทย์)	รพ.ข. (รพศ.)	รพ.ค. (รพศ.)	รพ.ง. (รร.แพทย์)	รพ.จ. (รพศ.)	รพ.ฉ. (รพท.)	รพ.ช. (รพท.ขนาด ใหญ่)
5	งดให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยคลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ	✓	✓				✓	
6	งดให้บริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก (นวดประคบ อบสมุนไพร บริการนวดรักษา)	✓	✓	✓			✓	✓
7	งดบริการงานกิจกรรมบำบัด กายภาพบำบัด ฝังเข็ม	✓	✓	✓			✓	✓
8	งดการตรวจพิเศษ (การสวนหลอดเลือดหัวใจในรายไม่เร่งด่วน)		✓					
9	งดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (การคัดกรองเบาหวาน ความดัน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (pap smear) ตรวจจอประสาทตา)					✓		
มาตรการกลุ่มที่ 3 จัดบริการเสริม/ทดแทน								
10	เลื่อนนัดผู้ป่วยและให้บริการสุขภาพโดยใช้ telemedicine	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11	ให้ผู้ป่วยที่ไม่จำเป็น/ไม่เร่งด่วน/อาการคงที่ รับยาทางไปรษณีย์	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12	ให้ผู้ป่วยที่ไม่จำเป็น/ไม่เร่งด่วน/อาการคงที่ รับยาที่ รพ.สต.						✓	
13	ระบบแจ้งคิวรับยาล่วงหน้าของโรงพยาบาล ผ่านระบบโทรศัพท์มือถือ		✓		✓			
14	การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการจากเครือข่ายสถานพยาบาล (หน่วยพยาบาล ปฐมภูมิ (PCU) โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)		✓	✓	✓	✓	✓	✓
มาตรการกลุ่มที่ 4 ปรับการให้บริการ								
	1) ปรับระยะเวลาให้บริการและจำกัดการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย							
15	จำกัดเวลาเปิด-ปิด ให้บริการในโรงพยาบาล							✓

มาตรการ		รพ.ก. (รร.แพทย์)	รพ.ข. (รพศ.)	รพ.ค. (รพศ.)	รพ.ง. (รร.แพทย์)	รพ.จ. (รพศ.)	รพ.ฉ. (รพท.)	รพ.ช. (รพท.ขนาดใหญ่)
16	ขยายเวลาให้บริการสำหรับผู้ป่วยบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด (hemodialysis) ให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ครบตามนัดหมาย	✓						
17	พิจารณารักษาแบบผู้ป่วยนอกที่จำเป็นต้องผ่าตัด/ได้รับหัตถการ (day surgery) หรือ admit ในระยะเวลานั้นที่สุด	✓		✓	✓			
18	จำกัดการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล			✓				✓
19	จำกัดจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของผู้ป่วยและบุคลากร							✓
2) ปรับขั้นตอนวิธีการให้บริการ								
20	เพิ่มการคัดกรองโรคติดเชื้อ COVID-19 ก่อนให้บริการและก่อนทำหัตถการหรือผ่าตัด	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3) ปรับพื้นที่ให้บริการ								
21	ปรับย้ายหอผู้ป่วย ปิดหอผู้ป่วย ยุบรวมหอผู้ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ในผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล	✓	✓	✓	✓		✓	✓
22	ลดจำนวนเตียง (ทั้งเตียงผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยหนัก) เพื่อลดการสัมผัสและป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของผู้ป่วยและบุคลากร – ส่วนหนึ่งถูกนำเตียงไปรองรับผู้ป่วย COVID-19	✓	✓		✓	✓	✓	✓
23	เพิ่มการติดตั้งอุปกรณ์สื่อสารกับผู้ป่วย เช่น intercom และ CCTV เพื่อลด	✓					✓	

มาตรการ		รพ.ก. (รร.แพทย์)	รพ.ข. (รพศ.)	รพ.ค. (รพศ.)	รพ.ง. (รร.แพทย์)	รพ.จ. (รพศ.)	รพ.ฉ. (รพท.)	รพ.ช. (รพท.ขนาด ใหญ่)
	การสัมผัสและป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของผู้ป่วยและบุคลากร							
24	จัดพื้นที่การให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ARI clinic สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการของโรคทางเดินหายใจ จัดแยกพื้นที่สำหรับผู้ป่วยในกลุ่ม PUI				✓			
25	จัดพื้นที่บริการแยกสำหรับผู้ป่วยที่สงสัยเป็น PUI และจำกัดให้เข้าได้เฉพาะผู้ที่รับการรักษาและจำกัดผู้ดูแล			✓				✓
4) ปรับการจัดสรรบุคลากร								
26	จัดอัตรากำลังของเจ้าหน้าที่พยาบาล เพื่อลดการสัมผัสผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของผู้ป่วยและบุคลากร	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

4.3 การกำหนดมาตรการของโรงพยาบาล

4.3.1 ที่มา/แหล่งอ้างอิงมาตรการ มาตรการต่าง ๆ ที่โรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษาได้กำหนดขึ้น (ดูข้อ

4.1) มีที่มาจาก 3 แหล่งหลัก ได้แก่ 1) ประสบการณ์ของโรงพยาบาลและบุคลากร 2) หน่วยงานภายในประเทศ และ 3) หน่วยงานในต่างประเทศ

1) ประสบการณ์ของโรงพยาบาลและบุคลากร แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1.1) ประสบการณ์จากการอบรมเตรียมแผนรับมือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่: การสัมภาษณ์ผู้บริหารและบุคลากรของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลหลายแห่งมีการเตรียมความพร้อมสำหรับให้บริการผู้ป่วย ในสถานการณ์เกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ทุกปี และได้้นำแผนรับมือดังกล่าวมาปรับใช้เพื่อกำหนดมาตรการของโรงพยาบาล ทั้งการเตรียมความพร้อมด้านสถานที่ และการดูแลความปลอดภัยของบุคลากรระหว่างปฏิบัติงาน โดย *โรงพยาบาล ก.* (โรงเรียนแพทย์) มีมาตรการจัดเตรียมสถานที่และพื้นที่สำหรับให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันตัวเอง (PPE) ที่ถูกต้อง จากการนำแนวทางปฏิบัติกรณีเกิดการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 มาปรับใช้ เช่นเดียวกับ *โรงพยาบาล จ.* (โรงพยาบาลศูนย์) ที่ได้นำแนวทางจากการอบรมในเรื่องเดียวกันมากำหนดมาตรการควบคุมป้องกันโรคของโรงพยาบาล โดยการจัดเตรียมห้องแยกโรคและทีมสอบสวนโรค *โรงพยาบาล ฉ.* (โรงพยาบาลทั่วไป) ก็นำประสบการณ์เตรียมความพร้อมด้านการจัดบริการรักษาพยาบาล ในกรณีเกิดการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ไข้หวัดนกมาปรับใช้ในการเตรียมสถานที่ด้วยเช่นกัน โดยมีแผนที่จะใช้โรงเรียนหรือวัดที่อยู่ใกล้ในรัศมี 1 กิโลเมตร เป็นสถานที่ให้บริการผู้ป่วย หากพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติดังกล่าวไม่สามารถนำมาใช้วางแผนได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากความรุนแรงและสถานการณ์ของการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 โรคไข้หวัดนก และโรคติดเชื้อ COVID-19 มีความแตกต่างกัน

1.2) ประสบการณ์จากการรับมือช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของโรงพยาบาล: เนื่องจากสถานการณ์ระบาดมีช่วงเวลาที่ยาวนาน และความรุนแรงของโรคเปลี่ยนไปตามสายพันธุ์ (variants) ของ COVID-19 ทำให้ทุกโรงพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนมาตรการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในแต่ละช่วงเวลา โรงพยาบาลได้นำความรู้และประสบการณ์จากการรับมือในช่วงการระบาดระลอกแรก (มีนาคม-มิถุนายน 2563) มากำหนดมาตรการและปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การปรับวิธีการคัดกรองตามระดับความเสี่ยงของผู้มารับบริการ การปรับพื้นที่ให้บริการโดยการสร้างห้องแยกโรคและห้องความดันลบ (negative pressure room) การปรับแผนการจัดสรรบุคลากรเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยอย่างเพียงพอทั้งผู้ป่วย COVID-19 และผู้ป่วยทั่วไป *โรงพยาบาล ฉ.* (โรงพยาบาลทั่วไป) ได้ปรับพื้นที่สำหรับการดูแลผู้ป่วยโดยปรับอัตรากำลังบางหน่วยงานที่มีภาระงานลดลงเนื่องจากต้องงดให้บริการ เช่น หน่วยบริการผ่าตัดที่ไม่ฉุกเฉิน หน่วยบริการทันตกรรม งานแพทย์แผนไทย แพทย์แผนจีน งานกายภาพบำบัด และให้บุคลากรของหน่วยดังกล่าวไปเป็นกำลังเสริมในหน่วยที่ให้บริการเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 รวมถึงมาตรการวางแผน

ระบบนัดหมายผู้ป่วยให้กระชั้นขึ้นในส่วนของ ARI clinic และห้องปฏิบัติการต่าง ๆ เพื่อลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยเพื่อลดความแออัดของ โรงพยาบาล ช. (โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่)

2) หน่วยงานภายในประเทศ

ทุกโรงพยาบาลที่ให้ข้อมูลในการศึกษานี้ อ้างอิงมาตรการของหน่วยงานระดับประเทศ และหน่วยงานต้นสังกัดของโรงพยาบาล สำหรับใช้เป็นแนวทางการให้บริการผู้ป่วยในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทั้งการคัดกรองและการดูแลรักษาผู้ป่วย แหล่งอ้างอิงดังกล่าว ได้แก่ ประกาศของศูนย์ปฏิบัติการศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศปก.ศบค.) ประกาศของกรมการแพทย์และกรมควบคุมโรค นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แนวปฏิบัติของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย และราชวิทยาลัยอื่น ๆ สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย สถาบันบำราศนราดูร และเครือข่ายของผู้ปฏิบัติงานด้านป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั่วประเทศ นอกจากนี้ โรงพยาบาล ก. (โรงเรียนแพทย์) ระบุว่า ได้อ้างอิงข้อมูลจากการประชุมเครือข่ายโรงพยาบาลของกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (UHOSNET) หน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร และสมาคมโรงพยาบาลเอกชน อีกด้วย

นอกจากการอ้างอิงแนวทางหรือมาตรการระดับประเทศแล้ว ยังมีมาตรการของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center, EOC) ระดับจังหวัดและระดับโรงพยาบาล สำหรับกำหนดมาตรการการทำงานในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยโรงพยาบาลส่วนใหญ่ (ยกเว้นโรงพยาบาล ก. และ โรงพยาบาล จ. ซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ทั้งสองโรงพยาบาล) แต่งตั้งคณะกรรมการ EOC เป็นผู้รับผิดชอบหลัก มีหน้าที่ประสานเพื่อรับเอานโยบายในระดับประเทศและระดับจังหวัดมาประยุกต์ในการกำหนดมาตรการของโรงพยาบาล นอกจากนี้ โรงพยาบาล จ. (โรงพยาบาลศูนย์) ได้อ้างอิงแนวทางและมาตรการของ คณะกรรมการโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพิ่มเติม ส่วน โรงพยาบาล ช. (โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่) อ้างอิงแผนบริหารความต่อเนื่อง (Business Continuity Plan: BCP) ของโรงพยาบาลเอง เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในสภาวะวิกฤติเช่นนี้ได้อย่างต่อเนื่อง

สำหรับ โรงพยาบาล จ. (โรงเรียนแพทย์) ให้ข้อมูลว่า ได้ดำเนินการตามมาตรการระดับประเทศเป็นหลัก รวมทั้งมีการประชุมเพื่อหารือนโยบายในการป้องกันโรคร่วมกันกับโรงพยาบาลในจังหวัดเป็นระยะ โดยมีสาระสำคัญ คือ ในกรณีที่ตรวจพบผู้ติดเชื้อที่โรงพยาบาลใด หากโรงพยาบาลนั้นมีศักยภาพไม่เพียงพอต่อการรักษา สามารถส่งผู้ป่วยไปทำการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเพียงพอ แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการหนักถึงขั้นวิกฤติที่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการรักษา สามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลประจำจังหวัดหรือโรงพยาบาล จ. ได้ โดยจะแบ่งพื้นที่ในการรับผู้ป่วยอย่างชัดเจน นอกจากนี้จังหวัดได้สร้างโรงพยาบาลสนาม โดยรวบรวมแพทย์จากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในจังหวัดเป็นทีมส่วนกลางในการช่วยกันดูแลผู้ป่วยที่เข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลสนาม นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังแบ่งการรับมือการดูแลป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไวรัส COVID-19 ออกเป็น 5 ระดับ ซึ่งเป็นไปตามมาตรการระดับประเทศ ในแต่ละระดับจะมีมาตรการในการดูแลและควบคุมสถานการณ์อย่างเคร่งครัด ดังนี้

ระดับที่ 1 เป็นระดับ พบการติดเชื้อในผู้ป่วยที่เป็นชาวต่างชาติเท่านั้น

ระดับที่ 2 มีคนไทยติดเชื้อในปริมาณน้อยสามารถควบคุมสถานการณ์ได้

ระดับที่ 3 เชื้อไวรัสแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วจากคนในประเทศด้วยกันเองในวงกว้าง ถือว่าอยู่ในระดับที่ควบคุมได้

ระดับที่ 4 การแพร่กระจายของเชื้อไวรัสอย่างรวดเร็วจากคนในประเทศด้วยกันเองและพบผู้ติดเชื้อในจังหวัดน้อยกว่า 10 รายถือว่ายังอยู่ในระดับที่ควบคุมได้

ระดับที่ 5 การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอย่างรวดเร็วและพบผู้ป่วยในจังหวัด มากกว่า 10 รายหรือมีผู้ป่วย COVID-19 รับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3) หน่วยงานในต่างประเทศ

ในช่วงแรกของการระบาด โรงพยาบาล ก. (โรงเรียนแพทย์) ได้อ้างอิงข้อมูลองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 เรื่องวิธีการตรวจและคัดกรองโรค และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ของประเทศสหรัฐอเมริกา จีน สเปน และอิตาลี รวมถึงมีการอ้างอิงผลการตรวจและการรักษาผู้ป่วย COVID-19 ของต่างประเทศ เพื่อนำมาใช้เป็นเกณฑ์ในการตรวจคัดกรองของโรงพยาบาล อีกทั้ง โรงพยาบาล ง. (โรงเรียนแพทย์) ก็มีการนำคำแนะนำจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (CDC) เช่น หลักเกณฑ์การใช้หน้ากากทางการแพทย์ การใช้ซ้ำของอุปกรณ์ป้องกัน มาประยุกต์ใช้ด้วยเช่นกัน

4.3.2 กระบวนการพัฒนามาตรการ

โรงพยาบาลพัฒนามาตรการด้วยการมีส่วนร่วมของบุคลากรผ่านการประชุมคณะกรรมการ หรือ คณะทำงานของโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหาร แพทย์ หัวหน้างาน หัวหน้าฝ่าย และผู้ปฏิบัติงาน โรงพยาบาล ก. (โรงเรียนแพทย์) มีกระบวนการการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการระดับผู้บริหาร หัวหน้าฝ่าย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องโรคติดเชื้อ รวมถึงพยาบาลผู้ปฏิบัติงานที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วย ในการประชุมที่เรียกว่า “วอร์รูม” เพื่อพิจารณาวางแผนเกี่ยวกับการกำหนดมาตรการและแผนดำเนินการที่เหมาะสม ตามสถานการณ์การระบาดที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ภายหลังเกิดการระบาดที่มีจำนวนผู้ป่วย COVID-19 เป็นจำนวนมาก จึงได้มีการจัดประชุมเพิ่มขึ้นอีกระดับหนึ่ง เรียกว่า “Business Continuity Management; BCM” เริ่มมีการประชุมตั้งแต่เกิดการระบาดในระลอกที่ 1 เป็นต้นมา ซึ่งเป็นการประชุมร่วมกันระหว่างคณะกรรมการระดับผู้บริหาร หัวหน้าภาควิชา หัวหน้าฝ่าย และหัวหน้างานทั้งหมด เพื่อสื่อสารให้กับทุกหน่วยงานรับทราบถึงมาตรการและดำเนินการตามแผนการปฏิบัติให้ไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีการกำหนดให้มีการประชุมร่วมกันอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์

โรงพยาบาล ง. (โรงเรียนแพทย์) ได้จัดตั้งคณะกรรมการยุทธศาสตร์การบริหารจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยรวบรวมบุคลากรทางการแพทย์จากทุกสาขาวิชาชีพ และทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล ให้มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล ความเห็น กำหนดแนวทาง มาตรการต่าง ๆ และปรับปรุงมาตรการให้สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาด ตัวอย่างเช่น แผนการตั้งรับของการให้บริการ โดยการปรับการใช้พื้นที่ ได้แก่ การวางแผนใช้หอผู้ป่วยเป็นพื้นที่ให้บริการผู้ป่วย COVID-19 หากมีหอผู้ป่วยใดที่มีศักยภาพในการเป็นพื้นที่รองรับแล้วจะประสานงานกับโรงพยาบาล ในการปรับพื้นที่เป็น cohort ward หรือใช้พื้นที่เป็นห้อง

negative pressure เป็นต้น หน่วยอายุศาสตร์โรคได้ปรับปรุงแบบบริการสำหรับคนไข้ฟอกเลือดล้างไต โดยวางระบบสร้างกลุ่มไลน์เพื่อให้รายงานอาการก่อนเข้ารับการรักษา เป็นต้น

โรงพยาบาล ข., ค., จ., ฉ., และ ช. มีประชุมคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center: EOC) ของโรงพยาบาล ที่มีหัวหน้างานและบุคลากรจากส่วนงานต่าง ๆ เป็นตัวแทน เพื่อพิจารณากำหนดมาตรการและแนวทางการทำงานให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาล เนื่องจากการกำหนดมาตรการของโรงพยาบาลต้องคำนึงถึงทรัพยากรและบุคลากรทางการแพทย์ที่มี รวมถึงความเข้มข้นของสถานการณ์การแพร่ระบาดในจังหวัด

นอกจากนี้ โรงพยาบาล ฉ. (โรงพยาบาลทั่วไป) ได้ดำเนินการให้แต่ละหน่วยงานปรับปรุงแบบการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ผ่านกระบวนการพัฒนามาตรการด้วยการมีส่วนร่วมของบุคลากรได้แก่หัวหน้างาน หัวหน้าฝ่าย หรือเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานประชุมร่วมกัน เรียกว่า “คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการด้านหน้า” โดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เข้ามาร่วมการประชุมนำเสนอการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการ เช่น การทำงานของห้องปฏิบัติการ (laboratory) และการจ่ายยาเดิมให้ผู้ป่วย (remed) ของห้องยา

4.4 การนำมาตรการไปปฏิบัติ

ผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ระบุว่า โรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนนโยบายและหน้าที่ของบุคลากรค่อนข้างบ่อย เนื่องจากการรับมือสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นครั้งแรก การสื่อสารหรือการถ่ายทอดนโยบายไปสู่บุคลากรจึงอาจจะมีบางส่วนที่เกิดความล่าช้าหรือคลาดเคลื่อน โรงพยาบาลจึงมีวิธีการและช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายตามระดับความเป็นทางการของข้อมูลมาตรการและกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าถึงข้อมูลอย่างครบถ้วน และมีความเข้าใจอย่างชัดเจนในแนวทางปฏิบัติ ได้แก่

- 1) การประชุม สำหรับแจ้งข้อมูลที่เป็นทางการ ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 และการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงาน
- 2) หนังสือราชการ สำหรับมาตรการที่ต้องการสื่อสารแบบเป็นทางการ
- 3) ประกาศเสียงตามสายของโรงพยาบาลและประสานไปยังประชาสัมพันธ์จังหวัดให้ช่วยประชาสัมพันธ์อีกช่องทางหนึ่งสำหรับการประชาสัมพันธ์ข้อมูลและให้ข่าวสาร
- 4) การติดป้ายประกาศตามสถานที่ต่าง ๆ ในโรงพยาบาล เช่น ลิฟต์ หรือพื้นที่สำหรับติดประกาศ เพื่อแจ้งเวลาการปิดบริการของคลินิก การเปลี่ยนแปลงบริการรับยาของผู้ป่วย เป็นต้น
- 5) การสื่อสารโดยใช้สื่อออนไลน์ร่วมด้วย เช่น LINE group ของบุคลากรของโรงพยาบาล google meet หรือ zoom สำหรับการประชุมทางไกล Facebook, web board ผ่านเครือข่าย intranet

ในส่วนของการสะท้อนกลับ (feedback) การรับรู้ ความเข้าใจ และความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อการดำเนินตามมาตรการ มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ การสะท้อนกับหัวหน้าหน่วยงานในที่ประชุมภายในโรงพยาบาล รวมถึงการประชุมคณะกรรมการ EOC การประชุม BCM ที่โรงพยาบาลได้จัดตั้งขึ้น การประชุมดังกล่าวยังเป็นกลไกที่ใช้ในการติดตามประเมินผลการดำเนินมาตรการอีกด้วย ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติงานของ โรงพยาบาล ฉ. (โรงพยาบาลทั่วไป) ให้ข้อมูลว่า สามารถให้ความเห็นหรือข้อเสนอแนะด้วยตัวเองต่อผู้บริหารได้โดยตรงเมื่อต้องการการสนับสนุนจากโรงพยาบาล เช่น วัสดุอุปกรณ์สำหรับปฏิบัติงาน แก้ไขปัญหาที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุง โดยทีมผู้บริหารจะติดตามสถานการณ์ความสุขในการทำงานผ่านการรายงานของหัวหน้าแผนก ความเครียดต่อการปฏิบัติงาน และภาระงานของบุคลากร ตลอดจนการไปติดตามและให้กำลังใจบุคลากรแต่ละแผนกด้วยตัวเอง

โรงพยาบาล ก. (โรงเรียนแพทย์) มีการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนการให้บริการในมุมมองของผู้ป่วยในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยใช้วิธีการส่งแบบฟอร์มให้ผู้ป่วยประเมินส่งกลับมาเป็น Google form หรือกรณีที่มีการโทรศัพท์เพื่อติดตามอาการคนไข้ก็จะเพิ่มข้อความถึงข้อเสนอแนะต่อรูปแบบบริการที่หน่วยงานดำเนินการตามมาตรการของโรงพยาบาลว่า มีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการ หรือเพิ่มประเด็นคำถามว่าต้องการให้มีในส่วนตัวเพิ่มเติมหรือไม่ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการหลากหลาย อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่เมื่อประเมินแล้วจะไม่มีการจัดทำข้อมูลหรือรายงานไว้เป็นหลักฐาน แต่จะมีการนำไปหารือแสดงความคิดเห็นในที่ประชุมเพื่อปรับปรุงการให้บริการสุขภาพภายในหน่วยงาน

ในโรงพยาบาลอื่น ๆ การสะท้อนความคิดเห็นผู้ป่วยต่อการให้บริการในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ไม่ได้มีกลไกติดตามที่ชัดเจน ผู้ป่วยสามารถแสดงความคิดเห็นใน Facebook ของโรงพยาบาล ช่องทางสื่อออนไลน์ที่โรงพยาบาลมี ตลอดจนสะท้อนกลับไปยังบุคลากรในแผนกที่ผู้ป่วยมารับบริการ โดยความเห็นที่เป็นประเด็นสำคัญก็จะถูกนำมาพิจารณาในการประชุมของโรงพยาบาลต่อไป มีเพียง โรงพยาบาล ฉ. (โรงพยาบาลทั่วไป) ที่ทำการประเมินเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้มารับบริการและบุคลากรของโรงพยาบาลจากการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการสำหรับผู้ป่วยที่รับยาเดิม (remed) โดยการสอบถามความพึงพอใจต่อการให้บริการ ผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยในช่วงการปรับเปลี่ยนบริการ เพื่อนำผลการประเมินมาปรับปรุงการให้บริการต่อไป

4.5 ผลที่เกิดจากการนำมาตรการไปปฏิบัติในระดับโรงพยาบาล

ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลได้กำหนดมาตรการลดการให้บริการผู้ป่วยนอก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการคงที่ โดยการเลื่อนนัดพบแพทย์ หรือให้ผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวมทั้งให้บริการเสริมหรือทดแทนการเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาล เช่น การส่งยาทางไปรษณีย์ มีการงดการผ่าตัดหรือหัตถการ งานบริการทางพันธุกรรม การเลื่อนนัดการทำหัตถการ/ผ่าตัดผู้ป่วยที่สามารถรอการ

รักษาได้ การลดการให้บริการออกเยี่ยมบ้าน การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การดูแลสุขภาพระยะยาว และการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต ตลอดจนการงดบริการงานกิจกรรมบำบัด ทำให้การเข้ารับบริการของผู้ป่วยทั้งการนอนโรงพยาบาล และการเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกลดลงเพราะมาจากปัจจัยมาตรการของโรงพยาบาลที่มีการส่งตัวผู้ป่วยให้ไปรับบริการที่โรงพยาบาลเครือข่ายในชุมชน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรของโรงพยาบาลในการศึกษานี้ชี้ว่า ผลจากการดำเนินการตามมาตรการของโรงพยาบาลช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 จากมาตรการลดจำนวนผู้ป่วยเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเลื่อนนัดออกไป ด้วยการปรับรูปแบบทำให้ผู้สูงอายุมารับบริการที่โรงพยาบาลลดลง กลุ่มบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคถูกลดและงดการบริการ กลุ่มเป้าหมายหลักที่ได้รับผลกระทบ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือไตเรื้อรัง และมาตรการลดการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาล ทำให้เจ้าหน้าที่และแพทย์ไม่สามารถติดตามอาการ และขาดความต่อเนื่องทางการรักษา ผลของมาตรการดังกล่าวจึงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุด โดยมีการระบุว่า ผลจากการปฏิบัติตามมาตรการของโรงพยาบาลนั้นทำให้ผู้ป่วยสูงอายุบางรายมีอาการแยลงจนมีความจำเป็นต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเร่งด่วน เนื่องจากการเว้นระยะเวลาก่อนพบแพทย์นานเกินไปทำให้ผู้ป่วยไม่เคร่งครัดต่อคำแนะนำของแพทย์ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วย เช่น ไม่กินยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง เกิดความเครียดและมีความวิตกกังวลต่อสุขภาพของตนทำให้เกิดความรู้สึกอยากมาโรงพยาบาลมากขึ้น ในขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุบางรายไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ด้วยตัวเองและจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลจึงทำให้การมาพบแพทย์แต่ละครั้งถูกเลื่อนด้วยข้อจำกัดของผู้ป่วยเอง โดยผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ลำพังและไม่มีผู้ดูแล (care giver) มักได้ผลกระทบจากการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการมากกว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล เนื่องจากการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการของโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการสุขภาพได้น้อยลงและขาดการติดต่อกับโรงพยาบาลด้วยปัญหาด้านข้อมูลและช่องทางการติดต่อสื่อสาร

โรงพยาบาล ก. (โรงเรียนแพทย์) ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยจากพื้นที่อื่นได้ มีข้อมูลว่ากลุ่มเป้าหมายของบริการสร้างเสริมสุขภาพเข้าไม่ถึงบริการ ผู้ป่วยบางส่วนขาดยา ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น

โรงพยาบาล ง. (โรงเรียนแพทย์) พบปัญหาในการสื่อสารผ่านโทรศัพท์ติดตามจากการบริการทางการแพทย์แบบระยะไกล ในผู้ป่วยสูงอายุและช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เช่น ต้องใช้ไม้เท้าในการเคลื่อนไหว มีปัญหาด้านสายตา มีปัญหาด้านการได้ยิน และขาดผู้ดูแล

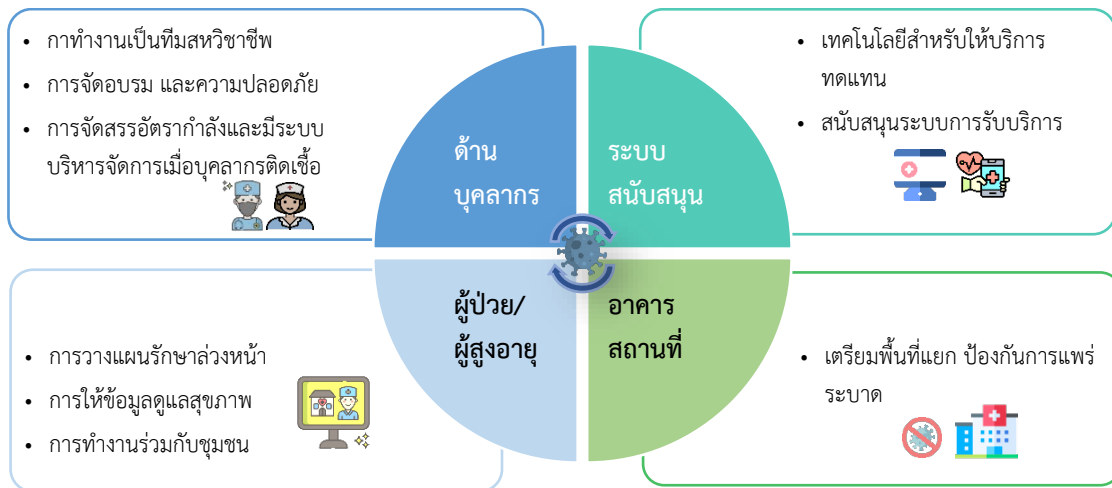
ผลของมาตรการการงด/ลดการให้บริการในโรงพยาบาล และการปรับพื้นที่ให้บริการด้วยการลดจำนวนเตียง (ทั้งเตียงผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยหนัก) เพื่อเว้นระยะห่างระหว่างเตียงผู้ป่วย ปิดหอผู้ป่วยโดยเฉพาะในแผนกอายุรศาสตร์อายุรกรรมบางแห่งเพื่อป้องกันผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล มีการจัดสรรสถานที่เพื่อเป็นหอผู้ป่วย COVID-19 ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤติ หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤติ และหอผู้ป่วยแยกโรค เพื่อให้เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วย การปรับพื้นที่ให้บริการในโรงพยาบาลจึงทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วยทั่วไป (non COVID-19 patient) เข้าไม่ถึงหรือเสียโอกาสในการรักษา เช่น โรงพยาบาล ฉ. (โรงพยาบาลทั่วไป) แพทย์อายุ-

รกรรมมีภาระต้องดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 จึงไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วย non COVID-19 ได้ แต่ยังคงสามารถให้คำปรึกษาและคำแนะนำสำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นเร่งด่วน ทั้งนี้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคลากรของโรงพยาบาล ยังพบว่า โรงพยาบาลไม่ได้มีการวางแผนติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วย การดำเนินไปของโรคและอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่รอการรักษาในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เมื่อเปรียบเทียบกับสถานการณ์ปกติ อย่างไรก็ตาม มีรายงานกรณีผู้ป่วยที่รอผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้การผ่าตัดถูกเลื่อนจนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการกำเริบและกลับมารักษาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลด้วยภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบที่รุนแรงมากขึ้นจนกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ดังนั้น การเพิ่มระยะเวลาการรอคอยเพื่อเข้ารับการผ่าตัดนานขึ้นมีผลทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินไปของโรคเพิ่มขึ้น แม้ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาฉุกเฉินเร่งด่วนแต่ผลลัพธ์การรักษาไม่ดีขึ้นเพราะมีกล้ามเนื้อหัวใจบางส่วนตายก่อนได้รับการรักษา

การปรับระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระยะเวลาที่สั้นที่สุด จำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยม และจำกัดจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยกรณีต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การใช้มาตรการนี้ทำให้ญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น และทำให้เกิดความลำบากต่อการดูแลในสถานการณ์ที่บุคลากรมีจำกัด เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย การซักประวัติและการติดตามอาการของผู้ป่วยจึงทำได้ลำบากเพราะไม่มีญาติที่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาคอยสังเกตอาการและให้ข้อมูลแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย นอกจากนี้ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพระยะกลางและระยะยาว มีข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงานว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับมารับบริการในโรงพยาบาลมีดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มีอาการแย่ลง ซึ่งสะท้อนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ลดลงเป็นผลมาจากการไม่ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการปรับรูปแบบบริการด้วยการสื่อสาร ติดตามอาการ และให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ แต่ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ด้วยข้อจำกัดจากปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ลำพังหรือไม่มีผู้ดูแล หรือเข้าไม่ถึงช่องทางการสื่อสารที่โรงพยาบาลนำมาใช้

4.6 การถอดบทเรียนเพื่อวางแผนรับมือต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

บุคลากรของโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง ให้ความเห็นว่า เนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในแต่ละระลอกมีความรุนแรงของการแพร่ระบาด และจำนวนผู้ป่วย COVID-19 ที่แตกต่างกัน ทำให้โรงพยาบาลทุกแห่งต้องมีการทบทวนมาตรการและประเมินสถานการณ์การระบาดอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดในปัจจุบัน จึงต้องการให้หน่วยงานส่วนกลางพัฒนามาตรการและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในระยะยาว รวมทั้งมีข้อเสนอแนะต่อการวางแผนการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ (รูปที่ 4-1) ดังนี้



รูปที่ 4-1 ข้อเสนอแนะแผนการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่

4.6.1 การเตรียมพร้อมด้านบุคลากร

บุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลทั้ง 7 แห่ง ระบุว่า บุคลากรในโรงพยาบาลบางส่วนขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดประสบการณ์ในการรับมือกับสถานการณ์โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และปัจจัยสำคัญของการทำงาน คือ การทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการแพทย์ในทุกสาขาวิชาชีพ จำเป็นต้องมีการเปิดรับฟังความคิดเห็นของบุคลากรทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน และมอบหมายหน้าที่ให้ชัดเจน การปรับเปลี่ยนแนวทางในการให้บริการต้องมีช่องทางรับฟังความคิดเห็น และการสื่อสารมาตรการอย่างชัดเจน มีการเตรียมพร้อมเพื่อป้องกันการติดเชื้อของบุคลากรในโรงพยาบาล นอกจากนี้การพัฒนางานและความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ให้แก่บุคลากรมีความสำคัญต่อการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรค ในช่วงที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อที่มาใช้บริการรักษาเพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลบางแห่งได้ให้ความสำคัญกับการสื่อสารและทำความเข้าใจสถานการณ์ร่วมกันระหว่างบุคลากร เจ้าหน้าที่ และผู้บริหาร โดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ และให้คำแนะนำกับบุคลากรที่ต้องถูกจัดสรรอัตราค่าจ้างไปช่วยงาน เพื่อให้บุคลากรทุกหน่วยสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย รวมถึงการยกระดับขีดความสามารถในการรับมือกับโรคอุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตได้ เช่น โรงพยาบาล ก. (โรงเรียนแพทย์) และโรงพยาบาล ข. (โรงพยาบาลทั่วไป) ต้องจัดสรรบุคลากรในแต่ละหน่วยงานเข้าไปช่วยดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ โดยเฉพาะ จึงมีการอบรมและฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้กับพยาบาลจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ เพื่อการเตรียมพร้อมด้านบุคลากรรับมือกับสถานการณ์โรคติดเชื้อ COVID-19 ที่ถูกต้องตามมาตรการของโรงพยาบาล และบุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

บทเรียนสำคัญของการเตรียมพร้อมด้านบุคลากร คือ จำนวนบุคลากรที่มีไม่เพียงพอต่อการให้บริการ โรงพยาบาลส่วนใหญ่จึงเสนอแนะให้วางแผนบริหารอัตราค่าจ้างเพื่อเตรียมการรับมือด้วยการกำหนดแผนอัตราค่าจ้างเสริม เพิ่มจำนวนบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในกรณีฉุกเฉิน และกรณีที่เกิดการติดเชื้อของผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก เพื่อเป็นการลดภาระงานให้บุคลากรทางการแพทย์ และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้ โรงพยาบาลที่เคยมีประสบการณ์บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อ COVID-19 ยังมีข้อเสนอเพิ่มเติมว่า ควรมีการวางแผนเตรียมความพร้อมสำหรับรับมือโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ กรณีที่มีบุคลากรติดเชื้อ ต้องมีบุคลากรที่

มีความเชี่ยวชาญสามารถมาปฏิบัติงานทดแทน และมีระบบบริหารจัดการในโรงพยาบาลเมื่อมีบุคลากรติดเชื้อหรือกรณีเป็นผู้มีความเสี่ยงสูงเพื่อทำการสอบสวนประวัติบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในหน่วยงาน ทำให้โรงพยาบาลสามารถนำมาวางแผนบริหารอัตรากำลังคนหรือเพิ่มจำนวนบุคลากรให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลได้

4.6.2 การเตรียมพร้อมด้านระบบสนับสนุนบริการสุขภาพ

การนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยมีความสำคัญมากต่อการรับมือการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ นอกจากจะช่วยลดการแพร่ระบาดภายในโรงพยาบาลแล้ว ยังเป็นช่องทางเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่จึงนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยจัดบริการทางการแพทย์ เช่น บริการแพทย์ทางไกล (telemedicine) การใช้ LINE application และการสื่อสารผ่านโทรศัพท์ เป็นต้น เพื่อให้แพทย์สามารถติดตามอาการ ประเมินผลการรักษา และให้บริการแก่ผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม บางกรณีไม่สามารถประเมินอาการได้จากการสื่อสารทางไกลระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล จำเป็นต้องมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือวิธีการอื่นที่ชัดเจนเพื่อให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้ อีกทั้งยังพบปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาล กรณีที่คนไข้ต้องรับบริการที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

สำหรับการปรับปรุงแบบบริการด้วยการใช้ช่องทางสื่อสารผ่านการบริการแพทย์ทางไกล การติดตามนัดทางโทรศัพท์ และการติดตามอาการด้วยช่องทางออนไลน์อื่นนั้น ไม่เกิดประสิทธิภาพตามที่คาดหวังมากนัก เนื่องจากการตรวจวินิจฉัยและการให้การรักษบางโรคไม่สามารถประเมินจากการสอบถามอาการได้ เพราะผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่สามารถอธิบายอาการได้อย่างชัดเจน จำเป็นต้องมีผลการตรวจด้วยวิธีอื่นที่ชัดเจน แพทย์จึงแนะนำให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยยังได้รับบริการที่เหมาะสมในสถานการณ์ปัจจุบัน ดังนั้น เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ควรพัฒนาและสนับสนุนให้มีการนำเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกลเข้ามาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและติดตามอาการได้อย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ควรพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อช่วยในการติดตามอาการผู้ป่วย โดยโรงพยาบาลต้นทางควรสนับสนุนองค์ความรู้ให้สถานพยาบาลในเครือข่ายที่ใกล้บ้านใกล้ชุมชนสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

อย่างไรก็ตาม ภาครัฐควรมีส่วนสำคัญในการเข้ามามีบทบาทพัฒนาเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการให้บริการกับผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปในช่วงที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 สนับสนุนอุปกรณ์สำหรับติดตามอาการ อุปกรณ์สื่อสารที่เพียงพอสำหรับบริการ (เช่น โรงพยาบาล ฉ.เสนอให้ภาครัฐจัดหากล้องวงจรปิดสำหรับติดตามอาการผู้ป่วย เป็นต้น) รวมทั้งสนับสนุนให้ประชาชนได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสาธารณสุข ทั้งนี้ ต้องเลือกใช้เทคโนโลยีที่ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงและใช้งานง่าย เพิ่มช่องทางการสื่อสารให้หลากหลายและปรับปรุงเสถียรภาพของเทคโนโลยีเพื่อให้การสื่อสารเป็นไปได้อย่างราบรื่น

4.6.3 การวางแผนเตรียมพร้อมด้านอาคาร สถานที่

เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 มีการเตรียมสถานที่เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ COVID-19 ขึ้น โรงพยาบาลบางแห่งมีการจัดสรรอาคารและสถานที่ ควรจัดพื้นที่เฉพาะสำหรับรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อโรคอุบัติใหม่ในแต่ละหน่วยงาน เพื่อให้สะดวกต่อการให้บริการของผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงมีการกำหนดจุดคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาตามหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อเป็นการลดความแออัดภายในแต่ละหน่วยงาน และเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ภายในโรงพยาบาล บางโรงพยาบาลที่มีจำนวนผู้ป่วย COVID-19 ค่อนข้างมาก ได้มีการจัดตั้งหอผู้ป่วยรวม (cohort ward) ขึ้น และจัดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยว่าติดเชื้อ COVID-19 รวมถึงมีการจัดเตรียมห้องแยกโรคความดันลบ (negative pressure room) ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ส่งผลต่อการทำงานของบุคลากรในแต่ละแผนกที่ต้องเข้าไปรักษาผู้ป่วย จึงเกิดปัญหาในเรื่องของอุปกรณ์ และความรวดเร็วในการรักษาผู้ป่วย ในขณะที่โรงพยาบาลต่างจังหวัดที่ได้รับผลกระทบจากการระบาดระลอกแรกมีจำนวนผู้ป่วย COVID-19 น้อย หรือบางแห่งไม่มีผู้ป่วย COVID-19 เลย มีการวางแผนจัดเตรียมพื้นที่เพื่อการรับมือกับการระบาดระลอกใหม่ เช่น โรงพยาบาล ข. (โรงพยาบาลศูนย์) และโรงพยาบาล จ. (โรงพยาบาลศูนย์) เสนอให้มีห้องแยกโรคและห้องความดันลบในทุกแผนก โดยเฉพาะในแผนกตรวจพิเศษ เช่น ห้องสวนหลอดเลือดหัวใจ ห้องไตเทียม เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดไปสู่กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากในช่วงที่มีการระบาดแผนกเหล่านี้มีพื้นที่จำกัด จึงมีการสำรองวัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือแพทย์ให้เพียงพอต่อการรับมือกับสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้น

แม้ว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดพื้นที่ในโรงพยาบาลสำหรับการรองรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั่วไปที่เข้ารับการรักษา เนื่องจากไม่มีการจัดสรรพื้นที่อย่างชัดเจน ไม่มีการระบุพื้นที่ส่วนกลางเพื่อใช้รองรับการเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่โดยเฉพาะในอนาคต ดังนั้น หากต้องการลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อภายในโรงพยาบาล จึงควรมีการวางแผนด้านการจัดสรรพื้นที่ อาคาร แยกจากจุดให้บริการผู้ป่วยทั่วไปอย่างชัดเจน โดยมีการระบุพื้นที่สำหรับคัดกรองผู้ป่วยและพื้นที่สำหรับรอผลตรวจโดยเฉพาะ ป้องกันการแพร่ระบาดเพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง หรือผู้ป่วยโควิด และลดการสัมผัสผู้ป่วยทั่วไป

4.6.4 การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป

ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ประชาชนทั่วไปรวมทั้งผู้ป่วยมีการปรับตัวเพื่อป้องกันตนเองและดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นเพราะไม่สะดวกและไม่ต้องการที่จะเดินทางไปโรงพยาบาล เนื่องจากมีความแออัดและเสี่ยงต่อการติดเชื้ออีกทั้งโรงพยาบาลมีมาตรการจำกัดจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษา ดังนั้น โรงพยาบาลในพื้นที่และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนให้กับผู้ป่วยผ่านช่องทางการสื่อสารในรูปแบบต่าง ๆ และควรสนับสนุนการวางแผนการรักษาล่วงหน้า โรงพยาบาล ข. (โรงพยาบาลศูนย์) และโรงพยาบาล ช. (โรงพยาบาลทั่วไป) มีข้อเสนอเพิ่มเติมว่า ควรระบุกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยให้กับเครือข่ายในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ในขณะที่ โรงพยาบาล ฉ. (โรงพยาบาลทั่วไป) เสนอให้เพิ่มช่องทางพิเศษในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลกรณีฉุกเฉิน พัฒนาระบบสนับสนุนการเดินทางให้ผู้ป่วย ซึ่ง

รวมทั้งการจัดการรับส่งในการมาโรงพยาบาล เพื่ออำนวยความสะดวกและความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยในกลุ่มเวชกรรมฟื้นฟู

โรงพยาบาลส่วนใหญ่ที่มีการปรับรูปแบบบริการด้วยการเพิ่มช่องทางการสื่อสารด้วยการใช้เทคโนโลยีหรือการโทรศัพท์เพื่อช่วยในการติดตามอาการคนไข้ มีข้อเสนอแนะให้พัฒนารูปแบบบริการที่เฉพาะแก่ผู้สูงอายุและเพิ่มช่องทางเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ทั้งการนำเทคโนโลยีช่วยสนับสนุนการดูแลติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุโดยตรง การพัฒนาระบบสายด่วน (call center) การใช้ LINE application รวมถึงการเพิ่มเจ้าหน้าที่คอยให้คำปรึกษาและตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วย มีการแจ้งเตือนรับยาเพื่อเป็นการเสริมศักยภาพการดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น แต่ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลควรคำนึงถึงข้อจำกัดของผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล หรือผู้สูงอายุคู่สามี-ภรรยาที่อาจมีข้อจำกัดด้านการใช้เทคโนโลยี และผู้ป่วยบางกลุ่มโรคอาจยังจำเป็นต้องได้รับการตรวจร่างกาย สังเกตพฤติกรรมเพื่อประกอบการวินิจฉัยและวางแผนการรักษา หรือการสังเกตอาการไม่พึงประสงค์จากยา ดังนั้น จึงควรมีการเพิ่มช่องทางการสื่อสารหรือมีการสร้างเสริมความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายภายในชุมชน ประสานงานกับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามอาการอย่างต่อเนื่องสามารถเข้าถึงข้อมูลและนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

4.7 แนวปฏิบัติที่ดี (good practice) ของโรงพยาบาล

ผลการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลพื้นที่ศึกษาทั้ง 7 แห่ง มีการกำหนดมาตรการแต่ละพื้นที่ให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้โรงพยาบาลมีการปรับตัวที่แตกต่างกันภายใต้บริบทพื้นที่ ในส่วนนี้คณะผู้วิจัยได้สรุปแนวปฏิบัติที่ถือเป็นความสำเร็จในการนำมาตรการมาใช้ของโรงพยาบาลตามพื้นที่ศึกษา ดังนี้

4.7.1 โรงพยาบาล ก.

ระบบบริหารจัดการบุคลากรหากเกิดการติดเชื้อ COVID-19 ภายในโรงพยาบาล ของโรงพยาบาล ก. เมื่อเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อขึ้นภายในโรงพยาบาล เดิมโรงพยาบาล ก. มีหน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อภายในโรงพยาบาล คือ Infectious Control Nurse หรือ ICN ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการสอบสวนโรคและประสานกับ staff center ของโรงพยาบาลเพื่อจัดการเรื่องการกักตัวของบุคลากรที่เข้าข่ายเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง ซึ่งในช่วงแรกของการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 นั้น ICN เป็นผู้สอบสวนโรคทั้งหมดเนื่องจากยังไม่มีกรณีติดเชื้อในโรงพยาบาลมากนัก ต่อมาช่วงปลายปี 2563 เริ่มพบบุคลากรติดเชื้อภายในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้มีจำนวนบุคลากรที่เป็นกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูงเพิ่มมากขึ้นด้วย การทำงานแบบเดิมกำหนดให้ ICN เป็นผู้รับผิดชอบทั้งหมดจึงไม่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ได้ ดังนั้น โรงพยาบาล ก. จึงได้เริ่มมีการแต่งตั้ง incidence manager สำหรับหน่วยงาน โดยมอบหมายให้หัวหน้าหน่วยงานหรือรองหัวหน้าหน่วยงานเป็นผู้รับผิดชอบตำแหน่ง incidence manager เพื่อทำหน้าที่สอบสวนประวัติบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในหน่วยงานของตนเองและรายงานข้อมูลจำนวนผู้สัมผัสเสี่ยงสูงและจำเป็นต้องกักตัวไปที่ staff center ของโรงพยาบาลและส่งบุคลากรผู้ติดเชื้อ COVID-19 เข้าสู่กระบวนการรักษาและให้

คำแนะนำแก่บุคลากรกลุ่มเสี่ยงระดับต่าง ๆ ว่าควรปฏิบัติตัวอย่างไรและจัดการให้กลุ่มเสี่ยงสูงกักตัวในพื้นที่ของโรงพยาบาลที่มีการจัดสรรไว้

กระบวนการทำงานที่สำคัญของ incidence manager เมื่อเกิดอุบัติการณ์หรือเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล คือ incidence manager จะทำการรายงานไปที่หน่วยควบคุมและป้องกันการติดเชื้อภายในโรงพยาบาล หรือ ICN เพื่อทำหน้าที่สอบสวนโรคและจำนวนผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ระยะเวลาที่สัมผัส มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลหรือไม่ และดำเนินการรวบรวมข้อมูลส่งกลับให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ คือแพทย์ด้านโรคติดเชื้อกับแพทย์ด้านเวชศาสตร์ป้องกัน ผ่านทาง staff center เพื่อทำการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงของบุคลากรในแต่ละหน่วยงานนั้น และส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป ซึ่งแนวทางการดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ส่งผลให้โรงพยาบาล ก. สามารถแยกบุคลากรหรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว และสามารถควบคุมการระบาดไม่ให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นถือเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อภายในโรงพยาบาล โดยมีแนวทางการปฏิบัติงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล มีการสื่อสารมาตรการและชี้แจงรายละเอียดและแนวทางการปฏิบัติอย่างชัดเจน รวดเร็ว และมีการปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์อยู่เสมอ เพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และโรคอุบัติใหม่ในอนาคต

4.7.2 โรงพยาบาล ข.

การปรับปรุงแบบการให้บริการสุขภาพด้วยระบบการส่งยาทางไปรษณีย์ เป็นแนวปฏิบัติที่โรงพยาบาล ข. นำมาใช้ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล เนื่องด้วยมาตรการลดบริการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หรือไม่มีเหตุเร่งด่วนฉุกเฉินในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 ระลอกแรก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลได้ โรงพยาบาลจึงได้มีการปรับปรุงแบบการบริการโดยแพทย์ทำการทบทวนประวัติผู้ป่วยในเวชระเบียนและติดตามอาการผ่านทางโทรศัพท์ หากผู้ป่วยมีภาวะโรคคงที่หรือไม่มีความเร่งด่วนที่ต้องมาตรวจเพิ่มเติมในโรงพยาบาลก็จะพิจารณาส่งยาทางไปรษณีย์ให้ผู้ป่วยทดแทนเพื่อให้คนไข้ยังได้รับการรักษา

ช่องทางที่โรงพยาบาล ข. ดำเนินการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยามีหลายช่องทาง เช่น การส่งยาทางไปรษณีย์ การกระจายยาให้แก่ผู้ป่วยผ่านเครือข่ายของโรงพยาบาล ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาลชุมชน และร้านยาใกล้บ้าน ทั้งนี้ ผู้ป่วยยังสามารถชื้อยารับยาที่โรงพยาบาลโดยไม่ต้องลงจากรถผ่านระบบ "ไดรฟ์ทรู" (drive-thru) ได้ แต่ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 จึงได้มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจนโดยใช้ระบบการส่งยาทางไปรษณีย์เป็นช่องทางเดียวที่ใช้เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถควบคุมการแพร่ระบาดและการบริการแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาล ข. ได้อย่างครอบคลุม อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากที่รัฐบาลมีนโยบายผ่อนปรนมาตรการและโรงพยาบาลกลับมาเปิดให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกเป็นปกติ โรงพยาบาล ข. ยังคงมีการพัฒนาเทคโนโลยีขึ้นมาเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถแจ้งความประสงค์ในการพบแพทย์และการส่งยาทางไปรษณีย์ด้วยการลงทะเบียนผ่านระบบ "คุณขอมา" โดยผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสื่อสารด้วย

Line application ของโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ไม่ต้องการมาโรงพยาบาลและต้องการให้จัดส่งยาทางไปรษณีย์ แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาอนุมัติว่าผู้ป่วยมีความเหมาะสมจะรับยาทางไปรษณีย์ หรือเลื่อนนัดผู้ป่วย หรือต้องเข้ามาตรวจพบแพทย์ที่โรงพยาบาล โดยระบบจะส่งเป็นข้อความอัตโนมัติกลับไปยังผู้ป่วย แม้ว่าผู้ป่วยสูงอายุบางกลุ่มอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงเทคโนโลยีหรือไม่สามารถใช้ Line application ได้ ญาติหรือผู้ดูแลสามารถช่วยลงทะเบียนหรือติดต่อสื่อสารแทนผู้ป่วยได้ ซึ่งการนำระบบการส่งยาทางไปรษณีย์มาใช้จะช่วยส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19

4.7.3 โรงพยาบาล ค.

การยกระดับความเข้มข้นของมาตรการการควบคุมการเข้าพื้นที่ของโรงพยาบาล ด้วยบริบทโรงพยาบาล ค. ที่เป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิในพื้นที่ ซึ่งมีปัญหาความแออัดของผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 จึงได้ลดจำนวนผู้มารับบริการในโรงพยาบาล เพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดติดเชื้อ แต่ยังสามารถให้บริการสุขภาพกับผู้ที่ต้องการเข้ามารับบริการในโรงพยาบาล ด้วยเหตุนี้ โรงพยาบาล ค. จึงได้มีความพยายามในการขับเคลื่อนมาตรการหลายมาตรการควบคู่กันเพื่อลดการเข้าพื้นที่ของโรงพยาบาล ได้แก่ การงด/ลดการทำหัตถการที่ไม่เร่งด่วนฉุกเฉิน การลดจำนวนผู้ป่วยนอก การพิจารณารับผู้ป่วยรับส่งต่อ การงดกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีการรวมตัวของคนเป็นจำนวนมาก จำกัดการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย รวมถึงการงดการให้บริการเยี่ยมบ้านยกเว้นรายที่จำเป็นเร่งด่วน

มาตรการที่โรงพยาบาล ค. สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การควบคุมพื้นที่และกำหนดทางเข้า-ออกโรงพยาบาลและหน่วยบริการแยกจากกัน ปิดจุดทางเข้า-ออกที่ควบคุมได้ยาก หรือการเปิดจุดเข้า-ออกสำรองเป็นเวลา ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถตรวจคัดกรองคนที่เข้าภายในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และเนื่องจากการปรับเปลี่ยนหอผู้ป่วยเพื่อรองรับการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ส่งผลให้มีการควบคุมการเข้า-ออกภายในหอผู้ป่วยและหน่วยบริการเข้มงวดมากยิ่งขึ้น เช่น กำหนดช่วงเวลาเยี่ยม บุคลากรของโรงพยาบาลใช้ระบบบัตรสแกนสำหรับเข้าอาคาร เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีมาตรการจำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยมและญาติที่เฝ้าดูแลผู้ป่วยเพื่องดกิจกรรมการรวมตัวของคนจำนวนมากที่ไม่จำเป็น มีการกระจายผู้ป่วยนอกไปรับบริการที่เครือข่ายปฐมภูมิ และลดจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ การกำหนดมาตรการดังกล่าวทำให้โรงพยาบาล ค. สามารถลดความแออัดของผู้ที่เดินทางเข้ามาในโรงพยาบาลได้อย่างเห็นได้ชัด โดยปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินงานตามมาตรการ คือ การบูรณาการและสื่อสารการดำเนินงานที่เป็นทิศทางเดียวกันตั้งแต่ระดับผู้บริหารไปจนถึงผู้ปฏิบัติงาน มีการประชุมติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิดทุกวัน ทำให้การดำเนินงานตามมาตรการมีประสิทธิภาพ ทำได้อย่างต่อเนื่องและเมื่อพบปัญหาสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.7.4 โรงพยาบาล ง.

การปรับรูปแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยกลุ่มดูแลระยะท้าย เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเปราะบาง มักมีโรคร่วมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะการหายใจล้มเหลวจำเป็นต้อง

ให้การรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจหรือเครื่องพุงซีพีอื่น ๆ และใช้ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนาน ซึ่งมีผลต่ออัตราการรอดชีวิตที่ลดลง แม้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าสู่ระยะที่คาดว่าจะเสียชีวิตจากระยะของโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่การดูแลผู้ป่วยยังสมควรได้รับการดูแลรักษาเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคอย่างใกล้ชิด โรงพยาบาล จ. ได้ปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดบริการสุขภาพ เพื่อลด/ป้องกันผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทั้งต่อกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย กลุ่มผู้สูงอายุ และญาติผู้ป่วย รวมถึงการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการรักษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อให้มีการสื่อสารอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ โดยกิจกรรมที่โรงพยาบาล จ. ได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติงานภายในหน่วยงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดังนี้

1. การบริการของหน่วยงานในโรงพยาบาล หน่วยปรับลดจำนวนการรับการให้คำแนะนำ (consultation) เพราะต้องแบ่งทีมปฏิบัติงานเป็น 2 ทีม โดยมีการวางแผนไว้ถ้าทีมใดทีมหนึ่งมีปัญหาต้องมีอีกทีมหนึ่งเข้ามาช่วยสนับสนุนการดำเนินงาน จึงส่งผลให้หน่วยปรับลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องให้บริการลง เพื่อลดการสัมผัสใกล้ชิด หน่วยได้จัดแนวทางการ pre-conference แผนการทำงานผ่าน zoom ในทุกวัน สำหรับผู้ป่วยรายเดิมจะมีการโทรประสานกับญาติล่วงหน้า 1 สัปดาห์ เพื่อคัดกรองผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องมาติดตามการรักษา จะแจ้งให้จำกัดญาติมาพร้อมกับผู้ป่วยเพียง 1 คน เมื่อผู้ป่วยและญาติมาถึงโรงพยาบาลต้องผ่านการคัดกรอง 2 จุดบริการ คือ จุดคัดกรองก่อนเข้าโรงพยาบาล และจุดตรวจผู้ป่วยนอกแบบประคับประคอง หากพบว่า ไม่มีอาการหรือความเสี่ยงจึงจะได้รับการตรวจรักษาในพื้นที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกได้ กรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงจะทำการรักษาผู้ป่วยในบริเวณที่จัดแยกไว้เฉพาะ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการคงที่จะทำการจัดส่งทางไปรษณีย์ แต่ถ้าผู้ป่วยอาการไม่คงที่และไม่สามารถมารับการรักษาได้ หน่วยจะประสานงานไปยังเครือข่ายในพื้นที่เข้าไปดูแลผู้ป่วยต่อไป

2. ระบบการเยี่ยมบ้านผ่านการบริการทางการแพทย์แบบระยะไกล (telemedicine) โดยพยาบาลโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ป่วยและญาติเพื่อติดตามอาการสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน (IPD) ที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ที่รักษาตัวที่บ้าน แต่กรณีที่ผู้ป่วยต้องพบแพทย์นั้น จะมีเจ้าหน้าที่โทรศัพท์ประสานกับญาติล่วงหน้า 1 สัปดาห์ เพื่อให้ข้อมูลช่องทางการติดต่อผ่านทาง LINE application

3. แนวทางการส่งยาถึงบ้าน หน่วยปรับเปลี่ยนบริการให้มีการส่งยาทางไปรษณีย์ไปยังบ้านผู้ป่วย โดยมีพยาบาลด้านการดูแลแบบประคับประคองรับผิดชอบจัดระบบบริการ เพื่อลดความแออัดจากการที่คนไข้เข้ามาใช้บริการในห้องตรวจผู้ป่วยนอกตามมาตรการลดการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล (ร้อยละ 50) โดยทีมสหสาขาวิชาชีพจะร่วมกันประเมินผู้ป่วยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการคงที่หรือไม่ หากมีอาการคงที่จะทำการส่งยาทางไปรษณีย์ ทั้งนี้ โรงพยาบาล จ. มีความเข้มงวดในการจัดส่งยาทางไปรษณีย์โดยจะมีเจ้าหน้าที่ในหน่วยเภสัชกรรมตรวจสอบการเบิกยา และการบรรจุยา เพื่อป้องกันความผิดพลาดของการจัดส่งยา

4. การประชุมครอบครัว (family meeting) หน่วยจะทำการนัดหมายญาติทุกคนเข้าร่วม family meeting ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกให้ได้มากที่สุด แต่ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 จะมีการจำกัดจำนวนญาติเพียงหนึ่งถึงสองคน และใช้วิดีโอคอล (telemedicine) ผ่าน LINE application แทน

แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของโรงพยาบาล จ. ให้ความสำคัญกับการจัดบริการสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคองให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม จึงมีการปรับวิธีการดูแลผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์ อิเล็กทรอนิกส์และ application ในการสื่อสาร ให้คำแนะนำ การปรึกษาระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ เพื่อลดการสัมผัสใกล้ชิด สำหรับการเข้าเยี่ยมดูแลผู้ป่วยกลุ่ม dying stage หน่วยจะสวมอุปกรณ์ ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment, PPE) ตามคำแนะนำของหน่วยเวชศาสตร์สังคม แต่ ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่รุนแรงมากขึ้น หน่วยจะทำการประเมินพยากรณ์โรค หากผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายในช่วงเวลาที่ใกล้จะเสียชีวิต (ช่วง 72 ชั่วโมงสุดท้าย) จะมีการแนะนำให้ปรับ รูปแบบการบริหารยาจากรูปแบบรับประทานเป็นการบริหารยาผ่านชั้นใต้ผิวหนังด้วยเครื่องมือ sure fuser ทั้งนี้ ต้องมีการประสานงานเครือข่ายในพื้นที่เพื่อแจ้งข้อมูลการปรับรูปแบบยาของคนไข้ โดยบุคลากรใน โรงพยาบาล จ. จะมีระบบกำกับติดตามการใช้ยาอย่างรัดกุม

จากแนวทางที่หน่วยดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ร่วมกันวางแผนและนำมาปฏิบัติในการดูแล ผู้ป่วย ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่ การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การปรับตัวและความ ร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ แบ่งหน้าที่ในการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน การ ประยุกต์ใช้องค์ความรู้ ประสบการณ์ คำแนะนำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจากสมาคมวิชาชีพที่ เกี่ยวข้อง จัดทำแนวทางในการให้บริการและมาตรการที่เกี่ยวข้องภายในหน่วยงานอย่างเหมาะสม มีการ ประสานงานเครือข่ายในพื้นที่ให้รับทราบและร่วมบริหารจัดการ รวมถึงการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและ เอกชน อย่างไรก็ตาม ในช่วงแรกของการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ข้อจำกัดของการพัฒนาผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง ผู้ป่วยสูงอายุที่มีความเสี่ยงหรือติดเชื้อจะถูกแยกกักตัวซึ่งจะมีความรู้สึกโดดเดี่ยว ในกรณีที่ อาการแย่งผู้ป่วยอาจไม่มีโอกาสได้พูดคุยกับญาติและอาจเสียชีวิตโดยที่มิได้สั่งเสีย ซึ่งหน่วยดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองสามารถช่วยในเรื่องของการประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงบริหารจัดการให้ เกิดโอกาสที่ผู้ป่วยและญาติสื่อสารกันได้โดยผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่มีความปลอดภัยได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จัดเป็นผู้ป่วยที่มี life threatening disease หน่วยดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยสื่อสารกับผู้ป่วยและ ญาติ ช่วยดูแลวางแผนการรักษาล่วงหน้า (advance care plan) ร่วมกัน ซึ่งในประเทศไทยความรู้ความเข้าใจ ในเรื่องนี้ยังไม่กว้างขวาง ยังมีการปฏิบัติตามแนวทางนี้ค่อนข้างน้อย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในกรณีที่ผู้ป่วยเข้าสู่ ระยะใกล้เสียชีวิตและอาจจะหมดความสามารถในการตัดสินใจ

4.7.5 โรงพยาบาล จ.

การปรับรูปแบบการให้บริการเพื่อมุ่งสู่ New Normal Pharmacy Service เป็นโครงการปรับ รูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมของโรงพยาบาล จ. ภายใต้แนวคิด “ลด เร่ง สร้าง” เพื่อลดการมาโรงพยาบาล เพื่อลดความแออัด ลดความเสี่ยงการติดเชื้อ COVID-19 และสร้างรูปแบบบริการใหม่ คือ พัฒนาระบบเพื่อลด ปริมาณผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลและคัดเลือกผู้ป่วยที่มีการใช้ยาไม่ซับซ้อนและมีอาการทางคลินิก คงที่ จึงมีการพัฒนาระบบสารสนเทศเชื่อมต่อข้อมูลและส่งยาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

ช่องทางการกระจายยาแบบ new normal มีศูนย์กระจายยาโรงพยาบาล การรับยาที่ร้านยา การรับยาทางไปรษณีย์ การรับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโครงการอสม. รวมไปถึง โดยโรงพยาบาล จ. ได้มีการพัฒนาระบบที่สามารถคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการ เช่น เป็นกลุ่มควบคุมโรคได้ดี (good control) มีการให้บริการส่งยาทางไปรษณีย์ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอาการคงที่ในระยะแรก และมีการขยายบริการมากกว่า 4 กลุ่มโรคข้างต้น เช่น โรคต่อ โรคต่อมลูกหมากโต และบางโรคตามดุลพินิจของแพทย์

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จ คือ ความร่วมมือของผู้รับบริการและบุคลากรที่เป็นผู้ให้บริการภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้โรงพยาบาลสามารถลดความแออัดของจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลและเพิ่มการเข้าถึงที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการยังมีข้อจำกัดด้านปัญหานำส่งยาทางไปรษณีย์ไม่สำเร็จ ไม่มีระบบการยืนยันที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ ดังนั้น จำเป็นต้องมีการยืนยันและตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยให้ถูกต้องเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว รวมทั้งควรมีการเพิ่มจำนวนเครือข่ายร้านยาให้ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัด และจัดยาให้ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม และสิทธิสวัสดิการข้าราชการ สามารถไปรับยาที่ร้านยาโดยไม่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการดังกล่าวมากขึ้น

4.7.6 โรงพยาบาล ฉ.

การทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เนื่องด้วยการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 แต่ละระลอกมีความรุนแรงของการแพร่ระบาด และมีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อที่แตกต่างกัน ทำให้โรงพยาบาล ฉ. ต้องสร้างการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาด โดยเฉพาะในช่วงการระบาดหนักในพื้นที่จังหวัดทำให้โรงพยาบาลต้องเร่งค้นหาผู้ติดเชื้อเพื่อให้สามารถควบคุมการแพร่ระบาดให้รวดเร็วที่สุด

1. การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพภายในโรงพยาบาล โรงพยาบาล ฉ. ได้จัดประชุมร่วมกันระหว่างผู้บริหารและหัวหน้าหน่วยงานของแต่ละแผนก เพื่อทบทวนมาตรการและประเมินสถานการณ์การระบาดอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับเปลี่ยนรูปแบบการทำงานให้ตอบสนองต่อสถานการณ์การระบาดในปัจจุบัน รวมถึงการประชุมร่วมกันของเจ้าหน้าที่ในแต่ละหน่วยงาน เพื่อวางแผนปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น จากการทบทวนมาตรการภายในโรงพยาบาลเป็นการช่วยสร้างความตระหนักให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติได้ปฏิบัติตามมาตรการได้อย่างถูกต้อง และลดความเสี่ยงในการติดเชื้อภายในบุคลากรของโรงพยาบาลร่วมด้วย รวมถึงได้เปิด group line เฉพาะกิจ ที่รวมทุกสหสาขาวิชาชีพที่ครอบคลุมทุกแผนกในโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ คนขับรถ เจ้าหน้าที่เอกซเรย์ นักกายภาพบำบัด และวิชาชีพอื่น ๆ สำหรับใช้สื่อสารและเป็นช่องทางกลางของโรงพยาบาลในการทำงานช่วง COVID-19 อีกทั้งการวางแผนการใช้อัตรากำลังบางหน่วยงานที่มีการลดภาระงาน เช่น หน่วยบริการผ่าตัดเคสที่ไม่ฉุกเฉิน หน่วยบริการทันตกรรม งานแพทย์แผนไทย แผนจีน งานกายภาพ เพื่อเป็นกำลังเสริมในจุดที่มีการให้บริการงานเกี่ยวกับ COVID-19 เช่น การให้ทันตแพทย์มาช่วยงานคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 เป็นต้น และมีการปรับรูปแบบการให้บริการที่ไม่เร่งด่วนโดยลดจำนวนการให้บริการลง และจัดสรรบุคลากรสำหรับงานที่จำเป็น ให้เจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล มาขึ้นเวรดูแลคนไข้เพิ่ม

2. การทำงานร่วมกับสหวิชาชีพภายนอกโรงพยาบาล ในช่วงการระบาดครั้งใหญ่ของจังหวัดในเดือนธันวาคม ปี 2563 โรงพยาบาลได้ทำงานร่วมกับหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลหลายหน่วยงานเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงงานอุตสาหกรรม และชุมชนที่อยู่ละแวกใกล้เคียง เช่น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่ รพ.สต. ใกล้บ้านเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล การให้ความร่วมมือและสนับสนุนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ตรวจคัดกรอง COVID-19 คนในชุมชน ตลาดชุมชน และแรงงานในโรงงาน อีกทั้งให้การสนับสนุนงบประมาณสำหรับจัดซื้อเตียงผู้ป่วยและเครื่องมือแพทย์ให้โรงพยาบาล ฉ. เพื่อใช้สำหรับให้บริการสุขภาพผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลไม่ได้ทำงานร่วมกับสหวิชาชีพเฉพาะในช่วง COVID-19 เท่านั้น แต่มีการทำงานร่วมกับหน่วยงานดังกล่าวก่อนการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 แล้ว เช่น การฝึกซ้อมแผนเพื่อรับมือการเกิดโรคใช้หัวดันร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์การบริหารส่วนตำบลที่เคยจัดขึ้น

จากการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพจากหลายหน่วยงานทำให้เกิดความต่อเนื่องของการให้บริการสุขภาพผู้ป่วยในช่วงที่โรงพยาบาลกำหนดมาตรการลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล นอกจากนี้ โรงพยาบาล ฉ. สามารถค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ได้อย่างรวดเร็วจากความร่วมมือของหน่วยงานทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลในช่วงการแพร่ระบาดรุนแรงในจังหวัด อย่างไรก็ตาม แม้ว่าโรงพยาบาลได้ทำงานร่วมกับสหวิชาชีพเพื่อร่วมกันควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 แต่ยังไม่เพียงพอสำหรับการรับมือสถานการณ์การระบาดที่เกิดขึ้น ทุกภาคส่วนต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานและวางแผนการรับมือมากขึ้น ทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานด้านสังคม และหน่วยงานด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

4.7.7 โรงพยาบาล ช.

การกำหนดมาตรการคัดกรองผู้ป่วยและญาติ เป็นแนวปฏิบัติที่โรงพยาบาล ช. สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้ดี สาเหตุที่ทำให้โรงพยาบาล ช. ต้องเข้มงวดกับการปฏิบัติตามมาตรการคัดกรองคนไข้และญาติก่อนเข้ามารับบริการในโรงพยาบาลนั้นเกิดจากโรงพยาบาลเคยเกิดคลัสเตอร์ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 21 คน โดยติดเชื้อจากญาติคนไข้ที่เดินทางจากกรุงเทพมหานครเข้ามาเยี่ยมญาติในโรงพยาบาล ซึ่งในช่วงที่มีการระบาดระลอกแรกนั้นโรงพยาบาลไม่ได้มีการคัดกรองที่เข้มงวด (มีเพียงการซักประวัติและวัดอุณหภูมิเท่านั้น) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดในโรงพยาบาลขึ้นอีกจึงเพิ่มการคัดกรองคนที่เข้ามาในโรงพยาบาล ได้แก่

1. การคัดกรองผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ช. มีการตรวจคัดกรองคนไข้โดยการซักประวัติและใช้แบบสอบถามของกรมควบคุมโรคเพื่อทำการคัดกรองคนไข้และแยกกลุ่มเสี่ยง กรณีที่คนไข้มีประวัติเสี่ยงสูงหรือเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงสูง มีอาการและจำเป็นต้องทำการ swab ที่คลินิก ARI นอกจากนี้ โรงพยาบาลได้มีการกำหนดจุดคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาตามหน่วยงานต่าง ๆ การกำหนดทางเข้า-ออกโรงพยาบาลทางเดียว และการกำหนดทางออกเฉพาะสำหรับเจ้าหน้าที่ ในช่วงการระบาดระลอกแรกใช้เทอร์โมมิเตอร์ในการตรวจอุณหภูมิ แต่หลังจากที่พบผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาลจึงมีการเปลี่ยนเป็น

เครื่อง body scan แบบมีฉากกันและกำหนดพื้นที่ที่อากาศสามารถถ่ายเทได้ดี เพื่อควบคุมการติดเชื้อและแพร่กระจายของเชื้อในโรงพยาบาล

2. การคัดกรองผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาล ช. กำหนดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยและญาติด้วยการทำ swab และผลต้องเป็นลบ (negative) ก่อนเข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน และจำกัดจำนวนญาติที่ดูแลคนไข้ตลอดระยะเวลาที่คนไข้เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้จำนวน 1 คนเท่านั้น โดยญาติ 1 คนจะต้องมีบัตรเฝ้าไข้ 1 ใบสำหรับการดูแลคนไข้และจะไม่มี การเปลี่ยนญาติที่เฝ้าคนไข้โดยเด็ดขาด แต่กรณีที่คนไข้ใกล้เสียชีวิต (end of life) โรงพยาบาลจะอนุโลมให้ญาติที่ใกล้ชิดสามารถเข้ามาเยี่ยมเพื่อใช้เวลาในช่วงสุดท้ายก่อนคนไข้จะเสียชีวิตในโรงพยาบาลได้ แต่ญาติต้องผ่านกระบวนการคัดกรองตามจุดคัดกรองที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ เมื่อผลเป็นลบเจ้าหน้าที่ที่จุดคัดกรองจะโทรมาแจ้งและให้ญาติที่มีบัตรเฝ้าไข้เดินทางไปรับญาติด้วยตนเอง

การดำเนินงานตามมาตรการดังกล่าวทำให้โรงพยาบาล ช. มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 น้อยที่สุดในเขตสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นความสำเร็จของโรงพยาบาล ที่สามารถควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จ คือ การสื่อสารและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการสัมผัสความเสี่ยงหรือประวัติการเดินทางไปยังพื้นที่เสี่ยงหรือสถานที่ที่มีความแออัด เพื่อให้ง่ายต่อการคัดกรองการประเมินความเสี่ยง และการจัดรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย ทั้งนี้ จากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ระลอกสอง (เดือนธันวาคม 2563) โรงพยาบาล ช. ยังเพิ่มการคัดกรองคนที่เดินทางเข้ามาในพื้นที่ มีการเก็บข้อมูลส่วนตัว ประวัติการเดินทาง และการคัดกรองพื้นที่เสี่ยงด้วยการบันทึกข้อมูลลงใน Google form ตามมาตรการของสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ร่วมกับคณะกรรมการ EOC ของจังหวัด หลังจากนั้นจะมีเจ้าหน้าที่พิจารณาข้อมูลและติดต่อคนเดินทางจากพื้นที่เสี่ยงมาโรงพยาบาลเพื่อทำการ swab เป็นการคัดกรองตามนโยบายของโรงพยาบาลเพื่อหากกลุ่มเสี่ยงให้ได้เร็วที่สุดเป็นการป้องกันการระบาดเพิ่มจำนวนมากขึ้น

อัตรากำลังที่ไม่เพียงพอต่อการจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ไปปฏิบัติหน้าที่ทั้งการให้บริการสุขภาพแก่กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 และการบริการอื่นที่ถูกเพิ่มเข้ามาในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เช่น การคัดกรองด้วยการซักประวัติคนไข้ การ swab และการฉีดวัคซีน เป็นต้น จึงเกิดปัญหาภาระงานที่เพิ่มขึ้นนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ และทำให้การรักษาผู้ป่วยเกิดความล่าช้ามากขึ้น โรงพยาบาลควรมีการกำหนดแผนอัตรากำลังเสริมเพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากรในกรณีฉุกเฉิน หรือเกิดการติดเชื้อของผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก เพื่อเป็นการลดภาระงานให้บุคลากรทางการแพทย์ และช่วยให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4.8 สรุปผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทางการแพทย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุและผลลัพธ์ด้านสุขภาพในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เป็นผลจากมาตรการของโรงพยาบาลที่มีการกำหนดนโยบายและมาตรการให้สอดคล้องกับ

มาตรการระดับประเทศที่กำหนดโดยศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) โดยทุกโรงพยาบาลมีนโยบายมุ่งเน้นด้านการลด งด เลื่อน การตรวจรักษา การทำหัตถการและการผ่าตัด รวมถึงการปรับเปลี่ยนการให้บริการด้วยวิธีอื่น ตลอดจนการปรับลดจำนวนผู้ปฏิบัติงานและลดจำนวนเตียงผู้ป่วย เพื่อลดการสัมผัสและป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของผู้ป่วยและบุคลากร สามารถสรุปมาตรการของโรงพยาบาลที่ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ดังนี้

1. มาตรการลด/งดการให้บริการผู้ป่วย โดยลดจำนวนผู้ป่วยนอกให้บริการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการหนัก แรงดัน หรือฉุกเฉินเท่านั้น มีการงด เลื่อนบริการผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วนที่มาจากพื้นที่เสี่ยง และมีการงดให้บริการกลุ่มงานที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ผลของมาตรการลด/งดการให้บริการ ทำให้ผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับบริการดังกล่าวถูกงดและเลื่อนการบริการ เช่น ผู้ป่วยภาวะหลอดเลือดหัวใจตีบ มีการเพิ่มระยะเวลาการรอคอยเพื่อเข้ารับการรักษาผ่าตัดนานขึ้นส่งผลต่อผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วย โดยพบว่า ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ เมื่อกลับมารักษามีอาการที่รุนแรงมากขึ้น จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยมีการดำเนินไปของโรคเพิ่มขึ้นเนื่องจากการกำหนดมาตรการของโรงพยาบาลในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถได้รับบริการสุขภาพได้ทันที

2. มาตรการจัดบริการเสริมหรือทดแทน มี 2 รูปแบบ 1) การบริการแบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) โดยใช้เทคโนโลยีสำหรับใช้ทดแทนบริการหรือกิจกรรมที่ไม่สามารถทำได้ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เช่น การเลื่อนนัดผู้ป่วย การติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพ ตลอดจนการให้ข้อมูลสุขภาพ 2) การเพิ่มช่องทางการรับยา เช่น การส่งยาทางไปรษณีย์ การรับยาที่ร้านยาใกล้บ้าน การรับยาแบบ drive-thru สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการคงที่และไม่เร่งด่วน ผลของมาตรการจัดบริการเสริมหรือทดแทนด้วยการใช้เทคโนโลยีให้บริการแก่ผู้สูงอายุของโรงพยาบาล เช่น การติดตามอาการของผู้ป่วยโดยใช้ telemedicine และจัดส่งยาให้ผู้ป่วยทางไปรษณีย์แทนให้กับผู้สูงอายุที่มีอาการคงที่ เช่น กลุ่มโรคเรื้อรัง เบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาการแย่ลง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตา/การได้ยิน และขาดผู้ดูแล บางรายขาดการติดต่อกับโรงพยาบาลด้วยปัญหาไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลและช่องทางการติดต่อสื่อสารของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการเสริมหรือทดแทนทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้เข้าถึงการบริการสุขภาพได้น้อยลง

3. มาตรการปรับการให้บริการในโรงพยาบาล เช่น การปรับระยะเวลาให้บริการ การเพิ่มการคัดกรองโรคติดเชื้อ COVID-19 ก่อนให้บริการและก่อนทำหัตถการหรือผ่าตัด การปรับพื้นที่ให้บริการแยกพื้นที่สำหรับผู้ป่วย COVID-19 รวมถึงการลดจำนวนเตียง (ทั้งเตียงผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยหนัก) และการเว้นระยะห่างระหว่างเตียงผู้ป่วย และการปรับอัตรากำลัง เพื่อลดการสัมผัสผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยและบุคลากร ตลอดจนการจัดสรรกำลังคนไปปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 ผลของมาตรการลด/งดการให้บริการในโรงพยาบาล และการปรับพื้นที่ให้บริการด้วยการลดจำนวนเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วย COVID-19 ทำให้เกิดผลกระทบกับผู้ป่วยทั่วไป (non COVID-19 patient) เข้าไม่ถึงหรือเสียโอกาสในการรักษา บาง

รายการรักษานานจนทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบต้องมารับการรักษาเร่งด่วน และการจำกัดการเฝ้าของญาติผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยใน ทำให้ผู้ป่วยและญาติใช้เวลาในช่วงสุดท้ายของชีวิตร่วมกันได้น้อยลงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยและญาติ

ทั้งนี้ ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 คือ ปัจจัยส่วนบุคคล โดยการระบาดระลอกแรกผู้สูงอายุเกิดความกลัวและไม่กล้าเดินทางมาโรงพยาบาล แต่หลังจากการแพร่ระบาดระลอกสองและระลอกสามผู้สูงอายุถูกเว้นระยะเวลาในการพบแพทย์นานขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดและความวิตกกังวลต่อสุขภาพของตนทำให้เกิดความรู้สึกอยากมาโรงพยาบาลมากขึ้น แม้ว่าโรงพยาบาลจะมีการกำหนดมาตรการเพื่อให้ผู้ป่วยยังได้รับบริการสุขภาพในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 แต่การที่ผู้ป่วยไม่พบแพทย์นานเกินไปทำให้ผู้ป่วยไม่เคร่งครัดต่อคำแนะนำ จึงอาจกล่าวได้ว่า การกำหนดมาตรการของโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อสุขภาพการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้เป็นการสรุปจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดมาตรการของประเทศและโรงพยาบาล และการสัมภาษณ์บุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาล 7 แห่งซึ่งเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ แต่ยังขาดมุมมองของผู้รับบริการสุขภาพในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 จะทำให้สามารถวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล

5.1 สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ต่อระบบบริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในรายงานฉบับนี้ เป็นงานวิจัยที่ใช้ทั้งวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ หรือ mixed methods ประกอบด้วย การทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และการวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยระดับโรงพยาบาล 5 แห่ง ร่วมกับการทบทวนเอกสารของโรงพยาบาลและการสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลที่คัดเลือกเป็นพื้นที่ศึกษาทั้ง 7 แห่ง (มีโรงพยาบาล 2 แห่งที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงฐานข้อมูลผู้ป่วย) ซึ่งกระจายทุกภูมิภาคและในกรุงเทพมหานคร โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์สามารถนำมาใช้ประกอบการอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และปัจจัยบริบทพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ต่อการให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาล และการเข้าถึงบริการสุขภาพทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยทั่วไป โดยมีข้อสรุปและอภิปรายผลการศึกษาที่สำคัญ ดังนี้

5.1.1 ผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ต่อระบบบริการสุขภาพ และแนวทางการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพ

จากการศึกษานี้ พบว่า ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษาได้กำหนดนโยบายและมาตรการที่สอดคล้องกับศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) ระดับประเทศและจังหวัด มาตรการเหล่านี้ได้ถูกปรับเปลี่ยนให้มีความเข้มงวดและผ่อนคลายตามความรุนแรงของการระบาด โดยเฉพาะอย่างยิ่งจำนวนผู้ติดเชื้อในพื้นที่ และแนวโน้มที่จะมีผู้ติดเชื้อเดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดรุนแรงเข้ามาในจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล แนวทาง/มาตรการจัดการระบบบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลกำหนดขึ้นในช่วงการระบาดครอบคลุมการดำเนินการในทุกแผนกที่เป็นขอบเขตของการศึกษานี้ ทั้งแผนกที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการคัดกรองและรักษาผู้ป่วย COVID-19 และแผนกที่ดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ โรงพยาบาลทุกแห่งมุ่งเน้นด้านการลด จด เลื่อน การตรวจรักษา การทำหัตถการและการผ่าตัดที่ไม่เร่งด่วน รวมถึงการปรับเปลี่ยนการให้บริการและนำวิธีการ/เทคโนโลยีต่าง ๆ มาเสริมหรือทดแทน โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะลดการเดินทางมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงและคงที่ ในขณะเดียวกันก็ยังคงคุณภาพของการบริการทั้งการตรวจวินิจฉัย การรักษาพยาบาล และการติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

ส่วนการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลเพื่อรองรับความต้องการบริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจากการติดเชื้อ COVID-19 ประกอบด้วย การจัดสรรอัตรากำลังและจัดสรรเตียงผู้ป่วยเพื่อรองรับทั้งผู้ป่วยโรค COVID-19 และผู้ป่วยอื่น ๆ การใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลรวมถึงใช้ระบบการสื่อสารมาเสริมการทำงาน เพื่อลดการสัมผัสและป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง รวมถึงระบบและอุปกรณ์สนับสนุนการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล เช่น อุปกรณ์ป้องกันส่วน

บุคคล ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ระบาด ระบบสื่อสารนโยบายของโรงพยาบาล การฝึกอบรมให้ความรู้กับบุคลากร ระบบการจัดการหากมีบุคลากรติดเชื้อในโรงพยาบาล

กลุ่มบริการสุขภาพที่ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก เช่น แผนกที่รักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แผนกสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แผนกเวชศาสตร์ป้องกันและฟื้นฟู แผนกทันตกรรม มีแนวทางการจัดการแบบคง/ลด/เลื่อนการบริการในโรงพยาบาลเพื่อลดความแออัดในพื้นที่ให้บริการ โดยให้บริการผู้ป่วยในรูปแบบอื่นๆ ทดแทนการมารับบริการที่โรงพยาบาล ส่วนการทำหัตถการและการผ่าตัดซึ่งเป็นการบริการสุขภาพที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อสูงเนื่องจากไม่สามารถเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดได้ โดยเฉพาะการผ่าตัดซึ่งมีบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก มีแนวทางการจัดการ คือ เลื่อนการให้บริการในกรณีที่ไม่ฉุกเฉินเร่งด่วน หรือส่งต่อการรักษา ส่วนกรณีที่จำเป็นต้องทำหัตถการ/การผ่าตัดฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ป่วยต้องได้รับผลการตรวจหาเชื้อ COVID-19 ก่อนการผ่าตัด เพื่อความปลอดภัยของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดและความสะดวกในการทำงานโดยไม่ต้องใส่ชุด PPE เป็นระยะเวลานาน นอกจากนี้ การให้บริการเยี่ยมบ้านหรือบริการเชิงรุกในชุมชนเพื่อการดูแลระยะยาวและการดูแลแบบประคับประคอง มีแนวทางการจัดการคือ งดการให้บุคลากรไปพบผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชน โดยบางสถานพยาบาลให้เครือข่ายการดูแลในชุมชนไปพบผู้ป่วยหรือสื่อสารกับญาติผู้ป่วยแทนเพื่อความปลอดภัยของการดูแล นอกจากนี้แผนกผู้ป่วยในซึ่งจำเป็นต้องเตรียมการรับมือเพื่อรักษาทั้งผู้ป่วย COVID-19 และผู้ป่วยอื่น ๆ มีการปรับขั้นตอนการบริการแผนกผู้ป่วยใน คือ เพิ่มการตรวจคัดกรองความเสี่ยงของการติดเชื้อ COVID-19 ของผู้ป่วยและบุคลากร ปรับพื้นที่รองรับผู้ป่วยทั้งหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยวิกฤติ จำกัดการเฝ้าในหอผู้ป่วย การจัดสรรบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ผ่านอุปกรณ์การสื่อสาร ซึ่งมาตรการของโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ความรุนแรงของการระบาดในจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล

จากผลการศึกษา พบว่า การกำหนดมาตรการของโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน โดยขึ้นอยู่กับขนาดของโรงพยาบาล และบริบทของพื้นที่แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โรงเรียนแพทย์มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการปรับรูปแบบบริการช่วง COVID-19 เช่น การพัฒนา application ของโรงพยาบาลสำหรับติดตามอาการและให้คำแนะนำในการให้บริการผู้ป่วย ส่วนโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปใช้โทรศัพท์เป็นเครื่องมือสื่อสารหลักระหว่างผู้ป่วยและบุคลากร นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังมีการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยให้ไปรับบริการยังสถานพยาบาลเครือข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้ชิดชุมชน การลดการให้บริการผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นเร่งด่วน ตลอดจนการปรับรูปแบบการให้บริการสุขภาพของโรงพยาบาลนั้น ไม่แตกต่างจากมาตรการที่ดำเนินการอยู่ในหลายประเทศ ดังจะเห็นได้จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก (22) ที่พบว่ารัฐบาลมีนโยบายให้สถานพยาบาลชะลอหรือหยุดการให้บริการชั่วคราวในหลายหน่วยบริการ โดยเฉพาะหน่วยบริการเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อและบริการที่ไม่จำเป็นเร่งด่วน รวมถึงการให้บริการผู้ป่วยภายใต้ข้อจำกัดของการทำงานในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทั้งการจัดสรรบุคลากรทางการแพทย์ และการปรับรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยด้วยการนำระบบการแพทย์ทางไกลมาใช้

ในทำนองเดียวกัน หน่วยงานในประเทศมาเลเซีย แนะนำให้ปรับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยด้านการบำบัดฟื้นฟู เนื่องจากคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยที่อาจติดเชื้อ COVID-19 จากการเข้ามารับบริการในสถานพยาบาล (30) และนอกจากการนำระบบ

การแพทย์ทางไกลมาใช้แล้ว โรงพยาบาลได้ส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่มีอาการคงที่ แต่มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงเทคโนโลยีสำหรับสื่อสารกับแพทย์ และไม่มีญาติหรือผู้ดูแลที่จะพาผู้ป่วยไปรับบริการที่สถานพยาบาลใกล้บ้านที่เป็นเครือข่ายของโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลจะให้คำแนะนำแก่บุคลากรที่ทำหน้าที่แทน รวมทั้งสามารถส่งต่อผู้ป่วยกลับมายังโรงพยาบาลได้หากมีความจำเป็นเร่งด่วน จากรายงานของ World Stroke Organization (WSO) ซึ่งประเมินผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ต่อการให้บริการสุขภาพในโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่า การปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการผู้ป่วยส่งผลให้การดูแลรักษาหยุดชะงัก การสำรวจของ WSO ใน 7 ประเทศพบว่า การนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบลดลง เนื่องจากการควบคุมและป้องกันการระบาดโดยการ lockdown ตลอดจนความกังวลต่อการติดเชื้อของผู้ป่วย หากถูกส่งตัวไปโรงพยาบาลในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 (26) ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของงานวิจัยนี้ เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสำคัญเร่งด่วนที่ต้องได้รับการรักษา ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษานี้ในระดับโรงพยาบาลพบว่าอัตราการให้บริการของผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ลดลง แม้ว่าโรงพยาบาลมีมาตรการลดและงดการให้บริการผู้ป่วย แต่ก็ยังมีข้อบกพร่อง บริการที่จำเป็นเร่งด่วนยังคงมีอยู่ต่อไป (ไม่ได้ลด หรืองดทุกบริการ) ทำให้บริการระยะเฉียบพลันไม่ได้รับผลกระทบเพราะเป็นการรักษาที่ช่วยชีวิตและป้องกันความพิการ

การดูแลสุขภาพระยะกลางและระยะยาวของบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวนลดลง และหลังจากที่โรงพยาบาลผ่อนปรนมาตรการหรือเปิดให้บริการแล้ว พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่กลับมาใช้บริการในโรงพยาบาลมี Barthel ADL index แย่ลง โดยมาตรการของโรงพยาบาลในการศึกษานี้อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วย แม้ว่าจะมีการปรับรูปแบบการติดตามอาการและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ แต่ยังพบข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล หรือเข้าไม่ถึงช่องทางการสื่อสารที่โรงพยาบาลนำมาใช้ อีกทั้งการศึกษานี้ไม่สามารถอธิบายแนวโน้มของการเข้าไม่ถึงบริการของผู้ป่วย และผลทางคลินิกของการเข้าไม่ถึง จึงเป็นหนึ่งในช่องว่างของการศึกษานี้ เช่นเดียวกับการศึกษาในฮ่องกง (31) พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและขาดเลือด (Transient Ischemic Attack, TIA) ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงและล่าช้าขึ้นในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และพบข้อจำกัดการศึกษาเรื่องความเต็มใจเข้ารับบริการของผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยในการเข้ารับการรักษาในช่วง COVID-19 อีกทั้งไม่สามารถตรวจสอบเวลาจากการเพิ่มขึ้นตอนการฆ่าเชื้อระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ (การสื่อสารส่วนบุคคลพร้อมบริการรถพยาบาล) อาจส่งผลกระทบต่อความล่าช้าต่อการให้บริการได้

5.1.2 การให้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เปรียบเทียบกับช่วงก่อนการระบาด

การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในการศึกษานี้พิจารณาจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ร่วมกับการสัมภาษณ์บุคลากรในประเด็นปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โรงพยาบาลที่ศึกษามีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของอัตราการให้บริการในแต่ละกลุ่มบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน โดยขึ้นกับหลายปัจจัยทั้งปัจจัยส่วนบุคคลของ

ผู้ป่วย ปัจจัยบริบทพื้นที่และปัจจัยที่เกี่ยวกับระบบการให้บริการ ได้แก่ ช่วงเวลาและความรุนแรงของการระบาดในพื้นที่ ความเข้มงวดของมาตรการจาก EOC ที่บังคับใช้ในพื้นที่ การออกแบบมาตรการของโรงพยาบาลทั้งส่วนของผู้ป่วย COVID-19 และผู้ป่วยอื่น ๆ เพื่อรองรับการระบาดที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงเวลา การติดเชื้อภายในโรงพยาบาล ระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการดูแลต่อเนื่องในเครือข่ายชุมชนและสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน และความต้องการการรักษาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย จากนโยบายและมาตรการของโรงพยาบาลในช่วงการระบาดมีเป้าหมายเพื่อลดการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วยทั้งหมดโดยเฉพาะกลุ่มโรคเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ COVID-19 แล้วเกิดอาการรุนแรง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามการวิเคราะห์ข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีอัตราการใช้บริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงน้อยกว่ากลุ่มอายุ 0-59 ปี และการวิเคราะห์ข้อมูลระดับโรงพยาบาล พบว่า อัตราการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลต่าง ๆ มีแนวโน้มทั้งลดลง เพิ่มขึ้น และไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด ซึ่งเป็นไปได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ 1) อัตราการใช้บริการที่เพิ่มขึ้น/ลดลง เนื่องจากนโยบายและขั้นตอนที่เพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลเกี่ยวกับการรับหรือไม่รับผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลเครือข่าย และการส่งตัวผู้ป่วยกลับไปโรงพยาบาลชุมชนหรือสถานบริการปฐมภูมิใกล้บ้านเพื่อลดการเดินทางข้ามเขตของผู้ป่วยในช่วงการระบาด ซึ่งโรงพยาบาลมีการพิจารณาสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยร่วมกับเกณฑ์ทางการแพทย์อื่น ๆ ก่อนรับหรือส่งต่อผู้ป่วย 2) เกณฑ์การพิจารณาความรุนแรงด่วนฉุกเฉินของผู้ป่วยแต่ละโรงพยาบาลเพื่อรับผู้ป่วยมารักษาในโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน ซึ่งผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนมากกว่าผู้ป่วยอายุน้อย และ 3) การบันทึกข้อมูลการให้บริการสุขภาพของแต่ละโรงพยาบาลในช่วงการระบาดซึ่งมาตรการที่ทดแทน เช่น การใช้ช่องทางการสื่อสารแบบออนไลน์หรือโทรศัพท์ การส่งยาให้ผู้ป่วยเรื้อรังทางไปรษณีย์ บางโรงพยาบาลมีการบันทึกข้อมูลดังกล่าวในระบบฐานข้อมูลปกติเหมือนการที่ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาล จึงมีแนวโน้มว่าอัตราการให้บริการดังกล่าวไม่เปลี่ยนแปลง/เพิ่มขึ้น

เมื่อพิจารณากลุ่มโรคและระดับความเร่งด่วนของการรักษา พบว่า การใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่ไม่เร่งด่วนมีแนวโน้มลดลง เช่น การคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การผ่าตัดต่อกระดูกและผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า รวมถึงกลุ่มโรคและการดูแลสุขภาพบางประเภทสามารถใช้บริการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ทดแทนการมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลของผู้ป่วย เช่น การจ่ายยาเดิม (remed) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การติดตามอาการและให้คำปรึกษาในผู้ป่วย/ญาติของการดูแลแบบประคับประคอง และการเจ็บป่วยด้วยโรคใช้หวัดใหญ่ลดลงอย่างมากในทุกพื้นที่ซึ่งน่าจะเป็นเพราะมาตรการดูแลอนามัยส่วนบุคคล เช่น การสวมหน้ากาก ล้างมือ ในขณะที่การใช้บริการสุขภาพในกลุ่มโรคและบริการที่ฉุกเฉินเร่งด่วนมีแนวโน้มทั้งเพิ่มขึ้นและไม่แตกต่างจากก่อนการระบาด เช่น การรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบโดย PCI โรคหลอดเลือดสมอง การรักษาโรคมะเร็งโดยการผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัด การผ่าตัดข้อสะโพกกรณีฉุกเฉิน ซึ่งการพิจารณาความฉุกเฉินเร่งด่วนในการให้บริการเป็นการตัดสินใจโดยแพทย์ผู้ให้การรักษาซึ่งอ้างอิงจากแนวทางเวชปฏิบัติและมีเกณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้แบ่งระดับความฉุกเฉินเร่งด่วนในกลุ่มโรคดังกล่าว การให้บริการผู้ป่วยกลุ่มฉุกเฉินเร่งด่วนที่เพิ่มขึ้นในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 อาจเป็นไปได้จาก 2 สาเหตุ คือ 1) โรงพยาบาลที่วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณทั้ง 5 แห่งเป็นระดับโรงพยาบาลศูนย์และ/หรือโรงเรียนแพทย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับ

ผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย ซึ่งในช่วงการระบาด ศักยภาพในการรองรับผู้ป่วยของโรงพยาบาลเครือข่ายลดลงเนื่องจากต้องเตรียมรับมือกับผู้ป่วย COVID-19 จึงเป็นไปได้ว่าโรงพยาบาลเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ซึ่งรวมถึงผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินเร่งด่วน และ 2) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย คือ ไม่ต้องการเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพราะเกรงกลัวการติดเชื้อ COVID-19 ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแย่งจนจำเป็นต้องเข้าโรงพยาบาลและเข้าเกณฑ์ฉุกเฉินเร่งด่วน

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ที่เกี่ยวกับอัตราการใช้บริการสุขภาพในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 สอดคล้องกับการสำรวจขององค์การอนามัยโลกในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2020 (22) และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (28) ที่พบว่า การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพโรคไม่ติดต่อในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากภาครัฐมีนโยบายให้สถานพยาบาลงด/ลดการให้บริการชั่วคราว และการเปิดให้บริการเฉพาะกรณีฉุกเฉินเท่านั้น เมื่อพิจารณาข้อมูลเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุของการศึกษานี้และการศึกษาก่อนหน้า (22) พบว่า เป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบในการเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ปัญหาที่พบจากการศึกษาก่อนหน้าอีกประเด็น (22) คือ จำนวนเตียงที่รองรับผู้ป่วยมีไม่เพียงพอเพราะต้องมีการจัดตั้งหอผู้ป่วยพิเศษสำหรับผู้ติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งการศึกษานี้ไม่พบประเด็นจำนวนเตียงที่รองรับผู้ป่วยไม่เพียงพอเนื่องจากขอบเขตการวิเคราะห์ข้อมูลในช่วงปี 2563 ซึ่งการระบาดยังไม่รุนแรงเท่าปี 2564 ส่วนการศึกษาในประเทศอินเดียที่ศึกษาผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ต่อแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในของหน่วยรักษาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคมะเร็งและโรคไม่ติดต่ออื่น ๆ (25) พบว่า จำนวนผู้มารับบริการลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลการมารับบริการในเดือนกุมภาพันธ์และเดือนมีนาคม ค.ศ. 2019 ซึ่งกลุ่มโรคส่วนใหญ่สอดคล้องกับข้อค้นพบในการศึกษานี้ ยกเว้น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง ซึ่งความแตกต่างของกลุ่มโรคอาจขึ้นกับปัจจัยบริบทพื้นที่และปัจจัยที่เกี่ยวกับระบบการให้บริการดังที่กล่าวไปข้างต้น

ข้อมูลจากการศึกษาก่อนหน้า พบว่า กลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายเข้าไม่ถึงการดูแลแบบประคับประคองและการบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินด้านการระบาดของโรคติดเชื้อที่ส่งผลให้ทรัพยากรด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการรับมือ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่ได้รับการดูแล หรือได้รับการดูแลที่ไม่ครบถ้วนตามมาตรฐาน และพบว่ามีปัญหาการเข้าถึงบริการทั้งการดูแลในโรงพยาบาลและในชุมชน (32-34) ซึ่งองค์การอนามัยโลก (35) และหลายประเทศ (32, 36, 37) มีคำแนะนำว่าควรมีการผนวกการบริหารบรรเทาและการจัดการอาการทุกข์ทรมานในกลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายที่มีประสิทธิภาพเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของการบริหารจัดการทางสาธารณสุขในระหว่างเกิดภัยพิบัติ ซึ่งถือเป็นการตอบสนองทางมนุษยธรรมในภาวะวิกฤต (humanitarian crisis) เพราะหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างเหมาะสม อาจส่งผลต่อการเสียชีวิตในสถานที่และเวลาที่ไม่สมควร นำมาซึ่งประเด็นทางสังคมและจริยธรรม ซึ่งในช่วงที่เก็บข้อมูลของการศึกษานี้ พบว่ายังไม่มีมีการรวมการดูแลแบบประคับประคองอยู่ในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 ในพื้นที่ศึกษา ต่อมาในเดือนพฤษภาคม 2564 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสมาคมบริหารผู้ป่วยระยะท้าย และ Thai Palliative Care Network (38) เผยแพร่คำแนะนำการดูแลประคับประคองในผู้ป่วย COVID-19 แก่บุคลากร

ทางการแพทย์โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองอย่างมีคุณภาพมาตรฐานในวาระสุดท้ายของชีวิตและมีข้อเสนอแนะให้มีการจัดระบบบริการแบบแพทย์ทางไกลร่วมด้วย ซึ่งควรมีการศึกษาในอนาคตว่ามีการนำข้อแนะนำดังกล่าวไปใช้ในทางปฏิบัติหรือไม่อย่างไร

การศึกษาในประเทศไทยโดยจิรัฏม ศิริรัตนบัลล์และคณะ (9) ซึ่งวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน (ปีงบประมาณ 2559-2563) และผู้ป่วยนอก (ปีงบประมาณ 2561-2563) ของกองทุนสุขภาพทั้ง 3 กองทุน พบว่า ในช่วงการระบาดของ COVID-19 จำนวนผู้ป่วยนอกลดลง แต่สัดส่วนของผู้ป่วยเรื้อรังไม่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด ฤๅมลโป่งพอง ไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง ส่วนผู้ป่วยใช้หวัดใหญ่ลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ ส่วนผู้ป่วยในมีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลงในช่วงสั้น ๆ (เม.ย.-พ.ค.63) แล้วกลับมาเพิ่มสูงขึ้น แต่ค่าเฉลี่ยวันนอนต่อครั้งและค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ต่อรายสูงขึ้นสะท้อนได้ว่าผู้ป่วยในมีอาการรุนแรงซับซ้อนขึ้น

5.1.3 ผลกระทบด้านสุขภาพในสถานพยาบาลของผู้สูงอายุ จากการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

ผลกระทบด้านสุขภาพในการศึกษานี้ส่วนหนึ่งได้จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลผู้ป่วยในของกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และฐานข้อมูลผู้ป่วยของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ซึ่งสามารถแสดงผลลัพธ์ทางสุขภาพเป็นอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย (ในและนอกโรงพยาบาล) และการนอนโรงพยาบาลซ้ำหลังจากจำหน่ายออกจากแผนกผู้ป่วยใน นอกจากนี้ การศึกษานี้ได้ข้อมูลผลกระทบด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจากการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ให้การรักษารักษาผู้ป่วยและมีกรณีตัวอย่างจากการสัมภาษณ์บุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยซึ่งติดตามผลการรักษาผู้ป่วยในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในปี 2563 ซึ่งในขณะนั้นโรงพยาบาลที่ศึกษา ยังไม่มีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและไม่มีการติดตามวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูลที่กล่าวข้างต้นพบว่า ในช่วงการระบาด ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (แผนกผู้ป่วยใน) มีอัตราการเสียชีวิตไม่แตกต่างจากช่วงก่อนการระบาด ทั้งการเสียชีวิตในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล (30 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล) ในขณะที่ผลการศึกษาระดับโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มอายุ และแต่ละสิทธิการรักษาพยาบาล โดยพบทั้งอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น/ลดลง (เล็กน้อย) และไม่แตกต่าง เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการระบาด ซึ่งอาจมีสาเหตุเนื่องมาจากผลลัพธ์สุขภาพเรื่องการเสียชีวิตเป็นผลลัพธ์สุดท้าย (final outcome) ที่อาจต้องใช้เวลาในการสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงในระยะยาวและอัตราการเสียชีวิตของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในช่วงการระบาดปี 2563 ต่ำกว่าร้อยละ 2 ส่วนผลกระทบของการระบาดต่อโรคอื่น ๆ อาจไม่สามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงของการเสียชีวิตในผู้ป่วยได้จากการระบาดใน 1 ปีแรก (ปี 2563) เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงก่อนการระบาด

ดังนั้น ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แพทย์และบุคลากรผู้ให้การรักษามองช่วยอธิบายเสริมในประเด็นผลลัพธ์สุขภาพระยะกลาง (intermediate outcome) เช่น ผลระดับน้ำตาลในเลือด อัตราการกรองของเสียของไต การดำเนินไปของโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งบุคลากรที่ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกตั้ง

ข้อสังเกตว่าผู้ป่วยมีผลลัพธ์การรักษาที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงการระบาด เนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้รับการบริการอย่างต่อเนื่อง และมาตรการที่โรงพยาบาลออกแบบในช่วงการระบาดเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ (เช่น การเลื่อนนัด การงดบริการในบางแผนก เทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล) บางรายมีอาการแย่งจนจำเป็นต้องมาโรงพยาบาลและรักษาอย่างเร่งด่วนซึ่งการตอบสนองต่อการรักษาอาจไม่ดีเท่าการรักษาตอนที่ไม่มีอาการ นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางส่วนขาดความต่อเนื่องในการติดตามอาการเป็นระยะเวลานานเนื่องจากถูกเลื่อนนัดหรือได้รับมาตรการอื่นทดแทนการพบแพทย์อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยไม่เคร่งครัดต่อคำแนะนำของแพทย์ เช่น การควบคุมอาหาร การกินยาต่อเนื่องตามแพทย์สั่ง หรืออาจเกิดความเครียดและวิตกกังวลโดยเฉพาะผู้สูงอายุ และเมื่อกลับมาติดตามการรักษาอีกครั้งพบว่าอาการของโรคไม่สามารถควบคุมได้หรืออาการโรคดำเนินไปมากขึ้น ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคไตเรื้อรังร่วมด้วยเมื่อขาดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพจึงทำให้มีค่าการทำงานของไตลดลงจนเป็นไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต

สำหรับผลกระทบด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการหัตถการและการผ่าตัดในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โรงพยาบาลในพื้นที่ศึกษาไม่มีการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างชัดเจน แต่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีข้อกังวลว่า การเลื่อนการรักษาออกไปอาจส่งผลต่อการดำเนินไปของโรคและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เช่น กรณีโรคมะเร็งหรือเนื้องอกที่อาจเกิดการลุกลามหากมีการเลื่อนการผ่าตัด และกรณีโรคหัวใจและหลอดเลือดอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเฉียบพลันหรือเสียชีวิตหากไม่ได้รับการผ่าตัด ดังนั้นการพิจารณาเพื่อจัดระดับความเร่งด่วนของการรักษาภายใต้สถานการณ์ที่โรงพยาบาลต่าง ๆ มีนโยบายให้ลด/เลื่อนการให้บริการเป็นความท้าทายที่ต้องอาศัยประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการพิจารณาตัดสินใจคัดเลือกผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและเกิดประสิทธิผลสูงสุด ซึ่งควรมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานของประเทศที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับของสถานพยาบาลสามารถนำไปใช้เพื่อประเมินสถานะผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว เพื่อตัดสินใจความเร่งด่วนและฉุกเฉินของอาการสำคัญและสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมตามลำดับความเร่งด่วน (triage) ยกตัวอย่างเช่น แนวทางจัดลำดับการผ่าตัดในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของประเทศแคนาดา (39) ซึ่งพิจารณาจากเกณฑ์ทางการแพทย์ ทรัพยากรด้านสุขภาพ ลำดับความเร่งด่วน แนวทางขององค์การอนามัยโลกที่ให้พิจารณาการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพและการจัดลำดับการดูแลรักษาผู้ป่วยจากประเด็นด้านจริยธรรมและความเป็นธรรมในช่วงการระบาดซึ่งทรัพยากรจำกัด (24) ในประเทศไทยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เพื่อให้สถานพยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางการดูแลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ ร่วมกับการคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรจากการติดเชื้อ COVID-19 หากจำเป็นต้องทำหัตถการที่มีการแพร่กระจายแบบละอองฝอย (aerosol-generating procedures) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (40)

การศึกษานี้พบว่า ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลลดลงในช่วงการระบาด ซึ่งอาจเป็นเพราะโรงพยาบาลต้องวางแผนการรักษาและจำหน่ายผู้ป่วยให้เร็วขึ้น อีกทั้งยังพบว่ามาตรการของโรงพยาบาลที่จำกัดการให้ญาติเฝ้าในหอผู้ป่วย เป็นอุปสรรคต่อการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและวิธีการดูแล

ที่บ้านในกรณีผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายออกจากแผนกผู้ป่วยใน ซึ่งการลดระยะเวลาอนโรงพยาบาลและข้อจำกัดของการสื่อสารกับญาติผู้ป่วยอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลสุขภาพระยะกลาง การดูแลสุขภาพระยะยาว และการดูแลแบบประคับประคองก่อนการเสียชีวิต ปัจจุบันยังไม่ได้มีการเก็บข้อมูลการป่วยหรือการเสียชีวิตในช่วงการระบาด แต่มีข้อมูลจากบุคลากรผู้ให้บริการด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูกล่าวว่า หลังจากโรงพยาบาลผ่อนปรนมาตรการลด/งดบริการและเปิดให้บริการแบบปกติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนหนึ่งที่กลับมาใช้บริการในโรงพยาบาลมีสถานะสุขภาพที่แย่ลง ซึ่งสะท้อนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ลดลง อาจเป็นผลมาจากการไม่ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าโรงพยาบาลมีการออกแบบมาตรการเสริมเพื่อติดตามอาการและให้คำปรึกษาผู้ป่วย/ผู้ดูแลโดยใช้เครื่องมือสื่อสาร แต่ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ด้วยข้อจำกัดจากปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ลำพังหรือไม่มีผู้ดูแล และเข้าไม่ถึงช่องทางการสื่อสารที่โรงพยาบาลนำมาใช้ ส่วนการปรับปรุงแบบบริการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตโดยเฉพาะในโรงพยาบาล บุคลากรของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งให้ข้อมูลว่า ผู้ป่วยจำเป็นต้องอยู่โดดเดี่ยวเพราะจำกัดญาติในการเข้าเยี่ยม อาจทำให้ผู้ป่วยและญาติได้ใช้เวลาร่วมกันในช่วงสุดท้ายของชีวิตน้อยลง ทำให้ทั้งสองฝ่ายได้รับผลกระทบด้านจิตใจ

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งมีนโยบายของสถานพยาบาลที่หยุดให้บริการหรือลดบริการ เช่น การให้บริการเวชกรรมฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก (outpatient-based) และการดูแลที่บ้าน (home-based) เพื่อลดความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อทั้งบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนทั่วไป ซึ่งผลกระทบจากนโยบายดังกล่าวอาจส่งผลให้เกิดความพิการและการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น จากการขาดการดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง (23) ผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย (41) เมื่อมีการระบาดของ COVID-19 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายที่ติดเชื้อ COVID-19 สูงขึ้นกว่าผู้ป่วยระยะท้ายที่ไม่ติดเชื้อเพราะเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง (42) COVID-19 สามารถส่งผลทำลายระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วย ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจต้องได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจและส่งเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งจัดเป็นทรัพยากรที่มีจำกัดในสถานพยาบาลแต่ละแห่ง ผู้ป่วยระยะท้ายอาจเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเข้าถึงเครื่องช่วยหายใจอย่างจำกัด เนื่องจากการรักษาเพื่อพยุงชีพอาจเกิดประโยชน์น้อยหรือเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยไม่ประสงค์ การศึกษาของจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์และคณะ (9) พบว่า จำนวนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้าลดลง ซึ่งการศึกษาดังกล่าวอาจอธิบายว่าอาจเพราะการดูแลตัวเองของผู้ป่วยดีขึ้นหรือก่อนหน้านี้มีการระบาดอาจมีการรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลมากเกินไปจนความจำเป็น และพบว่าจำนวนและอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมองลดลงในช่วงการระบาด

5.1.4 สรุปผลการศึกษา

ข้อค้นพบที่สำคัญประการหนึ่งจากการศึกษานี้ คือ แต่ละโรงพยาบาลกำหนดมาตรการของตนเอง และมีหลายมาตรการ แม้หลักการและมาตรการส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกันระหว่างโรงพยาบาลแต่ก็มีการ

ปรับเปลี่ยนไปตามความรุนแรงของการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในจังหวัด ซึ่งเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา นอกจากนี้ ประสิทธิภาพและผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของมาตรการ ยังขึ้นกับหลายปัจจัยที่มีการพัฒนามาก่อนช่วงการระบาด (โดยที่ระดับของการพัฒนาในพื้นที่ต่าง ๆ เป็นไปอย่างไม่เท่าเทียมกัน) เช่น ศักยภาพของเครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัดรวมถึงการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ความสามารถของระบบเสริมหรือทดแทนบริการตามปกติ (เช่น telemedicine, telepharmacy) วัฒนธรรมของระบบคุณภาพโรงพยาบาล ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ลักษณะเช่นนี้ (ซึ่งยังไม่รวมปัจจัยด้านผู้รับบริการ) ทำให้การดำเนินมาตรการรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของ “ระบบบริการสุขภาพ” มีความซับซ้อน ดังนั้น การประเมินผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงควรดำเนินการในระดับโรงพยาบาลหรือเครือข่ายของโรงพยาบาล เนื่องจากผลการประเมินน่าจะเชื่อถือได้และมีประโยชน์มากกว่าการประเมินในภาพรวมของประเทศ แต่ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพของฐานข้อมูล การให้บริการของโรงพยาบาลก่อนนำมาวิเคราะห์ รวมทั้งผู้ประเมินควรทำความเข้าใจกับบทบาทของปัจจัยที่เกี่ยวข้องและบริบทของการดำเนินมาตรการของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดตัวแปร ตัวชี้วัด และคัดเลือกวิธีการประเมินที่เหมาะสม ลักษณะเฉพาะของบริการสุขภาพบริการหนึ่ง ๆ เช่น ความต้องการ ความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการ ความต้องการใช้อุปกรณ์/เทคโนโลยีขั้นสูง และความรุนแรงของโรคที่เป็นเป้าหมาย ก็เป็นสิ่งที่ควรนำมาพิจารณาในการจัดลำดับความสำคัญและออกแบบการประเมิน

5.2 ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษานี้วิเคราะห์ฐานข้อมูลระดับกองทุนของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นข้อมูลเฉพาะการบริการแผนกผู้ป่วยในเท่านั้น ยังไม่ครอบคลุมการบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การดูแลระยะกลางและระยะยาวที่เกิดขึ้นนอกโรงพยาบาล ของสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ จึงไม่สามารถเปรียบเทียบการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในภาพรวมระดับประเทศได้

2. การวิเคราะห์ข้อมูลระดับโรงพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และทุกสิทธิการรักษาพยาบาล จากโรงพยาบาล 5 แห่งซึ่งกระจายตามภูมิภาค อาจมีข้อมูลน้อยเกินไปที่จะสามารถบอกผลกระทบของการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในช่วงการระบาดในระดับประเทศได้ และความแตกต่างของปัจจัยบริบทพื้นที่ทำให้ผลการวิเคราะห์มีแนวโน้มที่แตกต่างกันในแต่ละโรงพยาบาลจึงไม่สามารถบ่งบอกถึงผลกระทบในภาพรวมทั้งประเทศได้

3. ช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลในพื้นที่ศึกษาได้ตามแผนที่กำหนด ซึ่งคณะผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ทางวิดีโอแบบโต้ตอบทางไกล (remote interviews) ทดแทน แต่วิธีการเก็บข้อมูลดังกล่าวมีข้อจำกัดด้านความเสถียรของสัญญาณอินเทอร์เน็ต และความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีที่ใช้สัมภาษณ์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความครบถ้วนของข้อมูลในขณะทำการสัมภาษณ์ รวมถึงขาดข้อมูล

จากวจนภาษาและอวจนภาษาจากผู้ให้ข้อมูลซึ่งสามารถช่วยประเมินความมั่นใจและความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์

4. การศึกษานี้ไม่มีข้อมูลผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ COVID-19 เนื่องจากการระบาดในปี 2563 ซึ่งมีผู้ติดเชื้อสะสมตลอดปีทั้งสิ้นประมาณ 7 พันราย มีผู้สูงอายุติดเชื้อทั้งหมดน้อยกว่าร้อยละ 10 เสียชีวิต 29 ราย และผู้วิจัยไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย COVID-19 ทั้งข้อมูลระดับประเทศและในระดับพื้นที่

5. การศึกษานี้ ไม่ได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้รับบริการ/ผู้ป่วยสูงอายุ/ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์รับบริการสุขภาพที่เปลี่ยนไปในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ส่งผลให้ขาดข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการประเมินผลกระทบการเข้าถึงบริการสุขภาพ

5.3 ข้อเสนอการศึกษาในอนาคต

1. การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดและยังไม่สามารถตอบได้อย่างชัดเจนว่าผู้สูงอายุได้รับผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งข้อค้นพบในแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกันตามปัจจัยและบริบทในพื้นที่ ดังนั้น การประเมินผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 จึงควรดำเนินการในระดับโรงพยาบาลรวมถึงเครือข่ายทั้งระดับสถานพยาบาลและการดูแลในชุมชนให้ครอบคลุมในหลายพื้นที่ โดยเริ่มต้นจากการพัฒนาคุณภาพของฐานข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลเพื่อศึกษาผลกระทบเชิงปริมาณ เช่น ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ การเข้ารับการรักษาในกรณีฉุกเฉิน โดยวิเคราะห์ข้อมูลระดับบุคคลและคัดเลือกกลุ่มโรคมาพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบที่สนใจ เช่น การมีหรือไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของโรคร่วม

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพโดยสัมภาษณ์ผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ แบ่งตามระดับภาวะพึ่งพิง เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยและปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงการรักษาพยาบาลและมาตรการเสริม/ทดแทนของโรงพยาบาลในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงการระบาดปี 2564 ซึ่งมีการติดเชื้อเพิ่มสูงมากขึ้น ดังนั้นควรพิจารณาศึกษาทั้งกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ COVID-19

3. ควรมีการศึกษาเชิงปริมาณเพื่อวิเคราะห์ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (เช่น การเสียชีวิตทั้งในและนอกโรงพยาบาล) ของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ COVID-19 โดยแยกการวิเคราะห์ตามพื้นที่ต่าง ๆ เนื่องจากรูปแบบการรักษาผู้ติดเชื้อ COVID-19 ในแต่ละพื้นที่อาจมีความแตกต่างกันตามความรุนแรงของการระบาดและศักยภาพการรองรับผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงต่าง ๆ

5.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ผู้กำหนดนโยบายระดับประเทศควรให้การสนับสนุนสถานบริการสุขภาพทุกระดับรวมถึงการให้บริการสุขภาพในชุมชนในด้านต่าง ๆ ที่จำเป็น ได้แก่

1.1 กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นอย่างเร่งด่วน ทันการณ์ เพียงพอและได้คุณภาพมาตรฐาน ให้แก่สถานพยาบาลเพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่โดยจัดเตรียมพื้นที่และทรัพยากรที่ใช้สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้ กองทุน

ประกันสุขภาพภาครัฐควรให้เบิกชดเชยค่าบริการสำหรับมาตรการเสริม/ทดแทนการมารับการรักษาที่โรงพยาบาลในอัตราที่เหมาะสม เช่น การบริการแพทย์ทางไกล การส่งยาให้ผู้ป่วยเรื้อรัง เนื่องจากมาตรการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 โดยการงด/ลดการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลลดลง ส่งผลให้รายรับลดลงจนอาจขาดสภาพคล่องและไม่สามารถจัดหาทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินได้

1.2 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับราชวิทยาลัย/สมาคมวิชาชีพจัดทำแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานของประเทศที่ช่วยตัดสินความเร่งด่วนและฉุกเฉินของอาการสำคัญและสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมตามลำดับความเร่งด่วน (triage) ให้ผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับของสถานพยาบาลสามารถนำไปใช้เพื่อประเมินสถานะผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว

1.3 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม และสภาวิชาชีพพัฒนาระบบและแนวทางมาตรฐานของบริการแพทย์ทางไกล ให้มีความพร้อมและสามารถใช้งานได้จริงทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยต้องดำเนินการพัฒนาให้ระบบบริการแพทย์ทางไกลมีความยั่งยืนในระยะยาว ไม่ใช่เป็นการใช้ชั่วคราวในสถานการณ์ฉุกเฉินเท่านั้น โดยต้องดำเนินการวางแผนพัฒนาและออกแบบ รวมถึงการนำไปใช้ในทางปฏิบัติอย่างครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และประชาชนสามารถเข้าถึงได้โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาจมีข้อจำกัดด้านการใช้เทคโนโลยีใหม่ นอกจากนี้ ระบบการแพทย์ทางไกลควรนำไปใช้ร่วมกับมาตรการเสริม/ทดแทนของโรงพยาบาลในช่วงการระบาดอื่น ๆ เช่น การส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน การดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะยาวและระยะท้าย เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้

2. โรงพยาบาลร่วมกับ EOC ในพื้นที่ควรมีการเตรียมความพร้อมกรณีเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในอนาคต โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ของโรงพยาบาลจากการปฏิบัติตามมาตรการช่วง COVID-19 ตลอดช่วงการระบาดรวมทั้งพยายามลดผลกระทบของมาตรการและสามารถให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ดังนี้

2.1 แนวทางปฏิบัติงานและการจัดระบบบริหารจัดการบุคลากรในโรงพยาบาล กรณีมีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานตามอัตรากำลังคนของโรงพยาบาลอย่างชัดเจน และมีแผนการบริหารจัดการในการสอบสวนโรคเพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงของคนใกล้ชิดบุคลากรที่ติดเชื้อ และเตรียมพื้นที่กักตัวให้บุคลากร

2.2 ระบบสนับสนุนการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 พัฒนาและสนับสนุนให้มีการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการรักษาและติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ปรับปรุงเสถียรภาพของระบบเทคโนโลยี และสนับสนุนอุปกรณ์สื่อสารที่เพียงพอต่อการบริการสุขภาพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 หรือกรณีเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่เป็นไปได้อย่างราบรื่น

2.3 มีการประสานความร่วมมือกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพภายในโรงพยาบาลเพื่อกำหนดนโยบายและมาตรการร่วมกัน และทำงานร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่เพื่อร่วมกันดูแลสุขภาพประชาชนและการ

ป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงงานอุตสาหกรรม และชุมชนที่อยู่ละแวกใกล้เคียง

3. การที่โรงพยาบาลมีการกำหนดมาตรการเพื่อรับมือการระบาด แต่ไม่มีการติดตามประเมินผล มาตรการ ทั้งที่มีแนวโน้มว่าบางมาตรการอาจส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง ดังนั้น โรงพยาบาลควรมีการติดตามและประเมินผลหลังจากที่มีการปฏิบัติตามมาตรการในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนมาตรการเพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยแบ่งการประเมินผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยได้ ดังนี้

3.1 การประเมินผลลัพธ์ระยะสั้น (short-term outcome) เช่น ความพึงพอใจและปัญหาอุปสรรคที่มีต่อระบบการให้บริการรูปแบบใหม่ อัตราการใช้บริการเสริม/ทดแทนที่เกิดขึ้นในช่วงการระบาด การเข้าถึงมาตรการที่โรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยน เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ด้วยข้อจำกัดจากปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ลำพังหรือไม่มีผู้ดูแล หรือเข้าไม่ถึงช่องทางการสื่อสารที่โรงพยาบาลนำมาใช้ในช่วงการระบาด

3.2 การประเมินผลลัพธ์สุขภาพระยะกลาง (intermediate outcome) เช่น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ คุณภาพชีวิต ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การมาโรงพยาบาลในกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน (เช่น การพลัดตกหกล้ม) การดำเนินไปของโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค

3.3 การประเมินผลกระทบต่อจิตใจ (mental health) เนื่องจากการปฏิบัติตามมาตรการของโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยที่รักษาตัวในแผนกผู้ป่วยในโดยเฉพาะผู้ป่วย COVID-19 รู้สึกโดดเดี่ยวและมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

4. การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถได้รับการดูแลระยะกลาง ระยะยาว และระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

4.1 การพัฒนารูปแบบบริการทางการแพทย์ทางไกล ควรมีการออกแบบและพัฒนาเทคโนโลยีโดยคำนึงถึงการใช้งานที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถเข้าถึงได้ง่าย เพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารให้หลากหลาย และต้องเป็นช่องทางที่สามารถให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถติดต่อสถานพยาบาลเพื่อขอคำปรึกษาได้สะดวกตลอดเวลาโดยเฉพาะในสถานการณ์ฉุกเฉินเร่งด่วน และปรับปรุงเสถียรภาพของเทคโนโลยีเพื่อให้การสื่อสารเป็นไปได้อย่างราบรื่น

4.2 กรณีผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาจมีข้อจำกัดด้านการใช้เทคโนโลยี และไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ทางไกล โรงพยาบาลควรมีการสนับสนุนการทำงานร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสมัครในชุมชนและชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุยังได้รับการดูแลและติดตามอาการอย่างต่อเนื่องในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ที่ยังมีการระบาดอย่างต่อเนื่องหรือกรณีเกิดโรคติดเชื้ออุบัติใหม่อื่น ๆ ในอนาคต

4.3 การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติเลือกได้จากแนวทางหลัก 2 แบบ ซึ่งอาจมีความเหมาะสมแตกต่างกันในแต่ละกรณี ได้แก่

1) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตในโรงพยาบาล ซึ่งมีความพร้อมของบุคลากร เครื่องมือ ยาและเวชภัณฑ์จำเป็น เหมาะกับผู้ป่วยที่ญาติไม่สามารถดูแลผู้ป่วยเองที่บ้าน และมีความรู้สึกทุกข์ กังวลใจ ที่ต้องเห็นความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่บ้าน และแนวทางนี้เหมาะกับพื้นที่ที่การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยไม่สามารถทำได้ในช่วงการระบาด ซึ่งแนวทางนี้ยังมีข้อดีคือ ลดความเสี่ยงของผู้ป่วยระยะท้ายจากการติดเชื้อ COVID-19 จากคนในครอบครัว ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยระยะท้ายเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร

2) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยระยะท้ายและญาติสามารถใช้เวลาอยู่ร่วมกันได้อย่างใกล้ชิด โดยสถานพยาบาลให้บริการผ่านระบบการแพทย์ทางไกล และหากสามารถเยี่ยมบ้านได้ควรติดตามทุก 3 วัน แต่ถ้าไม่ได้อาจพิจารณาช่วง 72 ชั่วโมงสุดท้ายของชีวิต โดยบุคลากรควรสวมอุปกรณ์ป้องกันส่วนตัว (PPE) จัดการบริหารยาประคับประคองอาการโดยเครื่องมือสำหรับให้ยาทางใต้ผิวหนังแบบต่อเนื่อง และวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. อีรณรงค์ สกกุลศรี, ปาณฉัตร ทิพย์สุข, จารุภา ะสี, จิตาภา พันธุ์. รายงานผลการวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ: การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและกิจกรรมเพื่อสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกว.); 2561.
2. สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, อีระ ศิริสมุด, แก้วกุล ตันติพิสิฐกุล, ลีลี อิงศรีสว่าง, ยศ ตีระวัฒนานนท์, เอกชัย เพียรศรีวัชร และคณะ. การสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมผู้สูงอายุและพิการ. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2556.
3. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, บวรศม ลีระพันธ์. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2561.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2559.
5. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2014. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2014.
6. World Bank. Closing the health gaps for the elderly: Promoting Health Equity and Social Inclusion in Thailand. Washington, DC; 2016.
7. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. การประเมินสมรรถนะระบบหลักประกันสุขภาพในการให้บริการผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด จากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน: กรณีศึกษา โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2556.
8. จินตนา ชมภูโคตร, สมจิต แดนสีแก้ว. การทำงานของเครือข่ายชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องทางด่วนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูง ตำบลโพนทอง อำเภอเรณูนคร จังหวัดนครพนม. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;35(4):132-9.
9. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, นพพล วิทย์วรพงศ์, อีระ วรธนารัตน์, สุรรัตน์ งามเกียรติไพศาล, วรากร วิมุตติไชย, พุทธิญา โอหารส และคณะ. การตอบสนองและเตรียมการของระบบบริการสุขภาพไทยต่อวิกฤติการระบาดของ COVID-19: การดำเนินการของโรงพยาบาล และผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมภายในขอบเขตของระบบสุขภาพ. นนทบุรี; 2564.
10. วิชัย เอกพลากร และเครือข่ายการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5. การสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ; 2559.

11. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) เครือสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). โครงการผลสัมฤทธิ์การให้บริการสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุและผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายสุขภาพของภาครัฐในอนาคตในช่วงปี พ.ศ. 2554 – 2564. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2554.
12. พัทณี ธรรมวันนา, สุกุล วัฒนานนท์, จุฬารักษ์ วัฒนานนท์, อรอนงค์ วลีขจรเลิศ, ธนรรจ์ รัตนโชติพานิช, พัฒนวิไล อินใหม่. รายงานการศึกษาสถานการณ์การให้บริการด้านการแพทย์ของโรงพยาบาลรัฐและเอกชนกรณีโรคหัวใจ เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2558 กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2558 [Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/4421/hs2246.pdf?sequence=3&isAllowed=y>].
13. จเร วิชายุ, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วัชรารัฐ วัชรพล, สุภัทรา คงสวัสดิ์, นริรัตน์ ธรรมโรจน์, แพรว เอี่ยมน้อย และคณะ. การจัดการบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
14. World Bank Group. Closing the health gaps for the elderly: Promoting health equity and social inclusion in Thailand. Bangkok, Thailand: World Bank Group; 2016.
15. Ahmed S, Chowdhury, M. A., Khan MA, Huq, N. L, Naheed, A. Access to primary health care for acute vascular events in rural low income settings: a mixed methods study. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):47.
16. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัฒนาคุณ, กนกพร แจ่มสมบุรณ์, วรณิชา พัวไพโรจน์, ปัทมา พิระพันธ์, ยุพา อยู่เย็น. ภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด กรณีศึกษา : ตำบลคูบางหลวง จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2558;26(1):29-43.
17. ศรณีย์ หนูชิต, ดนัย ชินคำ, ณัฐธิดา มาลาทอง, สุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ การศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับการจัดการบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. นนทบุรี; 2560.
18. สุภา ทักสูงเนิน, บรรณาธิการ. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. การประชุมวิชาการสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ประจำปี 2561; 2561 19-20 มิถุนายน 2561; โรงแรมเจริญธานี จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2561.
19. กชพรรณ ศรีท้วม, นิภาวรรณ เนินเพิ่มพิสุทธิ. รูปแบบการเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตำบลบางระกำ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร 2 พิษณุโลก. 2561;5(3):43-56.
20. โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม. รายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองผู้สูงอายุ โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย. สุโขทัย; 2563.
21. โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; ม.ป.พ.

22. Geneva: World Health Organization. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context 2020 [cited 2020 July 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/10665-332240>.
23. Prvu Bettger J, Thoumi A, Markevich V, De Groote W, Rizzo Battistella L, Imamura M, et al. COVID-19: maintaining essential rehabilitation services across the care continuum. *BMJ Glob Health*. 2020;5(5).
24. COVID-19 WWGoEa. WHO/RFH/20.2. Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting. Geneva: World Health Organization (WHO); 2020.
25. Chalasani M, Nasir, Khurram, Gupta, Mohit D., Kalra AJJoME. The Covid-19 pandemic and India's cardiovascular disease burden: Finding the right balance. 2020:1-3.
26. Markus HS, Brainin, M. COVID-19 and stroke-A global World Stroke Organization perspective. *Int J Stroke*. 2020;15(4):361-4.
27. Coull AJ, Lovett JK, Rothwell PM. Population based study of early risk of stroke after transient ischaemic attack or minor stroke: implications for public education and organisation of services. *BMJ (Clinical research ed)*. 2004;328(7435):326.
28. Moynihan R, Sanders S, Michaleff ZA, Scott AM, Clark J, To EJ, et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: a systematic review. 2021;11(3):e045343.
29. Soyiri IN, Reidpath DD. An overview of health forecasting. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2013;18(1):1-9.
30. Zaidi WAW, Khan AHKY, Chung LW, Kee HF, Looi I, Chong A, et al. Malaysia Stroke Council guide on acute stroke care service during COVID-19 Pandemic. 2020;75(3):311.
31. Teo KC, Leung WCY, Wong YK, Liu RKC, Chan AHY, Choi OMY, et al. Delays in Stroke Onset to Hospital Arrival Time During COVID-19. *Stroke*. 2020;51(7):2228-31.
32. Mishra S, Biswas S, Bhatnagar S. Palliative Care Delivery in Cancer Patients in the Era of Covid-19 Outbreak: Unique Needs, Barriers, and Tools for Solutions. *Indian J Palliat Care*. 2020;26(Suppl 1):S130-S41.
33. Mehta AK, Smith TJ. Palliative Care for Patients With Cancer in the COVID-19 Era. *JAMA Oncology*. 2020;6(10):1527-8.
34. Downar J, Seccareccia D. Palliating a pandemic: "all patients must be cared for". *Journal of pain and symptom management*. 2010;39(2):291-5.
35. Organization WH. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide: July 23 ; [Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565>.

36. Fadul N, Elsayem AF, Bruera E. Integration of palliative care into COVID-19 pandemic planning. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2021;11(1):40.
37. Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Giuliana F, Terruso L, Piccione T. Palliative Care in the Time of COVID-19. *Journal of pain and symptom management*. 2020;60(2):e79-e80.
38. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกรมการแพทย์ เรื่องคำแนะนำการดูแลระดับประคองในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ใน: กรมการแพทย์ร่วมกับสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายและ Thai Palliative Care Network, บรรณาธิการ. นนทบุรี2564.
39. Bouthillier M-E, Lorange M, Legault S, Wade L, Dahine J, Latreille J, et al. Prioritizing surgery during the COVID-19 pandemic: the Quebec guidelines. *Can J Surg*. 2021;64(1):E103-E7.
40. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกรมการแพทย์ เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. ใน: กรมการแพทย์ร่วมกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินและเครือข่ายโรงพยาบาล, บรรณาธิการ. นนทบุรี2563.
41. Thomas K. Prognostic Indicator Guidance (PIG). 4th ed. The Gold Standards Framework Centre in End of Life Care 2020 [cited 2020 July 23]. Available from: [http://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/General% 20 Files/Prognostic %20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf](http://www.goldstandardsframework.org.uk/cd-content/uploads/files/General%20Files/Prognostic%20Indicator%20Guidance%20October%202011.pdf).
42. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (covid-19) outbreak in China: summary of a report of 72314 cases from the Chinese center for disease control and prevention: *JAMA*; 2020

ภาคผนวก 1 การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยใน สปสช.

1. ลักษณะทั่วไปของข้อมูล

- (1) **ฐานข้อมูล:** ระบบบันทึกข้อมูลและประมวลผลข้อมูลการบริการทางการแพทย์ (e-Claim)
- (2) **ช่วงเวลาของข้อมูล:** เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2563
- (3) **จำนวน record (transaction):** 26,736,874 ครั้ง
- (4) **จำนวนผู้ป่วย (unique patient):** 12,313,235 ราย
- (5) **ความครอบคลุม:** ผู้ใช้บริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS)

2. รหัสโรคและหัตถการที่ใช้ในการวิเคราะห์

โรคและหัตถการ	รหัส ICD-10 (" ") และ/หรือ ICD-9 (##)
การจำแนกตามกลุ่มโรค	
1. โรคหัวใจและหลอดเลือด/โรคหลอดเลือดสมอง	
Atrial Fibrillation & Flutter	"I48"
Myocardial Infarction	"I20", "I21", "I22", "I23", "I24", "I250", "I251", "I252", "I253", "I254", "I256", "I257", "I258"
Congestive Heart Failure	"I42", "I43", "I50", "I099", "I110", "I130", "I132", "I255"
Cerebrovascular Disease	"I60", "I61", "I62", "I64", "I63", "I65", "I66", "I67", "I68", "I69"
2. โรคมะเร็ง	
Non-metastatic Solid & Blood Cancer (ได้แก่ non-metastatic solid cancer, leukemia, lymphoma, multiple myeloma)	"C0", "C1", "C20", "C21", "C22", "C23", "C24", "C25", "C26", "C30", "C31", "C32", "C33", "C34", "C37", "C38", "C39", "C40", "C41", "C43", "C45", "C46", "C47", "C48", "C49", "C50", "C51", "C52", "C53", "C54", "C55", "C56", "C57", "C58", "C6", "C70", "C71", "C72", "C73", "C74", "C75", "C76", "C81", "C82", "C83", "C84", "C85", "C88", "C90", "C91", "C92", "C93", "C94", "C95", "C96", "C97"
Metastatic Solid Cancer	"C77", "C78", "C79", "C80"

โรคและหัตถการ	รหัส ICD-10 (" ") และ/หรือ ICD-9 (##)
3. การดูแลเป็นพิเศษ	
Dementia	"F00", "F01", "F02", "F03", "F04", "F05", "F06", "F07", "F09", "G30", "G32", "G311"
Rehabilitation	"Z50"
Intermediate Care: Fracture Intermediate Care: Non-fracture	"S52", "S62", "S72", "S82", "S92" "D43", "G72", "I48", "I61", "I63", "I64", "S06", "S61", "S66"
Palliative Care	"Z515"
4. โรคของระบบทางเดินหายใจ	
Influenza	"J09", "J10", "J11"
Pneumonia	"J12", "J13", "J14", "J15", "J16", "J17", "J18"
Tuberculosis	"A15", "A16", "A17", "A18", "A19"
Chronic Obstructive Pulmonary Disease & Asthma	"J45", "J46", "J449"
5. โรคอื่น ๆ	
Hypertension	"I10", "I14", "I15", "I111", "I112", "I113", "I114", "I115", "I116", "I117", "I118", "I119", "I121", "I122", "I123", "I124", "I125", "I126", "I127", "I128", "I129", "I133", "I134", "I135", "I136", "I137", "I138", "I139"
Diabetes Mellitus	"E100", "E101", "E102", "E103", "E104", "E105", "E106", "E107", "E109", "E110", "E111", "E112", "E113", "E114", "E115", "E116", "E117", "E118", "E119", "E120", "E121", "E122", "E123", "E124", "E125", "E126", "E127", "E128", "E129", "E130", "E131", "E132", "E133", "E134", "E135", "E136", "E137", "E138", "E139", "E140", "E141", "E142", "E143", "E144", "E145", "E146", "E147", "E148", "E149"
Acute Kidney Injury	"N17"
Chronic Kidney Disease	"N18"

โรคและหัตถการ	รหัส ICD-10 (" ") และ/หรือ ICD-9 (##)
End Stage Renal Disease	"N185"
การจำแนกตามกลุ่มหัตถการ	
Cataract surgery	1319, 132, 133, 1341, 1342, 1343, 1359, 1371, 1372, 138, 139, 1473, 1474
Hip surgery	• "S3240", "S32608", "S72001", "S72002", "S72004", "S72100", "S72101", "S72108", "S72109", "S7220", "S7221", "S72405", "S72414" • 0070, 0072, 3327, 5794, 7855, 7905, 7915, 7935, 7961, 7965, 8151, 8152, 8703, 8838, 9312
Knee replacement	8154
Invasive mechanical ventilation (IMV)	311, 312, 960, 967
Noninvasive ventilation (NIV)	939, 9390
PCI for elective case	• "I25" • 004, 0066, 3601, 3602, 3604, 3605, 3606, 3607, 3609, 8855, 8856, 8857
PCI for acute case	• "I21" • 004, 0066, 3601, 3602, 3604, 3605, 3606, 3607, 3609, 8855, 8856, 8857

ภาคผนวก 2 ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา

(1) ข้อมูลลักษณะประชากร

ข้อมูล	รพ.ก	รพ.ข	รพ.ค	รพ.ง	รพ.จ	รพ.ฉ	รพ.ช
ระดับของโรงพยาบาล	รร.แพทย์	รพ.ศูนย์	รพ.ศูนย์	รร. แพทย์	รพ.ศูนย์	รพ.ทั่วไป	รพ.ทั่วไป ขนาดใหญ่
จำนวนเตียงทั้งหมดใน โรงพยาบาล	2,044	922	1,188	1,710	760	287	509
จำนวนหอผู้ป่วยธรรมดา	189	45	50	43	32		
จำนวนหอผู้ป่วยวิกฤติ		5	28	14	5		
เขตสุขภาพที่สังกัด	13	2	10	7	1	5	11
จำนวนประชากรในความ รับผิดชอบ	115,281	269,168	178,236	62,529	220,981	122,025	107,616
จำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤติ	114	80	238	75	80	15	28
จำนวนห้องตรวจผู้ป่วยนอก	121	108	77	12	155	36	36
จำนวนห้องผ่าตัด	69	20	24	29	19	8	11

(2) ข้อมูลบริบทของจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล

บริบทของจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล ก.

จังหวัดที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาล ก. คือ กรุงเทพมหานคร (กทม.) ซึ่งเป็นเมืองหลวง จึงเป็นศูนย์กลางด้านการเมือง การปกครอง เศรษฐกิจ การค้า การคมนาคม และกิจกรรมด้านอื่น ๆ ทำให้ กทม. เป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้ง่ายตั้งแต่ระลอกแรกจนถึงปัจจุบัน ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ระลอกแรก ในปี 2563 พบผู้ติดเชื้อทั้งหมด 2,312 รายในพื้นที่ กทม. ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงมีนาคม ประเทศไทยมีผู้ป่วยยืนยันจำนวน 1,651 ราย ในจำนวนนี้อยู่ในเขต กทม. 957 ราย (ร้อยละ 58 ของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ทั่วประเทศ) โดยมีการแพร่ระบาดจาก 3 แหล่ง ได้แก่ จากคนต่างชาติที่เดินทางมาจากต่างประเทศซึ่งเป็นสาเหตุของการมีผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 รายแรกในประเทศไทยในเดือนมกราคม จากนั้นพบการแพร่ระบาดกลุ่มใหญ่จากสถานบันเทิง และสนามมวยในเดือนมีนาคม

ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงมีการออกประกาศ กรุงเทพมหานคร ลงวันที่ 17 มีนาคม 2563 ให้ปิดสถานที่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นการชั่วคราว ตั้งแต่ 18-

31 มีนาคม 2563 ได้แก่ สถานประกอบกิจการอาบ อบ นวด อบสมุนไพร เว้นแต่การให้บริการในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล สถานประกอบกิจการโรงแรมสรรพ สถานประกอบกิจการสถานที่ออกกำลังกาย สถานบริการ สนาทมวย สนาม้า และสนามกีฬา และในวันที่ 23 มีนาคม 2563 ได้ออกประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่อง การควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยขอความร่วมมือให้ประชาชนไม่เดินทางออกนอกพื้นที่กรุงเทพมหานคร งดกิจกรรมการรวมกลุ่ม และให้ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญด้านการดูแลสุขภาพอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตลอดจนขอความร่วมมือสถานที่ทำงานทั้งภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ เอกชน พิจารณามาตรการการทำงานที่บ้าน และส่งเสริมให้ใช้ระบบอินเทอร์เน็ต เช่น การประชุมทางไกล และขอความร่วมมือขนส่งมวลชนทุกประเภทลดความแออัดของผู้โดยสารที่มาใช้บริการ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ภายในประเทศขยายพื้นที่ออกไปเป็นวงกว้างแม้ว่าจะมีการออกมาตรการเพื่อควบคุมสถานการณ์ดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง ทำให้รัฐบาลประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ในราชอาณาจักร ตั้งแต่ 26 มีนาคม ถึง 30 เมษายน 2563 และได้มีข้อกำหนดที่ออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) ลงวันที่ 25 มีนาคม 2563 โดยออกข้อกำหนดและข้อปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาด ได้แก่ การห้ามประชาชนเข้าพื้นที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 การปิดสถานที่เสี่ยงต่อการติดต่อของโรค การปิดช่องทางเข้ามาในราชอาณาจักร การห้ามกักตุนสินค้า เช่น ยา เวชภัณฑ์ อาหาร น้ำดื่ม หรือสินค้าอุปโภคบริโภคที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การห้ามชุมนุม ห้ามจัดกิจกรรมรวมกลุ่มคน การเสนอข่าวเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 แบบตรงไปตรงมา ไม่บิดเบือนข้อมูลที่อาจทำให้ผู้รับสารเข้าใจผิด อีกทั้งได้กำหนดมาตรการเตรียมรับสถานการณ์แพร่ระบาดโดยให้สถานพยาบาล หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยจัดหายา เวชภัณฑ์ เครื่องช่วยหายใจ หรือเครื่องมือสำหรับการตรวจโรค เครื่องช่วยหายใจ และอุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็นให้เพียงพอตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหรือแนะนำ ตลอดจนจัดเตรียมสถานที่กักกันผู้ป่วยระหว่างรอเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีมาตรการพึงปฏิบัติต่อบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 สูง ได้แก่ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป กลุ่มเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี และกลุ่มคนที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง โรคในระบบทางเดินหายใจ และโรคภูมิแพ้ โดยให้อยู่เฉพาะที่พักของตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากสภาพแวดล้อมภายนอก หลังจากนั้น ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครจึงได้ออกประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่อง ปิดสถานที่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นการชั่วคราว (ฉบับที่ 4) ที่ครอบคลุมสถานบริการและสถานที่ต่าง ๆ และมีความเข้มงวดมากขึ้น โดยระบุโทษทางกฎหมายหากไม่ปฏิบัติตาม หลังการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินฯ รัฐบาลได้ออกมาตรการคัดกรองผู้ติดเชื้อ COVID-19 เชิงรุก และพบผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 สะสมถึงเดือนเมษายน 2,954 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ติดเชื้อในเขตกรุงเทพมหานคร 1,485 ราย (ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ทั่วประเทศ)

วันที่ 3 พฤษภาคม 2563 มีประกาศกรุงเทพมหานคร เรื่อง ปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว (ฉบับที่ 8) เริ่มให้ผ่อนปรนมาตรการ และการดำเนินกิจกรรมของสถานบริการ หน่วยงาน และประชาชน ให้สามารถดำเนินชีวิตได้สะดวกขึ้น แต่ยังคงอยู่ภายใต้การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และการเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 รายใหม่ในกรุงเทพมหานครอย่างต่อเนื่อง แต่เป็นจำนวนที่น้อยลงเหลือเพียง 28 รายในเดือน พฤษภาคม จนกระทั่งเดือนมิถุนายน พบการระบาดอีกครั้งในสถานที่กักตัวของรัฐ (state quarantine) จากนั้นพบผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เพิ่มขึ้นอีกครั้งจากการระบาดระลอกใหม่ในเดือนธันวาคม 2563 ที่เกิดจาก “คลัสเตอร์ตลาดกิ้ง” กรุงเทพมหานครยังคงเป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบและมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

บริบทของจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล ข.

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในระลอกแรก ที่มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 อย่างรวดเร็วในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และมีแนวโน้มที่จะมีการแพร่ระบาดรุนแรงในวงกว้างและยืดเยื้อ ทำให้มีการเคลื่อนย้ายของประชาชนไปยังจังหวัดอื่น ๆ จังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล ข. จึงออกคำสั่งกำหนดมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ตั้งแต่วันที่ 19 มีนาคม 2563 โดยสั่งปิดสถานที่ต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยงชั่วคราว งดกิจกรรมรวมคนจำนวนมาก งดกิจกรรมที่มีการเคลื่อนย้ายคนข้ามจังหวัดจำนวนมาก และให้สถานที่ที่มีประชาชนใช้บริการจำนวนมากมีการคัดกรองอุณหภูมิ จัดหาเจลล้างมือ ทำความสะอาดพื้นที่ ตลอดจนจำกัดจำนวนคนเข้าใช้บริการในแต่ละช่วงเวลา

ตั้งแต่เริ่มมีการรายงานผู้ป่วยโรค COVID-19 ในประเทศไทยจนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2563 จังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล ข. มีผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ทั้งหมด 3 ราย และมีกลุ่มผู้สัมผัสกับผู้ได้รับเชื้อที่ต้องเฝ้าระวัง 1,651 ราย ซึ่งหากสถานการณ์ยังคงดำเนินต่อไปเช่นนี้ อาจทำให้มีจำนวนผู้ป่วยมากจนเกินขีดความสามารถในการรองรับผู้ป่วยของโรงพยาบาลต่าง ๆ จังหวัดจึงออกมาตรการขอความร่วมมือประชาชนงดออกนอกเคสสถานตั้งแต่วันที่ 23.00 น. ถึงเวลา 05.00 น. ของวันรุ่งขึ้น ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2563 เป็นต้นไป นอกจากนี้ ยังมีคำสั่งให้มีการตั้งด่านตรวจเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 โดยการคัดกรองประชาชนที่เดินทางเข้า-ออกพื้นที่ ดำเนินการคัดกรองเชิงรุก (active case finding) และออกมาตรการที่สำคัญ ได้แก่ ให้ประชาชนทุกคนต้องสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าทุกครั้งเมื่อออกจากเคสสถาน ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง และโรคทางเดินหายใจ ให้อยู่แต่ในเคสสถาน ยกเว้นมีเหตุจำเป็นเร่งด่วนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ สถานที่ทำงานต้องจัดให้มีอุปกรณ์สำหรับล้างมือ แอลกอฮอล์ เว้นระยะห่างระหว่างบุคคล และสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา

ต่อมาในวันที่ 3 พฤษภาคม 2563 เป็นต้นไป จังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล ข. ได้เริ่มผ่อนคลายมาตรการป้องกันและการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เพื่อลดผลกระทบต่อประชาชนด้านเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคง แต่ยังคงมาตรการควบคุมหลัก และมาตรการเสริม ได้แก่ มาตรการคัดกรองอุณหภูมิ ก่อนเข้าสถานที่ ให้ประชาชนสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกเคหสถาน ให้มีจุดบริการล้างมือด้วยสบู่หรือ แอลกอฮอล์ในสถานที่ต่าง ๆ การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล ลดเวลาการให้บริการหรือทำกิจกรรมบางประเภทให้สั้นลง และการควบคุมจำนวนผู้ใช้บริการในสถานที่ต่าง ๆ มิให้แออัด เป็นต้น หลังจากการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ระลอกแรก จังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล ข. มีผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เพียง 6 ราย และตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน 2563 จนถึงการระบาดระลอกที่ 2 (ธันวาคม 2563) ไม่มีรายงานผู้ติดเชื้อ รายใหม่ในจังหวัดนี้

บริบทของจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล ค.

ในการระบาดระลอกแรกในช่วงเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2563 ผู้ที่ติดเชื้อ COVID-19 ในเขตจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล ค. เป็นผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง เมื่อมีการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อ จึงกำหนดมาตรการควบคุมการเข้าออกจังหวัดอย่างเข้มงวด รวมทั้งมาตรการป้องกันและควบคุมการกระจายของโรค ในวันที่ 17 มีนาคม 2563 โดยมีมาตรการหลักที่ส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับมาตรการจากส่วนกลางที่ใช้ในทุกจังหวัด เช่น การเฝ้าระวังและคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดทุกราย การค้นหากลุ่มเสี่ยงเชิงรุก ปิดจุดผ่อนปรนและช่องทางติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้านชั่วคราว ควบคุมกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายโรค รวมทั้งงดการเรียนการสอนของมหาวิทยาลัย โรงเรียน สถาบันกวดวิชา หรือปรับการเรียนการสอนเป็นทางออนไลน์ เตรียมความพร้อมด้านการแพทย์และรณรงค์ด้านสุขอนามัยได้แก่ การล้างมือ ใส่หน้ากาก เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีประกาศมาตรการเพิ่มเติมภายหลัง เช่น การปิดสถานที่ราชการเป็นการชั่วคราว การควบคุมเวลาการจำหน่ายอาหารหรือเครื่องดื่มและร้านสะดวกซื้อ การงดการจำหน่ายสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ในร้านอาหาร การปิดสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาด

ตลอดช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ในประเทศไทยระลอกแรก จำนวนผู้ป่วยสะสมของจังหวัดนี้มีจำนวนต่ำมาก และไม่พบผู้ป่วยใหม่ตั้งแต่วันที่ 7 เมษายน 2563 จนถึงสิ้นเดือนมิถุนายน 2563 โดยมีรายงานจำนวนผู้ป่วยยืนยันสะสม ณ วันที่ 29 มิถุนายน 2563 รวม 15 ราย ซึ่งทั้งหมดรักษาหายและไม่มีผู้เสียชีวิต ต่อมาเมื่อมีการระบาดระลอกใหม่ช่วงปลายปี 2563 ซึ่งเริ่มต้นจากการระบาดในจังหวัดสมุทรสาคร มีผู้ป่วยที่ตรวจพบเชื้อในจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล ง. มีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาด ทำให้จังหวัดต้องกำหนดมาตรการควบคุม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมาตรการที่ใช้ควบคุมการแพร่ระบาดในช่วงระลอกแรก นอกจากนี้มีรายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ COVID ครั้งแรกในจังหวัด ในเดือนเมษายน 2564 โดยผู้เสียชีวิตมีประวัติการสัมผัสผู้ติดเชื้อจากต่างจังหวัดและมีปัจจัยเสี่ยงเช่น มีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง มีภาวะอ้วนมาก เป็นต้น

บริบทของจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล ง.

1. สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 พ.ศ. 2563

เมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2563 รัฐบาลประกาศบังคับใช้พระราชกำหนดบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน (พรก. ฉุกเฉิน) พ.ศ. 2548 เพื่อดำเนินการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ในทุกเขตทั่วทั้งท้องที่ในราชอาณาจักร ในการระบาดระลอกแรกในจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล จ. ช่วงเดือนมีนาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2563 พบผู้ติดเชื้อ 6 ราย รักษาหายเป็นปกติและกลับบ้านแล้วและไม่มีผู้เสียชีวิต

2. มาตรการของจังหวัดเกี่ยวกับการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ปี 2563

คณะกรรมการโรคติดต่อของจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล จ. มีการออกประกาศ เรื่อง มาตรการ ฝ้าระวัง ป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 รวม 13 ฉบับ (ช่วงเดือนมีนาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2563) และเริ่มประกาศผ่อนปรนมาตรการ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในประกาศฉบับที่ 14 ประกาศผ่อนคลายมาตรการ การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในประกาศฉบับที่ 15-19 (เดือนพฤษภาคมถึงกันยายน พ.ศ.2563) และเริ่มกลับมาประกาศใช้มาตรการ เฝ้าระวัง ป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 ฉบับที่ 20 หลังจากพบผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในท้องที่จังหวัดสมุทรสาคร โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานต่างด้าวช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งอาจแพร่ระบาดเข้ามาในพื้นที่จังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล จ. ได้

การกำหนดมาตรการ ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 ในจังหวัดนี้ใช้หลักการ 2P2R หรือ Prevention Preparedness Response Recovery และใช้กลยุทธ์ 6C ในการปฏิบัติในพื้นที่ ดังนี้ 1) Capture: การเฝ้าระวังที่ด้านควบคุมโรค การเฝ้าระวังในสถานพยาบาล และการเฝ้าระวังในหมู่บ้าน/ชุมชน 2) Case management: การดูแลรักษา และการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล 3) Contact Tracing: การติดตามผู้สัมผัสโรค และการควบคุมโรคในชุมชน 4) Communication: การสื่อสารความเสี่ยงกับประชาชน และสื่อมวลชน 5) Community and Law: มาตรการทางสังคม และมาตรการทางกฎหมาย และ 6) Coordinating and joint Information: การประสานงาน และการรวบรวมข้อมูลข่าวสาร โดยการใช้กลไกของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด ในการกำหนดมาตรการในการป้องกันและการสั่งปิดกิจการ หรือห้ามจัดกิจกรรมที่จะทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อในพื้นที่จังหวัด มีการจัดหาสถานที่กักกัน (local quarantine) ในพื้นที่ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ โดยการบูรณาการการทำงานของฝ่ายปกครอง สาธารณสุข ตำรวจ และท้องถิ่น ในการดำเนินการจนกระทั่งไม่พบผู้ติดเชื้อในจังหวัดตั้งแต่วันที่ 16 เมษายน 2563 จนถึง 10 มิถุนายน 2563 เป็นเวลา 56 วัน

คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดในการประชุมเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2563 มอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดทำแผนเตรียมพร้อมและแผนเผชิญเหตุรับมือกรณีเกิดการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

- **ด้านการเฝ้าระวังที่โรงพยาบาล/ชุมชน** แจ้งให้ทุกโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในจังหวัด ดำเนินการตามแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษาและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณี

COVID-19 ของจังหวัดอย่างเคร่งครัด โดยตั้งจุดคัดกรองโรคทางเดินหายใจแยกออกเป็นสัดส่วน การรายงานผู้ป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรคต้องเฝ้าระวัง (Patient Under Investigation: PUI) ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการแจ้งในกรณีที่มีโรคติดต่ออันตรายหรือโรคระบาดเกิดขึ้น (ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558) โดยกำชับขั้นตอนการเก็บส่งตรวจของหน่วยบริการนั้น ๆ ให้เป็นไปตามเงื่อนไขและแนวทางของจังหวัด

- **ด้านการดูแลรักษาและป้องกันการแพร่เชื้อ** แจ้งให้ทุกโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนในจังหวัด (รวมหน่วยบริการสังกัด อปท.) บริหารจัดการทรัพยากรที่จำเป็นต้องมีเพื่อใช้ในการดำเนินการดูแลรักษาและป้องกันการแพร่เชื้อ จำนวน 18 รายการ ให้เตรียมความพร้อมในการจัดให้บริการดูแลรักษาและป้องกันการแพร่เชื้อ ตามมาตรการของประเทศไทย โดยให้มีการติดตามข้อมูลและการปรับเปลี่ยนการให้บริการดูแลรักษาและป้องกันการแพร่เชื้อเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง หากสถานการณ์เข้าสู่ระยะที่ 3 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและพบการติดเชื้อระหว่างคนในประเทศด้วยกันระหว่างผู้ที่ไม่เคยมีประวัติเดินทางไปยังต่างประเทศ ให้กำหนดแนวทางและขั้นตอนปฏิบัติสำหรับ cohort ward โรงพยาบาลสนามระบบส่งต่อเพื่อการดูแลรักษา การกำจัดการยับยั้งการเกิดและกรณีรุนแรงถึงขั้นมีผู้เสียชีวิต

- **ด้านการสัมผัสและควบคุมโรค** แจ้งให้ทุกอำเภอเตรียมความพร้อมของหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งประกอบด้วยเจ้าพนักงานควบคุมโรคติดต่อโดยตำแหน่ง (นายอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน/สาธารณสุขอำเภอ) และเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการ ซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรม

- **ด้านการสื่อสารความเสี่ยง** คณะกรรมการอำนวยการเตรียมความพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติสั่งการให้จังหวัดแจ้งให้ทุกพื้นที่ดำเนินการทำหนังสือกำชับให้มีการรายงานข้อมูลนักท่องเที่ยวต่างประเทศที่เข้าพักในโรงแรมในพื้นที่จังหวัดและเพิ่มเติมมาตรการในเรื่องการขออนุญาตจัดมหรสพ รวมถึงจัดทำคำแนะนำการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ COVID-19 โดยปรับให้สอดคล้องกับแนวทางของประเทศและให้มีการประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง จัดทำ group line และเพิ่มช่องทางการสื่อสารกับประชาชน

- **ด้านมาตรการทางสังคมและกฎหมาย** ขอความร่วมมือให้ชุมชนสนับสนุนการผลิตหน้ากากอนามัยแบบผ้า เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลน

- **ด้านการประสานงานและรวบรวมข้อมูล** มอบหมายให้นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นหลักในการติดตามรวบรวมข้อมูล ปัญหาด้านข่าวสารของโรคติดต่อ COVID-19 ในพื้นที่จังหวัด รวมทั้งให้ข้อมูลการดำเนินงานของคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด

วันที่ 4 มีนาคม 2563 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด มีมติให้ส่วนราชการบริหารราชการส่วนภูมิภาค อำเภอ อปท. ดำเนินการตามข้อสั่งการนายกรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2563 ในเรื่องต่อไปนี้

- การเตรียมพร้อมสถานที่กักกันเพื่อสังเกตการเริ่มป่วย (quarantine) สำหรับผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงสูงและผ่านการคัดกรองมาแล้วเป็นบุคคลปกติที่ไม่มีอาการ และติดตามตลอดระยะเวลา 14 วัน

- การจัดการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 กรณีสถานการณ์เข้าสู่ระยะที่ 3 โรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดได้วางแผนเป็น 4 ระยะ ระยะแรก หากพบผู้ป่วยยืนยัน โรงพยาบาลศูนย์จะเป็นหน่วยงานหลัก

โดยใช้ห้องความดันลบที่มีความพร้อม **ระยะที่ 2-4** (เมื่อจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น) มีการเตรียม cohort wards และประสานงานเบื้องต้นในแนวทางการปฏิบัติงานกับโรงพยาบาล จ. และโรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง ส่วนโรงพยาบาลเอกชนอีกทั้ง 3 แห่ง มีห้องความดันลบที่รองรับได้จำนวนหนึ่ง

- ลดความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค เช่น ขอความร่วมมือจากผู้ประกอบการให้หลีกเลี่ยงหรือเลื่อนการจัดกิจกรรมที่มีการรวมตัวของประชาชนจำนวนมาก ส่วนกิจกรรมของสถานประกอบการตามปกติ ให้ดำเนินการตามมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดได้ออกประกาศคำแนะนำการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 5 ฉบับ (วันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2563) อันได้แก่ คำแนะนำการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 สำหรับสถานที่ที่มีการรวมกันของคนหมู่มาก เช่น การแสดงคอนเสิร์ต การแข่งขันกีฬา สวนสนุก หรือกิจกรรมอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน สำหรับการจัดประชุม สัมมนา หรือกิจกรรมอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน สำหรับผู้เดินทางไป-กลับจากพื้นที่การระบาด สำหรับสถานประกอบการ สถานที่ทำงาน สำหรับสถานศึกษาในพื้นที่จังหวัด

ในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ระลอกแรก (เดือนมีนาคมถึงมิถุนายน พ.ศ. 2563) มีการวางระบบและแนวทางการจัดการภายในจังหวัด ให้ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดและให้ประสานงานกับโรงพยาบาล จ. ในการรับผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เพื่อการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นในช่วงการระบาดระลอกที่ 1 โรงพยาบาล จ. ถูกบริหารจัดการในลักษณะ clean hospital เมื่อมีการระบาดระลอกที่ 2 ได้เริ่มใช้แนวทางการบริหารจัดการใหม่ แบ่งเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล จ. กับโรงพยาบาลศูนย์ เป็นแบบ zoning เพื่อให้ครอบคลุมโรงพยาบาลทุกแห่งภายในจังหวัด ให้โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง ตามขอบเขตความรับผิดชอบที่ถูกกำหนดไว้แล้ว แนวปฏิบัติดังกล่าวยังคงใช้ต่อเนื่องเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน (กรกฎาคม 2564)

บริบทของจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล จ.

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในช่วงแรกพบการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ติดเชื้ออย่างรวดเร็วในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และมีแนวโน้มที่จะมีการแพร่ระบาดในวงกว้างและยืดเยื้อจากการเคลื่อนย้ายของประชาชนที่มีความเสี่ยงสัมผัสเชื้อสู่ต่างจังหวัดทำให้พบผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล จ. ตั้งแต่วันที่ 28-31 มีนาคม 2563 มีผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 สะสมจำนวน 8 ราย จังหวัดจึงออกคำสั่งเกี่ยวกับมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อ COVID-19 เริ่มจากมาตรการเร่งด่วนในการป้องกันวิกฤตการณ์จากโรคติดเชื้อ COVID-19 เมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2563 โดยสั่งปิดสถานที่ที่มีความเสี่ยงชั่วคราว งดกิจกรรมรวมคนจำนวนมาก งดกิจกรรมที่มีการเคลื่อนย้ายคนข้ามจังหวัดจำนวนมาก และให้สถานที่ที่มีประชาชนใช้บริการจำนวนมากมีการคัดกรองอุณหภูมิ จัดหาเจลล้างมือ ทำความสะอาดพื้นที่ ตลอดจนจำกัดจำนวนคนเข้าใช้บริการในแต่ละช่วงเวลา จังหวัดได้ออกมาตรการต่าง ๆ เพื่อดำเนินการลดโอกาสการแพร่ระบาดของโรคในสถานที่ต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยงสูง ขอความร่วมมือประชาชนอย่าออกนอกบ้านถ้าไม่จำเป็นเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค หลังจากนั้นไม่พบผู้ป่วยยืนยันนาน 6 เดือน

ต่อจากนั้น ได้เกิดการแพร่ระบาดของ COVID-19 อีกระลอกในเดือนพฤศจิกายน 2563 โดยพบผู้ป่วยยืนยันตั้งแต่ 8 พฤศจิกายน-31 ธันวาคม 2563 จำนวน 64 ราย ซึ่งมากกว่าระลอกแรกหลายเท่า โดยแหล่งของการแพร่ระบาดจากแรงงานและสถานบริการในประเทศเพื่อนบ้าน ในช่วงนี้จังหวัดได้ออกมาตรการแนวปฏิบัติต่าง ๆ เพื่อควบคุมการแพร่ระบาด เช่นงดกิจกรรมรวมคนจำนวนมาก งดกิจกรรมที่มีการเคลื่อนย้ายคนข้ามจังหวัดจำนวนมาก โดยเฉพาะแรงงานต่างชาติ ควบคุมการเดินทางมาจากประเทศเพื่อนบ้าน ทำให้สถานการณ์ดีขึ้น และไม่พบผู้ป่วยยืนยันตั้งแต่วันที่ 26 ธันวาคม 2563 เป็นต้นมา

ในเดือนเมษายน 2564 ได้เกิดการแพร่ระบาดของ COVID-19 อีกระลอก จากการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยอย่างรวดเร็วในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และมีแนวโน้มที่จะมีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรง โดยในพื้นที่ตั้งของโรงพยาบาล จ. พบผู้ป่วยยืนยันรายแรกวันที่ 7 เมษายน 2564 ปัจจุบันมีผู้ป่วยยืนยันสะสมจำนวน 961 ราย และในการระบาดระลอกนี้ มีบุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อจำนวน 41 คน ซึ่งทุกคนมีอาการเล็กน้อย และส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 ไปแล้ว



รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล จ. เดือนมีนาคม 2563 - พฤษภาคม 2564

บริบทของจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล ฉ.

ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ระลอกแรกในปี 2563 ของจังหวัดที่ตั้ง โรงพยาบาล ฉ. มีผู้ป่วยติดเชื้อทั้งหมด 1,485 ราย เริ่มตั้งแต่วันที่ 21 มีนาคม 2563 พบผู้ป่วยรายแรกของจังหวัด ซึ่งติดเชื้อ COVID-19 จากสนามมวยในกรุงเทพมหานคร จากนั้นพบผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็น 14 รายในเดือนเมษายน 2563 และไม่พบผู้ติดเชื้อเพิ่มเติมจนกระทั่งวันที่ 17 ธันวาคม 2563 พบผู้ติดเชื้อในจังหวัดที่ประกอบอาชีพค้าขาย ซึ่งคาดว่าติดเชื้อจากแรงงานชาวมียนมาในตลาดกลางกุ้ง เมื่อลงไปตรวจจึงพบว่า มีผู้ติดเชื้อจำนวนมาก โดยร้อยละ 90 เป็นแรงงานชาวมียนมา ที่เหลือเป็นคนไทย และประมาณร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ ซึ่งทำให้เกิดการแพร่ระบาดสู่ผู้อื่นได้ง่าย อีกทั้งแรงงานชาวมียนมาพักอาศัยอยู่รวมกันอย่างแออัด จึงเกิดการติดเชื้อจำนวนมาก

ในวันที่ 20 ธันวาคม 2563 ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ COVID-19 ในพื้นที่ อำเภอเมือง มีจำนวนทั้งหมด 689 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่ตรวจพบที่โรงพยาบาลและค้นหาผู้สัมผัส 32 ราย ผู้ป่วยที่ตรวจพบโดยการค้นหาในชุมชน 657 ราย (มากกว่าร้อยละ 40 ของผู้ที่ได้รับการตรวจ) การแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นนี้ ทำให้มีการยกระดับมาตรการควบคุมโรคระบาด โดยการประกาศ "ล็อกดาวน์" และควบคุมการเดินทางเข้า-ออกจากจังหวัด ตั้งแต่วันที่ 19 ธันวาคม 2563 รวมทั้งระดมเจ้าหน้าที่ตรวจหาเชื้อโดยเน้นที่กลุ่มแรงงานต่างด้าว

ในวันที่ 25 ธันวาคม 2563 มีผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 รายใหม่ในจังหวัดรวม 81 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ติดเชื้อภายในประเทศ 37 ราย แรงงานต่างด้าวที่ได้รับการคัดกรองเชิงรุก 35 ราย และเดินทางมาจากต่างประเทศ 9 ราย ทั้งนี้ สายพันธุ์โควิด-19 ที่พบในคลัสเตอร์ของจังหวัดเป็นสายพันธุ์เดียวกับประเทศเมียนมาที่มีต้นตอมาจากอินเดีย คือ สายพันธุ์ GH ซึ่งแพร่เชื้อได้รวดเร็วกว่าสายพันธุ์อื่น ๆ ถึง 6 เท่า

บริบทของจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล ช.

ในปี 2563 จังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาล ช. มีผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ทั้งหมด 21 ราย โดยพบผู้ป่วยรายแรกเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2563 จากนั้นพบผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่ม 20 ราย ในเดือนเมษายน 2563 ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เป็นบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข 1 ราย และไม่มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เพิ่มเติมในปี 2563

จังหวัดมีประกาศมาตรการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ฉบับแรก เมื่อวันที่ 18 มีนาคม 2563 โดยมีประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายและมาตรการของรัฐบาล คือ ขอความร่วมมือจากประชาชน และสถานบริการต่าง ๆ ให้ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) รวมถึงการเลี่ยงและลดกิจกรรมที่มีการรวมกลุ่มคนจำนวนมาก อีกทั้งมอบหมายให้ อบต. ทุกแห่งเร่งผลิตหน้ากากอนามัยชนิดผ้าแจกจ่ายให้ประชาชน วันที่ 24 มีนาคม 2563 มีประกาศของจังหวัดเรื่องมาตรการเร่งด่วนในการเฝ้าระวัง ค้นหา ตรวจสอบ คัดกรองบุคคลเสี่ยงต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 เนื่องจากกรุงเทพมหานครได้สั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว ซึ่งส่งผลให้ประชาชนส่วนหนึ่งเดินทางออกจากกรุงเทพมหานครและปริมณฑลกลับสู่ภูมิลำเนา มาตรการที่ประกาศกำหนดว่า ในกรณีที่รับคนจากต่างจังหวัดเข้ามาในชุมชน ให้เจ้าของบ้านรายงานต่อผู้นำชุมชน ข้อมูลดังกล่าวจะถูกรายงานต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และนายอำเภอตามลำดับ

ในวันที่ 1 เมษายน 2563 มีประกาศของจังหวัดให้ปิดพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้แก่ สถานที่ท่องเที่ยวในบางพื้นที่ และสถานบันเทิงผู้โดยสารในจังหวัด หลังจากพบผู้ป่วยรายแรกในวันที่ 28 มีนาคม พ.ศ. 2563 ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น และออกประกาศให้ปิดสถานที่เสี่ยงและควบคุมการแพร่ระบาด ได้แก่ ให้โรงแรมปิดรับผู้เข้าพักเพิ่ม ปิดสถานที่ท่องเที่ยวชายฝั่งทะเล รวมถึงปิดศูนย์อาหารและจุดพักรถที่เป็นสถานที่เสี่ยง นอกจากนี้ได้กำหนดให้ ร้านสะดวกซื้อ ปิมน้ำมัน สถานที่ประกอบกิจการจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่ม ปิดให้บริการเวลา 22.00–04.00 น. หากฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งจะได้รับโทษตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548

ภาคผนวก 3 แนวคำถามสัมภาษณ์

การจัดระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในกรณีที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

1.1 โปรดระบุตำแหน่งปัจจุบัน และอธิบายบทบาทหน้าที่ของท่านในหน่วยบริการ/แผนกที่ท่านปฏิบัติงาน และระยะเวลาที่ทำงานในตำแหน่งดังกล่าว

1.2 โปรดระบุตำแหน่งและบทบาทหน้าที่ของท่านในหน่วยบริการ/แผนกที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มเติมในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 (มีการเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ อย่างไร)

1.3 ท่านเคยมีบทบาทหน้าที่อื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการพัฒนานโยบายหรือมาตรการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 หรือไม่ อย่างไร (ถ้ามีนโยบายหรือมาตรการดังกล่าวสามารถนำมาใช้ในหน่วยงานที่ท่านรับผิดชอบได้หรือไม่ อย่างไร)

2. การเปรียบเทียบความเหมือน/ต่างในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของการระบาดในรอบแรก (มกราคม-มิถุนายน 2563) การระบาดระลอกสอง (ธันวาคม 2563-มีนาคม 2564) และการระบาดระลอกสาม (เมษายน 2564-ปัจจุบัน)

2.1 การวางแผนเตรียมความพร้อมกรณีเกิดโรคอุบัติใหม่

2.1.1 ท่านเคยมีประสบการณ์ด้านการรับมือกับผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (SARS, avian flu, etc.) หรือไม่? อย่างไร? หากท่านเคยมีประสบการณ์ ขอให้เปรียบเทียบสถานการณ์การรับมือกับช่วงที่มีการแพร่ระบาดของ COVID-19

2.1.2 ประสบการณ์ในช่วงการระบาดระลอกแรก มีประโยชน์ต่อการกำหนดมาตรการและปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการในช่วงที่มีการแพร่ระบาดระลอกใหม่ หรือไม่ อย่างไร?

2.2 การจัดการบริการตรวจคัดกรองและรักษาผู้ติดเชื้อ COVID-19

2.2.1 ในช่วงที่มีการแพร่ระบาด COVID-19 หน่วยบริการ/แผนกของท่านมีการจัดการบริการตรวจคัดกรองผู้ป่วยหรือไม่ ถ้ามีท่านทำอย่างไร (เช่น ใช้วิธีการ NP Swab/คัดกรองด้วยแบบสอบถาม/เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง)

2.2.2 หน่วยบริการ/แผนกของท่านมีการเก็บและสรุปข้อมูลผู้ป่วยที่มีการคัดกรองและให้การรักษาระหว่างที่มีการแพร่ระบาด COVID-19 หรือไม่? อย่างไร? เช่น จำนวนผู้ป่วยรายเดือน จำนวนผู้ป่วยสูงสุดที่รับไว้ (เกิดขึ้นในเดือนใด?) อัตราการป่วยและการเสียชีวิตโดยรวม เป็นต้น

2.2.3 ในช่วงที่มีการแพร่ระบาด COVID-19 ท่าน/บุคลากรในหน่วยบริการ/แผนกของท่านได้มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดบริการตรวจคัดกรองและรักษาผู้ติดเชื้อ COVID-19 ทั้งสองช่วงหรือไม่? อย่างไร?

2.3 นโยบายหรือมาตรการที่แผนก/หน่วยงานนำมาใช้ช่วงที่มีการแพร่ระบาด COVID-19

2.3.1 โรงพยาบาลมีนโยบายหรือมาตรการอะไรบ้าง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร? โปรดยกตัวอย่างนโยบายหรือมาตรการที่สำคัญ และส่งผลกระทบต่อให้บริการในหน่วยบริการ/แผนกของท่านมากที่สุด? และท่านคิดว่านโยบายหรือมาตรการดังกล่าวมีความเหมาะสม ทันเวลา และมีรายละเอียดที่สามารถนำไปปฏิบัติได้หรือไม่? อย่างไร?

2.3.2 ในหน่วยบริการ/แผนกของท่านมีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน/มาตรการที่ประกาศใช้เฉพาะหน่วยบริการ/แผนกของท่านเองหรือไม่? ถ้ามี อ้างอิงจากประกาศของ รพ. หรือจากแหล่งที่มาอื่น หรือไม่? อย่างไร? (ระบุความเหมือนและแตกต่างของบริการ ในช่วงการระบาดแต่ละระลอก)

2.3.3 นอกจากนโยบายและมาตรการของโรงพยาบาลที่หน่วยบริการ/แผนกของท่านต้องนำมาปฏิบัติงานช่วงที่มีการแพร่ระบาด หน่วยบริการ/แผนกของท่านได้มีการนำแนวทางในการปฏิบัติงานจากแหล่งอื่นหรือไม่? อย่างไร?

2.3.4 ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 การให้บริการประชาชนทั่วไป (การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) และการให้บริการผู้ป่วย หน่วยงานของท่านมีทรัพยากร (บุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ อาคารสถานที่ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และงบประมาณ) ที่จะรองรับการเปลี่ยนแปลงของมาตรการหรือข้อกำหนดต่าง ๆ เพียงพอหรือไม่? และได้รับการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ เพิ่มเติมจากผู้บริหารและหน่วยงานภายนอก รพ. หรือไม่? อย่างไร?

2.4 การจัดการบริการสุขภาพโดยทั่วไป และบริการ 4 กลุ่ม ในช่วงการระบาด COVID-19

2.4.1 สถานการณ์การให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วยของโรงพยาบาลในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 เป็นอย่างไร (เปรียบเทียบช่วงที่มีการแพร่ระบาดระลอกแรก/ช่วงที่ประกาศ Lockdown/ช่วงที่มีการแพร่ระบาดระลอกสอง และการระบาดระลอกใหม่)

2.4.2 การบริการสุขภาพในช่วงการระบาด COVID-19 เพื่อลด/ป้องกันผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19? ในแผนกหรือหน่วยบริการของท่านมีการปรับเปลี่ยนหรือไม่? อย่างไร? (ระบุความเหมือนและแตกต่างของการระบาดระลอกแรก ระลอกสอง และการระบาดระลอกใหม่)

2.4.3 จากประสบการณ์การรับมือในช่วงการระบาดระลอกแรก มีประโยชน์ต่อการรับมือในช่วงที่มีการแพร่ระบาดระลอกใหม่หรือไม่? อย่างไร? (ถ้ามี โปรดยกตัวอย่างมาตรการหรือรูปแบบการให้บริการที่หน่วยงานของท่านมีการปรับเปลี่ยน)

2.4.4 ในหน่วยงาน/แผนกของท่านมีการติดตามประเมินผลมาตรการ/รูปแบบการให้บริการที่ถูกพัฒนาขึ้นใหม่นี้ หรือไม่? หากมี เป็นการประเมินในแง่ใด (มีการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ ที่ถูกพัฒนาขึ้นใหม่ และผลกระทบต่อการใช้งานของผู้ป่วย/ประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุหรือไม่)? ผลเป็นอย่างไร และได้นำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์อย่างไร เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบริการ และลดผลกระทบ? (ระบุ ความเหมือนและแตกต่างของการระบาดระลอกแรก ระลอกสอง และการระบาดระลอกใหม่)

3. ช่วงหลังจากมีมาตรการผ่อนปรนระยะต่าง ๆ ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2563 จนถึงการระบาดระลอกใหม่

3.1 จากมุมมองที่ท่านเป็นผู้ปฏิบัติงานในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุภายหลังจากการผ่อนปรนมาตรการ ในช่วงที่ผ่านมา (ก่อนการระบาดระลอกใหม่ ธ.ค. 63 และ เม.ย. 64) มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นหรือไม่? อย่างไร? (จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการน้อยลง หรือเพิ่มขึ้น/การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่มารับบริการและการให้บริการสุขภาพกับผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงาน)

3.2 ภายหลังการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ในช่วงแรก (มี.ค.-มิ.ย. 63) ได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการในหน่วยงานที่ท่านปฏิบัติงานอีกหรือไม่? อย่างไร? และในช่วงที่มีการระบาดระลอกสอง (ธ.ค. 63-มี.ค. 64) และระลอกปัจจุบัน (เม.ย. 64-ปัจจุบัน) จากประสบการณ์ในการให้บริการกับผู้ป่วยในช่วงแรก หน่วยงานของท่านมีการใช้มาตรการเดิม หรือปรับเปลี่ยนและพัฒนามาตรการเพิ่มขึ้น อย่างไร? เพราะเหตุใด?

4. ข้อเสนอแนะ

4.1 จากปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในช่วงที่ท่านปฏิบัติงานที่มีการแพร่ระบาด COVID-19 ส่งผลกระทบต่อการทำงานในหน่วยงานของท่าน อย่างไร? ได้มีการแก้ไข เพื่อลดผลกระทบเหล่านั้นอย่างไร

4.2 ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ท่านเล็งเห็นโอกาสในการพัฒนาที่สามารถนำมาเป็น ข้อเสนอแนะให้แก่หน่วยงานของท่านหรือในภาพรวมของ รพ. อย่างไร? ทั้งโอกาสพัฒนาระบบการทำงานและ โอกาสพัฒนาที่สามารถทำให้สุขภาพของผู้ป่วย/ผู้รับบริการดีขึ้น

ภาคผนวก 4 หนังสืออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



สำนักพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

Institute for the Development of Human Research Protections (IHRP),

Health Systems Research Institute (HSRI)

ที่ สคม. ๑๖3 /2563

๘ ธันวาคม 2563

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้

เรียน ดร.ภญ.พัทธรา สีนหรวงศ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสืออนุมัติดำเนินโครงการวิจัย

ตามที่ท่านได้เสนอโครงการวิจัยเรื่อง “การศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย” ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ เพื่อพิจารณาด้านจริยธรรม และคณะกรรมการฯ ได้มีการประชุมพิจารณา เมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563 นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ มีมติอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้ อนึ่ง คณะกรรมการฯ ขอแจ้งเกี่ยวกับความรับผิดชอบของผู้วิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติ คือ ต้องรายงานความก้าวหน้าของการวิจัยประจำปีให้คณะกรรมการฯ ทราบทุก 6 เดือน และเมื่อเกิดเหตุการณ์ต่อไปนี้ทุกครั้ง ได้แก่

- 1) เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในโครงการวิจัย หากเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง ต้องรายงานให้คณะกรรมการฯ ทราบโดยเร็ว และให้ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ว่า เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยที่ท่านรับผิดชอบหรือไม่ อย่างไร และในระดับใด รวมทั้งการดูแลรักษาและป้องกันอาสาสมัครด้วย
- 2) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงในโครงการวิจัย ต้องระบุให้ชัดเจนว่า มีการเปลี่ยนแปลงอะไร อย่างไร พร้อมทั้งเหตุผลที่เปลี่ยนแปลง เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ ก่อน
- 3) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงหัวหน้าโครงการวิจัย หรือเพิ่มเติมคณะผู้วิจัย ต้องส่งประวัติของคนที่เปลี่ยนแปลงพร้อมเหตุผล ให้คณะกรรมการฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบก่อน
- 4) เมื่อโครงการวิจัยยุติลง ซึ่งอาจจะเป็นการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ หรืออาจจะไม่สามารถดำเนินการวิจัยต่อไปได้ พร้อมทั้งแจ้งสาเหตุของการยุติโครงการวิจัยให้ทราบด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์

โทรศัพท์: 0-2591-3876, 0-2591-3517, 0-2591-3541 โทรสาร: 0-2591-4125 website: www.ihrp.or.th

อาคาร 8 ชั้น 7 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถนนพหลโยธิน 11000

Building 8 Floor 7, Department of Medical Science, Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000 Thailand



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
 ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์

อาคาร 8 ชั้น 7 ห้อง 702 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ถนนพหลโยธิน 11000

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัย: การศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อ
 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

ผู้วิจัยหลัก: ดร.ณญ.พัทธรา สันหวรงค์

หน่วยงานที่รับผิดชอบ: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารรับรอง:

1. สรุปย่อโครงการวิจัย: Version 2.0 วันที่ 02.12.2563
2. โครงร่างการวิจัย: Version 2.0 วันที่ 02.12.2563
3. เอกสารแนะนำสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย: Version 2.0 วันที่ 02.12.2563
4. ใบยินยอมจากความเข้าใจต่อแก่: Version 2.0 วันที่ 02.12.2563
5. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล (แนวคำถามการสัมภาษณ์และแบบสอบถามโครงการวิจัย): Version 2.0 วันที่ 02.12.2563
6. แบบแสดงรายการ/ประมาณค่าใช้จ่ายในการวิจัย: Version 2.0 วันที่ 02.12.2563
7. ประวัติผู้วิจัยทุกคน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ ในสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ฯ ได้พิจารณา
 โครงการวิจัยดังกล่าว โดยได้คำนึงถึงประเด็นทางด้านวิชาการ ICH-GCP และด้านจริยธรรม และมีมติอนุมัติให้ดำเนินการ
 ศึกษาวิจัย ตามโครงการวิจัยดังกล่าวแล้ว อนึ่ง ขอให้ผู้วิจัยปฏิบัติตามจรรยาบรรณนักวิจัยสภาวิจัยแห่งชาติด้วย

(ลงนาม) 
 (นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

(ลงนาม) 
 (นายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์)

เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฯ

วันที่ประชุมครั้งแรก: 16 พฤศจิกายน พ.ศ.2563

รับรองตั้งแต่วันที่: 8 ธันวาคม พ.ศ.2563

ภาคผนวก 5 รายงานการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

รายงานการประชุมเพื่อให้ข้อคิดเห็นต่อรายงานการวิจัย
โครงการ การศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดย ดร.ภญ.พัทธรา ลิขหะวงศ์ และคณะ
วันที่ 30 สิงหาคม 2564 เวลา 13.30 – 16.00 น.
ณ ห้องประชุมชั้น 2 มุานิสถานารณสุขแห่งชาติ และการประชุมทางไกล (Teleconference)
ผ่านแอปพลิเคชัน ZOOM

ผู้เข้าร่วมการประชุม

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศม์ | มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) |
| 2. นายแพทย์ภูษิต ประครองสาย | มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) |
| 3. ศ.เกียรติคุณ ปราโมทย์ ประสาทกุล | สถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. ศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร | คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 5. อาจารย์อุบล หลิมสกุล | สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์
สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี |
| 6. นพ.ศุภมิตร ชุณหสัทธิวัฒน์ | กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข |
| 7. นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์ | สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
(สวปก.) |
| 8. ศ.นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 9. ผศ.นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 10. ผศ.พญ.สิรินทร ฉันทศิริกาญจน | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 11. นพ.ปิยะ หาญรวงศ์ชัย | คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 12. นพ.ปริญญา ขำนาญ | กลุ่มวิจัยโรคทางคาร์ดิโอเมตาบอลิก
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ |
| 13. นางสาวธรรมภรณ์ ประภาสวัต | สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) |
| 14. นางสาวศรียรัตน์ รอดณรงค์ | สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.) |
| 15. อ.นพ.อรรถกร รักษาสมัย | ศูนย์การุณรักษ์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 16. อ.สว่าง แก้วกันทา | มูลนิธิพัฒนางานผู้สูงอายุ |
| 17. รศ.พญ.วรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ | หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 18. ดร.ภญ.พัทธรา ลิขหะวงศ์ | หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ |

19. นพ. เอกภพ หมอกพรม	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
20. ผศ.ภก.สุธาร จันทะวงศ์	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
21. ดร.ภก.ยุพธนา วงศาาลาภ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
22. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
23. นางสาวอารยา ญาณพิบูลย์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
24. นางสาวกณันท์ อังกาบ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
25. ภญ.นิธิเจน กิตติรัชกุล	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
26. อ.ดร.ศิริรา ดอนสมัค	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
27. ภญ.พัชรี กาญจนวัฒน์	กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.สรรพสิทธิประสงค์
28. ภญ.เฉลิมขวัญ วิไลแก้ว	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
29. ภก.สมัย จันทน์นามอม	โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
30. ผศ. (พิเศษ) ภญ. สุภารัตน์ วัฒนสมบัติ	กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลเชียงราย ประชานุเคราะห์
31. เภสัชกรหญิงดวงกมล พูลพันธ์	กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
32. นายแพทย์โตมร ทองศรี	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
33. นางสุทธิดานต์ ชุณหะสุทธิวัฒน์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)
34. นางสาวบงกช จุฑะเดมีย์	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
35. นางสาววิชชุดา อีสรานูวรรธน์	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
36. นางสาวอนุสรรา อนุเคราะห์	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
37. นางสาวภัทราวดี กระรัตน์	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)

วาระที่ 1 การนำเสนอร่างรายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย

การศึกษาวิจัยโครงการฯ นี้มีกรอบแนวคิดการวิจัยในการศึกษากลุ่มบริการหลักประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค (health promotion and disease prevention) การดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน (acute care) ในแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน (OPD&IPD) การผ่าตัดและให้บริการหัตถการ (procedure) และการให้บริการการดูแลระยะกลาง (intermediate care) การให้บริการการดูแลระยะยาว

(long-term care) รวมการให้บริการการดูแลระยะท้าย (palliative care) โดยศึกษานโยบายหรือมาตรการภาครัฐ และมาตรการของโรงพยาบาล 7 โรงพยาบาลที่เกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และที่ไม่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาผลกระทบต่อผู้สูงอายุและปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นในรพ. และมาตรการของแต่ละโรงพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 เพื่อลดผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยพิจารณาถึงปัจจัยบริบทของแต่ละพื้นที่ด้วย

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการจัดรูปแบบบริการของภาครัฐระดับประเทศ ระดับพื้นที่ และโรงพยาบาลที่ศึกษา โดยเพิ่มรายละเอียดมาตรการจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในบุคลากรของโรงพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลเวรยะเบียนอิลีกรอนิกส์โดยใช้ interrupted-time series analysis เป็นข้อมูลบริการ IPD ระดับบุคคลของ สปสช. ข้อมูลระหว่าง 1 มค. 2559 – 31 ตค. 2563 และวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุ OPD&IPD ระดับโรงพยาบาล ข้อมูลระหว่าง 1 มค. 2558 – 31 ตค. 2563 ในพื้นที่ศึกษาทั้ง 7 โรงพยาบาล และการสัมภาษณ์เชิงลึก นำมาจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

ผลการศึกษาการวิเคราะห์ข้อมูล สปสช. ในอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเปรียบเทียบกับก่อนการระบาดของ COVID-19 ช่วงเดือน มค. 59 – ตค. 62 กับช่วงการระบาดของ COVID-19 แบ่งเป็นระยะที่ 1 เดือน มค. - มิย. 63 และระยะที่ 2 กค. - ตค. 63 พบว่าในช่วงของการระบาดของ COVID-19 ในระยะ 6 เดือนแรกกลุ่มที่มีอายุ 0 – 59 ปี ได้รับผลกระทบต่ออัตราการเข้ารับบริการการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ เมื่อแยกตาม สปสช. เขตพบว่าเขต 12 สงขลา ลดลงมากที่สุด ส่วน สปสช.เขต 7 ขอนแก่น, เขต 8 อุตรดิตถ์ และ เขต 13 กรุงเทพฯ ลดลงน้อยกว่าเขตอื่น ๆ เมื่อแยกกลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง ในทุกกลุ่มอายุมีอัตราการลดลงร้อยละ 10 โรคที่ต้องได้รับการดูแลและบำบัดฟื้นฟูเช่น IMC และ palliative care มีอัตราการลดลงร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 20 โรคที่เกี่ยวกับทางเดินหายใจมีอัตราการเข้ารับบริการการรักษาในโรงพยาบาลลดลงร้อยละ 30 ถึงร้อยละ 90 ซึ่งเป็นผลจากมาตรการต่าง ๆ การทำหัตถการและการผ่าตัดลดลงร้อยละ 15 ถึงร้อยละ 20 ในช่วง 6 เดือนแรกของการระบาดของ COVID-19 จำนวนวันนอนรวมต่อเดือนลดลงร้อยละ 13 ถึงร้อยละ 16 ค่าใช้จ่ายรวมต่อเดือนของการบริการผู้ป่วยในทั้งหมดลดลงร้อยละ 7

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับโรงพยาบาลของอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับระหว่างก่อนและระหว่างการระบาดของ COVID-19 พบมีเพียงแห่งเดียวที่มีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุลดลงในระยะ 6 เดือนแรกของการระบาด และพบว่ามีอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นในระยะ 6 เดือนหลังของปี 2563 จำนวน 1 โรงพยาบาล โดยสรุปผลการวิเคราะห์ IPD, OPD และ procedure

utilization ของผู้สูงอายุในระดับโรงพยาบาลพบว่าในกลุ่มโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจมีอัตราการใช้บริการลดลงอย่างมากถึงร้อยละ 90

ผลการศึกษาด้านมาตรการภาครัฐช่วงการระบาดของโรค COVID-19 ที่อาจจะส่งผลต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในส่วนการงดเดินทางข้ามจังหวัดข้ามประเทศ งดการเข้าพื้นที่เสี่ยง การดูแลอนามัยส่วนบุคคล งดการชุมนุมหรือการรวมกลุ่ม ส่งผลต่อมาตรการของโรงพยาบาลที่จะให้บริการเฉพาะกรณีฉุกเฉินเท่านั้น เพิ่มขึ้นขั้นตอนการคัดกรองผู้ป่วยเช่นการทำ Nasopharyngeal Swab ในผู้ป่วยผ่าตัดหรือ admit โรงพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับผู้ป่วย COVID-19 โดยการจัดสรรพื้นที่และอัตรากำลังบุคลากร มีระบบบริหารจัดการกรณีมีบุคลากรติดเชื้อ จัดบริการเสริมหรือทดแทนโดยการนำระบบการแพทย์ทางไกลมาใช้เพิ่มขึ้น การรับยาผ่านศูนย์กระจายยา หรือส่งผ่านไปรษณีย์ การให้ความรู้ผู้ป่วยผ่านช่องทางการสื่อสารต่าง ๆ ปรับการให้บริการโดยลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล จำกัดการเข้าเยี่ยมและเฝ้าผู้ป่วย

ผลที่เกิดจากการนำมาตรการไปปฏิบัติให้ผู้ป่วยต้องเลื่อนนัดพบแพทย์ ผู้สูงอายุบางรายมีอาการแย่งและบางรายต้องเข้ารับการรักษารวดด่วน การใช้เทคโนโลยีมีปัญหาในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสายตาและการได้ยิน ขาดผู้ดูแลทำให้เข้าไม่ถึงบริการการรักษา การปรับรูปแบบการให้บริการทำให้ผู้สูงอายุต้องรอการรักษาเป็นเวลานานจนอาการกำเริบ และมาตรการจำกัดการเฝ้าผู้ป่วยและไม่ได้รับการสื่อสารที่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความกังวลเพิ่มขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษานี้วิเคราะห์ฐานข้อมูลระดับกองทุนของ สปสช. และ IPD เท่านั้น ยังไม่รวม OPD และบริการสุขภาพอื่น ๆ และไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษาอื่นได้ การวิเคราะห์ข้อมูลระดับโรงพยาบาลอาจมีข้อมูลที่น้อยเกินไปที่จะสามารถบอกผลกระทบของการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุได้ รวมถึงการระบาดของโรค COVID-19 ทำให้การเก็บข้อมูลในพื้นที่ศึกษาไม่เป็นไปตามแผน โดยคณะผู้วิจัยได้เปลี่ยนวิธีการสัมภาษณ์ผ่านทางวิดีโอทดแทน ซึ่งอาจส่งผลต่อความครบถ้วนของข้อมูล

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อผู้กำหนดนโยบายในส่วนกลาง ควรให้การสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่ทันต่อเหตุการณ์ งบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็นเร่งด่วน โรงพยาบาลร่วมกับ EOC พื้นที่เตรียมความพร้อมรับมือและลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โรงพยาบาลมี M&E เพื่อหาแนวทางการจัดการลดผลกระทบ โรงพยาบาลพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถได้รับการดูแลระยะกลาง ระยะยาวและระยะท้ายอย่างต่อเนื่อง

วาระที่ 2 ข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิต่อรายงานการวิจัย

ลำดับ	รายละเอียดข้อเสนอแนะและคำถามของผู้ทรงคุณวุฒิ	คณะผู้วิจัยตอบ
1	เหตุใดคณะผู้วิจัยจึงแบ่งการการระบาดของ COVID-19 เป็นช่วงเดือน มค. - มีย. 63 และ กค. - ตค. 63	
2	โรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษามีความแตกต่างกันค่อนข้างมาก หากการวิเคราะห์ข้อมูลใช้การเปรียบเทียบโรงพยาบาลที่มีลักษณะที่ใกล้เคียง อาจมีข้อค้นพบเพิ่มเติมจากผลที่ได้นำเสนอแล้ว ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์ในการเสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	
3	ปัจจัยอะไรที่จะช่วยพิจารณาถึงความถี่การนัดพบแพทย์ของผู้ป่วยที่ควบคุมการดำเนินของโรคได้ดีให้สามารถวางแผนให้การรักษาหรือติดตามการรักษาโดยไม่ใช้เพียงพิจารณาของแพทย์แต่ละบุคคล ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการปรับแผนการรักษาในสถานะที่สามารถควบคุมการระบาดของโควิด-19 ได้	
4	ผลการศึกษายังไม่ตอบวัตถุประสงค์เฉพาะข้อ 1.4 ได้ชัดเจนเนื่องจากข้อมูลมีตัวแปรที่จำกัด	
5	ข้อมูล OPD มีการเปลี่ยนแปลงมากในสถานการณ์โควิด-19 ซึ่งทำให้ไม่สามารถติดตามการรักษาเชิงคุณภาพได้ อาจทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังควบคุมอาการได้ไม่ดี	
6	ผู้ป่วยที่ต้องได้รับบริการการดูแล IMC, LTC และ palliative care เป็นกลุ่มที่มีโอกาสจะไม่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการนอกโรงพยาบาล อาจทำให้การศึกษานี้ไม่ครอบคลุมในการวิเคราะห์ข้อมูลและไม่เห็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจริงในการศึกษานี้	
7	ข้อเสนอแนะเรื่อง telemedicine และ primary care ควรพิจารณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นโอกาสในการพัฒนาการดูแลทางไกลหรือการดูแลระดับปฐมภูมิให้เข้มแข็งมากยิ่งขึ้น	
8	การเตรียมพร้อมด้านบุคลากร หน้า 60 – 64 เป็นเรื่องสำคัญในการเสนอให้มีการเตรียมกลุ่มสหวิชาชีพ โดยคณะผู้วิจัยอาจจะเสนอข้อเสนอการแก้ปัญหาบุคลากรขาดความรู้เรื่องโรคอุบัติใหม่ ขาดการทำงานเป็นทีมนั้นจะสามารถแก้ปัญหาได้อย่างไร	
9	ควรมีการศึกษาที่จะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่สามารถรับมือกับสถานการณ์ในภาวะโรคระบาดได้ทั้งการให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมถึงบริการรูปแบบ home isolation และ community isolation ซึ่ง	

ลำดับ	รายละเอียดข้อเสนอแนะและคำถามของผู้ทรงคุณวุฒิ	คณะผู้วิจัยตอบ
	สถานพยาบาลในพื้นที่ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้การดูแลผู้ป่วยสร้างแพลตฟอร์มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้	
	ในการศึกษานี้ทำให้เห็นว่าโรงพยาบาลเป็นฝ่ายกำหนดมาตรการการรับมือต่างๆ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการจะเสนอข้อจำกัดในการรับบริการเพื่อให้ได้รับบริการที่เหมาะสม	
10	การศึกษานี้ครอบคลุมสถานการณ์โควิดเพียงระยะแรกซึ่งอาจจะยังไม่เห็นความเปลี่ยนแปลงหรือมาตรการต่างๆที่เข้มข้นของโรงพยาบาลที่เพิ่มขึ้นในระยะต้นปี 2564 ซึ่งหลายพื้นที่ได้พัฒนาและนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงการรักษาได้หรือผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้จากการติดตามการรักษา ซึ่งควรมีการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก	
11	ในการใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการให้บริการการดูแลต่างๆของโรงพยาบาลอาจไม่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งต้องพัฒนาในใช้เครือข่ายหรือการดูแลระดับปฐมภูมิช่วยให้การดูแลและติดตาม ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยบางรายเข้าไม่ถึงการรักษาและหายไปจากระบบ	
12	การวิเคราะห์ข้อมูลได้มีการดูความเปลี่ยนแปลงและแนวโน้มการเข้ารับบริการของผู้สูงอายุก่อนและระหว่างการระบาดของโรคโควิด-19 ในรอบ 6 เดือนหรือไม่	คณะผู้วิจัยคำนึงถึงแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงและได้นำเสนอในรายงานการวิจัย
13	การคำนวณค่าใช้จ่ายมีความครอบคลุมในรายจ่ายด้านใดบ้าง คณะผู้วิจัยควรระบุให้ชัดเจนในรายงาน	ในการศึกษานี้ไม่ได้คำนวณส่วนของต้นทุนค่าใช้จ่าย
14	คณะผู้วิจัยไม่ได้ตอบคำถามอัตราการใช้บริการซึ่งเป็นตัวแทน (proxy) ของการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุก่อนและระหว่างสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 นั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร	คณะผู้วิจัยจะนำไปปรับแก้รายงานให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น
15	อัตราการใช้บริการที่ลดลงตามข้อมูลของการศึกษานี้สามารถแสดงปัจจัยใดบ้าง นอกจากปัจจัยด้านมาตรการของรัฐและโรงพยาบาล หรืออาจเกิดจากผู้ป่วยเข้าไม่ถึงบริการตามความจำเป็น หากคณะผู้วิจัยสามารถแยกโรคที่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีภาวะแทรกซ้อนมีอัตราการบริการเพิ่มขึ้นหรือลดลงต่างกันอย่างไร หรือผู้ป่วยในที่มีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นหรือไม่ มีอัตรา admission เพิ่มขึ้นหรือไม่ ซึ่งจะสามารถนำสู่ข้อเสนอแนะนโยบายที่ชัดเจน	
16	ในการศึกษาระยะต่อไปหากสามารถศึกษาระบบอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาบริบาลท้องถิ่นที่มีอยู่ในขณะนี้จะส่วนร่วมอย่างไรในการให้การรักษาและ	

ลำดับ	รายละเอียดข้อเสนอแนะและคำถามของผู้ทรงคุณวุฒิ	คณะผู้วิจัยตอบ
	ติดตามอาการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดภาระต่างๆในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล เช่นการเดินทาง ผู้ดูแลหรือญาติ	
17	คณะผู้วิจัยควรจัดลำดับข้อเสนอเชิงนโยบายตามบทบาทของของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจนเช่นในระดับส่วนกลางต่อ กระทรวงสาธารณสุข สปสช. หรือภาคการเมือง ระดับจังหวัดในองค์ประกอบเช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด	คณะผู้วิจัยเห็นด้วยกับข้อเสนอแนะ และจะนำไปปรับแก้รายงานให้มีความสมบูรณ์และชัดเจน
18	หากคณะผู้วิจัยเลือกอภิปรายผลในแง่ของบริการสาธารณะ (service utility) มากกว่าในแง่ของการเข้าถึงบริการการดูแล (Access to care) นั้นจะชี้ให้เห็นถึงปัจจัยบางอย่างเช่นมีหน่วยให้บริการเพิ่มมากขึ้น มีการผ่อนถ่ายบริการ หรือเป็นลัดโอกาสเข้าใช้ (access) ในหน่วยบริการ	คณะผู้วิจัยเห็นด้วยกับข้อเสนอแนะ และจะนำไปปรับแก้รายงานให้มีความสมบูรณ์และชัดเจน
19	การนำเสนอภาพรวมของข้อมูลด้วยกราฟจะทำให้เห็นถึงแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น	
20	การวิเคราะห์อัตราการตาย (mortality) ทั้งในโรงพยาบาลและภายหลังการรักษาแล้วคำนวณจากกลุ่มประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดอาจทำให้ไม่เห็นความแตกต่าง แต่หากสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบอัตราการเสียชีวิตของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอาจมีความแตกต่าง	ในการศึกษาใช้จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการใน IPD และ OPD ของแต่ละปีของ สปสช. ในการคำนวณอัตราการตาย
21	ในการศึกษาเชิงคุณภาพคณะผู้วิจัยควรอธิบายตามระเบียบวิธีวิจัยให้ชัดเจน	
22	ควรเพิ่มเติมการส่งเสริมการดูแลตนเอง และการฟื้นฟูสภาพได้ด้วยตนเองหรือญาติหรือผู้ดูแลที่บ้านได้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	
23	ข้อเสนอเชิงนโยบายหากสามารถครอบคลุมการรับมือสถานการณ์ภัยพิบัติหรือโรคอุบัติใหม่ในอนาคตได้เหมาะสมในระดับนโยบายและปฏิบัติ	
24	ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 หากคณะผู้วิจัยสามารถเปรียบเทียบการใช้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลได้ อาจทำให้เห็นถึงอัตราการใช้บริการที่ไม่จำเป็นเปลี่ยนแปลงอันเนื่องจากประชาชนมีความกังวลความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19	
25	จากข้อมูลอัตราการใช้บริการที่ลดลงเปรียบเทียบกับอัตราตายที่พบว่าลดลงเช่นกันนั้นมีความเป็นไปได้ว่าจะมีความคาดเคลื่อนหากการศึกษาไม่ได้ข้อมูลการเสียชีวิตนอกโรงพยาบาลมาใช้ในการอภิปราย เนื่องจากแนวโน้มของการไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องอาจทำให้ผู้สูงอายุมีอาการของโรคแย่ลง ทั้งผู้ที่ป่วยด้วยโรคโควิด-19 และผู้ป่วยโรคอื่น	

ลำดับ	รายละเอียดข้อเสนอแนะและคำถามของผู้ทรงคุณวุฒิ	คณะผู้วิจัยตอบ
26	คณะผู้วิจัยพิจารณาใช้ข้อมูลในการสรุปผลการวิจัยเพื่อตอบคำถามการวิจัย ซึ่งจะมีน้ำหนักมากกว่าการใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ผ่านความคิดเห็น	คณะผู้วิจัยเห็นด้วยกับข้อเสนอแนะ และจะนำไปปรับแก้รายงานให้มีความสมบูรณ์และชัดเจน
27	ในระยะต่อไปของการศึกษาหากสามารถเปรียบเทียบอัตราการเข้าใช้บริการของช่วงระยะของการระบาด (ปี63) กับระยะที่มีการระบาดรุนแรง (ปี64) ที่มีมาตรการต่างๆกันมีความเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง หน่วยบริการมีความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างไร	คณะผู้วิจัยเห็นด้วยกับข้อเสนอแนะ และจะนำไปศึกษาต่อในระยะต่อไป

การศึกษาวิจัยในโครงการฯ ยังมีข้อจำกัดของการศึกษาและข้อมูล รวมถึงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ผลการศึกษาจากโครงการวิจัยที่นำไปสู่ข้อเสนอเชิงนโยบายที่มีประโยชน์ต่อการเตรียมความพร้อมและรับมือสถานการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต รวมถึงการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสม นำไปสื่อสารกับผู้กำหนดนโยบายและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนานโยบายของประเทศ

นางสาวภัทราวดี กะรัตน์
ผู้บันทึกรายงานการประชุม
นางสาวบงกช จุฑะเต็มย์
นายแพทย์ภูษิต ประคองสาย
ตรวจรายงานการประชุม

รายชื่อคณะนักวิจัย

1. ผู้รับผิดชอบประกอบด้วย

1.1 หัวหน้าโครงการ

ดร.ภญ.พัทธรา ลีฬหรวงศ์

หน่วยงาน หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ (Siriraj Health Policy Unit)

สำนักงานคณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: pattara2124@gmail.com, pattara.lee@mahidol.ac.th

1.2 ผู้ร่วมงานวิจัย

1) ผศ.ภก.พีรวัฒน์ จินาทองไทย

หน่วยงาน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

สถานที่ติดต่อ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

เลขที่ 85 ถนนสถลมารค ต.เมืองศรีไค อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี

โทรศัพท์ : 045-353626

E-mail: peerawat.j@ubu.ac.th

2) ผศ.ภก.สุธาร จันทะวงศ์

หน่วยงาน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สถานที่ติดต่อ สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

123/2012 ถ.มิตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

โทรศัพท์ : 043-202379

E-mail: suthch@kku.ac.th

3) ผศ.ภก.กิริติ เก่งกล้า

หน่วยงาน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

สถานที่ติดต่อ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

19 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000

โทรศัพท์: 054-466-666 ต่อ 3188 โทรศัพท์ : 054-466-690

E-mail: kirati.ke@up.ac.th

4) ดร.ภก.ยuthana วงศาลาภ

หน่วยงาน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
สถานที่ติดต่อ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
19 หมู่ 2 ตำบลแม่กา อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา 56000
โทรศัพท์: 054-466-666 ต่อ 3298 โทรสาร: 054-466-690
E-mail: yuttana.wo@up.ac.th

5) นางสาวอารยา ญาณพิบูลย์

หน่วยงาน โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
สถานที่ติดต่อ ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์: 02-590-4549
E-mail: yanpibun.a@gmail.com

6) นางสาวภคินันท์ อังกาบ

หน่วยงาน โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
สถานที่ติดต่อ ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์: 02-590-4549
E-mail: pakkanan.ang@gmail.com

7) พญ.อัญชนา สุรอมรรตน์

หน่วยงาน สาขาวิชาอายุรศาสตร์ป๋จณิมวัย ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
สถานที่ติดต่อ สาขาวิชาอายุรศาสตร์ป๋จณิมวัย ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
E-mail: praewun@gmail.com

8) นพ.เอกภพ หมอกพรม

หน่วยงาน สาขาวิชาอายุรศาสตร์ป๋จณิมวัย ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
สถานที่ติดต่อ สาขาวิชาอายุรศาสตร์ป๋จณิมวัย ภาควิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
E-mail: ekkaphop.mor@hotmail.com

9) รศ.พญ.อรุณทัย ศิริวัศกุล

หน่วยงาน หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ (Siriraj Health Policy Unit) สำนักงานคณบดี
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานที่ติดต่อ หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ
ห้อง 212 อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ (SiMR)
E-mail: arunotai.sir@mahidol.ac.th

10) นางสาวกুমารี พัทธี

หน่วยงาน โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
สถานที่ติดต่อ ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์: 02-590-4549
E-mail: kumaree.p@hitap.net

11) นางสาวนิธิเจน กิตติรัชกุล

หน่วยงาน โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
สถานที่ติดต่อ ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์: 02-590-4549
E-mail: nitichen.k@hitap.net

1.3 ที่ปรึกษาโครงการ

1) รศ.พญ.วาราลักษณ ศรีนนท์ประเสริฐ

หน่วยงาน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานที่ติดต่อ หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ (Siriraj Health Policy Unit)
ห้อง 212 อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ (SiMR)
E-mail: varalaksi@gmail.com

2) ดร.ชญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวส

หน่วยงาน โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
สถานที่ติดต่อ ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์: 02-590-4549
E-mail: stantivess@gmail.com