

“การทำอะไรแบบเดิม ก็ย่อมได้ผลแบบเดิม” ปัจจุบันระบบสาธารณสุขไทยกำลังพบวิกฤติหลายด้าน เช่น เงินบำรุงที่ลดลงมาก ขาดแคลนบุคลากรในทุกวิชาชีพ การฟ้องร้องที่มากขึ้น ค่ารักษาพยาบาลที่เพิ่มสูงขึ้นมาก โรค NCD, โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเสื่อม โรคหลอดเลือดหัวใจตีบที่เพิ่มสูงขึ้น และอื่นๆ อีกหลากหลายปัญหา รวมทั้งระบบการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) ส่งผลกระทบต่อระบบบริการด้านสุขภาพอย่างมาก สิ่งหนึ่งที่ผมเห็น คือ ประเทศของเรานำแนวทางในด้านต่างๆ ของนานาชาติหรือมาตรฐานสากลมาใช้ในการพัฒนาทุกด้าน ซึ่งดูเหมือนจะเป็นสิ่งที่ดี เพราะมาตรฐานสากล หรือนานาชาติเป็นสิ่งที่ประเทศที่พัฒนาแล้วใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาทั้งสิ้น ถ้าทำได้ก็เท่ากับการรักษาพยาบาลของประเทศเราได้พัฒนาเข้าสู่มาตรฐานสากล

แต่เมื่อผมทำงานเป็นแพทย์มา 36 ปี และจะเกษียณในปีแล้ว ผมได้มีโอกาสนั่งทบทวนตลอดชีวิตการทำงาน ผมพบว่า การนำแนวทางต่างๆ ที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นมาตรฐานสากล มาตรฐานนานาชาติ เช่น แนวทางการรักษาทางเวชปฏิบัติ หรือ Clinical Practice Guideline: CPG ของประเทศสหราชอาณาจักรอังกฤษ สหรัฐอเมริกา หรือยุโรป ซึ่งแพทย์เรานิยมใช้อ้างอิงมาตลอดนั้น ผมมีอีกมุมมองที่ต้องการนำมาแลกเปลี่ยนความเห็นกัน คือ ถ้าเรายังนำมาตรฐานสากล หรือ CPG ของประเทศต่างๆ มาเป็นแนวทางการรักษาของประเทศไทย ระบบสุขภาพเราอาจถึงทางตัน หรือติดกับดักการพัฒนาระบบการแพทย์ของประเทศไทยก็ได้ ผมขอเล่าความเห็นของผมที่ละประเด็น ดังนี้

1. Clinical Practice Guideline : CPG แนวทางเวชปฏิบัติที่สมาคมวิชาชีพแพทย์ในสาขาต่างๆ นำมาใช้ อ้างอิงนั้นเกือบทั้งหมดเรานำแนวทางดังกล่าวมาจากต่างประเทศ ได้แก่ ของสหภาพยุโรป สหราชอาณาจักร อังกฤษ สหรัฐอเมริกา เป็นต้น แล้วเรียนเชิญแพทย์จากโรงเรียนแพทย์ต่างๆ ตัวแทนแพทย์จากโรงพยาบาล จังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ มีส่วนน้อยจากโรงพยาบาลชุมชน มาร่วมความเห็นเห็นว่า CPG ของประเทศไทยควร

การแพทย์ไทยกับคำว่า มาตรฐานสากล

สมศักดิ์ เกียมเก่า

ศ.ดร.สมศักดิ์ เกียมเก่า

อนุสาขาวิชาประสาทวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้รับผิดชอบบทความ :

ศ.ดร.สมศักดิ์ เกียมเก่า

อนุสาขาวิชาประสาทวิทยา สาขาวิชาอายุรศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
อ.เมือง จ.ขอนแก่น
email: somtia@kku.ac.th

เป็นอย่างไร บางส่วนก็นำการศึกษาที่มีในประเทศไทยมาประกอบการตัดสินใจ หลังจากได้ข้อสรุปก็ประกาศใช้เป็น CPG ของสมาคมวิชาชีพ ราชวิทยาลัย หรือวิทยาลัยนั้นๆ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางการรักษาในประเทศไทย ข้อจำกัดของ CPG ประเทศไทย คือ มาตรฐานที่ส่วนใหญ่ มักถูกพัฒนาขึ้นในประเทศที่มีทรัพยากรทางการแพทย์เพียงพอ หรืออ้างอิงตามงานวิจัยที่ทำในโรงพยาบาลตติยภูมิขนาดใหญ่ ไม่ได้นำบริบท หรือความพร้อมของโรงพยาบาลต่างๆ มาประกอบการจัดทำ CPG ไม่ได้มีการปรับให้เข้ากับความพร้อมของโรงพยาบาลระดับต่างๆ หรือความพร้อมด้านทรัพยากรบุคคล ด้านงบประมาณ จึงมีการนำให้การตรวจวินิจฉัยที่ต้องใช้เครื่องมือราคาสูง หรือยาตัวใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพดี เมื่อนำ CPG นี้มาใช้ในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลรัฐที่งบประมาณจำกัด แพทย์จึงมีการส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการมากขึ้น มีการส่งต่อเข้ารับการรักษากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น มีการใช้ยาชนิดใหม่ๆ มากขึ้น ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายทางการแพทย์สูงขึ้น ผู้ป่วยต้องถูกส่งต่อมารับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลของโรงเรียนแพทย์มากขึ้น

ข้อจำกัดของ CPG อีกประเด็นหนึ่ง คือ ภาระงานที่ล้นมือของบุคลากรทางการแพทย์ของไทยที่ไม่สามารถมีเวลาที่มีมากพอในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ในประเทศอังกฤษ การดูแลผู้ป่วยระบบประสาทรายเก่าที่มารับการรักษาต่อเนื่อง กำหนดเวลาในการพบแพทย์ประมาณ 20 นาที ผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 45 นาที ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่สามารถเกิดขึ้นในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ของประเทศไทยได้เลย ส่งผลให้การอธิบายรายละเอียดของโรค การรักษา การดูแลตนเองเป็นไปได้อย่างยาก เพราะมีข้อจำกัดของระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายกับจำนวนผู้ป่วยที่มีมากมาย ไม่ได้มีการจำกัดจำนวนผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลาแพทย์ออกตรวจ

ข้อจำกัดของ CPG ในประเด็นต่อมา คือ บัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งไม่ได้สอดคล้องกับ CPG ยาที่ถูกระบุใน CPG แต่อยู่นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่เป็นสิทธิการรักษาบัตรทอง และประกันสังคมไม่สามารถเข้าถึงการรักษาตาม CPG ได้ ส่งผลให้ CPG นั้นสร้าง

ความเหลื่อมล้ำระหว่างผู้ป่วยแต่ละสิทธิการรักษา

ข้อจำกัดของ CPG ต่อมา คือ การสื่อสารกับสังคม เมื่อมีการกำหนด CPG มาแล้ว สังคมก็จะรับรู้ว่าเป็น CPG คือ มาตรฐานที่แพทย์ต้องทำตาม ถ้าไม่ทำตาม คือ การให้การรักษาที่ไม่เป็นมาตรฐาน ประเด็นนี้ก็จะทำให้เกิดการเข้าใจที่ไม่ตรงกัน ก่อให้เกิดการฟ้องร้องกันได้ แทนที่ CPG จะก่อให้เกิดประโยชน์กับการรักษา กลายเป็นสิ่งที่ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับคนไข้เสียไป แพทย์เองก็ได้รับผลกระทบ และอาจเป็นเหตุให้เกิดการรักษาแบบ defensive medicine คือ ทำการรักษาแบบป้องกันความผิดพลาดในทุกกรณี ส่งผลให้เกิดการส่งต่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคนั้นมากขึ้น มีการส่งตรวจเพื่อให้ได้การวินิจฉัยแยกโรคต่างๆ มากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของ CPG คือ การไม่ได้นำบริบท ความพร้อม หรือจุดเด่นของประเทศไทยที่มีนำมาพิจารณาให้อยู่ใน CPG ของประเทศไทย เช่น การรักษาด้วยแพทย์แผนไทย สมุนไพรไทย หรือ การไม่จำเป็นต้องส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ (investigation) ต่างๆ ที่แตกต่างไปจาก CPG ของต่างประเทศที่เรานำมาอ้างอิง

แนวทางการพัฒนา CPG ของผม มีความเห็น ดังนี้

1. การพัฒนา CPG ควรมีการนำข้อมูลการศึกษา และระบบการรักษาของประเทศไทยมาร่วมในการออกแบบพัฒนา CPG ของไทยด้วยเสมอ โดย CPG ที่พัฒนาขึ้นมานั้น ควรมี CPG ของสถานพยาบาลแต่ละระดับ เริ่ม ตั้งแต่ รพ.สต. โรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาลชุมชนที่มีแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ ตลอดจน CPG ของโรงพยาบาลเอกชนด้วย และควรระบุด้วยว่าควรมีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเมื่อไหร่ และเมื่อไหร่ควรมีการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้น ตามความเหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยและความรุนแรงของผู้ป่วย

2. สร้างความเข้าใจกับแพทย์ และสังคมว่า CPG ไม่ใช่กฎหมาย ไม่ใช่ข้อควรระวัง ไม่ใช่สิ่งที่ต้องบังคับให้ทำตาม 100% การไม่ได้ทำตาม CPG ไม่ใช่ความผิดเสมอไป หากแพทย์มีเหตุผลทางการแพทย์หรือข้อจำกัด

ด้านทรัพยากรที่อธิบายได้ ต้องมีข้อความระบุชัดเจนว่า แพทย์ต้องพิจารณาบริบทของผู้ป่วย และ ทรัพยากรของโรงพยาบาลในขณะนั้นประกอบด้วยเสมอ เพื่อใช้เป็นเกราะป้องกันแพทย์จากการถูกฟ้องร้อง

3. การพัฒนา CPG ควรมีแนวทางการรักษาที่เป็นของประเทศไทยอย่างชัดเจน โดยใช้ข้อมูลทางการแพทย์ที่มีการศึกษาในประเทศไทยว่าควรทำอย่างไร เช่น การส่งตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง การส่งตรวจ MRI สมองในการวินิจฉัยการชักและหาสาเหตุการชักในประเทศไทย อาจไม่จำเป็นต้องทำในผู้ป่วยทุกราย หรือการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดขาดเลือดเฉียบพลันด้วยยาละลายลิ่มเลือด ไม่จำเป็นต้องให้การรักษาด้วยอายุรแพทย์ระบบประสาทเสมอไป เช่นในปัจจุบันประเทศไทยมีการสร้างเครือข่ายการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วยอายุรแพทย์ทั่วไป เป็นต้น

4. การพัฒนา CPG ต้องมีการทำงานร่วมกันกับ 3 กองทุนที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล คือ สปสช. ประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง ตลอดจนบริษัทประกันชีวิต ถ้ามีการกำหนดให้เป็นการรักษาที่ต้องทำใน CPG แล้ว ก็ต้องมีการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้สถานพยาบาลอย่างเป็นธรรม

5. การพัฒนา CPG ต้องมีทางเลือกด้วยการรักษาอะไรที่ยังเป็นสิ่งใหม่ ยังไม่ได้ถูกกำหนดไว้ใน CPG นั้น ถ้าผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษานั้น ก็ต้องรับผิดชอบค่ารักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นเอง เพราะเป็นการรักษาทางเลือกที่ผู้ป่วยเลือกเอง

6. การสื่อสารกับสังคมโดยแพทยสภา และกระทรวงสาธารณสุข ต้องสร้างความเข้าใจกับสังคมให้ถูกต้องว่า การทำตาม CPG ไม่ได้รับประกันความสำเร็จ 100% การรักษาโรคมีความไม่แน่นอน เมื่อการรักษาล้มเหลว หรือมีภาวะแทรกซ้อน เป็นเพราะธรรมชาติของโรค หรือข้อจำกัดด้านทรัพยากร ไม่ได้เกิดจากความผิดพลาดของแพทย์ หรือกระบวนการรักษา CPG เป็นเพียงคำแนะนำของคนส่วนใหญ่ ไม่ใช่สูตรสำเร็จของทุกคน ส่งเสริมให้แพทย์คุยกับคนไข้โดยนำ CPG ให้ดูว่า มาตรฐานแนะนำแบบนี้ แต่ด้วยข้อจำกัดของเรา หรือด้วยความพร้อมของผู้ป่วยเป็นแบบนี้ แพทย์ขอปรับการรักษาเป็นแบบนี้ เพื่อให้คนไข้ ญาติมีส่วนร่วมตัดสินใจ และยอมรับ

ความเสี่ยงร่วมกัน

7. การสอนแพทย์ของโรงเรียนแพทย์ ต้องสอนให้มีการประยุกต์ใช้ในพื้นที่ขาดแคลนด้วย เพื่อให้แพทย์จบใหม่มีความสามารถในการปรับตัวและประยุกต์ได้เมื่อไปทำงานจริง สนับสนุนให้แพทย์กล้าตัดสินใจเพื่อประโยชน์คนไข้จริงๆ แม้จะไม่ตรงตาม CPG บ้าง โดยมีระบบตรวจสอบของโรงพยาบาลที่เข้าใจบริบทมาช่วยตรวจสอบ ไม่ใช่จับผิด

2. การนำมาตรฐานสากล หรือนานาชาติมาใช้แต่มีงบประมาณจำกัดตามความพร้อมของประเทศไทย เช่น สปสช. การบริหารด้วยงบปลายปิด เมื่อมีผู้ป่วยมารับบริการมากขึ้น ค่ารักษาพยาบาลในแต่ละรายก็ได้รับการชดเชยที่ลดลง เพราะถูกจำกัดด้วยงบปลายปิดอย่างที่เราระสบปัญหาเหล่านี้ในปัจจุบัน ซึ่งสิ่งนี้ต้องหาทางออกที่เหมาะสม เช่น การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องต่อสังคม ไม่ใช่นโยบายประชานิยม หรือการร่วมจ่ายอย่างเป็นธรรมที่ไม่ส่งผลกระทบต่อเข้าถึงระบบการรักษา

3. การกำหนดตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ต้องเป็นตัวชี้วัดที่ถูกต้อง สามารถทำการประเมินได้จริง และต้องมีการสนับสนุนกระบวนการรักษาต่างๆ ให้สอดคล้องกับตัวชี้วัดที่กำหนดและมีการประเมินด้วย

4. การนำมาตรฐานสากลมาใช้ขึ้น เพื่อให้ได้เอกสารการรับรองคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาลว่าได้มาตรฐานสากลนั้น ก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายและภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่โรงพยาบาลขาดแคลนบุคลากรในทุกวิชาชีพ และขาดงบประมาณ ดังนั้น การนำมาตรฐานสากลต้องคำนึงถึงข้อจำกัดของโรงพยาบาลในประเด็นนี้ด้วย ภาครัฐต้องมีงบประมาณสนับสนุนอย่างชัดเจน ทั้งเงินและบุคคล

ดังนั้นผมมีความเห็นว่าเราต้องมีการประเมินความพร้อมของระบบการแพทย์ของประเทศเราว่ามีความพร้อมในด้านใด อย่างไร และนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงของในหลวงรัชกาลที่ 9 มาเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนาระบบการแพทย์ไทย ให้มีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย มากกว่าที่เราต้องทำตามมาตรฐานสากล หรือนานาชาติ เราไม่ได้ปฏิเสธมาตรฐานสากล เพียงแต่เราต้องนำมาตรฐานสากลนั้นมาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของประเทศไทยครับ