


# นโยบาย ระบบสุขภาพและการพยาบาล

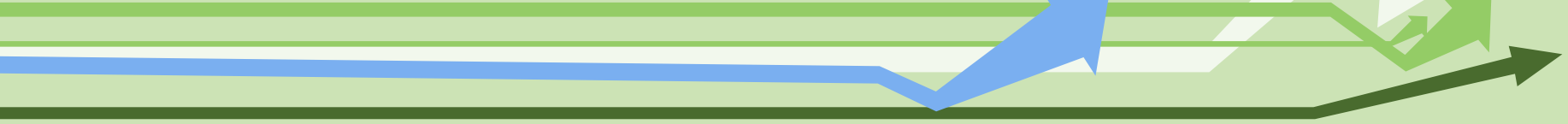
เศรษฐศาสตร์สุขภาพและการจัดการผลลัพธ์ในการปฏิบัติการ  
พยาบาล

ศิริอร สินธุ

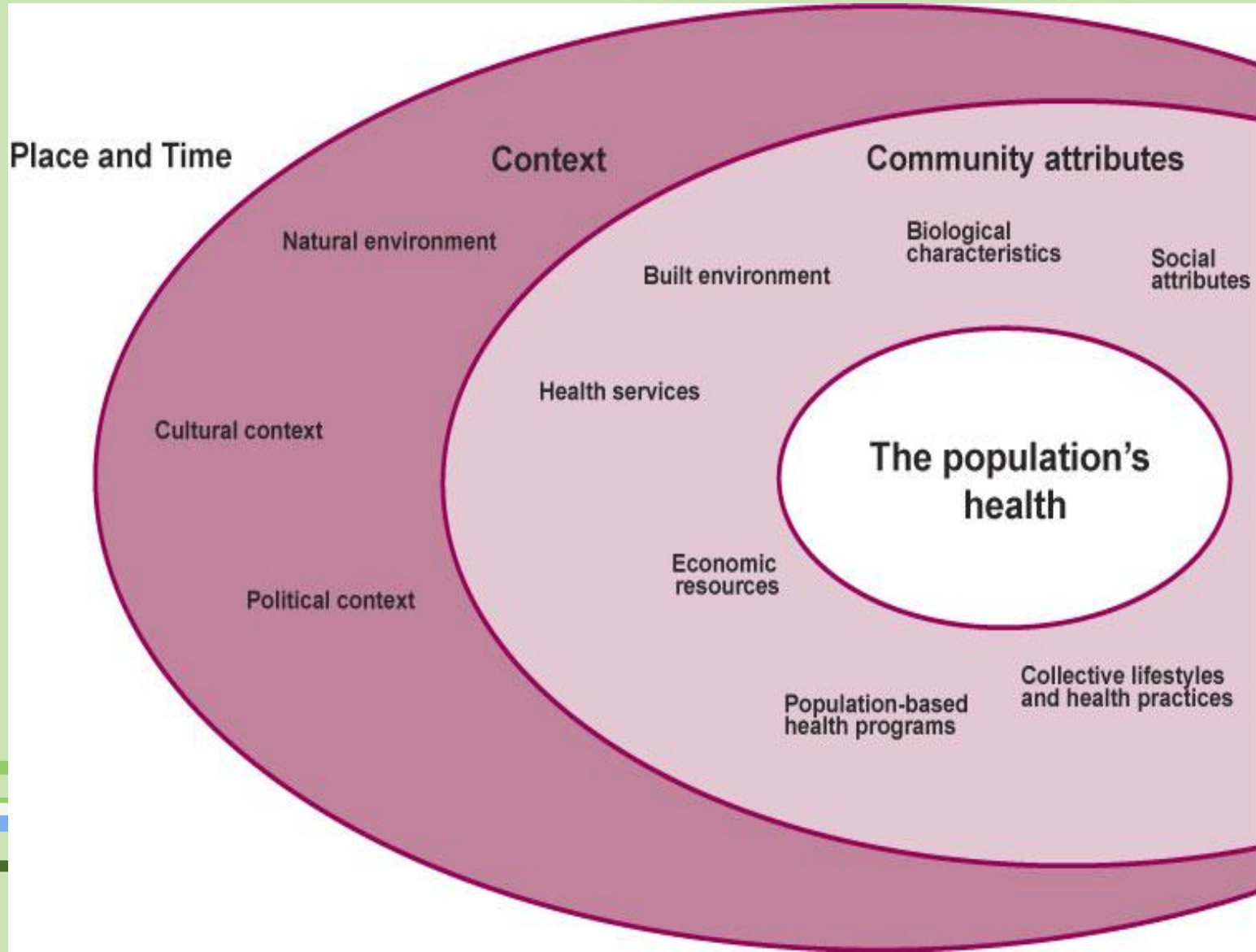
A decorative graphic consisting of several horizontal lines and arrows. From top to bottom: a thick green arrow pointing right, a white arrow pointing right, a blue arrow pointing right, and a dark green arrow pointing right. The arrows are layered and overlap. There are also horizontal lines in green, white, and blue that intersect with the arrows.

# ประเด็นการบรรยาย

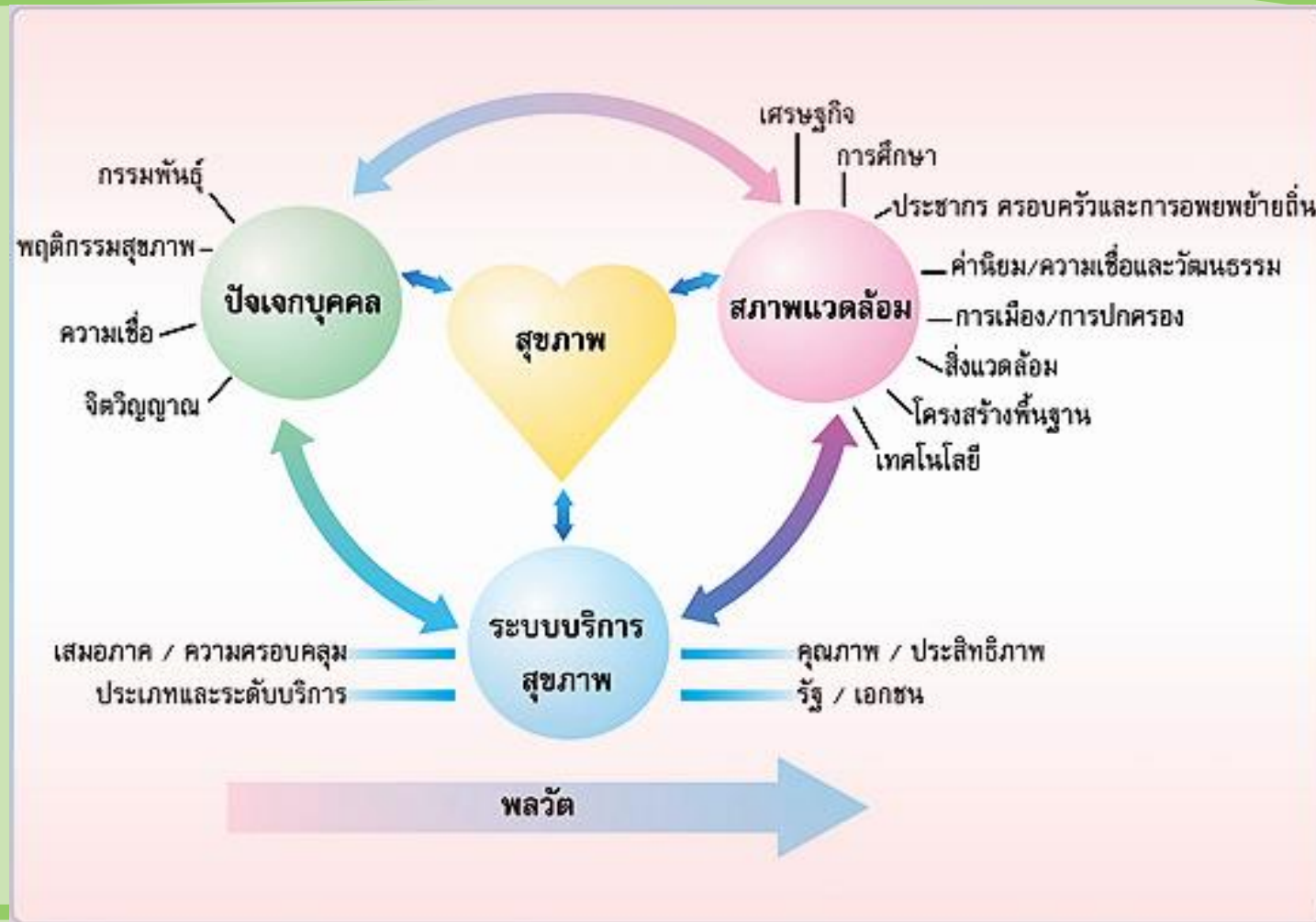


1. ระบบสุขภาพและผลลัพธ์ระบบสุขภาพ
    - 1.1 ระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพ
    - 1.2 ผลลัพธ์ระบบสุขภาพและตัวชี้วัดทางสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
  
  2. เศรษฐศาสตร์สุขภาพและการคลังสุขภาพ
    - 2.1 เศรษฐศาสตร์สุขภาพ
    - 2.2 ระบบค่าใช้จ่ายสุขภาพ(การบันทึกรหัสโรคและการกำหนด DRG สำหรับผู้ป่วย)
  
  3. ระบบการดูแลสุขภาพ
    - 3.1 Continuing care models
    - 3.2 Team and the manager
    - 3.3 Outcome measurement and management
  
  4. การใช้ความรู้ ข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อคุณภาพการดูแลที่เป็นธรรม
    - 4.1 Knowledge Management (KM) and Evidence-based practice (EBP)
    - 4.2 Communication: ระบบการบันทึก / documentation/ referral system
    - 4.3 Protocol & CPG & Care path & Care MAP
- 

# ***Influences on the Population's Health***



# ความเชื่อมโยงและพลวัตที่เกี่ยวกับสุขภาพ



# The health care System – 5 Main Components



1. Education and Research: professional schools
2. Suppliers : drugs, equipment
3. Insurers:
  - Government (Medicare, Medicaid, CHIP, VA)
  - Commercial, self-insured employers, Blue Cross/Blue Shield (BC/BS)
4. Payers: State agencies, BC/BS, commercial insurers, “self-pay”
5. Providers: (Next slide)

*Steinwachs, D. The American Health Care System: Introduction to Health Policy (Class Notes, Unpublished). 2002.*



# The health care System –

## Provider Groups

- Preventive Care: Primary Care Providers (PCPs), state/city health departments
- Primary Care: M.D./D.O., P.A., C.R.N.P.
  - Generalist-specialist continuum
    - some specialists provide primary care, some generalists provide advanced services - OB, colonoscopy
- Sub acute Care – Intermediate care, ambulatory surgical centers

*Steinwachs, D. The American Health Care System: Introduction to Health Policy (Class Notes, Unpublished). 2002.* 

# The health care System –

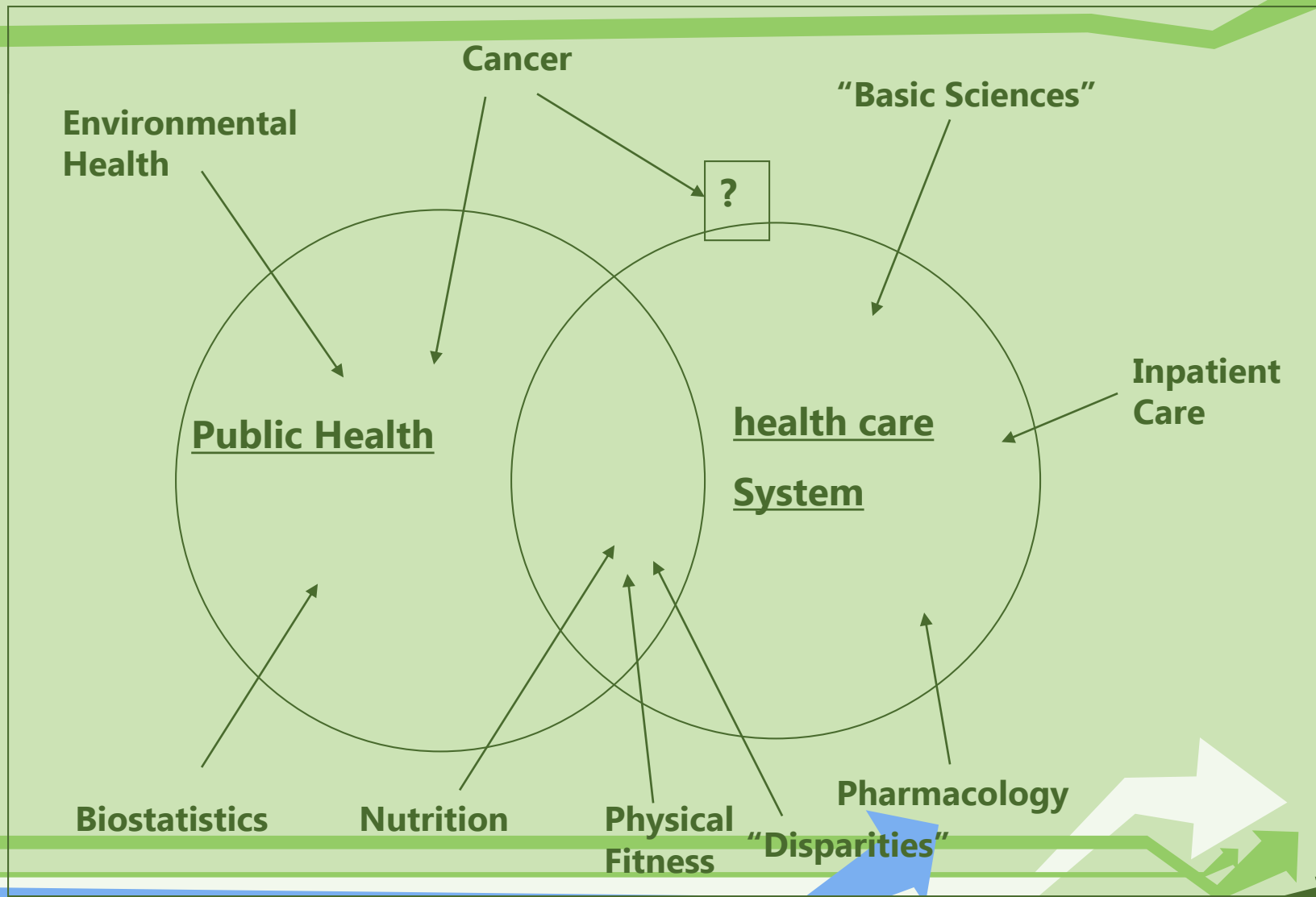
## Provider Groups

- Acute Care – Hospitals, “Urgent Care”
- Auxiliary Services – Lab, pharmacists
- Rehabilitation Services – Home Health Nursing, Nursing Homes
- Long-Term Care – Nursing Home, Assisted living
- Integrated Care – Managed care

*Stein, et al., The American Health Care System: Introduction to Health Policy (Class Notes, Unpublished), 2002.*

- Complementary/Alternative Medicine 
- 
- 
- 

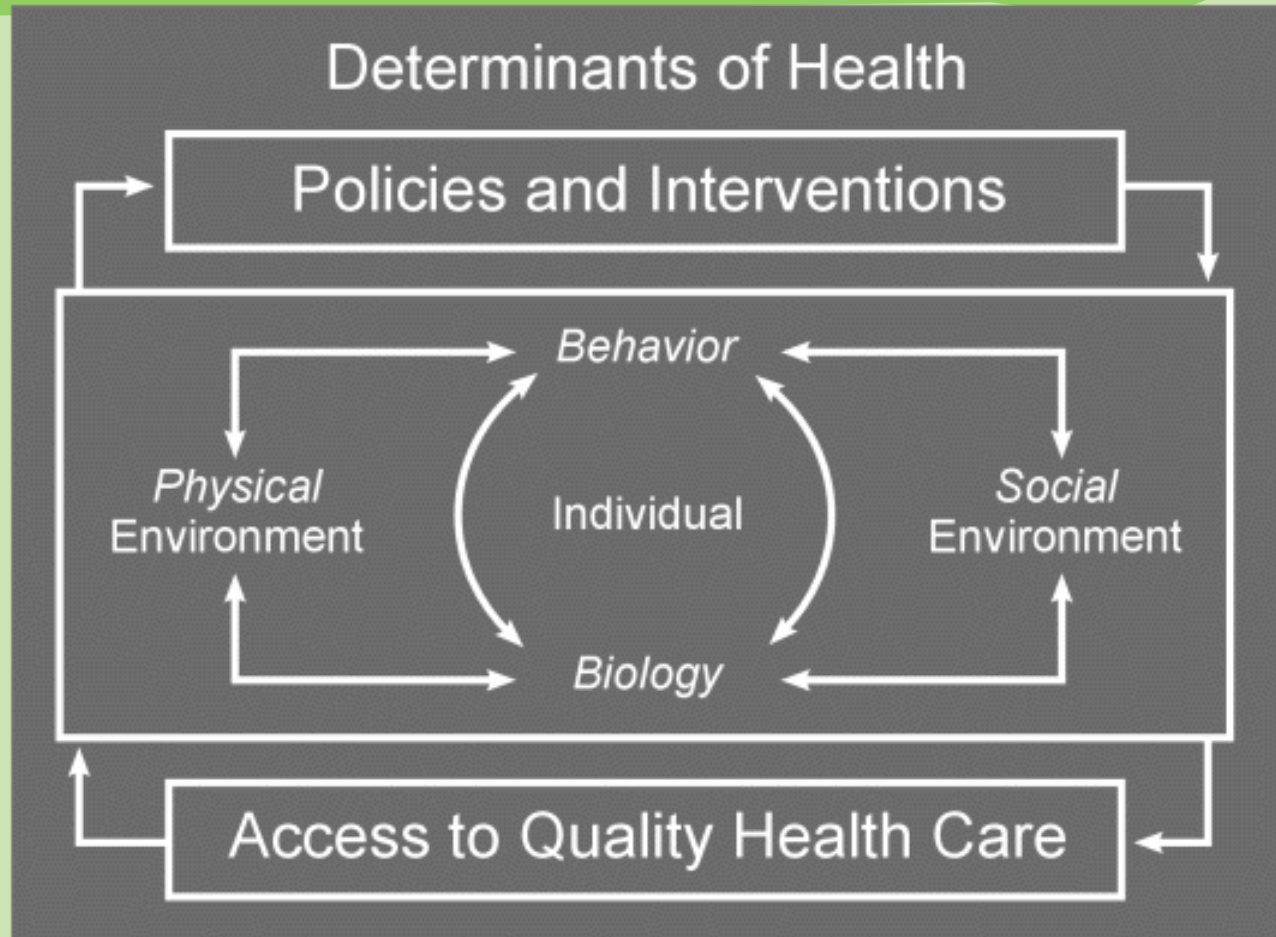
# Relationship of "Public Health" to "health care System"





# Health - Conceptual Framework

With all that we spend, focus, and train on “health care”, how do we address the “health” part?



*U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2nd ed. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. 2 vols. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, November 2000.*

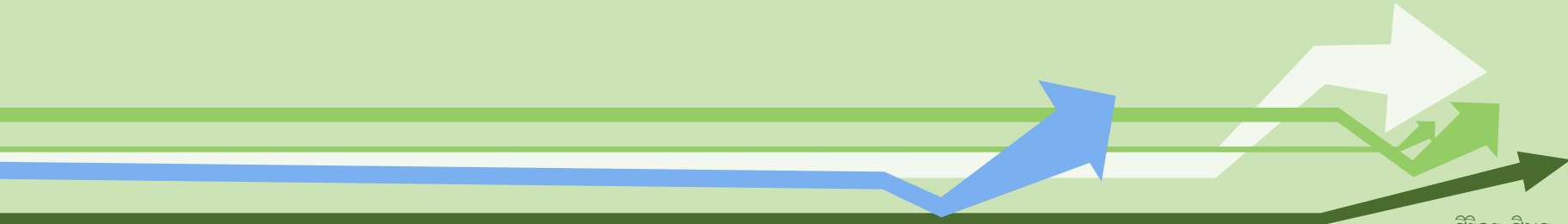
# Health care policy at the Macro -level



The **six components** are:



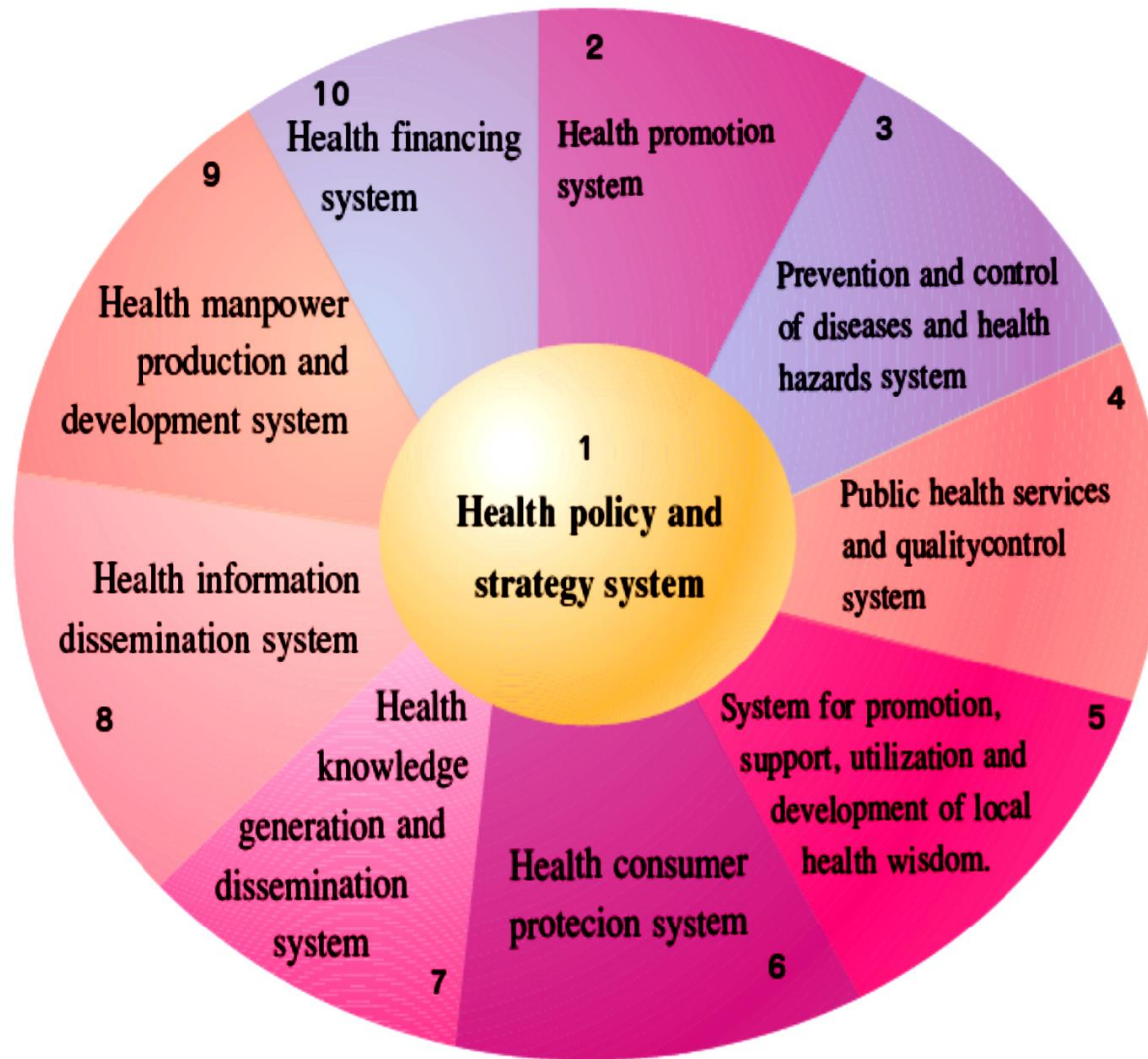
- policy;
- financing;
- human resources;
- supply systems;
- service management; and
- information and monitoring systems.



03/08/60

ศิริอร สินธุ

# Components of health system



Source: Modified from the National Health Act B.E. 2550 (2007).  
ศิริอร สันธิ์



## HEALTH

“ ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทาง ปัญญาและทางสังคมเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่าง สมดุล ”

(ม.3 - พรบ.สุขภาพแห่งชาติ 2550)

# ทรัพยากรสาธารณสุข

บุคลากรด้านสาธารณสุข

**Man Power**

- แพทย์
- พยาบาล
- เภสัชกร
- นักวิทยาศาสตร์การแพทย์
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฯ

โครงสร้างพื้นฐานด้านบริการสาธารณสุข

**Health Facility**

- จำนวนเตียง
- สถานบริการสาธารณสุข
- อาคารสถานที่ต่างๆ

เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์

**Health Equipments & Supplies**

- อุปกรณ์ที่จำเป็น
- เครื่องมือทางการแพทย์
- ยา ฯ

# โครงสร้างองค์กร

การจัดระบบให้บริการสาธารณสุข

3 รูปแบบ

รูปแบบองค์กรเป็นชั้นๆ ลดหลั่นกันไป  
Hierarchical Bureaucracies

-ระบบการกำกับ ตรวจสอบและ  
ประสานงานโดยใกล้ชิด

รูปแบบความสัมพันธ์โดยอาศัยกลไกตลาด  
Market based Interaction

-ระบบการให้บริการที่เป็นไป  
ตามกลไกของตลาด

รูปแบบพันธสัญญา  
Contractual Arrangement

-ระบบความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐ  
เอกชนในการให้บริการด้านสุขภาพพื้นฐาน

# การบริหารจัดการ

การบริหารจัดการที่ดี : Good Governance

ทำให้ระบบบริการสุขภาพบรรลุเป้าประสงค์

- การมีสุขภาพดี
- เกิดความเป็นธรรม
- เกิดความพึงพอใจ

บทบาทของรัฐในการบริหารจัดการบริหารบริการสุขภาพ

-กำหนดนโยบายสาธารณสุขและวิสัยทัศน์ที่ให้ทุกส่วนในระบบ มีความเข้าใจและสร้างเสริมพลังช่วยกันไปในทิศทางเดียวกัน

-ควบคุมการปฏิบัติการและออกกฎหมาย ข้อบังคับต่างๆ

-การรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการบริหารที่มีคุณภาพ



# การเงินการคลังสาธารณสุข

## ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพของประชาชน

- งบประมาณแผ่นดิน - นายจ้าง
- องค์กรอาสาสมัคร - ชุมชนท้องถิ่น
- การช่วยเหลือจากต่างประเทศ
- ค่าใช้จ่ายของครัวเรือน - อื่นๆ

- เป้าประสงค์ของระบบบริการสุขภาพที่ดี คือ ความเป็นธรรมในการร่วมจ่าย  
ค่าบริการสุขภาพ

ค่าใช้จ่ายเพื่อสุขภาพ ควรเฉลี่ยไปตามความสามารถของบุคคล

- ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรทุกคน  
โดยการเฉลี่ยจ่ายล่วงหน้า (Prepayment System) ตามสัดส่วนรายได้  
ถือเป็นมาตรการสำคัญ

“คนดีช่วยคนป่วย คนรวยช่วยคนจน”

# แบบแผนการให้บริการ

## รูปแบบการให้บริการสุขภาพ (Delivery of Health Service)

- การให้ความสำคัญกับบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- รูปแบบการให้บริการในลักษณะสาธารณสุขมูลฐาน
- การบริการสุขภาพเพื่อครอบครัว
- การบริการผู้ป่วยชำซ้อน
- ระบบการส่งต่อ
- ระบบการให้บริการเฉพาะกลุ่มประชากร

# ประเภทของระบบบริการสุขภาพ

## Type of Health Care System

Roemer 1993 วิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพพื้นฐานของ  
องค์ประกอบต่างๆ ของระบบ ใน 165 ประเทศ ได้จัดประเภทของ  
ระบบบริการสุขภาพทั่วโลกเป็น 4 ประเภท

- ระบบบริการสุขภาพแบบเสรีนิยม
- ระบบบริการสุขภาพแบบสวัสดิการ
- ระบบบริการสุขภาพแบบครอบคลุม
- ระบบบริการสุขภาพแบบสังคมนิยม

## ระบบบริการสุขภาพแบบเสรีนิยม

- องค์ประกอบต่างๆ ของระบบบริการสุขภาพ  
จัดในรูปแบบเอกชนที่แข่งขันภายใต้ตลาดเสรีเป็นส่วนใหญ่
- รัฐมีส่วนเข้าไปแทรกแซงกลไกตลาดน้อย
- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่มาจากเอกชน
- หน่วยบริการส่วนใหญ่เป็นของเอกชน
- เป็นความรับผิดชอบของบุคคลที่จะดูแลตนเอง-เข้าถึงบริการสุขภาพ

USA-Philippines

## ระบบบริการสุขภาพแบบสวัสดิการ



- รัฐได้เข้าแทรกแซงกลไกตลาดในการจัดบริการสุขภาพหลาย ๆ ทาง อาทิ ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
- บางรัฐได้จัดสร้างและกระจายสถานบริการขนาดเล็กในเขตชนบท
- รัฐเป็นผู้รับจัดบริการพื้นฐาน อาทิ การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การสุขภาพิตาสังแวดลอม การให้การรักษาพยาบาลที่จำเป็น

West Europe (German), Canada, Australia, Japan

Latin America, India, Malasia



# ระบบบริการสุขภาพแบบครอบคลุม

- รัฐได้มีบทบาทในระบบบริการสุขภาพมาก เพื่อให้ประชากรทุกคนได้รับบริการสุขภาพอย่างครอบคลุมทัดเทียมกันภายใต้เงื่อนไขระดับเศรษฐกิจของประเทศ
- รัฐให้ความสำคัญต่อการจัดระบบบริการสุขภาพแก่ประชาชน
- ประชาชนสามารถรับบริการสุขภาพโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายด้วยตนเอง โดยรัฐเป็นผู้จัดสรรภาษีเป็นค่าใช้จ่ายทั้งหมด
- สถานพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในการควบคุมของรัฐโดยตรง

England, Scandinavia, Italy, Greece, Spain

Costarica & Srilanka

## ระบบบริการสุขภาพแบบสังคมนิยม

- รัฐได้เข้าไปจัดการบริการสุขภาพอย่างสิ้นเชิง
- ไม่อนุญาตให้มีตลาดเอกชนใด ๆ
- ใช้วิธีวางแผนจัดการจากส่วนกลาง
- ทรัพยากรสาธารณสุขต่างๆ อยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐ
- ประชาชนทุกคนจะได้รับบริการจากรัฐ

Russia, Cuba

## ระบบบริการสุขภาพของไทย (ปัจจุบัน)

- ระบบบริการสุขภาพของไทยปัจจุบัน เป็นระบบบริการสุขภาพแบบ  
สวัสดิการ
- มีโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุขครอบคลุมทุกระดับ  
(จังหวัด-หมู่บ้าน)
- ให้การบริการสาธารณสุขในลักษณะผสมผสาน  
(Integrated Health Service)

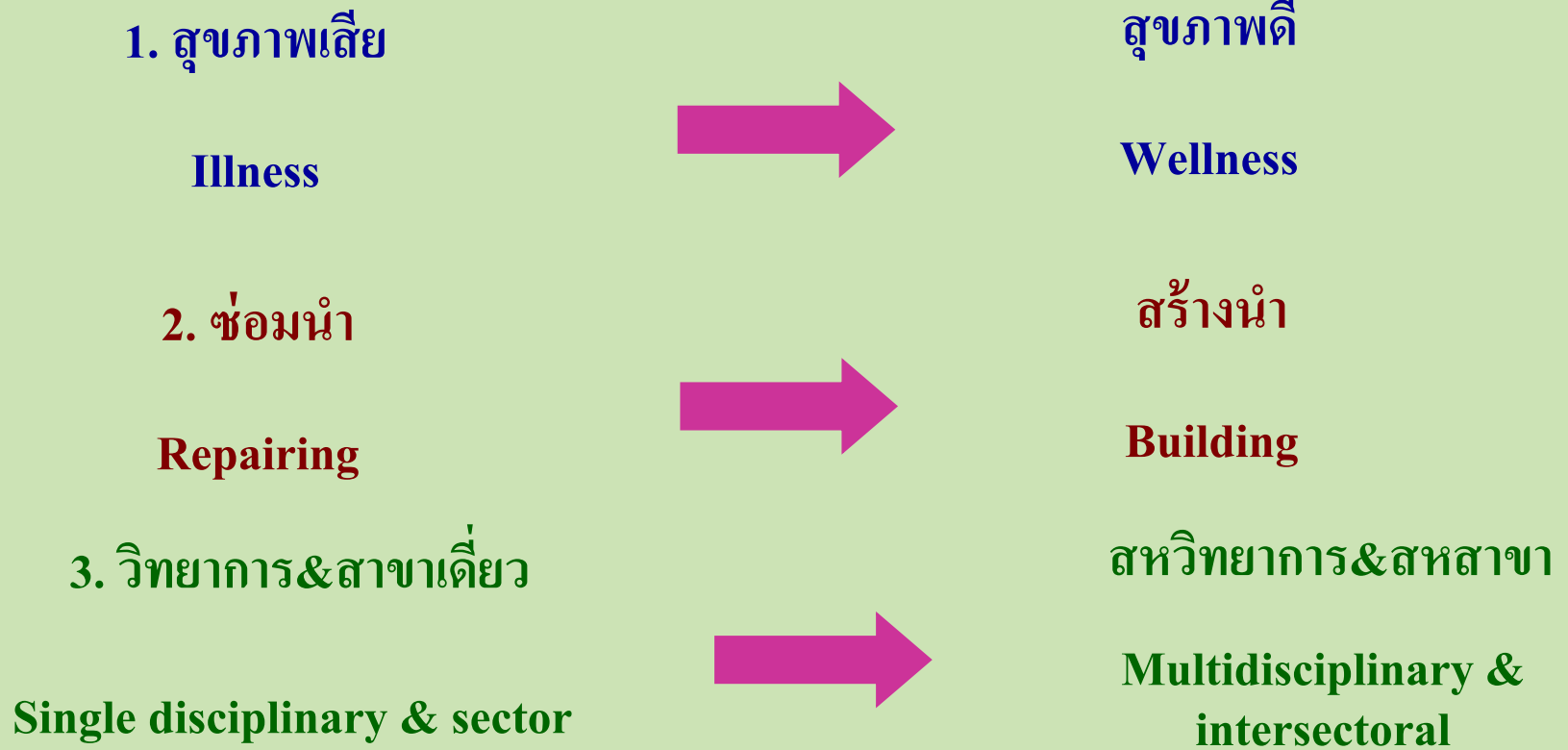


## ระบบบริการสุขภาพของไทย (ต่อ)

- มุ่งเน้นเป้าหมายในการจัดระบบบริการคุณภาพ
- ให้ความสำคัญกับประชาชนจะได้รับการบริการสุขภาพอย่างเสมอภาค (Equity) ตามความจำเป็นด้านสุขภาพอนามัยโดยเสียค่าใช้จ่ายตามความสามารถที่ช่วยได้

- การบริการของเอกชนจะกระจายไปตามศักยภาพของเศรษฐกิจในพื้นที่ต่างๆ

# กระบวนการทัศน์ใหม่ระบบบริการสุขภาพ (สร้างนำซ่อม)



#### 4. บริบททางการแพทย์

#### บริบททางสังคม

Medical Model

Social Model

- โรคภัยไข้เจ็บ

สุขภาวะ/ทุกขภาวะ

- ให้ความสำคัญแก่ปัจจัยด้านสังคม-สิ่งแวดล้อม

- เน้นมาตรการทางสังคม

การศึกษาแบบ Transformative health professional education (WHO, Lancet, 2010)

#### 5. ฐานโรงพยาบาล (รับ)

ฐานชุมชน (รุก)

Hospital-based

Community-based

#### 6. ปัจเจกบุคคล

ประชากร

Individual

Population

7. บริการสาธารณสุข

Health Service

-Empowerment

8. มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ส่วนบุคคล

9. Primary

Prevention

10. Provider



เคลื่อนไหวทางสังคม

Social Movement

- People Participation

ผลักดันนโยบาย

สาธารณะ

Primary-Secondary-Tertiary

Prevention

Supporter / Advocater / Partnership

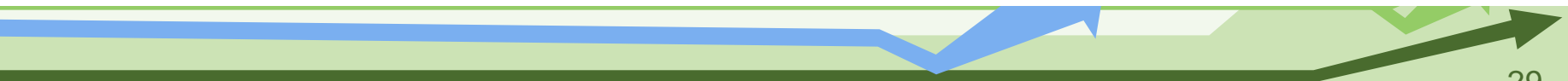
# ปรัชญาพื้นฐานในกระบวนการทัศน์ใหม่ของระบบสุขภาพ



**ปรัชญาพื้นฐาน** คือ แนวคิดหลักของกระบวนการทัศน์ใหม่ของระบบสุขภาพ

กำหนดปรัชญาพื้นฐานภายใต้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ 8 ประการ

- **ความเป็นองค์กรรวม** : มุ่งสร้างระบบบริการที่ดูแลเป็นองค์กรรวม กาย จิตใจ สังคม และปัญญา
- **การมีส่วนร่วม** : เน้นให้ทุกภาคส่วนในสังคมมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบสุขภาพ
- **นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ** : เน้นกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- **ความเสมอภาค** : เสมอภาคในระดับของสุขภาพ การเข้าถึง และภาระค่าใช้จ่าย



# ปรัชญาพื้นฐานของระบบสุขภาพ



- **ประสิทธิภาพ** : เลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพสูงสุด
- **คุณภาพ** : มุ่งพัฒนามาตรฐานการบริการ
- **พัฒนาศักยภาพผู้บริโภค** : พัฒนาให้ผู้บริโภคมีความเข้มแข็ง เลือกใช้ผลิตภัณฑ์ ได้อย่างถูกต้อง
- **การพึ่งตนเอง** : พัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชน

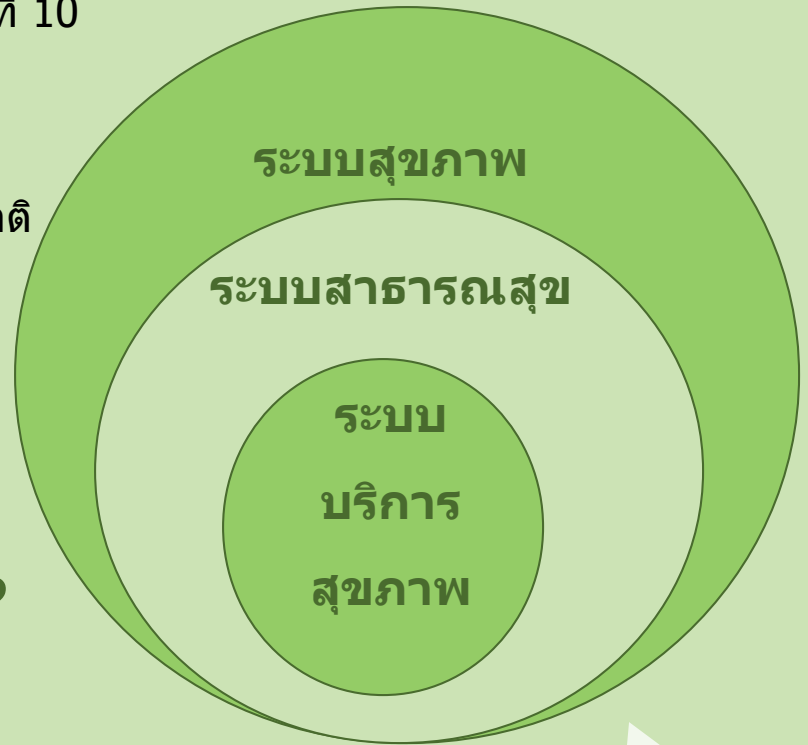
# ระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10  
(2550-2554)

พรบ.สุขภาพ

พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

วิกฤติสุขภาพ  
(2542)



ปฏิรูประบบสุขภาพ ?

จุดเงินทุกที่ ดีทุกสิทธิ์

PD First

# สรุปสาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10

1. ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพ "สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี"

2. วิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายการพัฒนาาระบบสุขภาพไทย

2.1 วิสัยทัศน์ "มุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เพื่อสร้างให้สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวีตมมีความสุขอย่างพอเพียง"

2.2 พันธกิจ สร้างเอกภาพทางความคิด สร้างจิตสำนึกสุขภาพใหม่ สร้างระบบจัดการที่โปร่งใส สร้างกลไกการมีส่วนร่วมในการพัฒนา

2.3 เป้าหมายการพัฒนา 10 ประการคือ

- (1) เอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพ
- (2) งานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก
- (3) วัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขพอเพียง
- (4) ระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ
- (5) ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ
- (6) หลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรม ทัวถึง มีคุณภาพ
- (7) ระบบภูมิคุ้มกันและความพร้อมรองรับโรคและภัยคุกคามสุขภาพ
- (8) ทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทย
- (9) ระบบสุขภาพจัดการความรู้อย่างมีเหตุผลรอบด้าน
- (10) สังคมที่ไม่ทอดทิ้งคนทุกขั้ยาก



- ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม ประเทศ
- รู้จักพึ่งตนเองก่อน ซึ่งกันและกัน
- ทำเป็นขั้นตอน
- ไม่เปิดเสรี ไม่ปิดประเทศ

พึ่งพา

- บูรณาการ องค์รวม คิดเป็นระบบ
- มีความหลากหลาย ยืดหยุ่นสังคม
- สมดุล ยั่งยืน ทั้งทุนทางเศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

- พอดี ไม่ขัดสน
- ไม่ฟุ่มเฟือย ประหยัด อุดออม
- รู้จักตนเอง เรียบง่าย
- ไม่มาก ไม่น้อยเกินไป
- คุ่มค่า สมประโยชน์ ประโยชน์สูงสุด

คุณภาพ สมดุล ยั่งยืน

ทางสายกลาง

พอประมาณ

ปรัชญาของเศรษฐกิจ & สุขภาพพอเพียง(ค่านิยมร่วม)

มีเหตุผล

- หลักวิชาการ ในการตัดสินใจ
- คำนึงถึงผลกระทบรอบด้าน ทั้งระยะสั้น ระยะยาว

มีคุณธรรม จริยธรรม

ภูมิคุ้มกัน

รู้เท่าทันโลก

- ซื่อสัตย์ ซื่อตรง สุจริต
- ขยัน อดทน ความเพียร
- วินัย สติ จิตวิญญาน ปัญญา
- คิดดี พูดดี เขียนดี ทำดี
- การให้ แบ่งปัน ไม่ทอดทิ้ง ไม่เบียดเบียน รับผิดชอบ
- ประโยชน์ส่วนรวม เสมอภาค เป็นธรรม มีคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- สมานฉันท์ สงบสุข สันติสุข

- ไม่ประมาท รอบคอบ ระมัดระวัง
- รอบรู้ รู้เขา รู้เรา รู้เท่า รู้ทัน
- เรียนรู้ รู้ปรับ รู้เปลี่ยน รู้ปฏิบัติ
- มีข้อมูล ระบบเตือนภัยทันกาล ถูกต้อง

- หลักศาสนา
- วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น
- กติการ่วมทางสังคม
- บริหารความเสี่ยง พร้อมรับผลกระทบการเปลี่ยนแปลงวางรากฐานที่มั่นคงระยะยาว

# สิทธิด้านสุขภาพของประชาชน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540<sup>1</sup> เป็นบทบัญญัติแห่งกฎหมายสูงสุดของรัฐ ซึ่งวางหลักประกันต่อสิทธิเสรีภาพของประชาชนไว้อย่างรอบด้านทั้งทางกาย ทางจิตและสังคม ซึ่งรัฐไม่สามารถล่วงหรือละเมิดได้หากแต่มีหน้าที่ให้การคุ้มครองสิทธิเสรีภาพดังกล่าวด้วย โดยในรัฐธรรมนูญได้ระบุถึงสิทธิด้านสุขภาพของประชาชนรวม 6 สิทธิ ดังนี้

1. สิทธิที่จะรับรู้ในเรื่องที่จะกระทบต่อสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตของคน (มาตรา 59 ของรัฐธรรมนูญ)
2. สิทธิที่จะแสดงความคิดเห็นในเรื่องที่จะกระทบต่อสุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิต (มาตรา 59 ของรัฐธรรมนูญ)
3. สิทธิที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจบำรุงรักษา ได้ประโยชน์ คุ้มครอง ส่งเสริมและรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่จะกระทบต่อสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของคน (มาตรา 56 ของรัฐธรรมนูญ)
4. สิทธิที่ให้ประชาชนผู้มีสิทธิเลือกตั้งไม่น้อยกว่า 50,000 คน รวมกันเข้าชื่อเสนอกฎหมายที่เกี่ยวกับ สุขภาพตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ ให้รัฐสภาพิจารณาได้ (มาตรา 170 ของรัฐธรรมนูญ)
5. สิทธิในการร่วมรับบริการด้านสุขภาพอย่างเท่าเทียม ทั้งถึง และเป็นธรรม (มาตรา 52 และ 86 ของรัฐธรรมนูญ)
6. สิทธิที่จะร่วมตรวจสอบเพื่อคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพโดยผ่านองค์กรอิสระที่เรียกว่า องค์กรคุ้มครองผู้บริโภค (มาตรา 57 ของรัฐธรรมนูญ)

# สาระสำคัญของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 10(พ.ศ.2550-2554):

- ยุทธศาสตร์ที่(4):การสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพฯ

“สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค การควบคุมปัจจัยเสี่ยง และผลกระทบด้านสุขภาพของการเปลี่ยนแปลงต่างๆรวมทั้งการเตรียมพร้อมเพื่อ รับมือพิบัติและความรุนแรงที่แพร่ระบาด ทั่วไป”

# สถานการณ์สุขภาพ

## ระบบโครงสร้างและกลไกการจัดการสาธารณสุข

- ความทุกข์ในระบบบริการทางการแพทย์
- ค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์และสุขภาพ
- ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข
- เทคโนโลยีข้อมูลข่าวสาร การแพทย์และชีวภาพ
- ประชาสังคมและระบบสุขภาพภาคประชาชน

# แบบแผนการเจ็บป่วย

ปัจจัยเสี่ยง

โรคเรื้อรัง

ดูแลตัวเองไม่ได้

พันธุกรรม

วิถีชีวิต

บุหรี

ออกกำลังกาย

อาหาร

แอลกอฮอล์

สิ่งแวดล้อม

ความดันโลหิตสูง

เบาหวาน

ไขมันในเลือดสูง

อ้วน

อุบัติเหตุ หกล้ม

ปัญหาสุขภาพจิต

-อัมพฤกษ์

-อัมพาต

-ไตวาย

-สมองเสื่อม

-ซึมเศร้า

การดูแลระยะยาว

# ปฐมบท ภูมิคุ้มกันกับการพัฒนา ประเทศ

ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง : หลักการพัฒนาประเทศ

“...ในการพัฒนาประเทศนั้นจำเป็นต้องทำตามลำดับขั้นตอน เริ่มด้วยการสร้างพื้นฐาน คือความมีกินมีใช้ของประชาชนก่อน ด้วยวิธีการที่ประหยัดระมัดระวัง แต่ถูกต้องตามหลักวิชา เมื่อพื้นฐานเกิดขึ้นมั่นคงพอควรแล้ว จึงค่อยสร้างเสริมความเจริญให้ค่อยเป็นค่อยไปตามลำดับ ด้วยความรอบคอบ ระมัดระวัง และประหยัดนั้น ก็เพื่อป้องกันความผิดพลาดล้มเหลว และเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จได้แน่นอนบริบูรณ์...”

วิสัยทัศน์แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๙) และพันธกิจ

## ๑.๑ วิสัยทัศน์

“สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม และมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง”

## ๑.๒ พันธกิจ

การพัฒนาประเทศในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๑ ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ บนหลักการของการนำหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงไปสู่การปฏิบัติในทุกมิติของการพัฒนา

รณว.สธ. ตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 3 ชุด โฆษก สธ. ประกาศใช้ ตุลาคม 54

## ตัวชี้วัด (KPI) แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๑ (พ.ศ. ๒๕๕๕ - ๒๕๕๘)

๑ ระดับอัตราเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทยไม่ต่ำกว่า ๑.๖

๒ อัตราการย้ายถิ่นจากเขตชนบทเข้าสู่เมืองลดลง

๓ คุณภาพคนโดยรวมดีขึ้น โดย

(๑) ประชากรวัยเด็กมีการพัฒนาระดับสติปัญญา อารมณ์ มีคุณธรรมจริยธรรม

เพิ่มขึ้น มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงขึ้น ประชากรวัยทำงานมีผลิตภาพแรงงานเพิ่มขึ้น ความสามารถในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากแหล่งเรียนรู้และเทคโนโลยีของคนทุกวัยมีมากขึ้น

(๒) อัตราการป่วยด้วยโรคที่เป็นปัญหาสำคัญสามารถเฝ้าระวังและควบคุมป้องกันได้

ลดลง

(๓) คนไทยมีระดับคุณธรรมและจริยธรรมสูงขึ้น ค่าดัชนีการทุจริต คอรัปชั่นลดลง จำนวนคดีด้านอาชญากรรมและยาเสพติดลดลง

๓.๓.๔ สถาบันทางสังคมมีความเข้มแข็งมากขึ้น ดัชนีความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวสูงขึ้น สถาบันการศึกษาที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานมีมากขึ้น ภาคธุรกิจเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมด้านสังคมมีมากขึ้น ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีขีดความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้

เพิ่มขึ้น

# Health care policy at the Meso -level

ระดับองค์กร


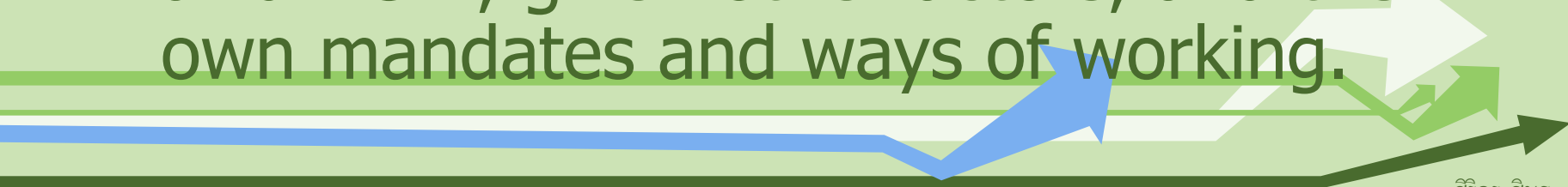




# คุณลักษณะขององค์กรที่มีสมรรถนะสูง

(High Performance Organization) Jane.C Linder & Jeffrey D. Brooks

- การวางยุทธศาสตร์และนโยบาย
- การออกแบบองค์การและกระบวนการทำงาน
- การบริหารผลการปฏิบัติงาน
- การมีพันธมิตรและเครือข่าย
- การดำเนินงานที่ดี
- การตลาดและการสร้างสัมพันธ์ที่ดีกับผู้รับบริการ
- การจัดหาและการขนส่ง
- การบริหารทุนมนุษย์
- การบริหารข้อมูลและสารสนเทศ

- 
- Global health initiatives (GHIs) are highly diverse in nature, scope and scale. Some are financing institutions
  - GHIs already invest in health systems through the policies and activities they support.
  - The question is therefore not whether GHIs invest, **but in what they invest and how**, given other actors, and their own mandates and ways of working.
- 

# เงื่อนไขที่นำไปสู่ GHIs

- There are six conditions that would make it easier for GHIs to invest in health systems beyond the specific programmes and goals they were created to address:
  1. greater **clarity** on what is meant by health system strengthening;
  2. **confidence** that returns from investment are possible;
  3. greater **consensus** on what to fund;
  4. definition of areas of **comparative advantage** of GHIs vis-à-vis other agencies;
  5. **convincing metrics** for tracking changes in health systems performance, and mutually acceptable ways (to countries and to GHIs) for GHIs to **channel funds**.
  6. Health system strengthening means improving capacity in critical components of health systems in order to get more equitable and **sustained improvement across health services** and outcomes.

# ตัวชี้วัดผลลัพธ์

- กลุ่มที่ 1 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพในระดับนโยบาย<sup>2</sup>

03/08/60

ศิริอร สินธุ

# กลุ่มที่ 1 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางสุขภาพในระดับนโยบาย

## ตัวชี้วัดสุขภาพของประเทศแคนาดา (2000)

- 1 มิติด้านสถานะทางสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 1) ความผาสุก 2) สภาวะสุขภาพ 3) การทำหน้าที่ของร่างกาย 4) อัตราตาย
- 2 มิติด้านปัจจัยกำหนดสถานะทางสุขภาพ (ประเภทปัจจัยที่ไม่ใช่ปัจจัยทางการแพทย์) หรือ non-medical health determinants ประกอบด้วย 1) พฤติกรรมสุขภาพ 2) สภาพความเป็นอยู่หรือสภาพการทำงาน 3) แหล่งประโยชน์ต่างๆที่บุคคลนั้นๆมี 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม
- 3 มิติด้านระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย 1) การได้รับการยอมรับหรืออีกนัยหนึ่งคือความน่าเชื่อถือของระบบบริการสุขภาพ 2) การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ 3) ความเหมาะสมของระบบการบริการ 4) ความต่อเนื่องของการบริการในระบบ 5) ประสิทธิภาพ (effectiveness) หมายถึงการบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ การวัดในมิตินี้เป็นการวัดโดยเปรียบเทียบผลงานที่ทำได้กับเป้าหมายของโครงการต่างๆที่กำหนดไว้ 6) ประสิทธิภาพ (efficiency) หมายถึงการวัดผลการดำเนินโครงการโดยเปรียบเทียบกับทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินโครงการ และ 7) ความปลอดภัย
- 4 มิติด้านคุณลักษณะของชุมชนและระบบสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ลักษณะของชุมชน 2) ลักษณะของระบบสุขภาพ และ 3) แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบสุขภาพ

# ตัวชี้วัดสุขภาพตามกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก

- 1 มิติด้านการตายและภาระโรค (death and burden of disease)** ตัวอย่างเช่น อัตราตาย ของทารกแรกเกิด การเกิดความพิการหรือความเจ็บป่วย ภาระโรคที่เกิดจากโรคติดต่อที่สำคัญ โรคเรื้อรัง ภาระโรคที่เกิดจากความพิการจากการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บ
- 2 มิติด้านความครอบคลุมของบริการสุขภาพ (health service coverage)** ตัวอย่างเช่น การให้บริการสตรีระหว่างการตั้งครรภ์ การเฝ้าคลอดและทำคลอดโดยผู้ที่มีทักษะ การค้นหาและการรักษาบรรณโรค
- 3 มิติด้านปัจจัยเสี่ยง (risk factors)** ตัวอย่างเช่น แหล่งน้ำและการสุขาภิบาล ภาวะโภชนาการ การสูบบุหรี่ของประชากรกลุ่มต่างๆ
- 4 มิติด้านทรัพยากรในระบบสุขภาพ (health system resources)** ตัวอย่างเช่น ผู้ให้บริการสุขภาพกลุ่มต่างๆ จำนวนเตียงในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ
- 5 มิติด้านความไม่เท่าเทียม (inequities)** ตัวอย่างเช่น ความไม่เท่าเทียมของการเข้าถึงระบบบริการ ความไม่เท่าเทียมของการจัดบริการสุขภาพ หรือความไม่เท่าเทียมด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ
- 6 มิติที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรด้านสถิติประชากร (demographic and socioeconomic parameters)** เศรษฐกิจและสังคม ตัวอย่างเช่น จำนวนประชากร การเจริญพันธุ์ การขึ้นทะเบียนการเกิดและการตายของประชากร

- 
- ตัวชี้วัดสุขภาพตามกรอบแนวคิดของ **MDG (Millennium Development Goals)** MDG เป็นเป้าหมายที่สมาชิกใหญ่ขององค์การสหประชาชาติได้ริเริ่มกำหนดไว้เมื่อ ปี คศ.1990 และเมื่อ ปี คศ. 2000 ได้มีการประกาศอย่างเป็นทางการให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาประเทศ โดยตั้งกำหนดเวลาในการบรรลุเป้าหมายใน ปี คศ. 2015<sup>4</sup>

# วัตถุประสงค์หลัก 8 ประการ ของ MDG ได้แก่ <sup>4</sup>

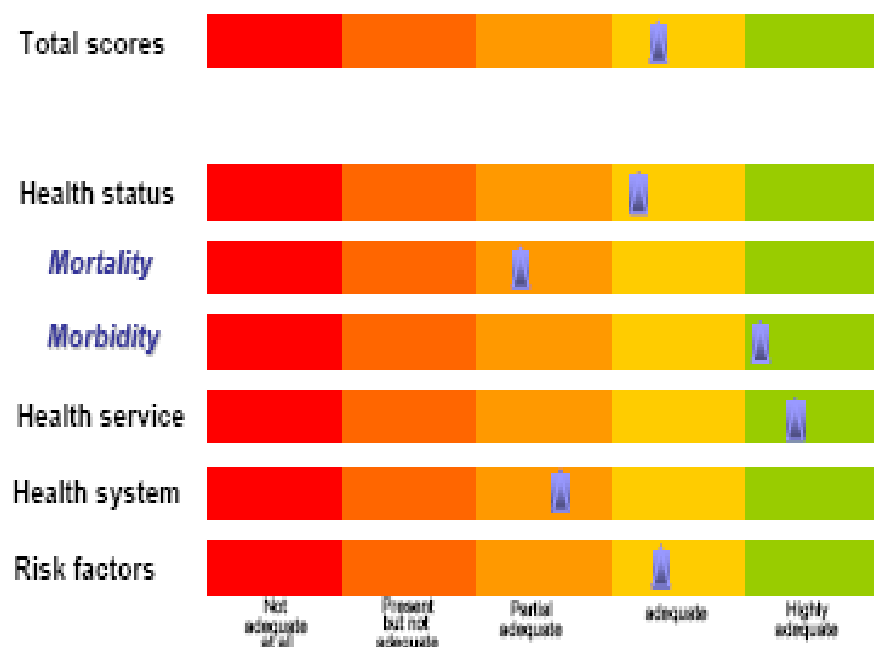
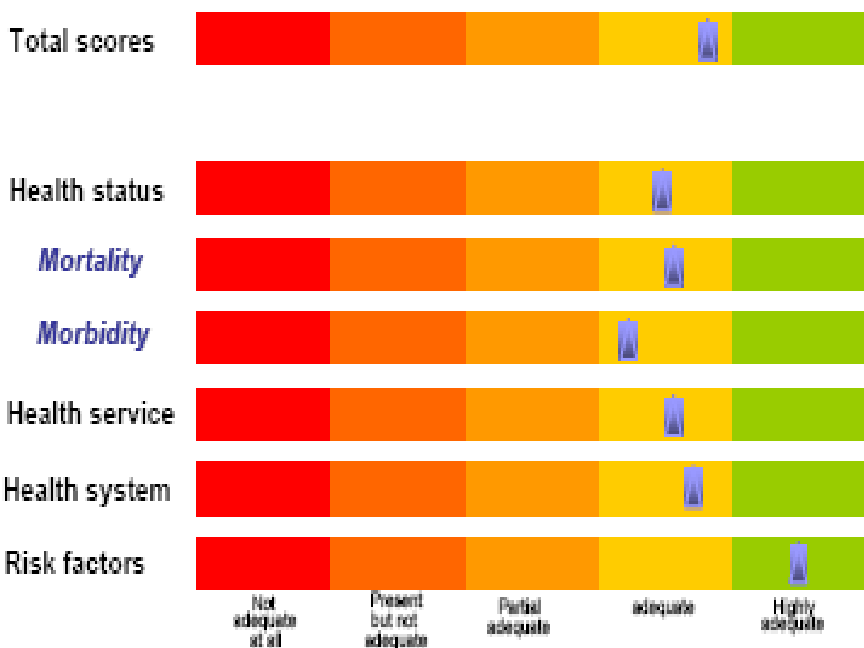
1. ขจัดความยากจนและหิวโหยของประชากร
2. ให้ประชากรทุกคนได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา
3. ส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศและพัฒนาสตรี
4. ลดอัตราการตายของเด็ก
5. พัฒนาสุขภาพของสตรีมีครรภ์
6. ต่อสู้โรคเอดส์ มาลาเรีย และโรคสำคัญอื่น ๆ
7. พัฒนาและจัดการเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อม
8. ส่งเสริมการเข้าไปมีส่วนร่วมในระดับประชาคมโลกเพื่อให้เกิดการพัฒนา



# Diagram 4. Health information system (HIS) performance

HIS results (selected indicators):  
Thailand, 2005

HIS results (selected indicators):  
Ghana, 2005



Key:



# Health care policy at the Micro -level

ระดับปฏิบัติการ



Being able to tell whether or not health systems are improving is critical for three reasons:

- Day-to-day management and more strategic decisions
- Accountability
- Improving the knowledge base

03/08/60

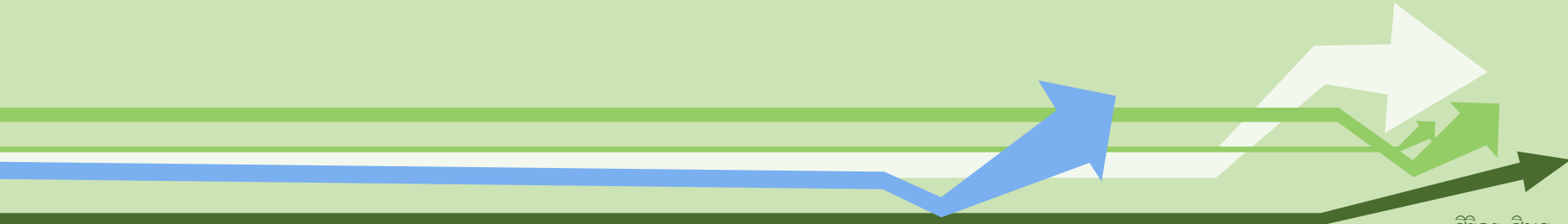
ศิริอร สินธุ

# Types of Outcomes

five general areas



- clinical,
- psychosocial,
- functional,
- fiscal, and
- satisfaction.



03/08/60

ศิริอร สินธุ

# Clinical outcomes

- Mortality
- Morbidity
- Infection: nosocomial, urinary tract infection, ventilator or line related
- Medical conditions, ie, heart failure
- Loss of function
- Physiological response
- Blood pressure, heart rate
- Temperature
- Lung sounds
- Hemodynamic pressures
- Weight
- Serum/urine glucose
- Wound healing; skin integrity
- Symptom control
- Pain
- Fatigue
- Nausea, vomiting
- Constipation
- Nutritional status
- Sleep maintenance
- Low birth weight; preterm infants


03/08/60

ศิริอร สินธุ

# Psychosocial outcomes



- Coping; stress management
- Mentation
- Return to work
- Role functioning
- Family functioning
- Anxiety
- Sexual functioning
- Caregiver strain/burden
- Knowledge: medications, diet, treatment regime, motor skills, condition specific




03/08/60

ศิริอร สินธุ

# Functional outcomes



- Quality of life
- Self-care: bathing, eating, dressing, self nonparenteral *medication administration*
- Mobility
- Communication
- Return to Work
- School
- Normal activity/social interaction *Symptom control*



03/08/60

ศิริอร สินธุ

# Fiscal outcomes

## Length of stay

- Readmission to hospital, home care, other services
- Emergency department visits
- Healthcare services utilization
- Cost per episode of care
- Resource utilization: ancillary services, community/other

## services Satisfaction

- Consumer
- Care provided
- Services provided
- Care provider
- Family
- Care provided to family member
- Services provided/available
- Payor
- Provider

03/08/60

ศิริอร สินธุ



# services Satisfaction

- Consumer
- Care provided
- Services provided
- Care provider
- Family
- Care provided to family member
- Services provided/available
- Payor
- Provider

03/08/60

ศิริอร สินธุ

# Nurse-sensitive Outcomes

- Symptom control
- Pain
- Fatigue
- Nausea, vomiting
- Constipation
- Stress management
- Utilization of healthcare services
- Skin integrity
- Functional status
- Mobility
- Activities of daily living
- Self-care
- Quality of life
- Satisfaction
- Services
- Care

03/08/60

ศิริอร สินธุ

# Nurse-sensitive Outcomes

- Sleep maintenance
- Nutritional management
- Knowledge
- Cognitive
- Medications
- Diet
- Activity/exercise
- Treatment regimes
- Psychomotor
- Ability to perform medical treatments
- Resolution of nursing diagnoses
- Home maintenance
- Weight management
- Family functioning
- Family coping
- Maintenance of safe environment
- Individual coping

03/08/60

ศิริอร สินธุ

# Collaborative Care Outcomes

- Nurse-sensitive outcomes can also be collaborative care outcomes
- Mortality
- Morbidity
- Complications
- Nosocomial infections
- Exacerbations of previous conditions
- Healthcare accessibility/availability
- Physiological outcomes
- Vital sign maintenance
- Cardiac functioning, ie, cardiac output, pulmonary artery pressures, etc
- Oxygenation, ie, saturation, O2 blood level, etc
- Nutritional status, ie, albumin, protein, etc
- Length of stay
- Utilization of healthcare services
- Costs of healthcare services

03/08/60

ศิริอร ดินฐุ

# ผลลัพธ์ระบบสุขภาพและตัวชี้วัดทางสุขภาพ ของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

- เป้าหมายของการบริการสุขภาพ: ความคุ้มค่า ประโยชน์ที่ได้ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล คุณภาพการรักษา
- ผลลัพธ์ระบบสุขภาพ เครื่องชี้วัดทางสุขภาพ และ เครื่องชี้วัดทางคลินิก

Mortality

Morbidity

LOS

Readmission rate

Complications rate

Infection rate

DALYs

- Depression indicators ? Mental Health indicators? ??indicators?

“Indicators”  
ทำให้เกิดคุณภาพ  
ได้อย่างไร?

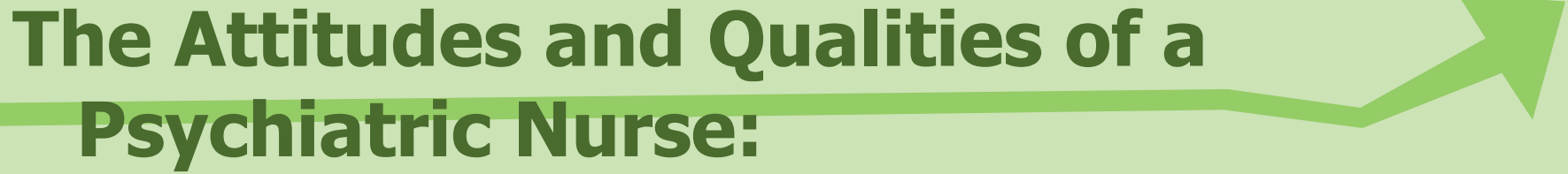
# ระบบสาธารณสุขของประเทศไทย แบ่งตัวชี้วัดออกเป็น 3 กลุ่ม


1. ตัวชี้วัดทางด้านสถานะสุขภาพ(Health status indicators) ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน รวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัย
2. ตัวชี้วัดปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัย (Health Determinant Indicators) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสถานะสุขภาพของประชาชน ปัจจัยด้านบุคคล ซึ่งรวมถึงทักษะส่วนบุคคลในการรับมือกับเหตุการณ์ต่าง ๆ พฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ปัจจัยทางด้านชีววิทยาและสิ่งแวดล้อม
3. ตัวชี้วัดระบบสุขภาพ(Health system indicators) ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน ใช้ในการจัดสรรทรัพยากร ประเมินแผนงาน ประเมินผลการปฏิบัติงาน และปรับปรุงผลงาน รวมทั้งผลกระทบที่เกิดจากการจัดบริการสาธารณสุข นโยบายสาธารณะ ข้อมูลข่าวสารและการวิจัย

# ประเภทตัวชี้วัดที่จำแนกตามประเด็นสำคัญที่ต้องการวัด

- ตัวชี้วัดความเป็นธรรม (equity indicators) เช่น ความเป็นธรรมของการบริการ
- ตัวชี้วัดคุณภาพ (quality indicators) ใช้ในการวัดการบริการสุขภาพของสถานบริการ คือ
  - ตัวชี้วัดด้านโครงสร้างของการจัดบริการของระบบ เช่น จำนวนเตียงของสถานพยาบาล
  - ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process indicators) ประเมินการให้บริการผู้ป่วย เช่น การให้ยา
  - ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Outcome indicators) แบ่งเป็นผลลัพธ์ระหว่างกระบวนการ (Proximate outcome) และ (Ultimate outcome) ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- ตัวชี้วัดประสิทธิภาพ (efficiency indicators) ใช้เพื่อวัดผลการดำเนินการที่เกิดขึ้น เปรียบเทียบกับทรัพยากรที่ใช้ไป ว่าโครงการหรือกิจกรรมใดให้ ผลมากหรือน้อยกว่ากัน ในจำนวนงบประมาณ หรือบุคลากร หรือเวลาที่ใช้เท่ากัน หรืออาจเปรียบเทียบว่าผลเท่ากัน โครงการใดใช้ทรัพยากรน้อยกว่า เป็นต้น
- ตัวชี้วัดประสิทธิผล (effectiveness indicators) การวัดประสิทธิผลของโครงการใดจะวัดโดยเปรียบเทียบผลงานที่ทำได้กับเป้าหมายที่ตั้งไว้

# The Attitudes and Qualities of a Psychiatric Nurse:



- Acceptance
  - Empathy
  - Consistency
  - Flexibility
  - Honesty
  - Intelligence
  - Professionalism
- 



# เศรษฐศาสตร์สุขภาพ

บริการสุขภาพ ต่างจากสินค้าและบริการทั่วไปอย่างไร

## เศรษฐศาสตร์สุขภาพ



บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขก็เป็นทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด  
อย่างหนึ่ง จะใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดได้อย่างไร ใครเป็นผู้ได้ใช้  
และจะจัดสรรอย่างไรจึงจะเป็นธรรมกับทุกฝ่ายมากที่สุด

# แนวคิดเกี่ยวกับเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

## ดีมานด์(demand) ความต้องการสินค้าหรือบริการสุขภาพ

- แพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยว่าต้องใช้บริการหรือรักษาอะไร เท่าไร
- ในความเป็นจริงแล้วผู้ป่วยต้องการบริการที่ไม่แพงนักและสามารถเลือกได้
- สินค้าสาธารณสุขเป็นสินค้าที่ความต้องการไม่ขึ้นกับราคา แต่ขึ้นอยู่กับความจำเป็นในการรักษา เรียกว่าเป็น ' สินค้าคุณธรรม' (merit goods) แพทย์หรือหมออนามัยจะปฏิเสธการรักษาไม่ได้ คือไม่ยึดเรื่องเงินหรือค่าตอบแทนเป็นเรื่องสำคัญ แต่ยึดเรื่องคุณธรรม มนุษยธรรม

**อุปทาน(supply)** อุปทาน ในสินค้าและบริการสุขภาพ ได้แก่ บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งพบว่าถ้า เลือกความเสมอภาคด้วยการให้บัตรสงเคราะห์รักษาฟรี ก็ต้องเสียหลักการเรื่องเสรีภาพคือไม่สามารถเลือกบริการได้ หรือถ้าเลือกหลักความเป็นธรรมโดยสร้างสถานีอนามัยในพื้นที่ทุรกันดารเพื่อให้ความเป็นธรรมแก่คนยากจน ก็ต้องเสียหลักการเรื่องประสิทธิภาพ คือไม่คุ้มทุนเพราะมีผู้มาใช้บริการน้อย

**ต้นทุน (cost)** ต้นทุนในทางเศรษฐศาสตร์จะรวมต้นทุนค่าเสียโอกาส ( opportunity cost ) เอาไว้ด้วย โดย "ค่าเสียโอกาส" หมายถึง การที่เราใช้ทรัพยากรไปในกิจกรรมหนึ่งก็จะสูญเสียโอกาสในการใช้ทรัพยากรไปในกิจกรรมอื่นๆ เช่น เมื่อมารักษา ก็จะต้องขาดงาน

# เศรษฐศาสตร์สุขภาพ

การวิเคราะห์ต้นทุนต่ำสุด  
(Cost-minimization analysis)

การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล  
(Cost-effectiveness analysis : CEA)

การประเมินทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ?

การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้  
(Cost-benefit analysis: CBA)

การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์  
(Cost-utility analysis : CUA)

# การประเมินทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ

1. การวิเคราะห์ต้นทุนต่ำ (Cost -minimization analysis) เป็นการประเมินสำหรับโครงการที่มีผลได้เหมือนกัน (Identical benefits)แล้วพิจารณาโครงการที่มีต้นทุนต่ำสุด
2. การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (Cost-effectiveness analysis: CEA) เป็นการประเมินสำหรับโครงการที่มีผลได้อยู่ในรูปของหน่วยนับทางธรรมชาติ (Natural units of measurement) เช่น จำนวนวันป่วยที่ลดลง เป็นต้น หรือโครงการที่มีผลได้หรือประสิทธิผลต่างกัน (แต่นับหน่วยเหมือนกัน) แล้วจึงนำมาเปรียบเทียบกัน โครงการที่บรรลุประสิทธิผลหรือผลได้ที่ใช้ต้นทุนต่ำก็จะได้รับเลือก
3. การวิเคราะห์ต้นทุนผลได้ (Cost-benefit analysis: CBA) เป็นการประเมินโครงการที่มีผลได้ในรูปตัวเงิน (Monetary terms) โครงการที่มีผลได้สุทธิ (ผลได้หักต้นทุน) สูงสุดก็จะได้รับเลือก ผลการประเมินระบุว่าโครงการใดมีความคุ้มค่า (Worthwhile) สูงสุดโดยเปรียบเทียบ
4. การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ (Cost-utility analysis: CUA) เป็นการประเมินสำหรับโครงการที่มีผลได้อยู่ในรูปของอรรถประโยชน์ (Utility) เช่น ระดับของความเป็นอยู่ที่ดี (Well-being) หน่วยที่นิยมใช้คือ จำนวนปีที่มีการปรับคุณภาพชีวิต (Quality-adjusted Life Year: QALY) โครงการที่มี QALY ต่อต้นทุนสูงสุดก็จะได้รับเลือกและถือว่ามีประสิทธิภาพสูงสุดโดยเปรียบเทียบ

การให้บริการผู้ป่วยในหน่วยงานของท่านใช้การประเมินแบบใด ?

## ระบบค่าใช้จ่ายสุขภาพ

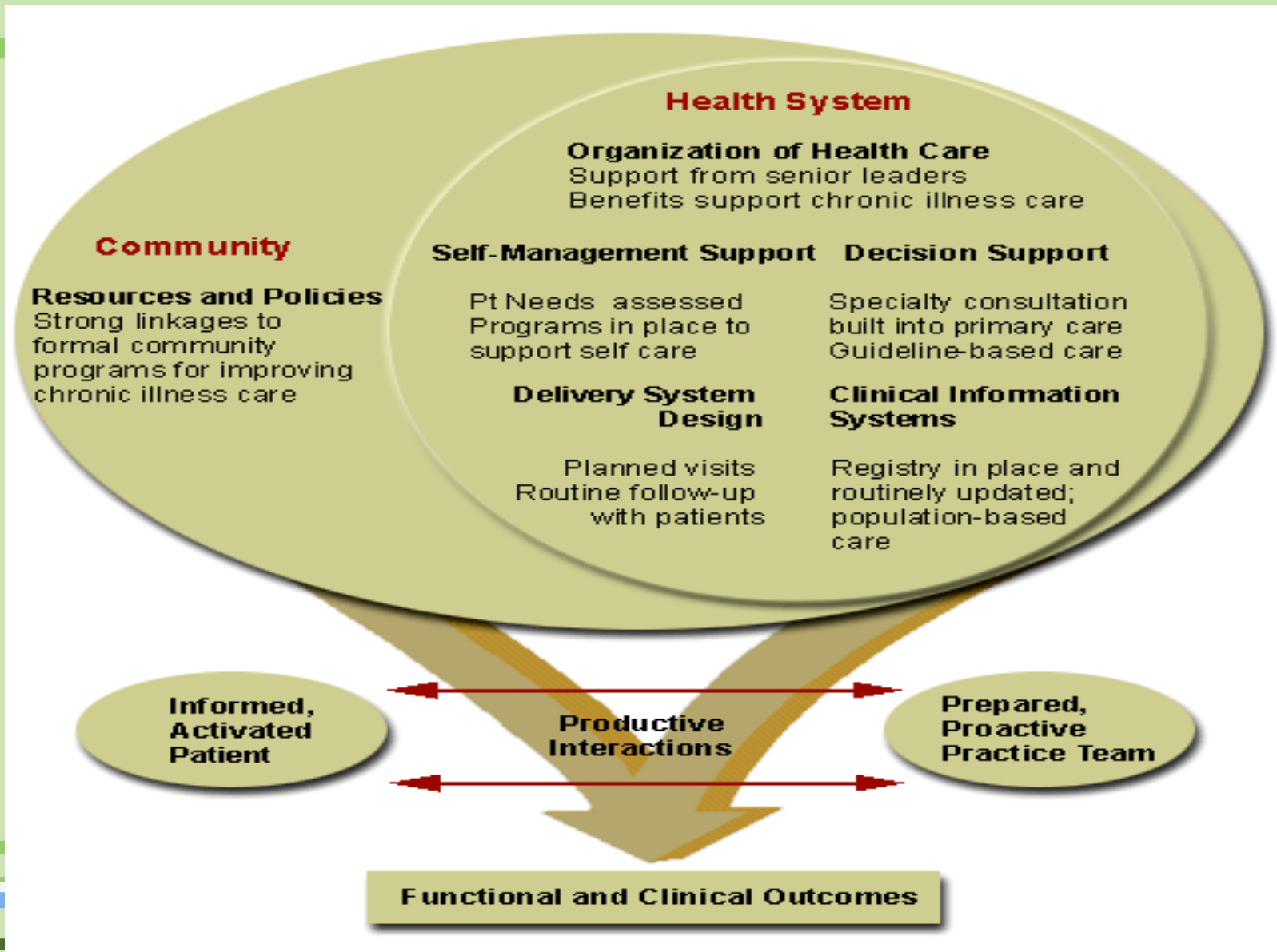


- ผู้รับบริการสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้ซื้อบริการสุขภาพ
- ระบบค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพของไทยเป็นอย่างไร?
- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมีระบบค่าใช้จ่ายของบริการสุขภาพอย่างไร?
- CAPD first มีระบบค่าใช้จ่ายอย่างไร?
- การบันทึกโรคและการกำหนด DRG คืออะไร?
  - DRG
  - ICD-10
  - RW
  - Etc.

# ตัวอย่าง ICD-10 coding list for chronic kidney disease

| ICD-10 code | Description  |
|-------------|--|
| N18         | Chronic renal failure  |
| N19         | Unspecified renal failure  |
| N25         | Disorders resulting from impaired renal tubular function                             |
| N26         | Unspecified contracted kidney  |
| N27         | Small kidney of unknown cause  |
| N28         | Other disorders of kidney and ureter, not elsewhere classified                       |
| N39.1       | Persistent proteinuria, unspecified  |
| N39.2       | Orthostatic proteinuria, unspecified   |
| Q60         | Renal agenesis and other reduction defects of kidney                                 |
| Q61         | Cystic kidney disease  |
| Q62         | Congenital obstructive defects of renal pelvis and congenital malformation of ureter |
| Q63         | Other congenital malformations of kidney   |
| T82.4       | Mechanical complication of vascular dialysis catheter                                |
| T86.1       | Kidney transplant failure and rejection  |
| Z49*        | Care involving dialysis  |
| Z94.0*      | Kidney transplant status   |
| Z99.2*      | Dialysis status  |

# Chronic care models



# Chronic Care Model

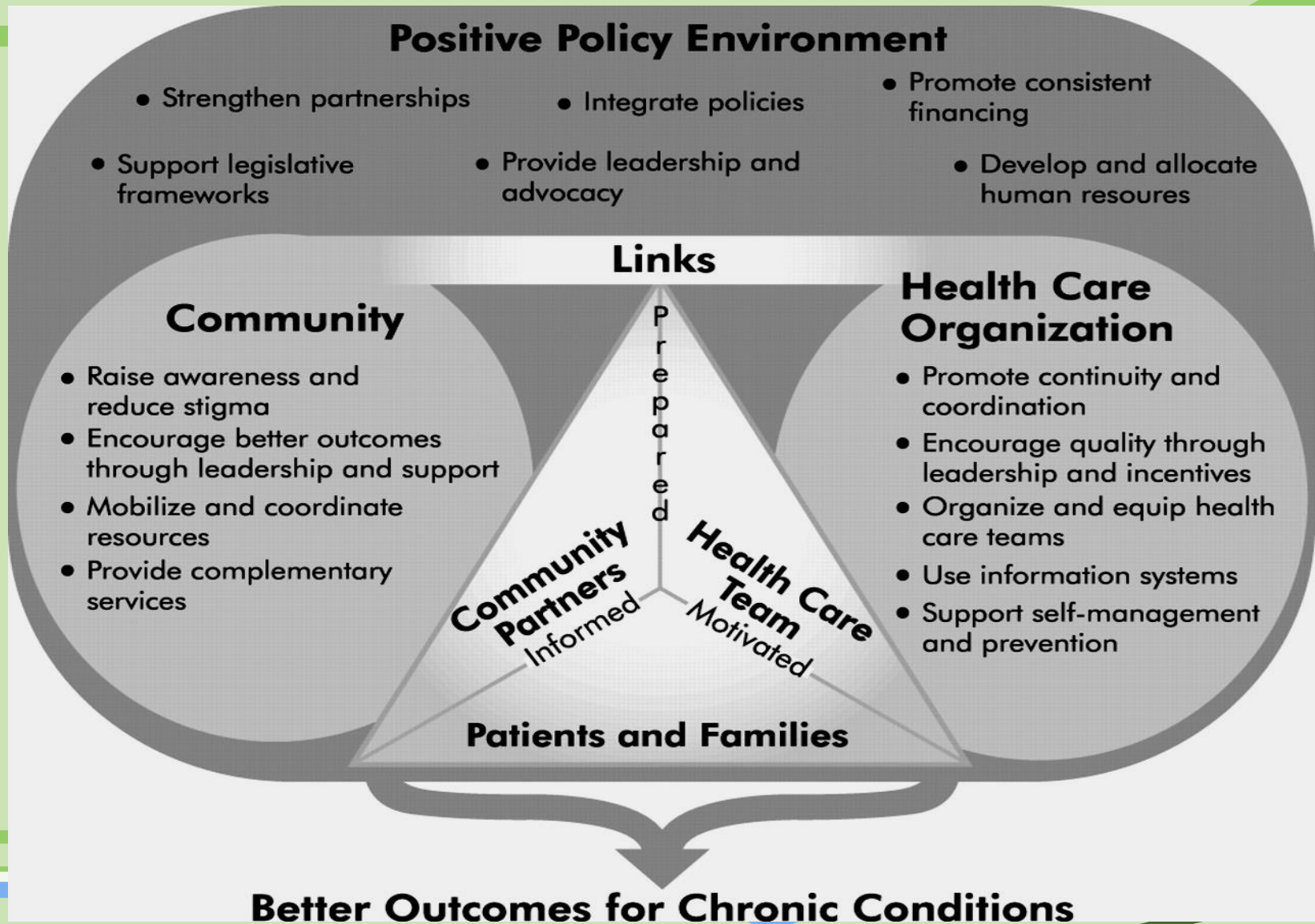
เป็น Model ที่ให้มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่การดูแลระดับปฐมภูมิ จะทำให้ระบบการดูแลสุขภาพ มีการเตรียมการดูแลในรูปแบบใหม่และให้บริการเชิงรุก ระบุ 6 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่

1. **ชุมชน** องค์ประกอบทางด้านชุมชน ได้แก่ ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน นโยบายและมาตรการของชุมชน นโยบายและมาตรการที่มีการจัดทำโครงการที่มีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม
2. **ระบบสุขภาพ** ประกอบด้วยหน่วยงานหรือองค์กรการดูแลสุขภาพ มีการประสานงานการดูแลภาวะเรื้อรัง กลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลที่สมบูรณแบบ
3. **การสนับสนุนการจัดการการดูแลตนเอง** ผู้ให้บริการเน้นการจัดการให้ผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญในการจัดการโรคเรื้อรัง มีแบบประเมินผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานโดยเป็นแบบประเมินเพื่อเพิ่มทักษะการประเมินภาวะสุขภาพตนเองของผู้ป่วย การสร้างความมั่นใจ การจัดหาสิ่งสนับสนุนและการจัดอุปสรรคของผู้ป่วย
4. **การออกแบบระบบการให้บริการ** ต้องสร้างสมรรถนะของวิธีการให้บริการที่มีความไวต่อวิถีชีวิตและวัฒนธรรมและจัดให้มีผู้จัดการรายกรณีหรือผู้จัดการสุขภาพดูแลต่อเนื่องโดยทีมในระดับปฐมภูมิ การติดตามต่อเนื่องที่มีความชัดเจน
5. **สิ่งสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support)** สิ่งสนับสนุนการตัดสินใจ ได้แก่ ชุดแนวทางการดูแลที่เกิดจากข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์และนำมาปฏิบัติในคลินิกได้
6. **ระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิก** ระบบข้อมูลข่าวสารทางคลินิกมีทั้งข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและข้อมูลเกี่ยวกับการประสานงานการดูแล ได้แก่ ระบบทะเบียนทางคลินิก ระบบข้อมูลที่ช่วยให้มีการจัดการวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย

ลักษณะขององค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้มีการพัฒนาปรับปรุงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้นำ Model ไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังหลายกลุ่มโรค หลายพื้นที่บริการ และประชากรเป้าหมายต่าง ๆ เป้าหมายหลักคือการทำให้อาชีพผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น พอใจในบริการ และประหยัดค่าใช้จ่าย



# The Innovative Care for Chronic Conditions framework (ICCC)

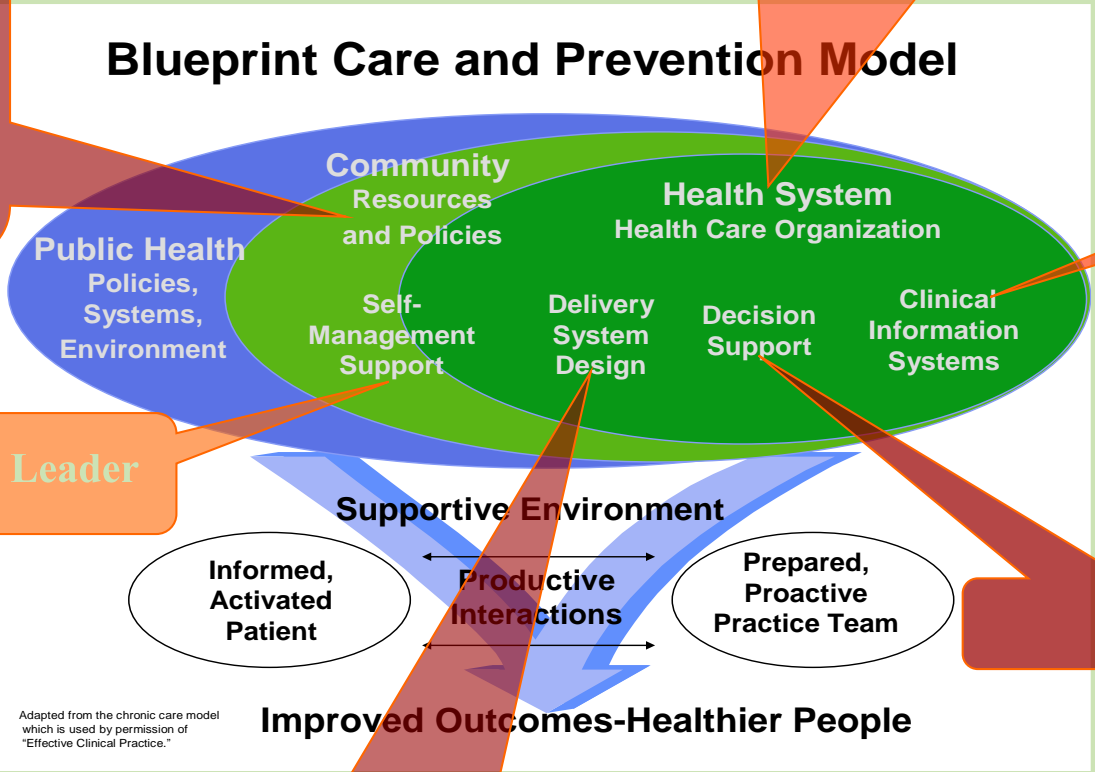


MOPH, NHSO, NST, RRT Center

PCU, local organizational  
“กองทุนสุขภาพชุมชน”

### Blueprint Care and Prevention Model

DMIS



Chronic disease pt as Leader

EBP

Multidisciplinary team & case management



# Case management VS Outcome management



การวัดผลลัพธ์ของการใช้ผู้จัดการรายกรณี ประกอบด้วย

1. การวัดผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical outcomes)
2. การวัดผลลัพธ์ด้านค่าใช้จ่าย (Cost outcomes)
3. การวัดผลลัพธ์ด้านรายได้ (Revenue outcomes)
4. การวัดผลลัพธ์ด้านมูลค่า (Value outcomes)

(เอกสาร HS\_27A: ผลลัพธ์ของผู้จัดการรายกรณี)

# Knowledge Management (KM) and Evidence-based practice (EBP)

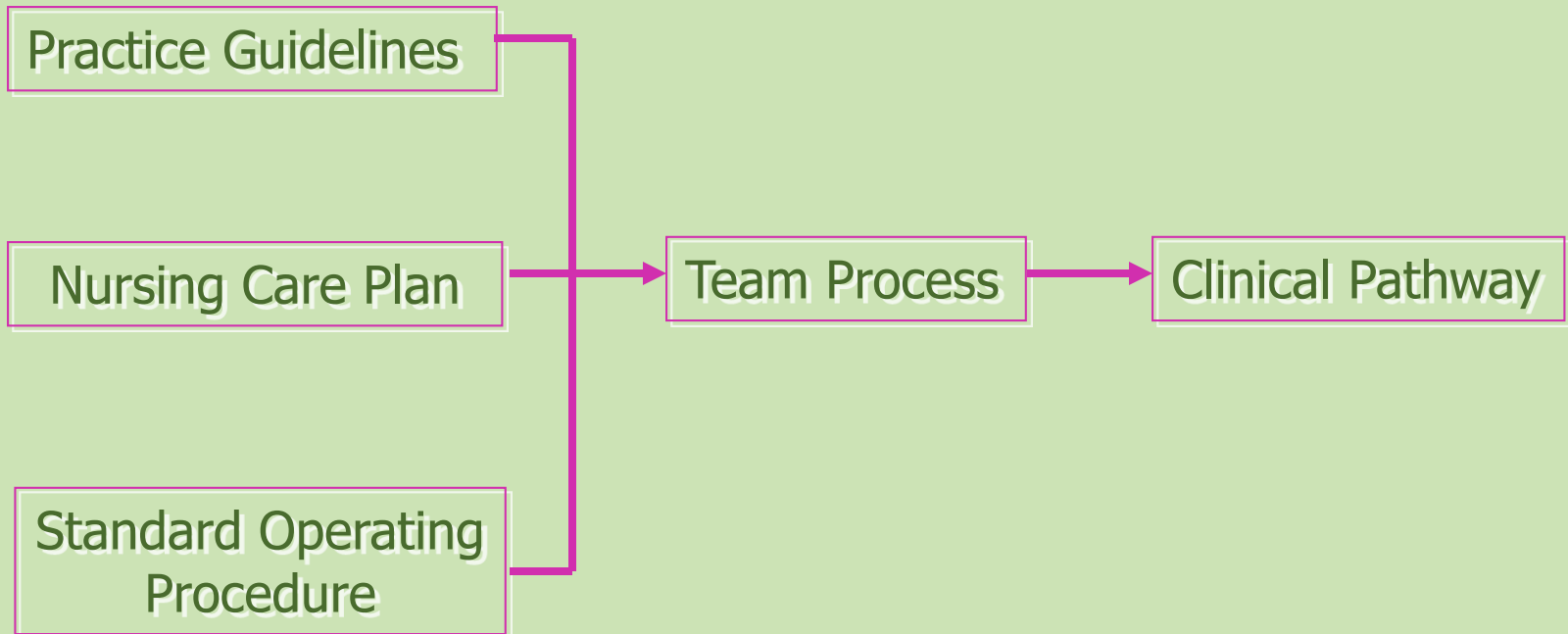
## What's Evidence Based practice (EBP)?



### Factors must be considered:

- sufficient research must have been published on the specific topic
- the nurse must have skill in accessing and critically analyzing research
- the nurse's practice must allow her/him to implement changes based on EBP

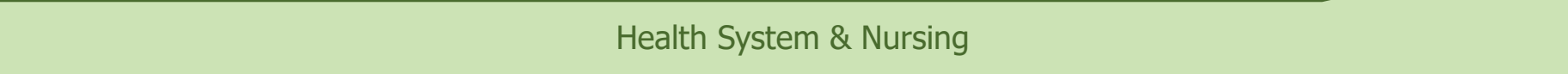
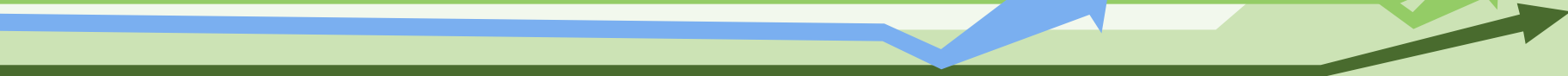
- Clinical Practice Guideline & Clinical Pathway



# Structured Care Methodology



|                  |   |
|------------------|---|
| Clinical Pathway | Represents a sequential, interdisciplinary, minimal practice standard for a specific patient population.  |
| Algorithm        | Binary decision trees guide assessment and intervention. Intense specificity; no provider flexibility. Useful in the management of high-risk subgroups. |
| Protocol         | Prescribes specific therapeutic interventions for a clinical problem unique to a subgroup of patients within the cohort.                                |
| Order set        | Preprinted provider orders are used to expedite the order process once a practice standard has been validated through analytic research                 |
| Guideline        | Broad, research-based practice recommendations. May or may not have been tested in clinical practice.   |



QUESTION?

