

## สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น

ระเบียบวาระ แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต

พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๗

๒๑ มกราคม ๒๕๕๖

### ๑. หลักการและเหตุผลเชิงปรัชญา

วัฏสงสาร (The Cycle of Birth and Death) เป็นวัฏจักรของชีวิต การเกิดแก่เจ็บตายเป็นธรรมชาติของมนุษย์ ดังนั้น การตายตามธรรมชาติจึงเป็นเรื่องปกติของมนุษย์ และเนื่องจากมนุษย์เป็นสัตว์ประเสริฐ การตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์จึงเป็นสิ่งที่ต้องได้รับความเคารพและการปกป้อง แต่ด้วยเทคโนโลยีอันก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้มนุษย์พยายามต่อสู้เพื่อยื้อความตายให้ยืดยาวออกไป แต่ด้วยธรรมชาติของความเป็นไปแห่งชีวิต เมื่อถึงคราว การจากที่ควรเป็นไปอย่างสงบกลับกลายเป็นการจากไปอย่างทุกข์ทรมานของทั้งตนเอง ผู้ที่อยู่ข้างหลัง ผู้รับผิดชอบดูแล และสังคมโดยรวม จึงอาจกล่าวได้ว่า สร้างเสริมสุขภาพของบุคคลจึงต้องครอบคลุมช่วงระยะท้ายของชีวิตหรือตายดีด้วย อย่างไรก็ตาม การกำหนดยุทธศาสตร์และกลวิธีที่จะนำไปสู่การ “ตายดี” ยังมีเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ

### ๒. สถานการณ์ในประเทศไทย

#### ๒.๑ สถานการณ์ทั่วไป

เป็นที่ทราบแล้วว่า จากสถานการณ์ด้านสุขภาพ พบว่าอุบัติการณ์ของโรคร้ายแรง โรคเรื้อรัง โรคที่คุกคามต่อชีวิต และโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้เพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกัน จากการคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรในอนาคตประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบภายใน ๒๐ ปีข้างหน้า อันจะส่งผลให้มีผู้ที่จะต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตมากขึ้น แต่เนื่องจากการขาดความเข้าใจในเรื่องวัฏจักรของชีวิตประกอบกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ ทำให้มนุษย์พยายามต่อสู้เพื่อยื้อชีวิต ยืดความตายออกไป ทำให้ผู้ที่ควรจะได้จากไปอย่างสงบตามธรรมชาติ สมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ สูญเสียคุณภาพชีวิต และจะต้องทุกข์ทรมานจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต อาจกล่าวได้ว่าคุณภาพของการตายก็คือคุณภาพของชีวิต

โดยทั่วไป การสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต มีการดำเนินการที่สำคัญคือการบริหารจัดการแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิต (Palliative Care) ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพที่เป็นองค์รวม อันประกอบด้วย การดูแลทางการแพทย์และการดูแลทางสังคมและจิตวิญญาณ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบวิชาชีพ ครอบครัว ชุมชน จิตอาสา องค์กรสาธารณประโยชน์ และศาสนธรรม ที่ครอบคลุมตั้งแต่การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จนถึงการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิต (End of Life) ตลอดจนการดูแลญาติภายหลังการจากไป (Bereavement Care) อันเป็นการจากไปตามธรรมชาติ โดยจะต้องมีการดำเนินการแบบบูรณาการเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จนบรรลุถึงซึ่งคุณภาพชีวิตในวาระสุดท้ายของชีวิต (European Association for Palliative Care, WHO)

ยิ่งไปกว่านั้น การสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต เป็นการดูแลที่มีความจำเพาะแต่ละกรณีไปไม่มีสูตรสำเร็จ ผู้เกี่ยวข้องจึงต้องใช้ทักษะทั้งศาสตร์และศิลป์ ประยุกต์ใช้ทั้งการแพทย์แผน

ปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก ทั้งยังต้องพิจารณาศรัทธาความเชื่อบริบทของผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายด้วย ทั้งนี้จะอยู่บนพื้นฐานของการรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจที่จะได้รับการตอบสนองตามความปรารถนาครั้งสุดท้ายของตนเองอีกด้วย

## ๒.๒ สถานการณ์ทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง

ในทางเศรษฐศาสตร์พบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมีมูลค่าสูงมากกว่าช่วงใดๆของชีวิต ในขณะที่เดียวกันต้นทุนค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่หอผู้ป่วยหนักสูงกว่าหนึ่งหมื่นบาทต่อคนต่อวัน การตายที่บ้านมีค่าใช้จ่ายต่อคนน้อยกว่าที่โรงพยาบาลกว่าร้อยละ ๕๐ และตัวแปรสำคัญต่อสถานที่ตาย คือ สิทธิด้านค่าใช้จ่ายที่มีอยู่ อันได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสังคม และสิทธิของพนักงานของรัฐ โดยผู้ที่มีสิทธิประโยชน์จากสวัสดิการต่างๆ มีแนวโน้มที่จะจำหน่ายให้กลับไปดูแลที่บ้านมากกว่าผู้ป่วยที่ต้องจ่ายเงินเอง ในสภาพที่สภาวะทางการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศยังมีจำกัดและนโยบายแห่งรัฐมุ่งที่จะแก้ไขปัญหาปากท้องของประชาชน เป็นสำคัญทำให้การจัดสรรงบประมาณเพื่อการดูแลสุขภาพถูกจำกัดหรือมีการควบคุมค่าใช้จ่ายมากขึ้น มีความเชื่อว่าการบริหารแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตอย่างเป็นองค์รวมที่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีคุณภาพ โดยเฉพาะการจัดการดูแลที่บ้าน หรือสถานพยาบาลกึ่งบ้าน (Hospice) จะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลรวมถึงการลดภาระงานและกำลังคนได้เป็นอย่างมาก นอกเหนือนั้น ยังเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมของประชาชนด้วย อาจกล่าวได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิต จะลดภาระทางการเงินการคลังของประเทศได้

นอกจากนี้ การเอื้ออำนวยให้มีการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน ยังมีความไม่สะดวกบางประการ ได้แก่ การจะต้องมีการแจ้งความและมีการชันสูตรหาเหตุตาย การขาดผู้ดูแลหลัก (Primary Care Giver) โดยเฉพาะในสังคมเมือง จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องอยู่ที่โรงพยาบาลจนวาระสุดท้าย ดังนั้นการจัดระบบบริการในลักษณะสถานพยาบาลกึ่งบ้านจึงอาจมีความจำเป็นในระดับหนึ่ง

## ๒.๓ สถานการณ์ด้านนโยบายและกฎหมาย

ปัจจุบัน มีเพียงกฎหมาย มาตรา ๑๒ ของพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เท่านั้น ที่มีการรับรองสิทธิของผู้ป่วย โดยการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะขอรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ ส่วนนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ ยังไม่มีการระบุชัดเจนถึงระบบดังกล่าว จึงเป็นเหตุให้การจัดบริการเพื่อการบริหารแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ตลอดจนการพัฒนาการบริการที่เกี่ยวข้อง จึงเกิดขึ้นแบบกระจัดกระจายตามสถานพยาบาลและผู้ให้บริการบางกลุ่มให้ความสนใจ นอกจากนี้ ยังได้มีการรวมกลุ่มจัดกิจกรรมทั้งทางวิชาการและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มหรือระหว่างกลุ่มและเครือข่ายเป็นครั้งคราว รวมถึงการระบุว่าเป็นส่วนหนึ่งของการรับรองคุณภาพบริการของสถานพยาบาลด้วย ยิ่งไปกว่านั้น การบริหารแบบประคับประคองยังไม่อยู่ในระบบบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน ซึ่งมีเพียง การป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพเท่านั้น ดังนั้น ปัจจุบันจึงยังไม่มีมาตรการเพื่อสนับสนุนบริการอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการสนับสนุนทางการเงินการคลัง หรือด้านกำลังคน

## ๒.๔ สถานการณ์ด้านกำลังคนและการพัฒนาศักยภาพ

จากการที่ยังไม่มีระบบการบริหารแบบระดับประคองในระบบบริการสาธารณสุขผสมผสาน และยังไม่มียุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ ดังนั้น จึงยังไม่มีการจัดตั้งหน่วยบริการที่ได้มาตรฐานอย่างเป็นทางการ ยังไม่มีการกำหนดตำแหน่งบทบาทของผู้ให้บริการอย่างชัดเจน บางสถานบริการมีการจัดบริการอย่างไม่เป็นทางการ บุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่ในปัจจุบันเป็นผู้ที่เห็นความทุกข์และมีใจรักการบริการด้านนี้ และมาทำหน้าที่โดยไม่มีตำแหน่งเฉพาะ การพัฒนาศักยภาพจะเป็นไปตามที่องค์กรที่เห็นความสำคัญของการบริการนี้จัดขึ้น ผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการศึกษอบรมเฉพาะทางด้านนี้มีน้อยมาก

## ๒.๕ การดูแลแบบประคับประคองและการใช้ยา

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Care) เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ในประเทศไทยนับว่ายังอยู่ในระยะเริ่มต้นมาก

จากการสำรวจสถานพยาบาลทั่วประเทศพบว่ามีเพียง ๕๒๘ แห่งเท่านั้นที่มีการบริการดังกล่าวในระดับที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังไม่มีการวางระบบการเข้าถึงยากกลุ่มที่ใช้ในการควบคุมอาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟีน (opioid) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้โดยง่าย การใช้ยาแก้ปวดเพื่อลดความทุกข์ทรมาน เป็นกระบวนการทางการแพทย์ที่สำคัญและยังเป็นตัวชี้วัดถึงคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองรวมถึงคุณภาพการตายโดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็ง ยังพบว่ามีการใช้ยากกลุ่มนี้น้อยมาก ทั้งๆ ที่มีการผลิตยาดังกล่าวในรูปแบบต่างๆ พอสมควร ซึ่งพบว่าสาเหตุเกิดจากระเบียบกฎเกณฑ์ที่เคร่งครัด การจัดหา ยาเข้าระบบ การกระจายยา รวมถึงการจัดหาเข้าห้องยามีน้อย การสั่งใช้ของแพทย์มีน้อย แพทย์มีทัศนคติเป็นลบและไม่มีความรู้และทักษะในการใช้ยากกลุ่มนี้อย่างถูกต้องเหมาะสม

พยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมขั้นสูงสาขาการดูแลแบบประคับประคอง (Advance Practice Nurse, APN for Palliative Care) ยังไม่มีบทบาทร่วมในการบริหารยา ระบบสิทธิประโยชน์ และระบบการเงินการคลังยังไม่เอื้อต่อการใช้ยาตามความจำเป็นและเหมาะสมจนเป็นภาระแก่ผู้ป่วยและญาติ เหล่านี้จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นนี้ได้

## ๔. สถานการณ์ในระดับโลกและภูมิภาค

ในต่างประเทศ ได้มีการให้คำนิยามที่หลากหลายและมีการจัดบริการอย่างเป็นระบบมานาน ในทวีปยุโรป ประเทศอังกฤษ มีการบริหารผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบสมัยในช่วงทศวรรษ ๑๙๖๐ และเริ่มจัดบริการแบบ hospice เพื่อการดูแลแบบประคับประคองในปี ค.ศ. ๑๙๖๗ จากนั้นมา องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่เอกสารเรื่องการบรรเทาปวดในผู้ป่วยมะเร็งในปี ค.ศ. ๑๙๘๖ และได้มีการประชุมนานาชาติที่ประเทศอิตาลีในปี ค.ศ. ๑๙๘๘ พร้อมกับได้มีการจัดตั้งสมาคมบริหารแบบประคับประคองภาคพื้นยุโรป (EAPC) ขึ้นในปี ค.ศ. ๑๙๙๙ สหภาพยุโรปได้ให้การรับรองเอกสารการปกป้องสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายและผู้ที่กำลังเสียชีวิตในปี ค.ศ. ๒๐๐๓ และได้ออกข้อเสนอแนะสำหรับประเทศสมาชิกเกี่ยวกับการจัดระบบการบริหารแบบประคับประคอง ในทวีปอเมริกาเหนือ ได้เริ่มจากการมุ่งให้การดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุ ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้เริ่มต้นการดูแลแบบประคับประคองในปี ค.ศ. ๑๙๗๐ และบรรจุเข้าไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ Medicare สำหรับผู้ที่มีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน ๖ เดือน โดยเป็นการดูแลทั้งที่บ้านและที่สถานพยาบาลแบบต่างๆ ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ได้มีการจัดบริการโดยมีชุมชนเป็นฐานอย่างเป็นทางการภายใต้การสนับสนุนโดยนโยบายของรัฐบาล ซึ่งครอบคลุมการบริการไป

ยังผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคทางจิต ในประเทศไต้หวัน ได้มีการจัดบริการด้านนี้มากกว่า ๓๐ ปี จนได้มีการกำหนด Good Death Score ขึ้นได้

ถึงแม้ว่า แต่ละประเทศจะเป็นการจัดบริการที่มีจุดเน้นที่แตกต่างกันไป แต่ก็มีประเด็นร่วมคือ การดูแลในระยะท้ายของชีวิต

#### **๕. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต**

จากการวิเคราะห์สถานการณ์ที่กล่าวข้างต้นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติในการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตในระยะแรกนั้น จึงควรประกอบด้วยการวางรากฐานความรู้ให้มั่นคง สนับสนุนการพัฒนา รูปแบบระบบบริการ และการสื่อสารกับสังคม โดยการสานพลังเครือข่ายผู้เกี่ยวข้อง

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จึงโดยกว้างแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตขึ้น และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และความเห็นจากหน่วยงาน ภาคีที่เกี่ยวข้อง จากการประชุมปรึกษาหารือแผนยุทธศาสตร์ฯ จำนวน ๓ ครั้ง และพิจารณาในการประชุมเชิงปฏิบัติการพิจารณาร่างแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต ๑ ครั้ง โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจากกลุ่มเครือข่ายภาคประชาสังคม ชุมชน และเอกชน กลุ่มเครือข่ายภาควิชาการ/วิชาชีพกลุ่มเครือข่ายภาคราชการ/องค์กรภาครัฐ และองค์กรทางวิชาการและวิชาชีพด้านสุขภาพ ทั้งนี้รายละเอียด (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต เป็นไปตามเอกสารหลัก/ผนวก

#### **๖. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น**

ขอให้สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นพิจารณาเอกสารร่างมติ