

1 สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น (ครั้งที่ ๒)

2 แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต

3 พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙

4 ๑๗ ธันวาคม ๒๕๕๖

5
6 แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต

7 พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙

9 ๑. หลักการและเหตุผล

10 นับตั้งแต่เริ่มใช้แผนพัฒนาการสาธารณสุข ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑
11 (พ.ศ.๒๕๐๔-๒๕๐๙) เป็นต้นมาจนถึงฉบับปัจจุบัน ประเทศไทยประสบผลสำเร็จด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัย
12 อย่างดียิ่ง อย่างไรก็ดี แนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคร้ายแรง และโรคที่คุกคามต่อชีวิต อาทิ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ
13 โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุ กลับเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่สังคมไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ ซึ่งจะส่งผล
14 ถึงภาวะความเจ็บป่วย คุณภาพชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของ
15 ชีวิต ซึ่งจะทวีความจำเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ แต่การดำเนินการในปัจจุบัน ยังไม่มีระบบและรูปแบบที่เป็นมาตรฐาน
16 รองรับ

17 ในขณะที่ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ก็นำมาสู่การรักษา หรือช่วยชีวิตผู้ป่วยที่ใน
18 อดีตไม่สามารถรักษาได้ หรือรักษาไม่ได้ผลดีให้สามารถมีชีวิตยืนยาวขึ้น หรืออีกนัยหนึ่งหมายถึง การรักษาที่
19 ยาวนานยืดเยื้อ และเมื่อโรคเข้าสู่ระยะสุดท้าย การปกป้องชีวิตด้วยเทคโนโลยีอันก้าวหน้าทางการแพทย์ กอปร
20 กับอุปสรรคจากประเพณี ศาสนา และความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว การขาดทัศนคติที่ดีของของประชาชน
21 และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเกี่ยวกับความตายและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เหมาะสม การ
22 สื่อสารที่ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ การขาดการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
23 มักจะทุกข์ทรมานจากอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ทั้งในส่วนที่เกิดจากตัวโรคเองและจากการรักษาที่ไม่เอื้อต่อ
24 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ฝืนวงจรชีวิต (The Cycle of Birth and Death) ที่เป็นธรรมชาติของชีวิต ทำให้การตายที่
25 ควรเป็นไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ กลับกลายเป็นการตายอย่างทุกข์ทรมานของทั้งตนเอง
26 ครอบครัว ผู้รับผิดชอบดูแล และสังคมโดยรวม รวมถึงภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพอย่างมหาศาล

27 ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาวะของบุคคลควรต้องหมายรวมถึงสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตและตายดี
28 ด้วย ซึ่งแผนยุทธศาสตร์จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดทิศทางและผลักดันให้เกิดกลไกในการขับเคลื่อน
29 การดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะท้าย รวมทั้งครอบครัว มีคุณภาพชีวิตที่ดี
30 (Quality of Life) และสามารถเผชิญความตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และตายดี (Quality of Death)

31

1 **๒. นิชยามและแนวทางการดูแล**

2 **๒.๑ นิชยาม ตามยุทธศาสตร์นี้**

3 **การตายดี** หมายถึง การตายที่ก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิต ได้รับการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมาน
4 ทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอเหมาะสม ได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณตรงกับความเชื่อ ศาสนา
5 วัฒนธรรมของตนเอง รวมถึงได้ทำสิ่งที่ค้างค้ำ สามารถแสดงความปรารถนาของตนเองว่าต้องการให้มีการดูแล
6 อย่างไรในระยะท้ายเพื่อให้เสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

7 **การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)** หรือชื่ออื่นๆในภาษาไทยที่มีกระบวนการดูแลตาม
8 ความหมายเดียวกัน หมายถึง การดูแลผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและอาจคุกคามถึงชีวิต หรือป่วย
9 ด้วยโรคที่มีแนวโน้มทรุดลงจนเสียชีวิตจากตัวโรคในอนาคต การดูแลสามารถเริ่มได้ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย
10 ว่าเป็นผู้ป่วยเป็นโรคที่อาจคุกคามชีวิต (Life-threatening illness) จนกระทั่งผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายของโรค (End of
11 Life) เน้นการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมมิติทั้งกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และ
12 ผู้ดูแล โดยมีเป้าหมายหลักคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้เสียชีวิตอย่าง
13 สงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลครอบครัวและญาติภายหลังการจากไปของผู้ป่วย
14 (Bereavement Care) (European Association for Palliative Care, WHO)

15 **สุขภาวะหรือสุขภาพ** หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และ
16 ทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

17 **สถานพยาบาล** หมายถึง สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล สถานพยาบาลในสังกัด
18 ของกระทรวง ทบวง กรม รัฐวิสาหกิจ สภาวิชาชีพ สมาคมวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนั้น ให้หมายรวมถึง
19 สถานบริการสุขภาพที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา องค์กรชุมชน และองค์กรเอกชนด้วย

20 **จิตวิญญาณ** ในแง่ของการดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง ความหมายของการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย
21 หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยให้คุณค่าและมีความสำคัญต่อชีวิตของตนเอง ดังนั้นมุมมองของเรื่องจิต
22 วิญญาณจึงอาจจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้อง หรือไม่เกี่ยวข้องกับทางศาสนาก็ได้ ยกตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยบางรายรู้สึก
23 ที่มีชีวิตอยู่ได้ในทุก ๆ วันนั้นก็คือการอยู่เพื่อลูก บางคนเป็นคนสู้ชีวิตมาด้วยตนเองมาตลอด ดังนั้นการที่เขาได้ต่อสู้
24 กับอุปสรรคในชีวิตซึ่งในขณะนี้คือตัวโรคเอง คือความหมายของการมีชีวิตอยู่ของเขา บางคนคิดว่าที่อยู่ไปทุก
25 วันนี้เพื่อชดใช้กุศลกรรมที่เคยทำไว้ในอดีต หรือบางคนคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นการทดสอบความศรัทธา
26 จากพระเจ้า เป็นต้น ความคิด ความเชื่อ การให้คุณค่าความหมาย และความศรัทธาเหล่านี้ ย่อมจะส่งผลกระทบ
27 ทั้งในเชิงบวกหรือเชิงลบต่ออาการเจ็บป่วย การดูแลด้านจิตวิญญาณคือ การทำความเข้าใจ ยอมรับในความ
28 แตกต่างทางความเชื่อของผู้ป่วยแต่ละรายและครอบครัว และประเมินว่าระหว่างที่ดูแลจะสามารถช่วยเหลือ
29 ผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณได้อย่างไรบ้าง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้ชีวิตทุกวันอย่างมีความหมาย และจากไปอย่างสงบ

30
31

1 **๒.๒ แนวทางการดูแล**

2 การดูแลเป็นการดูแลอย่างเป็นองค์รวม โดยสามารถเริ่มจากที่เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า
3 ผู้ป่วยเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จนกระทั่งป่วยอยู่ในระยะท้าย หรือกำลังจะเสียชีวิตจากโรค โดยสามารถดูแล
4 ความถี่ไปกับการรักษาเฉพาะสำหรับโรคนั้นๆ ให้ความสำคัญถึงสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบ
5 ข้อมูลการเจ็บป่วยเมื่อต้องการ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องแนวทางการ
6 รักษาและเป้าหมายของการดูแลรักษาตรงกับความต้องการของตนเอง เน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและ
7 ยอมรับว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติของทุกชีวิต รวมถึงเน้นการไม่ใช้เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์
8 หรือวิธีการรักษาใดๆ เพียงเพื่อยื้อความทรมานโดยไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในขณะที่เดียวกันก็ไม่ยอมรับ
9 วิธีการรักษาที่เป็นการเร่ง หรือทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วกว่าการดำเนินโรคเองตามธรรมชาติ นอกจากนี้ ยังเป็น
10 การดูแลที่มีความจำเพาะแต่ละกรณีไม่มีสูตรสำเร็จ ผู้ดูแลจึงต้องใช้ทักษะทั้งศาสตร์และศิลป์ ประยุกต์ใช้ทั้ง
11 การแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก อีกทั้งยังต้องพิจารณาศรัทธา ความเชื่อ ปุ่มหลังและบริบทของ
12 ผู้ป่วยและญาติด้วย เพื่อให้เหมาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยอยู่บนพื้นฐานของการรับรองสิทธิของผู้ป่วยในการ
13 ตัดสินใจที่จะได้รับการตอบสนองตามความปรารถนาครั้งสุดท้ายของตนเอง

14

15 **๓. สถานการณ์และปัญหาสำคัญ**

16 **๓.๑ สถานการณ์ทั่วโลกและภูมิภาค**

17 การจัดบริการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต มีพัฒนาการมากกว่า ๔๐ ปีในประเทศที่พัฒนาแล้ว
18 อย่างไรก็ตาม การให้คำนิยามและรูปแบบการจัดบริการมีความหลากหลาย ในทวีปยุโรป ประเทศอังกฤษ มีการ
19 ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองแบบสมัยในช่วงทศวรรษ ๑๙๖๐ และเริ่มจัดบริการแบบ hospice เพื่อการดูแล
20 แบบประคับประคองในปี ค.ศ.๑๙๖๗ จากนั้นมา องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่เอกสารเรื่องการบรรเทาปวดใน
21 ผู้ป่วยมะเร็งในปี ค.ศ. ๑๙๘๖ และได้มีการประชุมนานาชาติที่ประเทศอิตาลีในปี ค.ศ.๑๙๘๘ พร้อมกับได้มีการ
22 จัดตั้งสมาคมบริบาลแบบประคับประคองภาคพื้นยุโรป (EAPC) ขึ้นในปี ค.ศ. ๑๙๘๙ สหภาพยุโรปได้ให้การ
23 รับรองเอกสารการปกป้องสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรีของผู้ป่วยในวาระสุดท้ายและผู้ที่กำลังเสียชีวิตในปี ค.ศ.
24 ๒๐๐๓ และได้ออกข้อเสนอแนะสำหรับประเทศสมาชิกเกี่ยวกับการจัดระบบการดูแลแบบประคับประคอง ในทวีป
25 อเมริกาเหนือ ได้เริ่มจากการมุ่งให้การดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุ ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้เริ่มต้นการดูแลแบบ
26 ประคับประคองในปี ค.ศ.๑๙๗๐ และบรรจุเข้าไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ Medicare สำหรับผู้ที่มีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน
27 ๖ เดือน โดยให้เป็นการดูแลทั้งที่บ้านและที่สถานพยาบาลแบบต่างๆ ในรัฐแคลิฟอร์เนีย ได้มีการ
28 จัดบริการโดยมีชุมชนเป็นฐานอย่างเป็นทางการภายใต้การสนับสนุนโดยนโยบายของรัฐบาล ซึ่งครอบคลุมการ
29 บริการไปยังผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคทางจิต ในประเทศไต้หวัน ได้มีการจัดบริการด้านนี้มากกว่า ๓๐ ปี จนได้มี
30 การกำหนด Good Death Score ขึ้นได้ (Cheng SY., et al., ๒๐๐๘)

1 แม้ว่ารูปแบบการจัดบริการของแต่ละประเทศดังกล่าวข้างต้นจะมีจุดเน้นที่แตกต่างกันไป แต่เป้าประสงค์
2 ที่สำคัญของการดูแลในระยะท้ายของชีวิต คือการยอมรับเวลาของผู้ป่วยที่เหลืออยู่โดยไม่ไปเร่งหรือพยายามยืด
3 ชีวิต และเน้นช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

4 5 ๓.๒ สถานการณ์ในประเทศไทย

6 ๑) สถานการณ์การตายดี สถานการณ์สุขภาพของคนไทยโดยรวมดีขึ้นจากการที่ประเทศไทยประสบ
7 ผลสำเร็จด้านการพัฒนาสุขภาพอนามัยอย่างดียิ่ง คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ๕๖ ปี ใน พ.ศ. ๒๕๐๗
8 เป็น ๗๑.๑ ปี ในชายและ ๘๑.๑ ปีในหญิง ใน พ.ศ. ๒๕๕๖ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล)
9 อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยที่มีสุขภาพในระยะท้ายของชีวิตและตายดี ตามแนวทางที่ควรจะเป็นมีสัดส่วนไม่มากนัก
10 แม้ไม่มีข้อมูลดังกล่าวในประเทศไทย แต่หากอนุมานจากข้อมูลการได้รับการดูแลอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งระยะ
11 ท้าย ซึ่งเป็นเพียงข้อเดียวของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในระยะท้ายพบว่ามีย่อยกว่าร้อยละ ๕๐ (Vatanasapt P., et al,
12 ๒๐๐๘)

13 ๒) สังคมผู้สูงอายุ จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ปัจจุบัน (ปี ๒๕๕๖) ประเทศไทยมีประชากร
14 ผู้สูงอายุ ๙.๕ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๗ ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๕.๑ ใน
15 ปี ๒๕๗๓ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล) ซึ่งหมายถึงประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุ
16 เต็มรูปแบบภายใน ๒๐ ปีข้างหน้า จะส่งผลถึงคุณภาพประชากร ภาวะความเจ็บป่วย คุณภาพชีวิต และ
17 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่จะเป็นปัญหามากขึ้น ทั้งนี้ โรคที่เป็นสาเหตุของความสูญเสียสุขภาพของประชากรไทย
18 อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ในเพศชาย ๕ อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ ๑๐.๗) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
19 (ร้อยละ ๙.๐) หัวใจขาดเลือด (ร้อยละ ๗.๒) เบาหวาน (ร้อยละ ๖.๒) และมะเร็งตับ (ร้อยละ ๕.๗) ในเพศหญิง ๕
20 อันดับแรก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ ๑๑.๖) เบาหวาน (ร้อยละ ๑๑.๓) หัวใจขาดเลือด (ร้อยละ ๖.๙)
21 ต้อกระจก (ร้อยละ ๕.๘) และสมองเสื่อม (ร้อยละ ๔.๕) (รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ปี
22 ๒๕๕๒: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ) นอกจากนี้ การตายในประชากรผู้สูงอายุอันดับต้นๆ
23 ได้แก่ มะเร็ง หัวใจ หลอดเลือดสมอง ปอดอักเสบ ไต และเบาหวาน ในขณะที่การใช้บริการสุขภาพ ผู้สูงอายุมิ
24 อดรับการให้บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในสูงกว่าผู้ป่วยในกลุ่มอื่นๆ และค่าใช้จ่ายสุขภาพภาครัฐสำหรับ
25 ผู้สูงอายุในอีก ๑๒ ปีข้างหน้าเพิ่มขึ้น ๓.๖ เท่าและสูงกว่าค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมทุกช่วงอายุ โดยเพิ่มขึ้นจาก
26 ร้อยละ ๒.๑ ของ GDP ในปี ๒๕๕๓ เป็น ๒.๘ ของ GDP ในปี ๒๕๖๕ (ฐานข้อมูลผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ
27 ๒๕๕๓ ของสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ กองทุนประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการ
28 สสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ พ.ศ.๒๕๕๑-๒๕๕๒ อ่างในการศึกษาวิเคราะห์ผลกระทบ
29 เชิงนโยบายต่อการพัฒนาประเทศจากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๓-๒๕๘๓)

30 ๓) จากสถานการณ์สภาวะด้านสุขภาพของประชากรไทย พบว่า แนวโน้มการเจ็บป่วยและตายด้วยโรค
31 ไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข อัตราป่วยโรคความ

1 ดัชนีโลหิตสูง จาก ๗๒๗.๗ ในปี ๒๕๔๘ เป็น ๑,๕๗๐.๖ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๕; โรคหัวใจ จาก ๖๗๙.๑ ใน
2 ปี ๒๕๔๘ เป็น ๑,๑๗๒.๔; โรคมะเร็ง จาก ๖๑๑.๑ ในปี ๒๕๔๘ เป็น ๑,๐๕๐ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๕;
3 และโรคมะเร็ง จาก ๔๖๘.๓ ในปี ๒๕๔๘ เป็น ๗๕๙.๘ ต่อแสนประชากรในปี ๒๕๕๕ ในขณะที่โรคมะเร็งเป็น
4 สาเหตุการตายอันดับหนึ่งของไทยและมีแนวโน้มสูงขึ้น ๘ เท่า จาก ๑๒.๖ ในปี ๒๕๑๐ เป็น ๔๓.๘ ในปี ๒๕๔๐
5 และ ๙๘.๕ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๕๕ อุบัติเหตุทุกประเภทเพิ่มขึ้นจาก ๒๖.๒ ในปี ๒๕๑๐ เป็น ๕๑.๖ ต่อ
6 แสนประชากร ในปี ๒๕๕๕ โรคหัวใจเพิ่มขึ้นจาก ๑๖.๕ ในปี ๒๕๑๐ เป็น ๓๒.๙ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๕๕
7 โรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก ๒๕.๓ ในปี ๒๕๔๘ เป็น ๓๑.๗ ต่อแสนประชากร ในปี ๒๕๕๕ ความชุกของ
8 ประชาชนที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต เพิ่มจากร้อยละ ๐.๘ ในปี ๒๕๔๗ เป็น ๑.๖ ในปี
9 ๒๕๕๓ จากแนวโน้มภาวะโรคดังกล่าวข้างต้นที่เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงความต้องการการบริการการดูแลแบบ
10 ประคับประคองมากขึ้น ประมาณการว่าในระยะ ๑๐ ปีที่ผ่านมา (๒๕๔๒-๒๕๕๒) ผู้ป่วยมะเร็งและเอดส์ที่
11 ต้องการการดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๑ (๑๐๒,๓๓๐ คน เป็น ๑๑๓,๕๘๔ คน) (แผนยุทธศาสตร์
12 การพัฒนาดัชนีประเมินภาวะโรคและสุขภาพประชากรไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ,
13 ๒๕๕๕; Cancer control, knowledge into action World Health Organization, ๒๐๐๗)

14 ๔) ระบบบริการสุขภาพ ขณะนี้คนไทยมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๙๒.๕ ในปี ๒๕๔๕ เป็น
15 ร้อยละ ๙๙.๙ ในปี ๒๕๕๖ อย่างไรก็ตาม ระบบบริการสุขภาพ ที่รวมถึงระบบส่งต่อผู้ป่วย อยู่ระหว่างการพัฒนา
16 จากนโยบายการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่มีการกำหนดเป็นเครือข่ายบริการ
17 สุขภาพ ๑๒ เครือข่าย ครอบคลุมพื้นที่ ๔-๘ จังหวัด ในการดูแลประชากร โดยเฉลี่ย ๔-๕ ล้านคน ในขณะที่
18 คุณภาพมาตรฐานโรงพยาบาลรวมของประเทศ ผ่านเกณฑ์กว่าร้อยละ ๗๖.๒ สำหรับการมีส่วนร่วมของ
19 ภาคประชาชน ปัจจุบันมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งประเทศ ๑,๐๔๐,๐๐๐ คน ทั้งนี้
20 มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ ๕๗ ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาเป็น อสม. ให้มีความเชี่ยวชาญในการสนับสนุนงานในชุมชน
21 ๑๐ สาขา อาทิ การเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ การส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตชุมชน เป็นต้น ของกระทรวง
22 สาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, ๒๕๕๖) สำหรับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นการดูแลที่เน้น
23 การเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Humanized Care) ในประเทศไทยนับว่ายังอยู่ในระยะเริ่มต้นมาก เมื่อ
24 เทียบกับประเทศที่มีศักยภาพทางการแพทย์ใกล้เคียงกัน เช่น มาเลเซีย เกาหลี สิงคโปร์ จากการสำรวจ
25 สถานพยาบาลทั่วประเทศพบว่ามีเพียง ๕๒๘ แห่งเท่านั้นที่มีการบริการดังกล่าวในระดับที่แตกต่างกัน (การ
26 สำรวจข้อมูลบุคลากรและการบริการด้าน palliative care ในประเทศไทย ๒๕๕๕, เต็มศักดิ์ ฟิงรัศมี และคณะ)
27 แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการสนับสนุนให้มีการดูแลในระยะท้ายของชีวิตที่บ้าน แต่ยังไม่มีความไม่สะดวกบางประการ
28 ได้แก่ การแจ้งเสียชีวิตและการชันสูตรศพในกรณีที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน การขาดผู้ดูแลหลัก (Care Giver)
29 โดยเฉพาะในสังคมเมือง จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องอยู่ที่โรงพยาบาลจนวาระสุดท้าย ดังนั้นการจัดระบบ
30 บริการในลักษณะสถานพยาบาลกึ่งบ้าน (Hospice) จึงอาจมีความจำเป็นในระดับหนึ่ง

1 ๕) ด้านการเข้าถึงยา เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ แม้ว่าจะมีการดำเนินงานเพื่อเพิ่มการ
2 เข้าถึงยามอร์ฟินเพื่อบรรเทาอาการที่บ้านของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (จาก
3 ๕,๓๐๕ คน ในปี ๒๕๕๕ ซึ่งในช่วงครึ่งปีแรกของปี ๒๕๕๖ มีผู้ได้รับแล้ว ๔,๘๔๖ คน) หากทว่ายังไม่มีการวาง
4 ระบบการเข้าถึงยากลุ่มที่ใช้ในการควบคุมอาการอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์
5 (opioid) เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้โดยง่าย การใช้ยาแก้ปวดเพื่อลดความทุกข์ทรมาน ซึ่งเป็นกระบวนการทาง
6 การแพทย์ที่สำคัญและยังเป็นที่วิตถถึงคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง รวมถึงคุณภาพการตายโดยเฉพาะ
7 ในผู้ป่วยมะเร็ง ทั้งนี้ พบว่ามีการใช้ยากลุ่มนี้บ่อยมากทั้งๆ ที่มีการผลิตยาดังกล่าวในรูปแบบต่างๆ พอสมควร
8 เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่าปัญหาการเข้าถึงยาแก้ปวดในกลุ่มโอปิออยด์ ซึ่งยาดังกล่าวอยู่ในกลุ่มยาเสพติดให้
9 โทษประเภท ๒ เกิดจากข้อจำกัดของระเบียบกฎหมาย การจัดหายาเข้าระบบ การกระจายยา การจัดหายาเข้า
10 ห้องยา การสั่งใช้ของแพทย์ที่มีน้อย บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขขาดความรู้และทักษะอย่างเพียงพอ
11 ในการใช้ยากลุ่มนี้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Pornsree Srisawang, et.al, ๒๐๑๓)

12 ๖) ด้านกำลังคน จากปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพในระบบสุขภาพในภาพรวม ซึ่งกระทรวง
13 สาธารณสุขอยู่ระหว่างการพัฒนา โดยเฉพาะในเรื่องความเพียงพอ สัดส่วนการกระจาย และสมรรถนะ ความ
14 เชี่ยวชาญ ทั้งในส่วนของแพทย์ ทันตแพทย์ และพยาบาล สำหรับในส่วนของ การดูแลแบบประคับประคองยังมี
15 ข้อจำกัดมาก แพทย์ พยาบาลและบุคลากรด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความตระหนัก ประสบการณ์
16 และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ทำให้ขาดการวางแผนการรักษาล่วงหน้า ทำให้บางครั้งให้การ
17 รักษาที่ไม่เกิดประโยชน์หรือไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ปัจจุบัน ประเทศไทยมีผู้ที่ผ่านการศึกษาอบรม
18 เฉพาะทางด้านนี้เพียงเล็กน้อย เป็นแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐาน ๑๔๖ คน หากเปรียบเทียบกับคาด
19 ประเมินจากอัตราส่วนควรมีแพทย์ให้คำปรึกษาด้านการดูแลแบบประคับประคองต่อประชากร พบว่าประเทศ
20 ไทยมีความต้องการถึง ๒๕๘ คน (NICE: National institute for Health and Care Excellence, ๒๐๑๓)
21 พยาบาล ๑,๖๘๐ คน ในขณะที่ตามหลักการสากลในโรงพยาบาล ๒๕๐ เตียง ต้องมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ๑ ทีม ที่
22 จะต้องประกอบด้วยแพทย์ ๑ คนและพยาบาล ๑ คน ที่ผ่านหลักสูตรมาตรฐานเป็นอย่างน้อย (การสำรวจข้อมูล
23 บุคลากรและการบริการด้าน palliative care ในประเทศไทย ๒๕๕๕, เต็มศักดิ์ ฟุ้งรัมย์ และคณะ) ทั้งนี้ข้อจำกัด
24 คือ ยังไม่มีหลักสูตรนี้เป็นการเฉพาะ เพื่อการอบรมหรือบรรจุไว้ในหลักสูตรการเรียนการสอนปกติของทุก
25 สถาบันการศึกษา

26 ๗) ด้านการเงินการคลัง ในทางเศรษฐศาสตร์พบว่าค่าใช้จ่ายของบุคคลในช่วงหกเดือนสุดท้ายของชีวิตมี
27 มูลค่าสูงมากกว่าช่วงใดๆของชีวิต คิดเป็นร้อยละ ๘-๑๑ ต่อปีของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และเป็นร้อยละ ๑๐-๒๕
28 ของค่าใช้จ่ายผู้ป่วยใน (ชุตินา อรรถสิทธิ์, ๒๕๕๓) จากการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับการรักษาใน
29 สถานพยาบาลจะมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย ๘๐,๗๘๐ บาทสำหรับปีสุดท้ายของชีวิตและวันนอนเฉลี่ย ๒๙.๒ วันต่อคน
30 (ชุตินา อรรถสิทธิ์, ๒๕๕๓) นอกจากนี้ ยังพบว่าค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยแบบประคับประคอง น้อยกว่า เมื่อ
31 เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาตามปกติ (Conventional care) และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ตายที่

1 โรงพยาบาล สูงกว่าตายที่อื่น ๆ รวมถึงตายที่บ้านถึง 2 เท่า และจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งในช่วง ๓๐ วัน
2 สุดท้ายของชีวิต พบว่าผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาทีมดูแลแบบประคับประคองมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ส่งปรึกษา
3 เฉลี่ย ๑๖,๖๐๐ บาทต่อคน (วรพร ศรีสุวรรณ และคณะ, ๒๕๕๖) ซึ่งตัวแปรสำคัญต่อสถานที่ตาย คือ สิทธิด้าน
4 ค่าใช้จ่ายที่มีอยู่ อันได้แก่ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สิทธิประกันสังคม และสิทธิของพนักงานของรัฐ โดย
5 ผู้ที่มีสิทธิประโยชน์จากสวัสดิการต่างๆมีแนวโน้มที่จะถูกจำหน่ายให้กลับไปดูแลที่บ้านมากกว่าผู้ป่วยที่ต้อง
6 จ่ายเงินเอง ในขณะที่ข้อจำกัดด้านสถานะทางการเงินการคลังด้านสุขภาพของประเทศและนโยบายของรัฐที่เน้น
7 การแก้ไขปัญหาปากท้องของประชาชนเป็นหลัก ส่งผลต่อการจัดสรรงบประมาณสำหรับภาคสุขภาพ

8 จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตอย่างเป็นองค์รวมที่มีการ
9 ดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีคุณภาพ โดยเฉพาะการจัดการดูแลที่บ้าน จะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของ
10 สถานพยาบาล รวมถึงการลดภาระงานและกำลังคนได้เป็นอย่างมาก นอกเหนือจากนั้น ยังเป็นการลดภาระ
11 ค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมของประชาชนด้วย หรืออาจกล่าวได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของ
12 ชีวิต จะลดภาระทางการเงินการคลังของประเทศได้

13 ๘) ด้านระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพของไทยในปัจจุบัน มีการ
14 จัดเก็บในหลายระบบด้วยกัน ซึ่งครอบคลุมข้อมูลจำเป็นในระดับหนึ่ง ได้แก่ การบริการสุขภาพ ทรัพยากร
15 สาธารณสุข ระบาดวิทยา เป็นต้น ซึ่งยังมีปัญหาด้านคุณภาพ ความครอบคลุม มีความซ้ำซ้อนไม่บูรณาการ
16 สำหรับข้อมูลการจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองยังเป็นแบบต่างคนต่างทำ ขาดระบบกลางที่เชื่อมโยง
17 ระบบข้อมูลของสถานพยาบาลในสังกัดต่างๆ ขาดการวางแผนการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ รวมทั้งการขาด
18 ความรู้/ทักษะของเจ้าหน้าที่ในการจัดทำ รวบรวมและบันทึกข้อมูล เพื่อนำมาใช้วิเคราะห์ใช้ประโยชน์เชื่อมโยง
19 กันระหว่างหน่วยงานและสถานพยาบาล ที่ครอบคลุมถึงการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน

20 ๙) ด้านการอภิบาลระบบ ปัจจุบัน ประเทศไทยยังไม่มียุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการเพื่อการ
21 ส่งเสริมสุขภาวะระยะท้ายของชีวิต และการตายดี ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ได้แต่เพียงอาศัยกฎหมาย มาตรา ๑๒
22 ของ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เท่านั้น ในการรับรองสิทธิของผู้ป่วย โดยการแสดงเจตนาไม่ประสงค์
23 จะขอรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการ
24 เจ็บป่วยได้ นอกจากนี้ ในระบบบริการสุขภาพยังไม่มีกระบวนการบูรณาการการดูแลแบบประคับประคองให้
25 เป็นส่วนหนึ่งที่ชัดเจน ด้วยเหตุนี้ การจัดบริการการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย ตลอดจน
26 การพัฒนาการบริการที่เกี่ยวข้องจึงเกิดขึ้นแบบกระจัดกระจายตามสถานพยาบาล ไม่มีการกำหนดตำแหน่ง
27 บทบาทของผู้ให้บริการอย่างชัดเจน รวมถึงการจัดตั้งหน่วยบริการที่ได้มาตรฐานอย่างเป็นทางการ โดยการ
28 จัดบริการจะขึ้นอยู่กับความสนใจของผู้ให้บริการบางกลุ่มที่เห็นความทุกข์และมีใจรักการบริการด้านนี้ ทำหน้าที่
29 โดยไม่มีโครงสร้างเฉพาะ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประเทศในวงกว้างในอนาคต

30
31

1 **๔. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต**
2 **๔.๑ แผนยุทธศาสตร์ฯ** จากข้อมูลต่างๆที่ได้นำเสนอตั้งกล่าวข้างต้น แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการ
3 ขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิตนั้น จึงควรมุ่งเน้นที่ตัวประชาชน ชุมชน สังคม และระบบบริการ
4 ที่ควรมีเพียงพอและมีคุณภาพในการรองรับความต้องการ ซึ่งจะต้องพัฒนาระบบย่อย ได้แก่ ระบบกำลังคนด้าน
5 สุขภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญในการวางแผน ควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล ระบบการเงินการ
6 คลังที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ ระบบยา เวชภัณฑ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เหมาะสม จำเป็น และมีความ
7 คุ่มค่า และการให้ความสำคัญในระดับนโยบาย ที่กำหนดแนวทางที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติต่อไปที่จะ
8 ช่วยสนับสนุนให้เกิดมีบริการดังกล่าวได้ในที่สุด
9 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับองค์กรยุทธศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย กระทรวงสาธารณสุข
10 สมาคมบริบาลผู้สูงอายุระยะท้าย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม
11 สุขภาพ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ยกร่างแผนยุทธศาสตร์
12 ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต ขึ้น เพื่อนำเข้าสู่การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการ
13 จัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นครั้งที่ ๑ ว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะ
14 ท้ายของชีวิต ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมจากกลุ่มเครือข่ายภาคประชาสังคม ชุมชน และเอกชน กลุ่มเครือข่ายภาค
15 วิชาการ/วิชาชีพกลุ่มเครือข่ายภาคราชการ/องค์กรภาครัฐ และองค์กรทางวิชาการและวิชาชีพด้านสุขภาพ และ
16 หลังจากนั้น คณะทำงานวิชาการพัฒนาร่างยุทธศาสตร์ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ.
17 ๒๕๕๗-๒๕๕๙ ได้นำข้อเสนอแนะและความเห็นของภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการและการ
18 ประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นครั้งที่ ๑ มาปรับปรุงร่างแผนยุทธศาสตร์ฯ ก่อนนำเข้าสู่การประชุมสมัชชา
19 สุขภาพเฉพาะประเด็นครั้งที่ ๒ เพื่อหาฉันทามติในการปรับปรุงร่างแผนยุทธศาสตร์ฯ ต่อไป ทั้งนี้รายละเอียดร่าง
20 แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายร่าง
21 มติ
22
23 **๔.๒ แนวทางการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ**
24 เมื่อร่างแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. ๒๕๕๗-
25 ๒๕๕๙ ได้ผ่านความเห็นชอบจากการประชุมสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นแล้วนำเสนอ คสช. เพื่อเห็นชอบ
26 จากนั้นควรนำเสนอ ครม. เพื่อให้ความเห็นชอบในหลักการ ซึ่งจะช่วยให้ ยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้าง
27 เสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙ สามารถใช้เป็นกรอบอ้างอิงในการดำเนินการ การขอ
28 งบประมาณสนับสนุนและการนำไปใช้ และการเขียนแผนปฏิบัติการของภาคียุทธศาสตร์ต่างๆ ได้โดยง่าย
29 ทุกรากก็ดี ควรคำนึงถึงมาตรการบางอย่างที่จะทำให้แผนยุทธศาสตร์นี้ สามารถนำไปใช้อย่างกว้างขวางเป็น
30 รูปธรรม และเกิดผลในทางปฏิบัติ อาทิเช่น

1 ๑. การสร้างกลไกการสื่อสารยุทธศาสตร์ให้เกิดการรับรู้ เข้าใจ ของประชาชนทั่วไปและผู้ให้บริการใน
2 ระบบสุขภาพอย่างกว้างขวาง รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพ (Key actors)

3 ๒. เชื่อมโยงกับแผนระดับชาติหรือแผนการจัดบริการอื่นๆ เช่น ในการทำแผนบริการสุขภาพของเขต
4 สุขภาพ (Service Plan) แผนของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ ฯลฯ

5 ๓. ผู้บริหารของหน่วยงานที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นี้ เช่น สำนักงานคณะกรรมการ
6 พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานประมาณ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและ
7 ความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น ควรรับรู้และมีกลไกการสร้างการมีส่วนร่วมในการนำแผนยุทธศาสตร์นี้ไปใช้ใน
8 การดำเนินการ ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานนั้นๆ

9 ๔. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) จัดให้มีกลไกการบริหารยุทธศาสตร์ ที่ประกอบด้วย องค์กร
10 ยุทธศาสตร์และองค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย และคณะกรรมการ
11 เฉพาะกิจ พร้อมทั้งหน่วยงานประสานการดำเนินงาน ที่คอยทำหน้าที่สื่อสาร ประสานการขับเคลื่อน รวมถึง
12 ติดตามประเมินความก้าวหน้าของแผน และการรับข้อมูลป้อนกลับเพื่อการปรับปรุงแผนในฉบับต่อไป

13

14 **๕. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น**

15 ขอให้สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นพิจารณาร่างมติ และร่างแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้าง
16 เสริมสุขภาพะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๕๙