

รายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญในหัวข้อ

“การแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นการศึกษาผลกระทบของ COVID-19

ต่อการระบุเหตุการณ์ที่มีคุณค่าน้อย (Low Value Care)

ตามบริบทของระบบสุขภาพของประเทศไทย”

(ดำเนินการศึกษาภายใต้โครงการ “การวิเคราะห์ผลกระทบของ COVID-19 ต่อระบบสาธารณสุข

เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในการปรับตัวของระบบบริการต่อการระบาด

และความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย”)

รายละเอียดการประชุม

วันที่ 14 มิถุนายน 2565

เวลา 13.00-15.00 น.

สถานที่ 1. ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2. การประชุมทางไกลผ่านโปรแกรม Zoom (Zoom Meeting) โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- ลิงก์การประชุม (Meeting Link):

<https://us06web.zoom.us/j/88310146240?pwd=dXlxS1dnNnRLK0ZkV3YwdWQ3OEEdYZz09>

- หมายเลขการประชุม (Meeting ID): 883 1014 6240 และรหัสการประชุม (Passcode): 542483

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำเสนอผลการสำรวจเบื้องต้นเกี่ยวกับการระบุเหตุการณ์ที่มีคุณค่าน้อยในโรงพยาบาล (Low Value Care) ตามบริบทของระบบสุขภาพของประเทศไทย ตลอดจนแผนการวิเคราะห์ผลการศึกษาในขั้นถัดไป

2. เพื่อขอข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับผลการสำรวจเบื้องต้น และการวางแผนการวิเคราะห์ผลการศึกษาในขั้นถัดไป

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

ที่	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน	รูปแบบการเข้าร่วมประชุม
1	พลอากาศโท นพ.กัมปนาท วีระกุล	โรงพยาบาลหัวใจกรุงเทพ	Zoom
2	นพ.สุพจน์ ศรีมหาโชตะ	สมาคมแพทย์โรคหัวใจ	Zoom
3	ว่าที่ ร.ต.ท.หญิง พญ.นาภา ศิริวิวัฒน์กุล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน	Zoom

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม			
ที่	ชื่อ-สกุล	หน่วยงาน	รูปแบบการเข้าร่วมประชุม
4	นพ.จิตติ โฆษิตชัยวัฒน์	ที่ปรึกษาสมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย	Zoom
5	นพ.ชัยศ คุณานุสนธิ์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ	Zoom
6	รศ.ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ	In Person
7	พญ.จาร์วี สุขุมณี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ	In Person
8	นางสาวจุฬาทิพย์ บุญมา	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ	In Person
9	นางสาววิขารีย์ กรุณยาววงศ์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ	In Person
10	นายธนาบุตร เศรษฐโสภณ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ	In Person

เริ่มประชุมเวลา 09.30 น.

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุมและวัตถุประสงค์ของโครงการ

รศ.ดร.วรรณฤดี อิศรานุวัฒน์ชัย หัวหน้าโครงการวิจัย กล่าวแนะนำและชี้แจงวัตถุประสงค์สำหรับการประชุมในหัวข้อ การระบุหัตถการที่มีคุณค่าน้อย (Low value care: LVC) โดยการนำเสนอเริ่มจากวัตถุประสงค์ของการศึกษา การวางแผนแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล และข้อค้นพบเบื้องต้นจากการวิเคราะห์ข้อมูลในหัวข้อการระบุหัตถการที่มีคุณค่าน้อยในปัจจุบัน เนื่องจากค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น (Healthcare expenditure) ในหลายประเทศทั่วโลกจึงก่อให้เกิดการศึกษาเกี่ยวกับการทำหัตถการที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย หรืออาจก่อให้เกิดความเสี่ยงมากกว่าเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยบางกลุ่ม หรือที่เรียกว่า “หัตถการที่มีคุณค่าน้อย” หรือ “Low value care” โดยการศึกษาภายใต้หัวข้อนี้สามารถแบ่งเป็น 2 ส่วนดังนี้

1.1 การ Review บทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหัตถการที่มีคุณค่าน้อยและการจัดประชุม Stakeholder เพื่อให้สามารถระบุความเป็นไปได้ของการระบุหัตถการที่มีคุณค่าน้อยตามบริบทของประเทศไทย โดยมีหัตถการที่เข้าข่ายตามเงื่อนไข กล่าวคือ มีการทำมากกว่า 1,000 ครั้ง/ปี จำนวน 18 หัตถการจาก 38 หัตถการ โดยในการนี้ทางทีมวิจัยได้มีมติเลือกทำการวิเคราะห์ข้อมูลของ 2 หัตถการ คือ การทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) และ การทำ Abdominal Hysterectomy และในช่วงของการระบาดของ COVID-19 ที่ผ่านมามีบทความงานวิจัยที่เกี่ยวกับการศึกษารายการของหัตถการที่มีความจำเป็นน้อยในระบบบริการสุขภาพจำนวนมาก

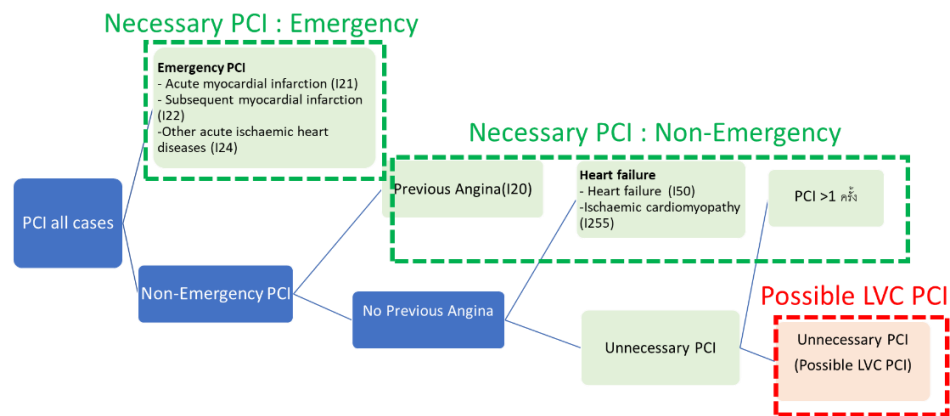
1.2 การศึกษาแนวโน้มของการทำหัตถการ ในช่วงเวลาของการเกิดการระบาดของ COVID-19 ลักษณะของกลุ่มประชากรที่เข้ารับการทำการหัตถการในแต่ละกลุ่ม กล่าวคือ Necessary Emergency, Necessary Non-Emergency, and Possible LVC PCI การเปรียบเทียบความแตกต่างจำแนกตาม อายุ เพศ เขตสุขภาพ ประเภทของโรงพยาบาล สถานการณ์จำหน่ายผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาล และจำนวนวันนอน ของผู้ป่วยในแต่ละกลุ่ม

ทั้งนี้ได้มีการกำหนดนิยามของ LVC PCI ดังนี้ ผู้ป่วยที่อายุ 18 ปีหรือมากกว่า ที่ได้รับการทำ PCI โดยได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเกี่ยวกับหลอดเลือดหัวใจ (Coronary disease) ยกเว้นการมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก (Angina) ก่อนได้รับหัตถการ และได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจก่อนได้รับหัตถการ โดยไม่ได้หมายรวมถึงกรณีฉุกเฉิน หรือการแรกรับผู้ป่วยที่แผนก

ฉุกเฉิน หรือกรณีมีโรคร่วมเกี่ยวกับภาวะหัวใจล้มเหลว หรือมีประวัติการทำ PCI มากกว่า 1 ครั้ง กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีผลการวินิจฉัย เป็น Acute myocardial infarction (I21), Subsequent myocardial infarction (I22), และ Other acute ischemic heart diseases (I24) ให้ถือเป็นกลุ่ม Necessary Emergency ผู้ป่วยมีประวัติของ Angina (I20) โรคหลอดเลือดหัวใจโดยไม่ได้หมายรวมถึงกรณีฉุกเฉิน และมีการทำ PCI มากกว่า 1 ครั้ง ให้ถือเป็นกลุ่ม Necessary Non-Emergency และผู้ป่วยที่อยู่นอกเหนือจาก ทั้ง 2 กลุ่มให้ถือเป็น Possible LVC PCI

รูปแบบการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลการเข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน (Inpatient department: IPD) จากฐานข้อมูล e-Claims ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ระยะเวลาการศึกษาของข้อมูลตั้งแต่ เดือนมกราคม พ.ศ.2562 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ.2564 (อ้างอิงบันทึกการเข้าใช้บริการในช่วงเดือนมกราคม พ.ศ.2559 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2564)

Process to identify possible LVC PCI



การอภิปรายผล ที่ประชุมเห็นชอบต่อนิยามและการจัดกลุ่มผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่มคือ Necessary Emergency, Necessary Non-Emergency, and Possible LVC PCI

2. แผนการวิเคราะห์และผลการศึกษา

2.1 การศึกษาแนวโน้มของการทำหัตถการในช่วงเวลาของการเกิดการระบาดของ COVID-19 โดยจุฬารัตน์ บุญมา นักสถิติ ได้นำเสนอข้อมูลจำนวนของการทำหัตถการ PCI ในช่วง 3 ปี พบว่าในช่วงของการ Lockdown มีจำนวนของการทำหัตถการลดลงและจำนวนมีแนวโน้มกลับมาสูงขึ้นภายหลังการ Lockdown อีกทั้งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงกว่าช่วงก่อนการ Lockdown และนำเสนอแผนภาพของการจัดกลุ่มข้อมูล ผลการศึกษาลักษณะของกลุ่มประชากรที่เข้ารับการทำหัตถการในแต่ละกลุ่ม 3 กลุ่มคือ Necessary Emergency, Necessary Non-Emergency, และ Possible LVC PCI ซึ่งพบว่าลักษณะการกระจายของข้อมูลจำแนกตามประเด็นอายุ เพศ เขตสุขภาพ และประเภทของโรงพยาบาล ไม่มีความแตกต่างกันในทั้ง 3 กลุ่ม

การอภิปรายผล

- เสนอแนะให้มองภาพรวมของการทำหัตถการ CAG และ PCI ควบคู่กัน และเสนอแนะให้มีการศึกษาต่อในกลุ่มของผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมต่อการทำ PCI ในด้านสถานที่ของการทำหัตถการ เช่น กรณีที่ไม่มีทีมผ่าตัด (CVT) รองรับ หรือการทำ PCI ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ หรือกลุ่ม poor compliance ซึ่งสามารถถือว่าเป็นการรับหัตถการเกินความจำเป็น

- เสนอแนะให้ศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่สามารถใช้ยาได้โดยไม่ต้องผ่าตัด แต่มีการทำ PCI แทนการใช้ยาในการรักษา ซึ่งถือว่าเป็นเหตุการณ์เกินความจำเป็น สามารถจัดอยู่ในกลุ่ม Unnecessary PCI แต่เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลในการศึกษานี้จึงทำให้ไม่สามารถจำแนกผู้ป่วยในกรณีดังกล่าวได้
- ทีมวิจัยรับทราบและจะนำไปพิจารณาในการทำวิจัยในอนาคต

2.2 การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่ารักษาพยาบาล ระยะเวลาอนโรพยาบาล และค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว โดยพบว่า กลุ่ม Necessary Emergency มีสัดส่วนการตายสูงกว่ากลุ่ม Non-Emergency และ Possible LVC PCI ในส่วนของการรักษาพยาบาลที่มีการเบิกจ่าย และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล กลุ่ม Necessary Non-Emergency และ Possible LVC PCI ให้ผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกัน

การอภิปรายผล

- ผู้เชี่ยวชาญสอบถามในประเด็นการคิดต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม ของการทำหัตถการ PCI โดยทีมวิจัยได้ชี้แจงว่า งานศึกษาชิ้นนี้ไม่ได้ทำการศึกษาเรื่องต้นทุนทางอ้อมของการทำหัตถการ PCI และจะนำไปพิจารณาในการทำวิจัยในอนาคต
- ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้เชื่อมข้อมูลจากฐาน one page เพื่อให้สามารถการคัดกรองหาเคสที่เป็น Low Value Care ได้ถูกต้องยิ่งขึ้น โดยแนะนำให้ทีมวิจัยหาหรือเพิ่มเติมกับทาง สปสช. ในประเด็นนี้

2.3 การศึกษาความสัมพันธ์ของจำนวนการทำหัตถการ PCI และจำนวนแพทย์โรคหัวใจ ซึ่งในการวิเคราะห์นี้ไม่ได้รวมเขต 13 โดยพบว่า เมื่อจำนวนแพทย์โรคหัวใจในแต่ละเขตมีเพิ่มมากขึ้น จำนวนของเคสที่ทำ PCI ก็จะมีเพิ่มมากขึ้นไปในทิศทางเดียวกัน ในส่วนของอัตราการตายพบว่า เมื่อจำนวนแพทย์โรคหัวใจมากขึ้น จำนวนเคสที่เสียชีวิตก็จะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตาม และจะมีแนวโน้มลดลงเมื่อมีจำนวนแพทย์โรคหัวใจที่ 60 คน ส่วนผลการศึกษาของเขต 13 ค่อนข้างแตกต่างจากกลุ่มอื่น เนื่องจากเขต 13 มีจำนวนแพทย์โรคหัวใจและจำนวนเคสในปริมาณมาก ทั้งนี้ได้มีการแบ่งช่วงของการระบาดของ COVID-19 แบ่งเป็น Pre-Lockdown , Lockdown และ Post-Lockdown โดยพบว่าในช่วง Lockdown ผู้ป่วยในกลุ่ม Possible LVC PCI มีจำนวนการเข้ารับบริการที่ลดลง และกลับมาเพิ่มขึ้นช่วง Post-Lockdown ที่ระดับใกล้เคียงกับช่วง Pre-Lockdown

การอภิปรายผล

- ในช่วง Lockdown การทำหัตถการจะถูกเลื่อนออกไป โดยหัตถการที่เกิดขึ้นในช่วง Lockdown อาจจะเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นก็ได้ ซึ่งอาจทำให้เคสที่เป็น LVC ถูกเลื่อนไปอยู่ในช่วง Post Lockdown มากขึ้น
- แนะนำทีมวิจัยให้วิเคราะห์ข้อมูลจำนวนเคสที่อยู่ในกลุ่ม LVC PCI ในช่วง Lockdown จำนวน 95 เคส ว่ามีการวินิจฉัยเป็นโรคอะไรบ้าง
- แนะนำให้มีการพิจารณาเรื่องของปริมาณการรับวัคซีนเพื่อป้องกัน COVID-19 ของประชาชน เป็นอีกหนึ่งปัจจัยประกอบการศึกษาการเปลี่ยนแปลงจำนวนการเข้ารับบริการ PCI ตามช่วงเวลา แต่เนื่องจากข้อจำกัดของข้อมูลในการศึกษานี้ ทีมวิจัยจะนำไปพิจารณาในการทำวิจัยในอนาคต

2.4 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อจำนวนของการทำหัตถการ PCI ได้แก่ การเสียชีวิต และค่ารักษาพยาบาลที่มีการเบิกจ่ายต่อ สปสช. โดยพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น จำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่น้อย และผู้ป่วยที่อยู่นอกเขตสุขภาพที่ 13 และพบมากในกลุ่มที่ทำหัตถการในช่วง post-lockdown และเกิดในโรงพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

การอภิปรายผล ที่ประชุมรับทราบต่อผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของจำนวนการทำหัตถการ PCI และปัจจัยต่าง ๆ ของทั้ง 3 กลุ่ม คือ Necessary Emergency, Necessary Non-Emergency และ Possible LVC PCI

3. การดำเนินงานในขั้นต่อไป

- 3.1 ปรับการวิเคราะห์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ
- 3.2 เตรียมการนำเสนอผลการศึกษาในการประชุม Stakeholder Consultation Meeting ที่จะจัดขึ้นในวันที่ 7 กรกฎาคม 2565 เวลา 9.00 - 12.00 น.
- 3.3 ร่าง Policy brief, manuscript และสรุปการประชุม โดยทีมวิจัยจะดำเนินการสรุปประเด็นสำคัญจากการประชุมในวันนี้และเรียนเสนอต่อผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน

ปิดการประชุมเวลา 15.00 น.

(.....)

นางสาววิชารีย์ กรุณยาวงศ์

(.....)

นายธนาบุตร เศรษฐไสยภณ

(.....)

นางสาวจุฬาทิพย์ บุญมา

(.....)

ดร.นพ.ชัยยศ คุณานุสนธิ์

(.....)

รศ. ดร.วรรณฤดี อิศรานุกวัฒน์ชัย

ผู้บันทึกรายงานการประชุม

ผู้ตรวจรายงานการประชุม