

สรุปผลการประชุม Virtual Regional Consultation on Traditional Medicine (TRM)
Indicators for Monitoring TRM System Performance for the South – East Asia Region
ผ่านระบบการประชุมออนไลน์ (Zoom meeting)

ระหว่างวันที่ 26 – 28 กรกฎาคม 2564 เวลา 10.00 – 15.00 น.

ณ ห้องประชุมสถาบันการแพทย์แผนไทย อาคาร 3 ชั้น 4
กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมฝ่ายไทย

ผู้แทนกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

- | | |
|-----------------------|---------------------------------|
| 1. นพ.จักรารุธ ฝือกคง | ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย |
| 2. ดร.รัชณี จันทร์เกษ | ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน |

ผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญ และเจ้าหน้าที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

- | | |
|--------------------------------|---|
| 3. นพ.ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ | รองอธิบดีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| 4. ดร.อัญชลี จุฑะพุทธิ | ข้าราชการบำนาญ ผู้เชี่ยวชาญการจัดทำตัวชี้วัดด้าน
การแพทย์ดั้งเดิม |
| 5. นางสาวเบญจมา บุญเต็ม | หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างประเทศ
กองวิชาการและแผนงาน |
| 6. นางสาวเย็นภัทร์ คำแดงยอดไธย | แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ กองวิชาการและแผนงาน |
| 7. นางสาวเนตรนภา จัตรงค์แสง | นักวิทยาศาสตร์ สถาบันการแพทย์ไทย-จีน |
| 8. นางสาวสุภาภรณ์ รัตนบุรี | นักวิทยาศาสตร์ กองวิชาการและแผนงาน |

ผู้แทน WHO Collaborating Centre for Traditional Medicine ของประเทศไทย

- | | |
|---|---|
| 9. รศ.ดร.นพ.ประวิทย์ อัครเสรินนท์ | หัวหน้าสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 10. ผู้ช่วยอาจารย์ พท.ป. แม้นมาศ วรรณภูมิ | รองหัวหน้าฝ่ายวิชาการ สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |

สรุปผลการประชุมฉบับย่อ

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์

องค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้สนับสนุนกิจกรรมในประเด็นเรื่อง Monitoring and Evaluation (M&E system) ตามยุทธศาสตร์องค์การอนามัยโลกด้านการแพทย์ดั้งเดิม พ.ศ. 2577 - 2556 (WHO Global TRM Strategy 2014-2023) โดยได้จัดกิจกรรมต่อเนื่องมาตั้งแต่ปีพ.ศ.2560-2563 ดังนี้

- 1) การพัฒนา Core and Reference Indicators และ Metadata (พ.ศ.2560)
 - 2) การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนด้านการแพทย์ดั้งเดิม (District Health Information System-based TRM database: DHIS2-based TRM database) (พ.ศ. 2561)
 - 3) การเก็บข้อมูลจากประเทศสมาชิก 4 ประเทศ (ไทย ภูฏาน เมียนมา ศรีลังกา) เพื่อทดสอบเครื่องมือเก็บข้อมูล (พ.ศ.2562)
 - 4) การออกแบบฐานข้อมูลการแพทย์ดั้งเดิมของภูมิภาค (Regional TRM Portal) (พ.ศ.2563)
- ดังนั้น ในปีพ.ศ.2564 องค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จึงมีกำหนดจัดการประชุม Virtual Regional Consultation on Traditional Medicine (TRM) Indicators for Monitoring TRM System Performance for the South – East Asia Region ระหว่างวันที่ 26-28 กรกฎาคม 2564 เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมในภูมิภาคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ผู้เข้าร่วมการประชุม

จำนวน 39 คน จาก ประเทศสมาชิก 10 ประเทศ ศูนย์ประสานความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลก (WHO Collaborating Centre for Traditional Medicine) ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และผู้เชี่ยวชาญจากอินเดีย ไทย ฟิลิปปินส์

สรุปผลการประชุมและกิจกรรมสำคัญ

1. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพัฒนาระบบควบคุมการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ดั้งเดิม - ผู้แทนประเทศสมาชิก 10 ประเทศ นำเสนอภาพรวมการแพทย์ดั้งเดิมและสถานการณ์ปัจจุบันในการพัฒนาระบบการควบคุมการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ดั้งเดิม รวมทั้ง แนวทางปฏิบัติที่ดี ของประเทศในด้านต่าง ๆ และ ปัญหาอุปสรรคในการพัฒนาระบบและการกำกับตัวชี้วัดด้านการแพทย์ดั้งเดิม

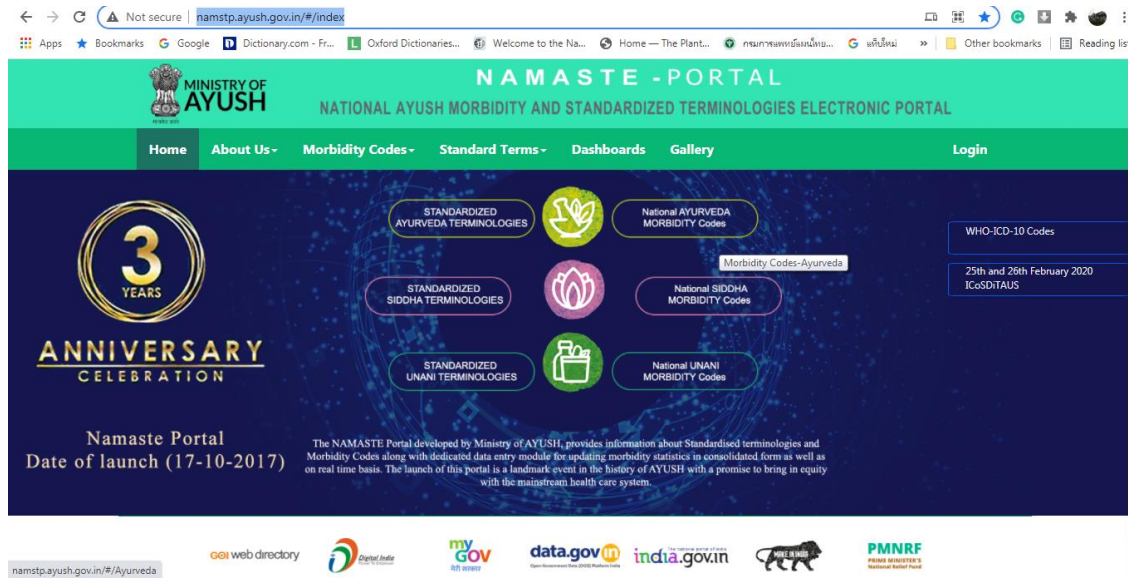
2. กรอบแนวทางและเครื่องมือในการติดตามการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมของกลุ่มประเทศในกรอบองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO SEAR)

ผู้แทนองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้นำเสนอดังนี้

- กรอบแนวคิดระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Health Information System)
- ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจตัวชี้วัดทั้ง 49 ตัวชี้วัดของประเทศสมาชิก โดยพบว่าตัวชี้วัดส่วนใหญ่ได้รับความสนใจจากประเทศสมาชิกอย่างน้อย 4 ประเทศ ยกเว้นในบางหัวข้อที่มีประเทศสมาชิกตอบคำถามน้อยกว่า 3 ประเทศ ได้แก่ หัวข้อการบริหารภาครัฐ (Governance) หัวข้อการวิจัย (T&CM Research) หัวข้อการเข้าถึงและการมีอยู่ (Accessibility and availability) หัวข้อคุณภาพและความปลอดภัย (Quality and Safety) หัวข้อการครอบคลุมของบริการ (Service Coverage)

- ระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนด้านการแพทย์ดั้งเดิม (DHIS2-based TRM database) ซึ่งถูกใช้ในหลายองค์กร รวมถึงสหภาพยุโรป (EU) และรัฐบาลทั่วโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้รับมาปรับใช้กับฐานข้อมูลการแพทย์ดั้งเดิม

นอกจากนี้ ผู้แทนอินเดียและไทย ได้นำเสนอประสบการณ์ในการพัฒนาแพลตฟอร์มด้านการแพทย์ดั้งเดิม โดยอินเดียได้นำเสนอ NAMASTE portal และ ICD-11 (<http://namstp.ayush.gov.in/#/index>) และไทยนำเสนอ Health Data Center – Thai Traditional Medicine (HDC-TTM)



NAMASTE portal ของอินเดีย

3. การแบ่งกลุ่มอภิปรายตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดอ้างอิงในการควบคุมกำกับการแพทย์ดั้งเดิม (the Core and Reference indicators for Monitoring Traditional and Complementary Medicine in South-East Asia)

ผู้เข้าร่วมการประชุมได้ถูกแบ่งเป็น 3 กลุ่ม เพื่ออภิปรายในประเด็นเรื่อง 1) ความเหมาะสมของตัวชี้วัดและ Metadata (ข้อมูลรายละเอียดของตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดอ้างอิง) 2) ความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดและหัวข้อ และ 3) ความเหมาะสมของ Dashboard ที่แสดงตัวชี้วัดแต่ละหัวข้อ โดยมีข้อสรุปดังนี้

กลุ่มที่ 1: 1) เสนอให้เพิ่มตัวชี้วัด เช่น จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารับบริการโดยจำแนกตามโรคหรืออาการ ตัวชี้วัดที่สามารถวัดผลกระทบของการแพทย์ดั้งเดิมต่อสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage) ตัวชี้วัดที่สามารถวัดประสิทธิผลด้านการรักษาด้วยการแพทย์ดั้งเดิม เป็นต้น

2) เสนอตัดหรือเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดบางตัว เช่น จำนวนหมอฟันบ้านที่อยู่นอกระบบเนื่องจากหลายประเทศไม่มีข้อมูลในส่วนนี้ และเปลี่ยนตัวชี้วัดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ดั้งเดิมเป็นร้อยละของประชากรที่ประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ดั้งเดิม เป็นต้น

3) ปัญหาอุปสรรคในการรวบรวมข้อมูล เช่น การเก็บข้อมูลจากภาคเอกชนทำได้ยาก ควรอธิบายความหมายของ Urban และ Rural ให้ชัดเจนเพราะแต่ละประเทศก็แตกต่างกัน ไม่มีการเก็บข้อมูลในส่วนของค่าใช้จ่ายสุขภาพด้วยบริการการแพทย์ดั้งเดิมที่ประชาชนออกเอง (out-of-pocket) มาก่อน การสำรวจข้อมูลต้องใช้เวลานาน จึงไม่สามารถทำเป็นรายปีได้ รวมถึงต้องมีค่าใช้จ่ายในการสำรวจข้อมูล เป็นต้น

กลุ่มที่ 2: 1) ข้อเสนอทั่วไป เช่น ควรขยายช่อง remark, source ให้สามารถบันทึกข้อมูลได้มากขึ้น ควรเพิ่มหัวข้อเงินสกุลท้องถิ่นนอกเหนือจากการบันทึกเป็นเงินสกุลดอลลาร์สหรัฐ ควรเพิ่มสาขา/หลักสูตรของ

ผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ประเทศสมาชิกควรมอบหมายผู้รับผิดชอบและเป็นผู้อนุมัติก่อนบันทึก ข้อมูลในระบบขององค์การอนามัยโลก ควรมี pop-up แสดงคำอธิบายตัวชี้วัดแต่ละตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิด ความเข้าใจผิด

2) คนทั่วไปควรมีสติเข้าถึงข้อมูล แต่สิทธิในการเพิ่มและแก้ไขข้อมูลควรเป็นผู้รับผิดชอบของแต่ละ ประเทศเท่านั้น

3) ข้อเสนอแนะให้องค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ดำเนินการต่อไป เช่น การ ผูกอบรมการใช้และบันทึกข้อมูล การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานภาครัฐก่อนการพัฒนาครั้งสุดท้าย การ จัดทำสื่อการสอนและมีอีเมลหรือช่องทางติดต่อ พัฒนากลไกการเข้าถึงเพื่อบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน พัฒนา เอกสารเพื่ออธิบายประเภทของแพทย์แผนดั้งเดิมและหลักสูตรการเรียนการสอนของประเทศสมาชิกแต่ละ ประเทศ

กลุ่มที่ 3: 1) ข้อเสนอในการปรับปรุง Dashboard ที่แสดงตัวชี้วัดแต่ละหัวข้อ เช่น ควรเพิ่มการแสดงผลอันดับ โรคเป็น 10 อันดับ ชื่อโรคควรมีความสอดคล้องกัน ควรเพิ่มการแสดงผลข้อมูลการให้บริการสำหรับผู้ป่วยใน ควร แสดงการให้บริการการแพทย์ดั้งเดิมทั้งภาครัฐและเอกชน ควรเพิ่มกราฟแสดงจำนวนผู้จบการศึกษาระดับ ปริญญาโทและเอกนอกเหนือจากปริญญาตรีด้วย เพิ่มแหล่งทุนทางการวิจัย ข้อมูลการตีพิมพ์ผลงานทาง วิทยาศาสตร์ และจำนวนการจัดประชุมและสัมมนา

ข้อเสนอแนะแก่ผู้บริหาร

1. การจัดทำข้อมูลเพื่อตอบตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดอ้างอิงด้านการแพทย์ดั้งเดิม ต้องใช้เวลาใน การรวบรวมและวิเคราะห์ และมีข้อมูลเชิงลึกจำนวนมาก จึงอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งภายในกรม และนอกกรม และควรมีหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการประสานงานเพื่อรวบรวมข้อมูลดังกล่าว และเป็นผู้ บันทึกข้อมูลบนฐานข้อมูลการแพทย์ดั้งเดิมของภูมิภาค (Regional TRM Portal)

2. ควรพิจารณาตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลกในการจัดทำตัวชี้วัดของหน่วยงาน เพื่อให้ตัวชี้วัด สอดคล้องและไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งจะช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลมากขึ้น

3. การจัดทำข้อมูลเพื่อตอบตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดอ้างอิงด้านการแพทย์ดั้งเดิมขององค์การ อนามัยโลก เป็นประโยชน์ต่อประเทศไทย ในการสนับสนุนให้การแพทย์แผนไทยเป็นที่ยอมรับในเวทีสากล และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการเทียบเคียงความสำเร็จด้านการแพทย์ดั้งเดิมในภูมิภาค ซึ่งช่วยให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการเป็นประเทศนำทางการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชียในปีพ.ศ. 2570

กลุ่มงานวิชาการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างประเทศ

กองวิชาการและแผนงาน

8 สิงหาคม 2564

สรุปผลการประชุมฉบับสมบูรณ์

ภูมิหลัง/ความเป็นมา

ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (South-East Asia Region) ขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วยประเทศสมาชิก 11 ประเทศ ได้แก่ บังกลาเทศ ภูฏาน เกาหลีเหนือ อินเดีย อินโดนีเซีย มัลดีฟส์ เมียนมา เนปาล ศรีลังกา ไทย และติมอร์ เลสเต ซึ่งเกือบทุกประเทศมีประวัติการใช้การแพทย์ดั้งเดิม (Tradition Medicine: TM; TRM) มายาวนาน โดยประเทศสมาชิกจำนวน 10 ประเทศ มีนโยบายการแพทย์ดั้งเดิม ประเทศสมาชิก 9 ประเทศมีการเรียนการสอนการแพทย์ดั้งเดิมในระบบการศึกษาของประเทศ ประเทศสมาชิก 6 ประเทศมีการแพทย์ดั้งเดิมในระบบบริการสุขภาพของประเทศ และประเทศสมาชิก 5 ประเทศมีบัญชียาหลักจากผลิตภัณฑ์สมุนไพร และสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา-19 ส่งผลให้การแพทย์ดั้งเดิมมีบทบาทในระบบสุขภาพมากขึ้น

องค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้จัดลำดับประเด็นสำคัญตามยุทธศาสตร์ องค์การอนามัยโลกด้านการแพทย์ดั้งเดิม พ.ศ. 2577 - 2586 (WHO Global TRM Strategy 2014-2023) โดยประเด็นเรื่อง Monitoring and Evaluation (M&E system) ถือเป็นประเด็นสำคัญหนึ่ง และองค์การอนามัยโลกได้สนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องของหลายกิจกรรม โดยการประชุม Virtual Regional Consultation on Traditional Medicine (TRM) Indicators for Monitoring TRM System Performance for the South – East Asia Region นี้ เป็นกิจกรรมต่อเนื่องมาจากการพัฒนา Core and Reference Indicators และ Metadata ในปี พ.ศ. 2560 การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนด้านการแพทย์ดั้งเดิม (District Health Information System-based TRM database: DHIS2-based TRM database) ในปี พ.ศ. 2561 การเก็บข้อมูลจากประเทศสมาชิก 4 ประเทศ (ไทย ภูฏาน เมียนมา ศรีลังกา) เพื่อทดสอบเครื่องมือเก็บข้อมูล ในปี พ.ศ.2562 และการออกแบบฐานข้อมูลการแพทย์ดั้งเดิมของภูมิภาค (Regional TRM Portal) ในปี พ.ศ. 2563

วัตถุประสงค์การประชุม

เพื่อพัฒนาระบบควบคุมการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมในภูมิภาคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์การพัฒนาระบบควบคุมการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมของประเทศสมาชิก
2. ชี้แจงข้อมูลเรื่อง Core and Reference Indicators และ Metadata ให้ประเทศสมาชิกได้รับทราบ
3. แนะนำระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนด้านการแพทย์ดั้งเดิม (DHIS2 based TRM database) และให้ประเทศสมาชิกได้ทดลองใช้
4. แนะนำฐานข้อมูลการแพทย์ดั้งเดิมของภูมิภาค (Regional TRM Portal) และการนำเสนอในรูปแบบ Dashboard

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประเทศสมาชิกเห็นชอบต่อ Indicators และ Metadata
2. ประเทศสมาชิกรู้จักและได้ทดลองใช้ระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนด้านการแพทย์ดั้งเดิม (DHIS2-based TRM database)
3. ได้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง แกไขฐานข้อมูลการแพทย์ดั้งเดิมของภูมิภาค (Regional TRM Portal) และการนำเสนอในรูปแบบ Dashboard

4. ได้แนวทางการดำเนินการพัฒนาระบบควบคุมการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมในภูมิภาค
5. เกิดเครือข่ายข้อมูลการแพทย์ดั้งเดิมในภูมิภาค

ผู้เข้าร่วมการประชุม

มีจำนวน 39 คน จาก 10 ประเทศสมาชิก (ยกเว้นเมียนมา) ศูนย์ประสานความร่วมมือด้านการแพทย์ดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลก (WHO Collaborating Centre for Traditional Medicine) ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ Institute for Post Graduate Teaching and Research in Ayurveda และ Department of Yoga Therapy and Training, Morarji Desai National Institute of Yoga อินเดีย และสถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย ผู้เชี่ยวชาญจากอินเดีย ไทย ฟิลิปปินส์ และเจ้าหน้าที่จากองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

วันจันทร์ที่ 26 กรกฎาคม 2564

ช่วงที่ 1 : การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพัฒนาระบบและตัวชี้วัดควบคุมการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมของประเทศสมาชิก

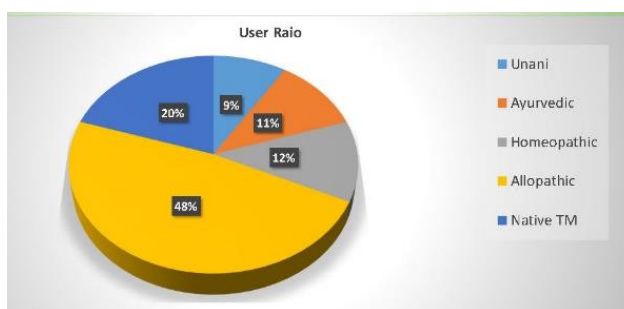
1.1) สาธารณรัฐประชาชนบังกลาเทศ

ผู้นำเสนอ Dr.Md. Naruzzaman Sarker Milon, Director General of Drug Administration (DGDA)

บังกลาเทศมีการแพทย์ดั้งเดิมในที่ใช้รักษาโรค ได้แก่ อายุรเวท ยูนา นิ การใช้สมุนไพรรักษาโรค และโฮมิโอพาธี รัฐบาลบังกลาเทศรับรองการแพทย์ดั้งเดิมไว้ 3 ระบบ ได้แก่ ยูนา นิ อายุรเวท และการรักษาด้วยสมุนไพร ส่วนโฮมิโอพาธีซึ่งเป็นการแพทย์ทางเลือก ก็ได้รับการยอมรับจากรัฐบาลเช่นกัน

แพทย์แผนยูนา นิ ถูกเรียกว่า Hakim ส่วนแพทย์แผนอายุรเวท ถูกเรียกว่า Kabiraj นอกจากนี้ยังมีแพทย์พื้นบ้านในเขตชนบทของบังกลาเทศ ในส่วนผู้ที่สำเร็จการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ทั้งด้านยูนา นิ และอายุรเวท จะใช้คำเรียกว่า หมอ (Doctor) เช่นเดียวกับแพทย์แผนปัจจุบัน

การแพทย์ดั้งเดิมเป็นที่ยอมรับในการดูแลสุขภาพพื้นฐานของบังกลาเทศ โดยอัตราส่วนแพทย์แผนดั้งเดิมทั้ง Hakim และ Kabiraj ต่อประชากรอยู่ที่ 1:1847 ในขณะที่อัตราส่วนแพทย์แผนปัจจุบันต่อประชากรอยู่ที่ 1:6579 และส่วนเขตชนบทมีหมอพื้นบ้านเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพคนในพื้นที่ ทั้งนี้



สาเหตุที่การแพทย์ดั้งเดิมเป็นที่ยอมรับในประเทศเนื่องจากบริบททางวัฒนธรรมและประวัติศาสตร์ที่มีมายาวนาน โดยอัตราส่วนการใช้แพทย์แผนดั้งเดิมและแพทย์พื้นบ้านมีมากถึงร้อยละ 55 โดยแบ่งเป็นการแพทย์พื้นบ้าน ร้อยละ 20 การแพทย์อายุรเวท ร้อยละ 11 การแพทย์ยูนา นิ ร้อยละ 9 โฮมิโอพาธี ร้อยละ 12

ระบบการศึกษาด้านการแพทย์เดิมในระดับอุดมศึกษา ประกอบด้วย หลักสูตร Bachelor of Unani Medicine & Surgery (BUMS) ดำเนินการโดยวิทยาลัยการแพทย์ยูนา นิและอายุรเวทที่มีโรงพยาบาลขนาด 200 เตียง และหลักสูตร Bachelor of Ayurvedic Medicine & Surgery (BAMS) ดำเนินการโดยมหาวิทยาลัยธากา ในส่วนการศึกษาระดับอนุปริญญา ประกอบด้วยหลักสูตร Diploma in Ayurvedic

Medicine & Surgery (DAMS) และ Diploma in Unani Medicine & Surgery (DUMS) ซึ่งดำเนินการโดย Bangladesh Board of Unani and Ayurvedic Systems of Medicine

รัฐบาลบังกลาเทศสนับสนุนให้มีการรักษาแบบการแพทย์ทางเลือก (Alternative Medical Care :AMC) ในโรงพยาบาลของรัฐทั้งในระดับเขต และระดับแขวง (upazila) ปัจจุบันมีแพทย์แผนยูนาณี และแพทย์แผนอายุรเวทอยู่ในโรงพยาบาลของรัฐ ประมาณ 300 คน และอยู่ในคลินิกเอกชน ประมาณ 3,000 คน บังกลาเทศมีพรบ.ควบคุมยายูนาณีและยาอายุรเวท ค.ศ. 1982 โดยในส่วนของ 3 (d) ระบุไว้ว่า ยาแผนปัจจุบัน ยาแผนยูนาณี ยาแผนอายุรเวท ยาสมุนไพร และ ยาโฮมิโอพาธีอยู่ภายใต้การควบคุมของอธิบดี Drug Administration (อ.ย.ของบังกลาเทศ)

บังกลาเทศมีตำรายาที่ได้รวบรวมไว้ ดังนี้ 1) อายุรเวท: Bangladesh National Ayurvedic formulary 2) ยูนาณี: Bangladesh National Unani formulary 3) สมุนไพร: มีตำรายาอ้างอิง ประมาณ 20 ตำรา

Drug Administration ของบังกลาเทศ มีหน้าที่ในการตรวจสอบความปลอดภัย ประสิทธิภาพ และควบคุมคุณภาพยาแผนดั้งเดิม นอกจากนี้รัฐบาลยังบรรจุการแพทย์ยูนาณีและอายุรเวท เข้าในนโยบายสุขภาพแห่งชาติและยา สำหรับผู้ให้การรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์ยูนาณี อายุรเวท และโฮมิโอพาธี จะอยู่ภายใต้พรบ.วิชาชีพ (The Bangladesh Unani Ayurvedic Practitioners Ordinance 1983) แต่ยังไม่มีการพรบ.วิชาชีพสำหรับผู้ให้สมุนไพรในการรักษา

ปัญหาอุปสรรคและความท้าทาย

สำหรับด้านการแพทย์ดั้งเดิมของบังกลาเทศ

1. ขาดการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมในระบบสุขภาพแห่งชาติ
2. ขาดโอกาสในการเรียนระดับสูง การศึกษาและฝึกอบรม
3. ขาดงบประมาณในการวิจัย
4. ขาดกลไกในการเฝ้าระวังความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สมุนไพร
5. ขาดความเชี่ยวชาญในหน่วยงานงานด้านสุขภาพแห่งชาติ และหน่วยงานที่กำกับดูแล
6. ขาดกลไกในการตรวจสอบและกำกับดูแลผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ดั้งเดิม
7. ขาดอำนาจหน้าที่ในกระทรวงและหน่วยงานด้านสุขภาพแห่งชาติ
8. ไม่ได้รับการจัดสรรงบประมาณสำหรับการแพทย์ดั้งเดิม
9. ขาดความรู้ในการกำหนดนโยบาย รวมถึงขาดการบูรณาการเข้าสู่ระบบบริการด้านสุขภาพ

แห่งชาติ

10. การขาดทักษะของผู้ปฏิบัติงาน ขาดการพัฒนา นโยบายและแผนงานของประเทศ

บังกลาเทศหวังว่า จะสามารถพัฒนานโยบายของชาติในการส่งเสริมการใช้การแพทย์ดั้งเดิมในการรักษาโรคได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ และจะสามารถมีแนวทางในการบูรณาการการให้บริการการแพทย์ดั้งเดิมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ นอกจากนี้จะพัฒนากฎ ระเบียบ เกี่ยวกับคุณภาพปริมาณ การรับรองสถาบันการศึกษา และโครงสร้างทางการศึกษาสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมในระดับที่สูงขึ้น เช่น ระดับปริญญาโท และปริญญาเอก รวมถึงการจัดตั้งสถาบันวิจัยระดับชาติ การเพิ่มงบประมาณสำหรับการวิจัย การเข้าร่วมโครงการในระดับชาติ และกำหนดนโยบายสุขภาพแห่งชาติแบบบูรณาการและนโยบายด้านยา

1.2) ราชอาณาจักรภูฏาน

ผู้นำเสนอ Dr.Choeyel Dorji, Chief Program Officer

ภูฏาน ให้บริการรักษาโรคโดยไม่เก็บค่ารักษาทั้งในสถานบริการของการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนดั้งเดิม ซึ่งการให้บริการการแพทย์แผนดั้งเดิมของภูฏานมีการบูรณาการอยู่ในระบบบริการสุขภาพทุกระดับ

ตัวชี้วัดสำหรับติดตามคุณภาพด้านการแพทย์ดั้งเดิม มีดังนี้

1. มีการวัดจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งเก่าและใหม่ที่มาใช้บริการด้านการแพทย์ดั้งเดิม
2. ร้อยละของยาแผนดั้งเดิมที่มีใช้ในสถานบริการ
3. จำนวนศูนย์บริการสุขภาพที่ให้บริการด้านการแพทย์ดั้งเดิม
4. จำนวนการรักษาด้วยการแพทย์ดั้งเดิมที่นำมาใช้ในโรงพยาบาลการแพทย์ดั้งเดิม และโรงพยาบาลที่มีการส่งต่อผู้ป่วยในภูมิภาค
5. จำนวนหมอแผนดั้งเดิมของภูฏาน (Drungtshos) ในแต่ละพื้นที่ (Dzongkhags) ตามมาตรฐาน HR ที่ได้รับอนุมัติจาก Royal Civil Service Commission
6. จำนวนองค์ความรู้ด้านการแพทย์ดั้งเดิมที่ได้จัดทำเป็นเอกสาร
7. จำนวนสิ่งอำนวยความสะดวกใน Sorig Wellness
8. จำนวนการให้บริการ Zheyneq และการดูแลทางจิตวิญญาณในหน่วยบริการการแพทย์ดั้งเดิม
9. จำนวนงานวิจัยและนวัตกรรม
10. จำนวนพืชสมุนไพรที่ใกล้สูญพันธุ์ที่ได้รับการอนุรักษ์
11. จำนวนหน่วยงานด้านการแพทย์ดั้งเดิม ที่รายงานผลผ่านระบบ DHIS2
12. จำนวนงานวิจัยด้านการแพทย์ดั้งเดิม
13. จำนวนมาตรฐานด้านการแพทย์ดั้งเดิมและการพัฒนา Guideline
14. จำนวนการประชุมวิชาการด้านการแพทย์ดั้งเดิม และผู้ปฏิบัติงานแผนปัจจุบัน ที่ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้ทางคลินิกร่วมกัน
15. จำนวน TMUS ที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

บทบาทของการแพทย์ดั้งเดิมในสถานการณ์โควิด-19

ในช่วงโควิดนี้ ยาแผนดั้งเดิมมีบทบาทสำคัญโดยถูกใช้เป็นยาหลักในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่อง และบุคลากรด้านการแพทย์ดั้งเดิมเป็นบุคลากรด่านหน้าในศูนย์กักตัว งานเฝ้าระวัง และการจัดการด้าน logistics อื่น ๆ อย่างไรก็ตาม ยาแผนดั้งเดิมไม่ถูกใช้สำหรับการรักษาผู้ป่วยโควิด

แนวทางปฏิบัติที่ดี

1. บุคลากรด้านการแพทย์ดั้งเดิมอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข และควบคุมโดยสภาการแพทย์และสุขภาพภูฏาน
2. ปริมาณงานของผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมอยู่ภายใต้แผนปฏิบัติงานประจำปี และแผนปฏิบัติงานรายบุคคล
3. ผลิตภัณฑ์ยาแผนดั้งเดิมของภูฏานเป็นส่วนหนึ่งของบัญชียาหลักและได้รับการตรวจสอบผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (สต็อก การขออนุญาต วันหมดอายุ การจัดหาและจัดจำหน่าย)
4. ผลิตภัณฑ์ด้านการแพทย์ดั้งเดิมได้รับการควบคุมและตรวจสอบจาก Drug Regulatory of Bhutan (หน่วยงานที่กำกับดูแลด้านยาของภูฏาน) และมีการตรวจสอบคุณภาพตามจุดต่าง ๆ

ตามรัฐธรรมนูญของกฎหมาย ปี ค.ศ.2008 มาตราที่ 9 (21) ระบุว่า รัฐจะจัดทำให้มีการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทั้งในรูปแบบการรักษาแบบแผนปัจจุบันและแพทย์ดั้งเดิมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งครอบคลุมการแพทย์แผนดั้งเดิม ดังนี้

1. จำนวนสถานบริการที่ให้บริการด้านการแพทย์ดั้งเดิม
2. จำนวนผู้ป่วยนอก

ความท้าทาย: ความไม่เสถียรของระบบสัญญาการเชื่อมต่อในประเทศและระบบเศรษฐกิจของประเทศ

1.3) สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนเกาหลี

ผู้นำเสนอ Dr.Namgung Jin, General Hospital of Traditional Koryo Medicine, DPR Korea

เกาหลีเหนือมีการผสมผสานการแพทย์ดั้งเดิมของเกาหลี (traditional Koryo medicine : TKM) เข้าในระบบบริการสุขภาพ โดยมีการรายงานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในในระบบบริการประจำวัน และจะมีการจัดทำสรุปรูปจำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในทุกครึ่งปี แยกตามกลุ่มโรค และหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โดยตัวชี้วัดที่สำคัญในการติดตามผลการปฏิบัติงานระบบงานการแพทย์ดั้งเดิมได้แก่

- 1) คุณภาพและความปลอดภัยของบริการและผลิตภัณฑ์การแพทย์ดั้งเดิม
- 2) ความครอบคลุมของการให้บริการการแพทย์ดั้งเดิม
- 3) ผลการรักษาและความพึงพอใจของผู้ป่วย

การครอบคลุมของการให้บริการการแพทย์ดั้งเดิม

เกาหลีเหนือมีโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านบริการการแพทย์แผนดั้งเดิมของเกาหลี (special Koryo medicine) 20 แห่ง ในจำนวนนี้รวมถึงโรงพยาบาลทั่วไปด้านการแพทย์ดั้งเดิม (general hospital of traditional medicine) ซึ่งเป็นศูนย์กลางการรักษา ป้องกัน และเป็นสถาบันวิจัยด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเกาหลี มีโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลเทศบาล (municipal hospital) โรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลด้านอุตสาหกรรม (industrial hospital) รวมกว่า 230 แห่งทั่วประเทศ ที่มีการให้บริการการแพทย์ดั้งเดิมเกาหลี 3 แผนก ได้แก่ แผนกฝังเข็มและรมยา (acupuncture & moxibustion) การปรับโครงสร้างร่างกาย (manual therapy) และกุมารเวชศาสตร์แผนดั้งเดิม (Koryo medicine pediatrics) นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่ให้บริการด้านการรักษาป้องกันอื่น ๆ ที่มีการให้บริการการแพทย์ดั้งเดิมเกาหลี 1 แผนก แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของการแพทย์ดั้งเดิมในการรักษา ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

แนวทางปฏิบัติที่ดี

- รัฐบาลมีการออกนโยบายอย่างต่อเนื่องในการผสมผสานการแพทย์ดั้งเดิมเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน และมีแผนในการเพิ่มสัดส่วนการแพทย์ดั้งเดิมของเกาหลีในการรักษาและป้องกันให้มากกว่า 50 %
- มีการวัดภาระงานของบุคลากรการแพทย์ดั้งเดิม
- มีการรับรองคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์การแพทย์ดั้งเดิม
- มีการใช้ข้อมูลด้านการแพทย์ดั้งเดิมในการตัดสินใจเชิงนโยบาย วางกลยุทธ์ ออกระเบียบข้อบังคับ วางแผนและจัดสรรงบประมาณ

1.4) สาธารณรัฐอินเดีย

ผู้แนะนำเสนอ Dr.A.Raghu, Joint Advisor (Ayurveda), Ministry of AYUSH (a.raghu@nic.in) และ Dr.T.Saketh Ram, Research Officer (Ayurveda), Central Council for Research in Ayurvedic Sciences, Ministry of AYUSH (saketram.74@gov.in)

ระบบการแพทย์ดั้งเดิมของอินเดีย (AYUSH) ได้แก่

- **อายุรเวท (Ayurveda) ยูนาณี (ยูนาณี) สิทธา (Siddha) และ โสวาริกปา (Sowa Rigwa)** อยู่ภายใต้ Indian Medicine Central Council Act 1970 โดยคณะกรรมการแห่งชาติด้านระบบการแพทย์ของอินเดีย (national commission of Indian system of medicine)

- **โฮมีโอพาธี (Homeopathy)** ภายใต้ Homeopathy Central Council Act 1973 โดยคณะกรรมการแห่งชาติด้านโฮมีโอพาธี

- **โยคะ (Yoga) และ ธรรมชาติบำบัด (Naturopathy)**

ระบบการแพทย์ดั้งเดิมของอินเดีย มีหน่วยงานหลักในการดูแลคือกระทรวงอายุช (Ministry of AYUSH) ซึ่งครอบคลุมงานด้านต่าง ๆ ทั้งการวิจัยภายใต้สภาวิจัย (research council) สถาบันแห่งชาติด้านการแพทย์ดั้งเดิม (National institutes) คณะกรรมการจัดทำรายการเภสัชตำรับแผนอินเดียและโฮมีโอพาธี (Pharmacopeial commission of Indian Medicine and Homeopathy) รวมถึงมีคณะกรรมการพืชสมุนไพรแห่งชาติ (National Medicinal Plant Board) เป็นหน่วยงานกลางในการประสานกับเครือข่ายด้านการแพทย์ดั้งเดิม รวมถึงมีบทบาทในหน่วยงานด้าน AYUSH ภายใต้กระทรวงอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ E.S.I (AYUSH units) ของกระทรวงแรงงาน หรือ AYUSH units ของกระทรวงกลาโหม และกระทรวงระบบราง ซึ่งเครือข่ายเหล่านี้มีบทบาทอย่างมากในการผลักดันการดำเนินการด้านการแพทย์ดั้งเดิม

อินเดียมีการจัดทำเอกสารรวบรวมตัวชี้วัดด้านการแพทย์ดั้งเดิม ได้แก่ AYUSH in India 2019 และ Health in India โดยมีการนำเสนอเชื่อมโยงถึงการติดตามตัวชี้วัดด้านต่างๆ ของประเทศเทียบกับเกณฑ์ตัวชี้วัดของ WHO SEARO โดยการแพทย์ดั้งเดิมของอินเดียมีบทบาทต่อระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

- การกิจด้านสุขภาพแห่งชาติ : มีการใช้แผนการดูแลสุขภาพอนามัยการเจริญพันธุ์ มารดา ทารก แรกเกิด เด็ก และสุขภาพวัยรุ่น (Reproductive, Maternal, Neonatal and Child Health+ Adolescent Health : RMNCH+A) ภายใต้การกิจด้านสุขภาพแห่งชาติ

- แนวคิดในการดูแลสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage) ดำเนินการผ่านศูนย์สุขภาพ Ayush ภายใต้โครงการ Ayushman Bharat, National Ayush Mission

- มีหน่วยบริการด้านสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์ดั้งเดิม (AYUSH health & wellness centres) กว่า 12,500 แห่ง

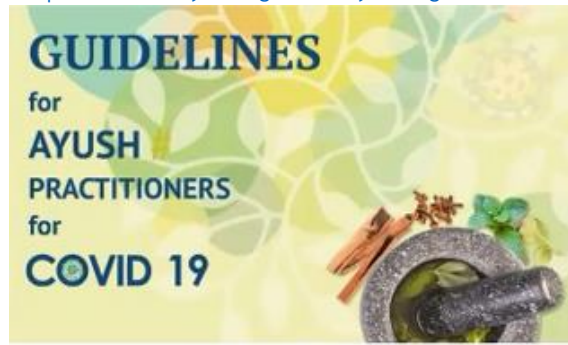
- การให้บริการการแพทย์ดั้งเดิมในระบบบริการสุขภาพจะเน้นการดูแลสุขภาพแม่และเด็ก เด็ก วัยเรียน โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ผู้สูงอายุ ฯลฯ

- มีการพัฒนาคุณภาพการเรียนการสอนและสถาบันด้านการแพทย์ดั้งเดิมของอินเดียอย่างต่อเนื่อง

บทบาทของการแพทย์ดั้งเดิมในสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19

อินเดียมีการใช้การแพทย์ดั้งเดิมร่วมกับการป้องกัน รักษาและการดูแลอาการหลังการติดเชื้อโควิด-19 ควบคู่ไปกับการบริการในระบบบริการสุขภาพ ดังนี้

- การจัดทำแนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้าน AYUSH สำหรับภาวะโรคระบาดโควิด - 19 <https://www.ayush.gov.in/ayush-guidelines.html>



AYUSH Covid-19 Dashboard เพื่อแสดงภาพรวมสถานการณ์และรวมเอกสารคู่มือ



การรวบรวมข้อมูลการวิจัยตามหลักฐานของระบบ AYUSH ในระดับสากลผ่าน AYUSH research portal <https://ayushportal.nic.in/> มีการแยกตามหมวดหมู่ทั้งการวิจัยพื้นฐาน วิจัยด้านยา การวิจัยเชิงคลินิก พรีคลินิก และจัดทำเว็บไซต์ทั้งในภาษาอังกฤษและฮินดี



AYUSH Sanjivani App ในการเก็บข้อมูลการใช้วิธีการตามศาสตร์การแพทย์ดั้งเดิมและKabasura kudineer (ตำรับยาตามศาสตร์การแพทย์ลิตธา) ในผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยถึงปานกลางที่อยู่ในระบบ Home Isolation



สายด่วนในการให้คำปรึกษาการใช้ศาสตร์ AYUSH ในสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19

Aarogya Setu App สำหรับประชาชนในการเชื่อมต่อกับบริการทางการแพทย์ที่จำเป็นและสร้างความตระหนักรู้สำหรับสถานการณ์โควิด-19

ความท้าทายในการเก็บข้อมูลและข้อเสนอแนะทางแก้ไข

- ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการจากพื้นที่ห่างไกล ควรมีการให้บริการผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) และพัฒนาโปรแกรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยความร่วมมือกับชุมชนท้องถิ่น
- การสร้างความตระหนักรู้สำหรับผู้คนชายขอบหรือชนเผ่าต่างๆ ควรมีการเก็บข้อมูลผ่านโครงการเฉพาะ เช่น โครงการแห่งชาติด้านการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง เบาหวาน NCDs ภายใต้แผน SC sub plan
- การเพิ่มความสนใจในการใช้การแพทย์ดั้งเดิมเป็นกระแสหลัก ผ่านการดำเนินการภายใต้ภารกิจสุขภาพแห่งชาติ (National AYUSH mission: NAM) <https://namayush.gov.in/>

1.5) อินโดนีเซีย

ผู้นำเสนอ Dr.Gita Swisari, MKM Directorate Traditional Health Service, MOH Indonesia

ได้นำเสนอสถานการณ์ตัวชี้วัดในการติดตามผลการปฏิบัติงานระบบงานการแพทย์ดั้งเดิม ดังนี้

1. อินโดนีเซียมีบูรณาการการแพทย์ดั้งเดิมในระบบบริการสุขภาพโดยมีการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ (indicator Strategic Target) ผ่านระบบการเก็บข้อมูลรวมกับการให้บริการทางการแพทย์ตามปกติของกระทรวงสาธารณสุข
2. ยังไม่มีการสนับสนุนด้านการเงินในการเข้าถึงและใช้บริการผลิตภัณฑ์และบริการการแพทย์ดั้งเดิม
3. มีการควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยของการบริการและผลิตภัณฑ์การแพทย์ดั้งเดิม ผ่านกองพัฒนายาและเครื่องมือแพทย์ (Pharmaceutical and medical devices development) และหน่วยงานควบคุมอาหารและยาแห่งชาติ (national agency of drug and food control)
4. การให้บริการการแพทย์ดั้งเดิมยังไม่ครอบคลุม และไม่มีการเก็บข้อมูลผลการรักษาหรือประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยด้านตัวชี้วัดในการติดตามผลการปฏิบัติงานระบบงานการแพทย์ดั้งเดิม
5. การให้บริการการแพทย์ดั้งเดิมยังเป็นการเน้นส่งเสริมและป้องกัน สำหรับการในการรับมือกับสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 จะเน้นในด้านการเพิ่มการฟื้นฟูและเสริมสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย
6. ยังมีความจำเป็นในการพัฒนากำลังคนด้านการแพทย์ดั้งเดิมซึ่งในปัจจุบันให้บริการด้วยบุคลากรด้านการแพทย์ดั้งเดิม บุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านการแพทย์ดั้งเดิม และหมอพื้นบ้าน

ความท้าทายในการเก็บข้อมูลและข้อเสนอแนวทางแก้ไข

1. ขาดข้อมูลในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์จากข้อจำกัดของรัฐบาลท้องถิ่น จึงควรมีการปรับรูปแบบการบันทึกข้อมูลจากเอกสารไปเป็นรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์มากขึ้นเพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาใช้ต่อได้
2. ขาดกำลังคนในการจัดเก็บและบันทึกข้อมูล ซึ่งต้องมีการอบรมบุคลากรในกลุ่มนี้มากขึ้น
3. ข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูล ควรมีการสร้างระบบข้อมูลสุขภาพแบบบูรณาการ (integrated health information system)
4. ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านการวิจัยในการเก็บข้อมูลวิจัยด้านการแพทย์ดั้งเดิมควรมีการพัฒนาที่มั่นคงวิจัยให้เข้มแข็งมากขึ้น

1.6) สาธารณรัฐมัลดีฟส์

ผู้นำเสนอ : Dr.Aishath Mahfooza, Vice President, Maldives Allied Health Council และ Dr.Ramla Wajeeth, Senior Community Health Officer, Ministry of Health

มัลดีฟส์มีประวัติการใช้การแพทย์ดั้งเดิมยาวนานเหมือนประเทศอื่น ๆ แต่เนื่องจากประชากรมีจำนวนน้อย และอาศัยอยู่ตามเกาะต่าง ๆ จึงยังไม่มีระบบการควบคุมการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมอย่างเป็นทางการ และยังไม่มียุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ดั้งเดิมในระดับชาติ ดังนั้น มัลดีฟส์จึงเห็นว่าตัวชี้วัดที่สำคัญ คือการผสมผสานการแพทย์ดั้งเดิมให้อยู่ในระบบสุขภาพของประเทศ การมีแผนระดับชาติในการส่งเสริมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวนผลิตภัณฑ์สมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ การมีห้องปฏิบัติการในการตรวจสอบคุณภาพผลิตภัณฑ์สมุนไพร การผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร การคุ้มครองทรัพยากรทางการแพทย์ดั้งเดิมและส่งเสริมการใช้ที่ปลอดภัย การมีระบบการรายงานและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์

สมุนไพร ร้อยละประชากรที่ใช้บริการการแพทย์ดั้งเดิม และความพึงพอใจและผลลัพธ์ของผู้รับบริการการแพทย์ดั้งเดิม

แพทย์แผนดั้งเดิมในมัลดีฟส์ไม่มีบทบาทอย่างเป็นทางการในการต่อสู้กับโควิด-19 แต่แพทย์แผนดั้งเดิมบางคนได้ผลิตตำรับยาของตนเพื่อบรรเทาอาการจากโรคระบาดดังกล่าว ซึ่งความท้าทายในการจัดการการแพทย์ดั้งเดิมของมัลดีฟส์ คือ แพทย์แผนดั้งเดิมยังไม่ได้รับการศึกษาอย่างเป็นระบบ และไม่มีการฝึกอบรมหรือให้การศึกษาแก่แพทย์แผนดั้งเดิมที่มีอยู่ ขาดระบบและกลไกการเฝ้าระวังความปลอดภัยของการให้บริการและผลิตภัณฑ์การแพทย์ดั้งเดิม ขาดข้อมูลการวิจัย ซึ่งมัลดีฟส์ต้องแก้ไขปัญหาเหล่านี้ให้ได้

1.7) สาธารณรัฐประชาธิปไตยเนปาล

ผู้นำเสนอ : Dr. Vasudev Upadhvay อธิบดี Department of Ayurveda & Alternative Medicine

ระบบสาธารณสุขของเนปาลแบ่งเป็น 2 ระบบ คือ การแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนดั้งเดิม โดยอายุรเวทเป็นระบบการแพทย์ดั้งเดิมของประเทศ ปัจจุบันเนปาลมีโรงพยาบาลอายุรเวทในส่วนกลาง 1 แห่ง ส่วนภูมิภาค 1 แห่ง และมีสถานอนามัยอายุรเวทในระดับเขตและพื้นที่จำนวน 75 แห่ง และในระดับชุมชน (Aushadhalayas) 305 แห่ง นอกจากนี้ มีโรงพยาบาลโฮมิโอพาธีและยูนาไน 1 แห่ง โดยเนปาลมีนโยบายที่ส่งเสริมการแพทย์ดั้งเดิม ดังนี้ 1) นโยบายสุขภาพ ค.ศ.2019 ส่งเสริมการใช้ประโยชน์สมุนไพรและการพัฒนาอายุรเวทและระบบการแพทย์ดั้งเดิมอื่น ๆ 2) ยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาพระยะ 5 ปี 3) นโยบายส่งเสริมสุขภาพด้วยอายุรเวท ค.ศ.1995 เป็นนโยบายที่กล่าวถึงอายุรเวทและการแพทย์ดั้งเดิมสาขาอื่นๆ โดยเฉพาะ และ 4) พรบ.สาธารณสุข ค.ศ.2019 ได้กำหนดให้อายุรเวทและการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ เป็นบริการสุขภาพพื้นฐานของประชาชน

เนปาลเห็นว่าตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ จำนวนโรงพยาบาลและคลินิกที่ให้บริการแพทย์ดั้งเดิมงบประมาณสำหรับการแพทย์ดั้งเดิมที่ได้รับการจัดสรร การบรรจุการแพทย์ดั้งเดิมในยุทธศาสตร์ด้านวิจัย จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการการแพทย์ดั้งเดิม และปัญหาสุขภาพ 10 อันดับแรก โดยกรมการแพทย์อายุรเวทและการแพทย์ทางเลือก (Department of Ayurveda and Alternative Medicine) ได้นำข้อมูลตัวชี้วัดด้านการแพทย์ดั้งเดิมมาใช้ในการวางแผนด้านนโยบาย ยุทธศาสตร์ กฎระเบียบ แผนและงบประมาณและสำนักงานอาหารและยา (Department of Drug Administration) ได้จัดทำระบบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากผลิตภัณฑ์สมุนไพร

บทบาทของการแพทย์ดั้งเดิมในการต่อสู้กับโรคโควิด-19 มีดังนี้ 1. มีการจัดบริการที่จำเป็นในหน่วยบริการระดับเขตและชุมชน 2. มีศูนย์ด้านการแพทย์ดั้งเดิมสำหรับกักผู้ป่วยโควิด-19 จำนวน 6 แห่ง โดยมีการส่งยาอายุรเวทเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันและการให้คำแนะนำด้วยศาสตร์การแพทย์ดั้งเดิม 3. มีการเก็บข้อมูลวิจัยคลินิกในการจัดการผู้ป่วยโควิด

ความท้าทายในการเก็บข้อมูลด้านการแพทย์ดั้งเดิมของเนปาล คือ ระบบการจัดการข้อมูลอายุรเวท (the Ayurveda Management Information System: AMIS) เพิ่งถูกพัฒนาขึ้นไม่นาน และยังไม่ครอบคลุมตัวชี้วัดทั้งหมด ดังนั้น จึงยากที่จะใช้เป็นหลักฐานอ้างอิงในการช่วยตัดสินใจของผู้บริหาร ซึ่งทางเนปาลเห็นว่าควรมีการพัฒนาซอฟต์แวร์ระบบฐานข้อมูลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเพิ่มจำนวนตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับความต้องการของประเทศมากขึ้น และควรมีการพัฒนาบุคลากรให้สามารถเพิ่มและวิเคราะห์ข้อมูลได้

1.8) สาธารณรัฐสังคมนิยมประชาธิปไตยศรีลังกา

ผู้นำเสนอ Dr. Dammika Abeygunawardena, Commissioner of Ayurveda, Department of Ayurveda, Ministry of Indigenous Medicine Promotion, Rural and Ayurveda Hospital Development and Community Medicine ศรีลังกาเป็นประเทศที่มีกระทรวงส่งเสริมการแพทย์พื้นบ้าน การพัฒนาโรงพยาบาลอายุรเวชชนบทและชุมชน (Ministry of Indigenous Medicine Promotion, Rural and Ayurveda Hospital Development and Community Medicine) ซึ่งระบบการแพทย์พื้นบ้านในศรีลังกาอยู่ภายใต้พรบ.อายุรเวช ฉบับที่ 31 ค.ศ.1961

สถานการณ์โดยทั่วไป ศรีลังกาได้รับงบประมาณสนับสนุนด้านการแพทย์ดั้งเดิมในปีค.ศ.2020 จำนวน 45 ล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็นร้อยละ 0.75 ของงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมด นอกจากนี้ ยังไม่มีผลิตภัณฑ์การแพทย์ดั้งเดิมในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในปีค.ศ.2020 ศรีลังกามีโรงพยาบาลและคลินิกที่ให้บริการการแพทย์ดั้งเดิมในภาครัฐและเอกชนจำนวน 144 และ 444 แห่งตามลำดับ ความหนาแน่นของโรงพยาบาลและคลินิกที่ให้บริการการแพทย์ดั้งเดิมในภาครัฐและเอกชนต่อประชากร 10,000 คน คิดเป็นร้อยละ 0.28 ทั้งนี้ มีเพียงข้อมูลสถานพยาบาลเอกชนบางส่วนที่ขึ้นทะเบียนเท่านั้น ในส่วนของผู้สำเร็จการศึกษาด้านการแพทย์ดั้งเดิม มีจำนวน 540 คน

บทบาทของแพทย์แผนดั้งเดิมในการต่อสู้กับโรคโควิด-19 มีดังนี้ 1. ให้การศึกษาการดูแลสาธารณสุขมูลฐานด้วยการแพทย์ดั้งเดิมแก่ชุมชน 2. ถ่ายทอดเวชศาสตร์ป้องกันด้านการแพทย์ดั้งเดิมให้ชุมชนและบุคลากรด่านหน้า 3. ส่งยาแผนดั้งเดิมที่ช่วยในการเพิ่มภูมิคุ้มกันเพื่อต้านโรคโควิด-19

ความท้าทายในการเก็บข้อมูลด้านการแพทย์ดั้งเดิมของศรีลังกา คือ การผสมผสานการแพทย์ดั้งเดิมในระบบสุขภาพ การเชื่อมโยงข้อมูลภาครัฐและเอกชน การใช้ข้อมูลตัวชี้วัดเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร เนื่องจากตัวชี้วัดไม่เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลด้านสุขภาพของประเทศ และรายงานตัวชี้วัดยังไม่สมบูรณ์ รวมถึงยังไม่มีระบบการเฝ้าระวังและรายงานผลข้างเคียงของผลิตภัณฑ์การแพทย์ดั้งเดิมในระดับประเทศ ดังนั้น จึงเสนอให้มีการบูรณาการระบบการเฝ้าระวังและการตัดสินใจเข้าด้วยกัน ส่งเสริมระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยผสมผสานการแพทย์พื้นบ้านในระบบบริการสุขภาพ ออกข้อกำหนดเรื่องผลิตภัณฑ์ เวชปฏิบัติ และผู้ให้บริการการแพทย์พื้นบ้าน และมีจัดการองค์ความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านผ่านนโยบายระดับชาติ

1.9) ราชอาณาจักรไทย

ผู้นำเสนอ นพ.จักรารุช เผือกคง ผู้อำนวยการสถาบันการแพทย์แผนไทย

มีการนำเสนอภาพรวมของระบบการเก็บข้อมูลการบริการแพทย์ดั้งเดิมผ่านระบบ HDC TTM Service ของไทย ซึ่งมีการนำเสนอรายละเอียดในช่วงที่ 3 และนำเสนอแผนการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ด้านการแพทย์ดั้งเดิมของไทยซึ่งมีความครอบคลุมในทุกด้านตามกรอบ Six building block plus อีกทั้งยังมีการเพิ่มเติมในมิติการมีส่วนร่วมของชุมชน (community engagement) คือมีการจัดสรรกองทุนสุขภาพชุมชน โดยการขับเคลื่อนผ่านความร่วมมือขององค์กรในระดับชุมชนและท้องถิ่น เพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย

ด้านตัวชี้วัดในการติดตามผลการปฏิบัติงานระบบงานการแพทย์ดั้งเดิม ไทยมีติดตามร้อยละของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารับบริการการแพทย์แผนไทย และมูลค่าการใช้จ่ายในระบบบริการ โดยในปัจจุบันมีการให้บริการครอบคลุมในสถานพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศ สามารถเบิกจ่ายได้ผ่าน 3 ระบบหลักประกันสุขภาพโดยในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal health coverage scheme : UHCS) ยังมี การ

จัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมรายหัวมาตั้งแต่อัตรา 0.5 บาทต่อประชากร ในปี 2550 จนเป็น 17.9 บาทในปีพ.ศ.2561 ในรายการยาสมุนไพรบัญชียาหลักแห่งชาติรวมกว่า 86 รายการ และมีสัดส่วนแพทย์แผนไทยต่อประชากรเป็น 1 ต่อ 17,284 ในปีพ.ศ.2563

บทบาทของการแพทย์แผนไทยในสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 มีดังนี้

1. แพทย์แผนไทยมีบทบาทร่วมกับทีมด้านหน้าในการรับมือกับผู้ป่วย
2. มีการบรรจุข้าราชการตำแหน่งแพทย์แผนไทยเพิ่ม 1,000 ตำแหน่งเพื่อรองรับสถานการณ์
3. มีการประชุมระดมสมองเพื่อคัดเลือกตำรายาแผนไทยและยาพื้นบ้านจากตำรายาที่มีศักยภาพในการรับมือและบรรเทาอาการจากโรคระบาดโควิด-19
4. การสนับสนุนข้อมูลและให้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยในแก่ประชาชนและบุคลากรด้านสุขภาพทั้งในรูปแบบคู่มือแนะนำและผ่าน Line@ หมอแผนไทยสู้ภัยโควิด
5. การวิจัยฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วยโควิดที่มีอาการน้อยอย่างต่อเนื่อง จนมีการบรรจุเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ รวมถึงระบุอยู่ในแนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุขของกรมการแพทย์ สามารถเบิกจ่ายแก่ผู้ป่วยทั้งในบริการทั้งในโรงพยาบาลและระบบ Home/Community isolation นอกจากนี้ยังมีการพัฒนา Line@ Fah First Aid และสายด่วนในการให้ข้อมูลการใช้ฟ้าทะลายโจรที่ถูกต้อง การผลักดันการใช้ฟ้าทะลายโจรดังกล่าวช่วยลดความรุนแรงของอาการ ลดการติดเชื้อลงปอดและลดระยะเวลาขับไวรัสออกสู่ระบบทางเดินหายใจ (Viral shredding period) ส่งผลให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วยได้กว่า 4,860 บาทต่อราย รวมกว่า 685 ล้านบาท

แนวทางปฏิบัติที่ดี

ประเทศไทยมีการให้บริการการแพทย์ดั้งเดิมที่ครอบคลุมในระบบหลัก ประกันสุขภาพทั้งการรักษา ฟันฟูด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์แผนจีน มีรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติกว่า 84 รายการซึ่งรวมถึงยาจากสมุนไพรที่มีกัญชาเป็นส่วนผสม และฟ้าทะลายโจรสำหรับผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการน้อย

ความท้าทายในการเก็บข้อมูลและข้อเสนอแนวทางแก้ไข

1. การพัฒนาข้อมูลจากการเชื่อมโยงฐานข้อมูลในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน (HDC, JHCIS รพท., รพช. ซึ่งมีความแตกต่างของระบบฐานข้อมูล) มาเป็นฐานข้อมูลระดับประเทศ (single health data) ให้สมบูรณ์ขึ้น
- 2) การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูล ICD-10 ให้มีความจำเพาะต่อการเก็บข้อมูลการวินิจฉัยโรค/อาการแบบแผนไทยมากขึ้น : ปัจจุบันข้อมูลดังกล่าวถูกเก็บในภาพกว้างสำหรับใช้รวบรวมผลงานและอ้างอิงในการเบิกจ่ายตามสิทธิ์ แต่ยังไม่สมบูรณ์เพียงพอที่จะใช้วิเคราะห์ข้อมูลตามการรักษาจริง ทำให้ยากต่อการวางแผนการพัฒนาทั้งงานวิชาการและบุคลากรแผนไทย จึงควรมีการพัฒนารหัส ICD-10 TTM ให้มีความครอบคลุมมากขึ้น และการพัฒนาแนวทางการบันทึกรหัส ICD-10 โดยให้เชื่อมโยงกับแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) เพื่อให้การบันทึกข้อมูลไปในแนวทางเดียวกันและสามารถดึงข้อมูลมาใช้ได้ง่ายและสะท้อนกับข้อมูลการรักษาจริง
- 3) ข้อจำกัดของการเข้าถึงฐานข้อมูลด้านการแพทย์ดั้งเดิมในภาคเอกชน ซึ่งควรมีการประสานการทำงานร่วมกันมากขึ้น

1.10) สาธารณรัฐประชาธิปไตยติมอร์-เลสเต

ผู้นำเสนอ Olivia Maria Leite, Marketing Authorization Officer

สำหรับติมอร์เลสเตนั้น ในด้านการบูรณาการการแพทย์ดั้งเดิมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ การเข้าถึงบริการด้านการแพทย์ดั้งเดิมในการรักษาพยาบาลยังไม่มีครอบคลุม ในด้านการควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ มีการลงทะเบียนแล้ว

สำหรับการใช้การแพทย์ดั้งเดิมในช่วงโควิด ทางติมอร์ใช้การบริการการแพทย์แผนจีนในโรงพยาบาลแห่งชาติและใช้สำหรับการฝากครรภ์ ยังไม่ได้ใช้การแพทย์ดั้งเดิมในการรับมือกับโควิด

แนวทางปฏิบัติที่ดี

ทางติมอร์มีการใช้การแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์แผนจีน เช่น การฝังเข็ม ยาสมุนไพร การแพทย์แผนจีน การนวดด้วยน้ำมันมะพร้าว นอกจากนี้ยังมีหมอพื้นบ้าน หมอยาสมุนไพร หมอตำแย ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ที่ใช้การรักษาแบบนี้จะเป็นการรักษาในชุมชน หรือใช้ภายในครัวเรือน สำหรับการวัดปริมาณงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ดั้งเดิม ยังมีข้อมูล สำหรับการใช้จ่ายแผนดั้งเดิมในการรักษาโรคส่วนใหญ่จะเป็นยาที่ปรุงเองและใช้ในชุมชน ติมอร์ยังไม่ได้บรรจุการแพทย์ดั้งเดิมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ แต่ติมอร์ได้รับการบริจาคยาแผนจีนจากสถานทูตจีนภายใต้ความร่วมมือทวิภาคี และมีการรักษาแบบฝังเข็มฟรีในคลินิกและโรงพยาบาล

ความท้าทาย

สำหรับด้านการแพทย์ดั้งเดิม ทางติมอร์ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับกฎและระเบียบ และขาดแคลนผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ดั้งเดิม และเป็นการยากที่จะบูรณาการการแพทย์แผนดั้งเดิมกับการแพทย์แผนปัจจุบันเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังไม่มีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ทางติมอร์ต้องการให้องค์การอนามัยโลก เข้ามาช่วยพัฒนา Guideline ด้านการแพทย์ดั้งเดิมและการแพทย์เสริมเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ การแบ่งปันข้อมูลประเด็นทางด้านกฎ ระเบียบ การพัฒนาขีดความสามารถด้านการแพทย์ดั้งเดิม ฐานข้อมูล การวิจัย การจัดอบรม สัมมนาเกี่ยวกับการพัฒนาขีดความสามารถของประเทศด้านการแพทย์ดั้งเดิม ความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในรูปแบบทวิภาคีและพหุภาคี

วันอังคารที่ 27 กรกฎาคม 2564

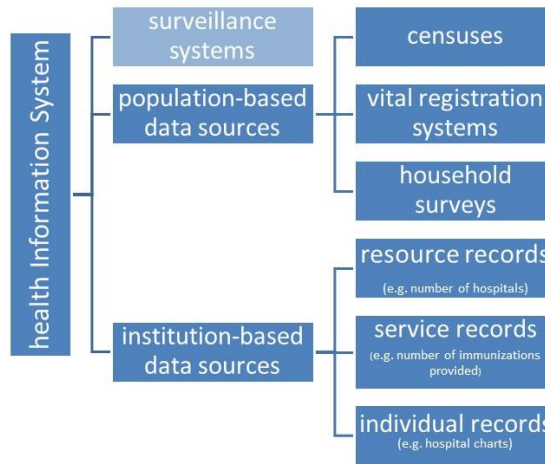
ช่วงที่ 2 กรอบแนวทางและเครื่องมือในการติดตามการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมของกลุ่มประเทศในกรอบองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO SEAR)

2.1) กรอบแนวคิดระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (Health Information System)

ผู้นำเสนอ Mr. Mark Landry, Regional Adviser, Health Information Systems, WHO South-East Asia Regional Office

แหล่งข้อมูลของข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สามารถมาจากแหล่งข้อมูลต่อไปนี้ 1) ระบบเฝ้าระวัง 2) แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประชากร เช่น สำมะโนครัว การลงทะเบียนที่สำคัญ การสำรวจครัวเรือน 3) แหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงาน เช่น บันทึกจำนวนทรัพยากร บันทึกการให้บริการ บันทึกส่วนอื่น ๆ ในงานประจำ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำแหล่งข้อมูลข้างต้นมาใช้ในการอ้างอิงการจัดทำระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพด้านการแพทย์ดั้งเดิมได้เช่นกัน

HIS data sources



regional consultation on indicators for monitoring traditional medicine system performance for the WHO South-East Asia Region
26 - 28 July 2021

World Health Organization
Regional Office for South-East Asia

องค์การอนามัยโลก ได้คิดค้นระบบการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพในมิติต่าง ๆ ขึ้นมา โดยใช้ชื่อว่า “SCORE” ซึ่งสื่อถึงความหมายต่อไปนี้

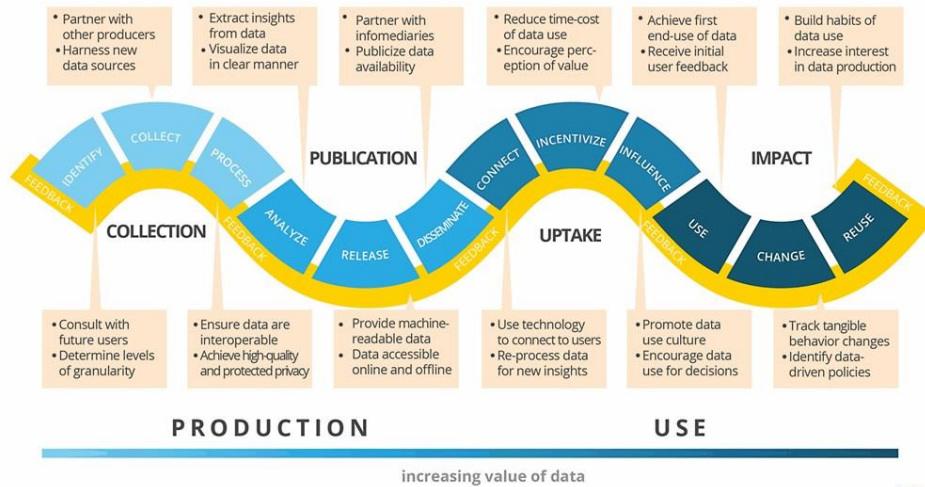
- Survey population and health data – สํารวจข้อมูลประชากรและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
- Count births, deaths, and cause of death - นับจำนวนการเกิด การเสียชีวิต และสาเหตุการเสียชีวิต

- Optimize health service data – เพิ่มประสิทธิภาพข้อมูลบริการสุขภาพ
- Review progress and performance – ทบทวนผลการดำเนินการและความก้าวหน้า
- Enable data use for policy and action - นำข้อมูลไปใช้ในเชิงนโยบายและสู่การปฏิบัติ

โดยองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้จัดประชุมกับนักวิชาการจากกระทรวงสาธารณสุขของประเทศสมาชิกทั้ง 11 ประเทศ และได้ให้คะแนนความสำคัญของตัวชี้วัดข้างต้น โดยที่ประชุมเห็นว่าการสํารวจข้อมูลประชากรและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่สําคัญที่สุด จากนั้นจึงเป็นเรื่องของการเพิ่มประสิทธิภาพข้อมูลบริการสุขภาพ การทบทวนผลการดำเนินการและความก้าวหน้า การนำข้อมูลไปใช้ในเชิงนโยบายและสู่การปฏิบัติ และการนับจำนวนการเกิด การเสียชีวิต และสาเหตุการเสียชีวิต ตามลำดับ

ทั้งนี้ ห่วงโซ่คุณค่าของข้อมูลสุขภาพ แสดงให้เห็นว่ากระบวนการจัดทำตัวชี้วัดเป็นขั้นตอนที่สําคัญ และ การวิเคราะห์ตัวชี้วัดและการผลักดันให้ผู้กำหนดนโยบายของแต่ละประเทศนำผลการวิเคราะห์ไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการบริหารจัดการด้านสุขภาพถือเป็นความท้าทายที่สําคัญ

health data value chain



regional consultation on indicators for monitoring traditional medicine system performance for the WHO South-East Asia Region
26 - 29 July 2021

Courtesy OpenDataWatch data2X



2.2) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดจากแบบสำรวจข้อมูลตัวชี้วัดของประเทศสมาชิก

ผู้นำเสนอ Ms Rosebelle Azcuna ที่ปรึกษาองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ผู้นำเสนอได้กล่าวถึงที่มาของการประชุมเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ อันสืบเนื่องมาจากองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้จัดการประชุมเพื่อพิจารณาตัวชี้วัดด้านการแพทย์ดั้งเดิมเมื่อปีพ.ศ.2559 และ2560 โดยที่ประชุมได้เห็นชอบตัวชี้วัดหลัก (core indicator) และตัวชี้วัดอ้างอิง (reference indicator) จำนวน 16 และ 21 ตัวชี้วัดตามลำดับ และจากนั้น องค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้มีการแก้ไขและเพิ่มตัวชี้วัดใหม่ให้เหมาะสม โดยท้ายที่สุด ได้ตัวชี้วัดทั้งสิ้น 49 ตัวชี้วัดตามภาพต่อไปนี้

Traditional and Complementary Medicine (T&C) Indicator Monitoring Framework for South-East Asia				
T&C System Determinants		T&C Service Delivery	T&C Health Objectives	
Structure and Inputs		Processes	Outcomes & Impact	
Governance T&C integration into the health system <ul style="list-style-type: none"> ● T&C reflected in the national health sector plan ○ Existence of a protocol or guidelines for referral between T&C and modern medical services Financing Funding and allocation <ul style="list-style-type: none"> ● Total expenditures on T&C (per capita and by source) ○ Total expenditures on T&C as % of total current health expenditures Purchasing and payment systems <ul style="list-style-type: none"> ○ T&C services included in the essential health service package ○ T&C services reimbursed by health insurance programs ○ Amount reimbursed for T&C services as % of total reimbursement of insurance program(s) T&C products Availability of T&C products <ul style="list-style-type: none"> ○ Nr of T&C products included in the national essential medicines list* Manufacturing of T&C products <ul style="list-style-type: none"> ○ T&C products are regulated by national medicines regulatory authorities ● Proportion of licensed T&C manufacturers that meet good manufacturing practice standards ○ Nr of agricultural and collection practice guidelines for medicinal plants ○ Nr of monographs for herbal raw materials ○ Nr of T&C products with a pharmacopoeia or monograph ○ Existence of a reference laboratory for testing of T&C products Advertising of T&C products <ul style="list-style-type: none"> ● Existence of a regulatory mechanism to oversee advertising and labelling of T&C products T&C resource protection and promotion of sustainable use <ul style="list-style-type: none"> ● Existence and continuing development of a mechanism and database to protect traditional knowledge and associated genetic resources ● Existence of conservation and cultivation programme to protect biodiversity and endangered species of medicinal plants and non-plants 	Physical infrastructure T&C facility density and distribution <ul style="list-style-type: none"> ● Density of hospitals and clinics offering T&C Health workforce T&C health workforce density and distribution <ul style="list-style-type: none"> ● Density of T&C regulated practitioners ○ Density of unregulated/informal traditional healers T&C health workforce production <ul style="list-style-type: none"> ○ Nr of T&C graduates Accreditation mechanism for T&C education and training institutions <ul style="list-style-type: none"> ● Existence of a national mechanism to ensure quality of T&C education and training Continuing professional development <ul style="list-style-type: none"> ○ Existence of a continuing professional development programme for T&C practitioners Information and research T&C indicator monitoring <ul style="list-style-type: none"> ○ Existence of a functional T&C indicator reporting body ○ Nr of T&C indicators incorporated into national health info sys ○ Completeness of T&C indicator reporting* T&C safety monitoring <ul style="list-style-type: none"> ● Existence of a national adverse event reporting system for T&C products T&C research <ul style="list-style-type: none"> ● Existence of a natl body to oversee T&C-related researches ○ Total government budget allocated for T&C research ○ Incorporation of T&C in the national health research strategy ○ Integration of T&C in a national research council or national health council ○ Nr of research institutions or centres that conduct research on T&C, including network universities ○ Nr of T&C research results in the national research registry ○ Nr of peer-reviewed T&C scientific publications in local and international journals 	Service delivery Improving quality <ul style="list-style-type: none"> ○ Existence of T&C practice guidelines ○ Supportive supervision: Percentage of hospitals and clinics offering T&C that receive implement or supportive supervision Integrated care <ul style="list-style-type: none"> ● Nr of hospitals and clinics providing both T&C and modern medicine services Management of population health <ul style="list-style-type: none"> ● Existence of a communication mechanism to provide public information related to T&C products and services 	Accessibility and availability Accessibility of T&C services <ul style="list-style-type: none"> ○ Perceived barriers to T&C access: Percentage of population who report problems in accessing T&C services care when they have a healthcare need Utilization of T&C services <ul style="list-style-type: none"> ● Nr of outpatient department visits for T&C services ○ T&C outpatient department visits as a percentage of all outpatient department visits ● Top 5 health problems as reasons for seeking T&C services Quality and safety T&C adverse events reported <ul style="list-style-type: none"> ○ Nr of reported T&C-related adverse events for T&C products Continuity of care <ul style="list-style-type: none"> ○ Percentage of patients who report having a regular T&C provider* People-centered care <ul style="list-style-type: none"> ○ Shared decision-making: Percentage of patients who report being involved in decisions about their T&C care and treatment* 	Service coverage <ul style="list-style-type: none"> ○ Percentage of population with demand for T&C services satisfied ○ Percentage of population that use T&C services* ○ Percentage of population that use T&C for self-care Patient satisfaction <ul style="list-style-type: none"> ○ Percentage of patients satisfied with T&C services
			49 Indicators <ul style="list-style-type: none"> ● 15 Core indicators ○ 15 Reference indicators ○ 19 Newly proposed indicators 	

องค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้สำรวจข้อมูลตัวชี้วัดของแต่ละประเทศสมาชิกตามหัวข้อตัวชี้วัดข้างต้น โดยกำหนดเกณฑ์ในการวิเคราะห์ว่าหากตัวชี้วัดใดมีประเทศสมาชิก 4 ประเทศขึ้นไปสามารถให้ข้อมูลตัวชี้วัดในแต่ละหัวข้อได้ จะถือว่าตัวชี้วัดดังกล่าวได้รับความสนใจ (Relevance score) ทั้งนี้ คาดว่าจะทำการสำรวจตัวชี้วัดทุก ๆ 3-5 ปี

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าตัวชี้วัดส่วนใหญ่ได้รับความสนใจจากประเทศสมาชิกอย่างน้อย 4 ประเทศ ยกเว้นในบางหัวข้อ ได้แก่ หัวข้อการบริหารภาครัฐ (Governance) หัวข้อการวิจัย (T&C Research) หัวข้อการเข้าถึงและการมีอยู่ (Accessibility and availability) หัวข้อคุณภาพและความปลอดภัย (Quality and Safety) หัวข้อการครอบคลุมของบริการ (Service Coverage) ซึ่งมีบางหัวข้อย่อยได้รับความสนใจเพียง 3 ประเทศเท่านั้น

ดังนั้น กิจกรรมต่อไปของวันนี้ คือ แบ่งผู้เข้าร่วมประชุมออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อให้แต่ละกลุ่มได้อภิปรายในประเด็นต่อไปนี้ 1) ความเหมาะสมของ Metadata (ข้อมูลรายละเอียดของตัวชี้วัด) 2) ความเหมาะสมของตัวชี้วัดแต่ละตัว และ 3) ความเหมาะสมของ Dashboard ที่แสดงตัวชี้วัดแต่ละหัวข้อ

2.3) ระบบข้อมูลสุขภาพชุมชนด้านการแพทย์ดั้งเดิม (DHIS2-based TRM database)

ผู้นำเสนอ Dr Rakesh Rastogi WHO SEARO และ ผู้แทน ATRN Solution

ผู้แทนองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ได้แนะนำระบบข้อมูลสุขภาพชุมชน (District Health Information Software2: DHIS2) เป็นแพลตฟอร์มข้อมูลการจัดการสุขภาพแบบโอเพ่นซอร์ส (open source) ที่ไม่มีค่าใช้จ่าย ซึ่งถูกใช้ในหลายองค์กร รวมถึงสหภาพยุโรป (EU) และรัฐบาลทั่วโลก นับตั้งแต่เปิดตัว DHIS2 ในปีพ.ศ. 2549 องค์กรพัฒนาเอกชนและรัฐบาลใน 60 ประเทศได้ปรับใช้ DHIS2 สำหรับโครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งรวมถึงการตรวจสอบสุขภาพของผู้ป่วย การปรับปรุงการเฝ้าระวังโรค และการระบุงการระบาด และการเร่งการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้รับมาปรับใช้กับฐานข้อมูลการแพทย์ดั้งเดิม โดยได้แนะนำหน้าตาของแพลตฟอร์ม DHIS2 และตัวอย่างการบันทึกข้อมูลลงบนแพลตฟอร์มให้แก่ประเทศสมาชิก

Health Information Platform for WHO South East-Asia Region

Search apps

Apps Gmail Maps my learning Self learning 2 Other bookmarks Reading list

Global South-East Asia region Bangladesh Bhutan DPR Korea India Indonesia Maldives Myanmar Nepal Sri Lanka Thailand Timor-Leste

Data Entry

Bangladesh - 2019 - Number of hospitals and clinics offering T&CM default

Run validation Print form Print blank form

Organisation Unit: Bangladesh
 Data Set: Traditional & Complimentary Medicine
 Period: 2019

Data Entry Guidelines for T&CM Form

Please refer to the T&CM indicator metadata for data definition

Use the data column to enter verified data for the reference year selected in the dropdown above

Provide data source information for all values

Capture notes using the remarks column for entered values

Traditional and Complimentary Medicine

Governance	Data	Source	Remarks
0.P Total Population	246913578	NPS	

Health Information Platform for WHO South East-Asia Region

Search apps

Apps Gmail Maps my learning Self learning 2 Other bookmarks Reading list

Global South-East Asia region Bangladesh Bhutan DPR Korea India Indonesia Maldives Myanmar Nepal Sri Lanka Thailand Timor-Leste

Traditional and Complimentary Medicine

Bangladesh - 2019 - Number of hospitals and clinics offering T&CM default

Governance	Data	Source	Remarks
0.P Total Population	246913578	NPS	
0.RP Rural Population	123456789		
0.UP Urban Population	123456789		
1.0 T&CM reflected in the national health sector plan	Yes	National TRM Policy	
2.0 Existence of a protocol or guidelines for referral between T&CM and modern medical services	Yes	National TRM Policy	
Health financing			
3.0 Current Health expenditures (in US\$)	2345	NHA	
3.a Total expenditures on T&CM (in US\$)	234567		
3.b Total expenditures on T&CM as % of total current health expenditures (3.b = 3.a / 3.0)	10002.9		
3.c Per capita expenditures on T&CM (in US\$)			
By source (government/out-of-pocket)			
3.d Expenditures on T&CM from public sources (in US\$)	1234567		
Percent of expenditures on TCM from public sources			

ตัวอย่าง DHIS2-based TRM database

วันพุธที่ 28 กรกฎาคม 2564

ช่วงที่ 2 กรอบแนวทางและเครื่องมือในการติดตามการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมของกลุ่มประเทศ
ในกรอบองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO SEAR) (ต่อ)

2.4) การนำเสนอประสบการณ์ในการพัฒนาแพลตฟอร์มด้านการแพทย์ดั้งเดิม ของอินเดียและไทย

2.4.1) การนำเสนอประสบการณ์ในการพัฒนา NAMASTE portal และ ICD-11 ของประเทศอินเดีย

ผู้นำเสนอ Dr.T. Saketh Ram นักวิจัยด้านอายุรเวทจาก The Central Council for Research in
Ayurvedic Sciences (CCRAS), National Centre of Indian Medical Heritage Hyderabad

NAMASTE Portal เป็นแพลตฟอร์มในการรายงานด้านการแพทย์ดั้งเดิมของอินเดีย คำว่า
NAMASTE ย่อมาจาก National AYUSH Morbidity and Standardized Terminologies Electronic
Portal อันหมายถึง รหัสโรค (Morbidity codes) และคำศัพท์มาตรฐาน (Standardized Terminologies)
ของระบบการแพทย์ดั้งเดิมของอินเดียหรือ AYUSH ในรูปแบบเว็บพอร์ทัล (web portal)

ในการพัฒนาระบบดังกล่าว อินเดียเริ่มต้นในปีพ.ศ. 2553 ด้วยการพัฒนาคำศัพท์มาตรฐานของ
ระบบการแพทย์อายุรเวท สิทธา ยูนาณี (standardized Ayurveda/Siddha/ยูนาณี (A-S-U) terminologies)
ซึ่งพัฒนาควบคู่ไปกับการจัดทำสารานุกรมอายุรเวท (Ayurveda Encyclopedia) ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2555
ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 ได้มีการพัฒนารหัสโรคแห่งชาติของระบบการแพทย์อายุรเวท สิทธา ยูนาณี (National
A-S-U Morbidity Codes) ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 อินเดียได้เปิดตัวแพลตฟอร์ม NAMASTE Portal เป็น
ครั้งแรกในงานวันอายุรเวทครั้งที่ 2 โดยท่านนายกรัฐมนตรี Shri Narendra Modi เป็นประธานในงานดังกล่าว
และเริ่มมีการเก็บข้อมูลจริงแบบเรียลไทม์ผ่านระบบการจัดการข้อมูลโรงพยาบาล (Hospital information
management system : AHMIS) ในปีถัดมา

ในปี พ.ศ. 2561 อินเดียได้เชิญทีม WHO มาร่วมแลกเปลี่ยนในการพัฒนาคำศัพท์มาตรฐาน
ระดับสากลของอายุรเวท สิทธาและยูนาณี (international terminologies of A-S-U) และต่อมาในปี พ.ศ.
2562 ได้เริ่มโครงการพัฒนารหัส WHO ICD-11 และระบบมาตรฐานศัพท์ทางการแพทย์ (Systematized
Nomenclature of Medicine Clinical Terms : SNOMED CT) ร่วมกับ NRC, CDAC และ Pune

ในด้านวิสัยทัศน์ อินเดียต้องการให้ NAMASTE เป็นเว็บพอร์ทัลที่ครอบคลุมทั้งสำหรับคำศัพท์
มาตรฐานและรหัสโรคแห่งชาติของระบบการแพทย์อายุรเวท สิทธา ยูนาณี และรหัส WHO-ICD-10 และ ICD-
11 โดยมีภารกิจ 3 ประการ ได้แก่ 1) มีการใช้รหัสโรคแห่งชาติของระบบการแพทย์อายุรเวท สิทธาและยูนาณี
(A-S-U National Morbidity Codes) สำหรับการรายงานการเจ็บป่วยและการรักษาควบคู่ไปกับรหัส ICD-
10/11 (Dual coding System) 2) มีการใช้รหัส ICD-10 ในการรายงานการรักษาสำหรับศาสตร์โยคะ
ธรรมชาติบำบัด (Naturopathy) และโฮมีโอพาธี 3) เพื่อเป็นคลังข้อมูลอ้างอิงคำศัพท์มาตรฐานและรหัสโรคใน
การพัฒนาให้เกิดคำศัพท์มาตรฐานระดับสากลของอายุรเวท สิทธาและยูนาณี และรหัส ICD-11 ต่อไป

NAMASTE Portal เข้าถึงได้จาก <http://namstp.ayush.gov.in> โดยแบ่งเป็น 2 ส่วนคือ หน้า
เว็บซึ่งคนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ (open access) และระบบหลังบ้าน สำหรับผู้ได้รับอนุญาต (authorized
user) ในที่นี้ได้แก่ หน่วยบริการผู้บันทึกข้อมูลเข้าระบบ และแอดมินเพื่อติดตามดูความสมบูรณ์ของการบันทึก
ข้อมูล

ในส่วน open access ประกอบด้วยส่วนหลัก ดังนี้

1) รหัสโรค/อาการ (Morbidity codes) ทั้งรหัสโรคแห่งชาติ และ WHO

ICD-10/11 สำหรับอายุรเวท สิทธิยา ยูนา นิจะใช้ชื่อโรค/อาการเป็นภาษาท้องถิ่น มีคำอธิบายเป็นภาษาอังกฤษกำกับทั้ง แบบสั้นและยาว ระบุแหล่งอ้างอิงของชื่อ โรค/อาการนั้น รวมถึงสามารถกรองชื่อ โรค/อาการแยกตามแต่ละภาษาของแต่ละท้องถิ่นของอินเดียได้อีกด้วย

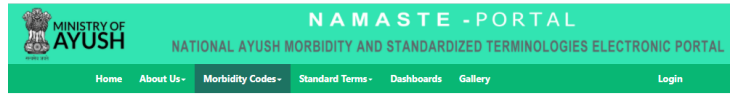


Table View Tree View

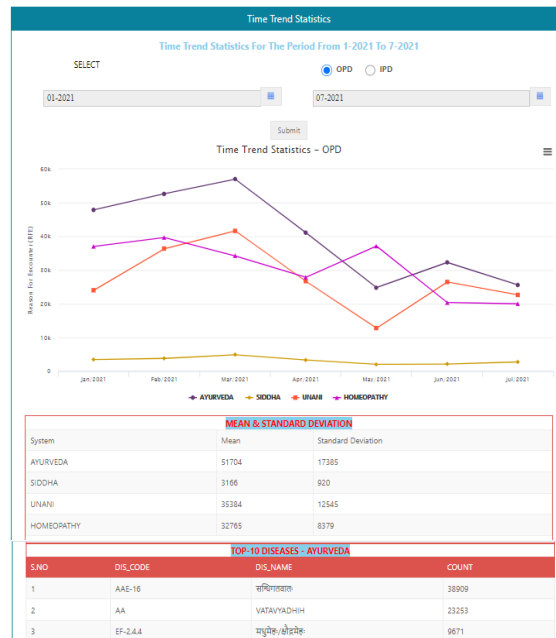
Search

S.No	NAMC Code	Condition/Section	Short Definition	Long Definition	Refs
1	AYU	आयु-रिपिण्ड	diagnostic conditions		
2	DIS	रिषर	disease/disorder		
3	A	दोषविग्रह	derangement of दोष		
4	AA	दोषव्यति	disorders due to दोष		
5	AAA	दोषवज्ज (दोष)	morbid state of दोष		
6	AAA-1	दोषवज्ज	accumulation of दोष	the disorder is characterized by रुग्णव्यति (impairment of movements/paralytic ileus), रुग्णवज्ज (stagnated bowel movements/paralytic ileus), पुच्छवज्ज (fullness of abdomen)	Su.Su.21/18
7	AAA-2	दोषवज्ज	aggravation of the disorder	is characterized by रुग्णवज्ज (roughness of	Su.Su.15/13;

2) คำศัพท์มาตรฐานของระบบ

การแพทย์อายุรเวท สิทธิยา ยูนา (standardized terminologies)

เป็นภาษาท้องถิ่น มีภาษาอังกฤษกำกับทั้งแบบสั้นและยาว และสามารถกรองแยกตามภาษาแต่ละถิ่นได้



3) Dashboards นำเสนอข้อมูล 3 กลุ่ม

ในรูปแบบกราฟข้อมูล ดังนี้

3.1) Month wise Statistics : สถิติโรค/อาการแยกตามระบบการแพทย์ดั้งเดิมของเดือนล่าสุด

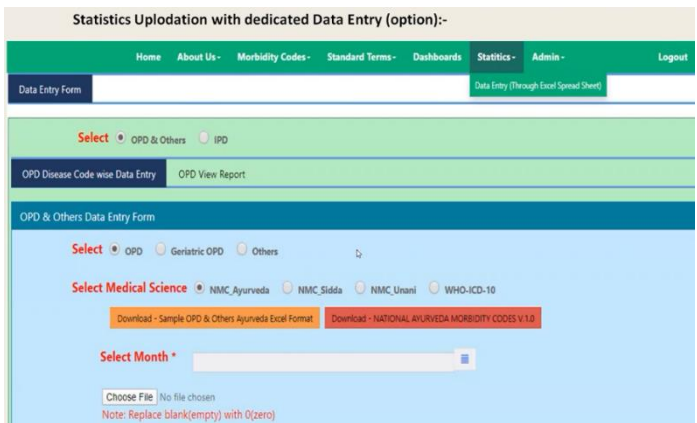
3.2) Consolidated Statistics : สถิติรวมของโรค/อาการแยกตามระบบการแพทย์ดั้งเดิมตั้งแต่ธันวาคม 2560 แยกผู้ป่วยนอกทั่วไป ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก เฉพาะโรค/อาการอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุ กลุ่มโรคคล้าย

ไข้หวัดใหญ่ (Flu like illness)

3.3) Time Trend Statistics : สถิติผู้มารับบริการตามช่วงเวลา และ 10 อันดับโรค/อาการ

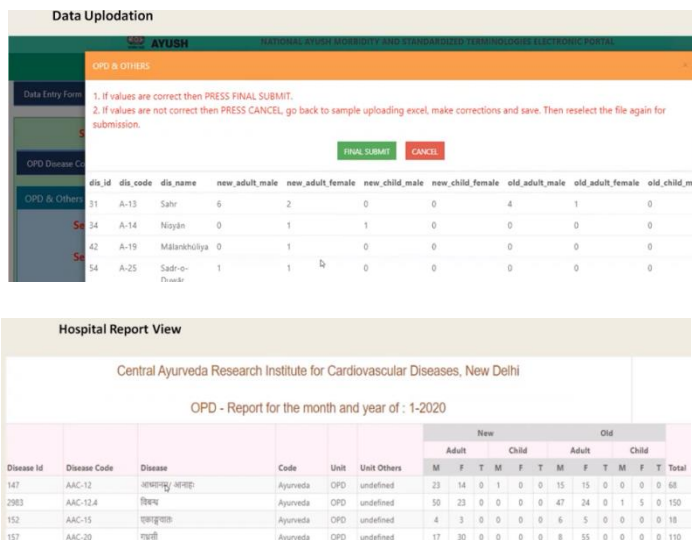
กระบวนการบันทึกข้อมูล

ข้อมูลในระบบรวบรวมจากการนำเข้าข้อมูลของโรงพยาบาลด้านการแพทย์ดั้งเดิม (AYUSH) สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ (แผนกผู้ป่วยนอก 80 แห่งและแผนกผู้ป่วยใน 22-25 แห่ง) โดย upload ไฟล์ excel ผ่านระบบหลังบ้าน ข้อมูลจะแบ่งตามอายุ แยกผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยมาติดตามอาการ เมื่อนำเข้าข้อมูลแล้วโรงพยาบาลและทีมแอดมินจะสามารถเรียกดูรายงานเพื่อ



ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของการบันทึกข้อมูลได้

จากการนำร่องมา 3 ปี พบว่า มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกทั้งหมด 7,277,166 ราย แบ่งเป็นอายุรเวช 3,367,158 ราย ชูนาณี 2,055,478 ราย สัตว 164,663 ราย โสมมีโอพาธิ 1,689,867 ราย รวมแล้วเทียบเป็น 5-6% ของผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด



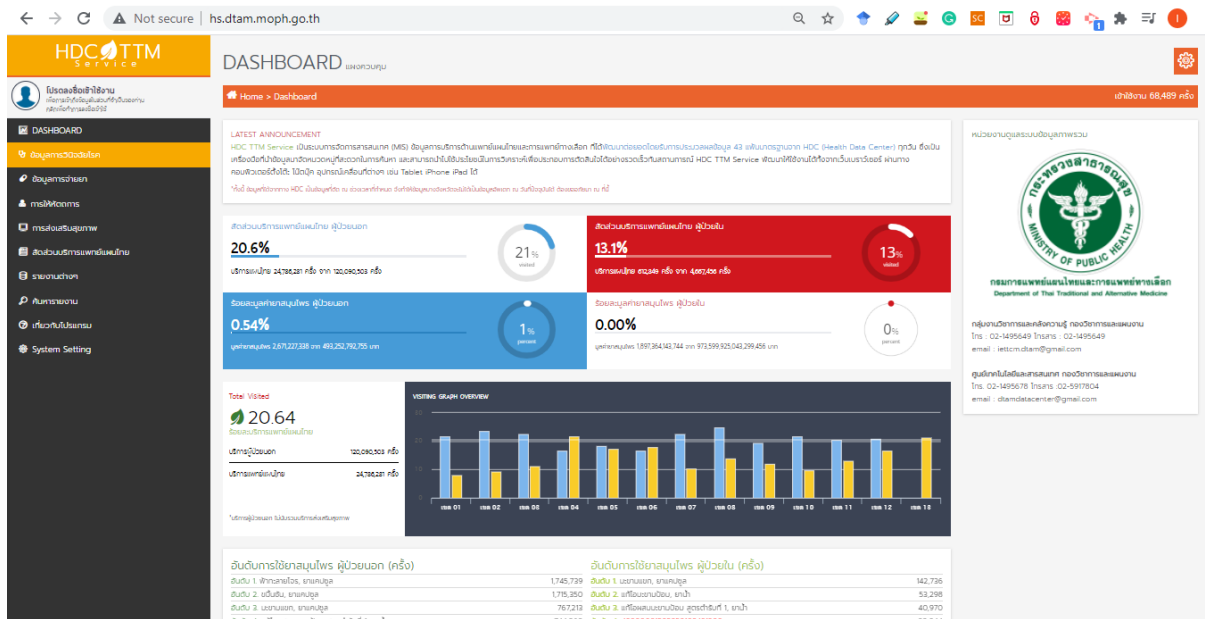
การเข้าร่วมการพัฒนา WHO Standardized Terminologies และรหัส ICD-11

กระทรวงอายุช (Ministry of AYUSH : MoA) และองค์การอนามัยโลกได้ลงนามในข้อตกลงผู้บริจาค (Donor Agreement) เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2563 ซึ่งให้การสนับสนุนด้านการเงินแก่ WHO ในการพัฒนาโมดูลที่ 2 ในบทการแพทย์ดั้งเดิมของการจำแนกโรคระหว่างประเทศ-11 (ICD-11) กำหนดกรอบเวลา 3 ปี ตั้งแต่ 7 มกราคม 2563 - 30 มกราคม 2567 มีวงเงินบริจาคทั้งหมด 3.5 ล้านดอลลาร์ โดยในเดือน มีนาคม 2563 ได้โอนเงินบริจาคให้กับองค์การอนามัยโลกแล้วจำนวน 1 ล้านดอลลาร์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในข้อตกลงผู้บริจาค และมีกำหนดโอนเงินงวดต่อไปในเดือนมกราคม 2564 หลังจากได้รับข้อมูลรายงานทางเทคนิคแล้ว ขณะนี้อยู่ระหว่างการประชุมปรึกษาหารือแนวทางและการพัฒนาร่างเอกสารฉบับแรก

2.4.2) ประสบการณ์ของประเทศไทยในการพัฒนาระบบ Health Data Center – Thai Traditional Medicine

ผู้นำเสนอ ดร.รัชณี จันทร์เกษ ผู้อำนวยการกองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ได้นำเสนอความเป็นมาและการพัฒนาระบบ Health Data Center (HDC-TTM) ซึ่งเป็นระบบข้อมูลแบบ Real-time ในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของประเทศไทย ตั้งแต่การนำเข้าข้อมูลสรุป (Summary table : S_table) จากการประมวลผล 43 แห่งของการรายงานผ่านบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ของหน่วยบริการ เช่น HosXP, HosXP_PCU, JHCIS โดยคัดเลือกเฉพาะ 15 แห่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมาได้แก่ ข้อมูลการวินิจฉัย ข้อมูลการจ่ายยา ข้อมูลการให้บริการ รวมถึงการให้บริการในชุมชน มานำเสนอในรูปแบบ Web application รองรับการแสดงผลทั้งทุกอุปกรณ์ ทั้ง PC และ mobile ทาง hs.dtam.moph.go.th



HDC-TTM นำเสนอข้อมูลภาพรวมในรูปแบบของ Dashboard และจัดทำรายงาน/ตัวชี้วัดใน 5 หมวดหมู่ ได้แก่ ข้อมูลการวินิจฉัยโรค ข้อมูลการจ่ายยา การให้หัตถการ การส่งเสริมสุขภาพ และสัดส่วนบริการแพทย์แผนไทย มีการนำเสนอเปรียบเทียบเขตบริการสุขภาพ แบ่งตามปีงบประมาณ แยกประเภทผู้ป่วยนอกผู้ป่วยใน แยกตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย แยกตามประเภทของการให้บริการ สามารถจัดอันดับได้ทั้งการวินิจฉัยโรค การส่งยา มูลค่าการใช้จ่าย ทั้งในด้านการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ

ระบบ HDC-TTM มีประโยชน์ในหลายแง่มุม ดังนี้ 1) สำหรับหน่วยบริการ เป็นระบบรายงานที่ใช้งานง่ายและสามารถในการติดตามประสิทธิภาพของการบริการการแพทย์ดั้งเดิมสำหรับสถานพยาบาลทุกระดับได้แบบเรียลไทม์ 2) สำหรับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นข้อมูลอ้างอิงการให้บริการเพื่อจัดสรรงบประมาณและงบจ่ายเพิ่มเติม (Top-up fundings) ให้แก่หน่วยบริการ 3) สำหรับผู้กำหนดนโยบายในการตัดสินใจเชิงนโยบาย เช่น การตั้งตัวชี้วัดด้านการให้บริการในปีงบประมาณถัดไป การคัดเลือกและสนับสนุนยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในระบบบริการ 4) สำหรับการจัดการระบบบริการสุขภาพ (service plan) สามารถระบุปัญหาสุขภาพที่ผู้ป่วยเลือกมารับบริการแพทย์แผนไทยเพื่อใช้ปรับแผนการดำเนินการให้สอดคล้องกันได้ 5) สำหรับการจัดหาและอุตสาหกรรมสมุนไพร สามารถใช้ข้อมูลการจ่ายยาในการวางแผนการจัดหาวัตถุดิบและผลิตยาจากสมุนไพรทั้งสำหรับโรงพยาบาลและหน่วยผลิตยา รวมถึงการระบุความต้องการวัตถุดิบสมุนไพรเพื่อวางแผนการปลูกได้อีกด้วย

ทั้งนี้การพัฒนาที่ยังมีความท้าทายในบางจุด เช่น ความผิดพลาดในการลงข้อมูลเนื่องจากมีบุคลากรหลากหลายที่เกี่ยวข้องในการนำเข้าสู่ข้อมูล ซึ่งต้องมีการจัดทำคู่มือและอบรมการใช้งานระบบให้แก่บุคลากรใหม่และบุคลากรปัจจุบันอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ในปัจจุบันยังมีรูปแบบการให้บริการใหม่ๆ ที่มีความท้าทาย เช่น คลินิกหมอครอบครัวในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Cluster : PCC) หรือ ทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งมีความท้าทายในการพัฒนาระบบติดตามและประเมินมารองรับในอนาคต

ช่วงที่ 3 : การแบ่งกลุ่มอภิปรายตัวชี้วัดการแพทย์ดั้งเดิม

ผู้เข้าร่วมการประชุมได้ถูกแบ่งเป็น 3 กลุ่ม เพื่ออภิปรายในประเด็นเรื่อง 1) ความเหมาะสมของตัวชี้วัดและ Metadata (ข้อมูลรายละเอียดของตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดอ้างอิง) 2) ความเหมาะสมของรูปแบบการบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดและหัวข้อ และ 3) ความเหมาะสมของ Dashboard ที่แสดงตัวชี้วัดแต่ละหัวข้อ โดยมีข้อสรุปดังนี้

กลุ่มที่ 1: 1) เสนอให้เพิ่มตัวชี้วัด เช่น จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่มารับบริการโดยจำแนกตามโรคหรืออาการ ตัวชี้วัดที่สามารถวัดผลกระทบของการแพทย์ดั้งเดิมต่อสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage) ตัวชี้วัดที่สามารถวัดประสิทธิผลด้านการรักษาด้วยการแพทย์ดั้งเดิม เป็นต้น

2) เสนอตัดหรือเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดบางตัว เช่น จำนวนหมอฟันบ้านที่อยู่นอกระบบเนื่องจากหลายประเทศไม่มีข้อมูลในส่วนนี้ และเปลี่ยนตัวชี้วัดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ดั้งเดิมเป็นร้อยละของประชากรที่ประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ดั้งเดิม เป็นต้น

3) ปัญหาอุปสรรคในการรวบรวมข้อมูล เช่น การเก็บข้อมูลจากภาคเอกชนทำได้ยาก ควรอธิบายความหมายของ Urban และ Rural ให้ชัดเจนเพราะแต่ละประเทศก็แตกต่างกัน ไม่มีการเก็บข้อมูลในส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพด้วยบริการการแพทย์ดั้งเดิมที่ประชาชนออกเอง (out-of-pocket) มาก่อน การสำรวจข้อมูลต้องใช้เวลามาก จึงไม่สามารถทำเป็นรายปีได้ รวมถึงต้องมีค่าใช้จ่ายในการสำรวจข้อมูล เป็นต้น

กลุ่มที่ 2: 1) ข้อเสนอทั่วไป เช่น ควรขยายช่อง remark, source ให้สามารถบันทึกข้อมูลได้มากขึ้น ควรเพิ่มหัวข้อเงินสกุลท้องถิ่นนอกเหนือจากการบันทึกเป็นเงินสกุลดอลลาร์สหรัฐ ควรเพิ่มสาขา/หลักสูตรของผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ประเทศสมาชิกควรมอบหมายผู้รับผิดชอบและเป็นผู้อนุมัติก่อนบันทึกข้อมูลในระบบขององค์การอนามัยโลก ควรมี pop-up แสดงคำอธิบายตัวชี้วัดแต่ละตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเข้าใจผิด

2) คนทั่วไปควรมีสิทธิเข้าถึงข้อมูล แต่สิทธิในการเพิ่มและแก้ไขข้อมูลควรเป็นผู้รับผิดชอบของแต่ละประเทศเท่านั้น

3) ข้อเสนอแนะให้องค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ดำเนินการต่อไป เช่น การฝึกอบรมการใช้และบันทึกข้อมูล การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับหน่วยงานภาครัฐก่อนการพัฒนาครั้งสุดท้าย การจัดทำสื่อการสอนและมีอีเมลหรือช่องทางติดต่อ พัฒนากลไกการเข้าถึงเพื่อบันทึกข้อมูลที่ชัดเจน พัฒนาเอกสารเพื่ออธิบายประเภทของแพทย์แผนดั้งเดิมและหลักสูตรการเรียนการสอนของประเทศสมาชิกแต่ละประเทศ

ข้อเสนอแนะแก่ผู้บริหาร

1. การจัดทำข้อมูลเพื่อตอบตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดอ้างอิงด้านการแพทย์ดั้งเดิม ต้องใช้เวลาในการรวบรวมและวิเคราะห์ และมีข้อมูลเชิงลึกจำนวนมาก จึงอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งภายในกรมและนอกกรม และควรมีหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการประสานงานเพื่อรวบรวมข้อมูลดังกล่าว และเป็นผู้บันทึกข้อมูลบนฐานข้อมูลการแพทย์ดั้งเดิมของภูมิภาค (Regional TRM Portal)

2. ควรพิจารณาตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลกในการจัดทำตัวชี้วัดของหน่วยงาน เพื่อให้ตัวชี้วัดสอดคล้องและไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งจะช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลมากขึ้น

3. การจัดทำข้อมูลเพื่อตอบตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดอ้างอิงด้านการแพทย์ดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลก เป็นประโยชน์ต่อประเทศไทย ในการสนับสนุนให้การแพทย์แผนไทยเป็นที่ยอมรับในเวทีสากล และเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการเทียบเคียงความสำเร็จด้านการแพทย์ดั้งเดิมในภูมิภาค ซึ่งช่วยให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการเป็นประเทศนำทางการแพทย์ดั้งเดิมของเอเชียในปีพ.ศ.2570

กลุ่มงานวิชาการแพทย์ดั้งเดิมระหว่างประเทศ

กองวิชาการและแผนงาน

8 สิงหาคม 2564