

Research for development of health benefit package under universal health care coverage scheme: Issue 1

โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฉบับที่ 1



โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
National Health Security Office (NHSSO)



ผู้จัดทำ
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
International Health Policy Program (IHPP)



และ
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)

รายงานฉบับสมบูรณ์

**โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฉบับที่ 1**

Research for development of health benefit package
under universal health care coverage scheme: Issue 1

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

National Health Security Office (NHSO)

ผู้จัดทำ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

International Health Policy Program (IHPP)

และ

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)



โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ฉบับที่ 1

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กุมภาพันธ์ 2554

จำนวน : 1,000 เล่ม

จัดทำโดย : **สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)**

อาคารคลังพัสดุ ชั้น 3 ซอยสาทรารณสุข 6 กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร 0-2590-2366 โทรสาร 0-2590-2385

www.ihpp.thaigov.net

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร 0-2590-4549, 0-2590-4374-5 โทรสาร 0-2590-4369

www.hitap.net

ISBN : 978-616-11-0587-7

พิมพ์ที่ : บริษัท เดอะ กราฟิก ซิสเต็มส์ จำกัด

119/138 หมู่ 11 เดอะ เทอร์เรซ ซ.ติวานนท์ 3 ถ.ติวานนท์

ต.ตลาดขวัญ อ.เมืองนนทบุรี จ.นนทบุรี 11000

โทร : 0 2525 1121, 0 2525 4669-70 โทรสาร : 0 2525 1272

คณะผู้ดำเนินโครงการฯ

รายนาม	หน่วยงาน
1. นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
2. นพ.ภูษิต ประคองสาย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
3. นางจิตปราณี วาศวิท	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
4. พญ.จงกล เลิศเอียรดำรง	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
5. พญ.ศิรินาถ ตงศิริ	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
6. นายจิรบูรณ์ โดสงวน	และ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
7. ทพญ.วริศรา พานิชเกรียงไกร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
8. นพ.ชนินท์ สกุลอิสริยาภรณ์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
9. นส.สุวรา แก้วนุ้ย	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
10. นส.กুমารี พัชนี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
11. นส.ชาฮีดา วิริยาทร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
12. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
13. ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
14. ภญ.อุษา ฉายเกล็ดแก้ว	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
15. ภก.เนติ สุขสมบูรณ์	และ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
16. ภญ.มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
17. ภญ.ศิตาพร ยังก	และ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
18. ภญ.พิศพรธณ วีระยิ่งยง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
19. ภญ.พัทธรา ลีพิทวงศ์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
20. ทพญ.อุษณา ตันมยุขกุล	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
21. นส.จอมขวัญ โยธาสุมุทร	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
22. ภญ.นริสา ตันทัยย์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
23. ภญ.วรัญญา รัตนวิภาพงษ์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
24. ภญ.จรรยา ลีวีร์โรจน์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
25. นส.รุ่งนภา คำผาง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
26. ภก.อดุลย์ ไมฮารา	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในครั้งนี้ไม่อาจสำเร็จลุล่วงลงได้ หากปราศจากการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รวมทั้งการสนับสนุนข้อมูลและคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ผู้ให้บริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ สำนักงานสถิติแห่งชาติ และโครงการพัฒนาเครื่องชี้วัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทยของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

นอกจากนี้ คณะผู้ดำเนินโครงการฯ ขอขอบพระคุณคณะทำงานเสนอหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยผู้กำหนดนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญและผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ นักวิชาการ ผู้แทนจากภาคอุตสาหกรรม ภาคประชาสังคม กลุ่มผู้ป่วย และกลุ่มประชาชนทั่วไป ในการเข้ามามีส่วนร่วมและให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อโครงการนี้

คณะผู้ดำเนินโครงการฯ

4 กุมภาพันธ์ 2554

บทสรุปผู้บริหาร

ในปี พ.ศ. 2552 คณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ซึ่งแต่งตั้งโดยคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาเห็นว่า มีมาตรการด้านสุขภาพที่ยังไม่ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์ หรือมีบางมาตรการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว แต่ผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม จึงเห็นสมควรให้จัดตั้งโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น โดยมีสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ร่วมกันดำเนินโครงการฯ

คณะผู้ดำเนินโครงการฯ เริ่มดำเนินงานด้วยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับองค์กรที่ทำหน้าที่พัฒนาสิทธิประโยชน์ในประเทศต่างๆ หลังจากนั้นได้จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อพัฒนาระบวนการ แนวปฏิบัติ และหลักเกณฑ์ต่างๆ ในโครงการนี้ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการนี้ประกอบด้วย 2 กระบวนการหลัก ได้แก่

ก. กระบวนการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้มาซึ่งหัวข้อ ที่มีความสำคัญสมควรนำมาศึกษาวิจัยเพื่อประเมินว่าจะบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์หรือไม่ โดยมีกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อ ดังนี้

1) การเสนอหัวข้อฯ ดำเนินการโดยคณะทำงานเสนอหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพซึ่งแต่งตั้งโดยคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ คณะทำงานดังกล่าวประกอบด้วยผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด 7 กลุ่ม คือ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ นักวิชาการ ภาคประชาสังคม กลุ่มผู้ป่วย ภาคอุตสาหกรรม และประชาชนทั่วไป ทำหน้าที่ประสานงานกับสมาชิกของกลุ่มที่ตนเป็นผู้แทนเพื่อเสนอหัวข้อฯ แต่ละกลุ่มสามารถเสนอหัวข้อฯ ได้ไม่เกิน 3 หัวข้อ โดยต้องสรุปข้อมูลที่แสดงถึงความสำคัญของหัวข้อที่เสนอต่อคณะผู้ดำเนินโครงการฯ เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการคัดเลือกหัวข้อฯ ต่อไป โดยมีกรอบเวลาในการเสนอหัวข้อปีละ 2 ครั้ง ในเดือนมกราคมและกรกฎาคมของทุกปี


2) การคัดเลือกหัวข้อฯ ดำเนินการโดยคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพซึ่งแต่งตั้งโดยคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ คณะทำงานนี้ประกอบด้วยผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในข้อ 1) จำนวน 4 กลุ่ม คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ นักวิชาการ ภาคประชาสังคม และกลุ่มผู้ป่วย ทำหน้าที่จัดลำดับความสำคัญและคัดเลือกหัวข้อฯ ที่ได้จากคณะทำงานเสนอหัวข้อฯ โดยมีคณะ

ผู้ดำเนินโครงการฯ ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ รวมทั้งให้การสนับสนุนในการค้นหาหลักฐานเชิงวิชาการเพิ่มเติมเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาตามประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อฯ ที่กำหนดไว้ 6 ประเด็น ดังนี้ (1) จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ (2) ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ (3) ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (4) ความแตกต่างในทางปฏิบัติ (5) ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และ (6) ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม ทั้งนี้หัวข้อฯ ที่ได้รับการคัดเลือกจะต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการฯ ก่อนเข้าสู่กระบวนการประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพต่อไป

ข. กระบวนการประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ พิจารณาประเด็นความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (ต้นทุน-ประสิทธิผล) และผลกระทบด้านงบประมาณ หน่วยงานที่รับผิดชอบการประเมินฯ คือ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ร่วมกับหน่วยงานวิจัยและองค์กรวิชาการอื่นๆ ในการพัฒนาโครงสร้างการวิจัย ดำเนินการวิจัย และสรุปผลการประเมิน โดยในทุกขั้นตอนได้เชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญในหัวข้อนั้นๆ มาให้ข้อคิดเห็นและหลักฐานทางวิชาการ เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างรอบด้านและโปร่งใส จากนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบการประเมินฯ นำเสนอผลการประเมินต่อคณะอนุกรรมการฯ เพื่อพิจารณาหัวข้อฯ นั้นๆ บรรลุเป็นมาตรการสุขภาพในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป

ในรอบที่ 1/2553 คณะทำงานที่เกี่ยวข้องได้เสนอหัวข้อฯ รวม 17 หัวข้อ ในจำนวนนี้ผ่านการพิจารณาคัดเลือกเข้าสู่การประเมินฯ จำนวน 9 หัวข้อ หลังจากการประเมินฯ แล้วเสร็จ จึงนำผลการประเมินฯ เสนอต่อคณะอนุกรรมการฯ ซึ่งที่ประชุมมีมติเห็นชอบให้ดำเนินการศึกษาเชิงลึกเพิ่มเติมใน 3 หัวข้อคือ 1) มาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ 2) การดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเสียงมะเร็งเม็ดเลือดขาวในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรม และ 3) การใช้แผ่นรองขับปัสสาวะสำเร็จรูปและผ้าอ้อมสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ ส่วนอีก 6 หัวข้อไม่บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ เนื่องจากบางหัวข้อเป็นมาตรการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์อยู่แล้วแต่ประชาชนไม่ได้รับบริการจึงขอให้แก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการดังกล่าวก่อน ในขณะที่บางหัวข้อฯ ผลการประเมินชี้ว่าเป็นมาตรการที่ไม่คุ้มค่า บางมาตรการต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมาก หรือระบบบริการสุขภาพน่าจะไม่มีความพร้อมเพียงพอที่จะนำมาตรการเหล่านี้มาดำเนินการในปัจจุบัน

ถึงแม้ว่าจะยังไม่มีการใดที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเสนอในรอบที่ 1/2553 ได้รับความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการฯ ให้บรรจุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ การดำเนินงาน



ข้างต้น ไม่ว่าจะเป็นการจัดทำแนวปฏิบัติ การกำหนดประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือก หัวข้อปัญหาและ/หรือนโยบายด้านสุขภาพที่สำคัญ การศึกษาวิจัยเพื่อประเมินปัญหาและ/หรือมาตรการด้านสุขภาพ และการนำเสนอผลการประเมินต่อคณะอนุกรรมการฯ ล้วน เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกภาคส่วนได้เข้ามามีส่วนร่วม ทำให้เกิดความโปร่งใส และการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยมีหลักฐานทางวิชาการรองรับ

ข้อจำกัดที่สำคัญในการดำเนินโครงการนี้อยู่ในขั้นตอนการเสนอหัวข้อ โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผ่านผู้แทนกลุ่มซึ่งพบว่ยังไม่เป็นที่รับรู้ของสมาชิกกลุ่มต่างๆอย่างกว้างขวาง จึงทำให้หัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่นำเสนอไม่สะท้อนถึงปัญหาและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างแท้จริง ในขณะเดียวกัน ยังพบว่ามีความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปรับปรุงรายละเอียดของประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อฯ ให้มีความชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะประเด็นความรุนแรงของโรค/ปัญหาสุขภาพที่มีข้อจำกัดด้านข้อมูลที่จะนำมาใช้ และการเปรียบเทียบความรุนแรงระหว่างกลุ่มโรคหรือปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างของเครื่องมือและการแปลงค่าความรุนแรงของโรค

อย่างไรก็ตาม โครงการนี้นับเป็นก้าวแรกของการพัฒนาชุดลิตีประโยชน์ฯ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยกระบวนการที่เป็นระบบ โปร่งใส อยู่บนพื้นฐานข้อมูลวิชาการ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในระยะต่อไป การประชาสัมพันธ์โครงการฯ เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มได้รับทราบ และใช้เป็นช่องทางการเสนอหัวข้อฯ ต่อคณะอนุกรรมการฯ เพื่อให้เกิดการพัฒนาชุดลิตีประโยชน์ฯ และระบบบริการสุขภาพ ที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนมากที่สุด

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร	v
สารบัญ	viii
1. ความเป็นมา	1
2. วัตถุประสงค์ของโครงการ	1
3. ระยะเวลาดำเนินงาน	2
4. ขั้นตอนการดำเนินงาน	2
ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนากรอบหลักเกณฑ์และแนวการปฏิบัติในการจัดลำดับ ความสำคัญของหัวข้อ	4
ขั้นตอนที่ 2 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	12
ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดกรอบสำหรับการประเมินปัญหาและ/ หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	19
ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	20
ขั้นตอนที่ 5 การเสนอผลการประเมินฯ ต่อคณะอนุกรรมการฯ	29
5. สรุปและอภิปรายผล	32
6. เอกสารอ้างอิง	37
7. ภาคผนวก	
1 รายงานการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อหารือกรอบและหลักเกณฑ์ การจัดลำดับความสำคัญ วันที่ 24 ธันวาคม 2552	42
2 รายงานการประชุมเพื่อคัดเลือกผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในกระบวนการเสนอและคัดเลือกหัวข้อฯ วันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553	52
3 รายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาร่างประเด็นและเกณฑ์ การคัดเลือกหัวข้อฯ วันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2553	64
4 รายงานการประชุมผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการ เสนอและคัดเลือกหัวข้อฯ วันที่ 9 มีนาคม 2553	70
5 ประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้าน สุขภาพเข้าสู่การประเมิน	76
6 แนวปฏิบัติสำหรับการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือ เทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน	90
7 คำสั่งคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการที่ 2/2553	100

8	คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการที่ 3/2553	104
9	การวิจัยเพื่อกำหนดกรอบการตัดสินใจสำหรับการลงทุนด้านสุขภาพ	108
10	รายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาประเด็นการประเมินวันที่ 8 เมษายน 2553	118
11	รายงานฉบับย่อการประเมินปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพรอบที่ 1/2553	123
1)	การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบต่อด้านงบประมาณของการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังชนิดอีแอนติเจนบวก	125
2)	การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบต่อด้านงบประมาณของการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง	149
3)	การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบต่อด้านงบประมาณของการรักษา ผู้ป่วยไตอักเสบจากโรคเอสแอลอีเพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	175
4)	การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบต่อด้านงบประมาณของมาตรการ ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย	195
5)	การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบต่อด้านงบประมาณของการรักษา โรคหอบหืดด้วยยา Omalizumab	211
6)	การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบต่อด้านงบประมาณการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ที่มีปัญหาการใส่ฟันปลอมทั้งปากฐานอะคริลิค	215
7)	การประเมินประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบต่อด้านงบประมาณของ วัสดุรองซับปีสสาวะอุจจาระสำเร็จรูปในผู้พิการและผู้สูงอายุ	231
8)	ระบบการคัดกรอง บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้มีปัญหาคาการตีมีสุรา : เด็กกำพร้าในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	249
9)	ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการแก้ไข ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ของประชาชนรอบเขตอุตสาหกรรม: กรณีศึกษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีน	267

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	องค์กรที่นำมาศึกษาในการพัฒนากรอบและหลักเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	5
ตารางที่ 2	กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนร่วมในการเสนอหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพต่อองค์กรที่ทำหน้าที่พัฒนาสิทธิประโยชน์ในประเทศต่างๆ และข้อกำหนดสำหรับประเทศไทย	6
ตารางที่ 3	กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนร่วมในการคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพในองค์กรที่ทำหน้าที่พัฒนาสิทธิประโยชน์ในประเทศต่างๆ และข้อกำหนดสำหรับประเทศไทย	7
ตารางที่ 4	ประเด็นสำหรับการคัดเลือกหัวข้อฯ ที่ใช้ในองค์กรที่ทำหน้าที่พัฒนาสิทธิประโยชน์ในประเทศต่างๆ และข้อกำหนดสำหรับประเทศไทย	9
ตารางที่ 5	แสดงประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	10
ตารางที่ 6	สาระสำคัญของแนวปฏิบัติสำหรับการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน	11
ตารางที่ 7	หัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเสนอเข้าสู่กระบวนการคัดเลือก รอบที่ 1/2553	14
ตารางที่ 8	สรุปคะแนนตามมติคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ รอบที่ 1/2553 จำแนกตามประเด็นสำหรับการคัดเลือก	16
ตารางที่ 9	ประเด็นสำหรับการประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ใช้ในองค์กรที่ทำหน้าที่พัฒนาสิทธิประโยชน์ในประเทศต่างๆ	19
ตารางที่ 10	การประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพในแต่ละหัวข้อฯ ที่ได้รับการคัดเลือก รอบที่ 1/2553	22
ตารางที่ 11	ข้อเสนอแนะของผู้ประเมินและความเห็น/มติของคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ	29



สารบัญรูปร่าง

รูปที่ 1	ขั้นตอนการดำเนินงาน	3
รูปที่ 2	กระบวนการพัฒนารอบและหลักเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อมปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	4



1. ความเป็นมา

คณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นคณะกรรมการฯ ชุดหนึ่งที่มีความสำคัญในการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากคณะกรรมการฯ นี้มีหน้าที่พิจารณามาตรการซึ่งรวมถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมเพื่อบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ รวมทั้งทำหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการฯ ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้มีสิทธิ นอกจากนี้ยังเป็นองค์กรที่มีส่วนในการสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพให้กับผู้มีสิทธิในระบบการประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม

ในปี พ.ศ. 2552 คณะกรรมการฯ ต้องการพิจารณาและคัดเลือกมาตรการด้านสุขภาพเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างครอบคลุมและเป็นระบบ นอกจากนี้คณะกรรมการฯ ตระหนักว่าชุดสิทธิประโยชน์ที่มีอยู่อาจจะยังไม่ครอบคลุมมาตรการด้านสุขภาพบางมาตรการที่จำเป็น หรือมาตรการบางอย่างอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้วแต่มีการกระจายตัวของกาให้บริการที่ไม่เพียงพอหรือมีราคาแพง จนทำให้ผู้ให้บริการหลักเสี่ยงที่จะให้บริการกับผู้มีสิทธิ อันเป็นสาเหตุให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงและไม่ได้รับบริการที่จำเป็น ทำให้มีข้อเสนอและการเรียกร้องต่อคณะกรรมการฯ ให้มีการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์โดยหน่วยงาน องค์กร และประชาชนกลุ่มต่างๆ อยู่บ่อยครั้ง

คณะกรรมการฯ จึงมอบหมายให้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) เป็นคณะผู้ดำเนินโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้วยการพัฒนาระบวนการดำเนินงานที่เหมาะสม เพื่อให้การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์มีความครอบคลุม เป็นระบบ โปร่งใสและอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงวิชาการ รวมทั้งมีช่องทางให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ มีส่วนร่วมในกระบวนการแต่ละขั้นตอน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างถ้วนหน้าและเป็นธรรม

2. วัตถุประสงค์ของโครงการ

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างครอบคลุมด้วยกระบวนการที่เป็นระบบ โปร่งใส และอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงวิชาการ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อพัฒนารอบและหลักเกณฑ์สำหรับการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และกรอบและหลักเกณฑ์สำหรับการประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
2. เพื่อให้ได้มาซึ่งลำดับของปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีความสำคัญและจำเป็นในการพิจารณาเพื่อการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ รวมทั้งกระบวนการมีส่วนร่วมและการสร้างความยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สำหรับคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ

3. ระยะเวลาดำเนินงาน

พฤศจิกายน 2552 - ตุลาคม 2553

4. ขั้นตอนการดำเนินงาน

การดำเนินงานดังรูปที่ 1 ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

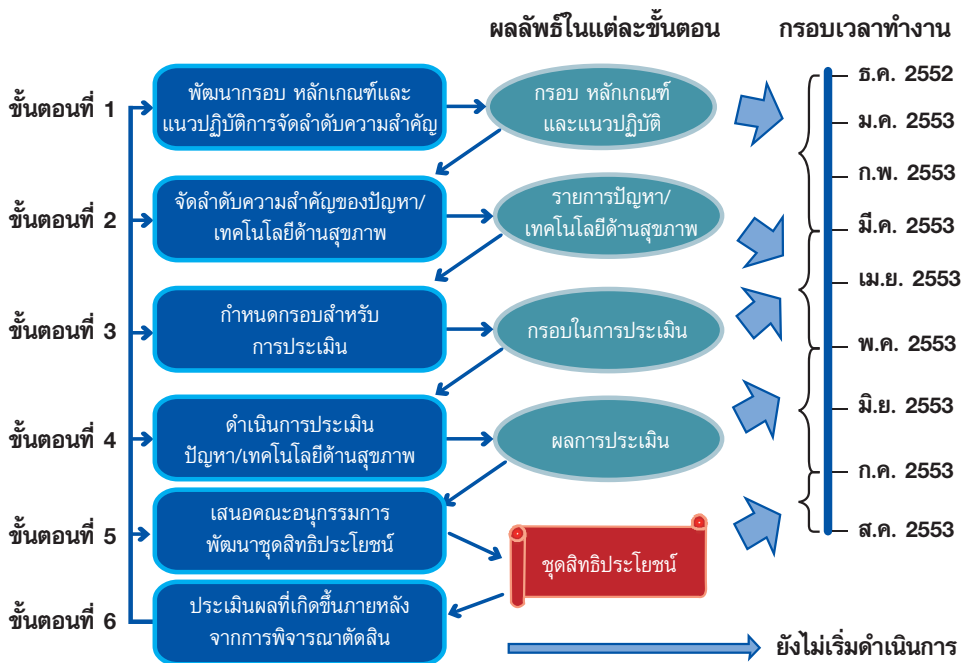
1. พัฒนารอบและหลักเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ รวมทั้งการจัดทำแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับโครงการนี้
2. นำกรอบและหลักเกณฑ์ที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยพิจารณาจากหลักฐานเชิงวิชาการที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างรอบด้าน เพื่อให้ได้มาซึ่งลำดับความสำคัญของหัวข้อฯ ที่จะนำไปประเมินในขั้นตอนต่อไป
3. กำหนดกรอบสำหรับการประเมินปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเด็นด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (ต้นทุน-ประสิทธิผล) และผลกระทบต่อด้านงบประมาณ โดยการทบทวนวรรณกรรมและประชุมปรึกษาหารือกับผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินฯ
4. ประเมินปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ได้จากการคัดเลือกหัวข้อในขั้นตอนที่ 2 โดยใช้กรอบการประเมินจากขั้นตอนที่ 3 ทั้งนี้ ได้จัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นต่อผลการประเมินที่ได้จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อให้ผลการประเมินมีความถูกต้อง โปร่งใส และเป็นที่ยอมรับ
5. จัดทำข้อเสนอแนะเกี่ยวกับปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพในหัวข้อที่นำมา

ประเมินต่อคณะกรรมการฯ เพื่อปรับปรุงให้ชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความเหมาะสมมากขึ้น

6. ประเมินผลการดำเนินโครงการหลังจากการพิจารณาตัดสินของคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการให้มีการบรรจุเทคโนโลยีด้านสุขภาพใดๆ เข้าอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ รวมทั้งแนวทางการพัฒนาโครงการสำหรับการดำเนินงานในระยะต่อไป ซึ่งยังไม่มีการดำเนินงานในปีแรก ดังนั้นรายงานฉบับนี้จะไม่กล่าวถึง

ขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 3 เป็นการพัฒนารอบ หลักเกณฑ์ และแนวปฏิบัติซึ่งนับว่าเป็นขั้นตอนสำคัญในการดำเนินโครงการในปีแรก เนื่องจากกรอบและหลักเกณฑ์ดังกล่าวจะถูกนำไปใช้ในการจัดลำดับความสำคัญและการประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพในขั้นตอนที่ 2 และขั้นตอนที่ 4 ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติในทุกปี อย่างไรก็ตาม กรอบและเกณฑ์เหล่านี้จะได้รับการปรับปรุงตามความเหมาะสมเมื่อดำเนินการไปแล้วระยะเวลาหนึ่ง

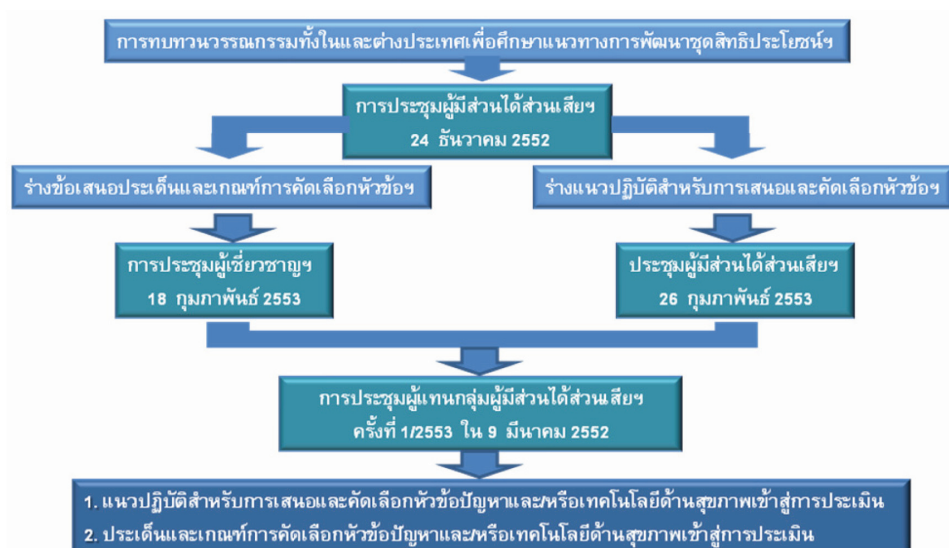
รูปที่ 1 ขั้นตอนการดำเนินงาน



ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนากรอบ หลักเกณฑ์และแนวปฏิบัติในการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อ

กิจกรรมในขั้นตอนแรกของการดำเนินโครงการฯ ประกอบด้วยการพัฒนากรอบและหลักเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ รวมทั้งการจัดทำแนวปฏิบัติต่างๆ ดังรูปที่ 2 คณะผู้ดำเนินโครงการฯ ได้กร่างเอกสารที่เกี่ยวข้องโดยการทบทวนวรรณกรรมซึ่งรวมทั้งแนวทางการดำเนินงานและหลักเกณฑ์ที่ใช้อยู่ในองค์กรที่ทำหน้าที่พัฒนาสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพในประเทศต่างๆ หลังจากนั้นได้นำเสนอขอทราบความคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและ/หรือผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้กรอบ หลักเกณฑ์และแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

รูปที่ 2 กระบวนการพัฒนากรอบและหลักเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ



ก. การกำหนดกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

คณะผู้ดำเนินโครงการฯ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานในองค์กรซึ่งทำหน้าที่พัฒนาสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพในประเทศต่างๆ ด้วยการคัดเลือกองค์กรที่นำมาศึกษาแบบเจาะจง (Purposive selection) โดยพิจารณาองค์กรที่ไม่

แสวงหากำไรและทำหน้าที่ประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อนำเสนอผู้กำหนดนโยบายด้านการพัฒนาสิทธิประโยชน์ทั้งในระดับประเทศและ/หรือระดับเมือง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์กรที่นำมาศึกษาในการพัฒนารอบและหลักเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

องค์กร	ประเทศ
1. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) [1]	อังกฤษ และ เวลส์
2. Canadian Agency for Drug and Technologies in Health (CADTH) [2]	แคนาดา
3. Veteran Administration's Technology Assessment Program (VATAP) [3]	สหรัฐอเมริกา
4. Health Council of the Netherlands [4,20]	เนเธอร์แลนด์
5. German Agency for Health Technology Assessment (DAHTA) @ German Institute for Medical Documentation and Information [5]	เยอรมนี
6. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU) [6,21]	สวีเดน
7. Catalan Agency for Health Technology Assessment (CAHTA) [7]	สเปน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในกระบวนการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อการพัฒนาสิทธิประโยชน์ของแต่ละองค์กร มีกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้ามามีส่วนร่วมและหลักเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อฯ แตกต่างกันไป ดังตารางที่ 2 และ 3 โดยองค์กรส่วนใหญ่รับข้อเสนอกำหนดหัวข้อฯ จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ นักวิชาการ ผู้กำหนดนโยบายและกลุ่มผู้ป่วย มีเพียง Health Council of the Netherlands เท่านั้นที่รับข้อเสนอกำหนดหัวข้อฯ จากเจ้าหน้าที่ในองค์กรเพียงกลุ่มเดียว ส่วนในกระบวนการคัดเลือกหัวข้อฯ นั้น องค์กรที่นำมาศึกษาส่วนใหญ่ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ นักวิชาการ และเจ้าหน้าที่ในองค์กร เป็นผู้คัดเลือกหัวข้อฯ

ตารางที่ 2 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนร่วมในการเสนอหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพต่อองค์กรที่ทำหน้าที่พัฒนาสิทธิประโยชน์ในประเทศต่างๆ และข้อกำหนดสำหรับประเทศไทย

กระบวนการ	กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	NICE	CADTH	VATAP	Health council of the Netherlands	DAHTA	SBU	CAHTA	THAILAND
การเสนอหัวข้อ	ผู้กำหนดนโยบาย	●	●	●		●	●		●
	ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์	●	●	●		●	●	●	●
	นักวิชาการ	●	●	●		●	●	●	●
	กลุ่มผู้ป่วย	●	●	●		●		●	●
	ภาคประชาสังคม	●	●			●			●
	ภาคอุตสาหกรรม	●	●			●	●		●
	กลุ่มประชาชนทั่วไป	●				●			●
	องค์กรระหว่างประเทศ			●					
	เจ้าหน้าที่ในองค์กร	●	●	●	●				

หมายเหตุ : ข้อกำหนดสำหรับประเทศไทยตามความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการประชุมเมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2552

ตารางที่ 3 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนร่วมในการคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพในองค์กรที่ทำหน้าที่พัฒนาสิทธิประโยชน์ในประเทศต่างๆ และข้อกำหนดสำหรับประเทศไทย

กระบวนการ	กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	NICE	CADTH	VATAP	Health council of the Netherlands	DAHTA	SBU	CAHTA	THAILAND
การคัดเลือกหัวข้อ	ผู้กำหนดนโยบาย	●	●			●	●		
	ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์	●	●	●		●	●	●	●
	นักวิชาการ	●	●			●	●	●	●
	กลุ่มผู้ป่วย	●				●			●
	ภาคประชาสังคม	●				●			●
	ภาคอุตสาหกรรม					●			
	กลุ่มประชาชนทั่วไป	●	●						
	เจ้าหน้าที่ในองค์กร	●	●		●		●	●	●

หมายเหตุ : ข้อกำหนดสำหรับประเทศไทยตามความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการประชุมเมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2552

คณะผู้ดำเนินโครงการฯ ได้นำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นเสนอต่อที่ประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย¹ เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2552 เพื่อขอทราบความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้มีส่วนร่วมในการเสนอและคัดเลือกหัวข้อฯ ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย (รายงานการประชุมในภาคผนวก 1) ซึ่งที่ประชุมเห็นสมควรกำหนดให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวม 7 กลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยผู้กำหนดนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ นักวิชาการ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม กลุ่มผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป สามารถเสนอหัวข้อฯ เข้าสู่การคัดเลือกได้ ดังตารางที่ 2 และในจำนวนนี้มี 4 กลุ่มที่สามารถเข้าร่วมการคัดเลือกหัวข้อฯ

¹ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมในการประชุมนี้ ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยคณะผู้ดำเนินโครงการฯ ซึ่งพิจารณาจากบทบาท หน้าที่ และความเกี่ยวข้องในระบบประกันสุขภาพ ตลอดจนสาขาความเชี่ยวชาญ

ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ นักวิชาการ ภาคประชาสังคม และกลุ่มผู้ป่วย ดังตารางที่ 3 ทั้งนี้ให้ดำเนินงานในรูปแบบของคณะทำงานรวม 2 คณะ โดยมีเจ้าหน้าที่ในองค์กรซึ่งเป็นคณะผู้ดำเนินโครงการฯ ทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการ

ต่อมา คณะผู้ดำเนินโครงการฯ ได้จัดการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สมควรให้มีส่วนร่วมในกระบวนการเสนอและคัดเลือกหัวข้อ เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคัดเลือกผู้แทนกลุ่มที่จะทำหน้าที่ในคณะทำงาน ซึ่งที่ประชุมเห็นชอบให้ผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการเสนอหัวข้อ ทั้ง 7 กลุ่ม คือ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ นักวิชาการ ภาคประชาสังคม กลุ่มผู้ป่วย ภาคอุตสาหกรรม และประชาชนทั่วไป โดยให้มีจำนวนตามที่กำหนดในแนวปฏิบัติสำหรับการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน (รายงานการประชุมในภาคผนวก 2)

ข. การพัฒนารอบและหลักเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

คณะผู้ดำเนินโครงการฯ ได้พัฒนาประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อ โดยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ที่ใช้อยู่ในองค์กรที่ทำหน้าที่พัฒนาสิทธิประโยชน์ในต่างประเทศที่นำมาศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่าประเด็นสำหรับการคัดเลือกหัวข้อ ในองค์กรเหล่านี้มีทั้งหมด 17 ประเด็น ดังตารางที่ 4 ซึ่งประเด็น ความหลากหลายในทางปฏิบัติ (variation) ประสิทธิภาพ (effectiveness) ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคม และจริยธรรม (equity/ethical and social implication) ภาระโรค (burden of disease) จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ (number of potential patients) และผลกระทบต่องบประมาณ (budget impact) เป็นประเด็นที่ใช้กันในหลายองค์กร ข้อมูลดังกล่าวถูกนำเสนอในการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2552 ซึ่งที่ประชุมเห็นสมควรให้ใช้ประเด็นการคัดเลือกหัวข้อ 6 ประเด็นคือ 1) จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ 2) ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ 3) ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ 4) ความแตกต่างในทางปฏิบัติ 5) ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และ 6) ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม (รายงานการประชุมในภาคผนวก 1)

ตารางที่ 4 ประเด็นสำหรับการคัดเลือกหัวข้อ ที่ใช้ในองค์กรที่ทำหน้าที่พัฒนาสิทธิประโยชน์ในประเทศต่างๆ และข้อกำหนดสำหรับประเทศไทย

		NICE	CADTH	VATAP	Health council of the NL	SBU	DAHTA	CAHTA	Frequency	THAILAND
Intervention	Variation	•	•	•		•	•	•	6	•
	resource impact	•							1	
	necessity				•				1	
	effectiveness		•		•	•	•	•	5	•
	efficiency				•		•		2	
	cost of intervention			•		•		•	3	
	individual responsibility				•				1	
	translating new knowledge into clinical practice or care (implementation feasibility)			•		•		•	3	
	possibility of change in cost							•	1	
	Disease	burden of disease	•		•			•	•	4
need for knowledge of the problem				•					1	
urgency/timeliness		•							1	
number of potential patients			•	•		•		•	4	•
Both	policy importance	•							1	
	equity/ethical and social implication	•	•	•		•		•	5	•
	economic impact	•	•			•		•	4	•
	sufficient evidence for assessment			•					2	
	Total	7	5	8	4	7	5	9		6

หมายเหตุ : ข้อกำหนดสำหรับประเทศไทยตามความเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการประชุมเมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2552

จากนั้น คณะผู้ดำเนินโครงการฯ ได้จัดทำร่างประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อ แล้วนำเสนอเพื่อปรึกษาหารือในที่ประชุมผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ² ในวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2553 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพิจารณากำหนดคำจำกัดความและเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละประเด็นที่กล่าวข้างต้น (รายงานการประชุมในภาคผนวก 3) รายละเอียดทั้งหมดได้ถูกนำเสนอต่อผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อพิจารณาในการประชุมเมื่อวันที่ 9 มีนาคม

² ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมในการประชุมนี้ ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยคณะผู้ดำเนินโครงการฯ ซึ่งพิจารณาจากสาขาความเชี่ยวชาญที่สอดคล้องกับเรื่องที่พิจารณาในการประชุม

2553 (รายงานการประชุมในภาคผนวก 4) ประเด็นการคัดเลือกหัวข้อ ที่ผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความเห็นชอบประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อ (ภาคผนวก 5) สรุปได้ดังที่แสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ประเด็นการคัดเลือกหัวข้อ	เกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อ
1. จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ	พิจารณาจากจำนวนประชากรที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้เทคโนโลยีนั้นๆ
2. ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	พิจารณาจากระดับคุณภาพชีวิตของคนส่วนใหญ่ที่เป็นโรคหรือมีปัญหาสุขภาพนั้นๆ
3. ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	พิจารณาจากผลลัพธ์สุดท้ายด้านสุขภาพ จากการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสภาพ การคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค และการป้องกันโรค อันสืบเนื่องมาจากเทคโนโลยีนั้นๆ
4. ความแตกต่างในทางปฏิบัติ	พิจารณาจากความแตกต่างในทางปฏิบัติจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ทั้งในด้านความแตกต่างระหว่างชุดสิทธิประโยชน์ และความแตกต่างที่เกิดจากการกระจายเทคโนโลยี
5. ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน	พิจารณาจาก ผลกระทบของภาระรายจ่ายด้านสุขภาพ จากปัญหาสุขภาพและ/หรือจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ครัวเรือนต้องแบกรับ
6. ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม	ประเด็นความเป็นธรรมพิจารณาจากการให้ความสำคัญแก่ผู้ได้รับผลกระทบที่มีรายได้น้อย และประเด็นทางสังคมและจริยธรรมพิจารณาจากการให้ความสำคัญในโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีความชุกต่ำ

ค. การจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน

ควบคู่ไปกับการกำหนดกรอบและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่จะเข้ามาทำหน้าที่เสนอและคัดเลือกหัวข้อ และการพัฒนาประเด็นและหลักเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อ คณะผู้ดำเนินโครงการได้ร่างแนวปฏิบัติสำหรับการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและ

เทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน ซึ่งนอกจากจะระบุงค์กร/หน่วยงานที่จัดเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มและจำนวนผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในคณะทำงานเสนอและคัดเลือกหัวข้อฯ แล้ว แนวปฏิบัติดังกล่าวยังมีสาระสำคัญครอบคลุมแนวปฏิบัติของคณะทำงาน กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ฝ่ายเลขานุการของคณะทำงาน และ IHPP และ HITAP ในฐานะที่เป็นผู้ดำเนินโครงการ หลังจากนั้น คณะผู้ดำเนินโครงการได้นำร่างแนวปฏิบัติดังกล่าวเสนอในที่ประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553 (รายงานการประชุมในภาคผนวก 2) และวันที่ 9 มีนาคม 2553 (รายงานการประชุมในภาคผนวก 4) ทั้งนี้ ที่ประชุมได้ให้ความเห็นชอบแนวปฏิบัติ (ภาคผนวก 6) ซึ่งมีสาระสำคัญตามที่สรุปในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 สาระสำคัญของแนวปฏิบัติสำหรับการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน

- คณะอนุกรรมการฯ แต่งตั้งคณะทำงาน 2 คณะ เพื่อทำหน้าที่เสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน
- ผู้แทนกลุ่มในคณะทำงานเสนอหัวข้อฯ รวบรวมหัวข้อฯ จากกลุ่มที่ตนเป็นผู้แทนกลุ่มละไม่เกิน 3 หัวข้อ เสนอเข้าสู่กระบวนการคัดเลือกปีละ 2 ครั้ง ในเดือนมกราคมและกรกฎาคมของทุกปี³
- คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ดำเนินการคัดเลือกหัวข้อฯ บนพื้นฐานของข้อมูลและหลักฐานเชิงวิชาการตามประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อฯ ที่กำหนดขึ้น
- คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ต้องแสดงการมีหรือไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในหัวข้อฯ ที่จะคัดเลือกในการประชุมครั้งนั้นๆ การตัดสินใจฉันทามติ หรือใช้เสียงอย่างน้อย 2 ใน 3 ของผู้เข้าร่วมประชุม
- ฝ่ายเลขานุการมีหน้าที่จัดเตรียมข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องให้กับคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ และเสนอผลการคัดเลือกต่อคณะอนุกรรมการฯ เพื่อพิจารณาต่อไป

หลังจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้ความเห็นชอบแนวปฏิบัติ แล้ว คณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์ฯ ได้แต่งตั้งคณะทำงานเสนอหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยี

³ ยกเว้นรอบที่ 1 ในปี 2553 ให้เสนอหัวข้อฯ ภายในวันที่ 9 เมษายน 2553

ด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน และคณะทำงานเสนอหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยี ด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน เพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามคำสั่งแต่งตั้งที่ 2/2553 และ 3/2553 ตามลำดับ เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2553 ซึ่งมีรายละเอียดขององค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ตามที่แสดงในภาคผนวก 7 และ 8 ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 2 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

คณะทำงานเสนอหัวข้อฯ ได้จัดเตรียมข้อมูลสำหรับการเสนอหัวข้อฯ รอบที่ 1/2553 ในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 9 มีนาคม 2553 ถึง 9 เมษายน 2553 ซึ่งมีกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 6 กลุ่ม⁴ เสนอหัวข้อฯ กลุ่มละ 3 หัวข้อ รวมเป็น 18 หัวข้อ แต่เนื่องจากในจำนวนนี้มีหัวข้อที่ซ้ำกัน 1 หัวข้อ ฝ่ายเลขานุการคณะทำงานฯ จึงนำมารวมเป็นหัวข้อเดียวกัน รวมทั้งปรับปรุงชื่อหัวข้อฯ ให้มีความชัดเจนมากขึ้น ดังตารางที่ 7 นอกจากนี้ยังได้จัดเตรียมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นและหลักเกณฑ์ฯ ที่กำหนด เพื่อนำเข้าสู่การพิจารณาในกระบวนการคัดเลือกหัวข้อฯ

หัวข้อฯ ที่เข้าสู่การคัดเลือกในรอบที่ 1/2553 ถูกนำเสนอในการประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ เมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม 2553 ซึ่งที่ประชุมมีมติเห็นชอบให้คัดเลือกโดยเป็นไปตามคะแนนรวมของแต่ละหัวข้อฯ ได้ตามประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อฯ ซึ่งเป็นการให้คะแนนร่วมกันของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ นอกจากนี้ ยังได้กำหนดจำนวนหัวข้อฯ ที่จะคัดเลือกเข้าสู่การประเมินในรอบนี้ไว้ไม่เกิน 8 หัวข้อ เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรของหน่วยงานประเมิน ทั้งนี้ จะพิจารณาจากหลักฐานวิชาการที่ฝ่ายเลขานุการคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ จัดเตรียมไว้ อย่างไรก็ตามในประเด็นด้านความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้น พบว่า มีข้อมูลการวัดคุณภาพชีวิตของโรคที่แตกต่างกัน และใช้เครื่องมือหรือวิธีการวัดที่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สามารถจะนำมาเปรียบเทียบกันได้ อีกทั้งปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพหลายหัวข้อมีข้อมูลไม่เพียงพอ ด้วยเหตุนี้ ที่ประชุมเห็นชอบให้ส่งพิจารณาประเด็นด้านความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพในการคัดเลือกหัวข้อฯ รอบที่ 1/2553

เมื่อดำเนินการพิจารณาตามหลักเกณฑ์ที่กล่าวแล้ว คณะทำงานได้คัดเลือกหัวข้อฯ เข้าสู่การประเมินฯ รวม 9 หัวข้อ จากทั้งหมด 17 หัวข้อ ประกอบด้วย 1) การประเมินความคุ้มค่าของการรักษาภาวะหอบที่ดชนิดรุนแรงด้วยยา Anti IgE 2) การตรวจคัดกรอง

⁴ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ของดใช้สิทธิการเสนอหัวข้อในรอบนี้

และรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง 3) มาตรการคัดกรอง รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติ่มสุรา 4) การผ่าตัดใส่รากฟันเทียม 5) การดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเม็ด เลือดขาวในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรม 6) การรักษาผู้ป่วยไตอักเสบจาก SLE เพื่อ ป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง 7) มาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ 8) การตรวจคัดกรองและ รักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง และ 9) แผนรณรงค์ขับปัสสาวะ อูจจาระสำเร็จรูปและผ้าอ้อม สำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 8 ซึ่งเป็นจำนวนที่เกินกว่าที่กำหนดไว้แต่แรก แต่ เนื่องจากคณะทำงานพิจารณาว่า หัวข้อแผนรณรงค์ขับปัสสาวะ อูจจาระสำเร็จรูปและผ้าอ้อม สำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ มีความสำคัญ เนื่องจากกลุ่มผู้พิการเป็นกลุ่มที่รัฐควรให้ความ ดูแล ดังนั้นหัวข้อนี้ จึงถูกคัดเลือกเข้าสู่การประเมินเพิ่มเติม

คณะผู้ดำเนินโครงการฯ ได้นำมติคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ดังกล่าวข้างต้น เสนอคณะอนุกรรมการฯ เมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2553 ซึ่งคณะอนุกรรมการฯ มีมติเห็น ชอบให้นำหัวข้อฯ ที่ผ่านการคัดเลือกทั้ง 9 หัวข้อ เข้าสู่กระบวนการประเมินต่อไป

การประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 24 ธันวาคม 2552



ตารางที่ 7 หัวข้อปัญหาและเทคนิคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีส่วนได้ส่วนเสียเสนอเข้าสู่กระบวนการคัดเลือก รอบที่ 1/2553

หัวข้อปัญหาและเทคนิคโนโลยีด้านสุขภาพ	ผู้เสนอ	หัวข้อปัญหาและเทคนิคโนโลยีด้านสุขภาพหลังการปรับ/แก้ไข
1. การผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ป่วยที่ไม่มีฟันทั้งปาก หรือผู้ป่วยที่มีฟันกรามเหลือไม่ถึง 2 คู่ (4 ซี่) รายละเอียดและค่าวัสดุอุปกรณ์	ผู้กำหนดนโยบาย	1. การผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ป่วยที่ไม่มีฟันทั้งปาก หรือที่มีฟันกรามเหลือไม่ถึง 2 คู่ (4 ซี่)
2. การรักษาผู้ป่วยด้วยข้อเทียมที่เจ็บด้วยยาต้านไวรัส	ผู้กำหนดนโยบาย	2. การตรวจคัดกรองและรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประชากรที่ยังไม่เคยฉีดวัคซีน
3. การตรวจคัดกรองสุขภาพโรคมะเร็งตับและตับแข็ง ในกลุ่ม pre aging (ประชาชนอายุ 45-60 ปี)	นักวิชาการ	3. การตรวจคัดกรองและรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
4. การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ	ผู้กำหนดนโยบาย	4. มาตรการคัดกรอง รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ดื่มสุรา
5. การบริการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย	นักวิชาการ	5. มาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่
6. Smoking Cessation Therapies/Services		
7. การดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเม็ดเลือดขาวในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรม	อุตสาหกรรม	6. การดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเม็ดเลือดขาวในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรม
8. ขยายขอบเขตการคุ้มครองผู้พิการทางสายตาด้วยการผ่าตัดใส่ลูกตาเทียม	นักวิชาการ	7. การผ่าตัดใส่ลูกตาเทียม ตกแต่งเสริมสร้างใบหน้าและใบหน้า
9. การขยายขอบเขตคุ้มครองการมีบุตรยาก	ประชาชนทั่วไป	8. การรักษากภาวะมีบุตรยาก

ตารางที่ 7 หัวข้อปัญหาและเทคนิคโน้โดยยด้านสุขภาพที่กลุ่มผู้มีสว่นได้สว่นเสยเสนอเข้าสู่กระบวนการคัดเลือก รอบที่ 1/2553 (ต่อ)

หัวข้อปัญหาและเทคนิคโน้โดยยด้านสุขภาพ	ผู้เสนอ	หัวข้อปัญหาและเทคนิคโน้โดยยด้านสุขภาพหลังการปรับ/แก้ไข
10. ขยายขอบเขตการคุ้มครองการตรวจสุขภาพประจำปีของประชาชน	ประชาชนทั่วไป	9. การตรวจสุขภาพประจำปีของประชาชนตามชุดสิทธิประโยชน์ของข้าราชการ
11. การรักษาโรค psoriasis	อุตสาหกรรม	10. การรักษาโรคสะเก็ดเงิน (psoriasis) ด้วยยากลุ่ม Biological agents
12. การประเมินความคุ้มค่าของการรักษาภาวะหอบหืดชนิดควบคุมอาการไม่ได้ในผู้ป่วยตั้งแต่อยุ 6 ปีขึ้นไป ด้วยยา Anti IgE	อุตสาหกรรม	11. การประเมินความคุ้มค่าของการรักษาภาวะหอบหืดชนิดรุนแรงในผู้ป่วยอายุ 6 ปีขึ้นไป ด้วยยา Anti IgE
13. การตรวจค้นหาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะต้นจากการบริโภคอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ	ผู้ป่วย	12. การตรวจค้นหาและรักษาโรคมะเร็งตับ
14. การรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีจากการบริโภคอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ	ผู้ป่วย	13. การตรวจค้นหาโรคมะเร็งท่อน้ำดี
15. การรักษาผู้ป่วยไตอักเสบจาก SLE เพื่อป้องกันการเกิดไตวายเรื้อรัง	ผู้ป่วย	14. การรักษาผู้ป่วยไตอักเสบจาก SLE เพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง
16. การใช้ยาสุมโนไพรและยาไทยเพรสสังฆาตทดแทนยาแผนปัจจุบัน ในข้อบ่งใช้โรคตีตวงทวาร	ประชาสังคม	15. การใช้ยาสุมโนไพรเพรสสังฆาตในการรักษาโรคตีตวงทวาร
17. การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังด้วยเครื่องไตเทียม หรือการฟอกเลือด	ประชาสังคม	16. การให้บริการทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายรายใหม่
18. วัสดุทางการแพทย์แผ่นรองขั้วปลัสวาระและอุจจาระสำเ็จรูปและพั้ออมที่ใช้ในการขับถ่ายสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ	ประชาสังคม	17. วัสดุทางการแพทย์แผ่นรองขั้วปลัสวาระ อุจจาระสำเ็จรูปและพั้ออม สำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ

ตารางที่ 8 สรุปคะแนนตามมติคณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อฯ รอบที่ 1/2553 จำนวนตามประเด็นสำหรับการคัดเลือก

หัวข้อปัญหาและเทคนิคโนโลยีด้านสุขภาพ	M.เลขาธิการศูนย์ฯ บุคลากรในศูนย์ฯ	M.เลขาธิการศูนย์ฯ บุคลากรในศูนย์ฯ	M.เลขาธิการศูนย์ฯ บุคลากรในศูนย์ฯ	ศูนย์ฯ บุคลากรในศูนย์ฯ	ศูนย์ฯ บุคลากรในศูนย์ฯ	ศูนย์ฯ บุคลากรในศูนย์ฯ	รวม
1. การประเมินความคุ้มค่าการรักษากะโหลกศีรษะที่ชนรุนแรงในผู้ป่วยอายุ 6 ปีขึ้นไป ด้วยยา Anti IgE	4	-	3	5	1		18
2. การตรวจคัดกรองและรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประชากรที่ยังไม่เคยฉีดวัคซีน	5	-	4	3	3		17
3. มาตรการคัดกรอง รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ดื่มสุรา	5	-	5	1	1		16
4. การผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ป่วยที่ไม่มีฟันทั้งปาก หรือที่มีฟันกรามเหลือไม่ถึง 2 คู่ (4 ซี่)	5	-	2	5	1		15
5. การดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเม็ดเลือดขาวในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรม	4	-	3	1	2		15
6. การรักษาผู้ป่วยไตอักเสบจาก SLE เพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง	2	-	4	5	1		14
7. มาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่	5	-	3	1	3		14

ตารางที่ 8 สรุปคะแนนตามมติคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ รอบที่ 1/2553 จำแนกตามประเด็นสำหรับการคัดเลือก (ต่อ)

หัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	M.คะแนนเชิงคุณประโยชน์ของผู้เกี่ยวข้อง	M.คะแนนเชิงคุณประโยชน์ของประชาชน	M.คะแนนเชิงคุณประโยชน์ของบุคลากรทางการแพทย์	M.คะแนนเชิงคุณประโยชน์ของภาคเอกชน	M.คะแนนเชิงคุณประโยชน์ของภาคการศึกษา	M.คะแนนเชิงคุณประโยชน์ของภาคอุตสาหกรรม	M.คะแนนเชิงคุณประโยชน์ของภาคบริการ	M.คะแนนเชิงคุณประโยชน์ของภาคการเกษตร	M.คะแนนเชิงคุณประโยชน์ของภาคการขนส่ง	M.คะแนนเชิงคุณประโยชน์ของภาคการสื่อสาร	M.คะแนนเชิงคุณประโยชน์ของภาคการพลังงาน	M.คะแนนเชิงคุณประโยชน์ของภาคการบริการ	M.คะแนนเชิงคุณประโยชน์ของภาคการอื่น ๆ	รวม
8. การตรวจคัดกรองและรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง	3	-	5	2	3	1								14
9. แผนรณรงค์ขับไล่สภาวะ อุกจากระสีห์เรื้อรังและผ้าอ้อม ถ้าหริบผู้พิการและผู้สูงอายุ	4	-	2	2	4	1								13
10. การรักษากษภาวะมีบุตรยาก	5	-	0	2	5	1								13
11. การให้บริการทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายรายใหม่	2	-	1	5	4	1								13
12. การตรวจค้นหาและรักษาโรคมะเร็งตับ	2	-	3	2	5	1								13
13. การตรวจสุขภาพประจำปีของประชาชนตามชุดสิทธิประโยชน์ของข้าราชการ	5	-	0	5	1	1								12
14. การใช้ยาสมุนไพรเพชรสังฆาตในการรักษาริดสีดวงทวาร	5	-	1	4	1	1								12

ตารางที่ 8 สรุปคะแนนตามมติคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ รอบที่ 1/2553 จำนวนตามประเด็นสำหรับการคัดเลือก (ต่อ)

หัวข้อปัญหาและเทคนิคโนโลยีด้านสุขภาพ	M.เลขเฉลี่ยในเชิงคุณประโยชน์ของผู้ที่เกี่ยว	*M.เลขเฉลี่ยในเชิงคุณประโยชน์ของคณะ	M.เลขเฉลี่ยในเชิงคุณประโยชน์ของคณะ	M.เลขเฉลี่ยในเชิงคุณประโยชน์ของคณะ	คณะผู้ทรงคุณวุฒิ	คณะผู้ทรงคุณวุฒิ	รวม
15. การรักษาโรคสะเก็ดเงิน (psoriasis) ด้วยยา กลุ่ม Biological agents	1	-	1	2	5	2	11
16. การตรวจค้นหาโรคมะเร็งท่อน้ำดี	2	-	2	2	1	3	10
17. การผ่าตัดใส่ลูกตาเทียม ตกแต่งเสริมสร้างใบหน้าและใบหน้า	1	-	2	1	1	2	7

หมายเหตุ * ในรอบที่ 1/2553 คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ไม่พิจารณาประเด็นด้านความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดกรอบสำหรับการประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

คณะผู้ดำเนินโครงการฯ ได้ทบทวนวรรณกรรมและค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นสำหรับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพจาก 7 องค์กรที่ทำหน้าที่พัฒนาสิทธิประโยชน์ที่นำมาทบทวนในขั้นตอนที่ 1 ซึ่งพบว่า มีประเด็นที่ใช้สำหรับการประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ จำนวน 8 ประเด็น โดยประเด็น ประสิทธิภาพ (effectiveness/efficacy) เป็นประเด็นที่ถูกนำมาใช้มากที่สุด รองลงมาได้แก่ประเด็น ต้นทุน-ประสิทธิผล (cost-effectiveness) ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม (Equity / Ethical and Social implication) และผลกระทบต่องานประมาณ (Budget impact) ตามลำดับดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ประเด็นสำหรับการประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ใช้ในองค์กรที่ทำหน้าที่พัฒนาสิทธิประโยชน์ในประเทศต่างๆ

	NICE	CADTH	VATAP	Health council of the Netherland	SBU	DAHTA	CAHTA
Effectiveness / Efficacy	●	●	●	●	●	●	●
Safety							●
Cost		●					
Cost-Effectiveness ⁵	●	●		●	●	●	●
Budget impact		●		●			
Population impact		●					
Planning / Utilization / Legal issues		●				●	
Equity / Ethical and Social implication		●			●	●	
Total	2	8	1	3	3	4	4

⁵ ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (ต้นทุน-ประสิทธิผล หรือ Cost-Effectiveness) เป็นคำที่ใช้กล่าวโดยรวมสำหรับการประเมินเพื่อเปรียบเทียบต้นทุนและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเทคโนโลยีซึ่งครอบคลุมวิธีการประเมินทั้ง การประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis, CEA) , ต้นทุนอรรถประโยชน์ Cost-Utility Analysis, CUA), ต้นทุนผลได้ (Cost-Benefit Analysis, CBA) หรือ ประสิทธิภาพ (efficiency)

นอกจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประเด็นสำหรับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพจาก 7 องค์กรข้างต้นแล้ว คณะผู้ดำเนินโครงการฯ ยังพิจารณาการศึกษาเรื่องการวิจัยเพื่อกำหนดกรอบการตัดสินใจสำหรับการลงทุนด้านสุขภาพ ของศิตาพรและคณะ (ภาคผนวก 9) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับประเด็นที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ในมุมมองของผู้กำหนดนโยบาย บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนทั่วไปในประเทศไทย ด้วยวิธี Discrete Choice Experiment (DCE) ผลการศึกษาระบุว่า หากตัดประเด็นที่ซ้ำกับประเด็นที่ใช้ในการคัดเลือกหัวข้อฯ ในโครงการฯ นี้ ออกไปแล้ว ประเด็นความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และผลกระทบด้านงบประมาณ เป็นประเด็นที่กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมการวิจัยให้ความสำคัญในการตัดสินใจเลือกเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์

ผลการทบทวนวรรณกรรม และการศึกษาข้างต้น ถูกนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ที่กำหนดโดยคณะผู้ดำเนินโครงการฯ ในวันที่ 8 เมษายน 2553 ที่ประชุมมีความเห็นว่าประเด็นที่ควรนำมาใช้ในการประเมินหัวข้อฯ ที่ผ่านการคัดเลือก คือ ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (ต้นทุน-ประสิทธิผล) และผลกระทบด้านงบประมาณ (รายงานการประชุมในภาคผนวก 10) หลังจากนั้นคณะผู้ดำเนินโครงการฯ ได้นำเสนอประเด็นการประเมินฯ ต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ในวันที่ 7 พฤษภาคม 2553 และได้รับความเห็นชอบให้ใช้ประเด็นดังกล่าวในการประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ผ่านการคัดเลือก เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การดำเนินการประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

หน่วยงานที่ทำหน้าที่ประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 2 หน่วยงานหลักคือ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ดำเนินการประเมินฯ รอบที่ 1/2553 แล้วเสร็จภายในระยะเวลา 2 เดือน ตั้งแต่พฤษภาคมถึงกรกฎาคม 2553 โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) ทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการจัดประชุมหารือผู้เกี่ยวข้อง

2) จัดประชุมหารือผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสาขานั้นๆ เพื่อกำหนดคำถามและขอบเขตของการประเมิน รวมทั้งพิจารณาโครงสร้างวิจัย ก่อนเริ่มดำเนินการศึกษาซึ่งมีการปรับหัวข้องานวิจัยเพื่อความเหมาะสมมากขึ้น

3) ดำเนินการประเมินปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ พิจารณาในประเด็นด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (ต้นทุน-ประสิทธิผล)⁶ ซึ่งการประเมินฯส่วนใหญ่ภายใต้โครงการนี้เป็นการประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณ โดยข้อมูลที่น่ามาใช้ในการประเมินฯ มาจากหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานวิจัยที่ไม่แสวงหากำไร⁷ อีกทั้งในการประเมินฯ จำต้องดำเนินการตามคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย⁸

4) นำเสนอผลการประเมินเบื้องต้นต่อผู้เกี่ยวข้อง ด้วยการนำเสนอผลการวิจัยเบื้องต้นแก่ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องซึ่งร่วมประชุมหารือในขั้นตอนก่อนหน้านี้เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของผลการประเมิน และประเด็นที่ควรได้รับการแก้ไขหรือวิเคราะห์เพิ่มเติม

5) ทบทวนและปรับปรุงผลการศึกษาและจัดทำทสรุปรูปผู้บริหาร เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการเพื่อพิจารณาต่อไป ทั้งนี้ผลการประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ สรุปรดงตารางที่ 8 (รายงานโดยย่อของการประเมินทั้ง 9 หัวข้อฯ ในภาคผนวก 11)

⁶ การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ในที่นี้กล่าวโดยรวมด้วยคำว่า ต้นทุน-ประสิทธิผล ซึ่งครอบคลุมถึงต้นทุนอรรถประโยชน์ ในรูปของต้นทุนต่อหน่วยผลลัพธ์ด้านสุขภาพ คือ ต้นทุนต่อปีสุขภาพ (cost per quality adjusted life year, QALY) โดยประเทศไทยได้กำหนดค่าเพดานความคุ้มค่า (Ceiling threshold) ที่ไม่เกิน 1 เท่าของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศต่อหัวประชากร (Gross Domestic Product per capita) หรือประมาณ 1 แสนบาทต่อปีสุขภาพ จึงถือว่ามีความคุ้มค่าควรแก่การลงทุน

⁷ หน่วยงานที่ไม่แสวงหากำไรซึ่งเป็นแหล่งที่มาของข้อมูลที่ใช้ประเมินฯ ประกอบด้วย ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยจากโครงการพัฒนาเครื่องชั่งวัดภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ข้อมูลต้นทุนทางตรงทางการแพทย์จากสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ ข้อมูลต้นทุนทางอ้อมจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และข้อมูลปีสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ตีพิมพ์ทั้งในและต่างประเทศ

⁸ อุษา ฉายเกียรติแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์, สิริพร คงพิทยาชัย, เนติ สุขสมบูรณ์: คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด 2552

ตารางที่ 10 การประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพในแต่ละหัวข้อ ที่ได้รับการคัดเลือก รอบที่ 1/2553

หัวข้อ-หน่วยงาน ประเมิน	วัตถุประสงค์	วิธีวิจัย	ผลการวิจัย
1. การประเมิน ต้นทุน ออร์ทอปรีโชน์ และ ผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิต การ รักษาโรคไวรัสตับ อักเสบบีเรื้อรังชนิด แอนติเจนบวก - HITAP	ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผล กระทบด้านงบประมาณของการรักษา แบบประคับประคอง (Palliative care) เปรียบเทียบกับการรักษาด้วยยาสูตร ต่างๆ ได้แก่ (1) ยาต้นแบบ Lamivudine (LMV), (2) ยาชื่อสามัญ Lamivudine (LMV GPO), (3) Adefovir (ADV) และ LMV GPO หากมีการดื้อยา, (4) Entecavir (ETV) และ (5) Telbivudine (TVD) และ (6) Pegylated interferon alpha (PEG) ซึ่งเป็นยาฉีดตามด้วยยาชนิด รับประทานข้างต้น หากการรักษา ในปีแรกไม่ได้ผล	การประเมินต้นทุนออร์ทอปรีโชน์ ใน มุมมองของรัฐบาล โดยใช้แบบจำลอง Markov ประชากรกลุ่มเป้าหมายคือผู้ ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังชนิด HBeAg บวกที่มีคุณสมบัตินี้ตามเกณฑ์ที่ จะต้องได้รับการรักษาด้วยยา กรอบ ระยะเวลาของการศึกษาที่สอดคล้องตาม ช่วงของผู้ป่วย และประเมินผลกระทบ ด้านงบประมาณของการรักษา หากยาที่ มีความคุ้มค่ามากที่สุดถูกบรรจุในชุด สิทธิประโยชน์	- การรักษาด้วยยาชื่อสามัญ LMV GPO มีความคุ้มค่ามากที่สุด เมื่อ เปรียบเทียบกับการให้การรักษาแบบ ประคับประคอง สำหรับยาตัวอื่นๆ ไม่มีความคุ้มค่า - การรักษาด้วย LMV GPO จะต้องใช้ งบประมาณสูงกว่าการรักษาแบบ ประคับประคอง 50 ล้านบาทในปี แรก และเพิ่มสูงขึ้นเป็น 500 ล้าน บาทโดยประมาณในปีที่ 5
2. การประเมิน ต้นทุน ออร์ทอปรีโชน์ และ ผลกระทบต่อ คุณภาพชีวิต การ รักษาโรคไวรัสตับ อักเสบบีเรื้อรังชนิด แอนติเจนลบ - HITAP	ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผล กระทบด้านงบประมาณของการรักษา แบบประคับประคองเปรียบเทียบกับ แนวทางการรักษาอื่นๆ ได้แก่ (1) Interferon alpha (IFN) ร่วมกับ	การประเมินต้นทุนออร์ทอปรีโชน์ ใน มุมมองของรัฐบาล โดยใช้แบบจำลอง Markov ประชากรกลุ่มเป้าหมายคือผู้ ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี อายุ 18-60 ปี กรอบระยะเวลาของการศึกษานี้คือ	- การให้ Peg2a+RBV ในการรักษา โรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังที่เกิดจาก สายพันธุ์ 1 4 5 6 มีความคุ้มค่าเมื่อ เปรียบเทียบกับกรให้การรักษาแบบ ประคับประคอง ส่วนโรคไวรัสตับ

ตารางที่ 10 การประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพในแต่ละหัวข้อ ที่ได้รับการคัดเลือก รอบที่ 1/2553 (ต่อ)

หัวข้อ-หน่วยงาน ประเมิน	วัตถุประสงค์	วิธีวิจัย	ผลการวิจัย
โรคไวรัสตับอักเสบซี เรื้อรัง - HITAP	ribavirin (RBV) (2) pegylated interferon alpha 2a (Peg2a) ร่วมกับ RBV (3) pegylated interferon alpha 2b (Peg2b(1.0)) ขนาด 1.0 ไมโครกรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม ร่วมกับ RBV กับ (4) pegylated interferon alpha 2b (Peg2b(1.5)) ขนาด 1.5 ไมโครกรัมต่อน้ำหนักตัวหนึ่งกิโลกรัม ร่วมกับ RBV	ทดลองยาของผู้ป่วย และประเมินผลกระทบด้านงบประมาณของการรักษา ทายาทที่มีความคุ้มค่ามากที่สุด ถูกบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์	อีกเสบซีเรื้อรังที่เกิดจากสายพันธุ์ 3 การรักษาด้วยยาทุกสูตรสามารถประหยัค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคตับแข็งและมะเร็งตับในอนาคตได้ - การรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังที่เกิดจากสายพันธุ์ 1 4 5 6 ด้วยยา Peg2a ต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้น 3,500 ล้านบาท และโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังที่เกิดจากสายพันธุ์ 3 ด้วยยา Peg2b ใช้งบประมาณเพิ่มขึ้น 8,600 ล้านบาท คิดเป็นงบประมาณรวม 12,000 ล้านบาท ในระยะเวลา 5 ปี
3. การประเมิน ต้นทุน อรรถประโยชน์ และ ผลกระทบต่อด้านงบประมาณของการ รักษาผู้ป่วยไตอักเสบ	ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผลกระทบต่อด้านงบประมาณของการรักษา เปรียบเทียบระหว่างทางเลือกที่มีอยู่ในปัจจุบัน ยา Intravenous cyclophosphamide (IVC) ยา Mycophenolate mofetil (MMF) และยา	การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ ในมุมมองของสังคม โดยใช้แบบจำลอง Markov ประชากรกลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยไตอักเสบจากโรคเอสแอลอีที่มีอายุ 35 ปี กรอบระยะเวลาของการศึกษานี้คือตลอดอายุขัยของผู้ป่วย และประ	- การรักษา IVC ตามด้วย AZA ต่อเนื่อง 3 ปี มีความคุ้มค่าที่สามารถลดงบประมาณด้านสุขภาพ และการเพิ่มมีสุขภาพของผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาตามแนวทางรักษาทางคลินิก

ตารางที่ 10 การประเมินปัญหาและ/หรือเงื่อนไขโดยด้านสุขภาพในแต่ละหัวข้อฯ ที่ได้รับการคัดเลือก รอบที่ 1/2553 (ต่อ)

หัวข้อ-หน่วยงาน ประเมิน	วัตถุประสงค์	วิธีวิจัย	ผลการวิจัย
จากโรคเอสแอลอี เพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย - HITAP	Azathioprine(AZA) โดยศึกษารูปแบบการใช้ยา IVC ติดต่อกัน 3 ปี ลดขนาดลงเป็นระยะ เปรียบเทียบกับ (1) ให้ IVC ตามด้วย AZA ต่อเนื่อง 3 ปี (2) ให้ IVC ตามด้วย MMF ต่อเนื่อง 3 ปี (3) ให้MMF ตามด้วย AZA ต่อเนื่อง 3 ปี (4) ให้ MMF ติดต่อกัน 3 ปี โดยลดขนาดลงเป็นระยะ	เมื่อนผลกระทบด้านงบประมาณของการรักษา หากยาที่มีความคุ้มค่ามากที่สุด ถูกบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์	(Clinical practice guideline) ที่แนะนำให้ใช้ IVC ติดต่อกัน 3 ปี โดยลดขนาดลงเป็นระยะ - งบประมาณต่อการรักษาตลอดช่วงชีวิตผู้ป่วย 1 รายประมาณ 1.4-1.5 ล้านบาท
4. การประเมินต้นทุน อรรถประโยชน์ และผลกระทบด้านงบประมาณของมาตรการส่งเสริม การเลิกบุหรี่ใน ประเทศไทย - IHPP	ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผลกระทบด้านงบประมาณของมาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ โดยศึกษาการเลิกด้วยตนเอง หรือ “หักดิบ” เปรียบเทียบกับมาตรการส่งเสริมในรูปแบบต่างๆ เช่น (1) การให้คำปรึกษาที่โรงพยาบาล (2) การให้คำปรึกษาโดย Quitline (3) การให้คำปรึกษาร่วมกับการให้นยา นิโคตินทดแทนแบบเคี้ยว (Nicotine Gum) (4) การให้คำปรึกษาร่วมกับการให้นยา นิโคตินทดแทนแบบแผ่นแปะ	การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ ในมุมมองทางสังคม โดยใช้แบบจำลอง Markov ประชากรเป้าหมายเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ทั้งหมด และกรอบระยะเวลาของการศึกษานี้คือตลอดอายุขัยของผู้ป่วย และประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ หากบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์	- มาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ทุกมาตรการมีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับกับการเลิกด้วยตนเอง เนื่องจากสามารถลดงบประมาณด้านสุขภาพและการเพิ่มมีสุขภาพของผู้ป่วยอีกด้วย - งบประมาณคิดจากสัดส่วนการใช้ยา nortriptyline ที่ถือว่าเป็นยา first line ร้อยละ 80 และใช้ยาทดแทน นิโคตินแบบเคี้ยว และ varenicline ที่ถือเป็นยา second line อย่างละ

ตารางที่ 10 การประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพในแต่ละหัวข้อ ที่ได้รับการคัดเลือก รอบที่ 1/2553 (ต่อ)

หัวข้อ-หน่วยงาน ประเมิน	วัตถุประสงค์	วิธีวิจัย	ผลการวิจัย
5. การประเมินต้นทุน อรรถประโยชน์ และ ผลกระทบด้านงบ ผลกระทบของการ รักษารอคอบที่ด ด้วยยา Omalizumab - IHPP	(Nicotine Patch) (5) การให้คำปรึกษา ร่วมกับการใช้ยา bupropion (6) การ ให้คำปรึกษาร่วมกับการให้ยา nortrip- tyline และ (7) การให้คำปรึกษาร่วม กับการให้ยา varenicline ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผล กระทบด้านงบประมาณของการรักษาผู้ ป่วยหอบที่ดชนิดรุนแรง ด้วยการรักษา แบบมาตรฐาน (standard treatment) เปรียบเทียบกับยา anti IgE ซึ่งการ ศึกษานี้ใช้ยา omalizumab เป็นกรณี ศึกษา	การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ ใน มุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพ โดยใช้ แบบจำลอง Markov ประชากรกลุ่ม เป้าหมายคือผู้ป่วยหอบที่ดชนิดรุนแรงที่ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบมาตรฐาน ฐานอื่นๆ กรอบระยะเวลาของการ ศึกษานี้คือตลอดอายุของผู้ป่วย และ ประเมินผลกระทบด้านงบประมาณของ การรักษา หากบรรจุในชุดสิทธิ ประโยชน์	ร้อยละ 10 จะทำให้มีผลกระทบด้าน งบประมาณอยู่ที่ 273 ล้านบาท ในปี แรก และเพิ่มเป็น 566 ล้านบาท ในปีที่ 5 - การรักษาผู้ป่วยโรคหอบที่ดชนิด รุนแรง ด้วยยา omalizumab เทียบ กับการรักษาแบบมาตรฐาน มีค่า ต้นทุนอรรถประโยชน์ส่วนเพิ่มที่ 3 ล้านบาทต่อปีสุขภาพจะ - การรักษาด้วยยา omalizumab ใช้ งบประมาณเพิ่มขึ้น 5.4 หมื่นล้าน บาทต่อปี และต้องจ่ายเพิ่ม 2.7 แสน ล้านบาท ในระยะเวลา 5 ปี
6. การประเมิน ต้นทุน อรรถประโยชน์และ ผลกระทบด้านงบ	ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผล กระทบด้านงบประมาณของการใส่ ฟันเทียมทั้งปากฐานอะคริลิคในขา กรรไกรล่าง โดยไม่ได้รับการรักษาเพิ่ม	การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ ใน มุมมองทางสังคม โดยใช้แบบจำลอง Markov ประชากรเป้าหมายเป็นผู้ที่ ไม่มีฟันทั้งปาก ที่มีอายุ 45 และ 60 ปี	- ผ่าตัดใส่รากฟันเทียมมีความคุ้มค่า ไม่กว่าจะเป็นการพิจารณาบนพื้นฐาน ของต้นทุนตามโครงการรากฟัน เทียมฯ ต้นทุนเฉลี่ยของสถาน

ตารางที่ 10 การประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพในแต่ละหัวข้อ ที่ได้รับการคัดเลือก รอบที่ 1/2553 (ต่อ)

หัวข้อ-หน่วยงาน ประเมิน	วัตถุประสงค์	วิธีวิจัย	ผลการวิจัย
<p>ประมาณการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ที่มีปัญหาการใส่ฟันปลอมทั้งปากฐานอะคริลิค - IHPP</p>	<p>เดิมและต้องใส่ฟันเทียมนั้นต่อไปเปรียบเทียบกับการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในขากรรไกรล่าง</p>	<p>กรอบระยะเวลาของการศึกษานี้คือตลอดอายุขัยของผู้ป่วย การประมาณต้นทุนบริการแบ่งเป็น 2 แบบคือประมาณต้นทุนตามโครงสร้างการฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติ และประมาณต้นทุนตามค่าเฉลี่ย Cost to charge ratio ของสถานพยาบาลรัฐ 3 แห่ง รวมทั้งประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ หากบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์</p>	<p>พยาบาล 3 แห่ง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผลกระทบด้านงบประมาณ 5 ปี คิดเป็น 280-781 ล้านบาท เมื่อพิจารณาถึงจำนวนประชากรเป้าหมาย และคิดเป็น 83-208 ล้านบาท เมื่อพิจารณาถึงความสามารถในการให้บริการ
<p>7. การประเมินประเมินต้นทุน อรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของวัสดุรองซิมบัสสภาวะผู้สูงอายุ</p> <p>รองซิมบัสสภาวะผู้สูงอายุและผู้พิการและผู้สูงอายุ</p> <p>ผู้พิการและผู้สูงอายุ</p> <p>- HITAP</p>	<p>ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผลกระทบด้านงบประมาณของผู้ใช้วัสดุรองซิมบัสสภาวะและผู้สูงอายุเปรียบเทียบการไม่ใช้วัสดุรองซิมบัสสภาวะและผู้สูงอายุในกลุ่มผู้พิการและผู้สูงอายุ</p>	<p>อยู่ระหว่างดำเนินการ โดยกำหนดระยะของการศึกษาดังนี้</p> <p>การศึกษาระยะที่ 1 การทดสอบความน่าเชื่อถือของผู้ให้ข้อมูล</p> <p>การศึกษาระยะที่ 2 การสำรวจเพื่อหาระดับคุณภาพชีวิต</p> <p>การศึกษาระยะที่ 3 Quasi-experiment เพื่อหาข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตและต้นทุนค่าใช้จ่าย</p> <p>การศึกษาระยะที่ 4 การสร้างแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์</p>	<p>ผลการประเมินความคุ้มค่า ยังอยู่ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ คาดว่าจะประเมินแล้วเสร็จในเดือนกุมภาพันธ์ 2553</p>

ตารางที่ 10 การประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพในแต่ละหัวข้อ ที่ได้รับการคัดเลือก รอบที่ 1/2553 (ต่อ)

หัวข้อ-หน่วยงาน ประเมิน	วัตถุประสงค์	วิธีวิจัย	ผลการวิจัย
8. ระบบการคัดกรอง บำบัด รักษา และ ฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้มี ปัญหาการดื่มสุรา : เด็กกำพร้าในระบบ หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า - IHPP	ประเมินสถานการณ์ของมาตรการคัด กรอง บำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพของ ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา	การทบทวนวรรณกรรมและความคิดเห็น ของผู้เชี่ยวชาญ	การบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ควรประกอบด้วย สี่ขั้นตอน 1) การคัด กรอง และการให้คำแนะนำปรึกษา เบื้องต้น ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มียุทธศาสตร์ คัดกรองกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นทางการใน ระดับประเทศ 2) มาตรการบำบัดรักษา ภาวะถอนพิษสุรา ซึ่งในปัจจุบันผู้ป่วย ยังไม่ได้เข้าสู่การบำบัดรักษาอาการติด สุราอย่างทั่วถึง 3) มาตรการการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ ซึ่งใน ปัจจุบันยังขาดความพร้อม 4) มาตรการดูแลระยะยาวหลังการรักษา ซึ่งในปัจจุบันยังไม่มีการดูแลผู้ ป่วยระยะยาวหลังการรักษา - งบประมาณในการดำเนินงานใน 5 ปีประมาณ 500 ล้านบาท
9. ข้อเสนอเชิง นโยบายสำหรับการ แก้ไข ปัญหาสิ่ง	ศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพและค่าใช้จ่าย ของประชาชนรอบเขตอุตสาหกรรม ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเม็ด	การวิเคราะห์ผลกระทบต่อสุขภาพจาก การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว ใน มุมมองของสังคม โดยใช้แบบจำลอง	- ต้นทุนในมุมมองของสังคมที่เกิดขึ้น จากการมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือด ขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีน

ตารางที่ 10 การประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพในแต่ละหัวข้อ ที่ได้รับการคัดเลือก รอบที่ 1/2553 (ต่อ)

หัวข้อ-หน่วยงาน ประเมิน	วัตถุประสงค์	วิธีวิจัย	ผลการวิจัย
<p>แวดล้อมที่ก่อให้เกิดผลกระทบของประชาชนรอบเขตอุตสาหกรรม: กรณีศึกษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีน - HITAP</p>	<p>เลือดขาว โดยเน้นที่กรณีโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีน</p>	<p>Markov ประเมินค่าใช้จ่ายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในระยะเวลาของผู้ป่วย 1 ราย และสร้างสถานการณ์จำลองเพื่อประเมินผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในระดับ มหภาคของชุมชนหรือสังคม</p>	<p>เพิ่มขึ้นในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรม 1 ราย ถ้ารักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัดคิดเป็นเงิน 3.8 ล้านบาทต่อปี ถ้าผู้ป่วยรักษาโดยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดคิดเป็นเงิน 6.5 ล้านบาทต่อปี</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจำลองเหตุการณ์ของชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรมแห่งหนึ่งที่มีประชากรเริ่มต้น 50,000 คน และมีจำนวนผู้ย้ายเข้าปีละ 1,000 คน พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีนเพิ่มมากขึ้นทุกปี และเมื่อคาดการณ์ไป 30 ปีข้างหน้า จะทำให้เกิดต้นทุนทางสังคมสูงถึง 3,500 ล้านบาท ซึ่งถ้ามีหลายชุมชน ต้นทุนทางสังคมที่เกิดขึ้นจะมีมูลค่ามหาศาล โดยเฉพาะต้นทุนที่สังคมต้องแบกรับ

ขั้นตอนที่ 5 การเสนอผลการประเมินฯ ต่อคณะกรรมการฯ

คณะผู้ดำเนินโครงการฯ นำเสนอผลการประเมินทั้ง 9 หัวข้อ ต่อคณะกรรมการฯ เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2553 และวันที่ 30 สิงหาคม 2553 โดยที่ประชุมเห็นชอบให้ผู้รับผิดชอบการประเมิน ทำการศึกษาเชิงลึกเพิ่มเติมใน 3 หัวข้อ คือ 1) มาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ยี่ 2) การดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเม็ดเลือดขาวในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรม และ 3) การใช้แผ่นรองขับปัสสาวะอุจจาระสำเร็จรูปและผ้าอ้อมสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ ส่วนอีก 6 หัวข้อ ไม่บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ เนื่องจากเป็นมาตรการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ (อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ) แต่มีปัญหาเรื่องการเข้าถึง จึงขอให้แก้ไขปัญหาดังกล่าวก่อน ส่วนมาตรการที่ไม่มีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์นั้น ผลการประเมินชี้ว่า บางมาตรการไม่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ หรือต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมาก หรือมีข้อมูลว่าระบบบริการสุขภาพไม่มีความพร้อมเพียงพอที่จะนำมาตราการเหล่านี้มาดำเนินการ ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ข้อเสนอแนะของผู้ประเมินและความเห็น/มติของคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ

หัวข้อประเมิน	ข้อเสนอแนะของผู้ประเมิน	ความเห็น/มติของคณะกรรมการฯ
1. การประเมินต้นทุน อรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังชนิด อีแอนติเจนบวก	ยา lamivudine คุ้มค่าสำหรับการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังและยานี้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติอยู่แล้ว ดังนั้นควรมีมาตรการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาและการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง	ยา lamivudine ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว เนื่องจากยาดังกล่าวอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบัน
2. การประเมินต้นทุน อรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง	ยารักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในบริบทของประเทศไทย คือ pegylated interferon 2a และ pegylated interferon 2b (1.0 mcg/kg) ดังนั้นควรบรรจุยาดังกล่าวในชุดสิทธิประโยชน์	ยังไม่เสนอเป็นสิทธิประโยชน์ เนื่องจากจำเป็นต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก อีกทั้งการวินิจฉัยโรค (สายพันธุ์) มีราคาแพงและยังมีปัญหาความแม่นยำของการวินิจฉัย

หัวข้อประเมิน	ข้อเสนอแนะของผู้ประเมิน	ความเห็น/มติของคณะอนุกรรมการฯ
3. การประเมินต้นทุน อรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของการรักษาผู้ป่วยไตอักเสบจากโรคเอสแอลอีเพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	การรักษาผู้ป่วยไตอักเสบลูปัสรายใหม่ ที่มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในบริบทของประเทศไทย คือการให้ใช้ยาฉีด Intravenous cyclophosphamide 1,000 มิลลิกรัมต่อเดือน เป็นเวลา 6 เดือน แล้วตามด้วย azathioprine 50 มิลลิกรัม/วัน ต่อเนื่องจนครบ 3 ปี	ยา Intravenous cyclophosphamide และ azathioprine ที่ประเมินพบว่ามีค่าคุ้มค่านั้นครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว เนื่องจากยาดังกล่าวอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบัน
4. การประเมินต้นทุน อรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของมาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย	มาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ทุกมาตรการที่ประเมินแล้วพบว่ามีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ โดยกรณีที่ต้องใช้ยา ควรให้ยา nortriptyline เป็นยา first line และ varenicline เป็นยา second line	ให้ผู้ประเมินฯ ต่อยอดการศึกษาเป็นโครงการนำร่องในหน่วยบริการ 200 แห่งที่สปสข.ดำเนินการอยู่ เพื่อนำไปวิเคราะห์เพิ่มเติมและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายที่ชัดเจนมากขึ้น
5. การประเมินต้นทุน อรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของการรักษาโรคหอบหืดด้วยยา Omalizumab	การรักษาผู้ป่วยหอบหืดชนิดรุนแรงควรใช้ยาพ่นชนิดสเตียรอยด์เป็นลำดับแรก หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาพ่นชนิดสเตียรอยด์ รวมถึงการรักษาด้วย long acting beta agonist และ maintenance systemic steroid จึงแนะนำให้ใช้ยา omalizumab (anti IgE) ในการรักษา ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาพ่นชนิดสเตียรอยด์มากกว่า	ไม่เสนอให้ยา omalizumab เป็นสิทธิประโยชน์ฯ เนื่องจากไม่มีความคุ้มค่าและมีผลกระทบด้านงบประมาณมาก แต่ควรเพิ่มการเข้าถึงยาพ่นชนิดสเตียรอยด์ให้มากขึ้น เพื่อลดต้นทุนการรักษาพยาบาลจากการกลับเป็นซ้ำ

หัวข้อประเมิน	ข้อเสนอแนะของผู้ประเมิน	ความเห็น/มติของคณะอนุกรรมการฯ
6. การประเมินต้นทุน อรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ที่มีปัญหาการใส่ฟันปลอมทั้งปากฐานอะคริลิค	การผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ที่ไม่ได้มีฟันทั้งปาก มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ งบประมาณที่ใช้และจำนวนประชากรเป้าหมายมีไม่มาก จึงควรบรรจุการผ่าตัดรากฟันเทียมสำหรับผู้ไม่มีฟันทั้งปากไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ฯ ทั้งนี้ควรประเมินความพร้อมของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และระบบบริการด้วย	ยังไม่เสนอเป็นสิทธิประโยชน์ฯ แม้ว่าจะมีความคุ้มค่า แต่ปัจจุบันยังพบว่าประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมเพียงพอ ซึ่งเป็นเรื่องจำเป็นและเร่งด่วนที่ สปสช. ควรดำเนินการก่อน
7. การประเมิน ประเมินต้นทุน อรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของวัสดุรองชั้บปัสสาวะสำเร็จรูปในผู้พิการและผู้สูงอายุ	ยังไม่มีข้อเสนอ เนื่องจาก มาตรการนี้อยู่ระหว่างการ ประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และผลกระทบ ด้านงบประมาณ	มีความเห็นว่าวัสดุรองชั้บปัสสาวะ และอุจจาระสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุมีความสำคัญ ขอให้ผู้ ประเมินไปศึกษาให้เสร็จสิ้น กระบวนการและนำมาเสนอต่อไป
8. ระบบการคัดกรอง บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้มี ปัญหาการตี๋มสุรา : เด็กกำพร้าในระบบ หลักประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า	เสนอให้มีโปรแกรมเฉพาะ (vertical program) ของ สปสช. ตั้งแต่การคัดกรอง บำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพผู้ มีปัญหาการตี๋มสุรา โดยทำงาน ร่วมกับหน่วยงานที่ดำเนินการ อยู่แล้ว	ให้ สปสช. ทบทวนนโยบายการคัด กรอง บำบัด รักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพผู้มีปัญหาการตี๋มสุราที่ ดำเนินการอยู่แล้ว รวมถึงบุตรีและ ยาเสพติดอื่นด้วย เพื่อไม่ให้ซ้ำซ้อน กับหน่วยงานอื่น
9. ข้อเสนอเชิงนโยบาย สำหรับการแก้ไข ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ก่อ ให้เกิดผลกระทบต่อ สุขภาพ ของประชาชน รอบเขตอุตสาหกรรม : กรณีศึกษาโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวที่เกิดจาก การสัมผัสสารเบนซิน	กรณีศึกษาโรคมะเร็งเม็ดเลือด ขาวที่เกิดจากการสัมผัสสาร เบนซิน ซึ่งให้เห็นปัญหามลพิษ ในพื้นที่เขตอุตสาหกรรมส่งผล ต่อสุขภาพและภาระค่าใช้จ่าย ของระบบสุขภาพ จึงเสนอให้ สปสช. เข้ามามีบทบาทในการ แก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจัง	ให้ สปสช. ทบทวนบทบาทด้านการ สร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดย เน้นการบริการสร้างเสริมสุขภาพ ระดับบุคคลและครอบครัว

5. สรุปและอภิปรายผล

โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้มีลักษณะเป็นงานวิจัยและพัฒนา ดังนั้นกิจกรรมหลักจึงเป็นการริเริ่มพัฒนากรอบและหลักเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ให้มีความเป็นระบบ โปร่งใส และอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการ ซึ่งเป็นการสร้างความชอบธรรมและความเป็นธรรมในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ [25]

การพัฒนากระบวนการที่เป็นระบบ เริ่มต้นด้วยคณะผู้ดำเนินโครงการฯ เรียนรู้จากประสบการณ์ของประเทศอื่นๆ ที่เคยดำเนินการมาก่อนจากการทบทวนวรรณกรรม หลังจากนั้น นำเสนอต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับกระบวนการเสนอและคัดเลือกหัวข้อฯ ที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย โดยกำหนดให้มีคณะทำงานเสนอหัวข้อฯ เข้าสู่การคัดเลือกมาจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 7 กลุ่ม ครอบคลุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในสังคม โดยไม่รวมถึงองค์กรระหว่างประเทศ เนื่องจากมิใช่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเจ้าหน้าที่ในองค์กรพัฒนาสิทธิประโยชน์ เนื่องจากอาจมีอคติในการพัฒนาสิทธิประโยชน์ ส่วนคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ มาจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 4 กลุ่ม ซึ่งพิจารณาจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการเสนอหัวข้อฯ ที่มีความเข้าใจในระบบสุขภาพเป็นอย่างดีหรือได้รับผลกระทบโดยตรงจากการรับบริการในระบบสุขภาพ โดยไม่รวมถึงผู้กำหนดนโยบาย และกลุ่มอุตสาหกรรม เพราะอาจมีอคติต่อการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ และกลุ่มประชาชนทั่วไป เพราะอาจไม่มีความเข้าใจในระบบสุขภาพเพียงพอ

คณะทำงานเสนอหัวข้อฯ ดำเนินการเสนอหัวข้อฯ แก่คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ เพื่อคัดเลือกหัวข้อฯ เข้าสู่กระบวนการประเมิน โดยใช้ประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกฯ จำนวน 6 ประเด็น ที่พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและการประชุมผู้เชี่ยวชาญซึ่งเห็นชอบให้เลือกประเด็นที่มีความนิยมใช้ในองค์กรต่างประเทศมาใช้ในการคัดเลือกหัวข้อฯ สำหรับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในประเทศไทย ทั้งนี้หัวข้อฯ ที่มีความสำคัญลำดับต้น ถูกนำเข้าสู่กระบวนการประเมินฯ โดยใช้ประเด็นประเมินฯ จำนวน 2 ประเด็น ที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและการประชุมผู้เชี่ยวชาญเช่นกัน ผลการประเมินถูกนำเสนอต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อพิจารณาบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อไป

การพัฒนากระบวนการที่โปร่งใส กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ กำหนดให้ทุกกระบวนการเป็นการสร้างการมีส่วนร่วม

ร่วมและการรับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นตอน การพัฒนากรอบและหลักเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญ ขั้นตอนการจัดลำดับความ สำคัญของหัวข้อฯ ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการเสนอหัวข้อฯ และการคัดเลือกหัวข้อฯ ขั้น ตอนการพัฒนากรอบการประเมินและการดำเนินการประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยี ด้านสุขภาพ นอกจากนี้เอกสารประกอบการดำเนินการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ที่เกิดขึ้น ในขั้นตอนต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้นทั้งหมดได้ถูกเผยแพร่ต่อสาธารณะผ่านทางเว็บไซต์ (www.hitap.net/bp) โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถเข้ามาตรวจสอบความถูกต้องครบ ถ้วนของเอกสารได้อย่างเสรี

การพัฒนากระบวนการพิจารณาบนพื้นฐานข้อมูลวิชาการ แนวทางในการจัดทำ ข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจเพื่อการพัฒนาชุดสิทธิ ประโยชน์ ตั้งแต่การขั้นตอนของการเสนอหัวข้อฯ และคัดเลือกหัวข้อฯ รวมถึงการประเมินฯ เป็นการพิจารณาตามกรอบและหลักเกณฑ์ที่จัดทำขึ้นมาภายใต้โครงการนี้ ซึ่งกำหนดไว้ อย่างชัดเจนว่าข้อมูลที่น่ามาใช้ประกอบการพิจารณาตามประเด็นและเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ต้องมีหลักฐานเชิงวิชาการสนับสนุนทั้งสิ้น

จากการดำเนินการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในครั้งนี้พบปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น เนื่องจากข้อจำกัดในบริบทของประเทศไทย รายงานฉบับนี้ขออภิปรายปัญหาและอุปสรรค ที่พบ โดยเปรียบเทียบกับองค์กร NICE ของประเทศอังกฤษและเวลส์ ซึ่งเป็นองค์กรที่ คณะผู้ดำเนินโครงการฯ สามารถเข้าถึงข้อมูลมากที่สุด ดังนี้

1. ด้านการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ เนื่องด้วย กระบวนการที่พัฒนาขึ้นมาใหม่ภายใต้โครงการนี้ยังไม่เป็นที่รู้จักในสังคมโดยทั่วไป เป็น เหตุให้หัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพของผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางกลุ่ม เช่น กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ กลุ่มอุตสาหกรรม มาจากการรับฟังความ คิดเห็นของคนในกลุ่มเพียงส่วนเดียว อีกทั้งการเสนอผ่านผู้แทนกลุ่มซึ่งแต่ละกลุ่มมีวิธีการ ในการรวบรวมหัวข้อที่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ใช้การประชุมกลุ่มเพื่อรวบรวมหัวข้อ ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการประชุมที่จัดขึ้นได้ เป็นต้น หากพิจารณา วิธีการของ NICE ซึ่งใช้ช่องทางการส่งแบบฟอร์มการเสนอหัวข้อผ่านทางเว็บไซต์โดยตรง ซึ่งสร้างความสะดวกแก่ผู้เสนอหัวข้อฯ และเป็นวิธีการที่เหมาะสมตามบริบทของประเทศ อังกฤษและเวลส์ อย่างไรก็ตามวิธีการดังกล่าวอาจเป็นไปได้ยากที่จะนำมาใช้ในประเทศไทย เพราะคนไทยยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงเทคโนโลยีการสื่อสารและ internet อยู่

แนวทางการแก้ปัญหา ด้านการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการพัฒนาชุดสิทธิ ประโยชน์ภายใต้โครงการนี้ คณะผู้ดำเนินโครงการฯ ได้เน้นย้ำให้ผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้

ส่วนเสียใช้วิธีการรวบรวมหัวข้อ ด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางของสมาชิกในกลุ่ม นอกจากนี้คณะผู้ดำเนินโครงการฯ ได้เตรียมการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โครงการนี้ด้วยการจัดทำเอกสารชี้แจงกระบวนการเสนอและคัดเลือกหัวข้อ รวมทั้งกระบวนการอื่นๆ ในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดได้รับทราบและดำเนินการเสนอหัวข้อ ตามช่องทางที่กำหนดไว้

2. ด้านศักยภาพในการพิจารณาหัวข้อ ที่มีความสำคัญภายในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อเสนอเข้าสู่กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยยังไม่มีความรู้ในการพิจารณาหัวข้อที่เหมาะสม โดยส่วนใหญ่เป็นการใช้ประสบการณ์เดิมที่ตนมีอยู่ในฐานะผู้ป่วยโรคนั้นๆ แต่ขาดการมองปัญหาในภาพรวมทั้งระบบ ทำให้บางหัวข้อที่เสนอเป็นหัวข้อที่เฉพาะเจาะจงไม่สามารถขยายไปสู่การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ได้ เช่น การตรวจค้นหาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในระยะต้นจากการบริโภคอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงสาเหตุจากการบริโภคอาหารไม่ถูกสุขลักษณะดังกล่าวเป็นหัวข้อที่ยากต่อการขยายผลไปสู่การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ เนื่องจากเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารส่วนบุคคล นอกจากนี้กลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มประชาชนทั่วไป ยังมีข้อจำกัดในการเสนอหัวข้อ ผ่านแบบฟอร์มและหลักเกณฑ์ที่กำหนดโดยคณะผู้ดำเนินโครงการฯ อีกด้วย

แนวทางการแก้ปัญหา คณะผู้ดำเนินโครงการฯ เข้าไปช่วยเหลือสนับสนุนในด้านวิชาการให้กับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วย เพื่อให้ได้หัวข้อที่มีความชัดเจนและสามารถขยายไปสู่การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ได้ รวมทั้งสนับสนุนการจัดทำข้อมูลสำหรับหัวข้อ ที่ต้องการเสนอ การดำเนินการดังกล่าวคล้ายกับ NICE ซึ่งมีระบบการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้ป่วยในการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาสิทธิประโยชน์ ด้วยการจัดตั้ง Patient Involvement Unit ซึ่งจะมีหน้าที่ในการให้คำแนะนำ การจัดหลักสูตรอบรม รวมทั้งเอกสารที่เป็นข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการที่เกี่ยวข้องทั้งหมด อย่างไรก็ตามการดำเนินงานของคณะผู้ดำเนินโครงการฯ แม่ว่ายังไม่ได้จัดตั้งเป็นระบบที่ชัดเจนก็ตาม แต่ถือเป็นความพยายามในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ให้กับกลุ่มผู้ป่วยให้มีความเข้มแข็งขึ้นต่อไปในอนาคต

3. ด้านจำนวนบุคลากรหรือหน่วยงานประเมินฯ เนื่องจากการประเมินปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเป็นศาสตร์ใหม่ในประเทศไทย ซึ่งยังไม่เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายในกลุ่มนักวิจัย บุคลากรทางการแพทย์ และผู้กำหนดนโยบาย [26] เป็นเหตุให้ในปัจจุบันประเทศไทยยังขาดแคลนทรัพยากรสำหรับการประเมินฯ หากพิจารณาเปรียบ

เทียบประเทศอังกฤษและเวลส์ซึ่งมีการพัฒนาระบบการประเมินฯ มานานกว่า 10 ปี ทำให้มีบุคลากรและหน่วยงานประเมินฯ ที่เข้มแข็งอยู่ตามสถาบันการศึกษาต่างๆ ถึง 7 สถาบัน ทำให้ NICE สามารถพิจารณาหัวข้อฯ ที่เข้าสู่การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ได้เป็นจำนวนมากในแต่ละปี

แนวทางการแก้ปัญหา ในประเด็นด้านการขาดแคลนทรัพยากรจำเป็นต้องใช้เวลาและความร่วมมือจากหลายฝ่าย ด้วยข้อจำกัดดังกล่าวทำให้การดำเนินงานที่ผ่านมาของคณะผู้ดำเนินโครงการฯ จำเป็นต้องจำกัดจำนวนหัวข้อฯ ที่เข้าสู่การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ โดยหัวข้อฯ ที่เสนอจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียถูกจำกัดไว้เพียง 3 หัวข้อต่อกลุ่ม และหัวข้อฯ ที่เข้าสู่กระบวนการประเมินฯ มีเพียง 9 หัวข้อในรอบที่ 1/2553 ตามกำลังของบุคลากรในหน่วยงานประเมินฯ ในขณะที่ NICE ทำการประเมินฯ ได้ 28 หัวข้อในปี 2553 สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มจำนวนหน่วยงานประเมินฯ ให้มีจำนวนเพียงพอต่อความต้องการของสังคม

4. ด้านประเด็นและเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาคัดเลือกหัวข้อฯ พบว่าประเด็นด้านความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ ซึ่งพิจารณาจากข้อมูลคุณภาพชีวิตหรือค่าอรรถประโยชน์ของผู้ป่วยแต่ละโรค มีข้อจำกัดในการหาข้อมูล เนื่องจากข้อมูลดังกล่าวมีจำนวนน้อย และใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน ทำให้ค่าอรรถประโยชน์ที่ได้ไม่สามารถเปรียบเทียบกันได้

แนวทางการแก้ปัญหา คณะผู้ดำเนินโครงการฯ ได้ดำเนินการปรับปรุงประเด็นและเกณฑ์ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ ด้วยการประชุมงานกับนักวิชาการที่เกี่ยวข้องเพื่อศึกษาวิจัยในประเด็นดังกล่าวในบริบทของประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อการพัฒนาเกณฑ์ดังกล่าวให้สอดคล้องกับการคัดเลือกหัวข้อฯ ภายใต้โครงการนี้ให้มีความยั่งยืนในระยะยาวต่อไป

5. ด้านการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากการดำเนินโครงการฯ พบว่า หัวข้อฯ ที่ถูกเสนอและคัดเลือกเพื่อบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ส่วนใหญ่เป็นหัวข้อฯ ที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วย ซึ่งไม่สอดคล้องกับนโยบายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมกกว่าการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วย

แนวทางการแก้ไข คณะผู้ดำเนินโครงการฯ เสนอให้คณะทำงานเสนอหัวข้อฯ พิจารณาเสนอหัวข้อฯ ในรอบที่ 1/2554 ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างน้อย 1 หัวข้อ หากไม่มีการเสนอหัวข้อฯ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ มีสิทธิที่จะพิจารณาหัวข้อฯ ที่เกี่ยวกับการรักษา

พยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพใน 2 ลำดับแรกเท่านั้น นอกจากนี้คณะผู้ดำเนินโครงการฯ ยังเสนอให้คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ กำหนดโควตาในการคัดเลือกหัวข้อฯ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และหัวข้อฯ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพให้ได้รับการคัดเลือกในสัดส่วนที่เท่ากันในแต่ละปี


คณะผู้ดำเนินโครงการฯ มีความตั้งใจที่จะทำการพัฒนาระบบการประเมินผล กระทบที่เกิดขึ้นภายหลังจากการพิจารณาตัดสินของคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ในกรณีที่มีการบรรจุมาตรการด้านสุขภาพเข้าอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ โดยการพัฒนาแนวทางการติดตามประเมินผล และการวัดผลกระทบที่เกิดขึ้น ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้การบริหารจัดการมาตรการด้านสุขภาพเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด โดยการพัฒนาแนวทางดังกล่าวจะดำเนินการหลังจากที่มีการให้บริการเทคโนโลยีด้านสุขภาพนั้นๆ แล้ว อย่างไรก็ตามเอกสารฉบับนี้เป็นรายงานระยะแรกของโครงการฯ ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาวจึงยังไม่ชัดเจนเพียงพอที่จะสามารถประเมินอย่างเป็นรูปธรรมได้ ด้วยเหตุนี้คณะผู้ดำเนินโครงการฯ จึงยังไม่นำเสนอข้อมูลในส่วนของการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบได้ในรายงานฉบับนี้

การประชุมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาร่างประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อฯ 18 กุมภาพันธ์ 2553



6. เอกสารอ้างอิง

- [1] National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Guide to the methods of technology appraisal. London NICE, 2008.
- [2] The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). [cited 2010 May 4]; Available from: <http://www.cadth.ca/>
- [3] Veterans Affairs Technology assessment program (VATAP). [cited 2010 May 4]; Available from: <http://www4.va.gov/vatap/>
- [4] Health Council of the Netherlands. [cited 2010 May 2]; Available from: <http://www.gezondheidsraad.nl/en>
- [5] The German Agency for Health Technology Assessment (DAHTA). [cited 2010 May 4]; Available from: <http://www.dimdi.de/static/en/hta/index.htm>
- [6] Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU). [cited 2010 May 4]; Available from: <http://www.sbu.se/en/>
- [7] Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research (CA THA). [cited 2010 May 4]; Available from: <http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/html/en/dir394/index.html>
- [8] Fleck LM. Just caring: Oregon, healthcare rationing and informed democratic deliberation. *Journal of Medicine and Philosophy*. 1994; 19(4): 367-88.
- [9] Malone N, and Rycroft-Malone J. Equity and rationing in the NHS: past to present. *Journal of Nursing Management*. 1998; 6: 325-32.
- [10] Ham C, and Coulter A. Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices. *J Health Serv Res Policy*. 2001; 6(3): 163-9.
- [11] Vuorenkoski L, Toiviainen H, Hemminki E. Decision-making in priority setting for medicines: a review of empirical studies. *Health Policy*. 2008; 86(1): 1-9.
- [12] Bruni RA, Laupacis A, Martin DK. Public engagement in setting priorities in health care. *CMAJ*. 2008; 179(1): 15-18.

- 
- [13] Youngkong S, Kapiriri L, Baltussen R. Setting priorities for health interventions in developing countries: A review of empirical studies. *Tropical Medicine and International Health*. 2009; 14(8): 930-9.
- [14] Frankish CJ, Kwan B, Ratner PA, Higgins JW, Larsen C. Challenges of citizen participation in regional health authorities. *Soc Sci Med*. 2002; 54: 1471-80.
- [15] Webler T, and Tuler S. Fairness and competence in citizen participation. *Administration and Society*. 2000; 32(5): 566-95.
- [16] Kaplan EH, and Merson MH. Allocating HIV-prevention resources: balancing efficiency and equity. *American Journal of Public Health*. 2002; 92(12): 1905 - 7.
- [17] Baltussen R, Stolk E, Chisholm D, and Aikins M. Towards a multi-criteria approach for priority setting: an application to Ghana. *Health Economics*. 2006; 15: 689 - 96.
- [18] Baltussen R, and Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2006; 4: 14.
- [19] Kapiriri L, and Norheim OF. Criteria for priority-setting in health care in Uganda: exploration of stakeholders' values. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004; 82(3): 172 - 8.
- [20] The Netherlands-rembursement process. [cited 2010 May 2]; Available from: <http://www.ispor.org/htaroadmaps/Netherlands.asp>
- [21] Jonsson E. History of health technology assessment in Sweden. *Inter J Tech Assess Health Care* 2009; 25(Suppl 1): 42-52.
- [22] Farrar S, Ryan M, Ross D, and Ludbrook A. Using discrete choice modelling in priority setting: an application to clinical service developments. *Social Science and Medicine*. 2000; 50: 63-75.

- 
- [23] Youngkong S, Baltussen R, Tantivess S, Koolman X, Teerawattananon Y. Criteria for priority setting of HIV/AIDS interventions in Thailand. *BMC Health Services Research* 2010; 10: 197.
- [24] Baltussen R, Asbroek AHAt, Shrestha N, Bhattarai P, and Niessen LW. Priority setting using multiple criteria: should a lung health programme be implemented in Nepal? *Health Policy and Planning*. 2007;doi: 10.1093/heapol/czm010.
- [25] Daniels N. Accountability for reasonableness: Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *BMJ* 2000 November 25; 321(7272):1300-1.
- [26] Chaikledkaew U, Lertpitakpong C, Teerawattananon Y, Thavorncharoensap M, Tangcharoensathien V. The Current Capacity and Future Development of Economic Evaluation for Policy Decision-Making: A Survey among Researchers and Decision-Makers in Thailand. *Value Health* 2009; 12(Suppl 3): S31-5.

การประชุมเพื่อคัดเลือกผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในกระบวนการเสนอและคัดเลือกหัวข้อฯ 26 กุมภาพันธ์ 2553





ภาคผนวก 1

รายงานการประชุม
ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อหารือกรอบและหลักเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของ
ปัญหาสุขภาพ และ/หรือ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ
สำหรับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
เมื่อวันพฤหัสบดีที่ 24 ธันวาคม 2552
ณ ห้องประชุมโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
กระทรวงสาธารณสุข

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. ดร.นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ประธาน
2. นางจิตปราณี วาศวิท สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) คณะทำงาน
3. ดร.นพ.ภูษิต ประคองสาย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) คณะทำงาน
4. พญ.ศิรินาถ ตงศิริ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) คณะทำงาน
5. นพ.ชนินท์ สกลอุลิสริยาภรณ์ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) คณะทำงาน
6. ทพญ.วรिता พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) คณะทำงาน
7. น.ส.ชาฮีดา วิริยาทร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) คณะทำงาน
8. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) คณะทำงาน
9. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) คณะทำงาน
10. ภญ.ศิตาพร ยังกง โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) คณะทำงาน
11. น.ส.จอมขวัญ โยธาสุมทร โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) คณะทำงาน

- | | |
|-------------------------|---|
| 12. นายทรงยศ พิลาสันต์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) คณะทำงาน |
| 13. ญ.จรรยา สิริวีโรจน์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) คณะทำงาน |
| 14. น.ส.รุ่งนภา คำพวง | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) คณะทำงาน |
| 15. ภก.อดุลย์ โมฮารา | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) คณะทำงาน |

รายชื่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมประชุมภาคเช้า 9.00 - 12.00 น.

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. ศ.ดร.อัมมาร สยามวาลา | สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย |
| 2. นพ.จเด็จ ธรรมธัชอารี | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 3. นางวรรณภา เอียดประพาล | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 4. นางสุรางค์รัตน์ จิรนนทนาการ | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 5. น.ส.จินางค์กูร โรจนนันต์ | สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 6.น.ส.วรวรรณ พลิตามิน | สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 7. น.ส.พัชรา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข |
| 8. นายกุลเศรษฐ์ ลิ้มปิยากร | กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง |
| 9. นางศิริรักษ์ ใหม่เมธี | สำนักงานประมาณ |
| 10. น.ส.ฉมาลิดา พงษ์เฉลียวรัตน์ | สำนักงานประมาณ |
| 11. ญ.อัมพา สุทธิจำรูญ | สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย |
| 12. ทพญ.สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา | ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 13. นพ.วีรุต ทรศนะวิภาส | ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย |
| 14. นพ.พรเทพ เปรมโยธิน | ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 15. พลโท นพ.ศุภวิทย์ มุตตามระ | ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 16. นพ.พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 17. ผศ.ดร.จรรยาพร สวัสดิ์ลักษณะ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 18. น.ส.พัชนี ธรรมวันนา | สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย |
| 19. ภก.วราวุธ เสริมสินศิริ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |

20. นพ.สุรินทร์ สืบซึ้ง ผู้แทนชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
 21. ผศ.ดร.รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์ สภาเภสัชกรรม
 22. ผศ.ดร.สุนทราวดี เขียรพิเชฐ สภาการพยาบาล
 23. คุณณัฐินี บัณฑิตวงศ์ กลุ่มประกันสุขภาพ

รายชื่อผู้มีส่วนได้ส่วนที่เข้าร่วมประชุมภาคบ่าย 13.00 - 16.00 น.

25. ดร.จิตตระกูล เลิศสกุลพาณิชย์ สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์
 26. ภก.ปรีชา พันธุ์ติเวช สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย
 27. นางมัลลิกา ลดาวัลย์ ณ อยุธยา สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย
 28. นางปรียานันท์ ล้อเสริมวัฒนา ประธานเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์

เริ่มประชุม เวลา 9.00 น. (ภาคเช้า) และเวลา 13.00 น. (ภาคบ่าย)

วาระที่ 1 ประธานกล่าวต้อนรับและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม

นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ในฐานะประธานการประชุม ได้ชี้แจงความเป็นมาว่า นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการของ สปสช. ได้จัดประชุมคณะอนุกรรมการฯ ทุกเดือนเพื่อปรับปรุงและทบทวนชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งที่ผ่านมาได้มีสมาคมวิชาชีพ/ราชวิทยาลัยหรือองค์กรอื่นๆได้เสนอขอให้มีการพิจารณานำบริการทางการแพทย์หรือโรคบางประเภทที่หน่วยงานนั้นๆต้องการให้เข้ามาอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ฯ ในลักษณะที่ไม่เป็นระบบ นพ.สุวิทย์ จึงขอให้มีการทบทวนหลักการที่ใช้ในการคัดเลือกบริการทางการแพทย์/โรคที่จะเข้ามาอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์อย่างเป็นระบบ โดยได้มีการเสนอเรื่อง Rare disease ที่มี effective interventions และก่อให้เกิด catastrophic health expenditure เป็นแนวทาง และได้มอบหมายให้ IHPP ร่วมกับ HITAP ดำเนินการศึกษาวិจัยเรื่องดังกล่าว ซึ่งการประชุมในวันนี้จะเน้นไปที่หลักการในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์

ประธานได้มอบให้ ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส ชี้แจงวัตถุประสงค์การประชุมในครั้งนี้ ซึ่งวัตถุประสงค์หลักของการจัดการประชุม มีสองประการ คือ

1. เพื่อนำเสนอผลของการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพที่องค์กรในประเทศอื่นยึดถือเป็นแนวปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาหลักการและแนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์สำหรับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย

2. เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาคส่วนต่างๆ ว่า สำหรับประเทศไทยจะดำเนินการไปอย่างไร

สิ่งที่ต้องการในวันนี้ คือ หลักการและแนวทางในการคัดเลือกหัวข้อเกี่ยวกับโรคต่างๆและเทคโนโลยีสุขภาพที่เราจะคัดเลือกเข้ามาเพื่อประเมินและเสนอให้คณะกรรมการชุดสิทธิประโยชน์พิจารณา

การประชุมในวันนี้เป็นการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งแบ่งการประชุมเป็นสองกลุ่มคือ การประชุมภาคเข้าเป็นกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ และบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนการประชุมภาคป่วยเป็นกลุ่มภาคประชาสังคม และภาคเอกชน เพื่อรับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาคส่วนต่างๆ ซึ่งคาดว่าจะให้ข้อคิดเห็นที่มีทั้งส่วนที่เหมือนและแตกต่างกัน ทั้งนี้เหตุผลและประเด็นที่มีการอภิปรายในที่ประชุมจะมีการบันทึกและนำมาวิเคราะห์เชิงคุณภาพโดยทีมวิจัย เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับหลักการและแนวทางในการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อปัญหา และ/หรือ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ สำหรับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยต่อไป

วาระที่ 2 นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องขององค์กรที่ทำหน้าที่จัดลำดับความสำคัญในประเทศต่างๆ รวมทั้งข้อเสนอหลักการและแนวทางในการจัดลำดับความสำคัญสำหรับประเทศไทย

นักวิจัยนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการอภิปรายถึงหลักการและแนวทางในการจัดลำดับความสำคัญ (เอกสารแนบ 1) ประเด็นการนำเสนอประกอบด้วย

1. ผลการทบทวนวรรณกรรมเบื้องต้น เรื่องกระบวนการและปัจจัยในการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และ/หรือ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ จากหน่วยงาน 7 องค์กรใน 7 ประเทศ
2. ข้อเสนอเบื้องต้นจากนักวิจัยต่อแนวทางการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและ/หรือ เทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ซึ่งทีมนักวิจัยได้ร่างเป็นตัวอย่างเพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมปรับแก้ไขตามความเหมาะสม

วาระที่ 3 อภิปรายโดยผู้เข้าร่วมประชุม

ประธานได้เปิดเวทีให้ที่ประชุมพิจารณาผลการทบทวนวรรณกรรมและอภิปรายถึงกระบวนการและปัจจัยในการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และ/หรือ เทคโนโลยี

ด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย โดยครอบคลุมใน 3 ประเด็นสำคัญดังนี้ (1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเสนอหัวข้อฯ (2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการคัดเลือกหัวข้อฯ (3) ปัจจัยที่นำมาใช้ในการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญ รายละเอียดดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ 1 ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการเสนอหัวข้อปัญหาสุขภาพ และ/หรือ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้เข้าร่วมการประชุมได้ซักถาม แสดงความคิดเห็น และมีความเห็นร่วมกันว่า บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ควรเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเสนอหัวข้อฯ ประกอบด้วย ผู้กำหนดนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ นักวิชาการ กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มประชาสังคม กลุ่มอุตสาหกรรม และประชาชนทั่วไป ในขณะที่องค์กรระหว่างประเทศไม่ควรมีส่วนร่วมเข้ามา ร่วมในกระบวนการนี้ แต่สามารถให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ประเทศไทยเพื่อนำไปสู่การเสนอหัวข้อฯได้ ซึ่งผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งสองกลุ่ม (ภาคเช้าและภาคบ่าย) มีความเห็นสอดคล้องเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยในภาคบ่ายมีข้อเสนอเพิ่มเติมจากตัวแทนของ สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ และสมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าเจ้าหน้าที่ในองค์กรที่ทำวิจัยเพื่อการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ สามารถเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการนี้ด้วยเช่นกัน เนื่องด้วยชุดสิทธิประโยชน์มีผลกระทบต่อประชาชนคนไทย ดังนั้นทุกภาคส่วนในประเทศจึงควรมีสิทธิในการเสนอหัวข้อฯ นอกจากนั้น ผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งสองกลุ่มมีความเห็นตรงกันว่าการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนทั่วไปในกระบวนการนี้ควรเป็นไปในรูปแบบของการรวมตัวกันเป็นกลุ่มนิติบุคคลที่จดทะเบียนตามกฎหมายเท่านั้นที่สามารถเสนอหัวข้อฯได้ ในกรณีของกลุ่มบุคคลใดๆที่ยังไม่ได้จดทะเบียนนั้น สามารถเสนอหัวข้อผ่านมูลนิธิเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค หรือใช้ช่องทางการเสนอผ่านสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ หรือ สัมชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

มติที่ประชุม เห็นชอบ และมอบหมายให้ฝ่ายเลขานุการฯ ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้

1. คำจำกัดความที่ชัดเจนของแต่ละกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีส่วนร่วมในกระบวนการเสนอหัวข้อฯ
2. ข้อเสนอถึงกระบวนการที่เป็นมาตรฐานในการเสนอหัวข้อฯ รวมทั้งแนวทาง

การจัดทำข้อมูลเพื่อใช้ประกอบการพิจารณาคัดเลือกสำหรับผู้ที่ต้องการเสนอหัวข้อยัดเป็น
แนวทางปฏิบัติ

ประเด็นที่ 2 ผู้เกี่ยวข้องในกระบวนการคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพ และ/หรือ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อจัดลำดับความสำคัญในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้เข้าร่วมการประชุมมีความคิดเห็นเป็นเอกฉันท์ว่าบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ควรเข้า
มามีส่วนร่วมในกระบวนการคัดเลือกหัวข้อฯ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์
นักวิชาการ กลุ่มประชาสังคม และเจ้าหน้าที่ในองค์กร ซึ่งผู้เข้าร่วมการประชุมทั้งสองกลุ่ม
(ภาคเข้าและภาคป่วย) มีความเห็นสอดคล้องกันไปในทิศทางเดียวกัน ทั้งนี้ทั้งสองกลุ่มมี
ความเห็นตรงกันว่าไม่ควรรวมกลุ่มผู้กำหนดนโยบายและกลุ่มอุตสาหกรรมไว้ด้วย เนื่องจาก
เป็นกลุ่มที่อาจมีผลประโยชน์ทับซ้อน แต่อาจเข้ามามีส่วนร่วมในลักษณะของการให้ข้อมูล
เพื่อเป็นประโยชน์เท่านั้น โดยจะไม่สิทธิเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ อย่่างไร
ก็ตามแม้ว่าในกลุ่มผู้กำหนดนโยบายจะไม่มีความสำคัญในขั้นตอนนี้ แต่ในทางปฏิบัติ
ผู้กำหนดนโยบายก็สามารถเข้ามามีส่วนรวมในกระบวนการตัดสินใจได้ในกรณีหัวข้อฯหนึ่งๆ
ที่ยังไม่สามารถหาข้อสรุปได้ด้วยหลักฐานทางวิชาการที่มีอยู่ ก็อาจจำเป็นต้องใช้การตัดสินใจ
ใจตามความสำคัญเชิงนโยบาย

นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสองกลุ่มมีความเห็นสอดคล้องกันว่ากลุ่มผู้ป่วยและ
ประชาชนทั่วไปยังไม่ควรมีสิทธิในการเข้าร่วมกระบวนการคัดเลือกหัวข้อฯ เนื่องจากรูปแบบ
การรวมตัวยังไม่เป็นกลุ่มที่มีศักยภาพเพียงพอที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนี้
แต่กลุ่มประชาสังคมซึ่งมีสิทธิในการคัดเลือกหัวข้อฯนั้น สามารถแสดงบทบาทในฐานะ
ตัวแทนของกลุ่มผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปได้ อย่่างไรก็ตามการประชุมในภาคป่วยมีข้อ
เสนอเพิ่มเติมว่า เนื่องด้วยกลุ่มผู้ป่วยเป็นผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการพัฒนาชุดสิทธิ
ประโยชน์ ดังนั้นที่ประชุมจึงมีความเห็นตรงกันว่า ควรมีการพัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้ป่วยให้
สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนี้มากขึ้น ด้วยวิธีการมีส่วนร่วมอย่างก้าวหน้า
(Progressive involvement) โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ
คัดเลือกหัวข้อฯ อย่่างค่อยเป็นค่อยไป กล่าวคือในระยะแรกกลุ่มผู้ป่วยสามารถเข้ามา
สังเกตการณ์ได้เท่านั้น ในระยะที่สองเมื่อกกลุ่มผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงกระบวนการคัดเลือก
หัวข้อฯ ก็สามารถจัดทำข้อมูลเพื่อประกอบการอภิปรายในกระบวนการนี้และเสนอข้อมูล
ผ่านกลุ่มประชาสังคม ในระยะที่สามเมื่อกกลุ่มผู้ป่วยมีศักยภาพเพียงพอในการพิจารณา
คัดเลือกหัวข้อฯ ก็สามารถเข้ามาเป็นหนึ่งในผู้ตัดสินใจในกระบวนการพัฒนาชุดสิทธิ

ประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้อย่างเต็มรูปแบบ ซึ่งกระบวนการนี้ จะสามารถช่วยให้กลุ่มผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของกลุ่มให้เติบโตและเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการนี้อย่างเป็นรูปธรรมในอนาคตได้ ทั้งนี้การพัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้ป่วยควรเป็นไปในรูปแบบของสมพันธ์ผู้ป่วยที่มาจากการรวมตัวกันของผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคเพื่อเป็นองค์กรที่สามารถเป็นตัวแทนแก่ผู้ป่วยทั้งประเทศได้

มติที่ประชุม เห็นชอบ และมอบหมายให้ฝ่ายเลขานุการฯ ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นของกระบวนการที่เป็นมาตรฐานในการคัดเลือกหัวข้อฯ เพื่อเป็นข้อเสนอต่อแนวทางการคัดเลือกหัวข้อในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพของประเทศไทย

ประเด็นที่ 3 ปัจจัยในการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อปัญหา และ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ สำหรับประเทศไทย

ที่ประชุมมีมติเป็นเอกฉันท์ที่จะประยุกต์ใช้ปัจจัยที่ 7 หน่วยงานซึ่งเลือกมาเป็นกรณีศึกษานั้นนิยมใช้ มาเป็นปัจจัยหลักในการจัดลำดับความสำคัญ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านภาระโรค ปัจจัยจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบ ปัจจัยด้านความหลากหลายในทางปฏิบัติ ปัจจัยด้านประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านผลกระทบด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านความเท่าเทียมกันและประเด็นที่มีต่อความอ่อนไหวทางสังคม โดยนักวิจัยได้เสนอแนวทางการพิจารณาหัวข้อฯ เป็น 2 กลุ่ม คือ หัวข้อด้านโรค/ปัญหาสุขภาพ และหัวข้อด้านเทคโนโลยีสุขภาพ ซึ่งในแต่ละกลุ่มจะใช้ปัจจัยในการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญดังแสดงในตารางด้านล่าง

โรค / ปัญหาสุขภาพ	เทคโนโลยีสุขภาพ
● Burden of disease	● Variation
● Number of potential patients	● Effectiveness
● Equity / ethical and social implication	● Equity / ethical and social implication
● Economic impact	● Economic impact

ทั้งนี้มิมีข้อสังเกตว่าในกรณีที่หัวข้อใดที่ไม่สามารถตัดสินใจคัดเลือกด้วย 6 ปัจจัยหลักข้างต้นได้นั้น การพิจารณาหัวข้อนั้นๆ สามารถนำปัจจัยอื่นๆ มาใช้ประกอบการตัดสินใจเพื่อจัดลำดับความสำคัญได้ เช่น ความสำคัญเชิงนโยบาย เป็นต้น

มติที่ประชุม เห็นชอบ และมอบหมายให้ฝ่ายเลขานุการฯ ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นของปัจจัยการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการนำปัจจัยข้างต้นมาใช้เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพของประเทศไทย

วาระที่ 4 สรุปผลการประชุมและชี้แจงแนวทางการดำเนินงานในอนาคต

การประชุมสามารถได้ข้อตกลงที่เป็นเอกฉันท์และมีข้อเสนอแนะที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มาร่วมประชุมทั้งในภาคเช้าและภาคบ่าย ซึ่งจะเป็นข้อมูลที่สำคัญเพื่อไปนำเสนอแก่คณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในวันที่ 5 มกราคม 2553 หลังจากนั้น ทีมนักวิจัยจะดำเนินการศึกษาวิเคราะห์ในรายละเอียดเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะในประเด็นเหล่านี้ อย่างครบถ้วน โปร่งใสและสามารถนำไปใช้ได้จริง ด้วยการดำเนินงานที่เน้นการมีส่วนร่วมจากนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนากระบวนการและหลักเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยต่อไป

ปิดประชุม เวลา 12.30 น. (ภาคเช้า) และเวลา 16.00 น. (ภาคบ่าย)

ผู้สรุปรายงานการประชุม
นักวิจัย IHPP และ HITAP

การประชุมคณะทำงานเสนอหัวข้อฯ





ภาคผนวก 2

รายงานการประชุม
เพื่อคัดเลือกผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ในกระบวนการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
เพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
วันศุกร์ที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 เวลา 9.00 -15.00 น.
ณ โรงแรมริชมอนด์ จ.นนทบุรี

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. นพ.วินัย สวัสดิ์วาร | เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 2. นพ.พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 3. นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| 4. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ |
| 5. นพ.อรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ | กรมการแพทย์ |
| 6. นพ.สมศักดิ์ อรรฆศิลป์ | กรมควบคุมโรค |
| 7. นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ | กรมสุขภาพจิต |
| 8. นางวิษชุดา จริยะพันธ์ | กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| 9. นพ.สมศักดิ์ ภัทรกุลวณิชย์ | กรมอนามัย |
| 10. นส.ปาริฉัตร จันทร์อำไพ | สำนักงานประกันสังคม |
| 11. นางอภิสม่า ชาญสีบสกุล | กรมบัญชีกลาง |
| 12. ดร.ทองใหญ่ อัยยะวารากุล | สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 13. ภญ.สุษศรี อึ้งบริบูรณ์ไพศาล | สำนักยาและวัตถุเสพติดกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| 14. นส.ราชประณัฐดา ฉัตรอินตา | กรมบัญชีกลาง |
| 15. นพ.สุรจิต สุนทรธรรม | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 16. นส.นภวรรณ เจนใจ | กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| 17. นส.เรวดี ลีริธัญญานนท์ | กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ |
| 18. นพ.นพดล วรอุไร | ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 19. พญ.ดารณี สุวพันธ์ | ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย |
| 20. นอ.พงษ์เดช พงษ์สุวรรณ | ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 21. นพ.สมศักดิ์ จันทร์ศรี | ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแห่งประเทศไทย |

- | | |
|----------------------------------|--|
| 22. พลโท.นพ.ศุภวิทย์ มุตตามระ | ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 23. รศ.พญ.ประสพศรี อึ้งถาวร | ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 24. ทญ.สุรัตน์ มงคลชัยธัญญา | ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 25. นางเยาวเรศ นุตเดชานันท์ | กรมสุขภาพจิต |
| 26. ดร.ทิพาพร กาญจนราช | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 27. รศ.ดร.ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนสันติ | คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 28. รศ.ดร.วันเพ็ญ แก้วปาน | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 29. ดร.เต็มดวง ช้อยหิรัญ | ผู้แทนประธานที่ประชุมสถาบันผู้บริหารการศึกษา
พยาบาลศาสตร์ (วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย) |
| 30. รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ | ผู้แทนองค์การภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 1 |
| 31. นส.ดวงพร อิวรัตน์ | ผู้แทนองค์การภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 2 |
| 32. นายธีรวัฒน์ ศรีปฐมสวัสดิ์ | ผู้แทนองค์การภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 4 |
| 33. ศ.ดร.วิรัตน์ ปานศิลา | ผู้แทนองค์การภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 5 |
| 34. รศ.ดร.ศิริชัย ชัยชนะวงศ์ | ผู้แทนองค์การภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 6 |
| 35. นายสุชาติ สูงเรือง | ผู้แทนองค์การภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 7 |
| 36. นายณรงค์ ตั้งศิริชัย | ผู้แทนองค์การภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 8 |
| 37. ศ.สนั่น วุฒิ | ผู้แทนองค์การภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 10 |
| 38. นส.มารีษา เนตรใจบุญ | ผู้แทนองค์การภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 11 |
| 39. นายคลอง ชื่นอารมณ | ผู้แทนองค์การภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 12 |
| 40. นพ.ประพจน์ เกตราภาค | ผู้แทนองค์การภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 13 |
| 41. อ.บุญมา ทวิภักดิ์ | ประธานเครือข่ายसानสายใยเพื่อสุขภาพหัวใจดี |
| 42. อ.เบญจวรรณ ทวิภักดิ์ | เครือข่ายसानสายใยเพื่อสุขภาพหัวใจดี |
| 43. นายสุพจน์ ทักษิณาเจนนิจ | ชมรมสำเนาหัวใจ |
| 44. นส.สายชล ศรทัตต์ | เครือข่ายโรคมะเร็ง |
| 45. คุณจุฑามาศ สุธันวัดนาเจริญ | สมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย |
| 46. นส.พรทิวา หลั่งน้ำทิพย์ | สมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย |
| 47. นายสุรศักดิ์ จิตตเศรษฐกุล | สมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย |
| 48. คุณสุคนธ์ คล้ายเจียว | สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต |
| 49. นายกิติพงษ์ สุทธิ | สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย |
| 50. นายสุพจน์ พ่องใส | สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย |
| 51. นายชูศักดิ์ จันทยานนท์ | สมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสซึม (ไทย) |

- | | |
|----------------------------------|--|
| 52. นายบริพัตร ดอนมอญ | เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย |
| 53. นายสุบิล นกสกุล | ประธานชมรมเพื่อนโรคไต |
| 54. นายชูศักดิ์ ขจรฤทธิ์ | ประธานเครือข่ายผู้ป่วย ญาติ และอาสาสมัคร
ดูแลผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียภาคเหนือ |
| 55. นายนาวิน ประจักษ์โก | ประธานคณะกรรมการ/กรรมการบริหารจัดการศูนย์
ดูแลผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน |
| 56. นายภักดี พะอบแสง | ชมรมผู้ป่วยเบาหวาน |
| 57. นางปรียนันท์ ล้อเสริมวัฒนา | ประธานเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ |
| 58. นางพรรณทนา พรหมช่วย | สมาชิกเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ |
| 59. ดร.จิตตระกูล เลิศสกุลพาณิชย์ | สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ |
| 60. นางมัลลิกา ลดาวัลย์ ณ อยุธยา | สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ |
| 61. นส.ไสวรินทร์ เรืองแสง | สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ |
| 62. คุณพนันดา ปิติกุลตั้ง | สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ |
| 63. นางเพทชาย ปทุมจันทร์รัตน์ | เครือข่ายจังหวัดกรุงเทพมหานคร |
| 64. นายสุวัฒน์ชัย พ่อเกตุ | เครือข่ายจังหวัดสกลนคร |
| 65. นางเกศินี เกิดจันทร์รา | เครือข่ายจังหวัดนครราชสีมา |
| 66. นายเสนต์ อุดมทรัพย์ | เครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด |
| 67. นายธนัชพันธ์ ประพฤติกิจกุล | เครือข่ายจังหวัดตราด |
| 68. คุณจากรูวรรณ วุฒิ | เครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ |
| 69. นส.สุภาพร แदनดำรงสิน | เครือข่ายจังหวัดพิจิตร |
| 70. นายวันชัย ตะนะ | เครือข่ายจังหวัดลำปาง |
| 71. นางสุดา บุญครอบ | เครือข่ายจังหวัดอำนาจเจริญ |
| 72. ลิปตริปฏิวัติ เอี้ยวสกุล | เครือข่ายจังหวัดปัตตานี |
| 73. นายมานิช สายทอง | เครือข่ายจังหวัดภูเก็ต |
| 74. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 75. ญ.ดร.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 76. พญ.กัลยา ตีระวัฒนานนท์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 77. ญ.ศิตาพร ยังก | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 78. นส.วรัญญา รัตนวิภาพงษ์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 79. นส.จอมขวัญ โยธาสุมทร | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

80. นายทรงยศ พิลาลันต์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
81. นส.เชิญขวัญ โพชมงคล	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
82. นส.อินทิรา ยมาภัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
83. นส.โสภิตา ธนสุนทรกุล	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
84. นายศราวุฒิ หันใจดี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
85. ภก.อดุลย์ โมฮารา	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
86. นางจิตปราณี วาศวิท	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
87. พญ.จงกล เลิศเกียรติารัง	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
88. ผศ.ดร.วีระศักดิ์ พุทธาศรี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
89. ทญ.วริศา พานิชเกรียงไกร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
90. นพ.ชนินทร์ สกุลอิสิริยาภรณ์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
91. นส.ชาฮีดา วิริยาทร	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
92. นส.กুমารี พัชนี	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

วัตถุประสงค์ การประชุมครั้งนี้เพื่อ

1. ชี้แจงถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภาคส่วนต่างๆในสังคม ประกอบด้วย (1) ผู้กำหนดนโยบาย (2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ (3) นักวิชาการ (4) กลุ่มภาคประชาสังคม (5) กลุ่มผู้ป่วย (6) ภาคอุตสาหกรรม และ (7) ประชาชนทั่วไป
2. ให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภาคส่วนต่างๆ ทำการคัดเลือกผู้แทนกลุ่มละ 4 คน (ยกเว้นกลุ่มอุตสาหกรรม มีผู้แทน 3 คน) ในการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สรุปการประชุม

การประชุมเริ่มขึ้นในเวลา 9.30 น โดย นพ.วินัย สวัสดิวัตน์ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นประธานในพิธีเปิดการประชุม หลังจากนั้น ฝ่ายเลขานุการโดยนพ. วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ได้นำเสนอความเป็นมาของโครงการ และ นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ นำเสนอ (ร่าง) แนวทางปฏิบัติสำหรับการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน สรุปได้ดังนี้

กระบวนการเสนอหัวข้อฯ ให้ผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 7 กลุ่ม มีส่วนร่วมในการเสนอหัวข้อฯ โดยกำหนดวาระการทำงาน วาระละ 3 ปี (มีการคัดออกครึ่งหนึ่งและเลือกเข้ามาแทนในปีที่ 2) กระบวนการตัดสินใจคัดเลือกหัวข้อฯ กำหนดให้เฉพาะกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ นักวิชาการ กลุ่มภาคประชาสังคม และกลุ่มผู้ป่วย มีส่วนร่วมในการตัดสินใจคัดเลือกหัวข้อฯ โดยกำหนดวาระการทำงาน วาระละ 3 ปี (มีการคัดออกครึ่งหนึ่งและเลือกเข้ามาแทนในปีที่ 2) ทั้งนี้ ในกลุ่มผู้ป่วยนั้นในระยะแรก ให้เป็นผู้สังเกตการณ์ไปก่อน

ที่ประชุมได้มีการอภิปรายกันในประเด็นการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจคัดเลือกหัวข้อฯ โดยผู้อภิปรายส่วนใหญ่มีความเห็นว่า ควรให้กลุ่มผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจคัดเลือกตั้งแต่ต้น

หลังจากนั้นเป็นการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อให้ผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแต่ละกลุ่มทั้ง 7 กลุ่ม คัดเลือกผู้แทนกันเอง โดยกำหนดจำนวนผู้แทนกลุ่มละ 4 คน ยกเว้นกลุ่มอุตสาหกรรมกำหนดให้มีผู้แทน 3 คน ได้ผู้แทนรวมทั้งสิ้น 27 คน สรุปรายชื่อผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียฯ ดังในท้ายรายงานการประชุม

การประชุมภาคบ่าย เป็นการประชุมร่วมกันหลังจากได้ผู้แทนจากทั้ง 7 กลุ่มแล้ว ทีมเลขานุการได้มีการชี้แจงถึงแนวทางการดำเนินงานของผู้แทนกลุ่มและระบบสนับสนุนที่ฝ่ายเลขานุการจะจัดให้ โดยแบ่งเป็นกระบวนการเสนอหัวข้อฯ และกระบวนการคัดเลือกหัวข้อฯ สรุป ดังนี้

กระบวนการเสนอหัวข้อฯ กำหนดให้มีการทำข้อตกลงร่วม TOR ระหว่างผู้แทนกลุ่มและมูลนิธิพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานของกลุ่มในการจัดทำและเสนอหัวข้อฯ โดยผู้แทนกลุ่มจะเป็นผู้นำที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินกิจกรรมของกลุ่มตามข้อตกลงประกอบด้วย

1. การจัดกิจกรรมชี้แจงทำความเข้าใจ ปรึกษาหารือและรับฟังความคิดเห็นของหน่วยงาน/องค์กร
2. กำหนดแนวทางการดำเนินงานตามความเหมาะสมของกลุ่ม เพื่อให้ได้มาซึ่งหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และ
3. รวบรวมและจัดทำข้อเสนอหัวข้อฯ ที่ได้จากกลุ่มของตน พร้อมทั้งข้อมูลประกอบรวมทั้งเอกสารอ้างอิง เพื่อเสนอต่อฝ่ายเลขานุการฯ

ทั้งนี้ฝ่ายเลขานุการมีระบบสนับสนุนการดำเนินงานของผู้แทนกลุ่มในกระบวนการนี้ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านเทคนิค โดยฝ่ายเลขานุการจะเป็นผู้จัดการประชุมเพื่อชี้แจงและเตรียมความพร้อมแก่ผู้แทนกลุ่มก่อนเริ่มกระบวนการและฝ่ายเลขานุการจะเป็นที่ปรึกษาตลอดการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังมี การสนับสนุนด้านงบประมาณ โดยฝ่ายเลขานุการจะสนับสนุนค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดำเนินงานแต่ละกลุ่มตามข้อตกลงร่วมที่กำหนดไว้

กระบวนการคัดเลือกหัวข้อ กำหนดให้มีการแต่งตั้งคณะทำงานชั้นคณะหนึ่งอย่างเป็นทางการโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อทำหน้าที่ตัดสินใจคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีสุขภาพ

คณะทำงานประกอบด้วย ผู้แทนกลุ่ม 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 2) นักวิชาการ 3) ภาคประชาชน 4) กลุ่มผู้ป่วย โดยมีประธานคณะทำงานฯ คือ นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และฝ่ายเลขานุการคือ ผอ.ของ IHPP และหัวหน้าโครงการ HITAP หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย คณะทำงานอยู่ในวาระครั้งละ 3 ปี โดยมีการคัดออกครึ่งหนึ่งในปีที่สองและคัดเลือกผู้แทนใหม่เข้าเป็นคณะทำงานแทน เพื่อให้การทำงานมีความต่อเนื่องการประชุมคณะทำงานต้องมีสมาชิกเข้าร่วมประชุมไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 จึงจะถือว่าครบองค์ประชุม

ทั้งนี้ในที่ประชุมมีข้อตกลงเพิ่มเติมต่อไปนี้

1. การแต่งตั้งคณะทำงานฯ กำหนดให้ใช้ชื่อขององค์กร/หน่วยงาน โดยขอให้ผู้แทนคือบุคคลที่อยู่ในตำแหน่งสูงสุดขององค์กร/หน่วยงาน หรือผู้แทนตามที่ได้รับมอบหมาย กรณีที่เป็นผู้แทนของภาคส่วนที่ไม่ได้สังกัดเป็นองค์กรให้ใช้เป็นชื่อของบุคคลแทน
2. คณะทำงานจะมีผู้แทนสำรองในกรณีที่ผู้แทนหลักไม่สามารถร่วมการประชุมได้ โดยขอให้แต่งตั้งเป็นผู้แทนสำรองแบบประจำ จำนวน 2 คน เพื่อลดปัญหาการชี้แจงงาน และให้มีความต่อเนื่องในการทำงาน
3. กระบวนการมีส่วนร่วม ผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีฉันทามติให้ผู้แทนกลุ่มผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกระบวนการคัดเลือกหัวข้อได้อย่างเต็มที่ตั้งแต่เริ่มต้นเช่นเดียวกับกลุ่มอื่นๆ โดยฝ่ายเลขานุการจะมีการประเมินผลเพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมให้มีความเหมาะสมต่อไปในอนาคต สำหรับผู้แทนกลุ่มอุตสาหกรรมนั้น ให้เข้าร่วมสังเกตการณ์การประชุมได้โดยไม่ออกความเห็นวันแต่จะมีการขอความเห็นจากที่ประชุม

นอกจากนี้ ผู้แทนภาคประชาสังคมมีข้อเสนอ ขอเข้าไปมีส่วนร่วมในขั้นตอนของการ ประเมินเพราะเป็นขั้นตอนสำคัญในการคัดเลือกหัวข้อ ซึ่งอยากทราบว่าหัวข้อนั้นนำไป พิจารณาคัดเลือกอย่างไรบ้างเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการทำงานมากขึ้น เพราะเรื่องนี้ มีผลกระทบทางปัญหาสังคมและเศรษฐกิจมาก ซึ่งทางฝ่ายเลขานุการได้พิจารณาว่ามีความ เป็นไปได้

4. กระบวนการจัดเตรียมข้อมูลประกอบการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อฯ เพื่อให้เกิด ความสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือของข้อมูล ขอให้ฝ่ายเลขานุการเตรียมข้อมูลเสนอแก่ คณะทำงานเพื่อพิจารณาก่อนการประชุม

5. กระบวนการตัดสินใจคัดเลือกหัวข้อฯ ให้คณะทำงานพิจารณาความสมบูรณ์และ ความถูกต้องของข้อมูลที่ฝ่ายเลขานุการเตรียมมาว่าถูกต้องและเพียงพอหรือไม่ ถ้าไม่เพียงพอ จะเก็บประเด็นนั้นไว้โดยยังไม่พิจารณา หรือถ้าเป็นกรณีที่มีประเด็นสำคัญ แต่ขาดข้อมูล เชิงประจักษ์จะให้ฝ่ายเลขานุการจัดเตรียมข้อมูลเพิ่มเติม ในการตัดสินใจคัดเลือกหัวข้อฯ กรณี ที่ไม่มีฉันทามติให้พิจารณาตามเสียงส่วนใหญ่ 2 ใน 3 ขององค์ประชุม โดยขอให้บันทึก ความคิดเห็นของเสียงส่วนน้อยในรายงานการประชุมด้วย


ทั้งนี้ที่ประชุมได้มีการกำหนดแผนการดำเนินงานรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ฝ่ายเลขานุการจัดการประชุมผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครั้งที่ 1 เพื่อ พิจารณาร่างแนวปฏิบัติสำหรับการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยี ด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน (เอกสารแนบ 3) และร่างประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือก หัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน (เอกสารแนบ 4) รวมทั้งการจัดทำข้อตกลงร่วม TOR ระหว่างผู้แทนกลุ่มกับมูลนิธิพัฒนานโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ และการเตรียมความพร้อมแก่ผู้แทนกลุ่มก่อนเริ่มกระบวนการฯ ทั้งนี้ได้ กำหนดวันประชุมเป็นวันที่ 9 มีนาคม 2553 เวลา 13.00 ถึง 16.30 น. โดยสถานที่ จะแจ้งให้ทราบอีกครั้งพร้อมหนังสือเชิญอย่างเป็นทางการ

2. ผู้แทนกลุ่มดำเนินการจัดกิจกรรมตามข้อตกลงร่วมใน TOR โดยจะเสนอหัวข้อฯ กลุ่มละไม่เกิน 3 หัวข้อ ต่อฝ่ายเลขานุการ ภายในวันที่ 9 เมษายน 2553

3. ฝ่ายเลขานุการดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร และแจ้งผลรับ/ไม่ รับข้อเสนอแก่ผู้แทนกลุ่มเป็นลายลักษณ์อักษร ภายในวันที่ 23 เมษายน 2553

4. ฝ่ายเลขานุการจัดการประชุมคณะทำงานเพื่อดำเนินกระบวนการคัดเลือกหัวข้อฯ



ประมาณปลายเดือนเมษายน 2553 และจะสรุปผลการคัดเลือกหัวข้อ เสนอต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ เพื่อพิจารณาในต้นเดือนพฤษภาคม 2553 ก่อนเสนอให้ สปสช. ดำเนินการประเมินต่อไป ทั้งนี้มีกำหนดให้การประเมินครั้งแรกนี้แล้วเสร็จภายในเดือนมิถุนายน 2553 เพื่อเสนอผลต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ พิจารณาว่าสมควรนำไปปรับปรุงสิทธิประโยชน์ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่ ทั้งนี้ผลที่ได้จะถูกเผยแพร่ต่อสาธารณชนต่อไป

ทั้งนี้ฝ่ายเลขานุการได้ชี้แจงถึงเหตุผลที่กระบวนการดำเนินงานในครั้งแรกนี้ จำเป็นต้องเร่งรัดให้ได้ผลการคัดเลือกหัวข้อเสร็จสิ้นภายในต้นเดือนพฤษภาคม 2553 นั้น เนื่องจากต้องการให้สามารถนำผลการคัดเลือกเข้าสู่การประเมินและนำไปใช้พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ทันในการพิจารณางบประมาณปี 2554 ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์จากการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในครั้งนี้โดยเร็ว

รายชื่อผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ในกระบวนการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
เข้าสู่การประเมินเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กลุ่มที่ 1 : ผู้กำหนดนโยบาย

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัด
กระทรวงสาธารณสุข |
| 2. นพ.สมศักดิ์ อรรทศิลป์ | รองอธิบดีกรมควบคุมโรค |
| 3. คุณอภิธมา ชาณสืบสกุล | กรมบัญชีกลาง |
| 4. ดร.ทองใหญ่ อัยยะวารกุล | สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ
สังคมแห่งชาติ |

กลุ่มที่ 2 : ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์

- | | |
|------------------------|--|
| 1. นพ.นพดล วรอุไร | ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 2. นพ.สมศักดิ์ จันทศรี | ราชวิทยาลัยโสต คอ นาสิกแห่งประเทศไทย |
| 3. นพ.สุรจิต สุนทรธรรม | ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย |
| 4. พญ.ดารณี สุวพันธุ์ | ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย |

กลุ่มที่ 3 : นักวิชาการ

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. ดร.ทิพาพร กาญจนราช | คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 2. รศ.ดร.ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนสันติ | คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. รศ.ดร.วันเพ็ญ แก้วปาน | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 4. ดร.เต็มดวง ช้อยหิรัญ | ผู้แทนประธานที่ประชุมสถาบันผู้บริหารการศึกษา
พยาบาลศาสตร์ (วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย) |

กลุ่มที่ 4 : องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร (ภาคประชาสังคม)

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ | ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 1 |
| 2. นส.ดวงพร อีฐรัตน์ | ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 2 |
| 3. ศ.ดร.วิรัตน์ ปานศิลา | ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 5 |
| 4. นส.มารีษา เนตรใจบุญ | ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 11 |

กลุ่มที่ 5 : กลุ่มผู้ป่วย

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. อ.บุญมา ทวีภักดิ์ | ประธานเครือข่ายสถานสายใยเพื่อสุขภาพหัวใจดี |
| 2. นส.สายชล ตรีทัตต์ | เครือข่ายโรคมะเร็ง |
| 3. นายชูศักดิ์ จันทยานนท์ | สมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสซึม (ไทย) |
| 4. นายบริพัตร ดอนมอญ | เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย |

กลุ่มที่ 6 : ภาคอุตสาหกรรม

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. ดร.จิตตระกูล เลิศสกุลพานิช | สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ |
| 2. นายปริญญา เปาทอง | สมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน |
| 3. ผู้แทนสมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ | |

กลุ่มที่ 7 : ประชาชนทั่วไป

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1. นางเพทาย ปทุมจันทร์ตัน | เครือข่ายจังหวัดกรุงเทพมหานคร |
| 2. นายสุวัฒน์ชัย พ่อเกตุ | เครือข่ายจังหวัดสกลนคร |
| 3. คุณจารุวรรณ วุฒิ | เครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ |
| 4. นายมานิช สายทอง | เครือข่ายจังหวัดภูเก็ต |

ปิดการประชุม 15.00 น

น.ส.กุมารี พชนี
นายอดุลย์ โมฮารา
ผู้จัดรายงานการประชุม

นางจิตปราณี วาศิวท
ผู้ตรวจรายงานการประชุม

การประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ รอบที่ 1/2553 9 มีนาคม 2553





ภาคผนวก 3

รายงานการประชุม

ผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาร่างประเด็นและเกณฑ์

การคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน

วันพฤหัสบดีที่ 18 กุมภาพันธ์ 2553 เวลา 9.00-12.00 น.

ณ ห้องประชุมโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ผู้เข้าร่วมการประชุม

1. ดร.อัมมาร สยามวาลา สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย
2. ศ.ดร.นพ.ศุภสิทธิ์ พรณารุโณทัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนเรศวร
3. นพ.อำนาจ กาจันะ ผู้อำนวยการกลุ่มประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงฯ
4. นพ.สุชาติ สรรณสถาพร สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ
5. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
6. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
7. นางจิตปราณี วาศวิท สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
8. พญ.จงกล เลิศเชียรดำรง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
9. ทพญ.วริศา พานิชเกรียงไกร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
10. น.ส.กุมารี พัทณี สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
11. น.ส.ชาฮีด้า วิริยาทร สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
12. ผศ.ดร.ภญ.มนตร์ธรรม ถาวรเจริญทรัพย์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
13. รศ.ดร.ภก.เนติ สุขสมบุญณ์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

- | | |
|-----------------------------|--|
| 14. ภญ.ศิตาพร ยังกง | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) |
| 15. น.ส.จอมขวัญ โยธาสุมุทร | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) |
| 16. ภญ.วรัญญา รัตนวิภาพงษ์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) |
| 17. น.ส.หทัย ลิ้มประยูรวงศ์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) |
| 18. ภก.อดุลย์ โมฮารา | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) |

เริ่มประชุมเวลา 9.00 น.

วาระที่ 1 นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ชี้แจงความเป็นมาของโครงการและวัตถุประสงค์ในการประชุมครั้งนี้ ซึ่งเป็นการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาร่างประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วาระที่ 2 นักวิจัยในฐานะเลขานุการโครงการฯ ได้นำเสนอร่างประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 6 ประเด็นรายละเอียดดังนี้

ประเด็นที่ 1 จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ ที่ประชุมมีความเห็นดังนี้

1. ประเด็นนี้เป็นการพิจารณาเฉพาะจำนวนผู้ป่วยเท่านั้น โดยไม่ได้คำนึงถึงอายุของผู้ป่วย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าโรคที่เกิดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุต่างกัน เช่น โรคที่เกิดในผู้สูงอายุกับโรคที่เกิดในเด็กนั้น แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยเท่ากัน ผลกระทบต่อสังคมย่อมไม่เท่ากัน จึงขอให้นำประเด็นด้านอายุมาพิจารณาด้วย โดยนักวิจัยเสนอว่าจะขอนำประเด็นดังกล่าวมาพิจารณาในการกำหนดกรอบการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยจะนำประเด็นด้านประสิทธิภาพ (QALYs) ซึ่งพิจารณาคอบคลุมถึงอายุของผู้ป่วยที่ยืนยาวขึ้นด้วย มาเป็นประเด็นหนึ่งในการประเมินเทคโนโลยี

2. ประเด็นนี้เป็นการพิจารณาจำนวนผู้ป่วยในหน่วยนับเป็น รายต่อปี โดยไม่ได้คำนึงถึงความถี่หรือจำนวนครั้งครั้งที่เกิดโรค (episodes) ซึ่งบางโรคผู้ป่วยหนึ่งคน อาจเจ็บป่วยหลายครั้ง ดังนั้นการพิจารณาเพียงจำนวนรายของผู้ป่วยอาจไม่สะท้อนถึงผลกระทบที่แท้จริง โดยนักวิจัยชี้แจงว่าเห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าว อย่างไรก็ตามการที่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยจากโรคหนึ่งๆหลายครั้งต่อปี ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งอยู่ในประเด็นที่สอง เรื่องความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพอยู่แล้ว

3. ประเด็นนี้เป็นการพิจารณาจำนวนผู้ป่วย ณ เวลาปัจจุบัน โดยไม่ได้คำนึงถึงกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงด้วย ดังนั้นจึงอาจไขไม่ได้ในกรณีโรคระบาด ซึ่งที่ประชุมมีความเห็นว่าไม่ควรรวมกรณีโรคระบาด เนื่องจากจะเป็นโครงการพิเศษที่มีการบริหารจัดการและงบประมาณเฉพาะอยู่แล้ว

4. ให้ขยายขอบเขตของแหล่งข้อมูลที่จะนำมาใช้อ้างอิง จากเดิมกำหนดไว้เฉพาะเอกสารตีพิมพ์และรายงานจากหน่วยงานต่างๆ โดยให้รวมฐานข้อมูลของหน่วยงานเหล่านั้นด้วย

ประเด็นที่ 2 ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ ที่ประชุมมีความเห็นดังนี้

1. การกำหนดคะแนนที่ระดับ 5 ขอให้ปรับช่วงจาก (-0.20)-0.00 เป็น น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0 และที่ระดับ 1 ขอให้ปรับช่วงจาก 0.61 - 0.80 เป็น มากกว่า 0.60 ทั้งนี้เพื่อให้ครอบคลุมค่าปีสุขภาวะทั้งหมดที่เป็นไปได้

2. การพิจารณาคุณภาพของข้อมูลในกรณีที่ผู้เสนอมีข้อมูลมาจากหลายแหล่ง ขอให้พิจารณาข้อมูลที่ได้จากการศึกษาภายในประเทศที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ (ทั้งในและต่างประเทศ) เป็นอันดับแรก หากไม่มีข้อมูลดังกล่าว ให้ใช้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในต่างประเทศ อย่างไรก็ตามกรณีที่ยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน ผู้เสนอหัวข้อฯ สามารถเก็บข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มเติมได้ ด้วยเครื่องมือการประเมินคุณภาพชีวิต EQ5D แต่เนื่องด้วยการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมดังกล่าว มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาและจำนวนตัวอย่าง นอกจากนี้อาจมีอคติเกิดขึ้นในระหว่างการใช้ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหากผู้ป่วยทราบว่าการเก็บข้อมูลในครั้งนี้เพื่อต้องการนำไปใช้ในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ดังนั้นจึงขอให้เป็นทางออกสุดท้ายกรณีที่ไม่ได้มีข้อมูลเท่านั้น

ประเด็นที่ 3 ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ที่ประชุมมีความเห็นดังนี้

1. ประเด็นนี้ได้กำหนดให้ใช้หลักฐานจากการศึกษาทางคลินิกแบบสุ่มตัวอย่าง โดยมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial, RCT) อย่างน้อยหนึ่งการศึกษา ซึ่งที่

ประชุมมีข้อเสนอว่ากรณีที่มี RCT หลายการศึกษาและมีผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกันนั้น ให้ใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) และในกรณีที่ไม่สามารถทำการศึกษาแบบ RCT ได้ เนื่องจากข้อจำกัดบางประการ เช่น ปัญหาด้านจริยธรรม และ/หรือ ความเป็นไปได้ สามารถอนุโลมให้ใช้การศึกษาชนิดอื่นแทนได้

2. หลักเกณฑ์การประเมินประสิทธิผลของเทคโนโลยีสำหรับการคัดกรอง ให้นำไปใช้ในกรณีเทคโนโลยีสำหรับการวินิจฉัยโรคด้วย นอกจากนี้หากคัดเลือกเทคโนโลยีการคัดกรอง/วินิจฉัยโรคหนึ่งๆ เข้าสู่การประเมิน แต่เทคโนโลยีการรักษาโรคนั้นไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้นำเทคโนโลยีการรักษาโรคดังกล่าวเข้าสู่การประเมินด้วย

ประเด็นที่ 4 ความหลากหลายในการปฏิบัติ ที่ประชุมมีความเห็นดังนี้

1. ขอให้ปรับหัวข้อจาก “ความหลากหลายในทางปฏิบัติ” เป็น “ความแตกต่างในทางปฏิบัติ” เนื่องจากขอให้พิจารณาครอบคลุมถึงความแตกต่างในการให้บริการระหว่างระบบประกันสุขภาพด้วย

2. ขอให้ปรับข้อความจาก “โดยตรรกะคาดเดาได้ว่า” เป็น “เป็นที่ทราบโดยทั่วไปว่า”

ประเด็นที่ 5 ผลกระทบทางเศรษฐกิจของคร้วเรือน ที่ประชุมมีความเห็นดังนี้

การพิจารณาวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายขอให้ครอบคลุมทั้งรายจ่ายทางตรงด้านการแพทย์ที่เกิดขึ้นทั้งในกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และรายจ่ายทางตรงที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์ เช่น ค่าเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล โดยให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการที่ได้จากการศึกษารายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยในประเทศไทย ทั้งนี้ไม่รวมรายจ่ายในการดูแลผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายทางอ้อมจากการขาดงานเนื่องจากความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ เนื่องจากไม่มีข้อมูลที่จะนำมาใช้วิเคราะห์ต้นทุนดังกล่าว

ประเด็นที่ 6 ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม ที่ประชุมมีความเห็นดังนี้

1. เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีคำจำกัดความที่ชัดเจนสำหรับโรคที่มีความชุกต่ำ (Rare disease) ดังนั้นการกำหนดระดับคะแนน ขอให้ปรับระดับของเกณฑ์การให้คะแนนไม่ให้ไปทับซ้อนกับเกณฑ์การให้คะแนนในประเด็นจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบ เพื่อป้องกันการนับคะแนนซ้ำซ้อน

2. ในการพิจารณา โรคที่มีความชุกต่ำ (Rare disease) ขอให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์หรือเอกสารจากหน่วยงานตามรายชื่อในข้อกำหนดท้ายเอกสารฉบับนี้ กรณีที่ไม่มีข้อมูลในประเทศ อนุโลมให้ใช้ข้อมูลในต่างประเทศที่อยู่ในภูมิภาคเดียวกันและจำนวนประชากรใกล้เคียงกับประเทศไทย

3. ขอให้ปรับประเด็นการพิจารณาจาก การเข้าถึงการบริการสุขภาพเปรียบเทียบระหว่างชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ทั้ง 3 ระบบ เป็นประเด็นด้านการเป็นโรคที่เกิดกับผู้มีฐานะยากจน แทน เนื่องจากอาจไปซ้ำซ้อนกับประเด็นด้านความแตกต่างในการปฏิบัติได้

มติการประชุม เห็นชอบ โดยมอบหมายให้

1. นักวิจัยในฐานะเลขานุการโครงการฯปรับปรุงร่างประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน ตามที่ที่ประชุมแนะนำ

2. ในขั้นตอนที่ 3 การกำหนดกรอบสำหรับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ให้ นักวิจัยในฐานะเลขานุการโครงการฯนำประเด็นด้านปีสุขภาวะเป็นประเด็นหนึ่งในกรอบการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เนื่องจากในกระบวนการคัดเลือกหัวข้อฯ ยังไม่ได้นำประเด็นด้านอายุของผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพมาใช้ประกอบการพิจารณา

ปิดการประชุม เวลา 12.00 น.

ภก.อดุลย์ โมฮารา
ผู้จดยางานการประชุม



ภาคผนวก 4

รายงานการประชุม

ผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกัน

สุขภาพถ้วนหน้า ครั้งที่ 1/2553

วันอังคารที่ 9 มีนาคม 2553 เวลา 12.00 -16.30 น.

ณ ห้องประชุมสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ตึกกรมสุขภาพจิต อาคาร 3 ชั้น 5 กระทรวงสาธารณสุข

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ประธาน
2. นางกิติมา อุกะโชค ผู้แทนสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข
3. นพ.สมศักดิ์ อรรถศิลป์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
4. นายรชตะ อุ่นสุข ผู้แทนอธิบดีกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
5. ดร.ทองใหญ่ อัยยะวรากุล ผู้แทนเลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
6. นายเฉลิมชัย บุญเกียรติสกุล ผู้แทนอธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
7. นพ.ภาคภูมิ สุบิยพันธุ์ ประธานราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแห่งประเทศไทย
8. นพ.สุรจิต สุนทรธรรม ผู้แทนราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
9. พญ.ดารณี สุวพันธุ์ ผู้แทนราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
10. รศ.ดร.เฉลิมศรี ภูมามางกูร ผู้แทนประธานคณะกรรมการศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย
11. รศ.ดร.ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ ผู้อำนวยการศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
12. รศ.นพ.พิทยา จารุพูนผล ประธานที่ประชุมคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์แห่งประเทศไทย
13. รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 1
14. นส.ดวงพร อีจู้รัตน์ ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 2
15. ผศ.ดร.วิรัตน์ ปานศิลา ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 5
16. นส.มารีษา เนตรใจบุญ ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 11
17. อ.บุญมา ทวิภักดิ์ ประธานเครือข่ายसानสายใยเพื่อสุขภาพหัวใจดี

- | | |
|----------------------------------|---|
| 18. นางสาวชล ทรัพย์ดี | ผู้แทนเครือข่ายโรคมะเร็ง |
| 19. นายชูศักดิ์ จันทยานนท์ | ผู้แทนสมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสซึม (ไทย) |
| 20. นายบริพัตร ดอนมอญ | ผู้แทนเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย |
| 21. ดร.จิตตระกูล เลิศสกุลพาณิชย์ | ผู้แทนนายกสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ |
| 22. นายปริญญา เปาทอง | ผู้แทนนายกสมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน |
| 23. นายปรีชา พันธุ์ดีเวช | ผู้แทนนายกสมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ |
| 24. นางเพทาย ปทุมจันทร์ธน | ผู้แทนเครือข่ายจังหวัดกรุงเทพมหานคร |
| 25. นายสุวัฒน์ชัย พ่อเกตุ | ผู้แทนเครือข่ายจังหวัดสกลนคร |
| 26. คุณจาวรรรณ วุฒิ | ผู้แทนเครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ |
| 27. นายมาโนช สายทอง | ผู้แทนเครือข่ายจังหวัดภูเก็ต |
| 28. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ | หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 29. ญ.ดร.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 30. ญ.ศิตาพร ยังคง | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 31. ภก.อดุลย์ โมฮารา | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 32. นส.จอมขวัญ โยธาสุมุทร | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 33. นส.วรัญญา รัตนวิภาพงษ์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 34. นส.รุ่งนภา คำผาง | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 35. นส.อุษา ฉายเกล็ดแก้ว | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 36. นางจิตปราณี วาศวิท | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| 37. นส.ชาอีดา วิริยาทร | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| 38. นส.กุมารี พัทณี | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |

ผู้ไม่มาประชุมเนื่องจากติดภารกิจ

1. ประธานที่ประชุมสถาบันผู้บริหารการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ของรัฐ
2. ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

เริ่มประชุมเวลา 13.00 น.

นพ.พงษ์พิสุทธิ จงอุดมสุข ประธานการประชุม กล่าวเปิดประชุมและดำเนินการประชุมตามระเบียบวาระดังต่อไปนี้

ระเบียบวาระที่ 1 เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ

นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ประธานการประชุม แจ้งให้ทราบเกี่ยวกับวาระการประชุมวันนี้เป็นการพิจารณาแนวปฏิบัติและวิธีการทำงานเพื่อเป็นกรอบสำหรับใช้ในกระบวนการทำงานของคณะทำงานชุดนี้ซึ่งได้รับการคัดเลือกเป็นผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการประชุมเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553 ที่ผ่านมา

ระเบียบวาระที่ 2 เรื่องเพื่อพิจารณา

2.1 แนวปฏิบัติสำหรับการเสนอและคัดเลือกหัวข้อและปัญหา/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน

ภก.อดุลย์ โฆฮารา ได้อธิบายเกี่ยวกับการทำงานที่ผ่านมาที่ฝ่ายเลขานุการได้ดำเนินการไปแล้วตลอดจนการจัดทำร่างแนวปฏิบัติสำหรับการเสนอและคัดเลือกหัวข้อและปัญหา/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมินและแจ้งให้ที่ประชุมทราบเกี่ยวกับเนื้อหาเพิ่มเติมเนื่องจากการให้ความเห็นในที่ประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการประชุมเมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2552 และการประชุมในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553 เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันและให้ที่ประชุมตรวจสอบรายละเอียดของเอกสารต่างๆเพื่อให้เป็นกรอบแนวทางปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้จริง

ที่ประชุมมีความเห็นว่าควรปรับแก้เอกสารหมายเลข 3 เพื่อให้มีความชัดเจนและมีความกระชับมากขึ้น โดยมีประเด็นต่างๆดังนี้

1) ในกลุ่มที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในกรณีของผู้ป่วย ซึ่งในเบื้องต้นไม่สามารถมีสิทธิออกเสียงได้ อันเนื่องมาจากกลุ่มผู้ป่วยโรคหนึ่งอาจจะไม่เป็นตัวแทนของทุกคนได้ แต่จากการประชุมในวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553 มีผู้ให้ความเห็นว่ากลุ่มผู้ป่วยสามารถใช้ดุลยพินิจในการพิจารณาข้อมูลได้และไม่ได้มีผลประโยชน์ทับซ้อนในเชิงธุรกิจ จึงควรมีสิทธิออกเสียงแก่กลุ่มที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนเชิงธุรกิจนั้นไม่ควรมีสิทธิออกเสียง

2) การให้ภาคอุตสาหกรรมเข้ามาสังเกตการณ์ก็เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่เนื่องจากการอภิปรายกันถึงความเหมาะสมของการเข้ามาสังเกตการณ์ของกลุ่มนี้ ทำให้มีมติว่าควรจะยกเลิกการเข้ามาสังเกตการณ์ของกลุ่มอุตสาหกรรมไว้ก่อน ทั้งนี้เนื่องจากการประชุมเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอุตสาหกรรม ก็จะเชิญมาให้ข้อมูลอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้ยืนยันว่าข้อมูลทุกอย่างจากการประชุมจะถูกเปิดเผยต่อสาธารณชนทั่วไปเพื่อให้เกิดความโปร่งใส

ที่ประชุมมีมติ เห็นชอบให้กลุ่มผู้ป่วยมีสิทธิในการออกเสียงในการคัดเลือก และให้ยกเลิกการเข้าสังเกตการณ์ของกลุ่มอุตสาหกรรมไว้ก่อน สำหรับการตรวจสอบผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทับซ้อนในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จะใช้ระบบสปริตให้ผู้ที่คิดว่ามีส่วนได้ส่วนเสีย

ทับซ้อนแสดงตัวออกมาเอง ในกรณีที่มีการตัดสินใจคัดเลือกหัวข้อฯ ไม่มีฉันทามติ ให้ตัดสินใจ โดยใช้เสียงข้างมากของคณะทำงาน

2.2 ประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อและปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน ภูมิ.ศิตาพร ยังกง ได้อธิบายในรายละเอียดของเกณฑ์ต่างๆ ที่ใช้ในกระบวนการคัดเลือกหัวข้อ (เอกสารหมายเลข 4) เพื่อทำความเข้าใจแก่คณะทำงาน ก่อนที่จะใช้เกณฑ์ดังกล่าวในการคัดเลือกหัวข้อ โดยมีข้อซักถามและชี้แจงในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1) ผู้ได้รับผลกระทบไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยทุกราย เพราะบางเรื่องผู้ได้รับผลกระทบอาจไม่ใช่ผู้ป่วยก็ได้

2) เกณฑ์ในการกำหนดจำนวนผู้ป่วยเพื่อการให้คะแนน ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศ และพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการในเมืองไทยว่า เกณฑ์ดังกล่าวเหมาะสมและมีความเป็นไปได้

3) คณะทำงานชุดนี้มีสิทธิขาดในการใช้ดุลยพินิจคัดเลือกหัวข้อที่ผ่านเกณฑ์การรวมคะแนนจากเกณฑ์ต่างๆแล้วเห็นว่าเห็นด้วยหรือไม่ มีความเหมาะสมหรือไม่และมีสิทธิที่จะเปลี่ยนแปลงลำดับของหัวข้อได้ตามความเหมาะสม

4) ควรมีการระบุที่มาที่ไปของแต่ละเกณฑ์ให้ชัดเจน

5) ในเกณฑ์ของประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพนั้นจะพิจารณาทั้งวิธีการรักษาโรคและความแม่นยำ โดยจะมีการพิจารณาแยกกัน มีประเด็นเพิ่มเติมว่าให้มีการแบ่งประเด็นความแม่นยำและวิธีการรักษาออกจากกัน โดยให้แบ่งความแม่นยำเป็น 3 ระดับ และวิธีการรักษาโรคเป็น 2 ระดับเพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ ซึ่งประธานได้มอบหมายให้ฝ่ายเลขานุฯ นำไปพิจารณาเพิ่มเติมและหาข้อยุติกับเรื่องนี้

6) ในเกณฑ์การให้คะแนนของความแตกต่างในทางปฏิบัติ การให้คะแนนจะขึ้นอยู่กับหลักฐานว่ามีความชัดเจนมากน้อยแค่ไหน เนื่องจากการหาข้อมูลในเรื่องขนาดของความแตกต่างจะหาได้ยากมากจึงขอให้พิจารณาจากหลักฐานทางวิชาการเป็นหลัก

7) เกณฑ์ผลกระทบทางเศรษฐกิจของคร้วเรือน กำหนดโดยใช้ผลการสำรวจทางสถิติจากคร้วเรือนทั่วประเทศของสำนักงานสถิติแห่งชาติและข้อมูลจากการวิจัย ถ้าไม่มีข้อมูลการสำรวจในช่วงระยะเวลาการทำงานของคณะทำงานจะใช้วิธีการประมาณการโดยฝ่ายเลขานุฯ โดยจะชี้แจงให้คณะทำงานทราบ และให้คณะทำงานใช้ดุลยพินิจตัดสินใจได้

8) ในเกณฑ์ของความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม ที่ประชุมได้มีการทักท้วงเกี่ยวกับการกำหนดองค์ประกอบ (ระดับรายได้ของผู้ได้รับผลกระทบ และระดับความชุกของโรคหรือปัญหาสุขภาพ) ในการให้คะแนน ซึ่งที่ประชุมได้เห็นชอบให้มีการปรับเปลี่ยนองค์ประกอบในการเรียงระดับของคะแนนใหม่

2.3 แนวทางการเตรียมข้อมูลสำหรับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการเสนอหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน นพ. ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้อธิบายแนวทางการเตรียมข้อมูลโดยอ้างอิงจากเอกสารวิชาการตามที่กำหนดให้ โดยในการนำเสนอหัวข้อ ให้ใช้เอกสารหมายเลข 6 ในการนำเสนอและผู้เสนอต้องหาข้อมูลประกอบการเสนอมานิ่งชุด และฝ่ายเลขาฯ จะหาข้อมูลมาอีกหนึ่งชุด ถ้าหากไม่มีข้อมูลเลยคณะทำงานจะต้องพิจารณาอีกครั้ง ทั้งนี้แต่ละกลุ่มจะเสนอได้กลุ่มละไม่เกิน 3 เรื่อง ส่วนในการได้มาซึ่งข้อมูลนั้น ฝ่ายเลขาฯ จะช่วยเหลือในเรื่องงบประมาณสนับสนุน ซึ่งหลักเกณฑ์ในการเบิกจ่ายนั้นทางฝ่ายเลขาฯ จะส่งรายละเอียดให้ทราบต่อไป

2.4 ร่างข้อตกลงร่วม (TOR) ระหว่างผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียฯ กับมูลนิธิพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) ที่ประชุมได้พิจารณาร่างข้อตกลงและให้ความเห็นชอบ ในส่วนของกลุ่มผู้กำหนดนโยบายซึ่งเป็นผู้แทนจากส่วนราชการนั้น ผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติให้ความเห็นว่าไม่ควรมีการทำสัญญา ฝ่ายเลขาฯ จึงเสนอเป็นผู้ประสานงานให้กรณีผู้แทนกลุ่มดังกล่าวมีความประสงค์จะจัดประชุมเพื่อรับฟังความคิดเห็น

ระเบียบวาระที่ 3 เรื่องอื่นๆ

3.1 ประธาน แจ้งให้ผู้แทนกลุ่มต่างๆ ทราบว่า ในการแต่งตั้งคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ เมื่อคณะอนุกรรมการสิทธิประโยชน์แต่งตั้งคณะทำงานแล้ว ฝ่ายเลขาฯ จะทำหนังสือแจ้งหน่วยงาน/องค์กร ของคณะทำงานเพื่อทราบและจะขอให้หน่วยงาน/องค์กร แต่งตั้งผู้แทนสำรองสองคนเพื่อเข้าประชุมคณะทำงาน ในกรณีที่ผู้ทำงานไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

3.2 ในการเสนอหัวข้อครั้งนี้ขอให้เสนอภายในวันที่ 9 เมษายน 2553

กำหนดการประชุมครั้งต่อไป

ในการประชุมครั้งหน้า จะเป็นการประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ กำหนดวันอังคารที่ 4 พฤษภาคม 2553 เวลา 9.00-16.30 น.

ปิดประชุมเวลา 16.30 น.

น.ส.กুমารี พัทณี
น.ส.ชาอีดา วิริยาทร
ผู้จดยางานการประชุม

นางจิตปราณี วาศวิท
ภก.อดุลย์ โมฮารา
ผู้ตรวจรายงานการประชุม



ภาคผนวก 5

ประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ เทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน

ในขั้นตอนของการคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อให้การคัดเลือกหัวข้อ เป็นไปอย่างมีระบบ โปร่งใสและอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการ จำเป็นต้องมีการพัฒนากรอบและหลักเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อ ทั้งนี้สำหรับการดำเนินงานที่ผ่านมา ฝ่ายเลขานุการโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากรอบและหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกหัวข้อ เพื่อให้ได้มาซึ่งลำดับความสำคัญของปัญหา เข้าสู่การประเมินและพิจารณาผนวกเข้าในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยได้นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมในการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2552 ซึ่งประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และกลุ่มผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรับฟังความคิดเห็นและเพื่อให้ได้ข้อสรุปร่วมกันเกี่ยวกับประเด็นที่ควรนำมาใช้ในการคัดเลือกหัวข้อปัญหา ทั้งนี้ที่ประชุมมีข้อสรุปร่วมกันที่จะประยุกต์ใช้ประเด็นในการคัดเลือกหัวข้อปัญหา 6 ประเด็นดังนี้ 1) จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ 2) ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ 3) ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ 4) ความแตกต่างในทางปฏิบัติ 5) ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และ 6) ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม

หลังจากนั้นฝ่ายเลขานุการฯ ได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมเพื่อจัดทำรายละเอียดของเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับแต่ละประเด็นดังกล่าว และได้เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาร่างประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2553 เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในรายละเอียดซึ่งประกอบด้วย คำจำกัดความในแต่ละประเด็นการคัดเลือกหัวข้อ และเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละประเด็น ซึ่งได้มีการนำเสนอประเด็นและเกณฑ์ดังกล่าวในการประชุมคณะกรรมการดำเนินงานเสนอและคัดเลือกหัวข้อ เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2553 และใช้เป็นเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อ ในการประชุมคัดเลือกหัวข้อ ประจำปี 2553 ในรอบที่ 1/2553 และ รอบที่ 2/2553

จากการใช้เกณฑ์ข้างต้นในการการคัดเลือกหัวข้อ ทั้งสองรอบที่ผ่านมาพบว่า มีประเด็นและเกณฑ์บางส่วนยังไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะการนำมาใช้ในการ

พิจารณาเกี่ยวกับเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนั้นฝ่ายเลขานุการฯ จึงได้รวบรวมข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่ได้จากการประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพทั้ง 2 ครั้ง โดยรายละเอียดผลการปรับปรุงประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพมีดังต่อไปนี้

ประเด็นการคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อนำเข้าสู่การประเมินประกอบด้วย 6 ประเด็นดังต่อไปนี้

1. จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ (Size of population affected by disease or health problem)

คำจำกัดความ จำนวนประชากรที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้เทคโนโลยีนั้นๆ

เกณฑ์การให้คะแนน จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ ให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการซึ่งได้รับการตีพิมพ์ หรืออาจเป็นเอกสารหรือฐานข้อมูลของหน่วยงานตามรายชื่อที่ระบุไว้ในข้อกำหนดท้ายเอกสารฉบับนี้ โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนมีดังนี้

- | | |
|----------------------------|---|
| ● มากกว่า 500,000 คนขึ้นไป | 5 |
| ● 100,001-500,000 คน | 4 |
| ● 50,001-100,000 คน | 3 |
| ● 10,001-50,000 คน | 2 |
| ● 0-10,000 คน | 1 |

2. ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ (Severity of disease or health problem)

คำจำกัดความ ระดับความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพหนึ่งๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความสูญเสียหรือผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต อันเนื่องมาจากการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นๆ โดยอาจวัดเป็นค่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคหรือมีปัญหาสุขภาพที่สนใจ โดยพิจารณาจากระดับคุณภาพชีวิตของคนส่วนใหญ่ที่เป็นโรคหรือมีปัญหาสุขภาพนั้นๆ

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อมูลคุณภาพชีวิตให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์ตามข้อกำหนดในท้ายเอกสารฉบับนี้ ทั้งนี้ให้พิจารณาข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยกำหนดสเกลวัดระดับคุณภาพชีวิต ระหว่าง 0 ถึง 1 (0 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่แย่มากที่สุด และ 1 หมายถึงภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด) อย่างไรก็ตาม พบว่าคุณภาพชีวิตบางรูปแบบมีสเกลเป็นลบได้ โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนมีดังนี้

- | | |
|-------------------------|---|
| • น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0 | 5 |
| • 0.01 - 0.20 | 4 |
| • 0.21 - 0.40 | 3 |
| • 0.41 - 0.60 | 2 |
| • มากกว่า 0.60 | 1 |

3. ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Effectiveness of health technology)

คำจำกัดความ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่สนใจซึ่งพิจารณาจากผลลัพธ์สุดท้ายด้านสุขภาพจากการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสุขภาพ การคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค และการป้องกันโรค อันสืบเนื่องมาจากเทคโนโลยีนั้นๆ โดยอาจพิจารณาเปรียบเทียบกับทางเลือกอื่นที่มีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อมูลประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์ตามข้อกำหนดในท้ายเอกสารฉบับนี้ โดยต้องมีหลักฐานวิชาการที่เป็นการศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยแบบการศึกษาทางคลินิกแบบสุ่มตัวอย่างโดยมีกลุ่มควบคุม (Randomize Controlled Trial /RCT) อย่างน้อย 1 การศึกษา⁹ กรณีที่ไม่สามารถทำการศึกษาแบบ RCT ได้ เนื่องจากข้อจำกัดบางประการ เช่น ปัญหาด้านจริยธรรมและ/หรือความเป็นไปได้ สามารถอนุมานให้ใช้การศึกษาชนิดอื่นได้ โดยเกณฑ์ในการให้คะแนน จำแนกตามวัตถุประสงค์หลักของการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ดังนี้

ในกรณีของการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสุขภาพ พิจารณาจากผลลัพธ์ ด้านสุขภาพจากการใช้เทคโนโลยีนั้นๆ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 เกิดผลลัพธ์ ดังนี้

- สามารถรักษาให้หายขาดได้ (กลับสู่ภาวะสุขภาพปกติ) 5
- ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน 4
- ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตเพียงเล็กน้อย 3
- เพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน 2
- เพิ่มคุณภาพชีวิตเพียงเล็กน้อย หรือไม่เพิ่มคุณภาพชีวิตเลย 1

⁹ มีข้อเสนอแนะให้ใช้การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta-analysis) กรณีที่มีข้อมูล RCT มากกว่า 1 การศึกษา

ในกรณีการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรค พิจารณาจากความแม่นยำในการคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรคนั้นๆ ซึ่งมีวิธีพิจารณากำหนดคะแนนเป็นสามส่วน ดังนี้

ส่วนที่หนึ่ง พิจารณาความแม่นยำ¹⁰ (Accuracy) ในการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรค เป็นความแม่นยำที่จะบอกผู้ที่เป็นโรคจริงและไม่เป็นโรคจริงจากจำนวนประชากรที่นำมาตรวจ

ระดับความแม่นยำ	คำจำกัดความ
A0	ความแม่นยำน้อยกว่า 60%
A1	ความแม่นยำ 60-80%
A2	ความแม่นยำมากกว่า 80%

ส่วนที่สอง ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรคนั้นๆ โดยพิจารณาโรคที่เทคโนโลยีด้านสุขภาพนั้นๆ คัดกรองและ/หรือวินิจฉัย ว่าสามารถรักษาให้หายขาดได้หรือไม่

ผลกระทบจากการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรค	คำจำกัดความ
D0	โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
D1	โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้

¹⁰ สูตรการคำนวณความแม่นยำ (Accuracy)

$$Accuracy = \frac{a + d}{a + b + c + d}$$

การคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย		สภาพจริงผู้ป่วยจากการตรวจมาตรฐาน	
		ผลบวก	ผลลบ
ผลการตรวจ จากเครื่อง	ผลบวก	a	b
	ผลลบ	c	d

ส่วนที่สาม นำผลที่ได้จากการพิจารณากำหนดคะแนนในส่วนที่หนึ่งและสองมาให้คะแนนดังนี้

ระดับความแม่นยำ	ผลกระทบจากการคัดกรอง และ/หรือการวินิจฉัยโรค	คะแนน
A2	D1	5
A1	D1	4
A2	D0	3
A1	D0	2
D0	D1	2
A0	D0	1

หมายเหตุ มีเกณฑ์สองเกณฑ์ที่กำหนดให้คะแนนในระดับ 2

ในกรณีของการป้องกันโรค

- มีประสิทธิผลในการป้องกันมากกว่า 90% **5**
- มีประสิทธิผลในการป้องกัน 81-90% **4**
- มีประสิทธิผลในการป้องกัน 71-80% **3**
- มีประสิทธิผลในการป้องกัน 61-70% **2**
- มีประสิทธิผลในการป้องกันน้อยกว่า 60% **1**

4. ความแตกต่างในทางปฏิบัติ (Variation in practice)

คำจำกัดความ ความแตกต่างในทางปฏิบัติจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพในการรักษาโรคและ/หรือฟื้นฟูสภาพ การคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค และการป้องกันโรค โดยพิจารณาบนพื้นฐานการมีอยู่ของหลักฐานวิชาการ โดยครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

1. ความแตกต่างระหว่างชุดสิทธิประโยชน์ ต้องมีหลักฐานเอกสารหรือระเบียบทางราชการที่แสดงให้เห็นความแตกต่างระหว่างสิทธิการรักษา

2. ความแตกต่างที่เกิดจากการกระจายเทคโนโลยี ให้คำนึงถึงศักยภาพของหน่วยบริการที่จะสามารถใช้เทคโนโลยีนั้นด้วย

หมายเหตุ: ความแตกต่างในทางปฏิบัติไม่ได้หมายถึง การนำไปใช้นอกข้อบ่งใช้ การนำไปใช้ในทางที่ผิด

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อมูลความแตกต่างในทางปฏิบัติให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการหรือระเบียบทางราชการซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในทางปฏิบัติที่ได้รับการตีพิมพ์หรืออาจเป็นเอกสารจากหน่วยงานตามรายชื่อที่ระบุไว้ในข้อกำหนดท้ายเอกสารฉบับนี้ โดยเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

- มีหลักฐานวิชาการในประเทศไทย (ระดับประเทศ) ที่แสดงให้เห็นว่า 5
มีความแตกต่างในทางปฏิบัติ
- มีหลักฐานวิชาการในประเทศไทย (บางพื้นที่) ที่แสดงให้เห็นว่า 4
มีความแตกต่างในทางปฏิบัติ
- มีหลักฐานวิชาการที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในทางปฏิบัติ 3
ในต่างประเทศ และมีแนวโน้มว่ามีความแตกต่างในทางปฏิบัติ
ในประเทศไทย
- ไม่มีหลักฐานวิชาการยืนยัน แต่เป็นที่ทราบโดยทั่วไปว่า 2
มีความแตกต่างในทางปฏิบัติ และ/หรือ ยังไม่มี Clinical Practice
Guideline ที่ชัดเจนในประเทศไทย¹¹
- เป็นที่ทราบโดยทั่วไปว่าไม่มีความแตกต่างในทางปฏิบัติ 1

¹¹ ยังไม่มี Clinical Practice Guideline (CPG) ที่ชัดเจนในประเทศไทย หมายถึง ราชวิทยาลัยและสมาคมทางการแพทย์ตามรายชื่อที่ระบุไว้ในข้อกำหนดท้ายเอกสารฉบับนี้ยังไม่ได้พัฒนา CPG สำหรับประเทศไทย และ/หรือ มีความแตกต่างของ CPG ที่พัฒนาขึ้นในระดับโรงพยาบาล

5. ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน (Economic impact on household expenditure)

คำจำกัดความ ผลกระทบจากการที่ครัวเรือนต้องแบกรับภาระรายจ่ายจากการรักษาโรคหรือปัญหาสุขภาพ และ/หรือ จากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เมื่อสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ จนทำให้ครัวเรือนต้องประสบกับภาวะล้มละลาย (Catastrophic illness/ health catastrophe)¹² โดย

กรณีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้พิจารณาเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการส่งเสริม/คัดกรองและการป้องกันโรค หากโรคที่ต้องการคัดกรองและป้องกันยังไม่ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้รวมค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคด้วย

กรณีการรักษาและฟื้นฟูสภาพ ให้พิจารณาค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น โดยมีข้อสังเกตดังนี้

- หากค่าใช้จ่ายจากการใช้เทคโนโลยีเดียวกันแต่มีค่าใช้จ่ายต่างกันตามลักษณะผู้ป่วย หรือรูปแบบการใช้ ให้พิจารณาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่หรือการรักษาส่วนใหญ่เป็นหลัก
- หากเทคโนโลยีที่ใช้เพียงครั้งเดียวแต่มีผลไปตลอดชีวิตให้คิดค่าใช้จ่ายทั้งหมด โดยให้ระบุเพิ่มเติมว่าเป็นค่าใช้จ่ายครั้งเดียว
- หากเป็นเทคโนโลยีที่ต้องใช้ซ้ำไปในระยะเวลาเกินหนึ่งปีให้ประมาณค่าใช้จ่ายต่อปี

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อมูลผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือนในรูปของรายจ่ายด้านสุขภาพที่ครัวเรือนต้องแบกรับ การคำนวณรายจ่ายด้านสุขภาพในที่นี้กำหนดให้ผลกระทบทางเศรษฐกิจหรือรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนแบ่งเป็น 5 ระดับ¹³ โดยในโครงการนี้พิจารณาเฉพาะรายจ่ายทางตรงด้านการแพทย์ที่เกิดขึ้นทั้งในกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และเกิดขึ้นในโรงพยาบาลภาครัฐเป็นหลัก ทั้งนี้ไม่รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยเกณฑ์ในการให้คะแนนมีดังนี้

- | | |
|--|---|
| ● มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพมากกว่า 62,500 บาท/ปี | 5 |
| ● มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพระหว่าง 35,601-62,500 บาท/ปี | 4 |
| ● มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพระหว่าง 20,801-35,600 บาท/ปี | 3 |
| ● มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพระหว่าง 12,000-20,800 บาท/ปี | 2 |
| ● มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพน้อยกว่า 12,000 บาท/ปี | 1 |

¹² เกณฑ์ที่กำหนดเป็นภาวะการล้มละลายของครัวเรือนจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครัวเรือน กำหนดจาก รายจ่ายที่ครัวเรือนจ่ายเองเป็นค่ายา ค่ารักษาพยาบาลทั้งกรณีเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่สูงเกินกว่าร้อยละ 10 ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน (อ้างอิงจาก Russell, 1996; Wagstaff & Van Doorslaer, 2003 อ้างในบทความของ นพ. ภูษิต ประคองสาย และคณะ ในเรื่อง "The Equity Impact of the Universal Coverage Policy: Lessons from Thailand")

¹³ ในการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนระดับของผลกระทบจากรายจ่ายด้านสุขภาพที่มีต่อครัวเรือน วิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2551 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นข้อมูลปีล่าสุด ใช้วิธีการคำนวณสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพที่ครัวเรือนต้องจ่ายเองต่อปี (ซึ่งประกอบด้วยค่ายาและค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน) ต่อรายจ่ายทั้งหมดต่อปีของครัวเรือน นำเฉพาะครัวเรือนที่มีสัดส่วนรายจ่ายดังกล่าวที่สูงกว่า ร้อยละ 10 มาเรียงจากน้อยไปมาก แล้วจัดแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มเท่าๆ กัน (Quintile group) จากนั้นใช้ค่าสูงสุด (Upper limit) ซึ่งเป็นรายจ่ายสุขภาพของแต่ละชั้นช่วงมาเป็นที่คะแนนให้คะแนนกำหนดขนาดความรุนแรงของภาวะล้มละลาย

6. ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม (Equity/ethical and social implication)

คำจำกัดความ ประเด็นที่มีผลกระทบทางสังคม ศาสนาและวัฒนธรรม ต่อสังคมส่วนรวม รวมถึงชนกลุ่มน้อย/ผู้ด้อยโอกาส/ผู้เยาว์/กลุ่มชาติพันธุ์ ทั้งที่มีกฎหมายรองรับและไม่มีกฎหมายรองรับ เช่น สิทธิสตรี ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความแบ่งแยกหรือความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงเทคโนโลยี/การบริการสุขภาพของคนแต่ละกลุ่มในสังคม ในที่นี้ความเป็นธรรมพิจารณาจากการให้ความสำคัญแก่ผู้ได้รับผลกระทบที่มีรายได้น้อย ในขณะที่ประเด็นสังคมและจริยธรรมพิจารณาจากการให้ความสำคัญในโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีความชุกต่ำ

เกณฑ์การให้คะแนน

การให้คะแนนเพื่อจัดระดับความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม มีวิธีพิจารณากำหนดคะแนนเป็นสามขั้น ดังนี้

ส่วนที่หนึ่ง ประเด็นความเป็นธรรม ให้พิจารณาจากผลกระทบของโรคหรือปัญหาสุขภาพว่าส่วนใหญ่เกิดกับผู้มีรายได้น้อยหรือไม่

โรคตามระดับรายได้ของผู้ได้รับผลกระทบ	คำจำกัดความ
E0	โรคหรือปัญหาสุขภาพที่ส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดกับผู้มีรายได้น้อย
E1	โรคหรือปัญหาสุขภาพที่ส่วนใหญ่เกิดกับผู้มีรายได้น้อย

ส่วนที่สอง ประเด็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีความชุกต่ำ ให้พิจารณาจำนวนผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพที่มีชีวิตอยู่ทั้งรายเก่าและรายใหม่ ทั้งนี้ให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์หรือเอกสารจากหน่วยงานตามรายชื่อในข้อกำหนดท้ายเอกสารฉบับนี้ กรณีที่ไม่มีข้อมูลจำนวนผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบในประเทศ อนุโลมให้ใช้ข้อมูลในต่างประเทศที่มีอยู่ในภูมิภาคเดียวกันและจำนวนประชากรใกล้เคียงกับประเทศไทย การพิจารณากำหนดคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับความชุกของโรค หรือปัญหาสุขภาพ	คำจำกัดความ
R0	เป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบบมากกว่า 10,000 คน
R1	เป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบ 1,000-10,000 คน
R2	เป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบน้อยกว่า 1,000 คน

ส่วนที่สาม นำผลที่ได้จากการพิจารณากำหนดคะแนนในส่วนที่หนึ่งและสองมาให้คะแนนดังนี้

ระดับรายได้ของผู้ได้รับ ผลกระทบ	ระดับความชุกของโรคหรือ ปัญหาสุขภาพ	คะแนน
E1	R2	5
E1	R1	4
E1	R0	3
E0	R2	2
E0	R1	2
E0	R0	1


หมายเหตุ มีเกณฑ์สองเกณฑ์ที่กำหนดให้คะแนนในระดับ 2

ข. ข้อกำหนดสำหรับการเตรียมหลักฐานวิชาการเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา คัดเลือกหัวข้อ

มีข้อเสนอแนะให้ใช้ผลงานวิชาการในประเทศที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ (ทั้งในและต่างประเทศ) เป็นลำดับต้น หากไม่มีผลงานวิชาการดังกล่าว ให้พิจารณาใช้ผลงานวิชาการในต่างประเทศหรือเอกสารจากหน่วยงานภาครัฐหรือสถาบันวิจัยในข้อ 2 ตามความเหมาะสม

ข้อกำหนดของหลักฐานวิชาการ

1. ผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ หมายถึง เอกสารที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งในและต่างประเทศที่สามารถสืบค้นได้จากแหล่งข้อมูลที่กำหนดเท่านั้น โดยวารสารวิชาการในประเทศสามารถสืบค้นได้ทาง Thai Medical Index และวารสารวิชาการต่างประเทศสามารถสืบค้นได้ทาง Pubmed
2. เอกสารจากหน่วยงานที่นำมาอ้างอิงต้องมาจากภาครัฐทั้งหมด หรือสถาบันวิจัยตามที่กำหนดไว้เท่านั้น ดังรายชื่อต่อไปนี้
 - 1) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)
 - 2) สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)
 - 3) สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)
 - 4) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
 - 5) แผนงานพัฒนาระบบตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล
 - 6) สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.)
 - 7) สถานจัดการวิจัยระบบสุขภาพภาคเหนือ มช. (สวรส. เหนือ)
 - 8) สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส.อีสาน)
 - 9) สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มอ. (สวรส. ใต้)
 - 10) สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)
 - 11) ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
 - 12) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
 - 13) โครงการจัดการองค์ความรู้เรื่องยาเสพติด (อสต.)
 - 14) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
 - 15) ศูนย์ความร่วมมือระดับภูมิภาคเอเชียการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับไข้หวัดนก (APAIR)

- 
- 16) เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน(Clinical Research Collaboration Network-CRCN)
 - 17) แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน (รสส.)
 - 18) แผนงานวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA-HPP)
 - 19) สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคน (สวค.)
 - 20) สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (HISO)
 - 21) สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)
 - 22) สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.)
 - 23) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
 - 24) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
 - 25) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
 - 26) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - 27) มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
 - 28) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
 - 29) สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)
 - 30) สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

นอกจากนี้ เอกสารแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ในระดับประเทศนั้น กำหนดให้เป็นเอกสารที่พัฒนาจากราชวิทยาลัยหรือสมาคมทางการแพทย์ ดังรายชื่อต่อไปนี้

- | | |
|--|--|
| 1) ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย | 24) สมาคมพิษวิทยาแห่งประเทศไทย |
| 2) ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย | 25) สมาคมพิษวิทยาคลินิก |
| 3) ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย | 26) สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย |
| 4) ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู
แห่งประเทศไทย | 27) สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย |
| 5) ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์
แห่งประเทศไทย | 28) สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย |
| 6) ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย | 29) สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย |
| 7) ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย | 30) สมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสี
ร่วมรักษาไทย |
| 8) ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแห่งประเทศไทย | 31) สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย |
| 9) ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย | 32) สมาคมโรคจากการประกอบอาชีพและ
สิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย |
| 10) ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย | 33) สมาคมโรคตับ (ประเทศไทย) |
| 11) ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย | 34) สมาคมโรคติดเชื้อ |
| 12) ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
แห่งประเทศไทย | 35) สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย |
| 13) ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์ | 36) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย |
| 14) ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย | 37) สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย |
| 15) มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย | 38) สมาคมโรคระบบทางเดินอาหาร
แห่งประเทศไทย |
| 16) สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่ง
ประเทศไทย | 39) สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย |
| 17) สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย | 40) สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย |
| 18) สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย | 41) สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย |
| 19) สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย | 42) สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย |
| 20) สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย | 43) สมาคมเวชสารสนเทศไทย |
| 21) สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย | 44) สมาคมศัลยกรรมตกแต่งแห่งประเทศไทย |
| 22) สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย | 45) สมาคมทันตกรรมจัดฟันและการวิจัย
แห่งประเทศไทย |
| 23) สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย | |



ภาคผนวก 6

แนวปฏิบัติสำหรับการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยี ด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน

คณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มอบหมายให้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HITAP) ดำเนินการศึกษาโครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างครอบคลุม เป็นระบบโปร่งใสและอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงวิชาการ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับประโยชน์จากชุดสิทธิประโยชน์อย่างถ้วนหน้าและเป็นธรรม

นักวิจัยจาก IHPP และ HITAP¹⁴ ร่วมกันทบทวนกระบวนการและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพในประเทศต่างๆ เพื่อนำมาปรับใช้ในประเทศไทยและได้นำเสนอผลการทบทวนต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการประชุมเมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2552 ซึ่งที่ประชุมมีมติให้หน่วยงาน/องค์กรและประชาชนรวม 8 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้กำหนดนโยบาย (2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ (3) นักวิชาการ (4) ภาคประชาสังคม (5) กลุ่มผู้ป่วย (6) ภาคอุตสาหกรรม (7) ประชาชนทั่วไป และ (8) เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานประเมินเป็นผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อคัดเลือกเข้าสู่การประเมิน และให้ผู้แทนหน่วยงาน/องค์กรรวม 5 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ (2) นักวิชาการ (3) ภาคประชาสังคม (4) กลุ่มผู้ป่วย และ (5) เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานประเมินเป็นผู้มีสิทธิตัดสินคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน อย่างไรก็ตาม ในส่วนของกลุ่มผู้ป่วนั้น เห็นสมควรให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินคัดเลือกหัวข้อฯ อย่างค่อยเป็นค่อยไป

อย่างไรก็ตามหลังจากฝ่ายเลขานุการโครงการเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้จัดทำร่างแนวทางปฏิบัติสำหรับการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพตามมติการประชุมเมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2552 และได้นำเสนอในการประชุมเพื่อคัดเลือกผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553 ซึ่งที่ประชุมผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีฉันทามติให้ผู้แทนกลุ่มผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกระบวนการคัดเลือกหัวข้อฯ ได้อย่างเต็มรูปแบบ โดยฝ่ายเลขานุการฯ จะ

¹⁴ ในเอกสารฉบับนี้จะเรียกว่า “ฝ่ายเลขานุการของการศึกษาโครงการเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

ประเมินผลในขั้นตอนต่างๆ ของการมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการมีส่วนร่วมให้มีความเหมาะสมต่อไป

ในการนี้ ฝ่ายเลขานุการฯ จึงปรับปรุงร่างแนวปฏิบัติฯ ตามมติการประชุมเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553 และได้นำเสนออีกครั้งในการประชุมคณะกรรมการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2553 ซึ่งที่ประชุมพิจารณาปรับแก้ไขร่างแนวปฏิบัติฯ ดังกล่าว ตามที่ปรากฏในเอกสารฉบับนี้ เพื่อให้กระบวนการเสนอและตัดสินใจคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมินเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ที่จะให้การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพมีความโปร่งใสและเป็นธรรม

1. การเสนอหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อคัดเลือกเข้าสู่การประเมิน

1.1 ให้ผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อฯ 7 กลุ่มแรก¹⁵ คัดเลือกผู้แทนกลุ่มละ 4 คน ยกเว้นกลุ่มอุตสาหกรรมให้คัดเลือกผู้แทน 3 คน รวมทั้งสิ้น 27 คน เป็นผู้ดำเนินการเสนอหัวข้อต่อฝ่ายเลขานุการฯ โดยมีขอบเขตของหน่วยงาน/องค์กรในแต่ละกลุ่ม และวิธีการคัดเลือกผู้แทนกลุ่มในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ขอบเขตของหน่วยงาน/องค์กรผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อฯ และวิธีการคัดเลือกผู้แทนกลุ่ม

กลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อฯ	หน่วยงาน/องค์กรในกลุ่ม	วิธีการคัดเลือกผู้แทนกลุ่ม	หมายเหตุ
(1) ผู้กำหนดนโยบาย	<ul style="list-style-type: none"> ▪ หน่วยงานราชการระดับกรมในกระทรวงสาธารณสุข ▪ สปสช. ▪ สำนักงานประกันสังคม ▪ กรมบัญชีกลาง ▪ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 	ฝ่ายเลขานุการฯ จัดการประชุมหน่วยงาน/องค์กรในกลุ่ม เพื่อเลือกผู้แทนกลุ่มจำนวน 4 คน	

¹⁵ ไม่ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานประเมิน ซึ่งได้แก่ เจ้าหน้าที่ของ IHPP และ HITAP เสนอหัวข้อฯ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความลำเอียง เนื่องจากเจ้าหน้าที่ของทั้งสองหน่วยงานจะทำหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารข้อเสนอและเอกสารประกอบ รวมทั้งใช้ดุลพินิจในการรับหรือไม่รับข้อเสนอหนึ่งๆ

กลุ่มผู้มีสิทธิ เสนอหัวข้อฯ	หน่วยงาน/ องค์กรในกลุ่ม	วิธีการคัดเลือก ผู้แทนกลุ่ม	หมายเหตุ
(2) ผู้เชี่ยวชาญ ด้านการแพทย์	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ราชวิทยาลัยแพทย์ทุกแห่ง ▪ ราชวิทยาลัยทันตแพทย์ 	ฝ่ายเลขานุการฯ จัดการประชุมหน่วยงาน/ องค์กรในกลุ่ม เพื่อเลือก ผู้แทนกลุ่มจำนวน 4 คน	
(3) นักวิชาการ	<p>คณะ และสถาบันการศึกษา เทียบเท่าคณะใน มหาวิทยาลัยภาครัฐและ เอกชนทุกแห่งที่มีการเรียน การสอนระดับปริญญาตรีขึ้นไป ในสาขาวิชาต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ สาธารณสุขศาสตร์ ▪ เภสัชศาสตร์ ▪ พยาบาลศาสตร์ ▪ เศรษฐศาสตร์ (เฉพาะ คณะที่มีหลักสูตร เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข) 	<p>ขอให้ที่ประชุมคณบดี คณะเภสัชศาสตร์ คณะ พยาบาลศาสตร์ และ คณะสาธารณสุขศาสตร์ เลือกผู้แทนสาขาวิชาละ 1 คน</p> <p>ส่วนคณะเศรษฐศาสตร์ ที่มีหลักสูตร เศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข มีอยู่ที่ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยเพียงแห่ง เดียว จึงให้คณะฯ คัด เลือกอาจารย์ในหลักสูตร ดังกล่าวเป็นผู้แทน</p>	<p>ไม่รวมนักวิชาการ ในคณะ แพทยศาสตร์ และทันต แพทยศาสตร์ เนื่องจากนักวิชา การในหน่วยงาน ดังกล่าวมีผู้แทน ในราชวิทยาลัย แพทย์และ ทันตแพทย์ อยู่ แล้ว</p> <p>ด้วยข้อจำกัดด้าน เวลาในการ ดำเนินโครงการ ระยะที่ 1 ขอให้ ประธานที่ประชุม คณบดีคนปัจจุบัน ทั้ง 3 สาขา และ ผู้อำนวยการศูนย์ เศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย เป็น ผู้แทนกลุ่ม</p>
(4) ภาคประชา สังคม	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่ แสวงหากำไร ในคณะ กรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ฝ่ายเลขานุการฯ จัดการ ประชุมผู้แทนองค์กรภาค เอกชนในคณะกรรมการ สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมี	

กลุ่มผู้มีสิทธิ เสนอหัวข้อฯ	หน่วยงาน/ องค์กรในกลุ่ม	วิธีการคัดเลือก ผู้แทนกลุ่ม	หมายเหตุ
		จำนวนทั้งสิ้น 13 คน เพื่อคัดเลือกผู้แทนกลุ่ม จำนวน 4 คน	
(5) กลุ่มผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> ▪ เครือข่ายผู้ป่วยตามรายชื่อที่ได้รับจากสำนักสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี สปสช. ▪ เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ 	ฝ่ายเลขานุการฯ จัดการประชุมผู้แทนเครือข่ายผู้ป่วย ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 13 เครือข่าย และเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ เพื่อเลือกผู้แทนกลุ่มจำนวน 4 คน	
(6) ภาค อุตสาหกรรม	<ul style="list-style-type: none"> ▪ สมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน (TPMA) ▪ สมาคมผู้วิจัยและพัฒนาเภสัชภัณฑ์ (PReMA) ▪ สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย 	ให้แต่ละสมาคมคัดเลือกผู้แทนสมาคมละ 1 คน รวม 3 คน	ไม่รวมสมาคมโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากผู้บริหารสมาคมฯ ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ ซึ่งสามารถเสนอหัวข้อฯ ผ่านผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์
(7) ประชาชน ทั่วไป	เครือข่ายจังหวัดในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	ฝ่ายเลขานุการฯ สุ่มเลือกเครือข่ายจังหวัด ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 76 เครือข่าย ด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ผู้แทนจาก 5 ภาคๆ ละ 3 เครือข่าย รวมเป็นผู้แทนจำนวน 15 คน แล้วจัดการประชุมเพื่อเลือกผู้แทนกลุ่มจำนวน 4 คน	

1.2 ให้ สปสช. โดยคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ แต่งตั้งคณะทำงานเสนอหัวข้อฯ เพื่อทำหน้าที่เสนอหัวข้อฯ เข้าสู่กระบวนการคัดเลือกหัวข้อฯ ต่อไป โดยคณะทำงานเสนอหัวข้อฯ ประกอบด้วย ผู้ที่ได้รับเลือกเป็นผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 7 กลุ่ม ตามข้อ 1.1

1.3 ในการแต่งตั้งคณะทำงานเสนอหัวข้อฯ ให้องค์กร/หน่วยงานที่เป็นผู้แทนกลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อฯ เป็นผู้ทำงาน โดยขอให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร/หน่วยงานนั้นๆ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายอย่างเป็นทางการจำนวนองค์กร/หน่วยงานละ 1 คนเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ในกรณีที่เป็นผู้แทนของกลุ่มภาคประชาสังคม กลุ่มผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป ให้แต่งตั้งตัวบุคคลที่ได้รับเลือกเป็นผู้แทนกลุ่มนั้นๆ เป็นผู้ทำงาน

1.4 คณะทำงานเสนอหัวข้อฯ ปฏิบัติงานในฐานะผู้แทนกลุ่มวาระละ 3 ปี โดยให้ผู้แทน 2 จาก 4 คนในแต่ละกลุ่ม ออกในปีที่สอง และเลือกผู้แทนใหม่เข้ามาทดแทน (staggering replacement of membership) เพื่อความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน

1.5 เปิดรับข้อเสนอปีละ 2 ครั้ง ในเดือนมกราคมและกรกฎาคมของทุกปี (ยกเว้นครั้งที่ 1 ใน ปี พ.ศ. 2553 กำหนดเสนอ ภายในวันที่ 9 เมษายน 2553)

1.6 ในการเสนอหัวข้อฯ คณะทำงานเสนอหัวข้อฯ ต้องปรึกษาหารือและรับฟังความคิดเห็นของหน่วยงาน/องค์กร และสมาชิกของกลุ่มที่ตนเป็นผู้แทน โดยอาจกำหนดแนวปฏิบัติในการดำเนินการดังกล่าวขึ้นใช้เฉพาะกลุ่ม

1.7 ในการเสนอหัวข้อฯ คณะทำงานเสนอหัวข้อฯ ต้องจัดเตรียมข้อเสนอและข้อมูลประกอบรวมทั้งเอกสารอ้างอิงตามเงื่อนไข และข้อกำหนดที่ฝ่ายเลขานุการฯ จัดทำขึ้น¹⁶

1.8 ฝ่ายเลขานุการฯ มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของเอกสาร และใช้ดุลพินิจที่จะรับ/ไม่รับข้อเสนอฯ ในกรณีที่ไมรับข้อเสนอฯ ฝ่ายเลขานุการฯ ต้องอธิบายเหตุผลต่อผู้เสนอหัวข้อฯ นั้นๆ เป็นลายลักษณ์อักษร

1.9 ฝ่ายเลขานุการฯ มีหน้าที่รายงานสรุปหัวข้อฯ ที่มีผู้เสนอเข้าสู่การพิจารณา การตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร และการตัดสินใจรับ/ไม่รับข้อเสนอฯ เสนอต่อ สปสช. และประธานคณะทำงานในข้อ 2.1 รวมทั้งเผยแพร่ต่อสาธารณะในแต่ละรอบของการเปิดรับข้อเสนอ

¹⁶ อ้างอิงประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อฯ เพื่อเข้าสู่การประเมินที่ฝ่ายเลขานุการฯ จัดทำขึ้น โดยอ้างอิงมติจากการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เมื่อวันที่ 24 ธ.ค. 52 และแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในการประชุมเมื่อวันที่ 18 ก.พ. 53 และแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอจากการประชุมคณะทำงานเสนอและคัดเลือกหัวข้อฯ เมื่อวันที่ 9 มี.ค. 53

2. การตัดสินใจคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน

2.1 ให้ สปสช. โดยคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ แต่งตั้งคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ เพื่อทำหน้าที่คัดเลือกหัวข้อฯ เข้าสู่การประเมิน และให้ผู้ที่ได้รับเลือกเป็นผู้แทนกลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อฯ ตามข้อ 1.1 เฉพาะกลุ่ม (1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ (2) นักวิชาการ (3) ภาคประชาสังคม (4) กลุ่มผู้ป่วย และ (5) เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานประเมิน ซึ่งทำหน้าที่ฝ่ายเลขานุการ จำนวนรวม 20 คน เป็นผู้ทำงานในคณะทำงานฯ โดยคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ อยู่ในวาระครั้งละ 3 ปีเช่นกัน และเข้าออกแบบ staggering เพื่อให้มีความต่อเนื่องของการทำงาน

2.2 ในการแต่งตั้งคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ให้องค์กร/หน่วยงานที่เป็นผู้แทนกลุ่มผู้มีสิทธิคัดเลือกหัวข้อฯ เป็นผู้ทำงาน โดยขอให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร/หน่วยงานนั้นๆ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายอย่างเป็นทางการจำนวนองค์กร/หน่วยงานละ 1 คนเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ในกรณีที่เป็นผู้แทนของกลุ่มภาคประชาสังคมและกลุ่มผู้ป่วย ให้แต่งตั้งตัวบุคคลที่ได้รับเลือกเป็นผู้แทนกลุ่มนั้นๆ เป็นผู้ทำงาน

2.3 ให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร/หน่วยงานตามข้อ 2.2 มอบหมายผู้แทนสำรองจำนวนองค์กร/หน่วยงานละ 2 คน และให้ผู้แทนของกลุ่มภาคประชาสังคมและกลุ่มผู้ป่วยแต่ละคนมอบหมายผู้แทนสำรอง 2 คน เพื่อเข้าประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ในกรณีที่ผู้ทำงานตามข้อ 2.2 ไม่สามารถเข้าร่วมการประชุมได้ ทั้งนี้ ให้แจ้งข้อมูลการเสนอชื่อผู้แทนในแบบแจ้งข้อมูลประกอบการแต่งตั้งคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ โดยมีการลงนามรับทราบการเป็นผู้แทนสำรองจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ และผู้แทนสำรองทั้ง 2 คน และส่งมาที่ฝ่ายเลขานุการฯ

2.4 การตัดสินใจคัดเลือกหัวข้อฯ ต้องเป็นมติจากการประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ตามข้อ 2.1 โดยมีผู้ทำงานเข้าประชุมไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 จึงถือว่าครบองค์ประชุม ทั้งนี้ ไม่นับรวมประธานและฝ่ายเลขานุการของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ เป็นองค์ประชุม

2.5 แต่งตั้งให้นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งไม่มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการคัดเลือกหัวข้อฯ ทำหน้าที่ประธานคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ โดยประธานอยู่ในตำแหน่งคราวละ 3 ปี

2.6 ฝ่ายเลขานุการของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ได้แก่ ผู้อำนวยการ IHPP และหัวหน้าโครงการ HITAP หรือผู้ที่ผู้อำนวยการ IHPP และหัวหน้าโครงการ HITAP มอบหมาย

2.7 ประธานและฝ่ายเลขานุการของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ มีหน้าที่พิจารณา กำหนดวันประชุม และวาระการประชุม


2.8 ประธานคณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อฯ มีหน้าที่ดำเนินการประชุม โดยให้คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ อภิปรายประเด็นที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ประธานจะตัดสินใจโดยใช้น้ำหนัก ในกรณีที่ไม่มีฉันทามติ ให้ตัดสินโดยเสียง 2 ใน 3 ของผู้เข้าร่วมประชุม ทั้งนี้ให้ฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อฯ บันทึกความคิดเห็นของเสียงส่วนน้อยในรายงานการประชุมด้วย

2.9 ในการประชุมแต่ละครั้ง ผู้เข้าประชุมทุกคน รวมทั้งประธานและฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อฯ ต้องแสดงการมีหรือไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในหัวข้อฯ ที่จะตัดสินคัดเลือกในการประชุมครั้งนั้นๆ ให้ประธานมีหน้าที่จัดการกรณีที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนของผู้เข้าประชุมตามความเหมาะสม

2.10 การอภิปรายและการตัดสินใจคัดเลือกหัวข้อฯ ให้อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเกี่ยวกับ 6 ประเด็นที่กำหนด (จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ความแตกต่างในทางปฏิบัติ ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม) และเป็นไปโดยอิสระ ปราศจากการชักจูงเพื่อแลกเปลี่ยนกับผลประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อม

2.11 ฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อฯ มีหน้าที่จัดเตรียมวาระการประชุมและเอกสารประกอบ และส่งให้คณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อฯ ก่อนการประชุมอย่างน้อย 2 สัปดาห์ เพื่อให้คณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อฯ พิจารณาความสมบูรณ์และถูกต้องของข้อมูล กรณีที่คณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อฯ มีความเห็นว่า มีข้อมูลไม่เพียงพอ คณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อฯ จะยังไม่พิจารณาตัดสินในประเด็นนั้นๆ และให้ฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อฯ จัดเตรียมข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งนี้เอกสารประกอบการประชุม ได้แก่ เอกสารที่คณะกรรมการเสนอหัวข้อฯ หนึ่งๆ ส่งให้ฝ่ายเลขานุการฯ และเอกสารที่ฝ่ายเลขานุการฯ จัดทำขึ้น โดยการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ

2.12 ในการประชุมแต่ละครั้ง สมาชิกคณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อฯ จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ นักวิชาการ ภาคประชาสังคม และกลุ่มผู้ป่วย สามารถเสนอชื่อผู้อื่นเข้าร่วมการประชุมไม่เกินกลุ่มละ 2 คน เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมต่อที่ประชุม โดยต้องแจ้งรายชื่อต่อฝ่ายเลขานุการของคณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อฯ ก่อนการประชุมอย่างน้อย 5 วันทำการ ประธานจะเป็นผู้ใช้ดุลพินิจที่จะอนุญาตให้ผู้ที่ไม่ใช่สมาชิกคณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อฯ ตามข้อนี้เข้ามาในห้องประชุมและเชิญออกจากห้องประชุม ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของการประชุมก็ได้



2.13 ระหว่างการประชุม ฝ่ายเลขานุการของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ มีหน้าที่ให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงเท่านั้น แต่ไม่มีสิทธิอภิปรายแสดงความคิดเห็น และไม่มีส่วนในการตัดสินใจของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ

2.14 ฝ่ายเลขานุการของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ มีหน้าที่จัดทำรายงานการประชุมภายใน 1 สัปดาห์ นับตั้งแต่วันประชุม และส่งให้แก่ประธานและผู้เข้าประชุมทุกท่านพิจารณาให้การรับรอง

2.15 ฝ่ายเลขานุการฯ มีหน้าที่แจ้งผลการตัดสินใจคัดเลือกหัวข้อฯ ต่อ สปสช. ผู้ทำหน้าที่ประเมิน และเผยแพร่ต่อสาธารณะ ทั้งนี้ที่มีการรับรองรายงานการประชุมแต่ละครั้ง

การประชุมเพื่อนำเสนอผลการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์
แก่คณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์
20 กรกฎาคม 2553





ภาคผนวก 7



คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ

ที่ ๒ / ๒๕๕๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการเสนอหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
เข้าสู่การประเมิน เพื่อพัฒนาสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เพื่อให้การพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความครอบคลุม เป็นระบบ โปร่งใส บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงวิชาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และให้กระบวนการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับต่อสาธารณชนทั่วไป

ฉะนั้น อาศัยอำนาจหน้าที่ตามคำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๘/๒๕๕๐ สั่งไว้ ณ วันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๕๐ คณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ จึงได้ออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้แต่งตั้งคณะกรรมการเสนอหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เข้าสู่การประเมิน เพื่อพัฒนาสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ๗ กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ ๑ : ผู้กำหนดนโยบาย ประกอบด้วย

๑. ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขหรือผู้แทน
๒. อธิบดีกรมควบคุมโรคหรือผู้แทน
๓. อธิบดีกรมบัญชีกลางหรือผู้แทน
๔. เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติหรือผู้แทน

กลุ่มที่ ๒ : ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ประกอบด้วย

๕. ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยหรือผู้แทน
๖. ประธานราชวิทยาลัยโรค สอ นาสิกแห่งประเทศไทยหรือผู้แทน
๗. ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยหรือผู้แทน
๘. ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทยหรือผู้แทน

๒/กลุ่มที่ ๓...

กลุ่มที่ ๓ : นักวิชาการ ประกอบด้วย

- ๘. คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในฐานะประธานคณะกรรมการศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน
- ๑๐. ผู้อำนวยการศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยหรือผู้แทน
- ๑๑. คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในฐานะประธานที่ประชุมคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน
- ๑๒. คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในฐานะประธานที่ประชุมสถาบันผู้บริหารการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ของรัฐ (ทพย.) หรือผู้แทน

กลุ่มที่ ๔ : ภาคประชาสังคม (ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ) ประกอบด้วย

- ๑๓. รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต ๑
- ๑๔. นางดวงพร อัฐรัตน์ ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต ๒
- ๑๕. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิรัตน์ ปานศิลา ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต ๕
- ๑๖. นางสาวมาริษา เนตรโงบุญ ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต ๑๑

กลุ่มที่ ๕ : กลุ่มผู้ป่วย ประกอบด้วย

- ๑๗. นายบุญมา ทวีภักดิ์ เครื่องช่วยสามสายใยเพื่อสุขภาพหัวใจดี
- ๑๘. นางสาวชล ศรศักดิ์ เครื่องช่วยโรคมะเร็ง
- ๑๙. นายชูศักดิ์ จันทยานนท์ สมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสซึม(ไทย)
- ๒๐. นายบริพัตร คอนมอญ เครื่องช่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย

กลุ่มที่ ๖ : ภาคอุตสาหกรรม ประกอบด้วย

- ๒๑. นายกสมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์หรือผู้แทน
- ๒๒. นายกสมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์หรือผู้แทน
- ๒๓. นายกสมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบันหรือผู้แทน

กลุ่มที่ ๗ : ประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย

- ๒๔. นางเพทาย ปทุมจันทร์ เครื่องช่วยจังหวัดกรุงเทพมหานคร
- ๒๕. นายสุวิทย์ชัย พ่อเถตุ เครื่องช่วยจังหวัดสกลนคร
- ๒๖. นางจรรุวรรณ วุฒิ เครื่องช่วยจังหวัดเชียงใหม่
- ๒๗. นายมานิข สายทอง เครื่องช่วยจังหวัดภูเก็ต

ข้อ ๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. ให้คณะกรรมการแต่ละกลุ่ม จัดประชุมหรือกิจกรรมเพื่อดำเนินการปรึกษาหารือและรับฟังความคิดเห็นของหน่วยงาน/องค์กร และสมาชิกของกลุ่มที่ตนเป็นผู้แทน เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อเสนอเข้าสู่กระบวนการคัดเลือกเพื่อการประเมินเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ ๓ ให้มีหลักเกณฑ์/ข้อกำหนดการทำงานของคณะกรรมการแต่ละกลุ่ม ดังนี้

๑. ฝ่ายเลขานุการของโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เปิดรับข้อเสนอปีละ ๒ ครั้งในเดือนมกราคมและกรกฎาคมของทุกปี (ยกเว้นครั้งที่ ๑ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑ กำหนดเสนอหัวข้อภายในวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๕๑)

ข้อ ๔ ให้กำหนดวาระการทำงานของคณะกรรมการฯ ดังนี้

๑. ผู้แทนกลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อฯ ปฏิบัติงานในฐานะผู้แทนกลุ่มวาระละ ๓ ปี โดยให้ผู้แทน ๒ จาก ๔ คนในแต่ละกลุ่ม ออกในปีที่สอง และเลือกผู้แทนใหม่เข้ามาทดแทน เพื่อความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ตั้ง ณ วันที่ ๒๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๑



(นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ)

ประธานคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ
ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ภาคผนวก 8



คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ

ที่ ๑๓ / ๒๕๕๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
เข้าสู่การประเมิน เพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เพื่อให้การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความครอบคลุม เป็นระบบ โปร่งใส บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงวิชาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และให้กระบวนการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นที่ยอมรับต่อสาธารณชนทั่วไป

ฉะนั้น อาศัยอำนาจหน้าที่ตามคำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๔/๒๕๕๐ ตั้งไว้ ณ วันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๕๐ คณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ จึงได้ออกคำสั่งไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้แต่งตั้งคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เข้าสู่การประเมิน เพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบด้วย

๑. นายแพทย์พงษ์พิสุทธ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ประธาน
๒. ประธานราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยหรือผู้แทน คณะทำงาน
๓. ประธานราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแห่งประเทศไทยหรือผู้แทน คณะทำงาน
๔. ประธานราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทยหรือผู้แทน คณะทำงาน
๕. ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทยหรือผู้แทน คณะทำงาน
๖. คณบดีคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในฐานะประธาน คณะกรรมการศูนย์ประสานงานการศึกษาเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน
๗. ผู้อำนวยการศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หรือผู้แทน คณะทำงาน
๘. คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในฐานะประธานที่ประชุมคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์แห่งประเทศไทย หรือผู้แทน คณะทำงาน
๙. คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในฐานะประธานที่ประชุมสถาบันผู้บริหารการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ของรัฐ (ทคพย.) หรือผู้แทน คณะทำงาน

๒/ลำดับ ๑๐...

๑๐. รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์ ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต ๑	คณะกรรมการ
๑๑. นางดวงพร อัฐรัตน์ ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต ๒	คณะกรรมการ
๑๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริติ ปานศิลา ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต ๕	คณะกรรมการ
๑๓. นางสาวมาริษา เนตรใจบุญ ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต ๑๑	คณะกรรมการ
๑๔. นายบุญมา ทวิภักดิ์ เครือข่ายसानสายใยเพื่อสุขภาพหัวใจดี	คณะกรรมการ
๑๕. นางสาวชวล ศรศักดิ์ เครือข่ายโรคมะเร็ง	คณะกรรมการ
๑๖. นายชูศักดิ์ จันทยานนท์ สมาคมผู้ประกอบการนวดคลอทิสซิม (ไทย)	คณะกรรมการ
๑๗. นายบริพัตร ดอนมอญ เครือข่ายผู้คิดเชื้อเอชไอวีเอดส์ ประเทศไทย	คณะกรรมการ
๑๘. นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย	คณะกรรมการและเลขานุการ
๑๙. นายแพทย์ศ ศีระพัฒนานนท์ หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย	คณะกรรมการและเลขานุการ

ข้อ ๒ ให้คณะกรรมการตามข้อ ๑ มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. คัดสินคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เข้าสู่การประเมิน เพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อ ๓ ในการประชุมคณะกรรมการแต่ละครั้ง ให้มีหลักเกณฑ์/ข้อกำหนดการทำงาน ดังนี้

๑. ประธานและฝ่ายเลขานุการมีหน้าที่พิจารณากำหนดวันประชุม และวาระการประชุม
๒. ฝ่ายเลขานุการมีหน้าที่จัดเตรียมวาระการประชุมและเอกสารประกอบ และส่งให้ผู้คัดสรรคัดเลือกหัวข้อก่อนการประชุมอย่างน้อย ๒ สัปดาห์ เอกสารประกอบการประชุม ได้แก่ เอกสารที่ผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อหนึ่งๆส่งให้ฝ่ายเลขานุการและเอกสารที่ฝ่ายเลขานุการจัดทำขึ้น โดยทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ
๓. ประธานคณะกรรมการมีหน้าที่ดำเนินการประชุม โดยมีคณะกรรมการฯ เข้าร่วมประชุมไม่น้อยกว่าสองในสามจึงถือว่าครบองค์ประชุม ทั้งนี้ไม่นับรวมประธานและเลขานุการเป็นองค์ประชุม
๔. การอภิปรายและการคัดสรรคัดเลือกหัวข้อฯ ให้อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นที่กำหนดและเป็นไปโดยอิสระ ปราศจากการชักจูงเพื่อแลกเปลี่ยนกับผลประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อม

๓/ข้อ ๕...

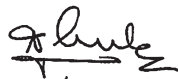
๕. ผู้เข้าประชุมทุกคน รวมทั้งประธานและฝ่ายเลขานุการ ควรคำนึงถึงการมีผลประโยชน์ทับซ้อนในหัวข้อที่จะตัดสินใจคัดเลือกในการประชุมครั้งนั้นๆ ทั้งนี้ให้ประธานมีหน้าที่จัดการกรณีที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนของผู้เข้าประชุมตามความเหมาะสม
๖. สมาชิกคณะทำงานจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ นักวิชาการ องค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร และกลุ่มผู้ป่วย สามารถเสนอชื่อผู้อื่นเข้าร่วมการประชุมไม่เกินกลุ่มละ ๒ คน เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมต่อที่ประชุม โดยต้องแจ้งรายชื่อต่อฝ่ายเลขานุการก่อนการประชุมอย่างน้อย ๕ วันทำการ ประธานคณะทำงานฯ เป็นผู้ใช้ดุลพินิจที่จะอนุญาตให้ผู้ที่ไม่ใช่สมาชิกคณะทำงานฯ เข้ามาในห้องประชุม และเชิญออกจากห้องประชุม ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของการประชุมก็ได้
๗. ระหว่างการประชุม ฝ่ายเลขานุการมีหน้าที่ให้ข้อมูลที่ เป็นข้อเท็จจริงเท่านั้น แต่ไม่มีสิทธิอภิปรายแสดงความคิดเห็น และไม่มีส่วนในการตัดสินใจของคณะทำงานฯ
๘. การตัดสินใจคัดเลือกหัวข้อฯ ต้องเป็นมติจากการประชุมคณะทำงานฯ โดยตัดสินใจด้วยคะแนนเสียงข้างมากของคณะทำงานฯ ทั้งนี้ ให้ฝ่ายเลขานุการบันทึกความคิดเห็นของเสียงส่วนน้อยในรายงานการประชุมด้วย
๙. ฝ่ายเลขานุการมีหน้าที่จัดทำรายงานการประชุมภายใน ๑ สัปดาห์นับตั้งแต่วันประชุม และส่งให้แก่ประธานและผู้เข้าประชุมทุกท่านพิจารณาให้การรับรอง
๑๐. ฝ่ายเลขานุการมีหน้าที่แจ้งผลการตัดสินใจคัดเลือกหัวข้อฯ ต่อ สปสข. ผู้ทำหน้าที่ประเมิน และเผยแพร่ต่อสาธารณะทันทีที่มีการรับรองรายงานการประชุมแต่ละครั้ง

ข้อ ๔ ให้กำหนดวาระการทำงานของคณะทำงานฯ ดังนี้

๑. ประธานคณะทำงานฯ อยู่ในตำแหน่งคราวละ ๓ ปี
๒. คณะทำงานอยู่ในวาระครั้งละ ๓ ปี และมีการคัดออกจำนวน ๒ ใน ๔ คนของแต่ละกลุ่ม ในปีที่สอง โดยมีการคัดเลือกคนใหม่เข้ามาแทน เพื่อให้มีความต่อเนื่องของการทำงาน

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๔ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๗



(นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ)

ประธานคณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ
ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ภาคผนวก 9

การวิจัยเพื่อกำหนดกรอบการตัดสินใจ สำหรับการลงทุนด้านสุขภาพ

ภญ.ศิตาพร ยังกง

นักวิจัยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการพิจารณาจัดสรรทรัพยากร หรือการลงทุนด้านสุขภาพให้มีความเหมาะสม โดยเฉพาะความหลากหลายของคุณลักษณะปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้การจัดลำดับความสำคัญต้องคำนึงถึงประเด็นต่างๆ มากมายร่วมกัน แม้ว่าปัจจุบันนี้ยังไม่มีข้อมูลสรุปเกี่ยวกับกระบวนการที่เหมาะสมที่สุดที่ควรนำมาใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพ การตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายในหลายๆ ประเทศได้นำข้อมูลความคุ้มค่าทางการแพทย์ (ต้นทุน-ประสิทธิผล) มาใช้เป็นเกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากทรัพยากรที่มีจำกัด หรือการนำข้อมูลภาระโรค (Burden of disease หรือ BOD) มาใช้ในการวางแผนสาธารณสุขรวมถึงการให้ความสำคัญกับปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคที่มีลำดับของภาระโรคอยู่ในลำดับต้นๆ อีกทั้ง ยังมีประเด็นอื่นๆ ที่ผู้กำหนดนโยบายควรจะใช้พิจารณา ไม่ว่าจะเป็นประเด็นด้านความเท่าเทียมและความสะดวกภาคของการจัดสรรทรัพยากร ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากโครงการนั้นๆ (กลุ่มเด็ก กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มผู้ใหญ่วัยทำงาน หรือกลุ่มวัยชรา เป็นต้น) ระดับความจำเป็นด้านสุขภาพ (ความรุนแรงของโรคที่เป็น) ความสนใจของสังคม (จะต้องให้ความช่วยเหลือคนยากจนและมีความจำเป็นก่อน) อย่างไรก็ตามในบางกรณี แม้ว่าปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพหนึ่งๆ จะไม่คุ้มค่าทางการแพทย์และไม่เกี่ยวข้องกับโรคที่มีภาระโรคในลำดับต้นๆ แต่รัฐบาลจำเป็นต้องลงทุนกับปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพนั้นๆ เนื่องจากพิจารณาถึงประเด็นเชิงศีลธรรมร่วมด้วย เช่น เป็นปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพนี้ หรือเป็นปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ไม่มีผู้อื่นลงทุนแต่มีผู้ที่ต้องการ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการใช้เกณฑ์เพียงอย่างเดียวอาจจะไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ ดังนั้นการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพจึงควรพิจารณาประเด็นต่างๆ ที่มีความหลากหลายเหล่านี้อีก ซึ่งแต่ละประเด็นมีความสำคัญและส่งผลต่อการ

ตัดสินใจลงทุนไม่เท่ากัน อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันจะไม่มี การเปิดเผยว่าผู้กำหนดนโยบาย ใช้ประเด็นหรือเกณฑ์อะไรบ้างในการตัดสินใจเพื่อการลงทุนด้านสุขภาพ และในแต่ละ ประเด็นที่ผู้กำหนดนโยบายใช้ในการจัดลำดับความสำคัญนั้นมีความสัมพันธ์กันอย่างไร

ในปัจจุบัน การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ประชาชนทั่วไป หรือผู้ป่วย เป็นต้น) ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา/เทคโนโลยี ด้านสุขภาพ นอกเหนือจากผู้กำหนดนโยบายหรือผู้บริหารที่มีอำนาจในการตัดสินใจเป็น ประเด็นที่ได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก ทั้งนี้การตัดสินใจเพื่อการให้บริการทางการแพทย์หรือการจัดสรรทรัพยากรไปยังปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างสมเหตุสมผลควร จะสะท้อนมุมมองของสาธารณะมากกว่ามุมมองอื่นๆ โดยเฉพาะในระบบสุขภาพที่งบประมาณส่วนใหญ่มาจากภาษีของประชาชน ซึ่งจะทำให้การตัดสินใจเชิงนโยบายเป็นไป ตามหลักการของความเป็นประชาธิปไตยและความเป็นธรรม อีกทั้งการมีส่วนร่วมของ สาธารณะในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพยังเป็นการเพิ่ม การยอมรับและความเชื่อมั่นของสังคมต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายอีกด้วย

สำหรับการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพิจารณาประเด็นที่มีความสำคัญต่อการ ตัดสินใจจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพที่ประกอบไปด้วยเกณฑ์ที่หลากหลายร่วมกัน โดย ประยุกต์ใช้เทคนิค Discrete Choice Experiment (DCE) ร่วมกับเทคนิคเชิงคุณภาพ ทั้งนี้ DCE เป็นเครื่องมือหนึ่งในการเข้าใจหลักการหรือคุณลักษณะที่บุคคลใช้ในการ ตัดสินใจเลือกสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยให้บุคคลตัดสินใจเลือกทางเลือก 2 ทางเลือก (หรือมากกว่า) ที่แต่ละทางเลือกประกอบไปด้วยคุณลักษณะที่แตกต่างกัน ซึ่งผลที่ได้จาก DCE จะ วิเคราะห์ออกมาในรูปของน้ำหนักความสำคัญของประเด็นที่บุคคลให้ความสำคัญที่จะใช้ เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจเลือก และสามารถนำมาใช้ในการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญ ของปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพต่อไป

การพัฒนาแบบสอบถาม DCE

จัดการประชุมผู้เชี่ยวชาญ (ตัวแทนจากมุมมองของผู้กำหนดนโยบาย) ในวันที่ 10 กันยายน 2552 เพื่อกำหนดประเด็นหรือเกณฑ์การตัดสินใจที่ใช้ในการพิจารณาจัดลำดับ ความสำคัญของเทคโนโลยีหรือการบริการด้านสุขภาพ (Intervention) ในการคัดเลือก เพื่อจัดเป็นชุดสิทธิประโยชน์ที่รัฐให้ความคุ้มครองและลงทุน โดยการสนทนากลุ่มในวัน ดังกล่าวนั้น เพื่อได้ข้อสรุปที่เป็นประเด็นหรือเกณฑ์ที่ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่มเห็นว่ามี ความสำคัญที่จะนำมาใช้ในการตัดสินใจเลือกหรือจัดลำดับความสำคัญให้กับเทคโนโลยี ด้านสุขภาพและมีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

หลังจากนั้นนำประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่ม มาใช้ในการสร้างแบบสอบถาม DCE โดยใช้การออกแบบ Orthogonal main effects design เพื่อให้ข้อคำถามมีความครอบคลุมความเป็นไปได้ของลักษณะที่หลากหลายของประเด็นต่างๆ ที่ได้จากการสนทนากลุ่มมากที่สุด อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันมิให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับข้อมูลที่มากเกินไปจนเกิดความสับสนและเพื่อให้แบบสอบถามมีความกระชับ (ง่ายและสั้น) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องจำกัดความเป็นไปได้ของทางเลือกทั้งหมดด้วย Fractional factorial design ทั้งนี้กำหนดให้มีทางเลือก 2 ทางในแต่ละข้อของแบบสอบถาม (Non-labeled scenarios) หลังจากนั้นดำเนินการพัฒนาแบบสอบถามเพื่อให้ได้แบบสอบถามที่เหมาะสมกับทุกกลุ่ม โดยการทำงานร่วมกันกับผู้แทนในแต่ละมุมมอง และทดลองใช้แบบสอบถามเพื่อปรับข้อคำถามรวมถึงเนื้อหาและรูปแบบของแบบสอบถามให้ง่ายต่อการทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและตรงกัน แบบสอบถาม DCE ที่พัฒนาแล้ว ประกอบด้วยประเด็นการตัดสินใจ 6 ประเด็น (ตารางที่ 6) จัดทำเป็นข้อคำถาม 13 ข้อ (Fractional factorial design) และมีทางเลือก 2 ทางในแต่ละข้อของแบบสอบถาม (ตัวอย่างแบบสอบถามดังแสดงในรูปที่ 4)

ตารางที่ 6 ประเด็นและตัวเลือกที่ใช้ในแบบสอบถาม DCE

ประเด็นที่ใช้ตัดสินใจ		ตัวเลือก (รหัส)
ประเภทของเทคโนโลยี/ การบริการ ด้านสุขภาพ	วัตถุประสงค์หลักของเทคโนโลยี/ การบริการด้านสุขภาพ โดยพิจารณาร่วมกับผลกระทบของโรค/ อาการของโรคต่อผู้อื่นด้วย	<u>ป้องกันโรคไม่ติดต่อ</u> (PrevNoCom) เทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ หรือการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อ
		<u>ป้องกันโรคติดต่อ</u> (PrevCom) เทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ หรือการป้องกันการเกิดโรคติดต่อหรือป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายโรคมากขึ้น
		<u>รักษาโรคไม่ติดต่อ</u> (TxNoCom) เทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อรักษาโรคไม่ติดต่อ รวมถึงการทำให้อาการดีขึ้น หรือสามารถควบคุมอาการของโรคไม่ติดต่อ
		<u>รักษาโรคติดต่อ</u> (TxCom) เทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพที่มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อรักษาโรคติดต่อ รวมถึงการทำให้อาการดีขึ้น หรือสามารถควบคุมอาการของโรคติดต่อ

ประเด็นที่ใช้ตัดสินใจ		ตัวเลือก (รหัส)	
กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมายของเทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพ	เด็ก (Child)	กลุ่มเป้าหมายหลักอายุระหว่าง 0-18 ปี
		ผู้ใหญ่ (Adults)	กลุ่มเป้าหมายหลักอายุ 19-60 ปี
		ผู้สูงอายุ (Elderly)	กลุ่มเป้าหมายหลักอายุมากกว่า 60 ปี
ความรุนแรงของโรค	ระดับความรุนแรงของโรค/อาการของโรค ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในทางการแพทย์ รวมถึงการทำให้เกิดความพิการและการทำให้ถึงแก่ความตาย	ไม่รุนแรง/สามารถควบคุมได้ (NotSev)	โรค/อาการของโรคอาจจะทำให้เกิดความไม่สบายเพียงเล็กน้อยหรือ มีอาการเพียงไม่กี่วันก็หายหรือ สามารถควบคุมให้อยู่ในระดับที่ไม่รุนแรงได้
		รุนแรง (ModSev)	โรค/อาการของโรคอาจจะทำให้เกิดความพิการหรือความไม่สบายกายอย่างมากจนไปรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติ
		รุนแรงมาก (Sev)	โรค/อาการของโรคอาจจะทำให้ถึงแก่ความตายหรือมีอาการไม่แตกต่างจากการถึงแก่ความตาย
จำนวนผู้ที่ได้รับประโยชน์	จำนวนของผู้ที่ได้รับประโยชน์จากเทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพ	น้อย (FewBen)	เป็นโรค/อาการของโรคที่พบได้น้อย
		มาก (ManBen)	เป็นโรค/อาการของโรคที่พบได้ตามปกติ
ความคุ้มค่าทางการแพทย์	ต้นทุนและประโยชน์ที่ได้รับจากเทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพ เมื่อเปรียบเทียบกับเทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพอื่นๆ	ต้นทุนสูง ประโยชน์ที่ได้ต่ำ (HiCoLowEff)	เทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพมีต้นทุนสูงกว่าแต่ให้ประโยชน์น้อยกว่าเทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพอื่นๆ
		ต้นทุนสูง ประโยชน์ที่ได้สูง (HiCoHiEff)	เทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพมีต้นทุนสูงกว่า และให้ประโยชน์มากกว่าเทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพอื่นๆ

ประเด็นที่ใช้ตัดสินใจ		ตัวเลือก (รหัส)	
		<u>ต้นทุนต่ำ</u> <u>ประโยชน์ที่</u> <u>ได้ต่ำ</u> (LowCoLowEff)	เทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพมีต้นทุนต่ำกว่าและให้ประโยชน์น้อยกว่าเทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพอื่นๆ
		<u>ต้นทุนต่ำ</u> <u>ประโยชน์ที่</u> <u>ได้สูง</u> (LowCoHiEff)	เทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพมีต้นทุนต่ำกว่าแต่ให้ประโยชน์มากกว่าเทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพอื่นๆ
ผลกระทบเชิงงบประมาณ	สัดส่วนของการใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพต้องงบประมาณของแผนงานด้านสุขภาพทั้งหมดของประเทศที่วางแผนไว้	<u>ใช้งบ</u> <u>ประมาณสูง</u> (HiBud)	ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพสูงเกินจากงบประมาณที่ตั้งไว้ ที่ทำให้ไปเบียดเบียนงบประมาณของกระทรวงอื่นๆ
		<u>ใช้ในวงเงิน</u> <u>งบประมาณ</u> (LowBud)	ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพน้อยกว่างบประมาณที่ตั้งไว้ หรือใช้งบประมาณน้อยกว่า ของเทคโนโลยี/การบริการด้านสุขภาพอื่นๆ

รูปที่ 4 ตัวอย่างแบบสอบถาม Discrete Choice Experiment

<ul style="list-style-type: none"> ❖ ประเภทของการบริการสุขภาพ ❖ กลุ่มเป้าหมาย ❖ จำนวนผู้ได้รับประโยชน์ ❖ ความรุนแรงของโรค ❖ ความคุ้มค่าทางการแพทย์ ❖ ผลกระทบเชิงงบประมาณ 	<p style="text-align: center;">ก</p> <ul style="list-style-type: none"> • รักษาโรคติดต่อ  <ul style="list-style-type: none"> • จำนวนมาก • รุนแรงมาก •  ประสิทธิภาพสูง • อยู่ในวงเงินงบประมาณ 	<p style="text-align: center;">ข</p> <ul style="list-style-type: none"> • ป้องกันโรคไม่ติดต่อ  <ul style="list-style-type: none"> • จำนวนน้อย • ไม่รุนแรงควบคุมได้ •  ประสิทธิภาพต่ำ • ใช้งบประมาณสูง
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม DCE

ใช้วิธีสัมภาษณ์รายบุคคล (Face-to-face interview) สำหรับกลุ่มผู้กำหนดนโยบายจำนวน 24 คน และใช้วิธีประชุมกลุ่ม (Group meeting) (อธิบายคำถามทีละข้อพร้อมทั้งตอบข้อสงสัย และให้แต่ละคนตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง) สำหรับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ (จำนวน 55 คน) และกลุ่มประชาชนทั่วไป (จำนวน 163 คน) กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้พิจารณามุมมอง 3 มุมมองหลัก ได้แก่ มุมมองผู้กำหนดนโยบาย มุมมองบุคลากรทางการแพทย์ และมุมมองประชาชนทั่วไป

ผู้กำหนดนโยบาย

ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) ร่วมกับการแนะนำต่อเนื่อง (Snowballing technique) ทั้งนี้เลือกจากกลุ่มผู้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการคัดเลือก การกำหนดมาตรฐาน การตัดสินใจต่างๆ ให้กับสวัสดิการคุ้มครองทางด้านสุขภาพของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และสวัสดิการกองทุนประกันสังคม เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้กำหนดนโยบายที่มีประสบการณ์และความคุ้นเคยกับการพิจารณาเทคโนโลยีและการบริการด้านสุขภาพในภาพรวมของประเทศ มีใช้เพียงโรคใดโรคหนึ่ง

บุคลากรทางการแพทย์

บุคลากรทางการแพทย์ในการศึกษานี้ หมายถึง ผู้ประกอบอาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นางพยาบาล บุรุษพยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ และนักกายภาพบำบัด ที่เป็นบุคลากรของโรงพยาบาลสมุทรปราการ การเลือกตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก

ประชาชนทั่วไป

สำหรับมุมมองประชาชนทั่วไปที่ใช้ในการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตัวอย่างตามประเภทของสวัสดิการข้าราชการพยาบาลที่มี ได้แก่ 1) กลุ่มประชาชนที่ได้รับสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) 2) กลุ่มข้าราชการที่ได้รับสิทธิสวัสดิการข้าราชการพยาบาลข้าราชการ และ 3) กลุ่มพนักงานบริษัทหรือลูกจ้างที่ได้รับสิทธิสวัสดิการกองทุนประกันสังคม โดยสุ่มเลือกตัวอย่างจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของโรงพยาบาลสมุทรปราการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะนำไปวิเคราะห์เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย (Regression coefficients) และ Contribution R^2

ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยจะวิเคราะห์ได้จาก Random effect binary logistic regression models โดยค่านี้แสดงถึงความเป็นไปได้หรือน้ำหนักของประเด็นแต่ละประเด็นที่จะใช้ในการเลือกหรือให้ความสำคัญ ประเด็นใดที่มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยสูงสุดแสดงว่ามีความเป็นไปได้ที่จะถูกนำมาใช้เป็นประเด็นในการตัดสินใจเลือกเทคโนโลยีหรือนโยบายมากกว่าประเด็นอื่นๆ


สำหรับค่า Contribution R^2 จะใช้ในการอธิบายความสำคัญของประเด็นแต่ละประเด็นที่ใช้ในการตัดสินใจเลือกเทคโนโลยีหรือนโยบายด้านสุขภาพเพื่อทราบว่าในภาพรวมประเด็นใดมีผลต่อการตัดสินใจเลือกเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพมากน้อยแตกต่างกันอย่างไร

ตารางที่ 6 ผลวิเคราะห์ Binary Logistic Regression และค่า Contribution R² แบ่งตามกลุ่มตัวอย่าง

	ผู้กำหนดนโยบาย (n=24)		บุคลากรทางการแพทย์ (n=55)		ประชาชนทั่วไป (n=163)	
	Coeff	R ²	Coeff	R ²	Coeff	R ²
ประเภทของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	PrevNoCom*	-		0.001		0.002
	PrevCom	*	0.917		0.442	
	TxNoCom	*	*		*	
	TxCom	*	0.629		0.342	
กลุ่มเป้าหมาย	Elderly*	0.005		0.024		0.019
	Adult	1.312		1.369		0.877
	Child	1.635		1.071		0.895
ความรุนแรงของโรค	Notsev*	0.109		0.030		0.010
	ModSev	1.839		1.444		0.909
	Sev	3.771		1.791		0.721
จำนวนผู้ที่ได้รับประโยชน์	FewBen*	0.117		0.110		0.037
	ManBen	2.994		2.156		1.028
ความคุ้มค่าด้านการแพทย์	HiCoLowEff*	0.087		0.090		0.090
	HiCoHiEff	3.890		3.147		2.235
	LowCoLowEff	*		0.823		0.410
	LowCoHiEff	3.453		3.331		2.562
ผลกระทบเชิงงบประมาณ	HiBud*	0.090		0.061		0.067
	LowBud	2.294		1.488		1.446
Log likelihood	-199.5608		-637.7022		-2301.6025	
Pseudo R²	0.5065		0.3341		0.2055	

หมายเหตุ * ตัวแปรอ้างอิง (Reference variables) ในแต่ละประเด็น

จากผลการวิเคราะห์ (ตารางที่ 6) เมื่อพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่ได้จาก Binary Logistic Regression analysis ในแต่ละประเด็นที่ใช้ในการพิจารณา โดยสรุปพบว่า แต่ละมุมมองให้ความสำคัญกับประเด็นที่ใช้ในการตัดสินใจเพื่อจัดสรรทรัพยากรไปยังเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่แตกต่างกันไป โดยทั้ง 3 มุมมองให้ความสำคัญกับเทคโนโลยีที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ใหญ่และ/หรือเด็กมากกว่ากลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุเป็นเทคโนโลยีเพื่อการดูแล/รักษาโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีความชุกสูง (คาดว่าจะมีผู้ได้รับประโยชน์จากเทคโนโลยีจำนวนมาก) เป็นเทคโนโลยีเพื่อการดูแล/รักษาโรคที่มีความรุนแรงมาก (ยกเว้นกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มองว่าโรคที่มีความรุนแรงในระดับปานกลางควรจะให้ความสำคัญมากกว่าโรคที่มีความรุนแรงในระดับต่ำหรือสูง) เป็นเทคโนโลยี ที่มีประสิทธิภาพสูง (เมื่อเปรียบเทียบกับทางเลือกอื่น) และการลงทุนเพื่อเทคโนโลยี นั้นๆ ส่งผลกระทบเชิงงบประมาณในระดับต่ำ (ใช้งบประมาณในวงเงินที่วางแผนไว้)



เมื่อพิจารณาในภาพรวมที่แต่ละมุมมองให้ความสำคัญกับประเด็นในการตัดสินใจมากที่สุดสองอันดับแรก พบว่า กลุ่มผู้กำหนดนโยบายให้ความสำคัญกับประเด็นความรุนแรงของโรคและจำนวนผู้ที่ได้รับประโยชน์จากเทคโนโลยีฯ กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญกับประเด็นจำนวนผู้ที่ได้รับประโยชน์จากเทคโนโลยีฯ และความคุ้มค่าทางการแพทย์ ในขณะที่กลุ่มประชาชนทั่วไปให้ความสำคัญกับประเด็นความคุ้มค่าทางการแพทย์และผลกระทบเชิงงบประมาณมากเป็นสองอันดับแรก ทั้งนี้ แต่ละมุมมองไม่ได้ให้ความสำคัญกับประเภทของเทคโนโลยีฯ เป็นประเด็นที่ใช้ในการตัดสินใจจัดสรรทรัพยากรไปยังเทคโนโลยีฯ มากนัก



ภาคผนวก 10

สรุปรายงานการประชุม

การประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาประเด็นและเกณฑ์การประเมิน

เพื่อการคัดเลือกเทคโนโลยีสุขภาพ

วันที่ 8 เมษายน 2553

ณ ห้องประชุมโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

กระทรวงสาธารณสุข

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. นพ.ดร.ยศ ตีระวัฒนานนท์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 2. ภญ.ดร.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 3. ผศ.ดร.ภญ.อุษา ฉายเกล็ดแก้ว | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 4. ผศ.ดร.ภญ.มนตร์ตมภ์ ถาวรเจริญทรัพย์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 5. ภญ.ศิตาพร ยังคง | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 6. ภก.อดุลย์ โมฮารา | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 7. นส.จอมขวัญ โยธาสุมทร | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 8. ภญ.วรัญญา รัตนวิภาพงษ์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 9. ภญ.จรรยา สิริวีโรจน์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 10. พญ.ดร. ศิรินาถ ตงศิริ | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| 11. นางจิตปราณี วาศวิท | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| 12. ผศ.ทพ.ดร.วิระศักดิ์ พุทธาศรี | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| 13. พญ.ดร.จกมล เลิศเกียรติดำรง | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| 14. ทญ.ดร.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| 15. ทญ.วริศา พานิชเกียรติไกร | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| 16. นส.ชานีดา วิริยาทร | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| 17. น.ส.กุมารี พชนี | สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |

นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการประชุมวันนี้ เป็นการประชุมตามขั้นตอนและแนวทางการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย การพัฒนากรอบและหลักเกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ/เทคโนโลยี กำหนดกรอบและหลักเกณฑ์สำหรับการประเมิน การดำเนินการประเมินปัญหาสุขภาพ/เทคโนโลยีสุขภาพ การประเมินผลที่เกิดขึ้นภายหลังจากการพิจารณาตัดสิน

ผศ.ดร.ภญ.อุษา ฉายเกล็ดแก้ว ได้นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

กับเกณฑ์การประเมิน และเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของเทคโนโลยีสุขภาพ ขององค์กรทั้งหมด 7 องค์กร ได้แก่องค์กรของประเทศ เนเธอร์แลนด์ เยอรมนี สวีเดน อเมริกา อังกฤษ แคนาดา และสเปน ดังนี้

- เนเธอร์แลนด์ เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน คือ Quality และ Efficiency
- เยอรมนี (DAHTA) เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน คือ Efficacy และ Effectiveness ซึ่งเป็นข้อมูลประสิทธิภาพของการใช้ยา มีหน่วยงานเฉพาะ คือ IQWiG ที่ดูแลเรื่องยาเท่านั้น
- สวีเดน เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรม โดยวิธีการมี 2 ขั้นตอน คือ 1) การทบทวนวรรณกรรมใน 3 ประเด็น Clinical Studies, Economic Evaluation, การศึกษาอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วย จริยธรรมและประเด็นเชิงสังคม 2) นำผลการทบทวนวรรณกรรมที่ได้ เข้าสู่กระบวนการสังเคราะห์และนำเสนอต่อผู้บริหารต่อไป

- สหรัฐอเมริกา (VATAP) มีข้อมูลที่ค่อนข้างน้อย เน้นในเรื่องของการทบทวนวรรณกรรม ในด้าน Efficiency และ Effectiveness เป็นส่วนใหญ่

- อังกฤษ (NICE) เป็นองค์กรอิสระที่รับผิดชอบการประเมินเทคโนโลยีสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) การประเมินกลุ่มของยาที่รักษาโรคนั้นๆโดยทำการประเมินเป็นกลุ่ม และ 2) การประเมินยาที่เป็นยาตัวเดียว ยาที่มีอยู่ในท้องตลาดแล้วหรือยาตัวใหม่ที่เพิ่งมี ซึ่งทั้ง 2 ลักษณะนี้จะทำการประเมินแบบ Clinical Effectiveness และ Cost-effectiveness

- แคนาดา (CADTH) ประเด็นหลักๆที่ใช้ คือ Clinical Effectiveness, Cost & Cost Effectiveness, Health service impact ซึ่ง Health service impact แบ่งย่อยเป็นข้อหลักๆ คือ

- 1) Population impact จำนวนของประชากรจำนวนเท่าไรที่ได้รับผลกระทบ 2) Budget impact และ 3) การวางแผน ถ้าหากให้เทคโนโลยีสุขภาพนั้นอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ต้องมีการวางแผนอย่างไร

- สเปน (CAHTA) เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน คือ Efficiency และ Effectiveness ข้อมูลสรุปจากการทบทวนวรรณกรรมขององค์กรทั้ง 7 ประเทศ พบว่าประเด็นที่ใช้เป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจเพื่อคัดเลือกเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์จะมี Efficiency หรือ Effectiveness มากที่สุด รองลงมาคือ Economic Evaluations และอันดับที่สาม คือ Quality ในที่ประชุมได้แสดงความคิดเห็นว่า ไม่มีองค์กรใดที่ใช้เกณฑ์อันเดียว ซึ่งสิ่งที่นำเสนอในเรื่องของ Frequency นั้น มีข้อโต้แย้งว่าเกณฑ์บางอย่างของบางองค์กรอาจมีการนำมาใช้ในการประเมิน แต่ไม่ได้นำมาเขียนไว้เป็นลายลักษณ์อักษร จึงต้องดูว่าทำไมหน่วยงานต่างเวลานั้นเวลาประเมินเกณฑ์จึงลดลงจากเกณฑ์ในการคัดเลือกหัวข้อ และอาจมีเกณฑ์อื่นที่ไม่ได้เขียนระบุไว้ เช่น Political improvement อาจต้องเติมในรายงานว่าแต่ละองค์กรที่คัดเลือกมานั้นมีอำนาจหน้าที่อะไรและทำงานให้ใคร

ภญ.ศิตาพร ยังคง ได้นำเสนอ เรื่องการพิจารณาประเด็นที่ใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของ Health Intervention โดยทบทวนเกณฑ์ที่ใช้ในการจัดลำดับความสำคัญ ประเด็นการพิจารณา 6 ประเด็น โดยใช้เทคนิค Discrete Choice Experiment (DCE) คือ

1) ประเภทของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ยกตัวอย่างโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ที่เน้นการส่งเสริมและการรักษาเป็นหลัก โดยแบ่งออกเป็น ส่งเสริมป้องกันโรคติดต่อและส่งเสริมป้องกันโรคไม่ติดต่อ รักษาโรคติดต่อและรักษาโรคไม่ติดต่อ

2) กลุ่มเป้าหมายของเทคโนโลยีสุขภาพ แบ่งเป็น 3 กลุ่มตามระดับอายุ คือ เด็ก ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 3) จำนวนผู้ได้รับประโยชน์จากเทคโนโลยีนั้นๆ

4) ความรุนแรงของโรคที่มีผลกระทบต่อผู้ที่ป่วยหรือมีอาการมากขนาดระดับใด ซึ่งมีตั้งแต่รุนแรง รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก

5) ความคุ้มค่าทางการแพทย์ แบ่งย่อยเป็น 2 ประเด็น คือ ต้นทุนกับประสิทธิผล

6) ผลกระทบด้านงบประมาณ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ มีผลกับไม่มีผลกระทบต่องบประมาณ

ในที่ประชุมได้แบ่งงานหน้าที่ให้แก่ทีมเลขาฯ ในการจัดเตรียมข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ตามประเด็นหัวข้อดังนี้

1. เรื่องที่ HITAP ได้รับมอบหมาย ได้แก่
 - ประสิทธิภาพของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
 - ความแตกต่างในทางปฏิบัติ
 - ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคม/จริยธรรม
2. เรื่องที่ IHPP ได้รับมอบหมาย ได้แก่
 - จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ
 - ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ
 - ผลกระทบด้านเศรษฐกิจของครัวเรือน

ประธานฯได้นัดหมายการประชุมครั้งต่อไปเพื่อสรุปข้อมูลในเบื้องต้น ในวันที่ 19 เมษายน 2553 เวลา13.00-17.00 น.

น.ส.กুমารี พັນนี
ผู้จตุรายนงานการประชุม

นางจิตปราณี วาศวิท
ภก.อดุลย์ โมฮารา
ผู้ตรวจจตุรายนงานการประชุม



ภาคผนวก 11





รายงานฉบับย่อ

หัวข้อที่ 1

การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของ
การรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังชนิดอีแอนติเจนบวก

คณะผู้จัดทำ

ภญ.นริสา ตันทัษย์^{1,2}

พศ.ดร.ภญ.อุษา ฉายเกล็ดแก้ว^{1,2}

ภญ.พิศพรรณ วีระยิ่งยง¹

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์¹

¹โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

²ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรังชนิดอีแอนติเจนบวก

ข้อมูลพื้นฐาน

โรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นปัญหาที่สำคัญและพบได้บ่อยทั่วโลก ความชุกของโรคนี้ในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน [1] ทั่วโลกมีประชากรติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีประมาณ 350 ล้านคน [2] และร้อยละ 5 ของประชากรเป็นผู้ที่เป็นพาหะของโรคนี้ ซึ่งร้อยละ 25 ของผู้ที่เป็นพาหะจะพัฒนาไปเป็นโรคตับชนิดที่รุนแรงได้ เช่น โรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง โรคตับแข็ง โรคตับวาย และโรคมะเร็งตับ (2) โรคไวรัสตับอักเสบบีพบได้มากในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยซึ่งเป็นบริเวณที่มีความชุกของโรคมากกว่าร้อยละ 8 จึงถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่พบผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในระดับสูง (2) พบว่าประชากรไทยประมาณ 4-5 ล้านคนเป็นผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง

โรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อที่ตับซึ่งมีสาเหตุมาจากไวรัสตับอักเสบบีชนิดบี (Hepatitis B virus, HBV) ไวรัสชนิดนี้มีความจำเพาะเจาะจงในการก่อพยาธิสภาพที่เนื้อตับ โดยทำให้เกิดการแบ่งตัวของไวรัสในไซโตพลาสซึมของเซลล์ตับ ซึ่งสามารถพบเชื้อไวรัสได้ในเลือด น้ำเหลือง ลิ่งคัดหลังของผู้ติดเชื้อ เช่น น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด น้ำตา หรือน้ำนม เชื้อสามารถติดต่อได้หลายทาง เช่น จากการสัมผัสเลือดและน้ำเหลืองของผู้ติดเชื้อ ทางเพศสัมพันธ์ หรือจากมารดาสู่ทารก นอกจากนี้ การติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคตับแข็ง ตับวาย และมะเร็งตับ [1,3] ซึ่งส่งผลให้เกิดการเสียชีวิต ภาวะความเจ็บป่วย รวมทั้งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ตลอดจนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มีมูลค่าค่อนข้างสูง กล่าวคือการรักษาภาวะตับแข็งชนิดที่หายได้มีค่าใช้จ่าย 251,000 บาท/คน/ปี ภาวะตับแข็งชนิดที่หายไม่ได้ 155,000 บาท/คน/ปี และมะเร็งตับ 172,000 บาท/คน/ปี [4]

สำหรับการตรวจวินิจฉัย ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจะตรวจพบ Hepatitis B surface antigen (HBsAg) และมีปริมาณของเชื้อไวรัส (HBV DNA) ในเลือด โดยผู้ที่มีการติดเชื้อจะพัฒนาไปเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเฉียบพลันซึ่งอาจแสดงอาการหรือไม่ก็ได้ และประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยตับอักเสบบีชนิดเฉียบพลันจะสามารถหายเองได้และมีภูมิคุ้มกันโรค ทว่าประมาณร้อยละ 5 จะพัฒนาไปเป็นโรคตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังซึ่งเป็นผู้ที่มีการตรวจพบ HBsAg ในเลือดนานกว่า 6 เดือน (2) นอกจากนี้ Hepatitis B e

antigen (HBeAg) ยังใช้เป็นตัวบ่งชี้ในการเกิดการแบ่งตัวของไวรัส ซึ่งจะแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ HBeAg ชนิดบวกและลบ ซึ่งจะแตกต่างกันในเรื่องของการตอบสนองต่อการรักษาและการดำเนินไปของโรค โดยชนิดลบจะเป็นสายพันธุ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางพันธุกรรมไม่ให้ผลิตแอนติเจน ซึ่งจะทำให้การดำเนินไปของโรคแยกลง ประชากรไทยที่เป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังมีประมาณร้อยละ 40-60 ที่มี HBsAg บวกและประมาณร้อยละ 31 ของผู้ป่วยเหล่านี้จะมี HBeAg ชนิดบวก [5-6]

การรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังโดยใช้ยาแบ่งเป็นสองกลุ่มตามวัตถุประสงค์ของการรักษา กลุ่มแรกมีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการกำจัดไวรัสออกจากร่างกายอย่างถาวร และป้องกันไม่ให้เกิดลุกลามไปเป็นตับแข็งหรือมะเร็งตับ กลุ่มที่สองมีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้เกิดการลดลงของระดับไวรัสอย่างถาวร ทำให้ลดการอักเสบของเนื้อตับ และลดระดับเอนไซม์ Alanine transaminase (ALT) ซึ่งจะส่งผลให้ลดการดำเนินไปของโรค และลดความเสี่ยงในการเกิดตับแข็งหรือมะเร็งตับ ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวขึ้น [7] ทั้งนี้ต้องเป็นการรักษาที่ปลอดภัยในระยะเวลาที่เหมาะสม ตลอดจนเป็นการรักษาซึ่งผู้ป่วยสามารถที่จะเข้าถึงการรักษาได้ ยาที่ใช้ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังที่มีอยู่ในประเทศไทยตามข้อบ่งใช้สำหรับการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังมีทั้งชนิดรับประทานและชนิดฉีด ชนิดรับประทาน ได้แก่ Lamivudine (LMV), Adefovir dipivoxil (ADV), Entecavir (ETV) และ Telbivudine (TVD) และชนิดฉีด ได้แก่ Conventional interferon alpha และ Pegylated interferon alpha (PEG) นอกจากนี้ ในเวชปฏิบัติของประเทศไทยพบว่าการใช้ยา Tenofovir (TNV) ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง ถึงแม้ว่าจะไม่มีการขึ้นทะเบียนยาในข้อบ่งใช้ดังกล่าว แต่มีการขึ้นทะเบียนยาในข้อบ่งใช้สำหรับการรักษาโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired immunodeficiency syndrome, AIDS) [8] นอกจากนี้ ยา Tenofovir ที่มีใช้ในประเทศไทยได้รับการสนับสนุนจากกองทุน Bill & Melinda Gates เพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย จึงทำให้ราคายาที่มีจำหน่ายในประเทศไทยมีราคาค่อนข้างถูก

ในปัจจุบันยาที่ใช้ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังส่วนใหญ่ยังมีราคาแพง และมีเพียงยา Lamivudine เท่านั้นที่ถูกรบรจอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ และประชากรไทยส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาลภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงทำให้เกิดปัญหาเรื่องการเข้าถึงยาดังกล่าว นอกจากนี้ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลด้านความคุ้มค่าทางการแพทย์ของยาที่ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังดังนั้นในปีพ.ศ.2552 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมีความต้องการข้อมูลดังกล่าวเพื่อนำมาใช้เพื่อประกอบการตัดสินใจสำหรับการบรรจุยานี้ในบัญชียาหลักแห่งชาติต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของยารักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังที่มีอยู่ในประเทศไทย
2. เพื่อประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ (Budget impact analysis) หากยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังมีความคุ้มค่าทางการแพทย์และนำมาบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ ซึ่งทำการศึกษาโดยการใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนและอรรถประโยชน์ของการรักษา (Cost-utility analysis) ในมุมมองของรัฐบาลและแสดงผลการวิเคราะห์ในรูปแบบอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental cost-effectiveness ratio, ICER) โดยวิเคราะห์หาค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นต่อปีชีวิตที่มีคุณภาพหรือปีสุขภาวะของผู้ป่วย (cost per quality-adjusted life year gained) ซึ่งหมายถึงปีชีวิตที่รอดปรับด้วยค่าอรรถประโยชน์ (utility) และทำการประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ (budget impact analysis, BIA) โดยวิเคราะห์ผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายที่อาจเกิดขึ้น หากนำทางเลือกที่คุ้มค่ามาบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประชากรที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังชนิด HBeAg บวกที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไปและเข้าเกณฑ์ควรได้รับการรักษา คือ 1) ตรวจพบ HBsAg อย่างน้อย 6 เดือน 2) ตรวจพบระดับ ALT มีค่า 1.5 -10 เท่าของค่าปกติระดับสูงอย่างน้อย 3 เดือน 3) ตรวจพบระดับ HBV DNA มากกว่าหรือเท่ากับ 20,000 IU/ml และ/หรือ 4) มีหลักฐานของการเกิดโรคจากการตรวจชิ้นเนื้อตับ [9]

ทางเลือกในการศึกษานี้คือยาที่ใช้ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังโดยยึดตามแนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศไทยของสมาคมโรคตับ (9) และแนวทางของประเทศต่างๆ ที่ได้รับการยอมรับ รวมทั้งการักษาพยาบาลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังตามเวชปฏิบัติที่มีอยู่ในปัจจุบัน (7, 10-15) ทั้งชนิดที่เป็นยาต้านปรอทาน ได้แก่ 1) Lamivudine (LMV) 2) Adefovir dipivoxil (ADV) 3) Entecavir (ETV) 4) Telbivudine (TVD) และ 5) Tenofovir (TNV) และยาฉีด ได้แก่ Pegylated interferon alpha (PEG) โดยเปรียบเทียบยาดังกล่าวกับการรักษาแบบประคับประคอง นอกจากนี้หากแบ่งตามแนวทางการจัดการกับเชื้อดื้อยาสามารถแบ่งออกเป็น 2 สถานการณ์ ได้แก่ 1) การให้ยาตัวที่สองเมื่อตรวจพบการดื้อยา และ 2) การให้ยาตัวที่สองเมื่อตรวจ

พบปริมาณไวรัส (HBV DNA) มากกว่า 60 IU/ml หรือที่เรียกกันว่าการรักษาตามแนวทาง Road map ดังนั้นทางเลือกที่นำมาศึกษามีทั้งหมด 21 ทางเลือกดังนี้

สถานการณ์ที่ 1 การให้ยาตัวที่สองเมื่อตรวจพบการดื้อยา

1. ยาชื่อสามัญ Lamivudine (ยาตัวที่สองคือ Adefovir)
2. ยาดันแบบ Lamivudine (ยาตัวที่สองคือ Adefovir)
3. Adefovir (ยาตัวที่สองคือ ยาชื่อสามัญ Lamivudine)
4. Adefovir (ยาตัวที่สองคือ ยาชื่อดันแบบ Lamivudine)
5. Telbivudine (ยาตัวที่สองคือ Adefovir)
6. Entecavir (ยาตัวที่สองคือ Adefovir)
7. Tenofovir (ยาตัวที่สองคือ Adefovir)
8. Pegylated interferon alpha ในปีแรก และให้ ยาชื่อสามัญ Lamivudine ปีที่สามในกรณีที่รักษาไม่ได้ผล (ยาตัวที่สองคือ Adefovir)
9. Pegylated interferon alpha ในปีแรกและให้ ยาดันแบบ Lamivudine ปีที่สามในกรณีที่รักษาไม่ได้ผล (ยาตัวที่สองคือ Adefovir)
10. Pegylated interferon alpha ในปีแรก และให้ Adefovir ปีที่สามในกรณีที่รักษาไม่ได้ผล (ยาตัวที่สองคือ ยาชื่อสามัญ Lamivudine)
11. Pegylated interferon alpha ในปีแรก และให้ Adefovir ปีที่สามในกรณีที่รักษาไม่ได้ผล (ยาตัวที่สองคือ ยาดันแบบ Lamivudine)
12. Pegylated interferon alpha ในปีแรก และให้ Telbivudine ปีที่สามในกรณีที่รักษาไม่ได้ผล (ยาตัวที่สองคือ Adefovir)
13. Pegylated interferon alpha ในปีแรก และให้ Entecavir ปีที่สามในกรณีที่รักษาไม่ได้ผล (ยาตัวที่สองคือ Adefovir)
14. Pegylated interferon alpha ในปีแรก และให้ Tenofovir ปีที่สามในกรณีที่รักษาไม่ได้ผล(ยาตัวที่สองคือ Adefovir)

สถานการณ์ที่ 2 การให้ยาตัวที่สองเมื่อตรวจพบปริมาณไวรัส (HBV DNA) มากกว่า 60 IU/ml หรือที่เรียกกันว่าการรักษาตามแนวทาง Road map

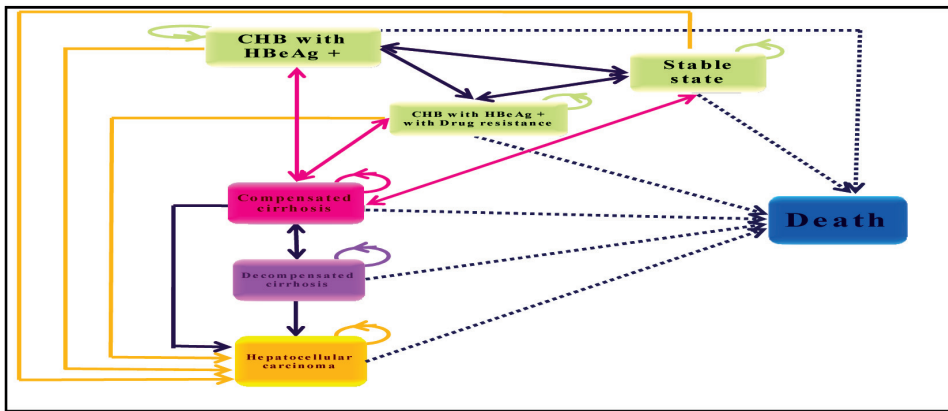
15. ยาชื่อสามัญ Lamivudine (ยาตัวที่สองคือ Adefovir)
16. ยาชื่อสามัญ Lamivudine (ยาตัวที่สองคือ Tenofovir)
17. ยาดันแบบ Lamivudine (ยาตัวที่สองคือ Adefovir)

18. ยาต้นแบบ Lamivudine (ยาตัวที่สองคือ Tenofovir)
19. Telbivudine (ยาตัวที่สองคือ Adefovir)
20. Telbivudine (ยาตัวที่สองคือ Tenofovir)

โดยทางเลือกทั้งหมดจะนำมาเปรียบเทียบกับทางเลือกสุดท้ายคือ

21. การรักษาแบบประคับประคอง

รูปที่ 1 แสดงแบบจำลอง Markov ของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง



แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ที่ใช้ในการศึกษานี้คือ แบบจำลอง Markov (รูปที่ 1) โดยจะจำลองสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังทั้งหมด 7 สถานะ ดังนี้คือ เริ่มต้นจาก 1) สถานะที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังที่มี HBeAg เป็นบวกและเข้าเกณฑ์ควรได้รับการรักษา (Chronic Hepatitis B with HBeAg+, CHB) 2) สถานะที่ผู้ป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังที่มี HBeAg เป็นบวกและมีการดื้อยา (CHB with HBeAg+ with Drug Resistance) 3) สถานะที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคตับแข็งชนิด Compensated (Compensated Cirrhosis) 4) สถานะที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคตับแข็งชนิด Decompensated (Decompensated Cirrhosis) 5) สถานะที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคมะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma, HCC) 6) สถานะที่ผู้ป่วยมีภาวะของโรคสงบและสามารถหยุดยาที่ใช้ในการรักษา (Stable) และ 7) สถานะที่ผู้ป่วยเสียชีวิต (Death) โดยกำหนดให้กรอบเวลา (Time horizon) ที่ใช้ในการวิเคราะห์คือตลอดอายุขัยของผู้ป่วย และรอบระยะเวลาที่ใช้ในการเปลี่ยนสถานะทางสุขภาพ (Cycle length) มีระยะเวลา 1 ปี ลูกศรทั้งหมดแสดงถึงการเปลี่ยน

สถานะของผู้ป่วยจากสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่ง โดยสมมติฐานที่ใช้ในแบบจำลองมีดังนี้

1. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสชนิดรับประทานจะสามารถหยุดยาได้หลังจากเกิด HBeAg seroconversion เป็นระยะเวลา 6 เดือน
2. ระยะเวลาของการรักษาด้วย Pegylated interferon alpha คือ 1 ปี แต่ถ้าการรักษาล้มเหลวจะให้ยาต้านไวรัสชนิดรับประทานในปีที่ 3 หลังจากเริ่มให้ยา
3. สำหรับผู้ป่วยที่เกิดการดื้อยา Lamivudine, Telbivudine, Entecavir หรือ Tenofovir จะให้ Adefovir ร่วมด้วย และสำหรับผู้ป่วยที่เกิดการดื้อยา Adefovir จะให้ Lamivudine ร่วมด้วย
4. ประสิทธิภาพในการรักษาของยาชื่อสามัญ Lamivudine มีค่าเท่ากับกับยาต้นแบบ
5. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาแต่ละชนิดจะมีการดำเนินไปของโรคและอัตราการตายเท่ากันแต่อัตราการดื้อยาและอัตราการเกิด seroconversion จะแตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยที่เกิดการดื้อยาจะมีการดำเนินไปของโรคเท่ากับผู้ป่วยที่ไม่ดื้อยา
7. การดำเนินไปของโรคและประสิทธิภาพในการรักษาของแต่ละทางเลือกตามแนวทาง Road map จะเท่ากับกับแนวทางการรักษาปกติเมื่อผู้ป่วยดื้อยา

จากแบบจำลองข้างต้น ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบทั้งจากงานวิจัยในและต่างประเทศ ตัวแปรเหล่านี้ประกอบด้วย ความน่าจะเป็นในการเปลี่ยนสถานะทางสุขภาพ ได้แก่ การเกิดเชื้อดื้อยา การเกิด HBeAg seroconversion การเกิด Compensated cirrhosis การเกิด Decompensated cirrhosis การเกิดมะเร็งตับ และการเสียชีวิต ทั้งของการรักษาแบบประคับประคองและการรักษาโดยใช้ยา ประสิทธิภาพการรักษายาแต่ละชนิดจะพิจารณาจากประสิทธิผลในการลดโอกาสในการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วย

นอกจากนี้ข้อมูลประสิทธิผลของยาแต่ละชนิดคือ การเกิด HBeAg seroconversion ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีภาวะของโรคสงบและสามารถหยุดยาในการรักษาได้ ทว่าในปัจจุบันยังไม่พบข้อมูลการศึกษาวิจัยทางคลินิกที่เปรียบเทียบประสิทธิผลของยาในการศึกษานี้โดยตรง (direct comparison) ดังนั้นการศึกษานี้จึงใช้การวิเคราะห์เชิงอภิมานแบบ indirect comparison ด้วยวิธี fixed effect multiple-treatments meta-analysis โดยใช้โปรแกรม Winbug 1.4.3 เพื่อประเมินประสิทธิผลของยาทั้งหมดจากการศึกษาวิจัยทางคลินิกที่มีอยู่ในปัจจุบันที่เปรียบเทียบประสิทธิผลของยาโดยอ้อม

ข้อมูลต้นทุนพิจารณาในมุมมองของรัฐบาล ดังนั้นต้นทุนที่ใช้วิเคราะห์จึงครอบคลุม ต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ประกอบด้วย ต้นทุนของยาที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค ต้นทุนของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ต้นทุนในการบริการผู้ป่วยนอกและใน อย่างไรก็ตาม ต้นทุนในการรักษาอาการข้างเคียงอันเนื่องมาจากยาจะไม่นำมารวมอยู่ในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญระบุว่าในทางปฏิบัติแพทย์จะไม่รักษาผู้ป่วยจนเกิดอาการข้างเคียงที่รุนแรง และหากผู้ป่วยเริ่มมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น จะใช้การลดขนาดยาลงแทน จึงส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการข้างเคียงที่ค่อนข้างน้อย แหล่งที่มาของต้นทุนที่ใช้ในวิเคราะห์ที่ได้มาจากราคาอ้างอิงที่ประกาศโดยกรมบัญชีกลาง และศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข สำหรับต้นทุนที่ใช้ในการรักษาภาวะแทรกซ้อนได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยในประเทศไทย(4) ข้อมูลต้นทุนทั้งหมดในอดีตจะถูกปรับให้เป็นค่าของต้นทุนในปีพ.ศ. 2553 โดยใช้ดัชนีราคาผู้บริโภค (Consumer Price Index, CPI) จากกระทรวงพาณิชย์ นอกจากนี้ ตัวแปรอัตราประโยชน์ของผู้ป่วยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศ และการวิเคราะห์ต้นทุนและอัตราประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตจะถูกปรับลดค่าด้วยอัตราลด (Discount rate) ที่ร้อยละ 3 และการศึกษานี้วิเคราะห์ความไม่แน่นอนของตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลองด้วยวิธี Probabilistic sensitivity analysis ตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์ในแบบจำลองแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์ในแบบจำลอง

ตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์ในแบบจำลอง	ลักษณะการกระจายตัว (Distribution)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE)	เอกสารอ้างอิง
ตัวแปรความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะในการรักษาแบบประคับประคอง				
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ Stable ไปสู่สถานะ CHB	Beta	0.143	0.0650	(16)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ CHB ไปสู่สถานะ Stable	Beta	0.056	0.0180	(17)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ CHB ไปสู่สถานะ Compensated ในปีที่ 1-10	Beta	0.054	0.0543	(18)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ CHB ไปสู่สถานะ Compensated ในปีที่ 11-20	Beta	0.134	0.1338	(18)

ตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์ในแบบจำลอง	ลักษณะการกระจายตัว (Distribution)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE)	เอกสารอ้างอิง
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ CHB ไปสู่สถานะ Compensated ในปีที 21 ขึ้นไป	Beta	0.329	0.3292	(18)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ CHB ไปสู่สถานะ HCC ในปีที 1-5	Beta	0.000	0.0000	(19)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ CHB ไปสู่สถานะ HCC ในปีที 6-10	Beta	0.006	0.0061	(19)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ CHB ไปสู่สถานะ HCC ในปีที 11 ขึ้นไป	Beta	0.008	0.0081	(19)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ CHB ไปสู่สถานะ Death ในปีที 1-5	Beta	0.010	0.0102	(19)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ CHB ไปสู่สถานะ Death ในปีที 6-10	Beta	0.014	0.0144	(19)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ CHB ไปสู่สถานะ Death ใน ปีที 11 ขึ้นไป	Beta	0.025	0.0252	(19)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ Compensated ไปสู่สถานะ Decompensated ในปีที 1-3	Normal	0.042	0.0003	(20)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ Compensated ไปสู่สถานะ Decompensated ในปีที 4-5	Normal	0.094	0.0005	(20)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ Compensated ไปสู่สถานะ Decompensated ในปีที 6 ขึ้นไป	Normal	0.066	0.0003	(20)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ Compensated ไปสู่สถานะ HCC ในปีที 1-3	Normal	0.014	0.0002	(20)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ Compensated ไปสู่สถานะ in HCC ในปีที 4-5	Normal	0.036	0.0003	(20)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ Compensated ไปสู่สถานะ HCC ในปีที 6 ขึ้นไป	Normal	0.030	0.0002	(20)

ตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์ในแบบจำลอง	ลักษณะการกระจายตัว (Distribution)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE)	เอกสารอ้างอิง
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ Compensated ไปสู่สถานะ Death ในปีที่ 1-3	Beta	0.014	0.0135	(20)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ Compensated ไปสู่สถานะ Death ในปีที่ 4 ขึ้นไป	Beta	0.046	0.0461	(20)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ Decompensated ไปสู่สถานะ HCC	Beta	0.035	0.0354	(21)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ Decompensated ไปสู่สถานะ Death ในปีที่ 1	Normal	0.260	0.0004	(22)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ Decompensated ไปสู่สถานะ Death ในปีที่ 2	Normal	0.390	0.0005	(22)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ Decompensated ไปสู่สถานะ ในปีที่ 3 ขึ้นไป	Normal	0.240	0.0003	(22)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ HCC ไปสู่สถานะ Death ในปีที่ 1	Beta	0.848	0.0011	(22)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ HCC ไปสู่สถานะ Death ในปีที่ 2 ขึ้นไป	Beta	0.920	0.0009	(22)
ตัวแปรความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะในการรักษาโดยใช้ยา				
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ CHB ไปสู่สถานะ compensated	Beta	0.006	0.0023	(23)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ CHB ไปสู่สถานะ HCC	Beta	0.009	0.0045	(24)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ CHB ไปสู่สถานะ death	Beta	0.002	0.0023	(24)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ compensated ไปสู่สถานะ HCC	Beta	0.015	0.0034	(25)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ compensated ไปสู่สถานะ death	Beta	0.007	0.0070	(24)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ decompensated ไปสู่สถานะ HCC	Beta	0.035	0.0127	(26)

ตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์ในแบบจำลอง	ลักษณะการกระจายตัว (Distribution)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE)	เอกสารอ้างอิง
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ decompensated ไปสู่สถานะ death	Beta	0.126	0.0291	(27)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ compensated ไปสู่สถานะ CHB	Beta	0.478	0.0665	(28)
ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะ HCC ไปสู่สถานะ death	Beta	0.034	0.0227	(29)
ตัวแปรประสิทธิผลในการรักษาโดยใช้ยา				
Relative Risk ของการเกิด seroconversion ของยา LMV	Normal	3.519	1.3707	Meta-analysis
Relative Risk ของการเกิด seroconversion ของยา ADV	Normal	3.028	1.3833	Meta-analysis
Relative Risk ของการเกิด seroconversion ของยา TVD	Normal	4.286	1.4054	Meta-analysis
Relative Risk ของการเกิด seroconversion ของยา ETV	Normal	3.846	1.3833	Meta-analysis
Relative Risk ของการเกิด seroconversion ของยา PEG	Normal	5.356	1.4987	Meta-analysis
Relative Risk ของการเกิด seroconversion ของยา TNV	Normal	4.167	1.6403	Meta-analysis
ความน่าจะเป็นของการเกิด delay seroconversion ของยา PEG	Normal	0.410	0.0489	(30)
ตัวแปรความน่าจะเป็นของการดื้อยา				
ความน่าจะเป็นของการดื้อยา LMV	Beta	0.214	0.0214	(7)
ความน่าจะเป็นของการดื้อยา ADV	Beta	0.066	0.0066	(7)
ความน่าจะเป็นของการดื้อยา TVD	Beta	0.089	0.0089	(7)
ความน่าจะเป็นของการดื้อยา ETV	Beta	0.002	0.0002	(7)
ความน่าจะเป็นของการดื้อยา TNV	Beta	0.000	0.0000	(7)

ตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์ในแบบจำลอง	ลักษณะการกระจายตัว (Distribution)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE)	เอกสารอ้างอิง
ตัวแปรต้นทุนต่อปีของยา				
ต้นทุนต่อปีของยาชื่อสามัญ LMV	Gamma	1,797	180	(31)
ต้นทุนต่อปีของยาดัชนีแบบ LMV	Gamma	34,871	3,487	(31)
ต้นทุนต่อปีของยา ADV	Gamma	70,298	7,030	(31)
ต้นทุนต่อปีของยา TVD	Gamma	51,504	5,150	(31)
ต้นทุนต่อปีของยา ETV	Gamma	85,745	8,575	(31)
ต้นทุนต่อปีของยา TNV	Gamma	15,559	1,556	(31)
ต้นทุนต่อปีของยา PEG	Gamma	527,379	52,738	(31)
ต้นทุนต่อปีของยาชื่อสามัญ LMV+ADV	Gamma	72,095	7,210	(31)
ต้นทุนต่อปีของยาดัชนีแบบ LMV+ADV	Gamma	105,169	10,517	(31)
ต้นทุนต่อปีของยา TVD+ADV	Gamma	121,802	12,180	(31)
ต้นทุนต่อปีของยา ETV+ADV	Gamma	156,043	15,604	(31)
ต้นทุนต่อปีของยาชื่อสามัญ LMV+TNV	Gamma	17,356	1,736	(31)
ต้นทุนต่อปีของยาดัชนีแบบ LMV+TNV	Gamma	50,430	5,043	(31)
ต้นทุนต่อปีของยา TVD+TNV	Gamma	67,063	6,706	(31)
ต้นทุนต่อปีของการรักษาภาวะแทรกซ้อน				
ต้นทุนต่อปีของการรักษา Compensated cirrhosis	Gamma	81,264	81,264	(4)
ต้นทุนต่อปีของการรักษา Decompensated cirrhosis	Gamma	125,127	125,127	(4)
ต้นทุนต่อปีของการรักษา HCC	Gamma	153,021	153,021	(4)
ต้นทุนต่อปีของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ				
ต้นทุนต่อปีของการทำ screening (i.e., HBeAg, HBeAb)	Gamma	650	650	(32)
ต้นทุนต่อปีของการทำ pretreatment (i.e., AST, ALT, Serum albumin, Hepatic ultrasound, HBV DNA, HVC Ab, HIV Ab, PT, CBC, PTT)	Gamma	3,350	3,350	(32)

ตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์ในแบบจำลอง	ลักษณะการกระจายตัว (Distribution)	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ค่าคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE)	เอกสารอ้างอิง
ต้นทุนต่อปีของการ monitor (i.e., ALT, HBV DNA, HBeAg)	Gamma	4,200	4,200	(32)
ต้นทุนต่อปีของการ monitor for PEG (i.e., ALT, HBV DNA, HBeAg, CBC, TSH)	Gamma	10,620	10,620	(32)
ต้นทุนต่อปีของการ monitor สำหรับยา ADV (i.e., Creatinin, BUN)	Gamma	4,560	4,560	(32)
ต้นทุนต่อปีของการทำ posttreatment (i.e., ALT, HBeAg, Anti Hbe, HBV DNA)	Gamma	4,900	4,900	(32)
ตัวแปรค่าอรรถประโยชน์ (Utility parameters)				
ค่าอรรถประโยชน์ของ CHB	Normal	0.68	0.00005	(33)
ค่าอรรถประโยชน์ของ Compensated Cirrhosis	Normal	0.69	0.00016	(34)
ค่าอรรถประโยชน์ของ Decompensated Cirrhosis	Normal	0.35	0.00031	(34)
ค่าอรรถประโยชน์ของ HCC	Normal	0.38	0.00026	(34)

ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาดังแสดงในตารางที่ 2 พบว่าการรักษาด้วยยาชื่อสามัญ Lamivudine ตามแนวทางการรักษาแบบ Road map โดยการให้ยาตัวที่สองคือ Tenofovir จะมีต้นทุนตลอดอายุขัยของผู้ป่วยต่ำที่สุด (445,000 บาท) รองลงมา คือ การรักษาด้วยยา Tenofovir และการรักษาแบบประคับประคอง และการรักษาด้วย PEG จะมีต้นทุนในการรักษาสูงที่สุด (1,780,000 บาท) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคองจะมีปีชีวิตและปีสุขภาพะน้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาชนิดต่างๆ

ตารางที่ 2 แสดงต้นทุนรวมตลอดอายุผู้ป่วย อายุขัยเฉลี่ยรวม (ปี) และปีสุขภาพรวมของทางเลือกต่างๆ ในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังในผู้ป่วยอายุ 30 ปี

ทางเลือกในการรักษา	ต้นทุนรวม (บาท)	อายุขัย (LYs)		ปีสุขภาพรวม (QALYs)
		ก่อนปรับลด	หลังปรับลด	
ยาชื่อสามัญ LMV (+TNV ตาม Road map)	445,000	20.83	36.33	13.63
TNV (+ADV หากดื้อยา)	458,000	20.87	36.41	13.65
การรักษาแบบประคับประคอง	523,000	12.05	15.47	7.91
ยาต้นแบบ LMV (+TNV ตาม Road map)	929,000	20.83	36.33	13.63
ยาชื่อสามัญ LMV (+ADV หากดื้อยา)	940,000	20.83	36.33	13.63
PEG ปีแรก + TNV ในปี 3 หาก PEG ไม่ได้ผล (+ADV หากดื้อยา)	1,017,000	20.88	36.44	13.66
ยาชื่อสามัญ LMV (+ADV ตาม Road map)	1,090,000	20.83	36.33	13.63
TVD (+TNV ตาม Road map)	1,095,000	20.87	36.42	13.65
ADV (+ยาชื่อสามัญ LMV หากดื้อยา)	1,323,000	20.81	36.27	13.61
PEG ปีแรก + ยาชื่อสามัญ LMV ในปี 3 หาก PEG ไม่ได้ผล (+ADV หากดื้อยา)	1,335,000	20.86	36.38	13.64
TVD (+ADV หากดื้อยา)	1,378,000	20.87	36.42	13.65
ยาต้นแบบ LMV (+ADV หากดื้อยา)	1,424,000	20.83	36.33	13.63
ETV (+ADV หากดื้อยา)	1,486,000	20.85	36.37	13.64
ADV (+ยาต้นแบบ LMV หากดื้อยา)	1,524,000	20.81	36.27	13.61
ยาต้นแบบ LMV (+ADV ตาม Road map)	1,574,000	20.83	36.33	13.63
TVD (+ADV ตาม Road map)	1,609,000	20.87	36.42	13.65
PEG ปีแรก + ADV ในปี 3 หาก PEG ไม่ได้ผล (+ยาชื่อสามัญ LMV หากดื้อยา)	1,621,000	20.84	36.33	13.63
PEG ปีแรก + TVD ในปี 3 หาก PEG ไม่ได้ผล (+ADV หากดื้อยา)	1,670,000	20.88	36.45	13.66
PEG ปีแรก + LMV ในปี 3 หาก PEG ไม่ได้ผล (+ADV หากดื้อยา)	1,713,000	20.86	36.38	13.64
PEG ปีแรก + ETV ในปี 3 หาก PEG ไม่ได้ผล (+ADV หากดื้อยา)	1,747,000	20.87	36.41	13.65
PEG ปีแรก + ADV ในปี 3 หาก PEG ไม่ได้ผล (+ยาต้นแบบ LMV หากดื้อยา)	1,780,000	20.84	36.33	13.63

การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ของทางเลือกการรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังชนิด HBeAg บวกถูกนำเสนอในรูปแบบของอัตราส่วนของต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (Incremental Cost-effectiveness Ratio, ICER) เปรียบเทียบกับการรักษาแบบประคับประคอง ดังตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าการรักษาด้วยยาชื่อสามัญ Lamivudine ตามแนวทางการรักษาแบบ Road map โดยการให้ยาตัวที่สองคือ Tenofovir (ICER= -14,000) และการรักษาด้วย Tenofovir (ICER= -11,000) มีความคุ้มค่ามากที่สุด โดย ICER มีค่าติดลบ หมายความว่าต้นทุนการรักษาของทั้งสองทางเลือกลดลงในขณะที่ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาแบบประคับประคอง นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาที่ความเต็มใจจ่ายที่ 100,000 บาทต่อปีสุขภาพตามเกณฑ์การประเมินความคุ้มค่าที่คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติกำหนดนั้น การรักษาด้วยยาต้นแบบ Lamivudine ตามแนวทางการรักษาแบบ Road map โดยให้ยาตัวที่สองคือ Tenofovir (ICER= 83,000) การรักษาด้วยยาชื่อสามัญ Lamivudine (ICER= 86,000) และการรักษาด้วย Pegylated interferon alpha ในปีแรกและเพิ่ม Tenofovir ในปีที่ 3 หาก Pegylated interferon alpha ไม่ได้ผล (ICER= 100,000) จะถือว่ามีความคุ้มค่า แต่สำหรับทางเลือกอื่นๆ ถึงแม้ว่าจะมีประสิทธิผลใกล้เคียงกันหรือเพิ่มขึ้นมากกว่าเล็กน้อย แต่ยังคงมีราคาแพงและอาจไม่มีความคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย

ตารางที่ 3 อัตราส่วนของต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ของการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังชนิดบีโดยใช้ยาชนิดต่างๆ เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาแบบประคับประคอง

ทางเลือกในการรักษา	ส่วนต่างต้นทุน (บาท)	ส่วนต่างประสิทธิภาพ	อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (บาท/ประสิทธิภาพ)
ยาชื่อสามัญ LMV (+TNVตาม Road map)	-69,000	5.02	-14,000
TNV (+ADV หากดื้อยา)	-56,000	5.03	-11,000
ยาต้นแบบ LMV (+TNV ตาม Road map)	417,000	5.02	83,000
ยาชื่อสามัญ LMV (+ADV หากดื้อยา)	430,000	5.02	86,000
PEG ปีแรก + TNV ในปีที่ 3 หาก PEG ไม่ได้ผล (+ADV หากดื้อยา)	503,000	5.05	100,000
TVD (+TNV ตาม Road map)	584,000	5.04	116,000
ยาชื่อสามัญ LMV (+ADV ตาม Road map)	582,000	5.02	116,000

ทางเลือกในการรักษา	ส่วนต่างต้นทุน (บาท)	ส่วนต่างปีสุขภาวะ	อัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (บาท/ปีสุขภาวะ)
PEG ปีแรก + ยาชื่อสามัญ LMV ในปี 3 หาก PEG ไม่ได้ผล (+ADV หากดื้อยา)	824,000	5.03	164,000
ADV (+ยาชื่อสามัญ LMV หากดื้อยา)	821,000	5.00	164,000
TVD (+ADV หากดื้อยา)	877,000	5.04	174,000
ยาต้นแบบ LMV (+ADV หากดื้อยา)	912,000	5.02	182,000
ETV (+ADV หากดื้อยา)	985,000	5.02	196,000
ADV (+ยาต้นแบบ LMV หากดื้อยา)	1,024,000	5.00	205,000
ยาต้นแบบ LMV (+ADV ตาม Road map)	1,064,000	5.02	212,000
TVD (+ADVตาม Road map)	1,107,000	5.04	220,000
PEG ปีแรก + ADV ในปี 3 หาก PEG ไม่ได้ผล (+ยาชื่อสามัญ LMV หากดื้อยา)	1,112,000	5.02	221,000
PEG ปีแรก + TVD ในปี 3 หาก PEG ไม่ได้ผล (+ADV หากดื้อยา)	1,163,000	5.05	230,000
PEG ปีแรก + LMV ในปี 3 หาก PEG ไม่ได้ผล (+ADV หากดื้อยา)	1,198,000	5.03	238,000
PEG ปีแรก + ETV ในปี 3 หาก PEG ไม่ได้ผล ((+ADV หากดื้อยา)	1,238,000	5.04	246,000
PEG ปีแรก + ADV ในปี 3 หาก PEG ไม่ได้ผล (+ยาต้นแบบ LMV หากดื้อยา)	1,272,000	5.02	253,000

จากการศึกษาผลกระทบด้านงบประมาณของการรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี เรือธงชนิด HBeAg บวก ดังตารางที่ 4 หากคาดการณ์ว่าในประเทศไทยมีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาและสามารถเข้าถึงการรักษาได้ประมาณ ร้อยละ 10 ของผู้ที่มีการติดเชื้อทั้งหมดหรือประมาณ 24,800 คนต่อปี พบว่าทางเลือกที่มีความคุ้มค่ามากที่สุดคือการรักษาด้วย ยาชื่อสามัญ Lamivudine ตามแนวทางการรักษาแบบ Road map โดยการให้ยาตัวที่สองคือ Tenofovir จะต้องใช้งบประมาณสูงกว่าการรักษาแบบประคับประคองประมาณ 30 ล้านบาทในปีแรก และมีมูลค่าสูงขึ้นในปีถัดไปแต่ผลต่างของงบประมาณจะค่อยๆ ลดลงจนปีที่ 6 จะสามารถประหยัดงบประมาณได้เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาแบบประคับประคอง

ตารางที่ 4 แสดงผลกระทบด้านงบประมาณของการรักษาโดยใช้ยาชื่อสามัญ Lamivudine ตามแนวทางการรักษาแบบ Road map โดยยาตัวที่สองคือ Tenofovir (TNV) และการรักษาแบบประคับประคอง

ปี	ผลกระทบด้านงบประมาณของการรักษา (ล้านบาท)		
	ยาชื่อสามัญ Lamivudine (+ Tenofovir ตาม Road map)	แบบประคับประคอง	ผลต่างของงบประมาณ
2553	134	104	30
2554	470	207	263
2555	493	306	187
2556	504	396	108
2557	520	476	44
2558	537	541	-4
2559	526	711	-185
2560	515	829	-314
2561	506	912	-406
2562	498	1,127	-629

สรุปและอภิปรายผล

1. ยาชื่อสามัญ Lamivudine ซึ่งเป็นยาที่ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติอยู่แล้วมีความคุ้มค่ามากที่สุด ควรจะพิจารณาให้กับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังชนิด HBeAg บวกที่เข้าเกณฑ์ควรได้รับการรักษา
2. ยา Tenofovir เป็นยาที่ใช้ในการรักษาโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องและปัจจุบันยังไม่มี การขึ้นทะเบียนในข้อบ่งใช้สำหรับการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังในประเทศไทย แต่เนื่องจากยาดังนี้เป็นยาที่แพทย์ส่วนใหญ่เห็นว่า มีประสิทธิภาพดีในการรักษาและมีอัตราการดื้อยาดำ จึงนำมาใช้ในการรักษาโรคนี้ นอกจากนี้ยา Tenofovir ที่ใช้ในประเทศไทยในปัจจุบันได้รับการสนับสนุนจาก

กองทุน Bill & Melinda Gates เพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ HIV ดังนั้นจึงมีราคา ค่อนข้างถูก ซึ่งส่งผลให้ยา Tenofovir ในการศึกษาที่มีความคุ้มค่าทางการแพทย์ ทว่าหากราคายาเปลี่ยนแปลงไปซึ่งมีแนวโน้มที่อาจเพิ่มสูงขึ้น ควรจะต้อง ทำการศึกษาเพื่อประเมินความคุ้มค่าของยา Tenofovir ต่อไปในอนาคต


3. จากผลการศึกษาพบว่าการรักษาโดยใช้ยาชื่อสามัญ Lamivudine และให้ยา ตัวที่สองคือ Adefovir เมื่อผู้ป่วยเกิดการดื้อยาจะมีความคุ้มค่ามากกว่าเมื่อ เปรียบเทียบกับการใช้ยาทั้งสองตัวนี้ตามแนวทางการรักษาแบบ Road map


ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย


1. การศึกษานี้พบว่ายาชื่อสามัญ Lamivudine มีความคุ้มค่าสำหรับการรักษาโรค ไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังและยานี้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติอยู่แล้ว ดังนั้น ควรพิจารณาเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง ซึ่ง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าเป็นโรคดังกล่าว เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่มี อาการ รวมถึงไม่ทราบประโยชน์ของการรักษา สำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติควรเร่งสร้างความตระหนักและให้ความรู้แก่ประชาชนให้เห็นถึง ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองและเข้ารับการรักษา
2. ในปัจจุบันยา Tenofovir เป็นยาที่ยังไม่ได้ถูกขึ้นทะเบียนในข้อบ่งใช้สำหรับการ รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบี ดังนั้นผู้บริหารจึงควรพิจารณาสนับสนุนหรือศึกษา แนวทางในการขึ้นทะเบียนยาในข้อบ่งใช้ดังกล่าว หรืออนุญาตให้องค์การ เกสัชกรรมสามารถผลิตยานี้ในอนาคต เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและ ประหยัดงบประมาณของประเทศชาติ
3. การตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังสามารถทำได้ใน โรงพยาบาลชุมชน หากแต่การรักษาและการตรวจติดตาม ในขณะที่มักทำใน โรงเรียนแพทย์เป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นควรเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ที่มีอายุรแพทย์ทางเดินอาหารให้สามารถรักษาและตรวจติดตามผู้ป่วย มีระบบ ส่งต่อที่ดีกับโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งสร้างแนวทางการรักษาระดับชาติ (national guidelines) มีระบบสนับสนุนและแรงจูงใจที่ดีและมีมีการประเมิน ผลสัมฤทธิ์อย่างจริงจังเพื่อลดอุปสรรคและค่ารักษาโรคตับแข็งและมะเร็งตับ
4. ต้นทุนในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีมีมูลค่าสูง ดังนั้นจึงควรเพิ่ม มาตรการในการคัดกรองผู้ที่ไม่มียาต้านทานต่อไวรัสตับอักเสบบีและสนับสนุน ให้มีการฉีดวัคซีนโดยเฉพาะผู้ที่ไม่เคยได้รับวัคซีนซึ่งเพิ่งบรรจุใน EPI มา 12 ปี เพื่อป้องกันการติดเชื้อและแพร่กระจายของเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

เอกสารอ้างอิง

1. Heathcote J. Hepatitis B. World Gastroenterology Organisation Practice Guideline. 2008.
2. Hepatitis B. Department of Communicable Diseases Surveillance and Response. World Health Organization; 2002; Available from: http://www.who.int/immunization/topics/hepatitis_b/en/index.html.
3. Perz JF, Armstrong GL, Farrington LA, Hutin YJ, Bell BP. The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide. *J Hepatol.* 2006 Oct;45(4):529-38.
4. Thongsawat S, editor. RESOURCE UTILIZATION AND DIRECT MEDICAL COST OF CHRONIC HEPATITIS C (CHC) IN THAILAND: A HEAVY BUT MANAGEABLE ECONOMIC BURDEN. ISPOR 12th Annual European Congress; 2009 24-27 October 2009; Paris, France.
5. Funk ML, Rosenberg DM, Lok AS. World-wide epidemiology of HBeAg-negative chronic hepatitis B and associated precore and core promoter variants. *J Viral Hepat.* 2002 Jan;9(1):52-61.
6. Kidd-Ljunggren K, Ekdahl K, Oberg M, Kurathong S, Lolekha S. Hepatitis B virus strains in Thailand: genomic variants in chronic carriers. *J Med Virol.* 1995 Dec;47(4):454-61.
7. EASL Clinical Practice Guidelines: management of chronic hepatitis B. *J Hepatol.* 2009 Feb;50(2):227-42.
8. ฐานข้อมูลทะเบียนตำรับยา [database on the Internet]. กองควบคุมยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. 2554.
9. Liver Society Thailand. Thailand Consensus Recommendations for Management of Chronic Hepatitis B and C 2009 2010. Available from: <http://www.liversocietythailand.org/Home.aspx>.
10. Anna SF. AASLD Practice Guideline. Chronic hepatitis B: Update 2009. *Hepatology.* 2009;50:1-36.
11. Choi MS, Yoo BC. Management of chronic hepatitis B with nucleoside or nucleotide analogues: a review of current guidelines. *Gut Liver.* 2010 Mar;4(1):15-24.

- 
12. de Bruijne J, Buster EH, Gelderblom HC, Brouwer JT, de Knegt RJ, van Erpecum KJ, et al. Treatment of chronic hepatitis C virus infection - Dutch national guidelines. *Neth J Med*. 2008 Jul-Aug;66(7):311-22.
 13. Heathcote J, et al. World Gastroenterology Organisation Practice Guide line: Hepatitis B. 2008.
 14. Liaw YF, Leung N, Guan R, Lau GK, Merican I. Asian-Pacific consensus statement on the management of chronic hepatitis B: an update. *J Gastroenterol Hepatol*. 2003 Mar;18(3):239-45.
 15. Liaw YF. 2008 APASL guidelines for HBV management. Liver Research Unit, Chang Gung Memorial Hospital and Chang Gung University, Taipei, Taiwan 2008.
 16. McMahon BJ, Holck P, Bulkow L, Snowball M. Serologic and clinical outcomes of 1536 Alaska Natives chronically infected with hepatitis B virus. *Ann Intern Med*. 2001 Nov 6;135(9):759-68.
 17. Marcellin P, Chang TT, Lim SG, Tong MJ, Sievert W, Shiffman ML, et al. Adefovir dipivoxil for the treatment of hepatitis B e antigen-positive chronic hepatitis B. *N Engl J Med*. 2003 Feb 27;348(9):808-16.
 18. Jang JW, Lee YC, Kim MS, Lee SY, Bae SH, Choi JY, et al. A 13-year longitudinal study of the impact of double mutations in the core promoter region of hepatitis B virus on HBeAg seroconversion and disease progression in patients with genotype C chronic active hepatitis. *J Viral Hepat*. 2007 Mar;14(3):169-75.
 19. Xu B, Hu DC, Rosenberg DM, Jiang QW, Lin XM, Lu JL, et al. Chronic hepatitis B: a long-term retrospective cohort study of disease progression in Shanghai, China. *J Gastroenterol Hepatol*. 2003 Dec;18(12):1345-52.
 20. Fattovich G, Giustina G, Degos F, Tremolada F, Diodati G, Almasio P, et al. Morbidity and mortality in compensated cirrhosis type C: a retrospective follow-up study of 384 patients. *Gastroenterology*. 1997 Feb;112(2):463-72.
 21. Planas R, Balleste B, Alvarez MA, Rivera M, Montoliu S, Galeras JA, et al. Natural history of decompensated hepatitis C virus-related cirrhosis. A study of 200 patients. *J Hepatol*. 2004 May;40(5):823-30.

- 
22. Pineda JA, Romero-Gomez M, Diaz-Garcia F, Giron-Gonzalez JA, Montero JL, Torre-Cisneros J, et al. HIV coinfection shortens the survival of patients with hepatitis C virus-related decompensated cirrhosis. *Hepatology*. 2005 Apr;41(4):779-89.
 23. Yuen MF, Seto WK, Chow DH, Tsui K, Wong DK, Ngai VW, et al. Long-term lamivudine therapy reduces the risk of long-term complications of chronic hepatitis B infection even in patients without advanced disease. *Antivir Ther*. 2007;12(8):1295-303.
 24. Nishida T, Kobashi H, Fujioka S, Fujio K, Takaguchi K, Ikeda H, et al. A prospective and comparative cohort study on efficacy and drug resistance during long-term lamivudine treatment for various stages of chronic hepatitis B and cirrhosis. *J Gastroenterol Hepatol*. 2008 May;23(5):794-803.
 25. Liaw YF, Sung JJ, Chow WC, Farrell G, Lee CZ, Yuen H, et al. Lamivudine for patients with chronic hepatitis B and advanced liver disease. *N Engl J Med*. 2004 Oct 7;351(15):1521-31.
 26. Shim JH, Lee HC, Kim KM, Lim YS, Chung YH, Lee YS, et al. Efficacy of entecavir in treatment-naive patients with hepatitis B virus-related decompensated cirrhosis. *J Hepatol*. 2010 Feb;52(2):176-82.
 27. Tseng PL, Lu SN, Tung HD, Wang JH, Changchien CS, Lee CM. Determinants of early mortality and benefits of lamivudine therapy in patients with hepatitis B virus-related decompensated liver cirrhosis. *J Viral Hepat*. 2005 Jul;12(4):386-92.
 28. Dienstag JL, Cianciara J, Karayalcin S, Kowdley KV, Willems B, Plisek S, et al. Durability of serologic response after lamivudine treatment of chronic hepatitis B. *Hepatology*. 2003 Apr;37(4):748-55.
 29. Piao C-Y. Lamivudine Treatment in Patients with HBV-related Hepatocellular Carcinoma-using an Untreated, Matched Control Cohort. *Acta Med Okayama*. 2005;59(5):217-24.
 30. Lau GK, Piratvisuth T, Luo KX, Marcellin P, Thongsawat S, Cooksley G, et al. Peginterferon Alfa-2a, lamivudine, and the combination for HBeAg-positive chronic hepatitis B. *N Engl J Med*. 2005 Jun 30;352(26):2682-95.

- 
31. ราคาอ้างอิงของยา เดือนเมษายน-มิถุนายน 2553 ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข [database on the Internet]. Available from: <http://dmsic.moph.go.th/price/price1.php>.
 32. รายการอัตราค่าบริการสาธารณสุข [database on the Internet]. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง. 2552. Available from: Available : ent.mykku.net/e-diary/makehtml/user/mykku.../ratesofmedicalserservice.doc.
 33. Kanitta Bundhamcharoen, Yot Teerawatananon, Theo Vos, Stephen Begg. BURDEN OF DISEASE AND INJURIES IN THAILAND: The Thail Working Group in Burden of Disease and Injuries Ministry of Public Health; November 2002.
 34. Adrian R. Levy, et al. The Impact of Chronic Hepatitis B on Quality of Life: A Multinational Study of Utilities from Infected and Uninfected Persons. Value in health. 2008;11(3).





รายงานฉบับย่อ

หัวข้อที่ 2

การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของ
การรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง

คณะผู้จัดทำ

ภญ.พิศพรรณ วีระยิ่งยง
ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ



การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง

ข้อมูลพื้นฐาน

โรคไวรัสตับอักเสบเรื้อรังชนิด ซี [1] หมายถึง กลุ่มอาการที่มีการอักเสบของตับต่อเนื่อง จากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี นานมากกว่า 6 เดือน โดยมีหลักฐานทางชีวเคมี ผลทางชีวเคมีพบความผิดปกติของหน้าที่ตับ และตรวจชิ้นเนื้อตับ มีพยาธิสภาพตับอักเสบเรื้อรัง การแบ่งโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังถูกแบ่งแยกตามสายพันธุ์ (genotype) ออกเป็น 6 สายพันธุ์ ได้แก่ สายพันธุ์ 1 ถึง สายพันธุ์ 6 การตรวจวินิจฉัยโรคต้องใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นการตรวจหา Antibody ต่อ ไวรัสตับอักเสบซี เพื่อเป็นการยืนยันการติดเชื้อ หากต้องการทราบพยาธิสภาพของตับ อาจต้องมีการตรวจชิ้นเนื้อตับเพื่อให้ทราบถึงสภาวะการอักเสบ ในประเทศไทยได้มีการจัดทำแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี และ บี ในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2548 ได้แยกแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยตามสายพันธุ์ 1,4,5 และ 6 กับ สายพันธุ์ 2 หรือ 3 ตามตารางที่ 3 โดยพิจารณาการรักษาให้กับผู้ป่วยที่มี aminotranferase (ALT) ในระดับที่สูงมากกว่าปกติ 1.5 เท่า อย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน และ ตับอยู่ตับอักเสบปานกลางถึงรุนแรง และในระยะ compensation ซึ่งจะทราบได้จากการตรวจชิ้นเนื้อตับ (Liver biopsy)

ตารางที่ 3 แนวทางในการรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีในประเทศไทย [1]

Genotype	การรักษา
Genotype 1,4,5,6	Peg-interferon alfa 2a 180 mcg/wk+ribavirin 1,000-1,200mg/day 48 weeks หรือ Peg-interferon alfa 2b 1.5 mcg/wk+ribavirin >10.6 mg/kg/day 48 weeks
Genotype 2 หรือ 3	Peg-interferon alfa 2a 180 mcg/wk+ribavirin 800mg/day นาน 24 weeks หรือ Peg-interferon alfa 2b 1.5 mcg/wk+ribavirin >10.6 mg/kg/day นาน 24 weeks หรือ Interferon alfa 2b 3mu/3 times/week+ribavirin 1,00-1,200 mg นาน 48 weeks

เป้าหมายในการรักษาคือเป้าหมายในการรักษาคือยับยั้งหรือกดไวรัสอย่างถาวร [1] จะทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของตับและการดำเนินของโรค ป้องกันการอักเสบของตับ ไม่ให้การทำงานของตับแย่ลง การเกิดมะเร็งตับ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีอายุยืนยาว ตามคำแนะนำให้ในแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี สายพันธุ์ 1 4 5 6 ได้แนะนำให้หยุดการให้ยาหากตรวจพบไวรัสหรือปริมาณไวรัสลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 log เทียบกับก่อนการรักษา ณ สัปดาห์ที่ 12 ในผู้ที่ตอบสนองต่อการรักษาในสัปดาห์ที่ 12 พิจารณาให้การรักษาต่อเนื่องจนครบ 48 สัปดาห์ ส่วนสายพันธุ์ 2 และ 3 ให้รักษาต่อเนื่องจนครบ 24 สัปดาห์

ในประเทศไทยการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ [2] ได้แก่ โรคตับแข็ง มะเร็งตับ และการปลูกถ่ายตับ ในปีพ.ศ. 2549 [3] พบผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 8,642 คน อัตราป่วย 13.8 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 13 คน คิดเป็นอัตราตายร้อยละ 0.13 ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเกิดจากไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 3,425 คน ไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 734 คน แต่ส่วนใหญ่ 4,007 คน ไม่สามารถระบุได้ว่าเกิดจากไวรัสตับอักเสบบีชนิดใด อัตราป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 5,207 คน คิดเป็น 60.25% สัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.5:1 พบว่ากลุ่มอายุ 45-54 ปี มีอัตราป่วยคิดเป็น 19.78% รองลงมา เป็นกลุ่มอายุ 55-64 ปี คิดเป็น 18.57% มีการรายงานผู้ป่วยรายใหม่ทุกเดือน และบางเดือนพบการรายงานผู้ป่วยสูงถึง 813 คน การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง จะส่งผลต่อสุขภาพทางร่างกาย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งสำหรับระบบบริการสุขภาพ ตัวผู้ป่วย และทำให้เกิดการหยุดงาน การเสียชีวิต และคุณภาพชีวิตที่สูญเสียไป [4] อุบัติการณ์การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศไทยเกิดจากไวรัสตับอักเสบบี 60-90% และไวรัสตับอักเสบบี ประมาณ 12% [4]

เมื่อมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ส่วนใหญ่มักไม่มีอาการแสดงในระยะเฉียบพลัน มีเพียงร้อยละ 4-13 เท่านั้นที่มีอาการแสดง [5] เช่น อ่อนเพลีย ดีซ่าน หลังจากที่มีการติดเชื้อร้อยละ 26 [6] ผู้ติดเชื้อสามารถจัดเชื้อได้เอง (spontaneous seroconversion) หากไม่สามารถจัดเชื้อออกไปได้ จะทำให้มีการติดเชื้อเป็นระยะเรื้อรังและส่วนใหญ่มักไม่มีอาการแสดงเช่นเดียวกันกับในระยะอาการเฉียบพลัน ทำให้มีการพัฒนาไปเป็นโรคตับแข็ง (compensated และ decompensated) ตับวาย หรือมะเร็งตับ โดยไม่รู้ตัว ซึ่งจะรู้ตัวก็ต่อเมื่อมีอาการแสดงของตับอักเสบบี เช่น มีท้องอืด ท้องบวม อ่อนเพลีย แต่อย่างไรก็ตามผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังประมาณร้อยละ 30 จะพัฒนาไปเป็นโรคตับแข็ง ตับวาย หรือมะเร็งตับ ภายในระยะเวลาอย่างน้อย 20 ปี และไม่พบผู้ติดเชื้อที่

พัฒนาเป็นโรคตับภายในระยะเวลาอย่างน้อย 50 ปีประมาณร้อยละ 30 [7] ดังนั้นการพัฒนาเป็นโรคตับนั้นใช้เวลานานประมาณ 20-30 ปี [4] ถึงแม้ว่าการพัฒนาของโรคจะมีเพียงบางส่วนของผู้ป่วยและใช้เวลานาน แต่โรคตับยังเป็นโรคที่เป็นปัญหาของสาธารณสุขของประเทศไทยดังนั้นการรักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง เพื่อป้องกันการเกิดโรคตับอื่นๆ ตามมาเป็นส่วนที่ต้องคำนึงถึงและสามารถลดภาวะโรคที่จะเกิดขึ้นได้ แต่อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังชนิด ซี มีมูลค่าสูงอันเนื่องมาจากยาที่ใช้ในการรักษามีราคาแพง และยา interferon pegylated interferon alpha 2a และ 2b ยังไม่ถูกบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติทำให้ผู้ป่วยในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าและผู้ป่วยประกันสังคม ยังไม่สามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้เท่าเทียมกับผู้ป่วยภายใต้สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจที่อนุญาตให้เบิกใช้ยาดังกล่าวได้ ในการนี้คณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพทำการประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบของงบประมาณของการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังชนิดซี เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจในบรรจุยาเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์การศึกษา

- 1 เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ในการรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังด้วยยา interferon alpha หรือ pegylated interferon alpha 2a หรือ pegylated interferon alpha 2b ร่วมกับ ribavirin เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาแบบประคับประคอง
- 2 เพื่อประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ (Budget impact analysis) หากนำยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังชนิด ซี บรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สามารถเข้าถึงยาดังกล่าวได้อย่างเท่าเทียมกัน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์โดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ (Model-based economic evaluation) ในการเปรียบเทียบการรักษาแบบประคับประคองเปรียบเทียบกับให้ยา interferon, pegylated interferon alpha 2a หรือ pegylated interferon alpha 2b ร่วมกับการให้ ribavirin ในผู้ป่วยที่พบว่ามีการอักเสบของตับ หรือมีอาการตับอักเสบบีในระยะ compensated

สมมติฐานสำคัญ

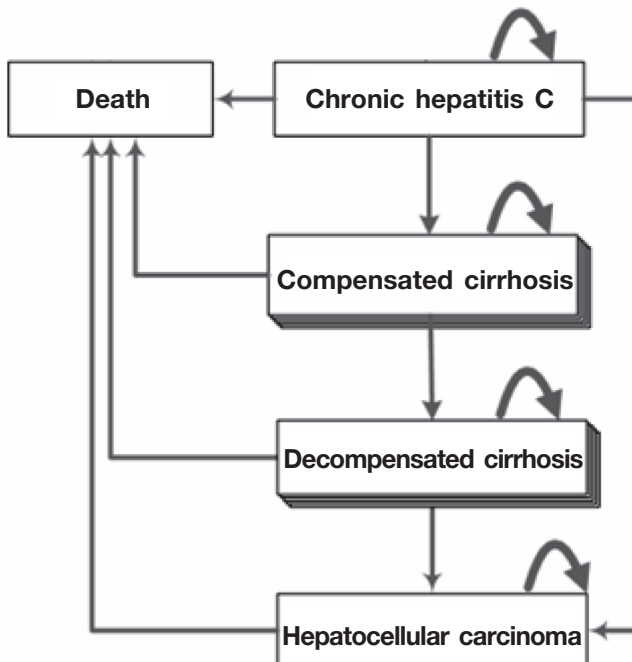
สมมติฐานที่ใช้ในแบบจำลองของการศึกษานี้คือ

1. การดำเนินของโรคหลังจากที่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนชนิดซี ของเพศชาย และเพศหญิงเท่ากัน
2. ขนาดของยาที่ใช้ในการรักษาสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนชนิดซีเรื้อรังที่มีน้ำหนัก 60 กิโลกรัม
3. การรักษาจะให้ยาในผู้ที่มีอาการตับอักเสบน

แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์

ในการศึกษานี้ใช้แบบจำลอง Markov มาใช้ประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ โดยเริ่มจากคนที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนชนิดเรื้อรัง (chronic hepatitis) และมีการอักเสบของตับจนเกิดตับแข็ง (compensated cirrhosis) ดำเนินต่อไปจนเกิดตับวาย (decompensated cirrhosis) หรือมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) และเสียชีวิตลงจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคตับอักเสบน หรือ ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตจากสาเหตุอื่น ดังแสดงใน รูปที่ 1

รูปที่ 1 แบบจำลอง Markov ที่ใช้ในการศึกษา



ค่าตัวแปรในแบบจำลอง

ตัวแปรด้านระบาดวิทยา

ค่าตัวแปรด้านระบาดวิทยาในแบบจำลองได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม หากมีข้อมูลด้านระบาดวิทยาของประชากรในประเทศไทยจะให้ความสำคัญและเลือกใช้เป็นลำดับแรก หากไม่พบข้อมูลดังกล่าวข้อมูลของประชากรที่มีคุณลักษณะทางเชื้อชาติใกล้เคียงกันจะให้ความสำคัญในลำดับถัดไป โดยข้อมูลทางระบาดวิทยาที่พบเป็นรายงานในประเทศไทยคือ สัดส่วนของสายพันธุ์และการดำเนินของโรคมะเร็งตับจนถึงเสียชีวิต ส่วนค่าตัวแปรแต่ละสถานะสุขภาพต่างๆได้ถูกนำมาใช้ในแบบจำลอง ได้จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ และเนื่องจากการดำเนินของโรคในแต่ละระยะใช้เวลานาน 20-30 ปี ดังนั้นตัวแปรด้านระบาดวิทยาจึงเลือกใช้ค่าตัวแปรที่รายงานการติดตามในระยะยาวที่สุดเพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะการดำเนินของโรค

เชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีหลายสายพันธุ์ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยพบการระบาดของสายพันธุ์ 3 ประมาณร้อยละ 50-70 สายพันธุ์ 1 ร้อยละ 20-50 และสายพันธุ์ 6 ร้อยละ 3-5 [8-11] สัดส่วนของการระบาดของสายพันธุ์แตกต่างกันตามภูมิภาค จากการทบทวนวรรณกรรมที่รายงานจำนวนผู้ติดเชื้อแยกตามสายพันธุ์เพื่อรวบรวมการระบาดของสายพันธุ์ในประเทศไทย พบวรรณกรรมจำนวน 3 เรื่อง [8, 10, 11] ทำการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลธัญญารักษ์ จังหวัดปทุมธานี โดยพบการระบาดของสายพันธุ์ 3 ประมาณร้อยละ 64 สายพันธุ์ 1 ประมาณร้อยละ 28 สายพันธุ์ 6 ร้อยละ 2 และสายพันธุ์อื่น ๆ ร้อยละ 6

เมื่อผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีไม่สามารถขจัดเชื้อออกจากร่างกายได้ จะทำให้เกิดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง จากนั้นจะเกิดการดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะตับแข็งที่เรียกว่า cirrhosis จากการศึกษาของ Krahn M. และคณะ [12] เพื่อคาดการณ์การดำเนินของโรคตับจากผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังจากข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญข้อมูลตีพิมพ์ในวารสารประวัติข้อมูลย้อนหลังพบว่าผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากการถ่ายเลือดระหว่างปี 1986-1990 มีการโอกาสพัฒนาเป็นโรคตับแข็งระยะ cirrhosis ในระยะ 10 ปี ร้อยละ 5.6 ในระยะเวลา 20 ปี ร้อยละ 13.4 และในระยะเวลา 30 ปี ร้อยละ 18.9 และเมื่อเกิดการพัฒนาของโรคสู่ระยะ cirrhosis จากการติดตามผู้ป่วยในระยะดังกล่าวของ Fattovich G. และคณะ [13] จำนวน 384 คน พบว่ามีการพัฒนาของโรคสู่ระยะ decompensated cirrhosis ร้อยละ 12 ในปีที่ 3 ร้อยละ 18 ในปีที่ 5 และร้อยละ 3.9 ในปีที่ 10 นอกจากนี้ยังพบว่ามีการพัฒนาของโรคสู่ระยะมะเร็งตับ (hepatocellular carcinoma) ร้อยละ 4 ในปีที่ 3 ร้อยละ 7 ในปีที่ 5 และร้อยละ 14 ในปีที่ 10

ส่วนผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและพบว่าอยู่ในระยะ decompensated เมื่อติดตามผู้ที่อยู่ในระยะดังกล่าวจำนวน 200 คน จากการศึกษาของ Planas R และคณะ [14] พบว่าในปีที่ 5 ของการติดตามพบการพัฒนาของโรคจากระยะ decompensated สู่วัย hepatocellular carcinoma ร้อยละ 29.7 (ตารางที่ 2)

ในแต่ละสถานะทางสุขภาพจะมีอัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่แตกต่างกัน โดยผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง จากการศึกษาของ Omland LH และคณะ [15] ได้จากการวิเคราะห์ฐานข้อมูลของประชากรในประเทศเดนมาร์ก พบว่าเมื่อติดตามผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง และผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแต่สามารถขจัดเชื้อออกจากร่างกาย เสียชีวิตด้วยสาเหตุจากการติดเชื้อไวรัส และโรคที่เกี่ยวข้องกับการตับ ในปีที่ 8 ร้อยละ 5.5 หรือ มีจำนวน 122 ราย จากผู้ป่วยที่ติดเชื้อจำนวน 2,218 ราย และ ร้อยละ 2 หรือ มีจำนวน 25 ราย จากผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสแต่สามารถขจัดเชื้อออกจากร่างกายได้ จำนวน 1,250 ราย เนื่องจากผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในแบบจำลองนี้จึงใช้อัตราการเสียชีวิตของประชากรทั่วไป ซึ่งใช้ข้อมูลภาวะโรค ปี 2549 [16] สำหรับใช้ในการประมาณการเสียชีวิตของผู้ป่วยในกลุ่มนี้

สำหรับอัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและมีดำเนินโรคสู่ตับแข็งระยะ compensated ได้จากการศึกษาของ Fattovich G. และคณะ [13] ที่ติดตามผู้ป่วยในระยะดังกล่าวพบว่า อัตราการรอดชีวิตของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในระยะ compensated ในปีที่ 3 ร้อยละ 96 ปีที่ 5 ร้อยละ 91 และ ปีที่ 10 ร้อยละ 79 ถ้าผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคต่อไปในระยะ decompensated นั้น หากผู้ป่วยเริ่มมีอาการแสดงของโรคในระยะนี้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมากขึ้นร้อยละ 50 [13] และจากรายงานของ Pineda JA. และคณะ [17] ติดตามผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและมีการอักเสบของตับอยู่ในระยะ decompensated จำนวน 386 คน พบว่าอัตราการรอดชีวิตในปีที่ 1 ร้อยละ 54 ปีที่ 2 ร้อยละ 40 และในปีที่ 5 ร้อยละ 25 แต่หากผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังมีการพัฒนาเป็นมะเร็งตับอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยในระยะนี้จะน้อยลงเป็นอย่างมากจากรายงานของ Sithinamsuwan P. และคณะ ศึกษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังและตรวจพบมะเร็งตับในประเทศไทย จากการทบทวนประวัติผู้ป่วยจำนวน 336 คน พบว่า อัตราการรอดชีวิตในปีที่ 1 ร้อยละ 15 และอัตราการรอดชีวิตในปีที่ 2 ร้อยละ 8

ตัวแปรด้านประสิทธิผลของยา

ค่าตัวแปรประสิทธิผลของยาได้จากการสืบค้นวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากฐานข้อมูล Pubmed โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นดังนี้ “(“Chronic hepatitis C”) AND ((Ran-

domized controlled trial) OR (Randomised controlled trial) OR (RCT) AND (Interferon OR (Peginterferon) OR (Peg-interferon) OR (Pegylated interferon)) AND Ribavirin ” Limits: only items with links to full text, Humans, English

โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าในการคัดเลือกวรรณกรรมดังนี้

1. เป็นการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ ไวรัสตับอักเสบบี เรื้อรัง และไม่เคยได้รับการรักษา โดยไม่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี หรือ เชื้อ HIV และมีค่า ALT สูงกว่าปกติ อย่างน้อย 1.5 เท่า
2. เป็นการศึกษาหาประสิทธิผลของการรักษาด้วยยา interferon alpha ร่วมกับ ribavirin หรือ pegylated interferon alpha 2a ร่วมกับ ribavirin หรือ pegylated interferon alpha 2b ร่วมกับ ribavirin
3. มีการรายงานประสิทธิผลในค่าของ intend to treat
4. มีรายงานประสิทธิผลของการรักษาในสัปดาห์ที่ 12 ในกรณีรักษาผู้ป่วยสายพันธุ์ 1 4 5 6
5. มีการรายงานประสิทธิผลแยกตามสายพันธุ์ เช่น สายพันธุ์ 1 4 5 6 หรือ สายพันธุ์ 2 3

เกณฑ์การคัดออก

1. งานวิจัยไม่มีนิพนธ์ต้นฉบับเป็นภาษาไทยหรือ ภาษาอังกฤษ
2. ผลลัพธ์ของการศึกษาไม่นำเสนอประสิทธิผลของการรักษาตามสายพันธุ์
3. ผลการศึกษาไม่นำเสนอเป็นการจัดเชื้อ (Virologic response)

ประสิทธิผลของยาในการรักษาสายพันธุ์ 1 4 5 และ 6

สำหรับสายพันธุ์ 1 4 5 และ 6 มีเพียง Peg2a+RBV และ Peg2b+RBV ที่ได้รับการแนะนำให้ใช้ในการรักษา [1] ดังนั้นจึงพิจารณาวรรณกรรมที่มีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการใช้ Peg2a+RBV (0.18) Peg2b+RBV (1.5) หรือ/และ Peg2b+RBV (1.0) พบว่ามีการศึกษาจำนวน 3 เรื่อง [18-20] มีรายงานการตอบสนองต่อการรักษาที่สัปดาห์ที่ 12 และหยุดให้ยาหากในสัปดาห์ที่ 12 (EVR) มีการลดลงของเชื้อไวรัสน้อยกว่า 2 log และมีการรายงานการตอบสนองต่อการรักษาหลังจากหยุดยาแล้ว 24 สัปดาห์ (SVR) เมื่อพิจารณาผู้ที่ตอบสนองต่อการรักษาหลังจากหยุดยา ผู้ที่ได้รับยา Peg2a+RBV (0.18) มีการตอบสนองต่อการรักษามากที่สุดทั้งในสัปดาห์ที่ 12 ร้อยละ 49 และหลังจากหยุดการรักษา 24 สัปดาห์ โดยมีการตอบสนอง ร้อยละ 42 ส่วน Peg2b+RBV (0.15) มีการตอบสนองหลังจากหยุดการรักษา 24 สัปดาห์ ร้อยละ 39 มากกว่า Peg2b+RBV (0.1) ที่ร้อยละ 38

ประสิทธิผลของยาในการรักษาสายพันธุ์ 2 และ 3

ในการรักษาสายพันธุ์ 3 มีผลการตอบสนองต่อการรักษาที่ดีกว่าสายพันธุ์ 1 4 5 และ 6 ซึ่งยาที่ได้รับการแนะนำในการรักษา คือ IFN+RBV ขนาด 3 mu สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ร่วมกับการให้ RBV เป็นเวลา 48 สัปดาห์ หรือรักษาด้วย Peg2a+RBV (0.18) Peg2b+RBV (0.15) Peg2b+RBV (0.1) เป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์ และรายงานการตอบสนองต่อการรักษาหลังจากหยุดยาแล้ว 24 สัปดาห์ (SVR) ไม่พบวรรณกรรมที่รายงานเฉพาะสายพันธุ์ 3 ของการรักษาด้วย IFN+RBV ดังนั้นจึงใช้วรรณกรรมที่รายงานสายพันธุ์ 2 และ 3 แทน พบว่ามีวรรณกรรมทั้งหมด 8 เรื่อง [21-28] โดยทั้งหมดให้ IFN 3mu สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ร่วมกับ RBV 1-1.2 กรัมต่อวัน เป็นเวลา 48 สัปดาห์ จากการรวม pool data ของการศึกษาทั้งหมด มีผู้ป่วยทั้งหมด 559 ราย มีการตอบสนองต่อการรักษาหลังจากหยุดยาแล้ว 24 สัปดาห์ (SVR) จำนวน 395 ราย คิดเป็นร้อยละ 71

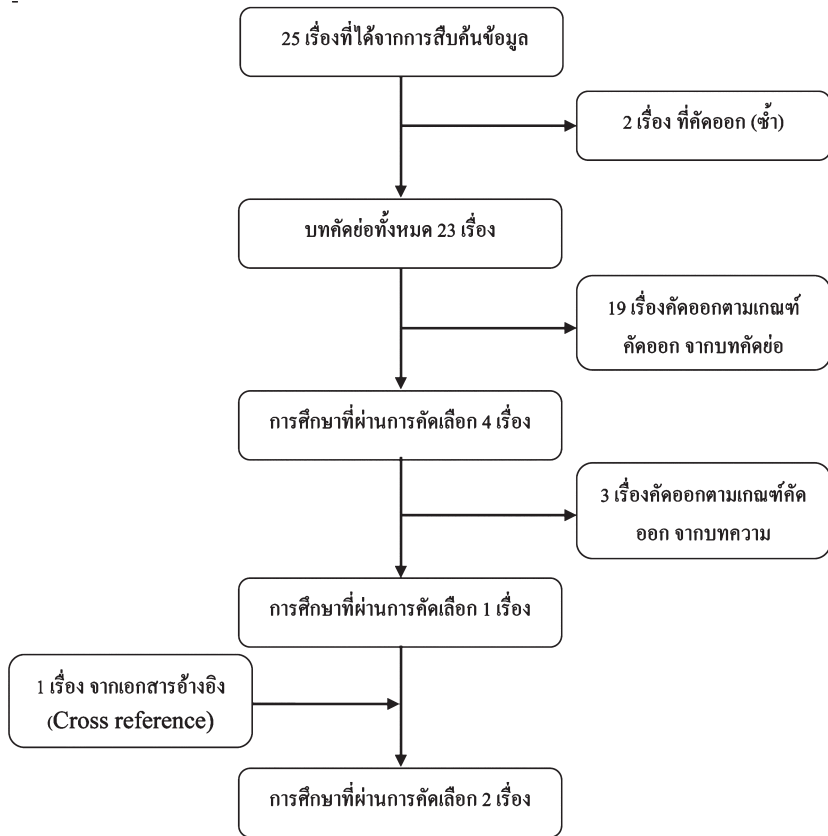
ประสิทธิผลของการให้ Peg2a ในผู้ป่วยสายพันธุ์ 3 จำนวน 4 เรื่อง [29-32] โดยให้ Peg2a 180 mcg.สัปดาห์ละครั้ง ร่วมกับ RBV 0.8-1.2 กรัมต่อวัน เป็นเวลา 24 สัปดาห์ จากการ pool data มีผู้ป่วยทั้งหมด 1,194 ราย มีการตอบสนองต่อการรักษาหลังจากหยุดยาแล้ว 24 สัปดาห์ (SVR) จำนวน 871 ราย คิดเป็นร้อยละ 73 ในขณะที่ประสิทธิผลของการให้ Peg2b ในผู้ป่วยสายพันธุ์ 3 มีขนาดยาที่ใช้ในการรักษา คือ Peg2b 1.5 mcg/kg หรือ Peg2b 1.0 mcg/kg ร่วมกับ RBV 0.8-1.4 กรัมต่อวัน เป็นเวลา 24 สัปดาห์ มีการศึกษาใช้ Peg2b+RBV (1.0) สำหรับสายพันธุ์ 3 จำนวน 2 เรื่อง [33, 34] จากการ pool data มีผู้ป่วยทั้งหมด 125 ราย มีการตอบสนองต่อการรักษาหลังจากหยุดยาแล้ว 24 สัปดาห์ (SVR) จำนวน 92 ราย คิดเป็นร้อยละ 74 และ Peg2b+RBV (1.5) จำนวน 3 เรื่อง [18, 20, 33] จากการ pool data มีผู้ป่วยทั้งหมด 180 ราย มีการตอบสนองต่อการรักษาหลังจากหยุดยาแล้ว 24 สัปดาห์ (SVR) จำนวน 140 ราย คิดเป็นร้อยละ 78

ตัวแปรด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพในเชิงคุณภาพชีวิต

จากการสืบค้นวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ Pubmed โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นดังนี้ (Utilities(All Fields) OR Utility(All Fields)) AND (“hepatitis c”(MeSH Terms) OR “hepatitis c”(All Fields)) AND (“Quality adjusted life year”(All Fields) OR “Quality of life”(All Fields)) **Limits:** only items with links to full text, Humans, English โดยค่าอรรถประโยชน์ที่ได้ในแต่ละการศึกษานำมาวิเคราะห์หาค่าอรรถประโยชน์จากการวิเคราะห์เชิงปริมาณด้วยโปรแกรม WinBUGs ใช้หลักการ pool data ค่าอรรถประโยชน์แบ่งออกตามภาวะของโรคตับอักเสบ รวมถึงค่าอรรถประโยชน์ในผู้ป่วยที่ให้การรักษาด้วยยาและมีการขจัดเชื้อออกจากร่างกายได้ด้วย ทั้งนี้

ไม่คิดค่าอรรถประโยชน์ในระหว่างการรักษาอันเกิดจากการรับรู้ผลข้างเคียงของยาที่รุนแรงเนื่องจากระยะเวลาการรักษาใช้เวลาประมาณ 1 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาสั้นหากเปรียบเทียบกับระยะเวลาในการดำเนินของโรคประมาณ 20-30 ปี

รูปที่ 2 การคัดกรองวรรณกรรมด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ



เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบริ่งชนิด ซี
2. ผลลัพธ์ทางสุขภาพรายงานเป็นอรรถประโยชน์ (Health state utility)
3. รายงานอรรถประโยชน์ทั้งในระยะติดเชื้อเรื้อรัง (Chronic hepatitis) ระยะตับแข็ง (Compensated cirrhosis) ระยะตับวาย (Decompensated cirrhosis) ระยะมะเร็งตับ (Hepatocellular carcinoma) และตรวจไม่พบเชื้อในร่างกายหลังจากหยุดการรักษาไปแล้ว 24 สัปดาห์ (SVR)

- ใช้เครื่องมือวัดค่าอรรถประโยชน์ที่เป็นมาตรฐาน ได้แก่ Time Trade Off Standard Gamble Visual Analog Scale EQ-5D

เกณฑ์การคัดออก

- การศึกษาที่มีได้ทำครอบคลุมทุกระยะของโรคที่ต้องการ
- รายงานการทบทวนผลการศึกษาจากงานวิจัยอื่น

จากการทบทวนพบวรรณกรรม จำนวน 25 เรื่อง คัดวรรณกรรมที่เป็นเรื่องเดียวกันออก 2 เรื่อง จากนั้นพิจารณาคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า และคัดออก ได้วรรณกรรมจำนวน 1 เรื่อง รวมถึง 1 เรื่องที่ได้จากการการอ้างอิง รวมทั้งหมด 2 เรื่อง พบว่า ค่าอรรถประโยชน์หลังจากที่รักษาและขจัดเชื้อได้แล้วมีค่ามากที่สุดคือ 0.7955 รองลงมาคือ ระยะติดเชื่อไวรัสตับอักเสบนชนิด ซี เรื้อรัง (0.7284) ระยะตับแข็ง (0.7023) ระยะตับวาย (0.5774) และระยะมะเร็งตับ (0.5778) ดังแสดงตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าอรรถประโยชน์ของแต่ละระยะของโรคตับและหลังจากขจัดเชื้อที่ใช้ในแบบจำลอง

ระยะของโรค	ค่าอรรถประโยชน์		อ้างอิงและวิธีการที่ใช้หาค่าอรรถประโยชน์
	ค่าเฉลี่ย	ค่าความแปรปรวน	
Chronic hepatitis C	0.7284	0.00107	R.Grieve et.al. (2006) EQ-5D
Liver compensated	0.7023	0.00198	Sherman KE etal(2004) TTO, SG
Liver decompensate	0.5774	0.00198	Chang CA (2003) VAS, SG, HUI
Hepatocellular carcinoma	0.5778	0.02281	
SVR	0.7955	0.00175	R.Grieve et.al. (2006) EQ-5D Chang CA (2003) VAS,SG,HUI

ต้นทุน

การศึกษานี้ใช้มุมมองของผู้ให้บริการ ต้นทุนค่ายา ได้แก่ pegylate interferon alpha 2a และ pegylate interferon alpha 2b ได้จากราคาที่บริษัทผู้จำหน่ายเสนอราคาจำหน่ายต่อคณะอนุกรรมการพัฒนายาหลักแห่งชาติซึ่งบริษัทผู้จำหน่ายสัญญาว่าจะจำหน่ายในราคาต่ำกว่าหากยาถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ต้นทุนค่ายา interferon alpha ใช้ราคาจากศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านยากระทรวงสาธารณสุขเพราะ

บริษัทผู้จำหน่ายไม่ได้เสนอราคาให้แก่คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยใช้ค่ากลาง (Median) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ให้มีค่าร้อยละ 10 ของค่ากลาง ส่วนราคายา ribavirin นั้นพบว่าในปัจจุบัน บริษัทผู้จำหน่ายสนับสนุนยา ribavirin ฟรีให้แก่ผู้ป่วย

ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังได้จากเก็บรวบรวมข้อมูลการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าหัตถการ ค่ายาแบ่งตามระยะของโรคคือ ระยะ non-cirrhotic หรือ compensated cirrhosis หรือ decompensated cirrhosis หรือ hepatocellular carcinoma และ liver transplantation ในโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์จำนวน 5 แห่ง ของ ศตวรรษ ทองสวัสดิ์ และคณะ [35] โดยค่ารักษาพยาบาลอ้างอิงจากอัตราค่ารักษาพยาบาลของกระทรวงการคลัง และอัตราค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยระยะมะเร็งตับมากที่สุด คือ 152,000 บาทต่อคนต่อปี (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงค่ารักษาพยาบาล (บาท) ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง ในแต่ละระยะของโรค

ระยะของโรค	ค่ารักษาพยาบาลต่อคนต่อปี
Chronic hepatitis C	53,300
Compensate cirrhosis	80,800
Decompensated cirrhosis	124,400
Hepatocellular carcinoma	152,100

ขอบเขตของเวลา (Time horizon)

การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์โดยใช้แบบจำลอง Markov มีกรอบระยะเวลา (Cycle) 1 ปี และจะดำเนินไปจนกระทั่งผู้ป่วยในแบบจำลองเสียชีวิต

การใช้อัตราลด (Discount rate)

การศึกษานี้จะใช้อัตราลดร้อยละ 3 ทั้งในส่วนของต้นทุนและผลลัพธ์ของแต่ละแนวทางการรักษา ตามคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย [36]

การวิเคราะห์ค่าความไม่แน่นอนของตัวแปร

การศึกษานี้ได้ทำการวิเคราะห์ค่าไม่แน่นอนของตัวแปรแบบ Probabilistic sensitivity โดยใช้โปรแกรม Monte Carlo Simulation ในโปรแกรม Microsoft Excel ใน

การสุ่มค่าตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลองได้กำหนดรูปแบบการกระจายความน่าจะเป็นในทุกค่าตัวแปร ใช้การกระจายแบบ Dirichet เพื่อให้ค่าความน่าจะเป็นของสายพันธุ์ทุกชนิดรวมกันไม่เกิน 1 ใช้การกระจายแบบเบต้า (Beta Distribution) กำหนดให้ค่าการดำเนินของโรคกำหนดให้อยู่ระหว่าง 0-1 และใช้การกระจายแบบแกมมา (Gamma Distribution) ใช้สำหรับข้อมูลต้นทุนเพื่อให้มีค่าเป็นบวก ส่วนตัวแปรที่มีค่าความแม่นยำค่อนข้างมากจะใช้การกระจายตัวแบบนอร์มัล (Normal Distribution) ตามทฤษฎี Central Limit Theorem [37]

ผลกระทบเชิงงบประมาณ

จากรายงานของคณะกรรมการการศึกษาภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย [16] ได้ประมาณการ ความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งมีความแตกต่างตามอายุ โดยพบความชุกของโรคไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มประชากรอายุ 15-29 ปี มีอุบัติการณ์การเกิดโรค 0.87 ต่อ 1,000 คน และมีอุบัติการณ์โรคประมาณร้อยละ 1 ของประชากร ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและซีของประเทศไทยนั้น [1] แนะนำให้มีการรักษาผู้ป่วยในระยะที่มีการอักเสบของตับ ที่มีค่า Metavir มากกว่าหรือเท่ากับ 2 จากการศึกษาของ Poynard T. และคณะ [7] ได้รายงานลักษณะของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี ตามระดับของการอักเสบพบว่าประมาณ ร้อยละ 70 มีการอักเสบของตับมีค่า Metavir มากกว่าหรือเท่ากับ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรักษาด้วยยา

ผลการศึกษา

ผลการประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ของการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังชนิด ซี ต้นทุน

ต้นทุนของการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังชนิด ซี สำหรับสายพันธุ์ 1 4 5 และ 6 โดยการรักษาแบบประคับประคอง สำหรับผู้ป่วยอายุ 18 ปี และ 60 ปี ประมาณ 807,000 บาท และ 537,000 บาท ตามลำดับ โดยต้นทุนการรักษาพยาบาลจะลดน้อยหากติดเชื้อขณะมีอายุมากขึ้น ในการศึกษาที่พิจารณาการให้การรักษาที่อายุ 30 ปีเป็นพื้นฐาน โดยพบว่าการรักษาแบบประคับประคองมีต้นทุนที่ต่ำที่สุดคือ 767,000 บาท ในขณะที่การรักษา Peg2a+RBV มีต้นทุน 859,000 บาท การรักษาด้วย Peg2b+RBV (1.0) มีต้นทุน 878,000 บาท และ Peg2b+RBV (1.5) มีต้นทุนสูงสุดคือ 936,000 บาท ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงต้นทุนการรักษา (บาท) ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังสายพันธุ์ 1 4 5 และ 6 ตามอายุ

อายุ	Palliative care	IFN+RBV	Peg2a+RBV	Peg2b(1.5)+RBV	Peg2b(1.5)+RBV
18	807,000	797,000	892,000	913,000	971,000
20	802,000	793,000	887,000	908,000	966,000
30	767,000	758,000	859,000	878,000	936,000
40	717,000	708,000	817,000	833,000	892,000
50	639,000	630,000	753,000	764,000	825,000
60	537,000	528,000	669,000	674,000	736,000

ในกรณีการรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังสายพันธุ์ 2 และ 3 อายุ 30 ปี การรักษาในสายพันธุ์นี้ มีประสิทธิผลที่ดีกว่าการรักษาสายพันธุ์ 1 4 5 และ 6 พบว่า ต้นทุนการรักษาด้วย Peg2b+RBV (1.0) มีต้นทุนต่ำที่สุดคือ 474,000 บาท รองลงมาได้แก่ Peg2a+RBV มีต้นทุน 562,000 บาท และ IFN+RBV มีต้นทุน 584,000 บาท การให้ Peg2b+RBV (1.5) มีต้นทุนสูงที่สุดคือ 590,000 บาท อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยายังมีต้นทุนที่ถูกลงกว่าการให้การรักษาแบบประคับประคอง (767,000 บาท) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงต้นทุนการรักษา (บาท) ของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังสายพันธุ์ 2 และ 3 ตามอายุ

อายุ	Palliative care	IFN+RBV	Peg2a+RBV	Peg2b(1.5)+RBV	Peg2b(1.5)+RBV
18	807,000	611,000	581,000	487,000	608,000
20	802,000	607,000	579,000	485,000	605,000
30	767,000	584,000	562,000	474,000	590,000
40	717,000	550,000	538,000	457,000	568,000
50	639,000	497,000	501,000	431,000	534,000
60	537,000	428,000	452,000	396,000	489,000

ประสิทธิผลในหน่วยปีสุขภาวะ (Quality Adjusted Life Years)

จากการประเมินปีสุขภาวะของการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบริ่งชนิด ซี โดยแบ่งตามสายพันธุ์ ในผู้ป่วยอายุ 30 ปี พบว่า สำหรับสายพันธุ์ 1 4 5 หรือ 6 การรักษาด้วย Peg2a+RBV ให้ประสิทธิผลในหน่วยปีสุขภาวะมากที่สุดคือ 15.81 ปี รองลงมาได้แก่ Peg2b+RBV (1.5) มีปีสุขภาวะ 15.65 ปี และ Peg2b+RBV (1.0) มีปีสุขภาวะ 15.59 ปี โดยการรักษาแบบประคับประคองมีปีสุขภาวะ 14.75 ปี

ตารางที่ 6 แสดงปีสุขภาวะ (QALY) ของการรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบริ่งชนิดเรื้อรังสายพันธุ์ 1 4 5 6 ตามอายุ

อายุ	Palliative care	IFN+RBV	Peg2a+RBV	Peg2b(1.5)+RBV	Peg2b(1.5)+RBV
18	16.19	16.92	16.66	16.73	16.19
20	16.05	16.76	16.50	16.58	16.05
30	15.20	15.81	15.59	15.65	15.20
40	14.05	14.54	14.36	14.41	14.05
50	12.42	12.78	12.65	12.69	12.42
60	10.36	10.62	10.52	10.55	10.36

สำหรับสายพันธุ์ 2 และ 3 การรักษาด้วยยามีปีสุขภาวะมากกว่าการรักษาแบบประคับประคองมีปีสุขภาวะ 4.75 ปี โดยการรักษาด้วย Peg2b+RBV (1.0) ให้ปีสุขภาวะมากที่สุดคือ 17.44 ปี รองลงมาได้แก่ Peg2b+RBV (1.5) มีปีสุขภาวะ 17.10 ปี Peg2a+RBV มีปีสุขภาวะ 16.96 ปี และ IFN+RBV มีปีสุขภาวะ 16.29 ปี

ตารางที่ 7 แสดงปีสุขภาวะ (QALY) ของการรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบริ่งชนิดเรื้อรังสายพันธุ์ 3 ตามอายุ

อายุ	Palliative care	IFN+RBV	Peg2a+RBV	Peg2b(1.5)+RBV	Peg2b(1.5)+RBV
18	15.70	17.51	18.32	18.90	18.49
20	17.33	18.12	18.69	18.28	17.33
30	16.29	16.96	17.44	17.10	16.29
40	14.93	15.47	15.85	15.58	14.93
50	13.08	13.49	13.78	13.57	13.08
60	10.83	11.12	11.33	11.18	10.83

ต้นทุนอรรถประโยชน์ของการรักษา

การประเมินความคุ้มค่าเป็นการเปรียบเทียบค่าต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มของแต่ละทางเลือกกับการรักษาแบบประคับประคอง ซึ่งเป็นอัตราส่วนระหว่างต้นทุนส่วนเพิ่มขึ้นเทียบกับประสิทธิภาพที่เพิ่มขึ้น (Incremental cost-effectiveness ratio (ICER) ดังนั้นเมื่อพิจารณาตามสายพันธุ์ในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรักษาที่อายุ 30 ปีและติดเชื้อสายพันธุ์ 1 4 5 6 พบว่า Peg2a+RBV เป็นทางเลือกที่มีความคุ้มค่ามากที่สุด โดยมี ICER น้อยที่สุด 86,600 บาทต่อปีสุขภาวะ รองลงมาได้แก่ Peg2b(1.0)+RBV และ Peg2b(1.5)+RBV มี ICER ที่ 132,000 บาทต่อปีสุขภาวะ และ 188,000 บาทต่อปีสุขภาวะ ตามลำดับ โดยการรักษาด้วยยาจะคุ้มค่าในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปีหากรักษาด้วย Peg2a+RBV

ตารางที่ 8 แสดงต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER- บาทต่อ QALY) ของการรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรัง สายพันธุ์ 1 4 5 6

อายุ	เปรียบเทียบ Peg2a+RBV กับ Palliative care	เปรียบเทียบ Peg2b(1.0)+RBV กับ Palliative care	ICER ของ Peg2b(1.5)+RBV กับ Palliative care
18	68,800	110,300	157,800
20	71,100	113,000	162,000
30	86,600	132,000	188,000
40	113,000	162,000	229,000
50	160,000	215,000	300,000
60	244,000	305,000	419,000

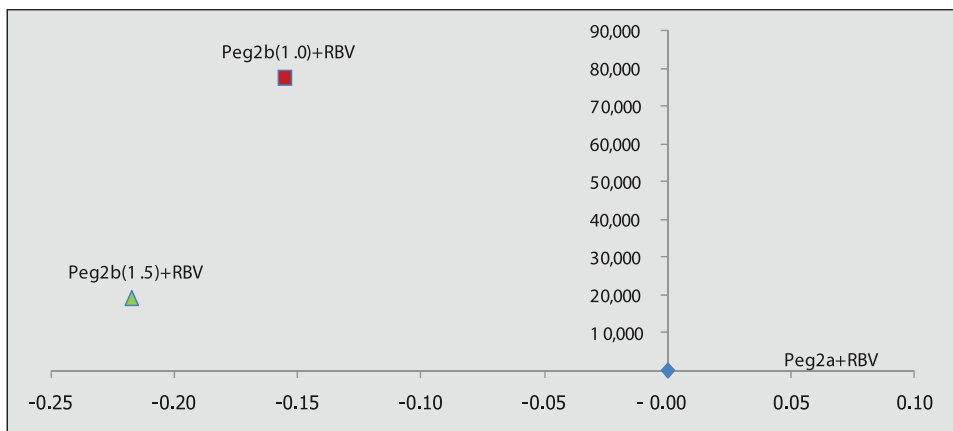
การรักษาผู้ป่วยติดเชื้อสายพันธุ์ 2 และ 3 ในผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรักษาที่อายุ 30 ปี เปรียบเทียบการรักษาด้วยยากับการรักษาแบบประคับประคอง พบว่าการรักษาด้วยยาเป็นทางเลือกที่คุ้มค่าเนื่องจากสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในอนาคตได้ (cost saving) โดยการให้ IFN+RBV สามารถประหยัดได้มากที่สุดคือ 119,000 บาทต่อปีสุขภาวะ รองลงมาได้แก่ Peg2b(1.0)+RBV Peg2a+RBV และ Peg2b(1.5)+RBV โดยสามารถประหยัดได้ 109,000 บาทต่อปีสุขภาวะ 93,000 บาทต่อปีสุขภาวะ และ 75,000 บาทต่อปีสุขภาวะตามลำดับ การรักษาด้วยยามีความคุ้มค่าในทุกกลุ่มอายุของผู้ป่วย (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 แสดงต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ของการรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง สายพันธุ์ 2 และ 3

อายุ	เปรียบเทียบ IFN + RBV กับ Palliative care	เปรียบเทียบ Peg2a+RBV กับ Palliative care	เปรียบเทียบ Peg2b(1.0)+RBV กับ Palliative care	ICER ของ Peg2b(1.5)+RBV กับ Palliative care
18	-108,000	-86,000	-100,000	-71,000
20	-110,000	-87,000	-101,000	-72,000
30	-119,000	-93,000	-109,000	-75,000
40	-130,000	-98,000	-118,000	-77,000
50	-140,000	-98,000	-122,000	-70,000
60	-144,000	-81,000	-112,000	-43,000

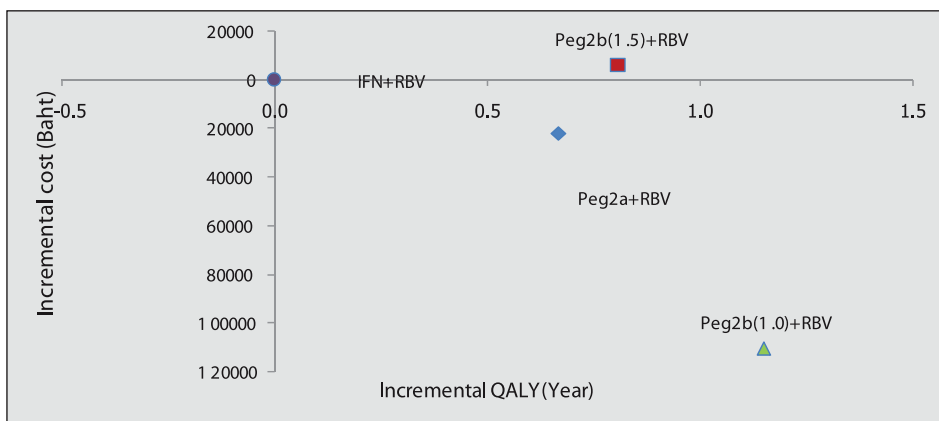
หากแสดงในรูปกราฟระหว่างต้นทุนและผลลัพธ์ในหน่วยปีสุขภาวะของแต่ละทางเลือก (Cost-Effectiveness plane: CE plane) ของการรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง สายพันธุ์ 1 4 5 6 พบว่า Peg2a+RBV มีความคุ้มค่ามากที่สุด โดยใช้ต้นทุนในการรักษาที่ถูกลงกว่า และได้ผลลัพธ์คือปีสุขภาวะที่มากกว่า ดังแสดงในรูปที่ 3

รูปที่ 3 แสดงต้นทุน (บาท) และผลลัพธ์ (ปีสุขภาวะ) ของการรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง สายพันธุ์ 1 4 5 6



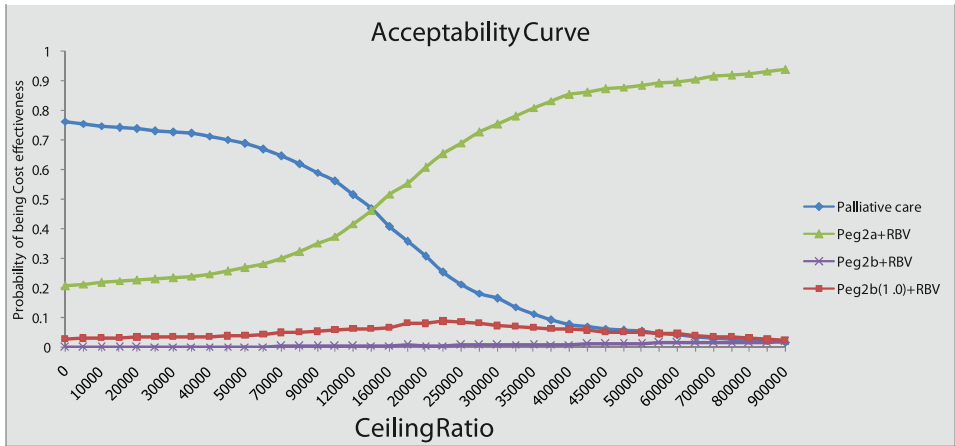
สำหรับสายพันธุ์ 3 พบว่า Peg2b(1.0)+RBV มีความคุ้มค่ามากที่สุด โดยการให้ Peg2b(1.0)+RBV มีต้นทุนในการรักษาพยาบาลมากกว่า IFN+RBV แต่ให้ผลลัพธ์ในหน่วยปีสุขภาวะที่มากกว่า IFN+RBV ดังนั้นสำหรับสายพันธุ์ 3 การให้ Peg2b(1.0)+RBV จึงมีความคุ้มค่ามากที่สุด ดังแสดงในรูปที่ 4

รูปที่ 4 แสดงต้นทุน (บาท) และผลลัพธ์ (ปีสุขภาวะ) ของการรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง สายพันธุ์ 2 และ 3



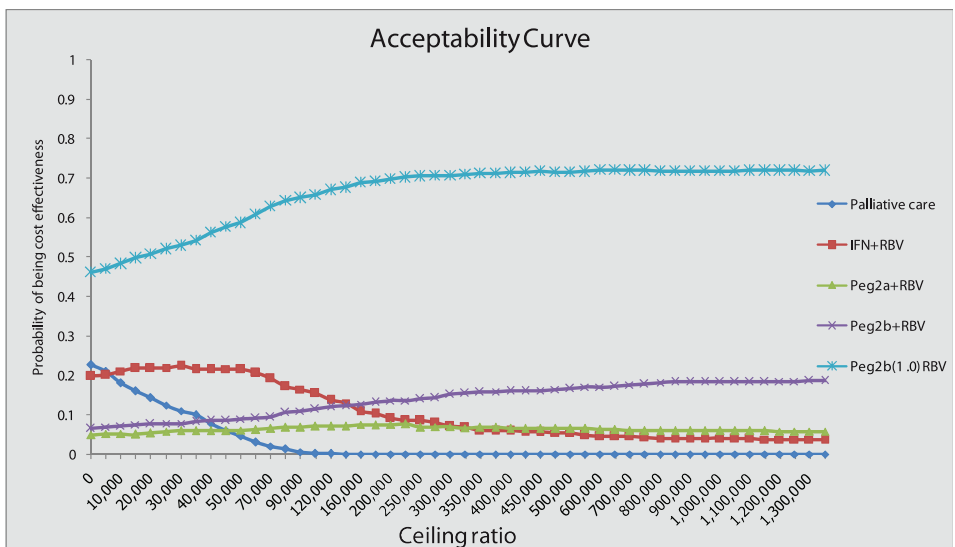
การวิเคราะห์ความไม่แน่นอนโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probabilistic uncertainty analysis) การประเมินกราฟต้นทุนต่อประสิทธิผลที่ยอมรับได้ (Cost-effectiveness acceptability curve) จากค่าความเต็มใจจ่ายที่ 100,000 บาทต่อปีสุขภาวะ การรักษาผู้ป่วยโรคตับอักเสบบีเรื้อรัง สายพันธุ์ 1 4 5 หรือ 6 อายุ 30 ปี พบว่าการรักษาแบบประคับประคองน่าจะเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด จะมีความสำเร็จหรือมีความคุ้มค่าประมาณร้อยละ 64 โอกาสที่การให้ Peg2a+RBV จะประสบความสำเร็จหรือมีความคุ้มค่าประมาณร้อยละ 36

รูปที่ 5 แสดงต้นทุนประสิทธิผลที่ยอมรับได้ในการรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบริ่งชนิดซี สายพันธุ์ 1 4 5 6 อายุ 30 ปี



ส่วนการรักษาสายพันธุ์ 3 ในผู้ป่วยอายุ 30 ปี Peg2b(1.0)+RBV มีความคุ้มค่ามากที่สุดในทุกระดับค่าความเต็มใจจ่าย ถึงแม้ไม่จ่ายเงินเพิ่ม กล่าวคือนำเงินที่ใช้ในการรักษาแบบประคับประคองมาลงทุนในการให้ยา Peg2b(1.0)+RBV มีโอกาสประสบความสำเร็จหรือมีความคุ้มค่าประมาณร้อยละ 48

รูปที่ 6 แสดงต้นทุนประสิทธิผลที่ยอมรับได้ในการรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบริ่งชนิดซี สายพันธุ์ 3 ณ อายุ 30 ปี



ผลกระทบเชิงงบประมาณ

ในมุมมองของผู้ให้บริการผลกระทบเชิงงบประมาณคำนวณจากสัดส่วนของสายพันธุ์ของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง ที่มีการอักเสบของตับที่ Metavir มากกว่าหรือเท่ากับ 2 อายุตั้งแต่ 18-60 ปี ด้วย Peg2a+RBV สำหรับสายพันธุ์ 1 4 5 6 และ Peg2b(1.0)+RBV สำหรับสายพันธุ์ 3 ตามสัดส่วนการระบาดของสายพันธุ์ จะมีภาระงบประมาณส่วนเพิ่มจากการรักษาแบบประคับประคอง 12,000 ล้านบาท ในระยะเวลา 5 ปี หากสามารถค้นหา รักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังได้ทุกราย และไม่ให้การรักษาซ้ำในกรณีที่เคยรักษาแล้วไม่ได้ผล ดังแสดงตารางที่ 10

ตารางที่ 10 แสดงงบประมาณส่วนเพิ่มจากการรักษาแบบประคับประคอง (ล้านบาท) แยกตามสายพันธุ์ ในผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง อายุ 18-60 ปี

ปี	งบประมาณส่วนเพิ่มจากการรักษาแบบประคับประคอง (ล้านบาท)		
	สายพันธุ์ 1 4 5 6 รักษาด้วย Peg2a+RBV	สายพันธุ์ 3 รักษาด้วย Peg2b(1.0)+RBV	งบประมาณรวม
1	3,184	12,243	15,427
2	81	- 841	- 760
3	75	- 892	- 817
4	69	- 939	- 870
5	63	- 980	- 917
รวม	3,472	8,591	12,063

สรุปและอภิปราย

สำหรับมุมมองของผู้ให้บริการการรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง อายุ 30 ปี ที่ไม่เคยรักษามาก่อน และมีการอักเสบของตับที่ Metavir มากกว่าหรือเท่ากับ 2 สำหรับสายพันธุ์ 1 4 5 6 การรักษาด้วย Peg2a+RBV มีความคุ้มค่าโดยมีต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) 87,700 บาท ในขณะที่การรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง สายพันธุ์ 3 การให้ Peg2b(1.0)+RBV มีความคุ้มค่ามาก โดยสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคตับแข็ง ตับวาย และมะเร็งตับในอนาคตได้

จากผลการศึกษาดังกล่าวหากนำมากำหนดเป็นนโยบายในระดับชาติอาจก่อให้เกิดปัญหาทางจริยธรรมและความไม่เป็นธรรมในระบบสุขภาพ กล่าวคือ ผู้ป่วยไวรัสตับ


อีกเสบเรื้อรังชนิดซี สายพันธุ์ 1 4 5 6 จะไม่ได้รับการรักษาในทุกกลุ่มอายุ ขณะที่ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบเรื้อรังชนิดซี สายพันธุ์ 3 ในช่วงอายุ 18 ถึง 50 ปี จะได้รับการรักษาในระบบประกันสุขภาพของรัฐ จะเห็นได้ว่าย่อมก่อให้เกิดความไม่เป็นธรรมทั้งผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนชนิดซีต่างสายพันธุ์และผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบเรื้อรังชนิดซี สายพันธุ์ที่ 3 ที่มีอายุแตกต่างกัน ดังนั้นความเป็นไปได้ในเชิงนโยบายผู้บริหารควรต้องตัดสินใจเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งในการที่จะให้หรือมิให้การรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบเรื้อรังชนิดซี ทุกสายพันธุ์และทุกกลุ่มอายุอย่างเท่าเทียมกัน ทั้งนี้พบว่าผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบเรื้อรังชนิดซี สายพันธุ์ 3 ซึ่งการรักษามีความคุ้มค่าเป็นสายพันธุ์ที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทย


ภาระงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบนชนิดเรื้อรัง ไม่เคยได้รับการรักษามาก่อน และอยู่ในเกณฑ์ต้องได้รับการรักษา อายุ 18-60 ปี ตามสัดส่วนสายพันธุ์ของประชากรในประเทศไทย เป็นระยะเวลา 5 ปี มีมูลค่า 12,000 ล้านบาท


ผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของ Sullivan และคณะที่ศึกษาต้นทุนประสิทธิผลของการรักษาระหว่าง pegylate interferon alpha 2a ร่วมกับ ribavirin กับ interferon alpha 2b ร่วมกับ ribavirin ในผู้ป่วยเพศชาย อายุ 45 ปี พบว่า ต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มต่อปีสุขภาพของ สายพันธุ์ 1 มีค่ามากกว่า 1 สายพันธุ์ที่ไม่ใช่ 1 ที่ $\square 10,894$ และ $\square 3,766$ ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาโดยไม่คำนึงถึงสายพันธุ์พบว่ามีความคุ้มค่าโดยมีต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มต่อปีสุขภาพ $\square 7,865$ ส่วนการศึกษาเปรียบเทียบกับต้นทุนประสิทธิผลระหว่าง pegylate interferon alpha 2b ร่วมกับ ribavirin กับ interferon alpha 2b ร่วมกับ ribavirin โดย Poynard ในผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 44 ปี พบว่า การรักษาด้วย pegylate interferon alpha 2b ร่วมกับ ribavirin (800 มิลลิกรัม) และ pegylate interferon alpha 2b ร่วมกับ ribavirin (1-1.2 กรัม) มีต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มต่อปีสุขภาพเป็น $\square 11,800$ และ $\square 6,600$ ตามลำดับ และมีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับ interferon alpha 2b ร่วมกับ ribavirin และจากการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ของ Canada Agency for Drugs and Technologies in Health ในผู้ป่วยอายุ 43 ปี และคาดการณ์ไปอีก 20 ปี พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาประคับประคองกับให้ interferon alpha 2b ร่วมกับ ribavirin กับ pegylate interferon alpha 2b หรือ 2a ร่วมกับ ribavirin มีต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มต่อปีสุขภาพ $\$23,000$ และ $\$17,000$ ตามลำดับและการให้ pegylate interferon alpha 2b หรือ 2a ร่วมกับ ribavirin มีความคุ้มค่ามากกว่าการให้ interferon alpha 2b ร่วมกับ ribavirin และจากการทดสอบความไวของการศึกษาดังกล่าวพบว่า ความคุ้มค่าที่ลดลงหรือไม่คุ้มค่าอาจเกิดเมื่อการดำเนินของโรคตบลดลง ผู้ป่วยมีอายุมากขึ้น และหากให้การรักษาในผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบนชนิดเรื้อรัง ระยะ mild fibrosis มีค่าต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มต่อปีสุขภาพเป็น $\$56,000$

เอกสารอ้างอิง

1. ชมรมโรคตับแห่งประเทศไทยสมาคมแพทย์ระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย. แนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีและซีในประเทศไทย ปี 2548. กรุงเทพฯ2548.
2. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. การสาธารณสุขไทย 2544-2547 นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
3. คำนวน อึ้งชูศักดิ์. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ปี 2549. นนทบุรี: สำนักกระบวนศึกษา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2550. Available from: <http://203.157.15.4/Annual/Annual49/Vision.htm>.
4. Bundhamchareon K, Teerawatananon Y. Burden of disease and injuries in Thailand: Printing House of The War Veterans Organization of Thailand; 2002.
5. Seeff LB. Natural history of hepatitis C. *Hepatology*.1997;26(3 Suppl 1):21S-8S.
6. Alter MJ, Kruszon-Moran D, Nainan OV, McQuillan GM, Gao F, Moyer LA, et al. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1988 through 1994. *N Engl J Med*.1999;341(8):556-62.
7. Poynard T, Bedossa P, Opolon P. Natural history of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C. The OBSVIRC, METAVIR, CLINIVIR, and DOSVIRC groups. *Lancet*.1997;349(9055):825-32.
8. Doi H, Apichartpiyakul C, Ohba KI, Mizokami M, Hotta H. Hepatitis C virus (HCV) subtype prevalence in Chiang Mai, Thailand, and identification of novel subtypes of HCV major type 6. *J Clin Microbiol*.1996;34(3):569-74.
9. Prachayakul V, Jarasjareunwittaya P, Pongprasopchai S, Leelakusolvong S, Manasatit S, Kachinthon U, et al. Comparison of clinical, biochemical, virological and histopathological characteristics between chronic hepatitis C infected patients with respect to genotype 1 and 3. *Thai J Gastroenterol*. 2005;6(2):72-80.
10. Verachai V, Phutiprawan T, Theamboonlers A, Chinchai T, Tanprasert S, Haagmans BL, et al. Prevalence and genotypes of hepatitis C virus infection among drug addicts and blood donors in Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*.2002;33(4):849-51.

- 
11. Apichartpiyakul C, Chittivudikarn C, Miyajima H, Homma M, Hotta H. Analysis of hepatitis C virus isolates among healthy blood donors and drug addicts in Chiang Mai, Thailand. *J Clin Microbiol.*1994;32(9):2276-9.
 12. Krahn M, Wong JB, Heathcote J, Scully L, Seeff L. Estimating the prognosis of hepatitis C patients infected by transfusion in Canada between 1986 and 1990. *Med Decis Making.*2004;24(1):20-9.
 13. Fattovich G, Giustina G, Degos F, Tremolada F, Diodati G, Almasio P, et al. Morbidity and mortality in compensated cirrhosis type C: a retrospective follow-up study of 384 patients. *Gastroenterology.*1997;112(2):463-72.
 14. Planas R, Balleste B, Alvarez MA, Rivera M, Montoliu S, Galeras JA, et al. Natural history of decompensated hepatitis C virus-related cirrhosis. A study of 200 patients. *J Hepatol.*2004;40(5):823-30.
 15. Omland LH, Krarup H, Jepsen P, Georgsen J, Harritshoj LH, Riisom K, et al. Mortality in patients with chronic and cleared hepatitis C viral infection: a nationwide cohort study. *J Hepatol.*2010;53(1):36-42.
 16. The Thai Working Group on Burden of Disease and Injuries. Burden of Disease and Injuries in Thailand. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2002.
 17. Pineda JA, Romero-Gomez M, Diaz-Garcia F, Giron-Gonzalez JA, Montero JL, Torre-Cisneros J, et al. HIV coinfection shortens the survival of patients with hepatitis C virus-related decompensated cirrhosis. *Hepatology.*2005;41(4):779-89.
 18. Rumi MG. Pegylated interferon alpha 2b versus pegylated interferon alpha 2a for chronic hepatitis C: the unreached goal of superiority. *J Hepatol.*2009;51(6):1097-9.
 19. McHutchison JG, Lawitz EJ, Shiffman ML, Muir AJ, Galler GW, McCone J, et al. Peginterferon alfa-2b or alfa-2a with ribavirin for treatment of hepatitis C infection. *N Engl J Med.*2009;361(6):580-93.
 20. Ascione A, De Luca M, Tartaglione MT, Lampasi F, Di Costanzo GG, Lanza AG, et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin is more effective than peginterferon alfa-2b plus ribavirin for treating chronic hepatitis C virus infection. *Gastroenterology.*2010;138(1):116-22.

- 
21. Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC, Rustgi VK, Shiffman M, Reindollar R, et al. Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial. *Lancet*.2001;358(9286):958-65.
 22. Poynard T, Marcellin P, Lee SS, Niederau C, Minuk GS, Ideo G, et al. Randomised trial of interferon alpha2b plus ribavirin for 48 weeks or for 24 weeks versus interferon alpha2b plus placebo for 48 weeks for treatment of chronic infection with hepatitis C virus. International Hepatitis Interventional Therapy Group (IHIT). *Lancet*.1998;352(9138):1426-32.
 23. Fried MW, Shiffman ML, Reddy KR, Smith C, Marinos G, Goncales FL, Jr., et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. *N Engl J Med*.2002;347(13):975-82.
 24. de Ledinghen V, Trimoulet P, Winnock M, Foucher J, Bourliere M, Desmorat H, et al. Daily or three times a week interferon alfa-2b in combination with ribavirin or interferon alone for the treatment of patients with chronic hepatitis C. *J Hepatol*.2002;36(5):672-80.
 25. Thuluvath PJ, Maheshwari A, Mehdi J, Fairbanks KD, Wu LL, Gelrud LG, et al. Randomised, double blind, placebo controlled trial of interferon, ribavirin, and amantadine versus interferon, ribavirin, and placebo in treatment naive patients with chronic hepatitis C. *Gut*.2004;53(1):130-5.
 26. Perez R, Jimenez M, Crespo J, Diago M, Enriquez J, Vaquero P, et al. Comparative study of the efficacy of an induction dose of interferon-alpha2b with ribavirin compared with standard combined treatment in naive patients with chronic hepatitis C. *J Viral Hepat*.2003;10(6):437-45.
 27. Mangia A, Ricci GL, Persico M, Minerva N, Carretta V, Bacca D, et al. A randomized controlled trial of pegylated interferon alpha-2a (40 KD) or interferon alpha-2a plus ribavirin and amantadine vs interferon alpha-2a and ribavirin in treatment-naive patients with chronic hepatitis C. *J Viral Hepat*.2005;12(3):292-9.
 28. Jacobson IM, Ahmed F, Russo MW, Lebovics E, Dieterich DT, Esposito SP, et al. Interferon alfa-2b [correction of alpha-2b]and ribavirin for patients with chronic hepatitis C and normal ALT. *Am J Gastroenterol*.2004;99(9):1700-5.

- 
29. Hadziyannis SJ, Sette H, Jr., Morgan TR, Balan V, Diago M, Marcellin P, et al. Peginterferon-alpha2a and ribavirin combination therapy in chronic hepatitis C: a randomized study of treatment duration and ribavirin dose. *Ann Intern Med.*2004;140(5):346-55.
 30. von Wagner M, Huber M, Berg T, Hinrichsen H, Rasenack J, Heintges T, et al. Peginterferon-alpha-2a (40KD) and ribavirin for 16 or 24 weeks in patients with genotype 2 or 3 chronic hepatitis C. *Gastroenterology.*2005;129(2):522-7.
 31. Shiffman ML, Suter F, Bacon BR, Nelson D, Harley H, Sola R, et al. Peginterferon alfa-2a and ribavirin for 16 or 24 weeks in HCV genotype 2 or 3. *N Engl J Med.*2007;357(2):124-34.
 32. Gish RG, Arora S, Rajender Reddy K, Nelson DR, O'Brien C, Xu Y, et al. Virological response and safety outcomes in therapy-naïve patients treated for chronic hepatitis C with taribavirin or ribavirin in combination with pegylated interferon alfa-2a: a randomized, phase 2 study. *J Hepatol.*2007;47(1):51-9.
 33. Meyer-Wyss B, Rich P, Egger H, Helbling B, Mullhaupt B, Rammert C, et al. Comparison of two PEG-interferon alpha-2b doses (1.0 or 1.5 microg/kg) combined with ribavirin in interferon-naïve patients with chronic hepatitis C and up to moderate fibrosis. *J Viral Hepat.*2006;13(7):457-65.
 34. Mangia A, Santoro R, Minerva N, Ricci GL, Carretta V, Persico M, et al. Peginterferon alfa-2b and ribavirin for 12 vs. 24 weeks in HCV genotype 2 or 3. *N Engl J Med.*2005;352(25):2609-17.
 35. Thongsawat S, Piratvisuth T, Pramoolsinsap C, Chutaputti A, Tanwadee T, Sukarom I, et al. Resource utilization and direct medical cost of chronic hepatitis C (CHC) in Thailand: A heavy but manageable economic burden. *ISPOR 12th Annual European Congress, Paris, France.*2009;24-27 October.
 36. อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ลีริพร คงพิทยาชัย, เนติ สุขสมบุญรณ์. คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย. นนทบุรี: คณะทำงานพัฒนาคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย; 2552.
 37. Briggs A, Sculpher M, Claxton K. *Decision Modelling for health economic evaluation (Handbooks for Health Economic Evaluation).* New York, USA: Oxford University Press; 2006.



รายงานฉบับย่อ

หัวข้อที่ 3

การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของ
การรักษาผู้ป่วยไตอักเสบจากโรคเอสแอลอีเพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง
ระยะสุดท้าย

คณะผู้จัดทำ

ภก.อดุลย์ โมฮารา

Mr.Román Pérez Velasco

ภญ.นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ



การประเมินต้นทุนการดูแลสุขภาพและผลกระทบต่อด้านงบประมาณของการรักษาผู้ป่วยไตอักเสบจากโรคเอสแอลอีเพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ข้อมูลพื้นฐาน

โรคเอสแอลอี (Systemic Lupus Erythematosus) เป็นโรคแพ้ภูมิคุ้มกันตนเอง (autoimmune disease) เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันมีปฏิกิริยาต่อเนื้อเยื่อตัวเอง (Self antigen) โดยเชื่อว่าทั้งพันธุกรรมและปัจจัยแวดล้อมมีบทบาทร่วมกันต่อการเกิดโรค ผู้ป่วยที่เป็น SLE จะมีความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน (immune dysregulation) ทำให้มีการกระตุ้น B-cell clone จำนวนมาก (polyclonal activation) ก่อให้เกิดการสร้าง autoreactive antibody ต่อ self antigen การก่อตัวของ immune complex ในกระแสโลหิต (circulating immune complex) จะไปทำลายอวัยวะต่างๆ ทำให้เกิดความผิดปกติของระบบต่างๆในร่างกาย อาการของผู้ป่วย SLE สามารถเกิดได้เกือบทุกอวัยวะ แต่ที่พบบ่อยคือ ไข้เรื้อรัง ปวดข้อ อาการของเยื่อและผิวหนัง (mucocutaneous) แต่ถือว่ามียาอาการที่รุนแรงเมื่อเกิดอาการที่อวัยวะสำคัญ (vital organs) ได้แก่ ระบบประสาทหัวใจ ปอด ระบบโลหิต และไต [1]

แม้ว่าอาการแสดงของโรคจะมีความคล้ายคลึงกันของผู้ป่วยทั่วโลก แต่ความชุกและความรุนแรงรวมถึงภาระโรคมักมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ [2] ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนถึงความชุกของผู้ป่วยเอสแอลอีในประเทศไทย จากข้อมูลระบาดวิทยาระบุว่าผู้ป่วยเอสแอลอีในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นผู้ป่วยที่มีอาการไตอักเสบลุปัสรวมด้วยถึงร้อยละ 66.7% ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมากเมื่อเทียบกับผู้ป่วยเอสแอลอีในแถบยุโรปที่มีอัตราการเกิดไตอักเสบลุปัสร้อยละ 27.9 [2,3] นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การศึกษาหนึ่งระบุว่าอัตราการรอดชีพในระยะเวลา 5 ปีของผู้ป่วยไตอักเสบลุปัสในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 76.5 โดยสาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากการติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ 50.5 และการเกิดภาวะไตวายคิดเป็นร้อยละ 28.6 [4]

โดยขั้นตอนการรักษาผู้ป่วยไตอักเสบลุปัสแบ่งเป็น 2 ระยะได้แก่ induction phase เพื่อชะลอการเกิดโรค และ maintenance phase เพื่อลดโอกาสการเกิดเป็นซ้ำ พร้อมทั้งลดอาการแทรกซ้อนของโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายและการเสียชีวิต แนวทางการรักษาแนะนำให้ฉีด Intravenous cyclophosphamide (IVC) ทั้งในระยะ induction phase หรือ 6 เดือนแรกของการรักษา และ

ในระยะ maintenance phase โดยให้ประจำทุก 3 เดือน เป็นเวลา 2 ปี [5] อย่างไรก็ตามพบผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากยาก่อนข้างมาก ได้แก่ ติดเชื้อรุนแรง ชาตประจำเดือนซึ่งมีผลต่อการเจริญพันธุ์ของผู้ป่วย อาการข้างเคียงต่อระบบเลือดและทางเดินอาหาร นอกจากนั้นยังไม่พบประสิทธิผลในการลดอัตราการเสียชีวิต ส่วนการรักษาด้วยยา Azathioprine (AZA) ชนิดรับประทานพบว่ามีการใช้น้อยในการรักษาผู้ป่วยระยะ induction phase เนื่องจากมีอัตราการเกิดเป็นซ้ำมากกว่ายาอื่นๆ อย่างไรก็ตามพบว่า การรักษาในระยะ maintenance phase สามารถให้ประสิทธิผลดีและมีความปลอดภัยมากกว่าการใช้ยา cyclophosphamide [6] ปัจจุบันมีการนำยารับประทาน Mycophenolate mofetil (MMF) ใช้ในการรักษามากขึ้น เนื่องจากมีอาการข้างเคียงจากการติดเชื้อ และการขาดประจำเดือนของผู้ป่วยน้อยกว่า แต่พบว่าผู้ป่วยมีโอกาสท้องเสียสูงกว่ายา cyclophosphamide [7]

การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายนับเป็นปัญหาสำคัญทั้งในด้านเศรษฐกิจและนโยบายส่งเสริมระบบสุขภาพในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยไตวายที่มีอายุ 30 ปี จำเป็นต้องรักษาด้วยการล้างไตซึ่งจะมีค่าใช้จ่ายตลอดชีพสูงประมาณ 8 ล้านบาท [8] ดังนั้นการป้องกันการเกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายในผู้ป่วยไตอักเสบลูปัสชนิดรุนแรงเป็นแนวทางหนึ่งในการลดค่าใช้จ่ายให้กับระบบสุขภาพไทยได้ ดังนั้นผู้กำหนดนโยบายจำเป็นต้องพิจารณาจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดอย่างเหมาะสม โดยยังคงไว้ซึ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพสูงสุดของผู้ป่วย การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ด้วยการประเมินต้นทุนและประสิทธิผลของการรักษาแต่ละทางเลือกที่มีอยู่ในปัจจุบันสำหรับการรักษาผู้ป่วยไตอักเสบลูปัสเพื่อป้องกันการเกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญในกระบวนการตัดสินใจเพื่อกำหนดรูปแบบการรักษาโรคดังกล่าวที่มีความคุ้มค่าตามบริบทของสังคมไทย

วัตถุประสงค์การศึกษา

เปรียบเทียบต้นทุนและอรรถประโยชน์การรักษาระยะสุดท้ายของแต่ละทางเลือกที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อหารูปแบบการรักษาที่ก่อให้เกิดความคุ้มค่ามากที่สุด โดยวิเคราะห์จากมุมมองทางสังคม

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เปรียบเทียบระหว่างทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยไตอักเสบลูปัส ซึ่งพิจารณาจากข้อแนะนำตามแนวทางการรักษาทางคลินิกในปัจจุบันร่วมกับการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อกำหนดขอบเขตการประเมิน โดยประชากรที่สนใจคือผู้ป่วยไตอักเสบลูปัสรายใหม่ชนิด class III และ IV สำหรับต้นทุนวิเคราะห์ด้วยมุมมองทางสังคม โดยมีระยะเวลาที่สนใจคือตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับ

การรักษาจนเสียชีวิต โดยการประเมินความคุ้มค่าของทางเลือกในการรักษาที่มีอยู่ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 5 วิธีดังนี้

1. ให้ยาฉีด intravenous cyclophosphamide (IVC) เดือนละ 1,000 มิลลิกรัม เป็นเวลา 6 เดือน แล้วลดขนาดยาลงเป็น 600 มิลลิกรัม ฉีดทุก 3 เดือน ต่อเนื่องจนครบ 3 ปี (ทางเลือก 1: IVC + IVC)

2. ให้ยาฉีด intravenous cyclophosphamide (IVC) เดือนละ 1,000 มิลลิกรัม เป็นเวลา 6 เดือน แล้วตามด้วย azathioprine (AZA) รับประทานขนาด 50 มิลลิกรัม/วัน ต่อเนื่องจนครบ 3 ปี (ทางเลือก 2: IVC + AZA)

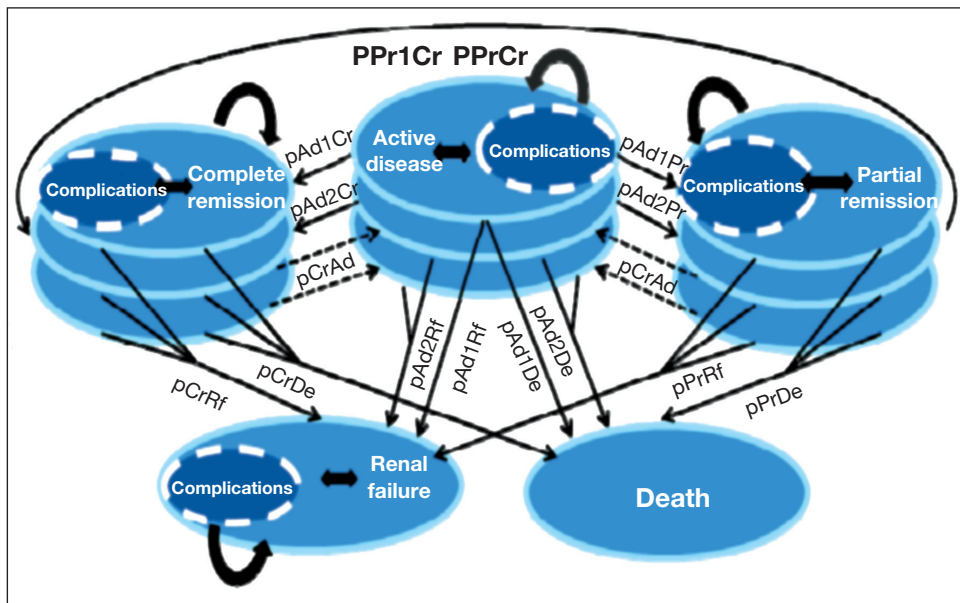
3. ให้ยาฉีด intravenous cyclophosphamide (IVC) เดือนละ 1,000 มิลลิกรัม เป็นเวลา 6 เดือน แล้วตามด้วย mycophenolate mofetil (MMF) รับประทานขนาด 1000 มิลลิกรัม/วัน ต่อเนื่องจนครบ 3 ปี (ทางเลือก 3: IVC + MMF)

4. ให้ mycophenolate mofetil (MMF) รับประทานขนาด 2,000 มิลลิกรัม/วัน เป็นเวลา 6 เดือน แล้วลดขนาดลงเป็น 1000 มิลลิกรัม/วัน เป็นเวลา 6 เดือน ตามด้วย azathioprine (AZA) โดยเฉลี่ยขนาด 50 มิลลิกรัมต่อวัน จนครบ 3 ปี (ทางเลือก 4: MMF + MMF + AZA)

5. ให้ mycophenolate mofetil (MMF) รับประทานขนาด 2,000 มิลลิกรัม/วัน เป็นเวลา 6 เดือน แล้วลดขนาดลงเป็น 1,500 มิลลิกรัม/วัน เป็นเวลา 6 เดือน แล้วลดขนาดลงเหลือ 1,000 มิลลิกรัม/วัน จนครบ 3 ปี (ทางเลือก 5: MMF + MMF + MMF)

ในการวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ใช้ตัวแบบการวิเคราะห์ คือ Markov model ดังรูปที่ 1 ด้วยโปรแกรม Microsoft Office Excel 2007 เพื่อเพื่อวิเคราะห์ต้นทุนตลอดชีพต่อปีสุขภาพที่เพิ่มขึ้นเปรียบเทียบระหว่างทางเลือกการรักษา 5 วิธีข้างต้น ตัวแบบที่ใช้วิเคราะห์มีสถานะทางสุขภาพหลัก 5 สถานะ ประกอบด้วย สถานะโรคกำเริบ (active disease) สถานะโรคสงบบางส่วน (partial remission) สถานะโรคสงบสมบูรณ์ (complete remission) สถานะไตวายเรื้อรัง (Renal failure) ซึ่งทั้ง 4 สถานะนี้จะมีสถานะย่อยเป็นการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค (Complication) และแต่ละสถานะสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาระหว่างสถานะหนึ่งไปสู่อีกสถานะหนึ่งได้ในแต่ละรอบเวลา (cycle) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาจะตอบสนองต่อยาและมีการเปลี่ยนสถานะสุขภาพตั้งแต่ 6 เดือนแรกของการรักษาในปีที่หนึ่ง หลังจาก 1 ปีแรก การเปลี่ยนสถานะสุขภาพจะเกิดขึ้นตามรอบเวลาในหน่วยปี ดังนั้นการศึกษานี้กำหนดไว้ที่ 6 เดือนในปีแรกและในปีถัดไปกำหนดไว้ที่ 1 ปี จนในที่สุดเข้าสู่สถานะสุดท้ายคือการเสียชีวิต (Death) โดยกำหนดให้ผู้ป่วยทุกคนมีอายุไม่เกิน 100 ปี

รูปที่ 1 Markov model



จากตัวแบบข้างต้น ตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ประกอบด้วย ประสิทธิภาพการรักษาของยาพิจารณาจากประสิทธิผลในการเพิ่มโอกาสการเกิด partial และ complete remission และประสิทธิผลในการลดโอกาสในการกลับเป็นซ้ำ โอกาสการเกิดไตวายเรื้อรัง และโอกาสการเสียชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม อย่างไรก็ตามไม่พบข้อมูลการศึกษาทางคลินิกที่เปรียบเทียบทางเลือกการรักษาทั้ง 5 วิธีตามขอบเขตงานวิจัยชิ้นนี้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงใช้การวิเคราะห์เชิงอภิมานแบบ indirect comparison ด้วยวิธี fixed effect multi-treatments meta-analysis โปรแกรม Winbug 1.4.3 ซึ่งเป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์เชิงอภิมานระหว่างการศึกษาที่เปรียบเทียบทางเลือกการรักษาที่ต่างกันเพื่อเป็นการเปรียบเทียบโดยอ้อม นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนสถานะอย่างต่อเนื่องตามตัวแปรของการเปลี่ยนสถานะ (transitional parameters) ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมและตัวแปรของโอกาสการเสียชีวิตซึ่งพิจารณาครอบคลุมทั้งการเสียชีวิตจากโรคไตอักเสบเรื้อรัง จากโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม รวมถึงการเสียชีวิตตามกลุ่มอายุในประเทศไทยทั่วไปด้วย

ข้อมูลต้นทุนพิจารณาในมุมมองทางสังคม ดังนั้นต้นทุนที่ใช้วิเคราะห์จึงครอบคลุมต้นทุนทางตรงทางการแพทย์ ประกอบด้วย การรักษาอาการไตอักเสบเรื้อรัง การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังซึ่งพิจารณาจากต้นทุนเฉลี่ยของการรักษาภาวะไตวาย รวมทั้งค่าใช้จ่ายจากการรักษาอาการแทรกซ้อนและการรักษาโรคร่วม (co-morbidity) แหล่งที่มาของ

ต้นทุนที่ใช้วิเคราะห์มาจากฐานข้อมูลโรงพยาบาล รายการต้นทุนมาตรฐานของโครงการ ประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ การทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่ทำในประเทศไทย รวมทั้งการทบทวนทะเบียนผู้ป่วย ส่วนตัวแปรอรรถประโยชน์ของผู้ป่วยได้จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ ข้อมูลต้นทุนที่ได้จากการศึกษาในอดีตจะถูกปรับด้วยค่าดัชนีราคาผู้บริโภคของธนาคารแห่งประเทศไทย และการวิเคราะห์ต้นทุนและอรรถประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตถูกปรับลดค่าด้วยอัตราปรับลด (discounted rate) ที่ร้อยละ 3 นอกจากนั้นการศึกษานี้ใช้การวิเคราะห์ความไวแบบสุ่ม (Probability sensitivity analysis) เพื่อพิจารณาความไม่แน่นอนของตัวแปรที่ใช้ตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์สรุป ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงตัวแปรที่ใช้วิเคราะห์

Parameter description	Distribution	Mean	SE	Reference
<i>Parametric form of survival data of dialysis cohort, fitting the model using weibull distribution</i>				
Constant in survival analysis for baseline hazard (cons)	LogNormal	-11.18	0.24	[8]
Age coefficient in survival analysis (ageC)	LogNormal	0.03	0.00	
Ancillary parameter in Weibull distribution (gamma)	LogNormal	0.07	0.02	
Lambda parameter survival analysis = EXP(cons+ageC*Age)				
<i>Transitional probability Baseline Parameter</i>				
1st year of Active disease to Partial remission (pAd1Pr)	Beta	0.225	0.049	[9]
1st year of Active disease to Complete remission (pAd1Cr)	Beta	0.062	0.032	[9]
1st year of Active disease to Renal failure (pAd1Rf)	Normal	0.00099	0.004	[9]
1st year of Active disease to Death (pAd1De)	Normal	0.00099	0.004	[9]
1st year of Complete remission to Renal failure (pCr1Rf)	Beta	0.004	0.002	[10]

Parameter description	Distribution	Mean	SE	Reference
1st year of Complete remission to Death (pCr1De)	Beta	0.008	0.004	[11]
1st year of Partial remission to Renal failure (pPr1Rf)	Beta	0.055	0.012	[10]
1st year of Partial remission to Death (pPr1De)	Beta	0.031	0.009	[11]
1st year of Partial remission to Complete remission (pPr1Cr)	Beta	0.276	0.055	[12]
2nd year of Active disease to Partial remission (pAd2Pr)	Beta	0.014	0.003	[10]
2nd year of Active disease to Complete remission (pAd2Cr)	Beta	0.069	0.004	[10]
2nd year of Active disease to Renal failure (pAd2Rf)	Beta	0.020	0.003	[10]
2nd year of Active disease to Death (pAd2De)	Beta	0.010	0.004	[10]
Complete remission to Active disease (pCrAd)	Beta	0.051	0.006	[10]
Complete remission to Renal failure (pCrRf)	Beta	0.004	0.002	[10]
Complete remission to Death (pCrDe)	Beta	0.008	0.004	[11]
Partial remission to 1st Active disease (pPrAd)	Beta	0.097	0.012	[10]
Partial remission to Renal failure (pPrRf)	Beta	0.055	0.012	[10]
Partial remission to Death (pPrDe)	Beta	0.031	0.009	[11]
Partial remission to Complete remission (pPrCr)	Beta	0.276	0.055	[12]
Rate of complication per year				
Rate of having complication of major infection	Gamma	0.25	0.25	[13]

Parameter description	Distribution	Mean	SE	Reference
Rate of having complication of hematological event	Gamma	0.10	0.10	[13]
Rate of having complication of gastrointestinal event	Gamma	0.44	0.44	[13]
Rate of having complication of major infection	Gamma	0.02	0.02	[13]
Rate of having complication of hematological event	Gamma	0.06	0.06	[13]
Rate of having complication of gastrointestinal event	Gamma	0.07	0.07	[13]
Rate of having complication of major infection	Gamma	0.02	0.02	[13]
Rate of having complication of hematological event	Gamma	0.02	0.02	[13]
Rate of having complication of gastrointestinal event	Gamma	0.12	0.12	[13]
Rate of having complication of major infection	Gamma	0.06	0.06	[14]
Rate of having complication of hematological event	Gamma	0.00	0.00	[14]
Rate of having complication of gastrointestinal event	Gamma	0.09	0.09	[14]
<i>Efficacy of treatment parameters</i>				
Relative risk of IVC+MMF of complete remission	Gamma	1.61	1.92	[15]
Relative risk of IVC+MMF of partial remission	Gamma	1.03	0.87	[15]
Relative risk of IVC+MMF of relapse compared	Gamma	N/A	N/A	[15]
Relative risk of IVC+MMF of renal failure	Gamma	0.07	0.07	[15]

Parameter description	Distribution	Mean	SE	Reference
Relative risk of IVC+MMF of death compared	Gamma	0.84	1.45	[15]
Relative risk of IVC+AZA of complete remission	Gamma	1.20	0.08	meta-analysis
Relative risk of IVC+AZA of partial remission	Gamma	4.11	1.12	meta-analysis
Relative risk of IVC+AZA of relapse	Gamma	0.72	0.04	meta-analysis
Relative risk of IVC+AZA of renal failure	Gamma	0.39	0.06	meta-analysis
Relative risk of IVC+AZA of death	Gamma	0.27	0.03	meta-analysis
Relative risk of IVC+MMF of complete remission	Gamma	1.01	0.06	meta-analysis
Relative risk of IVC+MMF of partial remission	Gamma	3.49	0.99	meta-analysis
Relative risk of IVC+MMF of relapse	Gamma	0.45	0.02	meta-analysis
Relative risk of IVC+MMF of renal failure	Gamma	0.91	0.11	meta-analysis
Relative risk of IVC+MMF of death	Gamma	0.34	0.03	meta-analysis
Relative risk of MMF+MMF of complete remission	Gamma	1.20	0.08	meta-analysis
Relative risk of MMF+MMF of partial remission	Gamma	4.82	0.45	meta-analysis
Relative risk of MMF+MMF of relapse compared	Gamma	1.36	0.22	meta-analysis
Relative risk of MMF+MMF of renal failure	Gamma	4.59	6.64	meta-analysis

Parameter description	Distribution	Mean	SE	Reference
Relative risk of MMF+MMF of death	Gamma	0.60	0.16	meta-analysis
Cost of drug 1st year (Direct medical cost)				
Cost of IVC+IVC (per year)	Gamma	2,204	220	[16]
Cost of IVC+AZA (per year)	Gamma	3,978	398	[16]
Cost of IVC+MMF (per year)	Gamma	38,912	3,891	[16]
Cost of MMF+MMF (per year)	Gamma	111,283	11,128	[16]
Cost of MMF+MMF+MMF (per year)	Gamma	111,283	11,128	[16]
Cost of drug 2st year (Direct medical cost)				
Cost of IVC+IVC (per year)	Gamma	2,316	232	[16]
Cost of IVC+AZA (per year)	Gamma	4,380	438	[16]
Cost of IVC+MMF (per year)	Gamma	75,219	7,522	[16]
Cost of MMF+MMF (per year)	Gamma	4,380	438	[16]
Cost of MMF+MMF+MMF (per year)	Gamma	112,829	11,283	[16]
Cost of drug 3st year (Direct medical cost)				
Cost of IVC+IVC (per year)	Gamma	2,316	232	[16]
Cost of IVC+AZA (per year)	Gamma	4,380	438	[16]
Cost of IVC+MMF (per year)	Gamma	75,219	7,522	[16]
Cost of MMF+MMF (per year)	Gamma	4,380	438	[16]
Cost of MMF+MMF+MMF (per year)	Gamma	75,219	7,522	[16]
Cost of treatment for complication/episode				
Major infection e.i. Septicaemia, unspecified (A419 + M321)	Gamma	26,412	41,381	Hospital database
Haematological event (D70 + M321)	Gamma	7,347	1,989	Hospital database
Gastrointestinal event	Gamma	21	21	Hospital survey

Parameter description	Distribution	Mean	SE	Reference
Other direct medical cost e.i. laboratory cost, OPD services				
Laboratory cost of hematology test (per visit)	Gamma	90	9	Hospital survey
Laboratory cost of BUN, Cr (per visit)	Gamma	100	10	Hospital survey
Laboratory cost of Alb (per visit)	Gamma	50	5	Hospital survey
Laboratory cost of Urinalysis and Microscopy (per visit)	Gamma	150	15	Hospital survey
Laboratory cost of 24 hr urine collection (per visit)	Gamma	400	40	Hospital survey
Cost of OPD services (per visit)	Gamma	285	29	[17]
Cost of IPD services for complication treatment				
Hospitalization of IPD service i.e. room & food (per day)	Gamma	1278	128	[17]
Hospitalization of nursing services (per day)	Gamma	419	42	[17]
Hospitalization of IPD services (per day)	Gamma	70	7	[17]
Hospitalization of common services (per day)	Gamma	158	16	[17]
Hospitalization of physician services (per day)	Gamma	317	32	[17]
Direct non-medical cost of treatment for lupus nephritis				
Cost of travel of patient in 3rd hospital (per visit)	Gamma	285	387	[17]
Cost of food of patient in 3rd hospital (per visit)	Gamma	53	93	[17]
Direct non-medical cost of complication i.e. travel costs, foods, accommodation				
Patient treatment in 3rd hospital for MI (per episode)	Gamma	1,178	1,966	[17]

Parameter description	Distribution	Mean	SE	Reference
Patient treatment in 3rd hospital for HE (per episode)	Gamma	443	666	[17]
Indirect medical cost of treatment for lupus nephritis				
Cost of productivity loss of patient (per visit)	Gamma	80	80	[17]
Cost of productivity loss of care giver (per visit)	Gamma	96	96	[17]
Indirect medical cost of complication				
Productivity loss of patient, care giver for MI (per episode)	Gamma	5,739	5,739	[17]
Productivity loss of patient, care giver for HE (per episode)	Gamma	1,013	1,013	[17]
Cost of chronic peritoneal dialysis in renal failure patient				
Cost of dialysis solution with bag (per set)	Gamma	163.3	15.27	[18]
Sessions of PD (per day)	Gamma	3.89	0.33	[18]
Gauze+cotton+alcohol (per day)	Gamma	28	4.00	[18]
Investigations e.g. BUN Cr Electrolyte chest x ray (per visit)	Gamma	790	238	[18]
Cost of Erythropoietin	Gamma	1,050	335	[18]
Doses of erythropoietin required per patient (per week)	Gamma	2.0	0.13	[18]
Cost of complication (peritonitis) from peritoneal dialysis				
Rate (per year) of having peritonitis among PD	Gamma	0.3294	0.5739	[18]
Cost of treating peritonitis	Gamma	32,000	24,000	[18]
Other cost i.e. direct non-medical cost, indirect non medical cost				
Direct non-medical care cost i.e. travel costs, foods,	Gamma	4,811	1,188	[18]

Parameter description	Distribution	Mean	SE	Reference
Indirect non-medical cost i.e. productivity loss	Gamma	2,716	635	[18]
Total cost of treating co-morbidities				
Unit cost of IP case of university hospitals in Thailand	Gamma	14,919	14,919	[18]
Unit cost of OP visit of university hospitals in Thailand	Gamma	1,658	1,658	[18]
Incidence rate of IP visits for treating of co-morbidities	Normal	0.98	0.04	[18]
Incidence rate of emergency visits for treating co-morbidity	Normal	2.13	0.17	[8]
Incidence rate of OP visits for treating of co-morbidity	Normal	12.85	0.44	[8]
Utility parameters				
Utility weight for “Active disease”	Beta	0.6	0.06	[19]
Utility weight for “Complete remission”	Beta	0.9	0.09	[19]
Utility weight for “Partial remission”	Beta	0.7	0.07	[19]
Utility weight for “Renal failure”	Beta	0.6	0.08	[18]

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ของผู้ป่วยอายุ 35 ปี ได้รับการรักษาทางเลือกที่ 2, 3, 4 และ 5 เปรียบเทียบกับการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานตามทางเลือกที่ 1 ผลการศึกษาพบว่าทางเลือกที่ 2: IVC+AZA เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดเมื่อเทียบการทางเลือกอื่นที่มีอยู่ เนื่องจากก่อให้เกิดต้นทุนตลอดชีพของผู้ป่วยน้อยกว่าทุกทางเลือก และมีประสิทธิผลของการรักษาในรูปของจำนวนปีสุขภาวะสูงกว่าวิธีมาตรฐานตามทางเลือกที่ 1 และทางเลือกที่ 3 แต่มีประสิทธิผลใกล้เคียงกับทางเลือกที่ 4 และ 5 ดังตารางที่ 2 ดังนั้นการรักษาตามทางเลือกที่ 2 จึงเป็นรูปแบบการรักษาที่สามารถประหยัดต้นทุนตลอดชีพของการรักษาผู้ป่วย 1 ราย ได้ประมาณ 440,000 บาท และเกิดผลได้ด้านสุขภาพในรูปของปีสุขภาวะได้เพิ่มขึ้น 0.24 QALYs เมื่อเทียบกับการรักษามาตรฐาน ดังตาราง 3

ตารางที่ 2 สรุปผลการวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์

ทางเลือกในการรักษา	ต้นทุนรวมตลอดชีพ (บาท)	จำนวนปีชีวิต (Total life years)		จำนวนปีสุขภาพ (Quality Adjusted Life Years/QALYs)
		ก่อนปรับลด (non discounted)	หลังปรับลด (discounted)	
1. IVC+IVC	1,882,000	31.22	19.53	13.094
2. IVC+AZA	1,777,000	31.52	19.68	13.335
3. IVC+MMF	2,035,000	31.41	19.63	13.292
4. MMF+MMF+AZA	2,021,000	31.42	19.65	13.329
5. MMF+MMF+MMF	2,187,000	31.42	19.65	13.329

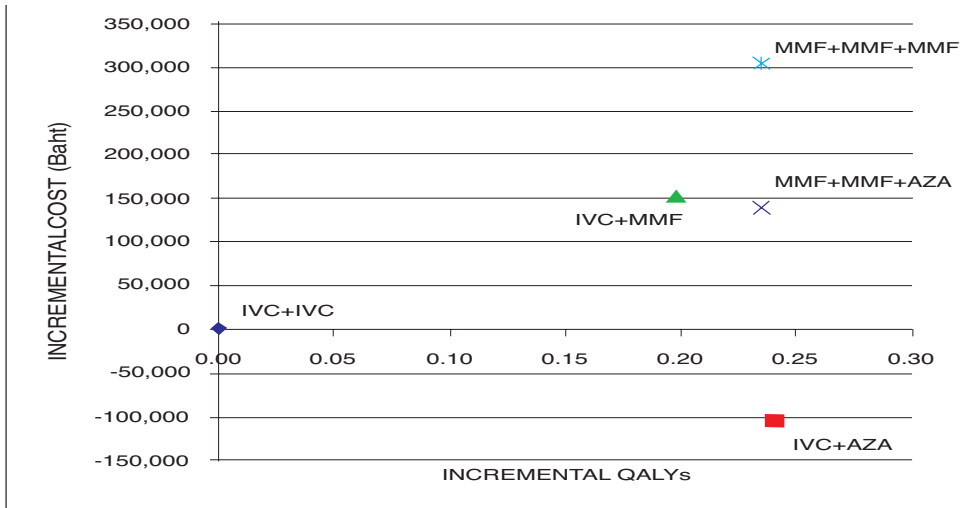
ตารางที่ 3 สรุปผลการวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์

ทางเลือกในการรักษา	ต้นทุนที่เพิ่มขึ้น (บาท)	ปีสุขภาพที่เพิ่มขึ้น (QALYs)	ICER (บาท/QALY)
1. IVC+IVC vs IVC+AZA	-105,000	0.24	- 436,000
2. IVC+IVC vs IVC+MMF	153,000	0.20	774,000
3. IVC+IVC vs MMM+MMM+AZA	139,000	0.23	592,000
4. IVC+IVC vs MMM+MMM+MMF	305,000	0.23	1,298,000

การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ของทางเลือกการรักษาผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง นำเสนอในรูปแบบของอัตราส่วนเพิ่มต้นทุนประสิทธิผล (Incremental cost-effectiveness) เปรียบเทียบกับการรักษาด้วยวิธีมาตรฐานตามทางเลือกที่ 1 (IVC + IVC) ซึ่งเป็นแนวทางการรักษาผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังที่แนะนำอยู่ใน clinical practice guideline ของประเทศไทยในปัจจุบัน การแสดงผลในรูปแบบของ cost-effectiveness plane ดังรูป 2

การวิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณในกรอบเวลา 5 ปี หากใช้การรักษาผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังด้วยรูปแบบการรักษาที่แนะนำตามแนวทางการรักษาทางคลินิกตามทางเลือกที่ 1 (IVC+IVC) จำเป็นต้องใช้งบประมาณคิดเป็น 11,844 ล้านบาทใน 5 ปี หากใช้การรักษาตามทางเลือกที่ 2 (IVC+AZA) จำเป็นต้องใช้งบประมาณคิดเป็นเงิน มีค่าใช้จ่ายคิดเป็นเงิน 11,184 ล้านบาทใน 5 ปี ดังนั้นการเปลี่ยนรูปแบบการรักษาจากทางเลือกที่ 1 มาเป็นทางเลือกที่ 2 สามารถประหยัดงบประมาณที่ต้องใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ทั้งสิ้น 660 ล้านบาทในกรอบเวลา 5 ปี ดังตารางที่ 4

รูปที่ 2 Cost-Effectiveness plane



ตารางที่ 4 แสดงผลกระทบด้านงบประมาณ

ปี	IVC+IVC	IVC/AZA	งบประมาณที่สามารถประหยัดได้
1	2,510,895,000	2,371,036,000	- 139,859,000
2	2,437,762,000	2,301,976,000	- 135,786,000
3	2,366,759,000	2,234,928,000	- 131,831,000
4	2,297,825,000	2,169,833,000	- 127,991,000
5	2,230,898,000	2,106,634,000	- 124,263,000
รวม	11,844,139,000	11,184,408,000	- 659,730,000

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่า การให้ยาฉีด Intravenous cyclophosphamide (IVC) เดือนละ 1,000 มิลลิกรัม เป็นเวลา 6 เดือน แล้วตามด้วย Azathioprine (AZA) รับประทานขนาด 50 มิลลิกรัม/วัน ต่อเนื่องจนครบ 3 ปี เป็นทางเลือกที่มีความคุ้มค่ามากที่สุดสำหรับการรักษาผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังใหม่ชนิด class III และ IV ด้วยมุมมองทางสังคม เนื่องจากเป็นทางเลือกที่สามารถประหยัดงบประมาณและเพิ่มผลลัพธ์ด้านสุขภาพได้มากที่สุด อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ดังนี้

ข้อจำกัดด้านข้อมูลหรือประโยชน์ของผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากยา เช่น การติดเชื้อรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน เม็ดเลือดขาวต่ำ การขาดประจำเดือนซึ่งอาจส่งผลต่อการเจริญพันธุ์ รวมถึงอาการข้างเคียงในระยะยาว เช่น การเพิ่มโอกาสเกิดมะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งที่กระเพาะปัสสาวะ มะเร็งที่ผิวหนัง อาการข้างเคียงเหล่านี้พบในผู้ป่วยที่ใช้ยา cyclophosphamide มากกว่ายา mycophenolate mofetil ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงอาจนำเสนอประสิทธิผลของยา mycophenolate mofetil ต่ำกว่าความเป็นจริง

ข้อจำกัดด้านข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลทางคลินิกของทางเลือกต่างๆในการศึกษานี้ มาจากการศึกษา randomized control trail ซึ่งส่วนใหญ่มีขนาดเล็กจึงอาจมีข้อจำกัดด้านคุณภาพของข้อมูล นอกจากนี้ไม่พบการศึกษาที่ทำการวิจัยประสิทธิผลของยาเปรียบเทียบระหว่างทางเลือกที่กำหนดไว้ในการศึกษานี้โดยตรง ดังนั้นนักวิจัยจึงจำเป็นต้องใช้ข้อมูลจากการศึกษาแบบ observational study มาวิเคราะห์ร่วมด้วย โดยการเปรียบเทียบประสิทธิผลด้วยวิธี indirect comparison นอกจากนี้ ข้อมูลพื้นฐานระบุว่าความรุนแรงของโรคและประสิทธิผลการรักษาอาจแตกต่างกันระหว่างเชื้อชาติ แต่การศึกษาทางคลินิกที่เฉพาะเจาะจงในกลุ่มประชากรคนเอเชียมีจำกัด การศึกษานี้จึงใช้ผลการศึกษาทางคลินิกที่ทำในกลุ่มประชากรจากหลายเชื้อชาติแทน

ข้อมูลต้นทุนบางส่วน เช่น ต้นทุนค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลต้นทุนอาการข้างเคียงของระบบทางเดินอาหาร ซึ่งได้จากการทบทวนทะเบียนผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเพียงโรงพยาบาลเดียว ดังนั้นจึงอาจเป็นข้อจำกัดในการสะท้อนต้นทุนในภาพรวมทั้งสังคม นอกจากนั้นข้อมูลต้นทุนของอาการข้างเคียงอื่นๆ กำหนดจากรหัส ICD 10 ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมอาการที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ยกตัวอย่างเช่น การติดเชื้อรุนแรง กำหนดรหัส ICD 10 คือ A419 + M321 ประกอบด้วย septicaemia และ unspecified major infection เป็นต้น อีกทั้งข้อมูลต้นทุนที่ได้จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลอาจมีความซ้ำซ้อนกับข้อมูลต้นทุนราคาขาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาของ Wilson และคณะฯ ในปี 1997 ทำการประเมินต้นทุนหรือประโยชน์ของยา mycophenolate mofetil สำหรับใช้เป็น firstline therapy ในผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรัง โดยกำหนดกรอบเวลาการประเมินที่ 6 เดือนแรกของการรักษา และไม่ได้พิจารณาครอบคลุมสถานะทางสุขภาพของการเกิดไตวายเรื้อรังและการเสียชีวิต สำหรับการศึกษานี้แม้ว่าจะเป็นการเปรียบเทียบยาตัวเดียวกัน แต่เป็นการพิจารณาตามรูปแบบการรักษาทางเลือกที่มีอยู่ในปัจจุบันทั้งหมดซึ่งมีความครอบคลุมมากกว่า อีกทั้งกำหนดสถานะทางสุขภาพที่ครอบคลุมถึงไตวายเรื้อรังและการเสียชีวิต และใช้กรอบเวลาการประเมินเป็นตลอดชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงสามารถสะท้อนผลกระทบ

ต่อการรักษาในระยะยาว อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติเป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าการรักษาผู้ป่วยไตอักเสบจะมีการปรับรูปแบบการรักษาตามการรุกรานของโรคและอาการของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งไม่มีรูปแบบแน่นอน แต่การศึกษานี้ประเมินผลการรักษาโดยพิจารณาจากรูปแบบการรักษาที่กำหนดไว้แน่นอนตามข้อมูลการศึกษาทางคลินิกที่ทำไว้ในอดีต

ประเด็นจริยธรรมที่สำคัญในกรณีผู้ป่วยหญิงวัยเจริญพันธุ์อาจได้รับผลกระทบต่อการใช้ยา cyclophosphamide เนื่องจากอาการข้างเคียงของยาต่อระบบเจริญพันธุ์ของผู้ป่วย ดังนั้นการจำกัดการใช้ยา mycophenolate mofetil ในผู้ป่วยหญิงกลุ่มนี้อาจจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาให้การรักษาตามความเหมาะสม

การศึกษาข้างต้นได้กำหนดกลุ่มประชากรเป็นผู้ป่วยรายใหม่เท่านั้น การศึกษานี้ยังไม่ได้ครอบคลุมถึงการรักษาผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นผลการศึกษาก็ยังไม่สามารถให้ข้อสรุปสำหรับการรักษาในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้ อย่างไรก็ตามขณะนี้มีการศึกษาทางคลินิกในประเทศไทยเพื่อประเมินการรักษาด้วยยา mycophenolate mofetil ในผู้ป่วยที่มีอาการกลับเป็นซ้ำหรือไม่ตอบสนองต่อการรักษา ซึ่งต้องรอผลการศึกษาต่อไปในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย


1. แนวทางการรักษาทางคลินิกควรปรับปรุงข้อแนะนำในการรักษาผู้ป่วยไตอักเสบเรื้อรังรายใหม่ โดยแนะนำให้ใช้การรักษาในทางเลือกที่ 2: ให้ยาฉีด Intravenous cyclophosphamide (IVC) เดือนละ 1,000 มิลลิกรัม เป็นเวลา 6 เดือน แล้วตามด้วย Azathioprine (AZA) รับประทานขนาด 50 มิลลิกรัม/วัน ต่อเนื่องจนครบ 3 ปี แทนการใช้ยาฉีด Intravenous cyclophosphamide (IVC) เดือนละ 1,000 มิลลิกรัม เป็นเวลา 6 เดือน แล้วลดขนาดยาเป็น 600 มิลลิกรัม ฉีดทุก 3 เดือน ต่อเนื่องจนครบ 3 ปี ซึ่งแนะนำไว้ในแนวทางการรักษาทางคลินิกในปัจจุบัน

2. ข้อมูลจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญระบุว่าในขณะนี้มีการศึกษาทางคลินิก โดยใช้ยา intravenous cyclophosphamide แล้วตามด้วยยา mycophenolate mofetil ขนาดสูงกว่า 1000 มก.ต่อวัน หรือ การให้ mycophenolate mofetil ต่อเนื่องกัน 2 ปี คาดว่าผลการศึกษาจะเผยแพร่ใน 1-2 ปีข้างหน้า ผลจากการศึกษาดังกล่าวจะถูกนำมาใช้ประกอบการวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงผลของงานวิจัยขึ้นนี้ตามข้อมูลล่าสุดต่อไปในอนาคต

3. เนื่องด้วยข้อจำกัดของข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยไตอักเสบหรือการกลับเป็นซ้ำหลายๆ ครั้ง ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยในกรณีนี้จึงขอให้ขึ้นกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญหรือรอข้อมูลการวิจัยทางคลินิกในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Danchenko N, Satia JA, Anthony MS. Epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comparison of worldwide disease burden. *Lupus* 2006; 15(5):308-18.
2. Tikly M, Navarra SV. Lupus in the developing world-is it any different? *Lupus* 2008; 22(4):643-55.
3. Shayakul C, Ong-aj-yooth L, Chirawong P et al. Lupus nephritis in Thailand: clinicopathologic findings and outcome in 569 patients. *Am J Kidney Dis* 1995; 26(2): 300-7.
4. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย แนวทางการรักษา Lupus Nephritis 2548
5. Berden JH. Azathioprine, the Cinderella in the treatment of lupus nephritis. *Nephrol Dial Transplant* 2009; 24(8):2611-2; author reply 2612.
6. Yong, PFK, D'Cruz DP. Mycophenolate mofetil in the treatment of lupus nephritis. *Biologics* 2008; 2(2):297-310.
7. Appel GB, Contreras G, Dooley MA et al. Mycophenolate mofetil versus cyclophosphamide for induction treatment of lupus nephritis. *J Am Soc Nephrol* 2009; 20:1103-12.
8. Teerawattananon Y, Mugford M, Tangcharoensathien V. Economic evaluation of palliative management versus peritoneal dialysis and hemodialysis for end-stage renal disease: evidence for coverage decisions in Thailand. *Value Health* 2007; 10:61-72.
9. Ong LM, Hooi LS, Lim TO et al. Randomized controlled trial of pulse intravenous cyclophosphamide versus mycophenolate mofetil in the induction therapy of proliferative lupus nephritis. *Nephrology (Carlton)* 2005; 10:504-10.
10. Illei GG, Takada K, Parkin D et al. Renal flares are common in patients with severe proliferative lupus nephritis treated with pulse immunosuppressive therapy: long-term follow up of a cohort of 145 patients participating in randomized controlled studies. *Arthritis Rheum* 2002; 46(4):995-1002.
11. Chen YE, Korbet SM, Katz RS, Schwartz MM, Lewis EJ. Value of a complete or partial remission in severe lupus nephritis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008; 3:46-53.

- 
12. Melo AKG, Avelar AB, Maegawa FKM, Souza BDB. Analysis of 100 patients with lupus nephritis followed up for 2 years. *Rev Bras Reumatol* 2009; 49(1):8-19.
 13. Contreras G, Pardo V, Leclercq B et al. Sequential therapies for proliferative lupus nephritis. *N Engl J Med* 2004; 350:971-80.
 14. Chan TM, Tse KC, Tang CS, Mok MY, Li FK. Long-term study of mycophenolate mofetil as continuous induction and maintenance treatment for diffuse proliferative lupus nephritis. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16:1076-84.
 15. Lee YH, Woo JH, Choi SJ, Ji JD, Song GG. Induction and maintenance therapy for lupus nephritis: a systematic review and meta-analysis. *Lupus* 2010; 19:703-710.
 16. Drug Medical Supply Information Center (DMSIC). Prices of drugs and medical devices; 2009. <http://dmsic.moph.go.th/price/price1.php> (31 May 2010, date last accessed).
 17. Health Intervention and Technology Assessment Program. HITAP costing menu; 2010. <http://www.hitap.net/costingmenu/> (5 July 2010, date last accessed).
 18. Wilson EC, Jayne DR, Dellow E, Fordham RJ. The cost-effectiveness of mycophenolate mofetil as firstline therapy in active lupus nephritis. *Rheumatology (Oxford)* 2007; 46: 1096-101.



รายงานฉบับย่อ

หัวข้อที่ 4

การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณ
ของมาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย

คณะผู้จัดทำ

จิรบูรณ์ โตสงวน¹

รศ.ดร.ณธร ชัยญาคุณาพฤษ²

นางจิตปราณี วาศวิท¹

¹ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

² ศูนย์วิจัยผลลัพธ์ทางเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก



การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของ มาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย

ข้อมูลพื้นฐาน

ในปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ที่สูบบุหรี่อยู่ทั้งหมดประมาณ 10.9 ล้านคน โดยในจำนวนนี้เป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำอยู่ประมาณ 9.5 ล้านคน และมีผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 10 มวนขึ้นไป 4.75 ล้านคน[1] การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังและภาวะโรคของประเทศ โดยจากการศึกษาภาวะโรค [2] พบว่าการสูบบุหรี่ทำให้เกิดภาวะโรคสูงเป็นอันดับ 3 รองจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และการดื่มแอลกอฮอล์ และถึงแม้ว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่ในประเทศจะมีแนวโน้มที่ลดลงเล็กน้อยตั้งแต่ปี 2534 อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ ศิริวรรณ และคณะ[3] พบว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่ในเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี ซึ่งเป็นผู้สูบบุหรี่ใหม่ ยังมีสัดส่วนที่สูงมาก โดยคิดเป็นร้อยละ 15.3 ของผู้สูบบุหรี่ทั้งหมด(ตารางที่ 1) และในขณะเดียวกัน ปัญหาสุขภาพจากการสูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะเกิดในผู้ที่มีรายได้น้อยอีกด้วย ด้วยเหตุนี้ มาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่จึงมีความสำคัญ เพื่อลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ในทุกกลุ่มอายุ ลดภาวะโรคและต้นทุนการรักษาโรคจากยาสูบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และลดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ

ตารางที่ 1 จำนวนและอัตราการสูบบุหรี่แบ่งตามเพศและอายุ [1]

ช่วงอายุ	เพศชาย		เพศหญิง		รวม	
	จำนวน	อัตราการสูบบุหรี่	จำนวน	อัตราการสูบบุหรี่	จำนวน	อัตราการสูบบุหรี่
15-18	330,968	14.36	14,143	0.64	345,110	7.62
19-24	1,314,198	42.96	11,885	0.41	1,326,084	22.19
25-40	3,948,634	45.39	106,592	1.20	4,055,227	23.04
41-59	3,658,315	44.73	250,765	2.85	3,909,080	23.04
60 ปีหรือมากกว่า	1,108,476	32.95	161,216	3.80	1,269,692	16.69
รวม	10,360,591	40.46	544,601	2.01	10,905,193	20.70

การติดยาหรืออาจแบ่งได้เป็น 2 สาเหตุ คือ การติดโดยมีสาเหตุทางพฤติกรรม และการติดสารนิโคติน โดยธรรมชาติผู้ติดยาส่วนใหญ่จะพยายามเลิกสูบ แต่เมื่อหยุดได้ระยะหนึ่งอาจกลับมาสูบซ้ำได้ ซึ่งในปัจจุบัน วิธีการบำบัดรักษาอาจแบ่งได้เป็น 2 วิธีหลัก คือ การให้คำปรึกษาหรือพฤติกรรมบำบัด และการบำบัดด้วยยา อันได้แก่ ยานิโคตินทดแทน bupropion nortriptyline และ varenicline ซึ่งยาแต่ละชนิดยังไม่ได้ถูกบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ผู้ป่วยที่มีกำลังซื้อเท่ากันที่สามารถเข้าถึงยา กลุ่มนี้ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่าการทำพฤติกรรมบำบัดและการบำบัดด้วยยาเหล่านี้มีประสิทธิภาพ[4-7] มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในการทำให้ผู้สูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้ นอกจากนี้ ยังพบว่าการบำบัดเหล่านี้มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ [8-12] แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาความคุ้มค่าของมาตรการเลิกบุหรี่ในประเทศยังมีน้อยมาก ทำให้ไม่สามารถระบุได้ว่า การบำบัดแบบใดจะมีความคุ้มค่ามากที่สุดสำหรับประเทศไทย

ดังนั้น ทางคณะวิจัยจึงทำการศึกษาประเมินความคุ้มค่าของมาตรการเลิกบุหรี่ต่างๆ ที่มีอยู่ในประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจสำหรับคณะกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ เพื่อพิจารณาว่าจะบรรจุมาตรการนี้ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่?

ระเบียบการวิจัย

การประเมินความคุ้มค่าของมาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่นี้ ได้ทำการวิเคราะห์โดยใช้มุมมองทางสังคมมีกลุ่มประชากรเป้าหมายเป็นผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำทั้งหมด และกรอบเวลาที่ใช้เป็นแบบตลอดช่วงอายุขัย วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อพิจารณาวิธีการบำบัดรักษาในแบบต่างๆ ดังนี้

- 1) การเลิกด้วยตนเอง หรือ “หักดิบ” (เป็น Baseline)
- 2) การให้คำปรึกษาที่โรงพยาบาล
- 3) การให้คำปรึกษาโดย Quitline
- 4) การให้คำปรึกษาในโรงพยาบาลร่วมกับการให้ยานิโคตินทดแทนแบบเคี้ยว (Nicotine Gum)
- 5) การให้คำปรึกษาในโรงพยาบาลร่วมกับการให้ยานิโคตินทดแทนแบบแผ่นแปะ (Nicotine Patch)
- 6) การให้คำปรึกษาในโรงพยาบาลร่วมกับการให้ยา bupropion
- 7) การให้คำปรึกษาในโรงพยาบาลร่วมกับการให้ยา nortriptyline และ
- 8) การให้คำปรึกษาในโรงพยาบาลร่วมกับการให้ยา varenicline

โดยการให้คำปรึกษาที่โรงพยาบาล และแบบ Quitline นั้น ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาแบบเข้มข้นในครั้งแรก ซึ่งใช้เวลา 30 นาที และ การให้คำปรึกษาทั่วไป 5 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที โดยผู้ให้คำปรึกษาในโรงพยาบาลจะเป็นพยาบาล ส่วนการให้คำปรึกษาผ่าน Quitline จะทำโดยผู้ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ที่ได้ผ่านการอบรมแล้ว ส่วนการบำบัดด้วยยาจะใช้เฉพาะในกลุ่มผู้สูบบุหรี่ตั้งแต่ 10 มวน ขึ้นไป โดยผู้ป่วยจะทานยาเป็นระยะเวลา 12 อาทิตย์ และยาจะถูกสั่งโดยแพทย์

การศึกษานี้ใช้แบบจำลอง Decision tree และ Markov ในการศึกษาต้นทุนและปีสุขภาวะ (Quality-Adjusted Life Years- QALY) ของแต่ละมาตรการในระยะยาว โดยแบบจำลอง Markov ที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้พัฒนามาจากแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษาของ เกตุณาและณธร[13] และมีประชากรพื้นฐาน (based population) เป็นประชากรชายหรือหญิงอายุ 40 ปี ที่มีสุขภาพดีและสูบบุหรี่เป็นประจำ และดูผลระยะยาวของการเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ คือ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็งปอด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ในการศึกษา ใช้โปรแกรม Microsoft Excel 2007 ในการทำการวิเคราะห์

ตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง

ค่าตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลอง ได้จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- ความน่าจะเป็นและประสิทธิผลของมาตรการ

ประสิทธิผลของมาตรการต่างๆ ที่ทำการศึกษา เป็นประสิทธิผลที่ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) โดยวรรณกรรมที่ถูกทบทวนเป็นการศึกษาแบบ randomized controlled trial ของต่างประเทศ ซึ่งวัดประสิทธิผลจากผู้ป่วยที่สามารถเลิกบุหรี่ได้ 12 เดือนติดต่อกัน (12-month abstinence) (ตาราง 2) โดยประสิทธิผลของการหักดิบและการให้คำปรึกษาอย่างเดียวได้จากการศึกษาของ Lancaster & Stead[4] ประสิทธิผลของการบำบัดโดยใช้ยาโคตินทดแทนได้จากการศึกษาของ Stead และคณะ[5] ประสิทธิผลของการบำบัดด้วย bupropion และ nortriptyline ได้จากการศึกษาของ Hughes และคณะ[6] ส่วนประสิทธิผลของการบำบัดด้วย varenicline ได้จากการศึกษาของ Cahill และคณะ[7] อย่างไรก็ตามเนื่องจากประสิทธิผลที่ได้เป็นประสิทธิผลของการเลิกบุหรี่ 12 เดือนติดกัน (12-month abstinence rate) ดังนั้นเพื่อทำให้ประสิทธิผลที่ได้เป็นประสิทธิผลของการเลิกบุหรี่ตลอดชีวิต จึงได้นำเอาอัตราการกลับมาสูบใหม่ (relapse rate) มาปรับค่าประสิทธิผลที่ได้ลงไปอีกร้อยละ 30 ตามการศึกษาของ Wang และคณะ[14]

ความเสี่ยงของการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ ได้มาจากแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษาของ เกตุณาและณธร[13] ซึ่งได้มาจากวรรณกรรมต่างประเทศที่ได้รับการตีพิมพ์ ความเสี่ยงของการเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มาจากการศึกษาแบบ prospective cohort ที่มีระยะเวลาศึกษา 10 ปี[15] ความเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปอดได้จากการศึกษาแบบ cohort ที่มีระยะเวลาการศึกษา 8 ปี[16] ความเสี่ยงจากการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองได้มาจาก Framingham's risk equation ที่คำนวณโดย เกตุณาและณธร[13] โดยใช้ข้อมูลความดันโลหิตและคอเรสเตอรอลในเลือดของคนไทยใน InterASIA study[17]

ตารางที่ 2 ประสิทธิภาพและต้นทุนของมาตรการเลิกบุหรี่แต่ละแบบ

มาตรการ	ประสิทธิผล (ตลอดชีพ)	ต้นทุนการแพทย์ทางตรง	ต้นทุนรวม
การให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล (HC)	0.078	369.53	1531.91
การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Quitline)	0.078	498.65	498.65
การให้คำปรึกษาร่วมกับการให้ยา นิโคตินทดแทนแบบเคี้ยว	0.112	3156.89	4319.27
การให้คำปรึกษาร่วมกับการให้ยา นิโคตินทดแทนแบบแผ่นแปะ	0.130	8869.97	10032.35
การให้คำปรึกษาร่วมกับการให้ยา bupropion	0.143	5269.58	6431.96
การให้คำปรึกษาร่วมกับการให้ยา Nortriptyline	0.129	736.02	1898.40
การให้คำปรึกษาร่วมกับการให้ยา Varenicline	0.198	6841.71	8004.09
การเลิกด้วยตนเอง	0.054	0	0

ความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่จะเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง[18] และความน่าจะเป็นที่จะเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปอด[19] ได้มาจากการศึกษาของไทย ความน่าจะเป็นที่จะเสียชีวิตได้จากโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองได้มาจาก Framingham's risk equation ที่คำนวณโดย เกตุณาและณธร[13] ในขณะที่อัตราการตายของประชากรไทย[20] ถูกนำมาใช้เป็นความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตในคนที่มีสุขภาพดีในแบบจำลองนี้

- ต้นทุน

ต้นทุนของการเลิกบุหรี่แต่ละมาตรการที่ทำในโรงพยาบาลเป็นข้อมูลที่ได้มาจากการศึกษาต้นทุนในประเทศไทย โดยได้รวมเอาต้นทุนของยา [21-24] การฝึกอบรม[13] ค่าแรง[25] ค่าบริหารจัดการ[26] ค่าเดินทาง และต้นทุนที่เกิดจากการสูญเสียรายได้[27]

ในส่วนของต้นทุนที่เกิดจากการการรักษาโรคที่เกิดจากบุหรี่ในอนาคต ได้ข้อมูลจากการศึกษาในประเทศที่ได้รับการตีพิมพ์แล้ว ต้นทุนของการรักษามะเร็งปอดได้มาจากการศึกษาต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการเป็นมะเร็งปอดในโรงพยาบาลศิริราชและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ[28] ซึ่งประมาณการต้นทุนในส่วนนี้อยู่ที่ 53,980 บาทต่อคนต่อปี ต้นทุนของการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอยู่ที่ 59,721 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งได้มาจากการศึกษาต้นทุนทางตรงของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่โรงพยาบาลรามาริบัติ[29, 30] ส่วนต้นทุนของการรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองได้มาจากการศึกษาต้นทุนของโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน[31] โดยต้นทุนของ acute myocardial infarction เท่ากับ 31,911 บาท ต้นทุนของ angina pectoris เท่ากับ 22,892 บาท ต้นทุนของโรคหัวใจวายเรื้อรังเท่ากับ 29,738 บาท และต้นทุนของการรักษาโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 50,311 บาท ส่วนต้นทุนการรักษาของโรค unrecognized myocardial infarction ถูกกำหนดให้เท่ากับศูนย์ตามสมมุติฐานของการศึกษานี้

ต้นทุนทั้งหมดที่ใช้ในการศึกษานี้ได้ถูกปรับให้เป็นต้นทุนของปี 2552 โดยใช้ดัชนีราคาผู้บริโภคหมวดการรักษาพยาบาลของกระทรวงพาณิชย์[32]

- ค่าถ่วงน้ำหนักอรรถประโยชน์

ค่าถ่วงน้ำหนักอรรถประโยชน์ (Utility Weight) ถูกนำมาใช้เพื่อปรับอายุขัยที่เพิ่มขึ้น (life years gained) จากการใช้มาตรการให้เป็น ปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น (QALYs gained) โดยค่าถ่วงน้ำหนักเหล่านี้ได้มาจากการศึกษาความคุ้มค่าของมาตรการการเลิกบุหรี่ในเบลเยียม[8] และกำหนดให้ค่าถ่วงน้ำหนักของสภาวะการมีสุขภาพดี (healthy) เท่ากับ 1 และสภาวะตาย (death) เท่ากับ 0 ตามสมมุติฐานของการศึกษานี้

การวิเคราะห์ความไม่แน่นอนของผลลัพธ์

ในการศึกษานี้ ได้มีการวิเคราะห์แบบ probabilistic sensitivity analysis (PSA) โดยใช้ second order Monte Carlo simulation เพื่อวิเคราะห์ความไม่แน่นอนที่เกิดจากตัวแปรและสมมุติฐานที่ใช้ในการศึกษานี้ โดยได้มีการทำ simulation ทั้งหมด 1,000 ครั้ง เพื่อจะวัดความน่าจะเป็นที่แต่ละมาตรการจะมีความคุ้มค่าที่ความเต็มใจจ่าย (willingness to pay) ในระดับต่างๆ จากมุมมองทางสังคม ซึ่งการวิเคราะห์นี้จะถูกแสดงผลใน

รูปแบบของ Cost-Effectiveness Acceptability Curve (CEAC) และใช้โปรแกรม Microsoft Excel 2007 ในการวิเคราะห์

สมมุติฐานที่สำคัญ

การศึกษามีสมมุติฐานที่สำคัญดังต่อไปนี้

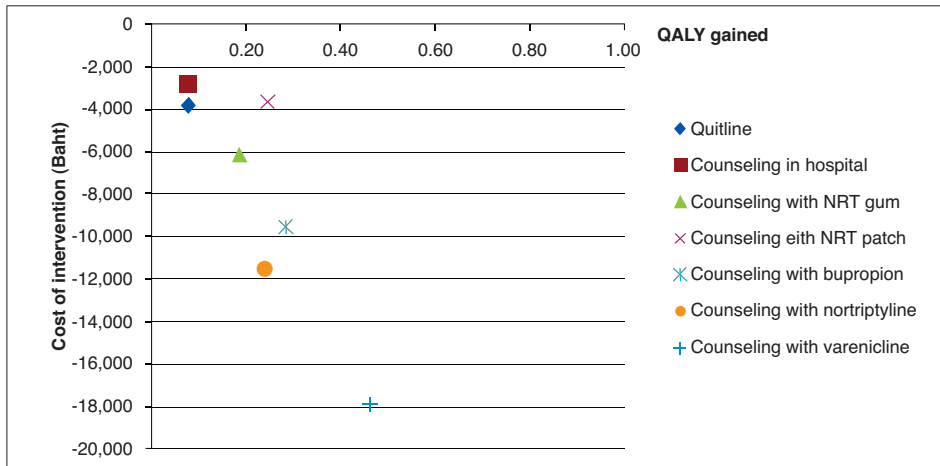
1. ความเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่จะคงที่กับเวลา
2. ผู้สูบบุหรี่จะสามารถเป็นโรคที่เกิดจากบุหรี่ได้เพียง 1 โรคตลอดชั่วชีวิตของผู้สูบแต่ละคน
3. ในแบบจำลอง Markov การเปลี่ยนแปลงจากสภาวะสุขภาพหนึ่งไปอีกสภาวะสุขภาพหนึ่งเมื่อเปลี่ยนแล้วไม่สามารถย้อนกลับได้ (irreversible)
4. ผู้สูบบุหรี่แต่ละคนสามารถรับบริการเลิกบุหรี่ได้เพียงคนละครั้งตลอดชั่วชีวิตของผู้สูบ

ผลการศึกษา

ผลการประเมินความคุ้มค่า

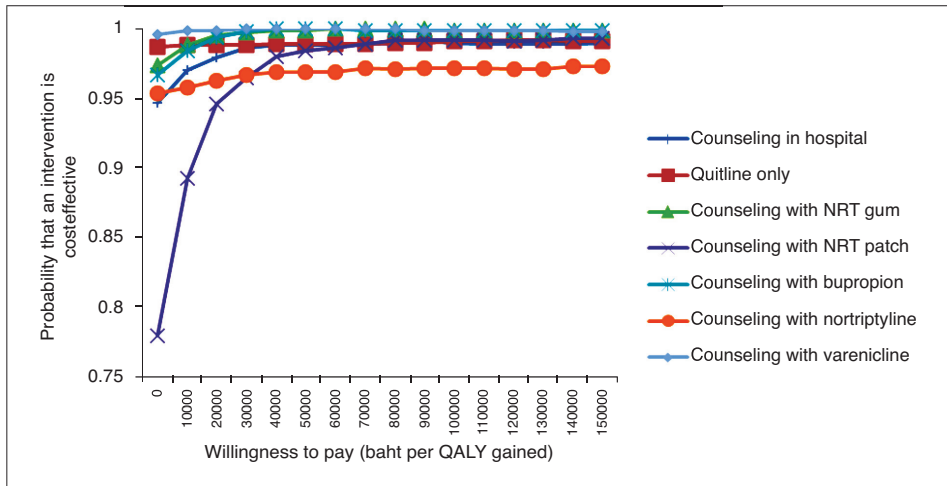
จากการศึกษาพบว่า มาตรการที่นำมาประเมินในการศึกษานี้ทำให้เกิดปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้นและเกิดการประหยัดต้นทุนในอนาคตเมื่อเปรียบเทียบกับทางเลือกแบบหักดิบ (รูปที่ 1) ในมาตรการให้คำปรึกษาทั้งในแบบที่ให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล และที่ให้ผ่านโทรศัพท์ (Quitline) ต่างก็ทำให้เกิดการประหยัดต้นทุนในอนาคตเท่ากับ 2,807 และ 3,823 บาท ตามลำดับ โดยทั้งสองมาตรการทำให้เกิดปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น 0.08 ปีเท่ากัน เมื่อเทียบกับการเลิกแบบหักดิบ สำหรับในกลุ่มการให้คำปรึกษาร่วมกับการให้ยาโคตินทดแทน พบว่า มาตรการที่ใช้ยาโคตินทดแทนแบบเคี้ยวทำให้เกิดการประหยัดต้นทุนเท่ากับ 6,127 บาท และมีปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น 0.19 ปี ในขณะที่มาตรการที่ใช้ยาโคตินแบบแผ่นแปะทำให้เกิดการประหยัดต้นทุน 3,680 บาท และมีปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น 0.24 ปี ส่วนการให้คำปรึกษาร่วมกับการให้ยาในกลุ่ม anti-depressants พบว่า มาตรการที่ใช้ bupropion ทำให้เกิดการประหยัดต้นทุน 9,552 บาท และมีปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้น 0.29 ปี ในขณะที่ มาตรการที่ใช้ nortriptyline ทำให้เกิดการประหยัดต้นทุนเท่ากับ 11,530 บาท และมีปีสุขภาวะเพิ่มขึ้น 0.24 ปี ส่วนมาตรการที่ใช้ varenicline ทำให้เกิดการประหยัดต้นทุน 17,921 บาท และมีปี สุขภาวะที่เพิ่มขึ้น 0.46 ปี

รูปที่ 1 Cost-Effectiveness Plane แสดงให้เห็นถึงระดับการประหยัดต้นทุนและปีสุขภาวะที่เพิ่มขึ้นของมาตรการเลิกบุหรี่แต่ละมาตรการ



ในการทำ probabilistic sensitivity analysis (รูปที่ 2) พบว่า cost-effectiveness acceptability curve (CEAC) ที่แสดงให้เห็นถึงความน่าจะเป็นของการที่แต่ละมาตรการจะมีความคุ้มค่าตามระดับความเต็มใจจ่าย (willingness to pay) ในแต่ละระดับ โดยจากรูปที่ 2 จะเห็นว่าที่ระดับความเต็มใจจ่าย 100,000 บาท ต่อปีสุขภาวะ ซึ่งใกล้เคียงกับผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติต่อหัวของประเทศ (GDP per capita) พบว่า ความน่าจะเป็นที่แต่ละมาตรการจะมีความคุ้มค่าอยู่ระหว่าง 0.97-0.99 ในขณะที่หากเปลี่ยนความเต็มใจจ่ายมาอยู่ที่ 0 บาทต่อปีสุขภาวะ จะพบว่าความน่าจะเป็นที่แต่ละมาตรการจะคุ้มค่าหรือเกิดการประหยัดต้นทุนในอนาคตอยู่ที่ระหว่าง 0.95-0.99 ยกเว้นมาตรการที่ใช้ยานิโคตินทดแทนแบบแผ่นแปะที่มีความน่าจะเป็นอยู่ที่ 0.74

รูปที่ 2 Cost-Effectiveness Acceptability Curve ของแต่ละมาตรการ



ผลกระทบด้านงบประมาณ

ในปัจจุบัน พบว่า มีผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ 9.5 ล้านคน โดย ผู้สูบบุหรี่ 10 มวนขึ้นไป ต่อวันมีอยู่ประมาณ 4.75 ล้านคน ที่ควรได้รับคำปรึกษาร่วมกับยาในการรักษา และที่เหลือไม่จำเป็นต้องใช้ยาในการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า การให้บริการเลิกบุหรี่ ยังมีปัญหาเรื่องศักยภาพของหน่วยบริการ ในส่วนของ Quitline 1600 ความสามารถของหน่วยบริการนี้ในการให้บริการให้คำปรึกษาในปี 2552 สามารถรองรับผู้สูบบุหรี่ได้เพียง 16,843 คนต่อปี ซึ่งถึงแม้ว่า Quitline 1600 จะมีแผนเพิ่มความสามารถในการรองรับให้เป็น 22,855 คนต่อปีในปี 2553 แต่ก็ยังถือว่าไม่มากเท่าที่ควรในการรองรับผู้สูบบุหรี่ที่มีจำนวนมาก และในส่วนของโรงพยาบาลของรัฐ ถึงแม้มีโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการนี้อยู่แล้ว 555 แห่งทั่วประเทศ [33] อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 56 ที่สามารถให้บริการตามมาตรฐาน [34] ทำให้ความสามารถในการรองรับผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกบุหรี่ทำได้เพียง 250,775 คนในขณะนี้ซึ่งจะนำมาใช้ในการประมาณการผลกระทบด้านงบประมาณในปีแรก โดยตั้งเป้าหมายที่จะขยายการรองรับผู้ป่วยร้อยละ 20 ต่อปีในปีที่ 2-5 และ ให้ผู้ที่สูบบุหรี่ 1-9 มวน เข้าถึงบริการการให้คำปรึกษา และให้ผู้ที่สูบบุหรี่ตั้งแต่ 10 มวนขึ้นไป สามารถเข้าถึงยาได้ด้วย โดยมีสมมุติฐานของสัดส่วนยาของกลุ่มผู้สูบบุหรี่ที่จำเป็นต้องใช้ คือให้ใช้ยา nortriptyline ที่ถือว่าเป็นยา first line ร้อยละ 80 และใช้ยาทดแทนนิโคตินแบบเคี้ยว และ varenicline ที่ถือเป็นยา second line อย่างละ ร้อยละ 10 จะทำให้มีผลกระทบด้านงบประมาณอยู่ที่ 273 ล้านบาท ในปีแรก โดยในจำนวนนี้ได้รวมต้นทุนการจัดตั้ง

ระบบการติดตามและประเมินผลแล้ว โดยเพิ่มขึ้นอีก ร้อยละ 10 (ตารางที่ 3 และ 4) การ
 ที่ให้ยา nortriptyline เป็น first line และยา varenicline เป็น second line เนื่องจาก
 มาตรการที่ใช้ยานี้ถึงแม้จะมีความคุ้มค่าเป็นอันดับสองรองจากมาตรการที่ใช้ยา varenicline
 แต่ยา varenicline มีราคาแพงกว่ามากเมื่อเทียบกับ nortriptyline ในขณะที่ผู้ป่วยบาง
 รายอาจไม่สามารถใช้ยาทั้งสองได้ตามข้อห้ามใช้ของยา จึงกำหนดให้มียานีโคตินทดแทน
 แบบเคี้ยวเป็นยา second line อยู่ในสมมุติฐานด้วย

ตารางที่ 3 การประมาณการการเข้าถึงบริการตามความสามารถในการรองรับของ Quitline
 และ รพ.ชุมชน

	ปีที่ 1	ปีที่ 2	ปีที่ 3	ปีที่ 4	ปีที่ 5
จำนวนผู้สูบบุหรี่ตั้งแต่ 10 มวนต่อวัน ขึ้นไปตามเป้าหมาย	125,388	150,465	180,558	216,670	260,004
จำนวนผู้สูบบุหรี่ตามเป้าหมายทั้งหมด	250,775	300,930	361,116	433,340	520,007

ตารางที่ 4 การประมาณการงบประมาณที่จะต้องใช้ (ล้านบาท)

		ปีที่ 1				ปีที่ 2	ปีที่ 3	ปีที่ 4	ปีที่ 5
		การให้ คำปรึกษา	ยา	ตรวจสอบ (10%)	รวม				
ให้คำปรึกษา +	ให้คำปรึกษาร่วมกับยา Nortriptyline (80%) NRT Gum (10%) หรือ Varenicline (10%)	95	153	25	273	328	393	472	566
ให้คำปรึกษา +	ให้คำปรึกษาร่วมกับยา Nortriptyline (100%)	95	46	14	155	186	224	268	322

บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการศึกษานี้พบว่า มาตรการให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยา มีประสิทธิผลมาก
 ที่สุดในบรรดามาตรการทั้งหมด ซึ่งคล้ายกับผลของการศึกษาอื่นในต่างประเทศ [8, 9, 12,

35, 36] โดยสามารถอธิบายได้จากค่าประสิทธิผลที่สูงกว่าของมาตรการดังกล่าว ผลของการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ามาตรการที่ใช้ยา varenicline มีความคุ้มค่ามากที่สุด ตามด้วยมาตรการที่ใช้ยา nortriptyline ผลการวิเคราะห์ความไม่แน่นอนของผลลัพธ์ พบว่ามาตรการที่ใช้ยาทั้งสองตัวนี้ มีค่าความน่าจะเป็นที่สูงที่จะมีความคุ้มค่า (0.99 และ 0.96 ตามลำดับ) ที่ระดับความเต็มใจจ่ายที่ 0 บาทต่อปีสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ต้นทุนของยา varenicline ต่อการให้บริการ 1 ครั้งเท่ากับ 6,742 บาท ซึ่งสูงมากเมื่อเทียบกับยา nortriptyline ที่มีต้นทุนเพียง 736 บาทเท่านั้น ดังนั้นถึงแม้ว่ายา varenicline จะเป็นยาที่มีประสิทธิผลมากที่สุด แต่ยานี้ก็มีผลกระทบทางงบประมาณที่สูงเช่นเดียวกัน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบทางงบประมาณของมาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ทางคณะผู้ทำการศึกษา มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายดังต่อไปนี้

1. มาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่มีความคุ้มค่า ควรได้รับการบรรจุให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยหากต้องมีการใช้ยา ควรให้ยา nortriptyline เป็นยา first line และ varenicline เป็นยา second line อย่างไรก็ตาม ยาสองชนิดนี้มีข้อควรระวังคือ nortriptyline ไม่สามารถใช้ในสตรีมีครรภ์ ผู้ป่วยโรคหัวใจทุกประเภท และผู้ที่เคยใช้ยากลุ่ม MAOI ใน 2 สัปดาห์ และ varenicline ห้ามใช้ในสตรีมีครรภ์ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง (end-stage renal disease) ผู้ป่วยลมชัก และผู้ป่วยทางจิตเวช ดังนั้น หากไม่สามารถจ่ายยาสองตัวนี้ได้ ควรจ่ายยานิโคตินทดแทนแบบเคี้ยว

2. ควรมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการให้บริการเลิกบุหรี่ เพื่อช่วยให้การให้บริการสามารถทำได้อย่างเป็นระบบและทำให้การใช้ยาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

3. ควรมีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร และ อุปทานของยา โดยทางด้านบุคลากร ควรจัดให้มีการฝึกอบรมอย่างเข้มข้นเพื่อพัฒนาหน่วยบริการตามโรงพยาบาลชุมชนที่มีบริการเลิกบุหรี่อยู่แล้วและที่ยังไม่มี เพื่อสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยอาจกำหนดหลักเกณฑ์ให้ผู้ให้บริการผ่านการฝึกอบรมที่ได้มาตรฐานก่อนที่จะสามารถเป็นผู้ให้บริการเลิกบุหรี่ของ สปสช.ได้ ในส่วนอุปทานของยา ควรมีการบรรจุยาเหล่านี้เข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ และจัดให้มีการผลิต หรือ จัดซื้อเพื่อให้มีเพียงพอสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกตามเป้าหมายที่ได้วางไว้

4. Quitline 1600 มีต้นทุนที่ถูกกว่าการมารับบริการให้คำปรึกษาที่โรงพยาบาลอยู่ค่อนข้างมาก เนื่องจากประหยัดค่าเดินทางของผู้รับบริการและลดภาระงานของบุคลากรในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมบริการในรูปแบบนี้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้บริการในลักษณะนี้สามารถรองรับบริการได้มากขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

5. ควรมีการส่งเสริมรูปแบบการให้บริการเลิกบุหรี่ผ่านช่องทางอื่น เช่น แกล้งชมชุมชน เพื่อเป็นการเพิ่มช่องทางการรับบริการและเพิ่มความสามารถในการรองรับผู้ต้องการเลิกบุหรี่ของประเทศทั้งแบบให้คำปรึกษาอย่างเดียวและแบบที่ช่วยร่วมด้วย

6. ควรมีการติดตามผลผู้ที่เข้ารับการรักษาโดยการตรวจปัสสาวะหรือตรวจเลือดหรืออื่นๆ ว่าสามารถเลิกบุหรี่ได้จริงหรือไม่ เพื่อเป็นการประเมินผลของมาตรการต่างๆ ที่ใช้และเป็นการปรับปรุงมาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในชุดสิทธิประโยชน์ในอนาคต นอกจากนี้ การประเมินผลยังสามารถนำไปใช้ในการตอบแทน (incentive) และ เบิกจ่าย ของหน่วยบริการ ซึ่งอาจมีการใช้ระบบการจ่ายเงินตามความสำเร็จ (Pay-Per-Performance) โดยมีระบบการตอบแทนและการเบิกจ่ายที่ดีจะเป็นการกระตุ้นและส่งเสริมให้มาตรการเหล่านี้เป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

- ขอบเขตของการศึกษานี้ถูกกำหนดให้ประเมินมาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ต่างๆ ซึ่งถือเป็นหนึ่งในมาตรการควบคุมยาสูบ โดยในรายงานขององค์การอนามัยโลก[37] พบว่านโยบายทางภาษีและนโยบายห้ามการโฆษณาที่มีประสิทธิผลมากที่สุด ดังนั้นการเปรียบเทียบความคุ้มค่าของแต่ละนโยบายจะช่วยผู้กำหนดนโยบายในการใช้นโยบายควบคุมยาสูบในสัดส่วนที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน


- การศึกษานี้ใช้ข้อมูลความน่าจะเป็นที่ใช้ในแบบจำลอง ข้อมูลประสิทธิผลของมาตรการ และค่าถ่วงน้ำหนักอรรถประโยชน์ ที่ได้จากต่างประเทศ ดังนั้น ผลที่เกิดขึ้นในประเทศไทยอาจไม่ตรงกับข้อมูลที่ได้จากต่างประเทศ

- การศึกษานี้ไม่ได้คำนึงถึงผลข้างเคียง (adverse drug reaction- ADR) จากยาที่ใช้ในมาตรการเลิกบุหรี่ เช่น insomnia (bupropion) ปากแห้ง (bupropion nortriptyline) คลื่นไส้ (bupropion) drowsiness (nortriptyline) และ gastro-intestinal disturbances (NRT)

- มาตรการที่นำมาประเมินในการศึกษานี้ ไม่ได้รวมมาตรการที่มีความซับซ้อน เช่น มาตรการที่ใช้ยาหลายตัว (cocktail) หรือมาตรการอื่นๆ อย่าง stepwise หรือ cut down to quit ซึ่งต่างก็มีหลักฐานทางวิชาการที่แสดงให้เห็นถึงความมีประสิทธิผลในการทำให้เกิดการเลิกบุหรี่

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์ และ สุวัฒนา ไพรแก่น. สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบประเทศไทย พ.ศ.2552. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ 2553.
2. Burden of Disease. Burden of diseases attributable to major risk factors in the Thai population B.E. 2547.2009.
3. Pitayarangsarit S. Summary of situation on tobacco control in Thailand B.E. 2552.2009: Available from: http://www.trc.or.th/th/library/tobacco_info/1-1.php.
4. Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008;4.
5. Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008;3.
6. Hughes JR, Stead LF, Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010;1.
7. Cahill K, Stead LF, Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2008;Issue 3.
8. Annemans L, Nackaerts K, Bartsch Pea. Cost effectiveness of varenicline in Belgium, compared with bupropion, nicotine replacement therapy, brief counselling and unaided smoking cessation: a BENESCO Markov cost-effectiveness analysis. Clin Drug Investig. 2009;29(10):655-65.
9. Bae JY, Kim CH, Lee EK. Evaluation of Cost-Utility of Varenicline Compared with Existing Smoking Cessation Therapies in South Korea. Value in Health. 2009;12(Suppl. 3):S70-S3.
10. Cornuz J. Cost-effectiveness of pharmacotherapies for nicotine dependence in primary care settings: a multinational comparison. Tobacco Control. 2006;15(3):152-9.
11. Hall SM, Lightwood JM, Humfleet GL, Bostrom A, Reus VI, Munoz R. Cost-effectiveness of bupropion, nortriptyline, and psychological intervention in smoking cessation. J Behav Health Serv Res. 2005 Oct-Dec;32(4):381-92.
12. Hoogendoorn M, Welsing P, Rutten-van Molken MP. Cost-effectiveness of varenicline compared with bupropion, NRT, and nortriptyline for smoking cessation in the Netherlands. Curr Med Res Opin. 2008 Jan;24(1):51-61.

- 
13. Thavorn K, Chaiyakunapruk N. A cost-effectiveness analysis of a community pharmacist-based smoking cessation programme in Thailand. *Tobacco Control*. 2008;17(3):177-82.
 14. Wang D, Connock M, Barton P. 'Cut down to quit' with nicotine replacement therapies in smoking cessation: a systematic review of effectiveness and economic analysis. *Health Technology Assessment*. 2008;12(2).
 15. Lindberg A, Jonsson AC, Ronmark E. Ten-year cumulative incidence of COPD and risk factors for incident disease in a symptomatic cohort. *Chest*. 2005;127:1544-52.
 16. Haiman C, Stram DO, Wilkens LR, Pike MC, Kolonel LN, Henderson BE. Ethnic and racial differences in the smoking-related risk of lung cancer. *The New England Journal of Medicine*. 2006;354(4):333-42.
 17. InterASIA Collaborative Group. Cardiovascular risk factor levels in urban and rural Thailand'The International Collaborative Study of Cardiovascular Disease in Asia (InterASIA). *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2003 Aug;10(4):249-57.
 18. Ratanarat P. Survival of patients with lung cancer in Thailand. Bangkok: Mahidol University; 1998.
 19. Nanthamongkol S, Chompunuch W, Sirichaiboonwatt S. Costs of Smoking cessation Service by Community Pharmacist. Phitsanulok: Naresuan University; 2006.
 20. Bureau of Policy and Strategy. Thai Death Statistics. 2010 [1 July 2010]; Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/2.2.3-50.pdf>.
 21. DMSIC. Reference price for NICOTINE CHEWING GUM. 2010 [2 July 2010]; Available from: <http://dmsic.moph.go.th/price/prepare.php?data=nicotine&method=drug&name=NICOTINE CHEWING GUM 2 MG>.
 22. DMSIC. Reference price for BUPROPION. 2010 [2 July 2010]; Available from: <http://dmsic.moph.go.th/price/prepare.php?data=bupropion&method=drug&name=BUPROPION FILM-COAT TB 150 MG>.
 23. DMSIC. Reference price for NORTRIPTYLINE. 2010 [2 July 2010]; Available from: <http://dmsic.moph.go.th/price/prepare.php?data=nortriptyline&method=drug&name=NORTRIPTYLINE TAB 25 MG>.
 24. DMSIC. Reference price for Varenicline. 2010 [2 July 2010]; Available from: <http://dmsic.moph.go.th/price/prepare.php?data=varenicline&method=drug&name=VARENICLINE MAINTEN P ACK 1 MG>.

25. HRDO. Wages of doctors, dentists, pharmacists and nurses in public hospitals [in Thai]. 2010.
26. Tisayaticom K, Patcharanarumol W, Sriratana S, Tangcharoensathien V. Methodology development for unit cost analysis in public hospital by age, sex, diagnosis-related group, and insurance scheme [in Thai]. Report for ThaiHealth Foundation. 2010.
27. Riewpaiboon A. Development of standard cost menu for health technology assessment. A report for Health Innovation and Technology Assessment Program. 2008.
28. Kanthanraj K. Economic loss assessment of lung cancer caused by smoking. Bangkok: Thammasat University; 1996.
29. Chirakhup S. Estimation of cost data used in CORE Model. Phitsanulok: Naresuan University; 2006.
30. Maranetra KN, Chuaychoo B, Dejsomritrutal W. The prevalence and incidence of COPD among older persons of Bangkok metropolis. Journal of Medical Association of Thailand. 2002;85(11):1147-55.
31. Youngkong S, Riewpaiboon A, Towanabut S. Costs of cerebral infarction in societal perspective. Journal of Pharmaceutical Sciences. 2002;7(1):95-105.
32. Ministry of Commerce. General Consumer Price Index of Thailand Year 2005-2009 (BASE YEAR 2007). 2009 [1 July 2010]; Available from: http://www.indexpr.moc.go.th/price_presentation/TableIndexG_region_y.asp?year_base=2550&nyear=2552.
33. สุทัศน์ รุ่งเรืองทิรัฎฐญา. รูปแบบการบริการเลิกบุหรี่ในคลินิกเลิกบุหรี่. 2553.
34. ทานตะวัน สุรเดชาสกุล และคณะ. งานบำบัดผู้ติดบุหรี่ในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ. 2553;55(1):55-62.
35. Howard P, Knight C, Boler A, Baker C. Cost-Utility Analysis of Varenicline versus Existing Smoking Cessation Strategies using the BENESCO Simulation Model Application to a Population of US Adult Smokers. Pharmacoeconomics. 2008;26(6):497-511.
36. Linden K, Jormanainen V, Linna M, Sintonen H, Wilson K, Kotomäki T. Cost effectiveness of varenicline versus bupropion and unaided cessation for smoking cessation in a cohort of Finnish adult smokers. Current Medical Research and Opinion. 2010;26(3):549-60.
37. World Health Organisation. MPOWER: A policy package to reverse the tobacco epidemic. Switzerland 2008.



รายงานฉบับย่อ

หัวข้อที่ 5

การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของ
การรักษาโรคหอบหืดด้วยยา Omalizumab

คณะผู้จัดทำ

นพ.ชนินทร์ สกุลอิสริยาภรณ์^{1,3}

พญ.ดร.ศรินาถ ตงศิริ²

นางจิตปราณี วาศวิท¹

นส.กুমารี พัชนี¹

พญ.ดร.จงกล เลิศเหียรดำรง¹

¹ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

² คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³ ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุชลประทาน มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของการรักษาโรคหอบหืดด้วยยา Omalizumab⁽¹⁾

ข้อมูลพื้นฐาน

โรคหอบหืด (asthma) เป็นโรคที่เกิดขึ้นเนื่องจากหลอดลมของผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งที่มีกระตุ้นมากกว่าภาวะปกติ ทำให้หลอดลมของผู้ป่วยหดเกร็งและบวม เนื่องจากการอักเสบ ผู้ป่วยจึงมีอาการหอบ ไอ แน่นหน้าอก หายใจลำบากและมีเสียงดัง การหอบอาจเกิดขึ้นเป็นๆ หายๆ และเรื้อรัง โดยเกิดขึ้นได้กับประชากรทุกกลุ่มอายุ จากข้อมูลของ Global Initiative for Asthma (GINA) พบโรคหอบหืดร้อยละ 6.2 ของประชากรทั้งหมด โดยพบมากเป็นอันดับ 2 ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยในกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมดนั้น จะมีเพียงผู้ป่วยหอบหืดที่มีอาการรุนแรง (severe asthma) เท่านั้น ที่สามารถใช้ยาในกลุ่ม anti IgE (ในที่นี้ได้แก่ omalizumab) ได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วยโรคหอบหืดทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 1.24 ของประชากร โดยโรคหอบหืดพบมากในกลุ่มผู้ที่มีรายได้น้อย อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโรคหอบหืดยังไม่สามารถเข้าถึงยากกลุ่ม anti IgE ได้เนื่องจากเป็นยาที่มีราคาแพง และสั่งจ่ายได้เฉพาะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น

Omalizumab เป็นยาในกลุ่ม anti IgE ที่ใช้สำหรับผู้ป่วยหอบหืด (asthma) ในกลุ่มที่มีอาการรุนแรงซึ่งไม่สามารถควบคุมอาการได้โดยยาพ่นชนิดสเตียรอยด์ (severe persistent asthma with inadequately controlled inhaled corticosteroid) เป็นยาในกลุ่มที่มีราคาแพงแต่มีประสิทธิภาพสูงในการลดความถี่ของการเกิดอาการหอบหืดอย่างรุนแรงและนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาความคุ้มค่าทางการแพทย์ของยา omalizumab ในประเทศแคนาดา โดยเปรียบเทียบการใช้ยา omalizumab กับการรักษาแบบมาตรฐานในผู้ป่วยหอบหืดที่มีอาการรุนแรง (inhaled corticosteroid + long acting beta2 agonist) พบว่า ยา omalizumab มีต้นทุน-ประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาอื่นอีก 5 การศึกษาได้รายงานว่าการศึกษาผู้ป่วยหอบหืดชนิดรุนแรงด้วยยาชนิดนี้ เป็นการรักษาที่มีราคาแพงและไม่มีความคุ้มค่าทางการแพทย์ (เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน willingness to pay threshold ที่ใช้กันทั่วไป เช่น 30,000 £ ในประเทศอังกฤษ)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบต้นทุน-อรรถประโยชน์ของการรักษาภาวะหอบหืดชนิดรุนแรง ด้วยยา omalizumab กับการรักษาแบบมาตรฐาน (standard treatment) โดยใช้ Markov model ในการประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยหอบหืดชนิดรุนแรงที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบมาตรฐานอื่นๆ

¹ รายงานฉบับย่อ การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของการรักษาโรคหอบหืดด้วยยา Omalizumab สามารถดูได้ใน www.hitap.net/bp ตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2554

ทั้งหมดแล้วเท่านั้น ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.5 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งค่าตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลองได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพเพื่อสะท้อนผลลัพธ์ของการใช้ยาในผู้ป่วยโรคหอบหืดชนิดรุนแรง ได้แก่ 1) ไม่มีอาการหรืออาการคงที่ (day to day asthma) 2) อาการกำเริบรุนแรง (clinical significant severe exacerbation) และ 3) อาการกำเริบไม่รุนแรง (clinical significant exacerbation) ข้อมูลคุณภาพชีวิตและประสิทธิผลของยาได้จากการศึกษา INNOVATE (สนับสนุนการศึกษาโดยบริษัท Novartis) ข้อมูลการใช้ทรัพยากร (resource use)⁽²⁾ โดยวิเคราะห์ต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ต้นทุนต่อ 1 QALY เท่ากับ 414,503 บาท

นอกจากนี้ ยังประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ ซึ่งในขณะนี้ได้มีการแนะนำยา omalizumab ให้ใช้เฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยหอบหืดชนิดรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ คิดเป็นร้อยละ 0.5 ของประชากรทั้งหมด แต่ในผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนโรคหอบหืดปี 2550 ในเขตจังหวัดสระบุรี (28 พ.ย. 2550) ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่ามีการใช้ยาพ่นชนิดสเตียรอยด์เพียงร้อยละ 15.5 ในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เนื่องจาก omalizumab จะแนะนำให้ใช้ก็ต่อเมื่อมีการใช้การรักษามาตรฐานแบบอื่นๆ แล้วไม่ได้ผลเท่านั้น แต่ขณะนี้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาพ่นชนิดสเตียรอยด์ได้ จึงอาจจะมีผู้ป่วยเพียง 49,600 คน ที่มีข้อบ่งชี้ในการใช้ยา โดยค่ายาเฉลี่ยในขณะนี้อยู่ที่ 35,000 บาท/เดือน โดยงบประมาณที่ต้องจ่ายเพิ่มประมาณ 19,000 ล้านบาท/ปี และต้องจ่ายเพิ่ม ประมาณ 80,000 ล้านบาท ในระยะเวลา 5 ปี

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ พบว่า ไม่ควรนำ omalizumab เข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากการรักษาแบบมาตรฐานมีความคุ้มค่ามากกว่าและการรักษาด้วย omalizumab มีผลกระทบด้านงบประมาณค่อนข้างมาก

2. หากนำ omalizumab มาอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ควรกำหนดให้มีหลักเกณฑ์การใช้ยา (clinical indication) และกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการใช้ยาให้ชัดเจน และอาจมีระบบลงทะเบียนผู้ป่วยที่ใช้ยาเนื่องจากหากใช้ในผู้ป่วย severe uncontrolled asthma ทุกรายอาจมีผลกระทบทางด้านงบประมาณมากถึง 19,000 ล้านบาทต่อปี

² การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของยาพ่นสเตียรอยด์สำหรับโรคหอบหืดที่มีอาการน้อยและปานกลางในบริบทของระบบสุขภาพไทย : จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานันท์, ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, ภาณุมาศ ภูมาศ, สุพล ลิ้มวัฒนานันท์ : วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน, ปี 2548 เดือน มกราคม-ธันวาคม : เล่มที่ 1 หน้า 30-31.



รายงานฉบับย่อ

หัวข้อที่ 6

การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของ
การผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ที่มีปัญหาการใส่ฟันปลอมทั้งปากฐานอะคริลิก

คณะผู้จัดทำ

ทพญ.วริศา พานิชเกรียงไกร¹

พญ.ดร.ศรินาถ ตงศิริ²

พญ.ดร.จงกล เลิศเหียรดำรง¹

นางจิตปราณี วาศวิท¹

นส.กুমารี พัชนี¹

นพ.ดร.ภูษิต ประคองสาย¹

¹สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

²คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม



การประเมินต้นทุนหรือประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ที่มีปัญหาการใส่ฟันปลอมทั้งปากฐานอะคริลิก

ข้อมูลพื้นฐาน

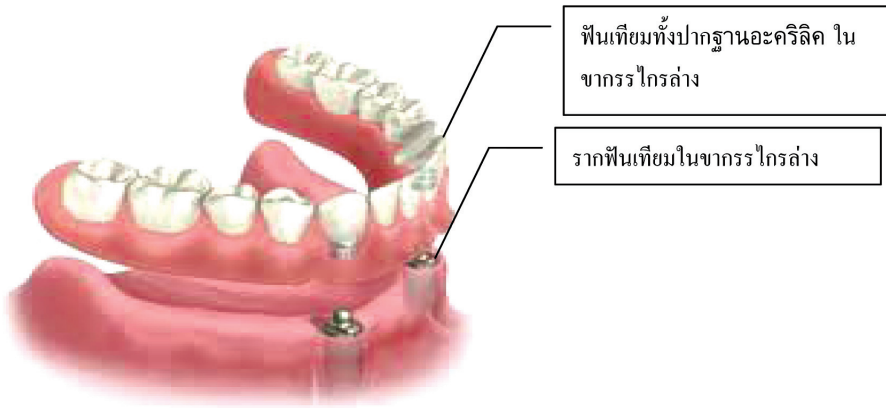
การทำฟันเทียมทั้งปากฐานอะคริลิก (conventional complete denture) เป็นการรักษาพยาบาลเพื่อทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไปทั้งหมด เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ ทั้งการรับประทานอาหาร การพูดคุย และดำรงอยู่ในสังคม โดยฟันเทียมจะวางอยู่บนเนื้อเยื่อรองรับ ซึ่งมีลักษณะและคุณภาพในการรองรับฟันเทียมที่แตกต่างกัน และมีผลต่อการยึดอยู่ของฟันเทียม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขากรรไกรล่างที่มีพื้นที่ของเนื้อเยื่อรองรับน้อย รวมถึงมีการละลายของสันกระดูกตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยมักประสบปัญหาการใช้ฟันเทียมได้มากกว่า เช่น ปัญหาฟันเทียมทั้งปากของผู้ป่วยหลวมไม่กระชับกับสันกระดูกขากรรไกรเมื่อเวลาผ่านไป ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บเนื่องจากฟันเทียมขยับขณะใช้งาน ฟันเทียมขาดเสถียรภาพ (stability) ขาดการติดอยู่ (retention) และขาดการรองรับที่เพียงพอ (support) ดังนั้น จึงมีการนำรากฟันเทียมมาใช้เพื่อรองรับฟันเทียมทับราก (overdenture) ในขากรรไกรล่าง โดยการผ่าตัดฝังรากฟันเทียมในขากรรไกรล่างในบริเวณที่เคยเป็นฟันเขี้ยวและมีส่วนเชื่อมต่อกับฟันเทียมล่าง เพื่อเพิ่มการยึดอยู่ของฟันเทียมล่างและลดการละลายตัวของสันกระดูก

การผ่าตัดฝังรากฟันเทียม

รากฟันเทียม คือสิ่งประดิษฐ์ที่นำไปปลูกฝังในกระดูกขากรรไกรทดแทนรากฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป เพื่อช่วยยึดหรือรองรับฟันเทียมชนิดถอดได้และชนิดติดแน่น ช่วยทำให้ฟันเทียมมีประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวดีขึ้น รากฟันเทียมเป็นวัสดุที่ทำมาจากโลหะไททาเนียม (Titanium) ซึ่งโลหะชนิดนี้สามารถเข้ากับร่างกายของมนุษย์ได้ ไม่ก่อให้เกิดพิษหรืออันตราย โดยทั่วไปรากฟันเทียมมักถูกออกแบบให้มีลักษณะเหมือนสกรูเพื่อให้เกิดการยึดเกาะเชิงกลกับกระดูกขากรรไกรได้ดีขึ้น พื้นผิวของรากฟันเทียมมักจะผ่านกรรมวิธีต่างๆ เพื่อให้ผิวไททาเนียมมีลักษณะขรุขระ และกระตุ้นให้เซลล์กระดูกมายึดเกาะกับรากฟันเทียม (Osseointegration) ได้ดี [1]

การผ่าตัดฝังรากฟันเทียม เพื่อเพิ่มการยึดเกาะของฟันเทียมทั้งปากฐานอะคริลิกในขากรรไกรล่าง จึงเป็น การเจาะและฝังรากฟันเทียมลงในกระดูกขากรรไกรล่างจำนวน 2 ตัว ในบริเวณที่เคยเป็นฟันเขี้ยว เพื่อให้ฟันปลอมยึดกับรากฟันเทียมและทำให้ฟันปลอมยึดอยู่ในขากรรไกรได้ดีขึ้น ดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 ภาพจำลองรากฟันเทียมเมื่อฝังในขากรรไกรล่าง



ขั้นตอนการผ่าตัดฝังรากเทียม

1. การตรวจสภาพช่องปากและฟันปลอม เช่น การถ่ายภาพรังสีเพื่อดูลักษณะกระดูก การพิมพ์ปาก การตรวจขนาดสันเหงือกโดยต้องมีขนาดใหญ่เพียงพอที่จะฝังรากฟันเทียมลงไปได้
2. การผ่าตัดฝังรากเทียม โดยการเปิดเหงือกเพื่อกรอกระดูกตามขนาดรากฟันเทียมและฝังรากฟันเทียม
3. เมื่อรากฟันเทียมยึดอยู่กับขากรรไกรได้ดีแล้ว จึงผ่าตัดเพื่อใส่ตัวยึดฟันปลอมกับรากฟันเทียม จากนั้นจึงปรับสภาพฟันปลอม เช่น กรอฟันปลอมเพื่อใส่ตัวยึดกับรากฟันเทียม
4. หลังจากนั้นทันตแพทย์จะนัดเพื่อติดตามอาการเป็นระยะ

ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม โครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ ได้กำหนดเกณฑ์ในการให้บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมแก่ผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีฟันฟันเทียมทั้งปากฐานอะคริลิกแล้ว โดยพิจารณาจากลักษณะทั่วไปและสุขภาพช่องปาก [2] ดังนี้

1. เกณฑ์ทั่วไป

- ผู้ป่วยที่สามารถใช้ฟันเทียมได้ดีแต่มีปัญหาในด้านการยึดอยู่ของฟันเทียม
- ผู้ป่วยที่มีสุขภาพกายแข็งแรงดีสามารถผ่าตัดได้ และไม่พบกรณีต้องห้ามดังต่อไปนี้
 - o ผู้ป่วยโรคจิต
 - o มีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของเลือด (Bleeding disorder) ที่ควบคุมไม่ได้

- o เป็นโรคทางระบบที่ควบคุมได้ไม่ดี ตั้งแต่ ASA III ขึ้นไป
- o สูบบุหรี่จัด (Heavy smoker สูบ 20 มวนหรือมากกว่าต่อวัน) หรือมีประวัติสูบบุหรี่จัดภายใน 5 ปี ที่ผ่านมา
- o ผู้ป่วยที่ใช้ยา bisphosphonate
- o ผู้ป่วยหลังได้รับการฉายรังสีรักษาบริเวณกระดูกขากรรไกรและลำคอ
- o ผู้ป่วยที่ไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเทียมให้อยู่ในสภาพที่ดีได้
- ผู้ป่วยที่มีทัศนคติที่ดีต่อการใส่ฟัน เข้าใจขั้นตอนการรักษา การใช้งาน รากฟันเทียม ตลอดจนสามารถดูแล รักษาฟันเทียมและอุปกรณ์ต่างๆ ได้
- ผู้ป่วยสามารถมารับการรักษาและติดตามผลได้ตามเวลาที่กำหนด

2. เกณฑ์ทางทันตกรรม

- ฟันเทียมทั้งปากถอดได้อยู่ในสภาพที่ดี ได้ผ่านการใช้งานมาระยะเวลาหนึ่งและมีปัญหาเรื่องการยึดอยู่ของฟันเทียมชั้นล่างซึ่งเกิดจากสันกระดูกละลายตัวมาก โดยพิจารณาจาก
 - ฟันเทียมบนมีการยึดอยู่ดี และมีความสวยงามที่ผู้ป่วยยอมรับได้
 - ฟันเทียมล่างมีขอบเขตซึ่งได้จากการทำ final impression มีความหนาของอคริลิก เพียงพอที่จะกรอแต่งเพื่อรองรับ ball attachment
 - ตำแหน่งที่จะฝังรากฟันเทียมบนสันเหงือกล่าง เมื่อต่อส่วน ball attachment แล้วไม่ควรพันฟันเทียมล่างด้านลิ้นหรือกระพุ้งแก้มจนขัดขวางการทำงานกล้ามเนื้อช่องปากหรือลิ้นด้านข้างของผู้ป่วย(lateral cephalometric) ในขณะที่ผู้ป่วยใส่ฟันเทียมโดยใช้แผ่นอลูมิเนียม (aluminum foil) หุ้มฟันเทียมให้ทับรังสี
 - ระนาบบดเคี้ยวของฟันเทียมควรขนานกับ interpupillary line, Ala-Tragus line และไม่มี occlusal interference บนด้านบดเคี้ยว
 - เนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากปกติมี keratinized mucosa ปกคลุมสันเหงือกกว้างอย่างน้อย 6 มิลลิเมตร
 - กระดูกสันเหงือกดี มีความกว้างในแนว labio - lingual อย่างน้อย 6 มิลลิเมตร มีความสูงอย่างน้อย 13 มิลลิเมตร ในบริเวณที่จะฝังรากเทียม

ปัญหาที่อาจพบได้หลังการผ่าตัดฝังรากฟันเทียม [3] ได้แก่

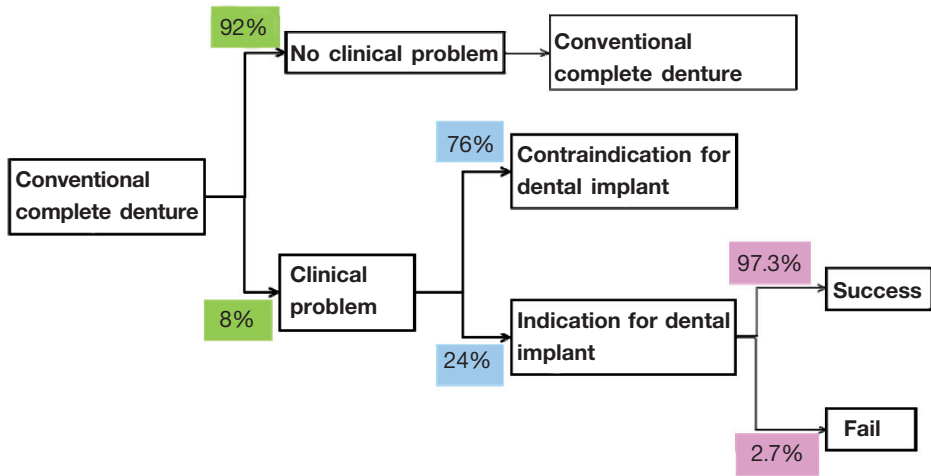
1. รากฟันเทียมไม่ยึดกับกระดูก ซึ่งอาจจะต้องเอาตัวรากฟันเทียมออก แล้วผ่าตัดฝังใหม่
2. เนื้อเยื่อรอบรากฟันเทียมอักเสบ (Peri-implantitis) ซึ่งอาจเกิดจากการรักษาความสะอาดไม่ดีหรือใช้งานผิดวิธีทำให้มีการละลายของกระดูกรอบๆรากฟันเทียม ในกรณีนี้ทันตแพทย์จะรักษาเช่นเดียวกับการรักษาโรคเหงือกหรือโรคปริทันต์ ในฟันธรรมชาติ ทั้งนี้หากทิ้งไว้ไม่รักษาอาจส่งผลทำให้รากฟันเทียมโยกหลุด (Implant Failure) ในกรณีที่เป็นมากอาจต้องผ่าตัดปลุกกระดูก หรือเอารากฟันเทียมเดิมออก
3. หลักรยึดที่ต่อกับรากฟันเทียมหัก หรือ หลุด แก้ไขโดยการเปลี่ยนหลักยึดใหม่
4. ฟันเทียม และ/หรือ ตัวยึดของฟันเทียมสึกหรอเมื่อใช้งานไปนานๆ แก้ไขโดยการซ่อมหรือเสริมฐานฟันเทียม

อุบัติการณ์การสูญเสียฟันทั้งปากในประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เมื่อปรับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 ประเทศไทย พ.ศ. 2549-2550 โดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ด้วยจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์ คาดว่ามีผู้อายุ 45 ปีขึ้นไป และประมาณว่าเป็นผู้สมควรได้รับฟันเทียม ประมาณ 1,156,360 ราย และคาดว่าผู้ที่มีปัญหาจากฟันเทียมน้อยละ 8 [4] ในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 24 ที่เข้าเกณฑ์การผ่าตัดใส่รากฟันเทียมได้¹⁹ หรือประมาณ 19,982 ราย (ดังรูปที่ 2) ทั้งนี้ Heydecke และคณะ[5] ได้ทำการศึกษาแบบ randomized clinical trial พบว่าคุณภาพชีวิตที่วัดด้วย Oral Health Impact Profile (OHIP-20) ในกลุ่มที่ได้รับการฝังรากฟันเทียม 2 รากที่ขากรรไกรล่างดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในเวลา 6 เดือนเมื่อเทียบกับก่อนทำ และดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับฟันเทียมทั้งปาก อย่างไรก็ตามค่าใช้จ่ายในการผ่าตัดฝังรากเทียมค่อนข้างสูง ตัวอย่างเช่น อัตราค่าบริการที่คณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดลในการผ่าตัดฝังรากเทียมพร้อมกับการใส่ฟันเทียมคือ 60,000 บาทโดยยังไม่รวมค่าวัสดุและค่าแลป ดังนั้นผู้ที่มีรายได้น้อยจึงเข้าถึงบริการรากเทียมได้ยาก

¹⁹ ข้อมูลจากการดำเนินงานโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติโดยสถาบันทันตกรรม (ทพญ.ฉวีวรรณ กักดิธนากุล 19 พฤษภาคม 2553 เวลา 9.30 -12.00 น.)

รูปที่ 2 แสดงสัดส่วนของประชากรตามความสำเร็จของการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม



หมายเหตุ Clinical problem หมายถึง ปัญหาการยึดอยู่ของฟันเทียมในช่องปาก อันเป็นผลมาจากลักษณะเนื้อเยื่ออ่อนสภาพสันเหงือก ส่งผลให้ฟันเทียมหลวมหลุด เคี้ยวอาหารได้ไม่ดี [6]

Contraindication for dental implant ได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิต ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของเลือดที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ที่เป็นโรคทางระบบที่ควบคุมได้ไม่ดี ผู้ที่สูบบุหรี่จัด ผู้ป่วยที่ใช้ยา bisphosphonate และผู้ป่วยหลังได้รับฉายรังสีรักษาบริเวณกระดูกขากรรไกรและลำคอ

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

ภายหลังจากที่หัวข้อการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ที่ไม่มีฟันทั้งปากผ่านการพิจารณาจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อแล้ว จึงได้มีการจัดประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย สถาบันทันตกรรม และผู้เชี่ยวชาญในการวิเคราะห์ต้นทุนทางทันตกรรม นอกจากนี้ยังมีการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องอันประกอบด้วย คณะทำงานโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550 ศูนย์เทคโนโลยีทางทันตกรรมขั้นสูงซึ่งเป็นผู้พัฒนารากฟันเทียมที่ผลิตในประเทศไทย และตัวแทนบริษัทผู้นำเข้าผลิตภัณฑ์รากฟันเทียม หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลดังกล่าวมาประกอบการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นจากอินเทอร์เน็ตและการสอบถามข้อมูลจากสถานพยาบาล

การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ (Cost-utility Analysis) ตามแนวทางของคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของประเทศไทย [7] โดยเปรียบเทียบการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในขากรรไกรล่าง กับการใส่ฟันเทียมทั้งปากฐานอะคริลิกในขากรรไกรล่างที่มีปัญหาและไม่ได้รับการรักษาเพิ่มเติมทำให้ต้องใช้ฟันเทียมนั้นต่อไป กรอบเวลาของการประเมินเป็นการประเมินภายใต้สมมติฐานที่ว่า รากฟันเทียมที่ได้รับสามารถอยู่ในสภาพที่ใช้งานได้ตลอดชีวิตของผู้ป่วย และมีมุมมองที่ใช้วิเคราะห์ความคุ้มค่าทางการแพทย์ เป็นตัวกำหนด โดยการศึกษานี้เลือกวิเคราะห์ใช้มุมมองต้นทุนทางสังคม

■ การประเมินต้นทุน

ข้อมูลของต้นทุนและการใช้ทรัพยากรได้มาจาก การสืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ข้อมูลแนวทางการดำเนินโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ โดยโครงการรากฟันเทียมฯ นี้ เป็นโครงการที่กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี และกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการดำเนินการ ระหว่างปีพ.ศ. 2550-2553 โดยมีเป้าหมายเพื่อผ่าตัดรากฟันเทียมให้แก่ผู้ป่วยจำนวน 10,000 ราย เพื่อฝังรากเทียมรายละเอียด 2 ราก รวมทั้งสิ้น 20,000 ราก จากข้อมูล ณ วันที่ 27 เมษายน 2553 ระบุว่าจากเดือนมิถุนายน 2550 - เมษายน 2553 มีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม 731 ราย จากหน่วยบริการ 88 แห่ง การสอบถามข้อมูลจากสถานพยาบาล และข้อมูลจากบริษัทผู้ผลิตรากฟันเทียม

■ ประเภทของต้นทุนที่ใช้ในการวิเคราะห์

ต้นทุนที่ใช้ในการวิเคราะห์ ครอบคลุมต้นทุนตรงทางการแพทย์ รวมถึงต้นทุนตรงอื่นๆ เช่น ค่าเดินทาง และต้นทุนทางอ้อม เช่น ค่าเสียโอกาสของผู้ป่วย เป็นต้น

■ วิธีประมาณค่าของต้นทุน

เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาต้นทุนของการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม คณะผู้วิจัยจึงประมาณค่าต้นทุนการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมขึ้นโดยแบ่งต้นทุนเป็นส่วนคือ

1) ต้นทุนบริการ (service cost) เนื่องจากข้อมูลที่ได้มีค่าแตกต่างกันมาก จึงประมาณต้นทุนบริการเป็น 2 แบบ คือ

แบบ A: ประมาณต้นทุนจากราคาค่าหัตถการ และค่าตอบแทนตามโครงการรากฟันเทียมฯ ที่ประกอบด้วย ค่าบันทึกข้อมูล ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์ ค่าตอบแทนคณะผู้ทำงาน รวมทั้งสิ้น 5,420 บาทต่อผู้ป่วย

แบบ B : ประมาณต้นทุนจากราคาการให้บริการ (charge to cost) เฉลี่ยของ 3 หน่วยงานรัฐที่ให้บริการนี้ ประกอบด้วย สถาบันทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีอัตราค่าบริการอยู่ระหว่าง 24,000 บาท ถึง 60,000 บาท (จากการสัมภาษณ์ทันตแพทย์เฉพาะทางด้านทันตกรรมประดิษฐ์ สถาบันทันตกรรม เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2553 การสอบถามหน่วยทันตกรรมรากเทียม คณะทันตแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2553 และประกาศคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่องอัตราค่าบริการบำบัดทางทันตกรรม คลินิกทันตกรรมค่าตอบแทน) เป็นต้นทุนโดยใช้ Cost to charge ratio ซึ่งเป็นค่าสัดส่วนระหว่างต้นทุนและราคาการรักษาที่สถานพยาบาลเรียกเก็บ ซึ่งโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ศึกษาในการรักษาผู้ป่วยนอก ซึ่งมีค่าเท่ากับ ต้นทุนคิดเป็น 0.8 เท่าของราคารักษาพยาบาล

2) ต้นทุนค่ารากฟันเทียม ซึ่งมีราคาที่แตกต่างกันตามแหล่งผลิต²⁰ ในการศึกษาครั้งนี้จึงเลือกใช้รากฟันเทียมที่มีราคาประหยัดที่สุด คือ รากละ 3,210 บาท เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลว่าประสิทธิผลต่างกันในแต่ละบริษัท

3) ต้นทุนการเตรียมการ ซึ่งรวมถึง ค่าใช้จ่ายการฝึกอบรมและเครื่องมือพื้นฐาน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลประมาณการค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมทันตบุคลากรเรื่องการผ่าตัดรากฟันเทียมเท่ากับ 700,000 บาทต่อ 50 ทีม (โครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติสำหรับประชาชนไทยผู้ใช้แรงงาน) และค่าเครื่องมือพื้นฐานประมาณ 70,000 บาทต่อทีม (ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ) โดยประมาณว่าต้องใช้ทั้งหมด 200 ทีม (คณะวิจัย) เพื่อให้บริการผู้ป่วย 20,000 ราย ดังนั้นจึงมีค่าเตรียมการโดยเฉลี่ย 840 บาท/ราย

4) ต้นทุนอื่นๆ โดยค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อครั้งของผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยนอกในสถานบริการของรัฐโดย HITAP จากข้อมูลที่ผ่านมาการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมผู้ป่วยต้องมารับบริการเฉลี่ย 6 ครั้งต่อคน

■ การประเมินอรรถประโยชน์

โดยทั่วไปแล้วการประเมินระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เกิดจากการรักษาทางทันตกรรมจะใช้เครื่องมือเฉพาะในทางทันตกรรม (Oral health related quality of life) เช่น Oral Health Impact Profile ซึ่งมีผลการวิจัยในประเด็นนี้เฉพาะในต่างประเทศ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวอาจไม่สามารถแสดงระดับคุณภาพชีวิตในบริบทของประเทศไทยได้

²⁰ รากฟันเทียม 3 บริษัท พัฒนาวิทย์-ไทย, OSSTEM-Korea, และ Zimmer -USA มีราคาตัวละ 3,210, 4,320, และ 15,000 บาท ตามลำดับ ผู้ป่วยหนึ่งรายต้องใช้รากฟันเทียม 2 ตัว

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงทำการหาค่าอรรถประโยชน์โดยการเก็บข้อมูลประจักษ์ในกลุ่มตัวอย่างชาวไทย

■ วิธีประมาณระดับคุณภาพชีวิต

คณะผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลประเมินระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมในสภาวะสุขภาพช่องปากต่างๆในมุมมองของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Visual analog scale ซึ่งแบบสอบถามที่ใช้ได้กำหนดสถานการณ์ของสภาวะสุขภาพช่องปากออกเป็น 4 กรณี คือ ในกรณีที่มีฟันเทียมและกรณีที่ได้รับการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม รวมทั้งกรณีที่ได้รับการผ่าตัดใส่รากฟันสำเร็จและล้มเหลว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้คะแนนระดับคุณภาพชีวิตซึ่งอยู่ระหว่าง 0 ถึง 100 โดยคะแนน 0 หมายถึง สภาวะสุขภาพช่องปากที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าย่ำแย่ที่สุด และ 100 หมายถึง สภาวะสุขภาพช่องปากที่กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าย่ำแย่ที่สุด

จากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งหมด 75 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.7) มีอายุตั้งแต่ 18 ถึง 73 ปีและมีอายุเฉลี่ย 41.71 ปี กลุ่มตัวอย่างให้ระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ยสูงที่สุดในกรณีของการใส่ฟันปลอมที่ดีโดยไม่ต้องผ่าตัดรากฟันเทียม (82.91) รองลงมาคือการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมเพื่อเพิ่มการยึดอยู่ของฟันปลอม (77.07) และกลุ่มตัวอย่างคิดว่า การผ่าตัดรากฟันเทียมที่ล้มเหลวและการที่ไม่ได้รับการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมจะทำให้ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ต่ำกว่า (53.00 และ 45.93 ตามลำดับ)

■ วิธีประมาณค่าอรรถประโยชน์

นำค่าระดับคุณภาพชีวิตที่ได้มาคูณกับจำนวนอายุคาดเฉลี่ย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ประมาณการอายุเริ่มต้นของผู้ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมทั้งปากและรากฟันเทียมใน 2 กรณี คือ ที่อายุ 45 ปี และ 60 ปี ค่าที่ได้เป็นค่าปีสุขภาวะ (QALY) นำค่าที่ได้ในแต่ละกลุ่มอายุมาหาค่าส่วนต่างอรรถประโยชน์ (ICER) ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการใส่รากฟันเทียมและกลุ่มที่มีปัญหาการใส่ฟันเทียมและไม่ได้รับการรักษาเพิ่มเติม

ผลการประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์

■ ต้นทุน

ต้นทุนของการให้บริการประกอบด้วย ต้นทุนทางตรงและต้นทุนทางอ้อม โดยต้นทุนทางตรงของการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม เป็นค่าหัตถการ ค่ารากฟันเทียม และค่าเตรียมการ ซึ่งในกรณีของค่าบริการผ่าตัดรากฟันเทียม (แบบ B) จะใช้ต้นทุนค่าหัตถการที่เป็นค่าเฉลี่ยของต้นทุนจากสถานพยาบาลทั้ง 3 แห่งซึ่งเท่ากับ 33,600 บาท รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ต้นทุนของการผ่าตัดเพื่อใส่รากฟันเทียม

	ต้นทุนแบบ A	ต้นทุนแบบ B
Direct medical cost		
ค่าบริการ	5,420	33,600
ค่ารากฟันเทียม	6,420	6,420
ค่าเตรียมการ	840	840
Indirect cost	1,356	1,356
total cost	14,036	42,116

■ ต้นทุนอรรถประโยชน์ส่วนเพิ่ม (ICER)

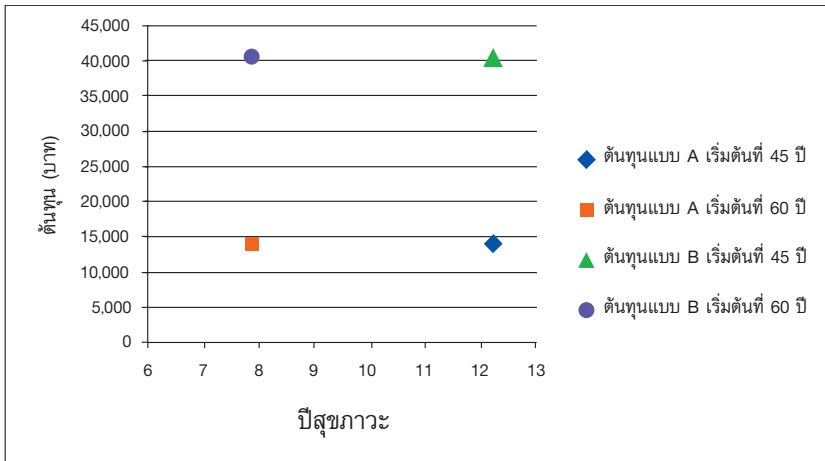
เนื่องจากต้นทุนรากฟันเทียมเป็นต้นทุนอีกส่วนหนึ่งที่มีค่าแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ความไวของต้นทุนรากฟันเทียม พบว่า ส่วนต่างของต้นทุนเปลี่ยนแปลงจากค่าเดิมเล็กน้อย และต้นทุนอรรถประโยชน์ส่วนเพิ่ม (ICER) ของการรักษาตามโดยใช้ต้นทุนตามโครงการรากฟันเทียมกับผู้ป่วยอายุ 45 ปี มีค่าต่ำที่สุดคือ 1,141.13 บาทต่อปีสุขภาวะ ส่วนการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ที่มีอายุ 60 ปีและใช้ต้นทุนตามสถานพยาบาล 3 แห่ง มีค่าสูงที่สุด คือ 5,147 บาทต่อปีสุขภาวะ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ผลวิเคราะห์ความไวของราคารากฟันเทียม

	ต้นทุนแบบ A		ต้นทุนแบบ B	
	45	60	45	60
อายุเริ่มต้น (ปี)	45	60	45	60
ส่วนต่างของต้นทุน (บาท)	13,951	13,951	40,504	40,504
ส่วนต่างของผลลัพธ์ (ปีสุขภาวะ)	12.23	7.87	12.22	7.87
ICER (บาทต่อปีสุขภาวะ)	1,141.13	1,771.24	3,314	5,147

จากผลการวิเคราะห์ความไวสามารถแสดงเป็น cost effectiveness plane (CE plane) ของการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม ที่มีต้นทุนการรักษาและอายุของการเริ่มให้การรักษาที่แตกต่างกัน ดังรูปที่ 3

รูปที่ 3 Cost effectiveness plane ของการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม



ผลกระทบด้านงบประมาณ

การประเมินผลกระทบด้านงบประมาณ โดยใช้ต้นทุนที่ได้จากการวิเคราะห์ความไม่แน่นอนของตัวแปรในแต่ละกรณี สามารถพิจารณาตามมุมมอง 2 ด้านคือ

1) เมื่อคำนึงถึงจำนวนประชากรเป้าหมาย ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ที่เข้าข่ายได้รับการใส่รากฟันเทียมประมาณ 20,000 ราย ดังนั้นหากตั้งเป้าหมายในการบริการที่ครอบคลุมประชากรเป้าหมายทั้งหมดที่มีอยู่ในปัจจุบันให้ได้ภายในเวลา 5 ปี คาดว่าต้องใช้งบประมาณสำหรับการนี้รวมทั้งสิ้นระหว่าง 295.8826.8 ล้านบาท หรือ 280.0-781.0 ล้านบาทเมื่อปรับลดด้วย discount rate ร้อยละ 3 โดยในปีแรกจะใช้งบประมาณ 72.6-216.9 ล้านบาท ทั้งนี้รวมถึงงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรและการจัดเตรียมเครื่องมือพื้นฐานสำหรับสถานพยาบาล 200 แห่ง

2) เมื่อคำนึงถึงความสามารถในการให้บริการของทันตบุคลากรในปัจจุบัน ตามข้อมูลจากโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ พบว่าในแต่ละปี มีผู้ได้รับการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมเฉลี่ย 260 ราย²¹ และหากมีสมมติฐานว่ามีการพัฒนาบุคลากรจนสามารถให้บริการได้ 200 หน่วยภายใน 2 ปี จนสามารถให้บริการผู้ป่วยได้ 850 รายและทันตบุคลากรสามารถให้บริการผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 20 ต่อปีตั้งแต่ปีที่ 3 และต้นทุนของการให้บริการมีค่าไม่เพิ่มขึ้น²² พบว่าในระยะเวลาห้าปีต้องใช้งบประมาณ 87.4-221.9 ล้านบาท

²¹ จากโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2550 - เมษายน 2553 สามารถให้บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม 731 ราย ดังนั้นโดยเฉลี่ยแล้วสามารถให้บริการผู้ป่วยปีละประมาณ 260 ราย แหล่งที่มา http://www.dentistry.go.th/file_download/implantupdate27042553.htm

²² CPI medical and personal care เพิ่มปีละประมาณ 1% ธนาคารแห่งประเทศไทย. รายงานแนวโน้มเงินเฟ้อ สรุปผลการประมาณการ ณ เมษายน 2553 <http://www.bot.or.th/Thai/MonetaryPolicy/Inflation/Pages/index.aspx>

หรือประมาณ 82.5-207.7 ล้านบาทเมื่อปรับลดด้วย discount rate โดยให้บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมได้ 5,063 ราย (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ประมาณการงบประมาณที่ต้องใช้ในระยะเวลา 5 ปี

ปีที่	ตามจำนวนประชากรเป้าหมาย					ตามความสามารถในการให้บริการ				
	จำนวนผู้ได้รับบริการ (ราย)	ต้นทุนแบบ A (ล้านบาท)		ต้นทุนแบบ B (ล้านบาท)		จำนวนผู้ได้รับบริการ (ราย)	ต้นทุนแบบ A (ล้านบาท)		ต้นทุนแบบ B (ล้านบาท)	
		Actual cost	Present cost	Actual cost	Present cost		Actual cost	Present cost	Actual cost	Present cost
1	4,000	72.6	72.6	178.8	178.8	500	23.8	3.8	37.1	37.1
2	4,000	55.8	54.2	162.0	157.3	850	11.9	1.5	34.4	33.4
3	4,000	55.8	52.6	162.0	152.7	1,020	14.2	13.4	41.3	38.9
4	4,000	55.8	51.1	162.0	148.3	1,224	17.1	15.6	49.6	45.4
5	4,000	55.8	49.6	162.0	143.9	1,469	20.5	18.2	59.5	52.9
รวม	20,000	295.8	280.0	826.8	781.0	5,063	87.4	82.5	221.9	207.7

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. จากการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางการแพทย์ของการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในครั้งนี้นับว่า มีค่าต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (ICER) ต่ำกว่า 100,000 บาทต่อปีสุขภาพในทุกระณของการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ที่มีอายุ 45 ปี ซึ่งแสดงถึงความคุ้มค่าของการรักษาตามเกณฑ์ของอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ (มติที่ประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ครั้งที่ 7/2551 วันที่ 30 มิถุนายน 2551) นอกจากนี้ยังใช้งบประมาณที่ไม่สูงนัก ดังนั้น เมื่อพิจารณาความคุ้มค่าของการรักษา งบประมาณที่ใช้และจำนวนประชากรเป้าหมายที่ไม่มาก จึงสามารถบรรจุการผ่าตัดรากฟันเทียมสำหรับผู้ไม่มีฟันทั้งปากไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในการนี้อาจพิจารณาให้สิทธิแก่ผู้ที่มีปัญหาการใส่ฟันเทียมทุกรายโดยไม่คำนึงถึงอายุเพื่อให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาได้รับการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมได้อย่างทันที่ อย่างไรก็ตาม การประเมินครั้งนี้เป็นการประเมินเฉพาะประเด็นของต้นทุนและประสิทธิผล โดยยังไม่ได้พิจารณาถึงความ

พร้อมของทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และระบบบริการ ซึ่งจำเป็นต้องมีการประเมินในประเด็นดังกล่าวต่อไป

2. นอกจากโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ แล้ว สำนักงานประกันสังคม ได้อยู่ระหว่างการศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติสำหรับประชาชนไทยผู้ใช้แรงงาน ที่จะมียุทธศาสตร์ดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 - 2556 ดังนั้นจึงควรมีการเชื่อมโยงการดำเนินการที่สอดคล้องกันกับโครงการทั้งสอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาศักยภาพทันตบุคลากรรวมทั้งเครื่องมือที่มีความจำเป็นในการให้บริการ ซึ่งหากมีประสานความร่วมมือระหว่างโครงการฯ จะทำให้สามารถดำเนินการได้มากขึ้นในระยะเวลาที่สั้นลง และเป็นการเพิ่มจำนวนสถานพยาบาลที่สามารถให้บริการผ่าตัดรากฟันเทียมได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่ามากขึ้น

3. การพัฒนาระบบการให้บริการที่มีศักยภาพเพียงพอต่อการให้บริการ เป็นอีกประเด็นที่ควรให้ความสำคัญทั้งนี้ได้แก่ระบบการจัดสรรและเบิกจ่ายงบประมาณที่เหมาะสม ระบบการให้บริการที่เข้าถึงได้ง่าย ความพร้อมในการให้บริการของสถานพยาบาล เกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรเป้าหมาย รวมถึงภาระงานในปัจจุบันของทันตบุคลากร และการสร้างแรงจูงใจในการให้บริการของทันตบุคลากร ทั้งนี้อาจต้องมีการวิเคราะห์ต้นทุนของการรักษาเพื่อการจัดสรรและจัดการงบประมาณที่เหมาะสมในการให้บริการผ่าตัดใส่รากฟันเทียม เนื่องจากในประเทศไทยยังไม่มีการจัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลในเรื่องของต้นทุนการรักษาในเรื่องของการรักษาที่ชัดเจน

4. อย่างไรก็ตามจากผลการสำรวจสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549-2550 โดยกองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย พบว่า ผู้มีอายุ 45 ปีขึ้นไป ประมาณ 1,156,360 รายเป็นผู้ที่สมควรได้รับฟันเทียม ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังมีประชาชนที่มีความต้องการอีกจำนวนมากที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียม ซึ่งเป็นการรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมอยู่ในสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการพื้นฐานก่อนเป็นอันดับแรก

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เทคโนโลยีทางทันตกรรมชั้นสูง <http://adtec.or.th/main/implants.php>
2. โครงการฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติ สถาบันทันตกรรม http://www.dentistry.go.th/artificial_tooth/plactice.html
3. ศูนย์เทคโนโลยีทางทันตกรรมชั้นสูง http://adtec.or.th/main/implants__t3.php
4. Agerberg G, Carlsson GE. Chewing ability in relation to dental and general health: analyses of data obtained from a questionnaire. *Acta Odontol Scand* 1981; 39:147-53.
5. Heydecke G, Locker D, Awad MA, Lund JP, Feine JS. Oral and general health-related quality of life with conventional and implant dentures. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003 Jun; 31(3): 161-8.
6. Gunnar E. Carlsson. Clinical morbidity and sequelae of treatment with complete dentures. *J Prosthet Dent* 1997;79:17-23.
7. อุษา ฉายเกิร์ตแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ลีริพร คงพิทยาชัย, เนติ สุขสมบูรณ์: คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด 2552





รายงานฉบับย่อ

หัวข้อที่ 7

การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของ
วัสดุรองขับปีสภาวะอุจจาระสำเร็จรูปในผู้พิการและผู้สูงอายุ

คณะผู้จัดทำ

ทพญ.อุษณา ตัณมุขยกุล¹

น.ส.รุ่งนภา คำผาง¹

พญ.อุบลวรรณ วัฒนาดิลลกุล²

น.ส.ประนอม กระจายศรี²

นางสุภารัตน์ ยศภูมิ²

รอ.หญิง จงกลภรณ์ วงศ์วิเศษกาญจน์³

¹โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

²ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูทางการแพทย์แห่งชาติ

³โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า



การประเมินต้นทุนหรือผลประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของ วัสดุรองขับปัสสาวะอุจจาระสำเร็จรูปในผู้พิการและผู้สูงอายุ

ข้อมูลพื้นฐาน

ภาวะกลั้นปัสสาวะและอุจจาระมีผลกระทบต่อประชาชนเป็นจำนวนมากในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย จากการสำรวจความชุกของปัญหาการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ในทวีปเอเชียเมื่อปี พ.ศ. 2546 พบว่าประมาณ ร้อยละ 17 ของประชากรไทยกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 จาก 11 ประเทศที่ถูกสำรวจ [1] มีการคาดว่าผู้ที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในประเทศอังกฤษมีประมาณ 3 ล้านคน [2] ในประเทศสหรัฐอเมริกามีมากกว่า 17 ล้านคน ยุโรปประมาณร้อยละ 6-35 ของประชากรทั้งหมด การกลั้นปัสสาวะไม่ได้เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายและพบได้มากขึ้นในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่าความชุกของปัญหาการกลั้นอุจจาระไม่ได้มีขนาดต่ำกว่าความชุกของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ในปี พ.ศ. 2548-2549 มีการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของภาวะการกลั้นอุจจาระไม่ได้ประมาณร้อยละ 8 ไม่พบความแตกต่างกันระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย ความชุกของภาวะการกลั้นอุจจาระไม่ได้จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุเหมือนกับภาวะการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ส่วนในประเทศออสเตรเลียพบว่าประมาณร้อยละ 5-6 ของประชากรมีปัญหาเรื่องกลั้นอุจจาระไม่ได้ [3,4]

นอกจากอายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับการมีความบกพร่องในการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระแล้ว ผู้ที่มีพยาธิสภาพเกี่ยวกับระบบประสาทและกล้ามเนื้อหูรูดอันเนื่องมาจากการบาดเจ็บของระบบประสาทไขสันหลัง หลอดเลือดสมองตีบ หรือพยาธิสภาพของอวัยวะในระบบขับถ่ายรวมทั้งอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียง อาจส่งผลให้ความสามารถในการกลั้นอุจจาระและปัสสาวะลดลง แม้ในปัจจุบันยังไม่พบรายงานความชุกของภาวะการกลั้นปัสสาวะและปัสสาวะไม่ได้ในประเทศไทย แต่ปัญหาการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ในผู้พิการและผู้สูงอายุ คาดว่าจะมีผลกระทบต่อประชากรไทยเป็นจำนวนเพิ่มมากขึ้นในอนาคต เพราะในขณะนี้มีการประมาณการณ์ว่าจำนวนผู้ทุพพลภาพร่วมกับมีอาการของภาวะการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้มีมากกว่า 1 แสนคน และสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24 ของประชากรไทยทั้งหมดหรือมากกว่า 15 ล้านคน ในปีพ.ศ. 2563 [1, 5, 6] ดังนั้นจึงจำนวนผู้พิการและผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้จะเพิ่มสูงขึ้นในอนาคตอันใกล้

ปัญหาเรื่องการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้นั้นนับเป็นภาวะที่ต้องดูแลในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ที่ไม่สามารถทำความสะอาดตนเองหลังการขับถ่ายได้รวมทั้ง

ผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจากรายงานการสำรวจจำนวนคนพิการของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2550 พบว่าในจำนวนคนพิการประมาณ 363,000 คน มีความลำบากในการดูแล และทำความสะอาดตนเองหลังขับถ่าย ระดับความรุนแรงน้อยประมาณ 151,000 คน (ร้อยละ 47.7) ระดับความรุนแรงมากประมาณ 115,000 คน (ร้อยละ 31.6) และที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลยประมาณ 97,000 คน (ร้อยละ 26.7) ภาระด้านรายจ่ายค่าวัสดุรองขับปัสสาวะและอุจจาระประมาณ 1 แสนบาทต่อปี [7] ซึ่งยังไม่รวมรายจ่ายค่าวัสดุอุปกรณ์เพื่อการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลซึ่งนับว่าเป็นภาระหนักที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องแบกรับในระยะยาว ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประมาณค่าใช้จ่ายเกี่ยวเนื่องจากภาวะกั้นปัสสาวะไม่ได้เพียงอย่างเดียวเป็นจำนวนสูงถึง 17-20 ร้อยล้านเหรียญดอลลาร์ โดยที่ร้อยละ 9 ของค่าใช้จ่ายดังกล่าวเป็นค่าใช้จ่ายในส่วนของวัสดุอุปกรณ์การแพทย์และวัสดุรองขับปัสสาวะ อีก ร้อยละ 91 ที่เหลือเป็นค่าใช้จ่ายรักษาพยาบาลทางการแพทย์ ในปีพ.ศ.2542 รัฐบาลอังกฤษจ่ายค่าวัสดุรองขับปัสสาวะเป็นเงินมากกว่า 83 ล้านปอนด์ [2] สำหรับในประเทศไทยนั้นมีการประมาณการณ์ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับอาการกระเพาะปัสสาวะไวจะมากกว่าปีละ 2 ล้านเหรียญดอลลาร์สหรัฐ [5]

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ไม่พบการศึกษาที่ประเมินประสิทธิผลและหรือประเมินความคุ้มค่าของวัสดุรองขับอุจจาระ อาจจะเป็นเนื่องจากข้อจำกัดของวิธีวัดและประเมินผล แต่มีการศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้วัสดุรองขับปัสสาวะในต่างประเทศอยู่จำนวนหนึ่ง ซึ่งสามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปผลการทบทวนวรรณกรรมการประเมินผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป

นักวิจัย (ปีและสถานที่)	ชนิดของผ้าอ้อมและกลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา
เพดเดอร์และคณะ (2550 ประเทศอังกฤษ) [2]	-วัสดุรองขับปัสสาวะสำหรับผู้ ที่กั้นปัสสาวะไม่ได้ระดับรุนแรงต่ำ (ความจุของเหลวของผ้าอ้อมคือ 50-500 กรัม) ทั้งชนิดที่ซักได้ ซักไม่ได้ ในแบบต่าง ๆ กัน -ผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชน และที่อยู่ในสถานพยาบาลผู้สูงอายุ	-กลุ่มตัวอย่างชอบใช้แผ่นเสริมรองขับและกางเกงที่มีแผ่นเสริมรองขับชนิดซักได้ -แผ่นเสริมรองขับและกางเกงพร้อมแผ่นเสริมรองขับแบบซักได้มีความคุ้มค่ากว่าการใช้ผ้าอนามัย โดยมีค่าใช้จ่ายประมาณ 0.2 ปอนด์ต่อความพอใจที่เพิ่มขึ้นหนึ่งหน่วย

นักวิจัย (ปีและสถานที่)	ชนิดของผ้าอ้อมและกลุ่มตัวอย่าง	ผลการศึกษา
เฟตเตอร์และคณะ (2551 ประเทศอังกฤษ) [8]	- เพศหญิงและชายที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้ระดับรุนแรงปานกลางจนถึงสูงอาศัยอยู่ในชุมชน - ผ้าอ้อมความจุ 2000 - 3000 กรัม	- ผ้าอ้อมแบบใช้แล้วทิ้ง (diaper) มีความคุ้มค่ามากที่สุดเพราะค่าเฉลี่ยของต้นทุนต่อคะแนนความพอใจต่ำที่สุดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด*
เฟตเตอร์และคณะ (2553 ประเทศอังกฤษ) [9]	- เพศหญิงและชายที่มีกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในระดับรุนแรงปานกลางถึงสูงที่อาศัยอยู่ในสถานพยาบาลผู้สูงอายุ - ผ้าอ้อมความจุ 2000 - 3000 กรัม	- ผ้าอ้อมผู้ใหญ่แบบใช้แล้วทิ้งมีความคุ้มค่ามากที่สุด*
แมคเมอร์ไตและคณะ (2535 ประเทศอังกฤษ) [10]	- ทดลองทางคลินิกเปรียบเทียบความพอใจที่ผู้ป่วยมีต่อแผ่นปูรองเตียงกันเปื้อนกับสายสวนปัสสาวะ	- การใช้สายสวนปัสสาวะมีต้นทุนแพงกว่าแต่สามารถประหยัดเวลาได้มากกว่าการใช้แผ่นปูรองเตียง แต่ข้อมูลที่ได้อาจไม่สามารถสรุปผลว่าแผ่นปูรองเตียงกันเปื้อนหรือสายสวนปัสสาวะมีความคุ้มค่ามากกว่ากันเพราะคะแนนความพอใจไม่แตกต่างกัน

หมายเหตุ * การศึกษาทั้ง 2 นี้ไม่สามารถคำนวณหาอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มได้เนื่องจากคะแนนความพอใจที่มีต่อวัสดุแต่ละชนิดไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิจัยที่ได้กล่าวข้างต้นทำการวิเคราะห์โดยใช้มุมมองของผู้ให้บริการและคิดเฉพาะต้นทุนทางตรงและทางอ้อมทางการแพทย์ ต้นทุนทางตรงใช้ในการศึกษา ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดูแลอนามัยส่วนบุคคล ค่าวัสดุรองขับปัสสาวะฉุกเฉิน ค่าวัสดุที่ใช้ในการทำความสะอาดร่างกาย ค่าซักกรีดเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน ค่ารักษาพยาบาลโรคผิวหนังที่เกิดจากการใช้ผ้าอ้อมและแผ่นรองขับ ค่ารักษาพยาบาลโรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะที่เกิดจากการใช้สายสวนปัสสาวะ ค่าใช้จ่ายเดินทาง [2,5] ไม่มีการประเมินความคุ้มค่าใดที่ศึกษาโดยใช้มุมมองของสังคมซึ่งรวมต้นทุนทางอ้อมที่นับรวมมูลค่าของการผลิตที่ขาดหาย

ไปอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย หรือเสียชีวิต (productivity loss) ส่งผลให้เกิดการขาดงานหรือไม่สามารถในการทำงานได้เต็มศักยภาพของตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้การศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมามีเลือกศึกษาในกลุ่มประชากรเพศหญิงที่มีเพียงปัญหาหลัง ปัสสาวะไม่ได้เท่านั้น

ถึงแม้ว่าปัญหาการกลั้นอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้นั้นอาจไม่มีผลทำให้อายุขัยของผู้ที่มีปัญหาดังกล่าวสั้นลง แต่คุณภาพชีวิตของผู้มีปัญหาดังกล่าวและกลั้นอุจจาระไม่ได้ นั้นมีระดับต่ำกว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หลอดเลือดหัวใจตีบ [1,11] คุณภาพชีวิตที่ลดลงนั้นเกิดเนื่องมาจากความเครียด ความไม่สะดวกสบาย ความอับอาย และความไม่มั่นใจในการเข้าสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิต การเข้าสังคมและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล [12]

ผู้ที่มีความยากลำบากมากที่สุดจากการมีภาวะปัสสาวะและกลั้นอุจจาระไม่ได้ คือ ผู้พิการจากได้รับการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (spinal cord injury) อัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ (dementia) และเด็กสมองพิการ (cerebral palsy) เพราะนอกจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่มีจำกัดแล้วการสนับสนุนเพื่อให้มีวัสดุรองรับปัสสาวะและอุจจาระก็จำกัดเช่นกัน ในปัจจุบันวัสดุการแพทย์ที่ใช้อรองรับปัสสาวะและอุจจาระสำเร็จรูปไม่ได้ถูกบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม ยกเว้นสายสวนปัสสาวะแบบคาสาย สายสวนซิลิโคนแบบสวนเอง ถุงยางอนามัยแบบหนา และถุงเก็บน้ำปัสสาวะที่สามารถเบิกได้ จะเห็นได้ว่ารายการวัสดุที่เบิกได้ยังมีข้อจำกัดและไม่สอดคล้องกับการดำรงชีวิตของผู้พิการและผู้สูงอายุหลายราย เช่น ชนิดวัสดุที่มีอายุการใช้งานสั้น รายการส่วนใหญ่เหมาะกับสตรีของผู้ชายมากกว่าผู้หญิง รายการวัสดุที่เบิกได้ไม่ครอบคลุมวิธีการขับถ่ายที่ไม่สามารถใช้อวัยวะหรือสวนเป็นครั้งคราว ยกตัวอย่างเช่น กรณีผู้ป่วยที่ผ่านโปรแกรมการฝึกขับถ่ายแล้ว แต่ยังคงจำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมอยู่ เนื่องจากมีปัสสาวะและอุจจาระซึมเล็ดออกมาหลังการสวน

จากข้อจำกัดข้างต้น การศึกษาความคุ้มค่าทางการแพทย์ของวัสดุรองรับปัสสาวะและอุจจาระสำเร็จรูปในผู้พิการและผู้สูงอายุในครั้งนี้จึงเลือกผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป เพราะผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปสามารถใช้ได้โดยทั่วไปมากกว่ารายการที่สามารถเบิกจ่ายได้จากทั้ง 3 กองทุน ทั้งผู้หญิงและผู้ชายใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปได้ ผู้ที่ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดจนผู้ที่ยังสามารถออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปได้ ดังนั้น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปจึงสามารถช่วยบรรเทาปัญหาความบกพร่องในการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระตามปกติที่สูญเสียไปเนื่องจากภาวะทุพพลภาพ ช่วยเสริมความมั่นใจให้ผู้ใช้เข้าสู่สังคม

และดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับปกติ นอกจากนี้ผ้าอ้อมสำเร็จรูปยังเป็นทางเลือกแทนการ ล้วนคาด้วยสายสวนปัสสาวะในหลายกรณี เพื่อหลีกเลี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่เป็น อันตรายซึ่งเกิดจากการคาสายสวนปัสสาวะไว้เป็นเวลานาน เช่น ระบบทางเดินปัสสาวะ อักเสบ และนิ้วในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งภาวะทั้งสองนี้อาจนำไปสู่ภาวะไตวายเรื้อรัง

ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในการซื้อผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปประมาณเดือนละ 2,000 บาทต่อคน ในขณะที่ผู้พิการและผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน ดังนั้น ภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับวัสดุรองขับปัสสาวะและอุจจาระของผู้ป่วยนั้นจึงสูงมาก จึงมีคำถามเชิง นโยบายจากคณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพ ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2553 ว่า ควรสนับสนุนวัสดุรองขับปัสสาวะ และอุจจาระสำเร็จรูปสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าหรือไม่ และหากมีการสนับสนุนวัสดุรองขับปัสสาวะและอุจจาระดังกล่าว จะมีผลกระทบต่องบประมาณทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างไร

วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อประเมินหน่วยต้นทุนค่าใช้จ่ายต่อปีสุขภาพ (Quality Adjusted Life Year-QALY) ที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีการสนับสนุนแผ่นผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปเปรียบเทียบกับไม่มีการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป
- 1.2 เพื่อประเมินผลการทบด้านงบประมาณ (Budget impact analysis) ของ ประเทศหากมีรัฐบาลเลือกสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปสำหรับผู้พิการและ ผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

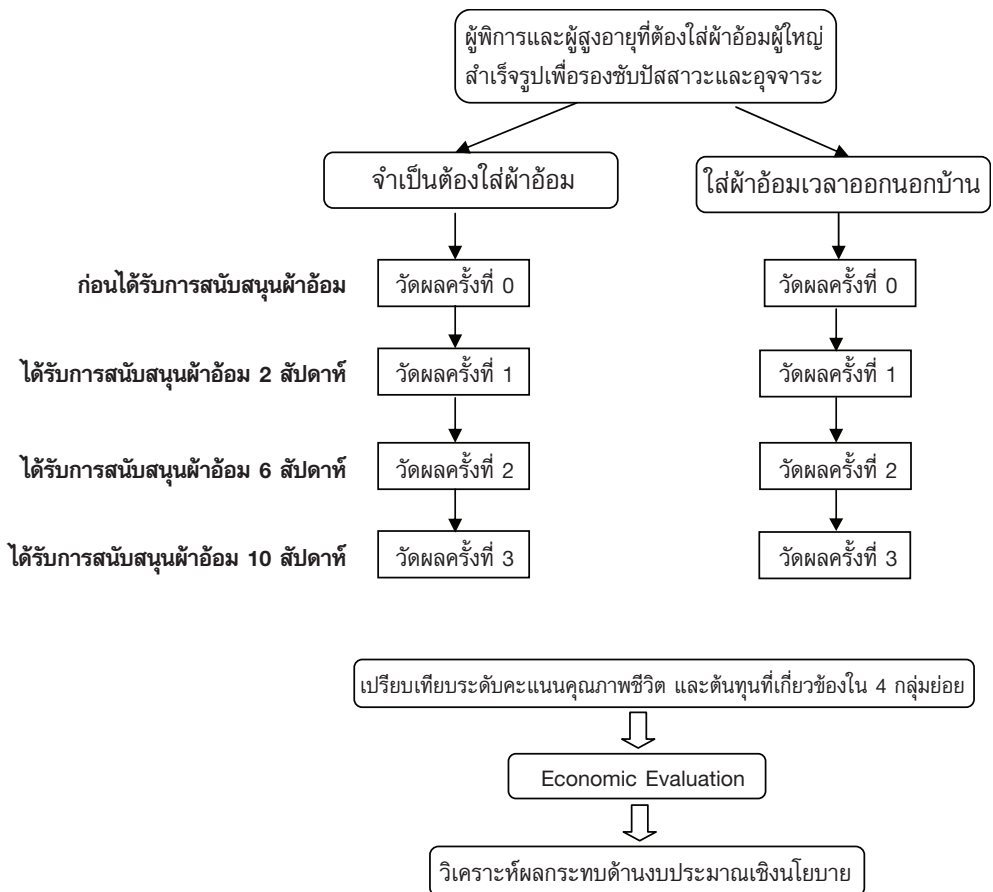
รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิเคราะห์โดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ แต่ข้อมูลที่มีจำกัดดังนั้นจึง ต้องทำการเก็บข้อมูลปฐมภูมิเพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางการแพทย์ของผ้า อ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป โดยสามารถแบ่งการศึกษาออกเป็น 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

- การศึกษาระยะที่ 1 การทดสอบความจุน้ำของผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป ตามขั้นตอน ทดสอบความจุน้ำของผ้าอ้อมที่ประยุกต์มาจาก Rothwell method (ภาคผนวก 1)

- การศึกษาระยะที่ 2 การสำรวจเพื่อหาระดับคุณภาพชีวิตโดยใช้ EQ-5D ในกลุ่มผู้พิการ และผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวร่างกายและมีปัญหาเรื่องการกลั้น ปัสสาวะและอุจจาระในกลุ่มที่ใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลา และกลุ่มที่ใส่เฉพาะเวลามี กิจกรรมนอกบ้านหรือเป็นบางเวลา (ภาคผนวก 2)
- การศึกษาระยะที่ 3 Quasi-experiment เพื่อหาข้อมูลระดับคุณภาพชีวิตและต้นทุนค่า ใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปในผู้พิการและผู้สูงอายุเมื่อมีการ สนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป ดังแสดงในรูปที่ 1

รูปที่ 1 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล



- การศึกษาระยะที่ 4 การสร้างแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ระยะที่ 3 และข้อมูลทางสถิติประชากร เพื่อคำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายต่อหนึ่งหน่วย คุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อมีการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป และ วิเคราะห์ผลกระทบด้านงบประมาณหากมีการตัดสินใจสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำเร็จรูปภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

กลุ่มที่ใส่ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปตลอดเวลาจะได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำเร็จรูปวันละ 6 ชิ้นเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ สำหรับกลุ่มที่ใส่เวลาออกนอกบ้านหรือ บางเวลาจะได้รับการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปวันละ 2 ชิ้นตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์

ข้อมูลที่ได้จากผู้พิการและผู้สูงอายุ คือ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป เช่น อายุ เพศ รายได้ ประวัติความเจ็บป่วย เป็นต้น, คะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดโดยใช้เครื่องมือ EQ-5D และ Visual Analog Scale (VAS), คะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตร ประจำวัน, จำนวนแผลกดทับ, ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ (ถ้ามี) และคะแนนความ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุจะให้ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป เช่น อายุ เพศ รายได้ ความ สัมพันธ์กับผู้ป่วย ความถี่ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเรื่องการขับถ่ายในแต่ละวัน เป็นต้น, คะแนน ความวิตกกังวลและซึมเศร้าที่วัดโดยใช้เครื่องมือ Hospital Anxiety Depression Score (HADS) และคะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดด้วย Visual Analog Scale (VAS)

1.3 กลุ่มประชากรที่ศึกษา

คือผู้พิการและผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวร่างกายที่ส่งผลให้ไม่สามารถ ไปเข้าห้องน้ำได้ตามปกติ และ/หรือ ควบคุมการกลั้นปัสสาวะและ/หรืออุจจาระไม่ได้ อย่าง น้อย 1 ครั้งใน 1 สัปดาห์ เป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในการขับถ่ายปัสสาวะและ อุจจาระบ้างหรืออย่างมาก ซึ่งรวมถึงตั้งแต่การถอด สวมเสื้อผ้าและการทำความสะอาดตัว เองหลังการขับถ่าย อายุระหว่าง 15-65 ปี เป็นผู้พิการและผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บ้าน อยู่ใน การติดต่อประสานงานของศูนย์สิทธิบัตรเพื่อการฟื้นฟูทางการแพทย์แห่งชาติ และกองเวช ศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้จากข้อมูลที่ได้จาก การศึกษาระยะที่ 2 คือ 160 คน แต่จำนวนผู้พิการและผู้สูงอายุที่สมัครเข้าร่วมโครงการ วิจัยมีจำนวนต่ำกว่าที่คาดการณ์เอาไว้ จึงพิจารณาขยายระยะเวลาในการเปิดรับสมัครผู้ เข้าร่วมโครงการวิจัยตั้งแต่กลางเดือนกรกฎาคมจนถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553 ส่งผล ให้การดำเนินโครงการล่าช้ากว่าที่กำหนด

นอกจากนี้ ระหว่างการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปและการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ บ้านของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยหลายคนถูกน้ำท่วม ไม่สะดวกในการเก็บข้อมูล จึงต้องเลื่อนวันเก็บข้อมูลออกไปเป็นหลังจากที่น้ำลดและสามารถเดินทางไปยังที่อาศัยของผู้เข้าร่วมโครงการได้ อย่างไรก็ตามการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นเมื่อกลางเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 จากจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้นเพียง 89 คน ดังนั้นข้อมูลที่จะนำเสนอต่อไปนี้จึงเป็นการวิเคราะห์เบื้องต้นของลักษณะทั่วไป แนวโน้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้พิการและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการตลอดระยะเวลา 10 สัปดาห์ ส่วนข้อมูลความคุ้มค่าของผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปกำลังอยู่ระหว่างการดำเนินการ

ผลการศึกษา

5.1 ผู้ป่วย

ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 89 คน แบ่งเป็นเพศชาย 39 คน (ร้อยละ 44) เพศหญิง 50 คน (ร้อยละ 56) อายุเฉลี่ยคือ 49 ปี ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ป่วยเป็นอัมพาตแบ่งตามชนิดออกได้เป็น แบบ hemiplegia จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 13 แบบ paraplegia จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 11 แบบ quadriplegia จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 14 มีผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 18 คน (ร้อยละ 20) ได้รับความเจ็บที่ไขกระดูกสันหลัง ระยะเวลาที่เจ็บป่วยมีตั้งแต่ 6 เดือนถึง 45 ปีโดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 10 ปี (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.36) ผู้ป่วยจำนวน 77 คน (ร้อยละ 86) กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ผู้ป่วย 55 คน (ร้อยละ 62) กลั้นอุจจาระไม่ได้

ผู้เข้าร่วมโครงการมากกว่าครึ่งเป็นโสด หนึ่งในสามจบการศึกษาระดับประถม และมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 70 พักอาศัยอยู่กับญาติ และร้อยละ 49 ไม่ได้ทำงาน แหล่งรายได้ที่สำคัญของคนกลุ่มนี้คือเบี้ยเลี้ยงสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุเดือนละ 500 บาท ส่วนผู้ที่ยังสามารถทำงานได้นั้นมีรายได้เฉลี่ยเดือนละประมาณ 6,700 บาท โดยผู้เข้าร่วมโครงการจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาและรายได้สูงกว่า ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ เมื่อเทียบกับผู้เข้าร่วมโครงการจากศูนย์สิรินธรฯ ที่มีระดับการศึกษาและรายได้น้อยกว่า ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	พระมงกุฎเกล้า		ศูนย์สิรินธร		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	17	58.6	22	36.7	39	43.8
หญิง	12	41.4	38	63.3	50	56.2
รวม	29	100	60	100	89	100
อายุเฉลี่ย (ปี) (SD.)	43.11 (20.22)		51.75 (21.36)		49.00 (21.28)	
สถานภาพสมรส						
โสด	18	62.1	27	45	45	50.6
คู่/อยู่ด้วยกัน	8	27.6	12	20	20	22.5
หย่าร้าง/หม้าย	2	6.9	19	31.7	21	23.6
แยกกันอยู่	1	3.4	2	3.3	3	3.4
รวม	29	100	60	100	89	100
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	1	3.4	7	11.9	8	9.1
ประถมศึกษา	9	31	22	37.3	31	35.2
มัธยมศึกษา/ปวช	9	31	20	33.9	29	33
ปวส/อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	1	3.4	3	5.1	4	4.5
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	8	27.6	6	10.2	14	15.9
สูงกว่าปริญญาตรี	1	3.4	1	1.7	2	2.3
รวม	29	100	59	100	88	100
สถานที่พักอาศัยในปัจจุบัน						
บ้านตัวเอง	14	48.3	24	40	38	42.7
บ้านลูก หรือบ้านญาติ	6	20.7	27	45	33	37.1
ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ	2	6.9	2	3.3	4	4.5
บ้านเช่า	7	24.1	7	11.7	14	15.7
รวม	29	100	60	100	89	100

ข้อมูลทั่วไป	พระมงกุฎเกล้า		ศูนย์สิรินธร		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพปัจจุบัน						
ไม่ได้ทำงาน	13	46.4	30	50	43	48.9
แม่บ้าน พ่อบ้าน	1	3.6	4	6.7	5	5.7
เกษตรกร ประมง	1	3.6	1	1.7	2	2.3
รับจ้างทั่วไป	1	3.6	7	11.7	8	9.1
นักเรียน นักศึกษา			2	3.3	2	2.3
ข้าราชการ ทหาร ตำรวจ	1	3.6			1	1.1
พนักงานบริษัทเอกชน	2	7.1	2	3.3	4	4.5
ค้าขาย มีธุรกิจส่วนตัว	2	7.1	3	5	5	5.7
อื่น ๆ	7	25	11	18.3	18	20.5
รวม	28	100	60	100	88	100
การทำงานเฉลี่ย ชั่วโมง/สัปดาห์	37.08 (16.40)		54.15 (26.85)		48.90 (25.20)	
รายได้จากการทำงานเฉลี่ย บาท/เดือน	9,261.54 (7,041.61)		5,254.55 (4,628.76)		6,742.86 (5,881.54)	
เงินช่วยเหลืออื่นๆ	1,540.00 (1,847.30)		1,325.00 (2,356.13)		1,391.36 (2,202.34)	
รายได้ของครอบครัว	30,942.11 (56,718.04)		14,328.30 (16,297.20)		18,712.50 (32,626.01)	
สิทธิการรักษา						
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	17	58.6	49	81.7	66	74.2
ประกันสังคม	3	10.3	3	5	6	6.7
เบิกได้	8	27.6	7	11.7	15	16.9
ชำระเงินเอง	1	3.4			1	1.1
อื่น ๆ			1	1.7	1	1.1
รวม	29	100	60	100	89	100

เมื่อวิเคราะห์ความเปลี่ยนแปลงของคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลัง และ

ระหว่างการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป รวมทั้งปัจจัยที่อาจมีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่เก็บข้อมูล คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การเกิดแผลกดทับ ระดับความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ด้วยวิธี Generalized Estimating Equation (GEE) ซึ่งเป็นวิธีทางสถิติที่เหมาะสมกับการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีการวัดซ้ำในตัวอย่างเดิม พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดได้จาก EQ-5D ในครั้งที่ 3 หรือหลังจากสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปไปแล้วเป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมีการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป

ส่วนคะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดได้จาก VAS พบว่ามีคะแนนเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่มีการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ หลังสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปไปแล้วเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ (ครั้งที่ 1) ผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปไปแล้ว 6 สัปดาห์ (ครั้งที่ 2) และหลังจากสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปไปแล้ว 10 สัปดาห์ (ครั้งที่ 3) มีคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 10, 11 และ 13 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมีการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปตามลำดับ

เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง แทนที่คะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (คะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองและคะแนนความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมีความสัมพันธ์กัน จึงไม่สามารถวิเคราะห์พร้อมกันได้) พบว่าข้อมูลที่ได้มีลักษณะคล้ายกัน คือ คะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดได้จาก EQ-5D ในครั้งที่ 3 มีคะแนนเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนมีการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป และยังพบว่าหากระดับคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนคุณภาพชีวิตจะเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 2 เมื่อวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดด้วยวิธี VAS พบว่าระดับคะแนนความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองไม่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิต แต่ระยะเวลาของการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปมีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิต โดยจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เมื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปไปแล้ว 2 และ 6 สัปดาห์ และจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 12 เมื่อสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปไปแล้ว เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์

5.2 ผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลผู้ป่วยมีจำนวนทั้งหมด 47 คน ทั้งนี้มากกว่าร้อยละ 70 เป็นผู้หญิง จบการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา โดย จบการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 46 และ จบการศึกษาระดับมัธยมหรือเทียบเท่าคิดเป็นร้อยละ 30 ผู้ดูแลผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80 เป็นเครือญาติกับผู้ป่วย เช่น พี่ น้อง บุตร หลาน เขย สะใภ้ สามี ภรรยา ส่วนใหญ่ประกอบ

อาชีพอิสระ เช่น พ่อบ้าน แม่บ้าน ค้าขาย รับจ้างทั่วไป มีเพียงร้อยละ 9-11 ของผู้ดูแลที่
ถูกว่าจ้างมาเพื่อดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ ร้อยละ 17 ของผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ เพราะ
จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจากกลุ่มโรงพยาบาล
พระมงกุฎเกล้าสูงกว่าจากศูนย์สิรินธรฯ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	พระมงกุฎเกล้า		ศูนย์สิรินธร		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	4	36.4	9	25	13	27.7
หญิง	7	63.6	27	75	34	72.3
รวม	11	100	36	100	47	100
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน			1	2.8	1	2.1
ประถมศึกษา	3	27.3	19	52.8	22	46.8
มัธยมศึกษา/ปวช	3	27.3	11	30.6	14	29.8
ปวส/อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	2	18.2	3	8.3	5	10.6
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	3	27.3	1	2.8	4	8.5
สูงกว่าปริญญาตรี			1	2.8	1	2.1
รวม	11	100	36	100	47	100
ความสัมพันธ์						
สามี ภรรยา คู่หมั้น แฟน	2	18.2	7	19.4	9	19.1
บุตร	3	27.3	11	30.6	14	29.8
เขย สะใภ้			2	5.6	2	4.3
พี่ น้อง	1	9.1	7	19.4	8	17
หลาน เหลน	1	9.1	1	2.8	2	4.3
รับจ้างมาดูแลผู้ป่วย	1	9.1	4	11.1	5	10.6
อื่น ๆ	3	27.3	4	11.1	7	14.9
รวม	11	100	36	100	47	100

ข้อมูลทั่วไป	พระมงกุฎเกล้า		ศูนย์สิรินธร		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ						
ไม่ได้ทำงาน	4	36.4	4	11.1	8	17
แม่บ้าน พ่อบ้าน			11	30.6	11	23.4
เกษตรกร ประมง	1	9.1	2	5.6	3	6.4
รับจ้างทั่วไป			10	27.8	10	21.3
ข้าราชการ ทหาร ตำรวจ	1	9.1	1	2.8	2	4.3
พนักงานบริษัทเอกชน			1	2.8	1	2.1
ค้าขาย มีธุรกิจส่วนตัว	3	27.3	3	8.3	6	12.8
อื่น ๆ	2	18.2	4	11.1	6	12.8
รวม	11	100	36	100	47	100

เมื่อวิเคราะห์คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดระยะเวลาการเก็บข้อมูลทั้งหมด 4 ครั้ง ร่วมกับปัจจัยที่อาจส่งผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิต ได้แก่ จำนวนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปที่ใช้โดยเฉลี่ย การใช้แผ่นเสริมซึมซับ ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ด้วยวิธี Generalized Estimating Equation (GEE) พบว่าความวิตกกังวลมีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่มีคะแนนความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตลดลงร้อยละ 3 ปัจจัยอื่นไม่มีผลต่อคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย

2. สรุปและวิจารณ์ผลการศึกษา

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปมีผลต่อการเพิ่มระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ตามระยะเวลาของการสนับสนุน แนวโน้มดังกล่าวสามารถเห็นได้ชัดเจนเมื่อพิจารณาระดับคะแนนคุณภาพชีวิตที่วัดด้วยวิธี VAS อาจเนื่องมาจากวิธี EQ-5D มีความไวต่ำกว่า การวัดคุณภาพชีวิตด้วย EQ-5D นั้นเป็นการถามคำถามเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของปัญหาด้านสุขภาพ 5 ข้อ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ความเจ็บปวด/ไม่สุขสบาย และความวิตกกังวล/ซึมเศร้า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการมีความสามารถในการเคลื่อนไหวด้านร่างกายและดูแลตัวเองได้

จำกัดเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งส่งผลต่อการทำกิจกรรมที่เคยทำอยู่เป็นประจำ เช่น การทำงานบ้าน เรียนหนังสือ เพราะฉะนั้น คณะแผนคุณภาพชีวิตที่วัดด้วยวิธี EQ-5D จึงค่อนข้างต่ำและแทบไม่เปลี่ยนแปลงมากนักตลอดช่วงระยะเวลาการศึกษา อย่างไรก็ตามผู้เชี่ยวชาญสามารถชี้แนะได้ว่าคณะแผนคุณภาพชีวิตที่วัดด้วยวิธีใด และตัวแปรที่มีผลต่อคณะแผนคุณภาพชีวิตใดที่ควรจะนำไปใช้ในการประเมินความคุ้มค่าด้วยแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ในการศึกษาระยะที่ 4 ต่อไป

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้พิการและผู้สูงอายุเป็นกลุ่มด้อยโอกาส และมีปัญหาหลายอย่างทั้งความบกพร่องทางกาย การเข้าถึงเทคโนโลยีที่จำเป็นต่อสุขภาพ และส่วนใหญ่ไม่มีรายได้อื่นนอกจากเบี้ยเลี้ยงผู้พิการและผู้สูงอายุเดือนละ 500 บาท แต่มีค่าใช้จ่ายสูงทั้งที่เกี่ยวกับทางการแพทย์และไม่เกี่ยวกับทางการแพทย์ เช่น ค่าใช้จ่ายผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปและแผ่นเสริมซึมซับโดยเฉลี่ยคนละ 2,000 บาท/เดือน จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปมีส่วนช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้พิการดีขึ้นเพราะฉะนั้นผู้พิการและผู้สูงอายุจึงควรได้รับการช่วยเหลือทางด้านรัฐสวัสดิการอย่างเต็มที่

อย่างไรก็ดี ข้อมูลเกี่ยวกับความประเมินความคุ้มค่าของการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป ผลกระทบด้านงบประมาณในระยะสั้นและยาว ตลอดจนจรรยาบรรณแบบการดำเนินการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูปแก่ผู้พิการและผู้สูงอายุที่เป็นไปได้และเหมาะสมยังอยู่ในระหว่างดำเนินการ

เอกสารอ้างอิง

1. Diokno A C. *Incidence and prevalence of stress urinary incontinence*. Proceeding at a symposium the 98th annual meeting of the American urological association. Advanced Studies in Medicine, 2003. P. S 824-8.
2. Fader M, Getliffe K. *Absorbent products for light urinary incontinence in women*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007 (2).
3. Chiarelli P, Wilson A, Atlia J, Sibbritt D, *Estimating the prevalence of urinary and faecal incontinence in Australia: systematic review*. Australasian Journal on Ageing, 2005. 24(1); p. 19-27.
4. Whitehead W E, Goode P S, et al. *Fecal incontinence in US adults: epidemiology and risk factors*. Gastroenterology, 2009. 137:p. 512-7.
5. Hu T, Bentkover J D, et al., *Costs of urinary incontinence and overactive bladder in the United states; a comparative study*. Urology, 2004. 63:p. 461-5.
6. Prasopsanti k, Pornprasit K, *Estimated cost of overactive bladder in Thailand*. Journal Medical Association Thailand, 2007. 90(11): p. 2316-20.
7. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการสุขภาพ สมาคมผู้พิการแห่งประเทศไทย. *แนวคิดการจัดให้มีผู้ช่วยคนพิการ*. โรงแรมมารวยการ์เด้นท์. กรุงเทพฯ 2553
8. Fader M, Getliffe K, et al., *Absorbent products for urinary/faecal incontinence: a comparative evaluation of key product design*. Health Technology Assessment, 2008. 12(29).
9. Fader M, Cottenden A, et al., *Continence products: research priorities to improve the lives of people with urinary and/or fecal leakage*. Neurourology and Urodynamics, 2010. 29:p.640-4.
10. McMurdo M, Elder M A, et al., *A cost-effectiveness study of the management of intractable urinary incontinence by urinary catheterization or incontinence pads*. Journal of Epidemiology and Community Health, 1992. 46:p. 222-6.
11. Tincello D, Tunn R, et al., *Patient characteristics impacting health state index scores measured by the EQ-5D of females with stress urinary incontinence symptoms*. Value in Health, 2010. 13(1); p. 112-7.
12. Getliffe K, Cottenden a, et al., *Absorbent products for incontinence: 'treatment effects' and impact on quality of life*. Journal of Clinical Nursing, 2007: p.1936-45.
13. Cottenden A, Petterson L, et al., *How well does ISO 11984-1 (the Rothwell method) for measuring the absorption capacity of incontinence pads in the laboratory correlate with clinical pad performance*. Journal of Medical Engineering & Physics, 2003. 25: p.603-13.





รายงานฉบับย่อ

หัวข้อที่ 8

ระบบการคัดกรอง บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้มีปัญหา
การดื่มสุรา : เด็กกำพร้าในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คณะผู้จัดทำ

นพ.ดร.ทักษพล ธรรมรังสี

น.ส.สุรรา แก้วนุ้ย

น.ส.ไศภิต นาสีบ

ภญ.ประพัตร์ เนรมิตพิทักษ์กุล

ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ



ระบบการคัดกรอง บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา : เด็กกำพร้าในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ความเป็นมา

การดื่มสุราก่อปัญหาต่อสุขภาพร่างกาย จิต สังคม และปัญญาของประชากรไทย ผลกระทบจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้จำกัดอยู่เพียงตัวผู้บริโภคเท่านั้น ครอบครัว บุคคลรอบข้าง ชุมชน สังคม และประเทศ ล้วนมีส่วนแบกรับภาระจากผลกระทบดังกล่าว โดยการดื่มสุรายังมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ ที่ส่งผลถึงศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ การเติบโตทางเศรษฐกิจ และการพัฒนาของสังคมโดยรวม จากการศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549 พบว่าผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทย มีมูลค่าสูงถึง 1.51 แสนล้านบาทหรือคิดเป็นร้อยละ 1.97 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ซึ่งสูงกว่าผลประโยชน์ที่สังคมได้รับในรูปแบบของภาษี นอกจากนี้ยังพบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคหรือภาวะที่มีสาเหตุจากการดื่มสุราทั้งสิ้นมากกว่า 3 ล้านคน คิดเป็นต้นทุนค่ารักษาพยาบาลถึง 5,491 ล้านบาท และหากจำแนกเฉพาะการรักษาภาวะติดสุราคิดเป็นเงิน 430 ล้านบาท ^[1]

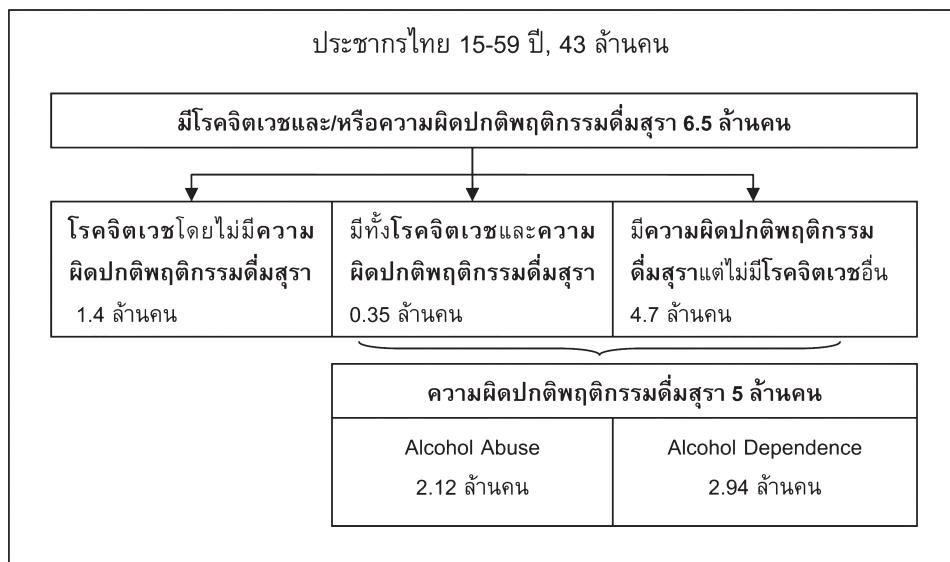
นอกจากนี้การดื่มสุรายังมีความเกี่ยวข้องกับโรคและการบาดเจ็บกว่า 60 ประเภท และคร่าชีวิตประชากรโลกถึง 2.3 ล้านคนในปี พ.ศ. 2547^[2] ในประเทศไทยนั้นการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพลำดับที่สอง โดยก่อภาระโรคคิดเป็นร้อยละ 8.1 ของภาระโรคทั้งหมด^[3] ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยนานาชาติอย่างชัดเจน และข้อมูลจากการสำรวจระบาดวิทยาโรคจิตเวชในประชากรไทย ปี พ.ศ. 2551 ประมาณการว่ามีประชากรไทยวัย 15-59 ปี จำนวนถึง 5 ล้านคน จากทั้งหมด 43 ล้านคน (ร้อยละ 11.7) ที่เข้าข่ายมีความผิดปกติในพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ซึ่งในประชากรกลุ่มนี้ประมาณ 2 ล้านคนเข้าข่าย Alcohol abuse และ 3 ล้านคน เข้าข่ายมีภาวะติดสุรา (Alcohol dependence) ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค DSM IV และมีประมาณ 3.5 แสนคนที่มีทั้งความผิดปกติพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและโรคจิตเวช (mental disorders) ร่วมด้วย ดังแสดงในภาพที่ 1 ซึ่งหากเทียบจากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2550 ที่รายงานว่ามี ความชุกของนักดื่มในประชากร วัย 25-59 ปี ร้อยละ 34.4 และในกลุ่ม 15-24 ปี ร้อยละ 21.9 อาจจะสามารถการอย่างหายขาดได้นักดื่มไทยในวัย 15-59 ปี ประมาณร้อยละ 30-40 มีความผิดปกติพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา^[4] ตัวเลขข้างต้นยังไม่รวมกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงอีกเป็นจำนวนมาก ที่พร้อมจะ

ยกระดับความเสี่ยงของตนเองไปสู่ระดับที่รุนแรงมากขึ้นหากไม่มีระบบการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

ผู้มีปัญหาการดื่มสุรา : เด็กกำพร้าในระบบบริการสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพที่ซุกอยู่ใต้พรมนี้ มิได้ปรากฏชัดเจนในระบบบริการสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลสำคัญคือ ประเทศไทยยังไม่มีระบบคัดกรอง บำบัดรักษาและฟื้นฟู อย่างเต็มรูปแบบที่พร้อมให้กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่มีปัญหานี้เข้าถึงได้ ข้อจำกัดในการเข้าถึงระบบบริการของผู้มีปัญหาการดื่มสุรา มีความชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบ ความชุกของผู้มีปัญหาดังกล่าวข้างต้น กับจำนวนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของกลุ่มภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม จากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Mental and behavior disorders due to use of alcohol :F10) ของโรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีเพียง 2,829,516 ครั้ง ในปี 2552 หรือคิดเป็น 49 ครั้ง ต่อ1,000 ประชากร ^[5]

ภาพที่ 1: ประมาณการจำนวนและความชุกของผู้มีความผิดปกติพฤติกรรมการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders) ในประเทศไทยปี 2551



ที่มา : ระบาดวิทยาโรคจิตเวชของคนไทย : การศึกษาระดับชาติปี 2551. กรมสุขภาพจิต.

ระบบคัดกรองและบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุรา : สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังก่อนผู้ป่วย

การบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการดื่มสุรามีความหลากหลายมากกว่า 40 รูปแบบ อย่างไรก็ตาม โดยหลักการกว้างๆ ระบบคัดกรอง บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ดื่มสุรา ควรประกอบด้วย สี่ขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีกระบวนการ เป้าหมาย ผู้ดำเนินการ และข้อจำกัดแตกต่างกัน (ดังแสดงในตารางที่ 1)

1 การคัดกรองและการให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น (Alcohol screening and brief intervention)

หลักการ :

ขั้นตอนนี้ประกอบด้วยสองส่วนคือ การคัดกรองเพื่อจำแนกประเภทของผู้ดื่มตามระดับความเสี่ยง และบำบัดรักษาโดยให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น (Brief Intervention - BI) ตามระดับความเสี่ยง เพื่อโน้มน้าวให้ผู้ที่มีความเสี่ยงนั้นลดความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการดื่มสุราของตนลงด้วยการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มลง

การคัดกรองและให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น อาจจะทำได้กับประชากรทั่วไป ผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยที่มาด้วยอาการนำที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา โดยบุคลากรสุขภาพทุกระดับสามารถดำเนินการได้ โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ เกณฑ์การคัดกรองที่นิยมคือการใช้แบบประเมิน Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) ซึ่งจะสามารถแบ่งผู้ดื่มตามระดับความเสี่ยง เพื่อจะได้รับคำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น(BI) ที่มีความเข้มข้นแตกต่างกันไป โดยกลุ่มที่เข้าข่ายติดสุราจะได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่เข้มข้นต่อไป

สถานการณ์ปัจจุบัน แม้ว่าจะมีความพยายามจากหลายภาคส่วน ปัจจุบันยังไม่มีระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นทางการในระดับประเทศ แม้ว่า BI ถือเป็นโปรแกรมการจัดการผู้มีปัญหาสุราที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าสูงสุด ซึ่งการขาดกลไกการคัดกรองนี้เท่ากับว่าประเทศไทยได้ปล่อยให้กลุ่มเสี่ยงจำนวนหลายล้านคน ยกระดับความเสี่ยงไปสู่ปัญหาที่รุนแรงขึ้นโดยไม่จำเป็น

2 มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา (Detoxification) และโรคร่วมทางกาย

หลักการ อาการขาดสุรา (Alcohol withdrawal symptom) เกิดขึ้นได้ในกลุ่มผู้มีภาวะติดสุรา ขั้นตอนนี้จึงประกอบด้วย 4 ส่วนคือ การประเมินความเสี่ยงการติดสุรา, การประเมินความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรา, การเฝ้าระวังและรักษาอาการขาดสุรา และการบำบัดรักษาภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย

สถานการณ์ปัจจุบัน ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราจนถึงขั้นติดสุราจำนวนมากที่มาด้วยอาการนำของโรคทางกายโดยผู้ป่วยและแพทย์เองก็ไม่ทราบว่าผู้ป่วยดื่มสุราจนถึงขั้นติด แต่หลังจากรักษาโรคทางกายแล้วเกิดอาการของการขาดสุราภายหลัง เนื่องจากการขาดระบบประเมนความเสี่ยงการติดสุรา และการประเมนความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรา จึงไม่ได้เตรียมการช่วยเหลือล่วงหน้า บุคลากรสุขภาพจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้จัดการเฝ้าระวังและให้การรักษาอาการขาดสุราอย่างถูกต้อง บางส่วนเป็นการรักษาตามอาการ บางส่วนขาดการเฝ้าระวังจนเกิดอาการขาดสุรารุนแรงจนเกิดอันตรายกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยเกิดอาการอาละวาด คลุ้มคลั่ง ทำร้ายตัวเอง กระโดดตึก บางส่วนได้รับการส่งต่อโดยไม่จำเป็น ทั้งที่หากมีการประเมนความเสี่ยงการติดสุรา ประเมนความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรา และเฝ้าระวังให้การรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมด้วยยาพื้นฐานที่มีในทุกโรงพยาบาล (เช่น diazepam) แล้ว จะสามารถป้องกันการสูญเสียด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่ตามมาได้อย่างมหาศาล นอกจากนี้ในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเมื่อพ้นระยะถอนพิษสุรา กลุ่มผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการส่งเข้าสู่การบำบัดรักษาอาการติดสุราอย่างที่เหมาะสม ทำให้ปัญหาการติดสุราและเกิดอาการขาดสุรากลับเป็นซ้ำแล้วซ้ำอีก

3 มาตรการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ (Alcohol Treatment and Rehabilitation)

หลักการ การบำบัดรักษาในขั้นตอนนี้ดำเนินการหลังผู้ป่วยพ้นระยะขาดสุรา รูปแบบการรักษามีความหลากหลาย เช่น การบำบัดรักษาทางจิตสังคม(Psychosocial treatment) ในรูปแบบของ Cognitive behavior therapy (CBT) หรือ Motivational Enhancement Therapy (MET) และการรักษาด้วยยา (Pharmacological Treatment) โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ติดสุราสามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มสุราของตนได้ ซึ่งสามารถทำได้ทั้งรูปแบบของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในกลุ่มที่มีอาการรุนแรงนั้นมักต้องใช้เวลาในการรักษานาน

สถานการณ์ปัจจุบัน การดูแลบำบัดทางจิตใจและฟื้นฟูแม้ว่าจะมีหลักฐานแสดงถึงประสิทธิผลในการช่วยลดและควบคุมการดื่มสุราในผู้ติดสุราได้ แต่ในสถานการณ์จริงของระบบบริการสาธารณสุขไทยนั้นมีแหล่งบริการน้อยมาก การให้การบำบัดทางจิตใจที่มีรูปแบบชัดเจน เช่น CBT หรือ MET นั้น มีจัดบริการเฉพาะในโรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือในคลินิกจิตเวชหรือสารเสพติดในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลชุมชนที่สนใจบางแห่งเท่านั้น นอกจากนั้นยังมีปัญหาประเด็นเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการให้การรักษาด้วยยา กลับพบว่ามียาให้เลือกใช้อย่างจำกัด ตัวอย่างเช่น ยา Acamprosate

ที่มีประสิทธิภาพดีไม่ได้ถูกนำเข้ามาในประเทศไทยเนื่องจากเหตุผลทางธุรกิจ ส่วน Disulfiram ก็ถูกใช้ในทางที่ผิด ไม่ถูกสั่งจ่ายโดยแพทย์ ซึ่งหากผู้ป่วยดื่มสุราเข้าไปหลังจากรับประทาน ยาจะเกิดอันตรายได้ ทำให้แพทย์บางส่วนต้องหาทางเลือกใช้เวชภัณฑ์ที่ไม่ได้ออกแบบมา เพื่อบำบัดรักษาผู้ติดสุราโดยตรง เช่น Topiramate (Topamax) ซึ่งเป็นยาในระบบบัญชี ยาหลักแห่งชาติที่มีข้อบ่งใช้เป็นยากันชักหรือรักษาไมเกรน และยังมีราคาสูง

โดยสรุปความพร้อมและศักยภาพของบุคลากรในระบบบริการสุขภาพและเวช ภัณฑ์ยังเป็นข้อจำกัดสำคัญของระบบการบำบัดรักษา โดยการบริการสำหรับผู้ป่วยบางราย ใช้ระยะเวลาอันยาวนานและมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างแพง ในส่วนของการบำบัดรักษานอกสถาน พยาบาลนั้น ยังมีจุดอ่อนเนื่องจากต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชนในการดำเนินการ

4 มาตรการดูแลและระยะยาวหลังการรักษา (After care)

หลักการ มาตรการดูแลและระยะยาวหลังการรักษา ซึ่งเป็นมาตรการที่ต้องการให้ผู้ที เคยประสบปัญหาจากการดื่มและหยุดดื่มได้ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมโดยไม่กลับมา ดื่มอีกครั้ง ซึ่งแนวทางในการดำเนินมาตรการนี้มีหลากหลายวิธี ขึ้นอยู่กับพื้นที่และ ลักษณะทางวัฒนธรรมของชุมชน อย่างไรก็ตามบุคลากรสุขภาพสามารถมีบทบาทในการ ติดตามผู้ป่วย ทั้งเพื่อกระตุ้นแรงจูงใจ และศักยภาพในการควบคุมการบริโภค ของตนและ บุคคลในครอบครัว

สถานการณ์ปัจจุบัน ในปัจจุบันยังไม่มีการดูแลผู้ป่วยระยะยาวหลังการรักษา รวมถึงระบบติดตามของบุคลากรสุขภาพ ซึ่งอาจจะเป็นส่วนหนึ่งให้ผู้ที่ผ่านการ บำบัดรักษาไม่สามารถควบคุมการบริโภคของตนได้

ตารางที่ 1 กระบวนการคัดกรองบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้มีปัญหาการดื่มสุรา กลุ่มเป้าหมาย ผู้ ดำเนินการ และข้อจำกัดของระบบ

มาตรการ	ขั้นตอนหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ดำเนินการ	ข้อจำกัด ระดับพื้นที่	ข้อจำกัด เชิงมหภาค
1. คัดกรอง และให้คำ แนะนำปรึกษา เบื้องต้น	คัดกรอง	ประชากร ทั่วไป/ผู้ป่วย ทั่วไป/ ผู้ป่วย ที่มาด้วย อาการนำที่ เกี่ยวข้องกับ การดื่มสุรา	บุคลากร สุขภาพทุก ระดับ	- นโยบาย ระดับหน่วย งาน - ศักยภาพใน การคัดกรอง - ภาระงาน	- ขาดนโยบาย สนับสนุน การคัดกรอง และให้คำ แนะนำ ปรึกษาเบื้องต้น - การฝึกอบรม

มาตรการ	ขั้นตอนหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ดำเนินการ	ข้อจำกัดระดับพื้นที่	ข้อจำกัดเชิงมหภาค
	ให้คำแนะนำปรึกษาเบื้องต้น	ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหา			
2. การขาดสุราและรักษาโรคร่วมทางกาย	ประเมินการติดสุรา	ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหา	ระดับปฐมภูมิ ในกรณีไม่รุนแรง ทดียบ ภูมิและตติย ภูมิในกรณีที่ รุนแรงมากขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดการประเมินความเสี่ยง - ศักยภาพในการประเมิน - การรักษาเฉพาะโรคทางกาย และอาจจะไม่ได้วินิจฉัยอาการขาดสุราเป็นการเฉพาะ - ให้การรักษาตามอาการ โดยขาดการนำผู้ป่วยไปสู่ขั้นตอนต่อไป 	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดนโยบายในการสนับสนุนการประเมินและรักษาอาการขาดสุราในสถานพยาบาลทุกระดับ
	ประเมินความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรา	ผู้ที่ติดสุรา			
	เฝ้าระวังและรักษาอาการขาดสุรา ประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกาย	ผู้ที่มีความเสี่ยงการเกิดอาการขาดสุรา ผู้ที่มีอาการขาดสุราร่วมกับโรคอื่น			
3. มาตรการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ติดสุรา	จิตสังคมบำบัด	ผู้ที่มีอาการติดสุราหลังพ้นระยะถอนพิษ	ทุติยภูมิ-ตติยภูมิ	<ul style="list-style-type: none"> - ความพร้อมด้านจำนวนและการกระจายของบุคลากร - ศักยภาพของบุคลากรในการให้การบำบัดรักษาผู้ติดสุรา - ภาระงานใน 	<ul style="list-style-type: none"> - ความพร้อมและการจัดการระบบเวชภัณฑ์ - การจัดการกับค่าใช้จ่ายในกรณีที่มีอาการรุนแรง - การฝึกอบรม
	การรักษาด้วยยา				

มาตรการ	ขั้นตอนหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ดำเนินการ	ข้อจำกัดระดับพื้นที่	ข้อจำกัดเชิงมหภาค
				การดูแลผู้ติดสุราโดยเฉพาะในรายที่อาการรุนแรง - การเลือกใช้ยา	
	รูปแบบการบำบัดอื่นๆ	ผู้ที่มีอาการติดสุราที่มีอาการไม่รุนแรงนัก	บุคลากรสุขภาพ/ บุคลากรอื่น/ ชุมชน	- ความยอมรับนับถือ - คุณภาพของโปรแกรม	- นโยบายการสนับสนุนการรักษาทางเลือก
4. การดูแลระยะยาวหลังการรักษา	การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย	ผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษา	บุคลากรสุขภาพและภาคส่วนอื่น	- ระดับความพร้อมของปัจจัยโครงสร้าง - ความสนใจของบุคลากร	- นโยบายสนับสนุนการติดตามผู้ป่วย - กลไกการนำงบประมาณจากหลายแหล่งมาสนับสนุน
	การติดตามเฝ้าระวัง		บุคลากรสุขภาพทุกระดับ		

มองปัญหา มองผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง มองโอกาสในการพัฒนาความเข้มแข็งของระบบ

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีศักยภาพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคัดกรองน้ำบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้มีความเสี่ยงและปัญหาการดื่มสุรา ผ่านมิติของ จุดแข็ง โอกาสที่สำคัญในการเสริมสร้างความสำเร็จของระบบ

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญ	จุดแข็ง	โอกาสในการพัฒนา	ปัจจัยความสำเร็จ
รัฐ กระทรวงสาธารณสุข - กรมสุขภาพจิต	- มีบุคลากรสุขภาพจิต - พันธกิจในการพัฒนารูปแบบการรักษา	- การกระจายบุคลากร - การวางระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราให้เหมาะสมกับทรัพยากรโครงสร้างพื้นฐาน	- การประสานงานระหว่างกรมสุขภาพจิตกับหน่วยงานอื่นๆ - ร่วมคิดกลยุทธ์ประเด็นวิชาการที่ควรมีข้อยุติทางวิชาการ
กระทรวงสาธารณสุข - สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และองค์การเภสัชกรรม	- มีความรับผิดชอบโดยตรง - ศักยภาพในการติดต่อกับบริษัท	- ทบทวนและพัฒนาหาช่องทางในการลดข้อจำกัดด้านเวชภัณฑ์ รวมถึงการบรรจุ / เพิ่มข้อบ่งใช้ ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามความเหมาะสม - ยกระดับควบคุม/ส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น - ให้องค์การเภสัชกรรมพิจารณาผลิต/นำเข้า ยาสามัญในประเทศ	- มีความชัดเจนเชิงนโยบาย
กระทรวงสาธารณสุข - หน่วยงานอื่นๆ	- มีโครงสร้างองค์กรกระจาย มีโอกาสในการเข้าถึงโดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ	- บรรจุให้มีการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาและการให้การช่วยเหลือเบื้องต้นในระบบบริการปฐมภูมิ - พัฒนารูปแบบการประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่ออาการขาดสุราในระดับโรงพยาบาลเป็นแนวปฏิบัติพื้นฐาน - พัฒนารูปแบบระบบบริการบำบัดรักษาผู้ติดสุราและการส่งต่อให้เหมาะสม - บรรจุให้ปัญหาการดื่มสุราเป็นตัวชี้วัดการติดตามความก้าวหน้าของระบบ	- ความจริงจังและต่อเนื่องของทุกระดับ - ศักยภาพของบุคลากรสุขภาพ - ยกยัดความสามารถของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิเพื่อลดภาระของระดับตติยภูมิ - ระบบรายงานเพื่อติดตามประเมินผล

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้เสียที่มีศักยภาพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคัดกรองบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้มีความเสี่ยงและปัญหาการดื่มสุรา ผ่านมิติของ จุดแข็ง โอกาสที่สำคัใน การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบ (ต่อ)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญ	จุดแข็ง	โอกาสในการพัฒนา	ปัจจัยความสำเร็จ
<p>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สามารถใช้ทรัพยากรในการกำหนดทิศทางของการพัฒนาระบบ - สามารถกำกับติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบ 	<ul style="list-style-type: none"> - พิจารณาค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยติดสุรารายที่รุนแรงและใช้ทรัพยากรสูงเป็นการเฉพาะ - พิจารณาบรรจุเวชภัณฑ์ที่หมดอายุและจำเป็นในชุดสิทธิประโยชน์เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับแพทย์ - พิจารณาให้การคัดกรองความเสี่ยง เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะการคัดกรองในประชากร - พิจารณาให้การบำบัดทางจิตสังคมที่มีรูปแบบชัดเจนเป็นกิจกรรมเพื่อการรักษาผู้ติดสุรา - พิจารณาหาทางลดข้อจำกัดด้านเวชภัณฑ์ 	<ul style="list-style-type: none"> - การฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพอย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง - อาจจะต้องคง態ทำงานขึ้นมาพัฒนาแผนปฏิบัติการเป็นการเฉพาะ โดยต้องมีความเชื่อมโยงกับหลายภาคส่วน 	<ul style="list-style-type: none"> - การประสานงานกับนักวิชาการในการพัฒนาสื่อ
<p>สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีความชำนาญด้านกรรณรงค์สาธารณะ การพัฒนาสื่อ 	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนกระบวนการสร้างศักยภาพของบุคลากรสุขภาพ - การสร้างความตระหนักในประชากร โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง 	<ul style="list-style-type: none"> - ความจริงจังและต่อเนื่อง - การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - กลไกสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างพื้นที่
<p>กระทรวงมหาดไทย, องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น</p>	<ul style="list-style-type: none"> - โครงสร้างพื้นฐานกระจายทั่วประเทศ - พันธกิจเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของประชากรในเขตรับผิดชอบโดยตรง 	<ul style="list-style-type: none"> - บรรจุให้ปัญหาการดื่มสุราเป็นตัวชี้วัดการติดตามความก้าวหน้า - พิจารณาจัดสรรงบประมาณจากภาษีบำรุงท้องถิ่น (10% ของภาษีสรรพสามิตสุรา) ไปใช้ในการควบคุมปัญหาสุราในระดับพื้นที่ - สนับสนุนโครงการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และโครงการติดตาม - สนับสนุนการพัฒนารูปแบบการคัดกรองบำบัดรักษา โดยชุมชน (โดยการมีส่วนร่วมของบุคลากรสุขภาพ) 	<ul style="list-style-type: none"> - การประสานงานกับนักวิชาการในการพัฒนาสื่อ

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ผู้มีส่วนบพาทหรือมีศักยภาพที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคัดกรองบัณฑิตศึกษาและฟื้นฟูผู้มีความเสี่ยงและปัญหาการติ่มสุรา ผ่านมิติของ จุดแข็ง โอกาสที่สำคัฎในการเสริมสร้างควมเข้มแข็งของระบบ (ต่อ)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสำคัญ	จุดแข็ง	โอกาสในการพัฒนา	ปัจจัยความสำเร็จ
วิชาการ	<ul style="list-style-type: none"> - ความรับผิดชอบในการผลิตบุคลากรสุขภาพ - ลักษณะการกระจายซึ่งสามารถรองรับการฝึกอบรม 	<ul style="list-style-type: none"> - บรรจุโปรแกรมการคัดกรองบัณฑิตศึกษาและฟื้นฟูปัญหาการติ่มสุราในหลักสูตรการศึกษาและฝึกอบรมต่อเนื่อง - พิจารณาความเป็นไปได้ในการจัดรูปแบบการฝึกอบรมแก่บุคลากรสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - ความเป็นไปได้ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพอย่างกว้างขวางและต่อเนื่อง
องค์กรวิชาชีพ ราชวิทยาลัย	<ul style="list-style-type: none"> - ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เฉพาะประเด็น 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนและการฝึกอบรม 	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมคลัสต์หลายประเด็นวิชาการที่ควรมีข้อยู่ติทางวิชาการ
แผนงานการพัฒนา ระบบ และวิธีการ บำบัดรักษา ผู้มีปัญหการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.)	<ul style="list-style-type: none"> - มีความรับผิดชอบในการพัฒนาศักยภาพทางวิชาการด้าน การบำบัดรักษาโดยตรง - มีประสบการณ์ในการประสานงานกับนักวิชาการ 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาแนวทาง รูปแบบของการคัดกรอง บำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุรา โดยควรมีการรับรองโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - พัฒนาหลักสูตร โปรแกรมการฝึกอบรมต่อเนื่องสำหรับบุคลากรสุขภาพ - พัฒนาแนวทางในการติดตามประเมินผลระบบบริการ 	<ul style="list-style-type: none"> - การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ประชาสังคม เครือข่ายประชาสังคมที่สนใจ	<ul style="list-style-type: none"> - ความสนใจ ประสพการณ์ทั้งในระดับบุคคลและองค์กร - จิตสาธารณะ 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาแนวทาง การคัดกรอง การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาการติ่มสุราเพื่อสนับสนุน/เสริมกับรูปแบบที่ดำเนินการโดยบุคลากรสุขภาพในระบบ - พัฒนาโปรแกรมการติดตามผู้ป่วยหลังการรักษา รวมถึงการเสริมศักยภาพให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - การพัฒนาโปรแกรมโดยมีวิชาการเป็นรากฐาน - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคี ระหว่างพื้นที่

แนวทางและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อ สปสช.

การคัดกรองผู้มีความเสี่ยงและการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงอย่างย่อ (Brief intervention) จัดเป็นรูปแบบการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิผลและความคุ้มค่าสูงสุด และสามารถจัดให้มีในระบบบริการปฐมภูมิและกระทำโดยบุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ ซึ่งข้อมูลวิชาการพบว่ามีประสิทธิภาพไม่ต่างกัน ส่วนการบำบัดรักษาโดยไม่ได้สมัครใจ เช่น การบังคับบำบัดรักษาผู้ที่ฝ่าฝืนกฎระเบียบต่างๆมีประสิทธิภาพต่ำ

การบำบัดรักษาผู้มีอาการติดสุราได้ดำเนินการมาต่อเนื่องตามรับผิดชอบหลักของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มีระบบการบำบัดรักษาผู้มีความติดสุราและระบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็นทางการในระดับประเทศ และยังไม่ได้ถูกผนวกเข้าไปในการบริการระดับปฐมภูมิ และระบบประกันสุขภาพเป็นการเฉพาะ โดยข้อจำกัดสำคัญของระบบการบำบัดรักษาประกอบด้วย การเข้าถึงระบบของผู้มีปัญหาและมีความเสี่ยง มาตรการของระบบการคัดกรองและการบำบัดรักษา ทรัพยากรในระบบ และศักยภาพในการติดตามประเมินผล ส่วนการบำบัดรักษาโดยบุคลากรที่มีใบบุคลากรสุขภาพ อย่างเช่น การบำบัดรักษาแบบกลุ่มด้วยตนเอง (Self-help group) หรือการบำบัดด้วยหลักความเชื่อทางศาสนา ยังไม่เป็นที่นิยมอย่างกว้างขวางในประเทศไทย

ดังนั้น ในการพัฒนาระบบการคัดกรอง บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้มีปัญหาการดื่มสุราจึงควรมีกระบวนการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาให้กับกลุ่มเสี่ยง/ผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรมีความครอบคลุมในทุกกลุ่มมาตรการ มิใช่การบรรจุมาตรการใดมาตรการหนึ่งเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยข้อเสนอแนะที่เป็นแนวทางเชิงรุกในการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับการพัฒนาการคัดกรอง บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ แก่ผู้มีปัญหาการดื่มสุรามีดังนี้

1. เสนอให้บริการสำหรับผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา เป็นโปรแกรมเฉพาะ (vertical program) ของ สปสช. โดยทำงานร่วมกับองค์กรที่ดำเนินการอยู่แล้ว เช่น แผนงานการพัฒนา ระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.) สถานพยาบาลทั้งส่วนกลางและภูมิภาค เป็นต้น
2. ควรเป็นโปรแกรมที่เน้นการลดช่องว่างของระบบ
 - พัฒนาศักยภาพให้กับบุคลากรสุขภาพโดยเฉพาะบุคลากรที่จะปฏิบัติหน้าที่ในระบบบริการปฐมภูมิ และจัดการอบรมเรียนรู้อย่างต่อเนื่องสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่

- พิจารณาให้การคัดกรองความเสี่ยง และการติดตามผู้ป่วย เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
 - พัฒนาการให้ “การบำบัดทางจิตสังคม” ที่มีรูปแบบชัดเจนเป็นกิจกรรมเพื่อการรักษาผู้ติดสุรา
 - เน้นการบริหารจัดการเพื่อลดข้อจำกัดด้านเวชภัณฑ์
 - พิจารณาให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยติดสุรารายที่รุนแรง และใช้ทรัพยากรสูงเป็นการเฉพาะ
3. ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ เพื่อช่วยให้เกิดการปฏิบัติงานได้อย่างคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ ความยั่งยืนในการดำเนินงาน โดย สปสช. นับเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบการคัดกรอง บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา ในการดำเนินงานนี้มีความจำเป็นด้านงบประมาณเพื่อดำเนินงาน 5 ปีประมาณ 501.92 ล้านบาท หรือปีละ 100.384 ล้านบาท ดังแสดงในตารางที่ 3 ในการทำงานนั้น ตั้งอยู่บนสามหลักการสำคัญ คือการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่ดำเนินการอยู่แล้ว การพัฒนาศักยภาพร่วมกัน และเป็นการปิดช่องว่างในระบบโดยรวม

งบประมาณดำเนินการ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : กิจจัดจุดอ่อนอย่างเป็นกระบวนกร

ตารางที่ 3 งบประมาณการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะนโยบายต่อ สปสช.

แนวทาง	มาตรการ	เป้าหมาย 5 ปี	รายละเอียด	งบประมาณ 5 ปี (ล้านบาท)
การฝึกอบรม	การคัดกรอง บำบัดอย่าง สิ้น และติดตาม	ทุกจังหวัด มี 5 รพ. ชุมชนนำร่อง และมีเจ้าหน้าที่ใน รพ. อย่าง น้อย 20 คน ที่ผ่านการฝึกอบรม (โดยดำเนินการปีละ 1 รพ.)	1,000 บาท *20 คน *5 รพ. * 76 จังหวัด	7.6
	การถอนพิษ	ทุกจังหวัด มี 5 รพ. ชุมชนนำร่อง และมีเจ้าหน้าที่ใน รพ. อย่าง น้อย 2 คน ที่ผ่านการฝึกอบรม (โดยดำเนินการปีละ 1 รพ.)	2,000 บาท*2คน *5 รพ. * 76 จังหวัด	1.52
	การบำบัดรักษา	ทุกจังหวัด มี 5 รพ. ชุมชนนำร่อง และมีเจ้าหน้าที่ใน รพ. อย่าง น้อย 2 คน ที่ผ่านการฝึกอบรม (โดยดำเนินการปีละ 1 รพ.)	5000 บาท * 2 คน * 5 รพ. * 76 จังหวัด	3.8
การดำเนิน การ	การคัดกรอง	ประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปี จำนวน 7 ล้านคน ที่เข้ารับบริการ ในระบบสุขภาพ ใน 5 รพ. ชุมชนนำร่องของทุกจังหวัด	10 บาท * 7 ล้านคน	70
	การบำบัดรักษาเบื้องต้น	นักดื่มความเสี้ยวสูง 1 ล้านคน ที่เข้ารับบริการในระบบสุขภาพ ใน 5 รพ. ชุมชนนำร่องของทุกจังหวัด	20 บาท * 1 ล้านคน	20
	การถอนพิษ		รวมอยู่ในงบรักษา พยาบาล (curative)	รวมอยู่ในงบรักษา พยาบาล (curative)
	การบำบัดรักษาฟื้นฟู	ผู้ติดสุราที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ใน 5 รพ. ชุมชนนำร่องของ ทุกจังหวัด จำนวน 6.5 แสนคน	100 บาท* 4 ครั้ง * 6.5 แสนคน	260
	การติดตามหลังการรักษา	ครึ่งหนึ่งผู้ติดสุราที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ใน 5 รพ. ชุมชน นำร่องของทุกจังหวัด จำนวน 3.25 แสนคน	30 บาท * 4ครั้ง * 3.25 แสนคน	39

ตารางที่ 3 งบประมาณการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อ สปสช.

แนวทาง	มาตรการ	เป้าหมาย 5 ปี	รายละเอียด	งบประมาณ 5 ปี (ล้านบาท)
การติดตามประเมินผลโปรแกรม			เหมารวม ปีละ 10,000,000* 5 ปี	50
การพัฒนาวิชาการ			เหมารวม ปีละ 10,000,000	50
รวม			เฉลี่ยปีละ 100.384 ล้านบาท	501.92

เอกสารอ้างอิง

1. มนทร์ตม์ ถาวรเจริญทรัพย์ และคณะ. การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. นนทบุรี : โครงการประเมินผลเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2551.
2. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. 2002
3. คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง, รายงานผลการศึกษา เรื่องภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชาชนไทย พ.ศ. 2547. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข : นนทบุรี. 2550
4. วชิระ เพ็งจันทร์ และคณะ . ระบาดวิทยาโรคจิตเวชของคนไทย:การศึกษาระดับชาติปี 2551. กรมสุขภาพจิต. (ระหว่างตีพิมพ์)
5. ข้อมูล จำนวนการบริการผู้ป่วยนอก ในกลุ่ม ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม จาก เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Mental and behavior disorders due to use of alcohol : F10) ของโรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข จากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2552





รายงานฉบับย่อ

หัวข้อที่ 9

ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิด

ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนรอบเขตอุตสาหกรรม:
กรณีศึกษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีน

ผู้ร่วมวิจัย

ภญ.วรัญญา รัตนวิภาพงษ์¹

ภญ.จรรยา สิริวีโรจน์¹

ภญ.พัทธรา ลิฬหวรรณค์¹

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์¹

ศ.ดร.นพ.พรชัย ลิทธิศรัณย์กุล²

ผศ.ดร.สรันยา เฮงพระพรหม²

¹โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

²ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนรอบเขตอุตสาหกรรม : กรณีศึกษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีน

ข้อมูลพื้นฐาน

การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศที่ผ่านมาทำให้มีการจัดตั้งเขตอุตสาหกรรมขึ้นเป็นจำนวนมาก ถึงแม้จะเป็นประโยชน์ด้านเศรษฐกิจในภาพรวม แต่ก็ได้ส่งผลเสียต่อสภาพแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อุตสาหกรรมและรอบเขตอุตสาหกรรม ซึ่งเสี่ยงต่อการได้รับสารก่อมะเร็งหลายชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสารอินทรีย์ระเหยง่าย (Volatile Organic Compounds : VOCs) คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติจึงได้กำหนดมาตรฐานค่าสารอินทรีย์ระเหยง่ายในบรรยากาศโดยทั่วไปในเวลา 1 ปีไว้ 9 ชนิด ดังแสดงในตารางที่ 1 เพื่อเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่อุตสาหกรรมและรอบเขตอุตสาหกรรม

ตารางที่ 1 มาตรฐานค่าสารอินทรีย์ระเหยง่ายในบรรยากาศโดยทั่วไปในเวลา 1 ปี ตามประกาศของคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ¹

ชื่อสาร	ค่ามาตรฐาน (ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร)	การจัดกลุ่ม*
1. เบนซีน (Benzene)	1.7	1
2. ไวนิลคลอไรด์ (Vinyl Chloride)	10	1
3. 1,2-ไดคลอโรอีเทน (1,2-Dichloroethane)	0.4	2B
4. ไตรคลอโรเอทิลีน (Trichloroethylene)	23	2A
5. ไดคลอโรมีเทน (Dichloromethane)	22	2B
6. 1,2-ไดคลอโรโพรเพน (1,2-Dichloropropane)	4	3
7. เตตระคลอโรเอทิลีน (Tetrachloroethylene)	200	2A
8. คลอโรฟอร์ม (Chloroform)	0.43	2B
9. 1,3-บิวทาไดอีน (1,3-Butadiene)	0.33	1

* การจัดกลุ่มตาม The International Agency for Research on Cancer (IARC)² ซึ่งแบ่งกลุ่มสารก่อมะเร็งไว้ 5 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่ม 1 คือ กลุ่มที่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอหรือแน่ชัดว่าเป็นสารก่อมะเร็งในมนุษย์

กลุ่ม 2A คือ กลุ่มที่มีข้อมูลสนับสนุนค่อนข้างแน่ชัดว่าอาจก่อมะเร็งในมนุษย์

กลุ่ม 2B คือ กลุ่มที่มีหลักฐานบ่งชี้ว่าน่าจะก่อมะเร็งในมนุษย์

กลุ่ม 3 คือ กลุ่มที่ไม่มีหลักฐานแน่ชัดว่าก่อมะเร็งในมนุษย์

กลุ่ม 4 คือ กลุ่มที่มีข้อมูลค่อนข้างแน่ชัดว่าไม่ก่อมะเร็งในมนุษย์

มีหลักฐานสนับสนุนว่า ประชาชนในพื้นที่อุตสาหกรรมและรอบๆเขตอุตสาหกรรมเสี่ยงต่อการได้รับสารก่อมะเร็งหลายชนิด ที่สำคัญคือ สารเบนซีน (Benzene) ที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเฉียบพลัน (acute myelocytic leukemia : AML) และมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟไซติกชนิดเรื้อรัง Chronic Lymphocytic Leukemia : CLL) ที่มีหลักฐานสนับสนุนว่าสัมพันธ์กับการสัมผัสสารเบนซีน³⁻⁵ แต่เนื่องจากโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟไซติกชนิดเรื้อรังพบได้น้อยในประเทศไทย⁶ การศึกษานี้จึงศึกษาเฉพาะกรณีการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเฉียบพลันที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีนเท่านั้น เนื่องจากมีอุบัติการณ์การเกิดมากกว่า

สารเบนซีนเป็นวัตถุพิษที่สำคัญในอุตสาหกรรมหลายประเภท เช่น ปิโตรเคมี การผลิตพลาสติก เรซิน โนลอน ไยสังเคราะห์ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ ฉนวนกันความร้อน ยาง และชิ้นส่วนรถยนต์ อุตสาหกรรมที่มีการใช้ตัวทำละลายต่างๆ เป็นต้น ระยะเวลาที่สารเบนซีนก่อให้เกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (latent period) คือ 5-15 ปีภายหลังจากการสัมผัสครั้งแรก การสัมผัสสารเบนซีนในระดับสูงเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญคือ ทำให้ไขกระดูกมีการสร้างเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาวที่ลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจาง มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้ติดเชื้อได้ง่าย เพิ่มโอกาสการเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเม็ดเลือดต่างๆ ตัวอย่างรายงานการศึกษาของต่างประเทศ⁷ พบผู้ป่วยหลายรายที่ทำงานในโรงงานผลิตรองเท้าซึ่งใช้กาวที่มีส่วนผสมของสารเบนซีนเกิดภาวะซีด (aplastic anemia) และโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

แนวทางการรักษาผู้ที่สัมผัสสารเบนซีน⁸ พบว่า ไม่มีสารต้านพิษของสารเบนซีน (antidote) การรักษาสำหรับผู้ที่เกิดพิษเฉียบพลันจากการสัมผัสสารเบนซีนจึงเป็นเพียงการรักษาตามอาการและประคับประคอง ยกตัวอย่างเช่น หากสัมผัสที่ผิวหนัง ให้รีบล้างออกด้วยน้ำและล้างตามด้วยสบู่ นาน 20 นาที หรือหากสูดดมให้รีบเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปในสถานที่ที่อากาศถ่ายเทสะดวก อาจจำเป็นต้องให้ออกซิเจนในกรณีที่มีปัญหาเรื่องการหายใจ สำหรับผู้ที่สัมผัสสารเบนซีนเป็นเวลานานหรือเกิดพิษจากสารเบนซีนเรื้อรัง จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากแหล่งที่พบสารเบนซีนและป้องกันไม่ให้สัมผัสกับสารเบนซีนอีกต่อไป หากพบความผิดปกติเกี่ยวกับระบบเลือดหรือมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งควรปรึกษาแพทย์ เพื่อทำการรักษาเฉพาะทางต่อไป

กรณีตัวอย่างของปัญหามลพิษในพื้นที่เขตนิคมอุตสาหกรรมมาตาพุด จังหวัดระยอง ที่นับวันจะกลายเป็นปัญหาที่ลุกลามและยากต่อการแก้ไข ดังจะเห็นได้จาก รายงานของ กรมควบคุมมลพิษที่ยังคงตรวจพบสารก่อมะเร็งบางชนิดในอากาศสูงเกินค่ามาตรฐาน ในขณะที่เดียวกันได้มีการเพิ่มขึ้นของจำนวนโรงงานอุตสาหกรรมอย่างน้อย 50 โครงการ และ ภาคเอกชนยังขาดความชัดเจนในด้านมาตรการการจัดการด้านมลพิษและสิ่งแวดล้อม ดังนั้น ประชาชนในพื้นที่อุตสาหกรรมและรอบเขตอุตสาหกรรมจึงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนด้านมาตรการการติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลกระทบต่อ สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติรายงานว่า⁹ ช่วง พ.ศ. 2544-2546 ในพื้นที่ จังหวัดระยองมีค่าอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุ (age standardized incidence rate) ของโรคมะเร็งเท่ากับ 197.1 ต่อแสนประชากรในเพศชายและ 163.7 ต่อแสนประชากร ในเพศหญิง (ASR = 197.1 และ 163.7) ในช่วง 3 ปีนี้มีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ ในทั้งสิ้น 2,485 คน¹⁰ แบ่งเป็นเพศชาย 1,241 คน และเพศหญิง 1,244 คน หาก พิจารณาเฉพาะโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่า¹¹ จังหวัดระยองมีค่าอุบัติการณ์ปรับ มาตรฐานตามอายุ เท่ากับ 7.0 ต่อแสนประชากรในเพศชายและ 4.4 ต่อแสนประชากรใน เพศหญิง (ASR = 7.0 และ 4.4) นอกจากนี้ ข้อมูลจากกรมการปกครอง กระทรวง มหาดไทยในพ.ศ. 2553¹² พบว่า ประชาชนที่อยู่อาศัยในตำบลที่ตั้งของนิคมอุตสาหกรรม ที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ 26 แห่ง มีจำนวนทั้งสิ้น 698,842 คนซึ่งน่าจะมีความเสี่ยงต่อ การเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซิน นอกจากนี้ ยังมีประชากรแฝง คนงานก่อสร้าง คนงานในโรงงานอุตสาหกรรม และครอบครัวอีกเป็นจำนวนมากที่ไม่มีชื่อ อยู่ในทะเบียนราษฎรของพื้นที่ดังกล่าว

มาตรการการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพที่เกิดจากปัญหาสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ อุตสาหกรรมและรอบเขตอุตสาหกรรมที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ประกอบด้วย

1. การตรวจเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental monitoring) โดย ทำการตรวจวัดปริมาณสารเคมีที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ดิน น้ำ หรืออากาศ
2. การตรวจเฝ้าระวังทางชีวภาพชีวภาพ (Biological monitoring หรือ Biomonitoring) เป็นการประเมินการสัมผัสสารเคมีที่เข้าสู่ร่างกาย โดยการตรวจสาร เมทาบอลไลท์ของสารเบนซิน ได้แก่ สารทีที-มูโคนิคแอซิด (t,t-Muconic acid) ใน ตัวอย่างทางชีวภาพ คือ ปัสสาวะ

3. การเฝ้าระวังทางการแพทย์ (Medical monitoring) คือ การตรวจการเปลี่ยนแปลงทางเคมีชีวภาพ สรีรวิทยา หรือระดับโมเลกุล เพื่อวินิจฉัยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เช่น การตรวจนับเม็ดเลือดอย่างสมบูรณ์ (complete blood count: CBC) การตรวจความผิดปกติของสารพันธุกรรม (DNA damage) จากเซลล์เยื่อบุผิวต่างๆ เช่น เซลล์เยื่อบุข้างแก้ม โพรงจมูก เป็นต้น ซึ่งยังไม่มี การตรวจที่เฉพาะเจาะจงและมีปัญหาด้านเทคนิคในการส่งตรวจและแปลผล

กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานได้ประกาศกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสุขภาพลูกจ้างที่ทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย โดยกำหนดให้นายจ้างจัดให้มีการตรวจสุขภาพทั่วไปของลูกจ้างอย่างน้อยปีละครั้ง อย่างไรก็ตามการตรวจสุขภาพยังไม่ครอบคลุมผลกระทบต่อสุขภาพที่สอดคล้องกับมลพิษที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับ และขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อป้องกันปัญหาในภาพรวม สำหรับประชาชนรอบเขตอุตสาหกรรมซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงเช่นกัน ยังไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการตรวจสุขภาพที่อาจได้รับผลกระทบจากมลพิษ ซึ่งยังมีความแตกต่างกันในทางปฏิบัติ การศึกษานี้จึงศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพและค่าใช้จ่ายของประชาชนรอบเขตอุตสาหกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำหรับ การดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รอบเขตอุตสาหกรรม ในกรณีศึกษาโรคมะเร็ง เม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีน เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเพื่อเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพต่อประชาชนรอบเขตอุตสาหกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยการวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคมที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย
2. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงรอบเขตอุตสาหกรรมโดยยกกรณีศึกษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีน

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ประกอบด้วย 2 ส่วนหลักคือ

ส่วนที่ 1 การศึกษาผลกระทบทางสุขภาพต่อประชาชนรอบเขตอุตสาหกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยมีรายละเอียดต่าง ๆ ที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. กลุ่มประชากรที่ศึกษา

ประชาชนในพื้นที่รอบเขตอุตสาหกรรมที่เสี่ยงต่อการสัมผัสสารเบนซีนตั้งแต่อายุ 15-60 ปี

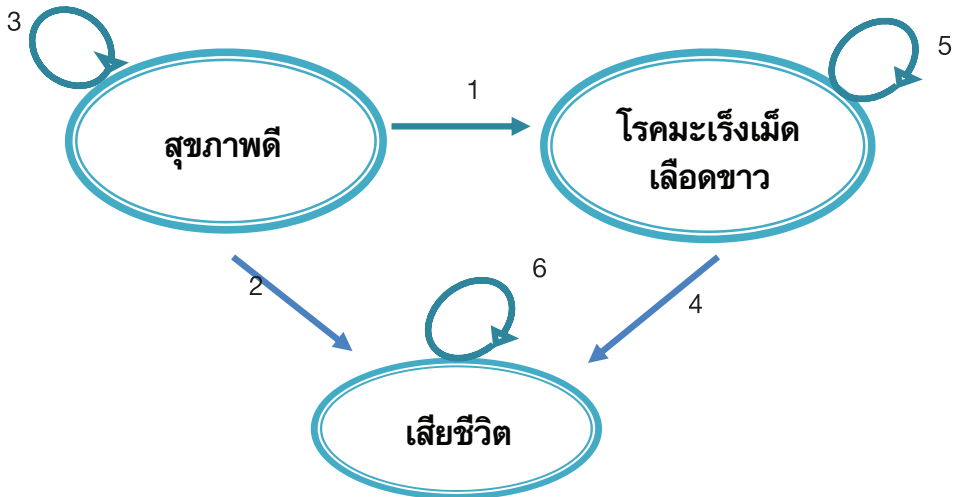
2. วิเคราะห์

การวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคม ซึ่งพิจารณาต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการและครัวเรือนของประชาชนของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีน 1 ราย ที่ได้รับการรักษา 2 แบบ ได้แก่ 1) ต้นทุนของการรักษาโดยยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) และ 2) ต้นทุนของการรักษาโดยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (Hematopoietic stem cell transplantation) โดยใช้แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ Markov

3. แบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์

รายละเอียดของแบบจำลอง Markov ดังแสดงในรูปที่ 1 แบบจำลอง Markov จำลองสถานะทางสุขภาพ (Health state) 3 สถานะ ได้แก่ 1) สถานะสุขภาพดีและไม่เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว 2) สถานะที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีน และ 3) สถานะเสียชีวิต ลูกศร (หมายเลข 1-6) ที่แสดงในแบบจำลองคือ ความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนจากสถานะหนึ่งไปยังอีกสถานะหนึ่ง (Transitional probability) ในรอบระยะเวลา 1 ปี เริ่มจากประชาชนในพื้นที่รอบเขตอุตสาหกรรมที่สุขภาพดี แต่มีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเนื่องจากมีโอกาสสัมผัสสารเบนซีนที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมภายในชุมชน ภายหลังจาก 1 ปี ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรมมีโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีน (ลูกศรหมายเลข 1) เสียชีวิตจากสาเหตุอื่น (ลูกศรหมายเลข 2) หรือยังคงอยู่ในสถานะเดิม (ลูกศรหมายเลข 3) สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีนในปีถัดมาอาจจะมีโอกาสชีวิต (ลูกศรหมายเลข 4) หรือยังคงอยู่ในสถานะเดิม (ลูกศรหมายเลข 5) สำหรับสถานะเสียชีวิต ในปีถัดมาก็ยังคงอยู่ในสถานะเดิม (ลูกศรหมายเลข 6)

รูปที่ 1 แสดงแบบจำลอง Markov ของประชาชนรอบเขตอุตสาหกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว



4. ค่าตัวแปรในแบบจำลอง

4.1 ตัวแปรด้านความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะทางสุขภาพ

- อุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

ข้อมูลอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในประชากรทั่วไปแยกอายุของประเทศไทยได้จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติในช่วง พ.ศ. 2541-2543¹³ การวิเคราะห์กรณีพื้นฐาน (base case analysis) ค่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในประชากรอายุ 23 ปี เท่ากับ 2.0 ต่อแสนประชากร

- ความน่าจะเป็นของการดำเนินโรค แบ่งเป็น

- 1) ความเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative Risk) ของการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยิลลอยด์ชนิดเฉียบพลันที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีน เท่ากับ 3.2 (ช่วงความเชื่อมั่น 95% เท่ากับ 1.0-10.3)¹⁴
- 2) อัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยิลลอยด์ชนิดเฉียบพลันที่ได้รับยาเคมีบำบัดในปีที่ 1 และปีที่ 2 เท่ากับร้อยละ 33 และ 14 ตามลำดับ¹⁵
- 3) ความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยิลลอยด์ชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดเป็นข้อมูลอ้างอิงจากการศึกษาในประเทศไทย¹⁶

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลตัวแปรด้านความน่าจะเป็นของการเปลี่ยนสถานะทางสุขภาพ

ตัวแปร	รูปแบบการกระจาย	ค่าเฉลี่ย	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน	อ้างอิง
อุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (กรณีพื้นฐานประชากรอายุ 23 ปี)	บีต้า	0.00002	-	[13]
ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยิลอยด์ชนิดเฉียบพลันที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซิน	แกมมา	3.2	2.372	[14]
ความน่าจะเป็นของการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยิลอยด์ชนิดเฉียบพลันที่ได้รับยาเคมีบำบัดในปีที่ 1	บีต้า	0.33	0.33	[15]
ความน่าจะเป็นของการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยิลอยด์ชนิดเฉียบพลันที่ได้รับยาเคมีบำบัดในปีที่ 2	บีต้า	0.41	0.35	[15]
ความน่าจะเป็นของการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยิลอยด์ชนิดเฉียบพลันที่ได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (ค่าตัวแปรจากการวิเคราะห์การรอดชีพ) - Constant for baseline hazard - Age coefficient for baseline hazard - Ancillary parameter in Weibull distribution	ล็อกนอร์มอล	-5.49 2.14 0.36	1.20 1.05 0.25	บันทึก เวชระเบียน ผู้ป่วย*

*เก็บข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

4.2 ตัวแปรด้านต้นทุน

การศึกษานี้ใช้ต้นทุนในมุมมองของผู้ให้บริการและครัวเรือน ดังนั้น ตัวแปรด้านต้นทุนจึงรวมทั้งต้นทุนตรงทางการแพทย์ (Direct medical cost) ต้นทุนตรงที่ไม่มีใช้ต้นทุนทางการแพทย์ (Direct non-medical cost) และต้นทุนทางอ้อม (Indirect cost) แสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

- ต้นทุนตรงทางการแพทย์ คือ ต้นทุนการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเฉียบพลันที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้จากการศึกษาของกาญจนา จันทร์สูงและคณะ¹⁵ และต้นทุนการรักษาโดยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ได้จากฐานข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยต้นทุนทั้งหมดถูกปรับให้เป็นมูลค่าเงินในปี 2552

- ต้นทุนตรงที่ไม่มีใช้ต้นทุนทางการแพทย์ เช่น ค่าเดินทาง ค่าที่พัก ต้นทุนการดูแลผู้ป่วย และต้นทุนทางอ้อม ซึ่งแบ่งเป็น 1) การสูญเสียผลิตภาพเนื่องจากความเจ็บป่วย (Morbidity cost) และ 2) การสูญเสียผลิตภาพเนื่องจากเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Mortality cost) ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลรามาริบัติ

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลตัวแปรด้านต้นทุน

ตัวแปร	รูปแบบการกระจาย	ค่าเฉลี่ย	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน	อ้างอิง
ต้นทุนการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอีลอยด์ชนิดเฉียบพลันที่ได้รับยาเคมีบำบัด				
- ต้นทุนทางการแพทย์	แกมมา	177,672	13,590	[15] จากการสัมภาษณ์*
- ต้นทุนตรงที่มีใช้ต้นทุนทางการแพทย์	แกมมา	208,716	68,381	
- ต้นทุนทางอ้อม	แกมมา	89,345	39,248	

ตัวแปร	รูปแบบการกระจาย	ค่าเฉลี่ย	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน	อ้างอิง
ต้นทุนการรักษาโดยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด				
- ต้นทุนทางแพทย์ปีที่ 1	แกมมา	803,470	149,911	} ฐานข้อมูลผู้ป่วย**
- ต้นทุนทางการแพทย์ปีที่ 2	แกมมา	70,239	43,974	
- ต้นทุนทางการแพทย์ปีที่ 3 เป็นต้นไป	แกมมา	5,261	1,129	
- ต้นทุนตรงที่มีใช้ต้นทุนทางการแพทย์	แกมมา	371,204	228,180	} จากการสัมภาษณ์*
- ต้นทุนทางอ้อม	แกมมา	195,923	37,282	

*การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ ณ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

**ฐานข้อมูลของผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

5. ขอบเขตของเวลา

การศึกษานี้จำลองเหตุการณ์ที่เกิดในช่วง 99 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ครอบคลุมอายุขัยของประชากรทั้งหมดในแบบจำลอง (lifetime)

6. สมมติฐานสำคัญ

สมมติฐานที่ใช้สำหรับแบบจำลองของการศึกษา เพื่อประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงรอบเขตอุตสาหกรรมที่สัมผัสสารเบนซีน ซึ่งวิเคราะห์โดยใช้แบบจำลอง Markov ดังนั้น ในการวิเคราะห์จึงกำหนดนิคมอุตสาหกรรมสมมติและประชาชนสมมติขึ้น เพื่อจำลองเหตุการณ์ มีรายละเอียดดังนี้

1. ประชาชนรอบเขตอุตสาหกรรมที่สัมผัสสารเบนซีนซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอิลอยด์ชนิดเฉียบพลัน มีจำนวน 50,000 คน
2. ประชากรใหม่ย้ายเข้ามาในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรมที่อายุ 23 ปีมีจำนวน 1,000 คนต่อปี
3. นิคมอุตสาหกรรมสมมติก่อตั้งในปี 2532 และประชาชนสัมผัสสารเบนซีน (ปริมาณ

< 10 ppm) เป็นระยะเวลา 10 ปี จึงเริ่มมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวมัยอลอยด์ชนิดเฉียบพลัน และจำลองเหตุการณ์เป็นระยะเวลา 30 ปี

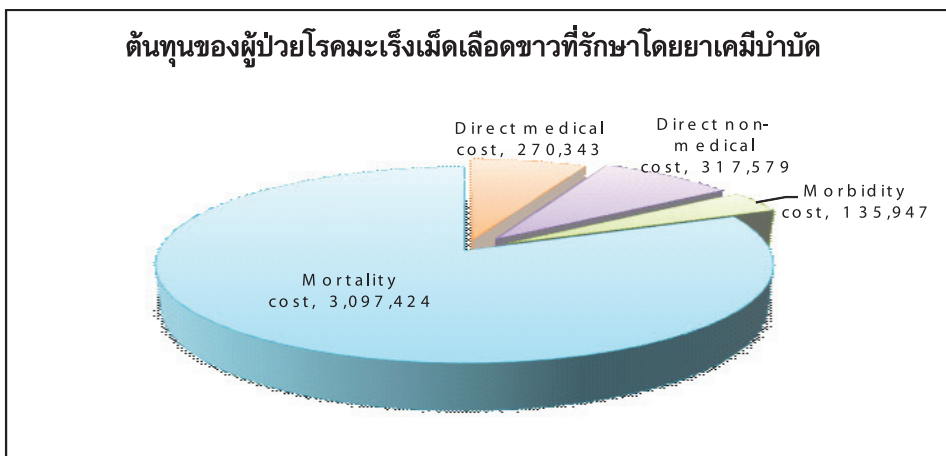
ส่วนที่ 2 การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงรอบเขตอุตสาหกรรม : กรณีศึกษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีน เป็นการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรม และวิเคราะห์ข้อมูลที่มีเนื้อหาครอบคลุมถึง สถานการณ์ ข้อจำกัด และปัญหาของระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 การศึกษาผลกระทบทางสุขภาพต่อประชาชนรอบเขตอุตสาหกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว

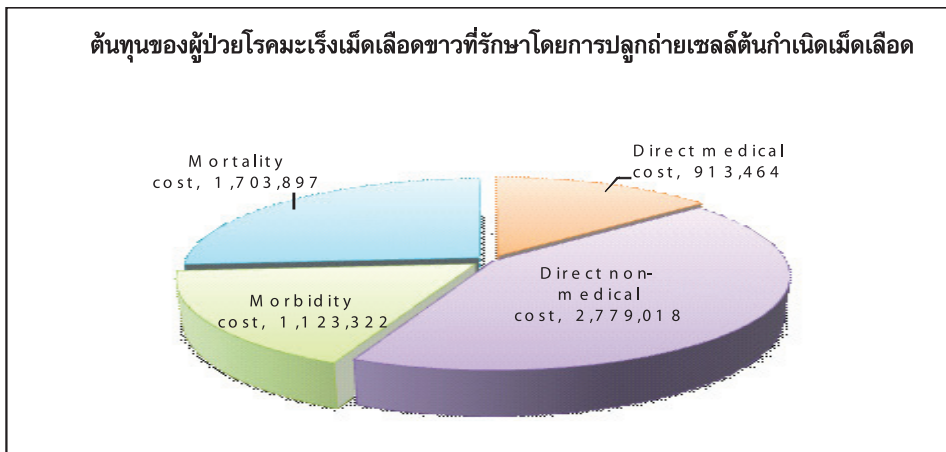
ต้นทุนที่เกิดขึ้นตลอดอายุขัย (lifetime cost) ในมุมมองของสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีนในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรม 1 ราย เท่ากับ 3,821,293 บาท ถ้าผู้ป่วยรักษาโดยยาเคมีบำบัด ซึ่งประกอบด้วยต้นทุนตรงทางการแพทย์จากการได้รับยาเคมีบำบัด 270,343 บาท ต้นทุนตรงที่มีใช้ทางการแพทย์ 317,579 บาท ต้นทุนทางอ้อมในด้านการสูญเสียผลิตภาพเนื่องจากความเจ็บป่วย 135,947 บาท และต้นทุนทางอ้อมในด้านการสูญเสียผลิตภาพเนื่องจากเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 3,097,424 บาท ดังแสดงในรูปที่ 2

รูปที่ 2 แสดงต้นทุนในมุมมองของสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจำนวน 1 ราย ในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรมที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีน กรณีผู้ป่วยอายุ 33 ปีและรักษาโดยยาเคมีบำบัด



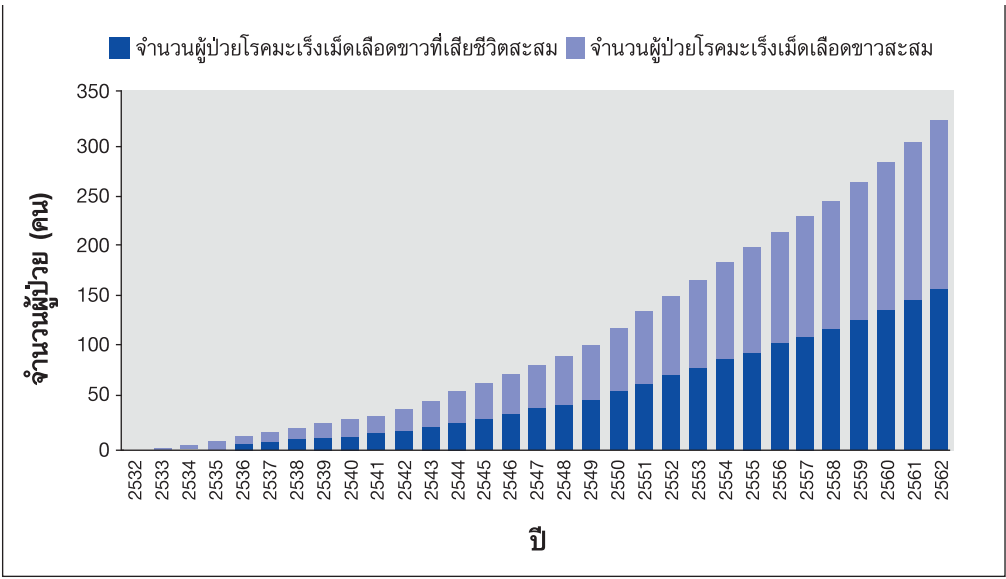
สำหรับต้นทุนที่เกิดขึ้นตลอดอายุขัย (lifetime cost) ในมุมมองของสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีนในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรม 1 ราย ที่รักษาโดยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด เท่ากับ 6,519,701 บาท ซึ่งประกอบด้วยต้นทุนตรงทางการแพทย์ 913,464 บาท ต้นทุนตรงที่มีใช้ทางการแพทย์ 2,779,018 บาท ต้นทุนทางอ้อมในด้านการสูญเสียผลิตภาพเนื่องจากความเจ็บป่วย 1,123,322 บาท และ ต้นทุนทางอ้อมในด้านการสูญเสียผลิตภาพเนื่องจากเสียชีวิตก่อนวัยอันควร 1,703,897 บาท ดังแสดงในรูปที่ 3

รูปที่ 3 แสดงต้นทุนในมุมมองของสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจำนวน 1 ราย ในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรมที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีน กรณีผู้ป่วยอายุ 33 ปีและรักษาโดยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

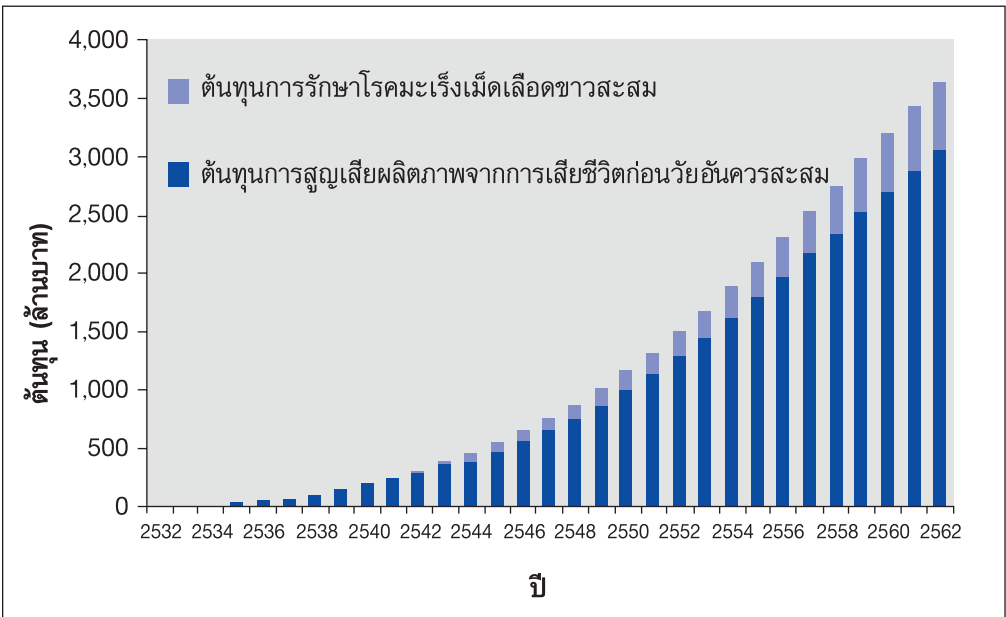


นอกจากนี้ การจำลองเหตุการณ์ของชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรมแห่งหนึ่งที่มีประชากรเริ่มต้น 50,000 คน และมีจำนวนผู้ย้ายเข้าปีละ 1,000 คน พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีนเพิ่มมากขึ้นทุกปีและเมื่อคาดการณ์ไป 30 ปีข้างหน้า คือ ในช่วงปี พ.ศ. 2532-2562 จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวสะสมประมาณ 350 คน ดังแสดงในรูปที่ 4 ซึ่งทำให้เกิดต้นทุนทางสังคมที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยสูงถึง 3,500 ล้านบาท ดังแสดงในรูปที่ 5

รูปที่ 4 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวสะสมและผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เสียชีวิตสะสมในชุมชนแห่งหนึ่ง



รูปที่ 5 ต้นทุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวสะสมและต้นทุนทางสังคมผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เสียชีวิตสะสมในชุมชนแห่งหนึ่ง



ส่วนที่ 2 การจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงรอบเขตอุตสาหกรรม: กรณีศึกษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีน

สถานการณ์ของระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย

แม้ว่าในปัจจุบันนี้ ประชาชนทั่วไปจะให้ความสนใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากมลพิษสิ่งแวดล้อมมากขึ้น แต่ในส่วนของระบบการเฝ้าระวังในปัญหาดังกล่าวของประเทศยังมีการพัฒนาที่ช้ามากและไม่ค่อยมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากปัญหาเรื่องสิ่งแวดล้อมมีส่วนเกี่ยวข้องกับหน่วยงานภาครัฐหลายหน่วยงาน จึงขอเสนอบทบาทของหน่วยงานเหล่านั้นที่ดำเนินการเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ดังนี้

1. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม บทบาทหลักจะอยู่ที่กรมควบคุมมลพิษ โดยกิจกรรมที่ดำเนินการ คือการเฝ้าคุมและตรวจวัดปริมาณสิ่งคุกคามต่าง ๆ ที่สำคัญทั้งมลพิษทางอากาศและเสียง มลพิษทางน้ำและดิน สิ่งคุกคามที่ตรวจวัด ได้แก่ สิ่งคุกคามในข้อกำหนดมาตรฐานทั่วไป เช่น การเฝ้าคุมคุณภาพอากาศจะเน้นตรวจที่ตัวฝุ่นละอองขนาดเล็ก ก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ และก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ เป็นต้น โดยมีสถานที่ทำการตรวจวัดอยู่ในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ ๆ สำหรับในกรณีที่มีความสงสัยในสิ่งคุกคามที่มีความจำเพาะ เช่น มลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมบางประเภท จะดำเนินการตรวจเป็นครั้งคราวเพื่อการสอบสวนเท่านั้น แต่ไม่ได้มีการตรวจเฝ้าคุมเป็นประจำ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอีกหน่วยหนึ่งคือ กรมทรัพยากรธรณี ที่มีกิจกรรมในการตรวจหาแร่ หรือการปนเปื้อนของสินแร่ดังกล่าว ทั้งในน้ำและในดิน เช่น การตรวจหาปริมาณสารหนูในบางพื้นที่ เป็นต้น

2. กระทรวงสาธารณสุข ในอดีตบทบาทและภารกิจหลักจะอยู่ที่กรมอนามัย โดยสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีหน้าที่ในการเฝ้าคุมมลพิษต่าง ๆ ทั้งในอากาศ น้ำ และดิน คล้ายกับกรมควบคุมมลพิษ หลังจากที่มีการปฏิรูประบบราชการใน พ.ศ. 2545 ภารกิจเหล่านี้ได้โอนย้ายไปยังกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามในปัจจุบันกรมอนามัย ยังได้คงกิจกรรมบางอย่างไว้ เช่น ประเมินเหตุรำคาญต่าง ๆ ที่เกิดจากมลพิษสิ่งแวดล้อม เป็นผู้รับผิดชอบหลักเกี่ยวกับกฎหมายพระราชบัญญัติสถานประกอบการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

นอกจากกรมอนามัยแล้ว หลังการปฏิรูประบบราชการได้มีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานปัญหาสุขภาพที่เกิดจากมลพิษสิ่งแวดล้อม คือ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค โดยมีบทบาทเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการวางแผนนโยบายและการสนับสนุนทางวิชาการเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง การ

ป้องกันและควบคุมโรค หรือภัยสุขภาพที่เกิดจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม อีกหน่วยงานหนึ่งคือ สำนักระบาดวิทยา ซึ่งมีบทบาทหลักเกี่ยวกับการเฝ้าระวังปัญหาสาธารณสุขต่าง ๆ โดยมีระบบการรายงานที่เรียกว่าแบบรายงานโรค 506 (รง 506) มุ่งเน้นที่การรายงานโรคติดต่อเป็นส่วนใหญ่ มีรายชื่อของโรคทางด้านสิ่งแวดล้อมบ้างแต่เป็นส่วนน้อย ปัจจุบันได้เพิ่มแบบรายงานโรค 506/2 (รง 506/2) ที่มุ่งเน้นการรายงานโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

ข้อจำกัดและปัญหาของระบบเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในไทย

1. แม้ว่าจะมีการดำเนินการเฝ้าระวังทางด้านนี้ในประเทศแล้ว แต่ระบบที่ดำเนินการอยู่ยังต้องการการพัฒนาอีกมาก ระบบที่มีส่วนใหญ่มุ่งเน้นจะเป็นการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่รับผิดชอบโดยกรมควบคุมมลพิษ ซึ่งจะมุ่งเน้นในเรื่องหลัก ๆ คือ การเฝ้าระวังคุณภาพอากาศและเสียงในเมืองใหญ่ การเฝ้าระวังคุณภาพน้ำ สำหรับแม่น้ำสายหลัก การเฝ้าระวังดังกล่าวยังขาดเรื่องความครอบคลุมของพื้นที่ และยังไม่มีการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามที่มีความจำเพาะสำหรับแต่ละพื้นที่ เช่น การเฝ้าระวังมลพิษที่เกิดจากโรงงานอุตสาหกรรมประเภทต่าง ๆ สำหรับเรื่องการเฝ้าระวังมลพิษทางน้ำนั้น ยังเป็นการเฝ้าระวังคุณภาพของน้ำโดยทั่วไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ไม่ได้มุ่งเน้นตรวจสิ่งคุกคามตัวอื่น ๆ เป็นกรณีเฉพาะ เช่น สารกำจัดศัตรูพืช สารโลหะหนัก เป็นต้น

2. สำหรับการดำเนินการเฝ้าระวังตามระบบรายงาน 506/2 นั้น แม้จะเป็นระบบรายงานที่มุ่งเน้นโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งมีการพัฒนาเพิ่มเติมตัวแปรที่สำคัญ ๆ เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามรายชื่อของโรคที่เฝ้าระวังนั้น อาจจะเหมาะสมสำหรับโรคจากการประกอบอาชีพ แต่เมื่อมาใช้กับโรคจากสิ่งแวดล้อมอาจจะไม่สอดคล้อง เพราะจะมุ่งเน้นเฉพาะโรคที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งคุกคามเฉพาะเท่านั้น (ในแบบรายงานจะมีรายชื่อของโรคเหมือนกัน เพียงแต่ผู้รายงานจะต้องระบุว่าเป็นโรคจากปัจจัยเสี่ยงใด คือ เกิดจากการประกอบอาชีพหรือจากสิ่งแวดล้อม เป็นต้น) ดังนั้นรายชื่อของโรคในแบบรายงานจึงไม่ครอบคลุมผลกระทบทางสุขภาพอื่น ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคภูมิแพ้ หรือความผิดปกติในระบบการเจริญพันธุ์ เป็นต้น

3. ปัจจุบันอาจกล่าวได้ว่ายังไม่มียุทธศาสตร์การเฝ้าระวังการรับสัมผัสที่เป็นโครงการชัดเจนในระดับประเทศเลย ที่ผ่านมามีแต่การศึกษาวิจัยผลกระทบทางสุขภาพสำหรับสิ่งคุกคามบางตัว และเป็นการสำรวจเพียงครั้งเดียวเท่านั้น เช่น การประเมินระดับการได้ยินจากเสียงดังในกลุ่มเด็กนักเรียน การศึกษาผลของสมรรถภาพปอดในเด็กจากมลพิษจากการจราจร เป็นต้น แม้กระทั่งการตรวจคัดกรองหาระดับสารตะกั่วในเลือดในกลุ่มเด็ก ก็

เป็นเพียงแค่การศึกษาในบางพื้นที่เป็นครั้งคราว ไม่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด

4. ประเด็นที่สำคัญมากที่สุดคือระบบข้อมูลพื้นฐานของประเทศยังไม่ดีพอ โดยเฉพาะข้อมูลประเภทและการกระจายตัวของสิ่งคุกคามต่าง ๆ ข้อมูลกลุ่มประชากรเสี่ยงสำหรับสิ่งคุกคามในแต่ละชนิด ทำให้ไม่สามารถวางแผนที่จะดำเนินการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบได้

5. ข้อมูลสถานการณ์โรคหรือภาวะโรคโดยทั่วไปของแต่ละพื้นที่ ยังมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับการวิเคราะห์เพื่อการเฝ้าระวัง ปัจจุบันนี้มีระบบการจัดเก็บข้อมูลดังกล่าวเป็นอย่างดี โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์และจำแนกตามระบบ ICD 10 รวมทั้งมีปัจจัยเสริมอันเนื่องมาจากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ทุกสถานพยาบาลจะต้องรายงานโรคของทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แต่ระบบข้อมูลเหล่านี้ยังขาดการนำมาใช้เพื่อการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจากปัจจัยสิ่งแวดล้อม

6. ข้อจำกัดของการพัฒนาและควบคุมคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ เครื่องมือ วิธีการ ตลอดจนศักยภาพของบุคลากรในการตรวจหาตัวชี้วัดชีวภาพของการสัมผัสสารเบนซีน

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ผลการศึกษาในกรณีศึกษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีน ชี้ให้เห็นว่าปัญหามลพิษในพื้นที่เขตอุตสาหกรรมส่งผลต่อสุขภาพและภาระค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ โดยเฉพาะโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นภาระค่าใช้จ่ายจำนวนมากและมีแนวโน้มมากขึ้นในอนาคต จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่สปสข. ควรเข้ามา มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาได้อย่างจริงจัง อย่างไรก็ตาม ปัญหามลพิษในพื้นที่เขตอุตสาหกรรมที่ส่งผลต่อสิ่งแวดล้อมและประชาชน ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เพียงอย่างเดียว แต่ต้องมีมาตรการอื่นๆที่เกิดจากความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน นักวิชาการ และประชาชนร่วมด้วย

2. สปสข. ควรเข้ามา มีบทบาทในการดำเนินมาตรการที่สำคัญร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ดังนี้

2.1 ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดให้มีการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพของประชาชนรอบเขตอุตสาหกรรม โดยการเฝ้าระวังทางสิ่งแวดล้อม คือ การตรวจปริมาณสารเบนซีนและสารเคมีที่เป็นพิษชนิดอื่นๆในดิน น้ำและอากาศบริเวณรอบเขตอุตสาหกรรม การเฝ้าระวังจะทำให้ทราบถึงสถานการณ์ของปัญหา อันจะเป็นประโยชน์ในการให้ข้อมูล


เพื่อแจ้งเตือนภัยแก่ประชาชน และพัฒนามาตรการเสริมอื่นๆ เช่น การเรียกค่าปรับ สำหรับโรงงานอุตสาหกรรมที่ปล่อยมลพิษทางสิ่งแวดล้อม การจัดตั้งกองทุนในจังหวัดที่มี เขตอุตสาหกรรมโดยระดมเงินจากผู้ประกอบการโรงงานอุตสาหกรรม เป็นต้น ตลอดจน นำไปสู่การคัดกรองในระดับบุคคลต่อไป ซึ่งคาดว่า สปสข.ต้องใช้งบประมาณในการ สนับสนุนการดำเนินมาตรการด้านการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพประมาณ 100 ล้านบาทต่อปี

2.2 สนับสนุนให้มีศูนย์ในการบูรณาการระบบข้อมูลด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของประชาชนในจังหวัดที่มีเขตอุตสาหกรรม เช่น ฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็ง ข้อมูล ประชากรกลุ่มเสี่ยง ตัวชี้วัดทางสุขภาพ (bioindicators) โดยเฉพาะที่บ่งชี้ผลกระทบของ มลพิษต่อสิ่งมีชีวิตก่อนที่จะแสดงความเป็นพิษในคน ตลอดจนเชื่อมโยงข้อมูลแก่ชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งขณะนี้ศูนย์ข้อมูลสุขภาพและมลพิษจากสิ่งแวดล้อม จังหวัดระยอง มีบทบาทในลักษณะดังกล่าว จึงควรให้การสนับสนุนต่อไปและพัฒนาให้เป็นต้นแบบแก่ จังหวัดอื่นที่มีนิคมอุตสาหกรรม ซึ่งคาดว่า สปสข.ต้องใช้งบประมาณในการสนับสนุนการ ดำเนินมาตรการด้านศูนย์ฯ ประมาณ 50 ล้านบาทต่อปี

2.3 สปสข. ควรมีบทบาทร่วมกับการนิคมอุตสาหกรรม กรมโรงงานอุตสาหกรรม กรมควบคุมมลพิษ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค สำนัก นโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ องค์การบริหาร ภูมิภาค สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในการส่งเสริม สนับสนุนมาตรการควบคุมและกำกับอย่างเข้มงวดกับโรงงานอุตสาหกรรม ยกตัวอย่างเช่น วิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment : HIA) และวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment : EIA) ในสถานประกอบการและพื้นที่ โดยการจัดตั้งองค์กฤษฎะที่ขึ้นตรงกับหน่วยงานของรัฐ หรือ ผู้ดำเนินการประเมินฯ เป็นผู้รับดำเนินการจากหน่วยงานของรัฐ เพื่อความโปร่งใส เป็น กลางและเป็นที่น่าเชื่อถือของประชาชนในพื้นที่ในผลการประเมินและติดตาม ซึ่งคาดว่า สปสข.ต้องใช้งบประมาณในการสนับสนุนการดำเนินมาตรการด้านการวิเคราะห์ผล กระทบด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อมประมาณ 50 ล้านบาทต่อปี

เอกสารอ้างอิง

1. ประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 30 พ.ศ. 2550
2. หลักสูตรวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม. เอกสารประกอบการสอนโดย อุดุลย์เดช ไศลบาท เรื่อง โรคมะเร็งที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน: occupational cancer. วันที่ค้นข้อมูล 11 พฤษภาคม 2553, จากคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เว็บไซต์ <http://www.bio.sci.ubu.ac.th/envsci/bk/File/Occupational%20Cancer.pdf>
3. Schnatter AR, Rosamilia K, Wojcik NC. Review of the literature on benzene exposure and leukemia subtypes. *Chemico-Biological Interactions*. 2005; 153-154: 9-21.
4. Khalade A, Jaakkola MS, Pukkala E, Jaakkola JJK. Research Exposure to benzene at work and the risk of leukemia: a systematic review and meta-analysis. *Environmental Health* 2010; 9(31): 1-8.
5. Savitz DA, Andrews KW. Review of Epidemiologic Evidence on Benzene and Lymphatic and Hematopoietic Cancers. *American Journal of Industrial Medicine* 1997; 31:287-295.
6. Attasara P, Srivatanakul P, Sriplung H. Cancer incidence and leading sites: Leukemia. In: Khuhaprema T, Srivatanakul P, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y, Attasara P, editors. Bangkok: Bangkok Medical Publisher; 2007. p. 68-70. *Cancer in Thailand Vol. IV, 1998-2000*.
7. Bird MG, Greim H, Kaden DA, Rice JM, Snyder R. BENZENE 2009-Health Effects and Mechanisms of Bone Marrow Toxicity: Implications for t-AML and the Mode of Action Framework. *Chemico-Biological Interactions*. 2010; 184(1-2): 3-6.
8. The Agency for Toxic Substances and Disease Registry. Benzene Toxicity. Retrieved May 12, 2010. from <http://www.atsdr.cdc.gov/csem/benzene/docs/benzene.pdf>
9. Attasara P, Srivatanakul P, Sriplung H. Cancer incidence in Thailand. In: Khuhaprema T, Srivatanakul P, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y, Attasara P, editors. Bangkok; 2010. p. 6. *Cancer in Thailand Vol. V, 2001-2003*.

- 
10. Srivatanakul P, Attasara P, Buasom R. Rayong Cancer Registry. In: Khuhaprema T, Srivatanakul P, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y, Attasara P, editors. Bangkok; 2010. p. 137-138. Cancer in Thailand Vol. V, 2001-2003.
 11. Attasara P, Srivatanakul P, Sriplung H. Cancer incidence in Thailand: Leukemia. In: Khuhaprema T, Srivatanakul P, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y, Attasara P, editors. Bangkok; 2010. p. 73. Cancer in Thailand Vol. V, 2001-2003.
 12. จำนวนประชากรในตำบลที่ตั้งของนิคมอุตสาหกรรม [ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. 13. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. - [วันที่ค้นข้อมูล 21 เมษายน 2553]. เว็บไซต์: <http://www.dopa.go.th/>
 13. Attasara P, Srivatanakul P, Sriplung H. Cancer incidence and leading sites. In: Khuhaprema T, Srivatanakul P, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y, Attasara P, editors. Bangkok: Bangkok Medical Publisher; 2007. p. 21. Cancer in Thailand Vol. IV, 1998-2000.
 14. Hayes RB, Yin SN, Dosemeci M, Li GL, Wacholder S, Travis LB, et al. Benzene and the Dose-Related Incidence of Hematologic Neoplasms in China. *J Natl Cancer Inst.* 1997; 89(14):1065-71.
 15. กาญจนา จันท์สูง และจุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์. การศึกษาวิเคราะห์ต้นทุนและผลการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันในประเทศไทย (Cost analysis and treatment outcomes of adult patients with acute leukemia malignancies in Thailand). ขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
 16. Leelahavarong P, Chaikledkaew U, Hongeng S, Kasemsup V, Lubell Y, Teerawattananon Y. A cost-utility and budget impact analysis of allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for severe thalassemic patients in Thailand. *BMC Health Services Research.* 2010; 10(209): 1-12.



สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

อาคารคลังพัสดุ ชั้น 3 ซอยสาทรราษฎร์ 6 กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร 0-2590-2366 โทรสาร 0-2590-2385

www.ihpp.thaigov.net



โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร 0-2590-4549, 0-2590-4374-5 โทรสาร 0-2590-4369

www.hitap.net