

การคัดเลือกหัวข้อเพื่อทำการประเมินเทคโนโลยี ปี พ.ศ.2551

การคัดเลือกหัวข้อเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในปี พ.ศ.2551 มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพระดับชาติ ที่ HITAP จะทำการประเมินต่อไป และเป็นการเผยแพร่หัวข้อเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพที่สำคัญให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและบุคคลทั่วไปได้รับทราบ

โดยในขั้นแรก HITAP ได้ส่งจดหมายเชิญเพื่อเสนอหัวข้อเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพไปยังหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมต่าง ๆ ในกระทรวงสาธารณสุข กรมบัญชีกลาง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานประกันสังคม ราชวิทยาลัย ชมรม โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และมูลนิธิแพทย์ชนบท ตั้งแต่เดือนกันยายน 2550

หลังจากนั้นได้รวบรวมหัวข้อต่าง ๆ พร้อมทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่หน่วยงานต่าง ๆ ได้เสนอมา และจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อลำดับความสำคัญและคัดเลือกหัวข้อเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในรอบสุดท้ายขึ้นเมื่อวันที่ 11 มกราคม 2551 ที่ผ่านมา โดยมีตัวแทนจากหน่วยงานต่าง ๆ จำนวน 20 หน่วยงาน ที่เข้าร่วมการประชุมและคัดเลือกหัวข้อเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพจำนวน 10 หัวข้อ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้



โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
Health Intervention and Technology Assessment

รายการเทคโนโลยีและนโยบายที่ได้รับการลำดับความสำคัญและคัดเลือกในรอบสุดท้าย

หัวข้อเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ที่ผ่านการคัดเลือกรอบแรกโดยนักวิจัย HITAP	ลำดับความสำคัญของเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ในรอบสุดท้ายโดยตัวแทนจากหน่วยงาน 18 หน่วยงาน
การประเมินเครื่องมือแพทย์ MRI	1
Influenza vaccine	1
ความคุ้มค่าของการทำ prenatal diagnosis ของกลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome) กับ การดูแลรักษาเด็กกลุ่มนี้หลังคลอด	2
ความคุ้มค่าของการใช้ยาจากสมุนไพร (ใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ) ในการรักษาของ สถานบริการภาครัฐและวิเคราะห์ต้นทุนในการรักษา	3
ยา oxaliplatin ในการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่	4
การประเมินประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการลดการบริโภคยาสูบ	5
การรักษาโรคภูมิแพ้ระบบหายใจด้วยวิธี Allergen Immunotherapy เปรียบเทียบกับการใช้ ยารักษาโรคอย่างเดี่ยว	6
การประเมินนโยบายสำหรับการแก้ไขปัญหาการเมาแล้วขับ	7
ผลการโฆษณาต่อการใช้จ่ายของวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก	8
การชะลอความเสื่อมของข้อก่อนการผ่าตัดด้วย Sodium hyaluronate	9

หมายเหตุ: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) จะดำเนินการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 5 หัวข้อแรก ในปี พ.ศ.2551 ต่อไป
สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณชนิตา เลิศพิทักษ์พงศ์ หรือ คุณจอมขวัญ โยธาสมุทร โทร. 0-2590-4549

รายละเอียดความสำคัญของแต่ละหัวข้อเทคโนโลยี

ข้อมูลนี้เป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการตั้งคำถามการวิจัยเพื่อประเมินเทคโนโลยีเหล่านี้ ซึ่งจะมีการจัดประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของแต่ละเทคโนโลยีอีกครั้ง เพื่อให้ได้คำถามการวิจัยที่มีความครอบคลุมและเป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยรวม

1. การประเมินเครื่องมือแพทย์ MRI

เมื่อร่างกายของคนเรามีความผิดปกติจากภายใน การตรวจวินิจฉัยทั่วไปอาจไม่สามารถบ่งบอกได้ว่ามีสาเหตุมาจากอะไรหรือเป็นโรคอะไรได้ แต่ในปัจจุบันได้มีการนำเครื่องตรวจวินิจฉัยด้วยสนามแม่เหล็กแรงสูง [1] หรือเรียกว่าเครื่องเอ็มอาร์ไอ (MRI; Magnetic Resonance Imaging) มาใช้วินิจฉัยโรค โดยข้อดีของเครื่องเอ็มอาร์ไอ ได้แก่ ตรวจได้ทุกกระนาบโดยไม่ต้องขยับตัวผู้ป่วย ไม่มีรังสีเอกซ์ที่เป็นอันตรายแก่ร่างกาย สามารถตรวจพบสิ่งผิดปกติได้ในระยะแรก และสามารถตรวจได้ทุกอวัยวะ เป็นต้น แต่เนื่องจากการนำเข้าเทคโนโลยีนี้ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง ราคาเครื่องประมาณ 60-80 ล้านบาท ค่าดูแลรักษาปีละ 2 ล้านบาท [2] ค่าตรวจคิดเป็นส่วน ๆ ของอวัยวะ ส่วนละประมาณ 7,000 บาท นอกจากนี้เครื่องเอ็มอาร์ไอส่วนใหญ่ยังมีอยู่ในสถานพยาบาลภาคเอกชนเท่านั้น โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ ผู้ที่สามารถเข้าถึงบริการได้จึงมักเป็นกลุ่มผู้ที่มีรายได้สูง ด้านภาครัฐก็ยังไม่มีความคุ้มค่าจำนวนและการกระจายของเครื่องมือแพทย์เหล่านี้ ทั้งนี้ข้อมูล ณ วันที่ 26 กันยายน 2548 จากกองรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ พบว่ามีการใช้เครื่องเอ็มอาร์ไอในภาครัฐ 14 เครื่อง (โดยอยู่ในกรุงเทพ 10 เครื่อง ต่างจังหวัด 4 เครื่อง) ภาคเอกชนมีเครื่องเอ็มอาร์ไอจำนวน 30 เครื่อง (อยู่ในกรุงเทพ 20 เครื่อง ต่างจังหวัด 10 เครื่อง) [3] ดังนั้นจะเห็นได้ว่าอาจเกิดความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงหรือตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องเอ็มอาร์ไอขึ้น

ในปัจจุบัน พบ.เครื่องมือแพทย์ปี พ.ศ.2550 เพิ่งประกาศใช้ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการประเมินเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพง การศึกษาเรื่องเอ็มอาร์ไอจึงอาจเป็นตัวอย่างที่ดีต่อการประเมินเครื่องมือแพทย์ในอนาคต

เสนอโดย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และ
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. รศ.นพ.สุทธิศักดิ์ สุทธิพงษ์ชัย. เครื่องเอ็มอาร์ไอ. ภาควิชารังสีวิทยา โรงพยาบาลศิริราช.
http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/month/sidoctor2004/mar04_MRI.htm
2. ราคาเครื่อง จากการสอบถาม รพ.พระมงกุฎเกล้า และข้อมูลจาก
http://news.sanook.com/economic/economic_166155.php. วันที่ 7 สิงหาคม 2550
3. วงเดือน จินดาวัฒนะ ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. เครื่องมือแพทย์ราคาแพง การกระจาย การใช้ และการเข้าถึงบริการ วารสารวิชาการสาธารณสุข 10,2(เม.ย.-มิ.ย.44),หน้า 242-252.



2. ยา Influenza vaccine

โรคไข้หวัดใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่คือ A, B และ C ไวรัสชนิด A เป็นชนิดที่ทำให้เกิดการระบาดอย่างกว้างขวางทั่วโลก ไวรัสชนิด B ทำให้เกิดการระบาดในพื้นที่ระดับภูมิภาค ส่วนชนิด C มักเป็นการติดเชื้อที่แสดงอาการอย่างอ่อนหรือไม่แสดงอาการ และไม่ทำให้เกิดการระบาดชนิด A หรือ B ซึ่งก่อให้เกิดโรคในคนได้มากที่สุดและพบบ่อยเป็นประจำทุกปี ปัจจุบันสามารถป้องกันได้โดยหลายมาตรการ เช่น สุขอนามัยส่วนบุคคล การป้องกันด้วยยาต้านไวรัสไข้หวัดใหญ่และวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น การป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ด้วยการฉีดวัคซีนเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพ มาตรการหนึ่ง สามารถให้ได้ตั้งแต่อายุมากกว่า 6 เดือนขึ้นไปจนถึงอายุมากๆ ซึ่งมีความปลอดภัยสูง ภูมิคุ้มกันจากวัคซีนจะเกิดขึ้นหลังฉีดประมาณ 2 – 3 สัปดาห์ การฉีดซ้ำเข็มที่ 2 (ใน 4 สัปดาห์หลังจากเข็มแรก) อาจมีความจำเป็นในเด็กอายุต่ำกว่า 9 ปี ที่ไม่เคยฉีดมาก่อน ปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยในเท่ากับ 18-111 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และในผู้ป่วยนอกเท่ากับ 1,420 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี [1] และจากการศึกษาเพื่อประเมินความสูญเสียทางเศรษฐกิจสำหรับโรคไข้หวัดใหญ่ในมุมมองด้านสังคมระหว่างเดือนกันยายน 2546 ถึงสิงหาคม 2547 พบว่าค่าใช้จ่ายจากการสูญเสียผลิตภาพอันเนื่องมาจากโรคไข้หวัดใหญ่ประมาณ 936-2,516 ล้านบาทหรือ 56% ของค่าใช้จ่ายทางสุขภาพทั้งหมด [2] โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันวัคซีนไข้หวัดใหญ่ได้รับความสนใจมากขึ้นหลังจากมีการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก เพราะเชื่อว่าการป้องกันไข้หวัดใหญ่ในประชากรจะเป็นหนทางหนึ่งในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดนก จากคนสู่คน ประกอบกับประเทศไทยกำลังลงทุนก่อสร้างโรงงานผลิตวัคซีนไข้หวัดใหญ่ขึ้น ดังนั้น การศึกษาการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่จึงอาจเป็นประโยชน์ต่อสถานการณ์ดังกล่าวต่อไปในอนาคต

เสนอโดย คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

เอกสารอ้างอิง

1. Simmerman JM, Lertiendumrong J, Dowell SF, et al. The cost of influenza in Thailand. *Vaccine* 2006; 24(20): 4417-4426.
2. Turner D, Wailoo A, Nicholson K, et al. Systematic review and economic decision modeling for the prevention and treatment of influenza A and B. *Health Technol Assess* 2003; 7(35).



3. ความคุ้มค่าของการทำ prenatal diagnosis ของกลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome) กับการดูแลรักษาเด็กกลุ่มนี้หลังคลอด

กลุ่มอาการดาวน์ (Down Syndrome) เป็นโรคทางพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 ซึ่งเป็นความผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุด โดยมีอุบัติการณ์ประมาณ 1: 700-1,000 ทารกมีชีวิต (live births) ทั้งนี้อุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นตามอายุของมารดา [1] ผู้ป่วยในกลุ่มอาการดาวน์จะมีพัฒนาการที่ล่าช้า มีการรับรู้ ความเข้าใจช้า สติปัญญาต่ำกว่าเด็กปกติ มีความผิดปกติในระบบต่างๆ ของร่างกายร่วมด้วย โดยบางรายอาจมีโรคหัวใจ มีปัญหาทางตา เช่น ตาเข สายตาสั้น มีปัญหาการได้ยิน มีประสาทรับความรู้สึกต่างๆ น้อยกว่าปกติ และมักจะเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าเด็กทั่วไป [1]

ในปัจจุบันยังไม่มีทางรักษากลุ่มอาการดาวน์ได้ ดังนั้นวิธีการที่จะควบคุมก็คือการป้องกันโดยการคัดกรอง ซึ่งการคัดกรองสามารถทำได้ทั้งในไตรมาสแรก และไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ ทั้งนี้การคัดกรองมีหลายวิธี ทั้งการคัดกรองแบบ noninvasive (ได้แก่วิธี Double test, triple test, quadruple test, integrated test, serum-integrated test, stepwise sequential, First-trimester serum test, NT test, and combined test) และ แบบ invasive (Chroionic villus sampling and amniocentesis) โดยในแต่ละวิธียังมีความไว (sensitivity) ความเฉพาะเจาะจง (specificity) และความเสี่ยงแตกต่างกันออกไป [1]

นอกจากนี้การคัดกรองกลุ่มอาการดาวน์ในประเทศไทยยังไม่เป็นระบบ มีแนวทางที่หลากหลาย และขาดข้อมูลเรื่องความคุ้มค่า ทำให้ยังไม่มีมารวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เสนอโดย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. Wildschut H IJ, Peters TJ, Weiner CP Screening in women's health with emphasis on fetal down's syndrome, breast cancer and osteoporosis: Human reproductive update 2006; 12;5; 499-512.



4. ความคุ้มค่าของการใช้ยาจากสมุนไพร (ใน/นอกบัญชียาหลักแห่งชาติ) ในการรักษาของสถานบริการภาครัฐและวิเคราะห์ต้นทุนในการรักษา

ในการผลักดันยาจากสมุนไพรเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ ยาเหล่านั้นต้องผ่านการศึกษาวิจัยทางคลินิกเพื่อให้ได้ยาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ในการรักษาผู้ป่วยตามหลักวิทยาศาสตร์ อย่างไรก็ตามการสั่งใช้ยาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักยังไม่เป็นที่รู้จักแพร่หลายและมีคำถามเกี่ยวกับความคุ้มค่าของการใช้ยาต่อการรักษา แม้ว่าต้นทุนการผลิตยาจากสมุนไพรในสถานบริการภาครัฐมีราคาสูงกว่ายาแผนปัจจุบัน แต่การใช้ยาจากสมุนไพรก็เป็นทางเลือกในการส่งเสริมการใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น การส่งเสริมอาชีพเกษตรกรในการปลูกสมุนไพร และยังเป็นทางเลือกให้ชุมชนมีอาชีพอีกด้วย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นข้อมูลเชิงวิชาการในการประเมินต้นทุน วิเคราะห์ศักยภาพ ความคุ้มค่าของการใช้ยาจากสมุนไพร ซึ่งเป็นทรัพยากรของประเทศไทยทดแทนการใช้ยาแผนปัจจุบันในบางกลุ่มอาการ ซึ่งขณะนี้กำลังรอการพิจารณาจากศูนย์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการคัดเลือกรายการสมุนไพรที่จะทำการประเมิน เนื่องจากในปัจจุบันมียาสมุนไพรจำนวน 12 รายการในบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2547 และมียาสมุนไพรอีกจำนวน 39 รายการที่พบว่ามีการใช้ในสถานบริการภาครัฐในส่วนภูมิภาคซึ่งจัดว่าเป็นยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ

เสนอโดย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

บัญชียาจากสมุนไพร พ.ศ. 2549 โดย คณะกรรมการแห่งชาติด้านยา



5. ยา oxaliplatin ในการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พบมากเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งปอดและมะเร็งตับตามลำดับ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง [1,2] ปัจจุบันวิธีการรักษาหลักคือการผ่าตัด อาจมีการให้รังสีหรือเคมีบำบัดร่วมหลังจากที่ผ่าตัดแล้วเพื่อลดโอกาสการกำเริบและเพิ่มโอกาสการรอดชีวิต สำหรับยาเคมีบำบัดควรเริ่มให้ภายใน 6-8 สัปดาห์หลังการผ่าตัด และให้ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 3 ยาหลักมาตรฐานที่ใช้โดยทั่วไป (standard therapy) ประกอบด้วย 5FU และ leucovorin แต่บางสูตรจะมียาอื่นเพิ่มเข้ามาในสูตร หรือบางสูตรมีเพียงยาชนิดเดียว [3]

การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างยาสูตรที่ 4 (**FOLFOX 4**) และ 5 (**de Gramont**) ในการรักษา มะเร็งลำไส้ระยะที่ 3 (MOSIAC trial) พบว่า สูตรที่ 4 ซึ่งมี oxaliplatin ช่วยเพิ่มระยะเวลาปลอดโรค (disease free survival) ที่ปีที่ 3 ได้มากกว่าสูตรที่ 5 ซึ่งไม่มี oxaliplatin ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (HR 0.77 , 95% CI 0.65-0.91) แต่ไม่เพิ่ม overall survival ณ ปีที่ 3 และปีที่ 4 (HR 0.89 , 95%CI 0.72-1.09) [4] ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาจาก NASBP c-07 trial ซึ่งทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสูตรที่ 4 และสูตรที่ 2 ยกเว้นเรื่อง overall survival ที่ใน NASBP c-07 trial ไม่มีการกล่าวถึง [4] จากการทบทวนการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผล (cost effectiveness) ไม่พบข้อมูลดังกล่าวในประเทศไทย แต่ในประเทศอังกฤษ มีรายงานการวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลดังกล่าว ผลการศึกษาพบว่า ยาสูตรที่ 4 ซึ่งมี oxaliplatin มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เมื่อเทียบกับยาสูตรที่ 5 ซึ่งไม่มี oxaliplatin การศึกษานี้จึงสรุปได้ว่า การใช้ oxaliplatin เพิ่มเข้าไปใน standard treatment. มีต้นทุนประสิทธิผลดีกว่าสูตรธรรมดา [4]

ในปัจจุบันยา oxaliplatin ยังไม่ได้บรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ เนื่องจากขาดข้อมูลด้านความคุ้มค่า และผลกระทบด้านการคลังหากบรรจุยาดังกล่าวในบัญชียาหลัก

เสนอโดย คณะอนุกรรมการพัฒนายาบัญชียาหลักแห่งชาติ

เอกสารอ้างอิง

1. เศรษฐบุตร เอื้อพานิชเจริญ , พ.บ., ปริญญา สันติชาติงาม , พ.บ.. อุตติการณ์มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในโรงพยาบาลมหาราชชนนครราชสีมา.
2. Pattarawin Attasara, M.D. National Cancer Institute Department of Medical Services. Ministry of Public Health Thailand. 2006. ISSN 974-7980-57-6.
3. Pharmatimes. ปีที่ 4 ฉบับที่ 45 เดือนกันยายน 2549 หน้า 25-26.
4. The clinical and cost-effectiveness of oxaliplatin and capecitabine for the adjuvant treatment of colon cancer: systematic review and economic evaluation. Health Technology Assessment 2006; Vol. 10: No. 41



6. การประเมินประสิทธิภาพของการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการลดการบริโภคยาสูบ

มาตรการลดการบริโภคยาสูบที่ดำเนินอยู่ในปัจจุบันได้แก่ การขึ้นราคายาสูบและผลิตภัณฑ์ยาสูบ การขึ้นภาษีบุหรี่ การห้ามการโฆษณาและส่งเสริมการขายผลิตภัณฑ์ยาสูบ การออกกฎหมายห้ามการสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ และสถานประกอบการ การเขียนคำเตือนด้านสุขภาพบนซองบุหรี่ การรณรงค์ด้านการให้ข้อมูล และการขึ้นทะเบียนสาธารณะ โครงการเลิกบุหรี่เพื่อช่วยคนที่อยากเลิกบุหรี่ การควบคุมการนำเข้าบุหรี่ผิดกฎหมาย การกวดขันการห้ามขายบุหรี่ให้เด็ก การปลูกพืชทดแทนการปลูกยาสูบ ภาครัฐจึงควรช่วยเหลือในการปลูกยาสูบ

ในระดับระหว่างประเทศ ประเทศไทยได้ร่วมลงนาม และให้สัตยาบันในอนุสัญญา Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) ทำให้ประเทศไทยมีแนวทางในการปฏิบัติเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดย FCTC ได้กำหนดมาตรการต่าง ๆ ไว้ 13 มาตรการ หน่วยงานที่ดำเนินการอยู่ได้แก่ กลุ่มควบคุมการบริโภคยาสูบ สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค รวมถึง สำนักงานคณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (คบยช.) มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย (สสท.) มาตรการเหล่านี้มีผลทำให้ประเทศไทยมีระดับความชุกของการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำกว่าหลายประเทศในแถบตะวันตกและเอเชีย

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาภาระโรคในประเทศไทยปี 2542 พบว่าผลกระทบของบุหรี่ที่สะสมมา ก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ดังนี้ โรคมะเร็ง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ภาวะปอดอุดตันเรื้อรัง โรคหอบหืด วัณโรค โรคติดเชื้อทางเดินหายใจรวมถึงโรคทางกายอื่น ๆ ในปีที่ศึกษามีคนตายเนื่องจากการสูบบุหรี่ประมาณร้อยละ 8.9 และการสูบบุหรี่ยังเป็นภาระโรคอันดับที่ 3 (ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาระโรคมามากที่สุด 5 อันดับแรกได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ระดับความดันโลหิตสูง และการไม่ใช้หมวกนิรภัยของผู้ใช้จักรยานยนต์)

เสนอโดย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. การศึกษาภาระโรคของประเทศไทยปี 2542
2. ประกิจ วาที่สาธกกิจ 2550 สงครามการค้ายาสูบ บันทึกไว้เป็นประวัติศาสตร์ 2
3. ประกิจ วาที่สาธกกิจ 2550 การบ้านการเมืองเรื่องบุหรี่ บันทึกไว้เป็นประวัติศาสตร์ 3
4. <http://www.thaiantitobacco.com>
5. ศูนย์วิจัยเพื่อจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) <http://www.trc.or.th>



7. การทดลองทางคลินิกเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษาโรคภูมิแพ้ระบบหายใจด้วยวิธี Allergen Immunotherapy เปรียบเทียบกับการใช้ยารักษาโรคอย่างเดียว

โรคภูมิแพ้เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและมีแนวโน้มที่จะมีอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้น ในประเทศไทย ข้อมูลจากการสำรวจทั้งในเด็กและผู้ใหญ่พบอุบัติการณ์ของโรค allergic rhinitis ประมาณ 30-40% และโรค asthma พบประมาณ 5-10% ของประชากร ซึ่งสูงขึ้นกว่าการศึกษาในอดีตถึงกว่า 3 เท่า ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคมูลค่าสูงขึ้นมาก และโรคดังกล่าวได้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมากด้วย นอกจากนี้ การที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง อาจเกิดโรคแทรกซ้อนตามมาได้ เช่น หูชั้นกลางอักเสบ โรคหืด ไซนัสอักเสบ ริดสีดวงจมูก นอนกรนและ / หรือ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ

การรักษาโรคภูมิแพ้วิธีหนึ่งก็คือ การฉีดวัคซีนภูมิแพ้ (allergen immunotherapy) ซึ่งได้รับการยอมรับในระดับสากลว่ามีประสิทธิภาพดีในการรักษาโรคภูมิแพ้ระบบทางเดินหายใจทั้ง allergic rhinitis และ asthma อย่างไรก็ตามยังไม่เคยมีการศึกษาทดลองทางคลินิกเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการรักษาโรคภูมิแพ้ระบบหายใจด้วยวิธีการฉีดวัคซีนภูมิแพ้ในประเทศไทยมาก่อน โดยสารก่อภูมิแพ้ในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นไรฝุ่น และประเทศไทยมีศักยภาพในการผลิตเพื่อทดแทนการนำเข้า จึงคาดว่า การฉีดวัคซีนภูมิแพ้น่าจะเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการใช้ยา corticosteroid ชนิดพ่น และอาจพัฒนาเป็นการผลิตในระดับอุตสาหกรรมยาส่งออกในอนาคตได้

เสนอโดย สมาคมโรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยาแห่งประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. ปารยะ อาศนะเสน การรักษาโรคภูมิแพ้โดยการฉีดวัคซีน (Allergen Immunotherapy)
<http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=494>
2. E. Alvarez-Cuesta. Practical management of immunotherapy. 2003
3. สาขาวิชาโรคจมูก และโรคภูมิแพ้ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



8. การประเมินนโยบายสำหรับการแก้ไขปัญหาการเมาแล้วขับ

อุบัติเหตุจากรถเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินในประเทศไทย ในแต่ละปีมีจำนวนผู้เสียชีวิตกว่า 30,000 คน ซึ่งมากเป็นลำดับที่สองรองจากโรคเอดส์ ร้อยละ 14.1 ของอุบัติเหตุจากรถมีสาเหตุมาจากการเมาสุรา (ที่มา : สถิติคดีอุบัติเหตุจากรถทางบกที่วราชอาณาจักรจำแนกตามสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุปี 49-48) รายจ่ายของประเทศที่ต้องแบกรับจากการเมาแล้วขับ ได้แก่

- ก) มูลค่าความเสียหายเนื่องจากอุบัติเหตุจากรถทางบก
- ข) มูลค่าทรัพย์สินเสียหาย
- ค) ต้นทุนค่ารักษาพยาบาล

ปัจจุบันหน่วยงานที่ดำเนินการเพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่เกิดจากคนเมาขับรถได้แก่ คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุแห่งชาติ (กปอ.) ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) และคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน โดยมีแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน 2548-2551 เป็นกฎหมายหลัก อย่างไรก็ตามแม้จะมีการดำเนินมาตรการต่างๆ แต่ในปัจจุบันก็ยังพบว่าจำนวนอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากการเมาแล้วขับยังไม่ลดลงเท่าที่ควร

เสนอโดย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. การศึกษาภาระโรคของประเทศไทยปี 2542
2. ศูนย์ศึกษานโยบายเพื่อการพัฒนา คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2548 ความสูญเสียเนื่องจาก อุบัติเหตุจากรถทางบกในประเทศไทย วิเคราะห์ระดับความคุ้มค่าของงบประมาณถนนปลอดภัยและพฤติกรรมเสี่ยงผู้ขับขี่



9. ผลการโฆษณาต่อการใช้จ่ายของวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก

หลังจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและ (อย.) ในประเทศไทย ได้ให้การรับรองขึ้นทะเบียนวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ Human Papillomevirus (HPV) ในช่วงเดือนมีนาคม 2550 ที่ผ่านมา จากนั้นไม่นานบริษัทผู้ผลิตวัคซีน ได้เริ่มโฆษณาแฝงในการส่งเสริมการขายวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV ควบคู่ไปกับการโฆษณาโดยตรงต่อแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อหลีกเลี่ยงกฎระเบียบการควบคุมการโฆษณายาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ ของกฎหมายยา

การโฆษณาเหล่านี้มักจะมีเทคนิคและวิธีการในการนำเสนอเพื่อชักจูงใจให้ประชาชนผู้บริโภคยอมรับจนนำไปสู่การใช้บริการฉีดวัคซีนชนิดนี้ เช่น วิธีการกระตุ้นเตือนให้เห็นความรุนแรงของโรค การชักจูงใจโดยใช้บทความเชิงวิชาการเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของข้อมูล หรือการจูงใจโดยใช้บุคคลที่มีชื่อเสียง เช่น แพทย์หรือดารานักแสดง เป็นต้น ซึ่งการโฆษณาวัคซีนชนิดนี้อาจส่งผลร้ายมากกว่าผลดีเมื่อประชาชนได้รับข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนถูกต้อง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ฉีดวัคซีนเนื่องจากไม่ได้รับการป้องกันจากการติดเชื้อไวรัสชนิดนี้อย่างได้ผล รวมถึงอาจส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มขึ้นโดยไม่ก่อให้เกิดผลทางการป้องกันโรคอย่างแท้จริง

เสนอโดย ชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

1. บทความเรื่อง “วัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปิลโลมา (วัคซีนเอชพีวี)” ราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมมะเร็งนรีเวช
2. หนังสือพิมพ์เดลินิวส์ ฉบับวันจันทร์ ที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2550
3. Website ผู้จัดการออนไลน์ 6 สิงหาคม 2550



10. การชะลอความเสื่อมของข้อก่อนการผ่าตัดด้วย Sodium hyaluronate

จากรายงานของมูลนิธิโรคข้อ ในประเทศไทยมีผู้ป่วยข้อเสื่อมประมาณ 6 ล้านคน ความชุกของผู้ป่วยข้อเสื่อมมีร้อยละ 3 – 5 ของประชากรผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) การเสื่อมของข้อเกิดได้ตั้งแต่อายุ 40 ปี และแนวโน้มมีจำนวนมากขึ้น เนื่องจากโรคข้อเสื่อมมักเกิดในผู้สูงอายุ ซึ่งในขณะนี้ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนมากขึ้น และจากการสำรวจสุขภาพประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปในประเทศไทยปี พ.ศ.2538 พบว่า ไขข้ออักเสบ/ข้อเสื่อมเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังลำดับที่ 4 (ร้อยละ 12.1) [3] โรคข้อเสื่อมเกิดจากความเสื่อมในข้อ ก่อให้เกิดการปวดตามข้อ ข้อฝืด มีปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อ การทำงานของข้อเสียไป การเคลื่อนไหวของข้อลดลง ข้อบวม ผิดรูป ซึ่งหากมีการดำเนินของโรคต่อไป จะก่อให้เกิดความพิการ

จากการศึกษาของ ธนา ชูระเจน วิโรจน์ ลาภไพบุลย์พงศ์ และ สามารถ ม่วงศิริ เรื่องการวิเคราะห์ต้นทุนการรักษาข้อเข่าเสื่อมโดยการใช้ไฮยาลูโรเนต ฉีดเข้าข้อในผู้ป่วยที่รักษาด้วยวิธีการรักษาแบบดั้งเดิมไม่ได้ผล แต่การให้ไฮยาลูโรเนตฉีดเข้าข้อ สัปดาห์ละ 1 เข็ม จำนวน 3 สัปดาห์ จากผู้ป่วย 183 ราย ให้ผลต่อการตอบสนองต่อการฉีดได้ดี จำนวน 146 ราย และมีการให้การรักษาเพิ่มเติมในรายที่ให้ผลการตอบสนองดีสูงสุด 3 course หลังจากติดตามการรักษาต่อไป 2 ปี ต้นทุนในการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่ตอบสนองต่อการให้ยาที่มีมูลค่ารวม 47,044.18 บาทต่อราย ต้นทุนในการรักษากลุ่มผู้ป่วยที่ตอบสนอง (ต่อมาได้รับการผ่าตัดข้อเทียม) มีมูลค่ารวม 144,884 บาทต่อราย สามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้ร้อยละ 63.26

ในปัจจุบันยังไม่เคยมีการทบทวนวรรณกรรมเรื่องประสิทธิภาพในการชะลอความเสื่อมของข้อก่อนการผ่าตัดด้วย Sodium hyaluronate และยังไม่มียอดข้อมูลด้านความคุ้มค่าของการชะลอความเสื่อมของข้อก่อนการผ่าตัดด้วย Sodium hyaluronate และ Sodium hyaluronate ยังไม่บรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ทั้งที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย จึงควรมีการศึกษาเรื่องดังกล่าวอย่างเป็นระบบ

เสนอโดย ชมรมโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

1. Waddell DD and Bricker DC. Total knee replacement delayed with hylan G-F 20 use I patients with grade IV osteoarthritis. JMCP 2007;13(2):113-21
2. Turajane T, Labpiboonpong V. and Maungsiri S. Cost Analysis of intra-articular sodium hyaluronate treatment in knee osteoarthritis patients who failed conservative treatment. J Med Assoc Thai 2007;90(9):1839-44.