

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน
ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



กรกฎาคม 2557

โดย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เสนอ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



NHSO
National Health Security officer

HITAP
Health Intervention and Technology Assessment Program

คำนำ

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการสำคัญที่มุ่งให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลรักษาสุขภาพ ลดโอกาสเกิดโรคและความเจ็บป่วย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรผู้ใหญ่/วัยทำงาน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่เป็นกำลังหลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัว พัฒนาสังคม และขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ แม้ว่าคนในวัยนี้ส่วนใหญ่มีสุขภาพดีกว่าคนในวัยอื่นๆ แต่การสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นต้องเริ่มดำเนินการแต่เนิ่นๆ เพื่อลดการเกิดความเจ็บป่วยที่ร้ายแรงหรือพิการทุพพลภาพเมื่อก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นการป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

รายงานฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อนำเสนอข้อเสนอเพื่อการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้วยกระบวนการที่โปร่งใส เป็นระบบ และมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ตลอดจนใช้การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และความเป็นไปได้ของเทคโนโลยี มาตรการ และบริการที่จัดให้เป็นสิทธิประโยชน์ นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยนำเสนอปัญหาเชิงระบบที่ต้องคำนึงถึงในการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบทสุดท้าย เพื่อเป็นข้อเสนอแนะเชิงระบบในการพัฒนานโยบายระดับประเทศอย่างเป็นระบบ และเพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเชิงนโยบายต่อไป

คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลการศึกษานี้ จะเป็นส่วนหนึ่งในกระบวนการพัฒนาและปรับปรุงนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงานในประเทศไทยและเกิดการขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพผู้ใหญ่/วัยทำงานซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

กรกฎาคม 2557

บทสรุปผู้บริหาร

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการสำคัญที่มุ่งให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลรักษาสุขภาพ ลดโอกาสเกิดโรคและความเจ็บป่วย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลและการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม การดำเนินการดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพรวมทั้งหน่วยงานต่างๆ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งรับผิดชอบการจัดสรรงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับคนไทยทุกกลุ่มวัยได้ยึดมั่นในหลักการ “สร้างนำซ่อม” โดยให้ความสำคัญต่อการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการที่เกี่ยวข้อง ด้วยกระบวนการที่โปร่งใส เป็นระบบ และมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ตลอดจนใช้การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ประสิทธิภาพ คุ้มค่า และความเป็นไปได้ของเทคโนโลยี มาตรการ และบริการที่จัดให้เป็นสิทธิประโยชน์

ในปี พ.ศ. 2556 สปสช. มอบหมายให้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ หรือ HITAP พัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน ได้แก่ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 25-59 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีเป็นกำลังหลักในการดูแลสุขภาพในครอบครัว พัฒนาสังคม และขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ

แม้คนส่วนใหญ่ในวัยนี้จะมีสุขภาพดีกว่าคนในวัยอื่นๆ แต่การสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นต้องเริ่มดำเนินการแต่เนิ่นๆ เพื่อลดการเกิดความเจ็บป่วยที่ร้ายแรงหรือพิการทุพพลภาพเมื่อก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นการป้องกันการเสียชีวิตก่อนวันอันควร นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ใหญ่/วัยทำงานในประเทศไทยมีปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. จึงเริ่มต้นด้วยการจัดลำดับปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญและควรได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างเร่งด่วน นอกจากนี้ยังพิจารณาการมีอยู่ของมาตรการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะบุคคลที่จำเพาะกับปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น ในการประชุมระดมสมองเมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2557 นักวิจัยของ HITAP ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ได้คัดเลือกปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงจำนวน 7 หัวข้อ ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด 2) โรคเมเร็งตับ 3) การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 4) โรคเมเร็งปากมดลูก 5) การเจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการทำงาน 6) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 7) การสูบบุหรี่/ยาสูบ เข้าสู่กระบวนการทบทวนเอกสารหลักฐานทางวิชาการ แนวทางที่กำหนดโดยองค์กรระดับนานาชาติ รวมทั้งรายงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในบางกรณีมีการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ และสัมภาษณ์บุคลากรผู้ปฏิบัติงานโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพที่สมควรนำมาใช้จัดการกับปัญหาและปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้นเพื่อใช้ในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หลังจากรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่างๆ เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2557 แล้ว คณะผู้วิจัยสรุปนโยบาย/มาตรการที่จะเสนอต่อ สปสช. ตามหัวข้อปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง ดังต่อไปนี้

1. โรคหัวใจและหลอดเลือด ควรมีการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้เครื่องมือ Thai ASCVD Score โดยให้มีการคัดกรองประชากรทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ทุกๆ 5 ปี เพื่อพิจารณาให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ยาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดทำได้อย่างเหมาะสม

2. **โรคมะเร็งตับ** ควรมีการคัดกรองโดยการตรวจ HBsAg และ Anti-HBs เพื่อค้นหาผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในประชากรไทยอายุ 31-40 ปี และให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแก่ผู้ที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันโรค

3. **การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์** หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมถึง สปสช. ควรมีการดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายด้านเอดส์โดยรวม และควรพิจารณาจัดเตรียมงบประมาณสำหรับการดำเนินงานตามมาตรการยุติปัญหาเอดส์ให้เพียงพอ เพื่อมิให้เกิดปัญหาการขาดแคลนงบประมาณในระหว่างดำเนินการ

4. **โรคมะเร็งปากมดลูก** ควรมีการคัดกรอง Human papillomavirus (HPV) ในสถานการณ์ปัจจุบันโดยวิธี conventional cytology ในหญิงอายุ 30-60 ปี ทุก 3 ปี โดยต้องขยายการคัดกรองควบคู่กับการพัฒนากำลังคนด้านการอ่านเซลล์ และแนะนำการฉีดวัคซีนป้องกัน HPV ในเด็กหญิงอายุ 12 ปี ร่วมกับคัดกรองด้วย co-test (HPV DNA test + liquid cytology) ในหญิงอายุ 30-60 ปี ทุก 3 ปี

5. **โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน** ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาโมเดล 5Rs สำหรับแรงงานในและนอกระบบ อันประกอบไปด้วย Register and check (ลงทะเบียน) Re-check (ตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน) Report (รายงานผลการตรวจและจัดทำข้อเสนอแนะ) Record (บันทึกข้อมูล) และ Responsiveness (ความรับผิดชอบ) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาาระบบสร้างแรงจูงใจ

6. **การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่/ยาสูบ** ควรตรวจคัดกรองความเสี่ยงของการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ด้วยเครื่องมือ ASSIST ในประชากรอายุ 25-30 ปีทุกคน ณ สถานพยาบาลหรือสถานที่ทำงาน สำหรับกลุ่มอายุมากกว่า 30 ปีให้คัดกรองเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น พร้อมให้คำแนะนำอย่างสั้นกับทุกคนที่ได้รับการคัดกรอง และหากพบว่ามีความเสี่ยงตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป ควรแนะนำให้รับบริการให้คำปรึกษาและพิจารณาการใช้ยาเลิกบุหรี่ร่วมด้วยในกรณีที่เป็น

จากการดำเนินโครงการวิจัยฯ พบว่านอกเหนือจากประเด็นเรื่องความปลอดภัย ประโยชน์หรือประสิทธิผล ความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของมาตรการต่างๆ แล้ว ยังมีประเด็นอื่นๆ ที่ สปสช. ควรให้ความสำคัญ เพราะมีผลต่อความสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่

1. **การมีระบบกำกับดูแล ติดตามประเมินผลรวมถึงการสร้างแรงจูงใจ** ให้หน่วยงานและผู้ให้บริการบรรลุเป้าประสงค์ของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คือทำให้ประชาชนมีสุขภาพและสุขภาพที่ดี ควรมีการออกแบบระบบให้มีความรัดกุมในการกำกับติดตามการดำเนินมาตรการต่างๆ รวมถึงมีความยืดหยุ่นสูง เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการปรับปรุงแผนการทำงานของผู้ให้บริการ และการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสม

2. **ทัศนคติของผู้บริหารและผู้ให้บริการต่อประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูบบุหรี่/ยาสูบ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด** แม้กระทั่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้บริหารและผู้ให้บริการบางกลุ่มยังมีทัศนคติเชิงลบต่อประชาชนที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ โดยมองว่าควรเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคลต่อค่าใช้จ่ายเพื่อยุติพฤติกรรมเสี่ยงหรือรักษาโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่ป้องกันได้ อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาในมุมมองของสาธารณสุขจะพบว่า การแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้มีความคุ้มค่าในการลงทุนเป็นอย่างยิ่งเพราะนอกจากจะช่วยเพิ่มอายุขัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนที่เคยมีปัจจัยเสี่ยงและ

ยุติได้ ยังลดค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพในอนาคต และในบางกรณียังลดปัจจัยเสี่ยงของผู้อื่นในสังคมด้วย

3. การหาจุดสมดุลระหว่างการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง และง่ายต่อการค้นหา กับการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างทั่วถึงและถ้วนหน้า ทั้งนี้เนื่องจากมาตรการสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ หากดำเนินการในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงเพียงกลุ่มเดียว อาจให้ประสิทธิผลที่ดีกว่า มีความคุ้มค่าสูงกว่า แทนที่จะให้บริการคัดกรองแก่ประชาชนทั่วไปที่อาจไม่ทราบระดับความเสี่ยงของตนเองหรือบุคคลทั่วไปที่ยังไม่เจ็บป่วย แต่อย่างไรก็ตาม ควรมีการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคควรให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปด้วย เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ผู้มีความเสี่ยงหลายคนไม่ทราบว่าตัวเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค การให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปที่ยังไม่เจ็บป่วยจะสามารถค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงดังกล่าวเพื่อให้การบริการป้องกันโรคที่เหมาะสมต่อไปได้

4. ความจำเป็นในการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน องค์กรต่างๆ ทั้งในระบบสาธารณสุข และนอกระบบสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ทั้งในระดับส่วนกลางและท้องถิ่น เพราะงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบและอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการอื่นๆ การออกแบบชุดสิทธิประโยชน์โดยไม่คำนึงถึงหน่วยงานเหล่านี้จึงไม่สามารถทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดีได้ รวมทั้งอาจทำให้เกิดการสิ้นเปลืองทรัพยากรจากการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อน

5. การพัฒนาระบบบริหารจัดการสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค/ปัญหาหนึ่งๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค/ปัญหาหนึ่งๆ ส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้มากกว่า 1 มาตรการร่วมกัน ดังนั้น นอกเหนือจากมาตรการที่คณะผู้วิจัยเสนอ สปสช. ให้บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ฯ ตามผลของการศึกษาในโครงการนี้แล้ว จำเป็นต้องมีมาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมาตรการอื่นๆ ที่ สปสช. ไม่ได้รับผิดชอบร่วมด้วย เช่น โครงการโรงงานสีขาว ลด ละ เลิกเหล้า การให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในโรงเรียน และการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ เป็นต้น นอกจากนี้ บางมาตรการ สปสช. มีส่วนรับผิดชอบทางอ้อม เช่น การสนับสนุนของ สปสช. ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ในการสนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมวางแผนและดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพร่วมกัน นอกจากนี้การจัดบริการสุขภาพให้มีความครอบคลุมสูง (effective coverage นั่นคือมีกลุ่มเป้าหมายมาใช้บริการ) จำเป็นต้องมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และอื่นๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
บทสรุปผู้บริหาร	ข
สารบัญ	จ
สารบัญรูป	ช
สารบัญตาราง	ฅ
บทที่ 1	2
1.1 ที่มาและเหตุผล	2
1.2 วัตถุประสงค์	6
บทที่ 2 วิธีการศึกษา	8
2.1 การทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ	9
2.2 การคัดเลือกปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญและเร่งด่วนในประชากรวัยผู้ใหญ่/วัยทำงาน	9
2.3 วิเคราะห์หาแนวทาง/รูปแบบการดำเนินงานมาตรการและนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับประชากรกลุ่มผู้ใหญ่/วัยทำงาน	10
2.4 จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	11
บทที่ 3 ผลการศึกษา	12
3.1 โรคหัวใจและหลอดเลือด	12
3.3 โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	25
3.4 โรคมะเร็งปากมดลูก	32
3.5 โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน	42
3.6 ปัจจัยเสี่ยง: การสูบบุหรี่/ยาสูบ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	52
บทที่ 4 อภิปรายผลการศึกษา	61
4.1 โรคหัวใจและหลอดเลือด	61
4.2 โรคมะเร็งตับ	62
4.3 โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	63

4.4 โรคมะเร็งปากมดลูก.....	64
4.5 โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน	67
4.6 ปัจจัยเสี่ยง: การสูบบุหรี่/ยาสูบ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	68
เอกสารอ้างอิง.....	72
ภาคผนวก	77
ภาคผนวก ก	77
ภาคผนวก ข	86
ภาคผนวก ค	93

สารบัญรูป

หน้า

รูปที่ 1 ปริมาณปีสุขภาวะที่สูญเสียจากปัญหาสุขภาพในประชากรไทยอายุ 30-59 ปี จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2552	3
รูปที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะในประชากรไทย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2552	4
รูปที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินงานของโครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงานภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....	8
รูปที่ 4 ความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ.....	12
รูปที่ 5 ร้อยละของการได้รับยากลุ่ม statins ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า ในแต่ละระดับความเสี่ยง.....	14
รูปที่ 6 จำนวนของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการติดตามผู้ป่วยจริง และผลการประเมินโดยใช้ Thai ASCVD Score และ WHO/ISH Risk Prediction Chart	16
รูปที่ 7 อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีแยกตามเพศ พ.ศ.2538-2552	18
รูปที่ 8 อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี พ.ศ. 2552 จำแนกตามช่วงอายุ	19
รูปที่ 9 การเกิดมะเร็งชนิดที่เกิดจากเซลล์ตับ (hepatocellular carcinoma) จากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี.....	20
รูปที่ 10 มาตรการการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี.....	22
รูปที่ 11 เปรียบเทียบการคาดการณ์อุบัติการณ์สะสมการเกิดมะเร็งตับกรณีเพิ่มการคัดกรองและให้วัคซีนในคนที่เกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2608.....	23
รูปที่ 12 ประเมินการค่าใช้จ่ายในการคัดกรองและฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ปีที่ 1 – 10	24
รูปที่ 13 ผลการคาดการณ์ด้านต้นทุนและผลลัพธ์ของมาตรการยุติปัญหาเอดส์ที่พิจารณาโดย คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์.....	26
รูปที่ 14 กระบวนการคัดกรองผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบ VCT และ PICT	28
รูปที่ 15 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยวิธีการคัดกรอง VCT และ PICT ตามระดับภูมิคุ้มกัน	29
รูปที่ 16 งบประมาณที่ต้องใช้ในการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อตามนโยบาย VCTหรือ PICT	30
รูปที่ 17 ผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553-2556 แยกตามเขตพื้นที่รับผิดชอบของ สปสช.....	34

รูปที่ 18 สัดส่วนต้นทุนและผลลัพธ์ทางคลินิก ของมาตรการควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูกในบริบทของประเทศไทย.....	36
รูปที่ 19 สัดส่วนต้นทุนและผลลัพธ์ทางคลินิก ของมาตรการควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูกในบริบทของประเทศไทย.....	37
รูปที่ 20 การวิเคราะห์ความไม่แน่นอนแบบ 2 ตัวแปร ระหว่างต้นทุนของ HPV DNA test (แกนตั้ง) และต้นทุนของวัคซีน (แกนนอน).....	39
รูปที่ 21 ประสิทธิภาพการระงับปริมาณการคัดกรองและฉีดวัคซีน HPV ในระยะเวลา 5 ปี (อัตราความครอบคลุมบริการร้อยละ 80).....	40
รูปที่ 22 การดูแลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานสำหรับกลุ่มแรงงานในระบบในปัจจุบัน	43
รูปที่ 23 การดูแลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมของการทำงานสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบในปัจจุบัน ..	44
รูปที่ 24 จำนวนลูกจ้างทั้งประเทศที่ประสบอันตรายจากการทำงานจำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาล ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2555	45
รูปที่ 25 โมเดล 5Rs.....	47
รูปที่ 26 ประสิทธิภาพการเงินสะสมจากการใช้ดอกเบี้ยของกองทุนเงินทดแทน	50
รูปที่ 27 ต้นทุนที่ป้องกันได้จากการป้องกันนักสูบ/นักดื่มหน้าใหม่หรือการทำให้เลิกสูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่อายุต่างๆ กัน.....	53
รูปที่ 28 ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และโอกาสในการเลิกดื่มแบ่งตามสถานการณ์สูบบุหรี่	57
รูปที่ 29 แนวทางการคัดกรองและส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่และ/หรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปยังบริการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่และเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.....	58

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของเครื่องมือ Thai ASCVD score และ WHO/ISH risk prediction chart.....	15
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลองกับข้อมูลจากฐานข้อมูลการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีของ สปสช.....	27
ตารางที่ 3 ตัวอย่างการตรวจโรคตามความเสี่ยงจากการทำงาน	48
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบบริการเลิกบุหรี่ปัจจุบันในประเทศไทย	54

บทที่ 1

บทนำ

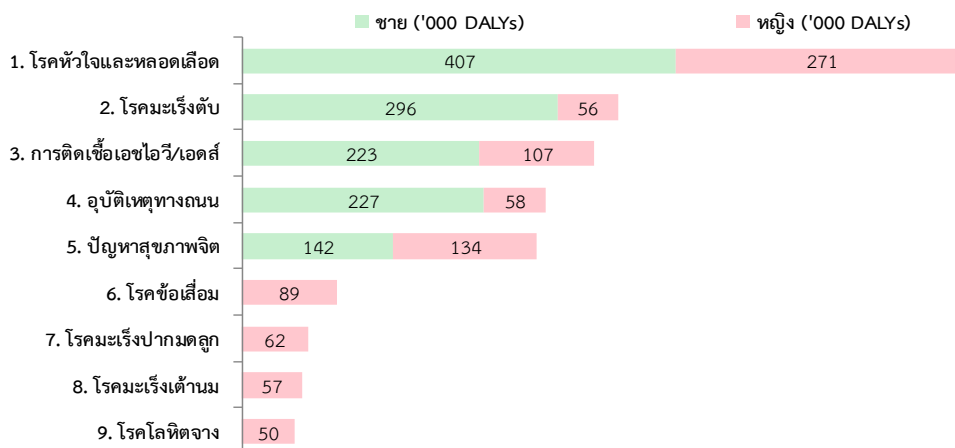
1.1 ที่มาและเหตุผล

ประเทศไทยมีประชากรวัยผู้ใหญ่หรือวัยทำงานอายุระหว่าง 19-59 ปี ซึ่งครอบคลุมกลุ่มผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 19-39 ปี) และกลุ่มผู้ใหญ่ตอนกลางหรือวัยกลางคน (อายุ 40-59 ปี) อยู่ประมาณ 3 ใน 4 (ร้อยละ 75) ของประชากรทั่วประเทศ (ร้อยละ 75) (1) เป็นประชากรที่เป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาครอบครัว สังคม และประเทศชาติ กล่าวคือเป็นกลุ่มที่ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดูคนในครอบครัว โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ ทั้งนี้ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้การพึ่งพิง (ทางอายุ) ของประชากรมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าในปี พ.ศ. 2554 อัตราส่วนการพึ่งพิงของผู้สูงอายุต่อประชากรวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) เท่ากับ 1 ต่อ 5.5 (ผู้สูงอายุ 1 คน พึ่งพิงวัยทำงานประมาณ 6 คน) ซึ่งอัตราส่วนนี้จะเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1 ต่อ 2.4 (ผู้สูงอายุ 1 คน พึ่งพิงวัยทำงานประมาณ 3 คน) ในอีก 20 ปีข้างหน้า (2) นอกจากนี้ ประชากรวัยทำงานยังเป็นกลุ่มวัยที่ก่อให้เกิดผลผลิตทางเศรษฐกิจของประเทศและเป็นวัยที่ต้องเตรียมตัวเพื่อเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้น “กลุ่มวัยทำงาน” จึงควรเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจและก้าวสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551- 2552 (3) พบว่า ประชากรวัยทำงานอายุระหว่าง 15-59 ปี มีปัญหาสุขภาพสำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะอ้วนและอ้วนลงพุง รวมถึงการบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร และจากข้อมูลการสำรวจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2552 (4) พบว่าประชากรวัยทำงานมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น บริโภคอาหารมื้อหลักไม่ครบ 3 มื้อ ไม่มีการออกกำลังกาย โดยพบว่ามีเพียงร้อยละ 20 ของประชากรกลุ่มวัยนี้ออกกำลังกาย ซึ่งนับว่าน้อยกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ นอกจากนี้ประชากรวัยทำงานร้อยละ 34 ตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ และร้อยละ 19 สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ไม่เพียงแต่จะเป็นสาเหตุของโรคเรื้อรังกว่า 60 โรค (5) รวมถึงโรคตับและตับแข็งเรื้อรัง ซึ่งเป็นหนึ่งในโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรไทย และการตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอุบัติเหตุจราจรอีกด้วย ซึ่งจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง ในปี พ.ศ. 2553 โดยการสัมภาษณ์ประชากรอายุ 15-74 ปี พบว่า ผู้ขับขีจักรยานยนต์ร้อยละ 19.8 ตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ภายใน 1 ชั่วโมงก่อนการขับขี และผู้ขับรถยนต์ร้อยละ 12.1 ตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ภายใน 1 ชั่วโมงก่อนการขับขี (สัดส่วนนี้จะแตกต่างจากช่วงเทศกาล ที่อาจมีสัดส่วนผู้ที่ตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ภายใน 1 ชั่วโมงก่อนการขับขีมากกว่านี้) ทั้งนี้ จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2554 (6) พบว่ามีผู้บาดเจ็บและผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเป็นจำนวนทั้งสิ้น 104,725 ราย และ 14,033 ราย ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประชากรในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 25-49 ปี)

นอกจากปัญหาสุขภาพดังกล่าวข้างต้นแล้ว จากการสำรวจระดับชาติวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในปี พ.ศ. 2555 พบปัญหาทางจิตเวชที่สำคัญในประชากรวัยทำงาน (7) เช่น ความผิดปกติจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol use disorder) ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย (suicidality) ความผิดปกติจากการเสพยาเสพติด (substance use disorder) และโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) (ความชุกเท่ากับร้อยละ 12.4, 5.0, 1.4 และ 1.2 ตามลำดับ) ซึ่งสาเหตุหลักของปัญหาทางจิตเวชของคนกลุ่มนี้เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย เช่น ความเครียดเกี่ยวกับปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัว ปัญหาเกี่ยวกับชีวิตสมรสหรือชีวิตของบุตร ความวิตกกังวลหรือความเครียดจากการทำงาน เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า โรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุจราจร และปัญหาทางจิตเวชเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของประชากรวัยทำงานซึ่งส่งผลกระทบต่อการสูญเสียปีสุขภาวะโดยรวมของคนกลุ่มนี้ ดังปรากฏในรายงานข้อมูลภาวะโรคของประเทศไทยซึ่งจัดทำโดยคณะกรรมการโรค ในปี พ.ศ. 2552 (8) ทั้งนี้ หากพิจารณาโรคและการบาดเจ็บที่มีการสูญเสียปีสุขภาวะอย่างต่อเนื่องระหว่างกลุ่มอายุ 15-29 ปี และ 60 ปีขึ้นไปกับกลุ่มอายุ 30-59 ปี โรคและการบาดเจ็บทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะมากที่สุด (รูปที่ 1) ได้แก่ กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (รวมโรคหลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด และเบาหวาน) มะเร็งตับ (รวมภาวะตับแข็ง) การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อุบัติเหตุทางถนน ปัญหาสุขภาพจิต (รวมโรคจิตเภท ซึมเศร้า การทำร้ายตนเอง) ข้อเสื่อม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และโรคโลหิตจาง ตามลำดับ

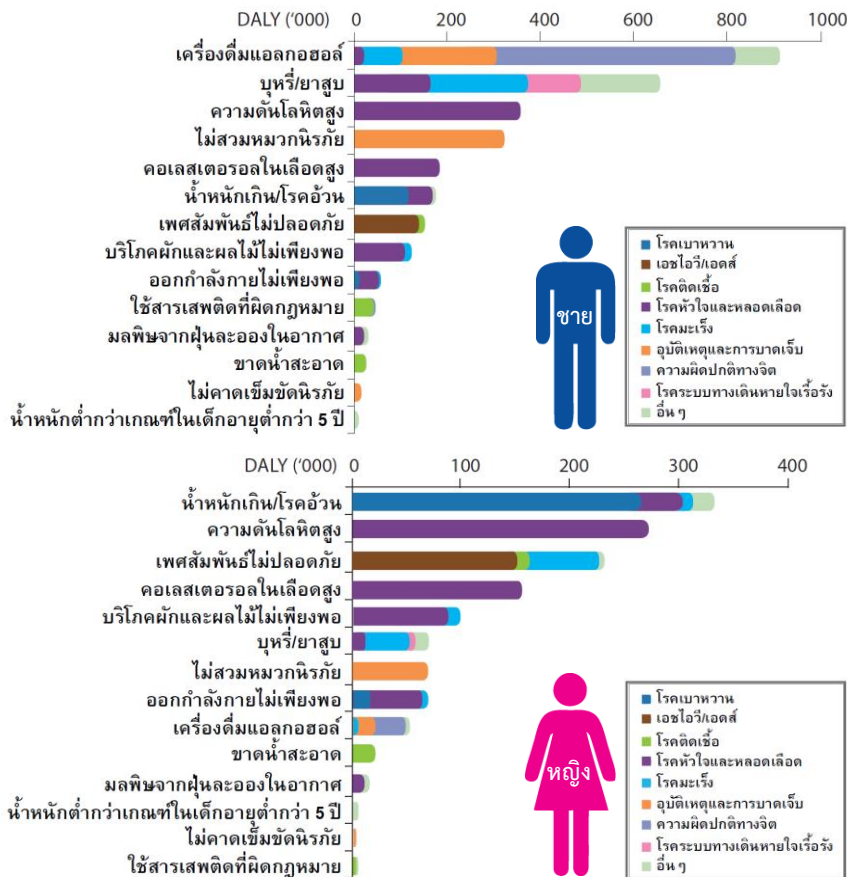


รูปที่ 1 ปริมาณปีสุขภาวะที่สูญเสียจากปัญหาสุขภาพในประชากรไทยอายุ 30-59 ปี จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2552

ที่มา: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2555)

สาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรวัยทำงานนอกจากจะเกิดจากโรคและการบาดเจ็บแล้ว ประชากรวัยนี้ยังเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตตามมาอีกด้วย ในรายงานภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2552 (9) ได้มีการเปรียบเทียบภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะในประชากรทั่วไป ซึ่งบางโรคนั้นเกิดจากหลายปัจจัย

ในขณะที่เดียวกันปัจจัยเดียวกันอาจทำให้เกิดได้หลายโรค ตัวอย่างเช่น การสูบบุหรี่/ยาสูบ เป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่ก่อให้เกิดโรคตามมาได้หลายโรคตั้งแต่โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เป็นต้น รายงานดังกล่าวสรุปปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ 14 ปัจจัย โดยเรียงลำดับตามขนาดของปัญหาที่เป็นผลมาจากปัจจัยเสี่ยงแต่ละปัจจัย ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะในประชากรไทย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2552

ที่มา: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (2555)

นอกจากนี้ ในประชากรกลุ่มวัยทำงานมีผู้บาดเจ็บ ทุพพลภาพ และตายจากการทำงานหรือการประกอบอาชีพ การสำรวจภาวะสุขภาพของแรงงานไทย (10) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งสำรวจในกลุ่มวัยทำงานที่มีงานทำ พบว่า โรค/อาการที่แรงงานป่วยหรือไม่สบายสูงสุด 3 ลำดับแรกได้แก่ โรค/อาการของระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 33) ปวดหลัง/ปวดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 21) และความเครียด/นอนไม่หลับ/ปวดหัว (ร้อยละ 19) นอกจากนี้ยังพบปัญหาอื่นๆ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติดตลอดจนปัญหาสุขภาพอื่นๆ อันเกิดจากการทำงาน ทั้งนี้ เนื่องมาจากสภาพงานที่ตึงเครียด สภาพแวดล้อมในการทำงานไม่เอื้อต่อความปลอดภัย ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ

ได้ นอกจากนี้กลุ่มแรงงานนอกระบบ¹ ซึ่งการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2555 (11) พบว่า ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2550-2555 ในกลุ่มผู้มีงานทำทั้งสิ้น 39.6 ล้านคน เป็นแรงงานนอกระบบ 24.8 ล้านคน (ร้อยละ 62) ในจำนวนนี้เป็นแรงงานนอกระบบที่อยู่ในภาคเกษตรกรรม (ร้อยละ 37.5-40) และแรงงานนอกระบบที่อยู่นอกภาคเกษตรกรรม (ร้อยละ 60-62.5) เช่น ผู้รับงานไปทำที่บ้าน ผู้ประกอบอาชีพอิสระ พนักงานบริการตามร้านอาหาร หาบเร่และแผงลอย เป็นต้น แรงงานนอกระบบเป็นกลุ่มที่ไม่มีความมั่นคงในการทำงาน มีเงื่อนไขการทำงานที่ไม่เป็นธรรม ขาดสวัสดิการหรือการคุ้มครองทางกฎหมาย รวมทั้งยังเผชิญกับปัญหาสุขภาพหลายอย่างเช่นเดียวกับแรงงานในระบบ นอกจากนี้แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ทำงานในสภาพแวดล้อมของการทำงานที่ไม่ปลอดภัย เช่น สถานที่ทำงานคับแคบและไม่สะอาด มีปัญหาฝุ่นละออง ควัน และกลิ่น ปัญหาแสงสว่างไม่เพียงพอและปัญหาเสียงดังเป็นต้น เกิดความเสี่ยงจากอุบัติเหตุในการทำงาน (12)

ประเทศไทยมีหน่วยงานที่มีภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และมูลนิธิ/องค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ (non-governmental organizations; NGOs) อย่างไรก็ตาม หน่วยงานดังกล่าวมีการดำเนินงาน เป้าหมายและความครอบคลุมของการดำเนินงานที่แตกต่างกัน เช่น กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงองค์กรพัฒนาเอกชนที่รณรงค์ให้ความรู้เรื่องสุขภาพของประชากรวัยทำงานเฉพาะเรื่อง บางหน่วยงานทำหน้าที่ประสานงานและให้การสนับสนุนการทำงานของภาคีเครือข่าย เช่น สสส. ในขณะที่ สปสช. เป็นกลไกหลักในการจัดสรรงบประมาณให้กับบริการต่างๆ

ในปีงบประมาณ 2556 กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชนทุกคนที่มาใช้บริการในหน่วยบริการหรือบริการในชุมชน (13) ประกอบด้วย ชุดกิจกรรมสำหรับกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 30-60 ปี ได้แก่ บริการตรวจคัดกรองภาวะโรคซึมเศร้า มะเร็งปากมดลูก บริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยมีความมุ่งหวังให้ผู้ใหญ่กลุ่มนี้เข้าถึงบริการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคต่างๆ รวมถึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกาย การกินผักและผลไม้ ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง นอกจากนี้ยังมีชุดกิจกรรมสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ประกอบด้วยชุดกิจกรรมตามแนวเวชปฏิบัติที่แนะนำโดยกรมอนามัยและสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บริการฝากครรภ์ บริการตรวจหลังคลอด บริการตรวจคัดกรองโรค (ภาวะซึมเศร้า โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย) และบริการวางแผนครอบครัว (ซึ่งรวมถึงกรณีหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานและอยู่กินกับสามีด้วย) อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดของการดำเนินการเชิงรุกสู่กลุ่มเป้าหมายในระดับชุมชน และมี

¹สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2543) ได้ให้ความหมายของ “แรงงานนอกระบบ” ว่าเป็นแรงงานที่ไม่มีรูปแบบและกฎเกณฑ์ที่แน่นอนในการจ้างงาน ไม่มีกฎระเบียบทางกฎหมายและสังคมคอยคุ้มครอง ซึ่งต่างจากแรงงานในระบบที่มีโครงสร้างขององค์กรที่ชัดเจน มีระบบการจ้างงาน การคัดเลือกบุคคลเข้าทำงาน มีสัญญาหรือระยะเวลาการทำงานที่แน่นอน มีสวัสดิการและการประกันสังคม ลักษณะขององค์กรหรือหน่วยงานธุรกิจมีการจัดสายงานบริหารและการจัดการที่เป็นระบบ มีการกำหนดตำแหน่งงานและขอบเขต หน้าที่ความรับผิดชอบของงานแต่ละประเภทไว้อย่างชัดเจน และสามารถยืดหยุ่นได้

ข้อจำกัดในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพทั้งในกลุ่มวัยทำงานทั่วไปและกลุ่มผู้ใช้แรงงานซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ นอกจากนี้งานวิจัยส่วนใหญ่ยังเป็นโครงการเดี่ยวขาดการเชื่อมโยงและบูรณาการให้ครอบคลุมวงจรของปัญหา

เนื่องจากมีการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเด็กอายุ 0-5 ปี หรือโครงการ “อนาคตไทย” ที่ดำเนินการโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program; HITAP) และการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในเด็กโตและเยาวชนอายุ 19-24 ปี โดย HITAP ซึ่งผลการศึกษาในโครงการทั้งสองถูกนำไปใช้ในหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งกระทรวงสาธารณสุข สปสช. และ สสส. ดังนั้นเพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จากเด็กเล็ก เด็กโตและเยาวชน สู่มหาวิทยาลัย/วัยทำงาน สปสช. ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่มีหน้าที่บริหารจัดการงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ จึงมอบหมายให้ HITAP พัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ฯ สำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีเป็นกำลังหลักในการดูแลสุขภาพในครอบครัว พัฒนาสังคมและขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ

1.2 วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนานโยบายและปรับปรุงรายการสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยการพิจารณาข้อเสนออยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิผลและ/หรือความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ รวมทั้งดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โปร่งใส และมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

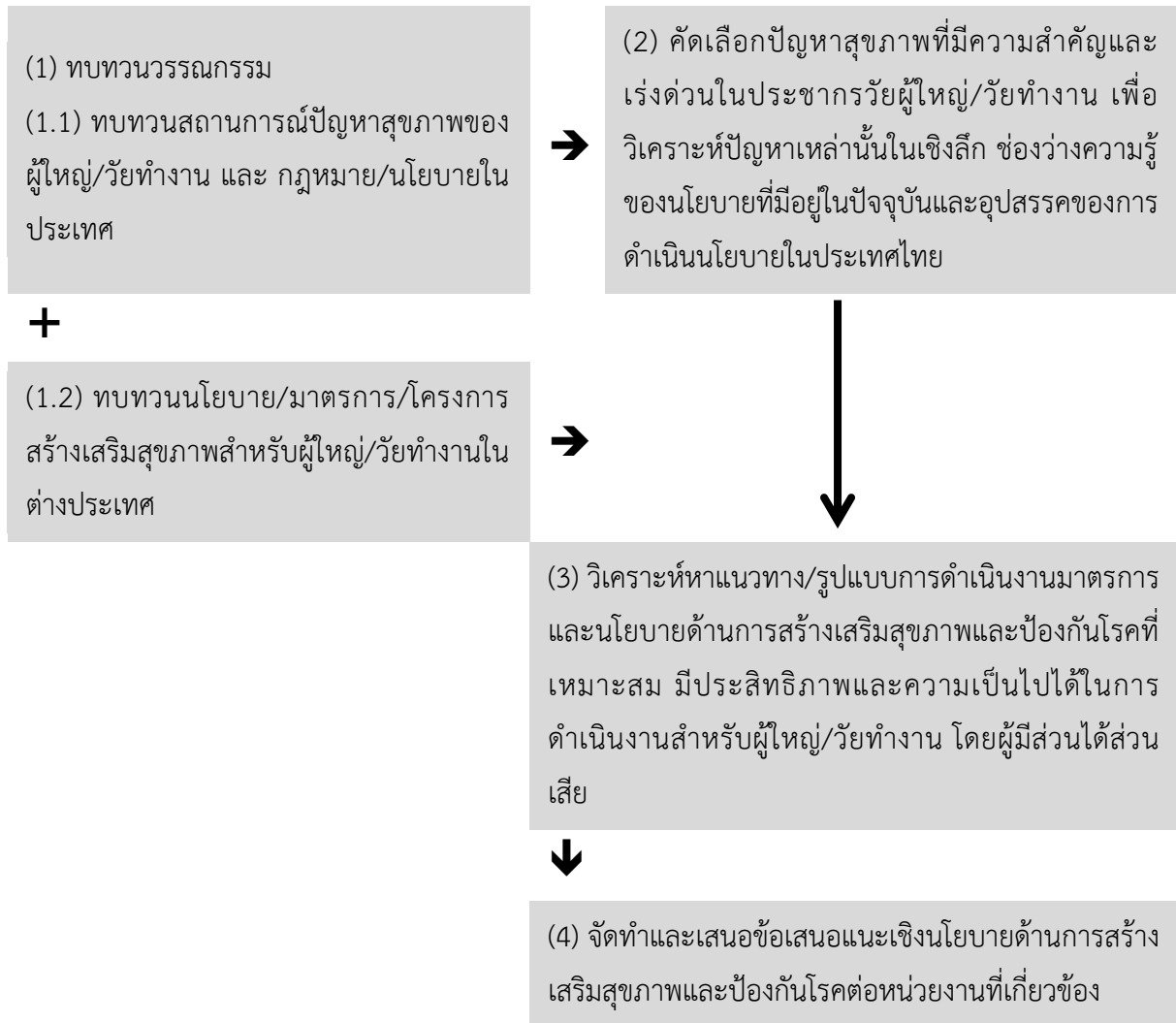
วัตถุประสงค์ย่อย

- (1) เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชากรกลุ่มผู้ใหญ่/วัยทำงานอย่างรอบด้าน
- (2) เพื่อค้นหามาตรการที่มีประสิทธิภาพ ได้รับการยอมรับและเหมาะสมสำหรับการแก้ไขปัญหาสุขภาพในข้อ 1
- (3) เพื่อศึกษาช่องว่างของการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรกลุ่มผู้ใหญ่/วัยทำงานในประเทศไทย

- (4) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคสำหรับประชากรกลุ่มผู้ใหญ่/วัยทำงาน

บทที่ 2 วิธีการศึกษา

การดำเนินงานของโครงการนี้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังแสดงในรูปที่ 3



รูปที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินงานของโครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และ
ระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน
ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2.1 การทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ

การทบทวนวรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้องแบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก คือ

ส่วนที่ 1 การทบทวนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่/วัยทำงาน ซึ่งศึกษาทั้งข้อมูลภาวะโรคและปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือมุมมองเรื่องโรค รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยนี้

ส่วนที่ 2 กฎหมาย/นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรผู้ใหญ่/วัยทำงานที่มีดำเนินการทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2.2 การคัดเลือกปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญและเร่งด่วนในประชากรวัยผู้ใหญ่/วัยทำงาน

ประชากรผู้ใหญ่/วัยทำงานในประเทศไทยมีปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจึงเริ่มต้นด้วยการจัดลำดับปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญและควรได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างเร่งด่วน

การจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายในการศึกษานี้ แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ (ได้แก่ โรคและการบาดเจ็บ) และปัจจัยเสี่ยง

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพในการศึกษานี้ นอกจากพิจารณาโรคและการบาดเจ็บที่ทำให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพแล้ว ยังพิจารณาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตตามมาด้วย เช่น พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เป็นต้น

เกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพในขั้นตอนนี้ คณะผู้วิจัยใช้ข้อมูลขนาดของความสูญเสียทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจากปัญหาสุขภาพต่างๆ (burden of diseases) (8) ซึ่งมาตรวัดความสูญเสียทางสุขภาพนั้นใช้หน่วยที่เรียกว่า “ปีสุขภาวะที่สูญเสียไป” หรือ Disability-Adjusted Life Year (DALY)⁺ โดยเลือกปัญหาสุขภาพตามโรคและการบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุของความสูญเสียปีสุขภาวะ 10 อันดับแรกของประชากรในกลุ่มอายุ 15-29 ปี 30-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง เพื่อนำมาวิเคราะห์ความเชื่อมโยงของปัญหาสุขภาพระหว่างกลุ่มอายุ และเลือกปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะในประชากรไทย 14 ปัจจัย (9) เพื่อให้ได้ลำดับหัวข้อปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของผู้ใหญ่/วัยทำงานในประเทศไทย

⁺ เป็นการประเมินความสูญเสียทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยความสูญเสียในเชิงปริมาณนั้นคำนวณจากปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากการตายก่อนวัยอันควร หรือ Years of Life Lost (YLLs) คิดจากสาเหตุโรคที่ทำให้เสียชีวิตเทียบกับอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยนอกจากนี้ ความสูญเสียในเชิงคุณภาพเองก็มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกัน เนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพบางอย่างนั้นไม่ทำให้ผู้ป่วยถึงกับเสียชีวิต แต่ทำให้เกิดทุพพลภาพหรือมีความสามารถในการใช้ชีวิตด้อยกว่าคนปกติทั่วไป ในการศึกษาของโครงการภาวะโรคมีการให้น้ำหนักของการอยู่แบบด้อยคุณภาพนี้เช่นกัน และคำนวณเป็นปีสุขภาวะที่สูญเสียไปอันเนื่องจากความบกพร่องทางสุขภาพ หรือ Years of Life Lost due to Disability (YLDs)

ขั้นตอนที่ 2 คัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงตามเกณฑ์พิจารณาเพื่อการจัดทำข้อเสนอสำหรับปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

คัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 โดยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับมาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการอยู่ในประเทศไทยที่มีวัตถุประสงค์ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น แล้วนำมาพิจารณาตามเกณฑ์ 2 ข้อ ได้แก่ 1) เป็นปัญหาสุขภาพหรือปัจจัยเสี่ยงที่ยังขาดความรู้ด้านมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและมาตรการป้องกัน หรือเป็นปัญหาสุขภาพหรือปัจจัยเสี่ยงที่มีการนำมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและ/หรือ มาตรการป้องกันมาใช้ในประเทศไทย แต่จำเป็นต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไข และ 2) เป็นปัญหาสุขภาพหรือปัจจัยเสี่ยงที่มีมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคใช้ได้ในระดับบุคคล

จากการประชุมระดมสมองเมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2557 นักวิจัยของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ได้คัดเลือกปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงจำนวน 7 หัวข้อ ได้แก่ 1) โรคหัวใจและหลอดเลือด 2) โรคมะเร็งตับ 3) การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 4) โรคมะเร็งปากมดลูก 5) การเจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการทำงาน 6) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และ 7) การสูบบุหรี่/ยาสูบ

ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมประชุม

ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมในการประชุมระดมสมองซึ่งจัดขึ้นในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2557 ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้มีประสบการณ์หรือผู้ปฏิบัติงานในระดับนโยบาย นักวิชาการสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ องค์กรอิสระ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงของผู้ใหญ่/วัยทำงานในประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 33 คน (รายละเอียดดังแสดงในภาคผนวก ข)

2.3 วิเคราะห์หาแนวทาง/รูปแบบการดำเนินงานมาตรการและนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับประชากรกลุ่มผู้ใหญ่/วัยทำงาน

ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับมาตรการ/นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการอยู่ในประเทศไทย รวมถึงแนวทางที่กำหนดโดยองค์กรระดับนานาชาติและรายงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศของแต่ละปัญหาสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกในขั้นตอนที่ 2.2 ในบางกรณีมีการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิและสัมภาษณ์บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพที่สมควรนำมาใช้จัดการกับปัญหาและปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวข้างต้นโดยผลการทบทวนวรรณกรรมและผลที่ได้จากการสัมภาษณ์ได้นำไปปรึกษาหารือผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องในการประชุมระดมสมองกลุ่มย่อยตามประเด็นปัญหาสุขภาพ (รายละเอียดดังแสดงในภาคผนวก ค) เพื่อให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการที่ควรดำเนินการ และมีความเป็นไปได้ในการดำเนินงานดังกล่าวในประเทศไทย รวมถึงข้อเสนอแนะแนวทางการดำเนินมาตรการ

เหล่านั้น เพื่อใช้ในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อไป

2.4 จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

นำข้อเสนอแนะในขั้นตอนที่ 2.3 มาจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเบื้องต้นสำหรับปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และนำเสนอต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ จำนวน 76 คนเพื่อให้ข้อคิดเห็นในการประชุมระดมสมองเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2557 ซึ่งความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ได้จากการประชุมดังกล่าวนำมาปรับ/แก้ไขและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป

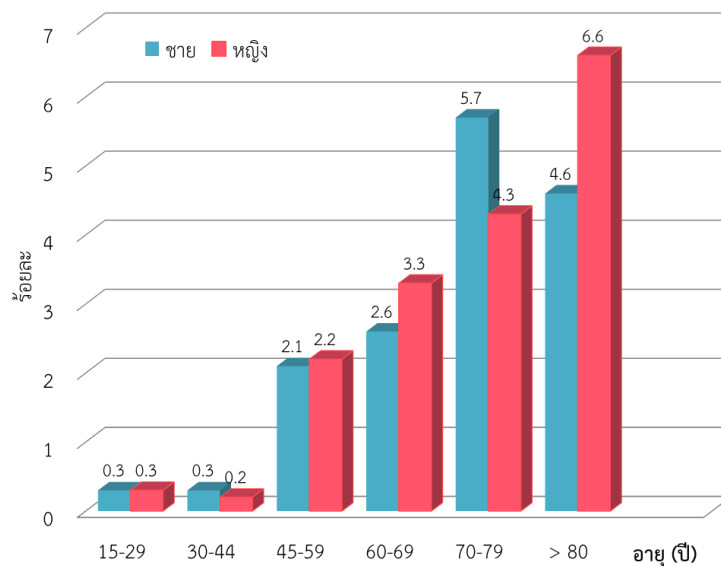
บทที่ 3

ผลการศึกษา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแบ่งตามหัวข้อปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง (ข้อเสนอแนะสำหรับหัวข้อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่/ยาสูบถูกรวมเข้าด้วยกัน) มีดังนี้

3.1 โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือด[‡] (cardiovascular disease) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก (14) และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหนึ่งในสามลำดับแรกของคนไทยทั้งเพศชายและหญิงมานานกว่า 2 ทศวรรษ (15) โรคดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ทั้งจากค่าเสียโอกาสอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมถึงค่ารักษาพยาบาลที่มีมูลค่าสูงถึง 154,000 บาทต่อคนสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันฉับพลันในปีแรก (16) และ 60,000 บาทต่อคนสำหรับโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในปีแรก (17, 18) ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องรับการดูแลรักษาไปตลอดชีวิต รูปที่ 4 แสดงให้เห็นว่าความชุกของโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงอายุ 45 ปีขึ้นไป ในภาพรวมเป็นโรคที่พบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย



รูปที่ 4 ความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

แหล่งข้อมูล: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (2552)

[‡] ในการศึกษาโรคหัวใจและหลอดเลือดหมายถึง กลุ่มของโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคของหลอดเลือดหัวใจ (หลอดเลือดแดงโคโรนารี) และโรคของหลอดเลือดสมอง

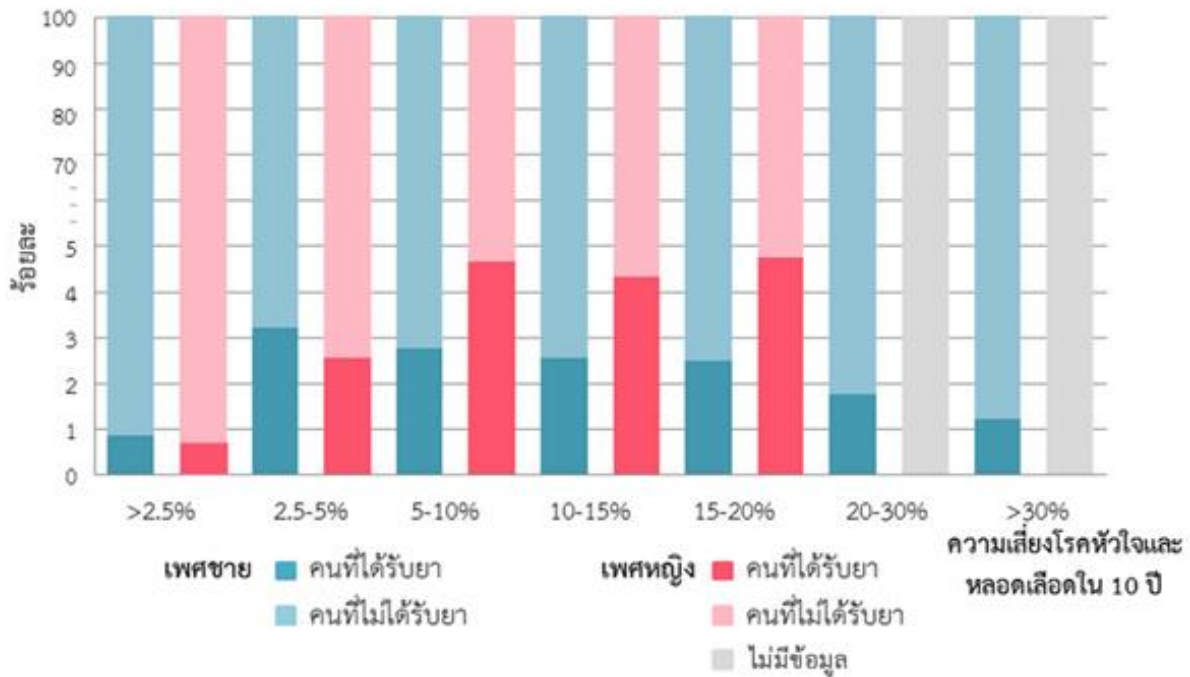
โรคหัวใจและหลอดเลือดเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขไม่ได้ เช่น อายุ เพศ ประวัติครอบครัว และเชื้อชาติ แต่ยังมีปัจจัยเสี่ยงอันเนื่องมาจากพฤติกรรม ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยด้านสรีระร่างกาย ได้แก่ ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น (19) ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มหลังจึงมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ในประเทศไทย มาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามปัจจัยเสี่ยง โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหลัก เช่น การรณรงค์เพื่อลดการบริโภคเกลือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอาศัยหลัก 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่) คลินิกคนไทยไร้พุง (20) รวมทั้งการตรวจคัดกรองและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เป็นต้น

แนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ที่ทั่วโลกต่างให้การยอมรับและนิยมใช้มากในปัจจุบัน ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงโดยรวม (global risk score) ซึ่งประเมินความเสี่ยงที่สำคัญชนิดต่างๆ ของแต่ละบุคคลเพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันและการรักษาลดโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคตจากการศึกษาพบว่า การประเมินความเสี่ยงโดยรวมมีประสิทธิผลในการกระตุ้นให้คนที่มีความเสี่ยงสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (21) แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดภายหลังจากทราบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมุ่งเน้นการให้คำแนะนำและการใช้ยา โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงและระดับความเสี่ยงที่พบในแต่ละบุคคล ตัวอย่างเช่น การแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสมสำหรับผู้สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์การบริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การแนะนำให้ใช้ยาเพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่ว่าจะเป็นการใช้ยา metformin สำหรับคนที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน การใช้ยา thiazide สำหรับคนที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และการใช้ยากกลุ่ม statins สำหรับคนที่มีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง (22) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากประเทศไทยไม่มีเครื่องมือมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับในการประเมินความเสี่ยงโดยรวมสำหรับใช้ทั้งประเทศ ดังนั้นจึงไม่มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้คนไทยสูญเสียโอกาสในการป้องกันการเกิดโรคดังกล่าว ส่งผลให้เกิดความพิการและการสูญเสียชีวิตซึ่งควรจะป้องกันได้เป็นจำนวนมาก

ตัวอย่างปัญหาที่เห็นได้ชัดจากการไม่มีเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวมและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดคือ การเข้าถึงกลุ่มยา statins จากรูปที่ 5 (23) แสดงให้เห็นว่าคนไทยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับต่ำได้รับยากกลุ่ม statins ในขณะที่ผู้ที่มีระดับความเสี่ยงสูงกลับได้รับยาในสัดส่วนที่น้อยกว่า ทั้งนี้กลุ่มที่ควรได้รับยากกลุ่ม statins ตามแนวทางปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก (24) คือ ผู้ที่มีความเสี่ยงใน 10 ปีข้างหน้ามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 ในขณะที่แนวทางปฏิบัติ

ของ National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (25) แนะนำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ควรได้รับยาในกลุ่ม statins สำหรับประเทศไทย ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นว่าคนไทยที่มีความเสี่ยงใน 10 ปีข้างหน้ามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ควรได้รับยาในกลุ่ม statins เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจากการศึกษาประสิทธิผลพบว่ายา statins ช่วยลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ราวร้อยละ 17 (26)



รูปที่ 5 ร้อยละของการได้รับยาในกลุ่ม statins ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า ในแต่ละระดับความเสี่ยง

แหล่งข้อมูล: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (2550)

หลายประเทศได้นำเครื่องมือสำหรับการคัดกรองความเสี่ยงโดยรวมมาใช้ตามความเหมาะสมกับบริบทของประชากรและวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน เช่น สหรัฐอเมริกาใช้ Framingham risk score สิงคโปร์ใช้ Framingham risk score ฉบับที่มีการปรับแก้และดัดแปลงอังกฤษใช้ QRISK2 และออสเตรเลียใช้ Absolute cardiovascular risk (19) เป็นต้น ขณะเดียวกันองค์การอนามัยโลกก็ได้พัฒนาเครื่องมือสำหรับตรวจคัดกรองขึ้นที่มีชื่อเรียกว่า WHO/ISH (World Health Organization/International Society of Hypertension) risk prediction chart เพื่อให้ประเทศต่างๆ ที่ไม่มีเครื่องมือเฉพาะสำหรับประชากรของตนได้ใช้อย่างทั่วถึง

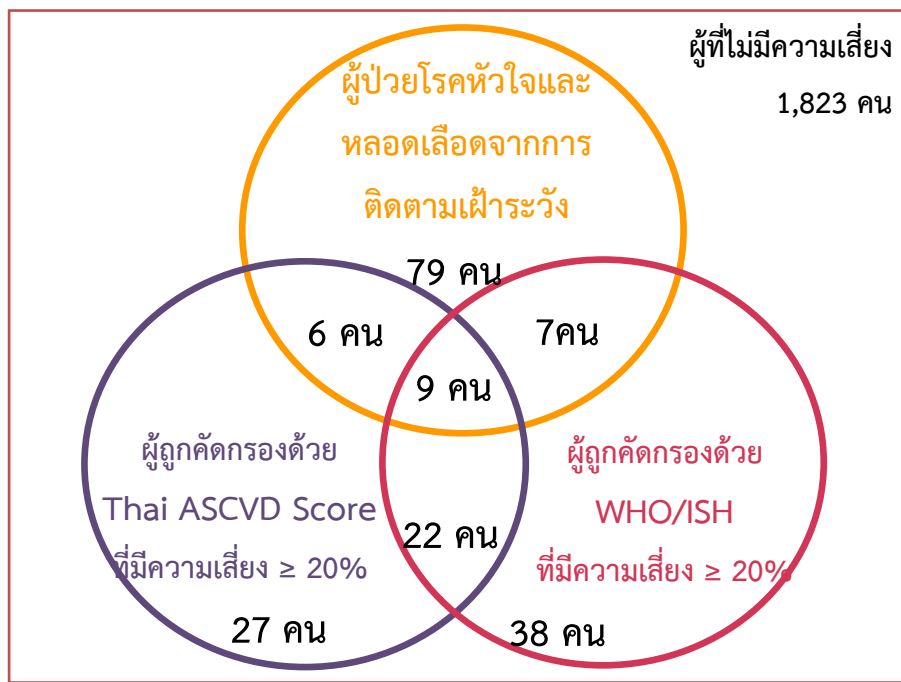
สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันมีการสนับสนุนการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงทั้งแบบที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกและแบบที่พัฒนาขึ้นจากการเฝ้าติดตามประชากรที่เป็นพนักงานและครอบครัวของเจ้าหน้าที่การไฟฟ้าฝ่ายผลิต โดยเครื่องมือหลังนี้มีชื่อเรียกว่า Rama-EGAT Heart Score ภายหลังเปลี่ยนชื่อ

เป็น Thai ASCVD score ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเครื่องมือประเมินความเสี่ยงทั้งสองนั้นมีรูปแบบการใช้งานและข้อจำกัดที่แตกต่างกันไป (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของเครื่องมือ Thai ASCVD score และ WHO/ISH risk prediction chart

Thai ASCVD score (27)	WHO/ISH risk prediction chart (22, 28)
พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและเผ่าระวังตัวอย่างในคนไทยจำนวน 3,499 คน นับเป็นเวลานานกว่า 27 ปี (พ.ศ. 2528-2555)	พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและเก็บข้อมูลของประชากรอินโดนีเซีย ไทย และศรีลังกา แบบภาคตัดขวางโดยมีจำนวนประชากรน้อย
สามารถประเมินได้โดยบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนเอง	สามารถประเมินได้โดยบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น
ปัจจัยเสี่ยงที่พิจารณาในการประเมิน ได้แก่ อายุ ความดันโลหิต การสูบบุหรี่ เบาหวาน ระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอลรวมและ HDL) ความยาวรอบเอว และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ปัจจัยเสี่ยงที่พิจารณาในการประเมินได้แก่ เพศเชื้อชาติอายุความดันโลหิต การสูบบุหรี่เบาหวาน และระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอลรวมและ HDL)
มีการศึกษาทดสอบความแม่นยำและความถูกต้องในประชากรไทย	ไม่มีการศึกษาทดสอบความแม่นยำและความถูกต้องในประชากรไทย
ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางปฏิบัติสำหรับการใช้งานจริงในชุมชนที่ชัดเจน	มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการใช้งานในชุมชน

เมื่อนำข้อมูลการติดตามเผ่าระวังกลุ่มตัวอย่างอายุ 35-64 ปีจากโครงการระยะยาวเพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือดและเมแทบอลิซึมในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยจำนวน 2,011 คนมาเปรียบเทียบผลการประเมินความเสี่ยงโดยรวมต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของเครื่องมือ Thai ASCVD score และ WHO/ISH risk prediction chart กับข้อมูลการติดตามเผ่าระวังดังกล่าว (รูปที่ 6) พบว่ากลุ่มตัวอย่างพัฒนาเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 101 คน เมื่อประเมินด้วยเครื่องมือ WHO/ISH risk prediction chart ให้ผลการทำนายความเสี่ยงในช่วงเวลา 10 ปีข้างหน้าตรงกับข้อมูลการติดตามผู้ป่วยจริงจำนวน 16 คน และเมื่อประเมินด้วยเครื่องมือ Thai ASCVD score ให้ผลการทำนายความเสี่ยงในช่วงเวลา 10 ปีข้างหน้าตรงกับข้อมูลการติดตามผู้ป่วยจริงจำนวน 15 คน



รูปที่ 6 จำนวนของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการติดตามผู้ป่วยจริง และผลการประเมินโดยใช้ Thai ASCVD Score และ WHO/ISH Risk Prediction Chart

ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นชี้ว่าการเปรียบเทียบผลการประเมินความเสี่ยงโดยรวมต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของทั้ง 2 เครื่องมือไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวมที่พัฒนาขึ้นมาจากข้อมูลประชากรไทยมีข้อได้เปรียบในแง่ของการปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือในมีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยมากกว่าสามารถปรับปรุงโมเดลให้ทันสมัยได้โดยไม่จำเป็นต้องรอความช่วยเหลือจากองค์กรระหว่างประเทศ อีกทั้งสามารถเลือกปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่มีความสำคัญเข้ามาในแบบจำลองได้ตามความเหมาะสม ส่งผลให้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวมมีความละเอียดสูงสามารถประเมินความเสี่ยงได้แม้ว่ามีความเสี่ยงต่ำ ซึ่งทำให้ประชาชนทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงและอาจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ตั้งแต่นั้นๆ นอกจากนั้นการเลือกใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเองยังถือได้ว่าเป็นการพัฒนาศักยภาพงานวิจัยของนักวิจัยสาธารณสุขไทยและเป็นการเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาเครื่องมือไปสู่นานาชาติอีกด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

บรรจุการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้เครื่องมือ “Thai ASCVD Score” ในชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรผู้ใหญ่/วัยทำงาน โดยคัดกรองผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปทุกคนทุก 5 ปี ทั้งนี้ การคัดกรองดังกล่าวจะนำไปสู่การสร้างความตระหนัก

ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และการพิจารณาให้ยาในกลุ่ม statins ในคนที่มีความเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 เพื่อให้ผู้ที่สมควรได้รับยาทุกรายสามารถเข้าถึงยาได้ รวมทั้งช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นจากการใช้ยาในผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำซึ่งไม่จำเป็นต้องได้รับยา อย่างไรก็ตาม การพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง Thai ASCVD Score จำเป็นต้องมีแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guidelines) ที่ชัดเจนโดยอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยกันดำเนินการให้แล้วเสร็จโดยเร็ว

ทั้งนี้หากดำเนินการตามข้อเสนอข้างต้น จะมีภาระงานในการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสำหรับประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 23,377,470 คน (29) ต้องใช้งบประมาณ 748 ล้านบาทต่อปี (คิดเฉพาะการตรวจระดับคอเลสเตอรอลรวมและไขมันชนิด HDL ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยเสี่ยงที่คัดกรองในการประเมินความเสี่ยงโดยรวม และยังไม่ถูกบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ มีค่าใช้จ่าย 160 บาทต่อคน หากตรวจทุกๆ 5 ปี เฉลี่ยค่าใช้จ่าย 32 บาทต่อคนต่อปี)

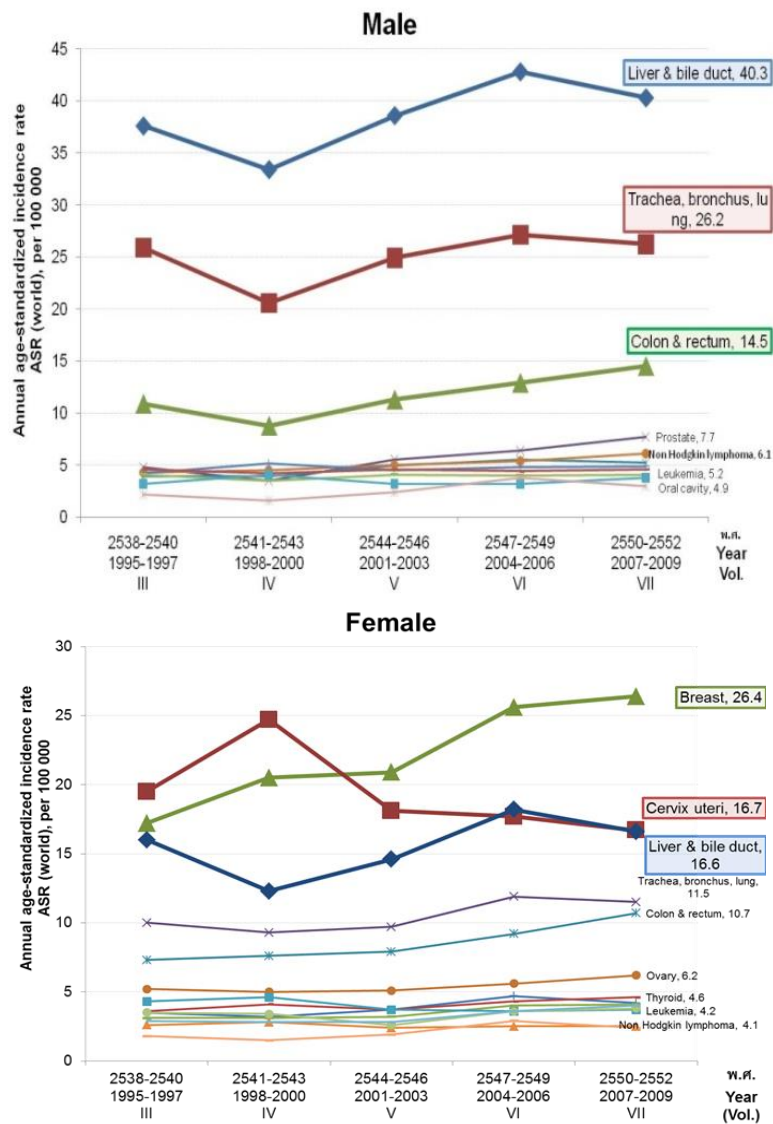
ในอนาคตหากมีแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ชัดเจนจะต้องคำนึงถึงงบประมาณที่จะเกิดขึ้นด้วย ตัวอย่างเช่น หากมีการกำหนดให้ใช้ยาในกลุ่ม statins ในคนที่มีความเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 จะมีคนที่ต้องได้รับยาจากการใช้เครื่องมือ Thai ASCVD Score ทั้งหมด 3,263,503 คน ในจำนวนนี้เป็นคนที่ได้รับยาในกลุ่ม statins อยู่เดิม 7,728 คน ดังนั้นจะมีคนต้องได้รับยาในกลุ่ม statins เพิ่มขึ้น 3,255,775 คน ทำให้เกิดภาระด้านงบประมาณเฉพาะค่ายา simvastatin⁵ คิดเป็นมูลค่า 2,150 ล้านบาทต่อปี^{**} (25, 30) นอกจากนี้ การคัดกรองด้วยเครื่องมือ Thai ASCVD Score จะช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการให้ยาในกลุ่ม statins ในคนที่มีความเสี่ยงต่ำกว่าร้อยละ 20 ที่มีจำนวนมากถึง 562,506 คน (31) ทำให้ประหยัดเงินเป็นจำนวน 371 ล้านบาทต่อปี และหากป้องกันคนที่มีความเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ได้ทั้งหมด จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและงบประมาณสำหรับการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ประมาณร้อยละ 15 เมื่อเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบัน

⁵ ตามแนวทางปฏิบัติของ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) แนะนำให้ใช้ยา simvastatin 40 mg เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะปฐมภูมิ

^{**} ยา simvastatin 40 mg ราคา เม็ดละ 1.81 บาท

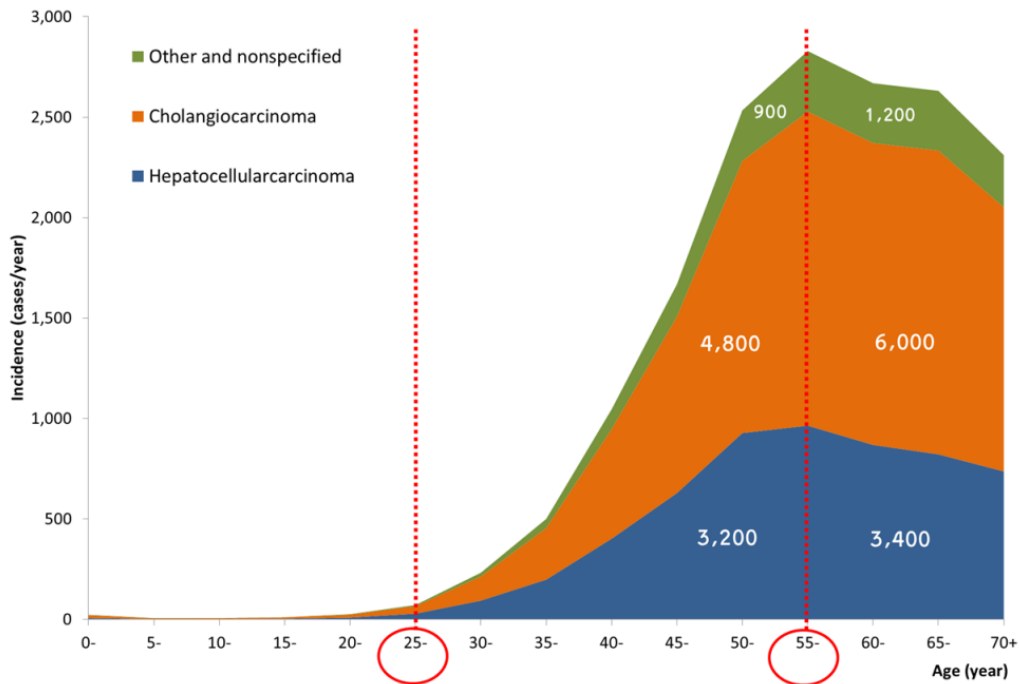
3.2 โรคมะเร็งตับ

มะเร็งตับเป็นมะเร็งที่คร่าชีวิตคนไทยมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคมะเร็งอื่นๆ โดยพบมะเร็งชนิดนี้ในชายมากกว่าหญิง (32) (รูปที่ 7) ซึ่งมักพบในผู้ที่อยู่ในวัยทำงานตั้งแต่อายุ 25 ปีขึ้นไปและมีอุบัติการณ์สูงสุดที่อายุ 55 ปี (รูปที่ 8) นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งตับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากผู้ที่มีความเสี่ยงและผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นมักไม่แสดงอาการใดๆ จึงมักถูกตรวจพบเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายในส่วนของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับนับว่ามีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงคือประมาณ 172,000 บาทต่อคน (33) โรคมะเร็งตับจึงทำให้เกิดความสูญเสียทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างมาก (34)



รูปที่ 7 อุตบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีแยกตามเพศ พ.ศ.2538-2552

แหล่งข้อมูล: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2555)



รูปที่ 8 อุบัติการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี พ.ศ. 2552 จำแนกตามช่วงอายุ

แหล่งข้อมูล: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2555)

มะเร็งตับมีสาเหตุจากอะไร

มะเร็งตับเกิดจากเซลล์ตับ (hepatocellular carcinoma) พบมากถึงร้อยละ 80-90 ของมะเร็งตับทั้งหมด โดยสาเหตุหลักได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 53) รองลงมาคือ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 25) ส่วนที่เกิดจากสาเหตุอื่น เช่น การดื่มสุรา การรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อราอะฟลาทอกซิน ไนโตรซามีน มีเพียงร้อยละ 22 (35) ซึ่งสาเหตุเหล่านี้สามารถป้องกันได้

ทั้งนี้ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีความชุกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในระดับสูงมากที่สุดประเทศหนึ่ง (36) กล่าวคือร้อยละ 4 ของคนไทยเป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบีโดยไม่มีอาการหรือความผิดปกติ (37) ซึ่งคนเหล่านี้มีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งตับมากกว่าคนปกติถึง 223 เท่า (38)

มะเร็งตับป้องกันได้

มะเร็งตับจากไวรัสตับอักเสบบีเป็นหนึ่งในมะเร็งไม่กี่ชนิดที่ทราบการดำเนินของโรครอย่างชัดเจนและสามารถป้องกันได้ หลังจากได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบีประมาณ 6 เดือน ผู้ติดเชื้อจะแสดงอาการของตับอักเสबरยะเฉียบพลัน (39) ร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้สามารถหายเองได้และจะมีภูมิต้านทานโรค ในขณะที่ผู้ติดเชื้อประมาณร้อยละ 5 จะพัฒนาเป็นโรคตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังแต่ไม่มีอาการแสดง ซึ่งเป็นภัยเงียบที่อันตราย

(40) ต่อจากนั้นอาจจะพัฒนาไปเป็นตับแข็ง ตับวายและมะเร็งตับ (41, 42) ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแยกลงและทำให้เสียชีวิตได้ในที่สุด (รูปที่9)

ดังนั้น ควรมีการป้องกันการเกิดมะเร็งตับจากไวรัสตับอักเสบบี โดยการคัดกรองหาผู้ติดเชื้อหรือเป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังและฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ที่พบว่าไม่มีภูมิคุ้มกัน รวมทั้งทำการรักษาผู้ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังซึ่งโดยทั่วไปมักจะไม่มีแสดงอาการ เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่เชื้อไม่ให้แพร่กระจาย ทำให้สามารถลดอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับลงได้



รูปที่ 9 การเกิดมะเร็งชนิดที่เกิดจากเซลล์ตับ (hepatocellular carcinoma) จากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มาตรการในปัจจุบัน

ในปัจจุบันการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแก่เด็กแรกเกิด และที่อายุ 2, 4 และ 6 เดือน (43) เป็นการป้องกันมะเร็งตับที่ได้ผลดีที่สุดและมีความคุ้มค่ามากที่สุด ในประเทศไทย การให้วัคซีนดังกล่าวถูกบรรจุไว้ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ซึ่งในระยะแรกของการดำเนินมาตรการ อัตราการครอบคลุมการฉีดวัคซีนอยู่ที่ร้อยละ 15.4 จากนั้นจึงเพิ่มขึ้นจนถึงเป้าหมายคือร้อยละ 90 ในปี พ.ศ. 2539 (44) ดังนั้นคนไทยที่มีอายุ 21 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่จึงไม่ได้รับวัคซีนสำหรับผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง หากตรวจพบในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งตับลงได้

การรักษาผู้ป่วยตับอักเสบบีเรื้อรังได้ถูกบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ของทั้ง 3 กองทุนแล้ว โดยยาที่มีข้อบ่งใช้ดังกล่าวถูกบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติรวม 5 ชนิด คือ samivudine (3TC) และ tenofovir disoproxil fumarate ในบัญชี ึ่ง และ peginterferon alfa-2a, peginterferon alfa-2b, และ ribavirin ในบัญชี จ (2) (45) อย่างไรก็ตามเนื่องจากยังไม่มีบริการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อและผู้ที่เป็นพาหะ

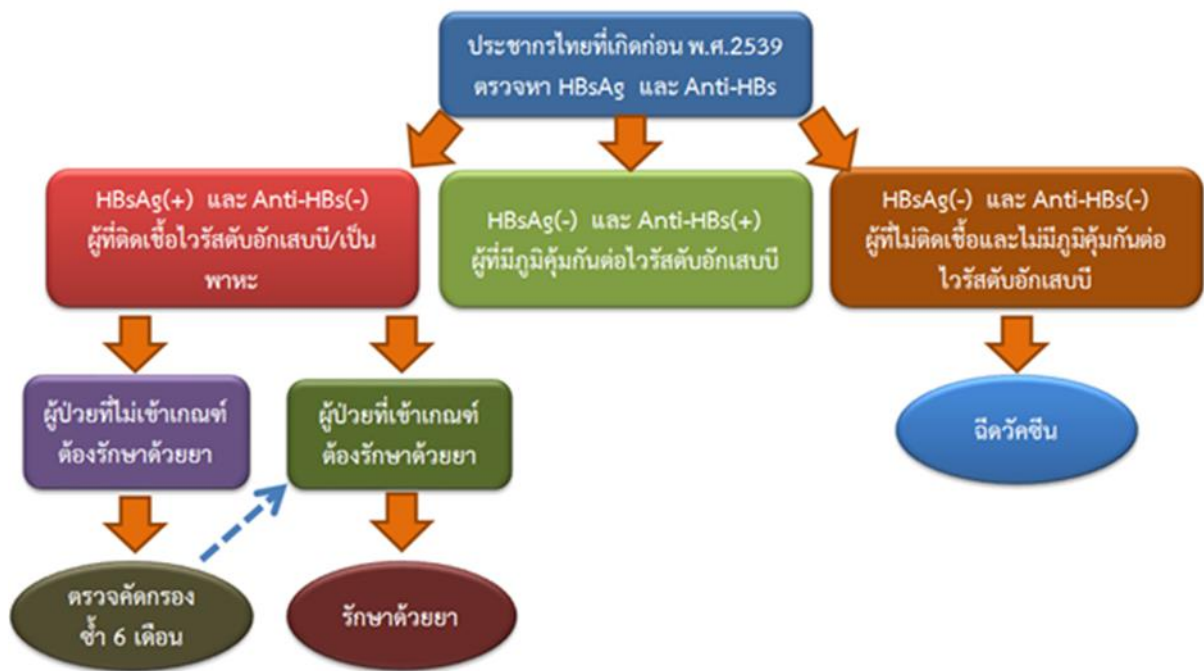
ไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ผู้ติดเชื้อเหล่านี้จึงไม่ได้เข้ารับการรักษาตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกเป็นผลให้เกิดการแพร่กระจายของโรค และผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้ในที่สุด

การคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีความคุ้มค่าหรือไม่

การศึกษาเพื่อประเมินความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาและรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง รวมทั้งการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแก่ผู้ที่ไม่ได้มีภูมิคุ้มกันในประเทศไทยพบว่า มาตรการตรวจคัดกรองเพียงครั้งเดียวในชีวิตสำหรับประชากรอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไปมีความคุ้มค่าและสามารถลดจำนวนผู้ป่วยจากโรคไวรัสตับอักเสบบี (46) ซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งตับที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต แต่หากมีการให้บริการคัดกรองและฉีดวัคซีนในประชากรที่ไม่มีภูมิคุ้มกันและเกิดก่อนพ.ศ. 2539 ทั้งหมดในคราวเดียวจะเป็นภาระงบประมาณที่สูงถึง 33,500 ล้านบาท ดังนั้น จึงควรให้บริการคัดกรองรวมถึงการฉีดวัคซีนในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงก่อน

มาตรการที่แนะนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรเพิ่มสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาและรักษาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังและให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแก่ผู้ที่ไม่ได้มีภูมิคุ้มกันในชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรวัยทำงานซึ่งการตรวจคัดกรองเพื่อหาผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง ประกอบด้วย การตรวจหา HBsAg และการตรวจหา Anti-HBs (รูปที่ 10) หากตรวจพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ผลการตรวจ HBsAg เป็นบวกและ Anti-HBs เป็นลบ) ควรให้การรักษาผู้ติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์ต้องรับการรักษาด้วยยาตามที่ระบุในบัญชียาหลักแห่งชาติ สำหรับผู้ที่ตรวจพบว่าเป็นพาหะ/พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแต่ไม่เข้าเกณฑ์การรักษาด้วยยา ควรมีการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและให้กลับมาตรวจคัดกรองอีกครั้งหนึ่ง (ตรวจ HBeAg LFT และ Viral load) หลังจากตรวจครั้งแรก 6 เดือนเพื่อยืนยันผลการตรวจ หากตรวจซ้ำแล้วพบว่าเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่เข้าเกณฑ์ต้องรักษาด้วยยา ก็ให้ดำเนินการรักษาต่อไป ในกรณีที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ผลการตรวจ HBsAg เป็นลบ) และไม่มีภูมิคุ้มกัน (ผลการตรวจ Anti-HBs เป็นลบ) ควรให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี

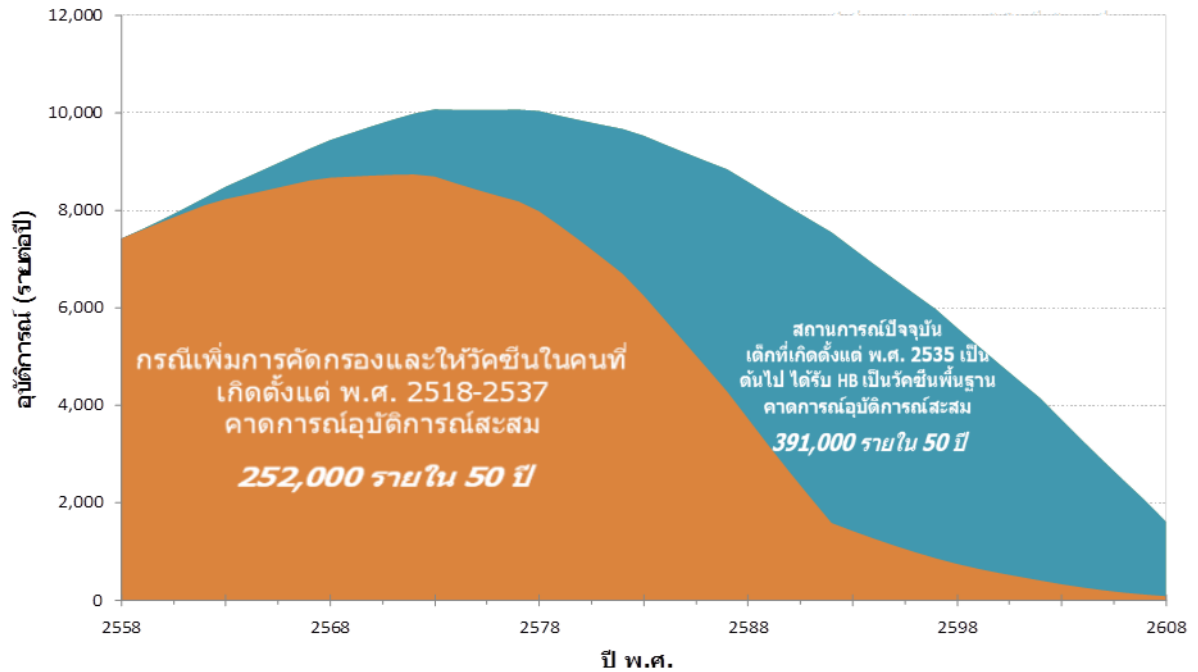


รูปที่ 10 มาตรการการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี

มาตรการที่กล่าวข้างต้นอาจจัดให้เป็นการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีหรือดำเนินการเป็นกรณีพิเศษเพื่อความสะดวกของประชากรกลุ่มเป้าหมายก็ได้ เช่น การตรวจคัดกรองในสถานที่ทำงานเป็นต้นทั้งนี้ควรดำเนินการร่วมกับการคัดกรองการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดอื่นๆ ด้วย และมีการให้ความรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ของโรคมะเร็งตับเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น อันจะส่งผลให้ประเทศไทยปราศจากโรคมะเร็งตับได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การคัดกรองและการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในผู้ที่ไม่ภูมิคุ้มกันเป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่า ซึ่งหากทำการเริ่มคัดกรองและให้วัคซีนในคนที่เกิดตั้งแต่พ.ศ. 2518-2537 โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นไปจนถึงปี พ.ศ. 2608 หรือในอีก 50 ปีข้างหน้า หากมีอัตราการครอบคลุมของการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอยู่ที่ร้อยละ 80 จะสามารถลดอุบัติการณ์ของการเป็นมะเร็งตับจาก 391,000 รายเป็น 252,000 ราย (รูปที่ 11)



รูปที่ 11 เปรียบเทียบการคาดการณ์อุบัติการณ์สะสมการเกิดมะเร็งตับกรณีเพิ่มการคัดกรองและให้วัคซีน
ในคนที่เกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2608

2. การให้บริการคัดกรองและการฉีดวัคซีนในผู้ที่เกิดก่อนปี พ.ศ. 2539 ทั้งหมด (อายุมากกว่า 20 ปี เป็นต้นไป) ในคราวเดียวจะเป็นภาระงบประมาณถึง 33,500 ล้านบาท เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายจึงมีข้อเสนอแนะให้มีการคัดกรองในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงก่อน ซึ่งได้แก่กลุ่มผู้ที่เกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518-2537 (อายุ 21-40 ปีในปัจจุบัน) แต่เนื่องจากยังคงมีภาระงบประมาณที่สูงถึง 24,000 ล้านบาท จึงเสนอให้เริ่มทำการคัดกรองและฉีดวัคซีนในกลุ่มประชากรย่อยที่ละช่วงอายุทุกๆ 2 ปี (รูปที่ 12) เพื่อให้คัดกรองประชากรกลุ่มนี้ได้ทั้งหมดภายในระยะเวลา 10 ปี โดยเริ่มดำเนินการกับผู้ที่เกิดในปี พ.ศ. 2518-2519 (อายุ 39-40 ปีในปัจจุบัน) เป็นกลุ่มแรก ซึ่งจะมีภาระงบประมาณทั้งสิ้น 2,456 ล้านบาทต่อปี โดย 923 ล้านบาทเป็นภาระงบประมาณจากการให้บริการแก่ผู้ที่ควรเข้ารับการคัดกรอง 2.2 ล้านคน 749 ล้านบาท สำหรับการให้วัคซีนประมาณ 1.1 ล้านคน โดยการตรวจคัดกรองและฉีดวัคซีนควบคู่กันไปจะสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้ 5.6 แสนราย อีกทั้งช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งตับลงได้ 113 คนต่อปี และอีก 784 ล้านบาทสำหรับกลุ่มผู้ที่ควรได้รับการคัดกรองซ้ำก่อนเริ่มรักษาจำนวน 3 แสนคนซึ่งสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การพัฒนาไปเป็นโรคมะเร็งตับได้มากกว่า 300 คนต่อปี

จากนั้นให้ประชากรกลุ่มที่เกิดในช่วงปี พ.ศ. ถัดไปเข้ารับการคัดกรองและฉีดวัคซีนตามลำดับปีที่ดำเนินนโยบายจนครบทั้ง 10 ปีจึงจะสามารถทำการคัดกรองประชากรที่เกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2518-2537 ได้ทั้งหมด



รูปที่ 12 ประมาณการค่าใช้จ่ายในการคัดกรองและฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ปีที่ 1 - 10

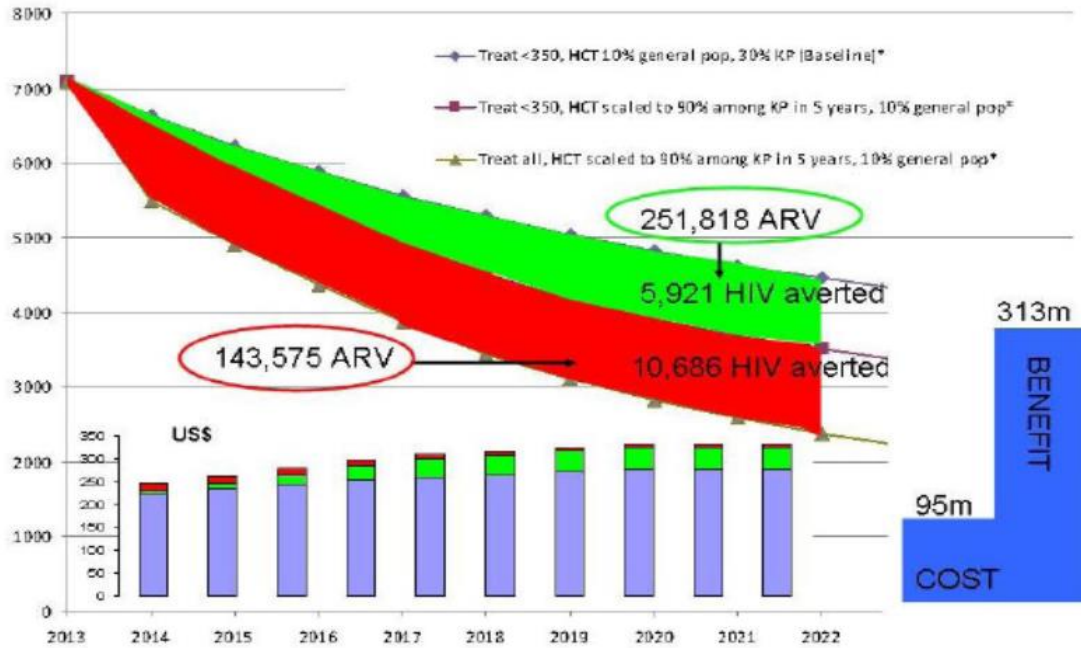
3.3 โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

มาตรการยุติปัญหาเอดส์

สืบเนื่องมาจากคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์มีมติในการประชุมเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2556 เห็นชอบยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557-2559 ซึ่งครอบคลุมมาตรการยุติปัญหาเอดส์ในประเทศไทย โดยกำหนดเป้าหมายไว้คือ ไม่มีผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ ไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ และไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติและให้นิยามในการยุติปัญหาเอดส์ กล่าวคือ 1) ประเทศไทยไม่มีเด็กติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด 2) การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงร้อยละ 90 หรือน้อยกว่า 1,000 คนต่อปี และ 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ แต่เนิ่นๆ ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ ให้ผู้อื่น

สาระสำคัญของมาตรการยุติปัญหาเอดส์ประกอบด้วย การบูรณาการการป้องกันและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ และใช้ประโยชน์จากการให้ยาต้านไวรัสฯ ในการป้องกัน (treatment as prevention) รวมถึงการทำให้การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีและการรักษาผู้ติดเชื้อฯ เป็นปกติวิสัยเช่นเดียวกับการรักษาโรคเรื้อรังอื่นๆ

ในมติดังกล่าวยังได้คำนวณเงินงบประมาณที่ต้องใช้ในการบรรลุเป้าหมายข้างต้นเป็นจำนวนเงิน 1,423 ล้านบาท 1,706 ล้านบาท และ 2,015 ล้านบาทสำหรับปี พ.ศ. 2557-2559 ตามลำดับ ทั้งนี้การตัดสินใจของ คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์วางอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลจาก คณะทำงานวิชาการที่ทำการศึกษาความคุ้มค่าของมาตรการฯ ด้วยแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ และได้ผลสรุปที่ระบุว่ามาตรการยุติปัญหาเอดส์มีความคุ้มค่าและคุ้มทุน กล่าวคือ ในช่วงระยะเวลา 10 ปีข้างหน้ารัฐบาลไทยลงทุนเป็นจำนวนเงิน 3,000 ล้านบาทสำหรับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี การรักษาแต่เนิ่นๆ (โดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 ของผู้ติดเชื้อฯ) และสนับสนุนเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อฯ ขณะที่จะเกิดผลตอบแทนจากการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ ลดจำนวนผู้เข้ารับการรักษาที่เกิดขึ้นจากการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อฯ และเพิ่มผลิตภาพในการทำงาน คิดเป็นมูลค่าประมาณ 9,000 ล้านบาท ดังแสดงในรูปที่ 13



รูปที่ 13 ผลการคาดการณ์ด้านต้นทุนและผลลัพธ์ของมาตรการยุติปัญหาเอดส์ที่พิจารณาโดยคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ที่มา: ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2556)

ต้นทุนที่ซ่อนอยู่ของมาตรการยุติปัญหาเอดส์

เอกสารประกอบการตัดสินใจของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่กล่าวข้างต้นมีการประมาณการต้นทุนต่ำกว่าความจริงไปมาก โดยมีประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1. การประมาณการจำนวนผู้ถูกคัดกรองต่อจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ค้นพบต่ำกว่าความเป็นจริงค่อนข้างมาก กล่าวคือ ประมาณว่าต้องคัดกรองประชาชนจำนวน 14 คนเพื่อค้นพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1 ราย ในปี พ.ศ. 2556 และ 26 คนต่อการค้นพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1 รายในปี พ.ศ. 2557 ในขณะที่ฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระบุว่าในปี พ.ศ. 2556-2557 มีการคัดกรองผู้ติดเชื้อ HIV ประมาณ 6 แสนรายต่อปี และพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 17,000 ในปี พ.ศ. 2556 และ 18,000 รายในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าต้องคัดกรองประชาชนถึง 34 ราย จึงจะค้นพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1 ราย (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลองกับข้อมูลจากฐานข้อมูลการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีของ สปสช.

แหล่งที่มา	ปี พ.ศ. 2556		2557	
	ฐานข้อมูลของ สปสช.	ประมาณการ	ฐานข้อมูลของ สปสช.	ประมาณการ
จำนวนผู้รับบริการตรวจคัดกรองการติดเชื้อฯ	606,228	381,503	629,923	767,860
จำนวนผู้ติดเชื้อ รายใหม่ที่พบ	17,618	27,115	18,487	29,296
% HIV positive	3	7	3	4
Number needed to screen	34	14	34	26

2. การประมาณการประสิทธิผลของมาตรการตรวจคัดกรองในปัจจุบันที่เป็นการตรวจคัดกรองแบบสมัครใจ (Voluntary HIV counseling and testing; VCT) สูงกว่าความเป็นจริง กล่าวคือ ใช้สมมติฐานว่าหากขยายจำนวนการตรวจคัดกรองการติดเชื้อแบบ VCT ในประชากรเป้าหมายอีก 1 เท่าตัว คือจากปีละ 6 แสนกว่ารายเป็นปีละ 1.2 ล้านราย สัดส่วนของผู้ถูกคัดกรองต่อจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ยังเท่าเดิม ทั้งที่ผลการวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการตรวจคัดกรองเพื่อเพิ่มการค้นพบผู้ติดเชื้อ รายใหม่ (47) ให้บุคลากรทางการแพทย์ชักชวนให้ประชาชนทุกคนที่มาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนตรวจหาการติดเชื้อด้วยความสมัครใจ (Provider-initiated HIV counseling and testing; PICT) (รูปที่ 14) ซึ่งหากขยายบริการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ ให้ครอบคลุมประชากรจำนวนมากขึ้น โอกาสในการตรวจพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ในแต่ละการตรวจคัดกรอง 1 ครั้งจะลดลง กล่าวคือ จำเป็นต้องตรวจคัดกรองประชาชนจำนวนมากขึ้นเพื่อค้นพบผู้ติดเชื้อ รายใหม่ 1 ราย ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวพบว่า ต้องคัดกรองประชาชนที่มาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 209 คนเพื่อการค้นพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1 ราย

ต้นทุนที่ระบุในเอกสารประกอบการตัดสินใจของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เป็นต้นทุนที่ปรับลดด้วยวิธีการทางเศรษฐศาสตร์ ด้วยการปรับลดมูลค่าของเงินลงทุนในอนาคต (discounting) เพื่อเป็นหน่วยเงินในปัจจุบัน (net present value) โดยใช้อัตราการปรับลดร้อยละ 3 ต่อปี ตัวเลขดังกล่าวมิใช่ต้นทุนที่แท้จริง โดยต้นทุนที่แท้จริง (ไม่ได้ปรับเปลี่ยนค่าประมาณการที่ระบุในข้อที่ 1 และ 2) มีค่าประมาณ 11,400 ล้านบาทในระยะเวลา 10 ปี มิใช่ 3,000 ล้านบาท ตามข้อมูลที่น่ามาประกอบการพิจารณา



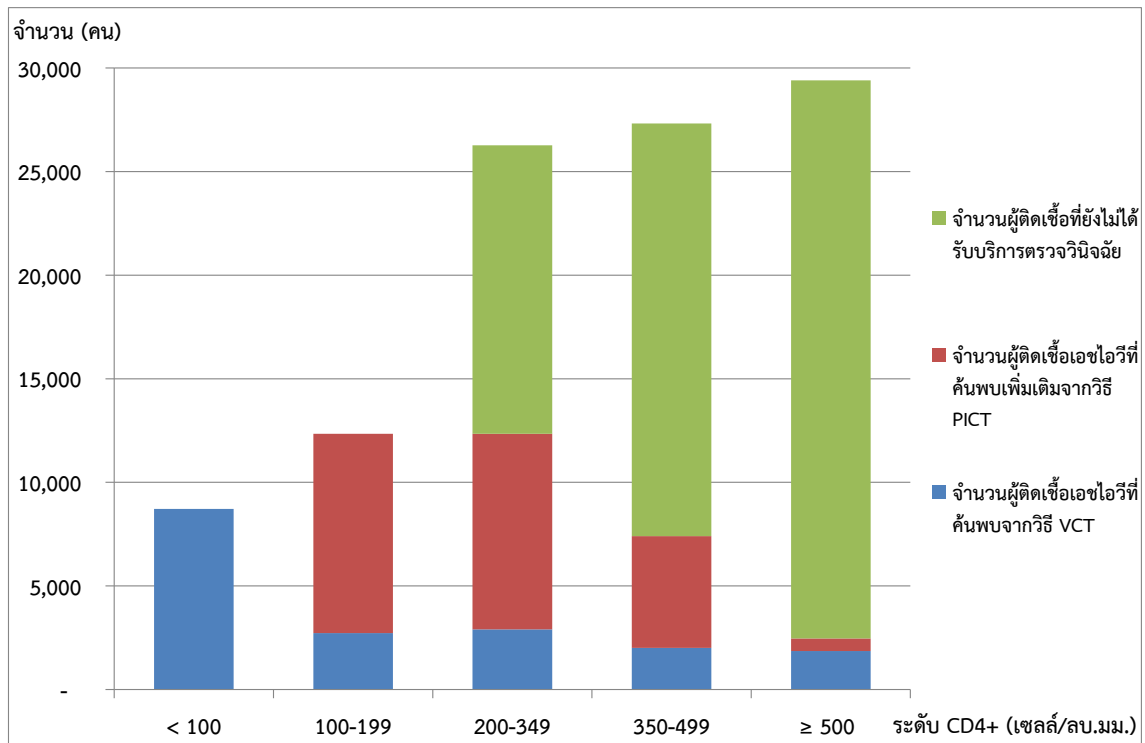
รูปที่ 14 กระบวนการคัดกรองผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบ VCT และ PICT

การเตรียมความพร้อมสำหรับมาตรการยุติปัญหาเอดส์

การเพิ่มการให้บริการคัดกรองผู้ติดเชื้อ

เนื่องจากหัวใจสำคัญของมาตรการยุติปัญหาเอดส์คือการทำให้ผู้ติดเชื้อฯ ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองเพื่อที่จะได้รับยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ จากประสบการณ์ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ พบว่ามาตรการ VCT จะไม่สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายในการเพิ่มการค้นหาผู้ติดเชื้อฯ ดังจะเห็นได้จากรูปที่ 15 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามาตรการ VCT จะทำให้ค้นพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้เพียง 18,000 ราย ในขณะที่มีผู้ติดเชื้อฯ ทั้งหมดที่ยังไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองจำนวน 102,000 ราย (48, 49)

มาตรการ PICT จะสามารถเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อฯ และค้นพบผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่จำนวนมากในระยะเวลานั้น ซึ่งจะสามารถเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับการคัดกรองการติดเชื้อฯ ได้จาก 6 แสนรายเป็น 8.7 ล้านราย และพบจำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 18,000 รายเป็น 42,000 ราย อย่างไรก็ตามยังมีผู้ติดเชื้อฯ ที่ยังไม่ได้รับการตรวจพบอยู่เป็นจำนวนมาก (ประมาณ 60,000ราย) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อฯ ยังมีระดับภูมิคุ้มกันสูงและไม่มีอาการแสดง



รูปที่ 15 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยวิธีการคัดกรอง VCT และ PICT ตามระดับภูมิคุ้มกัน

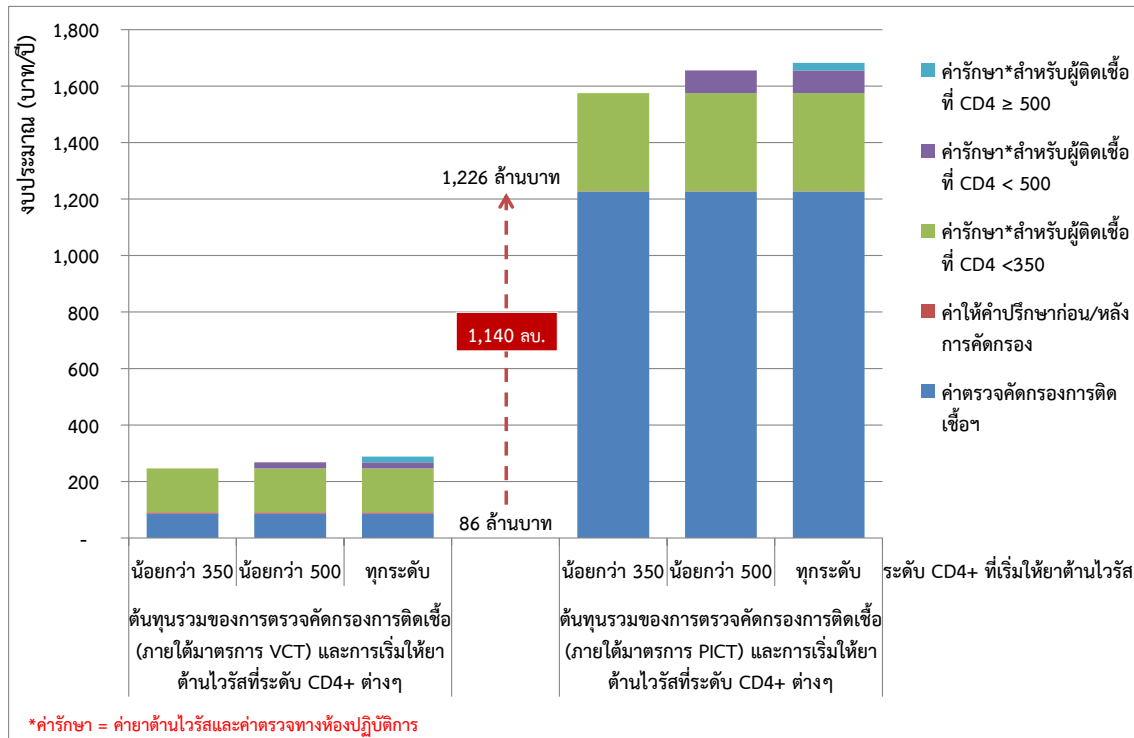
แหล่งข้อมูล : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2557) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (2552)

งบประมาณที่ใช้เพื่อดำเนินการตามมาตรการฯ

ข้อจำกัดสำคัญของมาตรการ PICT คือ งบประมาณที่ต้องใช้ในการดำเนินการที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบประมาณสำหรับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ (รูปที่ 16) ซึ่งนักวิจัยพบว่ามาตรการ PICT ต้องการงบประมาณสำหรับการตรวจคัดกรองสูงถึง 1,226 ล้านบาทต่อปี ซึ่งมากกว่ามาตรการ VCT ถึง 1,140 ล้านบาท ดังนั้นอาจพิจารณาตามแนวทางของศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2556 ที่ไม่ต้องการขยายการตรวจคัดกรองการติดเชื้อฯ ไปสู่ประชากรทั่วไปเป็นจำนวนมาก แต่ให้ความสำคัญกับประชากรที่มีโอกาสติดเชื้อไวรัสเอชไอวีมากกว่าคนทั่วไป ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้สารเสพติดแบบฉีด และหญิงขายบริการทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งทำให้จำนวนการตรวจคัดกรองฯ ลดลงได้มาก โดยเหลือเพียง 350,000-530,000 รายต่อปี

อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของแนวทางการคัดกรองประชากรในกลุ่มเฉพาะดังกล่าว คือความยากในการเข้าถึงประชากรเป้าหมาย ซึ่งส่งผลต่อต้นทุนในการให้บริการฯ ทั้งนี้เคยมีการประเมินต้นทุนของการเข้าถึงการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีของประชากรกลุ่มนี้ภายใต้โครงการกองทุนโลก พบว่ามีค่าเฉลี่ยต้นทุนระหว่าง 2,600 บาทในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ถึง 37,000 บาทในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดแบบฉีด (50) ขณะที่การคาดการณ์งบประมาณที่นำเสนอต่อคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ใช้ต้นทุนการเพิ่มการเข้าถึงและการคัดกรองการติดเชื้อที่ประมาณ 300 บาทต่อราย ซึ่งจะทำให้งบประมาณที่เตรียมไว้

เพื่อให้บรรลุมาตรการยุติปัญหาเอดส์สูงกว่าที่ระบุไว้ในเอกสารประกอบการตัดสินใจดังกล่าวของ คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์



รูปที่ 16 งบประมาณที่ต้องใช้ในการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อตามนโยบาย VCT หรือ PICT

มาตรการยุติปัญหาเอดส์เป็นมาตรการที่น่าจะมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์หากประสิทธิผลของการคัดกรองผู้ติดเชื้อ และการป้องกันผู้ติดเชื้อรายใหม่ด้วยการให้ยาต้านไวรัสเป็นไปดังสมมติฐานการคาดการณ์ตามที่พิจารณาในคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ อย่างไรก็ตาม จำนวนเงินงบประมาณ^{VI} ที่ต้องใช้จริงน่าจะไมต่ำกว่า 4 เท่าของงบที่คาดการณ์ไว้เดิม คือ จาก 3,000 ล้านบาท เป็น 12,000 ล้านบาท ในเวลา 10 ปี ทั้งนี้เนื่องจากงบประมาณที่คาดการณ์ไว้เดิมเป็นงบประมาณสำหรับการให้บริการ (โดยมิได้รวมถึงงบสำหรับการพัฒนา ปรับปรุงระบบและเตรียมความพร้อมสำหรับบุคลากรที่เรียกว่า งบสำหรับยุทธศาสตร์นวัตกรรมการเปลี่ยนแปลงและการลดการตีตราหรือเลือกปฏิบัติ ที่ได้ประมาณไว้ที่ 880 ล้านบาทในปีแรก 953 ล้านบาทในปีที่สอง และ 1,050 ล้านบาทในปีที่สาม) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมถึง สปสช. จึงต้องพิจารณาจัดเตรียมงบประมาณนี้ให้เพียงพอ เพื่อมิให้เกิดปัญหาการขาดแคลนงบประมาณใน

^{VI} งบประมาณด้านเอดส์ในปัจจุบันประกอบด้วยงบสำหรับการจัดบริการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและการให้ยาต้านไวรัส รวมถึงค่าใช้จ่ายสำหรับส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อ และกลุ่มที่มีโอกาสติดเชื้อไวรัสเอชไอวีมากกว่าคนทั่วไป

ระหว่างการดำเนินการ ซึ่งหมายถึงการขาดแคลนยา ฤกษ์งามยามดี บุคลากร ฯลฯ ซึ่งย่อมส่งผลเสียต่อผู้ติดเชื้อฯ โดยตรง^{VII}

อย่างไรก็ตาม หากงบประมาณทั้งระบบไม่เพียงพอ ผู้เกี่ยวข้องอาจต้องพิจารณาปรับแผนการทำงานของยุทธศาสตร์นี้ให้มีความสอดคล้องกับข้อจำกัดดังกล่าว เพื่อป้องกันมิให้เกิดปัญหาการขาดแคลนยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อฯ ที่เข้าเกณฑ์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในปัจจุบัน (CD4 <350 cell/ μ L) เพราะผู้ติดเชื้อฯ กลุ่มนี้มีความต้องการยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันโรคฉวยโอกาส ยึดอายุ และเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเมื่อเทียบกับผู้ติดเชื้อฯ กลุ่มอื่นๆ

นอกจากนั้นควรมีการพิจารณาเพิ่มอัตรากำลังและขีดความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนี้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งขีดความสามารถในด้านการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อที่ยังเคยทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง การให้ยาต้านไวรัสรวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อรับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้อง สม่าเสมอ เพราะเป็นหัวใจของความสำเร็จของนโยบายนี้

สำหรับบทบาทของกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควรมีความสอดคล้องกับนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อื่นๆของประเทศไทย เช่น หากต้องการขยายฐานจำนวนผู้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองการติดเชื้อฯ ด้วยวิธี PICT กองทุนฯ อาจให้การส่งเสริมสนับสนุนได้ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเสนอให้คณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตัดสินใจเรื่องนโยบายการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับคณะอนุกรรมการด้านอื่นๆ เช่น คณะอนุกรรมการด้านการพัฒนาและการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

^{VII}ปัจจุบัน (ปีงบประมาณ 2557) สปสช.ได้รับงบประมาณสำหรับการให้ยาต้านไวรัสและส่งเสริมบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็น 2,946 ล้านบาท

3.4 โรคมะเร็งปากมดลูก

ความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสองในหญิงไทย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในมะเร็งนรีเวชทั้งหมด สถิติประเทศไทยปี พ.ศ. 2551 มีอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูก 16.7 ต่อแสนประชากรเพศหญิง (51) ทำให้ในแต่ละปีมีผู้ป่วยใหม่ปีละกว่า 6,000 ราย และเสียชีวิตอีกกว่า 2,000 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งจำนวนของผู้ป่วยจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ หากยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง โดยความสูญเสียไม่จำกัดเพียงแคในระดับครอบครัวเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อระดับสังคมด้วยในแง่ผลกระทบต่อภาระด้านการรักษาพยาบาลของรัฐ และภาครัฐเองนั้นได้สูญเสียประโยชน์ในด้านต่างๆ ที่ผู้หญิงกลุ่มนั้นพึงทำในฐานะบุคลากรของชาติ

มะเร็งปากมดลูกเป็นหนึ่งในไม่กี่โรคร้ายแรงที่สามารถป้องกันได้ เนื่องจากทราบสาเหตุและสามารถระบุความผิดปกติระยะแรกได้ชัดเจน โดยมีสาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human Papillomavirus (HPV) บริเวณปากมดลูก แม้ในคนส่วนใหญ่ร่างกายจะสามารถกำจัดเชื้อชนิดนี้ได้เอง แต่ก็มีคนบางส่วนที่ไม่สามารถกำจัดเชื้อออกไปได้และเกิดเป็นความผิดปกติจนลุกลามกลายเป็นมะเร็งได้ภายในระยะเวลาประมาณ 10-15 ปี ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวถือเป็น “ช่วงเวลาทอง” ที่หากสามารถตรวจคัดกรองหาความผิดปกติในระยะเริ่มต้นก่อนเป็นมะเร็งก็จะสามารถรักษาให้หายได้

วิธีการควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่มีในปัจจุบัน

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยมีหลายวิธี ได้แก่ วิธี pap smear หรือ conventional cytology (CC) วิธีนี้เป็นที่แพร่หลายและใช้โดยทั่วไปในประเทศไทยมากกว่า 70 ปี โดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่จะใช้เครื่องมือสอดผ่านและถ่างช่องคลอด จากนั้นทำการป้ายเซลล์จากมดลูกส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจหาเซลล์ที่ผิดปกติ วิธีนี้มีข้อดีคือต้นทุนต่ำ (ต้นทุนต่อการคัดกรองคือ 100-200 บาทต่อครั้ง) แต่ข้อเสียคือประสิทธิภาพในการคัดกรองจะขึ้นกับความชำนาญของบุคลากรที่ป้ายเก็บตัวอย่างและอ่านเซลล์

วิธี liquid-based cytology (LC) คล้ายคลึงกับ CC แต่มีการเก็บเซลล์ในขวดน้ำยารักษาสภาพ ซึ่งทำให้วิเคราะห์เซลล์ต่างๆ ได้ชัดเจนมากขึ้น ทำให้มีความไวของการตรวจหาเซลล์ผิดปกติสูงกว่าวิธี CC เล็กน้อย แต่มีต้นทุนสูงกว่ามาก (ต้นทุนต่อการตรวจคือ 300-950 บาท)

วิธี visual inspection with acetic acid หรือ VIA ใช้การขยี้ปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชู 3-5% หากมีลักษณะเป็นสีขาวแสดงว่ามีความผิดปกติในระยะก่อนที่จะเป็นมะเร็ง และหากตรวจพบความผิดปกติสามารถให้การรักษาได้เลยทันที โดยผู้รับบริการไม่ต้องเดินทางไปกลับหลายรอบ ซึ่งถือเป็นข้อได้เปรียบของวิธี VIA ที่เหนือกว่า CC อีกทั้งยังมีต้นทุนที่ต่ำกว่า (ต้นทุนต่อการคัดกรองคือ 30-150 บาทต่อครั้ง) อย่างไรก็ตามวิธี VIA มีข้อจำกัดคือไม่สามารถทำได้เมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงของ squamo-columnar

junction และ transformation zone จึงสังเกตความผิดปกติได้ยาก องค์การอนามัยโลกได้แนะนำกลุ่มอายุที่เหมาะสมในการตรวจด้วยวิธี VIA คือระหว่าง 30-45 ปี

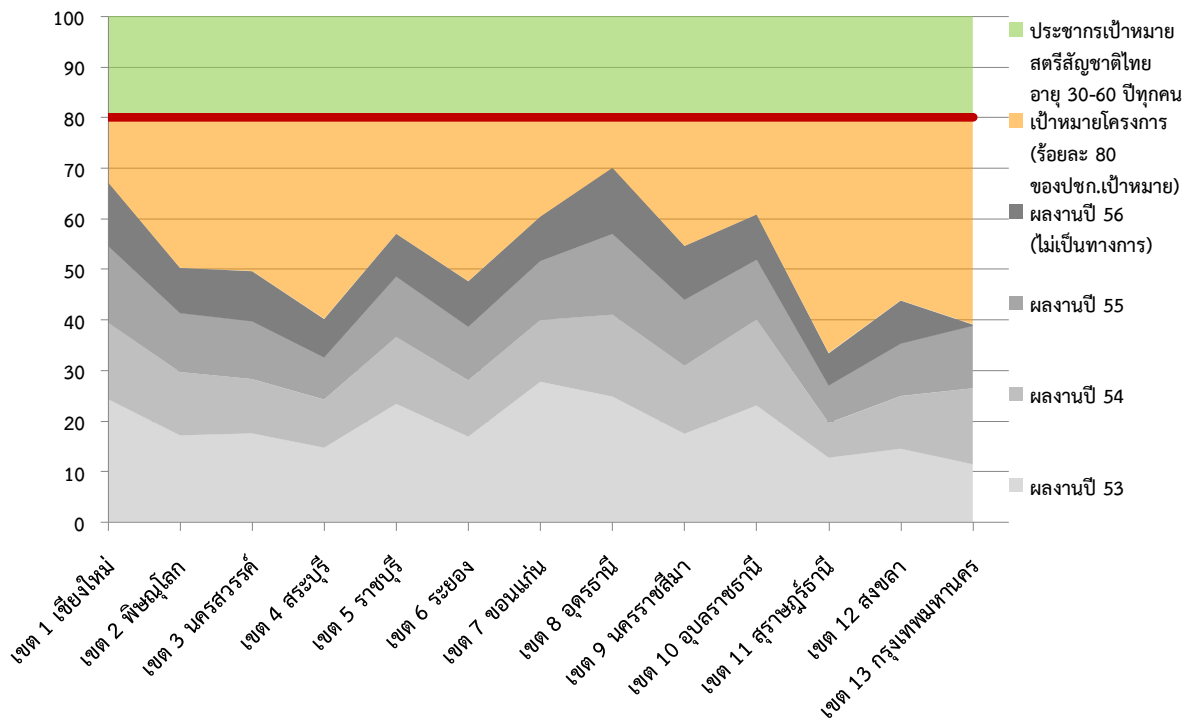
วิธี HPV DNA test เป็นการตรวจหา DNA ของเชื้อ HPV วิธีนี้มีความไวของการตรวจหาเซลล์ผิดปกติสูงมาก โดยมีข้อจำกัดคือ ต้องมีการควบคุมคุณภาพอย่างเข้มงวด ราคาค่อนข้างแพง และการใช้จำกัดอยู่ในสถานพยาบาลที่มีห้องปฏิบัติการขนาดใหญ่ แต่ในปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องและชุดตรวจให้ใช้งานง่ายและราคาถูกลงค่อนข้างมาก (ต้นทุนต่อการตรวจประมาณ 400-2,000 บาท)

ปัจจุบันมีวัคซีนที่สามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัส HPV ได้ ซึ่งครอบคลุมสายพันธุ์ 16 และ 18 ที่เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 70 (52) กล่าวคือ ถึงแม้ฉีดวัคซีนแล้วก็ไม่อาจป้องกันเชื้อไวรัสได้ครบทุกสายพันธุ์ ดังนั้น แม้จะฉีดวัคซีนแล้วจึงยังต้องเข้ารับการตรวจคัดกรองร่วมด้วย ในขณะนี้มีการปรับราคาวัคซีนลดลงค่อนข้างมากจากเดิม 12,000 บาท ต่อ 3 เข็ม เหลือประมาณ 5,000-7,000 บาท ต่อ 3 เข็ม

มาตรการควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย

ในประเทศไทย มีการประเมินความคุ้มค่าของวัคซีน HPV ในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2550 พบว่าราคาวัคซีนในท้องตลาด 6,000 บาทต่อ 3 เข็ม ไม่มีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การตรวจคัดกรองด้วยวิธี CC และ VIA ในหญิงอายุ 30-60 ปี ทุก 5 ปี เนื่องจากราคาที่ยังสูงอยู่ ดังนั้นมาตรการที่เหมาะสมที่สุดคือ การคัดกรองอย่างสม่ำเสมอโดยเน้นเพิ่มอัตรายอมรับบริการให้ได้ตามเป้าหมายร้อยละ 80 ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยมะเร็งได้อีก 530 ราย และลดจำนวนผู้เสียชีวิต 240 ราย (53)

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 เป็นต้นมา สปสช. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสอดคล้องกับผลการศึกษาดังกล่าว ซึ่งผลการดำเนินงานถึงปี พ.ศ. 2556 ในแง่ของปริมาณการเข้ารับบริการมีแนวโน้มต่ำกว่าเป้าหมาย และคาดว่าเมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ. 2557 จะมีเพียงบางเขตที่สามารถบรรลุเป้าหมาย โดยมีอัตราคัดกรองสะสมในรอบ 5 ปี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80



รูปที่ 17 ผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553-2556 แยกตามเขตพื้นที่รับผิดชอบของ สปสช.

แหล่งข้อมูล: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2556)

ต่อมาในปี พ.ศ. 2556 ได้มีการศึกษาความคุ้มค่าเพื่อวางแผนในการขยายบริการคัดกรอง (54) พบว่า หากต้องการขยายความครอบคลุมบริการด้วยการเพิ่มความถี่คัดกรองเป็นทุก 3 ปี จะยังมีความคุ้มค่าโดยประหยัดเงินได้มากขึ้นและลดอุบัติการณ์มะเร็งลงได้อีกปีละ 900 ราย แต่ทั้งนี้อาจติดปัญหาในทางปฏิบัติ เนื่องจากจำนวนครั้งของการคัดกรองจะเพิ่มขึ้นมาจาก 2.5 ล้านครั้ง เป็น 4.2 ล้านครั้งต่อปี ในขณะที่บุคลากรที่ทำหน้าที่อ่านเซลล์มีจำกัด มีความจำเป็นต้องเพิ่มจำนวนบุคลากรด้านนี้อีกเกือบเท่าตัว คือจาก 270 คน เป็น 470 คน จึงจะสามารถรองรับการเพิ่มบริการคัดกรองแบบ CC ที่ความถี่ทุก 3 ปีได้

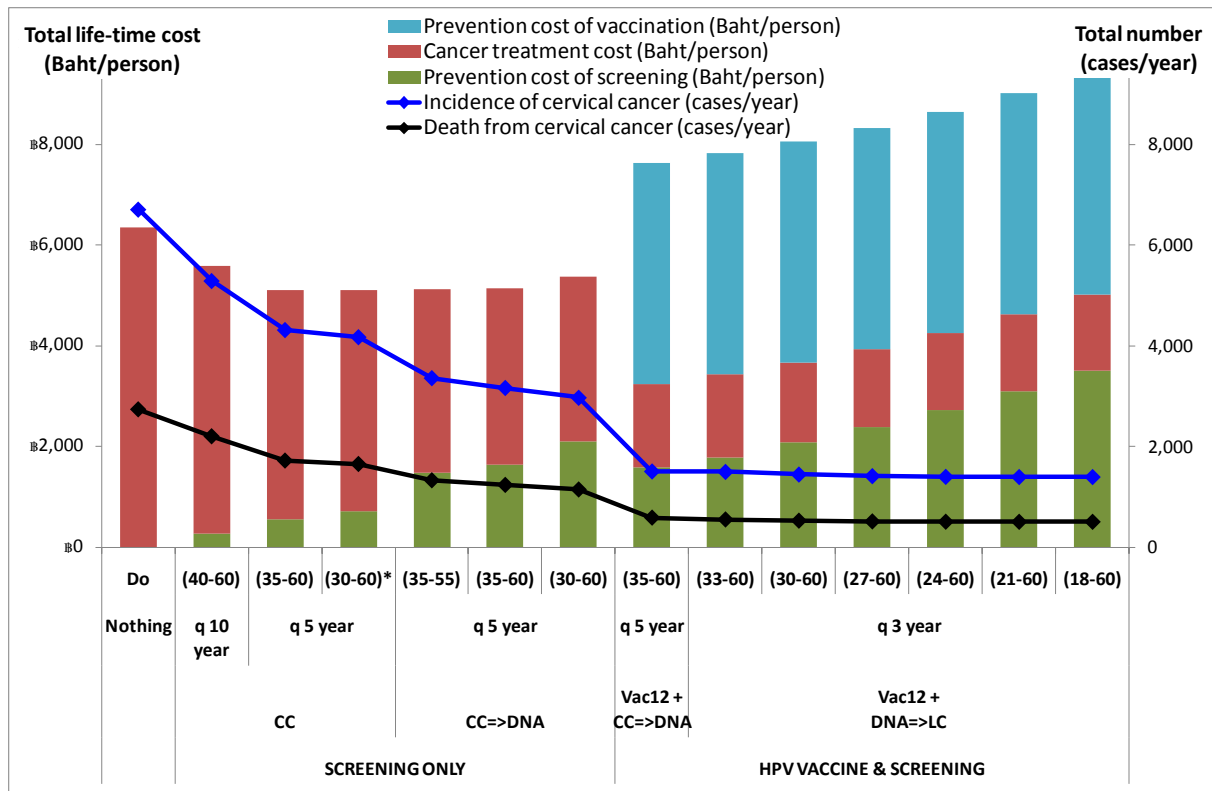
เนื่องจากการขยายบริการคัดกรองด้วยวิธีเดิมยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบการคัดกรองโดยใช้เทคโนโลยีใหม่ ได้แก่ HPV DNA test และ LC มาใช้ร่วมด้วย เพื่อเพิ่มความถูกต้องแม่นยำของการคัดกรอง ช่วยลดจำนวนคนที่จะถูกส่งไปตรวจวินิจฉัยโดยไม่จำเป็น

นอกจากนี้ยังมีแนวคิดให้วัคซีน HPV เป็นวัคซีนพื้นฐานเพื่อฉีดในเด็กหญิงไทยทุกคน สืบเนื่องจากการศึกษาทางคลินิก (55) เปรียบเทียบการฉีดวัคซีนแบบ 2 เข็มในเด็กอายุ 9-13 ปี กับการฉีดแบบ 3 เข็มในเด็กอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไป พบว่าเมื่อเวลาผ่านไป 48 เดือน ทั้ง 2 กลุ่มมีระดับภูมิคุ้มกันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้งหลายหน่วยงานออกมาให้ความคิดเห็นสนับสนุนการฉีดวัคซีนแบบ 2 เข็มในเด็กอายุ

9-13 ปี จึงเป็นที่น่าสนใจว่า เมื่อต้นทุนการฉีดลดลงจากฉีดแบบ 3 เข็ม เหลือฉีดแบบ 2 เข็ม จะมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เปลี่ยนไปหรือไม่

ในประเทศไทย โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ พ.ศ. 2557 (56) ได้ทำการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ โดยปรับปรุงจากแบบจำลอง Markov (53) เปรียบเทียบสถานการณ์ปัจจุบันคือ คัดกรองด้วย CC ในหญิงอายุ 30-60 ปี ทุก 5 ปี ที่อัตราคัดกรองร้อยละ 80 กับการให้วัคซีน HPV ในเด็กหญิงอายุ 12 ปี (สมมติฐาน: ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนร้อยละ 80, ต้นทุนวัคซีน 2,000 บาท/เข็ม, ไม่จำเป็นต้องฉีดเข็มกระตุ้นในอนาคต) และประเมินการให้คัดกรองด้วยวิธีต่างๆ รวมถึง HPV DNA test และ LC (สมมติฐาน: คัดกรองวิธี LC ราคา 300 บาท/ครั้ง, HPV DNA test ราคา 400 บาท/ครั้ง) โดยมาตรการที่สองไม่รวมการคัดกรองด้วยวิธีใดก็ตามที่มีความถี่ทุก 1 ปี และการคัดกรองแบบทุก 3 ปีต้องไม่รวมวิธีที่ต้องใช้ CC หรือ LC เป็นลำดับแรก เนื่องจากไม่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากร

ผลการวิเคราะห์ต้นทุนและประสิทธิภาพทางคลินิก สามารถแจกแจงสัดส่วนต้นทุนที่ใช้เพื่อการป้องกันและต้นทุนที่เสียไปจากการต้องรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเปรียบเทียบกับประมาณการอุบัติการณ์และเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก จะเห็นว่าหากไม่มีมาตรการควบคุมป้องกัน (do nothing) จะเกิดผลเสียมากที่สุดคือ มีประมาณการผู้ป่วยถึงปีละ 7,000 ราย เสียชีวิต 3,000 ราย และมีต้นทุนตลอดชีพเฉลี่ยต่อหญิงไทยเท่ากับ 6,350 บาท ซึ่งด้วยการคัดกรองมาตรฐานในปัจจุบันมีประสิทธิภาพลดอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกและเสียชีวิตได้ปีละ 2,500 และ 1,100 ราย ตามลำดับ แต่มีต้นทุนเฉลี่ยเพียง 5,100 บาท แต่หากเปลี่ยนวิธีคัดกรองเป็น CC เป็นลำดับแรก กรณีตรวจเป็นลบจึงตรวจซ้ำด้วย HPV DNA test (CC=>DNA) จะมีต้นทุนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อยแต่ลดอุบัติการณ์มะเร็งและการเสียชีวิตได้ และมาตรการที่ให้ฉีดวัคซีน HPV ในเด็กหญิงอายุ 12 ปี (HPV 12) และคัดกรองเมื่ออายุถึงเกณฑ์จะมีประสิทธิภาพทางคลินิกสูงที่สุดแต่มีต้นทุนส่วนเพิ่มจากการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้นมาก



หมายเหตุ: วิเคราะห์ต้นทุนในมุมมองทางสังคม อัตราครอบคลุมบริการคัดกรองและฉีดวัคซีนเท่ากันคือร้อยละ 80 ต้นทุนวัคซีนคำนวณจากจำนวนโดสต่ำสุดที่ต้องการคือ 2 เข็มต่อคอร์ส ราคาเข็มละ 2,000 บาท

CC = คัดกรองด้วยวิธี conventional cytology

CC=>DNA = คัดกรองด้วยวิธี conventional cytology เป็นเครื่องมือแรก ในกรณีผลลบจึงตรวจด้วย HPV DNA test เป็นลำดับถัดไป

DNA=>LC = คัดกรองด้วย HPV DNA test เป็นเครื่องมือแรก ในกรณีผลบวกจึงตรวจด้วย liquid cytology เป็นลำดับถัดไป

Vac12 = ฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV ในเด็กหญิงอายุ 12 ปี

q 3 year = ทุก 3 ปี

q 5 year = ทุก 5 ปี

q 10 year = ทุก 10 ปี

* = มาตรการคัดกรองพื้นฐานในประเทศไทย

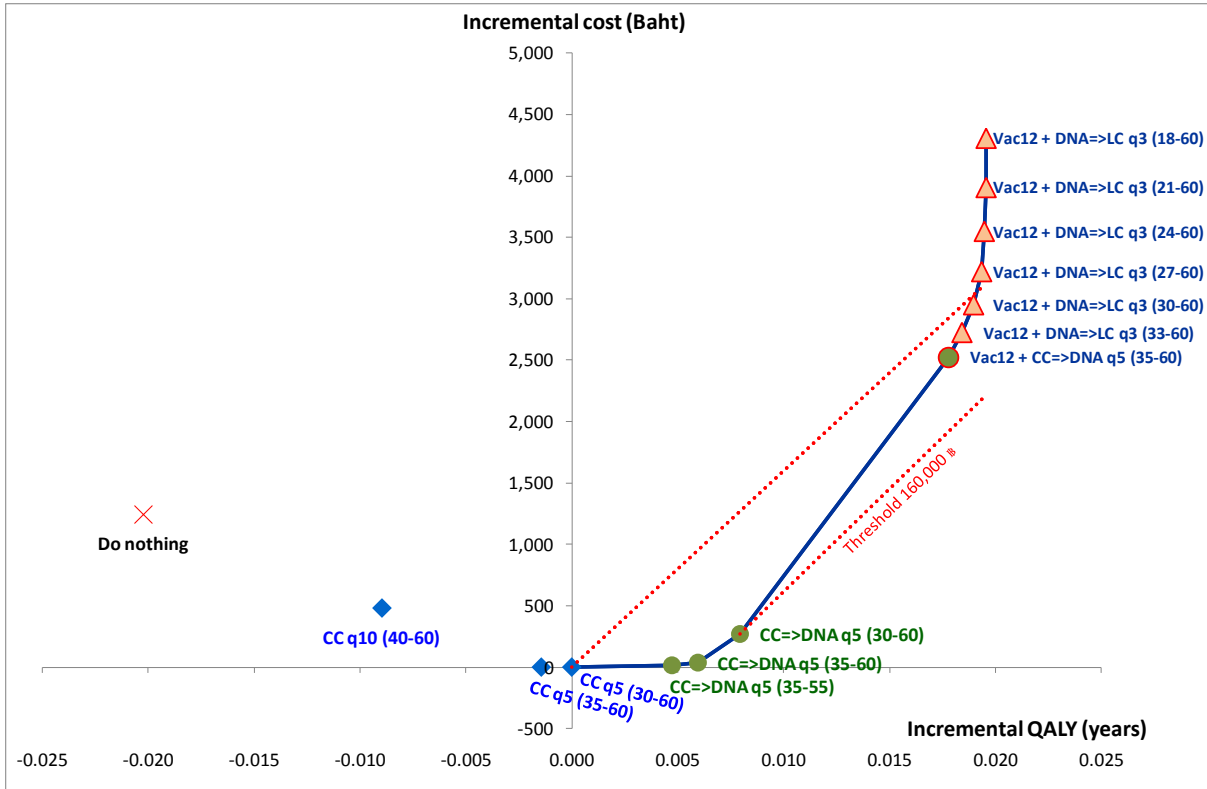
รูปที่ 18 สัดส่วนต้นทุนและผลลัพธ์ทางคลินิกของมาตรการควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูกในบริบทของประเทศไทย

แหล่งข้อมูล: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (2557)

ผลการวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ โดยใช้เกณฑ์พิจารณาที่ความเต็มใจจ่าย 160,000 บาทต่อปี สุขภาวะที่เพิ่มขึ้นตามที่คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติใช้ในการพิจารณา พบว่าในระหว่างวิธีคัดกรองทั้งหมด การให้คัดกรอง CC เป็นลำดับแรก ในกรณีตรวจเป็นลบจึงตรวจซ้ำด้วย HPV DNA test (CC=>DNA) ในหญิงอายุ 30-60 ปี ทุก 5 ปี เป็นวิธีที่คุ้มค่าที่สุดเมื่อเทียบกับการคัดกรองที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน โดยให้ค่าอรรถประโยชน์ในรูปของปีสุขภาวะ (Quality-Adjusted Life Years; QALYs) มากที่สุดในขณะที่ต้นทุนเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบัน คิดเป็นอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (incremental cost-effectiveness ratio; ICER) เท่ากับ 34,000 บาทต่อปีสุขภาวะ และหากพิจารณามาตรการที่มีวัคซีนร่วมด้วย พบว่าการให้วัคซีน HPV ในเด็กหญิงอายุ 12 ปี ร่วมกับคัดกรองด้วยวิธี

CC=>DNA ในหญิงอายุ 35-60 ปี ทุก 5 ปี มีแนวโน้มคุ้มค่าในลำดับถัดมา แต่มีค่า ICER สูงกว่าเกณฑ์คือ เท่ากับ 228,000 บาทต่อปีสุขภาวะ

นอกจากนี้หากกำหนดอายุคัดกรองให้ยิ่งต่ำลงกว่า 30 ปี ถึงแม้จะมีค่าอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้นแต่ก็น้อยมากเมื่อเทียบกับต้นทุนที่เพิ่มขึ้น คิดเป็นค่า ICER สูงประมาณ 49,700,000 บาทต่อปีสุขภาวะเมื่อให้คัดกรองเริ่มที่อายุ 18 ปี เป็นต้น



หมายเหตุ: วิเคราะห์ต้นทุนในมุมมองทางสังคม อัตราครอบคลุมบริการคัดกรองและฉีดวัคซีนเท่ากันคือร้อยละ 80 ต้นทุนวัคซีนคำนวณจากจำนวนโดสต่ำสุดที่ต้องการคือ 2 เข็มต่อคอร์ส ราคาเข็มละ 2,000 บาท

เส้นตรง แสดง efficiency frontier ลากระหว่างวิธีคัดกรองมาตรฐานไปยังมาตรการที่มีความคุ้มค่าในลำดับถัดไป

CC = คัดกรองด้วยวิธี conventional cytology

CC=>DNA = คัดกรองด้วยวิธี conventional cytology เป็นเครื่องมือแรก ในกรณีผลบ่งชี้ตรวจด้วย HPV DNA test เป็นลำดับถัดไป

DNA=>LC = คัดกรองด้วย HPV DNA test เป็นเครื่องมือแรก ในกรณีผลบ่งชี้ตรวจด้วย liquid cytology เป็นลำดับถัดไป

Vac12 = ฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV ในเด็กหญิงอายุ 12 ปี

q 3 = ทุก 3 ปี, q 5 = ทุก 5 ปี, q 10 = ทุก 10 ปี

(...) = อายุกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรอง

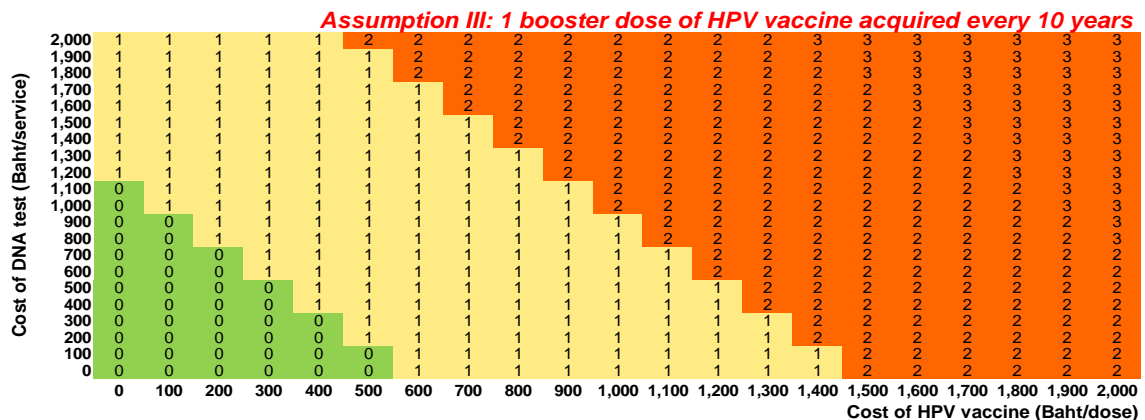
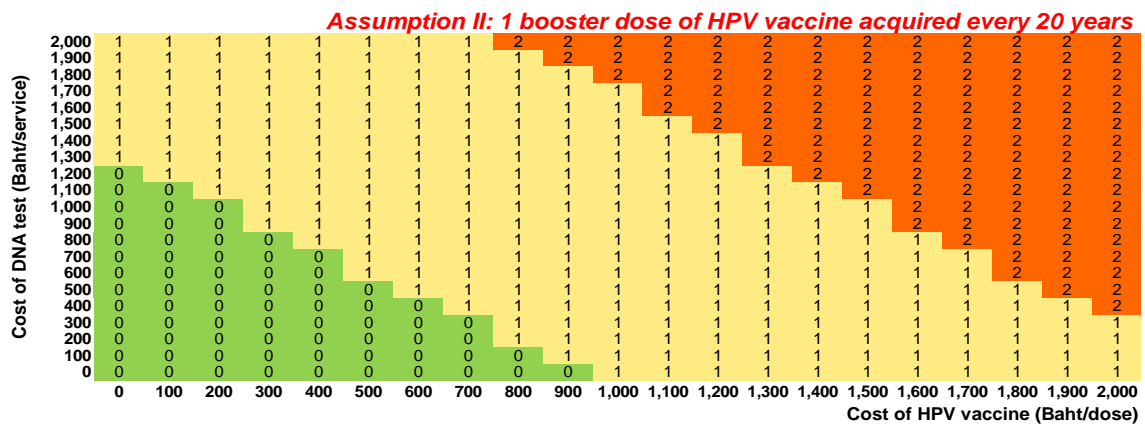
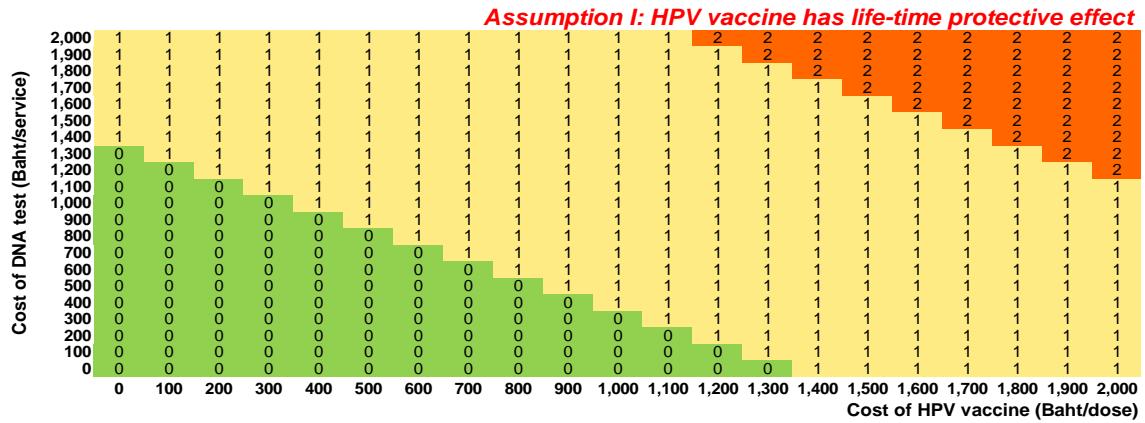
รูปที่ 19 สัดส่วนต้นทุนและผลลัพธ์ทางคลินิก ของมาตรการควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูกในบริบทของประเทศไทย

แหล่งข้อมูล: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (2557)

การศึกษาดังกล่าวยังได้วิเคราะห์เพิ่มเติมหาราคาที่เหมาะสม (break-even price) ของวัคซีนและการคัดกรอง โดยกำหนดความเต็มใจจ่ายต่อ 1 ปีสุขภาวะไม่เกิน 0 บาท เป็นการวิเคราะห์ ณ จุดที่สังคมจะได้ประโยชน์สูงสุดจากการเปลี่ยนไปใช้เทคโนโลยีใหม่โดยที่มีต้นทุนเท่ากับสถานการณ์ปัจจุบัน แต่ได้ประโยชน์

จากจำนวนปีสุขภาวะเพิ่มมากขึ้น ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการคัดกรองมาตรฐานปัจจุบันด้วย CC กับ CC=>DNA พบว่าราคาของชุดทดสอบ HPV DNA ควรจะลดลงจากปัจจุบันเหลือไม่เกิน 280 บาทต่อการทดสอบ จึงจะมีค่า ICER อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด

การวิเคราะห์กรณีให้ฉีดวัคซีน HPV ในเด็กหญิงอายุ 12 ปี ได้ทำการวิเคราะห์ภายใต้สมมติฐานต่างกัน 3 สถานการณ์คือ 1) วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการติดเชื้อโดยไม่ต้องฉีดเข็มกระตุ้นเลยตลอดชีวิต 2-3) วัคซีนมีประสิทธิภาพต่อเนื่องโดยจำเป็นต้องฉีดวัคซีนกระตุ้นทุก 20 ปี และ 10 ปี ตามลำดับ เนื่องจาก การฉีดวัคซีน HPV จะมีความคุ้มค่าและเป็นไปได้ทางปฏิบัติก็ต่อเมื่อมีมาตรการคัดกรองร่วมด้วย ดังนั้นในการศึกษาจึงทำการวิเคราะห์ราคาที่เหมาะสมแบบเปลี่ยน 2 ตัวแปรพร้อมกัน (two-way threshold analysis) โดยตัวแปรที่ทดสอบได้แก่ ราคาของวัคซีน HPV และ HPV DNA test ยกตัวอย่างเช่น ในสถานการณ์ที่ 1 หากราคาของการตรวจด้วย HPV DNA test เท่ากับในท้องตลาดปัจจุบันคือ 1,000 บาทต่อการทดสอบ ราคาที่เหมาะสมของวัคซีน HPV คือต้องไม่เกิน 300 บาทต่อเข็ม จึงจะมีค่า ICER อยู่ในเกณฑ์ แต่หากในอนาคตต้องมีการฉีดเข็มกระตุ้นทุก 20 หรือ 10 ปี ราคาวัคซีนต้องลดลงเหลือไม่เกิน 200 และ 70 บาทต่อเข็ม ตามลำดับ ทั้งนี้หากราคาของ HPV DNA test เปลี่ยนไป ราคาที่เหมาะสมของวัคซีนก็จะเปลี่ยนไปเช่นกัน



หมายเหตุ: วิเคราะห์หาอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มในมุมมองทางสังคม เปรียบเทียบระหว่างการคัดกรองที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน (CC q5, 30-60) และการให้วัคซีนในเด็กหญิงอายุ 12 ปี ร่วมกับคัดกรอง CC เป็นลำดับหนึ่งและ HPV DNA เป็นลำดับสองในหญิงอายุ 35-60 ปี ทุกๆ 5 ปี (Vac12 + CC=>DNA q5, 35-60) อัตราครอบคลุมบริการคัดกรองและฉีดวัคซีนเท่ากันคือร้อยละ 80 ต้นทุนวัคซีนคำนวณจากจำนวนโดสต่ำสุดที่ต้องการคือ 2 เข็มต่อคอร์ส โดยมีสมมติฐานวัคซีน 3 แบบ ได้แก่ i) ฉีดวัคซีนครั้งเดียวมีภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต ii) ต้องฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นทุกๆ 20 ปี และ iii) ต้องฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นทุกๆ 10 ปี

- 0 หมายถึง ICER < 0 บาทต่อปีสุขภาพ
- 1 หมายถึง $0 \leq \text{ICER} < 160,000$
- 2 หมายถึง $160,000 \leq \text{ICER} < 320,000$
- 3 หมายถึง $320,000 \leq \text{ICER} < 480,000$

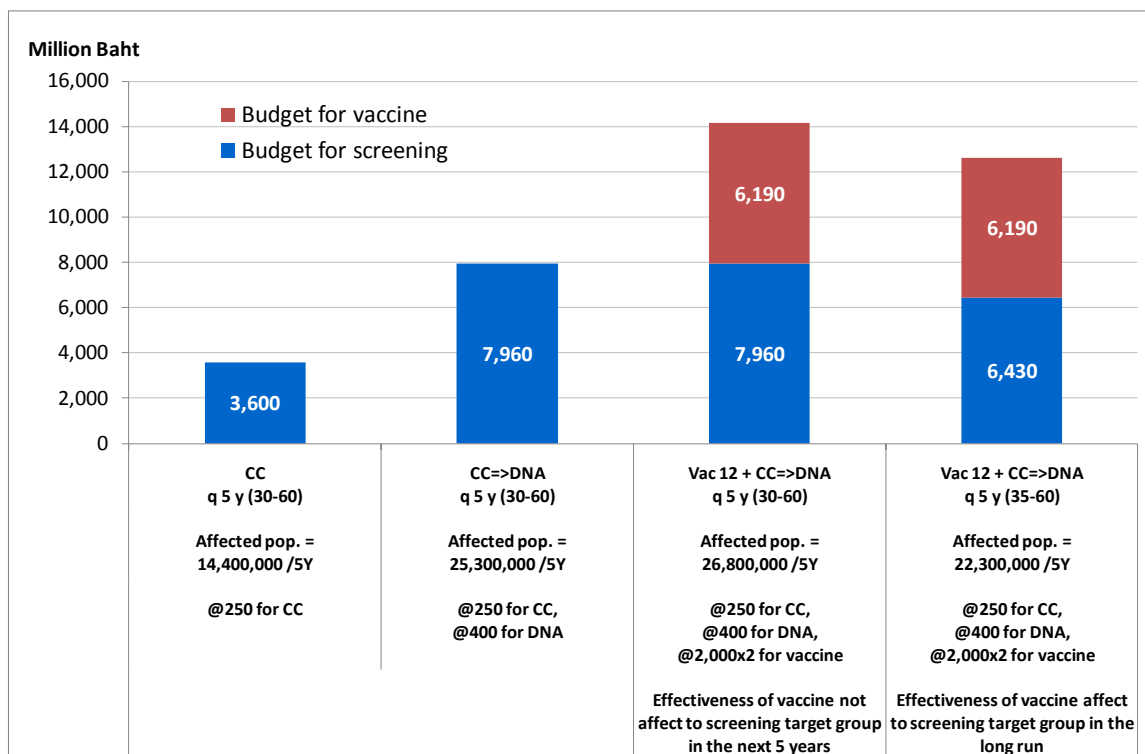
รูปที่ 20 การวิเคราะห์ความไม่แน่นอนแบบ 2 ตัวแปร ระหว่างต้นทุนของ HPV DNA test (แกนตั้ง) และ ต้นทุนของวัคซีน (แกนนอน)

แหล่งข้อมูล: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (2557)

ผลกระทบงบประมาณ

เมื่อพิจารณาภาระงบประมาณในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2558-2562) โดยใช้ราคาพื้นฐานในการศึกษา พบว่าการคัดกรองด้วย CC=>DNA ทุก 5 ปี ในหญิงอายุ 30-60 ปี จะมีภาระงบประมาณเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัว จาก 3,600 ล้านบาท เป็น 7,960 ล้านบาท จากการตรวจ HPV DNA เพิ่มในรายที่ผลลบจาก CC และหากบรรจุวัคซีน HPV เป็นวัคซีนพื้นฐานให้ฉีดในเด็กหญิงอายุ 12 ปี จะมีภาระงบประมาณเพิ่มอีก 6,190 ล้านบาท คิดเป็นภาระงบประมาณทั้งหมดปีละประมาณ 14,150 ล้านบาท หรือประมาณ 4 เท่าของงบประมาณในปัจจุบัน

ทั้งนี้การวิเคราะห์ภาระงบประมาณที่มีวัคซีนเป็นการคิดผลกระทบระยะสั้นคือ 5 ปี ดังนั้นการฉีดวัคซีนในเด็กอายุ 12 ปี จะยังไม่เห็นประสิทธิภาพในการลดการติดเชื้อ (แสดงดังกราฟแท่งที่สองจากขวามือ) แต่ประโยชน์ของวัคซีนจะเห็นชัดเจนเมื่อเวลาผ่านไป 40-50 ปี จะมีผู้รับผลกระทบจากการคัดกรองลดลงเล็กน้อย ดังแสดงในกราฟแท่งที่หนึ่งจากขวามือ (รูปที่ 21)



รูปที่ 21 ประมาณการภาระงบประมาณการคัดกรองและฉีดวัคซีน HPV ในระยะเวลา 5 ปี (อัตราความครอบคลุมบริการร้อยละ 80)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การคัดกรองในสถานการณ์ปัจจุบันโดยวิธี conventional cytology ทุก 5 ปี (30-60 ปี) มีความคุ้มค่าอยู่แล้วเมื่อเทียบกับการไม่มีการคัดกรอง
2. หากต้องการขยายการบริการคัดกรองโดยเพิ่มความถี่จากทุก 5 เป็นทุก 3 ปี จะมีความคุ้มค่ายิ่งขึ้นโดยประหยัดเงินมากขึ้น โดยต้องขยายการคัดกรองควบคู่กับการพัฒนาบุคลากรด้านการอ่านเซลล์ มิเช่นนั้นควรพิจารณาเปลี่ยนเทคนิคการคัดกรองให้มีความแม่นยำมากขึ้น แต่อาศัยบุคลากรน้อย ได้แก่ การเพิ่มการทดสอบ HPV DNA ในรายที่ผล conventional cytology เป็นลบ
3. การเพิ่มการทดสอบ HPV DNA ในรายที่ผล conventional cytology เป็นลบ โดยคงกลุ่มอายุและความถี่เท่าเดิม จะเพิ่มความไวในการคัดกรอง ลดอัตราการเกิดผลลบลง โดยราคาที่เหมาะสม (break-even price) ของ HPV DNA test ไม่ควรเกิน 280 บาทต่อการทดสอบ
4. การฉีดวัคซีนป้องกัน HPV แบบ 2 เข็ม ในเด็กหญิงอายุ 12 ปี เพิ่มเติมจากการคัดกรองในข้อ 3. ยังไม่มีความคุ้มค่าในปัจจุบันเนื่องจากราคาที่ยังสูงอยู่ โดยราคาวัคซีนที่เหมาะสมต้องพิจารณาควบคู่กับราคา HPV DNA test ไม่ควรพิจารณาเพียงตัวใดตัวหนึ่ง
5. การฉีดวัคซีนควรผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ และคณะกรรมการชุดสิทธิประโยชน์ฯ ของสปสช. รวมทั้งคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ เพราะจะต้องพิจารณาวัคซีนใหม่ไปพร้อมกันอีกหลายตัว
6. ไม่ว่าจะเลือกคัดกรองด้วยวิธีใด มีวัคซีนร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม อัตราการยอมรับบริการและการบริหารจัดการ เป็นปัจจัยหลักกำหนดความสำเร็จโครงการ ผู้เกี่ยวข้องจึงควร
 - เพิ่มช่องทางประชาสัมพันธ์ จัดบริการเชิงรุก ในกลุ่มที่มารับบริการต่ำ เช่น หญิงที่อาศัยในเขตเมือง
 - พัฒนาระบบข้อมูล ใช้เป็นเครื่องมือในการค้นหาผู้ไม่เข้ารับบริการ และติดตามดูแลต่อเนื่อง

3.5 โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน

ปัญหาสุขภาพของคนในวัยทำงานมีความหลากหลายและส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับลักษณะงานที่ทำ อีกทั้งสภาพแวดล้อมจากการทำงานที่อาจไม่เหมาะสม เช่น ฝุ่นละอองในอากาศ เสียงดัง การสัมผัสสารก่อมะเร็ง เป็นต้น ทำให้เกิดความเครียดต่อสุขภาพและเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะในประเทศที่มีรายได้ปานกลางโดยเฉพาะอย่างยิ่งในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้รวมถึงประเทศไทย (57)

นิยามแรงงาน

แรงงานในระบบ (formal sector) หมายถึง แรงงานที่ทำงานในระบบ มีการจ้างงานที่มีรายได้ประจำ มีเงินเดือนที่แน่นอน และได้รับความคุ้มครองตามที่กฎหมายกำหนดซึ่งครอบคลุมเรื่องหลักประกันการทำงาน ค่าตอบแทน สุขภาพและความปลอดภัยในการทำงาน

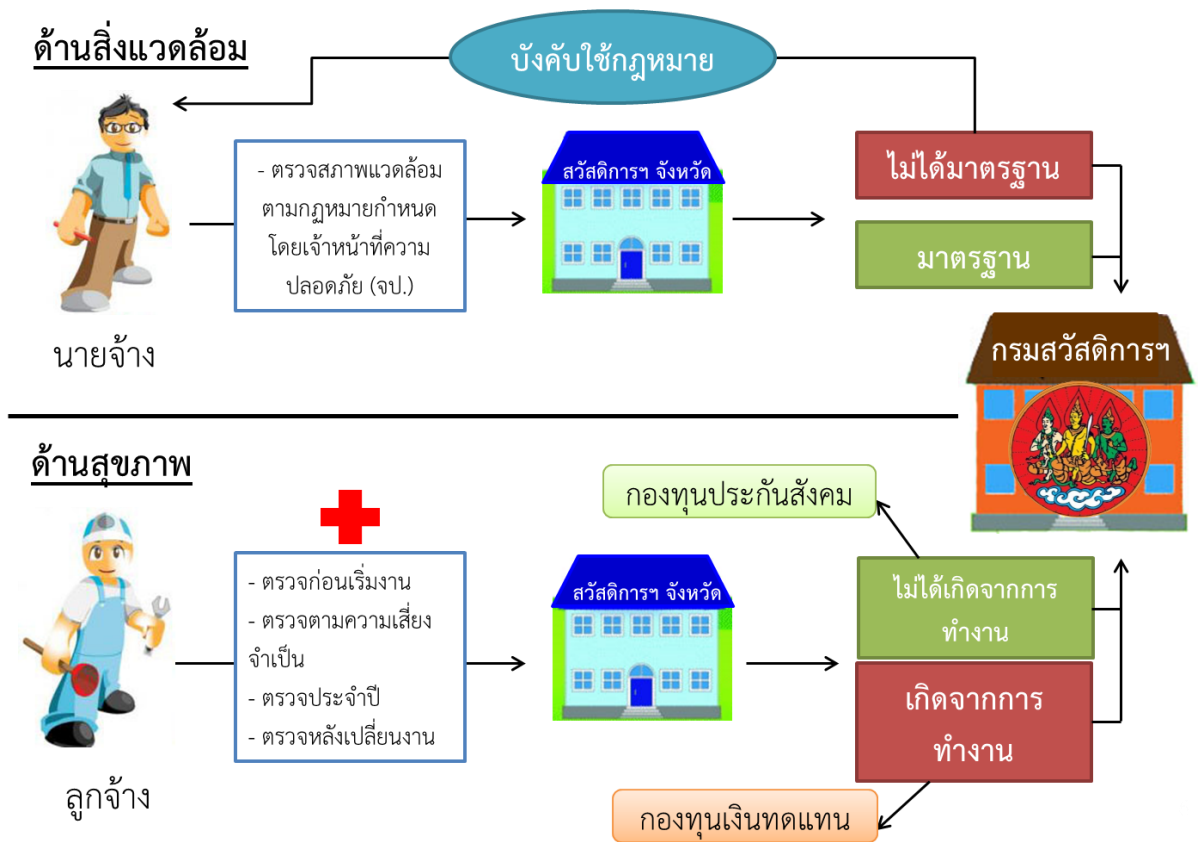
แรงงานนอกระบบ (informal sector) หมายถึง ผู้มีการทำงาน มีรายได้ และไม่มียายจ้าง โดยแบ่งออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่มีการทำงานรับจ้างและกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอิสระทั่วไป (58)

สถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทย

ประเทศไทยมีประชากรในวัยทำงานจำนวนกว่า 40 ล้านคน โดยคิดเป็นแรงงานในระบบจำนวน 15 ล้านคน และแรงงานนอกระบบจำนวน 25 ล้านคน (59) จากข้อมูลการสำรวจแรงงานนอกระบบของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2555 พบว่าแรงงานในระบบส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา (ร้อยละ 32) ประกอบอาชีพในกลุ่มโรงงานและเครื่องจักร งานฝีมือ (ร้อยละ 32) ในขณะที่แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 34) (60) และประกอบอาชีพในกลุ่มงานเกษตรกรรมและประมง (ร้อยละ 59) (61)

สำหรับแรงงานในระบบนั้น กฎหมายได้กำหนดให้นายจ้างดูแลสภาพแวดล้อมการทำงานให้เหมาะสม เช่น ให้นายจ้างจัดฝึกอบรมเรื่องความปลอดภัยแก่ลูกจ้าง จัดหาอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยให้ลูกจ้างและจัดให้มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำที่สถานประกอบการ เป็นต้น (62) ในปัจจุบันเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยเป็นผู้ตรวจวัดสภาพแวดล้อมและส่งผลการตรวจไปให้สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดในรูปแบบของเอกสาร ซึ่งสืบค้นได้ยากอันเป็นข้อจำกัดในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสภาพแวดล้อมของลูกจ้าง

ในด้านสุขภาพของแรงงานในระบบ (รูปที่ 22) มีกฎหมายบังคับให้นายจ้างจัดบริการตรวจสุขภาพของลูกจ้างก่อนทำงานที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยผู้ตรวจต้องเป็นแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพด้านอาชีวเวชศาสตร์หรือผ่านการอบรมด้านอาชีวเวชศาสตร์มาแล้ว พร้อมทั้งจัดการตรวจสุขภาพหลังรับเข้าทำงานอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง โดยผลการตรวจสุขภาพจะถูกส่งไปที่สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดเช่นกันในกรณีที่ลูกจ้างป่วยสำนักงานฯ จะมีการพิจารณาว่าเป็นโรคจากการทำงานหรือไม่ หากเป็นโรคจากการทำงานกองทุนเงินทดแทนจะจ่ายค่าสินไหมให้ หากไม่ได้ป่วยเป็นโรคจากการทำงาน ลูกจ้างจะรับบริการรักษาพยาบาลภายใต้กองทุนประกันสังคมซึ่งการวินิจฉัยแยกโรคว่าเป็นโรคอันเนื่องมาจากการทำงานหรือไม่ นั้นต้องใช้วิธีการที่มีความยุ่งยากและซับซ้อนในการพิสูจน์ให้แน่ชัด



รูปที่ 22 การดูแลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานสำหรับกลุ่มแรงงานในระบบในปัจจุบัน

สำหรับแรงงานนอกระบบนั้น (รูปที่ 23) ยังไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง การได้รับบริการรักษาพยาบาลจึงเป็นไปตามสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) หรือหากแรงงานนอกระบบสมัครใจเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ของกองทุนประกันสังคม สามารถเลือกจ่ายเงินสมทบได้ 3 ทางเลือกคือ เดือนละ 100 150 และ 200/300/350 บาทเพื่อรับสิทธิเช่นเดียวกับผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม

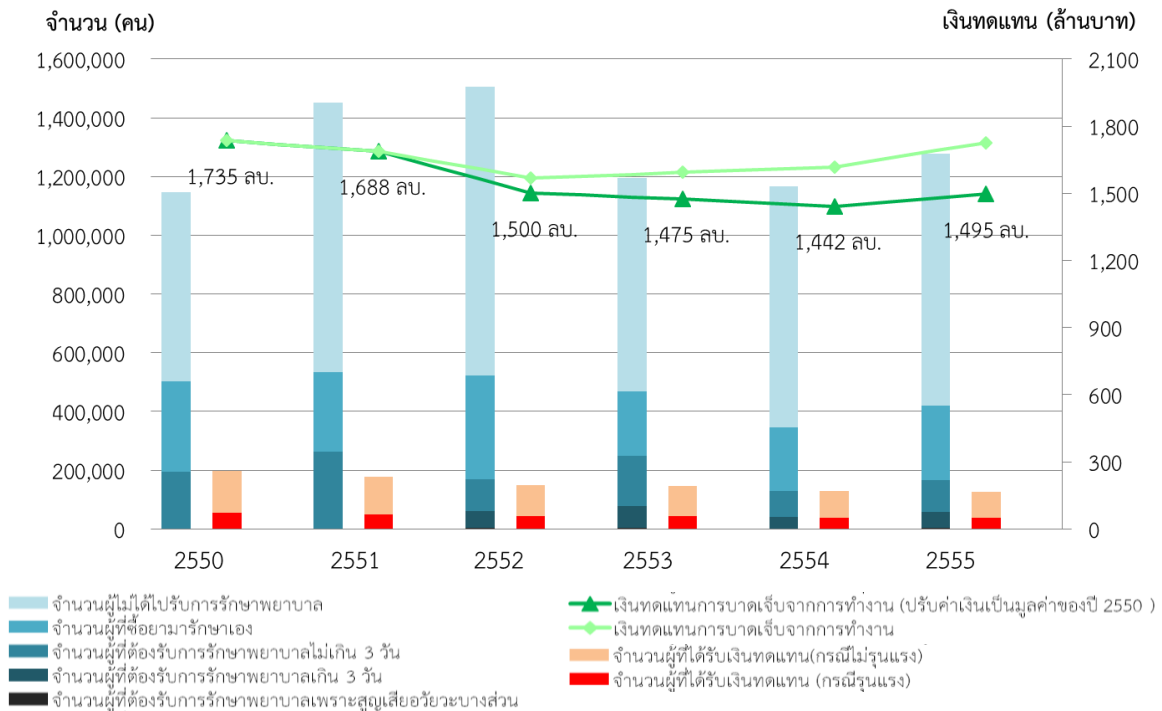
ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม



รูปที่ 23 การดูแลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมของการทำงานสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบในปัจจุบัน

กองทุนเงินทดแทน ภายใต้สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน เป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีหน้าที่จ่ายเงินทดแทนการบาดเจ็บอันเนื่องมาจากการทำงานแก่ลูกจ้างเมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย ถึงแก่ความตายหรือสูญหายจากการทำงานให้นายจ้าง โดยนายจ้างเป็นผู้มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนซึ่งมีการกำหนดอัตราเงินสมทบตามความเสี่ยงภัยของกิจการของนายจ้าง และอัตราที่จ่ายนั้นคำนวณจากค่าจ้างที่จะต้องจ่ายให้แก่ลูกจ้างทั้งปี (63)

การสำรวจแรงงานนอกระบบ สำนักงานสถิติแห่งชาติ ในช่วงปี พ.ศ. 2550–2555 แสดงให้เห็นแนวโน้มโดยรวมของการบาดเจ็บในกลุ่มแรงงานในระบบซึ่งไม่ลดลง (รูปที่ 24) แต่เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ที่ได้รับเงินทดแทนการบาดเจ็บจากการทำงานของกองทุนเงินทดแทน พบว่าตัวเลขมีแนวโน้มลดน้อยลงเรื่อยๆ ซึ่งขัดแย้งกับแนวโน้มการบาดเจ็บที่ไม่ลดลง ดังนั้นอาจสันนิษฐานได้ว่า จำนวนผู้บาดเจ็บจากการทำงานที่มีการรายงานเข้ามาเพื่อขอเบิกเงินจากกองทุนเงินทดแทนนั้นมีจำนวนต่ำกว่าความเป็นจริง



รูปที่ 24 จำนวนลูกจ้างทั่วประเทศที่ประสบอันตรายจากการทำงานจำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาล ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2555

แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550-2555) และกองทุนเงินทดแทน (2555)

จากรายงานประจำปี พ.ศ. 2555 ของกองทุนเงินทดแทนบ่งชี้ว่ากองทุนเงินทดแทนมีรายได้มาจากหลายทางด้วยกัน ทั้งจากเงินสมทบที่นายจ้างต้องจ่าย โดยคำนวณจากค่าจ้างที่นายจ้างจ่ายให้กับลูกจ้างทุกคนเป็นจำนวนประมาณ 3,000 ล้านบาทต่อปี ดอกเบี้ยรับ 1,400 ล้านบาทต่อปี และรายรับอื่นๆ อีกประมาณ 900 ล้านบาทต่อปี ซึ่งกลายมาเป็นเงินสะสมถึง 33,000 ล้านบาท ในขณะที่รายจ่ายสุทธิของกองทุนคิดเป็นจำนวนเงิน 2,000 ล้านบาทต่อปี สามารถแบ่งออกได้เป็นเงินทดแทนที่จ่ายให้กับลูกจ้าง 1,700 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายจัดสรร โดยแบ่งเป็นการฟื้นฟูและส่งเสริมความปลอดภัย 170 ล้านบาท ค่าดำเนินการของสำนักงาน 27 ล้านบาท และอื่นๆ เช่น หนี้สูญและหนี้สงสัยจะสูญ เป็นจำนวน 103 ล้านบาท (64) จะเห็นได้ว่า เงินที่กองทุนเงินทดแทนใช้จ่ายเพื่อส่งเสริมทางด้านความปลอดภัย มีมูลค่าน้อยกว่า 170 ล้านบาท ทั้งที่กฎหมายอนุญาตให้นำเงินร้อยละ 22 ของดอกผลของกองทุนต่อปี (65) (คิดเป็นเงิน 300 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2555) มาเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการบำบัด รักษา และส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพในการทำงานของลูกจ้างตามที่กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมประกาศกำหนด และเป็นค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมหรือป้องกันเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน จึงแสดงให้เห็นว่าการจัดสรรงบประมาณของกองทุนเงินทดแทนมิได้ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการบาดเจ็บและอันตรายจากการทำงานของลูกจ้างเท่าที่ควร

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาในการดูแลสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานของวัยทำงานในทางปฏิบัติหลายประการด้วยกัน ทั้งจากตัวลูกจ้าง นายจ้าง และปัญหาของระบบหรือนโยบาย ได้แก่

1. ปัญหาที่เกิดกับแรงงานนอกระบบ เนื่องจากปัจจุบันไม่มีหน่วยงานใดรับผิดชอบแรงงานกลุ่มนี้โดยตรง จึงทำให้ไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร โดยเฉพาะในแง่ของสภาพแวดล้อมการทำงาน และการรักษาพยาบาลโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานที่ไม่มีหน่วยงานเข้ามาดูแลอย่างจริงจัง มีเพียงการรับบริการรักษาพยาบาลตามสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า แม้จะมีความพยายามช่วยเหลือจากภาครัฐโดยเปิดให้สมัครเข้าสู่ระบบประกันสังคมตามมาตรา 40 แต่พบว่าครอบคลุมแรงงานนอกระบบเพียงร้อยละ 2.5 เท่านั้น (66)

2. ปัญหาระบบการจัดเก็บและเชื่อมโยงข้อมูลในภาพรวม หลังจากมีการรวบรวมข้อมูลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานของสถานประกอบการในแต่ละจังหวัดไว้ที่สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดแล้ว ข้อมูลเหล่านั้นไม่ได้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะการจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่ใช้ประโยชน์ได้ยากไม่มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล และไม่เปิดให้สาธารณะเข้าถึงทำให้ขาดการเชื่อมโยงชุดข้อมูลระหว่างข้อมูลทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

3. ปัญหาการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ทำให้จำนวนของผู้เป็นโรคจากการทำงานที่ได้รับเงินจากกองทุนเงินทดแทนต่ำกว่าจำนวนผู้เป็นโรคจากการทำงานที่เป็นจริง โดยเกิดมาจากหลายสาเหตุ เช่น จำนวนแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ไม่เพียงพอ โดยในปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทยมีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์เพียง 550 คน ในขณะที่มีจำนวนผู้ประกันตนสูงถึง 14 ล้านคน (67) ประกอบกับความยุ่งยากและซับซ้อนในการพิสูจน์ให้แน่ชัดว่าผู้ป่วยคนใดเป็นโรคที่เกิดจากการทำงาน และหากแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจากการทำงาน อาจนำไปสู่การไปเป็นพยานในศาล ซึ่งแพทย์อาจมองว่าเป็นเรื่องยุ่งยาก ทำให้วินิจฉัยให้เป็นโรคทั่วไปแทน

4. ปัญหาการขาดระบบติดตามตัวแรงงาน โดยปัญหานี้จะเกิดขึ้นเมื่อแรงงานพ้นสภาพการจ้างงานหรือเกษียณอายุไปแล้ว แต่เนื่องจากเคยมีการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงที่สะสมจากที่ทำงานเดิม ก็อาจเป็นโรคขึ้นได้ภายหลังดังนั้นควรมีระบบที่ช่วยติดตามเฝ้าระวังโรคจากการทำงานในผู้ที่เปลี่ยนงาน ถูกเลิกจ้างหรือออกจากระบบแรงงานไปแล้ว เพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพและคุ้มครองสวัสดิการแรงงานอย่างต่อเนื่อง

5. ปัญหาการบังคับใช้กฎหมาย แม้จะมีมาตรการทางกฎหมายที่กำหนดให้นายจ้างปฏิบัติตาม แต่การบังคับใช้กฎหมายยังไม่เคร่งครัด คลุมเครือ เช่น การตรวจสุขภาพไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันขึ้นอยู่กับนายจ้างแต่ละรายว่าจะดำเนินการอย่างไร โดยบางครั้งอาจเป็นการตรวจสุขภาพทั่วไปทั้งที่มีกรอบกฎหมายกำหนดอยู่ชัดเจนว่าต้องตรวจตามปัจจัยเสี่ยงและตรวจโดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์

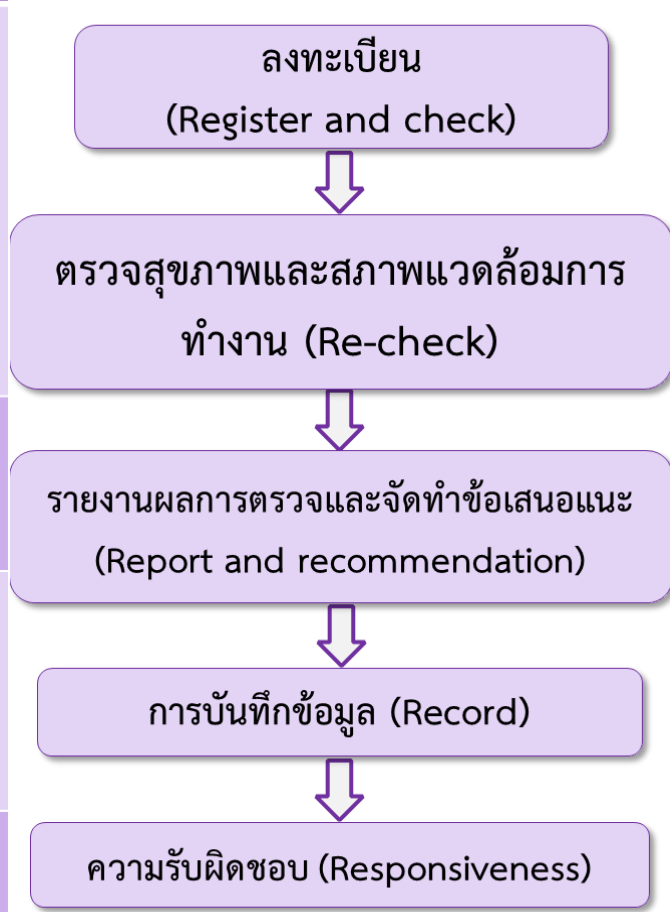
ข้อเสนอเชิงนโยบาย: โมเดล 5Rs

สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาโมเดล 5Rs สำหรับแรงงานทั้งสองกลุ่ม ประกอบไปด้วย Register and check (ลงทะเบียน) Re-check (ตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน) Report (รายงานผลการตรวจและจัดทำข้อเสนอแนะ) Record (บันทึกข้อมูล) และ Responsiveness (ความรับผิดชอบต่อ) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาระบบสร้างแรงจูงใจเพื่อแก้ปัญหาที่กล่าวไปข้างต้น

แรงงานในระบบ

สุขภาพ	สิ่งแวดล้อม
นายจ้างลงทะเบียนให้ลูกจ้างผ่านกองทุนประกันสังคม ด้วยเลขที่บัตรประชาชน และส่งข้อมูลเข้าสปสช. พร้อมจัดบริการการตรวจสุขภาพก่อนการเข้าทำงาน	นายจ้างลงทะเบียนสถานประกอบการกับสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด และให้เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยตรวจสภาพแวดล้อมตามที่กฎหมายกำหนด
นายจ้างหรือสปสช.จัดให้มีการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงเป็นระยะๆ เช่น ทุก 1 ปี เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกะงาน และหลังพ้นสภาพการจ้างงาน	
สถานพยาบาลรายงานผลการตรวจร่างกายกลับไปยังนายจ้าง รวมถึงส่งให้กระทรวงสาธารณสุขพร้อมจัดทำข้อเสนอแนะ	เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยรายงานผลการตรวจกลับไปยังนายจ้างและสำนักงานสวัสดิการฯ จังหวัด สำนักงานสวัสดิการฯ จังหวัดจึงส่งข้อมูลต่อไปกรมสวัสดิการฯ
กระทรวงสาธารณสุขเก็บข้อมูลแบบอิเล็กทรอนิกส์และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และเชื่อมโยงกับข้อมูลสภาพแวดล้อม พร้อมจัดทำข้อเสนอแนะและมุ่งเน้นให้ประชาชนทั่วไปเข้าถึงข้อมูลได้	กรมสวัสดิการฯเก็บข้อมูลแบบอิเล็กทรอนิกส์และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และเชื่อมโยงกับข้อมูลสภาพแวดล้อม พร้อมจัดทำข้อเสนอแนะและมุ่งเน้นให้ประชาชนทั่วไปเข้าถึงข้อมูลได้
พัฒนาระบบสร้างแรงจูงใจให้สถานประกอบการ	พัฒนาระบบสร้างแรงจูงใจให้สถานประกอบการ

โมเดล 5Rs: โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน



แรงงานนอกระบบ

สุขภาพ	สิ่งแวดล้อม
กลุ่มเกษตรกรลงทะเบียนด้วยเลขที่บัตรประชาชน 13 หลัก ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยเสนอให้ใช้บัตรอิเล็กทรอนิกส์ในการเก็บข้อมูล	ประเมินสภาพแวดล้อมในกลุ่มเกษตรกรโดยอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างอส.อช./อสม./อปท./รพ.สต./รพช.
รพ.สต./รพช./คลินิกสุขภาพเกษตรกร ทำหน้าที่ประเมินความเสี่ยงและตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง	ตรวจสภาพแวดล้อมในการทำงานของกลุ่มเกษตรกรโดยอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างอส.อช./อสม./อปท./รพ.สต./รพช.
รพ.สต./รพช./คลินิกสุขภาพเกษตรกร รายงานผลต่อไปยังสปสช.และกระทรวงสาธารณสุขพร้อมจัดทำข้อเสนอแนะให้ผู้รับบริการ	อส.อช./อสม./อปท./รพ.สต./รพช. รายงานผลการตรวจและส่งกลับไปให้เกษตรกร/กรมสวัสดิการฯ
กระทรวงสาธารณสุขเก็บข้อมูลแบบอิเล็กทรอนิกส์และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และเชื่อมโยงกับข้อมูลสภาพแวดล้อม พร้อมจัดทำข้อเสนอแนะและมุ่งเน้นให้ประชาชนทั่วไปเข้าถึงข้อมูลได้	กรมสวัสดิการฯเก็บข้อมูลแบบอิเล็กทรอนิกส์และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และเชื่อมโยงกับข้อมูลสภาพแวดล้อม พร้อมจัดทำข้อเสนอแนะและมุ่งเน้นให้ประชาชนทั่วไปเข้าถึงข้อมูลได้
พัฒนาระบบสร้างแรงจูงใจ/นโยบายเพื่อส่งเสริมให้แรงงานนอกระบบใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง	-

รูปที่ 25 โมเดล 5Rs

โมเดล 5Rs สำหรับแรงงานในระบบ

กลุ่มแรงงานในระบบมีการขึ้นทะเบียนผ่านกองทุนประกันสังคมตามกฎหมายอยู่แล้ว ในการดำเนินการตามโมเดล 5Rs มีข้อเสนอให้กองทุนประกันสังคมจัดส่งข้อมูลแรงงานไปยังสปสช. พร้อมทั้งกำหนดให้นายจ้างจัดให้มีการตรวจร่างกายอย่างเป็นทางการเป็นมาตรฐานทั้งสำหรับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มไม่เสี่ยงจากการทำงาน โดยยึดหลักการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของกรมควบคุมโรค (68) (ตารางที่ 3) ในขณะเดียวกัน นายจ้างต้องปฏิบัติตามกฎหมายที่ระบุให้มีการจัดตรวจสุขภาพประจำปี หรือเมื่อเปลี่ยนลักษณะงานของลูกจ้างหลังจากนั้นสถานพยาบาลที่ทำการตรวจสุขภาพรายงานผลการตรวจกลับไปยังนายจ้างและตัวลูกจ้าง พร้อมให้คำแนะนำเพื่อปรับพฤติกรรมเสี่ยงโมเดล 5Rs นี้เน้นให้ลูกจ้างเป็นศูนย์กลาง ไม่ใช่ นายจ้าง โดยให้ลูกจ้างรับรู้ผลตรวจและกระบวนการที่เกี่ยวข้องทุกขั้นตอนเพื่อประโยชน์ของตัวเอง ทั้งนี้ สถานพยาบาลจะต้องรายงานผลนี้ไปยังกระทรวงสาธารณสุขด้วย

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการตรวจโรคตามความเสี่ยงจากการทำงาน

กลุ่มอาชีพที่เสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยง สิ่งคุกคาม และ สภาพแวดล้อม	การตรวจพิเศษ
เกษตรกร	ยาฆ่าแมลง ปุ๋ย	1. ตรวจคัดกรองสุขภาพโดยใช้กระดาษคัดกรองพิเศษ (Reactive paper) ¹ 2. การตรวจโรคผิวหนังจากการทำงานการตรวจด้วยวิธีสะกิดผิวหนัง (prick test) 3. การตรวจระบบโครงร่าง กระดูก และกล้ามเนื้อ ²
ช่างเสริมสวย	เช่น แชมพู น้ำยาทาเล็บ น้ำยาล้างเล็บ น้ำยาย้อมผม	การทดสอบภูมิแพ้ผิวหนัง (Patch test)
ช่างก่อสร้าง	เช่น ซิลิกา แร่ใยหินหรือแอสเบส ตอส ถ่านหิน เบอริลลีเยียม ออกไซด์ของเหล็ก ออกไซด์ของดีบุก แบเรียมซัลเฟต	1. ภาพรังสีทรวงอกและการอ่านผลตามเกณฑ์มาตรฐาน ILO-2000 2. ภาพถ่ายคอมพิวเตอร์ทรวงอก (high resolution CT scan)

ที่มา: สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2555)

ในส่วนของการดูแลสุขภาพแวดล้อมในการทำงานตามที่กฎหมายกำหนด นายจ้างต้องขึ้นทะเบียนสถานประกอบการกับสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด และมีการตรวจสภาพแวดล้อมในการทำงานโดยเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยอยู่แล้ว ซึ่งจะรายงานผลการตรวจสภาพแวดล้อมกลับไปยังนายจ้างและสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด แล้วจึงรายงานข้อมูลดังกล่าวต่อไปยังกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน แม้ว่าการเก็บบันทึกข้อมูลสุขภาพนั้นควรเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขและข้อมูลสภาพแวดล้อมในการทำงานควรเป็นหน้าที่ของกรมสวัสดิการฯ แต่ในโมเดล 5Rs ผู้รับผิดชอบควรส่งข้อมูลทั้งสองส่วนไปยังหน่วยงานกลางเพื่อวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและสภาพแวดล้อมเข้าด้วยกัน พร้อมทั้ง

จัดทำข้อเสนอแนะด้านสุขภาพที่จำเพาะเจาะจงกับสภาพแวดล้อมการทำงานของสถานประกอบการแห่งนั้นๆ ส่งกลับไปให้นายจ้าง นอกจากนี้หน่วยงานอื่นๆ ที่มีความประสงค์จะใช้ข้อมูลดังกล่าวต้องเข้าถึงได้ และควรมีการพัฒนากระบวนการสร้างแรงจูงใจให้กับสถานประกอบการ รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำตามแนวทางปฏิบัติหรือกรอบกฎหมายที่วางไว้

โมเดล 5Rs สำหรับแรงงานนอกระบบ

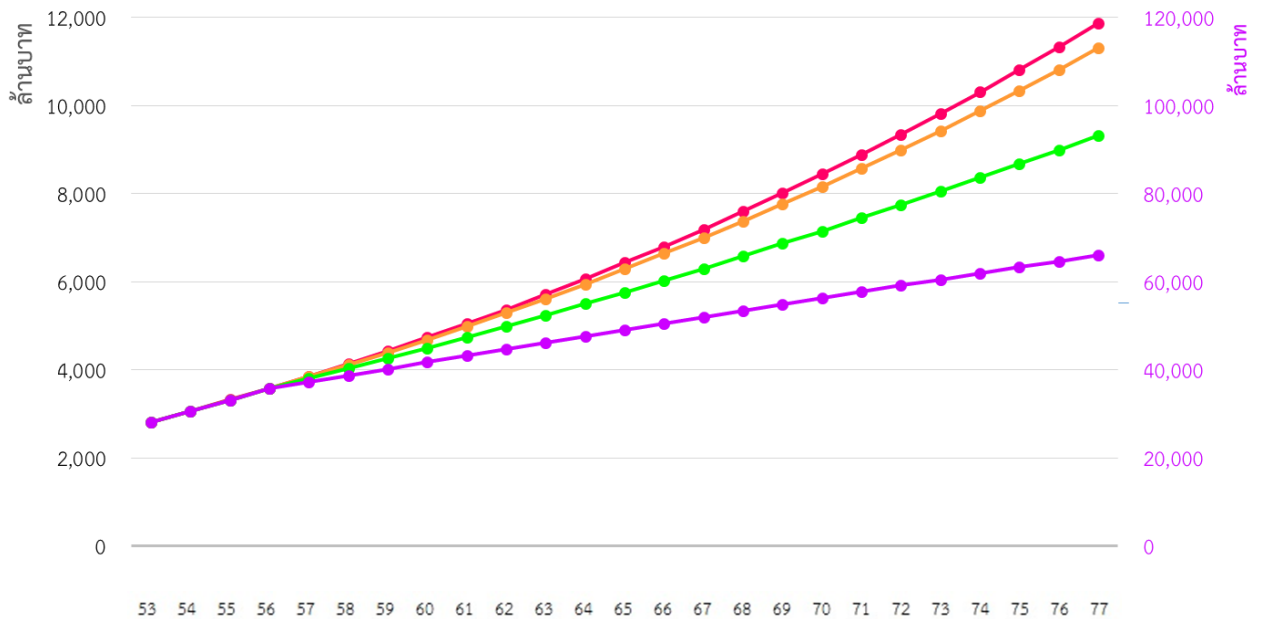
เนื่องจากแรงงานนอกระบบแต่ละกลุ่มอาชีพมีความแตกต่างหลากหลายในเรื่องของความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บและปัญหาสุขภาพจากการทำงาน รวมทั้งสภาพแวดล้อมของสถานที่ทำงานที่ไม่มีการควบคุมกำกับโดยหน่วยงานใดๆ คณะผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญจากภาคส่วนต่างๆ ที่เข้าร่วมในกระบวนการวิจัยในโครงการนี้จึงเสนอให้เลือกกลุ่มเกษตรกรขึ้นมาดำเนินการก่อน เพราะมีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มแรงงานนอกระบบ และมีระบบบริการอยู่บ้างแล้ว เช่น คลินิกสุขภาพเกษตรกรที่จัดทำโดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และการรวมกลุ่มของเกษตรกรเอง ทั้งนี้ ในอนาคตอาจจะมีการขยายการดำเนินงานไปยังกลุ่มแรงงานนอกระบบที่ประกอบอาชีพอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอเริ่มต้นตามโมเดล 5Rs คือ จัดให้มีการขึ้นทะเบียนเกษตรกรกับสถานพยาบาลผ่านเลขที่บัตรประชาชนตามสิทธิของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และให้มีการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง สำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงจากการทำงานในระดับต่ำควรจัดให้มีบริการเช็คระยะสุขภาพ^{VIII} ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือคลินิกสุขภาพเกษตรกร หลังจากนั้นให้จัดเก็บข้อมูลสุขภาพของแต่ละบุคคลในรูปแบบของบัตรอิเล็กทรอนิกส์ ในขณะที่เดียวกันสถานพยาบาลจะรายงานผลต่อไปยังสปสช. และกระทรวงสาธารณสุข และให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง

สำหรับการดูแลสุขภาพแวดล้อมในการทำงาน เสนอให้มีการประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงานของเกษตรกรโดยอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างอาสาสมัครอาชีวอนามัย (อส.อช.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) รวมถึงสถานพยาบาลในพื้นที่ และแจ้งผลการตรวจสภาพแวดล้อมกลับไปยังตัวเกษตรกรเองพร้อมให้คำแนะนำ ในขณะที่เดียวกันควรรายงานผลการตรวจสภาพแวดล้อมในการทำงานไปให้สำนักงานสวัสดิการฯ จังหวัดและส่งต่อไปยังกรมสวัสดิการฯ ทั้งนี้การเก็บบันทึกข้อมูลให้ดำเนินการไปในทางเดียวกันกับแรงงานในระบบดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น และจัดให้มีการพัฒนาระบบการสร้างแรงจูงใจให้ตัวแรงงานเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง

^{VIII} การเช็คระยะสุขภาพเป็นข้อเสนอแนะของ HITAP จากการศึกษาเกี่ยวกับการตรวจร่างกายที่เหมาะสมกับคนทั่วไป โดยพิจารณาว่าประชากรไทยมีโรคและปัญหาสุขภาพสำคัญอะไรบ้างที่จำเป็นต้องได้รับการดูแล และจึงมาพิจารณาต่อว่าหากต้องการป้องกันโรคดังกล่าว คนที่อยู่ในช่วงอายุแตกต่างกัน ต่างเพศกัน ควรตรวจคัดกรองสุขภาพประเภทใดบ้างจึงจะเกิดประโยชน์

ข้อเสนอแนะอื่นๆ สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



รูปที่ 26 ประมาณการเงินสะสมจากการใช้ดอกเบี้ยของกองทุนเงินทดแทน

แหล่งข้อมูล: กองทุนเงินทดแทน (2555) และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2555)

นอกจากโมเดล 5Rs ที่กล่าวข้างต้น คณะผู้วิจัยยังมีข้อเสนอแนะสำคัญที่ควรได้รับการพิจารณาเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทของกองทุนเงินทดแทน เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณของหน่วยงานนี้สะท้อนว่าไม่ได้ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามที่กฎหมายอนุญาต ในขณะที่เงินสะสมของกองทุนเงินทดแทนนั้นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี โดยคณะผู้วิจัยมีการประมาณการการใช้เงินเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานว่า ในปัจจุบันกองทุนใช้เงินไปกับส่วนนี้น้อยกว่าร้อยละ 15 ดังนั้นจากการประมาณการหากมีการใช้เต็มวงเงินตามที่กฎหมายอนุญาต คือร้อยละ 22 และหากนำดอกเบี้ยมาใช้ร้อยละ 50 หรือนำดอกเบี้ยทั้งหมดมาใช้ เงินสะสมของกองทุนเงินทดแทนจะยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ อยู่ทุกปี อย่างเห็นได้ชัดจึงมีข้อเสนอแนะให้กองทุนเงินทดแทนจัดสรรงบประมาณที่ได้จากดอกเบี้ยให้กับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานให้มากขึ้น เช่น เพิ่มงบประมาณสำหรับการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน การเข้าไปตรวจสอบในกรณีที่น่าสงสัย และการเฝ้าระวังระยะยาว เป็นต้น

สำหรับสปสช. นั้นมีข้อเสนอให้เป็นผู้รับผิดชอบทางด้านงบประมาณเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพใดๆ ที่ไม่ใช่โรคเกิดจากการทำงาน เช่น การเช็คระยะสุขภาพ นอกจากนี้ควรดูแลการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงกลุ่มแรงงานนอกระบบ โดยเริ่มดำเนินการในกลุ่มเกษตรกรเป็นกลุ่มแรก เมื่อตรวจแล้วควรจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและนำไปใช้ โดยมุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือจากกลุ่มอาสาสมัครต่างๆ และกองทุนหลักประกัน

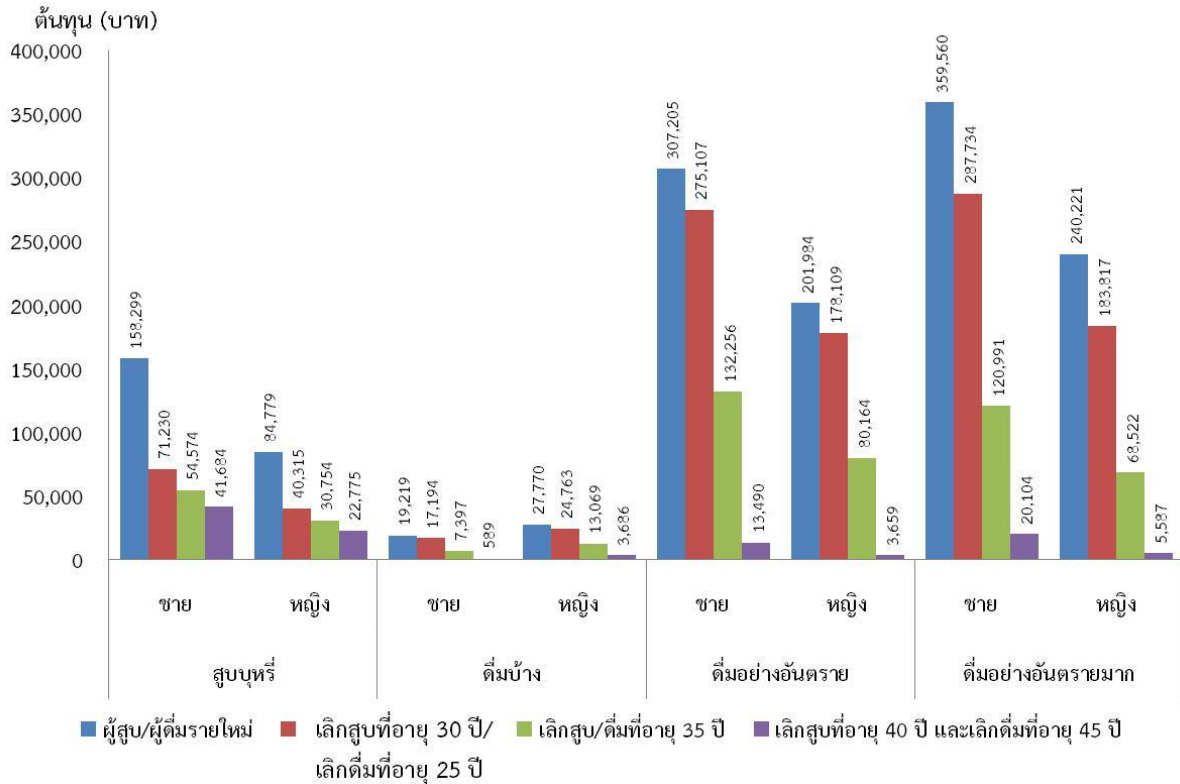
สุขภาพระดับท้องถิ่น หลังจากนั้นควรจัดให้มีการถอดบทเรียนเพื่อขยายโครงการให้ครอบคลุมแรงงานนอกระบบในกลุ่มอาชีพอื่นๆ ต่อไป

3.6 ปัจจัยเสี่ยง: การสูบบุหรี่/ยาสูบ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ควันบุหรี่/ยาสูบมีสารเคมีที่เป็นพิษสามารถก่อให้เกิดโรคในมนุษย์ได้มากกว่า 25 โรค เช่น ถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจและหลอดเลือด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง มะเร็งปอด และมะเร็งอวัยวะอื่นๆ เป็นต้น (69) ประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี่/ยาสูบกว่า 13 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและอยู่ในวัยทำงาน (70) บุหรี่/ยาสูบทำให้คนไทยทั้งที่สูบและไม่สูบแต่รับควันจากผู้สูบรอบข้างเสียชีวิตประมาณ 50,000 คนในแต่ละปี (71) ถึงแม้ว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่/ยาสูบจะมีแนวโน้มที่ลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 แต่จำนวนผู้สูบในกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) ยังมีสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 15 ของผู้สูบทั้งหมด สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูบรายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (72) นอกจากนี้การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลกพบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ไม่สูบบุหรี่/ยาสูบร้อยละ 36 และ 30 ได้รับความเสี่ยงจากผู้อื่นในบ้านและที่ทำงานอย่างน้อยเดือนละครั้งตามลำดับ (73)

สำหรับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว กล่าวคือ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญของอุบัติเหตุทุกประเภทและอาชญากรรม ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียต่อทั้งชีวิต คุณภาพชีวิต และทรัพย์สินตามมา ขณะเดียวกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องก็สามารถทำให้เกิดโรคร้ายต่างๆ ได้ เช่น โรคทางจิตเวช โรคหัวใจและหลอดเลือด ตับแข็ง ตับวาย มะเร็งตับ และมะเร็งอวัยวะอื่นๆ อีกหลายชนิด (74) จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยในปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 17 ล้านคนส่วนใหญ่เป็นเพศชายและอยู่ในวัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) (75) ปริมาณการดื่มโดยเฉลี่ยในปี พ.ศ. 2554 คิดเป็น 7.1 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี (76)

การสูบบุหรี่/ยาสูบและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากจะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพแล้วยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลโรคต่างๆ ที่กล่าวข้างต้น รวมถึงความสูญเสียผลิตภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สำหรับการสูบบุหรี่/ยาสูบก่อให้เกิดความสูญเสียผลิตภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมูลค่า 43.6 พันล้านบาทต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 0.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (77) นอกจากนี้หากมีนักสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น 1 คนจะมีความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุสั้นลง 4.6 ปี ในเพศชายและ 3.4 ปี ในเพศหญิง) และการสูญเสียความสามารถในการทำงานจากความเจ็บป่วยคิดเป็นมูลค่า 159,000 บาทในเพศชายและ 85,000 บาทในเพศหญิง (78)



รูปที่ 27 ต้นทุนที่ป้องกันได้จากการป้องกันนักสับ/นักต็มหน้าใหม่หรือการทำให้เลิกสับชานเมือง/ต็มเครื่องต็ม แอลกอฮอล์ที่อายุต่างๆ กัน

แหล่งข้อมูล: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (2551)

ในขณะที่ความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์จากการต็มเครื่องต็มแอลกอฮอล์ในภาพรวมมีมูลค่ามากถึง 156 พันล้านบาท หรือร้อยละ 1.99 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศและความสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเนื่องจากการต็มเครื่องต็มแอลกอฮอล์ ก่อให้เกิดความสูญเสีย 104,128 ล้านบาท และสูญเสียความสามารถในการทำงานจากการเจ็บป่วยคิดเป็น 45,465 ล้านบาท (79) โดยหากมีนักต็มหน้าใหม่เพิ่มขึ้น 1 คนจะมีต้นทุนจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการสูญเสียความสามารถในการทำงานในกรณีต็มบ้างคิดเป็นมูลค่า 19,000 บาทในเพศชายและประมาณ 28,000 บาทในเพศหญิงกรณีต็มอย่างอันตรายมีค่าประมาณ 307,000 บาทในเพศชายและประมาณ 202,000 บาทในเพศหญิง และในกรณีต็มอย่างอันตรายมากมีค่าประมาณ 360,000 บาทในเพศชายและประมาณ 240,000 บาทในเพศหญิง นอกจากนี้ หากมีการต็มต่อเนื่องในเพศชายจะมีอายุสั้นลง 2.6 ปีและ 3.86 ปีกรณีต็มอย่างอันตรายและอันตรายมากตามลำดับ สำหรับในเพศหญิงจะมีอายุสั้นลง 1.47 ปีและ 2.2 ปีกรณีต็มอย่างอันตรายและอันตรายมากตามลำดับ (78)

จากข้อมูลต้นทุนที่ป้องกันได้ข้างต้น (รูปที่ 27) หากทำให้ผู้ที่สับชานเมืองเลิกสับได้ และผู้ที่ต็มเครื่องต็มแอลกอฮอล์เลิกต็มได้เร็วเท่าไรยิ่งทำให้เกิดประโยชน์มากขึ้นเท่านั้นโดยหากเลิกสับที่อายุ 30 ปีและเลิกต็มที่อายุ 25 ปีจะสามารถป้องกันการสูญเสียต้นทุนที่อาจจะเกิดขึ้นได้มากกว่าเลิกสับหรือเลิกต็มที่อายุ 35 ปี รวมถึงการทำให้ผู้ต็มในทุกประเภทโดยเฉพาะที่เป็นการต็มแบบอันตรายและการต็มแบบอันตรายมากเลิกต็ม

ได้จะสามารถช่วยลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจได้เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้หากสามารถป้องกันนักสูบหรือนักดื่มหน้าใหม่ไม่ให้สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้จะเกิดประโยชน์มากที่สุด ดังนั้นหน่วยงานทั้งในภาครัฐและเอกชนควรให้ความสำคัญกับการทำกิจกรรมรณรงค์และการออกมาตรการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะกับประชาชนทั่วไปที่ยังไม่สูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดมาเป็นนักสูบ/นักดื่มหน้าใหม่

ปัจจุบันมีความตระหนักถึงโทษของการสูบบุหรี่/ยาสูบและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หน่วยงานต่างๆ พยายามลดการบริโภคบุหรี่/ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยใช้ทั้งมาตรการทางกฎหมาย การสร้างแรงจูงใจและเปลี่ยนแปลงค่านิยมให้เลิกบริโภค เช่น การขึ้นภาษีบุหรี่และสุรา การจำกัดพื้นที่สูบบุหรี่ การจำกัดเวลาซื้อ-ขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขายบุหรี่/ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรูปแบบต่างๆ และการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ตามสื่อต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ยังจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ ได้แก่ Quitline ซึ่งเป็นบริการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์โดยอาสาสมัครที่ผ่านการฝึกอบรมมาเป็นอย่างดี คลินิกอดบุหรี่/คลินิกฟ้าใสที่ให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล โดยบุคลากรทางการแพทย์ และบริการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ที่ร้านยาโดยเภสัชกร ซึ่งบริการ Quitline เป็นบริการเดียวที่ให้บริการทางไกลไม่จำเป็นต้องพบปะกันระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับคำปรึกษาในขณะที่การให้คำปรึกษาในโรงพยาบาลและร้านยาสามารถจ่ายยาเลิกบุหรี่ให้ผู้ขอรับบริการได้ในกรณีที่เหมาะสม

ทั้งนี้ มีการศึกษาเพื่อประเมินความคุ้มค่าของมาตรการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย (80) พบว่ามาตรการให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยาเลิกบุหรี่เป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่าโดยยาเลิกบุหรี่ nortriptyline มีความคุ้มค่าสูงสุด รองลงมาคือ varenicline ทั้งนี้หากไม่สามารถจ่ายยาทั้งสองตัวนี้ได้ เช่น ในกรณีสตรีมีครรภ์ เป็นต้น คณะผู้วิจัยเสนอให้นิโคตินทดแทนแบบเคี้ยว อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน nortriptyline เป็นยาเพียงตัวเดียวเท่านั้นที่ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติสำหรับข้อบ่งใช้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ส่งผลให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงยากลุ่มอื่นๆ ได้

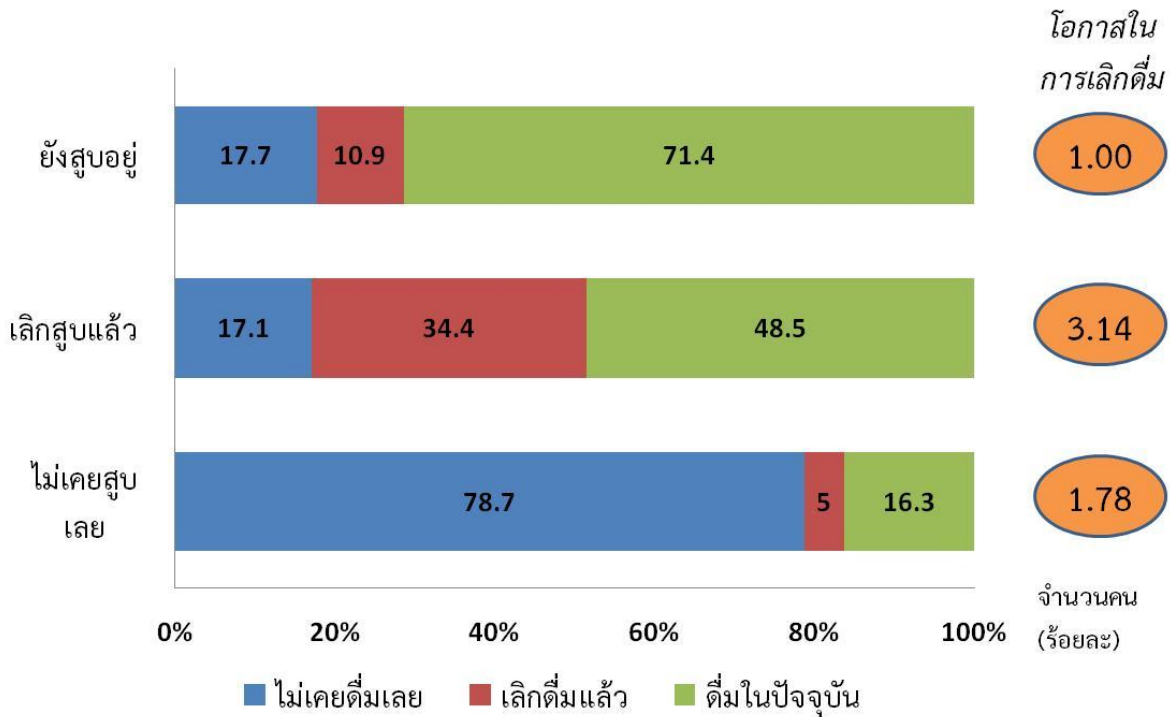
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบบริการเลิกบุหรี่ปัจจุบันในประเทศไทย

	บริการให้คำปรึกษาเลิก บุหรี่ทางโทรศัพท์ (Quitline)	บริการให้คำปรึกษาเลิก บุหรี่ในโรงพยาบาล (คลินิกอดบุหรี่/คลินิกฟ้า ใส)	บริการให้คำปรึกษาเลิก บุหรี่ในร้านยา
รูปแบบบริการ	ให้คำปรึกษาผู้ต้องการเลิก บุหรี่และติดตามผลการให้ คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ เท่านั้น โดยใช้เวลาให้ คำปรึกษาประมาณ 30 นาทีในครั้งแรก และโทร	ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่พบผู้ให้ คำปรึกษาที่คลินิกอดบุหรี่ ในโรงพยาบาลต่างๆ ของรัฐ หากพิจารณาแล้วว่าต้องใช้ ยาเลิกบุหรี่คววจึงทำการ ส่งต่อให้แพทย์เพื่อสอบถาม	ผู้ต้องการเลิกบุหรี่พบผู้ให้ คำปรึกษาที่ร้านยาที่ จัดบริการผู้รับบริการ สามารถเลือกวิธีการเลิก บุหรี่โดยการใช้นิโคติน ทดแทน (ได้แก่ nicomild,

	บริการให้คำปรึกษาเลิก บุหรี่ทางโทรศัพท์ (Quitline)	บริการให้คำปรึกษาเลิก บุหรี่ในโรงพยาบาล (คลินิกอดบุหรี่/คลินิกฟ้า ใส)	บริการให้คำปรึกษาเลิก บุหรี่ในร้านยา
	ติดตามอีก 6 ครั้ง คือ ภายใน 1 สัปดาห์ 14 วัน, 3, 6 และ 12 เดือนหลัง วันที่อดบุหรี่ เพื่อให้กำลังใจ และให้ความมั่นใจว่า ผู้รับบริการเลิกบุหรี่ได้จริง	และจ่ายยา และติดตามผล การเลิกบุหรี่อีก 6 ครั้ง คือ ภายใน 14 วัน 1, 3, 6, 9 และ 12 เดือน (แตกต่างกัน ไปในแต่ละคลินิก)	nortriptyline และ สมุนไพรหญ้าดอกขาว) และ มีการติดตามหลังการให้ คำแนะนำเลิกบุหรี่ 5 ครั้ง คือ วันที่ 14, 30, 60, 120 และ 180 หรือติดตามทุก ครั้งที่มารับบริการ
ผู้ให้คำปรึกษา	อาสาสมัครที่ผ่านการ ฝึกอบรม	พยาบาล/นักจิตวิทยาที่ผ่าน การฝึกอบรม	เภสัชกรที่ผ่านการฝึกอบรม
เริ่มมีบริการ ตั้งแต่	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2548
ค่าบริการ	ไม่เรียกเก็บค่าบริการ	ไม่เรียกเก็บค่าบริการ	ไม่เรียกเก็บค่าบริการ
แหล่ง งบประมาณ สนับสนุนหลัก	สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ	สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ	สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ
การให้บริการ เฉลี่ย	Call center 1 แห่ง เปิด บริการระหว่าง 7.30-20.00 น. (จันทร์-ศุกร์) สามารถ ให้บริการเฉลี่ย 4,200 ครั้ง ต่อเดือน	คลินิกอดบุหรี่ทั่วประเทศมี ประมาณ 300 แห่ง และมีผู้ มารับบริการเฉลี่ย 150 คน ต่อปีต่อคลินิก 1 แห่ง	ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ เภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ใน กรุงเทพมหานครมีประมาณ 20 แห่ง มีผู้มารับบริการ เฉลี่ย 10 คนต่อปีต่อร้านยา 1 แห่ง
ประสิทธิผลการ บริการ	ร้อยละ 39 ของผู้รับบริการ สามารถเลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่อง 6 เดือน	ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ มารับบริการเลิกบุหรี่ที่ คลินิกสามารถเลิกบุหรี่ได้	ประมาณร้อยละ 50 ของผู้ มารับบริการเลิกบุหรี่ที่ร้าน ยาสามารถเลิกบุหรี่ได้
ข้อดีของการ บริการ	- การบริการเป็นความลับ ผู้รับบริการไม่จำเป็นต้อง เปิดเผยตัวตน - มีระบบบันทึกข้อมูลสถิติ การให้บริการ	- ได้รับบริการจากบุคลากร ทางการแพทย์ทุกขั้นตอน - มีทางเลือกในการรับยา ช่วยเลิกบุหรี่ควบคู่ไปกับการ ให้คำปรึกษา	- มีทางเลือกในการรับยา ช่วยเลิกบุหรี่ควบคู่ไปกับการ ให้คำปรึกษา - ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ ได้ง่าย
ข้อจำกัดการ	- ยังไม่มีระบบส่งต่อที่	- คลินิกอดบุหรี่มักจะอยู่	- เภสัชกรไม่มีเวลาในการ

	บริการให้คำปรึกษาเลิก บุหรี่ทางโทรศัพท์ (Quitline)	บริการให้คำปรึกษาเลิก บุหรี่ในโรงพยาบาล (คลินิกอดบุหรี่/คลินิกฟ้า ใส)	บริการให้คำปรึกษาเลิก บุหรี่ในร้านยา
บริการ	ชัดเจนที่จะส่งผู้รับบริการไปยังสถานพยาบาลที่เป็น เครือข่าย	ร่วมกับคลินิกเลิกยาเสพติด หรือคลินิกจิตเวช ทำให้ผู้ ต้องการเลิกบุหรี่ไม่กล้าเข้า ไปรับบริการ - บุคลากรมีจำนวนไม่ เพียงพอ และมีภาระงาน ประจํามาก	ติดตามการเลิกบุหรี่ และ ขาดแรงจูงใจในการ ดำเนินงาน - บริการให้คำปรึกษาเลิก บุหรี่มีให้บริการเฉพาะร้าน ยาที่เข้าร่วมโครงการ

สำหรับบริการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือบำบัดผู้ติดสุราในปัจจุบันมีการบริการให้คำปรึกษา ณ ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุราทางโทรศัพท์ (Alcohol HELP Line Center หรือ สายด่วนเลิกเหล้า) ซึ่งได้ก่อตั้งขึ้นตั้งแต่พ.ศ. 2548 ให้บริการแก่ผู้ที่ต้องการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงครอบครัวและคนใกล้ชิดของผู้มีปัญหากการดื่มสุรา แต่บริการนี้ยังไม่มีระบบบันทึกข้อมูลสถิติการให้บริการเพื่อนำมาใช้ในการประเมินผลการทำงาน รวมถึงยังไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจนในการส่งผู้รับบริการไปยังสถานพยาบาลที่เป็นเครือข่าย นอกจากการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แล้ว ปัจจุบันยังมีบริการให้คำปรึกษาและบำบัดรักษาสำหรับผู้มีปัญหาจากสุราที่คลินิกเลิกเหล้า หรือให้บริการรวมอยู่ในคลินิกจิตเวช/คลินิกยาเสพติดในโรงพยาบาลต่างๆ ที่มีบุคลากรทางการแพทย์ให้บริการ โดยโรงพยาบาลรัฐที่มีบริการนี้มีทั้งสิ้นประมาณ 468 แห่งทั่วประเทศไทย ให้บริการคัดกรองผู้ที่มีปัญหากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และให้คำแนะนำ/ปรึกษาอย่างสั้น พร้อมทั้งให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพโดยแพทย์จะเป็นผู้ตรวจประเมินอาการ ความเสี่ยงต่อสุขภาพและความเสี่ยงของการถอนพิษสุรา ก่อนวางแผนการให้การบำบัดและฟื้นฟู รวมถึงประเมินความจำเป็นในการใช้ยาต่อไป อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรักษาการติดสุรด้วยยานั้นยังมีข้อจำกัดมากในด้านประสิทธิผลของยา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับยา Disulfiram ซึ่งเป็นยารักษาผู้ติดสุราเพียงตัวเดียวที่มีใช้ในประเทศไทยนั้น มีกลไกการออกฤทธิ์ในลักษณะของการลงโทษ ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อกลับไปดื่มสุรา ยานี้จึงไม่ได้รับการยอมรับจากผู้รักษาและไม่ได้รับความร่วมมือในการใช้ยาจากผู้ติดสุรา (81) ดังนั้น การให้กำลังใจและการสนับสนุนให้ผู้ติดสุรร่วมมือในการใช้ยา รวมถึงการปรับวิถีชีวิตเพื่อลดหรือหยุดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรให้ร่วมไปกับการใช้ยา



รูปที่ 28 ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และโอกาสในการเลิกดื่มแบ่งตามสถานการณ์สูบบุหรี่

แหล่งข้อมูล: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (2556)

ทั้งนี้ พบข้อเท็จจริงว่าผู้สูบบุหรี่มีก่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่เป็นประจำ โดยจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทย พ.ศ. 2554 (75) พบว่าร้อยละ 71.4 ของผู้สูบบุหรี่/ยาสูบอยู่ในปัจจุบันจะเป็นนักดื่มควบคู่ไปด้วย (ดังแสดงในรูปที่ 28) และโอกาสในการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่เลิกสูบได้แล้วจะสูงเป็น 3.14 เท่าเมื่อเทียบกับโอกาสของกลุ่มที่ยังสูบบุหรี่ การเลิกบุหรี่หรือยุติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียวโดยไม่ได้หยุดพฤติกรรมเสี่ยงทั้งสองอย่างพร้อมกันเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของความล้มเหลวในการการรักษา ด้วยเหตุนี้จึงนำไปสู่การศึกษาความเป็นไปได้ของมาตรการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อนำไปสู่การให้คำปรึกษาเพื่อยุติพฤติกรรมเสี่ยงทั้งสองไปพร้อมกัน โดยการคัดกรองดังกล่าวใช้เครื่องมือ Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test หรือที่รู้จักกันในชื่อ ASSIST^{IX} (82) ที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกและได้รับการประเมินแล้วว่ามีความเที่ยงตรงและมีประสิทธิผลดีในประเทศไทย ทั้งนี้การประเมินความคุ้มค่าพบว่าการใช้ ASSIST ในการคัดกรองประชากรไทยอายุ 15-59 ปี มีความคุ้มค่าอย่างชัดเจน ช่วยประหยัดต้นทุนแก่สังคม และช่วยให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น โดยประสิทธิผลของการให้คำแนะนำอย่างสั้นเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลอย่างมากต่อความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจคัดกรอง (83) นอกจากนี้ ASSIST ยังเป็นเครื่องมือคัดกรอง

^{IX} ASSIST เป็นเครื่องมือที่สามารถคัดกรองความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติดอีก 8 ชนิด เช่น โคเคน กัญชา และยาบ้า เป็นต้น จึงเป็นเครื่องมือคัดกรองที่น่าสนใจที่จะนำมาใช้คัดกรองความเสี่ยงทั้งการสูบบุหรี่และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยเสี่ยงสำคัญของวัยทำงานในคราวเดียวกัน

ที่ง่ายต่อการใช้งาน และสามารถคัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในคราวเดียวกัน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรเพิ่มสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองความเสี่ยงของการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้ดำเนินการแบบบูรณาการด้วยเครื่องมือ ASSIST ทั้งนี้การคัดกรองดังกล่าวเป็นหนึ่งในข้อเสนอการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีสำหรับกลุ่มประชากรอายุ 15-59 ปี ซึ่งอาจดำเนินการในสถานที่ทำงานเพื่อความสะดวกของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้ควรกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะคัดกรองเนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและการให้บริการหลังจากคัดกรอง โดยคัดกรองกลุ่มประชากรอายุ 25-30 ปี ทุกคน และสำหรับกลุ่มอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไปให้คัดกรองเฉพาะในกลุ่มที่สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น หรืออาจจะพิจารณาคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาเป็นประจำที่คลินิกโรครื้อรังของโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เป็นต้น



รูปที่ 29 แนวทางการคัดกรองและส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่และ/หรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปยังบริการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่และเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

หากคัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่และ/หรือและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (รูปที่ 29) ให้ผู้ที่มีความเสี่ยงลงทะเบียนบันทึกระดับความเสี่ยง ณ สถานที่ที่รับบริการคัดกรอง ผ่านระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงเข้าสู่ฐานข้อมูลของบริการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่/เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ตามสิทธิการ

รักษาพยาบาลของผู้ที่มีความเสี่ยง) พร้อมให้คำแนะนำอย่างสั้นเพื่อการลด/เลิกสูบบุหรี่และ/หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงสร้างแรงจูงใจให้เข้ารับบริการที่เหมาะสม โดยในกรณีที่มีความเสี่ยงจากบุหรี่และ/หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ว่าจะในระดับใดควรแนะนำให้เข้ารับบริการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่และ/หรือเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามความสมัครใจของผู้ที่มีความเสี่ยงแต่ละคน ในกรณีที่สมัครใจเข้ารับบริการ ผู้ให้บริการจะให้ทางเลือกของบริการในขั้นต่อไป ดังนี้

- 1) บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
- 2) บริการให้คำปรึกษา ณ คลินิกเลิกบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานพยาบาล
- 3) บริการให้คำปรึกษา ณ ร้านยาที่มีเภสัชกรให้บริการ

ดังนั้น ผู้ให้บริการต้องพัฒนาระบบการให้บริการในปัจจุบันและพัฒนาบุคลากรให้สามารถให้บริการให้คำปรึกษาและบำบัดแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงทั้งจากการสูบบุหรี่/ยาสูบและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ รวมถึงควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลของประชากรที่ถูกคัดกรองและรับบริการให้คำปรึกษาพร้อมๆ กันไปด้วย เพื่อติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบ

นอกจากนี้ สปสช. ควรสนับสนุนการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อลดการเข้าถึงและป้องกันนักสูบ/นักดื่มหน้าใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น เช่น การขึ้นภาษีบุหรี่และสุรา การห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ในสื่อต่างๆ รวมถึงการกำหนดพื้นที่ปลอดบุหรี่และสุรา เป็นต้น ร่วมกับการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อเพิ่มความตระหนักถึงโทษและจูงใจไม่ให้เริ่มหรือทดลองสูบ/ดื่ม (84)

ผู้รับผิดชอบในการคัดกรองและให้คำแนะนำอย่างสั้นสำหรับปัญหาการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การคัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่/ยาสูบและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย ASSIST สามารถดำเนินการได้ที่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป รวมถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสถานีอนามัย ซึ่งเป็นด่านแรกที่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนจะใช้เพื่อเข้าถึงระบบสาธารณสุขของประเทศ นอกจากนี้ บุคลากรด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิดังกล่าวส่วนใหญ่มักจะมีความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนที่ตั้งของสถานบริการนั้น และมีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพซึ่งมีส่วนช่วยให้กระบวนการดูแลสุขภาพทำได้อย่างต่อเนื่องและครบวงจร จึงควรให้บุคลากรด้านสุขภาพเหล่านี้คัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยคัดกรองกับผู้ป่วยและญาติทุกคนที่มาสถานบริการ รวมถึงการคัดกรองในสถานที่ทำงานเพื่อให้ประชากรวัยทำงานทุกคนซึ่งเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ มากที่สุดได้รับการคัดกรองความเสี่ยงนี้

หากดำเนินการตามข้อเสนอข้างต้นการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรไทยกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 25-30 ปี) จำนวน 5,600,502 คน ต้องใช้

งบประมาณ 857 ล้านบาทในปีแรกสำหรับการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือ ASSIST และให้คำแนะนำอย่างสั้น (ต้นทุนของการบริการเฉลี่ยครั้งละ 152.96 บาทต่อคน) และการตรวจคัดกรองในกลุ่มวัยทำงานอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่และ/หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 13,191,103 คน ต้องใช้งบประมาณ 2,000 ล้านบาท

สำหรับการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ nortriptyline ได้ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติในข้อบ่งใช้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่แล้ว คณะผู้วิจัยเสนอให้คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติพิจารณาเพิ่มยานิโคตินทดแทนแบบเคี้ยวเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์สำหรับใช้เป็นยาช่วยเลิกบุหรี่ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ nortriptyline ได้ เช่น หญิงตั้งครรภ์และผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น และสำหรับการใช้ยาบำบัดผู้ติดสุราควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผลและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในบริบทของประเทศไทยก่อนพิจารณาบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ในโอกาสต่อไป

บทที่ 4

อภิปรายผลการศึกษา

ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงรวมทั้งข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่โครงการนี้จัดทำขึ้น (บทที่ 3) ได้ถูกนำเสนอในการประชุมระดมสมองวันที่ 20 มิถุนายน 2557 เพื่อรับฟังความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ ซึ่งผู้เข้าร่วมการประชุมได้อภิปรายแสดงความคิดเห็นให้ข้อเสนอแนะและข้อมูลเพิ่มเติม ตามหัวข้อปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงดังต่อไปนี้

4.1 โรคหัวใจและหลอดเลือด

นโยบาย/มาตรการที่นักวิจัยเสนอ:

การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้เครื่องมือ Thai ASCVD Score โดยให้มีการคัดกรองประชากรทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ทุกๆ 5 ปี เพื่อพิจารณาให้คำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ยาอย่างเหมาะสม

การคัดกรองโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยการประเมินความเสี่ยงโดยรวมเป็นมาตรการที่มีการดำเนินการอยู่ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ซึ่งมีประโยชน์ในการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการให้ยาและคำแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมการประชุมให้ความเห็นว่า ในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่มักมีการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองขึ้นมาใช้เองเพื่อให้มีความแม่นยำสูง ซึ่งขึ้นอยู่กับอุบัติการณ์ และกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศนั้นๆ ดังเช่นที่พบใน ประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ ออสเตรเลีย และสิงคโปร์ แต่เนื่องจากประเทศกำลังพัฒนาและประเทศด้อยพัฒนาส่วนใหญ่ไม่มีความสามารถในการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองใช้เององค์การอนามัยโลกจึงพัฒนาเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวมจากข้อมูลระบาดวิทยาของ 14 กลุ่มประเทศตาม WHO regions เพื่อให้ประเทศในทุกภูมิภาคของโลกได้นำไปใช้

แม้ว่าประเทศไทยจะเป็นประเทศกำลังพัฒนา แต่ก็มีความพร้อมด้านข้อมูลระบาดวิทยาและศักยภาพของนักวิจัยในการพัฒนาเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวมต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดให้มีความแม่นยำและเหมาะสมกับประชากรไทย การใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเองนั้นมีประโยชน์คือ สามารถปรับปรุงโมเดลให้ทันสมัยได้เมื่อเวลาผ่านไปโดยไม่จำเป็นต้องรออนุญาตหน่วยงานอื่นมาช่วยเหลือ สามารถเลือกปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่มีความสำคัญเพิ่มเติมเข้ามาในโมเดลตามนโยบายที่ต้องการสนับสนุน เช่น การรณรงค์เรื่องการออกกำลังกาย และลดการสูบบุหรี่ ซึ่งทำให้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวมนั้นมีความแม่นยำสูง สามารถ

ประเมินความเสี่ยงได้แม้มีความเสี่ยงน้อยทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แต่เนิ่นๆ นอกจากนี้การเลือกใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเองจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาศักยภาพของนักวิจัยสาธารณสุขของประเทศไทย ทั้งยังเป็นการส่งเสริมการเป็นผู้นำด้านการวิจัยและการให้บริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพกับประชาชนในประเทศอีกด้วย จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้เข้าร่วมการประชุมจึงเห็นด้วยกับข้อเสนอแนะที่ให้มีการประเมินความเสี่ยงโดยรวมต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยเครื่องมือ Thai ASCVD Score เพื่อใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศโดยเฉพาะอย่างยิ่งควรพัฒนาและออกแบบเครื่องมือให้ประชาชนสามารถประเมินความเสี่ยงได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยสร้างความตระหนักต่อโรค ความเสี่ยง และความจำเป็นในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

นอกจากการประเมินความเสี่ยงโดยรวมแล้ว สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งสำหรับการพัฒนามาตรการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้การคัดกรองด้วยการประเมินความเสี่ยงโดยรวมมีประโยชน์มากขึ้น คือ การมีแนวทางป้องกันการเกิดโรคโดยการลดความเสี่ยงในทุกระดับของความเสี่ยงที่ประเมินได้ดังนั้นก็จะมีข้อเสนอจากผู้เข้าร่วมการประชุมให้มีการจัดทำแนวทางการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในแต่ละระดับความเสี่ยงที่ได้จากการประเมินความเสี่ยงโดยรวมด้วย Thai ASCVD Score โดยกำหนดมาตรการให้คำปรึกษาเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (lifestyle modification) ที่เหมาะสมในแต่ละระดับความเสี่ยง ทั้งนี้ควรเป็นการให้คำปรึกษาที่มีแบบแผน (structured counseling) โดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี

4.2 โรคมะเร็งตับ

นโยบาย/มาตรการที่นักวิจัยเสนอ:

การคัดกรองโดยการตรวจ HBsAg และ Anti-HBs เพื่อค้นหาผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในประชากรไทยอายุ 31-40 ปีครั้งเดียว และให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแก่ผู้ที่ยังไม่มีภูมิคุ้มกันโรค

ผู้เข้าร่วมการประชุมได้ให้ข้อสังเกตเกี่ยวกับข้อมูลประสิทธิผล (Efficacy) ของวัคซีนที่คณะผู้วิจัยนำมาใช้ในการประเมินต้นทุน-ประสิทธิผล โดยหากฉีดวัคซีนในกลุ่มประชากรเด็กจะสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้ถึงร้อยละ 99 ในขณะที่ประสิทธิผลของวัคซีนในผู้ใหญ่ (ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่จัดทำข้อเสนอแนะครั้งนี้) ไม่น่าจะสูงเทียบเท่ากับการฉีดในกลุ่มเด็ก จึงไม่ควรนำข้อมูลประสิทธิผลของการฉีดวัคซีนในกลุ่มเด็กมาใช้ในการประเมิน ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ชี้แจงว่าประสิทธิผลของการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในผู้ใหญ่ไม่สูงเท่ากับการฉีดในกลุ่มเด็ก แต่ก็สามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้ประมาณร้อยละ 50 ซึ่งอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูงและไม่ทำให้ค่าต้นทุนประสิทธิผลของการให้วัคซีนในผู้ใหญ่เปลี่ยนแปลงไป

ผู้เข้าร่วมการประชุมเห็นด้วยกับการดำเนินการตามมาตรการที่นักวิจัยเสนอ โดยให้ครอบคลุมบริการตรวจคัดกรอง ฉีดวัคซีน และให้การรักษาด้วยยา อย่างไรก็ตาม ผลกระทบด้านงบประมาณที่ค่อนข้างสูงอาจเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ผู้บริหารตัดสินใจไม่ดำเนินการได้ จึงมีข้อเสนอแนะให้เริ่มจากการใช้ช่องทางของการตรวจเลือดของผู้บริจาคที่สภากาชาดไทยทำอยู่ในปัจจุบัน ที่มีการตรวจทั้งการติดเชื้อเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบบีอยู่แล้ว (ตรวจ HBsAg ปีละประมาณ 2 ล้านราย) โดยให้เพิ่มการตรวจ Anti-HBs ซึ่งจะช่วยประหยัดงบประมาณได้บางส่วน อย่างไรก็ตาม ในประเด็นนี้คณะผู้วิจัยชี้แจงว่า หากเลือกคัดกรองในบางกลุ่มอายุ เช่น 39-40 ปี โดยทำติดต่อกัน 5 ปี จะทำให้ความต้องการงบประมาณไม่สูงเท่ากับการคัดกรองในช่วงอายุ 31-40 ปี ให้แล้วเสร็จในปีเดียว นอกจากนี้ ในส่วนของค่ารักษาพยาบาลซึ่งประมาณการไว้ว่าต้องใช้งบประมาณสูงถึงระดับหมื่นล้านบาทนั้น คณะอนุกรรมการพัฒนาปัญญาหลักแห่งชาติได้บรรจุการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังไว้ในปัญญาหลักแห่งชาติถึง 5 ชนิดแล้ว ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังที่อยู่ภายใต้สิทธิรักษาพยาบาลทุกสิทธิสามารถรับการรักษาดูแลตามสิทธิประโยชน์ได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายแต่ทว่าภาครัฐยังคงต้องใช้งบประมาณไปกับการลงทุนในส่วนนี้

สำหรับช่วงอายุที่เสนอแนะให้คัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีนั้น ผู้เข้าร่วมการประชุมให้ความเห็นว่าควรคัดกรองในกลุ่มประชากรที่อายุน้อยกว่าที่เสนอ คือในช่วงอายุ 21-30 ปี เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้แต่เนิ่นๆ ซึ่งน่าจะทำให้การคัดกรองดังกล่าวมีประสิทธิภาพในการป้องกันมะเร็งตับได้ดีกว่า รวมถึงแนะนำให้ทบทวนประสบการณ์การดำเนินการนี้ในประเทศได้หวั่น ซึ่งน่าจะนำมาปรับใช้กับบริบทของประเทศไทยได้

นอกจากนี้ การพัฒนาระบบบริหารจัดการไม่ว่าจะเป็นในส่วนของระบบการลงทะเบียน การส่งต่อผู้ไม่ติดเชื้อแต่ไม่มีภูมิคุ้มกันให้ได้รับวัคซีน และการส่งต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องคำนึงถึงในการตัดสินใจบรรจุข้อเสนอแนะเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์

4.3 โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

เนื่องจากคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์มีมติเห็นชอบมาตรการยุติปัญหาเอดส์ในประเทศไทย ดังนั้น หน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่งบประมาณการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คณะอนุกรรมการด้านการพัฒนาและการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ควรปรับปรุงหรือพัฒนานโยบาย/มาตรการที่มีให้สอดคล้องกับมาตรการตามมติฯ ตลอดจนจัดเตรียมงบประมาณและบุคลากรให้เพียงพอสำหรับการให้บริการตรวจหาการติดเชื้อในกลุ่มประชากรเป้าหมายและบริการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

มาตรการยุติปัญหาเอดส์ตามมติของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เป็นมาตรการที่ส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนรู้สถานภาพติดเชื้อของตน การให้บริการเชิงรุกโดยให้บริการปรึกษา และตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน (community-based counseling and testing) ควบคู่ไปกับการ ให้บริการปรึกษาในสถานพยาบาล (facility-based counseling and testing) จะช่วยส่งเสริมให้ประชาชน เข้าถึงบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น นอกจากนี้มาตรการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทันทีเมื่อพบการติดเชื้อเป็นแนวทางที่อาจช่วยป้องกันการถ่ายทอดเชื้อสู่ชุมชน อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมการ ประชุมเน้นย้ำว่าสิ่งสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทยคือ การ ส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา (adherence) ของผู้ติดเชื้อ ซึ่งเป็นปัญหาในระบบการให้บริการในปัจจุบัน โดยพบว่ามีผู้ติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาที่ให้ความร่วมมือใน การรักษาในระดับที่ตีประมาณร้อยละ 70 เท่านั้น

ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อฯ ที่ยังไม่ได้เริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอยู่ประมาณร้อยละ 30 ของจำนวนผู้ติด เชื้อฯ ที่ควรได้ยาทั้งหมดภายใต้หลักเกณฑ์การเริ่มการรักษาที่ระดับ CD4 น้อยกว่า 350 cells/ μ L เนื่องจาก ข้อจำกัดด้านจำนวนของบุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ที่มี จำนวนไม่เพียงพอที่จะให้บริการ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูง ผู้เข้าร่วมการประชุมจึงเห็น ว่ายังไม่ควรขยายบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยให้การรักษาทันทีเมื่อพบการติดเชื้อนั้น ซึ่งอาจทำให้กลุ่มผู้ ติดเชื้อฯ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการถูกละเลยมากยิ่งขึ้น

4.4 โรคมะเร็งปากมดลูก

นโยบาย/มาตรการที่นักวิจัยเสนอ:

- 1) การคัดกรองในสถานการณ์ปัจจุบันโดยวิธี conventional cytology ในหญิงอายุ 30-60 ปี ทุก 5 ปี มี ความคุ้มค่า โดยหากเพิ่มความถี่การคัดกรองจากทุก 5 เป็นทุก 3 ปี จะมีความคุ้มค่ายิ่งขึ้นโดยประหยัด เงินมากขึ้น และคาดการณ์ว่าสามารถลดอุบัติการณ์และการเสียชีวิตลงได้อีกปีละ 900 และ 450 ราย ตามลำดับ โดยต้องขยายการคัดกรองควบคู่กับการพัฒนาบุคลากรด้านการอ่านเซลล์
- 2) หากเปลี่ยนวิธีการคัดกรองเป็น co-test (HPV DNA test + liquid cytology) ทุก 3 ปี ในกลุ่มอายุ เดิม จะลดอุบัติการณ์ลงได้อีกปีละ 1,900 ราย โดยหากพิจารณาให้มีเพียงมาตรการคัดกรองและไม่ ต้องการให้มีภาระงบประมาณเพิ่มขึ้น ต้นทุนบริการคัดกรองไม่ควรเกิน 150 บาทต่อครั้ง
- 3) การฉีดวัคซีนป้องกัน HPV ในเด็กหญิงอายุ 12 ปี ร่วมกับคัดกรองด้วย co-test (HPV DNA test + liquid cytology) ทุก 3 ปี ในกลุ่มอายุเดิม จะลดอุบัติการณ์ลงได้อีกปีละ 1,200 ราย โดยราคา

เหมาะสมคือ ไม่เกิน 200 บาทต่อเข็ม อย่างไรก็ตามควรมีการคำนึงถึงภาระงบประมาณที่เพิ่มขึ้นปีละ 124 ล้านบาท

ถึงแม้การศึกษาความคุ้มค่าด้านสุขภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะบ่งชี้ว่าการเปลี่ยนวิธีการคัดกรองจาก conventional cytology (73) ทุก 5 ปี เป็น co-test (HPV DNA + liquid cytology (LC)) ทุก 3 ปี มีความคุ้มค่าที่ความเต็มใจจ่าย 160,000 บาทต่อปีสุขภาพะ แต่ผู้เข้าร่วมการประชุมเกรงว่าจะเกิดปัญหาในทางปฏิบัติเช่นเดียวกับการขยายบริการ conventional cytology ที่ไม่สามารถทำได้ เนื่องจากทั้งสองวิธี (CC และ LC) จำเป็นต้องอาศัยนักเซลล์วิทยาในการอ่านสไลด์ ซึ่งปัจจุบันจำนวนบุคลากรที่มีอยู่เพียงพอต่อการให้บริการประมาณ 2 ล้านสไลด์ต่อปี หรือที่ความถี่ของการรับบริการทุกๆ 5 ปีเท่านั้น ดังนั้นการคัดกรองด้วย HPV DNA test ก่อน แล้วตามด้วย LC เฉพาะกรณีที่พบผลบวก จึงมีความเป็นไปได้ในการขยายบริการมากกว่า

สำหรับมาตรการคัดกรองแบบ sequential test โดยคัดกรองด้วย HPV DNA test เป็นลำดับแรก ในกรณีที่ผลเป็นบวกให้ส่งไปรับการรักษาด้วย colposcopy เลย และกรณีที่ผลเป็นลบให้ตรวจด้วย co-testing ต่อไปนั้นผู้เข้าร่วมการประชุมเห็นว่าไม่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติเพราะจำเป็นต้องมีการยืนยันด้วย cytology test ก่อนมิเช่นนั้นจะเป็นการเพิ่มจำนวนการให้บริการ colposcopy โดยไม่จำเป็น ในขณะที่จำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานด้านนี้ก็มีอยู่จำกัด

นอกจากนี้ การที่การศึกษาในโครงการนี้ระบุว่าราคา co-test ที่ 700 บาทต่อการตรวจ 1 ครั้งมีความคุ้มค่าแล้วนั้นผู้เข้าร่วมการประชุมซึ่งเป็นผู้แทนหน่วยงานที่อยู่ระหว่างเจรจาต่อรองราคาชุดตรวจ HPV DNA test และ LC เกรงว่าจะทำให้ไม่สามารถต่อรองให้ราคาลดลงได้ต่ำกว่า 700 บาท ทั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ชี้แจงว่าความคุ้มค่าในการศึกษานี้เป็นผลจากการวิเคราะห์ต้นทุนในมุมมองของสังคม ซึ่งถึงแม้ชุดตรวจจะมีความคุ้มค่าในมุมมองสังคมแล้ว ยังจำเป็นต้องคำนึงถึงความสามารถในการจ่าย (affordability) หรือผลกระทบงบประมาณในมุมมองของผู้ให้บริการ เช่นสำนักงานหลักประกันสุขภาพด้วย ดังจะเห็นว่าในการวิเคราะห์ภาระงบประมาณนั้น นักวิจัยเสนอว่า ชุดตรวจควรมีราคาไม่เกินชุดละ 150 บาทจึงจะไม่ทำให้เกิดภาระงบประมาณเพิ่มเติม

ผู้เข้าร่วมการประชุมเสนอความเห็นอีกด้วยว่านอกจากความครอบคลุมบริการคัดกรองที่เป็นปัจจัยให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกประสบความสำเร็จ อีกปัจจัยที่สำคัญคือการจัดการหลังการคัดกรอง ซึ่งในขณะนี้ยังไม่มีข้อมูลเรื่องประสิทธิผลและประสิทธิภาพของการดูแลรักษาต่อเนื่องในกรณีที่ผู้รับบริการพบเซลล์ผิดปกติหรือเป็นมะเร็ง ประเด็นนี้ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์กล่าวว่าผู้รับผิดชอบกำลังดำเนินการเก็บรวบรวมและประเมินอยู่

สำหรับตัวแปรและวิธีการศึกษาที่ใช้ในแบบจำลอง ผู้เข้าร่วมการประชุมมีความเห็น ดังต่อไปนี้

- อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกของประเทศไทยที่ใช้ในการตรวจสอบความถูกต้องของแบบจำลองที่อ้างอิงจากรายงาน Cancer in Thailand volume.VI, 2004-2006 คือ 17.7 ต่อแสนประชากร นั้นต่ำเกินไปเมื่อเทียบกับรายงานของ The International Agency for Research on Cancer (IARC) ทั้งนี้มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมถึงวิธีการวิเคราะห์ของ IARC ว่าได้จากรายงานอุบัติการณ์ที่ประเทศไทยรวบรวมส่งในปี ค.ศ. 2000 และประมาณการค่าต่อมาจนถึงปีปัจจุบัน ซึ่งหากเทียบกับรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่เก็บสถิติจริงต่อเนื่องมาจนถึงปี ค.ศ. 2009 จึงมีความน่าเชื่อถือกว่า—(1) ควรใช้คำว่า “อย่างไรก็ตาม” หน้าข้อความเกี่ยวกับวิธีวิเคราะห์ของ IARC หรือไม่? (2) ในประเด็นนี้สรุปว่าอย่างไร? ถ้ารวมๆ แล้ว ข้อมูล IARC ไม่น่าเชื่อถือ ก็ควรลบ bullet นี้ออก

ในการวิเคราะห์ราคาที่เหมาะสมหรือ break-even price ของวัคซีนนั้น ผู้เข้าร่วมการประชุมมีความเห็นว่า ควรวิเคราะห์โดยอ้างอิงความเต็มใจจ่ายที่ 160,000 บาทต่อปีสุขภาพ เช่นเดียวกับการประเมินเทคโนโลยีที่ใช้ในการรักษา ไม่ควรอ้างอิงที่ 0 บาทต่อปีสุขภาพ นักวิจัยได้ชี้แจงว่าการวิเคราะห์ราคาที่เหมาะสมที่ความเต็มใจจ่าย 160,000 บาทต่อปีสุขภาพนั้น เป็นการวิเคราะห์ที่สังคมต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เมื่อมีมาตรการใหม่ๆ เข้ามา แต่การใช้ ‘zero threshold’ นั้นจะช่วยในการคัดเลือกมาตรการที่ทำให้สังคมได้ประโยชน์สูงสุด โดยสามารถป้องกันโรคและลดค่าใช้จ่ายที่จะเกิดในอนาคตได้ในขณะที่ใช้ต้นทุนรวมทางสังคมเท่าเดิม ในทางกลับกันการรักษาโรคด้วยยาใหม่ๆ นั้นมีต้นทุนการรักษาโรครอยู่แล้วไม่ว่าจะเป็นการรักษามาตรฐานหรือการรักษาโดยยาใหม่ การใช้ยาใหม่มักช่วยยืดอายุขัยและจำนวนปีสุขภาพได้มากบ้างน้อยบ้าง แต่ส่วนมากไม่ทำให้ต้นทุนการรักษาต่ำลงกว่าเดิมหรือบางครั้งอาจเพิ่มขึ้น การรักษาโรคส่วนใหญ่จึงเป็นภาระจ่ายอมที่สังคมต้องแบกรับต้นทุนที่มากขึ้นเพื่อที่จะเพิ่มจำนวนปีสุขภาพของผู้ป่วยได้ และไม่สามารถวิเคราะห์แบบ ‘zero threshold’ เหมือนมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้

สำหรับข้อเสนอของนักวิจัยให้การบรรจุวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV ในชุดสิทธิประโยชน์ ต้องผ่านการพิจารณาร่วมกันโดยคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ และคณะอนุกรรมการชุดสิทธิประโยชน์ฯ ของสปสช. รวมทั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ เพราะจะต้องพิจารณาวัคซีนใหม่ไปพร้อมกันอีกหลายตัวนั้น ผู้เข้าร่วมการประชุมเห็นด้วย ในขณะเดียวกันก็เสนอให้ปรับวิธีคิดของผู้รับบริการให้มีส่วนในการร่วมจ่าย (co-payment) เพื่อให้เข้าถึงเทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ แต่ทำให้เกิดภาระงบประมาณสูงจนผู้ซื้อบริการไม่สามารถจ่ายได้

4.5 โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน

นโยบาย/มาตรการที่นักวิจัยเสนอ:

พัฒนาโมเดล 5Rs สำหรับแรงงานในและนอกระบบ ประกอบไปด้วย Register and check (ลงทะเบียน) Re-check (ตรวจสอบสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน) Report (รายงานผลการตรวจและจัดทำข้อเสนอแนะ) Record (บันทึกข้อมูล) และ Responsiveness (ความรับผิดชอบ) โดยมุ่งเน้นการพัฒนา มาตรการสร้างแรงจูงใจ

ในภาพรวมผู้เข้าร่วมการประชุมเห็นชอบกับโมเดล 5Rs ที่จะนำมาใช้ทั้งในกลุ่มแรงงานในและนอกระบบ สำหรับกลุ่มแรงงานในระบบ ผู้เข้าร่วมการประชุมให้ความเห็นว่าปัญหาหลักที่เกิดขึ้นคือ การที่แรงงานเข้าไม่ถึงการวินิจฉัยสิทธิและระบบบริการของกองทุนเงินทดแทนอันเนื่องมาจากสำนักงานประกันสังคมมักไม่ส่งต่อผู้ป่วยไปที่คลินิกโรคจากการทำงานทำให้ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ และไม่สามารถขอเงินทดแทนได้เพราะไม่มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่เกิดจากการทำงาน

ปัญหาสำคัญอีกปัญหาหนึ่งของแรงงานในระบบคือ ความต่อเนื่องในการดูแลลูกจ้างที่ได้มีการสัมผัสกับความเครียดต่างๆ ที่อาจสะสมในระยะยาวจนเป็นเหตุให้เกิดโรคจากการทำงานในกรณีลูกจ้างลาออกจากงานในสถานประกอบการเดิมเมื่อไปทำงานในสถานประกอบการใหม่แล้วไม่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยงเดิมนั้น ผู้เข้าร่วมประชุมมีเห็นว่าควรจัดให้มีระบบติดตามการตรวจสอบสุขภาพอย่างต่อเนื่องแม้ว่าลูกจ้างจะพ้นสภาพการจ้างงานไปแล้วโดยให้นายจ้างในสถานประกอบการเดิมเป็นผู้รับผิดชอบโดยการจ่ายเบี้ยประกันเข้ากองทุนเงินทดแทนเพื่อนำมาใช้เป็นค่าตรวจสอบสุขภาพผู้เข้าร่วมประชุมจึงเสนอให้กองทุนเงินทดแทนเป็นตัวกลางในการจัดการตรวจสอบสุขภาพ เนื่องจากเงินสะสมของกองทุนเงินทดแทนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมากในทุกปี และกองทุนฯ เองไม่ได้นำเงินในกองทุนฯ (ร้อยละ 22 ของดอกเบี้ย) มาใช้เป็นงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและส่งเสริมความปลอดภัยตามที่กฎหมายอนุญาตไว้อย่างเต็มที่ ซึ่งจากข้อมูลในปี 2555 กองทุนฯ นำเงินมาใช้ในวัตถุประสงค์ดังกล่าวเพียงร้อยละ 15 ของดอกเบี้ยเท่านั้น

สำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบที่ยังไม่มีผู้ดูแลนั้น ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความเห็นว่าควรเป็นหน้าที่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จะดูแลจัดสรรงบประมาณในการตรวจทั้งสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

ทั้งนี้หนึ่งในปัญหาเชิงระบบที่ควรได้รับการแก้ไขคือ การไม่มีระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน เช่น ปัญหาบุคลากรขาดแคลน ไม่มีการเก็บบันทึกและเชื่อมโยงข้อมูลที่ได้จากการตรวจ แรงงานไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ทั้งหมด เป็นต้น ดังนั้นจึงควรเร่งพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพ โดยพัฒนาระบบฐานข้อมูลการส่งต่อ จัดเก็บ เพิ่มจำนวนบุคลากรทางด้านอาชีวเวชศาสตร์ที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการรวมถึงการพัฒนาคุณภาพของบุคลากรด้วย

4.6 ปัจจัยเสี่ยง: การสูบบุหรี่/ยาสูบ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

นโยบาย/มาตรการที่นักวิจัยเสนอ:

การตรวจคัดกรองความเสี่ยงของการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยดำเนินการแบบบูรณาการด้วยเครื่องมือ ASSIST สำหรับประชากรอายุ 25-30 ปีทุกคน ณ สถานพยาบาล หรือสถานที่ทำงาน สำหรับกลุ่มอายุมากกว่า 30 ปีให้คัดกรองเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น พร้อมให้คำแนะนำอย่างสั้นกับทุกคนที่ได้รับการคัดกรอง และหากพบว่ามีความเสี่ยงตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป ควรแนะนำให้รับบริการให้คำปรึกษาและพิจารณาการใช้ยาเลิกบุหรี่ร่วมด้วยในกรณีที่เป็น นอกจากนี้ สปสช. รวมถึงหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนมาตรการทางกฎหมายร่วมกับการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อลดการเข้าถึงและป้องกันนักสูบ/นักดื่มหน้าใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น

สำหรับการใช้ยาเลิกบุหรี่ ปัจจุบันมีเพียง nortriptyline เพียงตัวเดียวที่ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติในข้อบ่งใช้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ควรพิจารณานิโคตินทดแทนแบบเคี้ยว เพื่อใช้เป็นยาช่วยเลิกบุหรี่ในกรณีผู้ที่ไม่สามารถใช้ nortriptyline ได้ เช่น หญิงตั้งครรภ์

การคัดกรองความเสี่ยงของการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรทั่วไปตามข้อเสนอแนะที่คณะผู้วิจัยเสนอนั้น ผู้เข้าร่วมการประชุมให้ความเห็นว่ามีข้อดีในการสร้างความตระหนักให้กับผู้สูบ/ผู้ดื่ม และทราบความชุกของการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทย แต่ในทางปฏิบัติ อาจจะเป็นไปได้ยาก เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในขั้นตอนการคัดกรองและการให้บริการหลังจากการคัดกรอง โดยเฉพาะการบริการให้คำปรึกษาเพื่อลด/เลิกบุหรี่หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่ต้องมีพยาบาลหรือบุคลากรที่ผ่านการฝึกฝนมาเป็นอย่างดี จึงเสนอให้ สปสช. เริ่มดำเนินการมาตรการตามที่นักวิจัยเสนอกับกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่มก่อน เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังในสถานพยาบาล ซึ่งพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้สูบบุหรี่มากกว่า 2 ล้านคน อีกทั้งคลินิกพิเศษดังกล่าวจะนัดผู้ป่วยมารับยาเป็นประจำอยู่แล้ว ดังนั้น การคัดกรองความเสี่ยงของการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และให้บริการหลังการคัดกรอง รวมถึงการติดตามผลการให้คำปรึกษาจะให้ประสิทธิผลที่ดีกว่าการดำเนินการในกลุ่มประชาชนทั่วไป ในขณะเดียวกัน ผู้เข้าร่วมการประชุมบางกลุ่มเสนอให้ดำเนินการคัดกรองกลุ่มวัยทำงานตอนต้น (อายุ 15-29 ปี) เพื่อป้องกันไม่ให้เริ่มสูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และหากทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้วในกลุ่มนี้เลิกได้เร็ว จะเป็นประโยชน์อย่างมาก อย่างไรก็ตามคนในกลุ่มนี้อาจจะยังไม่ตระหนักถึงความจำเป็นของการลด/เลิกบุหรี่หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะส่วนใหญ่ยังมีความสุขภาพดี

เนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรในการคัดกรองและการให้บริการหลังการคัดกรอง ผู้เข้าร่วมการประชุมบางส่วนเสนอให้กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะคัดกรองตามกลุ่มอายุ เช่น สำหรับกลุ่มอายุ 25-30 ปี ให้คัด

กรองความเสี่ยงของการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกคนเป็นประจำทุกปี สำหรับกลุ่มอายุมากกว่า 30 ปีให้คัดกรองเฉพาะผู้ที่สูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น เป็นต้น เนื่องจากจะช่วยลดภาระด้านงบประมาณลงได้ ซึ่งในการดำเนินการลักษณะนี้ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลของประชากรที่ถูกคัดกรองพร้อมๆ กันไปด้วย

นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมการประชุมให้ความเห็นว่า การดำเนินงานของคลินิกฟ้าใส/คลินิกเลิกเหล้า รวมถึงการให้บริการช่วยเลิกบุหรี่/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในคลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลในประเทศไทยนั้น ไม่ประสบความสำเร็จมาโดยตลอด ทั้งนี้ปัจจัยความสำเร็จควรประกอบไปด้วย การมีพยาบาลที่ผ่านการฝึกฝนมาแล้วเป็นอย่างดี สถานพยาบาลที่เป็นที่ตั้งของคลินิกต้องเป็นสถานพยาบาลปลอดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการมีระบบสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ในประเด็นนี้ ผู้เข้าร่วมการประชุมมีความเห็นเพิ่มเติมว่าระบบบริการสุขภาพของไทยไม่มีศักยภาพเพียงพอในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งการที่จะลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพต่างๆ นั้นประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาเพื่อปรับพฤติกรรมเป็นเรื่องสำคัญ นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมทักษะชีวิต (life skills training) ให้กับประชากรก่อนเข้าสู่วัยทำงาน เพื่อช่วยลดแรงจูงใจในการเริ่มสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงเรื่องบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับการทำงานและการเข้าสังคมของวัยทำงาน ผู้เข้าร่วมการประชุมจึงเสนอให้การคัดกรองความเสี่ยงของการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนหนึ่งของชุดสิทธิประโยชน์ที่โครงการนี้เสนอภายใต้หัวข้อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานด้วย ทั้งนี้ ควรกำหนดขั้นตอนและมาตรการที่จะให้หลังจากการคัดกรองที่สอดคล้องกับระดับความเสี่ยงของการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของแต่ละบุคคล รวมทั้งมีการดำเนินการเชิงรุกมากขึ้น

สำหรับการใช้ยาบำบัดผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผู้เข้าร่วมการประชุมให้ความเห็นว่า สปสช. ควรร่วมมือกับองค์กรเภสัชกรรมในการผลิตยาในกลุ่มนี้ใช้ภายในประเทศ เพื่อเป็นการลดต้นทุนการนำเข้ายา และลดภาระงบประมาณ

อภิปรายผลในภาพรวม

จากการดำเนินโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคสำหรับประชากรผู้ใหญ่/วัยทำงาน ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่านอกเหนือจากประเด็นเรื่องความปลอดภัย ประโยชน์หรือประสิทธิผล ความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของมาตรการต่างๆ แล้ว ยังมีประเด็นอื่นๆ ที่ สปสช. ควรให้ความสำคัญ เพราะมีผลต่อความสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่

4. การมีระบบกำกับดูแล ติดตามประเมินผลรวมถึงการสร้างแรงจูงใจ ให้หน่วยงานและผู้ให้บริการบรรลุเป้าประสงค์ของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กล่าวคือ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพและสภาวะที่ดี ทั้งนี้ระบบบริการสุขภาพปัจจุบันออกแบบมาสำหรับให้บริการรักษาโรค/ภาวะเจ็บป่วยในเชิงตั้งรับ ทำให้การทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งต้องอาศัยการทำงานในเชิงรุก เพื่อโน้มน้าวให้ประชาชนที่มีสุขภาพดีเข้ารับบริการจึงต้องใช้ความพยายามอย่างมาก การออกแบบระบบให้มีความรัดกุมในการกำกับติดตามการดำเนินมาตรการต่างๆ รวมถึงมีความยืดหยุ่นสูง เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการปรับปรุงแผนการทำงานของผู้ให้บริการ และการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสม เหล่านี้จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง นอกเหนือไปจากความปรารถนาดีต่อประชาชนและความเชื่อมั่นของผู้ให้บริการว่า “สร้างนำซ่อม” เป็นแนวทางที่ดี กรณีศึกษาหลายกรณีในงานวิจัยนี้พบว่า การวัดประเมินผลของมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการอยู่ทั้งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข สปสช. หรือระบบประกันสุขภาพอื่นๆ มักเน้นที่การนับจำนวนหรือวัดปริมาณของกิจกรรมที่ดำเนินการมากกว่าสัมฤทธิ์ผลหรือสภาวะของประชาชน การให้ค่าตอบแทนหรือการสร้างแรงจูงใจให้แก่สถานพยาบาลและผู้ให้บริการจึงอิงกับกิจกรรมการดำเนินงานซึ่งบางครั้งไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อสัมฤทธิ์ผล เช่น การจ่ายค่าบริการตามจำนวนครั้งของการคัดกรองโรคแทนที่จะเป็นผลการรักษาหรือการแก้ไขภาวะผิดปกติที่ค้นพบ หรือการทำให้ผู้ที่มีผลการคัดกรองปกติมีสุขภาพที่ดีต่อไป เป็นต้น

5. ทักษะคติของผู้บริหารและผู้ให้บริการต่อประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูบบุหรี่/ยาสูบ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด แม้กระทั่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างการวิจัยในโครงการนี้ นักวิจัยมีข้อสังเกตว่าผู้บริหารและผู้ให้บริการบางกลุ่มยังมีทัศนคติเชิงลบต่อประชาชนที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ โดยมองว่าควรเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคลต่อค่าใช้จ่ายเพื่อยุติพฤติกรรมเสี่ยงหรือรักษาโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่ป้องกันได้ อย่างไรก็ตามหากพิจารณาในมุมมองของสาธารณสุขจะพบว่าการแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้มีความคุ้มค่าในการลงทุนเป็นอย่างยิ่งเพราะนอกจากช่วยเพิ่มอายุขัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนที่เคยมีปัจจัยเสี่ยงและยุติได้ ยังลดค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพในอนาคต ในบางกรณียังลดปัจจัยเสี่ยงของผู้อื่นในสังคมด้วยเช่น ลดอุบัติเหตุต่อผู้อื่นอันเนื่องมาจากการดื่มสุราของผู้ขับขี่ยานพาหนะ หรือลดโอกาสการได้รับวันบุหรี่จากผู้สูบบุหรี่ที่อยู่รอบข้าง เป็นต้น

6. การหาจุดสมดุลระหว่างการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง และง่ายต่อการค้นหา กับการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างทั่วถึงและถ้วนหน้า ทั้งนี้ เนื่องจากมาตรการสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่หากดำเนินการในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงเพียงกลุ่มเดียว อาจให้ประสิทธิผลที่ดีกว่า มีความคุ้มค่าสูงกว่า เช่น การให้บริการค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เฉพาะกลุ่ม ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด หญิงขายบริการ และชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย แทนที่จะให้บริการคัดกรองแก่ ประชาชนทั่วไปที่อาจไม่ทราบระดับความเสี่ยงของตนเอง เช่น แม่บ้าน หรือการให้บริการเลิกบุหรี่/ยาสูบหรือ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับผู้ป่วยในคลินิกโรคเรื้อรังหรือหอบผู้ป่วยใน แทนที่จะให้บริการแก่บุคคลทั่วไปที่ยังไม่ เจ็บป่วย เป็นต้น อย่างไรก็ตามการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคก็ควรให้บริการแก่ประชาชน ทั่วไปเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ผู้มีความเสี่ยงหลายคนไม่ ทราบว่าตัวเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค การให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปที่ยังไม่เจ็บป่วยจะสามารถทำให้ ค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงดังกล่าวเพื่อให้การบริการป้องกันโรคที่เหมาะสมต่อไป

4. ความจำเป็นในการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน องค์กรต่างๆ ทั้งในระบบสาธารณสุข และนอกระบบสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ทั้งในระดับ ส่วนกลางและท้องถิ่น ในรายงานวิจัยนี้จะเห็นได้ว่าข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหลายเรื่องซึ่งไปยังหน่วยงานนอก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เช่น กรมต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงานและ สวัสดิการสังคม และสำนักงานรัฐมนตรี เป็นต้น ทั้งนี้เพราะงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเกี่ยวข้องกับ วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ รวมถึงการประกอบอาชีพ ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบและอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการ อื่นๆ การออกแบบชุดสิทธิประโยชน์โดยไม่คำนึงถึงหน่วยงานเหล่านี้จึงไม่สามารถทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดีได้ รวมทั้งอาจทำให้เกิดการสิ้นเปลืองทรัพยากรจากการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อน

5. การพัฒนาระบบบริหารจัดการสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค/ปัญหาหนึ่งๆ ใน การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค/ปัญหาหนึ่งๆ ส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้มากกว่า 1 มาตรการร่วมกัน ดังนั้น นอกเหนือจากมาตรการที่คณะผู้วิจัยเสนอ สปสช. ให้บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ฯ ตามผลของการศึกษาใน โครงการนี้แล้ว จำเป็นต้องมีมาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมาตรการอื่นๆ ที่ สปสช. ไม่ได้ รับผิดชอบร่วมด้วย เช่น โครงการโรงงานสีขาว ลด ละ เลิกเหล้า การให้ความรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพในโรงเรียน และการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ เป็นต้นนอกจากนี้ บางมาตรการสปสช. มี ส่วนรับผิดชอบทางอ้อม เช่น การสนับสนุนของสปสช. ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือ พื้นที่ในการสนับสนุนให้ประชาชนได้แสดงบทบาทในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ โดยมีองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมวางแผนและ ดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพร่วมกันนอกจากนี้การจัดบริการสุขภาพให้มีความครอบคลุมสูง (effective coverage นั่นคือ มีกลุ่มเป้าหมายมาใช้บริการ) จำเป็นต้องมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และอื่นๆ เพื่อสร้าง แรงจูงใจทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. จำนวนประชากรและประชากรแยกอายุ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงมหาดไทย; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2556]; เข้าถึงได้ที่: <http://stat.bora.dopa.go.th/hpstat9/people2.htm>.
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สุขภาพคนไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555.
3. วิชัย เอกพลากร, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า, กนิษฐา ไทยกล้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย; 2552.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. วิทยทำงานกับการดูแลสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร 2553 [เข้าถึงเมื่อ 22 พ.ย. 2556]; เข้าถึงได้ที่: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/citizen/news/news_work.jsp.
5. Rehm J RR, Monteiro M, et al. Alcohol use. In: Ezzati M, Lopez A, Rodgers A, Murray C, editors. Comparative quantification of health risk: World Health Organization; 2004.
6. คณะทำงานวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยปี 2554. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
7. เบ็ญจมาศ พงษ์กานนท์, อีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงพิทยศิริกุล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, กนกวรรณ สุดศรีวิไล. ระบาดวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติและโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2556.
8. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2555.
9. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ.2552. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2555.
10. กลุ่มงานวิเคราะห์และพยากรณ์สถิติเชิงสังคม สำนักสถิติพยากรณ์. ภาวะสุขภาพของแรงงานไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2556.
11. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ผลการสำรวจแรงงานนอกระบบปี 2555. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 21 กรกฎาคม 2556]; เข้าถึงได้ที่: http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-2-4.html.
12. กุศล สุนทรธาดา. ความหลากหลายสุขภาวะและหลักประกันของแรงงานนอกระบบในกทม. นครปฐม: สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม; 2550.
13. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารกองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2556 เล่มที่ 1 การบริหารงบบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2556.
14. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
15. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี 2552.

16. Anukoolsawat P, Sritara P, Teerawattananon Y. Costs of Lifetime Treatment of Acute Coronary Syndrome at Ramathibodi Hospital. Thai Heart Journal. 2006;19(4):132-43.
17. Youngkong S: Cost of cerebral infraction from societal perspective : A case study at Prasat Neurological Institute M.S. thesis in Pharmacy. Mahidol University Faculty of Graduate studies; 2001.
18. สถาบันประสาทวิทยา: แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน.ฉบับที่ 1 2544.
19. ปฤษฎัพร กิ่งแก้ว, ธัญญา คู่พิทักษ์ขจร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, ศิตาพร ยังกง, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, ยศ ตีระวัฒนานนท์. การประเมินความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2556;7(3):346-59.
20. สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2551. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข2551.
21. Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev. 2011(1):CD001561.
22. World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease. Geneva: World Health Organization; 2007.
23. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547: กระทรวงสาธารณสุข 2549.
24. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). Geneva: World Health Organization; 2013 [cited 12 June 2014]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.
25. National Institute for Health and Clinical Excellence. Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008.
26. Taylor F, Ward K, Moore TH, Burke M, Davey Smith G, Casas JP, et al. Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev. 2011(1):CD004816.
27. สุกิจ แยม่วงษ์. การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด 2548.
28. World Health Organization. WHO/ISH Risk prediction charts for 14 WHO epidemiological sub-regions. Geneva: World Health Organization; [cited 7 March 2014]; Available from: http://ish-world.com/downloads/activities/colour_charts_24_Aug_07.pdf.
29. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำมะโนประชากรและเคหะ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ค. 2557]; เข้าถึงได้ที่: http://popcensus.nso.go.th/table_stat.php?yr=2553.
30. คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. กำหนดราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2553. นนทบุรี: ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ค. 2557]; เข้าถึงได้ที่: <http://dmsic.moph.go.th/news/detail.php?idnews=2552>.

31. ยุพิน ตามธีรนนท์, ปัณรสี ขอนพุดชา, อุษา ฉายเกี๊ยะแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์, Stephen Lim. การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของการใช้ยาในกลุ่ม HMG-COA reductase inhibitor (Statin) เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดปฐมภูมิ. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 2550.
32. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2555. หน้า 133.
33. 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; Paris, France.
34. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การจัดลำดับการสูญเสียสุขภาพของประชากรไทยจำแนกตามเพศ (DALYs) ปี พ.ศ. 2552. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ 2552.
35. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Estimating the world cancer burden: Globocan 2000. *Int J Cancer*. 2001;94:153–6.
36. World Health Organization. Hepatitis B. Geneva: Department of Communicable Diseases Surveillance and Response, WHO; 2002.
37. Chongsrisawat V, Yoocharoen P, Theamboonlers A, Tharmaphornpilas P, Warinsathien P, Sinlaparatsamee S, et al. Hepatitis B seroprevalence in Thailand: 12 years after hepatitis B vaccine integration into the national expanded programme on immunization. *Trop Med Int Health*. 2006;11(10):1496-502.
38. Beasley RP, Hwang LY, Lin CC, Chien CS. Hepatocellular carcinoma and hepatitis B virus. A prospective study of 22 707 men in Taiwan. *Lancet*. 1981 Nov 21;2(8256):1129-33.
39. Timothy M Block, Anand S Mehta, Claus J Fimmel, Robert Jordan. Molecular viral oncology of hepatocellular carcinoma. *ncogene*. 2003;22:5093–107.
40. Torresi JaL, S. . Antiviral chemotherapy for the treatment of hepatitis B virus infections. *Gastroenterology*. 2000;118:S83–S103.
41. Heathcote J. Hepatitis B: World Gastroenterology Organisation Practice Guideline 2008.
42. 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.
43. กระทรวงสาธารณสุข. ตำราวัคซีนและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคปี 2550. กรุงเทพฯ: สำนักงานพิมพ์งานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
44. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, ชาย โพธิสิตา, กฤตยา อาชวนิจกุล, อุมารณ ภัทรวาณิชย์, กุลวีณ์ ศิริรัตน์ มงคล, ปาณฉัตร เสียงตั้ง, และคณะ. การเข้าถึงและความครอบคลุมของบริการ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2552.

45. งานระบบยาแห่งชาติและสารสนเทศ กลุ่มพัฒนาระบบ สำนักยา. Antiviral drugs:Viral hepatitis. บัญชียาหลักแห่งชาติ 2556.
46. นริสา ตันทัยย์, พิศพรรณ วีระยิ่งยง, พัชรรา ลีพหรวงค์, ยศ ตีระวัฒนานนท์. การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2557;7(4):440-51.
47. Health Intervention and Technology Assessment Program. The Potential of Provider-initiated Voluntary HIV Counseling and Testing at Health Care Settings in Thailand 2009.
48. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประจำปีงบประมาณ 2557 2557.
49. คณะทำงานคาดประมาณสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. การคาดประมาณสถานการณ์เอชไอวี/เอดส์ และการวิเคราะห์เชิงนโยบาย ระดับประเทศ โดยอาศัย Asian Epidemic Model และ Policy Analysis Tools 2555.
50. ศักนงศ์ โตสงวน, ปฤษฎธร กิ่งแก้ว, วิวัฒน์ พีระพัฒนโกศล, ยศ ตีระวัฒนานนท์ รายงานวิจัย การศึกษาต้นทุนและประสิทธิผลโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยการส่งเสริมการบูรณาการและสร้างเครือข่ายการเข้าถึงบริการกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 2555.
51. Khuhaprema T, Attasara P, Sriplung H, et al. Cancer in Thailand 2007-2009. Bangkok: National Cancer Institute of Thailand, Ministry of Public Health; 2013.
52. นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร. การประเมินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับประชากรในประเทศไทยด้วยแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2556;7(3):389-99.
53. Praditsitthikorn N, Teerawattananon Y, Tantivess S, Limwattananon S, Riewpaiboon A, Chichareon S, et al. Economic evaluation of policy options for prevention and control of cervical cancer in Thailand. Pharmacoeconomics. 2011 Sep;29(9):781-806.
54. National Cancer Institute. Cervical cancer screening recommendations. 2013.
55. Boxus M, Lockman L, Fochesato M, Lorin C, Thomas F, Giannini SL. Antibody avidity measurements in recipients of Cervarix[®] vaccine following a two-dose schedule or a three-dose schedule. Vaccine. 2014;32(26):3232-6.
56. อินทิรา ยมาภัย, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี. การประเมินความคุ้มค่าด้านสุขภาพของการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2557.
57. Organization WH. Global Health Risk: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks 2009.
58. สมภูมิ แสงวงกล. รายงานนอกระบบ...เสาหลักเศรษฐกิจไทย. วารสารประชากรศาสตร์. 2553;1 มีนาคม 2553(ปีที่ 26):60-78.
59. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนผู้มีงานทำที่เป็นแรงงานในระบบและนอกระบบ จำแนกตามการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน เพศ และภาค ที่วราชอาณาจักรพ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2555.

60. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนผู้มีงานทำที่เป็นแรงงานในระบบและนอกระบบ จำแนกตามระดับการศึกษาที่สำเร็จ เพศ และภาค ทิวราชอาณาจักรพ.ศ. 2555 2555.
61. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนผู้มีงานทำที่เป็นแรงงานในระบบและนอกระบบ จำแนกตามอาชีพ เพศ และภาค ทิวราชอาณาจักร พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2555.
62. กฎกระทรวง กำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553, (2553).
63. สำนักงานประกันสังคม ก. ค่ารักษาพยาบาลกรณีประสบอันตรายจากการทำงาน. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 12 มิถุนายน 2557]; เข้าถึงได้ที่: <http://www.sso.go.th/wpr/content.jsp?lang=th&cat=938&id=3960>.
64. กลุ่มงานกำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน. รายงานประจำปี 2555 กองทุนเงินทดแทน: สำนักงานกองทุนเงินทดแทน 2556.
65. พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537, (2537).
66. สำนักงานประกันสังคม ก. จำนวนสถานประกอบการและสาขา จำนวนผู้ประกันตน จำแนกรายจังหวัด ประจำปีเดือนเมษายน 2557. สำนักเงินสมทบ และสำนักเสริมสร้างความมั่นคงแรงงานนอกระบบ; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 29 พฤษภาคม 2557].
67. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. การกระจายตัวของแพทย์หลักสูตรอาชีพเวชศาสตร์ในไทย.
68. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข : คลินิกสุขภาพเกษตรกร 2555.
69. World Health Organization. Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic. Geneva: World Health Organization; 1998.
70. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. โครงการสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2554.
71. U.S. Department of Health and Human Services. How Tobacco Smoke Causes Disease: The Biology and Behavioral Basis for Smoking-Attributable Disease: A Report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2010.
72. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์ ประภาพรรณ เอี่ยมอนันต์ ปวีณา ปั่นกระจำง กุมภการ สมมิตร. สรุปลักษณะการควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ2555.
73. โครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey; GATS). เอกสารข้อเท็จจริงประเทศไทย พ.ศ.2554.
74. World Health Organization. Global strategy to reduce harmful use of alcohol 2010. 2010 [cited 29 March 2013]; Available from: http://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf.
75. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ. 2554. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2555.

76. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา 2556.
77. ชุตินา สิริทิพากุล. กำลังใจ "ยา" ดีช่วยเลิกบุหรี่. มติชน. 2557.
78. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ: การพัฒนาแนวทางการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาต้นทุนความเจ็บป่วย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 2554.
79. มนทรัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ชนิตา เลิศพิทักษ์พงศ์, จอมขวัญ โยธาสมุทร, กรรณิการ์ ฐิติบุญสุวรรณ, และคณะ. การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคม สุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 2551.
80. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
81. มานิต ศรีสุรภานนท์. การใช้จ่ายในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ 2552.
82. World Health Organization. The ASSIST project - Alcohol, Smoking and substance involvement screening test. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited 6 June 2014]; Available from: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html.
83. วรสิทธิ์ จันทรสถาพรจิต, พัชรา ลีหรรวงศ์, ยศ ตีระวัฒนานนท์. ต้นทุนประสิทธิผลของการตรวจคัดกรองผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับประชากรในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2556;7(4):468-84.
84. ชุขณะ รุ่งปัจฉิม. รายงานการวิจัย การทบทวนองค์ความรู้นโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุราในต่างประเทศ. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา 2550.

ภาคผนวก ก

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษานี้

โรคหัวใจและหลอดเลือด

การวิเคราะห์ความแม่นยำของเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวม

การวิเคราะห์ความแม่นยำของเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวมในการศึกษานี้ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ประชากรตัวอย่าง : ข้อมูลจากการศึกษาทางระบาดวิทยาโรคหัวใจและหลอดเลือดของโครงการ EGAT study ซึ่งเป็นการศึกษาเพื่อหาอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดรวมทั้งปัจจัยเสี่ยงในคนไทย โดยมีการศึกษาแบบ cohort study ในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยจำนวน 3,499 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 จนถึงปี พ.ศ. 2555

ข้อมูลปัจจัยเสี่ยง : บันทึกข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างเป็นระบบ ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วย การสูบบุหรี่ น้ำหนัก ความสูง รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด (fasting plasma glucose) ระดับไขมัน (คอเลสเตอรอลรวมและไขมันชนิด HDL) และ body mass index (BMI)

จุดสิ้นสุด : การวิเคราะห์ข้อมูลจะสิ้นสุดจนกระทั่งประชากรกลุ่มตัวอย่างเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ICD-10 codes I00-I99) หรือได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (ICD-10 I20-I22) หรือ โรคหลอดเลือดสมอง (ICD-10 I60-I69) (ไม่รวมถึงการมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางและเส้นเลือดสมองตีบชั่วคราว) หรือได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจโดยวิธีต่างๆ (coronary artery bypass graft or percutaneous transluminal coronary angioplasty) ซึ่งข้อมูลดังกล่าวได้รับความอนุเคราะห์มาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

เครื่องมือที่ใช้ : 1. แบบจำลอง Thai ASCVD score
2. แบบจำลอง WHO/ISH risk prediction chart (วิเคราะห์จากเครื่องมือ)

ผลการศึกษา

จากการนำเอาข้อมูลประชากรตัวอย่างมาใส่ในแบบจำลอง Thai ASCVD score และแบบจำลอง WHO/ISH risk prediction chart สามารถแยกจำนวนประชากรตามระดับความเสี่ยงได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการสังเกตการณ์และการคาดการณ์ โดยใช้แบบจำลอง Thai ASCVD score และ WHO/ISH risk prediction chart

Risk categories	Thai ASCVD score			WHO/ISH risk prediction chart		
	N (No. of people)	Observed (%)	Expected (%)	N (No. of people)	Observed (%)	Expected (%)
< 10%	2,579	3.40	3.37	1,828	4.00	5.00
10% - 20%	203	12.30	13.62	110	10.00	15.00
20% - 30%	41	22.00	23.76	43	7.00	25.00
30% - 40%	14	28.60	32.97	1	0.00	35.00
≥ 40%	8	25.00	51.58	32	40.60	50.00

เมื่อนำข้อมูลดังกล่าวข้างต้นมาวิเคราะห์ความแม่นยำในกลุ่มประชากรตัวอย่างเดียวกันเปรียบเทียบระหว่าง 2 เครื่องมือได้แสดงผลดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแม่นยำการทำนายผลการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประชากรกลุ่มตัวอย่าง

Non-Events							
Thai ASCVD							
	Risk categories	< 10%	10% - 20%	20% - 30%	30% - 40%	≥ 40%	Total
WHO	< 10%	1,610	124	15	1	1	1,750
	10% - 20%	60	29	8	1	1	99
	20% - 30%	12	17	6	4	1	40
	30% - 40%	1	0	0	0	0	1
	≥ 40%	2	6	3	4	4	19
Total		1,685	176	32	10	6	1,909

Events

		Thai ASCVD					
	Risk categories	< 10%	10% - 20%	20% - 30%	30% - 40%	≥ 40%	Total
WHO	< 10%	55	16	3	0	0	74
	10% - 20%	5	3	3	0	0	11
	20% - 30%	2	0	0	1	0	3
	30% - 40%	0	0	0	0	0	0
	≥ 40%	1	4	3	3	2	13
Total		59	21	8	4	2	101

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากคณะผู้วิจัยไม่มีแบบจำลองจริงของเครื่องมือ WHO/ISH risk prediction chart จึงจำเป็นต้องวิเคราะห์แบบจำลองจากเครื่องมือเอง โดยพยายามวิเคราะห์แบบจำลองให้มีความถูกต้องตามเครื่องมือจริงมากที่สุด อย่างไรก็ตาม การใช้แบบจำลองจริงที่มีสมการในการทำนายความเสี่ยงจะทำให้ได้ความแม่นยำมากกว่า ดังนั้น ผลความแม่นยำที่ได้ของเครื่องมือ WHO/ISH risk prediction chart จึงไม่มีความละเอียดเทียบเท่าเครื่องมือ Thai ASCVD score ที่ใช้แบบจำลองจริงที่มีสมการในการทำนายความเสี่ยง

การประมาณการจำนวนประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากผลการศึกษาความแม่นยำข้างต้นทำให้สามารถคำนวณหาจำนวนคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ โดยนำข้อมูลประชากรจากการสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553¹ ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป คูณกับอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า สามารถแสดงผลได้ดังตารางที่ 3 ซึ่งในจำนวนนี้เป็นคนที่ได้รับยากลุ่ม statins อยู่เดิมจากการสำรวจสุขภาพพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547² จำนวน 7,728 คน ดังนั้น จะมีคนที่ต้องได้รับยากลุ่ม statins จริงเป็นจำนวน 3,255,775 คน

¹ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำมะโนประชากรและเคหะ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ค. 2557]; เข้าถึงที่: http://popcensus.nso.go.th/table_stat.php?yr=2553.

² สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. การสำรวจสุขภาพพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ.2546-2547: กระทรวงสาธารณสุข 2549.

ตารางที่ 3 การประมาณการจำนวนประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

เพศ	จำนวนประชากรจากการสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553	อัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอีก 10 ปีข้างหน้า	จำนวนประชากรที่มีความเสี่ยง \geq ร้อยละ 20
ชาย	11,244,761	17.04	1,916,335
หญิง	12,132,709	11.10	1,347,169
รวม	23,377,470	13.96	3,263,503

การประมาณการงบประมาณจากนโยบายที่แนะนำ

งบประมาณจากนโยบายที่แนะนำให้บรรจุการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้เครื่องมือ “Thai ASCVD Score” ในชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรผู้ใหญ่/วัยทำงาน โดยคัดกรองผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ทุก 5 ปี นั้นมีผลกระทบงบประมาณทั้งสิ้น 748 ล้านบาทต่อปี คำนวณได้จากจำนวนประชากรจากการสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553³ ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 23,377,470 คน คูณด้วยอัตราค่าบริการทางการแพทย์สำหรับการคัดกรอง ซึ่งประกอบด้วย การวัดความดันโลหิต การวัดระดับน้ำตาลในเลือด การวัดระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอลรวมและไขมันชนิด HDL) การวัดความยาวรอบเอว อย่างไรก็ตาม การวัดความดันโลหิต การวัดระดับน้ำตาลในเลือด และการวัดความยาวรอบเอวได้ถูกบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้วจึงไม่นำมาคำนวณผลกระทบงบประมาณด้วย งบประมาณที่ได้จึงคิดเฉพาะการวัดระดับไขมันในเลือด (ระดับคอเลสเตอรอลรวมและไขมันชนิด HDL) ซึ่งมีค่าใช้จ่าย 160 บาทต่อคน หากตรวจทุกๆ 5 ปี เฉลี่ยค่าใช้จ่าย 32 บาทต่อคนต่อปี⁴

$$\text{งบประมาณที่ใช้} = \text{อัตราค่าบริการทางการแพทย์} \times \text{จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป}$$

หากอ้างอิงตามแนวทางปฏิบัติของ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)⁵ ที่แนะนำให้ใช้ยา simvastatin 40 mg เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะปฐมภูมิ ซึ่ง

³ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำมะโนประชากรและเคหะ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ค. 2557]; เข้าถึงที่: http://popcensus.nso.go.th/table_stat.php?yr=2553.

⁴ ปฤษฎธร กิ่งแก้ว, ธนัญญา คู่พิทักษ์ขจร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, ศิดาพร ยังกง, ศรีเพ็ญ ต้นดิเวสส, ยศ ตีระวัฒนานนท์. การประเมินความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2556;7(3):346-59.

⁵ National Institute for Health and Clinical Excellence. Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008.

ปัจจุบันยา simvastatin ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ มีราคากลาง 181 บาท/100 เม็ด หรือเฉลี่ยเม็ดละ 1.81 บาท⁶ ดังนั้น หากคิดเฉพาะค่ายา statins จะมีภาระงบประมาณมูลค่า 2,150 ล้านบาทต่อปี

โรคมะเร็งตับ

การคาดการณ์ผลกระทบต่อด้านสุขภาพ

คณะผู้วิจัยได้จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยเสนอให้มีการเริ่มคัดกรองและให้วัคซีนในคนเกิดตั้งแต่ปีพ.ศ. 2518-2537 เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 จนถึงปี พ.ศ. 2608 หรือในอีก 50 ปีข้างหน้า ทั้งนี้ หากมีการดำเนินนโยบายตามข้อเสนอกวามีพิจารณาถึงผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ซึ่งการศึกษานี้มีขั้นตอนการคำนวณผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ดังนี้

ขั้นแรก หากความน่าจะเป็นของประชากรที่จะเป็นมะเร็งตับทั้งในกรณีที่มีการฉีดวัคซีนและไม่มีการฉีดวัคซีนในทุกช่วงอายุ โดยใช้ข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งตับในปี พ.ศ. 2552 จากทะเบียนมะเร็งในประเทศไทย⁷ หลังจากนั้น ทำการประมาณการจำนวนประชากรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558-2608 ในทุกช่วงอายุ โดยใช้ข้อมูลการประมาณการจำนวนประชากรไทย ปี พ.ศ. 2543-2573⁸ และในระหว่างปี พ.ศ. 2574-2608 ทำโดยนำจำนวนประชากรจากปี พ.ศ. 2573 มาคูณกับความน่าจะเป็นในการรอดชีวิตตามช่วงอายุในปี พ.ศ. 2552 จะได้จำนวนประชากรในปี พ.ศ. 2574 และทำการคำนวณจำนวนประชากรในปีถัดไปเรื่อยๆ จนถึงปี พ.ศ. 2608 ในขั้นตอนสุดท้าย นำจำนวนประชากรที่คาดประมาณในแต่ละปีคูณกับค่าความน่าจะเป็นที่ประชากรจะเป็นมะเร็งตับโดยแยกเป็นกรณีที่มีการฉีดวัคซีนและไม่มีการฉีดวัคซีน จากนั้นจึงทำการเปรียบเทียบจำนวนอุบัติการณ์สะสมของทั้งสองกรณี

การประมาณการงบประมาณจากนโยบายที่แนะนำ

จากการศึกษาพบว่า มีผลกระทบต่อด้านงบประมาณทั้งสิ้น 24,000 ล้านบาท ซึ่งนับว่าเป็นงบประมาณที่ค่อนข้างสูง และมีการประมาณการงบประมาณในแต่ละปีที่ดำเนินนโยบายทั้งสิ้น 10 ปี

สำหรับการประมาณการงบประมาณจากข้อเสนอเชิงนโยบายที่แนะนำ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน โดยเริ่มจากการคำนวณหาจำนวนประชากรผู้ที่ต้องเข้ารับการคัดกรอง ผู้ที่ต้องเข้ารับการฉีดวัคซีน และผู้ที่ต้องเข้ารับการตรวจก่อนเริ่มทำการรักษา โดยอิงจากข้อมูลจำนวนประชากรจากการลงทะเบียนประชากร พ.ศ. 2554⁹ ซึ่งการคำนวณประชากรในแต่ละกลุ่มสามารถแบ่งได้ดังนี้

⁶ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. กำหนดราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2553. นนทบุรี: ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ค. 2557]; เข้าถึงที่: <http://dmsic.moph.go.th/news/detail.php?idnews=2552>.

⁷ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. Cancer in Thailand Vol.VII, 2012. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข; 2556

⁸ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573.

กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2555

⁹ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. จำนวนประชากรและประชากรแยกอายุ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงมหาดไทย; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2556]; เข้าถึงที่: <http://stat.bora.dopa.go.th/hpstat9/people2.htm>.

จำนวนผู้ที่ต้องเข้ารับการคัดกรอง	= จำนวนผู้ที่เกิด พ.ศ.25XX-25XX
จำนวนผู้ที่ต้องเข้ารับการฉีดวัคซีน	= จำนวนผู้ที่เกิด พ.ศ.25XX-25XX * ความน่าจะเป็นที่จะยังไม่มีภูมิคุ้มกันไวรัสตับอักเสบบีตามช่วงอายุ
จำนวนผู้ที่ต้องเข้ารับการตรวจก่อนเริ่มทำการรักษา	= จำนวนผู้ที่เกิด พ.ศ.25XX-25XX * ความน่าจะเป็นที่จะเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังตามช่วงอายุ

จากนั้น ประเมินการงบประมาณโดยนำจำนวนผู้ที่ต้องเข้ารับบริการแต่ละประเภทคูณด้วยอัตราค่าบริการทางการแพทย์

ประเภทที่ 1 งบประมาณของประชากรผู้ที่ต้องเข้ารับการคัดกรอง สามารถคำนวณได้โดยนำจำนวนผู้ที่ต้องเข้ารับการคัดกรองคูณกับอัตราค่าบริการในการคัดกรองแอนติเจนบนผิวของไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) ซึ่งมีค่าใช้จ่าย 425 บาทต่อคน¹⁰

ประเภทที่ 2 งบประมาณของประชากรผู้ที่ต้องเข้ารับการฉีดวัคซีน คำนวณได้จากจำนวนผู้ที่ต้องเข้ารับการฉีดวัคซีนคูณกับอัตราค่าบริการในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีเป็นจำนวน 3 เข็ม คิดเป็น 675 บาทต่อคน¹¹

ประเภทที่ 3 งบประมาณของประชากรผู้ที่ต้องเข้ารับการตรวจก่อนเริ่มทำการรักษา คำนวณได้จากจำนวนประชากรผู้ที่ต้องเข้ารับการตรวจก่อนเริ่มทำการรักษาคูณกับอัตราค่าบริการในการตรวจก่อนเริ่มทำการรักษา (HBeAg, LTF, Viral load) คิดเป็น 2,560 บาทต่อคน¹²

หลังจากนั้น นำงบประมาณในแต่ละส่วนมารวมกันจึงจะได้มาซึ่งงบประมาณในการดำเนินนโยบายในปีที่ 1 ส่วนในปีถัดไปนั้น ใช้วิธีการประมาณการงบประมาณเช่นเดียวกันโดยคิดในกลุ่มประชากรที่เกิดใน 2 ปี พ.ศ.ถัดไป

¹⁰ อาทรรู่วัฒน และคณะ. รายงานต้นทุนมาตรฐานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP); 2555.

¹¹ คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. กำหนดราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ.2553. นนทบุรี: ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ค. 2557]; เข้าถึงที่: <http://dmsic.moph.go.th/news/detail.php?idnews=2552>.

¹² อาทรรู่วัฒน และคณะ. รายงานต้นทุนมาตรฐานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP); 2555.

งบประมาณในแต่ละปี = (จำนวนผู้ที่ต้องเข้ารับการคัดกรอง*อัตราค่าบริการในการคัดกรองแอนติเจนบนผิวของไวรัสตับอักเสบบี (HBsAg) 425 บาทต่อคน) + (จำนวนผู้ที่ต้องเข้ารับการฉีดวัคซีน*อัตราค่าบริการในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีจำนวน 3 เข็ม 675 บาทต่อคน) + (จำนวนผู้ที่ต้องเข้ารับการฉีดวัคซีน*อัตราค่าบริการในการตรวจก่อนเริ่มทำการรักษา (HBeAg, LTF, Viral load) 2,560 บาทต่อคน)

โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การประมาณการจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยตามนโยบายการคัดกรอง VCT และ PICT ตามระดับภูมิคุ้มกัน

จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ค้นพบด้วยนโยบาย VCT แบ่งตามระดับภูมิคุ้มกัน CD4 (N_{VCT}) คำนวณมาจากจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด (N_{VCT})¹³ เกลี่ยน้ำหนักของแต่ละระดับภูมิคุ้มกัน CD4 โดยใช้อัตราส่วนของการตรวจพบผู้ติดเชื้อที่ระดับ CD4 ต่างๆ (R_{VCT}) จากผู้ที่ได้รับการตรวจ CD4 หลังการวินิจฉัยทั้งหมด ซึ่งได้มาจากรายงานฉบับเดียวกัน นั่นคือ $N_{VCT} = N_{VCT} * R_{VCT}$ โดยพบว่า ผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี 2557 (N_{VCT}) มีจำนวน 18,218 คน และจากผู้ที่ได้รับการตรวจ CD4 หลังการวินิจฉัยทั้งหมด 9,648 คน พบว่าอัตราส่วนของการตรวจพบผู้ติดเชื้อที่ระดับ CD4 ≥ 500 , 350-499, 200-349, 100-199 และ < 100 มีค่าร้อยละ 10, 11, 16, 15 และ 48 ตามลำดับ

จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ค้นพบด้วยนโยบาย PICT (N_{PICT}) คำนวณจาก จำนวนผู้เข้ารับบริการตรวจวินิจฉัยทั้งหมดด้วยมาตรการ PICT (SC_{PICT}) คูณด้วยอัตราส่วนการค้นพบผู้ติดเชื้อต่อจำนวนผู้เข้ารับบริการตรวจด้วยมาตรการ VCT (N_{VCT}/SC_{VCT}) หารด้วยอัตราส่วนของ number needed to screen ของ PICT ต่อ VCT ($NSS_{PICT/VCT}$)¹⁴ นั่นคือ $N_{PICT} = [SC_{PICT} * (N_{VCT}/SC_{VCT})] / NSS_{PICT/VCT}$ และแบ่งผู้ติดเชื้อฯ ตามระดับ CD4 โดยใช้อัตราส่วนของการตรวจพบผู้ติดเชื้อฯ ที่ระดับ CD4 ต่างๆจากรายงานฉบับเดียวกัน โดยอัตราส่วนที่พบ CD4 ≥ 500 , 350-499, 200-349, 100-199 และ < 100 มีค่าร้อยละ 6, 18, 29 และ 18 ตามลำดับ

การประมาณการงบประมาณจากนโยบายที่แนะนำ

งบประมาณที่ต้องใช้สำหรับนโยบาย VCT คำนวณมาจากต้นทุนต่อหน่วยที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติชำระคืน (reimburse) แก่หน่วยงานที่ดูแลผู้ติดเชื้อฯ ประกอบด้วยค่าตรวจหาสถานการณ์ติดเชื้อ (HIV testing) 140 บาท/คน ค่าให้บริการปรึกษาแก่ผู้เข้ารับบริการตรวจคัดกรอง 7 บาท/คน ค่ายาเฉลี่ยต่อ

¹³ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีประจำปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพมหานคร; 2557.

¹⁴ Teerawattananon, Yot, et al. *The potential of provider-initiated voluntary HIV counseling and testing at health care settings in Thailand*. Health Invention and Technology Assessment Program, 2009.

ปี (เฉลี่ยค่ายา first line และยาสำหรับผู้ติดเชื้อที่ดื้อยา รวมถึงยาที่ใช้รักษา dyslipidemia จากยาต้านไวรัส) 8,700 บาท/คน นอกจากนี้ยังคำนวณค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, CD4, Viral loads, ตรวจหาเชื้อดื้อยา) อีกด้วย

และสำหรับนโยบาย PICT มีการคิดต้นทุนเช่นเดียวกับ VCT ยกเว้นค่าให้บริการปรึกษาแก่ผู้เข้ารับ การตรวจคัดกรองจะใช้ค่าเฉลี่ยต่อคนของค่าเสื่อมราคาของอุปกรณ์ที่ต้องลงทุนเพื่อให้ mass counseling ได้แก่ โทรทัศน์ ซีดี เป็นต้น

การประมาณการอัตราค่าจ้างบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องการสำหรับนโยบายยุติปัญหาเอดส์

คำนวณโดยใช้จำนวนประชากรที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นผู้ที่เข้ารับให้บริการปรึกษาและตรวจหาการ ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด และผู้ที่ตรวจพบว่าติดเชื้อฯ โดยนำจำนวนประชากรมาคูณด้วยเวลาเฉลี่ยต่อคนที่ใช้ใน แต่ละขั้นตอนได้แก่ 1) เวลาที่นักเทคนิคการแพทย์ใช้เพื่อตรวจหาการติดเชื้อ ตรวจยืนยันการติดเชื้อ ตรวจ เลือดทั่วไป ตรวจหาระดับ CD4 และ Viral loads 2) เวลาที่พยาบาลใช้ให้บริการปรึกษาก่อนและหลังการ ตรวจคัดกรอง การประเมินคนไข้เพื่อ re-medication และการทำ re-medication และ 3) เวลาที่แพทย์ใช้ เพื่อตรวจและให้คำแนะนำคนไข้

ทั้งนี้ การคำนวณอยู่ภายใต้หลักการปฏิบัติว่า ผู้ติดเชื้อฯ จะได้รับการตรวจเลือดเพื่อติดตาม ผลการรักษาปีละ 2 ครั้ง และการจ่ายยาจะจ่ายให้ครั้งละ 3 เดือน นั่นคือ ผู้ติดเชื้อจะต้องมารับยาและรับการ ประเมินความร่วมมือการรักษาปีละ 4 ครั้ง โดยในการคำนวณไม่มีการนับซ้ำ เช่น ผู้ติดเชื้อฯ ที่มีความร่วมมือ ในการรักษาดี (adherence) (คิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ติดเชื้อฯทั้งหมด) จะได้รับการประเมินและ re-medication โดยพยาบาล และเข้าพบแพทย์ปีละ 1 ครั้งเท่านั้น

และการอัตราค่าจ้างของบุคลากรทางการแพทย์ทั้งสามประเภทจากเวลามาตรฐานที่ใช้ในการ ปฏิบัติงาน (FTE) อยู่ภายใต้สมมติฐานว่า แพทย์ พยาบาล นักเทคนิคการแพทย์ 1 คน ใช้เวลาปฏิบัติงานที่ เกี่ยวข้องกับการให้บริการปรึกษา ตรวจหา และรักษาการติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ 20, 10 และ 10 ของ ทั้งหมดของเวลามาตรฐานที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ปัจจัยเสี่ยง: การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การประมาณการงบประมาณจากนโยบายที่แนะนำ

ตามข้อเสนอแนะในการศึกษานี้ ให้เพิ่มสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วยเครื่องมือ ASSIST โดยคัดกรองกลุ่มประชากรอายุ 25-30 ปีทุกคนนั้น สามารถประมาณการงบประมาณที่จะใช้ในปีแรกจากข้อมูลจำนวนประชากรไทยจากฐานข้อมูลสถิติจำนวน

ประชากรทั่วประเทศของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย¹⁵ ในช่วงอายุ 25-30 ปี จำนวน 5,600,502 คน คุณด้วยต้นทุนของการบริการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือ ASSIST เฉลี่ยครั้งละ 152.96 บาทต่อคน¹⁶ (ในการคำนวณนี้ สมมติให้ต้นทุนโดยเฉลี่ยต่อคนสำหรับการบริการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือ ASSIST ในผู้ที่สูบบุหรี่/ยาสูบไม่แตกต่างจากผู้ที่ไม่สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ จึงให้ใช้ค่าต้นทุนเดียวกันในการคำนวณ)

สำหรับกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป คณะผู้วิจัยแนะนำให้คัดกรองเฉพาะในกลุ่มที่สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคำนวณงบประมาณที่จะใช้ในปีก่อนนั้น ใช้ข้อมูลจำนวนประชากรไทยจากฐานข้อมูลสถิติจำนวนประชากรทั่วประเทศของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ในช่วงอายุ 31-59 ปี จำนวน 28,000,652 คน (คิดเฉพาะประชากรผู้ใหญ่/วัยทำงาน) มาปรับด้วยข้อมูลความชุกของผู้สูบบุหรี่ และข้อมูลความชุกของผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จากการสำรวจทั่วประเทศ ระหว่างปีพ.ศ. 2553-2554 ในโครงการประเมินความเต็มใจจ่ายของครัวเรือนต่อมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ¹⁷ เพื่อหาจำนวนประชากรวัยทำงานอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่และ/หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาคูณต้นทุนของการบริการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือ ASSIST เฉลี่ยต่อคน

¹⁵ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. จำนวนประชากรและประชากรแยกอายุ. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงมหาดไทย; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤษภาคม 2556]; เข้าถึงที่: <http://stat.bora.dopa.go.th/hpstat9/people2.htm>.

¹⁶ วรสิทธิ์ จันทรสถาพรจิต, พัทธรา ถิหะรงค์, ยศ ตีระวัฒนานนท์. ต้นทุนประสิทธิผลของการตรวจคัดกรองผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับประชากรในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556; 7(4): 468-484.

¹⁷ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ: การพัฒนาแนวทางการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของสสส. โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาต้นทุนความเจ็บป่วย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 2554.

ภาคผนวก ข

รายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เสนอแนะ
โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและ
ป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
วันจันทร์ที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 เวลา 13.30-16.30 น.
ณ ห้องโทปาส (Topaz) ชั้น 2 โรงแรมริชมอนด์สไตลิสคอนเวนชันไฮเทล

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
2. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
3. นพ.กฤษ ลิ้มทองอิน	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
4. นางสาวกฤษณา จงสงเสริม	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
5. ดร.นพ.ไพโรจน์ เสาน่วม	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
6. รศ.พญ.อุมาพร สุทัศน์วรวิฑู	สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย
7. ดร.พญ.ฉันทนา ผดุงทศ	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
8. นพ.ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล	กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
9. พญ.ผุสดี ธรรมานวัตร์	กรมการแพทย์
10. ศ.ดร.สุภา เพ่งพิศ	สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
11. นพ.ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ	ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ
12. ดร.ศุภิพร แสงกระจ่าง	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
13. นายบุญฤทธิ์ จำแพง	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์
14. ทพญ.ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์	ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ
15. นายพงษ์สิทธิ์ วงค์เจริญ	เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
16. ดร.ชัยยุทธ ขวลิทธินิกุล	สมาคมส่งเสริมความปลอดภัยและอนามัยในการทำงาน
17. พญ.จุรีพร คงประเสริฐ	สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
18. นพ.สมาน พุตระกูล	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
19. นางสาวมรส สะอาด	สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
20. นางสาว อัญชลี คติอนุรักษ์	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
21. นางสาวชिरาภรณ์ มุสิกกา	สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
22. พญ. นภาพรรณ วิริยะอุตสาหกุล	สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
23. นพ.दनัย ชิกันดา	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
24. นางสาวปิยะวรรณ กลิ่นสุนทร	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
25. นางสาวศศิพร ตัชชนานุสรณ์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
26. นางสาวทพิชา โปษยานนท์	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

27. นางสาวกมลทิพย์ แซ่เล่า	สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
28. น.ส.เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี	กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
29. นางสาวมะลิ ไพฑูรย์เนรมิต	กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
30. ดร.นพ.บัญญัติ ศรไพศาล	สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก
31. ทพ.ศิริเกียรติ เหลียงกอบกิจ	สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก
32. นพ.ชาญวิทย์ วสันตธนารัตน์	สำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ
33. นางสาวเพ็ญโสภณ จำเรียงฤทธิ์	สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
34. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
35. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
36. ผศ.ดร.ภญ.ณัฐธิญา คำผล	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
37. ดร.ภญ.นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
38. ดร.ภญ.ศิตาพร ยังกง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
39. ภญ.วรวิทย์ จันทรสถาพรจิต	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
40. น.ส.ชุตินา คำดี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
41. Thant Htoo Aung	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
42. น.ส.สุชนา สุขสวัสดิ์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
43. น.ส.สุชฤดี ด้วงโคตะ	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
44. นายนรินทร์ธร จันทรไพจิตร	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
45. นางสาวอภิญา มัตเตช	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ประธานการประชุม กล่าวเปิดการประชุม จากนั้น ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ซึ่งแจ้งที่มาและความสำคัญของโครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน และ ดร.ภญ.ศิตาพร ยังกง นำเสนอความเป็นมา วัตถุประสงค์ของโครงการและขั้นตอนการศึกษา และวัตถุประสงค์ของการประชุม โดยสรุปได้ดังนี้

โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน เป็นโครงการภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำข้อเสนอสำหรับพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน (อายุระหว่าง 25-59 ปี) ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในด้านประสิทธิผลและ/หรือความคุ้มค่า โดยการจัดทำข้อเสนอจะทำงานอย่างเป็นระบบ โปร่งใสและมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยขั้นตอนของการศึกษาประกอบด้วยการค้นหาปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนกลุ่มวัยนี้ ทบทวนมาตรการ/นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการอยู่ในประเทศและ

ต่างประเทศ รวมถึงวิเคราะห์ปัญหา/อุปสรรคของการนำมามาตรการ/นโยบายเหล่านั้นในทางปฏิบัติในประเทศไทยเพื่อใช้ในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการประชุมครั้งนี้ เพื่อ 1) กำหนดปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนวัยผู้ใหญ่/วัยทำงาน 2) เสนอมาตรการที่ควรดำเนินการในประเทศไทย และ 3) ให้ข้อเสนอแนะแนวทางการดำเนินมาตรการเหล่านั้น โดยคณะผู้วิจัยได้นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นต่างๆ หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมกันอภิปราย ซึ่งสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ ดังนี้

การทบทวนวรรณกรรมปัญหาสุขภาพ มาตรการและนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงานในต่างประเทศ

ผศ.ดร.ภญ.ณัฐธิญา คำผล อาจารย์ประจำคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ได้นำเสนอบทเรียนจากการทบทวนปัญหาสุขภาพ มาตรการและนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงานในประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา สหราชอาณาจักร และออสเตรเลีย เกี่ยวกับ 5 ปัญหาสุขภาพที่สำคัญใน 4 ประเทศดังกล่าว ได้แก่ 1) ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 2) การสูบบุหรี่ 3) โรคอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกิน 4) การบาดเจ็บจากการทำงาน และ 5) โรคเรื้อรัง (ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ปัญหาสุขภาพจิต ความดันโลหิตสูง มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ และมะเร็งปากมดลูก)

ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอให้ผู้วิจัยทบทวนและนำเสนอข้อมูลพื้นฐานของแต่ละประเทศด้วย เนื่องจากการมีนโยบายที่ต่างกันเกิดอาจเกิดจากบริบทและต้นทุนทางสังคมที่ต่างกัน นอกจากนี้ควรขยายขอบเขตของการทบทวนบทเรียนไปยังมาตรการที่ภาคเอกชนเป็นผู้ดำเนินการ เนื่องจากผู้ดำเนินนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในต่างประเทศนั้นมิได้มีเพียงภาครัฐเท่านั้น แต่รวมถึงภาคเอกชนด้วย

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่/วัยทำงานในประเทศไทยและการคัดเลือกปัญหาสุขภาพที่สำคัญเพื่อจัดทำข้อเสนอสำหรับพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน

ดร.ภญ.นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร นำเสนอผลการทบทวนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่/วัยทำงานในประเทศไทย โดยพิจารณาจากข้อมูลภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย ซึ่งพบว่าปัญหาสุขภาพที่ทำให้เกิดการสูญเสียสุขภาพ 10 อันดับแรกในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ประกอบด้วยโรค 9 โรค และปัจจัยเสี่ยง 12 ปัจจัยเสี่ยง ทั้งนี้ผู้วิจัยเพิ่มเรื่องของอาชีวอนามัย (โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน) เข้าไปอีกหัวข้อ เนื่องจากเป็นประเด็นสุขภาพที่เฉพาะสำหรับคนกลุ่มวัยนี้ จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกโรค/ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วน เพื่อนำไปจัดทำเป็นข้อเสนอเพื่อการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อ สปสช. โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

- 1) มีช่องว่างองค์ความรู้ ปัญหาและอุปสรรคที่ต้องเร่งแก้ไข
- 2) มีมาตรการที่มีแนวโน้มใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประชากรได้

ผลการคัดเลือกประกอบด้วยปัญหาสุขภาพ 7 หัวข้อ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็งตับ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อาชีวอนามัย ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่/ยาสูบ

ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นด้วยกับปัญหาสุขภาพทั้ง 7 หัวข้อว่ามีความสำคัญสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน และเสนอให้เพิ่มหัวข้อปัญหาสุขภาพพร้อมเหตุผล ดังนี้

- ปัญหาสุขภาพจิตในวัยทำงาน เนื่องจากเป็นปัญหาสำคัญในวัยทำงาน ที่มีความเครียดหรืออาการซึมเศร้าจากการทำงาน และอาจนำมาสู่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสุขภาพที่สำคัญ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยชี้แจงว่าปัญหาสุขภาพจิตจะพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุไทย และการแก้ไขปัญหาคความเครียดในที่ทำงานได้มีกล่าวไว้รวมอยู่ในหัวข้อปัญหาสุขภาพอื่นๆ อยู่แล้ว
- มะเร็งเต้านม เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของผู้หญิงไทย และเป็นหนึ่งในสามของมะเร็งที่พบมากที่สุดในประเทศไทย จึงควรมีการพิจารณามาตรการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้อ้างถึงการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ซึ่งบ่งชี้ว่ามาตรการที่มีหลักฐานยืนยันว่ามีประโยชน์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมคือการทำ mammogram แต่ไม่มีความคุ้มค่าหากต้องให้การตรวจนี้กับหญิงไทยทุกคน เนื่องจากประเทศไทยอุบัติการณ์การเกิดน้อยกว่าต่างประเทศมาก และขณะนี้กำลังมีการศึกษาเพื่อพัฒนา Clinical prediction score เพื่อคัดกรองผู้หญิงที่ควรได้รับการตรวจด้วย mammogram
- ปัญหาการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งผู้วิจัยชี้แจงว่าปัญหาดังกล่าวไม่ใช่ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้ใหญ่/วัยทำงานในประเทศไทย

การทบทวนมาตรการ/นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงานในประเทศไทย

นักวิจัยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพนำเสนอผลการทบทวนมาตรการ/นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน ภายใต้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้ง 7 หัวข้อข้างต้น หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมประชุมได้ร่วมกันอภิปรายซึ่งสามารถสรุปประเด็นสำคัญในแต่ละหัวข้อได้ดังนี้

1. โรคหัวใจและหลอดเลือด

- ถึงแม้ว่าโรคเบาหวานจะเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือด แต่ควรแยกโรคเบาหวานออกมาเป็นอีกหัวข้อหนึ่ง เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่มีขนาดของปัญหาค่อนข้างใหญ่ และ โรคทั้งสองยังมีรหัส ICD 10 ที่แตกต่างกัน
- ควรทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับมาตรการสำคัญอื่นๆ ที่มีการดำเนินงานในปัจจุบัน เช่น การลดการบริโภคเกลือ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ดำเนินการโดยกรมสนับสนุนบริการ

สุขภาพ ซึ่งในโครงการนี้มีการประเมินพฤติกรรม และการประเมินความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (health literacy) ที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อไม่เรื้อรังไว้ด้วย

- ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความเห็นว่าควรพิจารณาเครื่องมือ 10-year CVD risk assessment ซึ่งได้รับการแนะนำโดยองค์การอนามัยโลกให้ใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั่วโลกและได้บรรจุในแผนงานของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อใช้คัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เปรียบเทียบกับการใช้ Rama E-GAT score ที่เสนอโดยผู้วิจัยด้วย
- ควรทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการหลังจากมีกระบวนการคัดกรองด้วย เช่น การส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดไปยัง Diet Physical Activity Clinic (DPAC) ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความเห็นว่า การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ดีที่สุด คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (life style modification) อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเพิ่มเติม เช่น การประเมินความคุ้มค่า

2. โรคมะเร็งตับ

- ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอให้พิจารณาสาเหตุของการเกิดมะเร็งตับอื่นๆ นอกเหนือจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ (hepatitis) เพื่อขยายขอบเขตการประเมินให้กว้างกว่าการเป็นมะเร็งตับจากการติดเชื้อไวรัส Hepatitis B หรือ C ซึ่งจะส่งผลต่อการพิจารณามาตรการ ทั้งนี้ ผู้วิจัยชี้แจงว่าสาเหตุของการเกิดมะเร็งตับต่างๆ เป็นปัจจัยเสริมซึ่งกันและกัน และยังไม่มีความชัดเจนในการรักษามะเร็งตับ อีกทั้งการให้ยาอาจมีผลเสียมากกว่าผลดี ซึ่งปัจจุบันกำลังทำการศึกษาเรื่องการคัดกรองอยู่ ดังนั้น การทบทวนครั้งนี้จึงเน้นสาเหตุที่เกิดจาก Chronic Hepatitis เท่านั้น

3. การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

- ควรทบทวนวรรณกรรมให้ครอบคลุมการให้การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
- การให้บริการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ควรเน้นการให้บริการเชิงรุก เช่น การให้คำปรึกษาแบบ community-based HIV counseling and testing

4. โรคมะเร็งปากมดลูก

- ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นด้วยกับนักวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบเพื่อติดตามและประเมินผลมาตรการต่างๆ นอกจากนั้นควรมีการประเมินซ้ำ (re-evaluate) ในมาตรการที่เคยทำการประเมินแล้ว
- ปัญหาที่สำคัญของการจัดการมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยคือ 1) การให้บริการคัดกรองและการติดตามผู้ป่วยหลังการคัดกรอง 2) การเก็บข้อมูลเข้าฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลผู้ป่วยใหม่ (new case) และข้อมูลการเสียชีวิต (death case)

5. อาชีวอนามัย

- ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอให้ใช้คำว่า “โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน” แทนคำว่า “อาชีวอนามัย” เพื่อให้ชัดเจนมากขึ้น
- ควรมีการดูแลสุขภาพแรงงานในระบบโดยกลุ่มนายจ้างเป็นผู้จัดบริการ โดยมีหน่วยงานส่วนกลางเป็นผู้ออกแบบและกำหนดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบาดเจ็บ และอุบัติเหตุแก่นายจ้างเพื่อให้การทำกิจกรรมเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งหมด
- ควรพิจารณารูปแบบกิจกรรมที่จะสามารถครอบคลุมถึงกลุ่มแรงงานนอกระบบ เพื่อให้เข้าถึงการรับบริการตรวจสุขภาพหรือคัดกรองความเสี่ยงของโรคจากการทำงานได้
- ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นด้วยกับการพัฒนาติดตามสุขภาพของลูกจ้าง โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง แม้ลูกจ้างจะพ้นสภาพการเป็นลูกจ้างแล้ว โดยคำนึงถึงระบบการเบิกจ่ายเงินสำหรับการบริการในรูปแบบของการเฝ้าระวังสุขภาพดังกล่าวให้มีความเหมาะสมด้วย

6. ปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- นอกจากมาตรการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรงแล้ว ควรให้การสนับสนุนมาตรการที่เป็น non-health ด้วย เช่น สายด่วนเลิกเหล้า (quit line) และการรณรงค์งดเหล้าในช่วงเทศกาลต่างๆ เป็นต้น

7. การสูบบุหรี่/ยาสูบ

- ระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานให้ทุนสนับสนุนและหน่วยงานปฏิบัติงาน ทำให้การดำเนินงานยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร
- มาตรการที่น่าสนใจเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่/ยาสูบ คือ การสนับสนุนยาทางเลือกที่ช่วยเลิกบุหรี่ เช่น การให้หมากฝรั่งหรือลูกอมนิโคติน

8. ข้อเสนอแนะอื่นๆ

- ควรทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับมาตรการป้องกันปัจจัยเสี่ยงบางอย่างซึ่งสามารถครอบคลุมได้หลายโรค
- ควรให้ความสำคัญกับมาตรการ/โครงการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มากขึ้น

ปิดการประชุมเวลา 16.30 น.

ภญ. วรสิทธิ์ จันทรสถาพรจิต

ผู้สรุปรายงานการประชุม

ดร.ภญ. ศีตาพร ยั้งคง

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

ภาคผนวก ค

เอกสารการประชุม

การประชุมเพื่อพิจารณาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงและมาตรการช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ภายใต้โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน
วันพุธที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2557 เวลา 13.30-16.30 น.
ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. ภก.คชา	บัณฑิตานุกุล	เครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ
2. นางวิไลลักษณ์	ทฤพรชพงค์	สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค
3. นางสาวชลนที	รอดสว่าง	สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค
4. นางสาวสุปราณี	พิมพ์ชุมเหล็ก	สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค
5. รศ.ดร.บุปผา	ศิริรัมย์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
6. คุณปริยา	เกนโรจน์	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
7. นพ. วันชาติ	ศุภจัตรัส	เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
8. นายพงษ์ศักดิ์	วงศ์เจริญชัย	เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
9. ดร.นพ.ยศ	ตีระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
10. ดร.ภญ.นัยนา	ประดิษฐ์สิทธิกร	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
11. ดร.ภญ.ศิตาพร	ยังคง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
12. ภญ.วริทธิ์	จันทร์สถาพรจิต	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
13. น.ส.ชุตินา	คำดี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
14. น.ส.สุธินุช	ตั้งสถิตย์กุลชัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

ดร.ภญ.ศิตาพร ยังคง กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมฯ จากนั้นแนะนำโครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงานและผลการดำเนินงานของโครงการฯ ที่ผ่านมา โดยจากการประชุมเพื่อพิจารณาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงและมาตรการช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบที่เหมาะสมต่อโครงการฯ เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมริชมอนด์สไตลชีคอนเวนชันฮอลล์ ได้ข้อเสนอเบื้องต้นเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ 1) การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่/ยาสูบ และ 2) การช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ (ทั้งยาและไม่ใช้ยา) โดยมีข้อเสนอเพิ่มเติม เกี่ยวกับการ ขาดความเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานให้ทุนสนับสนุนและหน่วยงานปฏิบัติงาน ทำให้การดำเนินงานยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร และการสนับสนุนทางเลือกที่ช่วยเลิกบุหรี่ เช่น การให้หมากฝรั่ง/ลูกอมนิโคติน/ยาช่วยเลิกบุหรี่ จึงเป็นที่มาของการประชุมครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

พิจารณาปัญหา ช่องว่างองค์ความรู้ และความเป็นไปได้ในการดำเนินมาตรการ/นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่/ยาสูบ

จากนั้น ดร.ภญ.ศิตาพร ยังคง ได้นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับ มาตรการและนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่/ยาสูบ ของประเทศไทยในปัจจุบัน ได้แก่ การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่/ยาสูบด้วยแบบสอบถาม ASSIST คลินิกอดบุหรี่ การให้คำปรึกษาและการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ การให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (Quit line) รวมทั้งผลการประเมินของแต่ละมาตรการทั้งด้านประสิทธิผลและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ จากนั้นได้เปิดเวทีให้ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็น โดยสรุปได้ดังนี้

สถานการณ์และมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่/ยาสูบ

เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีการจัดโครงการป้องกันการสูบบุหรี่ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่/ยาสูบแก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้นำชุมชน รวมทั้งสตรี เพื่อสร้างต้นแบบในการนำความรู้ที่ไปขยายผลต่อในระดับอำเภอ ชุมชน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และจัดทำกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่ต่อไป นอกจากนี้ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ ได้มีการจัดตั้งคลินิกฟ้าใสเพื่อให้คัดกรองผู้สูบบุหรี่/ยาสูบ (ask) ให้คำแนะนำ (advice) และให้ยาแก่ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่/ยาสูบและแอลกอฮอล์ และกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรัง เช่น ความดัน เบาหวาน เป็นต้น ปัจจุบันมีคลินิกฟ้าใสกระจายอยู่ทั่วประเทศกว่า 300 แห่ง

สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการควบคุม สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่โดยตรง แม้ว่าหน่วยงานจะไม่ได้มีหน้าที่ในการวิเคราะห์สารประกอบในบุหรี่/ยาสูบ อย่างไรก็ตาม โรงงาน/บริษัทผลิตหรือนำเข้าบุหรี่เพื่อจำหน่ายในประเทศไทยต้องมีการวิเคราะห์สารประกอบเพื่อแจ้งจดทะเบียนบุหรี่/ยาสูบนั้น นอกจากนี้ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบได้มีการศึกษาและเสนอแนะตัวยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่บรรจุทั้งในบัญชียาหลักและชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ 1.Bupropion 2.Varenicline 3.แผ่นแปะนิโคติน (NRT peach) และ 4.หมากฝรั่งนิโคติน (NRT gum) โดยไม่ได้มีการเสนอ Nortriptyline เนื่องจากบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติอยู่แล้ว

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังได้รับทุนสนับสนุนจาก National Institutes of Health (NIH) ประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อการดำเนินการโครงการ International Tobacco Control (ITC) โดยมหาวิทยาลัยมหิดล โครงการ ICT ได้ทำวิจัยด้านผลกระทบจากนโยบายการควบคุมโรคจากการบริโภคยาสูบในประเทศกำลังพัฒนารวมถึง ประเทศไทย และวิเคราะห์องค์ประกอบเคมี และสารพิษในบุหรี่/ยาสูบ โดยงานวิจัยที่ทำเป็นเชิงสำรวจ ซึ่งปัจจุบันได้มีการสำรวจแล้วทั้งสิ้น 6 รอบ เริ่มการสำรวจครั้งแรกเมื่อปี 2548

ด้านเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมเพื่อควบคุมยาสูบ ได้มีการจัดทำโครงการเลิกบุหรี่ ณ ร้านขายยา โดยเภสัชอาสาและร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการทำหน้าที่คัดกรองผู้สูบบุหรี่ ให้คำแนะนำและให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ แก่ผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่/ยาสูบ ได้แก่ Nicotine replacement therapy (NRT) และยา Nortriptyline ซึ่ง

ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป ปัจจุบัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้สนับสนุนโครงการนี้ โดยการนำเครื่องมือ Peak flow เพื่อตรวจปอดมาเป็นสิ่งจูงใจให้คนเข้ามารับบริการเลิกบุหรี่และยาสูบที่ร้านขายยามากขึ้น นอกจากนี้ ร้านขายยาที่ได้รับค่าตอบแทนรายหัวจาก สปสช. อีกด้วย โดยมีหลักเกณฑ์ในการให้บริการเลิกบุหรี่/ยาสูบ ณ ร้านขายยา 4 ขั้นตอน หรือ 4 A คือ 1. การคัดกรองผู้สูบบุหรี่ (A1 : Ask) 2. การให้คำแนะนำ (A2 : Advice) 3. การเข้าถึงยา (A3 : Access) 4. การได้รับยา (A4 : Available) ซึ่งหากร้านขายยาให้บริการได้ทั้ง 4 ขั้นตอนจะได้รับเงินสนับสนุนจาก สปสช. แต่อย่างไรก็ตามโครงการดังกล่าวครอบคลุมเฉพาะเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเท่านั้น

สำหรับการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบ World Health Organization (WHO) ได้แนะนำให้ใช้ NRT ชนิดแผ่นแปะ ซึ่งมีประสิทธิผล (efficacy) ในการช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบไม่ว่าจะเป็นชนิดแปะในช่องปากหรือแก้ม แต่แต่ละประเทศสามารถผลิตได้เองและมีราคาไม่แพงมากนัก

การให้ยาช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบ Nortriptyline บรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติเมื่อปี พ.ศ. 2556 สำหรับประเทศไทยมีการให้ยาช่วยเลิกบุหรีมานานกว่า 10 ปี ในโรงพยาบาลทหาร ซึ่งได้มีการผลิตยาสมุนไพรหญ้าดอกขาว ชนิดแคปซูลเพื่อจ่ายให้ทหารที่ต้องการเลิกบุหรี/ยาสูบ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาหรือติดตามประสิทธิผลของยาหญ้าดอกขาว ซึ่งในปัจจุบันถูกบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว นอกจากนี้ มีความพยายามในการพัฒนายาช่วยเลิกบุหรี/ยาสูบในรูปแบบที่ง่ายต่อการเข้าถึงของประชาชนและมีประสิทธิผลในการช่วยเลิกบุหรี/ยาสูบ เช่น การพัฒนาลูกอมช่วยเลิกบุหรี/ยาสูบ (Lozenges) การพัฒนาสารสกัดเข้มข้นจากหญ้าดอกขาว เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามยังคงต้องการการศึกษาและพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ยาที่ได้มาตรฐาน อย. และสามารถบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติและชุดสิทธิประโยชน์ของสปสช.ได้

ประเทศไทยมีบริการสายด่วนเลิกบุหรี Quit line 1600 โดยศูนย์บริการเลิกบุหรีทางโทรศัพท์แห่งชาติเป็นหน่วยงานกึ่งเอกชน ซึ่งได้รับการสนับสนุนจาก สสส. ถือว่าเป็นบริการที่ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงได้มากที่สุด แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีประชาชนเข้ารับบริการจำนวนน้อย เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ติดบุหรี/ยาสูบในประเทศไทย นั้นแสดงถึงการเข้าไม่ถึงบริการสายด่วนเลิกบุหรี Quit line 1600 ในประชากรบางกลุ่ม เช่น กลุ่มด้อยโอกาสทางการศึกษา กลุ่มคนจน กลุ่มคนชนบท เป็นต้น

ปัญหาและอุปสรรคของมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของป้องกันบุหรี/ยาสูบ

ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นด้านปัญหาและอุปสรรคของมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของป้องกันบุหรี/ยาสูบว่า การระบุให้บุหรี/ยาสูบ หรือแม้กระทั่งเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นยาเสพติดพิษกฏหมายนั้นเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก ดังนั้นจึงยังคงต้องเผชิญกับโรคที่เกิดจากปัจจัยจ้ยเหล่านี้ ประชาชนเองโดยส่วนใหญ่มีความรู้ถึงโทษภัยจากการสูบบุหรี/ยาสูบ แต่ยังมีอุปสรรคด้านจิตใจที่ไม่หนักแน่นพอในการเลิกบุหรี/ยาสูบ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่ติดบุหรี/ยาสูบอย่างหนัก

ด้านคลินิกอดบุหรีในสถานพยาบาลที่มีการคัดกรองบุหรี/ยาสูบร่วมกับแอลกอฮอล์และสารเสพติดชนิดอื่นๆ ทำให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรีไม่กล้าเข้ารับบริการเพราะกลัวผู้พบเห็นเข้าใจผิดคิดว่าเป็นผู้ติดยาเสพติด

อีกทั้งการมีคลินิกอดบุหรี่ในสถานพยาบาลยังไม่มีครอบคลุมทั่วประเทศทำให้ประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ เนื่องจากอยู่ไกลบ้านข้าง แพทย์ พยาบาล ไม่ให้ความสนใจในการติดตามเพราะมีภาระงานมีมากอยู่แล้ว เป็นต้น ส่วนการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบแม้ว่าจะถูกบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่ยังคงขาดความชัดเจนในจัดซื้อและจ่ายยา เนื่องจากยาหรือเวชภัณฑ์ที่ต้องใช้ในการช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบนั้นมีราคาแพง และส่วนใหญ่แพทย์ที่เป็นผู้จ่ายยาช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบติดนั้นเป็นแพทย์สาขาจิตเวช ตรงนี้จึงยังคงเป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ

ผู้เชี่ยวชาญท่านหนึ่งได้ให้ความเห็นว่า มาตการการให้ยาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบบมีปัญหาและอุปสรรค 2 ประเด็น คือ 1. การไม่มียา (available) ถึงแม้ว่าจะมียาช่วยเลิกบุหรี่ Nortriptyline บรรจุในบัญชียาหลัก อย่างไรก็ตาม งบประมาณยังเป็นข้อจำกัดของการจัดซื้อยาดังกล่าวไว้ในสถานพยาบาล โดยเฉพาะ รพ.สต. ที่มีงบประมาณน้อยและอาจมีความจำเป็นต้องจัดซื้อยาชนิดอื่นมากกว่า 2. การเข้าถึงยา (access) ของกลุ่มคนด้อยโอกาสหรือคนจนที่มีความซุกสูงในการสูบบุหรี่/ยาสูบ เนื่องจากการขาดความรู้และความยากจนทำให้กลุ่มคนเหล่านี้ยังคงมีปัญหาการเข้าถึงยา

ด้านปัญหาและอุปสรรคของสายด่วนเลิกบุหรี่ Quit line 1600 อย่างที่ได้กล่าวมาข้างต้นว่า ยังมีประชาชนเข้ารับบริการจำนวนน้อย เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ติดบุหรี่/ยาสูบในประเทศไทย ทำให้ประชากรบางกลุ่มไม่เข้าถึง เช่น กลุ่มด้อยโอกาสทางการศึกษา กลุ่มคนจน กลุ่มคนชนบท เป็นต้น นอกจากนี้ จำนวนผู้เลิกบุหรี่/ยาสูบจากบริการสายด่วนเลิกบุหรี่ Quit line ยังคงเป็นจำนวนที่น้อย (ประมาณร้อยละ 30 ผู้เข้ารับบริการทั้งหมด)

ข้อเสนอแนะต่อรูปแบบมาตรการสร้างเสริมสุขภาพของป้องกันบุหรี่/ยาสูบ

1. ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้ศึกษาตัวอย่างรูปแบบมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากบุหรี่/ยาสูบจากต่างประเทศ เช่น **ประเทศญี่ปุ่น** มีการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบแก่ประชาชนบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ สำหรับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่/ยาสูบ สามารถเข้ารับบริการการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบได้เพียงครั้งเดียวเท่านั้น หากไม่ประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ครั้งแรก ครั้งต่อไปในการเข้ารับบริการการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบต้องมีการร่วมจ่ายระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Co-pay) **ประเทศสิงคโปร์** มีมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยการใช้เงินเป็นตัวล่อในการรักษาสุขภาพและป้องกันโรค ประชาชนที่ไม่มีการเจ็บป่วยหรือเข้ารับการรักษาพยาบาลจะได้รับการสะสมเงินรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (Medical saving account) **ประเทศไต้หวัน** มีการให้ค่าตอบแทนแก่แพทย์ที่จ่ายยาช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบ ทำให้การเข้าถึงของประชาชนมีจำนวนมากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีจำนวนประชาชนเข้าถึงมากขึ้น แต่ไม่พบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่/ยาสูบ **ประเทศแคนาดา** มีการส่งข้อความให้ความรู้เกี่ยวกับโทษและการเลิกบุหรี่/ยาสูบผ่านโทรศัพท์

2. มาตรการการคัดกรองบุหรี่/ยาสูบในประชากรกลุ่มเสี่ยงที่แบ่งเป็นระดับ low moderate high ควรมีการให้นิยามและความหมาย (definition) ของประชากรกลุ่มเสี่ยงให้ชัดเจน และควรมีการจัดทำคู่มือและแนวทางในการตรวจคัดกรองในแต่ละระดับอย่างเหมาะสม
3. มาตรการการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบ ควรมีความชัดเจนในการจัดซื้อจากงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ของ สปสช. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยาช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบอย่างทั่วถึง โดยอาจมีการพัฒนาหรือเวชภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่เองตามคำแนะนำของ WHO เช่น ลูกอมช่วยเลิกบุหรี่ และควรพัฒนาจนกระทั่งสามารถจำหน่ายได้ตามร้านสะดวกเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงมากที่สุด แต่อย่างไรก็ตาม หากมีเข้าถึงยาช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบที่ง่ายจนเกินไปก็จะเป็นการจูงใจ (abuse) ให้วัยรุ่นหรือนักสูบบุหรี่ใหม่ลองสูบบุหรี่/ยาสูบมากขึ้น
4. การคัดกรองและการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่/ยาสูบควรแยกออกจากการคัดกรองยาเสพติดอื่นๆ เพื่อลดอคติ (Bias) ของผู้เข้ารับบริการ
5. รูปแบบของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่/ยาสูบ ไม่ว่าจะเป็นการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ การให้คำแนะนำ และการให้ยาหรือเวชภัณฑ์ช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบนั้นควรเน้นการเข้าถึงเป็นหลัก เช่น ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ รพ.สต. ที่มีความใกล้ชิดกับชุมชนและประชาชนมากที่สุด หรือในโรงงาน สถานที่ทำงาน เฉพาะในกรณีการคัดกรองผู้สูบบุหรี่และการให้คำแนะนำเท่านั้น ซึ่งหากรูปแบบมาตรการเป็นการให้คำแนะนำควรมีเครื่องมือเข้ามาช่วยเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่ในโรงงานหรือสถานที่ทำงานนั้น หากมีการระบุชัดเจนว่าไม่รับพนักงานที่สูบบุหรี่ จะทำให้มีความชัดเจนมากขึ้นถึงโรงงานหรือสถานที่ทำงานที่ควรจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่ ซึ่งอาจจะต้องมีแรงจูงใจในกับโรงงานหรือสถานที่ทำงานเหล่านั้นจัดบริการจากหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมสรรพากร สำนักงานประกันสังคม เป็นต้น
6. สายด่วนเลิกบุหรี่ Quit line 1600 นอกเหนือจากการให้คำแนะนำในการเลิกบุหรี่แล้วควรมีระบบการส่งต่อผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่/ยาสูบ ให้ได้เข้าถึงยาช่วยเลิกบุหรี่ โดยอาจจะใช้วิธี Quit line Stamp เพื่อให้ทราบว่าผู้เข้ารับบริการ Quit line เข้าถึงยาช่วยเลิกบุหรี่หรือยัง หากยังไม่เคยเข้าได้รับยาช่วยเลิกบุหรี่ก็ควรส่งต่อให้ผู้บริการเข้ารับยาช่วยเลิกบุหรี่ในสถานบริการใกล้บ้าน แต่หากเคยแล้วก็อาจถูกตัดสิทธิในการได้รับยาอีก ดังนั้นการให้ยาช่วยเลิกบุหรี่/ยาสูบจึงไม่ควรจำกัดสิทธิเฉพาะสถานพยาบาลที่ตนสังกัดเท่านั้น ควรจะเป็นสถานพยาบาลใดก็ได้ที่ผู้รับบริการสะดวก หรือแม้กระทั่งร้านขายยาเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดปัญหาจากการสูบบุหรี่/ยาสูบทั้งตัวผู้สูบและผู้ได้รับผลกระทบทางอ้อม (secondhand smoke)

ปิดการประชุมเวลา 16.30 น.

น.ส. ชุติมา คำดี

ผู้สรุปรายงานการประชุม

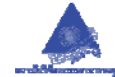
ผู้ตรวจรายงานการประชุม

การประชุมผู้เชี่ยวชาญ มาตรการ/นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่/ยาสูบ

19 มีนาคม 2557 ณ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ศิตาพร ยังกง, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ชุติมา คำดี, วริทธิ์ จันทรสถาพรจิต,
ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, ยศ ตีระวัฒนานนท์

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

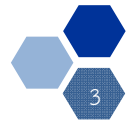


กำหนดการประชุม

- | | |
|------------------|---|
| 13.45 – 14.00 น. | นำเสนอที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการ และวัตถุประสงค์การประชุม |
| 14.00 – 14.20 น. | นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับมาตรการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่/ยาสูบ |
| 14.20 – 16.00 น. | เปิดเวทีอภิปราย |
| 16.00 – 16.30 น. | สรุปการประชุม |

โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- **วัตถุประสงค์:** เพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนานโยบายและปรับปรุงรายการสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ขั้นตอนการดำเนินงาน

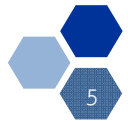
1. ทบทวนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่/วัยทำงาน และ กฎหมาย/นโยบายในประเทศ
2. คัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน
3. ทบทวนนโยบาย/มาตรการ/โครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงานทั้งในและต่างประเทศ
4. ศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินงานมาตรการและนโยบายดังกล่าวในประเทศไทย และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
5. เสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



ปัญหาสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือก*

1. โรคหัวใจและหลอดเลือด
2. มะเร็งตับ
3. การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
4. มะเร็งปากมดลูก
5. อาชีวอนามัย
6. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
7. **การสูบบุหรี่/ยาสูบ****

* ผ่านความเห็นชอบจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2557



ข้อเสนอแนะจากการประชุมวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2557

ข้อเสนอเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์

- การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่/ยาสูบ → ASSIST และการให้คำแนะนำอย่างสั้น
- ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ (ทั้งยาและไม่ใช้ยา) → การบริการเลิกบุรียังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์

ข้อเสนอเพิ่มเติมจากที่ประชุม

- ขาดการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานให้ทุนสนับสนุนและหน่วยงานปฏิบัติงาน ทำให้การดำเนินงานยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร
- ควรสนับสนุนทางเลือกที่ช่วยเลิกบุหรี่ เช่น การให้หมากฝรั่ง/ลูกอมนิโคติน/ยาช่วยเลิกบุหรี่



วัตถุประสงค์การประชุมวันนี้

เพื่อพิจารณาปัญหา ช่องว่างองค์ความรู้ และความเป็นไปได้
ในการดำเนินมาตรการ/นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและ
ป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่/ยาสูบ



การทบทวนวรรณกรรมมาตรการและนโยบายด้านการ
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการสูบบุหรี่/
ยาสูบ

กรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO Framework Convention on Tobacco Control)

- การสูบบุหรี่/ยาสูบ เป็นปัจจัยเสี่ยงเดียวที่มีกรอบอนุสัญญา
- มีผลบังคับใช้กับประเทศภาคีสมาชิก ตั้งแต่วันที่ 8 พฤศจิกายน 2547 เป็นต้นมา
- กรอบอนุสัญญาฯ ได้เสนอมาตรการในการควบคุมยาสูบ 5 ประเภท ได้แก่
 1. มาตรการลดอุปสงค์การบริโภคยาสูบ
 2. มาตรการด้านอุปทานลดการบริโภคยาสูบ
 3. การควบคุมกำกับสารประกอบในผลิตภัณฑ์ยาสูบ
 4. มาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่
 5. การช่วยให้ผู้เสพติดเลิกใช้ยาสูบ



World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. http://www.who.int/fctc/text_download/en/index.html

การดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาฯ (1)

1. มาตรการลดอุปสงค์การบริโภคยาสูบ
 - มาตรการด้านราคาและมาตรการทางภาษี
 - การจำกัดพื้นที่สูบบุหรี่ ภายใต้ พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535
 - ข้อความและภาพคำเตือนบนซองบุหรี่
 - การห้ามโฆษณาและส่งเสริมการขาย ภายใต้ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2535
2. มาตรการด้านอุปทานลดการบริโภคยาสูบ
 - มาตรการปราบปรามการค้าบุหรี่/ยาสูบที่ผิดกฎหมาย



การดำเนินการตามกรอบอนุสัญญาฯ (2)

3. การควบคุมกำกับสารประกอบในผลิตภัณฑ์ยาสูบ

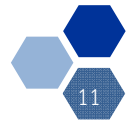
- ยังไม่พบการที่ดำเนินการภายใต้มาตรการนี้ในประเทศไทย

4. มาตรการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่

- พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ.2535

5. การช่วยให้ผู้เสพติดเลิกใช้ยาสูบ

- การเพิ่มการเข้าถึงบริการช่วยเหลือเลิกบุหรี่ เช่น
 - ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (Quit line)
 - คลินิกอดบุหรี่ – มีบริการการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการให้ยาช่วยเหลือเลิกบุหรี่
 - การใช้ยา หรือสารนิโคตินทดแทน เพื่อช่วยเหลือเลิกบุหรี่



11

มาตรการที่สามารถบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ฯ (1)

การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่/ยาสูบ

- การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่/ยาสูบด้วยแบบสอบถาม ASSIST (The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) พร้อมการให้คำแนะนำอย่างสั้น
- แบ่งกลุ่มความเสี่ยงตาม Risk score ออกเป็น Low, Moderate และ High เพื่อใช้ในการพิจารณามาตรการที่ควรจะให้กับบุคคลนั้นๆ

ผลการประเมิน

- การใช้แบบสอบถาม ASSIST ในการคัดกรองร่วมกับการให้คำแนะนำอย่างสั้นมีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่/ยาสูบ



12

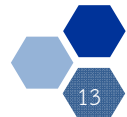
มาตรการที่สามารถบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ฯ (2)

การให้บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (Quit line)

- เปิดให้บริการตั้งแต่ พ.ศ. 2552
- บริการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่ การติดตามให้กำลังใจและบันทึกข้อมูล

ผลการประเมิน

- มีเรียกเข้าเฉลี่ย 11,202 ครั้ง /เดือน โดยมี Quit rate 24 ชั่วโมง ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60 และ Quit rate ของผู้ที่เลิกได้ต่อเนื่อง 6 เดือน (Continuous abstinence rate) ได้ร้อยละ 38.9*
- บริการนี้ยังไม่สามารถรองรับผู้สูบบุหรี่ที่มีอยู่จำนวนมากในปัจจุบันได้ ในขณะที่ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้ด้อยโอกาสมีการศึกษาน้อยอยู่ในชนบทและยากจน มีโอกาสเข้าถึงบริการเลิกเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ได้น้อย



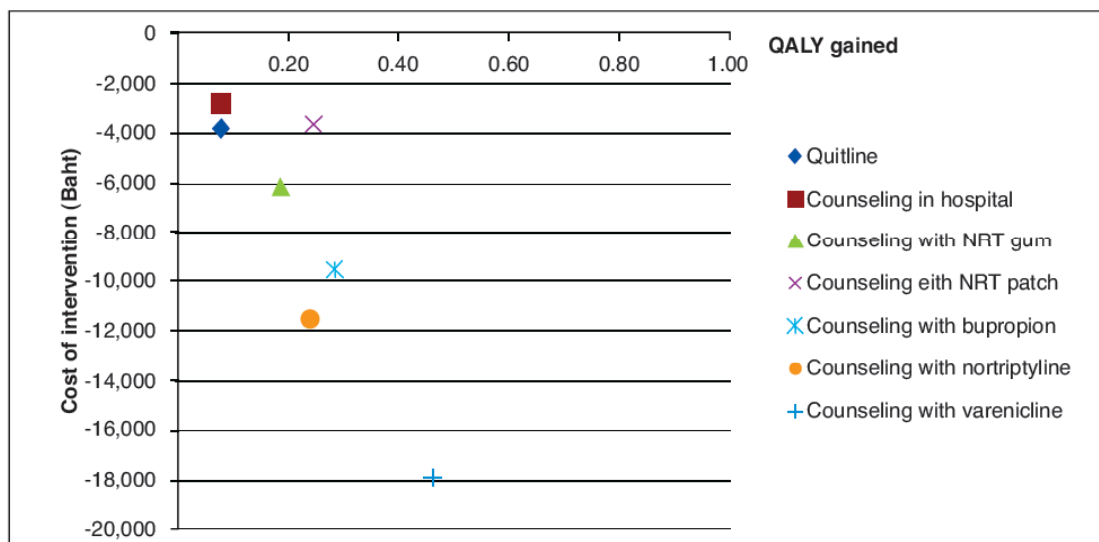
*มณฑา เก่งการพานิช และคณะ. การประเมินผลแผนงาน "ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์แห่งชาติ" (ศบช) ระยะที่ 2 ตุลาคม 2553 ถึงกุมภาพันธ์ 2555. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. 2555.

มาตรการที่สามารถบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ฯ (3)

การให้บริการเลิกบุหรี่ (1)

- ปัจจุบันมีบริการเลิกบุหรี่ในหลายๆ โรงพยาบาล และคลินิกอดบุหรี่ 581 แห่งทั่วประเทศ (พ.ศ.2553-2554)

ผลการประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ของมาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่*



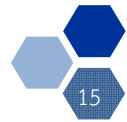
* จิรบูรณ์ ไตสงวน, ณธร์ ชัยญาคณาพฤกษ์, จิตปรานี วาศวิท. การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของมาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย. 2554.



มาตรการที่สามารถบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ฯ (3)

การให้บริการเลิกบุหรี่ (2)

- การให้บริการเลิกบุหรี่: การให้คำปรึกษา และการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่
- ยา Nortriptyline อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว ด้วยข้อบ่งชี้ในการช่วยเลิกบุหรี่
- ควรพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการให้บริการเลิกบุหรี่ เพื่อให้การบริการสามารถทำได้
อย่างเป็นระบบและทำให้การใช้ยาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด



15

ประเด็นอภิปราย

1. ความเป็นไปได้ในการจัดบริการคัดกรอง-ให้คำปรึกษาและให้บริการเลิกบุหรี่ (รวมทั้งการใช้ยา) สามารถเข้าถึงได้อย่างถ้วนหน้าในประเทศไทย
 - บริการ Quit line นับเป็นบริการที่เข้าถึงได้อย่างครบถ้วน (ตามมาตรการข้างต้น) และถ้วนหน้าหรือไม่?
2. มีอุปสรรคสำหรับการเข้าถึงยาเลิกบุหรี่หรือไม่ (Nortriptyline ตัวเดียวที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ในข้อบ่งชี้ Antidepressant และ Drug used in smoking cessation)



16

เอกสารการประชุม

การประชุมเพื่อพิจารณาเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ภายใต้ “โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน”

วันพฤหัสบดีที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2557 เวลา 09.00 - 12.00 น.

ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา | สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย |
| 2. นพ.กฤษ ลิ้มทองอิน | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 3. นพ.สุกิจ แย้มวงษ์ | หน่วยโรคหัวใจ ภาควิชาอายุรศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 4. นพ.ปริญญา วาทีสาธกกิจ | หน่วยโรคหัวใจ ภาควิชาอายุรศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี |
| 5. นพ.ภานุวัฒน์ ปานเกตุ | ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค |
| 6. นางสาววรรณิกา วงศ์ไกรสีทอง | สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์
กรมการแพทย์ |
| 7. นายสาโรช เจริญกุล | ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ |
| 8. ศ.เกียรติคุณ พญ.วรรณิ นิธิยานันท์ | สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ |
| 9. พ.อ.พิเศษ รศ.นพ.สามารถ นิธินันท์ | สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย |
| 10. พญ.วารากรณ์ ดิยานนท์ | สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยฯ |
| 11. น.อ.นพ.ไกรสร วรดิถี | ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย |
| 12. พญ.ฉายศรี สุพรศิลป์ชัย | กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข |
| 13. ศ.นพ.ประมุข มุทิรางกูร | สมาคมแพทย์โรคหลอดเลือดแห่งประเทศไทย |
| 14. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 15. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวส | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 16. ดร.ภญ.นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 17. ดร.ภญ.ศิตาพร ยิ่งคง | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 18. ภญ.วริทธิ์ จันทรสถาพรจิต | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 19. น.ส.ชุตินา คำดี | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 20. น.ส.สุธิษุ ตั้งสถิตย์กุลชัย | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 21. ภญ.ปฤษฎรพร กิ่งแก้ว | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

เริ่มประชุมเวลา 09.00 น.

นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา ประธานในการประชุม กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมฯ จากนั้น ดร.ภญ.ศิตาพร ยังกง แนะนำโครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงานและการดำเนินงานของโครงการฯ ที่ผ่านมา โดยจากการประชุมเพื่อให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรการและข้อเสนอแนะแนวทางการดำเนินมาตรการเหล่านั้นต่อโครงการฯ เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมริชมอนด์ สโตนีคอนเวนชันโฮเทล ได้ข้อเสนอเบื้องต้นเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดว่าควรมีการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงโดยรวมของโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้ ยังไม่ได้ข้อสรุปว่าจะแนะนำเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวมใดระหว่าง “RAMA-EGAT heart score” ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะจากโครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการคัดกรองทางสุขภาพระดับประชากรในประเทศไทย (พ.ศ. 2556) และเครื่องมือคัดกรอง “WHO/ISH risk prediction chart” ซึ่งเป็นข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก จึงเป็นที่มาของการประชุมครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้และความเหมาะสมของมาตรการคัดกรองความเสี่ยงโดยรวมของโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย ระหว่าง Rama-EGAT heart score กับ WHO/ISH risk prediction chart

จากนั้น น.ส.ชุตติมา คำดี ได้นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับลักษณะของเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวมของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ดี ซึ่งใช้เป็นเกณฑ์เบื้องต้นในการพิจารณาเครื่องมือ Rama-EGAT heart score กับ WHO/ISH risk prediction chart ในการประชุมครั้งนี้ ได้แก่ 1) วิธีการประเมินความเสี่ยงมีทั้งที่เป็นเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ 2) วิธีการประเมินควรพิจารณาตามสัดส่วนความเสี่ยงของแต่ละปัจจัย 3) ปัจจัยเสี่ยงที่ประเมินมีความเหมาะสมกับประชากรไทย 4) เครื่องมือประเมินง่ายต่อการใช้งาน 5) มีการศึกษาความถูกต้องของเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวมในระดับประชากร โดยคำนึงถึงความหลากหลายของประชากร จากผู้ประเมินหลายกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน และ 6) เครื่องมือประเมินถูกนำมาใช้ตามผลลัพธ์ที่ดีที่สุดจากการประเมินเครื่องมือ ลำดับต่อมา นพ.สุกิจ แยมวงษ์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอายุรศาสตร์หัวใจ โรงพยาบาลรามาริบัติ ได้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวม Rama-EGAT heart score และ นพ.ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวม WHO/ISH risk prediction chart จากนั้นผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความคิดเห็น โดยสรุปได้ดังนี้

ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวม Rama-EGAT Heart score ว่า เครื่องมือดังกล่าวสามารถคัดกรองได้เฉพาะโรคหัวใจและการพัฒนาเครื่องมือนี้ได้จากการเก็บข้อมูลจากประชากรไทยที่กลุ่มตัวอย่างมีเพียงเพศชายเท่านั้น นอกจากนี้ การนำปัจจัยเสี่ยงเรื่องของความยาวรอบเอวเข้ามาใช้ในแบบประเมินอาจจะทำให้ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดโรคจริงๆ เช่น ความดันโลหิตสูง มีคะแนนที่ต่ำลงจนทำให้ผลทำนายความเสี่ยงที่ได้มีความคลาดเคลื่อน อีกทั้งยังมีปัจจัยเสี่ยงของคนไทยอื่นๆ ที่ควรต้องมีการคำนึงถึงในการพัฒนาเครื่องมือ เช่น การรับประทานผักผลไม้ การออกกำลังกาย การนอนกรน ความเครียด ซึ่งจากประเด็นดังกล่าวผู้บรรยายได้ชี้แจงว่า ปัจจุบันเครื่องมือ Rama-EGAT ได้มีการพัฒนาให้

ครอบคลุมทั้งหลอดเลือดหัวใจและสมองแล้ว โดยคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ของคนไทยไว้ในตัวแบบจำลองแล้ว อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับความยาวรอบเอวอาจจะมีปัญหาอยู่เนื่องจากไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงโดยตรงของโรคหลอดเลือดสมอง ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นอีกว่า ผลทำนายความเสี่ยงที่ได้จากการประเมินความเสี่ยงโดยรวมด้วยเครื่องมือ Rama-EGAT Heart score อาจจะไม่ถูกต้องนัก เนื่องจากข้อจำกัดด้านการศึกษาของประชาชนไทย นอกจากนี้ การที่เครื่องมือ Rama-EGAT Heart score ไม่ถูกนำมาใช้เนื่องจากยังขาดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนภายหลังจากได้ผลการทำนายความเสี่ยง ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่สำคัญเช่นกัน

ด้านเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวม WHO/ISH risk prediction chart ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นว่า เครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่ทั่วโลกให้การยอมรับ มีการศึกษาในระดับประชากรจากการเก็บข้อมูลหลายประเทศตามเขตพื้นที่และเชื้อชาติอย่างชัดเจน สามารถประเมินความเสี่ยงโดยรวมได้ครอบคลุมทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ง่ายต่อการนำมาใช้ในเบื้องต้นเพราะมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนตามระดับของกลุ่มเสี่ยง อย่างไรก็ตาม เครื่องมือนี้ยังไม่มีการศึกษาความถูกต้องและความแม่นยำในประชากรไทยมาก่อน อีกทั้งการพัฒนาเครื่องมือที่แม้ว่าจะมีการระบุผลลัพธ์ว่ามีความถูกต้องกับประชากรส่วนใหญ่ในกลุ่ม SEAR B ซึ่งในกลุ่มนี้มีประชากรของประเทศอินโดนีเซียเป็นส่วนใหญ่ จึงอาจไม่จำเพาะเจาะจงสำหรับประชากรไทย การนำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้จึงน่าจะเหมาะกับประเทศที่ยังไม่มีข้อมูลทางระบาดวิทยามากกว่า สำหรับประเทศไทยที่มีข้อมูลตรงนี้อยู่แล้วควรมีการพัฒนาเครื่องมือใช้เองจะทำให้การประเมินความเสี่ยงโดยรวมของโรคมีความถูกต้องและแม่นยำมากกว่า ดังนั้นการนำ WHO/ISH risk prediction chart มาใช้โดยไม่มีการศึกษาเรื่องความถูกต้องและแม่นยำในประชากรไทยอาจได้ผลการทำนายความเสี่ยงที่สูงเกินจริง (Over prediction) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อด้านงบประมาณของประเทศ เนื่องจากมีจำนวนผู้ที่ได้รับยาจากผลการทำนายความเสี่ยงที่สูงเกินจริงโดยไม่จำเป็น

การเลือกใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวมนั้น ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นว่าควรเลือกเครื่องมือที่ง่ายต่อการใช้งาน สามารถให้ประชาชนประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง หรือโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวมควรมีความครอบคลุมทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง ควรมีการทดสอบเครื่องมือในระดับประชากรเพื่อดูความถูกต้องและแม่นยำของเครื่องมือทั้งสองเปรียบเทียบกันในระดับประชากรไทยก่อนตัดสินใจ ควรมีวัตถุประสงค์ในการเลือกใช้เครื่องมือที่ชัดเจน หากเพื่อป้องกันและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควรเลือกใช้ WHO/ISH risk prediction chart แต่หากเพื่อป้องกันการเกิดโรคโดยการจ่ายยาควรใช้ Rama-EGAT Heart score และควรมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนภายหลังจากได้ผลการทำนายความเสี่ยง โดยต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการบริหารจัดการระบบสุขภาพของประเทศไทยด้วย

สุดท้ายประธานกล่าวสรุปให้คณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัยต่อตามข้อเสนอแนะที่ได้ข้างต้นเพื่อหาข้อสรุปของเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวมของโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เหมาะสมกับประเทศไทยต่อไป

ปิดการประชุมเวลา 12.00 น.

น.ส. ชุติมา คำดี

ผู้สรุปรายงานการประชุม

ดร.ภญ.ศิตาพร ยั้งคง

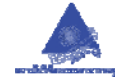
ผู้ตรวจรายงานการประชุม

การประชุมผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณามาตรการคัดกรองความเสี่ยง โรคหัวใจและหลอดเลือด

3 เมษายน 2557 ณ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ชุตินา คำดี, ศิตาพร ยังกง, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, วริทธิ์ จันทรสถาพรจิต,
ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส, ยศ ตีระวัฒนานนท์

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

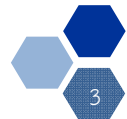


กำหนดการประชุม

9.30 -9.45 น.	ประธานกล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุม
9.45 -10.10 น.	นำเสนอที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการ และวัตถุประสงค์การประชุม
10.10-10.25 น.	นำเสนอ Rama-EGAT heart score
10.25-10.40 น.	นำเสนอ WHO/ISH risk prediction score
10.40-10.45 น.	นำเสนอเกณฑ์พิจารณาเครื่องมือประเมินความเสี่ยง โรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวม
10.45 -11.45 น.	เปิดเวทีอภิปราย
11.45- 12.00 น.	สรุปข้อเสนอแนะจากที่ประชุม

โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- **วัตถุประสงค์:** เพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนานโยบายและปรับปรุงรายการสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ทบทวนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่/วัยทำงาน และ กฎหมาย/นโยบายในประเทศ

2. คัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน

3. ทบทวนนโยบาย/มาตรการ/โครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงานทั้งในและต่างประเทศ

4. ศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินงานมาตรการและนโยบายดังกล่าวในประเทศไทย และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

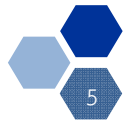
5. เสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



ปัญหาสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือก*

1. โรคหัวใจและหลอดเลือด**
2. มะเร็งตับ
3. การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
4. มะเร็งปากมดลูก
5. อาชีวอนามัย
6. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
7. การสูบบุหรี่/ยาสูบ

* ผ่านความเห็นชอบจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2557



ข้อเสนอแนะจากการประชุมวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2557

ข้อเสนอเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์

การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงโดยรวมต่อ
การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด



- ข้อเสนอแนะจากองค์การอนามัยโลก แนะนำให้ใช้ “WHO/ISH risk prediction chart”
- ข้อเสนอแนะจากโครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการคัดกรองทางสุขภาพระดับประชากรในประเทศไทย (พ.ศ. 2556) แนะนำให้ใช้ “RAMA-EGAT score”

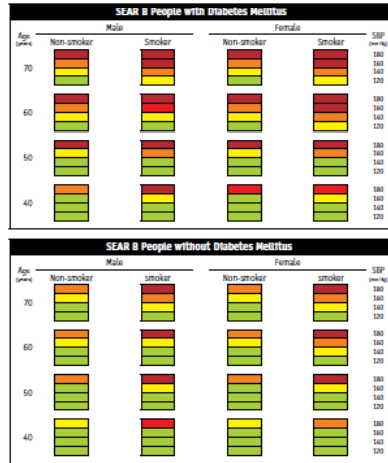
ข้อเสนอเพิ่มเติม

- มาตรการที่นำมาใช้ควรมีหลักฐานสนับสนุนในเรื่องของประสิทธิผล/ความปลอดภัย
- ควรมีการติดตามและประเมินผลกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเฉพาะกิจกรรมที่เป็นภาระหนัก ให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- เพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด



วัตถุประสงค์การประชุมวันนี้

เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้และความเหมาะสมของมาตรการ
 คัดกรองความเสี่ยงโดยรวมของโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย
 ไทย โดยเปรียบเทียบระหว่าง Rama-EGAT heart score กับ
 WHO/ISH risk prediction chart



ปัจจัยเสี่ยง	ค่า	คะแนน
อายุ	35-39	-2
	40-44	0
	45-49	2
	50-54	4
เพศ	ชาย	0
	หญิง	3
ระดับคอเลสเตอรอลรวม	น้อยกว่า 200	0
	มากกว่าหรือเท่ากับ 200	4
การสูบบุหรี่	ไม่สูบ	0
	สูบ	2
ความดัน	ไม่เป็น	0
	เป็น	5
ความผิดปกติอื่นๆ	ไม่เป็น	0
	เป็น	3
รวม		
ชายชาย: มากกว่าหรือเท่ากับ 90 คะแนน	16/16	0
ชายหญิง: มากกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน	16	3

ปัจจัยเสี่ยง	ค่า	คะแนน
อายุ	35-39	-2
	40-44	0
	45-49	2
	50-54	4
เพศ	ชาย	0
	หญิง	3
การสูบบุหรี่	ไม่สูบ	0
	สูบ	2
ความผิดปกติอื่นๆ	ไม่เป็น	0
	เป็น	3
รวม		
ชายชาย: มากกว่าหรือเท่ากับ 90 คะแนน	16/16	0
ชายหญิง: มากกว่าหรือเท่ากับ 80 คะแนน	16	4



Rama-EGAT heart score

นพ. สุกิจ แยมวงษ์

แพทย์เชี่ยวชาญอายุรศาสตร์โรคหัวใจ โรงพยาบาลรามารัตนบุรี

WHO/ISH risk prediction score

นพ. ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ

ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข



สรุปปัจจัยเสี่ยงเครื่องประเมินความเสี่ยง โรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวม

ปัจจัยเสี่ยง	Rama-EGAT heart score			WHO/ISH risk prediction chart	
	สำหรับบุคลากร ทางการแพทย์	สำหรับประชาชน (ใช้ผลเลือด)	สำหรับประชาชน (ไม่ใช้ผลเลือด)	สำหรับบุคลากร ทางการแพทย์ (ใช้ผลเลือด)	สำหรับบุคลากร ทางการแพทย์ (ไม่ใช้ผลเลือด)
ประวัติครอบครัว	✓	×	×	✓*	✓*
เพศ	×	✓	✓	✓	✓
เชื้อชาติ	✓	✓	✓	✓*	✓*
อายุ	✓	✓	✓	✓	✓
ความดันโลหิต	✓	✓	✓	✓	✓
รอบเอว	✓*	✓	✓	×	×
บุหรี่	✓	✓	✓	✓	✓
แอลกอฮอล์	✓*	×	×	×	×
เบาหวาน	✓	✓	×	✓	✓
คอเลสเตอรอลรวม	✓	✓	×	✓*	×
HDL	✓	×	×		

ข้อสังเกต/ข้อค้นพบ

■ Rama-EGAT heart score

- เครื่องมือพัฒนามาจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเพศชาย จึงอาจมีความแม่นยำน้อยในเพศหญิง
- สามารถใช้ประเมินและแปรผลได้ทั้งบุคลากรทางแพทย์และประชาชนทั่วไป
- การวัดรอบเอวโดยประชาชนอาจไม่มีความแม่นยำ เนื่องจากไม่ทราบวิธีการวัดรอบเอวที่ถูกต้อง
- มีการให้คะแนนเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ในเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ แต่ยังไม่มีคำนิยาม/ความหมายที่ชัดเจน
- เปอร์เซ็นต์โอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดค่อนข้างต่ำ (สูงสุด $\geq 20\%$)
- ไม่พบคู่มือ/แนวทางในการปฏิบัติ (guideline) ของเครื่องมือ



ข้อสังเกต/ข้อค้นพบ

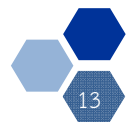
■ WHO/ISH risk prediction score

- เครื่องมือพัฒนาสำหรับ 3 เชื้อชาติ ได้แก่ ไทย/อินโดนีเซีย/ศรีลังกา ไม่ได้พัฒนามาจากกลุ่มตัวอย่างเพียงเชื้อชาติเดียว ดังนั้นอาจมีความแม่นยำคลาดเคลื่อน
- มีความครอบคลุมช่วงอายุที่กว้าง (WHO 40-70 ปี, Rama E-GAT 35-54ปี)
- สามารถใช้ประเมินและแปรผลได้เฉพาะบุคลากรทางแพทย์เท่านั้น จึงมีการคำนึงถึงประวัติครอบครัวและประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน
- เปอร์เซ็นต์โอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง (สูงสุด 40 %)
- มีคู่มือ/แนวทางในการปฏิบัติ (guideline) ของเครื่องมืออย่างชัดเจน ง่ายต่อการนำมาปฏิบัติใช้



เกณฑ์พิจารณาเครื่องมือประเมินความเสี่ยง โรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวม

ร.ล.	เกณฑ์พิจารณา	Rama-EGAT heart score	WHO/ISH risk prediction chart
การให้คะแนนปัจจัยเสี่ยง (Risk score method)			
1	เครื่องมือเป็นการประเมินความเสี่ยงโดยรวม		
2	วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะแรก		
3	เครื่องมือสามารถใช้ได้ในระดับบุคคล		
4	ปัจจัยเสี่ยงมีความเหมาะสมครบถ้วนตามวิถีชีวิตคนไทย		
5	การคำนวณความเสี่ยงเป็นสัดส่วนตามผลกระทบมากน้อยของแต่ละปัจจัยเสี่ยง		
6	การเพิ่มหรือลดปัจจัยเสี่ยงให้มีความเหมาะสมกับเชื้อชาติไทย		
	6.1 การเพิ่มหรือลดปัจจัยเสี่ยงมีหลักฐานสนับสนุนอย่างชัดเจนและน่าเชื่อถือ		

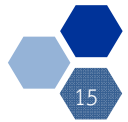


เกณฑ์พิจารณาเครื่องมือประเมินความเสี่ยง โรคหัวใจและหลอดเลือดโดยรวม (ต่อ)

ที่	เกณฑ์พิจารณา	Rama-EGAT heart score	WHO/ISH risk prediction chart
การตรวจสอบความถูกต้อง (validation)			
7	เครื่องมือมีการตรวจสอบความถูกต้อง		
	7.1 เครื่องมือมีความแม่นยำกับเชื้อชาติไทย		
	7.2 การตรวจสอบความถูกต้องทำในระดับประชากร		
8	เครื่องมืออ้างอิงการคำนวณมาจาก Framingham model		
การประเมินประสิทธิผล (effectiveness)			
9	การประเมินประสิทธิผลด้านสุขภาพ		
10	การประเมินประสิทธิผลด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่กำลังรับการรักษาโดยการรับประทานยา		
11	การประเมินประสิทธิผลด้านสุขภาพด้านต้นทุน		
12	การได้รับฉันทามติจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง		
รวมคะแนน			

ประเด็นอภิปราย

1. ความเป็นไปได้และความเหมาะสมของมาตรการคัดกรองความเสี่ยงโดยรวมของโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศไทย



The Rama-EGAT heart score

The Rama-EGAT study group



Coronary artery disease



- Major cause of death and disability in the developed world
- Increasing frequency in the developing world

Coronary artery disease

- Prevention better than treatment
- Multiple risk factors



Coronary disease risk prediction score

Coronary Disease Risk Prediction Score Sheet for Men Based on Total Cholesterol Level

Step 1

Age	Points
30-34	-1
35-39	0
40-44	1
45-49	2
50-54	3
55-59	4
60-64	5
65-69	6
70-74	7

Step 2

Total Cholesterol (mg/dl)	Points
100-159	0
160-199	1
200-239	2
240-279	3
≥280	4

Step 3

HDL Cholesterol (mg/dl)	Points
<40	2
40-49	1
50-59	0
≥60	0

Step 4

Systolic Blood Pressure (mmHg)	Points
<120	0
120-129	1
130-139	2
140-159	3
≥160	4

Step 5

Diabetes	Points
No	0
Yes	2

Step 6

Smoker	Points
No	0
Yes	2

Step 7 (Sum from steps 1-6)

Step 8 (Determine CHD risk from point total)

Point Total	10 Yr CHD Risk
<5	2%
6	3%
7	4%
8	5%
9	7%
10	10%
11	15%
12	20%
13	25%
14	30%
15	35%
16	40%
17	45%
18	50%
19	55%
20	60%
21	65%
22	70%
23	75%
24	80%
25	85%
26	90%
27	95%
28	100%

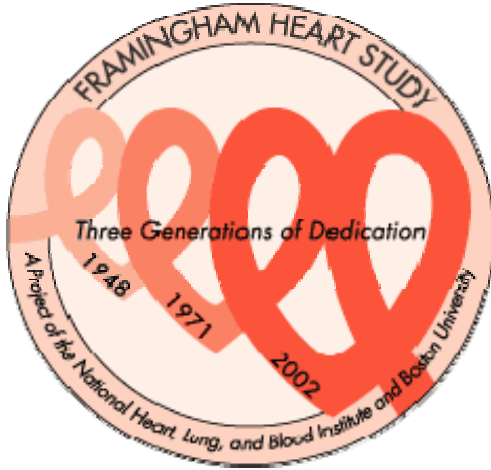
Step 9 (Compare to men of the same age)

Age (years)	Average 10 Yr CHD Risk	Low* 10 Yr CHD Risk
30-34	3%	2%
35-39	5%	3%
40-44	7%	4%
45-49	11%	6%
50-54	16%	9%
55-59	23%	13%
60-64	31%	18%
65-69	40%	24%
70-74	50%	31%

*Low risk was calculated for a man the same age, normal blood pressure, total cholesterol <160-190 mg/dl, HDL cholesterol >45 mg/dl, non-smoker, no diabetes

- Determining risk
- Motivating patients to change behaviors
- Prevention policy

Coronary disease risk prediction score



The Framingham heart study has been a leader in the development of multivariable models to estimate the risk of coronary heart disease.

Coronary artery disease risk prediction score

Step 1

Age		Points
Years		
30-34		-1
35-39		0
40-44		1
45-49		2
50-54		3
55-59		4
60-64		5
65-69		6
70-74		7

Step 2

Total Cholesterol		
(mg/dl)	(mmol/L)	Points
<160	<4.14	-3
160-199	4.15-5.17	0
200-239	5.18-6.21	1
240-279	6.22-7.24	2
≥280	≥7.25	3

Step 3

HDL - Cholesterol		
(mg/dl)	(mmol/L)	Points
<35	<0.90	2
35-44	0.91-1.16	1
45-49	1.17-1.29	0
50-59	1.30-1.55	0
≥60	≥1.56	-2

Step 4

Systolic (mmHg)	Diastolic (mmHg)				
	<80	80-84	85-89	90-99	≥100
<120	0				
120-129		0 pts			
130-139			1		
140-159				2	
≥160					3 pts

Note: When systolic and diastolic pressures provide different estimates for point scores, use the higher number

Step 5

Diabetes		Points
No		0
Yes		2

Step 6

Smoker		Points
No		0
Yes		2



Coronary artery disease risk prediction score

Step 7 (sum from steps 1-6)

Adding up the points	
Age	-----
Total Cholesterol	-----
HDL Cholesterol	-----
Blood Pressure	-----
Diabetes	-----
Smoker	-----
Point Total	-----

Step 9 (compare to man of the same age)

Age (years)	Comparative Risk	
	Average 10 Yr CHD Risk	Low* 10 Yr CHD Risk
30-34	3%	2%
35-39	5%	3%
40-44	7%	4%
45-49	11%	4%
50-54	14%	6%
55-59	16%	7%
60-64	21%	9%
65-69	25%	11%
70-74	30%	14%

Step 8 (determine CHD risk from point total)

CHD Risk	
Point Total	10 Yr CHD Risk
<u>≤-1</u>	2%
0	3%
1	3%
2	4%
3	5%
4	7%
5	8%
6	10%
7	13%
8	16%
9	20%
10	25%
11	31%
12	37%
13	45%
<u>≥14</u>	<u>≥53%</u>

Framingham Function

External validity?

Framingham risk function overestimates risk of coronary heart disease in men and women from Germany—results from the MONICA Augsburg and the PROCAM cohorts

Hans-Werner Hense^{a*}, Helmut Schulte^b, Hannelore Löwel^c, Gerd Assmann^b, Ulrich Keil^a

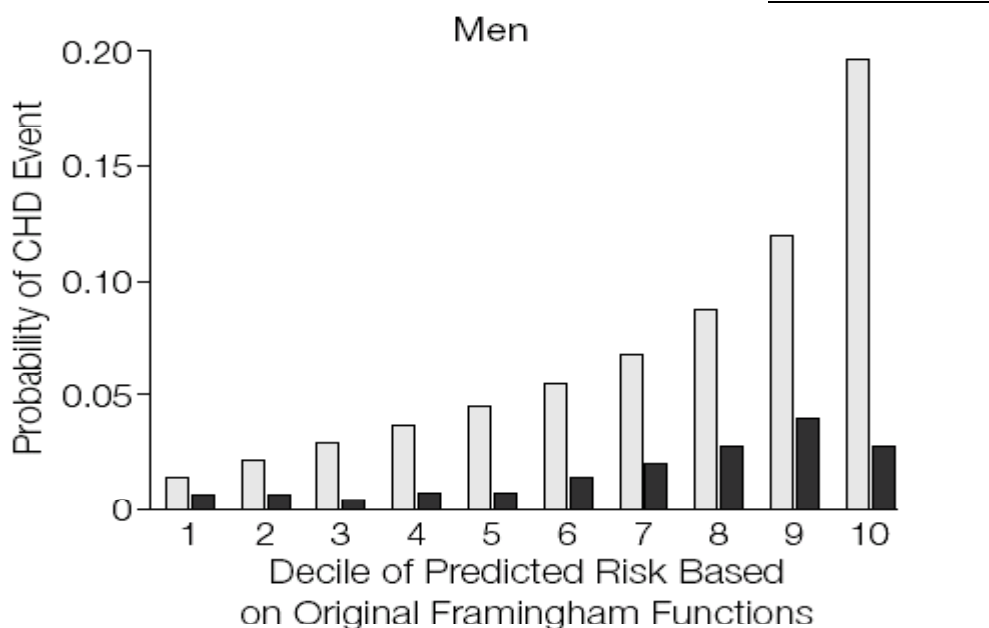
^aInstitute of Epidemiology and Social Medicine, University Muenster, D 48129 Muenster, Germany

^bAtherosclerosis Research Institute at the University Muenster, D 48129 Munster, Germany

^cInstitute of Epidemiology, GSF-National Research Center Neuherberg, D 85764 Oberschleissheim, Germany

European Heart Journal (2003) 24, 937–945

Framingham function and CMCS



CMCS indicates Chinese Multi-provincial Cohort Study.



Question

- ? Predictive value of the Framingham heart score in Thai population
- Should we develop our own score?
- ? Predictive accuracy between Framingham and **Thai** score



Development of **Thai** risk score

- Data from **Thai** study
 - Regression coefficients from Cox proportional hazard model
 - Means and proportions of risk factors
 - Average 10-year survival
 - Need a cohort study**

EGAT Study: since 1985



Professor Somchart Lochaya




Professor Vichai Tanphaichitr

Largest & Longest Cohort study in Thailand

- 6,500 subjects: 17 years follow-up
- Complete medical history, physical exam & lab test
- Primary end point: CV deaths & events





2702 male participants
without CAD
(1985)
Known risk factors

17 years

Hard coronary events

Rama-EGAT heart score (Male)



Hard coronary events

1 Definite MI

1.1 participants who had final diagnosis of MI from medical record (based on The MONICA criteria for definite MI)

1.2 participants who had history or symptoms of MI or heart attack or CAD plus EKG changes that fulfilled the criteria for definite MI (Minnesota codes 1.1.1-1.2.8)

Operational definitions

2 Silent MI

2.1 Participants who had no history or symptoms of MI or heart attack but had EKG changes that fulfilled the criteria for definite MI (Minnesota codes 1.1.x)

3 Revascularization PCI and CABG

4 Hard coronary event = fatal MI, SUD, nonfatal MI and revascularization

Traditional risk factors



- Age
- Blood pressure
- Total cholesterol
- HDL cholesterol
- Current smoker
- Diabetes

New risk factors



- Current drinker

- TG, BMI



- Abdominal obesity (waist circumference ≥ 90 cm. (man))

Multivariate analysis
Variables in the Equation (step 8)

	B	SE	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% CI for Exp(B)	
							Lower	Upper
AGE85	.077	.023	10.984	1	.001	1.080	1.032	1.130
SBP85	.019	.007	7.739	1	.005	1.019	1.006	1.032
TC85	.005	.003	4.010	1	.045	1.005	1.000	1.010
HDL85	-.037	.013	8.883	1	.003	.963	.940	.987
DM85C98A	.785	.298	6.921	1	.009	2.193	1.222	3.935
CUR2_SM	.554	.246	5.082	1	.024	1.740	1.075	2.817
WAIST85	.029	.014	4.446	1	.035	1.030	1.002	1.058
CUR_AL85	-.791	.243	10.583	1	.001	.454	.282	.730

Characteristics

- Age 42.90
- SBP 122.04
- Total cholesterol 223.77
- HDL cholesterol 45.32
- DM 0.07
- Smoker 0.55
- Waist > 90 cm 0.18
- Current drinker 0.75

Average 10- year survival time = 0.9862

Coronary disease risk prediction score

- Cox proportional hazard model

$$\hat{p} = 1 - S_0(t)^{\exp\left(\sum_{i=1}^p \beta_i X_i - \sum_{i=1}^p \beta_i \bar{X}_i\right)}$$

$$\begin{aligned} \sum_{i=1}^p \beta_i X_i &= 0.0533(54) + 0.0948(0) + 0.4225(0) + 0.6595(0) + 0.8964(0) - 0.3781(0) \\ &+ 0.5696(1) + 0.7438(0) + 0.8284(0) + 0.6074(0) + 0.3684(0) + 0.0000(1) \\ &- 0.4608(0) + 0.7277(1) + 0.5252(0) = 4.1755 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \sum_{i=1}^p \beta_i \bar{X}_i &= 0.0533(48.3) + 0.0948(0.20) + 0.4225(0.20) + 0.6595(0.23) + 0.8964(0.13) \\ &- 0.3781(0.07) + 0.5696(0.39) + 0.7438(0.17) + 0.8284(0.06) + 0.6074(0.19) \\ &+ 0.3684(0.36) + 0.0000(0.19) - 0.4608(0.11) + 0.7277(0.40) + 0.5252(0.05) \\ &= 3.83258 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \hat{p} &= 1 - S_0(t)^{\exp\left(\sum_{i=1}^p \beta_i X_i - \sum_{i=1}^p \beta_i \bar{X}_i\right)} = 1 - 0.94298^{\exp(4.1755 - 3.83258)} \\ &= 0.0788 \end{aligned}$$



Coronary disease risk prediction score

■ Points system

Step 3

HDL - Cholesterol		
(mg/dl)	(mmol/L)	Points
<35	<0.90	2
35-44	0.91-1.16	1
45-49	1.17-1.29	0
50-59	1.30-1.55	0
≥60	≥1.56	-2

Step 7 (sum from steps 1-6)

Adding up the points	
Age	_____
Total Cholesterol	_____
HDL Cholesterol	_____
Blood Pressure	_____
Diabetes	_____
Smoker	_____
Point Total	_____

Step 8 (determine CHD risk from point total)

Point Total	10 Yr CHD Risk
≤-1	2%
0	3%
1	3%
2	4%
3	5%
4	7%
5	8%
6	10%
7	13%
8	16%
9	20%
10	25%
11	31%
12	37%
13	45%
>14	>53%

Development of EGAT risk score in points system

Risk factor	Coef.2 EGAT
Age	0.077
Smoking	0.519
Diabetes	0.904

$$0.077 * 5 = 0.385$$

Set constant = risk at age increase 5 y

↓
Score 1

$$\text{Score for smoking} = 0.519 / 0.385 = 1$$

$$\text{Score for diabetes} = 0.904 / 0.385 = 2$$

risk factor		coefficients	score
age	35 – 39 (37)	-.385	-1
	40 – 44 (42)	0	0
	45 – 49 (47)	.385	1
	50 – 54 (52)	.770	2
BP	SBP<120,DBP<80	.119	0
	SBP 120 - 129 DBP 80 – 84	0	0
	SBP 130 - 139 DBP 85 – 89	.333	1
	SBP 140 - 159 DBP 90 – 99	.516	1
	SBP \geq 160 DBP \geq 100	.958	2

score	10 year risk (%)
≤ -3	<1
-2	1
-1	1
0	1
1	2
2	3
3	5
4	7
5	10
6	14
≥ 7	≥ 20

ปัจจัยเสี่ยง	คะแนนความเสี่ยง
อายุ 48 ปี	1
เป็นเบาหวาน	2
ความดันโลหิต 146/94 mmHg	1
total cholesterol 320 mg%	2
HDL cholesterol 34 mg%	2
ไม่ดื่มเหล้า	0
ไม่สูบบุหรี่	0
รอบเอว 92 ซม.	1

คะแนนรวม	ความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดหัวใจที่สำคัญ ใน10ปี (%)
≤ -3	<1
-2	1
-1	1
0	1
1	2
2	3
3	5
4	7
5	10
6	14
≥ 7	≥ 20

Simple score

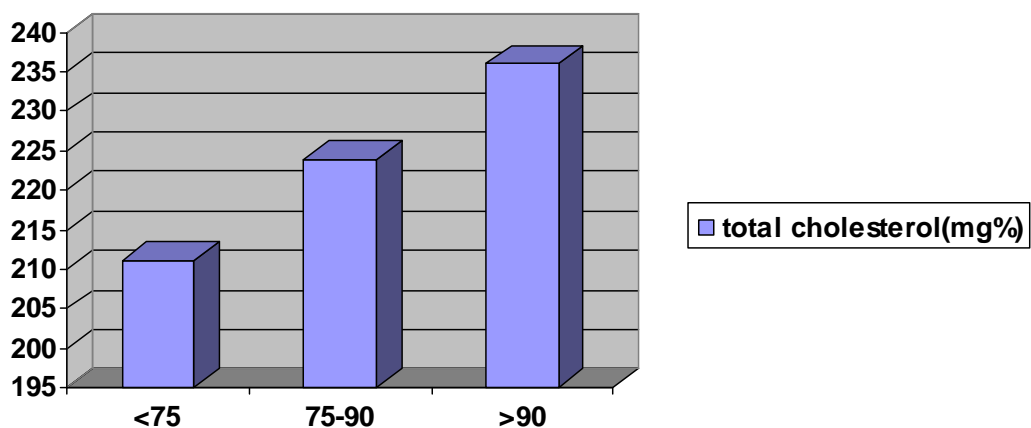
- Age
- Blood pressure
- Total cholesterol
- HDL cholesterol
- Current smoker
- Diabetes
- Waist \geq 90cm
- Alcohol
- Age
- HT (y/n)
- Very high chol (\geq 280)
- Current smoker
- DM (y/n)
- Waist 90/80
- Sex

ปัจจัยเสี่ยง		คะแนน
1. อายุ	35-39 40-44 45-49 50-54	-2 0 2 4
2. เพศ	หญิง ชาย	0 3
3. Chol	< 280 \geq 280	0 4
4. บุหรี่	ไม่สูบ ยังสูบบุหรี่	0 2
5. เบาหวาน	ไม่เป็น เป็น	0 5
6. ความดันโลหิตสูง	ไม่เป็น เป็น	0 3
7. รอบเอว	ชาย \geq 90 cm / หญิง \geq 80 cm ไม่ใช้ ใช้	0 3

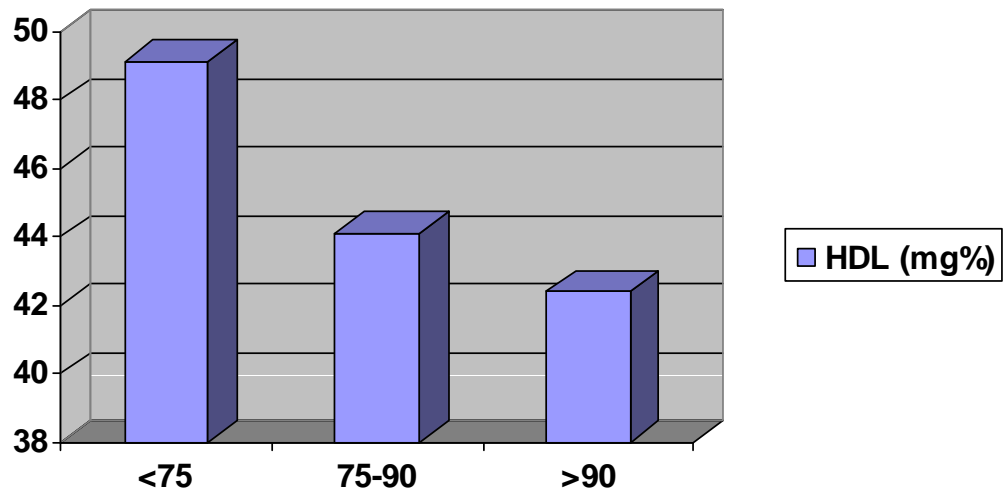
Very simple score (no blood test)

- Age
- Blood pressure
- Total cholesterol
- HDL cholesterol
- Current smoker
- Diabetes
- Waist \geq 90cm
- Alcohol
- Age
- HT (y/n)
- Current smoker
- Waist 90/80
- Sex

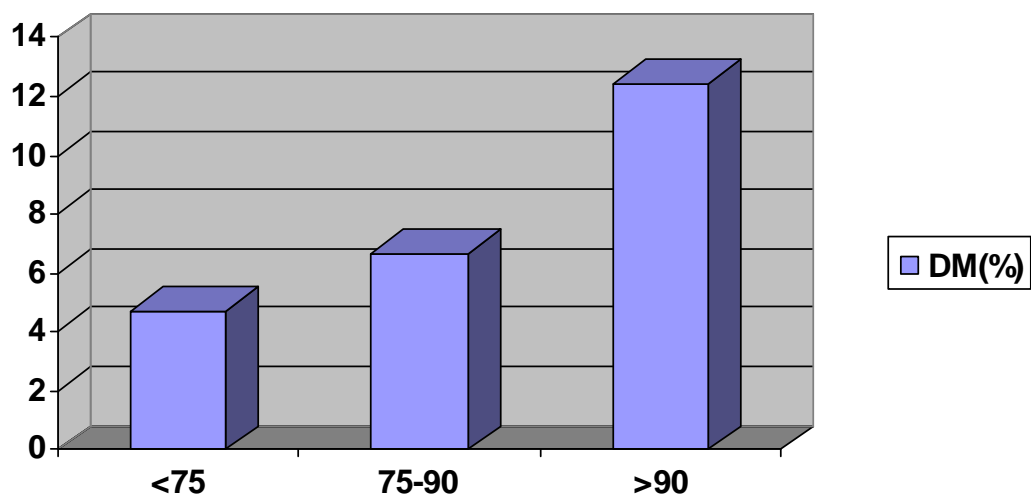
Waist circumference & TC



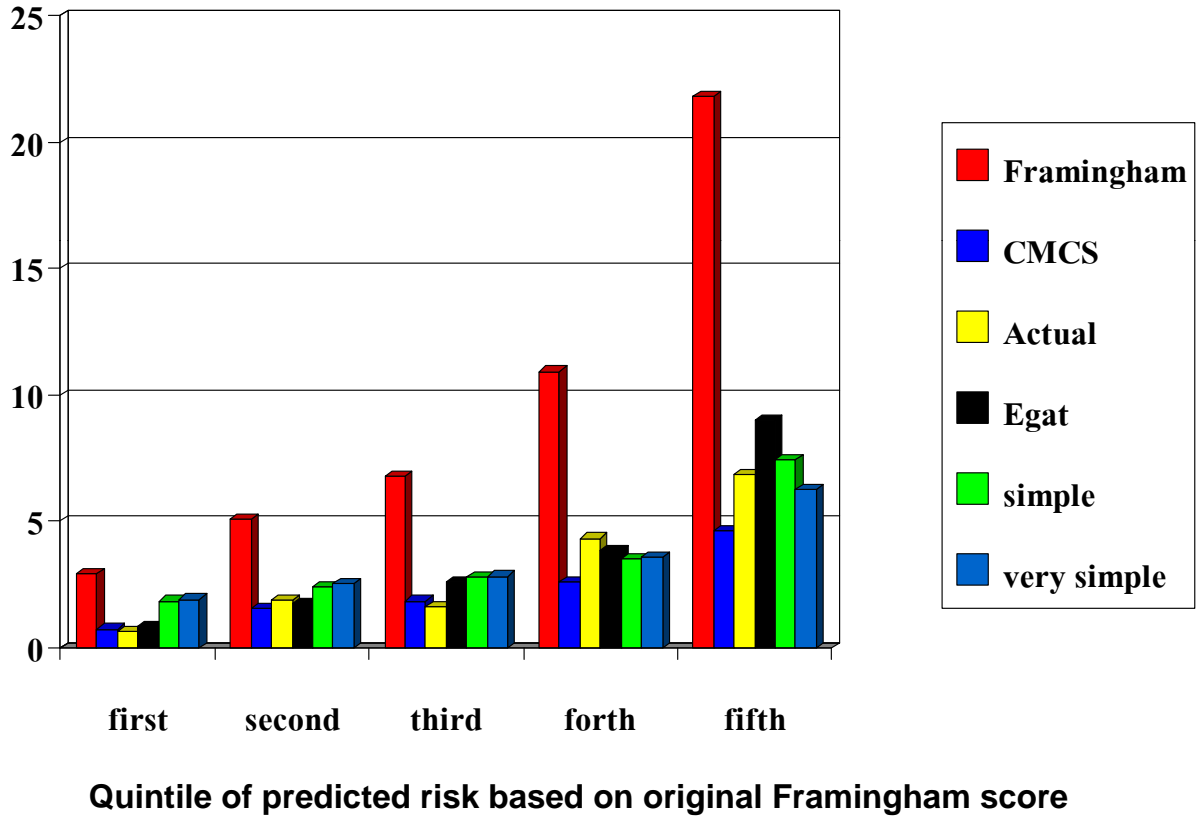
Waist circumference & HDL



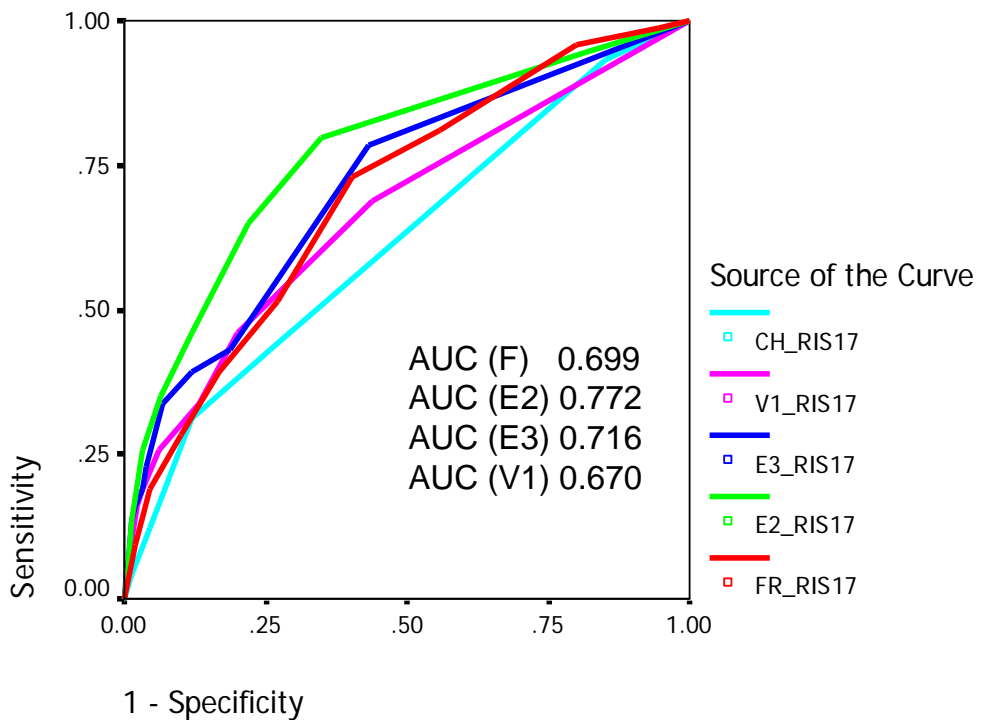
Waist circumference & DM



17- year risk (%)



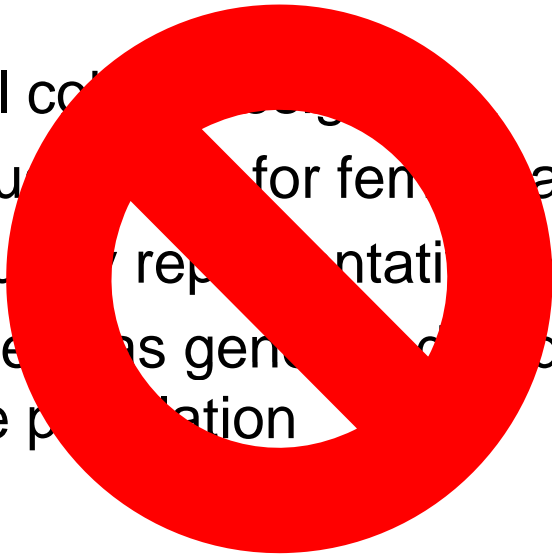
ROC Curve



Diagonal segments are produced by ties.

Limitations

- Historical cohort study
- No adequate data for females and elderly
- Not a country representative population
- The model was generally not tested in the same population



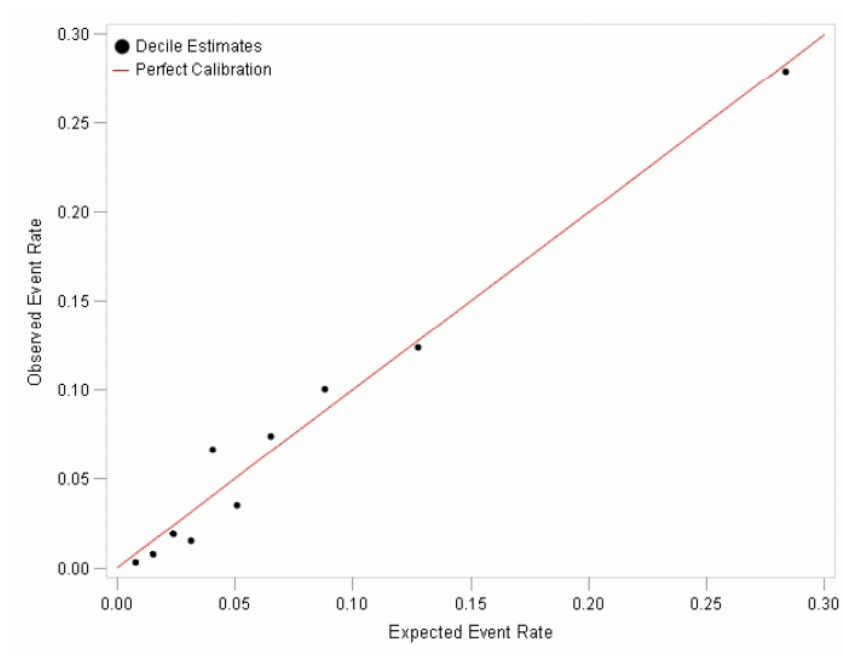
EGAT CVD risk score

Age	<input type="text"/>	SBP (mmHg)	<input type="text"/>
Sex	<input type="text"/>	TC (mg/dL)	<input type="text"/>
Smoking status	<input type="text"/>	HDL (mg/dL)	<input type="text"/>
Education <i>(optional)</i>	<input type="text"/>	Diabetes	<input type="text"/>

$$y_{\text{new}} = (-0.29213 * \text{Education}) + (0.38288 * \text{Age}) + (0.45227 * \text{Sex}) + (0.20752 * \text{SBP}) + (0.6992 * \text{Diabetes}) + (0.00252 * \text{TC}) + ((-0.01961) * \text{HDL}) + (0.30191 * \text{SmokeM}) + (0.96337 * \text{SmokeF})$$
$$\text{Risk}_{\text{new}} = 1 - 0.96691^{\exp(y - 5.374888)}$$

External Calibration

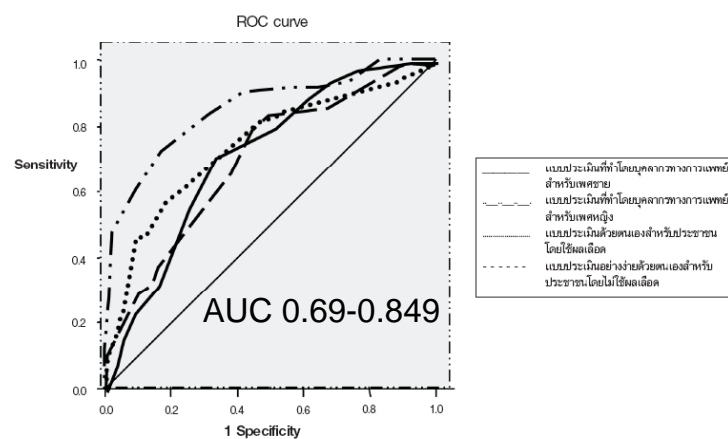
Observed and expected event rates in the EGAT 2 population



J Nurs Sci Vol.27 No.2 S1 May-Aug 2009

Rama – EGAT Heart Score Validity Among Acute Coronary Syndromes Patients in Siriraj Hospital*

Pattanaporn Supina, Kitiphong Harncharoen, Sukhontha Siri, Adisak Maneesia



รูปที่ 1 เปรียบเทียบความแม่นยำของแบบประเมิน Rama – EGAT heart score (area under the ROC curve)

Apply EGAT score to NHES 3

■ Comparison of mean RF values

Variable	EGAT (n=2422)		NHES 3 (n=4023)	
	Mean	Std. Dev.	Mean	Std. Dev.
Age	42.900	5.003	46.562	7.062
SBP	122.094	15.727	122.768	17.381
Total cholesterol	223.773	42.465	199.992	46.568
Diabetes	0.073	0.261	0.098	0.298
Current smoking	0.548	0.498	0.688	0.463
Waist circumference	0.180	0.385	0.225	0.418
Current alcohol use	0.745	0.436	0.827	0.378

การประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ

โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ		คะแนนความเสี่ยงรวม	โอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจอุดตันใน 10 ปี (%)	ข้อแนะนำสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ
ประวัติ	คะแนนความเสี่ยง			
อายุ				ความเสี่ยงน้อย: สุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
35 - 39 ปี	- 2	-2	0	
40 - 44 ปี	0	0	0	
45 - 49 ปี	2	1	1	
50 - 54 ปี	4	2	1	
55 - 59 ปี	6	3	1	
60 ปี	8	4	1	
เพศ				ความเสี่ยงปานกลาง: ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควรควบคุมอาหารลดไขมัน รักษาน้ำหนัก และตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ
หญิง	0	6	2	
ชาย	3	7	2	
สูบบุหรี่				
ไม่สูบบุหรี่	0	8	2	
สูบบุหรี่	2	9	3	
ความดันโลหิตสูง*				ความเสี่ยงสูง: ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควรควบคุมอาหารลดไขมัน รักษาน้ำหนัก และตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ
ไม่เพิ่มขึ้น	0	10	4	
เพิ่มขึ้น	3	11	4	
รอบคอ (ชาย ≥ 90 ซม. หญิง ≥ 80 ซม.)				ความเสี่ยงสูงมาก: ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน ออกกำลังกาย ควบคุมอาหาร รักษาความดันโลหิตอย่างเคร่งครัด ลดความอ้วน และตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ
ไม่ใหญ่	0	12	5	
ใหญ่	3	13	7	
รวม				
รวม	14	8	
รวม (ชาย ≥ 90 ซม. หญิง ≥ 80 ซม.)				
ไม่ใหญ่	0	15	10	
ใหญ่	4	16	12	

* ความดันโลหิตสูงค่า 140/90 มม.ปรอทขึ้นไป

เพศหญิง																	
	ไม่เป็นเบาหวาน								AGE	เป็นเบาหวาน							
	ไม่สูบบุหรี่				สูบบุหรี่					ไม่สูบบุหรี่		สูบบุหรี่					
	รวมอายุ < 80	รวมอายุ > 80	รวมอายุ < 80	รวมอายุ > 80	รวมอายุ < 80	รวมอายุ > 80	รวมอายุ < 80	รวมอายุ > 80		รวมอายุ < 80	รวมอายุ > 80						
ความดันโลหิตสูง	27.2	29.1	29.1	47.7	29.1	29.1	47.7	47.7	>70(12)	47.7	47.7	47.7	47.7	47.7	47.7	47.7	47.7
ความดันโลหิตไม่สูง	14.5	27.2	27.2	29.1	27.2	27.2	27.2	29.1		27.2	29.1	29.1	47.7	29.1	29.1	47.7	47.7
ความดันโลหิตไม่สูง	27.2	27.2	29.1	29.1	27.2	29.1	29.1	47.7		29.1	47.7	47.7	47.7	29.1	47.7	47.7	47.7
ความดันโลหิตไม่สูง	14.5	14.5	27.2	27.2	14.5	27.2	27.2	27.2	65-69(10)	27.2	27.2	29.1	29.1	27.2	29.1	29.1	47.7
ความดันโลหิตสูง	14.5	27.2	27.2	29.1	27.2	27.2	27.2	29.1		27.2	29.1	29.1	47.7	29.1	29.1	47.7	47.7
ความดันโลหิตไม่สูง	6.4	14.5	14.5	27.2	14.5	14.5	14.5	27.2	60-64(8)	14.5	27.2	27.2	29.1	27.2	27.2	27.2	29.1
ความดันโลหิตสูง	14.5	14.5	27.2	27.2	14.5	27.2	27.2	27.2		27.2	27.2	29.1	29.1	27.2	29.1	29.1	47.7
ความดันโลหิตไม่สูง	6.4	6.4	14.5	14.5	6.4	14.5	14.5	27.2	55-59(6)	14.5	14.5	27.2	27.2	14.5	27.2	27.2	27.2
ความดันโลหิตสูง	6.4	14.5	14.5	27.2	14.5	14.5	14.5	27.2		14.5	27.2	27.2	29.1	27.2	27.2	27.2	29.1
ความดันโลหิตไม่สูง	6.4	6.4	6.4	14.5	6.4	6.4	6.4	14.5	50-54(4)	6.4	14.5	14.5	27.2	14.5	14.5	14.5	27.2
ความดันโลหิตสูง	6.4	6.4	14.5	14.5	6.4	14.5	14.5	14.5		14.5	14.5	27.2	27.2	14.5	27.2	27.2	27.2
ความดันโลหิตไม่สูง	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4	45-49(2)	6.4	6.4	14.5	14.5	6.4	14.5	14.5	14.5
ความดันโลหิตสูง	6.4	6.4	6.4	14.5	6.4	6.4	6.4	14.5		6.4	14.5	14.5	27.2	14.5	14.5	14.5	27.2
ความดันโลหิตไม่สูง	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4	6.4	<44(0)	6.4	6.4	6.4	14.5	6.4	6.4	6.4	14.5
โคเลสเตอรอล	<280	≥ 280	<280	≥ 280	<280	≥ 280	<280	≥ 280		<280	≥ 280	<280	≥ 280	<280	≥ 280	<280	≥ 280

สีฟ้า	0-10.5%
สีเขียว	10.5-20.8%
สีเหลือง	20.8-28.1%
สีส้ม	28.1-38.4%
สีแดง	>38.4%

Edit View Favorites Tools Help

Back Search Favorites

http://www.thainhf.org/bioethics/test/test_2.asp

แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

Rama-EGAT Heart Score

(แบบใช้ผลการตรวจเลือด)

แบบประเมินนี้ช่วยบอกว่าคุณมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจเฉียบพลัน และบอกคุณว่าจะป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างไร

คำแนะนำ

1. ตอบคำถามทุกข้อตามความเป็นจริงเพื่อให้ได้ผลใกล้เคียงกับความจริง
2. กลุ่ม "คิดคะแนน" ระบบจะคิดคะแนนให้โดยอัตโนมัติ
3. ตรวจสอบผลและคำแนะนำในการปฏิบัติตน

1. อายุ

- น้อยกว่า 39 ปี
- 40-44 ปี
- 45-49 ปี
- มากกว่า 50

2. เพศ

Done Internet Local intranet

Back Search Favorites

http://www.thainhf.org/bioethics/test/test_2_process.asp

แบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

Rama-EGAT Heart Score

(แบบใช้ผลการตรวจเลือด)

ทดสอบ ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2548

คุณได้คะแนนรวม 1 คะแนน

0-6	7-12	13-16	> 16
-----	------	-------	------

คุณมีโอกาสเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในเวลา 10 ปี ประมาณ 0-1%

ข้อแนะนำ
สุขภาพของคุณอยู่ในเกณฑ์ดี ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

คำเตือน แบบประเมินนี้ คำนวณค่าเฉลี่ยของโอกาสเสี่ยงของโรคหัวใจที่ได้จากการศึกษาทางระบาดวิทยา จึงแนะนำให้ใช้ใน การประเมินตนเองเพื่อเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเท่านั้น ห้ามนำไปใช้เมื่อจุดประสงค์อื่น

ส่งพิมพ์หน้า

Done Internet

Back Search Favorites

http://www.thainhf.org/bioethics/test/test_2_process.asp

ข้อแนะนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด

- คะแนนรวม 0-6**

มีโอกาสดเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในเวลา 10 ปี ประมาณ 0-1%

ข้อแนะนำ สุขภาพของคุณอยู่ในเกณฑ์ดี ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
- คะแนนรวม 7-12**

มีโอกาสดเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในเวลา 10 ปี ประมาณ 2-4%

ข้อแนะนำ ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมอาหารรสหวาน มัน และเค็มจัด งดสูบบุหรี่ทันที และควรปรึกษาแพทย์เมื่อคำแนะนำที่ถูกต้องต่อไป
- คะแนนรวม 13-16**

มีโอกาสดเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในเวลา 10 ปี ประมาณ 5-10%

ข้อแนะนำ ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมอาหารรสหวาน มัน และเค็มจัด งดสูบบุหรี่ทันที และควรปรึกษาแพทย์เมื่อคำแนะนำที่ถูกต้องโดยเร็ว
- คะแนนรวมมากกว่า 16 คะแนน**

มีโอกาสดเกิดโรคเส้นเลือดหัวใจตีบรุนแรงในเวลา 10 ปี มากกว่า 10 %

ข้อแนะนำ ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลิกบุหรี่ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ควบคุมอาหารรสหวาน มัน เค็มจัด ลดความอ้วน รักษาความดันเลือดอย่างเข้มงวด ถ้ามีเบาหวานต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดี และรีบปรึกษาแพทย์เมื่อคำแนะนำที่ถูกต้องทันที


Done Internet



ผู้ตรวจสุขภาพหัวใจและหลอดเลือด

Click to add subtitle

แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด



แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
Guidelines for Assessment of Cardiovascular Risk

สุขภาพดี เริ่มต้นที่นี่

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
Bureau of Non Communicable Disease

โดย ดร.นายแพทย์ธวัช วัฒนน์ ปานเกตุ
ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ

หลักการ/ความเป็นมา

- องค์การอนามัยโลกใช้ WHO/ISH Risk Prediction Chart ที่พัฒนามาจาก Framingham Heart Score และได้ test, validity แยกตาม sub-region ในการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า ประเทศไทยอยู่ใน sub-region SEARO B

กลุ่มเป้าหมาย/ปัจจัยเสี่ยงที่ใช้

Pt. DM (FPG \geq 126mg/dl)

Pt. HT (BP \geq 140/90mmHg)

- DM คือ ผู้ที่ได้รับยา insulin หรือกินยา หรือ มีผล FBG > หรือ 126 mg/dl หรือค่า FBS หลังรับประทานอาหาร > 2 hrs \geq 200 mg/dl จากการตรวจ 2 ครั้ง
- ค่าเฉลี่ย จากการวัด SBP 2 ครั้ง 2 ช่วงเวลาห่างกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์ (ไม่ใช่ก่อนการรักษา)
- ผู้ที่ยังสูบบุหรี่ในปัจจุบัน/ผู้ที่หยุดสูบบุหรี่น้อยกว่า 1 ปี ก่อนการประเมิน
- การตรวจ Chol. (NPO อย่างน้อย 12 hrs. ใช้ผลการตรวจครั้งล่าสุด)

กลุ่ม Pre-DM (FPG \geq 100 -125mg/dl)

กลุ่ม Pre-HT (BP120/80- 139/89mmHg)

ผู้ที่มีดัชนีมวลกาย \geq 25 kg/m²

สอบถาม/ประเมินปัจจัยเสี่ยง 7 ประเด็น

- สูบบุหรี่
- BP \geq 130 / \geq 85 mmHg (ค่าที่เสี่ยงต่อการเกิดCVD)
- FPG \geq 100 mg/dl
- มีไขมันในเลือดผิดปกติ
- ขนาดรอบเอว > ส่วนสูง/2 (cm)
- เคยได้รับDx.CHD/Stroke (ไม่ได้รับการรักษา)
- Hx. ครอบครัวยุติเป็น CHD/Stroke (ชายเป็นก่อนอายุ 55 ปี หรือ หญิงเป็นก่อนอายุ 65 ปี)

การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ตารางสี (Color Chart)

วิธีการประเมินโอกาสเสี่ยง

- ♥ **ขั้นตอนที่ 1** สถานบริการมีบริการตรวจหา cholesterol ในเลือดหรือไม่ ถ้ามีใช้ตารางสีที่ 1 ถ้าไม่มีบริการตรวจหา cholesterol ให้ใช้ตารางสีที่ 2
- ♥ **ขั้นตอนที่ 2** เลือกตารางว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่
- ♥ **ขั้นตอนที่ 3** เลือกเพศชาย หรือหญิง
- ♥ **ขั้นตอนที่ 4** เลือกการสูบบุหรี่ ว่าสูบหรือไม่สูบ



♥ **ขั้นตอนที่ 5 เลือกช่วงอายุ**

ช่วงอายุ (ปี)	เลือกช่อง
<40-49	40
50-59	50
60-69	60
70 ปีขึ้นไป	70

♥ **ขั้นตอนที่ 6 เลือกค่า systolic blood pressure**

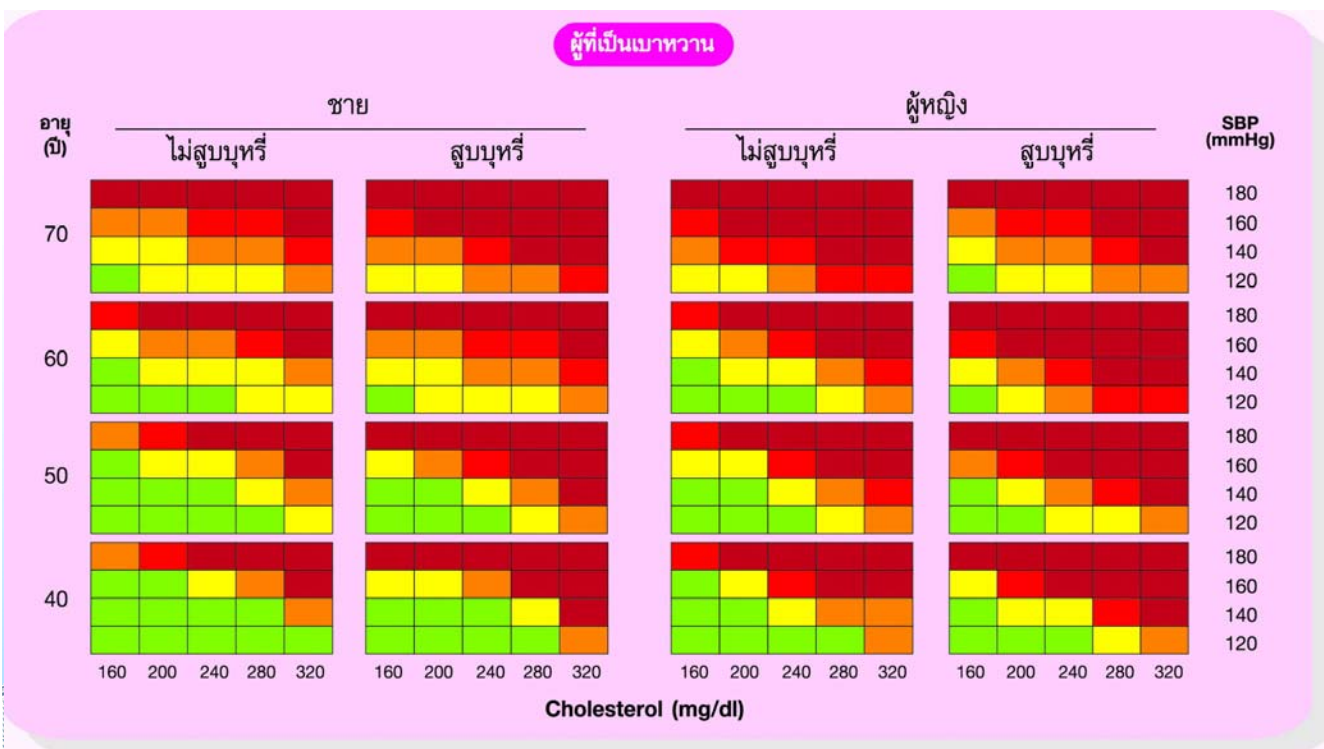
ค่า systolic blood pressure (มม.ปรอท)	เลือกช่อง
<120 - 139	120
140 - 159	140
160 - 179	160
180 ขึ้นไป	180

♥ **ขั้นตอนที่ 7 ค่า cholesterol กรณีทราบค่า cholesterol**

ค่า cholesterol (มก./ดล.)	เลือกช่อง
<160 - 199	160
200 - 239	200
240 - 279	240
280 - 319	280
320 ขึ้นไป	320

แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตารางสีที่ 1 กรณีทราบผล โคเลสเตอรอล (cholesterol) ในเลือด

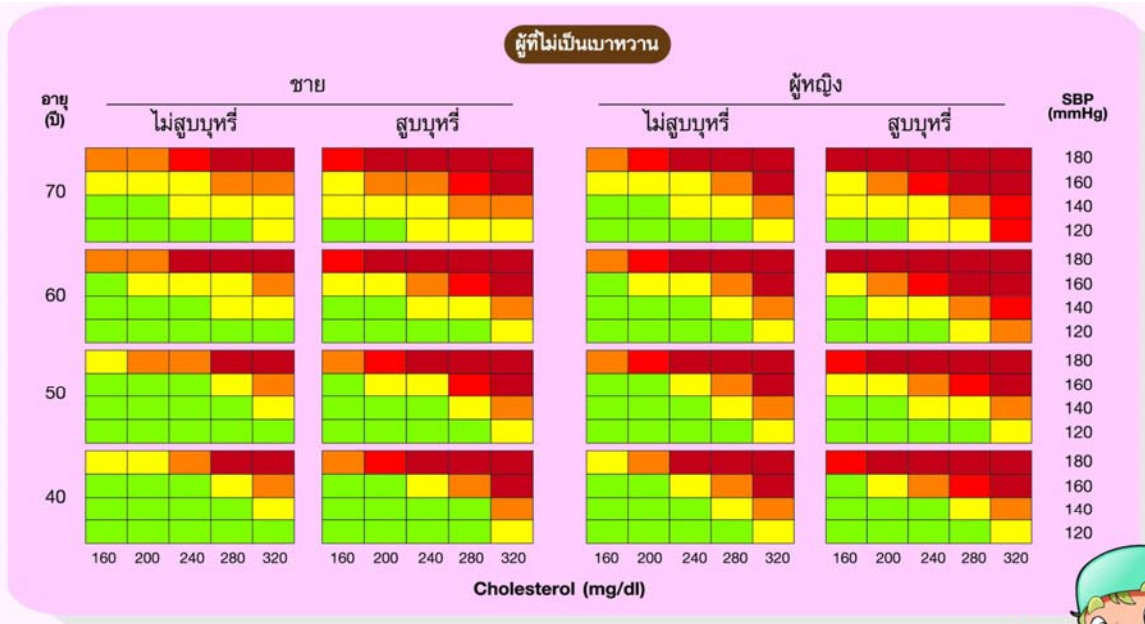


การแปลผลระดับโอกาสเสี่ยง

แถบสีจะบอกถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (stroke: fatal, non-fatal) ใน 10 ปีข้างหน้า

- <10%
- 10-20%
- 20-30%
- 30-40%
- ≥40%

ตารางสีที่ 1 กรณีทราบผล โคเลสเตอรอล (cholesterol) ในเลือด(ต่อ)

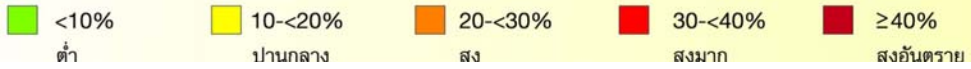


ที่มา : WHO/ISH Risk Prediction Chart for SEAR B , 2007

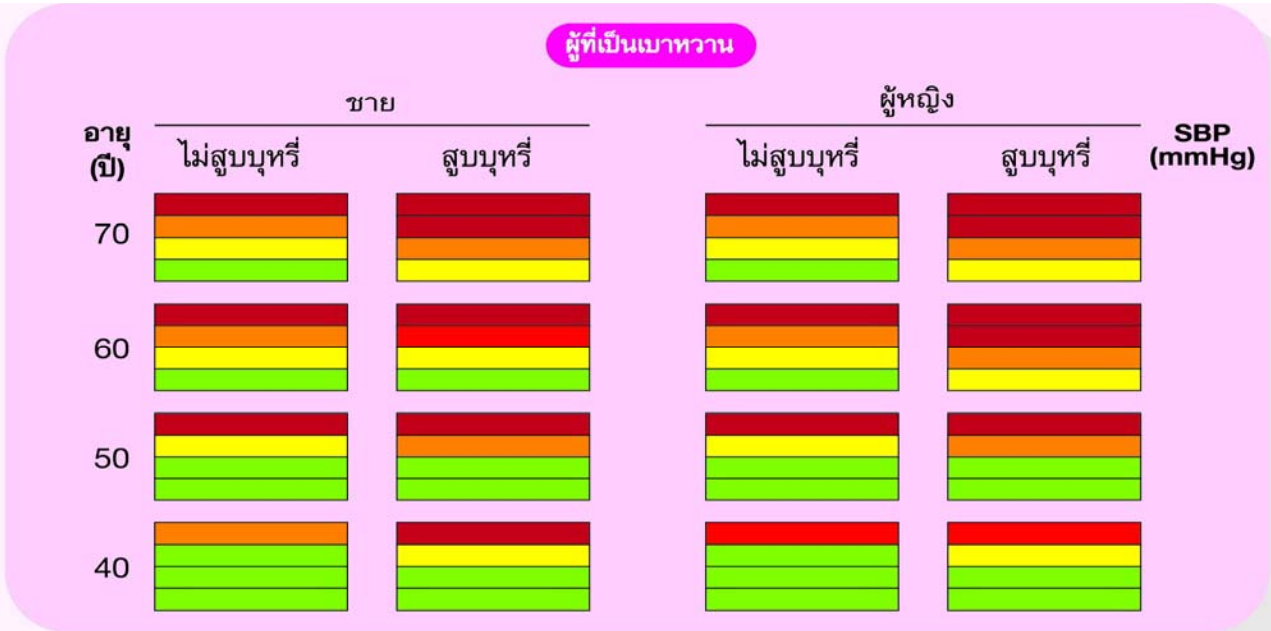


การแปลผลระดับโอกาสเสี่ยง

แถบสีจะบอกถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (stroke: fatal, non-fatal) ใน 10 ปีข้างหน้า



ตารางสีที่ 2 กรณีไม่ทราบผล cholesterol ในเลือดหรือสถานบริการสาธารณสุข ไม่มีบริการตรวจหา cholesterol ในเลือด

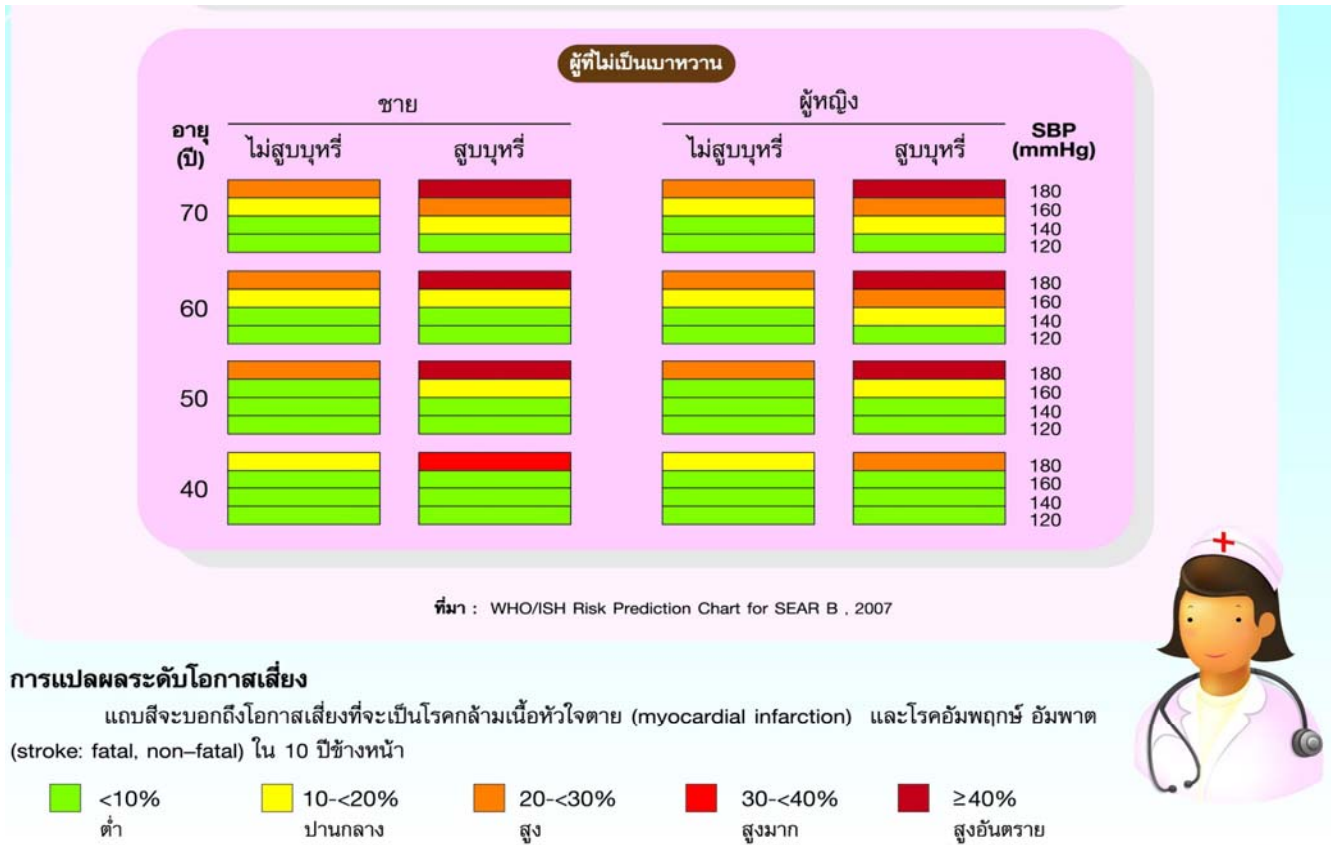


การแปลผลระดับโอกาสเสี่ยง

แถบสีจะบอกถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต (stroke: fatal, non-fatal) ใน 10 ปีข้างหน้า



ตารางสีที่ 2 กรณีไม่ทราบผล cholesterol ในเลือดหรือ สถานบริการสาธารณสุข ไม่มีบริการตรวจหา cholesterol ในเลือด(ต่อ)



เป้าหมายผลลัพธ์การบริการและการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยง

เป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวาน	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	ผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
ความดันโลหิต (มม.ปรอท)	<140/90*	<140/90	<140/90 (อายุ < 60 ปี) <150/90 (อายุ ≥ 60 ปี)
ระดับน้ำตาลในเลือด			
FPG (มก./ดล.)	70-130		60 -100
HbA1c (%)	6-7		
ไขมันในเลือด			
Total Cholesterol (TC) (มก./ดล.)	<280 (ค่าเป้าหมายสำหรับกลุ่มเสี่ยงปานกลาง)		
Low Density Lipoprotein (LDL) (มก./ดล.)	<200 (ค่าเป้าหมายสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มเสี่ยงสูงมาก)		
High Density Lipoprotein (HDL) (มก./ดล.)	<160 (ค่าเป้าหมายสำหรับกลุ่มเสี่ยงปานกลาง)		
Triglycerides (มก./ดล.)	<100 (ค่าเป้าหมายสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง)		
	<70 (ค่าเป้าหมายสำหรับกลุ่มเสี่ยงสูงมาก)		
	>40 (ชาย)		
	>50 (หญิง)		
	<150		
การสูบบุหรี่	งดสูบบุหรี่และดมควันบุหรี่		
น้ำหนัก และรอบเอว	ดัชนีมวลกาย 18.5 – 24.9 กก./ม ² รอบเอว น้อยกว่าส่วนสูง/2 (เซนติเมตร)		
การออกกำลังกาย	หนักระดับปานกลาง อย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง 5 ครั้งต่อสัปดาห์		
การบริโภคอาหาร	ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้		

หมายเหตุ * ตาม Evidence-Based Guideline For the Management of High Blood Pressure in Adults Report From The Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee, 2014 (JNC8)

55

ขั้นตอนการบริการหลังประเมินในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูง (DM, HT)

สถานะความเสี่ยง/ขั้นตอน	โอกาสเสี่ยง < 20 %	โอกาสเสี่ยง 20 - < 30%	โอกาสเสี่ยง ≥ 30%
	เสี่ยงปานกลาง	เสี่ยงสูง	เสี่ยงสูงมาก
ประเมินโอกาสเสี่ยงตาม Risk Healthy (Check Life's Simple 7)	✓	✓	✓
ให้ข้อมูล ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรค	✓	✓	✓
แบบบันทึก น.ค.ร. (น้ำหนัก ความดันฯ รอบเอว) สุขภาพด้วยตนเอง	✓	✓	✓
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/จัดการตนเอง	✓	✓	✓ เร่งด่วน
ทราบอาการเตือนโรคหัวใจและหลอดเลือด	✓	✓	✓
ลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อติดตาม		+/-	✓
ติดตามประเมินปัจจัยเสี่ยง/และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	6-12 เดือน	3-6 เดือน	1-3 เดือน
ส่งพบแพทย์เพื่อให้ยาตามความเหมาะสม เป้าหมายเพื่อควบคุม FPG, BP ไชมัน ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	✓	✓	✓
ติดตามประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	ทุกปี	6-12 เดือน	3-6 เดือน

ข้อจำกัดของเครื่องมือ

- โอกาสเสี่ยงอาจสูงกว่าที่ประเมินตาม chart นี้ เนื่องจากปัจจัยอื่นๆ ได้แก่
 1. ได้รับยาลด HT อยู่
 2. premature menopause
 3. การประเมินผิดช่องอายุหรือผิดช่อง SBP ในช่องถัดไป
 4. วิถีชีวิตนั่งๆนอนๆ
 5. ประวัติครอบครัว first degree relative เป็น coronary heart disease หรือ stroke ก่อนวัยอันควร ก่อนอายุ 55 ปีในชาย และก่อนอายุ 65 ปีในหญิง
 6. ระดับ triglycerides สูง 180 mg/dl
 7. HDL 40 mg/dl ในชายหรือต่ำกว่า 50 mg/dl ในหญิง
 8. มีการเพิ่มขึ้นของ c-reactive protein , fibrinogen, homocysteine, apolipoprotein B, Lp(a) ,fasting glycemia หรือ impaired glucose tolerance
 9. มี microalbuminuria (จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงใน 5 ปี อีก 5 % .ในผู้ที่เป็นเบาหวาน)

หน่วยงานที่นำไปใช้

- ❖ สถานบริการสาธารณสุขในสังกัด
กระทรวงสาธารณสุข(ทั่วประเทศ)
- สคร.
- สสจ.
- รพศ.
- รพท.
- รพช.
- สสอ.
- รพ.สต.



สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
Bureau of Non Communicable Disease



THANK YOU

เอกสารการประชุม

การประชุมเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินงานมาตรการ/นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ภายใต้โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์

และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน

วันพฤหัสบดีที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2557 เวลา 13.30-16.30 น.

ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. นพ.สรกิจ	ภาคีชีพ	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. พญ.นิตยา	ภานุภาค พึ่งพาพงศ์	ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย
3. นพ.ประเวช	ตันติพิวัฒนสกุล	กลุ่มที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต
4. พญ.พัชรี	ขันติพงษ์	โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
5. ผศ.พญ.จรีรัตน์	บวรวัฒนวงศ์	โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดชลบุรี
6. คุณเอื้องอรุณ	อำพันพงศ์	โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดชลบุรี
7. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ	ตันติเวสส	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
8. ดร.นพ.ยศ	ติระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
9. ดร.ภญ.นัยนา	ประดิษฐ์สิทธิกร	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
10. ดร.ภญ.ศิตาพร	ยังคง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
11. ภญ.วริทธิ์	จันทร์สถาพรจิต	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
12. น.ส.ชุตติมา	คำดี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
13. น.ส.สุธินุช	ตั้งสถิตย์กุลชัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เริ่มประชุมเวลา 13.30 น.

ดร.ภญ.ศิตาพร ยังคง กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมฯ จากนั้นแนะนำโครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน และผลการดำเนินงานของโครงการฯ ที่ผ่านมา โดยจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณามาตรการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมริชมอนด์สไตลิสคอนเวนชันฮอลล์ ได้ขอเสนอเบื้องต้นสำหรับชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ 1) นำวิธีการให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีแบบเชิงรุก (Provider-Initiated voluntary Counseling and Testing; PICT) มาใช้ในประเทศไทย เนื่องจากมีงานวิจัยชี้ว่ามีประสิทธิผลดีและคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย และ 2) ศึกษาความเหมาะสม คุ้มค่า และความเป็นไปได้ของ “การตรวจเจอรักษาทันที (test and treat)” ในบริบทของประเทศไทย

จากนั้น ได้นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสถานการณ์การเริ่มให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทย และมาตรการและนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้แก่

การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีแบบเชิงรุก (Provider-Initiated Counseling and Testing, PICT) และการตรวจเจอรักษาทันที (test and treat) จากนั้นผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็น โดยสรุปดังนี้

ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการนำวิธีให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีแบบเชิงรุก (Provider-Initiated voluntary Counseling and Testing; PICT) มาใช้ในประเทศไทย

การทำ pre-test counseling แบบกลุ่มผ่านการฉายวิดีโอทัศน์แทนรูปแบบเดิมเป็นเรื่องน่าสนใจ โดยในวิดีโอต้องมีเนื้อหาต่างๆ ตามขอบเขตที่ถูกกำหนดไว้สำหรับการทำ pre-test counseling แต่ต้องปรับทัศนคติของผู้เกี่ยวข้องทั้งระดับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้เข้าใจว่าการเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงานนี้นอกจากมิได้เป็นการทำผิดหลักการหรือขั้นตอนการทำงานเดิม ยังจะช่วยลดภาระงานในการทำ pre-test counseling ช่วยให้ counselor มีเวลามากขึ้นสำหรับให้คำปรึกษาอื่นๆ เช่น post-test counseling และให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีความร่วมมือ (adherence) ในการทานยาต้านไวรัสต้าน นอกจากนั้น PICT จะช่วยลดแรงกดดันที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณละเมิดเนื่องจากเป็นระบบสมัครใจ ผู้เชี่ยวชาญแนะนำให้การตรวจและฟังผลควรทำเสร็จภายในหนึ่งวัน เพื่อลดปัญหาที่ผู้ป่วยอาจไม่มาฟังผลและติดตามไม่ได้ โดยจะต้องหาวิธีการดำเนินงานที่เหมาะสม นอกจากนี้ควรคำนึงถึงปัญหาด้านภาระงาน ได้แก่ นักเทคนิคการแพทย์ที่รับผิดชอบการตรวจทางห้องปฏิบัติการโดยตรง อาจไม่สามารถรองรับปริมาณงานที่เพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นอาจต้องมีการพิจารณาเรื่อง task shifting โดยให้บุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่น เช่น พยาบาลมีส่วนช่วยรับภาระงานนี้

ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าควรมีการสร้างระบบพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาแก่ counselor เพราะระบบที่มีในปัจจุบันนี้มิได้มีการพัฒนามาเป็นเวลานานแล้ว counselor ที่ปฏิบัติงานในปัจจุบันพัฒนาทักษะจากประสบการณ์หรือแบบที่สอนน้อง ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ถูกพิสูจน์ว่าได้ผลและเป็นรูปแบบเดียวกัน และยังต้องพัฒนาทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้มีความเสี่ยง เช่น กรณีที่ผู้ขอรับการตรวจแล้วไม่พบการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ยังไม่มีแนวทางว่าควรทำอย่างไรต่อเพื่อป้องกันการติดเชื้อในอนาคตหรือการติดตามมาตรวจซ้ำ การพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมเอชไอวี/เอดส์นี้จะต้องทบทวนกลไกตั้งแต่ในระดับชาติ ตลอดจนหน่วยงานที่รับผิดชอบ (เช่น กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค) และระบบการบริหารจัดการทรัพยากรและการเงิน

ผู้เชี่ยวชาญเสนอเพิ่มเติมให้ผู้วิจัยพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการ PICT นอกโรงพยาบาล โดยคาดว่าการทำงานในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ในโรงเรียน หรือกลุ่มฟ้าสีม่วง คาดว่าเกิดประโยชน์ชัดเจนกว่าและให้ความคุ้มค่ามากกว่า นอกจากนั้นประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาเพิ่มเติมคือ การปลุกกระแสการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ให้ผู้บริหาร/ผู้กำหนดนโยบายเห็นความสำคัญ ว่าให้ผลตอบแทนที่คุ้มค่า

ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวทาง “การตรวจเจอรักษาทันที (test and treat)”

ผู้เชี่ยวชาญจากสำนักโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ระบุว่าสภากาชาดได้ทำโครงการนำร่องของแนวทาง test and treat พบว่าจากการตรวจชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 800 คน พบผลเลือดบวกประมาณ 150 คน

และเมื่อตามคนกลุ่มเดิมต่อไปอีก 1 ปี พบว่าตรวจพบผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้นอีก 20 กว่าคน ผู้ป่วยที่พบผลเลือดบวกจำนวนครึ่งหนึ่งของทั้งหมดมีระดับ CD4 มากกว่า 350 cell/mm³ ผู้ป่วยประมาณ 5 เปอร์เซ็นต์เท่านั้นที่ไม่ประสงค์จะรับประทานยาต้านเชื้อไวรัส การยอมรับการรักษาจึงไม่ใช่ปัญหาของการดำเนินงานครั้งนี้ แต่ควรให้ความสำคัญกับการตรวจเลือด มิใช่เพื่อให้คนรู้ตัวได้เร็วเท่านั้น แต่ต้องหาวิธีที่จะให้กลุ่มคนที่ตรวจแล้วผลเลือดเป็นลบมาตรวจซ้ำ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความถี่ของการตรวจเลือดในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงควรบ่อยกว่าทุก 6 เดือน ในการศึกษาดังกล่าวได้เคยมีการคำนวณภาระงานที่เกิดขึ้น พบว่าหากกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงจำนวนร้อยละ 90 เข้ารับการตรวจเลือดตามระยะเวลาที่กำหนด ปริมาณงานจะเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวเป็นประมาณล้านครั้งต่อปี จึงต้องคำนึงถึงการบริหารจัดการภาระงานด้วย อย่างไรก็ตามผู้แทนจากสปสข. ให้ความเห็นว่าคุณภาพงานมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับภาระ ดังนั้นการเพิ่มความถี่ในการตรวจเลือดอาจต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาทันทีที่ทุกระดับของ CD4 ยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องความคุ้มค่าคุ้มทุน ซึ่งจะมีผลต่อการตัดสินใจในการบริหารจัดการเงินทุนนี้

แม้ว่าคณะกรรมการเอ็ดส์ชาติมีนโยบายให้การรักษาด้วยยาต้านเชื้อไวรัสทันทีที่ทุกระดับของ CD4 แต่การนำนโยบายมาใช้ในภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ต้องพิจารณาเรื่องความร่วมมือในการรักษา (adherence) ของผู้ป่วยด้วย โดยส่วนหนึ่งต้องอาศัยบุคลากรทางการแพทย์ให้คำปรึกษา โนม่น้าว ติดตามผล อย่างไรก็ตามบุคลากรทางการแพทย์ของไทยยังไม่มีประสบการณ์ตรงที่จะรักษาคนที่ยังไม่แสดงอาการป่วยเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่คนรอบข้าง และยังมีหลักฐานสนับสนุนเรื่องประโยชน์ที่จะเกิดแก่ตัวคนไข้เอง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีหลักสูตรเพื่อสอน counselor ถึงเทคนิคการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยที่ได้รับ early ART ทำอย่างไรถึงเพิ่ม adherence ของผู้ป่วย และลดปัญหา virological failure ได้ นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญยิ่งกว่าการเพิ่มทักษะของ counselor คือระบบการติดตามผู้ป่วย ทำอย่างไรให้มารับการรักษาต่อเนื่อง ถ้าผู้ป่วยหายไปจะติดตามได้อย่างไร (เช่น กรณีผู้ป่วยที่เป็นนักโทษเมื่อพ้นสภาพการคุมขังแล้วจะไม่สามารถติดตามได้ หรือผู้ป่วยที่มีการย้ายถิ่นฐาน) ปัญหานี้จะมากขึ้นในกลุ่มคนที่ยังไม่มีอาการแสดงของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เนื่องจากไม่มีแรงขับในการรับประทานยา หากยังแก้ไขปัญหานี้ไม่ได้ การรักษาที่เร็วขึ้นอาจยังไม่เหมาะสม เพราะจำนวนเชื้อดื้อยาเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนผู้รับประทานยา การวัดความสำเร็จของการป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีจึงไม่สามารถวัดจากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส แต่ควรเน้นการป้องกันการดื้อยาและ virological failure ซึ่งอาจต้องรอผลการศึกษา START ที่เป็นงานวิจัยระดับโลก โดยปัจจุบันเก็บข้อมูลมาแล้วเป็นเวลาสองปี ยังเหลืออีกสามปีจึงจะทราบผลการศึกษา การศึกษานี้จะวิเคราะห์ผลในภาพรวมของการรักษาแต่เนิ่นๆ ด้วยยาต้านไวรัส อาจชี้ถึงประโยชน์และโทษของการเริ่มยาที่ระดับ CD4 สูงๆ ได้ และอาจเป็นไปได้ที่คนไข้กลุ่มที่ยังไม่แสดงอาการนี้มีอัตราการไม่กลับมารักษาต่อเนื่อง (lost to follow-up) สูง เพราะไม่มีแรงขับในการกินยา เป็นต้น

นอกจากนั้นผู้เชี่ยวชาญยังแนะนำให้พิจารณาเรื่องความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการด้วย เนื่องจากปัจจุบันนี้ ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ CD4 ต่ำกว่า 200 cell/mm³ ยังเข้าไม่ถึงบริการ หากเรานำนโยบายที่มุ่งเน้นการรักษาแต่เนิ่นๆ มาใช้ อาจทำให้กลุ่มคนที่ยังเข้าไม่ถึงบริการถูกละเลยมากยิ่งขึ้น

ปิดการประชุมเวลา 16.30 น.

วริทธิ์ จันทรสภาพรจิต (ผู้สรุปรายงานการประชุม) นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร (ผู้ตรวจรายงานการประชุม)

การประชุมผู้เชี่ยวชาญ มาตรการ/นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

3 เมษายน 2557 ณ ห้องประชุม HITAP 1
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ศิตาพร ยังกง, วรวิทย์ จันทรสถาพรจิต

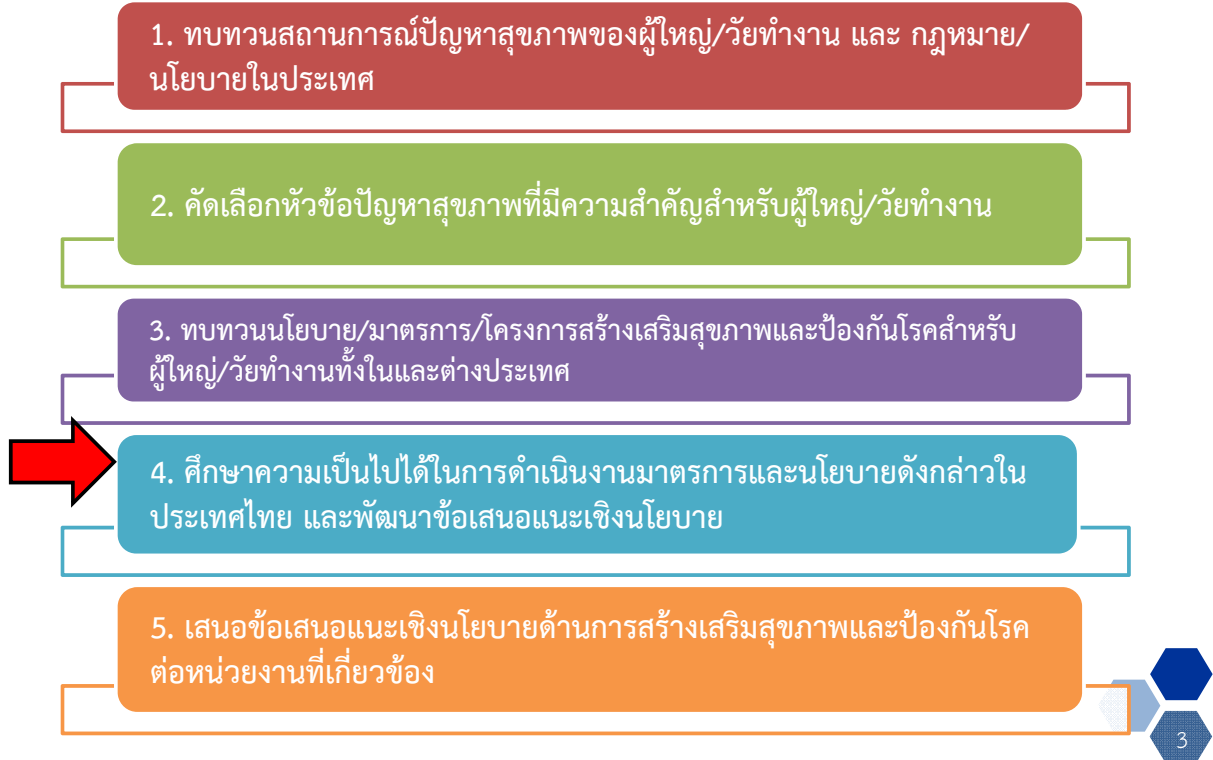
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข



โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

- **วัตถุประสงค์:** เพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนานโยบายและปรับปรุงรายการสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ขั้นตอนการดำเนินงาน



ข้อสรุปที่ได้จากการประชุมผู้เชี่ยวชาญ (3 ก.พ. 57)

ข้อเสนอสำหรับชุดสิทธิประโยชน์ฯ ที่เสนอโดยทีมวิจัย

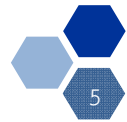
- นำวิธีการให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีแบบเชิงรุก (Provider-Initiated voluntary Counseling and Testing; PICT) มาใช้ในประเทศไทย เนื่องจากเคยมีงานวิจัยระบุว่า มีประสิทธิผลดีและคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย
- ศึกษาความเหมาะสม คุ้มค่า และความเป็นไปได้ของ “การตรวจเจอรักษาทันที (Test and Treat)” ในบริบทของประเทศไทย

ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ

- เห็นด้วยกับการให้บริการเชิงรุก เช่น PICT รวมถึง Test and Treat

วัตถุประสงค์การประชุมในวันนี้

เพื่อพิจารณาปัญหา ช่องว่างองค์ความรู้ เพื่อนำไปสู่การศึกษาต่อไป
ในเชิงลึก รวมทั้งการศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินงานตามข้อเสนอ
 มาตรการ/นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอช
 ไอวี/เอดส์ ได้แก่ วิธีการให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีแบบ
 เชิงรุก (PICT) และ การตรวจเฝ้ารักษาทันที (Test and Treat) ใน
 บริบทของประเทศไทย



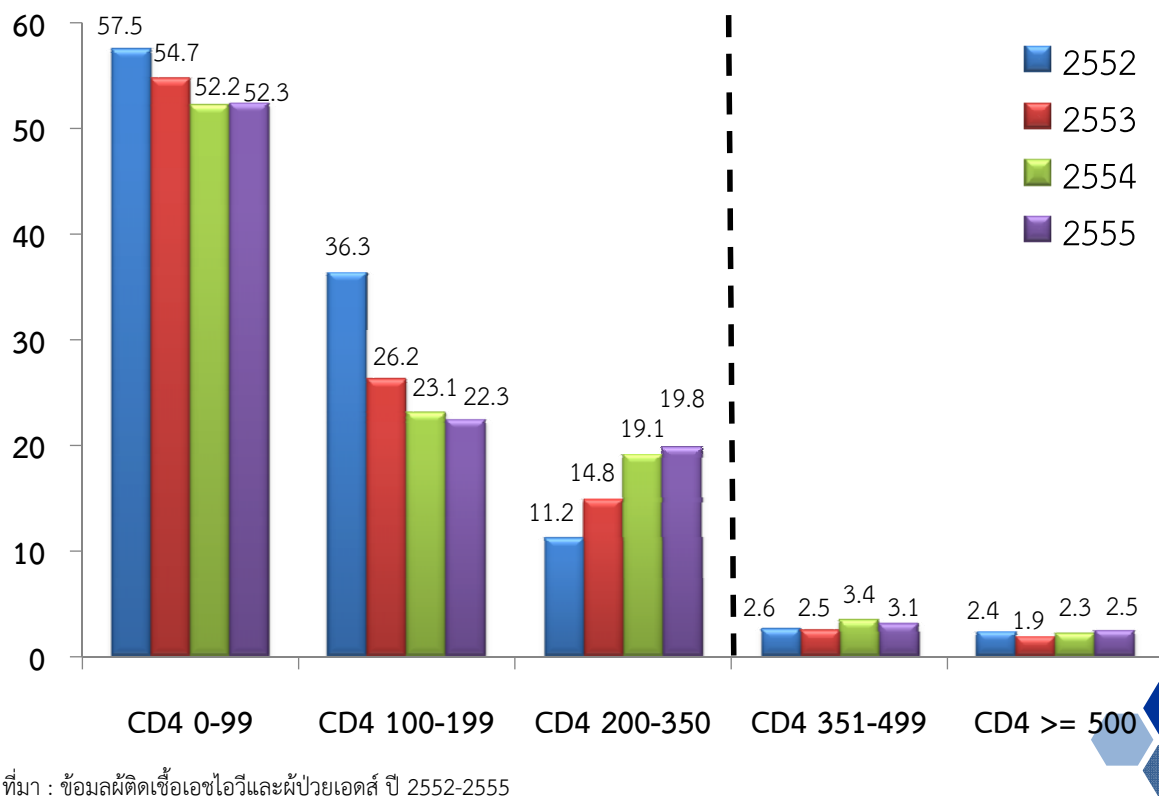
สถานการณ์การเริ่มให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทย

- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2555-2556 มีมติสำหรับมาตรการในการยุติปัญหาเอดส์ในประเทศไทย โดยให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส แต่เนิ่นๆ ในทุกคนที่ตรวจพบว่าติดเชื้อฯ ทันที ที่ทุกระดับของ CD4
- สภากาชาดและกรมควบคุมโรค ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์การเภสัชกรรม ทำการศึกษานำร่องโครงการ “ตรวจเฝ้ารักษาทันที” ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสองจำนวนสองพันคน ใน 3 จังหวัดคือ กรุงเทพมหานคร ลำปาง และ อุบลราชธานี

http://www.youtube.com/watch?v=_BfkC1WJpTE



ร้อยละผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มรับยาต้านไวรัส จำแนกตามระดับ CD4



การให้คำปรึกษาและตรวจ
 การติดเชื้อเอชไอวีแบบเชิงรุก
 (Provider-Initiated Counseling and Testing, PICT)

- ในปี 2008 WHO และ UNAIDS แนะนำให้ใช้วิธี PICT ในการตรวจการติดเชื้อ HIV
- การศึกษาในประเทศไทย (2009)¹ โดย HITAP และ GDN เปรียบเทียบการให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีแบบเชิงรุก (PICT) กับ Voluntary Counseling and Testing (VCT) โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

Pre-test counseling
(VDO presentation)

- ฉายวิดีโอให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยขณะรอพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก

Anonymous card

- บัตรตรวจ HIV ฟรี โดยไม่ระบุชื่อคนไข้
- นัดฟังผล ภายใน 2 สัปดาห์

Post-test counseling

- ทุกคนได้รับคำแนะนำปรึกษาในวันฟังผล
- หากผลเป็นบวก จึงส่งเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง

1 Health Intervention and Technology assessment program (2009) "THE POTENTIAL OF PROVIDER-INITIATED VOLUNTARY HIV COUNSELING AND TESTING AT HEALTH CARE SETTINGS IN THAILAND"

ผลการศึกษา

- อัตรายอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.41 เป็น 5.16
- สามารถค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
- คิดเป็นอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มต่อการ
 - ตรวจพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ (case detected) 68,000 บาทต่อราย
 - ป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ (case averted) 467,000 บาทต่อราย

การตรวจเจอรักษาทันที (Test and Treat)



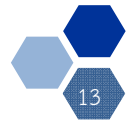
บททวนวรรณกรรม

- The WHO guidelines (2013) แนะนำ Test and Treat ที่ระดับ CD4 < 500 cell/mm³
- การศึกษาทางคลินิก HPTN-052¹ ใน 9 ประเทศ ดูผลของการเริ่มให้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) CD4 ระหว่าง 350-550 cell/mm³ และ 2) CD4 < 250 cell/mm³ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ 1
 - มีอัตราการถ่ายทอดเชื้อน้อยกว่ากลุ่มที่ 2 ร้อยละ 96
 - เกิดอาการทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับติดเชื้อ HIV น้อยกว่ากลุ่มที่ 2 ร้อยละ 41

1 Cohen, MS. Chen, YQ. MaMauley, M. et. al. (2011) "Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy", The New England Journal of Medicine, 356 (6), PP 493-505.

ประเด็นอภิปราย

1. ปัญหา/ช่องว่างขององค์ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงาน PICT และ/หรือ Test and Treat
2. ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการนำ PICT และ/หรือ Test and Treat มาใช้ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า
3. ควรให้ความสำคัญที่วิธีการใดก่อน (หากมีข้อจำกัด)
4. ข้อเสนอแนะอื่นๆ เช่น งานวิจัยที่ต้องการสำหรับโครงการนำร่อง เป็นต้น



เอกสารการประชุม

การประชุมเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินงานมาตรการ/นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน”ภายใต้โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน
วันอังคารที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2557 เวลา 9.00-12.00 น.
ณ ห้องประชุม ชั้น 2 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศกระทรวงสาธารณสุข

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. นพ.สมเกียรติ	ศิริรัตนพุกษ์	สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2. ศ.นพ.สุรศักดิ์	บูรณตรีเวทย์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
3. ร.อ.หญิงศุภพร	อยู่วัฒนา	สำนักเสริมสร้างความมั่นคงแรงงานนอกระบบ สำนักงานประกันสังคม
4. ดร.นพ.ยศ	ติระวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
5. ดร.ภญ.นัยนา	ประดิษฐ์สิทธิกร	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
6. ดร.ภญ.ศิตาพร	ยังคง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
7. ภญ.วรสิทธิ์	จันทร์สถาพรจิต	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
8. น.ส.ชุติมา	คำดี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
9. น.ส.สุธินุช	ตั้งสถิตย์กุลชัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
10. นายวิฑริช	พันธุมงคล	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เริ่มประชุมเวลา 9.00 น.

ดร.ภญ.ศิตาพร ยังคง กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมฯ และแนะนำโครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน รวมทั้งผลการดำเนินงานของโครงการฯ ที่ผ่านมา โดยจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณามาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมริชมอนด์ สโตนวอลล์ โฮเทล ได้ข้อเสนอเบื้องต้นสำหรับชุดสิทธิประโยชน์ในหัวข้อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน ได้แก่ 1) ควรมีการดูแลสุขภาพแรงงานในระบบโดยกลุ่มนายจ้างเป็นผู้จัดบริการอย่างเป็นระบบ โดยมีหน่วยงานส่วนกลางเป็นผู้ออกแบบและกำหนดกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการบาดเจ็บแก่นายจ้างเพื่อให้การจัดกิจกรรมเป็นรูปแบบเดียวกัน 2) ควรพิจารณารูปแบบกิจกรรมสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบ ให้สามารถเข้าถึงบริการตรวจสุขภาพหรือคัดกรองความเสี่ยงของโรคจากการทำงาน และ 3) ควรมีการพัฒนาติดตามสุขภาพของลูกจ้าง

โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง แม้อุบัติการณ์จะฟื้นสภาพการเป็นลูกจ้างแล้ว โดยคำนึงถึงระบบการเบิกจ่ายเงินสำหรับการบริการในรูปแบบของการเฝ้าระวังสุขภาพดังกล่าวให้มีความเหมาะสมด้วย

จากนั้น น.ส. สุธีษฐา ตั้งสถิตย์กุลชัย ได้นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน มาตรการที่มีทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงโมเดล 5Rs ซึ่งเป็นข้อเสนอมาตรการ/นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน จากนั้นได้เปิดให้ผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็น โดยสรุปได้ดังนี้

สถานการณ์ในประเทศและมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเกี่ยวกับโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน

ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าควรมีการทบทวนช่วงอายุของกลุ่มผู้ใหญ่/วัยทำงานที่ใช้สำหรับหัวข้อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานอีกครั้งโดยเฉพาะในเรื่องของการทำงานเนื่องจากหลายหน่วยงานมีนิยามแตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น กระทรวงแรงงานกำหนดให้วัยทำงานมีอายุตั้งแต่ 18-59 ปีหรือจนกว่าจะฟื้นสภาพการจ้างงาน ในขณะที่นิยามของสำนักงานประกันสังคมนั้นกำหนดไว้ตั้งแต่ 15-60 ปี ทั้งนี้ที่ประชุมเห็นด้วยและสรุปให้หัวข้อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน พิจารณาวัยทำงานตั้งแต่ 18-60 ปีหรือจนกว่าจะฟื้นสภาพการจ้างงาน

ผู้เชี่ยวชาญยังให้ความเห็นอีกว่า หากพิจารณาลักษณะประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรจำแนกตามลักษณะการจ้างงาน ซึ่งสามารถแบ่งได้ 3 ประเภทคือ แรงงานในระบบ แรงงานนอกระบบ/อาชีพอิสระ และข้าราชการและรัฐวิสาหกิจโดยปัญหาสุขภาพของวัยทำงานแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ

1. ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากงาน
2. ปัญหาสุขภาพที่เกิดนอกงานซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท
 - 2.1 ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากวิถีชีวิตและ/หรือพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆเช่นการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา
 - 2.2 ปัญหาสุขภาพในวัยเจริญพันธุ์
 - 2.3 ปัญหาจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

ทั้งนี้ การพิสูจน์ว่าสาเหตุและที่มาของโรคนั้นเกิดจากงานหรือเกิดนอกงานจะมีความจำเป็นเมื่อเข้าสู่กระบวนการของการจ่ายเงินทดแทน ซึ่งหากกลุ่มแรงงานในระบบเป็นโรคหรือบาดเจ็บจากการทำงานเป็นหลัก กองทุนเงินทดแทนจะเป็นผู้รับผิดชอบ แต่หากโรคนั้นไม่เกี่ยวข้องกับการทำงานจะเป็นหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคมดูแลเรื่องการจ่ายเงินทดแทน

ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นว่ามาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน ควรพิจารณามาตรการที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมควบคู่ไปกับมาตรการด้านสุขภาพนอกจากนี้ยังได้ให้ข้อเสนอแนะในภาพรวมถึงมาตรการที่ควรมีในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 6 ประเภท ดังนี้

1. มาตรการทางนโยบาย ควรมีนโยบายประกาศบังคับใช้ไปในทุกระดับทั้งนโยบายระดับชาติ จังหวัด หรือสถานประกอบการ เป็นการมุ่งเน้นให้นายจ้างให้ความสำคัญกับสุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้าง
2. มาตรการทางกฎหมายแบ่งออกเป็น 3 ส่วน
 - 2.1 กฎหมายของกระทรวงอุตสาหกรรม เป็นเรื่องการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของคนงาน โดยเน้นความปลอดภัยเป็นหลัก เช่น การควบคุมการใช้เครื่องจักรและอุปกรณ์ต่างๆ ในโรงงาน
 - 2.2 กฎหมายของกระทรวงแรงงาน เป็นกฎหมายเรื่องความปลอดภัยต่างๆ โดยเน้นหนักไปที่การบังคับให้นายจ้างทำให้สภาพแวดล้อมของการทำงานให้มีความปลอดภัยรวมถึงการตรวจสุขภาพของลูกจ้าง
 - 2.3 กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข มีความแตกต่างจากสองกระทรวงข้างต้นคือ มีการดูแลครอบคลุมถึงการดูแลสุขภาพแวดล้อมในการทำงานและกลุ่มแรงงานนอกระบบด้วย เช่น พรบ. สถานประกอบการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
3. มาตรการจัดบริการอาชีวอนามัย คือ การจัดบริการด้านสุขภาพทั้งการวินิจฉัยและจัดบริการด้านชีวเวชศาสตร์อื่นๆ ที่ครอบคลุมทั้งแรงงานในระบบและนอกระบบ โดยอาจทำได้ผ่านหลายหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นสถานประกอบการ สถานพยาบาล และกระทรวง ตัวอย่างเช่น โครงการคลินิกอาชีวเวชศาสตร์หรือคลินิกโรคจากการทำงานโครงการคลินิกสุขภาพเกษตรกร ทั้งนี้ การจัดบริการอาชีวอนามัยควรแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนคือ ประเมิน ตรวจวัด และจัดการ
4. มาตรการเฝ้าระวังและสอบสวน
5. มาตรการสนับสนุนเชิงวิชาการ เป็นการศึกษาวิจัย การวางแผนทางต่างๆ ซึ่งสามารถช่วยสนับสนุนสถานประกอบการในแง่ของการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงานต่างๆ
6. มาตรการสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรสายอาชีวอนามัย

ปัญหาและอุปสรรคของระบบบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน

1. ปัญหาแรงงานในระบบ ซึ่งเป็นกลุ่มแรงงานที่มีโครงสร้างและผู้รับผิดชอบหลักที่สุดและเรื่องสิทธิประโยชน์และบริการสุขภาพอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ตัวระบบยังคงมีปัญหาที่พบบ่อยดังนี้
 - 1.1 นายจ้างไม่รายงานอาการป่วยหรือบาดเจ็บของลูกจ้างเพราะเกรงว่าจะเสียชื่อเสียงของโรงงาน อีกทั้งสถานประกอบการอาจโดนเรียกเก็บค่าเบี้ยประกันในอัตราที่สูงขึ้นหากพบว่ามีการแจ้งลูกจ้างป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงาน
 - 1.2 ลูกจ้างปกปิดอาการป่วยของตนเอง เพราะกลัวว่าจะถูกนายจ้างทำให้พ้นสภาพการจ้างงาน
 - 1.3 แพทย์จากโรงพยาบาลภาครัฐไม่มีแรงจูงใจที่จะวินิจฉัยเพราะไม่มีการให้ค่าตอบแทนให้กับแพทย์ที่วินิจฉัยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานโดยตรง รวมถึงขาดความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานและความซับซ้อนของการจัดทำเอกสารประกอบซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับกระบวนการทางกฎหมาย
 - 1.4 ข้อมูลที่สถานพยาบาลต้องรายงานไปยังกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานยังมีการจัดเก็บโดยใช้ระบบเอกสาร ทำให้การเข้าถึงเป็นไปได้ยากและมีการนำไปใช้ประโยชน์น้อย
2. ปัญหาแรงงานนอกระบบ เนื่องจากแรงงานกลุ่มนี้ไม่มีกฎหมายใดๆ รองรับ และไม่มีการขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน การดูแลสุขภาพของคนกลุ่มนี้โดยหน่วยงานภาครัฐจึงทำได้ค่อนข้างยาก
3. ปัญหากลุ่มข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ เนื่องจากไม่มีกฎหมายที่บังคับใช้กับวัยทำงานกลุ่มนี้โดยตรง ไม่มีระบบดูแลข้าราชการที่ทำงานเสี่ยงในบางสาขาอาชีพจึงไม่มีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ
4. ปัญหาโรคเรื้อรัง โรคที่เกิดจากการทำงานที่เป็นโรคเรื้อรังมักไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจากการทำงาน เช่น โรคมะเร็งต่างๆซึ่งมีสาเหตุการเกิดมาจากการสัมผัสหรือรับสารใดๆ เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง โดยหลักของการให้เงินทุนทดแทนจะจ่ายเป็นครั้งๆ ภายในวงเงินจำกัดและใช้เกณฑ์การบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุเป็นตัวตั้งมากกว่าการรักษาโรคในระยะยาวนอกจากนี้การวินิจฉัยโรคในกรณีที่ลูกจ้างมีการเปลี่ยนสถานที่ทำงานเพราะนายจ้างมักมีการจัดตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยงในการทำงานของลูกจ้าง ณ ปัจจุบันที่มีอยู่ในสถานประกอบการของตนเองแต่หากลูกจ้างมีการเปลี่ยนงานไปยังสถานประกอบการอื่นที่ไม่มีความเสี่ยงต่อสารนั้นๆ ก็มักจะไม่ได้รับการตรวจความเสี่ยงต่อสารดังกล่าวอีก ตัวอย่างเช่น ลูกจ้างเคยทำงานที่มีการสัมผัสแร่ใยหินจนสะสมเป็นระยะเวลาหนึ่ง เมื่อเปลี่ยนสถานที่ทำงานที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสแร่ใยหินอาจจะไม่ได้รับการตรวจเอ็กซเรย์ปอด ดังนั้นการเฝ้าระวังการเกิดโรคในระดับบุคคลของคนกลุ่มนี้จึงไม่สามารถทำได้หากการตรวจสุขภาพเป็นหน้าที่ของนายจ้างปัจจุบัน

5. ปัญหาการบังคับใช้กฎหมาย ผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นเห็นว่า ประเทศไทยมีการวางโครงสร้างทางกฎหมายไว้อย่างดี แต่การบังคับใช้ยังไม่เข้มแข็งพอจึงทำให้เกิดปัญหา

ข้อเสนอแนะต่อโมเดล 5Rs

นักวิจัยได้นำเสนอโมเดล 5Rs ซึ่งเป็นข้อเสนอมาตรการ/นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการบาดเจ็บจากการทำงานอย่างเป็นระบบที่พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย Register, Re-check, Report, Record และ Reward ซึ่งผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นโดยสรุปดังนี้

การลงทะเบียน (Register) ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า โมเดล 5Rsไม่ควรครอบคลุมถึงกลุ่มข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ เพราะเงื่อนไขหลายอย่างไม่เหมือนกับอีกสองกลุ่ม

การตรวจสอบสุขภาพ (Re-check) ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่ากลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบควรใช้ระบบการตรวจสอบสุขภาพแบบเดียวกัน และต้องมีการแปลผลคู่กันไปแต่โมเดลยังไม่มีความชัดเจนว่า หากตรวจสอบสุขภาพแล้วพบว่าลูกจ้างเป็นโรค/มีปัญหาสุขภาพ จะประสานกับหน่วยงานใดต่อไป

การรายงาน (Report) และการเก็บข้อมูล (Record) กระทรวงแรงงานควรเป็นหน่วยงานหลักในการรับผิดชอบการรวบรวมข้อมูลจากการรายงานปัญหาสุขภาพของลูกจ้าง

สำหรับการให้รางวัล/ลงโทษ (Reward) นั้น ยังไม่มีความชัดเจนว่าควรจะมีระบบการให้รางวัล/ลงโทษเป็นอย่างไร นอกจากนี้ อาจมีข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบส่วนกลางที่รับผิดชอบในการดำเนินงาน

ปิดการประชุมเวลา 12.00น.

สุธินุช ตั้งสถิตย์กุลชัย

ดร.ภญ.ศิตาพร ยังกง

(ผู้สรุปรายงานการประชุม)

(ผู้ตรวจรายงานการประชุม)

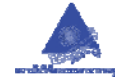
การประชุมผู้เชี่ยวชาญ

มาตรการ/นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค “โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน”

22 เมษายน 2557 ณ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ศิตาพร ยังกง, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ชุตติมา คำดี, วริทธิ์ จันทรสภาพรจิต, สุธีนุช ตั้งสถิตย์กุลชัย, วิทวัส พันธุมงคล,
ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส, ยศ ทิระวัฒนานนท์

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข



กำหนดการประชุม

- ๙.๐๐ – ๙.๑๕ น. ประธานกล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุม
- ๙.๑๕ – ๙.๓๐ น. นำเสนอที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการ และวัตถุประสงค์ของการประชุม
โดย ดร.ภญ.ศิตาพร ยังกง
- ๙.๓๐ – ๑๐.๐๐ น. นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับมาตรการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค “โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน”
โดย นางสาวสุธีนุช ตั้งสถิตย์กุลชัย
- ๑๐.๐๐ – ๑๑.๓๐ น. เปิดเวทีอภิปราย
- ๑๑.๓๐ – ๑๒.๐๐ น. สรุปข้อเสนอแนะจากที่ประชุม



โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์: เพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนานโยบายและปรับปรุง
รายการสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ
ผู้ใหญ่/วัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ขั้นตอนการดำเนินงาน

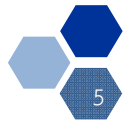
1. ทบทวนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่/วัยทำงาน และ กฎหมาย/
นโยบายในประเทศ
2. คัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน
3. ทบทวนนโยบาย/มาตรการ/โครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ
ผู้ใหญ่/วัยทำงานทั้งในและต่างประเทศ
4. ศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินงานมาตรการและนโยบายดังกล่าวใน
ประเทศไทย และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
5. เสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



ปัญหาสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือก*

1. โรคหัวใจและหลอดเลือด
2. มะเร็งตับ
3. การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
4. มะเร็งปากมดลูก
5. **โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน****
6. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
7. การสูบบุหรี่/ยาสูบ

* ผ่านความเห็นชอบจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2557



ข้อเสนอแนะจากการประชุมวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2557

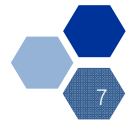
ข้อเสนอเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์

- ควรมีการดูแลสุขภาพแรงงานในระบบโดยกลุ่มนายจ้างเป็นผู้จัดบริการ โดยมีหน่วยงานส่วนกลางเป็นผู้ออกแบบและกำหนดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบาดเจ็บ และอุบัติเหตุแก่นายจ้างเพื่อให้การทำกิจกรรมเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งหมด
- ควรพิจารณารูปแบบกิจกรรมที่จะสามารถครอบคลุมถึงกลุ่มแรงงานนอกระบบ เพื่อให้เข้าถึงการรับบริการตรวจสุขภาพหรือคัดกรองความเสี่ยงของโรคจากการทำงานได้
- ควรมีการพัฒนาติดตามสภาวะของลูกจ้าง โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง แม้ลูกจ้างจะพ้นสภาพการเป็นลูกจ้างแล้ว โดยคำนึงถึงระบบการเบิกจ่ายเงินสำหรับการบริการในรูปแบบของการเฝ้าระวังสุขภาพดังกล่าวให้มีความเหมาะสมด้วย



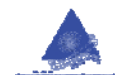
วัตถุประสงค์การประชุม

เพื่อพิจารณาปัญหา ช่องว่างองค์ความรู้ เพื่อนำไปสู่การศึกษาต่อไป
ในเชิงลึกรวมทั้งการศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินมาตรการ/
นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการบาดเจ็บ
และการทำงานในบริบทของประเทศไทย

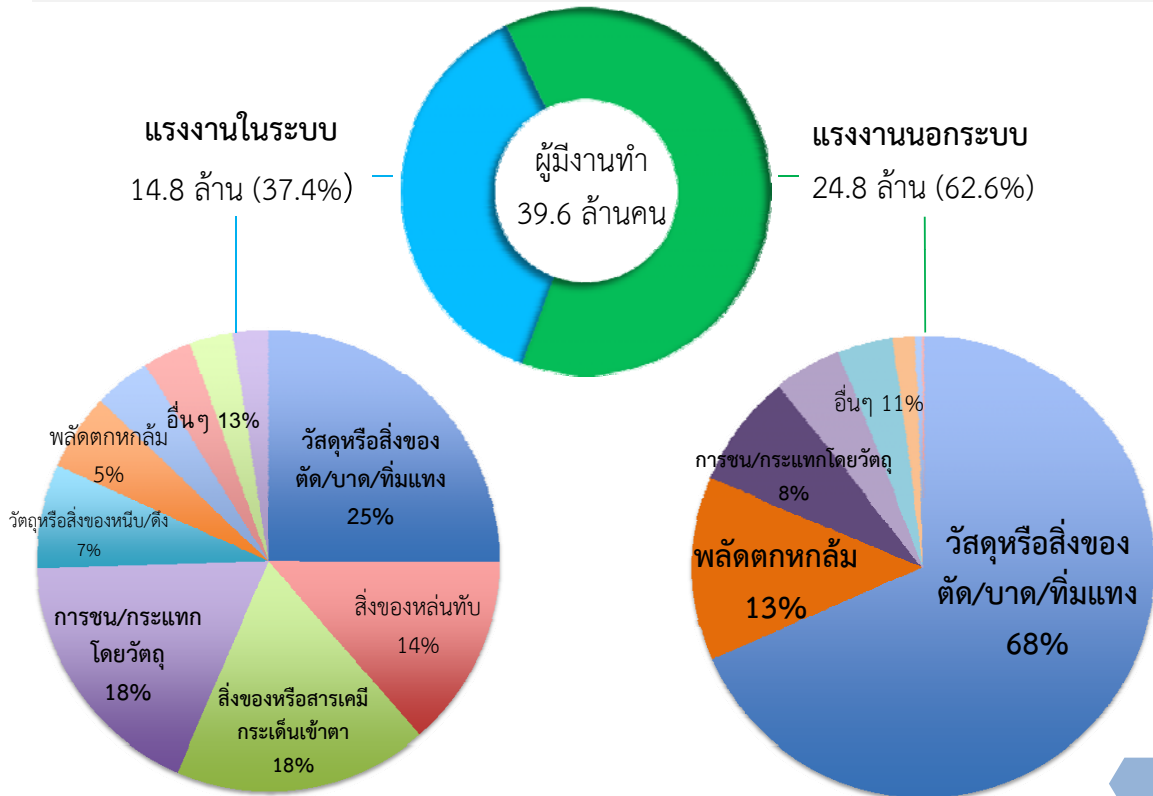


การทบทวนสถานการณ์ปัจจุบัน และข้อเสนอมาตรการ/
นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
“โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน”

สุธีนุช ตั้งสถิตย์กุลชัย



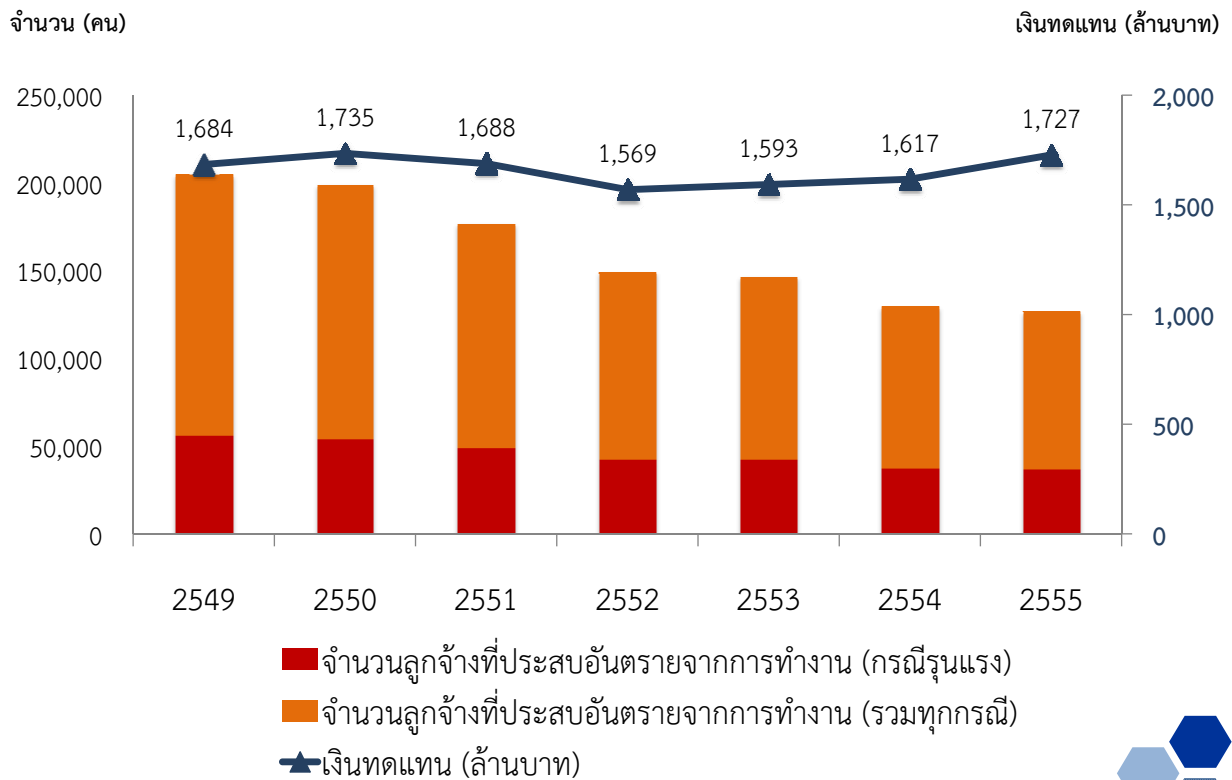
สถานการณ์ปัจจุบัน: การบาดเจ็บจากการทำงาน



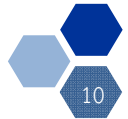
ที่มา : การสำรวจแรงงานนอกระบบปี 2554 สำนักงานสถิติแห่งชาติ



การบาดเจ็บจากการทำงานเฉพาะแรงงานในระบบ



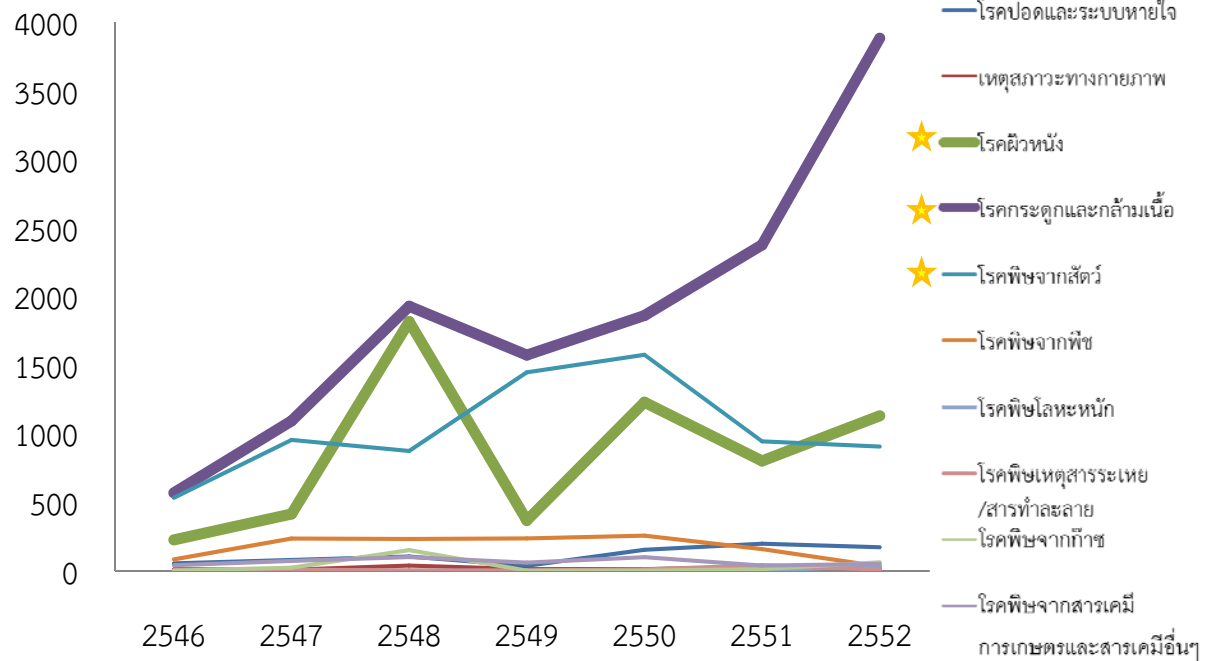
ที่มา : รายงานประจำปี 2555 กองทุนเงินทดแทน



สถานการณ์ปัจจุบัน: โรคจากการทำงาน

แรงงานทั้งในและนอกระบบ

จำนวน (คน)



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมเชิงรับ (506/2) สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

11

การทบทวนมาตรการฯ ในประเทศไทย

มาตรการทางกฎหมาย

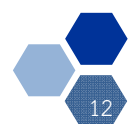
- ตรวจร่างกาย จัดสภาพแวดล้อมในการทำงาน การคุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล

การณรงค์และเฝ้าระวังป้องกันโรคและภัยสุขภาพ

- สุขภาวะองค์กร (สสส.) การเฝ้าระวังสารเคมีจากโรงงานอุตสาหกรรม แนวทางการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ (กรมควบคุมโรค)

ปัญหาและอุปสรรค

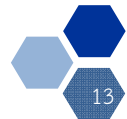
- มาตรการที่มีส่วนใหญ่มิครอบคลุมแรงงานนอกระบบ
- มาตรการที่มีขาดการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ
- ไม่มีระบบติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง กรณีลูกจ้างพ้นสภาพการจ้างงาน
- ไม่มีระบบสร้างแรงจูงใจให้กับนายจ้างและลูกจ้าง



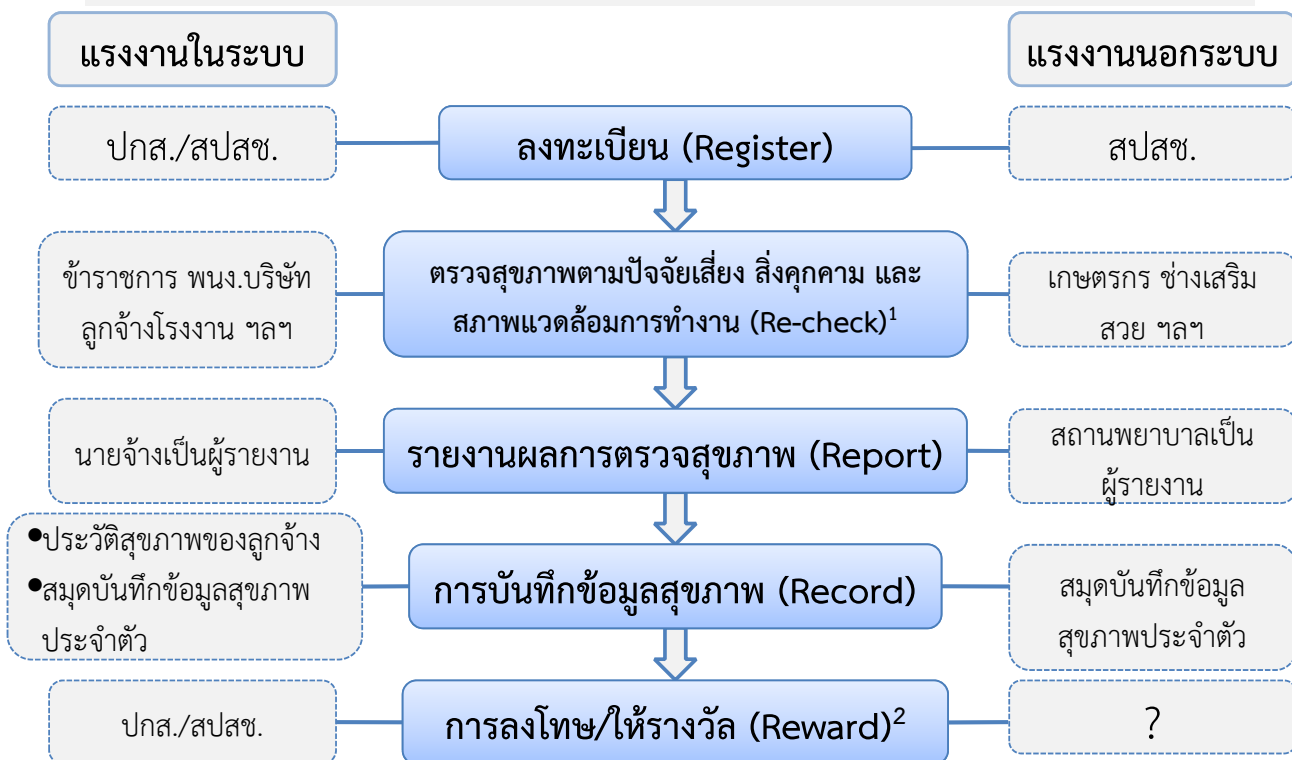
12

การทบทวนมาตรการฯ ในต่างประเทศ

1. กฎระเบียบ (Regulations)
2. การลงทะเบียนและรายงาน (Registration and report)
3. การตรวจสอบ (Inspections)
4. การลงโทษและดำเนินคดี (Prosecutions)
5. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Guidance materials)
6. การรณรงค์ (Campaigns)
7. การให้รางวัล (Incentive schemes)



โมเดล 5Rs: โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน



ที่มา : 1.แนวทางการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ, กรมควบคุมโรค.

2. Safe Work Australia Award, Workplace wellness program, Affordable Care Act และ Obamacare

ตัวอย่างการตรวจสอบสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง สิ่งคุกคาม และสภาพแวดล้อม การทำงาน (Re-check)

กลุ่มอาชีพที่เสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยง สิ่งคุกคาม และสภาพแวดล้อม	การตรวจพิเศษ
เกษตรกร	ยาฆ่าแมลง ปุ๋ย	1. ตรวจสอบคัดกรองสุขภาพโดยใช้กระดาษคัดกรองพิเศษ (Reactive paper) ¹ 2. การตรวจโรคผิวหนังจากการทำงานการตรวจด้วยวิธีสะกิดผิวหนัง (prick test) 3. การตรวจระบบโครงร่าง กระดูก และกล้ามเนื้อ ²
ช่างเสริมสวย	เช่น แชมพู น้ำยาทาเล็บ น้ำยาล้างเล็บ น้ำยาย้อมผม	การทดสอบภูมิแพ้ผิวหนัง (Patch test)
ช่างก่อสร้าง	เช่น ซิลิกา แร่ใยหินหรือแอสเบส ตอส ถ่านหิน เบอร์ริลเลียม ออกไซด์ของเหล็ก ออกไซด์ของดีบุก แบเรียมซัลเฟต	1. ภาพรังสีทรวงอกและการอ่านผลตามเกณฑ์มาตรฐาน ILO-2000 2. ภาพถ่ายคอมพิวเตอร์ทรวงอก (high resolution CT scan)

ที่มา : 1 คู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คลินิกสุขภาพเกษตรกร สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค สธ.
2 แนวทางการวินิจฉัยโรคและภัยจากการประกอบอาชีพเบื้องต้นสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค สธ.

15

ประเด็นอภิปราย

1. ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโมเดล 5Rs ในบริบทของประเทศไทย
2. มาตรการอื่นๆ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการบาดเจ็บจากการทำงานที่เหมาะสมกับประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานนอกระบบ
3. การผนวกการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของปัญหาสุขภาพ 1-4 และ 6-7 ในระบบบริการสำหรับประชากรกลุ่มนี้ในที่ทำงาน

16

การประชุมเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ในการดำเนินงานมาตรการ/นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและ
ป้องกัน“โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน”ภายใต้โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิ
ประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน

วันอังคารที่ 10 มิถุนายน พ.ศ. 2557 เวลา 9.00-12.00 น.

ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. นพ.ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา | สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย |
| 2. นพ.กฤษ ลิ้มทองอิน | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 3. นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ | สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข |
| 4. ศ.นพ.สุรศักดิ์ บุรณตรีเวทย์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 5. ร.อ.หญิงศุภพร อยู่วัฒนา | สำนักเสริมสร้างความมั่นคงแรงงานนอกระบบ
สำนักงานประกันสังคม |
| 6. นางสมบุญ สีคำดอกแค | สภาเครือข่ายผู้ป่วยจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม |
| 7. นายลิขิต ศรีลาพร | สภาเครือข่ายผู้ป่วยจากการทำงานและสิ่งแวดล้อม |
| 8. คุณสุพัตรา สุขประสิทธิ์ | กองทุนเงินทดแทนสำนักงานประกันสังคม |
| 9. นายวิโชติ บุญเปลี่ยน | ศูนย์เทคโนโลยีความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม |
| 10. คุณอรพิน วิมลภูษิต | ผู้จัดการแผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน
สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ |
| 11. คุณชไมพร สินธุประสิทธิ์ | สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน จังหวัดปทุมธานี |
| 12. น.ส.พันธ์ วรรณบริบูรณ์ | โครงการประสานและขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์
การพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน |
| 13. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 14. ดร.ภญ.นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 15. ดร.ภญ.ศิตาพร ยิ่งคง | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 16. ภญ.วริทธิ์ จันทรสถาพรจิต | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 17. น.ส.ชุตติมา คำดี | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 18. น.ส.สุธินุช ตั้งสถิตย์กุลชัย | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 19. นายวิฑธวัช พันธุมงคล | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

เริ่มประชุมเวลา 9.00 น.

ดร.ภญ.ศิตาพร ยังคง กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมฯ และแนะนำโครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุง ชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน รวมทั้งการ ดำเนินงานของโครงการฯ ที่ผ่านมา โดยจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณามาตรการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค เมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ณ โรงแรมริชมอนด์สไตลิสคอนเวนชันโฮเทลได้ข้อเสนอเบื้องต้น สำหรับปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ฯ ในหัวข้อโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน ได้แก่ 1) ควรมีการดูแลสุขภาพ แรงงานในระบบโดยกลุ่มนายจ้างเป็นผู้จัดบริการอย่างเป็นระบบ โดยมีหน่วยงานส่วนกลางเป็นผู้ออกแบบและ กำหนดกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการบาดเจ็บแก่นายจ้างเพื่อให้การจัดกิจกรรมเป็น รูปแบบเดียวกัน 2) ควรพิจารณารูปแบบกิจกรรมสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบ ให้สามารถเข้าถึงบริการตรวจ สุขภาพหรือคัดกรองความเสี่ยงของโรคจากการทำงาน และ 3) ควรมีการพัฒนาติดตามสุขภาพของลูกจ้าง โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง แม้ลูกจ้างจะพ้นสภาพการเป็นลูกจ้างแล้ว โดยคำนึงถึงระบบการ เบิกจ่ายเงินสำหรับการบริการในรูปแบบของการเผื่อสำรองสุขภาพดังกล่าวให้มีความเหมาะสมด้วย และมีการจัด ประชุมผู้เชี่ยวชาญอีกครั้งเมื่อวันอังคารที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2557 ณ ห้องประชุมชั้น 2 สำนักงานพัฒนานโยบาย สุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ได้ข้อสรุปดังนี้ 1) ควรนิยามความหมายของแรงงานแต่ละประเภท ให้ชัดเจน เพื่อประโยชน์ของการศึกษาและพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ 2) ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับวัยทำงานควร คำนึงถึงปัญหาสุขภาพทั้งที่เกิดจากการทำงานและเกิดนอกรงาน รวมทั้งปัญหาสิ่งแวดล้อม 3) การพัฒนา ข้อเสนอแนะนี้ไม่รวมถึงกลุ่มข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ เพราะเงื่อนไขหลายอย่างที่แตกต่างกัน 4) รายการ ตรวจสุขภาพพื้นฐานของประชากรผู้ใหญ่/วัยทำงานควรเป็นรูปแบบเดียวกัน และ 5) ควรมีหน่วยงานกลางในการ รับผิดชอบการรวบรวมข้อมูลจากการรายงานปัญหาสุขภาพและสภาวะแวดล้อมการทำงานของลูกจ้าง

จากนั้น น.ส.สุธินุช ตั้งสถิตย์กุลชัย ได้นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบัน มาตรการที่มีทั้งในประเทศและต่างประเทศ รวมถึงโมเดล 5Rs ซึ่งเป็นข้อเสนอมาตรการ/นโยบายด้านการสร้าง เสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากนั้นได้เปิดให้ผู้เชี่ยวชาญให้ความ คิดเห็น โดยสรุปได้ดังนี้

ปัญหาและอุปสรรคอื่นๆ นอกเหนือจากที่นำเสนอ

ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นตัวแทนจากกลุ่มผู้ป่วยกล่าวว่า คณะผู้วิจัยควรมีการศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคเชิงลึก ให้มากกว่านี้ โดยเฉพาะในส่วนของปัญหาเกี่ยวกับตัวแรงงาน เช่น แรงงานมีปัญหาในเรื่องการได้รับเงินทดแทนที่ ไม่เพียงพอ โดยได้วงเงินเป็นจำนวน 45,000 บาท ซึ่งอาจไม่เพียงพอสำหรับหลายๆ โรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ ต้องใช้เงินเป็นจำนวนมาก และมีรายละเอียดซับซ้อนหลายอย่างที่ทำให้ตัวแรงงานนั้นเข้าไม่ถึงสิทธิรวมถึงปัญหา เรื่องเกณฑ์การวินิจฉัย โดยเมื่อแรงงานในระบบถ้าเข้าไปในระบบประกันสังคมแล้ว หากแพทย์ไม่วินิจฉัยว่าป่วย จากการทำงานก็หมดสิทธิรักษาทันทีแต่หากเป็นโรคจากการทำงานจะถูกส่งไปที่คลินิกโรคจากการทำงาน โดยเมื่อ แพทย์วินิจฉัยแล้วจะต้องผ่านกระบวนการของคณะกรรมการการแพทย์ตามพระราชบัญญัติประกันสังคมซึ่งไม่มี

ข้อมูลว่ามีแพทย์สาขาอาชีพเวชศาสตร์หรือไม่ แต่จากประสบการณ์ ผลการวิจัยมักจะค้านกับความเห็นของแพทย์อาชีพเวชศาสตร์จากคลินิกโรคจากการทำงาน ด้วยเหตุนี้ คนงานที่ป่วยต้องยื่นอุทธรณ์ต่อศาล และคดีหนึ่งๆ ใช้เวลานานมากหลายปี คนป่วยจากการทำงานจึงเข้าไปไม่ถึงสิทธิการรักษา

ในส่วนของสภาพแวดล้อมในการทำงาน อาจมีปัญหาเกี่ยวกับบทบาทของเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.) โดยแรงงานมักมองว่าจป.นั้นทำงานขึ้นกับนายจ้าง เมื่อมีการตรวจวัดสภาพแวดล้อมจึงมีผลที่ออกมาในลักษณะไม่ตรงกับความเป็นจริงเพราะเกรงใจหรือต้องการเอาใจนายจ้าง

หลังจากนั้น ตัวแทนจากสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดปทุมธานีได้เสนอถึงประเด็นปัญหาในด้านของนายจ้างว่านายจ้างมีความพยายามที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้ลูกจ้างที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานเข้ารับการรักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิกองทุนเงินทดแทน เนื่องจากจะต้องจ่ายเงินสมทบเพิ่มและกลัวเสียชื่อเสียง โดยมีบางบริษัทออกค่ารักษาพยาบาลให้ลูกจ้างทั้งหมดหากมีการประสบอุบัติเหตุ นอกจากนี้ ยังมีลูกจ้างที่รับเงินทั้งจากนายจ้างและกองทุนเงินทดแทน โดยตัวลูกจ้างจงใจทำให้ตัวเองบาดเจ็บเพื่อที่จะได้รับเงินจากทั้งสองทาง

นอกจากนี้ยังมีประเด็นของแรงงานในระบบเรื่องการบริหารงบประมาณของกองทุนเงินทดแทนที่อาจยังไม่ดีเท่าที่ควรและการบังคับใช้กฎหมายยังไม่มีประสิทธิภาพ ที่ประชุมจึงสรุปว่าปัญหาส่วนมากที่พบเจอนั้นเป็นปัญหาเชิงระบบทั้งสิ้น โดยอยากให้มีการมุ่งเน้นที่การบริหารจัดการกระบวนการต่างๆ เพราะโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานเป็นปัญหาใหญ่ของประเทศมาเป็นระยะเวลาหลายทศวรรษแล้ว

ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อโมเดล 5Rs

ผู้เชี่ยวชาญมีข้อเสนอว่า R สุดท้ายแนะนำให้เป็น Responsiveness มากกว่าที่จะเป็น Reward เพราะอยากให้เป็นความรับผิดชอบของทุกภาคส่วนที่จำเป็นต้องตอบสนองต่อกับระบบที่ถูกออกแบบมาดั่งนั้นหากทำได้ การสร้างระบบที่อยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจโดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุนจะเกิดประโยชน์มากกว่า

ในส่วนของ Re-check มีการแนะนำให้กองทุนเงินทดแทนเป็นผู้รับผิดชอบการตรวจสอบสภาพทั้งสองแบบ คือ เช็กระยะสุขภาพและตรวจตามความเสี่ยง โดยอยากให้มีการออกแบบระบบที่เป็นระดับท้องถิ่นที่สุด อาจทำที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนหรือเอกชน ควรจะให้อยู่ที่ระดับอำเภอหรือจังหวัดหรือหากเป็นแรงงานนอกระบบให้อยู่ที่องค์การบริหารส่วนตำบลจึงค่อยมีการรายงานและเก็บข้อมูลในระดับประเทศ เช่น สถานะและผลการปฏิบัติการเป็นอย่างไร ไม่สนับสนุนให้เพิ่มภาระงานแก่กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

ในส่วนของกองทุนเงินทดแทน มีข้อเสนอให้เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยกองทุนเงินทดแทนควรจะมีการลงทุนใช้งบประมาณจากดอกเบี้ยไปกับส่วนนี้ให้มากขึ้นและรับผิดชอบการตรวจสอบสภาพตามความเสี่ยงการเข้าไปตรวจสอบสถานที่ทำงานในกรณีที่น่าสงสัยว่ามีความเสี่ยงเกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อสุขภาพของลูกจ้าง และการเฝ้าระวังระยะยาว

สำหรับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) นั้น ที่ประชุมลงความเห็นว่าเป็นการตรวจสอบสุขภาพใดๆ ที่ไม่ใช่โรคที่เกิดจากการทำงาน เช่น การเช็กระยะสุขภาพ ควรเป็นความรับผิดชอบของ สปสช. นอก

จากนี้ยังควรดูแลการตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยงกลุ่มแรงงานนอกระบบ โดยเฉพาะกลุ่มเกษตรกร เมื่อตรวจแล้วควรมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและนำไปใช้ ในส่วนของสภาพแวดล้อม เห็นด้วยกับการขอความร่วมมือกับกลุ่มอาสาสมัครและกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น แต่จะต้องมีการนำเงินที่ได้จากสปสช.ไปจ่ายให้กับหน่วยบริการตรวจวัดสิ่งแวดล้อมมากกว่าจะตรวจเอง

สุดท้าย เนื่องจากการตรวจสอบสภาพแวดล้อมในการทำงานเป็นการป้องกันปฐภูมิ จึงอยากให้มีการวางระบบในภาพรวมที่เริ่มต้นจากตรงนี้ก่อน จึงไปเน้นต่อที่การตรวจสอบสุขภาพที่เป็นการป้องกันทุติยภูมิ และยังมีข้อเสนอให้รวมกลุ่มสหภาพแรงงานหรือพนักงานความปลอดภัยเข้าไปในส่วนของ การตรวจวัดสภาพแวดล้อมและประเมินความเสี่ยงในการทำงาน ไม่ควรให้จบเป็นผู้รับผิดชอบเพียงฝ่ายเดียว

ปิดการประชุมเวลา 12.00น.

สุธินุช ตั้งสถิตย์กุลชัย

(ผู้สรุปรายงานการประชุม)

ศิตาพร ยังกง

(ผู้ตรวจรายงานการประชุม)

การประชุมผู้เชี่ยวชาญ

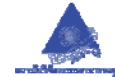
มาตรการ/นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

“โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน”

10 มิถุนายน 2557 ณ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ศิตาพร ยังกง, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ชุตติมา คำดี, วริทธิ์ จันทรสภาพรจิต, สุธีนุช ตั้งสถิตย์กุลชัย, วิทวัส พันธุมงคล,
ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, ยศ ทิระวัฒนานนท์

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข



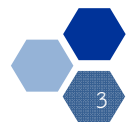
กำหนดการประชุม

- ๙.๐๐ – ๙.๑๕ น. ประธานกล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุม
- ๙.๑๕ – ๙.๓๐ น. นำเสนอที่มาและวัตถุประสงค์ของโครงการ และวัตถุประสงค์ของการประชุม
โดย ดร.ภญ.ศิตาพร ยังกง
- ๙.๓๐ – ๑๐.๐๐ น. นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม และข้อเสนอแนะเพื่อ
การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค “โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน”
โดย นางสาวสุธีนุช ตั้งสถิตย์กุลชัย
- ๑๐.๐๐ – ๑๑.๓๐ น. เปิดเวทีอภิปราย
- ๑๑.๓๐ – ๑๒.๐๐ น. สรุปข้อเสนอแนะจากที่ประชุม



โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์: เพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนานโยบายและปรับปรุง
รายการสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ
ผู้ใหญ่/วัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ทบทวนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของผู้ใหญ่/วัยทำงาน และ กฎหมาย/
นโยบายในประเทศ
2. คัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน
3. ทบทวนนโยบาย/มาตรการ/โครงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ
ผู้ใหญ่/วัยทำงานทั้งในและต่างประเทศ
4. ศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินงานมาตรการและนโยบายดังกล่าวใน
ประเทศไทย และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
5. เสนอข้อเสนอแนะเชิงนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



ปัญหาสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือก*

1. โรคหัวใจและหลอดเลือด
2. มะเร็งตับ
3. การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
4. มะเร็งปากมดลูก
5. **โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน****
6. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
7. การสูบบุหรี่/ยาสูบ

* ผ่านความเห็นชอบจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2557



ข้อเสนอแนะจากการประชุมวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2557

ข้อเสนอเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์

- ควรมีการดูแลสุขภาพแรงงานในระบบโดยกลุ่มนายจ้างเป็นผู้จัดบริการ โดยมีหน่วยงานส่วนกลางเป็นผู้ออกแบบและกำหนดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การบาดเจ็บ และอุบัติเหตุแก่นายจ้างเพื่อให้การทำกิจกรรมเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งหมด
- ควรพิจารณารูปแบบกิจกรรมที่จะสามารถครอบคลุมถึงกลุ่มแรงงานนอกระบบ เพื่อให้เข้าถึงการรับบริการตรวจสุขภาพหรือคัดกรองความเสี่ยงของโรคจากการทำงานได้
- ควรมีการพัฒนาติดตามสุขภาพของลูกจ้าง โดยเฉพาะโรคที่เกิดจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง แม้ลูกจ้างจะพ้นสภาพการเป็นลูกจ้างแล้ว โดยคำนึงถึงระบบการเบิกจ่ายเงินสำหรับการบริการในรูปแบบของการเฝ้าระวังสุขภาพดังกล่าวให้มีความเหมาะสมด้วย



ข้อเสนอแนะจากการประชุมวันที่ 22 เมษายน 2557

ข้อเสนอเกี่ยวกับชุดสิทธิประโยชน์

- ควรนิยามความหมายของแรงงานแต่ละประเภทให้ชัดเจน เพื่อประโยชน์ของการศึกษาและพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ
- ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับวัยทำงานควรคำนึงถึงปัญหาสุขภาพทั้งที่เกิดจากการทำงานและเกิดนอกรงาน รวมทั้งปัญหาสิ่งแวดล้อม
- การพัฒนาข้อเสนอแนะนี้ไม่รวมถึงกลุ่มข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ เพราะเงื่อนไขหลายอย่างที่แตกต่างจากกลุ่มอื่น
- รายการตรวจสุขภาพพื้นฐานของผู้ใหญ่/วัยทำงานควรเป็นรูปแบบเดียวกัน
- ควรมีหน่วยงานกลางในการรับผิดชอบการรวบรวมข้อมูลจากการรายงานปัญหาสุขภาพและสถานะแวดล้อมการทำงานของลูกจ้าง



วัตถุประสงค์การประชุม

เพื่อพิจารณาปัญหา ช่องว่างองค์ความรู้ และความเป็นไปได้ในการดำเนินมาตรการ/นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการบาดเจ็บและการทำงานในบริบทของประเทศไทย



การทบทวนสถานการณ์ปัจจุบัน และข้อเสนอมาตรการ/ นโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค “โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน”

สุรินทร์ ตั้งสถิตย์กุลชัย



โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน

- ปัจจัยเสี่ยงจากการทำงานเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ 260,100 ปีสุขภาวะ (DALYs) หรือ 1.7 % ของปีสุขภาวะที่สูญเสียไปจากทั่วโลก
- สิ่งแวดล้อมจากการทำงานที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การมีสารก่อมะเร็งต่างๆ ฝุ่นละอองในอากาศ เสียงดัง และความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บ เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะในประเทศที่มีรายได้ปานกลาง (Middle-income countries) แถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้



นิยาม

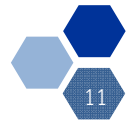
สำนักงานสถิติแห่งชาติ

- อายุของผู้มีงานทำ 15 ปีขึ้นไป
- แรงงานในระบบ หมายถึง ผู้มีงานทำที่ได้รับความคุ้มครองและหลักประกันทางสังคมจากการทำงาน
- แรงงานนอกระบบ หมายถึง ผู้มีงานทำที่ไม่ได้รับความคุ้มครอง และไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงานเช่นเดียวกับแรงงานในระบบ

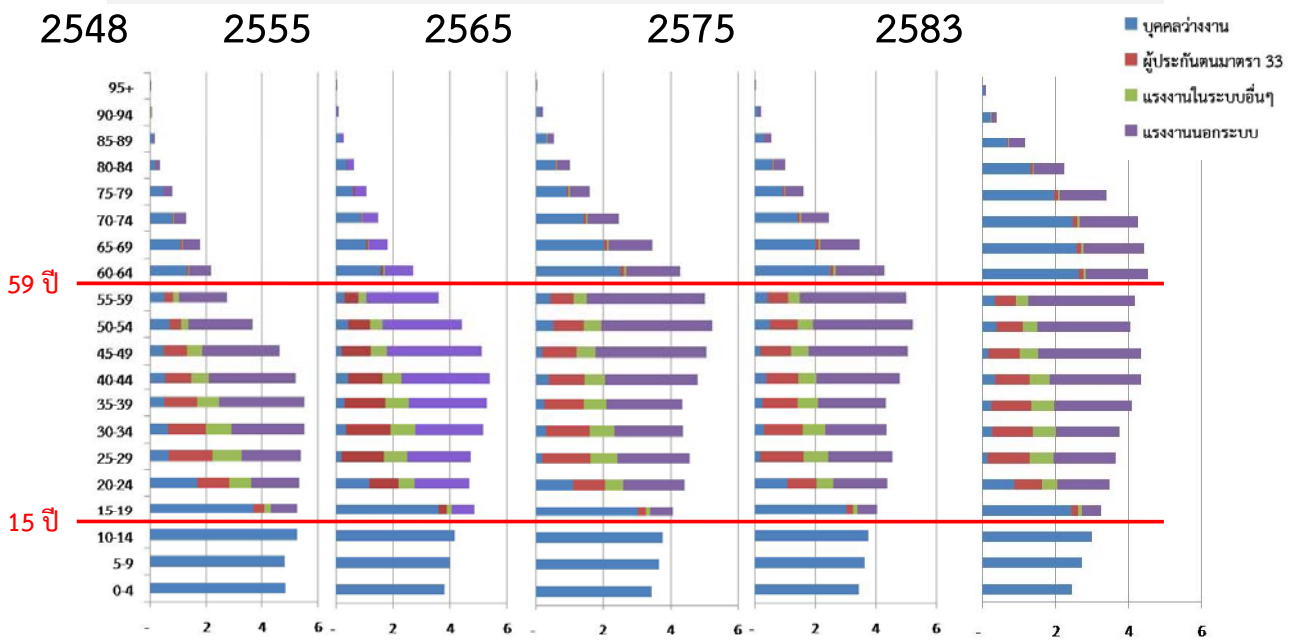
สำนักงานประกันสังคม

- อายุของผู้เข้าสู่สวัสดิการ 15-60 ปี
- แรงงานในระบบ หมายถึง ลูกจ้างที่ทำงานอยู่ในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป และอยู่ในความคุ้มครองของกฎหมายประกันสังคม
- แรงงานนอกระบบ หมายถึง ผู้มีการทำงาน มีรายได้ และไม่มียาจ้าง โดยแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มที่มีการทำงานรับจ้างและกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอิสระทั่วไป

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม



สัดส่วนประชากรในวัยทำงาน



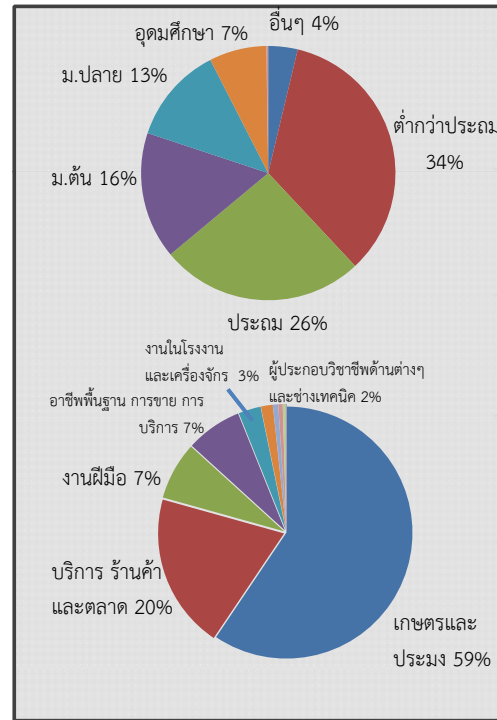
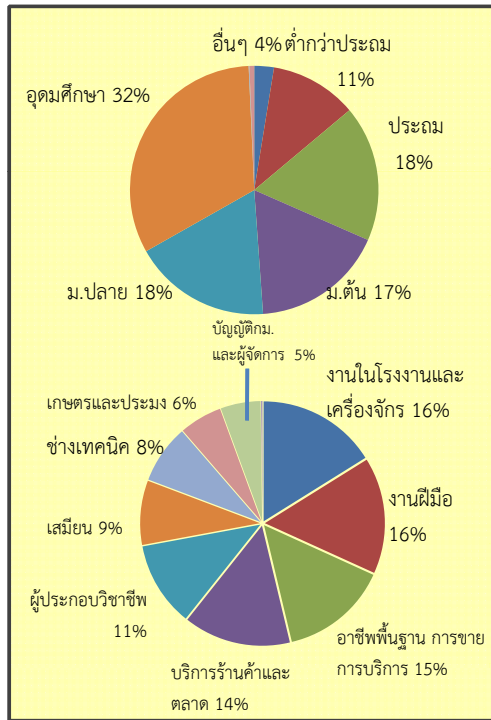
	2548	2555	2565	2575	2583
ประชากรทั้งหมด	64.75 ล้าน	63.33 ล้าน	66.21 ล้าน	65.92 ล้าน	63.86 ล้าน
บุคคลว่างงาน	28.45	26.03	25.17	24.63	25.38
ผู้ประกันตนม. 33	8.22	9.42	9.10	8.50	7.96
ในระบบอื่นๆ	5.54	5.35	5.17	4.83	4.52
นอกระบบ	22.53	24.79	26.75	26.62	25.98

ที่มา: 1. สํารวจแรงงานนอกระบบ ปี 2555 สํานักงานสถิติ 2. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทยพ.ศ. 2553 -2583 ภายใต้ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ลดลงตามปกติ. สํานักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

แรงงานจำแนกตามระดับการศึกษาและลักษณะอาชีพ

ในระบบ

นอกระบบ



ที่มา: สํารวจแรงงานนอกระบบ ปี 2555 สํานักงานสถิติแห่งชาติ

แรงงานในระบบ

ด้านสิ่งแวดล้อม



นายจ้าง

- ตรวจสอบสภาพแวดล้อมตามกฎหมายกำหนด โดยเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.)

บังคับใช้กฎหมาย



ไม่ได้มาตรฐาน

มาตรฐาน

กรมสวัสดิการฯ



ด้านสุขภาพ



ลูกจ้าง

- ตรวจสอบก่อนเริ่มงาน
- ตรวจสอบตามความเสี่ยง
- ตรวจสอบประจำปี
- ตรวจสอบหลังเปลี่ยนงาน



กองทุนประกันสังคม

ไม่ได้เกิดจากการทำงาน

เกิดจากการทำงาน

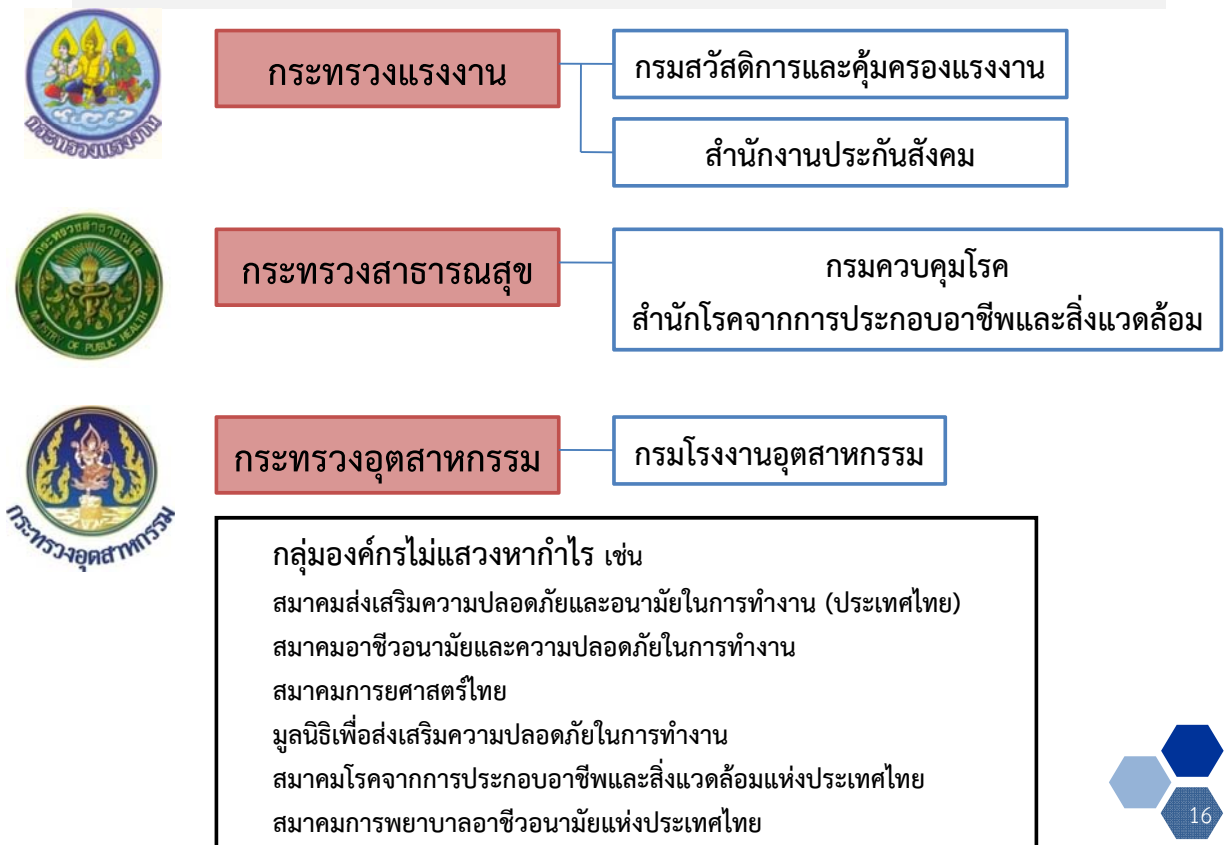
กองทุนเงินทดแทน

แรงงานนอกระบบ

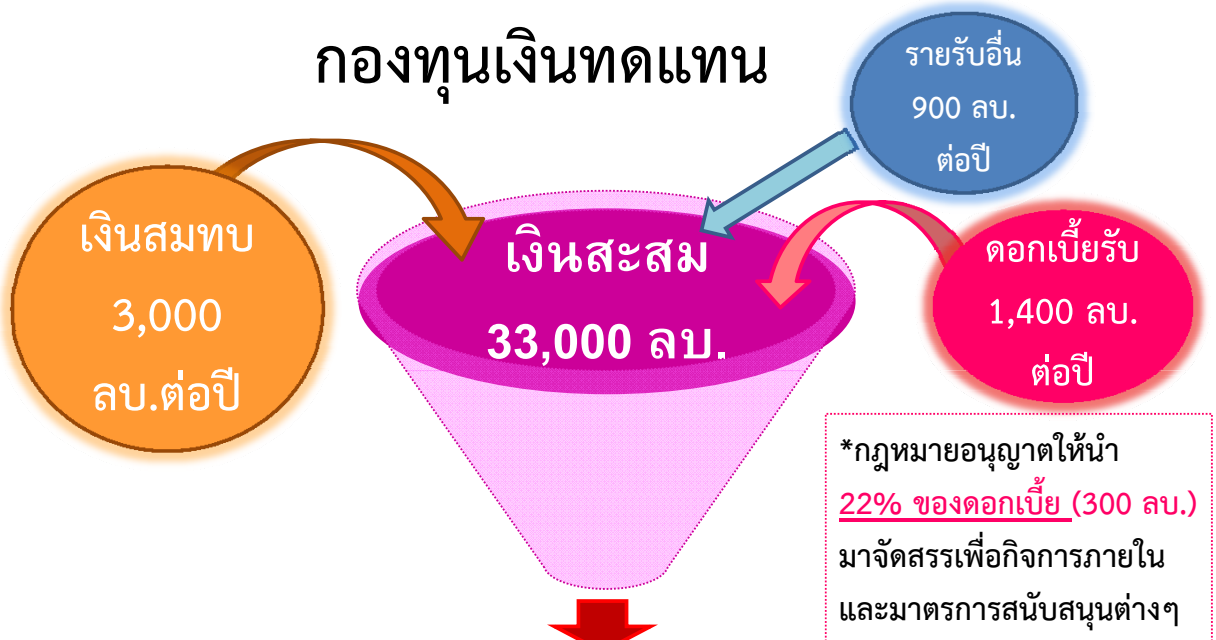
ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม



หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



กองทุนเงินทดแทน



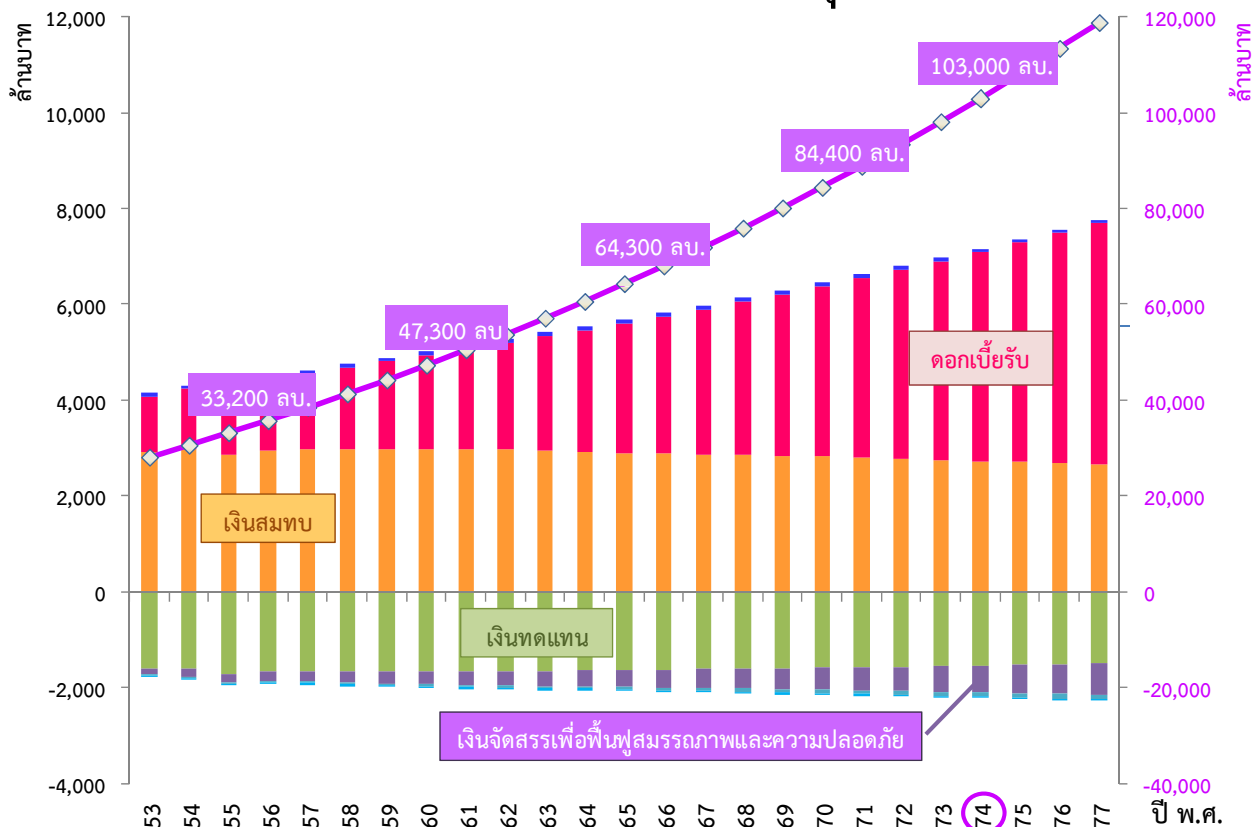
รายจ่าย (สุทธิ) 2,000 ลบ. ต่อปี

- เงินทดแทน 1,700 ลบ.
- ค่าใช้จ่ายจัดสรร
 - การฟื้นฟูและส่งเสริมความปลอดภัย 170 ลบ.
 - ดำเนินการของสำนักงานกองทุนเงินทดแทน 27 ลบ.
- อื่นๆ 103 ลบ.

ที่มา: รายงานประจำปี 2555 กองทุนเงินทดแทน



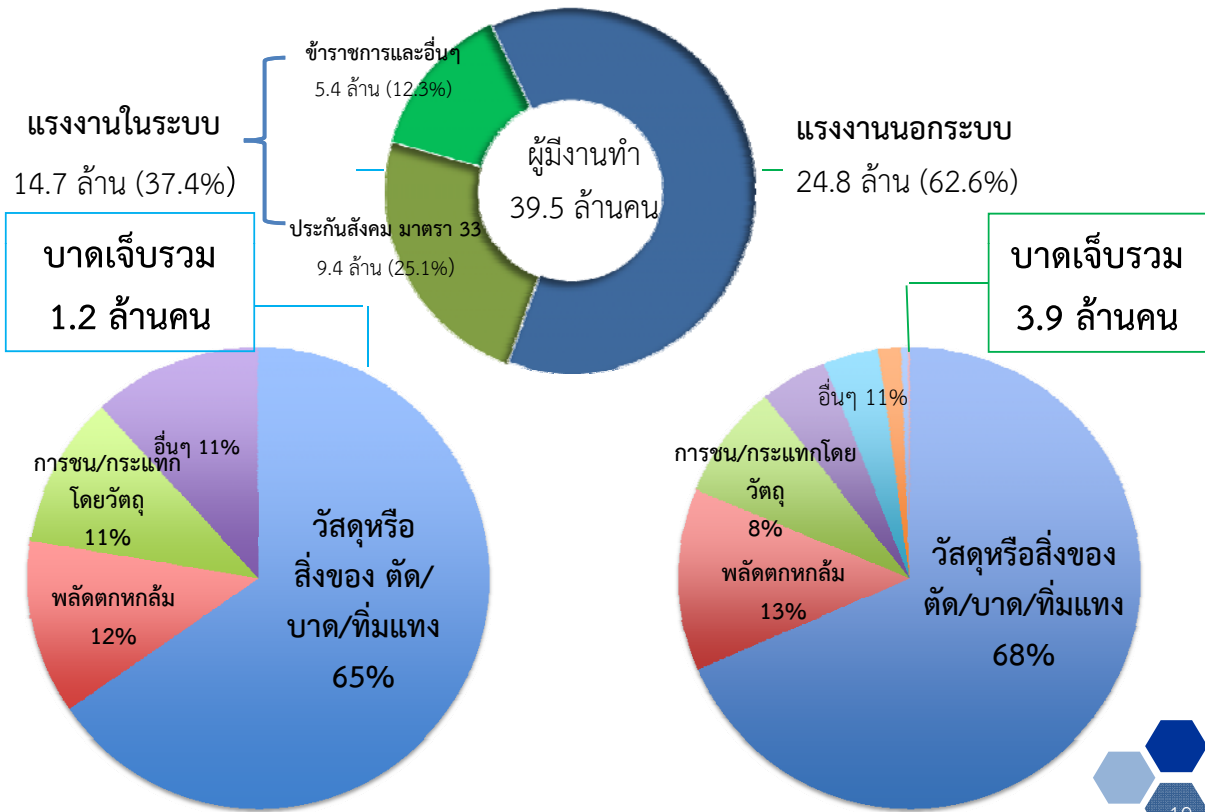
ประมาณการยอดสะสมของกองทุนเงินทดแทน



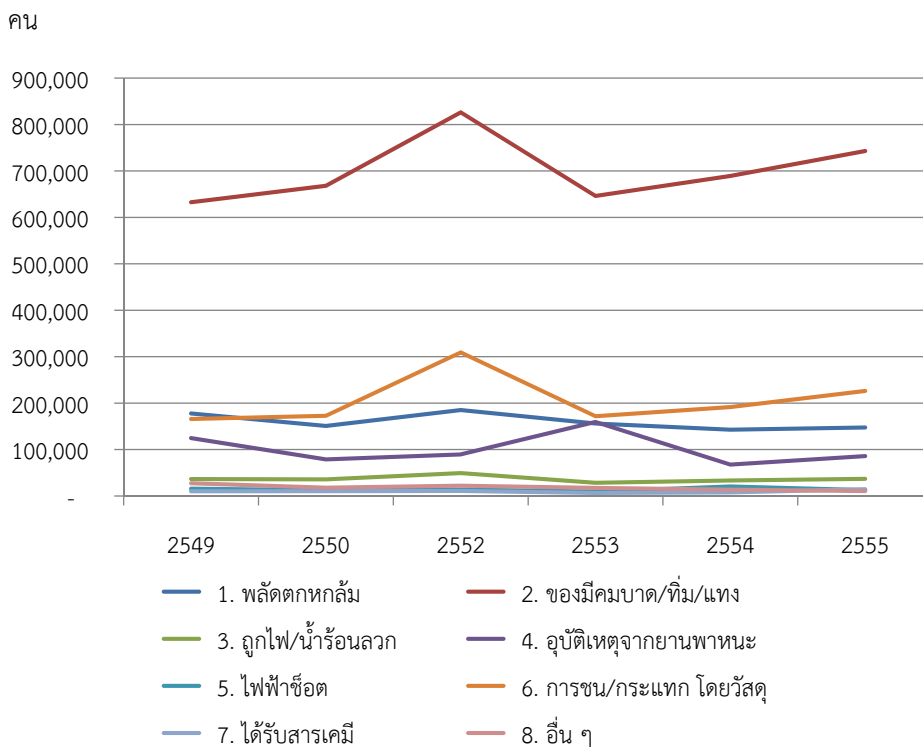
ที่มา: 1. รายงานประจำปี 2553-2555 กองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม

2. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553-2583 โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

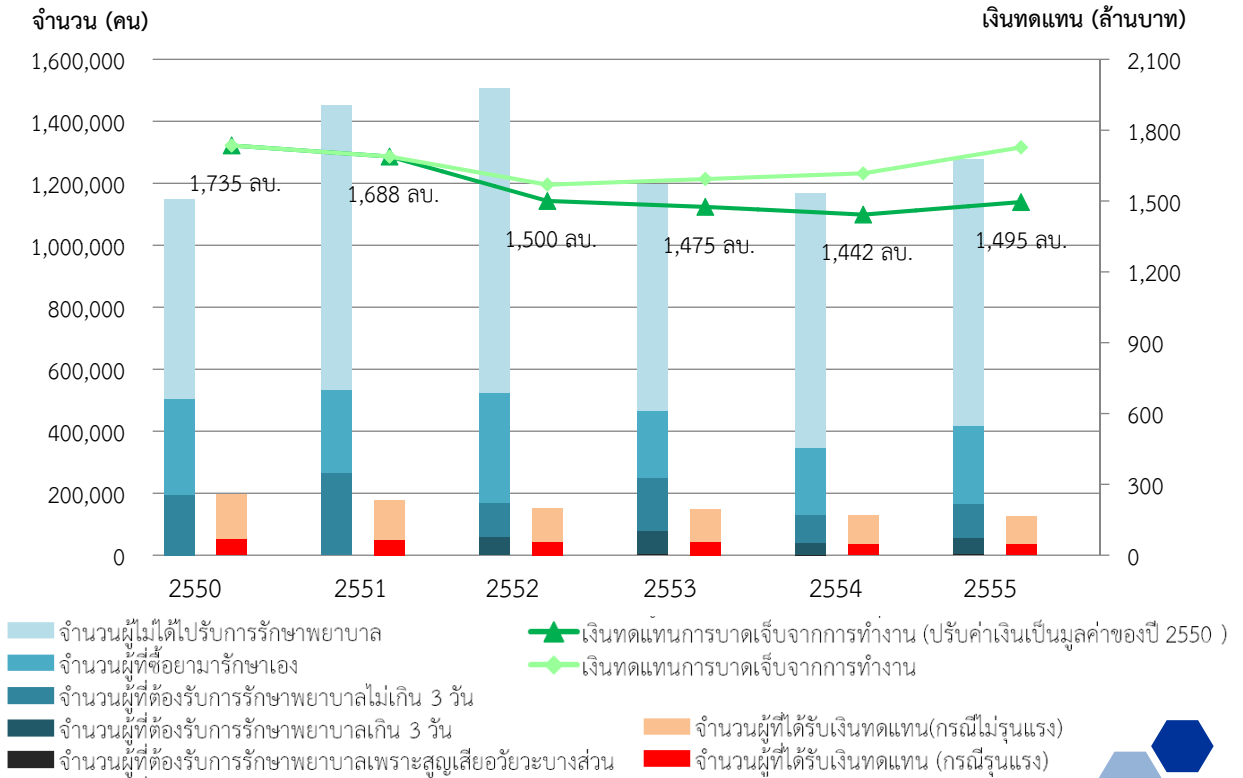
การบาดเจ็บจากการทำงาน: แรงงานในและนอกระบบ



แนวโน้มการบาดเจ็บจากการทำงานของแรงงานในระบบ



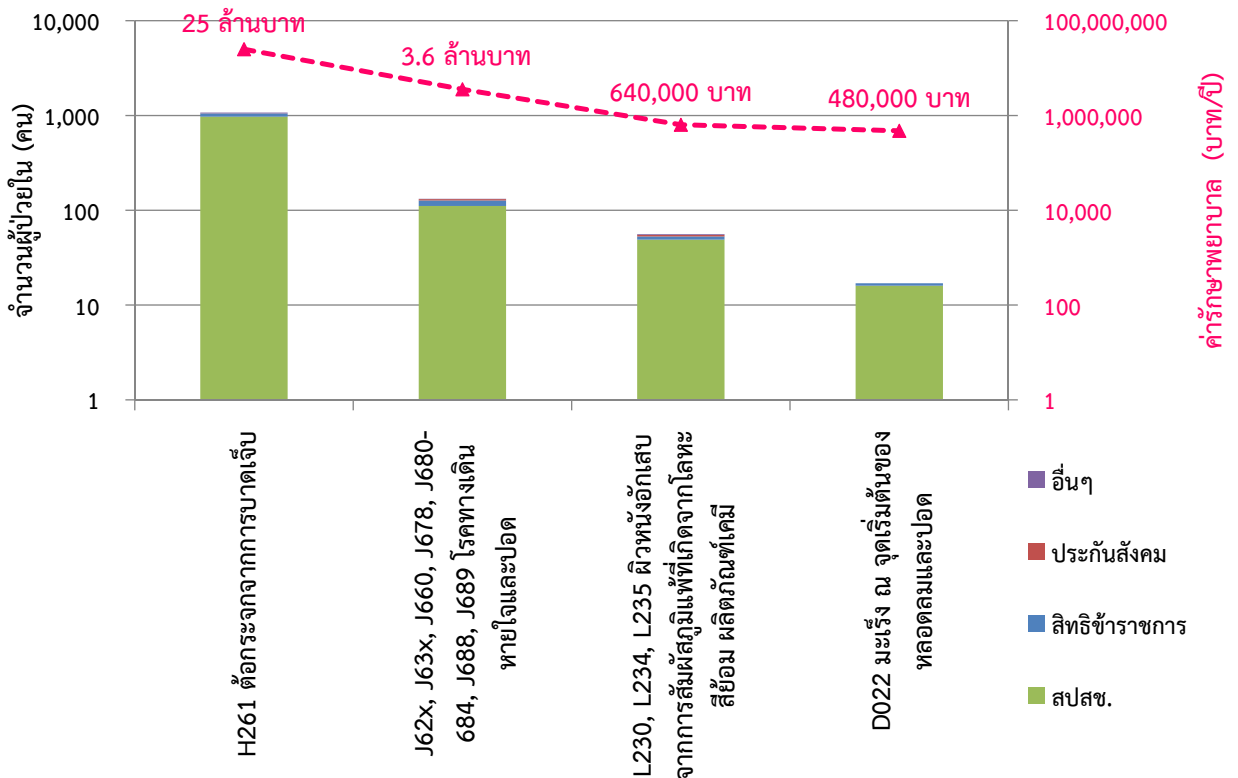
เงินทดแทนการบาดเจ็บจากการทำงานเฉพาะแรงงานในระบบ



ที่มา : การสำรวจแรงงานนอกระบบ 2550-2555 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
รายงานประจำปี 2555 กองทุนเงินทดแทน



สถิติโรคจากการทำงาน



ที่มา: ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน พ.ศ.2555. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

UK: Industrial Injuries Disablement Benefit

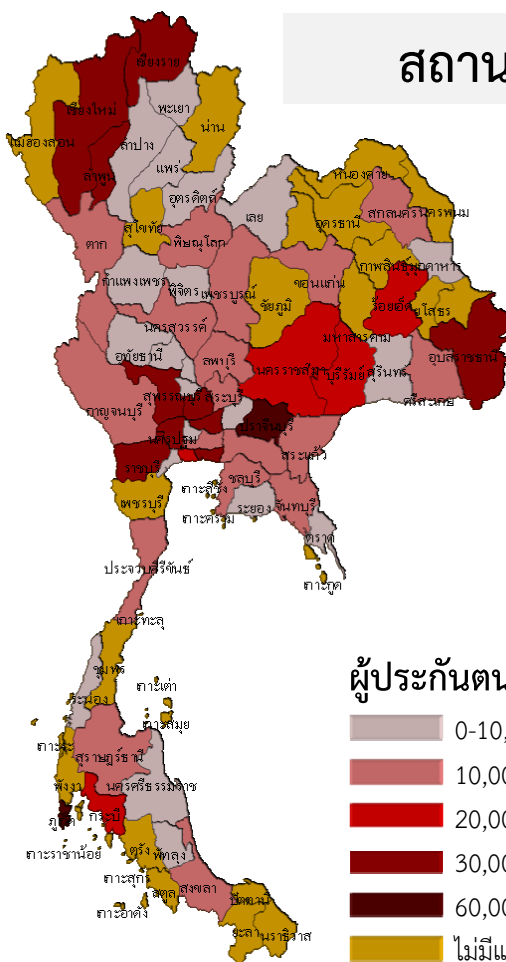
ตัวอย่างโรคและการบาดเจ็บ	ลักษณะของงาน
Leukaemia	งานเกี่ยวกับเครื่องกัมมันตรังสี ตัวอย่างเช่น คนทำงานในโรงงานนิวเคลียร์ แผนก X-ray ของโรงพยาบาล
Cataract	งานเกี่ยวกับคลื่นรังสีความร้อนสีแดงและสีขาว ตัวอย่างเช่น คนงานคุมเตาใน โรงงานอุตสาหกรรมแก้ว โลหะ
Tuberculosis TB infection	งานที่สัมผัสกับเชื้อวัณโรค ตัวอย่างเช่น หมอ พยาบาล กลุ่มงานผู้ป่วยฉุกเฉิน นักพยาธิวิทยา
Dermatitis	งานที่สัมผัสกับกรดโครมิก หรือสารโครเมียม หรือ ไดโครเมียม
Bronchiolitis obliterans	งานที่สัมผัสโดยตรงกับสาร diacetyl เช่น โรงงานอุตสาหกรรม diacetyl โรงงานอาหารที่บรรจุ

ที่มา: Industrial Injuries Disablement Benefit: technical guidance 2014

23

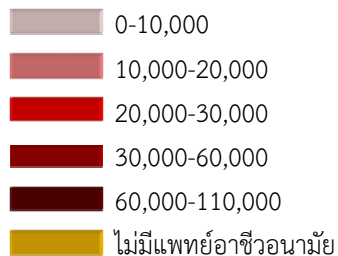
สถานการณ์แพथ้อาชีวเวชศาสตร์

ปี 2550 ประเทศไทยมีแพथ้อาชีวเวชศาสตร์ 550 คน
และมีผู้ประกันตน 14 ล้านคน



	สัดส่วนแพथ้อต่อ ผู้ประกันตน	จำนวนแพथ้อาชีว เวชศาสตร์
สถานการณ์ปัจจุบัน	1:25,000	550
เป้าหมาย 1	1:15,000	930
เป้าหมาย 2	1:5,000	2,800
เป้าหมาย 3 (ILO)	1:1,000	14,000

ผู้ประกันตนต่อแพथ้อ



ที่มา: สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

คัดกรองสุขภาพโดยทั่วไปมีประโยชน์?

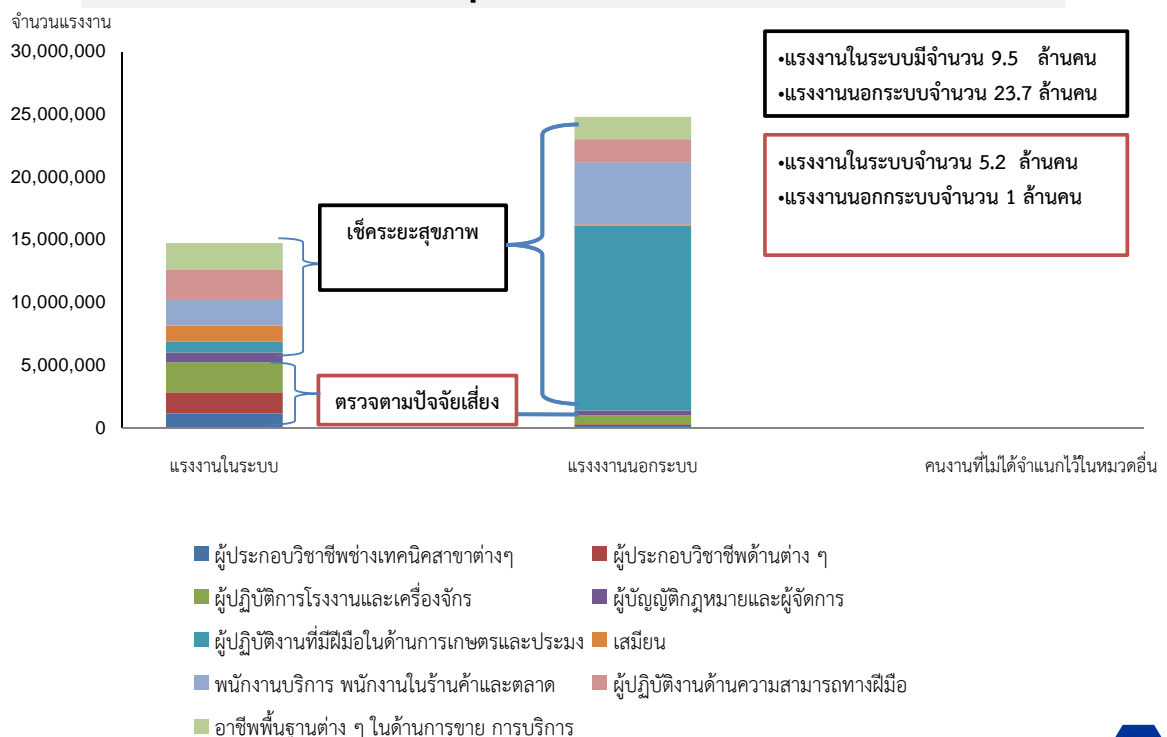
- การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องการตรวจสุขภาพก่อนเข้าทำงานพบว่า การตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยงก่อนเข้าทำงาน มีส่วนช่วยในการลดจำนวนโรคจากการทำงาน การบาดเจ็บ จำนวนวันลาป่วยได้
- การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องการคัดกรองสุขภาพ (general health check - screening for more than one disease or risk factor and in more than one organ system, whether performed only once or repeatedly)
- การทดลองที่เป็น randomized trial 16 การทดลอง (182,800 คน)
- **ข้อสรุป** การคัดกรองสุขภาพโดยทั่วไปไม่สามารถลดการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR 0.99, [95%CI 0.95-1.03])



ที่มา: 1. Krogstoll LT, Jorgensen KJ, Gronhoj Larsen C, Gotzsche PC. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. Cochrane Database Syst Rev. 2012;10:CD009009.
 2. Norashikin Mahmud, Eva Schonstein, Frederieke Schaafsma, Marika M Lehtola, Jean-Baptiste Fassier, Michiel F Reneman, Jos H Verbeek. Pre-employment examinations for preventing occupational injury and disease in workers. Cochrane Database Syst Rev. 2010



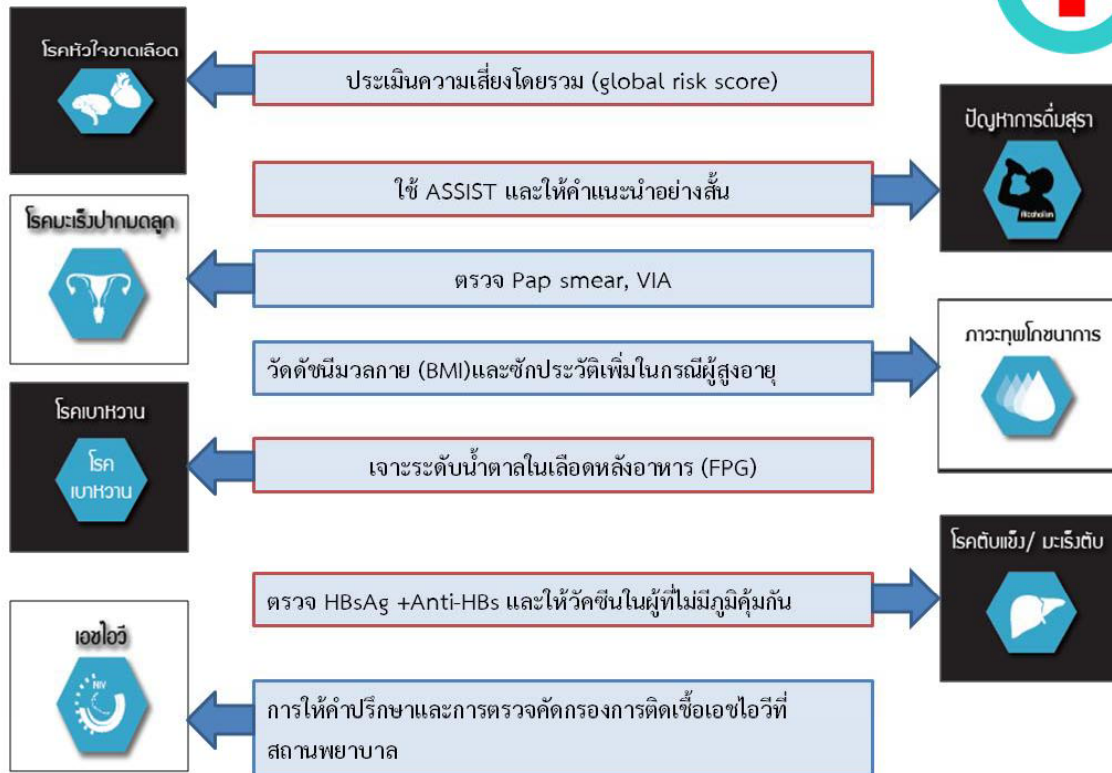
การตรวจสุขภาพในการทำงาน



ที่มา: 1. ประกาศกระทรวงอุตสาหกรรมเรื่องการตรวจสุขภาพลูกจ้าง 2. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
 3. จำนวนแรงงานแยกตามอาชีพปี2555 สำนักสถิติแห่งชาติ 4. อัตราค่าตรวจสุขภาพประจำปี กรมบัญชีกลาง 98



การเช็กระยะสุขภาพ



ที่มา: โครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการคัดกรองทางสุขภาพระดับประชากรในประเทศไทย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

สรุปปัญหาและอุปสรรค

แรงงาน

- ไม่รู้สิทธิ ไม่รู้ข้อกำหนด
- ไม่ไปรับบริการ/รายงานการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยเพราะกลัวนายจ้างปลด

นายจ้าง

- ปิดบังไม่ให้คนงานรู้กฎหมาย
- ไม่ดูแลความปลอดภัย
- ไม่รายงานการบาดเจ็บเพราะบริษัทเสียชื่อ
- ไม่จัดบริการตรวจสุขภาพตามปัจจัยเสี่ยง

นโยบาย/ระบบ

- ขาดแคลนบุคลากรสาขาอาชีวอนามัย คลินิกโรคจากการทำงานยังไม่เป็นที่รู้จัก
- การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของการทำงานไม่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ
- คนงานถูกปฏิเสธจากกองทุนเงินทดแทน มาตรการลงโทษนายจ้างไม่รุนแรงพอ
- การจัดสรรงบประมาณของกองทุนเงินทดแทน มิได้ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- รัฐไม่มีนโยบายกำกับและติดตามที่ดีพอ การบังคับใช้กฎหมายไม่เคร่งครัด
- ไม่มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล ขาดการเชื่อมโยงชุดข้อมูลระหว่างข้อมูลทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อม
- ไม่มีระบบสร้างแรงจูงใจให้กับนายจ้างและลูกจ้างในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- มาตรการที่มีส่วนใหญ่มิครอบคลุมแรงงานนอกระบบ



ข้อเสนอเชิงนโยบาย

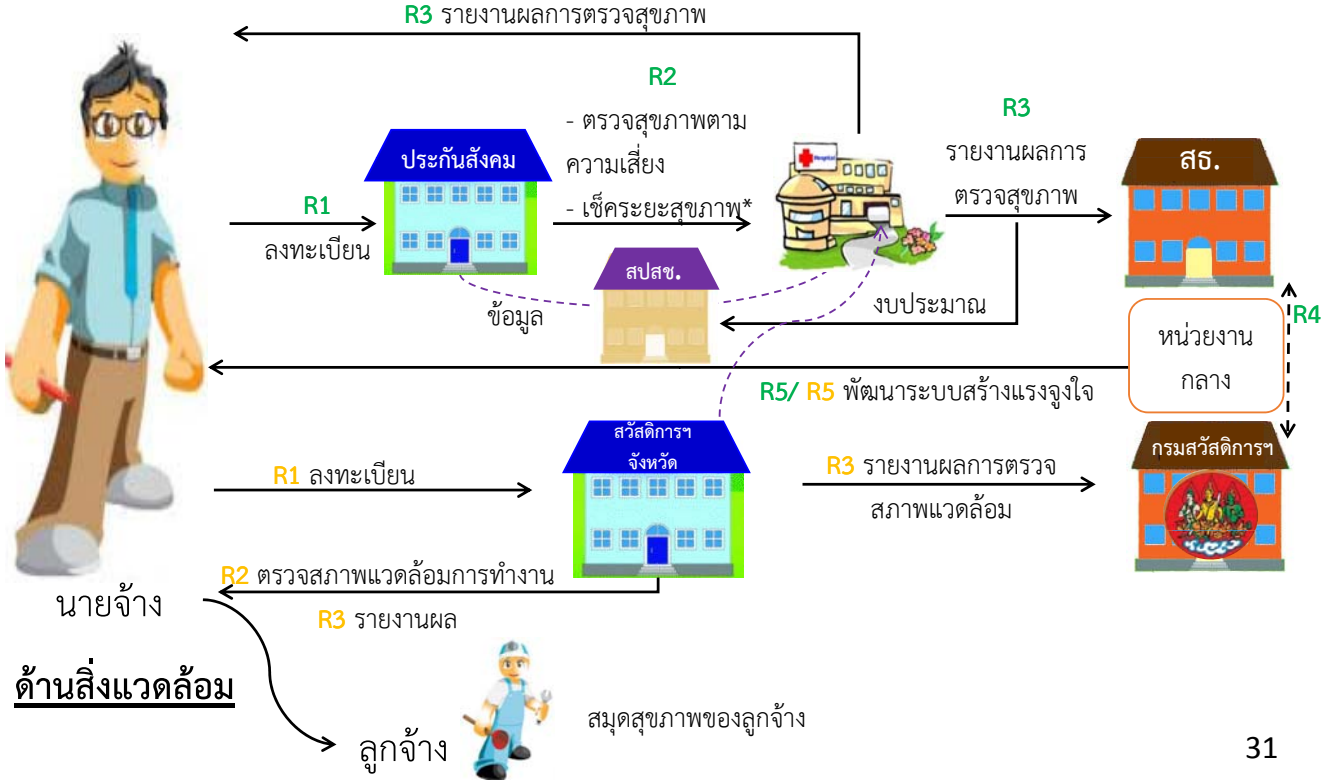


โมเดล 5Rs โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน



แรงงานในระบบ

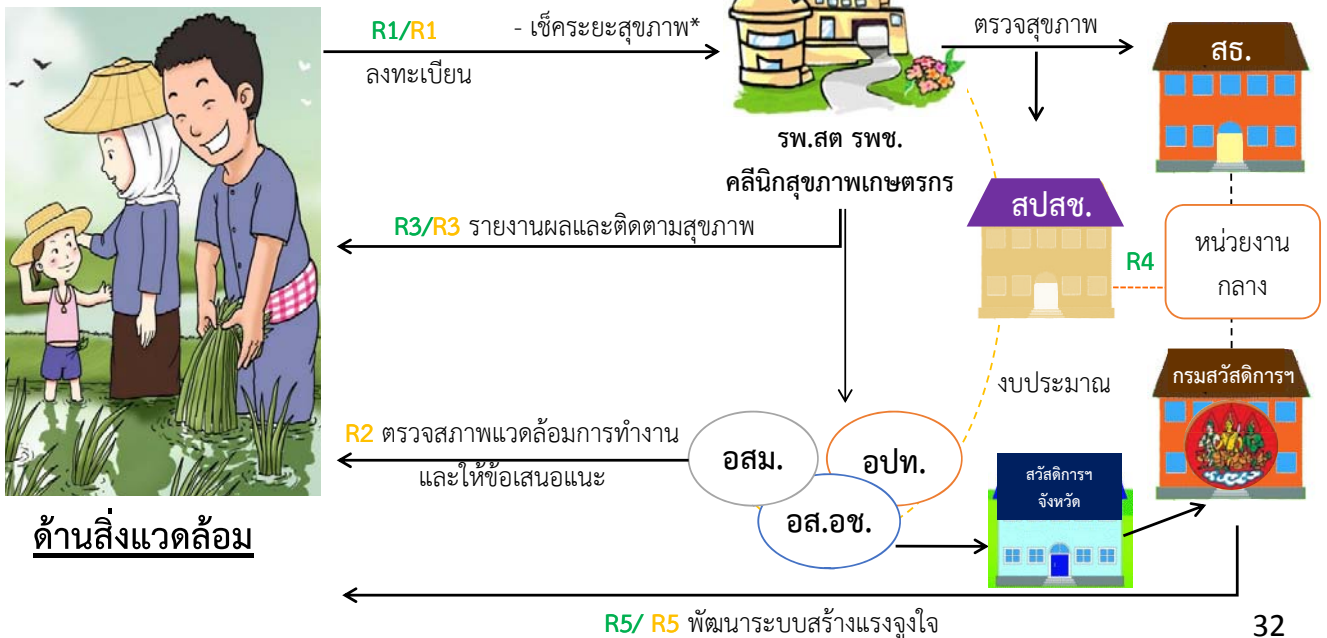
ด้านสุขภาพ



แรงงานนอกระบบ

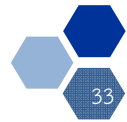
กลุ่มเกษตรกร

ด้านสุขภาพ



ประเด็นอภิปราย

1. ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโมเดล 5Rs ในบริบทของประเทศไทย
2. มาตรการอื่นๆ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานที่เหมาะสมกับประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานนอกระบบ



เอกสารการประชุม

การประชุมการนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้น
เรื่อง การประเมินความคุ้มค่าด้านสุขภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ด้วยวิธี HPV DNA ในประเทศไทย

วันพุธที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2557 เวลา 09.30-12.00 น.
ณ ห้องประชุม 1 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

1. ดร.นพ.ยศ	ศิริวัฒนานนท์	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
2. ดร.อินทิรา	ยมาภัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
3. ดร.ภญ.นัยนา	ประดิษฐ์สิทธิกร	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
4. ดร.พญ.ธัญรัตน์	อินทัยสินทวี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
5. ดร.ภญ.ศิตาพร	ยังคง	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
6. ภญ.วริทธิ์	จันทร์สถาพรจิต	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
7. น.ส.ชุติมา	คำดี	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
8. น.ส.สุธินุช	ตั้งสถิตย์กุลชัย	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
9. นายวิฑธวัช	พันธุ์มงคล	โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เริ่มประชุมเวลา 09.30 น.

ดร.อินทิรา ยมาภัย กล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุม และได้ชี้แจงถึงความเป็นมาของงานวิจัยซึ่งเป็นหัวข้อที่ได้รับการคัดเลือกจากคณะกรรมการโครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อวันที่ 8 ตุลาคม 2556 ให้ดำเนินการวิจัยในปี 2557 ซึ่งหัวข้อ “การเบิกจ่ายค่าตรวจ HPV DNA testing ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป” ได้รับการคัดเลือกในวันที่ 9 มกราคม 2557 คณะผู้วิจัยได้จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำเสนอโครงร่างวิจัย

การประชุมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการวิจัยเบื้องต้นให้กับผู้เชี่ยวชาญพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ รวมทั้งพิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำผลงานวิจัยนี้ไปใช้ในเชิงนโยบาย งานวิจัยนี้เป็นการประเมินความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA ซึ่งเปรียบเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบัน (Conventional cytology ทุก 5 ปี) ในกลุ่มหญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปีในประเทศไทยรวมทั้งเสนอแนะข้อเสนอแนะเชิงนโยบายหากจะนำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี)

จากการวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์พบว่าการคัดกรองด้วยวิธี Liquid-based cytology (LBC) ทุก 3 ปี ในหญิงอายุ 30-60 ปีมีความคุ้มค่ามากที่สุดเมื่อเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบัน (Conventional cytology (CC) ทุก 5 ปี ในหญิงอายุ 30-60 ปี) กล่าวคือมีต้นทุนใกล้เคียงกันแต่ได้จำนวนปีสุขภาพะมากขึ้น

และถึงแม้ว่าการคัดกรองด้วย HPV DNA test ทุก 3 ปี ทั้งแบบ Sequential (เริ่มด้วย LC แล้วตามด้วย HPV DNA) และ Cotesting (ตรวจ HPV DNA และ LC พร้อมกัน) จะลดอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกได้มากกว่า CC แต่ยังไม่มีความคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทยเนื่องจากมีราคาแพง และการตรวจแบบ Sequential test (LC --> HPV DNA) มีแนวโน้มจะคุ้มค่าก็ต่อเมื่อต้นทุนชุดตรวจ HPV DNA (Test kit, Collection kit, lab related cost) มีราคาไม่เกิน 210 บาท

จากนั้นผู้เชี่ยวชาญได้ร่วมแสดงความคิดเห็น โดยสรุปดังนี้

1. เทคโนโลยีการตรวจด้วยวิธี LBC ในปัจจุบันนี้มีอยู่ 2 แบบคือ 1) แบบที่ต้องใช้พยาธิแพทย์ (pathologist) ในการอ่านผลการตรวจ และ 2) แบบที่อ่านผลตรวจอัตโนมัติ แต่ในแบบจำลองที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดให้การตรวจด้วย LBC เป็นแบบที่ใช้พยาธิแพทย์ในการอ่านผลการตรวจ ผู้เชี่ยวชาญเสนอว่าถ้าพิจารณาใช้การตรวจ LBC แบบที่อ่านผลอัตโนมัติแทนการใช้พยาธิแพทย์อาจจะเหมาะสมมากกว่า เนื่องจากเป็นการตรวจที่ใช้จำนวนบุคคลากรน้อยทำให้คัดกรองโรคในประชาชนได้มากขึ้น นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญยังได้ให้ข้อคิดเห็นว่าการเก็บตัวอย่างที่นำมาใช้ตรวจ LBC จำเป็นต้องอาศัยบุคคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการเก็บสิ่งส่งตรวจ ซึ่งถ้านำมาใช้จริงในประเทศไทยค่า sensitivity และ specificity ของ LBC น่าจะต่ำกว่าค่าที่ใช้ในแบบจำลอง ดังนั้นทางที่วิจัยน่าจะปรับค่า sensitivity และ specificity ของ LBC ใหม่ โดยค่าน่าจะใกล้เคียงกับค่า sensitivity และ specificity ของ conventional cytology

2. มาตรการที่ใช้ (intervention) ในการเปรียบเทียบ ในการศึกษานี้เปรียบเทียบการใช้ HPV DNA Testing กับมาตรการการตรวจคัดกรองที่ใช้ในปัจจุบัน ผู้เชี่ยวชาญได้เสนอให้มีการเพิ่มมาตรการที่เป็นทางเลือกอีก 1 ทาง คือ sequential test โดยจะตรวจคัดกรองด้วย HPV DNA testing ก่อนถ้าผลการตรวจปกติให้ตรวจคัดกรองทุก 5 ปี แต่ถ้าผลการตรวจผิดปกติจะทำการตรวจด้วย LBC ต่อไป และถ้าหากผลการตรวจด้วย LBC เป็นลบจะต้องกลับมาตรวจซ้ำภายใน 1 ปี ซึ่งคาดว่าจะมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้นที่เข้าข่ายกรณีนี้

3. ความเป็นไปได้ในการการตรวจคัดกรองด้วย HPV DNA testing เพียงอย่างเดียว ผู้เชี่ยวชาญคิดว่าการตรวจคัดกรองวิธีนี้ไม่สามารถเป็นไปได้ เนื่องจากถ้าผลการตรวจผิดปกติจำเป็นต้องส่งคนไข้ไปทำ colposcope และสถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทยมีข้อจำกัดทั้งทางด้านบุคคลากรและเครื่องมือในการทำ colposcope ซึ่งการตรวจ HPV DNA testing เพียงอย่างเดียวจะก่อให้เกิดภาระงานกับบุคคลากรที่ทำ colposcope อย่างมาก ดังนั้นการตรวจ HPV DNA testing อย่างเดียวจึงไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ในประเทศไทย

4. คุ้มค่าของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 1 ปี ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นว่าไม่มีทางเป็นไปได้ในสถานการณ์ของประเทศไทย เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านบุคคลากร

5. ต้นทุนของชุดตรวจ HPV DNA Testing ทางคณะผู้วิจัยได้ชี้แจงว่า ราคาของการตรวจด้วยวิธี HPV DNA ที่ใช้ในการศึกษาคือ 400 บาท ซึ่งเป็นราคาเฉลี่ยจาก 3 บริษัทที่ส่งข้อมูลราคา ที่ระดับราคานี้ผลการศึกษาเบื้องต้นพบว่ายังไม่มีคุ้มค่า คณะผู้วิจัยวิเคราะห์หาราคาที่จะทำให้เกิดความคุ้มค่าและพบว่า หากราคาชุดตรวจอยู่ที่ 210 บาท จะทำให้เกิดความคุ้มค่า ผู้เชี่ยวชาญได้ชี้แจงว่าในกรณีการตรวจนี้ควร

ต่อรองกับบริษัทเพื่อเสนอราคาสำหรับการตรวจ 1 ราย ทั้ง HPV DNA และ Liquid Based Cytology กล่าวคือ หากผลการตรวจ HPV DNA เป็นผลบวกแล้วส่งตรวจด้วย Liquid Based Cytology ราคาของการตรวจจะอยู่ที่ประมาณ 200 บาท

ข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในเรื่อง ความเป็นไปได้ที่จะนำผลงานวิจัยนี้ไปใช้ในเชิงนโยบาย

ผู้เชี่ยวชาญ ได้แสดงความคิดเห็นว่า ในมุมมองของหน่วยงานที่จะให้ความร่วมมือทำโครงการนี้ และนำผลงานวิจัยนี้ไปใช้พัฒนานโยบายการส่งเสริมและป้องกันโรค ทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานประกันสังคมนั้น และบริษัทที่จำหน่ายเครื่องมือการตรวจคัดกรอง จะต้องต้องมีข้อมูลที่ใช้ในการประกอบการตัดสินใจ ดังนี้

- 1) ความครอบคลุมของการใช้เครื่องมือในการตรวจคัดกรองในกลุ่มประชากรสตรี อายุ 30-60 ปีการนำ HPV DNA ไปใช้อาจจะสามารถเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรอง เนื่องจากการตรวจ HPV DNA มีชุดการตรวจที่ให้ประชาชนนำไปตรวจเองที่บ้าน (self-sampling) โดยไม่จำเป็นต้องมารับบริการที่สถานพยาบาล
- 2) จำนวนผู้ที่เข้ารับการตรวจทั้งหมด (จะเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการลงทุนเพื่อคิดค่าความคุ้มค่า)
- 3) ความเป็นไปได้ในการใช้วิธีเจรจาต่อรองราคาค่าเครื่องมือในการตรวจคัดกรองกับต่างประเทศ หรือเจรจาให้ต่างประเทศถ่ายทอดเทคโนโลยีมาที่ประเทศไทย แล้วทำการผลิตเครื่องมือในการตรวจในประเทศไทย ซึ่งจะทำให้จำนวนผู้ที่รับการตรวจเพิ่มขึ้น และต้นทุนการผลิตจะต่ำลง ราคาก็จะถูกลง

โดยสรุปประเด็นที่คณะผู้วิจัยจะทำการศึกษาเพิ่มเติมได้แก่

- 1) พัฒนาแบบจำลองเพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าในกรณี Sequential test ของการด้วยวิธี HPV DNA ในลำดับแรก หากผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกจะตรวจด้วย LC ต่อไป และ ถ้าผลการตรวจ LC เป็นลบจะคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA อีก 5 ปีข้างหน้า
- 2) ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม เพื่อค้นหาความไวและความจำเพาะของวิธีการตรวจแบบ Liquid Based Cytology โดยเปรียบเทียบค่าที่ใกล้เคียงกับวิธีการตรวจแบบ Conventional Cytology โดยผลการวิเคราะห์เพิ่มเติมนี้นักวิจัยจะนำส่งผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านต่อไป

ปิดการประชุมเวลา 12.00 น.

วิฑูรย์ พันธ์มงคล

อินทิรา ยมาภัย

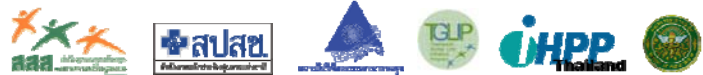
ผู้สรุปรายงานการประชุม

ผู้ตรวจรายงานการประชุม

การนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้น
 การประเมินความคุ้มค่าด้านสุขภาพของการตรวจคัด
 กรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA ในประเทศไทย
 (Cost-Utility Analysis of HPV DNA screening of
 cervical cancer in Thailand)

ดร.อินทิรา ยมาภัย, ดร.ภญ.นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร
 ดร.พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี, ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

7 พฤษภาคม 2557, 9.30-12.00 น.

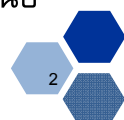


วัตถุประสงค์ของการประชุม

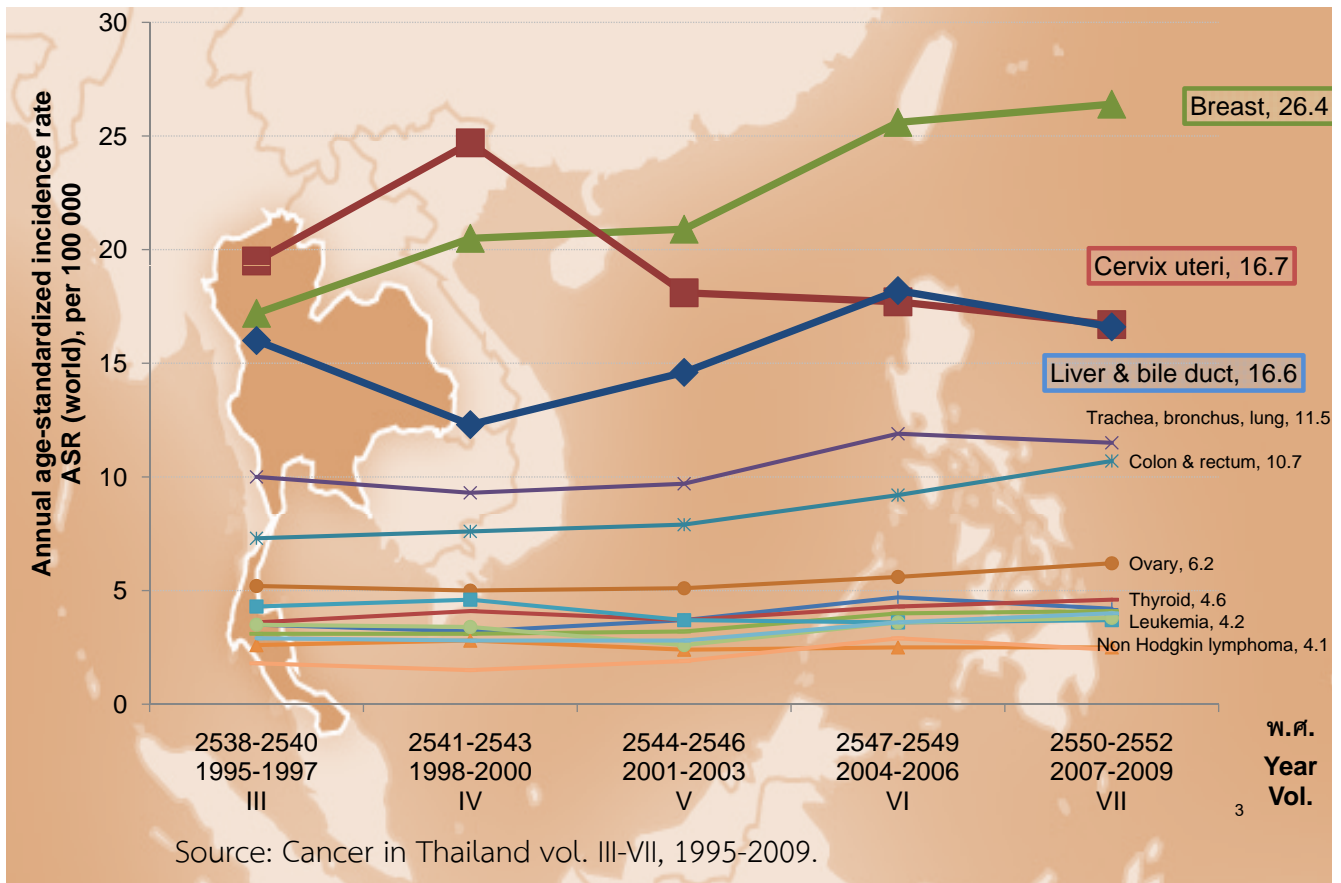
- พิจารณาและให้ข้อเสนอแนะต่อผลการวิจัยเบื้องต้น
- พิจารณาความเป็นไปได้ที่จะนำผลงานวิจัยนี้ไปใช้ในเชิงนโยบาย

ความเป็นมาของหัวข้อวิจัย

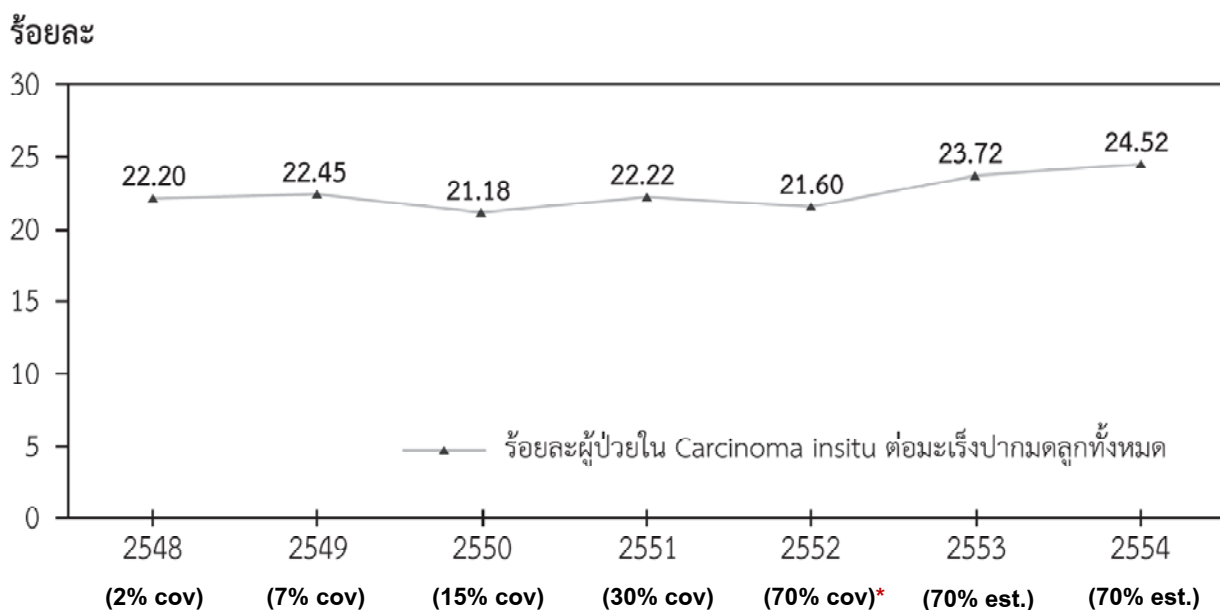
- วันที่ 8 ต.ค. 2556 มีการประชุมคณะกรรมการโครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อคัดเลือก 5 หัวข้อที่สำคัญเพื่อดำเนินการวิจัยในปี 2557 ซึ่งหัวข้อ “การเบิกจ่ายค่าตรวจ HPV DNA testing ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป” ได้รับการคัดเลือก
- วันที่ 9 มกราคม 2557 คณะผู้วิจัยจัดประชุมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำเสนอโครงร่างวิจัย



Leading cancer in Thailand: 1995-2009 Female



สัดส่วนผู้ป่วยในด้วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้น (Carcinoma in situ) ต่อมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด ปีงบประมาณ 2548-2554



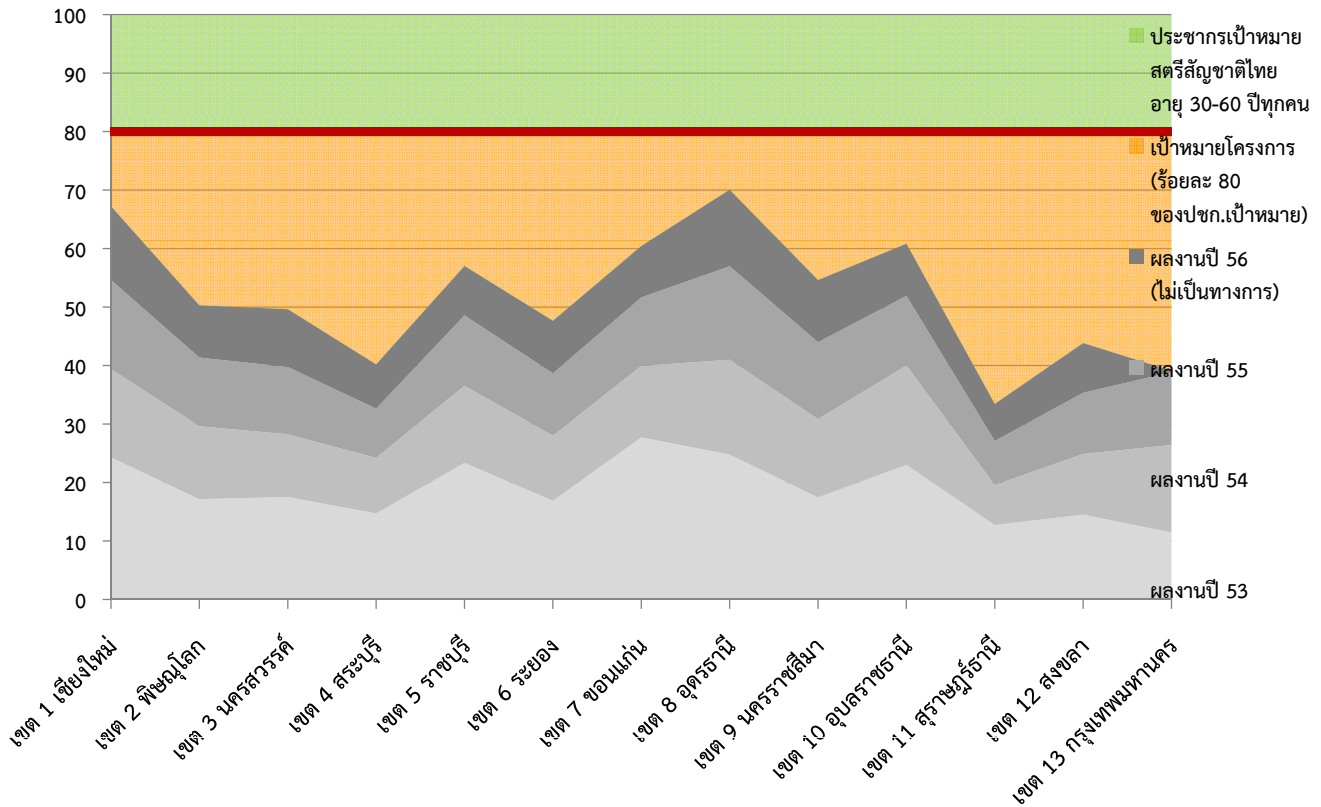
ที่มา: 1) รายงานการสร้งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2554

* การสำรวจในปี 2552: ชีระ ศิริสมุทร, et al. การประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่ผลต่อโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสมียร์และวีไอเอ ในประเทศไทย พ.ศ. 2548-2552. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2555;21(3):538-56.

* การสำรวจปี 2553: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ตารางผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2553. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2556.

* สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประจำปี 2553. กรุงเทพมหานคร; 2556.

อัตราการคัดกรองสะสมเมื่อเทียบกับประชากรเป้าหมาย



HPV DNA Testing



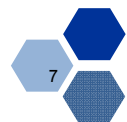
- การทดสอบหาเชื้อ HPV ในระดับ DNA ที่เป็นสาเหตุของเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ โดยมีวิธีการเก็บตัวอย่างวิธีเดียวกับ Pap Smear หากตรวจพบว่ามีเชื้อ HPV ชนิดความเสี่ยงสูงที่ปากมดลูก จะมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด
- เทคโนโลยี
 - Target amplification เช่น Polymerase Chain Reaction (PCR)
 - Signal amplification เช่น Hybrid capture 2 (HC2)
- การเบิกจ่าย: ไม่ถูกบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์
 - ค่าใช้จ่ายในการตรวจ HPV Testing ราคาประมาณ 800-2,500 บาท
 - ค่าใช้จ่ายในการตรวจ PAP และ HPV Testing ราคาประมาณ 1,100-4,000 บาท

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อประเมินความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ของ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer screening) ด้วย HPV DNA Testing เปรียบเทียบกับ สถานการณ์ปัจจุบัน (Conventional cytology ทุก 5 ปี) ในกลุ่มหญิงไทยที่มีอายุ ระหว่าง 30-60 ปี

โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เพื่อจัดทำข้อเสนอในการพัฒนานโยบายและปรับปรุงรายการสิทธิประโยชน์ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

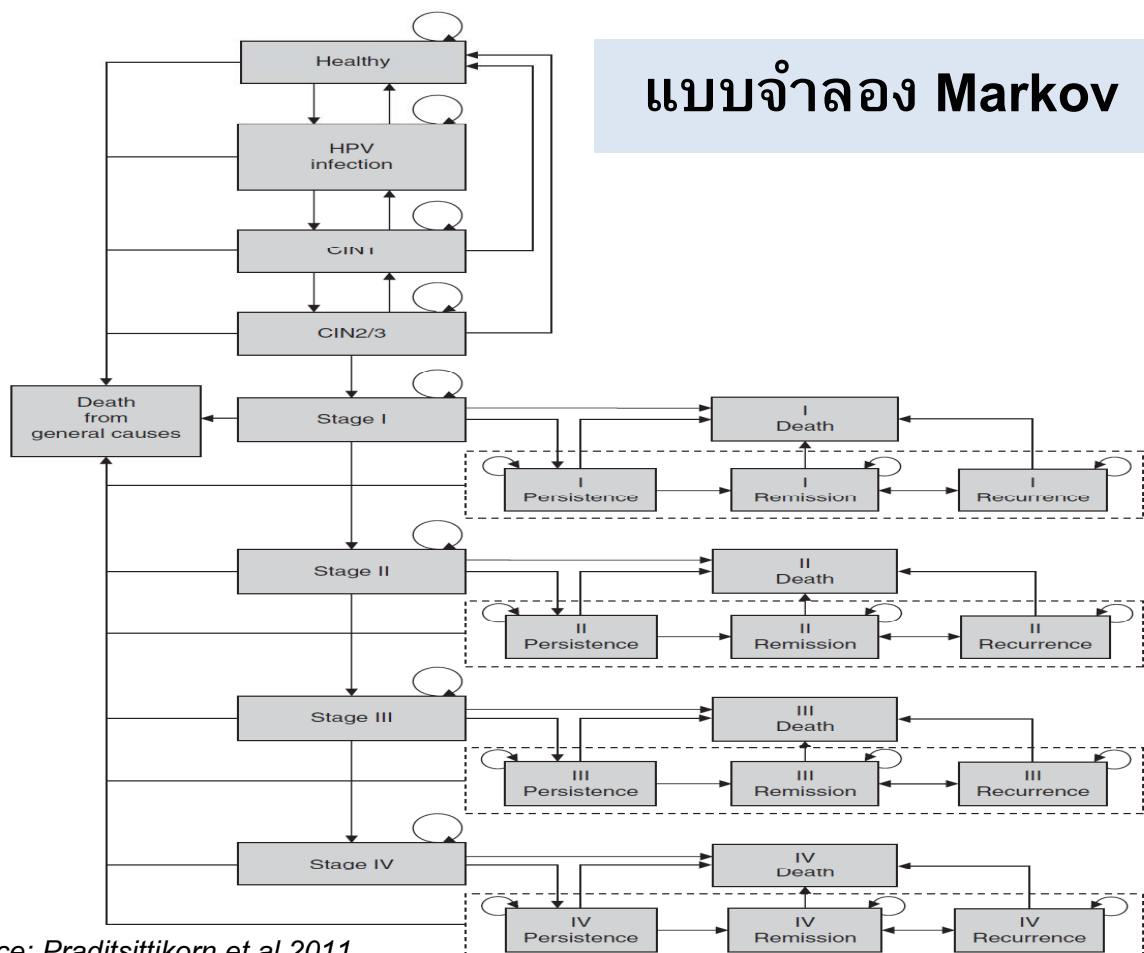


ระเบียบวิธีวิจัย (Methods)

ประเภทของการประเมินความคุ้มค่า (Type of EE)	วิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ (Cost-Utility Analysis) โดยสร้างแบบจำลอง Markov (Ref. Praditsittikorn et al 2011)
มุมมอง (Perspective)	มุมมองทางสังคม รวมต้นทุนทางตรงและทางอ้อมที่เกิดในโรงพยาบาลและผู้ป่วย ตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง รักษาความผิดปกติ ไปจนถึงเป็นมะเร็ง
มาตรการที่ทดสอบ (Interventions)	<ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจด้วย liquid based cytology 2. การตรวจ HPV DNA พร้อมกับ liquid based cytology (co-testing) 3. การตรวจ HPV DNA เป็นลำดับแรก ในกรณีที่ผล negative แล้วจึงตรวจด้วย co-testing ต่อไป 4. การตรวจด้วย conventional cytology เป็นลำดับแรกในกรณีที่ผล negative แล้วตรวจด้วย HPV DNA ต่อไป
ตัวเปรียบเทียบ (Comparators)	การตรวจด้วย conventional cytology ทุก 5 ปี ซึ่งเป็นการตรวจคัดกรองที่ใช้กันอยู่ทั่วไปในปัจจุบัน

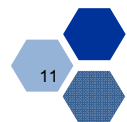
วิธีวิจัย

ประชากรเป้าหมาย (Target population)	หญิงไทยอายุระหว่าง 30-60 ปี
ความครอบคลุมของการบริการ (Coverage)	อัตราการยอมรับบริการในระดับสูง (80%)
กรอบเวลา (Time horizon)	เริ่มจากอายุ 15 ปี ถึงตลอดชีวิต
อัตราปรับลด (Discount rate)	3% (costs and outcomes)
การวัดผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (Measure of Health Effect)	- จำนวนปีสุขภาวะ (Quality Adjusted Life Years; QALYs) - จำนวนผู้ป่วยใหม่มะเร็งปากมดลูก (incidence cases) และ จำนวนการเสียชีวิต (deaths)
ความเต็มใจจ่ายต่อปีสุขภาวะ (Willingness to Pay Threshold)	160,000 บาท/ปีสุขภาวะ (160,000 Baht per QALY gained)



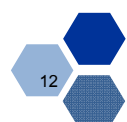
Source: Praditsittikorn et al 2011

Scenarios



1) Liquid-based cytology (LBC)

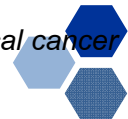
- If LBC tests are positive, refer directly to colposcopy
- If LBC tests are negative, return to routine screening



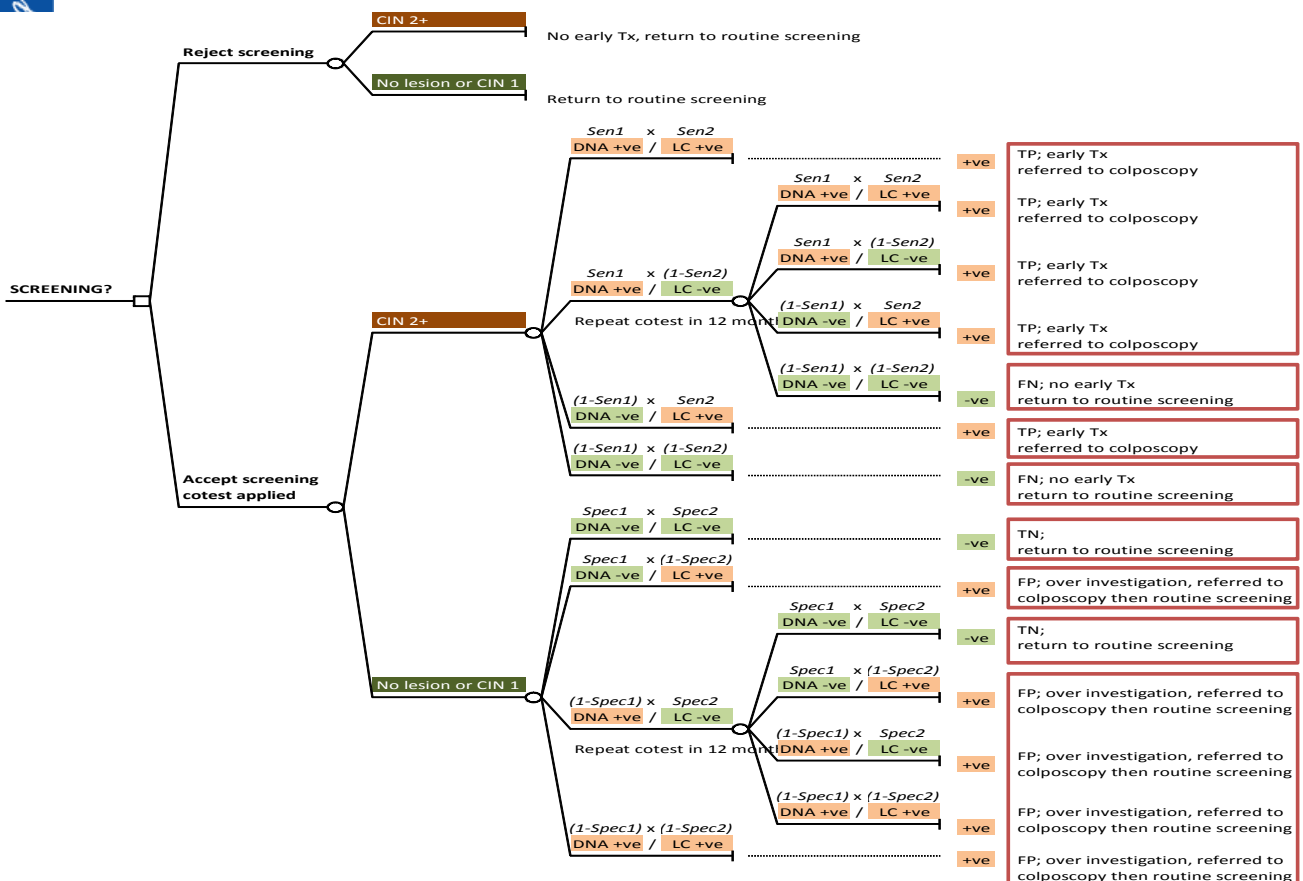
2) Cotesting: HPV test + liquid-based cytology

- If both tests are positive, refer to colposcopy
- If both tests are negative, return to routine screening
- Women cotesting cytology positive and HPV negative should be directly refer to colposcopy
- Women cotesting cytology negative and HPV positive and should be followed with either (1) repeat cotest in 12 months (“OR” rule), or (2) immediate HPV genotyping.
 - If either repeat test is positive, refer to colposcopy
 - If both tests are negative, return to routine screening

Source: The American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (2012). Cervical cancer screening recommendations



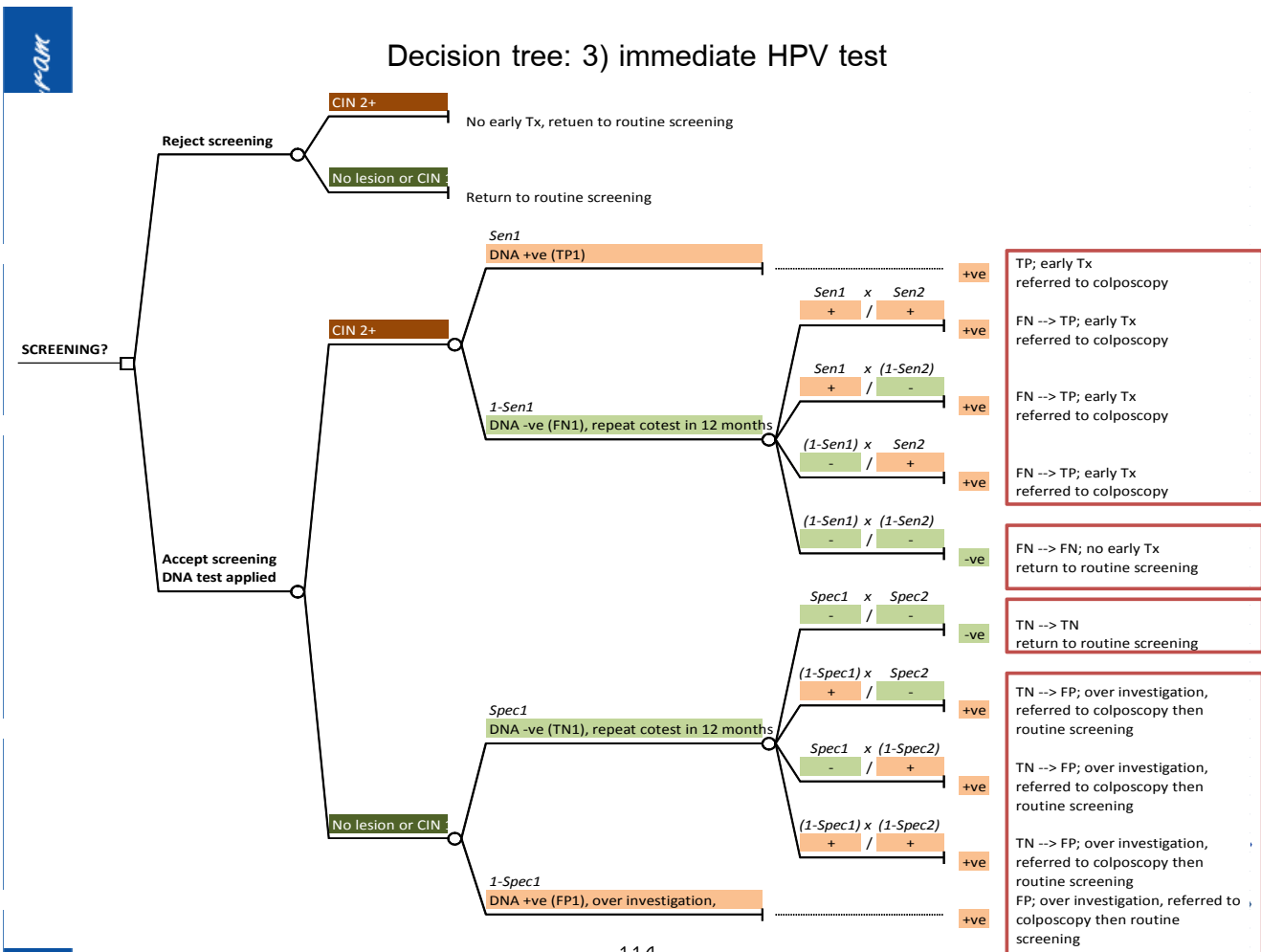
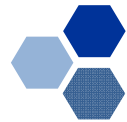
Decision tree of cotesting: 3) DNA + liquid-based cytology



3) Immediate HPV test

- If HPV 16 or HPV 16/18 positive, refer directly to colposcopy (“OR” rule)
- If HPV 16 or HPV 16/18 negative, repeat cotesting in 12 months and then (“OR” rule)
 - If either repeat test if positive, refer to colposcopy
 - If both tests are negative, return to routine screening

Source: The American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (2012). Cervical cancer screening recommendations



4) Sequential test: Conventional cytology test → HPV DNA

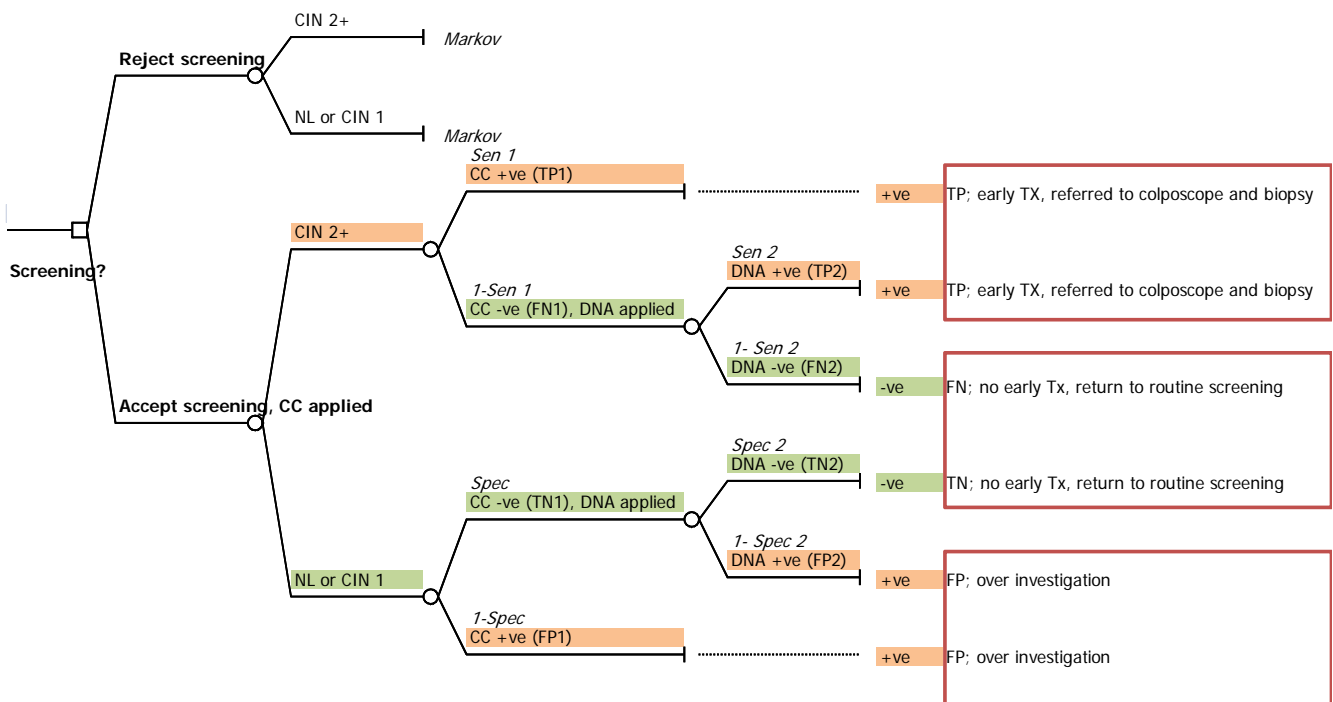
- If conventional cytology tests are positive , refer directly to colposcopy
- If conventional cytology tests are negative, repeat HPV test in 12 months
 - If HPV test is positive, refer to colposcopy
 - If HPV test is negative, return to routine screening

Source: 1) National Cancer Institute 2013. Cervical cancer screening recommendations

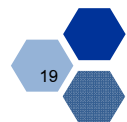
2) Andres-Gamboa et al 2008. Cost-effectiveness of conventional cytology and HPV DNA testing for cervical screening in Colombia



Decision tree of Co-testing: 4) conventional cytology → HPV DNA



Parameters

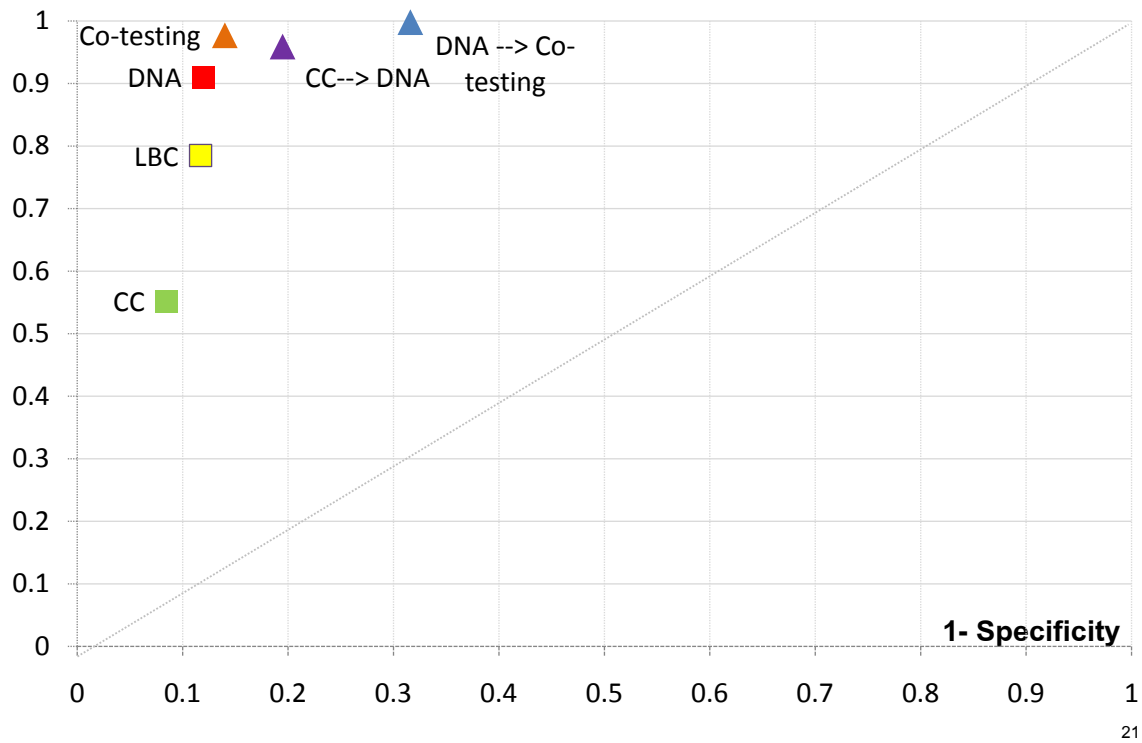


Model Parameters

- **ตัวแปรการเปลี่ยนสถานะของโรค** (transitional probability)
 - โอกาสเสียชีวิต
 - สตรีไทย (so: Burden of Disease Project)
 - ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (so: CRCN-TGOC PhaseI-Epi)
 - ระบาดวิทยาการดำเนินของโรค (Systematic review, CRCN-TGOC PhaseI)
- **ตัวแปรประสิทธิภาพ** (Efficacy, Program performance)
 - ความไว ความจำเพาะ (Systematic review, Meta-analysis)
- **ตัวแปรต้นทุน** (Cost)
 - ต้นทุนการตรวจคัดกรอง (Literature review)
 - ต้นทุนการรักษาตลอดชีพมะเร็งปากมดลูก (CRCN-TGOC PhaseII-Cost)
- **ตัวแปรอรรถประโยชน์** (Utility score)
 - 1: Healthy, 0: Death, 1: CIN2/3
 - ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (so: CRCN-TGOC PhaseII-Cost)

ค่า Screening effectiveness ที่ใช้ในแบบจำลอง

Sensitivity

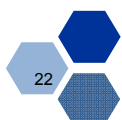


Note: CC= Conventional cytology, LBC= liquid-based cytology, DNA=HPV DNA Testing

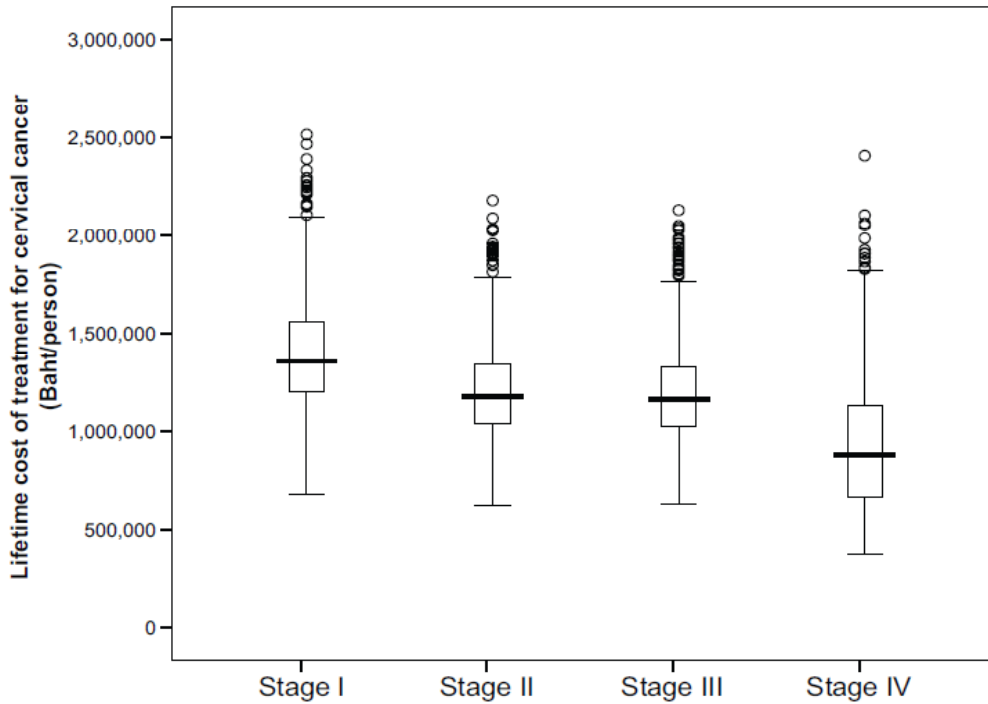
ต้นทุนในการคัดกรองแยกตามวิธี

วิธีการคัดกรอง	ต้นทุนการคัดกรอง* (บาทต่อราย)			
	TP	FN	TN	FP
1) Conventional cytology	7,499	223	223	2,088
2) Liquid-based cytology	7,728	452	452	2,317
4) Co-testing (DNA+LBC)	8,322	1,016	957	2,886
3) DNA-->Co-testing	7,921	1,441	1,441	2,975
5) CC-->DNA	7,740	790	790	2,408

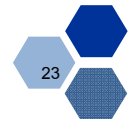
*ต้นทุนใช้มุมมองทางสังคม



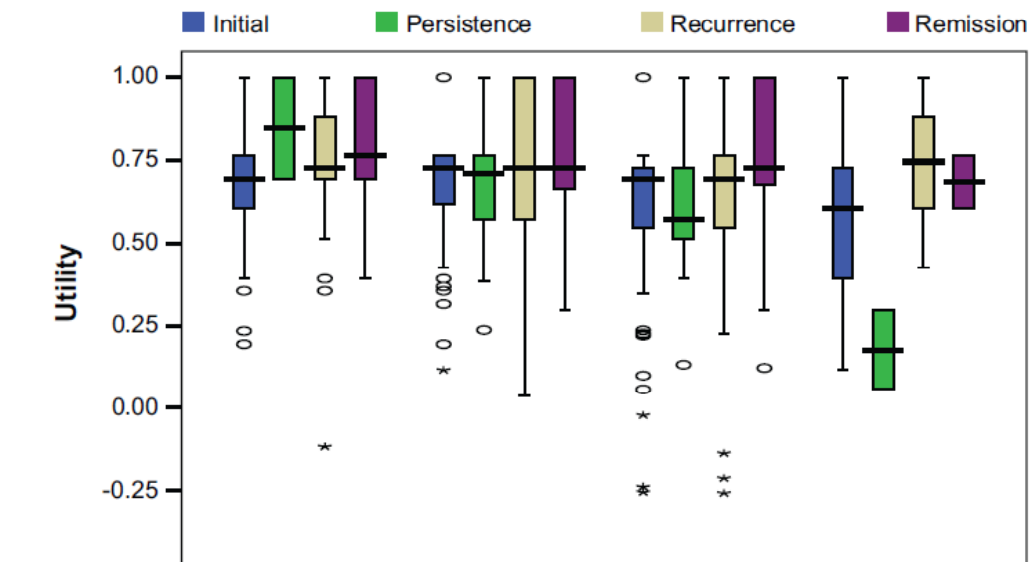
ต้นทุนตลอดชีพของการรักษามะเร็งปากมดลูก แบ่งตามระยะโรค



Source: นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร. 2556. การประเมินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับประชากรไทยด้วยแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 7(3): 389-399

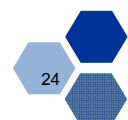


Utility parameters

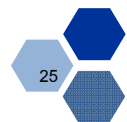


Stage	Initial	Persistence	Recurrence	Remission
Initial	0.699 (0.015)	0.711 (0.016)	0.646 (0.022)	0.558 (0.044)
Persistence	0.847 (0.154)	0.682 (0.044)	0.620 (0.054)	0.176 (0.119)
Recurrence	0.714 (0.047)	0.710 (0.034)	0.619 (0.050)	0.737 (0.070)
Remission	0.815 (0.015)	0.766 (0.014)	0.776 (0.016)	0.686 (0.081)

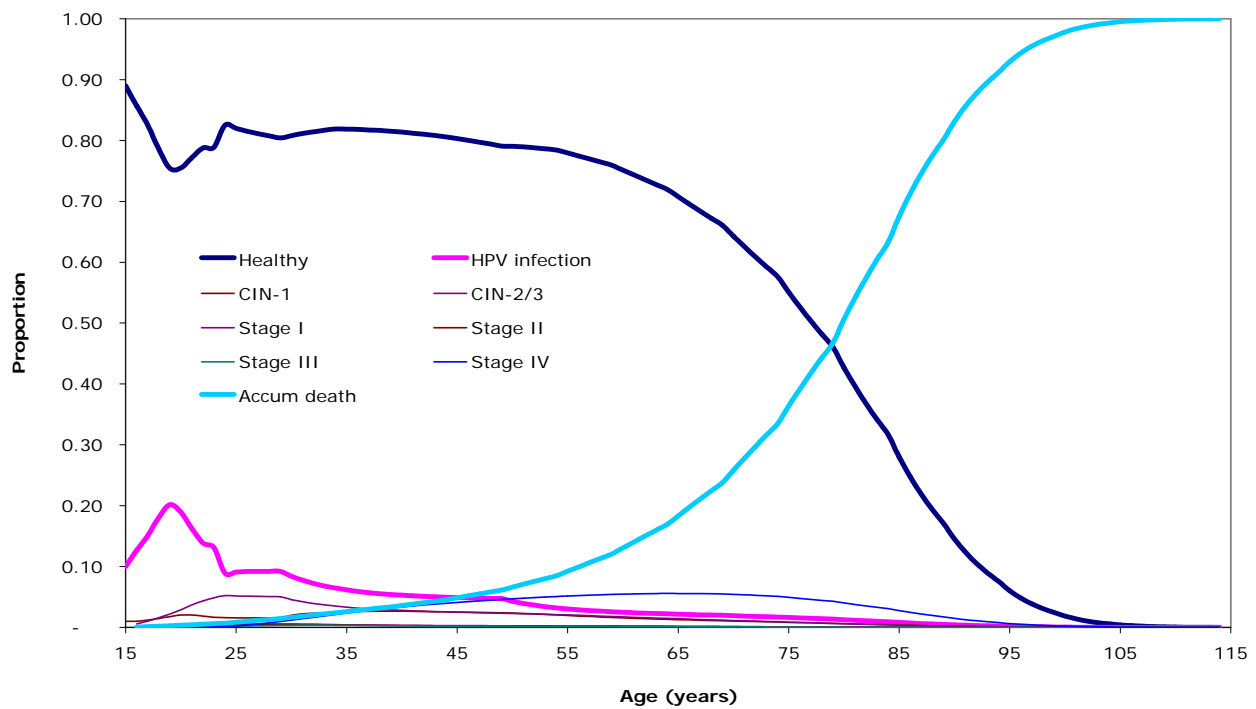
Source: นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร. 2556. การประเมินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับประชากรไทยด้วยแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 7(3): 389-399



Model validation



Age-specific prevalence of cervical cancer

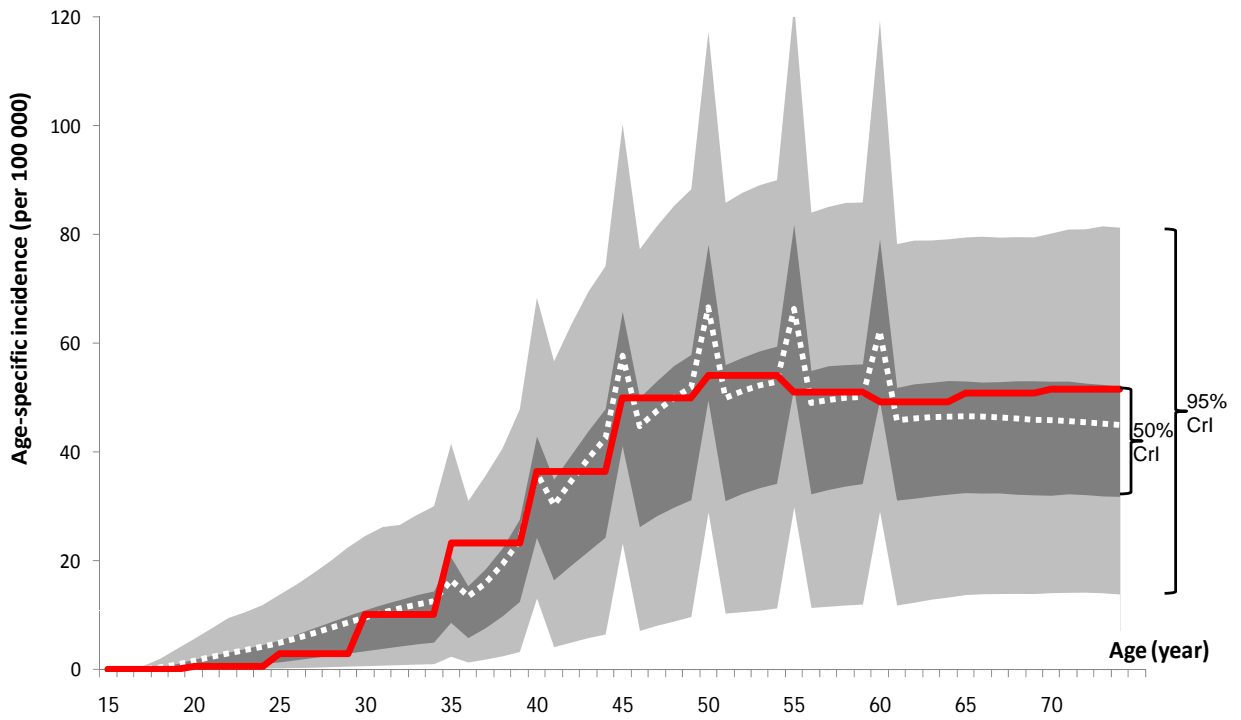


Source: Myers ER, McCrory DC, Nanda K, Bastian L, Matchar DB: Mathematical model for the natural history of human papillomavirus infection and cervical carcinogenesis. *Am J Epidemiol* 2000, 151:1158-1171.

Model validation: model prediction compared to observed data

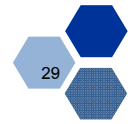
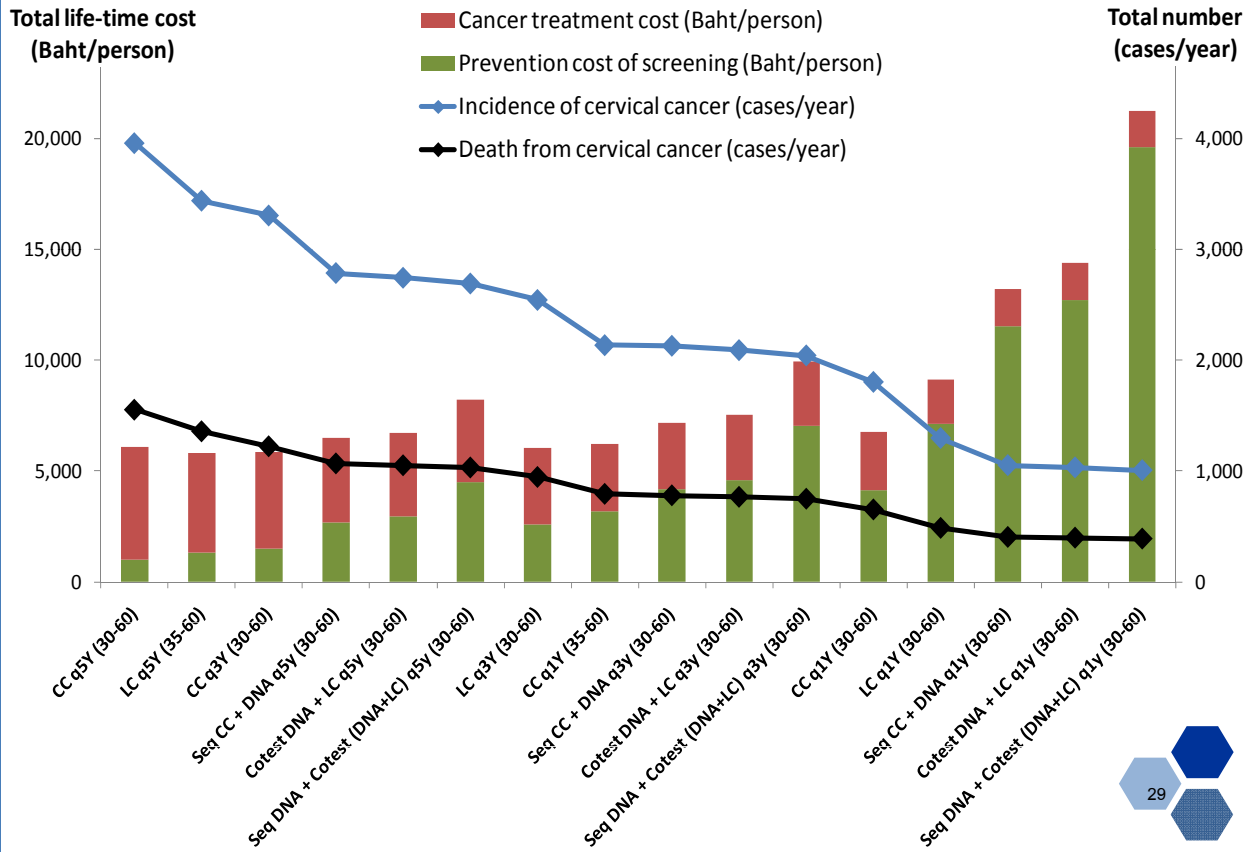
Prediction of Pap q 5 (35-60 y), 10% coverage
Cum. Incidence (0-74) = 1.87%
Crude Incidence (0-74) = 20.39 per 100 000
Incidence = 6,343 cases

— Cancer incidence from observed data (Cancer in Thailand 2004-2006, Vol. VI)
Cum. Incidence (0-74) = 1.90%
Crude Incidence (0-74) = 20.39 per 100 000
Incidence = 6,343 cases

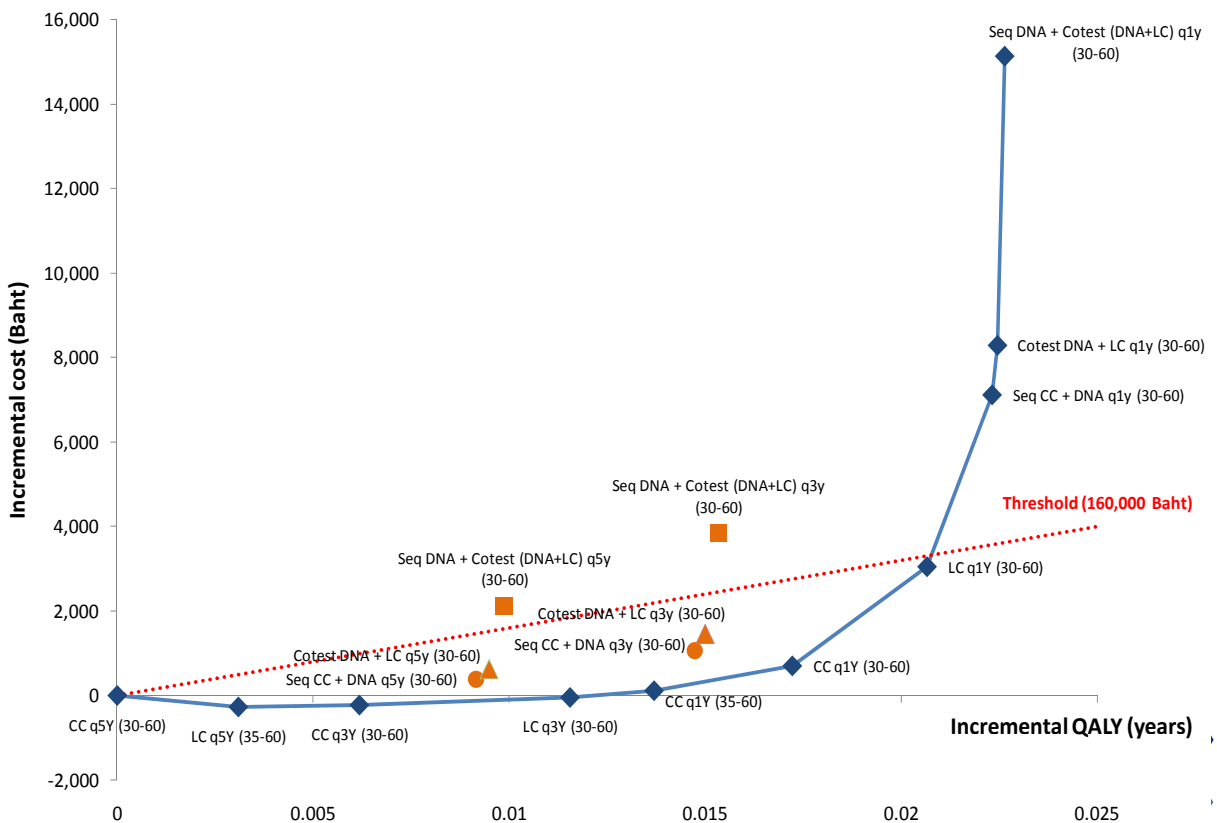


Results

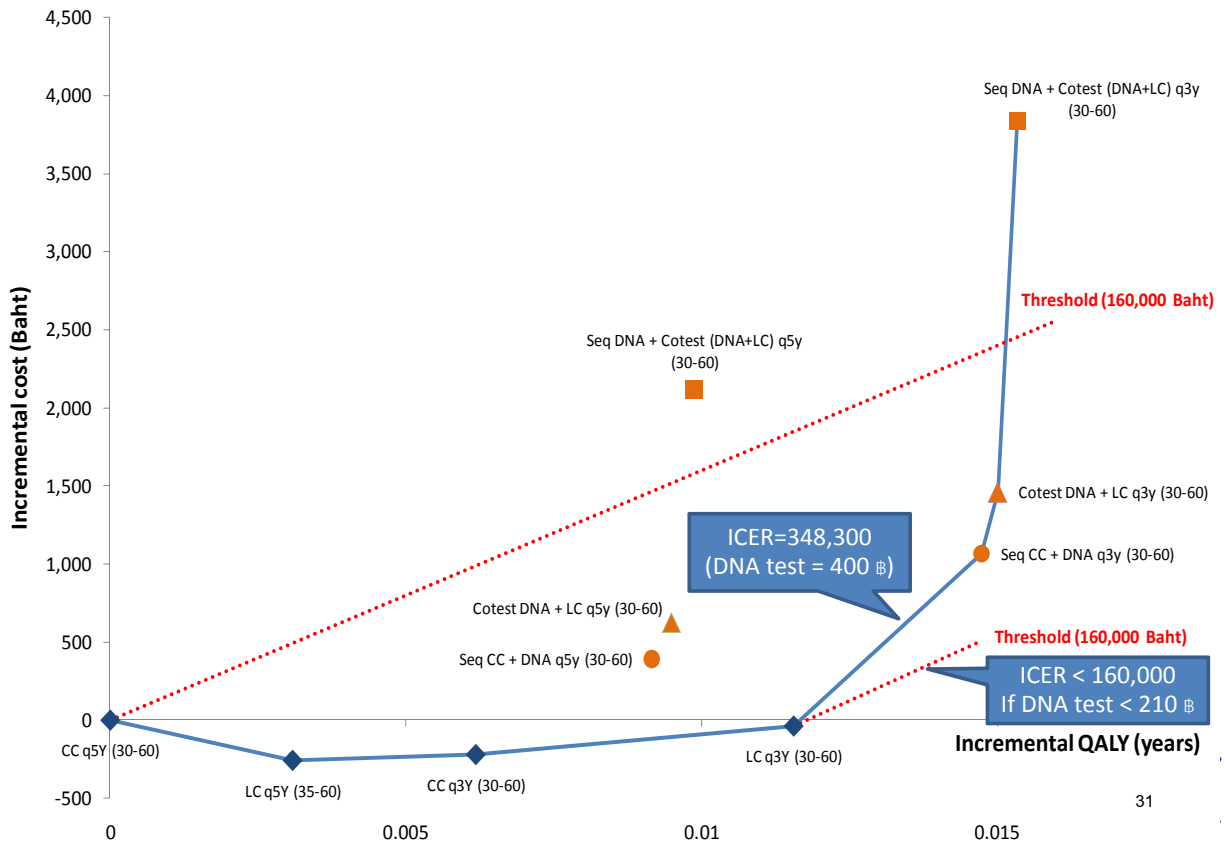
Results: Cost and health outcomes



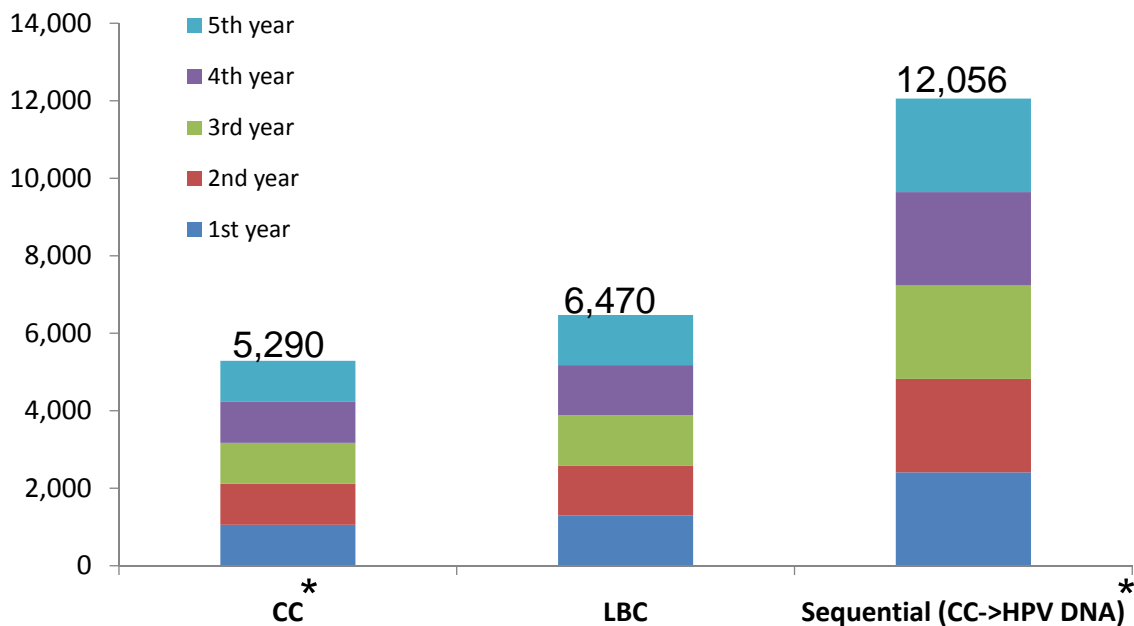
Cost-Effectiveness Plane



Cost-Effectiveness Plane



Budget impact (million Baht)



* คำนวณจาก สปสช จ่ายค่าตอบแทนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรายละ 250 บาท

Feasibility analysis: cytotechnicians

Screening strategy	No. of sample collection* (million per year)	No. of slides (million per year)	No. of cytotechnicians required** (person)
Conventional cytology q5 (30-60)	2.50	2.50	270
Conventional cytology q3 (30-60)	4.23	4.23	470
Liquid-based cytology q3 (30-60)	4.23	4.23	470
Sequential test (CC->HPV DNA) q3 (30-60)	7.56	4.23	470

* จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปี 15.8 ล้านคน (ข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ ปี 2553 สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

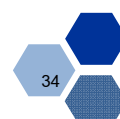
** คำนวณจากจำนวนนักเซลล์วิทยาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันมีประมาณ 290 คน จำนวนวันทำงาน 20 วันต่อเดือน ปริมาณการอ่าน 30 สไลด์ต่อวัน



33

Conclusion

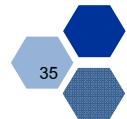
- การคัดกรองด้วยวิธี Liquid-based cytology ทุก 3 ปี ในหญิงอายุ 30-60 ปีมีความคุ้มค่ามากที่สุดเมื่อเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบัน (Conventional cytology ทุก 5 ปี ในหญิงอายุ 30-60 ปี) กล่าวคือมีต้นทุนใกล้เคียงกันแต่ได้จำนวนปีสุขภาวะมากขึ้น
- ถึงแม้ว่าการคัดกรองด้วย HPV DNA test ทุก 3 ปี ทั้งแบบ Sequential และ Cotesting จะลดอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกได้มากกว่า LBC แต่ยังไม่มีความคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทยเนื่องจากมีราคาแพง
- Sequential test (CC --> HPV DNA) มีแนวโน้มจะคุ้มค่าก็ต่อเมื่อต้นทุนชุดตรวจ HPV DNA (Test kit, Collection kit, lab related cost) มีราคาไม่เกิน 210 บาท



34

Policy recommendations

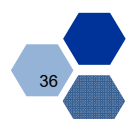
- คัดกรองด้วย Conventional cytology ที่อายุ 30-60 ปี ความถี่ทุก 5 ปี ยังมีความเหมาะสมในสภาวะการณปัจจุบัน
- เน้นเพิ่มอัตราบริการให้ถึงเป้าหมายให้ถึง 80% และรักษาต่อเนื่อง 100%
- แก้ปัญหาการบริการต่ำในบางพื้นที่ เช่น กทม. และ เขตเทศบาล
- การเพิ่มความถี่การคัดกรองเป็นทุก 3 ปี จะช่วยลดอุบัติการณ์มะเร็งลงแต่ต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ



35

Acknowledgements

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- ภาควิชารังสีวิทยา โรงพยาบาลศิริราช
- ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย



36