

# ข้อเสนอเพื่อการพัฒนากระบวนการคัดกรองทางสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชนไทย

## โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

### 1. หลักการและเหตุผล

การคัดกรองทางสุขภาพ (health screening) คือ "การค้นหาความเป็นไปได้ในการเกิดโรคหรือความผิดปกติในคนที่อาจยังไม่แสดงอาการของโรคหรือความผิดปกติใดๆ ออกมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาโรคหรือปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรคในระยะเริ่มแรก เพื่อให้มาตรการที่สามารถลดความเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตจากโรคนั้นๆ"<sup>a</sup> [1] คณะกรรมการคัดกรองด้านสุขภาพแห่งชาติ ของประเทศอังกฤษ (The United Kingdom National Screening Committee, UK NSC) ได้ให้คำจำกัดความไว้ว่า การตรวจคัดกรอง ที่หมายถึง การสัมภาษณ์หรือทดสอบทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาบุคคลที่ควรได้รับการวินิจฉัยหรือรักษาโรคต่อไป"<sup>b</sup> [2] ทั้งนี้การคัดกรองทางสุขภาพสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ (1) การคัดกรองโรค (disease screening) เป็นการค้นหาโรคในระยะเริ่มแรกและการวินิจฉัยโรคโดยเร็ว ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ลดอัตราการความพิการ และช่วยลดการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยโรคติดต่อไปสู่บุคคลอื่นได้ โดยเฉพาะในโรคเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยมักมีอาการป่วยแบบค่อยเป็นค่อยไป ดังนั้น การค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกจึงช่วยให้การรักษามีโอกาสหายมากขึ้น[3] (2) การคัดกรองความเสี่ยง (risk screening) เป็นการประเมินพฤติกรรมว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพอย่างไรบ้าง นำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย[4] ซึ่งควรทำควบคู่ไปกับการให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนให้ประชาชนสร้างสุขภาพให้สมบูรณ์ แข็งแรง อันจะนำไปสู่การลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคต่างๆ และเพิ่มคุณภาพชีวิต ดังนั้น เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนและระบบสุขภาพ การคัดกรองทางสุขภาพต้องไม่มุ่งเน้นเพียงการตรวจในห้องปฏิบัติการ แต่ควรมุ่งเน้นการประเมินพฤติกรรมและความเสี่ยงด้วย เพื่อเป็นการค้นหาปัญหาที่ต้นเหตุ[5] จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ ปี 2547 ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยสำรวจในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 59,109 คน พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและการตายก่อนวัยอันควรเป็นอย่างมาก เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานผักผลไม้ที่ไม่เพียงพอ การไม่ใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก[6]

นอกจากการคัดกรองความเสี่ยงจากพฤติกรรมของบุคคลแล้ว การคัดกรองความเสี่ยงโดยประเมินจากสิ่งแวดล้อมเป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญ เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น โรคอูจาระร่วง โรคจากการประกอบอาชีพ โรคที่เกิดจากภาวะมลพิษทางน้ำ อากาศ และเสียง ปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น[7] ดังนั้นการเฝ้าระวังสุขภาพกลุ่มคนในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงโดยการคัดกรองในระดับชุมชน จึงมีความสำคัญ เช่น การวัดค่าสารพิษที่ปนเปื้อนในอากาศหรือแหล่งน้ำในบริเวณชุมชนในเขตนิคมอุตสาหกรรม ซึ่งในกรณีเช่นนี้การคัดกรองปัจจัยเสี่ยงในสิ่งแวดล้อมเพื่อหามาตรการป้องกันในระดับชุมชนอาจมีประสิทธิภาพดีกว่าการคัดกรองความเสี่ยงรายบุคคล อย่างไรก็ตามการศึกษาที่มุ่งเน้น

<sup>a</sup> "Screening is the application of a test to detect a potential disease or condition in person who has no known signs or symptoms of that disease or condition. The goal of screening is the early detection of disease or risk factors of disease so that intervention can reduce morbidity and mortality from the involved disease" [1]

<sup>b</sup> "Screening is a health service in which members of a defined population, who do not necessarily perceive they are at risk of, or are already affected by, a disease or its complications, are asked a question or offered by, a disease or its complications, are asked a question or offered a test to identify those individuals who are more likely to be helped than harmed by further tests or treatments to reduce the risk of disease or its complications." [2]

ที่การคัดกรองด้านสุขภาพในระดับบุคคลเนื่องจากมีความตระหนักจากผู้บริหารและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวนมาก นอกจากนั้นยังมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดูแลในเรื่องดังกล่าวอยู่แล้ว

เป็นที่ทราบกันดีว่าการคัดกรองทางสุขภาพที่มีประสิทธิผล สามารถยืดอายุขัย ลดอุบัติเหตุและลดการเสียชีวิตจากโรคต่างๆได้ และทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[8] ในประเทศที่พัฒนาแล้วการคัดกรองทางสุขภาพได้เข้ามามีบทบาทสำคัญเนื่องจากประชาชนมักเสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าโรคติดต่อ การตรวจพบได้ตั้งแต่ขั้นต้น สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังเหล่านี้ได้ [9] นอกจากนั้นการคัดกรองทางสุขภาพยังช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน (แต่ไม่ได้เป็นการประกันว่าสามารถป้องกัน หรือวินิจฉัยและรักษาได้) ยกตัวอย่างเช่น การคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกซึ่งสามารถลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตจากโรคได้ การตรวจคัดกรองจอตา (retina screening) ในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดความบกพร่องทางสายตา (visual impairment) ได้[8] หรืออีกตัวอย่างที่แสดงให้เห็นประโยชน์ที่ชัดเจนของการคัดกรองทางสุขภาพได้แก่ การคัดกรองวัณโรคในประเทศออสเตรเลีย ซึ่งพบว่า จำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิต จากวัณโรคในปี 1976 ลดลงอย่างชัดเจน[10]

หลักฐานดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการคัดกรองทางสุขภาพมากมาย อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาอย่างรอบด้านแล้วพบว่าการคัดกรองทางสุขภาพหากดำเนินการโดยปราศจากเงื่อนไขบางประการแล้วก็อาจเกิดผลเสียมากกว่าผลดี หรืออาจทำให้เกิดความไม่เท่าเทียมกันในสังคม ได้แก่ (1) การเข้าถึงอย่างเป็นธรรมของประชากรทุกกลุ่มในสังคม (2) การคำนึงถึงความคุ้มค่าของมาตรการที่ใช้ในการคัดกรอง รวมถึงต้องพิจารณาว่าหากมีการคัดกรองแล้วและพบสิ่งผิดปกติ ระบบบริการสุขภาพจะสามารถให้การรักษาหรือทางแก้ไขได้หรือไม่ และ (3) ระบบการคัดกรองทางสุขภาพที่มีคุณภาพ ซึ่งต้องพิจารณาความสมดุขยของประโยชน์และโทษที่อาจได้รับการตรวจคัดกรอง เช่น บางครั้งการคัดกรองทางสุขภาพอาจทำให้ประชาชนเกิดความวิตกกังวลกับผลการตรวจที่ระบุว่ามีความเสี่ยงสูงปฏิบัติการณ์ที่ผิดปกติ เป็นโรค หรือมีความเสี่ยงเป็นโรค ต้องมีวิธีการให้ผู้รับการตรวจไม่ประมาทเมื่อตรวจไม่พบโรค หรือสิ่งผิดปกติ ดังนั้นเรื่องคุณภาพและมาตรฐานของวิธีการ ห้องปฏิบัติการ และผู้ตรวจ จึงเป็นประเด็นที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้การคัดกรองทางสุขภาพเกิดผลดีมากกว่าผลเสีย[8] สิ่งสำคัญที่ขาดไม่ได้ คือ ระบบข้อมูลที่เชื่อถือได้และทันสมัย การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในองค์กร เพื่อดำเนินการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ได้ผล มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และระบบติดตามประเมินผลที่เป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน [6]

สำหรับในประเทศไทยนั้น ไม่มีคณะกรรมการแห่งชาติที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย ในเรื่องการคัดกรองทางสุขภาพ โดยตรง ในขณะที่งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการคัดกรองเฉพาะโรค เช่น การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การคัดกรองโรคเบาหวาน เป็นต้น จึงควรมีการศึกษาเพื่อพิจารณาทบทวนเกี่ยวกับโครงการหรือมาตรการด้านการคัดกรองทางสุขภาพ ในปัจจุบันว่ามีประสิทธิผลมากน้อยเพียงใด ตลอดจนควรมีการศึกษาผลดีผลเสียของโครงการ หรือมาตรการที่สอดคล้องกับบริบทของไทย นอกจากนั้นประเด็นที่มีความสำคัญสำหรับประเทศไทย ได้แก่ เรื่องความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นในระบบการคัดกรองทางสุขภาพ โดยพบว่าสิทธิประโยชน์ในการได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพของประชาชนนั้นมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสิทธิประกันสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งจำแนกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

(1) ผู้มีสิทธิในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ รวมทั้งผู้ที่ได้รับเบี้ยหวัดบำนาญ บุตร คู่สมรส บิดาและมารดาของผู้มีสิทธิ ซึ่งมีหลักเกณฑ์ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม คือ ต้องเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีในสถานพยาบาลของทางราชการ โดยตรวจได้ปีงบประมาณละ 1 ครั้ง และกำหนดให้พบแพทย์เพื่อให้คำปรึกษาก่อนการตรวจสุขภาพประจำปีทุกครั้ง[11] ส่วนค่าตรวจสุขภาพให้เบิกได้ตาม

ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ พ.ศ.2549 ตามตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ราคาค่าบริการสุขภาพในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำหรับผู้มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์

รายการ	ราคา
1.1 Chest X-ray	
-Film Chest	170
-Mass Chest	50
1.2 Urine Examination –Urine analysis	50
1.3 Stool examination-Routine direct smear ร่วมกับ Occult Blood	70
1.4 Complete Blood Count: CBC แบบ Automation	90
1.5 ตรวจมะเร็งปากมดลูก	
-ตรวจภายใน	100
-Pap smear	50

ที่มา: ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549 [7]

ตารางที่ 2 ราคาค่าบริการสุขภาพในโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ สำหรับผู้มีอายุมากกว่า 35 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

รายการ	ราคา
2.1 รายการการตรวจสำหรับผู้ที่มีอายุไม่เกิน 35 ปีบริบูรณ์ รายการที่ 1.1-1.5	ตามอัตราที่กำหนด
2.2 Blood Chemistry	
- Glucose	40
- Cholesterol	60
- Triglyceride	60
- Blood Urea Nitrogen: BUN	50
- Creatinine	50
- SGOP (AST)	50
- SGPT (ALT)	50
- Alkaline Phosphatase	50
- Uric Acid	60

ที่มา: ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2549 [7]

อย่างไรก็ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2523 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมในปี พ.ศ. 2528 2532 2533 2534 2540 2541 และ 2545 ถูกยกเลิกโดยพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษายาบาล พ.ศ. 2553 ที่ให้บังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 29 กันยายน 2553 เป็นต้นไป [12](พระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการ

เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 เล่มที่ 127 ตอนที่ 23 ก หน้า 1-8) แต่เนื่องจากขณะนี้ยังไม่มีการทวง ระเบียบ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องที่ออกโดยกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ดังนั้นให้ยังคงใช้ข้อบังคับเดิมได้ต่อไป สำหรับภาระ งบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบประจำปีของกรมบัญชีกลางนั้นแม้ว่าข้อมูลที่มีอยู่ไม่สามารถระบุไว้อย่างชัดเจนแต่ พบว่ามีการจำกัดงบการตั้งเบิกของรายการการตรวจสอบประจำปีเอาไว้ว่าไม่รวมค่าบริการของแพทย์ ค่าบริการของ พยาบาล และบางรายการในโครงการทัวร์สุขภาพที่ไม่เข้าข่ายการตรวจสอบสุขภาพ [13](ประกาศกรมบัญชีกลาง เรื่อง การใช้ สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล สำหรับ “โครงการทัวร์สุขภาพ” พ.ศ. 2549)

(2) สิทธิประกันสังคมซึ่งไม่ครอบคลุมสิทธิในการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ทั้งนี้การคุ้มครองจะเป็นไปตามหลักการ ของอนุสัญญาที่ 102 ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศที่กำหนดสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานของการประกันสังคมไว้ 9 ประการ คือ กรณีเจ็บป่วย กรณีคลอดบุตร กรณีทุพพลภาพ กรณีตาย กรณีสงเคราะห์ครอบครัว กรณีชราภาพ กรณีว่างงาน การดูแลผู้สูงอายุพิการ และกรณีประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากการทำงาน ซึ่งในประเทศไทยได้ จัดการดำเนินงานระบบประกันสังคมเป็น 2 กองทุน คือ กองทุนประกันสังคมและกองทุนเงินทดแทน[14] แต่พนักงานหรือ ลูกจ้าง ที่ทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อันได้แก่ “สารเคมีอันตรายตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด จุลชีววันเป็นพิษซึ่งอาจเป็น เชื้อไวรัส แบคทีเรีย รา หรือสารชีวภาพอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด กัมมันตภาพรังสี ความร้อน ความเย็น ความ สั่นสะเทือน ความกดดันบรรยากาศ แสง เสียง หรือสภาพแวดล้อมอื่นที่อาจเป็นอันตราย ทั้งนี้ตามที่รัฐมนตรีประกาศ กำหนด” จะได้รับสวัสดิการการตรวจสอบสุขภาพจากหน่วยงานนั้น ๆ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 ซึ่งมี บทบัญญัติในหมวด 8 (มาตรา 107) โดยกฎกระทรวงกำหนดให้นายจ้าง “จัดให้มีการตรวจสอบสุขภาพลูกจ้างครั้งแรกให้เสร็จ สิ้นภายในสามสิบวันนับแต่วันที่รับลูกจ้างเข้าทำงาน และตรวจสอบสุขภาพลูกจ้างครั้งต่อไปอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง” [15]

และ (3) สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า พระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการบริหารกองทุนหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้านั้น ได้แก่ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 [16] ซึ่งได้กำหนดให้มีสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐมีฐานะเป็นนิติบุคคลอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของรัฐมนตรี พรบ. นี้มี เนื้อหาสำคัญคือเรื่องการจัดตั้งและบทบาทของกองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หากพิจารณาความหมายที่ให้ไว้ใน พรบ. ดังกล่าว พบว่า การบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นบริการที่กองทุนต้องจัดทำให้กับประชาชนตามสิทธิของบุคคลนั้นมีความหมายรวมถึง “บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งให้โดยตรงแก่บุคคลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การ ป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิต...” เห็น ได้ว่าพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองนั้นมีขอบเขตที่กว้าง และยังมีได้กล่าวถึงการตรวจคัดกรองความเสี่ยง รวมถึงการคัดกรองโรคอย่างชัดเจน

ในทางปฏิบัติหากพิจารณาจากการจัดสรรงบประมาณของสปสช. ที่จัดสรรงบประมาณสำหรับบริการส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรคของสปสช. นั้นเป็นการจัดสรรงบประมาณสำหรับประชาชนทุกคนมิใช่เฉพาะผู้ประกันตนในระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่านั้น โดยมอบหมายให้สำนักงานสาขาจังหวัดและสำนักงานสาขาเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก งบประมาณในส่วนนี้ครอบคลุมกิจกรรมหลายประเภท ตั้งแต่การให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ (ในปี 52-53) ค่าวัคซีนพื้นฐาน ค่าสมุดแม่และเด็ก ค่าสมุดงานอนามัยนักเรียน ค่านมผงสำหรับเด็กที่มีภาวะพร่องไทรอยด์ ค่า กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละพื้นที่ ตรวจพัฒนาการเด็กเล็ก การให้วัคซีน ป้องกันโรคในเด็ก การคัดกรองธาลัสซีเมีย วางแผนครอบครัว และให้คำปรึกษาก่อนแต่งงาน การให้ยาด่านไวรัสเอดส์จาก แม่สู่ลูก เป็นต้น[17]

หากพิจารณาเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองโรคและความเสี่ยงพบว่ามีกิจกรรมการคัดกรองที่เป็นพื้นฐานซึ่งออกแบบสำหรับประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปีขึ้นไป โดย สปสช. ได้พัฒนาแบบคัดกรองความเสี่ยงที่มีชื่อว่า **แบบบันทึกการตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยงต่อภาวะกลุ่มโรค Metabolic**[18] โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปรวมการตอบแบบสอบถาม วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดเส้นรอบเอว และกลุ่มที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปเพิ่มการเจาะเลือด และตรวจร่างกาย ในส่วนของแบบสอบถามนั้นเป็นการถามข้อมูลครอบครัวว่าสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดามารดา และพี่น้องสายตรง มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคกลุ่ม metabolic หรือไม่ รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยของผู้ตอบแบบสอบถาม พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกาย รสอาหารที่ชอบ

ทั้งนี้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายนั้นเป็นการคำนวณโดยภาพรวม โดยกิจกรรมคัดกรองนี้ถูกรวมอยู่ในหมวดงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบริการที่มีความต้องการใช้บริการเด่นชัด (P&P Expressed demand services) ในหมวดย่อยที่จัดสรรตามผลการให้บริการ โดยได้รับการจัดสรรในอัตรา 31.79 บาทต่อประชากรทั้งประเทศ ในปีงบประมาณ 2553 สปสช. ได้กำหนดรายการและอัตราค่าชดเชยบริการหรือเป็นการสนับสนุนเพิ่มเติมบางกิจกรรมของการบริการหลักในชุดสิทธิประโยชน์ที่จัดให้แก่กลุ่มประชากรเป้าหมาย จำนวน 10 รายการ ซึ่งพบว่ามีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองความเสี่ยงและคัดกรองโรค 4 รายการ ได้แก่ (1) การตรวจคัดกรองภาวะพร่องธัยรอยด์ฮอร์โมน (TSH) ในทารกแรกเกิด (2) การตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบหลุมร่องฟันของนักเรียน ป.1 ป. 3 และ ป.6 (3) การตรวจคัดกรองความเสี่ยงในกลุ่มโรคเมตาบอลิก (metabolic diseases) 4 กลุ่ม คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดสมอง อ้วนลงพุง และ (4) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก[17]

หากพิจารณาความครอบคลุมของการให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของสปสช.ที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรอง จากรายงานประจำปี 2552 ของ สปสช. พบว่ามีบุคคลสิทธิวิ่างที่ยังไม่ได้ลงทะเบียนรวมทุกภูมิภาคมีจำนวน ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2552 คิดเป็นจำนวน 332,541 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 62,695,047 คน หรือเท่ากับ 5.30 ต่อประชากรไทยพื้นคน และหากจำแนกตามรายกิจกรรมภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ พบว่า แทบทุกกิจกรรมมีแนวโน้มการใช้บริการของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[19] นอกจากนั้นสปสช.ยังทำการสำรวจความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียถึงแง่มุมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของประชาชน เช่น ความพึงพอใจโดยรวม ระยะเวลาที่เดินทางมารับบริการ การรอรับบริการ ทั้งนี้ข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังที่มีผลมาจากพฤติกรรมสุขภาพ (metabolic diseases) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะหลอดเลือดในสมองอุดตัน หรือโรคอ้วนจากภาวะโภชนาการเกิน รวมถึงกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีเฉพาะข้อมูลปี 2551 และ 2552 เท่านั้น เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่เพิ่งดำเนินการตั้งนั้นยังไม่สามารถบอกแนวโน้มเรื่องความครอบคลุม และการเข้าถึงบริการการคัดกรองความเสี่ยงนี้

นอกจากเรื่องการเข้าถึงแล้วยังพบอุปสรรคในหลายระดับที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการคัดกรองทางสุขภาพ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และคณะ (2550)[20] ได้ศึกษาเกี่ยวกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าบางกิจกรรม เช่น การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการคัดกรองความเสี่ยงนั้นยังมีอัตราการครอบคลุมที่ต่ำ โดยสาเหตุหนึ่งอาจเกิดจากกิจกรรมเหล่านี้มิได้ถูกลำดับความสำคัญและไม่ได้อยู่ในความสนใจของผู้บริหารในลำดับต้น ในฝั่งผู้รับบริการพบว่าประชาชนเองก็ยังไม่รับรู้ถึงสิทธิของตนเองที่จะได้รับบริการคัดกรองทางสุขภาพ นอกจากนั้นในมุมมองของผู้ทบทวนยังไม่พบเกณฑ์ที่ชัดเจนที่ใช้ในการจัดสรรงบประมาณให้กับกิจกรรมต่างๆ ในหมวดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ขาดการจัดลำดับความสำคัญของการจัดสรรงบประมาณในแต่ละกิจกรรม ขาดการวางแผนการจัดสรรงบประมาณในระยะยาว และไม่พบการตั้งเป้าหมายที่ชัดเจนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

จากสถานการณ์ที่ดำเนินอยู่ส่งผลให้หลายฝ่ายเริ่มให้ความสำคัญของการคัดกรองทางสุขภาพมากขึ้น โดยจากการจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อวิจัยในระบบสุขภาพของประเทศไทย ปี 2553 หัวข้อเรื่อง “การพัฒนากระบวนการคัดกรองทางสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชน” ได้รับการจัดลำดับความสำคัญเป็นลำดับที่ 1 จาก 120 หัวข้อที่ถูกเสนอเข้ามาจาก 66 หน่วยงาน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเป็นปัญหาที่สำคัญในระบบสุขภาพที่ควรได้รับการแก้ไขเป็นลำดับต้น จึงเป็นที่มาของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

## 2. วัตถุประสงค์หลัก

จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับพัฒนาระบบคัดกรองทางสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนในประเทศไทย

### วัตถุประสงค์ย่อย

- 1.1 เพื่อให้ทราบระบบการคัดกรองทางสุขภาพในประเทศที่พัฒนาแล้ว ทั้งในด้านโครงสร้าง อำนาจหน้าที่ และการบริหารงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายการคัดกรองทางสุขภาพ การจัดสรรงบประมาณ ขั้นตอนการดำเนินงาน การประเมินรายการหรือมาตรการด้านการคัดกรองทางสุขภาพเพื่อคัดเลือกรายการหรือมาตรการที่เหมาะสม
- 1.2 ศึกษาเปรียบเทียบจุดแข็งและจุดอ่อนของการคัดกรองทางสุขภาพของประเทศไทยกับต่างประเทศ รวมถึงปัญหาที่เกิดจากการคัดกรองทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในประเทศไทย และประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์
- 1.3 ประเมินมูลค่าตลาดของการคัดกรองทางสุขภาพที่ให้บริการทั้งในภาครัฐและเอกชนในประเทศไทย
- 1.4 จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับพัฒนาการคัดกรองทางสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชนไทยที่เป็นระบบ มีความโปร่งใส เกิดจากการมีส่วนร่วม ได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และมีความยั่งยืน

## 3. วิธีศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ซึ่งแบ่งการศึกษาออกเป็น 6 เรื่องย่อย โดยรายละเอียดของแต่ละการศึกษาย่อยแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การศึกษาย่อย ประเด็น/ แนวทางการศึกษา และวิธีการศึกษาที่ใช้

การศึกษาย่อย	ประเด็น/ แนวทางการศึกษา	วิธีการศึกษา
1. บทเรียนเกี่ยวกับ การพัฒนาระบบคัดกรองทางสุขภาพจากองค์กร	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การจัดสรรงบประมาณสำหรับระบบคัดกรองทางสุขภาพ โดยศึกษาแหล่งเงินทุน การใช้จ่ายเงินงบประมาณสำหรับการคัดกรองสุขภาพโดยรวม และในแต่ละประเภท</li> <li>● การประเมินโปรแกรมหรือมาตรการด้านการคัดกรองทางสุขภาพ เพื่อคัดเลือกโปรแกรมหรือมาตรการด้านการคัดกรองทางสุขภาพ</li> <li>● โครงสร้าง อำนาจหน้าที่ และการบริหารงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายการคัดกรองทางสุขภาพ</li> <li>● แนวทางปฏิบัติของแต่ละโครงการหรือมาตรการด้านการคัดกรองทางสุขภาพซึ่งมีรายละเอียดครอบคลุมชนิดของการคัดกรอง ข้อบ่งชี้ ข้อควรระวัง</li> <li>● หน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ครอบคลุมการดำเนินงาน การบริหาร</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ทบทวนวรรณกรรม</li> </ul>

การศึกษา ย่อย	ประเด็น/ แนวทางการศึกษา	วิธี การศึกษา
<p>ด้านการ คัดกรอง ทาง สุขภาพใน ประเทศ ต่างๆ ได้แก่ <u>อังกฤษ</u> <u>ออสเตรเลีย</u> <u>ย</u> <u>นิวซีแลนด์</u> <u>และ</u> <u>สเปน</u> นอกจาก นั้นยัง ศึกษา เอกสารที่ เกี่ยวข้อง ที่เผยแพร่ โดย <u>องค์การ</u> <u>อนามัย</u> <u>โลก</u></p>	<p>จัดการทรัพยากร ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล</li> </ul>	
<p>↓</p>		
<p>2. ความ เป็น มา ของการ พัฒนา ระบบคัด กรอง สุขภาพ ของ <u>ประเทศ</u> <u>ไทย</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● โครงสร้าง อำนาจหน้าที่ และการบริหารงานขององค์กรที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายการคัดกรองทางสุขภาพ</li> <li>● การจัดสรรงบประมาณสำหรับคัดกรองทางสุขภาพ โดยศึกษาแหล่งเงินทุน การใช้จ่ายเงินงบประมาณสำหรับการคัดกรองสุขภาพโดยรวม และในแต่ละประเภท</li> <li>● แนวทางปฏิบัติของแต่ละโครงการหรือมาตรการด้านการคัดกรองทางสุขภาพซึ่งมีรายละเอียดครอบคลุมชนิดของการคัดกรอง ข้อบ่งชี้ ข้อควรระวัง</li> <li>● หน่วยงานที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ครอบคลุมการดำเนินงาน การบริหารจัดการทรัพยากร ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ</li> <li>● ขั้นตอนการติดตามและประเมินผล</li> <li>● การประเมินโครงการหรือมาตรการด้านการคัดกรองทางสุขภาพ เพื่อคัดเลือกโครงการหรือ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ทบทวนเอกสารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>● สนทนากลุ่ม</li> <li>● สัมภาษณ์</li> </ul>

การศึกษา ย่อย	ประเด็น/ แนวทางการศึกษา	วิธี การศึกษา
	มาตรการด้านการคัดกรองทางสุขภาพที่เหมาะสม	ณ ผู้เชี่ยวชาญ อายุ
↓		
3. มูลค่า ตลาดของ การคัด กรองทาง สุขภาพที่ ให้บริการ ทั้งใน ภาครัฐ และ ภาคเอกชน	เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของมูลค่าตลาด (market value) ที่ประชาชนใช้จ่ายสำหรับการคัดกรองทางสุขภาพ โดยนำเสนอผลในรูปจำนวนเงินที่ประชาชนจ่ายไปสำหรับการคัดกรองทางสุขภาพทั้งในภาครัฐและเอกชนในปีที่ศึกษา ทั้งนี้ต้องเป็นเงินที่จ่ายโดยประชาชนเอง ไม่นับส่วนที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรประกันสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ทบทวนเอกสารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</li> <li>● สัมภาษณ์</li> </ul>
↓		
4. ปัญหา ที่เกิดจาก การคัด กรองทาง สุขภาพที่ ไม่ เหมาะสม ใน ประเทศ ไทย	สำรวจปัญหาที่เกิดจากการคัดกรองทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การให้บริการที่มากเกินไป ความจำเป็น น้อยกว่าที่ควรจะเป็น และเลือกวิธีการคัดกรองไม่สมเหตุผล เพื่อทราบถึงขนาดของปัญหา รวมถึงข้อจำกัดที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน	<ul style="list-style-type: none"> <li>● สัมภาษณ์</li> <li>● สนทนากลุ่ม</li> <li>● สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ</li> </ul>
↓		
5. จัด ประชุม ผู้เกี่ยวข้อง นักวิชาการ ผู้	การศึกษาเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders analysis) และการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ (feasibility study) เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้และความเหมาะสมของร่างข้อเสนอแนะดังกล่าวในบริบทของประเทศไทย	<ul style="list-style-type: none"> <li>● สนทนากลุ่ม</li> <li>● สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ</li> </ul>

การศึกษา ย่อย	ประเด็น/ แนวทางการศึกษา	วิธี การศึกษา
เกี่ยวข้องกับ ทุกฝ่าย		
↓		
6. รวบรวม และ วิเคราะห์ ผล การศึกษา และนำมา จัดทำร่าง ข้อเสนอแ นะเชิง นโยบาย	การวิเคราะห์นโยบายเพื่อนำไปจัดทำร่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย สำหรับระบบการคัดกรองทางสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย	<ul style="list-style-type: none"> <li>• สทนทา กลุ่ม</li> <li>• สัมภาษณ์ ผู้เชี่ยวชาญ</li> </ul>

#### 4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการพัฒนาระบบการคัดกรองทางสุขภาพที่เหมาะสม ได้รับการยอมรับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติสำหรับประเทศไทย
- 2) ข้อมูลเกี่ยวกับระบบการคัดกรองทางสุขภาพที่รวบรวมอย่างเป็นระบบ

#### 5. ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษา

กิจกรรม	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.
1. ทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง											
2. นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมต่อผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้อง											
3. วิเคราะห์มูลค่าตลาดของการคัดกรองทางสุขภาพ											
4. สืบหาปัญหาที่เกิดจากการคัดกรองทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม											
5. ประเมินผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการไม่มีนโยบายการคัดกรองทางสุขภาพระดับชาติ											

6. จัดทำร่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย											
7. ประชุมผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาร่างข้อเสนอแนะฯ											
8. เขียนรายงานฉบับสมบูรณ์											

## 6. คณะผู้วิจัย

มูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

1. รศ.ดร.ภก.เนติ สุขสมบูรณ์
2. ญ.จรพร สิริวีโรจน์
3. น.ส.จอมขวัญ โยธาสมุทร
4. ทพญ.อุษณา ตัณฑมุขกุล
5. ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์
6. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส
7. Mr. Román Pérez Velasco

## 7. เอกสารอ้างอิง

- [1] Oortwijn W, Banta HD, Cranovsky R. Introduction: Mass Screening, Health Technology Assessment, and Health Policy in Some European Countries International Journal of Technology Assessment in Health Care. 2001;17(3):269-74.
- [2] Holland WW, Stewart S, Masseria C. Policy Brief : Screening in Europe: European Observatory on Health Systems and Policies 2006.
- [3] อรพินท กฤษณเกรียงไกร. การคัดกรองโรค (Screening for disease). คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- [4] อุดุลย์ บัณฑิตกุล. การตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง; 2009.
- [5] ตรวจสุขภาพถึงเวลาต้องคิดกันใหม่ ไม่เจ็บตัว ไม่เสียใจ โดยไม่จำเป็น. นิตยสารหมอชาวบ้าน : เรื่องเด่นจากปก 2000.
- [6] สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศและสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. โครงการศึกษาวิจัยผลการลงทุนด้านสุขภาพ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554). นนทบุรี: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.
- [7] ชูชัย สุภวงศ์, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ยูวดี คาคาการณีกุล. สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพ ในประเทศไทย : รายงาน เสนอต่อ องค์การอนามัยโลก พ.ศ.2538: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2539.
- [8] National Health Committee. Screening to improve Health in New Zealand: Criteria to assess screening programmes. Wellington; 2003.
- [9] J M G Wilson and G Jungner. Principles and Practice of Screening for Disease. Geneva: World Health Organization; 1968.

- [10] The Screening Subcommittee of the Australian Population Health Development Principal Committee. Population Based Screening Framework Australian Health Ministers' Advisory Council; 2008.
- [11] ประกาศกระทรวงการคลัง เรื่อง อัตราค่าบริการสาธารณสุข เพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการ ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน 2549. In: กระทรวงการคลัง, ed. 2549.
- [12] พระราชกฤษฎีกา เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2553 สำนักพิมพ์คณะรัฐมนตรีและราชกิจจานุเบกษา 2553:1-8.
- [13] ประกาศกรมบัญชีกลาง เรื่อง การใช้สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล สำหรับ "โครงการทัวร์สุขภาพ" พ.ศ. 2549. In: กระทรวงการคลัง, ed. 2549.
- [14] สำนักงานประกันสังคม. คู่มือผู้ประกันตน: สำนักงานประกันสังคม 2008.
- [15] กระทรวงแรงงาน. กฎกระทรวง : กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการตรวจสอบสุขภาพของลูกจ้างและส่งผลการตรวจแก่พนักงานตรวจแรงงาน 2005.
- [16] พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. ราชกิจจานุเบกษา สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.
- [17] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือบริหารงบประมาณหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ: การบริหารงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพมหานคร; 2552.
- [18] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แบบบันทึกการตรวจคัดกรองยืนยันความเสี่ยงต่อภาวะกลุ่มโรค Metabolic.
- [19] สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานประจำปี 2552 กรุงเทพมหานคร.
- [20] สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ลัดดา ตำริการเลิศ, ภูษิต ประคองสาย, วีระศักดิ์ พุทธาศรี, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, พินิจ ฟ้าอำนวยผล และคณะ. รูปแบบทางเลือกการบริหารจัดการงบประมาณเพื่องานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2550.