

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

เพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน
ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
Health Intervention and Technology Assessment Program

เรื่องในเล่ม

- 03  โรคและการบาดเจ็บ
จากการทำงาน
- 13  บุหรี่ ยาสูบ
และแอลกอฮอล์
- 23  โรคมะเร็งตับ
- 31  โรคหัวใจและ
หลอดเลือด
- 39  โรคมะเร็ง
ปากมดลูก
- 49  การติดเชื้อ
เอชไอวี/เอดส์



เกริ่นนำ

Introduction

ก

ารสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการสำคัญที่มุ่งให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลรักษาสุขภาพ ลดโอกาสเกิดโรคและความเจ็บป่วย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลและการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก

การพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สำหรับประชากรกลุ่มผู้ใหญ่/วัยทำงาน ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 25-59 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีเป็นกำลังหลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัว พัฒนาสังคม และขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ ได้มีการดำเนินงานพัฒนาข้อเสนอฯ ดังกล่าวด้วยกระบวนการที่โปร่งใส เป็นระบบ และมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ตลอดจนใช้การตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และความเป็นไปได้ของเทคโนโลยี มาตรการ และบริการที่จัดให้เป็นสิทธิประโยชน์

แม้คนส่วนใหญ่ในกลุ่มผู้ใหญ่/วัยทำงานนี้จะมีสุขภาพดีกว่าคนในวัยอื่น ๆ แต่การสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นต้องเริ่มดำเนินการแต่เนิ่น ๆ เพื่อลดการเกิดความเจ็บป่วยที่ร้ายแรงหรือพิการทุพพลภาพเมื่อก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ อีกทั้งเป็นการป้องกันการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ใหญ่/วัยทำงานในประเทศไทยมีปัญหาสุขภาพที่หลากหลาย กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเริ่มต้นด้วยการจัดลำดับปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญและควรได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างเร่งด่วน นอกจากนี้ยังพิจารณาการมีอยู่ของมาตรการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะบุคคลที่จำเพาะกับปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น ในการประชุมระดมสมองเมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2557 นักวิจัยของ HITAP ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ได้คัดเลือกปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงจำนวน 6 หัวข้อ ได้แก่ 1) การเจ็บป่วย/บาดเจ็บจากการทำงาน 2) การสูบบุหรี่/ยาสูบ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) โรคเมเร็งตัม 4) โรคหัวใจและหลอดเลือด 5) โรคเมเร็งปากมดลูก 6) การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เข้าสู่กระบวนการทบทวนเอกสารหลักฐานทางวิชาการ แนวทางที่กำหนดโดยองค์กรระดับนานาชาติ รวมทั้งรายงานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ในบางกรณีมีการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ และสัมภาษณ์บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพที่สมควรนำมาใช้จัดการกับปัญหาและปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้นเพื่อใช้ในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ♦

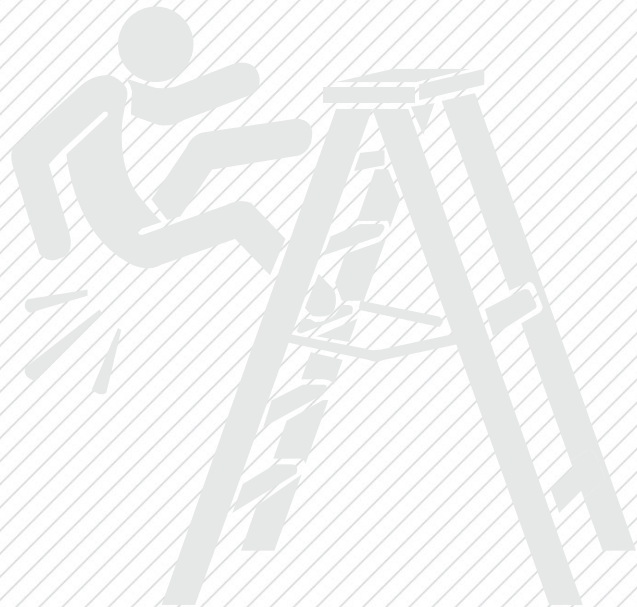
1

โรคและการบาดเจ็บ จากการทำงาน

Work-related diseases and injuries



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



๕

ปัญหาสุขภาพของคนในวัยทำงานมีความหลากหลายและส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับลักษณะงานที่ทำ รวมถึงสภาพแวดล้อมจากการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น ฝุ่นละอองในอากาศ เสียงดัง และการสัมผัสสารก่อมะเร็ง เป็นต้น ทำให้เกิดความเครียดต่อสุขภาพและเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะในประเทศไทยที่มีรายได้ปานกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย (1)

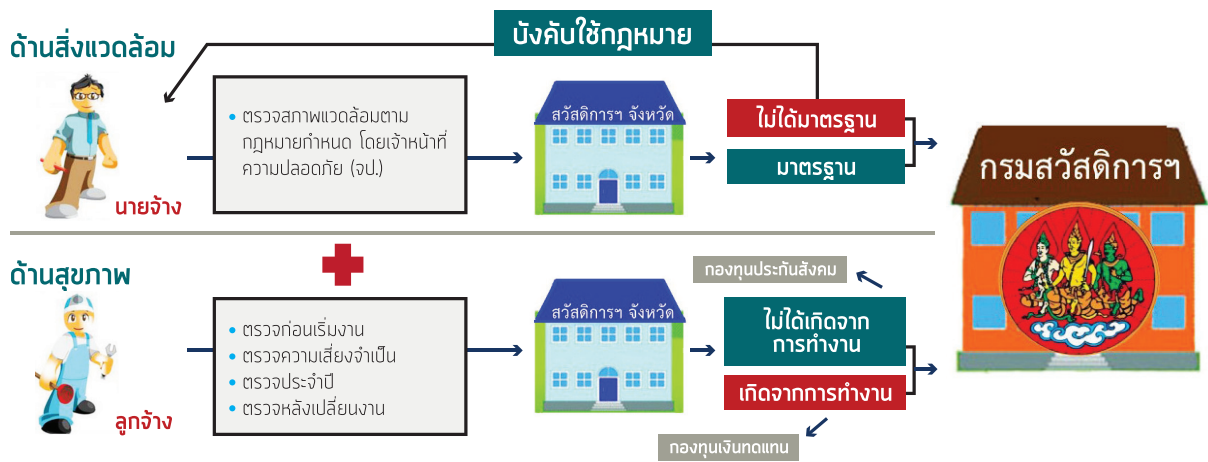
นิยามแรงงาน
แรงงานในระบบ (Formal Sector) หมายถึง แรงงานที่ทำงานในระบบ มีการจ้างงานที่มีรายได้ประจำ มีเงินเดือนที่แน่นอน (2)
แรงงานนอกระบบ (Informal Sector) หมายถึง ผู้มีการทำงาน มีรายได้ แต่ไม่มีนายจ้างชัดเจน โดยแบ่งออกเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่ทำงานรับจ้างและกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพอิสระทั่วไป (3)

สถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทย

ประเทศไทยมีประชากรในวัยทำงานจำนวนกว่า 40 ล้านคน โดยคิดเป็นแรงงานในระบบจำนวน 15 ล้านคน และแรงงานนอกระบบจำนวนถึง 25 ล้านคน (4) จากข้อมูลการสำรวจแรงงานนอกระบบของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี พ.ศ. 2555 พบว่าแรงงานในระบบส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา (ร้อยละ 32) ประกอบอาชีพในกลุ่มโรงงานและเครื่องจักร งานฝีมือ (ร้อยละ 32) ในขณะที่แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ จบการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา (ร้อยละ 34) (5) และประกอบอาชีพในกลุ่มงานเกษตรกรรม และประมง (ร้อยละ 59) (6)

สำหรับแรงงานในระบบนั้น กฎหมายได้กำหนดให้นายจ้างดูแลสภาพแวดล้อมการทำงานให้เหมาะสม เช่น ให้นายจ้างจัดฝึกอบรมเรื่องความปลอดภัยแก่ลูกจ้าง จัดหาอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยให้ลูกจ้าง หรือจัดให้มีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยประจำที่สถานประกอบการ เป็นต้น (7) โดยเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยจะเป็นผู้ตรวจวัดสภาพแวดล้อมและส่งผลการตรวจไปให้สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดในรูปแบบของเอกสาร ซึ่งระบบในปัจจุบันสืบค้นได้ยาก จึงทำให้เป็นข้อจำกัดในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลสำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสภาพแวดล้อมของลูกจ้าง

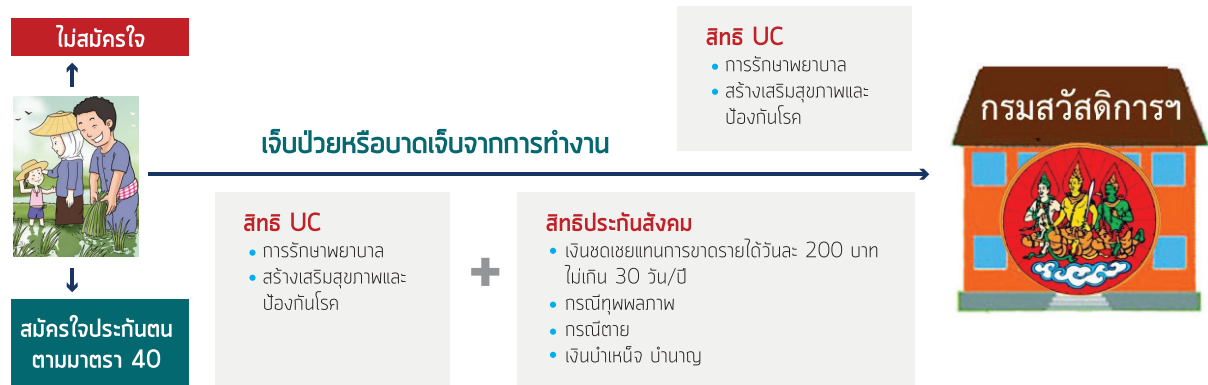
ในด้านสุขภาพของแรงงานในระบบ (รูปที่ 1) มีกฎหมายบังคับให้นายจ้างจัดบริการตรวจสุขภาพของลูกจ้างก่อนทำงานที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยแพทย์ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพด้านอาชีวเวชศาสตร์หรือที่ผ่านการอบรมด้านอาชีวเวชศาสตร์มาแล้ว พร้อมจัดการตรวจหลังรับเข้าทำงานอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง โดยผลการตรวจสุขภาพจะถูกส่งไปที่สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดเช่นกัน หากมีกรณีลูกจ้างป่วยจะมีการพิจารณาว่าเป็นโรคจากการทำงานหรือไม่ หากเป็นโรคจากการทำงานจะเป็นหน้าที่ของกองทุนเงินทดแทนที่จะจ่ายค่าสินไหมให้ หากไม่ได้ป่วยจากโรคจากการทำงานจะเป็นหน้าที่ของกองทุนประกันสังคมดูแลในเรื่องค่ารักษาพยาบาล ในส่วนนี้เองอาจมีความยากลำบากในการวินิจฉัยแยกโรคว่าเป็นโรคอันเนื่องมาจากการทำงานหรือไม่ เนื่องจากความยุ่งยากและซับซ้อนในการพิสูจน์ให้แน่ชัด



รูปที่ 1 การดูแลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงานสำหรับกลุ่มแรงงานในระบบในปัจจุบัน

สำหรับแรงงานนอกระบบนั้น (รูปที่ 2) ยังไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง การรักษาพยาบาลจึงขึ้นกับสิทธิในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage; UC) หรือหากแรงงานนอกระบบสมัครใจเป็นผู้ประกันตนตามมาตรา 40 ของกองทุนประกันสังคม โดยแรงงานนอกระบบสามารถเลือกจ่ายเงินสมทบได้ 3 ทางเลือกคือ เดือนละ 100, 150 และ 200/300/350 บาท เพื่อรับสิทธิเช่นเดียวกับผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม

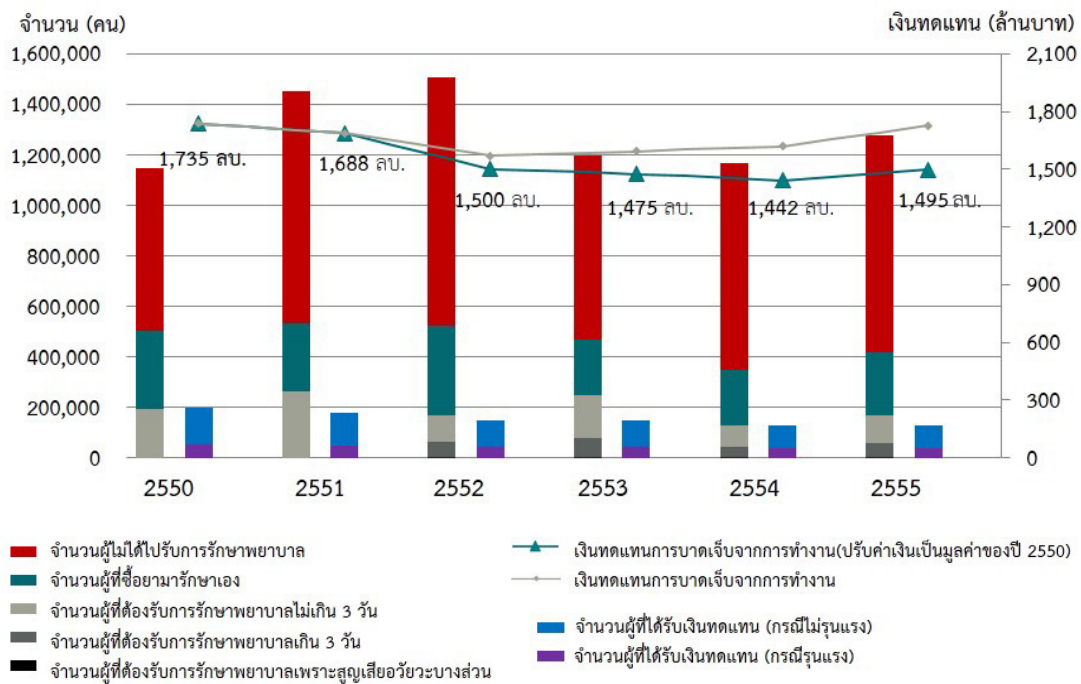
ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม



รูปที่ 2 การดูแลด้านสุขภาพและสภาพแวดล้อมของการทำงานสำหรับกลุ่มแรงงานนอกระบบในปัจจุบัน

กองทุนเงินทดแทน ภายใต้สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน เป็นอีกหนึ่งหน่วยงานที่มีบทบาทในการจ่ายเงินทดแทนการขาดรายได้อันเนื่องมาจากการทำงานแก่ลูกจ้างเมื่อลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วยถึงแก่ความตายหรือสูญหายอันเนื่องมาจากการทำงานให้นายจ้าง โดยตัวนายจ้างเป็นผู้มีหน้าที่จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุน (8)

ในช่วงปี พ.ศ. 2550 – 2555 การสำรวจแรงงานนอกระบบ สำนักงานสถิติแห่งชาติ แสดงให้เห็นแนวโน้มโดยรวมของการบาดเจ็บในกลุ่มแรงงานในระบบซึ่งไม่ลดลง (รูปที่ 3) แต่เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ที่ได้รับเงินทดแทนการบาดเจ็บจากการทำงานของกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคมพบว่าตัวเลขมีแนวโน้มลดน้อยลงเรื่อยๆ ซึ่งขัดแย้งกับแนวโน้มการบาดเจ็บในกลุ่มแรงงานในระบบของทั้งประเทศที่ไม่ลดลง ดังนั้นอาจสันนิษฐานได้ว่า จำนวนผู้บาดเจ็บจากการทำงานที่ขอเบิกเงินจากกองทุนเงินทดแทนนั้นมีจำนวนต่ำกว่าความเป็นจริง



ที่มา : การสำรวจแรงงานนอกระบบ 2550-2555 สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานประจำปี 2555 กองทุนเงินทดแทน

รูปที่ 3 จำนวนลูกจ้างทั้งประเทศที่ประสบอันตรายจากการทำงานโดยจำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาล ระหว่างปี 2550-2555 แหล่งข้อมูล: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550-2555) และกองทุนเงินทดแทน (2555)

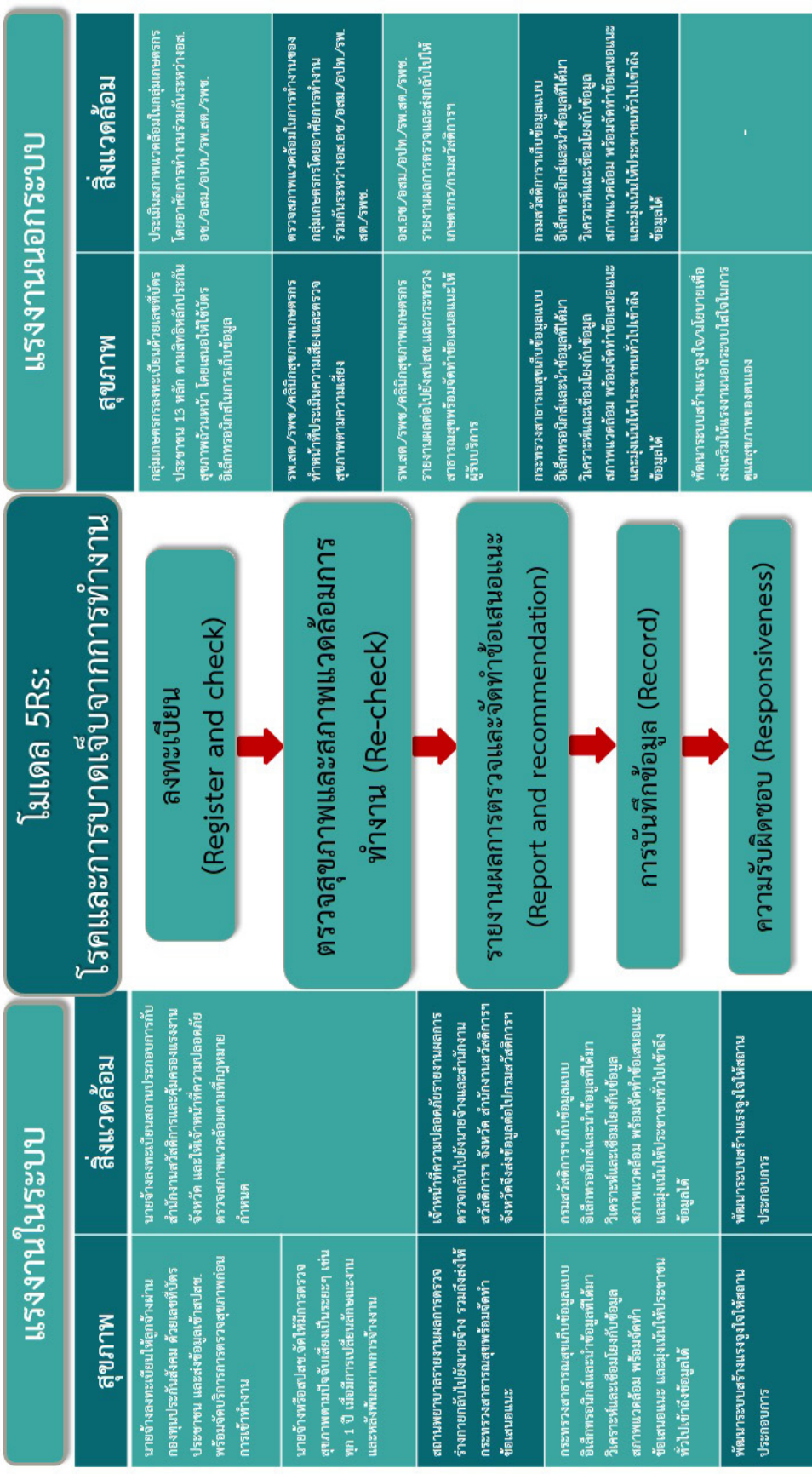
จากรายงานประจำปี พ.ศ. 2555 กองทุนเงินทดแทนบ่งชี้ว่า รายได้ของกองทุนเงินทดแทนมาจากหลายทางด้วยกัน ทั้งจากเงินสมทบที่นายจ้างต้องจ่าย โดยคำนวณจากค่าจ้างที่นายจ้างจ่ายให้กับลูกจ้างทุกคนเป็นจำนวนประมาณ 3,000 ล้านบาทต่อปี ดอกเบี้ยรับ 1,400 ล้านบาทต่อปี และรายรับอื่นๆ อีกประมาณ 900 ล้านบาทต่อปี ซึ่งกลายมาเป็นเงินสะสมจำนวนถึง 33,000 ล้านบาท ในขณะที่รายจ่ายสุทธิของกองทุนคิดเป็นจำนวนเงิน 2,000 ล้านบาทต่อปี สามารถแบ่งออกได้เป็น เงินทดแทนที่จ่ายให้กับลูกจ้าง 1,700 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายจัดสรร โดยแบ่งเป็นการฟื้นฟูและส่งเสริมความปลอดภัย 170 ล้านบาท ค่าดำเนินการของสำนักงาน 27 ล้านบาท และอื่นๆ เช่น หนี้สูญและหนี้สงสัยจะสูญ เป็นจำนวน 103 ล้านบาท (9) จะเห็นได้ว่า เงินที่กองทุนเงินทดแทนใช้จ่ายเพื่อส่งเสริมทางด้านความปลอดภัย มีมูลค่าน้อยกว่า 170 ล้านบาท ทั้งๆ ที่กฎหมายอนุญาตให้นำเงินร้อยละ 22 ของดอกเบี้ย (10) (คิดเป็นเงิน 300 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2555) มาเพื่อให้จัดกิจกรรมภายในและมาตรการสนับสนุนต่างๆ แสดงให้เห็นว่าการจัดสรรงบประมาณของกองทุนเงินทดแทนมิได้ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาในการดูแลสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานของวัยทำงานในทางปฏิบัติ หลายประการด้วยกัน ทั้งจากตัวแรงงาน นายจ้าง และปัญหาของระบบหรือนโยบาย ได้แก่

1. ปัญหาแรงงานนอกระบบ เนื่องจากปัจจุบันไม่มีหน่วยงานใดรับผิดชอบแรงงานกลุ่มนี้โดยตรง จึงทำให้แรงงานนอกระบบไม่ได้รับการดูแลเท่าที่ควร โดยเฉพาะในแง่ของสภาพแวดล้อมการทำงาน รวมถึงด้านการรักษาพยาบาลโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานของแรงงานนอกระบบนั้น ยังไม่มีหน่วยงานที่เข้ามาดูแลอย่างจริงจัง ซึ่งหากมีการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บจากการทำงานสามารถรักษาได้ตามสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แม้ว่าจะมีความพยายามช่วยเหลือจากภาครัฐ โดยการเปิดให้แรงงานนอกระบบสมัครเข้าสู่ระบบประกันสังคมตามมาตรา 40 แต่พบว่าครอบคลุมแรงงานนอกระบบเพียงร้อยละ 2.5 เท่านั้น (11)
2. ปัญหาระบบการจับเก็บและเชื่อมโยงข้อมูลในภาพรวม หลังจากมีการรวบรวมข้อมูลการตรวจสุขภาพและสภาพแวดล้อมไว้ที่สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดแล้ว ข้อมูลเหล่านั้น ไม่ได้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ เพราะมักถูกเก็บในรูปแบบที่ใช้ประโยชน์ได้ยาก ไม่มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล หรือเปิดให้สาธารณะเข้าถึง ทำให้ยังขาดการเชื่อมโยงชุดข้อมูลระหว่างข้อมูลทางสุขภาพและสิ่งแวดล้อม
3. ปัญหาการวินิจฉัยโรคจากการทำงาน ส่งผลให้จำนวนของผู้เป็นโรคจากการทำงานต่ำกว่าความเป็นจริง โดยเกิดมาจากหลายสาเหตุ เช่น จำนวนแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ไม่เพียงพอ โดยในปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทยมีแพทย์อาชีวเวชศาสตร์เพียง 550 คน แต่มีผู้ประกันตนสูงถึง 14 ล้านคน (12) นอกจากนี้ยังมีความซับซ้อนในการพิสูจน์ให้แน่ชัดว่าเป็นโรคจากการทำงานจริงหรือไม่ และหากแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคที่เกิดจากการทำงาน อาจนำไปสู่การเป็นพยานในศาล ซึ่งแพทย์มักมองว่าเป็นกระบวนการที่ยุ่งยาก ทำให้มีการวินิจฉัยให้เป็นโรคทั่วไปแทน บุคลากรทางการแพทย์ในปัจจุบันจึงยังขาดแรงจูงใจในการวินิจฉัย
4. ปัญหาการขาดระบบติดตามตัวแรงงาน โดยปัญหานี้จะเกิดขึ้นในกรณีเมื่อแรงงานพ้นสภาพการจ้างงานหรือเกษียณอายุไปแล้ว แต่เคยมีการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงที่สะสมจากที่ทำงานเดิม เมื่อเปลี่ยนงานไปที่ใหม่หรือออกจากงานจึงอาจเป็นโรคขึ้นได้ ดังนั้นควรมีระบบที่ช่วยติดตามเฝ้าระวังโรคจากการทำงานในผู้ที่เปลี่ยนงาน ถูกเลิกจ้างหรือออกจากระบบแรงงานไปแล้ว เพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพและคุ้มครองสวัสดิการแรงงานไม่ให้ถูกเอาเปรียบจากนายจ้าง
5. ปัญหาการบังคับใช้กฎหมาย มีมาตรการทางกฎหมายวางไว้กำหนดให้นายจ้างปฏิบัติตาม แต่การบังคับใช้กฎหมายยังไม่เคร่งครัด ทั้งยังมีความคลุมเครือ เช่น การตรวจสุขภาพไม่เป็นมาตรฐานเดียวกันขึ้นอยู่กับนายจ้างว่านายจ้างจะดำเนินการอย่างไร โดยบางครั้งอาจเป็นการตรวจสุขภาพทั่วไปทั้งที่มีกรอบกฎหมายกำหนดอยู่ชัดเจนว่าต้องตรวจตามปัจจัยเสี่ยงและตรวจโดยแพทย์อาชีวเวชศาสตร์

ข้อเสนอเชิงนโยบาย: โมเดล 5Rs

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาโมเดล 5Rs สำหรับแรงงานทั้งสองกลุ่ม ประกอบไปด้วย Register and check (ลงทะเบียน) Re-check (ตรวจสอบสุขภาพและสภาพแวดล้อมการทำงาน) Report (รายงานผลการตรวจและจัดทำข้อเสนอแนะ) Record (บันทึกข้อมูล) และ Responsiveness (ความรับผิดชอบต่อ) โดยมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการที่โปร่งใสและแข็งแกร่งกว่าเดิม



แรงงานในระบบ

กลุ่มแรงงานในระบบมีการขึ้นทะเบียนผ่านกองทุนประกันสังคมตามกฎหมายอยู่แล้ว โดยกองทุนประกันสังคมควรจัดส่งข้อมูลแรงงานไปยัง สปสช. พร้อมให้นายจ้างจัดให้มีการตรวจร่างกายอย่างเป็นมาตรฐานทั้งสำหรับกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มไม่เสี่ยงจากการทำงาน โดยยึดหลักการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงของกรมควบคุมโรค (13) (ตารางที่ 1) ในขณะเดียวกันนายจ้างควรปฏิบัติตามกฎหมายที่ระบุให้มีการจัดตรวจสุขภาพประจำปี หรือเมื่อเปลี่ยนลักษณะงานของลูกจ้างหลังจากนั้น สถานพยาบาลที่ทำการตรวจสุขภาพรายงานผลการตรวจกลับไปยังนายจ้างและตัวลูกจ้าง พร้อมให้คำแนะนำเพื่อปรับพฤติกรรมเสี่ยงโดยโมเดล 5Rs นี้จะเน้นให้ลูกจ้างเป็นตัวตั้ง ไม่ใช่ นายจ้าง โดยให้ลูกจ้างรับรู้ถึงผลตรวจและกระบวนการทุกขั้นตอนด้วย เพื่อประโยชน์ของตัวลูกจ้างเอง ทั้งนี้ สถานพยาบาลจะต้องรายงานผลนี้ไปยังกระทรวงสาธารณสุขด้วย

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการตรวจโรคตามความเสี่ยงจากการทำงาน

กลุ่มอาชีพที่เสี่ยง	ปัจจัยเสี่ยง สิ่งคุกคาม และสภาพแวดล้อม	การตรวจพิเศษ
เกษตรกร	ยาฆ่าแมลง ปุ๋ย	1. การตรวจคัดกรองสุขภาพโดยใช้กระดาษคัดกรองพิเศษ (Reactive paper) ¹ 2. การตรวจโรคผิวหนังจากการทำงาน การตรวจด้วยวิธีสะกิดผิวหนัง (Prick test) 3. การตรวจระบบโครงร่าง กระดูก และกล้ามเนื้อ ²
ช่างเสริมสวย	เช่น แชมพู น้ำยาทาเล็บ น้ำยาล้างเล็บ น้ำยาย้อมผม	การทดสอบภูมิแพ้ผิวหนัง (Patch test)
ช่างก่อสร้าง	เช่น ซิลิกา แร่ใยหินหรือแอสเบสตอส ถ่านหิน เบอริลเลียม ออกไซด์ของเหล็ก ออกไซด์ของดีบุก แบเรียมซัลเฟต	1. ภาพรังสีทรวงอกและการอ่านผลตามเกณฑ์มาตรฐาน ILO-2000 2. ภาพถ่ายคอมพิวเตอร์ทรวงอก (High resolution CT scan)

ที่มา: สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2555)

ในส่วนของ การดูแลสุขภาพแวดล้อมในการทำงานตามที่กฎหมายกำหนด นายจ้างมีการลงทะเบียนสถานประกอบการกับสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดอยู่แล้ว และมีการตรวจสุขภาพแวดล้อมในการทำงานโดยเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย ซึ่งจะรายงานผลการตรวจสุขภาพแวดล้อมกลับไปยังนายจ้าง และสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด จึงรายงานข้อมูลดังกล่าวต่อไปยังกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน แม้ว่าการเก็บบันทึกข้อมูลสุขภาพนั้นควรเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขและข้อมูลสภาพแวดล้อมในการทำงานควรเป็นหน้าที่ของกรมสวัสดิการฯ แต่ผู้รับผิดชอบข้อมูลทั้งสองส่วนควรมีการส่งข้อมูลไปยังหน่วยงานกลางเพื่อวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพและสภาพแวดล้อมเข้าด้วยกัน พร้อมทั้งจัดทำข้อเสนอแนะด้านสุขภาพที่จำเพาะเจาะจงกับสภาพแวดล้อมการทำงานส่งกลับไปให้นายจ้าง โดยข้อมูลในส่วนนี้ หน่วยงานอื่นๆ ที่มีความประสงค์จะใช้ต้องเข้าถึงได้ และควรมีการพัฒนากระบวนการสร้างแรงจูงใจให้กับสถานประกอบการทำตามแนวทางปฏิบัติหรือกรอบกฎหมายที่วางไว้

แรงงานนอกระบบ

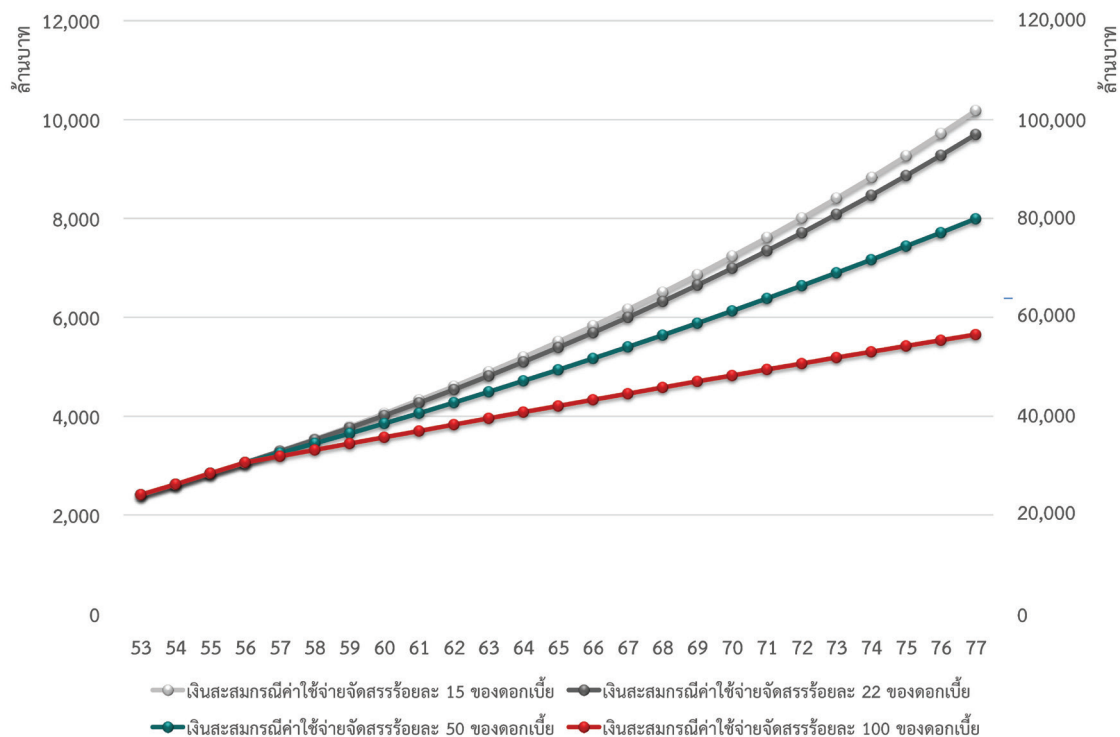
เนื่องจากแรงงานนอกระบบนั้นมีเงื่อนไขและมีความแตกต่างหลากหลายมาก ผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญจากภาคส่วนต่างๆ ที่รวมในกระบวนการวิจัยจึงเสนอให้เล็งกลุ่มเกษตรกรขึ้นมาดำเนินการก่อน เพราะมีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มแรงงานนอกระบบ และมีระบบบริการอยู่บ้างแล้ว เช่น คลินิกสุขภาพเกษตรกรที่จัดทำโดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม หรือการรวมกลุ่มของเกษตรกร ทั้งนี้ ในอนาคตอาจจะมีการขยายการดำเนินงานไปยังกลุ่มแรงงานนอกระบบที่ประกอบอาชีพอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอเริ่มต้นคือ ควรมีการขึ้นทะเบียนเกษตรกรผ่านเลขที่บัตรประชาชนตามสิทธิของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และจัดให้มีการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยง รวมถึงจัดให้มีการเช็คระยะสุขภาพสำหรับกลุ่มที่มีความเสี่ยงจากการทำงานน้อย ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) หรือคลินิกสุขภาพเกษตรกร หลังจากนั้น จึงทำการจัดเก็บข้อมูลสุขภาพของแต่ละบุคคลในรูปแบบของบัตรอิเล็กทรอนิกส์ ในขณะที่เดียวกันสถานพยาบาลจะรายงานผลต่อไปยัง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข และให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง

สำหรับการดูแลสุขภาพแวดล้อมในการทำงาน เสนอให้มีการประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงานของเกษตรกรโดยอาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างอาสาสมัครอาชีวอนามัย (อส.อช.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) รวมถึงสถานพยาบาล และแจ้งผลการตรวจสภาพแวดล้อมกลับไปยังตัวเกษตรกรเองพร้อมให้คำแนะนำ พร้อมทั้งรายงานผลการตรวจสภาพแวดล้อมในการทำงานไปให้สำนักงานสวัสดิการฯ จังหวัดและส่งต่อไปยังกรมสวัสดิการฯ ทั้งนี้การเก็บบันทึกข้อมูลให้ดำเนินการไปในทางเดียวกันกับแรงงานนอกระบบดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น และจัดให้มีการพัฒนาระบบการสร้างแรงจูงใจให้ตัวแรงงานเอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง



ข้อเสนอแนะอื่นๆ สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



รูปที่ 4 ประมาณการเงินสะสมจากการใช้ดอกเบี้ยของกองทุนเงินทดแทน

แหล่งข้อมูล: กองทุนเงินทดแทน (2555) และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2555)

นอกจากโมเดล 5Rs ยังมีข้อเสนอแนะสำคัญที่ควรได้รับการพิจารณาเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กองทุนเงินทดแทน เนื่องจากการจัดสรรงบประมาณไม่ได้มีการให้ความสำคัญไปกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามที่กฎหมายอนุญาต และเงินสะสมของกองทุนเงินทดแทนนั้นมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี โดยมีการประมาณการการใช้เงินเพื่อส่งเสริมทางด้านความปลอดภัยว่า ในปัจจุบัน กองทุนใช้เงินไปกับส่วนนี้น้อยกว่าร้อยละ 15 ดังนั้น หากมีการใช้เต็มวงเงินตามที่กฎหมายอนุญาต คือร้อยละ 22 และหากนำดอกเบี้ยมาใช้ร้อยละ 50 หรือนำดอกเบี้ยทั้งหมดมาใช้ เงินสะสมของกองทุนเงินทดแทนจะยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ อยู่ทุกปีอย่างเห็นได้ชัด จึงมีข้อเสนอแนะว่าทางกองทุนควรมีการจัดสรรงบประมาณที่ได้จากดอกเบี้ยไปการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มากขึ้น โดยอาจมีการรับผิดชอบเฉพาะการตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงาน การเข้าไปตรวจสอบในกรณีที่น่าสงสัย และการเฝ้าระวังระยะยาว

สำหรับ สปสช. นั้นมีข้อเสนอให้เป็นผู้รับผิดชอบทางด้านงบประมาณเกี่ยวกับการตรวจสอบสุขภาพใดๆ ที่ไม่ใช่โรคเกิดจากการทำงาน เช่น การเช็คระยะสุขภาพ นอกจากนี้ยังควรดูแลการตรวจสอบสุขภาพตามความเสี่ยงของกลุ่มแรงงานนอกระบบ โดยเฉพาะกลุ่มเกษตรกร เมื่อตรวจแล้วควรมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบและนำไปใช้ โดยมุ่งเน้นขอความร่วมมือกับกลุ่มอาสาสมัครต่างๆ และกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Health Risk: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, บรรณาธิการ. แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน: สถิติการแรงงานนอกระบบ. เวทีหารือเรื่องสวัสดิการสังคม; ห้องประชุม 1 ชั้น 34 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2555.
3. สมภูมิ แสงวงกล. แรงงานนอกระบบ...เสาหลักเศรษฐกิจไทย. วารสารประชากรศาสตร์ 2553; 26: 60-78.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนผู้มีงานทำที่เป็นแรงงานในระบบและนอกระบบ จำแนกตามการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการทำงาน เพศ และภาค ทวีราชอาณาจักร พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2555.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนผู้มีงานทำที่เป็นแรงงานในระบบและนอกระบบ จำแนกตามระดับการศึกษาที่สำเร็จ เพศ และภาค ทวีราชอาณาจักร พ.ศ.2555. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2555.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนผู้มีงานทำที่เป็นแรงงานในระบบและนอกระบบ จำแนกตามอาชีพ เพศ และภาค ทวีราชอาณาจักร พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2555.
7. กฎกระทรวง กำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553. 2553.
8. สำนักงานประกันสังคม. ค่ารักษาพยาบาลกรณีประสบอันตรายจากการทำงาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 12 มิถุนายน 2557]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.sso.go.th/wpr/content.jsp?lang=th&cat=938&id=3960>
9. กลุ่มงานกำหนดอัตราเงินสมทบกองทุนเงินทดแทน. รายงานประจำปี 2555 กองทุนเงินทดแทน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนเงินทดแทน; 2556.
10. พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537. 2537.
11. สำนักงานประกันสังคม. จำนวนสถานประกอบการและสาขา จำนวนผู้ประกันตน จำแนกรายจังหวัด ประจำเดือนเมษายน 2557. กรุงเทพฯ: สำนักเงินสมทบและสำนักเสริมสร้างความมั่นคงแรงงานนอกระบบ; 2557.
12. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การกระจายตัวของแพทย์หลักสูตรอาชีพเวชศาสตร์ในไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 12 มิถุนายน 2557]. เข้าถึงได้จาก: https://www.google.co.th/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.envocc.org%2Fdownloads%2FDistributionofThaiOccDocc49.ppt&ei=6YxxVNvpCcmjugS_voCgDA&usg=AFQjCNEF72OGisex4yj-Gvt6KqkGzi5vA&sig2=RmeVCrdprGMJ8Zkhev7a1A&bvm=bv.80185997,d.c2E&cad=rja
13. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดการบริการอาชีวอนามัยสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข: คลินิกสุขภาพเกษตรกร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2556.

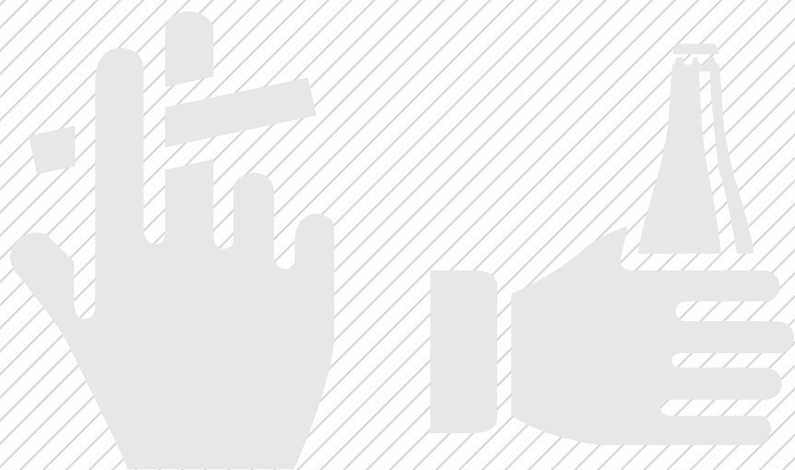
2

บุหรี่ ยาสูบ และแอลกอฮอล์

Tobacco and alcohol



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

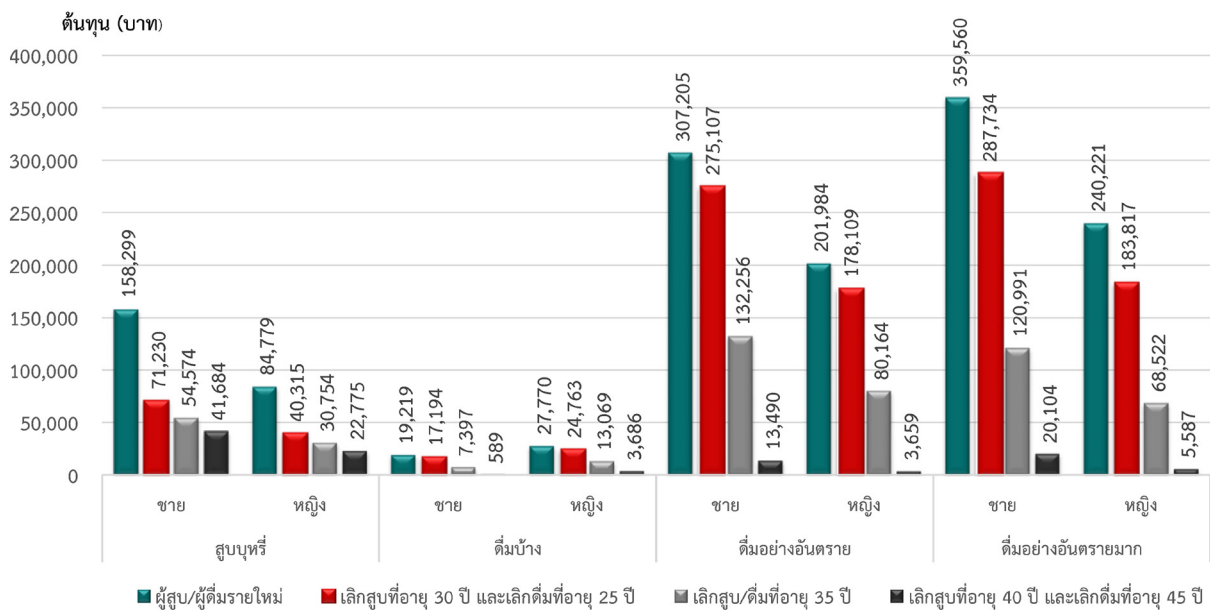


บุหรี/ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์: ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพวัยทำงาน

ควันบุหรี/ยาสูบบีสารเคมีที่เป็นพิษสามารถก่อให้เกิดโรคในมนุษย์ได้มากกว่า 25 โรค เช่น ถุงลมโป่งพอง โรคหัวใจและหลอดเลือดปอดอุดกั้นเรื้อรังมะเร็งปอดและมะเร็งอวัยวะอื่นๆ เป็นต้น (1) ประเทศไทยมีผู้สูบบุหรี/ยาสูบกว่า 13 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและอยู่ในวัยทำงาน (2) บุหรี/ยาสูบทำให้คนไทยทั้งที่สูบและไม่สูบแต่รับควันจากผู้สูบรอบข้างเสียชีวิตประมาณ 50,000 คนในแต่ละปี (3) ถึงแม้ว่าจำนวนผู้สูบบุหรี/ยาสูบจะมีแนวโน้มที่ลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ.2534 แต่จำนวนผู้สูบในกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) ยังมีสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 15 ของผู้สูบทั้งหมด สะท้อนให้เห็นว่าผู้สูบรายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (4) นอกจากนี้การสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลกพบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ไม่สูบบุหรี/ยาสูบร้อยละ 36 และ 30 ได้รับควันบุหรี/ยาสูบจากผู้อื่นในบ้านและที่ทำงานอย่างน้อยเดือนละครั้งตามลำดับ (5)

สำหรับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นั้นทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว กล่าวคือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญของอุบัติเหตุทุกประเภทและอาชญากรรม ซึ่งทำให้เกิดความสูญเสียต่อทั้งชีวิต คุณภาพชีวิต และทรัพย์สินตามมา ขณะเดียวกันการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องก็สามารถทำให้เกิดโรคร้ายต่างๆ ได้ เช่น โรคทางจิตเวช โรคหัวใจและหลอดเลือด ตับแข็ง ตับวาย มะเร็งตับ และมะเร็งอวัยวะอื่นๆ อีกหลายชนิด (6) จากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรีและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทยในปี พ.ศ.2554 พบว่ามีผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 17 ล้านคน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและอยู่ในวัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) (7) ปริมาณการดื่มโดยเฉลี่ยในปี พ.ศ. 2554 คิดเป็น 7.1 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี (8)

การสูบบุหรี/ยาสูบและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากจะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพแล้วยังก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลโรคต่างๆ ที่กล่าวข้างต้น รวมถึงความสูญเสียผลิตภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สำหรับการสูบบุหรี/ยาสูบก่อให้เกิดความสูญเสียผลิตภาพและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมูลค่า 43.6 พันล้านบาทต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ 0.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (9) นอกจากนี้หากมีนักสูบหน้าใหม่เพิ่มขึ้น 1 คนจะมีความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุสั้นลง 4.6 ปี ในเพศชาย และ 3.4 ปี ในเพศหญิง) และการสูญเสียความสามารถในการทำงานจากความเจ็บป่วยคิดเป็นมูลค่า 159,000 บาทในเพศชาย และ 85,000 บาทในเพศหญิง (10)



รูปที่ 5 ต้นทุนที่ป้องกันได้จากการป้องกันนักสูบ/นักดื่มหน้าใหม่หรือการทำให้เลิกสูบบุหรี่/
 ดื่มน้ำแอลกอฮอล์ที่อายุต่างๆ กัน
 แหล่งข้อมูล: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (2551)

ในขณะที่ความสูญเสียทางเศรษฐกิจจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในภาพรวมมีมูลค่ามากถึง 156 พันล้านบาท หรือร้อยละ 1.99 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศและความสูญเสียผลิตภาพจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อให้เกิดความสูญเสีย 104,128 ล้านบาท และสูญเสียความสามารถในการทำงานจากการเจ็บป่วยคิดเป็น 45,465 ล้านบาท (11) โดยหากมีนักดื่มหน้าใหม่เพิ่มขึ้น 1 คนจะมีต้นทุนจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการสูญเสียความสามารถในการทำงานในกรณีดื่มบ้างคิดเป็นมูลค่า 19,000 บาทในเพศชาย และประมาณ 28,000 บาทในเพศหญิง กรณีดื่มอย่างอันตรายมีค่าประมาณ 307,000 บาทในเพศชาย และประมาณ 202,000 บาทในเพศหญิง และในกรณีดื่มอย่างอันตรายมากมีค่าประมาณ 360,000 บาทในเพศชาย และประมาณ 240,000 บาทในเพศหญิง นอกจากนี้ หากมีการดื่มต่อเนื่องในเพศชายจะมีอายุสั้นลง 2.6 ปี และ 3.86 ปีกรณีดื่มอย่างอันตรายและอันตรายมากตามลำดับ สำหรับในเพศหญิงจะมีอายุสั้นลง 1.47 ปี และ 2.2 ปีกรณีดื่มอย่างอันตรายและอันตรายมากตามลำดับ (10)

จากข้อมูลต้นทุนที่ป้องกันได้ข้างต้น (รูปที่ 5) หากทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ได้ และผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เลิกดื่มได้เร็วเท่าไรยิ่งทำให้เกิดประโยชน์มากขึ้นเท่านั้นโดยหากเลิกสูบบุหรี่ที่อายุ 30 ปี และเลิกดื่มที่อายุ 25 ปีจะสามารถป้องกันการสูญเสียต้นทุนที่อาจจะเกิดขึ้นได้มากกว่าเลิกสูบบุหรี่หรือเลิกดื่มที่อายุ 35 ปี รวมถึงการทำให้ผู้ดื่มในทุกประเภทโดยเฉพาะที่เป็นกรณีดื่มแบบอันตรายและการดื่มแบบอันตรายมากเลิกดื่มได้จะสามารถช่วยลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจได้เป็นจำนวนมาก นอกจากนี้หากสามารถป้องกัน

นักสูบหรือนักดื่มหน้าใหม่ไม่ให้สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้จะเกิดประโยชน์มากที่สุด ดังนั้นหน่วยงานทั้งในภาครัฐและเอกชนควรให้ความสำคัญกับการทำกิจกรรมรณรงค์และการออกมาตรการเพื่อลดผลกระทบดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะกับประชาชนทั่วไปที่ยังไม่สูบบุหรี่/ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดมาเป็นนักสูบ/นักดื่มหน้าใหม่

ปัจจุบันสังคมไทยมีความตระหนักถึงโทษของการสูบบุหรี่/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 (12) พบว่ามาตรการให้คำปรึกษาร่วมกับการใช้ยาเลิกบุหรี่เป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่าโดยยาเลิกบุหรี่ nortriptyline มีความคุ้มค่าสูงสุด รองลงมาคือ varenicline ทั้งนี้หากไม่สามารถจ่ายยาทั้งสองตัวนี้ได้ เช่น ในกรณีสตรีมีครรภ์ เป็นต้น คณะผู้วิจัยเสนอให้นิโคตินทดแทนแบบเคี้ยว อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน nortriptyline เป็นยาเพียงตัวเดียวเท่านั้นที่ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติสำหรับข้อบ่งใช้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่ ส่งผลให้ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงยากลุ่มอื่นๆ ได้

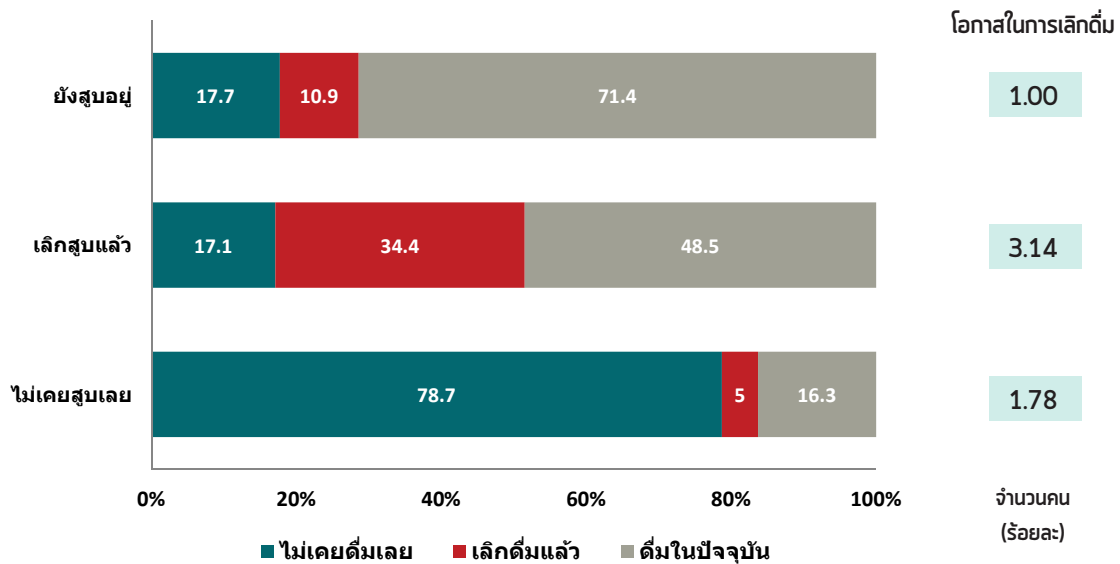
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบบริการเลิกบุหรี่ปัจจุบันในประเทศไทย

	บริการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (Quitline)	บริการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ในโรงพยาบาล (คลินิกอดบุหรี่/คลินิกฟ้าใส)	บริการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ในร้านยา
รูปแบบบริการ	ให้คำปรึกษาผู้ต้องการเลิกบุหรี่และติดตามผลการให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์เท่านั้น โดยใช้เวลาให้คำปรึกษาประมาณ 30 นาทีในครั้งแรก และโทรติดตามอีก 6 ครั้ง คือ ภายใน 1 สัปดาห์ 14 วัน 1, 3, 6 และ 12 เดือนหลังวันที่อดบุหรี่ เพื่อให้กำลังใจและให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการเลิกบุหรี่ได้จริง	ผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่พบผู้ให้คำปรึกษาที่คลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลต่างๆ ของรัฐ หากพิจารณาแล้วว่าต้องใช้ยาเลิกบุหรี่ควบคั้งทำการส่งต่อให้แพทย์เพื่อสอบถามและจ่ายยาและติดตามผลการเลิกบุหรี่อีก 6 ครั้ง คือ ภายใน 14 วัน 1, 3, 6, 9 และ 12 เดือน (แตกต่างกันไปในแต่ละคลินิก)	ผู้ต้องการเลิกบุหรี่พบผู้ให้คำปรึกษาที่ร้านยาที่จัดบริการผู้รับบริการสามารถเลือกวิธีการเลิกบุหรี่โดยการใช้ยาเลิกบุหรี่ควบคั้ง (ได้แก่ nicomild, nortriptyline และสมุนไพรมะตูมดอกขาว) และมีการติดตามหลังการให้คำแนะนำเลิกบุหรี่ 5 ครั้ง คือ วันที่ 14, 30, 60, 120 และ 180 หรือติดตามทุกครั้งที่มาใช้บริการ

	บริการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ ทางโทรศัพท์ (Quitline)	บริการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ ในโรงพยาบาล (คลินิกอดบุหรี่/คลินิกฟ้าใส)	บริการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ ในร้านยา
ผู้ให้คำปรึกษา	อาสาสมัครที่ผ่านการฝึก อบรม	พยาบาล/นักจิตวิทยาที่ผ่านการ ฝึกอบรม	เภสัชกรที่ผ่านการฝึกอบรม
เริ่มมีบริการ ตั้งแต่	พ.ศ. 2551	พ.ศ. 2553	พ.ศ. 2548
ค่าบริการ	ไม่เรียกเก็บค่าบริการ	ไม่เรียกเก็บค่าบริการ	ไม่เรียกเก็บค่าบริการ
แหล่ง งบประมาณ สนับสนุนหลัก	สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ	สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ
การให้บริการ เฉลี่ย	Call center 1 แห่ง เปิด บริการระหว่าง 7.30–20.00 น. (จันทร์–ศุกร์) สามารถให้ บริการเฉลี่ย 4,200 ครั้งต่อ เดือน	คลินิกอดบุหรี่ทั่วประเทศมี ประมาณ 300 แห่ง และมีผู้มา รับบริการเฉลี่ย 150 คนต่อปี ต่อคลินิก 1 แห่ง	ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ เภสัชอาสาพาเลิกบุหรี่ใน กรุงเทพมหานครมีประมาณ 20 แห่ง มีผู้มารับบริการเฉลี่ย 10 คนต่อปีต่อร้านยา 1 แห่ง
ประสิทธิภาพ การบริการ	ประมาณร้อยละ 39 ของ ผู้รับบริการสามารถเลิกบุหรี่ ได้ต่อเนื่อง 6 เดือน	ประมาณร้อยละ 40 ของผู้มารับ บริการเลิกบุหรี่ที่คลินิกสามารถ เลิกบุหรี่ได้	ประมาณร้อยละ 50 ของ ผู้มารับบริการเลิกบุหรี่ที่ร้าน ยาสามารถเลิกบุหรี่ได้
ข้อดีของ การบริการ	<ul style="list-style-type: none"> • การบริการเป็นความลับ ผู้รับบริการไม่จำเป็นต้อง เปิดเผยตัวตน • มีระบบบันทึกข้อมูลสถิติ การให้บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> • ได้รับบริการจากบุคลากร ทางการแพทย์ทุกชั้นตอน • มีทางเลือกในการรับยาช่วยเลิก บุหรี่ควบคู่ไปกับการให้ คำปรึกษา 	<ul style="list-style-type: none"> • มีทางเลือกในการรับยาช่วย เลิกบุหรี่ควบคู่ไปกับการให้ คำปรึกษา • ผู้รับบริการเข้าถึงบริการ ได้ง่าย
ข้อจำกัด การบริการ	<ul style="list-style-type: none"> • ยังไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน ที่จะส่งผู้รับบริการไปยัง สถานพยาบาลที่เป็นเครือข่าย 	<ul style="list-style-type: none"> • คลินิกอดบุหรี่มักจะอยู่ร่วมกับ คลินิกเลิกยาเสพติดหรือคลินิก จิตเวช ทำให้ผู้ต้องการเลิกบุหรี่ ไม่กล้าเข้าไปรับบริการ • บุคลากรมีจำนวนไม่เพียงพอ และมีภาระงานประจำมาก 	<ul style="list-style-type: none"> • เภสัชกรไม่มีเวลาในการ ติดตามการเลิกบุหรี่ และ ขาดแรงจูงใจในการดำเนินงาน • บริการให้คำปรึกษาเลิกบุหรี่ มีให้บริการเฉพาะร้านยาที่ เข้าร่วมโครงการ

สำหรับบริการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือบำบัดผู้ติดสุราในปัจจุบันมีการบริการให้คำปรึกษา
ณ ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุราทางโทรศัพท์ (Alcohol HELP Line Center หรือ สายด่วนเลิกเหล้า) ซึ่งได้ก่อตั้งขึ้น
ตั้งแต่ พ.ศ. 2548 ให้บริการแก่ผู้ที่ต้องการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงครอบครัวและคนใกล้ชิดของ
ผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่บริการนี้ยังไม่มีระบบบันทึกข้อมูลสถิติการให้บริการเพื่อนำมาใช้
ในการประเมินผลการทำงาน รวมถึงยังไม่มีระบบส่งต่อที่ชัดเจนในการส่งผู้รับบริการไปยังสถานพยาบาล
ที่เป็นเครือข่าย นอกจากการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แล้ว ปัจจุบันยังมีบริการให้คำปรึกษาและบำบัด
รักษาสำหรับผู้มีปัญหาจากสุราที่คลินิกเลิกเหล้า หรือให้บริการรวมอยู่ในคลินิกจิตเวช/คลินิกยาเสพติดใน

โรงพยาบาลต่าง ๆ ที่มีบุคลากรทางการแพทย์ให้บริการ โดยโรงพยาบาลรัฐที่มีบริการนี้มีทั้งสิ้นประมาณ 468 แห่งทั่วประเทศไทย ให้บริการคัดกรองผู้มีปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และให้คำแนะนำ/ปรึกษาอย่างสั้น พร้อมทั้งให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพโดยแพทย์จะเป็นผู้ตรวจประเมินอาการ ความเสี่ยงต่อสุขภาพและความเสี่ยงของการถอนพิษสุรา ก่อนวางแผนการให้การบำบัดและฟื้นฟู รวมถึงประเมินความจำเป็นในการใช้ยาต่อไป อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการรักษาการติดสุราด้วยยานั้นยังมีข้อจำกัดมากในด้านประสิทธิผลของยา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับยา disulfuram ซึ่งเป็นยารักษาผู้ติดสุราเพียงตัวเดียวที่มีใช้ในประเทศไทยนั้น มีกลไกการออกฤทธิ์ในลักษณะของการลงโทษ ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมานเมื่อกลับไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ยานี้จึงไม่ได้รับการยอมรับจากผู้รักษาและไม่ได้รับความร่วมมือในการใช้ยาจากผู้ติดสุรา (13) ดังนั้น การให้กำลังใจและการสนับสนุนให้ผู้ติดสุรามีส่วนร่วมในการใช้ยา รวมถึงการปรับวิถีชีวิตเพื่อลดหรือหยุดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรให้ร่วมไปกับการใช้ยา



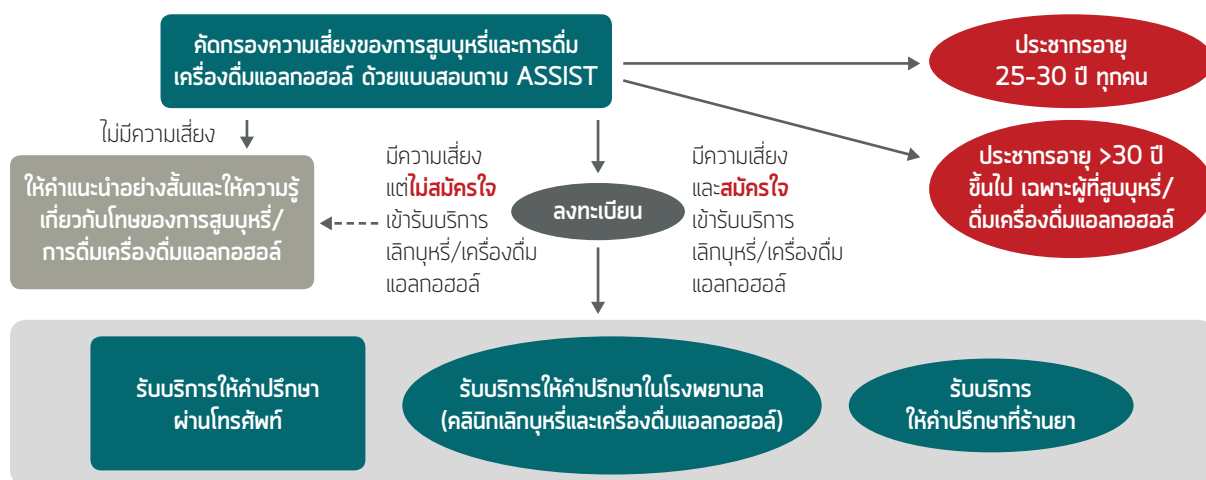
รูปที่ 6 ความชุกของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และโอกาสในการเลิกดื่มแบ่งตามสถานการณืสูบบุหรี่
แหล่งข้อมูล: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (2556)

ทั้งนี้ พบข้อเท็จจริงว่าผู้สูบบุหรี่มักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่เป็นประจำ โดยจากการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทย พ.ศ. 2554 (7) พบว่าร้อยละ 71.4 ของผู้สูบบุหรี่/ยาสูบอยู่ในปัจจุบันจะเป็นนักดื่มควบคู่ไปด้วย (ดังแสดงในรูปที่ 6) และโอกาสในการเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มที่เลิกสูบได้แล้วจะสูงเป็น 3.14 เท่าเมื่อเทียบกับโอกาสของกลุ่มที่ยังสูบอยู่ การเลิกบุหรี่หรือยุติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพียงอย่างเดียวโดยไม่ได้หยุดพฤติกรรมเสี่ยงทั้งสองอย่างพร้อมกันเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของความล้มเหลวในการการรักษา ด้วยเหตุนี้จึงนำไปสู่การศึกษาความเป็นไปได้ของมาตรการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้สูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อนำไปสู่การให้คำปรึกษาเพื่อยุติพฤติกรรมเสี่ยงทั้งสองไปพร้อมกัน โดยการคัดกรองดังกล่าวใช้เครื่องมือ Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test หรือที่รู้จักกันในชื่อ ASSIST¹ (14) ที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกและ

ได้รับการประเมินแล้วว่ามีความเที่ยงตรงและมีประสิทธิผลดีในประเทศไทย ทั้งนี้การประเมินความคุ้มค่าพบว่าการใช้ ASSIST ในการคัดกรองประชากรไทยอายุ 15-59 ปี มีความคุ้มค่าอย่างชัดเจน ช่วยประหยัดต้นทุนแก่สังคม และช่วยให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น โดยประสิทธิผลของการให้คำแนะนำอย่างสั้นเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลอย่างมากต่อความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจคัดกรอง (15) นอกจากนี้ ASSIST ยังเป็นเครื่องมือคัดกรองที่ง่ายต่อการใช้งาน และสามารถคัดกรองความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ในคราวเดียวกัน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรเพิ่มสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองความเสี่ยงของการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้ดำเนินการแบบบูรณาการด้วยเครื่องมือ ASSIST ทั้งนี้การคัดกรองดังกล่าวเป็นหนึ่งในข้อเสนอการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีสำหรับกลุ่มประชากรอายุ 15-59 ปี ซึ่งอาจดำเนินการในสถานที่ทำงานเพื่อความสะดวกของประชากรกลุ่มเป้าหมาย และควรกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะคัดกรองเนื่องจากข้อจำกัดด้านบุคลากรและการให้บริการหลังจากคัดกรอง โดยคัดกรองกลุ่มประชากรอายุ 25-30 ปี ทุกคน และสำหรับกลุ่มอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไปให้คัดกรองเฉพาะในกลุ่มที่สูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เท่านั้น หรืออาจจะพิจารณาคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยที่มารับการรักษาเป็นประจำที่คลินิกโรคเรื้อรังของโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยเบาหวานและผู้ที่มีความดันโลหิตสูง เป็นต้น



รูปที่ 7 แนวทางการคัดกรองและส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่และ/หรือการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไปยังบริการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่และเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

- ASSIST เป็นเครื่องมือที่สามารถคัดกรองความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติดอีก 8 ชนิด เช่น โคเคน กัญชา และยาบ้า เป็นต้น จึงเป็นเครื่องมือคัดกรองที่น่าสนใจที่จะนำมาใช้คัดกรองความเสี่ยงทั้งการสูบบุหรี่และการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยเสี่ยงสำคัญของวัยทำงานในคราวเดียวกัน

หากคัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่และ/หรือและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (รูปที่ 7) ให้ผู้ที่มีความเสี่ยงลงทะเบียนบันทึกระดับความเสี่ยง ณ สถานที่ที่รับบริการคัดกรอง ผ่านระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงเข้าสู่ฐานข้อมูลของบริการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่/เลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ตามสิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ที่มีความเสี่ยง) พร้อมให้คำแนะนำอย่างสั้นเพื่อการลด/เลิกสูบบุหรี่และ/หรือดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงสร้างแรงจูงใจให้เข้ารับบริการที่เหมาะสม โดยในกรณีที่มีความเสี่ยงจากบุหรี่และ/หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไม่ว่าจะในระดับใดควรแนะนำให้รับบริการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่และ/หรือเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามความสมัครใจของผู้ที่มีความเสี่ยงแต่ละคน ในกรณีที่สมัครใจเข้ารับบริการ ผู้ให้บริการจะให้ทางเลือกของบริการในขั้นตอนต่อไป ดังนี้

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

ดังนั้น ผู้ให้บริการต้องพัฒนาระบบการให้บริการในปัจจุบันและพัฒนาบุคลากรให้สามารถให้บริการให้คำปรึกษาและบำบัดแก่ผู้ที่มีความเสี่ยงทั้งจากการสูบบุหรี่/ยาสูบและการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ รวมถึงควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลของประชากรที่ถูกคัดกรองและรับบริการให้คำปรึกษาพร้อม ๆ กันไปด้วย เพื่อติดตามประเมินผลการให้คำปรึกษาอย่างเป็นระบบ

นอกจากนี้ สปสช.ควรสนับสนุนการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อลดการเข้าถึงและป้องกันนักสูบ/นักดื่มหน้าใหม่ โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น เช่น การขึ้นภาษีบุหรี่และสุรา การห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์ในสื่อต่างๆ รวมถึงการกำหนดพื้นที่ปลอดบุหรี่และสุรา เป็นต้น ร่วมกับการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อเพิ่มความตระหนักถึงโทษและจูงใจไม่ให้เริ่มหรือทดลองสูบ/ดื่ม (16)

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

สำหรับการใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ nortriptyline ได้ถูกบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติในข้อบ่งใช้เพื่อช่วยเลิกบุหรี่แล้ว คณะผู้วิจัยเสนอให้คณะอนุกรรมการพัฒนายาบัญชียาหลักแห่งชาติพิจารณาเพิ่มยานิโคตินทดแทนแบบเคี้ยวเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์สำหรับใช้เป็นยาช่วยเลิกบุหรี่ในกรณีที่ไม่สามารถใช้ nortriptyline ได้ เช่น หญิงตั้งครรภ์และผู้ป่วยโรคหัวใจ เป็นต้น และสำหรับการใช้ยาบำบัดผู้ติดสุราควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิผลและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ในบริบทของประเทศไทยก่อนพิจารณาบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ในโอกาสต่อไป



เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Guidelines for Controlling and Monitoring the Tobacco Epidemic. Geneva: World Health Organization; 1998.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. โครงการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2554.
3. 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.
4. ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์, ประภาพรรณ เขี่ยมอนันต์, ปวีณา บัณฑิตกระจ่าง, กุมภการ สมมิตร. สรุปสถานการณ์การควบคุมการบริโภคยาสูบของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2555.

5. กรมโครงการสำรวจการบริโภคยาสูบในผู้ใหญ่ระดับโลก (Global Adult Tobacco Survey; GATS). เอกสารข้อเท็จจริงประเทศไทย พ.ศ.2552 และ 2554 [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 29 มีนาคม 2556]. เข้าถึงได้จาก: <http://documents.scribd.com.s3.amazonaws.com/docs/3f6eqpslts1n7ket.pdf>
6. World Health Organization. Global strategy to reduce harmful use of alcohol 2010 [Internet]. 2010 [cited 29 March 2013]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากร พ.ศ.2554. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2555.
8. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบในประเทศไทย ปี 2556. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2556.
9. ชุตินา สิริทิพากุล. กำลังใจ “ยา” ดีช่วยเลิกบุหรี่. มติชน. 2557.
10. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. การประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ: การพัฒนาแนวทางการกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาต้นทุนความเจ็บป่วย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2554.
11. มนทร์รัตน์ ถาวรเจริญทรัพย์, ยศ ตีระวัฒนานนท์, อุษษา ฉายเกล็ดแก้ว, ชนิตา เลิศพิทักษ์พงศ์, จอมขวัญ โยธาสุมุท, กรรณิการ์ ลีติบุญสุวรรณ, และคณะ. การศึกษาต้นทุนผลกระทบทางสังคมสุขภาพและเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2551.
12. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า:สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2554.
13. มานิต ศรีสุรภานนท์. การใช้ยาในการบำบัดรักษาผู้ติดสุรา. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบรูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ; 2552.
14. World Health Organization. The ASSIST project - Alcohol, Smoking and substance involvement screening test [Internet]. 2009 [cited 6 June 2014]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/index.html
15. วรสิทธิ์ จันทรสถาพรจิต, พัชรภา ลิฬหวรรณค์, ยศ ตีระวัฒนานนท์. ต้นทุนประสิทธิผลของการตรวจคัดกรองผู้มีปัญหาการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับประชากรในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556; 7(4): 468-84.
16. ชุษณะ รุ่งปัจฉิม. รายงานการวิจัย การทบทวนองค์ความรู้นโยบายและมาตรการสนับสนุนผู้ไม่ดื่มสุราในต่างประเทศ. นนทบุรี: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2550.

3

โรคมะเร็งตับ

Liver cancer

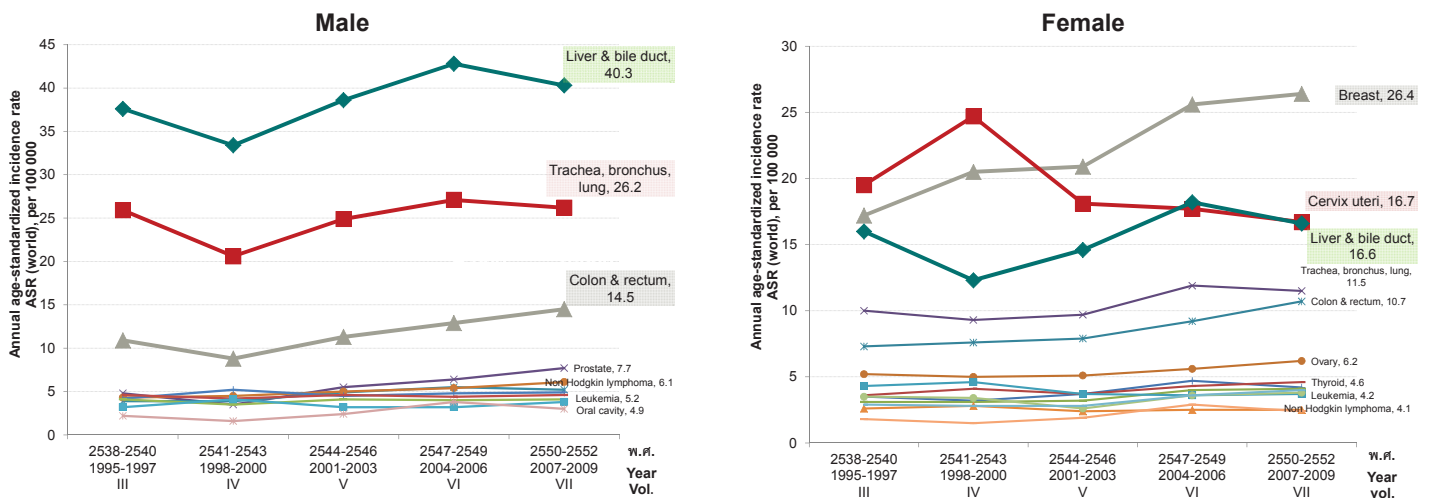


ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

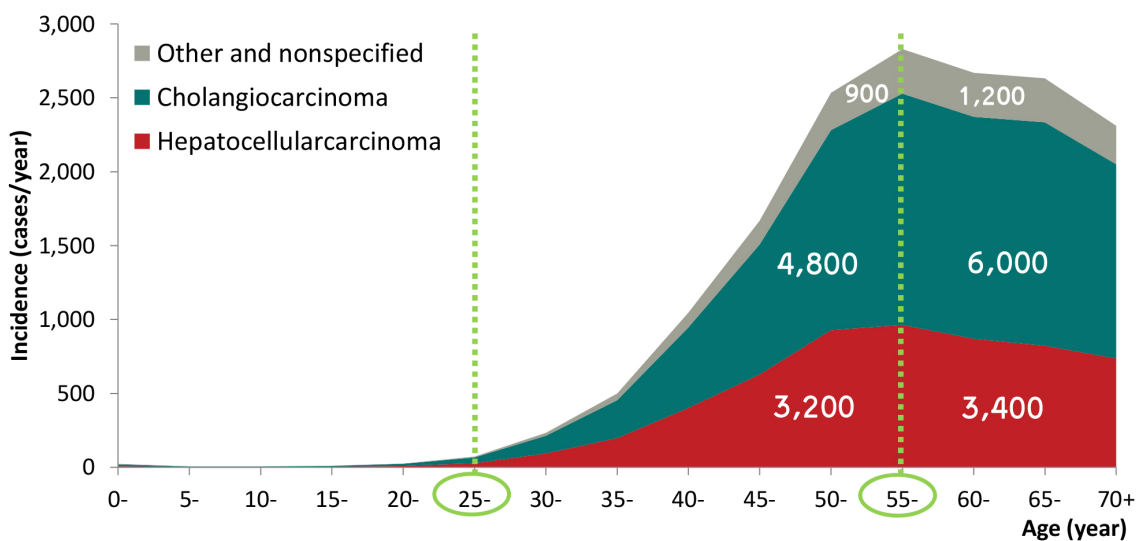


มะเร็งตับ...มะเร็งที่ป้องกันได้แต่ตายสูงสุด

มะเร็งตับเป็นมะเร็งที่คร่าชีวิตคนไทยมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรคมะเร็งอื่น ๆ โดยพบมะเร็งชนิดนี้ในชายมากกว่าหญิง (1) (รูปที่ 8) ซึ่งมักพบในผู้ที่อยู่ในวัยทำงานตั้งแต่อายุ 25 ปีขึ้นไปและมีอุบัติการณ์สูงสุดที่อายุ 55 ปี (รูปที่ 9) นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งตับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เนื่องจากผู้ที่มีความเสี่ยงและผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นมักไม่แสดงอาการใด ๆ จึงมักถูกตรวจพบเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ในส่วนของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับนับว่ามีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงคือประมาณ 172,000 บาทต่อคน (2) โรคมะเร็งตับจึงทำให้เกิดความสูญเสียทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างมาก (3)



รูปที่ 8 อุตการณ์ของโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีแยกตามเพศ พ.ศ. 2538-2552
แหล่งข้อมูล: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2555)



รูปที่ 9 อุตการณ์โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี พ.ศ. 2552 จำแนกตามช่วงอายุ
แหล่งข้อมูล: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2555)

มะเร็งตับมีสาเหตุจากอะไร

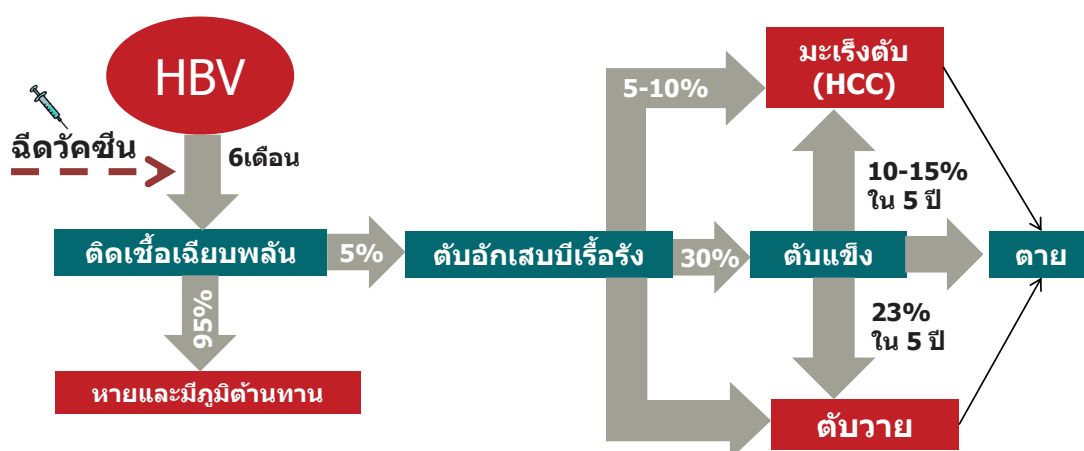
มะเร็งตับชนิดที่เกิดจากเซลล์ตับ (hepatocellular carcinoma) พบมากถึงร้อยละ 80-90 ของมะเร็งตับทั้งหมด โดยสาเหตุหลักได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 53) รองลงมาคือ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ร้อยละ 25) ส่วนที่เกิดจากสาเหตุอื่น เช่น การดื่มสุรา การรับประทานอาหารที่ปนเปื้อนเชื้อราอะฟลาทอกซิน ไนโตรซามีน มีเพียงร้อยละ 22 (4) ซึ่งสาเหตุเหล่านี้สามารถป้องกันได้

ทั้งนี้ประเทศไทยถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีความชุกของผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีในระดับสูงมากที่สุดประเทศหนึ่ง (5) กล่าวคือร้อยละ 4 ของคนไทยเป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบีโดยไม่มีอาการหรือความผิดปกติ (6) ซึ่งคนเหล่านี้มีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งตับมากกว่าคนปกติถึง 223 เท่า (7)

มะเร็งตับป้องกันได้

มะเร็งตับจากไวรัสตับอักเสบบีเป็นหนึ่งในมะเร็งไม่กี่ชนิดที่ทราบการดำเนินของโรคอย่างชัดเจนและสามารถป้องกันได้ หลังจากได้รับเชื้อไวรัสตับอักเสบบีประมาณ 6 เดือน ผู้ติดเชื้อจะแสดงอาการของตับอักเสบบีระยะเฉียบพลัน (8) โดยร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อกลุ่มนี้สามารถหายเองได้และจะมีภูมิคุ้มกันโรค ในขณะที่ผู้ติดเชื้อประมาณร้อยละ 5 จะพัฒนาเป็นโรคตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังแต่ไม่มีอาการแสดง ซึ่งเป็นภัยเงียบที่อันตราย (9) ต่อจากนั้นอาจจะพัฒนาไปเป็นตับแข็ง ตับวายและมะเร็งตับ (10, 11) ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลงและทำให้เสียชีวิตได้ในที่สุด (รูปที่ 10)

ดังนั้น ควรมีการป้องกันการเกิดมะเร็งตับจากไวรัสตับอักเสบบี โดยการคัดกรองหาผู้ติดเชื้อหรือเป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังและฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ที่พบว่าไม่มีภูมิคุ้มกัน รวมทั้งทำการรักษาผู้ที่เป็พาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังซึ่งโดยทั่วไปมักจะไม่แสดงอาการ เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เชื้อแพร่กระจายซึ่งจะทำให้สามารถลดอุบัติการณ์โรคมะเร็งตับลงได้



รูปที่ 10 การเกิดมะเร็งชนิดที่เกิดจากเซลล์ตับ (hepatocellular carcinoma) จากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

มาตรการในปัจจุบัน

ในปัจจุบันการฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแก่เด็กแรกเกิด และที่อายุ 2, 4 และ 6 เดือน (12) เป็นการป้องกันมะเร็งตับที่ได้ผลดีที่สุดและมีความคุ้มค่ามากที่สุด ในประเทศไทย การให้วัคซีนดังกล่าวถูกบรรจุไว้ในแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ซึ่งในระยะแรกของการดำเนินมาตรการ อัตราการครอบคลุมการฉีดวัคซีนอยู่ที่ร้อยละ 15.4 จากนั้นจึงเพิ่มขึ้นจนถึงเป้าหมายคือร้อยละ 90 ในปี พ.ศ. 2539 (13) ดังนั้นคนไทยที่มีอายุ 21 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่จึงไม่ได้รับวัคซีน สำหรับผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง หากตรวจพบในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งตับลงได้

การรักษาผู้ป่วยตับอักเสบบีเรื้อรังได้ถูกบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ของทั้ง 3 กองทุนแล้ว โดยยาที่มีข้อบ่งใช้ดังกล่าวถูกบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติรวม 5 ชนิด คือ lamivudine (3TC) และ tenofovir disoproxil fumarate ในบัญชี ๓ และ peginterferon alfa-2a, peginterferon alfa-2b, และ ribavirin ในบัญชี ๑ (2) (14) อย่างไรก็ตามเนื่องจากยังไม่มีบริการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ที่ติดเชื้อและผู้ที่เป็นพาหะไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ผู้ติดเชื้อเหล่านี้จึงไม่ได้เข้ารับการรักษาดังแต่ในระยะเริ่มแรกเป็นผลให้เกิดการแพร่กระจายของโรค และผู้ป่วยมีอาการรุนแรงจนไม่สามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้ในที่สุด

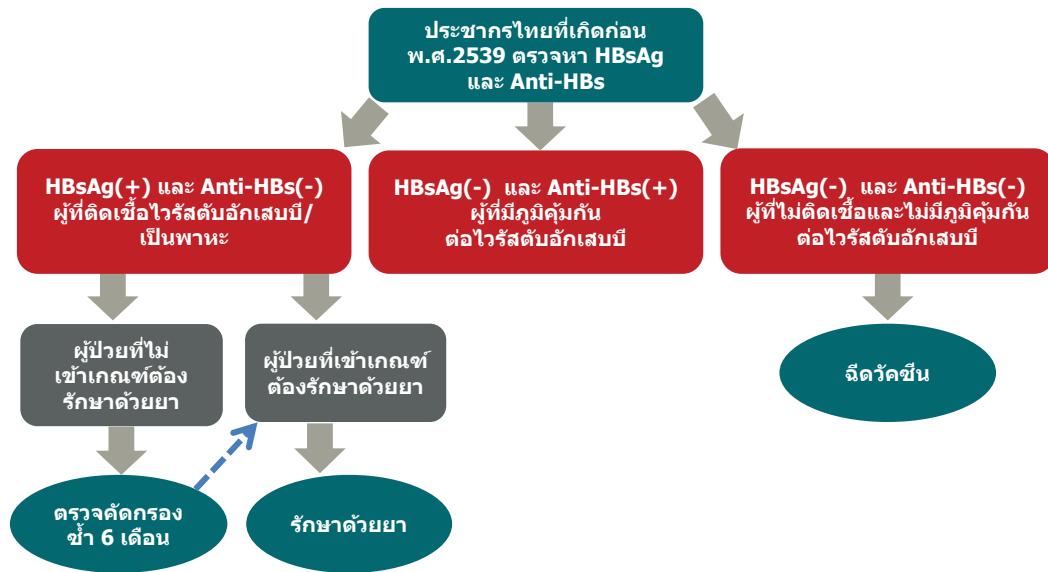
การคัดกรองการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมีความคุ้มค่าหรือไม่

การศึกษาเพื่อประเมินความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาและรักษาผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง รวมทั้งการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแก่ผู้ที่ไม่มภูมิคุ้มกันในประเทศไทยพบว่ามาตรการตรวจคัดกรองเพียงครั้งเดียวในชีวิตสำหรับประชากรอายุตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไปมีความคุ้มค่าและสามารถลดจำนวนผู้ป่วยจากโรคไวรัสตับอักเสบบี (15) ซึ่งเป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งตับที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต แต่หากมีการให้บริการคัดกรองและฉีดวัคซีนในประชากรที่ไม่มภูมิคุ้มกันและเกิดก่อน พ.ศ. 2539 ทั้งหมดในคราวเดียวจะเป็นภาระงบประมาณที่สูงถึง 33,500 ล้านบาท ดังนั้น จึงควรให้บริการคัดกรองรวมถึงการฉีดวัคซีนในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงก่อน

มาตรการที่แนะนำ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรเพิ่มสิทธิประโยชน์การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาและรักษาผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังและให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีแก่ผู้ที่ไม่มภูมิคุ้มกันในชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรวัยทำงานซึ่งการตรวจคัดกรองเพื่อหาผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง ประกอบด้วย การตรวจหา HBsAg และการตรวจหา Anti-HBs (รูปที่ 11) หากตรวจพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ผลการตรวจ HBsAg เป็นบวกและ Anti-HBs เป็นลบ) ควรให้

การรักษาผู้ติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์ต้องรับการรักษาด้วยยาตามที่ระบุในบัญชียาหลักแห่งชาติ สำหรับผู้ที่ตรวจพบว่าเป็นพาหะหรือพบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแต่ไม่เข้าเกณฑ์การรักษาด้วยยา ควรมีการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและให้กลับมาตรวจคัดกรองอีกครั้งหนึ่ง (ตรวจ HBeAg LFT และ Viral load) หลังจากตรวจครั้งแรก 6 เดือนเพื่อยืนยันผลการตรวจ หากตรวจซ้ำแล้วพบว่าเป็นผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีที่เข้าเกณฑ์ต้องรักษาด้วยยา ก็ให้ดำเนินการรักษาต่อไป ในกรณีที่ตรวจไม่พบการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (ผลการตรวจ HBsAg เป็นลบ) และไม่มีภูมิคุ้มกัน (ผลการตรวจ Anti-HBs เป็นลบ) ควรให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี

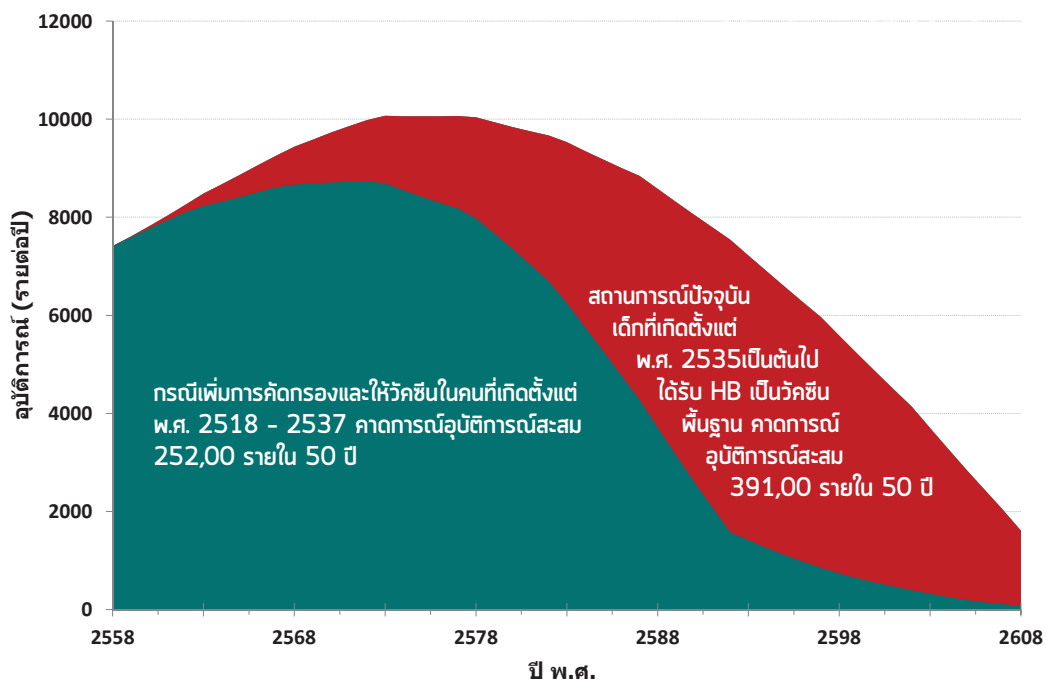


รูปที่ 11 มาตรการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี

มาตรการที่กล่าวข้างต้นอาจจัดให้เป็นการตรวจคัดกรองสุขภาพประจำปีหรือดำเนินการเป็นกรณีพิเศษเพื่อความสะดวกของประชากรกลุ่มเป้าหมายก็ได้ เช่น การตรวจคัดกรองในสถานที่ทำงาน เป็นต้น ทั้งนี้ควรดำเนินการร่วมกับการคัดกรองการดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติดอื่น ๆ ด้วย และมีการให้ความรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของโรคมะเร็งตับเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น อันจะส่งผลให้ประเทศไทยปราศจากโรคมะเร็งตับได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

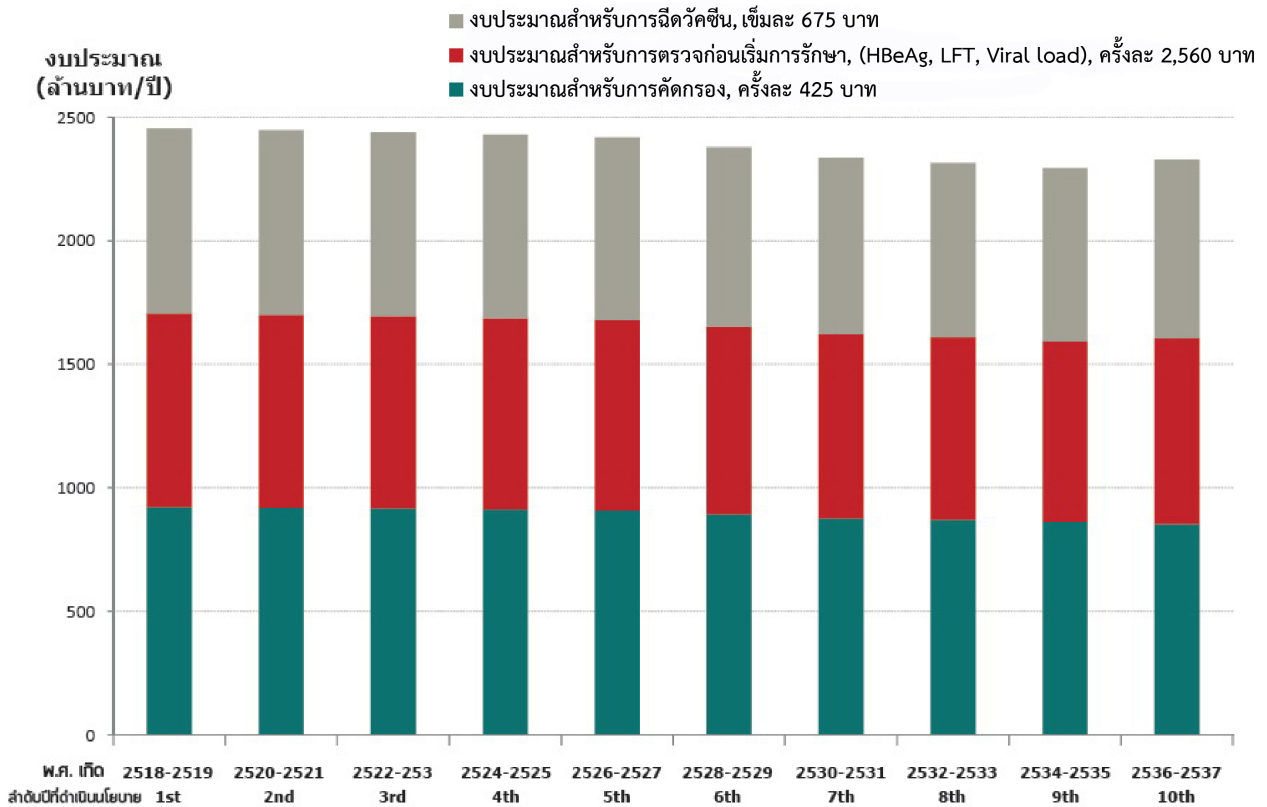
1. การคัดกรองและการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีในผู้ที่ไม่ภูมิคุ้มกันเป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่า ซึ่งหากทำการเริ่มคัดกรองและให้วัคซีนในคนที่เกิดตั้งแต่ พ.ศ. 2518-2537 โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นไปจนถึงปี พ.ศ. 2608 หรือในอีก 50 ปีข้างหน้า หากมีอัตราการครอบคลุมของการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีอยู่ที่ร้อยละ 80 จะสามารถลดอุบัติการณ์ของการเป็นมะเร็งตับจาก 391,000 รายเป็น 252,000 ราย (รูปที่ 12)



รูปที่ 12 คาดการณ์อุบัติการณ์สะสมของการเกิดมะเร็งตับ
กรณีเพิ่มการคัดกรองและให้วัคซีนเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบัน ในปี 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 ปี ในปัจจุบัน) แต่เนื่องจากยังคงมีภาระงบประมาณที่สูงถึง 24,000 ล้านบาท จึงเสนอให้เริ่มทำการคัดกรองและฉีดวัคซีนในกลุ่มประชากรย่อยที่ละช่วงอายุทุก ๆ 2 ปี (รูปที่ 13) เพื่อให้คัดกรองประชากรกลุ่มนี้ได้ทั้งหมดภายในระยะเวลา 10 ปี โดยเริ่มดำเนินการกับผู้ที่เกิดในปี พ.ศ. 2518-2519 (อายุ 39-40 ปี ในปัจจุบัน) เป็นกลุ่มแรก ซึ่งจะมีภาระงบประมาณทั้งสิ้น 2,456 ล้านบาทต่อปี โดย 923 ล้านบาทเป็นภาระงบประมาณจากการให้บริการแก่ผู้ที่ควรเข้ารับการคัดกรอง 2.2 ล้านคน 749 ล้านบาท สำหรับการให้วัคซีนประมาณ 1.1 ล้านคนโดยการตรวจคัดกรองและฉีดวัคซีนควบคู่กันไปจะสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบปีได้ 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 13 ประมาณการค่าใช้จ่ายในการคัดกรองและฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ปีที่ 1 - 10

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2548.
2. Thongsawat S, Piratvisuth T, Pramoolsinsap C, Chutaputti A, Tanwande, T, Sukarom I, et al. PG112 Resource utilization and direct medical cost of chronic hepatitis C (CHC) in Thailand: a heavy but manageable economic burden. Value in Health 2009; 12(7), A348.
3. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. การจัดลำดับการสูญเสียสุขภาพของประชากรไทย จำแนกตามเพศ (DALYs) ปี พ.ศ. 2552. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2552.
4. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Estimating the world cancer burden: Globocan 2000. Int J Cancer 2001; 94: 153-6.
5. World Health Organization. Hepatitis B. Geneva: World Health Organization; 2002.

6. 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.
7. 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; 2(8256): 1129–33.
8. Timothy MB, Anand SM, Claus JF, Robert J. Molecular viral oncology of hepatocellular carcinoma. *Oncogene* 2003; 22: 5093–107.
9. Torresi JS. Antiviral chemotherapy for the treatment of hepatitis B virus infections. *Gastroenterology* 2000; 118: 83S –103S.
10. Ferenci P, Fried M, Labrecque D, Bruix J, Sherman M, Lau G, et al. World gastroenterology organisation global guideline. hepatocellular carcinoma (hcc): a global perspective. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases* 2010; 19(3): 311–317.
11. 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; 45(4): 529–38.
12. กระทรวงสาธารณสุข. ตำรวัดขึ้นและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคปี2550. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์งานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
13. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา, ชาย โพธิสิตา, กฤตยา อาชวนิจกุล, อุมารภรณ์ ภัทรวาณิชย์, กุลวีณ์ศิริรัตน์มงคล, ปาณฉัตร เสี่ยงดัง, และคณะ. การเข้าถึงและความครอบคลุมของบริการ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
14. งานระบบยาแห่งชาติและสารสนเทศ กลุ่มพัฒนาระบบ สำนักงานยา. บัญชียาหลักแห่งชาติ. นนทบุรี: งานระบบยาแห่งชาติและสารสนเทศ กลุ่มพัฒนาระบบ สำนักงานยา; 2556.
15. นริสา ตันฑิตย์ย์, พิศพรณ วีระยิ่งยง, พัชรา ลิฟหรวงศ์, ยศ ตีระวัฒนานนท์. การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของการตรวจคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบีในประเทศไทย. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2557; 7(4): 440–51.

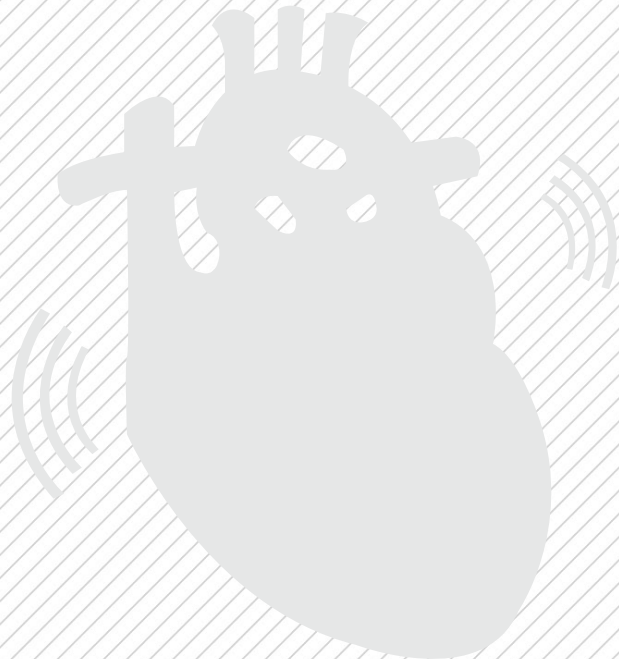
4

โรคหัวใจ และหลอดเลือด

Cardiovascular disease

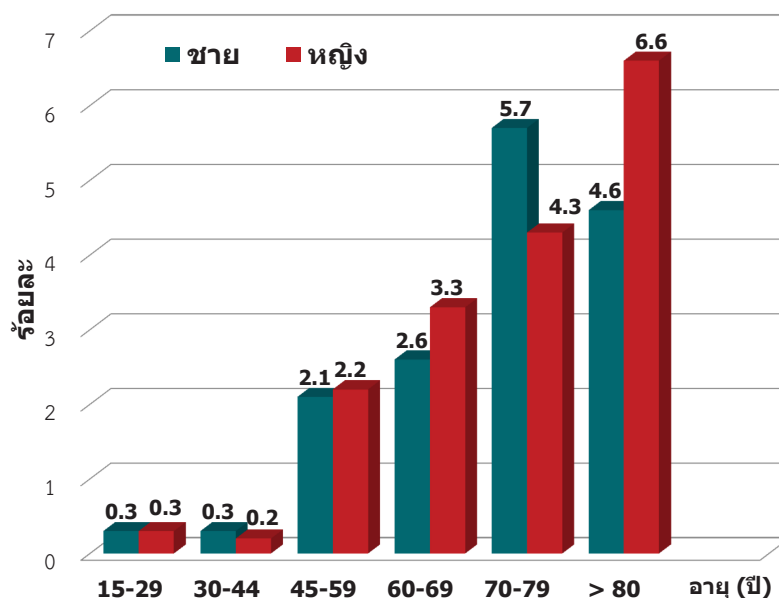


ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



โรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือด¹ (cardiovascular disease) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของประชากรทั่วโลก (1) และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหนึ่งในสามลำดับแรกของคนไทยทั้งเพศชายและหญิงมานานกว่า 2 ทศวรรษ (2) โรคดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ทั้งจากค่าเสียโอกาสอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมถึงค่ารักษาพยาบาลที่มีมูลค่าสูงถึง 154,000 บาทต่อคนสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตันฉับพลันในปีแรก (3) และ 60,000 บาทต่อคนสำหรับโรคหลอดเลือดสมองอุดตันในปีแรก (4, 5) ทั้งนี้ผู้ป่วยยังต้องรับการดูแลรักษาไปตลอดชีวิต รูปที่ 14 แสดงให้เห็นว่าความชุกของโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงอายุ 45 ปีขึ้นไป ในภาพรวมเป็นโรคที่พบบ่อยมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย



รูปที่ 14 ความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจและกล้ามเนื้อหัวใจตาย จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ
แหล่งข้อมูล: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (2552)

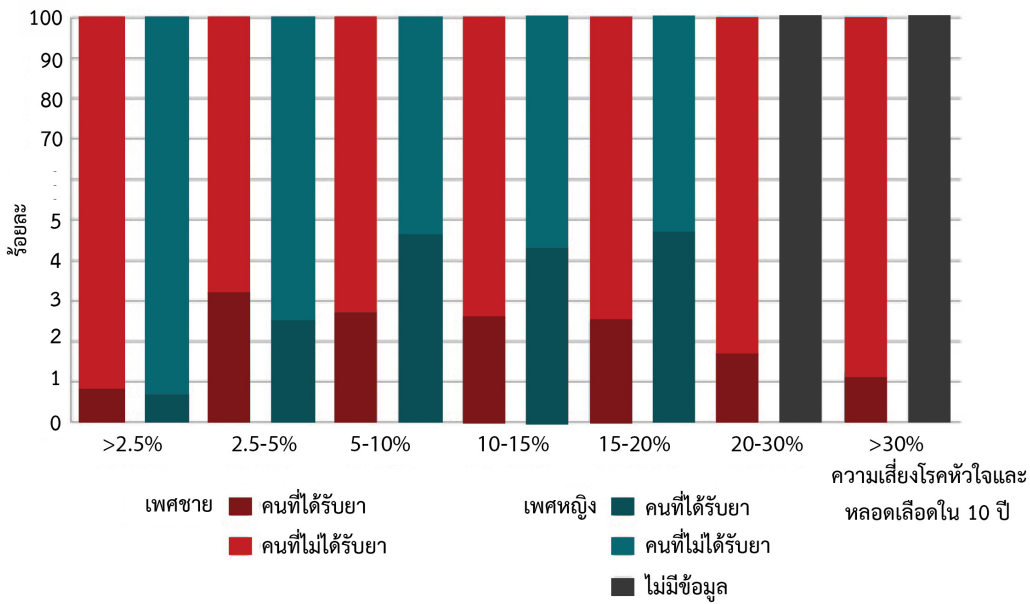
โรคหัวใจและหลอดเลือดเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขไม่ได้ เช่น อายุ เพศ ประวัติครอบครัว และเชื้อชาติ แต่ยังมีปัจจัยเสี่ยงอันเนื่องมาจากพฤติกรรม ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ เช่น การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และปัจจัยด้านสรีระร่างกาย ได้แก่ ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ ความดันโลหิตสูง ค่าดัชนีมวลกายและระดับน้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น (6) ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงในกลุ่มหลังจึงมีความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

1 ในการศึกษาโรคหัวใจและหลอดเลือดหมายถึง กลุ่มของโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคของหลอดเลือดหัวใจ (หลอดเลือดแดง โคโรนารี) และโรคของหลอดเลือดสมอง

ในประเทศไทย มาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดส่วนใหญ่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามปัจจัยเสี่ยง โดยเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นหลัก เช่น การรณรงค์เพื่อลดการบริโภคเกลือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยอาศัยหลัก 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่) คลินิกคนไทยไร้พุง (7) รวมทั้งการตรวจคัดกรองและรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นต้น

แนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ที่ทั่วโลกต่างให้การยอมรับและนิยมใช้มากในปัจจุบัน ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงโดยรวม (global risk score) ซึ่งประเมินความเสี่ยงที่สำคัญชนิดต่าง ๆ ของแต่ละบุคคลเพื่อประโยชน์ในการวางแผนป้องกันและลดโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต จากการศึกษาพบว่า การประเมินความเสี่ยงโดยรวม มีประสิทธิผลในการกระตุ้นให้คนที่มีความเสี่ยงสูงปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (8) แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดภายหลังจากทราบระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมิตั้งการให้คำแนะนำและการใช้ยาโดยขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงและระดับความเสี่ยงที่พบในแต่ละบุคคล ตัวอย่างเช่น การแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเหมาะสมสำหรับผู้สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บริโภคอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การแนะนำให้ใช้ยาเพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ไม่ว่าจะเป็นการใช้ยา metformin สำหรับคนที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน การใช้ยา thiazide สำหรับคนที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และการใช้ยาในกลุ่ม statins สำหรับคนที่มีความเสี่ยงต่อภาวะไขมันในเลือดสูง (9) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากประเทศไทยไม่มีเครื่องมือมาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับในการประเมินความเสี่ยงโดยรวมสำหรับใช้ทั่วประเทศ ดังนั้นจึงไม่มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ทำให้คนไทยสูญเสียโอกาสในการป้องกันการเกิดโรคดังกล่าว ส่งผลให้เกิดความพิการและการสูญเสียชีวิตที่ควรจะสามารถป้องกันได้เป็นจำนวนมาก

ตัวอย่างปัญหาที่เห็นได้ชัดจากการไม่มีเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวมและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดคือ การเข้าถึงกลุ่มยา statins จากรูปที่ 15 (10) แสดงให้เห็นว่าคนไทยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระดับต่ำได้รับยากกลุ่ม statins ในขณะที่ผู้ที่มีระดับความเสี่ยงสูงกลับได้รับยาในสัดส่วนที่น้อยกว่า ทั้งนี้กลุ่มที่ควรได้รับยากกลุ่ม statins ตามแนวทางปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก (11) คือ ผู้ที่มีความเสี่ยงใน 10 ปีข้างหน้ามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30 ในขณะที่แนวทางปฏิบัติของ National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (12) แนะนำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ควรได้รับยากกลุ่ม statins สำหรับประเทศไทย ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นว่าคนไทยที่มีความเสี่ยงใน 10 ปีข้างหน้ามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ควรได้รับยากกลุ่ม statins เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจากการศึกษาประสิทธิผลพบว่า ยา statins ช่วยลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ร้อยละ 17 (13)



รูปที่ 15 ร้อยละของการได้รับยาในกลุ่ม statins ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ในอีก 10 ปีข้างหน้า ในแต่ละระดับความเสี่ยง แหล่งข้อมูล: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (2550)

หลายประเทศได้นำเครื่องมือสำหรับการคัดกรองความเสี่ยงโดยรวมมาใช้ตามความเหมาะสมกับบริบทของประชากรและวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน เช่น สหรัฐอเมริกาใช้ Framingham risk score สิงคโปร์ใช้ Framingham risk score ฉบับที่มีการปรับแก้และดัดแปลง อังกฤษใช้ QRISK2 และออสเตรเลียใช้ Absolute cardiovascular risk (6) เป็นต้น ขณะเดียวกันองค์การอนามัยโลกก็ได้พัฒนาเครื่องมือสำหรับตรวจคัดกรองขึ้นที่มีชื่อเรียกว่า WHO/ISH (World Health Organization/International Society of Hypertension) risk prediction chart เพื่อให้ประเทศต่าง ๆ ที่ไม่มีเครื่องมือเฉพาะสำหรับประชากรของตนได้ใช้อย่างทั่วถึง

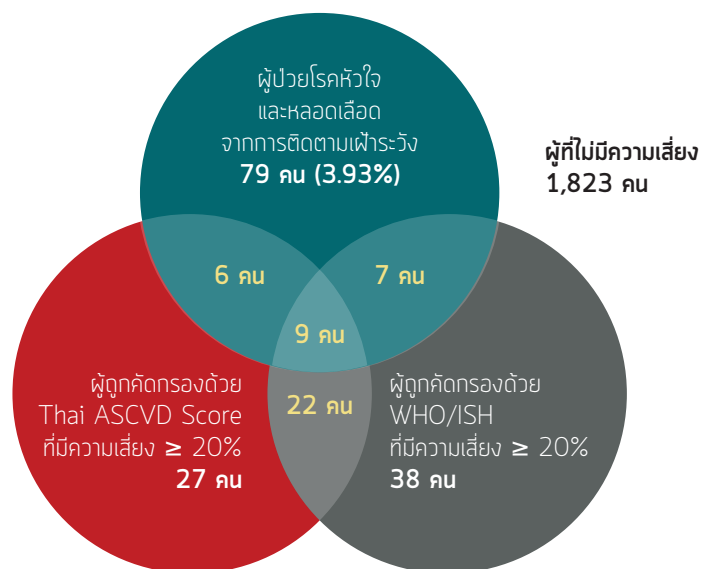
สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันมีการสนับสนุนการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงทั้งแบบที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกและแบบที่พัฒนาขึ้นจากการเฝ้าติดตามประชากรที่เป็นพนักงานและครอบครัวของเจ้าหน้าที่การไฟฟ้าฝ่ายผลิต โดยเครื่องมือหลังนี้มีชื่อเรียกว่า Rama-EGAT Heart Score ภายหลังเปลี่ยนชื่อเป็น Thai ASCVD score ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเครื่องมือประเมินความเสี่ยงทั้งสองนั้นมีรูปแบบการใช้งานและข้อจำกัดที่แตกต่างกันไป (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 คุณลักษณะของเครื่องมือ Thai ASCVD score และ WHO/ISH risk prediction chart

Thai ASCVD score (14)	WHO/ISH risk prediction chart (9, 15)
พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและเฝ้าระวังตัวอย่างในคนไทยจำนวน 3,499 คน นับเป็นเวลานานกว่า 27 ปี (พ.ศ. 2528–2555)	พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและเก็บข้อมูลของประชากรอินโดนีเซีย ไทย และศรีลังกา แบบภาคตัดขวาง โดยมีจำนวนประชากรน้อย

Thai ASCVD score (14)	WHO/ISH risk prediction chart (9, 15)
สามารถประเมินได้โดยบุคลากรทางการแพทย์และประชาชนเอง	ประเมินได้โดยบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น
ปัจจัยเสี่ยงที่พิจารณาในการประเมิน ได้แก่ อายุ ความดันโลหิต การสูบบุหรี่ เบาหวาน ระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอลรวมและ HDL) ความยาวรอบเอว และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ปัจจัยเสี่ยงที่พิจารณาในการประเมิน ได้แก่ เพศเชื้อชาติ อายุความดันโลหิต การสูบบุหรี่เบาหวาน และระดับไขมันในเลือด (คอเลสเตอรอลรวมและ HDL)
มีการศึกษาทดสอบความแม่นยำและความถูกต้องในประเทศไทย	ไม่มีการศึกษาทดสอบความแม่นยำและความถูกต้องในประเทศไทย
ปัจจุบันยังไม่มีแนวทางปฏิบัติสำหรับการใช้งานจริงในชุมชนที่ชัดเจน	มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสำหรับการใช้งานในชุมชน

เมื่อนำข้อมูลการติดตามใฝ่ระวังกลุ่มตัวอย่างอายุ 35-64 ปีจากโครงการระยะยาวเพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือดและเมแทบอลิซึมในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย จำนวน 2,011 คนมาเปรียบเทียบผลการประเมินความเสี่ยงโดยรวมต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของเครื่องมือ Thai ASCVD score และ WHO/ISH risk prediction chart กับข้อมูลการติดตามใฝ่ระวังดังกล่าว (รูปที่ 16) พบว่ากลุ่มตัวอย่างพัฒนาเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 101 คน เมื่อประเมินด้วยเครื่องมือ WHO/ISH risk prediction chart ให้ผลการทำนายความเสี่ยงในช่วงเวลา 10 ปีข้างหน้าตรงกับข้อมูลการติดตามผู้ป่วยจริงจำนวน 16 คน และเมื่อประเมินด้วยเครื่องมือ Thai ASCVD score ให้ผลการทำนายความเสี่ยงในช่วงเวลา 10 ปีข้างหน้าตรงกับข้อมูลการติดตามผู้ป่วยจริงจำนวน 15 คน



รูปที่ 16 จำนวนของผู้ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการติดตามผู้ป่วยจริงและผลการประเมินโดยใช้ Thai ASCVD Score และ WHO/ISH Risk Prediction Chart

ข้อมูลทีกล่าวข้างต้นชี้ว่าการเปรียบเทียบผลการประเมินความเสี่ยงโดยรวมต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของทั้ง 2 เครื่องมือไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามเครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวมที่พัฒนาขึ้นมาจากข้อมูลประชากรไทยมีข้อได้เปรียบในแง่ของการปรับปรุงและพัฒนาเครื่องมือในมีความเหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยมากกว่าสามารถปรับปรุงโมเดลให้ทันสมัยได้โดยไม่จำเป็นต้องรอความช่วยเหลือจากองค์กรระหว่างประเทศ อีกทั้งสามารถเลือกปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่มีความสำคัญเข้ามาในแบบจำลองได้ตามความเหมาะสม ส่งผลให้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงโดยรวมมีความละเอียดสูงสามารถประเมินความเสี่ยงได้แม้ว่ามีความเสี่ยงต่ำ ซึ่งทำให้ประชาชนทราบว่าตนเองมีความเสี่ยงและอาจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ นอกจากนี้การเลือกใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมาเองยังถือได้ว่าเป็นการพัฒนาศักยภาพงานวิจัยของนักวิจัยสาธารณสุขไทยและเป็นการเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาเครื่องมือไปสู่นานาชาติอีกด้วย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

บรรจุการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยใช้เครื่องมือ “Thai ASCVD Score” ในชุดสิทธิประโยชน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับประชากรผู้ใหญ่/วัยทำงาน โดยคัดกรองผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปทุกคนทุก 5 ปี ทั้งนี้ การคัดกรองดังกล่าวจะนำไปสู่การสร้างความตระหนักให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด 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 (16) ต้องใช้งบประมาณ 748 ล้านบาทต่อปี (คิดเฉพาะการตรวจระดับคอเลสเตอรอลรวมและไขมันชนิด HDL ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยเสี่ยงที่คัดกรองในการประเมินความเสี่ยงโดยรวม และยังไม่ถูกบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ มีค่าใช้จ่าย 160 บาทต่อคน หากตรวจทุก ๆ 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 simvastatin² คิดเป็นมูลค่า

2,150 ล้านบาทต่อปี³ (12, 17) นอกจากนี้ การคัดกรองด้วยเครื่องมือ Thai ASCVD Score จะช่วยลดค่าใช้จ่ายจากการให้ยากกลุ่ม statins ในคนที่มีความเสี่ยงต่ำกว่าร้อยละ 20 ที่มีจำนวนมากถึง 562,506 คน (18) ทำให้ประหยัดเงินเป็นจำนวน 371 ล้านบาทต่อปี และหากป้องกันคนที่มีความเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ได้ทั้งหมด จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดและงบประมาณสำหรับการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ประมาณร้อยละ 15 เมื่อเทียบกับสถานการณ์ปัจจุบัน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: บริษัท ครีเอทีฟ กรุ๊ป จำกัด; 2552.
3. 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.
4. 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.
5. นิพนธ์ พวงวรินทร์. แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันสำหรับแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร; 2544.
6. ปฤษฐพร กิ่งแก้ว, ธัญญา คู่พิทักษ์ขจร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ, ศิดาพร ยังกง, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, ยศ ตีระวัฒนานนท์. การประเมินความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556; 7(3): 346–59.
7. สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2551. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2551.
8. 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.
9. World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease: Pocket Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk. Geneva: World Health Organization; 2007.

2 ตามแนวทางปฏิบัติของ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) แนะนำให้ใช้ยา simvastatin 40 mg เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะปฐมภูมิ
3 ยา simvastatin 40 mg ราคา เม็ดละ 1.81 บาท

10. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ.2546-2547. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2549.
11. World Health Organization. Prevention of Cardiovascular Disease: Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva: World Health Organization; 2007.
12. 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.
13. 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.
14. สุกิจ แยมวงษ์. การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด: เครือข่ายวิจัยสุขภาพ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2548. PDG4830206.
15. World Health Organization. WHO/ISH Risk prediction charts for 14 WHO epidemiological sub-regions [Internet]. Geneva. World Health Organization [cited 7 Mar 2014]. Available from: http://ish-world.com/downloads/activities/colour_charts_24_Aug_07.pdf.
16. สำมะโนประชากรและเคหะ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ค. 2557]; เข้าถึงได้จาก: http://popcensus.nso.go.th/table_stat.php?yr=2553
17. ราคากลางของยาตามบัญชียาหลักแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต] นนทบุรี: ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์กระทรวงสาธารณสุข; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 17 พ.ค. 2557]; เข้าถึงได้จาก: <http://dmsic.moph.go.th/news/detail.php?idnews=2552>
18. ยูพิน ตามธีรนนท์, ปัทมรสี ขอนพุดชา, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ยศ ตีระวัฒน์นานนท์, Stephen Lim. การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของการใช้ยากลุ่ม HMG-COA reductase inhibitor (Statin) เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดชนิดปฐมภูมิ. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2550.

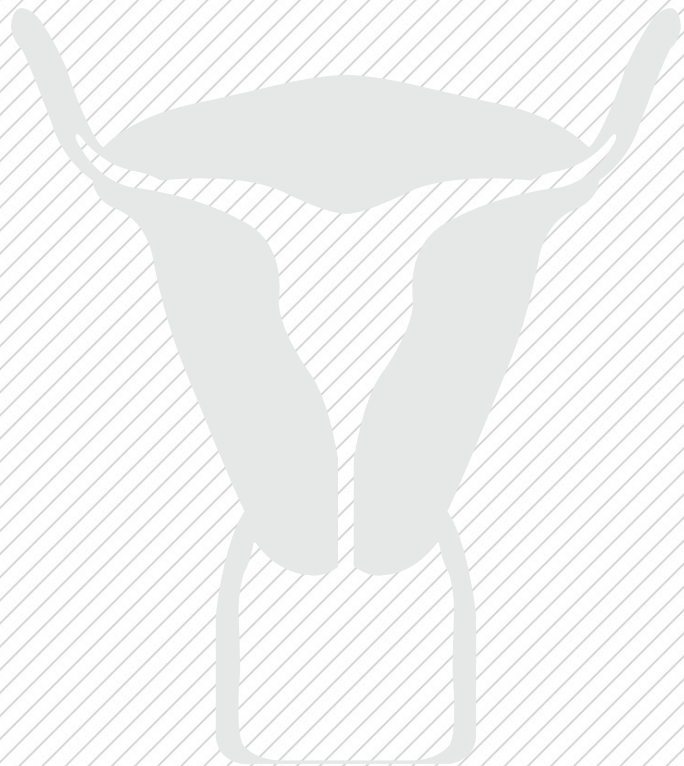
5

โรคมะเร็งปากมดลูก

Cervical cancer



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



มะเร็งปากมดลูก กายร้ายต่อหญิงไทย

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสองในหญิงไทย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในมะเร็งนรีเวชทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2551 พบว่าในกลุ่มประชากรเพศหญิงมีอุบัติการณ์มะเร็งอยู่ที่ 16.7 ต่อแสนประชากร¹ ทำให้ในแต่ละปีมีผู้ป่วยใหม่กว่า 6,000 ราย และเสียชีวิตอีกกว่า 2,000 ราย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ หากยังไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง โดยความสูญเสียไม่จำกัดเพียงแต่ในครอบครัวเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อระดับสังคมด้วยในแง่ผลกระทบต่อภาวะด้านการรักษาพยาบาลของรัฐ และภาครัฐเองก็สูญเสียประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ที่ผู้หญิงกลุ่มนั้นพึงทำในฐานะบุคลากรของชาติ

มะเร็งปากมดลูก ป้องกันได้หลายวิธี

มะเร็งปากมดลูกเป็นหนึ่งในโรคร้ายแรงที่สามารถป้องกันได้ เนื่องจากทราบสาเหตุและสามารถระบุความผิดปกติระยะแรกได้ชัดเจน โดยเกิดจากการติดเชื้อ Human Papillomavirus (HPV) บริเวณปากมดลูก แม้ในคนส่วนใหญ่ร่างกายจะสามารถกำจัดเชื้อชนิดนี้ได้เอง แต่ก็มีคนบางกลุ่มที่ไม่สามารถกำจัดเชื้อออกไปได้และเกิดเป็นความผิดปกติจนลุกลามเป็นมะเร็งภายในระยะเวลาประมาณ 10-15 ปี ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวถือเป็น **"ช่วงเวลาทองของการป้องกัน"** ที่หากสามารถตรวจคัดกรองหาความผิดปกติในระยะเริ่มต้นได้ ก็จะสามารถรักษาให้หายและป้องกันการเป็นมะเร็งได้

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยมีหลายวิธี ได้แก่ วิธี Pap smear หรือ conventional cytology (CC) วิธีนี้เป็นที่แพร่หลายและใช้โดยทั่วไปในประเทศไทยมากกว่า 70 ปี โดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่จะใช้เครื่องมือสอดผ่านและถ่างช่องคลอด จากนั้นทำการป้ายเซลล์จากมดลูกส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อตรวจหาเซลล์ที่ผิดปกติ วิธีนี้มีข้อดีคือต้นทุนต่ำ (ต้นทุนต่อการคัดกรองคือ 100-200 บาท) แต่ข้อเสียคือประสิทธิภาพในการคัดกรองจะขึ้นกับความชำนาญของบุคลากรที่เก็บตัวอย่างและอ่านเซลล์

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

วิธี Visual Inspection with Acetic acid หรือ VIA ใช้การขลิบปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชู 3-5 % หากมีลักษณะเป็นสีขาวแสดงว่ามีความผิดปกติในระยะก่อนที่จะเป็นมะเร็ง และหากตรวจพบความผิดปกติสามารถให้การรักษาได้เลยทันที โดยผู้รับบริการไม่ต้องเดินทางไปกลับหลายรอบ ซึ่งถือเป็นข้อได้เปรียบของวิธี VIA ที่เหนือกว่า CC อีกทั้งยังมีต้นทุนที่ต่ำกว่า (ต้นทุนต่อการคัดกรองคือ 30-150 บาท) อย่างไรก็ตาม

ก็ตามวิธี 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 แต่ในปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องและชุดตรวจให้ใช้งานง่าย และราคาถูกลงค่อนข้างมาก (ต้นทุนต่อการตรวจประมาณ 400-2,000 บาท)

ปัจจุบันมีวัคซีนที่สามารถป้องกันการติดเชื้อ HPV ได้ ซึ่งครอบคลุมสายพันธุ์ 16 และ 18 ที่เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 70² กล่าวคือ การฉีดวัคซีนไม่อาจป้องกันเชื้อไวรัสได้ครบทุกสายพันธุ์ ดังนั้นแม้จะฉีดวัคซีนแล้วยังคงต้องเข้ารับการตรวจคัดกรองร่วมด้วย ในขณะนี้มีการปรับราคาวัคซีนลดลงค่อนข้างมาก จากเดิมราคาต่อ 3 เข็มอยู่ที่ 12,000 บาท เหลือประมาณ 5,000-7,000 บาท

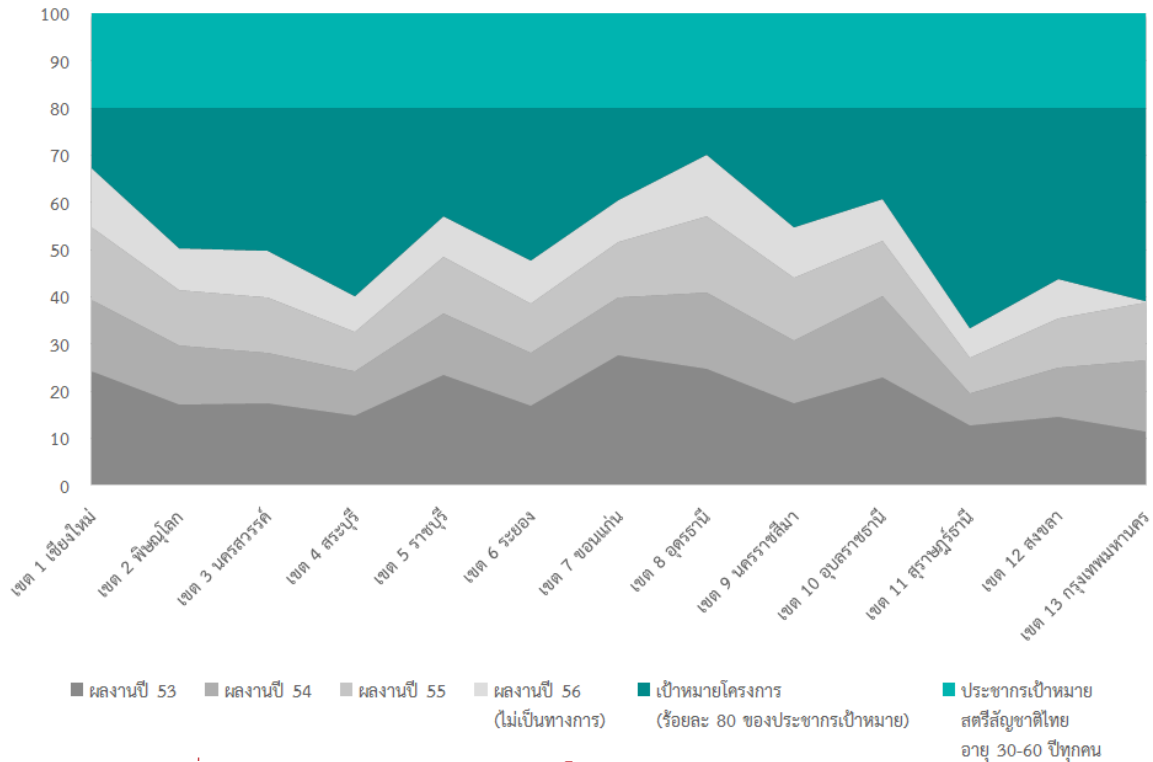
มาตรการควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย

ในประเทศไทย มีการประเมินความคุ้มค่าของวัคซีน HPV เมื่อปี พ.ศ. 2550 พบว่าวัคซีนในขณะนั้นที่ราคา 12,000 บาทต่อ 3 เข็ม ไม่มีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การตรวจคัดกรองด้วยวิธี CC และ VIA ในหญิงอายุ 30-60 ปี ทุก ๆ 5 ปี เนื่องจากราคาวัคซีนที่สูงมาก ดังนั้นมาตรการที่เหมาะสมที่สุดคือการคัดกรองอย่างสม่ำเสมอโดยเน้นเพิ่มอัตราอ้อมรับบริการให้ได้ตามเป้าหมายที่ร้อยละ 80 ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยมะเร็งและเสียชีวิตลงได้เกือบครึ่งหนึ่ง³

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 เป็นต้นมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสอดคล้องกับผลการศึกษาดังกล่าว ซึ่งเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงานในภาพรวมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553-2556 พบว่าอัตราเข้ารับบริการเพิ่มสูงขึ้นมากเมื่อเทียบกับก่อนปี 2553 คิดเป็นอัตราสะสมในระยะ 4 ปีที่ร้อยละ 53 อย่างไรก็ตามคาดว่าเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2557 จะมีเพียงบางเขตพื้นที่ที่สามารถบรรลุเป้าหมายอัตราสะสมร้อยละ 80 ในขณะที่ภาพรวมจะต่ำกว่าเป้าหมายเล็กน้อย ดังแสดงในรูปที่ 17

ร้อยละของประชากรเป้าหมาย

(สตรีอายุ 30-60 ปี)



รูปที่ 17 อัตราเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ 2553-2556 แยกตามเขตพื้นที่รับผิดชอบของ สปสช.

แหล่งข้อมูล: รายงานการสร้งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประจำปี 2553-2555 และรายงานผลการให้บริการ PP ปี 2556 จำแนกตามชุดกิจกรรมของกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

จากการประเมินผลสัมฤทธิ์ดังกล่าว ในปีพ.ศ. 2556 โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ จึงทำการศึกษาเพื่อดูแนวโน้มและความเป็นไปได้ในการขยายบริการด้วยวิธีการพื้นฐานคือ CC แต่เปลี่ยนความถี่คัดกรองจากทุก 5 ปีเป็นทุก 3 ปี และคงเป้าหมายอัตราบริการร้อยละ 80 เท่าเดิม พบว่าจะยังมีความคุ้มค่าโดยประหยัดเงินได้มากขึ้นและลดอุบัติการณ์มะเร็งลงได้อีกปีละ 900 ราย อย่างไรก็ตามอาจติดปัญหาในทางปฏิบัติเนื่องจากจำนวนครั้งการคัดกรองจะเพิ่มขึ้นมากจากปีละ 2.5 ล้าน เป็น 4.2 ล้านครั้ง ในขณะที่กำลังคนซึ่งทำหน้าที่อ่านเซลล์มีจำกัด จำเป็นต้องเพิ่มบุคลากรด้านนี้อีกเกือบเท่าตัว กล่าวคือจากจำนวนนักเซลล์วิทยาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันที่มีประมาณ 270 คน ต้องพัฒนาเพิ่มเป็น 470 คน จึงจะสามารถรองรับการเพิ่มบริการคัดกรองแบบ CC ที่ความถี่ทุก 3 ปีได้⁴

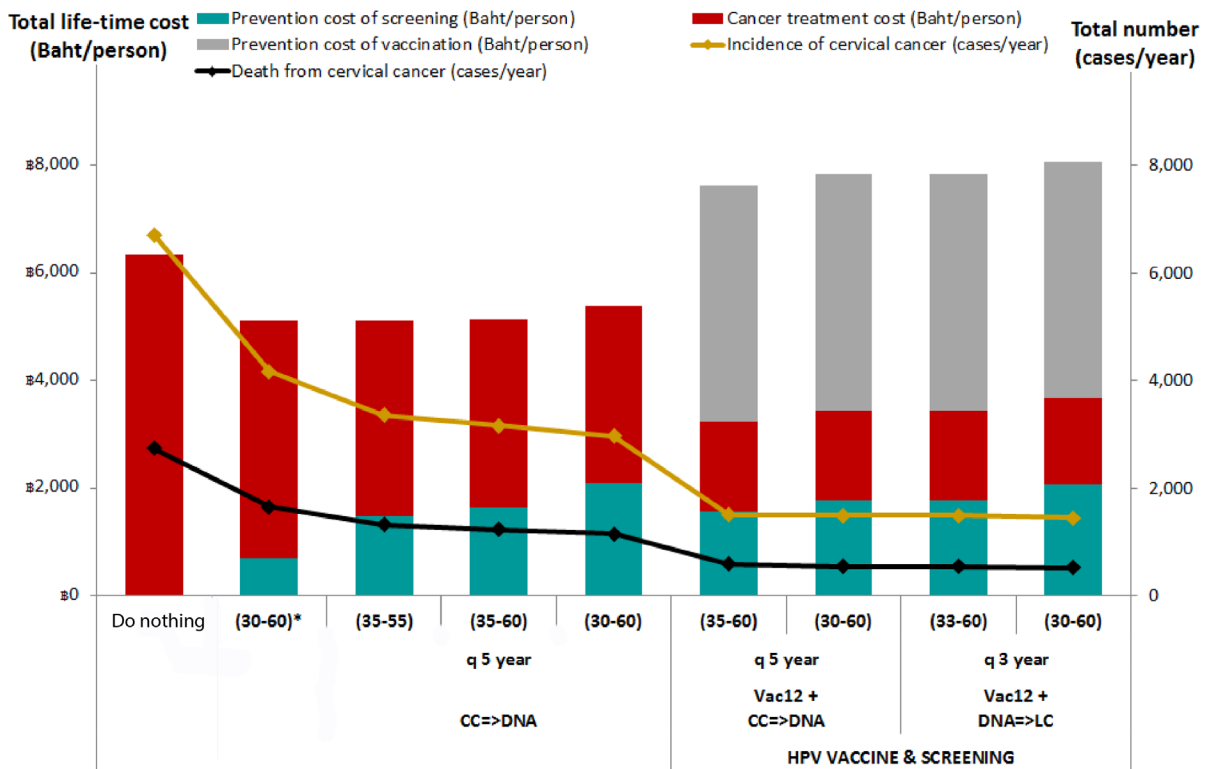
ถึงเวลาต้องปรับเปลี่ยนไปใช้เทคโนโลยีอื่นแล้วหรือยัง?

เนื่องจากการขยายบริการคัดกรองด้วยวิธีเดิมยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนารูปแบบการคัดกรองโดยใช้เทคโนโลยีใหม่ ได้แก่ HPV DNA test และ LC มาใช้เพื่อเพิ่มความถูกต้องแม่นยำของการคัดกรอง ลดจำนวนการส่งต่อโดยไม่จำเป็น

นอกจากนี้แนวคิดการให้วัคซีน HPV เป็นวัคซีนพื้นฐานเพื่อฉีดในเด็กหญิงไทยทุกคนถูกนำกลับมาพิจารณาอีกครั้ง สืบเนื่องจากการศึกษาทางคลินิกเมื่อเร็วๆ นี้⁵ เปรียบเทียบการฉีดวัคซีนคอรัลละ 2 เข็ม ในเด็กอายุ 9-13 ปี กับการฉีดตามรูปแบบที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้กับองค์การอาหารและยาสหรัฐอเมริกา ก่อนหน้านี้ออกคอรัลละ 3 เข็มในเด็กอายุตั้งแต่ 14 ปีขึ้นไป พบว่าเมื่อเวลาผ่านไป 48 เดือน ทั้ง 2 กลุ่มมีระดับภูมิคุ้มกันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ยังมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ไม่มากพอที่จะยืนยันว่า การฉีดวัคซีนแบบ 2 เข็มมีประสิทธิภาพในระยะยาวเทียบเท่าการฉีดแบบ 3 เข็ม แต่เป็นที่น่าสนใจ หากในอนาคตการฉีดแบบ 2 เข็มเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป จะหมายถึงราคาวัคซีนต่อคอรัลที่ลดลงถึงหนึ่งในสามย่อมส่งผลต่อความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ในการนี้โครงการประเมินเทคโนโลยีฯ จึงได้ทบทวนการประเมินความคุ้มค่าใหม่อีกครั้งในปี พ.ศ. 2557 โดยเพิ่มการฉีดวัคซีนแบบ 2 เข็มและเทคนิคการคัดกรองด้วย LC รวมทั้ง HPV DNA test ไว้ในการศึกษาค้างนี้⁶

การศึกษาได้ทำการประเมินการคัดกรองที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบันคือ วิธี CC ในหญิงอายุ 30-60 ปี ทุก 5 ปี ที่อัตราคัดกรองร้อยละ 80 เทียบกับการให้ฉีดวัคซีน HPV ในเด็กหญิงอายุ 12 ปี ร่วมกับการให้คัดกรองด้วยเทคนิคต่างๆ ได้แก่ CC, LC และ HPV DNA test ทั้งแบบวิธีการเดียวและสองวิธีการร่วมกัน รวมทั้งทดสอบปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อายุของกลุ่มเป้าหมาย ความถี่การคัดกรอง โดยวิธีคัดกรองแบบ CC หรือ LC ที่ความถี่ทุก 1 และ 3 ปี ไม่ถูกนำมาพิจารณาเนื่องจากผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นว่ายังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรจึงเป็นไปได้ยากในทางปฏิบัติ

ผลการวิเคราะห์ต้นทุนและผลลัพธ์ทางคลินิก รูปที่ 18 แสดงสัดส่วนต้นทุนที่ใช้เพื่อการป้องกันและต้นทุนที่เสียไปจากการต้องรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก เปรียบเทียบกับประมาณการอุปบัติการณ์และเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก จะเห็นว่าหากไม่มีมาตรการควบคุมป้องกัน (do nothing) จะเกิดผลเสียมากที่สุดคือ มีประมาณการผู้ป่วยถึงปีละ 7,000 ราย เสียชีวิต 3,000 ราย และมีต้นทุนตลอดชีพเฉลี่ยต่อหญิงไทยเท่ากับ 6,350 บาท ซึ่งด้วยการคัดกรองมาตรฐานในปัจจุบันมีความคุ้มค่าโดยช่วยลดอุปบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกและเสียชีวิตได้ปีละ 2,500 และ 1,100 ราย ตามลำดับ ในขณะที่มีต้นทุนรวมต่ำที่สุดเพียง 5,100 บาทต่อคนหรือเท่ากับประหยัดเงินกว่าไม่มีมาตรการ แต่หากคัดกรองโดยใช้สองวิธีการร่วมกันจะยิ่งเพิ่มความแม่นยำในการตรวจกรองส่งผลให้ป้องกันมะเร็งได้จำนวนมากขึ้น แต่ก็มีต้นทุนเพิ่มขึ้นเช่นกัน ในขณะที่การฉีดวัคซีน HPV ในเด็กหญิงอายุ 12 ปี (HPV 12) ร่วมกับการคัดกรองเมื่ออายุถึงเกณฑ์ จะมีประสิทธิภาพช่วยลดอุปบัติการณ์และเสียชีวิตได้มากที่สุด แต่มีต้นทุนส่วนเพิ่มจากการฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้นอย่างมาก



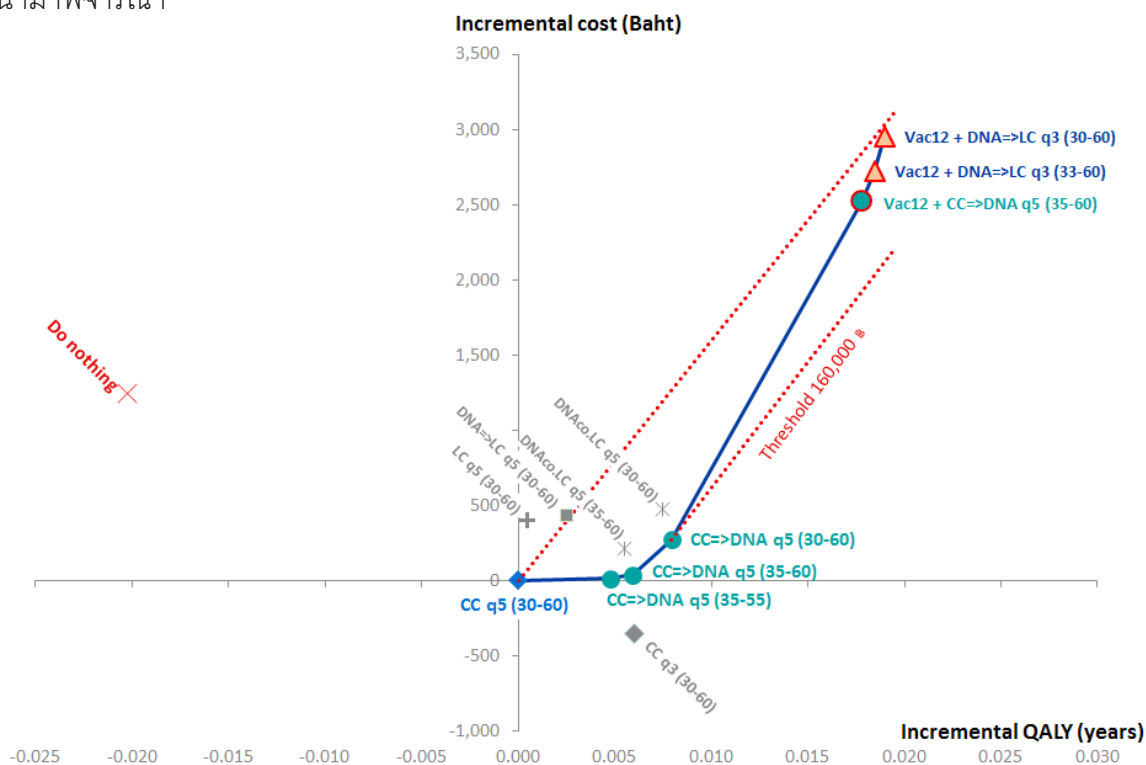
หมายเหตุ: วิเคราะห์ต้นทุนในมุมมองทางสังคม อัตราครอบคลุมบริการคัดกรองและฉีดวัคซีนเท่ากันคือร้อยละ 80 ต้นทุนวัคซีนคำนวณจากจำนวนโดสต่ำสุดที่ต้องการคือ 2 เข็มต่อคอร์ส ราคาเข็มละ 2,000 บาท

- 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 สัดส่วนต้นทุนและผลลัพธ์ทางคลินิกของมาตรการควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในบริบทของประเทศไทย
แหล่งข้อมูล: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (2557)

ผลการวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ โดยใช้เกณฑ์พิจารณาความคุ้มค่าที่ความเต็มใจจ่ายไม่เกิน 160,000 บาทต่อปีสุขภาพ ตามที่คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญญัติยาหลักแห่งชาติใช้ในการพิจารณา พบว่าเมื่อเทียบกับการคัดกรองมาตรฐาน การให้คัดกรองแบบสองวิธีการร่วมกันโดย CC เป็นลำดับแรก ในกรณีตรวจเป็นลบจึงตรวจซ้ำด้วย HPV DNA test (CC=>DNA) ภายใน 6-12 เดือน เป็นวิธีที่คุ้มค่าเมื่อเทียบกับการคัดกรองที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน โดยให้ค่าอรรถประโยชน์ในรูปของปีสุขภาพ (Quality-Adjusted Life Years; QALYs) เพิ่มขึ้น ในขณะที่ต้นทุนเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย คิดเป็นอัตราส่วนต้นทุนต่อประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (incremental cost-effectiveness ratio; ICER) เท่ากับ 34,000 บาทต่อปีสุขภาพ เมื่อคัดกรองที่อายุและความถี่เท่าเดิม และหากเพิ่มการฉีดวัคซีน HPV ในเด็กหญิงอายุ 12 ปี ร่วมกับคัดกรองด้วยวิธี CC=>DNA สามารถเริ่มคัดกรองที่อายุ 35 ปี แทน 30 ปีได้ มีแนวโน้มคุ้มค่า แต่ทั้งนี้มีค่า ICER สูงกว่าเกณฑ์คือเท่ากับ 228,000 บาทต่อปีสุขภาพ

นอกจากนี้หากเริ่มคัดกรองที่อายุน้อยลง ถึงแม้จะมีค่าอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้นแต่ก็เล็กน้อยมากเมื่อเทียบกับต้นทุนส่วนเพิ่ม ซึ่งสัมพันธ์กับความเห็นผู้เชี่ยวชาญว่าในผู้หญิงอายุน้อย เซลล์ผิดปกติที่ปากมดลูกมักหายได้เอง การคัดกรองจึงไม่มีความจำเป็นนักกลับส่งผลเสียคือถูกส่งตรวจและรักษาเกินความจำเป็น มีผลกระทบต่อภาวะเจริญพันธุ์ได้ ดังนั้นการให้คัดกรองในระดับประชากรที่อายุต่ำกว่า 30 ปี จึงไม่ควรนำมาพิจารณา



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

— แสดง efficiency frontier ลากระหว่างวิธีคัดกรองมาตรฐานไปยังมาตรการที่มีความคุ้มค่าในลำดับถัดไป

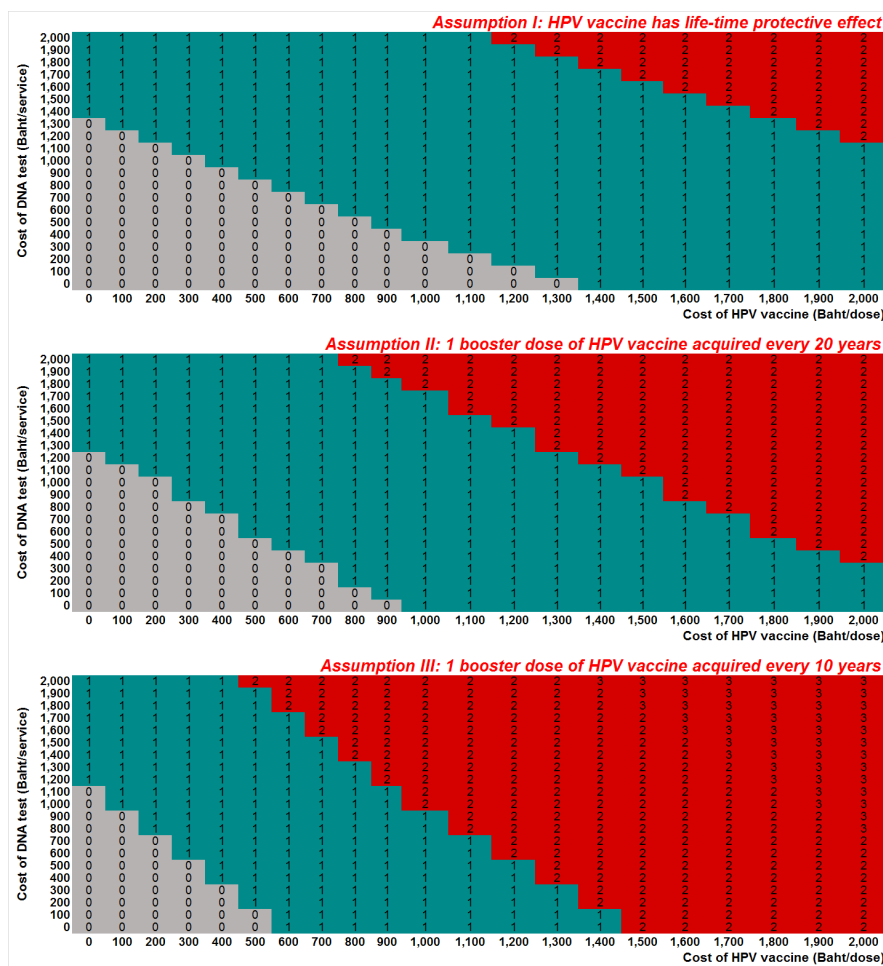
--- แสดงเกณฑ์ความเต็มใจจ่ายที่ 160,000 บาทต่อปีสุขภาพ

- 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
- DNACo.LC = คัดกรองด้วยวิธี HPV DNA test ร่วมกับ liquid cytology พร้อมกัน (cotesting)
- Vac12 = ฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV ในเด็กหญิงอายุ 12 ปี
- q 3 = ทุก 3 ปี, q 5 = ทุก 5 ปี, q 10 = ทุก 10 ปี
- (...) = อายุกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรอง

รูปที่ 19 ต้นทุนและอรรถประโยชน์ส่วนเพิ่มของมาตรการควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูกต่างๆ เปรียบเทียบกับมาตรการปัจจุบัน แหล่งข้อมูล: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (2557)

การศึกษาดังกล่าวยังได้วิเคราะห์เพิ่มเติมหาราคาที่เหมาะสม (break-even price) ของวัคซีนและการคัดกรอง โดยกำหนดความเต็มใจจ่ายต่อปีสุขภาพจะไม่เกิน 0 บาท ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ ณ จุดที่สังคมจะได้ประโยชน์สูงสุดจากการเปลี่ยนไปใช้เทคโนโลยีใหม่ที่มีประสิทธิภาพมากกว่า ทำให้เพิ่มอรรถประโยชน์ในรูปแบบของจำนวนปีสุขภาพที่ได้ ในขณะที่ต้นทุนต้องไม่มากกว่าสถานการณ์ปัจจุบัน

เนื่องจากยังขาดหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ยืนยันถึงประสิทธิภาพระยะยาวของวัคซีน การวิเคราะห์จึงทำภายใต้สมมติฐานต่างกัน 3 สถานการณ์คือ 1) วัคซีนมีประสิทธิภาพป้องกันการติดเชื้อตลอดชีวิตโดยไม่ต้องฉีดเข็มกระตุ้นเลย 2) และ 3) วัคซีนมีประสิทธิภาพต่อเนื่องโดยจำเป็นต้องฉีดวัคซีนกระตุ้นทุก 20 ปี และ 10 ปี ตามลำดับ เนื่องจากการฉีดวัคซีน HPV จะมีความคุ้มค่าและเป็นไปได้ทางปฏิบัติก็ต่อเมื่อมีมาตรการคัดกรองร่วมด้วย ดังนั้นในการศึกษาจึงทำการวิเคราะห์ราคาที่เหมาะสมแบบเปลี่ยน 2 ตัวแปรพร้อมกัน (two-way threshold analysis) ได้แก่ ราคาของวัคซีน HPV และราคาของ HPV DNA test ดังแสดงในรูปที่ 20 พบว่าในสถานการณ์ที่ 1 หากราคาของการตรวจด้วย HPV DNA test เท่ากับในท้องตลาดปัจจุบันคือ 1,000 บาทต่อการทดสอบ ราคาที่เหมาะสมของวัคซีน HPV คือต้องไม่เกิน 300 บาทต่อเข็ม จึงจะมีค่า ICER อยู่ในเกณฑ์ สำหรับสถานการณ์ที่ 2 และ 3 หากในอนาคตต้องมีการฉีดเข็มกระตุ้นทุก 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 ทุก ๆ 5 ปี (Vac12 + CC=>DNA q5, 35-60) อัตราครอบคลุมบริการคัดกรองและฉีดวัคซีนเท่ากันคือร้อยละ 80 ต้นทุนวัคซีนคำนวณจากจำนวนโดสต่ำสุดที่ต้องการคือ 2 เข็มต่อคอร์ส โดยมีสมมติฐานวัคซีน 3 แบบ ได้แก่ I) ฉีดวัคซีนครั้งเดียวมีภูมิคุ้มกันตลอดชีวิต II) ต้องฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นทุก ๆ 20 ปี และ III) ต้องฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นทุก ๆ 10 ปี

- 0 หมายถึง ICER < 0 บาทต่อปีสุขภาพ
- 2 หมายถึง 160,000 ≤ ICER < 320,000

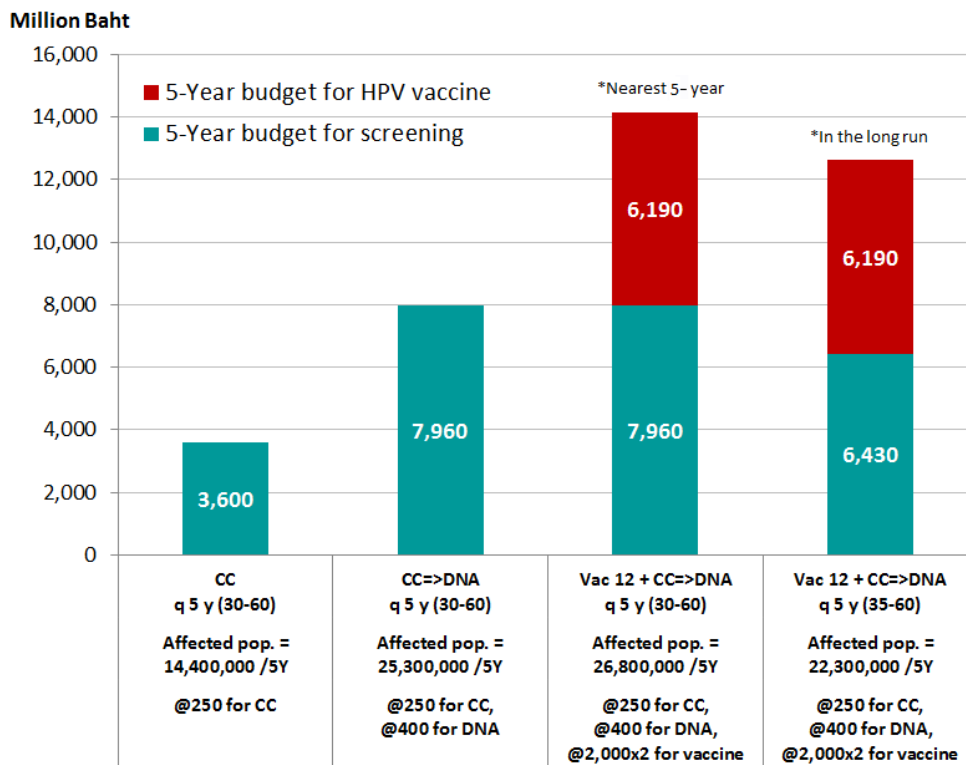
- 1 หมายถึง 0 ≤ ICER < 160,000
- 3 หมายถึง 320,000 ≤ ICER < 480,000

รูปที่ 20 การวิเคราะห์ความไม่แน่นอนแบบ 2 ตัวแปร ระหว่างต้นทุนของ HPV DNA test (แกนตั้ง) และต้นทุนของวัคซีน (แกนนอน)
แหล่งข้อมูล: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (2557)

ผลกระทบการงบประมาณ

เมื่อพิจารณาการงบประมาณแบบระยะ 5 ปี (ปี 2558-2562) พบว่าหากเปลี่ยนการคัดกรองเป็น CC=>DNA ทุก 5 ปี ในหญิงอายุ 30-60 ปี จะมีการงบประมาณเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัวจากเดิม 3,600 ล้านบาท เป็น 7,960 ล้านบาท และหากบรรจุวัคซีน HPV เป็นวัคซีนพื้นฐานให้ฉีดในเด็กหญิงอายุ 12 ปีทุกคน จะมีการงบประมาณเพิ่มอีก 6,190 ล้านบาท คิดเป็นการงบประมาณรวมคัดกรอง 14,150 ล้านบาท หรือประมาณ 4 เท่าของงบประมาณในปัจจุบัน

ทั้งนี้การวิเคราะห์การงบประมาณแบบมีวัคซีนเป็นการวิเคราะห์หากเริ่มดำเนินการในระยะอันสั้น ดังนั้นคนที่มีอายุเกิน 12 ปี ในปัจจุบันจะยังไม่ได้ประโยชน์จากวัคซีนและยังคงต้องเริ่มการคัดกรองที่อายุ 30 ปี เช่นเดิม แต่ประโยชน์ของวัคซีนจะเห็นชัดเจนเมื่อเวลาผ่านไป 20-30 ปี ซึ่งสามารถขยับอายุที่เริ่มการคัดกรองเป็น 35 ปีได้ โดยจะมีผู้รับผลกระทบจากการคัดกรองลดลงเล็กน้อย ดังแสดงในกราฟแท่งขวามือ



รูปที่ 21 การงบประมาณระยะ 5 ปี ของการคัดกรองและฉีดวัคซีน HPV (อัตราความครอบคลุมบริการร้อยละ 80)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การคัดกรองในสถานการณปัจจุบันโดยวิธี conventional cytology ทุก 5 ปี (30–60 ปี) ยังมีความคุ้มค่า โดยหากเพิ่มความถี่การคัดกรองเป็นทุก 3 ปี จะมีความคุ้มค่ายิ่งขึ้น แต่มีอุปสรรคด้านกำลังคนอ่านเซลล์ไม่เพียงพอ
2. หากเปลี่ยนเทคนิคการคัดกรองเพื่อเพิ่มความแม่นยำโดยเริ่มจาก conventional cytology เป็นวิธีแรก เฉพาะรายที่ผลเป็นลบจึงนัดตรวจด้วย HPV DNA ซ้ำในระยะเวลา 6–12 เดือน เป็นวิธีที่คุ้มค่า แต่กระทบภาระงบประมาณเพิ่มขึ้นกว่าเท่าตัว
3. การฉีดวัคซีนป้องกัน HPV ในเด็กร่วมกับคัดกรองมีประโยชน์แต่ไม่มีความคุ้มค่าเนื่องจากราคาวัคซีนที่แพงมาก
4. การฉีดวัคซีนและคัดกรองเป็นการลงทุนสำหรับคนต่าง generation กัน หากเลือกฉีดวัคซีนโดยไม่คัดกรองจะมีผลทั้งทางจริยธรรมและความยุติธรรม อีกทั้งในปัจจุบันยังไม่ทราบประสิทธิภาพระยะยาวของวัคซีนทั้งแบบฉีด 3 เข็มและ 2 เข็ม หากต้องฉีดเข็มกระตุ้นในอนาคต ความคุ้มค่าของวัคซีนจะลดลง
5. การให้วัคซีน HPV เป็นวัคซีนพื้นฐาน ควรผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ และคณะกรรมการชุดสิทธิประโยชน์ฯ ของสปสช. รวมทั้งคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ เพราะจะต้องพิจารณาวัคซีนใหม่ไปพร้อมกันอีกหลายตัว
6. ไม่ว่าจะเลือกคัดกรองด้วยวิธีใด มีวัคซีนร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม อัตราการยอมรับบริการและการบริหารจัดการ เป็นปัจจัยหลักกำหนดความสำเร็จโครงการ ผู้เกี่ยวข้องจึงควร
 - เพิ่มช่องทางประชาสัมพันธ์ จัดบริการเชิงรุก เน้นกลุ่มที่มาใช้บริการต่ำ เช่น หญิงที่อาศัยในเขตเมือง
 - พัฒนาระบบข้อมูล ใช้เป็นเครื่องมือในการค้นหาผู้ไม่เข้ารับบริการ และติดตามดูแลต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Kluhapprema T, Attasara P, Sriplung H, et al. Cancer in Thailand. Vol. VII, 2007–2009. Bangkok: National Cancer Institute of Thailand, Ministry of Public Health; 2013.
2. Rabout L, Hopkins L, Hutton B, et al. Prophylactic vaccination against human papillomavirus infection and disease in women: a systematic review of randomized controlled trials. CMAJ 2007; 177 (5): 469–79.
3. Praditsithikorn 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; 29(9): 781–806.
4. นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร. การประเมินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับประชากรในประเทศไทยด้วยแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556; 7(3): 389–399.
5. Mathieu B, Lockman L, Fochesato M, et al. Antibody avidity measurement in recipients of Cervarix® vaccine following a two-dose schedule or a three-dose schedule. Vaccine 2014; 32: 3232–3236.
6. อินทิรา ยมาภย์, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี. การประเมินความคุ้มค่าด้านสุขภาพของการป้องกันและควบคุม มะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2557.

6

การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ HIV/AIDS

AIDS



ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



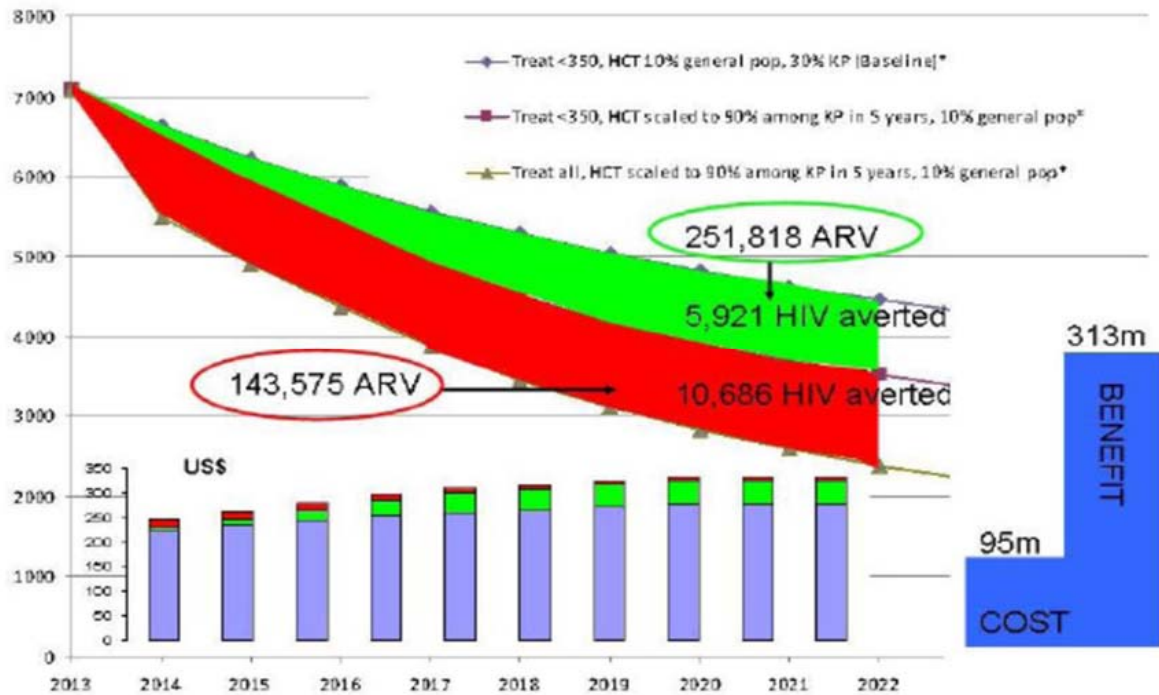
มาตรการยุติปัญหาเอดส์

สืบเนื่องมาจากคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์มีมติในการประชุมเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม 2556 เห็นชอบยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557–2559 ซึ่งครอบคลุมมาตรการยุติปัญหาเอดส์ในประเทศไทย โดยกำหนดเป้าหมายไว้คือ ไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ และไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติและให้เน้นย้ำในการยุติปัญหาเอดส์ กล่าวคือ 1) ประเทศไทยไม่มีเด็กติดเชื้อเอชไอวีเมื่อแรกเกิด 2) การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงร้อยละ 90 หรือน้อยกว่า 1,000 คนต่อปี และ 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ แต่เน้น ๆ ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้ผู้อื่น

สาระสำคัญของมาตรการยุติปัญหาเอดส์ประกอบด้วย การบูรณาการการป้องกันและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและใช้ประโยชน์จากการให้ยาต้านไวรัสฯ ในการป้องกัน (treatment as prevention) รวมถึงการทำให้การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีและการรักษาผู้ติดเชื้อฯ เป็นปกติวิสัยเช่นเดียวกับการรักษาโรคเรื้อรังอื่น ๆ

ในมติดังกล่าวยังได้คำนวณเงินงบประมาณที่ต้องใช้ในการบรรลุเป้าหมายข้างต้นเป็นจำนวนเงิน 1,423 ล้านบาท 1,706 ล้านบาท และ 2,015 ล้านบาทสำหรับปี พ.ศ. 2557–2559 ตามลำดับ ทั้งนี้การตัดสินใจของ คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์วางอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลจาก คณะทำงานวิชาการที่ทำการศึกษาความคุ้มค่าของมาตรการฯ ด้วยแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์ และได้ผลสรุปที่ระบุว่ามาตรการยุติปัญหาเอดส์มีความคุ้มค่าและคุ้มทุน กล่าวคือ ในช่วงระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า รัฐบาลไทยลงทุนเป็นจำนวนเงิน 3,000 ล้านบาทสำหรับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี การรักษาแต่เนิ่น ๆ (โดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 ของผู้ติดเชื้อฯ) และสนับสนุนเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ติดเชื้อฯ ขณะที่เกิดผลตอบแทนจากการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ ลดจำนวนผู้เข้ารับการรักษาที่เกิดขึ้นจากการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อฯ และเพิ่มผลิตภาพในการทำงาน คิดเป็นมูลค่าประมาณ 9,000 ล้านบาท ดังแสดงในรูปที่ 22





รูปที่ 22 ผลการคาดการณ์ด้านต้นทุนและผลลัพธ์ของมาตรการยุติปัญหาเอดส์ที่พิจารณา โดย คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
ที่มา: ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2556)

ต้นทุนที่ซ่อนอยู่ของมาตรการยุติปัญหาเอดส์

เอกสารประกอบการตัดสินใจของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่กล่าวข้างต้นมีการประมาณการต้นทุนต่ำกว่าความจริงไปมาก โดยมีประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

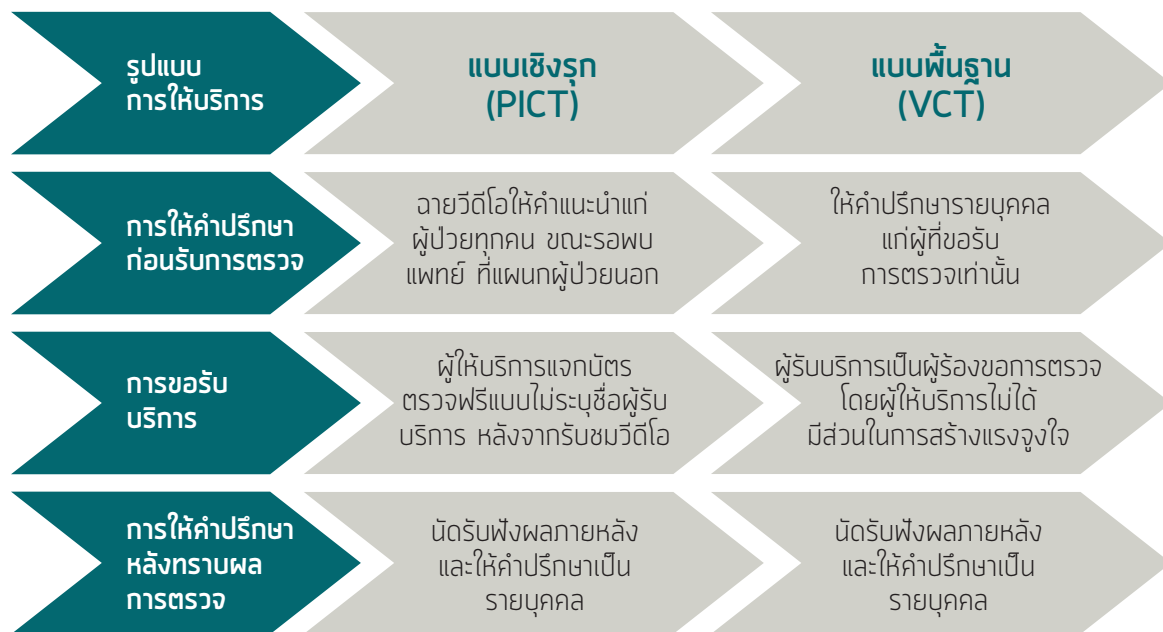
1. การประมาณการจำนวนผู้ถูกคัดกรองต่อจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่ค้นพบต่ำกว่าความเป็นจริงค่อนข้างมาก กล่าวคือ ประมาณว่าต้องคัดกรองประชาชนจำนวน 14 คนเพื่อค้นพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1 ราย ในปี พ.ศ. 2556 และ 26 คนต่อการค้นพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1 รายในปี พ.ศ. 2557 ในขณะที่ฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระบุว่าในปี พ.ศ. 2556-2557 มีการคัดกรองผู้ติดเชื้อประมาณ 6 แสนรายต่อปี และพบผู้ติดเชื้อ รายใหม่ประมาณ 17,000 ในปี พ.ศ. 2556 และ 18,000 ราย ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าต้องคัดกรองประชาชนถึง 34 ราย จึงจะค้นพบผู้ติดเชื้อ รายใหม่ 1 ราย (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบตัวแปรที่ใช้ในแบบจำลองกับข้อมูลจากฐานข้อมูลการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีของ สปสช.

ปี พ.ศ.	2556		2557	
แหล่งที่มา	ฐานข้อมูลของ สปสช.	ประมาณการ	ฐานข้อมูลของ สปสช.	ประมาณการ
จำนวนผู้รับบริการตรวจคัดกรองการติดเชื้อฯ	606,228	381,503	629,923	767,860
จำนวนผู้ติดเชื้อฯ 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 ใช้สมมติฐานว่าหากขยายจำนวนการตรวจคัดกรองการติดเชื้อฯ แบบ VCT ในประชากรเป้าหมายอีก 1 เท่าตัว คือจากปีละ 6 แสนกว่ารายเป็นปีละ 1.2 ล้านราย สัดส่วนของผู้ถูกคัดกรองต่อจำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ยังเท่าเดิม ทั้งที่ผลการวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองเพื่อเพิ่มการค้นพบผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ (1) ให้บุคลากรทางการแพทย์ชักชวนให้ประชาชนทุกคนที่มาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนตรวจหาการติดเชื้อฯ ด้วยความสมัครใจ (Provider-initiated HIV counseling and testing; PICT) (รูปที่ 23) ซึ่งหากขยายบริการตรวจคัดกรองการติดเชื้อฯ ให้ครอบคลุมประชากรจำนวนมากขึ้น โอกาสในการตรวจพบผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ในแต่ละการตรวจคัดกรอง 1 ครั้งจะลดลง กล่าวคือ จำเป็นต้องตรวจคัดกรองประชาชนจำนวนมากขึ้นเพื่อค้นพบผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ 1 ราย ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวพบว่า ต้องคัดกรองประชาชนที่มาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 209 คนเพื่อการค้นพบผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ 1 ราย

ต้นทุนที่ระบุในเอกสารประกอบการตัดสินใจของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ 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 ตามข้อมูล ที่นำมาประกอบการพิจารณา



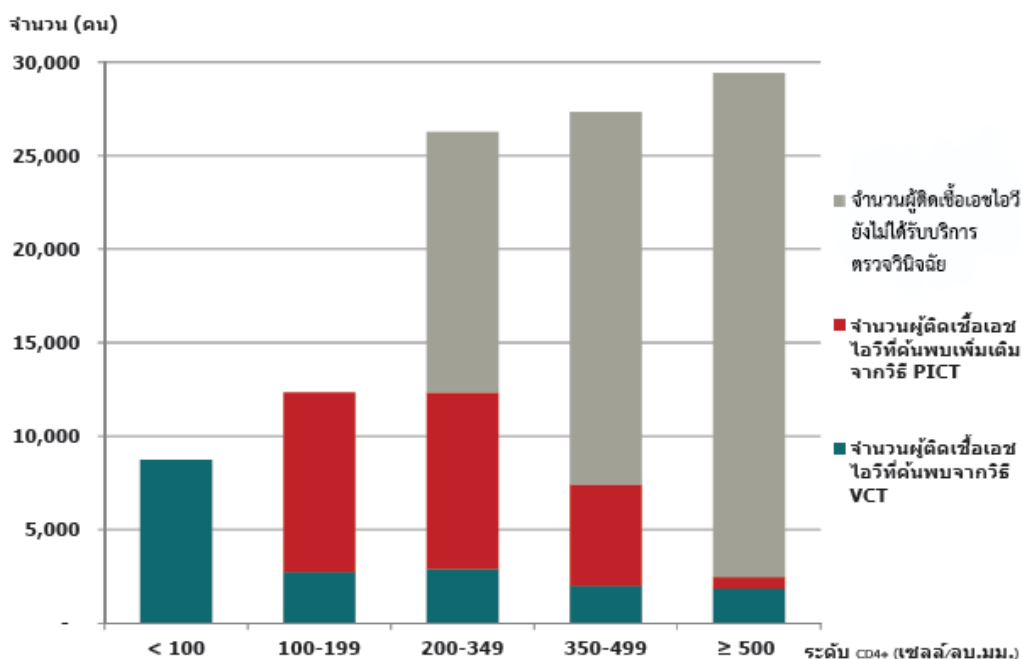
รูปที่ 23 กระบวนการคัดกรองผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบ PICT และ VCT

การเตรียมความพร้อมสำหรับมาตรการยุติปัญหาเอดส์

การเพิ่มการให้บริการคัดกรองผู้ติดเชื้อ

เนื่องจากหัวใจสำคัญของมาตรการยุติปัญหาเอดส์คือการทำให้ผู้ติดเชื้อ ทราบสถานะการติดเชื้อ ของตนเองเพื่อที่จะได้รับยาต้านไวรัสฯ เพื่อการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ จากประสบการณ์ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อ รายใหม่ พบว่ามาตรการ VCT จะไม่สามารถทำให้บรรลุเป้าหมายในการเพิ่มการค้นหาผู้ติดเชื้อ ดังจะเห็นได้จากรูปที่ 24 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามาตรการ VCT จะทำให้ค้นพบผู้ติดเชื้อ รายใหม่ได้เพียง 18,000 ราย ในขณะที่มีผู้ติดเชื้อ ทั้งหมดที่ยังไม่ทราบสถานะการติดเชื้อ ของตนเองจำนวน 102,000 ราย (2, 3)

มาตรการ PICT จะสามารถเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ และค้นพบผู้ติดเชื้อ รายใหม่จำนวนมากในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งจะสามารถเพิ่มจำนวนผู้เข้ารับการคัดกรองการติดเชื้อ ได้จาก 6 แสนรายเป็น 8.7 ล้านราย และพบจำนวนผู้ติดเชื้อ รายใหม่เพิ่มขึ้นจาก 18,000 รายเป็น 42,000 ราย อย่างไรก็ตามยังมีผู้ติดเชื้อ ที่ยังไม่ได้รับการตรวจพบอยู่เป็นจำนวนมาก (ประมาณ 60,000 ราย) โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อ ยังมีระดับภูมิคุ้มกันสูงและไม่มีอาการแสดง

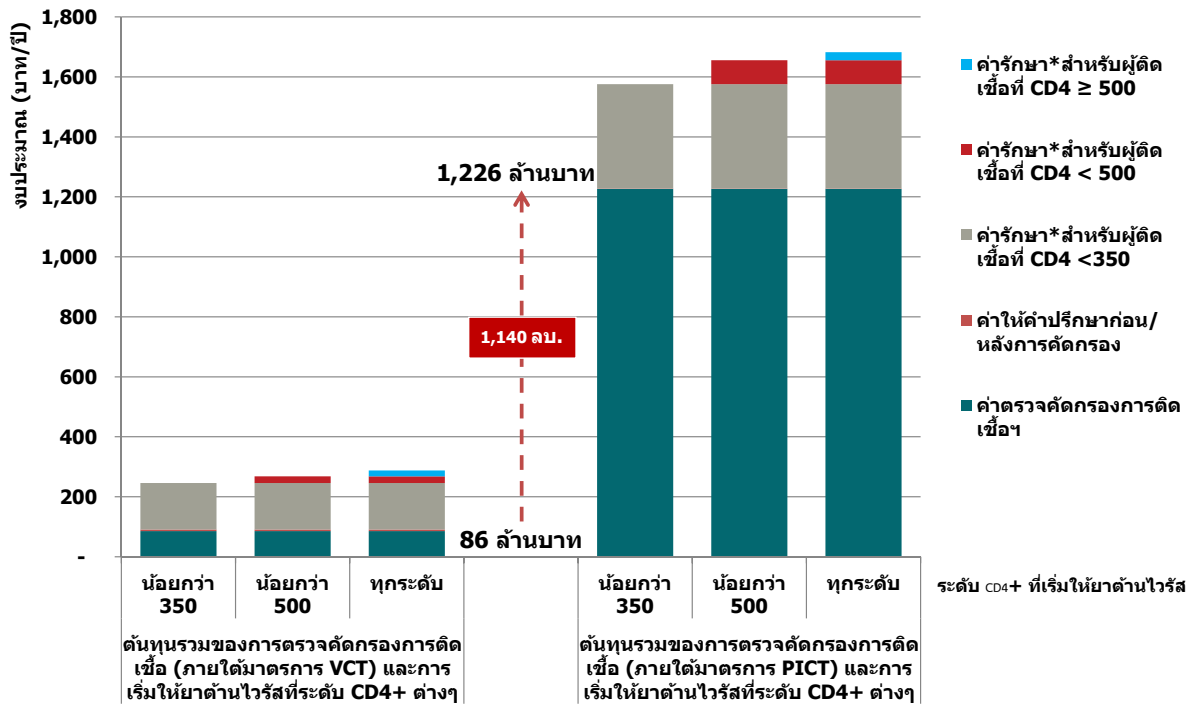


รูปที่ 24 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยวิธีการคัดกรอง VCT และ PICT ตามระดับภูมิคุ้มกัน
แหล่งข้อมูล: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2557) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (2552)

งบประมาณที่ใช้เพื่อดำเนินการตามมาตรการยุติปัญหาเอดส์

ข้อจำกัดสำคัญของมาตรการ PICT คือ เงินงบประมาณที่ต้องใช้ในการดำเนินการที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบประมาณสำหรับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ (รูปที่ 25) ซึ่งนักวิจัยพบว่ามาตรการ PICT ต้องการงบประมาณสำหรับการตรวจคัดกรองสูงถึง 1,226 ล้านบาทต่อปี ซึ่งมากกว่างบประมาณสำหรับมาตรการ VCT ถึง 1,140 ล้านบาท ดังนั้นอาจพิจารณาตามแนวทางของศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2556 ที่ไม่ต้องการขยายการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ ไปสู่ประชากรทั่วไปเป็นจำนวนมาก แต่ให้ความสำคัญกับประชากรที่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนทั่วไป ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายผู้ใช้สารเสพติดแบบฉีด และหญิงขายบริการทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งทำให้จำนวนการตรวจคัดกรองลดลงได้มาก โดยเหลือเพียง 350,000–530,000 รายต่อปี

อย่างไรก็ตามข้อจำกัดของแนวทางการคัดกรองประชากรในกลุ่มเฉพาะดังกล่าว คือความยากในการเข้าถึงประชากรเป้าหมาย ซึ่งส่งผลต่อต้นทุนในการให้บริการคัดกรอง ทั้งนี้เคยมีการประเมินต้นทุนของการเข้าถึงการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีของประชากรกลุ่มนี้ภายใต้โครงการกองทุนโลก พบว่ามีค่าเฉลี่ยต้นทุนระหว่าง 2,600 บาทในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ถึง 37,000 บาทในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดแบบฉีด (4) ขณะที่การคาดการณ์งบประมาณที่นำเสนอต่อคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ใช้ต้นทุนการเพิ่มการเข้าถึงและการคัดกรองการติดเชื้อ ที่ประมาณ 300 บาทต่อราย ซึ่งจะทำให้งบประมาณที่เตรียมไว้เพื่อให้บรรลุมาตรการยุติปัญหาเอดส์สูงกว่าที่ระบุไว้ในเอกสารประกอบการตัดสินใจดังกล่าวของ คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์



รูปที่ 25 งบประมาณที่ต้องใช้ในการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อตามนโยบาย VCT หรือ PICT

มาตรการยุติปัญหาเอดส์เป็นมาตรการที่น่าจะมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์หากประสิทธิผลของการคัดกรองผู้ติดเชื้อ และการป้องกันผู้ติดเชื้อ รายใหม่ด้วยการให้ยาต้านไวรัสเป็นไปดังสมมติฐานการคาดการณ์ตามที่พิจารณาในคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ อย่างไรก็ตาม จำนวนเงินงบประมาณ¹ 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 เพื่อมิให้เกิดปัญหาการขาดแคลนงบประมาณในระหว่างดำเนินการ ซึ่งหมายถึงการขาดแคลนยา ฤกษ์ยอนามัย บุคลากร ฯลฯ ซึ่งย่อมส่งผลเสียต่อผู้ติดเชื้อ โดยตรง²

1 งบประมาณด้านเอดส์ในปัจจุบันประกอบด้วยงบสำหรับการจัดบริการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและการให้ยาต้านไวรัส รวมถึงค่าใช้จ่ายสำหรับส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อ และกลุ่มที่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนทั่วไป

2 ปัจจุบัน (ปีงบประมาณ 2557) สปสช.ได้รับงบประมาณสำหรับการให้ยาต้านไวรัสและส่งเสริมบริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็น 2,946 ล้านบาท

อย่างไรก็ตาม หากงบประมาณทั้งระบบไม่เพียงพอ ผู้เกี่ยวข้องอาจต้องพิจารณาปรับแผนการทำงานของ ยุทธศาสตร์นี้ให้มีความสอดคล้องกับข้อจำกัดดังกล่าว เพื่อป้องกันมิให้เกิดปัญหาการขาดแคลนยาต้านไวรัส สำหรับผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อ ที่เข้าเกณฑ์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในปัจจุบัน (CD4 <350 cell/ μ L) เพราะผู้ติดเชื้อ กลุ่มนี้มีความต้องการยาต้านไวรัสฯ เพื่อป้องกันโรคฉวยโอกาส ยืดอายุ และเพิ่มคุณภาพ ชีวิตผู้ป่วยเมื่อเทียบกับผู้ติดเชื้อ กลุ่มอื่นๆ

นอกจากนั้นควรมีการพิจารณาเพิ่มอัตรากำลังและขีดความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายนี้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งขีดความสามารถในด้านการตรวจคัดกรองเพื่อ ค้นหาผู้ติดเชื้อ ที่ยังคงทราบสถานะการติดเชื้อ ของตนเอง การให้ยาต้านไวรัสฯ รวมถึงการส่งเสริมให้ ผู้ติดเชื้อฯ รับประทานยาต้านไวรัสฯ อย่างถูกต้อง สม่าเสมอ เพราะเป็นหัวใจของความสำเร็จของนโยบายนี้

สำหรับบทบาทของกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ควรมีความสอดคล้องกับนโยบายการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์อื่นๆ ของประเทศไทย เช่น หากต้องการขยายฐานจำนวนผู้เข้ารับบริการตรวจคัด กรองการติดเชื้อฯ ด้วยวิธี PICT กองทุนฯ อาจให้การส่งเสริมสนับสนุนได้ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเสนอให้ คณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตัดสินใจเรื่องนโยบาย การป้องกันการติดเชื้อฯ ร่วมกับคณะอนุกรรมการด้านอื่นๆ เช่น คณะอนุกรรมการด้านการพัฒนาและ การบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

เอกสารอ้างอิง

1. Teerawattananon Y, Leelukhanaveera Y, Hanvoravongchai P, Thavorncharoensap M, Ingsrisawang L, Tantivess S, Chaikledkaew U, Hiransuthikul N, Leartpiriyasawat C. The potential of provider-initiated voluntary HIV counseling and testing at health care settings in Thailand. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program; 2009.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอวีประจำปีงบประมาณ 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2557.
3. คณะทำงานคาดประมาณสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. การคาดประมาณสถานการณ์ เอชไอวี/เอดส์ และการวิเคราะห์เชิงนโยบายระดับประเทศ โดยอาศัย Asian Epidemic Model และ Policy Analysis Tools. 2555.
4. คัดนางค์โตสงวน, ปฤษฎฐพร กิ่งแก้ว, วิวัฒน์ พิระพัฒน์โมคิน, ยศ ตีระวัฒนานนท์. รายงานวิจัย การศึกษา ต้นทุนและประสิทธิผลโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยการส่งเสริมการบูรณาการ และสร้าง เครือข่ายการเข้าถึงบริการกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง. นนทบุรี: โครงการประเมิน เทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ; 2556.

บทสรุป

Conclusion

จากการพัฒนาข้อเสนอฯ ดังกล่าว ผู้วิจัยพบว่านอกเหนือจากประเด็นเรื่องความปลอดภัย ประโยชน์หรือประสิทธิผล ความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของมาตรการต่าง ๆ แล้ว ยังมีประเด็นอื่นๆ ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยเฉพาะ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ควรให้ความสำคัญ เพราะมีผลต่อความสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่

1. การมีระบบกำกับดูแล ติดตามประเมินผลรวมถึงการสร้างแรงจูงใจให้หน่วยงานและผู้ให้บริการบรรลุ เป้าประสงค์ของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คือทำให้ประชาชนมีสุขภาพและสุขภาพภาวะที่ดีควรมี การออกแบบระบบให้มีความรัดกุมในการกำกับติดตามการดำเนินมาตรการต่าง ๆ รวมถึงมีความยืดหยุ่น สูง เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการปรับปรุงแผนการทำงานของผู้ให้บริการ และการสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสม
2. ทักษะคติของผู้บริหารและผู้ให้บริการต่อประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูบบุหรี่/ยาสูบ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด แม้กระทั่งผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้บริหารและผู้ให้ บริการบางกลุ่มยังมีทัศนคติเชิงลบต่อประชาชนที่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ โดยมองว่าควรเป็นความรับผิดชอบ ส่วนบุคคลต่อค่าใช้จ่ายเพื่อยุติพฤติกรรมเสี่ยงหรือรักษาโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงที่ป้องกันได้ อย่างไรก็ตามหากพิจารณาในมุมมองของสาธารณสุขจะพบว่า การแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้มีความคุ้มค่าในการ ลงทุนเป็นอย่างยิ่งเพราะนอกจากจะช่วยเพิ่มอายุขัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนที่เคยมีปัจจัยเสี่ยงและ ยุติได้ ยังลดค่าใช้จ่ายของระบบประกันสุขภาพในอนาคตและในบางกรณียังลดปัจจัยเสี่ยงของผู้อื่นในสังคม ด้วย
3. การหาจุดสมดุลระหว่างการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงและ ง่ายต่อการค้นหา กับการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างทั่วถึงและถ้วนหน้า ทั้งนี้เนื่องจาก มาตรการสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่หากดำเนินการในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงเพียงกลุ่มเดียวอาจ ให้ประสิทธิผลที่ดีกว่า มีความคุ้มค่าสูงกว่า แทนที่จะให้บริการคัดกรองแก่ประชาชนทั่วไปที่อาจไม่ทราบ ระดับความเสี่ยงของตนเองหรือบุคคลทั่วไปที่ยังไม่เจ็บป่วย แต่อย่างไรก็ตาม ควรมีการให้บริการสร้าง

เสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชนทั่วไปด้วย เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง นอกจากนี้ผู้มีความเสี่ยงหลายคนไม่ทราบว่าตัวเองมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค การให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปที่ยังไม่เจ็บป่วยจะสามารถค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงดังกล่าวเพื่อให้การบริการป้องกันโรคที่เหมาะสมต่อไปได้

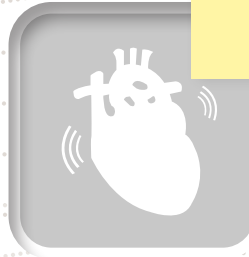
4. ความจำเป็นในการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ทั้งในระดับส่วนกลางและท้องถิ่นเพราะงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบและอำนาจหน้าที่ของส่วนราชการอื่น ๆ การออกแบบชุดสิทธิประโยชน์โดยไม่คำนึงถึงหน่วยงานเหล่านี้จึงไม่สามารถทำให้เกิดประสิทธิผลที่ดีได้ รวมทั้งอาจทำให้เกิดการสิ้นเปลืองทรัพยากรจากการดำเนินงานที่ซ้ำซ้อน

5. การพัฒนาระบบบริหารจัดการสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค/ปัญหาหนึ่ง ๆ ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค/ปัญหาหนึ่ง ๆ ส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้มากกว่า 1 มาตรการร่วมกัน ดังนั้น นอกเหนือจากมาตรการที่คณะผู้วิจัยเสนอ สปสช. ให้บรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ฯ แล้ว จำเป็นต้องมีมาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมาตรการอื่น ๆ 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 และอื่น ๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ♦

โรคและการบาดเจ็บ
จากการทำงาน



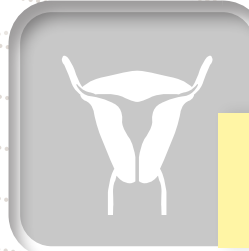
โรคหัวใจและ
หลอดเลือด



บุหรี่ ยาสูบ
และแอลกอฮอล์



โรคมะเร็ง
ปากมดลูก

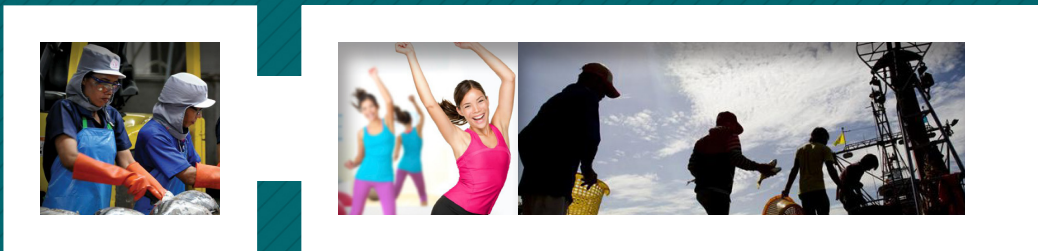


โรคมะเร็งตับ



การติดเชื้อ
เอชไอวี/เอดส์

ข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ
ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับผู้ใหญ่/วัยทำงาน
ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ต.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-590-4374-5 โทรสาร 02-590-4369

Website: www.hitap.net E-mail: hitap@hitap.net



HITAP



HITAP_THAI



HITAP THAI



HITAPNET



HITAPTHAILAND

