

# HITAP



WWW.HITAP.NET



FACEBOOK

ปีที่ 9 ฉบับที่ 31  
กันยายน - ธันวาคม 2560

Health Intervention and Technology Assessment Program

จลสารโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ถึงเวลา  
เอาจริง  
กับ **ไวรัส**  
ดับอักเสบซี



ยาสูตรใหม่และการคัดกรอง  
ความหวังใหม่และความท้าทาย  
ในการสู้กับไวรัสตับอักเสบซี

SCOOP

สงครามเฝ้าระวังไวรัสตับอักเสบซีที่ใกล้จะสิ้นสุด

หน้า **04**

รู้จัก HTA หน้า **14**

บทความพิเศษ

HITAP ในแบบที่เรารู้จัก

หน้า **18**



# EDITOR TALK

โดย กองบรรณาธิการ  
comm@hitap.net



การรับมือกับโรคไวรัสตับอักเสบซีที่ผ่านมามากเป็นการรักษาเนื่องจากไม่มีวัคซีนป้องกัน พัฒนาการด้านการรักษาก็มีมาเป็นลำดับจากยารุ่นเดิมมาเป็นยารุ่นใหม่ตามแต่ละสายพันธุ์ของไวรัส ส่วนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงก็ยังไม่ทั่วถึง ปัจจุบันในบัญชียาหลักแห่งชาติของไทยมีทั้งยาสูตรเดิมและยาสูตรใหม่สำหรับผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีสายพันธุ์ 1, 2, 3, 4 และ 6 และด้วยการมียาที่ดีขึ้นนี้ จึงมีแนวโน้มว่า อาจจะกำจัดไวรัสตับอักเสบซีให้หมดไปได้ แต่กว่าจะมาถึงวันนั้นนั้น มีความเคลื่อนไหวจากหลายภาคส่วนเป็นเวลาหลายปีเช่นกัน

หลายสิบปีก่อน ยาที่ใช้รักษาไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังมีเพียง ยาฉีดเพ็กกิลเลต อินเตอร์เฟอรอน (pegylated interferon) ร่วมกับยาเม็ดไรบาวิริน (ribavirin) เรียกรวมกันว่ายาสูตรพีอาร์ (PR regimen) ซึ่งให้ผลการรักษาที่ดีพอสมควรแต่มีผลข้างเคียงพอสมควรเช่นกัน เนื่องจากเป็นยาฉีดที่ต้องฉีดต่อเนื่องเกือบปี จึงทำให้ผู้ป่วยรักษาไม่ครบ และการรักษาไม่สำเร็จ หลายปีต่อมามียากลุ่มดีเอเอ (direct acting anti-virals - DAAs) เช่น โซฟอสบูเวียร์ (sofosbuvir) เลดipasvir (ledipasvir) และดาคลาทาสเวียร์ (daclatasvir) ทำให้เกิดยาสูตรใหม่ที่ให้ผลการรักษาดีกว่าเดิมมากและผลข้างเคียงน้อยมาก แต่ปัญหาคือยากลุ่มนี้มีราคาแพงมากจนผู้ป่วยเข้าถึงยาลำบาก ระหว่างปี 2557 - 2560 มีการเรียกร้องจากภาคประชาชนต่างๆ ให้ลดราคายาสูตรใหม่ จนมีการทำแคมเปญรณรงค์ผ่าน [www.change.org](http://www.change.org) ความเคลื่อนไหวเหล่านี้ทำให้โรคไวรัสตับอักเสบซีเป็นที่สนใจในวงกว้างมากขึ้น ในส่วนของนักวิชาการและคนทำงานด้านสาธารณสุขก็มีความเคลื่อนไหว เช่นการทำวิจัยเพื่อหาข้อสรุปว่า ยารุ่นใหม่ให้ผลการรักษาที่ดีกว่าหรือไม่ และคุ้มค่ากว่ายาเดิมหรือไม่หากภาครัฐจะเป็นผู้จัดซื้อให้ผู้ป่วย ผลสรุปว่ายาสูตรใหม่นั้นดีกว่ายาสูตรเก่าจริง มีผลให้ผู้ป่วยหายขาด และใช้เวลารักษาสั้นกว่ายาสูตรเดิมถึง 4 เท่า และมีการต่อราคายาจนภาครัฐไม่สามารถรับภาระงบประมาณได้

ในที่สุดเมื่อวันที่ 4 มกราคม 2561 ประกาศคณะกรรมการบัญชียาหลักแห่งชาติ เรื่องบัญชียาหลักแห่งชาติ ประจำปี 2561 หน้า 47 และ 48 ระบุให้ยาสูตรใหม่นี้อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติตามเงื่อนไขที่กำหนด ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ผ่านระบบประกันสุขภาพ

ความสำเร็จนี้ล้วนเป็นผลมาจากหลายภาคส่วน ทั้งอุตสาหกรรมยานักวิจัยหลายสาขา บุคลากรด้านสาธารณสุข ผู้ดูแลระบบประกันสุขภาพหน่วยงานภาครัฐ กลุ่มผู้ป่วยและสื่อมวลชนต่างๆ อย่างไรก็ตามหากต้องการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบซี ยังมีอีกความท้าทายหนึ่ง คือการคัดกรองให้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง จุลสาร HITAP ฉบับนี้จึงขอเป็นส่วนหนึ่งในการนำเสนอเรื่องราวโดยสรุปและขอเป็นอีกแรงผลักดันให้การกำจัดไวรัสตับอักเสบซีประสบผลสำเร็จ





# รับสมัครผู้ช่วยวิจัย HITAP 1 อัตรา

## หน้าที่และความรับผิดชอบ

- เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโครงการ
- ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในความรับผิดชอบ เช่น บทความวารสารวิชาการทั้งในและต่างประเทศ รายงานวิจัย เอกสารนโยบาย
- บริหารเงินในโครงการวิจัยที่ตนเองเป็นผู้ช่วยวิจัยในแต่ละโครงการให้อยู่ในวงเงินที่เหมาะสม พร้อมเก็บรวบรวมหลักฐานการเงินที่ใช้ในแต่ละโครงการ
- ติดต่อ ประสานงาน ภายในองค์กรและหน่วยงานภายนอก
- จัดทำเอกสารต่างๆ เช่น จดหมายเชิญประชุม เอกสารประกอบการประชุมของโครงการที่รับผิดชอบ
- จัดทำนิพนธ์ต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ลงวารสาร (ภาษาไทยและ/หรือภาษาอังกฤษ)
- จัดทำเอกสาร/ข้อความเพื่อเผยแพร่โครงการวิจัยและส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สื่อสารมวลชน
- ช่วยเหลืองานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

## คุณสมบัติของผู้สมัคร

- เพศหญิง/ชาย
- จบการศึกษาระดับปริญญาโทด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข สังคมศาสตร์ หรือสาขาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น เภสัชศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ เป็นต้น
- สามารถใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมพื้นฐานได้อย่างดี
- สืบค้นข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตได้ในระดับดี
- มีทักษะภาษาอังกฤษในระดับดี
- มีความรับผิดชอบสูง อดทน มนุษย์สัมพันธ์ดีและทำงานเป็นทีมได้ดี
- สามารถเดินทางไปปฏิบัติงานต่างจังหวัดได้
- มีประสบการณ์ด้านการทำวิจัย อย่างน้อย 1 ปีหรือเคยทำงานเก็บข้อมูลปฐมภูมิ เช่น การสัมภาษณ์ จะได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษ

## เอกสารประกอบการสมัคร

(กรุณาส่งมาทาง E-Mail / ไปรษณีย์)

- ใบสมัครงาน
- ประวัติส่วนบุคคล (Resume)
- สำเนาวุฒิการศึกษา (ฉบับจริงโปรดนำแสดงในวันที่มาสัมภาษณ์)
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- ผลคะแนนสอบภาษาอังกฤษ (ถ้ามี)
- ใบรับรองการผ่านงาน (ถ้ามี)
- ผลงานที่ผ่านมา (ถ้ามี)

เงินเดือน : ขึ้นอยู่กับความสามารถและประสบการณ์

หลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก : พิจารณาประวัติการทำงาน ประสบการณ์ และการสัมภาษณ์

**โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment: HITAP) ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000**  
**โทร 02 - 590-4549, 02 - 590-4374, 02 - 591-8161**

ผู้สนใจสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม และยื่นใบสมัครทางไปรษณีย์หรืออีเมลได้ที่  
**ภญ.พัทธรา ลิฟหรวงค์**  
**อีเมล : pattara.l@hitap.net และ hr@hitap.net**





# สงครามเงียบไวรัสตับอักเสบซีที่ใกล้จะสิ้นสุด

## ไวรัสตับอักเสบซี ภัยเงียบวัย 40+ และกลุ่มเสี่ยง



ศ. นพ.พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์  
อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคตับ

ศ. นพ.พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์ อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคตับ จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ท่านเป็น แพทย์ผู้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบและเป็นนักวิจัยที่มีผลงานด้านโรคตับอย่างต่อเนื่อง ได้ให้สัมภาษณ์ถึงภัยเงียบจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ทั้งเรื่องของอาการและอันตรายของโรคนี้

“โรคนี้เป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญมากทั้งในประเทศไทย และภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สมัยก่อนความเข้าใจเรื่องโรคตับยังมีน้อยมาก ยาที่ใช้รักษาก็มีจำกัด โรคตับเป็นโรคที่ไม่มี

อาการ คนมักคิดว่าตับต้องแสดงอาการ แต่ที่จริงตับจะแสดงอาการว่าติดเชื้อเมื่อตับแข็งระยะท้ายๆ แล้ว เช่น ตัวเหลือง เป็นดีซ่าน ขาบวม ปัสสาวะเหลืองมาก อ่อนเพลีย มะเร็งตับระยะแรกก็ไม่มีอาการ ถ้าแสดงอาการก็มักรักษาไม่ได้แล้ว

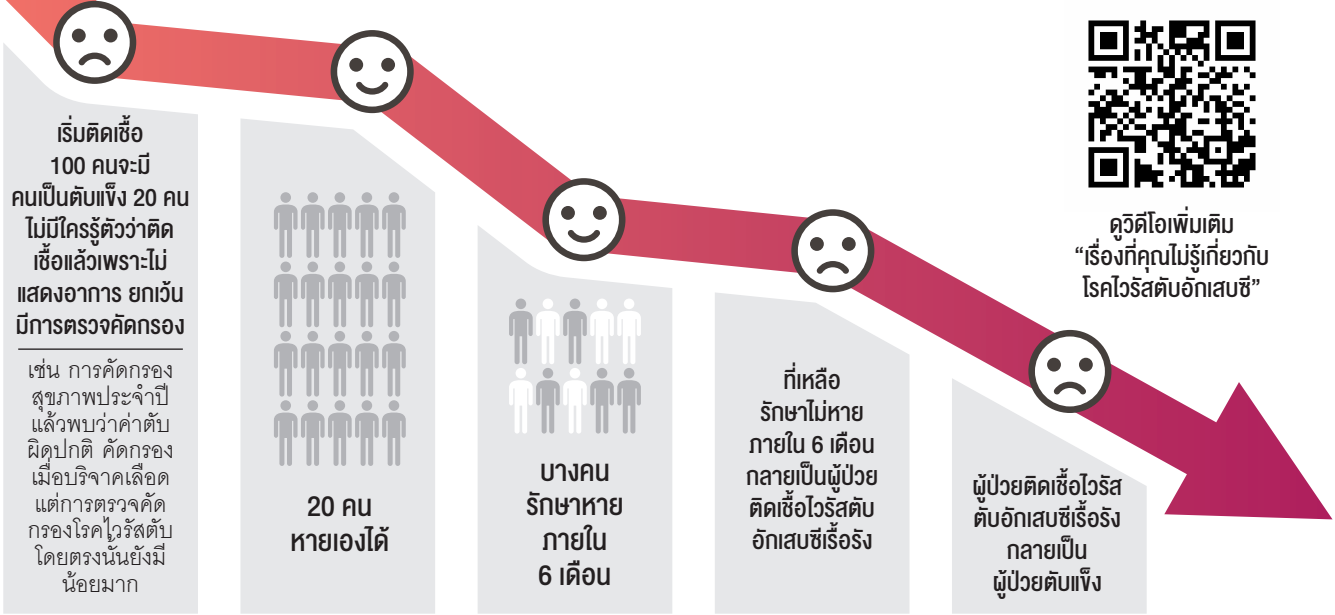
การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเป็นสาเหตุสำคัญของโรคตับแข็งและมะเร็งตับ ถ้ารักษาไม่หายแต่เนิ่นๆ จนกลายเป็นตับแข็งก็เหมือนไปยืนอยู่ที่ปากเหวแล้ว โชคดีที่เป็นโรคที่รักษาหายขาดได้ถ้าตรวจพบแต่เนิ่นๆ แต่ขึ้นอยู่กับยาและการรักษาที่ต่อเนื่อง ปัจจุบันคนไทยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีราว 7 แสนคน (1%) ถือว่าเยอะมาก แต่ส่วนมากมักยังไม่รู้ว่าตัวเองเป็น มักจะรู้เมื่อมาตรวจร่างกายด้วยจุดประสงค์อื่นและพบค่าการอักเสบของตับผิดปกติ เมื่อตรวจเลือดก็พบว่าติดเชื้อ ส่วนวัคซีนป้องกันนั้นยังไม่มี”

ไวรัสตับอักเสบซีติดต่อได้ทางเลือดและสารประกอบของเลือด ผ่านการใช้เข็มฉีดยาไม่สะอาดและเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่พบในวัยน้อยและกำลังเป็นปัญหาสำคัญ

กลุ่มเสี่ยง คือ คนที่เคยมีประวัติการได้รับเลือดใช้เข็มฉีดยาเสพติดเข้ากัน เคยสักด้วยเข็มไม่สะอาด ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หรือผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปและคนที่ทำงานกับเข็ม เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ควรได้รับการคัดกรองด้วยการตรวจเลือด



คู่มือไอพีเอ็มเติม “เรื่องที่คุณไม่รู้เกี่ยวกับโรคไวรัสตับอักเสบซี”



## 7 สายพันธุ์ของ ไวรัสตับอักเสบซี โจทย์ยากในการรักษา

ไวรัสตับอักเสบซีที่ก่อให้เกิดโรคมีด้วยกัน 7 สายพันธุ์ คือ 1 2 3 4 5 6 และ 7 แต่ละสายพันธุ์มีความรุนแรงและการตอบสนองต่อการรักษาที่แตกต่างกัน ประเทศไทยมีผู้ป่วยที่เกิดจากสายพันธุ์ 3 มากที่สุด (40%) รองลงมาคือสายพันธุ์ 1 (20 - 30 %) และสายพันธุ์ 6 (10 - 20%) โดยส่วนที่เหลือเป็นสายพันธุ์อื่น<sup>1</sup> การรักษาต้องเริ่มด้วยการตรวจเพื่อระบุสายพันธุ์ที่ติดเชื้อก่อน เนื่องจากการรักษาแต่ละสายพันธุ์ไม่เหมือนกัน

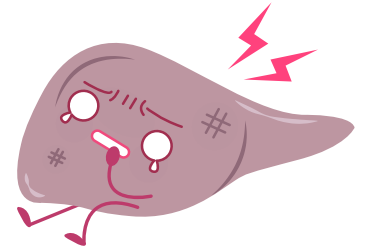
ในปี 2555 มีการบรรจยาสำหรัผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง คือ ยาฉีดเพ็กกิลเลต อินเตอร์เฟอรอน ร่วมกับยาเม็ดไรบาวิรินเข้าในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยเรียกรวมกันว่ายาสูตรพ็อดาร์ ซึ่งเป็นยาที่ต้องกินทุกวัน และต้องฉีดยาทุกสัปดาห์ มีระยะเวลาการรักษา 24 และ 48 สัปดาห์ แตกต่างกันตามสายพันธุ์ นับว่าเป็นการรักษาที่ยาวนาน ผู้ป่วยบางส่วนรับยาไม่ครบ การรักษา บางรายเกิดผลข้างเคียงร้ายแรงจากการรักษาจนต้องหยุดยา หรือบางส่วนรับการรักษาจนครบ แต่ก็อาจไม่หายขาด เนื่องจากยายังมีประสิทธิผลไม่สูงมาก

ในบัญชียาหลักแห่งชาติยาสูตรนี้มีข้อบ่งใช้สำหรับสายพันธุ์ 1, 2, 3, 6 และผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับเชื้อไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรัง ที่มีอายุระหว่าง 18 - 65 ปี และไม่เคยได้รับการรักษาด้วยยาทั้งสองชนิดร่วมกันมาก่อน และได้รับการตรวจพิสูจน์ว่ามีภาวะตับแข็งระยะเริ่มต้น

ตัวเลขอย่างเป็นทางการพบว่าผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรังในประเทศไทยมีจำนวน 172,478 ราย แต่ในความเป็นจริงอาจมีมากกว่านั้น คนกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะพัฒนาไปเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะตับแข็งและมะเร็งตับได้ในอนาคต โดยมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การรักษาจำนวน 74,510 ราย ในแต่ละปี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตั้งงบประมาณสำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรังด้วยยาเพ็กกิลเลต อินเตอร์เฟอรอนและไรบาวิริน ไว้ที่ 300-400 ล้านบาทต่อปี สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรังประมาณ 3,500 คนที่เข้าถึงยา

### ไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรัง

หากไม่ได้รับการรักษาจะนำไปสู่ตับแข็ง ตับวาย และมะเร็งตับ!

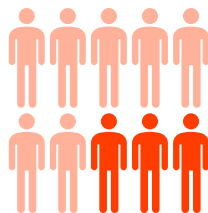


การรักษาเดิมที่ดีที่สุดในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา คือ ยาฉีดเพ็กกิลเลต อินเตอร์เฟอรอนร่วมกับยาเม็ดไรบาวิริน (เรียกรวมกันว่ายาสูตรพ็อดาร์) ซึ่งอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว มีข้อบ่งใช้รักษาได้ทั้งสายพันธุ์ 1, 2, 3 และ 6 สปสช. ตั้งงบประมาณรักษาไว้ 300 - 400 ล้านบาท สำหรับผู้ป่วย 3,500 คนที่เข้าถึงยา

### สายพันธุ์ไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังที่คนไทยติดเชื้อมากที่สุด



สายพันธุ์ 3 มากที่สุด  
40 - 60%



รองลงมาคือสายพันธุ์ 1  
20 - 30%



และสายพันธุ์ 6  
10 - 20%  
โดยส่วนที่เหลือเป็นสายพันธุ์อื่น

สายพันธุ์ 3 ใช้เวลารักษา 24 สัปดาห์

สายพันธุ์อื่น ใช้เวลารักษา 48 สัปดาห์

<sup>1</sup> ข้อมูลจาก Policy Brief เรื่องเพิ่มข้อบ่งใช้ยา pegylated interferon alfa 2-a, alfa 2-b และ ribavirin รักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังชนิด สายพันธุ์ 1 และ 6 คู่มือค่า

## ยาใหม่ดีกว่าแต่ราคาแพงมาก ทางออกคืออะไร

ปัจจุบันมียาใหม่ที่มีประสิทธิผลดีกว่าการรักษาด้วยยาสูตรพรีอาร์ เรียกว่ายากลุ่มดีเอเอ เช่น โซฟอสบูเวียร์ เลดีพาสเวียร์ และดาคลาทาสเวียร์ ซึ่งเป็นผลผลิตจากความเข้าใจเกี่ยวกับไวรัสที่มากขึ้น ทำให้เกิดยาที่ออกฤทธิ์โดยตรงกับไวรัสมีผลให้สามารถรักษาให้หายขาดได้ 95 - 100% ใช้เวลาการรักษาลดลงเป็น 12 สัปดาห์ และมีผลข้างเคียงน้อยกว่า อย่างไรก็ตามยากลุ่มนี้มีราคาแพงและก่อภาระงบประมาณสูงมากหากบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ผลการประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบต่อด้านงบประมาณโดย HITAP เพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกยากลุ่มใหม่เข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติในบัญชียา จ (2) สำหรับรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังทุกสายพันธุ์พบว่า การใช้ยา


กลุ่มดีเอเอมีประสิทธิผลดีกว่าและมีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับยาเดิมในบัญชียาหลักแห่งชาติ

นั่นคือการเปลี่ยนมาใช้สูตร ยาโซฟอสบูเวียร์ร่วมกับยาสูตรพรีอาร์ (ต้องมีทั้งยากินสองตัวและยาฉีดอีกหนึ่งตัว) สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังสายพันธุ์ 3 และยาเม็ดผสมโซฟอสบูเวียร์กับเลดีพาสเวียร์ (ยาสองตัวในเม็ดเดียว) สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังสายพันธุ์อื่นๆ แต่หากปรับมาใช้สูตรยาใหม่นี้ ภาครัฐต้องมีภาระงบประมาณเพิ่มขึ้นจากเดิมกว่า 237 ล้านบาทต่อปี จึงควรมีการต่อรองราคายากับผู้ผลิตและผู้นำเข้า



### มติคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ในการพิจารณาคัดเลือกสูตรยาสำหรับรักษาโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง เพื่อใช้ในการต่อรองราคา<sup>2</sup>



	การรักษาไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง									
	การรักษาเดิม		ทางเลือกที่ 1		ทางเลือกที่ 2		ทางเลือกที่ 3			
	สายพันธุ์ 3	สายพันธุ์อื่น	สายพันธุ์ 3	สายพันธุ์อื่น	สายพันธุ์ 3	สายพันธุ์อื่น	สายพันธุ์ 3	สายพันธุ์อื่น		
<b>แนวทางการรักษา</b>	เพ็กกิลเลต อิมเตอร์พอสอน + โซบาเวริน (ยาสูตรพรีอาร์)		โซฟอสบูเวียร์ + เพ็กกิลเลต อิมเตอร์พอสอน + โซบาเวริน		โซฟอสบูเวียร์ + ดาคลาทาสเวียร์		โซฟอสบูเวียร์ + เพ็กกิลเลต อิมเตอร์พอสอน + โซบาเวริน		โซฟอสบูเวียร์ + เลดีพาสเวียร์	
ระยะเวลา (สัปดาห์)	24	48	12	12	12	12	12	12	12	
ประสิทธิผล	83%	68%	95%	92%	96%	100%	95%	95%	95%	
ความคุ้มค่า			<b>มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ทั้ง 3 เลือก</b>							
งบประมาณค่ายาที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาด้วยยาสูตรพรีอาร์*	งบยาสูตรพรีอาร์ 378 ล้านบาท		ต้องการงบเพิ่ม 232 ล้านบาท		ต้องการงบเพิ่ม 561 ล้านบาท		ต้องการงบเพิ่ม 237 ล้านบาท			
ผลการตัดสินใจ							ประสิทธิผลดีกว่าทางเลือก 1 และการงบประมาณดีกว่าทางเลือกที่ 2			

\* อ้างอิงข้อมูลราคาของบริษัทยาเสนอต่อคณะวิจัย

<sup>2</sup> ที่มา: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อแนวทางการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประเทศไทย 19 กันยายน 2560

## ต่อรองราคา ยา ช่วยทั้งผู้ป่วยและประหยัคงบประมาณชาติ

จากผลสรุปเรื่องประสิทธิผลและภาระงบประมาณของยาใหม่จากงานวิจัยของ HITAP ทำให้คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติมีมติมอบหมายให้คณะทำงานต่อรองราคา ยาทำการต่อรองราคา ยาเม็ดไซฟอสบูเวียร์และยาเม็ดผสม ไซฟอสบูเวียร์กับเลดีพาสเวียร์ ผลการต่อรองทำให้ราคาขายลดลงมา 23% และ 47% ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ภาครัฐยังคงมีภาระงบประมาณสูงถึงเกือบ 80 ล้านบาท

การต่อรองราคา ยาจึงดำเนินต่อไป จนถึงจุดที่บริษัทผู้ผลิตและนำเข้ายาดังกล่าวได้เสนอทางเลือกในการได้ยาราคาที่ถูกลงภายใต้ นโยบายการใช้สิทธิบัตรด้วยความสมัครใจ (voluntary licensing - VL) กับยาดังกล่าว นโยบายนี้ทำให้ประเทศไทยมีสิทธิในการนำเข้าวัตถุดิบเพื่อผลิตยาเอง หรือนำเข้ายาสำเร็จรูปจากผู้ผลิตยาสามัญรายอื่น ส่งผลให้ราคาขายลดลงได้กว่า 80-90% และลดภาระงบประมาณในการรักษาได้ 200-300 ล้านบาทต่อปี

แต่การได้ยาใหม่เข้าไปในบัญชียาแห่งชาติ ไม่ได้แปลว่าจะช่วยกำจัดไวรัสตับอักเสบบีให้หมดไปจากประเทศไทยได้ การได้ยาตัวใหม่ที่ดีกว่าเดิมเข้ามานั้น ช่วยแก้ปัญหาได้เพียงทำให้ผู้ป่วยปัจจุบันมีทางเลือกในการรับยาสูตรใหม่ แต่อีก ปัญหาใหญ่ที่ยังคงอยู่ คือการที่ไวรัสตับอักเสบบีเป็นภัยเงียบในกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่ได้รับการคัดกรอง นั้นเท่ากับว่าผู้ป่วยรายใหม่ยังเข้าไม่ถึงยา ยังมีโอกาสแพร่เชื้อต่อไปได้ ถ้าจะกำจัดให้ไวรัสตับอักเสบบีหมดไปต้องเพิ่มเรื่องการคัดกรอง

ในอดีตมีการตีตราว่าผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีคือผู้ที่ใช้ยาเสพติด แต่ความจริงแล้วทุกคนมีโอกาสติดเชื้อชนิดนี้ได้ แม้แต่บุคลากรทางการแพทย์เพราะติดต่อกับเลือด (ผ่านเข็มหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด) เชื้อไวรัสตับอักเสบบีสามารถมีชีวิตอยู่ภายนอกร่างกายคนได้ (อยู่ในเลือด) ถึงหนึ่งสัปดาห์ นับว่ามีชีวิตยาวนานเสียยิ่งกว่าเชื้อไอซีไอวี

### การคัดกรองที่ยังไม่ทั่วถึงกลุ่มเสี่ยงจะทำให้มีการแพร่เชื้อไวรัสตับอักเสบบีต่อไปเรื่อยๆ



### การคัดกรองที่ยังไม่ทั่วถึงกลุ่มเสี่ยง



ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังได้ยาทางเลือกเพิ่มขึ้น จากยาสูตรเดิมและมีโอกาสหายขาด



## ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มเสี่ยงใหม่ที่อาจทำให้โรคภัยเปลี่ยน



พญ. อัญชลี อวิหิงสานนท์  
ผู้เชี่ยวชาญโรคไวรัสตับอักเสบบี

ไวรัสตับอักเสบบีสามารถแพร่เชื้อผ่านการมีเพศสัมพันธ์ได้ แต่มักพบในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมากกว่าเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิง สาเหตุอาจเพราะพฤติกรรมทางเพศที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมากกว่าคนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีหลายเท่า นอกจากนี้การกินยาต้านไวรัสเอชไอวียังมีผลข้างเคียงทำให้ตับอักเสบบีได้ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ดังนั้นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวีจะยิ่งเสี่ยงติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมากกว่าคนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

พญ. อัญชลี อวิหิงสานนท์ ผู้เชี่ยวชาญโรคไวรัสตับอักเสบบี จากฮีฟแนท (HIV-NAT) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องนี้ว่า “ไม่ว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทุกคนจะเสี่ยง แต่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อเอชไอวีใช้ยาไอซ์และเป็นซีฟิเลียส โอกาสที่เจอไวรัสตับอักเสบบีจะเยอะมาก ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีคู่นอน 3 คน จะเสี่ยงติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีมากกว่าคนทั่วไปถึง 9 เท่า แต่ถ้ามีคู่นอนมากกว่า 3 คนขึ้นไป จะเสี่ยงมากกว่า 20 เท่า! นอกจากนี้ ไวรัสตับอักเสบบีทำให้เกิดโรคตับด้วย เช่น เส้นเลือดอักเสบ เบาหวานและโรคไต ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีจะยิ่งเสี่ยงเกิดโรคตับมากกว่า ถ้าไม่รักษาไวรัสตับอักเสบบีก่อนจะทำให้รักษาการติดเชื้อเอชไอวียากขึ้นด้วย

คนใช้ไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่พบในปัจจุบันมักมีประวัติใช้ยาเสพติดชนิดฉีด เช่น ยาไอซ์ เพื่อเพิ่มความสนุกและระยะเวลาในการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งยิ่งเพิ่มความรุนแรงของการมีเพศสัมพันธ์และเพิ่มความเสี่ยงในการ



พญ. สุชาดา เจียมศิริ หัวหน้าศูนย์  
ประสานงานโรคตับอักเสบบีจากไวรัส

ติดเชื้อ และหากใช้เข็มไม่สะอาดยิ่งเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น ข้อมูลจากต่างประเทศพบว่า คนกลุ่มนี้ที่อายุน้อยซึ่งรักษาไวรัสตับอักเสบบีหายไปแล้ว ก็มีโอกาสมากกลับมาติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีได้ง่ายกว่าด้วย

เราจึงอยากรณรงค์ให้กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีคู่นอนหลายคนหรือมีการติดเชื้อซีฟิเลียส และผู้ใช้ยาเสพติด เป็นกลุ่มเสี่ยงแรกๆ ที่ควรได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี เราไม่ควรปล่อยให้ใครต้องเจ็บป่วยจากโรคนี้ ทั้งๆ ที่มีนเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ภายในระยะเวลาเพียง 12 สัปดาห์ ด้วยยาสูตรใหม่ การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีก็ง่ายนิดเดียว ราคาถูกกว่าการแพ่งๆ สักถ้วยเสียอีก หมอมองว่ามันเป็นข่าวดีมากที่สุดที่เราสามารถผลิตยาสูตรใหม่นี้เองได้ในราคาที่ถูกลงด้วย ในระยะแรกๆ อาจมองว่า ราคาแพงมาก ใช้งบสูง แต่ในระยะยาว คนที่รักษาหายจะหายขาดเลย ไม่ต้องรักษากันตลอดชีวิตเหมือนผู้ป่วยเอดส์ มันต้องใช้งบประมาณน้อยลงไปเรื่อยๆ แน่นนอน ซึ่งคุ้มมาก ยิ่งตอนนี้ราคายาถูกลงแล้ว แต่ก็ต้องระวังกลุ่มที่อาจติดเชื้อซ้ำด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตามในอนาคตผู้ผลิตยาจะต้องแข่งขันกันและมีราคาถูกลงกว่าวันนี้แน่นอน ดังนั้นปัญหาสำคัญ คือ ทำอย่างไรให้คนตระหนักว่าต้องคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี

ในอดีตมีการตีตราว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี คือ ผู้มีประวัติติดยาเสพติด แต่ที่จริงแล้วมันไม่ใช่เลย หมอเองก็เคยติดจากการโดนเข็มที่ใช้รักษาคนไข้ ดังนั้นยังต้องรณรงค์ให้ไปตรวจคัดกรอง และทำงานให้สอดคล้องกันทุกระดับ ตั้งแต่คัดกรอง รักษา และติดตามตั้งแต่ระดับนโยบายจนปฏิบัติงาน”



## การกำจัดไวรัสตับอักเสบซี และยาตัวใหม่ในอนาคต

กรมควบคุมโรคตระหนักถึงภาระงบประมาณในการรักษาไวรัสซีที่สูง จึงตั้งศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส (www.facebook.com/hepatitis.ddc) ขึ้น โดยช่วงแรกจะเน้นไวรัสตับอักเสบซี และมีแผนในการกวาดล้างไวรัสตับอักเสบซีในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งเป็นปีเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก โดยต้องลดอุบัติการณ์ลง 90% ลดการตายจากโรคตับแข็ง มะเร็งตับลงไปอย่างน้อย 65% โดยใช้มาตรการกระจายการรักษาให้เข้าถึงคนไข้ที่ติดเชื้อในปัจจุบัน

พญ. สุชาดา เจียมศิริ หัวหน้าศูนย์ประสานงานโรคตับอักเสบจากไวรัส เล่าถึงการจัดการกับโรคดังกล่าวว่า “ที่ผ่านมาการต่อสู้กับไวรัสตับอักเสบซีใช้การรักษาเป็นหลัก แต่ในประเทศไทย เราไม่มีคลินิกหรือผู้รับผิดชอบในการรักษาโดยตรง เช่น มีผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีด้วยยาเพ็กอินเตอเฟอรอนและโอบาเวรินน้อยมาก แค่ 1,000 - 1,500 คน ต่อปี ขณะเดียวกันจำนวนผู้ป่วยก็เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามีประมาณ 2,500 คน แต่เรามีผู้ป่วย 3 - 7 แสนคน นั่นแปลว่าต้องใช้เวลาเป็นร้อยปีกว่าจะรักษาผู้ป่วยให้หายได้หมด

หมอที่รักษาได้ก็มีจำนวนจำกัด ผู้ป่วยที่อยู่ในจังหวัดที่ไม่มีหมอที่ส่งจ่ายยารักษาไวรัสตับอักเสบซีได้จึงต้องเสียค่าเดินทางไปรักษาที่จังหวัดอื่น ๆ ซึ่งบางส่วนไม่สามารถจ่ายค่าเดินทางได้ อย่างไรก็ตามตอนนี้มียาใหม่เป็นยากิน ใช้ง่ายกว่าเดิม เราก็ตั้งเป้าว่าจะต้องมีผู้ป่วยได้รับการรักษา 3 - 4 หมื่นราย เพื่อที่จะบรรลุเป้าในปี 2573 ซึ่งต้องพัฒนาระบบการให้บริการให้มีคลินิก มีคุณหมอที่รักษาได้ทุกจังหวัด (ปัจจุบันมีประมาณ 50 จังหวัดที่มีหมอที่สามารถเบิกจ่ายยารักษาไวรัสตับอักเสบซีในบัญชียาหลักแห่งชาติได้) เนื่องจากเป็นยาใหม่ต้องอาศัยหมอที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยด้วย

ในระยะสั้นเราตั้งเป้าว่าภายใน 5 ปีนี้ ทุกจังหวัดต้องมีสถานบริการที่รักษาไวรัสตับอักเสบซีได้ แต่การตั้งคลินิกก็ไม่ใช่ง่าย ต้องมีบุคลากร ที่พร้อมและเพียงพอ การกำจัดไวรัสตับอักเสบซีได้เท่ากับเป็นการป้องกันการเกิดโรคที่สร้างภาระในการรักษาต่างๆ ได้ คือ ตับแข็งและมะเร็งตับ คาดว่าถ้ารักษาคนไข้ให้หายก็จะสามารถกำจัดไวรัสตับอักเสบซีได้ และยิ่งถ้าควบคุมไวรัสตับอักเสบซีได้ด้วย จะยังสามารถลดอุบัติการณ์และลดค่าใช้จ่ายในการรักษามะเร็งตับ ทำให้คนไทยมีสุขภาพดีขึ้นด้วย”

แม้ว่าประเทศไทยกำลังจะได้ยาใหม่เข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติคือยาโซฟอสบูเวียร์และเลดีพาสเวียร์ กรมควบคุมโรคยังพยายามเพิ่มทางเลือกในการรักษา โดยร่วมทำวิจัยกับหน่วยงานอื่น เช่น ดีเอ็นดีไอ (Drugs for Neglected Diseases initiative - DNDi) เรื่องการรักษาไวรัสตับอักเสบซีด้วยยาโซฟอสบูเวียร์และราวิดาสเวียร์ เพื่อให้ประเทศไทยมีทางเลือก เกิดการแข่งขันทางการตลาด

ขณะเดียวกันบริษัทผู้ผลิตยากำลังขอขึ้นทะเบียนการค้าสำหรับยาอีกตัวหนึ่งในประเทศไทย ซึ่งเป็นยาที่ใหม่กว่า เป็นยาเม็ดที่สามารถใช้รักษาได้ทุกสายพันธุ์และมีประสิทธิภาพสูงมากจนสามารถกำจัดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีได้ถึง 100% กินง่าย สะดวกต่อระบบการให้บริการและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วย เพราะไม่ต้องมีขั้นตอนการตรวจสายพันธุ์ก่อนรักษา

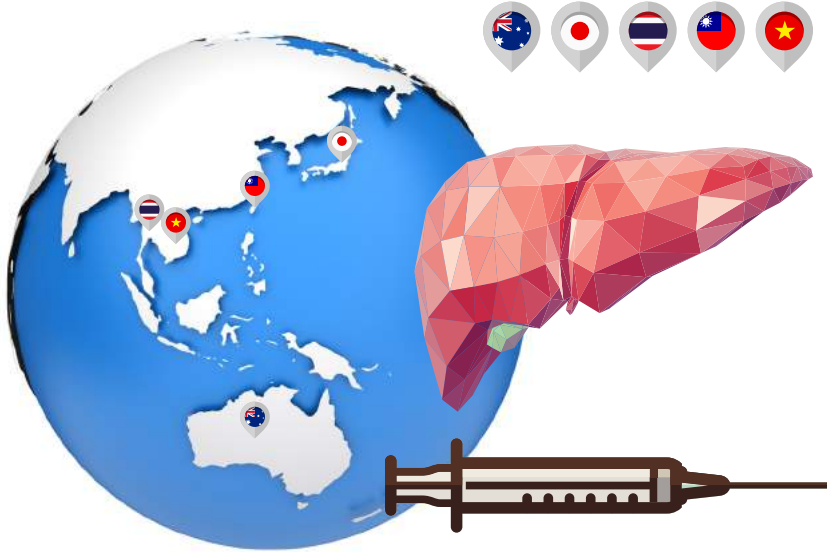
พญ. อัญชลี ให้ข้อมูลว่า “กินยาเม็ดเดียวรักษาได้ทุกสายพันธุ์ ถ้าจะรักษาทุกคน ก็ไม่ต้องตรวจแล้วว่าเป็นตับแข็งด้วยหรือไม่ แค้กินยา 12 สัปดาห์ แล้วมาตรวจเลือดว่ายังมีเชื้ออยู่หรือไม่ ผู้ให้การรักษาก็ไม่จำเป็นต้องเป็นหมอเฉพาะทางพยาบาลที่อยู่ในการดูแลของหมอก็รักษาได้ ขณะนี้บางประเทศไม่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางมาดูแลผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซี ใช้แพทย์ทั่วไปก็ได้ เรียกว่าเป็น Task Shifting (การสอนบุคลากรอื่นให้รักษาโรคได้ในระดับหนึ่ง ถ้าเกินระดับนี้ให้ส่งต่อแพทย์) อีกหน่อยอาจจะเป็นแค่การตรวจเลือดที่ปลายนิ้วเพื่อหาเชื้อก็ได้

ในบางประเทศมีระบบการรักษาไวรัสตับอักเสบซีที่ดีมาก เขามีนโยบายรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีทุกคน คนไข้สามารถไปซื้อยาที่ร้านขายยาได้ มีระบบฐานข้อมูลที่ดีมาก ขึ้นทะเบียนหมดว่าใครมาตรวจ แล้วมารักษาที่คน รักษาแล้วหายขาดกี่คน ต่อยากี่คน ข้อมูลเหล่านี้จะทำให้ติดตามการรักษาได้ถูกต้องมากขึ้น หมอและคนไข้ที่นั่นเมื่อเจอกันเขาจะยิ้ม หมอยิ้มเพราะเขารู้ว่าจะรักษาโรคนี้อย่างไรให้หายขาดได้ คนไข้ยิ้มเพราะรู้ว่าเขาเข้าถึงบริการที่รักษาเขาได้ เราน่าจะทำได้เช่นกัน

หมอต้องขอบคุณทุกคนที่มีส่วนทำให้การเข้าถึงการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซีไม่ไกลเกินเอื้อม มันอาจจะยากในตอนแรก แต่ในอนาคตมันจะคุ้มค่ามาก มันง่ายกว่าการจัดการโรคเอดส์มากเลย” 😊



# 5 ประเทศแลกเปลี่ยนสถานการณ์ยาโซฟอสบูเวียร์ รับมือไวรัสตับอักเสบซี



ดร. จัสมีน พู

โซฟอสบูเวียร์ (Sofosbuvir) เป็นตัวยาลหลักของยาสูตรใหม่สำหรับรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซี ที่มีหลักฐานวิชาการยืนยันว่ามีประสิทธิผลในการรักษาที่ดีกว่ายาสูตรเดิมและมีผลข้างเคียงน้อยกว่ามาก แต่ยาสูตรใหม่นี้มีราคาแพงมากจนทำให้หลายฝ่ายเรียกร้องให้มีการประกาศใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรหรือทำ CL (Compulsory Licensing) กับยาตัวนี้ ในขณะเดียวกัน องค์การอนามัยโลก (World Health Organization - WHO) ได้ประกาศเมื่อต้นเดือนพฤษภาคม 2558 ให้ยาโซฟอสบูเวียร์เป็นยาสำคัญที่แต่ละประเทศควรมีไว้ในบัญชียาหลักของประเทศนั้นๆ จึงเป็นการเพิ่มแรงกดดันให้มีการปรับลดราคา เพื่อให้เพิ่มการเข้าถึงยาได้ในประเทศที่กำลังพัฒนาและประเทศที่ยากจน

เมื่อเดือนเมษายน 2560 ที่ผ่านมา นักวิจัยด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health Technology Assessment - HTA) จากเครือข่าย HTAsiaLink ได้จัดงานเสวนาเรื่องการประเมินยาสำหรับรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซี (HTA of Hepatitis C treatment) ขึ้นที่ประเทศเวียดนาม เพื่อ

แลกเปลี่ยนการแก้ปัญหาการรักษาและการเข้าถึงยาโซฟอสบูเวียร์ในระบบประกันสุขภาพ มีนักวิจัยจากหลายประเทศเข้าร่วมนำเสนอ ได้แก่ ไต้หวัน ญี่ปุ่น เวียดนาม ออสเตรเลียและไทย ซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

ในด้านจำนวนผู้ป่วย ไต้หวันมีสถานการณ์ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีที่ต้องได้รับการรักษามากที่สุด โดยสูงถึงร้อยละ 3.6 ของประชากรทั้งหมด รองลงมาคือ เวียดนาม ญี่ปุ่น และออสเตรเลีย ซึ่งพบความชุกของผู้ป่วยอยู่ที่ร้อยละ 1-3 จากประชากรทั้งหมดของแต่ละประเทศ<sup>[1]</sup>

สำหรับสถานการณ์ด้านยาในการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบซี มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ โดยพบว่าทุกประเทศรวมทั้งไทยล้วนมียาสูตรมาตรฐาน คือเพกกีเลตอินเตอร์เฟอรอน (Pegylated Interferon) และไรบาวิริน (Ribavirin) ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้มียอยู่ในบัญชียาหลักของแต่ละประเทศ<sup>[2-3]</sup> อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศเวียดนามพบว่า แม้การรักษาด้วยยาสูตรมาตรฐาน

<sup>[1]</sup> Sievert W1, Altraif I, Razavi HA, Abdo A, et al. A systematic review of hepatitis C virus epidemiology in Asia, Australia and Egypt. Liver Int. 2011 Jul;31 Suppl 2:61-80

<sup>[2]</sup> World Health Organization [Internet]. WHO model list of essential medicines. [updated August 2017; cited 2017 Oct 19]. Available from: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>.

<sup>[3]</sup> คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2559. 2559.



ศาสตราจารย์ เบรนดอน เคียนีย์



ดร. จัสมีน พวู และ เวือง ลาน มาย



เวือง ลาน มาย

จะมีความคุ้มค่า แต่ผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างเต็มที่เนื่องจากสถานบริการบางแห่งยังไม่สามารถให้การรักษาได้ อีกทั้งรัฐบาลต้องใช้งบประมาณที่สูงมาก

เวือง ลาน มาย (Vuong Lan Mai) นักวิจัยจาก Health Strategy and Policy Institute ประเทศเวียดนามกล่าวว่า การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA) มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพิจารณานำยาใหม่เข้าบัญชียาหลัก เนื่องจากปัจจุบันผู้กำหนดนโยบายต้องการหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ช่วยในการตัดสินใจว่ายาใดควรอยู่ในระบบประกันสุขภาพ

ขณะที่บางประเทศได้มีการเพิ่มยาโซฟอสบูเวียร์เข้าสู่บัญชียาหลักเรียบร้อยแล้ว เช่น ออสเตรเลีย ที่ยาโซฟอสบูเวียร์สามารถเบิกจ่ายได้ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ (Pharmaceutical Benefits Scheme - PBS)<sup>[4]</sup> ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 ศาสตราจารย์ เบรนดอน เคียนีย์ (Brendon Kearney) จาก Health Policy Advisory Committee on Technology - HealthPACT กล่าวว่า รัฐบาลออสเตรเลีย

ได้พยายามช่วยผู้ป่วยให้เข้าถึงยาตัวใหม่ด้วยการสร้างเว็บไซต์สำหรับให้ผู้ป่วยสั่งซื้อยาได้ในราคาถูก หรือญี่ปุ่นที่กำหนดให้ยาโซฟอสบูเวียร์สามารถเบิกจ่ายภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ก่อนหน้าออสเตรเลียเพียง 4 เดือน<sup>[5]</sup> ทั้งนี้ ข้อกำหนดหรือเงื่อนไขการชื้อยาโซฟอสบูเวียร์ของทั้งสองประเทศเป็นไปในแนวทางเดียวกัน คือต้องเข้าร่วมกับยาเลดีพาสเวียร์ (Ledipasvir) ซึ่งเป็นยาในกลุ่มที่ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเช่นเดียวกัน

นอกจากปัญหาการรักษาและการเข้าถึงยาโซฟอสบูเวียร์ บางพื้นที่มีปัญหาคัดกรองโรคไวรัสตับอักเสบบี เช่น ประชากรกลุ่มเสี่ยงในได้วันที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง และยังมีปัญหาการบริหารจัดการผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วยังไม่สามารถดำเนินการต่อได้ ดร. จัสมีน พวู (Dr. Jasmine (Raoh - Fang) Pwu) จาก National Hepatitis C Program Office กล่าวว่า รัฐบาลได้หันมีความพยายามที่จะลดการเกิดผู้ป่วยรายใหม่และลดอัตราการตาย รวมทั้งเพิ่มการเข้าถึงยาตัวใหม่อีกด้วย ☺

<sup>[4]</sup> Hepatitis Australia [Internet]. Treatment for Hep C. [updated 2017 January 9; cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.hepatitisaustralia.com/hepatitis-c-facts/treatment-for-hep-c>

<sup>[5]</sup> TheJapanimes [Internet]. Health ministry approves new hepatitis C drug under insurance scheme. [updated 2015 August 27; cited 2017 May 15]. Available from: <http://www.japantimes.co.jp/news/2015/08/27/national/science-health/health-ministry-approves-new-hepatitis-c-drug-insurance-scheme/#.WRn9B1OGPOQ>

ฐานข้อมูลการประเมินเทคโนโลยี  
ด้านสุขภาพในประเทศไทย

[HTTP://DB.HITAP.NET/](http://db.hitap.net/)

แหล่งรวบรวมบทความวิจัย  
รายงานวิจัยและวิทยานิพนธ์  
ด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ  
(HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT - HTA)  
ในประเทศไทยกว่า 2,000 เรื่อง  
มีสมาชิกกว่า 3,000 ราย





ไม่มีเวลาเก็บข้อมูลเพื่อคำนวณต้นทุน  
ทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขจะอย่างไร?  
มีตัวเลขมาตรฐานให้อ้างอิงไหม?

**ที่นี่มี!**

**[HTTP://COSTINGMENU.HITAP.NET](http://costingmenu.hitap.net)**

เว็บไซต์ โปรแกรมต้นทุนมาตรฐาน  
เพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ





# ประเมินความคุ้มค่า เหมือนห้างไกลแต่ใกล้ตัวนิดเดียว



เรามักจะขยาดเมื่อได้ยินคำว่าเศรษฐศาสตร์เพราะมันดูเป็นอะไรที่จับต้องไม่ได้ มีแต่ทฤษฎีที่แปลกๆ ยุบยับไปหมด คำศัพท์ต่างๆ ก็เหมือนจะคั่งหู แต่ทำไมมันไม่ได้แปลอย่างที่คนทั่วไปเขาเข้าใจกันก็ไม่รู้ ทรัพยากรไม่ได้หมายถึง หิน แร่ ป่าไม้ หรืออะไรจำพวกที่เกี่ยวกับธรรมชาติ ที่ต้องอนุรักษ์ไว้หรือรักษา ทำไมมันถึงพ่วงเวลา ไปถึงแรงงาน และอีกอีกเยอะมากมายเข้าไปด้วย ส่วนค่าเสียโอกาสนี้มันคืออะไรนะ ปกติค่าน้ำ ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ มันต้องเกิดจากเราซื้ออะไรแล้วมีค่าใช้จ่ายไม่ใช่หรือ แล้วค่าเสียโอกาสนี้ใครต้องจ่าย แล้วจ่ายให้ใคร ยิ่งคำถามการเลิศหรืออย่าง “การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์” นี้ยิ่งแล้วใหญ่ ฟังแล้วไม่น่าสนุกเลย ต้องมีทฤษฎีอะไรก็ไม่รู้เต็มไปหมดแน่

แต่อันที่จริงแล้ว รู้หรือไม่ว่าเศรษฐศาสตร์และการประเมินความค่านั้นใกล้ตัวกว่าที่เราคิดมาก เพราะโดยพื้นฐานแล้ว สิ่งที่นักเศรษฐศาสตร์พยายามทำ ก็คือหาทางจับพฤติกรรมและวิถีคิดของคนเรามาแจกแจงลงบนกระดาษเท่านั้นเอง แต่ที่เศรษฐศาสตร์มันซับซ้อนก็เพราะคนเราซับซ้อนนี่ละ

ตามนิยาม เศรษฐศาสตร์ คือ “ศาสตร์หรือวิชาที่เกี่ยวข้องกับวิธีการนำทรัพยากรซึ่งมีอยู่จำกัดมากระทำให้เกิดสินค้าและบริการ เพื่อสนองความต้องการของมนุษย์ซึ่งมีอยู่ไม่จำกัด” เจ้านิยามประโยคเดียวนี้อ่านรอบเดียวอาจยังมันๆ รอบสองอาจจะเข้าใจดีขึ้นบ้าง แต่ก็ยังไม่แปลกถ้าจะยังงงอยู่ดี แต่ถ้าจะพูดให้เข้าใจง่าย มันคือศาสตร์ที่พยายามแก้ปัญหาประเภท “มีวันหยุดวันเดียว แต่ต้องไปธนาคาร ไปไปรษณีย์ ไปซื้อกับข้าว อยากดูหนัง อยากไปเที่ยวต่างจังหวัด แต่ก็อยากนอนทั้งวันเลย” จะแก้ปัญหาด้วยการเพิ่มให้วันหนึ่งมี 48 ชั่วโมงก็คงไม่ได้ ทรัพยากรซึ่งในที่นี้คือเวลาที่มีอยู่เพียงเท่านี้ ดังนั้นเราต้องเลือก และแน่นอนว่าพอเลือกทำอย่างหนึ่ง ก็อดทำอีกอย่างหนึ่งไปโดยปริยายเพราะเวลาไม่พอ ซึ่งถ้าเลือกไปทำธุระสิ่งที่เสียไปก็อาจเป็นความผ่อนคลาย ความสุข สิ่งเหล่านี้คือค่าเสียโอกาส จะเป็นตัวเงินหรือไม่สำคัญ ประเด็นอยู่ที่ว่าเรายอมเสียความสุขหรืออื่นๆ เพื่อแลกมาซึ่งการทำธุระเสร็จนั่นเอง

แล้วเวลาต้องตัดสินใจอย่างนี้ เราใช้อะไรในการตัดสินใจว่าจะเลือกทำอะไรดี

ก็ต้องเลือกทำสิ่งที่คิดว่า “ผลที่ได้ตามมามีคุ้มกับสิ่งที่เสียไป”

ฟังแล้วคล้ายๆ กับอะไรบางอย่างใหม่

“การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ คือ การเปรียบเทียบทางเลือกตั้งแต่สองทางขึ้นไป ในแง่ต้นทุนและผลที่ได้” เหมือนกันเลยนะ


พูดง่ายๆ ก็คือ ทุกครั้งที่เราตัดสินใจเลือกอะไรแต่ละครั้งในชีวิตประจำวัน นั่นคือเราประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เรียบร้อยแล้วผลออกมาแล้ว หรือถ้าจะพูดให้ถูก การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ก็คือการจำลองวิถีคิดของคนแต่ละคนลงมาในกระดาษนั่นเอง เพียงแต่เราไม่ได้มานั่งคำนวณว่า “ต้นทุน” หรือสิ่งที่เราต้องเสียไป เป็นเท่าไร (หรือแม้แต่กระทั่งว่าเป็นอะไร) และ “ผลที่ได้” มากน้อยแค่ไหน เรารู้ของเราเองว่า สิ่งไหนสำคัญกับเราจนยอมทิ้งสิ่งอื่นไปได้



ซึ่งสิ่งที่แต่ละคนได้มาแล้วคิดว่าคุ้มค่าก็อาจจะต่างกัน สำหรับคนที่อดนอนมาห้าวันห้าคืน การได้นอนตลอดทั้งวันหยุดอาจเป็นการใช้เวลาอย่างคุ้มค่าที่สุด ทั้งที่รู้ที่อยู่เต็มมอกว่าถ้าไม่ไปทำธุระจะมีผลเสียตามมา แต่คนคนเดียวกันนี้ ถ้านอนเต็มอิ่มแล้ว วันหยุดครั้งหน้าอาจจะเลือกทำอย่างอื่น กระทั่งคนเดียวกัน เมื่อเงื่อนไขต่างกัน ยังเลือกไม่เหมือนกัน ดังนั้นไม่ต้องพูดถึงการเปรียบเทียบกับคนอื่นเลย

ข้อสำคัญอย่างหนึ่งคือ เราจะต้องประเมินความคุ้มค่าอย่างนี้เมื่อมีทรัพยากรไม่พอเท่านั้น เพราะถ้ามีทรัพยากรเหลือเฟือ เราจะต้องมานั่งเลือกทำไม่ว่าอยากทำอะไร แต่นั่นละ ทรัพยากรมันไม่เคยพอหรอก เพราะความต้องการของคนเรา “มีอยู่ไม่จำกัด”

ในระบบประกันสุขภาพเองก็เหมือนกัน ผู้บริหารที่กำหนดนโยบายและตัดสินใจแทนเราก็ต้องใช้หลักคิดอย่างนี้ ว่ามีเงินอยู่เท่านี้ (ซึ่งเป็นเงินจากภาษีประชาชนด้วย) ลงทุนไปกับอะไรแล้วจะคุ้มไหม แต่สิ่งที่ผู้บริหารแต่ละคนเห็นว่าคุ้มก็อาจต่างกัน และก็ใช่ว่าสิ่งที่ผู้บริหารเห็นว่าคุ้มจะเป็นสิ่งที่ประชาชนเห็นว่าคุ้มเสมอไป

การที่มีการศึกษาเพื่อประเมินความคุ้มค่าของมาตรการด้านสุขภาพมาตรการไหน ยาชินนี้ โดยที่รวมข้อมูลของผู้ป่วย และใช้เกณฑ์ที่เรียกว่าเพดานความคุ้มค่า ซึ่งเป็นมาตรฐานชัดเจน (ในประเทศไทยปัจจุบันคือ 160,000 บาทต่อหนึ่งปีสุขภาพที่ได้มา) จึงจะช่วยให้ผู้บริหารมองเห็นภาพรวม ว่าอะไรกันแน่ที่นั่นจะคุ้มค่ามากกว่ากันในหมู่ประชาชนที่ตนดูแลอยู่ จะได้เลือกทางที่น่าจะเหมาะสมที่สุดต่อไป 

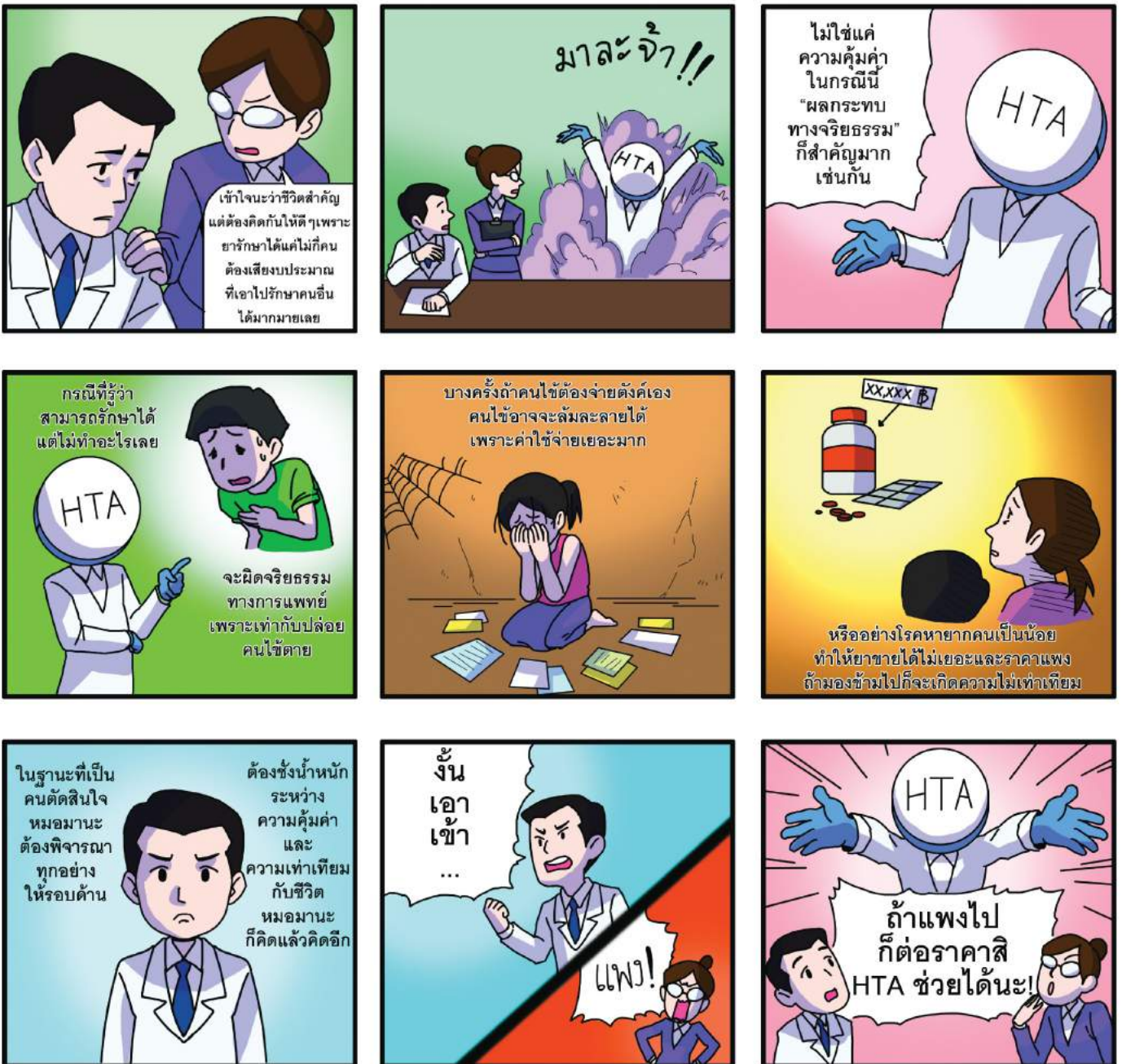


# เมื่อหมอมานะ ... ต้องเลือก ตอนที่ 6 ผลกระทบทางจริยธรรม





**ความเดิมตอนที่แล้ว :** หลังจากใช้เครื่องมือพิเศษสำหรับประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์แล้ว แม้ผลที่ได้จะมีความคุ้มค่า แต่ก็ยังไม่สามารถนำมาใช้ได้จริง เพราะยังมีอีกหนึ่ง ตัวแปรที่สำคัญที่ต้องคำนึงถึงด้วย เช่น เรื่องของผลกระทบทางจริยธรรม



ติดตามตอนต่อไปได้ที่ [www.hitap.net](http://www.hitap.net)



## HITAP ในแบบที่เรารู้จัก

สวัสดีค่ะพวกเราเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ค่ะ ปัจจุบันหลักสูตรของทางคณะจะมีการเรียนการสอนทั้งหมด 6 ปี โดย 5 ปีแรกก็จะเรียนเนื้อหาวิชาในคณะ ส่วนในปีสุดท้ายจะต้องฝึกงานเป็นระยะเวลา 9 เดือน ซึ่งพวกเราสามารถเลือกแหล่งฝึกงานได้ทั้งหมด 3 แห่ง และหนึ่งในแหล่งฝึกที่พวกเราเลือกก็คือ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program) หรือเรียกสั้นๆว่า HITAP ค่ะ

ก่อนหน้านี้พวกเราไม่เคยรู้จักหรือได้ยินชื่อ HITAP มาก่อนเลยค่ะ ย้อนกลับไปตอนที่พวกเราอยู่ปี 5 มีโอกาสได้เรียนวิชาเภสัชเศรษฐศาสตร์ (pharmacoeconomics) ซึ่งเป็นอีกศาสตร์หนึ่งที่นำหลักเศรษฐศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะด้านยา อีกทั้งยังได้รับมอบหมายงานที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยทางเภสัชเศรษฐศาสตร์ ทำให้พวกเราารู้สึกสนใจงานด้านนี้ ประกอบกับตอนนั้นมีการจัดงาน job fair ที่คณะ โดยภายในงาน มีการออกบูธจากพี่ๆ ที่ HITAP นั่นคือจุดเริ่มต้นที่ทำให้พวกเราได้รู้จัก HITAP เป็นครั้งแรก เมื่อได้พูดคุยกับพี่ๆ ก็รู้สึกว่าที่นี่มีการทำงานในด้านที่พวกเราสนใจ จนอยากไปฝึกงานที่นี่ เรียกได้ว่าเป็นรักแรกพบเลยค่ะ และสุดท้ายพวกเราก็ได้เลือกการฝึกปฏิบัติงานด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพและการวิจัยเชิงผลลัพธ์ที่โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพเป็นระยะเวลา 3 เดือน

วันที่พวกเราเข้ามาฝึกงานที่นี่ พวกเรารู้สึกตื่นเต้นเป็นอย่างมาก และอยากรู้ว่า HITAP เป็นเหมือนที่เราคิดไว้หรือไม่ หากถามว่าพวกเราหรือไม่ว่า HITAP คืออะไร และต้องรับผิดชอบงานอะไรบ้าง ในตอนนั้นพวกเราคงตอบได้เพียงว่า HITAP เป็นองค์กรที่ทำการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ด้านยา เพื่อให้ประกอบการตัดสินใจในการคัดเลือกรายการยาเข้าบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ แต่พอได้เข้ามาฝึกงานจริงๆ นั้น ทุกอย่างก็เปลี่ยนไป...

จากที่เคยคิดว่า HITAP รับผิดชอบแค่งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ด้านยา แต่ความจริงนั้นงานวิจัยด้านนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งที่ HITAP รับผิดชอบเท่านั้น เนื่องจาก HITAP เป็นองค์กรที่ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ซึ่งไม่ได้หมายถึงยาเพียงอย่างเดียว แต่ยังรวมถึงเครื่องมือแพทย์ วัคซีน หัตถการ นโยบาย ขั้นตอนและระบบต่างๆ เพื่อให้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านสุขภาพในหลายๆ ด้าน เช่น การตัดสินใจในการคัดเลือกยาเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ การคัดเลือกรายการชุดสิทธิประโยชน์เข้าสู่ระบบสุขภาพของรัฐทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาจสงสัยว่า...แล้วเภสัชกรมีบทบาทในขั้นตอนใดของการประเมิน ต้องขอทำความเข้าใจไปถึงขั้นตอนการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของยา โดยนักวิจัยจะได้ทำการทบทวน

จากตอนแรกที่มองระบบบริการสุขภาพเป็นภาพเล็กๆ ในโรงพยาบาลที่เป็นเพียงการจ่ายยาจากเภสัชกรไปสู่ผู้ป่วยแค่มือกี่คนเท่านั้น เปลี่ยนไปเป็นการจ่ายยาให้แก่ประชาชนจำนวนหลายสิบล้านคนในระดับประเทศ



นสก. รัชยา รัตนพันธ์วงศ์ (หิว)




นสก. วาณี อมรวิชัยพงศ์ (มาย)

วรรณกรรมเกี่ยวกับโรคและยา รวมทั้งข้อมูลระบาดวิทยาจากในประเทศและต่างประเทศ หากเรามีองค์ความรู้ทางด้านเภสัชศาสตร์ก็จะทำให้เราสามารถเข้าใจข้อมูลเหล่านั้นได้โดยง่าย เนื่องจากมีความรู้พื้นฐานเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว

พวกเราได้รับความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ (economic evaluation) ว่าคืออะไร มีกี่ประเภท แต่ละประเภทแตกต่างกันอย่างไร การสร้าง model ทางเศรษฐศาสตร์ อาทิ decision tree, Markov model กระบวนการทำ systematic review และ meta-analysis รวมถึงการฟังบรรยายว่าการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ หรือ HTA (health technology assessment) คืออะไร ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทยมีความเป็นมาอย่างไร และส่งผลกระทบต่อเราอย่างไรบ้าง ซึ่งเราไม่ได้เรียนแค่ภาคทฤษฎีเท่านั้น แต่เรายังได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้เราเข้าใจและเห็นภาพการทำงานมากขึ้น

นอกจากนี้พวกเรายังได้รับโอกาสดีๆ ในการเข้าร่วมสังเกตการณ์การประชุมที่สำคัญต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการประชุมคณะทำงานเศรษฐศาสตร์เพื่อพิจารณางานวิจัยของยาที่จะนำเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ การประชุมคณะผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคหรือยานั้นๆ เพื่อปรึกษาหารือเกี่ยวกับการทำโครงการวิจัยประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของยา เนื่องจากนักวิจัยอาจจะไม่มีความรู้ทางด้านคลินิกและการรักษามากเพียงพอ ซึ่งการประชุมเหล่านี้ทำให้ความคิดของพวกเราเปลี่ยนไปจากตอนแรกที่มองระบบบริการสุขภาพเป็นภาพเล็กๆ ในโรงพยาบาลที่เป็นเพียงการจ่ายยาจากเภสัชกรไปสู่ผู้ป่วยแค่มือกี่คนเท่านั้น เปลี่ยนไปเป็นการจ่ายยาให้แก่ประชาชนจำนวนหลายสิบล้านคนในระดับประเทศ โดยสิ่งที่พบตามมาก็คือความท้าทายที่จะต้องบริหารจัดการทรัพยากรทั้งด้านงบประมาณ ทรัพยากรมนุษย์ และทรัพยากรสิ่งแวดล้อมให้สามารถนำไปใช้ในบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่า เนื่องจากทรัพยากรในประเทศไทยมีอยู่อย่างจำกัด จึงต้องทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด ผู้กำหนดนโยบายจึงต้องการเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านสุขภาพระดับประเทศ เพื่อให้ประชาชนหลายสิบล้านคนสามารถเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขได้อย่างเท่าเทียมกัน ไม่ต้องล้มละลายจากการรักษา และพวกเราก็ได้รู้ว่าเครื่องมือหนึ่งที่เราเข้ามาตอบโจทย์นี้ก็คือ HTA และ HITAP ก็เป็นหนึ่งในหน่วยงานวิจัยด้าน HTA ในประเทศไทยที่ทำงานเพื่อความยั่งยืนของระบบสาธารณสุข

สุดท้ายนี้ พวกเราขอขอบคุณทาง HITAP ที่เปิดโอกาสให้นิสิตนักศึกษาเภสัชศาสตร์ได้เข้ามาฝึกงาน ถึงแม้จะเป็นระยะเวลาเพียง 3 เดือน แต่พวกเราก็ได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ มากมาย และได้เปลี่ยนทัศนคติของนิสิตเภสัชศาสตร์ตัวเล็กๆ 2 คนนี้ ให้อยากทำประโยชน์ที่ยิ่งใหญ่ เพื่อสังคม และเพื่อประเทศไทยต่อไป 



26

พฤษภาคม 2560

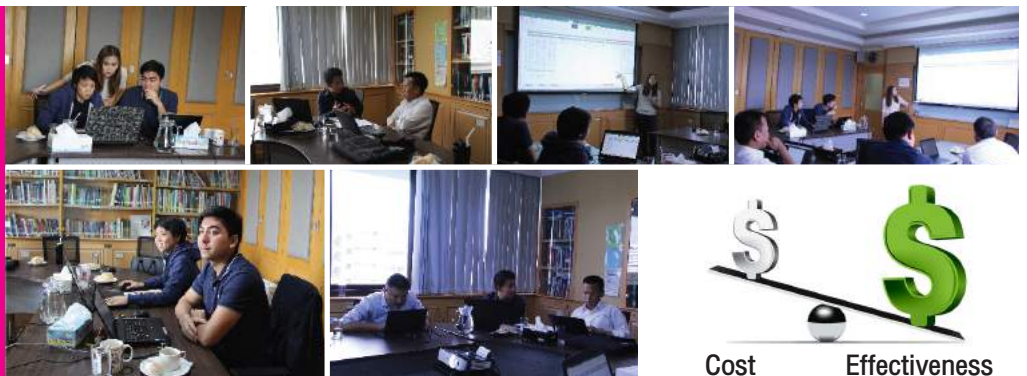


## HITAP บรรยายพิเศษเรื่อง HTA ในการประชุมเมธีวิจัยอาวุโส สกว.

เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2560 ดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้รับเกียรติเป็นวิทยากรบรรยายพิเศษในการประชุมเมธีวิจัยอาวุโส ณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปกรรม ครั้งที่ 3/2560 ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมเป็นนักวิจัยอิสระด้านโบราณคดีและเหล่าคณาจารย์จากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยรามคำแหง และสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีความรู้ความเข้าใจและเห็นความสำคัญของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (health technology assessment – HTA) ซึ่งเป็นการประเมินยา เครื่องมือแพทย์ หัตถการ มาตรการและนโยบายด้านสุขภาพอย่างรอบด้าน และมีส่วนสร้างความยั่งยืนในระบบประกันสุขภาพและสาธารณสุขไทย โดยชี้ให้เห็นถึงตัวอย่างการทำ HTA เพื่อให้เห็นถึงความเหมาะสมของการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เช่น การบรรจุยา bevacizumab ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ยานี้เป็นยานอกข้อบ่งใช้ (off-label medicines) เพื่อรักษาโรคจุดภาพชัดในจอตาเสื่อม ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศแรกของโลกที่ดำเนินนโยบายดังกล่าว ส่งผลให้ประหยัดงบประมาณและทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกและเพิ่มการเข้าถึงยาได้อย่างมาก

22-26

พฤษภาคม 2560



## นักวิจัย HITAP ร่วมกับนักวิจัยภูฏานวิเคราะห์ข้อมูลวัคซีน Pneumococcal Conjugate

เมื่อวันที่ 22 – 26 พฤษภาคม 2560 นักวิจัยจาก Essential Medicines and Technology Division (EMTD) และ Policy and Planning Division (PPD) กระทรวงสาธารณสุข ประเทศภูฏานร่วมกับนักวิจัย HITAP วิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยเรื่อง cost - utility analysis of 10- and 13-valent pneumococcal conjugate vaccines in Bhutan งานวิจัยชิ้นนี้ต้องการสรุปสถานการณ์การใช้วัคซีนและวิเคราะห์ข้อมูลเรื่องความคุ้มค่าหากให้บริการวัคซีนดังกล่าวในประเทศภูฏาน โดยมีวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นเกี่ยวกับ meta-analysis, probability sensitivity analysis, one-way sensitivity analysis และ budget impact analysis หลังจากนั้นจะมีการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเทศภูฏานเพื่อนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นภายใน เดือนมิถุนายน 2560 สามารถติดตามความคืบหน้าของโครงการได้ที่ <http://www.globalhitap.net/projects/introduction-of-pneumococcal-conjugate-vaccine-pcv-in-bhutan/>

7-11  
สิงหาคม 2560



## HITAP จัดการอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ครั้งที่ 13

เมื่อวันที่ 7-11 สิงหาคม 2560 HITAP จัดการอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ครั้งที่ 13 (EE training#13) ที่โรงแรมริชมอนด์ สโตนีลีช คอนเวนชั่น จังหวัดนนทบุรี โดยมีบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข และจากหน่วยงานอื่น ๆ สนใจเข้าร่วมอบรมหลักสูตรเบื้องต้นจำนวนมาก การอบรมในครั้งนี้ เน้นเรื่องการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของการคัดกรองโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ความสามารถในการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุข ประยุกต์องค์ความรู้ในการประเมินคุณภาพงานวิจัย และนำผลงานวิจัยที่ผ่านมาไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพเชิงนโยบาย พร้อมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัย รวมถึงมุ่งหวังให้ผู้เข้าร่วมอบรมสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการเสริมสร้างศักยภาพด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศต่อไป

13

กันยายน 2560



## HITAP เริ่มโครงการวิเคราะห์ต้นทุน “ลดเลือกตีตรา – เลือกปฏิบัติ” ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ในสถานบริการสุขภาพ

เมื่อวันที่ 13 กันยายน 2560 ทีมนักวิจัย HITAP ได้ร่วมประชุมกับตัวแทนจากสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สถาบันวิจัยจัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และ UNAIDS เพื่อนำเสนอโครงร่างวิจัยเรื่อง “การวิเคราะห์ต้นทุนโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ” (Cost analysis of stigmatization and discrimination reduction package in health care setting) โดยโครงการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ดำเนินการโดยสำนักโรคเอดส์ ร่วมกับภาคประชาสังคมต่างๆ ภายใต้การดำเนินงานชุดกิจกรรม 3 x 4 เป็นโครงการนำร่องใน 3 จังหวัด 6 โรงพยาบาล ซึ่งผลลัพธ์ของโครงการดังกล่าวมีผลทำให้ความกลัวและทัศนคติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี / เอดส์ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับโครงการวิเคราะห์ต้นทุนฯ นี้จะสามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการงบประมาณสำหรับการขยายโครงการในระดับประเทศ และทราบต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์เพื่อนำไปวิเคราะห์ต้นทุน - ประสิทธิภาพต่อไป ด้านทีมวิจัย HITAP เริ่มเก็บข้อมูลจนเสร็จสมบูรณ์ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม 2560 ติดตามข้อมูลเพิ่มเติม/รายงานการประชุมได้ที่ <http://www.hitap.net/research/169316>



# การอบรมการประเมินความคุ้มค่า ทางการแพทย์ และสาธารณสุข ครั้งที่ 14

✓ 14<sup>th</sup> Health Economic Evaluation Training

6-10 สิงหาคม 2561 โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี

**เน้นแบบฝึกหัด**

**การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ สำหรับโปรแกรม การตรวจกรองโรค**

## หลักสูตรเบื้องต้น 6 - 7 สิงหาคม 2561

เหมาะกับผู้ที่ไม่มีความรู้พื้นฐานด้านการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ และสาธารณสุข เน้นการบรรยายเพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้เรียนรู้ความสำคัญ วิธีการ และขั้นตอนของการประเมิน ตลอดจนบทบาทของผลการประเมินต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย

### เนื้อหาอบรม

- Introduction to health economic evaluation
- Systematic review/meta-analysis
- Cost analysis Discounting and Consumer price index
- Outcome assessment
- Health economic evaluation results
- Result presentation
- Critical appraisal & retrieving economic evaluation studies
- Roles of Health Technology Assessment in decision making

## หลักสูตรเชิงปฏิบัติการ 8 - 10 สิงหาคม 2561

เหมาะกับผู้ที่มีความรู้พื้นฐานด้านการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ และสาธารณสุข หรือผู้ที่ต้องการนำความรู้ไปปรับใช้ในการทำงานจริง เน้นการทำแบบฝึกหัดเรื่องการใช้โปรแกรมหรือแบบจำลองต่าง ๆ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ทั้งนี้ ผู้เข้าอบรมหลักสูตรเชิงปฏิบัติการควรมีพื้นฐานการใช้งาน MS Excel เป็นอย่างดี

### เนื้อหาอบรม

- Basic medical statistics
- Decision analysis: uses and limitations
- Probabilistic modeling
- Result presentation from probabilistic modeling
- Budget impact analysis
- Transferability of economic evaluations across countries

## หลักสูตรและค่าลงทะเบียน

หลักสูตร	ชำระเงินภายในวันที่ 31 พ.ค. 2561	ชำระเงินตั้งแต่ วันที่ 31 พ.ค. 2561	ราคานักศึกษา
หลักสูตรเบื้องต้น	6,500 บาท	7,500 บาท	4,500 บาท
หลักสูตรเชิงปฏิบัติการ	13,000 บาท	15,000 บาท	7,000 บาท



<http://training.hitap.net>

## รับสมัครและชำระเงินตั้งแต่ 5 มีนาคม - 1 กรกฎาคม 2561

- ข้าราชการสามารถเบิกจ่ายค่าลงทะเบียน ค่าเดินทางและค่าที่พักได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง และสามารถเข้าร่วมประชุมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา
- ผู้เข้าอบรมที่เข้าเรียนครบตามหลักสูตรที่กำหนดสามารถขอรับหน่วยกิต CME, CDEC และ CPE ได้

HITAP เป็นหน่วยงานวิจัยกึ่งอิสระด้าน “การประเมินเทคโนโลยี (Health Technology Assessment-HTA)” ที่ไม่แสวงหากำไร มีพันธกิจหลักคือ ศึกษาผลกระทบทั้งบวกและลบจากการใช้เทคโนโลยีหรือนโยบายด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านนโยบายสุขภาพของประเทศ นอกจากนี้ HITAP ยังทำงานวิจัยเพื่อสร้างฐานความรู้เรื่อง HTA การพัฒนาศักยภาพนักวิจัย HTA ทั้งในและนอกองค์กร การสื่อสารงานวิจัยไปยังกลุ่มต่างๆ และการสร้างเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศในระดับนานาชาติ HITAP สนับสนุนด้านวิชาการให้ประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ให้สามารถสร้างระบบและทำการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพด้วยตนเอง

การประเมินเทคโนโลยีที่ HITAP ทำ ครอบคลุมเรื่อง ยา เครื่องมือแพทย์ หัตถการ มาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งส่วนบุคคลและสังคม รวมถึงนโยบายสาธารณะอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ผลการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพจะเป็นข้อมูลให้ผู้กำหนดนโยบายใช้ตัดสินใจลงทุนด้านสุขภาพของประเทศ เช่น สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ข้อมูลเพิ่มเติม [www.hitap.net](http://www.hitap.net)



## HITAP วิจัยเพื่อทำข้อมูลวิชาการให้ใครบ้าง

- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ ด้วยข้อมูลการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์
- กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ใช้พัฒนานโยบายด้านสุขภาพ
- และเราสนับสนุนประเทศเพื่อนบ้านให้มีระบบ HTA

8 - 11 MAY 2018,

# HTASIALINK 2018

TESTING  
TREATMENTS  
STRENGTHENING  
HTA FOR  
BETTER  
HEALTHCARE



 LE MÉRIDIEN CHIANG MAI, THAILAND

MORE INFORMATION, CLICK [WWW.HITAP.NET/RESOURCES/HTASIALINK2018](http://WWW.HITAP.NET/RESOURCES/HTASIALINK2018)  
EMAIL: [HTASIALINK2018@HITAP.NET](mailto:HTASIALINK2018@HITAP.NET)

