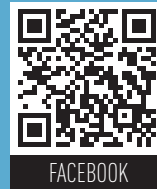


HITAP



WWW.HITAP.NET



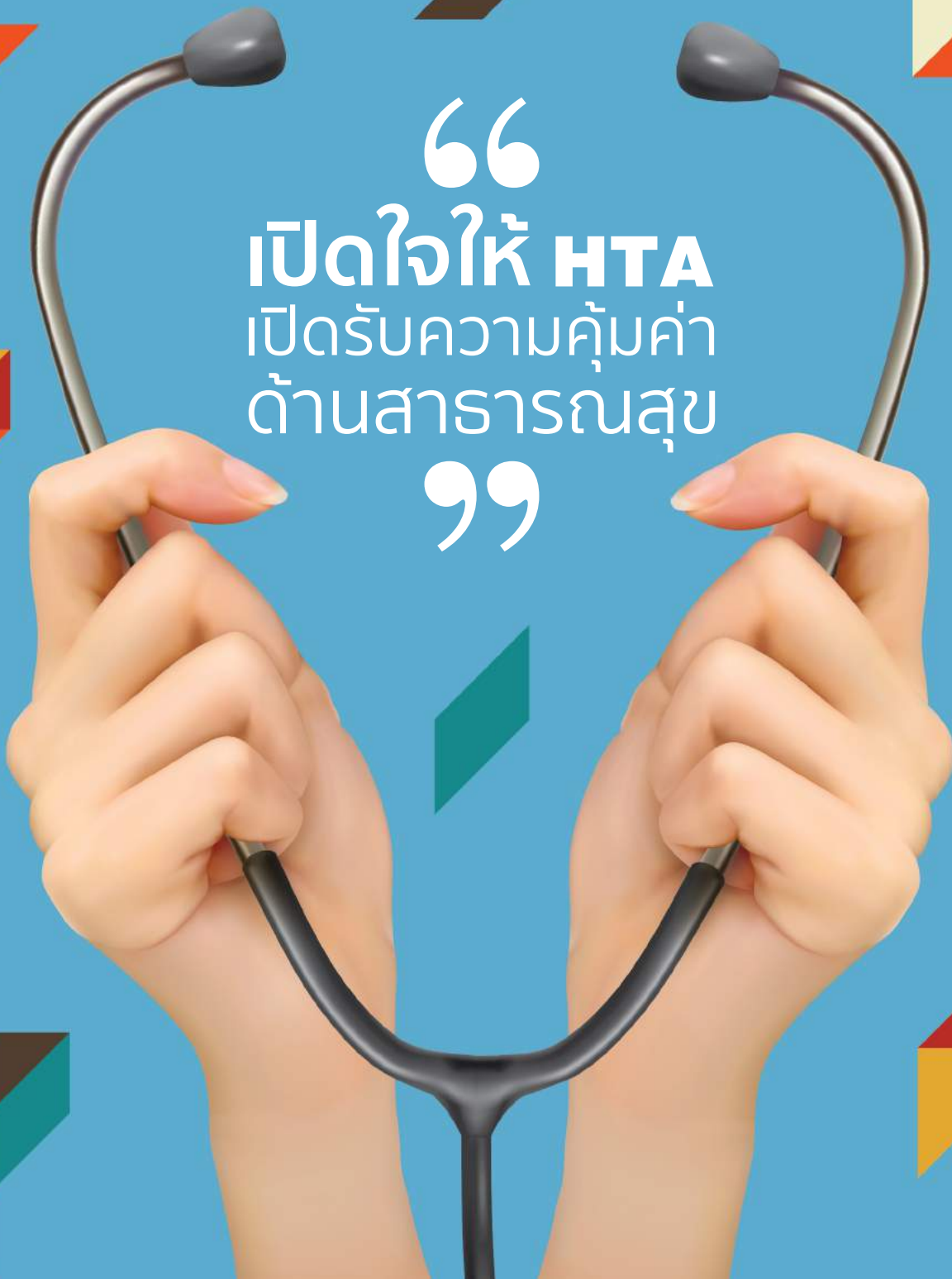
FACEBOOK



LINE@

Health Intervention and Technology Assessment Program
จูลสารโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ปีที่ 11 ฉบับที่ 32
มกราคม - เมษายน 2561



“
เปิดใจให้ HTA
เปิดรับความคุ้มค่า
ด้านสาธารณสุข
”



คอลัมน์นี้ ขอเสนอตัวเป็นประเด็นแรกที่จะไขความข้องใจให้ผู้อ่าน โดยครั้งนี้จะเปิดด้วย 5 คำถามสำคัญ ที่จะทำให้รู้จักและเข้าใจ HTA ในเบื้องต้น ก่อนจะเข้าสู่คอลัมน์อื่น ๆ

Q HTA คืออะไร

A HTA (Health Technology Assessment) หรือ การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เป็นการวิจัยเชิงนโยบายซึ่งผสมผสานความรู้จากหลายสาขาอย่างเป็นระบบ เพื่อตรวจสอบว่าการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพหนึ่ง ๆ มาใช้จะมีผลอย่างไร ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ทางตรงและทางอ้อม รวมถึงตั้งใจและไม่ตั้งใจให้เกิด ทั้งในด้านการแพทย์ สังคม จริยธรรม เศรษฐศาสตร์ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจว่าจะนำเทคโนโลยีนั้น ๆ มาใช้หรือไม่

Q HTA ประเมินในเรื่องใดบ้าง

A การประเมินเทคโนโลยีไม่ใช่เรื่องง่าย ต้องดูผลกระทบให้รอบด้าน การประเมินจึงไม่ได้แสดงออกมาในแง่มุมเดียว ตัวอย่างของการประเมินมีดังนี้

- **การประเมินทางคลินิก** เทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยเฉพาะยา วัคซีน และหัตถการ จำเป็นต้องมีการประเมินทางคลินิกเพื่อดูถึงความปลอดภัยและผลลัพธ์ของเทคโนโลยีเหล่านั้น โดยอาจทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่แน่ใจก่อนนำไปใช้กับคนหมู่มาก
- **การประเมินความคุ้มค่า** เนื่องจากทรัพยากรมีจำกัดแต่ความต้องการ (ในการใช้เทคโนโลยี) มีไม่จำกัด ดังนั้นเพื่อให้เงินที่จ่ายออกไปเกิดความคุ้มค่ามากที่สุด ต้องมีการประเมินความคุ้มค่าเพื่อเปรียบเทียบจำนวนเงินที่จ่ายออกไปกับสิ่งที่จะได้รับเข้ามา

Q นิยามของคำว่า เทคโนโลยี ด้านสุขภาพ ครอบคลุมอะไรบ้าง

A องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้คำจำกัดความของ “เทคโนโลยี” ไว้ว่าเป็น “เครื่องมือ” ที่นำความรู้และทักษะต่างๆ มาใช้ในรูปแบบของอุปกรณ์ด้านการแพทย์ ยา วัคซีน หัตถการ รวมถึงระบบต่างๆ ที่ได้รับการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้คน ซึ่งระบบที่ว่านี้ได้รวมถึงนโยบายด้านสุขภาพและมาตรการด้านสังคมด้วย

- **การประเมินความเป็นไปได้** เป็นการประเมินเพื่อดูว่าเทคโนโลยีนั้นๆ มีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด หากนำลงไปปฏิบัติจริง ดังนั้นจึงเป็นการประเมินที่กว้างมาก ครอบคลุมได้หลายแง่มุม ตั้งแต่ด้านเทคโนโลยีว่าใช้ได้จริงในบริบทนั้นๆ หรือไม่ ด้านงบประมาณเพื่อดูว่ามีเงินพอจ่ายหรือไม่ หรือนโยบายระดับท้องถิ่นเพื่อดูว่าเทคโนโลยีเหล่านั้นได้รับการยอมรับหรือไม่
- **การประเมินผลกระทบของเทคโนโลยี** การประเมินนี้เป็นการศึกษาที่ดูถึงผลกระทบที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยผลกระทบดังกล่าวอาจพิจารณาได้ในหลายมิติเช่นเดียวกับการประเมินความเป็นไปได้ โดยผลกระทบอาจเกิดขึ้นเฉพาะพื้นที่ เฉพาะกลุ่มบุคคลหรือเกิดในภาพกว้างกับทั้งประเทศ

Q ใครเป็นผู้ทำการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

A คนทำ HTA ก็คือนักวิจัยในอีกแขนงหนึ่ง ซึ่งผ่านการศึกษาด้าน HTA มาโดยเฉพาะ ในประเทศไทยมีหลายหน่วยงานที่สอนเรื่อง HTA และมีหลายหน่วยงานที่ทำวิจัยด้าน HTA โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program – HITAP) หรือไฮแทป ก็เป็นหนึ่งในนั้น ผลการประเมินจาก HITAP ถูกนำไปใช้พิจารณาประกอบการตัดสินใจเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติและชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทองหรือ 30 บาทรักษาทุกคน) และพัฒนามาตรการและนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ

Q ใครได้ประโยชน์อะไรจาก HTA

A ที่จริงแล้ว HTA เกิดมาเพื่อหาจุดลงตัวระหว่างแต่ละฝ่ายทั้งผู้ผลิตเทคโนโลยีด้านสุขภาพ หมอและบุคลากรด้านสาธารณสุข คนป่วยและคนที่ไม่ป่วย นักวิชาการ หน่วยงานที่ดูแลระบบประกันสุขภาพ และบัญชียาหลักแห่งชาติ หน่วยงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานตรวจสอบการใช้งบประมาณ ฯลฯ เพราะ HTA ต้องการหาจุดเหมาะสม จุดที่ทุกคนมาเฉลี่ยทุกข์และปันสุขกัน

การประเมินเทคโนโลยีจึงเป็นความพยายามที่จะศึกษาเทคโนโลยีในแง่มุมต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เหมาะสมประกอบการตัดสินใจใช้ทรัพยากร อาจกล่าวได้ว่า เราประเมินเทคโนโลยีไม่เพียงแคให้เราได้ใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและอย่างเหมาะสม แต่ยังเพื่อให้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดของเรานั้น ยังอยู่ไปได้ยาวนานและยังเหลือเพียงพอต่อการเปิดรับเทคโนโลยีด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่จำเป็นในอนาคต 🗨



เปิดใจให้ HTA เปิดรับความคุ้มค่า ด้านสาธารณสุข



บนโลกใบนี้ไม่มีอะไรได้มาฟรี ทุกอย่างต่างมีจำกัดและมีต้นทุนที่ต้องแลก การรักษาพยาบาลก็เช่นกัน การที่จะจัดการรักษาพยาบาลฟรีให้กับประชาชนทุกคนหรือที่เรียกว่า “ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ฟังดูเหมือนเป็นอุดมคติที่เป็นไปไม่ได้ แต่กลับเกิดแล้วในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย สิ่งสำคัญหนึ่งที่ช่วยให้ระบบนี้มีประสิทธิภาพได้ก็คือ HTA (Health Technology Assessment) หรือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพซึ่งเป็นการวิจัยที่มีส่วนช่วยให้เกิดการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพให้เหมาะสมกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประเทศนั้นๆ

ในแง่หนึ่ง HTA อาจถูกมองว่าเป็นการแทรกแซงการทำงานของแพทย์ที่ต้องการให้การรักษาที่ดีที่สุดแก่ผู้ป่วย แต่ทรัพยากรด้านสุขภาพมีจำกัด ทั้งเครื่องมือแพทย์ ยา จำนวนแพทย์และพยาบาล และงบประมาณ ฯลฯ ขณะที่ความต้องการบริการด้านสุขภาพของคนและสังคมนั้นกลับเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นการจัดสรรปันส่วนจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่กำลังพัฒนาที่มีระบบประกันสุขภาพ จุลสาร HITAP ขอเสนออีกมุมมองหนึ่งจากแพทย์รุ่นใหม่ 3 ท่าน ที่ได้ร่วมทำวิจัยด้าน HTA กับ HITAP โดยพบว่างานนโยบายเบื้องหลังก็สำคัญกับคนไข้ที่อยู่เบื้องหน้าเช่นกัน



เครื่องมือแพทย์ราคาแพง ใช้อย่างไรให้คุ้มค่า

“งานวิจัยแบบนี้จึงทำให้เราคิดถึง
ประเทศมากขึ้น ว่าเราได้ใช้จ่ายเงินของ
ประเทศอย่างเหมาะสมไหมและเราทำให้
คนไข้ได้ประโยชน์จากการตรวจและรักษา
อย่างคุ้มค่าหรือไม่”

รศ. พ.ญ.ชนิสา โชติพานิช

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์

ผู้อำนวยการศูนย์ไซโคลตรอนและเพทสแกนแห่งชาติ

มิติหนึ่งของการทำ HTA คือการประเมินความเหมาะสมในการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เนื่องจากเทคโนโลยีด้านสุขภาพอาจมีราคาสูงขณะที่ก็มีสรรพคุณที่เป็นประโยชน์ได้มากกว่าหนึ่ง เช่น เครื่องมือแพทย์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลากหลาย ทั้งเพื่อการรักษา การป้องกัน การวินิจฉัย การตรวจหา การวัด การจัดเก็บและการตรวจสอบ มีหลายลักษณะการใช้งาน ทั้งใช้ครั้งเดียวทิ้ง เช่น ชุดตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และมีอายุการใช้งานหลายปีและต้องมีค่าใช้จ่ายด้านการบำรุงรักษาที่สูง หรือมีข้อบ่งชี้มากกว่าหนึ่งโรค เช่น เครื่องเพทซีที (Positron Emission Tomography/ Computed Tomography หรือ PET/CT) ซึ่งมีราคาเครื่องที่สูงถึงเกือบ 200 ล้านบาท ต้องใช้บุคลากรเฉพาะทางและการบำรุงรักษาที่สูงเช่นกัน แต่ก็มีประโยชน์สูงเนื่องจากสามารถวินิจฉัยโรคได้ถึงระดับเซลล์นำไปประยุกต์ใช้ได้แพร่หลายในการวินิจฉัยโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และหลอดเลือดและโรคทางระบบประสาท บอกระยะโรคและการกระจายของโรคได้แม่นยำ คุ้มค่าตอบสนองต่อการรักษาโรคได้ และมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาทำให้การรักษาประสบผลสำเร็จได้ เช่น จากที่เคยเข้าใจว่าผู้ป่วยเป็นมะเร็งระยะต้น รักษาด้วยการผ่าตัดได้ แต่เมื่อตรวจด้วยเครื่องเพทซีทีแล้วกลับพบว่า มะเร็งกระจายกลายเป็นระยะท้าย ผ่าตัดไม่ได้ต้องรักษาด้วยเคมีบำบัดแทน ทว่าราคาการตรวจแต่ละครั้งก็สูงถึง 40,000 – 50,000 บาท และมีเพียงสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่ให้เบิกได้ และได้เพียงสองโรค คือ มะเร็งปอดและมะเร็งลำไส้ใหญ่ ภายใต้ข้อบ่งชี้ที่กำหนด แล้วราคาแพงจะคุ้มกับประโยชน์ที่ได้มาหรือไม่?

รศ. พ.ญ.ชนิสา โชติพานิช รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ผู้อำนวยการศูนย์ไซโคลตรอนและเพทสแกนแห่งชาติ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เล่าถึงประสบการณ์การทำงานวิจัยในฐานะแพทย์ว่า สมัยเรียนแพทย์ก็ทำงานวิจัยไปด้วยตามหลักสูตร เมื่อทำงานก็จะเป็นงานวิจัยเชิงคลินิก วิจัยกับคนไข้ ไม่เคยเข้าไปเกี่ยวข้องกับงานวิจัยที่ต้องวิเคราะห์ด้านค่าใช้จ่าย หรือความคุ้มค่าของการใช้เทคโนโลยีเลย เมื่อเรียนจบเป็นผู้เชี่ยวชาญจึงมีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับประเมินเครื่องมือแพทย์ที่ เรื่องการศึกษาความเป็นไปได้และความเหมาะสมของการใช้เทคโนโลยีเพทซีทีในประเทศไทยในปี 2552

“ตอนนั้นรู้สึกว่ามันน่าสนใจมาก มันเป็นเรื่องที่เราควรจะรู้ว่าคุณจะได้ประโยชน์อะไรจากการมีเทคโนโลยีราคาแพง เพราะคนไข้ก็จะถามว่ามันแพงมากตรวจที่หลายหมื่นบาท มันจะมีประโยชน์ไหม แต่เราเรียนมาสาขานี้เรารู้ว่ามันมีประโยชน์ การทำ HTA ทำให้เห็นว่าแม้มันจะมีราคาแพง แต่ก็ทำให้เราเห็นรายละเอียดว่า มันมีประโยชน์สำหรับการรักษาคนไข้จริงอย่างไร ซึ่งงานวิจัยนั้นเป็นงานวิจัยด้าน HTA ขึ้นแรกในชีวิต มันยากแต่ก็สนุกมาก มันทำทนายมาก อธิบายไม่ถูก มันเป็นเรื่องที่เราไม่รู้ และเราต้องเรียนรู้ว่าเทคโนโลยีที่มีราคาแพงเกือบ 200 ล้านบาทนี้มีเหมาะสมกับโรคใดบ้าง เอาไปใช้ได้จริงหรือไม่ สามารถช่วยเปลี่ยนแปลงการรักษาคนไข้ได้จริงหรือไม่ และในระดับประเทศควรลงทุนกับเครื่องมือที่มีราคาแพงนี้ขนาดไหน ควรจะมีกี่เครื่อง ควรมีที่โรงพยาบาลหรือไม่ มันเป็นงานที่ตื่นเต้นและท้าทายมาก โดยเฉพาะในส่วนของวิเคราะห์ความเหมาะสมว่าคนไทยสามารถใช้เครื่องมือนี้ได้ภายใต้ข้อบ่งชี้ใดบ้าง ยิ่งรู้สึกว่าเป็น

ประโยชน์มากในการที่จะทำให้คนไทยได้ใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพง แต่ได้ความคุ้มค่า”

การวิจัยชิ้นดังกล่าวยังระบุว่า ค่าบริการเพทซีที่จะลดลงหากมีการขยายขอบเขตข้อบ่งชี้ให้เบิกจ่ายได้ในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคมและสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการในประเทศไทย โดยถ้าจำนวนผู้ป่วยอยู่ในช่วง 40 - 60 รายต่อสัปดาห์ ค่าบริการควรมีราคา 28,000 และ 25,000 บาท อย่างไรก็ตามยังมีอีกปัญหาหนึ่งซึ่งงานวิจัยค้นพบคือการกระจุกตัวของเครื่องเพทซีที่ในกรุงเทพมหานคร แต่ผลสรุปไม่พบว่าการกระจายเครื่องไปยังต่างจังหวัดจะคุ้มค่า เนื่องจากการลงทุนศูนย์เพทซีที่นั่นจำเป็นต้องมีการลงทุนเรื่องเครื่องไซโคลตรอนเพื่อผลิตสารเภสัชรังสี ดังนั้นการส่งต่อผู้ป่วยอาจจะทำให้ความคุ้มค่าของการกระจายเครื่องให้ทั่วถึง

“ที่ศูนย์ไซโคลตรอนและเพทสแกนแห่งชาติ โรงพยาบาลจุฬารณีนีมีการลดราคาการตรวจด้วยเครื่องเพทซีที่อยู่แล้ว อย่างไรก็ตามการเบิกจ่ายได้ในระบบประกันสุขภาพจะทำให้เกิดการเข้าถึงเครื่องเพทซีที่ได้มากกว่า” ในช่วงปี 2558 - 2560 จึงมีการทำวิจัยเพิ่มเติมเรื่องการประเมินข้อบ่งชี้ทางคลินิกและความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการตรวจด้วยเครื่องเพทซีที่ ซึ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมทั้งหมดที่มีการวิจัยว่า ข้อบ่งชี้ไหนบ้างที่เหมาะสมกับการใช้เครื่องเพทซีที่กับคนไทย ซึ่งทำให้พบข้อบ่งชี้ใช้กว่า 10 ข้อบ่งชี้

“ก่อนหน้าที่จะมารู้จักกับการทำ HTA เราก็เป็นแพทย์เฉพาะทางคนหนึ่ง เราก็อยากใช้เครื่องนี้ที่เราศึกษามาเฉพาะทาง อยากให้คนมาตรวจเยอะๆ คิดแค่นั้น แต่เมื่อมาทำ HTA แล้วทำให้เรามองว่า คนเรียนหมอทุกคนควรรู้ว่าเทคโนโลยีที่เข้ามามีความเหมาะสมกับคนไข้หรือไม่ และราคาเทคโนโลยีที่แพงขนาดนั้นมันเหมาะสมกับคนไข้หรือไม่ มันช่วยเปลี่ยนแปลงการรักษาได้จริงหรือไม่ ซึ่งเป็นสิ่งที่คุณหมอควรตระหนักอยู่แล้ว นอกจากนี้ยังควรคิดถึงภาพรวมในระดับประเทศ เรามีประชาชนเพียงกี่สิบล้านคน เราจำเป็นต้องมีเครื่องราคา 200 ล้านบาทนี้กี่เครื่อง เพราะมันก็มาจากเงินภาษีของเราเหมือนกัน งานวิจัยแบบนี้จึงทำให้เราได้คิดถึงประเทศมากขึ้นว่าเราได้ใช้จ่ายเงินของประเทศอย่างเหมาะสมไหมและเราได้ทำให้คนไข้ได้ประโยชน์จากการตรวจและรักษาอย่างคุ้มค่าหรือไม่”

ปัจจุบันคุณหมอชนิดาเป็นหนึ่งในคณะวิจัยเรื่องการประเมินความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ของบริการตรวจเพทซีที่ในประเทศไทยซึ่งเป็นงานวิจัยที่ศึกษาภาระงบประมาณต่อระบบ

ประกันสุขภาพทั้งสามก่อนตัดสินใจเพิ่มสิทธิประโยชน์การวินิจฉัยด้วยเครื่องเพทซีที่ในข้อค้นพบใหม่ เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและลดความเหลื่อมล้ำ

“งานชิ้นนี้ก็หนักมากอีกแล้ว (หัวเราะ) เราก็ถามน้องในที่ทีมว่าไหวหรือไม่เพราะมันเป็นงานวิจัยที่ดีมาก และทำทนายมาก เพราะมันตอบโจทย์ ที่แม้ไม่ทั้งหมดแต่ก็บอกทิศทางของนโยบายด้านสุขภาพได้ หมอรู้สึกว่าการวิจัยอะไรก็ตามที่สามารถเปลี่ยนแปลงการรักษา หรือนโยบายได้เป็นสิ่งที่ดี เพราะงานวิจัยที่ดีไม่ควรอยู่บนหิ้ง แต่สามารถนำลงมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ แล้วงานวิจัยที่ทำแล้วเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงในแง่ของการรักษา หรือระบบประกันสุขภาพของคนไทย จึงรู้สึกว่ามันได้ประโยชน์ในภาพรวม”

งานวิจัย HTA ไม่ได้รักษาคนไข้ตรงหน้า แต่รักษาทั้งระบบ
“เราไม่สามารถกำหนดชีวิตคนเป็นเงินได้ แต่เราก็ต้องดูงบประมาณว่าสามารถจ่ายได้มากและนานแค่ไหน ทำยังไงให้มันยั่งยืน ยังเป็นผู้จ่ายเงินที่มีรายได้ (งบประมาณ) ไม่แน่นอน ยิ่งต้องคิดให้มาก”

รศ. ดร. นพ. กวีศักดิ์ จิตตวัฒนรัตน์

นอกจากปัญหาเครื่องมือแพทย์ที่มีราคาแพงแล้ว ความหลากหลายของเครื่องมือแพทย์ที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ก็เป็นปัญหาในการรักษาผู้ป่วยด้วย การค้นหาเครื่องมือแพทย์ที่เหมาะสมจึงเป็นอีกมิติของการทำ HTA เช่นกัน

คนไข้หนัก หรือผู้ป่วยวิกฤติที่อยู่ในห้องไอซียูเป็นคนไข้ อีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องมีภาระค่าใช้จ่ายสูงมาก ทั้งอุปกรณ์ช่วยชีวิต ยาและการผ่าตัด หากมีปัจจัยที่สามารถทำให้คนไข้ฟื้นตัวเร็วขึ้นย่อมเป็นประโยชน์ต่อการรักษาคนไข้ การให้บริการในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายทั้งประเทศ ภาวะทุพโภชนาการในโรงพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการฟื้นตัวของคนไข้หนัก ถ้าโภชนาการของคนไข้หนักดี ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลจะสั้นลง ค่าใช้จ่ายทั้งของครอบครัวคนไข้และโรงพยาบาลก็ลดลง แม้การดูแลภาวะโภชนาการของคนไข้หนักจะไม่สูง แต่หากละเลยไปจะส่งผลเสียมาก ยิ่งถ้ามองในระดับประเทศ ยิ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง อย่างไรก็ตามการวินิจฉัยภาวะทุพโภชนาการของแต่ละโรงพยาบาลในประเทศไทยมีหลากหลายมาก ส่งผลให้เกิดความสับสนในบุคลากร



รศ. ดร. นพ. กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
แพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์ทั่วไป

ทางการแพทย์ และกลายเป็นปัญหาเชิงระบบ คือ ไม่มีนโยบายการเบิกจ่ายค่าคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการสำหรับผู้ป่วยทั้งที่เป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้น และขาดการยอมรับในวิชาชีพ นอกจากนี้ยังพบว่า มีการใช้อาหารเฉพาะหรืออาหารทางหลอดเลือดดำที่มีราคาแพงอย่างไม่เหมาะสม เกิดความสิ้นเปลือง

รศ. ดร. นพ. กวีศักดิ์ จิตตวัฒน์รัตน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์ทั่วไป และเวชบำบัดวิกฤตที่ต้องดูแลคนไข้ศัลยกรรมและผู้ป่วยหนักศัลยกรรม เล่าถึงประสบการณ์ที่เป็นแรงผลักดันในการวิจัยเพื่อพัฒนาเครื่องมือคัดกรองภาวะทุพโภชนาการในโรงพยาบาลว่า “มีคนไข้คนหนึ่งที่ทำให้เรารู้สึกว่าต้องมีความผิดปกติอะไรบางอย่างในระบบ เนื่องจากว่าคนไข้ที่เข้ามานอนในโรงพยาบาลขาดสารอาหารเป็นภาวะทุพโภชนาการในโรงพยาบาล แล้วเสียชีวิตซึ่งเกิดขึ้นจากการละลายการประเมินภาวะทุพโภชนาการและการขาดพลังงานในโรงพยาบาล จึงเป็นที่มาของความพยายามในการพัฒนาเครื่องมือบางอย่าง และวิธีการที่เราจะพยายามทำให้มีระบบในการดูแลส่วนนี้ดีขึ้น”

จากนั้นคุณหมอได้มีโอกาสทำงานวิจัยเรื่องความคุ้มค่าของการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการของผู้ป่วยในโรงพยาบาล เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ซึ่งทำให้มีโอกาสได้สำรวจสถานการณ์การคัดกรองและประเมินภาวะโภชนาการในโรงพยาบาลทั่วประเทศไทย งานวิจัยครั้งนั้นทำให้คุณหมอได้พบปัญหาที่แท้จริง

และนำไปสู่งานวิจัยอีกเรื่องคือ การพัฒนาเครื่องมือการคัดกรองและประเมินภาวะความเสี่ยงด้านโภชนาการในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับคนไทย จนได้เป็นแนวทางการคัดกรองและการประเมินภาวะโภชนาการเหมาะสมสำหรับประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย คำถามที่ใช้คัดกรอง แบบประเมินและเกณฑ์การวินิจฉัย

“ตอนนี้ก็อยู่ในขั้นตอนให้คำแนะนำเรื่องแนวทางการคัดกรองและประเมินฯ กับสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เหลืออีกอย่างที่ต้องทำคือให้สมาคมวิชาชีพนำแนวทางนี้ไปใช้จริง ซึ่งตอนนี้ก็มีแนวโน้มว่าจะทำได้ เราก็พยายามจะทำโรงพยาบาลต้นแบบเช่นกัน

ประโยชน์ของการทำ HTA ในระดับตัวเราเองก็ทำให้มีความชัดเจนเรื่องการทำงาน ในระดับวิชาชีพทำให้คนวิชาชีพเดียวกันรู้บทบาท รู้ว่ามีเครื่องมือคัดกรองฯ และประเมินฯ มีอาวุธที่จะไปดำเนินการกับใครได้บ้าง พอคัดกรองได้คนไข้กลุ่มเสี่ยงแล้ว แล้วคนไข้กลุ่มอื่นจะได้อะไร จากนั้นก็จะมีคนไข้บางส่วนได้สารอาหารทางการแพทย์ที่แพงขึ้น เช่น อาหารทางหลอดเลือดดำที่หนึ่งถุงอาจเท่ากับการกินอาหารในร้านใหญ่ๆ 10 - 20 มื้อก็มี มันก็เป็นค่าใช้จ่ายไปหมด ดังนั้นการคัดเลือกคนไข้ที่เหมาะสมเข้ามาก็จะทำให้ได้ประโยชน์เต็มๆมากขึ้น โดยเฉพาะหากมีการทำงานเป็นที่สหสาขา ก็น่าจะได้ผลการรักษาที่ดียิ่งขึ้น และลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นได้”

“วิธีคิดของหมอจะดูคนไข้แต่ละคนเป็นหลัก ดูเป็นคนๆคน นี้มาต้องทำอะไรบ้างเป็นลำดับ 1 2 3 4 5 เรามักจะได้รับการสอนมาว่า ถ้าคนนี้เป็นญาติเรา เราจะทำอย่างไร เพราะถ้าเป็นญาติพี่น้องเราก็

ต้องทำให้ดีที่สุดเท่าที่เราจะทำได้ในขณะนั้น แต่ถ้าเป็นเชิงระบบต้องพิจารณามากกว่านั้น โดยเฉพาะระบบที่มีหลักประกันสุขภาพเป็นผู้จ่ายเงินให้คนทั่วประเทศ มันต้องดูว่า จ่ายไปแล้วคุ้มหรือไม่ ซึ่งหลายกรณีมันก็ตอบยากมากจริงๆ เราไม่สามารถกำหนดชีวิตคนเป็นเงินได้ แต่เราก็ต้องดูงบประมาณว่าสามารถจ่ายได้มากและนานแค่ไหน ทำยังไงให้มันยั่งยืน ยิ่งเป็นผู้จ่ายเงินที่มีรายได้ (งบประมาณ) ไม่นั่นเอง ยิ่งต้องคิดให้มาก โครงสร้างประชากรที่ผู้สูงอายุมากขึ้นเรื่อยๆ ความต้องการบริการด้านสุขภาพก็มากขึ้นเรื่อยๆ

ถึงแม้ว่าคนเรียนหมอทุกคนจะไม่ได้เรียนเรื่องการทำให้ HTA แต่ในการทำงานจริงเขาจะต้องเรียนรู้แนวคิดความคุ้มค่า โดยเฉพาะเมื่อมารักษาคคนไข้ในระบบประกันสุขภาพ การเรียนหมอในปัจจุบันเน้นโรค ไม่ได้เน้นระบบ แต่เรียนเรื่องโรคอย่างเดียวก็หลายมิติมากแล้ว แต่ในโรงเรียนแพทย์ก็มีสอนแนวคิดนี้อยู่อาจจะอยู่ในเวชศาสตร์ชุมชน (Community Medicine) อย่างไรก็ตาม HTA เป็นศาสตร์เฉพาะเหมาะกับผู้สนใจงานเชิงระบบ เชิงนโยบายจริงๆ

คนไข้วิกฤติจำเป็นต้องใช้เครื่องมือราคาแพงอยู่ค่อนข้างเยอะ เช่น สายสวนหลอดเลือด (Catheter) บางชนิด เครื่องช่วยชีวิตที่เรียกว่าเอ็กโม (Extracorporeal Membrane Oxygenation - ECMO) ราคาแพงมาก ผลการรักษาทำให้ผู้ป่วยบางรายหายเดินกลับบ้านได้ บางรายอยู่ได้เพียง 1- 2 สัปดาห์ บางรายมีความพิการต้องนอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน การมองเรื่องความคุ้มค่าจึงขึ้นอยู่กับว่าเรามองผลการรักษาดังกล่าวคืออะไร เช่น อัตราการเสียชีวิต คุณภาพชีวิต และภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น แต่การรักษาบางอย่างกลับใช้ทรัพยากรสูงมากเพื่อใช้ในการรักษาชีวิตเขาไว้ แม้ว่าจะเป็นการรักษาภาวะจิตใจของคนในครอบครัว กรณีที่ผู้ป่วยที่มีฐานะเรื่องดังกล่าวคงไม่มีปัญหาทั้งการรักษาและการดูแลในภายหลัง แต่ผมเชื่อว่าคนไทยส่วนใหญ่ไม่ได้มีฐานะดีเช่นนั้น บางคนสามารถใช้เงินที่เก็บมาทั้งชีวิตหมดเพียงเข้าโรงพยาบาลแค่สองสัปดาห์ ดังนั้นการประเมินความคุ้มค่าในเชิงนโยบายจึงมีความสำคัญมาก”



ผศ. ดร. พญ.ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี
ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

HTA ช่วยคลี่คลายหรือขัดขวาง? “หมอบอกว่าคงไม่มีใครไม่ชอบ HTA แต่เขาอาจจะตั้งคำถามกับเรื่องระเบียบวิธีการทำวิจัยหรือสมมติฐานในงาน HTA มากกว่า แต่หมอบอกว่าจะไม่มีใครที่เกลียด HTA”

HTA ยังเป็นเครื่องมือหนึ่งในการประเมินยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งเป็นรายการยาที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทย บัญชียาหลักแห่งชาติเป็นกลไกหนึ่งสำหรับสนับสนุนและส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

ระบบประกันสุขภาพของภาครัฐทั้งสามก็อ้างอิงรายการยาที่เบิกจ่ายได้ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนั้น HTA จึงเข้าไปอยู่ในส่วนหนึ่งของการรักษาที่สมเหตุสมผลเช่นกัน

การประเมินยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติต้องประเมินด้วยกันสามด้าน ได้แก่ การประเมินประสิทธิผลและความปลอดภัยของการประเมินความคุ้มค่าและการประเมินภาระงบประมาณจากการใช้ยานั้น ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติจะมีการกำหนดข้อบ่งใช้ แต่บางครั้งก็มีการใช้ยานอกข้อบ่งใช้ (off-label use) โดยมีที่มาจากหลายสาเหตุ หนึ่งในนั้นคือยาที่มีข้อบ่งใช้ สำหรับรักษาโรคบางโรคมีราคาแพงมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ การใช้ยานอกข้อบ่งใช้ จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น

ดังเช่นกรณีของยาเบวาซิซุมแมบ (bevacizumab) ซึ่งมีข้อบ่งใช้สำหรับรักษามะเร็งลำไส้ แต่ด้วยกลไกเฉพาะของยาทำให้สามารถรักษาโรคจอตาเสื่อมได้เช่นเดียวกันและในราคาที่ถูกลงกว่า ยารานิบิซุมแมบ (ranibizumab) ที่มีข้อบ่งใช้สำหรับรักษาโรคจอตาเสื่อมโดยเฉพาะหลายสิบเท่าด้วย อย่างไรก็ตามในบางประเทศการจะนำยามาใช้นอกข้อบ่งใช้นั้นอาจเป็นเรื่องผิดกฎหมาย หากมีการประเมินประสิทธิผลของยาเบวาซิซุมแมบว่าสามารถใช้แทนยารานิบิซุมแมบได้ก็จะมีทางเลือกให้ผู้ป่วยและช่วยประหยัดงบประมาณชาติด้วย ปัญหาการใช้จ่ายสองตัวนี้เกิดขึ้นในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทยด้วย เนื่องจากมีหลักฐานทางวิชาการที่ไม่แน่นอนว่าใช้แทนกันได้หรือไม่ ทำให้หมอเกิดความลังเลที่จะใช้ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องความเหลื่อมล้ำด้วย เพราะขณะนั้นมีเพียงผู้ป่วยสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการเท่านั้นที่ใช้ยารานิบิซุมแมบได้โดยไม่ต้องจ่ายเงินเอง

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงมีการทำวิจัยเรื่อง “การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์หือภิมานของการใช้ยา bevacizumab (Avastin®) ในการรักษาโรคจุดภาพชัดของจอตา” เพื่อหาข้อสรุป ผลการวิจัยพบว่า ยาเบวาซิซุมแมบให้ผลการรักษาและมีความปลอดภัยไม่ต่างจากยารานิบิซุมแมบ จึงให้บรรจุยาเบวาซิซุมแมบในบัญชียาหลักแห่งชาติ ๑ (2) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ทั้งสามสิทธิ ลดความเหลื่อมล้ำ และสามารถประหยัดงบประมาณของประเทศได้อย่างน้อย 500 ล้านบาทต่อปีโดยมิได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการรักษาแต่อย่างใด ทั้งนี้งบประมาณที่ประหยัดได้สามารถนำไปเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงการดูแลรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็นหรือปัญหาสาธารณสุขอื่นๆ ต่อไป


ผศ. ดร. พญ.ธัญญรัตน์ อินทัยสินทวี ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หนึ่งในนักวิจัยในงานวิจัยดังกล่าว ระบุว่า “นับเป็นงานวิจัยด้าน HTA ที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้ง่ายขึ้น” ผศ. ดร. พญ.ธัญญรัตน์

เป็นคุณหม่ออีกท่านหนึ่งที่มีโอกาสทำงานวิจัยด้าน HTA ด้วยความสนใจส่วนตัวเมื่อตัดสินใจเรียนปริญญาเอกจนปัจจุบันก็ยังทำงานวิจัยด้าน HTA ควบคู่ไปกับการรักษา

“เรารู้สึกว่างานวิจัยด้าน HTA มีความสำคัญมาก คืองานวิจัยที่ดีก็ต้องมีที่มาที่สมเหตุสมผล สิ่งสำคัญคือ มีระเบียบวิธีการทำวิจัยที่ดี มีคุณภาพเชื่อถือได้เพราะถ้าระเบียบวิธีวิจัยผิด หรือไม่น่าเชื่อถือจะมีผลกระทบกับประชาชนจะเยอะมาก หมอคิดว่าคงไม่มีใครไม่ชอบ HTA แต่เขาอาจจะตั้งคำถามกับเรื่องระเบียบวิธีการทำวิจัยหรือสมมติฐานในงาน HTA มากกว่า แต่หมอไม่คิดว่าจะมีใครที่เกลียด HTA”

“งานวิจัยด้าน HTA ก็ไม่ใช่ว่าจะทำครั้งเดียวแล้วเปลี่ยนแปลงนโยบายได้เลย ต้องมีการทำวิจัยต่อเนื่อง รวมทั้งต้องมีการสนับสนุนทุนวิจัยเพิ่มมากขึ้นด้วย ประเทศไทยควรมีการประเมินเพื่อการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสม เพราะรัฐบาลไม่สามารถเบิกทุกสิ่งทุกอย่างบนโลกนี้มาใช้ได้ตามสบายอยู่แล้ว แม้ว่าจะประเมินด้านประสิทธิผลของยาแล้วพบว่ายานั้นดีจริงๆ แต่เมื่อดูผลกระทบต่องบประมาณจะพบว่า ประเทศที่มีรายได้ไม่สูงมากอย่างประเทศไทยอาจจะสู้ไม่ไหวก็ได้” ดังเช่นในกรณีของ “การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และผลกระทบต่อต้นทุนงบประมาณของการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรัง”

งานวิจัยชิ้นนี้เปรียบเทียบประสิทธิผลของยากลุ่ม DAAs สำหรับรักษาโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีชนิดเรื้อรังกับยาสูตรเดิมที่อยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติอยู่แล้ว ผลการวิจัยพบว่ายา กลุ่ม DAAs มีประสิทธิผลมากกว่าและมีผลข้างเคียงน้อยกว่ายาเดิมจริง แต่ว่ายามีราคาแพงมากจนไม่สามารถซื้อได้ อย่างไรก็ตามข้อมูลจากงานวิจัยนี้เป็นเครื่องมือในการต่อรองราคายาและหาทางออกจนทำให้บริษัทผู้ผลิตและนำเข้ายา DAAs เสนอทางเลือกในการได้ยาราคาที่ถูกลงกว่า 80-90% และลดภาระงบประมาณในการรักษาได้ 200-300 ล้านบาทต่อปี

งานวิจัย HTA หรือการประเมินความคุ้มค่าเทคโนโลยีด้านสุขภาพไม่ใช่สิ่งที่ขัดขวางการรักษาของแพทย์ หากแต่กลับช่วยส่งเสริมให้แพทย์มีข้อมูลเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ช่วยทำให้รัฐบาลมีข้อมูลเพียงพอในการตัดสินใจเชิงนโยบายและยังช่วยขับเคลื่อนให้เกิดการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพใหม่ๆ ให้เกิดขึ้นกับทุกคนในสังคมไทยอีกด้วย 

เข้าใจ HTA

คือเข้าใจสิทธิสุขภาพรอบด้าน

การให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนผ่านระบบประกันสุขภาพและบัญชียาหลักแห่งชาติที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ฟรี ย่อมต้องคำนึงถึงผลด้านสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น และความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพและบัญชียาหลักแห่งชาติด้วยเช่นเดียวกัน การถ่วงดุลระหว่างสองสิ่งนี้ย่อมต้องใช้เครื่องมือหลายอย่าง HTA เป็นหนึ่งในนั้น โดยข้อมูลจากการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์จะถูกนำไปประกอบการพิจารณาเพิ่มเติมเทคโนโลยีสุขภาพเข้าในชุดสิทธิประโยชน์และคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนั้นระหว่างหมอกับคนไข้จึงมี HTA อยู่ตรงกลางเพื่อสร้างประสิทธิภาพของบริการ



แพทย์

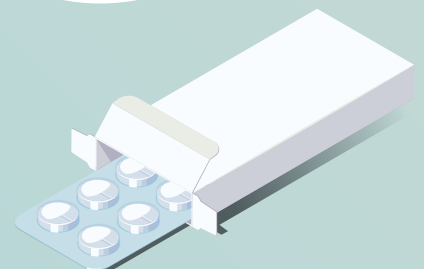


นักวิจัย

ทำการประเมินเทคโนโลยี



“HTA เป็นข้อมูลในการพิจารณาปรับให้ชุดสิทธิประโยชน์และยาที่ระบบประกันสุขภาพครอบคลุม ทันสมัยและมีคุณภาพมากขึ้นอย่างยั่งยืน”



แพทย์ให้การรักษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยผ่าน
บัญชียาหลักแห่งชาติและชุดสิทธิประโยชน์
ซึ่งได้รับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
แล้วว่าดีและเหมาะสม



ผู้ป่วย

รับการรักษาที่เหมาะสมตามสิทธิประกัน
สุขภาพซึ่งอ้างอิงรายการยาตามบัญชียา
หลักแห่งชาติ





การใช้ยาแบบ off-label กับมุมมองในการเลือกใช้



ยานอกข้อบ่งใช้ (off-label) คืออะไร

ยานอกข้อบ่งใช้ หมายถึง ยาที่ใช้ในการรักษานอกเหนือจากที่ระบุในฉลากยา โดยการใช้ยาขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ ปัจจุบันมีการใช้ยานอกข้อบ่งใช้ (off-label use) กันอย่างแพร่หลาย ซึ่งในหลายประเทศไม่มีกฎหมายชัดเจนที่กำหนดถึงการจ่ายยาในลักษณะดังกล่าว ในขณะที่บางประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา มีข้อกำหนดในการห้ามโฆษณาสรรพคุณนอกเหนือข้อบ่งใช้ที่ได้รับและขึ้นทะเบียนต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (FDA) ทั้งนี้ หลายประเทศได้มีการผลักดันให้ใช้ยานอกข้อบ่งใช้ เนื่องจากเป็นยาที่ราคาไม่แพงและมีประสิทธิภาพในการรักษาที่ดี อย่างไรก็ตามเมื่อมีการสั่งจ่ายยานอกข้อบ่งใช้ นั้น แพทย์จะคำนึงถึงความปลอดภัยของยาเป็นหลัก และเมื่อมีการใช้ยานอกข้อบ่งใช้เป็นระยะเวลาหนึ่งแล้ว จะมีการติดตามและรวบรวมข้อมูลความปลอดภัยและประสิทธิภาพของยาเหล่านั้น เพื่อให้ประกอบการจดทะเบียนข้อบ่งใช้เพิ่มเติม

ทำไมต้องใช้ยานอกข้อบ่งใช้

มีเหตุผลหลายประการที่ทำให้แพทย์เลือกใช้ยานอกข้อบ่งใช้ เหตุผลที่สำคัญที่สุดคือการไม่มียาที่มีข้อบ่งใช้โดยตรงสำหรับรักษาโรคนั้นๆ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ยาที่สามารถรักษาได้นั้นไม่ได้รับอนุมัติให้ขึ้นทะเบียนในประเทศ หรือโรคเหล่านั้นเป็นโรคที่เกิดขึ้นน้อย ทำให้บริษัทยาไม่มีแรงจูงใจในการลงทุนพัฒนายา หรือการพัฒนาเกิดขึ้นได้ยากเนื่องจากเป็นโรคที่เกิดขึ้นกับคนเฉพาะกลุ่ม เช่น หญิงมีครรภ์และให้นมบุตร และเด็ก ดังนั้นแพทย์จึงตัดสินใจใช้ยานอกข้อบ่งใช้ เพราะเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับคนไข้ เหตุผลอีกประการหนึ่งที่แพทย์เลือกใช้ยานอกข้อบ่งใช้คือ ยาที่มีข้อบ่งใช้ในการรักษาโรคนั้นนั้นมีราคาแพงมาก ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ การใช้ยานอกข้อบ่งใช้ จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้มากขึ้น



สถานการณ์การใช้ยา off-label ในปัจจุบัน

การใช้ยานอกข้อบ่งใช้ในนานาประเทศยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่า มีการใช้ยานอกข้อบ่งใช้ ถึงร้อยละ 56 สำหรับรักษาโรคในเด็ก ร้อยละ 50 สำหรับการรักษาโรคมะเร็ง ร้อยละ 40 สำหรับการรักษาโรคทางจิตเวช และร้อยละ 20 สำหรับการรักษาโรคทั่วไป โดยพบว่ายาบางตัวมีการใช้นอกข้อบ่งใช้ มากกว่าการใช้ตามข้อบ่งใช้ที่ระบุไว้ในฉลากกำกับยา

มุมมองการใช้ยานอกข้อบ่งใช้ในต่างประเทศ



ออสเตรเลีย

ในปี พ.ศ. 2556 The Council of Australia Therapeutic Advisory Groups (CATAG) ได้พัฒนาแนวทางการใช้ยานอกข้อบ่งใช้ขึ้น เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเลือกใช้ยานอกข้อบ่งใช้ หลักเกณฑ์ดังกล่าวประกอบด้วย

1. ต้องไม่มีทางเลือกอื่นในการรักษาแล้ว
2. ต้องมีหลักฐานสนับสนุนประสิทธิผลของยาอย่างชัดเจน
3. ผู้ป่วยและแพทย์ต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจก่อนใช้ยา
4. ต้องได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการยาและการรักษา (Drug and Therapeutic Committees) ในกรณีที่มีการใช้ยาเป็นประจำ
5. ต้องมีการติดตามผลการรักษา ประสิทธิภาพ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
6. แพทย์ต้องแจ้งรายละเอียดและความเสี่ยงเกี่ยวกับการใช้ยา รวมถึงต้องได้รับคำยินยอมจากผู้ป่วย

ตัวอย่างยานอกข้อบ่งใช้ ที่ใช้มากในออสเตรเลีย คือ ยาฟูโรซีไมด์ (furosemide) เป็นยาขับปัสสาวะที่ถูกนำมาใช้ในการรักษาโรคหอบหืด



สิงคโปร์

สิงคโปร์ไม่มีบทบัญญัติที่ระบุไว้แน่ชัดเกี่ยวกับการใช้ยานอกข้อบ่งใช้ แต่มีกฎหมายที่ห้ามแพทย์และบริษัทยาไม่ให้โฆษณาขายยานอกข้อบ่งใช้ กล่าวคือ ห้ามไม่ให้โฆษณาสรรพคุณหรือข้อบ่งใช้ของยานอกเหนือจากที่ขึ้นทะเบียนไว้ ทั้งนี้ Singapore Medical Council ได้จัดทำคู่มือจริยธรรมทางการแพทย์ (Handbook on Medical Ethics) โดยมีแนวทางการใช้ยานอกข้อบ่งใช้ในการรักษา เพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติในการสั่งใช้ยาของแพทย์ และกำหนดแนวทางเฉพาะสำหรับการใช้ยานอกข้อบ่งใช้ขึ้น เพื่อรองรับความต้องการการใช้ยานอกข้อบ่งใช้ที่สูงขึ้น ยานอกข้อบ่งใช้ที่มีการใช้มากในประเทศสิงคโปร์ คือ ยาเบวาซิซูแมบ (bevacizumab) ซึ่งโดยปกติใช้ในการรักษาโรคมะเร็งมาใช้ในการรักษาโรคจอประสาทตาเสื่อมในผู้สูงอายุ เนื่องจากยามีราคาถูกกว่ายารานิบิซูแมบ (ranibizumab) ซึ่งเป็นยาที่ใช้สำหรับการรักษาโรคจอประสาทตาเสื่อมในผู้สูงอายุโดยตรง



ประเทศไทย

สำหรับประเทศไทยนั้นมีการใช้ยานอกข้อบ่งใช้มาตั้งแต่อดีต ในปี พ.ศ. 2549 พบโรงพยาบาลของรัฐมีการสั่งใช้ยานอกข้อบ่งใช้ถึงร้อยละ 50 โดยส่วนใหญ่ใช้ในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองและระบบทางเดินหายใจ อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันมีการใช้ยานอกข้อบ่งใช้ เพื่อการเสริมความงาม เช่น การใช้สารพิษโบทูลินัม (botulinum toxin) ในการยกกระชับใบหน้า ซึ่งสารพิษดังกล่าวมีข้อบ่งใช้ในการรักษาอาการตาเหล่ ตาปิดเกร็ง ใบหน้ากระตุกครึ่งซีก กล้ามเนื้อคอแข็งเกร็งและการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ

การใช้ยานอกข้อบ่งใช้มีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นจากอดีต และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ซึ่งแต่ละประเทศจำเป็นต้องหาแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศ ในการควบคุมและดูแลการใช้ยาที่ไม่ตรงกับข้อบ่งใช้นี้ ระบบการจัดการที่ดีจะช่วยให้ประเทศชาติประหยังบประมาณจากการซื้อยาที่มีราคาแพงที่สำคัญไปกว่านั้นยังช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่จำเป็นได้ ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน ระบบเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในภาพรวม

โลกทุกวันนี้ทำให้เราสับสนข้อมูล โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลเท็จด้านสุขภาพที่สร้างความเชื่อผิดๆ ให้คนในสังคม นับเป็นเรื่องที่น่ากลัวมาก คอลัมน์นี้จึงเกิดขึ้นเพื่อให้ผู้อ่านเท่าทันความรู้ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เป็นการป้องกันความเสียหายทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าให้คนในสังคม โดยยืนอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานและข้อมูลจากงานวิจัย

หญิงท้องกับการตรวจว่า ลูกในท้องเป็นเด็กดาวน์หรือไม่



กลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome) :

โรคทางพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 21 โดยเด็กกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีภาวะปัญญาอ่อน มีปัญหาสุขภาพหลายอย่างและมีอายุขัยเฉลี่ยสั้นกว่าคนปกติ

สิ่งที่คิด

หญิงท้องที่อายุมากกว่า 35 ปีเท่านั้นที่มีความเสี่ยงต่อการมีลูกเป็นเด็กดาวน์

หญิงท้องบางคนมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนว่า หากคู่ครองมีสุขภาพสมบูรณ์และตัวเองมีอายุน้อยกว่า 35 ปีจะไม่มีความเสี่ยงที่ลูกจะเป็นเด็กดาวน์จึงไม่ต้องเข้ารับการตรวจกรอง หรือบางคนไม่ให้ความสำคัญกับการฝากท้องก่อน 12 สัปดาห์ นอกจากนี้ตัวหญิงท้องและคนรอบข้างบางส่วนยังมีความเชื่อว่าการเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจวินิจฉัยจะทำให้เด็กเสียชีวิต

ความจริง

หญิงท้องทุกคนมีความเสี่ยงจะมีลูกเป็นดาวน์

ปัจจุบันนี้ มีเด็กกลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome) เกิดปีละประมาณ 1,000 ราย สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากความเข้าใจคลาดเคลื่อนของหญิงท้องเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดอาการดาวน์ จึงไม่เข้ารับการตรวจกรองหรือฝากท้อง อันที่จริงแล้วหญิงท้องทุกคนล้วนมีความเสี่ยงที่จะมีลูกเป็นเด็กดาวน์ นอกจากนี้ ความเสี่ยงต่อการแท้งลูกจากการเจาะน้ำคร่ำนั้นต่ำ และการเจาะน้ำคร่ำเป็นขั้นตอนที่จำเป็น อย่างไรก็ตาม หากหญิงท้องไม่อยากเจาะน้ำคร่ำก็สามารถปฏิเสธได้



➡ เพื่อลดจำนวนการเกิดเด็กดาวน์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกรมอนามัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหา จึงริเริ่มดำเนินโครงการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์ใน 5 จังหวัดนำร่อง เพื่อลดจำนวนการเกิดและวางแผนการเลี้ยงดูทารกกลุ่มอาการดาวน์ และเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลการจัดบริการตรวจกรองและวินิจฉัยกลุ่มอาการดาวน์ไปจังหวัดอื่น รวมถึงให้หญิงท้องทุกคนเข้าถึงการตรวจกรองกลุ่มอาการดาวน์โดยไม่จำกัดอายุ โดยขั้นตอนการตรวจเริ่มจากการฝากครรภ์ รับคำปรึกษา ประเมินอายุครรภ์ ด้วยอัลตราซาวด์จะเลือกตรวจกรองเมื่ออายุครรภ์ 14 - 18 สัปดาห์ และหากผลตรวจกรองพบมีความเสี่ยงสูงต่อการมีลูกเป็นเด็กกลุ่มอาการดาวน์ หญิงจะได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยการเจาะน้ำคร่ำ ทั้งนี้ การตรวจกรองอาการดาวน์ยังมีอีกหลายวิธีที่ความเสี่ยงน้อยและรู้ผลได้เร็วแต่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์

ผู้ชายกับการตรวจคัดกรอง มะเร็งต่อมลูกหมาก



โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก :

มะเร็งชนิดนี้พบมากในชายสูงอายุ เกิดขึ้นบริเวณต่อมลูกหมากของเพศชาย สาเหตุจากการที่เซลล์ต่อมลูกหมากเติบโตผิดปกติ พบได้ตั้งแต่อายุ 50 ปีขึ้นไป

สิ่งที่คิด

จำเป็นต้องตรวจคัดกรอง มะเร็งต่อมลูกหมาก และ ดำเนินการรักษาตามผลการ วินิจฉัย

ด้วยความที่เป็นโรคมะเร็งที่พบเฉพาะในเพศชาย และมักได้รับการโฆษณาว่าชายอายุเกิน 40 ปี ขึ้นไปควรเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งชนิดนี้ ชายวัยกลางคนส่วนใหญ่จึงเลือกที่จะเข้ารับการตรวจ และดำเนินการรักษาตามผลวินิจฉัย

ความจริง

การตรวจคัดกรองมะเร็ง ต่อมลูกหมากอาจจะได้รับ ผลบวกลวง คือพบความผิดปกติ ทั้งที่ไม่เป็นโรคมะเร็ง

ในการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นการตรวจด้วย PSA หรือ Prostate-specific antigen เอ็นไซม์ชนิดหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของมะเร็งต่อมลูกหมาก ภายหลังจากพบว่าการคัดกรองนี้ทำให้อินจันและรักษาคนไข้เกินความจำเป็น เนื่องจากมะเร็งต่อมลูกหมากโดยทั่วไปไม่รุนแรง ผู้ป่วยหลายรายจะไม่เสียชีวิตจากมะเร็งชนิดนี้ การรักษาจึงไม่ได้ประโยชน์ ในทางตรงกันข้าม กลับเกิดโทษจากการวินิจฉัยเพิ่มเติมและการรักษา จึงควรคัดกรองเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยง ไม่ใช่ในชายทุกคน

- ▶ 1 ใน 8 ของผู้ชายที่ตรวจคัดกรองด้วย PSA ตลอดชีวิตจะได้รับผลบวกลวง คือพบความผิดปกติทั้งที่ไม่เป็นโรคมะเร็ง
- ▶ ร้อยละ 76 ของชายเหล่านี้ได้ตรวจขึ้นเนื้อต่อมลูกหมาก แล้วพบว่าไม่ได้เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก
- ▶ ต้องคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมากด้วย PSA กว่า 1,000 รายจึงป้องกันมิให้ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากตายได้ 1 ราย แต่ในทางตรงกันข้าม ในจำนวนคนที่เหลือ (999 คน) พบว่า กว่า 120 คนจะได้ผลบวกลวง และ 30 คนจาก 120 คนนี้ได้รับผลกระทบจากการวินิจฉัยและรักษาจนหย่อนสมรรถภาพทางเพศ และอีก 20 คนกลายเป็นคนกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ อีก 2 คนเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและหลอดเลือดอย่างรุนแรง และ 1 รายที่ไม่ป่วยก็ต้องเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

ข้อเท็จจริง ทางสุขภาพที่เรานำมาฝากทั้งเพศหญิงและเพศชายในครั้งนี้ เป็นเพียงแค่น้ำจิ้มเบาๆ เท่านั้น ยังมีความเชื่อผิดๆ และความจริงที่คนยังไม่รู้อีกมาก เราจะนำมาฝากกันในครั้งหน้า เพื่อสร้างสังคมที่ยืนอยู่บนฐานของความรู้และหลักฐาน



โครงการนำร่องฯ



เช็คระยะสุขภาพ

ข้อมูลเพิ่มเติมสามารถอ่านเพิ่มเติมได้ที่ “รายงานวิจัย: การประเมินโครงการนำร่องการป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการดาวน์” และ “เช็คระยะสุขภาพ: ตรวจดีได้ ตรวจร้ายเสีย”



โครงการประเมินเทคโนโลยี และนโยบายด้านสุขภาพ หรือไฮแทป (Health Intervention and Technology Assessment Program – HITAP)

เป็นองค์การวิจัยที่อิสระภายใต้กระทรวงสาธารณสุขและเป็นส่วนหนึ่งของโครงการเมธีวิจัยอาวุโสสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) มีพันธกิจหลักคือ ศึกษาผลกระทบทั้งบวกและลบจากการใช้เทคโนโลยีหรือนโยบายด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านนโยบายของภาครัฐ เช่น คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ส่วนในระดับชาติโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา HITAP เน้นการพัฒนาศักยภาพให้ประเทศเหล่านั้นสามารถทำการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพได้ด้วยตัวเอง

ผลงานที่ประสบความสำเร็จ

- การประเมินความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ของการใช้ยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ตัว เป็นสูตรมาตรฐานของการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก

คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีมติให้ใช้ยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ตัวแทนสูตรยา 2 ตัว ซึ่งช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากกว่า ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกทั่วประเทศ

- การประเมินทางเศรษฐศาสตร์การบริการพื้นฐานการให้คำปรึกษาและตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีแก่ผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย

ผลวิจัยเสนอว่าการให้การตรวจคัดกรอง HIV กับผู้ป่วยทุกคนที่เข้ามาใช้บริการสถานพยาบาลมีความคุ้มค่า ทำให้มีนโยบายให้บริการตรวจ HIV คนไทยทุกคนฟรี

- การประเมินต้นทุนทางสังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

ผลวิจัยพบว่าประเทศไทยสูญเสียงบประมาณ 1 แสน 5 หมื่นล้านบาทต่อปี จากปัญหาการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หน่วยงานด้านการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ใช้ข้อค้นพบจากงานวิจัยในการดำเนินนโยบายป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์

HITAP International Unit – HIU คือ ฝ่ายต่างประเทศของ HITAP

ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนาระบบประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพให้แก่ประเทศกำลังพัฒนา ทีมงานฝ่ายต่างประเทศมีทั้งเจ้าหน้าที่ชาวไทยและต่างชาติที่สนับสนุนให้ประเทศเหล่านั้นมีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ

ผลงานที่ประสบความสำเร็จ

- The International Decision Support Initiative (iDSI): towards more health for the money

HITAP ร่วมกับ Imperial College London สหราชอาณาจักร, The Center for Global Development สหรัฐอเมริกา และ PRICELESS แอฟริกาใต้ ก่อตั้งเครือข่าย International Decision Support Initiative (iDSI) เพื่อสนับสนุนประเทศกำลังพัฒนาให้ตัดสินใจลงทุน จัดสรรทรัพยากรในระบบสุขภาพบนหลักฐานข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขของ อินโดนีเซีย เวียดนาม อินเดีย พม่า ภูฏาน ฟิลิปปินส์ เนปาล และศรีลังกา ในการทำวิจัยเพื่อสนับสนุนการพัฒนา ระบบสุขภาพ และสนับสนุนการพัฒนา ศักยภาพในระดับบุคคลและองค์กร ให้สร้างระบบและทำวิจัยเกี่ยวกับประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพด้วยตนเอง

- Guide to Economic Analysis and Research (GEAR) online resource

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และมูลนิธิ Bill & Melinda Gates สนับสนุน HITAP ดำเนินการวิจัยเพื่อค้นหาอุปสรรคของการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ในประเทศกำลังพัฒนาและพัฒนาเครื่องมือ โดยจัดทำเป็นเว็บไซต์ GEAR <http://gear4health.com/> เพื่อให้นักวิจัยทั่วโลกที่ต้องการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ แต่ขาดความรู้และประสบการณ์ สามารถทำการประเมินที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยให้ข้อมูล คือ 1. เปรียบเทียบคู่มือการประเมินความคุ้มค่าของประเทศต่างๆ ในแต่ละแง่มุม โดยผู้ใช้สามารถเลือกเปรียบเทียบได้ตามความต้องการ 2. ให้แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่พบบ่อยจากการประเมินความคุ้มค่าในรูปแบบ mind - map 3. ให้ข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยสำคัญเพื่อพัฒนาเทคนิคการประเมินความคุ้มค่าในอนาคต 4. บริการถาม-ตอบแก่ผู้ที่ยังมีข้อสงสัยในแนวทางการประเมินความคุ้มค่า และต้องการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญระดับโลก

POLICY BRIEF

จุลสาร



ฉบับที่ 47

จัดบริการตรวจรอกกลุ่มอาการดาวน้ออย่างไรให้ได้ผลก่อนผลักดันเป็นนโยบายระดับประเทศ



ฉบับที่ 48

บริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษา ไม่แย่ แต่ยังไม่ดีพอ



จุลสารปีที่ 9

ฉบับที่ 28 กันยายน-ธันวาคม 2559 สร้างกลไกการเงินและตัวชี้วัดอย่างไรให้พัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ



จุลสารปีที่ 10

ฉบับที่ 29 มกราคม-เมษายน 2560 อนาคต อย. แยกบางอย่างสร้างบางส่วน

VDO (YOUTUBE : HITAP THAI)



นักวิจัย HITAP : Chapter 1
นักวิจัยคือนักเดินทาง



นักวิจัย HITAP : Chapter 2
วิจัย HITAP กับการเก็บข้อมูล



นักวิจัย HITAP : Chapter 3
วิเคราะห์ข้อมูล-เสนอผลวิจัย

BLOG



เบื้องลึก “เพิ่มสิทธิ์ยาใหม่ไวรัสตับอักเสบซี”
คุ้มค่าอย่างไร?
<http://www.hitap.net/170983>



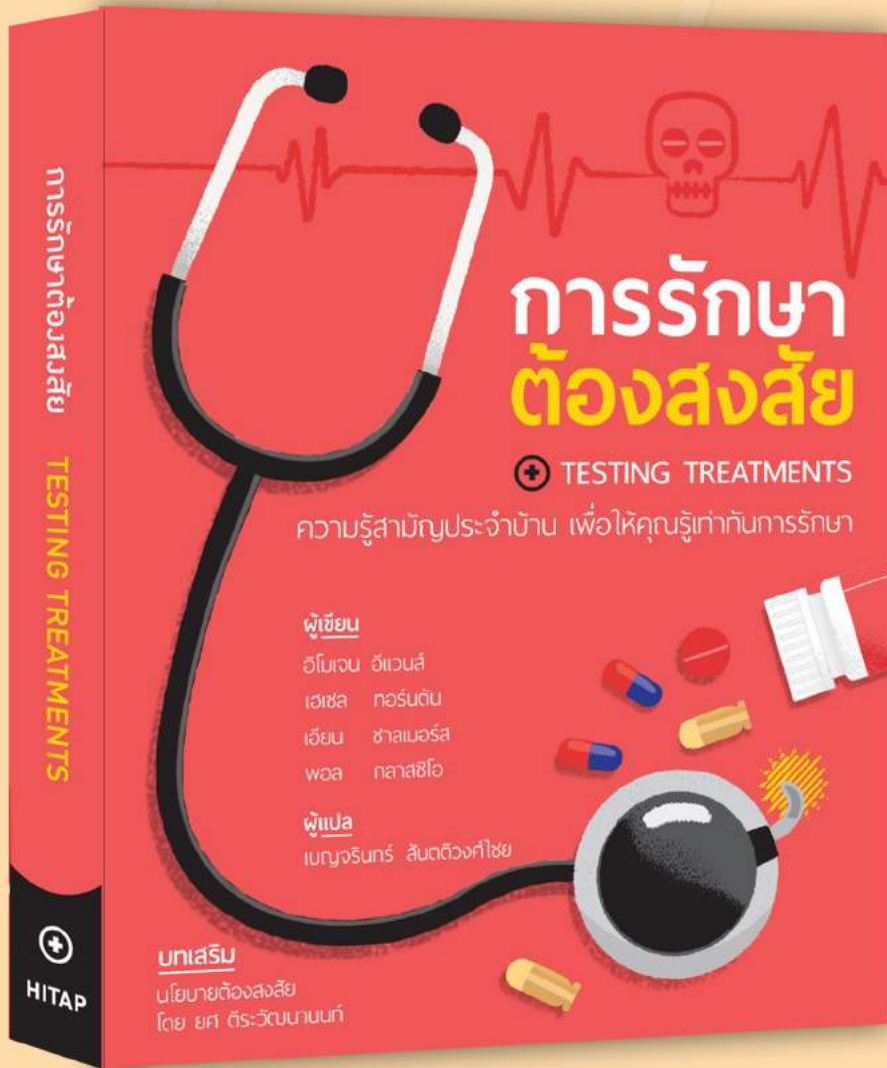
“รายงานนอกบัตรทอง – ประกันสังคม –สวัสดิการราชการ”
ภาระคนไทยที่รัฐควรเข้าใจก่อนปรับปรุงนโยบาย (<http://www.hitap.net/170815>)



“แก่นกำเนิดของยาแผนไทย”
คุณค่าภูมิปัญญาที่ประเมินค่าไม่ได้
(<http://www.hitap.net/170556>)

การรักษาต้องสงสัย TESTING TREATMENTS

“ความรู้สามัญประจำบ้าน เพื่อให้คุณรู้เท่าทันการรักษา”



ราคา
265 บาท



สั่งซื้อได้ที่

แปลแล้วร่วม 20 ภาษาทั่วโลก

www.testingtreatments.org



HITAP



HITAP_THAI



HITAP_THAI



HITAP.NET