

สุขร่วมสร้าง

โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์
กับการมีส่วนร่วมจากภาพส่วนในสังคม

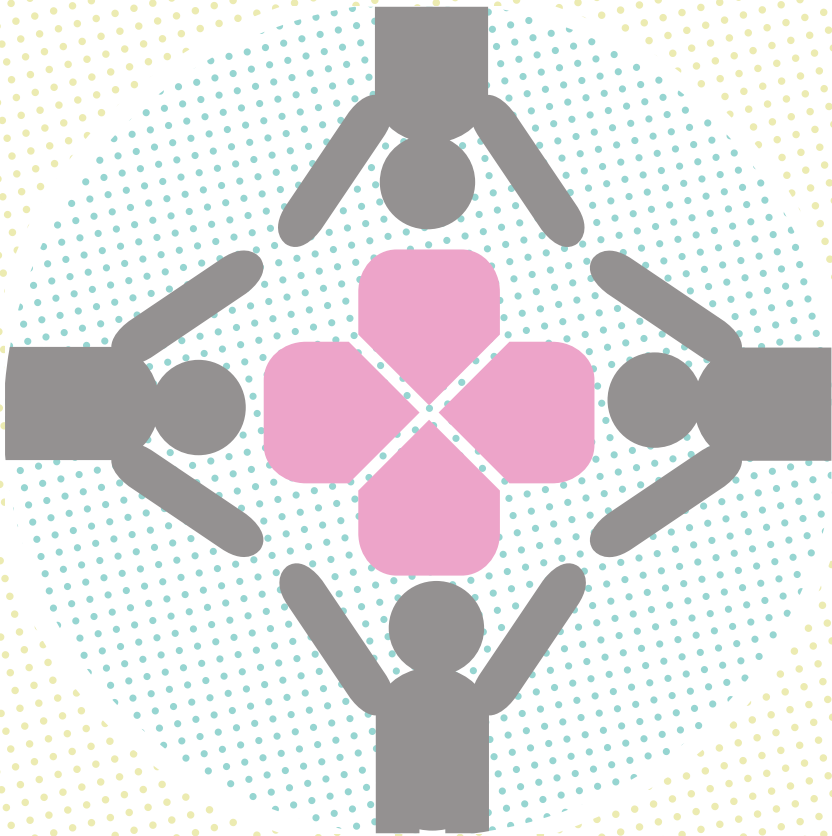


ในโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



สุขร่วมสร้าง

โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์
กับการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนในสังคม



สนับสนุนโดย

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)



สุขร่วมสร้าง

โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์
กับการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนในสังคม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เลขที่ 120 หมู่ 3 ชั้น 2-4 อาคารรวมหน่วยงานราชการ
ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550
ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่
กรุงเทพมหานคร 10210
โทร 0 2141 4000
สายด่วน 1330 (ตลอด 24 ชั่วโมง)
โทรสาร 0 2143 9730-1
Email: e-news@nhso.go.th
<http://www.nhso.go.th>



คณะผู้ดำเนินโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์
ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
โทร 0 2590 2366, 0 2590 2367
โทรสาร 0 2590 2385
<http://www.ihpp.thaigov.net>



โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

โทร 0 2590 4549, 0 2590 4374-5
โทรสาร 0 2590 4369
<http://www.hitap.net>



พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม 2555
จำนวน 10,000 เล่ม

บรรณาธิการเนื้อหา

นพ. ภูษิต ประคองสาย
นพ. ยศ ตีระวัฒนานนท์
ภญ. ศรีเพ็ญ ตันติเวสส

ออกแบบโดย

บริษัท ดีเซมเบอร์รี่ จำกัด
4@decemberry.com
โทร 0 2884 5933
โทรสาร 0 2884 5934

พิมพ์ที่

บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด
graphico_sys@yahoo.com
โทร 0 2525 1121, 0 2525 4669-70
โทรสาร 0 2525 1272

สารบัญ

กว่าจะเป็นชุดสิทธิประโยชน์สร้างสุขถ้วนหน้า

หยุด “ดาวน์ ซินโดรม” ด้วยระบบตรวจกรองขณะตั้งครรภ์

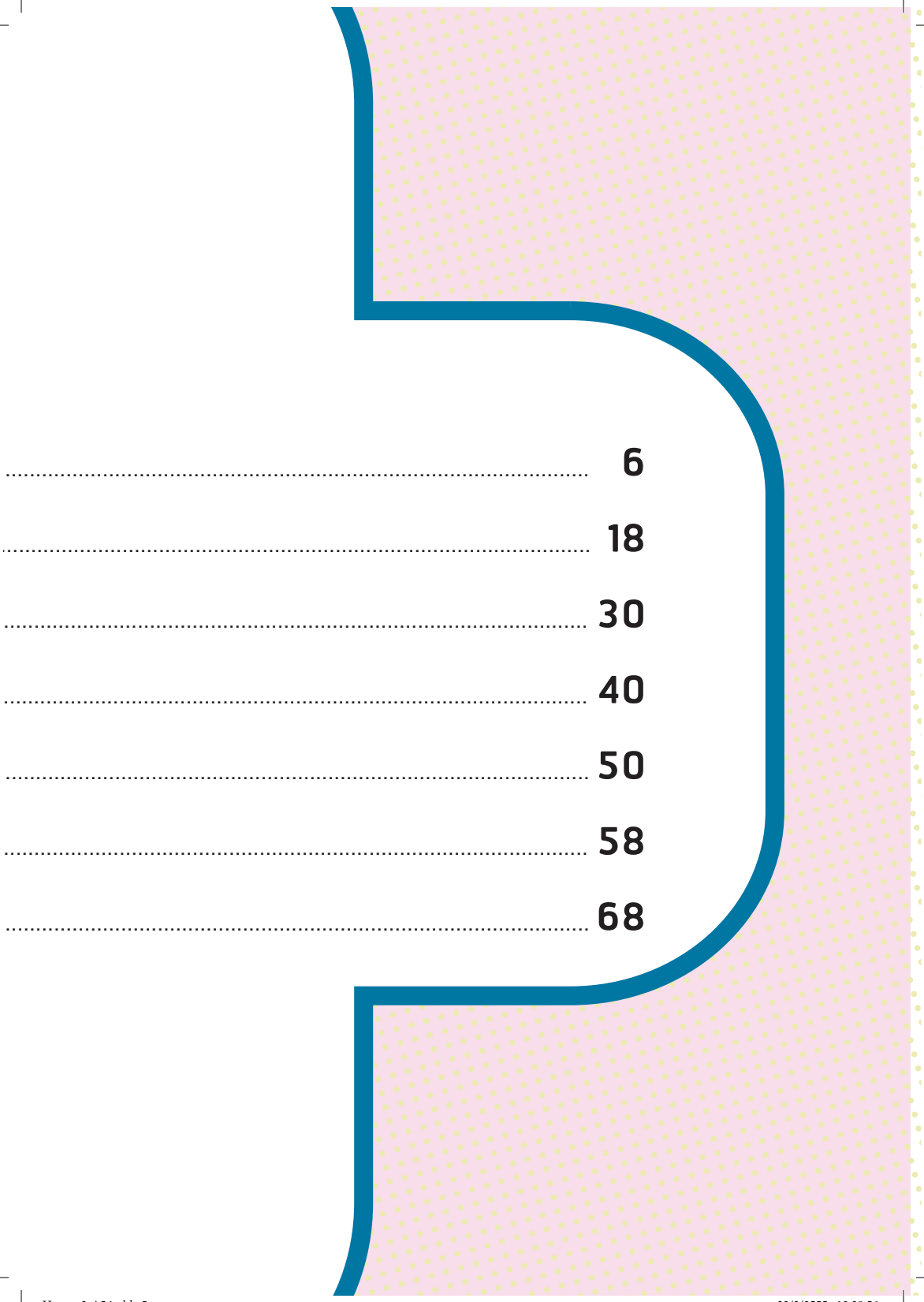
“ผ้าอ้อมผู้ใหญ่” เดิมเต็ม...ชีวิตผู้พิการ

ปลูกถ่าย “เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด” เพื่อผู้ป่วย “ธาลัสซีเมีย”

“วัคซีนคอตีบยา” ภัยหาระดับชาติ

บทสัมภาษณ์

ภาคผนวก



6

18

30

40

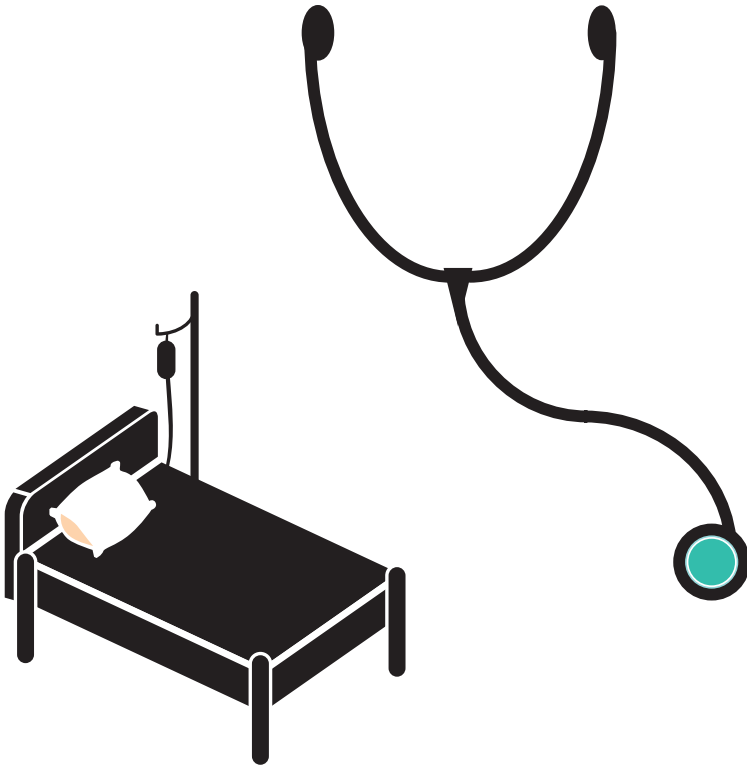
50

58

68



กว่าจะเป็นชุดสิทธิประโยชน์ สร้างสุขถ้วนหน้า

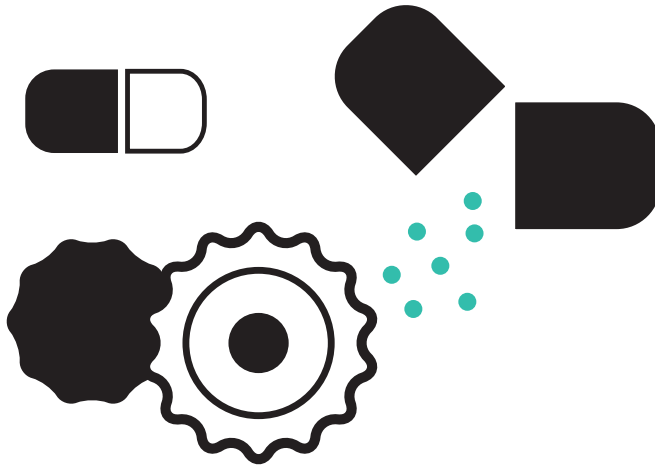


ปัจจุบันประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพภาครัฐอยู่ 3 ระบบหลัก ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม ซึ่งแต่ละระบบมีรูปแบบที่แตกต่างกัน ทั้งแหล่งเงินสนับสนุน สิทธิประโยชน์ หรือ แม้แต่การจ่ายเงินให้แก่โรงพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพ

	สวัสดิการรักษา พยาบาลข้าราชการ (8%)	หลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) (76%)	ประกันสังคม (16%)
หน่วยงานที่ รับผิดชอบ	กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	สำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ	สำนักงานประกัน สังคม
สิทธิ ประโยชน์	ข้าราชการ และ ลูกจ้างของส่วน ราชการ ที่ปฏิบัติงาน ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ และบุคคลในครอบครัว	ประชาชนทั่วไป ที่ไม่ได้รับสิทธิจาก สวัสดิการรักษา พยาบาลข้าราชการ ประกันสังคมหรือสิทธิ อื่นๆ ที่รัฐจัดให้เป็น การเฉพาะ	ลูกจ้างบริษัท เอกชน
สิทธิ ประโยชน์ที่ได้รับ	สิทธิการรักษา พยาบาล เกือบทุกกรณี	สิทธิการรักษา พยาบาลตามตัวยา ที่ระบุในบัญชียาหลัก แห่งชาติ การป้องกัน โรคและการตรวจ คัดกรองในบางกรณี	สิทธิการรักษา พยาบาล ในบางกรณีและตัวยา ตามที่ระบุในบัญชียา หลักแห่งชาติ
ผู้ให้บริการ สุขภาพ	โรงพยาบาลรัฐ (โรงพยาบาลเอกชน กรณีฉุกเฉิน)	โรงพยาบาลรัฐและ เอกชนคู่สัญญา	โรงพยาบาลรัฐและ เอกชนคู่สัญญา

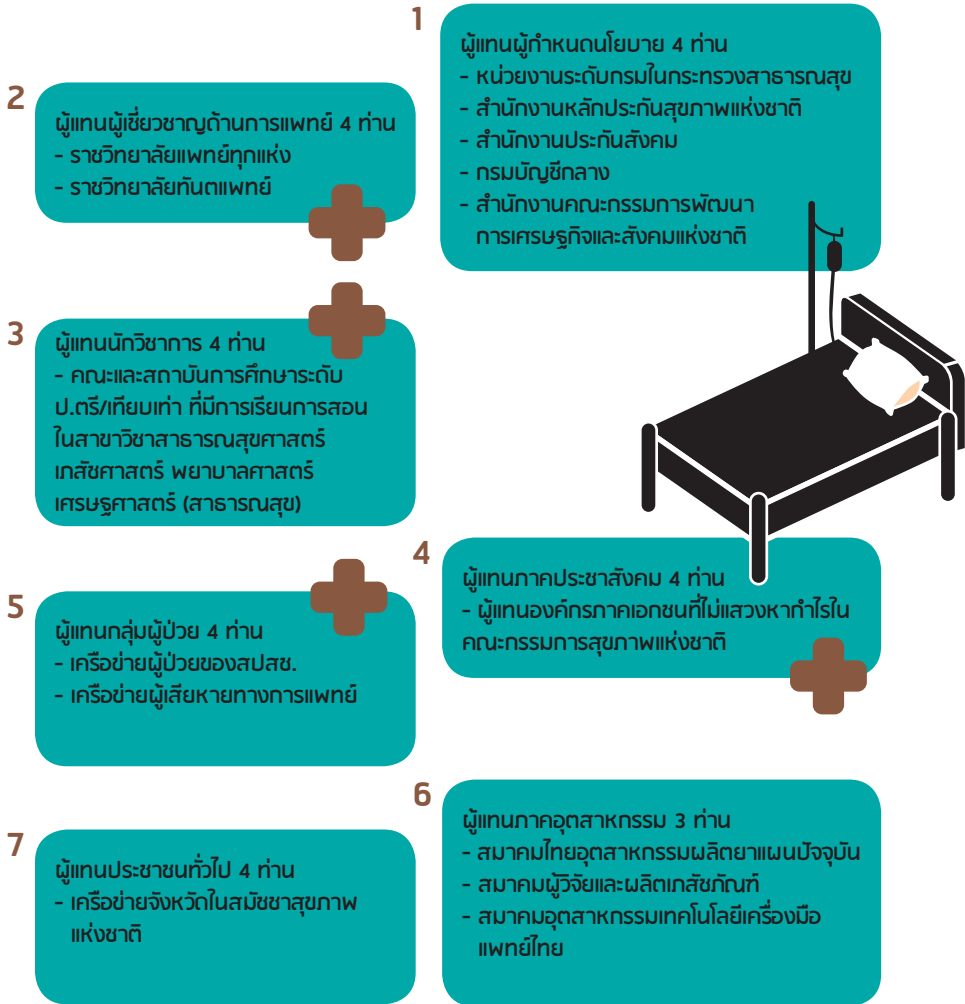
ในระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้ง 3 ระบบ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลา 10 ปี ถือเป็นระบบที่ดูแลคนไทยกลุ่มใหญ่ที่สุด แต่หากพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบันกลับพบว่ายังไม่ครอบคลุมบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นบางอย่าง ในขณะที่บริการบางอย่างอยู่ใน


ชุดสิทธิประโยชน์แล้ว แต่ผู้มีสิทธิยังเข้าไม่ถึงบริการเหล่านั้นอย่างทั่วถึง ส่งผลให้เกิดการร้องเรียนต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งดูแลระบบนี้ให้ปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ และบริการที่เกี่ยวข้องอยู่บ่อยครั้ง แต่ที่ผ่านมา การพิจารณาเพิ่มสิทธิประโยชน์ ในระบบดังกล่าวยังไม่มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน และขาดการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่างๆ



จากปัญหาดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2552 คณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ของสปสช. ได้มอบหมายให้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ในฐานะคณะผู้ดำเนินโครงการ ดำเนิน “การศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดยเน้นการวิจัยและพัฒนาอย่างเป็นระบบ อาศัยทั้งหลักวิชาการร่วมกับการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อให้ได้ชุดสิทธิประโยชน์ ด้านการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม และเป็นธรรมแก่ประชาชนไทย 47 ล้านคน ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 7 กลุ่ม



หมายเหตุ  = คณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ซึ่งเป็น 4 กลุ่มที่มีสิทธิในการเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพก่อนที่จะนำไปศึกษาต่อ

โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 7 กลุ่ม มีส่วนร่วมในการทำงาน โดยมุ่งให้การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ เป็นไปอย่างโปร่งใส เป็นระบบอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการ และเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

ในการคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อนำมาพิจารณาพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ นั้น ผู้แทน 7 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเปิดรับฟังความคิดเห็นจากภายในกลุ่มและเสนอหัวข้อปัญหาสุขภาพ หรือ เทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยหัวข้อ ที่เสนอจากผู้แทนกลุ่ม จะถูกส่งให้ คณะผู้ดำเนินโครงการฯ จัดเตรียมและรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อให้คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพพิจารณาจัดลำดับความสำคัญ

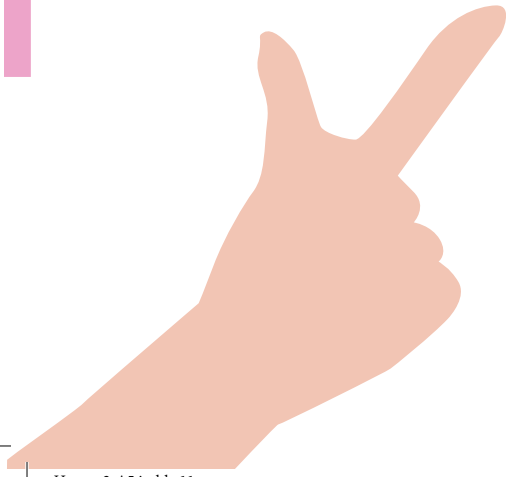


เกณฑ์ที่ใช้เพื่อจัดลำดับความสำคัญในเบื้องต้น ได้แก่ 1.จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ 2.ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ 3.ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ 4.ความแตกต่างในทางปฏิบัติ 5.ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และ 6.ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 7 กลุ่ม มีสิทธิเสนอหัวข้อ ได้ครั้งละไม่เกิน 3 หัวข้อ โดยเปิดโอกาสให้เสนอหัวข้อ ปีละ 2 ครั้ง ในช่วงเดือนมกราคมและกรกฎาคมของทุกปี จากนั้นคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ ที่มาจาก 4 ใน 7 กลุ่ม (ดูหน้า 9 ประกอบ) จะหารือบนพื้นฐานของข้อมูลและหลักฐานเชิงวิชาการเพื่อคัดเลือกหัวข้อ ตามขั้นตอน



สรุปขั้นตอนการเสนอ
และพิจารณาหัวข้อ
ปัญหาสุขภาพและ
เทคโนโลยีด้านสุขภาพ



สำหรับหัวข้อที่ผ่านการคัดเลือกและผ่านความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการของ สปสช. จะถูกประเมินโดยกระบวนการวิจัยที่มีมาตรฐานโดย IHPP และ HITAP เปิดโอกาสให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นักวิชาการที่เชี่ยวชาญเฉพาะด้านในประเด็นนั้นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยและให้ความคิดเห็นต่อผลการวิจัย เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างรอบด้านและโปร่งใส โดยในท้ายสุดผลการประเมินจะถูกนำเสนอต่อคณะอนุกรรมการฯ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับจัดทำข้อเสนอในการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ก่อนเสนอให้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพิจารณาบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ฯ ต่อไป



นพ. ภูษิต ประคองสาย

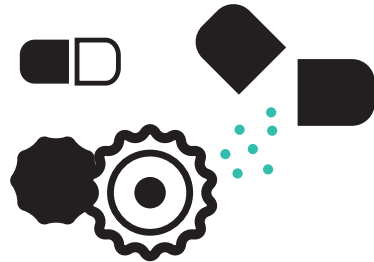
ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)

“ปัจจุบันประชาชนมีข้อเรียกร้องต่อรัฐบาลว่าควรให้บริการทางการแพทย์ฟรีด้วยเทคโนโลยีที่ล้ำสมัย ในขณะที่สถานการณ์ทางการเงินของประเทศยังไม่ดีพอที่จะตอบสนองข้อเรียกร้องเหล่านั้นได้ทั้งหมด จึงจำเป็นต้องมีการวิจัยเพื่อหาจุดกึ่งกลางที่เหมาะสม”



นพ. ยศ ติระวัฒนานนท์
หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

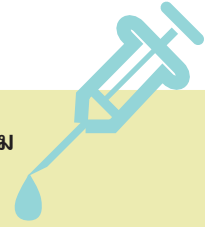
“หน่วยงานวิจัยทางด้านสุขภาพ อย่าง IHPP และ HITAP ทำหน้าที่เป็นองค์กรของสังคม สร้างความสมดุลระหว่างกลุ่มคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพผ่านทางข้อมูลทางวิชาการ เพื่อให้ผู้ที่มีความต้องการในระบบสุขภาพที่แตกต่างกัน สามารถหาข้อยุติร่วมกันได้โดยผ่านข้อเท็จจริงและองค์ความรู้เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร ทั้งนี้เพื่อให้ได้ประโยชน์และคุ้มค่ากับการลงทุนสูงสุด”



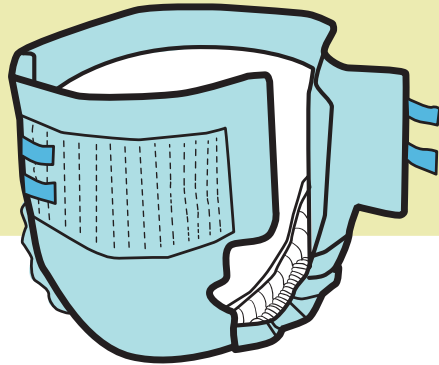
ปัจจุบันมีหัวข้อที่ผ่านการพิจารณาคัดเลือกเข้าสู่กระบวนการวิจัยรอบที่ 1/2553 จำนวน 9 หัวข้อ และที่ผ่านการพิจารณารอบที่ 2/2553 อีกจำนวน 5 หัวข้อ (ติดตามรายละเอียดในภาคผนวก) ซึ่งบางประเด็นคณะอนุกรรมการฯ ให้ความสำคัญและบรรจุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้ว ขณะที่บางประเด็นไม่ได้รับการเห็นชอบ

ยกตัวอย่างเช่น การศึกษาและวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ต่อทางเลือกการวินิจฉัยการรักษาวัณโรคดี้อย่าร่วมกับการประเมินผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจและข้อเสนอแนะการปรับปรุงกระบวนการรักษาวัณโรค ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคทุกรายและผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเชื้อวัณโรคดี้อย่าในทันทีที่เริ่มมีอาการ จากนั้นค่อยให้การรักษาตามปกติ และเปลี่ยนการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมตามเชื้อวัณโรค ล่าสุดข้อเสนอแนะถูกนำเสนอต่อคณะอนุกรรมการฯ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนให้บรรจุจำเป็นในการรักษาวัณโรคดี้อย่าไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการพัฒนาเพื่อให้การรักษาวัณโรคดี้อย่าเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดทั้งภาครัฐและเอกชนโดยมีการกำกับและติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาศักยภาพให้สามารถรักษาผู้ป่วยวัณโรคดี้อย่าได้ในทุกพื้นที่เพื่อลดการเดินทางและส่งต่อ





ส่วนการศึกษาผลการประเมินความคุ้มค่าของผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป สำหรับผู้ที่กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่อยู่และ ผู้ที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว แม้ว่าผลวิจัยพบว่าการสนับสนุนผ้าอ้อมจะทำให้ผู้พิการและผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความมั่นใจที่จะเข้าสังคม สามารถร่วมกิจกรรมและทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ไม่เป็นภาระผู้ดูแล แต่เมื่อพิจารณาเรื่องภาระงบประมาณจากการสนับสนุนผ้าอ้อมร่วมกับประเด็นอื่นๆ คณะอนุกรรมการฯ จึงให้หัวข้อดังกล่าวตกไป



นอกจากนี้ยังมีหัวข้อวิจัยอื่นที่ยังไม่ได้หยิบยกมากล่าวถึง คือ การวิจัยต้นทุนผลได้ของการตรวจกรองและวินิจฉัยก่อนคลอดของกลุ่มอาการดาวน์ในประเทศไทย และโครงการศึกษาความเป็นไปได้ของการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในการรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ซึ่งเป็นโครงการศึกษาต่อเนื่องจากการศึกษาเรื่องความคุ้มค่าการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด (สามารถอ่านรายละเอียดในเล่ม)



นายนิมิตร์ เกียนอุดม
หนึ่งในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยงานวิจัยด้านสุขภาพอย่าง IHPP และ HITAP ทำให้ประชาชนต้องปรับเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีเคลื่อนไหวเพื่อเรียกร้องสิทธิที่พึงได้ เพราะเดิมการเคลื่อนไหวด้านสุขภาพของประชาชนเริ่มต้นจากปัญหาความเดือดร้อนอย่างเดี่ยว บางครั้งมีแต่อารมณ์ไร้เหตุผล แต่เมื่อมีผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นข้อเรียกร้องของประชาชน จะยิ่งเสริมให้ข้อเรียกร้องและการผลักดันเรื่องเหล่านั้นมีความชอบธรรมมากขึ้น และที่สำคัญทำให้ทั้งสองฝ่ายเข้าใจกันมากขึ้น ซึ่งเท่ากับช่วยลดความขัดแย้งได้”



นพ. ประทีป ธนกิจเจริญ

รองเลขาธิการ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หากต้องการเดินหน้าระบบหลักประกันสุขภาพและปฏิรูประบบบริการ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมียานวิชาการเป็นตัวชี้นำ เพราะการเดินหน้าของระบบหลักประกันสุขภาพต้องควบคู่ไปกับการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆ จึงจำเป็นต้องมีการประเมินทั้งเทคโนโลยีเก่าและใหม่ว่าคุ้มค่ากับการทำต่อหรือลงทุนหรือไม่”

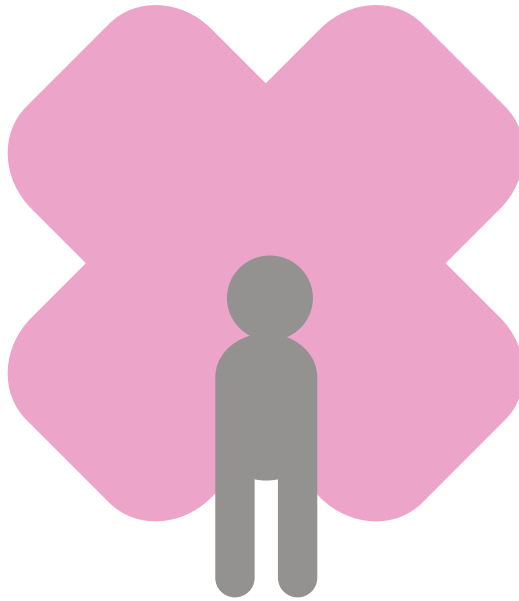
แม้ว่าโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมและให้ข้อคิดเห็นเพื่อตอบสนองความต้องการของสมาชิกทุกกลุ่ม แต่ก็ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญในการดำเนินการ เนื่องจากโครงการนี้ยังไม่เป็นที่รับรู้ของสมาชิกกลุ่มต่างๆ อย่างกว้างขวาง จึงทำให้กระบวนการได้มาซึ่งหัวข้อยังไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหาและไม่ได้มาจากการมีส่วนร่วมของสมาชิกแต่ละกลุ่ม ผลเสียคือได้ประเด็นไม่ตรงกับความต้องการของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างแท้จริง

ถึงเวลาแล้วหรือยัง ที่ท่านจะมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อสิทธิประโยชน์ของตัวเอง หากสนใจต้องการเสนอหัวข้อ หรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาสิทธิประโยชน์ ทำได้ไม่ยาก เพียงท่านติดต่อผ่านผู้แทนกลุ่มที่คิดว่าสามารถเป็นปากเป็นเสียงแทนได้ หรือสืบค้นข้อมูลที่ปรากฏใน

<http://www.hitap.net/bp/>



หยุด “ดาวนีย์ ซินโดรม” ด้วยระบบตรวจกรองขณะตั้งครรภ์



...คุณแม่ต้องทำใจนะครับ เด็กคนนี้เป็นดาวนีย์ ซินโดรม อาจจะมีพัฒนาการช้ากว่าเด็กทั่วไป และสุขภาพจะไม่ค่อยแข็งแรง ดังนั้นต้องดูแลเอาใจใส่เข้ามาทุก

...พอจะมีทางรักษาได้หรือเปล่านั้นคุณแม่ลอง

...โรคนี้ไม่มีทางรักษาให้หายขาด แต่คุณแม่สามารถกระตุ้นพัฒนาการให้เขาได้ ถ้ามีอาการเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น โรคหัวใจก็ให้ไปพบหมอเฉพาะทาง แล้วรักษาไปตามอาการครับ

หญิงวัย 30 เศษๆ อุ้มลูกวัยไม่ถึง 1 ขวบ นั่งฟังคำอธิบายของกุมารแพทย์ด้วยสีหน้าเศร้าหมอง ระคนเคร่งเครียด แผงด้วยอาการวิตกกังวลต่างๆ นานา เพราะเธอนึกไม่ออกว่า เธอจะเลี้ยงดูลูกคนนี้ให้เติบโต และมีชีวิตที่ดีได้อย่างไร

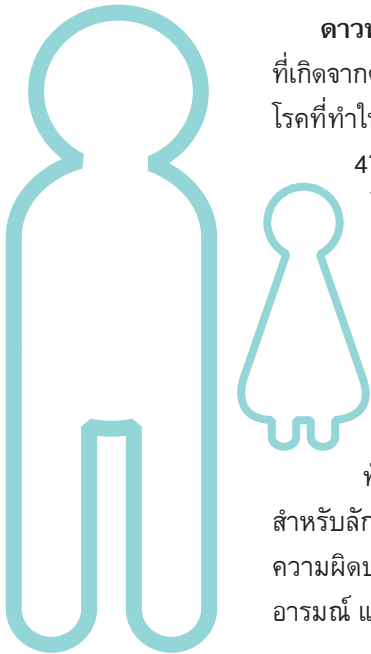


ลองคิดดู ถ้าคุณมีลูก แต่ลูกคุณกลับไม่ใช่เด็กปกติที่เจริญเติบโตตามวัยเหมือนเพื่อนๆ เพราะเขาเป็น ดาวน์ ซินโดรม ที่มีปัญหาเกี่ยวกับพัฒนาการทางร่างกายและสมอง นี่ไม่ใช่คำถามเล่นๆ สำหรับสังคมไทยเพราะวันนี้...มีข้อมูลว่าในแต่ละปีประเทศไทยมีเด็กที่คลอดออกมาแล้วมีความผิดปกติอยู่ในกลุ่มอาการดาวน์มากถึง 1,000 ราย

ดาวน์ ซินโดรม คืออะไร?

ดาวน์ซินโดรม (Down Syndrome) เป็นโรคทางพันธุกรรมที่เกิดจากความผิดปกติทางโครโมโซมและพบบ่อยที่สุดในกลุ่มโรคที่ทำให้เกิดภาวะปัญญาอ่อน เด็กเหล่านี้จะมีโครโมโซม 47 แท่ง (1 คู่ มี 2 แท่ง) ซึ่งมากกว่าคนปกติที่มีโครโมโซมเพียง 46 แท่งต่อ 1 เซลล์โดยสาเหตุที่พบมากที่สุดเกิดจากการมีโครโมโซมคู่ที่ 21 เกินมา 1 แท่ง หรือเรียกว่า Trisomy 21

ในทางการแพทย์พบว่า การให้กำเนิดเด็กที่เป็นดาวน์ ซินโดรมนั้น สามารถพบได้ในผู้หญิงทั่วไปทุกกลุ่มอายุไม่จำกัดเชื้อชาติสังคมและชนชั้น สำหรับลักษณะของเด็กที่เป็นดาวน์ ซินโดรม โดยทั่วไปจะมีความผิดปกติใน 3 ด้านหลักๆ ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสติปัญญา





ทั้งนี้ในระบบของกล้ามเนื้อและกระดูก พบว่ามีความตึงตัวของกล้ามเนื้อน้อย ข้อต่อยึดได้มาก กล้ามเนื้ออ่อนแรง ระบบผิวหนังมีความยืดหยุ่นน้อย ซึ่งมีผลต่อพัฒนาการ ดังนั้น เด็กจะมีปัญหาในการชันคอ นั่ง ยืน และเดิน ทุกขั้นตอนช้ากว่าปกติ ส่วนภาวะทางอารมณ์และพฤติกรรม ส่วนมากเด็กที่เป็นดาวน์ ซินโดรม จะมีความอ่อนโยน ยิ้มแย้ม แจ่มใส อารมณ์ดี สอนง่าย ร่าเริง เข้ากับผู้อื่นได้ดี แต่มักจะมีภาวะสมาธิสั้น และจะมีระดับสติปัญญา (IQ) ต่ำกว่าเด็กปกติ

ปัญหาหลักที่พบในเด็กกลุ่มนี้คือ มีระบบภูมิคุ้มกันต่ำ มีลักษณะโครงสร้างของกระดูกผิดปกติ มีภาวะอาการโรคหัวใจ และกระบวนกาเผาผลาญสารอาหารในร่างกายไม่สมบูรณ์ ซึ่งส่งผลให้มีพัฒนาการและการเจริญเติบโตที่ล่าช้ากว่าเด็กปกติ

เด็กที่เป็นดาวน์ ซินโดรม ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตัวเองและดำรงชีวิตประจำวันได้ และหากมีโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ มีปัญหาด้านการได้ยินหรือสายตา ฯลฯ ก็จะต้องส่งไปพบแพทย์เฉพาะทาง ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะเป็น “ภาระ” ค่าใช้จ่ายของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง



อัตราเสี่ยงกับความสูญเสีย

ในประเทศไทย แต่ละปีมีหญิงตั้งครรภ์ประมาณ 800,000 ราย ในจำนวนนี้ให้กำเนิดทารกที่เป็นดาวน์ ซินโดรมประมาณ 800-1,000 ราย

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ได้แนะนำให้หญิงที่ตั้งครรภ์วัย 35 ปีขึ้นไป เข้ารับการเจาะน้ำคร่ำ เพื่อตรวจโครโมโซมของทารกในครรภ์ เนื่องจากเป็นกลุ่มมีความเสี่ยงสูงที่ทารกในครรภ์จะมีโครโมโซมผิดปกติ แต่จากการเก็บสถิติของเด็กที่เป็นดาวน์ ซินโดรม กลับพบว่าร้อยละ 75-80 เป็นเด็กที่เกิดจากแม่ที่อายุน้อยกว่า 35 ปี เหตุผล เพราะในจำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 800,000 ราย จะมีหญิงตั้งครรภ์กลุ่มอายุ 35 ปีขึ้นไปเพียง 100,000 ราย ขณะที่อีก 700,000 ราย คือ กลุ่มที่อายุน้อยกว่า 35 ปี ส่งผลให้ตัวเลขของเด็กดาวน์ ซินโดรม ที่เกิดจากแม่กลุ่มนี้มีจำนวนมาก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแม่ที่อายุน้อยกว่า 35 ปี ไม่เฉลียวใจที่จะเข้ารับการตรวจ เนื่องจากคิดว่าไม่มีความเสี่ยง

แม้ว่าในปัจจุบันคนไทยทุกคนจะได้รับการดูแลสุขภาพอย่างดีด้วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งหมายรวมถึงเด็กที่เป็นดาวน์ ซินโดรมด้วย แต่มีการประเมินกันว่า เด็กที่เป็นดาวน์ ซินโดรม 1 คน อาจจะมีค่าใช้จ่ายที่มากกว่าการเลี้ยงดูเด็กปกติ นับตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิตประมาณ 2.5 ล้านบาท ในจำนวนนี้แบ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่ภาครัฐต้องสนับสนุน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าตรวจร่างกาย และค่าส่งเสริมพัฒนาการ ประมาณ 900,000 บาท และส่วนที่เหลืออีกประมาณ 1.6 ล้านบาท เป็นค่าใช้จ่ายของผู้ปกครองในการเลี้ยงดูลูกที่เป็นดาวน์ ซินโดรม (ต่อ 1 คน)

ไม่ว่าจะร่ำรวยหรือยากจน หากครอบครัวได้มีลูกเป็นดาวน์ ซินโดรม เชื่อว่าคนเป็นพ่อเป็นแม่ก็รักและปรารถนาอย่างยิ่งที่จะให้ลูกของพวกเขาได้อยู่ดีมีสุข ดังนั้นหากรู้ว่าสิ่งใดหรือที่ไหนใครว่าดี ทุกครอบครัวก็จะทุ่มเทแรงกายแรงใจที่จะทำให้เด็กหนึ่งคนได้ในสิ่งที่ดีที่สุดเสมอ แต่การที่พ่อแม่จะต้องทุ่มเทและสละเวลาทำงานเพื่อลูกนั้น ด้านหนึ่งกลับทำให้ครอบครัวอาจต้องสูญเสียรายได้ หากมีเด็กที่เป็นดาวน์ ซินโดรม เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ก็จะทำให้ประเทศสูญเสียงบประมาณสำหรับดูแลคนกลุ่มนี้ด้วย แต่หากมีการขยายกลุ่มให้หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสตรวจกรองเพิ่มขึ้น จะทำให้ผู้เป็นพ่อแม่มีโอกาสเลือก และวางแผนสำหรับอนาคตของครอบครัวได้ เช่น สามารถเตรียมการสำหรับลูกที่จะเกิดมาได้ โดยเฉพาะหากเด็กเกิดมาเป็นดาวน์ ซินโดรม พ่อแม่ก็จะสามารถวางแผนสำหรับครอบครัวต่อไปได้





ปัญหาแห่งชาติที่ต้องแก้ไข

จะดีหรือไม่...หากรัฐบาลจะสนับสนุนให้เพิ่มการตรวจกรองตารัน ซินโดรมให้แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพ เพราะหากแพทย์ตรวจพบเร็ว ก็จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถตัดสินใจต่อไปได้ว่าจะยุติการตั้งครรภ์หรือไม่

ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีแนวทางปฏิบัติในการตรวจกรองหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นมาตรฐาน ดังนั้นหญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์จะได้รับการตรวจกรองกลุ่มอาการดาวน์ซินโดรมแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับสถานพยาบาลที่เข้ารับบริการและความสามารถในการจ่ายค่าบริการตรวจกรองของแต่ละครอบครัว

กุมารแพทย์และสูติรีแพทย์ต่างลงความเห็น ว่า ดาวน์ ซินโดรม เป็นเรื่องที่ไม่จำเป็น ต้องรอให้เด็กเกิดมาแล้วตรวจวินิจฉัยว่าจะเป็นหรือไม่แล้วค่อยมาแก้ปัญหา แต่สามารถตรวจกรองก่อนได้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ จึงผลักดันให้ สปสช. สนับสนุนเรื่องนี้ เพราะมีสมมติฐานว่าการลงทุนตรวจกรองหญิงตั้งครรภ์ในช่วงประมาณต่ำกว่างบประมาณในการรักษาและเลี้ยงดูเด็กที่เป็นดาวน์ ซินโดรม

ปัจจุบันการตรวจกรองกลุ่มอาการดาวน์ ซินโดรม ยังไม่ได้มีการบรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของทั้งระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม หรือแม้แต่ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ จึงเสนอประเด็นดังกล่าวไปที่คณะกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ เพื่อให้ดำเนินโครงการวิจัยเรื่อง “ต้นทุนผลได้ของการตรวจกรองและวินิจฉัยก่อนคลอดของกลุ่มอาการดาวน์ในประเทศไทย”





ภญ. จันทนา พัฒนเกสัช นักวิจัยหลักในโครงการ เล่าว่า เมื่อเริ่มวิจัยที่มงาน ไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องกลุ่มอาการดาวน์ ซินโดรม นักวิจัยจึงได้เชิญแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางมาให้ข้อมูลและให้ความคิดเห็น เพื่อกำหนดขอบข่ายการวิจัย ตั้งคำถามเพื่อการวิจัย และเขียนโครงการวิจัย จนได้ข้อสรุปว่า 1. จะทำการวิจัยเปรียบเทียบความคุ้มค่าของวิธีตรวจกรองและวินิจฉัยด้วยวิธีต่างๆ และ 2. หาแนวทางในการตรวจกรองดาวน์ ซินโดรม ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย โดยใช้วิธีจำลองสถานการณ์ จากนั้นเริ่มเก็บข้อมูล ได้แก่ 1. ค่าใช้จ่ายในการตรวจเลือดและเจาะน้ำคร่ำที่โรงพยาบาลรามารชิบตี 2. ค่าใช้จ่ายในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่สถาบันราชานุกูล และ 3. ค่ารักษาพยาบาลเด็กที่เป็นดาวน์ซินโดรมที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (โรงพยาบาลเด็ก)

ภญ. จันทนา บอกว่า ผลการศึกษาพบว่า หากไม่มีการดำเนินนโยบายใดๆ ในแต่ละปีจะมีเด็กที่เป็นดาวน์ ซินโดรม เกิดประมาณ 1,152 คน หากเลือกนโยบายให้มีการเจาะน้ำคร่ำในหญิงตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี เพียงกลุ่มเดียว โดยไม่มีการตรวจกรองในหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 35 ปี จำนวนเด็กที่เป็นดาวน์ ซินโดรม จะลดลงไม่มากนัก แต่หากมีนโยบายให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการตรวจกรองโดยไม่พิจารณาอายุ หากได้ผลเป็นบวกจึงจะเจาะน้ำคร่ำ พบว่าแนวทางนี้จะช่วยลดจำนวนเด็กที่เป็นดาวน์ ซินโดรม ได้มากกว่าร้อยละ 50

อย่างไรก็ตาม ในการตรวจกรองก่อนคลอดในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ซึ่งหากผลเป็นบวกแพทย์จะแนะนำให้เจาะน้ำคร่ำนั้น แม้จะทำให้ได้เด็กที่เป็นดาวน์ ซินโดรมลดลงมากกว่าครึ่งหนึ่ง แต่จะทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานเจาะน้ำคร่ำและตรวจโครโมโซมประมาณ 20,000 – 46,000 รายต่อปี ขณะที่ในปัจจุบันขีดความสามารถของห้องปฏิบัติการในประเทศไทยทำได้เพียง 20,000 รายต่อปี แต่ยังคงมีความเป็นไปได้ที่ประเทศไทยจะพัฒนาขีดความสามารถขึ้นอีก โดยเพิ่มห้องปฏิบัติการ เพิ่มบุคลากร และเพิ่มงบประมาณเพื่อให้รองรับภาระงานด้านนี้มากขึ้น

นักวิจัยได้ศึกษาเปรียบเทียบวิธีการตรวจกรองที่มีความเป็นไปได้สำหรับประเทศไทย 6 วิธี ได้แก่ 1.ตรวจเลือดในไตรมาสที่หนึ่ง (3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์) 2.ตรวจเลือดพร้อมกับทำอัลตราซาวด์ในไตรมาสที่หนึ่ง 3.ตรวจเลือดในขณะตั้งครรภ์ไตรมาสที่สอง โดยตรวจหาสารเคมี 3 ชนิด 4.ตรวจเลือดในขณะตั้งครรภ์ไตรมาสที่สอง โดยตรวจหาสารเคมี 4 ชนิด 5.ตรวจเลือดต่อเนื่องในไตรมาสที่หนึ่งและไตรมาสที่สอง และ 6.ตรวจเลือดพร้อมทำอัลตราซาวด์ในไตรมาสที่หนึ่ง และตรวจเลือดอีกครั้งในไตรมาสที่สอง

ภญ. จันทนา ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีอัตราการยอมรับการตรวจกรองและเจาะน้ำคร่ำสูง โดยพบว่าหญิงตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า 35 ปี ยอมรับการตรวจกรองมากถึงร้อยละ 91.5 และยอมให้เจาะน้ำคร่ำร้อยละ 90.5 ขณะที่หญิงตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป ยินยอมที่จะตรวจกรองร้อยละ 94.1 ส่วนเจาะน้ำคร่ำร้อยละ 85.7 ทั้งนี้เนื่องจากการตรวจกรองจะให้ผลแม่นยำมากถึงร้อยละ 70-95 อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการเจาะน้ำคร่ำมีผลต่อการแท้งสูง (เฉลี่ยเจาะน้ำคร่ำ 200-300 ราย มีโอกาสแท้ง 1 ราย) จึงเสนอให้ตรวจกรองด้วยวิธีการเจาะเลือดก่อน หากผลเป็นบวกแพทย์จึงจะแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์เจาะน้ำคร่ำต่อไป ดังนั้นจำนวนการแท้งจากการเจาะน้ำคร่ำจึงมีไม่มาก

ชาติคุ้มค่าหากลงมือทำ



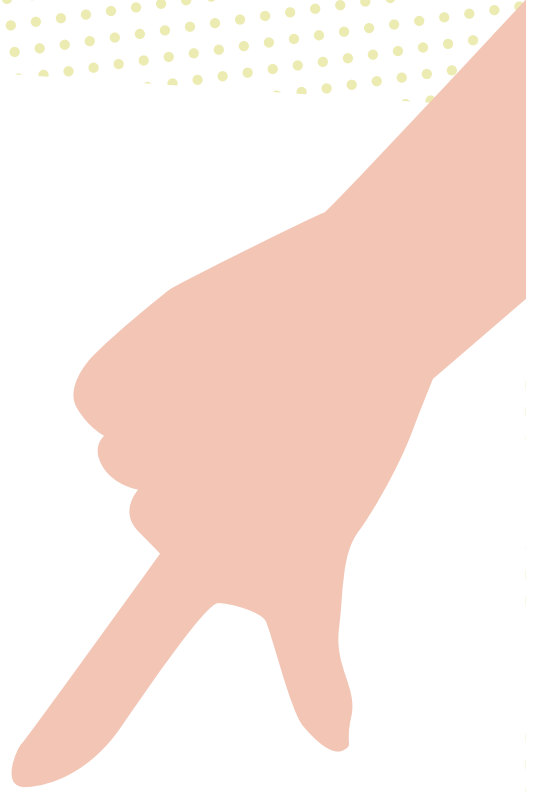
หากรัฐไม่ดำเนินนโยบายตรวจกรองดาว์น ซินโดรมในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ รัฐจะมีภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลเด็กที่เป็นดาว์น ซินโดรม รวมถึงพ่อแม่ ผู้ปกครอง และสังคมก็จะมีค่าใช้จ่ายและเกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ซึ่งไม่คุ้มค่าเมื่อเทียบกับการที่รัฐลงทุนดำเนินนโยบายดังกล่าว เพราะจะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายต่างๆ ในทุกภาคส่วนได้มาก แต่ปัจจุบันยังพบว่าค่าใช้จ่ายในการตรวจกรองและเจาะน้ำคร่ำยังมีราคาที่สูง ดังนั้นหากดำเนินนโยบายระดับประเทศต้นทุนจะลดลง เนื่องจากมีการตรวจจำนวนมาก อีกทั้งจะเกิดการแข่งขันด้านราคาของผู้จำหน่ายอุปกรณ์ทางการแพทย์

ภญ. จันทนา เล่าว่า จากการเก็บข้อมูลเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐ พบว่าหากหญิงตั้งครรภ์ไปใช้บริการตรวจกรองหรือเจาะน้ำคร่ำจะต้องจ่ายค่าเจาะเลือดเพื่อตรวจกรองไม่ต่ำกว่า 1,000 บาท ขณะที่จ่ายค่าเจาะน้ำคร่ำไม่ต่ำกว่า 6,000 บาท ซึ่งหากหญิงตั้งครรภ์เข้าไปใช้

บริการในโรงพยาบาลเอกชนจะจ่ายแพงกว่าโรงพยาบาลของรัฐ และไม่ใช่ว่าหญิงตั้งครรภ์จะสามารถเข้าถึงบริการได้ทุกราย งานวิจัยฉบับนี้จึงเสนอแนะให้รัฐบาล 1.จัดให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการตรวจกรองโดยเริ่มจากการเจาะเลือด หากผลเป็นบวกจึงส่งไปเจาะน้ำคร่ำเพื่อตรวจโครโมโซม โดยให้สิทธิหญิงตั้งครรภ์ทุกรายเลือกที่จะปฏิเสธหรือตอบรับที่จะเข้ารับการตรวจ 2.หากจะมีการดำเนินนโยบายตรวจกรองก่อนคลอด ต้องเพิ่มห้องปฏิบัติการบุคลากร และงบประมาณให้เพียงพอ 3.อบรมให้เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์มีแนวทางปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อการให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ไปเข้ารับบริการเป็นไปตามหลักวิชาการโดยไม่ใช้ทัศนคติส่วนตัว เนื่องจากมีผลต่อการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ และ 4.ควรสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการตรวจกรองให้เร็วที่สุด ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีเวลาที่จะตัดสินใจตั้งครรภ์ต่อ หรือจะยุติการตั้งครรภ์ แต่หากไปฝากครรภ์ล่าช้ากว่า 3 เดือนแรกก็ยังสามารถตรวจกรองได้

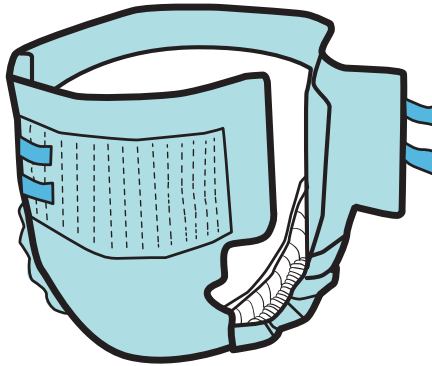
ใน 1 ปี ประเทศไทยมีหญิงตั้งครรภ์ประมาณ 800,000 ราย หากให้สวัสดิการหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้ตรวจกรองไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตาม จะช่วยให้รัฐประหยัดงบประมาณได้ถึง 58-498 ล้านบาทต่อปี แต่หากรัฐไม่ทำอะไรเลย คือหมายถึงไม่ให้บริการตรวจกรองแก่หญิงตั้งครรภ์ จะมีเด็กที่เป็นดาวน์ ซินโดรมเกิดประมาณ 1,152 รายต่อปี ดังนั้นหากรัฐดำเนินนโยบายให้บริการตรวจกรองดาวน์ ซินโดรมแก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย จะช่วยลดจำนวนเด็กที่เป็นดาวน์ ซินโดรมได้มากกว่าครึ่งหนึ่ง และรัฐจะไม่สูญเสียงบประมาณทั้งหมดไปกับค่ารักษาพยาบาลเด็กที่เป็นดาวน์ ซินโดรม

แม้ขณะนี้เราไม่มีตัวเลขที่แน่ชัดว่าแต่ละปีจะมีเด็กที่เกิดใหม่เป็นดาวน์ซินโดรมที่คนแต่ถึงเวลาแล้ว...ที่ภาครัฐควรเตรียมแผนรับมือกับเรื่องเหล่านี้ไว้ในระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยซึ่งจะต้องต่อเนื่องไปถึงเรื่องของการศึกษาของเด็กกลุ่มนี้ด้วย ที่สำคัญการวางแผนครั้งนี้จำเป็นต้องให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามีส่วนร่วมเพื่อให้การทำงานเป็นเอกภาพ





“ผ้าอ้อมผู้ใหญ่” เต็มเต็ม...ชีวิตผู้พิการ



กว่า 7 ปีที่ สัญญา ครองสถาน ประธานกลุ่มผู้พิการ จังหวัดนครปฐม ต้องปรับตัว เพื่อผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบาก หลังจากประสบอุบัติเหตุ ร่างกายของเขาตั้งแต่ลำคอ เรื่อยลงไปไร้ความรู้สึก

แม้ในช่วงแรก จะเป็นเรื่องยากที่จะยอมรับความเปลี่ยนแปลง เมื่อเวลาผ่านไปความเจ็บปวดทางใจค่อย ๆ ลดลงแต่ยังคงกลับมาบวนเป็นระยะ ๆ ทุกครั้งที่นึกถึงสภาพร่างกาย ที่พิการและอนาคตที่มีมืดมน

เขาเพียงแค่อยอมรับมัน และต้องการให้ช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ไม่ลำบากลำบากจนเกินไป
“ผมอยากออกไปไหนได้เหมือนคนทั่วไป แต่ก็มีปัญหาควบคุมการถ่ายอุจจาระ และ
ปัสสาวะไม่ได้เลย ถ้าปล่อยให้เลอะเทอะก็อาย จนไม่กล้าออกจากบ้าน”

เขาไม่ได้อายเลย ที่มีร่างกายแตกต่างจากคนอื่น ๆ
แต่ทนไม่ได้ และรู้สึกไม่ดีเอามากๆ หากปล่อยอุจจาระ
และปัสสาวะเรี่ยราด ส่งกลิ่นเหม็น แม้เขาจะใช้สายสวน
ปัสสาวะแต่ก็ไม่สะดวกสบายอย่างที่คิด เพราะสายสวนมัก
ดึงรั้งอวัยวะ

“ผมใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่วันละ 2 ผืน ถึงแม้จะร้อนแต่ก็
สบายใจกว่า ไม่มีกลิ่นเหม็น ถ้าท้องเสียก็ใช้มากหน่อย
วันละประมาณ 3 ผืน”



สัญญา ต้องจ่ายค่าผ้าอ้อมผู้ใหญ่เดือนละหลายพันบาท
แม้จะเป็นภาระค่าใช้จ่ายกับครอบครัว เพราะเขาไม่มีงาน
ไม่มีรายได้ แต่ผ้าอ้อมก็ทำให้เขามั่นใจในการใช้ชีวิต

ปัญหาของ**สัญญา** ไม่ได้แตกต่างไปจาก **ชมน์ชน อังวณิชย์สกุล** ผู้พิการจากอำเภอ
พนัสนิคม จังหวัดชลบุรี เขาไม่สามารถควบคุมการไหลของอุจจาระและปัสสาวะ หลัง
ประสบอุบัติเหตุทางรถยนต์ทำให้ร่างกายช่วงล่างของเขากลายเป็นอัมพาต

ในแต่ละเดือนครอบครัวของเขาต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการซื้อผ้าอ้อมเดือนละมาก
กว่า 2 พันบาท เพราะต้องสวมใส่ผ้าอ้อมตลอด 24 ชั่วโมง

เหตุผลการใช้ผ้าอ้อมของ**ชมน์ชน**อาจแตกต่างกับ**สัญญา**ตรงที่**ชมน์ชน**ต้องใช้ผ้า
อ้อมร่วมกับสายสวน พร้อมๆ กับการใช้โถปัสสาวะฉุกเฉิน (คอมฟอร์ท) เพื่อให้สบาย
ตัวและมั่นใจมากขึ้นเวลาใช้ชีวิตนอกบ้าน

“ผมต้องใช้ทุกอย่างเพราะกลั้นปัสสาวะไม่ได้เลย เคยใช้แค่สายสวนกับ คอมฟอร์ท เพราะกลัวว่าจะมีปัสสาวะไหลออกมา แต่เมื่อใช้แค่สองอย่างก็มีปัญหาผลกดทับ แต่พอหันมาใช้ผ้าอ้อมด้วย ผลกดทับก็ไม่มี และรู้สึกว่่าแห้งกว่า จึงต้องยอมแบกรับค่าใช้จ่าย”

ราคาผ้าอ้อมผู้ใหญ่ในท้องตลาดแพงมาก แต่เขาจำเป็นต้องใช้เพราะทำให้มั่นใจมากขึ้น ทั้งในเรื่องกลิ่นและผลกดทับ จึงพร้อมที่จะจ่ายเงินเพื่อแลกกับสิ่งเหล่านั้น

สัญญา และ ชมนนชน เป็นเพียงผู้พิการที่กลั้นอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ 2 รายจากจำนวนผู้พิการที่ไม่สามารถกลั้นอุจจาระและปัสสาวะ 363,000 ราย ตามการรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550 แต่มีผู้พิการจำนวนไม่น้อย ที่เข้าไม่ถึงผ้าอ้อมผู้ใหญ่ด้วยปัญหาค่าใช้จ่าย



ผู้พิการหลายรายมีคุณภาพชีวิตลดลงจากความเครียด ความอับอายและความไม่มั่นใจจากการกลั่นแกล้งและปัสสาวะไม่ได้จนเกิดผลกระทบที่ตามมาอีกหลายด้าน



ทุกขผู้พิการสู่งานวิจัย

ทุกข์ของผู้พิการที่กลั่นแกล้งและปัสสาวะไม่ได้ แต่เข้าไม่ถึงผ้าอ้อมผู้ใหญ่ถูกผลักดันจากภาคประชาชนมายังคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อเข้าสู่การประเมิน ในโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

แม้หัวข้อวิจัยนี้จะเสนอโดยกลุ่มคนพิการ แต่โครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ เปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็น ผู้แทนผู้กำหนดนโยบาย ผู้แทนผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์

ผู้แทนนักวิชาการ ผู้แทนภาคประชาสังคม ผู้แทนกลุ่มผู้ป่วย ผู้แทนภาคอุตสาหกรรมและ
ผู้แทนประชาชนทั่วไปมีสิทธิเสนอหัวข้อวิจัยได้เช่นกัน

กว่าที่หัวข้อวิจัยเรื่อง “การประเมินความคุ้มค่าของผ้าอ้อมผู้ใหญ่สำเร็จรูป สำหรับ
ผู้ที่กลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่อยู่และผู้ป่วยที่มึนงงหรือมีอาการเคลื่อนไหว” จะพัฒนาไปสู่ชุด
สิทธิประโยชน์ ไม่ใช่เรื่องง่าย

ทพญ. อุษณา ตันมขยกุล ได้รับมอบหมายให้เข้ามาดูผลงานวิจัยดังกล่าว เล่าว่า
แม้หัวข้อวิจัยจะเป็นข้อเสนอของผู้ป่วย ผู้พิการ แต่การคัดเลือกหัวข้อวิจัยเพื่อพัฒนาชุด
สิทธิประโยชน์ ต้องผ่านคณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อฯ ที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ
กลุ่มผู้ป่วย รวมไปถึงภาคเอกชนจนกว่าจะได้ข้อสรุป

จาก 17 หัวข้อวิจัย ข้อสรุปคัดเลือกเหลือเพียง 5 หัวข้อ โดยการวิจัยผ้าอ้อมเป็น 1
ในหัวข้อวิจัยที่ได้รับคัดเลือก ให้ศึกษาในรอบที่ 1 ปี พ.ศ. 2553

ถึงแม้ “หัวข้อวิจัยผ้าอ้อมผู้ใหญ่ได้คะแนนก้ำกึ่ง แต่คณะอนุกรรมการฯ เห็นว่าเป็น
คนกลุ่มด้อยโอกาส เพราะเป็นผู้พิการและผู้สูงอายุจึงเห็นว่าควรทำการศึกษาวิจัย”

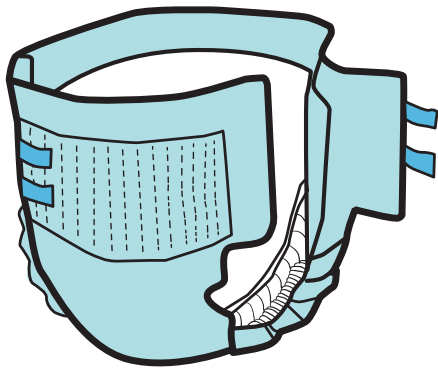
เรื่องไม่ “หมู” ของผ้าอ้อม

การผ่านด่านคัดเลือกหัวข้อวิจัยว่ายากแล้ว แต่การคัดเลือก
ผ้าอ้อมเพื่อทำวิจัยก็ไม่ได้หมูอย่างที่คิด

ทีมวิจัยของ ทพญ. อุษณา เริ่มสำรวจเพื่อหาผ้าอ้อมผู้ใหญ่
ในท้องตลาด พบว่า ผลิตภัณฑ์รองรับปัสสาวะอุจจาระที่
ขายในท้องตลาดเมืองไทยมีหลากหลายประเภท ทั้งแผ่น
ปูรองเตียง แผ่นเสริมแปะกับกางเกงใน ผ้าอ้อมแบบเป็น
กางเกง และผ้าอ้อมแถบกางแปะที่เอว

นอกจากนี้ยังพบว่า มียี่ห้อที่หลากหลายด้วยเช่นกัน แต่มีเพียง 7 ยี่ห้อเท่านั้นที่ได้รับความนิยม เกือบทั้งหมดเป็นผ้าอ้อมนำเข้าจากต่างประเทศ มีเพียงยี่ห้อเดียวที่ผลิตในประเทศ นำแปลกใจที่ทั้งหมดไม่มีมาตรฐาน มอก.* เพื่อรับรองคุณภาพ

เรื่องไม่หมูของผ้าอ้อม จึงเริ่มต้นขึ้น ตั้งแต่กระบวนการเลือกชนิดผ้าอ้อมในการวิจัยเพื่อให้เหมาะกับผู้ใช้มากที่สุด รวมไปถึงต้องใช้ได้กับคนจำนวนมาก



“การเลือกชนิดผ้าอ้อมไม่ง่าย ต้องผ่านความเห็นผู้พิการ ผ่านแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จนได้ข้อสรุปว่าเป็นผ้าอ้อมแถบกาวน่าจะใช้ได้กับผู้ป่วยทุกกลุ่ม” ทพญ. อุษณา

แม้จะเลือกผ้าอ้อมแถบกาวเป็นข้อสรุปของการวิจัย แต่ด้วยปัญหาผ้าอ้อมผู้ใหญ่แบบแถบกาวไม่มีมาตรฐาน มอก. ทำให้ทีมวิจัยต้องหาวิธีประเมินประสิทธิภาพด้วยวิธีอื่นเพื่อเลือกผ้าอ้อมที่ดีที่สุดมาใช้ในการศึกษาวิจัย

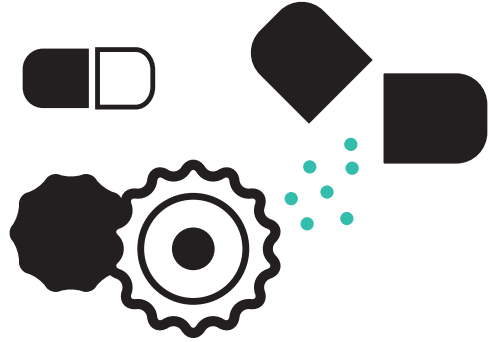
ทีมวิจัยได้สำรวจข้อมูลทั้งในและต่างประเทศเพื่อประเมินคุณภาพผ้าอ้อม พบว่ามีหลายวิธี บางวิธีต้องใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีพิเศษ ในที่สุดต้องเลือกวิธีการที่ไม่ยุ่งยากแต่เชื่อถือได้ คือการนำเอาผ้าอ้อมที่มีทั้งหมด 7 ยี่ห้อมาเปรียบเทียบโดยการชั่งน้ำหนักก่อนหลัง เพื่อวัดความจุของเหลวเปรียบเทียบกับราคา

วิธีการวัดคุณภาพผ้าอ้อมแบบง่าย ๆ ทพญ. อุษณา เล่าติดตลกว่า ไม่เหมือนในโฆษณาผ้าอ้อมยี่ห้อที่เอาน้ำเทลงไปแล้วเอาทิชชูมาซับเพื่อดูว่าซึมซับดีแค่ไหน

การวัดคุณภาพความจุของเหลวในผ้าอ้อมผู้ใหญ่ มีวิธีการทดลองจริงจังกว่านั้น โดยการนำผ้าอ้อมทั้ง 7 ยี่ห้อมาชั่งน้ำหนักขณะที่ยังแห้ง หลังจากนั้น แช่น้ำให้จมน้ำทั้งผืนทิ้งระยะเวลาไว้ครู่หนึ่ง ยกมาวางให้สะเด็ดน้ำ แล้วชั่งน้ำหนักซ้ำ

* มาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม

ในที่สุดก็สามารถเลือกผ้าอ้อมผู้ใหญ่ที่จุของเหลวได้มากที่สุด ราคาถูกที่สุดมาใช้ในการทำวิจัย ซึ่งเป็นผ้าอ้อมที่ผลิตในประเทศ และราคาไม่แพง เพื่อนำไปแจกจ่ายให้กับผู้พิการในการติดตามของศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ และกองเวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.พระมงกุฎเกล้า จำนวน 90 ราย



เติมเต็ม สิ่งที่หายไป

กว่า 10 สัปดาห์ในการติดตามเพื่อประเมินผลประสพการณ์และคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากการใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ที่วิจัยได้สนับสนุนผ้าอ้อมตามความต้องการและจำเป็นของผู้พิการ บางรายได้รับ 2 ผืนต่อวัน บางรายได้ 6 ผืนต่อวัน

“เราลงไปสัมภาษณ์และติดตามใกล้ชิดโดยแบ่งระยะเวลาออกเป็น 4 ครั้งในช่วง 10 สัปดาห์”

“ทุกครั้งของการพบกับผู้พิการ ที่วิจัยจะแจกผ้าอ้อมครั้งละ 3-6 ผืนแล้วแต่ความจำเป็นในการใช้ หากผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะและอุจจาระตลอดเวลา หรือควบคุมไม่ได้เลย จะให้จำนวน 6 ผืน”

ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตเกิดขึ้นชัดเจน นับจากสัปดาห์แรกที่ผู้ป่วยได้รับผ้าอ้อมเพียงพอต่อการใช้งาน จากเดิมที่ผู้ป่วยบางรายมีผ้าอ้อมใช้จำกัดวันละ 2 ผืน เพราะกำลังทรัพย์มีจำกัด ก็มีผ้าอ้อมใช้มากขึ้น

และผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีผ้าอ้อมต้องใช้กระดาษหนังสือพิมพ์รองอุจจาระและปัสสาวะ หรือใช้ถุงพลาสติกแทนถุงใส่ปัสสาวะก็เข้าถึงผ้าอ้อมมากขึ้น

“ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ กล้าเข้าร่วมกิจกรรม จากเดิมที่ไม่กล้าออกจากบ้าน ก็มั่นใจมากขึ้น บางรายลดความเครียดเรื่องภาระค่าใช้จ่ายเรื่องผ้าอ้อม”

ทพญ. อุษณา เล่าว่าค่าใช้จ่ายในการซื้อผ้าอ้อมเป็นภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวเฉลี่ยรายละ 2,000 บาทต่อเดือน

ปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายเป็นประเด็นสำคัญทำให้ ผู้พิการบางรายที่ยากจน ต้องใช้ผ้าถุง พันรอบตัวหลายรอบแทนการใช้ผ้าอ้อมเพื่อไม่ให้อุจจาระและปัสสาวะเลอะเทอะ แต่ก็ไม่สามารถป้องกันปัญหากลิ่นได้เหมือนกับการใช้ผ้าอ้อม

หลัง 10 สัปดาห์ ทีมวิจัยได้ประเมินผลการศึกษาวิจัยโดยใช้แบบสอบถามเพื่อวัดระดับคุณภาพชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งพบความเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น โดยผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น สามารถเข้าร่วมกิจกรรมและทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น



ที่สำคัญคือผู้ป่วยต่างตอบคำถามไปในทิศทางเดียวกันว่า การได้รับสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ทำให้คลายความกังวลต่อปัญหาค่าใช้จ่าย และรู้สึกไม่เป็นภาระผู้อื่น รวมไปถึงมั่นใจมากขึ้นในการเข้าร่วมสังคม

“การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้พิการไม่สามารถตอบโจทย์ได้แค่การสนับสนุนผ้าอ้อมซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหามิติสุขภาพ แต่มิติสังคมและค่าใช้จ่ายก็มีส่วนช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้พิการด้วยเช่นกัน” ทพญ. อุษณา บอก



ผลวิจัยระบุว่า คุณภาพชีวิตผู้พิการดีขึ้น และเมื่อประเมินความคุ้มค่าต่อหนึ่งปีที่มีสุขภาพแข็งแรงจะใช้เงินประมาณ 5 หมื่นบาทต่อคน เมื่อรวมงบประมาณที่ต้องจ่ายให้ผู้พิการที่จำเป็นต้องใช้ผ้าอ้อมกว่า 3.6 แสนคน ทำให้กลายเป็นงบก้อนมหาดศาล

“รัฐต้องใช้งบประมาณสองหมื่นล้านต่อปี ซึ่งเป็นเงินก้อนใหญ่มากและไม่ใช้จ่ายเพียงครั้งเดียวแล้วจบ แต่ต้องตั้งงบประมาณเพื่อสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง”

รัฐต้องแบกรับค่าใช้จ่าย



แม้ผลงานวิจัยจะชี้ว่า ผู้พิการรู้สึกมีความสุข คลายกังวล จากการลดค่าใช้จ่าย และ มั่นใจจากปัญหาภักลัน อุจจาระและปัสสาวะเลอะเทอะ ทำให้สามารถเข้าร่วมสังคมได้

แต่เมื่อประมวลภาระค่าใช้จ่ายจำนวนมากทำให้คณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการของ สปสช. มีข้อถกเถียงกันในหลายประเด็น ทั้งเรื่องขยะ จากผ้าอ้อมที่จะมีจำนวนมากขึ้นนำไปสู่ภาระในการกำจัดในอนาคต

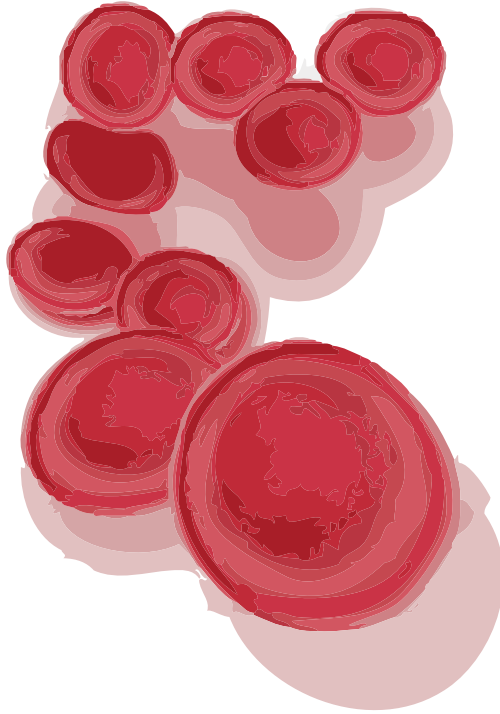
“คณะอนุกรรมการฯ เห็นว่าเรื่องเพิ่มคุณภาพชีวิตคนพิการไม่ใช่แค่การให้ผ้าอ้อม แต่เพียงอย่างเดียว แต่การเพิ่มรายได้ก็เป็นปัจจัยสำคัญ ดังนั้นหน่วยงานด้านสังคมน่า จะมีส่วนเข้ามาดูแลในเรื่องนี้ด้วย ประกอบกับประเด็นที่คณะอนุกรรมการฯ เห็นร่วมกัน คือภาระงบประมาณจำนวนมากที่รัฐต้องแบกรับ ทำให้การสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่มากไป

อย่างไรก็ตามแพทย์และพยาบาลหลายท่านเห็นว่าควรช่วยให้ผู้พิการที่ยัง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างจะช่วยลดการพึ่งพาผ้าอ้อม โดยการฝึกควบคุมอุจจาระและ ปัสสาวะด้วยตัวเอง น่าจะเป็นทางออกที่ดี เพราะที่ผ่านมามีผู้พิการจำนวนไม่มากเข้าร่วม ฝึกหัด”

แม้การสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่จะทำให้ผู้พิการอย่าง “สัญญา” และ “ชมน์ชน” ยิ้มได้ แต่การระบบประมาณที่รัฐต้องแบกรับจำนวนมาก ก็เป็นเรื่องที่ทุกคนพร้อม จะเข้าใจ



ปลูกถ่าย “เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด” เพื่อผู้ป่วย “ธาลัสซีเมีย”



“ไม่ชอบเลย...ฉีดยา ไม่ชอบ” เสียงเจื้อยแจ้วของเด็กชายวัย 5 ขวบ ดังแทรกขึ้นระหว่างการให้สัมภาษณ์ของคุณแม่ ถึงประสบการณ์การดูแลลูกที่ป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย ชนิดรุนแรงที่ต้องรักษาด้วยการให้เลือด และการตัดสินใจนำลูกเข้ารับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด

เสียงเล็กๆ ที่ได้ยินวันนั้น “ภญ. พัชรา สีพหรวงศ์” นักวิจัยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ หรือ HITAP ยังจำได้ดี



น้ำเสียงของเด็กน้อยที่ได้ยินในวันนี้แม้จะแจ่มใส แต่คำพูดที่สื่อสารออกมากลับบ่งบอกไปด้วยความรู้สึกที่เข็ดขยาดกับประสบการณ์ที่ต้องผจญกับเข็มฉีดยา จากการรักษาโรคธาลัสซีเมียด้วยวิธีการให้เลือดตั้งแต่อายุเพียงขวบครึ่งเท่านั้น

คุณแม่ของผู้ป่วยเด็กรายนี้เล่าให้ฟังว่า ในช่วงที่ลูกเริ่มป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สภาพจิตใจในตอนนั้นแย่มากจากที่ต้องทนเห็นความทุกข์ทรมานของลูก ทั้งจากการให้เลือด การรับยาขับเหล็กโดยเฉพาะอย่างยิ่งการที่ต้องเห็นเข็มฉีดยาปักคาไว้ที่แขนของลูกถึงวันละแปดถึงสิบสองชั่วโมงต่อเนื่องห้าถึงเจ็ดวัน ในหนึ่งสัปดาห์ รวมถึงอาการที่ทรุดลงก่อนเข้ารับการรักษาให้เลือดใหม่ในแต่ละเดือน ทั้งที่ลูกอายุยังไม่ถึงสองขวบปี เป็นเสมือนภาพยนตร์ที่ถูกเปิดวนซ้ำให้ต้องทนดูทุกเดือน

เหตุนี้คุณแม่จึงตั้งใจว่าจะพยายามทำทุกทางเพื่อช่วยลูกให้พ้นจากโรคร้ายนี้ และตัดสินใจนำลูกเข้ารับการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด หลังรับทราบจากคุณหมอบอกว่า เป็นหนทางที่ช่วยลูกให้หายขาดจากโรคนี้ได้ และสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนเด็กทั่วไป แม้ต้องจ่ายค่ารักษาด้วยราคาแพงแสนแพง แต่ก็มองว่าคุ้มค่าสำหรับชีวิตใหม่ของลูก กรณีของเด็กชายวัย 5 ขวบ ถือว่าเป็นเรื่องโชคดีมาก ที่ครอบครัวสามารถเข้าถึงการรักษาได้จากกำลังของพ่อแม่ที่พอจะหาเงินมาเป็นค่าใช้จ่าย โดยใช้เวลาเกือบหอมรอมริบเกือบ 4 ปี สุดท้ายด้วยค่ารักษาที่เกินงบประมาณจากหนึ่งล้านห้าแสนบาทพุ่งสูงไปเกือบสองล้านบาท ทำให้ต้องกู้หนี้ยืมสินจากญาติพี่น้องมาจ่ายเพิ่ม และยิ่งโชคดีเป็นขั้นที่สอง เพราะการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดยังประสบความสำเร็จและอยู่ระหว่างติดตามผลอย่างใกล้ชิด



แต่ยังมีเด็กป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียจำนวนมากที่ต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการต่างๆ ของโรคไปตลอดชีวิต โดยได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยการให้เลือดและยาขับเหล็กเท่านั้น ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากครอบครัวไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายในการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดซึ่งไม่รวมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ภญ. พัทธรา เล่าว่า เรื่องราวของครอบครัวที่ได้ไปพูดคุยมานี้ เป็นส่วนหนึ่งของการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ใน “โครงการศึกษาความเป็นไปได้ของการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในการรักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง” ซึ่งต่อเนื่องจากการศึกษาเรื่องความคุ้มค่าที่ได้ดำเนินการแล้วเสร็จก่อนหน้านี้

ที่มาที่ไปของโครงการนี้เริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2550 โดยทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ต้องการศึกษาคู่มือค่าในการปลูกถ่ายอวัยวะเพื่อประกอบการพิจารณาสหสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสนใจการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดใน “ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว” แต่จากการประชุมกำหนดคำถามและกรอบการวิจัย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญจากหลายสถาบันกลับชี้ตรงกันว่า ปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ควรได้รับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว แต่เป็นผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง



“โรคธาลัสซีเมียเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย เกิดจากความผิดปกติของเม็ดเลือดแดง และถ่ายทอดผ่านทางพันธุกรรม ซึ่งในคนไทย 65 ล้านคน คาดว่ามีคนที่เป็นพาหะของโรคถึงร้อยละ 40 โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 1 จะป่วยโรคธาลัสซีเมีย”

ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียเป็นจำนวนมาก คาดว่ามีผู้ป่วยสะสมอยู่ที่ 50,000 ราย การรักษาที่ผ่านมาทำได้แค่การประคับประคองอาการด้วยการให้เลือดและยาขับเหล็ก

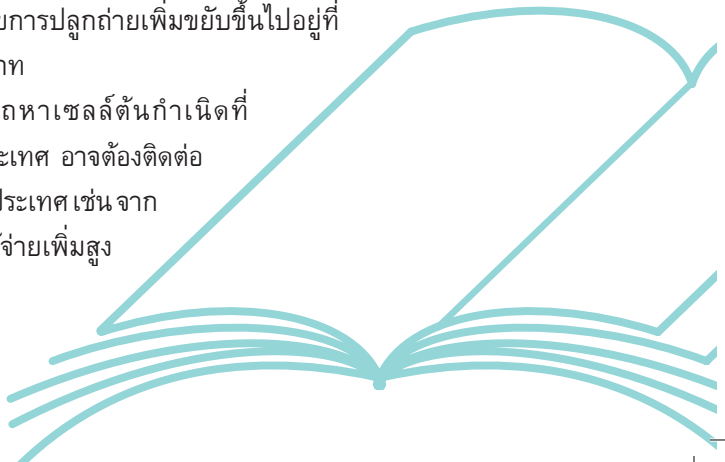
ไปตลอดชีวิตแต่โรคนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการใช้เทคโนโลยีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ทั้งมีโอกาสสำเร็จในการรักษาสูงถึงร้อยละ 80-90 ต่างจากโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองและมะเร็งเม็ดเลือดขาว ที่โอกาสความสำเร็จอยู่เพียงแค่ ร้อยละ 50-60 เท่านั้น แต่ผู้ป่วยซัลสซีเมียส่วนใหญ่กลับเข้าไม่ถึงการรักษา เพราะค่ารักษาที่แพงมาก ดังนั้นจึงเห็นควรให้ศึกษาความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ในการเพิ่มสิทธิประโยชน์แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย



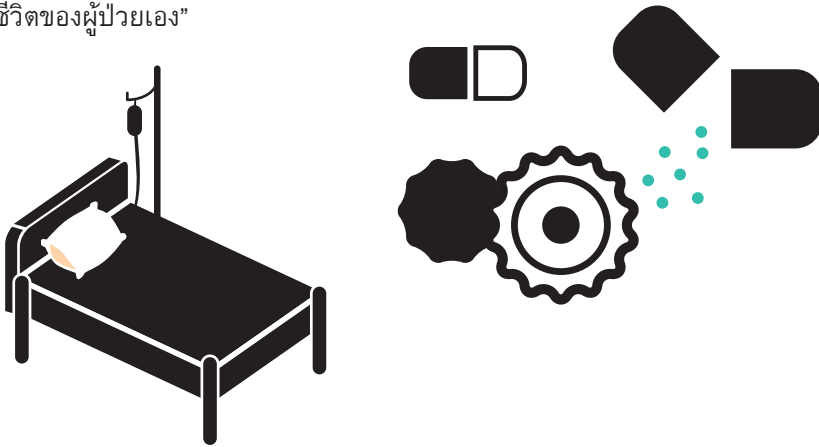
การศึกษาในช่วงแรกที่เน้นความคุ้มค่าทางการแพทย์และภาระงบประมาณรวมที่ระบบต้องแบกรับ หากบรรจุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยพบว่าวิธีการรักษาปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าการให้เลือด

ข้อมูลการรักษาด้วยวิธีปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ระบุว่าในกรณีที่ผู้บริจาคเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดเป็นพี่น้องหรือญาติกับผู้รับบริจาค ซึ่งมีโอกาสที่เนื้อเยื่อจะเข้ากันได้สูงถึง ร้อยละ 19 ค่าใช้จ่ายในการรักษาจะอยู่ที่ 700,000 – 850,000 บาท แต่หากในกรณีที่เซลล์ต้นกำเนิดระหว่างพี่น้องเข้ากันไม่ได้ จำเป็นต้องจัดหาจากผู้อื่นที่บริจาคแทน ซึ่งมีโอกาสการเข้ากันของเนื้อเยื่อระหว่างผู้ให้และผู้รับ 1 ต่อ 10,000 ราย โดยค่าใช้จ่ายการปลูกถ่ายเพิ่มขยับขึ้นไปอยู่ที่ 1,100,000 - 1,500,000 บาท

แต่หากยังไม่สามารถหาเซลล์ต้นกำเนิดที่เข้ากันได้จากผู้บริจาคในประเทศ อาจต้องติดต่อขอเซลล์ต้นกำเนิดจากต่างประเทศ เช่น จากประเทศไต้หวัน ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มสูงถึง 2,000,000 บาท



“อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยวิธีการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดจะมีค่าใช้จ่ายสูงมากในช่วง 2 ปีแรกของการปลูกถ่ายเท่านั้น แต่เมื่อผู้ป่วยหายเป็นปกติ จะไม่ต้องมารับการรักษาอีก ต่างจากวิธีการให้เลือดและยาขับเหล็ก แม้ว่าค่ารักษาในแต่ละครั้งจะใช้จ่ายไม่มากและเป็นอัตราคงที่ แต่เป็นค่าใช้จ่ายระยะยาว ต้องจ่ายในทุกเดือนไปจนตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยเอง”



เมื่อดูในด้านคุณภาพชีวิตและอายุที่ยืนยาวขึ้นของผู้ป่วย พบว่า การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดทำให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวขึ้น จากเดิมผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอายุไม่เกิน 30 ปี อีกทั้งยังทำให้เด็กสามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติอย่างคนทั่วไป มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่างจากเด็กที่รักษาด้วยวิธีการให้เลือดและยาขับเหล็กที่ยังต้องเข้ารับการให้เลือด

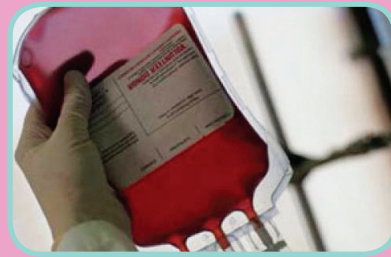
ในทุกๆ เดือน ทนกับเข็มฉีดยาและอาการป่วย คุณภาพชีวิตย่ำแย่ คอยเข้าออกโรงพยาบาล หยุดเรียนบ่อยครั้ง เรียนไม่ทันเพื่อน

เรียกว่ากระทบต่อการดำเนินชีวิตจนไม่สามารถใช้ชีวิตได้เหมือนเด็กคนอื่น ๆ ได้ จากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยธาลัสซีเมียพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตเพียงแค่อ้อยละ 60 ของคนปกติทั่วไป

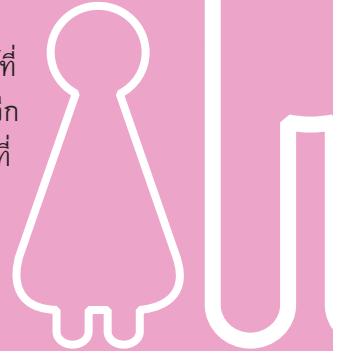


จึงสรุปได้ว่า “การรักษาด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในผู้ป่วยโรคร้ายสซีเมียชนิดรุนแรงถือว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า”

อย่างไรก็ตามการบรรจุให้เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น ญ. พัทธรา บอกต่อว่า แม้ข้อมูลจากการวิจัยของ HITAP จะชี้ว่า การรักษาผู้ป่วยโรคร้ายสซีเมียด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดโดยใช้เซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดจากพี่น้องมีความคุ้มค่าในการลงทุนแต่ในการตัดสินใจของผู้บริหารต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการให้บริการ ทั้งในด้านงบประมาณ ศักยภาพของผู้ให้บริการ และจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาต้องสัมพันธ์กัน จึงให้ทำการศึกษาในประเด็นศักยภาพของผู้ให้บริการในการรองรับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในอีก 5 ปีข้างหน้า หากบรรจุการรักษาด้วยวิธีดังกล่าวในชุดสิทธิประโยชน์ เพิ่มเติม




ทั้งนี้จากข้อมูลฝ่ายผู้ให้บริการ ปัจจุบันประเทศไทยมีแพทย์ที่ปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเพียง 16 คน ในโรงพยาบาล 7 แห่ง ในอีก 5 ปีข้างหน้าคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 25 คน สามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดได้เพียง 100 คนต่อปี ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยโรคไขกระดูกฝ่อ โรคเกาเซอร์ (โรคความผิดปกติของการสะสมไขมัน เกิดจากภาวะความบกพร่องของเอนไซม์) และโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องตั้งแต่กำเนิด รวมไปถึงโรคร้ายสซีเมีย



ขณะที่จำนวนผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย เฉพาะที่มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 5,692 ราย เป็นผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง 1,290 ราย ในจำนวนนี้ 242 ราย มีพี่หรือน้องไม่เป็นโรคธาลัสซีเมียและคาดว่าจะมีเนื้อเยื่อที่เข้ากันได้เพื่อนำมาใช้ในการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดได้




“ข้อมูลข้างต้นเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่ต้องรับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดมีจำนวนมากกว่ากำลังของผู้ให้บริการปลูกถ่าย อีกทั้งการผลิตแพทย์เพิ่มยังทำได้ยาก เนื่องจากขณะนี้ มีโรงเรียนแพทย์ 3 แห่ง ซึ่งอยู่ในกรุงเทพฯ ที่สามารถเปิดสอนได้เท่านั้น ทั้งแต่ละปียังมีแพทย์สมัครเรียนน้อยมาก โดยแต่ละคนยังต้องใช้เวลาเรียนถึง 7 ปี หลังจากจบหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิต”



เมื่อเป็นเช่นนี้ ผู้บริหารกังวลว่า หากประกาศให้การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงจากผู้บริจาคที่เป็นพี่-น้องเป็นหนึ่งในสิทธิประโยชน์ของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะเกิดการไม่ได้รับบริการตามสิทธิจากจำนวนผู้ป่วยมีมากกว่าจำนวนแพทย์ ขณะที่ภาระด้านงบประมาณในแต่ละปีนั้นคาดว่าจะไม่สูงมาก เนื่องจากศักยภาพการให้บริการปลูกถ่ายยังจำกัด

แม้ว่าการศึกษาวิจัยในโครงการนี้จะยืนยันถึงความคุ้มค่าในการรักษา แต่ในการจัดทำนโยบายระดับประเทศการที่จะตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่ง จำเป็นที่ผู้บริหารต้องคิดทบทวนอย่างรอบด้าน เนื่องจากการให้บริการรักษาพยาบาลยังมีอีกหลายโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข และผู้ป่วยเหล่านั้นต้องได้รับการดูแลเช่นกัน ผู้บริหารจึงต้องประเมินอย่างรอบคอบ และให้ทำวิจัยเพื่อเจาะลึกด้านคุณภาพปัญหาและอุปสรรคของผู้ให้บริการและผู้ป่วยเพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบการพิจารณาเพิ่มเติม



ภญ. พัทธรา ยังได้กล่าวต่อว่า การรักษาผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียแม้ว่าจะเป็นสิ่งสำคัญ แต่การป้องกันกลับเป็นสิ่งที่ต้องเน้นและให้ความสำคัญมากกว่า ซึ่งข้อมูลนี้เป็นที่ทราบกันดี เพราะโรคธาลัสซีเมียเป็นปัญหาสาธารณสุขที่อยู่กับประเทศไทยมานานกว่า 20 ปีแล้ว แต่กลับไม่สามารถแก้ไขเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลงได้ ทั้งที่การป้องกันนั้นทำได้ง่ายมาก เพียงแค่รับการตรวจเลือดก่อนมีบุตรเพื่อดูว่าเป็นพาหะธาลัสซีเมียหรือไม่ หากพบว่าเป็นพาหะทั้งสามีและภรรยา ลูกที่เกิดมามีโอกาสเป็นโรคธาลัสซีเมียสูง จึงควรตรวจคัดกรองทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ไปเลย

“การแก้ไขปัญหารธาลัสซีเมียควรเน้นที่การป้องกันควบคู่กับการรักษา ซึ่งการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด เป็นการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุมากๆ หากปล่อยให้ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและมารอรับการรักษาอย่างเดียวคงไม่ไหว แม้จะมีการผลิตหมอปปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเพิ่มเติมก็ตาม เพราะแค่จำนวนผู้ป่วยในปัจจุบันก็รักษาไม่ไหวแล้ว จึงควรมีการดำเนินมาตรการป้องกันเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่อย่างจริงจัง”

ภญ. พัทธรา ได้กล่าวทิ้งท้ายเกี่ยวกับสิ่งที่ได้จากการทำโครงการศึกษานี้ว่า เมื่อก่อนตนเองเพียงแต่รู้ว่าธาลัสซีเมียเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ส่วนตัวเคยเจอผู้ป่วยบ้าง แต่เป็นผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แค่ตัวซีด กินยากก็อยู่ได้ แต่หลังจากทำงานนี้ได้สัมผัสผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง เห็นวิธีการรักษาทำให้รู้สึกว่าเป็นโรคที่โหดร้ายและทรมานผู้ป่วยอย่างมาก อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังเป็นแค่เด็กเล็กๆ หากช่วยรักษาให้หายขาดได้ คงเป็นของขวัญที่พิเศษที่สุดในชีวิตของเขาแล้ว



“วัณโรคทื้อยา” ปัญหาในระดับชาติ



แม้ “วัณโรค” เป็นโรคที่อยู่คู่กับโลกมานาน ทุกวันนี้ยังมีผู้ป่วยที่ยังต้องเผชิญกับความทรมานจากโรคดังกล่าวเป็นจำนวนมาก

เช่นเดียวกับ นายสมบัติ (นามสมมุติ) ชายหนุ่มวัยแรงงานในจังหวัดแถบภาคกลาง ที่ป่วยเป็นวัณโรคชนิดดื้อยารุนแรงมาได้ราว 1 ปี ระหว่างการใช้ชีวิตทำงานตามปกติ จู่ๆ ก็มีอาการของวัณโรคปรากฏ

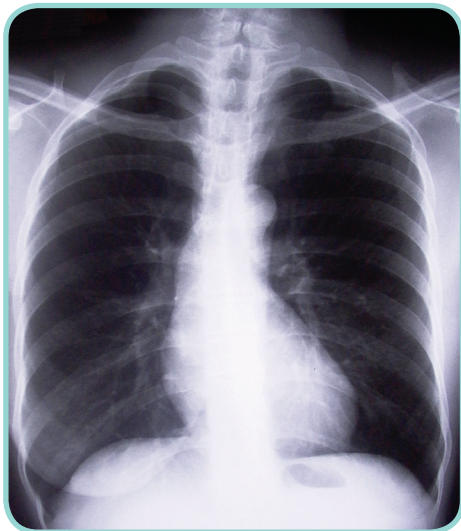
สิ่งที่นายสมบัติต้องเผชิญไม่ได้มีแต่เพียงอาการไออย่างหนัก น้ำหนักลดจนซูบผอม และมีไข้เวลากลางคืน

ทว่าเขายังต้องต่อสู้กับการดื้อยารุนแรง นั่นหมายถึงการดื้อยาที่ใช้รักษาวัณโรคเกือบทุกชนิด ทำให้การรักษายากมาก ใช้เวลานาน ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการรักษาล้มเหลว และอาจทำให้ถึงแก่ชีวิต

การรักษาอาการวัณโรคดื้อยารุนแรงมีค่าใช้จ่ายสูงที่ต้องแบกรับโดยโรงพยาบาล และตัวผู้ป่วยเอง ทุกครั้งนายสมบัติต้องเดินทางจากบ้านที่ต่างจังหวัดเข้ามาในกรุงเทพฯ เพื่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

แต่ที่น่าตกใจ และคาดไม่ถึงที่นักวิจัย อย่าง นพ. ธนะวิวัฒน์ วงศ์ผั่น นักวิจัยจากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) พบจากผู้ป่วยรายนี้ก็คือ

ตลอดเส้นทางการเดินทางจากต่างจังหวัดมาสู่เมืองหลวงเพื่อรักษาตัวนั้นชายคนนี้ได้สวมหน้ากากปิดปากเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค เนื่องจากไม่ยอมตกเป็นเป้าสายตาหรือดูแตกต่างจากคนปกติ

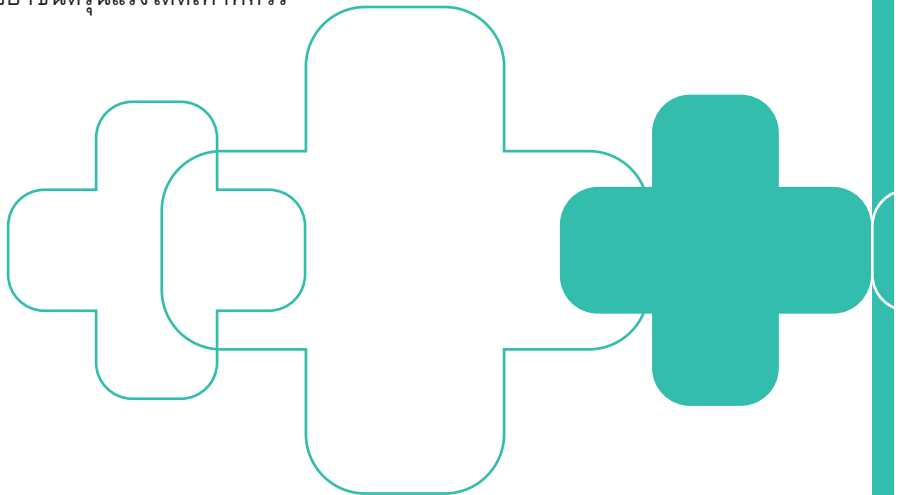




ท่ามกลางเสียงไอสะท้อนก้อง
ทั่วรถโดยสาร ไม่มีใครคิดว่า เสมหะที่รอด
ออกมาจากผู้ป่วยวัณโรคชนิดดื้อยา
รุนแรง ได้กระจายไปทั่วรถโดยสาร กระทั่ง
มาถึงโรงพยาบาลแล้ว

แล้วเหตุใดชายคนนี้ถึงต้องเดินทางเข้า
มารักษาตัวยังโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ
ทำไมเขาไม่รักษาที่โรงพยาบาลประจำ
จังหวัดที่เขาอยู่?

ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยารุนแรง ยังเข้าถึงการรักษาได้น้อย เนื่องจากโรงพยาบาล
ในต่างจังหวัดไม่มียาที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยประเภทดื้อยารุนแรง นั่นคือ แคปรีโอไมซิน
(capreomycin) ทำให้ต้องเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลในกรุงเทพฯ เท่านั้น นี่อาจเป็น
สาเหตุที่ทำให้ประเทศไทยยังไม่สามารถควบคุมการระบาดของโรคร้ายแรงอย่าง
วัณโรคดื้อยารุนแรงได้ดีเท่าที่ควร



เพราะหากย้อนเวลากลับไปได้ คงไม่มีใครอยากกลายเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา หรือดื้อยาชนิดรุนแรง แต่อาจจะด้วยความพลั้งเผลอลืมรับประทานยาอย่างต่อเนื่องหรือไม่อาจรู้ได้ว่าตนกลายเป็นผู้ป่วยที่เข้าข่ายดื้อยา ทำให้หลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะต้องเผชิญหน้ากับ “มัจจุราช” ร้ายอันน่ากลัว

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกเมื่อปี พ.ศ. 2551 ระบุว่าประเทศไทยมีความรุนแรงของผู้ป่วยวัณโรคติดอันดับ 18 จากทั้งหมด 22 ประเทศ ที่ประสบปัญหาอย่างรุนแรงโดยมีการคาดการณ์ว่าในประเทศไทยจะมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (ในระยะแพร่เชื้อ) สูงราว 40,000 รายต่อปี และผู้ป่วยวัณโรค (ทั้งแบบธรรมดา ดื้อยา และดื้อยาชนิดรุนแรง) มีจำนวน 90,000 รายต่อปี ขณะที่มียัตราผู้ป่วยเสียชีวิตอยู่จำนวน 13,000 รายต่อปี

ในจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดจะเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิดไม่รุนแรง ประมาณ 2,900 รายต่อปี และเป็นผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิดรุนแรง และรุนแรงมาก จำนวน 145 รายต่อปี

ทั้งนี้ ผู้ป่วยวัณโรคในเรือนจำ โรงพยาบาลในเขตเมืองใหญ่ แนวชายแดน และพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์สูง โดยมีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนด (กำหนดไว้ 100 คนให้มียัตราการดื้อยาไม่เกิน 3 คน)



คนทางสู่ความคุ้มค่า

เมื่อวัณโรคยังเป็นโรคที่ควบคุมไม่ได้ และมีอัตราการดื้อยาสูง จึงทำให้กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เสนอหัวข้อดังกล่าวเพื่อเข้าสู่กระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในโครงการการศึกษาเพื่อการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมี **นพ. ธนะวัฒน์** เป็นนักวิจัยหลักที่ทำการศึกษา และวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ต่อทางเลือกการวินิจฉัยการรักษาวัณโรคดื้อยา ร่วมกับการประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจและข้อเสนอแนะการปรับปรุงกระบวนการรักษาวัณโรค

โดยปกติค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยวัณโรคต่อรายจะอยู่ที่ 2,600-6,000 บาทโดยใช้ระยะเวลาในการรักษานานประมาณ 6-9 เดือน ส่วนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาอยู่ที่ 12-18 เดือน และมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น คิดเป็น 200,000 บาทต่อราย (ขึ้นอยู่กับคำตอบสนองของเชื้อ) และจะใช้ยารักษาที่มีราคาสูงกว่า โดยการรักษามีโอกาสจะล้มเหลวสูงกว่าการรักษาวัณโรคทั่วไป สำหรับการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยารุนแรงต้องใช้เงินรักษา 1-2 ล้านบาทต่อราย และใช้เวลารักษา 18-24 เดือน ดังนั้นจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่มีอยู่แม้จะมีจำนวนเพียง 145 ราย ก็ต้องใช้เงินในการรักษาอย่างต่ำ 145 ล้านบาท ซึ่งมีโอกาสน้อยที่จะรักษาให้หายขาด ดังนั้น หากรัฐบาลไม่สนับสนุนการรักษาให้กับผู้ป่วยเหล่านี้ ก็มีโอกาสที่เชื้อวัณโรคดื้อยาจะมีการแพร่กระจายไปสู่ประชาชนเพิ่มมากขึ้น

นพ. ธนะวัฒน์ กล่าวว่า มีการศึกษาการระบาดของเชื้อวัณโรคดื้อยา เมื่อปี พ.ศ. 2553 ในเขตโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งมีสาเหตุมาจากการแพร่ของเชื้อวัณโรคดื้อยาจากแรงงานต่างด้าว ซึ่งผู้ป่วยแพร่เชื้อไปแล้วประมาณ 3-4 สัปดาห์ จึงปรากฏอาการ ดังนั้น หากไม่รีบให้การรักษา ก็จะเกิดการระบาดเป็นระลอกคลื่นเหมือนการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ กล่าวคือ เมื่อมีการระบาดครั้งแรกก็อาจมีครั้งที่สอง และครั้งที่สองจะมีความรุนแรงมากกว่า

การศึกษาเรื่องสร้างผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจ ทั้งในแง่ของค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันและควบคุมเชื้อวัณโรคดื้อยา และจำนวนผู้ป่วยที่รัฐต้องแบกรับภาระ

เมื่อพิจารณาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ต่อทางเลือกการวินิจฉัยเพื่อรักษาวัณโรคดื้อยาแบบต่าง ๆ พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายและผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงควรได้รับการตรวจวินิจฉัยเชื้อมันทันทีที่เริ่มมีอาการ จากนั้นค่อยให้การรักษาตามปกติ และเปลี่ยนการรักษาด้วยยาที่เหมาะสมตามเชื้อวัณโรคที่พบ...แนวทางนี้มีความคุ้มค่า สามารถลดอัตราการแพร่เชื้อดื้อยา และลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งตัวของผู้ป่วยและโรงพยาบาล



กล่าวคือสามารถประหยัดงบประมาณการรักษาตั้งแต่ 2,300,000 บาท จนถึง 6,500,000 บาท ต่อรายต่อปี

อย่างไรก็ตาม **นพ. ธนะวัฒน์** กล่าวว่า “ปัญหาอย่างหนึ่งของการรักษาวัณโรคคือ ต้องกินยาถึง 4 ตัว วันหนึ่งประมาณ 8 เม็ดต่อมื้อ ต้องกินติดต่อกัน 6 เดือน ห้ามขาด ห้าม ลืมแม้แต่วันเดียว หากเข้าสู่ระยะเดือนที่ 3 ของการรักษา ตรวจพบเสมหะยังมีเชื้ออยู่ สันนิษฐานได้ว่า เชื้อไม่ตรงกับยาที่ได้รับ หรือเชื้อดื้อต่อยา หรือผู้ป่วยไม่ได้ทานยาเลย”

ข้อเสนอแนะหลายอย่างจึงถูกนำเสนอในคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์ และระบบบริการของ สปสช. ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนให้ยาที่จำเป็นต้องใช้ในการรักษาวัณโรค ตือยาชนิดรุนแรงได้รับการบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการ พัฒนาเพื่อให้การรักษาวัณโรคเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด ทั้งภาครัฐและเอกชนโดยมี การกำกับและติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ และการพัฒนาศักยภาพให้สามารถ รักษาผู้ป่วยวัณโรคได้อย่างได้ในทุกพื้นที่เพื่อลดการเดินทางและการส่งต่อโดยทางส่วนกลาง ควรสนับสนุนการกระจายยาและการสร้างศูนย์ให้การวินิจฉัยที่ทันสมัย มีการจัดสรร งบประมาณอย่างพอเพียง เพราะถึงแม้จะมีจำนวนคนไข้ในแต่ละปีไม่มากนักแต่มีค่าใช้จ่าย ต่อการรักษาผู้ป่วยต่อรายสูง และสุดท้ายควรมีมาตรการเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ อย่างครอบคลุมทั่วถึง และลดการแพร่กระจายของเชื้อระหว่างการเดินทาง

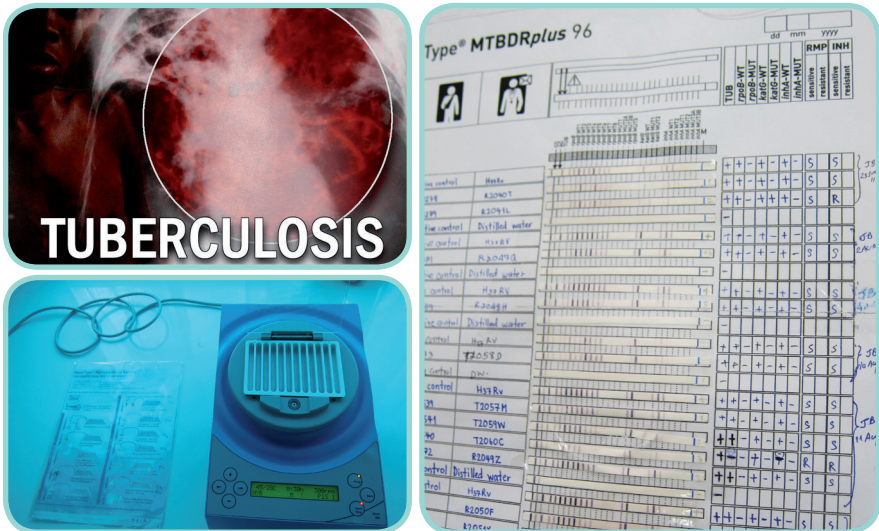


นอกจากนี้สิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง คือการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค เพราะข้อมูลพบว่า เชื้อวัณโรคคือยาส่วนใหญ่เกิดจากการใช้ยารักษาวัณโรคไม่ถูกต้องโดยแพทย์ตั้งแต่แรก ดังนั้นจึงมีข้อเสนอว่าควรส่งเสริมให้มีการอบรมบุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับ ตั้งแต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ไปจนถึงแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

จากหัวข้อที่กรมควบคุมโรคนำเสนอ ทำให้เรื่องนี้กลายเป็นเรื่องที่ได้รับการสนใจ และผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการฯ

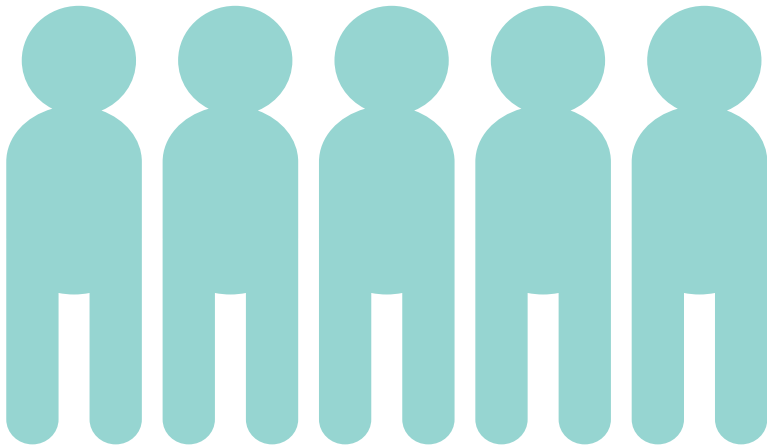
กรณีดังกล่าวหากมีการนำเสนอหัวข้อปัญหาทางสุขภาพเข้ามาในกระบวนการก็จะทำให้ปัญหาทางด้านสาธารณสุขของทุกคนไม่ถูกละเลยหรือเพิกเฉยจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ

เช่นเดียวกับกรณีศึกษาด้านวัณโรคคือยาที่ผลออกมาเป็นที่น่าพอใจ และทำให้ผู้ป่วยวัณโรคทั่วไปและผู้ป่วยวัณโรคคือยาที่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาอีกหลายสิบหลายร้อยหลายพันรายได้มีโอกาสหายจากโรคร้ายเพิ่มขึ้น





บทสัมภาษณ์



ความคุ้มค่าสู่การพัฒนาสิทธิประโยชน์ นพ. ภูษิต ประคองสาย นพ. ยศ ติระวัฒนานนท์

47 ล้านชีวิต คือจำนวนประชาชนที่กำลังฝากความมั่นคงด้านสุขภาพไว้กับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

10 ล้านชีวิต คือจำนวนผู้ประกันตนในระบบประกันสังคม ของสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน

5 ล้านชีวิต คือจำนวนข้าราชการ ลูกจ้างของส่วนราชการที่ปฏิบัติงาน ผู้รับเบี้ยหวัด บำนาญ และบุคคลในครอบครัวที่ใช้สิทธิสวัสดิการในการดูแลของกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง



ด้วยหลักการและเหตุผลในการจัดตั้งกองทุนสุขภาพที่มีความแตกต่าง จึงไม่ใช่เรื่องง่ายหากข้อเรียกร้องของคนกลุ่มใดๆ จะเป็นที่ยอมรับจนเกิดเป็นการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ โดยเฉพาะในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งแน่นอนว่าอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการของคนทั้ง 47 ล้านคนได้

คำถามคือ เช่นนั้นแล้วสิทธิประโยชน์ใดเหมาะสม คุ่มค่า และตอบสนองความต้องการของทุกคน?

เป็นที่มาของ โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ที่มอบหมายให้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) กระทรวงสาธารณสุข เป็นคณะผู้ดำเนินโครงการฯ ทำงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โปร่งใส อยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงวิชาการและรับฟังความคิดเห็นจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคม

7 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ 1.ผู้แทนผู้กำหนดนโยบาย 2.ผู้แทนผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ 3.ผู้แทนนักวิชาการ 4.ผู้แทนภาคประชาสังคม 5.ผู้แทนกลุ่มผู้ป่วย 6.ผู้แทนภาคอุตสาหกรรม และ 7.ผู้แทนประชาชนทั่วไป



ทั้งหมดนี้ สามารถเสนอหัวข้อปัญหาหรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ โดยเริ่มต้นจากตัวแทนของแต่ละกลุ่มรวบรวมหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพจากคนในกลุ่ม จากนั้นจะผ่านกระบวนการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ* ซึ่งท้ายที่สุดจะคัดเลือกให้เหลือ 5 ประเด็นเพื่อทำวิจัยทุก ๆ 6 เดือนโดยคณะผู้ดำเนินโครงการ

* กระบวนการคัดเลือกประกอบด้วยคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ตัวแทนนักวิชาการ ตัวแทนภาคประชาสังคม และตัวแทนกลุ่มผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม คณะผู้ดำเนินโครงการฯ จะนำหัวข้อที่มีความสำคัญ 5 อันดับแรก เสนอต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการของสปสช. เพื่อขอความเห็นชอบให้ศึกษาวิจัยด้านความคุ้มค่า ผลกระทบด้านงบประมาณ

นพ. ยศ ตีระวัฒนานนท์ หัวหน้าโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ฉายภาพภารกิจของ HITAP ในฐานะหน่วยงานด้านสุขภาพว่า HITAP พยายามเป็นองค์กรเพื่อเป็นที่พึ่งของสังคม ในแง่การสร้างสมดุลระหว่างกลุ่มคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพผ่านทางข้อมูลทางวิชาการ

แน่นอนว่า ทุกคนมีความต้องการในระบบสุขภาพที่แตกต่างกัน บางครั้งก็เป็นไปในทิศทางเดียวกัน บางครั้งก็แตกต่างกันโดยสิ้นเชิง HITAP จึงเป็นผู้รวบรวมข้อเท็จจริง และองค์ความรู้ เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร

“การแพทย์คือการลองผิดลองถูก สังคมจึงจำเป็นต้องมีองค์กรที่คอยติดตามการใช้เทคโนโลยี มีการประเมินว่าเมื่อใช้ไประยะหนึ่งแล้วเกิดองค์ความรู้อย่างไร” หัวหน้า HITAP ระบุ

สำหรับกรอบการประเมินเทคโนโลยี เริ่มตั้งแต่ความปลอดภัยของอุปกรณ์และเครื่องมือ เป็นลำดับแรก จากนั้นก็พิจารณาว่าสิ่งเหล่านี้มีประโยชน์จริงหรือไม่ หากมีประโยชน์ก็ต้องดูอีกว่าคุ้มค่ากับการลงทุนมากน้อยเพียงใด

“เครื่องมือแพทย์ใหม่บางชนิดให้ประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วยมากกว่าเครื่องมือชนิดเดิมมหาศาล แต่ถ้าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านำมาบรรจุลงในชุดสิทธิประโยชน์ก็อาจทำให้เกิดภาระงบประมาณมหาศาลเช่นกัน ดังนั้นจึงต้องมีการประเมินความคุ้มค่า”

นพ. ยศ อธิบาย





นพ. ภูษิต ประคองสาย ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) เล่าความสำคัญของการประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีด้านสุขภาพว่า ปัจจุบันมีเครื่องมือแพทย์และยาใหม่ๆ จำนวนมาก จึงเป็นหน้าที่ของหน่วยงานวิจัยด้านการประเมินที่ต้องให้ข้อมูลว่าเครื่องมือแพทย์และยาเหล่านั้นมีประสิทธิภาพจริงหรือไม่

“สำหรับความร่วมมือในการทำโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ร่วมกับ HITAP นี้เองด้วยปัจจุบันพบว่าประชาชนเกิดข้อเรียกร้องต่อรัฐบาลว่าควรให้บริการทางการแพทย์ฟรีด้วยเทคโนโลยีที่ล้ำสมัย ในขณะที่สถานการณ์ทางการเงินของประเทศไม่ดีพอที่จะตอบสนองข้อเรียกร้องเหล่านั้นได้ทั้งหมด จึงจำเป็นต้องมีการวิจัยเพื่อหาจุดกึ่งกลางที่เหมาะสม”

เครื่องมือจัดการความขัดแย้ง นิมิตร์ เทียนอุดม



เครือข่ายภาคประชาชนหรือเอ็นจีโอ เป็นหนึ่งในกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและมีส่วนเกี่ยวข้องกับการผลักดันให้เกิดการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหลากหลายมิติ **นายนิมิตร์ เทียนอุดม** ในฐานะหนึ่งในคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สัดส่วนภาคประชาสังคม เห็นว่าหน่วยงานวิจัยด้านสุขภาพอย่าง IHPP และ HITAP ทำให้ภาคประชาชนต้องปรับเปลี่ยนวิธีการเคลื่อนไหว

การเคลื่อนไหวของภาคประชาชนเริ่มต้นจากปัญหาความเดือดร้อน ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นข้อเรียกร้องของภาคประชาชนจะยิ่งเสริมแรงให้การผลักดันเหล่านั้นมีความชอบธรรมมากยิ่งขึ้น งานวิจัยบางชิ้นช่วยยืนยันข้อมูลความต้องการและความจำเป็นที่ประชาชนควรได้รับ ที่สำคัญทำให้ผู้มีอำนาจเข้าใจได้ว่าภาคประชาชนไม่ได้เคลื่อนไหวจากภาวะอารมณ์โดยไร้เหตุผล

“งานวิจัยเป็นเครื่องมือในการจัดการความขัดแย้งที่เที่ยงตรงและรับใช้ข้อเท็จจริง ช่วยหาข้อยุติในประเด็นที่มีความเห็นต่าง หรือหากไม่ได้ข้อยุติก็ยังคงอยู่บนพื้นฐานข้อมูล ที่ทุกฝ่ายยอมรับได้”

พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ระบุว่าหากต้องการปรับปรุงเพิ่มชุดสิทธิประโยชน์ จำเป็นต้องเปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

แน่นอนว่าในเวทีรับฟังความคิดเห็นจะมีการสะท้อนปัญหาและข้อถกเถียงที่รุนแรงเมื่อ สปสช. รวบรวมความคิดเห็นเหล่านั้นแล้วก็จะกลับมาพิจารณาว่าจะดำเนินการอย่างไรต่อ หากเป็นความคิดเห็นที่มีทิศทางเดียวและข้อเรียกร้องชัดเจน มีข้อมูลรองรับความเดือดร้อนอย่างเป็นรูปธรรม สปสช. ก็สามารถนำเรื่องเข้าสู่การพิจารณาของบอร์ดเพื่อปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์ ได้

ในทางตรงกันข้าม หากข้อเรียกร้องกำกวมหรือยังไม่มี ความชัดเจนว่าควรตัดสินใจไปในทิศทางใด ด้านนักวิชาการก็เห็นต่างไม่สามารถหาข้อยุติได้ บอร์ดสปสช. ก็จะต้องใช้ข้อมูลเชิงวิชาการ ได้แก่งานวิจัยเพื่อประกอบการตัดสินใจ

อย่างไรก็ดี กระบวนการคัดเลือกประเด็นเพื่อนำมาทำวิจัยก็ยังมีจุดอ่อนที่ควร รับการแก้ไข กล่าวคือ หากให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาให้นำหนักต่อการคัดเลือก หัวข้อการวิจัย มองในแง่กลไกถือเป็นสิ่งที่สามารถคานอำนาจระหว่างกันได้ เพราะ ให้ทุกภาคส่วนเข้ามาคิดในใจത്യเดียวกันและตรวจสอบกันเอง แต่จุดอ่อนที่เกิดขึ้นคือตัวแทนของแต่ละภาคีมีความรู้ไม่เท่ากัน

อย่างไรก็ตาม นายนิมิตร ยืนยันทว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเทคโนโลยี ด้านสุขภาพโดย IHPP และ HITAP เป็นผลงานวิชาการที่ทำให้ทั้งฝ่ายที่เห็นด้วยและ ไม่เห็นด้วยต้องหันกลับมาฟัง โดยเฉพาะฝ่ายที่คัดค้านยิ่งต้องทำงานเชิงข้อมูลให้หนัก ขึ้นเพื่อหาเหตุผลมาโต้แย้ง นั่นถือเป็นการยกระดับข้อถกเถียงเชิงนโยบายขึ้นจากเดิม ที่ปล่อยให้ผู้มีอำนาจชี้ว่าสั่ง

“เป็นบรรทัดฐานใหม่ในการผลักดันนโยบายเมื่อฝ่ายนโยบายเห็นด้วยกับงานวิจัยก็ได้ รับการต่อ ยอดสู่การปฏิบัติ แต่ถ้าผลวิจัยบอกว่ามันไม่คุ้มค่าฝ่ายนโยบายก็นำข้อมูลมา พิจารณา”

อย่างไรก็ดี งานวิจัยที่นำเข้าสู่การพิจารณาในบอร์ด บางส่วนได้รับความเห็นชอบให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ สำหรับกรณีที่ไม่ได้รับความเห็นชอบ เช่น ผลวิจัยพบว่าเทคโนโลยีนั้นๆ มีความคุ้มค่าในเชิงเศรษฐศาสตร์ แต่บอร์ดเห็นว่าระบบบริการยังไม่มีความพร้อม

วิชาการชี้นำการปฏิรูป นพ. ประทีป ธนกิจเจริญ



นพ. ประทีป ธนกิจเจริญ รองเลขาธิการ สปสช. ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของงานวิชาการต่อการปฏิรูประบบสาธารณสุขในประเทศไทยว่า หากต้องการเดินหน้านางระบบหลักประกันสุขภาพและการปฏิรูประบบบริการ “จำเป็นต้องมีฝ่ายวิชาการเป็นตัวชี้นำ”



“แรกเริ่มครั้งวางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยุค นพ. สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ซึ่งเป็นผู้บุกเบิกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีการกำหนดกรอบไว้ว่า สปสช. จะเป็นหน่วยงานบริหารจัดการระบบพื้นฐาน ส่วนงานวิชาการซึ่งควรมีความเป็นอิสระสูงนั้น จำเป็นต้องแยกออกไป สปสช. จึงเลือกที่จะไปสนับสนุนองค์กรภายนอกที่มีความเป็นอิสระให้ผลิตผลงานทางวิชาการ”

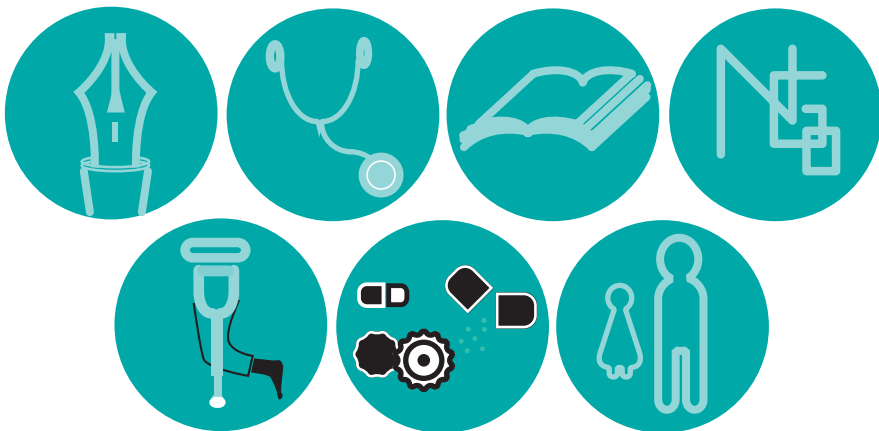
การเดินหน้าของระบบประกันสุขภาพย่อมควบคู่กับการพัฒนาเทคโนโลยีใหม่ๆ ดังนั้นหน่วยงานด้านวิชาการจำเป็นต้องประเมินว่าเทคโนโลยีเก่ายังคุ้มค่าที่จะใช้ต่อหรือไม่ และหากต้องเปลี่ยนเป็นเทคโนโลยีใหม่แทน จะมีความคุ้มค่าและเหมาะสมมากพอหรือไม่

นพ. ประทีป เล่าว่า โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีกระบวนการทำงานเพื่อดึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมในการเสนอประเด็นการวิจัย มีการตั้งเกณฑ์ชีวิตว่าหัวข้อต่างๆ มีความสำคัญเพียงพอดต่อการดำเนินการหรือไม่

“สปสช. จึงเป็นเพียงส่วนหนึ่งของผู้มีส่วนได้เสียที่จะเข้าไปเสนอความคิดเห็นเท่านั้น” รองเลขาธิการ สปสช. ระบุ และนับว่าเป็นวิธีการที่ดีในการประเมินสิ่งต่างๆ อย่างอิสระระดับหนึ่ง เพราะฝ่ายวิชาการที่เปรียบเหมือนผู้ชี้้นำหากถูกกำหนดโดยฝ่ายบริหาร ก็จะไม่ดี ส่วนอำนาจการตัดสินใจเพื่อจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อการวิจัยขึ้นอยู่กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 7 กลุ่ม ไม่ใช่นักวิจัยและไม่ใช่ สปสช.”

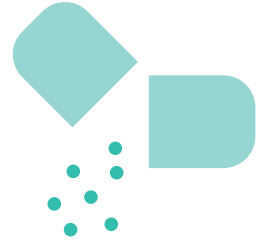
...การวิจัยด้านการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ได้รับการยอมรับและถูกนำมาพิจารณาตัดสินใจใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพของประเทศอย่างสมเหตุสมผล แต่การเลือกเอาเทคโนโลยีใดให้เข้ามาอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ ต้องพิจารณาในหลายมิติ กล่าวคือ การตัดสินใจเชิงนโยบายต้องมองมากกว่าความคุ้มค่า ต้องดูความพร้อมของระบบบริการและความพร้อมของการจัดการ รวมถึงประเด็นความขัดแย้งต่างๆ ประกอบกัน

...จะเห็นได้ว่าปัญหาในระบบหลักประกันสุขภาพไทย ล้วนเกิดจากปัจจัยด้านความแตกต่างและข้อจำกัดของแต่ละกองทุน หน่วยงานวิจัยด้านสุขภาพอย่าง IHPP และ HITAP จึงเป็นหน่วยงานทางวิชาการ เพื่อสนับสนุนการพัฒนากระบวนการหลักประกันสุขภาพไทยให้แข็งแกร่งและมั่นคง



ภาคผนวก

ในปี พ.ศ. 2553 มีจำนวนหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีสุขภาพที่เข้าสู่อการประเมินโดย IHPP และ HITAP จำนวน 14 หัวข้อ รายละเอียดตามตารางดังต่อไปนี้



ตารางที่ 1 หัวข้อที่ได้รับการประเมินและถูกนำเสนอต่อคณะกรรมการ

รอบที่ 1/2553

หัวข้อประเมิน	ความเห็น/มติของคณะกรรมการ
1. การประเมินต้นทุนหรือผลประโยชน์และผลกระทบต่อต้นทุนประมาณของการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังชนิดอเอนติเจนบวก	ยาที่ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังภายใต้ชื่อสามัญทางยา lamivudine ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ และยาดังกล่าวอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบัน
2. การประเมินต้นทุนหรือผลประโยชน์และผลกระทบต่อต้นทุนประมาณการรักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง	ยาที่ใช้รักษาโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังภายใต้ชื่อสามัญทางยา pegylated interferon alpha 2a หรือ pegylated interferon alpha 2b ร่วมกับ ribavirin ยังไม่ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เนื่องจากต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก
3. การประเมินต้นทุนหรือผลประโยชน์และผลกระทบต่อต้นทุนประมาณของการรักษาผู้ป่วยไตอักเสบจากโรคเอสแอลอีเพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย	ยาที่ใช้รักษาโรคไตอักเสบภายใต้ชื่อสามัญทางยา Intravenous cyclophosphamide และ azathioprine ที่ประเมินพบว่ามีคุณค่าที่ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ แล้ว และยาดังกล่าวอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบัน

หัวข้อประเด็น

ความเห็น/มติของคณะอนุกรรมการฯ

4. การประเมินต้นทุนหรือทรัพยากรและผลกระทบด้านงบประมาณของมาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในประเทศไทย

ให้ต่อยอดการศึกษาเป็นโครงการนำร่องในหน่วยบริการ 200 แห่ง ที่สปสข. ดำเนินการอยู่ เพื่อนำไปวิเคราะห์เพิ่มเติม และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายที่ชัดเจนมากขึ้น

5. การประเมินต้นทุนหรือทรัพยากรและผลกระทบด้านงบประมาณของการรักษาโรคหอบหืดด้วยยา omalizumab



ยังไม่เสนอให้ยาที่ใช้รักษาโรคหอบหืดภายใต้ชื่อสามัญทางยา omalizumab ครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ฯ เนื่องจากไม่มีความคุ้มค่าและมีผลกระทบด้านงบประมาณมาก แต่ควรเพิ่มการเข้าถึงยาพ่นชนิดสเตียรอยด์ให้มากขึ้น เพื่อลดต้นทุนการรักษาพยาบาลจากการกลับเป็นซ้ำ

6. การประเมินต้นทุนหรือทรัพยากรและผลกระทบด้านงบประมาณการผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ที่มีปัญหาการใส่ฟันปลอมทั้งปากฐานอะคริลิก

ยังไม่เสนอให้การผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ที่มีปัญหาการใส่ฟันปลอมทั้งปากครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ฯ แม้ว่าจะมีความคุ้มค่า แต่ปัจจุบันยังพบว่าประชาชนยังไม่สามารถเข้าถึงบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากฐานอะคริลิกเพียงพอซึ่งเป็นเรื่องจำเป็นและเร่งด่วนที่ สปสข. ควรดำเนินการก่อน

7. การประเมินความคุ้มค่าแผ่นรองขับปัสสาวะและอุจจาระ ผ้าอ้อมในผู้พิการและผู้สูงอายุ

ยังไม่เสนอให้วัสดุรองขับปัสสาวะสำเร็จรูปประเภทผ้าอ้อมครอบคลุมอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ฯ แม้ว่าจะมีความคุ้มค่า เนื่องจากใช้งบประมาณจำนวนมาก (คิดเป็นร้อยละ 20 ของงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

8. ระบบการคัดกรอง บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้มีปัญหาการติ่มสุรา: เด็กกำพร้า ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ให้ผู้รับผิดชอบงานในส่วนนี้ของสปสข. ทบทวนนโยบายการคัดกรอง บำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาการติ่มสุราที่ดำเนินการอยู่แล้ว รวมถึงบุหรี่และยาเสพติดอื่นด้วย เพื่อไม่ให้ซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่น

หัวข้อประเมิน

9. ข้อเสนอเชิงนโยบายสำหรับการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ของประชาชนรอบเขตอุตสาหกรรม: กรณีศึกษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เกิดจากการสัมผัสสารเบนซีน

ความเห็น/มติของคณะอนุกรรมการฯ

ให้ผู้รับผิดชอบงานในส่วนนี้ของ สปสช. ทบทวนบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยเน้นการบริการสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคลและครอบครัว



รอบที่ 2/2553

หัวข้อประเมิน

1. การประเมินต้นทุนผลได้ของการตรวจกรองและวินิจฉัยก่อนคลอดของกลุ่มอาการดาวน์ในประเทศไทย

ความเห็น/มติของคณะอนุกรรมการฯ

เห็นชอบให้ขยายสิทธิประโยชน์การตรวจกรองและตรวจวินิจฉัยก่อนคลอดของกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ โดยจัดลำดับไว้ในแผนงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ สปสช. ที่จะดำเนินการในปีต่อไป

2. ต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณการรักษผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis) โดยติดตามค่าการไหลเวียนความดันโลหิตและการวัดปริมาณออกซิเจนในกระแสโลหิต

ยังไม่เสนอให้ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์ เนื่องจากข้อมูลมีจำกัด อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอให้พิจารณาการศึกษามาตรการป้องกันการเกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มเติม

หัวข้อประเด็น

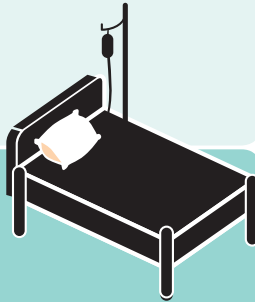
ความเห็น/มติของคณะอนุกรรมการฯ

3. การศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และการประเมินผลกระทบทางงบประมาณ ต่อทางเลือกการวินิจฉัยเพื่อการรักษา วัณโรคดื้อยา (MDR, XDR TB) และข้อเสนอแนะการปรับปรุงกระบวนการรักษา วัณโรคในประเทศไทย

เห็นชอบให้ขยายสิทธิประโยชน์การวินิจฉัยการ รักษาวัณโรคดื้อยา (MDR, XDR TB) โดยให้ผู้รับ ผิดชอบงานในส่วนนี้ของ สปสช. ประสานงานกับ กรมควบคุมโรคดำเนินการเพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแล ผู้ป่วยวัณโรคและวัณโรคเชื้อดื้อยา ด้วยการปรับปรุง หลักเกณฑ์เงื่อนไขการตรวจเพาะเชื้อวัณโรค ให้ ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น และเสนอรายการยา สำหรับการรักษาวัณโรคเชื้อดื้อยาเข้าสู่การ พิจารณาของคณะอนุกรรมการพัฒนายาหลัก แห่งชาติ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาจำเป็นและ ได้รับบริการตามแนวทางการรักษาที่เหมาะสม

4. การศึกษาความเป็นไปได้ของการปลูก ถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือดในการ รักษาผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงใน ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เห็นชอบให้ขยายสิทธิประโยชน์การปลูกถ่ายเซลล์ ต้นกำเนิดเม็ดเลือด โดยจำกัดเฉพาะผู้ป่วยโรค ธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงอายุไม่เกิน 8 ปีและมีญาติ พี่น้องบริจาค หากความต้องการบริการมีมากกว่า ระบบบริการที่รองรับได้ ขอให้คัดเลือกผู้ป่วยโดย ใช้หลักเกณฑ์ทางการแพทย์ ส่วนข้อบ่งชี้หรือความ จำเป็นในผู้ป่วยเฉพาะรายให้เป็นการตัดสินใจของ สถานบริการ



5. การพัฒนาระบบคัดกรองสายตาคิด ปกติและประกอบแว่นสายตาในเด็กวัย ก่อนประถมศึกษาศึกษาและประถมศึกษา

ยังอยู่ในระหว่างกระบวนการศึกษาวิจัย โดยคาดว่าจะแล้วเสร็จประมาณ เดือนเมษายน พ.ศ. 2555



