

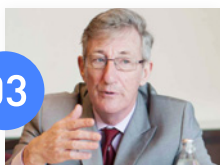
HITAP

Health Intervention and Technology Assessment Program

เรื่องเด่นประจำฉบับ

INSIDE

03



ห้องสนทนา

จับเข่าคุย เซอร์ไมเคิล
รอร์ลีนส์...ครู HTA

06



เกร็ดกระจ่าง

คอลัมน์ใหม่ ย่อยข้อมูล
ด้านสุขภาพให้เข้าใจ
ง่ายขึ้น

12



รอบรู้ HITAP

ข่าวสารกิจกรรม
ประจำเดือนมกราคม
ถึงเมษายน 2556

คุณเคยสงสัยไหมว่าแพ็คเกจตรวจสอบสุขภาพราคาหลายพัน จำเป็นทุกอย่างจริงหรือไม่? HITAP ทำการศึกษาว่าการตรวจร่างกายมีอะไรบ้างที่เหมาะสมกับคนทั่วไป เราขอนำเสนอข้อมูลเบื้องต้นในบทความ “**เช็คระยะสุขภาพ...การตรวจสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย**” นอกจากนั้น เมื่อต้นปีที่ผ่านมา HITAP มีโอกาสต้อนรับครูด้าน HTA ระดับนานาชาติ ศาสตราจารย์ เซอร์ไมเคิล รอร์ลีนส์ ประธานของ NICE หน่วยงานประเมินเทคโนโลยีสุขภาพอังกฤษ ที่นิยามตัวเองว่า “ไม่ค่อยมีคนรัก” กองบรรณาธิการจึงถือโอกาสจับเข่าคุยและนำเรื่องราวมาเล่าต่อในบทความ “**จับเข่าคุย...เซอร์ไมเคิล รอร์ลีนส์...ครู HTA**” และพบกับคอลัมน์ใหม่ “**เกร็ดกระจ่าง**” ที่นำเสนอตัวเลขและกราฟจากงานวิจัยผ่านรูปแบบ Infographic ทั้งหมดนี้ในจุลสาร HITAP ปีที่ 6 ฉบับที่ 18 (มกราคม-เมษายน 2556) 📖

จุลสาร โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ปีที่ 6 ฉบับที่ 18 มกราคม-เมษายน 2556



08

เช็ค

ระยะสุขภาพ

การตรวจสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย



www.hitap.net

Facebook

มีใครเคยสงสัยไหมว่า ชุดตรวจสุขภาพที่เราตรวจนั้น จำเป็นจริงหรือ? ที่สำคัญกว่านั้น ปลอดภัย 100 % หรือไม่?

เรามักจะเห็นหรือได้ยินการโฆษณาตรวจสุขภาพยกชุด ในเทศกาลปีใหม่ ไม่ว่าจะเป็นปีใหม่ไทยหรือปีใหม่เทศ ถ้าเปรียบกับรถคนคล้ายๆ กับตรวจยกเครื่องเลยทีเดียว ไม่ว่าจะเป็นแพ็คเกจตรวจสุขภาพคุณผู้หญิง โปรแกรมเช็คร่างกายคุณผู้ชายที่ส่วนใหญ่ราคาหลายพันบาทหรือเฉียดแสน หลากๆ คนมักจะเปรยด้วยความภูมิใจภายหลังเข้ารับการตรวจร่างกายแบบยกชุดว่า *“ไปตรวจร่างกายมา หมอเขาตรวจหวัจรวดแท้เลย”*

แต่จะมีใครเคยสงสัยไหมว่าที่รวมๆ มาให้เราตรวจนั้น มันจำเป็นจริงหรือ? ที่สำคัญกว่านั้น...มันปลอดภัย 100 % หรือไม่?

เช่นรถเอกซเรย์ปอดเคลื่อนที่ หรือการตั้งจุดเอกซเรย์ปอดเพื่อให้บริการตรวจหาวัณโรคในคนทั่วไปที่มีสุขภาพแข็งแรง ในต่างประเทศเองก็เคยใช้วิธีการเอกซเรย์ปอดเพื่อหาคนเป็นวัณโรค แต่ภายหลังมีงานวิจัยหลายชิ้นที่ศึกษาเรื่องนี้และพบว่าวิธีการค้นหาวัณโรคด้วยการเอกซเรย์ปอดเพียงอย่างเดียวในคนที่ไม่มีความเสี่ยง ไม่มีอาการบ่งบอกไม่เกิดประโยชน์ และไม่คุ้มค่า เพราะโอกาสที่จะพบคนเป็นวัณโรคมีไม่ถึง 1 ในพันคน นอกจากนี้มีหลายงานวิจัยที่ระบุว่าการเอกซเรย์ปอดในคนทั่วไปเพื่อหาวัณโรค ยังอาจก่อให้เกิดผลเสียจากการได้รับรังสี และเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งด้วย

ด้วยเหตุนี้ หลายๆ ประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และสิงคโปร์ จึงไม่แนะนำให้ตรวจคัดกรองวัณโรคในคนทั่วไปด้วยการเอกซเรย์ปอด อย่างไรก็ตาม คำแนะนำนี้ใช้เฉพาะในกรณีตรวจคัดกรองสำหรับคนทั่วไปที่ไม่มีความเสี่ยง ไม่มีอาการเท่านั้น ส่วนการเอกซเรย์ปอดเพื่อวินิจฉัยโรคในผู้ที่มีความเสี่ยงหรือมีอาการยังเป็นสิ่งจำเป็น

นี่เป็นเพียงหนึ่งในหลายๆ ตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับการตรวจร่างกาย HITAP จึงได้ทำการศึกษาว่าการตรวจร่างกายสำหรับคนทั่วไปที่ไม่ได้เป็นโรคแต่ละช่วงอายุ ควรมีการตรวจมาตรฐานอะไรบ้าง ถึงแม้งานวิจัยชิ้นนี้ยังไม่เสร็จสิ้น แต่เราขอเสนอความก้าวหน้าในบทความ *“ใช้ระยะสุขภาพ... การตรวจสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย”* ทั้งนี้ภายหลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้น แน่แน่นอนว่ากองบรรณาธิการจะนำข้อมูลมาฝาก เพื่อให้ผู้อ่านมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจเลือกชุดตรวจร่างกายประจำปีให้กับตนเองหรือคนรอบข้างได้อย่างมั่นใจในความคุ้มค่าและความปลอดภัย 🍀



ห้องสนทนา

โดย ชลิตยส โยธาตุน | Email: chalamtorn.y@hitap.net

จับเข้าคุย

เซอร์ไมเคิล รอว์ลินส์

กูรู

HTA

อดีตประธาน National Institute for Health and Care (NICE)
และได้รับพระราชทานรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี 2555 สาขารักษาแพทย์

จาก นาย ไมเคิล รอว์ลินส์ สู่นายแพทย์ และนักวิชาการ

“ผมเกิดเมื่อปี ค.ศ. 1941 ที่เมือง Shrewsbury ประเทศอังกฤษ แม่เป็นพยาบาล พ่อเป็นบาทหลวงในคริสตจักรแห่งอังกฤษ เมื่อสงครามโลกครั้งที่ 2 พ่อเข้ารับตำแหน่ง อนุศาสนาจารย์ในกองทัพอากาศ จากนั้นพ่อเสียชีวิตด้วยอาการหัวใจวายเมื่อผมอายุได้ 5 ขวบ ส่วนพ่อเลี้ยงของผมเป็นหมอที่ทุ่มเทให้กับงานมาก และนี่เป็นสองเหตุผลหลักๆ ที่ทำให้ผมตัดสินใจเป็นหมอ”

เซอร์ไมเคิล รอว์ลินส์ เล่าให้ฟังว่า เมื่อจะเข้ามหาวิทยาลัย ได้ตัดสินใจเลือกเรียนหมอ และส่งใบสมัครไปตามมหาวิทยาลัยชื่อดัง อย่าง Oxford และ Cambridge แต่ถูกปฏิเสธ ภายหลังสมัครเข้าเรียนที่ St. Thomas Hospital ในลอนดอนซึ่งเป็นทีเดียวกับที่แม่ของท่านเรียนจบพยาบาล เซอร์ไมเคิล เรียนจบแพทย์เมื่อปี ค.ศ. 1965 จากนั้นทำงานเป็นหมอทั่วไปและเภสัชวิทยา อยู่ 7 ปี ก่อนจะเข้ารับตำแหน่งอาจารย์ Ruth and Lionel Jacobson Professor of Clinical Pharmacology ที่ University of Newcastle upon Tyne ในขณะที่เป็นอาจารย์ เซอร์ไมเคิล ก็ยังทำหน้าที่รักษาคณไข้ และเริ่มทำวิจัยเรื่อง ต้นทุนและประสิทธิผลของยา



หมวกสามใบ...หมอนักวิจัย ผู้กำหนดนโยบาย และนักผลักดัน

หมอนักวิจัย

นักวิชาการผู้คร่ำหวอดเล่าว่าชีวิตการทำงานของเขาแบ่งได้เป็น 3 ช่วงที่เกี่ยวข้องกัน ส่วนแรก คือการทำหน้าที่ค้นหาหลักฐาน ทำวิจัยเพื่อสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ เริ่มตั้งแต่ตอนเป็นอาจารย์ที่ University of Newcastle upon Tyne งานวิจัยชิ้นสำคัญ คือการศึกษาอาการข้างเคียงของยาต่อคนกลุ่มต่างๆ เช่นเด็กและคนชรา เพราะคนไข้แต่ละคนมีผลกระทบจากการใช้ยาต่างกัน การศึกษาดังกล่าวมีเป้าหมายเพื่อลดผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา

ไม่เคยมีใครรัก NICE

แต่สิ่งสำคัญคือ การได้รับความเคารพ

มีคนให้ความเชื่อถือ และมีความต้องการใช้งานเราอย่างต่อเนื่อง



ผู้กำหนดนโยบาย

ด้านที่สองของชีวิตการทำงานของ เซอร์ไมเคิล คือการทำหน้าที่ผู้กำหนดนโยบาย ตัดสินใจเรื่องเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพของคนส่วนใหญ่ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการเลือกใช้หลักฐานสนับสนุน การตัดสินใจเพื่อส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ การทำงานในด้านนี้ เริ่มตั้งแต่เข้ารับตำแหน่งคณะกรรมการด้านความปลอดภัยของการใช้ยา (Committee on Safety of Medicines) และประธาน Advisory Council on the Misuse of Drugs ในปี ค.ศ. 1990

นักผลักดัน

ส่วนบทบาทในด้านที่สาม เริ่มเมื่อมีการก่อตั้ง NICE ขึ้นในปลายปี ค.ศ. 1990 และท่านได้รับแต่งตั้งให้เป็นประธานคนแรก หน้าที่ด้านนี้เกี่ยวข้องกับการช่วยให้คนอื่น ๆ เข้าใจและใช้หลักฐานประกอบการตัดสินใจเลือกใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อประโยชน์ส่วนรวม

จากประสบการณ์และงานทั้งหมดที่สั่งสมมา โดยเฉพาะงานด้านการป้องกันการใช้อย่างไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ในปี ค.ศ. 1999 ศาสตราจารย์ไมเคิล รอร์ลีนส์ ได้รับแต่งตั้งจากสมเด็จพระราชินีนาถเอลิซาเบธที่ 2 แห่งสหราชอาณาจักร ให้เป็น Knight Bachelor หรือ ศาสตราจารย์ เซอร์ไมเคิล รอร์ลีนส์

NICE...หน่วยงานที่ไม่มีใครรัก

ในช่วงแรก NICE มีหน้าที่ประเมินความคุ้มค่าของยาตัวใหม่ๆ เพื่อให้คำแนะนำกับระบบประกันสุขภาพของอังกฤษและเวลส์ หรือ National Health Service (NHS) และจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ใน NHS โดยแนวทางดังกล่าวจะคำนึงถึงความคุ้มค่าทางการแพทย์เป็นหลัก

ในช่วงเริ่มก่อตั้ง NICE สังคมยังไม่เห็นความสำคัญของการมีหน่วยประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ จากนั้นเพียง 1 ปี คนเริ่มมองว่า ในระบบสุขภาพที่มีทรัพยากรจำกัด จำเป็นต้องมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ประเมินความคุ้มค่าเพื่อให้เกิดการใช้งบประมาณด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมที่สุด เซอร์ไมเคิลเน้นเสมอว่า “เมื่อใดก็ตามที่เราใช้เงินจำนวนมากไปกับคนไข้กลุ่มหนึ่ง คนไข้กลุ่มก็จะไม่ได้รับบริการที่เหมาะสม”

เมื่อ NICE ทำการประเมินและจัดทำข้อเสนอแนะต่อเทคโนโลยีทางการแพทย์ มักจะมีทั้งแรงสนับสนุนและแรงต้าน เซอร์ไมเคิล ย้อนให้ฟังถึงประสบการณ์ในช่วงแรกของการทำประเมินเทคโนโลยีไว้ในบทความของ The Lancet วารสารวิชาการชั้นนำด้านการแพทย์ ว่า “การประเมินชิ้นแรกของ NICE ต่อยา zanamivir ที่ใช้รักษาไข้หวัดใหญ่พบว่าไม่มีความคุ้มค่า และไม่แนะนำให้ใช้ในระบบประกันสุขภาพ คนส่วนใหญ่เข้าใจว่าทำไมเราถึงไม่แนะนำให้ใช้เทคโนโลยีดังกล่าว ยกเว้นผู้ผลิตยา ภายหลังจากที่ NICE นำเสนอผลออกไปเพียง 6 เดือน มีเสียงเรียกร้องจากประธานบริษัทผู้ผลิตยาให้ยุบ NICE เสีย”

เซอร์ไมเคิล กล่าวถึงประสบการณ์ของการทำงานของ NICE เพิ่มเติมว่า “เราเป็นหน่วยงานแรกในอังกฤษที่พูดถึงความคุ้มค่า ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ซึ่งในช่วงนั้นมีความขัดแย้งอย่างมาก เพราะหลายคนมองว่าการนำเรื่องความคุ้มค่ามาตัดสินใจทางด้านสุขภาพไม่เหมาะสมและไม่ถูกต้องทางศีลธรรม เขามองว่าการตัดสินใจเช่นนี้จะก่อให้เกิดผลเสียต่างๆ เช่นไปจำกัดการรักษาพยาบาลและเป็นการกีดขวางการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ของผู้ผลิต ซึ่งไม่จริงเลย สิ่งที่เกิดขึ้นคือ **คนส่วนมากมีความเข้าใจมากขึ้นว่าในระบบสุขภาพของเรา ที่ใช้เงินภาษีของประชาชน มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างความเท่าเทียมกับทุกคนในสังคม**”

เซอร์ไมเคิล ย้ำว่ามันไม่ใช่เรื่องง่ายในการตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อให้เกิดความเท่าเทียมของทุกคนในระบบสุขภาพ แต่สุดท้ายต้องมีคนเข้ามาทำ “เมื่อ NICE ก่อตั้งขึ้น **โทนี แบลร์อดีตนายกฯ อังกฤษ พุดกับผมว่า เขาไม่อยากจะเชื่อเลยรัฐบาลเพิ่งจะมาตั้ง NICE มันน่าจะมามีตั้งนานแล้ว** เพราะเป็นหน่วยงานที่สำคัญมากต่อการตัดสินใจในระบบสุขภาพของอังกฤษ”

สุดท้าย ผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ฝากถึงประเทศที่กำลังจะตั้งหน่วยงาน HTA รวมทั้งประเทศไทยว่า “ผมคิดว่า แต่ละประเทศต้องออกแบบหน่วยงานประเมินเทคโนโลยีทางสุขภาพ ที่เหมาะสมกับตนเอง เหมาะสมกับปัญหาของสังคม เหมาะสมกับบริบทข้อกฎหมายและวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ ไม่จำเป็นที่จะต้องเลียนแบบ NICE แต่ให้สร้างหน่วยงานที่ตอบสนองความต้องการของระบบสุขภาพของคุณ และในท้ายที่สุดหน่วยงาน HTA ของคุณอาจจะหน้าตาแตกต่างจาก NICE โดยสิ้นเชิง ซึ่งไม่ใช่เรื่องแปลก”

“หัวใจสำคัญคือคุณต้องเน้นการมีส่วนร่วม เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและประชาชน ถึงแม้จะใช้เวลานานหน่อย แต่สิ่งที่ได้คือความเชื่อถือว่าเขาจะให้ และแน่นอนว่าคุณจะไม่มีคนรัก ไม่เคยมีใครรัก NICE แต่สิ่งสำคัญคือการได้รับความเคารพ มีคนให้ความเชื่อถือ และมีความต้องการใช้งานเราอย่างต่อเนื่อง การมีหน่วยงานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพของประเทศเป็นสิ่งสำคัญ และในท้ายที่สุดคุณก็จะยืนอยู่ในจุดเดียวกับ NICE คือเป็นหน่วยงานที่คนให้ความเชื่อถือ แต่ไม่มีคนรัก” เซอร์ไมเคิลกล่าว 🍀

รู้จักระบบประกันสุขภาพ

ที่มา: หนังสือ “สร้างสุขถ้วนหน้า” จัดทำโดยโครงการ

ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

เริ่มต้นปี พ.ศ.

2503

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

กรมบัญชีกลาง
กระทรวงการคลัง

แหล่งทุน

ภาษี

ผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์

ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ
ผู้รับเบี้ยหวัดบำนาญ
รวมถึงพ่อแม่และบุตรที่ยังไม่
บรรลุนิติภาวะไม่เกิน 2 คน

จำนวนผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์

5 ล้านคน (8%)

ผู้ให้บริการสุขภาพ

สถานพยาบาลภาครัฐ
และผู้มีสิทธิสามารถเข้ารับ
การรักษาพยาบาล
ในสถานพยาบาลเอกชน
กรณีฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุ

สิทธิประโยชน์
ที่ได้รับ

สิทธิการรักษาพยาบาลเกือบทุกกรณี



โทร 0-2273-9024,
0-2273-9613-1



<http://welcgd.cgd.go.th>

ระบบประกันสุขภาพภาคประชาชน

เริ่มต้นปี พ.ศ.

2533

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

สำนักงาน

แหล่งทุน

เงินสมทบจากลูกจ้าง

ผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์

ลูกจ้าง

จำนวนผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์

ผู้ให้บริการสุขภาพ

สถาน
และ
จำนวน

สิทธิประโยชน์
ที่ได้รับ

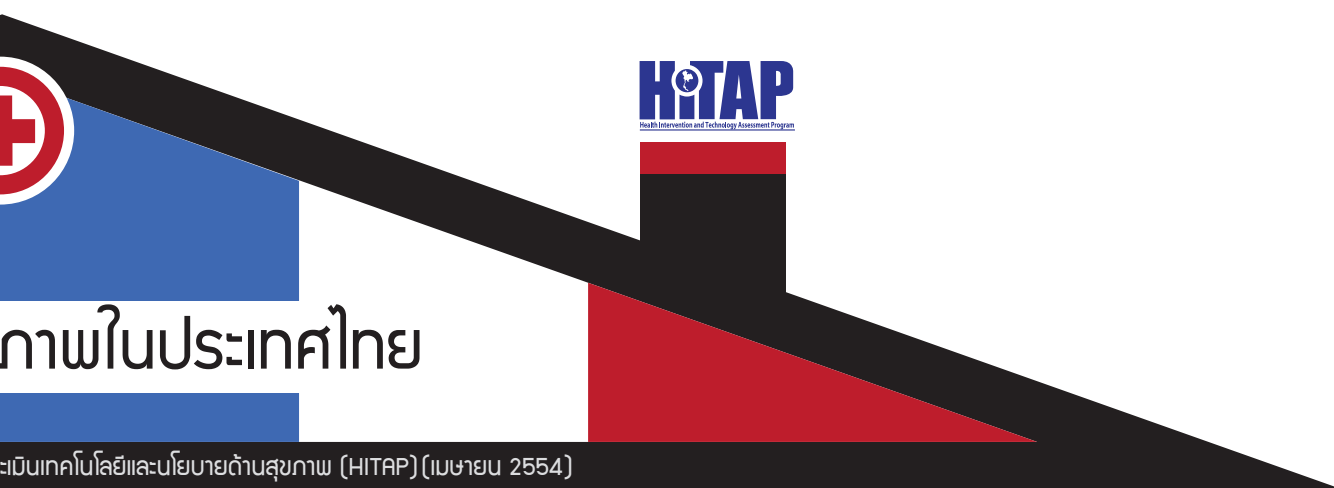
ชุด
สิทธิการ
และตัวยา



สายด่วน 1506



*เจ็บป่วยฉุกเฉิน ใช้บัตรประชาชนรักษาฟรีทุกสิทธิ



ประเทศไทยมีรูปแบบที่แตกต่างกับ
โยชน์ และระบบการจ่ายเงิน
สุขภาพที่เราพึงจะได้รับกันจะ

กันสังคม

3

นประกันสังคมกระทรวงแรงงาน

นายจ้าง และภาครัฐ

บริษัทเอกชน

10 ล้านคน (16%)

สถานพยาบาลภาคเอกชน
และโรงพยาบาลภาครัฐที่มี
เตียงมากกว่า 100 เตียงขึ้นไป

สิทธิประโยชน์ภายใต้
รักษาพยาบาลในบางกรณี
ที่ระบุในบัญชียาหลักแห่งชาติ

<http://www.sso.go.th>

หรือ ทุกโรงพยาบาล สายด่วน 1330 หรือ 1669*

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เริ่มต้นปี พ.ศ. 2544

หน่วยงานที่รับผิดชอบ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

แหล่งทุน ภาษี

ผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์ ประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้
รับสิทธิจากสวัสดิการข้าราชการ
ประกันสังคม หรือสิทธิอื่นๆ
ที่รัฐจัดให้เป็นการเฉพาะ

จำนวนผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์ (76%) 47 ล้านคน

ผู้ให้บริการสุขภาพ สถานพยาบาลภาครัฐครอบคลุมตั้งแต่
บริการระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิ
โดยเน้นการสนับสนุนบริการปฐมภูมิ

สิทธิประโยชน์ที่ได้รับ ชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้
สิทธิการรักษาพยาบาลการป้องกันโรค
และการตรวจคัดกรองในบางกรณี
และตัวยาตามที่ระบุในบัญชียาหลักแห่งชาติ

สายด่วน 1330 <http://www.nhso.go.th>



SCOOP

โดย ทีมวิจัยและกองบรรณาธิการ | Email: comm@hitap.net

๔ เช็ก

ระยะสุขภาพ

การตรวจสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย

หากร่างกายเหมือนรถยนต์ การตรวจเช็คระยะ ก็เหมือนกับการตรวจสุขภาพ หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า **การตรวจคัดกรองสุขภาพ** ซึ่งหมายถึง การซักถามหรือตรวจอย่างเป็นระบบเบื้องต้น เพื่อค้นหาความเสี่ยงหรือโรค ของบุคคลซึ่งไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองมีความเสี่ยงหรือเป็นโรคนั้นแล้ว เพื่อการป้องกัน ลดความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรค

แรกเริ่มแนวคิดเรื่องการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งขึ้นเพื่อเป็นเกณฑ์ค้นหาบุคคลที่เหมาะสมให้รับราชการทหาร หรือนายจ้างคัดเลือกคนงานที่แข็งแรง เมื่อมีระบบประกันสุขภาพเอกชนจึงมีการใช้การคัดกรองโรคเพื่อประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและกำหนดอัตราค่าประกัน โดยคนที่มี ความเสี่ยงในการเจ็บป่วยมากจะต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพสูงกว่าคนที่มีความเสี่ยงน้อย เห็นได้ว่า การคัดกรองโรคก่อให้เกิดผลดีกับผู้อื่น มิใช่ ผู้ได้รับการตรวจคัดกรอง

ต่อมาเมื่อวงการแพทย์เข้าใจที่มาหรือธรรมชาติของโรคมะเร็งขึ้น ประกอบกับเทคโนโลยีทางการแพทย์รุดหน้าจึงทำให้การคัดกรองทางการแพทย์เกิดประโยชน์โดยตรงต่อผู้ได้รับการคัดกรอง อย่างไรก็ตามสิ่งที่สังคม ยังไม่เข้าใจคือ การคัดกรอง**เพียงบางอย่างเท่านั้น**ที่มีประโยชน์ คือช่วยให้ ผู้ได้รับคัดกรองมีสุขภาพที่ดีขึ้น ขณะที่การคัดกรอง**ทุกอย่างมีโทษ มีความไม่แม่นยำและความจำเพาะ** ดังนั้นหัวใจสำคัญของนโยบายการตรวจคัดกรองสุขภาพคือ การหาจุดสมดุลเพื่อให้แน่ใจได้ว่า**การคัดกรองที่มีอยู่ในสังคมเกิดประโยชน์มากกว่าโทษ**



การตรวจสุขภาพ มีทั้งคุณและโทษ

ทั้งต่อผู้ตรวจและผู้ได้รับการตรวจ
หากทำไปโดยไม่เข้าใจอย่างถ่องแท้



ค่าบวกและลบ จากการคัดกรอง

ตามหลักการ การคัดกรองสุขภาพจะให้ผล 2 แบบคือ **บวก** และ **ลบ**
ผลบวก หมายถึง ผลการคัดกรองแสดงว่าผิดปกติหรือเป็นโรค **ผลลบ**
 หมายถึง ผลการคัดกรองแสดงว่าไม่ผิดปกติหรือไม่เป็นโรค แต่ในความเป็น
 จริงการคัดกรองทุกประเภทไม่มีความถูกต้อง 100 เปอร์เซ็นต์ จึงมีผลที่
 แตกต่างกันไปอีกไปถึง 6 แบบ คือ

- **บวกลวง** หมายถึง ทั้งๆ ที่ได้รับผลบวก แต่ผู้ได้รับการตรวจคัดกรอง
 ไม่มีความผิดปกติหรือไม่มีโรค
- **ลบลวง** หมายถึง ทั้งๆ ที่ได้รับผลลบ แต่ผู้ได้รับการตรวจคัดกรองมี
 ความผิดปกติและจะเป็นโรคในอนาคต
- **บวกจริง** การคัดกรองให้ผลบวก หมายถึง ผู้ได้รับการคัดกรองมี
 ความผิดปกติและจะเป็นโรคในอนาคต
- **ลบจริง** หมายถึง การคัดกรองให้ผลลบ และผู้ได้รับการตรวจคัดกรอง
 ไม่มีความผิดปกติและจะ**ไม่**เป็นโรค
- **บวกจริงแต่...** หมายถึง การคัดกรองให้ผลบวก และผู้ได้รับการตรวจ
 คัดกรองมีความผิดปกติจริงแต่จะ**ไม่**เป็นโรคในอนาคต
- **ลบลวงแต่ ...** หมายถึง การคัดกรองให้ผลลบ แต่ผู้ได้รับการตรวจ
 คัดกรองมีความผิดปกติที่**จะ**ไม่**เป็น**โรคในอนาคต

ผลของการคัดกรองโรคทั้ง 6 แบบ

	การดำเนินโรค	มีความผิดปกติและ จะเป็นโรคในอนาคต	มีความผิดปกติ แต่จะไม่เป็นโรคในอนาคต	ไม่มีความผิดปกติ และจะไม่เป็นโรค
ผลการ คัดกรอง	บวก	บวกจริง	บวกจริงแต่...	บวกลวง
	ลบ	ลบลวง	ลบลวงแต่...	ลบจริง



โทษของการคัดกรองสุขภาพ

การให้ผลที่ไม่แน่นอนนี้ เป็นเพราะเทคโนโลยีทั่วไปไม่สามารถให้ผลเที่ยงตรงได้ทุกครั้งโดยเฉพาะอย่างยิ่งการตรวจคัดกรองทางสุขภาพที่ต้องรักษาความสมดุลทั้งความไวและความจำเพาะของการคัดกรองซึ่งมีคุณสมบัติตรงข้ามกัน โดยความไวคือค้นหาผู้ป่วย (บวกจริง) ให้ได้มาก ขณะที่ความจำเพาะคือให้ความมั่นใจได้ว่าผู้ที่ได้ผลลบจะไม่ใช่โรคร้าย (ลบจริง) ดังนั้นหากไม่ได้รับการคัดกรองที่ถูกต้อง จะทำให้เกิดโทษต่อผู้ได้รับการตรวจคัดกรอง เช่น หากคนที่เป็นโรคแต่คัดกรองกลับได้ผลลบ (แท้ที่จริงคือ ลบลง) คนกลุ่มนี้จะไม่ได้รับการป้องกันและดูแลอย่างถูกต้อง บางรายอาจชะล่าใจมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยังทำให้โรครุนแรงมากยิ่งขึ้น เมื่อผ่านไปสักระยะหนึ่งจะเกิดโรคและกล่าวโทษว่าเกิดความผิดพลาดในระบบคัดกรอง

คนอีกกลุ่มได้แก่คนที่ไม่มีโรคแต่การคัดกรองกลับให้ผลบวก (แท้ที่จริงคือ บวกลง) คนกลุ่มนี้จะถูกส่งต่อเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมซึ่งมักเป็นการตรวจที่มีความเสี่ยงหรืออันตรายกว่าการตรวจคัดกรอง เช่น ถ่ายภาพรังสี ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ส่องกล้องเข้าไปดูอวัยวะภายใน หรือแม้กระทั่งผ่าตัดเข้าปอด ในบางครั้งหากการตรวจมีผลบวกลงมาก ย่อมทำให้มีผู้ได้รับโทษจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากตามไปด้วย อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่าคนกลุ่มนี้ส่วนมากจะไม่ทราบว่าตนเองไม่จำเป็นต้องรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม (เพราะไม่มีโรค) และกลับมีความพอใจเมื่อได้รับการตรวจเพิ่มเติมและดีใจที่ได้ผลลบหรือไม่เป็นโรคร้ายที่สุด จึงนับว่าเป็นจุดเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเอาเปรียบ เพราะหากผู้ให้บริการต้องการแสวงหากำไรจากการตรวจเพิ่มเติม ย่อมทำได้ง่ายดายและเป็นที่ยอมรับของผู้รับการตรวจทั้งที่ผู้ได้รับการตรวจคัดกรองต้องเผชิญกับความเสี่ยง

ควรหลีกเลี่ยงการคัดกรองแบบ “เหวี่ยงแห”

มีหลักฐานทางวิชาการยืนยันว่า การตรวจคัดกรองแบบ “เหวี่ยงแห” หรือการตรวจแบบไม่มีจุดหมายเฉพาะว่าต้องการค้นหาโรคใดโรคหนึ่งเป็นการตรวจที่มีโทษมากกว่าประโยชน์ ทั้งนี้เพราะจะเกิดผล “บวกลง” และ “บวกจริงแต่...” จำนวนมาก นอกจากนี้ยังยากที่จะประเมินติดตามความก้าวหน้า ควบคุมคุณภาพรวมถึงพัฒนาการตรวจคัดกรองสุขภาพในลักษณะดังกล่าว เช่น ไม่สามารถทราบได้ว่าการคัดกรองก่อให้เกิดการตรวจยืนยันที่ไม่จำเป็นมากนักน้อยเพียงใดซึ่งตรงข้ามกับการตรวจแบบมีจุดมุ่งหมายที่นักระบาดวิทยาสามารถประมาณค่าดังกล่าวได้

ใครบ้างที่เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ

ผู้ประกันตนในระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทองหรือ 30 บาท) จะได้รับสิทธิการตรวจสุขภาพตามที่ระบุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ ส่วนระบบประกันสังคมยังไม่มีชุดสิทธิประโยชน์สำหรับการตรวจคัดกรองสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีประชาชนอีกจำนวนหนึ่งที่ยินดีรับการตรวจคัดกรองโดยสมัครใจตามบริการที่มีในโรงพยาบาลและรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง และยังมีพนักงานบริษัทเอกชนบางแห่งที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นสวัสดิการ จากข้อมูลนี้พบว่าจำนวนผู้ใช้บริการการคัดกรองสุขภาพไม่น้อย และเมื่อคำนึงถึงความเสี่ยงที่การตรวจคัดกรองสุขภาพในประเทศไทยมักเป็นแบบเหวี่ยงแห จึงยังทำให้มีความเสี่ยงที่จะมีผู้ได้รับโทษมากกว่าประโยชน์





สาเหตุที่ก่อให้เกิดการตรวจคัดกรองแบบเหวี่ยงแหนั้นมีหลายประการ เช่น การขาดการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชน การปล่อยให้มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์ชักชวนให้รับการตรวจสุขภาพแบบเหวี่ยงแหอย่างแพร่หลาย บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งบางครั้งรวมถึงแพทย์เองก็ไม่ทราบเรื่องประโยชน์หรือโทษของการตรวจคัดกรองทางสุขภาพอย่างถ่องแท้ ประกอบกับยังไม่มีกำหนดนโยบายระดับชาติเพื่อการคัดกรองทางสุขภาพอย่างเป็นระบบ ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ต้องมีการทบทวนการตรวจคัดกรองด้านสุขภาพระดับประชากรในประเทศไทย จึงเป็นที่มาของ **โครงการวิจัยการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านการคัดกรองทางสุขภาพระดับประชากรในประเทศไทย** ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ข้อเสนอแนะที่ถูกต้องแก่บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชน ในการตรวจคัดกรองทางสุขภาพเพื่อให้มั่นใจได้ว่าเกิดประโยชน์มากกว่าโทษ รวมถึงพัฒนาเป็นชุดสิทธิประโยชน์สำหรับระบบประกันสุขภาพ โครงการวิจัยนี้ดำเนินการโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพหรือ HITAP (ไฮแทป) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

การศึกษาในส่วนแรกของโครงการทำเพื่อค้นหาโรคที่สำคัญสำหรับคนไทย โดยใช้กระบวนการจัดลำดับความสำคัญ โดยมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมจัดลำดับ ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ผู้บริหารสาธารณสุข และตัวแทนภาคประชาชน ทำให้ได้ปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญสูงสุดที่ควรพิจารณาให้มีการคัดกรองเพื่อการป้องกันและควบคุมจำนวน 12 กลุ่มโรค คือ

1. โรคหัวใจขาดเลือด/ หลอดเลือดสมอง
2. เบาหวาน
3. การติดแอลกอฮอล์
4. ตับแข็ง/ มะเร็งตับ
5. โลหิตจาง/ ภาวะทุพโภชนาการ

6. มะเร็งปากมดลูก
7. เอชไอวี/ เอ็ดส์
8. หืด
9. วัณโรค
10. ไตอักเสบ/ นิ่วในไต
11. มะเร็งเต้านม
12. อุบัติเหตุจราจร

โครงการได้ดำเนินการศึกษาและได้ผลการศึกษาในเบื้องต้น และได้นำเข้าสู่กระบวนการรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ขณะนี้กำลังอยู่ในขั้นตอนการศึกษาเพิ่มเติม ก่อนจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายระดับชาติต่อไป นอกจากนี้ จะมีการจัดทำ **คู่มือชุดการคัดกรองสุขภาพสำหรับคนไทยทั่วไป** และยังต้องมีการผลักดันเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการคัดกรองสุขภาพ ทั้งในหมู่ประชาชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เกิดการประสานติดตามและพัฒนาความรู้และบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพราะการผลิตคู่มือเพียงอย่างเดียวไม่อาจแก้ปัญหาได้ 📌

ท่านสามารถติดตาม
ผลสรุปการคัดกรองสุขภาพ
สำหรับคนไทยได้ที่ <http://hitap.net/research/10643> หรือ Facebook ขอ
HITAP หรือ ข้อมูลสำหรับประชาชน
ใน www.hitap.net และจุลสาร
HITAP ฉบับต่อๆ ไป

หนังสือแนะนำประจำเดือนมกราคม-เมษายน

ในการทำงานวิจัยอย่างเข้มข้นของ HITAP ตลอดระยะเวลา 4 เดือนแรกของปีนี้ ทำให้เราได้ผลงานวิจัยที่เสร็จสิ้นจำนวน 3 เรื่อง

การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของการให้บริการตรวจคัดกรองยีน HLA-B*1502 เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดผื่นแพ้ยาชนิดกลุ่มอาการ Stevens-Johnson syndrome (SJS) และ toxic epidermal necrolysis (TEN) จากยา carbamazepine

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนหรือประโยชน์ ผลกระทบด้านงบประมาณ และความเป็นไปได้ของการให้บริการตรวจคัดกรองยีน HLA-B*1502 ในประเทศไทย เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดผื่นแพ้ยาชนิดกลุ่มอาการ Stevens - Johnson

syndrome (SJS) และToxic Epidermal Necrolysis (TEN) จากการรับประทานยา carbamazepine ในผู้ป่วยโรคลมชัก (Epilepsy) และผู้ป่วยที่มีอาการปวดที่เกิดจากความผิดปกติของเส้นประสาท (neuropathic pain) ผลการศึกษานี้จะใช้เป็นข้อมูลเพื่อการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลการศึกษาพบว่า การตรวจคัดกรองยีน HLA-B*1502 สามารถป้องกันจำนวนคนที่เกิดผื่นแพ้

ยาแบบ SJS/TEN ลงได้ร้อยละ 88 แต่การตรวจคัดกรองยีนมีความคุ้มค่า เฉพาะกรณีผู้ป่วยที่มีอาการปวดจากเส้นประสาท และจากการประเมินศักยภาพและความเป็นไปได้พบว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีศูนย์ที่สามารถตรวจหาชนิดนี้ได้ 13 แห่งกระจายอยู่ในทุกภูมิภาคของประเทศ และคาดว่าจะสามารถรองรับบริการได้



การประเมินต้นทุนหรือประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งไตชนิด clear cell renal cell carcinoma ระยะแพร่กระจาย

เป็นงานวิจัยเพื่อประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบด้านงบประมาณของการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งไตชนิด clear cell renal cell carcinoma (ccRCC) ระยะแพร่กระจาย ด้วยแนวทางการรักษา 6 ทางเลือก ได้แก่ 1) IFN-alpha ตามด้วยการรักษาประคับประคอง 2) bevacizumab ร่วมกับ IFN-alpha ตามด้วยการรักษาประคับประคอง 3) sunitinib ตามด้วยการรักษาประคับ

ประคอง 4) IFN-alpha ตามด้วย sorafenib 5) sunitinib ตามด้วย everolimus 6) bevacizumab ร่วมกับ IFN-alpha ตามด้วย everolimus โดยเปรียบเทียบกับ การรักษาประคับประคอง ผลการวิจัยนี้ได้นำไปเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการบรรจุยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ การศึกษาพบว่า ที่ราคายาในปัจจุบัน การรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งไตชนิด ccRCC ระยะแพร่กระจายไม่มีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาแบบประคับประคอง อย่างไรก็ตามการศึกษาแสดงให้เห็นว่า

หากราคายาลดลง การรักษาด้วย everolimus (115 บาทต่อเม็ด) เป็น การรักษาทางเลือกที่สอง ภายหลังจากการรักษาด้วย sunitinib (43 บาทต่อเม็ด) เป็น การรักษาทางเลือกแรกจะเป็นทางเลือกที่มีความคุ้มค่าที่สุดและจะสามารถยืดชีวิตผู้ป่วยได้ประมาณ 1.5 ปีต่อราย ด้วยงบประมาณ 12 ล้านบาทต่อปี ดังนั้น หากมีการต่อรองราคายา จะสามารถเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงยาได้



การประเมินต้นทุนหรือประโยชน์และผลกระทบทางด้านงบประมาณของการรักษาผู้ป่วยภาวะความดันหลอดเลือดแดงในปอดสูง

ภาวะความดันหลอดเลือดแดงในปอดสูง (Pulmonary arterial hypertension-PAH) เป็นภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่างๆมีสาเหตุสำคัญดังนี้ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และโรคที่มีความผิดปกติของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยภาวะความดันหลอดเลือดแดงในปอดสูงที่เกิดจากโรคหนึ่งข้าง โดยภาวะแทรกซ้อนนี้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาประมาณ 600-20,000 บาทต่อวัน ผลการศึกษาพบว่า การเริ่มรักษาผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงของภาวะความดันหลอดเลือดแดงในปอดสูงเกี่ยวกับโรคเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดใน Functional class II หรือ III มีต้นทุนและประสิทธิภาพไม่แตกต่างกันมากนัก ซึ่งยาทางเลือกแรกในการรักษาที่มีความคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย คือ beraprost แม้ว่า sildenafil จะไม่คุ้มค่า ณ ราคาปัจจุบันเนื่องจากยามีราคาสูง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับ beraprost พบว่าการรักษาโดย sildenafil สามารถยืดชีวิตผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพได้นานขึ้น



รายละเอียดเพิ่มเติม <http://www.hitap.net/news-documents/documents/research-reports>

ในแต่ละเดือน HITAP มีกิจกรรมต่างๆ มากมาย อาทิ กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานวิจัยโดยตรง และกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีความสนใจด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ สำหรับเดือน มกราคม - เมษายน 2556 ที่เพิ่งผ่านมา เราขอแนะนำกิจกรรมเด่นๆ ดังนี้



HTA Workshop และ HTA Forum “มองรอบด้าน การใช้ข้อมูล HTA ในระบบสุขภาพไทย”

13-15 มีนาคม 2556 HITAP จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA Workshop) และ เวทีอภิปราย “มองรอบด้าน การใช้ข้อมูล HTA ในระบบสุขภาพไทย” (HTA Forum) โดยมี นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.) ญญ.เนตรนภิส สุชนวนิช ผู้ช่วยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รศ. นพ.เจดชัย นพณิจำรัสเลิศ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช พญ.ขวัญใจ วงศ์กิตติรักษ์ จักษุแพทย์เด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พญ.กิตติมา ยุทธวงศ์ ประธานเจ้าหน้าที่บริหาร สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ และคุณกรรณิการ์ กิจติเวชกุล กรรมการมูลนิธิเพื่อผู้บริโภค ให้เกียรติบรรยาย



กูรูดาน HTA ปาฐกถา “สมดุล ระหว่างคุณภาพกับประสิทธิภาพ” ในระบบสุขภาพของอังกฤษ

28 มกราคม 2556 ศาสตราจารย์ เซอร์ไมเคิล รอลินส์ ผู้ได้รับพระราชทาน รางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล พ.ศ. 2555 สาขาศาสตร์ แพทย์ กล่าวปาฐกถาเรื่อง การสร้างสมดุลระหว่าง ‘คุณภาพ’ กับ ‘ประสิทธิภาพ’ ในระบบบริการสุขภาพของอังกฤษ ในการประชุมย่อยของการประชุมวิชาการรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ กรุงเทพฯ มีผู้เข้าร่วมกว่า 100 คน ทั้งผู้กำหนดนโยบายในระบบสุขภาพ บุคลากรด้านสาธารณสุข และสื่อมวลชน

สวสส.

สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ
จัดทำหนังสือพิเศษ



หนังสือภาพ ภัยพิบัติ ความทรงจำและความหวัง: พลังน้ำใจในมหาอุทกภัย 2554

รวมภาพถ่ายมหาอุทกภัย 2554 ถ่ายทอดเรื่องราวชีวิต การต่อสู้และศักยภาพของ ผู้คน ชุมชนและองค์กรต่างๆ พิมพ์ 4 สี ทั้งเล่ม จำนวน 204 หน้า ราคาปก 890 บาท ลดเหลือ 750 บาท

หนังสือ รอยเวลา เส้นทางประวัติศาสตร์สุขภาพ

รวมเหตุการณ์สำคัญด้านสุขภาพไทย ตั้งแต่ยุคก่อนประวัติศาสตร์ จนถึงเหตุการณ์ร่วมสมัยมากกว่า 200 เหตุการณ์ พิมพ์ 4 สี ทั้งเล่ม จำนวน 448 หน้า ราคาปก 1,200 บาท ลดเหลือ 950 บาท **พิเศษสุด** สั่งซื้อภายใน 31 พ.ค. 2556 ค่าจัดส่งทั่วประเทศ 100 บาท/เล่ม ชื่อ 1 ชุด (สองเล่ม) จากราคาปก 2,090 บาท เหลือเพียง 1,500 บาท ต่อชุด

สั่งซื้อได้ที่ โทร. 0 2590 1352 โทรสาร 0 2590 1498 รายละเอียดเพิ่มเติมที่ www.shi.or.th หรือ e-mail: suksala@gmail.com หรือติดต่อสอบถามที่ศูนย์หนังสือจุฬาฯ ศูนย์หนังสือธรรมศาสตร์ ซีเอ็ด และร้านหนังสือชั้นนำทั่วไป

หนังสือ 10 ขันง่าย ๆ วิจัยเชิงคุณภาพ ฉบับปรับปรุงใหม่

เคล็ดวิชาจากสามัญสู่ขั้นเทพ โดย นพ.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ราคา 240 บาท



HTAsiaLink แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ก่อตัวสถาบัน เพื่อการประเมินเทคโนโลยีและ นโยบายด้านสุขภาพ

29 มกราคม 2556 หน่วยงาน
ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพจาก
7 ประเทศ และ NIICE International
ภายใต้เครือข่าย HTAsiaLink จัดว
เสวนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่อง
การก่อตั้งหน่วยงานประเมินฯ ในกลุ่ม
ประเทศกำลังพัฒนา โดยมีตัวแทน
จาก 3 ประเทศได้แก่ จีน เกาหลี และ
ฟิลิปปินส์ นำเสนอและแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์ในประเทศของตน
ในการประชุมย่อยของการประชุม
วิชาการรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล

นำเสนอผลงานวิจัย ต่อเมธีวิจัยอาวุโส สกว.

28 กุมภาพันธ์ 2556 หลังจากที
นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ หัวหน้าโครงการ
HITAP ได้รับคัดเลือกเป็นเมธีวิจัย
อาวุโสของสำนักงานกองทุนสนับสนุน
งานวิจัย หรือสกว. HITAP จึงมีการ
นำเสนอผลงานวิจัยของนักวิจัยหน้าใหม่
โดยมี ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์
พานิช ศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพบุลย์
สุริยะวงศ์ไพศาล และ ดร.วรวรรณ
ชาญด้วยวิทย์ ให้เกียรติเข้าร่วมฟัง
เสนอแนะและให้คำปรึกษางานวิจัย
แต่ละชิ้น

นำเสนอผลการศึกษการพัฒนาชุดสิทธิ ประโยชน์ด้านการคัดกรองทางสุขภาพ ระดับประชากรในประเทศไทย (เบื้องต้น)

4 มีนาคม 2556 HITAP จัดประชุมเพื่อ
นำเสนอผลการศึกษการพัฒนาชุดสิทธิ
ประโยชน์ด้านการคัดกรองทางสุขภาพ
ระดับประชากรในประเทศไทย (เบื้องต้น)
เพื่อรับฟังข้อคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วน
เสีย ของโครงการการศึกษาเพื่อพัฒนา
ชุดสิทธิประโยชน์ด้านการคัดกรองทาง
สุขภาพระดับประชากรในประเทศไทย
ที่ห้องประชุมจุฬีเตอร์ 4-10 อาคาร
ชาเลนเจอร์ อิมแพค เมืองทองธานี มี
ผู้เข้าร่วมจากหน่วยงานต่างๆ มากมาย
ทั้งหน่วยงานสาธารณสุข คณะแพทย์
ชมรมผู้ป่วยโรคต่างๆ และบริษัทประกัน



ขอเชิญประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ “จากงานประจำสู่งานวิจัย” ร่วมสร้าง
วัฒนธรรม สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน วันที่ 31 กรกฎาคม - 2 สิงหาคม 2556
ณ ศูนย์การประชุม อิมแพค ฟอรัม เมืองทองธานี จัดโดย สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข และภาคีเครือข่าย R2R ค่าลงทะเบียนท่านละ 2,500 บาท
หรือจนกว่าจะเต็ม รายละเอียดเพิ่มเติม และลงทะเบียนสมัครเข้าร่วมประชุม
ผ่านทาง <http://r2r.hsri.or.th>

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม โทร. 0 2469 2661, 08 0459 8170

การอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุข ครั้งที่ 9

ปรับปรุงหลักสูตรใหม่ เพิ่มเนื้อหาเรื่องโรคติดเชื้อ และการประเมินความคุ้มค่าของวัคซีน

แบ่งเป็น 2 หลักสูตร

หลักสูตรเบื้องต้น วันที่ 15-16 กรกฎาคม 2556

เหมาะสำหรับนักวิชาการและนักวิจัยจากภาครัฐ ภาคเอกชน สถาบันวิจัย และสถาบันการศึกษาที่ไม่มีความรู้พื้นฐานด้านการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุข เน้นการบรรยาย เพื่อให้ผู้เข้าร่วมอบรมได้เรียนรู้ความรู้สำคัญ วิธีการ และขั้นตอนของการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนบทบาทของการประเมินต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย

- Introduction to health economic evaluation
 - Principle of health economic evaluation
 - Health economic evaluation methods
- Cost analysis
 - Identification
 - Measurement
 - Valuation
- Discounting and consumer price index
- Systematic review/meta-analysis
- Outcome assessment
 - Efficacy/Effectiveness
 - Utility
- EXERCISE: Outcome assessment (TTO/EQ5D)
- Health economic evaluation results
 - Decision rules/Markov
 - Uncertainty analysis
- Result presentation
- Critical appraisal & retrieving economic evaluation studies
- Roles of Health Technology Assessment in decision making

หลักสูตรเชิงปฏิบัติการ วันที่ 17-19 กรกฎาคม 2556

เหมาะสำหรับผู้ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรเบื้องต้น หรือผู้ที่มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือผู้ที่ต้องการเพิ่มพูนความรู้ใหม่ เพื่อนำไปปรับใช้กับงานที่เกี่ยวข้อง

- Introductory session
 - Rationales for developing the methods
 - Decision analysis (decision tree)
 - State-transitional model (Markov model)
 - Static VS Dynamic
- Basic medical statistics
 - Probability vs. rate
 - Transitional probabilities
- Decision analysis: uses and limitations
 - Model construction
- Probabilistic modeling
 - Monte Carlo simulation
 - Probabilistic sensitivity analysis
- Result presentation from probabilistic modeling
 - Net benefits
 - Cost-effectiveness acceptability curves
- Expected value of perfect information (EVPI)
 - Concept and methods
- Miscellaneous
 - Model validation
 - Making publications

รูปแบบการอบรม

บรรยาย อภิปราย และฝึกปฏิบัติกลุ่มย่อย



วิทยากร

ดร.นพ.ศ ตีระพัฒน์นันท์ และทีมนักวิจัยจาก HITAP

กลุ่มเป้าหมาย

บุคลากรสาธารณสุข และผู้สนใจ

สถานที่

โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี

สมัครออนไลน์ที่

www.hitap.net/ee หรือ ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานการชำระเงิน (สำเนาใบโอนเงิน พร้อมชื่อผู้สมัคร) ทางไปรษณีย์/โทรสาร มาที่ คุณสุชนา สุขสวัสดิ์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี โทรศัพท์ 0-2590-2590, 0-2590-4374-5 โทรสาร 0-2590-4369 ภายในวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2556 (ไม่รับลงทะเบียนหน้างาน)

ข้าราชการสามารถเบิกจ่ายค่าลงทะเบียน ค่าเดินทาง และค่าที่พักได้ตามระเบียบกระทรวงการคลัง และสามารถเข้าร่วมประชุมได้โดยไม่ถือเป็นวันลา

ผู้เข้าอบรมที่เข้าเรียนครบตามหลักสูตรที่กำหนด สามารถขอรับหน่วยกิต CME, CPE และ CNE ได้

การสมัครและค่าลงทะเบียน

หลักสูตร	ชำระเงินภายในวันที่ 30 เม.ย. 2556	ชำระเงินตั้งแต่วันที่ 1 พ.ค. 2556	นักศึกษา
หลักสูตรเบื้องต้น	6,500 บาท	7,500 บาท	4,500 บาท (รับ 10 ท่าน)
หลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการ	13,000 บาท	15,000 บาท	7,000 บาท (รับ 5 ท่าน)

NEXT ISSUE

ท่านรู้หรือไม่ว่า ปัญหาสายตาผิดปกติในเด็ก สามารถแก้ไขให้ปกติได้ หากมาพบแพทย์และรักษาทันภายใน 6 ขวบ พบกับ “โครงการชัดแจ๋ว” โครงการคัดกรองสายตาเด็กอนุบาลและเด็กประถม ซึ่งพัฒนามาจากงานวิจัยที่ต้องการหาระบบคัดกรองสำหรับเด็กทั่วประเทศ โดยอาศัยความร่วมมือจาก ครูและผู้ปกครอง



โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

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

โทรศัพท์ 0 2590 4549, 0 2590 4374-5 โทรสาร 0 2590 4369 Email: comm@hitap.net

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ : อโนมา สอนบาลี

กองบรรณาธิการ : ชลัญธร โยธาสมุทร อภิญา มัตถะ กิตติยา พิพัฒน์เสวต์ และกฤษณิศา ไล่หิวัสุทธ์

ท่านสามารถอ่านจุลสาร HITAP ในรูปแบบ PDF ได้ที่ www.hitap.net



HITAP



hitap_thailand

