การประชุมเพื่อพิจารณาให้ข้อคิดเห็นในการพัฒนาโครงร่างงานวิจัยการตั้งครรภ์คุณภาพ
โดยการเข้าถึงการตั้งครรภ์คุณภาพ และการเข้าถึงการรักษาโรคภาวะมีบุตรยาก
เรื่อง "ต้นทุนประสิทธิผลการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูก
เปรียบเทียบกับวิธีปฏิสนธินอกร่างกายด้วยวิธี IVF ในประเทศไทย"
วันพฤหัสบดีที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 เวลา 09.00 - 12.00 น.
โดยผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โปรแกรม ZOOM, Meeting ID: 989 4497 9856, Passcode: 953900

รายนามผู้เชี่ยวชาญเข้าประชุม

1. ศาสตราจารย์ นพ.กำธร พฤกษานานนท์	ประธานคณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
2. นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
3. นางปติมา หิริสัจจะ	หัวหน้ากลุ่มเทคโนโลยีอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
4. นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์	ประธานอนุกรรมการการศึกษา ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
5. ทพ.จเร วิชาไทย	ผู้จัดการงานวิจัย สวรส.
6. นางนริศา มัณฑางกูร	สปสช.
7. นางสาวอภิรดา พันธุ์สิทธิ์	สปสช.
8. นางกัณฑกานต์ นิลสุ่ม	ผู้แทนผู้ป่วย โรคภาวะมีบุตรยาก

รายนามผู้เชี่ยวชาญไม่เข้าประชุม

1. นายแพทย์สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย	อธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
2. นายแพทย์บัญชา ค้าของ	รองอธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
3. นายแพทย์พีระยุทธ สานุกูล	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
4. นายแพทย์มนัส รามเกียรติศักดิ์	รองผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

1. รองศาสตราจารย์ ดร.สุคนธา คงศีล	หัวหน้าศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ ดร.สุขุม เจียมตน	คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

3. อาจารย์ ดร.ยุวนุช สัตยสมบูรณ์	อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑาธิป ศีลบุตร	อาจารย์ประจำภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิริณธิ์ กิตติพิชัย	อาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธี อยู่สถาพร	อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. คุณชนิดา เอกอัครรุ่งโรจน์	UCBP/HITAP
8. คุณกุมารี พัชนี	UCBP/HITAP
9. นางปภาวี ไชยรักษ์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
10. นางสาวณิชามัญช์ เอี่ยมแสงจันทร์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
11. นางสาววรัญญา ปานเมือง	ผู้ช่วยนักวิจัย ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
12. นางสาวปวริศา รัสมี	ผู้ช่วยนักวิจัย ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เปิดประชุม เวลา 09.00 น.

รองศาสตราจารย์ ดร.สุคนธา คงศีล หัวหน้าศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล แจ้งกำหนดการและกล่าวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการประชุม ความเป็นมาของโครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยทีมวิจัยสหสถาบัน ได้รับการสนับสนุนจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ดำเนินการประชุมตามประเด็นดังนี้

เรื่องที่ 1 เรื่องแจ้ง ความเป็นมา และวัตถุประสงค์ของการประชุม

การประชุมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรับฟังการให้ข้อคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการพัฒนาโครงร่างการวิจัย การตั้งครรภ์คุณภาพ การเข้าถึงการตั้งครรภ์คุณภาพ และการเข้าถึงการรักษาโรคภาวะมีบุตรยาก ซึ่งเป็นโครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเป็นมาของโครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ

ความเป็นมาของ โครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยทีมวิจัยสหสถาบัน ได้รับการสนับสนุนจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย และคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ โครงการวิจัยนี้เริ่มต้นจากทีมกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้มาติดต่อกับศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่เมื่อเดือนพฤษจิกายน พ.ศ. 2563 ต้องการให้ศูนย์วิจัยฯ พัฒนาโครงร่างการวิจัยภาวะมีบุตรยาก ศูนย์วิจัยฯ จึงได้มีการประชุมร่วมกันระหว่างนักวิจัยของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และผู้แทนจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยนำความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์ และกรรมการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติมาพิจารณา ภายหลังการประชุมได้ Research topics 3 เรื่อง ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ผลได้การตรวจคัดกรองโดยการประเมินภาวะมีบุตรยากจากคู่สมรสด้วยวิทยาการและเทคโนโลยีอันทันสมัยทางการแพทย์ (cost-benefit routine screening for infertility and ART) ผศ.ดร.จุฑาธิป เป็นผู้รับผิดชอบ 2) การวิเคราะห์ต้นทุนประสิทธิผลของการฉีดน้ำเชื้อในการรักษาภาวะมีบุตรยาก นำมาพัฒนาเพิ่มการเปรียบเทียบกับ IVF ผู้รับผิดชอบคือ ดร.ยุวนุช 3) การวิเคราะห์ผลกระทบทางสังคมของภาวะมีบุตรยาก ผศ.ดร.วิรินทร์ กิตติพิชัย เป็นผู้รับผิดชอบ เมื่อเข้าโครงการ UCBP จึงได้หัวข้อการวิจัยที่เหมาะสมตามที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ เสนอเข้าไปในโครงการ UCBP ต้องมีเรื่องการรักษา ทางทีมผู้วิจัยจึงนำมาพัฒนาโครงร่างวิจัย เรื่องต้นทุนประสิทธิผลการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูกเปรียบเทียบกับวิธีปฏิสนธินอกร่างกายด้วยวิธีการทำเด็กหลอดแก้วในประเทศไทย และจัดทำ (ร่าง) โครงร่างการวิจัย เพื่อนำมาเสนอพิจารณาให้ข้อคิดเห็นในการพัฒนาโครงร่างงานวิจัยฯ ในวันนี้ โดยวัตถุประสงค์หลักของการจัดประชุม ครั้งนี้เพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ 1) ขอบเขตการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ 2) ข้อเสนอโครงร่างการวิจัยเบื้อต้น จากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถนำไปพัฒนาโครงร่างการวิจัยให้ทันส่งในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564

เรื่องที่ 2 การนำเสนอโครงร่างการวิจัย เรื่อง ต้นทุนประสิทธิผลการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีฉีดน้ำเชื้อเข้าโพรงมดลูกเปรียบเทียบกับวิธีปฏิสนธินอกร่างกายด้วยวิธีเด็กหลอดแก้ว (IVF) ในประเทศไทย

อาจารย์ ดร.ยุวนุช สัตยสมบูรณ์ นำเสนอโครงร่างการวิจัย เรื่อง “ต้นทุนประสิทธิผลการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูกเปรียบเทียบ กับวิธีปฏิสนธินอกร่างกายด้วยวิธี IVF ในประเทศไทย”

เรื่องที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญร่วมอภิปรายและให้ข้อเสนอแนะ

ภายหลังจบการนำเสนอโครงร่างการวิจัยของ อาจารย์ ดร.ยุวนุช สัตยสมบูรณ์ แล้ว รองศาสตราจารย์ ดร.สุคนธา คงศีล ขอให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมประชุมได้ให้ข้อมูลความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ เพื่อนำไปใช้ในการปรับโครงร่างการวิจัยให้เหมาะสม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และนโยบายของผู้ริเริ่มการช่วยเหลือผู้มีบุตรยาก โดยประเด็นที่ผู้เชี่ยวชาญร่วมอภิปรายและให้ข้อเสนอแนะดังนี้

ศาสตราจารย์ นพ.กำธร พฤกษานานนท์ (ประธานคณะอนุกรรมการเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย) เห็นว่า

1. การวิจัยศึกษาต้นทุนประสิทธิผลเป็นงานวิจัยที่เป็นประโยชน์

2. ข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบันภาวะมีบุตรยากในประเทศไทย อาจารย์ได้อธิบายในที่ประชุมเพื่อให้การทบทวนวรรณกรรมที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ร่วมประชุมเข้าใจ และนำไปใช้ประโยชน์ต่อผลการวิจัย ได้แก่

1) การทำ IUI ให้ผลเท่ากับการตั้งครรภ์ธรรมชาติ จากบทความการทบทวนวรรณกรรมที่นำมาอ้างคิดว่าผลวิจัยที่นำมาอ้างอิงนี้ใช้ข้อสรุปจากการเทียบอัตราความสำเร็จการตั้งครรภ์ในคนที่ทำ IUI กับคนตั้งครรภ์ธรรมชาติ ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบไม่เหมาะสม และทำให้ผลสรุปการทบทวนวรรณกรรมเข้าใจผิดหลักวิชาการ ซึ่งคู่ที่นำมาเทียบเคียงต้องเทียบคนที่ Infertile ด้วยกัน เปรียบเทียบคนที่ได้รักษากับคนที่ไม่ได้รักษา มีอัตราการตั้งครรภ์ เคยมีการศึกษาที่ผ่านมาคนที่ Dx Infertile แล้วตั้งครรภ์ได้เองอัตรา ~ 0.1 - 0.5% เท่านั้น

2) Cost-effectiveness มี Opportunity cost คือ Time to pregnancy (TTP) เมื่อเวลาผ่านไปที่คนไข้อายุมากขึ้น โอกาสตั้งครรภ์ลดลงต้องนำมาพิจารณาด้วย

3) มีข้อมูลของประเทศไทยที่ สบส เก็บทุกปีเป็นภาพรวมของประเทศ การศึกษาแบบ Retrospective จะไม่ได้ข้อมูลจริง โรงพยาบาลภาครัฐมี 3-4 แห่ง เป็น รพ.ขนาดใหญ่ที่สามารถทำ IVF ได้ ในประเทศไทย ผู้ป่วยที่ทำ IUI อัตราการตั้งครรภ์ ร้อยละ 6.8 ผู้ป่วยที่ทำเด็กหลอดแก้ว (IVF) ร้อยละ 40 การทำ IVF ในประเทศไทย จะเป็นคนที่มีปัญหาซับซ้อน เป็น Case refer เคยทำการรักษาจากคลินิกมาก่อนแล้วไม่ได้ผล หากไม่ระบุว่าเป็น Primary จะได้คนที่ทำมาหลายครั้งแล้ว

4) ปัจจุบัน Conventional IVF ไม่มีการทำแล้ว จะไม่มี Case ให้ศึกษา รพ.รัฐ เช่น รามาธิบดี ศิริราช และ จุฬาลงกรณ์ ทำ ICSI ทุกแห่ง รพ.จุฬาลงกรณ์ 99% ทำ ICSI ไม่มีแพทย์ที่ทำ Conventional IVF แล้ว จึงต้องศึกษาใน ICSI รวมด้วย

5) การศึกษาวิจัย โดยศึกษาในสถานพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ควรพิจารณาว่าจะได้ตัวเลขต้นทุนที่ถูกต้องหรือไม่ การเปรียบเทียบต้นทุนไม่ควรนำค่าใช้จ่ายภาครัฐและเอกชนมารวมกัน เนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าภาครัฐเพราะค่าใช้จ่ายในการลงทุนสูง ภาครัฐมีราคาถูกเพราะไม่ได้นำค่าสถานที่มารวมในการกำหนดราคา หากวิเคราะห์รวมจะให้ผลต้นทุนการรักษาที่ผิดจากที่ควรจะเป็น จึงไม่ควรนำมารวมกัน

6) การสรุปข้อมูล ผลการวิจัยนี้คาดได้ว่า ข้อสรุปของผลวิจัยจะมีสองประเด็น ถ้าผู้วิจัยต้องการเอาเงินเป็นตัวตั้งจะต้องมีข้อเสนอว่า ให้เลือกทำ IUI เพราะมีราคาถูก แต่ถ้าพิจารณาประสิทธิภาพของอัตราการตั้งครรภ์หรือ Time to pregnancy จะมีข้อเสนอแนะให้เลือกทำ ICSI แน่นอน เพราะเป็นวิธีที่ทราบแล้วว่าประสิทธิผลการตั้งครรภ์ได้สูง

7) ประเทศพัฒนาแล้วมีข้อแนะนำให้ทำ IUI เป็น First treatment protocol ในการรักษาภาวะมีบุตรยากอัตราการตั้งครรภ์ดีกว่าการตั้งครรภ์ธรรมชาติแน่นอน จึงต้องระมัดระวังการนำผลการวิจัยไปพิจารณาผิดกับความเป็นจริง เพราะหากตัดสินที่ประสิทธิภาพการตั้งครรภ์จะทำให้เข้าใจผิด นำไปให้ข้อเสนอแนะว่าการแก้ไขปัญหามีบุตรยากต้องทำ ICSI อย่างเดียว

8) ในประเทศไทย Complication การตั้งครรภ์ที่เกินสองอาจเกิดขึ้นได้ยาก เพราะประเทศไทยมีกฎหมายบังคับไว้ในทางปฏิบัติของแพทย์ ห้ามใส่ตัวอ่อนเกิน 2 ตัว ดังนั้นไม่น่าจะมี การตั้งครรภ์ 3 ขึ้นไปแล้ว ภาวะท้องอืดจากยาฉีดกระตุ้นไข่ อาจนำไปสู่ภาวะ Ovarian hyperstimulation syndrome (OHSS) คือ ภาวะที่รังไข่มีการตอบสนองที่มากเกินไปต่อการกระตุ้นไข่ในกระบวนการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ซึ่งภาวะนี้ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดได้ไม่บ่อย แต่มีความสำคัญเนื่องจากในรายที่รุนแรงจะมีรังไข่ที่โตมาก มีน้ำในช่องท้อง ปัสสาวะออกน้อย และนำไปสู่การฟ้องร้องแพทย์ได้ จึงมี Protocol Freeze all ในโรงพยาบาลต่างประเทศ และไม่แน่นอนว่าในโรงพยาบาลเอกชนของไทยจะใช้วิธีแช่แข็ง embryo ทั้งหมดหรือไม่ แต่ในโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย เช่น โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่ทำ Fresh Embryo มากกว่า Frozen embryo เพราะคนไข้มีจำนวนมาก ค่าใช้จ่ายก็ถูกกว่า วิธีการรักษา ICSI แบบ Freeze all embryo ให้ผลอัตราตั้งครรภ์สูงกว่า Fresh embryo ขอให้คำนึงถึงด้วย

9) การทำ IUI ในผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลรัฐ เช่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ บางคนทำ IUI มาก่อนแล้ว พอมาทำรอบ 3-4 อาจตั้งครรภ์ได้ จึงไม่ต้องทำ ICSI

10) การศึกษานี้จะ มี Confounding Factor และ Heterogeneity ของตัวอย่างมีมาก จะมีวิธีจัดการอย่างไร การศึกษาต้องมีการวิเคราะห์ subgroup analysis จำนวนตัวอย่างในการวิจัยอาจต้องเป็นพันตัวอย่างขึ้นไปจึงจะเพียงพอ

11) การวัด Live birth rate ตามข้อแนะนำของ International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) การเก็บข้อมูลให้ครบถ้วนมีความยาก ที่ผ่านมาในประเทศไทยติดตาม ข้อมูลได้ยาก ข้อมูลที่มีไม่ครบถ้วน จึงเห็นด้วยกับการวัดผลลัพธ์ที่อัตราการตั้งครรภ์ แต่ผลลัพธ์ที่วัดคือ การตั้งครรภ์ทางคลินิก (Clinical pregnancy) จะมีความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูลมากกว่า โดยความหมายของ Clinical pregnancy คือ การยืนยันการตั้งครรภ์ด้วยการตรวจ Ultrasound ดู fetal heart ยืนยันว่ามีการตั้งครรภ์จริง

12) การวัด Time to pregnancy จุดเริ่มต้นของเวลาจะหาได้ยาก เนื่องจากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนโรงพยาบาลก่อนมาใช้บริการในโรงพยาบาลรัฐ โดยเฉพาะผู้ที่มาทำ IVF จะรักษามาจากที่อื่นก่อนแล้ว ซึ่งแพทย์ไม่ได้บันทึกข้อมูลไว้ในแฟ้มประวัติผู้ป่วย ทำให้ผู้วิจัยหาค่า TTP ได้ยาก นอกจากนี้ยังมีระยะเวลารอคอยระหว่างรอบในแต่ละโรงพยาบาลไม่เท่ากัน หากนำระยะเวลารอแต่ละรอบนาน 1 ปี ระยะเวลาของ Time to pregnancy จะบวกระยะเวลารอด้วยจะนานมาก ทั้งนี้โอกาสการตั้งครรภ์ก็ลดลงตามอายุของผู้ป่วย หากยึดหลักว่าผู้ป่วยรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลหนึ่งโรงพยาบาลเดียว ค่า Time to pregnancy บางคนอาจไม่เป็นจริง การคิดค่าTTP จะต้องพิจารณาคิดค่าเสียโอกาสในการมีบุตรจากอายุที่เพิ่มขึ้นด้วย ผู้ป่วยอายุมากขึ้นทุกปี การทำแต่ละรอบ โอกาสของผู้ป่วยแตกต่างกันตามอายุที่เพิ่มขึ้น

13) การคิดต้นทุนการรักษาภาวะมีบุตรยาก เมื่อสตรีตั้งครรภ์อายุมากโดยเฉพาะเมื่ออายุ 38 ปี กรณีต้องมีค่าตรวจหายีนผิดปกติของทารก มีค่าใช้จ่ายในการตรวจต่างกันตามอายุของสตรีที่ตั้งครรภ์ เช่น ภาวะ Down Syndrome มีโอกาสเกิดในมารดาที่มีอายุ <35ปี = 1/350 แต่ถ้ามารดาอายุ 40 ปี โอกาสเกิดภาวะ Down Syndrome เท่ากับ 1/100 การจะตรวจหรือไม่ตรวจหายีนผิดปกติขึ้นอยู่กับอายุของสตรี ซึ่งค่าตรวจหายีนผิดปกตินี้อาจสูงถึง 20,000 บาท และถ้าพบเด็กผิดปกติจะมีต้นทุนเพิ่มอีกหากต้องยุติการตั้งครรภ์ ค่าใช้จ่ายส่วนนี้จะ

นำมารวมด้วยหรือไม่ บริบทต่างประเทศ สตรีที่มารักษา infertile มีอายุเฉลี่ย 32 ปี เมื่อตั้งครรภ์อาจไม่ต้องตรวจหายีนผิดปกติก็ได้ แต่ในประเทศไทยสตรีที่มารักษา infertile อายุเฉี่ย 38 ปี เมื่อตั้งครรภ์การตรวจหายีนผิดปกติมีความจำเป็นต้องตรวจ

14) ปัจจุบันบางโรงพยาบาลมีนโยบายไม่รับ refer case แฝด 3 ขึ้นไป เพราะการทำ IUI ที่ฉีดยากระตุ้นไข่อาจได้กระตุ้นได้ไข่ > 3 ใบ โอกาสเกิดแฝดสูง ปกติในทางปฏิบัติต้อง Cancel ไม่ฉีดเชื้อ แต่เอกชนอาจฉีดเชื้อทำ IUI การ Cancel ไม่ฉีดเชื้อ จะมีผลทำให้เสียค่ายาและการรักษาไปโดยไม่ได้ประโยชน์ และขณะนี้ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มีนโยบายเป็นลายลักษณ์อักษรว่าไม่รับ refer case แฝด 3 ขึ้นไป หากแพทย์ผู้ใดทำ IUI ที่มีครรภ์แฝดให้รักษาเอง

15) ประเด็นค่ายากระตุ้นไข่และความแตกต่างของผลการรักษา ระหว่างใช้ยา Generic กับ Original drug ในโรงพยาบาลเอกชนที่เน้นรายรับอาจเลือกใช้ยากระตุ้นไข่จากบริษัทยาที่จำหน่ายยาราคาถูก แต่ขายยาแก่ผู้ป่วยราคาแพง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ใช้ Original drug เท่านั้น แม้ว่าค่ารักษาในโรงพยาบาลรัฐจะมีราคาถูกกว่าเอกชนแต่ยากระตุ้นไข่ที่ใช้ก็เป็นยา Original drug ยาที่ใช้ก็อาจมีผลต่อประสิทธิภาพการรักษาด้วยจึงไม่แน่ใจว่าผลลัพธ์จะได้เท่ากันหรือไม่

16) ข้อมูลที่กรมสนับสนุนบริการ ให้ประสานไปที่คุณชญาวี

3. ศ.นพ.กำธร เสนอประเด็นหัวข้อการศึกษาวิจัย ที่น่าสนใจเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก

1) มีบุตรยากเป็นโรค (disease) และจัดเป็นความพิการ (disability) ลำดับที่ 5 ตามนิยามขององค์การภาวะอนามัยโลก การวิจัยในประเทศไทยหรือวิจัยนี้จะสามารถหาได้หรือไม่ว่า ภาวะมีบุตรยากในประเทศไทยจะเป็น disability ลำดับ 5 เหมือนประเทศอื่นหรือไม่

2) การได้รับการรักษาได้เร็ว Time to first treatment ของภาวะมีบุตรยาก สำคัญกว่าการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เนื่องจากภาวะมีบุตรยากหลายสาเหตุสามารถแก้ไขได้ไม่ต้องใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ เช่น การไม่มีไข่ตก รักษาโดยยากระตุ้นไข่ สาเหตุด้านพฤติกรรม การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา น้ำหนักมาก สามารถปรับพฤติกรรมแล้วก็มีบุตรได้เอง แต่การเข้าถึงการรักษาครั้งแรกถ้าคู่สมรส มาปรึกษาหรือมารับคำแนะนำเร็ว ปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุของภาวะมีบุตรยาก ร้อยละ 60-70 ที่รักษาได้ก็จะได้รับการจัดการไปก่อนแต่ต้น ไม่ต้องใช้ ART ปัจจุบันคนที่ต้องรักษาโดย IUI หรือ IVF หรือ ICSI มีไม่มาก โดยผู้มีบุตรยากที่มาตรวจและได้รับการ screening ประมาณ ร้อยละ 30 เท่านั้นที่ต้องรักษาด้วยยากระตุ้นไข่ หรือต้องทำ IUI ส่วนคนที่จำเป็นต้องทำ IVF/ICSI มีน้อยกว่า ร้อยละ 10 โดยสรุปว่าทุกคนไม่จำเป็นต้องทำ IVF หรือ IUI จึงน่าสนใจว่า Time to first treatment ของคนไทยเป็นเท่าไร่

4. ประเด็นที่ ศ.นพ.กำธร ต้องการหารือกับ สปสช. ในเรื่องสิทธิประโยชน์ของผู้มีบุตรยาก

1) เป็นไปได้หรือไม่ที่การให้สิทธิประโยชน์จะเป็นระยะๆ ตามที่ประชุมกับกรมอนามัย ระยะที่ 1ควรให้สิทธิกับผู้มีบุตรยากในการตรวจรักษาเบื้องต้น (Screening) เพราะสาเหตุ ร้อยละ 70 สามารถจัดการได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยี เป็นการสร้างความตระหนักทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการว่าเป็นสิ่งจำเป็น มีวิธีพิจารณาให้สิทธิ

ก่อนไม่ต้องรอผลการวิจัยได้หรือไม่ เช่นจากนิยามองค์การอนามัยโลกว่าภาวะมีบุตรยากเป็นโรค ระยะที่ 2 พิจารณาให้สิทธิในการรักษาเบื้องต้น เพราะสูติแพทย์ในโรงพยาบาลประเทศ เชื่อว่าสามารถทำการรักษาเบื้องต้นได้ทุกโรงพยาบาล จะได้แก้ปัญหาที่แก้ได้ไปก่อน ผู้ป่วยไม่ต้องมารักษาในกรุงเทพฯ และ ระยะที่ 3 จึงมาพิจารณาสิทธิประโยชน์ ให้เข้าถึง IUI หรือ IVF หรือ ICSI ซึ่งอาจารย์กำธร กังวลว่าหากสนใจแต่การทำ IUI หรือ IVF เมื่อได้ผลวิจัยว่าการทำ ICSI มีประสิทธิภาพดี แต่ราคาสูง สปสช. ไม่มีงบประมาณ ไม่สามารถให้สิทธิประโยชน์ได้ จะไม่ได้ช่วยอะไรผู้ป่วยเลย

2) องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้ภาวะมีบุตรยากเป็นโรค สปสช. ควรนำคำจำกัดความนี้ไปพิจารณาให้สิทธิเบิกค่ารักษาได้เลย โดยพิจารณาว่าเป็นโรคๆหนึ่ง โดยเฉพาะการ Screening จะให้สิทธิก่อนได้หรือไม่ ไม่จำเป็นต้องรอ ผลการวิจัยอาจไม่ได้ตอบเรื่องการเข้าถึงการตรวจเบื้องต้นของผู้ป่วย

3) หากต้องการข้อมูลประสิทธิผลการรักษาด้วยวิธี IUI หรือ IVF ในประเทศไทย อาจารย์เสนอว่าอาจไม่ต้องการเก็บข้อมูลเพราะที่กรมสนับสนุนบริการมีเก็บไว้แล้วทั้งหมด

5. การเข้ารับบริการของผู้ที่มีบุตรยากในประเทศไทย แตกต่างจากในต่างประเทศ เช่น อายุเฉลี่ยของสตรีไทยที่เข้ารับการรักษาภาวะมีบุตรยากอายุ 38 ปี ในต่างประเทศ ผู้รับการรักษาภาวะมีบุตรยาก มีอายุเฉลี่ย 32 ปี น้อยกว่าไทย การเข้าถึงการรักษาก็มีความแตกต่างกัน ในประเทศไทยการวินิจฉัยว่ามีบุตรยากไม่สามารถเบิกค่าตรวจรักษาโดยใช้สิทธิประกันสุขภาพได้ ถ้ามีการเขียนบันทึกใน OPD card ว่าเป็นภาวะมีบุตรยากจะต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายการรักษาจาก สปสช. ได้ หากรู้ว่าต้องรักษาจึงไม่ได้เข้าถึงการรักษาตั้งแต่แรก แตกต่างจากในต่างประเทศ ผู้รับการรักษาภาวะมีบุตรยากสามารถเข้าถึงการรักษาได้เลยเมื่อต้องการ สามารถใช้สวัสดิการประกันสุขภาพได้ แนวคิดการไม่ให้ค่ารักษาภาวะมีบุตรยากอาจมาจากประกันสุขภาพต่างชาติที่เป็นของเอกชน ไม่ต้องการให้ผู้เอาประกันเบิกค่ารักษาภาวะมีบุตรยาก เพราะมีค่าใช้จ่ายสูง แต่ปัจจุบันในต่างประเทศมีนโยบายสนับสนุนค่าใช้จ่ายรักษาภาวะมีบุตรยากในสิทธิประโยชน์จากรัฐ และรวมไปถึงสวัสดิการประกันสุขภาพเอกชน โดยให้บริษัทเอกชนจ่ายค่ารักษาพยาบาลครอบคลุมการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วย เช่น ประเทศเกาหลี มีกฎหมายห้ามบริษัทประกันปฏิเสธหรือมีข้อยกเว้นไม่จ่ายค่ารักษาภาวะมีบุตรยาก ประเทศสหรัฐอเมริการัฐบาลของประธานาธิบดีโจไบเดน เสนอให้มีกฎหมายห้ามบริษัทประกันเอกชนปฏิเสธการจ่ายค่ารักษาภาวะมีบุตรยาก (ข่าวหลังจากประธานาธิบดีโจไบเดนรับตำแหน่ง) ถือเป็นการคืนสิทธิการรักษาภาวะมีบุตรยาก ในประเทศจีน เวียดนาม มีสิทธิประโยชน์การใช้บริการรักษาภาวะมีบุตรยาก ปัจจุบันความชุกของภาวะมีบุตรยากในประเทศกำลังพัฒนาสูงกว่าประเทศพัฒนาแต่เราอาจไม่มีข้อมูล และประเทศไทยมีความชุกภาวะมีบุตรยากประมาณร้อยละ 15 เป้าหมายที่ต้องการคือการได้สิทธิประโยชน์ในการเข้าถึงการรักษาควรต่ำกว่า 38 ปี ข้อกำหนดเงื่อนไขของการเข้าถึงการรักษาภาวะมีบุตรยากสามารถทำได้หลายกรณี เช่น กำหนดอายุที่ให้เข้าถึงได้ กำหนดช่วงเวลาที่จะให้การรักษาว่าเป็นกี่รอบ

6. การ ประเด็นสำคัญในขณะนี้ การ Screening เป็นเรื่องสำคัญ ถ้าเข้าถึงได้เร็วจะเป็นเป้าหมายหลัก ทำให้เข้าถึงตอนอายุ <38 ปี จะได้รับการรักษาเร็ว เพื่อให้ร้อยละ 70 ที่รักษาได้ง่ายได้รับการรักษาเร็ว แล้วมีข้อมูลมา Support

7. ไม่ควรทำ IVF เป็นคำตอบสุดท้าย เวลานี้อาจไม่ใช่เวลาที่เหมาะสม มีความจำเป็นตอนนี้น้อยมาก ขั้นตอนที่ควรให้สิทธิ์ คือให้สิทธิการรักษา Screening ก่อน แล้วทรายสาเหตุ ได้รักษาได้เร็ว หากรักษาอายุมากภาวะแทรกซ้อนก็ตามมา เช่น ภาวะแทรกซ้อน DM in pregnancy, พิษแห่งครรภ์, ตกเลือดหลังคลอด มีความสัมพันธ์กับอายุการตั้งครรภ์ ข้อมูลประเทศไทยที่มีอยู่แล้ว เราทราบว่า สถิติการทำ IVF/ICSI ในประเทศไทย ~10,000 ครั้งต่อปี ถือว่าไม่มาก

8. ทำอย่างให้โรงพยาบาลรัฐ 75 จังหวัด สามารถ set screening ได้เพิ่มขึ้น ทำการรักษาเบื้องต้นในสาเหตุที่เกิดขึ้นได้ทุกแห่ง ซึ่งไม่จำเป็นที่โรงพยาบาลทุกแห่งจะต้องทำ IUI ได้ เพราะแพทย์สูติฯ สามารถตรวจคัดกรองความผิดปกติของภาวะมีบุตรยากได้ จากการตรวจร่างกายเบื้องต้น

9. การระบุ Prevalence ของคนที่ได้รับผลกระทบจาก Infertile อ.กำธร แนะนำว่า Prevalence 10-15% เอา Population ของวัยเจริญพันธ์ คูณ 15% จะเท่ากับจำนวนคนที่มีบุตรยาก แต่ไม่ใช่ว่าเป็นคนที่เข้าถึง แต่เป็นคนที่ควรมารับการ Screening

10. สิทธิประโยชน์การเบิกจ่าย มีผลกับการบอกความต้องการของผู้ป่วยกับแพทย์ด้วย ทำให้ผู้ป่วยได้การรักษาไม่ตรงความต้องการ หากจัดสิทธิประโยชน์ให้เข้าถึงการ Screening ก่อน แล้วรักษาสาเหตุเบื้องต้นก่อน เช่น การติดเชื้อไทรอยด์ ระยะต่อมาจึงพิจารณาเรื่อง IUI, IVF ค่ารักษาเบื้องต้น ไม่แพงมาก หากให้เป็นสิทธิประโยชน์แก้ปัญหาเบื้องต้นได้ จะช่วยให้สามารถรักษาผู้มีบุตรยากได้จำนวนมาก เช่น เนื้องอก ตรวจที่ต่างจังหวัดได้

นายแพทย์โอฬาริก มุสิกวงศ์ (ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์และเทคโนโลยีการเจริญพันธุ์)

1. ตัวชี้วัดผลการรักษาด้วย ART อื่นๆ ที่ต่างประเทศใช้ คือ Time To Pregnancy และ Cumulative pregnancy rate เช่น IUI 6 รอบ มี Cumulative pregnancy rate เท่าไร่

2. ประเด็นของเรื่องความคุ้มค่า กระบวนการทำ IVFและ ICSI จะแพงกว่าที่ค่ายากระตุ้นไข่ ใน Japan จึงมีการรักษา IVFและ ICSI ที่เป็น Minimal protocol ที่ใช้ยากระตุ้นไข่ขนาดน้อย เพื่อประหยัดค่ารักษา ทำให้ต้นทุนการทำ IVF ต่ำลง ~50% แต่ในประเทศไทยวิธีการใช้ยากระตุ้นไข่น่าจะเป็นแบบใช้ขนาดเต็มที่ ราคาทำ ICSI จึงแพง ในยุโรปก็เช่นเดียวกันมีสูตรการใช้ยากระตุ้นมากกับใช้ยากระตุ้นน้อย การวิจัยแบบ Retrospective อาจไม่ตอบว่ากระตุ้นแบบไหนมีต้นทุนประสิทธิผลดีกว่ากัน ชุดสิทธิประโยชน์ในอนาคตอาจต้องนำความแตกต่างในประเด็นของสูตรการรักษาที่ใช้ยากระตุ้นไข่ขนาดแตกต่างกันมาพิจารณา เพราะหากใช้ยากระตุ้นไข่น้อย จำได้จำนวนไข่น้อย การทำงานของนักวิทยาศาสตร์ ทำงานกับไข่จำนวนน้อยใช้ระยะเวลาน้อยค่าแรงงานน้อย ถ้าตกไข่มากนักวิทยาศาสตร์ใช้เวลาทำงานนานมีค่าแรงมาก การศึกษาในอนาคตอาจดูว่า mild stimulation จะมีค่าแรงถูกกว่าหรือไม่ สบส. มีการเก็บข้อมูลอยู่ส่วนหนึ่งแล้วอาจสามารถช่วยให้การวิจัยนี้มีข้อมูล ลดเวลาการเก็บข้อมูลวิจัยนี้ได้

3. Outcome ที่นิยมใช้ clinical pregnancy > live birth rate อธิบายได้ว่าเป็นเพราะ โอกาสแท้งหลังท้องขึ้นกับปัจจัยด้านมารดา ~20% เป็นสาเหตุจากปัจจัยอื่นๆ ซึ่งไม่เกี่ยวกับประสิทธิภาพการรักษา การใช้ Clinical pregnancy จะทำให้ได้ประสิทธิผลของการรักษาที่แท้จริง

4. การคิดเรื่องการวิจัยภาวะมีบุตรยาก (ซึ่งไม่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้โดยตรง) สามารถจะพิจารณาได้จากหลักการเข้าถึงบริการ โดยใช้ 3A

หลัก 3A ในการรักษาภาวะมีบุตรยาก ได้แก่

A – Awareness ความตระหนัก

A – Accessibility การเข้าถึงบริการ

A – Affordable ความสามารถในการจ่าย

Awareness ทำได้โดยหา Intervention ที่ไปช่วยเพิ่ม Awareness 2 กลุ่ม (2P) คือ ผู้ป่วย (Patient) และผู้ให้บริการ (Provider) เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ให้บริการเห็นความสำคัญในการรับบริการ การจัดบริการรักษาภาวะมีบุตรยาก

Accessibility ทำอย่างไรให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้ เช่น ผู้ป่วยต่างจังหวัดไม่ต้องมารับบริการที่กรุงเทพฯ

Affordable ราคาของบริการพอเข้าถึงได้ สามารถจ่ายได้ เช่น การบริการภาครัฐอาจไม่ต้องให้ฟรีทั้งหมด แต่หากปรับให้มีราคาต่ำลง มีราคาที่เหมาะสมเพื่อให้ประชาชนพอเข้าถึงได้ หรือจะโดยกำหนดการจ่ายแบบ Co-payment

นางกัณฑกานต์ นิลสุ่ม (ผู้แทนผู้ป่วย)

ผู้มีประสบการณ์เป็นผู้ป่วย ขณะนี้อยู่ระหว่างการรักษาภาวะมีบุตรยาก อายุ 38 ปี ให้ข้อมูลดังนี้

การเลือกรับบริการครั้งแรกจะเลือกสถานที่รับบริการหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่

1. อันดับแรกจะดูที่ราคาค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งมีข้อมูลว่า ในโรงพยาบาลของรัฐมีค่ารักษา โรงพยาบาลศิริราช คลินิกในเวลา ค่าใช้จ่ายประมาณ 100,000 บาท คลินิกนอกเวลา 150,000 บาท แต่คลินิกเอกชนมีค่ารักษาประมาณ 250,000-300,000 บาท

2. กรณีจะเลือกรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ เช่น ศิริราช รามาธิบดี หรือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จะลองติดต่อเพื่อพิจารณาเลือกการเข้าถึงการรักษาที่คิวการรักษาที่ไม่นาน ซึ่งตามประสบการณ์ของผู้ป่วยเมื่อติดต่อไปแล้ว พบว่า คิวในการอตรวจรักษาในแต่ละโรงพยาบาลมีความแตกต่างกัน ในแต่ละโรงพยาบาล มีคลินิกรักษาทั้งในเวลา และ นอกเวลาราชการ เช่น โรงพยาบาลศิริราชคลินิกในเวลาราชการ ราคาถูก คิวของโรงพยาบาลศิริราช 9 เดือนถึง 1 ปี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์นานประมาณ 1 ปี โรงพยาบาลรามาธิบดี มีบริการรักษาในคลินิกปกติ (เลือกอาจารย์แพทย์ไม่ได้) และ คลินิกรักษาแบบพรีเมียม (เลือกอาจารย์แพทย์ได้) คิวประมาณ 3-4 เดือน ซึ่งราคาค่าใช้จ่ายในคลินิกรักษาแบบ พรีเมียมสูงกว่าคลินิกปกติ ประมาณ ร้อยละ 20 นอกจากนี้ประเด็นของอายุเป็นส่วนประกอบการตัดสินใจด้วยเพราะหากรอทำการรักษาในปีหน้าอายุเพิ่มขึ้น โอกาสการตั้งครรภ์ได้ก็มีความไม่แน่นอน

3. การตัดสินในเลือกวิธีการรักษาว่าจะเป็นแบบใด แพทย์จะตรวจวินิจฉัยทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิงก่อนเพื่อหาเหตุ แล้วให้ข้อมูลผลการตรวจกับคู่สมรส รวมถึงทางเลือกในวิธีการรักษา โดยการตัดสินใจของการรักษาของผู้ป่วยนี้ได้ทำ ICSI เนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์ทำ IUI เพราะนำเชื้อฝ่ายชายมีจำนวนตัวอสุจิที่ดีไม่เพียงพอ ส่วนฝ่าย

หญิงมีถุงน้ำรังไข่และอายุ 38 ปี จึงตัดสินใจทำ ICSI การรอคอยที่รามาไม่ต้องไปต่อคิวใหม่ หลังสิ้นสุดการทำไม่สำเร็จในรอบแรก หากจิตใจดีขึ้น ผ่านไป 1-2 เดือน ก็สามารถเริ่มทำรอบต่อไปได้

ทพ.จเร วิชาไทย (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; สวรส.)

1. อยากให้ทีมวิจัยนำข้อมูลจากการประชุมมาสรุปพิจารณาความเป็นไปได้ว่าจะศึกษาอะไรบ้าง ทำความเข้าใจในประเด็นต่างๆ ร่วมกัน เพื่อให้เข้าใจตรงกัน

2. อาจารย์ต้องการให้มองเป้าหมายระยะไกลในเชิงนโยบายให้ชัดเจนว่า ไม่ว่าจะเป็นกรมอนามัย มีเกณฑ์ให้สิทธิ์ประโยชน์กับกลุ่มไหนเป็นหลัก จะทำให้เลือกเส้นทางผู้ป่วยชัดเจน เช่น ให้คนที่มีความพร้อมต้องการมีบุตรแต่มีบุตรยาก หากไม่ชัดเจนจะทำให้จุด focus ในการทำวิจัยยากมาก

3. เรื่อง Design ของการวิจัย อาจต้องไปดูว่าจะมีข้อมูลหาได้เพียงพอหรือไม่ อะไรมีอะไรไม่มี มีข้อจำกัดของ design อาจต้องปรับวิธีศึกษา ถ้าต้องใช้ prospective บางส่วน

4. Indication ของการให้สิทธิประโยชน์ของ สปสช. จาก Budget impact ในการวิจัยควรพิจารณาสัดส่วนของกลุ่มประชากรที่ต้องให้สิทธิประโยชน์มีเท่าใด มีเกณฑ์พิจารณาว่า ใครควรได้เทคโนโลยีใด ช่วงเวลาใด ขนาดของประชากรที่ต้องการให้มีเท่าไหร่ ช่วงเวลาใด เทคโนโลยีใด ระยะเวลไหน กลุ่มคนกลุ่มไหน จะทำให้ตีขอบเขตการวิจัยได้ชัดเจนขึ้น

5. งานเริ่มต้นเห็นด้วยกับ อาจารย์กำธร การ Screening เป็นเรื่องสำคัญ หากต้องการให้มีการ Screening เบื้องต้นอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ทราบสาเหตุ ส่วนจะต้องรักษาอย่างไร ก็ไม่เป็นไร แต่อย่างน้อยสามารถแก้ไขปัญหามีบุตรยากได้ โดยไม่ต้องใช้เทคโนโลยีราคาแพง ก็ถือว่าเป็นความสำเร็จของกลยุทธ์แรก

6. เรื่องการสนับสนุนทุนของ สวรส. สามารถสนับสนุนการศึกษาวิจัยทีเป็นเฟสได้ หากต้องการทำวิจัยคู่ขนานกับโครงการนี้โดยมีสถานพยาบาลให้ความร่วมมือเก็บข้อมูล หลังจาก สปสช. ให้สิทธิประโยชน์เข้าถึงการตรวจคัดกรองแล้วทำการเก็บข้อมูลปัจจัยด้านประชากร และปัจจัยอื่นๆ ตั้งแต่ต้นให้ครบถ้วน เพื่อเอาข้อมูลมาเพิ่มสิทธิประโยชน์การรักษาในภายหลังก็จะมีประโยชน์ ทาง สวรส. เคยได้รับข้อมูลจาก สส. เรื่องการทำ IVF เพื่อสร้างรายได้ใน Medical Hub ของประเทศ แต่ไม่ได้เน้นในเรื่องนั้น

7. อ.จเร เห็นด้วยกับ อ.โอฬาริก ว่าระบบควรจะเป็นสังคมที่ฉลาดขึ้น เนื่องจากขณะนี้เราไม่ทราบว่าจะไปทิศทางใดที่ดีที่สุด คือ ทิศทางใด อยากใช้งานวิจัยเป็นแนวทางบอกแล้วค่อยๆ ขับเคลื่อนสังคม ซึ่ง สวรส. กำลังเปิดรับข้อเสนอโครงการวิจัย หากทำตามเฟสที่ อ.กำธร เสนอได้ และมีโครงการ Submit สวรส. ก็ยินดี เพื่อให้ได้คุยกันตั้งแต่แรก เพราะเป็นการขับเคลื่อนที่เหมาะสม

นางปภาวี ไชยรักษ์ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)

ให้ข้อมูลเชิงนโยบายจากการประชุม เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2564 ของคณะกรรมการอนามัยเจริญพันธ์แห่งชาติ มีแนวทาง 3 เรื่อง ในการขับเคลื่อนการช่วยเหลือภาวะมีบุตรยาก คือ

1. การ Screening ผู้มีภาวะมีบุตรยาก เพื่อให้ผู้ป่วยทราบปัญหาของตนเองได้เร็ว ได้รับการแนะนำเพื่อแก้ไขสาเหตุภาวะมีบุตรยาก ได้รับการตรวจรักษา และรู้ว่าจะต้องใช้วิธีการรักษาวิธีใด

2. ถ้า Screen แล้ว มีนโยบายให้ผู้มีบุตรยากได้รับการรักษา ด้วยการฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูก (IUI) เพื่อสนับสนุนให้ผู้มีบุตรยากได้รับการรักษาได้บรรลุเป้าหมายถึงการมีบุตร ซึ่งกรมอนามัยมีข้อมูลความครอบคลุมของบริการในปัจจุบัน ของการทำ IUI ถ้าเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่สามารถทำได้ทุกจังหวัด ส่วนการทำ IVF มีโอกาสสำเร็จสูง ค่าใช้จ่ายสูง สถานพยาบาลที่ทำได้มีในกรุงเทพมหานครและบางจังหวัดที่เป็นเมืองใหญ่เท่านั้น

3. การศึกษาวิจัยความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์อย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องการให้มีการศึกษาความคุ้มค่าของการทำให้เด็ก 1 คน เกิดมาแล้วก่อประโยชน์กับประเทศชาติ ตามแนวนโยบายการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์ด้วย

4. ประเด็นที่กรมอนามัยได้ข้อมูลเพิ่มเติมจากประชาชนผู้มีบุตรยาก ที่สมัครเข้าร่วมในโครงการช่วงของกรมอนามัย คือ ประชาชนผู้มีบุตรยากต้องการให้มีการช่วยเหลือไปถึงการรักษาด้วยวิธี IVF/ICSI เพราะการทำ IUI หลายรอบ ส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วยมาก และส่งผลกับเศรษฐกิจเมื่อการทำ IUI ไม่สำเร็จแต่ละรอบ

5. ประเด็นข้อมูลที่กรมอนามัยหาไม่ได้ คือ ความชุกของคนที่ได้รับผลกระทบจากภาวะมีบุตรยาก จึงไม่ทราบว่าจะมีคนที่มีปัญหาทั้งหมดเท่าไหร่ ประเด็นนี้ได้คำแนะนำจาก อาจารย์กำธรในที่ประชุมแล้ว

นางนริศา มัณฑางกูร (ผู้แทน UCBP สปสช.) ให้ข้อมูลแก่ที่ประชุมดังนี้

เนื่องจากการวิจัยนี้อยู่ในโครงการ UCBP (Universal Coverage Benefit Package) สปสช. จะเป็นผู้นำผลการศึกษาชิ้นนี้สู่กลไกการพิจารณาให้เป็นชุดสิทธิประโยชน์ ในระบบบัตรทอง (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) เนื่องจากภาวะมีบุตรยากเป็นรายการรักษาที่ สปสช. ไม่ได้มีอยู่ในรายการชุดสิทธิประโยชน์ที่มีในปัจจุบัน จึงมีความสำคัญและมีความซับซ้อน การออกแบบการวิจัยให้ได้ผลวิจัยที่ดี จะเป็นนประโยชน์เพื่อการออกแบบสิทธิประโยชน์ ของ สปสช. เพื่อสามารถ reimbursement และเบิกจ่ายได้ ผู้ป่วยไม่ต้องจ่ายเงินเอง โรงพยาบาลที่ให้บริการสามารถจัดบริการได้โดยไม่กังวลกับค่ารักษาของผู้ป่วย

1. ในการพิจารณาตัดสินใจว่าเป็นชุดสิทธิประโยชน์ ของ สปสช. จะพิจารณาจาก 1) ค่า iCER 2) ผลการวิเคราะห์ Budget impact assessment 3) Guideline ART ในประเทศไทย 4) ปัจจัยพื้นฐานการให้บริการ จำนวนโรงพยาบาล จำนวนแพทย์ ความพร้อมของหน่วยบริการ ซึ่งในโครงการวิจัยนี้มีคำตอบให้แล้ว แต่ข้อมูลผลวิจัยต้องการได้ข้อเสนอที่ชัดเจนในเรื่องที่เกี่ยวกับต้นทุนประสิทธิผลจาก IUI และ IVF

2. คำถามเกี่ยวกับประเด็นการวิจัย

2.1 ต้นทุนการวิจัยรวมการให้คำปรึกษาเบื้อต้น และยากระตุ้นไข่แล้วหรือไม่ คำตอบจากผู้วิจัยคือรวมอยู่ในกระบวนการศึกษาทั้งหมด

2.2 งานวิจัยไม่เน้นการสิ้นสุดในกรอบเวลาปีงบประมาณนี้ แต่ต้องการหาหลักฐานรายละเอียดให้สมบูรณ์ที่สุด ครอบคลลุมประเด็นที่ต้องการ

2.3 เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อการนำผลวิจัยไปใช้ ข้อเสนอจากผลการวิจัยควรสอดคล้องกับข้อแนะนำของ ทพ.จเร คือ มาตรการที่ให้ (การรักษา) ควรให้กับผู้ที่มีเกณฑ์ชี้วัด (indication) แบบไหน ช่วงอายุใด ระยะเวลาใด เพื่อให้กรรมการ สปสช. พิจารณาได้ว่าชุดสิทธิประโยชน์ที่จะให้ผู้มีบตรยากแต่บะกลุ่มเป็นอย่างไร

2.4 เนื่องจากความต้องการมีบุตรสนับสนุนนโยบายของประเทศหากผลการวิจัยให้หลักฐานที่เพียงพอ งานวิจัยนี้จะมีคุณค่ามาก

3. หากเป็นไปได้ต้องการให้มีการทบทวนข้อมูลในโครงสร้างพื้นฐานว่ามีกี่รายที่สามารถทำ ART ได้กี่แห่ง จำนวนแพทย์ ทั้ง IUI และ IVF การกระจายของ รพ.

4. งานวิจัยไม่เน้นการสิ้นสุดในกรอบเวลาปีงบประมาณนี้ แต่ต้องการหาหลักฐานรายละเอียดให้สมบูรณ์ที่สุดเพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อการนำผลวิจัยไปใช้

5. หากมีข้อมูลที่เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ ในต่างประเทศ ต้องการให้มีการทบทวนวรรณกรรม ให้ สปสช. ด้วย

6. การนำผลการวิจัยไปใช้ในการพิจารณาชุดสิทธิประโยชน์ กรรมการพิจารณาของ สปสช. ไม่ได้นำข้อเสนอจากผลการวิจัยไปใช้ทั้งหมดในทางตรง แต่จะพิจารณาจากรายละเอียดของหลักฐานข้อมูลในงานวิจัยด้วย ซึ่งจะนำไปสู่การพิจารณาเลือกชุดสิทธิประโยชน์ที่ สปสช. จะจัดให้กับประชาชน

รองศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุขุม เจียมตน (อาจารย์ประจำคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และที่ปรึกษาศูนย์วิจัยฯ)

1. การวิจัยนี้ มีวัตุประสงค์เพื่อศึกษาต้นทุนประสิทธิผล (CEA) การศึกษาต้นทุนนี้สามารถทำการศึกษาทั้งภาคเอกชน และภาครัฐ ร่วมกัน และใช้วิธีการวิเคราะห์ ได้ผลในแต่ละกลุ่ม และสามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้

2. การศึกษา Retrospective Cohort ถ้ามีข้อมูลเวลาบันทึกไว้ จะได้ผลในส่วนของ TTP แน่นอน จากการศึกษา Time at risk และ People at risk ข้อมูลจะเก็บได้จากที่ไหน เป็นข้อเสนอแนะจากราชวิทยาลัย วิธีการวิเคราะห์สามารถทำ Subgroup analysis เพื่อดูตัวแปร TTP ได้ หากมีจำนวนตัวอย่าง 3,000 - 4,000 ตัวอย่าง

3. การวิจัยนี้เพื่อจัดทำข้อมูลต้นทุนประสิทธิผลในแต่ละ option ไม่ได้เป็นผู้ตัดสิน

4. ข้อจำกัดของการทำ Prospective cohort study คือ ระยะเวลานานในการติดตาม และใช้งบประมาณมาก โดยเฉพาะคนที่ทำ IUI หลายรอบในบางคน แต่สามารถทำต่อไปได้จากวิจัยนี้

5. ประสิทธิผลที่ต้องวัดในงานวิจัย มีตัวแปรอะไร รศ.ดร.นพ.สุขุม มีความเห็นว่าเหมาะสมที่จะวัดที่ clinical pregnancy และวิเคราะห์ TTP เพิ่ม ตัวแปร Option ในการรักษา จะมีการศึกษาด้วย

6. Study ใหญ่ เวลาสั้น

7. Option ในการรักษา ถ้าต้องการ live birth rate อาจต้องใช้ Cohort study ~5 ปี หรือ RCT ดังนั้นงานวิจัยนี้สามารถทำได้โดยเริ่มศึกษาที่คน Dx Infertile ติดตามจนตลอด จากวิธีการวิเคราะห์โดย Survival analysis ระบบ effectiveness ของการรักษา

8. การหา TTP สามารถใช้การเชื่อมโยงด้วย เลขบัตรประชาชน ของผู้ป่วยได้ ซึ่งจะแยกคนที่ท้องสำเร็จ กับไม่ท้องได้

สรุป

คณะผู้เชี่ยวชาญให้ทีมวิจัยนำข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปประกอบการพิจารณาการพัฒนาโครงร่างการวิจัยต่อไป

ปิดการประชุม เวลา 12.00 น.

....	....
อาจารย์ ดร.ยุวนุช สัตยสมบูรณ์	รองศาสตราจารย์ ดร.สุคนธา คงศีล
จดบันทึกรายงานการประชุม	ตรวจสอบรายงานการประชุม

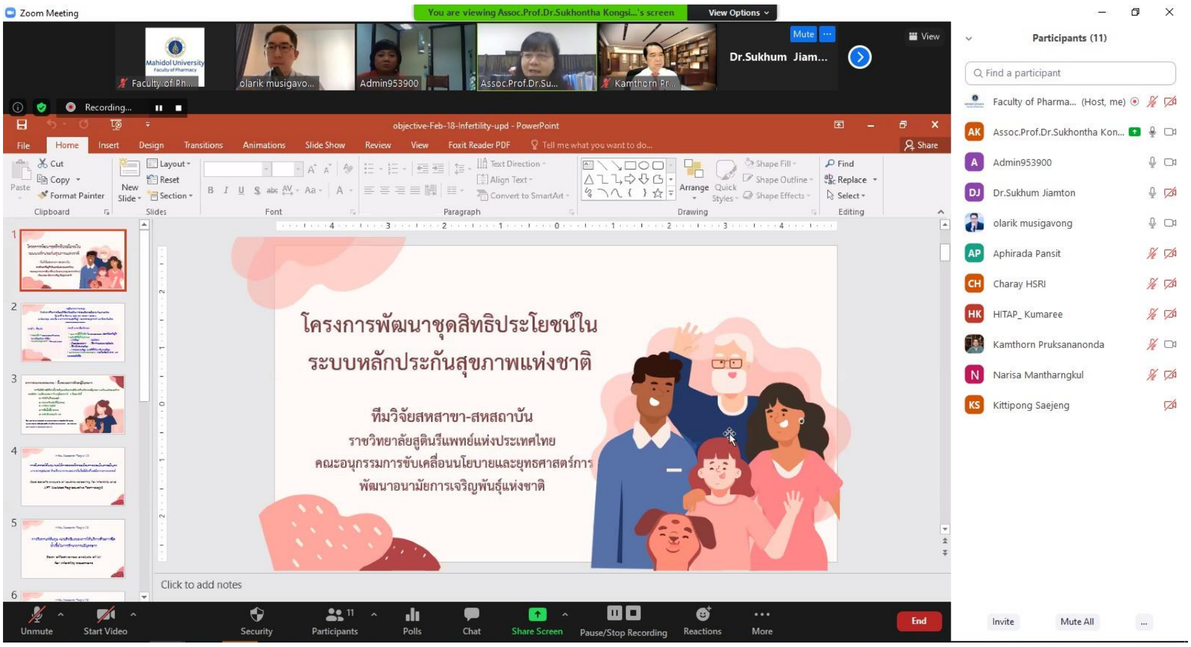
หากมีข้อแก้ไขรายงานการประชุมสามารถ ส่งข้อแก้ไขมาได้ที่ you-nuch@hotmail.com
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ 081-618-2841

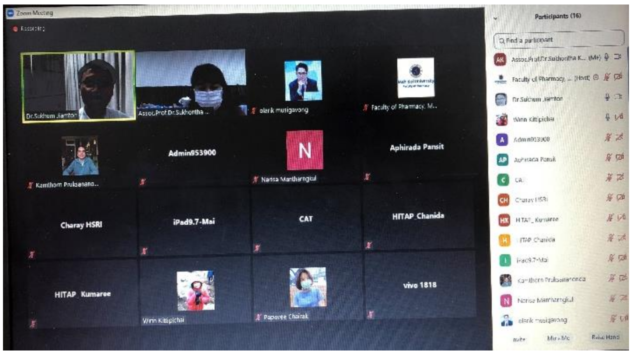
รูปภาพหลักฐานการประชุมเพื่อพิจารณาให้ข้อคิดเห็นในการพัฒนาโครงร่างงานวิจัยการตั้งครรภ์คุณภาพ โดยการเข้าถึงการตั้งครรภ์คุณภาพ และการเข้าถึงการรักษาโรคภาวะมีบุตรยาก เรื่อง“ต้นทุนประสิทธิผลการรักษาภาวะมีบุตรยากด้วยวิธีฉีดเชื้อเข้าโพรงมดลูกเปรียบเทียบกับวิธีปฏิสนธินอกร่างกายด้วยวิธี IVF ในประเทศไทย”

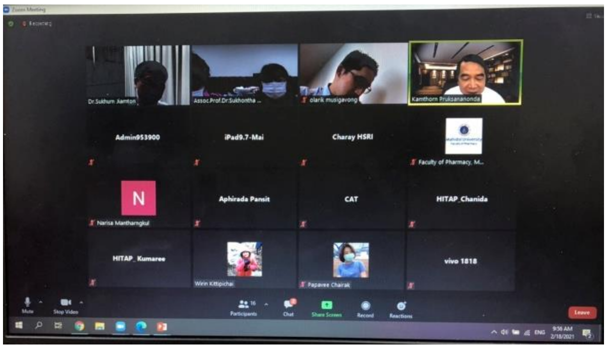
วันพฤหัสบดีที่ 18 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 เวลา 09.00 – 12.00 น.

โดย ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โปรแกรม ZOOM Topic: การประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาโครงการวิจัย

Meeting ID: 989 4497 9856, Passcode: 953900




Participants (16)
Admin953900
Aphirada Pansit
Charay HSRI
iPad9.7-Mai
CAT
HITAP_Chanida
HITAP_Kumaree
vivo 1818


Admin953900
iPad9.7-Mai
Charay HSRI
Aphirada Pansit
CAT
HITAP_Chanida
HITAP_Kumaree
vivo 1818

DOCUMENT SAFE