

รายงานการประชุม

"การตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในกลุ่มประชาชนทั่วไป"

วันพุธที่ ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ เวลา ๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น.

ณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

อาจารย์ผู้มาประชุม

๑. ดร.เด่นพงษ์ วงศ์วิจิตร	หัวหน้าโครงการวิจัยฯ
๒. ผศ.รัชณี จุมจี้	ผู้ร่วมวิจัย
๓. ดร.วิลาวัลย์ ซาดา ผู้ร่วมวิจัย	ผู้ร่วมวิจัย
๔. อาจารย์ญาณีฐา แพงประโคน	ผู้ร่วมวิจัย
๕. ดร.ณัฐชานันท์ กมลฤกษ์	ผู้ร่วมวิจัย
๖. พญ.มณฑินี วสนติอุปกาศกร	รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
๗. นางสาวศันสนีย์ วงค์ม่วย	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๘. ว่าที่ร.ต.หญิงจุฑารัตน์ ชูเอื้อ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๙. นางสาวสุตาภรณ์ กูกอง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๑๐. นางสาวณัฐนิชา วัฒนานนท์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๑๑. นางสาวฉวีวรรณ ต้นพุดชา	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
๑๒. ศ.นพ.พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์	นายกสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย / ศาสตราจารย์
๑๓. นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว	รักษาการประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย
๑๔. นายนิมิตร เทียนอุดม	ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (Access)
๑๕. นายเฉลิมศักดิ์ กิตติตระกูล	เจ้าหน้าที่ประสานงานมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (Access)
๑๖. นายธนชัย ไชยสาส์	ผู้อำนวยการสำนักระบบบริการสุขภาพ/สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย
๑๗. นางปิยะนุช พูลวิวัฒน์	หัวหน้าห้องปฏิบัติการ เทคนิคการแพทย์
๑๘. รศ.ดร.ธนูศักดิ์ ตาตุ	ภาควิชาจุลทัศน์ศาสตร์คลินิก คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่
๑๙. อาจารย์ ดร.วิภพ สุทนต์	สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
๒๐. นางสุริยงค์ บุญเพ็ญ	รพ.สรรพสิทธิประสงค์
๒๑. นายดนัย ชินคำ	HITAP

๒๒. ดร.ส.ภคนันท์ อังกาบ	HITAP
๒๓. คุณพรพิมล นวนกุล	HITAP
๒๔. อาจารย์จารุพร ดวงศรี	ผู้ร่วมวิจัยและเลขานุการ
๒๕. นางสาวศิริรัตน์ ประทัยกุล	ผู้ช่วยเลขานุการ
๒๖. นางสาวศดานันท์ พรหมวงศ์	ผู้ช่วยเลขานุการ

อาจารย์ผู้ไม่มาประชุม

๑. นพ.พรศักดิ์ อยู่เจริญ	รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค
๒. นางสาวปรีศนา บัวสกุล	รักษาการหัวหน้าศูนย์ประสานงานโรคติดต่อจากไวรัส
๓. นางกนกวรรณ จิวเชื้อพันธ์	ผู้อำนวยการกองบริการทางการแพทย์
๔. นายวีระพันธ์ งามมี	ผู้อำนวยการมูลนิธิไอโซน
๕. คุณพร้อมบุญ พาณิชภักดิ์	มูลนิธิรักษ์ไทย
๖. คุณบุศราภรณ์ เพชรรุ่ง	นักบริหารโครงการอาวุโส สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๗. ทพ.จเร วิษาไทย	ผู้จัดการงานวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
๘. คุณวราภรณ์ สุวรรณเวลา	เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๙. คุณนริศ มั่นทางกูร	เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๑๐. คุณอภิรดา พันธุ์สิทธิ์	เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๑๑. นายแพทย์ กรกรช ลิ้มสมมุติ	ผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

เริ่มประชุมเวลา ๐๘.๓๐ น.

อาจารย์ ดร. เต๋นพงษ์ วงศ์วิจิตร อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ
อุบลราชธานี ประธานที่ประชุมเห็นว่าอาจารย์ทุกท่านมาครบองค์ประชุมแล้ว จึงได้กล่าวเปิดการประชุมและ
ดำเนินการประชุมตามระเบียบวาระการประชุม ดังนี้

ระเบียบวาระที่ ๑ เรื่องที่ประธานแจ้งที่ประชุมทราบ

๑.๑ แจ้งที่ประชุมทราบเพื่อแนะนำทีมวิจัยและผู้เข้าร่วมประชุม

อาจารย์ ดร. เต๋นพงษ์ วงศ์วิจิตร อาจารย์ประจำ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ อุบลราชธานี ประธานที่ประชุม แจ้งกำหนดการประชุม ความสำคัญของการดำเนินการวิจัย และแนะนำทีมวิจัยและผู้เข้าร่วมประชุม

มติที่ประชุม

รับทราบ

ระเบียบวาระที่ ๒ เรื่องรับรองรายงานการประชุมครั้งที่ 2

ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๓ เรื่องสืบเนื่องจากการประชุมครั้งที่แล้ว

ไม่มี

ระเบียบวาระที่ ๔ เรื่องเสนอเพื่อทราบ

๔.๑ นำเสนอโครงการวิจัยเรื่อง “การตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในกลุ่มประชาชนทั่วไป” โดยทีมดร.เต๋นพงษ์ วงศ์วิจิตร อาจารย์ญาณิฐา แพงประโคน และอาจารย์จรรุพร ดวงศรี

ทีมผู้วิจัยนำโดย ดร.เต๋นพงษ์ วงศ์วิจิตร นำเสนอโครงการ การวิจัยเรื่อง “การตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในกลุ่มประชาชนทั่วไป” ภายใต้ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2564 เนื้อหาประกอบด้วย ที่มาและความสำคัญของปัญหาของ โครงการวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย และผลที่คาดว่าจะได้รับ รายละเอียดตามเอกสารแนบ

มติที่ประชุม

๑. ศึกษาทบทวนกรอบแนวคิดการวิจัยให้เหมาะสม ครอบคลุมกับกลุ่มเป้าหมายและเวลาในการดำเนินการวิจัย

๒. ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี

ระเบียบวาระที่ ๕ เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา

๕.๑ อภิปรายและให้ข้อเสนอแนะโครงการวิจัยเรื่อง “การตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อโรคไวรัสตับอักเสบ บี และ ซี ในกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

พญ.มณฑินี วสนติอุบโกศการ รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เห็นด้วย ในเรื่องของการจัดลำดับความสำคัญ (Priority) ในส่วนของกองโรคเอดส์ที่ร่วมกับสมาคมพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ เห็นว่ากลุ่มที่ควรได้รับการคัดกรองกลุ่มแรก ๆ ได้แก่ กลุ่มแรกคือ กลุ่มผู้ต้องขัง กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่มีประวัติเสี่ยงในเรื่องของการถูกของมีคมบาด ซึ่งกองโรคเอดส์ฯ ได้ทำในส่วนของพนักงานคัดแยกขยะ ซึ่งเป็นกลุ่มใหม่ กลุ่มที่ 3 กลุ่มที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการมีสัมพันธ์

คุณเฉลิมศักดิ์ กิตติตระกูล เจ้าหน้าที่ประสานงานมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (Access) เสนอแนะและให้ข้อคิดเห็นในส่วนของภาคประชาสังคม มองว่าทุกคนควรจะได้รับสิทธิในการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และซี และได้รับการรักษา แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องของงบประมาณ ข้อแรก อาจจะต้องทำให้ลักษณะของชั้นบันได คล้ายกับกรอบวิจัยที่ 2 โดยอาจจะต้องมาคำนวณว่าหาอัตราความชุกในการติดเชื้อในกลุ่มประชากรไหนเพิ่มจากปัจจุบันที่ได้รับชุดสิทธิประโยชน์ ข้อที่สอง เนื่องจากไวรัสตับอักเสบบี ยังไม่มียาในการรักษาในเด็กตั้งแต่ 0-18 ปี อาจจะต้องอยู่ในขั้นตอนการวิจัย อาจจะต้องนำมาคำนวณด้วยเนื่องจากยังไม่มียาในการรักษา ณ ตอนนี้ ส่วนผู้ติดเชื้อ HIV กับไวรัสตับอักเสบบี สูตรยาปัจจุบันสามารถใช้ควบไวรัสตับอักเสบบี ได้ แต่ในปัจจุบันมีความพยายามผลักดันจากสูตรพื้นฐาน TBF โดยเป็นสูตรที่มี Brorotectoveir เข้ามาาร่วมด้วย อาจจะต้องพิจารณาส่วนนี้ร่วมด้วยถ้าเรามีการปรับเปลี่ยนสูตรยาในการรักษา ปัญหาเรื่องการรักษาไวรัสตับอักเสบบีในกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV จะต้องดำเนินการอย่างไรต่อ ส่วนที่ 3 จากประสบการณ์ 6-7 ปีที่ทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อ HIV พบว่าการเข้าถึงในการเข้ารับการรักษาไวรัสตับอักเสบบี แม้ว่าสิทธิประโยชน์จะเปิดให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อ HIV มานานแล้ว ปัญหาคือผู้ติดเชื้อได้รับการตรวจ Anti Hb C แต่ปัญหาคือการตรวจยืนยันผลด้วย Virus Load ไม่ค่อยได้เกิดขึ้น จึงเป็นปัญหาว่าจำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาน้อยมากในระยะเวลา 5-7 ปีที่ผ่านมา ถ้าเรายังไม่มีการปรับแก้ในการตรวจเพื่อยืนยันผลตรงนี้ จะกลับมาเป็นปัญหาเดิม แม้ว่าจะเปิดชุดสิทธิประโยชน์ให้แล้ว ก็ตาม การเข้าถึงการรักษาที่แท้จริงไม่เกิด ทำให้ยากค้างใน Stock จำนวนมาก เพราะฉะนั้นจะต้องแก้ไขตรงนี้ด้วย ฉะนั้นรูปแบบที่เราเคยทำกับทางโรงพยาบาล เราพบว่า เป็นปัญหาแรกในส่วนของ Facility หรือ resource ในการที่จะตรวจ เพราะว่าการตรวจ virus load ไม่ได้ตรวจได้ทุกโรงพยาบาล ต้องส่งไปยังโรงพยาบาลใหญ่ที่มีศักยภาพในการตรวจ ปัญหาที่สอง โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการตรวจที่จะส่งตัวผู้ป่วยไป ซึ่งหลายครั้งที่โรงพยาบาลชุมชนหรือผู้ป่วยอยู่ไกลจากโรงพยาบาลศูนย์ก็จะปฏิเสธที่จะไม่ไปจึงเป็นปัญหาทำให้ไม่มีการตรวจ เป็นไปได้หรือไม่ที่จะมีการส่งเฉพาะตัวอย่าง (sample) ของเลือดไป โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไปโรงพยาบาลศูนย์ ในกรณีที่ไม่มี

complication เมื่อมีการตรวจ confirm และเริ่มการรักษา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางไกล สะดวกในเรื่องของการเข้ารักษาที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านของผู้ป่วย

ศ.นพ.พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์ นายกสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย / ศาสตราจารย์ ภาควิชาชีวเคมี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ ให้ความเห็นว่าปัจจุบันเรามีปัญหาเกี่ยวกับไวรัสตับอักเสบ บีและซี ไวรัสตับอักเสบบีจะแนวทางค่อนข้างดี แต่ไวรัสตับอักเสบบีมีปัญหาค่อนข้างมาก ถ้าพิจารณาใน 2 ส่วน คือ การเข้าถึง และการรักษา มีความคิดเห็นว่าเราควรจะตรวจทุกกลุ่มแต่จะติดปัญหาเรื่องงบประมาณ จุดที่อยากให้ทีมวิจัยช่วยพิจารณา คือ ต้นทุนการคัดกรอง เนื่องจากตัวเลขปัจจุบันอาจจะต้องปรับให้ถูกต้อง เนื่องจากต้นทุนในการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากปัจจุบันเรามีตัวยาใหม่ที่เพิ่งเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติ คือ Bocasbuvier และ Bantahasvier ซึ่งเป็นยาที่รักษาไวรัสตับอักเสบบีได้ทุกสายพันธุ์ทำให้การตรวจคัดกรองลดค่าใช้จ่ายลง ค่าใช้จ่ายในการตรวจไวรัสตับอักเสบบี อยู่ที่ประมาณ 2,000 กว่าบาท สามารถวัดค่าความรุนแรงของตับได้โดยไม่ต้องใช้เครื่องไมโครสแกน ปัจจุบันเราใช้วิธีการตรวจค่าทางห้องปฏิบัติการแบบง่ายๆ APRI64 ค่าใช้จ่ายประมาณ 200 บาท ดังนั้นต้นทุนการตรวจคัดกรองก่อนเข้ารับการรักษาไม่เกิน 7000 บาท ส่วนไวรัสตับอักเสบบี เนื่องจากเรามี Spite Test ซึ่งมีความไวและความจำเพาะค่อนข้างสูงและเป็นไปตามแนวทางของ WHO ดังนั้นปัญหาเรื่องไวรัสตับอักเสบบีมีความชัดเจนในเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจที่ลดลง

ส่วนไวรัสตับอักเสบบี ถ้าตรวจตามหลักการแพทย์ปัจจุบันต้องตรวจหลายรายการค่าใช้จ่ายสูงมาก อย่างไรก็ตามทางสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย จะหารือกันและทำ Guide Line ในเชิงของแนวนโยบาย ร่วมกับทาง พญ.มณฑินี วสนดีอุปโภคกร รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ ให้เข้าไปสู่การรักษาให้มีค่าใช้จ่ายน้อยลง เชื่อว่าต้นทุนค่าใช้จ่ายในการตรวจไวรัสตับอักเสบบี และซี จะลดลง (ไวรัสตับอักเสบบี ไม่เกิน 3,000 บาท ไวรัสตับอักเสบบี สามารถลดได้มากกว่า 50 เปอร์เซ็นต์) เมื่อค่าใช้จ่ายลดลงทำให้มีการขยายสิทธิ์การตรวจได้เพิ่มขึ้น ดังนั้นเห็นว่าควรมีการปรับตัวเลขต้นทุนในการตรวจ

ส่วนประเด็นเรื่องผลลัพธ์ต้องการให้มองผลลัพธ์สุดท้ายคือมองในเรื่องการเป็นต้นแข็ง มะเร็งตับ หรือ ปีสุขภาวะ (Quality Adjust Life year) และมีอีกหลายประเด็นที่อยากให้ข้อมูลทางทีมวิจัยแต่เนื่องด้วยเวลาจำกัด เนื่องจากการทำ Guide line แล้วจะมีช่องว่างเกิดขึ้น ต้องหารือกับผู้เกี่ยวข้อง ทางสมาคมโรคตับมีข้อมูลที่มีการ update สามารถนำไปใช้ได้จริง หากทีมวิจัยต้องการข้อมูลเพิ่มเติมสามารถสอบถามทางสมาคมโรคตับได้ ทางอาจารย์ยินดีเป็นที่ปรึกษาให้

คุณนิมิตร เทียนอุดม ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (Access) เสนอแนะและให้ข้อคิดเห็น ปัญหาเรื่องไวรัสตับอักเสบบี คือเรื่องบริการ ความพร้อมของหน่วยบริการในแต่ละระดับหรือการประสานงานการจัดการทำให้ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ในงานวิจัยสามารถชี้ให้เห็นได้หรือไม่ว่าเราต้องกำหนดระบบการให้บริการในแต่ละระดับอย่างไร จะมีระบบการ refer ที่มีประสิทธิภาพได้แบบไหน เป็นโจทย์ที่สำคัญ ส่วนเรื่องการทำให้ต้นทุนยาราคาถูกมีหลายช่องทางที่พยายามจัดการ ประเด็นเรื่องการเพิ่มขีดสิทธิประโยชน์ให้ครอบครัวกลุ่มคน เป็นโจทย์ที่ตั้งไว้สำหรับงานวิจัย แต่ถ้าประเด็นที่ศึกษาเป็นสิทธิประโยชน์ที่เข้าถึงได้ง่าย

คำถามคือความพร้อมของหน่วยให้บริหารจะเกิดขึ้นได้อย่างไร หน่วยบริการจะต้องมีระบบการดูแลรักษาในแต่ละระดับที่มีการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพได้อย่างไร ต้องการให้ทีมวิจัยพิจารณาในประเด็นนี้ด้วย

พญ.มณฑินี วสนตูปโภคการ รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เห็นด้วยกับ นายนิมิตร เทียนอุดม ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (Access) ในเรื่องของการบริหารจัดการ เนื่องจากการทำเรอาคำเนินการเพิ่มสิทธิ์แต่ระบบการให้บริการไม่พร้อมยังไม่รองรับนโยบายซึ่งทำให้ค่าประมาณจำนวนกลุ่มประชากรไม่ถูกต้อง ทำให้ไม่สามารถที่จะรับเข้าได้อีก ถ้าจะดูในเรื่องของระบบความพร้อมในการให้บริการตั้งแต่การตรวจคัดกรองจนถึงการเข้ารับการรักษา จะต้องให้มีระบบการส่งต่อที่มีชัดเจน

คุณฉวีวรรณ ต้นพุดซา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เสนอแนะและให้ข้อคิดเห็นเพื่อพิจารณาที่เกี่ยวข้องกับหญิงตั้งครรภ์การเข้าถึงบริการ ใน 2 ประเด็นคือ วิธีการตรวจ และการรักษา ไวรัสตับอักเสบบี

ประเด็นแรกคือ สามารถคัดกรองได้ทุกสถานบริการตั้งแต่ระดับ รพช. เนื่องจากหญิงมีครรภ์ส่วนใหญ่ประมาณ 60 เปอร์เซ็นต์ ใช้สิทธิ์ที่ รพช. ถ้า รพช.ทำไม่ได้จะทำให้เข้าถึงบริการในส่วนของการคัดกรอง

ประเด็นต่อมาเรื่องการรักษา กรณีที่ตรวจพบเชื้อ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระบบการส่งต่อ ถ้าหญิงตั้งครรภ์ตรวจครรภ์ที่ไหนแล้วจะมีความไวเมื่อเชื่อใจกับสถานพยาบาลนั้น ถ้าจำเป็นจะต้องมีการส่งต่อไปรักษาอาจจะมีความเสี่ยงเรื่องการส่งต่อซึ่งอาจจะเกิด Loss ได้

คุณนิมิตร เทียนอุดม ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (Access) เสนอแนะและให้ข้อคิดเห็นที่เราต้องทำให้ความคุ้มค่าหญิงตั้งครรภ์ทุกรายจำเป็นจะต้องได้รับการตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี และซี เพื่อให้เป็นแม่ปลประจำที่หญิงตั้งครรภ์จะต้องตรวจ และการตรวจเพื่อที่จะเช็ค anti body โดยเทคโนโลยีคิดว่าโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งสามารถตรวจได้ ทั้ง Auto และ Rapid Test ถ้าเทียบกับการตรวจคัดกรอง HIV ทุก ราย โจทย์คือทีมวิจัยต้องชี้ให้เห็นว่ามีความคุ้มค่าที่หญิงตั้งครรภ์จะต้องตรวจหรือไม่ หากผลออกมาว่าสำคัญและจำเป็น การเพิ่มเป็น Lutein Lab ของหญิงตั้งครรภ์ก็สามารถทำได้

คุณปิยะนุช พูลวิวัฒน์ หัวหน้าห้องปฏิบัติการ เทคนิคการแพทย์ เสนอแนะและให้ข้อคิดเห็นว่าการส่งต่อตัวอย่างไปแล็บใหญ่ ซึ่งผู้ติดเชื้อ HIV จะได้รับสิทธิ์การตรวจคัดกรอง และ viral load อยู่แล้ว จึงไม่ยากที่จะเพิ่มการคัดกรองไวรัสตับซี ทั้งตรวจคัดกรองและ viral load เข้าไปในระบบ Co-Chain ของการคัดกรองและการส่งต่อของ HIV เนื่องจากเป็นระบบส่งต่อที่ได้อยู่แล้ว ตรงนี้ไม่แน่ใจว่า UC ให้สิทธิ์ HIV ครอบคลุม RNA ไวรัส ด้วยหรือไม่ ถ้าครอบคลุมแล้วสามารถใช้ระบบเดียวกับ HIV ได้ เนื่องจากเครื่องมือใช้เดียวกัน

คุณนิมิตร เทียนอุดม ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (Access) เห็นด้วยกับ คุณปิยะนุช พูลวิวัฒน์ หัวหน้าห้องปฏิบัติการ เทคนิคการแพทย์ โดกำลังดำเนินการเนื่องจากใช้ช่องทางเดียวกันและครอบคลุมชุดสิทธิประโยชน์อยู่แล้ว

นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว รักษาการประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย เสนอแนะและให้ข้อคิดเห็นเพื่อพิจารณาที่เกี่ยวข้องกับ

ประเด็นแรก เรื่องระบบส่งเลือดต้นทางและปลายทาง การวางแผนในการส่งเลือดอาจจะลดภาระได้แก่ คนส่งเลือดก็จะได้ว่าส่งไปที่ไหน อย่างไรและการ ส่ง Lab ผลกับต้องส่งยังไง

ประเด็นที่สอง ควรมีการคัดกรองตั้งแต่ที่โรงพยาบาลชุมชน โดยไม่ต้องส่งคนไข้ที่ไม่จำเป็นออกจากรอบพื้นที่ที่อาจจะเป็นอุปสรรค คนไข้อาจจะต้องไปเริ่มต้นใหม่ หรือคนไข้อาจไม่สะดวกต่อการเดินทาง เป็นต้น ฉะนั้นถ้าตั้งเป้าหมายในการส่ง Lab จะเป็นประโยชน์ต่อระบบและต่อคนไข้ ทำให้ระบบการเข้าถึงต่อการรักษามีประสิทธิภาพและรวดเร็วมากขึ้น

อาจารย์ ธนุศักดิ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอแนะและให้ข้อคิดเห็นในมุมมองของนักเทคนิคการแพทย์ ประเด็นที่ต้องการความชัดเจนคือ ตอนนี้มีวิธีการคัดกรองโดยใช้ Rapid Test ซึ่งเป็นการทดสอบหาภูมิคุ้มกัน เป็น Anti body base จากที่ทางทีมวิจัยพยายามชี้ไปที่การทำให้เกิด Early Detection ของโรคกลับไป Rapid Test ซึ่งเป็นการตรวจหาภูมิคุ้มกันในส่วนของ Anti body จะตรวจพบหลักจากตรวจติดเชื้อระยะหนึ่ง จึงไม่มั่นใจว่าเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของโครงการนี้หรือไม่ เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการคัดกรองคือต้องการเก็บคนที่คาดว่าจะมีภาวะโรคนี้อยู่ ดังนั้นการเกิด Pulp Code เราจะไม่ค่อยกังวล เพราะฉะนั้นในแง่การคัดกรองอยากให้ดูเทคนิคที่ใช้คืออะไร Rapid Test ตรวจหาอะไร ตรวจหา anti body แบบไหน เป็น ITM หรือ ITG จากการ Review การคัดกรองไวรัสตับอักเสบท่อนี้ กรณีไวรัสตับอักเสบบีมีการตรวจ surface antigen ส่วนไวรัสตับอักเสบบี เป็นการตรวจหา anti body เป็นหลัก ดังนั้นให้ทีมวิจัยช่วยพิจารณาวิธีการคัดกรองให้ได้ Early Detection ของโรคที่แท้จริง ล่าสุดทางทีมงานจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้พัฒนาเทคนิคที่เรียกว่า Lunch เป็นเทคนิคที่ตรวจ Nucleic Acid ของไวรัสได้เลย เพราะฉะนั้นถ้าคนไข้ติดเราสามารถสามารถใช้ตรวจหาเชื้อได้เลย และการตรวจมีความถูกต้อง ดังนั้นให้พิจารณาเทคนิคการคัดกรองให้เหมาะสมเนื่องจากโครงการวิจัยเป็นโครงการเชิงนโยบาย แต่ก็ใช้ตรวจสอบด้วยว่าแล็บคัดกรองถูกต้องหรือไม่ และกรณีที่ต้องไปตรวจต่อ โดยการตรวจ viral load เป็นแบบไหน ค่าใช้จ่ายเท่าไร เพราะว่าการติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันเกิดขึ้นต้องใช้ระยะเวลาหนึ่งจึงจะตรวจพบ

อาจารย์ ดร.วิภ สุทธนะ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เสนอแนะและให้ข้อคิดเห็นในส่วนของกรตรวจเหมือนกับท่าน อาจารย์ ธนุศักดิ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กล่าวในเรื่องความแม่นยำ specificity และ sensitivity ที่ใช้ทางด้าน molecular หรือเทคนิคขั้นสูงจะมีความแม่นยำกว่า แต่ทั้งนี้ให้มองเรื่องต้นทุน ว่าเทคนิคชุดคัดกรองที่มีอยู่ปัจจุบัน ต้นทุนการคัดกรองเท่าไร เทียบกับเทคนิคที่ดีขึ้น ความแม่นยำสูงขึ้นว่าต้นทุนต่างกันมากหรือไม่

กรณีไวรัสตับอักเสบบี ใช้วิธี rapid test เป็น surface antigen โดยตรง แต่ถ้าเป็นไวรัสตับอักเสบบี มีการตรวจ anti body ซึ่งทางการคัดกรองจาก early detection ได้เพียงพอหรือไม่

ดังนั้น เรื่อง Cost Effectiveness จึงเป็นประเด็นสำคัญ ในการเลือกใช้ชุดตรวจและวิธีการตรวจมาใช้ในโครงการนี้ ซึ่งจะเชื่อมโยงไปว่า ถ้าเราใช้ rapid test นอกจาก Cost Effectiveness ที่ดีกว่า อีกประเด็นคือ สามารถใช้เป็นการตรวจแบบ Onsite ซึ่งจะเพิ่มเรื่องช่องทางการเข้าถึงอาจจะสามารถลงไปถึง รพสต. เพราะว่าการตรวจง่าย สามารถตรวจได้โดยไม่ต้องมีใบอนุญาต ก็จะทำให้เพิ่ม Flexibility ได้ด้วย

อีกประเด็นการตรวจโดยใช้เทคนิคที่ดีขึ้น ต้นทุนสูงขึ้น ความแม่นยำสูงขึ้นด้วย แต่ต้องพิจารณาในเรื่องของการส่งตัวอย่างเนื่องจากเรามี Co chain เดิมอยู่แล้ว ถ้าเราจะใช้เทคนิคที่สูงขึ้น สมมุติราคาไม่แพงจากแบบ rapid test ควรพิจารณาประเด็นนี้ร่วมด้วย

นางปิยะนุช พูลวิวัฒน์ หัวหน้าห้องปฏิบัติการ เทคนิคการแพทย์ เสนอแนะและให้ข้อคิดเห็นเพื่อพิจารณาที่เกี่ยวข้องกับ การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี ใน guideline เขียนไว้ชัดเจนว่าต้องมีการคัดกรองก่อน โดยการคัดกรองมี 2 แบบคือแบบ rapid test และแบบที่ใช้เครื่องที่เป็น Standards Method เช่น Elisa หรือ Chemiluminescent เป็น Level เดียวของการคัดกรองขึ้นอยู่กับโรงพยาบาล ถ้าเป็นโรงพยาบาลเล็กอาจใช้ test kit ได้ ซึ่งราคาประมาณ 30 บาท ส่วนโรงพยาบาลใหญ่อาจใช้เครื่องตรวจซึ่งจะมีต้นทุนสูงขึ้นเล็กน้อย เนื่องจากการตรวจ anti body ทั้งหมด ต้นทุนไม่เกิน 300 บาท ซึ่งเป็นราคาที่กรมบัญชีกลางกำหนดไว้อยู่แล้ว กรณีผลตรวจเป็น Positive ใน guideline ให้ส่งตรวจ RNA ไวรัส ซึ่งจะต้องส่งไปตรวจโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่มีศักยภาพ ซึ่งมองว่าช่วงสถานการณ์โควิด-19 ระบาด ทำให้หลายๆโรงพยาบาลเริ่มทำงาน molecular มากขึ้น จังหวัดหนึ่งมีประมาณ 1-2 โรงพยาบาล และ Co Chain เดียวกับการส่ง Viral Load แต่ว่าต้องเขียน Co-Chain ให้ชัดเจนเหมือน HIV ซึ่งสามารถส่งเลือดเข้ามาคัดกรองโดยไม่ต้องให้คนไข้เข้ามาที่โรงพยาบาลศูนย์ หรือ โรงพยาบาลใหญ่ หรือการ confirms test ก็สามารถส่งแต่เลือดได้ หากผล Positive ยังไม่แน่ใจว่าจะต้องเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลใหญ่หรือไม่ในการรักษา

อาจารย์ ธนุศักดิ์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ให้ความคิดเห็นว่า การตรวจคัดกรองควรเข้าถึงทุกกลุ่มเสี่ยง แต่ก็ไม่สามารถเป็นไปได้เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ เห็นด้วยกับ พญ.มณฑินี วสนติอุบโภาคาร รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เรื่องการจัดกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เสี่ยงน้อย เพื่อนำเข้าสู่โครงการวิจัย และทำเป็น guideline ขึ้น

ประเด็นเรื่องการคัดกรองไวรัสเนื่องจากไม่ได้ให้ความสำคัญในเรื่องระยะเวลาหลังการติดเชื้อ เนื่องจากการคัดกรองจำเป็นต้องใช้การทำสอบที่ง่าย สะดวก และราคาไม่แพง ตามที่ อาจารย์ ดร.วิภ สุธชนะ สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงได้กล่าวไว้ ซึ่งใครก็ทำได้ แต่ต้องมีการควบคุมดูแลของนักเทคนิคการแพทย์ ซึ่งเป็นข้อบังคับหนึ่งของสภาเทคนิคการแพทย์ เน้นอีกครั้งเรื่องเทคนิคในการคัดกรอง หลังจากการคัดกรองแล้ว Positive จะต้องส่งต่อ ทีมวิจัยจะต้องกำหนดแนวทางที่ชัดเจน

คุณสุริยงค์ บุญเผด็จ โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ได้ให้ความคิดเห็นว่า ในส่วนของคนไข้ได้ทุก 3 ชุดสิทธิประโยชน์ ที่เป็น fist case ได้รับการตรวจคัดไวรัสตับอักเสบบี และซี ก่อนเริ่มยา และในคนที่ทานมานาน ไวรัสตับอักเสบบี จะตรวจปีละ 1 ครั้ง (สปสข เปิดให้เริ่มคัดกรอง ไวรัสตับอักเสบบี ปีละ 1 ครั้ง โดยเริ่มปี 2562) และมีช่องทางในการตรวจ ส่งต่อในการรักษา โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ที่ให้การรักษาในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 10 ทั้งหมด

พญ.มณฑินี วสนติอุบโภาคาร รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีความเห็นว่า ต้องการให้ทุกกลุ่มได้รับการคัดกรอง แต่จำเป็นจะต้องจัดลำดับความสำคัญ ทำเป็น Flow ก่อนว่าจะให้กลุ่มไหนเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ก่อน ดูตามความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งของกรมอนามัยเราอาจจะต้องมีตัวอ้างอิงที่ชัดเจน เนื่องจากเราไม่มีฐานข้อมูลของกรมอนามัย ในเรื่องของไวรัสตับ

อีกเสบซีในหญิงตั้งครรภ์ มีเฉพาะไวรัสตับอักเสบบี ฉะนั้นต้องหาข้อมูลก่อน อาจจะต้องเป็น poloid project หรือไม่ เพื่อดูความชุก ความคุ้มค่าในการคัดกรอง

กรมควบคุมโรคต้องการที่จะผลักดันนโยบายการคัดกรองไปถึงโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ rapid test สามารถทำได้ในส่วนของ อสม หรือ เจ้าหน้าที่ใน รพสต. ถ้าเป็นไปได้เห็นด้วยกับกรอบแนวคิดที่ 2 ให้เห็นภาพก่อน แต่จำเป็นต้องจัดลำดับความสำคัญ เนื่องจากงบประมาณมีอยู่จำกัด โดยมีความคิดเห็นว่างานวิจัยควรเสร็จในปี 2564 เพื่อเสนอในปี 2565

คุณนิมิตร เทียนอุดม ผู้อำนวยการมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (Access) เสนอแนะและให้ข้อคิดเห็นที่ไม่ทันเสนอในปี 2565

อาจารย์ เตนพงษ์ วงษ์วิจิตร ได้เสนอให้ ทางพญ.มณฑินี วสนติอุโปภากร รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จัด Priority โดยทางคุณหมอเสนอให้เลือกประเด็นที่ทางกรมควบคุมโรคจัดลำดับความสำคัญมา 3 ประเด็น และท่านอาจารย์เตนพงษ์ วงษ์วิจิตร ได้แจ้งที่ประชุมทราบจากที่ได้ประชุมรอบกับเจ้าหน้าที่จากสปสช. คือ คุณอาริสรา มั่นทางกูร ได้ให้ประเด็นเรื่องการจัด Priority อยู่ 2 ประเด็น คือ แบบใช้ evident base หรือ risk factor ของแต่ละกลุ่มในการจัดลำดับความสำคัญ และอาจพิจารณาในเรื่องของ National Policy โดยนำทั้ง 2 ส่วนนี้มาพิจารณาร่วมกัน ซึ่งทางคุณพญ.มณฑินี วสนติอุโปภากร รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีนโยบายนี้ชัดเจน แต่ต้องขอความร่วมมือในส่วนของกรมอนามัย เกี่ยวกับแม่และเด็กและหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งทางคุณฉวีวรรณ ต้นพุดชา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ได้แจ้งว่า เนื่องจากทางกรมอนามัยไม่เคยเจาะไวรัสตับอักเสบซีในหญิงตั้งครรภ์ จึงไม่มีข้อมูล ถ้าทำ pilot project เพื่อเก็บตัวอย่างหา evident ต้องมีค่าใช้จ่ายด้วย ซึ่งทางกรมควบคุมโรคได้แจ้งว่ามีชุดตรวจที่เคยนำมาตรวจในพนักงานแยกขยะ หากจะนำไปตรวจก็สามารถทำได้ ประมาณ 10000 ชุด ซึ่งสามารถส่งตรวจที่ กทม.ได้ แต่ทางกรมอนามัยต้องทำโครงการสนับสนุน เดี่ยวจะคุยรายละเอียดนอกรอบต่อไป

พญ.มณฑินี วสนติอุโปภากร รองผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมเรื่องข้อมูลในส่วนของกลุ่มถ้ากรมมีฐานข้อมูลผู้ต้องขัง พนักงานคัดแยกขยะจากประวัติเสี่ยงของมีคมบาด และพนักงาน MSN และพนักงานบริการทางเพศ และในส่วนกลุ่มที่เหลือ 5 กลุ่มเสี่ยงสามารถเรียนสอบถามทาง ศ.นพ.พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์ นายกสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย สำหรับผู้ป่วยบริจาคเลือด สามารถหาข้อมูลได้จากสภาอากาศ ส่วนผู้ที่เคยฟอกเลือดด้วยไตเทียมสามารถขอได้ที่ สปสช.

คุณฉวีวรรณ ต้นพุดชา สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย สอบถามในเรื่องของ การขอจริยธรรมทางทีมวิจัยจะดำเนินการได้เมื่อไร เนื่องจากต้องนำไปขออนุญาตเข้าไปเก็บตัวอย่างในโรงพยาบาล ซึ่งทาง ดร. เตนพงษ์ วงษ์วิจิตร ได้แจ้งว่ากำลังอยู่ในขั้นตอนการพัฒนาโครงสร้างซึ่งนำให้คำตอบได้ชัดเจนภายในสิ้นเดือน มีนาคม 2564

ดร.เด่นพงษ์ วงษ์วิจิตร ได้ร้องขอให้ทางกรมควบคุมโรคกำหนด priority โดยมี evident base รองรับและพิจารณาในแง่ National Policy โดยทาง พญ.มณฑินี วสนดีอุปโภคภากร จะปรึกษาประเด็นดังกล่าวกับทาง ศ.นพ.พิสิฐ ตั้งกิจวานิชย์ จากสมาคมโรคตับแห่งประเทศไทย ต่อไป

दनัย ชินคำ ตำแหน่งนักวิจัย เสนอแนะและให้ข้อคิดเห็นเพื่อพิจารณาที่เกี่ยวข้องกับ เป็นการเสริมวัตถุประสงค์ของโครงการ เรื่องของการประเมินความคุ้มค่า ศึกษาประชากรกลุ่มที่จะได้รับ ศึกษาเรื่องสิทธิประโยชน์ที่ให้บริการ เช่น กลุ่มหญิงที่ตั้งครรภ์ อาจจะวิเคราะห์ฐานข้อมูลในระดับประเทศที่เขามีกการให้บริการไป เสนอให้พิจารณาว่าในการจัดทุกข้อเสนอนั้นในเชิงนโยบาย ถ้าจะให้กลุ่มประชากรทุกคนจะมีความคุ้มค่ามีความเป็นไปได้แค่ไหน หรือว่ากลุ่มเสี่ยงบางกลุ่มว่ามีความเป็นไปได้แค่ไหน ซึ่งอาจจะมีเรื่องของงบประมาณ และต้องไปพูดคุยกับแหล่งทุนที่จะมาให้วิจัยด้วย

มติที่ประชุม

๑. เห็นควรดำเนินโครงการวิจัยเพื่อวิเคราะห์ชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิเสริม สำหรับการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ในกลุ่มประชาชนทั่วไป

๒. ศึกษาข้อมูลและวิเคราะห์สิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมทั้งสิทธิประกันสุขภาพ สิทธิข้าราชการ และสิทธิประกันสังคม เพื่อหาสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่ผู้ป่วยควรได้รับเท่าเทียม และสิทธิเพิ่มเติมของ สิทธิต่าง ๆ ที่ควรได้รับ

๓. วิเคราะห์ต้นทุนและผลลัพธ์ของการดำเนินการชุดสิทธิประโยชน์หลักและชุดสิทธิเสริม

ระเบียบวาระที่ ๖ เรื่องอื่นๆ มติที่ประชุม

ไม่มี

เลิกประชุมเวลา ๑๒.๐๐ น.

(ลงชื่อ)



ผู้บันทึกรายงานการประชุม

(นางสาวศิริรัตน์ ประทัยกุล)
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

(ลงชื่อ)



ผู้บันทึกรายงานการประชุม

(อาจารย์จารย์พร ดวงศรี)
กรรมการและเลขานุการ

(ลงชื่อ)



ผู้ตรวจทานรายงานการประชุม

(อาจารย์ ดร.เด่นพงษ์ วงศ์วิจิตร)
ประธานกรรมการ