

HITAP

Health Intervention and Technology Assessment Program

จุลสาร ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน พ.ศ. 2553



S C O O P

- 7 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- ความท้าทายทางวิชาการในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ



ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวส

ที่ปรึกษาและนักวิจัยอาวุโส

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ในปี พ.ศ. 2544 ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญขึ้นในระบบสุขภาพไทย โดยรัฐบาลในขณะนั้นเริ่มดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในบางจังหวัดแล้วขยายออกไปจนครอบคลุมทั่วประเทศในเวลาเพียงสองปี แม้จะถูกวิพากษ์วิจารณ์ว่าเป็นหนึ่งในนโยบายประชานิยม เป็นสาเหตุที่ทำให้โรงพยาบาล (ของรัฐ) ประสบกับภาวะขาดทุนอย่างหนักจนอาจถึงขั้นต้องปิดกิจการ รวมทั้งทำให้แพทย์และพยาบาลจำนวนหนึ่งไม่สามารถทนต่อภาระงานที่เพิ่มขึ้นจึงลาออกไปทำงานกับโรงพยาบาลเอกชน แต่ข้อมูลจากการสำรวจโดยหน่วยงานที่เป็นกลางชี้ว่า โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นนโยบายที่สร้างความพึงพอใจให้ผู้รับบริการคิดเป็นอัตราที่สูงมากติดต่อกันมาตั้งแต่เริ่มต้น

การทำให้ประชาชนทุกคนมีหลักประกันด้านสุขภาพสามารถเข้าถึงและได้รับบริการที่จำเป็นโดยไม่มีค่าใช้จ่ายจนหรือความขาดแคลนอื่นใดมาเป็นอุปสรรคนั้น นับเป็นความสำเร็จที่เป็นไปได้ยากของรัฐบาลในประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ แต่สำหรับประเทศไทย ความท้าทายที่ยังคงอยู่ ได้แก่ การดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าอย่างต่อเนื่องในขณะที่มีความต้องการบริการและงบประมาณเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในสถานการณ์เช่นนี้ ประสิทธิภาพหรือความคุ้มค่าจะเป็นหลักการที่สำคัญในการตัดสินใจของผู้บริหารโครงการ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนคนไทย การสร้างความสมดุลระหว่างประเด็นด้านประสิทธิภาพกับอุดมการณ์อื่นๆ เช่น จริยธรรม ความเป็นธรรม และการเคารพต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

จึงเป็นโจทย์ที่ต้องการคำตอบผ่านการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม

อาจกล่าวได้ว่า เวลาเกือบหนึ่งทศวรรษหลังการก่อตั้งโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นช่วงเวลาของการเรียนรู้จากการลองผิดลองถูกที่สร้างความสับสนวุ่นวายในระยะ 2-3 ปีแรก กลายเป็นการศึกษาวิจัยในหลากหลายประเด็นที่เกิดขึ้นทั้งในระดับชาติ ระดับเขต และภายในสถานพยาบาล ตลอดเวลาเกือบ 10 ปีที่ผ่านมา เราได้เห็นการเรียนรู้ที่ไม่หยุดอยู่ที่การรวบรวมข้อมูลประสบการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ หากยังรวมถึงการนำเอาบทเรียนที่ได้รับไปวิเคราะห์อย่างรอบด้านเพื่อใช้เป็นพื้นฐานของการพัฒนาโครงการฯ ในทุกระยะ จนกระทั่งในวันนี้ หลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องตระหนักว่า การเรียนรู้ที่จะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพอย่างยั่งยืนควรเป็นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม

จุดสาร HITAP ฉบับนี้นำเสนอเรื่องราวที่เกี่ยวข้องกับโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมอบหมายให้สำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ดำเนินการ คงต้องติดตามกันต่อไปว่าโครงการวิจัยเชิงพัฒนาดังกล่าวจะบรรลุวัตถุประสงค์มากน้อยเพียงใด ในการทำให้กระบวนการจัดทำชุดสิทธิประโยชน์เป็นไปด้วยความโปร่งใส มีหลักฐานทางวิชาการรองรับ และที่สำคัญคือ มีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระบบสุขภาพไทย **HITAP**

พัฒนาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไทย... ประเด็นใดต้องทบทวน



พ.จเด็จ ธรรมธัชอารี

ผู้อำนวยการสำนักงานนโยบายและแผน
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ปัจจุบัน ประเทศไทยเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศที่ประชาชนทุกคนเข้าถึงหลักประกันด้านสุขภาพซึ่งครอบคลุมบริการบำบัดรักษา ป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชน

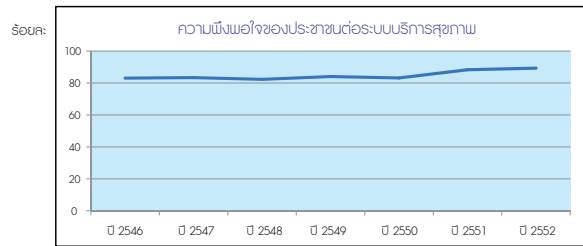
ในปี พ.ศ. 2553 ช่วงก่อนเริ่มดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีผู้ที่มีหลักประกันสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 70 ของประชากรทั้งหมด และเพิ่มเป็นร้อยละ 99 ในปี พ.ศ. 2553 อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะเป็นสัญญาณที่ดีในเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพซึ่งเป็นไปตามสิทธิประโยชน์ที่เพิ่มมากขึ้น แต่ในแง่สุขภาพของประชาชนโดยรวมยังมีเรื่องอื่น ๆ ที่ต้องพิจารณาประกอบกัน เช่น ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับประชาชน การเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ เป็นต้น

เพื่อการพัฒนาโครงการระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีประเด็นที่ควรนำมาพิจารณาเป็นตัวอย่างดังต่อไปนี้

ความพึงพอใจของประชาชน ในประเทศไทยผลการสำรวจความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพภายหลังจากการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าพบว่า ประชาชนมีความความพึงพอใจในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80 (ภาพที่ 1) ซึ่งสาเหตุของการที่ประชาชนมีความพึงพอใจในระดับสูงเช่นนี้มีความเป็นไปได้สองกรณี คือ กรณีที่หนึ่ง ประชาชนคาดหวังต่อบริการที่ได้รับจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่สูงมาก ทำให้เมื่อเข้ารับบริการแล้วรู้สึกพึงพอใจ

หรือกรณีที่สอง เกิดจากการได้รับบริการที่ดีเป็นไปตามความคาดหวังของประชาชน เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างสหราชอาณาจักร ผลสำรวจจาก OCDE (เมื่อปี ค.ศ. 1999) พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศเพียงร้อยละ 55.7⁽¹⁾ ซึ่งเป็นไปได้ว่าโดยทั่วไป ประชาชนมีความคาดหวังต่อบริการที่ได้รับค่อนข้างสูงเพราะมองในแง่ของโอกาสในการพัฒนา ประเทศสหราชอาณาจักรอาจมีโอกาสนพัฒนาระบบการให้บริการเพื่อสร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนได้อีก ดังนั้นประเด็นท้าทายที่สำคัญของความพึงพอใจต่อระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ หากเกิดจากความคาดหวังที่ไม่สูงในช่วงต้น และความคาดหวังดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะตอบสนองความคาดหวังของประชาชนได้ดีขึ้น และเหมาะสมในอนาคตอย่างไร

ภาพที่ 1 ความพึงพอใจของประชาชนไทยต่อระบบบริการสุขภาพ หลังจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คุณภาพบริการที่ได้รับ โดยทั่วไปแล้วความพึงพอใจอาจถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการวัดคุณภาพบริการที่ได้รับของประชาชน อย่างไรก็ตาม นอกจากประเด็นเรื่องความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการแล้ว ยังมีมิติอื่น ๆ ที่ควรพิจารณาร่วมกัน เช่น กระบวนการรักษาพยาบาล หรือความพร้อมของเครื่องมือในการให้บริการ รวมถึงความเชี่ยวชาญ และความเพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์

นอกจากนี้ ปัญหาคุณภาพของบริการอื่น ๆ ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ เช่น ในสหราชอาณาจักร⁽¹⁾ มีปัญหาในเรื่องของระยะเวลารอคอยนานในการเข้ารับบริการ โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่ต้องเข้าพักในโรงพยาบาล ทำให้รัฐบาลอังกฤษต้องออกมาตรการให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการรับบริการมากขึ้นเพื่อลดเวลารอคอย

ในขณะที่ในประเทศไทย ปัญหาด้านคุณภาพของบริการส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในโครงการหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามโครงการ ได้แก่ โครงการประกันสังคม โครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีลักษณะบางประการที่แตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น การศึกษาบริการที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับจากโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีแนวโน้มที่จะได้รับการตรวจตามมาตรฐานที่กำหนด (จากแนวทางการตรวจผู้ป่วยเบาหวาน) มากกว่าผู้ป่วยที่ใช้สิทธิประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เหตุผลส่วนหนึ่งมาจากวิธีการจ่ายเงินให้กับหน่วยบริการที่ต่างกัน โดยโครงการสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการมีวิธีจ่ายเงินแบบปลายเปิด คือ โรงพยาบาลให้บริการแก่ผู้ป่วยก่อน แล้วจึงเบิกคืนจากหน่วยราชการต้นสังกัด ในขณะที่โครงการประกันสังคมและ

อ้างอิง 1. Docteur E (2004), Towards high-performing health systems. Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD. Paris.

โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจัดสรรงบประมาณให้หน่วยบริการแบบเหมาจ่ายรายหัวล่วงหน้า

สภาวะสุขภาพของประชาชน สภาวะสุขภาพของประชาชนเป็นเป้าหมายสำคัญของระบบสุขภาพในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก การที่จะสรุปว่า สภาวะสุขภาพของประชาชนดีขึ้นหรือไม่ นั้น ไม่สามารถบอกได้จากปัจจัยเพียงตัวเดียว หากต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาตัวชี้วัดสำคัญ ๆ ในระบบสุขภาพ เช่น อัตราการตายของทารกแรกเกิดสามารถแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของการพัฒนาของระบบสุขภาพในประเทศได้พอสังเขป เช่น อัตราการตายของทารกแรกเกิดในประเทศไทยที่มีแนวโน้มที่ลดลงจาก 24 ต่อพันการเกิดมีชีพ ในปี พ.ศ. 2544 เป็น 18 ต่อพันการเกิดมีชีพ ในปี พ.ศ. 2547 (ตารางที่ 1) ซึ่งอัตราดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การรอดชีวิตของทารกแรกเกิดมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่หากเทียบกับประเทศเพื่อนบ้าน กลับพบว่าประเทศไทยยังมีอัตราการเสียชีวิตของทารกในระดับที่สูงกว่ามาเลเซียและเวียดนาม

นอกจากนี้ ปัจจัยชีวิตอัตราการตายของมารดาหลังคลอดก็อาจจะยังไม่สามารถนำมาใช้เป็นตัวแทนในการศึกษาถึงแนวโน้มการพัฒนาของระบบสุขภาพของประเทศได้ทั้งหมด เนื่องจากข้อมูลอัตราการตายของมารดาหลังคลอด (ภาพที่ 2) มิได้แสดงให้เห็นความเชื่อมโยงที่ชัดเจนของการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการลดอัตราการตาย ซึ่งยังอาจสรุปไม่ได้ว่าการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อทั้งอัตราการตายของทารกและมารดาหลังคลอดอย่างชัดเจน

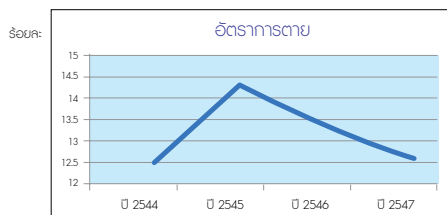
การเข้าถึงบริการของประชาชน วัตถุประสงค์สำคัญประการหนึ่งของโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ การเพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน โดยการจะพิจารณาว่า

ตารางที่ 1 อัตราตายของทารกต่อพันการเกิดมีชีพ เปรียบเทียบประเทศไทย มาเลเซีย และเวียดนาม

อัตราตายของทารกต่อพันการเกิดมีชีพ	2544	2545	2546	2547
ไทย	24	24	23	18
มาเลเซีย	8	8	7	10
เวียดนาม	30	20	19	17

ที่มา: การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2548 - 2550

ภาพที่ 2 อัตราการตายของมารดาจากการคลอดต่อแสนการเกิดมีชีพ ปี พ.ศ. 2544 - 2547



ที่มา: การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2548 - 2550

ประชาชนมีการเข้าถึงบริการดีขึ้นหรือไม่ นั้นมีตัวชี้วัดหลายประการ เช่น การเข้าถึงบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การเข้าถึงบริการที่มีภาระค่าใช้จ่ายสูง เป็นต้น

หากพิจารณาจากการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกของประชาชนในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อัตราการเข้ารับบริการเพิ่มขึ้นจาก 2.41 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2546 เป็น 2.98 ครั้งต่อคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2552

ประเด็นที่น่าสนใจคือว่าอัตราการเข้ารับบริการดังกล่าวจะสูงขึ้นหรือลดลง แต่ควรมุ่งประเด็นคำถามที่ว่า ระบบประกันสุขภาพของประเทศเอื้อต่อการเข้าถึงบริการหรือไม่ ซึ่งขณะนี้ประเทศไทยกำลังประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางด้านสาธารณสุข อีกทั้งยังมีปัญหาการกระจายตัวของบุคลากรไปสู่ชนบท ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพของประชาชนเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ไต้หวัน ที่มีการจัดบริการที่กว้างขวางและเข้าถึงง่าย มีโรงพยาบาล/คลินิกกระจายอยู่ทั่วประเทศ และมีจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้ประชาชนเข้ารับบริการทางสุขภาพได้อย่างสะดวก ไต้หวันจึงมีมีอัตราเฉลี่ยของการเข้ารับบริการในระบบประกันสุขภาพสูงถึง 14 ครั้งต่อคนต่อปี อย่างไรก็ตาม ความเหมาะสมของอัตราการเข้ารับบริการควรจะเป็นเท่าไร ไม่มีใครทราบ อัตราดังกล่าวของประเทศไต้หวันอาจจะมากเกินไป เนื่องจากกลไกการจ่ายเงินแบบจ่ายตามที่เรียกเก็บ (fee for service) และระบบร่วมจ่ายอาจจะไม่สามารถป้องกันการมารับบริการเกินความจำเป็นจนอาจจะทำให้มีอัตราการมาใช้บริการมากก็ได้

เมื่อเปรียบเทียบประเทศไทยกับประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ จะเห็นได้ว่าไทยมีอัตราการเข้ารับบริการของผู้ป่วยนอกมากกว่า ซึ่งชี้ให้เห็นว่าระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของไทยตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพโดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยที่สุด แต่อย่างไรก็ตามก็ยังมีประเด็นเกี่ยวข้องอื่น ๆ ที่ไม่ควรมองข้าม เช่น ความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมือ ความมั่นใจของประชาชนต่อการให้บริการในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การมีสถานบริการที่ใกล้บ้านเพื่อลดค่าใช้จ่ายอื่น ๆ นอกเหนือจากค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ เช่น ค่าเดินทาง

แม้เราจะไม่สามารถชี้ชัดได้ว่าระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยดีหรือด้อยกว่าประเทศอื่น ๆ เนื่องด้วยแต่ละประเทศล้วนมีบริบทของสังคมที่แตกต่างกัน ทว่าสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การพัฒนาของระบบประกันสุขภาพของประเทศไทยก้าวต่อไปด้วยความมั่นคงนั้นคือ การศึกษาถึงผลกระทบของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อประชาชน การติดตามและประเมินผลของระบบประกันสุขภาพในมิติต่าง ๆ และการติดตามข้อมูลข่าวสารของการพัฒนาระบบในประเทศอื่น ๆ ซึ่งถือเป็นกุญแจสำคัญที่จะช่วยปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้เหมาะสมกับประเทศไทยมากที่สุด **KITAP**

7 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

กับโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ



คณะกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มอบหมายให้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการขับเคลื่อนทั้งด้านวิชาการ และการประสานงานในการจัดทำข้อเสนอสำหรับคณะกรรมการฯ ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในโครงการหลักประกันสุขภาพที่ สปสช. ดูแลอยู่ ทั้งนี้เพื่อสร้างความมั่นใจว่าประชาชนจะเข้าถึงการบริการสุขภาพ ได้รับประโยชน์อย่างถ้วนหน้าและเป็นธรรม

นพ.วินัย สวัสดิ์ทวี เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กล่าวว่า โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ จะทำให้เกิดกระบวนการการคัดเลือกเทคโนโลยีด้านสุขภาพใหม่ ๆ หรือเทคโนโลยีที่มีอยู่แต่ยังไม่ได้รับการพิจารณา เพื่อให้เข้าไปอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ฯ ผ่านการดำเนินงานที่เป็นระบบ โปร่งใส ตั้งอยู่บนหลักฐานทางวิชาการ

ในขั้นตอนการทำงาน ฝ่ายเลขานุการโครงการศึกษาได้ทบทวนแนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ที่ใช้อยู่ใน 7 องค์กรในต่างประเทศ องค์กรความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแนวทางการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า นำไปสู่การเปิดโอกาสให้ภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยดำเนินการในรูป ‘คณะทำงาน’ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด 7 กลุ่ม ซึ่งในท้ายสุดเทคโนโลยีตาม

หัวข้อที่ผ่านการคัดเลือกจะถูก ประเมินโดยนักวิจัย ก่อนนำไปเสนอแก่คณะกรรมการอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ เพื่อตัดสินใจในระดับนโยบายต่อไป

กระบวนการทำงานเชิงวิชาการกับผลประโยชน์ทับซ้อน

“ก่อนอื่นต้องมองว่าสิ่งที่ สปสช. กำลังผลักดันให้เกิดขึ้นคือ กระบวนการทำงานที่ หนึ่ง มีแนวคิดที่ดี มีระบบ ผ่านกระบวนการทางวิชาการเพื่อคัดเลือกหรือกลั่นกรองอะไรก็ตามเข้าไปในชุดสิทธิประโยชน์ สอง ในตัวกระบวนการ เห็นความตั้งใจที่พยายามให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และคำนึงถึง

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมกระบวนการเสนอ

หัวข้อมี 7 กลุ่ม ประกอบด้วย

- (1) กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย
- (2) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์
- (3) กลุ่มนักวิชาการ
- (4) กลุ่มประชาสังคม
- (5) กลุ่มผู้ป่วย
- (6) กลุ่มอุตสาหกรรม
- (7) กลุ่มประชาชนทั่วไป

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้าร่วมกระบวนการคัดเลือก

หัวข้อมี 4 กลุ่ม ประกอบด้วย

- (1) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์
- (2) กลุ่มนักวิชาการ
- (3) กลุ่มประชาสังคม
- (4) กลุ่มผู้ป่วย

ผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการมีผลประโยชน์ทับซ้อน กระบวนการทำงานลักษณะนี้ มองในเรื่องการมีส่วนร่วม ไม่ว่าจะเป็น มีการตัดสินใจของคนใดคนหนึ่ง” **รศ.ดร.จิราพร ลิ้มปานานนท์** นักวิชาการอิสระซึ่งเป็นผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรเขต 1 ในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กล่าว

เพื่อให้การทำงานของ ‘คณะทำงาน’ เป็นไปด้วยความโปร่งใส จึงมีข้อตกลงร่วมกันเรื่องการทำงานของตัวแทนจากภาคอุตสาหกรรม (ประกอบไปด้วย สมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน สมาคมผู้วิจัยและพัฒนาเภสัชภัณฑ์ และสมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์) ซึ่งถูกมองว่านอกจากจะเป็นหนึ่งในกลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพแล้ว ยังเป็นกลุ่มที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในเชิงธุรกิจ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มนี้ จึงถูกจำกัดให้อยู่ในกระบวนการเสนอหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ แต่ไม่สามารถมีส่วนในการคัดเลือกหัวข้อฯ เพื่อเข้าสู่การพิจารณาประเมิน

ด้านตัวแทนของกลุ่มภาคอุตสาหกรรม **ดร.จิตตระกูล เลิศสกุลพานิช** ผู้แทนนายกสมาคมผู้วิจัยและพัฒนาเภสัชภัณฑ์ ในคณะทำงาน ยอมรับว่าภาคอุตสาหกรรมเป็นกลุ่มที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนเกี่ยวข้องในเชิงธุรกิจ อย่างไรก็ตามได้ตั้งข้อสังเกตว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มที่เข้ามาเป็นคณะทำงานต่างก็มีความคิดของตนเองที่อาจทำให้เกิดอคติได้เช่นกัน แต่เนื่องด้วยโครงสร้างกระบวนการทำงานที่เกิดจากการเข้ามามีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนอย่างเป็นระบบ และมีข้อกำหนดของการอ้างอิงข้อมูลตามหลักฐานทางวิชาการ/หลักฐานเชิงประจักษ์ ฉะนั้นในการตัดสินใจที่จะนำหัวข้อเทคโนโลยีหรือปัญหาสุขภาพใด ๆ เข้าสู่การประเมิน อย่างน้อยที่สุดแล้วได้ผ่านการกลั่นกรอง และน่าจะช่วยให้อคติของแต่ละกลุ่มเบาบางลง

ข้อเท็จจริง VS ข้อคิดเห็น

เมื่อมองในแง่ของกระบวนการเสนอหรือการคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ **ดร.จิตตระกูล** เชื่อว่า ผู้แทนของแต่ละกลุ่มในคณะทำงานจะทำงานบนพื้นฐานของหลักคิด 2 ส่วน ส่วนที่หนึ่ง อ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ตามประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ฝ่ายเลขานุการพัฒนาขึ้น ซึ่งจุดนี้จะเป็นส่วนที่ต้องได้เสียงกันด้วยหลักฐาน ปราศจากอคติ และส่วนที่สอง อ้างอิงจากความคิดเห็นส่วนตัวนอกเหนือจากหลักฐานเชิงประจักษ์

“สิ่งที่จะได้ก็เป็นการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาหรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ตั้งอยู่บนหลักฐานทางวิชาการ

อย่างไรก็ตาม เชื่อว่า ท้ายที่สุดแล้วจะต้องมีความคิดเห็นส่วนตัวของแต่ละฝ่ายที่ต้องถกเถียงกัน เนื่องจากเกณฑ์การคัดเลือกที่มีอยู่ค่อนข้างกว้าง ดังนั้นจะมีจุดที่แต่ละคนเลือกที่จะนำเสนอแตกต่างกันไป ส่วนตัวเชื่อว่าในบางกรณี การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อาจช่วยให้ตัดสินใจเรื่องประเด็นปัญหาได้เลย แต่กรณีที่เหลือซึ่งอาจเป็นเรื่องที่ยังไม่ชัดเจน หรือไม่ถูกระบุไว้ในเกณฑ์การคัดเลือก ก็จะเป็นหน้าที่ของคณะทำงานที่ต้องถกเถียงกัน” **ดร.จิตตระกูล** กล่าว

เพื่อหลีกเลี่ยงการอภิปรายโต้แย้งกันในประเด็นที่ไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มารองรับ ทางออกแรก **ดร.จิตตระกูล** เสนอว่าควรขยายระยะเวลาการทำงาน ซึ่งจะช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางกลุ่มที่ยังไม่เข้มแข็งเรื่องการหาข้อมูลเชิงวิชาการหรือหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถเตรียมข้อมูลได้อย่างครบถ้วน สำหรับทางออกทางที่สอง **รศ.ดร.จิราพร** แนะนำว่าฝ่ายเลขานุการต้องยื่นมือเข้ามาช่วยสมาชิกคณะทำงานกลุ่มที่มีอุปสรรคในการหาข้อมูล โดยการให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดในทุกกระบวนการ

ตัวแทนกลุ่มที่แท้จริง ?

สำหรับเรื่องความครอบคลุมของสมาชิกในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้น **รศ.ดร.จิราพร** ตั้งข้อสังเกตว่า โดยภาพรวมแล้ว สมาชิกคณะทำงานซึ่งเป็นตัวแทนแต่ละกลุ่มอาจจะยังไม่ใช่ตัวแทนที่ดีที่สุดของกลุ่มนั้น ๆ ยกตัวอย่างเช่น ตัวแทนจากองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรที่อ้างอิงจากฐานข้อมูลของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งแบ่งตัวแทนออกเป็น 13 เขตพื้นที่ ตรงนี้จะมีจุดอ่อน เนื่องจากโครงสร้างที่เลือกมานี้เป็นการแบ่งตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ไม่ใช่ประเด็นความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ สมาชิกจึงต้องมีเวลาเพียงพอในการศึกษาข้อมูลและหัวข้อฯ ที่จะนำเสนอและพิจารณาคัดเลือก ในขณะที่เดียวกัน กลุ่มผู้ป่วย ซึ่งขณะนี้เห็นเพียงการรวมตัวกันเฉพาะกลุ่มเครือข่ายโรคที่มีความเข้มแข็ง แต่ยังมีโรคอื่น ๆ ที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่ากันแต่ยังไม่ได้เข้าร่วมในการคัดเลือกผู้แทนเพื่อปฏิบัติงานในคณะทำงาน ดังนั้นตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยที่ทำหน้าที่อยู่ในขณะนี้ยากที่จะเป็นปากเสียงของกลุ่มผู้ป่วยทั้งหมด

นายบริพัตร ดอนมอญ ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย ซึ่งเป็นสมาชิกคณะทำงานในฐานะตัวแทนกลุ่มผู้ป่วยเห็นด้วยกับข้อสังเกตของ **รศ.ดร.จิราพร** ว่าจุดอ่อนของกลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ การที่มีการรวมตัวอย่างหลวม ๆ เฉพาะในเครือข่ายโรคบางโรคเท่านั้น เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวบรรดาผู้นำของแต่ละเครือข่ายมีความต้องการที่จะสร้างความ

เข้มแข็งให้กับกลุ่มด้วยการผลักดันให้เกิด ‘สภาผู้ป่วย’ เพื่อเป็นตัวแทนของผู้ป่วยทุกกลุ่ม

“กลุ่มเครือข่ายผู้ป่วยต้องเริ่มก้าวขยับมาอีกขั้นหนึ่งคือเราพยายามจะก้าวพ้นความเป็นตัวแทนของโรคที่ตนเองเป็นให้ได้ แล้วหันมาทำเรื่องสุขภาพของผู้ป่วยทั่วไป โดยที่มีหลาย ๆ โรคมารวมกัน ยอมรับว่าอาจทำได้ยาก แต่มองในระยะยาวว่าทำได้ เพราะแต่ละเครือข่ายต่างก็มีช่องทาง ทั้งนี้ก็ต้องอาศัยจังหวะและเวลา” **นายบริพัตร** กล่าว

ขณะเดียวกัน **ดร.จิตตระกูล** ได้ชี้จุดอ่อนเรื่องการรวมตัวของกลุ่มภาคอุตสาหกรรมในคณะทำงาน โดยมองว่า ถึงแม้จะมีการรวมตัวจากทุกภาคส่วนในเชิงธุรกิจ ทั้งกลุ่มผู้ผลิตเครื่องมือแพทย์ร่วมกับกลุ่มผู้ผลิตยาทั้งในประเทศและต่างประเทศ แต่เมื่อมองโครงสร้างภายในของกลุ่มหรือสมาคมที่เกี่ยวข้อง จะเห็นว่าอาจเป็นตัวแทนของกลุ่มที่ยังไม่เข้มแข็งพอ เช่น กรณีของสมาคมผู้วิจัยและพัฒนาเภสัชภัณฑ์เอง ก็ไม่ได้ประกอบไปด้วยบริษัทที่นำเข้ายาจากต่างประเทศทุกบริษัท ซึ่งตรงนี้เป็นข้อด้อยภายในของตัวองค์กรเองที่ต้องมีการปรับปรุง

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากตัวกระบวนการทำงานมีลักษณะต่อเนื่องในระยะยาว ทั้ง **รศ.ดร.จิราพร** และ **ดร.จิตตระกูล** มีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า ต้องการเห็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเป็นไปในลักษณะของการเรียนรู้ร่วมกัน ดังนั้นการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานสามารถเกิดขึ้นได้เพื่อให้เกิดการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

ความคาดหวังคณะทำงาน

ท้ายสุดนี้ ตัวแทนคณะทำงานทั้ง 3 ท่าน มีความคาดหวังต่อกระบวนการทำงานว่า อย่างน้อยที่สุดจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศที่รับบริการสุขภาพในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือ ‘บัตรทอง’ พร้อมกันนี้ยังเป็นการเสริมสร้างศักยภาพและความร่วมมือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกคณะทำงานที่เป็นผู้แทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ

“จะมีรายการเทคโนโลยีรวมถึงบริการที่จะเข้าไปสู่ชุดสิทธิประโยชน์ที่สมเหตุผลทางวิชาการ และมีความโปร่งใสพร้อมกันนี้ถือเป็นการสร้างความเข้มแข็งของภาคส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มต่าง ๆ ที่ยังไม่ค่อยให้ความสำคัญกับเรื่องนี้นั้นก็ได้มีโอกาสมาทำงานร่วมกัน” - **ดร.จิราพร ลัมปานานนท์**

“...เป็นเรื่องดีที่มีการเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าไปมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาของตนเอง โดยไม่ให้คนข้างบนเป็นคนบอกว่าจะมีการจัดการอย่างไร” - **นายบริพัตร ดอนมอญ**

“กระบวนการการเรียนรู้ที่ถูกพัฒนาขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่าย น่าจะเป็นต้นแบบสำหรับกระบวนการอื่น ๆ ที่รัฐ จะให้คนกลาง เป็นคนจัดการ แม้ว่าจะมองความสำคัญของผู้เกี่ยวข้องมาจากรัฐค่อนข้างมากแต่อย่างน้อยที่สุดเชื่อว่าจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี” - **ดร.จิตตระกูล เลิศสกุลพานิช HITAP**

รายการเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ผ่านกระบวนการเสนอ* และคัดเลือกโดยคณะทำงานซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด 7 กลุ่ม เพื่อนำเข้าสู่ขั้นตอนการประเมิน จำนวนทั้งหมด 9 หัวข้อ (คัดเลือก ณ วันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ.2553)

1. การรักษาภาวะหอบหืดชนิดรุนแรงในผู้ป่วยอายุ 6 ปีขึ้นไป ด้วยยา Anti IgE
2. การตรวจคัดกรองและรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังในประชากรที่ยังไม่เคยฉีดวัคซีน
3. มาตรการคัดกรอง รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติ่มสุรา
4. การผ่าตัดใส่รากฟันเทียมในผู้ป่วยที่ไม่มีฟันทั้งปาก หรือที่มีฟันกรามเหลือไม่ถึง 2 คู่ (4 ซี่)
5. การดูแลสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเม็ดเลือดขาวในชุมชนรอบเขตอุตสาหกรรม
6. การรักษาผู้ป่วยไตอักเสบจาก Systemic Lupus Erythematosus (SLE) เพื่อป้องกันภาวะไตวายเรื้อรัง
7. มาตรการส่งเสริมการเลิกบุหรี่
8. การตรวจคัดกรองและรักษาผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
9. แผ่นรองซับปัสสาวะ อูจาระและผ้าอ้อมสำเร็จรูป สำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ

*หมายเหตุ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ของดใช้สิทธิในการเสนอหัวข้อฯ ในรอบนี้

ความท้าทายทางวิชาการ

ผู้คนในสังคมไม่ว่าจะอยู่ในวงการใดหรืออยู่แห่งหนตำบลไหน ล้วนต้องการ “ความเท่าเทียม” ในการรับบริการและสิทธิประโยชน์อื่น ๆ จากภาครัฐ ระบบสุขภาพก็เช่นเดียวกัน ผู้กำหนดนโยบายจึงมีหน้าที่ในการสร้างความเท่าเทียมกันของการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยอยู่บนพื้นฐานของคำว่า “สมเหตุสมผล”

เมื่อไม่นานมานี้คณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้มอบหมายให้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ร่วมกันศึกษาเพื่อกำหนดแนวทางการคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่สำคัญมาทำวิจัยเพื่อประเมินซึ่งเป็นขั้นตอนหนึ่งในโครงการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้เพื่อให้กระบวนการตัดสินใจเป็นไปอย่างโปร่งใสอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการ รวมทั้งมั่นใจได้ว่าประชาชนจะเข้าถึงและได้รับประโยชน์จากบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

ภญ.ศิตาพร ยังกง หนึ่งในทีมนักวิจัยในโครงการฯ ยอมรับว่าโจทย์นี้ไม่ใช่เรื่องง่าย เพราะมีประเด็นที่ต้องพิจารณาหลายเรื่องด้วยกัน เช่นกระบวนการดังกล่าวควรมีผู้ใดเข้ามามีส่วนร่วมบ้าง กลุ่มใดบ้างที่ควรมีสิทธิเสนอหัวข้อ กลุ่มใดบ้างที่ควรเป็นผู้คัดเลือกหัวข้อ เกณฑ์ที่จะนำมาใช้คัดเลือกหัวข้อควรเป็นอย่างไร เป็นต้น นอกจากนี้ การรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลและหลักฐานต่าง ๆ เพื่อการสนับสนุนการตัดสินใจให้มีความครบถ้วน ถูกต้องและเชื่อถือได้ นับเป็นความท้าทายทางวิชาการในโครงการฯ นี้

ภญ.ศิตาพร เล่าถึงสิ่งที่นักวิจัยของทั้ง 2 หน่วยงาน ดำเนินการในขั้นแรก คือการเรียนรู้จากประสบการณ์ของประเทศอื่น ๆ ที่เคยดำเนินการมาก่อนแล้ว ด้วยการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการสร้างการมีส่วนร่วมจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาหรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน รวมถึงประเด็นและหลักเกณฑ์ที่มีการนำมาใช้ในการคัดเลือกหัวข้อขององค์กร ซึ่งทำหน้าที่พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในประเทศต่าง ๆ 7 องค์กร ประกอบด้วย



- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) สหราชอาณาจักร
- Canadian Agency for Drug and Technologies in Health (CADTH) ประเทศแคนาดา
- Veteran Administration’s Technology Assessment Program (VATAP) ประเทศสหรัฐอเมริกา
- Health Council of the Netherlands (Gezondheidsraad) ประเทศเนเธอร์แลนด์
- German Agency for Health Technology Assessment (DAHTA) ประเทศเยอรมนี
- Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU) ประเทศสวีเดน
- Catalan Agency for Health Technology Assessment (CAHTA) ประเทศสเปน

หลังจากนั้นนักวิจัยได้สรุปทบทวนจากการทบทวนวรรณกรรมและนำเสนอต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อจัดทำข้อกำหนดและหลักเกณฑ์สำหรับกระบวนการทุกขั้นตอนให้เข้ากับบริบทของประเทศไทยมากที่สุด จนในที่สุดก็ได้กำหนดแนวทางให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 7 กลุ่ม

ในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์

ได้แก่ (1) ผู้กำหนดนโยบาย (2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ (3) นักวิชาการ (4) ภาคประชาสังคม (5) กลุ่มผู้ป่วย (6) ภาคอุตสาหกรรม และ (7) ประชาชนทั่วไป เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและเทคโนโลยีเข้าสู่การพิจารณา และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ (2) นักวิชาการ (3) ภาคประชาสังคม และ (4) กลุ่มผู้ป่วย มีสิทธิที่จะเข้าร่วมในการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อ

ในการคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมินนั้น ต้องการเกณฑ์ทางวิชาการเป็นหลัก นักวิจัยจึงทบทวนเอกสารเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ใช้ในประเทศอื่น ๆ เพื่อกำหนดประเด็นที่ควรนำมาพิจารณา พร้อมทั้งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนที่สามารถวัดได้เป็นรูปธรรม เหมาะสมในทางวิชาการ และเป็นที่ยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จากการหารือกับผู้เชี่ยวชาญพบว่า ประเด็นที่มีคุณสมบัติดังกล่าว และควรนำมาใช้ในการคัดเลือกหัวข้อฯ มี 6 ประเด็น ได้แก่ (1) จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพในประเทศไทย (2) ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ (3) ประสิทธิภาพของเทคโนโลยี (4) ความแตกต่างในทางปฏิบัติในการจัดการกับโรคหรือปัญหาสุขภาพ (5) ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และ (6) ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม

“เพื่อให้กระบวนการทำงานเกิดความเป็นธรรม และเกิดจากการตัดสินใจอย่างรอบด้าน ควรพิจารณาจากเกณฑ์ทางวิชาการทั้ง 6 ประเด็น ในแต่ละประเด็นจะประกอบด้วยเกณฑ์การให้คะแนนโดยแบ่งเป็น 5 ระดับ และคะแนนที่เกิดจากการจัดลำดับความสำคัญ ท้ายที่สุดก็จะนำไปสู่การประเมินว่าเทคโนโลยีด้านสุขภาพใดควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์”

ภญ.ศิตาพร กล่าว



ผลการให้คะแนนแต่ละหัวข้อฯ ตามประเด็นสำหรับการพิจารณาในข้างต้นได้ถูกนำเสนอต่อคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้แทนจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4 กลุ่มเป็นการเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากแต่ละมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปร่วมกันว่าจะคัดเลือกหัวข้อฯ ไหนเข้าสู่การประเมินต่อไป ซึ่งก็ยังคงมีความท้าทายทางวิชาการรอคอยอยู่ เนื่องจากคณะกรรมการฯ ของ สปสช. ต้องการผลการประเมินเทคโนโลยีในประเด็น “ต้นทุน-ประสิทธิผล” และ “ผลกระทบต่องบประมาณ” เพื่อประกอบการตัดสินใจกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ในขั้นสุดท้าย

แนวปฏิบัติและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ ที่กล่าวข้างต้นได้ถูกพัฒนาขึ้นและนำมาใช้ในประเทศไทยเป็นครั้งแรก จึงเป็นเรื่องธรรมดาจะต้องมีข้อจำกัดและพบกับปัญหาอุปสรรคอยู่บ้าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดแคลนข้อมูลที่ใช้ในการให้คะแนนตามประเด็นที่กำหนดขึ้น ความเข้าใจและการตีความหลักเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อฯ ที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและความซับซ้อนของเทคโนโลยีบางหัวข้อ ซึ่งเป็นปัญหาในการตัดสินใจให้คะแนน ดังนั้นนักวิจัยในโครงการฯ จะทบทวนบทเรียนในระยะเริ่มต้นเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุงการดำเนินงานในระยะต่อไป แต่สิ่งหนึ่งที่เรียกว่าประสบความสำเร็จอย่างน่าพอใจ ก็คือการได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เป็นการเพิ่มความโปร่งใสและการยอมรับผลการตัดสินใจเชิงนโยบาย

อย่างไรก็ตาม ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องไม่ลืมว่า เราไม่สามารถบรรลุจุดมุ่งหมายของการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ได้แก่ การสร้างความเท่าเทียมและความเป็นธรรมในการเข้าถึงและได้รับบริการที่มีคุณภาพด้วยกระบวนการและหลักฐานทางวิชาการในสาขาที่นักวิจัยและบุคลากรสุขภาพคุ้นเคย เช่น ระบาดวิทยา ชีวการแพทย์ และเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข หากยังต้องการความรู้ที่จะช่วยในการปรับเปลี่ยนความคิดและทัศนคติของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกกลุ่ม ทั้งนี้ เพื่อให้คนไทยกว่า 47 ล้านคนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่พึงจะได้รับอย่างแท้จริงและไม่น้อยหน้าผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในโครงการประกันสุขภาพภาครัฐอื่น ๆ อย่างเป็นอยู่ **HiTAP**

เก็บตกจากการประชุมนานาชาติ เรื่อง HTA

ในช่วงวันที่ 6-11 มิถุนายน ที่ผ่านมา มีการประชุมนานาชาติที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA) เกิดขึ้นถึงสองการประชุม ได้แก่ การประชุม Health Technology Assessment International (HTAi) ครั้งที่ 7 ระหว่างวันที่ 6-9 มิถุนายน และการประชุม International Network for Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) ครั้งที่ 18 ระหว่างวันที่ 9-11 มิถุนายน ซึ่งทั้งสองงานจัดขึ้นที่เมืองดับลิน ประเทศไอร์แลนด์

‘Maximizing the value of HTA’ หรือ **‘การทำให้การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเกิดประโยชน์สูงสุด’** เป็นแนวคิดหลักของการประชุม HTAi ครั้งนี้ ซึ่งให้ความสำคัญกับการนำ HTA ไปใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย ซึ่งพบว่าการดำเนินการอยู่แล้วในหลายประเทศ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับพันธกิจของ HITAP ตั้งแต่แรกก่อตั้ง ในการประชุมนี้ผู้แทนจาก HITAP ได้นำเอกสารเกี่ยวกับการบริหารจัดการโครงการรายงานการวิจัย รวมถึงผลการประเมินองค์กรในระยะที่ผ่านมา ไปเผยแพร่เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับหน่วยงาน HTA ในประเทศอื่น ๆ ซึ่งได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลงานของ HITAP เรื่อง “Is it worth thinking about HIV vaccine and at what cost? An economic evaluation of HIV vaccine in Thailand” ซึ่งเป็นการประเมินความคุ้มค่าเพื่อกำหนดราคาของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยยังได้รับเลือกให้นำเสนอด้วยวาจาอีกด้วย



ประเด็น HTA ที่น่าจับตามอง

- ประเด็นที่นักวิชาการรวมถึงผู้กำหนดนโยบายจากหลายหน่วยงานให้ความสนใจ ได้แก่ การยกเลิกการสนับสนุนเทคโนโลยีที่ไม่มีความเหมาะสมในบริบทปัจจุบัน (disinvestment) เช่น พบว่ามีปัญหาเรื่องความปลอดภัย มีผลกระทบด้านสังคมจริยธรรม เป็นต้น โดยยกเลิกการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณและการฝึกอบรมที่เกี่ยวข้อง และอาจรวมถึงการเปลี่ยนแปลงแนวทางการวินิจฉัย หรือรักษาโรคที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีนั้น ๆ
- หลายหน่วยงานยังนำเสนอผลการประเมินมาตรการด้านสาธารณสุข (Public health interventions) ซึ่งรวมถึงนโยบายสร้างเสริมสุขภาพต่าง ๆ เช่น มาตรการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการลดการสูบบุหรี่ของ

หญิงตั้งครรภ์ หรือการป้องกันมะเร็งผิวหนัง เป็นต้น ทั้งนี้การประเมินมาตรการด้านสาธารณสุขยังมีข้อจำกัดในเรื่องระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการประเมินที่แตกต่างจากการประเมินยาหรือเครื่องมือแพทย์ ซึ่งนับเป็นช่องว่างที่ต้องการการวิจัยและพัฒนาต่อไป

ตัวอย่างรายงานการประเมินมาตรการด้านสาธารณสุข

ต้นเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553 The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ซึ่งเป็นหน่วยงาน HTA ของประเทศอังกฤษได้จัดทำ Public Health Guidance เรื่องการป้องกันผู้ดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายและอันตรายมาก ซึ่งแนะนำให้มีการคัดกรองและให้ความช่วยเหลือแบบสั้น (Brief intervention) ผู้สนใจสามารถติดตามได้ที่ <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13001/48984/48984.pdf>

อีกการประชุมห้องย่อยที่น่าสนใจ ได้แก่ เรื่องการพัฒนาอาชีพด้าน HTA ภายใต้หัวข้อ ‘Building a Career in Health Technology Assessment’ ซึ่งจัดขึ้นสำหรับนักศึกษาหรือผู้ที่เริ่มอาชีพ HTA โดยมีผู้เชี่ยวชาญจากหลายอาชีพ ได้แก่ Tammy Clifford จาก Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) ประเทศแคนาดา Michael Drummond จาก University of York สหราชอาณาจักร Cliff Goodman จาก The Lewin Group ประเทศสหรัฐอเมริกา Jens Grueger จากบริษัท Pfizer Inc. ประจำสหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา ทั้งนี้แต่ละคนได้ให้คำแนะนำที่น่าสนใจเกี่ยวกับการพัฒนางานในด้าน HTA

ต้องเตรียมความพร้อมอย่างไร หากต้องการยึดเอาการทำวิจัยด้าน HTA เป็นอาชีพ

Tammy Clifford ในฐานะผู้แทนจากหน่วยงาน HTA ของรัฐ มองว่าสิ่งสำคัญคือต้องทราบความต้องการที่แท้จริงของตนเองก่อน จากประสบการณ์ของผู้บรรยายเริ่มจากการเป็นนักวิชาการในมหาวิทยาลัย ซึ่งพบว่าสามารถตอบสนองความต้องการด้านวิชาการได้เพียงอย่างเดียว ดังนั้นเมื่อมีโอกาสจึงได้ย้ายมาทำงานที่ CADTH ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการทั้งด้านวิชาการ และการนำไปใช้ในเชิงนโยบายได้พร้อมกัน

Michael Drummond ผู้แทนจากสถาบันการศึกษา ได้ให้ข้อคิดเห็นที่สำคัญ 4 ประการสำหรับผู้ที่ต้องการประสบความสำเร็จในการเป็นนักวิชาการไม่ว่าจะอยู่ในตำแหน่งหรือองค์กรใดก็ตามว่า (1) ต้องมีความเพียร (2) ต้องมุ่งมั่นและพัฒนาจุดแข็งของตนเองในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจนกลายเป็น

ผู้เชี่ยวชาญ (3) ให้มองหาสถาบันที่มีความเข้มแข็งเป็นทีม ไม่ควรเข้าไปอยู่ในสถาบันที่มีคนเก่งเพียงคนเดียว และ (4) หากต้องการเป็นที่ยอมรับ “คุณต้องเขียน เขียน เขียน และ เขียน เท่านั้น!”

Cliff Goodman ในฐานะนักวิจัยจากบริษัทเอกชนที่ ให้คำปรึกษาเรื่อง HTA แนะนำว่าหากต้องการเติบโตในสายงาน นี้แล้วต้องทำงานหนักกว่าคนอื่น ๆ และต้องทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และสิ่งสำคัญก็คือการฟัง เพราะต้องสามารถ เข้าใจในสิ่งที่ลูกค้าต้องการได้เป็นอย่างดี นอกจากนั้นการมี แนวคิดใหม่เป็นของตนเองนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

Jens Grueger เสนอมุมมองจากภาคเอกชนว่าหาก ต้องการก้าวหน้าในภาคเอกชน ต้องทำงานอย่างทุ่มเทและมี ประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ที่เข้ามาร่วมทีมจึงต้องมีประสบการณ์ และความรู้อันเรื่อง HTA เป็นอย่างดี นอกจากนั้นยังต้องมุ่งมั่น ทำงานเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีใหม่ที่มีความ เหมาะสมอย่างรวดเร็ว

ผู้บรรยายทุกท่านย้ำว่านักวิจัยทุกสาขาวิชาสามารถ เข้ามาในวงการ HTA ได้หมด ไม่จำเป็นต้องจบการศึกษาด้ว การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ (Health Economic Evaluation) เท่านั้น แต่หากมีพื้นฐานเรื่องการประเมินความคุ้มค่าแล้ว ขอรับรองว่าจะต้องมีที่ทำงานรองรับอย่างแน่นอน!

การประชุม HTAi ครั้งต่อไปจะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 25-29 มิถุนายน เมืองริโอ เดอ จาเนโร ประเทศบราซิล สำหรับ ผู้ที่ต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการนำเสนอในห้อง ประชุมใหญ่สามารถรับชมในรูปแบบวิดีโอได้ที่ <http://www.htai.org/index.php?id=412>

การประชุม INAHTA จัดขึ้นต่อจากการประชุม HTAi เป็นการประชุมระหว่างหน่วยงาน HTA ที่เป็นสมาชิกจากหลาย ประเทศ INAHTA เป็นองค์กรไม่แสวงหากำไร ที่รวบรวมเครือข่าย ของหน่วยงาน HTA กว่า 50 แห่ง จาก 26 ประเทศ ซึ่งสมาชิก ต้องเป็นหน่วยงาน HTA ที่ไม่แสวงหากำไร และได้รับการ สนับสนุนจากรัฐบาลไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ในครั้งนี้ผู้แทนจาก HITAP, G-ba, และ MIDT หน่วยงาน HTA จากประเทศไทย เยอรมนี และเดนมาร์ก ในฐานะสมาชิกใหม่ของ INAHTA ได้ นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับองค์กร รวมถึงผลงานให้ที่ประชุมได้ รับทราบ

INAHTA brief เป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ที่เผยแพร่ ผลงาน HTA ของหน่วยงานสมาชิก INAHTA แบบย่อซึ่งเปิดให้ บุคคลทั่วไปที่สนใจสามารถเข้าไปอ่านความคืบหน้าของ HTA ของประเทศสมาชิกได้ ซึ่งในปี พ.ศ. 2553 นี้มีผลงานใหม่ ๆ ออกมา 15 เรื่อง จาก เช่น การประเมินการใช้เลเซอร์ในทันตกรรม เด็กโดย SBU ประเทศสวีเดน การประเมินเพื่อหามาตรการเลิก บุหรี่ที่คุ้มค่าที่สุด โดย DACEHTA ประเทศเดนมาร์ก เป็นต้น

ผู้สนใจสามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.inahta.org/Publications/New-publications/>

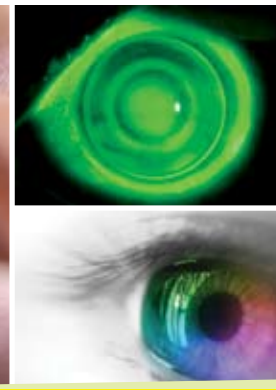
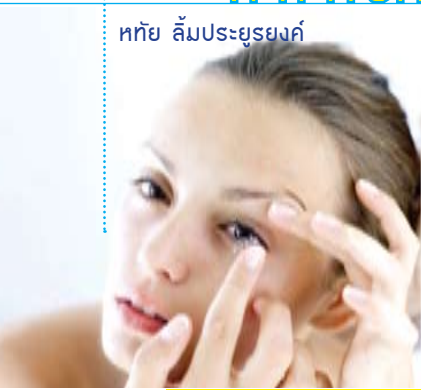


การประชุมในปีนี้นั้นเน้นเรื่องการประเมินผลกระทบของ HTA ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับแนวคิดของการประชุม HTAi โดยหน่วยงานที่เป็นสมาชิก INAHTA เช่น The Swedish Council on Health Technology Assessment (SBU) จาก ประเทศสวีเดน และ CADTH จากประเทศแคนาดา ได้มาแบ่งปัน ประสบการณ์ในการประเมินผลกระทบของ HTA ต่อระบบ สุขภาพของตนแก่ประเทศอื่นๆ นอกจากนั้นคณะทำงานด้าน การประเมินผลกระทบของ HTA ซึ่งเป็นคณะทำงานของ INAHTA ยังได้นำเสนอกรอบการประเมินผลกระทบของ HTA ซึ่งสมาชิกจากหลายหน่วยงานได้ร่วมกันพัฒนา ซึ่ง HITAP ได้ ให้ความสนใจที่จะนำมาปรับใช้เพื่อประเมินผลของ HTA ใน ประเทศไทยต่อไป

นอกจากจะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างเป็นทางการ ในที่ประชุมแล้ว ช่วงเวลาอื่น ๆ ก็เป็นช่วงสำคัญในการสร้าง เครือข่ายระหว่างหน่วยงาน HTA จากหลายประเทศ ทั้งนี้ HITAP ได้รับฟังและแบ่งปันประสบการณ์กับหน่วยงานอื่น ๆ ในเรื่องการนำ HTA ไปใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายว่ามีอุปสรรค อะไร และแต่ละหน่วยงานได้ผ่านอุปสรรคเหล่านั้นมาได้อย่างไร หน่วยงาน HTA จากประเทศในยุโรปได้เล่าประสบการณ์เรื่อง การประเมินยาสำหรับมะเร็งเต้านมตัวหนึ่งซึ่งเป็นประสบการณ์ ที่น่าสนใจที่นักวิจัยจากหน่วยงานต้องเผชิญแรงกดดันจากทั้ง สื่อ และบริษัทผู้ผลิตยาเมื่อผล HTA เสนอว่ารัฐบาลยังไม่ควร สนับสนุนยาตัวนี้ เป็นต้น

ในช่วงปีที่ผ่านมา INAHTA มีผลงานสำคัญอีกเรื่อง ได้แก่ การสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอก เช่น Centre for Research Dissemination (CRD) University of York และองค์การอนามัยโลก เป็นต้น โดยมุ่งพัฒนาเครือข่ายเพื่อ การสนับสนุน HTA ตัวอย่างความร่วมมือกับ CRD ที่สำคัญคือ การพัฒนาฐานข้อมูล HTA ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่ HITAP ได้ใช้ ประโยชน์ในการทำงานมาโดยตลอด สำหรับความร่วมมือกับ องค์การอนามัยโลกนั้นเริ่มต้นในปี พ.ศ. 2553 โดยกิจกรรม สำคัญที่กำลังจะเกิดขึ้น ได้แก่ การประชุมนานาชาติเรื่อง เครื่องมือแพทย์ครั้งที่ 1 (The First Global Forum on Medical Devices) จัดขึ้นที่ประเทศไทยระหว่างวันที่ 9-11 กันยายน พ.ศ. 2553 ซึ่ง INAHTA ให้ความสนใจและคาดว่าจะ เข้ามามีบทบาทอย่างจริงจัง **HITAP**

สนใจข้อมูลเพิ่มเติมติดต่อ จอมขวัญ โยธาสมุทร jomkwan.y@hitap.net



คอนแทคเลนส์ปรับสายตา... เมื่อการผ่าตัดอาจไม่ใช่คำตอบสุดท้าย

ผู้ที่มีปัญหาเรื่องสายตาสั้น สายตายาว หรือสายตาเอียง ส่วนใหญ่มักหาทางออก ด้วยการใส่แว่น หรือใส่คอนแทคเลนส์ แต่ด้วยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ในปัจจุบัน การใส่แว่นหรือใส่คอนแทคเลนส์ไม่ใช่เป็นเพียงแค่สองทางเลือก เพราะยังมีการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ อีก เช่น การผ่าตัด หรือการใช้แสงเลเซอร์เข้าปรับแต่งกระจกตา อย่างไรก็ตาม เมื่อพูดถึงสองวิธีหลัง แม้ว่าจะถือเป็นวิธีในการแก้ไขความผิดปกติของสายตาที่มีประสิทธิภาพ แต่หากลองจินตนาการภาพคุณหมอมือมืดหรือยิงแสงเลเซอร์ที่ดวงตา ภาพนี้อาจเป็นภาพที่ไม่พึงประสงค์สำหรับใครบางคน...

เกาะกระแสเทคโนโลยีฉบับนี้จะพาคุณผู้อ่านไปรู้จักกับคอนแทคเลนส์ปรับสายตา ทางออกใหม่ที่จะช่วยให้ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการมองเห็นกลับไปมีสายตาที่ปกติได้โดยไม่ต้องพึ่งมีดหรือแสงเลเซอร์

Mr. Jaume Pauné นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโท จาก College of Optics and Optometry, UPC-Barcelona Tech ประเทศสเปน ได้ออกแบบพัฒนาคอนแทคเลนส์สุดไฮเทคสำหรับใส่ขณะนอนหลับ ซึ่งมีลักษณะพิเศษสามารถปรับสายตาที่ผิดปกติของผู้ที่สวมใส่ที่มีสายตาสั้น สายตายาว หรือสายตาเอียง

หลักการการทำงานของคอนแทคเลนส์ปรับสายตาตัวนี้คือ ขณะที่ผู้ใช้ใส่เลนส์นอนหลับ ตัวเลนส์จะปรับรูปร่างและความโค้งของกระจกตา เพื่อแก้ไขความผิดปกติของสายตา กระบวนการนี้ใช้เวลาแค่ชั่วข้ามคืน ผู้ใส่ก็สามารถมองเห็นได้อย่างเป็นปกติในวันรุ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของการใส่เลนส์ปรับสายตาก็คือ วิธีนี้เป็นเพียงการรักษาแบบชั่วคราว ไม่ใช่การรักษาให้หายขาด เพราะต้องดูแลและทำอย่างต่อเนื่องทุกวัน โดยผู้ใช้

งานต้องใส่เลนส์เป็นประจำก่อนเข้านอนเพื่อคงรูปร่างและความโค้งของกระจกตาไว้ให้พร้อมสำหรับการมองเห็นในเช้าวันใหม่

นวัตกรรมเลนส์ปรับสายตาชิ้นนี้ถือเป็นผลงานวิทยานิพนธ์ของ Mr. Pauné ที่ได้รับรางวัล National Award (เมษายน พ.ศ. 2553) จาก Spanish Association of Opticians and Optometrists ซึ่งขณะนี้ ตัวเลนส์มีวางขายแล้วใน 3 ประเทศ ได้แก่ สเปน โปรตุเกส และฝรั่งเศส ภายใต้ชื่อ PauneLens สนนราคาอยู่ที่ 1,000 ยูโร (หรือประมาณ 40,000 บาท) ซึ่งเป็นราคาที่รวมค่าตัดเลนส์ให้เหมาะกับสายตาของแต่ละบุคคล อายุการใช้งานหนึ่งปี และขึ้นละ 400 ยูโร (หรือประมาณ 16,000 บาท) สำหรับเลนส์ตัวต่อ ๆ ไป

เลนส์ปรับสายตาถือเป็นทางเลือกใหม่สำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางสายตาที่ไม่อยากเจ็บตัว อย่างไรก็ตาม เป็นที่เข้าใจได้ว่าไม่มีเทคโนโลยีชนิดใดในโลกที่จะสมบูรณ์แบบ... แม้ว่าการใส่เลนส์ปรับสายตาจะคล้ายกับการใส่คอนแทคเลนส์ทั่วไป ซึ่งตัวเลนส์สัมผัสกับตาโดยตรง แต่สิ่งที่ต้องระวังเป็นพิเศษสำหรับเลนส์ปรับสายตาก็คือ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการที่กระจกตาถูกกดทับ หรือถูกบีบรัดเพื่อปรับรูปร่าง และผู้สวมใส่ก็ต้องไม่ลืมเรื่องของการรักษาความสะอาด เนื่องจากเลนส์ปรับสายตาก็มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้เหมือนเลนส์ปกติเช่นกัน ดังนั้นเพื่อความปลอดภัย ก่อนการนำเลนส์ปรับสายตามาใช้ในประเทศไทย ควรศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการที่มีความน่าเชื่อถือเพื่อนำไปประกอบการตัดสินใจ ก่อนการเลือกใช้ ซึ่งจะนำไปสู่การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์อย่างสมเหตุสมผลในสังคมไทยต่อไป **HITAP**

ประชุมผู้เชี่ยวชาญในโครงการ "การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ ของวัคซีนนิวโมคอคคัลคอนจูเกต"

เมื่อวันที่ 16 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 **น.ส.วันทนีย์ กุลเพ็ง** นักวิจัยหลักพร้อมด้วยนักวิจัยร่วมในโครงการ "การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์ของวัคซีนนิวโมคอคคัลคอนจูเกต (Pneumococcal conjugate vaccine)" จัดการประชุมผู้เชี่ยวชาญ ณ ห้องประชุมโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ เพื่อกำหนดคำถามและขอบเขตของงานวิจัย โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจากหน่วยงานต่าง ๆ อาทิ สำนักงานคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, International Emerging Infectious Program, Thailand Ministry of Public



Health – U.S. Center for Disease Control and Prevention (TUC), สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์ (PReMA) ทั้งนี้ที่ประชุมได้ให้ข้อเสนอแนะต่อโมเดลและแนวทางการเก็บผลการวิจัย รวมไปถึงสนับสนุนให้นักวิจัยประเมินความคุ้มค่าของวัคซีนทั้ง 3 ชนิด ได้แก่ 7-valent Pneumococcal conjugate vaccine (PCV7), PCV10 และ PCV13 **HITAP**



นักวิจัย HITAP นำเสนองานวิจัยในการประชุม Future Utility of RV144



ภญ.พัทธรา ลิขหวรรณค์ นักวิจัยหลักในโครงการ "การประเมินความคุ้มค่าของการนำวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีชนิด Prime-Boost (ALVAC®-HIV และ AIDSVAX® B/E) มาใช้ในประชากรไทย" ได้รับเชิญไปนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุม Future Utility of RV144 เมื่อวันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2553 ณ โรงแรม Plaza Athenee กรุงเทพมหานคร ซึ่งจัดขึ้นโดยความร่วมมือของ The Global HIV Vaccine Enterprise, The U.S Military HIV Research Program

(MHRP), The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข การประชุมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันจัดทำข้อเสนอแนะต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของวัคซีน RV144 เพื่อนำเสนอต่อผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขในการศึกษาประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในประเทศไทย **HITAP**

นักวิจัย HITAP นำเสนองานวิจัย ในการประชุม HPV Forum ครั้งที่ 2



เมื่อวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2553 **ภญ.นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร** นักวิจัยหลักในโครงการ “การประเมินความคุ้มค่าของมาตรการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย” พร้อมด้วย ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ภญ.พัทธรา ลีฬหาวรงค์ ภญ.จรรยา สิริวีโรจน์ และภก.นันทสิทธิ์ เหลืองอาสาสะทิตย์ นักวิจัย HITAP เข้าร่วมเสนอข้อมูลงานวิจัย และให้ความคิดเห็นแก่คณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ ในการ

ประชุม HPV Forum ครั้งที่ 2 ซึ่งจัดโดยสำนักงานคณะกรรมการ วัคซีนแห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ณ โรงแรม Plaza Athenee กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อหาแนวทางป้องกัน และลดปัญหา มะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย **HITAP**

การประชุมระดมสมองเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการในสถาบันผลิตแพทย์ "การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างสมเหตุสมผล"

เมื่อวันที่ 5 เมษายน พ.ศ. 2553 โครงการความร่วมมือระหว่างกลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย (กสพท.) และ HITAP ร่วมกันจัดประชุมระดมสมองเพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการในสถาบันผลิตแพทย์ ภายใต้หัวข้อ “การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างสมเหตุสมผล” ณ โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี โดยการประชุมดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อระดมความคิดเห็นต่อประเด็นการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างสมเหตุสมผลจากสถาบันผู้ผลิตแพทย์ต่าง ๆ การประชุมในครั้งนี้ มีผู้เข้าร่วมประชุมจากสถาบันผู้ผลิตแพทย์ของประเทศไทย กว่าสิบสถาบัน

ผู้เข้าร่วมประชุมได้เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางที่จะนำไปสู่การใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมในสถาบันแพทยศาสตร์ ซึ่งมีข้อสรุปกิจกรรมสำคัญที่จะดำเนินงานร่วมกันระหว่าง 2 องค์กร ได้แก่ 1. การพัฒนาหลักสูตรของนักศึกษาแพทย์เรื่องการใช้อายและเทคโนโลยีทางการแพทย์ 2. การพัฒนาระบบประกันคุณภาพพยาสามัญที่เป็นมาตรฐาน



และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องแก่โรงพยาบาลและผู้ประกอบวิชาชีพ 3. สนับสนุนการวิจัยเพื่อประเมินความคุ้มค่าของยาและเครื่องมือแพทย์รวมทั้งส่งเสริมให้มีการนำผลการวิจัยไปสู่การปฏิบัติ และ 4. ส่งเสริมจริยธรรมและความรู้ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างบริษัทากับแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน และนักศึกษาแพทย์ **HITAP**

โครงการศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ประเทศไทยสุขภาพพม่า

นักวิจัย HITAP ร่วมกับองค์การอนามัยโลก และกระทรวงสาธารณสุข ประเทศสหภาพพม่า ดำเนินโครงการศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก (Feasibility study for the Community Health Initiative for Maternal and Child Health) ซึ่งรัฐบาลสหภาพพม่าจะได้รับทุนสนับสนุนจาก Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) Health System Strengthening (HSS)

เมื่อวันที่ 11-14 พฤษภาคม พ.ศ. 2553 **ภญ.พิศพรธรรม วีระยั้งยง** นักวิจัยหลักพร้อมด้วยนักวิจัยร่วมได้รับเชิญให้

ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาของโครงการดังกล่าว ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อขยายโอกาสให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้เข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้แก่ การฝากครรภ์ การคลอดบุตร และการดูแลหลังตั้งครรภ์ จากบุคลากรสุขภาพ เช่น แพทย์ และผดุงครรภ์ ตามความจำเป็น ซึ่งในท้ายที่สุดจะนำไปสู่การลดอัตราการตายของแม่และเด็ก ทั้งนี้ คณะนักวิจัยมุ่งพัฒนากรอบด้านการเงินการคลังเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ในขณะเดียวกันก็จัดระบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการ **HITAP**



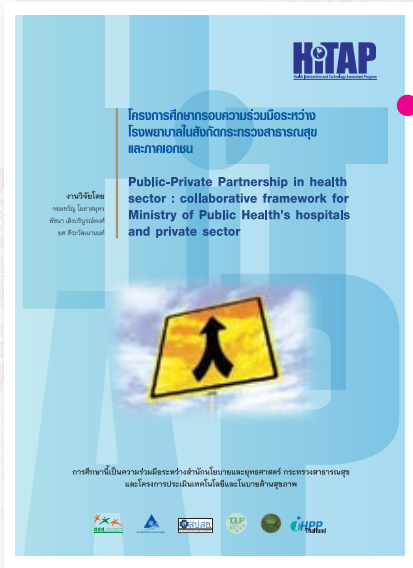
การอบรม 'การสังเคราะห์งานวิจัยด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1'

เมื่อวันที่ 17-19 กรกฎาคม พ.ศ. 2553 HITAP ร่วมกับคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร จัดอบรม 'การสังเคราะห์งานวิจัยด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1 (Evidence synthesis in health care) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์ นักวิชาการและนักวิจัยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) และการวิเคราะห์เชิงอภิมาน (Meta-Analysis)

หัวข้อการอบรมประกอบไปด้วย Rationale, potential and promise of evidence synthesis, Comprehensive systematic review, Assessing the quality of trials, Methods of meta-analysis, Statistical methods: fixed

and random effect models, Presenting results of systematic review and meta-analysis, Critical appraisal of meta-analysis, Advance meta-analysis และ Scientific evidences and decision making

ทั้งนี้ มีผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 28 คนจาก 16 หน่วยงานภาครัฐและเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อหลักสูตร และต้องการให้จัดมีการจัดการอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือการอบรมในลักษณะนี้ขึ้นอีกในอนาคต เพราะความรู้ที่ได้รับเป็นประโยชน์ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง **HITAP**



รายงานการศึกษากรอบความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและภาคเอกชน

ความเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี ส่งผลให้ความต้องการการบริการด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น และมีความซับซ้อนเกินกว่าที่ภาครัฐ หรือภาคเอกชนจะสามารถตอบสนองได้ ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขของภาครัฐและเอกชนเป็นช่องทางหนึ่งที่จะสามารถผนวกจุดแข็งของทั้งสองระบบเข้าด้วยกันเพื่อเพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพของบริการทางด้านสาธารณสุข อีกทั้งสร้างความยั่งยืนของบริการสุขภาพเพื่อประโยชน์ของประชาชน อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มียุทธศาสตร์หรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับความร่วมมือดังกล่าว HITAP ร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินโครงการวิจัยนี้เพื่อศึกษาและกำหนดกรอบว่าด้วยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและภาคเอกชน ในการเพิ่มศักยภาพของบริการด้านสุขภาพของประเทศไทย

รายงานการวิจัยความคุ้มค่าของการผ่าตัดต้อกระจก โดยใส่เลนส์แก้วตาเทียมชนิดนิ่มเปรียบเทียบกับชนิดแข็ง ในบริบทของประเทศไทย



การผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียมเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาโรคต้อกระจก อันเป็นสาเหตุหลักของอาการตาบอดในประเทศไทย ซึ่งการผ่าตัดจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมามองเห็นได้ใกล้เคียงกับปกติ รวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตและการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้นมาก อย่างไรก็ตาม เลนส์แก้วตาเทียมมีความหลากหลายทั้งในด้านคุณสมบัติและราคาของเลนส์ อีกทั้งยังมีปัญหาความไม่เสมอภาคในการเบิกจ่ายค่าเลนส์แก้วตาเทียมระหว่างผู้ประกันตนในโครงการประกันสุขภาพต่าง ๆ งานวิจัยนี้มุ่งศึกษาการเข้าถึงและปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงการผ่าตัดต้อกระจกที่แตกต่างกันในประชากรกลุ่มต่าง ๆ และความคุ้มค่าของการผ่าตัดต้อกระจกโดยใส่เลนส์แก้วตาเทียมชนิดนิ่มเปรียบเทียบกับชนิดแข็งในบริบทของประเทศไทยในมุมมองของผู้ให้บริการ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายและผู้ที่ใช้เทคโนโลยีนี้ต่อไป

ท่านที่สนใจสามารถดาวน์โหลดได้ที่ www.hitap.net

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

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

โทรศัพท์ : 02-590-4549 , 02-590-4374-5 โทรสาร : 02-590-4369 และท่านสามารถอ่านจุลสาร HITAP ในรูปแบบ PDF ได้ที่ www.hitap.net

ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ: ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส กองบรรณาธิการ: ชลัญจกร โยธาสมุทร หทัย ลิ้มประยูรวงศ์