รายงานความก้าวหน้า
โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

จัดทำโดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และ
โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
9 มีนาคม พ.ศ. 2553

รายงานความก้าวหน้า
โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

1. ความเป็นมา

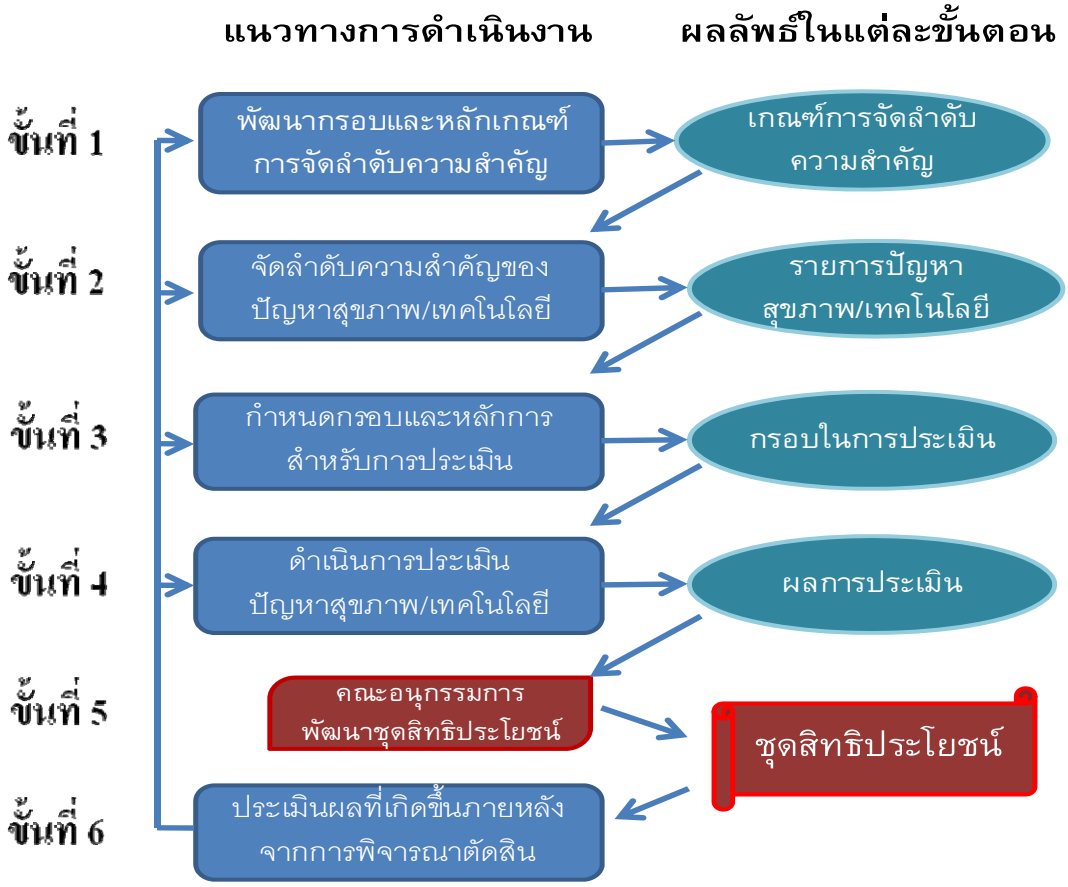
สืบเนื่องจากคณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นคณะกรรมการชุดหนึ่งที่มีความสำคัญในการกำกับทิศทางเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชนภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ภารกิจหลักของคณะอนุกรรมการฯ ได้แก่ พิจารณาการบริการสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมเพื่อบรรจุเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พัฒนาระบบบริการ และสร้างความเสมอภาคระหว่างการบริการสุขภาพทั้ง 3 ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ (ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และระบบประกันสังคม) อย่างไรก็ตามหากพิจารณาบนพื้นฐานของชุดสิทธิประโยชน์ในปัจจุบันพบว่ายังมีมาตรการด้านสุขภาพที่สำคัญบางส่วนซึ่งยังไม่ครอบคลุมในชุดสิทธิประโยชน์ฯ หรือบางมาตรการครอบคลุมแล้วแต่มีราคาแพงจนทำให้ผู้ให้บริการหลีกเลี่ยงที่จะให้บริการกับผู้มีสิทธิ อันเป็นสาเหตุให้เกิดความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงและไม่ได้รับบริการที่มีความจำเป็น ทำให้เกิดการร้องขอความช่วยเหลือและเรียกร้องการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์เข้าสู่ที่ประชุมคณะอนุกรรมการฯ บ่อยครั้ง

ในการนี้ คณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มอบหมายให้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) เป็นฝ่ายเลขานุการในการดำเนินการศึกษาด้วยระเบียบวิธีการที่เหมาะสมตามหลักวิชาการเพื่อให้การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีความครอบคลุม เป็นระบบ โปร่งใสและอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงวิชาการ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับประโยชน์จากชุดสิทธิประโยชน์อย่างถ้วนหน้าและเป็นธรรม

2. วัตถุประสงค์การดำเนินงานวิจัย

จัดทำข้อเสนอแนะสำหรับคณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ เพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างครอบคลุมเป็นระบบ และโปร่งใส บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงวิชาการ โดยกำหนดกรอบแนวคิดการดำเนินงานดังรูปที่ 1

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการดำเนินงาน



3. ความก้าวหน้าในการดำเนินงาน

ตามกรอบแนวคิดการดำเนินงานของการศึกษานี้กำหนดขั้นตอนการดำเนินงานทั้งสิ้น 6 ขั้นตอน โดยฝ่ายเลขานุการจะต้องดำเนินการในขั้นที่ 1 ถึง 4 ให้แล้วเสร็จเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ สำหรับคณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการภายในเดือนกรกฎาคม 2553 โดยในขณะนี้ (กุมภาพันธ์ 2553) ฝ่ายเลขานุการได้ดำเนินการขั้นที่ 1 แล้วเสร็จและกำลังอยู่ในระหว่างการดำเนินงานในขั้นที่ 2 โดยรายละเอียดการดำเนินงานที่ผ่านมามีดังนี้

ขั้นที่ 1: การพัฒนากรอบและหลักเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ฝ่ายเลขานุการดำเนินการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการสร้างการมีส่วนร่วมจากกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน รวมถึงประเด็นที่ควรนำมาใช้ในการคัดเลือกหัวข้อฯ จากองค์กรซึ่งทำหน้าที่พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบรัฐสวัสดิการในประเทศต่างๆ 7 องค์กร ประกอบด้วย

- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ประเทศอังกฤษและเวลส์
- 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) ซึ่งอยู่ภายใต้ German Institute for Medical Documentation and Information ประเทศเยอรมนี
- Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU) ประเทศสวีเดน
- Catalan Agency for Health Technology Assessment (CAHTA) ประเทศสเปน

และได้นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมในการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพื่อหารือหลักการและแนวทางในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ สำหรับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2552 ซึ่งประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และกลุ่มผู้ป่วย สรุปผลดังตารางที่ 1-3

ตารางที่ 1 แสดงการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการเสนอหัวข้อฯของประเทศต่างๆ และแนวทางการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำหรับประเทศไทย

กระบวนการ	กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	NICE	CADTH	VATAP	Health council of the Netherlands	DAHTA	SBU	CAHTA	THAILAND (เช้า)	THAILAND (บ่าย)
การเสนอหัวข้อ	ผู้กำหนดนโยบาย	●	●	●		●	●		●	●
	ผู้เชี่ยวชาญการแพทย์	●	●	●		●	●	●	●	●
	นักวิชาการ	●	●	●		●	●	●	●	●
	กลุ่มผู้ป่วย	●	●	●		●		●	●	●
	กลุ่มประชาสังคม	●	●			●			●	●
	กลุ่มอุตสาหกรรม	●	●			●	●		●	●
	ประชาชนทั่วไป**	●				●			●	●
	องค์กรระหว่างประเทศ			●						
	เจ้าหน้าที่ในองค์กร	●	●	●	●					●

หมายเหตุ ** ประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมผ่านสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ตารางที่ 2 แสดงการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการคัดเลือกหัวข้อฯ ของประเทศต่างๆ และแนวทางการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำหรับประเทศไทย

กระบวนการ	กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	NICE	CADTH	VATAP	Health council of the Netherlands	DAHTA	SBU	CAHTA	THAILAND (เช้า)	THAILAND (บ่าย)
การคัดเลือกหัวข้อ	ผู้กำหนดนโยบาย	●	●			●	●			
	ผู้เชี่ยวชาญการแพทย์	●	●	●		●	●	●	●	●
	นักวิชาการ	●	●			●	●	●	●	●
	กลุ่มผู้ป่วย**	●				●				●
	กลุ่มประชาสังคม	●				●			●	●
	กลุ่มอุตสาหกรรม					●				
	ประชาชนทั่วไป	●	●							
	เจ้าหน้าที่ในองค์กร	●	●		●		●	●	●	●

หมายเหตุ **กลุ่มผู้ป่วยมีส่วนร่วมแบบก้าวหน้า (progressive involvement)

ตารางที่ 3 แสดงประเด็นการคัดเลือกหัวข้อฯ ของประเทศต่างๆ และข้อเสนอประเด็นการคัดเลือกหัวข้อฯ สำหรับประเทศไทย

		NICE	CADTH	VATAP	Health council of the NL	SBU	DAHTA	CAHTA	Frequency	THAILAND (เช้า/บ่าย)
Intervention	variation	●	●	●		●	●	●	6	●
	resource impact	●							1	
	necessity				●				1	
	effectiveness		●		●	●	●	●	5	●
	efficiency				●		●		2	
	cost of intervention			●		●		●	3	
	individual responsibility				●				1	
	translating new knowledge into clinical practice or care (implementation feasibility)			●		●		●	3	
	possibility of change in cost							●	1	
Disease	burden of disease	●		●			●	●	4	●
	need for knowledge of the problem			●					1	
	urgency /timeliness	●							1	
	number of potential patients		●	●		●		●	4	●
Both	policy importance	●							1	
	equity/ethical and social implication	●	●	●		●		●	5	●
	economic impact	●	●			●		●	4	●
	sufficient evidence for assessment			●			●		2	
Total		7	5	8	4	7	5	9		6

หลังจากนั้นฝ่ายเลขานุการได้นำผลการประชุมข้างต้น ไปใช้ในการจัดทำร่างประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน โดยการทบทวนวรรณกรรม และได้นำเสนอในการประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาร่างข้อเสนอประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2553 เพื่อพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมในรายละเอียดของร่างประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อฯ

นอกจากนี้ ฝ่ายเลขานุการได้ยกร่างแนวปฏิบัติสำหรับการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน โดยได้นำเสนอต่อกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภาคส่วนต่างๆ ประกอบด้วย (1) กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย (2) กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ (3) กลุ่มนักวิชาการ (4) กลุ่มประชาสังคม (5) กลุ่มผู้ป่วย (6) กลุ่มอุตสาหกรรม และ (7) กลุ่มประชาชนทั่วไป ในการประชุมเพื่อคัดเลือกผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเข้าร่วมกระบวนการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553 เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในรายละเอียดของร่างแนวปฏิบัติฯ

ทั้งนี้ ร่างเอกสารดังกล่าวได้รับความเห็นชอบจากการประชุมผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียครั้งที่ 1/2553 เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2553 โดยรายละเอียดของประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อฯ และแนวปฏิบัติสำหรับการเสนอและคัดเลือกหัวข้อฯ แสดงไว้ในภาคผนวก ก และ ข

4. ปัญหาอุปสรรคและวิธีการแก้ปัญหา

ประเด็น	ปัญหาที่พบ	วิธีแก้ไข
1. การกำหนดระเบียบวิธีวิจัย	การวิจัยเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ฯ ยังไม่เคยมีมาก่อนในประเทศไทย จึงไม่สามารถกำหนดระเบียบวิธีวิจัยที่ชัดเจนได้	การดำเนินงานเป็นการวิจัยและพัฒนากระบวนการ ซึ่งใช้การประชุมผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการร่วมกันพัฒนากระบวนการให้เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับในสังคม
2. ระยะเวลาในการดำเนินงานโครงการฯ	กรอบเวลาการดำเนินโครงการสั้นมากจนทำให้ทุกกระบวนการต้องเร่งรัดดำเนินการ	ขอความร่วมมือจากผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเร่งรัดกระบวนการเสนอและคัดเลือกหัวข้อฯ เพื่อให้สามารถนำผลการศึกษาไปใช้พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ได้ทันในการพิจารณางบประมาณปี 2554

5. การดำเนินงานในขั้นตอนต่อไป

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่งตั้งคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อปัญหาและเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน เป็นคณะทำงานในโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

2. ฝ่ายเลขานุการจัดการประชุมผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ครั้งที่ 1 เพื่อพิจารณาร่างแนวปฏิบัติสำหรับการเสนอและคัดเลือกหัวข้อฯ และร่างประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อฯ ดังเอกสารข้างต้น รวมทั้งการจัดทำข้อตกลงร่วมระหว่างผู้แทนกลุ่มกับมูลนิธิพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และการเตรียมความพร้อมแก่ผู้แทนกลุ่มก่อนเริ่มกระบวนการ ในวันที่ 9 มีนาคม 2553

3. ผู้แทนกลุ่มดำเนินการจัดกิจกรรมตามข้อตกลงร่วมดังกล่าว โดยจะเสนอหัวข้อฯ กลุ่มละไม่เกิน 3 หัวข้อ ต่อฝ่ายเลขานุการ ภายในวันที่ 9 เมษายน 2553

4. ฝ่ายเลขานุการดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร และแจ้งผลรับ/ไม่รับข้อเสนอแก่ผู้แทนกลุ่มเป็นลายลักษณอักษร ภายในวันที่ 23 เมษายน 2553

5. ฝ่ายเลขานุการจัดประชุมคณะทำงานฯ เพื่อดำเนินกระบวนการคัดเลือกหัวข้อฯ ประมาณปลายเดือนเมษายน 2553 และจะสรุปผลการคัดเลือกหัวข้อฯ เสนอต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ เพื่อพิจารณาในต้นเดือนพฤษภาคม 2553

ภาคผนวก ก

ประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เข้าสู่การประเมิน

ในขั้นตอนของการคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อให้การคัดเลือกหัวข้อฯ เป็นไปอย่างเป็นระบบ โปร่งใสและอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานวิชาการ จำเป็นต้องมีการพัฒนากรอบและหลักเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อฯ สำหรับการดำเนินงานที่ผ่านมา ฝ่ายเลขานุการโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากรอบและหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกหัวข้อฯ เพื่อให้ได้มาซึ่งลำดับความสำคัญของปัญหาฯ เข้าสู่การประเมินและพิจารณาผนวกเข้าในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้นำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมในการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2552 ซึ่งประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย นักวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และกลุ่มผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรับฟังความคิดเห็นและเพื่อให้ได้ข้อสรุปร่วมกันเกี่ยวกับประเด็นที่ควรนำมาใช้ในการคัดเลือกหัวข้อปัญหาฯ ทั้งนี้ที่ประชุมมีข้อสรุปร่วมกันที่จะประยุกต์ใช้ประเด็นในการคัดเลือกหัวข้อปัญหาฯ 6 ประเด็นดังนี้ 1) จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ 2) ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ 3) ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ 4) ความแตกต่างในทางปฏิบัติ 5) ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และ 6) ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม

หลังจากนั้นฝ่ายเลขานุการฯ ได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมเพื่อจัดทำรายละเอียดของเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับแต่ละประเด็นดังกล่าว และได้เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาร่างประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2553 เพื่อพิจารณาความเหมาะสมในรายละเอียด ซึ่งประกอบด้วย คำจำกัดความในแต่ละประเด็นการคัดเลือกหัวข้อฯ และเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละประเด็น ซึ่งได้มีการนำเสนอประเด็นและเกณฑ์ดังกล่าวในการประชุมคณะทำงานเสนอและคัดเลือกหัวข้อฯ เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2553 เพื่อให้ที่ประชุมรับทราบและให้ข้อคิดเห็นถึงความเหมาะสม ความเป็นไปได้ของประเด็นและเกณฑ์ดังกล่าว ทั้งนี้รายละเอียดของประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อฯ หลังจากปรับแก้ตามมติในการประชุมวันที่ 9 มีนาคม 2553 เป็นดังนี้

ก. ประเด็นการคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อนำเข้าสู่การประเมิน ประกอบด้วย 6 ประเด็นดังต่อไปนี้

1. จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ (Size of population affected by disease or health problem)

คำจำกัดความ จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพที่สนใจในปีล่าสุดที่มีข้อมูล โดยพิจารณาจำนวนผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบที่มีชีวิตอยู่ทั้งรายเก่าและรายใหม่ (Prevalence)

เกณฑ์การให้คะแนน จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ ให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการซึ่งได้รับการตีพิมพ์ หรืออาจเป็นเอกสารหรือฐานข้อมูลของหน่วยงานตามรายชื่อที่ระบุไว้ในข้อกำหนดท้ายเอกสารฉบับนี้ โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนมีดังนี้

- มากกว่า 500,000 คนขึ้นไป **5**
- 100,001-500,000 คน **4**
- 50,001-100,000 คน **3**
- 10,001-50,000 คน **2**
- 0-10,000 คน **1**

2. ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ (Severity of disease or health problem)

คำจำกัดความ ระดับความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพหนึ่งๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความสูญเสียหรือผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต อันเนื่องมาจากการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นๆ โดยอาจวัดเป็นค่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เป็นโรคหรือมีปัญหาสุขภาพที่สนใจ

เกณฑ์การให้คะแนน พิจารณาจากข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยกำหนดสเกลวัดระดับคุณภาพชีวิต ระหว่าง 0 ถึง 1 (0 หมายถึง ภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุด และ 1 หมายถึงภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด) อย่างไรก็ตาม พบว่าคุณภาพชีวิตบางรูปแบบมีสเกลเป็นลบได้ โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนมีดังนี้

- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0 **5**
- 0.01 - 0.20 **4**
- 0.21 - 0.40 **3**
- 0.41 - 0.60 **2**
- มากกว่า 0.60 **1**

ทั้งนี้ให้อ้างอิงจากผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการตีพิมพ์ตามข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับหลักฐานวิชาการในท้ายเอกสารฉบับนี้ กรณีที่ไม่มีผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ทั้งในและต่างประเทศ ให้ทีมเลขาฯ ทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D[1] ซึ่งแนะนำไว้ในคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย (www.hitap.net/report.php)

[1] EQ-5D เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพแบบทั่วไป ซึ่งไม่จำกัดอายุ เพศ หรือภาระโรคที่เป็น โดยสามารถประเมินมิติของสุขภาพได้หลายมิติด้วยเครื่องมือเดียว และทำให้สามารถเปรียบเทียบระหว่างโรคต่างๆ ได้ นอกจากนี้นับว่าเป็นเครื่องมือที่สั้นและง่ายกว่าในการตอบเมื่อเทียบกับเครื่องมืออื่น อีกทั้งยังมีความถูกต้อง ความแม่นยำ และความไวต่อการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดีหรือยอมรับได้ ดังนั้นคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทยจึงเสนอแนะให้ใช้แบบสอบถาม EQ-5D ในการประเมินอรรถประโยชน์ในประชากรไทย (ที่มา: คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย, 2552)

3. ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Effectiveness of health technology)

คำจำกัดความ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่สนใจซึ่งพิจารณาจากผลลัพธ์สุดท้ายด้านสุขภาพจากการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสภาพ การคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค และการป้องกันโรค อันสืบเนื่องมาจากเทคโนโลยีนั้นๆ โดยอาจพิจารณาเปรียบเทียบกับทางเลือกอื่นที่มีอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อมูลประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์ตามข้อกำหนดในท้ายเอกสารฉบับนี้ โดยต้องมีหลักฐานวิชาการที่เป็นการศึกษาด้วยระเบียบวิธีวิจัยแบบการศึกษาทางคลินิกแบบสุ่มตัวอย่างโดยมีกลุ่มควบคุม (Randomize Controlled Trial /RCT) อย่างน้อย 1 การศึกษา[2] กรณีที่ไม่สามารถทำการศึกษาแบบ RCT ได้ เนื่องด้วยข้อจำกัดบางประการ เช่น ปัญหาด้านจริยธรรมและ/หรือความเป็นไปได้ สามารถอนุโลมให้ใช้การศึกษาชนิดอื่นได้ โดยเกณฑ์ในการให้คะแนน จำแนกตามวัตถุประสงค์หลักของเทคโลยีด้านสุขภาพ ดังนี้

ในกรณีของการรักษาและ/หรือฟื้นฟูสภาพ

- สามารถรักษาให้หายขาดได้ (กลับสู่ภาวะสุขภาพปกติ) **5**
- ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน **4**
- ยืดชีวิตให้ยืนยาวขึ้นและเพิ่มคุณภาพชีวิตเพียงเล็กน้อย **3**
- เพิ่มคุณภาพชีวิตอย่างชัดเจน **2**
- เพิ่มคุณภาพชีวิตเพียงเล็กน้อย **1**

[2] มีข้อแนะนำให้ใช้การวิเคราะห์อภิมาน (Meta-analysis) กรณีที่มีข้อมูล RCT มากกว่า 1 การศึกษา

ในกรณีของการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรค พิจารณาจากความแม่นยำในการคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรคนั้นๆ ซึ่งมีวิธีพิจารณากำหนดคะแนนเป็นสามส่วน ดังนี้

ส่วนที่หนึ่ง พิจารณาความแม่นยำ[3] (Accuracy) ในการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรค เป็นความแม่นยำที่จะบอกผู้ที่เป็นโรคจริงและไม่เป็นโรคจริงจากจำนวนประชากรที่นำมาตรวจ

ระดับความแม่นยำ	คำจำกัดความ
A0	ความแม่นยำน้อยกว่า 60%
A1	ความแม่นยำ 60 – 80%
A2	ความแม่นยำมากกว่า 80%

ส่วนที่สอง ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการคัดกรองและ/หรือการวินิจฉัยโรคนั้นๆ โดยพิจารณาโรคที่เทคโนโลยีด้านสุขภาพนั้นๆ คัดกรองและ/หรือวินิจฉัย ว่าสามารถรักษาให้หายขาดได้หรือไม่

ผลกระทบจากการคัดกรอง และ/หรือการวินิจฉัยโรค	คำจำกัดความ
D0	โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้
D1	โรคที่คัดกรองเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้

[3] สูตรการคำนวณความแม่นยำ (Accuracy) $Accuracy = \frac{a+d}{a+b+c+d}$

การคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย		สภาพจริงผู้ป่วยจากการตรวจมาตรฐาน	
		ผลบวก	*ผลลบ*
ผลการตรวจจากเครื่อง	*ผลบวก*	A	b
	ผลลบ	C	d

ส่วนที่สาม นำผลที่ได้จากการพิจารณากำหนดคะแนนในส่วนที่หนึ่งและสองมาให้คะแนนดังนี้

ระดับความแม่นยำ	ผลกระทบจากการคัดกรอง และ/หรือการวินิจฉัยโรค	คะแนน
A2	D1	5
A1	D1	4
A2	D0	3
A1	D0	2
A0	D1	2
A0	D0	1

หมายเหตุ มีเกณฑ์สองเกณฑ์ที่กำหนดให้คะแนนในระดับ 2

ในกรณีของการป้องกันโรค

- มีประสิทธิผลในการป้องกันมากกว่า 90% **5**
- มีประสิทธิผลในการป้องกัน 81–90% **4**
- มีประสิทธิผลในการป้องกัน 71–80% **3**
- มีประสิทธิผลในการป้องกัน 61–70% **2**
- มีประสิทธิผลในการป้องกันน้อยกว่า 60% **1**

4. ความแตกต่างในทางปฏิบัติ (Variation in practice)

คำจำกัดความ ความแตกต่างในทางปฏิบัติจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพรักษาและ/หรือฟื้นฟูสภาพ การคัดกรองและ/หรือวินิจฉัยโรค และการป้องกันโรค โดยพิจารณาบนพื้นฐานการมีอยู่ของหลักฐานวิชาการ

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อมูลความแตกต่างในทางปฏิบัติให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการซึ่งแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในทางปฏิบัติที่ได้รับการตีพิมพ์ หรืออาจเป็นเอกสารจากหน่วยงานตามรายชื่อที่ระบุไว้ในข้อกำหนดท้ายเอกสารฉบับนี้ โดยเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

- มีหลักฐานวิชาการในประเทศไทย (ระดับประเทศ) ที่แสดงให้เห็นว่า มีความแตกต่างในทางปฏิบัติ **5**
- มีหลักฐานวิชาการในประเทศไทย (บางพื้นที่) ที่แสดงให้เห็นว่า มีความแตกต่างในทางปฏิบัติ **4**
- มีหลักฐานวิชาการที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในทางปฏิบัติในต่างประเทศ และมีแนวโน้มว่ามีความแตกต่างในทางปฏิบัติในประเทศไทย **3**
- ไม่มีหลักฐานวิชาการยืนยัน แต่เป็นที่ทราบโดยทั่วไปว่า มีความแตกต่างในทางปฏิบัติ และ/หรือ ยังไม่มี Clinical Practice Guideline ที่ชัดเจนในประเทศไทย[4] **2**
- เป็นที่ทราบโดยทั่วไปว่าไม่มีความแตกต่างในทางปฏิบัติ **1**

[4] ยังไม่มี Clinical Practice Guideline (CPG) ที่ชัดเจนในประเทศไทย หมายถึง ราชวิทยาลัยและสมาคมทางการแพทย์ตามรายชื่อที่ระบุไว้ในข้อกำหนดท้ายเอกสารฉบับนี้ยังไม่ได้พัฒนา CPG สำหรับประเทศไทย และ/หรือ มีความแตกต่างของ CPG ที่พัฒนาขึ้นในระดับโรงพยาบาล

5. ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน (Economic impact on household expenditure)

คำจำกัดความ ผลกระทบจากการที่ครัวเรือนต้องแบกรับภาระรายจ่ายจากการรักษาโรคหรือปัญหาสุขภาพ และ/หรือ จากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เมื่อสมาชิกในครัวเรือนเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ จนทำให้ครัวเรือนต้องประสบกับภาวะล้มละลาย (Catastrophic illness/ health catastrophe)[5]

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อมูลผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือนในรูปของรายจ่ายด้านสุขภาพที่ครัวเรือนต้องแบกรับ การคำนวณรายจ่ายด้านสุขภาพในที่นี้กำหนดให้ผลกระทบทางเศรษฐกิจหรือรายจ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนแบ่งเป็น 5 ระดับ[6] นั้น คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทยแนะนำให้พิจารณาครอบคลุมทั้งรายจ่ายทางตรงด้านการแพทย์ที่เกิดขึ้นทั้งในกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และรายจ่ายทางตรงที่ไม่ใช่ด้านการแพทย์ เช่น ค่าเดินทางมารักษาที่โรงพยาบาล โดยให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการที่ศึกษาเกี่ยวกับรายจ่ายด้านสุขภาพของผู้ป่วยในประเทศไทยที่ได้รับการตีพิมพ์หรือเอกสารจากหน่วยงานตามรายชื่อในข้อกำหนดท้ายเอกสารฉบับนี้ โดยเกณฑ์ในการให้คะแนนมีดังนี้

- มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพมากกว่า 62,500 บาท/ปี **5**
- มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพระหว่าง 35,601-62,500 บาท/ปี **4**
- มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพระหว่าง 20,801-35,600 บาท/ปี **3**
- มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพระหว่าง 12,000-20,800 บาท/ปี **2**
- มีรายจ่ายเนื่องจากโรคหรือปัญหาสุขภาพน้อยกว่า 12,000 บาท/ปี **1**

---

[5] เกณฑ์ที่กำหนดเป็นภาวะการล้มละลายของครัวเรือนจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครัวเรือน กำหนดจาก รายจ่ายที่ครัวเรือนจ่ายเองเป็นค่ายา ค่ารักษาพยาบาลทั้งกรณีเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่สูงเกินกว่าร้อยละ 10 ของรายจ่ายทั้งหมดของครัวเรือน (อ้างอิงจาก Russell, 1996; Wagstaff & Van Doorslaer, 2003 อ้างในบทความของ นพ. ภูษิต ประคองสาย และคณะ ในเรื่อง “The Equity Impact of the Universal Coverage Policy: Lessons from Thailand”)

[6] ในการกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนระดับของผลกระทบจากรายจ่ายด้านสุขภาพที่มีต่อครัวเรือน วิเคราะห์ข้อมูลจาก การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2551 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นข้อมูลปีล่าสุด ใช้วิธีการคำนวณสัดส่วนรายจ่ายสุขภาพที่ครัวเรือนต้องจ่ายเองต่อปี (ซึ่งประกอบด้วย ค่ายาและค่ารักษาพยาบาลของทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน) ต่อรายจ่ายทั้งหมดต่อปีของครัวเรือน นำเฉพาะครัวเรือนที่มีสัดส่วนรายจ่ายดังกล่าวที่สูงกว่า ร้อยละ 10 มาเรียงจากน้อยไปมาก แล้วจัดแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มเท่าๆ กัน (Quintile group) จากนั้นใช้ค่าสูงสุด (Upper limit) ซึ่งเป็นรายจ่ายสุขภาพของแต่ละชั้นช่วงมาเป็นเกณฑ์ให้คะแนนกำหนดขนาดความรุนแรงของภาวะล้มละลาย

อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่ไม่มีข้อมูลอ้างอิงข้างต้น มีข้อแนะนำในการเก็บข้อมูลรายจ่ายด้านสุขภาพให้พิจารณาครอบคลุมรายจ่ายทางตรงทางการแพทย์[7] จากสำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.) รวมถึงรายจ่ายทางตรงที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ เช่น ค่าเดินทางของผู้ป่วย จากโครงการจัดทำรายการต้นทุนมาตรฐานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพภายใต้โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

[7] กรณีโรคที่สนใจ ไม่ตรงกับรหัสใดใน ICD9 และ ICD10 ให้สอบถามผู้เชี่ยวชาญในโรงพยาบาล ถึงการระบุรหัสของโรคนั้นๆ เพื่อนำมาใช้ประมาณการรายจ่ายของโรคนั้นๆ แทน

6. ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม (Equity/ethical and social implication)

คำจำกัดความ ประเด็นที่มีผลกระทบทางสังคม ศาสนาและวัฒนธรรม ต่อสังคมส่วนรวม รวมถึงชนกลุ่มน้อย/ผู้ด้อยโอกาส/ผู้เยาว์/กลุ่มชาติพันธุ์ ทั้งที่มีกฎหมายรองรับและไม่มีกฎหมายรองรับ เช่น สิทธิสตรี ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความแบ่งแยกหรือความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงเทคโนโลยี/การบริการสุขภาพของคนแต่ละกลุ่มในสังคม ในที่นี้ ความเป็นธรรมพิจารณาจากการให้ความสำคัญแก่ผู้ได้รับผลกระทบที่มีรายได้น้อย ในขณะที่ประเด็นสังคมและจริยธรรมพิจารณาจากการให้ความสำคัญในโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีความชุกต่ำ

เกณฑ์การให้คะแนน

การให้คะแนนเพื่อจัดระดับความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม มีวิธีพิจารณากำหนดคะแนนเป็นสามขั้น ดังนี้

ส่วนที่หนึ่ง ประเด็นความเป็นธรรม ให้พิจารณาจากผลกระทบของโรคหรือปัญหาสุขภาพว่าส่วนใหญ่เกิดกับผู้ที่มีรายได้น้อยหรือไม่

โรคตามระดับรายได้ของผู้ได้รับผลกระทบ	คำจำกัดความ
E0	โรคหรือปัญหาสุขภาพที่ส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดกับผู้มีรายได้น้อย
E1	โรคหรือปัญหาสุขภาพที่ส่วนใหญ่เกิดกับผู้มีรายได้น้อย

ส่วนที่สอง ประเด็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีความชุกต่ำ ให้พิจารณาจำนวนผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพที่มีชีวิตอยู่ทั้งรายเก่าและรายใหม่ ทั้งนี้ให้อ้างอิงจากหลักฐานวิชาการที่ได้รับการตีพิมพ์หรือเอกสารจากหน่วยงานตามรายชื่อในข้อกำหนดท้ายเอกสารฉบับนี้ กรณีที่ไม่มีข้อมูลจำนวนผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบในประเทศ อนุโลมให้ใช้ข้อมูลในต่างประเทศที่มีอยู่ในภูมิภาคเดียวกันและจำนวนประชากรใกล้เคียงกับประเทศไทย การพิจารณากำหนดคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับความชุกของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	คำจำกัดความ
R0	เป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบมากกว่า 10,000 คน
R1	เป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบ 1,000 – 10,000 คน
R2	เป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่พบน้อยกว่า 1,000 คน

ส่วนที่สาม นำผลที่ได้จากการพิจารณากำหนดคะแนนในส่วนที่หนึ่งและสองมาให้คะแนนดังนี้

ระดับรายได้ของผู้ได้รับผลกระทบ	ระดับความชุกของโรคหรือปัญหาสุขภาพ	คะแนน
E1	R2	5
E1	R1	4
E1	R0	3
E0	R2	2
E0	R1	2
E0	R0	1

หมายเหตุ มีเกณฑ์สองเกณฑ์ที่กำหนดให้คะแนนในระดับ 2

ข. ข้อกำหนดสำหรับการเตรียมหลักฐานวิชาการเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาคัดเลือกหัวข้อฯ

มีข้อแนะนำให้ใช้ผลงานวิชาการในประเทศที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ (ทั้งในและต่างประเทศ) เป็นลำดับต้น หากไม่มีผลงานวิชาการดังกล่าว ให้พิจารณาใช้ผลงานวิชาการในต่างประเทศหรือเอกสารจากหน่วยงานภาครัฐหรือสถาบันวิจัยในข้อ 2 ตามความเหมาะสม

ข้อกำหนดของหลักฐานวิชาการ

1. ผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ หมายถึง เอกสารที่มีการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งในและต่างประเทศที่สามารถสืบค้นได้จากแหล่งข้อมูลที่กำหนดเท่านั้น โดยวารสารวิชาการในประเทศสามารถสืบค้นได้ทาง Thai Medical Index และวารสารวิชาการต่างประเทศสามารถสืบค้นได้ทาง Pubmed
2. เอกสารจากหน่วยงานที่นำมาอ้างอิงต้องมาจากภาครัฐทั้งหมด หรือสถาบันวิจัยตามที่กำหนดไว้เท่านั้น ดังรายชื่อต่อไปนี้
    1) สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.)
    2) สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สกส.)
    3) สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)
    4) สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
    5) แผนงานพัฒนาระบบตรวจสอบการเบิกจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาล
    6) สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.)
    7) สถานจัดการวิจัยระบบสุขภาพภาคเหนือ มช. (สวรส. เหนือ)
    8) สำนักงานสนับสนุนการวิจัยระบบสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สวรส. อีสาน)
    9) สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มอ. (สวรส. ใต้)
    10) สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)
    11) ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)
    12) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
    13) โครงการจัดการองค์ความรู้เรื่องยาเสพติด (อสต.)
    14) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
    15) ศูนย์ความร่วมมือระดับภูมิภาคเอเชียการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับไข้หวัดนก (APAIR)
    16) เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน(Clinical Research Collaboration Network-CRCN)
    17) แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพสู่ประชาชน (รสส.)
    18) แผนงานวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA-HPP)
    19) สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคน (สวค.)
    20) สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (HISO)
    21) สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)
    22) สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.)

23) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
24) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
25) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ
26) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
27) มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ
28) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
29) สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.)
30) สำนักการแพทย์ทางเลือก กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

นอกจากนี้ เอกสารแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline) ในระดับประเทศนั้น กำหนดให้เป็นเอกสารที่พัฒนาจากราชวิทยาลัยหรือสมาคมทางการแพทย์ ดังรายชื่อต่อไปนี้

1) ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
2) ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย
3) ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
4) ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
5) ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย
6) ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย
7) ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย
8) ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแห่งประเทศไทย
9) ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย
10) ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
11) ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย
12) ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย
13) ราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์
14) ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย
15) มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย
16) สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย
17) สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย
18) สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
19) สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
20) สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย
21) สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย
22) สมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย
23) สมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย
24) สมาคมพิษวิทยาแห่งประเทศไทย
25) สมาคมพิษวิทยาคลินิก
26) สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย
27) สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย
28) สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย
29) สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย
30) สมาคมรังสีวิทยาหลอดเลือดและรังสีร่วมรักษาไทย
31) สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย
32) สมาคมโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย
33) สมาคมโรคตับ (ประเทศไทย)
34) สมาคมโรคติดเชื้อ
35) สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย
36) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
37) สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย
38) สมาคมโรคระบบทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย
39) สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย
40) สมาคมโลหิตวิทยาแห่งประเทศไทย
41) สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย
42) สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย
43) สมาคมเวชสารสนเทศไทย
44) สมาคมศัลยกรรมตกแต่งแห่งประเทศไทย
45) สมาคมทันตกรรมจัดฟันและการวิจัยแห่งประเทศไทย

ภาคผนวก ข

แนวปฏิบัติสำหรับการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน

คณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มอบหมายให้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) และโครงการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HITAP) ดำเนินการโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างครอบคลุม เป็นระบบ โปร่งใสและอยู่บนพื้นฐานของหลักฐานเชิงวิชาการ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับประโยชน์จากชุดสิทธิประโยชน์อย่างถ้วนหน้าและเป็นธรรม

นักวิจัยจาก IHPP และ HITAP[8] ร่วมกันทบทวนกระบวนการและข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพในประเทศต่างๆ เพื่อนำมาปรับใช้ในประเทศไทยและได้นำเสนอผลการทบทวนต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการประชุมเมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2552 ซึ่งที่ประชุมมีมติให้หน่วยงาน/องค์กรและประชาชนรวม 8 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้กำหนดนโยบาย (2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ (3) นักวิชาการ (4) ภาคประชาสังคม (5) กลุ่มผู้ป่วย (6) ภาคอุตสาหกรรม (7) ประชาชนทั่วไป และ (8) เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานประเมิน เป็นผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อคัดเลือกเข้าสู่การประเมิน และให้ผู้แทนหน่วยงาน/องค์กรรวม 5 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ (2) นักวิชาการ (3) ภาคประชาสังคม (4) กลุ่มผู้ป่วย และ (5) เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานประเมิน เป็นผู้มีสิทธิตัดสินคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน อย่างไรก็ตาม ในส่วนของกลุ่มผู้ป่วยนั้น เห็นสมควรให้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินคัดเลือกหัวข้อฯ อย่างค่อยเป็นค่อยไป

อย่างไรก็ตามหลังจากฝ่ายเลขานุการโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ได้จัดทำร่างแนวทางปฏิบัติสำหรับการเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ตามมติการประชุมเมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2552 และได้นำเสนอในการประชุมเพื่อคัดเลือกผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553 ซึ่งที่ประชุมผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีฉันทามติให้ผู้แทนกลุ่มผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกระบวนการคัดเลือกหัวข้อฯ ได้อย่างเต็มรูปแบบ โดยฝ่ายเลขานุการฯ จะประเมินผลในขั้นตอนต่างๆ ของการมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการมีส่วนร่วมให้มีความเหมาะสมต่อไป

ในการนี้ ฝ่ายเลขานุการฯ จึงปรับปรุงร่างแนวปฏิบัติฯ ตามมติการประชุมเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2553 และได้นำเสนออีกครั้งในการประชุมคณะทำงานเสนอและคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2553 ซึ่งที่ประชุมพิจารณาปรับแก้ไขร่างแนวปฏิบัติฯ ดังกล่าว ตามที่ปรากฏในเอกสารฉบับนี้ เพื่อให้กระบวนการเสนอและตัดสินคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมินเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและบรรลุวัตถุประสงค์ที่จะให้การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพมีความโปร่งใสและเป็นธรรม

[8] ในเอกสารฉบับนี้จะเรียกว่า “ฝ่ายเลขานุการของการศึกษาโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า”

1. การเสนอหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อคัดเลือกเข้าสู่การประเมิน

1.1 ให้ผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อฯ 7 กลุ่มแรก[9] คัดเลือกผู้แทนกลุ่มละ 4 คน ยกเว้นกลุ่มอุตสาหกรรมให้คัดเลือกผู้แทน 3 คน รวมทั้งสิ้น 27 คน เป็นผู้ดำเนินการเสนอหัวข้อต่อฝ่ายเลขานุการฯ โดยมีขอบเขตของหน่วยงาน/องค์กรในแต่ละกลุ่ม และวิธีการคัดเลือกผู้แทนกลุ่มในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ขอบเขตของหน่วยงาน/องค์กรผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อฯ และวิธีการคัดเลือกผู้แทนกลุ่ม

กลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อฯ	หน่วยงาน/องค์กรในกลุ่ม	วิธีการคัดเลือกผู้แทนกลุ่ม	หมายเหตุ
(1) ผู้กำหนดนโยบาย	■ หน่วยราชการระดับกรมในกระทรวงสาธารณสุข ■ สปสช. ■ สำนักงานประกันสังคม ■ กรมบัญชีกลาง ■ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ	ฝ่ายเลขานุการฯ จัดการประชุมหน่วยงาน/องค์กรในกลุ่ม เพื่อเลือกผู้แทนกลุ่ม จำนวน 4 คน	
(2) ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์	■ ราชวิทยาลัยแพทย์ทุกแห่ง ■ ราชวิทยาลัยทันตแพทย์	ฝ่ายเลขานุการฯ จัดการประชุมหน่วยงาน/องค์กรในกลุ่ม เพื่อเลือกผู้แทนกลุ่ม จำนวน 4 คน	
(3) นักวิชาการ	คณะ และสถาบันการศึกษาเทียบเท่าคณะในมหาวิทยาลัยภาครัฐและเอกชนทุกแห่งที่มีการเรียนการสอนระดับปริญญาตรีขึ้นไป ในสาขาวิชาต่อไปนี้ ■ สาธารณสุขศาสตร์ ■ เภสัชศาสตร์ ■ พยาบาลศาสตร์ ■ เศรษฐศาสตร์ (เฉพาะคณะที่มีหลักสูตรเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข)	ขอให้ที่ประชุมคณบดีคณะเภสัชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ เลือกผู้แทนสาขาวิชาละ 1 คน ส่วนคณะเศรษฐศาสตร์ที่มีหลักสูตรเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข มีอยู่ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพียงแห่งเดียว จึงให้คณะฯ	ไม่รวมนักวิชาการในคณะแพทยศาสตร์และทันตแพทยศาสตร์ เนื่องจากนักวิชาการในหน่วยงานดังกล่าวมีผู้แทนในราชวิทยาลัยแพทย์และทันตแพทย์ อยู่แล้ว ด้วยข้อจำกัดด้านเวลาในการดำเนิน

[9] ไม่ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานประเมิน ซึ่งได้แก่ เจ้าหน้าที่ของ IHPP และ HITAP เสนอหัวข้อฯ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความลำเอียง เนื่องจากเจ้าหน้าที่ของทั้งสองหน่วยงานจะทำหน้าที่ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสารข้อเสนอและเอกสารประกอบ รวมทั้งใช้ดุลพินิจในการรับหรือไม่รับข้อเสนอหนึ่งๆ

กลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อฯ	หน่วยงาน/องค์กรในกลุ่ม	วิธีการคัดเลือกผู้แทนกลุ่ม	หมายเหตุ
		คัดเลือกอาจารย์ในหลักสูตรดังกล่าวเป็นผู้แทน	โครงการระยะที่ 1 ขอให้ประธานที่ประชุมคณบดีคนปัจจุบันทั้ง 3 สาขา และผู้อำนวยการศูนย์เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นผู้แทนกลุ่ม
(4) ภาคประชาสังคม	ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ฝ่ายเลขานุการฯ จัดการประชุมผู้แทนองค์กรภาคเอกชนในคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 13 คน เพื่อคัดเลือกผู้แทนกลุ่มจำนวน 4 คน	
(5) กลุ่มผู้ป่วย	■ เครือข่ายผู้ป่วยตามรายชื่อที่ได้รับจากสำนักสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคี สปสช. ■ เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์	ฝ่ายเลขานุการฯ จัดการประชุมผู้แทนเครือข่ายผู้ป่วย ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 13 เครือข่าย และเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ เพื่อเลือกผู้แทนกลุ่มจำนวน 4 คน	
(6) ภาคอุตสาหกรรม	■ สมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน (TPMA) ■ สมาคมผู้วิจัยและพัฒนาเภสัชภัณฑ์ (PReMA) ■ สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย	ให้แต่ละสมาคมคัดเลือกผู้แทนสมาคมละ 1 คน รวม 3 คน	ไม่รวมสมาคมโรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากผู้บริหารสมาคมฯ ส่วนใหญ่เป็นแพทย์ ซึ่งสามารถเสนอหัวข้อฯ ผ่านผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์
(7) ประชาชนทั่วไป	เครือข่ายจังหวัดในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ	ฝ่ายเลขานุการฯ สุ่มเลือกเครือข่ายจังหวัด ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 76 เครือข่าย ด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ผู้แทนจาก 5	

กลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อฯ	หน่วยงาน/องค์กรในกลุ่ม	วิธีการคัดเลือกผู้แทนกลุ่ม	หมายเหตุ
		ภาคฯ ละ 3 เครือข่าย รวมเป็นผู้แทนจำนวน 15 คน แล้วจัดการประชุมเพื่อเลือกผู้แทนกลุ่มจำนวน 4 คน	

1.2 ให้ สปสช. โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ แต่งตั้งคณะทำงานเสนอหัวข้อฯ เพื่อทำหน้าที่เสนอหัวข้อฯ เข้าสู่กระบวนการคัดเลือกหัวข้อฯ ต่อไป โดยคณะทำงานเสนอหัวข้อฯ ประกอบด้วย ผู้ที่ได้รับเลือกเป็นผู้แทนกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 7 กลุ่ม ตามข้อ 1.1

1.3 ในการแต่งตั้งคณะทำงานเสนอหัวข้อฯ ให้องค์กร/หน่วยงานที่เป็นผู้แทนกลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อฯ เป็นผู้ทำงาน โดยขอให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร/หน่วยงานนั้นๆ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายอย่างเป็นทางการจำนวนองค์กร/หน่วยงานละ 1 คนเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ ในกรณีที่เป็นผู้แทนของกลุ่มภาคประชาสังคม กลุ่มผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป ให้แต่งตั้งตัวบุคคลที่ได้รับเลือกเป็นผู้แทนกลุ่มนั้นๆ เป็นผู้ทำงาน

1.4 คณะทำงานเสนอหัวข้อฯ ปฏิบัติงานในฐานะผู้แทนกลุ่มวาระละ 3 ปี โดยให้ผู้แทน 2 จาก 4 คนในแต่ละกลุ่ม ออกในปีที่สอง และเลือกผู้แทนใหม่เข้ามาทดแทน (staggering replacement of membership) เพื่อความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน

1.5 เปิดรับข้อเสนอปีละ 2 ครั้ง ในเดือนมกราคมและกรกฎาคมของทุกปี (ยกเว้นครั้งที่ 1 ใน ปี พ.ศ. 2553 กำหนดเสนอ ภายในวันที่ 9 เมษายน 2553)

1.6 ในการเสนอหัวข้อฯ คณะทำงานเสนอหัวข้อฯ ต้องปรึกษาหารือและรับฟังความคิดเห็นของหน่วยงาน/องค์กร และสมาชิกของกลุ่มที่ตนเป็นผู้แทน โดยอาจกำหนดแนวปฏิบัติในการดำเนินการดังกล่าวขึ้นใช้เฉพาะกลุ่ม

1.7 ในการเสนอหัวข้อฯ คณะทำงานเสนอหัวข้อฯ ต้องจัดเตรียมข้อเสนอและข้อมูลประกอบรวมทั้งเอกสารอ้างอิงตามเงื่อนไข และข้อกำหนดที่ฝ่ายเลขานุการฯ จัดทำขึ้น[10]

1.8 ฝ่ายเลขานุการฯ มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของเอกสาร และใช้ดุลพินิจที่จะรับ/ไม่รับข้อเสนอฯ ในกรณีที่ไม่รับข้อเสนอฯ ฝ่ายเลขานุการต้องอธิบายเหตุผลต่อผู้เสนอหัวข้อนั้นๆ เป็นลายลักษณ์อักษร

1.9 ฝ่ายเลขานุการฯ มีหน้าที่รายงานสรุปหัวข้อฯ ที่มีผู้เสนอเข้าสู่การพิจารณา การตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร และการตัดสินใจรับ/ไม่รับข้อเสนอ เสนอต่อ สปสช. และประธานคณะทำงานในข้อ 2.1 รวมทั้งเผยแพร่ต่อสาธารณะในแต่ละรอบของการเปิดรับข้อเสนอ

[10] อ้างถึงประเด็นและเกณฑ์การคัดเลือกหัวข้อฯ เพื่อเข้าสู่การประเมินที่ฝ่ายเลขานุการฯ จัดทำขึ้น โดยอ้างอิงมติจากการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เมื่อวันที่ 24 ธ.ค. 52 และแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญในการประชุมเมื่อวันที่ 18 ก.พ. 53 และแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอจากการประชุมคณะทำงานเสนอและคัดเลือกหัวข้อฯ เมื่อวันที่ 9 มี.ค. 53

2. การตัดสินคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพเข้าสู่การประเมิน

2.1 ให้ สปสช. โดยคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ แต่งตั้งคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ เพื่อทำหน้าที่คัดเลือกหัวข้อฯ เข้าสู่การประเมิน และให้ผู้ที่ได้รับเลือกเป็นผู้แทนกลุ่มผู้มีสิทธิเสนอหัวข้อฯ ตามข้อ 1.1 เฉพาะกลุ่ม (1) ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ (2) นักวิชาการ (3) ภาคประชาสังคม (4) กลุ่มผู้ป่วย และ (5) เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานประเมิน ซึ่งทำหน้าที่ฝ่ายเลขานุการ จำนวนรวม 20 คน เป็นผู้ทำงานในคณะทำงานฯ โดยคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ อยู่ในวาระครั้งละ 3 ปีเช่นกัน และเข้าออกแบบ staggering เพื่อให้มีความต่อเนื่องของการทำงาน

2.2 ในการแต่งตั้งคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ให้องค์กร/หน่วยงานที่เป็นผู้แทนกลุ่มผู้มีสิทธิคัดเลือกหัวข้อฯ เป็นผู้ทำงาน โดยขอให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร/หน่วยงานนั้นๆ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายอย่างเป็นทางการจำนวนองค์กร/หน่วยงานละ 1 คนเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ ในกรณีที่เป็นผู้แทนของกลุ่มภาคประชาสังคมและกลุ่มผู้ป่วย ให้แต่งตั้งตัวบุคคลที่ได้รับเลือกเป็นผู้แทนกลุ่มนั้นๆ เป็นผู้ทำงาน

2.3 ให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร/หน่วยงานตามข้อ 2.2 มอบหมายผู้แทนสำรองจำนวนองค์กร/หน่วยงานละ 2 คน และให้ผู้แทนของกลุ่มภาคประชาสังคมและกลุ่มผู้ป่วยแต่ละคนมอบหมายผู้แทนสำรอง 2 คน เพื่อเข้าประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ในกรณีที่ผู้ทำงานตามข้อ 2.2 ไม่สามารถเข้าร่วมการประชุมได้ ทั้งนี้ ให้แจ้งข้อมูลการเสนอชื่อผู้แทนในแบบแจ้งข้อมูลประกอบการแต่งตั้งคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ โดยมีการลงนามรับทราบการเป็นผู้แทนสำรองจากคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ และผู้แทนสำรองทั้ง 2 คน และส่งมาที่ฝ่ายเลขานุการฯ

2.4 การตัดสินคัดเลือกหัวข้อฯ ต้องเป็นมติจากการประชุมคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ตามข้อ 2.1 โดยมีผู้ทำงานเข้าประชุมไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 จึงถือว่าครบองค์ประชุม ทั้งนี้ ไม่นับรวมประธานและฝ่ายเลขานุการของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ เป็นองค์ประชุม

2.5 แต่งตั้งให้นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งไม่มีส่วนได้ส่วนเสียในกระบวนการคัดเลือกหัวข้อ ทำหน้าที่ประธานคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ โดยประธานอยู่ในตำแหน่งคราวละ 3 ปี

2.6 ฝ่ายเลขานุการของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ได้แก่ ผู้อำนวยการ IHPP และหัวหน้าโครงการ HITAP หรือผู้ที่ผู้อำนวยการ IHPP และหัวหน้าโครงการ HITAP มอบหมาย

2.7 ประธานและฝ่ายเลขานุการของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ มีหน้าที่พิจารณากำหนดวันประชุม และวาระการประชุม

2.8 ประธานคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ มีหน้าที่ดำเนินการประชุม โดยให้คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ อภิปรายประเด็นที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ประธานจะตัดสินโดยใช้ฉันทามติ ในกรณีที่ไม่มีฉันทามติ ให้ตัดสินโดยเสียง 2 ใน 3 ของผู้เข้าร่วมประชุม ทั้งนี้ ให้ฝ่ายเลขานุการของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ บันทึกความคิดเห็นของเสียงส่วนน้อยในรายงานการประชุมด้วย

2.9 ในการประชุมแต่ละครั้ง ผู้เข้าประชุมทุกคน รวมทั้งประธานและฝ่ายเลขานุการของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ต้องแสดงการมีหรือไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนในหัวข้อฯ ที่จะตัดสินคัดเลือกในการประชุมครั้งนั้นๆ ให้ประธานมีหน้าที่จัดการกรณีที่มีผลประโยชน์ทับซ้อนของผู้เข้าประชุมตามความเหมาะสม

2.10 การอภิปรายและการตัดสินคัดเลือกหัวข้อฯ ให้อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเกี่ยวกับ 6 ประเด็นที่กำหนด (จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ความแตกต่างในทางปฏิบัติ ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน และความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม) และเป็นไปโดยอิสระ ปราศจากการชักจูงเพื่อแลกเปลี่ยนกับผลประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อม

2.11 ฝ่ายเลขานุการของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ มีหน้าที่จัดเตรียมวาระการประชุมและเอกสารประกอบ และส่งให้คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ก่อนการประชุมอย่างน้อย 2 สัปดาห์ เพื่อให้คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ พิจารณาความสมบูรณ์และถูกต้องของข้อมูล กรณีที่คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ มีความเห็นว่า มีข้อมูลไม่เพียงพอ คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ จะยังไม่พิจารณาตัดสินในประเด็นนั้นๆ และให้ฝ่ายเลขานุการของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ จัดเตรียมข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งนี้ เอกสารประกอบการประชุม ได้แก่ เอกสารที่คณะทำงานเสนอหัวข้อฯ หนึ่งๆ ส่งให้ฝ่ายเลขานุการฯ และเอกสารที่ฝ่ายเลขานุการฯ จัดทำขึ้น โดยการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ

2.12 ในการประชุมแต่ละครั้ง สมาชิกคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ นักวิชาการ ภาคประชาสังคม และกลุ่มผู้ป่วย สามารถเสนอชื่อผู้อื่นเข้าร่วมการประชุมไม่เกินกลุ่มละ 2 คน เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมต่อที่ประชุม โดยต้องแจ้งรายชื่อต่อฝ่ายเลขานุการของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ก่อนการประชุมอย่างน้อย 5 วันทำการ ประธานจะเป็นผู้ใช้ดุลพินิจที่จะอนุญาตให้ผู้ที่ไม่ใช่สมาชิกคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ตามข้อนี้เข้ามาในห้องประชุมและเชิญออกจากห้องประชุม ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของการประชุมก็ได้

2.13 ระหว่างการประชุม ฝ่ายเลขานุการของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ มีหน้าที่ให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงเท่านั้น แต่ไม่มีสิทธิอภิปรายแสดงความคิดเห็น และไม่มีส่วนในการตัดสินใจของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ

2.14 ฝ่ายเลขานุการของคณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ มีหน้าที่จัดทำรายงานการประชุมภายใน 1 สัปดาห์ นับตั้งแต่วันประชุม และส่งให้แก่ประธานและผู้เข้าประชุมทุกท่าน พิจารณาให้การรับรอง

2.15 ฝ่ายเลขานุการฯ มีหน้าที่แจ้งผลการตัดสินคัดเลือกหัวข้อฯ ต่อ สปสช. ผู้ทำหน้าที่ประเมินและเผยแพร่ต่อสาธารณะ ทันทีที่มีการรับรองรายงานการประชุมแต่ละครั้ง