

รายงานผลการดำเนินโครงการ ครั้งที่ 1

**โครงการพัฒนาศักยภาพขององค์กรและสร้างเครือข่ายการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้าน
สุขภาพในระดับนานาชาติ ระยะที่หนึ่ง พ.ศ. 2551-2553**

**A progress report of the project for development of organizational capacity and international
HTA networks**

(Phase I) BE 2551-2553

เสนอต่อ

Thai Health-Global Link Initiative Project (TGLIP)

โดย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)

ธันวาคม 2551

สารบัญ

	หน้า
ส่วนที่ 1: สรุปภาพรวมกิจกรรมและผลงานระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2551	4
ส่วนที่ 2: รายงานกิจกรรมระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2551	7
1) การจัดการความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ	7
1.1 ผลงานวิชาการที่ได้รับการยอมรับตีพิมพ์ในวารสารวิชาการนานาชาติ	
1.2 รายงานผลการวิจัยภาษาอังกฤษที่อยู่ระหว่างการทบทวนเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการนานาชาติ	
2) การสร้างเครือข่ายระดับนานาชาติและการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและองค์กร	9
2.1 การนำเสนอผลงานวิชาการและ ประชาสัมพันธ์องค์กรในการประชุมวิชาการ 3rd Asia-Pacific ISPOR conference ณ กรุงโซล สาธารณรัฐเกาหลี	
2.2 การศึกษาดูงานและสร้างเครือข่ายกับ Health Insurance Review Agency (HIRA) ณ กรุงโซล สาธารณรัฐเกาหลี	
2.3 การนำเสนอผลงานวิชาการใน Australasian Professional Society on Alcohol and other Drugs Conference 2008 ณ นครซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย	
ส่วนที่ 3: แผนการดำเนินงานในปีพ.ศ. 2552	19
3.1 การศึกษาดูงานและสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ณ กรุงลอนดอน สหราชอาณาจักร	
3.2 การสร้างความร่วมมือและเชิญผู้เชี่ยวชาญมาร่วมประเมินโครงการ HITAP และจัดบรรยายวิชาการในเรื่องการบริหารจัดการองค์กรวิจัยเพื่อประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	
ภาคผนวก	21
ภาคผนวกที่ 1: บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการและอยู่ระหว่างการทบทวน 5 บทความ	23
ภาคผนวกที่ 2: รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม ISPOR 3rd Asia Pacific Conference และศึกษาดูงาน ณ Health Insurance Review Agency (HIRA)	24
ภาคผนวกที่ 3: Agenda ศึกษาดูงานที่ HIRA	26
ภาคผนวกที่ 4: บทความย่อ Assessing enforcement of policy on limiting alcohol accessibility and alcohol purchasing	27
ภาคผนวกที่ 5: วาระการศึกษาดูงานที่ NICE และรายชื่อคณะเดินทาง	28

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 กิจกรรมและผลงานระหว่างเดือนกันยายน- ธันวาคม พ.ศ. 2551	6
ตารางที่ 2 สถิติผู้เข้าชมชัมประชาสัมพันธ์ HITAP	10
กรอบที่ 1 รายชื่องานวิจัยที่ได้รับเลือกให้นำเสนอแบบปากเปล่าและโปสเตอร์ การจัด issue panel และ workshop session โดย HITAP	12

ส่วนที่1: สรุปภาพรวมกิจกรรมและผลงานระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2551

ในปีที่ผ่านมา ผลงานของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้ถูกนำไปใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายเป็นจำนวนมากทำให้ ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ หัวหน้าโครงการฯ ได้รับรางวัล the ISPOR International Fellowship Award ประจำปี ค.ศ. 2008 ซึ่งมอบให้กับผู้มีผลงานวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่สร้างผลกระทบต่อนโยบายด้านสาธารณสุขในประเทศของตนเอง นอกจากนี้ ผลงานวิจัยของ HITAP ยังได้รับการขอให้เป็นส่วนหนึ่งในหนังสือ Evidence based health economic ที่นักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่มีชื่อเสียงในระดับโลกหลายท่านกำลังร่างเพื่อตีพิมพ์จำหน่ายทั่วโลกในปี ค.ศ. 2010 จะเห็นได้ว่าผลงานของ HITAP นั้นได้เริ่มขยายออกไปสู่ระดับนานาชาติซึ่งการสนับสนุนจาก TGLIP จะเป็นส่วนสำคัญที่ผลักดันให้การทำงานในระดับนานาชาติของ HITAP มีศักยภาพเพิ่มสูงขึ้น

HITAP ได้รับการสนับสนุนจาก TGLIP เพื่อพัฒนาศักยภาพขององค์กรและสร้างเครือข่ายการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในระดับนานาชาติ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) การจัดการความรู้และเผยแพร่ผลงานวิชาการในระดับนานาชาติ 2) การสร้างเครือข่ายในต่างประเทศ และ 3) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและองค์กรเพื่อผลักดันประเด็นหรือนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพรวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงธันวาคม พ.ศ.2551 ทาง HITAP ได้ดำเนินกิจกรรมทั้งสามกลุ่ม ดังนี้

ตารางที่ 1 กิจกรรมและผลงานระหว่างเดือนกันยายน- ธันวาคม พ.ศ. 2551

	กิจกรรม	ผลงาน
<p>1) การจัดการ ความรู้และการ เผยแพร่ผลงาน วิชาการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● การตีพิมพ์งานวิจัยเป็นภาษาอังกฤษ ● การเตรียมรายงานผลการวิจัยภาษาอังกฤษ (English manuscripts) สำหรับการเผยแพร่ในระดับนานาชาติ 	<p>1.1 ผลงานวิชาการที่ได้รับการยอมรับตีพิมพ์ในวารสารวิชาการนานาชาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● The greatest happiness of the greatest number? Policy actors' perspectives on the limits of economic evaluation as a tool for informing health care coverage decisions in Thailand ในวารสาร BMC Health Service Research (http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/197/abstract) ● A historical development of health technology assessment in Thailand ในวารสาร International Technology Assessment in Health Care (In press) <p>1.2 รายงานผลการวิจัยภาษาอังกฤษที่อยู่ระหว่างการทบทวนเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการนานาชาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Strengthening cost-effectiveness analysis in Thailand through the establishment of the Health Intervention and Technology Assessment Program อยู่ระหว่างการทบทวนโดยวารสาร Pharmacoeconomics ● Using economic evaluation in policy decision making in Asian countries: mission impossible or mission probable? อยู่ระหว่างการทบทวนโดยวารสาร Value in Health

	กิจกรรม	ผลงาน
		<ul style="list-style-type: none"> ● The Current Capacity and Future Development of Economic Evaluation for Policy Decision Making: A Survey among Researchers and Decision Makers in Thailand อยู่ระหว่างการทบทวนโดยวารสาร Value in Health
2) การสร้างเครือข่ายระดับนานาชาติ	<ul style="list-style-type: none"> ● การประชาสัมพันธ์ผลงานของ HITAP ในเวทีระหว่างประเทศ 	2.1 การนำเสนอผลงานวิชาการและประชาสัมพันธ์องค์กรในการประชุมวิชาการ 3 rd Asia-Pacific ISPOR conference ณ กรุงโซล สาธารณรัฐเกาหลี 2.2 การศึกษาดูงานและสร้างเครือข่ายกับ Health Insurance Review Agency (HIRA) ณ กรุงโซล สาธารณรัฐเกาหลี 2.3 การนำเสนอผลงานวิชาการใน Australasian Professional Society on Alcohol and other Drugs Conference 2008 ณ นครซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย 2.4 ประสานงานและเตรียมการสำหรับ <ul style="list-style-type: none"> ● การศึกษาดูงานและสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับ National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ณ กรุงลอนดอน สหราชอาณาจักร ● การสร้างความร่วมมือและเชิญผู้เชี่ยวชาญมาร่วมประเมินโครงการ HITAP และจัดบรรยายวิชาการในเรื่องการบริหารจัดการองค์กรวิจัยเพื่อประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
3) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและองค์กร	<ul style="list-style-type: none"> ● การสนับสนุนให้นักวิจัยไปนำเสนอโครงร่างการวิจัยและผลงานในเวทีระดับนานาชาติ ● การศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับหน่วยงาน HTA ในต่างประเทศ ● การเชิญวิทยากรชาวต่างประเทศมาบรรยายหรือเชิญผู้เชี่ยวชาญมาให้คำปรึกษาเฉพาะโครงการวิจัย 	

ส่วนที่ 2: รายงานกิจกรรมระหว่างเดือนกันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2551

1) การจัดการความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการในระดับนานาชาติ

1.1 การตีพิมพ์ผลงานวารสารวิชาการนานาชาติ

ในปี พ.ศ. 2551 ภายใต้การสนับสนุนจาก TGLIP นักวิจัย HITAP ได้ตีพิมพ์งานในวารสารวิชาการนานาชาติ 1 ชิ้น ได้รับการตอบรับและอยู่ระหว่างการตีพิมพ์อีก 1 ชิ้นและอยู่ในกระบวนการทบทวน 3 ชิ้น ทั้งนี้ในการส่งผลงานเพื่อการตีพิมพ์นั้นได้ให้กิตติกรรมประกาศ TGLIP ในฐานะผู้สนับสนุนการเผยแพร่งาน ดังแสดงในภาคผนวกที่ 1

บทความทั้ง 5 ชิ้นมีความสำคัญในการสร้างองค์ความรู้ในเรื่องการนำศาสตร์การประเมินเทคโนโลยีและการประเมินทางเศรษฐศาสตร์มาใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายในระดับประเทศ พัฒนาการในเชิงประวัติศาสตร์ของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศไทยรวมถึงบทบาทของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในการสนับสนุนการใช้ข้อมูลเพื่อจัดสรรทรัพยากรในประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของการนำการประเมินเทคโนโลยีมาใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย งานทั้งหมดที่เผยแพร่และจะเผยแพร่นอกจากจะเป็นประโยชน์กับหน่วยงานภาครัฐและเอกชน อื่นๆในประเทศยังเป็นบทเรียนสำคัญให้กับองค์กรในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเอเชียอื่นๆด้วย

รายชื่อบทความทั้ง 5 ชิ้น

1. The greatest happiness of the greatest number? Policy actors' perspectives on the limits of economic evaluation as a tool for informing health care coverage decisions in Thailand

นำเสนอข้อจำกัดในการใช้การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ในการตัดสินใจในการจัดลำดับความสำคัญด้านสุขภาพตามมุมมองของผู้กำหนดนโยบาย นอกจากนี้ยังพบว่าแนวคิดของการเพิ่มอรรถประโยชน์ด้านสุขภาพนั้นมองข้ามคุณค่าทางสังคมอื่นๆซึ่งมีความสำคัญในการประกอบการตัดสินใจจัดการทรัพยากรด้านสุขภาพ

2. A historical development of health technology assessment in Thailand

ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาด้านการสร้างศักยภาพของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพควบคู่ไปกับการนำผลการประเมินไปใช้ในประเทศไทยอย่างชัดเจน พัฒนาการดังกล่าว

เกิดขึ้นจากหลายปัจจัยทั้งประสบการณ์ที่เกิดจากการสังสมองค์ความรู้ในวงการวิชาการ ผู้เชี่ยวชาญในวงการสุขภาพ และภาคประชาสังคมซึ่งมีส่วนสำคัญทั้งส่งเสริมแรงในการขับเคลื่อน รวมถึงพัฒนาระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างเป็นทางการในอนาคต

3. Strengthening cost-effectiveness analysis in Thailand through the establishment of the Health Intervention and Technology Assessment Program

แนวทางในการดำเนินงานของ HITAP ซึ่งได้เปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติในทุกขั้นตอนนั้น ประกอบไปด้วย หลักความเป็นเลิศในเชิงเทคนิคและวิธีวิจัย ความเกี่ยวข้องของงานวิจัยต่อนโยบาย ความโปร่งใส การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย บทเรียนที่ได้จากการก่อตั้งโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในช่วงสองปีแรก ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์หลักทั้ง 4 รวมถึงโครงสร้างการบริหารจัดการจะเป็นประโยชน์สำหรับประเทศอื่น ๆ ที่มีข้อจำกัดในด้านทรัพยากรในแนวคิดการสร้างความเข้มแข็งในศักยภาพในการประเมินเทคโนโลยีและมาตรการด้านสุขภาพในเชิงเศรษฐศาสตร์

4. Using economic evaluation in policy decision making in Asian countries: mission impossible or mission probable?

ส่วนใหญ่ประเทศที่ประสบความสำเร็จในการนำการประเมินทางเศรษฐศาสตร์มาใช้ในการจัดสรรทรัพยากรทางสาธารณสุขนั้นจะมีพัฒนาการที่ยาวนาน ในขณะที่ยังไม่มีหรือนำการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวมาใช้ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและประเทศในเอเชียอย่างเป็นทางการ จากการศึกษาสามารถสรุปบทเรียนและข้อจำกัดของการนำวิธีการประเมินดังกล่าวมาใช้ได้เป็นสองส่วนได้แก่ปัญหาที่เกิดจากฝั่งผู้ประเมิน และปัญหาที่เกิดจากฝั่งผู้ใช้งานประเมินในเรื่องศักยภาพ ทั้งนี้การนำบทเรียนการประเมินทางเศรษฐศาสตร์ของประเทศพัฒนาแล้วมาเป็นเครื่องมือในการจัดลำดับความสำคัญนั้นมีความจำกัดในหลายส่วนโดยเฉพาะในเรื่องความแตกต่างทางบริบทของแต่ละระบบสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการที่ตอบสนองต่อความต้องการและบริบทของพื้นที่นั้น ๆ จึงมีความสำคัญ เพื่อให้การตัดสินใจจัดสรรทรัพยากรอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นมีความเป็นไปได้และประสบความสำเร็จ

5. The Current Capacity and Future Development of Economic Evaluation for Policy Decision Making: A Survey among Researchers and Decision Makers in Thailand

รายงานผลการสำรวจศักยภาพและความต้องการของผู้บริหารและนักวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่าประเทศไทยยังมีข้อจำกัดด้านความรู้และความสามารถของผู้บริหารและนักวิจัยในการนำผลการวิจัยไปใช้ตัดสินใจและสร้างความรู้

ใหม่เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายโดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เชิงเศรษฐศาสตร์ที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองให้ความสำคัญ นอกจากนี้ทั้งผู้บริหารและนักวิจัยยังเห็นพ้องว่าประเทศไทยควรเร่งสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมามากกว่าองค์ความรู้เรื่องการรักษาหรือฟื้นฟูสุขภาพเพราะยังมีความขาดแคลนและจะก่อให้เกิดประโยชน์กับสังคมสูงสุด

2) การสร้างเครือข่ายระดับนานาชาติ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและองค์กร

2.1 การนำเสนอผลงานวิชาการและ ประชาสัมพันธ์องค์กรในการประชุมวิชาการ 3rd Asia-Pacific ISPOR conference ณ กรุงโซล สาธารณรัฐเกาหลี

การประชุม International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research-ISPOR นี้ เป็นการประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและเภสัชเศรษฐศาสตร์ของภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก มีนักวิชาการมากกว่า 24 ประเทศ จำนวนกว่า 800 คนเข้าร่วมประชุม เวทีนี้มีความมุ่งหมายให้เป็นเวทีแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์จากนักวิชาการ ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย ไปจนถึงผู้แทนจากภาคอุตสาหกรรมเพื่อขับเคลื่อนแนวคิดของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในแง่มุมเศรษฐศาสตร์ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ ประเทศไทยได้มีตัวแทนเป็นกรรมการในการจัดงานและมีบทบาทสำคัญมากมายในเวทีดังกล่าว ทั้งนี้ในการประชุมที่ผ่านมา HITAP ได้มีบทบาทในการประชุมอย่างโดดเด่น โดยจัดประชุมประชาสัมพันธ์หน่วยงานและผลงานขององค์กรซึ่งมีจำนวนผู้เข้าชมมากมาย ดังสถิติแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สถิติผู้เข้าชมประชุมประชาสัมพันธ์ HITAP

รายละเอียด	จำนวน
ผู้เข้าร่วมงานทั้งหมดประมาณ	800 คน
แผ่นพับแนะนำองค์กรเพื่อแจกผู้สนใจ	430 แผ่น
ผู้เยี่ยมชมชัมประชุมประชาสัมพันธ์ (2วัน) ประมาณ	350 คน
ผู้กรอกแบบฟอร์มเพื่อขอคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของประเทศไทย	61 คน
จำแนกตามหน่วยงาน	
- หน่วยงานภาครัฐ	31 คน
- หน่วยงานภาคเอกชน	22 คน
- องค์กรพัฒนาเอกชนและมหาวิทยาลัย	8 คน

การนำเสนอผลงานวิจัยทั้งแบบปากเปล่าและโปสเตอร์จำนวนมาก และเป็นเจ้าภาพจัดเวทีอภิปรายหมู่ (issue panel session) ในประเด็นการประกาศมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา (CL) ภายใต้หัวข้อเรื่อง Gaining access to essential medicines in Thailand through the use of compulsory licensing policy: Pros and cons (good or evil)? เพื่อให้ข้อมูลที่ต้องการและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของประเทศไทยในการประกาศนโยบายดังกล่าว โดยมีผู้นำเสนอได้แก่ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตัน-ติเวสส ดำเนินรายการโดย ผศ.ดร.ภญ. มนทรัตม์ ถาวรเจริญทรัพย์ พบว่าเรื่องดังกล่าวได้รับความสนใจเป็นอย่างมากจากนักวิชาการ ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย ผู้เชี่ยวชาญ และผู้แทนจากอุตสาหกรรมทั้งในและต่างประเทศ



งานวิจัยจาก HITAP ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอแบบปากเปล่าทั้งสิ้น 7 เรื่อง และได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอแบบ poster ทั้งสิ้น 17 เรื่อง การนำเสนอแบบปากเปล่าได้รับรางวัล **ISPOR Best Contributed Podium Presentation Awards** 1 เรื่อง ได้แก่ Cost-utility analysis of recombinant human erythropoietin in cancer patients with anemia induced by chemotherapy in Thailand ผ่านเข้ารอบสุดท้าย 4 เรื่อง และได้รับรางวัล **ISPOR Best Contributed Poster Presentation Awards** 1 เรื่องคือ Economic evaluation on screening strategies and treatment options for postmenopausal osteoporosis (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3)

กรอบที่ 1 รายชื่องานวิจัยที่ได้รับเลือกให้นำเสนอแบบปากเปล่าและโปสเตอร์ การจัด issue panel และ workshop session โดย HITAP

Podium Presentation (7 Presentations)

Chaikledkaew U, Lertpitakpong C, Orrawattanakul Y, Pimsawan N, Kulpeng W, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V, SURVEY ON THE CURRENT HUMAN CAPACITY AND FUTURE NEEDS IN ECONOMIC EVALUATION IN THAILAND

Kulpeng W, Natanant S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, FACTORS AFFECTING WILLINGNESS-TO-PAY FOR TREATMENT OF BLINDNESS IN THAI POPULATION

Lertpitakpong C, Neramitpitagkul P, Thavorncharoensap M, Chaikledkaew U, Teerawattananon Y, COST OF PRODUCTIVITY LOSS DUE TO PREMATURE MORTALITY ATTRIBUTABLE TO ALCOHOL COMSUMPTION IN THAILAND

Mohara A, Praditsitthikorn N, Kingkaew P, Werayingyong P, Pattanaphesaj J, Yamabhai I, Teerawattananon Y, BUDGET IMPACT ANALYSIS OF COMPULSORY LICENSING POLICY IMPLIMENTATION ON FOUR CANCER DRUGS IN THAILAND

Roungrong J, Teerawattananon Y, Chaikledkaew U, COST-UTILITY ANALYSIS OF RECOMBINANT HUMAN ERYTHROPOIETIN IN CANCER PATIENTS WITH ANEMIA INDUCED BY CHEMOTHERAPY IN THAILAND (ได้รับรางวัล **ISPOR Best Contributed Podium**

Presentation Award)

Tamteeranon Y, Chaikledkaew U, Khonputsa P, Teerawattananon Y, A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF THE EFFICACY OF STATINS ON REDUCING ACUTE CORONARY SYNDROME AND STROKE EVENTS

Yothasamut J, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Lertpitakpong C, Thitiboonsuwan K, ECONOMIC COSTS OF ALCOHOL ABUSE IN THAILAND: COST OF LAW ENFORCEMENT AND CRIMINAL JUSTICE

Poster presentation (17 Posters)

Bunyadharokul S, Riewpaiboon A, Chaikledkaew U, Torcharus K, BUDGET IMPACT OF THE THALASSEMIA MANAGEMENT UNDER THE NATIONAL HEALTH SECURITY SCHEME

Khonputsa P, Tamteeranon Y, Veerman L, Vos T, Lim S, Chaikledkaew U, Teerawattananon Y, ASSESSING COST-EFFECTIVENESS OF STATINS FOR THE PRIMARY PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN THAILAND

Kingkaew P, Maleewong U, Ngarmukos C, Teerawattananon Y, ECONOMIC EVALUATION ON SCREENING STRATEGIES AND TREATMENT OPTIONS FOR POSTMENOPAUSAL OSTEOPOROSIS (ได้รับรางวัล **ISPOR Best Contributed Poster Presentation Awards**)

Kingkaew P, Werayingyong P, Youngkong S, Riewpaiboon W, Kanchanalarp C, Tungkeeratichai J, Potaporn M, Teerawattananon Y, ANALYSIS OF COST-UTILITY AND BUDGET IMPACT ON COCHLEAR IMPLANTATION FOR PROFOUNDLY BILATERAL HEARING LOSS PATIENTS IN THAILAND: A SIMULATION STUDY

Natanant S, Kulpeng W, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, COMPARISON OF TWO UTILITY MEASUREMENT TECHNIQUES: TIME TRADED OFF AND VISUAL ANALOGUE SCALE (เข้ารอบสุดท้าย **ISPOR Best Contributed Poster Presentation Awards**)

Neramitpitagkul P, Lertpitakpong C, Yothasamut J, Thavorncharoensap M, Chaikledkaew U, Teerawattananon Y ECONOMIC IMPACT ON HEALTH CARE COST DUE TO ALCOHOL DRINKING AMONG THAI POPULATION

Pattanaphesaj J, Riewpaiboon A, Riewpaiboon W, Muenpol P, Paileeklee S, Tungjaroen D, Krutjaikla B, COST RECOVERY OF MEDICAL REHABILITATION SERVICES UNDER THE UNIVERSAL HEALTH COVERAGE SCHEME AT UDONTHANI HOSPITAL

Praditsitthikorn N, Riewpaiboon A, Teerawattananon Y, ECONOMIC EVALUATION OF CERVICAL CANCER PREVENTIONS AND CONTROL PROGRAMS IN THAILAND

Praditsitthikorn N, Riewpaiboon A, Chichareon S, Teerawattananon Y, THE LIFETIME TREATMENT COST OF INVASIVE CERVICAL CANCER IN THAILAND

Putchong C, Udomsook K, Sumpradit N, Khanabkaew K, Teerawattananon Y, EFFECT OF DISEASE AWARENESS COMMUNICATION OF HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) VACCINE ON PUBLIC PERCEPTIONS AND VACCINATION DECISION

Teerawattananon K, ECONOMIC EVALUATION OF TREATMENT ADMINISTRATION STRATEGIES OF GANCICLOVIR FOR CYTOMEGALOVIRUS RETINITIS IN HIV/AIDS PATIENTS IN THAILAND

Thavorncharoensap M, Natanant S, Kulpeng W, Teerawattananon Y, ESTIMATING A SOCIETAL VALE FOR A CEILING THRESHOLD IN THAILAND: A CASE STUDY OF MEASURING WILLINGNESS-TO-PAY PER QUALITY- ADJUSTED LIFE YEAR (เข้ารอบสุดท้าย **ISPOR Best Contributed Poster Presentation Awards**)

Thitiboonsuwan K, Lertpitakpong C, Yothasamut J, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Chaikledkaew U, ECONOMIC COSTS OF ALCOHOL-RELATED ABSENTEEISM AND PRESENTEEISM IN THAILAND

Turongkaravee S, Chaikledkaew U, Chansirikarnjana S, Pongchareonsuk P, Krairit O, THE COST OF HOME-BASED CARE FOR THAI ELDERLY WITH DEMENTIA IN A THAI UNIVERSITY HOSPITAL

Werayingyong P, Pongcharoensuk P, Kamolsilp M, HEALTH RESOURCE UTILIZATION OF OSTEOPOROSIS PATIENTS AT PHRAMONGKUTKLAO HOSPITAL (เข้ารอบสุดท้าย **ISPOR Best Contributed Poster Presentation Awards**)

Yamabhai I, Praditsitthikorn N, Teerawattananon Y, ASSESSING THE APPROPRIATNESS AND FEASIBILITY OF USING PET-CT SCAN IN THAILAND

Yothasamut J, Youngkong S, Teerawattananon Y, Tantivess S, Thavorncharoensap M, Chaikledkaew U, Lertpitakpong C, Mohara A, Kingkaew P, Yamabhai I, REVIEW OF ALCOHOL POLICIES AND CONTRIBUTIONS FROM KEY PLAYERS IN REDUCING ALCOHOL CONSUMPTION BETWEEN 1997-2007 IN THAILAND

Issue Panel

HEALTH POLICY ISSUES

IP1: GAINING ACCESS TO THE ESSENTIAL MEDICINES IN THAILAND THROUGH THE USE OF COMPULSORY LICENSING POLICY: PROS AND CONS (GOOD OR EVIL)?

Moderator: Viroj Tangcharoensathien MD, PhD, Director of International Health Policy Program, Bureau of Policy and Strategy, Nonthaburi, Thailand

Panelists: Suwit Wibulpolprasert MD, MPH, Senior Advisor on Disease Control, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand; Sripen Tantivess PhD, Researcher, Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), Nonthaburi, Thailand; TBD, Representative from industry and Pharmaceutical Research and Manufacturer Association (Prema), Bangkok, Thailand

Workshop session II

HEALTH CARE POLICY DEVELOPMENT USING OUTCOMES RESEARCH

W7: PHARMACOECONOMIC GUIDELINES IN CHINA AND THAILAND (Speakers at this workshop were invited)

Application of Pharmacoeconomics & Outcomes Research in China

Discussion Leader: Ming Tang PhD, Principal Director, Center of Pharmacoeconomic Evaluation, Chinese Medical Doctor Association, Beijing, China

Development of the National Guidelines for Conducting Pharmacoeconomic Evaluation in Thailand

Discussion Leader: Yot Teerawattananon PhD, Health Intervention and Technology Assessment Program, Ministry of Public Health, Thailand.

นอกจากนี้ทางทีมนักวิจัยโครงการศึกษาผลกระทบการบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาของประเทศไทย ยังได้รับเชิญจากนักวิชาการในมหาวิทยาลัยและนักพัฒนาในองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ให้นำเสนอผลการวิจัยเบื้องต้น ณ Institute for Health and Social Affairs ซึ่งเป็นเวทีที่จัดนอกรอบการประชุม ISPOR นอกจากนี้จะเป็นการช่วยเหลือทางวิชาการกับนักวิชาการและนักพัฒนาจากสาธารณรัฐเกาหลี ยังเป็นการสร้างภาพลักษณ์และเครือข่ายในอนาคตให้กับ HITAP และผู้สนับสนุนอีกด้วย

สรุปประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมประชุม 3rd Asia-Pacific ISPOR conference

- (1) HITAP ได้เผยแพร่ผลงาน ประสิทธิภาพ และนโยบายของระบบสุขภาพไทยในเวทีนานาชาติที่เกี่ยวข้องกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย เช่น ข้อมูลผลกระทบของการบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยาในกรณียาต้านไวรัสเอชไอวี ยาหัวใจและยารักษามะเร็ง หรือผลการประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ซึ่งสนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและศูนย์วิจัยปัญหาสุรา ซึ่งเป็นงานวิจัยที่สร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และใช้ในการผลักดันร่างพระราชบัญญัติสุราในปี พ.ศ.2551
- (2) สร้างเครือข่ายในระดับนานาชาติ ทั้งนี้ นักวิจัย HITAP ได้พบปะ ทำความรู้จักและแลกเปลี่ยนกับนักวิชาการและผู้แทนจากหลายหน่วยงาน เช่น National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) สหราชอาณาจักร, Center for Drug Evaluation ประเทศไต้หวัน และ Health Insurance Review and Assessment สาธารณรัฐเกาหลี เป็นต้น ทำให้มีเครือข่ายของนักวิชาการในต่างประเทศเพิ่มขึ้น
- (3) ประชาสัมพันธ์องค์กรและผู้สนับสนุนให้เป็นที่รู้จักในเวทีนานาชาติ ทั้งนี้ในระหว่างการประชุมได้มีการจัดประชุมประชาสัมพันธ์หน่วยงาน HITAP และผู้สนับสนุน พบว่ามีผู้สนใจมาจากหลายภาคส่วนเข้าร่วมชมชมนักวิชาการ นอกจากนี้ นักวิจัยของ HITAP ยังได้สร้างชื่อเสียงให้กับประเทศและหน่วยงานรวมถึงองค์กรที่สนับสนุน ด้วยการชนะเลิศรางวัลการนำเสนอผลงานวิจัยแบบปากเปล่าและการนำเสนอผลงานวิจัยด้วยโปสเตอร์
- (4) นักวิจัยจาก HITAP ยังได้รับความรู้จากการเข้าร่วมฟังบรรยาย นำเสนองานทั้งแบบปากเปล่าและโปสเตอร์จากนักวิจัยของหน่วยงานอื่น อันเป็นการเสริมสร้างศักยภาพและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

2.2 การศึกษาดูงานและสร้างเครือข่ายกับ Health Insurance Review Agency (HIRA) ณ กรุงโซล สาธารณรัฐเกาหลี

การศึกษาดูงานที่หน่วยงาน Health Insurance Review Agency (HIRA) ของสาธารณรัฐเกาหลี ซึ่งเป็นองค์กรอิสระของรัฐบาลที่มีหน้าที่ตรวจสอบการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในระบบประกันสังคมของเกาหลีใต้ ประเมินความคุ้มค่าของมาตรการด้านสุขภาพเพื่อบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ พัฒนาวิธีการทบทวนและประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาล และสนับสนุนการสร้างเครือข่ายผ่านการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพ และสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศ โดย HIRA จะทำงานเป็นตัวเชื่อมระหว่างรัฐบาล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(National Health Insurance Corporation-NHIC) และสถานพยาบาลต่างๆ การศึกษาดูงานครั้งนี้เป็นงานต่อเนื่องจากการเข้าประชุม ISPOR ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาดูงาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความเป็นไปได้ในการสร้างความร่วมมือระหว่างสองสถาบันอย่างเป็นทางการในอนาคต

จากการศึกษาดูงานที่ HIRA คณะดูงานได้รับประโยชน์ดังนี้

(1) ได้เรียนรู้ประสบการณ์การทำงานของ HIRA และแลกเปลี่ยนประเด็นต่างๆดังนี้

จุดเด่น ที่ทำให้ HIRA ประสบความสำเร็จคือ การมีอำนาจตามกฎหมายในการปฏิบัติงาน ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องให้ความร่วมมือ นอกจากนี้ยังใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยอย่างมาก ทางทีมงาน HITAP ได้มีโอกาสเข้าไปเยี่ยมชมศูนย์อำนาจการสารสนเทศซึ่งเป็นศูนย์กลางของข้อมูลสุขภาพของทั้งประเทศและมีระบบรักษาความปลอดภัยอย่างดีเยี่ยม นอกจากนี้ประชาชนยังให้ความเชื่อมั่นและยอมรับในระบบราชการของประเทศ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นเพราะการสื่อสารระหว่างหน่วยงานรัฐกับประชาชนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับประเด็นความเหมือนและต่างระหว่าง HIRA กับ HITAP นั้นพบว่าส่วนที่เหมือนกันคือทั้งสองหน่วยงานสนับสนุนการใช้ข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบาย แต่แตกต่างกันตรงที่ HIRA มีขอบเขตงานที่กว้างขวางกว่าการประเมินเทคโนโลยี และ HIRA ตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีทางการแพทย์เฉพาะยา วัคซีน และเครื่องมือแพทย์ ขณะที่ HITAP มีความสนใจที่ครอบคลุมกว้างขวางกว่า โดย HITAP สนใจในเรื่องนโยบาย การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคทั้งระดับบุคคลและสังคมซึ่งรวมถึงนโยบายด้านกฎหมาย การค้าและการลงทุนที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ สำหรับประเด็นการบริหารจัดการองค์กรของ HIRA ที่สามารถนำมาปรับใช้กับองค์กร HTA ในประเทศไทย พบว่า HIRA ให้ความสำคัญมากกับการจัดเก็บ และวิเคราะห์ข้อมูลการใช้และให้บริการด้านสุขภาพในระดับประเทศเป็นอย่างมาก มีการ

สร้างระบบจัดเก็บที่มีความละเอียด แม่นยำ ทำให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพมีความทันสมัยซึ่งหากประเทศไทยพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลได้ในระดับเดียวกันเชื่อว่าจะมีประโยชน์กับงานวิจัยด้านนโยบายและระบบสุขภาพซึ่งย่อมส่งเสริมให้การตัดสินใจในระดับนโยบายอยู่บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงมากที่สุด

(2) เจรจาเพื่อหาช่องทางสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน

นอกเหนือจากการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของทั้งสองฝ่ายแล้ว ยังได้มีการพูดคุยถึงความร่วมมือในอนาคตในระดับผู้บริหารระดับสูงว่า มีความเป็นไปได้ที่จะมีการแลกเปลี่ยนนักวิจัยของทั้งสองหน่วยงานเพื่อเรียนรู้การทำงาน นอกจากนี้ยังได้กล่าวถึงความเป็นไปได้ในการสร้างความร่วมมือด้านวิชาการ เนื่องจาก HIRA ยังไม่มีประสบการณ์ในการประเมินเทคโนโลยีดังนั้นเจ้าหน้าที่ของ HIRA มีความสนใจที่จะมีโครงการความร่วมมือระหว่างทั้งสองหน่วยงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องการให้ HITAP ช่วยเหลือในการจัดอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ ซึ่ง HITAP ดำเนินงานมาเป็นเวลาหลายปีและได้รับการยอมรับในวงกว้าง นอกจากนี้ในบางกรณีการประเมินเทคโนโลยีในประเทศเกาหลีและประเทศไทยอาจมีลักษณะประเด็นคำถามและบริบทที่ไม่แตกต่างกัน การสร้างเครือข่ายและการทำวิจัยร่วมกันอาจทำให้ลดความซ้ำซ้อนและภาระงานของหน่วยงานทั้งสองได้

2.3 การประชุม Australasian Professional Society on Alcohol and other Drugs Conference 2008: *Evidence, Policy and Practice*

การประชุม Australasian Professional Society on Alcohol and other Drugs Conference 2008: Evidence, Policy and Practice ระหว่างวันที่ 22-26 พฤศจิกายน 2551 Sydney Convention & Exhibition Centre, ซิดนีย์ ออสเตรเลีย วัตถุประสงค์ของการประชุมเพื่อสนับสนุนการปรับปรุงการรักษาและป้องกันปัญหาจากยาเสพติดและแอลกอฮอล์บนหลักฐานเชิงประจักษ์ การประชุมนี้มีผู้เข้าร่วมประมาณ 1,000 คน ประกอบไปด้วย บุคลากรทางการแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ ตำรวจ นักวิจัย นักวิชาการ ผู้กำหนดนโยบาย และนักการศึกษา เป็นต้น

นักวิจัยจาก HITAP ได้นำเสนอผลงานวิจัยแบบปากเปล่าเรื่อง Assessing enforcement of policy on limiting alcohol accessibility and alcohol purchasing หรือ การประเมินผลการบังคับใช้มาตรการจำกัดการเข้าถึงและการหาซื้อเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใน alcohol policy session ทั้งนี้ นักวิจัยที่เข้าร่วมประชุมได้รับข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงงานวิจัย และทราบถึงแนวโน้มของงานวิจัยด้านแอลกอฮอล์ในอนาคต

ส่วนที่ 3: แผนการดำเนินงานปี พ.ศ. 2552

1. การเตรียมการศึกษาดูงานที่ National Institute for Health and Clinical Excellences (NICE) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของประเทศอังกฤษและเวลส์ที่มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับของนานาชาติ และพบปะแลกเปลี่ยนและสนทนาความเป็นไปได้ในการสร้างความร่วมมือทางวิชาการกับ London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) ณ กรุงลอนดอน และ Centre for Health Economics (CHE) ณ เมือง York ซึ่งสถาบันการศึกษาทั้งสองมีนักวิจัยระบบสุขภาพ รวมถึงการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพระดับโลก

ในช่วงที่ผ่านมา HITAP ได้ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของ NICE LSHTM และ CHE เพื่อวางแผนและกำหนดประเด็นการดูงานและเจรจา รวมทั้งกำหนดวันเดินทางในเดือน มกราคม พ.ศ.2552 กำหนดการ วาระการประชุม และรายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมแสดงในภาคผนวกที่ 5

2. แพลตฟอร์มวิจัยและรายงานประจำปีของโครงการเป็นภาษาอังกฤษเพื่อเผยแพร่ในระดับนานาชาติ เนื่องจากงานวิจัยหลายเรื่องที่กำลังดำเนินการโดย HITAP และต้องการผลักดันนโยบายในประเทศ เช่น นโยบายการควบคุมแอลกอฮอล์ การบังคับใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา จะประสบความสำเร็จได้ง่ายขึ้นหากได้รับการสนับสนุนหรือมีแรงกดดันจากภายนอกประเทศ ดังนั้นในแผนการดำเนินงานปี พ.ศ. 2552 HITAP ภายใต้การสนับสนุนจาก TGLIP จะดำเนินการจัดแปลเอกสารรายงานผลการวิจัยและรายงานความก้าวหน้าประจำปีเป็นภาษาอังกฤษ เพื่อเผยแพร่และหาแนวร่วมสนับสนุนการดำเนินนโยบายที่สำคัญในประเทศ โดยแต่ละรายงานจะมีกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจนและตรงกับวัตถุประสงค์ของการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

นอกเหนือจากรายงานผลการวิจัยและรายงานประจำปีของโครงการ การแปลเว็บไซต์เป็นภาษาอังกฤษก็เป็นอีกหนึ่งช่องทางในการเผยแพร่ผลงานและหาแนวร่วมในเชิงนโยบายในระดับนานาชาติ เว็บไซต์ภาษาอังกฤษยังใช้เป็นช่องทางในการประสานความร่วมมือกับเครือข่ายนานาชาติที่จัดตั้งขึ้นภายใต้โครงการ TGLIP เพื่อรายงานข้อมูลข่าวสารและกิจกรรมความคืบหน้าของเครือข่าย

3. การเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพระดับโลกเพื่อประชุมและ
บรรยายวิชาการในประเทศไทย

ตามแผนการดำเนินงานในเดือน มีนาคม พ.ศ.2552 HITAP จะเชิญผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศเข้าร่วม
ประชุมและบรรยายวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในประเทศไทย
โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อแนะนำในการดำเนินงานของโครงการและให้ความรู้แก่ผู้สนใจทั่วไป
หัวข้อในการบรรยายและกำหนดการที่แน่นอนจะได้รับการยืนยันในการไปศึกษาดูงานที่ประเทศอังกฤษ
ของเจ้าหน้าที่ HITAP ในเดือนมกราคมนี้

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1: บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการและอยู่ระหว่างการทบทวน 5 บทความ

1. The greatest happiness of the greatest number? Policy actors' perspectives on the limits of economic evaluation as a tool for informing health care coverage decisions in Thailand ในวารสาร BMC Health Service Research (<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/197/abstract>)
2. A historical development of health technology assessment in Thailand ในวารสาร International Technology Assessment in Health Care (In press)
3. Strengthening cost-effectiveness analysis in Thailand through the establishment of the Health Intervention and Technology Assessment Program อยู่ระหว่างการทบทวนโดยวารสาร Pharmacoeconomics
4. Using economic evaluation in policy decision making in Asian countries: mission impossible or mission probable? อยู่ระหว่างการทบทวนโดยวารสาร Value in Health
5. The Current Capacity and Future Development of Economic Evaluation for Policy Decision Making: A Survey among Researchers and Decision Makers in Thailand อยู่ระหว่างการทบทวนโดยวารสาร Value in Health

Research article

Open Access

The greatest happiness of the greatest number? Policy actors' perspectives on the limits of economic evaluation as a tool for informing health care coverage decisions in Thailand

Yot Teerawattananon*¹ and Steve Russell²

Address: ¹Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand and ²School of Development Studies, University of East Anglia, Norwich, UK

Email: Yot Teerawattananon* - yot@ihpp.thaigov.net; Steve Russell - s.russell@uea.ac.uk

* Corresponding author

Published: 26 September 2008

Received: 21 January 2008

BMC Health Services Research 2008, 8:197 doi:10.1186/1472-6963-8-197

Accepted: 26 September 2008

This article is available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/197>

© 2008 Teerawattananon and Russell; licensee BioMed Central Ltd.

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract

Background: This paper presents qualitative findings from an assessment of the acceptability of using economic evaluation among policy actors in Thailand. Using cost-utility data from two economic analyses a hypothetical case scenario was created in which policy actors had to choose between two competing interventions to include in a public health benefit package. The two competing interventions, laparoscopic cholecystectomy (LC) for gallbladder disease versus renal dialysis for chronic renal disease, were selected because they highlighted conflicting criteria influencing the allocation of healthcare resources.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with 36 policy actors who play a major role in resource allocation decisions within the Thai healthcare system. These included 14 policy makers at the national level, five hospital directors, ten health professionals and seven academics.

Results: Twenty six out of 36 (72%) respondents were not convinced by the presentation of economic evaluation findings and chose not to support the inclusion of a proven cost-effective intervention (LC) in the benefit package due to ethical, institutional and political considerations. There were only six respondents, including three policy makers at national level, one hospital director, one health professional and one academic, (6/36, 17%) whose decisions were influenced by economic evaluation evidence.

Conclusion: This paper illustrates limitations of using economic evaluation information in decision making priorities of health care, perceived by different policy actors. It demonstrates that the concept of maximising health utility fails to recognise other important societal values in making health resource allocation decisions.

Background

In all societies health care resources are restricted so that priority setting for health expenditure has to be done either implicitly or explicitly[1]. Health economic evaluation is a method used to analyse the costs and benefits of

different health care interventions, and has often been quoted as the most promising tool to assist decision-makers in health care rationing[2,3]. Cost-utility analysis, which is one type of health economic evaluation, is widely recommended in many official health technology

assessment guidelines in many settings [4-7]. The method assumes that the ultimate goal of the health care system is to maximise health benefits from the finite resources available, regardless of the distribution of these health benefits. To allow comparisons across a broad spectrum of intervention or programme areas, a common health benefit composite indicator, such as the Quality Adjusted Life Year (QALY), has been created and applied to numerous interventions to enable decision makers to decide which health investments maximise health (QALYs)[8,9]. A QALY measures both the quantity of life generated by an intervention (in years) and the change to quality of life in each of those years.

Although there are several moral and methodological controversies over the use of economic evaluation to guide health resource allocation[3,10,11], it is increasingly being used in some industrial countries on the grounds that it can inform more explicit and transparent health care coverage decisions[12]. In low- and middle-income countries the tool has rarely been used to inform decisions about the content of health care benefit packages. However in middle income countries such as Thailand policy-makers are facing growing pressure to justify resource allocation decisions in the health sector, due to increasing resource constraints arising from an epidemiological transition and increases in the availability and cost of new health technologies [13-15]. In Thailand the Universal Health Insurance Coverage (UC) policy implemented in 2001 offers a package of health care interventions at public facilities to all Thai citizens not covered by other benefit packages[16]. There is growing pressure on the government to clarify and make more transparent the UC benefit package, particularly for high cost interventions that absorb a disproportionate amount of resources[17]. Some high cost interventions are included in the package, others are excluded and some are in a 'grey zone' and provided at the discretion of consultants or hospital directors. A mix of criteria, mainly implicit, have influenced these decisions, for example pre-existing service availability, affordability for the provider and political pressures[18].

This paper presents qualitative findings based on semi-structured face-to-face interviews that explored the acceptability of using only evidence from economic evaluation among different policy actors. A case scenario was constructed using information from two separate economic evaluation studies previously conducted in Thailand. One was an economic evaluation of open versus laparoscopic cholecystectomy for gallbladder stone disease[19] and the other was an economic evaluation of renal dialysis compared to palliative treatment of end-stage renal disease[20]. The interviews sought to explore policy actors' justifications for their decisions on the case scenarios,

including the trade-offs they had to make between cost utility criteria founded on the principle of health (QALY) maximisation, and other criteria such as disease severity and overall budget impact[21,22].

Methods

Respondents

The selection of respondents was purposive to cover four groups of policy actors who play a major role or influence in health resource allocation decisions within the Thai healthcare system. A purposive sampling strategy was used to ensure that a range of policy actors was covered and that, at the highest level, the most important policy actors were selected. The qualitative data generated is not intended to be 'representative' in statistical terms, but the data can be used to build understanding of policy actors' attitudes and positions relating to economic evaluation in decision-making. Depth of understanding rather than sample size was the main concern[23,24]. However the policy relevance of the findings did rely on ensuring that an appropriate range of policy actors for this particular setting were covered, to enable the capture of a 'typical' range of perspectives[25].

As a result, an invitation letter, research proposal and consent form were sent to each of 38 potential participants including:

- fourteen **policy makers at the national level** who were the most senior administrators at the Ministry of Public Health (MOPH) and National Health Security Office (NHSO), which is an autonomous health care institution in Thailand that manages the Universal Health Coverage scheme;
- five **hospital directors** who are responsible for allocating resources within Thai healthcare institutions;
- twelve **health professionals** (medical specialists) who are responsible for resource allocation decisions at the patient-level, and;
- seven **academics** who produce and/or use economic evaluation information to inform decision makers.

For policy makers at national level letters were sent to the top seven senior administrators at the MOPH, both politicians and bureaucrats, and the top seven senior administrators of the NHSO. For the hospital directors, the five directors of the public hospitals where the authors had previously conducted the aforementioned economic evaluation studies[19,20] were invited for interview. The invitation letters were also purposively sent to health professionals at those five public hospitals. It was an intention to cover a wide range of medical specialists

including two internists, two surgeons, two nephrologists, two paediatricians, one oncologist, one ophthalmologist, one orthopaedist and one otorhinolaryngologist. Finally, seven Thai academics whose names were identified from national and international publications on issues of 'health care rationing/prioritisation' were invited to participate in the study.

Thirty-six respondents agreed to participate and were interviewed between December 2004 and May 2005 (missing two health professionals, paediatrician and orthopaedist). They were predominantly male (only two were female physicians), had an average age of 50 years and 34 out of 36 (94%) had a medical background (only two academics not qualified in medicines), which reflects the composition of senior management in the health sector in Thailand more generally. Only two policy makers and four academics had formal training in health economics or health care financing.

Interview schedule

At the beginning of the interview every respondent was given a brief introduction to health economic evaluation, including the concepts and applications of QALY maximisation. The semi-structured interview schedule then had two related parts. The first was a set of questions to explore policy actors' opinions about existing criteria for including health interventions in the UC benefit package, and their acceptance and values relating to the use of economic evaluation for development of the benefit package. The findings from these general questions are presented elsewhere[26].

The second part of the interview consisted of a hypothetical decision-making case scenario in which respondents were presented with a choice of two interventions and asked to decide which one to include in the UC package, based on different types of evidence, including the economic evaluation data collected as part of the wider research project. They were given a scenario in which the government was considering inclusion of one of two treatments, (1) laparoscopic cholecystectomy (LC) for gallbladder disease, versus (2) dialysis for chronic renal disease. The data presented to the respondents came from the results of economic evaluation studies conducted by the first author[19,20].

The selection of the two interventions for the case scenario was based on several important factors. Firstly, it was important to make the hypothetical scenario as realistic as possible, and both these treatments were the subject of real public debate at the time of the study. There was and continues to be pressure from various interest groups to include dialysis for chronic renal disease and laparoscopic surgery in the UC benefit package[27]. Neither LC nor

dialysis were covered by the UC at the time of the interview, although conventional open cholecystectomy (OC) for gallbladder disease and palliative management for chronic renal disease were included. LC and dialysis were both being offered by other public health insurance schemes at the time.

Secondly, the two interventions were selected because they have several features, identified from the literature, which were likely to highlight conflicting priorities towards the allocation of health care resources (see Table 1), and so stimulate discussion about the application of economic evaluation in real world decision-making, for example whether life saving interventions should be prioritised over cost effective interventions, and how to deal with questions of equitable resource allocation or protection against catastrophic health care payments[28].

In order to assess the relative importance given by respondents to a particular type of information or evidence (disease severity and treatment alternatives, cost effectiveness, budget impacts) the information was deliberately not presented at once but arranged into three staged components. Each piece of information was revealed separately and between each presentation the respondent was asked to choose the intervention that they would support to be included in the UC package. In addition, the interviewer did not inform respondents that there would be more information available after presenting the first and then the second piece of information.

The first piece of information described the two treatments and the expected recovery rates or quality of life resulting from the treatment [see additional file 1]. The second piece of information described the cost utility ratios of the two interventions, to see if this information changed the respondent's decision to choose between LC for gallbladder disease or dialysis for chronic renal disease [see additional file 2]. Finally, the overall financial impacts for the government and patients were presented [see additional file 3]. It was expected that the financial implications for both public and private sectors would have a greater influence on the respondent's decision than economic evaluation information, so these financial implications were presented last.

After each piece of information was presented, a structured question was asked to elicit a specific decision-making response. To encourage a response to the case scenario the interviewer stressed that there were no right or wrong answers. Although the respondents could refuse to make a choice, this option was not openly expressed to them so the refusal to make a choice was accepted only on request. Following the structured choice question, respondents

Table 1: Comparison of characteristics of laparoscopic cholecystectomy (LC) and renal dialysis used in the case scenario.

	Severity of disease and importance of the intervention: are there alternatives?	Equity of access improvement	Cost-effectiveness based on economic evaluation*	Financial impact on government budget
LC for gallbladder disease	+	++	+++	-
	Medical treatment and open conventional (OC) surgery are both available.	13% of patients in the country undergoing LC are under UC but have to pay a proportion of the cost. An alternative (OC) is available without a charge.	Compared to open surgery, the incremental cost-effectiveness ratio (ICER) for LC is less than 1 Thai GDP per capita and so considered cost-effective.	Relatively very small budget needed if it is to be included in the UC package. If included the indirect and direct non medical costs to households would also be reduced substantially.
Dialysis for end-stage renal disease	+++	+++	-	+++
	The availability of kidney donors is very limited. Without dialysis or kidney transplantation patients will die within 3–6 months.	Less than 5% of patients undergoing dialysis are under UC and have to pay the full cost. There is no alternative available for them.	Compared to 'palliative care', ICER for dialysis is higher than 5 times Thai GDP per capita and so considered non cost-effective.	Very huge financial impact on the overall UC budget.

*A report from the Commission on Macroeconomics and Health suggests the use of a threshold three times that of Gross Domestic Product (GDP) per capita as a basis for interpreting whether an intervention is cost-effective and should be adopted as a health technology in developing countries [32].

Marks: +++ "very high", ++ "high", +"moderate", – "none".

were then encouraged to discuss and explain their decisions using open question formats.

Analysis

All interviews were recorded on audiotape and transcribed verbatim. The first author read all the Thai transcripts and developed a list of codes (or themes) and sub-codes that were derived from respondents' understanding and reasoning behind their choices. One of our interests was to explore whether the respondents' different positions and duties influenced their attitudes and acceptance of using economic evaluation as a tool for healthcare rationing. The analysis also consisted of simple descriptive statistics (absolute counts and percentages) to describe policy actors' choices.

Results

The distribution of responses to the three pieces of information is shown in [see Figure 1]. Given the first information set about disease severity and treatment, 58% of respondents, including eight decision makers at national level, three hospital directors, seven health professionals and three academics opted to support the life-saving intervention, dialysis for chronic renal disease, rather than LC for gallbladder disease. The most common explanation from the supporters was that dialysis was a life-saving intervention, whereas LC was not life saving and without LC conventional open surgery was still effective and available to patients.

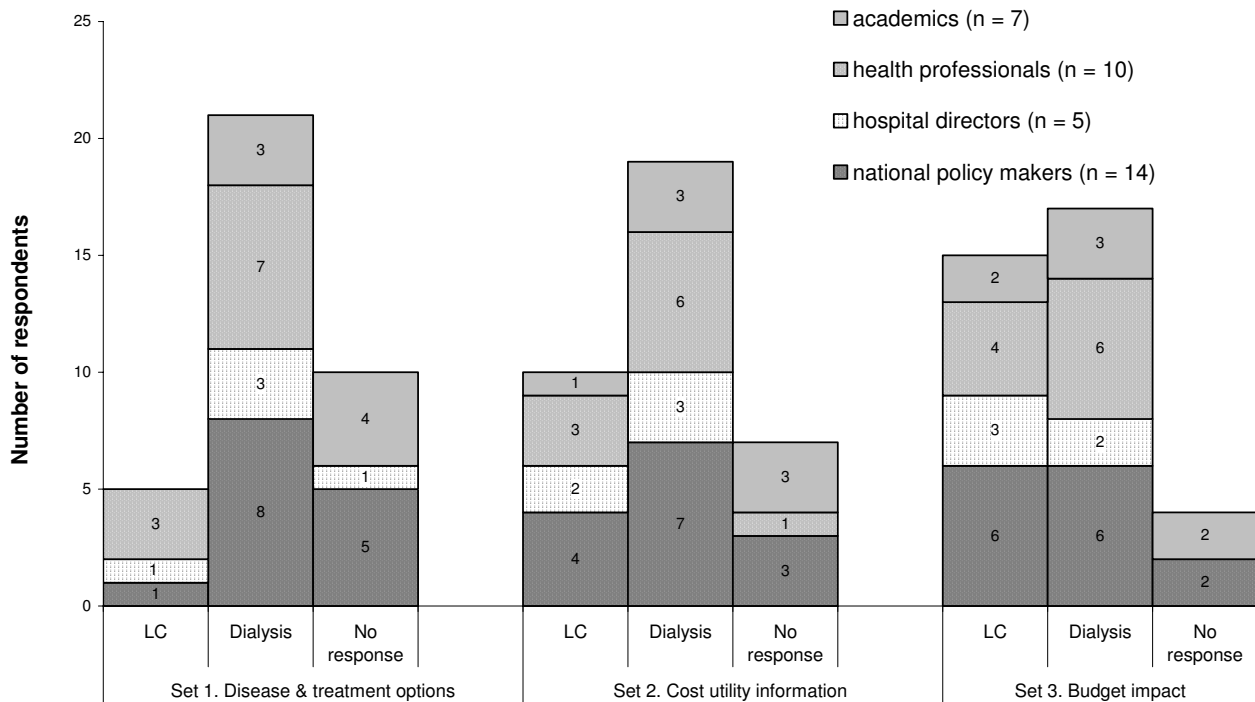
One academic respondent supported dialysis on the grounds that including it in the UC benefit package would reduce an inequality of access in the Thai health care system:

"I preferred dialysis because at present all health insurance schemes except the UC provide dialysis to their beneficiaries" (academic).

A small group (one decision maker at national level, one hospital director and three health professionals) chose to reject dialysis and support LC, but mainly for reasons other than cost-effectiveness. The one policy maker believed that dialysis would not be a cost-effective option while the hospital director and the three health professionals believed that there would not be adequate financial or human resources, for example nephrologists and dialysis nurses to provide adequate dialysis, if the UC included it within the benefit package:

"The government can spend money to buy dialysis machines right now as much as they want but they can't buy hundreds of nephrologists and nurses over night" (hospital director).

Five decision makers at the national level, one hospital director and four academics refused to make a choice at this stage and asked for more information on cost-effectiveness.



Respondents' preferences between LC and dialysis after each set of information was presented

Figure 1
Distribution of choices by type of respondent after three sets of case scenario information were presented sequentially.

When the second information set was provided (economic evaluation findings), five respondents shifted to the LC (Figure 1). One policy maker at the national level shifted support from dialysis to LC and explained:

"If I was looking at an individual patient I would choose dialysis, but I am currently making this decision for society as a whole and evidence shows that LC is a better choice" (national policy maker).

The other four who shifted their support to LC came from the group of ten who had previously not made a decision (two policy makers, one hospital director and one academic). They argued that the economic evaluation data were good enough to justify support of LC:

"If these figures are right, it's clear that dialysis is cost-ineffective so I would not support it" (academic).

One policy actor, a health professional, moved from supporting dialysis to a no response after hearing the cost-effectiveness information and explained that her decision was based on confusion:

"I know it [dialysis] is very important for patients with renal disease but your data make me feel that it may be too expensive to extend their life. I am now confused and not sure whether to support either" (health professional).

Despite the cost effectiveness information being presented, however, about half of the respondents (19 or 53%) continued to support dialysis. Most of them felt that in this particular situation it was ethically wrong not to support dialysis that could save a number of lives:

"In my view, your choices (LC versus dialysis) are incomparable.... Even if the treatment proves to be cost-ineffective, not covering it might create the impression that critically ill patients are being abandoned" (national policy maker, senior administrator of NHSO).

Three decision makers at the national level also thought that the coverage decision should be made not only on theoretical and empirical grounds but importantly it should also make sense and be acceptable to the general

public. Since any decision made by them would be announced to the public they argued that it should be politically defensible. In this case, they thought that it was unacceptable to let patients with chronic renal disease die without offering proven effective treatment. They felt that because dialysis was a life-saving intervention, the general public would opt to support it over LC and so they would also like to do so:

"If the UC announces to the public that it will include LC in the benefit package, I think that it will not be appreciated by many people. But if the UC is about to cover dialysis, it will be very much different" (national policy maker).

The decision shift away from dialysis to LC was most dramatic after the third information set was presented: the global budget impact of their decision. Three respondents shifted from a no response situation to LC (one policy maker at national level, one academic and one health professional), and two shifted from dialysis to LC (one policy maker at national level and one hospital director). Both of the latter explained they were now aware that the total cost of their decision to support dialysis was too expensive for the Thai healthcare system and that the government budget was too limited for dialysis in the long run.

After all three pieces of information had been presented more respondents ($n = 17$) still supported dialysis over LC ($n = 15$), despite LC's higher cost effectiveness. Four respondents still refused to make a choice for several reasons: both choices were not attractive and some alternative options were needed; the public should play a part in making this tough decision; and there was still not enough information to make a decision, for example the lack of cost-utility information for a range of potential interventions that needed to be considered at the same time:

"We can't consider only two interventions. Theoretically, we need to compare altogether all interventions that are in and out of the package since we may find some interventions outside the package that are more cost-effective than these two" (academic).

Discussion

Cost-utility analysis is well accepted amongst health economists, given the number of publications in academic journals[29], but little is known about how policy makers and health professionals perceive and value its findings and whether such evidence is meaningful to them and relevant to the decisions they take[30]. The present study qualitatively illustrated how different health policy actors react to decision-making dilemmas about resource allocation, for example whether to give priority to cost-effective

non-life saving interventions, or cost-ineffective life saving interventions.

The data presented on policy actors' responses when faced with a hypothetical but realistic decision confirms that health care policy actors saw limits to the usefulness of economic evaluation (cost-utility analysis)[31]. Twenty six out of 36 (72%) respondents were not convinced by the presentation of economic evaluation findings and chose not to support the inclusion of a proven cost-effective intervention in the UC benefit package. Even the majority of academics supported renal dialysis due to ethical or equity concerns. Indeed, there were only six respondents, including three policy makers at national level, one hospital director, one health professional and one academic, (6/36, 17%) whose decisions were influenced by economic evaluation evidence.

It seems reasonable to conclude that economic evaluation does not deal with many important factors or priorities that concern decision makers when they are making rationing decisions:

- ethical concerns relating to questions of saving life or equity;
- the availability and accessibility of treatment alternatives;
- awareness of the feasibility of policy options including availability of human and financial resources;
- organizational allegiances and institutionalised practices such as the primacy of the right to treatment;
- concerns about power over decision-making and wider political pressure on policy makers[31].

The findings presented in this paper add substance to and illuminate these complexities and difficulties. One of the most obvious difficulties is that economic evaluation ignores alternative ethical values that can be held by policy actors. More respondents, for example, decided that it was ethically right to prioritise a life-saving cost-ineffective intervention, dialysis, over a non-life saving cost-effective intervention, LC. This ethical preference clearly conflicts with economic evaluation, which is founded on a health maximisation philosophy, and echoes well-founded ethical positions that point to the importance of helping the neediest as the basis of philosophical justice[28,32,33]. Policy actors who prioritised severely ill candidates ahead of others, even though their treatment was less cost-effective, also argued that the majority of the public would have the same ethical values and expectations for healthcare rationing. In other settings studies

have explored public preferences towards the use of the QALY maximisation rule, and found that the general public's view does not always support maximising the number of QALYs gained[33]. People were willing to prioritise resource allocation to severely ill patients, even when they would benefit less from treatment than others, or were willing to reduce the number of QALYs gained in order to help those perceived to be most in need in terms of severity of illness.

Policy makers' concern about the public's support for QALY maximisation highlights the political factors that influenced coverage decisions in the case scenario. Among decision makers at the national level, despite their expressed concern about resource constraints and the need for efficiency, not all supported the cost-effective LC intervention because they were aware of the importance of gaining public support and acceptance of their decision. Their career paths are, to some extent, dependent on their ability to justify and defend their decisions politically and gain public acceptance.

Hospital directors, in contrast, had fewer concerns about public perceptions and by the end of the interview the majority (3/5, 60%) had rejected dialysis and supported LC. However the support for LC from two of these three directors was based on overall resource constraints rather than on the health maximising concept of economic evaluation, reflecting their responsibility for the management of the hospital's financial and human resources to deliver services.

Health professionals' are trained and operate within an institutional environment that means in principle they act in the best interest of the patient, so they are likely to prioritise patient care over economic considerations. This helps to explain why the majority (6/10) continued to support dialysis after the presentation of economic evaluation information. The majority of health professionals were more concerned about saving lives, even when the opportunity cost was a reduction in the quality of life of other individuals in need. This decision perhaps reflects the fact that health professionals' overriding professional responsibility is to the particular patient under consideration[34], and that they make decisions for individuals with less recourse to wider societal perspectives than the national policy makers.

Even in the case of academics trained in economic evaluation, more did not support the use of economic evaluation for prioritising healthcare than did. While they argued that improved efficiency through the use of economic evaluation was important they also stressed that this criterion needed to be balanced against equity and affordability. This illustrates the fact that the non-use or

selective use of economic evaluation will not simply be resolved by providing appropriate education of information but incorporate various competing decision making priorities in order to gain widespread acceptance in the priority setting process.

It is important to note two possible limitations of these findings. First, the data on policy actors' decisions are based on a hypothetical scenario and in a real world scenario the decisions made may well have been different. For example in Thailand decision makers might look at just one intervention such as dialysis and consider affordability and cost-effectiveness, but not make comparisons across health problems. However, the scenario presented was a topical and realistic one. All the information provided, including the economic evaluation data and financial implications, were based on real studies and the case of dialysis was one of public debate at the time of the interviews because the government was considering its inclusion in the UC benefit package[35]. During the interviews it was evident that the respondents took the questions very seriously. Hence the decisions made in the hypothetical situation may, in fact, reflect the real preferences of respondents if they had been taking part in a real policy decision.

Second, this study was not undertaken to produce 'generalisable results' about how economic evaluation might be accepted or used in other settings. Decision makers elsewhere may attach more or less weight to different resource allocation criteria, and the same health technology may have different characteristics where it is offered in other settings. Also, it is not possible to generalise the findings from this study to all policy makers in Thailand. However, the qualitative design aimed to offer in-depth understanding about the complexity of decision-making in a specific context which can still be informative for analysts elsewhere.

Conclusion

The policy actors' perspectives and positions, presented in this and a related paper[31] have highlighted several difficulties and dilemmas for the introduction of economic evaluation into health technology coverage decision making processes in Thailand. There was a lack of consensus between and within different groups of health care policy actors on the best criteria for allocating scarce health care resources. However, interpreting the data on policy actors' different priorities and decisions, and the rationales behind them, it is possible to better understand the different priorities of policy actors and so inform better procedures for or management of a complex and unavoidable rationing process in healthcare.

Increasing the use of economic evaluation in Thailand, to make health technology resource allocation decisions more explicit and transparent, requires a search for how best to incorporate the tool within existing and competing decision making priorities. Otherwise, economic evaluation which is based mainly on a concept of 'the greatest happiness of the greatest number' would fail to provide a guide for making rational resource allocation in most cases.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

YT designed the study, carried out the data collection and analysis, and drafted the paper. SR participated in the study design, advised on the collection of data and made substantial contributions to the data interpretation and writing of the paper. All authors read and approved the final manuscript.

Additional material

Additional file 1

The first set of information: the two treatments and the expected recovery rates or quality of life.

Click here for file

[<http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1472-6963-8-197-S1.doc>]

Additional file 2

The second set of information: the cost utility ratios of the two interventions.

Click here for file

[<http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1472-6963-8-197-S2.doc>]

Additional file 3

The third set of information: overall financial impacts for the government and patients.

Click here for file

[<http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1472-6963-8-197-S3.doc>]

Acknowledgements

We would like to acknowledge and thank Prof. Miranda Mugford, who participated in the conception and design of the main study. We also thank Prof. Anne Mills and Dr. Richard Cookson for their comments and suggestions in the earlier version of this manuscript.

We are grateful for the joint financial support to the Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) by the Thai Health Promotion Foundation, Health System Research Institute, Bureau of Health Policy and Strategy, Ministry of Public Health, and the Thai Health-Global Link Initiative Project (TGLIP). At the time this study was conducted the first

author was supported by the World Health Organization under its Fellowship Program to study at the University of East Anglia.

References

1. Maynard A: **Rationing health care: an exploration.** *Health Policy* 1999, **49(1-2)**:5-11.
2. Drummond M, Jonsson B, Rutten F: **The role of economic evaluation in the pricing and reimbursement of medicines.** *Health Policy* 1997, **40(3)**:199-215.
3. Neumann P: *Using cost-effectiveness analysis to improve health care: opportunities and barriers* Oxford: Oxford University Press; 2005.
4. Kristensen FB, Horder M, Poulsen PB: **Health Technology Assessment Handbook.** 1st edition. Copenhagen: Danish Institute for Health Technology Assessment; 2001.
5. Szende A, Mogyorósy Z, Muszbek N, Nagy J, Pallos G, Dózsa C: **Methodological guidelines for conducting economic evaluation of healthcare interventions in Hungary: a Hungarian proposal for methodology standards.** *HEPAC Health Economics in Prevention and Care* 2002, **3(3)**:196.
6. Gafni A, Birch S: **NICE Methodological Guidelines and Decision Making in the National Health Service in England and Wales.** *PharmacoEconomics* 2003, **21(3)**:149-157.
7. Hjelmgren J, Berggren F, Andersson F: **Health Economic Guidelines: Similarities, Differences and Some Implications.** *Value Health* 2001, **4(3)**:225-250.
8. Birch S, Donaldson C: **Valuing the benefits and costs of health care programmes: where's the 'extra' in extra-welfarism?** *Social Science & Medicine* 2003, **56(5)**:1121-1133.
9. Pinkerton SD, Johnson-Masotti AP, Derse A, Layde PM: **Ethical issues in cost-effectiveness analysis.** *Evaluation and Program Planning* 2002, **25(1)**:71-83.
10. Stolk EA, Brouwer WB, Busschbach JJ: **Rationalising rationing: economic and other considerations in the debate about funding of Viagra.** *Health Policy* 2002, **59(1)**:53-63.
11. Drummond M, Sculpher M: **Common methodological flaws in economic evaluations.** *Med Care* 2005, **43(7 Suppl)**:5-14.
12. Harris A, Buxton M, O'Brien B, Rutten F, Drummond M: **Using economic evidence in reimbursement decisions for health technologies: experience of 4 countries.** *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* 2001, **1(1)**:7-12.
13. Doherty J, Kamae I, Lee KKC, Li H, Li S-C, Liu GG, Tarn Y-H, Yang B-m: **What Is Next for Pharmacoeconomics and Outcomes Research in Asia?** *Value Health* 2004, **7(2)**:118-132.
14. Iglesias CP, Drummond MF, Rovira J: **Health-care decision-making processes in Latin America: problems and prospects for the use of economic evaluation.** *Int J Technol Assess Health Care* 2005, **21(1)**:1-14.
15. Tangcharoensathien V, Tantivess S, Teerawattananon Y, Amukul N, Jongudomsuk P: **Universal coverage and its impact on reproductive health services in Thailand.** *Reprod Health Matters* 2002, **10(20)**:59-69.
16. Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V: **Learning from Thailand's health reforms.** *BMJ* 2004, **328(7431)**:103-105.
17. Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V: **Designing a reproductive health services package in the universal health insurance scheme in Thailand: match and mismatch of need, demand and supply.** *Health Policy Plan* 2004, **19(Suppl 1)**:i31-i39.
18. Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Srithamrongsawat S: **Universal health coverage in Thailand: ideas for reform and policy struggling.** *Health Policy* 2004, **68(1)**:17-30.
19. Teerawattananon Y, Mugford M: **Is it worth offering a routine laparoscopic cholecystectomy in developing countries? a Thailand case study.** *Cost Eff Resour Alloc* 2005, **3(1)**:10.
20. Teerawattananon Y, Mugford M, Tangcharoensathien V: **Economic evaluation of palliative management versus peritoneal dialysis and hemodialysis for end-stage renal disease: evidence for coverage decisions in Thailand.** *Value Health* 2007, **10(1)**:61-72.
21. Daniels N: **Four unsolved rationing problems. A challenge.** *Hastings Cent Rep* 1994, **24(4)**:27-29.
22. Brock D, Wikler D: **Ethical issues in resource allocation, research, and new products development.** In *Disease control priorities in developing countries Volume 2.* Edited by: Jamison D, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, Jha P, Mills A, Musgrove P. New York: Oxford University Press and the World Bank; 2006.

23. Mitchell JB: **Medicaid participation by medical and surgical specialists.** *Med Care* 1983, **21(9)**:929-938.
24. Coast J: **The appropriate uses of qualitative methods in health economics.** *Health Econ* 1999, **8(4)**:345-353.
25. Coast J, McDonald R, Baker R: **Issues arising from the use of qualitative methods in health economics.** *J Health Serv Res Policy* 2004, **9(3)**:171-176.
26. Teerawattananon Y, Russell S: **A difficult balancing act: policy actors' perspectives on using economic evaluation to inform health-care coverage decisions under the Universal Health Insurance Coverage scheme in Thailand.** *Value Health* 2008, **11(Suppl 1)**:S52-60.
27. Tangcharoensathien V, Pitayarangsarit S: **Health Insurance Systems in Thailand: Major Research Questions.** *Journal of Health Sciences* 2003, **12(2)**:159-168.
28. Ubel P: *Pricing life: why it's time for health care rationing* Massachusetts: The MIT press; 2000.
29. Neumann PJ, Greenberg D, Olchanski NV, Stone PW, Rosen AB: **Growth and Quality of the Cost-Utility Literature, 1976-2001.** *Value in Health* 2005, **8(1)**:3-9.
30. Hoffmann C, Stoykova BA, Nixon J, Glanville JM, Misso K, Drummond MF: **Do Health-Care Decision Makers Find Economic Evaluations Useful? The Findings of Focus Group Research in UK Health Authorities.** *Value Health* 2002, **5(2)**:71-78.
31. Teerawattananon Y, Russell S: **A difficult balancing act: policy actors' perspectives on using economic evaluation to inform health care coverage decisions under the universal health insurance coverage scheme in Thailand.** a paper submitted for publication in 'Value in Health' 2007.
32. Rawls J: *A theory of justice* Oxford: Oxford University Press; 1972.
33. Dolan P, Shaw R, Tsuchiya A, Williams A: **QALY maximisation and people's preferences: a methodological review of the literature.** *Health Econ* 2005, **14(2)**:197-208.
34. Charny MC, Lewis PA, Farrow SC: **Choosing who shall not be treated in the NHS.** *Soc Sci Med* 1989, **28(12)**:1331-1338.
35. Tangcharoensathien V, Kasemsup V, Teerawattananon Y, Supaporn T, Chitpranee V, Prakongsai P: *Universal access to renal replacement therapy in Thailand: A policy analysis* Nonthaburi: International Health Policy Program & Nephrology Society of Thailand; 2005.

Pre-publication history

The pre-publication history for this paper can be accessed here:

<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/197/prepub>

Publish with **BioMed Central** and every scientist can read your work free of charge

"BioMed Central will be the most significant development for disseminating the results of biomedical research in our lifetime."

Sir Paul Nurse, Cancer Research UK

Your research papers will be:

- available free of charge to the entire biomedical community
- peer reviewed and published immediately upon acceptance
- cited in PubMed and archived on PubMed Central
- yours — you keep the copyright

Submit your manuscript here:
http://www.biomedcentral.com/info/publishing_adv.asp



DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

Title: A historical development of health technology assessment in Thailand

Running title: HTA in Thailand

List of contributors:

Yot Teerawattananon Ph.D. email address: yot@ihpp.thaigov.net
Sripen Tantivess Ph.D. email address: sripen@ihpp.thaigov.net
Jomkwan Yothasamut M.A. email address: jomkwan@ihpp.thaigov.net
Pritaporn Kingkaew B.Sc. email address: prataporn@ihpp.thaigov.net
Kakanang Chaisiri B.Sc. email address: kakanang@ihpp.thaigov.net

Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)

Bureau of Health Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand

Corresponding author: Yot Teerawattananon

Address: Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP),

6th floor, 6th building, Department of Health, Ministry of Public Health,

Tiwanon Rd., Nonthaburi 11000, THAILAND

Tel: +662 590 4549 Fax: +662 590 4369

Email addresses: yot@ihpp.thaigov.net; yot.teera@hotmail.com

Abstract

Significant changes in Thailand's health systems can be observed since the late 19th century when the country gradually adopted western-style medicine including modern health interventions. Nevertheless, the introduction of the concept of health technology assessment (HTA) in this resource-limited society took place in a later period. This paper reviews the development of HTA including the socioeconomic context, outputs and policy utilization in the Thai setting.

Evidence suggests that contextual elements of the health systems, especially the country's economic status and health financing reforms, as well as their effects on government budgeting for medical and public health services, played an important role in the increasing needs and demands for HTA information amongst policymakers. In the midst of substantial economic growth during the years 1982 to 1996, a number of studies reported the rapid diffusion and poor distribution of, and inequitable access to high-cost technology in public and private hospitals. At the same time, economic analysis and its underpinning concept of efficiency were suggested by groups of scholars and health officials to guide national policy on the investment in health technology equipment. Related research and training programs were subsequently launched. However, none of these HTA units could be institutionalized into national bodies.

From 1997 to 2005, an economic recession, followed by the introduction of a universal health coverage plan, triggered the demands for effective measures for cost containment and prioritization of health interventions. This made policymakers and researchers at the Ministry of Public Health (MOPH) pay increasing attention to economic appraisals, and a number of HTA programs were established in the Ministry. Despite the rising number of Thai health economic publications, a major problem at that period involved the poor quality of studies. Since 2006, economic recovery and demands from different interests to include expensive technologies in public health benefit package have been crucial factors promoting the role of HTA in national policy decisions. Meanwhile, HTA capacity has been strengthened through the establishment of many health economic and HTA initiatives. An illustration of the work and contributions of the Health Intervention and Technology

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

Assessment Program (HITAP) is provided. In this phase, HTA-policy integration has been enhanced through different mechanisms and organizations.

In summary, over the past two decades a notable progression has been made in relation to the capacity building of HTA research and its policy utility in Thailand. Such development has been shaped by multiple factors. It is anticipated that experience gained amongst academics, health officials and civil society organizations will be helpful not only in sustaining the momentum but also in improving formal HTA systems in the future.

Keywords: Health technology assessment, History, Thailand, Economic evaluation, Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP

DRAFT

Introduction

Prior to the diffusion of western-style medicine into Thailand in late 1800s, the country's health care system was dominated by the practice of traditional healers who employed simple methods, e.g. observation, interrogation, auscultation and olfaction, for diagnosis of illness; and traditional interventions, such as herbal drugs and physical massage, for treatment of diseases. Modern medical technology played no role in this era. In addition, linking health care with religions seemed to be common (1). Many Buddhist temples acted as health delivery facilities or even medical schools at the same time. Given that such a non-industrialized system involved individual treatment, underpinned by philanthropic ideals of providing care to relieve sufferers of illness through the introduction of nature-based technologies, providers were largely unconcerned with the costs and efficiency of health care services.

However, significant changes in the Thai health care system took place during the reign of King Rama V (1853-1910): Thai society adopted modern instruments and knowledge as a means to survive colonization by greater powers. The introduction of western medicines in Thai life was accelerated after World War II when medical sciences greatly benefited from research and development of technologies dealing with diseases and injuries generated by military operations, and also the invention of military machines and equipment (2). Since then health care services have been increasingly reliant on complex technologies specifically created to serve medical and public health purposes. Although the development and adoption of these technologies has offered considerable advantages to the population's health, it was not without cost. For instance, it has caused and continues to cause large increases in health care costs, adverse effects--both preventable and unpreventable, and undesirable social consequences. In addition, access to health technology is one of the most distinct differences between the rich and the poor.

Recognition of the potential of health technology assessment (HTA), through analyses of safety, efficacy/effectiveness, costs, ethics and legal issues related to the acquisition and application of health technology, regarding decision making, and the interest in incorporating HTA into health technology resource allocation is rapidly evolving, not only in industrialized countries, but also in

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

developing nations where health care resources are more limited and the need for evidence-based decision making is even higher. In Thailand, although HTA is relatively new discipline, it has received great attention by stakeholders, and has made significant strides in recent years.

This paper aims to review the development of HTA in Thailand, with particular attention to the key driving factors, initiatives implemented and major achievements. It focuses on HTA as a form of "*policy research*" that measures short- and long-term consequences of the application or use of health technology (3). In Thailand, HTA can be traced back to the early 1980s when the first literature on this subject became available. This paper begins with a narrative of the Thai background and its health care system. Then it describes the early development of HTA in this country, followed by the second phase and the recent progression. The paper concludes with lessons learnt during the past decades and future challenges which may be relevant to decision makers, health care planners, academics and health personnel in other resource-poor countries.

Overview of Thailand and its health care system

Thailand is the 19th largest country of the world in terms of population with approximately 64 million people (4). Its economic structure has been transformed in the industrial and service sectors more than in the agricultural sector. Nevertheless, the country experienced a serious economic crisis in 1997, resulting in a sharp decline in the annual economic growth rate from 7% in 1996 to -1.7% in 1997 and -10.8% in 1998 (5). Poverty incidence increased from 17.0% in 1996 to 21.3% in 2000. In 2002, an economic recovery began and the proportion of people living under the poverty line dropped steadily to 11.2% in 2004 (6). In 2007, the overall Gross Domestic Product (GDP) in Thailand was 519 billion International dollars, with the Thai GDP per capita standing at 7,900 International dollars (7).

Overall resources devoted to health care have increased dramatically in recent years. The total health expenditure has increased at a faster rate than that of national GDP, from 3.5 per cent of GDP in 1979 to 6.09 per cent of GDP in 2000 (8). In 2001 Thailand achieved universal health care coverage through general tax revenue resulting in public health expenditure making up the majority of total spending (~70%) compared to private expenditure. The Universal Coverage scheme (UC) managed

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

by the National Health Security Office (NHSO) protects the 47 million people who are not eligible for the Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS), which covers 4 million government and state enterprise employees and their dependents, or Social Health Insurance (SHI), which is a mandatory health insurance for 10 million private sector employees in companies employing more than one employee (9). **Table 1** describes key characteristics of these major insurance schemes.

Table 1 Public health insurance schemes in Thailand

Public Health Schemes	Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS)	Social Health Insurance (SHI)	Universal Coverage Scheme (UC)
Year of introduction	1960	1990	2001
Responsible organization	The Comptroller General's Department, Ministry of Finance	Social Security Office	National Health Security Office
Beneficiaries	Government employees, dependents and pensioners	Private sector employees	The remaining population who are not covered by CSMBS and SHI
Population coverage (2007)	4 million, 6%	10 million, 16%	47 million, 75%
Sources of finance	Government budget (general tax revenue)	Tripartite payroll contributions by employee, employer and the government	Government budget (general tax revenue)
Payment to health facilities	Fee-for-service reimbursement	Capitation inclusive outpatient and inpatient services	Capitation for outpatient, disease prevention. A global budget with the application of

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

Public Health Schemes	Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS)	Social Health Insurance (SHI)	Universal Coverage Scheme (UC)
			case base payment, i.e. diagnostic related group for inpatient services.
Inclusion of health services	Almost all treatment interventions but not preventive measures. No clear benefit package defined.	A clearly defined benefit package for treatments. Pharmaceutical benefit based on the National List of Essential Medicines.	A clearly defined benefit package for both treatments and disease prevention and screenings. Pharmaceutical benefit based on the National List of Essential Medicines.

The Ministry of Public Health (MOPH) is the principal agency responsible for promoting, supporting, controlling and coordinating most health service activities offered at hospitals and health centres throughout the country (10). There are also, however, several other state agencies that play significant roles in medical and health development programmes such as the Ministry of Education, the Ministry of the Interior, the Ministry of Defence, the Bangkok Metropolitan Administration, and state enterprises. These agencies operate health facilities, including hospitals, which provide primary, secondary and tertiary medical services. During the last two decades, the private sector has expanded rapidly in Bangkok and other provincial cities. In 2004 there were 461 private hospitals (Bangkok 129, other provinces 332), 10,819 private clinics, 11,094 drugstores and 2,011 traditional medicine drugstores (10).

At the national level, the Thai Food and Drug Administration (FDA), under the MOPH, is responsible for the market authorization of drugs and medical devices. The market authorisation requires

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

evidence related to the safety, efficacy, and quality of the products from sponsoring companies. The Ministry of Commerce controls drug prices through mandatory price labelling of over-the-counter (OTC) drugs. The evidence used for price setting of OTC drugs includes information of cost structures and international prices submitted by pharmaceutical companies. Prices of non-OTC drugs are controlled by the "Medicine Price Ceiling" which is a list of maximum price for each drug that sellers are allowed to charge from public hospitals (11). The ceiling price set by the Committee for Development of the Medicine Price List is based on collective information on purchasing prices of similar drugs from every public hospital (11). There is no price ceiling or reference set for medical devices. It is determined entirely by market demand and supply. The prices of drugs and medical devices, which are commonly used across settings, are also controlled by the mechanism of bulk purchasing at the national and provincial levels (12).

The National List of Essential Medicines (NLEM) is a list of drugs, vaccines, radioactive substances, and disinfection agents that are necessary for the prevention and control of all major health problems in the country. The regulations mandate the MOPH to develop the NLEM. Public facilities are then required to procure medicines from this list. The NLEM is also referred to by the three public health schemes as the pharmaceutical reimbursement list. Also, the NLEM aims to be used as a tool to encourage the rational use of medicines (13). The cost of prescribed drugs outside the NLEM will be born by individuals under the SHI and UC schemes, but not the CSMBS. The CSMBS allows three medical doctors to co-endorse the use of drugs outside the NLEM (14). The first version of the NLEM was developed in 1972. The current version was issued in early 2008.

There is no reimbursement list for medical devices. They are controlled implicitly by their distribution by suppliers. The coverage of use of medical devices varies largely among the three public schemes. The CSMBS covers almost all medical devices using a fixed-rate fee-for-services payment while the UC and SHI schemes include use of medical devices as part of their basic health packages and support based on prepaid capitation. As a result, unequal access to and utilisation of expensive medical devices has been widely noticed e.g. CT scans, MRI and mammography between CSMBS versus UC and SHI beneficiaries (15).

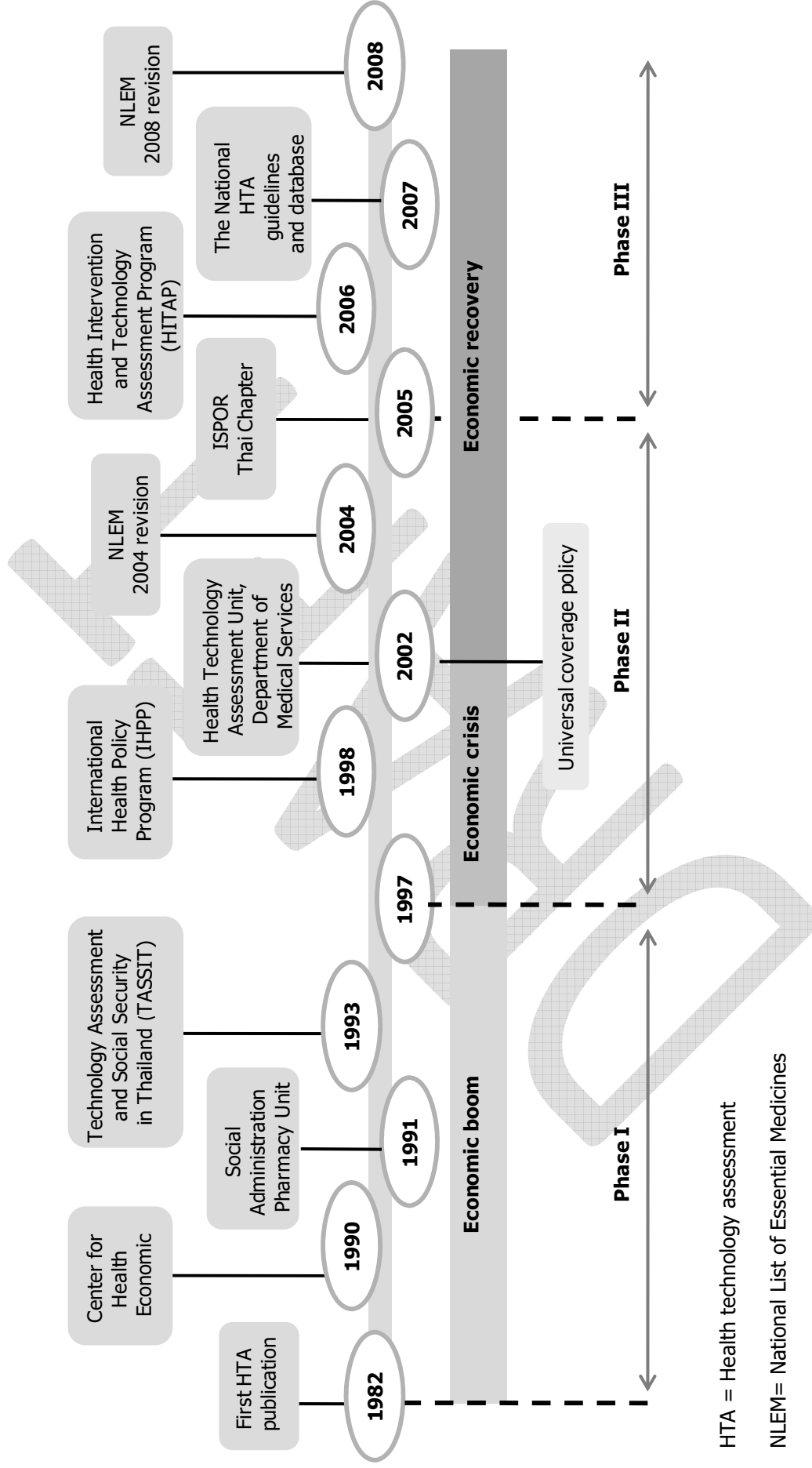
Phase I (1982-1996): the introduction of the concept and practice of HTA in Thailand

During this period the average annual economic growth rate in Thailand was around 9%, which was the world's highest growth rate, and the GDP per capita increased 28 fold (4). The higher purchasing power of domestic patients in conjunction with a policy on 5-year corporate tax and import duties exemption from the Board of Investment prompted private hospitals to improve their facilities, employ more health professionals and invest in advanced and expensive medical equipment. Furthermore, it was not only the private health sector but also the public health care institutions that experienced unparalleled growth with considerable expansion of investment in health facilities including medical technology. These facts were well illustrated by Tangcharoensathien et al (5) who reported a rapid expansion in private hospital beds and an immense increase in the diffusion of CT scanners, MRI technology, and renal dialysis units in both public and private sectors during the period 1990-1996.

The problems of over investment in, poor distribution of, and inequity of access to advanced medical technology were recognised by academics and health personnel in medical schools where the investment in high-cost technology was concentrated. As a result, the likes of the Centre for Health Economics, Chulalongkorn University (1990) and the Social Administration Pharmacy units at Chulalongkorn University (1991) and Mahidol University (1992) were established during the period (see **figure 1**), aiming to utilise HTA to guide investment in the rational use of medical technology. However, with limited capacities and support in conducting research in this area, most activities of these units concentrated on the introduction of the general concept of HTA and providing basic training to their students. Although a number of HTAs were conducted, the studies adopted narrow viewpoints focusing mainly on the costs and short-term implications of big investments in tertiary hospitals. Some of these assessments were supported by international agencies, such as UNICEF, the WHO, the US Agency for International Development and the International Development Research Centre of Canada, but without national policy linkage, however. This led to limited utilization of HTA studies during the time.

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

Figure 1 Milestones on HTA development in Thailand, 1982-2008



HTA = Health technology assessment

NLEM= National List of Essential Medicines

ISPOR= International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research

In 1993 the most notable attempt to establish a specialised HTA unit was done by the collaboration between the Health Systems Research Institute (HSRI) of Thailand and the Karolinska Institute of Sweden. The program, the so-called Technology Assessment and Social Security in Thailand (TASSIT), was introduced (16). This initiative focused on the use of HTA as an information tool for public health insurance plans (17). Unfortunately, at that juncture it was a beginning phase of health insurance systems in Thailand. Only a small proportion of the Thai population (less than 30%) were covered by tax-based insurance plans so the government budget spending on health was not significant. This resulted in an underestimation of the importance of HTA by policy makers. In addition, TASSIT operated in the form of a loose network amongst academics who were interested in HTA and only worked on a part-time basis for the program. Owing to a lack of critical mass, especially full-time staff, and continuation in building up research capacity, there was no major output delivered and it was eventually terminated in the late 1990s.

Phase II (1997-2005): an increasing interest in HTA from decision makers

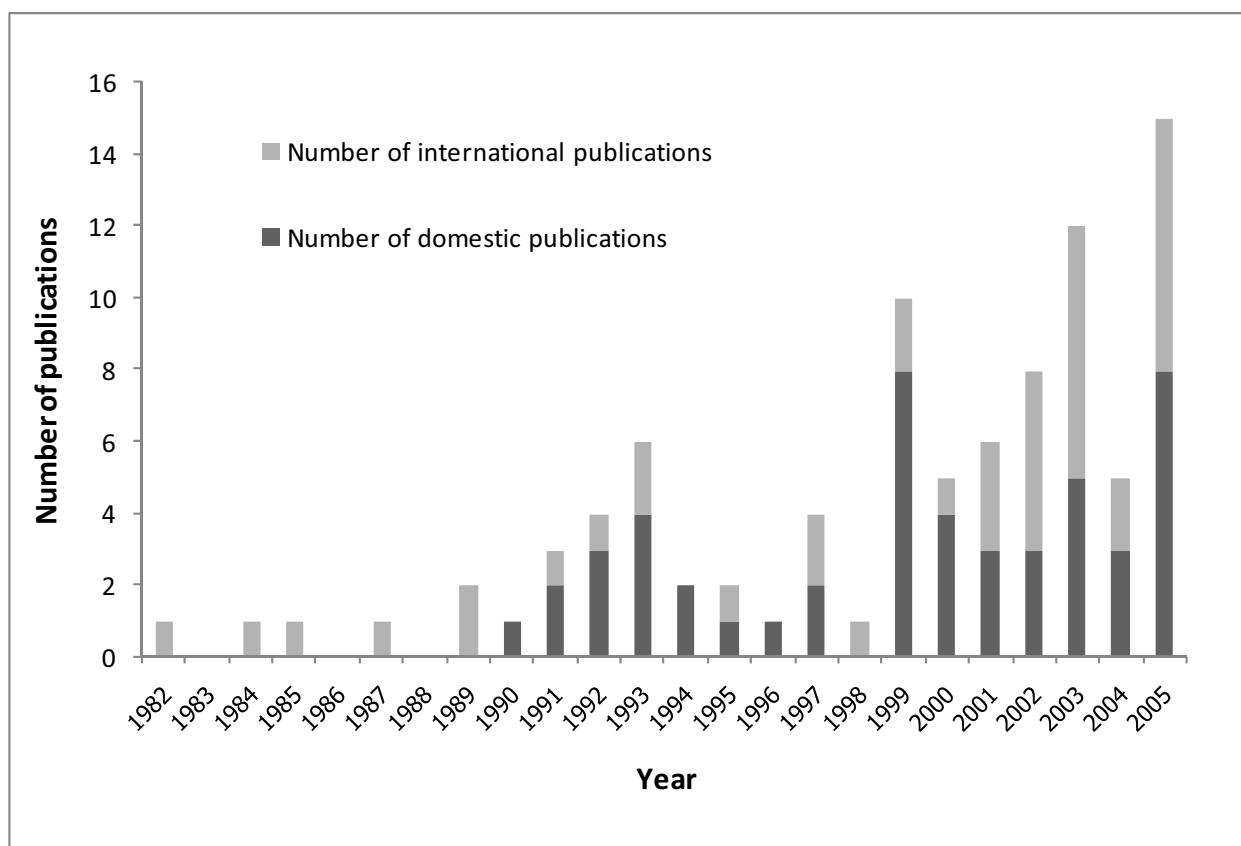
An economic crisis in Thailand began in mid 1997 as a result of poor management of the financial sector, excessive investments by private companies and inappropriate supervision of foreign currency exchange by the Bank of Thailand. This crisis resulted in huge foreign debts and currency deficits (5). It also prompted the Thai government to have to ask for a loan of 17.2 billion USD from the International Monetary Fund (IMF) and its alliances. The crisis had significant implications at both macro- and micro-levels including sharp reductions in values of currencies and asset prices, a sudden increase in unemployment, and a severe household income contraction. Poverty incidences increased from 17% in 1996 to 21% after the crisis.

A decline in the ability to pay for health care caused by the crisis provoked pressure on the government to increase support to the public health system. A rise in public health spending, the expansion of coverage of public health insurance amongst Thais due to the increased number of the poor who are eligible for the coverage of the public health plan, and a growth in service utilizations in public health facilities was evidenced (5). Decision makers at national and hospital levels were under pressure from a rapid increase in demand for health services with little improvement in the financial

support. At this time, health care managers, especially within the MOPH, paid increasing attention to cost containment, in part through the introduction of HTA. The “Health Technology Assessment” unit was established in 2002 under the MOPH’s Department of Medical Services. However, this division, with a limited research capacity, has only delivered a few HTA studies (less than 12) so far. It also relies solely on limited support from the MOPH budget, and has never had a clear plan for building research capacity for HTA. This HTA unit has played a very limited role in informing decisions about investments in health technology in real policy and practice.

In 2001, when the country’s economic status started to recover, the government declared its intention to implement the universal coverage of health care with major financial reforms (18). The policy also aimed to harmonize the benefits, costs and management of several existing insurance schemes that would lead to an equitable healthcare system. The public share of the total health expenditure rose from 45% in 1994 to 64% in 2005 (19). The NLEM as the pharmaceutical benefit package for all public health insurance plans became very crucial because it has had a significant impact on the prescribing and dispensing of medicines throughout the country. Though the first establishment of the NLEM was in 1972, with subsequent revisions in 1982 and 1996, the revision of the 2004 NLEM was the first to introduce economic aspects as a criterion for drug selection apart from the safety and clinical efficacy (20).

Owing to growing pressure on the government to include high-cost services into the new universal coverage scheme, with a limited budget available, explicit health care rationing became a prime concern amongst stakeholders (21; 22). The need for independent units to carry out research for the prioritization of health interventions was raised by many decision makers and civil society groups. Unfortunately, the existing HTA unit at the MOPH was unable to meet the increasing demands. It appeared that universities and other research institutes could fill part of the gaps. **Figure 2** shows a significant increase in the amount of economic evaluation carried out in the Thai setting and published in both domestic and international literature between 1997 and 2005. This increase was a result of better resource and infrastructure development during previous decades. At the same time, however, poor quality evidence and methodology used and missed-targeted research towards the determination of cost-effective interventions to deal with major health problems were identified (23).

Figure 2 Numbers of Thai economic evaluation publications, international and domestic, 1982-2005

During this period, a notable institute with HTA activities was the International Health Policy Program (IHPP). Established in 1998 with the objectives of strengthening health policy and system research capacity, IHPP was a semi-autonomous research arm of the MOPH's Bureau of Policy and Strategy. The program possessed expertise of analyzing health care costs, and later expanded to the fields of epidemiology, health outcome research and qualitative policy analysis, all of which served well for HTA. During 2000 to 2005 a number of economic appraisals of health interventions were completed by IHPP researchers. These included "designing policy on investing in proton radiation therapy" (24), "economic evaluation of the national program to prevent mother-to-child HIV transmission" (25), "assessing the potential demand and willingness to pay for an AIDS vaccine in Thailand" (26), and "assessing the feasibility and value for money of providing universal access to renal replacement therapy under the universal coverage scheme" (27). It is noteworthy that most HTA studies conducted by IHPP were actually used by policy makers at the national level. Pitayangsarit and Tangcharoensathien (28) revealed the comparative advantages of IHPP over other research

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

organizations; that it was exposed directly to relevant policy questions, and had physical proximity to policy circles while it maintained political neutrality to deliver comprehensive and relevant answers to support policy decision making.

Phase III (2006-2008): a rapid growth of demand and supply for HTA

The limitation of the government budget for health care generated by the introduction of the UC policy was well recognised by decision makers at national and hospital levels. Meanwhile, different groups of people proclaimed that it was their right to get early access to new and/or expensive medical and public health interventions with support from strong civil society organizations and patients' representatives (29). They also demanded more transparent and participatory decision making. Dealing with such situations required knowledge-based management of flourishing health technology – the policy strategy clearly stated in the 10th National Economic and Social Development Plan (2007-2010) (30). A spotlight was shone on the need for a sound system for the assessment and management of health technology with the hope of finding a solution for the challenges ahead.

In July 2006, a group of IHPP researchers made a significant step by establishing the Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) with financial support from the Thai Health Promotion Foundation, the HSRI and the MOPH's Bureau of Policy and Strategy. One way in which this differed from the previous attempts to set up HTA organization was that there was substantial support for HITAP to begin several activities necessary for setting up HTA systems in Thailand, where human resources, knowledge and infrastructure were under developed. HITAP proposes four main strategies namely 1) research and development of fundamental knowledge and infrastructure for HTA, 2) human capacity strengthening, 3) assessment of health technology and interventions, and 4) research and development of appropriate HTA management and social mobilization (22).

Under the first strategy, national standards and a body of knowledge to support HTA were developed, including the first version of methodological guidelines for economic evaluation in Thailand, a Thai HTA database, the societal value for a ceiling threshold (willingness to pay for a QALY) and a decision framework for resource allocation. It was expected that the work under this strategy would foster

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

methodological credibility and eventually, utilization of HTA results. At the end of 2007 a web-based HTA database was launched (31) and the health economic guidelines were also endorsed as national protocols for studies required in the inclusion of new medicines in the NLEM (32).

HITAP also built up the competence and capacity of its researchers in both short- and long-term aspects through three approaches. First, it increased the number of mentorships by selecting highly equipped Ph.D. graduates who committed themselves to participating in HITAP to increase their experience and to foster the transfer of knowledge to young researchers in an apprenticeship system. Second, HITAP recruited talented and committed young individuals to work with mentors on an on-the-job training basis. Third, HITAP supported apprentices who showed the capacity and commitment to study in Ph.D. courses, both local and abroad, in relevant topics such as health economics, epidemiology, evidence synthesis, ethics and resource allocation. As of August 2008, HITAP had 6 mentors and 28 apprentices, 5 of whom were undertaking Ph.D. study.

One of HITAP's main activities was to appraise a wide range of health interventions including drugs, medical devices, procedures, health promotion and prevention interventions, and public health policy. Unlike other formal HTA organizations in some industrialised countries, HITAP had no legal authority to make policy decisions but served as a technical advisor for all public health authorities at the national level who were responsible for the planning and management of health technology. There were two channels for HTA topics to be assessed by HITAP. First, HTA topics were proposed annually and prioritized by key stakeholders in the public sector including the Health Ministry's departments, public health insurance plans, Royal Colleges, professional associations, and the Subcommittee for Development of the NLEM. Detailed information about the selection and prioritization of HTA topics were reported elsewhere (33). This process was to ensure that HTA studies were policy relevant and met the needs of those decision makers.

Box 1: A list of HTA topics prioritized by stakeholders, which have been completed or are being evaluated by HITAP, 2007-2008

- Economic evaluation of screening and treatment options for postmenopausal osteoporosis
- Economic evaluation of HMG-CoA reductase inhibitors (Statin) for primary prevention of acute coronary syndrome amongst the Thai population
- The introduction of oral fluid based, rapid HIV antibody testing in Thailand's health service system: an analysis for policy development
- Evidence synthesis on the appropriate use of insulin analogue for diabetes patients
- Cost-utility analysis of recombinant human erythropoietin in anemic cancer patients induced by chemotherapy
- Assessing the feasibility and appropriateness of using PET-CT scans in Thailand
- Analysis of cost-utility on cochlear implantation for profoundly bilateral hearing loss patients in Thailand
- A cost-utility analysis of cholinesterase inhibitors for the treatment of mild- to moderate Alzheimer's patients
- A cost-utility analysis of hematopoietic stem cell transplantation for the treatment of acute myeloid leukemia, severe aplastic anemia and severe Thalassemia
- Cost-effectiveness of treatment options for chronic hepatitis B and C
- Cost-effectiveness analysis of prenatal screening and diagnosis of Down's syndrome in Thailand
- A household survey on attitudes and understanding towards the use of herbal medicines
- Evaluation of effects of advertisements on human papillomavirus vaccine in Thailand
- Economic evaluation alongside clinical study on providing rehabilitation services for stroke patients in Thailand
- Economic evaluation of oxaliplatin as the adjuvant therapy for colon cancer
- Rational use of high-cost antibiotics (i.e. carbapenem and the third generation of cephalosporins)
- Economic evaluation of rigid vs. foldable intraocular lenses for cataract extraction in Thailand
- Accessibility and appropriateness of using laparoscopic surgery amongst various groups of the Thai population with different health insurance schemes

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

In addition, some studies conducted by HITAP were identified by its staff based on the potential policy implications of the assessment results.

Box 2: A list of studies initiated by HITAP staff, 2006-2008

- An economic evaluation alongside a cluster randomized control trial of the routine offer of HIV counseling and testing at community hospitals in Thailand
- Assessing the implications of the compulsory licensing policy in Thailand
- Economic costs of alcohol consumption in Thailand
- Economic evaluation of oral fluid based, rapid HIV testing amongst patients visiting outpatient clinics in community hospitals in Thailand
- Analysis of measures for controlling drug prices in Thailand
- A systematic review and evidence synthesis on effectiveness and cost-effectiveness of policies and strategies for the prevention of HIV/AIDS
- Development of an optimal policy strategy for the prevention and control of cervical cancer in Thailand
- Economic burden of life-time treatment cost, and quality of life among invasive cervical cancer patients treated at university hospitals and regional cancer centres in Thailand
- Review of alcohol policies in Thailand and the roles of the Thai Health Promotion Foundation

As of August 2008 12 HTA studies had been completed and the majority of them were used by decision makers in a number of health authorities to determine the inclusion and exclusion of medicines or medical devices in public health benefit packages, designing new health initiatives, and informing current policy implementation (**see table 2**).

Table 2 HTA studies conducted by HITAP during 2006-2008 and related current policies

Research projects	Findings	Issues taken by	Current Policy
1. Economic evaluation on screening and treatment options for postmenopausal osteoporosis	Screening and treatment of osteoporosis among postmenopausal women were not cost-effective under the Thai context.	The Subcommittee for development of the NLEM.	Osteoporotic drugs were not included in the NLEM 2008 revision.
2. Economic evaluation of HMG-CoA reductase inhibitors (Statin) for primary prevention of acute coronary syndrome amongst the Thai population	Generic products of Simvastatin were very cost effective and should be administered to those with high risk of development of acute coronary syndrome.	The Subcommittee for development of the NLEM.	Only Simvastatin was included in the NLEM 2008 revision.
3. The introduction of oral fluid based, rapid HIV antibody testing in Thailand's health service system: an analysis for policy development	There were limitations of using oral fluid based HIV test in public health facilities.	The Medical Device Control Division, MOPH	Not clear
4. Cost-utility analysis of recombinant human erythropoietin in anemic cancer patients induced	Erythropoietin was cost-ineffective for treatment of anemia induced by	The Subcommittee for development of the NLEM.	Erythropoietin was not recommended for treatment of anemia among cancer patients

Research projects	Findings	Issues taken by	Current Policy
by chemotherapy	chemotherapy among cancer patients.		in Thailand.
5. Assessing the feasibility and appropriateness of using PET-CT scans in Thailand	Evidence suggested that PET-CT scan may be appropriate for particular groups of cancer patients.	The Comptroller General's Department, Ministry of Finance	CSMBS expands indications for use of PET-CT scan among cancer patients.
6. Analysis of cost-utility on cochlear implantation for profoundly bilateral hearing loss patients in Thailand	Cochlear implantation was cost-effective in some particular groups.	The Subcommittee for development of benefits and service system under the UC.	The committee required more information on the budget implication before decision being made.
7. A cluster randomized control trial on the routine offer of HIV counseling and testing at community hospitals in Thailand	Routine offer HIV counseling and testing was effective in detection of new HIV infected persons compared to the current practice—voluntary HIV counseling and testing.	Health Department, Bangkok Metropolitan Administration and the NHSO.	The nationwide implementation of the routine HIV counseling and testing was under the consideration.
8. Assessing the implications of the compulsory licensing policy in Thailand	The evidence supports the benefits of issuing the government use of	The MOPH, the NHSO, and domestic and international	The government still supports the compulsory licensing policies issued between

Research projects	Findings	Issues taken by	Current Policy
	patent on antiretroviral and anticancer drugs.	NGOs	2006 and 2008.
9. Economic costs of alcohol consumption in Thailand	Alcohol exposed substantial costs to the society. The economic costs of alcohol consumption was by far outweighed its government revenue.	The House of Representatives, the Parliament of Thailand	The parliament passed the Alcohol Acts, B.E. 2551 (2008).
10. A systematic review and evidence synthesis on effectiveness and cost-effectiveness of policies and strategies for the prevention of HIV/AIDS	A number of proven effective and/or cost-effective HIV prevention options were identified for particular groups of Thais.	The Disease Control Department, MOPH, the NHSO, and the World Bank	A study was used to identify policy gaps and applied for development of HIV prevention campaigns.
11. Development of an optimal policy strategy for the prevention and control of cervical cancer in Thailand	Screening of cervical cancer was very cost-effective; nevertheless, the current screening coverage was very low. At current price, providing HPV vaccine was cost-	The MOPH's departments, and the NHSO	Massive campaign on cervical cancer screening at public health care facilities, while HPV vaccine was left in the private market.

Research projects	Findings	Issues taken by	Current Policy
	ineffective under the Thai setting.		
12. Review of alcohol policies in Thailand and the roles of the Thai Health Promotion Foundation	A number of alcohol policies had been implemented without appropriate enforcement, monitoring and evaluation for some particular policies. A number of recommendations were made to stakeholders including the Thai Health Promotion Foundation for reduction of alcohol consumption in Thailand.	The Thailand Health Promotion Foundation	Not clear

Note: NLEM stands for National List of Essential Medicines; MOPH, Ministry of Public Health; and NHSO, National Health Security Office.

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

The fourth strategy of HITAP is cross-cutting amongst the other three strategies including the improvement of HTA management within the organization and the integration of research findings into policy and practice. The past experience of HTA introduction in Thailand as well as HTA management in other settings were reviewed to draw lessons to support the development of a forthcoming national HTA institute, well equipped with necessary infrastructure and effective, transparent and coherent management mechanisms. To enhance HTA utility, HITAP also developed mechanisms to disseminate research results and related recommendations to relevant audiences, including policy makers, health personnel, patients, the health industry and the general public. HITAP communicated with stakeholders through policy dialogues, formal presentations and discussion at technical and policy forums, academic publications in domestic and international journals, and public media such as websites, newsletters, pocketbooks, newspapers, radio and television.

During this phase key stakeholders in the Thai health care system were very active in producing and utilizing HTA information. In 2005 academics, mainly from schools of pharmacy, multi-national drug companies and MOPH departments founded the Thai chapter of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research (ISPOR), aimed at promoting studies in the fields of health economics and outcome measures, and sharing knowledge and information amongst scholars, decision makers, and the health industry. Annual conferences hosted by this organization have been held since then, with an increasing number of participants. Furthermore, training courses on HTA related subjects such as evidence synthesis, economic evaluation, and decision analysis organized by universities and research institutes were found to be very popular. HTA and health economic units were set up by local offices of multi-national pharmaceutical companies.

With regard to HTA-policy integration, in 2007 the Subcommittee for development of the NLEM appointed the Health Economic Working Group, comprising academics and MOPH researchers, to support the use of pharmacoeconomics evidence for the selection of new and expensive medicines to the NLEM (34). The Working Group commissioned many domestic HTA units to

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

conduct relevant studies. The latest revision of the NELM in 2008 was the first time in Thai history that pharmacoeconomics evidence played an official role in designing the reimbursement list of pharmaceuticals (32). As the national guidelines for health economic evaluations are adopted by the Subcommittee, it is expected that the use of HTA in decision making will be expanded, in part, because it is a requirement that pharmaceutical companies submit pharmacoeconomics information for the next revision of the NLEM.

The NHSO, the Comptroller General's Department, the Social Security Office and the MOPH also implemented many policy recommendations drawn on HTA studies. Public health plans (see **table 2**) increasingly demand the use of health economics and other evidence in devising their benefit packages, for example, new indications for use of PET-CT scanners for cancer, and the introduction of provider-initiated counselling and HIV testing in community hospitals. Meanwhile the MOPH used HTA information to improve its own vertical programs e.g. the national cervical cancer screening program as well as supporting national policy formulations e.g. the use of compulsory licensing on cancer drugs.

In addition, according to the revised Medical Device Act B.E.2551 (2008), the assessment of the social, economic and ethical impact of medical devices with a cost higher than 100 million Baht (US\$ 3.3 million) is mandatory prior to market authorization. According to the Act, the MOPH designates HTA units in and outside the country to conduct the assessments, the costs of which are shouldered by the industry. The next challenge is that a draft of the revised Drug Act, including use of economic evidence for medicine registration, will undoubtedly provoke serious debate amongst stakeholders. The centre of discussion focuses on two major issues: whether it is appropriate to consider value for money of medicines in the process of market approval and whether Thailand has sufficient capacity to do so.

Discussion

Every health care system in both industrialised and developing nations shares similar problems that arise from the advancement of medical technology whilst health resources are constraints. During previous decades, many health care systems in Europe, North America and Australia

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

developed formal systems for the assessment and management of health technology (3; 35); however, this was hardly to be seen in developing nations. This present paper describes the historical background on the development of HTA in Thailand where considerable improvement has been observed in recent years. It shows that the social and economic environment was one of the key factors attributable to the continuously increasing demand for HTA. During the bubble economy period, rapid and excessive investment in the health sector provoked considerable concerns over HTA amongst academics and health personnel. The consequences of the financial crisis in 1997 and, subsequently, the introduction of the universal health coverage policy in 2001 prompted action amongst decision makers to demand HTA evidence in resource allocation.

Because of the relationship between HTA and the social and economic circumstances, HTA needs to be a national agenda. It is expected that locally funded and developed HTA will have a greater influence on national policy than that it depends heavily on external sources. Teerawattananon et al (23) demonstrated that HTA studies funded by international organisations in the past failed to address national priority and national health system needs. It can be observed that HTA in Thailand has developed significantly over the past three years because national authorities have placed evidence-based decision making high on their health research agendas.

Not only the availability of financial resources but also absorptive capacity including appropriate strategies to effectively manage its organisation, are crucial for HTA development. Human capacity and infrastructure for HTA is a vital factor in the success or failure in development of HTA systems. Building up research capacity requires collective efforts and time before its impact can be clearly visible. Nevertheless, the funding for capacity development is usually ignored by funding agencies (36). It can be seen in this case study that Thailand spent more than two decades strengthening human resources and infrastructure to get momentum. It also continues to require support to maintain and improve HTA capacity not only amongst scholars who produce HTA evidence but also decision makers, health personnel and, importantly, the general public whom decision makers and health professionals are sensitive as to what is of their best interest.

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

The literature suggested that research policy nexus is encouraged by several factors. In addition to research quality, strong relationships and trust between decision makers and researchers are indispensable (37). Apart from financial, human capacity, and infrastructure, participation from stakeholders and transparency will help increase the impact of HTA. However, information regarding management of HTA organisations in Thailand in phases I and II was lacking whereas detailed descriptions of examples of good practice for HTA processes at HITAP were documented elsewhere (22).

HTA in Thailand and other societies emphasises assessing value for money of health interventions (23; 38; 39); whereas, theoretically, HTA considers measuring health, social, economic and ethical consequences of applications of health technology. This may be partly explained by the fact that its current main users, policy makers, are concerned with increasing health expenditures, and the ineffective and inappropriate use of health technology (40; 41), and wish to improve the efficiency of the health care system (42). The use of HTA evidence by policy makers at the present time is of a voluntary nature. It is challenging to expand HTA focuses beyond the efficiency aspect. This would, however, result in an increasing interest in HTA amongst other groups, e.g. health professionals and the general public. Ultimately, HTA would be demanded by the society.

The major application of HTA is in the areas of pharmaceuticals and medical devices because it is easier to integrate the assessment into the regulatory and policy frameworks in which the three public health insurance programs and the Subcommittee for Development of the NLEM legally exist. These bodies are responsible for the regulation of these products. In contrast, HTA was less developed and applied to the fields of health prevention and promotion, and social/public health initiatives because no responsible legal authority exists and thus, these areas have not been rigorously regulated in Thailand (43). Owing to an increasing demand for cost containment and efficiency of insurance programs, assessment of these initiatives tends to be favourable in the near future. An example can be drawn on the case of the National Institute for Health and Clinical Excellence of England and Wales which has recently extended its mission to appraising

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

public health interventions, after focusing only the assessment of pharmaceuticals, medical equipment and interventional procedures since its establishment in 1999 (44).

In conclusion, the historical development of HTA in Thailand suggests that this form of policy research is associated with needs, demand and supply. The success of HTA requires a balance between these three factors. During the early phase of development when only the need existed but the demand was neither recognised by decision makers nor promptly offered by scholars, the progression was obstructed. In the second phase when the needs were presented and the demand recognised by decision makers, a slow development could be visible. The rapid expansion in recent years was facilitated by the presence of considerable supply to address the existing needs and demands. However, good planning, sound management and long-term investment in capacity building are still the main ingredients to the future success. Over twenty years of Thai experience, lessons can be learnt and used as guidance to pave the way for the future of the formal foundation of HTA systems in Thailand.

Acknowledgement

This paper was developed as part of work under the Health Intervention and Technology Assessment Program's Social Mobilization and Public Communication Plan. The program was funded by the Thailand Health Promotion Foundation, Health Systems Research Institute, the Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Thailand, and Thai Health-Global Link Initiative Project (TGLIP).

Conflict of Interest

All authors are researchers of the Health Intervention and Technology Assessment Program. They have no financial involvement in writing up this manuscript.

DRAFT

Reference

1. Chuengsatiansup K, Mooksong C. *Historical of Medicine and Public Health in Thailand*. Bangkok: Society and Health Institute; 2005.
2. Bronzino JD, Smith VH, Wade ML. *Medical Technology and Society: an interdisciplinary perspective*. Massachusetts: MIT Press; 1990.
3. Bunta D. The development of health technology assessment. *Health Policy*. 2003;63:121-32.
4. Office of National Statistics. *Key Statistics of Thailand*. Available at: <http://web.nso.go.th/eng/index.htm> Accessed March 10, 2006.
5. Tangcharoensathien V, Harnvoravongchai P, Pitayarangsarit S, et al. Health impacts of rapid economic changes in Thailand. *Soc Sci Med*. 2000;51:789-807.
6. Office of the National Economic and Social Development Board. *Poverty and income distribution*. Available at: http://poverty.nesdb.go.th/poverty_new/default.aspx?lang=en-US. Accessed June 2006.
7. International Monetary Fund. *World Economic and Financial Surveys*. Available at: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2007/02/weodata/index.aspx>. Accessed December 10, 2007.
8. Tangcharoensathien V, Vasavit J. National Health Accounts in Thailand: 1994-2001. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2004.
9. Tangcharoensathien V, Tantivess S, Teerawattananon Y, et al. Universal coverage and its impact on reproductive health services in Thailand. *Reprod Health Matters*. 2002;10:59-69.
10. Wibulpolprasert S, (ed.) Thailand Health Profile: 2001-2004. Bangkok: Printing Press, Express Transportation Organization, 2005.
11. The Drug Medical Supply Information Center (DMSIC). *Prices of drugs and medical devices*. Available at: <http://dmsic.moph.go.th/price.htm>. Accessed April 4, 2008.
12. Thai Drug System Analytical Committee. *Thai Drug System*. Nonthaburi: The Food and Drug Administration; 2002.
13. The National Drug Committee. *National List of Essential Medicines 2008*. Available at: <http://www.thaifda.com/ed2547/?pg=result>. Accessed September 10, 2008.
14. Tangcharoensathien V. Social Health Insurance: Report of a Regional Expert Group Meeting. New Delhi: World Health Organization; 2003.
15. Jindawatthana W, Hanvoravongchai P, Tangcharoensathien V. High cost medical devices in Thailand: Diffusion, utilization and access. *Journal of Health Science*. 2001;10:242-52.
16. Tomson G, Sundbom R. *The Technology Assessment and Social Security in Thailand (TASSIT) Project Report*. Stockholm: Division of International Health (IHCAR), Karolinska Institute; 1999.
17. Nansunanont S, Tantivess S, Yothasamut J, et al. *The development of health technology assessment in Thailand, 1996-2006*. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment (in Thai); 2008.
18. Towse A, Mills A, Tangcharoensathien V. Learning from Thailand's health reforms. *Bmj*. 2004;328:103-5.
19. Tisayaticom K, Patcharanarumo W, Tangcharoensathien V, et al. SHA – Based Health Accounts In Asia Pacific: Country Studies Thailand. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2005.
20. Chongtrakul P, Sumpradit N, Yoongthong W. ISafe and the evidence-based approach for essential medicines selection in Thailand. *Essential drug monitor*. 2005:18-19.
21. Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V. Designing a reproductive health services package in the universal health insurance scheme in Thailand: match and mismatch of need, demand and supply. *Health Policy Plan*. 2004;19 Suppl 1:i31-i39.
22. Tantivess S, Teerawattananon Y, Mills A. Strengthening cost-effectiveness analysis in Thailand through the establishment of the Health Intervention and Technology Assessment Program. 2008.
23. Teerawattananon Y, Russell S, Mugford M. A Systematic Review of Economic Evaluation Literature in Thailand: Are the Data Good Enough to be Used by Policy-Makers? *Pharmacoeconomics*. 2007;25:467-79.
24. Prakongsai P, Tantivess S, Tangcharoensathien V. Proton Radiation Therapy: is it necessary for Thailand? *Health Policy and Planning Journal*. 2002;4:8-31.

25. Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V. Economic evaluation of the program for prevent mother-to-child HIV transmission in Thailand. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2002.
26. Tangcharoensathien V, Phoolcharoen W, Pitayarangsarit S, et al. The potential demand for an AIDS vaccine in Thailand. *Health Policy*. 2001;57:111-39.
27. Tangcharoensathien V, Kasemsap V, Teerawattananon Y, et al. *Universal Access to Renal Replacement Therapy in Thailand: A policy analysis*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute 2005.
28. Pitayarangsarit S, Tangcharoensathien V. Beyond training: Thailand experiences on sustaining capacity in health policy and systems research. Nonthaburi: International Health Policy Program; 2008.
29. Tantivess S, Walt G. The role of state and non-state actors in the policy process: the contribution of policy networks to the scale-up of antiretroviral therapy in Thailand. *Health Policy Plan*. 2008;23:328-38.
30. Office of the National Economic and Social Development Board. *the 10th National Economic and Social Development Plan (2007-2010)*. Available at: <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=139>. Accessed September 15, 2008.
31. Kapol N, Maitreemit P, Chalongsuk R, et al. Making health technology assessment information available for decision making: the development of a Thai database. *J Med Assoc Thai*. 2008;91:s8-s15.
32. Wibulpolprasert S. The Need for Guidelines and the Use of Economic Evidence in Decision-Making in Thailand: Lessons Learnt from the Development of the National List of Essential Drugs. *J Med Assoc Thai*. 2008;91:s1-s3.
33. Lertpitakpong C, Chaikledkaew U, Thavorncharoensap M, et al. A determination of topics for health technology assessment in Thailand: making decision makers involved. *J Med Assoc Thai*. 2008;91:s100- s09.
34. Order of appointment from the Subcommittee for development of the National List of Essential Medicines 3/2549. 2006.
35. Banta D, Oortwijn W. Health technology assessment and health care in the European Union. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000;16:626-35.
36. Green A, Bennett S. Sound choices: enhancing capacity for evidence-informed health policy. Geneva: World Health Organization 2007.
37. Mills A. From research to knowledge to action: the dual challenge of health systems research. *World Hosp Health Serv*. 2004;40:18-23, 50, 51-2.
38. Harris A, Buxton M, O'Brien B, et al. Using economic evidence in reimbursement decisions for health technologies: experience of 4 countries. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. 2001;1:7-12.
39. Neumann P. *Using cost-effectiveness analysis to improve health care: opportunities and barriers*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
40. Hanvoravongchai P, Letiendumrong J, Teerawattananon Y, et al. Implications of private practice in private hospitals on the caesarean section rate in Thailand. *Human Resources for Health Development Journal*. 2000;4:1-2.
41. Pitaknetinan K, Tangcharoensathien V, Supachutikul A, et al. Profit, payment and pharmaceutical practices: perspectives from hospitals in Bangkok. *Health Policy*. 1999;46:179-94.
42. Teerawattananon Y, Russell S. A difficult balancing act: policy actors' perspectives on using economic evaluation to inform health-care coverage decisions under the Universal Health Insurance Coverage scheme in Thailand. *Value Health*. 2008;11 Suppl 1:S52-60.
43. Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V, Tantivess S, et al. Health sector regulation in Thailand: recent progress and the future agenda. *Health Policy*. 2003;63:323-38.
44. Wells J, Cheong-Leen C. NICE appraisals should be everybody's business. *Bmj*. 2007;334:936-8.

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

Strengthening cost-effectiveness analysis in Thailand through the establishment of the Health Intervention and Technology Assessment Program

Sripen Tantivess¹ , Yot Teerawattananon¹ , Anne Mills²

¹ Health Intervention and Technology Assessment Program, Ministry of Public Health, Thailand

² London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK

Correspondence to: Sripen Tantivess PhD
Contact address: Health Intervention and Technology Assessment Program, 6th floor, Building 6, Department of Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000, Thailand

Tel: +66 2 5904373

Fax: +66 2 5904369

Email address: sripen@ihpp.thaigov.net

Abstract

Capacity is limited in the developing world to conduct cost-effectiveness analysis (CEA) of health interventions. In Thailand, there have been concerted efforts to promote evidence-based policymaking including the introduction of economic appraisals within health technology assessment (HTA). This paper reviews the experience of this lower middle-income country, with an emphasis on the creation of the Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), including its mission, management structures and activities.

Over the past three decades, several HTA programs were implemented in Thailand but not sustained or developed further into a national institute. As a response to increasing demands for HTA evidence including CEA information, HITAP was created in 2007 as an affiliate unit of an autonomous research arm of the Ministry of Public Health. An advantage of this HTA program over previous initiatives was that it was hosted by a research institute with long experience of conducting health systems and policy research and capacity building of its research staff, and excellent research and policy networks. To deal with existing impediments to conducting health economics research, HITAP's main strategies were carefully devised to include not only capacity strengthening of its researchers and administrative staff, but also the development of essential elements for the country's health economic evaluation methodology. These included, for example, methodological guidelines, standard protocols and benchmarks for resource allocation, many of which have been adopted by national policymaking bodies including the three major public health insurance plans. Networks and collaborations with domestic and foreign institutes have been sought as a means of resource mobilization and exchange. Although HITAP is well financed by a number of government agencies and international organizations, the program is vulnerable to shortages of qualified research staff, as most staff work on a part-time or temporary basis.

To enhance the utilization of its research findings by policymakers, practitioners and consumers, HITAP has adopted the principles of technical excellence, policy relevance, transparency, effective communication, and participation of key stakeholders. These principles have been translated into good practice at every step of HTA management. In 2007 and 2008, HITAP carried out assessments of a wide range of health products, medical procedures and public health initiatives. Although CEA and other economic evaluation approaches were employed in these studies, the tools and underlying efficiency goal were considered inadequate to provide complete information for prioritisation. As suggested by official stakeholders, some of the projects investigated broader issues of management, feasibility, performance and socio-political implications of interventions. As yet, it is unclear what role HITAP research and associated recommendations have played in policy decisions.

It is hoped that the lessons drawn on the creation of HITAP and its experience during the first two years, and information on its main strategies and management structures, may be helpful for other resource-constrained countries in thinking how best to strengthen their capacity to conduct economic appraisals of health technologies and interventions.

Key words

Cost-effectiveness analysis, health technology assessment, capacity strengthening, developing countries, Thailand

Introduction

Economic evaluation of health interventions is especially critical in the developing world given severe resource constraints and substantial demands for medical services and health care [1]. Despite its importance, the availability and utility of research in this area is limited as a guide for the adoption, distribution and use of health technologies in resource-poor societies. The literature identifies several impediments, technical and political, to introducing economic appraisal to inform health policies in these settings [2, 3]. However, positive evolution can be observed as the concepts of cost-effectiveness analysis (CEA) are gradually spread through the work of academic institutes, and studies of costs and consequences of health products, medical procedures and public health interventions are drawn on by medicine control authorities, health insurance programs and health technology assessment (HTA) units [4].

In Thailand, there have been concerted efforts amongst experts and health officials to foster evidence-based policies and professional practice, in part by incorporating research findings into decision making processes [5]. Economic evaluation has been promoted as a scientific tool to pursue efficiency in health care delivery. However, this mission has faced considerable obstacles, for example insufficient scientists in the field, lack of policy support, and misperceptions of the approach amongst health professionals and administrators [6]. In early 2007, an organization known as the Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) was set up, with the aim to generate evidence necessary for priority setting and resource allocation to health technologies and initiatives. During its initial phase, this HTA institute has not only conducted a number of research studies involving CEA, but also has carried out capacity building activities, and is expected to contribute to notable changes in the country's health policy decisions in the near future.

The Thai experience of seeking to establish a national institute for CEA and HTA in what is still only a lower middle income country is unusual, and may be of interest for other countries thinking of creating similar initiatives. This paper reviews the attempts to introduce HTA and economic evaluation in the decision making of policymakers and practitioners in Thailand, from the perspectives of those involved in creating HITAP. The emphasis is on the establishment of HITAP and its contributions not only to national policy development but also to capacity strengthening in the field of CEA, and to how the mission, management structures and activities of HITAP were adjusted to suit the Thai context.

The context

Thailand has a population of 63 million and GNI per capita of US\$3,400* in 2007 [7, 8]. Total health expenditure (THE) has increased from 189 billion baht (3,000 baht, US\$ 99† per capita) in 1997 to 248 billion baht (3,960 baht, US\$132 per capita) in 2005 [9, 10]. Public sources and household out-of-pocket spending account for 63.3% and 27.8% of THE, respectively. Over 90% of the Thai population are beneficiaries of 3 publicly-financed health insurance plans: Universal Health Coverage (UC) providing care to 45 million, Social Health Insurance 10 million and Civil Servant Medical Benefit Scheme 4 million. Health care providers in the public sector, especially the Ministry of Public Health (MoPH)'s network of general hospitals, sub-district level health centers and specialized units, play a major role in health delivery [11]. Private services are available in hospitals and clinics for those who can afford the prices.

Efficacy, safety and quality are the three main elements assessed by the Thai Food and Drug Administration (Thai FDA) in the approval of medicines and medical devices for marketing

* 7,880 international dollars

† Exchange rate: 30 baht per US dollar

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

and use in the country^[12]. However the cost-effectiveness of health products, medical procedures and public health interventions is a major concern of the three public insurance plans. Since the introduction of UC in 2001, the need for economic appraisal including budget impact analysis has increased significantly. The pharmaceutical benefits covered by all public plans are those on the National List of Essential Medicines (NLEM). Efficiency has been a concern of the Subcommittee for NLEM development[‡] since the major health system reforms to counter the effects of economic recession in 1997.

Despite the increasing demand for CEA amongst national policymakers, the supply of economic evaluation information has been inadequate and has not targeted the major health problems of the country^[13]. Research on the costs and clinical consequences of health products and programs has for long been conducted and taught in schools of medicines and economics in Thailand. However, critical assessment of existing health economics studies has demonstrated room for improvement, as their quality was poor. A 2007 survey suggested that research capacity in the area of health economics needed to be strengthened, as the number of well-trained scientists was limited, and their working environment was not conducive to conducting appraisals of high quality^[14]. The lack of national methodological standards and insufficient infrastructure to support economic evaluation of health interventions were also identified as key problems. Furthermore, there were notable barriers to introducing cost-effectiveness evidence into the practices of health professionals, such as distrust of research methods, conflict with routine decision-making procedures, and ideological tensions between the pursuit of efficiency underpinned by economic analysis, health maximization and professional ethics^[6].

However, a fertile soil for the later development of CEA expertise was provided by investment in health policy and systems research (HPSR). Over the past three decades, HPSR has developed and contributed substantially to policy making and implementation in Thailand^[5, 15]. Many institutes have been established not only to conduct policy-relevant studies but also to provide research-related support, for example grants, human resource development, information system and knowledge management. Set up in 1992 as an autonomous state agency, the Health Systems Research Institute (HSRI) is responsible for strategic planning of the country's HPSR and advocating knowledge-based policies. A wide range of research areas are covered by the HSRI's alliances including health care financing and resource allocation, quality management, human resources, and the health delivery system, as well as issue-based projects such as those on avian influenza preparedness, disability, alcohol and narcotic substances. To mobilize resources to support HPSR, the HSRI collaborates with many local partners such as the Thailand Research Fund, Thailand Health Promotion Foundation (ThaiHealth), academic institutes and non-governmental organizations (NGOs).

As part of the HPSR developments, two attempts were made to establish HTA units at national level to carry out CEA. In 1993 a plan was introduced by a group of epidemiological and clinical experts, with support from the HSRI and Karolinska Institute^[16]. This program failed to scale up and eventually faded out in the late 1990s because of insufficient human resources and infrastructure for health economic appraisal. In 2004 an international collaborative research project between the MoPH and the University of Queensland was introduced with the title 'Setting Priorities using Information on Cost-effectiveness (SPICE)'^[17]. This project is supported by the Wellcome Trust but with no long term commitment, so it will end in 2009.

[‡] A subcommittee under the National Drug Policy Committee

The establishment of HITAP

In the end, the creation of a national HTA capacity has been instigated by the International Health Policy Program (IHPP), a semi-autonomous research arm of the MoPH's Bureau of Policy and Strategy. Since its establishment in the late 1990s, IHPP's studies had expanded from those classified as health care financing into other areas such as health economics, health workforce, and health system performance^[18]. Its expertise in analyzing health care costs was an important platform for fostering its capacity to do CEA. Between 2000 and 2003, economic evaluation approaches were employed by IHPP researchers to assess various health interventions and initiatives, for example interferon-alpha, the national program to prevent mother-to-child HIV transmission, use of micro-nutrient supplements in HIV treatment, and proton radiation therapy. Nevertheless, it was clear that existing capacity in Thailand could not accommodate the increasing demands for HTA from policymakers, especially the Subcommittee for NLEM Development, MoPH's departments and the three public plans^[19].

As one of IHPP's missions was capacity building in HPSR, long-term scholarships granted by the World Health Organization and other national and international agencies were available to send its research fellows to post-graduate courses in universities in Europe, the United States and Australia^[15]. A number of these young researchers chose to study the areas of health financing and economics and therefore, were expected to have a role in generating evidence to inform health resource allocation.

In early 2006, a the draft proposal on the establishment of an HTA division of IHPP was submitted to ThaiHealth, HSRI and the MoPH's Bureau of Policy and Strategy, who were known to be receptive. While awaiting official approval, in July 2006 a group of interested researchers, including those in the IHPP and an alliance of university lecturers, started to work out strategic and management plans for HITAP. Its first task, in August 2006, was to prepare standard guidelines on health economic evaluation, suitable for use in the Thai setting. This set of guidelines was adopted by the NLEM Subcommittee in December 2007, and became the first edition of the national health economic appraisal guidelines.

With the aim of becoming a national HTA institute, HITAP was officially launched as a 3-year initiative^[4]. During this phase the program is affiliated to IHPP, under the supervision of an advisory committee comprising senior health officials, public health experts and academics in relevant fields. Despite the original goal of fulfilling the need for the assessment of costs and outcomes of health technologies, there was consensus that HITAP's studies should address the effects and implications of interventions, programs and public policies introduced in the health sector more broadly, i.e. beyond the boundaries of health economics.

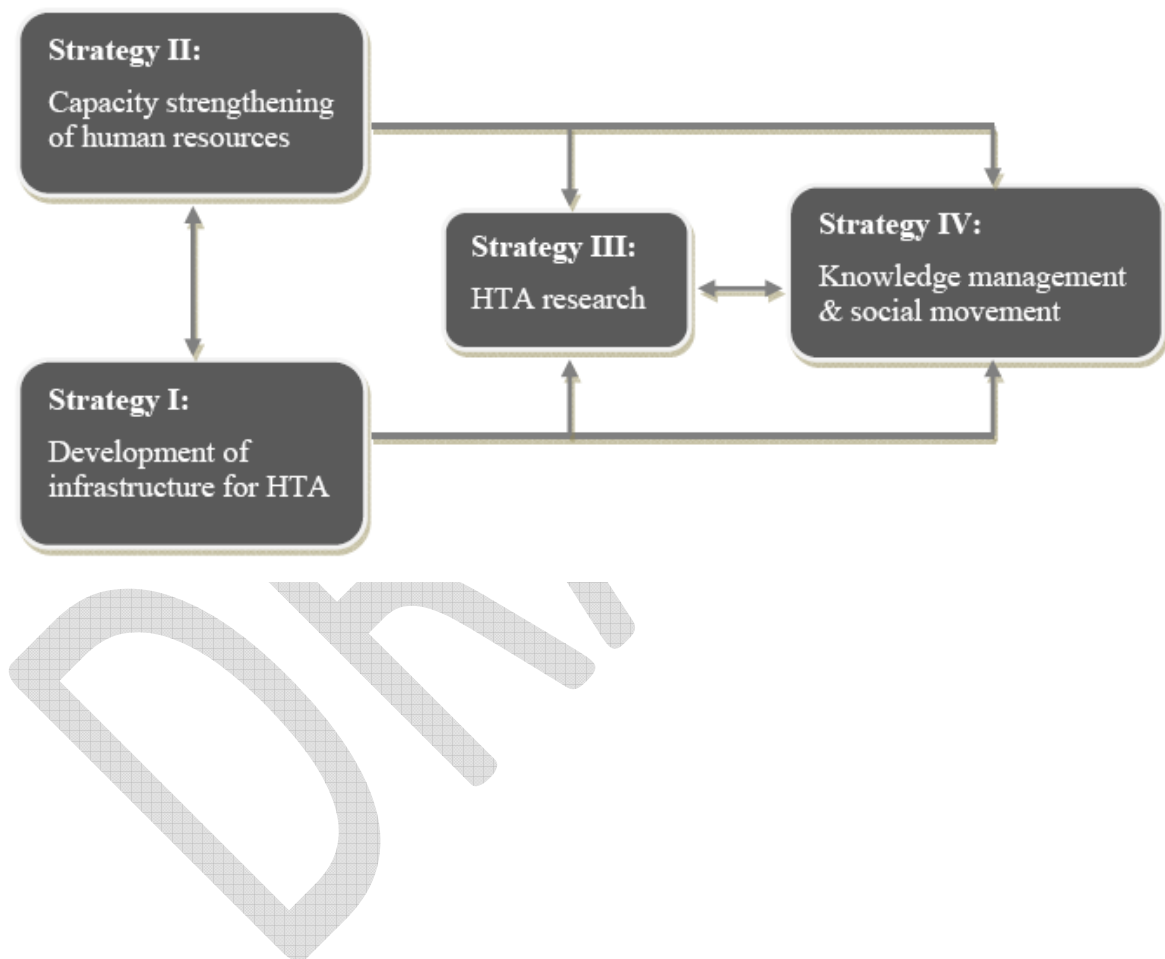
Vision, mission and strategies

As an HTA institute, the ultimate goal of HITAP is to provide policymakers, health professionals and the public with scientific evidence concerning the costs and benefits associated with the introduction of health products, procedures and programs. To achieve the vision: 'appropriate health interventions and technologies for the Thai society', HITAP's mission is to (1) efficiently and transparently appraise health interventions and technologies by using international, standard methodologies, (2) develop systems and mechanisms in order to promote the optimal selection, procurement and management of health technology as well as appropriate health policy determination, and (3) distribute research findings and educate the public in order to make the best use of health interventions and technology assessment results.

During the first three years of HITAP, this mission has been translated into 4 main strategies, each of which aims to overcome existing impediments to conducting HTA and also to enhance the value of research by introducing the knowledge management concept (figure 1).The need

to improve infrastructure for economic assessment of health interventions was addressed by Strategy I. Essential elements included identifying and developing a body of knowledge to support HTA studies which took into account not only international standards but also the resources and infrastructure constraints of the Thai context. Activities included the development of a database on HTA studies conducted in Thailand, methodological guidelines, and a societal value-based ceiling threshold. As Tangcharoensathien and Kamolratanakul ^[20] argue, standardization of research designs and methods in health economics was indispensable to enhance the accuracy, reliability and therefore utilization of research results. Although the guidelines, which were adopted as national protocols in late 2007, mainly focus on health economic methodologies, two chapters discussed the role of research including cost-outcome analysis in real-life policy processes ^[21] and health system and equity perspectives in HTA ^[22].

Figure 1: Interrelationship between HITAP's strategies, 2007-2009



DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

The problems of insufficient supply of health economists as well as inadequate knowledge and understanding of HTA among potential users of the research were addressed by education and information programs under strategy II. Training programs on basic and advanced health economics have been run annually, to increase the number of young researchers in the field. So far these have been popular amongst stakeholders and more than 60 policy makers and health care planners, 35 health professionals, and more than 110 researchers from both public and private institutes have attended the programs. HITAP's staff continue to provide technical support, upon request, to these trainees even when they return to work in their institutes.

The growing needs for HTA, in particular for cost-effectiveness and budget impact appraisals, were dealt with by conducting research under Strategy III. This provided the opportunity for research fellows to be exposed to policy-relevant research questions and to gain research experience through on-the-job training in conducting an HTA. Health interventions to be assessed by HITAP were annually proposed and prioritized by key stakeholders including representatives of the Health Ministry's departments, Royal Colleges, professional associations, and health plans^[23].

Cross-cutting issues to improve HTA management and the integration of research findings into policy and practice were the emphasis of Strategy IV. The lessons of HTA management in some developed and developing countries as well as past experience in the Thai setting were examined. Other activities included evaluation of HITAP performance, social mobilization, public relations and international collaborations, though during the first two years, policy advocacy and social mobilization was largely passively done.

Management of HITAP

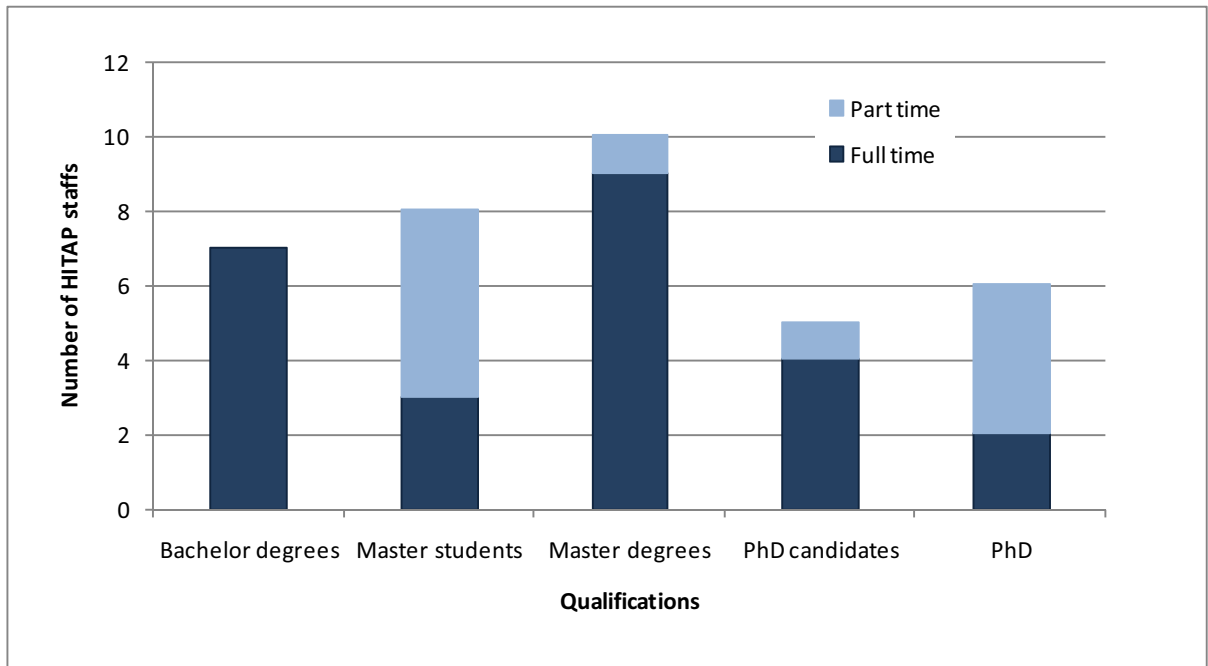
Finance

The first three years of HITAP were well resourced with approximately 45 million baht (US\$ 1.3 million) from ThaiHealth and HSRI. The largest share of the budget was allocated to the assessment of health policies and interventions and also to logistics and administration. Evaluation studies were carried out free of charge though certain costs, such as those for organizational and staff development, could be reimbursed from the MOPH's Bureau of Policy and Strategy. In addition, although additional funding was not needed for core activities, HITAP applied for research grants for various reasons including to address urgent needs for evidence and policy recommendations on particular health and health system problems, to develop technical cooperation with other organizations and to diversify sources of funding. For example, an assessment of the national cervical cancer control program including CEA of existing screening techniques (Pap smear and visual inspection with acetic acid), in comparison to the recently-launched human papilloma virus vaccination, was sponsored by the World Bank's Program on Reproductive Health. In 2007 and 2008, additional grants obtained by HITAP accounted for 30% of the total budget.

Staffing

In July 2008, the total number of HITAP staff was 36, with a full-time: part-time ratio of 70:30 (figure 2). Researchers, research fellows and research assistants accounted for 78%, while the others were program managers including IT personnel, accountants, and public relations staff. Most (82%) of the research workforce had first degrees in health sciences, namely pharmacy (15 of 28), medicine, public health, and nursing. The areas of postgraduate study among HITAP researchers and research fellows ranged from health economics, pharmacy administration, clinical pharmacy, public policy, information technology, and population development. Only 6 researchers had PhD training.

Figure 2: Number of HITAP staff, by qualifications as of July 2008



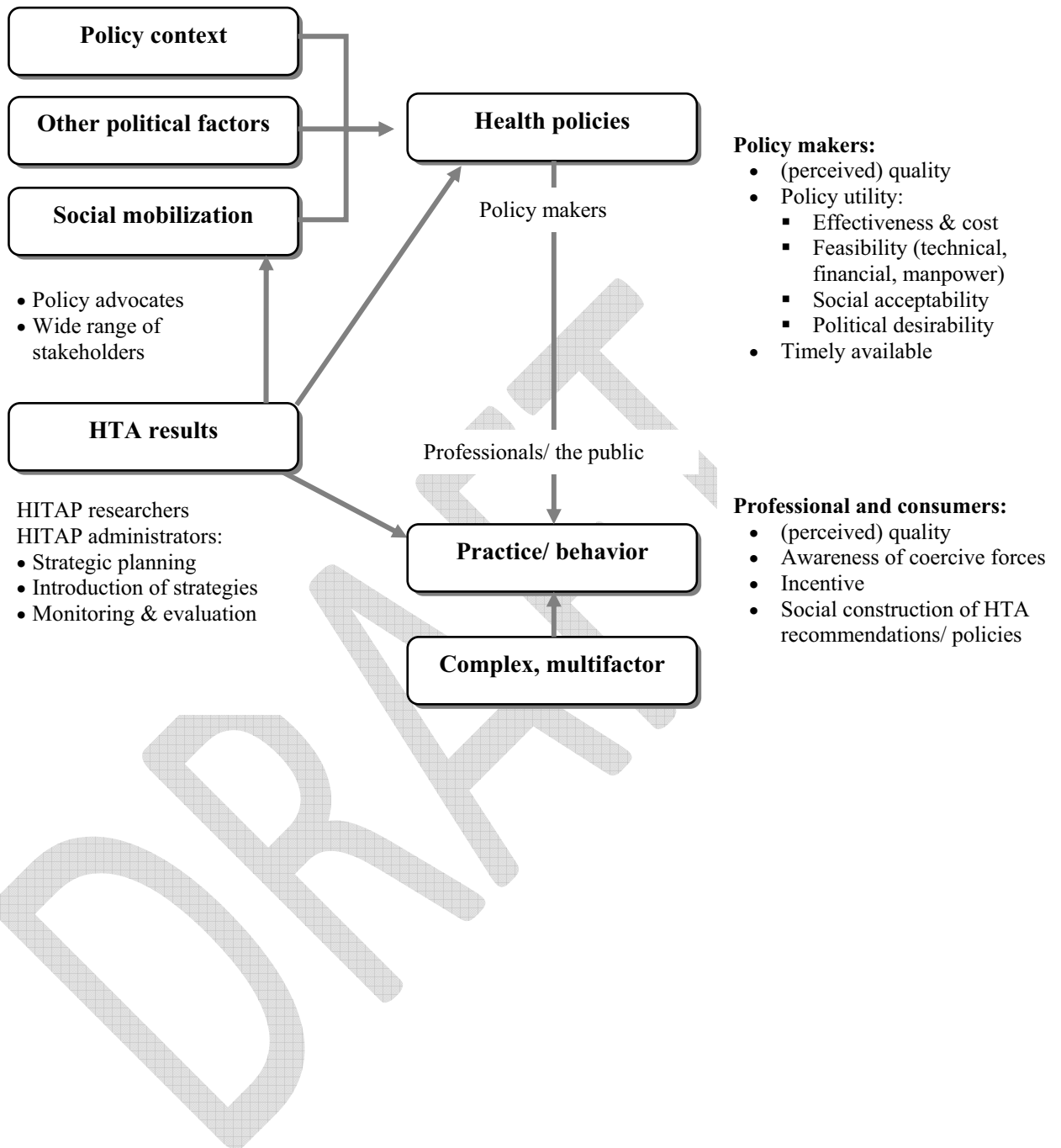
DRAFT

Of those with PhD training, 4 were university lecturers who worked at HITAP on a part-time basis, while the other 2 were health officials, and the ratio of PhD and non-PhD research staff was almost 1:5. In addition, 7 postgraduate students trained to conduct economic appraisals were government officials on study leave, and the 2 full-time PhD and 3 full-time research fellows were on secondment, holding permanent positions in the Ministry of Health's departments or hospitals. The longest these officials can leave their office is three years. Thus HITAP was vulnerable since it relied heavily on a temporary research workforce, and many were students with very little research experience needing supervision from senior staff. Recruitment of qualified researchers to work permanently in the program was difficult. The major impediment was the shortage of PhD graduates, in particular in the area of health economics and pharmacoeconomics where multinational companies could offer much more attractive incentives. Although HITAP's salary scale was higher than that of many other government agencies, it was not comparable to the private sector. Uncertainty over its future might be another factor discouraging qualified persons from joining.

HITAP's management strategy and approaches

HITAP developed its management approach to HTA research by drawing lessons from organizations with similar mandates in Thailand and elsewhere. Foreign prototypes were modified to suit the newly-established program and the emerging context. To enhance HTA's utility including the promotion of the use of economic evaluation in decision making, a conceptual framework was devised to understand the processes and determining factors (figure 3). The literature suggests that integrating research into policy and practice is complex, involving many stakeholders and contextual elements ^[24, 25]. Despite the differences between points of concern of policymakers, professionals and consumers when they make decisions in relation to health technologies, 5 common strategies to address the issues of HTA quality, policy utility, availability of research results, and social interpretation of HTA methods, findings and associated policy recommendations were identified, namely (1) to promote effective communication between HITAP and key stakeholders, (2) to enhance HITAP's image, (3) to ensure validity and reliability of research, (4) to ensure policy relevance of HTA topics and research, and (5) to establish appropriate program management.

Figure 3: HITAP's framework on HTA-policies-practice integration



The five management strategies were translated into program approaches or ‘good practice’ for administrators and researchers to follow (table I). As in most instances HTA results mean ‘gain’ or ‘loss’ in health-related business and industry, health care providers, patients and tax payers, researchers in this field including those working for HITAP should not only be technically proficient and impartial, but also should possess good human skills and a good public image. To ensure effective dialogue between HITAP and the potential users of HTA findings, specific educational and public relations plans were developed and implemented by well-trained staff. Transparency in conducting appraisals of technologies and public health initiatives was a major concern and information on every step of each research project was posted on the website www.hitap.net. In addition, to avoid conflict of interest among research staff and the organization as a whole, a set of regulations was introduced. Research grants, sponsorship to attend technical conferences and training courses, as well as any other direct and indirect benefits from private for profit and health-related corporations were not allowed. Like other research institutes, HITAP staff had to declare their potential conflicts of interest by completing a written form on an annual basis.

Table I: HITAP’s approaches to address each of its management strategy

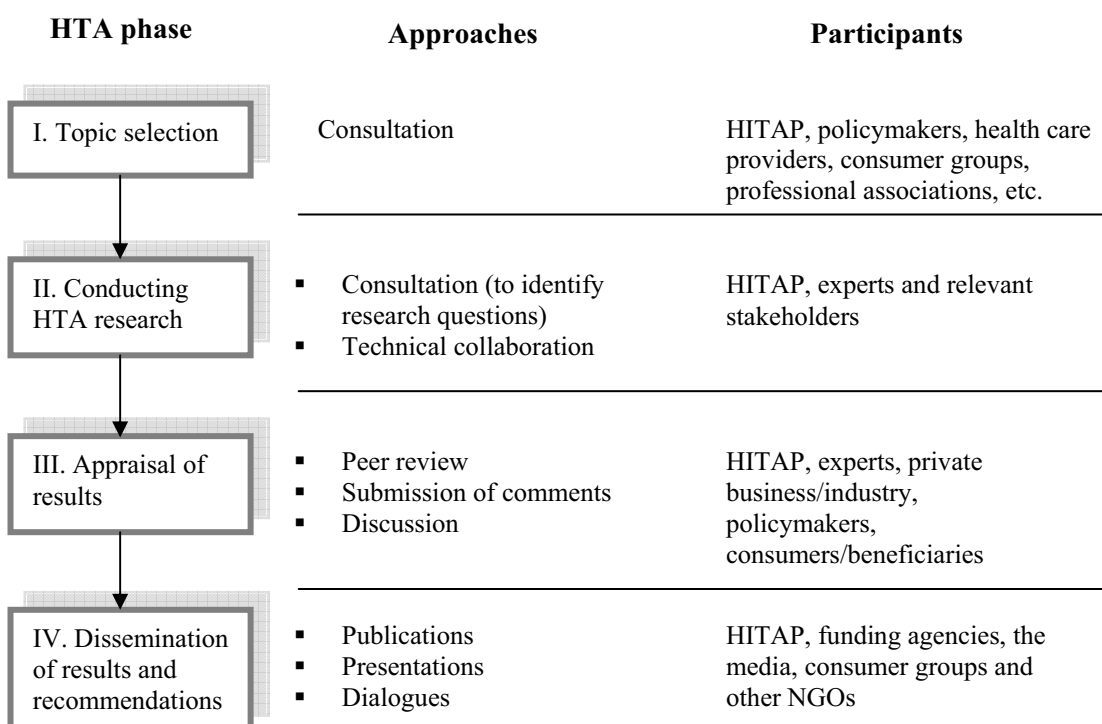
<i>Management strategy</i>	<i>Program directions</i>
1. Promote effective communication	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sincere dialogue with all parties including the general public to pursue understanding and collaboration ▪ Tailor-made information and messages to suit particular target groups ▪ Two-way communication
2. Enhance the HITAP image	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transparency: stakeholder participation, avoid conflict of interest ▪ Strengthen technical capacity of researchers ▪ Good manners and discipline of staff ▪ Accountable to granting agencies, while pursuing public interest
3. Ensure validity of research	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strengthen technical capacity of researchers ▪ Exchange experience and knowledge with scientists in Thailand and other countries through various channels
4. Ensure policy-relevance of HTA topics and research	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Constructive engagement with policymakers and key stakeholders ▪ Keep an open mind, listen to all partners, keep abreast of the development of social phenomena and take into account policy-related elements
5. Establish appropriate programme management	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Institutional lesson learning: monitoring & evaluation, R&D

The development of technical competency among HITAP researchers and research fellows was a crucial component of the program’s strategies. Of the various disciplines, economic evaluation was the main approach for HTA, since efficiency in resource use was the common concern of participants in the annual consultations on topic selection^[23]. A capacity strengthening scheme, with explicit operational procedures and criteria, was established to provide financial support to research staff who wished to give presentations on their studies in domestic and international fora. Scholarships were available for short-course training and PhD study in Thailand and abroad. Furthermore, HITAP sought collaborations with HTA and academic institutes in developed countries such as the UK National Institute for Clinical Excellence (NICE), the London School of Hygiene and Tropical Medicine and University of East Anglia, the Korean Health Insurance Review Agency (HIRA) and the Center for Drug Evaluation of Taiwan. In the same vein, partnerships were created with domestic institutes including universities, MoPH departments and other research programs including SPICE. Joint working and sharing of information and experience were major objectives of the networks.

HTA management

HITAP’s ultimate goal of influencing policies and practice is pursued through the introduction of well-designed approaches at every step of HTA. To develop these strategies, a literature review was conducted to understand the factors determining the use of HTA including CEA in decision making ^[21]. Lessons were also learned from leading HTA institutes in developed countries, for example NICE, the Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), the Australian Medical Service Advisory Committee (MSAC), and the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU)[26]. Based on such knowledge, HTA management guidelines for HITAP staff were developed (figure 4). The underpinning concepts comprised stakeholder participation and transparent processes alongside research of good quality.

Figure 4: HTA management strategies at HITAP



DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

HITAP's internal guidelines on HTA management involve the inclusion of policymakers and other stakeholders such as consumers and insurance beneficiaries, health care providers and corporate business throughout the processes of topic selection, HTA research, appraisals of results, and dissemination of findings and policy recommendations. In the first stage, HITAP calls for proposals on health technologies and programs needing appraisal from MoPH departments, the three public plans, the Subcommittee on NLEM Development, the Royal Colleges, specialist associations, public health NGOs and HITAP funding agencies. A total of 52 and 43 proposals were submitted for assessment in 2007 and 2008, respectively. Representatives of these organizations were invited to a consultation workshop where the background and importance of the proposed topics were discussed ^[23]. Thereafter, the participants from each organisation prioritized the topics, and ten were selected annually. In the prioritization step, HITAP staff sought to introduce a set of selection criteria such as the magnitude of health problems to be addressed, the financial burden generated by the introduction of the intervention, and the extent to which new knowledge would be generated. However, because of lack of information, explicit criteria were replaced by voting.

In many instances, unexpected issues emerged during the deliberations. For example in a discussion of cochlear implantation in bilateral deafness, psychosocial and ethical issues were raised, resulting in the decision to employ qualitative approaches to understand the undesirable consequences of the implantation procedure, in addition to its cost and clinical effectiveness. When conducting an HTA, clinical specialists and methodologists might be invited to take part as researchers, while some were consulted on particular elements. These experts provided not only data and information, but also helpful advice on real-life practice, its consequences and associated assumptions when empirical evidence from the Thai context was inadequate. During the appraisal of results, HITAP welcomes reviews of its research findings by any interested parties including academics, industry, policymakers, representatives of consumers groups and even individual beneficiaries of health insurance schemes. Written comments and supporting evidence can be submitted to HITAP through various channels including website, e-mails and post. Selected interested parties might be invited to participate in discussions on the reliability and validity of the research. Finally, HTA results and associated policy recommendations are publicized using different approaches to get the messages to particular target populations. These include, for instance, dialogues with policymakers and health advocates, formal presentations at policymaking fora, publications in medical, technical and administration journals, and dissemination of simplified information through public media such as newspapers, radio and television. On some issues, press conferences were organized by HITAP, in collaboration with other bodies, to educate health professionals and the public.

Cost-effectiveness analysis and its contribution to policy

A significant number of HTA topics suggested to HITAP's selection processes in 2007 and 2008 involved CEA of health interventions but only a fraction of these could be undertaken. During these two years a total of 31 research projects were initiated. As of August 2008, 12 projects had been completed, and 13 associated articles published in international journals and 24 in domestic periodicals. As listed in table II, the HTAs covered a wide range of technologies and public health programs, i.e. pharmaceuticals, test kits, medical equipment, procedures, disease control programs and policy to improve medicine access. Economic evaluation including the assessment of costs, cost-effectiveness, cost-utility and budget impact was the major approach, and most were requested by the NLEM Subcommittee. Some of the projects investigated issues of management, performance, feasibility and sociopolitical implications of interventions and technologies. Since these studies' research questions were formulated in consultation with stakeholders, it is apparent that health economic tools alone cannot provide adequate evidence to inform solutions to the country's health problems, and HITAP has tried to fulfill the needs for broader assessments.

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

According to the literature, exploring the connections between research, policies and actions is difficult since decision making is complex and not always rational ^[27]. Although recommendations drawn from some HITAP studies were apparently agreed upon and adopted by policymakers, for example those requested by the NLEM Subcommittee, it is unclear to what extent this research has played a role in decisions on including or excluding particular medicines on the List. Key official stakeholders were involved throughout, but public campaigns were not widely implemented. As of August 2008, empirical information from only three projects, the cervical cancer control initiative, marketing strategies of HPV vaccine and costs of alcohol consumption, had targeted the general public.

Table II: Selected HTA projects conducted by HITAP, 2007-2008

Studied interventions	Proposing agencies	Issues of investigation				Strategies to get research to policy and action
		Cost-effectiveness	Budget impact	Management & performance	Socio-political implications	
Cervical cancer control programs, including Pap smear, visual inspection with acetic acid and HPV vaccine	IHPP and HITAP (the economic analysis of HPV vaccine was also requested by the Thai FDA, HSRI and Regional and Provincial Hospitals Association)	Cost-utility	✓	✓	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentation of findings to policymakers, cervical cancer screening program managers, academics, health insurance plans and NGOs ▪ Presentation of the cost-effectiveness analysis at an international conference organized by NGO and academic institutes ▪ Press conference organized by HSRI, IHPP, HISRO and HITAP
HPV vaccine, marketing strategies	HITAP and Regional and Provincial Hospitals Association	-	-	-	✓	Press conference organized by HSRI, IHPP, HISRO and HITAP
Erythropoietin, in anemic cancer patients	NLEM Subcommittee	Cost-utility	✓	-	-	Presentation of findings to the Subcommittee
Insulin analogues, long- and short-acting	NLEM Subcommittee	✓	-	-	-	Presentation of findings to the Subcommittee
HMG co-A reductase inhibitors (statins)	NLEM Subcommittee	✓	✓	-	-	Presentation of findings to the Subcommittee
Proton-emission tomography and computed tomography	Civil Servant Medical Benefit Scheme, HSRI, Dept of Medical Service, Dept of Medical Sciences	Cost only	✓	✓	-	Presentation of findings to policy makers at CSMBS, NHSO, SSS and HISRO
Osteoporosis, screening and treatment in post-menopausal women	NLEM Subcommittee	✓	✓	-	-	Presentation of findings to the Subcommittee
Choline-esterase inhibitors and other medicines for Alzheimer's disease	NLEM Subcommittee	✓	✓	-	-	Presentation of findings to the Subcommittee
Unilateral cochlear implantation for profoundly hearing loss patients	National Health Security Office (NHSO)	✓	-	-	✓	Presentation of findings to policy makers at Health Insurance System Research Office (HISRO)

Studied interventions	Proposing agencies	Issues of investigation				Strategies to get research to policy and action
		Cost-effectiveness	Budget impact	Management & performance	Socio-political implications	
Medicines for treatment of hepatitis B and C	NLEM Subcommittee	✓	✓	-	-	Presentation of findings to the Subcommittee
Bone marrow transplantation and medicines for acute myeloid leukemia	NLEM Subcommittee	✓	✓	-	-	Presentation of findings to the Subcommittee
Provider-initiated voluntary counseling and HIV testing	HITAP	✓	✓	✓	-	Presentation of preliminary results to research teams from 16 district hospitals
Rapid, oral fluid based HIV test	Thai FDA	✓	✓	✓	✓	Presentation of findings to Thai FDA
Policies to reduce alcohol consumption	Thailand Health Promotion Foundation, Dept of Disease Control	-	-	✓	✓	Presentation of findings to Thailand Health Promotion Foundation
Alcohol consumption, socioeconomic and health care costs	HSRI	Cost only	✓	✓	✓	Key findings employed by health advocates in campaigning for the adoption of Alcohol Act 2008
Compulsory licensing for essential medicines	HSRI	Cost savings	✓	-	✓	Presentation of findings to policymakers at MoPH and NHSO
HIV/AIDS prevention interventions	IHPP, World Bank	✓	-	-	-	Presentation of findings to policymakers at MoPH

Discussion

While there are major hurdles in integrating CEA into health policy decisions in developing countries, Thailand, a lower middle-income country, has made significant progress. This article has outlined the health system context which was conducive to promoting economic evaluation and its policy utility in Thailand. First, as HPSR had been established at national level for some time, supportive elements for conducting research such as information systems and databases, bodies of knowledge in related disciplines, and management capability, existed in the country. Given that many research organizations and funding agencies were already formed into networks, it was feasible to mobilize resources to support health economics. Second, the introduction of the universal health coverage plan raised awareness amongst policymakers and the public about the importance of well-informed resource allocation and rationing. Third, policymakers including managers of health insurance plans recognized the role of health- and pharmacoeconomics as a helpful tool in decision making. Moreover, proof of efficiency including cost-effectiveness information will be required by the Thai FDA in issuing market approval of some health products, according to newly-revised laws on medical devices and medicines control.

However, the experience also highlights the importance of choosing the appropriate host. Two earlier HTA initiatives, involving external collaborations, were both time-limited. The advantages of IHPP as a springboard for HITAP included IHPP's organizational expertise in conducting cost analysis and cost-effectiveness studies. Furthermore, IHPP had long-term experience in the development of research staff and extensive domestic and international networks with other organizations in the field of HPSR that greatly assisted HITAP as a newly established institute.

However, the review of HITAP experience in 2007 and 2008 suggests that the lack of qualified researchers in the field of health economics and related areas was and will be a major impediment to operating and maintaining the organization. Owing to the substantial demand for HTA, especially from the health insurance plans, the initiative was well-resourced in terms of finance. To improve its absorptive capacity, HITAP needs a large number of staff, especially permanent staff, but this will take time. It takes many years for research fellows to build up their capacity, whether through HITAP's apprentice program or through formal study. In addition, bureaucratic rules and regulations are critical barriers to retaining well-trained civil servants on secondment to work as HITAP researchers. Finally, the demands for cost-effectiveness evidence are also mounting in the private sector, since pharmaceutical companies have to provide pharmacoeconomic information when proposing products to be included in the NLEM. As a consequence, it is inevitable that HITAP will compete for staff with the multinational pharmaceutical companies in the country. The brain drain of health economists will also affect universities and other government agencies when the amended versions of the Medical Devices and Medicines Control Act are fully enforced. In this light, Singer's ^[28] recommendations to expand efforts for capacity development of CEA and modelers in resource-poor settings may not be adequate to counter the obstacles facing the Thai HTA initiative. Promoting a public ethos amongst HITAP staff as an organizational norm, and emphasizing the non financial returns from the socially-beneficial work, will be indispensable to deal with this challenge.

At the program level, HITAP administrators and staff have tried hard to overcome existing obstacles, not only in conducting health economics studies but also in establishing a trustworthy organization with high performance. Efforts during the first two years have resulted in several deliverables including national guidelines for CEA, publications in international peer-reviewed journals, dissemination of research findings to policymakers and practitioners, and technical and policy collaborations. In addition, HITAP researchers frequently provide, on request, technical support including to the MoPH and its divisions.

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

However, these achievements may not be sustained as the problem of workforce shortage and its consequences emerge fully in the next couple of years. As the institutionalization of HITAP as a national HTA organization has been set as an ultimate goal, all concerned parties should collectively devise a strategic plan with a set timeframe to facilitate HITAP's survival and growth. In doing so, every weakness, threat and potential solution has to be assessed frankly by all partners.

The policies on the adoption, distribution, funding and evaluation of particular types of health interventions as well as the objectives and management of HTA agencies are likely to be context specific. At present HITAP is a semi-autonomous research institute, and the findings of its studies and related recommendations are not legally or administratively binding for any implementing bodies, which is dissimilar to some HTA units embedded in policymaking authorities. While the CADHTA and NICE are mandated to generate evidence on the effectiveness and efficiency of health technologies ^[29], HITAP covers a wide range of activities, not only conducting HTA studies but also strengthening research and research-policy capacity, which is considered necessary in the Thai context. Nonetheless, in some settings where economic appraisals of medicines and other health products are required by national health insurance offices, the responsible agencies need to provide the pharmaceutical industry with study guidelines and also set up national standards ^[4]. The HTA guidelines prepared by HITAP aimed to serve wider purposes, beyond the development of reimbursement lists. Concerning the utilization of HTA results, scientific evidence generated by the Australian Pharmaceutical Benefits Advisory Committee and the HIRA in Korea are integrated into health service funding, while in other settings such information targets only health professional practice ^[4, 30]. In contrast, the cost-effectiveness data and policy recommendations derived from HITAP's studies are expected to be used by all concerned parties in the health system. Regarding human resources, HITAP differs from NICE as it relies on its own research staff, with no contracting relationships with universities such as those of NICE. In part, this is because of the limited number of academic institutes keen on HTA and health economics in Thailand.

Scholars have suggested that the involvement of policymakers, experts, practitioners and other key actors from the very beginning of studies and networking between researchers and policymakers are effective in promoting the research-policy nexus ^[24, 31]. Like many HTA organizations, HITAP encourages participation of different groups of stakeholders in its research. Although the influence of HITAP's studies for policy decisions is as yet unclear, close collaboration between this initiative and its stakeholders have a crucial role in determining helpful research questions, designs and methodologies. Furthermore, it could be argued that the face-to-face consultations with experts, peripheral health workers and on some occasions, patients and caregivers, all with different backgrounds and experiences, have resulted in the expansion of research at HITAP to areas beyond health economics. During its first two years' experience, this HTA unit has learned that although efficiency is the major concern of policymakers, thorough understanding of the feasibility, social acceptability and other possible consequences of a health policy or intervention should not be neglected.

Acknowledgements

This paper was developed as part of work under the Health Intervention and Technology Assessment Program's Social Mobilization and Public Communication Plan. The program was funded by the Thailand Health Promotion Foundation, Health Systems Research Institute, and the Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, Thailand.

Conflict of Interest

YT is leader of the Health Intervention and Technology Assessment Program, and ST is a researcher of this initiative.

References

- [1] Neumann PJ. Using Cost-effectiveness Analysis to Improve Health Care: Opportunities and Barriers. Oxford: Oxford University Press 2005.
- [2] Doherty J, Kamae I, Lee KKC, et al. What is next for pharmacoeconomics and outcomes research in Asia? *Value in Health*. 2004;7(2):118-32.
- [3] Iglesias CP, Drummond MF, Rovira J. Health-care decision-making processes in Latin America: problems and prospects for the use of economic evaluation. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2005;21(1):1-14.
- [4] Tarn Y, Hu S, Kamae I, et al. Health-Care Systems and Pharmacoeconomic Research in Asia-Pacific Region *Value in Health*. 2008;11(Supplement 1):S137-S55.
- [5] Tangcharoensathien V, Wibupolprasert S, Nitayaramphong S. Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience in policy development. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004;82:750-6.
- [6] Teerawattananon Y, Russell S. A difficult balancing act: policy actors' perspectives on using economic evaluation to inform health-care coverage decisions under the Universal Health Insurance Coverage scheme in Thailand. *Value in Health*. 2008;11(Suppl 1):S52-S60.
- [7] The World Bank. World Development Indicators database, 1 July 2008. Washington, DC 2008.
- [8] Institute for Population and Social Research. Mahidol Population Gazette, January 2008. Nakhon Pathom: Mahidol University 2008.
- [9] Tangcharoensathien V. National Health Account in Thailand. *Consultation on NHA and External Resource Flow for the Ellison Institute for World Health*. Alexandria 2005.
- [10] IHPP. Thai NHA 2005: Current expenditure on health by function of care, providers and source of funding. 2008 [cited 2008 30 July]; Available from: <http://ihppthaigov.net/NHA2002-2005/Thai%20NHA%202005.pdf>
- [11] Ministry of Public Health. Thailand Health Profile 2001-2004. Nonthaburi 2005.
- [12] Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V, Tantivess S, et al. Health sector regulation in Thailand: recent progress and the future agenda. *Health Policy*. 2003;63:323-38.
- [13] Teerawattananon Y, Russell S, Mugford M. A systematic review of economic evaluation literature in Thailand: are the data good enough to be used by policy-makers? *Pharmacoeconomics*. 2007;25(6):467-79.
- [14] Chaikledkaew U, Lertpitakpong C, Orrawattanakul Y, et al. Survey on the current human capacity and future needs in economic evaluation in Thailand. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) 2008.
- [15] Pitayarangarit S, Tangcharoensathien V. Appendix-Capacity development for health policy and systems research: experience and lessons from Thailand. In: Green A, Bennett S, eds. *Sound choices: enhancing capacity for evidence-informed health policy*. Geneva: World Health Organization 2007.
- [16] Tomson G, Sundbom R. The Technology Assessment and Social Security in Thailand (TASSIT) Project Report. Stockholm: Division of International Health (IHCAR), Karolinska Institute 1999.
- [17] SPICE. Setting Priorities using Information on Cost-Effectiveness (SPICE): Informing policy choices and health system reform in Thailand. 2004 [cited 2008 26 June]; Available from: <http://www.moph.go.th/ops/spice>
- [18] Tantivess S. Integrating IHPP research into policy decisions. *10th Anniversary of the International Health Policy Program (1998-2008)*. Nonthaburi: International Health Policy Program, Thailand 2008.
- [19] Nansunanont S, Tantivess S, Yothasamut J, et al. The development of health technology assessment in Thailand, 1996-2006. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment (in Thai) 2008.
- [20] Tangcharoensathien V, Kamolratanakul P. Making sensible rationing: the use of economic evidence and the need for methodological standards. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2008;91(Supplement 2):S4-S7.

- [21] Tantivess S. Policy making and roles of health technology assessment. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2008;91(Supplement 2):S88-S99.
- [22] Hanvoravongchai P. Health system and equity perspectives in Health Technology assessment. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2008;91(Supplement 2):S74-S87.
- [23] Lertpitakpong C, Chaikledkaew U, Thavorncharoensap M, et al. A determination of topics for health technology assessment in Thailand: Making decision makers involved. *Journal of the Medical Association of Thailand*. 2008;91(Supplement 2):S100-S9.
- [24] Sauerborn R, Nitayarumphong S, Gerhardus A. Strategies to enhance the use of health systems research for health sector reforms. *Tropical Medicine and International Health*. 1999;4(12):827-35.
- [25] Macintyre S, Chalmers I, Horton R, et al. Using evidence to inform health policy: case study. *British Medical Journal*. 2001;322:222-5.
- [26] Yothasamut J, Tantivess S. Management of health technology assessment in foreign countries. Nonthaburi: Health Intervention and Technology Assessment Program [in Thai] 2008.
- [27] Kuruvilla S, Mays N, Pleasant A, et al. Describing the impact of health research: a Research Impact Framework. *BMC Health Services Research*. 2006;6:134 doi:10.1186/472-6963-6-134.
- [28] Singer ME. Cost-effectiveness analysis: Developing nations left behind. *Pharmacoeconomics*. 2008;26(5):359-61.
- [29] Hailey DM. Health technology assessment in Canada: diversity and evolution. *MJA*. 2007;187(5):286-8.
- [30] Jackson TJ. Health technology assessment in Australia: challenges ahead. *MJA*. 2007;187(5):262-4.
- [31] Young J. *Research and policy: parallel universe?* London: Overseas Development Institute 2003.

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

Title: Using economic evaluation in policy decision making in Asian countries: mission impossible or mission probable?

Running title: Using economic evaluation in Asia

Authors and affiliations:

1. Jomkwan Yothasamut, B.A., M.A.

Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), Ministry of Public Health

2. Sripen Tantivess, B.Pharm, M.P.H., Ph.D.

Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) and

International Health Policy Program (IHPP), Ministry of Public Health

3. Yot Teerawattananon, M.D., Ph.D.

Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), Ministry of Public Health

Corresponding author:

Jomkwan Yothasamut

Address: Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)

6th floor, 6th Building, Department of Health, Ministry of Public Health, Tiwanon Rd.,

Nonthaburi 11000 Thailand

Tel: +662 5904549 Fax: +662 5904369

Email: jomkwan@ihpp.thaigov.net

Abstract

The question of whether it is feasible to use economic evaluation for policy decision making in settings where the method has not been well established is challenging. This paper provides an extensive review of relevant literature and an in-depth analysis aimed at introducing potential applications of economic evaluation and to address the potential barriers that could prohibit the use or diminish the usefulness of economic evaluation in Asian settings. This paper also proposes the probable solutions to overcome these barriers.

Potential uses of economic evaluation in policy development include the development of public reimbursement lists, price negotiation, the development of clinical practice guidelines, and communicating with prescribers. Two types of barriers to using economic evaluation, namely barriers relating to the production of economic evaluation data and decision-context related barriers are identified. For the first sort of barrier, the development of the national guidelines, the development of economic evaluation database, planning and use of economic evaluation in a systematic manner, and prioritization of topics for assessment, are recommended. Furthermore, educating potential users, educating the public, making economic evaluation process transparent and participatory, and incorporating other health preference into decision making framework have been promoted to conquer decision-context related barriers.

It seems practically impossible to adopt other countries' approaches using economic evaluation for priority setting due to several constraints specifically related to the context of each individual health care system. On the other hand, given a better understanding of its resistance, and proper policies and strategies to overcome the barriers applied, it is more than probable that a method with system/ mechanisms specifically designed to fit particular settings will be used.

Keywords: Economic evaluation, Health resource allocation, Policy decision making, Health technology assessment, Asia, Latin America

Introduction

The question of whether it is appropriate and feasible to use economic evaluation for policy decision making is a question that is gaining more interest from decision makers in developing countries[1, 2]. This is because of the fact that health care resources in every setting are always constrained whilst unlimited demand is observed. This fact is particularly prominent in most Asian countries which are developing world. This dilemma is challenging and also difficult to answer since there is no country in Asia that is currently adopting economic evaluation as a formal tool to inform health policy decisions. This paper provides an extensive review of relevant literature and an in-depth analysis aiming to address the potential barriers that could prohibit the use or diminish the usefulness of economic evaluation in Asian settings. It also proposes the probable solutions to overcome these barriers.

This paper starts with a description of the potential uses of economic evaluation in policy decision making providing experiences from different countries that have adopted such a method. The barriers of using it follow. These include barriers related to the production of the evidence and barriers associated with decision context. Subsequently, the proposed solutions, along with conclusions drawn, from lessons learnt by many developing settings to overcome these impediments are presented.

Potential applications of economic evaluation in policy decision making

This section outlines potential applications of economic appraisal in developing policies for the rational diffusion and use of health interventions, drawing experience mainly from European countries. Although a range of policy instruments for encouraging the use of this method have been employed, and the precise use may differ from one setting to another, the potential use of economic evaluation can be summarised below.

1. The development of a health benefit package for public reimbursement

This may be the most popular mechanism concerning the use of economic evidence in health policy development. Currently, several health care settings such as Australia, England and Wales, the Netherlands and Sweden have formally adopted this approach[3, 4]. For example, in Australia, since 1993 it has become mandatory for industry to submit economic evidence to the Pharmaceutical Benefit Advisory Committee (PBAC) and Medical Service Advisory Committee (MSAC) if they want their products or services to be in the Pharmaceutical Benefit Scheme or the Medicare Benefit Schedule, both of which are subsidized by the government[4].

2. Price negotiation

Drummond et al[5] illustrated several possible roles of economic evaluation in the pricing of drugs but the obvious one was the case of Australia, where economic evaluation data is usually submitted to the PBAC for decision making regarding the reimbursement. However, a price assumed in the economic evaluation is only considered as the maximum price that the pharmaceutical firm seeks. If the drug demonstrates good value for money the firm may be awarded a price similar to that assumed in economic evaluation. On the other hand, the price may be negotiated downwards based on economic evaluation and other relevant information presented.

3. Development of clinical practice guidelines

In one setting, England and Wales, the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) considered economic evaluation to be a significant input for developing national

practice guidelines intended to influence health service delivery throughout the country[6]. This situation is similar in Sweden, where members of the central formulary committee perceived that economic evidence was important in establishing clinical practice guidelines, though the members identified difficulties in identifying relevant economic evaluation studies and interpreting their results[7].

4. Communicating with prescribers and other health professionals

It is believed that information gathering from economic evaluation studies is useful for both public health authorities and industry to communicate with prescribers and other relevant health professionals. This is because the data derived from model-based economic evaluation studies is commonly presented in more comprehensive forms than that reported in clinical studies. For example, economic evaluation of osteoporosis drugs report the effectiveness in terms of life-year saved or QALY gained rather than fractures avoided or bone mineral density index changed commonly used in clinical studies[8]. Thus, decision makers and the public may be more understandable regarding the health and economic consequences of health interventions than when using information derived solely from clinical studies.

Barriers to the use of economic evaluation in policy decision making

Although it is believed that economic evaluation is a useful rationing tool, it is far from perfect. This section summarizes key constraints arising from the review of relevant literature related to the use of economic evaluation in policy decision making. The potential limitations can be divided into two categories: (i) barriers related to the production of economic evaluation information; and (ii) decision context related barriers which include a lack of understanding and knowledge of economic evaluation amongst the potential users, social expectation in health care services, politics, as well as institutional, philosophical and ethical considerations.

Barriers related to the production of economic evaluation information

Empirical evidence from South Korea[9] and Thailand[10] revealed limitations of local research capacity. The reviews found that the numbers of economic evaluation studies within

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

both settings were very low compared to countries such as Australia, Canada and the United Kingdom where economic evaluation has long been accepted for formal use in policy decision making[4]. This is also the case of limited use of economic evaluation in nine Latin American countries[11]. The authors suggested that human resources to perform economic evaluation in Latin America need to be increased to facilitate the conduct and use of the method in policy decisions. In addition, the reviews of economic evaluation publications in Korea and Thailand found that the majority of the studies were vulnerable to bias due to the poor quality of evidence used and deficient reporting features. These will surely hinder the adoption of the method in policy decision making because decision makers prefer to use good quality and locally relevant information rather than international data.

Furthermore, the use of economic evaluation could be prohibited if it is not available at the right time for making decisions[12]. Alongside scarce research capacities, different operational cultures between decision makers and researchers also play a vital role. A qualitative study in Thailand found that decision makers often work in a very tight timeframe; therefore, they are unlikely to be able to wait long for evidence[13]. Decisions often need to be made and action taken when windows of opportunity open. These decisions must be made when they receive strong political support or there is an availability of resources for policy change. However, researchers prefer to work within a longer timeframe because they want to ensure that they conduct a perfect study. Economic evaluation will have a limited impact on policy making if the evidence is available when the intervention has been well established. This is because once an intervention becomes widely acceptable among practitioners restriction of its use will be very difficult.

Given resource constraints, it is necessary to ensure that economic evaluations themselves are also being prioritized and are focusing on interventions that would assist decisions targeting major health problems that could subsequently have a large impact on population health[14]. In spite of this fact, a review of literature in Thailand shows an absence of economic evaluation publications for 15 of the top 20 major health problems of the Thai population[10]. This poor distribution of research results directed towards major health

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

problems could be explained by the relationship between funding sources and the distribution of economic evaluations by disease category. For example, the majority of studies funded by international non-profit organizations focused merely on diarrhea, malaria and vaccine preventable diseases. These were not major health problems of the country but were of particular interest to those organizations. The problem of studies not focusing on vital health concerns will definitely diminish the usefulness of, economic evaluation in policy decision making and also prevent its use.

Decision context related barriers

These barriers differ from the above ones because they are related closely to the users' knowledge, attitudes, and perceptions regarding the use of economic evaluation. The following paragraphs describe each of these barriers.

- *Lack of understanding and knowledge of economic evaluation among potential users*

There have been concerns about the absence of a clear understanding of economic evaluation among potential users in many settings. Ikegami et al.[15] stated that economic evaluation was a new discipline among health care professionals and that among decision makers in Japan, only a few of them were aware of the technique as their main focus was on biomedical sciences with little or no interest shown in the social and economic aspects of health care. A similar problem also happened in Korea and Thailand where there was limited knowledge and understanding of concepts and applications of economic evaluation among decision makers at both the national and hospital levels. The study in Thailand found that decision makers misused terminology and often failed to distinguish between cost analysis and economic evaluation[13]. Yang et al. observed a large variation of knowledge and understanding of economic evaluation amongst staff at the Health Insurance Review Agency, a health authority responsible for reviewing cost-effectiveness and budget impact data of newly entering drugs for the National Health Insurance Corporation in Korea[16].

- *Social expectation in health care*

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

It is believed that the public anticipates that health care perform based on the best interest of patients[17]. It is unlikely that the general public would be willing to leave someone to suffer or die without help just because the intervention available to him/her does not present good value for money[18]. This expectation could easily create conflict in making health technology coverage decisions if economic evaluation, which is not concerned only with the individual but also with collective health benefits, is to be used. A survey of decision makers and academics in Thailand found that more than 70% of respondents did not agree to exclude a life-saving intervention (renal dialysis) from the benefit health care benefit package just because it was cost-ineffective[19].

- *Politics*

Resource allocation is inherently political, and it has become evident that politics will inevitably influence the use of economic evaluation for resource allocation. A case in point, Thai decision makers perceived themselves to be the losers if economic evaluation were to be used for making decisions because their power and authority would be transferred to 'scientists'[13]. In addition, health professionals of the Japanese Medical Association (JMA) considered there might be a loss of clinical autonomy if the method was used for healthcare rationing. As a result, the organization's position is clearly opposed to the economic/efficiency concept[15]. In settings where economic evaluation has been used it is clearer that political considerations can play a major role in the coverage process. This is the case in the selection process for the technologies to be appraised by NICE and the development of clinical guidelines for trastuzumab (Herceptin)[20].

- *Social institutional barriers*

Given that social institutions are, in essence, a set of repeated behaviours that are driven by social norms, values and rules, they influence decision makers by encouraging them to choose an option which is most conducive to the norms and values which are linked to their institutional affiliations and the achievement of their organisation's goal(s) or objective(s). In Thailand, institutional factors seem to influence all healthcare stakeholders' use of economic evaluation for making coverage decisions with different directions. The use of economic

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

evaluation would ideally support the institutional ideology of both hospital directors (to improve efficiency and to control costs) and academics (to use explicit criteria which are accepted by them) but not the institutional modes of conduct and interests of professional institutions and health workers (to maintain their clinical autonomy)[13]. For decision makers at the Ministry of Public Health, the use of economic evaluation alone would not be enough to serve the institutional interests, as there are other strong considerations, not explicitly included in the current methods of economic evaluation, such as total budget size, equity, social solidarity and protection against catastrophic health expenditure, to be considered when they make resource allocation decisions[21].

- *Philosophical and ethical considerations*

It is apparent that utilitarianism, on which economic evaluation is based, is not the only ethical principle that can be used to make a justified health care resource allocation decision. Teerawattananon et al[19] demonstrated that philosophical and ethical considerations are complex and multi-faceted especially when decisions have to be made between providing life-saving/cost-ineffective interventions and non life-saving/cost-effective interventions. Many decision makers, health professionals and academics rejected the Quality Adjusted Life Year (QALY) maximisation principle by supporting life-saving (but cost-ineffective) renal dialysis rather than the more cost-effective laparoscopic cholecystectomy, which would have resulted in more QALYs for the same amount of resources used[22].

Potential solutions to facilitate the use of economic evaluation in policy decision making

Based on the aforementioned barriers described above, this section offers practical guidance to improve the use of economic evaluation in developing settings. Seven recommendations are proposed to overcome these barriers and also help guide users and supporters of economic evaluation towards the most effective use of the method in health care policy and practice.

1. Standardization of economic evaluation methods

In response to the problem of poor quality of economic evaluation available for decision making there is a need for a set of methodological guidelines that will facilitate the use of

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

standard methods and a high quality of evidence for economic evaluation studies. A uniform methodology will also increase the transparency of studies by allowing readers or users to assess precisely what the analysts have done and whether the method was appropriate[23]. In addition, these guidelines will help to ensure standards that enable comparisons of value for money across health care interventions. This is the case as the difference in a cost-effectiveness ratio is likely to reflect true differences between the interventions being evaluated rather than differences in study methodology[10].

2. Making economic evaluation available at the right time

Two ways to improve the availability of information for decision-making in a timely fashion are suggested. First, it is proposed that economic evaluations should be planned and used in a systematic manner rather than on an ad-hoc basis. It is possible for economic evaluations to be conducted and used as routine information, for example, for the pharmaceuticals listed on the Pharmaceutical Benefit Schedule in Australia[24], or they can be used with a clear and planned timeline for evaluations as is the practice by NICE in England and Wales[25].

Second, the development of an economic evaluation database is also crucial to assist its users to gain better access to reliable information for competing health technologies[26]. Although there are a number of international databases that include economic evaluation literature, they usually include only economic evaluation published in academic journals and in English[27]. Nevertheless, many economic evaluations conducted in several settings, especially in developing countries, have been published in grey literature e.g. theses, dissertations or research reports and using local languages rather than English. This makes it more difficult for the review[26].

3. Prioritization of topics for assessment

It is necessary to ensure that economic evaluations focus on interventions to improve decision-making, even though decisions regarding the prioritization of investment in economic evaluation studies do not necessarily have to be based purely on disease burden. This is the case as to be worthwhile, there have to be available and proven effective interventions,

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

and/or opportunities for studies to add their values into policy decision and clinical practice. Here the recommendations, modified from Goodman[28] and Sassi[29], state that topics for assessment should be in line with one or more of the following key concerns:

- (i) Interventions that will cause a significant increase in health care expenditure, or a significant financial budgetary burden, or a poor return on investments, or interventions that will drain a high level of resources from other effective interventions;
- (ii) Interventions likely to offer significant improvement in health and health-related outcomes but have not been widely accepted;
- (iii) Interventions likely to have significant adverse effects in terms of health and health-related outcomes, ethical implications, and organisational impact;
- (iv) Interventions likely to have a socially undesirable redistribution of resources or health and health-related outcomes.

A comprehensive and systematic approach to prioritising areas for future economic evaluation is needed to ensure that each investment will do the most good for society. It has also been agreed that economic evaluation studies should not focus only on medications or medical procedures but also on health education and other social interventions which could potentially offer greater health gains for a given expense. An example of a Thai national health technology assessment organization using a transparent and systematic method of determining topics for assessment has been described in detail elsewhere[30].

4. Educating decision makers and health professionals

Due to a lack of knowledge and understanding of economic evaluation amongst potential users, i.e. decision makers and health professionals, these users will face challenges in communicating with the public about its use in policy decisions[31]. Economic evaluation is only likely to be used if the users have the capacity to use it and explain it to others. Therefore, it is necessary to educate decision makers and health professionals about the method and for them to become confident in using and interpreting the evidence. There are a number of ways to educate these potential users ranging from formal training e.g. courses in postgraduate studies, short courses or informal training sessions.

5. Educating the public

The need to raise public awareness regarding the fact that health care resources are limited, and that rationing is inevitable, is surely the right thing to do because it is apparent that decision makers and health professionals are sensitive to what is in the interests of the public. It has been found that decision makers are reluctant to support the use of economic evaluation as it is difficult for them to explain to their patients or the public their reasons for not providing care[13].

If the public were well educated about the use of economic evaluation for making policy decisions, they may accept or reject the approach. But at the very least, public awareness will increase public trust in the decision-making process, not decrease it. It is possible that the public might accept the limitations of resources and the use of economic evaluation. It should be noted that the general public have fewer political and institutional barriers than politicians and healthcare policy and decision makers. If the public accept the use of economic evaluation, it will be easier and more legitimate to adopt the method for decision-making.

6. Making economic evaluation processes transparent and participatory

Transparency in conducting economic evaluations is a major concern for all health care stakeholders in every setting. Both public and private payers usually want to be involved in the evaluation process to ensure that the studies are done in a transparent way and achieve a high standard. In order to do this it is recommended that stakeholders are involved from the very beginning of the process, i.e. setting and fine tuning the research questions. While the study is being conducted, stakeholders can also be involved as input experts to inform and verify information used in the study. At the end of the study, it is also necessary that the preliminary results are presented to these stakeholders to validate the findings and collectively formulate policy recommendations[32].

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

7. Incorporating other health preferences into the decision making framework

The QALY maximization concept of economic evaluation is not the only goal in health care resource allocation[33]. Equity, necessity (severity of disease), social solidarity (helping the poor and vulnerable), and protection against catastrophic expenditure also play a significant role[34]. It is important to emphasise that, in proposing the use of economic evaluation, it is not necessarily the case that other criteria concerning resource allocation must be eliminated in order for priority setting processes to be incorporated and to be used systematically and justly. Economic evaluation can be supplemented with equity, solidarity and economic security criteria to enhance political and public acceptance of a health care package. Therefore, it would be interesting to see an alternative approach for economic evaluation which incorporates other criteria such as equity, necessity, and social solidarity.

Some scholars have suggested that QALYs gained should be weighted for particular preferences such as equity or disease severity[35] whereas others critique the use of a single, universally applicable threshold for health gains[36-38] (e.g. the threshold of 3 times of GDP per capita per DALY gained recommended by the Commission of Macroeconomics and Health[39]). At the moment, Thai and Korean research scholars are investigating the willingness to pay thresholds for a QALY gained, and other relevant resource allocation criteria. They need to pay attention to each specific context and also the suitability for each health care setting[40, 41].

Conclusion

Basing on theory and existent practice, there are potential areas for the use of economic evaluation for policy development including the development of health care reimbursement lists, price negotiation, the development of clinical practice guidelines, and communicating with prescribers. Nevertheless, empirical evidence from Asian and Latin American countries suggests that using economic evaluation for decision making appears to be more complicated than is commonly presumed to be the case. Two types of potential barriers to using economic evaluation, namely barriers relating to the production of economic evaluation data and decision-context related barriers, have been identified in this paper. It is necessary to

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

distinguish between these two barriers when the feasibility of using economic evaluation is considered. To achieve a substantial increase in the impact of economic evaluation in decision-making, different strategies are needed to overcome the barriers.

For the first kind of barriers, four strategies, including the development of the national guidelines for conducting economic evaluation, the development of an economic evaluation database, the planning and use of economic evaluation in a systematic manner, and the prioritization of topics for assessment, have been proposed. These strategies will ensure the quantity, quality, and target (policy relevance) of economic evaluation. Educating decision makers and health professionals, educating the public, making the economic evaluation process transparent and participatory, and incorporating other health preferences into the decision making framework are among the strategies promoted to conquer decision-context related barriers.

It is noteworthy that the barriers and solutions addressed in this paper may not be completely generalisable across health care settings due to differences in health care infrastructures, human resource capacities, institutions and incentives as well as social, political, and ethical factors inherent in each health care system. However, this paper provides a wider and more comprehensive view to look at potential barriers and solutions that can be applied to assess the feasibility and facilitate the use of economic evaluation or other resource allocation criteria in other settings. It also raises concerns regarding the importance of developing health care infrastructures and human resources for evidence-based policy decision making.

Lastly, it seems practically impossible to adopt economic evaluation using either Australian or European styles for setting priority in the likes of Thailand and other Asian countries because there are several constraints specifically related to the context of each individual health care system. For example, the ideological and normative values of society concerning health resource allocation may greatly differ between western and oriental settings. Resources and infrastructures for conducting economic evaluation are more limited in Asia compared to western countries where health economic discipline has long been established. As a

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

consequence, each health care setting needs to initiate their own system/mechanisms for the use of economic evidence for prioritising health resources. Given a better understanding of the resistance to the use of economic evaluation, and proper policies and strategies to improve the feasibility and acceptance of using economic evaluation, it is more than probable that economic evaluation will be used for guiding policy decisions instead of the imprecise, inconsistent, and unaccountable practice of health care prioritisation which still exists in many health care systems in Asia.

Acknowledgement

This paper was developed as part of work under the Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP). We are grateful for the joint financial support to HITAP by the Thai Health Promotion Foundation, the Health System Research Institute, the Bureau of Health Policy and Strategy, the Ministry of Public Health, and the Thai Health-Global Link Initiative Project (TGLIP).

DRAFT

Reference

- [1] Singer ME. Cost-effectiveness analysis: developing nations left behind. *Pharmacoeconomics*. 2008;26(5):359-61.
- [2] Tarn YH, Hu S, Kamae I, Yang BM, Li SC, Tangcharoensathien V, et al. Health-care systems and pharmacoeconomic research in Asia-Pacific region. *Value Health*. 2008 Mar;11 Suppl 1:S137-55.
- [3] Hoffmann C. The influence of economic evaluation studies on decision making.: A European survey. *Health Policy*. 2000 2000/7;52(3):179-92.
- [4] Harris A, Buxton M, O' Brien B, Rutten F, Drummond M. Using economic evidence in reimbursement decisions for health technologies: experience of 4 countries. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. 2001;1(1):7-12.
- [5] Drummond M, Jonsson B, Rutten F. The role of economic evaluation in the pricing and reimbursement of medicines. *Health Policy*. 1997 1997/6;40(3):199-215.
- [6] Rawlins MD, Culyer AJ. National Institute for Clinical Excellence and its value judgments. *BMJ*. 2004 Jul 24;329(7459):224-7.
- [7] Anell A, Svarvar P. Pharmacoeconomics and clinical practice guidelines. A survey of attitudes in Swedish formulary committees. *Pharmacoeconomics*. 2000 Feb;17(2):175-85.
- [8] Mobley LR, Hoerger TJ, Wittenborn JS, Galuska DA, Rao JK. Cost-effectiveness of osteoporosis screening and treatment with hormone replacement therapy, raloxifene, or alendronate. *Med Decis Making*. 2006 Mar-Apr;26(2):194-206.
- [9] Lee KS, Brouwer WB, Lee SI, Koo HW. Introducing Economic Evaluation as a Policy Tool in Korea: Will Decision Makers get Quality Information? : A Critical Review of Published Korean Economic Evaluations. *Pharmacoeconomics*. 2005;23(7):709-21.
- [10] Teerawattananon Y, Russell S, Mugford M. A systematic review of economic evaluation literature in Thailand: are the data good enough to be used by policy-makers? *Pharmacoeconomics*. 2007;25(6):467-79.
- [11] Iglesias CP, Drummond MF, Rovira J. Health-care decision-making processes in Latin America: problems and prospects for the use of economic evaluation. *Int J Technol Assess Health Care*. 2005 Winter;21(1):1-14.
- [12] Drummond M. Evaluation of health technology: Economic issues for health policy and policy issues for economic appraisal. *Social Science & Medicine*. 1994 1994/6;38(12):1593-600.
- [13] Teerawattananon Y, Russell S. A difficult balancing act: policy actors' perspectives on using economic evaluation to inform health-care coverage decisions under the Universal Health Insurance Coverage scheme in Thailand. *Value Health*. 2008 Mar;11 Suppl 1:S52-60.
- [14] Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V. Designing a reproductive health services package in the universal health insurance scheme in Thailand: match and mismatch of need, demand and supply. *Health Policy Plan*. 2004 Oct;19 Suppl 1:i31-i9.
- [15] Ikegami N, Drummond M, Fukuhara S, Nishimura S, Torrance GW, Schubert F. Why has the use of health economic evaluation in Japan lagged behind that in other developed countries? *Pharmacoeconomics*. 2002;20 Suppl 2:1-7.
- [16] Yang BM, Bae EY, Kim J. Economic evaluation and pharmaceutical reimbursement reform in South Korea's National Health Insurance. *Health affairs (Project Hope)*. 2008 Jan-Feb;27(1):179-87.
- [17] Neumann P. Using cost-effectiveness analysis to improve health care: opportunities and barriers. Oxford: Oxford University Press 2005.
- [18] Ubel P. Pricing life: why it's time for health care rationing. Massachusetts: The MIT press 2000.
- [19] Teerawattananon Y, Russell S. The greatest happiness of the greatest number? Policy actors' perspectives on the limits of economic evaluation as a tool for informing health care coverage decisions in Thailand. *BMC health services research*. 2008;8:197.
- [20] Ferner RE, McDowell SE. How NICE may be outflanked. *BMJ (Clinical research ed)*. 2006 May 27;332(7552):1268-71.
- [21] Tantivess S, Walt G. Using cost-effectiveness analyses to inform policy: the case of antiretroviral therapy in Thailand. *Cost Eff Resour Alloc*. 2006;4:21.

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

- [22] Teerawattananon Y, Russell S. The greatest happiness of the greatest number?: policy actors' perspectives on using economic evaluation as a tool for informing health care coverage decisions in Thailand, part 2. a paper submitted for publication in 'Value in Health'. 2006.
- [23] Tangcharoensathien V, Kamolratanakul P. Making sensible rationing: the use of economic evidence and the need for methodological standards. *J Med Assoc Thai*. 2008;91(suppl.2):S4-7.
- [24] Wonder MJ, Neville AM, Parsons R. Are Australians able to access new medicines on the pharmaceutical benefits scheme in a more or less timely manner? An analysis of pharmaceutical benefits advisory committee recommendations, 1999-2003. *Value Health*. 2006 Jul-Aug;9(4):205-12.
- [25] Cairns J. Providing guidance to the NHS: The Scottish Medicines Consortium and the National Institute for Clinical Excellence compared. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2006 Apr;76(2):134-43.
- [26] Kapol N, Maitreemit P, Chalongsuk R, Amrumpai Y, Sribundit N, Thavorncharoensap M, et al. Making health technology assessment information available for decision making: the development of a Thai database. *J Med Assoc Thai*. 2008;91(suppl 2):S8-10.
- [27] de Pouvourville G, Ulmann P, Nixon J, Boulenger S, Glanville J, Drummond M. The diffusion of health economics knowledge in Europe : The EURONHEED (European Network of Health Economics Evaluation Database) project. *Pharmacoeconomics*. 2005;23(2):113-20.
- [28] Goodman C. Introduction to health care technology assessment: National library of medicine 1998.
- [29] Sassi F. Setting priorities for the evaluation of health interventions: why theory does not meet practice. *Health Policy*. 2002:1-14.
- [30] Lertpitakpong C, Chaikledkaew U, Thavorncharoensap M, Tantivess S, Praditsitthikorn N, Youngkong S, et al. A determination of topics for health technology assessment in Thailand: making decision makers involved. *J Med Assoc Thai*. 2008;91(suppl 2):S100-9.
- [31] Teerawattananon Y, Russell S. A difficult balancing act: policy actors' perspectives on using economic evaluation to inform health care coverage decisions under the universal health insurance coverage scheme in Thailand. a paper submitted for publication in 'Value in Health'. 2007.
- [32] Tantivess S, Teerawattananon Y, Mills A. Strengthening cost-effectiveness analysis in Thailand through the establishment of the health intervention and technology assessment program (submitted article). 2008.
- [33] Robinson R. Limits to rationality: economics, economists and priority setting. *Health Policy*. 1999 1999/9;49(1-2):13-26.
- [34] Singleton J, McLaren S. Ethical foundations of health care: responsibilities in decision making. London: Mosby 1995.
- [35] Stolk EA, Brouwer WB, Busschbach JJ. Rationalising rationing: economic and other considerations in the debate about funding of Viagra. *Health Policy*. 2002 Jan;59(1):53-63.
- [36] O'Brien BJ, Gertsen K, Willan AR, Faulkner LA. Is there a kink in consumers' threshold value for cost-effectiveness in health care? *Health Econ*. 2002 Mar;11(2):175-80.
- [37] Devlin N, Parkin D. Does NICE have a cost-effectiveness threshold and what other factors influence its decisions? A binary choice analysis. *Health Econ*. 2004 May;13(5):437-52.
- [38] Stolk EA, Poley MJ. Criteria for determining a basic health services package. Recent developments in The Netherlands. *Eur J Health Econ*. 2005 Mar;6(1):2-7.
- [39] The Commission on Macroeconomics and Health. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva: World Health Organization 2001.
- [40] Thavorncharoensap M, Natanant S, Kulpeng W, Teerawattananon Y. Estimating a societal value for a ceiling threshold in Thailand: a case study of measuring willingness to pay per quality adjusted lifeyear *ISPOR 3rd Asia Pacific Conference*. Seoul, South Korea 2008.

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

- [41] Tsutani K, Ffukuda T, Bae S-C, Lang H-C. Willingness to pay for a QALY in East Asia. *ISPOR 3rd Asia Pacific Conference*. Seoul, South Korea 2008.

DRAFT

- 1) **Title:** The Current Capacity and Future Development of Economic Evaluation for Policy Decision Making: A Survey among Researchers and Decision Makers in Thailand
- 2) **All authors:**
 - 2.1 Usa Chaikledkaew, Ph.D. (Pharmaceutical Economics and Policy),
 - i. Department of Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Mahidol University, Bangkok
 - ii. Health Intervention and Technology Assessment Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi
 - 2.2 Chanida Lertpitakpong, M.A. (Population and Social Research), Health Intervention and Technology Assessment Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi
 - 2.3 Yot Teerawattananon, M.D., Ph.D., (Health Economics), Health Intervention and Technology Assessment Program, Nonthaburi
 - 2.4 Montarat Thavorncharoensap, Ph.D. (Social and Administrative Pharmacy)
 - i. Department of Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Mahidol University, Bangkok
 - ii. Health Intervention and Technology Assessment Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi
 - 2.5 Viroj Tangcharoensathien, M.D., Ph.D. (Health Economics and Financing), International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi
- 3) **Corresponding author:** Usa Chaikledkaew, Ph.D., Department of Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand, Tel: 66-2-644-8677 ext 5317, Fax: 66-2-644-8694, Email: pyuck@mahidol.ac.th
- 4) **Source of financial support:** Health Intervention and Technology Assessment Program, Thai Health Promotion Foundation, Health System Research Institute, and Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health.
- 5) **Keywords:** economic evaluation, survey, capacity, pharmacoeconomics, Thailand
- 6) **Running title:** Survey of economic evaluation in Thailand

ABSTRACT

Objective: This study aims to explore the knowledge, experience, and attitudes towards economic evaluation (EE) among decision makers and researchers in Thailand.

Methods: Researchers were purposively selected from Thai academics, public and private research organizations related to EE. Decision makers at provincial level were purposively selected from the members of the Management Committees of Provincial Health Offices and those at hospital level were randomly selected from members of the public and private hospital formulary drug committees throughout Thailand. The self-administered postal questionnaires including demographic characteristics, their knowledge and experience, training needs, importance, usefulness, and barriers in relation to EE were sent in April 2007. Univariate and bivariate analyses were applied.

Results: Of the total 2,575 questionnaires distributed, 768 (23.2% response rate) were completed and sent back. More decision makers (70.6%) had never had EE training compared to researchers (50.0%). Both roles indicated that value for money was one of the top five most important issues to consider for health technology adoption and EE evidence was the most useful information when making decisions on national drug formulary. The main barriers for researchers were the lack of EE methodological skills, critical mass of researchers, and data. The main barriers for decision makers were the unavailability of ceiling threshold and EE studies and the potential industry sponsorship bias in EE studies.

Conclusions: Findings from this study contribute to the short and long term plans for research capacity building and strengthening in EE of healthcare.

INTRODUCTION

Due to the growing health needs of an aging population and the advancement in health technology especially pharmaceuticals, healthcare costs have been rapidly increasing in the Thai health care system. Rising health expenditure has caused concerns amongst policy makers and practitioners to make the most efficient use of scarce healthcare resources. As a consequence, economic evaluation (EE) or pharmacoeconomic assessment defined as a “policy research” which identifies, measures, and compares the costs and consequences of medical technology [1] was introduced to guide health care resource allocation decisions [2, 3]. Recently, the first national guidelines for conducting EE were endorsed in March 2008 by the Subcommittee for development of the National List of Essential Drugs (NLED), which is the only pharmaceutical reimbursement list in Thailand, and referred to by all major public health planners. In addition, the revision of the 2008 NLED included pharmacoeconomic evidence which was officially incorporated in the drug selection process for the first time in Thai history [4].

Because EE is a relatively new discipline in Thailand, there was wider concern over the feasibility of using EE for decision making especially at the local or hospital level [5]. Teerawattananon et al extensively documented the potentials and barriers of using EE for informing health care coverage decisions at the national level; however, there was no study examining these challenges at the sub-national level [6]. Ross proposed that the use of EE by decision makers is influenced by three main factors [7]. The first is that the users have knowledge of the method; the second is whether they perceive any overall benefit in using it, and the third is if they perceive the relative importance of marginal efficiency compared to other objectives as a factor influencing resource allocation decisions in their particular health care system. In addition, it is also recognised that the potential constraints to the use of EE is not only about the lack of understanding and support amongst the potential users but also the barriers related to the production of EE information. Expanding local research capacity is essential because decision makers prefer to use locally relevant information over international data.

This present study aims to explore decision makers' knowledge, experience, and attitudes toward the use of EE at the sub-national level as well as to assess the current human capacity and gaps in EE

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

amongst those decision makers and Thai scholars. This study focused on two groups of decision makers. The first is the members of the Management Committee (MC) of each Provincial Health Office (PHO), who are responsible for capital investment at health centres, community hospitals and provincial hospitals, supporting vertical public health programmes and human resource development at provincial level. The MC normally consists of head and deputies of PHO, heads of PHO's departments, heads of District Health Office, and directors of community and provincial hospitals. The second group is the members of the Hospital Drug Formulary Committees (HDFC), who are responsible for selection of drugs purchased and used in each hospital. The HDFC includes heads of hospital pharmacists and representatives from each group of physicians e.g. surgeons, paediatricians, internists, obstetricians and ophthalmologists. Lastly, scholars include university lecturers and researchers at both public and private institutes who search for or provide EE evidence and educate the public.

Because there is an increasing interest to use economic evidence for resource allocation, a better understanding of the decision makers' and scholars' knowledge, attitude and value towards the use of EE will provide useful evidence that can be employed for the development of human resources and relevant health system infrastructure in both short- and long-term periods. Lessons learnt from this study can also be useful not only for the Thai health care system but also in other developing settings where a health economic discipline has not been well established.

METHODS

Data was collected through a questionnaire survey conducted by the authors between April and December 2007. The samples consisted of members of the MC of all 75 PHOs and members of the HDFC of 100 hospitals which were randomly selected from a total of 1,044 community, provincial and regional hospitals throughout Thailand. The survey also included scholars from 29 academic institutions i.e., Faculties of Medicine, Pharmacy, Public Health, and Economics where the authors are expected to have an expertise of health economics or pharmacoeconomics, and 16 relevant research units in pharmaceutical companies.

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

Self-administered postal questionnaires were sent to aforementioned samples. The questionnaire consisted of four parts. The first part focused on socio-demographic characteristics of survey respondents and their current organizational roles. The second part contained eight questions relating to respondents' knowledge and experience on EE, and attitudes towards the use of EE in making health resource allocation decisions. For example, how important is the criteria of "value for money" when making decision on healthcare resource allocation? or how useful is EE information when developing national drug formulary? The third part concentrated on the potential barriers in conducting EE studies or applying economic evaluation into practice or policy decision. In addition, given the information on the disease burden in terms of Disability Adjusted Life Years (DALYs) loss among the Thai population, the last part was to request the respondents to prioritise the top five health problems that EE could play a significant role in identifying interventions to mitigate their impact. After the respondents prioritized top five diseases and interventions based on the list of disease burden in Thailand and interventions, a scale from 1 to 5 where 5 corresponded to "the first rank" and 1 to "the fifth rank" was assigned to calculate the mean score.

Due to the variations in the number of members in each the MC and HDFC, the number of postal questionnaires was based on hospital types e.g., community or private (5 copies), regional (10 copies), and specialist or general (20 copies). Pre-stamp and returned address was printed at the back of the questionnaire to facilitate the return of the completed questionnaire. A total of 2,575 questionnaires with a letter explaining the purpose of the study were mailed in April 2007. Approximately one month after mailing, telephone calls were made to questionnaire respondents to verify whether they received the questionnaires and to stimulate non-respondents.

Data were analyzed comparing knowledge, experience, attitude, and value of using economic evaluation to inform decision making process of the two groups of respondents i.e. decision makers at sub-national level and researchers. Univariate and bivariate statistical analyses were applied. The statistical differences of findings between the two groups were detected using t-test or chi-square test, where appropriate.

RESULTS

Response rate and demographic characteristics of respondents

Of the total 2,575 questionnaires distributed, 768 (23.2% response rate) were completed and sent back. Table 1 shows the response rate by type of respondents. The highest response rate was obtained from researchers in the private sector followed by hospital formulary committee members and provincial public health officers. It was noted that researchers in the government sector provided the lowest response rate. An average age of respondents was 37 year-old with no significant difference between decision makers and researchers. Females dominated in both groups (70% for researchers and 63% for decision makers). Researchers had a higher proportion of completing master (68% vs. 34%) and doctoral degrees (23% vs. 5%) compared to decision makers.

<Table 1>

Knowledge, experience and training need related to EE

The survey illustrates limited knowledge and experience in the production and use of EE information among respondents. Figure 1 illustrates that majority of researchers and decision makers were not familiar with technical terms commonly used in health economic evaluation e.g. incremental cost-effectiveness ratio (ICER), discounting, and sensitivity analysis. Meanwhile, they were more familiar with the general terms used in costing study (i.e., unit cost, direct and indirect costs). This may be partly explained by the fact that 50% of researchers and 71% of decision makers had not been trained in EE. For those trained in EE, short-course training and taught courses in master or doctoral studies were among the major sources of services provided for both groups. In addition, it was found that one-fifth of researchers and only 7% of decision makers had ever been involved in conducting EE studies and only a few of them (10% for researchers and 4% for decision makers) used to publish EE papers in domestic or international academic journals.

<Figure 1>

Table 2 demonstrates the need of EE training by type of respondents. More than 80% of both researchers and decision makers showed their interests in short-course training and on-the-job training, respectively. Decision makers were significantly more interested in short-course EE training and master study, whereas researchers preferred to take part in long-term research fellowship programs related to EE in health care.

<Table 2>

Relative importance and usefulness of EE information in policy decision making

Both researchers and decision makers similarly indicated that safety, efficacy/effectiveness, quality of life, value for money, and disease severity were the most important issues to be considered when they need to make policy decisions regarding the introduction of new health technology (Figure 2). On the other hand, they admitted that political pressure, availability of alternatives, and price of technology were among the least important aspects of technology adoption.

<Figure 2>

Furthermore, the majority of researchers and decision makers shared common agreement that EE information was useful for development of national drug formulary, following with development of hospital drug formulary, clinical practice guidelines, and communicating with prescribers (Figure 3).

<Figure 3>

Barriers for the production and use of EE in policy and practice in Thailand

Researchers indicated the main barriers related to the production of economic evidence for assisting policy decisions in Thailand included a lack of EE methodological skills among researchers, inadequate human resources, lack of local information on costs and effectiveness of interventions, no

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

clear government policy regarding the use of EE in policy decisions, inadequate financial support from grantors, lack of time, and lack of support from their own organizations (Figure 4).

<Figure 4>

Regarding the use of EE in policy decisions, decision makers revealed that the main obstacles were the lack of an explicit ceiling threshold that the society is willing to pay for a QALY or DALY gained, followed with the lack of EE studies/information on particular topics that are of interest by decision makers, awareness of a potential bias of the study due to industry sponsorship, a lack of confidence in interpreting and using economic evaluation results, no clear government policy on the use of economic evaluation, disagreement with efficiency criteria for healthcare resource allocation, and political barriers (Figure 5).

<Figure 5>

Prioritization of diseases and interventions for conducting EE in Thailand

Table 5 shows the list of 14 leading causes of diseases burden and the ranks of topics for economic assessment assigned by researchers and decision makers in Thailand. It can be seen that both groups of respondents commonly agree that economic evaluation studies should focus on HIV/AIDS, traffic accident, diabetes and homicide which were also the top four health problems in terms of DALY loss in Thailand. Apart from that, there was no common agreement on the topics for economic assessment between disease burden and respondents' perception.

<Table 3>

Moreover, regarding the type of interventions for performing economic evaluation, both researchers and decision makers similarly prioritized that the first, third and fifth rank were prevention, screening for secondary prevention, and curative by surgery, respectively. However, at the second rank, decision makers considered social/community intervention, whereas researchers selected screening

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

for secondary prevention which decision makers ranked at the fourth (Table 3). More than 50% of researchers (58.6%) and decision makers (51.8%) revealed that they ranked in this fashion because those diseases were a healthcare burden in Thailand. Furthermore, they had personal interests in those diseases and interventions and noticed that the cost-ineffective interventions in those diseases or interventions tended to be overused whereas the cost-effective interventions seemed to be underused.

DISCUSSION

This present study is the first to investigate capacity, attitude and perception of both researchers and decision makers concerning the use of EE for policy decision making as well as the prioritization criteria used for selecting topics for economic assessment in developing settings. The results obtained from this study suggested that both researchers and decision makers had very positive attitudes towards the use of EE. In addition to safety, efficacy/effectiveness and quality of life, cost-effectiveness information resulting from EE was considered as one of the most important criteria for making decisions on health technology adoption in Thailand. They suggested that EE information was the most useful for the development of the national drug formulary.

Although both groups of respondents recognized the usefulness of EE, only one-third had ever used EE information in their current work. These findings were similar to the results obtained from the European Network on Methodology and Application of Economic Evaluation Techniques (EUROMET)'s study, which demonstrated that although two-thirds of decision makers from 9 European countries (i.e., Finland, France, Germany, Norway, Portugal, Spain, Sweden, The Netherlands and the UK) appreciated the usefulness of EE information, only a third of them had ever really used it in real practice [7]. These results concurred with the previous studies in the United Kingdom [8-10]. It was concluded that an increase in the use of economic evaluation was due to the reforms of the National Health Service in the UK. However, decision makers still needed help interpreting the methodology and results of economic evaluation as well as increasing their knowledge and understanding in economic evaluation.

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

Furthermore, this study revealed a number of potential barriers for the production of economic evaluation from a researchers' viewpoint as well as the potential barriers related to the use of economic evaluation by decision makers. These barriers related to the production of EE information include a lack of knowledge and skills, an inadequate number of research staff, a lack of local information, a lack of incentives and support for conducting EE studies. Decision makers revealed that the lack of a ceiling threshold for the Thai health care setting, a lack of EE information, the potential bias of EE studies due to industry sponsorship and a lack of knowledge and skills to interpret EE information were among the major resistance factors concerning the use of EE in policy decision making. Similarly, Drummond et al suggested that the major obstacles for decision makers were the concerns over the validity of economic studies, leading to a lack of confidence in applying it into policy and the lack of knowledge and understanding in economic evaluation [8].

The lack of EE training could be a major explanation for the knowledge gap in EE. Of all 58 respondents working as researchers only, about 50% had never experienced any EE training, whereas approximately 71% of respondents with the role of decision makers had never been trained in EE. Likewise, most decision makers in European countries (i.e., Finland, France, Germany, Norway, Portugal, Spain, Sweden, The Netherlands and the UK) also had very limited knowledge of cost-benefit analysis, cost-effectiveness analysis, or cost-utility analysis and only one-third had attended health economics training [10, 11]. Similar to decision makers in Australia, 26% of them accepted that they lacked EE knowledge and expertise in all areas as well as EE training, and this represented a significant barrier to the use of EE [6]. It should be noted that the majority of researchers and decision makers showed their interest in short-course training, on-the-job training, long-distant curriculum, and short-term research fellowship, respectively.

Furthermore, the second barrier was the lack of EE studies in Thailand especially for urgent policy making. When looking at the publication experience of all respondents in this study, there were only 10% of researchers and 4% of decision makers who had ever published EE studies. Similarly, Teerawattananon's study showed that only 41 EE publications on the international databases during 1982-2005 were found. Moreover, of all existing publications, there is a lack of publications on 15 of the top 20 major health problems in Thailand due to the poor distribution of research funding on areas

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

of major health problems [12]. Similar results were also found in Australia [6]. It was indicated that 47% of Australian decision makers agreed that there was no appropriate economic evaluation study available when they had to make policy decision in a short time period. In this study, the respondents prioritized top five diseases that needed to be conducted through EE studies (i.e., AIDS, diabetes, homicide, traffic accident, and COPD/anemia), as those diseases corresponded to the list of disease burden in Thailand. Interestingly enough, both researchers and decision makers agreed that the first rank of intervention needed to be performed through EE was individual prevention. It is fascinating that both parties realized the importance of EE information related to prevention intervention instead of curative intervention by treatment, the most common intervention usually conducted in EE studies. Based on the viewpoint of researchers, the second rank was curative intervention by treatment, whereas decision makers indicated that it was social/community intervention. Because most decision makers in this study are responsible for managing healthcare resource allocation at the provincial and hospital levels particularly in rural areas, they might comprehend the significance of social/community interventions to a greater extent than researchers. However, to overcome this barrier, EE research topic prioritization should be established in a comprehensive and systematic way in Thailand.

Decision makers strongly indicated that the lack of a ceiling threshold was the potential barrier diminishing the use of EE information for policy decision making due to no reliable and appropriate cut-off point for cost-effectiveness consideration of health technologies in Thailand. Therefore, there is a need to assess societal value for a ceiling threshold that the Thai general public is willing to invest in health for a unit of health gain. In addition, both researchers and decision makers strongly agreed that it was difficult to access EE studies due to the unavailability of EE studies and an electronic search engine database for collecting EE studies in Thailand. Having access to reliable EE information for competing health technology helps guarantee availability and accessibility of EE findings. Although some EE studies were available in Thailand, the lack of high-quality EE studies could limit the application of these EE studies. Decision makers might hesitate to adopt the EE findings and use for policy decision making, since they might have concerns on not only the quality of EE studies, but also the potential industry sponsorship bias of EE studies. This was confirmed by Teerawattananon's study that serious attention needed to be given to the quality of reporting and the use of information in the analyses [12]. These problems could be solved by setting up standard

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

national guidelines for conducting EE in order to ensure that accurate, reliable and comparable HTA evidence will be available for policy decision makers and health professionals in making resource allocation decisions in health care.

It is important to address the limitations of the study. First, the response rate in this study might be underestimated since it was calculated by the proportion of the number of returned questionnaires and the number of sent questionnaires. Since the actual number of respondents in each setting was unknown, the number of sent questionnaires was assumed and might be overestimated. Second, due to a relatively low response rate to the survey, the results from this study may not represent what all decision makers and researchers in Thailand thought about EE. It is likely that more decision makers and researchers who are familiar to EE, responded to the survey than those unfamiliar or disagree with the method. Third, the responses do not always reflect actual practice. It is difficult to observe those who informed that they used EE in decision making, or are willing to take EE training if they have the chance, will do so in real practice.

At the moment, partly as a consequence of this study, Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), a non-profit organization financially supported by public organizations responsible for appraising health technologies and interventions in Thailand has initiated three main strategies to overcome these barriers. The first strategy is related to the development of fundamental systems related to EE for both researchers and decision makers. These include national standard methodological guidelines focusing on EE, an electronic search engine database on EE studies related to the Thai context, and quantifying the ceiling threshold that Thai households are willing to invest for a unit of QALY. The guidelines will support the researchers to produce high-quality EE studies while the database will assist decision makers to easily assess and use the EE information given the ceiling threshold for health care investment in Thailand. The second HITAP strategy is to strengthen human capacity towards EE by providing both basic and advanced EE training annually for interested researchers and decision makers from both public and private organizations. This may help researchers and decision makers improve their EE knowledge as well as ultimately build human capacity towards EE in Thailand in the future. The third HITAP strategy is to conduct EE research studies of health technologies or interventions which address the major health problems both long-

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

and short-term periods in Thailand. A comprehensive and systematic method for research topic prioritization was established with participation from all stakeholders including representatives from all departments in the Ministry of Public Health, third-party payers, hospital directors and health professional bodies. The research prioritization is performed in an annual basis and its detail were reported elsewhere [13]. This process helps prioritize the healthcare problems necessary to be solved by using EE evidence and make the best use of scarce healthcare resources. By incorporating these three HITAP strategies altogether, it leads to the short and long term plans for research and human capacity building and strengthening in EE of healthcare in Thailand.

CONCLUSIONS

In Thailand, even though EE is perceived as essential information for health policy decision making, researchers and decision makers still lack EE knowledge and skills. Findings from this study contribute to the short- and long-term plans for research capacity building and strengthening in EE of healthcare as well as the development of the fundamental system related to EE. Regular monitoring of progress achieved in human, institutional research capacity, and fundamental system related to EE is recommended.

ACKNOWLEDGEMENTS

This study would not have been accomplished without the technical support, challenging criticism and encouragement of many colleagues at Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) and International Public Policy Program (IHPP). We would like to acknowledge our funding support through HITAP from the Thai Health Foundation, the National Health System Research Institute (HSRI) and the Bureau of Health Policy and Strategy, Ministry of Public Health. The authors wish to acknowledge all individuals who contributed their time to answer and return the questionnaires. In addition, we would like to give particular thanks to Youdtana Orrawattanakul, Nuttawut Pimsawan, and Wantanee Kulpeng for their contribution on data management.

REFERENCES

- [1] Drummond M, Sculpher M, Torrance G, et al. Methods for the economic evaluation of health care programmes (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press, 2005.
- [2] Battista R. Towards a paradigm for technology assessment. In: Peckham M, Smith R, eds. Scientific basis of health services. London: BMJ publishing group, 1996.
- [3] Goodman C. Introduction to health care technology assessment: National library of medicine, 1998.
- [4] Wibulpolprasert S. Thailand health profile: 2001-2004 Bangkok: Printing Press, Express Transportation Organization, 2005.
- [5] Tarn TYH, Hu S, Kamae I, et al. Health-care systems and pharmacoeconomic research in Asia-Pacific region. Value Health (Suppl 1) 2008;11:S137-S55.
- [6] Ross J. The use of economic evaluation in health care: Australian decision makers' perceptions. Health Policy 1995;31(2):103-10.
- [7] Zwart-van Rijkom JE, Leufkens HG, Busschbach JJ, et al. Differences in attitudes, knowledge and use of economic evaluations in decision-making in The Netherlands. The Dutch results from the EUROMET Project. Pharmacoeconomics 2000 Aug;18(2):149-60.
- [8] Drummond M, Cooke J, Walley T. Economic evaluation under managed competition: Evidence from the U.K. Soc Sci Med 1997;45(4):583-95.
- [9] Burns A, Charlwood P, Darling D, et al. Better outcomes: the use of health technology assessment and clinical effectiveness data in health care purchasing decisions in the United Kingdom and the United States Washington DC: Millbank Memorial Fund, 2000.
- [10] Duthie T, Trueman P, Chancellor J, et al. Research into the use of health economics in decision making in the United Kingdom--Phase II: Is health economics 'for good or evil'? Health Policy 1999;46(2):143-57.
- [11] Hoffmann C. The influence of economic evaluation studies on decision making.: A European survey. Health Policy 2000;52(3):179-92.
- [12] Teerawattananon Y, Russell S, Mugford M. A systematic review of economic evaluation literature in Thailand: are the data good enough to be used by policy-makers? Pharmacoeconomics 2007;25(6):467-79.

DO NOT QUOTE OR FURTHER DISTRIBUTE

[13] Lertpitakpong C, Chaikledkaew U, Thavorncharoensap M, et al. Determination of topics for health technology assessment in Thailand: making decision makers involved. J Med Assoc Thai 2008;91 (Suppl.2):S100-9.

DRAFT

Table 1. Survey response rate by type of respondents

Types of respondents	Total questionnaire sent (N)	Returned questionnaire (N)	Response rate (%)
Provincial public health officers	750	174	23.2
Hospital formulary committee members	1,000	350	35.0
University lecturers in academic institutions	1,050	204	19.4
Researchers in government sector	85	11	12.9
Researchers in private sector	215	121	56.3
Total	2,575	768	29.8

DRAFT

Table 2. EE training need by type of respondents

Type of EE Training	N (%)		P-value
	Researchers (N=60)	Decision Makers (N=607)	
Short-course training (3-7 days)	49 (81.7)	551 (90.8)	0.025*
Short-term research fellowship (6-12 months)	24 (43.6)	186 (41.8)	0.794
Long-term research fellowship (1-3 years)	18 (34.6)	88 (22.0)	0.042*
Master study	8 (15.7)	129 (31.6)	0.019*
Doctoral study	9 (17.7)	63 (15.8)	0.745
Long-distant curriculum	22 (41.5)	236 (52.3)	0.136
On-the-job training	39 (68.4)	343 (69.4)	0.875

*P-value < 0.05

Table 3. Ranking scores of diseases and interventions for conducting EE studies in Thailand

Diseases and interventions	Mean Score (SD) (Rank #1=5 to Rank#5=1)				
	Researchers (N=54)	Rank	Decision Makers (N=506)	Rank	P-value
<i>Rank of diseases based on disease burden**</i>					
1. Acquired immune deficiency syndrome (AIDS)	4.33 (1.17)	1	4.31 (1.25)	1	0.906
2. Traffic accident	3.53 (1.46)	4	3.81 (1.41)	2	0.258
3. Diabetes	3.82 (1.48)	2	3.59 (1.39)	3	0.297
4. Homicide	3.57 (1.22)	3	3.57 (1.32)	4	0.963
5. Suicide	2.42 (1.39)	9	2.35 (1.23)	9	0.818
6. Other infection	2.76 (1.25)	8	2.63 (1.24)	6	0.523
7. Stroke	2.85 (1.31)	6	2.57 (1.19)	7	0.309
8. Ischemic heart diseases (IHD)	2.00 (1.00)	11	2.23 (1.26)	10	0.561
9. Osteoarthritis	-	13	-	13	-
10. Liver cancer	1.67 (0.58)	12	2.23 (1.11)	12	0.393
11. COPD	3.50 (1.73)	5	2.39 (1.38)	8	0.134
12. Depression	2.80 (1.30)	7	2.16 (1.14)	11	0.246
13. Anemia	2.20 (1.40)	10	2.83 (1.41)	5	0.177
14. Deaf	-	13	-	13	-
<i>Interventions</i>					
Prevention	3.84 (1.19)	1	4.12 (1.19)	1	0.088
Screening for secondary prevention	3.21 (1.21)	3	3.10 (1.09)	3	0.483
Curative (Treatment)	3.65 (1.32)	2	2.98 (1.38)	4	0.001*
Curative (Surgery)	2.00 (1.10)	5	1.94 (1.10)	5	0.740
Social/Community	2.67 (1.29)	4	3.23 (1.30)	2	0.003*
Rehabilitation	1.92 (1.23)	6	1.77 (0.92)	6	0.535

*P-value < 0.05

**Source: Burden of disease and injuries in Thailand, International Health Policy Program, Ministry of Public Health, 2004

Figure 1. Levels of understanding in technical terms commonly used in EE by type of respondents

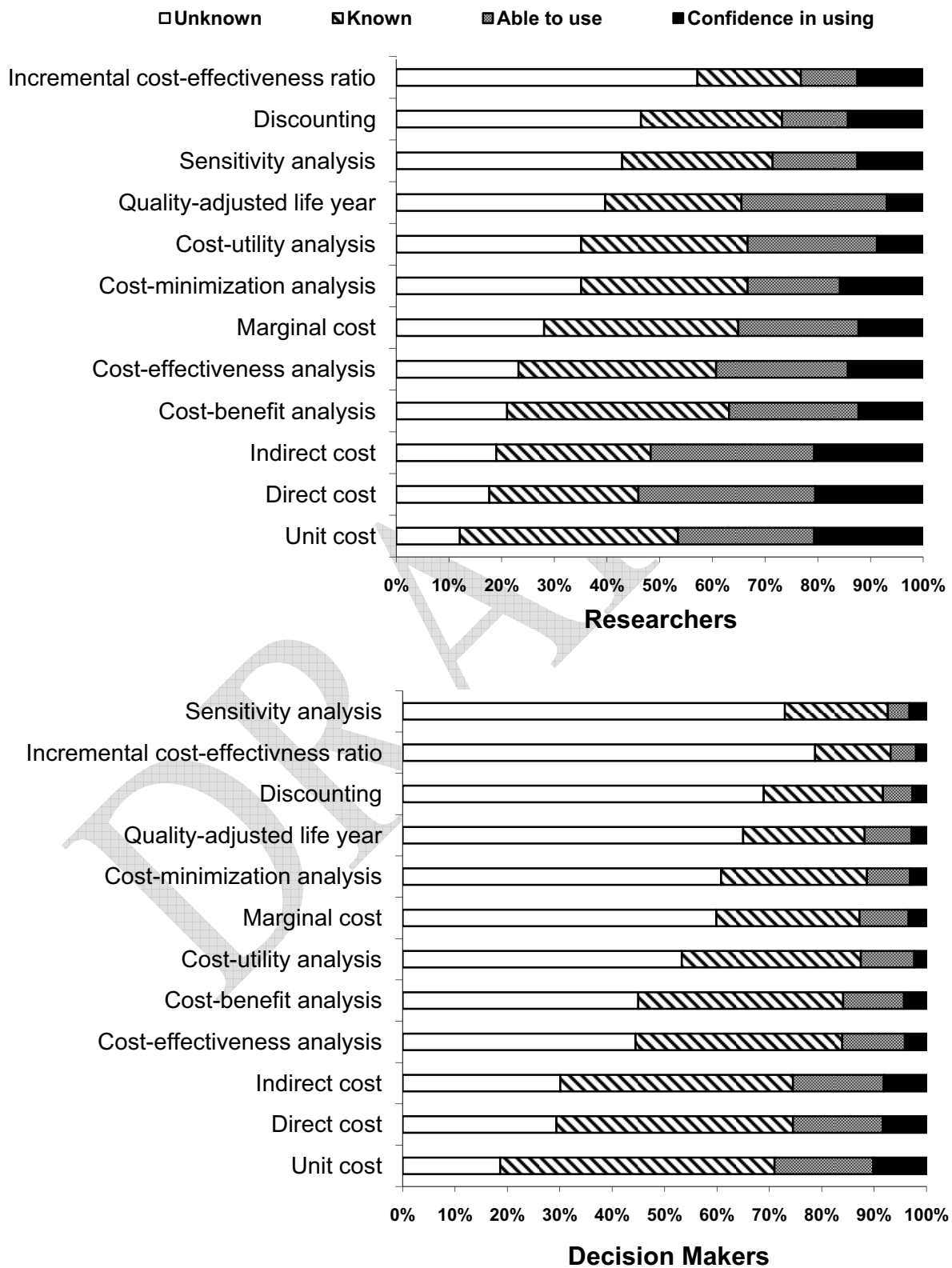


Figure 2. Relative importance of criteria for healthcare resource allocation perceived by researchers and decision makers

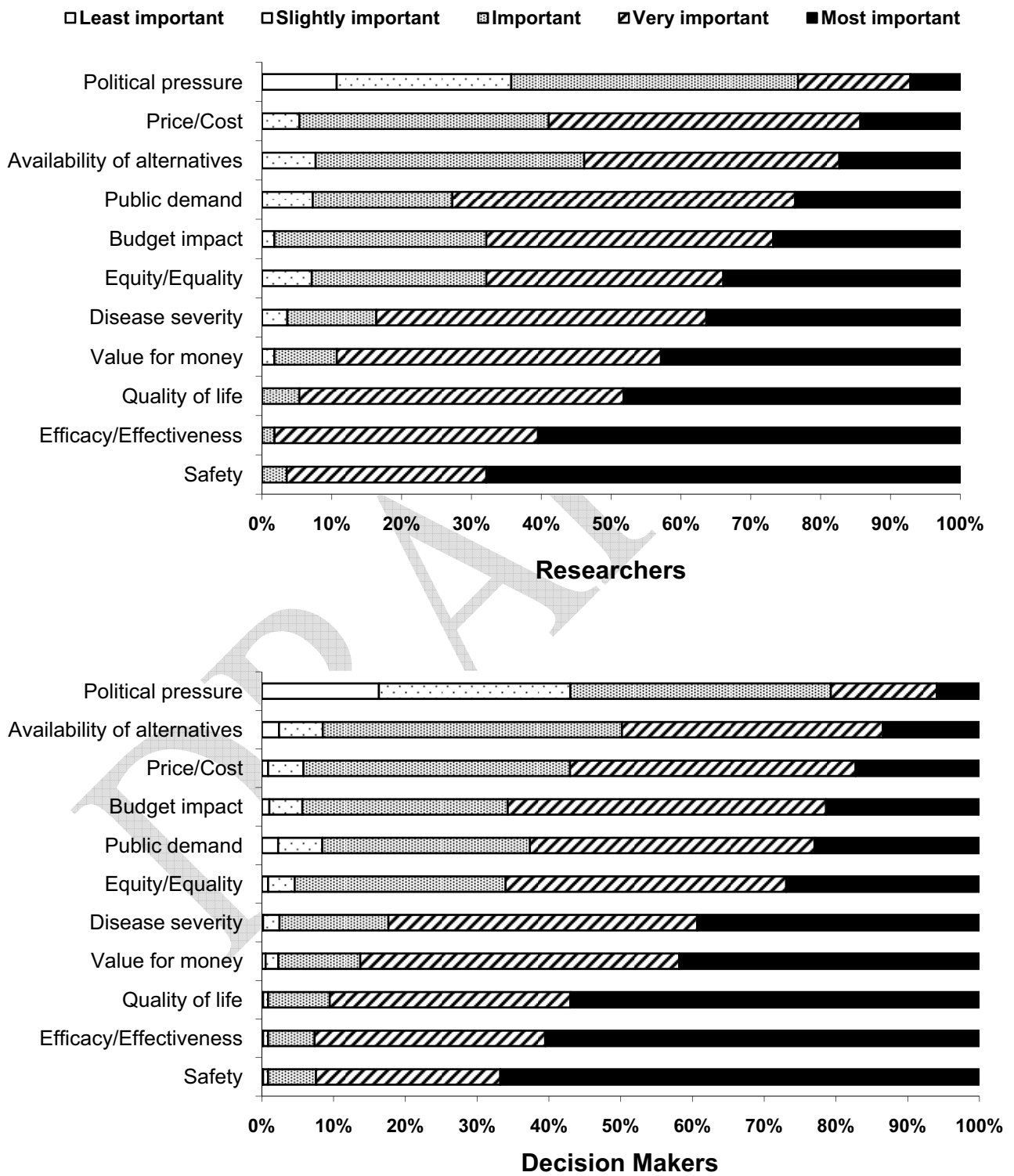


Figure 3. Usefulness of EE information for policy decision making

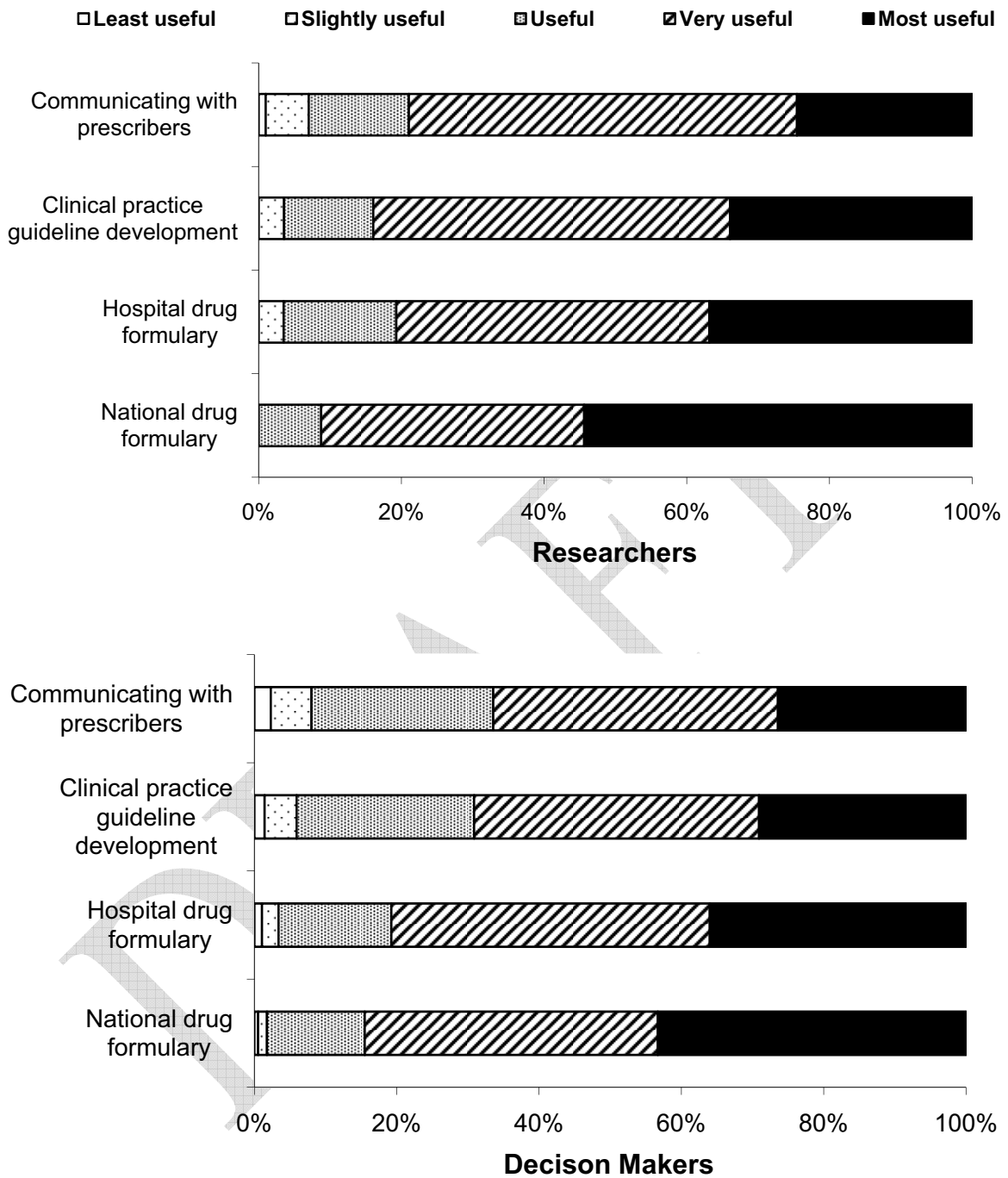


Figure 4. Barriers related to the production of EE studies perceived by researchers

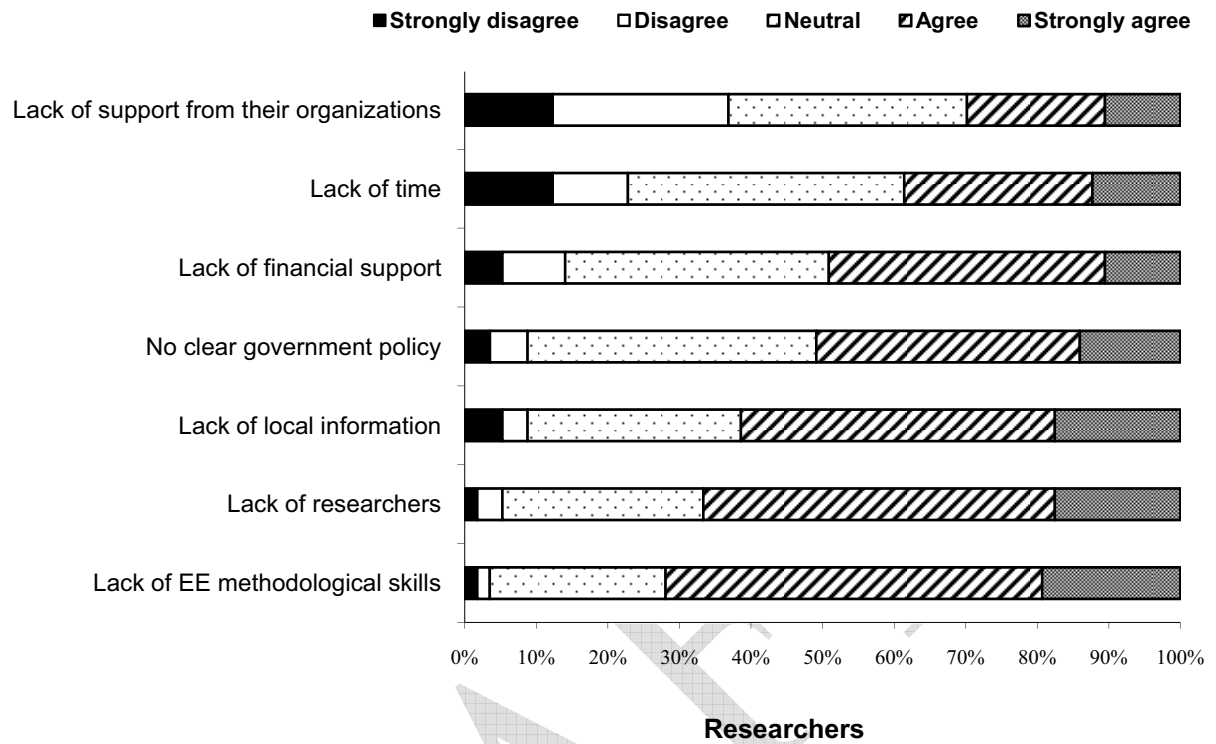
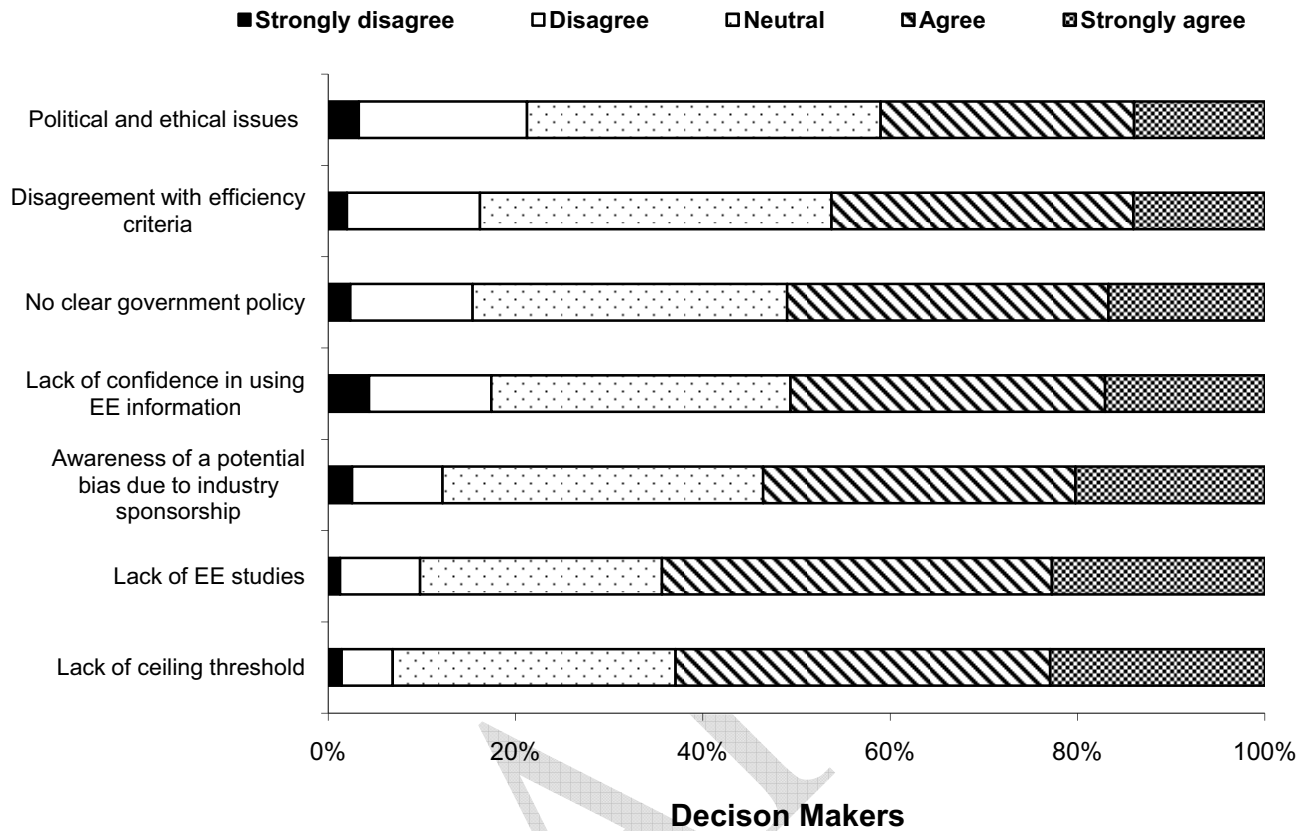


Figure 5. Barriers related to the use of EE perceived by decision makers



ภาคผนวกที่ 2: รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม ISPOR 3rd Asia Pacific Conference และศึกษาดูงาน ณ Health Insurance Review Agency (HIRA)

ตารางรายชื่อผู้ที่ขอทุน TGLIP: กลุ่มผู้นำเสนอแบบปากเปล่า

รายชื่อ	ชื่องานวิจัย	กลุ่มย่อย	ตำแหน่ง
ผศ.ดร.ภญ.อุษา ฉายเกิ้ลิตแก้ว	Survey on the current human capacity and future needs in economic evaluation in Thailand	Health Policy	อาจารย์ประจำภาควิชาเภสัชกรรม ม.มหิดล, นักวิจัย HITAP
นางสาววันทนี กุลเพ็ง	Factors Affecting willingness-to-pay for treatment of blindness in Thai population	Research on Methods	นักวิจัย HITAP
นางสาวชนิดา เลิศพิทักษ์พงษ์	Cost of productivity loss due to premature mortality attributable to alcohol consumption in Thailand	Cost studies	นักวิจัย HITAP
ภก.อดุลย์ โมฮารา	Budget impact analysis of compulsory licensing policy implementation on four cancer drugs in Thailand	Research from Thailand	เภสัชกร 5 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, นักวิจัย HITAP
ภญ.ยุพิน ตามธีรนนท์	A systematic review and meta-analysis of the efficacy of statins on reducing acute coronary syndrome and stroke events	Cardiovascular Disease	เภสัชกร 4 โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา สภากาชาดไทย, นักวิจัย HITAP
นางสาวจอมขวัญ โยธาสมุทร	Economic costs of alcohol abuse in Thailand: cost of law enforcement and criminal justice	Research from Thailand	นักวิจัย HITAP

ตารางรายชื่อผู้ที่ขอทุน TGLIP: กลุ่มศึกษาดูงานที่ HIRA

รายชื่อ	หน้าที่	ตำแหน่ง
นพ. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์	ประธานการประชุมความร่วมมือระหว่าง หน่วยงาน	เลขาธิการมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, คณะกรรมการที่ปรึกษา HITAP
ภญ.ปฎฐพร กิ่งแก้ว	แนะนำโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบาย ด้านสุขภาพและนำเสนอผลงานของ HITAP	นักวิจัย HITAP

ภาคผนวกที่ 3: Agenda ศึกษาดูงานที่ HIRA

Visit to Health Insurance Review & Assessment Service (HIRA)

10th September 2008

Time	Activities
10:30 - 10:40	Opening remark by both parties (including objectives of the study visit)
10:40-11:00	General introduction of HITAP by HITAP staff
11:00-11:40	- Introduction to HIRA <ul style="list-style-type: none"> ● Historical background/objectives/mission ● Organizational structure, staffing, performance evaluation ● Domestic and international collaborations
11:40-12:00	Coffee Break
12:00-12:40	HIRA Tour: Review Dept. & IT Center
12:40-14:00	Lunch
14:00-15:30 Drugs	- Presentation on Thailand's drug evaluation system - Drug Evaluation by HIRA <ul style="list-style-type: none"> ● Legal binding ● Topic selection, assessment and consultation process ● Assessment approval and appeal procedure ● Stakeholder participation and management of conflict of interest
15:30-15:50	Coffee break
15:50-17:00 Procedure, medical materials & device	- Health technology assessment by HIRA <ul style="list-style-type: none"> ● Application process and assessment system ● Evidence accumulation and its utilization ● Statistics on HTA outputs ● Research designs and methodologies employed by HIRA
17:00-17:30	Wrap-up Discussion

ภาคผนวกที่ 4: บทคัดย่อ Assessing enforcement of policy on limiting alcohol accessibility and alcohol purchasing

Abstract

This study was aimed to evaluate the enforcement of laws on limiting alcohol accessibility (place, time, and age limited) in Thailand. A cross-sectional household survey was carried out throughout the country. Two thousand three hundred and sixty eight persons, whose aged 15 – 60 years, who were on paid employed, and ever consumed alcohol beverage during the past 12 months, were interviewed about time and place they purchased alcohol. It was found that about 71.1per cent and 8.0 per cent of the samples indicated that the latest places they purchased alcohol were grocery store, and convenient store, respectively. However, about 0.4 per cent indicated that the latest place they purchased alcohol was convenient store located in the gas station, which was the place that alcohol selling was prohibited. On time of purchasing, it was found that most of the samples (34.2%) purchased alcohol during 6.00-6.59 pm. However, about 10.4 per cent of the samples indicated that they purchased alcohol during the prohibited times (02.01 – 04.59 pm. and 00.01-10.59 am.) It was found that about 0.8 per cent of those who purchased alcohol were between 15-17 years old, which was lower than 18 years old allowed by law. Base on these findings, government and related organizations should put more effort to ensure the stringent enforcement on the related laws and may also extend to prohibit purchasing at place and time of high demand to be more appropriate in order to effectively control and limit the alcohol accessibility.

Keywords: alcohol, law enforcement, accessibility, purchasing

ภาคผนวกที่ 5: วาระการศึกษาดูงานที่ NICE และรายชื่อคณะเดินทาง

National Institute for Health and Clinical Excellence: Visit from Thai Ministry of Public Health

14 January 2009

09.30	Welcome	Prof Sir Michael Rawlins Chair, NICE
09.35	Overview of the work of HITAP	
09.45	Overview of NICE Overview of NICE's Technology Appraisal programme	Prof Sir Michael Rawlins Chair, NICE
11.00	Coffee	
11.15	How NICE selects topics	Mark Salmon Associate Director - Programme Planning, NICE
11.45	Managing conflicts of interest	Julian Lewis Compliance Manager, NICE
12.15	Involving patients and the public in NICE guidance	Marcia Kelson Associate Director - Patient and Public Involvement, NICE
12.45	Next steps in collaboration	Andrew Dillon Chief Executive, NICE
13.15	Meeting Ends	

รายชื่อคณะเดินทาง

No.	Name	Position
1	Dr. Viroj Tangcharoensathien	Director*
2	Dr. Sripen Tantivess	Senior researcher, Head of International relations division*,**
3	Dr. Yot Teerawattananon	Program leader, Senior researcher**
4	Asst. Prof. Yuwadee Leelukkanaveera	Researcher**
5	Ms. Jomkwan Yothasamut	Researcher, International relations officer**

* International Health Policy Program (IHPP)

**Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)

รายงานผลการดำเนินโครงการ ครั้งที่ 2

**โครงการพัฒนาศักยภาพขององค์กรและสร้างเครือข่ายการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้าน
สุขภาพในระดับนานาชาติ ระยะที่หนึ่ง พ.ศ. 2551-2553**

**A progress report of the project for development of organizational capacity and international
HTA networks**

(Phase I) BE 2551-2553

เสนอต่อ

Thai Health-Global Link Initiative Project (TGLIP)

โดย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)

มิถุนายน 2552

สารบัญ

ส่วนที่ 1: สรุปภาพรวมกิจกรรมและผลงานระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2552	1
ส่วนที่ 2: รายงานกิจกรรมระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2552	3
1. การจัดการความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการในระดับนานาชาติ.....	3
2. การสร้างเครือข่ายระดับนานาชาติ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและองค์กร.....	9
2.1 การศึกษาดูงานและสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับ NICE, LSHTM, CHE, University of York .	9
2.2 การสร้างความร่วมมือและเชิญผู้เชี่ยวชาญมาร่วมประเมินโครงการ HITAP	10
2.3 จัดบรรยายวิชาการในเรื่องการบริหารจัดการองค์กรวิจัยเพื่อประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ...	10
2.4 การร่วมประชุมวิชาการ Economic approaches for pneumococcal vaccination in the Asia Pacific Region	10
2.5 The Bellagio conference on the Innovative Capacity Building Program for New Public Health Leaders	11
2.6 The 1st Seminar on Strategies for the Provision of Essential Drugs: Human Rights and Compulsory Patent Licenses	12
2.7 การเข้าร่วมสัมมนาเชิงปฏิบัติการจัดโดย Consortium for Research on Equitable Health Systems (CREHS) scaling up writing workshop	14
2.8 การประชุมวิชาการ HTAi และการประชุม INAHTA	15
ส่วนที่ 3: แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป (เดือนกรกฎาคม- ธันวาคม พ.ศ. 2552).....	17

ส่วนที่ 1: สรุปภาพรวมกิจกรรมและผลงานระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2552

ใน 6 เดือนที่ผ่านมา ผลงานของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ได้เผยแพร่ ออกสู่ระดับนานาชาติมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งการสนับสนุนจาก TGLIP เป็นส่วนสำคัญที่เพิ่มศักยภาพ ให้กับการทำงานในระดับนานาชาติของ HITAP จากการดำเนินงานในช่วงที่ผ่านมาพบว่าหลายประเทศทั้ง กลุ่มประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาให้ความสนใจกับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดยเฉพาะการ นำไปสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย ตัวอย่างการพัฒนาหน่วยงานด้านการประเมินเทคโนโลยีด้าน สุขภาพของประเทศไทยแสดงให้เห็นว่าประเทศกำลังพัฒนาซึ่งมีข้อจำกัดด้านวิชาการและทรัพยากรแต่มี ความต้องการข้อมูลสำหรับการตัดสินใจเชิงนโยบายมากสามารถพัฒนาหน่วยงานเช่น HITAP ในประเทศ ของตนเองได้ เห็นได้จากในระยะเวลาที่ผ่านมาหน่วยงานต่างๆ เช่น องค์การอนามัยโลก องค์การวิชาชีพที่ สนใจด้านการประเมินเทคโนโลยีในระดับนานาชาติและระดับชาติ ได้เชิญนักวิชาการจาก HITAP ไป บรรยายบทเรียนของการพัฒนาระบบประเมินเทคโนโลยีในประเทศไทยอยู่เป็นระยะๆ

สำหรับการรายงานความก้าวหน้าในรอบที่สอง ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2552 ทาง HITAP ได้ดำเนินกิจกรรมทั้งสามกลุ่ม นี้ประกอบด้วยกิจกรรม 3 กลุ่มหลัก ได้แก่ 1) การจัดการความรู้และเผยแพร่ ผลงานวิชาการในระดับนานาชาติ 2) การสร้างเครือข่ายในต่างประเทศ และ 3) การพัฒนาศักยภาพของ บุคลากรและองค์กรเพื่อผลักดันประเด็นหรือนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้าน สุขภาพรวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

ตารางที่ 1 กิจกรรมและผลงานระหว่างเดือนมกราคม- มิถุนายน พ.ศ. 2552

	กิจกรรม	ผลงาน
1) การจัดการความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการ	<ul style="list-style-type: none"> ● การตีพิมพ์งานวิจัยเป็นภาษาอังกฤษ ● การเตรียมรายงานผลการวิจัยภาษาอังกฤษ (English manuscripts) สำหรับการเผยแพร่ในระดับนานาชาติ 	<ul style="list-style-type: none"> ● รายละเอียดในตารางที่ 2
2) การสร้างเครือข่ายระดับนานาชาติ	<ul style="list-style-type: none"> ● การประชาสัมพันธ์ผลงานของ HITAP ในเวทีระหว่างประเทศ 	<ul style="list-style-type: none"> ● การศึกษาดูงานและสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับ NICE, LSHTM, CHE, University of York สหราชอาณาจักร ● การสร้างความร่วมมือและเชิญผู้เชี่ยวชาญมาร่วมประเมินโครงการ HITAP ● จัดบรรยายวิชาการในเรื่องการบริหารจัดการองค์กรวิจัยเพื่อประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ● การประชุมวิชาการ Economic approaches for pneumococcal vaccination in the Asia Pacific Region ● The Bellagio conference on the Innovative Capacity Building Program for New Public Health Leaders ● The 1st Seminar on Strategies for the Provision of Essential Drugs: Human Rights and Compulsory Patent Licenses ● การเข้าร่วมสัมมนาเชิงปฏิบัติการจัดโดย Consortium for Research on Equitable Health Systems (CREHS) scaling up writing workshop ● การประชุมวิชาการ HTAi และการประชุม INAHTA ประเทศสิงคโปร์
3) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและองค์กร	<ul style="list-style-type: none"> ● การสนับสนุนให้นักวิจัยไปนำเสนอโครงร่างการวิจัยและผลงานในเวทีระดับนานาชาติ ● การศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับหน่วยงาน HTA ในต่างประเทศ ● การเชิญวิทยากรชาวต่างประเทศมาบรรยายหรือเชิญผู้เชี่ยวชาญมาให้คำปรึกษาเฉพาะโครงการวิจัย 	

ส่วนที่ 2: รายงานกิจกรรมระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2552

1. การจัดการความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการในระดับนานาชาติ

ในปี พ.ศ. 2552 ภายใต้การสนับสนุนจาก TGLIP นักวิจัย HITAP ได้ตีพิมพ์งานในวารสารวิชาการนานาชาติ 3 ชิ้น ได้รับการตอบรับและอยู่ระหว่างการตีพิมพ์อีก 5 ชิ้น (จากการรายงานความก้าวหน้ารอบที่แล้วอยู่ระหว่างการทบทวน) และอยู่ในกระบวนการทบทวน 5 ชิ้น ทั้งนี้ในการส่งผลงานเพื่อการตีพิมพ์นั้นได้ให้กิตติกรรมประกาศ TGLIP ในฐานะผู้สนับสนุนการเผยแพร่ผลงาน

ตั้งแต่เริ่มต้นการสนับสนุนจาก TGLIP ได้มีการจัดเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติทั้งหมด 13 ชิ้น ซึ่งเอกสารวิชาการเหล่านี้มีความสำคัญในการสร้างองค์ความรู้ในเรื่องการนำศาสตร์การประเมินเทคโนโลยีและการประเมินทางเศรษฐศาสตร์มาใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบายในระดับประเทศ พัฒนาการในเชิงประวัติศาสตร์ของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศไทยรวมถึงบทบาทของผู้สนับสนุน เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในการสนับสนุนการใช้ข้อมูลเพื่อจัดสรรทรัพยากรในประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของการนำการประเมินเทคโนโลยีมาใช้ในการกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบาย รวมถึงการประเมินมาตรการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งเรื่องการป้องกัน คัดกรอง และรักษาโรค เช่น การศึกษาต้นทุนของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การคัดกรองและการใช้ยาเพื่อป้องกันกระดูกหักในหญิงวัยหลังหมดประจำเดือน และการเสนอบริการให้คำปรึกษาและตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีเป็นบริการพื้นฐานในโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย งานทั้งหมดที่เผยแพร่และจะเผยแพร่ นอกจากจะเป็นประโยชน์กับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนอื่นๆ ในประเทศยังเป็นบทเรียนสำคัญให้กับองค์กรในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเอเชียอื่นๆ ด้วย

ตารางที่ 2 รายชื่อบทความทั้ง 13 ชิ้น

ชื่อบทความ	เนื้อเรื่อง	สถานะปัจจุบัน
The greatest happiness of the greatest number? Policy actors' perspectives on the limits of economic evaluation as a tool for informing health care coverage decisions in Thailand	นำเสนอข้อจำกัดในการใช้การประเมินทางเศรษฐศาสตร์ในการตัดสินใจในการจัดลำดับความสำคัญด้านสุขภาพตามมุมมองของผู้กำหนดนโยบาย นอกจากนี้ยังพบว่าแนวคิดของการเพิ่มอรรถประโยชน์ด้านสุขภาพนั้นมองข้ามคุณค่าทางสังคม อยู่นั้นซึ่งมีความสำคัญในการประกอบการตัดสินใจการทรัพยากรด้านสุขภาพ	ตีพิมพ์แล้วใน BMC Health Services Research
A historical development of health technology assessment in Thailand	ในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาด้านการศึกษาของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพควบคู่ไปกับการนำผลการประเมินไปใช้ในประเทศไทย อย่างชัดเจน พัฒนาการดังกล่าวเกิดขึ้นจากหลายปัจจัยทั้งประสบการณ์ที่เกิดจากการสังสมองค์ความรู้ในวงการศึกษา ผู้เชี่ยวชาญในวงการสุขภาพ และภาคประชาสังคมซึ่งมีส่วนร่วมสำคัญทั้งสังสมแรงในการขับเคลื่อนรวมถึงพัฒนากระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างเป็นทางการในอนาคต	ตีพิมพ์แล้วใน International Journal for Health Technology Assessment in Health Care
Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders	รายงานวิจัยชิ้นนี้เป็นการนำเสนอผลการทบทวนภาระโรคของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยพบว่าการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญของสูญเสียปีสุขภาวะทั่วโลก นักวิจัยยังได้อภิปรายถึงจุดอ่อนและจุดแข็งของระเบียบวิธีวิจัยและข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการประเมินภาระโรค ในส่วนสุดท้ายของบทความนักวิจัยนำเสนอผลการศึกษาด้านทางสังคมของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เปรียบเทียบระหว่างประเทศพัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนาโดยพบว่าภาระโรคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุสำคัญของความสูญเสียทางเศรษฐกิจในทั้งสองกลุ่มประเทศ คิดเป็นกว่าร้อยละ 1 ของผลผลิตมวลรวม	ตีพิมพ์แล้วใน The Lancet

ชื่อบทความ	เนื้อเรื่อง	สถานะปัจจุบัน
<p>Strengthening cost-effectiveness analysis in Thailand through the establishment of the Health Intervention and Technology Assessment Program</p>	<p>ภายในประเทศ</p> <p>แนวทางในการดำเนินงานของ HITAP ซึ่งได้เปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติในทุกขั้นตอนนั้น ประกอบไปด้วย หลักความเป็นเลิศในเชิงเทคนิคและวิธีวิจัย ความเกี่ยวข้องของงานวิจัยต่อนโยบาย ความโปร่งใส การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย บทเรียนที่ได้จากการก่อตั้งโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในช่วงสองปีแรก ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์หลักทั้ง 4 รวมถึงโครงสร้างการบริหารจัดการจะเป็นประโยชน์สำหรับประเทศอื่น ๆ ที่มีข้อจำกัดในด้านทรัพยากรในแนวคิดการสร้างความเข้มแข็งในศักยภาพในการประเมินเทคโนโลยีและมาตรการด้านสุขภาพในเชิงเศรษฐศาสตร์</p>	<p>อยู่ระหว่างตีพิมพ์ใน Pharmacoeconomics</p>
<p>Setting priorities for health interventions in developing countries: a review of empirical studies</p>	<p>การจัดลำดับความสำคัญให้กับเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่ทรัพยากรรวมถึงค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพภายในประเทศมีอยู่อย่างจำกัด ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา การศึกษาเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการจัดลำดับความสำคัญของเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนาได้มีจำนวนเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การพัฒนาระเบียบวิธีการจัดลำดับความสำคัญให้มีความโปร่งใส น่าเชื่อถือ ที่รายงานออกมาในการศึกษาเหล่านี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในประเทศกำลังพัฒนา เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับการตัดสินใจลงทุนด้านสุขภาพที่สมเหตุสมผลมากยิ่งขึ้น</p>	<p>ตีพิมพ์แล้วในวารสาร Tropical Medicine and International Health</p>
<p>Using sing economic evaluation in policy decision making in Asian countries: mission impossible or mission probable?</p>	<p>ส่วนใหญ่ประเทศที่ประสบความสำเร็จในการนำการประเมินทางเศรษฐศาสตร์มาใช้ในการจัดสรรทรัพยากรทางสาธารณสุขนั้นจะมีพัฒนาการที่ยาวนาน ในขณะที่ยังไม่มีการนำการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวมาใช้ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและประเทศในเอเชียอย่างเป็นทางการ จากการศึกษาสามารถสรุปบทเรียนและข้อจำกัดของการนำวิธีการประเมินดังกล่าวมาใช้ได้เป็นสองส่วน ได้แก่ปัญหาที่เกิดจากฝั่งผู้ประเมิน และปัญหาที่เกิดจากฝั่งผู้ใช้งานประเมินในเรื่องศักยภาพ ทั้งนี้การนำบทเรียนทางเศรษฐศาสตร์ของประเทศ</p>	<p>อยู่ระหว่างตีพิมพ์ใน Value in Health</p>

ชื่อบทความ	เนื้อเรื่อง	สถานะปัจจุบัน
	พัฒนาแล้วมาเป็นเครื่องมือในการจัดลำดับความสำคัญนั้นมีความจำกัดในหลายส่วนโดยเฉพาะในเรื่องความแตกต่างทางบริบทของแต่ละระบบสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการที่ตอบสนองต่อความต้องการและบริบทของพื้นที่นั้นๆ จึงมีความสำคัญ เพื่อให้การตัดสินใจจัดสรรทรัพยากรอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์นั้นมีความเป็นไปได้และประสบความสำเร็จ	
Economic impact on health care costs due to alcohol drinking among Thai population	เป็นรายงานผลการวิจัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการศึกษาต้นทุนทางสังคมของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ผลการศึกษาที่ประเมินต้นทุนทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่เกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549 ผลการศึกษาพบว่าค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็นเงินประมาณ 5 พันล้านบาทต่อปี โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพได้แก่ เอชดี และอุบัติเหตุ	อยู่ระหว่างตีพิมพ์ใน Value in Health
The Current Capacity and Future Development of Economic Evaluation for Policy Decision Making: A Survey among Researchers and Decision Makers in Thailand	รายงานผลการสำรวจศักยภาพและความต้องการของผู้บริหารและนักวิจัยในประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ ซึ่งพบว่าประเทศไทยยังมีข้อจำกัดด้านความรู้และความสามารถของผู้บริหารและนักวิจัยในการนำผลการวิจัยไปใช้ตัดสินใจและสร้างความรู้ใหม่เพื่อประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เชิงเศรษฐศาสตร์ที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองให้ความสำคัญ นอกจากนี้ทั้งผู้บริหารและนักวิจัยยังเห็นพ้องว่าประเทศไทยควรเร่งสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมากกว่าองค์ความรู้เรื่องการรักษาหรือฟื้นฟูสุขภาพเพราะยังมีความขาดแคลนและจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด	อยู่ระหว่างตีพิมพ์ใน Value in Health
Provider initiated HIV/AIDS counselling and testing at health care facilities in Thailand: a	เป็นการรายงานผลการศึกษาเชิงทดลองของการเสนอบริการตรวจเลือดเพื่อค้นหาการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเปรียบเทียบกับบริการรูปแบบเดิมในโรงพยาบาลชุมชน 16 แห่งในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่าบริการแบบใหม่สามารถเพิ่มจำนวนผู้ต้องการตรวจเลือดและค้นหาผู้ติดเชื้อ	อยู่ระหว่างการทบทวนในวารสาร Journal of

ชื่อบทความ	เนื้อเรื่อง	สถานะปัจจุบัน
cluster-randomisation trial	<p>เอชไอวีรายใหม่ได้อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ การทดลองยังพบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงสูงจะมีแนวโน้มต้องการตรวจเลือดมากกว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ ผลการศึกษาที่น่าสนใจซึ่งขอเสนอแนะเชิงนโยบายในการเสนอบริการตรวจเลือดเพื่อคัดค้นหาการติดเชื้อเอชไอวีในสถานพยาบาลอย่างกว้างขวาง</p>	Development Effectiveness
<p>Economic evaluation of screening and treatment strategies for postmenopausal osteoporosis: evidence to inform decision makers for selection to the national list of essential medicines in Thailand</p>	<p>การศึกษาวินิจฉัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางทางการแพทย์โดยวิธีวิธีประเมินต้นทุนประสิทธิผลและต้นทุนของ 1) การคัดกรองโรคกระดูกพรุน เบริยบเทียบ 1.1) การคัดกรองโรคกระดูกพรุนในสตรีวัยหมดประจำเดือนทุกคนด้วยเครื่อง Dual Energy X-ray Absorptiometer (DXA) กับ 1.2) การคัดกรองด้วยปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ อายุและน้ำหนัก โดยผู้วิจัยจะดูการตรวจด้วยเครื่อง DXA และ 1.3) ไม่มีการตรวจคัดกรองและรักษาภาวะกระดูกพรุน และ 2) ทางเลือกในการป้องกันภาวะกระดูกหักในผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน เบริยบเทียบระหว่าง ยา alendronate, risedronate, raloxifene และ calcitonin ชนิดพ่นจมูกเทียบกับไม่ใช้ยา ผลการศึกษาที่ได้ นำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร ในการกำหนดนโยบายการคัดเลือดยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551</p>	<p>อยู่ระหว่างการ ทบทวนในวารสาร Cost Effectiveness and Resource Allocation</p>
<p>Economic evaluation of policy options for prevention and control of cervical cancer in Thailand</p>	<p>มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งอันดับ 1 ในสตรีไทย ภารกิจที่ทำทนายของผู้บริหารคือ จัดสรรทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการป้องกันและควบคุมโรค วัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความคุ้มค่าของการควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูก จากวิธีต่อไปนี้ 1) pap smear 2) visual inspection (VIA) และ 3) HPV vaccine วิธีการศึกษา ใช้แบบจำลอง Markov ค่าตัวแปรต่างๆ ได้จากการเก็บข้อมูลในประเทศไทย และทบทวนวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ ผลการศึกษาพบว่า การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย pap smear ทุก 5 ปี เริ่มต้นที่อายุ 35 ปี เป็นการลงทุนที่คุ้มค่าเมื่อเทียบกับไม่มีการคัดกรอง สำหรับการฉีดวัคซีนป้องกัน HPV สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตามการฉีดวัคซีนในสตรีอายุมากกว่า 25 ปี ให้ประสิทธิภาพต่ำ เมื่อวิเคราะห์ทั้งหมดยังคง ทางเลือกที่ดีที่สุดได้แก่ คัดกรองด้วย VIA ทุก 5 ปี สำหรับสตรีอายุ 30 ถึง 40 ปี ร่วมกับคัดกรองด้วย pap smear ทุก 5 ปี สำหรับสตรีอายุ 45 ถึง 60 ปี</p>	<p>อยู่ระหว่างการ ทบทวนในวารสาร BMC Cancer</p>

2. การสร้างเครือข่ายระดับนานาชาติ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและองค์กร

2.1 การศึกษาดูงานและสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับ NICE, LSHTM, CHE, University of York

การศึกษาดูงานและสร้างความร่วมมือระหว่าง HITAP, National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) และ Centre for Health Economics, University of York ระหว่างวันที่ 13-19 มกราคม 2552 ณ ประเทศอังกฤษ โดยคณะศึกษาดูงานประกอบด้วยนักวิจัยอาวุโสของกระทรวงสาธารณสุข นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และเจ้าหน้าที่ของ HITAP ได้แก่ นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ดร.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส ผศ.ยุวดี ลีลัคณาวิระ และนางสาวจอมขวัญ โยธาสมุทร

Sir Michael Rawlins ผู้ก่อตั้งและประธานของ NICE และ Andrew Dillon, CBE ซึ่งเป็น CEO ขององค์กร กล่าวต้อนรับและบรรยายการทำงานของ NICE นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ฝ่ายต่างๆได้มาให้ข้อมูลและตอบข้อซักถามในประเด็นที่คณะดูงานสนใจ ได้แก่ การคัดเลือกหัวข้อสำหรับการประเมินโดย NICE การมีส่วนร่วมจากภาคประชาชนในขบวนการประเมินเทคโนโลยี และการจัดการกับผลประโยชน์ทับซ้อนของเจ้าหน้าที่ NICE และผู้เกี่ยวข้อง

ในเบื้องต้นได้มีความร่วมมือที่จะเป็นพันธมิตรและร่วมพัฒนาด้านวิชาการระหว่าง NICE และ HITAP โดย NICE ได้อนุญาตให้ Dr. Kalipso Chalkidou มาเป็นผู้ประเมินภายนอกสำหรับการประเมินการดำเนินงานของ HITAP ในช่วงสองปีแรกร่วมกับนักวิชาการทั้งในและต่างประเทศท่านอื่นๆ นอกจากนี้ NICE ยังได้อนุญาตให้ Dr. Helen Chung ผู้ช่วยผู้อำนวยการ มาเป็นวิทยากรในการประชุมวิชาการ ISPOR THAILAND 2008 Pharmacoeconomics and Outcomes Research in Thailand: A Stepping Stone toward National Drug Policy ที่จะจัดขึ้นที่กรุงเทพฯ ระหว่างวันที่ 13-15 สิงหาคม พ.ศ. 2552

นอกจากนั้นคณะดูงานยังได้เดินทางไปยังเมือง York เพื่อพูดคุยกับ Prof. Karl Claxton and Prof. Mark Sculpher จาก Centre for Health Economics (CHE), University of York ในฐานะที่เป็นหน่วยงานที่รับทุนในการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพจาก NICE มากที่สุดแห่งหนึ่งในประเทศอังกฤษในประเด็นการทำวิจัยด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และเรื่องการสร้างความร่วมมือระหว่าง HITAP กับ CHE โดยในเบื้องต้นมี 2 ประการคือ Prof. Claxton และ Prof. Sculpher จะมาเป็นผู้ทบทวน (referee) รายงานผลการประเมินโครงการ HITAP เพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในฐานะของบุคคลที่สาม นอกจากนี้ยังพูดคุย

ถึงความเป็นไปได้ในการจัดการอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุขร่วมกันระหว่าง CHE กับ HITAP ซึ่งเป็นหลักสูตรนานาชาติและมุ่งหวังให้คนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกได้พัฒนาศักยภาพ โดยหลักสูตรดังกล่าวมีการจัดเป็นประจำทุกปีในประเทศอังกฤษและเป็นที่ยอมรับและมีชื่อเสียงในระดับโลก

2.2 การสร้างความร่วมมือและเชิญผู้เชี่ยวชาญมาร่วมประเมินโครงการ HITAP

จากการที่ HITAP โดยการสนับสนุนจาก TGLIP ได้สร้างความร่วมมือกับหน่วยงาน HTA ในระดับนานาชาติ จึงทำให้ทางโครงการสามารถประสานงานและเชิญผู้เชี่ยวชาญจาก NICE และ LSHTM ได้แก่ Dr. Kalipso Chalkidou และ Prof. John Cairns มาร่วมในทีมประเมินผลการดำเนินงานของ HITAP ในรอบสองปี ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 ท่านได้ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนา HITAP ซึ่งเป็นประโยชน์ทั้งต่อ HITAP และการพัฒนาระบบรากฐานของการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย (รายละเอียดตามภาคผนวก ก)

2.3 จัดบรรยายวิชาการในเรื่องการบริหารจัดการองค์การวิจัยเพื่อประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

HITAP ได้เชิญ Associate Professor Roy Poses จากมหาวิทยาลัยบราวน์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ในฐานะประธาน Foundation for Integrity and Responsibility in Medicine (FIRM) ซึ่งเดินทางมายังประเทศไทย เพื่อเข้าร่วมการประชุมวิชาการรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามาหิตล มาบรรยายที่ HITAP ในเรื่องประสบการณ์การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาตลอดจนการพัฒนามาตรฐานการรักษาโรคในหน่วยงานภาครัฐ โดยเน้นพฤติกรรมของนักวิจัย ผู้ให้ทุนวิจัย และผู้บริหารสถาบันการศึกษาที่มีอคติ เบี่ยงเบนด้านจริยธรรม หรือมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะความเป็นผู้นำองค์กรและธรรมาภิบาลซึ่งส่งผลต่อการดำเนินการศึกษาทางคลินิก รวมทั้งการคัดเลือกผลงานเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการโดยปกปิดการวิจัยที่จะไม่เป็นผลดีต่อธุรกิจและประเด็นที่ศึกษา การบรรยายดังกล่าวทำให้นักวิจัยทั้งภายในและภายนอก HITAP ที่เข้าร่วมประชุมได้เห็นความสำคัญของประเด็นดังกล่าว และร่วมกันอภิปรายปัญหาเรื่องจริยธรรมในการทำวิจัย เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการนำไปปรับใช้ในงานวิจัยของตน

2.4 การร่วมประชุมวิชาการ *Economic approaches for pneumococcal vaccination in the Asia Pacific Region*

Asian Strategic Alliance for Pneumococcal Disease Prevention (ASAP) เป็นกลุ่มนักวิชาการที่เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อที่ปอดในภาคพื้นเอเชียแปซิฟิกมารวมตัวกันเพื่อสนับสนุนการป้องกันโรค การ

ประชุมนี้จัดขึ้น ณ ประเทศสาธารณรัฐไต้หวัน กรุงไทเป วันที่ 23-24 มีนาคม พ.ศ. 2552 มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางด้านเศรษฐศาสตร์ของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อที่ปอด (pneumococcal vaccine) หรือวัคซีนที่ป้องกันโรคไอพีดี (Invasive Pneumococcal Disease, IPD) หรือป้องกันการติดเชื้อ *Streptococcus pneumoniae* แบบรุนแรงและแพร่กระจาย ในการนี้ผู้จัดงานได้เชิญนักวิจัย HITAP ที่กำลังทำการวิจัยเพื่อประเมินความคุ้มค่าของวัคซีนนี้ในประเทศไทย ได้แก่ ดร.อุษา ฉายเกล็ดแก้ว เพื่อแบ่งปันประสบการณ์และข้อมูล

ในการประชุม Dr. Desmond Turner และ Mr. Jim Dobbin ซึ่งเป็นตัวแทนของนักการเมืองจาก The UK All-Party Parliamentary Group (APPG) กลุ่มที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อสนับสนุนการใช้วัคซีนป้องกันการเกิดโรคไอพีดีทั้งในทวีปยุโรปและทั่วโลก บรรยายเรื่องการควบคุมโรคไอพีดี โดยเล่าถึงประสบการณ์จากโครงการสนับสนุนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไอพีดีและเสนอว่ารัฐบาลควรจะเจรจากับบริษัทผลิตวัคซีนเพื่อขอลดราคาทำให้ประชากรทั่วโลกสามารถเข้าถึงวัคซีนนี้ได้ จากนั้นมี การนำเสนอผลงานวิจัยด้านการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ของแต่ละประเทศ ได้แก่ ประเทศสาธารณรัฐไต้หวัน ฮังการ และมาเลเซีย จากผลการศึกษาทั้ง 3 ประเทศให้ผลสอดคล้องเหมือนกันว่า หากอ้างอิงเกณฑ์การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ขององค์การอนามัยโลกที่น้อยกว่า 3 เท่าของรายได้ประชาชาติต่อหัว (Gross Domestic Product, GDP) การฉีดวัคซีนป้องกันโรคไอพีดีในเด็ก (universal infant vaccination with PCV7) มีความคุ้มค่าทางการแพทย์หรือช่วยการลดต้นทุน (cost-saving)

2.5 The Bellagio conference on the Innovative Capacity Building Program for New Public Health

Leaders

การประชุมนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ เครือข่ายพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะแนวใหม่ (คศน.) ซึ่งสนับสนุนโดย สสส. การประชุมนี้มีวัตถุประสงค์หลักในการประชุมครั้งนี้เพื่อสรุปทิศทางและแผนดำเนินการร่วมกันระหว่างหน่วยงานสำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย เพื่อดำเนินการส่งเสริมกำลังคนด้านสุขภาพในระดับผู้นำ ให้มีความสมบูรณ์ทั้งทักษะและจริยธรรม โดยที่หน่วยงานเครือข่ายจะเป็นผู้จัดสรรประสบการณ์และมีหน่วยงานกลางที่รับผิดชอบในกิจกรรมร่วม เช่น การดำเนินงานนอกสถานที่ ความรู้ด้านสังคมวิทยา มานุษยวิทยา การประชุมนี้มีผู้เข้าร่วมประชุมหลักคือผู้บริหารจากหน่วยงานสำคัญในระบบสุขภาพ โดยมี นพ.วิชัย โชควิวัฒน์ เป็นประธาน และ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นพ.ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล นพ.อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล นพ.วินัย สวัสดิ์วร นพ.อำพล จินดาวัฒนะ นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร นพ.โกมาตร จึง

เสถียรทรัพย์ นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข นพ.อุกฤษฏ์ มิลินทางกูร พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ และ Katherine C. Bond

ทางผู้จัดได้เชิญ HITAP ให้ส่งผู้แทนเข้าร่วมประชุม ได้แก่ นางอินทรา ยมาภัย ซึ่งได้นำเสนอผลงานการดำเนินงานด้านพัฒนาศักยภาพของ HITAP ให้เครือข่ายได้ทราบ รวมทั้งแผนการในการสร้างเสริมทักษะสำหรับผู้หน้าที่ HITAP เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรสำหรับการฝึกงานของผู้เข้ารับการอบรม นอกจากความรู้ที่ได้รับจากการแลกเปลี่ยนระหว่างหน่วยงานต่างๆในการประชุม ผู้แทน HITAP ยังได้ตระหนักถึงความสำคัญของการกำลังคนด้านสุขภาพ โดยพบว่าการสร้างศักยภาพระดับบุคคล “ทีมและเครือข่าย” เป็นองค์ประกอบสำคัญ และการบริหารระบบสุขภาพจำเป็นต้องพัฒนาคนไปพร้อมๆกับการพัฒนาทีมและเครือข่าย

2.6 The 1st Seminar on Strategies for the Provision of Essential Drugs: Human Rights and Compulsory Patent Licenses

การสัมมนาจัดขึ้นวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2552 ณ กรุงโซล สาธารณรัฐเกาหลี โดยคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ สาธารณรัฐเกาหลี (National Human Rights Commission of Korea, NHRCK) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) อภิปรายประเด็นเกี่ยวกับความจำเป็นและความเป็นไปได้ในการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรภายในกรอบของสิทธิมนุษยชน (2) ดึงดูดความสนใจจากสาธารณชนและรับฟังความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในเรื่องการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร (3) ศึกษาประสบการณ์เกี่ยวกับมาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งกรณีของประเทศไทย และ (4) แสวงหากลวิธีในการจัดหาจำเป็นมาให้บริการต่อประชาชน

ผู้นำเสนอประกอบด้วย (1) Dr Jun, Lim ศาสตราจารย์ด้านเวชกรรมป้องกัน มหาวิทยาลัยการแพทย์และวิทยาศาสตร์ Gachon ในประเด็นสิทธิมนุษยชนกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร (2) Mr Jung-Hoon, Jung นักกฎหมายจาก Korean Public Interest Lawyer's Group Gong-Gam ในประเด็นระบบกฎหมายระหว่างประเทศและภายในประเทศเกี่ยวกับการใช้สิทธิตามสิทธิบัตร (3) ภญ. ศรีเพ็ญ ดันติเวสส ในประเด็นนโยบายการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรสำหรับยาจำเป็นในประเทศไทย และ (4) นพ. ยศ ธีระวัฒนานนท์ ในประเด็นผลกระทบจากการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรสำหรับยาจำเป็นในประเทศไทย ผู้อภิปรายประกอบด้วย ผู้สื่อข่าวหนังสือพิมพ์ ศาสตราจารย์ด้านกฎหมาย มหาวิทยาลัย ผู้แทนจาก Korean Research-based Pharmaceutical Industry Association ผู้แทนจาก Korean Pharmacist for Democratic Society และผู้แทนจาก Ministry of Health, Welfare and Family Affairs ทั้งนี้ มีผู้เข้าร่วมการสัมมนาประมาณ 20 คน

ประกอบด้วยผู้แทน Korean Intellectual Property Office (KIPO), องค์กรพัฒนาเอกชน, นักศึกษา มหาวิทยาลัย และเจ้าหน้าที่ของ NHRCK

ผู้นำเสนอและผู้อภิปรายส่วนใหญ่ ยกเว้น ผู้แทน Korean Research-based Pharmaceutical Industry Association เห็นด้วยกับการที่รัฐบาลเกาหลีจะนำมาตราการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรมาใช้เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงยาจำเป็น ในการสนทนากับผู้ที่เกี่ยวข้องจาก NHRCK, KIPO, Korean Pharmacist for Democratic Society และนักกฎหมายเอกชนพบว่า องค์กรพัฒนาเอกชนได้ดำเนินการรณรงค์ในเรื่องนี้มาอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลาหลายปี และได้กดดันให้ NHRCK นำมาพิจารณาในกรอบของสิทธิมนุษยชน รวมทั้งจัดการสัมมนา ครั้งนี้ โดย NHRCK จะได้นำข้อมูลและความคิดเห็นที่ได้จากผู้นำเสนอและผู้อภิปรายไปพิจารณาว่าจะ ดำเนินการอย่างไรต่อไป อย่างไรก็ดี มีข้อสังเกตว่า ตามกฎหมายสิทธิบัตรของเกาหลี KIPO เป็น หน่วยงานเดียวที่มีอำนาจประกาศใช้สิทธิตามสิทธิบัตร โดยหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่เห็นว่ามี ความ จำเป็นต้องใช้มาตรการดังกล่าวจะต้องร้องขอต่อ KIPO ให้พิจารณาดำเนินการ ซึ่งน่าจะเป็นข้อจำกัด ประการหนึ่งที่ทำให้การใช้สิทธิตามสิทธิบัตรสำหรับยาจำเป็นเป็นไปได้ยาก

ทีมนักวิจัยโครงการศึกษาผลกระทบจากการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรสำหรับยาจำเป็นในประเทศไทย ได้เคยนำ ผลการวิจัยเบื้องต้นไปนำเสนอในที่ประชุมขององค์กรพัฒนาเอกชน เช่น Korean Pharmacist for Democratic Society และ Korean Organization for Rare Diseases เมื่อครั้งเข้าร่วม ISPOR Conference for Asia-Pacific Region ในปี 2551 (โดยการสนับสนุนทุนส่วนหนึ่งจาก TGLIP-HITAP) การเดินทางไป ร่วมสัมมนาครั้งนี้ เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับองค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้ให้มีความต่อเนื่อง รวมทั้งได้ มีโอกาสนำเสนอประสบการณ์ของไทยซึ่งเป็นข้อค้นพบจากการวิจัยที่ HITAP เป็นผู้ดำเนินการต่อผู้แทน หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และสถาบันการศึกษา นับว่าเป็นการขยายเครือข่ายระหว่างประเทศเพื่อให้เกิด การพัฒนานโยบายที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลจากการวิจัยให้กว้างขวางขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้สิทธิ ตามสิทธิบัตรเป็นนโยบายที่สำคัญของประเทศไทยในการเพิ่มการเข้าถึงยาจำเป็นหลายรายการ ซึ่งต้องการ ความร่วมมือและสนับสนุนจากนานาชาติจึงจะประสบความสำเร็จและต้านแรงเสียดทานทางการเมืองทั้ง ภายในและภายนอกประเทศได้

2.7 การเข้าร่วมสัมมนาเชิงปฏิบัติการจัดโดย Consortium for Research on Equitable Health Systems (CREHS) scaling up writing workshop

การสัมมนาเชิงปฏิบัติการครั้งนี้จัดขึ้นโดย Consortium for Research on Equitable Health Systems ซึ่งเป็นองค์กรที่ได้รับการสนับสนุนจาก Department for International Development (DFID) สหราชอาณาจักร ประกอบด้วยสมาชิกที่เป็นสถาบันการศึกษาและองค์กรด้านการวิจัย จาก 7 ประเทศ และมี London School of Hygiene & Tropical Medicine เป็นผู้ประสานงาน มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้สำหรับชี้แนะนโยบายในระบบสุขภาพ และเสริมสร้างศักยภาพของสมาชิกองค์กรให้สามารถสนับสนุนการพัฒนาโยบายสุขภาพทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และระดับนานาชาติ โดยดำเนินการศึกษาวิจัยในประเทศที่มีความสำคัญของแต่ละประเทศ หรือเป็นโครงการที่มีความสนใจและมีความสำคัญร่วมกันหลายประเทศ ซึ่งเป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพเชิงวิชาการ ทันต่อสถานการณ์ รวมทั้งมีกลไกที่จะนำผลการวิจัยไปสู่ นโยบายและการปฏิบัติ เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสังคม

การสัมมนาเชิงปฏิบัติการครั้งนี้จัดขึ้นที่ Health Economics Unit, University of Cape Town ประเทศแอฟริกาใต้ ระหว่างวันที่ 15-18 มิถุนายน 2552 และเป็นกิจกรรมภายใต้แผนงานขยายการให้บริการด้านสาธารณสุข ของ CRESH ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งศึกษากลยุทธ์สำหรับการขยายความครอบคลุมของมาตรการด้านสุขภาพที่มีความสำคัญเป็นลำดับต้นไปสามารถนำไปใช้และเข้าถึงกลุ่มประชากรที่ยากจนผ่านการวิจัย ทั้งนี้นักวิจัยจาก HITAP ประกอบด้วย ดร.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส และนางสาวจอมขวัญ โยธาสมุทร ได้ร่วมอบรมเรื่องการเขียนบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการตลอดกระบวนการ แลกเปลี่ยนและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงบทความของผู้เข้าร่วมสัมมนา โดยที่นักวิจัยจาก HITAP ได้เสนอ บทความเรื่อง Scaling up cervical cancer screening in the midst of human papillomavirus vaccination advocacy in Thailand ซึ่งเป็นการศึกษากระบวนการกำหนดนโยบายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยซึ่งเกิดขึ้นในช่วงที่มีการเข้ามาของวัคซีน HPV เพื่อทำความเข้าใจว่าเหตุใดผู้กำหนดนโยบายของประเทศไทยจึงเลือกพัฒนาการคัดกรองแทนวัคซีน และมีการวางแผน ดำเนินงาน และประเมินผลโครงการดังกล่าวหรือไม่ อย่างไร เพื่อสามารถนำบทเรียนไปใช้ในการพัฒนาโยบายอื่นๆในอนาคต

จากการเข้าร่วมการสัมมนาดังกล่าวทำให้ได้รับ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงร่างบทความสำหรับส่งตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ความรู้เพิ่มเติมเรื่องการขยายการให้บริการสุขภาพ ข้อจำกัดและหลักการในการทำวิจัย ทราบความเคลื่อนไหวและประสบการณ์ของการวิจัยด้านสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆกระบวนการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ ตั้งแต่การเลือกวารสาร การเลือกประเด็นในการเขียนที่เป็นที่สนใจของผู้อ่านที่หลากหลาย กระบวนการทบทวน ระบบของการทบทวน และการส่งบทความเป็นกลุ่ม

เพื่อการตีพิมพ์ในหัวข้อร่วมกัน (ในการสัมมนาครั้งนี้เน้นเรื่องการขยายบริการสุขภาพ) และยังสามารถแก้ไขปรับปรุงบทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และสุดท้ายบทความทั้งหมดจะรวมกันเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการในหัวข้อการขยายการให้บริการด้านสาธารณสุข

2.8 การประชุมวิชาการ HTAi และการประชุม INAHTA

การประชุมวิชาการ International Health Technology Assessment (HTAi) เป็นการประชุมวิชาการเรื่องการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในระดับนานาชาติ ทั้งนี้ที่มศึกษจาก HITAP ประกอบด้วย นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ดร.ศรีเพ็ญ ดันติเวสส ดร.อุษา ฉายเกสิดแก้ว และนางสาวจอมขวัญ โยธาสมุทร ได้นำเสนอแบบบรรยายในการประชุมดังกล่าว 4 หัวข้อได้แก่ 1) การนำเสนอใน Pre-conference Workshop เรื่อง Developing Countries: Bringing HTA into Practice (หัวข้อย่อย Using HTA to inform decision making in Thailand) 2) การนำเสนอแบบปากเปล่าเรื่อง The Current Capacity and Future Development of Economic Evaluation for Policy Decision Making: A Survey Among Researchers and Decision Makers in Thailand 3) การบรรยายใน Panel session เรื่อง HTA and HTA-based Decision-making: Going Global และ 4) HPV Vaccination Policy in Different Settings: Any Role of HTA Evidence?

การเข้าร่วมงานดังกล่าวทำให้นักวิจัยได้เผยแพร่ผลงานจากประเทศไทย เรียนรู้งานวิจัยในประเทศอื่นๆ และเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของนักวิจัย นอกจากนี้ยังทำให้ HITAP เป็นที่รู้จักและได้สร้างเครือข่ายกับหลายหน่วยงานรวมถึง NICE สหราชอาณาจักร และ Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) ออสเตรเลีย ซึ่งได้มีการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่ระดับสูงของทั้งสองหน่วยงานในเรื่องการศึกษาดูงานที่หน่วยงานทั้งสอง

นอกจากนี้นักวิจัยจาก HITAP ยังได้รับเชิญให้เข้าร่วมประชุมกับองค์กร International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) ซึ่งเป็นองค์กรระดับนานาชาติของหน่วยงานด้านการประเมินเทคโนโลยีในระดับประเทศ ทั้งนี้หน่วยงานที่สามารถเข้าร่วมเป็นสมาชิกได้จะต้องเป็นหน่วยงานที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลประเทศนั้นๆ มากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งในครั้งนี้นี้ HITAP ได้รับเชิญให้เข้าร่วมประชุมในฐานะผู้สังเกตการณ์ ซึ่งจากการประชุมผู้แทน HITAP ได้แก่ นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ และนางสาวจอมขวัญ โยธาสมุทร ได้ร่วมแสดงความเห็นและแสดงบทบาทของผู้แทนจากประเทศไทยในที่

ประชุม โดยมีจุดยืนที่จะให้องค์กรดังกล่าวให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศกำลังพัฒนาในการพัฒนางานด้าน
การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพและรักษาความเป็นกลางทางวิชาการ ปราศจากผลประโยชน์ทับซ้อน

ส่วนที่ 3: แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป (เดือนกรกฎาคม- ธันวาคม พ.ศ. 2552)

1. จัดทำเอกสารการประเมินโครงการ HITAP ทั้งรูปแบบภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ด้วย HITAP ได้ดำเนินการมาเป็นเวลากว่า 2 ปีแล้ว ซึ่งตามกำหนดของ สสส.จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลองค์กรเพื่อรายงานให้กับหน่วยงานผู้สนับสนุนทุน ดังนั้น HITAP จึงได้เชิญคณะผู้ประเมินภายนอก 4 ท่าน ซึ่งประกอบไปด้วย ศ.นพ.ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล จากโรงพยาบาลรามารัตน์ ดร.จิระวัฒน์ ปั้นเปี่ยมรัษฎ์ จาก TDRI Prof. John Cairns จาก London School of Hygiene and Tropical Medicine และ Dr. Kalipso Chalkidou จาก National Institute for Health and Clinical Excellence ปัจจุบันการประเมินดังกล่าวได้เสร็จสิ้นแล้ว และคณะผู้จัดทำเล็งเห็นว่ารายงานดังกล่าวจะเป็นประโยชน์เป็นอย่างยิ่งทั้งในแง่ของระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้และผลการประเมินสำหรับหน่วยงานที่สนใจทั้งในและต่างประเทศ จึงได้มีการจัดทำรายงานดังกล่าวเพื่อเผยแพร่ทั้งภาษาไทยและอังกฤษโดยการสนับสนุนของ TGLIP

2. GDN policy seminar

จัดการประชุมระดับปลัดกระทรวง เรื่อง การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษด้านสาธารณสุขของประเทศในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก: นโยบายที่เหมาะสมบนพื้นฐานงานวิจัยโดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยกับ Global Development Network (GDN) ซึ่งเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ ทั้งนี้ GDN ได้จัดสรรทุนให้แก่กวิจัยในประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งไทยเพื่อดำเนินการศึกษาวิจัยในประเด็นที่จะเป็นประโยชน์ต่อการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) โดยเริ่มโครงการตั้งแต่ปีพ.ศ. 2549 บัดนี้ การวิจัยแล้วเสร็จและมีข้อค้นพบรวมทั้งข้อเสนอเชิงนโยบายที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาการสาธารณสุขในประเทศต่างๆ องค์กรดังกล่าวได้ขอความร่วมมือมายังกระทรวงสาธารณสุขในการเป็นเจ้าภาพจัดการประชุมระดับปลัดกระทรวงจาก 12 ประเทศในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก ในวันที่ 10-11 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 เพื่อพิจารณาผลการวิจัยและแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นในการนำไปสู่นโยบายและการปฏิบัติ

3. ISPOR Thailand

การประชุมวิชาการ ISPOR Thailand จะจัดขึ้นระหว่างจัดขึ้นวันที่ 13 -14 สิงหาคม 2552 ณ ห้องแกรนด์บอลรูม 2 โรงแรมริชมอนด์ จ.นนทบุรี เพื่อ (1) เป็นเวทีการเสนอผลงานทางวิชาการด้าน

Pharmacoeconomics และ Outcomes Research (2) นำเสนอความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ Pharmacoeconomics และ Outcomes Research และ (3) สร้างเครือข่ายงานวิจัยด้าน Pharmacoeconomics และ Outcomes Research โดยผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร บุคลากรสุขภาพ นักเศรษฐศาสตร์ นักวิชาการ สาธารณสุข จากภาครัฐและเอกชนนักวิชาการในองค์กรวิชาชีพ ISPOR คณะอนุกรรมการบัญญัติยาหลัก แห่งชาติ รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 130 คน ทั้งนี้ผลที่คาดว่าจะได้รับคือ เกิดเครือข่ายการปฏิบัติงาน และการวิจัยด้านเภสัชเศรษฐศาสตร์ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้จริงในการคัดเลือกยาของประเทศไทย และ ผู้เข้าร่วมประชุมได้รับความรู้ด้านเภสัชเศรษฐศาสตร์ ในครั้งนี้ TGLIP จะเป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการ เดินทางของ Dr. Helen Chung ผู้ช่วยผู้อำนวยการ NICE ในการมาเป็นวิทยากรในการประชุมวิชาการ ดังกล่าว

4. ตีพิมพ์งานในวารสารวิชาการต่างประเทศ

ในรอบการรายงานนี้ได้มีการส่งบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการต่างประเทศทั้งหมด 4 เรื่องซึ่ง ได้รับทุนสนับสนุนจาก TGLIP ในเรื่องการแก้ไขภาษาและการสนับสนุนตีพิมพ์ในวารสารแบบ open access ดังมีรายนามดังต่อไปนี้ (1) Economic evaluation of screening and treatment strategies for postmenopausal osteoporosis: evidence to inform decision makers for selection to the national list of essential medicines in Thailand วารสาร Cost Effectiveness and Resource Allocation (2) Economic evaluation of policy options for prevention and control of cervical cancer in Thailand อยู่ วารสาร BMC Cancer (3) Criteria for priority setting of HIV/AIDS interventions in Thailand: A discrete choice experiment วารสาร BMC health services research (4) Identifying information regarding effectiveness and cost-effectiveness of policy and strategies reorientation to mitigate the impact of HIV/AIDS in Thailand วารสาร BMC Public Health (รายละเอียดตามตารางที่ 2)

ภาคผนวก ก: รายงานการประเมิน HITAP ฉบับภาษาไทย

รายงานการประเมิน HITAP ในช่วง 2 ปีแรกของการก่อตั้ง (พ.ศ. 2550-2551)

จิระวัฒน์ ปั้นเปี่ยมรัษฎ์

สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ)

ไพบูลย์ สूरียะวงศ์ไพศาล

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

John Cairns

London School of Hygiene and Tropical Medicine

Kalipso Chalkidou

National Institute for Health and Clinical Excellence

พฤษภาคม 2552

สารบัญ

1. ขอบเขตของการประเมินผล	1
2. วิธีการ.....	5
ยุทธศาสตร์ที่ 1.....	5
ยุทธศาสตร์ที่ 2.....	6
ยุทธศาสตร์ที่ 3.....	7
ยุทธศาสตร์ที่ 4.....	7
3. ข้อค้นพบ	9
วิสัยทัศน์และพันธกิจ.....	9
ยุทธศาสตร์ที่ 1: การพัฒนาแนวทางการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	11
ก. ประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับ HITAP.....	11
ข. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับรัฐบาล.....	12
ค. ข้อคิดเห็นเฉพาะต่อประเด็นด้านวิชาการและขั้นตอนของการประเมิน	14
ยุทธศาสตร์ที่ 2: การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร.....	15
การประเมินบริบท	15
การประเมินผลปัจจัยนำเข้า.....	15
การประเมินกระบวนการ	17
การประเมินผลผลิต.....	17
การอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่จัดโดย HITAP	18
ยุทธศาสตร์ที่ 3: การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้กำหนดนโยบาย...	19
ยุทธศาสตร์ที่ 4: การบริหารจัดการและกระบวนการสำหรับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ	21

4. อภิปราย.....	25
วิสัยทัศน์และพันธกิจ.....	25
ข้อเสนอแนะที่สำคัญ.....	27

1. ขอบเขตของการประเมินผล

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) เป็นองค์กรที่ไม่แสวงหากำไร ก่อตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการในเดือนมกราคม พ.ศ. 2550 โดยการสนับสนุนจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย และองค์กรระหว่างประเทศ เช่น องค์กรอนามัยโลก ธนาคารโลก และ Global Development Network ในระยะ 3 ปีแรก HITAP ได้ดำเนินการตามสี่ยุทธศาสตร์หลัก เพื่อให้บรรลุพันธกิจในอันที่จะสนับสนุนหลักฐานและข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่เกี่ยวกับเทคโนโลยีและมาตรการด้านสุขภาพโดยผู้กำหนดนโยบายระดับต่างๆ ในประเทศไทย ยุทธศาสตร์ดังกล่าวประกอบด้วย 1) การวิจัยและพัฒนารากฐานของระบบประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 2) เพิ่มขีดความสามารถของบุคลากร องค์กร และสังคมในด้านการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 3) การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และ 4) การวิจัยและพัฒนาระบบบริหารจัดการการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพที่เหมาะสม และการเคลื่อนไหวทางสังคม¹ การประเมิน HITAP ในครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสะท้อนการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ทั้งสี่อย่างเป็นระบบและตั้งอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์

ยุทธศาสตร์ทั้งสี่จะถูกประเมินเพื่อตอบคำถามที่สำคัญดังนี้

- ยุทธศาสตร์เหล่านี้ตอบสนองต่อพันธกิจและวิสัยทัศน์ของ HITAP หรือไม่
- ยุทธศาสตร์ดังกล่าวมีประโยชน์ต่อสังคมไทยอย่างไร
- HITAP ต้องการการปรับปรุงในด้านใดบ้าง
- อะไรคือจุดแข็งและจุดอ่อนของแต่ละยุทธศาสตร์
- ผลการดำเนินงานในแต่ละยุทธศาสตร์มีคุณภาพอย่างไร

การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศไทย

HITAP ได้ถูกก่อตั้งขึ้นเพื่อให้เป็นองค์กรที่มีภารกิจดังนี้

- ประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและโปร่งใส โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน

- พัฒนาระบบและกลไกเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการเทคโนโลยีด้านสุขภาพ รวมถึงการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม
- เผยแพร่ข้อค้นพบจากงานวิจัยและให้ความรู้แก่สาธารณะ เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์จากงานวิจัยอย่างกว้างขวาง

ปัจจุบัน HITAP ไม่มีอำนาจตามกฎหมายที่จะตัดสินใจในเรื่องการจัดสรรทรัพยากรด้านการบริการสุขภาพ บทบาทของ HITAP ถูกจำกัดเพียงให้ข้อเสนอแนะแก่กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานของรัฐอื่น ๆ อย่างไรก็ตาม จากการแก้ไขปรับปรุงบัญญัติหลักแห่งชาติ (บัญญัติหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551) และข้อกำหนดให้นำต้นทุนมาเป็นส่วนหนึ่งในการพิจารณาอนุญาตการผลิต/นำเข้าเครื่องมือแพทย์ (พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551) ส่งผลให้การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ดำเนินการโดย HITAP มีบทบาทมากขึ้นในการตัดสินใจเชิงนโยบาย ในปี พ.ศ. 2551 ได้มีการพัฒนาคู่มือระดับชาติเกี่ยวกับวิธีประเมินด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อให้การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศเป็นไปตามมาตรฐานเดียวกันⁱⁱ ความพยายามดังกล่าวเริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการในช่วง 1 ปีก่อนหน้านี้ ด้วยการจัดตั้งคณะทำงานสาขาเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ขึ้นในคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญญัติหลักแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2550 แนวทางการประเมินนี้เป็นผลจากกระบวนการหารือระหว่างผู้เชี่ยวชาญจากสหสาขาวิชา โดยอยู่บนพื้นฐานของประสบการณ์ระดับนานาชาติ และได้รับการดัดแปลงให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้กำหนดนโยบายของไทย ภายใต้ข้อจำกัดเรื่องทรัพยากรในประเทศไทยⁱⁱⁱ แนวทางการประเมินดังกล่าวได้ดีพิมพ์ในวารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์ ในปี 2551 นอกจากนี้ยังถูกนำมาใช้เป็นมาตรฐานในการประเมินในเวลาต่อมา แนวทางการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพนี้เป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ที่ 1 ของ HITAP ซึ่งจะได้นำเสนอผลการประเมินต่อไป

ยุทธศาสตร์ที่ 1: การวิจัยและพัฒนาฐานของระบบประเมินเทคโนโลยีทางด้านสุขภาพ

- การพัฒนาคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย
- การพัฒนาฐานข้อมูลการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพของไทย

- การพัฒนาเกณฑ์อ้างอิงในการตัดสินความคุ้มค่าสำหรับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (ceiling threshold) ของประเทศไทย

ยุทธศาสตร์ที่ 2: การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

- สํารวจศักยภาพในการทำวิจัยและความต้องการการพัฒนาของนักวิจัยในการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
- สนับสนุนทุนการศึกษาและฝึกอบรม
- การฝึกอบรมการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับนักวิจัยและผู้กำหนดนโยบาย

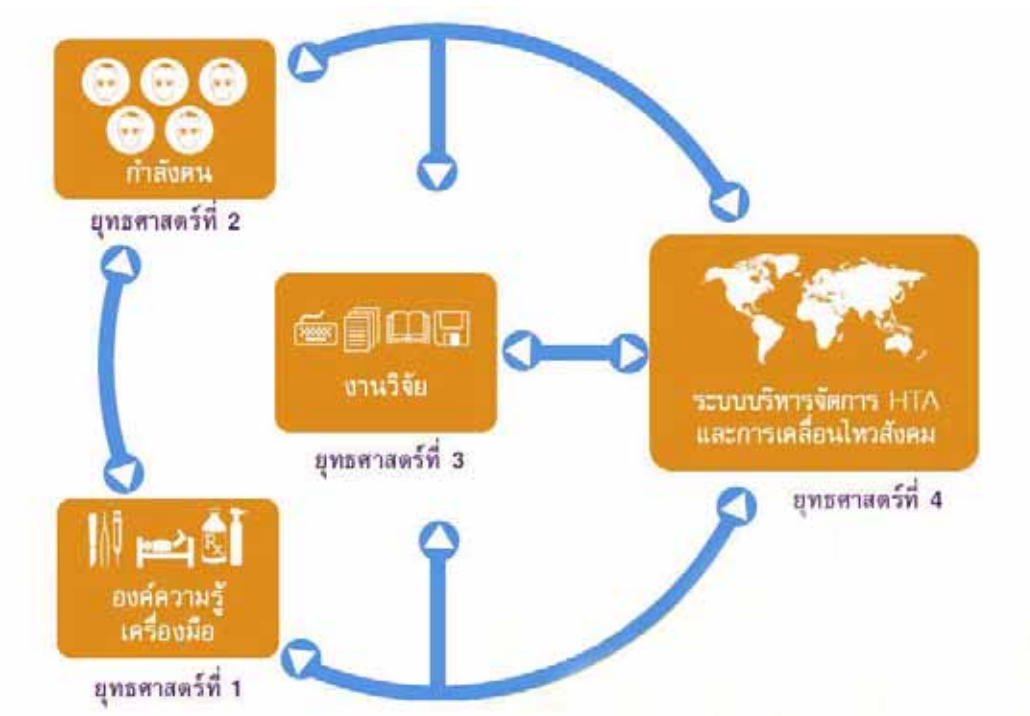
ยุทธศาสตร์ที่ 3: การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพตามความต้องการของผู้กำหนดนโยบาย

- ประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 10-15 เรื่องต่อปี (ประกอบด้วย การสร้างแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์; การวิจัยแบบทดลองโดยมีการสุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม; การวิเคราะห์เชิงอภิมาน และการศึกษาแบบสังเกต)

ยุทธศาสตร์ที่ 4: การบริหารจัดการและกระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

- การพัฒนากลไก/ระบบที่มีประสิทธิผลในการบริหารจัดการการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ในประเทศไทย
- การเผยแพร่ และให้ความรู้ต่อสาธารณชน

ภาพที่ 1 ความเชื่อมโยงระหว่างยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ของ HITAP



HITAP ได้เชิญผู้ประเมิน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญภายในประเทศ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญจากสหราชอาณาจักร 2 ท่าน มาประเมินผลงาน หลังจากจัดการประชุมทางไกลและการติดต่อทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์หลายครั้ง ผู้ประเมินและ HITAP ได้เห็นชอบในกรอบอ้างอิง ผลที่จะได้รับ และระยะเวลาของการประเมิน

2. วิธีการ

ยุทธศาสตร์ที่ 1: ผู้ประเมินใช้กรอบแนวคิดของ Drummond และคณะ^{iv} เป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์กรอบความคิดนี้ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 15 ข้อ ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจในการจัดสรรทรัพยากร หลักการเหล่านี้สามารถจำแนกประเภทได้เป็น 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ (ก) โครงสร้าง (ข) วิธีการ (ค) กระบวนการ และ (ง) การใช้การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในการตัดสินใจ อย่างไรก็ตาม บางหลักการที่อยู่ในกลุ่มหนึ่ง ๆ มีความคาบเกี่ยวกันกับกลุ่มอื่น ๆ อีกทั้งในทางปฏิบัติ การจัดกลุ่มยังใช้การตัดสินใจแบบอัตวิสัย (subjective) ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล เพื่อช่วยให้การวิเคราะห์รวดเร็วขึ้น ผู้ประเมินได้แบ่งหลักการบางอย่างออกเป็นหลักการย่อย

กรณีอ้างอิง (Reference Case) มักจะถูกใช้เป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพควบคู่ไปกับการใช้รายการตรวจสอบ (checklist) ของ Drummond เพื่อประเมินคุณภาพของการประเมินทางเศรษฐศาสตร์^v อย่างไรก็ตาม กรอบแนวคิดของ Drummond มีขอบเขตกว้างกว่ามาก นอกเหนือจากลักษณะด้านระเบียบวิธีวิจัยแล้ว กรอบแนวคิดดังกล่าวยังครอบคลุมไปถึงลักษณะด้านองค์กร โครงสร้าง และสังคม ซึ่งไม่อยู่ในกรณีอ้างอิงหรือรายการตรวจสอบเชิงคุณภาพ ทั้งนี้ลักษณะบางอย่างที่อยู่นอกเหนือประเด็นด้านวิชาการของงานของ HITAP จะถูกประเมินในยุทธศาสตร์ที่ 4 โดยรวมแล้ว เป็นการยากและในบางกรณีก็อาจไม่เหมาะสมที่จะแยกการวิเคราะห์กระบวนการกับการวิเคราะห์วิธีการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพออกจากกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่การประเมินเทคโนโลยีนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อนำไปใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย ดังนั้น คณะผู้ประเมินจึงเลือกใช้กรอบแนวคิดของ Drummond อย่างไรก็ตาม สำหรับการวิเคราะห์เชิงลึกในหลักการที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการประเมินเทคโนโลยีและการผลการประเมินนำไปใช้ในการตัดสินใจ (หลักการ 9-15) จะนำเสนอในการประเมินยุทธศาสตร์ที่ 4

ข้อจำกัดที่สำคัญของการประเมินในส่วนนี้คือ การประเมินจะกระทำโดยใช้หลักฐานจากเอกสารที่เป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น

ในการวิเคราะห์คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทยตามหลักการ 15 ข้อของ Drummond นั้นผู้ประเมินได้ใช้ประสบการณ์และความรู้ในเรื่องระเบียบวิธีวิจัยและขั้นตอนที่ใช้ในหน่วยงานการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และ/หรือหน่วยงานที่กำหนดนโยบายในประเทศอื่น เช่น National

Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) และ the Scottish Medicines Consortium (SMC) สหราชอาณาจักร; the High Health Authority (HAS) ประเทศฝรั่งเศส; the German Institute for Quality and Efficiency in Healthcare (IQWiG) ประเทศเยอรมนี และ Australian Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) ประเทศออสเตรเลีย

ขอบเขตและกรอบแนวคิดของการประเมิน: การทบทวนแนวทางที่ HITAP ใช้ในการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยเน้นที่ความถูกต้องตามหลักวิชาการ และความเหมาะสมโดยพิจารณาจากงานที่ HITAP ให้ความสำคัญ

ปัจจัยนำเข้าสำหรับการประเมินผล: (ก) คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย (ข) บทความเกี่ยวกับความเป็นมาและวิธีการประเมินของ HITAP ที่ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่มีผู้ทบทวน (peer review journals); (ค) การพูดคุยปรึกษากับผู้ประเมินจากประเทศไทยและบุคลากรของ HITAP (ง) การประชุมระหว่างบุคลากรของ HITAP คณะกรรมการที่ปรึกษา HITAP และคณะผู้ประเมิน ซึ่งจัดขึ้นในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2552

ยุทธศาสตร์ที่ 2: ขอบเขตการประเมินยุทธศาสตร์ที่ 2 จำกัดเพียงสองกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพของนักวิจัย และการฝึกอบรมเรื่อง การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ ซึ่งจัดโดย HITAP ทั้งนี้ การพัฒนาศักยภาพของนักวิจัยประกอบด้วย 5 กิจกรรมย่อย ได้แก่ การฝึกอบรมขณะปฏิบัติงานจริง, การให้ทุนการศึกษา, การจัดเสวนาวิชาการ (journal club), การสัมมนาและรับฝึกอบรมภายนอกองค์กร, และการประชุมสำนักงานที่จัดขึ้นเป็นประจำ

ในการประเมินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของนักวิจัยนั้น ผู้ประเมินใช้แนวคิด CIPP (บริบท, ปัจจัยนำเข้า, กระบวนการ, และผลผลิต) โดยแนวคิดนี้มีการใช้อย่างกว้างขวางในการวิจัยเพื่อประเมินโครงการ แทนที่จะเน้นการประเมินผลผลิตหรือผลที่ได้รับจากกิจกรรม แนวคิดดังกล่าวเน้นที่ความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยนำเข้าและผลที่ได้รับ (รูปที่ 1) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ประเมินแยกวิเคราะห์บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต แล้วเชื่อมโยงการวิเคราะห์ผลที่ได้รับเข้ากับปัจจัยอื่นๆ การใช้แนวคิดนี้ช่วยให้สามารถระบุปัจจัยแห่งความสำเร็จและ ความล้มเหลวของกิจกรรมได้

ในแต่ละขั้นของการวิเคราะห์ ผู้ประเมินได้ใช้คำถามต่อไปนี้เป็นแนวทางในการแสวงหาคำตอบ:
การวิเคราะห์บริบท: กิจกรรมนั้นๆ เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ที่ 2 อย่างไร
การวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้า: ทรัพยากรที่ใช้ในกิจกรรมนั้นๆ เพียงพอหรือไม่
การวิเคราะห์กระบวนการ : กิจกรรมนั้นๆ มีประสิทธิผลในการเพิ่มขีดความสามารถของบุคลากรหรือไม่
การวิเคราะห์ผลผลิต/ผลที่ได้รับ: กิจกรรมนั้นๆ มีผลต่อความสามารถในการวิจัยของนักวิจัย HITAP อย่างไร
และกิจกรรมนั้น ๆ ส่งผลต่อผลผลิตที่เป็นงานวิจัยอย่างไร

ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์นำมาจากสามแหล่ง ได้แก่ แบบสอบถามที่ส่งให้นักวิจัย HITAP ทุกคนในเดือนมกราคม พ.ศ. 2552 การสัมภาษณ์หัวหน้าโครงการ HITAP นักวิจัยอาวุโส และนักวิจัย และเอกสารของ HITAP เช่น รายงานประจำปี รายงานความก้าวหน้า จดหมายข่าว กำหนดการงานต่างๆ เป็นต้น

ในการวิเคราะห์การฝึกอบรมที่จัดโดย HITAP ผู้ประเมินใช้ผลการประเมินที่ HITAP จัดทำไว้จากการฝึกอบรม เรื่อง การประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ในปี พ.ศ. 2551 จากผลการประเมินโครงการฝึกอบรมดังกล่าว ผู้ประเมินได้นำมาวิเคราะห์ในประเด็นคุณภาพของเนื้อหา เจ้าหน้าที่ วิทยากร และสิ่งอำนวยความสะดวก และประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกอบรม นอกจากผลการประเมินโดย HITAP ผู้ประเมินได้รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อสร้างความเข้าใจต่อจุดแข็งและจุดอ่อนของโครงการฝึกอบรม โดยการสัมภาษณ์ผู้เข้ารับการฝึกอบรมบางท่าน และจากการจัดประชุมกลุ่มย่อยระหว่างผู้ที่เคยเข้ารับการฝึกอบรม

ยุทธศาสตร์ที่ 3: ในการประเมินยุทธศาสตร์นี้ ผู้ประเมินทบทวนวิธีการคัดเลือกหัวข้องานวิจัยที่ HITAP ดำเนินการ นอกจากนี้ ยังศึกษาขอบเขตและลักษณะของผลงานตีพิมพ์ของ HITAP ผลงานการวิจัยส่วนหนึ่งได้ถูกทบทวนในรายละเอียดในประเด็นคุณภาพของงานวิจัยเหล่านั้น ข้อจำกัดในการประเมินคือ การทบทวนดังกล่าวดำเนินการได้เฉพาะกับเอกสารภาษาอังกฤษเท่านั้น

ยุทธศาสตร์ที่ 4: ในการประเมินการดำเนินการตามยุทธศาสตร์นี้ ผู้ประเมินใช้วิธีการดังต่อไปนี้ในการรวบรวมข้อมูล

1. ทบทวนนโยบายและวัตถุประสงค์ของ HITAP จากเอกสารที่เกี่ยวข้อง (เช่น โครงร่างของโครงการที่เสนอต่อหน่วยงานผู้ให้ทุน รายงานความก้าวหน้า และรายงานประจำปี) ของ HITAP
2. ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์นี้ เช่น ขาวประชาสัมพันธุ์ จดหมาย/เอกสารที่ส่งไปยังกลุ่มเป้าหมายเฉพาะต่าง ๆ เป็นต้น
3. สัมภาษณ์และจัดการประชุมกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม (ก) หัวหน้าโครงการ HITAP พนักงานบัญชี ผู้จัดการโครงการ และ เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ (ข) กลุ่มนักวิจัย ผู้ใช้ผลการวิจัย และผู้ให้ทุน ในสี่โครงการที่เลือกมา (ดูรายชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ใน) ผู้ประเมินเลือกโครงการที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการประเมิน ระดับของการนำผลวิจัยไปใช้ (ระดับจุลภาค ระดับกลาง หรือระดับมหภาค) และ ขอบเขตของกิจกรรม (ระบบบริการสุขภาพ หรือระบบสุขภาพ)
4. สัมภาษณ์บรรยากาศการทำงานของบุคลากร HITAP ทั้งหมด (35 คน) โดยใช้แบบฟอร์มการประเมินบรรยากาศการทำงาน (work group climate assessment form) ที่พัฒนาขึ้นโดย Management Science for Health^{vi}

ผู้ประเมินได้วิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมตามวิธีการที่กล่าวข้างต้น โดยใช้วิธี theme analysis^{vii} และ cross triangulation^{viii} รวมทั้งยังพิจารณาระดับการพัฒนาของ HITAP และระดับที่เป็นไปได้ของการบรรลุผลสำเร็จ (ผลผลิต ผลที่ได้รับ หรือผลกระทบ)

ข้อจำกัดที่สำคัญของวิธีการประเมินดังกล่าว ได้แก่ โครงการและผู้ให้สัมภาษณ์ที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่การวิเคราะห์ไม่ได้เป็นตัวแทนกลุ่ม

3. ข้อค้นพบ

การดำเนินงานของ HITAP มีความก้าวหน้าอย่างชัดเจน หากพิจารณาถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ทั้งสี่ นับตั้งแต่การก่อตั้งในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการพัฒนารากฐานสำหรับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศไทยอย่างเห็นได้ชัด (เช่น ฐานข้อมูล การฝึกอบรม และการพัฒนาศักยภาพ คู่มือการประเมิน) ตลอดจนการนำผลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ในการกำหนดนโยบาย (บัญญัติหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 นโยบายตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติ เป็นต้น)

แม้ว่าจะมีช่วงเวลาทำงานที่สั้น (สองปี) และมีบุคลากรและทรัพยากรด้านการเงินอยู่อย่างจำกัด HITAP สามารถดำเนินงานให้สอดคล้องกับพันธกิจและวิสัยทัศน์ขององค์กร โดยไม่เพียงพัฒนาแนวทางการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักวิชาการเพื่อช่วยชี้นำการพัฒนางานวิจัยในสาขาดังกล่าวอย่างต่อเนื่องและโปร่งใส (ยุทธศาสตร์ที่ 1) แต่ยังมีผลิตงานวิจัยซึ่งประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพจำนวนมาก (ยุทธศาสตร์ที่ 3) ซึ่งมักจะมีผลต่อนโยบายและการปฏิบัติอย่างเห็นได้ชัด (ยุทธศาสตร์ที่ 4) ในขณะเดียวกันก็ได้พัฒนาศักยภาพด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของประเทศ (ยุทธศาสตร์ที่ 2) อีกด้วย

ผลกระทบจากการดำเนินงานของ HITAP มีทั้งในระดับชาติและนานาชาติ โดยได้มีข้อตกลงอย่างเป็นทางการกับหน่วยงานของประเทศเกาหลี (HIRA) และสหราชอาณาจักร (NICE) ตลอดจนสถาปนาวិชาการในต่างประเทศ HITAP สามารถใช้เป็นตัวอย่างในระดับสากล สำหรับประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลางที่สนใจจะจัดตั้งหน่วยงานการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และสำหรับองค์กรด้านการเงินการลงทุนระหว่างประเทศ เช่น ธนาคารโลก ในการทำงานกับประเทศต่างๆทั่วโลก

วิสัยทัศน์และพันธกิจ

HITAP ได้กำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจจากการทบทวนวรรณกรรมและการประชุมระดมสมองของกลุ่มผู้ริเริ่มโครงการ (ปัจจุบันทำหน้าที่เป็นคณะผู้บริหาร HITAP) กับสมาชิกบางท่านในคณะกรรมการที่ปรึกษา^{ix} การทบทวนวรรณกรรมนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตของประเทศไทยในเรื่อง (ก) การพัฒนาการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (ข) การประเมินทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในแง่ของ

ระเบียบวิธีวิจัยและความถูกต้องตามหลักวิชาการ และ (ค) การกำหนดนโยบายและบทบาทของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ผลจากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นจุดอ่อนที่สำคัญของการพัฒนาการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในอดีต เช่น มีการประเมินทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขอยู่น้อยมาก ขาดองค์กรที่ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดยตรง และปัญหาในเรื่องระเบียบวิธีวิจัยบางประการที่นำมาใช้ในการประเมินทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ข้อค้นพบเหล่านี้เป็นประโยชน์ในการกำหนดวิสัยทัศน์ของ HITAP ที่มุ่งไปสู่การมีเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับสังคมไทย นอกจากนี้ ข้อค้นพบดังกล่าวยังช่วยในการกำหนดพันธกิจซึ่งประกอบด้วย (ก) การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการที่โปร่งใสและมีประสิทธิภาพ (ข) พัฒนากลไกและระบบการประเมินที่จะส่งผลต่อการคัดเลือก จัดทำ และบริหารจัดการเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ตลอดจนการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ และ (ค) การพัฒนาแนวความคิดใหม่ของสาธารณชนที่เอื้อต่อการใช้ประโยชน์จากรายงานการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างเต็มที่ และพัฒนาศักยภาพของผู้กำหนดนโยบาย ประชาคมนักวิจัย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง

วิสัยทัศน์และพันธกิจจะไม่มี ความหมาย หากทั้งสองสิ่งนี้ไม่ได้นำไปสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติ โดยอยู่บนพื้นฐานข้อตกลงและความเข้าใจร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งภายในและภายนอกองค์กร การสัมภาษณ์เชิงลึกกับพนักงาน HITAP พบว่าผู้ให้สัมภาษณ์ให้ข้อมูลที่สอดคล้องไปในทางเดียวกัน ซึ่งสะท้อนวิสัยทัศน์และพันธกิจที่มีร่วมกัน กล่าวคือ ทุกคนมีความเห็นตรงกันว่า HITAP เป็นองค์กรไม่แสวงหากำไร ซึ่งประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ เพื่อช่วยในการกำหนดนโยบายที่จะเป็นประโยชน์ต่อสาธารณะสำหรับบุคคลภายนอกแล้ว HITAP มีความเป็นกลาง และเป็นองค์กรที่ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และ/หรือการประเมินนโยบาย โดยใช้การวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์ อย่างไรก็ตาม สำหรับบุคคลภายนอก หน้าที่การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเด่นชัดกว่าการประเมินนโยบาย

วิสัยทัศน์และพันธกิจที่มีร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผลจากกระบวนการที่หลากหลายที่ถูกออกแบบเพื่อสนับสนุนให้คนเหล่านี้มีส่วนร่วม เช่น ในการคัดเลือกหัวข้อวิจัย การดำเนินโครงการวิจัย และการเผยแพร่ข้อค้นพบ ยกตัวอย่างเช่น การเลือกหัวข้อวิจัย^x ซึ่งเชิญหน่วยงานของรัฐ 15 หน่วยงาน รวมทั้งหน่วยงานที่ให้ทุนเพื่อการดูแลสุขภาพ และผู้กำหนดนโยบายในกระทรวงสาธารณสุข โดยมีผู้ตอบรับเข้าร่วมในกระบวนการดังกล่าวถึงร้อยละ 80

เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์และพันธกิจขององค์กร HITAP ได้พัฒนาสี่ยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาระบบพื้นฐาน ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างความรู้โดยการดำเนินกิจกรรมและใช้วิธีการวิจัยที่มีคุณภาพสูง และยุทธศาสตร์ที่ 4 การส่งเสริมการใช้ความรู้ที่เกิดจากการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ทั้งนี้ ผู้ประเมินพบว่า ยุทธศาสตร์ที่เชื่อมโยงกันนี้ เป็นวิธีการเติมเต็มช่องว่างที่เป็นปัญหาสำคัญที่พบจากการทบทวนและวิเคราะห์การพัฒนาการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในอดีต

ยุทธศาสตร์ที่ 1: การพัฒนาแนวทางการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ผู้ประเมินได้แบ่งประเด็นข้อค้นพบจากการวิเคราะห์ยุทธศาสตร์ที่ 1 เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับ HITAP ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบริบทด้านยุทธศาสตร์และนโยบายของ HITAP และประเด็นด้านวิชาการของการประเมินเทคโนโลยีที่ HITAP ดำเนินการ ตามที่ระบุไว้ในคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ก. ประเด็นที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับ HITAP: การพัฒนาแนวทางเกี่ยวกับกระบวนการการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

สิ่งที่ HITAP สามารถพัฒนาได้ในอนาคตอันใกล้เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการสร้างงานวิจัยที่เหมาะสมในเชิงนโยบายและเพิ่มการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ได้แก่ การพัฒนากระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ทั้งนี้ การใช้วิธีการปรึกษาหารือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มอย่างเท่าเทียมและทั่วถึง เช่นเดียวกับที่ได้ดำเนินการในการพัฒนาแนวทางด้านวิธีการประเมินเทคโนโลยีที่ได้กล่าวถึงแล้ว จะช่วยให้ทำให้เกิดความชัดเจนในแง่มุมต่างๆ เช่น:

- นโยบายอย่างเป็นทางการของ HITAP สำหรับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย:
 - การระบุผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักในสังคมไทย และหลักการและเหตุผลที่สนับสนุนว่าเหตุใดคนเหล่านี้ควร (หรือไม่ควร) เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของ HITAP

- การบรรยายถึงวิธีการที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเหล่านี้เข้ามามีส่วนร่วม เช่น ด้วยการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ การขอคำปรึกษาหารือทางจดหมาย/อีเมล การขอความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ การสังเกตการณ์ในการประชุม การเข้าร่วมในคณะกรรมการ สิทธิที่จะอุทธรณ์/คัดค้านการตัดสินใจ คณะลูกขุนภาคประชาชน (citizen's juries) และการสำรวจความคิดเห็นภายหลังการถกแถลงอย่างรอบด้าน (deliberative polling)
- การพัฒนากระบวนการเพื่อให้ข้อเสนอจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้รับการพิจารณาและมีผลต่อการตัดสินใจ และ HITAP ต้องนำเอาข้อเสนอดังกล่าวมาพิจารณาและแจ้งผลการพิจารณาต่อผู้เสนอ เช่น การจัดทำข้อกำหนดให้มีการตีพิมพ์เผยแพร่ทุกข้อเสนอจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและความเห็นของ HITAP ที่มีต่อข้อเสนอเหล่านั้น การจัดทำมีกระบวนการพิจารณาทบทวน (peer review) อย่างเป็นอิสระโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อเป็นหลักประกันว่าได้มีการพิจารณาที่เหมาะสมและมีเหตุผลในการยอมรับหรือปฏิเสธข้อเสนอมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- กระบวนการโต้แย้ง เช่น การอุทธรณ์ต่อข้อเสนอแนะจากการประเมินเทคโนโลยีของ HITAP เมื่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจ
 - มูลเหตุแห่งการอุทธรณ์
 - การจัดการกับการอุทธรณ์ รวมถึงกระบวนการที่เหมาะสมเพื่อให้มั่นใจว่า HITAP รับฟังและปรับปรุงข้อเสนอแนะของตนเมื่อมีความจำเป็น
- นโยบายการสื่อสารและเผยแพร่ผลงานของ HITAP เช่น การเข้าถึงสื่ออิเล็กทรอนิกส์ สิ่งพิมพ์ ข้อเสนอแนะที่ได้จากการประเมินเทคโนโลยีที่จัดทำขึ้นสำหรับบุคคลทั่วไปที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ การประชุมเชิงปฏิบัติการเฉพาะเรื่อง เนื่องจากได้มีการใช้วิธีการเหล่านี้ไปแล้วในปัจจุบัน ความท้าทายคือการใช้วิธีการดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- วิธีการที่จะนำทัศนคติและบรรทัดฐานทางสังคม เช่น หลักการด้านความเสมอภาคและหลักจริยธรรม ซึ่งไม่อยู่บนพื้นฐานแนวคิดเชิงบรรทัดฐานมาพิจารณาในกระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

ข. ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับรัฐบาล: การจัดตั้งโครงสร้างอย่างเป็นทางการเพื่อให้งานวิจัยมีผลต่อนโยบาย

ในปัจจุบัน การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพมีผลกระทบต่อนโยบายอย่างเป็นทางการ ผ่านทางการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ และหน่วยงานต่าง ๆ ที่ใช้ประโยชน์จากงานวิจัยของ HITAP เช่น สำนักงานกองทุน

สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ คณะอนุกรรมการสิทธิประโยชน์ของระบบประกันทั้งสาม (โครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาของข้าราชการซึ่งเป็นระบบที่มีผลต่อสังคมในระดับที่น้อยกว่าสองโครงการแรก) หากมีการนำบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเทคโนโลยีในพระราชบัญญัติเครื่องมือแพทย์ พ.ศ. 2551 มาบังคับใช้ และมีการออกกฎหมายเกี่ยวกับยาในประเด็นที่คล้ายกัน ก็จะส่งผลให้เกิดการนำผลการวิจัยไปสู่การกำหนดนโยบายได้อย่างมีนัยสำคัญ

ด้วยการสนับสนุนจากผู้กำหนดนโยบายบางท่าน HITAP ได้มีส่วนในการกำหนดนโยบายอย่างชัดเจนอย่างไรก็ตาม กลไกดังกล่าวเป็นไปแบบเฉพาะกิจและไม่มีความยั่งยืน แม้ว่าภารกิจที่ได้รับมอบหมายอย่างเป็นทางการและกฎข้อบังคับอาจไม่ได้ช่วยให้เกิดการนำหลักฐานทางวิชาการไปใช้ในการกำหนดนโยบายเสมอไป แต่ปัจจุบันความสามารถของ HITAP ที่จะมีบทบาทในการกำหนดนโยบายระดับชาติและชี้แนะให้ผู้กำหนดนโยบายใช้หลักฐานทางวิชาการในการตัดสินใจเชิงนโยบาย (ซึ่งอาจจะเป็นประเด็นที่หลายฝ่ายมีความเห็นไม่ตรงกัน) ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการระหว่าง HITAP และองค์กรที่กำหนดนโยบายเป็นหลัก ความสัมพันธ์เช่นนี้ยังเป็นตัวกำหนดเงินทุนที่ HITAP ได้รับในปัจจุบัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในอนาคต

เพื่อให้การใช้ทุนสนับสนุนจากภาครัฐในกิจกรรมของ HITAP เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ และเพื่อเพิ่มความปลอดภัยและความรับผิดชอบต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านสุขภาพ รวมทั้งเพื่อเป็นหลักประกันว่าการตัดสินใจเหล่านี้ดำเนินการด้วยมาตรฐานและเป็นแบบแผนเดียวกันในทุกสาขาของนโยบายสุขภาพ จำเป็นต้องมีการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและมีโครงสร้างที่ชัดเจนมากขึ้น (แต่ไม่จำเป็นต้องมีข้อบังคับทางกฎหมาย) นอกจากนี้ โครงสร้างที่เป็นทางการดังกล่าวจะช่วยทำให้หัวข้อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ HITAP เลือกจะตรงกับความต้องการเชิงนโยบายมากขึ้น ตลอดจนจะเพิ่มขีดความสามารถของผู้กำหนดนโยบายในการใช้หลักฐานจากการประเมินเพื่อประกอบการตัดสินใจ ในประการสุดท้าย โครงสร้างที่ชัดเจนจะทำให้พัฒนาการติดตามผลกระทบจากงานวิจัยของ HITAP ซึ่งจะทำให้ทั้ง HITAP และผู้กำหนดนโยบายมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวมมากขึ้น กลไกการรวบรวมข้อมูลผลกระทบและใช้ประโยชน์จากข้อมูลเช่นนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการทบทวนและปรับปรุงบทบาทด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศไทย เพื่อที่ผู้กำหนดนโยบายจะได้นำมาใช้ในการพิจารณาสร้างความสัมพันธ์เข้มแข็งกับ HITAP ในอนาคต

ค. ข้อคิดเห็นเฉพาะต่อประเด็นด้านวิชาการและขั้นตอนของการประเมิน

- (1) ควรจัดการให้มีความชัดเจนในเรื่องการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการประเมินให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการกำหนดตารางเวลาและกระบวนการสำหรับกิจกรรมดังกล่าว
- (2) ควรจัดการทบทวนผลการประเมินแต่ละโครงการอย่างชัดเจน รวมทั้งกำหนดปัจจัยที่ชี้ว่าถึงเวลาที่สมควรปรับปรุงงานวิจัยเหล่านั้น (เช่น มีการตีพิมพ์ผลการศึกษาใหม่ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง)
- (3) คู่มือการประเมินเทคโนโลยีฉบับปัจจุบัน แนะนำให้ใช้เวชปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในปัจจุบัน (หรือปฏิบัติอยู่โดยทั่วไป) เป็นเทคโนโลยีเปรียบเทียบ โดยมีข้อยกเว้นบางประการ อย่างไรก็ตาม การทำเช่นนี้มีความเสี่ยงที่จะสนับสนุนให้เวชปฏิบัติที่ไม่มีประสิทธิภาพยังคงดำเนินต่อไป (เช่น ในกรณีเทคโนโลยีที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีการกระจายอย่างไม่เหมาะสม)
- (4) นักวิจัยของ HITAP ได้มีการประชุมร่วมกับผู้กำหนดนโยบายเพื่ออภิปรายเกี่ยวกับหลักฐาน และการจัดทำข้อเสนอแนะจากการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพหรือไม่ หากเป็นเช่นนั้น การประชุมดังกล่าวเปิดเผยต่อสาธารณะหรือไม่ และมีการเผยแพร่หลักฐานทุกอย่างที่นำมาพิจารณาต่อสาธารณะหรือไม่
- (5) ในการวิเคราะห์ทุนมนุษย์ (human capital approach) สำหรับการประเมินต้นทุนผลิตภาพ (productivity costs) ได้มีการพิจารณาถึงประเด็นความเป็นธรรมและประสิทธิภาพ ที่เกิดจากการนับซ้ำ (double counting) และความเป็นไปได้ที่เกิดจากการประมาณต้นทุนประสิทธิผลของเทคโนโลยีที่สูงเกินจริงหรือไม่
- (6) คู่มือการประเมินฉบับปัจจุบันแนะนำให้ใช้การวิเคราะห์ความไวโดยใช้ความน่าจะเป็น (Probabilistic Sensitivity analysis) อย่างเต็มรูปแบบ ในทุกกรณีที่เป็นไปได้ และการนำรูปแสดงระดับความคุ้มค่าที่ยอมรับได้ (Cost-Effectiveness Acceptability Curves, CEACs) มาใช้ในการวิเคราะห์ อย่างไรก็ตาม ยังคงมีปัญหาด้านข้อมูลและทักษะเชิงวิชาการในการจัดทำและผู้แปลผล CEACs รวมทั้งมีความเสี่ยงที่ผู้กำหนดนโยบายจะใช้ CEACs ในการประเมินผลกระทบจากการใช้เทคโนโลยีที่ไม่ก่อให้เกิดผลประโยชน์สุทธิสูงสุด
- (7) HITAP มีวิธีการอย่างไรในการใช้ข้อมูลที่ยังคงถูกเก็บเป็นความลับอันเนื่องมาจากเหตุผลด้านวิชาการและด้านการค้า
- (8) ในกรณีการประเมินเทคโนโลยีชนิดใหม่ที่มีความไม่แน่นอนเป็นอย่างมาก HITAP ได้เคยพิจารณาแนะนำนโยบายการให้ความครอบคลุมเทคโนโลยีด้านสุขภาพแบบมีเงื่อนไข (เฉพาะในการวิจัย) โดยอาศัยการผลิตหลักฐานในบริบทของการทดลอง หรือไม่

- (9) HITAP มีนโยบายเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อนอย่างไร การทับซ้อนของผลประโยชน์ได้รับการนิยาม ประกาศ และจัดการอย่างไร นโยบายนี้นำมาใช้กับบุคคลใด
- (10) ภาคธุรกิจมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการวิจัยและการแปรผลงานวิจัยอย่างไร ใครควรรับภาระของการ พิสูจน์เมื่อมีผู้วิจัย พัฒนาและผลิตเทคโนโลยีหนึ่ง ๆ มีความเป็นไปได้หรือไม่ที่จะใช้ผลการประเมินที่ ดำเนินการโดยภาคอุตสาหกรรมเพื่อแก้ไขปัญหานั้นเองมาจากข้อจำกัดของทรัพยากรในการทำวิจัย ของ HITAP ในกรณีเช่นนั้น จะมีการจัดการในเรื่องความเสี่ยงที่จะเกิดจากอคติอย่างไร
- (11) สถาบันการศึกษามีบทบาทเกี่ยวข้องกับการวิจัยและการแปรผลงานวิจัยอย่างไร ควรทำให้เกิดความ สมดุลระหว่างการทำวิจัยภายใน HITAP กับการให้องค์การภายนอกเป็นผู้ดำเนินการวิจัยอย่างไร

ยุทธศาสตร์ที่ 2: การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

การประเมินบริบท

- วัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ที่ 2 คือการพัฒนาศักยภาพและความสามารถของนักวิจัย เพื่อให้สอดคล้อง กับพันธกิจของ HITAP เนื่องจากยุทธศาสตร์นี้มุ่งที่จะปรับปรุงศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ในการ ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพอันเป็นรากฐานสำคัญที่จะทำให้บรรลุพันธกิจ
- กิจกรรมย่อย เช่น การฝึกอบรมระหว่างการปฏิบัติงานโดยมีนักวิจัยอาวุโสเป็นที่ปรึกษา การให้ ทุนการศึกษา การสัมมนาและฝึกอบรมนอกสถานที่ การจัดเสวนาวิชาการ (journal club) และการ ประชุมประจำเดือนของสำนักงานเป็นวิธีการที่จะช่วยให้ HITAP บรรลุวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์ที่ 2 ทุกรายก็ตาม กิจกรรมเหล่านี้แต่ละกิจกรรมได้ก่อให้เกิดประโยชน์ที่แตกต่างกันไป

การประเมินผลปัจจัยนำเข้า

- ในแง่ของงบประมาณ HITAP ได้ให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์ที่ 2 เป็นอย่างมาก โดยจัดสรร งบประมาณถึงร้อยละ 21.7ของงบประมาณ 3 ปี ที่ได้จากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ สำหรับการดำเนินยุทธศาสตร์นี้ (ส่วนแบ่งมากเป็นอันดับสองเมื่อเทียบกับยุทธศาสตร์อื่นๆ)
- ในช่วงหนึ่งปีครึ่งหลังการจัดตั้ง มีงบประมาณคงเหลือเป็นจำนวนมาก (ประมาณร้อยละ 37 ของ งบประมาณ 3 ปี) การมีเงินเหลือจ่ายสามารถตีความว่าเป็นสัญญาณการใช้งบประมาณอย่างไม่มี ประสิทธิภาพ หรือ HITAP สามารถหาแหล่งทุนอื่นในการดำเนินยุทธศาสตร์ที่ 2 หรือทั้งสองประการ

แม้ว่าในขณะที่ยังเร็วเกินไปที่จะประเมินประสิทธิภาพของการใช้งบประมาณ แต่ HITAP จำเป็นที่จะต้องเฝ้าระวังและประเมินการใช้งบประมาณขององค์กรในอนาคต

- ในปี พ.ศ. 2552 คณะนักวิจัยของ HITAP ประกอบด้วยนักวิจัยอาวุโส 5 คน (2 คนทำงานเต็มเวลา) และนักวิจัย 21 คน (โดย 14 คนทำงานเต็มเวลา) หัวหน้าโครงการ HITAP เป็นหนึ่งในนักวิจัยอาวุโสซึ่งไม่เพียงแต่ต้องทำงานบริหารแต่ยังต้องมีส่วนร่วมในทุกโครงการวิจัยของ HITAP
- HITAP มีคณะนักวิจัยที่มีคุณภาพค่อนข้างสูง โดยร้อยละ 75 มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทเป็นอย่างน้อย และในจำนวนนี้ ร้อยละ 25 จบการศึกษาระดับปริญญาเอก (ทั้งหมด ยกเว้นเพียง 1 ท่าน เป็นนักวิจัยอาวุโส) แต่ถึงวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอก นักวิจัยเกือบทั้งหมดขาดประสบการณ์วิจัย โดยเฉพาะนักวิจัยที่ไม่มีวุฒิปริญญาเอกจะมีประสบการณ์วิจัย (รวมเวลาที่ทำงานกับ HITAP) 2.9 ปี นอกจากนี้ พื้นฐานการศึกษาของนักวิจัยยังมีความหลากหลาย (เภสัชศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ ประชากรและวิจัยสังคม เวชศาสตร์ชุมชน, บริหาร, สื่อสารมวลชน เป็นต้น) การที่มีนักวิจัยวิจัยที่ยังขาดประสบการณ์และมีพื้นฐานหลากหลายเช่นนี้อาจทำให้กระบวนการพัฒนาขีดความสามารถโดยรวม และผลผลิตงานวิจัยของ HITAP เป็นไปด้วยความล่าช้า
- ในขณะที่จำนวนโครงการวิจัยเพิ่มมากขึ้น แต่จำนวนนักวิจัยไม่ได้เปลี่ยนแปลงตามไปด้วย โดยเฉพาะนักวิจัยอาวุโส นอกเหนือจากหัวหน้าโครงการ จะมีส่วนร่วมในโครงการวิจัย 5.3 โครงการในปี พ.ศ. 2550 และ 6.5 โครงการในปี พ.ศ. 2551 โดยเฉพาะแล้วนักวิจัยหนึ่งคนมีส่วนร่วมในโครงการวิจัยประมาณ 2.1 โครงการในปี พ.ศ. 2550 และ 2.9 โครงการในปี พ.ศ. 2551 การเพิ่มขึ้นของภาระงานทำให้เกิดข้อควรพิจารณาที่สำคัญคือ เวลาให้คำปรึกษาที่จัดสรรให้แก่ักวิจัยจะพอเพียงหรือไม่ และมีนักวิจัยอาวุโสพอเพียงหรือไม่ ในประเด็นดังกล่าว นักวิจัยร้อยละ 28.6 (ทั้งหมดยังขาดประสบการณ์) เห็นว่ามีนักวิจัยอาวุโสยังไม่พอเพียง
- ส่วนใหญ่ของนักวิจัย HITAP พอใจกับเงินเดือนที่ได้รับ แม้ว่าจำนวนเงินจะต่ำกว่าภาคเอกชนอย่างชัดเจน แต่การให้สิ่ง ชดเชยที่ไม่อยู่ในรูปตัวเงิน เช่น ความก้าวหน้าในสายอาชีพการวิจัยด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพและทุนการศึกษาสามารถลดผลที่เกิดจากเงินเดือนที่น้อยกว่าภาคเอกชนได้ และดึงดูดให้นักศึกษาปริญญาตรีและปริญญาโทมาทำงานร่วมกับ HITAP
- นักวิจัยส่วนใหญ่คิดว่าสิ่งอำนวยความสะดวกในการวิจัยของ HITAP มีอยู่อย่างเพียงพอ^{xi} ในขณะที่นักวิจัยในสัดส่วนที่มีนัยสำคัญเห็นว่าการสนับสนุนการวิจัยยังไม่เพียงพอ จากการสัมภาษณ์และจากแบบสอบถาม พบว่าคุณภาพของบุคลากรฝ่ายสนับสนุนก็เป็นปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง

การประเมินกระบวนการ

- ในภาพรวม ทุกกิจกรรมย่อยในยุทธศาสตร์ที่สองเป็นวิธีการที่ช่วยในการเพิ่มทักษะและความรู้ด้านการวิจัย รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการถ่ายทอดความรู้ในกลุ่มนักวิจัย อย่างไรก็ตาม ประโยชน์ที่เกิดจากแต่ละกิจกรรมย่อยมีระดับแตกต่างกัน
- ทุกคนให้ความเห็นตรงกันว่า การฝึกอบรมด้วยการปฏิบัติงานจริง โดยมีนักวิจัยอาวุโสคอยสอนและให้คำปรึกษาเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลมากที่สุด ความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากปัจจัยสำคัญ เช่น ภาวะความเป็นผู้นำที่เข้มแข็งของหัวหน้าโครงการ และความสัมพันธ์อันดีที่พี่น้องระหว่างนักวิจัยอาวุโสและนักวิจัย ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดขึ้นจากบุคลิกภาพของทั้งสองฝ่าย ตลอดจนลักษณะองค์กรแบบแนวราบ (flat organization) ของ HITAP อย่างไรก็ตาม ภาระงานของนักวิจัยอาวุโสที่ค่อนข้างมากเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการฝึกอบรม เนื่องจากบางครั้งนักวิจัยอาวุโสไม่สามารถสนองตอบต่อความต้องการของนักวิจัยได้ทันที
- การจัดเสวนาวิชาการ (Journal club) การสัมมนาและฝึกอบรมนอกสถานที่ และการประชุมประจำเดือนของโครงการมีประสิทธิผลน้อยกว่าการฝึกอบรมด้วยการปฏิบัติงานจริง ทั้งนี้เป็นเพราะนักวิจัยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวได้อย่างสม่ำเสมอเนื่องจากภาระงานของแต่ละคน นอกจากนี้ บางหัวข้อของการเสวนาไม่เกี่ยวข้องโดยตรงและไม่มีประโยชน์ต่องานของนักวิจัยที่เข้าร่วมฟังทำให้ไม่สามารถอภิปรายกับผู้อื่นได้เต็มที่ อีกทั้งไม่มีเวลาเตรียมตัวสำหรับการประชุม บ่อยครั้งที่ผู้เข้าร่วมในการประชุมประจำเดือนของโครงการพบว่าการนำเสนอความคืบหน้าของงานของเพื่อนร่วมงานไม่มีประโยชน์โดยตรงต่องานของตน
- เป็นที่แน่ชัดว่า การให้ทุนการศึกษาแก่นักวิจัยจะช่วยพัฒนาศักยภาพของ HITAP ในระยะยาว ในปัจจุบัน HITAP ให้ทุนการศึกษาในต่างประเทศจำนวน 3 ทุน (เป็นทุนระดับปริญญาเอก 2 ทุน และระดับปริญญาโท 1 ทุน) และทุนการศึกษาภายในประเทศ 2 ทุน (ระดับปริญญาโททั้งสองทุน) ทั้งนี้ ผู้รับทุนต้องกลับมาทำงานที่ HITAP เมื่อสำเร็จการศึกษา

การประเมินผลผลิต

ในภาพรวม บริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการของยุทธศาสตร์ที่ 2 ให้ผลผลิตที่น่าพอใจดังต่อไปนี้:

- นักวิจัยเกือบทั้งหมด ยกเว้นเพียงหนึ่งคน (นักวิจัยวุฒิปริญญาเอกผู้มีประสบการณ์ 8-10 ปี) เห็นว่าการทำงานกับ HITAP ช่วยพัฒนาทักษะการวิจัยของตน

- ทักษะของนักวิจัยพัฒนาขึ้น โดยเห็นได้ว่านักวิจัยสามารถทำงานวิจัยให้แก่ HITAP ได้มากขึ้น ในปี พ.ศ. 2551 นักวิจัยรุ่นเยาว์บางคนเริ่มที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตั้งแต่ระยะแรก เช่น การกำหนดคำถามในงานวิจัยและการเขียนโครงร่างการวิจัย (proposal) นอกจากนี้ นักวิจัยรุ่นเยาว์ 4 คนได้เป็นนักวิจัยหลัก (principal investigator)

ถึงแม้จะประสบความสำเร็จในระยะแรก แต่การที่มีนักวิจัยอาวุโสไม่เพียงพอและนักวิจัยที่ยังไม่มีประสบการณ์มีภาระงานเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้เกิดปัญหาในการบริหารจัดการโครงการ จำนวนโครงการที่ล่าช้ามีมากขึ้นตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2551 ปัญหานี้เริ่มรุนแรงมากขึ้น และมีความเป็นไปได้ที่จะเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา HITAP ในอนาคต

การอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่จัดโดย HITAP

- ในภาพรวม การอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุขมีประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมการฝึกอบรม ผู้เคยเข้ารับการฝึกอบรมพอใจกับคุณภาพของเนื้อหา เจ้าหน้าที่ วิทยากร สิ่งอำนวยความสะดวก และประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกอบรม ดังนั้นการอบรมดังกล่าวจึงเป็นวิธีที่จะช่วยเพิ่มความสามารถในการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพภายนอก HITAP อย่างไรก็ตาม จากการสนทนากลุ่ม พบว่ายังมีข้อควรปรับปรุง เช่น ค่าธรรมเนียมที่กำหนดสูงเกินไปสำหรับผู้ที่ต้องการการอบรมเป็นอย่างมาก ระยะเวลาการอบรมสั้นเกินไปเมื่อเทียบกับขอบเขตเนื้อหา หลักสูตรไม่ได้ให้รายละเอียดที่สำคัญ เช่น รายชื่อหนังสือหรือเอกสารอ่านประกอบ
- ในขณะเดียวกัน การฝึกอบรมในโครงการนี้เป็นภาระที่เพิ่มขึ้นของ HITAP เมื่อพิจารณาปัญหางานวิจัยล่าช้าที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ยังไม่ชัดเจนว่าผลประโยชน์ต่อสังคมที่เกิดจากการอบรมจะมากกว่าต้นทุนที่เกิดขึ้นกับ HITAP หรือไม่ HITAP ควรชั่งน้ำหนักต้นทุนกับผลประโยชน์ที่เกิดจากการลงทุนของการฝึกอบรมอย่างรอบคอบ และปรับปรุงโครงการอบรมในสิ่งที่จำเป็น

ยุทธศาสตร์ที่ 3: การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้กำหนด

นโยบาย

จากรายละเอียดของโครงการวิจัยของ HITAP ทั้งที่แล้วเสร็จและที่อยู่ระหว่างดำเนินการ กล่าวได้ว่า งานของ HITAP มีปริมาณที่เห็นได้เด่นชัด นับถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2551 มีโครงการที่ดำเนินการแล้วเสร็จจำนวน 15 โครงการ และไม่น้อยกว่า 24 โครงการกำลังดำเนินการอยู่ ซึ่งทั้งหมดครอบคลุมสาขาและประเด็นต่างๆ อย่างกว้างขวาง

- การวินิจฉัยโรค เช่น ชุดทดสอบเอชไอวีอย่างรวดเร็วด้วยสารคัดหลั่งในเยื่อช่องปาก และบทบาทของ PET-CT
- การรักษาด้วยการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดผ่านกล้อง การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด และการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียม
- นโยบายเชิงกฎหมาย เช่น มาตรการใช้สิทธิตามสิทธิบัตรยา (compulsory licensing) และมาตรการควบคุมราคา
- การรักษาด้วยยา เช่น ยากลุ่ม cholinesterase inhibitors สำหรับโรคอัลไซเมอร์ และการรักษาโรคตับอักเสบเรื้อรังชนิด B และ C
- การสาธารณสุข เช่น การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก และต้นทุนและผลกระทบที่เกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย
- วิธีการวิจัยเพื่อประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เช่น การศึกษาบรรทัดฐานการประเมินความคุ้มค่าของสังคมต่อการลงทุนทางการแพทย์และสาธารณสุข ต้นทุนมาตรฐานของการบริการสุขภาพ และการวัดน้ำหนักอรรถประโยชน์ของคุณภาพชีวิตในรูปแบบต่างๆ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของการใช้ทรัพยากรสาธารณสุขในประเทศไทย

แม้ว่าหลายโครงการจะมีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมสาขาของงานวิจัยอีกเป็นจำนวนมาก จากการทบทวนเอกสารที่มีอยู่ไม่สามารถประเมินระยะเวลาดำเนินการของแต่ละโครงการและระยะเวลาที่นักวิจัยได้ใช้ไปสำหรับโครงการเหล่านั้น เป็นที่แน่ชัดว่า การดำเนินกิจกรรมที่มีขอบเขตกว้างขวางเช่นนี้จะยั่งยืนได้ก็ด้วยการบริหารจัดการอย่างเยี่ยมยอดและความรับผิดชอบในระดับสูงของนักวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การเลือกหัวข้องานวิจัยนับเป็นเป็นโอกาสที่ดีที่จะเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมของ HITAP ทั้งนี้ อยู่บนสมมติฐานที่ว่า หัวข้องานงานวิจัยที่หน่วยงานหนึ่งๆ เสนอมา จะต้องไม่ถูกละทิ้งในทุกครั้งที่มีการจัดการคัดเลือก จะเห็นได้ว่ามีความพยายามอย่างมากที่จะทำให้กระบวนการมีความโปร่งใสและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีความโปร่งใสในขั้นตอนการคัดเลือก แต่ก็ไม่ชัดเจนว่า HITAP มีวิธีการจัดการอย่างไรในกรณีที่มีข้อโต้แย้งเกิดขึ้น นอกจากนี้ อาจมีข้อสงสัยว่าความไม่ยืดหยุ่นของขั้นตอนการคัดเลือกหัวข้องานวิจัยที่กำหนดไว้จะเป็นผลเสียต่อการทำงานของ HITAP เช่น ในกรณีที่มีผู้ให้ทุนสนับสนุนจากภายนอกขอให้ HITAP ทำวิจัยในเรื่องที่น่าสนใจ หรือการตอบสนองต่อประเด็นทางนโยบายที่เกิดขึ้นในเวลาที่เหมาะสม

ขอบเขตที่กว้างของโครงการวิจัยที่แล้วเสร็จและที่ยังดำเนินอยู่ กิจกรรมการเผยแพร่ผลงานวิจัยที่หลากหลาย โครงการฝึกอบรมที่จัดโดย HITAP และการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการคัดเลือกหัวข้องานวิจัย เป็นหลักฐานแสดงถึงความสำเร็จของ HITAP ในการทำงานร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง ประเด็นนี้ควรได้รับการบันทึกไว้เป็นเอกสาร โดยแสดงรายละเอียดของโครงการ และระบุถึงบุคคลผู้ให้ความร่วมมือและหน่วยงานที่บุคคลเหล่านั้นสังกัดอยู่ ซึ่งส่วนนี้ของยุทธศาสตร์ที่ 3 เป็นส่วนที่ HITAP ควบคุมได้ น้อยที่สุด HITAP อาจจะสามารถกระตุ้นให้มีความร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง แต่ความร่วมมือจะเกิดขึ้นและสำเร็จได้ต้องอาศัยความต้องการและความสามารถของผู้กำหนดนโยบายที่จะใช้ประโยชน์จากข้อมูลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ทั้งนี้ HITAP พยายามสร้างความต้องการและความสามารถดังกล่าว โดยส่วนหนึ่งผ่านทางโครงการฝึกอบรมที่ HITAP จัดขึ้น วิธีการที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งในการคงไว้ซึ่งความร่วมมือได้แก่ การเผยแพร่ผลการวิจัยที่มีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการเชิงนโยบาย

HITAP ตีพิมพ์บทความในวารสารวิชาการ 23 เรื่อง โดยเป็นการตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการระดับนานาชาติและภายในประเทศอย่างละเท่าๆ กัน อีก 3 บทความอยู่ระหว่างการตีพิมพ์ และ 12 บทความอยู่ในขั้นตอนการทบทวนโดยวารสาร ผลผลิตดังกล่าวเป็นสิ่งสะท้อนระดับการพัฒนาของ HITAP และผลกระทบที่จะเกิดจากความล่าช้าในการตีพิมพ์ ในปัจจุบัน HITAP ตีพิมพ์บทความในขอบเขตของวารสารที่ค่อนข้างแคบ เนื่องจากงานของ HITAP มีขอบเขตกว้างขวาง จึงเป็นการเหมาะสมและมีประโยชน์ หาก HITAP ตีพิมพ์ผลงานในขอบเขตของวารสารที่กว้างกว่าเดิม นอกจากนี้ เป็นไปได้ว่าจะเกิดปัญหาในการจัดสรรเวลาที่นักวิจัยมีอยู่อย่างจำกัดระหว่างการทำตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารวิชาการกับการจัดทำรายงาน เพื่อให้ข้อมูลสำหรับการตัดสินใจในเชิงนโยบาย กล่าวคือ มีต้นทุนค่าเสียโอกาสจากการที่นักวิจัยต้องใช้

ความพยายามเป็นอย่างมากในการตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการ เนื่องจากทำให้ HITAP มีความสามารถ
น้อยลงในการให้ข้อมูลที่ทันเวลาในเรื่องเกี่ยวกับการตัดสินใจเชิงนโยบายอย่างรวดเร็วและมีประเด็นที่
หลากหลาย นอกจากนี้ การตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการจะถูกกำหนดโดยระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ซึ่งมักจะ
สนับสนุนให้ใช้วิธีการใหม่ๆ และสลับซับซ้อน แต่ลักษณะเช่นนี้ไม่ใช่ความจำเป็นในกรณีการให้ข้อมูลเพื่อ
ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านสุขภาพระดับประเทศ ซึ่งการใช้วิธีการวิจัยที่ไม่มีความซับซ้อนอาจ
เป็นการง่ายในการทำความเข้าใจและได้รับการยอมรับ

อย่างไรก็ตาม การตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการที่ต้องผ่านพิจารณาโดยผู้ทบทวนยังคงมีความสำคัญด้วย
เหตุผลหลายประการ

- การตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการเป็นแหล่งสำคัญที่จะได้รับคำวิจารณ์และข้อเสนอแนะ ซึ่งมี
บทบาทอย่างมากในการพัฒนาคุณภาพของงานวิจัย
- การทดสอบซ้ำโดยผู้ทบทวนเป็นวิธีการที่จะรักษาและเพิ่มมาตรฐานการวิจัย เนื่องจากมีการ
ยกระดับมาตรฐานข้อกำหนดของการให้ทุนการศึกษาทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การตีพิมพ์ผลงาน
ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติ จะบังคับให้นักวิจัย HITAP มีการพัฒนาอยู่ตลอดเวลา
- การตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยแต่ละคน
- การตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการเป็นช่องทางที่จะสร้างความร่วมมือทั้งในและต่างประเทศที่มี
ประโยชน์ ซึ่งมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งสำหรับนักวิจัย HITAP ที่สังกัดมหาวิทยาลัย
- การตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการสนับสนุนให้เกิดการแบ่งปันข้อมูลและผลการวิจัย

ยุทธศาสตร์ที่ 4: การบริหารจัดการและกระบวนการสำหรับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

- ข้อค้นพบของผู้ประเมินแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของผลที่ได้รับจากโครงการต่างๆ ที่ HITAP
คัดเลือกมาดำเนินการ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลชี้ว่า โครงการที่ทำให้เกิดผลกระทบใน
ระดับต่ำที่สุด ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ของการผ่าตัดฝังประสาทหูเทียมสำหรับ
ผู้หูหนวกสนิททั้งสองข้างในประเทศไทย และ 2) การทบทวนนโยบายควบคุมการบริโภคเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์ในประเทศไทยและบทบาทของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่ง
ประสบผลสำเร็จในการยกระดับการรับรู้และการยอมรับของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นอกจากนี้จากการ

สำรวจเว็บไซต์ของ HITAP พบว่า ฐานข้อมูลบทความทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศไทยซึ่งพัฒนาโดย HITAP ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับการเข้ามาเยี่ยมชมมากกว่าหนึ่งพันครั้งในแต่ละเดือน ระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2551 มีจำนวนสมาชิก 152 คน (ข้อมูลเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2551) ซึ่งชี้ว่า อย่างน้อย ฐานข้อมูลของ HITAP เป็นที่ยอมรับของผู้เข้ามาเยี่ยมชมในจำนวนมากพอสมควร

- ในระดับสูงขึ้นมา ผู้กำหนดนโยบายได้ใช้ข้อมูลจากโครงการศึกษาด้านทุนทางเศรษฐกิจของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย ในการสนับสนุนกระบวนการกำหนดนโยบายซึ่งนำไปสู่การออกกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในปี พ.ศ. 2551 ในขณะเดียวกัน โครงการพัฒนายุทธศาสตร์ทางนโยบายที่เหมาะสมสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยประสบความสำเร็จในการชี้แนะกระบวนการกำหนดนโยบายโดยนำไปสู่โครงการนำร่องของกรมอนามัย ซึ่งผสมผสานการตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA และ Pap smear เพื่อตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยความสัมพันธ์อย่างแน่นแฟ้นกับผู้กำหนดนโยบาย HITAP ยังช่วยประสานนโยบายระหว่างกรมอนามัยและกรมการแพทย์ในการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้เสียแสดงให้เห็นว่า “การประเมินศักยภาพของการเสนอบริการให้คำปรึกษาและตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีเป็นบริการพื้นฐานในโรงพยาบาลชุมชนในประเทศไทย” ส่งผลให้มีการนำ VDO ที่เป็นต้นแบบซึ่งได้ทดสอบแล้วมาใช้ในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครหลายแห่ง
- ตามที่ปรากฏในเอกสาร ความสำเร็จที่สำคัญประการหนึ่งของ HITAP ในการสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายด้านยา ได้แก่ การพัฒนาแนวทางการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเพื่อใช้ในระดับประเทศ ซึ่งคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญญัติยาหลักแห่งชาติได้ให้การรับรองแนวทางดังกล่าวอย่างเป็นทางการ^{xii} ร่างบทความฉบับหนึ่งของ HITAP ชี้ว่า การวิจัยเพื่อประเมินเทคโนโลยีที่ดำเนินการแล้วเสร็จระหว่าง พ.ศ. 2550-2551 จำนวน 10 เรื่อง จากจำนวนทั้งหมด 12 เรื่อง ได้ถูกนำไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับบัญญัติยาหลักแห่งชาติ^{xiii} สัดส่วนของ “รายงานซึ่งตรงกับความต้องการของตลาด (marketable reports)” หรืองานวิจัยที่เป็นที่ต้องการในการกำหนดนโยบาย ซึ่งสูงถึงร้อยละ 83 นี้ เป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดเมื่อเปรียบเทียบกับผลจากการวิเคราะห์เชิงปริมาณซึ่งชี้ว่า สัดส่วนของงานวิจัยในลักษณะเดียวกันในยุโรป มีค่าประมาณร้อยละ 70^{xiv}

- การบรรลุผลสำเร็จในระดับต่างๆ ในการสนับสนุนให้มีการใช้ความรู้ทางการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพตามที่กล่าวแล้ว ไม่ได้เกิดจากการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนเท่านั้น แต่เป็นผลจากการมีแผนที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งส่วนมากเกิดจากการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการประชุมระดมสมองระหว่างบุคลากรของ HITAP กับพันธมิตรที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้นๆ รวมทั้งการวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าจากการเฝ้าติดตามการรายงานข่าวและบทความของสื่อสารมวลชนอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ เพื่อที่จะเผยแพร่งานวิจัยและข้อมูลให้ไปถึงกลุ่มเป้าหมายต่างๆ HITAP ใช้มาตรการที่หลากหลายอันประกอบด้วยกลยุทธ์ผลัก (push strategy) กลยุทธ์ดึง (pull strategy) และกลยุทธ์เชื่อมโยงและแลกเปลี่ยน (linkage/exchange strategy) ทั้งนี้ กลยุทธ์หลักเป็นการใช้สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และการมีปฏิสัมพันธ์กันโดยตรง (การแถลงข่าว การนำเสนอต่อผู้กำหนดนโยบาย และการนำเสนอผ่านการประชุมวิชาการ) กลยุทธ์ดึงอาศัยการฝึกอบรมตามรายละเอียดในยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่วนกลยุทธ์เชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนนั้นเกี่ยวข้องกับ (ก) การเป็นสื่อกลางถ่ายทอดความรู้ (Knowledge Broker) ซึ่งทำได้โดยอาศัยความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับผู้กำหนดนโยบายบางคนที่เป็นกรรมการที่ปรึกษาของ HITAP และ (ข) การมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของผู้กำหนดนโยบายในการเลือกหัวข้องานวิจัยและการพิจารณากำหนดนโยบายบนพื้นฐานของผลการประเมิน ซึ่งเป็น 2 ขั้นตอนจากทั้งหมด 4 ขั้นตอนของกระบวนการบริหารจัดการเพื่อการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ^{xv} จากกิจกรรมที่เปิดให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วม HITAP ได้สร้างและขยายความสัมพันธ์กับประชาคมนักวิจัยทั้งในประเทศ (เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน สมาคมโรคกระดูกพรุน โรงเรียนแพทย์ เป็นต้น) และต่างประเทศ (Global Development Network, National Institute for Health and Clinical Excellence, และ Health Insurance Review Agency เป็นต้น)
- นอกเหนือจากการสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากผลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพให้มากขึ้น ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยังมีวัตถุประสงค์ที่จะพัฒนากลไกและระบบบริหารจัดการการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ นับถึงสิ้นปี พ.ศ. 2551 HITAP ได้ดำเนินการคัดเลือกหัวข้องานวิจัยสำหรับปี พ.ศ. 2552 และจัดทำรายงานการศึกษาแนวทางการบริหารจัดการของหน่วยงานด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในต่างประเทศแล้วเสร็จ^{xvi} ในขณะเดียวกันยังมีกิจกรรมอื่นๆ ที่อยู่ระหว่างดำเนินการ ได้แก่ การพัฒนากลไกการบริหารจัดการสำหรับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ และการศึกษาผลกระทบของยุทธศาสตร์การสื่อสาร กรณีศึกษาวัคซีน HPV

- หากมอง HITAP ในฐานะโครงการทดลองเพื่อพัฒนาการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของประเทศไทยในอนาคต ก็สมควรที่จะประเมินอีกสองปัจจัยที่เป็นพื้นฐานในการพัฒนา ได้แก่ กลไกด้านการเงิน และการบริหารจัดการองค์กร ตามรายงานประจำปีฉบับล่าสุด (พ.ศ. 2551)^{xvi} HITAP ได้รับเงินทุนจากหลายแหล่ง โดยสัดส่วนที่มากที่สุด ร้อยละ 61 มาจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หากคำนึงถึงว่า สสส. มีขอบเขตอำนาจในการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าจะเป็นการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ จึงเป็นการยากที่จะคาดหวังว่า สสส. จะให้การสนับสนุนด้านการเงินแก่ HITAP ในระยะยาว ผู้บริหารระดับสูงของ สสส. ได้เคยกล่าวเป็นนัยว่าความเข้มแข็งด้านระเบียบวิธีวิจัยของ HITAP ไม่เหมาะสมกับความต้องการความรู้ด้านการพัฒนาโยบายส่งเสริมสุขภาพเท่าไรนัก ในทางตรงข้าม หน่วยงานอื่นๆ ที่รับผิดชอบด้านการให้เงินทุนสนับสนุนการบริการสุขภาพและการบริหารจัดการเทคโนโลยีด้านสุขภาพ กลับไม่ได้ให้การสนับสนุนด้านการเงินแก่กิจกรรมของ HITAP ดังนั้น จึงควรให้ความสนใจเรื่องความยั่งยืนด้านการเงินในระยะยาว สำหรับการพัฒนากลไกการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในอนาคต
- ประเด็นเกี่ยวกับบรรยากาศการทำงานภายใน HITAP จากการเก็บข้อมูลจากบุคลากรของ HITAP พบว่า ด้วยโครงสร้างองค์กรแบบแนวราบ บุคลากรขององค์กรนี้ปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่ช่วยให้เกิดความร่วมมือระหว่างกัน ซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกอย่างชัดเจนในหมู่บุคลากรส่วนใหญ่ถึงการมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน มีความภาคภูมิใจในงาน มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นต้น
- การสร้างบรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อความร่วมมือกันเช่นนี้ถือได้ว่าเป็นขั้นตอนหนึ่งของความก้าวหน้าในการจัดตั้งกลไกและระบบการบริหารจัดการการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ในรายงานประจำปี พ.ศ. 2551 ของ HITAP ยอมรับว่า การดำเนินการในส่วนสำคัญของยุทธศาสตร์ที่ 4 ยังไม่เสร็จสมบูรณ์^{xvii}

4. อภิปราย

HITAP เป็นองค์กรที่ประสิทธิผลและประสิทธิภาพทั้งในการพัฒนาศักยภาพด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพและการศึกษาวิจัยเพื่อนำผลไปใช้ประกอบการกำหนดนโยบายในประเทศไทย

วิสัยทัศน์และพันธกิจ

เมื่อนำผลจากการประเมินยุทธศาสตร์ทั้งสี่มาประมวลเข้าด้วยกัน สามารถกล่าวได้ว่า จนถึงทุกวันนี้ HITAP ได้ดำเนินงานตามทิศทางที่ระบุในวิสัยทัศน์ขององค์กร ในช่วงเวลาเพียง 2 ปี HITAP ได้สร้างความก้าวหน้าอย่างเห็นได้ชัดในแง่ของการสร้างความรู้ด้วยการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของประเทศในปริมาณที่ค่อนข้างมากและมีคุณภาพสูง (ยุทธศาสตร์ที่ 3) เมื่อเปรียบเทียบกับหน่วยงานประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพก่อนหน้าที่ตั้งขึ้นในกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2545 ผลผลิตของ HITAP สูงกว่าประมาณ 3.5 เท่า ในแง่ของจำนวนรายงานที่เสร็จสมบูรณ์ (12 เรื่องใน 2 ปี สำหรับ HITAP และน้อยกว่า 12 เรื่องใน 7 ปี สำหรับหน่วยงานที่จัดตั้งมาก่อนหน้า) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า HITAP บรรลุวัตถุประสงค์ในการสร้างมาตรฐานการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศไทยตามยุทธศาสตร์ที่ 3 นอกจากนี้ HITAP ยังมีประวัติการทำงานที่น่าชื่นชมในการแปลความรู้ไปสู่การตัดสินใจเชิงนโยบายอย่างเป็นรูปธรรมในหลายด้าน เช่น การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก และการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ยุทธศาสตร์ที่ 4) ความสำเร็จดังกล่าวจะเป็นไปไม่ได้ หากไม่สามารถทำให้เกิดสัมฤทธิ์ผลในส่วนประกอบอื่นๆ ของยุทธศาสตร์ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน กล่าวคือ HITAP ได้วางรากฐานที่จำเป็นในการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพด้วยการดำเนินกิจกรรมภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1 (การพัฒนาแนวทางการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ) และยุทธศาสตร์ที่ 2 (การพัฒนาศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์) นอกจากนี้ HITAP ยังได้พัฒนากลไกและระบบสำหรับการบริหารจัดการการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเสร็จสมบูรณ์เป็นบางส่วน (สิ่งที่เห็นได้อย่างชัดเจนที่สุดคือ บรรยากาศการทำงานที่เอื้อต่อการร่วมมือกันภายใน HITAP) ซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญตามยุทธศาสตร์ที่ 4 อย่างไรก็ตาม ก็ยังมีสิ่งอื่นๆ ที่จะต้องปรับปรุงอีกในแต่ละยุทธศาสตร์ตามที่ได้อภิปรายต่อไป

ถึงแม้จะสร้างผลงานให้บรรลุเป้าหมายของภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 4 อย่างน่าประทับใจ แต่ HITAP ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการเรียนรู้ที่จะสร้างต้นแบบที่มีประสิทธิผลและมีความชัดเจนสำหรับการบริหารจัดการการ

ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการเผยแพร่และการยอมรับและใช้ประโยชน์จากความรู้ จนถึงทุกวันนี้ HITAP ต้องพึ่งพาผู้ที่เป็นตัวกลางถ่ายทอดเพียงไม่กี่คนในการเชื่อมโยงกับผู้กำหนดนโยบายอย่างเป็นทางการ ยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่าช่องทางไหนหรือรูปแบบใดของการเผยแพร่ความรู้ภายใต้กลยุทธ์ผลัก (push strategy) จะให้ผลดีที่สุดและภายใต้สถานการณ์อย่างไร ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีงานวิจัยมากขึ้นเพื่อที่จะจัดการกับปัญหาดังกล่าว

ในการแก้ไขปัญหาที่กล่าวข้างต้น HITAP อาจจะได้รับผิดชอบดำเนินการเหมือนอย่างที่ปฏิบัติในทุกวันนี้ กล่าวคือ ทำหน้าที่ด้านการเผยแพร่ผลการประเมินเพียงบางส่วนหรือทั้งหมด และถอดบทเรียนด้วยการประเมินอย่างเป็นระบบ ในทางปฏิบัติ การทำหน้าที่ดังกล่าวครอบคลุมกิจกรรมที่มีขอบเขตกว้างขวาง ซึ่งต้องการความชำนาญในด้านต่างๆ ตลอดจนเงินทุนและเวลา ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความสลับซับซ้อนของประเด็นปัญหาและบริบท อีกแนวทางหนึ่งคือ การแยกงานด้านการเผยแพร่ผลงานวิจัยออกไปซึ่งต้องการเวลาทรัพยากรการเงิน และความชำนาญพิเศษสูงมากออกจากงานด้านการสร้างความรู้ ซึ่งต้องการทรัพยากรเป็นอย่างมากเช่นเดียวกัน แนวทางหลังนี้จะมีข้อดีเชิงเปรียบเทียบในแง่ของการรักษาความเป็นกลางและความชำนาญในการสร้างความรู้อย่างต่อเนื่อง สิ่งสำคัญที่พึงต้องระลึกอยู่เสมอหากนำแนวทางนี้มาใช้คือ จะต้องสร้างความรู้ที่สอดคล้องกับการตัดสินใจเชิงนโยบาย สิ่งนี้จะเกิดขึ้นได้ด้วยการรักษาความสัมพันธ์กับผู้กำหนดนโยบายด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

ปัญหาที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ได้แก่ เรื่องความยั่งยืนด้านการเงินของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ในฐานะผู้บุกเบิก HITAP อาจจำเป็นต้องกำหนดยุทธศาสตร์เพิ่มเติมเพื่อสร้างความยั่งยืนของการสนับสนุนด้านการเงิน การสรรหาทุนจากแหล่งที่มาที่หลากหลายดังที่ HITAP ทำอยู่ในทุกวันนี้เป็นทางเลือกหนึ่ง อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องเพิ่มความพยายามขึ้นเพื่อที่จะโน้มน้าวผู้ใช้ความรู้จากการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดยตรง (ได้แก่ หน่วยงานที่ให้ทุนด้านการบริการสุขภาพ หรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่บริหารจัดการเทคโนโลยีด้านสุขภาพ) ให้มาลงทุนในการวิจัยสาขานี้ บทเรียนจากการจัดตั้งสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) อาจเป็นตัวอย่างที่ดีในเรื่องดังกล่าว

ประการสุดท้าย กิจกรรมการสร้างความรู้เชื่อมโยงอย่างเป็นทางการกับหน่วยงานที่ใช้ผลจากการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพจำเป็นต้องทำให้เข้มข้นมากขึ้น เพื่อที่จะทำให้กระบวนการประเมินเทคโนโลยี

สุขภาพทางต้นน้ำ (การเลือกหัวข้อ) และปลายน้ำ (ทำการวิจัย และการเผยแพร่) ดำเนินไปได้อย่างสะดวก
ขึ้นและได้รับความสนับสนุนด้านการเงินง่ายขึ้น

ข้อเสนอแนะที่สำคัญ

1. กิจกรรมของ HITAP ในเรื่อง (ก) การทำวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับนโยบาย และ (ข) การสร้าง
ความสามารถในการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศไทย ควรได้รับการสนับสนุนด้านการเงิน
อย่างยั่งยืน เป็นระยะเวลานาน อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่า HITAP ควรจะเป็นองค์กรที่พึ่งพาแต่
เพียงเงินทุนจากรัฐบาล
2. HITAP และคณะกรรมการที่ปรึกษาควรพัฒนายุทธศาสตร์การจัดการเงินทุน รวมถึงการระดมแหล่งทุน
และแบบจำลองธุรกิจที่เป็นทางเลือกที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย
3. องค์กรกำหนดนโยบายในประเทศไทยหลายองค์กร รวมถึงคณะกรรมการบัญชาหลักแห่งชาติและ
คณะกรรมการสิทธิประโยชน์ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้ใช้ผลการวิจัยของ HITAP
เพื่อให้ผลการวิจัยของ HITAP ถูกใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจเชิงนโยบายต่อไปในอนาคต และเพื่อ
ความยั่งยืนของ HITAP ในระยะยาว HITAP จำเป็นต้องสร้างความสัมพันธ์อย่างแน่นแฟ้นในระยะยาว
กับผู้กำหนดนโยบาย โดยตระหนักถึงและตอบสนองต่อความต้องการข้อมูลของแต่ละองค์กร
ขณะเดียวกันก็ต้องรักษาไว้ซึ่งความถูกต้องตามหลักวิชาการของการวิจัย
4. คณะกรรมการที่ปรึกษาควรพิจารณาถึงทิศทางในอนาคตของ HITAP อย่างจริงจัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
ในเรื่องที่ HITAP ควรเน้นสร้างความรู้ ด้วยการสังเคราะห์หลักฐานจากการวิจัย ซึ่งรวมถึงการประเมิน
ทางเศรษฐศาสตร์ หรือควรเน้นที่การแปลความรู้ไปสู่การกำหนดนโยบาย หรือทั้งสองอย่าง
5. HITAP จำเป็นต้องจัดทำแนวทางเกี่ยวกับกระบวนการประเมินเทคโนโลยีที่ดำเนินการอยู่ ซึ่งครอบคลุม
การคัดเลือกหัวข้องานวิจัย การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกลไกการคัดค้านหรือโต้แย้งผล
การศึกษาของ HITAP ทั้งหมดนี้จะทำให้กิจกรรมของ HITAP โปร่งใสมากขึ้น เพิ่มปฏิสัมพันธ์กับผู้
มีส่วนได้ส่วนเสีย ช่วยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ซึ่งจะช่วยอธิบายสนับสนุน
ข้อเสนอแนะของ HITAP ในกรณีที่มีความเห็นโต้แย้ง
6. HITAP และคณะกรรมการที่ปรึกษา ควรพิจารณาจำกัดขอบเขตหัวข้องานวิจัย หรือพัฒนายุทธศาสตร์
ระยะยาวเพื่อให้งานวิจัยที่มีขอบเขตกว้างเช่นที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีความยั่งยืน เช่น การใช้ประโยชน์
จากเครือข่ายวิชาการในประเทศไทยและต่างประเทศ หรือการหานักวิจัยที่มีประสบการณ์มาทำงาน

เพิ่มขึ้น ข้อแนะนำนี้มีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับการพัฒนายุทธศาสตร์การจัดหาเงินทุนในระยะยาว (ข้อแนะนำที่ 2)

7. การตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการมีความสำคัญในการรักษาและเพิ่มคุณภาพการวิจัย และคงไว้ซึ่งบุคลากรที่มุ่งมั่นในงานวิชาการ แต่การทำเช่นนี้จะมีผลเสียต่อการให้ข้อมูลที่ต้องการความเร่งด่วนแก่ผู้กำหนดนโยบาย HITAP และคณะกรรมการที่ปรึกษาควรพัฒนายุทธศาสตร์การตีพิมพ์ผลงานวิจัยที่ชัดเจน โดยนำข้อจำกัดทางทรัพยากร และ วัตถุประสงค์ระยะยาวขององค์กรมาพิจารณาาร่วมด้วย
8. การทำงานวิจัยให้แล้วเสร็จตามเวลาดำลิ่งเป็นปัญหาที่เห็นได้ชัด HITAP ควรพัฒนากลยุทธ์ในการสรรหาและการคงไว้ซึ่งบุคลากรขององค์กร รวมถึงการสรรหาหรือการร่วมงานกับนักวิจัยที่มีประสบการณ์ซึ่งจะมีผลทันทีทันใดต่ออัตราผลผลิตของ HITAP
9. จากต้นแบบของการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยในปัจจุบัน HITAP ใช้การฝึกขณะปฏิบัติงานจริง โดยมีนักวิจัยอาวุโสเป็นผู้ดูแลและให้คำปรึกษา อย่างไรก็ตามเมื่อองค์กรขยายตัว และมีภาระงานเพิ่มขึ้นวิธีการเช่นนี้อาจไม่ยั่งยืน HITAP และคณะกรรมการที่ปรึกษาควรกำหนดกลยุทธ์เพื่อพัฒนานักวิจัยอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความสัมพันธ์ที่เป็นทางการแทนความสัมพันธ์ส่วนบุคคล
10. ภาวะผู้นำที่เข้มแข็งเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างและรักษาความเชื่อมโยงกับผู้กำหนดนโยบายและผู้ให้ทุนสนับสนุน รวมทั้งสร้างแรงบันดาลใจให้บุคลากรของ HITAP คณะกรรมการที่ปรึกษาควรพัฒนากลยุทธ์ที่ทั้งสนับสนุนภาวะผู้นำที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและเพื่อการสืบทอดในระยะยาว การพัฒนากิจกรรมของ HITAP ในอนาคตมีความจำเป็นที่คณะกรรมการที่ปรึกษาจะต้องทบทวนภาระหน้าที่ของผู้นำทั้งด้านวิชาการ การให้คำปรึกษา การบริหาร และการผลักดันนโยบาย

ⁱ Tantivess S, Teerawattananon Y, Mills A. Strengthening cost-effectiveness analysis in Thailand through the establishment of the Health Intervention and Technology Assessment Program. Cambridge University Press. 2009. 25 : 241-252

ⁱⁱ Wibulpolprasert S., J Med Assoc Thai Vol. 91, Suppl. 2: S1-3

ⁱⁱⁱ Tangcharoensathien and Kamolratanakul, J Med Assoc Thai Vol. 91, Suppl. 2: S4-7

^{iv} Drummond et al., International Journal of Technology Assessment in Health Care, 24:3 (2008), 244–258

^v Drummond et al., Methods for economic evaluation of healthcare programmes, 2005

^{vi} http://erc.msh.org/TheManager/English/VI1_N3_En_Issue.pdf

^{vii} David M Boje. Narrative Methods for Organizational & Communication Research (SAGE Series in Management Research) London. 2001.

^{viii} Meijer P.C.; Verloop N.; Beijaard D. Multi-Method Triangulation in a Qualitative Study on Teachers' Practical Knowledge: An Attempt to Increase Internal Validity. *Quality and Quantity*, Volume 36, Number 2, May 2002 , pp. 145-167(23) Springer

^{ix} http://www.hitap.net/history_en.php#vision accessed Dec 25, 2008

^x C Lertpitakpong, U Chaikledkaew, M Thavorncharoensap et al. A Determination of Topics for Health Technology Assessment in Thailand: Case Study of Making Decision Makers Involved. *Journal of Health Science* 2008; 17: 1-11 (in Thai).

^{xi} About 71% of the researchers agreed that resources for conducting research are sufficient.

^{xii} *J Med Assoc Thai* 2008; 91 (Suppl 2): S1-3)

^{xiii} Tantivess S, Teerawattananon Y, Mills A. Strengthening cost-effectiveness analysis in Thailand through the establishment of the Health Intervention and Technology Assessment Program. Cambridge University Press. 2009. 25 : 241-252

^{xiv} http://gripsdb.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta031_summary_en.pdf accessed Jan 6,2009

^{xv} *J Med Assoc Thai* 2008; 91 (Suppl 2): S1-3)

^{xvi} HITAP. Annual Report B.E.2551.(in Thai). <http://www.hitap.net>. Accessed Mar 17,2009.

^{xvii} HITAP. Annual Report B.E.2551.(in Thai). <http://www.hitap.net>. Accessed Mar 17,2009.

รายงานผลการดำเนินโครงการ ครั้งที่ 3

**โครงการพัฒนาศักยภาพขององค์กรและสร้างเครือข่ายการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้าน
สุขภาพในระดับนานาชาติ ระยะที่หนึ่ง พ.ศ. 2551-2553**

**A progress report of the project for development of organizational capacity and international
HTA networks**

(Phase I) BE 2551-2553

เสนอต่อ

Thai Health-Global Link Initiative Project (TGLIP)

โดย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)

ธันวาคม 2552

สารบัญ

ส่วนที่ 1: สรุปภาพรวมกิจกรรม และผลงาน ระหว่างเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2552.....	3
ส่วนที่ 2: รายงานกิจกรรมระหว่างเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2552	5
1. การจัดการความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการในระดับนานาชาติ.....	5
2. การสร้างเครือข่ายระดับนานาชาติ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและองค์กร.....	5
2.1 ร่วมเป็นสมาชิกเครือข่ายการประเมินเทคโนโลยีในระดับนานาชาติ.....	5
2.2 สนับสนุนทุนให้กับบุคลากรภายนอกในการนำเสนองานในการประชุม ISPOR Asia-Pacific conference 2010 จังหวัดภูเก็ต.....	5
2.3 จัดทำหนังสือการประเมินองค์กรทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ.....	6
2.4 ร่วมจัดประชุม ISPOR Thailand	6
ส่วนที่ 3: แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป (เดือนมกราคม- มิถุนายน พ.ศ. 2553)	7
3.1 ร่วมจัดอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์กับ University of York, England และ McMaster University, Australia	7
3.2 เตรียมการจัดประชุมนานาชาติ The First Forum on Medical Devices: building best practice	7
3.3 สนับสนุนนักวิจัยนำเสนองานในการประชุมวิชาการ Health Technology Assessment International (HTAi).....	7
3.4 การประชุมเครือข่าย International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA).....	8
ภาคผนวก ก: เอกสารเกี่ยวกับการสนับสนุนทุนแก่บุคลากรภายนอก	9

ส่วนที่ 1: สรุปภาพรวมกิจกรรม และผลงาน ระหว่างเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2552

ในช่วงที่ผ่านมากิจกรรมในโครงการพัฒนาศักยภาพขององค์กรและสร้างเครือข่ายการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในระดับนานาชาตินั้น มุ่งเน้นการสร้างศักยภาพในระดับองค์กรและสังคมมากขึ้น เนื่องจากเล็งเห็นว่าหาก HITAP ทำงานเพียงหน่วยงานเดียวจะไม่สามารถเกิดระบบประเมินที่มีความเข้มแข็งและยั่งยืนสำหรับประเทศไทยได้ กิจกรรมหลักๆที่เกิดขึ้นได้แก่ การเผยแพร่งานวิจัยผ่านการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการนานาชาติจำนวน 5 เรื่อง (รายงานครั้งที่ผ่านมามีสถานะอยู่ระหว่างตีพิมพ์) การเป็นเครือข่ายกับหน่วยงานประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในระดับนานาชาติ การจัดการประชุม การอบรมร่วมกับหน่วยงานต่างประเทศ และการสร้างศักยภาพให้บุคลากรภายนอก HITAP

HITAP ได้ดำเนินการสมัครสมาชิกเครือข่ายการประเมินเทคโนโลยีในระดับนานาชาติตามที่ได้รับ การติดต่อจาก the International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) ซึ่งเป็นเครือข่ายขององค์กรที่ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในระดับโลก โดยหน่วยงานที่เป็นสมาชิกของเครือข่ายจะต้องเป็นหน่วยงานที่สนับสนุนจากภาครัฐ ทั้งนี้ HITAP คาดหวังว่าการเข้าร่วมเครือข่ายนานาชาติจะเปิดโอกาสในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมถึงเกิดการสร้างศักยภาพของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพทั้งระดับบุคลากร องค์กรและประเทศอีกด้วย

จากการสนับสนุนของ TGLIP ในช่วงที่ผ่านมา HITAP ได้สร้างเครือข่ายจนเกิดร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญจาก Centre for Health Economics, University of York จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ระหว่างวันที่ 27-30 กรกฎาคม 2553 ณ ประเทศไทย หลักสูตรดังกล่าวเป็นหลักสูตรที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ ซึ่งเป็นครั้งแรกที่ทีมงานจะมาจัดการอบรมที่ประเทศแถบเอเชียซึ่งนับเป็นโอกาสดีที่บุคลากรภายในประเทศจะเข้าอบรมหลักสูตรดังกล่าว ทั้งนี้คณะนักวิจัยจาก HITAP ได้ร่วมเป็นทีมผู้สอนทั้งในเนื้อหาเชิงเทคนิคและการนำงานวิจัยไปใช้ในเชิงนโยบายซึ่งเป็นชั่วโมงพิเศษที่เพิ่มขึ้นมาโดยเฉพาะ

นอกจากความร่วมมือระหว่างหน่วยงานแล้ว กิจกรรมสำคัญในระดับชาติที่เกิดขึ้นคือ การเตรียมการจัดประชุมนานาชาติ The First Global Forum on Medical Devices: building best practice ซึ่งจะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 15-17 กันยายน 2553 โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เสนอให้ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพร่วม ร่วมกับรัฐบาลประเทศเนเธอร์แลนด์ International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) Health Technology Assessment International (HTAi) และ International Federation for Medical and Biological Engineering ทั้งนี้ HITAP มีส่วนร่วมโดยมีบทบาทเป็นคณะทำงานฝ่ายประเทศไทยในระยะเริ่มต้น

HITAP เล็งเห็นความสำคัญของการสร้างศักยภาพให้บุคลากรภายนอก จึงได้จัดประชุมกรรมการวิชาการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพิจารณาให้ทุนกับนักวิจัยภายนอก HITAP ในการนำเสนองานวิชาการแบบปากเปล่าในงาน ISPOR Asia-Pacific conference 2010 ที่จังหวัดภูเก็ต

ส่วนที่ 2: รายงานกิจกรรมระหว่างเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2552

1. การจัดการความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการในระดับนานาชาติ

ในรอบการรายงานนี้ได้มีการส่งบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการต่างประเทศทั้งหมด 4 เรื่องซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจาก TGLIP ในเรื่องการแก้ไขภาษาและการสนับสนุนตีพิมพ์ในวารสารแบบ open access ดังมีรายชื่อดังต่อไปนี้ (1) Economic evaluation of screening and treatment strategies for postmenopausal osteoporosis: evidence to inform decision makers for selection to the national list of essential medicines in Thailand วารสาร Cost Effectiveness and Resource Allocation (2) Economic evaluation of policy options for prevention and control of cervical cancer in Thailand อยู่ในวารสาร BMC Cancer (3) Criteria for priority setting of HIV/AIDS interventions in Thailand: A discrete choice experiment วารสาร BMC health services research (4) Identifying information regarding effectiveness and cost-effectiveness of policy and strategies reorientation to mitigate the impact of HIV/AIDS in Thailand วารสาร BMC Public Health

2. การสร้างเครือข่ายระดับนานาชาติ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและองค์กร

2.1 ร่วมเป็นสมาชิกเครือข่ายการประเมินเทคโนโลยีในระดับนานาชาติ

HITAP ได้ดำเนินการสมัครสมาชิกเครือข่ายการประเมินเทคโนโลยีในระดับนานาชาติตามที่ได้รับ การติดต่อจาก the International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) ซึ่งเป็นเครือข่ายขององค์กรที่ทำหน้าที่ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในระดับโลก โดยหน่วยงานที่เป็นสมาชิกของเครือข่ายจะต้องเป็นหน่วยงานที่สนับสนุนจากภาครัฐ ทั้งนี้ HITAP คาดหวังว่าการเข้าร่วมเครือข่ายนานาชาติจะเปิดโอกาสในการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมถึงเกิดการสร้างศักยภาพของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพทั้งระดับบุคลากร องค์กรและประเทศอีกด้วย

2.2 สนับสนุนทุนให้กับบุคลากรภายนอกในการนำเสนองานในการประชุม ISPOR Asia-Pacific conference 2010 จังหวัดภูเก็ต

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับงานวิจัยสาขาดังกล่าวในประเทศไทย HITAP โดยการสนับสนุนจากโครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ

ระหว่างประเทศในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Global Link Initiative Project-TGLIP) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงพิจารณาสนับสนุนทุนแก่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ ในการนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุม ISPOR Asia Pacific 2010 ระหว่างวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2553 ณ จังหวัดภูเก็ต ทั้งนี้ได้มีการกำหนดกฎเกณฑ์ในการสนับสนุนซึ่งได้ประกาศให้นักวิจัยที่สนใจทราบผ่านทางเว็บไซต์ www.hitap.net และผ่านทางเครือข่ายทางมหาวิทยาลัยต่างๆ (รายละเอียดพิจารณาภาคผนวก ก)

2.3 จัดทำหนังสือการประเมินองค์การทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ด้วย HITAP ได้ดำเนินการมาเป็นเวลากว่า 2 ปีแล้ว ซึ่งตามกำหนดของ สสส.จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลองค์การเพื่อรายงานให้กับหน่วยงานผู้สนับสนุนทุน ดังนั้น HITAP จึงได้เชิญคณะผู้ประเมินภายนอก 4 ท่าน ซึ่งประกอบไปด้วย ศ.นพ.ไพบูรณ์ สุริยะวงศ์ไพศาล จากโรงพยาบาลรามาธิบดี ดร.จิระวัฒน์ ปั้นเปี่ยมรัษฎ์ จาก TDR Prof. John Cairns จาก London School of Hygiene and Tropical Medicine และ Dr. Kalipso Chalkidou จาก National Institute for Health and Clinical Excellence นอกจากนี้ผู้ประเมินภายนอกได้เสนอให้ HITAP เชิญผู้เชี่ยวชาญฝ่ายที่สามให้ข้อคิดเห็นต่อรายงานการประเมิน HITAP รวมถึงการตอบสนองของ HITAP ต่อผลการประเมินปัจจุบันการประเมินดังกล่าวได้เสร็จสิ้นแล้ว และคณะผู้จัดทำเล็งเห็นว่ารายงานดังกล่าวจะเป็นประโยชน์เป็นอย่างยิ่งทั้งในแง่ของระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้และผลการประเมินสำหรับหน่วยงานที่สนใจทั้งในและต่างประเทศ จึงได้มีการจัดทำรายงานดังกล่าวเพื่อเผยแพร่ทั้งภาษาไทยและอังกฤษโดยการสนับสนุนของ TGLIP

2.4 ร่วมจัดประชุม ISPOR Thailand

การประชุมวิชาการ ISPOR Thailand ได้จัดขึ้นระหว่างจัดขึ้นวันที่ 13 -14 สิงหาคม 2552 ณ ห้องแกรนด์บอลรูม 2 โรงแรมริชมอนด์ จ.นนทบุรี เพื่อ (1) เป็นเวทีการเสนอผลงานทางวิชาการด้าน Pharmacoeconomics และ Outcomes Research (2) นำเสนอความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ Pharmacoeconomics และ Outcomes Research และ (3) สร้างเครือข่ายงานวิจัยด้าน Pharmacoeconomics และ Outcomes Research โดยผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ แพทย์ เกษัชกร บุคลากรสุขภาพ นักเศรษฐศาสตร์ นักวิชาการสาธารณสุข จากภาครัฐและเอกชนนักวิชาการในองค์กรวิชาชีพ ISPOR คณะอนุกรรมการบัญญัติยาหลักแห่งชาติ รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 130 คน ในการนี้ TGLIP เป็นผู้สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทางของ Dr. Helen Chung ผู้ช่วยผู้อำนวยการ NICE ในการมาเป็นวิทยากรในการประชุมวิชาการดังกล่าว

ส่วนที่ 3: แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป (เดือนมกราคม- มิถุนายน พ.ศ. 2553)

3.1 ร่วมจัดอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์กับ University of York, England และ McMaster University, Australia

จากการสนับสนุนของ TGLIP ในช่วงที่ผ่านมา HITAP ได้สร้างเครือข่ายจนเกิดร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญจาก Centre for Health Economics, University of York จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ระหว่างวันที่ 27-30 กรกฎาคม 2553 ณ ประเทศไทย หลักสูตรดังกล่าวเป็นหลักสูตรที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ ซึ่งเป็นครั้งแรกที่ทีมงานจะมาจัดการอบรมที่ประเทศแถบเอเชียซึ่งนับเป็นโอกาสดีที่บุคลากรภายในประเทศจะเข้าอบรมหลักสูตรดังกล่าว ทั้งนี้คณะนักวิจัยจาก HITAP ได้ร่วมเป็นทีมผู้สอนทั้งในเนื้อหาเชิงเทคนิคและการนำงานวิจัยไปใช้ในเชิงนโยบายซึ่งเป็นชั่วโมงพิเศษที่เพิ่มขึ้นมาโดยเฉพาะ

3.2 เตรียมการจัดประชุมนานาชาติ The First Forum on Medical Devices: building best practice

นอกจากความร่วมมือระหว่างหน่วยงานแล้ว กิจกรรมสำคัญในระดับชาติที่เกิดขึ้นคือ การเตรียมการจัดประชุมนานาชาติ The First Global Forum on Medical Devices: building best practice ซึ่งจะจัดขึ้นระหว่างวันที่ 15-17 กันยายน 2553 โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เสนอให้ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพร่วม ร่วมกับรัฐบาลประเทศเนเธอร์แลนด์ International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) Health Technology Assessment International (HTAi) และ International Federation for Medical and Biological Engineering ทั้งนี้ HITAP มีส่วนร่วมโดยมีบทบาทเป็นคณะทำงานฝ่ายประเทศไทยในระยะเริ่มต้น

3.3 สนับสนุนนักวิจัยนำเสนองานในการประชุมวิชาการ Health Technology Assessment International (HTAi)

HTAi เป็นเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในระดับนานาชาติด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ซึ่งสมาชิกประกอบไปด้วยผู้ผลิตและผู้ใช้อุปกรณ์การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ทั้งจากสถาบันการศึกษา ผู้ที่ทำงานในภาคสาธารณสุข หน่วยงานเอกชน ผู้ผลิตและจำหน่ายเทคโนโลยี ภาคสังคม รวมถึงภาครัฐ ที่ผ่านมามี HTAi จัดประชุมเกี่ยวกับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในระดับนานาชาติเป็นประจำทุกปี ในปี พ.ศ. 2553 นี้การประชุมจัดขึ้นภายใต้หัวข้อ Maximising the Value of HTA ระหว่างวันที่ 6 – 9 มิถุนายน 2553 เมืองดับลิน ประเทศไอร์แลนด์ (<http://www.htai2010.org/site/>)

3.4 การประชุมเครือข่าย *International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)*

ในปี 2553 นี้ HITAP ได้สมัครเป็นสมาชิกและจะเข้าร่วมประชุมกับเครือข่าย *International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)* ซึ่งเป็นองค์กรระดับนานาชาติของหน่วยงานด้านการประเมินเทคโนโลยีในระดับประเทศ เพื่อนำเสนอความเป็นมา การบริหารจัดการ รวมถึงผลงานของ HITAP ต่อสมาชิกของ INAHTA จำนวนกว่า 46 หน่วยงานจาก 26 ประเทศ ทั้งนี้คาดว่าจะผลจากการเข้าร่วมเครือข่ายดังกล่าวจะทำให้เกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในระดับนานาชาติ รวมถึงสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการทำงานด้านการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในระดับประเทศ

ภาคผนวก ก: เอกสารเกี่ยวกับการสนับสนุนทุนแก่บุคลากรภายนอก

ทุนสนับสนุนการนำเสนอผลงานในการประชุมวิชาการ ISPOR Asia Pacific 2010

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับงานวิจัยสาขาดังกล่าวในประเทศไทย HITAP โดยการสนับสนุนจากโครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Global Link Initiative Project—TGLIP) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงพิจารณาสนับสนุนทุนแก่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ ในการนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุม ISPOR Asia-Pacific conference 2010 ระหว่างวันที่ 5-7 กันยายน พ.ศ. 2553 ณ จังหวัดภูเก็ต โดยเป็นไปตามข้อกำหนดดังต่อไปนี้

1. ผู้สมัครต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยราชการ สถาบันการศึกษาภาครัฐ หรือหน่วยงานที่ไม่แสวงหากำไร (ไม่รวมนิสิต นักศึกษา ทั้งภาครัฐและเอกชน)
2. ผู้สมัครต้องได้รับการตอบรับให้นำเสนอด้วยวาจา (oral presentation)
3. ทุนที่จะจัดสรรในโครงการนี้มีจำนวน 15 ทุน ทุนละไม่เกิน 18,000 บาท รวมค่าลงทะเบียน ค่าเดินทางในประเทศ และค่าที่พักเบิกจ่ายตามจริง
4. หากมีผู้สมัครเกินจำนวนทุนที่มีอยู่ HITAP จะพิจารณาให้ทุนแก่ผู้ที่ส่งใบสมัครขอรับทุนพร้อมเอกสารประกอบ โดยเรียงตามลำดับวันที่ HITAP ได้รับเอกสารอย่างครบถ้วน
5. ผู้สมัครต้องไม่ได้รับทุนจากแหล่งทุนอื่น
6. ผู้รับทุนต้องระบุข้อความ "Presenter received financial support from the Thai Health-Global Link Initiative Project (TGLIP) through the Health Intervention and Technology Assessment Program" ในการนำเสนอผลงานวิจัย

ขั้นตอนการสมัคร

กิจกรรม	กำหนดการ
1. ผู้สมัครมีหน้าที่ส่งบทคัดย่อให้กับผู้จัด ISPOR Asia-Pacific conference 2010 พิจารณาคัดเลือกทาง http://www.ispor.org/Events/Index.aspx?eventId=32	18 ม.ค. - 18 มี.ค. 2553
2. ส่งใบสมัครขอรับทุนที่ HITAP โดยมีเอกสารประกอบดังนี้ 2.1 หมายเลขตอบรับในการส่งบทคัดย่อ (ในข้อ 1) 2.2 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 2.3 หนังสือรับรองการทำงานจากต้นสังกัด 2.4 ใบสมัครขอรับทุนของ HITAP ที่กรอกข้อมูลแล้ว หมายเหตุ download ใบสมัครตามเอกสารแนบ หรือ จาก www.hitap.net และสามารถส่งเอกสารกลับทางอีเมล ไปรษณีย์ โทรสาร หรือนำมาส่งด้วยตนเองตามรายละเอียดท้ายตาราง	18 ม.ค. - 18 มี.ค. 2553

กิจกรรม	กำหนดการ
3. HITAP ส่งจดหมายยืนยันว่าได้รับเอกสารการสมัครครบถ้วน กลับไปยังผู้สมัคร	ภายในวันที่ 20 มี.ค. 2553
4. เมื่อ ISPOR ประกาศผลให้ส่งผลการตอบรับบทคัดย่อพร้อม หมายเลขตอบรับให้ HITAP (รายละเอียดในการติดต่อท้ายตาราง)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ISPOR กำหนดประกาศผลวันที่ 20 ก.ค. 2553 ▪ หากส่งช้ากว่า 3 วัน ถือว่าสละสิทธิ์ และ HITAP จะเลื่อนผู้สมัครในลำดับถัดไปขึ้นมาแทน
5. HITAP ส่งจดหมายยืนยันว่าได้รับเอกสารครบถ้วนสมบูรณ์ กลับไปยังผู้สมัคร	ภายในวันที่ 22 ก.ค. 2553
4. ประกาศผลการรับทุนทาง www.hitap.net	19 ก.ค. 2553
5. ผู้รับทุนนำใบเสร็จค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียน การเดินทางใน ประเทศ และที่พัก มาเบิกกับ HITAP (ผู้รับทุนต้องสำรองจ่ายไป ก่อน และต้องมีหลักฐานฉบับจริงมาแสดง – ห้ามถ่ายเอกสาร)	ภายในวันที่ 17 ก.ย. 2553

หมายเหตุ หากมีการเปลี่ยนแปลงกำหนดการจะแจ้งให้ทราบทาง www.hitap.net

<p>รายละเอียดในการติดต่อ</p> <p>ผู้ประสานงาน: คุณจอมขวัญ โยธาสมุทร อีเมล: Jomkwan.y@hitap.net โทร: 02-590-4549 โทรสาร: 02-590-4369 ที่อยู่: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ นนทบุรี 11000</p>
--

ใบสมัครขอรับทุนสนับสนุนการนำเสนอผลงานวิจัยจาก HITAP
ในการประชุมวิชาการ ISPOR Asia Pacific 2010
5-7 กันยายน 2553

ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย): _____
(ภาษาอังกฤษ): _____

หน่วยงาน: _____

ที่อยู่: _____

โทรศัพท์: _____

โทรสาร: _____

E-mail: _____

หัวข้อบทความย่อ:

หมายเลขตอบรับการส่งบทความย่อ: _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าขณะขอรับทุนจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ข้าพเจ้า
ไม่ได้รับทุนจากแหล่งอื่น ถ้าได้รับทุนอื่นภายหลังจะแจ้งขอยกเลิกใบสมัครนี้เป็นลายลักษณ์อักษร

(_____)

ผู้ขอรับทุน

รายงานผลการดำเนินโครงการ ครั้งที่ 4

**โครงการพัฒนาศักยภาพขององค์กรและสร้างเครือข่ายการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในระดับ
นานาชาติ ระยะที่หนึ่ง พ.ศ. 2551-2553**

A progress report of the project for development of organizational capacity and international HTA networks

(Phase I) BE 2551-2553

เสนอต่อ

Thai Health-Global Link Initiative Project (TGLIP)

โดย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)

มิถุนายน 2553

สารบัญ

ส่วนที่ 1: สรุปภาพรวมกิจกรรม และผลงาน ระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2553	3
ส่วนที่ 2: รายงานกิจกรรมระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2553	4
1. การจัดการความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการในระดับนานาชาติ	4
1.2 จัดทำหนังสือรายงานประจำปี 2552 ของ HITAP เป็นภาษาอังกฤษ.....	4
2. การสร้างเครือข่ายระดับนานาชาติ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและองค์กร.....	5
2.1 การประชุม 12th Annual Research Conference of Epidemiology Unit April 1-2, 2010	5
2.2 นำเสนองานในการประชุมวิชาการ Health Technology Assessment International (HTAi) และประชุม เครือข่าย International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)	5
2.3 เตรียมการจัดประชุมนานาชาติ The First Global Forum on Medical Devices	6
2.4 สนับสนุนทุนกับบุคลากรภายนอกและภายใน HITAP นำเสนอผลงานในการประชุม ISPOR Asia-Pacific conference 2010 ระหว่างวันที่ 6-8 กันยายน 2553 จังหวัดภูเก็ต.....	7
ส่วนที่ 3: แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป (เดือนมิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2553)	10
3.1 ร่วมจัดอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์กับ University of York, และ University of Glasgow, England ระหว่างวันที่ 28-30 กรกฎาคม 2553 ณ ประเทศไทย.....	10
3.2 ร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ในการประชุม Ad-hoc WHO consultation on the assessment of cost-effectiveness (CE) tools to support introduction decisions for human papillomavirus (HPV) vaccines in Low and Middle Income Countries ระหว่างวันที่ 8-9 กรกฎาคม เมืองมอนทรีออล ประเทศแคนาดา จัดโดยองค์การ อนามัยโลก ประเทศแคนาดา.....	10
3.3 กิจกรรมต่อเนื่องอื่นๆ ได้แก่.....	10
ภาคผนวก ก: รายงานจากผู้ช่วยวิจัย HITAP.....	11
ภาคผนวก ข: Course outline “methods for cost-effectiveness analysis: an advance workshop”	18
ภาคผนวก ค: กำหนดการประชุมนานาชาติเรื่องเครื่องมือแพทย์ ครั้งที่ 1.....	19

ส่วนที่ 1: สรุปภาพรวมกิจกรรม และผลงาน ระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2553

ในปี 2553 นี้ HITAP มีกิจกรรมความร่วมมือระหว่างประเทศเป็นจำนวนมากและมีกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การจัดประชุมและเข้าร่วมประชุมนานาชาติ การสร้างเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพทั้งในและระหว่างประเทศ และการตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการต่างประเทศ

การจัดและเข้าร่วมประชุมวิชาการนานาชาติ และการสร้างเครือข่าย เริ่มตั้งแต่การเตรียมงานประชุมระดับนานาชาติเรื่องเครื่องมือแพทย์ ครั้งที่ 1 หรือ The First Global Forum on Medical Devices ซึ่งประเทศไทยร่วมกับองค์การอนามัยโลกเป็นเจ้าภาพในการจัดงานประชุมในครั้งนี้ การประชุมวิชาการ Health Technology Assessment International (HTAi) การประชุม International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)

เรื่องการพัฒนาศักยภาพนั้นมีกิจกรรมทั้งการพัฒนาศักยภาพนักวิจัยภายในหน่วยงาน ภายนอกหน่วยงาน ภายในประเทศไทย และต่างประเทศ โดยการพัฒนาศักยภาพให้บุคลากรภายนอกนั้นดำเนินการโดยให้ทุนบุคลากรภายนอก HITAP เพื่อนำเสนองานใน International Society for Pharmaceutical Outcome Research (ISPOR) Asia-Pacific โดยได้จัดสรรทุนให้กับนักวิจัยจากหน่วยงานวิชาการอื่นๆ ในการนำเสนองานวิชาการแบบปากเปล่าในงาน ISPOR Asia-Pacific conference 2010 ที่จังหวัดภูเก็ต โดยมีผู้ผ่านเกณฑ์การรับทุนทั้งหมด 4 ท่าน จาก 3 มหาวิทยาลัย นอกจากนี้ยังได้เริ่มการสร้างศักยภาพด้านการวิจัยให้สหภาพพม่าผ่านโครงการศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก

สำหรับการเผยแพร่ผลงานนั้น ในช่วงที่ผ่านมานักวิจัย HITAP ได้ตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการ ต่างประเทศ จำนวน 6 เรื่อง และได้จัดทำหนังสือรายงานประจำปี 2552 เป็นภาษาอังกฤษเพื่อเป็นประโยชน์กับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งในและต่างประเทศที่สนใจอื่นๆ ต่อไป

ส่วนที่ 2: รายงานกิจกรรมระหว่างเดือนมกราคม – มิถุนายน พ.ศ. 2553

1. การจัดการความรู้และการเผยแพร่ผลงานวิชาการในระดับนานาชาติ

1.1 การตีพิมพ์ผลงานในวารสารวิชาการต่างประเทศ

ในรอบการรายงานนี้ได้มีการส่งบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์ในวารสารวิชาการต่างประเทศทั้งหมด 6 เรื่องซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจาก TGLIP ในเรื่องการแก้ไขภาษาและการสนับสนุนตีพิมพ์ในวารสารแบบ open access ดังมีรายนามดังต่อไปนี้

1. **Teerawattananon Y**, ISPOR 2008 International Fellowship Report: Is it Time to Think Seriously about Making HTA available in Settings Where There is the Most Need?. ISPOR CONNECTIONS. May/June 2010
2. **Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Thitiboonsuwan K, Neramitpitagkul, P.** The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006. BMC Public Health. 2010;10(1):323
3. Baltussen R, **Youngkong S**, Paolucci F, Niessen L. Multi-criteria decision analysis to prioritize health interventions: Capitalizing on first experiences. Health Policy. 2010 [In press]
4. **Pattanaphesaj J, Teerawattananon Y.** Identifying information regarding effectiveness and cost-effectiveness of policy and strategies reorientation to mitigate the impact of HIV/AIDS in Thailand. BMC Public Health. [In press]
5. **Yothasamut J, Putchong C, Sirisamutr T, Teerawattananon Y, Tantivess S**, Scaling up cervical cancer screening in the midst of human papillomavirus vaccination advocacy in Thailand. BMC Health Services Research. 2010;10(1):S5
6. **Youngkong S**, Rob Baltussen, **Tantivess S**, Xander Koolman, **Teerawattananon Y.** Criteria for priority setting of HIV/AIDS interventions in Thailand: A discrete choice experiment. BMC Health Services Research. [In press]

1.2 จัดทำหนังสือรายงานประจำปี 2552 ของ HITAP เป็นภาษาอังกฤษ

HITAP มีการจัดทำรายงานผลการดำเนินงานของหน่วยงานเป็นประจำทุกปี เนื่องจากเห็นว่าจะเกิดประโยชน์ในการเรียนรู้และพัฒนางานทั้งต่อบุคลากรภายในและภายนอกหน่วยงาน ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นปีแรกที่ทางหน่วยงานได้จัดทำรายงานประจำปีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ซึ่งประสบความสำเร็จและเป็นที่น่าสนใจของหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะประเทศที่ต้องการจัดตั้งหน่วยงานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีเช่นเดียวกับ HITAP ในบริบทของตนเอง ซึ่งการเผยแพร่รายงานประจำปีเป็นภาษาอังกฤษจะเป็นอีกช่องทางในการเรียนรู้ คณะผู้จัดทำเล็งเห็นว่ารายงานประจำปีฉบับภาษาอังกฤษจะเป็นประโยชน์เป็นอย่างยิ่งทั้งในแง่ของระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้และผลการประเมินสำหรับหน่วยงานที่สนใจทั้งในและ

ต่างประเทศ จึงได้มีการจัดทำรายงานประจำปี พ.ศ. 2552 เพื่อเผยแพร่ทั้งภาษาไทยและอังกฤษโดยการสนับสนุนของ TGLIP

2. การสร้างเครือข่ายระดับนานาชาติ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและองค์กร

2.1 การประชุม 12th Annual Research Conference of Epidemiology Unit April 1-2, 2010

การประชุมวิชาการประจำปีจัดโดยหน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จัดประชุม Annual Research Conference of Epidemiology Unit ครั้งที่ 12 ขึ้นเมื่อวันที่ 1-2 เมษายน 2553 จังหวัดสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอโครงงานวิจัยและ/หรือรายงานผลงานวิจัยของนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตและปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาระบาดวิทยา ระหว่างปีการศึกษา 2552 จำนวน 27 เรื่อง ซึ่งดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้รับเชิญเป็นกรรมการและได้เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัย 4 คน ได้แก่ นายทรงยศ พิลาสันต์, ญญ.วรัญญา รัตนิภาพงษ์, ญญ.จรรยา สิริวีโรจน์ และนางสาวรุ่งนภา คำผาง เข้าร่วมการประชุมในครั้งนี้เพื่อเรียนรู้เรื่อง การตั้งคำถามงานวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย และวิธีการนำเสนองานวิจัย นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างเครือข่ายกับนักวิชาการทั้งใน และต่างประเทศ ทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยที่ได้เข้าร่วมการประชุมดังกล่าวได้ส่งรายงานสรุปสิ่งที่เรียนรู้จากการร่วมประชุมตั้งรายละเอียดในภาคผนวก ก

2.2 นำเสนองานในการประชุมวิชาการ Health Technology Assessment International (HTAi) และประชุมเครือข่าย International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)

HTAi เป็นเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในระดับนานาชาติด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ซึ่งสมาชิกประกอบไปด้วยผู้ผลิตและผู้ใช้ข้อมูลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ทั้งจากสถาบันการศึกษา ผู้ที่ทำงานในภาคสาธารณสุข หน่วยงานเอกชน ผู้ผลิตและจำหน่ายเทคโนโลยี ภาคสังคม รวมถึงภาครัฐ ที่ผ่านมา HTAi จัดประชุมเกี่ยวกับการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในระดับนานาชาติเป็นประจำทุกปี ในปี พ.ศ. 2553 นี้การประชุมจัดขึ้นภายใต้หัวข้อ Maximising the Value of HTA ระหว่างวันที่ 6 – 9 มิถุนายน 2553 เมืองดับลิน ประเทศไอร์แลนด์ (<http://www.htai2010.org/site/>)

'Maximizing the value of HTA' หรือ 'การทำให้การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเกิดประโยชน์สูงสุด' เป็นแนวคิดหลักของการประชุม HTAi ครั้งนี้ ซึ่งให้ความสำคัญกับการนำ HTA ไปใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย ซึ่งพบว่ามี การดำเนินการอยู่แล้วในหลายประเทศ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับพันธกิจของ HITAP ตั้งแต่แรกก่อตั้ง ในการประชุมนี้ผู้แทนจาก HITAP ได้นำเอกสารเกี่ยวกับการบริหารจัดการโครงการ รายงานการวิจัย รวมถึงผลการประเมินองค์กรในระยะที่ผ่านมาไปเผยแพร่เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์กับหน่วยงาน HTA ในประเทศอื่นๆ ซึ่งได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลงานของ HITAP เรื่อง "Is it worth thinking about HIV vaccine and at what cost? An economic evaluation of HIV vaccine in Thailand" ซึ่งเป็นการประเมินความคุ้มค่าเพื่อกำหนดราคาของวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยยังได้รับเลือกให้นำเสนอด้วยวาจาอีกด้วย

ในปี 2553 นี้ HITAP ได้สมัครเป็นสมาชิกและจะเข้าร่วมประชุมกับเครือข่าย International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) ซึ่งเป็นองค์กรระดับนานาชาติของหน่วยงานด้านการประเมินเทคโนโลยีในระดับประเทศ ในการประชุมครั้งนี้ นางสาวจอมขวัญ โยธาสมุทร ได้นำเสนอความเป็นมา การบริหารจัดการ รวมถึงผลงานของ HITAP ต่อสมาชิกของ INAHTA จำนวนกว่า 46 หน่วยงานจาก 26 ประเทศ ทั้งนี้คาดว่าผลจากการเข้าร่วมเครือข่ายดังกล่าวจะทำให้เกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในระดับนานาชาติ รวมถึงสร้างเครือข่ายความร่วมมือเพื่อสนับสนุนการทำงานด้านการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในระดับประเทศ ซึ่งจากการประชุมผู้แทน HITAP ได้ร่วมแสดงความเห็นและแสดงบทบาทของผู้แทนจากประเทศไทยในที่ประชุม โดยเข้าร่วมประชุมคณะทำงานย่อยในเรื่อง Impact of HTA และ Internal communication ของ INAHTA

นอกจากเผยแพร่ผลงานจากประเทศไทย เรียนรู้งานวิจัยในประเทศอื่นๆ เสริมสร้างศักยภาพของนักวิจัย การเข้าร่วมประชุมในเวทีดังกล่าวยังเป็นการสร้างโอกาสให้ HITAP สร้างความร่วมมือ รวมถึงติดตามกิจกรรมที่ดำเนินงานกับภาคีหลายหน่วยงาน ได้แก่ องค์กรอนามัยโลก Centre for Health Economics, University of York National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) จากอังกฤษและเวลส์

2.3 เตรียมการจัดประชุมนานาชาติ The First Global Forum on Medical Devices

2.3.1 การประชุม 2nd Advisory Group for Innovative Technologies (AGIT) วันที่ 27-29 เมษายน 2553 ณ กรุงโคเปนเฮเกน ประเทศเดนมาร์ก

การประชุมนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการ Global Initiative on Health Technologies ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่จะคัดเลือกและประเมินนวัตกรรมเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่เหมาะสมจะนำไปใช้ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ ทั้งที่เป็นเทคโนโลยีที่มีการผลิตขึ้นไ้แล้วและเทคโนโลยีที่อยู่ระหว่างการวิจัยและพัฒนา การประชุมดังกล่าวมีวัตถุประสงค์ดังนี้

- (1) ทบทวนกระบวนการเปิดรับข้อเสนอนวัตกรรมเทคโนโลยี
- (2) ทบทวนกระบวนการคัดกรองและการประเมินข้อเสนอ ที่ผ่านมา
- (3) ทบทวนข้อเสนอ ที่ผ่านการคัดกรองและการประเมินมาระดับหนึ่งโดยฝ่ายเลขานุการ
- (4) ให้ข้อเสนอแนะว่าควรคัดเลือกเทคโนโลยีชนิดใด
- (5) วิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำให้เทคโนโลยีที่ผ่านการคัดเลือกมีจำหน่ายในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและรายได้ต่ำ
- (6) ให้ข้อเสนอแนะว่าทำอย่างไรผู้ที่มีความต้องการด้านสุขภาพจะได้ใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีที่ผ่านการคัดเลือก

ทั้งนี้ จะมีการประกาศรายการเทคโนโลยีที่ได้รับการคัดเลือกในรอบสุดท้ายภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2553 บนเว็บไซต์ขององค์การอนามัยโลก รวมทั้งเผยแพร่ระหว่าง Global Forum on Medical Devices ครั้งที่ 1 ในเดือนกันยายน 2553 ในประเทศไทย

2.3.2 การประชุมติดตามความก้าวหน้าเพื่อเตรียมการ Global Forum on Medical Devices (GFMD) ครั้งที่ 1 วันที่ 29-30 เมษายน 2553 ณ กรุงโคเปนเฮเกน ประเทศเดนมาร์ก

การประชุมนี้แบ่งออกเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 จัดขึ้นในวันที่ 29 เมษายน 2553 เป็นการประชุมสมาชิกบางส่วนของ International Organizing Committee ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญและผู้แทนหน่วยงานที่มาประชุม (AGIT) มีวัตถุประสงค์เพื่อพิจารณาร่างกำหนดการประชุม และรายชื่อผู้ดำเนินการประชุมและผู้บรรยายในแต่ละหัวข้อ ตอนที่ 2 จัดขึ้นในวันที่ 30 เมษายน 2553 เป็นการประชุมระหว่างฝ่ายเลขานุการขององค์การอนามัยโลกกับ HITAP เพื่อพิจารณาเรื่องสถานที่จัด GFMD ซึ่งอาจต้องเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบในประเทศไทย นอกจากนี้ ยังร่วมกันพิจารณาประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณที่ได้รับจากหน่วยงานร่วมจัดฝ่ายไทย การจัดสถานที่สำหรับการประชุมและกิจกรรมอื่นๆ การจองห้องพัก มาตรการรักษาความปลอดภัย ล่ามและการแปลภาษา เป็นต้น

2.4 สนับสนุนทุนกับบุคลากรภายนอกและภายใน HITAP นำเสนอผลงานในการประชุม ISPOR Asia-Pacific conference 2010 ระหว่างวันที่ 6-8 กันยายน 2553 จังหวัดภูเก็ต

ตามที่โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพโดยการสนับสนุนจากโครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระหว่างประเทศในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (Thai Health Global Link Initiative Project--TGLIP) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ประกาศให้การสนับสนุนทุน ในการนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุม ISPOR Asia Pacific Conference 2010 ระหว่างวันที่ 5-7 กันยายน พ.ศ. 2553 ณ จังหวัดภูเก็ต โดยมีรายชื่อผู้ได้รับทุนสนับสนุนดังนี้

รายชื่อผู้นำเสนอ	หน่วยงาน	หัวข้อที่นำเสนอ	รายละเอียดการนำเสนอ
วารณี บุญช่วยเหลือ	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร	A COMPARISON OF SIGNAL DETECTION PERFORMANCE BETWEEN REPORTING ODDS RATIO AND BAYESIAN CONFIDENCE PROPAGATION NEURAL NETWORK METHODS ON ADVERSE DRUG REACTION SPONTANEOUS REPORTING DATABASE OF THE THAI FDA	PODIUM SESSION II - DATABASE STUDIES Monday, September 6, 2010 18:00 - 19:00
ณัฐจิฎา คำผล	คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร	HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT DATABASE IN THAILAND	PODIUM SESSION I - HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT STUDIES Monday, September 6, 2010 16:45 - 17:45
พจนา หันจางสิทธิ์	ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	COST-EFFECTIVENESS OF DIFFERENT STRATEGIES FOR TUBERCULOSIS CONTROL PROGRAMMES IN THAILAND	PODIUM SESSION I - INFECTIOUS DISEASE STUDIES Monday, September 6, 2010 4:45 PM - 5:45 PM
วันลก ดิษสุวรรณธ์	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ	COST-EFFECTIVENESS OF INTERVENTIONS FOR REDUCING ROAD TRAFFIC INJURIES RELATED TO DRIVING UNDER THE INFLUENCE OF ALCOHOL	PODIUM SESSION I - HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT STUDIES Monday, September 6, 2010 16:45 - 17:45

นอกจากนี้นักวิจัยจาก HITAP ยังได้รับการตอบรับให้นำเสนอผลงานด้วยวาจาจำนวน 3 เรื่องและได้รับการตอบรับให้นำเสนอแบบโปสเตอร์จำนวน 9 เรื่อง ที่มประชาสัมพันธ์ของ HITAP ยังได้เตรียมการในการประชาสัมพันธ์งานขององค์กร ผ่านการประชุมนี้อีกด้วย

2.5 โครงการศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก สหภาพพม่า

นักวิจัยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลก และกระทรวงสาธารณสุข ประเทศสหภาพพม่า ดำเนินโครงการศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก (Feasibility study for the Community Health Initiative for Maternal and Child Health) โดยได้รับทุนสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก สำนักงานภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ หากพบว่ามีความเป็นไปได้รัฐบาลสหภาพพม่าจะได้รับทุนจาก Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI) Health System Strengthening (HSS) ในการขยายโครงการให้ครอบคลุมพื้นที่ต่าง ๆ ต่อไป

เมื่อวันที่ 11-14 พฤษภาคม พ.ศ.2553 ภาณุ พิศพรธร วีระยิ่งยง นักวิจัยหลักพร้อมด้วยนักวิจัยร่วม ได้รับเชิญจากองค์การอนามัยโลก ให้ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาของโครงการดังกล่าว ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อขยายโอกาสให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้เข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้แก่การฝากครรภ์ การคลอดบุตร และการดูแลหลังตั้งครรภ์ จากบุคลากรสุขภาพ เช่น แพทย์ และผดุงครรภ์ ตามความจำเป็น ซึ่งในท้ายที่สุดจะนำไปสู่การลดอัตราการตายของแม่และเด็ก ทั้งนี้คณะนักวิจัยมุ่งพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ในขณะเดียวกันก็จัดระบบการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 3: แผนการดำเนินงานในช่วงต่อไป (เดือนมิถุนายน-ธันวาคม พ.ศ. 2553)

3.1 ร่วมจัดอบรมการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์กับ *University of York*, และ *University of Glasgow, England* ระหว่างวันที่ 28-30 กรกฎาคม 2553 ณ ประเทศไทย

หลักสูตรการอบรม METHODS FOR COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS: AN ADVANCED WORKSHOP เป็นหลักสูตรที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติ ซึ่งเป็นครั้งแรกที่ทีมงานจะจัดการอบรมที่ประเทศแถบเอเชียซึ่งนับเป็นโอกาสดีที่บุคลากรภายในประเทศจะเข้าอบรมหลักสูตรดังกล่าว ทั้งนี้คณะนักวิจัยจาก HITAP ได้ร่วมเป็นทีมผู้สอนทั้งในเนื้อหาเชิงเทคนิคและการดำเนินงานวิจัยไปใช้ในเชิงนโยบายซึ่งเป็นชั่วโมงพิเศษที่เพิ่มขึ้นมาเป็นพิเศษ

3.2 ร่วมแลกเปลี่ยนความรู้ในการประชุม *Ad-hoc WHO consultation on the assessment of cost-effectiveness (CE) tools to support introduction decisions for human papillomavirus (HPV) vaccines in Low and Middle Income Countries* ระหว่างวันที่ 8-9 กรกฎาคม เมืองมอนทรีออล ประเทศแคนาดา จัดโดยองค์การอนามัยโลก ประเทศแคนาดา

การประชุมนี้มีเป้าหมายเพื่อจัดเตรียมรายการข้อมูลที่สำคัญเพื่อความเหมาะสมในการใช้วิธีการประเมินต้นทุนประสิทธิผลสำหรับกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายสำหรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV วัตถุประสงค์ของการประชุมซึ่งจัดโดย WHO Initiative for Vaccine Research ในครั้งนี้คือ (1) ทบทวนวรรณกรรมที่มีอยู่ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการประเมินต้นทุนประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV และ (2) ทบทวนวิธีการประเมินต้นทุนประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV ในระดับประเทศ ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการประชุมคือ (1) จัดทำรายการเบื้องต้นสำหรับตัวแปรและสมมติฐานที่สำคัญซึ่งผู้กำหนดนโยบายในระดับประเทศควรพิจารณาในการประเมินหรือใช้ข้อมูลผลกระทบและต้นทุนประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย และ (2) จัดทำรายการข้อมูลที่สำคัญเพื่อความเหมาะสมในการใช้วิธีการประเมินต้นทุนประสิทธิผลสำหรับกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบายสำหรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV

3.3 กิจกรรมต่อเนื่องอื่น ๆ ได้แก่

3.3.1 อบรมเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข สหภาพพม่าในโครงการศึกษาความเป็นไปได้ในการ พัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก สิงหาคม 2553

3.3.2 ร่วมประชุมและเผยแพร่ผลงานของ HITAP ในการประชุมวิชาการ *ISPOR Asia-Pacific Conference 2010* ระหว่างวันที่ 6-8 กันยายน 2553 จังหวัดภูเก็ต

3.3.3 การจัดประชุมนานาชาติ *The First Global Forum on Medical Devices* ระหว่างวันที่ 9-11 กันยายน 2553 โรงแรมพลาซ่า แอทธินี

ภาคผนวก ก: รายงานจากผู้ช่วยวิจัย HITAP

การประชุม 12th Annual Research Conference of Epidemiology Unit April 1-2, 2010

หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จัดประชุม Annual Research Conference of Epidemiology Unit ครั้งที่ 12 ขึ้นเมื่อวันที่ 1-2 เมษายน 2553 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอโครงร่างงานวิจัยและ/หรือ รายงานผลงานวิจัยของนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตและปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาระบาดวิทยา ระหว่างปี การศึกษา 2552 จำนวน 27 เรื่อง ซึ่งดร. นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์ ได้รับเชิญเป็นกรรมการและได้เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัย 4 คน ได้แก่ นายทรงยศ พิลาสันต์, ภาณุ.วรัญญา รัตนวิภาพงษ์, ภาณุ.จรพร สิริวีโรจน์ และ นางสาวรุ่งนภา คำผางเข้าร่วมการประชุมในครั้งนี้ และได้มอบหมายงานให้ผู้ช่วยวิจัยทั้ง 4 คนสรุปผลจากการประชุม ดังนี้

1. เลือกระเบียบวิธีวิจัยที่ชอบจากการนำเสนอโครงร่างงานวิจัยและ/หรือรายงานผลงานวิจัยของนักศึกษาพร้อมทั้งระบุ เหตุผล

- จรพร สิริวีโรจน์

หัวข้อวิจัย

Sexual behavior and knowledge on STIs/HIV among young internal migrants to Ulaanbaatar, Mongolia

เหตุผล

รูปแบบการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (A community-based cross-sectional survey)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: ผู้อพยพเข้ามาใน Songino-Khairkhan และ Bayanzurkh district ที่มีอายุระหว่าง 15-25 ปี

ซึ่งต้องเข้ามาอยู่ก่อนการศึกษา 6 เดือน – 3 ปี

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล: ระหว่างเดือนพฤษภาคม – กันยายน 2009

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการ (exclusion criteria):

- มีความผิดปกติทางจิต หรือ ผิดปกติทางการสื่อสาร
- ป่วยด้วยโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการสัมภาษณ์
- เป็นนักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนแพทย์หรือการพยาบาล

วิธีการสุ่มตัวอย่าง: เป็นแบบ 2 ขั้นตอน (two-stage sampling technique) คือ 1. การเลือกตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) ซึ่งใช้การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยกำหนดให้แต่ละชั้นภูมิเป็นสัดส่วนกับจำนวนหน่วยทั้งหมดในชั้นภูมินั้น ๆ

(Proportional to size) และ 2.การเลือกตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) ในส่วนรายละเอียดเชิงลึกผู้นำเสนอไม่ได้ อธิบายมากนัก เหตุผลที่สนใจ method นี้ เนื่องจากเป็นวิธีพื้นฐานที่นำไปสู่การเข้าใจวิธีการดำเนินวิจัยในเชิงระบาดวิทยา เบื้องต้นได้ ซึ่งในการประชุม งานวิจัยส่วนใหญ่ใช้วิธีนี้ จากการศึกษาเพิ่มเติม พบว่า การเลือกตัวอย่างแบบกลุ่มจะมีทั้ง ส่วนที่คล้ายและแตกต่างจากการเลือกตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ โดยส่วนที่เหมือนกัน คือ มีการแบ่งกลุ่มประชากรเป็นกลุ่มย่อยตั้งแต่ 2 กลุ่มขึ้นไป สำหรับส่วนที่แตกต่างกัน คือ ลักษณะของหน่วยที่อยู่ในกลุ่ม การเลือกตัวอย่างแบบกลุ่มต้องการให้หน่วยต่างๆที่อยู่ในกลุ่มเดียวกันมีลักษณะที่สนใจศึกษาแตกต่างกัน ดังนั้น การเลือกตัวอย่างแบบกลุ่มจึงเลือกเพียงบางกลุ่มก็จะทำให้ตัวอย่างมีครบทุกลักษณะ อย่างไรก็ตาม การสุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรได้อย่างเหมาะสมนั้น ควรจะใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling technique) และการศึกษานี้ควรมีการเปรียบเทียบกับ control group (original people) ด้วย

- ทรงยศ พิลาสันต์

หัวข้อวิจัย

Attitudes towards a smoking ban in restaurants of managers, employees and customers in Kunming city, China

เหตุผล

การศึกษานี้เป็นการสำรวจความคิดเห็นและการสนับสนุนเกี่ยวกับนโยบายการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร จากผู้จัดการ พนักงาน และลูกค้าในร้านอาหารเมืองคุนหมิง ประเทศจีน โดยการใช้แบบสอบถามซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับหาข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นของประชากรจำนวนมาก ข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากแบบสอบถามถูกนำมาหาความสัมพันธ์ของข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติ เปรียบเทียบปัจจัยด้านเพศและสถานะของกลุ่มเป้าหมาย (ผู้จัดการ พนักงาน และลูกค้า) ที่มีต่อความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหาร ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามยังไม่สัมพันธ์กับข้อเท็จจริง เช่น ร้อยละของเพศหญิงที่เห็นด้วยกับนโยบายการห้ามสูบบุหรี่ในร้านอาหารอย่างสิ้นเชิงมีจำนวนน้อยกว่าเพศชาย ในขณะที่ข้อเท็จจริงมีจำนวนเพศหญิงที่สูบบุหรี่น้อยกว่าเพศชายถึงเกือบ 20 เท่า ทำให้ข้อมูลดังกล่าวไม่มีความสอดคล้องกันและไม่น่าเชื่อถือ การจัดสนทนากลุ่ม (focus group discussion) น่าจะเป็นวิธีที่ช่วยหาคำตอบและเหตุผลรองรับให้กับข้อมูลดังกล่าว เพื่อช่วยให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

- รุ่งนภา คำผาง

หัวข้อวิจัย

การวัด Environmental quality of life ของประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรมสามแห่ง และนอกพื้นที่โรงงานอุตสาหกรรม ในเขตอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

เหตุผล

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง Cross sectional study แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ขั้นตอน โดยเริ่มจากการร่างแบบสอบถาม environmental quality of life จากการทบทวนวรรณกรรม มีตัวชี้วัดทางด้าน environmental health ที่สำคัญได้แก่ เสียงดัง

รบกวน กลิ่นเหม็นรบกวน สุขภาวะ การสุขภาพมลพิษทางอากาศ เป็นต้น ซึ่งตัวชี้วัดเหล่านี้จะถูกพัฒนาให้เป็นร่างข้อคำถาม ต่อมานำร่างนี้มาให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้พิจารณา โดยใช้เทคนิค focus group discussion และ เทคนิค In-depth interview จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงแบบสอบถาม เมื่อได้แบบสอบถามฉบับสมบูรณ์แล้ว จะนำไปทำ pilot study กับประชากรในอำเภอจะนะ 30 คน เพื่อทดสอบความน่าเชื่อถือ(reliability) ของแบบสอบถาม เมื่อแบบสอบถามผ่านการทดสอบแล้ว ก็จะนำไปใช้จริง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาถูกแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ 3 กลุ่ม จากผู้อาศัยอยู่ในอาณาเขต 5 กิโลเมตรของ Gas industry, Power plant industry and organic industry และกลุ่มสุดท้ายคือประชากรที่อาศัยอยู่นอกบริเวณดังกล่าว ข้อมูลที่ได้จะนำมาเปรียบเทียบกันเพื่อหาความแตกต่าง

ขอบระเบียบวิธีวิจัยนี้ เพราะมีประเด็นที่เข้าใจได้ง่ายและวิธีการไม่ยุ่งยากซับซ้อน การเลือกประชากรตัวอย่างมีความเหมาะสม เพราะเป็นการศึกษาที่จะนำผลมาเปรียบเทียบกัน ดังนั้นการใช้ประชากรในพื้นที่อำเภอจะนะทั้งหมด ทำให้คาดเดาได้ว่าประชากรเหล่านี้จะมีลักษณะทั่วไปอื่นๆ ที่ใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตามเพื่อให้แน่ใจว่านอกจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมแล้ว ไม่มีปัจจัยอื่นที่ก่อให้เกิดความแตกต่างในคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มนี้ ต้องมีการควบคุมปัจจัยอื่นๆ ด้วย นอกจากนี้การแบ่งประชากรออกเป็นชั้น (stratify) ยังเป็นการช่วยให้ทุก ๆ กลุ่มมีประชากรที่มีลักษณะทั่วไปเหมือนกันอีกด้วย

การพยายามพัฒนาแบบสอบถามโดยใช้การมีส่วนร่วมของผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องจะทำให้แบบสอบถามมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และการทำ pilot study เพื่อทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม (reliability) คือ การทดสอบว่าเครื่องมือที่พัฒนามานั้นสามารถวัดด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกันแล้วได้ผลเหมือนกัน ก็เป็นจุดเด่นหนึ่งของระเบียบวิธีนี้ อย่างไรก็ตามแบบสอบถามที่ดีควรวัดความเที่ยงตรง (validity) ของเครื่องมือเหล่านั้นด้วย เพื่อจะได้ทราบว่าเครื่องมือที่พยายามผลิตขึ้นมานั้นสามารถวัดในสิ่งที่ผู้ผลิตต้องการวัดจริงๆ ซึ่งในงานนี้ไม่มีการรายงานถึง validity ของเครื่องมือ

- วรรณญา รัตนวิภาพงษ์

หัวข้อวิจัย

Use of traditional cooking fuels and risk of young adult cataract in rural Bangladesh: a hospital-based case-control study

เหตุผล

งานวิจัยนี้ใช้วิธี case-control study ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรค (disease or outcome) กับปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค (cause or exposure) ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลที่เป็นโรคต้อกระจก และกลุ่มควบคุม ได้แก่ ผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลที่ไม่ได้เป็นโรคต้อกระจก และผู้มารับบริการในโรงพยาบาลที่ไม่ได้เป็นโรคตาอื่นๆ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะสามารถสลับย้อนกลับไปหาสาเหตุ คือ traditional cooking fuels ที่คาดว่าอาจก่อให้เกิดโรคต้อกระจกได้ การใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบนี้ เป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับการหาความสัมพันธ์ดังกล่าว ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย ประหยัดเวลาและทรัพยากร โดยเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีอื่น เช่น วิธี cohort study ที่เริ่มจากการกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็น ผู้ที่ใช้ traditional cooking fuels แล้วจึงติดตามผลว่ากลุ่มเป้าหมายนั้นมีผู้ป่วยเป็นโรคต้อกระจกหรือไม่ นอกจากนี้ยังมีการกำหนดกลุ่มควบคุมเพื่อใช้เปรียบเทียบกับกลุ่มเป้าหมายถึง 2 กลุ่ม ซึ่งเป็นจุดเด่นของงานวิจัยนี้ โดยผู้วิจัยมีสมมติฐานว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคตาอื่นๆ อาจจะมีปัจจัยเสี่ยงบางอย่างที่เหมือนกับโรคต้อ

กระจก ทั้งนี้จะมีการกำหนดปัจจัยแวดล้อมต่างๆ ของกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มควบคุม เช่น อายุ เพศ และโรงพยาบาลที่ทำการศึกษา เพื่อให้ได้ตัวแทนที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มที่ศึกษามากที่สุด

การเลือกโรงพยาบาลในการศึกษามีความเหมาะสมเช่นกัน เพราะผู้วิจัยเลือกศึกษากลุ่มเป้าหมายและกลุ่มควบคุมในโรงพยาบาลที่อยู่ในเขตชนบท ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ประชากรส่วนใหญ่มีการใช้ traditional cooking fuels แต่หากการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ community-based จะทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยโรคต่อกระดูกบางรายอาจไม่ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเสมอไป สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้เลือกวิธี odds ratio ในการวิเคราะห์ ซึ่งเป็นวิธีการทางสถิติที่นิยมใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มควบคุม การแสดงผลมีความละเอียดโดยแยกเป็น traditional cooking fuels ชนิดต่างๆ

2. ทักษะการนำเสนอโครงร่างงานวิจัยและ/หรือรายงานผลงานวิจัยที่พึงปฏิบัติและไม่พึงปฏิบัติจากการฟังการนำเสนอของนักศึกษา

- จรพร สิริวีโรจน์

ทักษะการนำเสนอที่พึงปฏิบัติ

- สบตาผู้ฟัง กวาดสายตาไปรอบๆ
- รู้จักการใช้น้ำเสียงให้มีสูง-ต่ำ ไม่ควรเป็นเสียงเดียว ราบเรียบ (monotone) มีการเน้นคำเพื่อกระตุ้นให้ผู้ฟังสนใจฟังและทำให้เข้าใจง่ายขึ้น
- มีจังหวะที่ดีในการพูด เว้นวรรคที่เหมาะสม ไม่ควรพูดเร็วและรัว
- หากเป็นการนำเสนอโดยใช้ power-point slide ควรสัมพันธ์กับสิ่งที่พูดเพื่อช่วยประกอบการฟัง และไม่ควรมีตัวอักษรหนาแน่นจนเกินไป ควรเลือกเฉพาะใจความสำคัญมานำเสนอเท่านั้น
- เนื้อหาการนำเสนอควรเรียงร้อยกัน หรือสอดคล้องต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ฟังเข้าใจง่าย เกิดความคิดรวบยอด และมีประสิทธิผลในการฟังสูงสุด

ทักษะการนำเสนอที่ไม่พึงปฏิบัติ

- อ่านตาม script ตลอดเวลา พูดเหมือนท่องหรืออ่านให้ฟัง
- พูดตาม slide ทุกคำ (ควรมีการอธิบายเพิ่มเติมหรือใช้คำที่แตกต่างออกไป แต่มีความหมายเหมือนกันในการนำเสนอ เพื่อเพิ่มความน่าสนใจในการฟัง)
- น้ำเสียงราบเรียบ ชวนง่วงนอน
- ตื่นเต้นจนพูดเร็วและรัว หรือมีน้ำเสียงสั้นเครือ ยากต่อการฟัง
- เนื้อหาข้ามไปข้ามมา ทำให้ผู้ฟังเกิดความสับสน

- ทรงยศ พิลาสันต์

ทักษะการนำเสนอที่พึงปฏิบัติ

- การพูดด้วยจังหวะที่ช้าและน้ำเสียงที่ชัดเจน
- ตอบคำถามได้ตรงประเด็น
- การพูดศัพท์เทคนิคหรือศัพท์เฉพาะทาง ควรมีการยกตัวอย่างเพื่อให้ผู้ฟังเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

ทักษะการนำเสนอที่ไม่พึงปฏิบัติ

- การใส่รายละเอียดในสไลด์มากเกินไป ซึ่งเนื้อหาในสไลด์ควรกระชับและได้ใจความ ทั้งนี้สามารถจดรายละเอียดหรือบทพูดเพิ่มเติมไว้ต่างหากเพื่อเตือนความจำ
- การนำเสนอด้วยการอ่านตามเนื้อหาในสไลด์ให้ผู้เข้าร่วมประชุมฟังเป็นสิ่งที่ไม่ดีมีประโยชน์ เพราะผู้เข้าร่วมประชุมสามารถอ่านเองได้ สไลด์เป็นเพียงสิ่งที่ใช้ประกอบการนำเสนอเท่านั้น ดังนั้น ผู้นำเสนอไม่ควรพูดตามเนื้อหาในสไลด์เท่านั้น
- การพูดหรือตอบคำถามในขณะที่ผู้วิจารณ์หรือผู้ซักถามยังไม่สิ้นสุดการอภิปราย ควรรอและเว้นระยะเวลาเพื่อให้แน่ใจว่าผู้วิจารณ์หรือผู้ซักถามได้อภิปรายประเด็นนั้นเสร็จสิ้นแล้ว
- การหันไปสบตาอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยทุกครั้งที่มีผู้ซักถาม ผู้นำเสนอควรขอความช่วยเหลือจาก อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยในกรณีที่ไม่สามารถตอบได้จริงๆ เท่านั้น

- รุ่งนภา คำผาง

ทักษะการนำเสนอที่พึงปฏิบัติ

- การนำเสนอโดยไม่ได้อ่านจากสไลด์เพียงอย่างเดียว แต่มีการเพิ่มเนื้อหาที่ควรอธิบายเพิ่มเติมเข้ามา โดยการพูดมีการเน้นย้ำเสียงหนักเบา แสดงถึงความสำคัญของเนื้อหาบางประเด็น พูดเสียงชัดเจน จะฉาน ไม่แสดงออกถึงความประหม่า ทำให้การนำเสนอมีความน่าสนใจ ผู้ฟังผ่อนคลายและสามารถเข้าใจเนื้อหาได้ดีขึ้น
- การสบตาผู้ฟังเป็นระยะในขณะที่นำเสนอหรือตอบประเด็นคำถาม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการให้ความสนใจแก่ผู้ฟัง ซึ่งจะทำให้ผู้ฟังตั้งใจฟังผู้นำเสนอมากขึ้น
- การแสดงออกให้เห็นถึงการเป็นคนที่ยอมเปิดรับความคิดเห็นของผู้อื่น แต่ก็ไม่หลุดประเด็นของตัวเอง ตัวอย่างในกรณีที่มีข้อเสนอแนะจากผู้ฟัง แล้วผู้นำเสนอนำไปคิดพิจารณา ซึ่งการทำแบบนี้จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้ฟังก็สามารถแสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ได้ ส่วนผู้นำเสนอก็ได้เรียนรู้เพิ่มเติม

ทักษะการนำเสนอที่ไม่พึงปฏิบัติ

- การอ่านจากสไลด์ให้ฟัง ทำให้การนำเสนอไม่เป็นธรรมชาติ ขาดเสน่ห์ อีกทั้งการตั้งหน้าตั้งตาอ่านยังมีความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้นำเสนอสนใจเพียงหน้าจอกอมพิวเตอร์อย่างเดียว โดยไม่ได้สบตากับผู้ฟัง ทำให้การนำเสนอขาดความน่าสนใจไปด้วย ควรปรับปรุงวิธีการนำเสนอโดยการเตรียมตัวให้พร้อม ยิงการพูดในภาษาอื่น ควรทำความเข้าใจเนื้อหา ถ้าจำเป็นต้องใช้วิธีการท่องจำก็ยิ่งดีกว่าการก้มหน้าก้มตาอ่าน ใช้การจดโน้ตเฉพาะประเด็นสำคัญเป็นตัวช่วยกันหลุดประเด็นซึ่งนำดีกว่าการอ่านข้อความจากสไลด์เพียงอย่างเดียว
- การใส่ตัวหนังสือในสไลด์มากเกินไป ทำให้ผู้ฟังไม่สนใจฟังการนำเสนอและตั้งหน้าตั้งตาอ่านสไลด์อย่างเดียว ซึ่งอาจทำให้ประเด็นที่ผู้นำเสนอต้องการสื่อสารเกิดความคลาดเคลื่อนได้ และทำให้การนำเสนอขาดความน่าสนใจ ควรปรับปรุงโดยการลดจำนวนตัวหนังสือในสไลด์ลง เลือกเฉพาะประเด็นขึ้นสไลด์โชว์ ส่วนรายละเอียดควรมาจากการอธิบาย
- การพูดโดยใช้น้ำเสียงโทนเดิมตลอดเวลา ไม่มีการเน้นย้ำคำ หรือการพูดในจังหวะเดียวกันทั้งเนื้อหา ทำให้การนำเสนอดูน่าเบื่อ บางคนพูดเร็วเกินไปก็อาจทำให้คนฟังหลุดบางประเด็นไปได้ ถ้าพูดช้าก็อาจเสียเวลามาก เพราะฉะนั้นไม่ควรพูดเร็วหรือช้าเกินไป การฝึกซ้อมกับเพื่อนๆหรืออาจารย์จะเพิ่มความมั่นใจมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถตรวจสอบได้ว่าผู้ฟังเข้าใจมากน้อยเพียงใดและควรปรับปรุงประเด็นไหนบ้าง
- การตอบคำถามทั้งที่ผู้ถามยังซักถามไม่จบ นอกจากจะเป็นผู้นำเสนอที่ดีแล้วควรเป็นผู้ฟังที่ดีด้วย เหตุการณ์แบบนี้สามารถเกิดขึ้นได้กับผู้ที่มีความตื่นตัว ประหม่า หรืออาจจะฟังคำถามไม่เข้าใจ แต่อย่างไรก็ตามควรมีการปรับปรุงโดยการตั้งใจฟังและสังเกตผู้สอบถาม ฟังจนผู้สอบถามหมดข้อสงสัยจึงเริ่มต้นตอบแต่ละประเด็น การลดความประหม่าเวลาตอบคำถามสามารถฝึกฝนได้

- วิทยุ รัตนาภิรมย์

ทักษะการนำเสนอที่พึงปฏิบัติ

- พูดช้าและชัดถ้อยชัดคำ เนื่องจากในงานประชุมที่ดำเนินงานเป็นภาษาอังกฤษนั้น ผู้เข้าร่วมประชุมมีพื้นฐานของภาษาที่แตกต่างกัน อีกทั้งเนื้อหาของเรื่องที่น่าสนใจมีความหลากหลาย ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมอาจมีข้อจำกัดในเรื่องของภาษาและความเข้าใจ การพูดช้าจะทำให้ผู้พูดสามารถเรียบเรียงความคิดได้ดีมากขึ้น ซึ่งจะสามารถถ่ายทอดความคิดออกมาเป็นระบบและไม่สับสน และทำให้ฟังได้ง่ายขึ้น
- สบตาผู้ฟังขณะพูด ซึ่งการสบตาผู้ฟังนั้น จะช่วยให้ผู้พูดสามารถรับรู้ได้ถึงความสนใจของผู้ฟัง ทำให้ผู้ฟังรู้สึกมีส่วนร่วมในการบรรยายหรือรายงาน ซึ่งอาจช่วยให้ผู้พูดเน้นส่วนที่ต้องการหรือกระตุ้นความสนใจของผู้ฟังเมื่อผู้ฟังเริ่มหมดความสนใจได้
- เนื้อหาในสไลด์เป็นแค่ประเด็นหลักๆ หรือเนื้อหาสำคัญที่ต้องการสื่อสาร เนื่องจากในสไลด์ประกอบการนำเสนอ ควรจะเป็นประเด็นสำคัญประกอบการพิจารณาให้แก่ผู้เข้าร่วมประชุม และเพื่อไม่ให้สไลด์ดูรกและไม่น่าสนใจ อีกทั้งห้องประชุมที่กว้างและเวลาในการนำเสนอที่เหมาะสมต่อ 1 หน้าสไลด์ไม่ควรมากเกินไปนัก จึงไม่สามารถใส่เนื้อหาทั้งหมดลงไปได้ ควรคัดเลือกประเด็นสำคัญหรือที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยใส่ลงไป
- พูดเนื้อหาเพิ่มเติมที่แตกต่างจากสไลด์ เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมสนใจในสิ่งที่กำลังนำเสนอ อีกทั้งไม่น่าเบื่อเกินไป เพราะการอ่านตามสไลด์ไม่มีความแตกต่างกับการให้ผู้เข้าร่วมประชุมอ่านเอาเอง
- ทำ script ไว้ตรงท้ายสไลด์ แทนการจดในกระดาษ

ทักษะการนำเสนอที่ไม่พึงปฏิบัติ

- กัมหนำอ่านกระดาษตลอดเวลา ทำให้ไม่มีการสบตากับผู้ฟัง ลดความน่าสนใจในการพูดหรือบรรยาย
- มองสไลด์ ขณะพูดตลอดเวลา
- พูดเร็วมาก ซึ่งการพูดเร็วอาจกลายเป็นการพูดรัว อีกทั้งการตั้งใจในการสื่อสารอาจผิดไปได้
- โทนเสียงเป็นโทนเดียวกันตลอดเวลา
- พูดคำว่า “เออ...” บ่อยๆ
- ไอหรือถอนหายใจใส่ไมค์
- ใส่เนื้อหาในสไลด์ยาวเหยียด

ภาคผนวก ๗: Course outline “methods for cost-effectiveness analysis: an advance workshop”

METHODS FOR COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS: AN ADVANCED WORKSHOP

28-30 July 2010, Richmond Stylish Convention Hotel, Nonthaburi, Thailand

Day 1

- 9.30-10.00 Introductions
- 10.00-11.00 Policy context for cost-effectiveness modelling (HITAP)
- 11.00-11.15 Refreshments
- 11.15-12.30 Advanced Markov modelling I (Mark Sculpher)
- 12.30-1.30 Lunch
- 1.30-3.00 Advanced Markov modelling II (Mark Sculpher)
- 3.00-3.30 Refreshments
- 3.30-5.00 Exercise I – Markov modelling

Day 2

- 9.00-10.30 Undertaking probabilistic sensitivity analysis (Andrew Briggs)
- 10.30-11.00 Refreshments
- 11.00-12.30 Exercise II – probabilistic sensitivity analysis
- 12.30-1.30 Lunch
- 1.30-3.00 Presenting probabilistic sensitivity analysis (Andrew Briggs)
- 3.00-3.30 Refreshments
- 3.15-5.00 Exercise III – presenting probabilistic sensitivity analysis

Day 3

- 9.00 – 10.30 Value of information analysis (Mark Sculpher)
- 10.30-11.00 Refreshments
- 11.00-12.30 Case study models from the UK and Thailand (Andrew Briggs, Mark Sculpher, HITAP)
- 12.30-1.30 Lunch
- 1.30-2.30 Modelling workshop
- 2.30-3.30 Informal discussion on publishing papers on economic modelling (Andrew Briggs, Mark Sculpher)

ภาคผนวก ค: กำหนดการประชุมนานาชาติเรื่องเครื่องมือแพทย์ ครั้งที่ 1

**First Global Forum on Medical Devices
Bangkok, Thailand
9 to 11 September 2010**

Provisional programme

Thursday, 9 September 2010

07:00-09:00 Registration

09:00-09:40 Inauguration session

*Prime Minister of Thailand
Address Director-General, WHO
Dr. Margaret Chan*

**09:50-10:35 Plenary session
Global status on medical devices**

- ◆ Situational global analysis of medical devices
- ◆ Mismatches in medical devices
- ◆ Medical device needs in a developing country

10:35-11:00 Coffee break and poster session 1

**11:00-12:30 Plenary session
Medical devices and universal access**

- ◆ Health technology strategies for universal coverage: the need for policies and governance
- ◆ Health systems strengthening: challenges to financing medical devices
- ◆ Empowering decision makers: the role of health technology assessment

12:30-14:00 Lunch

**14:00-16:00 Parallel session 1
The role of medical devices to improve health service delivery**

Track 1: Millennium Development Goals 4, 5 & 6

PANEL DISCUSSION

- ◆ Self care
- ◆ Primary care
- ◆ Referral hospitals
- ◆ Specialized care

Track 2: Non-communicable diseases

PANEL DISCUSSION

- ◆ Self-care
- ◆ Primary care
- ◆ Referral hospital
- ◆ Specialized care

16:00-16:30 Coffee break and poster session 1

16:30-18:00 Parallel session 2

Safe, appropriate, innovative, accessible and affordable medical devices

Track 1: Safe medical devices for the patient, the health worker and the environment

PANEL DISCUSSION

- ◆ Mercury and mercury cleaning,
- ◆ Radiation
- ◆ Syringes

Track 2: Appropriate and innovative medical devices

PANEL DISCUSSION

- ◆ Local solutions
- ◆ Appropriate technologies
- ◆ Research

Track 3: Accessible and affordable medical devices

PANEL DISCUSSION

- ◆ Intellectual property & innovations
- ◆ Logistics
- ◆ Financing

19:30-22:00 Reception and dinner at the venue

Friday, 10 September 2010

08:45-09:00 Report from day 1

**09:00-10:30 Plenary session
Review of tools, guidelines and procedures to promote safe, affordable, quality
medical device use**

- ◆ Regulation of medical devices
- ◆ Health technology assessment
- ◆ Medical devices management

10:30-11:00 Coffee break and poster session 2

**11:00-12:00 Parallel session 3
Health technology assessment of medical devices used for promotion,
prevention, diagnostics, and rehabilitation**

**Track 1: The need for HT units in developing countries and the role of
international organizations**

Track 2: The role of HTA for innovative and emerging technologies

Track 3: Differences between HTA of pharmaceuticals and medical devices

Track 4: Use of HTA recommendations for prioritization of national policies

**12:00-13:00 Parallel session 4
Regulating medical devices used for prevention, diagnostics, treatment and
rehabilitation**

Track 1: Pre-market approval and good manufacturing practices

Track 2: Challenges and benefits of regulation harmonization

Track 3: The need for "techno-vigilance" and post-market surveillance

Track 4: Nomenclatures for medical devices

13:00 -14:30 Lunch and networking activities

**14:30-16:30 Parallel session 5
Management of medical devices used for prevention, diagnostics, treatment
and rehabilitation**

Track 1: Needs assessment and inventories

Track 2: Donations, technical specifications and procurement

Track 3: Enhancing training, maintenance, safe use and decommissioning

**Track 4: Challenges in developing medical devices lists by disease and
health facility with nomenclature**

16:30-17:00 Coffee break and poster session 2

**17:00-18:30 The convergence of e-health and medical devices: implications for the future
PANEL DISCUSSION**

DRAFT



Saturday, 11 September 2010

08:45-09:00 Report from day 2

09:00-10:00 Plenary session

Improving access, quality, and affordability of medical devices and the role of:

- ◆ Academia
- ◆ Professional Organizations
- ◆ Medical Technology Industry

10:00-10:40 Ethical practice

10:40-11:00 Coffee Break

11:00-12:00 Summary of recommendations (*co-chairs of sessions*)

12:00-12:30 Way Forward

12:30 - 13:00 Closing session

13:00 -14:00 Closing lunch

DRAFT

Saturday, 11 September 2010

POST CONFERENCE WORKSHOPS

14:00-16:00 Post conference workshops (English)

Registration required

Track 1: Health technology assessment

Track 2: Medical devices management

Track 3: Medical devices regulation

Track 4: e-Health

Sunday, 12 September 2010

9:00 - 11:00 WHO informal consultation with medical devices industry associations

DRAFT