

HITAP

Health Intervention and Technology Assessment Program
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



www.hitap.net



Facebook

ปีที่ 8 ฉบับที่ 24
พฤษภาคม - สิงหาคม 2558

HTA กับ
บัญชียาหลัก
แห่งชาติ



สัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องการ
พัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ หน้า **3**

รู้จัก HTA ในประเทศอังกฤษ
หน่วยงาน HTA ชั้นนำของโลก หน้า **4**

ยาคุ้ม ไม่คุ้ม **10**
เขาดูที่อะไร หน้า



EDITOR TALK

โดย กองบรรณาธิการ
comm@hitap.net

กองบรรณาธิการ:

อภิญญา มัตเดช ชลัญธร โยธาสุมทร
วรุฒ เลิศศรารุช นรินทร์ธรร จันทรไพจิตร

ท่านสามารถอ่านจุลสาร HITAP
รูปแบบ PDF ได้ที่ www.hitap.net

ช่องทางสื่อสารอื่นๆ :

facebook: HITAPTHAILAND
twitter: hitap_thailand

การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ Health Technology Assessment-HTA

คือ การประเมินอย่างเป็นระบบในแง่ของคุณสมบัติ ผลกระทบด้านการแพทย์ สังคม จริยธรรมและเศรษฐศาสตร์ของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพ การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพดำเนินการในลักษณะของสหสาขาวิชาโดยอาศัยกรอบการวิเคราะห์ที่ชัดเจนจากวิธีการที่หลากหลาย

ลองสมมติว่า ท่านผู้อ่านเป็นผู้ใหญ่บ้าน ต้องจัดซื้อยาสำคัญประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นยาที่ชาวบ้านทุกคนมีสิทธิใช้ โดยใช้เงินงบประมาณในแต่ละปี ท่านต้องซื้อยาใดต่อไปนี้

- ยา A ราคา 100 บาท รักษาหายได้ 70%
- ยา B ราคา 10,000 บาท รักษาหายได้ 75 %

นี่คือ ตัวอย่างง่าย ๆ ของเสี้ยวหนึ่งของงานพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งต้องตอบโจทย์ให้ได้ว่าทางเลือกไหนได้ประโยชน์มากที่สุด แล้วถ้าเพิ่มโจทย์ว่า...

- ท่านมีสมาชิกในหมู่บ้านทั้งหมด 100 คน
- แต่มีงบประมาณ 50,000 บาท

ท่านจะซื้อยา A หรือ ยา B และให้กับใครบ้าง ?

บัญชียาหลักแห่งชาติ ก็เหมือน **ตัวยาสำคัญประจำชาติ** เป็นยาที่ประเทศต้องมีไว้เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนในชาตินั้น ที่ผ่านมามีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับยาในบัญชียาหลักแห่งชาติว่า เป็นยาไม่ดี ยาพิษ ๆ เพราะราคาถูก ในความเป็นจริง คณะทำงานต่าง ๆ ในกระบวนการคัดเลือกยาเพื่อบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติต้องพิจารณาหลายร้อยตัวด้วยโจทย์ที่ยากและซับซ้อนกว่าตัวอย่างดังกล่าวมาก เพื่อให้ได้ยาที่ดี ปลอดภัย ราคาสมเหตุผล และไม่เป็นการงบประมาณของประเทศ ในกระบวนการทำงานที่ซับซ้อนนี้เอง HTA ได้เข้าไปมีบทบาทในการประเมินว่า ยาตัวใดรักษาได้ดีกว่ากัน ใช้แล้วมีความปลอดภัยกว่ากัน และมีความคุ้มค่ากว่ากัน จุลสาร HITAP ฉบับนี้ เป็นการย่อยเรื่องยากที่คนมักเข้าใจผิด ให้เป็นเรื่องง่ายเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับบัญชียาหลักแห่งชาติ เชิญท่านผู้อ่าน อ่านเป็นลำดับตั้งแต่คอลัมน์แรกกันเลยคะ

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

บัญชียาหลักแห่งชาต เรื่องใกล้ตัวที่ควรูรู้

รายการยาจำเป็นของชาต

บัญชียาหลักแห่งชาต เป็นสวัสดิการพื้นฐานที่ทุกคนในสังคมได้รับเท่าเทียมกัน ในบัญชียาหลักแห่งชาต มีรายการยาต่าง ๆ 17 ประเภทที่ “จำเป็น” สำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนไทย ได้แก่

- โรคระบบทางเดินอาหาร
- โรคหัวใจและหลอดเลือด
- ระบบหายใจ
- ระบบประสาทส่วนกลาง
- การติดเชื้อ
- ระบบต่อมไร้ท่อ
- สูตินารีเวชและทางเดินปัสสาวะ
- โรคมะเร็ง ภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- โภชนาการและเลือด
- กล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ
- โรคตา
- หู คอ จมูก ปาก
- ผิวหนัง
- โรคภูมิแพ้และวัคซีน
- ยาระงับความรู้สึก
- ยาต้านพิษ
- สารที่บรั้งสี และ สารเภสัชขรั้งสี

ไต่ยาทุกคน !

ระบบประกันสุขภาพสามารถนำรายการยาเหล่านี้ ไปอ้างในการเบิกจ่ายให้ผู้ป่วย ดังนั้น ไม่ว่าคุณจะมีสิทธิในระบบประกันสุขภาพใด คุณก็ได้ยาที่มีมาตรฐานทั้งคุณภาพและความปลอดภัยเท่ากัน



ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



ประกันสังคม



สวัสดิการ รักษาพยาบาลราชการ



พนักงาน องค์กรท้องถิ่น

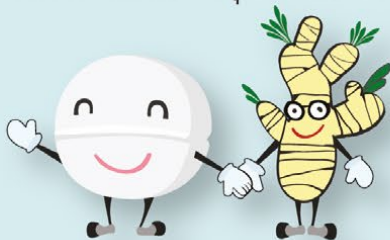


ระบบสวัสดิการอื่นๆ

สามารถเข้าถึงยาที่มีความจำเป็น !

ยาในบัญชียาหลักแห่งชาต เป็นยาที่มีหลักฐานทางวิชาการยืนยันแน่นอน และใช้วิจารณญาณของคณะทำงานและอนุกรรมการต่าง ๆ ว่าเป็นยาที่จำเป็น ยาที่ปลอดภัย ยาที่ใช้ได้ผลดี และมีผลกระทบต่องบประมาณน้อย

- มีทั้งยาแผนปัจจุบันและยาสมุนไพร



องค์การอนามัยโลกแนะนำ รายการยาจำเป็นทั้งสิ้น 359 รายการ



แต่บัญชียาหลักแห่งชาตของไทย มีถึง 905 รายการ แบ่งเป็น



ยาแผนปัจจุบัน 831 รายการ



ยาจากสมุนไพร 74 รายการ¹



บทบาทของ HTA

กับการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ หรือ HTA มีบทบาทสำคัญต่อบัญชียาหลักแห่งชาติในแง่ที่เป็นเครื่องมือประเมินความคุ้มค่าของยาในกระบวนการคัดเลือกยาเพื่อบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งต้องพิจารณาทั้งประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ค่าใช้จ่ายของยา และจริยธรรม (อ่านเพิ่มเติมได้ในคอลัมน์เกร็ดกระจ่าง) อย่างไรก็ตามก็มักมีความเชื่อว่า ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นยาพื้น ๆ ราคาถูก ไม่มีคุณภาพ มีแต่ยาเข้ามามากกว่ายาออก แล้วงบประมาณจะพอหรือ?

จุฬาสาร HITAP มีโอกาสได้สัมภาษณ์บุคคลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคัดเลือกยาเพื่อบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้แก่ [ศ. นพ.วิษณุ ธรรมลิขิตกุล](#) ประธานอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ [ภญ.เบตธนภัส สุขนวนิช](#) ผู้ช่วยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) [บุญ พุฒิพงศ์ธเนศโชติ](#) ประธานมูลนิธิโรคพันธุกรรมแอลเอสดี และ [สรินทร์ สรวมศิริ](#) Outcomes Research Manager บริษัทไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด เพื่อตอบโจทย์เหล่านี้

สร้างกระบวนการคัดเลือกยาที่ทั้งดีและคุ้มค่า

ยาในบัญชียาหลัก ไม่ได้เลือกที่ราคา แต่ดูว่าจำเป็นหรือไม่



“ต้องคำนึงถึงความจำเป็นของยานานนั้น ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยานานนั้นเป็นสำคัญ”

ศ. นพ.วิษณุ ธรรมลิขิตกุล
ประธานอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

ศ. นพ.วิษณุ ชี้แจงเกี่ยวกับปรัชญา หลักการและเกณฑ์ในการคัดเลือกยาบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติว่า “การพิจารณาว่ายาใดสมควรเป็นยาหลักแห่งชาติ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติไม่เคยมีปรัชญาและวิธีการคัดเลือกโดยคำนึงถึงราคาของยาแต่ละขนานเป็นสำคัญ การพิจารณาคัดเลือกยาขั้นตอนแรกของคุณะทำงานผู้เชี่ยวชาญการคัดเลือกยาและคณะอนุกรรมการ

พัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติจะต้อง คำนึงถึงความจำเป็นของยา ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยของยานานนั้นเป็นสำคัญ ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติฉบับปัจจุบันมีจำนวนมากที่มีราคาแพงมากและมียาหลายรายการที่มีเฉพาะยาต้นแบบเท่านั้น ส่วนคุณภาพของยาในบัญชียาหลักแห่งชาติก็มีกลไกต่างๆ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นผู้กำกับดูแลอยู่”

คุ้มค่า-ไม่คุ้มค่า วัดจากอะไร แล้วประเทศไทยใช้เกณฑ์อะไรบ้าง

“ ข้อดีของ HTA คือทำให้ระบบประกันสุขภาพยั่งยืน คือ ไม่เอายาใหม่เข้ามาโดยไม่รู้ว่าในอนาคตประเทศ จะสามารถสนับสนุนต่อไปหรือไม่ ”

ภญ.เนตรนภิส สุขนวนิช

ผู้ช่วยเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)



เมื่อได้ยินคำว่า “**การประเมินความคุ้มค่า**” ของยา หลายคนอาจนึกว่าเป็นเรื่องของราคาแพง-ราคาถูกเพียงอย่างเดียว แต่ในความเป็นจริงแนวคิดเรื่องการประเมินความคุ้มค่าไม่ได้ดูเพียงแค่ราคา ยา หากแต่เปรียบเทียบผลที่เกิดขึ้น กับต้นทุนที่ต้องเสียไป เพื่อเลือกยาหรือวิธีการรักษาที่ให้ผลดีที่สุด ด้วยต้นทุนที่น้อยที่สุด ต้นทุนในที่นี้ไม่ได้หมายถึงเงินเพียงอย่างเดียว หากรวมต้นทุนอื่น ๆ เช่น แรงงานแพทย์-พยาบาล เวลา ค่าสถานที่ และอื่น ๆ แล้ว ทำให้ประเทศไทยต้องนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้เป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจเลือกยาเข้าบัญชียาหลัก

ภญ.เนตรนภิส อธิบายว่า “ในระบบหลักประกันสุขภาพมีระบบงบประมาณแบบปลายปิด เป็นงบประมาณที่จำกัด แต่ต้องนำไปจัดระบบบริการสุขภาพให้คน 70-80% ของประเทศ แล้วบริการที่ให้นั้นต้องดี คุ้มค่า และสำคัญคือต้องเพียงพอ รวมทั้งต้องตอบโจทย์เรื่องผลกระทบด้านงบประมาณของประเทศ คือ ประเทศต้องไปได้ รัฐบาลต้อง

สามารถจ่ายได้ ที่นี้เราจะตอบโจทย์สาธารณะได้อย่างไรว่าอะไรดีหรือไม่ดี เราก็ต้องมาอาศัยข้อมูลสนับสนุนที่น่าเชื่อถือ เข้ามาถ่วงน้ำหนักของว่าบริการสุขภาพหรือยานั้นมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพคุ้มค่ากับการลงทุนของรัฐหรือไม่ นั่นคือเรื่องการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ หรือ HTA”

ศ. นพ.วิษณุ ให้ข้อมูลต่อประเด็นนี้ว่า “ยาที่ใช้สำหรับโรคหนึ่งๆ มักมีหลายขนาน โดยยาแต่ละขนานจะมีประสิทธิผล ความปลอดภัย และค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกัน ดังนั้น คณะทำงานผู้เชี่ยวชาญการคัดเลือกยาและคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติจึงต้องพิจารณาเปรียบเทียบคุณสมบัติทั้ง 3 ประการ คือ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย และค่าใช้จ่าย ของยาแต่ละขนาน ซึ่งการประเมินเช่นนี้คือการประเมินขั้นตอนที่สอง คือ การประเมินความคุ้มค่าของยาแต่ละขนานในข้อบ่งใช้เดียวกันเพื่อนำมาเปรียบเทียบกัน ปัจจุบันเกณฑ์พิจารณาว่ายามีความคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย คือ 160,000 บาทต่อปีสุขภาพะที่เพิ่มขึ้น”



การประเมินความคุ้มค่าแบบไทย ไม่ใช่ โมเดลตายตัว แต่เป็น HTA ที่มีชีวิต

ในการคัดเลือกยาบางครั้งก็พบว่า ยาบางขนานทั้งดี ปลอดภัย แต่มีราคาแพงจนไม่คุ้มค่า คณะอนุกรมพัฒนา บัญชียาหลักแห่งชาติจึงมีกลไกการนำเรื่องการประเมิน ความคุ้มค่าเข้ามาใช้ แต่ไม่ใช่รูปแบบตายตัว หากแต่ ปรับให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์

ภญ.เนตรนภิส อธิบายว่า “ยาบางตัว ในช่วงแรกอาจ จะประเมินว่าไม่คุ้มค่า แต่พอเราไปต่อรองราคาแล้ว เอามาประเมินอีกที อาจจะไม่คุ้มค่า ดังนั้นบทบาทของ คณะทำงานเศรษฐกิจสาธารณสุข ในปัจจุบัน ไม่ใช่แค่ประเมิน ความคุ้มค่าเท่านั้น แต่ยังช่วยออกแบบวิธีการในการ กลับไปทำงานต่อ เช่น หากยาไม่คุ้มค่า ก็ไปต่อรองราคา ดูว่าราคาแบบไหนรัฐรับได้ แล้วนำกลับมาคำนวณใหม่ จะเห็นว่าระบบ HTA บ้านเรามันไม่ใช่ ระบบตายตัวที่ ผลว่าไม่คุ้มค่าแล้วก็ทิ้งไป แต่มีความเปลี่ยนแปลงตลอด เวลา หรือ Live HTA

ในระยะหลังเราพบปัญหาการทำ HTA ว่ามีปัจจัยอื่น ที่เราต้องนำมาคิด เช่น มีการนำเรื่องผลกระทบต่อ ด้านงบประมาณ ผลกระทบด้านสังคม หรือจริยธรรม เข้า มาผนวกมุมมองพวกนี้ด้วย จะเห็นว่า บทบาทการทำ เรื่องบัญชียาหลัก จะไม่ใช่มิติ แค่ว่าใช้ ไม่ใช่ดี ไม่ ดี แต่บอกว่า ถ้าไม่ดี ไปทำอย่างไรให้คุ้มค่าและกลับมาดี ได้ อันนี้เป็นสิ่งที่เพิ่มไป บ้านเรามีการพัฒนาขึ้นอีกขั้น”

ยาที่คุ้มค่า หมายถึง ยาที่จะจัดซื้อนั้น ต้องเป็น ยาที่รักษาได้จริง ปลอดภัย และไม่เป็นภาระของ ประเทศในการจัดหา ปัจจุบันเกณฑ์พิจารณา ว่ายามีความคุ้มค่าในบริบทของประเทศไทย คือ 160,000 บาทต่อปีสุขภาพะที่เพิ่มขึ้น



ยาดี คุ้มค่า และ ต้องไม่เป็นภาระของประเทศ

ในความเป็นจริงมียาบางขนานที่คุ้มค่าแต่ไม่อยู่ใน บัญชียาหลักแห่งชาติ เพราะยังไม่ผ่านขั้นตอนที่เรียกว่า การประเมินผลกระทบทางงบประมาณ เนื่องจากยานั้น มีภาระงบประมาณในแต่ละปีสูงเกินไป

ศ.นพ. วิษณุ กล่าวเสริมว่า “หากระบบประกันสุขภาพ ยังไม่สามารถรับภาระงบประมาณนั้นได้ ยานั้นจะ ถูกชะลอการรับเป็นยาหลักแห่งชาติไว้ก่อน โดยคณะ อนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติจะเสนอให้ ระบบประกันสุขภาพเตรียมงบประมาณดังกล่าวให้ พร้อมก่อนประกาศให้ยาดังกล่าวเป็นยาหลักแห่งชาติ”

ภญ.เนตรนภิส “ข้อดีของ HTA คือทำให้ระบบประกัน สุขภาพยั่งยืน คือ ไม่เอายาใหม่เข้ามาโดยไม่ดูว่า ในอนาคตประเทศจะสามารถสนับสนุนต่อไปหรือไม่

การที่จะให้ระบบประกันสุขภาพยั่งยืน หมายความว่า สิ่งที่เราเอาเข้า ต้องคุ้มค่า แล้วเงินในกระเป๋าต้องมีพอ แต่บางครั้งเงินไม่พอ ก็สามารถทำให้เงิน 10 บาทมีมูลค่า 100 บาทได้ เรียกว่าการ Maximize Value เช่น นโยบาย แบ่งจ่ายระหว่างภาครัฐและเอกชน”

HTA ช่วยประหยัดงบประมาณจัดหา

ภญ.เนตรนภิส “ที่ผ่านมการใช้ HTA เพื่อประเมิน ความคุ้มค่าและต่อรองราคายาช่วยให้ประหยัดงบ งบประมาณได้ 2 หมื่น 4 ร้อยกว่าล้านบาทในระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 หมายความว่า ถ้าไม่มีกระบวนการ ของ HTA และไม่มีการต่อรองราคา ยาที่ไม่เข้าบัญชียา หลัก และรัฐก็ต้องซื้อแพง”

HTA ที่ไม่ตายตัว เปิดโอกาสให้โรคหายาก



“ภาครัฐมักพูดเสมอว่า เงินมีจำกัด ดังนั้นควรจะส่งโอกาสไปให้ผู้ที่ไม่เคยได้รับโอกาสมากกว่า”

คุณบุญ พุฒิพงศ์ธนโชติ
ประธานมูลนิธิโรคพันธุกรรมแอลเอสดี

กระบวนการ HTA ในการคัดเลือกยาบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นระบบที่มีความยืดหยุ่น ที่ไม่ยึดติดอยู่กับเกณฑ์ความคุ้มค่าเท่านั้น เพื่อความเป็นธรรมและจริยธรรมจึงยังมีเกณฑ์อื่น ๆ ที่นำมาพิจารณาด้วย เช่น ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ และผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ดังในกรณีของ โรคหายาก เช่น โรคความผิดปกติทางพันธุกรรม ที่มีจำนวนผู้ป่วยน้อย แต่มีความรุนแรงของโรคและภาวะค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก เช่น โรคความผิดปกติทางพันธุกรรมแอลเอสดี (LSD) ประสาทโกเชอร์ (Gaucher’s Disease) ที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาถึงปีละ 3.5 ล้านบาท

โรคโกเชอร์ โรคหายากที่สร้างหายนะให้ครอบครัวผู้ป่วย

โรคโกเชอร์ เป็นโรคทางพันธุกรรมผ่านยีนด้อยของพ่อแม่และมีโอกาสเกิดโรคได้ 1 ใน 4 ทุก ๆ การตั้งครรภ์ใหม่ ผู้ป่วยจะมีอาการตับ ม้ามโต ชีด เกิดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ กระดูกบาง กระดูกพรุน กระดูกผิดรูป ซัก และกล้ามเนื้อตาผิดปกติ เนื่องจากร่างกายขาด เอนไซม์บางอย่าง โรคโกเชอร์มี 3 ชนิด ได้แก่ โกเชอร์ชนิดที่ 1 ผู้ป่วยชนิดนี้หากอาการรุนแรงจะแสดงอาการของโรคตั้งแต่อายุ 1 ขวบขึ้นไป แต่หากไม่รุนแรงจะสามารถมีชีวิตยืนยาวถึง 90 ปี โกเชอร์ชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่รุนแรงที่สุด มักเสียชีวิตก่อนอายุ 2-3 ปี และ โกเชอร์ชนิดที่ 3 ผู้ป่วยจะมีอาการของชนิดที่ 1 และ 2 ร่วมกัน มักแสดงอาการตั้งแต่อายุ 6-9 เดือน และมักมีอายุไม่เกิน 30 ปี

โรคโกเชอร์ สามารถรักษาได้ 2 วิธี คือ 1. การให้เอนไซม์ทดแทนและการปลูกถ่ายไขกระดูก 2. การรักษาแบบประคับประคอง (การรักษาไปตามอาการ) ซึ่งการรักษาแบบประคับประคองนี้สามารถเบิกจ่ายผ่านกองทุน

ประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามได้ ส่วนการรักษาด้วยเอนไซม์ทดแทนเป็นการรักษามาตรฐานในหลายประเทศ ซึ่งได้ผลการรักษา ดีมากในผู้ป่วยโรคโกเชอร์ชนิดที่ 1 แต่ในประเทศไทย ก่อนปี พ.ศ. 2555 ยังไม่มีกองทุนประกันสุขภาพใดสนับสนุน ซึ่งการรักษาด้วยเอนไซม์ทดแทนเป็นประจําอย่างต่อเนื่องจะทำให้เด็กมีภาวะเหมือนเด็กปกติ ส่วนการปลูกถ่ายไขกระดูกจะทำให้มีโอกาสหายขาดจากโรคได้ แต่ก็มีค่าใช้จ่ายหลายล้านบาทเช่นกัน

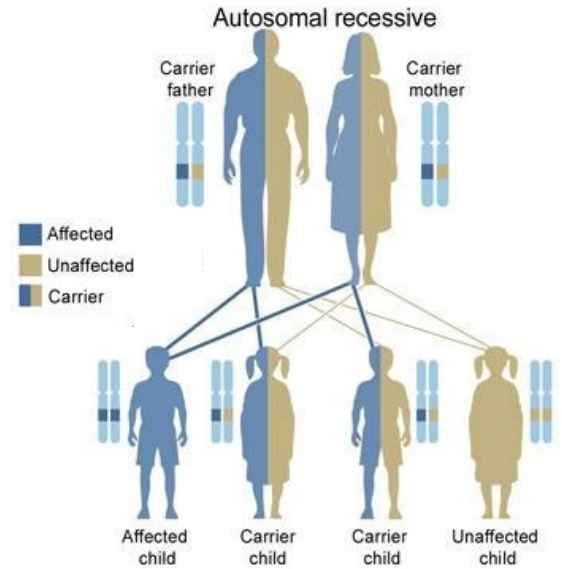
คุณบุญ พุฒิพงศ์ธนโชติ ประธานมูลนิธิโรคพันธุกรรมแอลเอสดี และเป็นคุณพ่อของบุตรสาวที่เป็นโรคโกเชอร์ ชนิดที่ 1 เล่าว่า “ในอดีตผู้ป่วยโรคโกเชอร์จะได้รับเอนไซม์จากการบริจาคของบริษัทฯ ผ่านการตกลงร่วมกันระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและบริษัทฯ แต่วิธีนี้ไม่สามารถทำได้กับผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากเอนไซม์มีราคาแพงมาก อย่างไรก็ตามตั้งแต่ปีก็ยังมีผู้ป่วยโรคโกเชอร์เพิ่มขึ้น



ด๊อบ บ๊อบโต ก่อนได้รับเอนไซม์



หลังได้รับเอนไซม์



ความยากลำบากในการรักษาตัวเอง ทำให้กลุ่มผู้ป่วยและแพทย์บางส่วนได้พยายามผลักดันให้ภาครัฐและสังคมหันมาสนใจและให้ความช่วยเหลือ ด้วยการก่อตั้งมูลนิธิโรคพันธุกรรมแอลเอสดี มูลนิธิฯ ได้จัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ความรู้ ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และนำเสนอข้อมูลผ่านสื่อมวลชน ในปี พ.ศ. 2554 มูลนิธิฯ ได้ยื่นหนังสือถึงสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และคณะกรรมการบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อขอการสนับสนุนการรักษาโรคโกเชอร์”

จากนั้นเมื่อปัญหาเรื่องการรักษาโรคพันธุกรรมแอลเอสดีได้เข้าสู่การพิจารณาในกระบวนการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติแล้ว คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขภายใต้คณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติจึงกำหนดให้ HITAP ทำการประเมินความคุ้มค่าของ เอนไซม์อิมิกลูเซอเรส (imiglucerase) ที่ใช้รักษาโรคโกเชอร์ ผลการประเมินพบว่า ไม่มีความคุ้มค่า แต่เนื่องจากเป็นยาจำเป็นของโรคที่มีภาวะต่อคร้วเรือนสูงจนอาจล้มละลายได้ มีจำนวนผู้ป่วย

น้อยและมีผลกระทบต่องบประมาณไม่สูง จึงบรรจุเอนไซม์อิมิกลูเซอเรสไว้ในบัญชียาฯ (2) โดยมีข้อบ่งชี้ในการรักษาโรคโกเชอร์ ชนิดที่ 1 เพื่อเป็นการเตรียมสภาพผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการปลูกถ่ายไขกระดูก โดยใช้นโยบายร่วมจ่ายระหว่างภาครัฐและเอกชน

อย่างไรก็ตาม ยังมีโรคโกเชอร์ ชนิดที่ 2 และ 3 และโรคหายากอื่น ๆ ที่ยังไม่มีวิธีการรักษาบรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ คุณบุญญ์ ได้ให้ความเห็นว่าการมีช่องทางและเกณฑ์ในการพิจารณาโรคหายากนั้นเป็นเรื่องดี แต่ควรปรับปรุงวิธีการทำงานบางประการ เช่น การเปิดเผยเหตุผลในการคัดเลือก-ไม่คัดเลือกยาเพื่อประเมิน และปรับปรุงเกณฑ์การพิจารณาเพื่อเพิ่มโอกาสให้กับผู้ป่วยโรคหายากทั้งหลาย “ภาครัฐมักพูดเสมอว่า เงินมีจำกัด ดังนั้นควรจะจัดให้ผู้ที่ไม่เคยได้รับการพิจารณาเป็นเรื่องปลื้มก้อยของผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือด้านยารักษาโรคไปแล้ว ถ้าเทียบกับโรคหายากที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการดูแลอะไรเลย แม้กระทั่งยารักษาเบื้องต้น ถ้าคุณมีเงินอยู่แค่นี้ คุณจะให้เงินกับใคร”

อย่าไม่คุ้มค่า
แต่การรักษาจำเป็นกว่า

ภญ.เนตรนภัส กล่าวถึง กรณีบรรจุเอนไซม์รักษาโรคโกเชอร์ ชนิดที่ 1 ทั้งๆ ที่ไม่มีความคุ้มค่าในบัญชียาหลักแห่งชาติว่า “เอนไซม์อิมิกลูเซอเรส ไม่คุ้มค่าแต่ก็ไม่มีทางเลือกอื่นให้ผู้ป่วยที่ต้องมีค่าใช้จ่าย 3.5 ล้านบาทต่อปี เรายังใช้แนวคิดร่วมจ่ายระหว่างภาครัฐและเอกชนคือคิดว่ารัฐสามารถดูแลได้ขนาดไหน ปีหนึ่งจะมีผู้ป่วยโรคโกเชอร์ ชนิดที่ 1 เพิ่มประมาณ 10 ราย เรายังควบคุมค่าใช้จ่ายว่าเราดูแลได้กี่ราย ที่เหลือให้ทางบริษัทฯ ดูแลต่อ เช่น ถ้ามีเพิ่ม 6 ราย สปสช. และบัญชียาหลักดูแล 5 รายแรก บริษัทฯ ดูแล 1 ราย วิธีนี้ช่วยทำให้ไม่ให้เกิดการโหมใช้ยามากเกินไป และเป็นการกำกับการใช้ยาไปในตัว”

สร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดธรรมาภิบาล

“

การมีส่วนร่วมของบริษัทยาในการประเมินยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ”

รสรินทร์ สรวมศิริ

Outcomes Research Manager บริษัทไฟเซอร์ (ประเทศไทย)



การมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและความโปร่งใส เป็นองค์ประกอบหนึ่งในหลักธรรมาภิบาลของการทำ HTA ในประเทศไทย ในกระบวนการคัดเลือกยาหลักแห่งชาติจึงมีภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนเสนอยาเพื่อคัดเลือกเข้าสู่การประเมิน และการประเมินความคุ้มค่า และเพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการดำเนินงาน จึงมีการกำหนดจริยธรรมการทำวิจัยและระเบียบวิธีวิจัยเพื่อให้เป็นมาตรฐานของ HTA ในขั้นตอนที่เกี่ยวกับการประเมินผลด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขจะจัดลำดับความสำคัญของยาที่จะทำการประเมินความคุ้มค่า โดยแบ่งเป็น ยาที่มีความสำคัญลำดับต้น และยาที่ไม่ได้อยู่ในความสำคัญลำดับต้น คณะทำงานฯ จะมอบหมายให้หน่วยงานที่ไม่แสวงกำไรทำการประเมินความคุ้มค่าของยาที่มีความสำคัญลำดับต้น ส่วนยาที่ไม่มีความสำคัญลำดับต้นจะเปิดโอกาสให้หน่วยงานต่าง ๆ เช่น บริษัทยาทำการประเมิน (อ่านเพิ่มเติมได้ที่คอลัมน์ เกร็ดเกราะกราฟ หน้า 11)

รสรินทร์ สรวมศิริ Outcomes Research Manager ผู้ดูแลงานเกี่ยวกับการวิจัยผลลัพธ์ทางเภสัชกรรม บริษัทไฟเซอร์ (ประเทศไทย) จำกัด ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการทำการประเมินความคุ้มค่าของยาที่เสนอเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติในนามของนักวิจัยจากภาคเอกชน ให้ความคิดเห็นว่า “การมีส่วนร่วมของบริษัทยาในการประเมินยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งในกรณีที่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมให้ข้อคิดเห็นการประเมินผลโดยหน่วยงานไม่แสวงหากำไร ทำให้ทางบริษัทสามารถให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งในกรณีของยาที่อยู่ในความสำคัญลำดับรองลงมาที่ทางคณะกรรมการเปิด

โอกาสให้ทางบริษัทเอกชนสามารถอาสาเข้ามาทำการศึกษาในฐานะนักวิจัยอิสระ” การที่บริษัทยาสามารถประเมินยาตัวเองได้ โดยปฏิบัติตามข้อกำหนดการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพนั้นก็ทำให้ผลที่ออกมาเป็นที่ยอมรับทั่วกันด้วย ซึ่งประสบการณ์ที่ผ่านมาเมื่อบริษัทยาได้ดำเนินการแล้วพบว่าผลการประเมินยาของตนยังสูงกว่าความสามารถในการจ่ายของภาครัฐ บริษัทก็ยินดีที่จะต่อรองราคาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้

รสรินทร์ เสนอว่า ถึงแม้ปัจจุบัน จะมีการยอมรับการมีส่วนร่วมของบริษัทยาในกระบวนการคัดเลือกยาหลักแห่งชาติเพิ่มมากขึ้น แต่ยังมีประเด็นสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือและส่งเสริมธรรมาภิบาลของกระบวนการคัดเลือกยา “สิ่งสำคัญที่สุด คือ การทำกระบวนการ HTA และกระบวนการตัดสินใจของการประเมินยาเข้าบัญชียาหลักให้โปร่งใส นั่นคือ

1. ควรมีคำอธิบายหรือการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทราบถึงเหตุผลในการตัดสินใจ
2. เพื่อให้เกิดการพิจารณาอย่างรอบด้าน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกภาคส่วนและทุกสาขาควรมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพิจารณา เพื่อความยุติธรรมและความน่าเชื่อถือของข้อสรุป
3. ควรมีการกำหนดระยะเวลาในการดำเนินการที่ชัดเจนและเหมาะสม เพราะจะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถหาข้อมูลที่มีคุณภาพทำให้ผลการศึกษาน่าเชื่อถือ
4. การยอมรับข้อคิดเห็นและคัดค้าน ควรดำเนินการอย่างโปร่งใสและเป็นธรรม ทั้งจากหน่วยงานของรัฐและเอกชน



กว่ายาจะมาถึงเรา ต้องผ่านการคัดเลือกอะไรบ้าง

หากเปรียบเทียบการคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักกับการกรองน้ำ ยาต้องผ่านการคัดกรองจากคณะทำงาน 5 ชุด ผ่านเกณฑ์คัดเลือก 4 ชั้น แต่ละชั้นมีเกณฑ์ย่อย ๆ อีกหลายเกณฑ์เพื่อให้มั่นใจว่ายาที่บรรจุอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ เป็นยาที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และรัฐสามารถรับภาระค่าใช้จ่ายของยานั้นได้



เกณฑ์คัดเลือก

- ✓ ความปลอดภัย
- ✓ ประสิทธิภาพ

ยาที่ไม่ต้องประเมินความคุ้มค่า พิจารณาคัดเลือกตามลำดับความสำคัญ

- ✓ จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรค/ปัญหาสุขภาพ
- ✓ ความรุนแรงของโรค/ปัญหาสุขภาพ
- ✓ ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน
- ✓ การประเมินความคุ้มค่า (ICER)
- ✓ ผลกระทบทางงบประมาณ
- ✓ ความพร้อมของระบบ
- ✓ จริยธรรม
- ✓ การเมือง



คณะทำงาน

- ๑ คณะทำงานคัดเลือกยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ 20 สาขา
- ๑ คณะทำงานประสานผลการพิจารณาคัดเลือกยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- ๑ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ

ยาที่ต้องประเมินความคุ้มค่า

- ๑ คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
- ๑ จัดลำดับความสำคัญของยา

ยาที่มีความสำคัญลำดับต้น ประเมินโดยหน่วยงานไม่แสวงหากำไร

ยาที่ไม่ได้อยู่ในความสำคัญลำดับต้น ประเมินโดยหน่วยงานอื่นๆ เช่น เอกชน

- ๑ คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ตรวจสอบคุณภาพของการประเมิน
- ๑ คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
- ๑ คณะทำงานต่อรองราคายา เพื่อบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติ



บัญชียาหลักแห่งชาติ



รายการอ้างอิงยา สำหรับระบบประกันสุขภาพภาครัฐ

ยาคุ้ม ไม่คุ้ม วัตยังง



การประเมินความคุ้มค่าเป็นหนึ่งในข้อมูลที่ใช้พิจารณาการคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติโดยใช้เกณฑ์การประเมินความคุ้มค่าที่เรียกว่า ICER¹ (อ่านว่า ไอเซอร์) ค่า ICER ต้องไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดในปัจจุบันของประเทศไทย คือ

ICER < 160,000 บาท / ปีสุขภาวะ

หมายความว่า ถ้าจะยืดอายุผู้ป่วยไปอีกหนึ่งปีสุขภาวะ ยาดั้วนั้นไม่ควรม้ค่าใช้จ่ายเกิน 160,000 บาท



ปีสุขภาวะ ต่างจากปีปฏิทิน ตรงที่ปีสุขภาวะได้รวมเรื่อง “คุณภาพชีวิต” ของปีนั้น ๆ เข้าไปด้วย



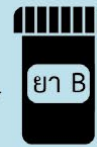
คุณภาพชีวิต (ในมุมมองด้านสุขภาพเท่านั้น) ของคนที่มีสุขภาพสมบูรณ์จะมีค่าคุณภาพชีวิตเท่ากับ 1 สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีสถานะทางสุขภาพต่าง ๆ จะได้มาจากการสำรวจ เช่น หากพบว่าเมื่อได้ยาแล้ว ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นมาทานอาหารได้ แต่ยังเดินไม่ได้ มีค่าคุณภาพชีวิต 0.6 ส่วนผู้ป่วยที่ได้ยาแล้ว ลุกขึ้น มาทานอาหารได้ เดินได้ แต่ยังไม่แข็งแรง มีคุณภาพชีวิต 0.8

การคำนวณปีสุขภาวะ

ยา A ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาวะทานอาหารได้ แต่เดินไม่ได้ (คุณภาพชีวิต = 0.6)



ตัวอย่างเช่น ยา A และยา B ยืดอายุผู้ป่วยได้ 2 ปีปฏิทินเท่ากัน จะมีค่าปีสุขภาวะที่ต่างกัน ดังนั้น หากคำนวณค่าใช้จ่ายของยา A และ ยา B แล้วพบว่า ค่าใช้จ่ายต่อ 1 ปีสุขภาวะ มีค่าน้อยกว่า 160,000 (ICER น้อยกว่า 160,000 บาท/ปีสุขภาวะ) จึงถือว่ายานั้นมีความคุ้มค่า



ยา B สามารถช่วยให้ผู้ป่วยทานได้ เดินได้ แต่ยังไม่แข็งแรง (คุณภาพชีวิต = 0.8)

ยา B ยืดอายุผู้ป่วยได้

$2 \times 0.8 = 1.6$ ปีสุขภาวะ
ปีปฏิทิน คุณภาพชีวิต

$2 \times 0.6 = 1.2$ ปีสุขภาวะ
ปีปฏิทิน คุณภาพชีวิต



อย่างไรก็ดี เกณฑ์การประเมินความคุ้มค่า เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ HTA และเป็นเพียงเกณฑ์หนึ่งของการพิจารณาเข้าบัญชียาหลัก ยังมีเกณฑ์อื่น ๆ ที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการคิดเชิงเศรษฐศาสตร์ เช่น จริยธรรมและผลกระทบต่อครัวเรือน

1. ย่อมาจาก Incremental Cost Effectiveness Ratio หรือ อัตราต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม



ทำความรู้จักกับ

HTA ในประเทศอังกฤษ



ฉบับที่แล้ว เราพาผู้อ่านไปรู้จักกับระบบการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ หรือ Health Technology Assessment (HTA) ของไทย ในฉบับนี้ขอข้ามทวีปไปดูว่าประเทศอังกฤษ ซึ่งเรียกได้ว่าเป็นต้นแบบของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ มีความเป็นมาอย่างไร และเขานำ HTA ไปช่วยในการตัดสินใจใช้การใช้จ่ายนโยบายด้านสุขภาพอย่างไร

สหรัฐอเมริกา เป็นประเทศที่เริ่มทำการประเมินเทคโนโลยี (Technology Assessment) ไปสนับสนุนการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายต่อการนำเทคโนโลยีต่างๆ เข้ามาใช้ในประเทศ อย่างไรก็ตามแนวคิดดังกล่าวไม่ได้รับการยอมรับในระบบสุขภาพสหรัฐฯ ทว่า เมื่อแนวคิดดังกล่าว ข้ามทวีปไปฝั่งยุโรปในช่วงทศวรรษที่ 80 กลับได้รับการยอมรับอย่างมาก เพราะในขณะนั้นหลายประเทศในยุโรปกำลังประสบปัญหาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่พุ่งสูงขึ้น

สหภาพยุโรปเกือบทั้งหมดได้พัฒนาหน่วยงานประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพระดับชาติและระดับภูมิภาคเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายของประเทศอย่างจริงจัง

สำหรับประเทศอังกฤษ ระบบบริการสุขภาพของเขาเรียกว่า National Health Service (NHS) ถือกำเนิดขึ้นในช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เป็นระบบสวัสดิการสุขภาพที่พลเมืองทุกคนได้รับอย่างเสมอภาค เท่าเทียมและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

อย่างไรก็ตามระบบของ NHS มีทั้งข้อดีและข้อเสีย เนื่องจากให้บริการตามพื้นที่รหัสไปรษณีย์ ปัญหาที่พบคือการจัดการของบริการสุขภาพปฐมภูมิ หรือ Primary Care Trust มีแนวทางในการรักษาและเบิกจ่ายที่ต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่อยู่ต่างพื้นที่ แม้จะเป็นโรคเดียวกัน อาจได้รับยา หรือการรักษาที่แตกต่างกัน มีผู้ให้นิยามปัญหานี้ว่า “The NHS Postcode Lottery”

ผู้เขียนขอตั้งชื่อว่า “เสียงดงบริการสุขภาพตามที่อยู่” หมายถึงว่า รหัสไปรษณีย์หรือที่อยู่ของคุณเป็นตัวกำหนดคุณภาพและลักษณะบริการสุขภาพที่คุณจะได้รับ

เพื่อแก้ไขปัญหาความไม่เท่าเทียม และไม่มีมาตรฐานของระบบหน่วยงานที่ชื่อว่า National Institute for Clinical Excellence (NICE) จึงได้รับการก่อตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1999 โดยมีหน้าที่ ลดความแตกต่างในการให้บริการในแต่ละพื้นที่ วางมาตรฐานเวชปฏิบัติ สนับสนุนนวัตกรรมด้านสุขภาพใหม่ๆ และส่งเสริมให้เกิดการแบ่งสรรทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาศัยข้อมูลด้านวิชาการที่มีมาตรฐาน น่าเชื่อถือ มีการทำงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ ทั้งนี้ ผลจากการตัดสินใจของ NICE ว่าการรักษาบริการแบบใด หรือยาชนิดใดที่ NHS จะให้กับประชาชนถือเป็นกฎหมายที่หน่วยบริการสุขภาพในอังกฤษต้องปฏิบัติตาม ซึ่งจะต่างกับระบบของประเทศไทยและอีกหลาย ๆ ประเทศ ที่หน่วยงาน HTA มีหน้าที่เพียงทำข้อมูลเสนอผู้กำหนดนโยบายเท่านั้น

แรกเริ่ม NICE ทำการประเมิน และ ตัดสินใจด้านการรักษาเพียงอย่างเดียว ต่อมาได้ขยายขอบเขตการทำงานมากขึ้น โดยในปี ค.ศ. 2005 NICE เริ่มทำด้านประเมินมาตรฐานด้านสาธารณสุข เช่น โรคอ้วน ปัญหาการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย และในปี ค.ศ. 2013 ได้วางมาตรฐานการให้บริการในระบบสุขภาพและการดูแลด้านสังคม (social care) ด้วยเหตุนี้จึงเปลี่ยนชื่อจาก National Institute for Clinical Excellence เป็น National Institute for Health and Care Excellence โดยยังคงตัวย่อเดิม คือ NICE และยึดแนวทางการทำงานเดิม คือ

1. ความเป็นอิสระปราศจากการแทรกแซงทางการเมืองและธุรกิจ
2. มาตรฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพและเข้มแข็ง
3. ใช้ข้อมูลที่ดีที่สุดที่หาได้ในขณะนั้น
4. ใช้สหวิชาการและความคิดเห็นของผู้รอบด้าน
5. การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
6. เน้นความโปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้
7. ทบทวนแนวทางการรักษาและการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ หากมีการเปลี่ยนแปลงของข้อมูล
8. ให้ความสำคัญกับค่านิยมของสังคมและความเที่ยมเป็นหลัก

ปัญหาใหญ่ที่ NICE มักประสบ คือแรงต้านจากสังคม โดย

เฉพาะในกรณีนี้ที่ ตัดสินใจไม่ใช้เทคโนโลยีบางชนิดเพราะพบว่าไม่มีประสิทธิภาพและไม่คุ้มค่า **ศ.เดวิด ฮาสแลม (David Haslam)** ประธาน NICE คนปัจจุบัน ให้สัมภาษณ์ว่า “ภาคอุตสาหกรรมมักจะร้องเรียนกับรัฐบาลว่า การทำงานของ NICE ขัดขวางการพัฒนานวัตกรรมใหม่ ๆ เรียกได้ว่าเป็นแรงกดดันที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ผมคิดว่าในท้ายที่สุดแล้วหน่วยงาน HTA และภาคอุตสาหกรรมต้องเรียนรู้ที่จะทำงานร่วมกัน และให้ความเคารพต่อแนวทางในการทำงานที่ต่างกันของแต่ละฝ่าย”

เซอร์ไมเคิล รอร์ลินส์ อดีตประธาน NICE เคยให้สัมภาษณ์ไว้ว่า “แน่นอนว่าคุณ (หน่วยงาน HTA) จะไม่มีคนรักไม่เคยมีใครรัก NICE แต่สิ่งสำคัญคือการได้รับ ความเคารพมีคนให้ความเชื่อถือ และมีความต้องการใช้งานเราอย่างต่อเนื่อง การมีหน่วยงานเพื่อการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ในระบบประกันสุขภาพของประเทศเป็นสิ่งสำคัญ และในท้ายที่สุดคุณก็จะยืนอยู่ในจุดเดียวกับ NICE คือเป็นหน่วยงานที่คนให้ความเชื่อถือ แต่ไม่มีคนรัก”

หากประเทศอื่น ๆ ต้องการพัฒนาระบบแบบเดียวกับ NICE สิ่งที่ไม่ควรทำ คือ นำระบบที่ NICE ใช้ หรือดึงเพียงบางส่วนเข้ามาใส่ในระบบของประเทศตน เพราะระบบ/โครงสร้างองค์กรแบบ NICE ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตอบโจทย์ของประเทศอังกฤษ ดังนั้นหากจะถอดบทเรียน หรือ ศึกษาจาก NICE ควรดูการพัฒนาและการเปลี่ยนผ่านของระบบ เพื่อดึงแก่นสำคัญที่ว่า NICE ทำงานโดยยึดโยงงานวิชาการที่มีมาตรฐานและเชื่อถือได้กับการวางระบบสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายที่เน้นความโปร่งใส มีส่วนร่วม จากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

เป็นที่น่าสนใจว่าแนวคิดการมีระบบประเมินและจัดทำข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย ของประเทศอังกฤษ ไม่จำกัดเฉพาะในวงการสุขภาพ แต่กำลังขยายไปสู่การวางนโยบายของงานด้านอื่นด้วย เช่น ด้านการตำรวจและการดูแลประชาชน และด้านการศึกษา



ในรอบ 4 เดือนที่ผ่านมา มีรายงานวิจัย และ Policy Brief ที่น่าสนใจจะอะไรบ้าง แวะเข้าไปโหลดฟรีได้ที่ www.hitap.net ดาวน์โหลดฟรี ลดการพิมพ์ ประหยัดทรัพยากร และช่วยรักษาสิ่งแวดล้อม

รายงานวิจัย

การประเมินความคุ้มค่าของนโยบายแบ่งจ่ายระหว่างภาครัฐและ ภาคเอกชน สำหรับยา sunitinib



ยา sunitinib เป็นยาราคาแพงสำหรับรักษาโรคมะเร็งไตชนิด renal cell carcinoma (RCC) ระยะแพร่กระจาย และโรคมะเร็งเนื้อเยื่อในระบบทางเดินอาหาร (gastrointestinal stromal tumor หรือ GIST) ที่ล้มเหลวจากการรักษาด้วยยา imatinib ผู้ป่วยจะมีภาระค่าใช้จ่ายในแต่ละรอบการรักษาประมาณ 154,200 บาท (ต่อ 6 สัปดาห์) การประเมินความคุ้มค่าของยา sunitinib พบว่า แมื่อยานี้จะเป็นทางเลือกในการรักษาที่มีประสิทธิภาพดีที่สุด แต่ยังมีราคาเกินเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการพิจารณาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติ จึงมีการนำนโยบายแบ่งจ่าย (risk sharing scheme) ระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนมาพิจารณาด้วย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาราคาแพง

อย่างไรก็ดี การวิจัยนี้พบว่า นโยบายแบ่งจ่ายในปัจจุบันยังไม่มี ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ แต่หากมีการสนับสนุนต้นทุนค่ายามากขึ้น นโยบายดังกล่าวจะมีความคุ้มค่ามากขึ้น

Policy Brief

1. สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับคนพิการ : อีกหนึ่งความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพไทย

คนพิการคือคนอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากความเหลื่อมล้ำในระบบประกันสุขภาพภาครัฐ ผลวิจัยพบว่า ระบบประกันสังคมครอบคลุมประเภทความพิการน้อยที่สุด และยังพบว่า “กองทุนทดแทน” เพื่อใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ และอุปกรณ์ฟื้นฟูฯ และจ่ายค่าทดแทนรายได้ให้แก่ผู้พิการ ไม่ได้ถูกนำมาใช้อย่างเหมาะสม ระบบประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามจึงควรพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์เพื่อคนพิการร่วมกัน และควรปฏิรูปการดำเนินงานของ “กองทุนทดแทน”





2. ฐานข้อมูลคนพิการ: กลไกสำคัญที่รอกการพัฒนา

การจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับคนพิการในปัจจุบันทำโดยหลายหน่วยงาน แต่ขาดการบูรณาการข้อมูลระหว่างกัน ทำให้ข้อมูลที่มีในปัจจุบันไม่สามารถสะท้อนความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับคนพิการได้ นอกจากนี้ หน่วยงานเหล่านั้นไม่มีการจัดการฐานข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อพัฒนานโยบายต่าง ๆ เพื่อคนพิการหน่วยงานเหล่านั้น จึงควรร่วมมือกันพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อช่วยในการจัดเก็บและใช้ข้อมูลให้เกิดประโยชน์กับคนพิการ



3. ผลเสียจากการบริหารจัดการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ขาดประสิทธิภาพ

การบริหารจัดการอุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการที่ขาดประสิทธิภาพนั้น ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า 4 พันล้านบาทต่อปี ความสูญเสียนี้เกิดจากอุปกรณ์ที่คนพิการได้รับไม่เหมาะสมกับการใช้งานจริง มีการเบิกจ่ายอุปกรณ์ฯ ซ้ำซ้อนขณะที่คนพิการบางกลุ่มกลับไม่ได้รับอุปกรณ์ฯ ที่จำเป็นเพราะไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร จึงควรสร้างระบบการติดตามและตรวจสอบการเบิกจ่ายสิ่งใช้ และบำรุงรักษาอุปกรณ์ฯ พัฒนากลไกและแนวทางการประเมินความเหมาะสมของอุปกรณ์ฯ และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารแก่คนพิการ



4. “ASSIST” เครื่องมือคัดกรองการเสพยาเสพติดที่ใช้ง่ายและคุ้มค่า

การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพพบว่า การคัดกรองการติ่มสุรา การสูบบุหรี่และการใช้สารเสพติด ด้วยเครื่องมือ ASSIST ร่วมกับการบำบัดอย่างย่อมีประสิทธิภาพและคุ้มค่าในการคัดกรองและแก้ไขปัญหาคัดสรรเสพยาเสพติด ช่วยประหยัดต้นทุนแก่สังคมและช่วยทำให้ประชากรไทยมีอายุยืนยาวขึ้น



5. ข้อมูลสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย

ปัจจุบันประเทศไทยไม่มีฐานข้อมูลที่สามารถบอกสถานการณ์การตั้งครรภ์ที่เกิดจากแม่วัยรุ่น และการทำแท้งในคนกลุ่มนี้ได้ ทั้ง ๆ ที่การมีข้อมูลที่ถูกต้องและทันสมัยจะช่วยสะท้อนสถานการณ์ที่แท้จริง และเป็นประโยชน์ในการวางแผนและกำกับติดตามการแก้ไขปัญหา ดังนั้นหน่วยงานต่าง ๆ จึงควรร่วมมือกันพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการติดตามและเฝ้าระวังสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไทย

***Policy Brief มีทั้งรูปแบบไฟล์ .pdf ให้ดาวน์โหลดฟรีและฉบับพิมพ์ หากท่านต้องการฉบับพิมพ์ กรุณาติดต่อ comm@hitap.net



ปัจจัยเกื้อหนุนในการพัฒนา HTA ในภูมิภาคเอเชีย



วันที่ 26 มกราคม 2558 ตัวแทนจากหน่วยงานประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในภูมิภาคเอเชีย ได้แก่ สาธารณรัฐประชาชนจีน สาธารณรัฐเกาหลี สาธารณรัฐจีน (ไต้หวัน) มาเลเซีย สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม สาธารณรัฐอินโดนีเซีย และประเทศไทย เข้าร่วมประชุมวิชาการ Learning from practice: HTA capacity development across Asia โรงแรมเซ็นทารา แกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ เพื่ออภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพัฒนาการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเรื่องปัจจัยเกื้อหนุนในการพัฒนาการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในภูมิภาคเอเชียให้กับโครงการ Asia-Pacific Observatory on Health Systems and Policies ภายใต้องค์การอนามัยโลก (WHO) โดยมีโครงการ Asia-Pacific Observatory on Health Systems and Policies และเครือข่าย international

Decision Support Network (iDSI) เป็นผู้ร่วมจัด

ภายในการประชุม HITAP นำเสนอการพัฒนาศักยภาพด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเทศไทย โดยมีผู้เข้าร่วมจากประเทศอื่น ๆ นอกเหนือจากภูมิภาคเอเชีย ให้ความสนใจเกี่ยวกับ HTA การนำข้อมูล HTA ไปใช้ในการพัฒนานโยบายด้านสุขภาพ การเชื่อมโยงกับกระบวนการตัดสินใจเชิงนโยบาย การสร้างบุคลากรด้าน HTA และการพัฒนาเครือข่ายหน่วยงานด้าน HTA เพื่อพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานและบุคลากร การแบ่งปันข้อมูลข่าวสารและการพัฒนางานวิจัยด้าน HTA ในภูมิภาคเอเชีย

การประชุมนี้เป็นส่วนหนึ่งของการประชุมวิชาการรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดลประจำปี พ.ศ. 2558 หัวข้อ “สุขภาพโลก หลังปี ค.ศ. 2015 เร่งรัดสู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ”



HITAP เตรียมประเมินต้นทุนต่อหน่วยและผลกระทบเชิงงบประมาณหากรัฐจะสนับสนุน สำหรับเครื่องช่วยฟังของผู้พิการ

เมื่อวันที่ 5 มีนาคม 2558 นายสุรเดช ดวงทิพย์ศิริกุล นักวิจัย HITAP ในโครงการศึกษาระบบบริการหลังการให้เครื่องช่วยฟังและการใช้เครื่องช่วยฟังของผู้พิการทางการได้ยิน ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จัดประชุมรับฟังข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาโครงร่างวิจัย โดยมีประเด็นพูดคุยที่สำคัญ คือ การสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องช่วยฟังภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปัจจุบัน และการใช้เครื่องช่วยฟังของผู้พิการทางการได้ยิน ทั้งนี้การประชุมดังกล่าวมีผู้เข้าร่วมประชุมจากหลายภาคส่วน เช่น ตัวแทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตัวแทนจากสมาคม

คณูหนวกแห่งประเทศไทย ตัวแทนจากศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ

ภายหลังจากการประชุม คณะผู้วิจัยสรุปขอบเขตการวิจัยว่า จะเป็นการประเมินระบบความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติหากจะมีการสนับสนุนแบบเตอร์เครื่องช่วยฟัง รวมทั้งประเมินต้นทุนต่อหน่วยและผลกระทบต่อระบบประมาณที่จะเกิดขึ้น เพื่อนำเสนอต่อ คณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการต่อไป ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญควรประเมินระบบบริการภายหลังการได้รับเครื่องช่วยฟังโดยครอบคลุมทั้งสามกองทุนประกันสุขภาพ เนื่องจากจะทำให้สามารถขับเคลื่อนนโยบายได้ง่ายกว่าการศึกษาเพียงแค่นี้

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพียงอย่างเดียวและควรศึกษาในประเด็นระบบบริการภายหลัง มากกว่าเรื่องการลงทุนแบบเตอร์สำหรับเครื่องช่วยฟัง ผู้สนใจติดตามความคืบหน้าของโครงการวิจัยนี้ สามารถติดตามความเคลื่อนไหวของโครงการได้ทางเว็บไซต์ <http://www.hitap.net/research/139482>

โครงการวิจัยนี้เป็นหัวข้อวิจัยนี้ได้มาจากโครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ ยูซีบีพี (www.ucbp.net)



รอง สมต.สร. เวียดนามและเจ้าหน้าที่เยี่ยมชม HITAP และดูความเป็นไปได้ในการสร้างหน่วยงาน HTA ของเวียดนาม

เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2558 นาย Pham Le Tuan รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขเวียดนาม และเจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขเวียดนาม เดินทางมาเพื่อศึกษาดูงานของ HITAP เรื่องการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในประเทศไทย เพื่อนำข้อมูลไปพัฒนาและสนับสนุนการสร้างระบบประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพของประเทศเวียดนาม การเดินทางมาครั้งนี้ได้รับการต้อนรับจาก ศ. นพ.วิจารณ์ พานิช และ นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ กรรมการมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP Foundation) โดยนาย Pham Le Tuan ได้กล่าวว่า ต้องการที่จะเรียนรู้และได้รับประสบการณ์มากขึ้นในด้านการทำ HTA และบรรลุเป้าหมายในเรื่อง การสร้างระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของเวียดนามภายในปี ค.ศ. 2020





**PRINCE MAHIDOL
AWARD CONFERENCE**

2016



PRIORITY SETTING FOR
UHC
UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

26-31 JANUARY 2016 | BANGKOK, THAILAND

Contact

For further inquiries on abstract submission,
please contact the Conference Secretariat at
pmaconference@mahidol.ac.th

www.pmaconference.mahidol.ac.th



1. เสนอความคิด พลิกนโยบาย รบป 2/2558

กิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เปิดรับข้อเสนอจากท่านแล้ว ท่านสามารถเสนอหัวข้อปัญหาสุขภาพหรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่คิดว่าควรบรรจุไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่านตัวแทนกลุ่มของท่านเพื่อคัดเลือกสู่การ

ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ท่านสามารถติดต่อตัวแทนกลุ่ม ศึกษาวิธีการเสนอและข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ www.ucbp.net หัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ผ่านการประเมินฯ จะเข้าสู่การพิจารณาเป็นชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

• เสนอได้ตั้งแต่ เดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2558

จัดโดย โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCBP)



2. การประชุมวิชาการวัคซีนแห่งชาติครั้งที่ 7

“ความมั่นคงด้านวัคซีน ความจริง หรือ ความฝัน”

• วันที่ 7-9 กรกฎาคม 2558

• โรงแรมสวิสโซเทล เลอ คองคอร์ด รัชดาภิเษก กรุงเทพฯ ฯ คณาจารย์ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และผู้ที่สนใจ สามารถส่งผลงานวิชาการ เข้าร่วมการประชุม และกรอกใบสมัครได้ที่ <http://vaccon7.thaiprovide.com/register.php> และแสดงความจำนงเพื่อนำเสนอในการประชุมที่อีเมลล์ vaccourse@nvi.mail.go.th ภายในวันที่ 15 พฤษภาคม 2558

• ข้อมูลเพิ่มเติม <http://www.thainivaccon.com/> จัดโดย สถาบันวัคซีนแห่งชาติ (องค์การมหาชน)

3. “มหกรรมงานวิจัยแห่งชาติ 2558” Thailand Research Expo 2015

เวทีและนิทรรศการแสดงศักยภาพการวิจัยทั้ง ระดับภูมิภาคและระดับประเทศ เพื่อเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายความร่วมมือทางวิชาการในงานวิจัยและนำไปใช้ประโยชน์ต่อการพัฒนาประเทศ

• วันที่ 16 - 20 สิงหาคม 2558

• โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ และบางกอกคอนเวนชันเซ็นเตอร์ เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ

• ข้อมูลเพิ่มเติม <http://researchexpo.nrct.go.th/> จัดโดย สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

4. ปั่น เนิบ เนิบ@แพร์ บ้าน อุดรดิตถ์

กิจกรรมปั่นจักรยานท่องเที่ยวตามเส้นทางธรรมชาติและวิถีชีวิตในสามจังหวัด ได้แก่ แพร์ น่าน อุดรดิตถ์ รวม 6 เส้นทาง สามารถติดต่อขอรับคู่มือเส้นทางท่องเที่ยว ปั่นเนิบ เนิบ@แพร์ น่าน อุดรดิตถ์ ได้ที่การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) สำนักงานใหญ่ และ ททท. ภูมิภาคทุกแห่ง รวมทั้งที่ ททท.สำนักงานแพร์

• ตั้งแต่วันที่ - 30 สิงหาคม 2558

• จัดโดย การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย (ททท.) สำนักงานแพร์

• ข้อมูลเพิ่มเติม โทรศัพท์ 0 5452 1127 โทรสาร. 0 5452 1119

<http://www.tourismthailand.org/phrae>

<http://www.easternlanna.org> E-mail : tatphrae@tat.or.th และ

tatphrae@gmail.com



ลดมากกว่า

10%

ทุกคอร์สหากชำระ
ภายใน 25 พ.ค. 58



EE Training #11

การอบรมการประเมินความคุ้มค่า
ทางการแพทย์และสาธารณสุข ครั้งที่ 11
• Health Economic Evaluation Training •

หลักสูตรเบื้องต้น

- เหมาะกับผู้ที่ไม่มีพื้นฐานด้านการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุข
- เน้นการบรรยายเพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้เรียนรู้ความสำคัญ วิธีการ และขั้นตอนของการประเมิน

หลักสูตรเชิงปฏิบัติการ

- เหมาะกับผู้ที่มีความรู้พื้นฐานด้านการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุขหรือผู้ที่ต้องการนำความรู้ไปใช้การทำงานจริง
- เน้นทำแบบฝึกหัดการใช้โปรแกรม แบบจำลองต่างๆ ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ดูรายละเอียดเพิ่มเติมและสมัครเข้าร่วมการอบรมได้ที่ www.hitap.net/training/

ระหว่างวันที่ 20-24 กรกฎาคม 2558
โรงแรมริชมอนด์ สโตร์ลิส คอนเวนชัน
ห้อง Sapphire 1-3 ชั้น 3 จังหวัดนนทบุรี

พบเนื้อหาพิเศษ

EQ-5D-5L

ครั้งแรกกับเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต
EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย
รับรองโดย EUROQoL
หน่วยงานต้นแบบด้าน
เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต



**NEXT
ISSUE**



กรุณาทำการสมัครผ่านหน้า
เว็บไซต์ก่อนการชำระเงิน

เตรียมพบกับ
กันยายน - ธันวาคม 2558



ระบบพิกล ที่ซ้ำเติมความพิการ
ทุกข์ของคนพิการในระบบประกันสุขภาพ

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทร 02-590-4549, 02-590-4374-5 โทรสาร: 02-590-4369
E-mail; comm@hitap.net