HITAP
Health Intervention and Technology Assessment Program
จุลสารโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

www.hitap.net
Facebook

ปีที่ 9 ฉบับที่ 26
มกราคม - เมษายน 2559

ทรัพยากรมีจำกัด
ต้องจัดลำดับ
ความสำคัญ

PRIORITY SETTING

FOR UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

จัดลำดับความสำคัญเพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า

รู้จักแนวคิดการจัดลำดับความสำคัญ *ให้รู้* หน้า 3
จัดลำดับความสำคัญใช้อะไรบ้าง *เกร็ดกะกราฟ* หน้า 12
ประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่พัง เมื่อตั้งต้นที่การจัดลำดับความสำคัญ *SCOOP* หน้า 4
HTA หนึ่งในเครื่องมือจัดลำดับความสำคัญ หน้า 14
เมื่อหมอมานะต้องเลือก *HITAP Comics* หน้า 16

EDITOR TALK

โดย กองบรรณาธิการ
comm@hitap.net

กองบรรณาธิการ:
อภิญญา มัตเดช • ชลัญธร โยธาสมุทร
วรุฒ เลิศศราวุธ • นรินทร์ธร จันทร์ไพจิตร์
อนงค์วดี ด่านปาน • เบญจรินทร์ สันตติวงศ์ไชย

ท่านสามารถอ่านจุลสาร HITAP รูปแบบ PDF ได้ที่ www.hitap.net

ช่องทางสื่อสารอื่นๆ :
facebook: HITAPTHAILAND
twitter: hitap_thailand
youtube: hitap thai

การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ Health Technology Assessment-HTA

คือ การประเมินอย่างเป็นระบบในแง่ของคุณสมบัติ ผลกระทบด้านการแพทย์ สังคม จริยธรรมและเศรษฐศาสตร์ของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพ การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพดำเนินการในลักษณะของสหสาขาวิชาโดยอาศัยกรอบการวิเคราะห์ที่ชัดเจนจากวิธีการที่หลากหลาย

"เคยเสียดายของที่ซื้อมาแล้วใช้ไม่คุ้มเสียไหมคะ" แล้วเคยสงสัยไหมว่าตอนนั้นซื้อมาเพราะอะไร เหตุผลที่ใช้ในการซื้อของถ้ายิ่งคิดให้ดี จะยิ่งได้ประโยชน์สูงสุด และจะไม่เหลือทิ้งให้เสียดายเพราะเงินที่เรามีนั้น เราใช้มันได้ครั้งเดียว และเมื่อใช้ไปแล้วกับสิ่งหนึ่งเราก็จะซื้ออีกสิ่งหนึ่งไม่ได้ นี่คือความหมายของทรัพยากรที่มีจำกัด ซึ่งการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต้องใช้การจัดลำดับความสำคัญ

การจัดสรรทรัพยากรในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็เช่นเดียวกัน เพราะเป็นระบบที่ลงทุนเพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชนส่วนมาก ตั้งแต่การประชุม United Nations Conference on Sustainable Development (UNCSD) ที่กรุงริโอ เดอ จาเนโร ประเทศบราซิล ปี 2555 (Rio+20) เป็นต้นมา นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็ได้รับความสนใจและยกให้เป็นวาระสำคัญระดับโลก เพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบสาธารณสุขในระดับโลก แต่ระบบนี้จะยั่งยืนได้ต้องอาศัยการจัดลำดับความสำคัญของการจัดสรรทรัพยากร หลายประเทศจึงหันมาสนใจเรื่องการจัดลำดับความสำคัญของทรัพยากรด้านสุขภาพอย่างจริงจัง

ในการประชุมวิชาการนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี 2559 ระหว่างวันที่ 26-31 มกราคมนี้ มีหัวข้อการประชุมคือ การจัดลำดับความสำคัญเพื่อให้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีความยั่งยืน ภายในการประชุมเน้นประเด็นเรื่องการจัดลำดับความสำคัญที่ใช้ข้อมูลหลักฐานทางวิชาการ มีความโปร่งใส และกระบวนการการมีส่วนร่วม แม้ว่ากระบวนการจัดลำดับความสำคัญจะไม่สามารถหลีกเลี่ยงอิทธิพลทางการเมืองได้ แต่ควรจะให้ความสำคัญกับการตัดสินใจบนหลักฐานทางวิชาการก่อน เพราะการจัดลำดับความสำคัญบนพื้นฐานของหลักฐานทางวิชาการ จะช่วยให้การดำเนินนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นที่ยอมรับ และยั่งยืน

การจัดลำดับความสำคัญ ไม่ใช่เรื่องง่าย และสามารถทำได้หลายวิธีและในทุกระดับการทำงาน จุลสาร HITAP เล่มนี้จึงหยิบยกเรื่องแนวคิด จนถึงตัวอย่างการทำงานจริง ก่อนจะเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ต้องสร้างความเท่าเทียมและถ้วนหน้าอย่างยั่งยืนมานำเสนอ

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

โดย วรุฒ เลิศศราวุธ warut.l@hitap.net และ เบญจรินทร์ สันตติวงศ์ไชย benjarin.s@hitap.net

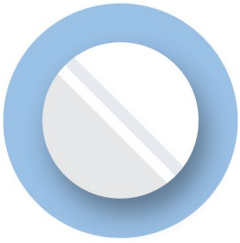
เราจะจัดสรรเงินอย่างไร ให้เหมาะแก่ความต้องการ

หาก คิดในระดับบุคคลความเหมาะสมย่อมขึ้นกับว่าโจทย์ความต้องการของเราคืออะไรและเราสามารถตอบโจทย์ได้ครบทุกข้อหรือไม่ซึ่งการตอบโจทย์ความต้องการตามความสามารถที่เรามีนี้ นักวิชาการตั้งชื่อมันว่าการจัดลำดับความสำคัญ (priority setting) ยกตัวอย่างเรื่องพื้น ๆ ในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่นการเลือกซื้อยาไว้ติดบ้าน แม่บ้านต้องซื้อยาหรือเวชภัณฑ์สำหรับ พ่อ แม่ และลูกชาย แต่ยาจำนวนหนึ่งกำลังจะหมด ได้แก่ พาราเซตามอล ยามะขามแขก น้ำตาเทียม และพลาสเตอร์ยา

ครอบครัวนี้ไม่มีใครเป็นโรคประจำตัว แต่ช่วงนี้อากาศเปลี่ยนแปลงบ่อย ทั้งสามคนมักมีไข้ ปวดศีรษะ ทุกคนค่อนข้างซุ่มซ่ามจึงเป็นแผลถลอกบ่อย ท้องผูกบ้างนาน ๆ ครั้ง และลูกชายตาแห้งเป็นครั้งคราว

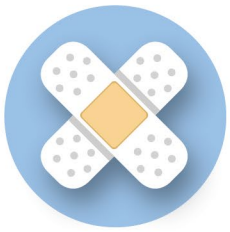
โจทย์ความต้องการ คือ ต้องเป็นยาที่ทุกคนในบ้านอาจได้กับอาการที่เกิดขึ้นบ่อยแต่ไม่ร้ายแรงถึงขั้นต้องไปหาหมอ และเป็นยาไม่อันตรายสามารถใช้ได้โดยไม่ต้องขอคำแนะนำจากหมอหรือเภสัชกร ทว่า แม่บ้านมีเงินจำกัด ไม่สามารถซื้อได้ทุกอย่าง **เธอจะจัดลำดับความสำคัญอย่างไร และเลือกซื้ออะไร?**

จัดลำดับความสำคัญตามความต้องการ



พาราเซตามอลแบบเม็ด
(แก้ปวด ลดไข้)

ยามะขามแขกแบบเม็ด
(ยาระบาย)



พลาสเตอร์ยา
(ปิดแผล กันติดเชื้อ)

น้ำตาเทียม หยอดตา
(หยอดตาลดอาการตาแห้ง)

คนที่อาจใช้	✓ ทุกคน	✓ ทุกคน	✓ ทุกคน	✓ ลูกชาย
ใช้กับอาการ	✓ เกิดบ่อย	เกิดเป็นครั้งคราว	✓ เกิดบ่อย	เกิดเป็นครั้งคราว
ความอันตราย	✓ ยาสามัญใช้เองได้	อาจมีผลข้างเคียง	✓ ไม่มีอันตราย	✓ ไม่มีอันตราย

เมื่อพิจารณาแล้ว **พาราเซตามอล** และ **พลาสเตอร์ยา** ตอบโจทย์ทั้งสามข้อของครอบครัวนี้ รองลงมาคือ **น้ำตาเทียม** เพราะลูกชายเท่านั้นที่อาจได้ใช้ และไม่มีอันตราย เธออาจพิจารณา**ยาระบายมะขามแขก**ที่จำเป็นต้องใช้บ้างโดยได้รับคำแนะนำจากหมอหรือ เภสัชกร แต่เพราะ มีเงินจำกัด เธอจึงเลือกซื้อได้เพียงสองอย่าง คือ **พาราเซตามอล** และ **พลาสเตอร์ยา**

ตัวอย่างข้างต้นเป็นการจัดลำดับความสำคัญอย่างง่ายตามความต้องการของครอบครัวเดียว แต่ถ้าเปลี่ยนแม่บ้านเป็นรัฐบาลที่ต้องคัดเลือกยาให้คนทั้งประเทศ อาจมีโจทย์ความต้องการที่ต่างออกไป เพราะการจัดลำดับความสำคัญให้ส่วนรวม ย่อมต้องคำนึงถึงความต้องการที่หลากหลายของคนในประเทศ ใช้วิชาการและจริยธรรมขับเคลื่อน เพื่อให้เงินส่วนรวมถูกใช้ไปอย่างเหมาะสม การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าก็มีเกณฑ์ในการเพิ่มยาหรือบริการสุขภาพเช่นกัน เช่น ยาหรือบริการนั้น ต้องตอบโจทย์ว่า มีความจำเป็น ใช้ได้ผลดี ปลอดภัย และอยู่ในงบประมาณที่รัฐจัดซื้อได้

ประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่พัง...

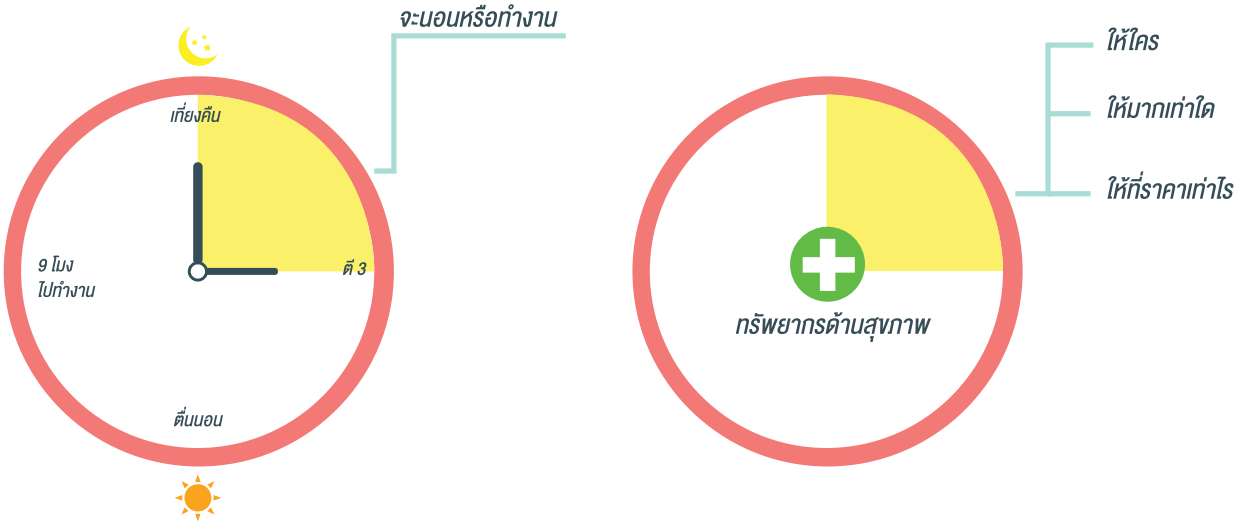
เมื่อตั้งต้นที่การจัดลำดับความสำคัญ

โดย ชลัญธร โยธาสมุทร chalarntorn.y@hitap.net และอนงค์วดี ด่านปาน anongwadee.d@hitap.net

ทำไมต้องจัดลำดับความสำคัญ

ในแต่ละวัน ทุกคนมีสินทรัพย์ชนิดหนึ่งที่เท่ากัน คือ เวลา 24 ชั่วโมง จะขยายหรือหยิบยืมไม่ได้ ต้องนำไปจัดแบ่งให้กิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่ นอน กิน ทำงาน/เรียน ดูแลครอบครัว พักผ่อน ดูแลสุขภาพ และอื่น ๆ แต่ละคนเลือก “ให้ความสำคัญ” กับแต่ละกิจกรรมต่างกัน เมื่อเลือกจัดสรรเวลาให้กิจกรรมหนึ่ง อาจหมายถึงการไปลดเวลาของกิจกรรมอื่น ๆ บางคนอาจให้เวลากับงานเป็นใหญ่ด้วยภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบ ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพน้อยลง ดังนั้น การ “ตัดสินใจเลือก” ให้ความสำคัญกับกิจกรรมของแต่ละคนขึ้นกับเหตุผล สภาพแวดล้อม และปัจจัยที่แตกต่าง แต่สิ่งที่เลี่ยงไม่ได้คือการยอมรับผลที่จะตามมาจากการ “**เลือก**” หรือ “**ไม่เลือก**” เช่น เมื่อเราเลือกให้เวลากับงานมากกว่าการนอนพัก ต้องยอมรับผลของการ “ไม่เลือก” ให้ความสำคัญกับสุขภาพ เมื่อความป่วยไข้มาเยือน

อย่างไรก็ดี ผลที่เกิดจากการ “เลือก” หรือ “ไม่เลือก” ให้เวลากับแต่ละกิจกรรมในแต่ละวันของเรา อาจส่งผลเพียงระดับบุคคล ครอบครัว และคนรอบข้าง เท่านั้น แต่หากต้องจัดสรรเวลาและทรัพยากรที่เป็นของส่วนรวม เช่น ทรัพยากรด้านสุขภาพ การตัดสินใจคงต้องการขั้นตอนที่ซับซ้อนมากกว่า การเลือกใช้เวลา 24 ชม. ของเรา



ประกันสุขภาพถ้วนหน้า เข้าถึงการรักษา และไม่ล้มละลาย

ระบบสุขภาพของประเทศไทย ที่ต้องดูแลคน 65 ล้านคน ใช้งบประมาณ 14% ของค่าใช้จ่ายภาครัฐทั้งหมด ทรัพยากรต่าง ๆ เช่น งบประมาณ จำนวนหมอ พยาบาล เจ้าหน้าที่ จำนวนเตียงรองรับผู้ป่วย ฯลฯ ล้วนมีจำกัด เช่นเดียวกับเวลา 24 ชั่วโมง เมื่อมีทรัพยากรจำกัด การจัดลำดับความสำคัญของการใช้ทรัพยากรไปกับโรคใด เทคโนโลยีใหม่อะไร หรือให้กับคนกลุ่มใด จึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้

เมื่อการจัดลำดับความสำคัญต้อง “**ได้อย่าง เสียอย่าง**” ดังนั้น การจะเลือกว่าจะให้อะไร ให้กับใคร ให้มากเท่าใด ให้ที่ราคาเท่าไร ผู้กำหนดนโยบายของประเทศต้องสามารถตอบได้ ด้วยเหตุผลที่น่าเชื่อถือ พิสูจน์ได้ โปร่งใส เป็นธรรม และมีการมีส่วนร่วม เพราะผลจากการตัดสินใจใช้ทรัพยากรของประเทศ ไม่เพียงกระทบระดับบุคคล แต่เป็นผลกระทบที่ประเทศต้องรับผิดชอบร่วมกัน

เมื่อประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่ใช่การให้ทุกอย่าง ที่ทุกคนต้องการ

แนวคิดตั้งต้นของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทยคือ การเฉลี่ยทุกข์ เฉลี่ยสุข เพราะการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ได้หมายความว่า ทุกคนจะได้ทุกอย่าง เนื่องจากทรัพยากรมีจำกัด ยิ่งระบบนี้ดูแลประชาชนไทยราว 80% ยิ่งต้องเฉลี่ยกันไป ดังนั้น หากไม่มีการจัดสรรการใช้ทรัพยากรอย่างเป็นระบบ เช่น ทุ่มเงินทั้งหมดไปกับยามะเร็งตัวใหม่ ที่อาจยืดอายุผู้ป่วยได้เพียง 1-2 เดือน แต่คุณภาพชีวิตไม่ได้ดีขึ้น อาจส่งผลให้ประเทศไม่เหลือเงินรักษาเด็กขาดสารอาหาร หรือรักษาชีวิตเด็กธาลัสซีเมียรุนแรงด้วยเทคโนโลยีการแพทย์ที่ลงทุนน้อยกว่า อีกทั้งหากไม่มีข้อมูลที่เพียงพอ ก็จะไม่รู้ว่าเงินที่ทุ่มไปกับเทคโนโลยีตรวจหาหรือรักษามะเร็งนั้น ได้ผลจริงหรือไม่

ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย จัดลำดับความสำคัญโดยยึดแนวทางสร้างประโยชน์สูงสุด **นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ** อดีตคณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2552 - 2555 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง รองประธานมูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPF[1]) และกรรมการมูลนิธิเพื่อการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP[2] Foundation) ให้สัมภาษณ์ในประเด็นนี้ไว้อย่างน่าสนใจว่า *“เราทำงานสาธารณะเพื่อประโยชน์สาธารณะ โดยมีทรัพยากรจำกัดและอยากให้ได้ผลมากที่สุด ต้องเลือกทำในสิ่งที่สำคัญและได้ประโยชน์มากที่สุด นี่คือการจัดลำดับความสำคัญของการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อให้ได้ประโยชน์มากที่สุด คือ ประโยชน์ต่อประชาชน เพราะเอาเงินภาษีของประชาชนมาต้องทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน ทั้งในเชิงของความเสมอภาค ความเท่าเทียมและประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากร”*

ปัจจุบันระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีช่องทางการจัดลำดับความสำคัญหลัก 3 ช่องทาง คือ การจัดลำดับความสำคัญของการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ การจัดลำดับความสำคัญในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการจัดลำดับความสำคัญของชุดสิทธิประโยชน์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (health promotion and disease prevention) ในบทความนี้ ขอนำเรื่อง **การจัดลำดับความสำคัญในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า** มาเล่าให้ฟัง

เมื่อครั้งก่อตั้งระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2545 **ดร.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร** ที่ปรึกษาสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP[3]) เล่าให้ฟังว่า การจัดชุดสิทธิประโยชน์[4] ขณะนั้นยังไม่มีการนำเรื่องการใช้ข้อมูลการประเมินความคุ้มค่า หรือการประเมินประสิทธิภาพ-ประสิทธิผลของยา/การรักษามาใช้ แต่เริ่มจากการอ้างอิงข้อมูลที่มีอยู่แล้ว เช่น บัญชียาหลักแห่งชาติ หรือ การรักษาเบื้องต้นที่เคยให้ในประกันสุขภาพของผู้มีรายได้น้อย แต่หลังจากนั้น เมื่อประกันสุขภาพถ้วนหน้าดำเนินการมาได้ระยะหนึ่ง เริ่มมีคำถามถึงการรักษาโรคที่มีราคาแพง เช่น มะเร็ง เอดส์ และโรคเรื้อรังอื่น ๆ จึงเริ่มมีการวางระบบการตัดสินใจและการเลือกเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จะบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์อย่างเป็นระบบมากขึ้น เช่น การคัดเลือกปัญหาสุขภาพที่ควรศึกษาเพื่อพัฒนาสิทธิประโยชน์เพื่อแก้ปัญหา

“เราทำงานสาธารณะเพื่อประโยชน์สาธารณะ โดยมีทรัพยากรจำกัดและอยากให้ได้ผลมากที่สุด ต้องเลือกทำในสิ่งที่สำคัญและได้ประโยชน์มากที่สุด นี่คือการจัดลำดับความสำคัญของการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด เพื่อให้ได้ประโยชน์มากที่สุด คือ ประโยชน์ต่อประชาชน เพราะเอาเงินภาษีของประชาชนมาต้องทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน”

- นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

[1] International Health Policy Foundation (IHPF)

[2] Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP)

[3] International Health Policy Program (IHPP)

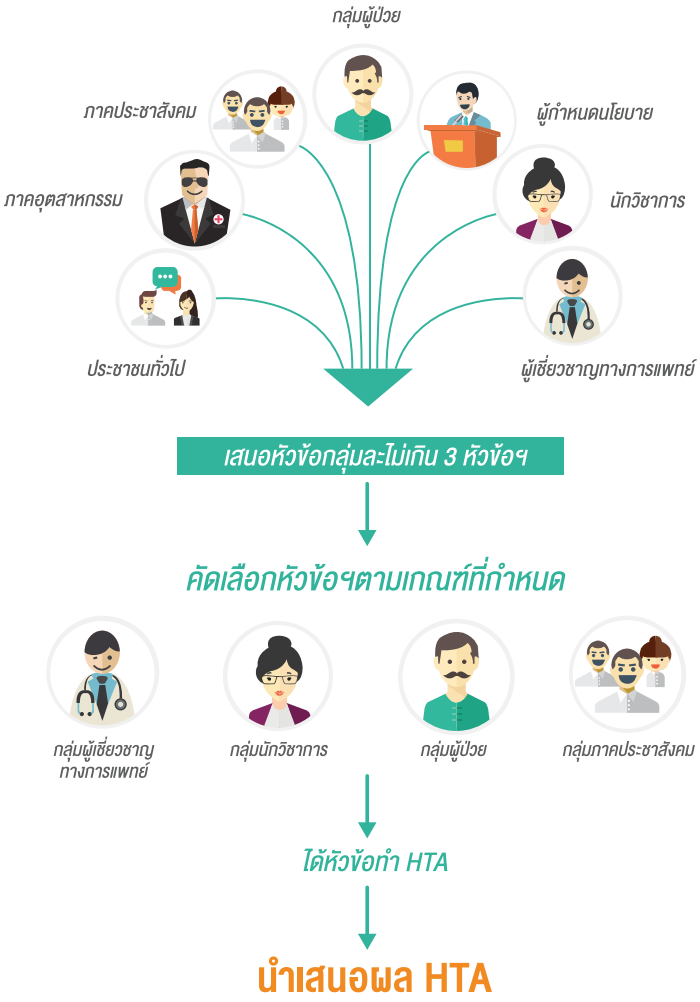
[4] ชุดสิทธิประโยชน์ คือ บริการที่แต่ละบุคคลจะได้รับจากระบบประกันสุขภาพ เช่น ตรวจคัดกรอง ยารักษาโรคต่าง ๆ หรือการผ่าตัดบางประเภท

โดย ชลัญธร โยธาสมุทร chalarntorn.y@hitap.net และอนงค์วดี ด่านปาน anongwadee.d@hitap.net

ประเทศไทยจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพอย่างไร

ในปี พ.ศ. 2552 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ เพราะเห็นว่า มีมาตรการด้านสุขภาพที่สำคัญบางส่วนที่ยังไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ฯ หรือมีบางมาตรการที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์แล้ว แต่ผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม จึงเกิดการสร้างกระบวนการค้นหา และระบุหัวข้อปัญหา/เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ที่ควรจะนำไปศึกษาถึงความเป็นไปได้ในการเพิ่มในชุดสิทธิประโยชน์ กระบวนการดังกล่าวเรียกว่า “**การจัดลำดับความสำคัญ และการคัดเลือก หัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ**” เพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผ่าน *โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า*

การคัดเลือกหัวข้อปัญหาและ/หรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ



คัดเลือกหัวข้อย่อย

ขั้นตอนจะเริ่มจากเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเสนอหัวข้อฯ ต่อคณะทำงานของโครงการฯ ปีละ 2 ครั้ง ในช่วงเดือนมกราคมและกรกฎาคมของทุกปี กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้นมี 7 กลุ่ม ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย แพทย์ นักวิชาการ ภาคประชาสังคม กลุ่มผู้ป่วย ภาคอุตสาหกรรม และประชาชนทั่วไป มีสิทธิเสนอหัวข้อฯ ได้กลุ่มละไม่เกิน 3 หัวข้อ/ครั้ง จากนั้น คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อฯ ได้แก่ แพทย์ นักวิชาการ ภาคประชาสังคม และกลุ่มผู้ป่วย จะหารือบนพื้นฐานของข้อมูลและหลักฐานเชิงวิชาการเพื่อคัดเลือกหัวข้อผ่านการจัดลำดับความสำคัญตามประเด็นและเกณฑ์เหล่านี้ (1.) จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ (2.) ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ (3.) ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (4.) ความแตกต่างในทางปฏิบัติ (5.) ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน (6.) ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและจริยธรรม

ประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA) และนำเสนอผล

เมื่อหัวข้อฯ ได้รับการคัดเลือกแล้วจึงนำไปประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพื่อประเมินความคุ้มค่า ผลกระทบต่องบประมาณและผลกระทบด้านอื่น ๆ จากนั้นจึงนำเสนอผลการศึกษาต่อ คณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อพิจารณาบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์

ตั้งแต่มีขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในปี พ.ศ. 2552 เป็นต้นมา มีการเสนอหัวข้อฯ ที่ต้องการให้พิจารณาบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์ถึง 119 หัวข้อ มีหัวข้อฯ ที่ได้รับคัดเลือกเพื่อไปศึกษา/ประเมินเทคโนโลยี 53 หัวข้อ เมื่อนำเสนอผลวิจัยแล้ว ผลการตัดสินจากคณะอนุฯ มีตั้งแต่ เห็นชอบและให้เพิ่มในชุดสิทธิประโยชน์ เห็นชอบและให้ไปศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดข้อมูล เห็นชอบในหลักการ แต่ต้องไปพัฒนาระบบบริการก่อนให้สิทธิ หรือไม่เห็นชอบเพราะผลกระทบงบประมาณสูง ไม่เห็นชอบเพราะข้อมูลยังไม่เพียงพอ เป็นต้น ข้อมูลเพิ่มเติม www.ucbp.net

เมื่อการจัดลำดับความสำคัญ ไม่ได้มองแต่เรื่อง ความคุ้มค่า

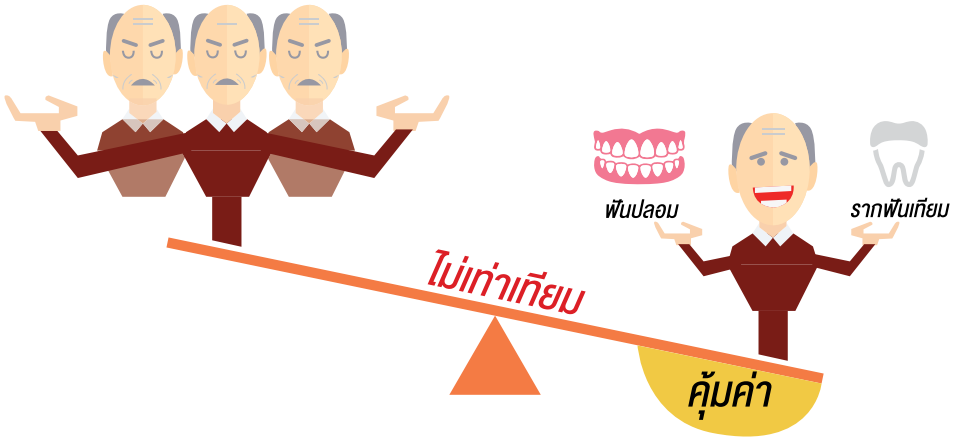
เมื่อกล่าวถึงการจัดลำดับความสำคัญด้วยการใช้ข้อมูล HTA หลายคนมักจะนึกถึงแต่เรื่อง “การประเมินความคุ้มค่า” “การลดงบประมาณ” หรือแม้แต่คิดไปว่าเป็นการให้ของถูกที่ไม่มีประสิทธิภาพ แต่หากมองเรื่องการทำ HTA ในมุมที่กว้างขึ้น จะเห็นว่า HTA ไม่ได้ดูเฉพาะเรื่องคุ้มค่าหรือไม่เพียงอย่างเดียว หากเป็นขั้นตอนของการได้มาซึ่งข้อมูลรอบด้านทั้งประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความคุ้มค่า ผลกระทบทางการเงิน ผลกระทบด้านจริยธรรม ความเป็นไปได้ในการใช้งาน เป็นต้น

ล้างไต ประเมินอย่างไรก็ไม่คุ้มค่า แต่ว่ารักษาชีวิต ป้องกันครอบครัวล้มละลาย

นพ.สุวิทย์ กล่าวถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย มี 2 อย่าง คือ 1.หลักฐานที่มาจากการวิจัย 2.หลักฐานที่มาจากประสบการณ์ ดังนั้น ในกระบวนการจัดลำดับความสำคัญ ต้องให้ความยืดหยุ่นกับผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย เพราะเขาอาจไม่ได้ตัดสินใจเชิงนโยบายจากหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเดียว เขาอาจตัดสินใจจากปัจจัยอื่นด้วย ทั้งนี้ ไม่นับการตัดสินใจโดยผลประโยชน์ส่วนตัว เช่น การตัดสินใจเรื่องการให้สิทธิการบำบัดทดแทนไต การฟอกเลือด ล้างไตทางช่องท้อง การเปลี่ยนถ่ายไต ถามว่าคุ้มค่าไหม นพ.สุวิทย์ตอบว่าไม่คุ้มเลย ค่าใช้จ่ายระยะยาวสูงมาก นพ.สุวิทย์เล่าให้ฟังว่าเมื่อได้พบกับ พลเอก สุรยุทธ์ จุลานนท์ รัฐบาลในขณะนั้น ได้สอบถามว่า เพราะอะไรรัฐบาลจึงให้การรักษานี้เพราะมันไม่คุ้ม ได้คำตอบกลับมาว่า เรื่องบำบัดทดแทนไต ใครได้คือรอด ไม่ได้คือตาย อย่างไรก็ต้องไปหาเงินมาจนได้ เราต้องป้องกันการล้มละลายจากการเจ็บป่วย แม้มันจะมีผลต่องบประมาณแต่ก็ต้องตัดสินใจ เพราะมันเป็นแนวคิดหลักของระบบหลักประกันสุขภาพ

โดย ชลัญธร โยธาสมุทร chalarntorn.y@hitap.net และอนงค์วดี ด่านปาน anongwadee.d@hitap.net

ให้รากฟันเทียมในผู้สูงอายุ แม้จะคุ้มค่า แต่เกิดปัญหาความไม่เท่าเทียม



ในบางกรณี การจัดลำดับความสำคัญก็ไม่ได้ดูแค่ความคุ้มค่า หรือผลกระทบต่องบประมาณเพียงอย่างเดียว แต่ดูเรื่องความเสมอภาคด้วย นพ. สุวิทย์ เล่าให้ฟังว่า *"ยาบางตัว คุ้มค่า ผลกระทบงบประมาณก็ไม่เยอะ แต่ถ้าเราอนุมัติจะเกิดความไม่เป็นธรรมอย่างรุนแรง จึงไม่อนุมัติก็มี เช่น รากฟันเทียมสำหรับคนชราที่ต้องใส่ฟันปลอมทั้งปากแต่ยึดติดไม่ดี จึงต้องมีรากฟันเทียมเพื่อเป็นฐานสำหรับใส่ฟันปลอม ถามว่าคุ้มไหม คุ้มมาก แต่ว่าคณะกรรมการก็ไม่อนุมัติ เพราะคนชราทั้งประเทศที่ต้องใส่ฟันปลอมทั้งปากมีประมาณ 4 แสนคน ซึ่งมีเพียง 4 หมื่นคนเท่านั้นได้ฟันปลอมแล้ว แต่อีก 3 แสน 6 หมื่นยังไม่ได้อะไรเลย การเพิ่มสิทธิประโยชน์รากฟันเทียมเพื่อให้สามารถใส่ฟันปลอมได้ คณะกรรมการมองว่า จะได้ประโยชน์ซ้ำสอง เพราะยังมีคนอีกกลุ่มใหญ่ที่ยังไม่ได้อะไรเลยแม้แต่ฟันปลอม จึงเป็นเรื่องของความเป็นธรรม ต้องไปทำให้ครอบคลุมทั้งหมดก่อนถึงจะไปให้สิทธิ์ใส่รากฟันเทียมเพิ่มให้"*

ยิ่งมีน้อย ยิ่งต้องจัดลำดับความสำคัญ

จากตัวอย่างที่เล่ามาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการนำกระบวนการการจัดลำดับความสำคัญ และการคัดเลือกเทคโนโลยีมาใช้พร้อมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นวิทยาศาสตร์ มาเป็นข้อมูลเบื้องต้นประกอบการตัดสินใจในระดับนโยบาย ทำให้เกิดการเลือกใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ และการลงทุนด้านสุขภาพอย่างสมเหตุสมผล เช่น ควรให้ฟันปลอมให้ครอบคลุมทุกคนก่อนให้รากฟันเทียม อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ผู้กำหนดนโยบายกล่าวเสมอ คือ ในฐานะผู้กำหนดนโยบายเขาไม่ได้ใช้เพียงข้อมูลการประเมินความคุ้มค่า แต่มีการนำปัจจัยอื่นเข้ามาพิจารณา เช่น ผลกระทบที่อาจเกิดกับครัวเรือน หากระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่ให้สิทธิ รวมทั้งประเด็นความเป็นธรรมและจริยธรรม เพื่อให้เกิดการตัดสินใจรอบด้านและการใช้ทรัพยากรไปอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด สุดท้าย นพ.สุวิทย์ สรุปประเด็นเรื่องความสำคัญของการจัดลำดับความสำคัญด้านสุขภาพ และการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบการตัดสินใจไว้ว่า

"มีบางคนเข้าใจผิดว่าประเทศกำลังพัฒนานั้นจน ไม่มีทางเข้าถึง ยาแพง ๆ ไม่จำเป็นต้องทำการประเมินหรือจัดลำดับความสำคัญ เพราะไม่มีอะไรจะจัดลำดับเพราะจนซึ่งเป็นมิจฉาทิฐิ เพราะถ้าจน มีทรัพยากรจำกัด ถ้าไม่มีการจัดลำดับความสำคัญ ก็ตาย **ยิ่งจนยิ่งต้องจัดลำดับความสำคัญ ยิ่งจนยิ่งต้องทำวิจัย** *ถ้าจัดลำดับความสำคัญได้ดี เราก็สามารถหาเงินมาทำวิจัยเพื่อตัดสินใจในการพัฒนาประเทศของเราได้" คุณหมอกล่าวถึงคำพูดของประธานาธิบดีเนห์รู อินเดีย ที่กล่าวไว้อย่างน่าสนใจว่า " 'because we are poor we cannot afford not to do research' เพราะวิจัยจะทำให้คุณมีความรู้และความรู้จะทำให้คุณออกจากความยากจนได้"*

"เพราะถ้าจน มีทรัพยากรจำกัด ถ้าไม่มีการจัดลำดับความสำคัญ ก็ตาย"

Health Intervention and Technology Assessment Program introduces

HITAP International Unit

Capacity Building Networks and Partnerships International Research

The HITAP International Unit (HIU) was established by Thailand's Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) to satisfy international demand for its expertise in the field of health technology assessment (HTA). The success of HITAP in Thailand since 2007, along with the exponential recognition of HTA and evidence-based priority setting in the Thai context quickly became an evident model for HTA institutions and organizations at the international stage. Its reception internationally was marked by a large number of requests for experience sharing and technical support from the South East Asia region. In this effort, the HIU draws upon its experiences locally and internationally to work at the global level with overseas development aid, international organizations, non-profit organizations, and overseas governments to develop evidence-based priority setting practices globally.

HITAP International Unit

Building Global HTA

www.globalhitap.net

hiu@hitap.net

The **International Decision Support Initiative (iDSI)** is an innovative global partnership of leading government institutes, universities, and think tanks, to support policymakers in priority-setting for Universal Health Coverage (UHC).

What iDSI can do for you

- We **respond to policymaker demand**, and focus our efforts on what client countries and funders genuinely need;
- We provide **practical support** to country decision makers, and work alongside local teams to jointly develop sustainable systems for setting priorities fairly, and on the best available evidence;
- We are an **international, multi-disciplinary network.** We bring together leading priority-setting institutions, partners (including academics), policymakers, and funders to solve problems collaboratively;
- We produce **knowledge products:** cutting-edge, freely accessible insights on best practices in priority setting, informed by policymaker priorities, to generate more health for the money

iDSI products

Knowledge Products — **Hands-on Support**

The Reference Case for Economic Evaluation

A set of best practice principles in the use of economic evaluation.

Cost-Effectiveness Thresholds

Informing readers on the use of cost - effectiveness thresholds in low - and middle - income countries.

How-To of Health Benefits Plans

A book and web resource that help answer policy-maker's questions, or point readers in the right direction, and inform on-going support provided by IDSI and other country partners.

Practical Support

Provide practical support to country decision makers, and work alongside local teams to develop sustainable systems for setting priorities fairly, and based on the best available evidence.

We are here to answer any questions you may have. Reach out to us and we'll respond as soon as we can.

Contact us

Email: info@idsihealth.org
www.idsihealth.org

Social Network:
Twitter @iDSIhealth
Weibo @iDSIhealth

iDSI is jointly funded by the Bill & Melinda Gates Foundation and the UK Department for International Development.

โดย อภิญญา มัตเดช apinya.m@hitap.net

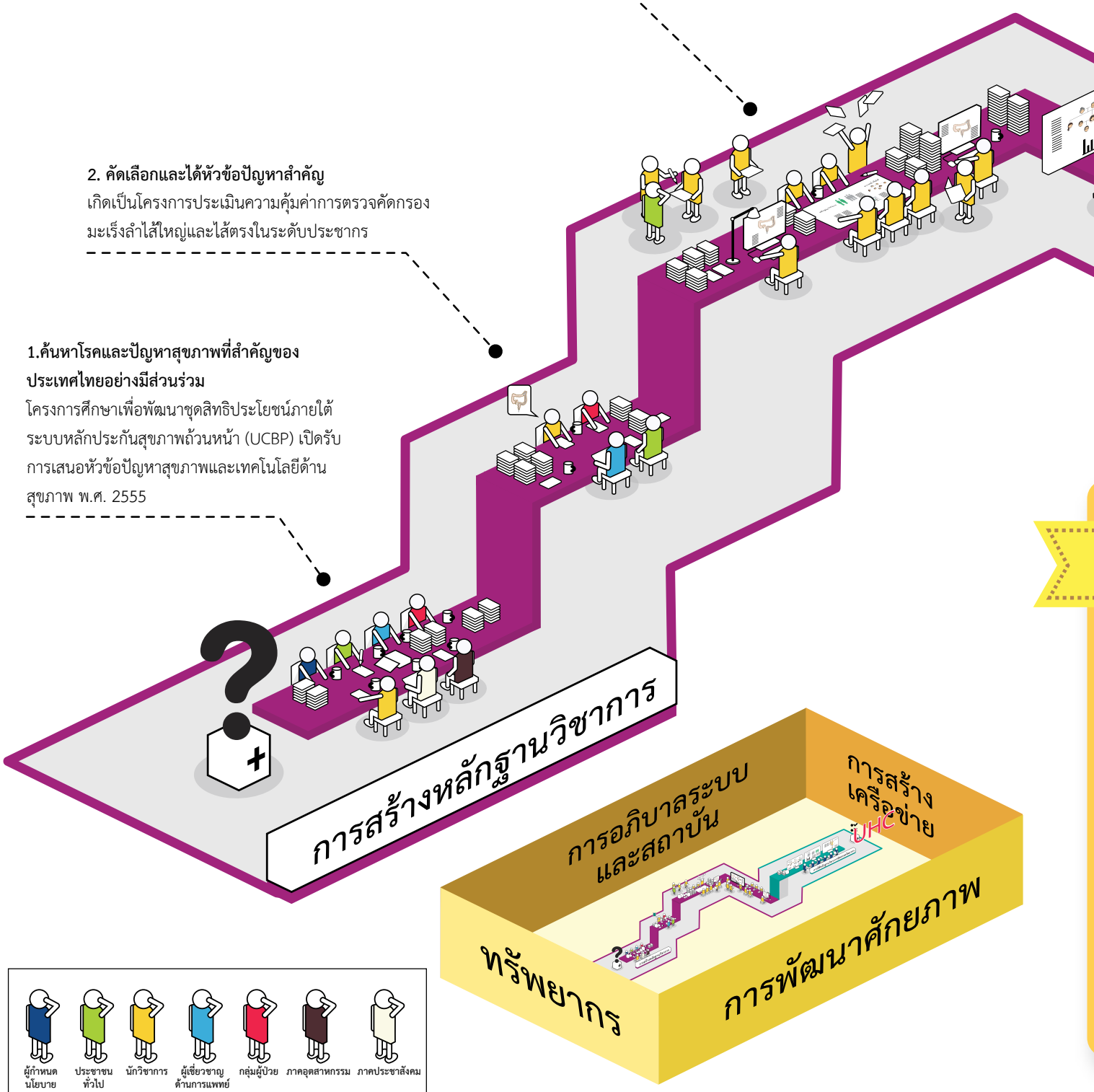
5.
ผู้ก
แต่
คว

4.ผลวิจัยเบื้องต้นและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
พบว่าการส่องกล้องในประชากรที่มีความเสี่ยงสูง เป็นวิธีก
ในการประชุมร่วมกับผู้เชี่ยวชาญก็สรุปว่าแต่เนื่องจากจำนว
ไม่เพียงพอ จึงเสนอให้คัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูงที่อายุ 60 ปีก่อ

3. ทำวิจัย ค้นหาหลักฐาน
นักวิจัยประเมินความคุ้มค่าของวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่วิธีต่าง ๆ และค้นหาว่า คนกลุ่มใดควรได้รับการตรวจคัดกรอง ควรตรวจเมื่อใดและบ่อยแค่ไหน

2. คัดเลือกและได้หัวข้อปัญหาสำคัญ
เกิดเป็นโครงการประเมินความคุ้มค่าการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับประชากร

1.ค้นหาโรคและปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยอย่างมีส่วนร่วม
โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UCBP) เปิดรับการเสนอหัวข้อปัญหาสุขภาพและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ พ.ศ. 2555

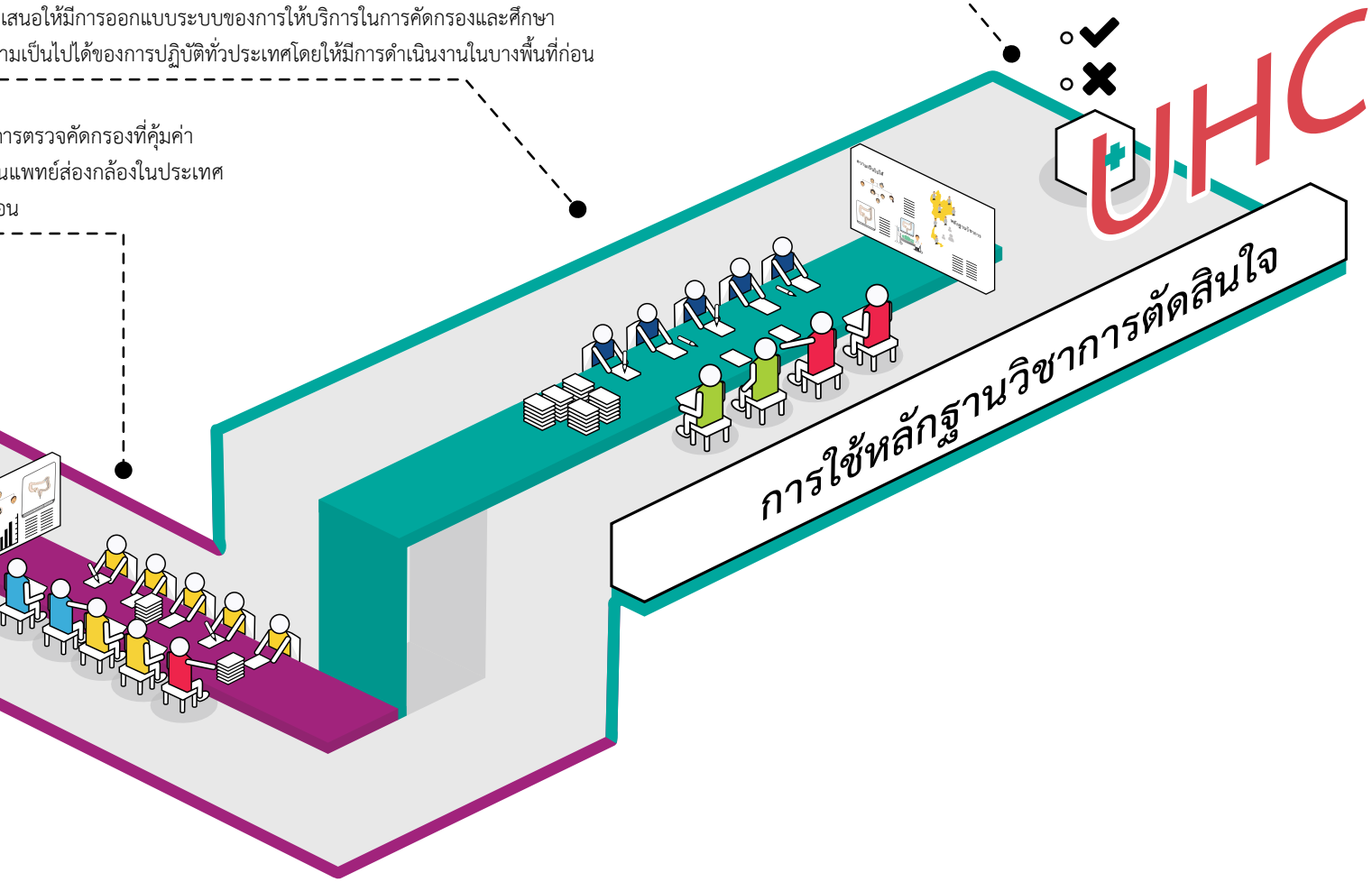


การตัดสินใจโดยพิจารณาหลักฐาน

ำหนดนโยบายพิจารณาหลักฐานจากงานวิจัยและเห็นชอบในหลักการ
เสนอให้มีการออกแบบระบบของการให้บริการในการคัดกรองและศึกษา
ามเป็นไปได้ของการปฏิบัติทั่วประเทศโดยให้มีการดำเนินงานในบางพื้นที่ก่อน

ารตรวจคัดกรองที่คุ้มค่า
นแพทย์ส่องกล้องในประเทศ
อน

6. คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
พิจารณาว่าสมควรเป็นชุดสิทธิประโยชน์หรือไม่



จัดลำดับความสำคัญเพื่อประกันสุขภาพดีถ้วนหน้าต้องใช้อะไรบ้าง

การจัดลำดับความสำคัญในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพเพื่อสนับสนุนระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามี 2 ขั้นตอนที่สำคัญ คือ **การสร้างหลักฐานทางวิชาการและการใช้หลักฐานทางวิชาการในการตัดสินใจ** ตัวอย่างเช่น โครงการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้-ใหญ่และไส้ตรงในระดับประชากร โรคดังกล่าวพบบ่อยในผู้สูงอายุ แต่ป้องกันได้ด้วยการตรวจคัดกรองและรีบรักษาในระยะเริ่มแรก การสร้างหลักฐานวิชาการในกรณีนี้ ได้แก่ การประเมินความคุ้มค่าการตรวจคัดกรองในประชากรไทยด้วยวิธีต่าง ๆ ผลการวิจัยพบว่าการคัดกรองด้วยวิธีส่องกล้อง (colonoscopy) ในประชากรทั่วไปนั้นคุ้มค่า แต่ความสามารถในการให้บริการนี้ยังไม่เพียงพอ จึงควรให้ความสำคัญแก่กลุ่มเสี่ยงสูงก่อน คือ คนอายุ 60 ปีที่มีญาติลำดับแรก (พ่อ แม่ พี่ น้อง หรือลูก) เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือไส้ตรง

ทั้งนี้ **การจัดลำดับความสำคัญดังกล่าวต้องมีระบบสนับสนุน** ซึ่งประกอบด้วย

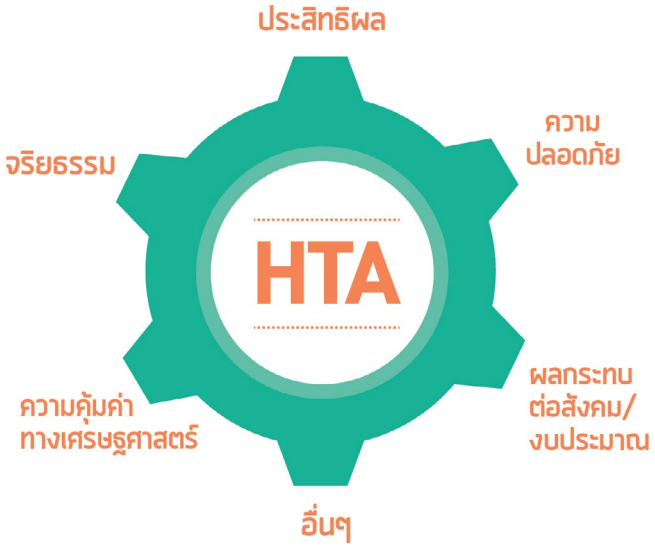
- โครงสร้างของการอภิบาลระบบ การทำหน้าที่และกฎข้อบังคับของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานเหล่านี้
- ทรัพยากรที่มีอยู่ และการแสวงหาทรัพยากรเพื่อนำมาสนับสนุนกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง
- การพัฒนาศักยภาพเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจและทักษะที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดลำดับความสำคัญด้านสุขภาพของผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงประชาชนทั่วไป
- ความร่วมมือและเครือข่ายของหน่วยงานทั้งภายในและระหว่างประเทศที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับการตัดสินใจในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า[1]

[1] PMAC 2016 Conceptual Framework and Program

HTA เครื่องมือหนึ่งสำหรับการจัดลำดับความสำคัญในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า หมายความว่าประชาชนทุกคนในประเทศนั้นจะมีสิทธิ์ใช้บริการทางสุขภาพได้ตามที่รัฐบาลสนับสนุน แต่ด้วยข้อจำกัดด้านงบประมาณและทรัพยากรทั้งในแง่เครื่องมือเครื่องใช้และบุคลากร ภาครัฐไม่สามารถสนับสนุนบริการทางสุขภาพทั้งหมดได้จึงต้องคัดเลือกว่าบริการใดบ้างที่เห็นว่ามีความสำคัญและควรจะสนับสนุน โดยการคัดเลือกนี้เป็นกระบวนการที่เรียกว่า **การจัดลำดับความสำคัญ** นั่นเอง โดยสิ่งที่อยู่ในความสำคัญลำดับต้นคือสิ่งที่จะได้รับการสนับสนุนโดยภาครัฐต่อไป เช่น เป็นส่วนหนึ่งของชุดสิทธิประโยชน์

จัดลำดับความสำคัญด้วย HTA



การจัดลำดับความสำคัญทำได้หลายวิธีทั้งที่มีกระบวนการและหลักเกณฑ์ในการจัดลำดับอย่างชัดเจนและไม่ชัดเจน ในกรณีที่มีหลักเกณฑ์ชัดเจน เกณฑ์ที่ใช้เพื่อกำหนดความสำคัญก็แตกต่างกันไป และใช้ข้อมูลหลากหลายในการตัดสินใจ โดยส่วนใหญ่มักพิจารณาเรื่อง**ผลการรักษา**ที่ได้จากบริการทางสุขภาพนั้น ๆ และในบางประเทศก็มีการพิจารณาเรื่อง**ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์** ดังนั้น เครื่องมือหนึ่งที่มักนำมาใช้ช่วยในการจัดลำดับความสำคัญคือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Health Technology Assessment -HTA) ซึ่งเป็นการประเมินอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับคุณลักษณะ ผลลัพธ์ หรือผลกระทบอันจะเกิดจากการใช้เทคโนโลยีหรือนโยบายด้านสุขภาพนั้น ๆ ส่วนใหญ่เป็นการพิจารณาและศึกษาเกี่ยวกับ**ประสิทธิผล**ความปลอดภัย และ**ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์** และอาจรวมถึง**การพิจารณาในเชิงสังคม กฎหมาย และจริยธรรม**ด้วย โดยที่มีเป้าหมายหลักเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเชิงนโยบาย

เมื่อมีการทำ HTA เกี่ยวกับเทคโนโลยีหรือนโยบายด้านสุขภาพบางอย่าง ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ผลการศึกษาที่เป็นระบบ ซึ่งช่วยให้ข้อมูลกับผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายได้ว่า เทคโนโลยีหรือนโยบายด้านสุขภาพนั้น ๆ มีประสิทธิผลดีหรือไม่ มีความปลอดภัยหรือไม่ และ/หรือมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์หรือไม่ เนื่องจากการทำ HTA นั้นมีหลายแง่มุม และสามารถประเมินทุกแง่มุมในคราวเดียวหรือแยกกันก็ได้ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้ในการพิจารณา งาน HTA บางชิ้นจึงอาจเป็นการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เพียงอย่างเดียว บางชิ้นศึกษาเฉพาะประสิทธิผล และบางชิ้นศึกษาครบทุกมุมมองตั้งแต่ประสิทธิผล ความปลอดภัย ความคุ้มค่า รวมไปถึงประเด็นเชิงจริยธรรม แต่จุดร่วมของงาน HTA ทุกชิ้นคือจะให้ข้อมูลว่า **เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์นั้น ๆ แล้ว ภาครัฐควรเลือกสนับสนุนบริการทางสุขภาพใดต่อไป**

เกณฑ์อื่น ๆ นอกเหนือจากข้อมูล HTA

อย่างไรก็ตาม ยังมีเกณฑ์อื่น ๆ ที่ใช้ในการจัดลำดับความสำคัญนอกเหนือจากข้อมูลจาก HTA อีกหลายประการ โดยบางอย่างมีการใช้มาก่อน HTA เสียอีก เช่น **ประเทศนอร์เวย์**ในช่วงหนึ่ง (ราวปี พ.ศ. 2530 – 2540) มีการจัดลำดับความสำคัญโดยไม่ใช้ข้อมูลจาก HTA แต่ใช้การจัดลำดับความสำคัญตามความรุนแรงของภาวะที่บริการดังกล่าวรักษา โดยแบ่งกลุ่มเป็น (i) การรักษาแบบฉุกเฉินในโรคที่เป็นอันตรายถึงชีวิต (ii) การรักษาเพื่อป้องกันผลกระทบในระยาวหรือร้ายแรง เช่น การรักษามะเร็ง (iii) การรักษาเพื่อป้องกันผลกระทบระยะยาวที่ร้ายแรงรองลงมา เช่น การรักษาความดันโลหิตสูง (iv) การรักษาที่มีประโยชน์ตามสมควร เช่น การรักษาโรคหวัด และ (v) การรักษาที่ไม่มีประโยชน์ใด ๆ เลย แต่ภายหลังก็ผนวกการใช้ข้อมูลจาก HTA ประกอบการจัดลำดับความสำคัญเช่นกัน

นอกจากนี้ยังมีการใช้ข้อมูลจาก HTA ร่วมกับเกณฑ์อื่น ๆ เช่น **ประเทศเนเธอร์แลนด์** เกณฑ์ที่ใช้คือความจำเป็นของบริการนั้น ๆ ประสิทธิผล ประสิทธิภาพหรือความคุ้มค่า และความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล โดยพิจารณาตัดบริการที่ไม่ตรงตามแต่ละเกณฑ์ออกเป็นลำดับ เริ่มจากความจำเป็นซึ่งรวมถึงการที่บริการดังกล่าวมีประโยชน์ทางการแพทย์หรือไม่ จากนั้นพิจารณาหลักฐานที่แสดงถึงประสิทธิผลของบริการที่มีความจำเป็นเพื่อจัดกลุ่ม และพิจารณาความคุ้มค่าของแต่ละบริการที่ยังไม่ถูกคัดออกต่อไป โดยจะคัดไว้เฉพาะบริการที่มีความคุ้มค่าเท่านั้น สุดท้ายจึงพิจารณาความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล โดยบริการที่อยู่ในขอบข่ายที่ประชาชนจะจ่ายเงินซื้อได้เองโดยไม่เดือดร้อน จะถูกคัดออก

จะเห็นได้ว่าการจัดลำดับความสำคัญทำได้หลากหลาย แต่หากมีกระบวนการที่ชัดเจนและโปร่งใสแล้วย่อมต้องการหลักฐานเชิงวิชาการเพื่อสนับสนุนการจัดลำดับความสำคัญนั้น ๆ HTA เป็นเพียงหนึ่งในเครื่องมือที่ให้ข้อมูลสำหรับใช้ตัดสินใจจัดลำดับความสำคัญตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ภาครัฐสามารถเลือกสนับสนุนบริการทางสุขภาพที่มีประสิทธิผล มีความปลอดภัย และมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ร่วมกับเกณฑ์อื่น ๆ ต่อไป...

เมื่อหมอมานะ...ต้องเ

ณ ประเทศสุขภาพแข็งแรงดี
หมอมานะเข้ารับตำแหน่ง
รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข
ท่ามกลางความชื่นชมยินดีของทุกคน

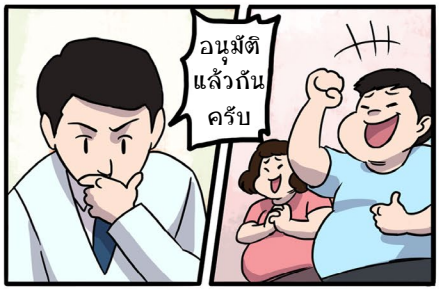
หมอมานะประกาศเสียงดังว่าตน
จะทำให้ทุกคนในหมู่บ้านจะได้รับบริการสุขภาพ
ที่ดีที่สุดระหว่างนั้น รัฐมนตรีการคลังแว่นหนา
ด้านหลังแอบมองด้วยความกังวล

ที่ด้านล่างเวที คุณตาบุญมี
ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย
ก็เข้ามาขอให้รัฐช่วยค่ารักษา

ขณะนั้นมียาตัวใหม่ที่จะช่วยยืดอายุ
ผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะสุดท้าย
ไปได้อีก 2 เดือน
แต่ราคายาแพงมาก

เมื่อรู้เช่นนั้น หมอมานะ ก็รีบอนุมัติทันที
ผู้เฒ่ามะเร็งปอดระยะสุดท้าย ดีใจสุดชีวิต

เมื่อเห็นหมอมานะอนุมัติเร็วไว
ผู้ป่วยโรคอ้วนกลุ่มใหญ่ต่างตบเท้า
ขอเข้ารับการผ่าตัดกระเพาะ
เพื่อลดความอ้วนด้วยทันที



หมอมานะครุ่นคิดอยู่พักนึง
แต่คิดว่าการผ่าตัด
จะช่วยลดปัญหาโรคอ้วนได้ทันที
จึงอนุมัติให้ผู้ป่วยโรคอ้วนทุกคนผ่าตัดฟรี

อีกฟากหนึ่งของเวที ***ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์***
ก็ต้องการเข้าถึงยาที่เขาว่ากัน
ว่าจะช่วยรักษาอัลไซเมอร์ได้

หมอมานะเห็นความเห็นว่าจำเป็น
อย่างยิ่งที่ต้องช่วยเหลือ
เลยรีบอนุมัติ แม้จะมีหลักฐานว่า
ยาช่วยเพียงชะลออาการเท่านั้น

โดย วรุฒ เลิศศราวุธ warut.l@hitap.net วริศา สินธุธาน zeoui_@hotmail.com และ ชลัญธร โยธาสมุทร chalarntorn.y@hitap.net

?? ต้องคิดให้เยอะ !

รัฐมนตรีการคลังรีบชี้แจงว่า
จากการอนุมัติทันที ติดต่อกันของ
หมอมานะ ทำให้จำนวนงบที่ต้องใช้ตลอด
ทั้งปีตอนนี้เหลือไม่ถึงครึ่งแล้ว

คุณหมอมานะคิดทบทวนอย่างหนัก
ระหว่างข้อจำกัดงบประมาณ
และการให้การรักษาที่ดีที่สุดกับทุกคน

ระหว่างนั้น ***ผู้ป่วยโรคหัวใจ***
กลุ่มใหญ่ต่างเข้ามาขอ
ความช่วยเหลือหมอมานะอย่างเร่งด่วน
เช่นกัน

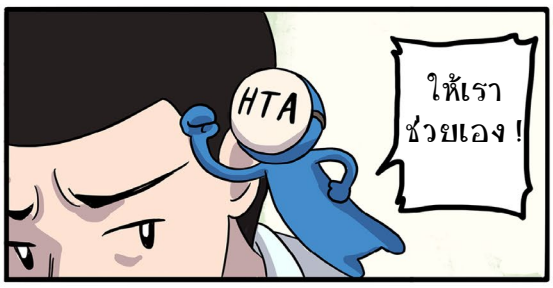
หมอมานะรีบอนุมัติด้วยความเคยชิน
ทำให้รัฐมนตรีการคลังโวยวายขึ้นมา

รัฐมนตรีการคลัง
รีบชี้แจง ถึงตัวเลขสีแดง
ในบัญชีการคลัง

แต่ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนมาก รอการรักษา
มี***เด็กๆสายตาสั้น***เข้ามาขอ
แว่นฟรีที่ช่วยให้มองชัดขึ้น

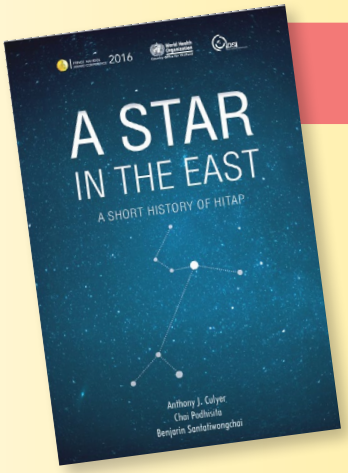
แต่ระหว่างที่กำลังตัดสินใจ
กลุ่มผู้ป่วยความดันสูง ก็กรูกันเข้ามา
ทวงสิทธิการรักษาของตัวเอง
ด้วยความร้อนรน

หรือนี่ ... เป็นสิ่งที่
หมอมานะต้องเจอ
เมื่อต้องการให้ทุกคนเข้าถึง
เทคโนโลยีด้านสุขภาพที่ดีที่สุด...
จะมีทางไหนที่ช่วยให้หมอมานะ
ตัดสินใจอย่างเหมาะสม



**ปัจจุบันมีการนำการประเมิน
เทคโนโลยีด้านสุขภาพ หรือ HTA
เข้ามาช่วยสนับสนุนการตัดสินใจ
การลงทุนด้านสุขภาพ
เจ้า HTA คืออะไร จะมาช่วย
ได้อย่างไร ติดตามตอน
ต่อไปในเล่มหน้า**

หนังสือพิเศษ



หนังสือ A Star in the East: A Short History of HITAP

หนังสือพิเศษเนื่องในงานประชุมวิชาการรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดลประจำปี พ.ศ. 2559 เขียนโดย Professor Tony Culyer จาก Department of Economics and Related Studies, University of York และ รศ.ดร.ชาย โพธิสิตา จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยได้รับทุนสนับสนุนจาก การประชุมวิชาการนานาชาติ รางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล หนังสือเล่มนี้เล่าถึงความพยายามก่อตั้งหน่วยงาน HTA ในประเทศไทยจนกระทั่งมีการก่อตั้งโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program, HITAP) ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งได้สร้างหลักฐานด้าน HTA เพื่อประกอบการตัดสินใจในเชิงนโยบายอย่างต่อเนื่องด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคมนับแต่นั้นมา

รายงาน Policy Brief and Working Paper: Conducive Factors to the Development of Health Technology Assessment in Asia

รายงานฉบับนี้กล่าวถึงปัจจัยสนับสนุน อุปสรรค รวมทั้งข้อเสนอแนะต่อการก่อตั้งหน่วยงาน HTA ในภูมิภาคเอเชีย โดยถอดบทเรียนจากการพัฒนาระบบประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพจากประเทศและเขตการปกครองต่าง ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้แก่ จีน อินโดนีเซีย เกาหลีใต้ มาเลเซีย ไต้หวัน ไทย และเวียดนาม

รายงานวิจัย

รายงานวิจัย: โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับปีงบประมาณ 2559 ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

รายงานฉบับนี้นำเสนอผลการทบทวนชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคใน 4 กลุ่มวัย (กลุ่มเด็กเล็ก กลุ่มเด็กโตและวัยรุ่น กลุ่มผู้ใหญ่/วัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ) และมาตรการเพิ่มเติมอื่น ๆ ที่ผ่านการศึกษาแล้วพบว่ามีประสิทธิภาพ เพื่อจัดทำเป็นชุดสิทธิประโยชน์สำหรับปีงบประมาณ 2559 และนำเสนอร่างมาตรฐานการทำงาน (quality standards) ของการป้องกันโลหิตจางในเด็ก การตรวจกลุ่มอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การตรวจคัดกรองภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation และการคัดกรองภาวะสายตาผิดปกติในเด็กวัยก่อนประถมศึกษาและวัยประถมศึกษาโดยครูเป็นผู้คัดกรอง

รายงานวิจัย : การประเมินต้นทุนอรรถประโยชน์และผลกระทบด้านงบประมาณของยา imatinib สำหรับการรักษาเสริมในผู้ป่วยโรคมะเร็งเนื้อเยื่อในระบบทางเดินอาหาร (GIST) ที่ได้รับการผ่าตัดและมีโอกาสเกิดโรคซ้ำสูง

โรคมะเร็งเนื้อเยื่อในระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal stromal tumor-GIST) เป็นโรคที่พบน้อยในประเทศไทย แต่มีค่ารักษาสูง บัญชียาหลักแห่งชาติอนุมัติให้ใช้ยา imatinib เพื่อการรักษาโรค GIST แล้ว แต่มีข้อบ่งใช้สำหรับผู้ป่วยระยะลุกลามที่ผ่าตัดไม่ได้หรือมีการกระจายของโรคเท่านั้น แต่ผู้ป่วย GIST ที่ได้รับการผ่าตัดก้อนมะเร็งออกไปทั้งหมดและมีโอกาสเกิดโรคซ้ำสูงสมควรได้รับยา imatinib เป็นการรักษาเสริมเพื่อป้องกันการโรคซ้ำเช่นกัน จึงควรมีการวิจัยเพื่อขยายข้อบ่งใช้ ผลการวิจัยพบว่า การขยายข้อบ่งใช้นี้ยังไม่คุ้มค่าเนื่องจากยามีราคาสูงจึงควรมีการต่อราคายาและมีแนวทางการรักษาเสริมตามที่รายงานเล่มนี้นำเสนอ

รายงานวิจัย: ความคุ้มค่าทางการแพทย์ของการรักษาเสริมโดยใช้ยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะแพร่กระจายที่ผ่าตัดได้ของประเทศไทย

แนวทางการรักษาเสริมโดยใช้ยาเคมีบำบัดให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะสุดท้ายที่ผ่าตัดได้ที่คุ้มค่ามากที่สุดสำหรับประเทศไทยคือการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดสูตร 5FULV แล้วตามด้วยการรักษาแบบประคับประคอง อย่างไรก็ดี ยังมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งไม่ตอบสนองต่อยาสูตรนี้ ขณะเดียวกันยาสูตรอื่น ๆ ยังไม่คุ้มค่าเว้นแต่จะมีการต่อรองราคาและเพิ่มข้อบ่งใช้ยา oxaliplatin ซึ่งเป็นยาสำคัญในสูตรอื่น ๆ เช่นสูตร FOLFOX จะช่วยให้กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีทางเลือกในการรักษามากขึ้น

Policy Brief

ความคุ้มค่าของการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชากรไทย

ผลวิจัยพบว่าการคัดกรองด้วยวิธีส่องกล้องหรือ colonoscopy ในกลุ่มเสี่ยงสูง ที่มีญาติลำดับแรก (พ่อ แม่ พี่น้อง หรือลูก) เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นวิธีที่คุ้มค่ามากที่สุด แต่ควรเริ่มนโยบายนี้กับกลุ่มเสี่ยงสูงที่อายุ 60 ปีก่อน เนื่องจากความสามารถให้บริการยังไม่เพียงพอ

ความคุ้มค่าของการรักษาเสริมด้วยยา imatinib ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง GIST หลังการผ่าตัด

ผลวิจัยพบว่า การรักษาเสริมด้วยยา imatinib ในผู้ป่วยโรคมะเร็ง GIST หลังการผ่าตัดก้อนมะเร็งออกไปทั้งหมดยังไม่คุ้มค่า แต่หากสามารถต่อรองราคายาลงได้ และมีแนวทางการรักษาเสริมตามที่การวิจัยนี้แนะนำ จะเกิดความคุ้มค่าและเพิ่มการเข้าถึงยาได้

สมัครรับ Policy Brief และ จุลสาร HITAP ฟรี *เพียงส่งชื่อและที่อยู่มาที่* comm@hitap.net อ่านฟรี จัดส่งฟรีไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ

งานในประเทศ

สปสช. พิจารณาชุดสิทธิประโยชน์การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและการตรวจป้องกันการเกิดซ้ำของทารกที่มีโครโมโซมผิดปกติ

เมื่อวันที่ 17 กันยายน 2558 คณะวิจัย HITAP ภายใต้โครงการศึกษาเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนได้นำเสนอผลการวิจัยต่อคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ในการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ครั้งที่ 6/2558 ที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการศึกษาความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชากรไทย และการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของกระบวนการการตรวจวินิจฉัยเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของกลุ่มทารกที่มีความผิดปกติทางโครงสร้างของโครโมโซม ทั้งนี้ ที่ประชุมเห็นชอบในหลักการของการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชากรไทย แต่เสนอให้มีการออกแบบระบบของการดำเนินการคัดกรอง และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติทั่วประเทศ โดยอาจให้ดำเนินการในบางพื้นที่ก่อน ส่วนการประเมินความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของกระบวนการตรวจวินิจฉัยเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำของกลุ่มทารกที่มีความผิดปกติทางโครงสร้างของโครโมโซม ที่ประชุมเห็นชอบในหลักการและให้รีบดำเนินการให้เร็วที่สุด

ยา sofosbuvir รักษาไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรังได้ดีกว่า แต่จ่ายแพงกว่า

เมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2558 นักวิจัย HITAP ในโครงการการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และผลกระทบด้านงบประมาณของยา sofosbuvir ในการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีชนิดเรื้อรัง จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมของประสิทธิผลของยาในกลุ่ม Direct Acting Antiviral (DAAs) ซึ่งประกอบด้วยยาโซฟอสบูเวียร์ (sofosbuvir) ไซมิพรีเวียร์ (semiprevir) เลดิพาสเวียร์ (ledipasvir) และ ดาคลาทาสเวียร์ (daclatasvir) ก่อนทำการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และผลกระทบงบประมาณในลำดับต่อไป ซึ่งคาดว่าจะเสร็จสิ้นเดือนธันวาคมนี้ โดยผลการทบทวนวรรณกรรมถึงประสิทธิผลของยาในกลุ่ม DAAs พบว่า การรักษาด้วยยา DAAs ร่วมกับยา pegylated-interferon หรือร่วมกับยาสูตร PR ให้ประสิทธิผลที่ดีกว่าการรักษาด้วยยา PR อย่างเดียว และยังพบว่ายาสูตรที่ไม่มี PR เป็นองค์ประกอบก่อให้เกิดอาการข้างเคียงน้อยกว่ายาสูตรที่มี PR เป็นองค์ประกอบ นอกจากนี้ ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้ขยายการศึกษาความคุ้มค่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย

คัดเลือก 5 ปัญหาสุขภาพ พัฒนาตัวชี้วัด QOF

เมื่อวันที่ 14 สิงหาคม 2558 คณะกรรมการกำกับทิศของโครงการงบจ่ายตามตัวชี้วัดเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ (Quality and Outcomes Framework – QOF) โครงการวิจัยโดย HITAP ได้ลงมติคัดเลือก 5 ปัญหาสุขภาพเพื่อนำไปพัฒนาตัวชี้วัด QOF ที่จะประกาศใช้ในปีงบประมาณ 2560 ได้แก่
1) โรคเรื้อรัง (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด)
2) อนามัยแม่และเด็ก 3) คนไข้ติดเตียง 4) การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผล
5) โรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รับฟังความคิดเห็นทางเลือกโครงการ “อนาคต อย. อนาคตผู้บริโภคไทย”

เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2558 คณะวิจัย HITAP โครงการ “อนาคต อย. อนาคตผู้บริโภคไทย” จัดประชุมเพื่อนำเสนอผลและรับฟังข้อเสนอแนะผลจากผู้เชี่ยวชาญ โดยได้ข้อสรุปว่าควรต้องมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กร โดยได้ข้อเสนอแนะทั้งหมด 3 ทางเลือกหลักคือ 1.ทำต่อไม่เปลี่ยนแปลงคือยังคงเป็นองค์กร อย. เหมือนเดิม 2.แยกบางส่วน สร้างบางส่วน คือ แยกหน่วยงานบางส่วนออกมาและจัดตั้งหน่วยงานเพิ่มขึ้น 3.ปรับใหญ่ เพื่อเปลี่ยนแปลงคือ ปรับเปลี่ยนระบบโครงสร้าง อย. ใหม่ทั้งหมด หลังจากนี้นักวิจัยจะนำข้อเสนอต่าง ๆ มาวิเคราะห์และพัฒนาเป็นข้อเสนอเชิงระบบของ อย. ต่อไป

งานต่างประเทศ

โครงการความร่วมมือ International Decision Support Initiative (iDSI) อินโดนีเซีย

คณะวิจัย HITAP ฝ่ายต่างประเทศ (HITAP International Unit, HIU) และ Health Technology Assessment Committee (HTAC) ซึ่งเป็นหน่วยงาน HTA ในประเทศอินโดนีเซีย ร่วมทำโครงการ Advancing Health Technology Assessment (HTA) Development โดยแบ่งเป็นสองโครงการย่อย ได้แก่ การวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ของการใช้ยา Sildenafil ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในหลอดเลือดแดงปอด (Pulmonary Artery Hypertension- PAH) และการวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์ระหว่างการล้างไตผ่านช่องท้องอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis - CAPD) กับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในประเทศอินโดนีเซีย **ข้อมูลเพิ่มเติม** www.globalhitap.net

iDSI เป็นโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อสนับสนุนให้ผู้กำหนดนโยบายทุกระดับในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าใช้การจัดลำดับความสำคัญเป็นเครื่องมือจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม ประเทศที่เข้าร่วมในโครงการนี้ได้แก่ ประเทศอินโดนีเซีย ประเทศเวียดนาม ประเทศฟิลิปปินส์ เป็นต้น **ข้อมูลเพิ่มเติม** http://www.idsihealth.org/

โดย อภิญญา มัตเดช apinya.m@hitap.net

การประชุมวิชาการ Asia-Pacific Conference on Public Health (APCPH) ครั้งที่ 6

ครั้งแรกของการประชุมวิชาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพระดับอาเซียน
วันที่ 22-26 สิงหาคม 2559
จัดที่ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ
เปิดรับบทความ/วิจัย1 ตุลาคม 2558 – 31 มกราคม 2559
จัดโดยสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
ข้อมูลเพิ่มเติม http://www.6apcph.com/

การประชุมวิชาการนานาชาติ HTAi ประจำปี 2559

วันที่ 10-14 พฤษภาคม 2559
จัดที่ โรงแรมไคโอ พลาซ่ากรุงโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น
ลงทะเบียน ช่วงราคาพิเศษภายใน 4 มีนาคม 2559
ข้อมูลเพิ่มเติม http://www.htai.org/meetings/annual-meetings.html

คู่มือการใช้ภาษา ไทย-อังกฤษ-พม่า-เขมร สำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนต่างด้าว

คู่มือนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงจากคู่มือแปลภาษาสำหรับบุคลากรที่ให้บริการสุขภาพแก่ประชากรต่างด้าว โดยสำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการรองรับประชาคมอาเซียน ซึ่งจะมีผลทำให้มีผู้เข้ารับบริการด้านสาธารณสุขจากประเทศที่มีชายแดนติดประเทศไทย เช่น เมียนมาร์และกัมพูชาอย่างต่อเนื่อง
ดาวน์โหลดได้ที่ http://tmc.or.th/detail_news.php?news_id=839&id=4

DoctorAsks Myanmar

แอปพลิเคชันสื่อภาษาไทย-เมียนมาร์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ใช้สื่อสารกับผู้รับบริการชาวเมียนมาร์ โดยสื่อได้ทั้งภาพและเสียง แบ่งเป็น 3 หมวด คือ การซักประวัติการเจ็บป่วย การสอบถามตามกลุ่มอาการ และคำแนะนำ คำบ่งใช้ยา เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยตามอาการ พัฒนาโดยสถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเอเชีย มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
ดาวน์โหลดได้ที่ GAC หรือ apps.go.th App Store และ Play Store

รู้จัก HITAP

HITAP เป็นหน่วยงานวิจัยกึ่งอิสระด้าน “การประเมินเทคโนโลยี (Health Technology Assessment-HTA)” ที่ไม่แสวงหากำไร มีพันธกิจหลักคือ ศึกษาผลกระทบทั้งบวกและลบจากการใช้เทคโนโลยีหรือนโยบายด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจด้านนโยบายสุขภาพของประเทศ นอกจากนี้ HITAP ยังทำงานวิจัยเพื่อสร้างฐานความรู้เรื่อง HTA การพัฒนาศักยภาพนักวิจัย HTA ทั้งในและนอกองค์กร การสื่อสารงานวิจัยไปยังกลุ่มต่าง ๆ และการสร้างเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศในระดับนานาชาติ HITAP สนับสนุนด้านวิชาการให้ประเทศต่าง ๆ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ให้สามารถสร้างระบบและทำการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพด้วยตนเอง

การประเมินเทคโนโลยีที่ HITAP ทำ ครอบคลุมเรื่อง ยา เครื่องมือแพทย์ หัตถการ มาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งส่วนบุคคลและสังคม รวมถึงนโยบายสาธารณะอื่น ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ผลการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพจะเป็นข้อมูลให้ผู้กำหนดนโยบายใช้ตัดสินใจลงทุนด้านสุขภาพของประเทศ เช่น สิทธิประโยชน์ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า **ข้อมูลเพิ่มเติม** www.hitap.net

ข้อมูลเพิ่มเติม www.hitap.net หรือ ติดต่อฝ่ายสื่อสารองค์กร comm@hitap.net

หลักสูตร HePTA

Health Policy and Technology Assessment

หลักสูตรการประเมินเทคโนโลยี (HTA) หลักสูตรแรกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ปีการศึกษาแรกเริ่มเดือนสิงหาคม 2559

มหาวิทยาลัยมหิดล เปิดสอนหลักสูตร HePTA หลักสูตรนานาชาติระดับปริญญาโท และปริญญาเอกด้านการประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (MSc & PhD)

- หลักสูตร HePTA เป็นความร่วมมือระหว่างคณะและสถาบันต่าง ๆ ภายในมหาวิทยาลัยมหิดล ผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศ และ หน่วยงานด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพและเครือข่ายต่าง ๆ เช่น Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), HTAsiaLink, International Decision Support Initiative (iDSI), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Priority Cost Effective Lessons for Systems Strengthening (PRICELESS)
- มีทุนสนับสนุนให้กับนักศึกษาผู้มีคุณสมบัติดีเด่นจากประเทศรายได้น้อยถึงปานกลาง

มาตรการและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ

- ผลกระทบเชิงนโยบาย
- ผลกระทบเชิงสังคม
- ผลกระทบเชิงจริยธรรม
- ผลกระทบเชิงเศรษฐศาสตร์
- ผลกระทบเชิงองค์กร

การประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HePTA) เป็นการประเมินคุณสมบัติ ผลที่เกิดขึ้น ผลกระทบของนโยบายด้านสุขภาพหรือเทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยกระบวนการประเมินที่เป็นระบบแบบแผน และโปร่งใส โดยผู้เชี่ยวชาญจากสหสาขา โดยคำนึงถึงผลกระทบทั้งทางคลินิก ระบาดวิทยา เศรษฐศาสตร์ สังคม จริยธรรม และ ข้อมูลด้านอื่นๆ

ขอข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับหลักสูตรได้ที่

ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เว็บไซต์ www.pharmacy.mahidol.ac.th
อีเมล์ รศ.ดร.อุษา ฉายเกล็ดแก้ว usa.chi@mahidol.ac.th

NEXT ISSUE

พฤษภาคม - สิงหาคม 2559

รู้รอบหอบหืดเด็ก

เมื่อการป้องกันและรักษาต้องการมากกว่าหมอ

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