

โครงงานวิจัย

เรื่อง การใช้การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในกระบวนการนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

(The use of health technology assessment (HTA) for health promotion and disease prevention policy process)

โดย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

เสนอ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

1. บทนำ

1.1 นิยามและขอบเขตการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (health technology assessment: HTA)

“เทคโนโลยีด้านสุขภาพ” (health technology) คือ มาตรการที่พัฒนาขึ้นเพื่อป้องกัน วินิจฉัย รักษา โรคและปัญหาสุขภาพ รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพ บำบัดฟื้นฟู และพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ดังนั้น เทคโนโลยีด้านสุขภาพครอบคลุมทั้งการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เครื่องมือแพทย์ ยา วัคซีน หัตถการ มาตรการ/โครงการ และระบบ [1] หน่วยงานทั้งในระดับนานาชาติและระดับประเทศได้นิยาม “การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ” (health technology assessment: HTA) ดังนี้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่า [2] HTA หมายถึง การวิจัยเชิงนโยบายซึ่งใช้ศาสตร์จากสาขาอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินผลที่เกิดจากการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพมาใช้ ทั้งผลที่เกิดขึ้นในระยะสั้นและระยะยาว ผลทางตรงและทางอ้อม โดยครอบคลุมผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก ผลกระทบทางสังคมจริยธรรม ต้นทุนประสิทธิผล นอกจากนี้ The International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) ได้จำกัดความ HTA [3] คือ การประเมินคุณสมบัติและผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมของเทคโนโลยีด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยใช้ศาสตร์จากสาขาและมีกรอบการวิเคราะห์ที่ชัดเจน

The National Institute for Health Research (NIHR) ซึ่งเป็นหน่วยงานสนับสนุนทุนการวิจัย รวมถึงการวิจัย HTA ของสหราชอาณาจักร ระบุว่า HTA [4] คือ การสร้างหลักฐานด้านคลินิกและความคุ้มค่าของเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่นำมาใช้ในระบบบริการสุขภาพของสหราชอาณาจักร คือ National Health Service (NHS) โดยเปรียบเทียบเทคโนโลยีใหม่กับเทคโนโลยีที่ดีที่สุดในปัจจุบัน ในประเทศไทยได้กำหนดนิยามการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ [5] คือ การวิจัยเชิงนโยบาย ซึ่งใช้ศาสตร์จากสาขาอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินผลระยะสั้นและระยะยาว ผลทางตรงและทางอ้อม ผลที่เกิดขึ้นโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ที่เกิดจากการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมาใช้ รวมถึงการกระจายของเทคโนโลยี

ต่อมาในปี ค.ศ. 2019 องค์การเครือข่ายในระดับนานาชาติที่ทำงานเกี่ยวข้องกับ HTA และองค์การอนามัยโลก ร่วมกันปรับปรุงนิยามใหม่ของ HTA และเผยแพร่ใน ปี ค.ศ. 2020 [6] ดังนี้ HTA คือ กระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดยใช้ศาสตร์จากสาขาและมีวิธีการที่ชัดเจนเพื่อประเมินคุณค่าของเทคโนโลยีด้านสุขภาพในระยะต่างๆ ของวงจรชีวิตเทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายเพื่อการสร้างความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และคุณภาพของระบบสุขภาพ โดยมีคำอธิบายนิยามเพิ่มเติม 4 ข้อเพื่อให้รายละเอียดของศัพท์ที่ปรากฏในนิยามของ HTA คือ 1) เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ดังรายละเอียดในข้างต้น [1] 2) ลักษณะของกระบวนการ (process) ต้องมีรูปแบบเป็นทางการ เป็นระบบ โปร่งใส และใช้วิธีการประเมินที่ทันสมัย โดยใช้หลักฐานที่ดีที่สุดที่มี 3) คุณค่าของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ คือ ผลที่ตามมาทั้งที่เกิดโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจจากการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพนั้นๆ เทียบกับทางเลือกอื่นๆ ที่มีในปัจจุบัน ซึ่งผลที่ตามมาครอบคลุม ประสิทธิภาพทางคลินิก ความปลอดภัย ต้นทุน มุมมองด้านเศรษฐศาสตร์ สังคมและจริยธรรม กฎหมายและวัฒนธรรม มุมมองผลกระทบต่อองค์กรและบริบทแวดล้อม มุมมองการประเมินครอบคลุมมุมมองของผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล รวมถึงประชากรในภาพรวม ซึ่งคุณค่าของเทคโนโลยีด้านสุขภาพจะแตกต่างกันขึ้นกับมุมมองที่ใช้ กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้องและบริบทของการตัดสินใจ และ 4) การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสามารถประเมินตลอดวงจรชีวิต (lifecycle) ของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ได้แก่ ก่อนออกสู่ตลาด ระหว่างการขึ้นทะเบียนเพื่อจำหน่ายในตลาด หลังจากออกสู่ตลาด ตลอดจนการยกเลิกการใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ โดยมีรายละเอียดคำอธิบาย ดังนี้

New definition of HTA [6]

“A multidisciplinary process that uses explicit methods to determine the value of a health technology at different points in its lifecycle. The purpose is to inform decision-making in order to promote an equitable, efficient, and high-quality health system.”

*“Note 1: A **health technology** is an intervention developed to prevent, diagnose or treat medical conditions; promote health; provide rehabilitation; or organize healthcare delivery. The intervention can be a test, device, medicine, vaccine, procedure, program, or system.*

*Note 2: The **process** is formal, systematic, and transparent, and uses state-of-the-art methods to consider the best available evidence.*

*Note 3: The **dimensions of value for a health technology** may be assessed by examining the intended and unintended consequences of using a health technology compared to existing alternatives. These dimensions often include clinical effectiveness, safety, costs and economic implications, ethical, social, cultural and legal issues, organizational and environmental aspects, as well as wider implications for the patient, relatives, caregivers, and the population. The overall value may vary depending on the perspective taken, the stakeholders involved, and the decision context.*

*Note 4: HTA can be applied at different points in the **lifecycle of a health technology**, that is, pre-market, during market approval, post-market, through to the disinvestment of a health technology.”*

จากนิยาม HTA ที่กำหนดโดยแต่ละหน่วยงานมีความคล้ายคลึงกัน ในประเด็นของการวิจัยซึ่งใช้ศาสตร์จากสาขาอย่างเป็นระบบเพื่อประเมินผลที่เกิดจากการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพมาใช้ โดยวัตถุประสงค์หลักเพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย โดยนิยามใหม่ที่เผยแพร่ในปี ค.ศ. 2020 ได้เพิ่มเติมวัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบายเพื่อสร้างความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ และคุณภาพในระบบสุขภาพ [6] ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นเป้าหมายที่สูงขึ้นจากเดิมในด้านการใช้ประโยชน์จาก HTA ทั้งนี้ นิยามใหม่ดังกล่าวอาจจำเป็นต้องมีการปรับให้สอดคล้องกับบริบทของการตัดสินใจเชิงนโยบาย และการนำ HTA ไปใช้ประโยชน์ เนื่องจากผู้กำหนดนโยบายของแต่ละประเทศและแต่ละระดับ อาจมีกระบวนการนำ HTA ไปใช้/ไม่ใช้เพื่อประกอบการพิจารณาตัดสินใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีสุขภาพที่แตกต่างกัน

HTA สามารถประเมินในด้านต่างๆ (ตารางที่ 1) ประกอบด้วย ด้านคลินิก ด้านเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข ด้านผลกระทบที่เกิดกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และด้านการบริหารจัดการ [7] ทั้งนี้ในทางปฏิบัติ HTA มุ่งเน้นการประเมินด้านคลินิก รองลงมาคือด้านเศรษฐศาสตร์ ซึ่งดำเนินการในส่วนกระบวนการประเมิน (assessment) ในขณะที่ผลกระทบด้านอื่นๆ เช่น ผลกระทบทางสังคมและจริยธรรม การเข้าถึงและการกระจายเทคโนโลยี เป็นประเด็นที่มีการอภิปรายในรายงานผลการประเมิน [8] หรือเป็นประเด็นพิจารณาเพิ่มเติมเพื่อประกอบการตัดสินใจ (appraisal) [9]

ตารางที่ 1 การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพในด้านต่างๆ

Main aspect	Details
Clinical	Efficacy, safety, effectiveness, other outcome measures, indications for use of the technology and the relevant target population for that particular health technology (epidemiology)
Economic	Efficiency, cost, cost-effectiveness, cost-utility, and/or cost-benefit
Patient-related	Social consequences, ethics, patient acceptance of the technology, psychological implications, and other parameters relevant for the patients
Organizational	Diffusion and adoption, centralization or decentralization, utilization, accessibility, demands on the personnel's skills and routines, further education and training of the personnel and other organizational parameters

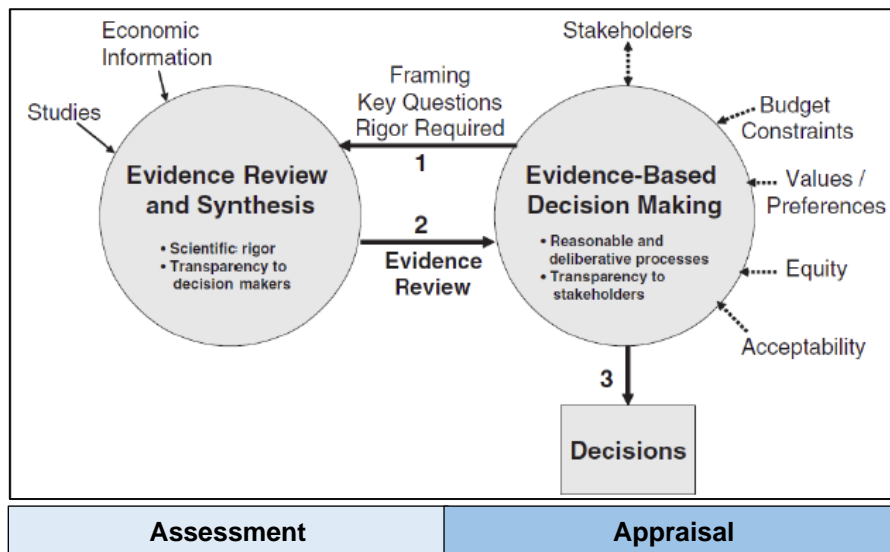
ที่มา: [7]

1.2 กระบวนการนำ HTA ไปใช้ตัดสินใจเชิงนโยบาย

วัตถุประสงค์หลักของ HTA คือเพื่อสร้างหลักฐานจากการวิจัยที่สามารถนำไปใช้ตัดสินใจและกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ซึ่งถือได้ว่า HTA เป็น “เชื่อมระหว่างพื้นที่/อาณาเขตของการตัดสินใจ/การกำหนดนโยบาย กับ พื้นที่/อาณาเขตของการวิจัย เข้าด้วยกัน” (“bridging between decision-making and research domain”) [10] HTA จึงเป็นหลักฐานอันเป็นประโยชน์ในการสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพในประเด็นต่างๆ เช่น เป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์นโยบาย (policy analysis) การแพทย์ที่อยู่บนพื้นฐานของหลักฐาน (evidence-based medicine) การตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลจากการประเมินความคุ้มค่าทางสาธารณสุข (health economic evaluation) และการประเมินผลกระทบด้านสังคมและจริยธรรม (social and ethical impact assessment) [11, 12]

HTA สามารถช่วยผู้กำหนดนโยบายในการตัดสินใจและการกำหนด (หรือออกแบบ) นโยบายเกี่ยวกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพได้โดยอยู่บนพื้นฐานของหลักฐาน (evidence-based decision making) [13] ซึ่งประกอบด้วยสองส่วนหลักที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ส่วนที่ 1 assessment หรือการประเมิน หมายถึง การทบทวนและสังเคราะห์ข้อมูลหรือหลักฐานอย่างเป็นระบบและโปร่งใสเพื่อจัดทำข้อมูลอันเป็นประโยชน์เพื่อตอบคำถามจากผู้มีส่วนได้เสียหรือผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย ส่วนที่ 2 appraisal หรือการพิจารณาผลการประเมินที่ได้จากส่วนที่ 1 ร่วมกับการพิจารณาประเด็นด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย เช่น ความเป็นธรรม (equity) คุณค่าทางสังคม (social values) ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ (feasibility) การยอมรับ (acceptability) ดังแสดงความสัมพันธ์ขององค์ประกอบทั้งสองส่วนในรูปที่ 1 [14] ดังนั้น กระบวนการ HTA เริ่มต้นจากการมีเทคโนโลยีด้านสุขภาพใหม่ที่จะเข้าสู่ขั้นตอนการประเมิน (assessment) และการพิจารณาผลการประเมินประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย (appraisal) ซึ่งปัจจัยนำเข้าสำคัญในขั้นตอน assessment ได้แก่ คำถามของผู้มีอำนาจในการตัดสินใจและผู้มีส่วนได้เสีย (key questions from decision makers/stakeholder)

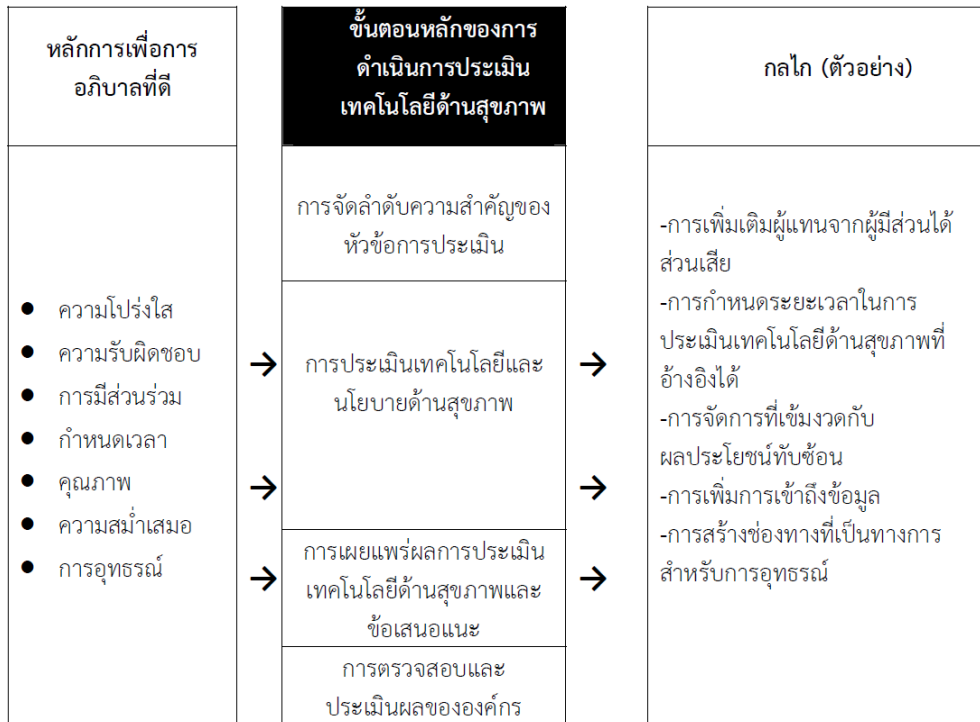
และข้อมูล (data) ซึ่งผลการประเมินที่ได้จะเป็นปัจจัยนำเข้าสู่ขั้นตอน appraisal ต่อไปโดยพิจารณาประกอบกับประเด็นอื่น ๆ และจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและใช้ในการตัดสินใจ [15]



รูปที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการทบทวนและสังเคราะห์หลักฐาน (evidence review and synthesis) และการตัดสินใจโดยใช้หลักฐาน (evidence-based decision making)

ที่มา: [14]

ประเทศไทยได้มีการพัฒนาคู่มือการดำเนินงานวิจัยด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ [16] เพื่อเชื่อมโยงหลักการอภิบาลที่ดีของการดำเนินงานวิจัย กล่าวคือ กระบวนการที่มีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้เสีย มีความโปร่งใส จัดการกับผลประโยชน์ทับซ้อน รวมถึงการเพิ่มการเข้าถึงและความชัดเจนของข้อมูล การคัดเลือกผู้มีส่วนได้เสียอ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการอย่างเป็นระบบ และการสร้างช่องทางที่เป็นทางการสำหรับการทบทวนผลการประเมินฯ ตลอดกระบวนการ ขั้นตอนหลักของการดำเนินการวิจัยด้าน HTA ที่สำคัญประกอบด้วย การจัดลำดับความสำคัญของหัวข้อการประเมิน การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ การเผยแพร่ผลการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และการตรวจสอบและประเมินผลขององค์กร ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะประกอบด้วยหลักการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความโปร่งใส (transparency) ความรับผิดชอบ (accountability) ความครอบคลุม (inclusiveness) ความทันเวลา (timeliness) คุณภาพ (quality) ความสม่ำเสมอ (consistency) และความสามารถในการคัดค้าน/อุทธรณ์ผลการประเมิน (contestability) (รูปที่ 2) อย่างไรก็ตามคู่มือนี้ไม่ครอบคลุมถึงกระบวนการตัดสินใจและกระบวนการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพไปใช้ในระบบสุขภาพ



รูปที่ 2 กรอบแนวคิดของหลักการที่นำไปประยุกต์ใช้ในขั้นตอนหลักของการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ที่มา: [16]

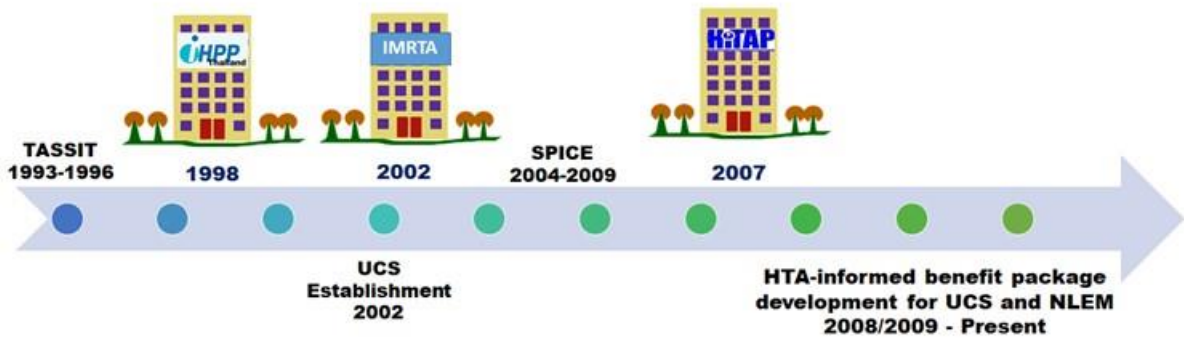
1.3 การดำเนินงาน HTA ในระดับนานาชาติและระดับประเทศ

องค์กรด้านสุขภาพของโลกหลายองค์กรได้มีข้อเสนอแนะให้ประเทศสมาชิกนำ HTA มาใช้เป็นข้อมูลในการสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายของเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายที่เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage: UHC) [17] ในปี ค.ศ. 2014 องค์กรอนามัยโลกได้มีมติผ่านการประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly หรือ WHA) [18] ให้ประเทศสมาชิกนำ HTA มาใช้เป็นข้อมูลในการสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายของเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายที่เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage: UHC) ซึ่งก่อนมติของสมัชชาอนามัยโลกนั้น ประเทศต่างๆ ในแต่ละภูมิภาคได้ตระหนักถึงความสำคัญของ HTA เพื่อสนับสนุนการพัฒนาาระบบสุขภาพ ดังได้มีมติเรื่อง Health Technology Assessment and Incorporation into Health Systems ของสมาชิกองค์การสุขภาพภาคพื้นอเมริกา (Pan-America Health Organization) ที่ออกมาใน ค.ศ. 2012 [19] และมติเรื่อง Health Intervention and Technology Assessment in Support of Universal Health Coverage ของสมาชิกองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO SEARO) ที่ออกมาในปี ค.ศ. 2013 [20] มติข้างต้นต่างเป็นไปในแนวทางเดียวกัน โดยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญว่า HTA สามารถใช้เป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาทางเลือกเชิงนโยบายของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ความครอบคลุมประชากรผู้มีสิทธิ (population coverage) ความครอบคลุมเทคโนโลยีและบริการสุขภาพ (service coverage) และภาระงบประมาณที่กองทุนจะต้องรับผิดชอบ (direct costs: cost coverage) [21] ในขณะที่มีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัด ซึ่งทำให้ผู้กำหนดนโยบายจำเป็นต้อง

จัดลำดับความสำคัญของเทคโนโลยีและบริการสุขภาพในสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพตลอดจนการออกแบบมาตรการเพื่อนำไปใช้ในทางปฏิบัติ

ประเทศไทยได้เริ่มต้นนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเมื่อปี พ.ศ. 2545 เมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 [22] โดยมีสิทธิประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งครอบคลุมประชากรไทยทั้งหมด ซึ่งการมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกปี [23] และทรัพยากรด้านสุขภาพยังคงมีอยู่อย่างจำกัดจึงจำเป็นต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของการจัดสรรทรัพยากร ดังนั้นจึงเริ่มต้นมีการนำข้อมูลด้าน HTA มาใช้เป็นเครื่องมือที่ช่วยผู้บริหารในการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรอื่นๆ เพื่อลงทุนในการจัดบริการสุขภาพ โดยข้อมูลด้าน HTA ที่ใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทย ได้แก่ ประสิทธิภาพ ความปลอดภัย ต้นทุนและต้นทุนประสิทธิผล ผลกระทบด้านงบประมาณ ผลกระทบทางสังคมและจริยธรรม และความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ [24-26]

ในประเทศไทย ไม่ปรากฏว่าเริ่มมี HTA มาตั้งแต่เมื่อใด แต่ได้มีการทบทวนข้อมูลผลการศึกษาด้านคลินิกเกี่ยวกับประสิทธิผล ความปลอดภัยของยา และข้อมูลอื่น ๆ ทั้งในการขึ้นทะเบียนตำรับยา และการจัดทำบัญชียาหลักแห่งชาติมาเป็นเวลานาน และพบว่ามีความฉับแรกตีพิมพ์ในวารสารวิชาการเมื่อ พ.ศ. 2518 [27] ในอดีตการศึกษาด้าน HTA ในประเทศไทยส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัย และศึกษาเพื่อใช้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจลงทุนเทคโนโลยีด้านสุขภาพที่มีราคาสูง [9, 28] ต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2536 เป็นต้นมา เริ่มมีองค์กรและโครงการที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินงาน HTA ในประเทศในหลายหน่วยงาน ดังแสดงในรูปที่ 3 ซึ่งหน่วยงานเหล่านี้เป็นผู้ดำเนินการส่วนของ assessment ส่วนใหญ่เป็นการประเมินประสิทธิผล ต้นทุนประสิทธิผล ผลกระทบด้านงบประมาณและศึกษาความเป็นไปได้ของการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพมาใช้ในระบบสุขภาพ ต่อมาในส่วนที่ 2 คือ appraisal ดำเนินการโดยผู้กำหนดนโยบายในหน่วยงานต่าง ๆ ซึ่ง 2 กระบวนการหลักที่มีการนำ HTA ไปใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย คือ การนำข้อมูลไปใช้ประกอบการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (Universal Coverage Scheme: UCS) ซึ่งรวมการรักษาพยาบาล บำบัดและฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการคัดเลือกยาเข้าบัญชียาหลักแห่งชาติในความรับผิดชอบของคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ (National List of Essential Medicine: NLEM) นอกจากนี้ ยังมีการนำข้อมูล HTA ไปใช้โดยกรมต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่มีความร่วมมือระหว่างประเทศ [9, 24-26]



HTA in Thailand

*TASSIT: Technology Assessment and Social Security in Thailand
 *IHP: International Health Policy Program
 *UCS: Universal Coverage Scheme
 *IMRTA: Institute of Medical Research and Technology Assessment— under a division of the MOPH's Department of Medical Services (DMS)
 *SPICE: Setting Priorities using Information on Cost Effectiveness
 *HITAP: Health Intervention and Technology Assessment Program
 *NLEM: National List of Essential Medicine

รูปที่ 3 องค์กรและโครงการที่ดำเนินงานด้าน HTA ในประเทศไทย

2. ที่มาและความสำคัญ

HTA มีบทบาทในกระบวนการตัดสินใจและกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย [9, 17, 24-26] HTA เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ผู้กำหนดนโยบายมีข้อมูลผลกระทบด้านต่างๆ หากมีการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพมาใช้ในระบบสุขภาพ¹ และผู้กำหนดนโยบายสามารถตัดสินใจบนพื้นฐานของหลักฐานโดยมีการพิจารณาประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายด้านสุขภาพ ซึ่งการประเมินก่อนการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพมาใช้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อป้องกันผลที่ตามมาอันไม่พึงประสงค์ เช่น ผลข้างเคียง การรักษาที่ไม่มีประสิทธิผล การใช้อย่างไม่เหมาะสม หรือมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น นอกจากนี้ ข้อมูลบางส่วนจาก HTA สามารถนำไปใช้ออกแบบนโยบายหากจะมีการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพนั้นไปใช้ในระบบสุขภาพต่อไป ซึ่งเทคโนโลยีด้านสุขภาพมีขอบเขตนิยามที่ครอบคลุมทั้งที่เป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการวินิจฉัยและรักษา เช่น ยา วัคซีน เครื่องมือแพทย์ และยังรวมถึงมาตรการทางสาธารณสุขและการพัฒนาระบบสุขภาพ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค นโยบายด้านสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ [1] ซึ่งเทคโนโลยีด้านสุขภาพเหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบสุขภาพและการนำเทคโนโลยีเหล่านี้มาใช้ที่เหมาะสม สามารถส่งผลต่อความสำเร็จของระบบสุขภาพและบรรลุเป้าหมาย คือ การทำให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น [29]

แม้ว่าในประเทศไทยจะมีการดำเนินงานด้าน HTA และนำไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบายมายาวนาน ทั้งการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 การพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ซึ่งเริ่มใช้ข้อมูลด้านเภสัชเศรษฐศาสตร์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 [9] รวมถึงมีการนำ HTA ไปใช้เพื่อจัดสรรทรัพยากรหรือการลงทุนในเทคโนโลยีด้านสุขภาพมาใช้ให้บริการด้านการแพทย์ในระดับ

¹ ระบบสุขภาพ หมายถึง บุคคลและองค์กรต่างๆ รวมทั้งทรัพยากรที่มีเป้าหมายหลักในการพัฒนาสุขภาพ ในความหมายนี้ ระบบสุขภาพจะไม่ถูกจำกัดเฉพาะโครงการด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังรวมถึงโครงการอื่นๆ ที่มีผลด้านสุขภาพ เช่น โครงการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและกำจัดของเสีย การกำหนดภาษีบุหรี่ สุรา และการให้การศึกษาด้านสุขภาพแก่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

ที่มา: .Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization. 2000;78(6):717-31.

โรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย และหน่วยงานที่รับผิดชอบในการพิจารณาตัดสินใจเพื่อนำนโยบาย/มาตรการด้านสุขภาพไปใช้ในระดับประเทศหรือระดับพื้นที่/ชุมชน เช่น การตัดสินใจเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) [30] แต่ยังไม่มีการศึกษาว่าการตัดสินใจและกระบวนการดังกล่าว HTA มีบทบาทในขั้นตอนใดบ้างและมาก/น้อยเพียงใด และมีกระบวนการนำ HTA มาใช้อย่างไร ผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการใช้ข้อมูลด้าน HTA ในการตัดสินใจยอมรับ/ไม่ยอมรับเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพให้มีการนำไปใช้ในระบบสุขภาพเป็นอย่างไร ซึ่งการศึกษานี้จะอธิบายการใช้ HTA ในกระบวนการนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อจะสามารถอธิบายกระบวนการพัฒนานโยบายและบทบาทของ HTA ในปัจจุบัน รวมถึงข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการนำ HTA ไปใช้ตัดสินใจและกำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเทคโนโลยีและนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเหล่านี้ล้วนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของระบบสุขภาพ ซึ่งหากมีการนำเทคโนโลยีด้านสุขภาพมาใช้ที่เหมาะสม จะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นและลด/ป้องกันปัจจัยเสี่ยงของโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศ

3. ทบทวนวรรณกรรม

3.1 การดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทย

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยและการตายจากโรคและการบาดเจ็บที่ป้องกันได้ ทำให้ประชาชนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ช่วยลดภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของประเทศ [31] มาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทยสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทหลักคือ

- (1) มาตรการระดับประชากร (population-wide interventions) เช่น กิจกรรมหรือโครงการรณรงค์เกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ หรือการผลิตเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ และ
- (2) มาตรการระดับบุคคล (individual-based/service-based interventions) โดยแบ่งมาตรการเป็น 2 รูปแบบ คือ มาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่อยู่ในรูปแบบของบริการสุขภาพที่จัดบริการให้แก่ประชาชน โดยสถานพยาบาลหรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่อยู่ในรูปแบบของกิจกรรมที่ดำเนินการในชุมชน [32]

หน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย [33] ประกอบด้วยหลายหน่วยงาน เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) รวมถึงหน่วยงานอื่นๆ เช่น สถาบันวิชาการด้านสุขภาพ เครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ องค์กรพัฒนาสาธารณสุขประโยชน์ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาหน่วยงานที่มีการลงทุนในมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยไม่นับการจ่ายเงินของภาคเอกชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนตนแล้ว พบว่ามี 3 หน่วยงานหลักที่ลงทุนในกิจกรรมดังกล่าว ได้แก่ สสส. สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแต่ละหน่วยงานมีบทบาทและหน้าที่ต่อการสร้างเสริมสุขภาพแตกต่างกันออกไป

3.1.1 การดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส.² เป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการหรือรัฐวิสาหกิจ จัดตั้งขึ้นในปี พ.ศ. 2554 ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2554 มีหน้าที่ริเริ่ม ผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน และร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในการขับเคลื่อนกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพในสังคมไทย [34] สสส. มีคณะกรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ เป็นผู้บริหารกิจการของ สสส. โดย สสส. มีวัตถุประสงค์ [35]

- (1) ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรทุกวัยตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติ
- (2) สร้างเสริมความตระหนักเรื่องพฤติกรรมที่เสี่ยงจากการบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ และสร้างความเชื่อในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทุกระดับ
- (3) สนับสนุนการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ ตลอดจนให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- (4) ศึกษาวิจัยหรือสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย ฝึกอบรม หรือดำเนินการให้มีการประชุมเกี่ยวกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
- (5) พัฒนาความสามารถของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพโดยชุมชน หรือองค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ
- (6) สนับสนุนการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพผ่านกิจกรรมต่างๆ ในลักษณะที่เป็นสื่อเพื่อให้ประชาชนสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์และลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ

สสส. ดำเนินงานภายใต้ “ยุทธศาสตร์ไตรพลัง” ได้แก่ พลังปัญญา พลังนโยบาย และพลังสังคม เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมสุขภาวะ โดยมีช่องทางดำเนินงานกับหลากหลายหน่วยงานและพื้นที่ ทั้งสถานประกอบการ สื่อมวลชน สถาบันการศึกษา สถานพยาบาล สมาคม/องค์กรวิชาชีพ หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน เป็นต้น มาตรการที่ดำเนินการโดย สสส. ตามวัตถุประสงค์ 6 ข้อ เป็นมาตรการสร้างเสริมสุขภาพระดับประชากร สามารถแบ่งได้เป็น 5 ประเภท³ ได้แก่

- (1) มาตรการด้านการรณรงค์และการตลาดเพื่อสังคม (social marketing) และชุดความรู้ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การรณรงค์ผ่านสื่อชุด “จน เครียด กินเหล้า” “ตั้งสติ ก่อนสตาร์ท” “ลดพุง ลดโรค” “ให้เหล้า = แสง” “งดเหล้า เข้าพรรษา” เป็นต้น
- (2) มาตรการด้านพัฒนาขีดความสามารถของบุคคลและองค์กรเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น “Happy workplace” มหาวิทยาลัยปลอดบุหรี่ เป็นต้น
- (3) มาตรการผลักดันต้นแบบพื้นที่สุขภาวะ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนและท้องถิ่น เช่น โครงการพัฒนาศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy) ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะและศูนย์เรียนรู้ภูมิภาค โครงการสร้างเสริมศักยภาพภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อสุขภาวะเด็กปฐมวัย โครงการ 1 อำเภอ 1 ตำบล ต้นแบบจัดการปัญหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่ และอุบัติเหตุ เป็นต้น
- (4) มาตรการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ ซึ่งรวมทั้งระบบ นโยบาย กฎหมาย และกลไกทางสังคมต่างๆ เช่น คนไทยไร้พุง ภาษีน้ำตาล ภาษีเกลือ งานบุญปลอดเหล้า เป็นต้น

² มีสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นหน่วยดำเนินการต่างๆ ของกองทุนฯ

³ <https://www.thaihealth.or.th/>

- (5) มาตรการสนับสนุนนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดกลไกและวิธีการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคใหม่ ๆ เช่น โครงการโรงเรียนตะลุยเล่น (Active Play School) โครงการ นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Inno Awards) เป็นต้น

มาตรการทั้ง 5 ประเภทข้างต้น สอดคล้องกับแผนงานของ สสส. ที่แบ่งออกเป็น แผนเชิงประเด็น แผนเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย และแผนเชิงระบบ [36, 37] ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แผนงานและตัวอย่างมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยการสนับสนุนของ สสส.

แผนงาน	ตัวอย่างมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
แผนเชิงประเด็น (issues-based): ดำเนินการในเชิงประเด็นยาสูบ แอลกอฮอล์ ยาเสพติดอุบัติเหตุ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย อาหารและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอื่น ๆ	
แผนควบคุมยาสูบ (แผน 1)	การรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ การพัฒนานวัตกรรมและใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัล เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการเลิกบุหรี่ สนับสนุนการผลักดัน พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560
แผนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด (แผน 2)	การรณรงค์ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเทศกาลและงานประเพณี การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยสื่อจากงานวิชาการ การพัฒนาเครื่องมือการให้คำปรึกษา การคัดกรองและการรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สนับสนุนการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา
แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม (แผน 3)	“มาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน” การใช้เทคโนโลยีเสริมการสื่อสารสาธารณะ เช่น เครื่องตรวจจับความเร็ว ป้ายดิจิทัลแสดงความเร็ว กล้องติดหนักรถ การสื่อสารผ่าน social media การสร้างความรู้เท่าทันการพนัน (gambling literacy)
แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (แผน 4)	บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับวัยรุ่นและสตรีที่ประสบปัญหาจากการตั้งครรภ์ จังหวัดต้นแบบสำหรับมาตรการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเป็นระบบ
แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (แผน 9)	การผลักดันต้นแบบพื้นที่สุขภาพที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย การสนับสนุนชุดความรู้ นวัตกรรมและสื่อรณรงค์เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง
แผนอาหารเพื่อสุขภาพ (แผน 14)	การพัฒนาสื่อ ชุดความรู้ เพื่อส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ ลดอาหาร หวานมัน เค็ม และให้พลังงานสูง (เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ) การรณรงค์ การจัดทำพื้นที่ต้นแบบ การขับเคลื่อนนโยบาย (ภาษีน้ำตาล ภาษีโซเดียม) การพัฒนาสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ”
แผนเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย (area- and target-based): ดำเนินการกับพื้นที่องค์กร ชุมชน และกลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน และครอบครัว ประชากรกลุ่มเฉพาะ รวมไปถึงระบบบริการสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคม	
แผนสุขภาพประชากรกลุ่มเฉพาะ (แผน 5)	การพัฒนารูปแบบและกลไกการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ สวัสดิการสังคมของกลุ่มผู้หญิงชาติพันธุ์ โครงการเรือนจำสุขภาพ/เรือนจำสีเขียว “Balloon model” สร้างเสริมสุขภาพคนไร้บ้าน
แผนสุขภาพชุมชน (แผน 6)	การจัดตั้งศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพชุมชน การรณรงค์การควบคุมปัจจัยเสี่ยงสุขภาพในชุมชน การเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

ตารางที่ 2 แผนงานและตัวอย่างมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยการสนับสนุนของ สสส.

แผนงาน	ตัวอย่างมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
แผนสุขภาพเด็ก เยาวชนและครอบครัว (แผน 7)	การพัฒนาคุณภาพโรงเรียนให้เป็นโรงเรียนสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัยเสริม การพัฒนาชุมชนต้นแบบ
แผนสร้างเสริมสุขภาพในองค์กร (แผน 8)	การพัฒนาองค์กรแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนานวัตกรรมองค์กรสุขภาพ
แผนเชิงระบบ (system-based): ดำเนินการด้านสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ ระบบและกลไกสนับสนุน งานพัฒนาและจัดการกลาง การเปิดรับทั่วไปและนวัตกรรม	
แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาพทางปัญญา (แผน 10)	การพัฒนานักสื่อสารสุขภาพ การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบระบบนิเวศการสื่อสารเพื่อสุขภาพ
แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพ (แผน 11)	การสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชน 6,000 โครงการ การสร้างแกนนำหมู่บ้าน/ชุมชน การสร้างต้นแบบชุมชน
แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่านระบบบริการสุขภาพ (แผน 12)	การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ การจัดการสุขภาพเขตเมือง การพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรม
แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (แผน 13)	การพัฒนาศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ThaiHealth Academy) การสนับสนุน พัฒนา และเชื่อมโยงภาคีต่าง ๆ
แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ (แผน 15)	โครงการรณรงค์ในระดับประชากร การโฆษณาผ่านสื่อออนไลน์ ที่เหมาะสมกับพื้นที่และกลุ่มประชากร
แผนเชิงประเด็น (issues-based): ดำเนินการในเชิงประเด็นยาสูบ แอลกอฮอล์ ยาเสพติดอุบัติเหตุ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย อาหารและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอื่น ๆ	
แผนควบคุมยาสูบ (แผน 1)	การรณรงค์บ้านปลอดบุหรี่ การพัฒนานวัตกรรมและใช้เทคโนโลยียุคดิจิทัล เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการเลิกบุหรี่ สนับสนุนการผลิตต้น พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560
แผนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติด (แผน 2)	การรณรงค์ปลอดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเทศกาลและงานประเพณี การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยสื่อจากงานวิชาการ การพัฒนาเครื่องมือการให้คำปรึกษา การคัดกรองและการรักษาผู้มีปัญหาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สนับสนุนการขับเคลื่อนมาตรการควบคุมร้านจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์รอบสถานศึกษา
แผนการจัดการความปลอดภัยและปัจจัยเสี่ยงทางสังคม (แผน 3)	“มาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน” การใช้เทคโนโลยีเสริมการสื่อสารสาธารณะ เช่น เครื่องตรวจจับความเร็ว ป้ายดิจิทัลแสดงความเร็ว กล้องติดหน้ารถ การสื่อสารผ่าน social media การสร้างความรู้เท่าทันการพนัน (gambling literacy)
แผนควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (แผน 4)	บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สำหรับวัยรุ่นและสตรีที่ประสบปัญหาจากการตั้งครรภ์ จังหวัดต้นแบบสำหรับมาตรการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเป็นระบบ
แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย (แผน 9)	การผลักดันต้นแบบพื้นที่สุขภาพที่เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย การสนับสนุนชุดความรู้ นวัตกรรมและสื่อรณรงค์เพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกายและลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง

ตารางที่ 2 แผนงานและตัวอย่างมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยการสนับสนุนของ สสส.

แผนงาน	ตัวอย่างมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
แผนอาหารเพื่อสุขภาพ (แผน 14)	การพัฒนาสื่อ ชุดความรู้ เพื่อส่งเสริมการบริโภคผักผลไม้ ลดอาหาร หวานมัน เค็ม และให้พลังงานสูง (เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ) การรณรงค์ การจัดทำพื้นที่ต้นแบบ การขับเคลื่อนนโยบาย (ภาชน้ำตาล ภาชนโซเดียม) การพัฒนาสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ”
แผนเชิงพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย (area- and target-based): ดำเนินการกับพื้นที่องค์กร ชุมชน และกลุ่มเป้าหมายเด็ก เยาวชน และครอบครัว ประชากรกลุ่มเฉพาะ รวมไปถึงระบบบริการสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคม	
แผนสุขภาพะประชากรกลุ่มเฉพาะ (แผน 5)	การพัฒนารูปแบบและกลไกการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ สวัสดิการสังคมของกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งพิง โครงการเรือนจำสุขภาพ/เรือนจำสีเขียว “Balloon model” สร้างเสริมสุขภาพะคนไร้บ้าน
แผนสุขภาพะชุมชน (แผน 6)	การจัดตั้งศูนย์จัดการเครือข่ายสุขภาพะชุมชน การรณรงค์การควบคุมปัจจัยเสี่ยงสุขภาพะในชุมชน การเพิ่มขีดความสามารถผู้นำการสร้างเสริมสุขภาพะชุมชน
แผนสุขภาพะเด็ก เยาวชนและครอบครัว (แผน 7)	การพัฒนาคุณภาพโรงเรียนให้เป็นโรงเรียนสุขภาพะเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัยเสริม การพัฒนาชุมชนต้นแบบ
แผนสร้างเสริมสุขภาพะในองค์กร (แผน 8)	การพัฒนาองค์กรแกนนำด้านการสร้างเสริมสุขภาพะ การพัฒนานวัตกรรมองค์กรสุขภาพะ
แผนเชิงระบบ (system-based): ดำเนินการด้านสื่อสารการตลาดเพื่อสังคม ศูนย์เรียนรู้สุขภาพะ ระบบและกลไกสนับสนุน งานพัฒนาและจัดการกลาง การเปิดรับทั่วไปและนวัตกรรม	
แผนระบบสื่อและวิถีสุขภาพะทางปัญญา (แผน 10)	การพัฒนาสำนักสื่อสารสุขภาพะ การพัฒนาพื้นที่ต้นแบบระบบนิเวศการสื่อสารเพื่อสุขภาพะ
แผนสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรมสุขภาพะ (แผน 11)	การสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพะในระดับชุมชน 6,000 โครงการ การสร้างแกนนำหมู่บ้าน/ชุมชน การสร้างต้นแบบชุมชน
แผนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพะผ่านระบบบริการสุขภาพ (แผน 12)	การขับเคลื่อนระบบสุขภาพะระดับอำเภอ การจัดการสุขภาพะเขตเมือง การพัฒนาองค์ความรู้ งานวิจัย และนวัตกรรม
แผนพัฒนาระบบและกลไกสนับสนุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพะ (แผน 13)	การพัฒนาศูนย์กลางการเรียนรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพะ (ThaiHealth Academy) การสนับสนุน พัฒนา และเชื่อมโยงภาคีต่าง ๆ
แผนสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพะ (แผน 15)	โครงการรณรงค์ในระดับประชากร การโฆษณาผ่านสื่อออนไลน์ ที่เหมาะสมกับพื้นที่และกลุ่มประชากร

ที่มา: <https://www.thaihealth.or.th/>

พระราชบัญญัติกองทุนฯ กำหนดให้ สสส. มีอำนาจจัดเก็บเงินบำรุงจากผู้ผลิตและนำเข้าสุราและยาสูบ ในอัตราร้อยละ 2 ของภาษีที่เก็บจากสุราและยาสูบ เพื่อใช้ดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพะตามวัตถุประสงค์ [34] โดยมีกรมสรรพสามิตและกรมศุลกากรเป็นผู้ดำเนินการเรียกเก็บเงินจากผู้ผลิตและนำเข้าสุราและยาสูบ ในปี พ.ศ. 2561 สสส. เบิกจ่ายงบประมาณเพื่อพัฒนาและสนับสนุนโครงการใหม่และโครงการต่อเนื่องจำนวน 5,394 โครงการ ในวงเงิน 3,931 ล้านบาท โดยแผนสุขภาพะชุมชนได้รับการจัดสรรงบประมาณสำหรับดำเนินการสูงสุด คือ 450 ล้านบาท (ร้อยละ 11 ของงบประมาณดำเนินการทั้งหมด) และ

หากพิจารณาตามลักษณะหน่วยงานที่รับทุน พบว่าองค์กรประเภทมูลนิธิหรือองค์กรสาธารณประโยชน์ ได้รับทุนสนับสนุนเพื่อให้อำนาจในการสร้างเสริมสุขภาพมากที่สุด คือ 1,159 ล้านบาท (ร้อยละ 35 ของงบประมาณดำเนินการทั้งหมด) [38] ทั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2563 สสส. จัดเก็บเงินบำรุงได้จำนวน 4,188 ล้านบาท

หลักการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพของ สสส. คือ การมุ่งทำงานสร้างเสริมสุขภาพที่ครอบคลุมปัจจัยที่มีผลต่อการกำหนดสุขภาพต่างๆ และให้ความสำคัญกับงานที่เป็นนวัตกรรมหรืองานพัฒนาต่อยอดไปพร้อมๆ กัน โดยกำหนดจุดยืนขององค์กรเป็น “ผู้สร้างเสริมสุขภาพอย่างสร้างสรรค์” (innovative enabler) ซึ่งหมายถึงการพัฒนาและขยายผล โดยกระบวนการสนับสนุนจะเน้นการช่วยให้กลไกหลักของประเทศสามารถขับเคลื่อนมาตรการสำคัญที่จะนำไปสู่การบรรลุผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากรไทย โดยลักษณะโครงการที่ สสส. สนับสนุนจะต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และแผนการดำเนินงานของกองทุน [38] ที่ผ่านมา สสส. ได้สนับสนุนให้เกิดหน่วยงานวิชาการในประเทศไทย เช่น Burden of Disease Research Program Thailand ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา เครือข่ายองค์กรงดเหล้า (STOP-DRINK Network) รวมถึงสนับสนุนหน่วยงานเหล่านี้ให้จัดทำหลักฐานทางวิชาการสำหรับขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในประเทศไทย เช่น การวิจัยต้นทุนทางสังคมของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบเพื่อสนับสนุนการปรับขึ้นภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ หรือการสังเคราะห์ข้อมูลประสิทธิผลของฉลากอาหารในการควบคุมการบริโภคน้ำตาลและเกลือจากต่างประเทศ เพื่อขับเคลื่อนมาตรการ Healthier choice logo [39] แม้ สสส. จะมีหลักการในการสนับสนุนนวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดกลไกและวิธีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคใหม่ๆ อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบหลักฐานว่า สสส. ได้ใช้ HTA เพื่อร่วมพิจารณาตัดสินใจเพื่อคัดเลือกมาตรการ/โครงการที่ สสส. สนับสนุนอย่างเป็นระบบ

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่า สสส. มีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานโดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องในลักษณะของภาคี เพื่อให้โครงการต่างๆ สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และไม่ยึดติดกับการสนับสนุนของ สสส. ซึ่งการดำเนินงานในลักษณะนี้จึงทำให้ สสส. เปรียบเสมือนน้ำมันหล่อลื่น ไม่ใช่เชื้อเพลิงหลักในการดำเนินงาน การให้ทุนสนับสนุนมีเป้าหมายเพื่อจุดประกายและหล่อเลี้ยงให้เกิดการดำเนินการในระยะตั้งต้น อย่างไรก็ตาม แม้การดำเนินงานของ สสส. จะมีลักษณะเป็นน้ำมันหล่อลื่น แต่ สสส. ก็มีการติดตามความผลสัมฤทธิ์ของการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศ โดยใช้ข้อมูลระดับวิทยาระดับประเทศเป็นตัวชี้วัดหลัก [36] เช่น อัตราการสูบบุหรี่และอัตราการดื่มสุรา (การสำรวจพฤติกรรมการดื่มสุราและสูบบุหรี่) อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (การเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่โดยการตรวจเลือด ของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค) อัตราการบริโภคผักและผลไม้ และความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก (การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยการตรวจร่างกาย) และการมีกิจกรรมทางกาย (การสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากร) เป็นต้น ซึ่งการติดตามและประเมินผลตามตัวชี้วัดดังกล่าวนี้ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากผลของตัวชี้วัดเหล่านี้มาจากความพยายามในการดำเนินมาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากหลายภาคส่วน

ด้วยหน้าที่อันหลากหลายของ สสส. ตั้งแต่การส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในประชากรทุกกลุ่มวัย สร้างความตระหนัก สนับสนุนการรณรงค์ ศึกษาวิจัยหรือสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย ผักอบรม/จัดการประชุมด้านการสนับสนุนการเสริมสุขภาพ ไปจนถึงการพัฒนาความสามารถของชุมชน องค์กรเอกชน องค์กรสาธารณประโยชน์ ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ ในการสร้างเสริมสุขภาพ⁴ ดังนั้น การประเมินผลจากสัดส่วนการทำงานของ สสส. จึงเป็นความท้าทายอย่างมาก ที่ผ่านมามีการประเมินผลตามมาตรการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ สสส. ให้การสนับสนุน จึงมักเน้นไปที่การประเมินผลตามแผนงาน

⁴ มาตราที่ 5 พรบ. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544

การควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก โดยนำเสนอในรูปแบบของผลตอบแทนทางสังคม (Social Return On Investment หรือ SROI) เช่น แผนการควบคุมยาสูบ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2553 มีผลการตอบแทน อยู่ที่ 18.3 บาท (12.5 – 19.8 บาท) ต่อการลงทุนของ สสส. จำนวน 1 บาท [40]

3.1.2 การดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เป็นหน่วยงานของรัฐ ในการกำกับดูแลของ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในฐานะประธานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จัดตั้งขึ้นปี พ.ศ. 2545 ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มีภารกิจหลักในการบริหารจัดการเงินกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชน เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้อย่างทั่วถึง ตามพระราชบัญญัติหลักประกันฯ บริการสาธารณสุขที่อยู่ในความ รับผิดชอบ ของ สปสช. ไม่เพียงแต่หมายถึงการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อสุขภาพ และการดำรงชีวิตเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สปสช. สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลในบทบาทของผู้ซื้อ (purchaser) เพื่อให้มีบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลในหน่วยบริการ ซึ่งบริการดังกล่าว ไม่ได้จัดให้ เฉพาะผู้มีสิทธิภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น แต่ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคน โดยมุ่งเน้นไปที่ การป้องกันหรือลดปัญหาสาธารณสุขและภาระโรคที่สำคัญของประเทศ หากแบ่งมาตรการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่ให้บริการแก่ประชาชนไทยของ สปสช. ตามวิธีการใช้งบประมาณ จะสามารถแบ่งมาตรการ ออกได้เป็น 4 ประเภท [41] ดังแสดงในตารางที่ 3

1. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ เช่น การให้วัคซีนผ่านโปรแกรม Expanded Program on Immunization (EPI)
2. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน โดยจัดสรรงบประมาณให้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นที่มีความพร้อม เพื่อดำเนินกิจกรรมในท้องถิ่น
3. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/หรือจังหวัด โดยจัดสรร งบประมาณให้เป็นค่าบริการที่ต้องเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับ เขตหรือจังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพ
4. บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นบริการพื้นฐาน ซึ่งมีการกำหนดกิจกรรมหรือบริการ ตามกลุ่มวัยของผู้รับบริการ

ตารางที่ 3 ประเภทของมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จัดให้แก่ประชาชนโดย สปสช. เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ

ประเภทของ มาตรการ	รายละเอียดกิจกรรม
บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ	<ul style="list-style-type: none"> • การให้วัคซีน (ดำเนินการจัดหาวัคซีนโดยเครือข่ายหน่วยบริการโรงพยาบาลราชวิถีร่วมกับ สปสช. และ องค์การเภสัชกรรม) <ul style="list-style-type: none"> - วัคซีนป้องกันโรคพื้นฐานตามแผนการให้วัคซีนของประเทศผ่านโปรแกรม EPI - วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลสำหรับประชากรกลุ่มเป้าหมาย - วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกสำหรับกลุ่มเป้าหมาย - วัคซีนป้องกันโรคท้องร่วงจากเชื้อไวรัสโรต้าสำหรับกลุ่มเป้าหมาย • บริการสมุดบันทึกสุขภาพ คู่มือเฝ้าระวังประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก (ดำเนินการโดยกรมอนามัย) • บริการตรวจยืนยันภาวะพร่องไทรอยด์ฮอร์โมน (ดำเนินการโดยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี) • การจัดหายา Medabon® เพื่อยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย (ดำเนินการโดยกรมอนามัย)
บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ดำเนินการในชุมชน	<p>การดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในรูปแบบความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ที่มีความพร้อมดำเนินงาน โดยเน้นการบูรณาการร่วมกับกลไกต่างๆ ในพื้นที่ เช่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ ตามประเด็นสุขภาพกลุ่มเน้นหนัก ได้แก่ กลุ่มเด็กปฐมวัย ผู้สูงอายุ พระสงฆ์และประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p>
บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ระดับเขต/หรือจังหวัด	<p>บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องเร่งรัดการเข้าถึงบริการตามนโยบายหรือแก้ไขปัญหาพื้นที่ระดับเขตหรือจังหวัดตามความจำเป็นทางสุขภาพ (health needs) ตามประกาศกำหนดประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเน้นไปที่ประชาชนสิทธิหลักประกันสุขภาพต่างๆ ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการ</p>
บริการสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคสำหรับบริการพื้นฐาน	<ul style="list-style-type: none"> • บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องเร่งรัดการเข้าถึงบริการเฉพาะของประชาชนทุกสิทธิ <ul style="list-style-type: none"> - บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก - บริการฝากครรภ์ - การป้องกันและควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียในหญิงตั้งครรภ์ - การป้องกันและควบคุมอาการดาวน์ในหญิงตั้งครรภ์ - การป้องกันและควบคุมภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ในเด็กแรกเกิด - บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด) ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี - บริการป้องกันการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย

ตารางที่ 3 ประเภทของมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จัดให้แก่ประชาชนโดย สปสช. เป็น
ผู้สนับสนุนงบประมาณ

ประเภทของ มาตรการ	รายละเอียดกิจกรรม
	<ul style="list-style-type: none"> - บริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร (ใส่ห่วงอนามัย/ฝังยาคุมกำเนิด) หลังยุติการตั้งครรภ์ ในหญิงอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี ขึ้นไป - บริการทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน ● บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมายใต้ประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุข ซึ่งแบ่งตามช่วงอายุ^{5,6} โดยแบ่งเป็น <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ - กลุ่มเด็กเล็ก อายุ 0-5 ปี - กลุ่มเด็กโตและวัยรุ่น อายุ 6-24 ปี - กลุ่มผู้ใหญ่ อายุ 25-59 ปี - กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

ที่มา: [41]

งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการของ สปสช. เป็นงบประมาณที่จัดสรรโดยกระทรวงสาธารณสุขเพื่อขออนุมัติในแต่ละปี โดยในปีงบประมาณ 2563 สปสช. ได้รับจัดสรรงบประมาณสำหรับบริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัวจำนวน 173,750 ล้านบาทเพื่อใช้ซื้อบริการทางการแพทย์ให้แก่ผู้มีสิทธิจำนวน 48.26 ล้านคน (คนละ 3,600 บาท) ซึ่ง สปสช. จัดสรรเงินจำนวน 21,844 ล้านบาทเพื่อเป็นงบประมาณสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ประชากรไทยทั่วประเทศ (65.996 ล้านคน) ซึ่งตกอยู่ที่คนละ 330.99 บาท งบประมาณส่วนนี้ถูกแบ่งออกให้แก่กิจกรรมภายใต้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้ง 4 ประเภทที่แตกต่างกัน โดยบริการสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคที่เป็นบริการพื้นฐาน ได้รับการจัดสรรงบประมาณให้มากที่สุด คือ 246.29 บาทต่อคน (ร้อยละ 74 ของงบประมาณภายใต้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค)

คณะอนุกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต เป็นคณะอนุกรรมการภายใต้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่ในการจัดทำข้อเสนอการกำหนดประเภทและเขตในการให้บริการสาธารณสุข ทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ให้แก่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติพิจารณา [42] ภายใต้คณะอนุกรรมการกำหนดของเขตฯ ประกอบด้วยคณะทำงาน 3 คณะได้แก่ คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบ เพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข [43] คณะทำงานด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข [44] และคณะทำงานพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาโรคหายาก [45] คณะทำงานทั้ง 3 คณะได้นำ HTA ใช้ประกอบการพิจารณาเพื่อกำหนดชุดสิทธิประโยชน์ให้แก่ประชาชน [46] รวมถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค [47, 48]

⁵ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 10) พ.ศ. 2559

⁶ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ประเภทและขอบเขตของบริการสาธารณสุข (ฉบับที่ 11) พ.ศ. 2560

การดำเนินงานของ สปสช. ในการตัดสินใจกำหนดมาตรการหรือบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ได้นำข้อมูลทางวิชาการของในประเทศ ซึ่งบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ออกเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในระยะแรกนั้น เป็นกิจกรรมที่อิงจากข้อมูลและข้อเสนอแนะของกรมต่างๆ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด และข้อมูลทางวิชาการจากต่างประเทศโดยเฉพาะกิจกรรมที่มีแนวโน้มประสบความสำเร็จในการอ้างอิงเพื่อพัฒนาบริการเหล่านั้น [49]

3.1.3 การดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข มีวิสัยทัศน์ในการเป็นองค์กรหลัก ด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี [50] หน่วยงานหลักภายใต้กรมสาธารณสุข คือ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิต นอกจากนี้ เขตสุขภาพแต่ละเขตยังมีการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อใช้กำหนดกิจกรรมดำเนินการในแต่ละเขตอีกด้วย [51] ในปี พ.ศ. 2554 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการพัฒนากรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี 2554-2558 ซึ่งประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

- (1) ส่งเสริมให้ประชาชนแสดง/มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม
- (2) พัฒนาศักยภาพแกนนำและเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน สื่อมวลชน และอื่นๆ ให้สามารถนำแนวคิดและประสานการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกในพื้นที่
- (3) พัฒนาระบบและเครื่องมือการบริหารจัดการในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างบูรณาการและเป็นเอกภาพ ได้แก่ การจัดการ งบประมาณ บุคลากร ข้อมูลสารสนเทศและการสื่อสาร และอื่นๆ
- (4) ส่งเสริมให้ชุมชนมีการเฝ้าระวังและสร้างมาตรการทางสังคม เพื่อดูแลสุขภาพของประชาชน
- (5) สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การคิดค้นสิ่งใหม่ๆ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของชุมชน

3.1.4 การดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมกันระหว่างหน่วยงาน

ที่ผ่านมามีความพยายามในการบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยงานหลักๆ เข้าด้วยกัน เช่น กระทรวงสาธารณสุข ได้ลงนามเห็นชอบในข้อสรุปการบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมกับ สปสช. ในปี พ.ศ. 2554 [52] โดยมีเป้าประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ กำหนดกรอบการทำงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ชัดเจน ซึ่งจะสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จำเป็นและมีคุณภาพตามมาตรฐานอย่างเท่าเทียมกันของประชาชน นอกจากนี้ยังมีการดำเนินงานผ่านแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่าง สปสช. สสส. และ สวรส. ที่มีเจตนารมณ์ในการเชื่อมการทำงานของทั้งสามหน่วยงานเข้าด้วยกัน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพและคุณภาพได้อย่างถ้วนหน้า แผนงานร่วมฯ ดังกล่าวได้สิ้นสุดการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2552 [49]

จากการประเมินพบว่าการทำงานร่วมกันผ่านแผนงานร่วมฯ ไม่ประสบความสำเร็จทั้งในด้านการเชื่อมโยงยุทธศาสตร์ หรือการเชื่อมโยงระหว่างแผนงานร่วมฯ ซึ่งข้อสรุปหนึ่งที่ได้จากการประเมินชี้ให้เห็นว่าวิธีการดำเนินงานผ่านแผนงานร่วมฯ ดังกล่าวนั้น อาศัยการทำงานของนักวิชาการ ลักษณะโครงการที่ออกมาจึงเป็นการใช้วิจัยนำ ซึ่งไม่เหมาะกับแผนงานร่วมฯ ซึ่งต้องการขับเคลื่อนและพัฒนาระบบมากกว่าวิจัย อย่างไรก็ตาม แม้ข้อสรุปดังกล่าวจะไม่ได้ชี้ชัดลงไปถึงการพิจารณา กำหนดมาตรการหรือบริการสร้างเสริมสุขภาพและ

ป้องกันโรคโดยใช้ผลงานวิชาการเป็นตัวนำ [49] แต่ก็อาจพออนุমানได้ถึงปัญหาในการใช้หลักฐานทางวิชาการ ในการตัดสินใจหรือกำหนดมาตรการหรือบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3.2 ทฤษฎี ตัวแบบ และกรอบการวิเคราะห์กระบวนการนโยบายสาธารณะ

คำว่า ‘นโยบายสาธารณะ’ มีคำจำกัดความหรือความหมายที่แตกต่างหลากหลาย เช่น Dye [53:2 quoted in Howlett and Ramesh 2003] อธิบายว่า นโยบายสาธารณะ คือ ‘สิ่งที่รัฐเลือกที่จะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ’ นโยบายเป็นเครื่องมือที่รัฐที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้แก้ไข ป้องกันหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับประชาชนใน ความรับผิดชอบของตน นโยบายสาธารณะอาจอยู่ในรูปของยุทธศาสตร์ กฎหมาย ข้อบังคับ มาตรการ แผนปฏิบัติการ โครงการ แนวทาง หรือคู่มือ ในบางกรณี นโยบายอาจเป็นเพียงแนวความคิดที่ยังไม่มีการ พัฒนารายละเอียดให้ชัดเจน และไม่มีการนำไปปฏิบัติ รัฐ ในที่นี้ หมายถึงรัฐบาล องค์กร/หน่วยงานใน ภาครัฐ และข้าราชการ พนักงานหรือผู้ปฏิบัติงานเป็นรายบุคคล การตัดสินใจของรัฐที่จะไม่ทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือการรักษาสถานะเดิม (*status quo*) ก็จัดเป็นนโยบายสาธารณะอย่างหนึ่ง

วัตถุประสงค์หลักของการวิเคราะห์นโยบายคือ การอธิบายว่ารัฐมีกระบวนการหรือวิธีการอย่างไรใน การตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายและน่านโยบายไปปฏิบัติ เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น [54] เนื่องจากการพัฒนานโยบายเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ประกอบด้วยหลายขั้นตอน แต่ละขั้นตอนอาจเกิดขึ้น ซ้ำแล้วซ้ำอีก และมีความเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน ตัวแบบที่เรียกว่า stagist model จึงถูกพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยใน การวิเคราะห์ โดยแบ่งกระบวนการนโยบายออกเป็นขั้นตอนย่อย Hogwood and Gunn [55] เสนอกรอบ แนวคิดที่ประกอบด้วยขั้นตอนการก่อรูปนโยบาย (agenda setting) การจัดทำรายละเอียดของนโยบาย (policy formulation) การน่านโยบายไปปฏิบัติ (policy implementation) และการติดตามและประเมินผล (monitoring and evaluation) แม้ stagist model จะละเอียดข้อเท็จจริงเรื่องความซับซ้อนของการพัฒนา นโยบาย แต่ก็ช่วยให้ผู้วิจัยศึกษาความเปลี่ยนแปลงในแต่ละขั้นตอนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ง่ายขึ้น

อีกตัวแบบหนึ่งที่มีประโยชน์ในการทำความเข้าใจกับนโยบายสาธารณะได้แก่ ‘policy triangle model’ ซึ่งเน้นการวิเคราะห์ความสำคัญของตัวแสดง (actors) และบริบท (context) ที่มีอิทธิพลต่อเนื้อหา ของนโยบาย (content) และกระบวนการพัฒนานโยบายในแต่ละขั้นตอน [56] ตัวแสดง (actors หรือ players) ในนโยบายหนึ่งๆ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มหรือปัจเจกบุคคล มีความแตกต่างกันในท่าที (position) อำนาจ (power) บทบาท (role) และผลประโยชน์ (interests) นอกจากนี้ ตัวแสดงต่างๆ มีระดับของอำนาจเชิง เปรียบเทียบที่แตกต่างกัน ผู้ที่มีอำนาจมากกว่าจะสามารถเป็นผู้นำในกระบวนการนโยบายเพื่อให้ได้ผล ประโยชน์ตามที่ตนต้องการ [57] ในขณะเดียวกัน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแสดงและบริบทของนโยบาย เช่น โครงสร้างประชากร สภาวะทางเศรษฐกิจ การเกิดภัยพิบัติ ความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี ศาสนา วัฒนธรรม และกฎหมายระหว่างประเทศ เป็นต้น อาจมีผลกระทบต่อเนื้อหา กระบวนการ และผลที่เกิดจากนโยบายได้ เช่นกัน [58] ในหลายกรณี ผู้ที่เสียประโยชน์จากนโยบายของรัฐไม่แสดงบทบาทต่อต้านหรือคัดค้านนโยบาย เพราะขาดแคลนทรัพยากรซึ่งเป็นที่มาของอำนาจ ทรัพยากรในที่นี้ ได้แก่ เงิน ความรู้ บุคลากร ข้อมูลข่าวสาร ประสพการณ์ ความเชี่ยวชาญ รวมไปถึงเครือข่ายผู้สนับสนุน

3.2.1 การก่อรูปนโยบาย (Agenda setting)

การก่อรูปนโยบายเป็นขั้นตอนแรกทีนโยบายหนึ่งๆ เริ่มก่อตัว โดยมีลักษณะที่สำคัญ คือ ผู้กำหนดนโยบายให้ความสนใจอย่างมากต่อประเด็นที่เป็นปัญหาในสังคม ดังนั้น โอกาสที่จะมีการสรรหามาตรการกลยุทธ์ หรือวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาจึงมีมากขึ้น Kingdon [59] กล่าวว่า หากผู้กำหนดนโยบายไม่รับรู้หรือไม่ตระหนักว่าปรากฏการณ์ใดเป็นปัญหา ประเด็นเกี่ยวกับปรากฏการณ์นั้นจะไม่ถูกจัดเข้าเป็นวาระเพื่อพิจารณา ซึ่งจะส่งผลให้ไม่มีการดำเนินการใดๆ โดยรัฐ ปัจจัยที่เร่งให้เกิดการก่อรูปนโยบายด้านสุขภาพ เช่น ความชุกของโรค ขนาดของการสูญเสียอันเนื่องจากการเจ็บป่วย พิการ หรือเสียชีวิต การแพร่ระบาดของโรคอย่างรวดเร็ว และจำนวนผู้ได้รับผลกระทบที่เป็นเด็ก สตรีมีครรภ์ และคนชรา มักจะกระตุ้นให้ผู้กำหนดนโยบายหันมาให้ความสนใจและค้นหามาตรการป้องกันบำบัดรักษาโรคนั้นๆ อย่างไรก็ตาม ตัวแสดงแต่ละบุคคลหรือแต่ละองค์กรมีแนวทางการให้ความหมายหรือคำจำกัดความต่อปัญหา (problem definition) ที่แตกต่างกัน ดังที่งานวิจัยของ Baumgartner and Jones [60] แสดงให้เห็นว่า สภาวะการณ์หนึ่งๆ จะได้รับความสนใจในฐานะที่เป็นปัญหาเชิงนโยบายสาธารณะ หากว่าสภาวะการณ์นั้นมีภาพลักษณ์ (image) ที่ชี้ให้เห็นความจำเป็นที่รัฐจะต้องเข้ามาดำเนินการแทรกแซง

ลักษณะบางประการของทางเลือกเชิงนโยบายที่มีอยู่และปัจจัยทางการเมืองก็มีความสำคัญอย่างยิ่งในขั้นตอนนี้ ผู้กำหนดนโยบายมักจะให้ความสำคัญกับความเป็นไปได้ในทางวิชาการ และการบริหารจัดการผลกระทบด้านงบประมาณ การยอมรับของประชาชน และผลทางการเมืองเมื่อนำทางเลือกเชิงนโยบายหนึ่งๆ มาใช้ ในกรณีที่ไม่มีวิธีการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม ประเด็นปัญหาเหล่านั้นก็มักจะถูกละเลย [59] นอกเหนือจากความตระหนักและความรู้สึกนึกคิดหรือการให้คำจำกัดความต่อปัญหาแล้ว การเคลื่อนไหวทางสังคม ความคิดเห็นสาธารณะ และการเปลี่ยนแปลงตัวแสดงหลัก เช่น คณะรัฐมนตรี คณะกรรมการหรือบุคลากรที่รับผิดชอบอาจเป็นปัจจัยเร่งหรือชะลอการเปลี่ยนแปลงของวาระของรัฐ

3.2.2 การกำหนดหรือจัดทำรายละเอียดของนโยบาย (Policy formulation)

กรอบแนวคิดของ Hogwood and Gunn (1984) ระบุว่า การวิเคราะห์ทางเลือกเชิงนโยบาย (option analysis) และการตัดสินใจเลือกนโยบายหนึ่งๆ (policy adoption) เป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนการก่อรูปนโยบาย อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญสาขา นโยบายสาธารณะส่วนหนึ่งเห็นว่า กระบวนการกำหนดนโยบายจะเริ่มขึ้นหลังจากประเด็นที่ผู้กำหนดนโยบายเห็นว่าเป็นปัญหาได้ถูกนำเสนอเข้าสู่วาระของรัฐบาล ในขั้นตอนนี้ บุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบหรือคณะทำงานที่ได้รับการแต่งตั้งจะสรรหา วิเคราะห์ และตัดสินใจที่จะยอมรับหรือไม่ยอมรับแนวนโยบายที่นำมาพิจารณา [61] นโยบายที่ได้รับการคัดเลือกอาจอยู่ในแนวทางเดียวกับข้อเสนอที่มีมาตั้งแต่ขั้นตอนการก่อรูปนโยบาย หรือเป็นนโยบายที่ค้นพบหรือกำหนดขึ้นภายหลัง โดยทั่วไปแล้ว มีผู้กำหนดนโยบายส่วนน้อยที่จะเสาะหาความรู้ใหม่ เช่น จัดให้มีการวิจัยเพื่อนำผลมาใช้ในการประกอบการพิจารณา แต่มักจะเรียนรู้จากบทเรียนที่มีอยู่ ประสบการณ์ในอดีต รวมทั้งผลการประเมินนโยบายที่ได้เคยนำมาปฏิบัติทั้งภายในหน่วยงานของตน องค์กรอื่น หรือประเทศอื่น [62]

การเรียนรู้เชิงนโยบาย (policy learning) ที่กล่าวนี้อาจไม่ใช่การลอกเลียนแบบเสมอไป เนื่องจากอาจมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม ดังนั้น เนื้อหาของนโยบายที่กำหนดขึ้นจึงแตกต่างไปจากต้นแบบ [62, 63]

ทั้งนี้ เป็นเพราะการเลือกที่จะกำหนดนโยบาย รวมถึงการจัดทำรายละเอียดของแผนงานโครงการขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเงื่อนไขภายในหน่วยงานหรือสังคมนั้นๆ เช่น ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม โครงสร้างองค์กรที่เป็นมายาวนาน บริบททางการเมือง และสถานะทางเศรษฐกิจ เช่นเดียวกับขั้นตอนการก่อรูปนโยบาย แง่มุมที่มักจะถูกนำมาประเมิน ได้แก่ ประโยชน์ที่จะได้รับ ความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการและประสบความสำเร็จ และผลกระทบทางการเมืองหากนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ [64] ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจทำให้มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาของนโยบายไปจากต้นแบบไม่มากนัก

ในขณะที่การก่อรูปนโยบายและการตัดสินใจกำหนดนโยบายได้รับอิทธิพลจากปัจจัยทางการเมืองเป็นหลัก ส่วนการออกแบบนโยบายในรายละเอียดมักจะถูกมองว่าเป็นงานของข้าราชการประจำและนักวิชาการ แต่ Berlan และคณะ (2014) เสนอว่า คำกล่าวนี้ไม่เป็นความจริง และได้แสดงให้เห็นว่าในขั้นตอน policy formulation การเจรจาต่อรองผลประโยชน์ระหว่างผู้กำหนดนโยบาย ตัวแสดงในภาครัฐ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และแม้แต่เจ้าหน้าที่ที่จะนำนโยบายไปปฏิบัติก็อาจเกิดขึ้นได้ เนื่องจากการกำหนดนโยบายเป็นการดำเนินการโดยบุคลากรของรัฐ ข้อพิจารณาของตัวแสดงกลุ่มนี้ ได้แก่ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อตนเอง เช่น ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน การแข่งขันกับบุคลากรรายอื่น หรืองบประมาณที่หน่วยงานจะได้รับ นอกจากนี้ความสามารถในการบริหารจัดการ ความเป็นไปได้ที่จะมีผู้ปฏิบัติตามนโยบายนั้น ก็เป็นปัจจัยที่กำหนดว่าจะมีการปรับเปลี่ยนแนวนโยบายไปจากต้นแบบมากน้อยเพียงใด [65]

3.2.3 การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (Policy implementation)

ผู้กำหนดนโยบายระดับสูงมักจะคาดหวังว่าข้าราชการระดับล่างจะดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบายที่ตนกำหนดขึ้น [66] ในความเป็นจริง นโยบายมักจะถูกปรับเปลี่ยน ขยายความ หรือแม้แต่ปฏิเสธโดยบุคลากรที่ควรเป็นผู้ปฏิบัติ ทั้งนี้ เนื่องจากมีหลายปัจจัยเข้ามาเป็นตัวกำหนด เช่น นโยบายนั้นไม่สามารถปฏิบัติได้จริง (unrealistic) วัตถุประสงค์และเนื้อหาไม่ชัดเจน ความบกพร่องในการสื่อสาร ขาดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เวลากระชั้นชิด ทรัพยากรในหน่วยปฏิบัติไม่เพียงพอ และปัญหาสิ่งแวดล้อมหรืออันตรายในการทำงาน [67] จากการวิเคราะห์ของ Hill [68] ความแตกต่างระหว่างนโยบายและการปฏิบัติอาจเป็นผลจากการตีความและความเข้าใจในตัวปัญหา ตลอดจนจุดมุ่งหมายและเนื้อหาของนโยบายของผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติที่มีมุมมองที่ไม่เหมือนกัน

นักวิจัยนโยบายสาธารณะเน้นความสำคัญของตัวแสดงที่มีหน้าที่แปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และถือว่ากระบวนการปฏิบัติตามนโยบายเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องเนื่องมาจากขั้นตอนการกำหนดนโยบาย เนื่องจากในขั้นตอนนี้ นโยบายจะถูกข้าราชการระดับล่างดัดแปลงหรือปรับปรุง ในขณะเดียวกัน นักวิจัยหลายท่านชี้ว่าการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเป็นกระบวนการของการมีปฏิสัมพันธ์ เกิดการเจรจาต่อรองและมีข้อขัดแย้งระหว่างตัวแสดง รวมทั้งเครือข่ายของตัวแสดงต่างๆ ที่เข้าไปมีส่วนร่วม ดังนั้น จึงมีลักษณะความเป็นการเมือง เช่นเดียวกับขั้นตอนการกำหนดนโยบาย [65]

งานวิจัยของ Lipsky [69] เกี่ยวกับพฤติกรรมของข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ในภาครัฐแสดงให้เห็นว่าระบบราชการระดับล่าง (street-level bureaucracy) เป็นที่ซึ่งสิ่งที่ปฏิบัติถูกบิดเบือนไปจากนโยบาย การให้บริการแก่ประชาชนในลักษณะที่กล่าวนี้เกิดขึ้นเพราะความจำเป็นที่ต้องสนองตอบต่อข้อจำกัดและความ

ซับซ้อนภายในหน่วยปฏิบัติ การมีความต้องการต่อบริการมากเกินไป ความขัดแย้งและความไม่ชัดเจนในวัตถุประสงค์ของนโยบาย ความไม่แน่นอนของงานที่ต้องดำเนินการ และความเครียดอันเนื่องมาจากการทำงาน การปฏิบัติที่เป็นกลไกการจัดการต่อปัญหาอุปสรรคเหล่านี้จะกลายเป็นสิ่งที่ยอมรับกันในกลุ่มผู้ให้บริการโดยทั่วไปจนเป็นที่ยึดถือเป็นวิถีปฏิบัติขององค์กรไปในที่สุด Lipsky ชี้ว่าผู้จัดการโครงการและเจ้าหน้าที่ระดับสูงไม่สามารถจะควบคุมพฤติกรรมของบุคลากรระดับปฏิบัติเพื่อให้ทุกคนให้บริการแก่ประชาชนตามนโยบายได้ทุกประการ

3.3 การนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในกระบวนการนโยบาย

งานวิจัยในสาขาวิชาต่างๆ มีประโยชน์ในการสนับสนุนการตัดสินใจในทุกขั้นตอนของกระบวนการนโยบายสาธารณะ ตั้งแต่การก่อรูปนโยบายไปจนถึงการติดตามและประเมินผลเมื่อนำเอานโยบายไปสู่การปฏิบัติ นักวิชาการกลุ่มที่เชื่อในความมีเหตุผล (rationalists) สนับสนุนให้ภาครัฐใช้ข้อมูลหลักฐานเกี่ยวกับทางเลือกเชิงนโยบายอย่างรอบด้าน และตัดสินใจอย่างสมเหตุสมผลบนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานที่ปราศจากอคติ [61] อย่างไรก็ตาม กระบวนการนโยบายที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงนั้นไม่สมเหตุสมผลเสมอไป เนื่องจากมีปัจจัยอื่นๆ เป็นจำนวนมาก นอกเหนือจากผลการวิจัยและข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่ร่วมกันมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเชิงนโยบาย [70]

บทความทางวิชาการจำนวนมากกล่าวถึงอุปสรรคต่อการนำผลงานวิจัยไปใช้ชี้แนะกระบวนการนโยบายสาธารณะ Braybrooke and Lindblom [71] quoted in Hill 2005: 148] เสนอว่า วิธีการตัดสินใจโดยอยู่บนพื้นฐานของเหตุผลนั้นไม่สามารถแก้ไขได้ทุกปัญหาในชีวิตจริง เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องศักยภาพขององค์กร การมีข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่มีงบประมาณในการวิจัย ขาดวิธีการประเมินผลที่เชื่อถือได้ บทบาทของการให้คุณค่าในการตัดสินใจเชิงนโยบาย ความต้องการมาตรการที่มีประสิทธิผลที่จะโน้มน้าวผู้กำหนดนโยบาย และความแตกต่างหลากหลายในลักษณะของปัญหา โอกาสที่งานวิจัยจะถูกนำไปใช้ในเชิงนโยบายจะเพิ่มขึ้นในกรณีดังต่อไปนี้ คือ งานวิจัยนั้นเข้ากันได้กับสถานการณ์ทางการเมืองและสถานการณ์ภายในองค์กร รวมทั้งไม่ขัดต่อความคิดเชิงอุดมการณ์ของสังคม งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ รวมถึงนักวิจัยและผู้กำหนดนโยบายรู้จักคุ้นเคยกัน เป็นสมาชิกของเครือข่ายเดียวกัน และมีความเชื่อถือต่อกัน [72] Chunharas [73] เสนอว่า ความรู้ที่มีอยู่ในหลายรูปแบบ ไม่เฉพาะแต่สิ่งที่ได้จากการทำวิจัย เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการตัดสินใจเพื่อกำหนดนโยบาย นอกจากผลการวิจัย ผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอาจนำเอาบทเรียนที่ได้จากประสบการณ์ส่วนบุคคลและสิ่งที่ได้รับการบันทึกไว้ในเอกสารหรือฐานข้อมูลต่างๆ มาใช้ในขั้นตอนการกำหนดนโยบายและการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

งานวิจัยของ Trostle and colleagues [70] ช่วยให้เกิดความเข้าใจต่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการนำผลการวิจัยมาใช้ในการกำหนดนโยบายผ่านการศึกษาระบบการของประเทศเม็กซิโก โดยพบว่า ปัจจัยเหล่านี้ประกอบด้วยคุณภาพของงานวิจัยตามความรู้สึกรู้หรือการรับรู้ของผู้กำหนดนโยบาย ภาษาที่ใช้ในรายงานการวิจัยและการสื่อสาร เวลาที่การวิจัยแล้วเสร็จ ความชัดเจนและความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของผลการวิจัย ภูมิหลังทางวิชาการของผู้กำหนดนโยบาย การมีส่วนร่วมของกลุ่มผลประโยชน์บางกลุ่มในการดำเนินการวิจัย ความไม่คุ้นเคยในการใช้ผลการวิจัยในการกำหนดนโยบาย ช่องทางที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการที่จะใช้ในการสื่อสารระหว่างนักวิจัยและผู้กำหนดนโยบาย ความเปลี่ยนแปลงในการบริหารจัดการ

ระดับสูงภายในระบบสุขภาพ การรวมศูนย์อำนาจทางการเมือง และการโยกย้ายสับเปลี่ยนตำแหน่งทำให้นักวิจัยมีโอกาสไปเป็นผู้กำหนดนโยบาย ทั้งหมดนี้ แสดงให้เห็นว่างานวิจัยที่มีรูปแบบ วิธีการ และการประกันคุณภาพที่ได้มาตรฐานตามหลักวิชาการนั้นอาจไม่เพียงพอที่จะมีอิทธิพลต่อกระบวนการนโยบาย ทั้งนี้ เนื่องจากปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย นักวิจัย การเผยแพร่สื่อสารข้อค้นพบจากการวิจัย และสภาวะแวดล้อมของระบบสุขภาพและการเมือง ต่างก็มีบทบาทสำคัญ

3.4 การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA) และกระบวนการนโยบาย

Banta and Luce [74: quoted in NICHSR 2006] กล่าวว่า รายงานการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA) อาจมีผลต่อการจัดลำดับความสำคัญและตัดสินใจลงทุนในระบบบริการสุขภาพ การรับรองเทคโนโลยีชนิดใหม่ การจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพ ตลอดจนอัตราการใช้เทคโนโลยีชนิดหนึ่งๆ อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลจาก HTA และงานวิจัยด้านอื่นมีความคล้ายคลึงกันในปัจจุบัน ส่งเสริมและปัญหาอุปสรรค

อุปสรรคที่สำคัญในการใช้การประเมินด้านเศรษฐศาสตร์เพื่อชี้แนะนโยบายและการให้บริการสุขภาพ ได้แก่ ความคิดเห็นของผู้กำหนดนโยบายและผู้ประกอบวิชาชีพที่มีต่อการวิจัยในสาขานี้ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้เกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัย ความเชื่อถือต่อวิธีการประเมิน และข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่ในหน่วยงานหรือองค์กร [75] การคำนวณที่ยุงยากซับซ้อน การตั้งสมมติฐานที่คลุมเครือ ความไม่ชัดเจนว่าจะใช้มุมมองของใครในการวิเคราะห์ วิธีการวิจัยและปรัชญาหรือแนวคิดพื้นฐานที่เข้าใจได้ยาก รวมทั้งกระบวนการที่ใช้ระยะเวลายาวนาน เป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้กำหนดนโยบาย และบุคลากรสาธารณสุขรู้สึกลังเลที่จะยอมรับงานวิจัยในสาขานี้เป็นเครื่องมือในการตัดสินใจ นอกจากนี้ จุดมุ่งหมายหลักของการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์ คือ การทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดในขณะที่ใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด ซึ่งขัดแย้งกับหลายอุดมการณ์ เช่น สิทธิมนุษยชน ความเป็นธรรม จริยธรรม และความเป็นอิสระในการประกอบวิชาชีพ [76, 77] ซึ่งทำให้ผู้กำหนดนโยบายและกลุ่มผลประโยชน์บางกลุ่มไม่เห็นด้วยที่จะดำเนินการตามข้อแนะนำที่ได้จากการประเมินด้านเศรษฐศาสตร์ โดยเฉพาะในประเทศที่มีจุดมุ่งหมายสูงสุดที่จะลดความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพในประชากรผู้ด้อยโอกาส หรือให้ความสำคัญต่อการแก้ปัญหาความเจ็บป่วยที่เป็นสาเหตุของความสูญเสียอย่างมากเป็นอันดับแรก

นักการเมืองส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อผลกระทบของนโยบายในแง่มุมที่กว้างขวางไปกว่าผลต่อสุขภาพและความคุ้มค่า เช่น การยอมรับของสังคม ความพึงพอใจของสาธารณชน และผลที่พึงประสงค์ทางการเมือง หากนักการเมืองมีบทบาทเป็นผู้นำในการกำหนดนโยบาย แนวนโยบายที่ถูกเลือกไม่เพียงแต่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ แต่จะต้องสร้างความพึงพอใจและความนิยมในหมู่ประชาชนทั่วไป ทั้งนี้ เพื่อให้ได้รับคะแนนเสียงในการเลือกตั้งครั้งต่อไป [78] นอกจากนี้ สิ่งที่ผู้กำหนดนโยบายมักจะต้องเผชิญอยู่เสมอได้แก่คำร้องขอให้จัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดไปสู่โครงการหรือเทคโนโลยีจำนวนมาก ดังนั้น จึงจำเป็นต้องตัดสินใจในบริบทดังกล่าวซึ่งมักจะไม่มีข้อมูลจาก HTA สนับสนุน [79]

ตามรายงาน World Health Report ในปี 2000 [80] การให้ความสำคัญต่อต้นทุน-ประสิทธิผลของมาตรการหรือเทคโนโลยีสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่ระบบสุขภาพจะบรรลุจุดมุ่งหมายในการลดปัญหาความไม่เท่าเทียม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องใช้หลักเกณฑ์อื่นๆ ควบคู่กันไปในการพิจารณาลงทุนและให้บริการด้านสุขภาพ หลักเกณฑ์ดังกล่าวถูกกำหนดขึ้นเพื่อที่จะครอบคลุมประเด็นเชิงสังคมที่มีความ

หลากหลายผ่านการตั้งคำถามถึงความเป็นสินค้าสาธารณะ (public goods) ของบริการหรือเทคโนโลยีที่นำมาพิจารณา การมีผลกระทบข้างเคียง (externalities) ในวงกว้าง การมีอุปสงค์ที่ชัดเจน อาจทำให้เกิดการล้มละลายทางการเงิน (financially catastrophic consequences) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประชากรที่มีฐานะยากจนหรือไม่

บทสรุป

การตัดสินใจในการกำหนดนโยบายและน่านโยบายไปสู่การปฏิบัติไม่ใช่สิ่งที่มีเหตุผลเสมอไป แต่เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน คำแนะนำที่อยู่บนพื้นฐานของงานวิจัยประเภทต่างๆ รวมทั้ง HTA ไม่ใช่ปัจจัยเพียงอย่างเดียวที่มีผลต่อการตัดสินใจเหล่านั้น ตัวแสดงซึ่งมีอุดมการณ์และผลประโยชน์แตกต่างกันเป็นกลไกอันสำคัญยิ่งที่ขับเคลื่อนกระบวนการนโยบายผ่านทาง การพิจารณาตีความประเด็นปัญหาและทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ในบางสถานการณ์ ผลจาก HTA อาจได้รับการยอมรับจากผู้กำหนดนโยบายและบุคลากรด้านสุขภาพซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสที่งานวิจัยดังกล่าวจะถูกนำไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่แล้วการนำ HTA เข้าไปใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนานโยบายและการน่านโยบายไปสู่การปฏิบัติเป็นเรื่องยาก แต่ก็ไม่ใช่สิ่งที่เป็นไปไม่ได้ ทั้งหมดนี้ขึ้นอยู่กับความเข้ากันได้ของผลการประเมินกับปทัสถานหลักและการให้คุณค่าในระบบสังคมและการเมือง ความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่ผลิตขึ้น ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของคำแนะนำ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้กำหนดนโยบายกับนักวิจัย

3.5 การใช้ HTA เพื่อประเมินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความซับซ้อนมากกว่าการรักษาที่มักเป็นมาตรการเดียวเพื่อรักษาโรค/อาการเฉพาะ ความซับซ้อนของการดำเนินมาตรการดังกล่าว เช่น ต้องมีส่วนร่วมจากหลายหน่วยงาน ดำเนินการเป็นชุดโครงการซึ่งมีมากกว่าหนึ่งมาตรการ มีเป้าหมายเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพหลายปัจจัยร่วมกัน ซึ่งตรงกับลักษณะของ “มาตรการที่ซับซ้อน” (complex intervention) คือ มาตรการที่มีหลายองค์ประกอบซึ่งองค์ประกอบเหล่านั้นอาจเป็นอิสระต่อกันหรือมีความสัมพันธ์กันโดยไม่สามารถระบุรูปแบบความสัมพันธ์ได้อย่างชัดเจน อีกทั้งยากในการระบุองค์ประกอบใดของมาตรการที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพหรือประสิทธิผล [81] ทั้งนี้ อาจมีได้หลายผลลัพธ์และเกิดขึ้นได้ในหลายระดับ เช่น บุคคล ครอบครัว องค์กร ชุมชน และประเทศ โดยมีวิถีทางอันเป็นสาเหตุให้เกิดผลลัพธ์ (casual pathway) ที่หลากหลายและซับซ้อน นอกจากนี้ บริบทแวดล้อมสามารถส่งผลกระทบต่อกระบวนการและผลลัพธ์ได้ เช่น วัฒนธรรมในท้องถิ่น ความเชื่อทางสังคม และระบบการบริหารจัดการรูปแบบเดิมที่มีอยู่ก่อนมีมาตรการ [82]

ประเด็นที่มีข้อแนะนำให้ประเมินมาตรการหลังจากที่มีการนำไปใช้ในระบบสุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 4 [83] ซึ่งแต่ละประเด็นจะมีช่วงเวลาที่เหมาะสมแตกต่างกัน โดยมาตรการใหม่มักเน้นที่การประเมินการยอมรับ ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ ในขณะที่มาตรการที่ดำเนินการอยู่แล้ว อาจเน้นที่ระดับของการปฏิบัติเมื่อเปรียบเทียบกับแผน ต้นทุน และความครอบคลุม แม้ว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญต่อประเด็นความเป็นไปได้ ตั้งแต่ระยะแรกของการพัฒนามาตรการ แต่ทั้งพบว่าเรื่องนี้มักไม่ถูกนำมาพิจารณาในการประเมินมาตรการด้านสุขภาพ การประเมินดังที่กล่าวมาสามารถนำไปใช้ออกแบบหรือปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานได้ เช่น การเพิ่มการยอมรับมาตรการ รวมทั้งการปรับปรุงคุณภาพและลดต้นทุนของบริการที่ให้

ตารางที่ 4 ตัวอย่างประเด็นที่นำมาประเมินมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อน

ผลจากมาตรการ	นิยาม	คำศัพท์ที่เกี่ยวข้อง
Acceptability (การยอมรับ)	ความรู้สึกเห็นด้วยกับมาตรการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (เช่น ผู้บริโภค ผู้ให้บริการ ผู้จัดการโครงการ ผู้กำหนดนโยบาย)	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับ: ความรู้สึกสะดวกสบาย มีประโยชน์ น่าเชื่อถือ
Adoption (การรับมาตรการมาปฏิบัติ)	ความตั้งใจ การตัดสินใจขั้นต้น การปฏิบัติเพื่อนำมาตรการมาปฏิบัติ	การนำมาใช้ประโยชน์ ความตั้งใจที่จะทดลองใช้มาตรการ
Appropriateness (ความเหมาะสม)	ความรู้สึกว่าการใช้มาตรการในหน่วยงาน/พื้นที่หนึ่งๆ หรือการใช้มาตรการกับกลุ่มเป้าหมายหนึ่งๆ มีความเหมาะสม	ความเข้ากันได้ (compatibility), suitability, relevance, มีประโยชน์ ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ
Feasibility (ความเป็นไปได้)	ระดับความสามารถในการนำมาตรการมาปฏิบัติในหน่วยงาน/พื้นที่หนึ่งๆ	ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ, อรรถประโยชน์, suitability for everyday use
Fidelity	ระดับของการนำมาตรการมาปฏิบัติเมื่อเปรียบเทียบกับระดับที่กำหนดใน protocol แผน หรือนโยบาย	Adherence, การให้บริการตามที่ตั้งใจไว้, treatment integrity, quality of program delivery, intensity or dosage of delivery
Implementation cost (ต้นทุนการดำเนินงาน)	ต้นทุนส่วนที่เพิ่มขึ้นจากการดำเนินมาตรการ ซึ่งรวมต้นทุนของมาตรการนั้นๆ ด้วย	Marginal cost
Coverage (ความครอบคลุม)	ระดับของประชากรที่มีสิทธิจะได้รับประโยชน์(บริการ)จากมาตรการได้รับบริการนั้นๆ จริง	Reach, access, การกระจายบริการ effective coverage, ระดับการบูรณาการมาตรการในหน่วยงานหรือพื้นที่
Sustainability (ความยั่งยืน)	ระยะเวลา/ความยาวนานที่มาตรการคงอยู่ในหน่วยงานหรือพื้นที่ที่นำมาตรการมาปฏิบัติ	การคงอยู่ ความต่อเนื่อง ความคงทน การจัดตั้งสถาบัน การบูรณาการ routinization, incorporation

ที่มา: [83]

จากลักษณะของมาตรการข้างต้นส่งผลให้มีความท้าทายของการประเมินมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อน เช่น ผลลัพธ์ที่เกิดใช้เวลานานทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงระหว่างการดำเนินมาตรการกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ อิทธิพลจากปัจจัยบริบทหรือการมีนโยบายอื่นที่เกิดขึ้นพร้อมกันจึงไม่สามารถสรุปได้ว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นมีสาเหตุจากมาตรการที่นำมาประเมิน [84] ทำให้ผลการประเมินทั้งด้านประสิทธิผล กระบวนการและความคุ้มค่าทางสาธารณสุขมีข้อจำกัดที่สำคัญ [85] ได้แก่

(1) ปัญหาการรวบรวมและสังเคราะห์หลักฐาน/ข้อมูลที่มาจากการศึกษาก่อนหน้าเพื่อวิเคราะห์ประสิทธิผลของมาตรการ ซึ่งพบความแตกต่างของแต่ละการศึกษาจนไม่สามารถสรุปประสิทธิผลรวมของมาตรการได้ ในขณะที่แนวทางการสังเคราะห์หลักฐาน/ข้อมูลของมาตรการที่ซับซ้อนกำลังอยู่ในระหว่างการพัฒนาซึ่งมีบางส่วนของแนวทางดังกล่าวอ้างอิงวิธีการสังเคราะห์หลักฐาน/ข้อมูลของมาตรการสุขภาพอื่นๆ และมีบางประเด็นที่จำเป็นต้องพิจารณาเพิ่มเติมสำหรับมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อน [82]

(2) ยังไม่มีข้อเสนอแนะที่ชัดเจนเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินประสิทธิผลที่เหมาะสมในกรณีที่ไม่สามารถประเมินโดย RCT ได้ การศึกษาในอดีตที่ประเมินประสิทธิผลของมาตรการยังขาดรายละเอียดของกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ประเมิน การประเมินส่วนใหญ่ศึกษาเพียงบางส่วนของมาตรการ โดยมักเลือกส่วนที่สามารถสังเกตและ/หรือวัดค่าได้ง่าย แต่ส่วนที่ถูกประเมินเหล่านี้อาจจะไม่ใช่ส่วนที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ของมาตรการที่แท้จริง การขาดความเข้าใจต่อผลลัพธ์ของมาตรการว่าเกิดขึ้นจากสาเหตุใด และไม่มี ความชัดเจนว่า ส่วนประกอบใดของมาตรการสำคัญที่สุดในการทำให้เกิดผลลัพธ์ ทำให้การนำมาตรการไปดำเนินการซ้ำใน สถานที่/เวลาอื่นๆ มีข้อจำกัด [86]

(3) การประเมินกระบวนการ (process evaluation) เป็นการประเมินการดำเนินมาตรการซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของมาตรการ โดยมีการใช้กรอบแนวคิดและทฤษฎีในการประเมิน การประเมินกระบวนการเป็นการประเมินว่ามาตรการที่ดำเนินการไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ โดยศึกษากิจกรรมภายใต้ต้นนโยบาย/มาตรการในประเด็นต่างๆ เช่น การเข้าถึง/ความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย การดำเนินงาน ความพึงพอใจ ขนาดของมาตรการที่กลุ่มเป้าหมายได้รับ คุณภาพ ศักยภาพของมาตรการ บริบท เป็นต้น อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาจำนวนจำกัดที่ประเมินกระบวนการดำเนินมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อน

(4) สำหรับการประเมินความคุ้มค่าทางสาธารณสุขของมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อนมีจำนวนจำกัด และแนวทางการประเมินที่มีในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดในการนำมาใช้ประเมินมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อน

นอกจากการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพและผลด้านอื่นๆ ของมาตรการแล้ว การประเมินมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อนควรให้ความสนใจกับกลไก (mechanisms) หรือกระบวนการดำเนินมาตรการ (processes) และอิทธิพลของปัจจัยบริบท (contextual factors) [87, 88] เนื่องจากความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวมีความสำคัญอย่างยิ่งในการอธิบายว่าเพราะเหตุใดมาตรการจึงมีหรือไม่มีประสิทธิผล มาตรการมีประสิทธิผลเมื่อนำไปใช้กับใคร ในพื้นที่ใดบ้าง และเราสามารถคาดหวังได้หรือไม่ว่ามาตรการจะทำให้เกิดผลอย่างเดียวกันเมื่อนำไปใช้ในหน่วยงานหรือพื้นที่อื่นๆ “บริบท” ครอบคลุมทั้งปัจจัยภายในหน่วยงาน รวมถึงปัจจัยที่อยู่ภายนอกกระบวนการดำเนินมาตรการ แต่อาจเป็นอุปสรรคหรือช่วยเพิ่มผลลัพธ์จากมาตรการนั้นๆ [89, 90] ปัจจัยเหล่านี้อาจมีอยู่ก่อนเริ่มใช้มาตรการหรือเกิดขึ้น/พัฒนาขึ้นเมื่อนำมาตรการมาใช้แล้ว ในบางกรณี ปัจจัยบริบทเป็นผลที่เกิดจากการดำเนินมาตรการ เช่น มาตรการที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงทักษะ ทศนคติ และพฤติกรรมของผู้ให้บริการก่อน จึงจะทำให้มาตรการมีประสิทธิผลกับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ที่รับบริการ หรือประชาชนทั่วไป เส้นทางที่เชื่อมโยงปัญหาที่ต้องการแก้ไขด้วยมาตรการสุขภาพกับผลที่เกิดขึ้นนั้นแตกต่างกันไปตามเวลาและสถานที่ (รวมทั้งกลุ่มคน) แม้จะเป็นมาตรการที่ง่าย (simple interventions) กระบวนการที่ทำให้เกิดผลลัพธ์และความสัมพันธ์กับบริบทก็อาจทำให้กลายเป็นมาตรการที่ซับซ้อน ตัวอย่างเช่น การให้บริการรักษาโรคโดยการให้ยาต้านจุลชีพ (การใช้ยารักษาโรค เป็น simple intervention) แต่ในบางโรงพยาบาลให้ยาไม่สมเหตุผลส่งผลให้เกิดเชื้อดื้อยา nosocomial infection

จากการสำรวจหน่วยงานและเครือข่ายที่ทำงานวิจัยด้าน HTA ใน 52 องค์กรทั่วโลกในปี ค.ศ. 2018-2019 [91] เพื่อสอบถามเรื่องงานวิจัยด้าน HTA ที่เกี่ยวข้องกับมาตรการสาธารณสุข⁷ ที่ประเมิน (รวมการ

⁷ Public health intervention was defined as all organized measures (whether public or private) to prevent disease, promote health, and prolong life among the population as a whole, involving a collaborative effort by all parts of the health sector working to ensure the well-being of society through comprehensive prevention, treatment, care, and support.

สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีวิจัย รวมถึงปัญหาอุปสรรคและปัจจัยส่งเสริมในการตัดสินใจและนำมาตรการสาธารณสุขไปใช้ในทางปฏิบัติ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81) ของหน่วยงานที่ตอบแบบสอบถามมีหัวข้อวิจัยด้าน HTA ที่ประเมินมาตรการสาธารณสุขน้อยกว่า 5 เรื่องในช่วง ค.ศ. 2013-2018 ซึ่งนับว่ามีจำนวนน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพอื่นๆ ที่มีการประเมินมาตรการที่ประเมินมีทั้งหมด 76 มาตรการ โดยมาตรการ 3 ลำดับแรกที่มีการทำ HTA คือ การคัดกรองโรคเรื้อรัง การป้องกันโรคติดต่อ (วัคซีนและการคัดกรองโรคติดเชื้อ) การคัดกรองในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด ขณะที่ การใช้ HTA เพื่อประเมินมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มาตรการด้านสิ่งแวดล้อมและการคัดกรองสุขภาพจิต พบว่ายังมีการประเมินน้อย การประเมินมาตรการที่ดำเนินการครอบคลุมมิติต่างๆ ของ HTA ซึ่งเรียงตามลำดับการประเมิน ได้ดังนี้ การประเมินประสิทธิผล การประเมินด้านเศรษฐศาสตร์ ผลกระทบด้านการบริหารจัดการ ผลกระทบด้านสังคม กฎหมายและจริยธรรม ปัญหาและอุปสรรคที่พบจากการประเมินมาตรการสาธารณสุข คือ ขาดข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการประเมิน ความไม่สอดคล้องของการจัดลำดับความสำคัญของผู้มีส่วนได้เสีย และประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีวิจัย เช่น กรอบแนวคิดในการวิจัยไม่ชัดเจน วิธีการประเมินผลกระทบและการใช้ทรัพยากรของมาตรการสาธารณสุขที่ซับซ้อน (complex intervention)

ประมาณร้อยละ 40 ของหน่วยงานด้าน HTA ไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย ส่วนหน่วยงานที่เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบายพบปัญหาอุปสรรคของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่สำคัญ คือ การยอมรับมาตรการ/การเปลี่ยนแปลงแนวทางดำเนินงานของผู้ปฏิบัติงาน ขาดบุคลากรและทรัพยากรที่จำเป็น ข้อกังวลด้านการลงทุนเพิ่มเพื่อดำเนินมาตรการโดยไม่พิจารณาถึงผลได้ที่จะตามมา (return on investment) เนื่องจากเป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระยะยาว ขาดการรับรู้ถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นภายใต้ความซับซ้อนของบริบทหรือมาตรการ ซึ่งข้อแนะนำจากการศึกษานี้ คือ แม้ว่าการใช้ HTA เพื่อประเมินมาตรการสาธารณสุขยังมีความท้าทายหลายประการ ตลอดไปจนถึงอุปสรรคของการนำนโยบายไปใช้ในทางปฏิบัติ แต่ก็ควรมีการนำ HTA ไปใช้ในการพัฒนานโยบายและการตัดสินใจคัดเลือกมาตรการสาธารณสุขที่เหมาะสมมาใช้ในระบบสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรและสามารถลด/ป้องกันปัญหาและภาวะโรคที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลและแนวทางการทำวิจัยด้าน HTA ที่เป็นมาตรฐาน และขยายขอบเขตมาตรการที่ประเมินให้เป็นมาตรการระดับประชากรและมาตรการในชุมชนนอกเหนือจากมาตรการภายในสถานบริการสาธารณสุขโดยใช้กรอบและแนวทางในการประเมินประสิทธิผลของมาตรการที่เหมาะสมต่อมาตรการสาธารณสุข [92] รวมถึงการประเมินมาตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพซึ่งส่วนใหญ่เป็นมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและดำเนินการในระดับประชากร [93]

3.6 การประเมินกระบวนการ

การประเมินกระบวนการใช้สำหรับการประเมินการดำเนินการ (implementation) และการตอบสนองของผู้รับบริการ (reactions of participants) การประเมินนี้จะช่วยอธิบายว่ามาตรการหรือโครงการนั้นๆ เกิดขึ้นหรือไม่ อย่างไร การออกแบบมาตรการ/โครงการนั้นประสบความสำเร็จหรือไม่ และ

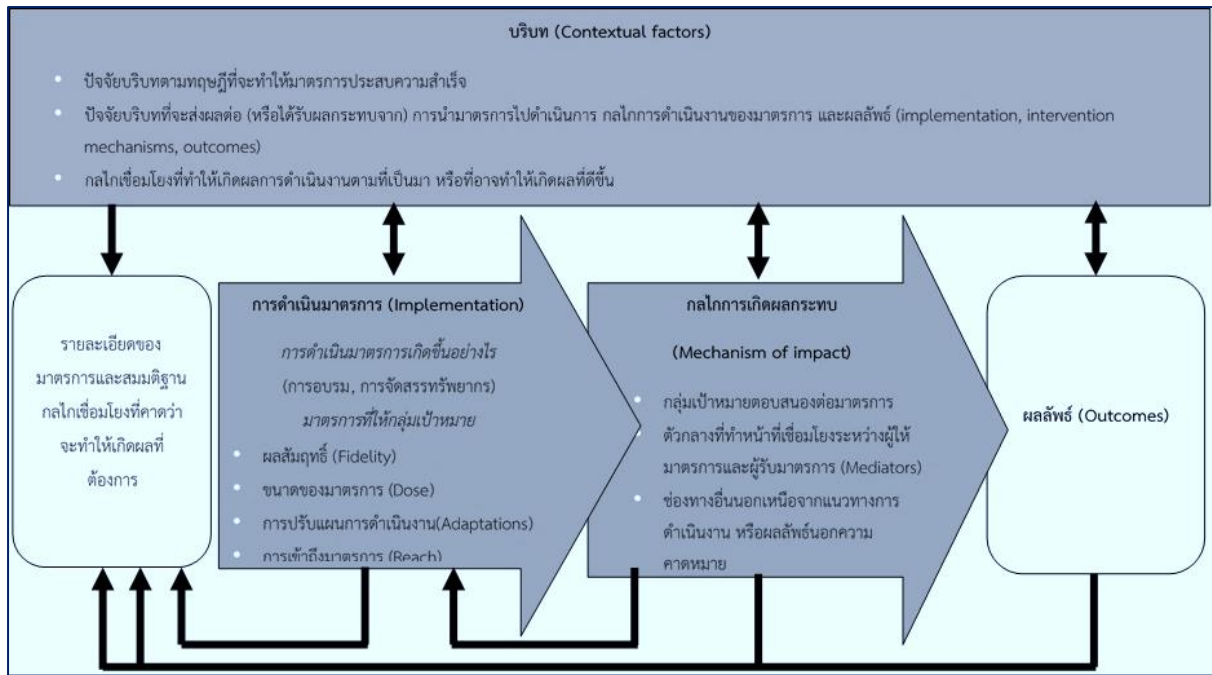
กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงบริการ/มาตรการหรือไม่ นอกจากนั้นการประเมินกระบวนการยังพิจารณาเรื่องคุณภาพของมาตรการด้วย เนื่องจากการประเมินชนิดนี้รวบรวมข้อมูลทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จหรือความล้มเหลวของมาตรการ ดังนั้นผลการประเมินจะเป็นประโยชน์ในการนำมาปรับปรุงมาตรการอื่นๆ ในอนาคต [94] แนวทางการประเมินกระบวนการที่เสนอโดย Medical Research Council (MRC) สหราชอาณาจักร แนะนำว่าการประเมินกระบวนการ (process evaluation) เหมาะสำหรับการประเมินผลสัมฤทธิ์เมื่อเปรียบเทียบกับแผนงาน ซึ่งจะต้องพิจารณาความถูกต้องของการนำมาตราการไปดำเนินงานเมื่อเปรียบเทียบกับแผนที่วางไว้ (fidelity) คุณภาพของการดำเนินการตามมาตรการ รวมทั้งอธิบายกลไกความสัมพันธ์ (causal mechanism) และสามารถแยกแยะปัจจัยบริบททั้งหลายที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จุดมุ่งหมายของการประเมินกระบวนการคือเพื่อตรวจสอบว่ามาตรการต่างๆ ได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้หรือไม่ ทั้งนี้การประเมินกระบวนการสามารถทำได้ในช่วงการศึกษาความเป็นไปได้ควบคู่กับการประเมินประสิทธิภาพของมาตรการ (feasibility testing phases, alongside evaluations of effectiveness) หรือการศึกษาความเป็นไปได้ควบคู่กับการขยายพื้นที่ดำเนินการมาตรการหลังมีการประเมินโครงการแล้ว (feasibility testing phases, alongside post-evaluation scale-up) [95, 96]

ปัจจัยที่สำคัญ (Key functions) ของการประเมินกระบวนการและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ แสดงดังกรอบแนวคิดของการประเมินกระบวนการในรูปที่ 4 ทั้งนี้ ภายใต้กรอบแนวคิดนี้ผู้ประเมินจำเป็นต้องอธิบายถึงสมมุติฐานต่างๆของมาตรการที่จะดำเนินการให้ชัดเจนก่อน (โดยอาจจะอยู่ในรูปของ logic model ได้) ปัจจัยที่สำคัญ (Key functions) ของการประเมินกระบวนการประกอบด้วย 3 ปัจจัย ได้แก่ (ดังแสดงในรูปที่ 5)

1. การดำเนินการมาตรการ (Implementation) เพื่อประเมินว่าโครงสร้าง ทรัพยากรและกระบวนการแบบใดที่จะทำให้การดำเนินการมาตรการประสบความสำเร็จ เช่น การอบรมและทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินการมาตรการอย่างเต็มรูปแบบ เป็นต้น รวมทั้งปริมาณและคุณภาพของการดำเนินการมาตรการด้วย

2. กลไกของผลกระทบ (Mechanisms of impact) เพื่อประเมินว่าผู้เข้าร่วมมาตรการมีการตอบสนองต่อกิจกรรมภายใต้มาตรการอย่างไร และมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร หรืออีกความหมายคือเพื่อดูความเชื่อมโยงของการดำเนินการมาตรการและผลลัพธ์ที่ได้ (outcome)

3. บริบท (Contextual factors) เพื่อดูว่าปัจจัยภายนอกใดมีอิทธิพลต่อการดำเนินการมาตรการและมีผลอย่างไร



รูปที่ 4 กรอบการประเมินกระบวนการ (process evaluation)

ที่มา: [95, 96]

4. นิยามที่เกี่ยวข้องและขอบเขตของการศึกษานี้

การสร้างเสริมสุขภาพ [97, 98] เป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ประชาชนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพของตนเองด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลและการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก เพื่อลดโอกาสเกิดโรคและความเจ็บป่วย รวมทั้งส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จากกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2529 ได้มีการนิยาม “การสร้างเสริมสุขภาพ” ไว้ว่า เป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพควรเป็นการสร้างสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถจำแนกได้ 2 ระดับ คือ การพัฒนาทักษะและความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ในระดับปัจเจกเพื่อทำให้บุคคลมีขีดความสามารถและสามารถแก้ปัญหาสุขภาพได้ และการเพิ่มพูนศักยภาพ ในระดับกลุ่มหรือชุมชนเพื่อกำหนดทิศทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพของสมาชิก ซึ่งสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพโดยรวมของสังคมไปในทางที่ดีขึ้น [99]

การป้องกันโรค [100] เป็นกระบวนการป้องกันการเกิดโรคโดยจัดการกับเชื้อโรคและสภาวะแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพ ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ 1) การป้องกันโรคก่อนการเกิดโรค (primary prevention) คือ การป้องกันก่อนที่โรคจะเกิดขึ้น เช่น การให้ภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ การให้สุขศึกษาเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ช่องทางการติดต่อ พาหะของโรค และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค การปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เป็นต้น 2) การป้องกันในระยะมีโรคเกิด (secondary prevention) คือ การชะลอกระบวนการดำเนินของโรค การป้องกันการแพร่เชื้อและระบาคของโรคไปยังบุคคลอื่นในชุมชน เช่น การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกของการเกิดโรค และการวินิจฉัยและรักษาให้ทันทั่วทั้งที่เป็นต้น 3) การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพจากการเกิดโรค (tertiary prevention) คือ การรักษาผู้ป่วยที่มีอาการให้หายโดยเร็ว เพื่อลดผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่จะ

เกิดขึ้นตามมาภายหลังการเกิดโรค และการติดตามสังเกตและให้การป้องกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ รวมถึงการบำบัดความพิการและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

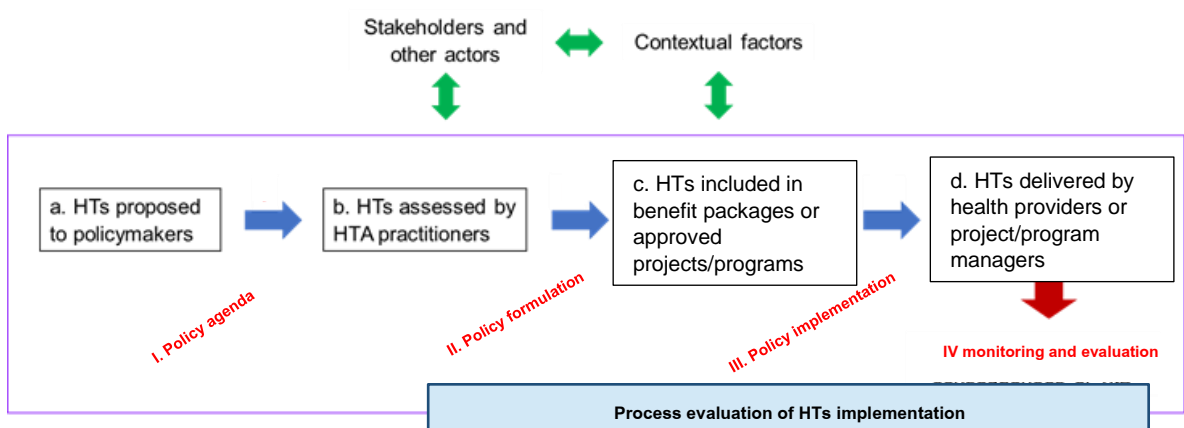
เทคโนโลยีด้านสุขภาพ ในการศึกษาครั้งนี้เทคโนโลยีด้านสุขภาพหมายถึง มาตรการ/โครงการ และระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (HTA) ในการศึกษาครั้งนี้การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพดัดแปลงจากนิยามใหม่ที่จัดทำโดยองค์กรเครือข่าย HTA ในระดับนานาชาติและเผยแพร่ในปี ค.ศ. 2020 [6] ในหัวข้อ 1.1 เพื่อให้สอดคล้องกับขอบเขตของการศึกษา โดยหมายถึง กระบวนการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพโดยใช้ศาสตร์จากสหสาขาและมีวิธีการที่ชัดเจนเพื่อประเมินคุณค่าของเทคโนโลยีด้านสุขภาพในระยะต่างๆ ของวงจรชีวิตเทคโนโลยีด้านสุขภาพ ได้แก่ ระหว่างพัฒนามาตรการก่อนนำไปปฏิบัติ ทดสอบมาตรการในพื้นที่/ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ระหว่างการนำไปปฏิบัติ และเมื่อสิ้นสุดการดำเนินมาตรการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ตัดสินใจเชิงนโยบาย

นโยบายสาธารณะ ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เครื่องมือที่รัฐบาล องค์กร/หน่วยงานในภาครัฐหรือภายใต้การกำกับของรัฐ กำหนดขึ้นเพื่อใช้แก้ไข ป้องกันหรือจัดการกับปัญหาที่เกิดกับประชาชนในความรับผิดชอบของตน ซึ่งหมายรวมถึง นโยบายและยุทธศาสตร์ กฎหมาย ข้อบังคับ มาตรการ แผนปฏิบัติการ โครงการ แนวทางหรือคู่มือ โดยการศึกษาครั้งนี้รวมนโยบายทั้งที่นำไปปฏิบัติและไม่มีการนำไปปฏิบัติ ซึ่งขอบเขตการศึกษามุ่งเน้นนโยบายสาธารณะที่กำหนดขึ้นเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กระบวนการนโยบาย ในการศึกษาครั้งนี้อ้างอิงจาก Hogwood and Gunn [55] ประกอบด้วยขั้นตอนการก่อรูปนโยบาย (agenda setting) การจัดทำรายละเอียดของนโยบาย (policy formulation) การนำนโยบายไปปฏิบัติ (policy implementation) และการติดตามและประเมินผล (monitoring and evaluation)

5. กรอบแนวคิดการวิจัย



*HTs: Health technologies defined as interventions developed to prevent, diagnose or treat medical conditions; promote health; provide rehabilitation; or organize healthcare delivery. The intervention can be a test, device, medicine, vaccine, procedure, program, or system.

รูปที่ 5 กรอบแนวคิดการนำ HTA ไปใช้ในกระบวนการนโยบาย

ที่มา: ดัดแปลงจาก Hogwood and Gunn [55]

กรอบแนวคิดของการศึกษานี้ (รูปที่ 5) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนของกระบวนการนโยบาย (policy process) [55] ที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (health technologies: HTs) ซึ่งในการศึกษานี้เน้นมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ **ขั้นตอนที่ 1** การก่อรูปของนโยบาย (agenda setting) มาจากการเสนอมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคใหม่ต่อผู้กำหนดนโยบาย เพื่อนำไปดำเนินการ ซึ่งในขั้นตอนนี้มีความสำคัญในการกำหนดคำถามของการประเมิน (HTA questions) **ขั้นตอนที่ 2** การกำหนดหรือจัดทำรายละเอียดของนโยบาย (policy formulation) เป็นการออกแบบ/กำหนดรายละเอียดของวิธีดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยอาจมีการประเมินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอื่นๆ ที่เป็นทางเลือก (option analysis) ในขั้นตอนนี้ ผู้กำหนดนโยบายจะตัดสินใจยอมรับมาตรการที่เสนอใหม่ หรือยังคงใช้มาตรการที่มีอยู่เดิม (policy adoption) มาตรการที่ได้รับการคัดเลือกอาจอยู่ในแนวทางเดียวกับข้อเสนอที่มีมาตั้งแต่ขั้นตอนการก่อรูปนโยบาย หรือเป็นมาตรการที่ค้นพบหรือกำหนดขึ้นภายหลัง **ขั้นตอนที่ 3** การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (policy implementation) จากการออกแบบนโยบายในขั้นตอนที่ 2 ต่อจากนั้นผู้ให้บริการสุขภาพจะนำมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปให้บริการกับประชาชน หรือมีการดำเนินมาตรการโดยหน่วยงานอื่นๆ อย่างไรก็ตาม นโยบายที่ออกแบบไว้อาจจะถูกปรับเปลี่ยน ขยายความ หรือไม่ถูกนำไปปฏิบัติ ทั้งนี้ เนื่องจากมีหลายปัจจัยเข้ามาเป็นตัวกำหนด ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างนโยบายและการปฏิบัติได้ **ขั้นตอนที่ 4** การติดตามและประเมินผล (monitoring and evaluation) หลังจากที่มีการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานการณ์จริง ผู้กำหนดนโยบาย แหล่งทุน และ/หรือ ผู้ดำเนินมาตรการอาจจัดให้มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินมาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

มาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมาตรการหนึ่งๆ ที่ถูกเสนอต่อผู้กำหนดนโยบาย อาจไม่ได้รับการคัดเลือกหรือยอมรับโดยผู้กำหนดนโยบาย และแม้จะได้รับการยอมรับ ก็อาจจะไม่มีการนำไปให้บริการหรือดำเนินการทั่วประเทศหรือในบางพื้นที่ ทั้งนี้ เนื่องจากกระบวนการนโยบายที่กล่าวข้างต้น จะถูกขึ้นนำเสนอ สนับสนุน ต่อต้าน หรือดำเนินการ โดยผู้กำหนดนโยบายในหน่วยงานอื่นๆ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่รับผิดชอบ รวมทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้แสดงอื่นๆ (stakeholders and other actors) นอกจากนี้ ยังได้รับอิทธิพลจากการมีอยู่ของทรัพยากร (มีหรือไม่ทรัพยากรสำหรับการดำเนินมาตรการอย่างเพียงพอ) ระบบบริหารจัดการ รวมถึงปัจจัยบริบท (contextual factors) ทั้งภายในและภายนอกระบบสุขภาพ นอกจากนี้จะมีการคัดเลือกกรณีศึกษา (เฉพาะมาตรการที่นำไปใช้ในทางปฏิบัติ) และใช้แนวทางการประเมินกระบวนการ (process evaluation) ที่เสนอโดย Medical Research Council (MRC) [95, 96] เพื่ออธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในโครงการหนึ่งๆ รวมถึงบริบทแวดล้อมที่โครงการนั้นดำเนินการอยู่ [101]

6. วัตถุประสงค์

6.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 1) เพื่ออธิบายกระบวนการนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศไทย และปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการนำ HTA ไปใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนานโยบาย
- 2) เพื่ออธิบายกระบวนการนำนโยบายฯ ไปสู่การปฏิบัติ และปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการนำ HTA ไปใช้เป็นเครื่องมือในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

3) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการนำ HTA ไปใช้ในการพัฒนานโยบายฯ และการนำนโยบายฯ ไปสู่การปฏิบัติ

6.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่ออธิบายกระบวนการของนโยบายฯ ทั้ง 4 ขั้นตอนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายที่จะยอมรับหรือไม่ยอมรับนโยบายฯ เพื่อนำมาดำเนินการในประเทศไทย
- 2) เพื่อวิเคราะห์ความสำคัญของตัวแสดง (actors) และบริบท (context) ที่มีอิทธิพลต่อเนื้อหาของนโยบาย (content) และกระบวนการพัฒนานโยบายฯ ในแต่ละขั้นตอน
- 3) เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการนำ HTA ไปใช้เป็นเครื่องมือในกระบวนการนโยบาย
- 4) เพื่อประเมินกระบวนการนำนโยบายฯ ไปสู่การปฏิบัติ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ และความสำคัญของงานวิจัยด้าน HTA ที่ใช้ในการประเมินเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน
- 5) เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการนำ HTA ไปใช้ในกระบวนการนโยบายฯ การนำนโยบายฯ ไปสู่การปฏิบัติ และการประเมินนโยบาย/มาตรการเพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงาน

7. ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังโดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ และการคัดเลือกกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องมาประกอบการอธิบาย

7.1 การเก็บข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีการเก็บข้อมูล ได้แก่ การวิเคราะห์เอกสาร (document analysis) การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews) และการอภิปรายกลุ่ม (focus group discussion: FGD) เนื่องจากการวิจัยเชิงคุณภาพมีความเหมาะสมที่จะใช้อธิบายปรากฏการณ์ กระบวนการ และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รวมทั้งใช้ศึกษาความคิดเห็นและทัศนคติของบุคคล ที่มีต่อกิจกรรมที่ดำเนินการโดยผู้อื่น และความคิดเห็นและทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม ในการวิจัยนโยบาย (policy research) วิธีวิจัยเชิงคุณภาพจะให้คำอธิบายทั้งในแบบบรรยาย (descriptive) และวิเคราะห์ (analytical) ถึงสาเหตุและผลที่เกิดจากปัญหาในสังคม ประสิทธิภาพของนโยบายที่เป็นทางเลือก การปฏิบัติของรัฐบาล ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐ เอกชน และพลเมือง [102, 103]

นักวิจัยจะเก็บข้อมูลโดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

(1) ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการประเมินเทคโนโลยี การตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย และการนำเทคโนโลยีออกให้บริการ หรือการดำเนินมาตรการ เช่น ข้อเสนอให้บรรจุเทคโนโลยีในชุดสิทธิประโยชน์และเอกสารประกอบ รายงานการประชุมของคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการ ประกาศและคำสั่งของหน่วยงานราชการ รายงานการประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รายงานการประเมินเทคโนโลยี (HTA reports) แนวทางการปฏิบัติงานของหน่วยงานด้านวิชาชีพ รายงานวิจัยอื่นๆ และบทความวิจัย

(2) ระบุหน่วยงานและบุคคลที่มีส่วนร่วม หรือมีบทบาทที่สำคัญในกระบวนการนโยบาย ของแต่ละกรณีศึกษา โดยพิจารณาข้อมูลจากการทบทวนเอกสารในข้อ (1) นักวิจัยจะเลือกผู้ให้ข้อมูล (informants) แบบเจาะจง

(3) ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกและจัดการอภิปรายกลุ่ม โดยนักวิจัยจะพัฒนาแนวคำถาม และเชิญผู้แทนหน่วยงานและบุคคลในข้อ (2) เข้าร่วมให้ข้อมูล

ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการอภิปรายกลุ่ม นักวิจัยจะบันทึกเสียงและจัดเก็บในรูปแบบของแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ เฉพาะในกรณีที่ได้รับคามยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล ในกรณีที่ไม่ได้รับคามยินยอมให้บันทึกเสียง นักวิจัยจะจดบันทึกข้อมูลเป็นตัวอักษร ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล นักวิจัยจะแปลงข้อมูลที่จัดเก็บในแฟ้มอิเล็กทรอนิกส์ให้เป็นตัวอักษร

7.2 การเลือกกรณีศึกษาเพื่อประเมินกระบวนการ

นักวิจัยใช้วิธีการกรณีศึกษา (case study approach) [104] เนื่องจากเป็นวิธีที่เหมาะสมสำหรับทำความเข้าใจกระบวนการและปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและล้มเหลวของนโยบาย (มาตรการ/บริการ ที่ใช้เทคโนโลยีนั้นๆ) [105] ในการศึกษา นักวิจัยเป็นผู้เลือกเทคโนโลยี/มาตรการที่เป็นกรณีศึกษา โดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive selection) เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ (1) เทคโนโลยีหรือมาตรการที่มีผู้เสนอต่อผู้กำหนดนโยบาย ตั้งแต่ปี 2551 ถึง 2560 (2) ผ่านประเมินผลกระทบด้านต่างๆ (อาจมีการทำ HTA) และมีการตัดสินใจโดยผู้กำหนดนโยบายว่า ยอมรับหรือไม่ยอมรับเทคโนโลยีหรือมาตรการดังกล่าวแล้ว

มาตรการสร้างเสริมสุขภาพ คือ มาตรการสร้างเสริมสุขภาพที่มีการศึกษาวิจัยในระดับสากลหรือในประเทศไทยแล้วพบว่า เป็นมาตรการที่มีประโยชน์ และปลอดภัย (อาจมีหรือไม่มีผลการประเมินที่ชี้ว่า มีผลกระทบทางบวกในด้านอื่นๆ ร่วมด้วย) อาทิ มาตรการที่มีประสิทธิผลสูง (Best Buy Interventions) ในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ ขององค์การอนามัยโลก (WHO Best Buys on NCD) โดยทางโครงการจะปรึกษาหารือผู้เกี่ยวข้องใน สสส. เพื่อร่วมกันพิจารณาคัดเลือกมาตรการ จำนวน 4 มาตรการ ที่จะใช้ HTA ศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลของมาตรการ เอื้อให้ สสส. เครื่องมือเชิง evidence based ในการพิจารณาตัดสินใจ มาตรการหรือนโยบายในอนาคต

มาตรการกลุ่มที่ 1 มาตรการผู้กำหนดนโยบายยอมรับ คือ มีการตัดสินใจโดย สสส. ว่า จะนำไปขับเคลื่อนในวงกว้าง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรการ

มาตรการกลุ่มที่ 2 มาตรการผู้กำหนดนโยบายไม่ยอมรับ คือ มีการตัดสินใจโดย สสส. ว่า จะไม่นำไปขับเคลื่อนในวงกว้าง

ทั้งนี้ นักวิจัยจะปรึกษาหน่วยงานภายใน สสส. เพื่อเลือกมาตรการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกรณีศึกษา ทั้ง 4 มาตรการ เช่น สำนักภายในของ สสส. ที่ให้ทุนวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ

การประเมินกระบวนการเริ่มต้นด้วยการวางแผนและออกแบบการประเมินซึ่งเป็นการกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในโครงการหรือระบบการรักษา โดยใช้โมเดลตรรกะ (logic model) และแผนผังกระบวนการ (process flow charts) เพื่อช่วยกำหนดเป้าหมายและกิจกรรมดังกล่าว เพื่ออธิบายลักษณะของนโยบาย/มาตรการและระบบบริหารจัดการ ซึ่งการประเมินจะช่วยตัดสินใจว่านโยบาย/มาตรการใดบ้างที่ดำเนินการตามโมเดลตรรกะและแผนผังกระบวนการ [96, 101]

ขั้นตอนหลักในการประเมินกระบวนการ ได้แก่

(1) ทบทวนเอกสารและโครงร่างของนโยบาย/มาตรการฉบับแรกเริ่ม ซึ่งจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและความต้องการให้เกิดบริการและระบบ วัตถุประสงค์ วิธีการให้บริการและทรัพยากรที่จำเป็นในการจัดบริการ

(2) อภิปรายกลุ่มหรือสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมโครงการหรือบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น นักวางแผนชุมชน ผู้จัดการ พนักงาน ผู้แทนชุมชนและครอบครัว เพื่อทราบบริบทและปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลต่อการดำเนินนโยบาย/มาตรการ

(3) พัฒนาและวิเคราะห์โมเดลตรรกะ (logic model) ของนโยบาย/มาตรการ เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการประเมินกระบวนการ

(4) ตรวจสอบบันทึกการรับบริการของผู้รับบริการ เพื่อเก็บข้อมูลสำหรับประเมินการเข้าถึงและคุณภาพของบริการ

(5) วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลการให้บริการ

(6) สังเกตการณ์การให้บริการตามข้อกำหนดของนโยบาย/มาตรการ เช่น การนำแนวคิดนโยบาย/มาตรการไปปฏิบัติจริงและการบูรณาการเข้ากับนโยบาย/มาตรการอื่นๆ เป็นต้น

(7) สสำรวจประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเป้าหมายของบริการ และประชากร/กลุ่มตัวอย่างที่ให้บริการจริง

7.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากการวิจัยเชิงคุณภาพทั้งหมด ทั้งจากการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม รวมทั้งบันทึกภาคสนาม (field notes) ของนักวิจัย จะถูกนำมาวิเคราะห์ โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) นักวิจัยจะวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องแต่ละกรณีศึกษา โดยการพิจารณาข้อความเพื่อค้นหาข้อมูลที่สอดคล้องกับปัจจัยและกระบวนการนโยบายตามกรอบแนวคิดของการศึกษา แล้วนำข้อมูลดังกล่าวมาจัดหมวดหมู่เป็นรายประเด็น (themes) และประเด็นย่อย (subthemes) [106] เพื่อความสะดวกในการเรียบเรียงและนำเสนอผลการศึกษาในรายงาน สำหรับประเด็นที่มีข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่ชัดเจน หรือมีข้อขัดแย้ง นักวิจัยจะสัมภาษณ์ผู้แทนหน่วยงานหรือบุคคลที่เหมาะสมเพิ่มเติม

8. การประกันคุณภาพการประเมิน

การศึกษานี้จะใช้วิธีการและกระบวนการวิจัยที่มีคุณภาพ เป็นไปตามหลักวิชาการ นอกจากนี้ จะประกันคุณภาพของการประเมินโดยดำเนินการดังนี้

(1) สอบทานข้อมูลแต่ละประเด็นที่รวบรวมได้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ (triangulation) โดยเริ่มการสอบทานตั้งแต่อยู่ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หากพบความแตกต่างหรือไม่สอดคล้องซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยจะหาสาเหตุหรือคำอธิบายความแตกต่างของข้อมูลในประเด็นนั้นๆ และหาข้อยุติ หากไม่สามารถหาข้อยุติได้ จะนำเสนอความแตกต่างที่พบในการอภิปรายผลการประเมินเพื่อประโยชน์ทั้งด้านนโยบายและด้านวิชาการต่อไป

(2) จัดการประชุมผู้แทนหน่วยงานที่รับผิดชอบนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำต่อผลการประเมินเบื้องต้นและร่างข้อเสนอเชิงนโยบาย ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำความคิดเห็นและคำแนะนำดังกล่าวมาพิจารณาในขั้นตอนการจัดทำรายงานผลการศึกษาระดับสมบูรณ์

9. จริยธรรมเกี่ยวกับการประเมิน

ข้อเสนอ (proposal) ของการประเมินจะยื่นเสนอต่อสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)⁸ พิจารณา และจะดำเนินการประเมินตามข้อเสนอที่ได้รับอนุมัติและเงื่อนไขที่หน่วยงานดังกล่าวกำหนด นอกจากนี้ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาแฟ้มเสียงและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ยังไม่ได้วิเคราะห์โดยไม่นำออกเผยแพร่ เว้นแต่การนำเสนอสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรายงานการประเมิน อีกทั้งจะไม่เปิดเผยชื่อหรือลักษณะของบุคคลและหน่วยงานที่ให้ข้อมูลแต่ละประเด็น

⁸ <http://www.ihpr.or.th/>

10. แผนการดำเนินงาน 18 เดือน

กิจกรรม	เดือนที่																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
▪ ยื่นขอจริยธรรมการวิจัย																		
การศึกษาวัดดูประสงค์ที่ 1-3																		
▪ ทบทวนเอกสาร																		
▪ พัฒนาแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์																		
▪ สัมภาษณ์เชิงลึกและอภิปรายกลุ่ม																		
▪ วิเคราะห์ข้อมูล																		
▪ จัดประชุมนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้น																		
▪ จัดทำรายงานส่วนที่ 1																		
การศึกษาวัดดูประสงค์ที่ 4																		
▪ ทบทวนเอกสารของกรณีศึกษา																		
▪ กรณีศึกษามาตรการ สสส.																		
▪ จัดประชุมนำเสนอผลการศึกษา																		
▪ จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์																		

11. ตัวชี้วัด

วัตถุประสงค์ข้อที่	ลำดับ	ตัวชี้วัด
1. เพื่ออธิบายกระบวนการของนโยบายฯ ทั้ง 4 ขั้นตอนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายที่จะยอมรับหรือไม่ยอมรับนโยบายฯ เพื่อนำมาดำเนินการในประเทศไทย	1	การตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย
2. เพื่อวิเคราะห์ความสำคัญของตัวแสดง (actors) และบริบท (context) ที่มีอิทธิพลต่อเนื้อหาของนโยบาย (content) และกระบวนการพัฒนานโยบายในแต่ละขั้นตอน	1	การตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการนำ HTA ไปใช้เป็นเครื่องมือในกระบวนการนโยบาย	1	การตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย
4. เพื่อประเมินกระบวนการนำนโยบายฯ ไปสู่การปฏิบัติ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ และความสำคัญของของงานวิจัยด้าน HTA ที่ใช้ในการประเมินเพื่อปรับปรุงการดำเนินงาน	1	การตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย
5. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการนำ HTA ไปใช้ในกระบวนการนโยบายฯ การนำนโยบายฯ ไปสู่การปฏิบัติ และการประเมินนโยบาย/มาตรการเพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงาน	1	การตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบาย

12. ผลลัพธ์ (outcome) ระยะยาว

ลำดับ	ผลลัพธ์ระยะยาว
1	ผู้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนามาตรการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรครับทราบข้อมูลเกี่ยวกับตัวแสดงและบริบทใดบ้างที่เป็นปัจจัยส่งเสริมหรืออุปสรรคต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมถึงปัจจัยและอุปสรรคอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ
2	มีการประยุกต์เอาหลักการด้าน HTA มาใช้ในการพัฒนานโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งในระดับชาติ และการพัฒนามาตรการเพื่อปฏิบัติการในระดับท้องถิ่นมากขึ้น เพื่อเน้นย้ำความโปร่งใสในการพัฒนาหรือกำหนดนโยบายและช่วยให้เห็นนโยบายอิงอยู่บนพื้นฐานของความเป็นวิชาการ

13. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผลการศึกษาี้คาดว่าจะนำเสนอต่อผู้บริหารของ สสส. และผู้กำหนดนโยบายอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความตระหนัก (awareness) ต่อความสำคัญของการใช้ HTA ในการพัฒนานโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งการสร้าง ความตระหนักดังกล่าวให้เกิดแก่ผู้กำหนดนโยบายนับเป็นผลสัมฤทธิ์ขั้นกลางของการใช้หลักฐานทางวิชาการในการกำหนดนโยบาย

14. เอกสารอ้างอิง

1. Health Technology Assessment Glossary [<http://htaglossary.net/health+technology>]
2. Health technology assessment [https://www.who.int/medical_devices/assessment/en/]
3. What is Health Technology Assessment (HTA)? [<http://www.inahta.org/>]
4. Health Technology Assessment [<https://www.nihr.ac.uk/explore-nihr/funding-programmes/health-technology-assessment.htm>]
5. อูชา ฉายเกิ้ล็ดแก้ว, กัณฑ์กมล กิจตรงศิริ: การพัฒนาคู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย. In: คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ฉบับที่ 2 พศ 2556. edn. Edited by อูชา ฉายเกิ้ล็ดแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
6. O'Rourke B, Oortwijn W, Schuller T: **The new definition of health technology assessment: A milestone in international collaboration.** *International journal of technology assessment in health care* 2020:1-4.
7. Draborg E, Gyrd-Hansen D, Poulsen PB, Horder M: **International comparison of the definition and the practical application of health technology assessment.** *International journal of technology assessment in health care* 2005, 21(1):89-95.
8. Shams Moattar A, Asghari F, Majdzadeh R: **Do ethical considerations influence any in HTA reports? A review of reports.** *Medical journal of the Islamic Republic of Iran* 2016, 30:362.
9. Leelahavarong P, Dounghipsirikul S, Kumluang S, Poonchai A, Kittiratchakool N, Chinnacom D, Suchonwanich N, Tantivess S: **Health Technology Assessment in Thailand: Institutionalization and Contribution to Healthcare Decision Making: Review of Literature.** *International journal of technology assessment in health care* 2019:1-7.
10. **Health Technology Assessment process: Fundamentals** [<https://www.eupati.eu/health-technology-assessment/fundamentals-of-health-technology-assessment-process/>]
11. อูชา ฉายเกิ้ล็ดแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์: คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2556.
12. Drummond MF, Schwartz JS, Jonsson B, Luce BR, Neumann PJ, Siebert U, Sullivan SD: **Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions.** *International journal of technology assessment in health care* 2008, 24(3):244-258; discussion 362-248.
13. **Health technology assessment** [https://www.who.int/medical_devices/assessment/en/]
14. Teutsch SM, Berger ML: **Evidence synthesis and evidence-based decision making: related but distinct processes.** *Medical decision making : an international journal of the Society for Medical Decision Making* 2005, 25(5):487-489.
15. **Arriving at an HTA recommendation** [https://www.eupati.eu/hta-decision-detail-v1_en/]
16. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ: คู่มือการดำเนินงานวิจัยด้านการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ. In. นนทบุรี; 2555.
17. WHO: **Global Survey on Health Technology Assessment by National Authorities: Main findings.** In. Geneva; 2015.
18. WHA: **WHA Resolution 67.23- Health Interventions and Technology Assessment in Support of Universal Health Coverage.** In.: Sixty-Seventh World Health Assembly 2014.

19. WHO Pan America Health Organization (PAHO): **Resolution CSP28.R9: Health Technology Assessment and Incorporation into Health Systems**. In.: WHO Pan America Health Organization (PAHO); 2012.
20. WHO Regional Office for South-East Asia: **Resolution SEA/RC66/R4-Health Intervention and Technology Assessment in Support of Universal Health Coverage**. In.: WHO Regional Office for South-East Asia; 2013.
21. WHO: **Making fair choices on the path to universal health coverage: Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage**. In. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014.
22. Hanvoravongchai P: **Health Financing Reform in Thailand: Toward Universal Coverage under Fiscal Constraints**. UNICO Study Series 20. Washington DC: The World Bank; 2013.
23. คณะทำงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2558: **บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2558 (National Health Account of Thailand 2015)**. In. นนทบุรี: มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
24. Tantivess S: **Policy making and roles of health technology assessment**. *Journal of the Medical Association of Thailand* 2008, 91 Suppl 2:S88-99.
25. Mohara A, Youngkong S, Velasco RP, Werayingyong P, Pachanee K, Prakongsai P, Tantivess S, Tangcharoensathien V, Lertiendumrong J, Jongudomsuk P *et al*: **Using health technology assessment for informing coverage decisions in Thailand**. *Journal of comparative effectiveness research* 2012, 1(2):137-146.
26. Teerawattananon Y, Tritasavit N, Suchonwanich N, Kingkaew P: **The use of economic evaluation for guiding the pharmaceutical reimbursement list in Thailand**. *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen* 2014, 108(7):397-404.
27. Kridakorn O: **[Cost and benefit of fluoride in the prevention of dental caries (author's transl)]**. *The Journal of the Dental Association of Thailand* 1975, 25(4):178-210.
28. Teerawattananon Y, Tantivess S, Yothasamut J, Kingkaew P, Chaisiri K: **Historical development of health technology assessment in Thailand**. *International journal of technology assessment in health care* 2009, 25 Suppl 1:241-252.
29. ปิยะ หาญวรงค์ชัย: **บทที่ 10 ระบบสุขภาพและการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ**. In: คู่มือการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทย. edn. Edited by อูษา ฉายเกล็ดแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์, สิริพร คงพิทยายัย, เนติ สุขสมบูรณ์. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2552.
30. Pongutta S, Suphanchaimat R, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V: **Lessons from the Thai Health Promotion Foundation**. *Bulletin of the World Health Organization* 2019, 97(3):213-220.
31. บอร์ด สปสช.บูรณาการทุกหน่วยงาน เดินหน้าสิทธิสร้างสุขภาพป้องกันโรค มุ่งลดอัตราเจ็บป่วยคนไทย [<https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MjEwNQ==>]
32. Watabe A, Wongwatanakul W, Thamarangsi T, Prakongsai P, Yuasa M: **Analysis of health promotion and prevention financing mechanisms in Thailand**. *Health Promot Int* 2017, 32(4):702-710.
33. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข: **กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ ปี 2554-2558**. In. กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
34. รู้จัก สสส. [<https://www.thaihealth.or.th/Aboutus.html>]

35. Velasco M, Perleth M, Drummond M, Gurtner F, Jorgensen T, Jovell A, Malone J, Ruther A, Wild C: **Best practice in undertaking and reporting health technology assessments. Working group 4 report.** *International journal of technology assessment in health care* 2002, 18(2):361-422.
36. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ: แผนหลัก สสส. 2561-2563. In.; 2560.
37. Sopitarchasak S, Adulyanon S, Lorthong T: **Thai Health Promotion Foundation: Innovative enabler for health promotion.** In: *World Health & Population.* vol. 16: 62-71.
38. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ: รายงานประจำปี 2561.
39. Pongutta S, Suphanchaimat R, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V: **Lessons from the Thai Health Promotion Foundation.** *Bull World Health Organ* 2019, 97(3):213-220.
40. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ: การวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม (SROI): กรณีศึกษาการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). In.; 2557.
41. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2563
[\[https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/2020/%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD/63_%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%81%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%97%E0%B8%B8%E0%B8%99%2063.pdf\]](https://www.nhso.go.th/files/userfiles/file/2020/%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B9%88%E0%B8%A7%E0%B8%A2%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD/63_%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%9A%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%AB%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%81%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%97%E0%B8%B8%E0%B8%99%2063.pdf)
42. คำสั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ 4/2562 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. In. Edited by สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
43. คำสั่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ 1/2560 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการคัดเลือกหัวข้อและจัดลำดับความสำคัญเข้าสู่การประเมินความจำเป็นและผลกระทบ เพื่อกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุข. In. Edited by สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
44. คำสั่งคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตที่ 7/2562 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการกำหนดประเภทและขอบเขตบริการด้านสาธารณสุข. In. Edited by สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
45. คำสั่งคณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตที่ 4/2562 เรื่องแต่งตั้งคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการกำหนดประเภทและขอบเขตในการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต (เพิ่มเติม). In. Edited by สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2560.
46. ดนัย ชินคำ, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, อนิภูรฎา พูนชัย, กุมารี พัทธนี, ภูษิต ประคองสาย: การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพกับการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2562, 13(1):34-46.
47. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ: โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับปีงบประมาณ 2559 ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. In. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2558.
48. *International journal of technology assessment in health care.*
49. โครงการพัฒนาข้อเสนอแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระยะที่ 2
[\[http://www.hisro.or.th/main/modules/research/attachgovernance/156/Full-text.pdf\]](http://www.hisro.or.th/main/modules/research/attachgovernance/156/Full-text.pdf)
50. วิสัยทัศน์และพันธกิจ [\[https://www.moph.go.th/assets/images/vision.jpg\]](https://www.moph.go.th/assets/images/vision.jpg)
51. 7 ๓: แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ. 2560-2579 เขตสุขภาพที่ 7. In.

52. รุ่งนภา คำผาง, สุธาสินี คำหลวง, ศรวณีย์ ทนุชิต, สรายุทธ ชันชะ, อัญรัตน์ อโนทัยสินทวี, พรธิดา หัดโนนตุ่น, ยศ ตีระพัฒนานันท์, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส: **โครงการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ (Quality standards: QS) สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระยะที่ 1.** In. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2560.
53. Kashuba AD, Dyer JR, Kramer LM, Raasch RH, Eron JJ, Cohen MS: **Antiretroviral-Drug Concentrations in Semen: Implications for Sexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1.** *Antimicrobial Agents and Chemotherapy* 1999, 43(8):1817-1826.
54. Parsons W: **Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis.** Cheltenham: Edward Elgar Publishing; 1995.
55. Hogwood BW, Gunn LA: **Policy analysis for the real world.** Oxford: Oxford University Press; 1984.
56. Walt G, Gilson L: **Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis.** *Health Policy and Planning* 1994, 9(4):353-370.
57. Walt G: **Health Policy: An Introduction to Process and Power.** London: Zed Books; 1994.
58. Leichter HM: **A comparative approach to policy analysis: health care policy in four nations.** Cambridge: Cambridge University Press; 1979.
59. Kingdon JW: **Agendas Alternatives and Public Policy.** Boston: Little, Brown.; 1984.
60. Baumgartner FR, Jones BD: **Agenda Dynamics and Policy Subsystems.** *Journal of Politics* 1991, 53(4):1044-1074.
61. Howlett M, Ramesh M: **Studying public policy: policy cycles and policy subsystems. Second ed.** Oxford: Oxford University Press; 2003.
62. Rose R: **What is Lesson-Drawing.** *Journal of Public Policy* 1991, 11(1):3-30.
63. Bennett CJ: **How States Utilize Foreign Evidence.** *Journal of Public Policy* 1991, 11(1):31-54.
64. Rochefort DA, Cobb RW: **Problem Definition: An Emerging Perspective.** In: *The Politics of Problem Definition: Shaping the Policy Agenda.* edn. Edited by Rochefort DA, Cobb RW. Lawrence, KS: University Press of Kansas; 1994.
65. Grindle MS, Thomas JW: **Public Choices and Policy Changes: the Political Economy of Reform in Developing Countries.** Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1991.
66. Hill M, Hupe P: **Implementing Public Policy.** London: Sage Publications; 2002.
67. Hudson J, Lowe S: **Understanding the policy process: Analysing welfare policy and practice.** Bristol: The Policy Press, University of Bristol; 2004.
68. Hill HC: **Understanding Implementation: Street-Level Bureaucrats' Resources for Reform.** *Journal of Public Administration Research and Theory* 2003, 13(3):265-282.
69. Lipsky M: **Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services.** New York: Russell Sage Foundation; 1980.
70. Trostle J, Bronfman M, Langer A: **How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies.** *Health Policy and Planning* 1999, 14(2):103-114.
71. Braybrook D, Lindblom C: **A Strategy of decision.** New York: The Free Press; 1963.
72. Mills A: **From research to knowledge to action: the dual challenge of health systems research.** *World Hospitals and Health Services* 2004, 40(1):18-23.

73. Chunharas S: **An integrative approach to translating knowledge and building a "learning organization" in health services management.** *Bulletin of the World Health Organization* 2006, 84(8):652-657.
74. Banta H, Luce B: **Health Care Technology and Its Assessment: An International Perspective.** New York, NY: Oxford University Press; 1993.
75. Teerawattananon Y: **Assessing the Feasibility of Using Economic Evaluation in Reimbursement of Health Care Services in Thailand.** Norwich: University of East Anglia; 2006.
76. Lehoux P, Blume S: **Technology Assessment and the Sociopolitics of Health Technologies.** *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2000, 25(6):1083-1120.
77. Have Ht: **Ethical perspectives on health technology assessment.** *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2004, 20(1):71-76.
78. Peterson MA: **The Limits of Social Learning: Translating Analysis into Action.** *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1997, 22(4):1077-1114.
79. Gray JM: **Evidence-based policy making.** *British Medical Journal* 2004, 329:988-989.
80. WHO: **The world health report 2000 - Health systems: improving performance.** Geneva; 2000.
81. Husereau D, Jacobs P, Manns B, Hoomans T, Marshall D, R. T: **Economic Evaluation of Complex Health System Interventions: A Discussion Paper.** In. Alberta, Canada: Institute of Health Economics; 2014.
82. Guise JM, Butler M, Chang C, Viswanathan M, Pigott T, Tugwell P: **AHRQ series on complex intervention systematic reviews-paper 7: PRISMA-CI elaboration and explanation.** *Journal of clinical epidemiology* 2017, 90:51-58.
83. Peters D, Tran N, Adam T: **Implementation Research: A Practical Guide.** Geneva: WHO; 2013.
84. Marchal B, Van Belle S, De Brouwere V, Witter S, Kegels G: **Complexity in health: Consequences for research and evaluation.** In. Aberdeen: FEMHealth; 2014.
85. พัชรา สิวทรวงศ์, วิไลลักษณ์ แสงศรี, พรธิดา หัตถโนนตุน, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส: **การทบทวนวรรณกรรมของการประเมินมาตรการสุขภาพที่ซับซ้อน.** In. นนทบุรี; 2561.
86. Thirsk L, Clark A: **Using Qualitative Research for Complex Interventions: The Contributions of Hermeneutics** *International Journal of Qualitative Methods* 2017, 16:1-10.
87. Pawson R, Tilley N: **Realist Evaluation.** In. Mt Torrens , SA 5244 Community Matters; 2004.
88. Pfadenhauer LM, Gerhardus A, Mozygemba K, Lysdahl KB, Booth A, Hofmann B, Wahlster P, Polus S, Burns J, Brereton L *et al*: **Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework.** *Implementation Science* 2017, 12:21.
89. Moore G, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Cooper C, Hardeman W, Moore L, O’Cathain A, Tinati T *et al*: **Process evaluation in complex public health intervention studies: the need for guidance.** *Epidemiol Community Health* 2014, 68:101-102.
90. Datta J, Petticrew M: **Challenges to evaluating complex interventions: a content analysis of published papers.** *BMC Public Health* 2013, 13:568.

91. Stojanovic J, Wübbeler M, Geis S, Reviriego E, Gutiérrez-Ibarluzea I, Lenoir-Wijnkoop I: **Evaluating Public Health Interventions: A Neglected Area in Health Technology Assessment.** *Front Public Health* 2020, 8:106-106.
92. Mathes T, Antoine SI Fau - Prengel P, Prengel P Fau - Bühn S, Bühn S Fau - Polus S, Polus S Fau - Pieper D, Pieper D: **HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT OF PUBLIC HEALTH INTERVENTIONS: A SYNTHESIS OF METHODOLOGICAL GUIDANCE.** (1471-6348 (Electronic)).
93. O'Rourke B, Werkö SS, Merlin T, Huang LY, Schuller TA-O: **The 'Top 10' Challenges for Health Technology Assessment: INAHTA Viewpoint.** (1471-6348 (Electronic)).
94. Marsden J, Ogborne A, Farrell M, Rush B, World Health Organization. Management of Substance Dependence T, United Nations. International Drug Control P, European Monitoring Centre for D, Drug A: **International guidelines for the evaluation of treatment services and systems for psychoactive substance use disorders / John Marsden ... [et al.].** In. Geneva: World Health Organization; 2000.
95. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, Moore L, O'Cathain A, Tinati T, Wight D *et al*: **Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance.** *BMJ : British Medical Journal* 2015, 350:h1258.
96. จอมขวัญ โยธาสุมุท, วิไลลักษณ์ แสงศรี: (ร่าง) แนวทางการประเมินโครงการคัดกรอง บำบัด และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด: แนวทางสำหรับผู้ดำเนินโครงการประเมินกระบวนการ (process evaluation). In. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2563.
97. **The Ottawa Charter for health promotion**
[www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/.]
98. รุ่งนภา คำผาง, สุธาสิณี คำหลวง, ศรวณีย์ ทนุชิต, สรายุทธ ชันชะ, ธีญูรัตน์ อโนทัยสินทวี, พรธิดา หัตถโนนตุน, ยศศิริพัฒนานานนท์, ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส: รายงานโครงการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ (Quality standards: QS) สำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค: ระยะที่ 1. In. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2560.
99. The International Union for Health Promotion and Education (IUHPE): **The evidence of health promotion effectiveness: shaping public health in a new Europe.** In. Vanves: IUHPE; 2000.
100. **Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity**
[<http://www.emro.who.int/aboutwho/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>.]
101. Rush B: **The evaluation of treatment services and systems for substance use disorders.** *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 2003, 25:393-411.
102. Blaikie N: **Designing Social Research.** Cambridge: Polity Press; 2000.
103. Ritchie J, Spencer L: **Chapter 9: Qualitative data analysis for applied policy research.** In: *Analyzing Qualitative Data.* edn. Edited by Bryman A, Burgess RG. London: Routledge; 1994.
104. Yin RK: **Case study research, Applied Social Research Methods Series Vol.5.** London Sage Publications; 1994.

105. Keen J, Packwood T: **Using case studies in health services and policy research**. In: *Qualitative Research in Health Care: second edition*. edn. Edited by Pope C, Mays N. London: BMJ Publishing Group; 1999.
106. Pope C, Ziebland S, Mays N: **Analysing qualitative data: second edition**. In: *Qualitative Research in Health Care*. edn. Edited by Pope C, Mays N. London: BMJ Publishing Group; 1999.