

การประเมิน

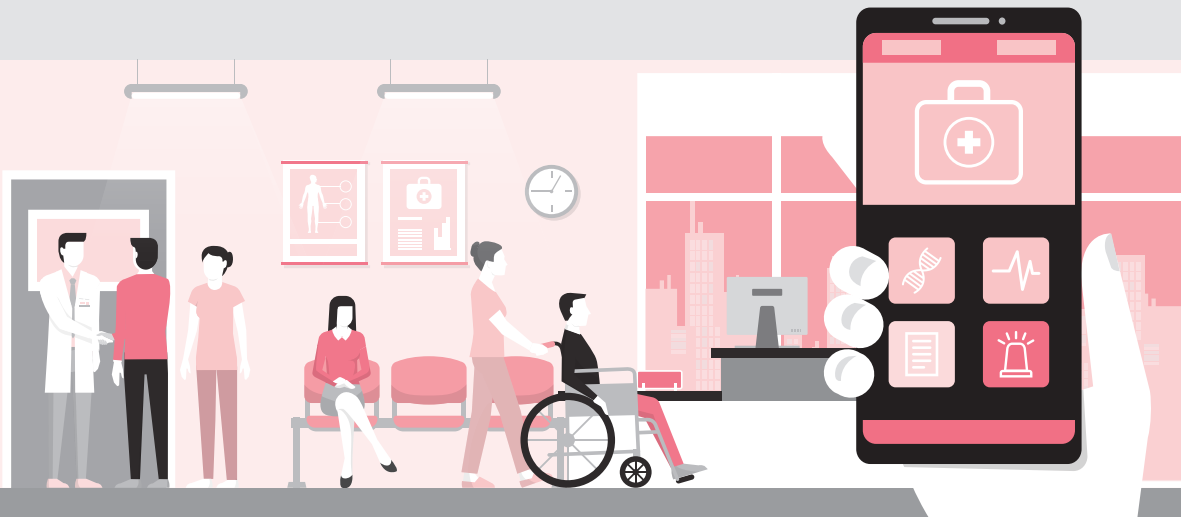
# เทคโนโลยีและนโยบาย ด้านสุขภาพ



ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ หรือไฮแทป (Health Intervention and Technology Assessment Program; HITAP) บริหารจัดการงานวิจัยเพื่อแก้ปัญหาในระบบสุขภาพ ทำงานวิจัยเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายภาครัฐ โดยใช้การประเมินความคุ้มค่าสำหรับจัดสรรทรัพยากรภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย นำเสนอการแก้ปัญหาในรูปของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง พัฒนาระบบวิจัย สร้างความเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการวิจัย และกระบวนการนโยบาย พร้อมไปกับการพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคล องค์กร และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการสร้างสภาวะแวดล้อมสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากผลงานวิจัย

บทความนี้เป็นกรณีศึกษาจากการบริหารจัดการโครงการวิจัยหนึ่ง ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นต้นสังกัดของผู้เขียน โดยผู้เขียนมีความโชคดีที่เมื่อสำเร็จการศึกษาปริญญาเอกด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ก็ได้รับการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา คือ ดร.นพ.วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และ นพ.สุวิทย์ วิบูลย์ผลประเสริฐ ให้ทำงานสานต่อจากคหุภินิพนธ์ของตนเอง คือ การใช้การประเมินความคุ้มค่าสำหรับจัดสรรทรัพยากรภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย (Teerawattananon, 2006) ตลอดระยะเวลา 12 ปีผ่านมา จากโครงการวิจัยเล็ก ๆ ที่มีคนทำงานเพียง 4 คน ได้กลายเป็นโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ หรือ ไฮแทป (Health Intervention and Technology Assessment Program; HITAP) ที่มีบุคลากรมากกว่า 60 คน ในจำนวนนี้เป็นชาวต่างชาติ 10 คน ทำงานวิจัยและสนับสนุนให้เกิดงานวิจัยด้านการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในและต่างประเทศกว่า 10 ประเทศ ได้รับทุนวิจัยจากแหล่งทุนทั่วโลกปีละกว่า 50 ล้านบาท ผลงานวิจัยได้กลายเป็นนโยบายสำคัญของประเทศไทยและหลายประเทศ องค์การอนามัยโลกระบุให้ไฮแทปเป็นแบบอย่างของหน่วยงานวิจัยที่ประเทศต่าง ๆ ควรมี สำหรับสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายเพื่อความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (World Health Organization, 2011) นอกจากวิสัยทัศน์และการสนับสนุนของผู้ใหญ่ในระบบสุขภาพและผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขแล้ว คงปฏิเสธไม่ได้ว่า ความสำเร็จเหล่านี้เกิดขึ้นจากการบริหารจัดการทั้งด้านวิชาการ และด้านการจัดการอื่น ๆ ประกอบกับความพยายามและความมุ่งมั่นของกลุ่มคนภายในสำนักงานโครงการแห่งนี้ ผู้เขียนในฐานะที่เกี่ยวข้องมาตั้งแต่ต้นขอเสนอให้เห็นถึงพัฒนาการและการจัดการที่สามารถทำให้ไฮแทป เป็นองค์กรวิชาการที่มีพลังขับเคลื่อนนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ





เพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจบริบทของเรื่องราวที่จะเล่าต่อไป ผู้เขียนขอเริ่มต้นด้วยการกล่าวถึงปัญหาหรือทุกข์ในระบบสุขภาพ จากนั้นจะชี้แจงให้เห็นถึงสาเหตุของปัญหาหรือสมุทัย เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจได้ว่า เหตุใดงานวิจัยการประเมินความคุ้มค่าจึงมีความสำคัญและเป็นประโยชน์ รวมถึงเหตุผลในการ**บริหารจัดการงานวิจัย**ที่ให้ความสำคัญกับประเด็นในรายละเอียดบางอย่างที่อาจไม่เหมือนกับการบริหารจัดการงานวิจัยประเภทอื่น ๆ เช่น การให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือการสื่อสารองค์กร เป็นต้น ส่วนต่อมาผู้เขียนได้นำเสนอให้เห็นนิโรธหรือความดับทุกข์ในรูปของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง หรือ theory of change ที่เป็นแนวทางการจัดการโครงการวิจัยเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ ส่วนสุดท้าย คือ มรรคหรือการบริหารจัดการงานวิจัย เพื่อดับทุกข์ของระบบสุขภาพ โดยผู้เขียนจะให้รายละเอียดในส่วนสุดท้ายนี้มากที่สุด เพื่อสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหนังสือเล่มนี้ อย่างไรก็ตาม หากผู้อ่านมีความสนใจในรายละเอียดส่วนอื่น ๆ สามารถติดตามอ่านได้จากเอกสารที่ปรากฏในเว็บไซต์ของสำนักงานโครงการฯ หรือหนังสือ The start in the east: a short history of HITAP (Culyer, Podhisita et al., 2017) ซึ่งได้จัดทำขึ้นโดยมูลนิธิรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล เพื่อประกอบการประชุมวิชาการนานาชาติประจำปีรางวัลสมเด็จพระเจ้าฟ้ามหิดล ปี พ.ศ. 2559 ที่ผ่านมา

## ทุกข์ในระบบสุขภาพ : ไม่เพียงทุกข์เพราะเจ็บ แต่ยังเป็นทุกข์เพราะจ่าย

เกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นสัจธรรมของชีวิต มนุษย์ทุกคนต้องผ่านเหตุการณ์เหล่านี้ด้วยกันทั้งสิ้น อย่างไรก็ตาม ระบบสุขภาพของสังคมยุคใหม่ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายจำนวนมาก หลายครอบครัวต้องประสบปัญหาล้มละลายเพราะค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ ที่เรียกว่า catastrophic health expenditure นั้นหมายถึง การต้องขายทรัพย์สินของครอบครัวหรือกู้หนี้ยืมสินจากผู้อื่นเพื่อมาชำระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ สมาชิกในครัวเรือนต้องหยุดโอกาสทางการศึกษาหรือบางรายถึงกับต้องอดอยาก เพราะครัวเรือนขาดสภาพคล่องในการใช้จ่าย ด้วยเหตุแห่งความรุนแรงนี้ catastrophic health expenditure<sup>1</sup> จึงกลายเป็นตัวชี้วัดอย่างหนึ่งของระบบสุขภาพ รัฐบาลในหลายประเทศโดยเฉพาะประเทศที่มีสถานะทางเศรษฐกิจที่มั่นคง จึงเร่งสร้างหลักประกันสุขภาพให้กับประชาชนของตนเอง เพื่อให้ประชาชนไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย เมื่อต้องการบริการสุขภาพที่มีราคาแพง นับเป็นการสร้างความเสมอภาคในการมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในสังคม

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คนไทยทุกคนมีหลักประกันสุขภาพจากหนึ่งในสามระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ระบบประกันสังคม และระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ รัฐบาลไทยได้ใช้งบประมาณจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละ 14 ของงบประมาณประจำปีในระบบสุขภาพ หรือคิดเป็นมูลค่ากว่า 3 แสนล้านบาทต่อปี จากการลงทุนดังกล่าวพบว่า สัดส่วนของค่าใช้จ่ายครัวเรือนต่อค่าใช้จ่ายภาครัฐในระบบสุขภาพลดลงจากร้อยละ 70 ก่อนมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2545 เหลือเพียงร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2559 ประเมินการณ์ว่า นับตั้งแต่มีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในประเทศไทย ครัวเรือนประมาณ 3 แสนครัวเรือนรอดพ้นจากการล้มละลาย อันเนื่องมาจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพระหว่างปี พ.ศ. 2554 ถึง 2559 (Evans, Chowdhury et al., 2012) ด้วยเหตุนี้ ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย จึงได้รับการยกย่องไปทั่วโลกในฐานะเป็นนโยบายที่ประสบความสำเร็จสามารถช่วยเหลือประชาชน ลดช่องว่างของความไม่เสมอภาคในสังคม และนำมาซึ่งประโยชน์ทางเศรษฐกิจจากการที่ประชาชนมีสุขภาพที่ดีสามารถเป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพของประเทศชาติ (World Health Organization, 2010)

<sup>1</sup> catastrophic health expenditure มีนิยามที่หลากหลาย ขึ้นกับวัตถุประสงค์และข้อมูลที่มีอยู่ โดยทั่วไปมักเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือนเทียบกับค่าใช้จ่ายอื่น ๆ หากมีค่าสูงกว่าร้อยละ 30 ก็นับว่า ครัวเรือนนั้นครอบครัวต้องประสบปัญหาล้มละลายเพราะค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ



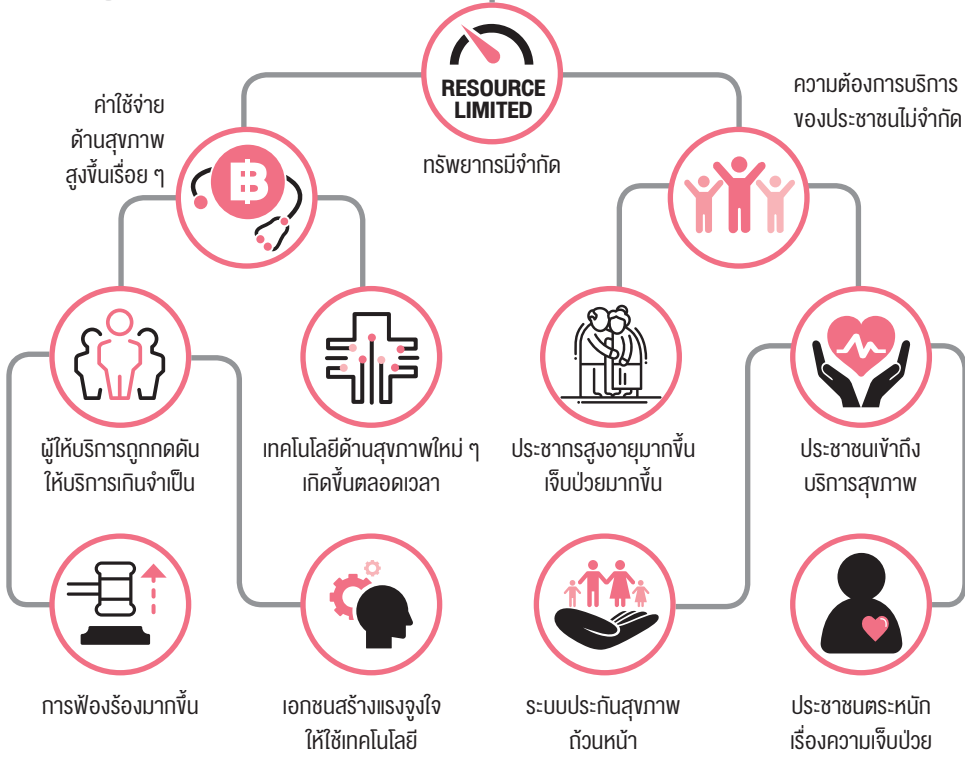
อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ไม่สอดคล้องกับการขยายตัวทางเศรษฐกิจ รัฐบาลไม่สามารถเพิ่มงบประมาณด้านสุขภาพได้ตามความต้องการของระบบประกันสุขภาพ โรงพยาบาลหลายแห่งประสบปัญหาขาดทุน เกิดคำถามเรื่องความยั่งยืนของระบบสุขภาพในระยะยาว ปัญหาทั้งหมดนี้อาจมองได้ว่า เกิดจากความจำกัดของทรัพยากรนั่นเอง นอกจากนี้ จากประสบการณ์ของหลายประเทศที่เคยจัดระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาก่อนประเทศไทย ล้วนแสดงให้เห็นว่า ปัญหาเรื่องการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายสุขภาพจะยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ อันเนื่องจากหลากหลายสาเหตุหลายปัจจัย ที่มีการอ้างอิงกันมาก คือ การที่ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ทำให้มีจำนวนหรือสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งย่อมมีโอกาสเจ็บป่วยและต้องการบริการสุขภาพมากขึ้นตามไปด้วย (Bodenheimer, 2005) หรือบ้างก็อ้างถึงการที่ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไป คือ บริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูงแต่ขาดการออกกำลังกาย ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่มากขึ้น ทำให้เป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ หรือ non-communicable diseases เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเหล่านี้ต้องการทรัพยากรในระบบสุขภาพมาก เพราะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องรักษาไปตลอดชีวิต และมีโอกาสป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนที่ต้องใช้เทคโนโลยีที่มีราคาแพงมากขึ้นไปอีก เช่น ไตวายจนนำไปสู่การล้างไต เป็นต้น (Abegunde, Mathers et al., 2007) ในส่วนต่อไป ผู้เขียนจะแจกแจงให้เห็นถึงสาเหตุที่แท้จริงของการเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ตามหลักฐานทางวิทยาศาสตร์เท่าที่มีอยู่ ซึ่งจะช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจมากขึ้นถึงต้นเหตุแห่งทุกขีในระบบสุขภาพ และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่สาเหตุในส่วนต่อ ๆ ไป

## สรุป : สาเหตุแห่งทุกข์ของระบบสุขภาพ

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า ไม่มีประเทศใดในโลกที่สามารถทำให้คนป่วยทุกคนทุกโรค เข้าถึงการรักษาที่มีอยู่ทุกชนิดในโลกนี้ ถึงแม้จะเป็นประเทศร่ำรวยที่มีระบบรัฐสวัสดิการที่ดีที่สุดอย่างสวีเดนหรือญี่ปุ่นก็ตาม ประเทศส่วนใหญ่จึงจัดระบบสุขภาพให้การวินิจฉัย การรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ เพียงบางส่วนเท่านั้นอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้ประกันตน สามารถเข้าถึงบริการโดยไม่มีค่าใช้จ่าย หรือมีการร่วมจ่ายที่พอสมควร

หากจะนำหลักแนวคิดทางเศรษฐศาสตร์มาอธิบายปรากฏการณ์ดังกล่าว อาจสรุปได้ว่า ปัญหาเรื่องทรัพยากรไม่เพียงพอในระบบสุขภาพเกิดจากทั้งปัญหาฝั่งอุปทานหรือผู้ให้บริการ (supply) และอุปสงค์หรือผู้รับบริการ (demand) ดังภาพที่ 1 ซึ่งพบว่า มีปัจจัยที่ทำให้ผู้ให้บริการเกิดความกดดันในการต้องสั่งใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์เกินความจำเป็น ไม่ว่าจะเป็นการตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องมือแพทย์ การส่งยา การให้วัคซีนหรือการทำหัตถการผ่าตัด เป็นต้นส่วนหนึ่งเพราะกระแสสังคมในเรื่องการฟ้องร้องบุคลากรทางการแพทย์มีมากขึ้น ผู้ให้บริการจึงให้บริการแบบป้องกันตนเอง เช่น ส่งตรวจด้วยวิธีต่าง ๆ เพื่อให้มีหลักฐานรองรับอย่างชัดเจนในการวินิจฉัยความผิดปกติ ทั้งที่การซักประวัติและตรวจร่างกายสามารถทราบผลการวินิจฉัยได้แล้วก็ตาม (Mello, Chandra et al., 2010) ประกอบกับผู้ประกอบการภาคเอกชน ที่ต้องการขายผลิตภัณฑ์ของตนเองก็พยายามใช้กลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์สั่งใช้เทคโนโลยีของตนเองให้มากขึ้น ขณะเดียวกันผู้ประกอบการก็มีการผลิตคิดค้นนวัตกรรมใหม่ ๆ ออกสู่ตลาดเพื่อสร้างผลกำไรมากขึ้น เพราะมีแรงจูงใจจากการได้ผูกขาดตลาดในช่วงเวลาหนึ่งจากระเบียบเรื่องทรัพย์สินทางปัญญา นวัตกรรมใหม่มักมีราคาแพงขึ้นกว่ายา วัคซีน หรือเครื่องมือแพทย์ที่ใช้อยู่เดิม (Chesbrough, 2006) จึงเป็นอีกสาเหตุหนึ่งของการมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับปัญหาด้านอุปสงค์ จะพบว่า การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ มีประชากรอายุมากกว่า 60 หรือ 65 ปี ในสัดส่วนสูงขึ้น หรือการที่ประชาชนตระหนักเรื่องสุขภาพและมีระบบสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลทำให้ไม่ต้องกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายเมื่อไปรับบริการ ล้วนแต่เป็นปัจจัยให้เกิดความต้องการด้านบริการสุขภาพมากขึ้น

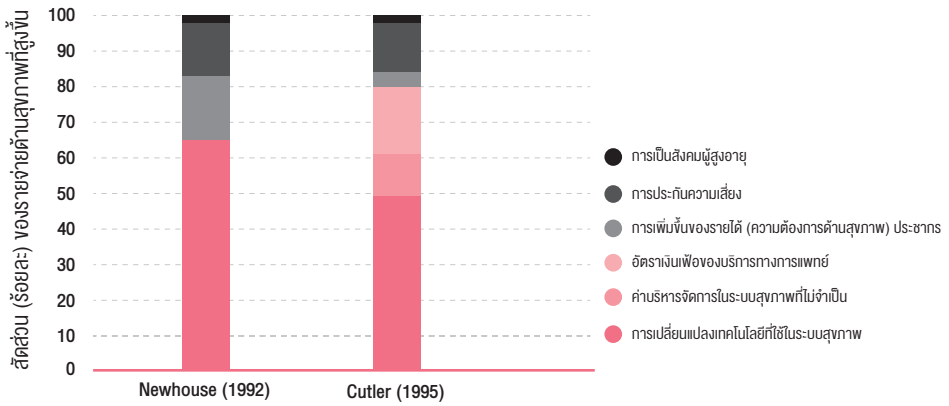
# PROBLEM TREE



ภาพที่ 1 แผนภูมิปัญหาในระบบสุขภาพที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่

ถึงแม้ว่าปัจจัยจะเกิดขึ้นทั้งจากฝั่งอุปทานและอุปสงค์ งานวิจัยในอดีตสองชิ้นแสดงให้เห็นว่านวัตกรรมหรือพัฒนาการด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการเพิ่มของค่าใช้จ่ายสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกา (Appleby, 2013) กล่าวคือ ครึ่งหนึ่งหรือมากกว่าครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้นในแต่ละปี เนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนเทคโนโลยีที่ใช้ในการป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพนั่นเอง จากข้อมูลนี้เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับสถานการณ์ในประเทศไทย ซึ่งพบว่า ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ ซึ่งปีงบประมาณ 2556 มียอดเบิกจ่ายทั้งสิ้น 59,557 ล้านบาท ปีงบประมาณ 2557 เบิกจ่าย 66,353 ล้านบาท ปีงบประมาณ 2558 เบิกจ่าย 66,455 ล้านบาท และปีงบประมาณ 2559 เบิกจ่าย 71,000 ล้านบาท หากพิจารณาจากข้อมูลจำนวนข้าราชการและผู้มีสิทธิในสวัสดิการพบว่า ไม่เปลี่ยนแปลงมากนักในแต่ละปี และอายุของผู้มีสิทธิก็ไม่ได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วตามการเปลี่ยนแปลงของยอดเบิกจ่าย จึงอาจอธิบายปรากฏการณ์เพิ่มขึ้นของยอดค่าใช้จ่ายในระบบสวัสดิการนี้ว่า เกิดจากความเปลี่ยนแปลงในการสั่งใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพนั่นเอง (Tangcharoensathien, Limwattananon et al., 2014)

## ปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลให้รายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชาชนเพิ่มขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา



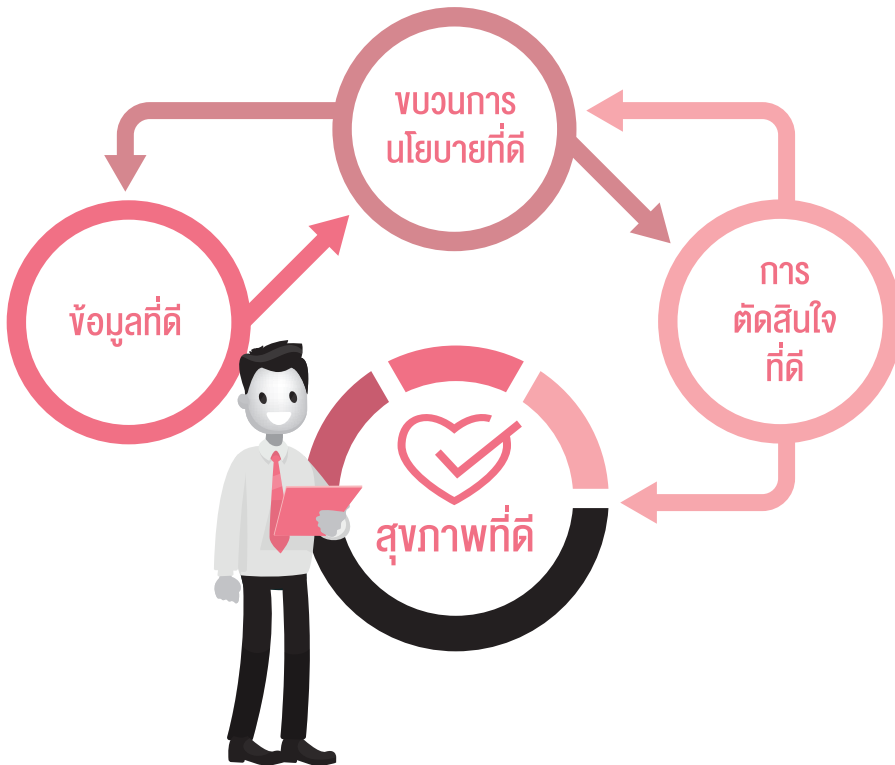
ภาพที่ 2 ปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลให้รายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น  
ที่มา : (Appleby, 2013)

การมีทรัพยากรในระบบสุขภาพอย่างจำกัด ในทางเศรษฐศาสตร์พิจารณาว่า ทำให้เกิดค่าเสียโอกาส หรือ opportunity cost เพราะการใช้ทรัพยากรที่จำกัดลงไป ย่อมเสียโอกาสที่จะใช้ทรัพยากรนั้นในกิจกรรมอย่างอื่นซึ่งให้ผลประโยชน์ได้เช่นกัน ดังนั้น หากประโยชน์ที่ได้จากการลงทุนในครั้งนั้น ๆ มีมากกว่าค่าเสียโอกาส นับว่าเป็นการลงทุนที่คุ้มค่า แต่ถ้าประโยชน์ที่ได้จากการลงทุนมีค่าน้อยกว่าค่าเสียโอกาส การลงทุนดังกล่าวนับเป็นการลงทุนที่ไม่คุ้มค่า (Culyer, Podhisita et al., 2017) หลักการนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการตัดสินใจลงทุนในเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เช่น หากมียาใหม่ออกสู่ท้องตลาด และระบบประกันสุขภาพต้องการพิจารณาว่า ควรให้ยาใหม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยหรือไม่ ก็สามารถทำการประเมินเพื่อพิจารณาความคุ้มค่าระหว่างยาใหม่กับยาเดิมที่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์อยู่แล้ว โดยดูว่าต้นทุนค่าเสียโอกาสจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นของการใช้ยาใหม่เทียบกับยาเก่ามีความคุ้มค่าหรือไม่ เมื่อพิจารณาประโยชน์ที่ได้รับเพิ่มขึ้นจากการใช้ยาใหม่เทียบกับประโยชน์ที่ได้รับจากการใช้ยาเก่า หากประโยชน์ที่นำมาเปรียบเทียบกับตัวในรูปของปีสุขภาวะ (Quality-Adjusted Life Year; QALY) คือ พิจารณาทั้งชีวิตที่ยืนยาวขึ้น และคุณภาพชีวิต (Drummond, Sculpher et al., 2005) ซึ่งการดูแลรักษาบางความเจ็บป่วย อาจไม่สามารถทำให้ชีวิตยืนยาวได้ แต่ทำให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งก็นำมาคำนวณเป็นปีสุขภาวะได้ หรือการดูแลรักษาบางความเจ็บป่วยก็อาจเพิ่มอายุขัยออกไปได้ โดยไม่ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นก็สามารถคำนวณเป็นปีสุขภาวะได้เช่นกัน เท่ากับว่าแนวทางการประเมินความคุ้มค่าแบบนี้ สามารถเปรียบเทียบการดูแลรักษาแบบต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยโรคเดียวกันและการดูแลรักษาแบบต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วยต่างโรคได้ด้วย จึงมีประโยชน์ทั้งการเพิ่มประสิทธิภาพเชิงเทคนิค (technical efficiency) และการเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากรในภาพรวม (allocative efficiency) ไปพร้อมกัน ในส่วนต่อไปจะกล่าวถึงการนำหลักการประเมินความคุ้มค่านี้ ไปใช้ในเชิงนโยบายได้อย่างไรอย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างไร



## นิโรร : ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง

ปัจจุบันได้พิสูจน์แล้วว่า ความเชื่อที่ว่า หากมีข้อมูลวิชาการที่ดี จะนำไปสู่การใช้ประโยชน์เชิงนโยบายเป็นความเชื่อที่ผิด ทั้งนี้ เพราะผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างมีนิยามหรือความเชื่อของคำว่า “**ข้อมูลที่ดี**” แตกต่างกัน เช่น ผู้กำหนดนโยบายอาจมองว่า ข้อมูลที่ดี คือ ข้อมูลที่สามารถตอบปัญหาเชิงนโยบายที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างทันเวลา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภาคประชาสังคมอาจมองว่า ข้อมูลที่ดี คือ ข้อมูลที่ได้มาจากกระบวนการที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ และมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกภาคส่วน ด้วยเหตุดังกล่าว **ตอนก่อตั้งไฮแทป และเริ่มทำงานวิจัยเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายในภาครัฐ ไฮแทปจึงมุ่งดำเนินกิจกรรมไม่เฉพาะการสร้างหลักฐานข้อมูลเชิงวิชาการที่ถูกต้อง มีมาตรฐานในระดับนานาชาติเท่านั้น หากแต่ยังให้ความสำคัญกับกระบวนการพัฒนานโยบายที่ดี** ซึ่งรวมถึงการค้นหาโจทย์วิจัยที่ตรงกับความต้องการของผู้กำหนดนโยบายและเห็นพ้องของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ จนต่อมาสามารถนำกรอบการดำเนินงานของไฮแทปมาสรุปเป็นทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของไฮแทปได้ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของไฮแทป ในการทำให้การประเมินความคุ้มค่าเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน



จากภาพที่ 3 เห็นได้ว่าการมีข้อมูลที่ดียังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดนโยบายที่ดี หากแต่ต้องมีการสร้างกระบวนการนโยบายที่ดี สนับสนุนการใช้หลักฐานทางวิชาการ นอกจากนี้ ยังพบความสัมพันธ์แบบสนับสนุนซึ่งกันและกันของการมีข้อมูลทางวิชาการที่ดีกับการมีกระบวนการนโยบายที่ดี กล่าวคือ ข้อมูลวิชาการที่ดีมีส่วนทำให้เกิดกระบวนการนโยบายที่ดี และนำไปสู่การตัดสินใจที่ดีบนหลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ข้อมูลที่ดียอมทำให้การหรือเชิงนโยบายทำได้ง่ายมีความชัดเจน เป็นต้น ขณะเดียวกันการมีกระบวนการนโยบายที่ดี เช่น การมีส่วนร่วมในการค้นหาโจทย์วิจัยที่เหมาะสมตรงกับความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ย่อมทำให้เกิดข้อมูลวิจัยที่ดีตรงกับความต้องการของผู้กำหนดนโยบาย พร้อมใช้งานสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายต่อมานั่นเอง เช่นเดียวกับกระบวนการนโยบายที่ดียอมสนับสนุนผู้กำหนดนโยบายให้ตัดสินใจได้ง่ายขึ้น และการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ (ที่เรียกว่า การตัดสินใจที่ดี) ย่อมสนับสนุนการเกิดกระบวนการนโยบายที่ดีต่อไปในอนาคต สุดท้ายการตัดสินใจที่วางอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ ย่อมเพิ่มโอกาสในการสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อนโยบายใหม่ที่เกิดขึ้น ทำให้ประชาชนหรือผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้นเป็นลำดับสุดท้าย

จากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงนี้ นำไปสู่การบริหารจัดการโครงการวิจัยของไฮแทป รวมถึงกิจกรรมการพัฒนาขีดความสามารถและศักยภาพของบุคลากร หน่วยงาน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดังรายละเอียดในส่วนต่อไป ซึ่งเป็นหัวใจของบทความและหนังสือเล่มนี้

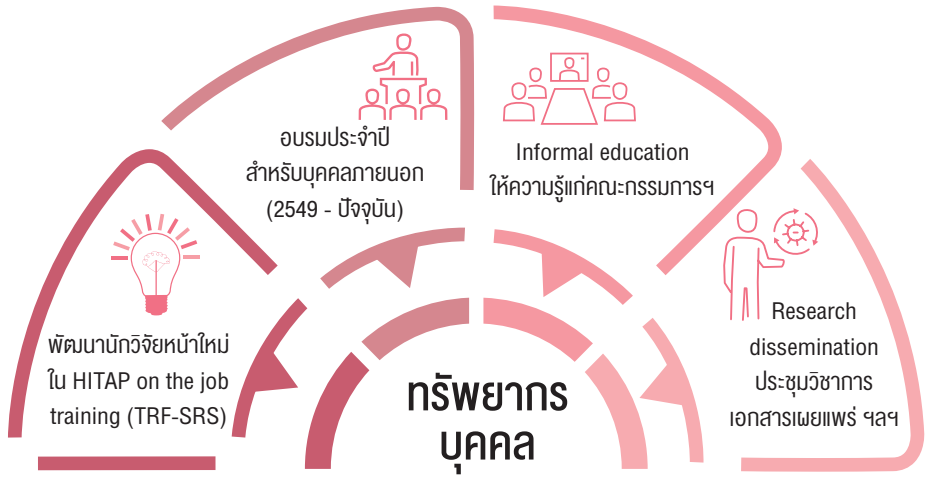
## USSA : การบริหารจัดการงานวิจัยเพื่อดับทุกข์ของระบบสุขภาพ

จากทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงของไฮแทปข้างต้น ได้นำไปสู่การวางแผนและดำเนินงานตลอดเวลาสิบกว่าปีที่ผ่านมา เพื่อให้เกิดการมีข้อมูลที่ดี การมีขบวนการนโยบายที่ดี และการตัดสินใจเชิงนโยบายที่ดี ดังที่จะยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมให้เกิดความชัดเจนดังต่อไปนี้

### การมีข้อมูลที่ดี

การจะสร้างงานวิจัยให้มีคุณภาพที่ดีนั้น ต้องเกิดจากองค์ประกอบสำคัญ คือ 1) การมีทีมวิจัยที่ดี มีความสามารถ ทำงานอย่างมืออาชีพ 2) การมีระบบพื้นฐานรองรับการวิจัย เช่น มีคู่มือมาตรฐานด้านระเบียบวิธีวิจัย มีฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นต้น 3) การมีงบวิจัยอย่างเพียงพอ 4) การมีระบบตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยจะกล่าวในรายละเอียดถึงการบริหารจัดการ เพื่อสร้างองค์ประกอบเหล่านี้ทีละส่วน ดังต่อไปนี้

**1. การบริหารจัดการเพื่อสร้างทรัพยากรบุคคล** ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมวิจัย ผู้กำหนดนโยบาย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ เพื่อรองรับการใช้ข้อมูลการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ (ดังแสดงในภาพที่ 4) เริ่มต้นด้วยการสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่ของไฮแทป ผ่านการสมัครคัดเลือกหรือการชักชวนนักศึกษาปริญญาโท ปริญญาเอกที่เคยทำงานวิจัยร่วมกับไฮแทประหว่างการศึกษาคู่ต่อเพื่อมาทำงานที่ไฮแทปหลังสำเร็จการศึกษา ทั้งนี้ ไฮแทปเลือกที่จะสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่ แทนที่จะเชิญนักวิจัยที่มีประสบการณ์ในงานวิจัยประเภทนี้มาทำงานในโครงการวิจัย เพราะต้องการลดต้นทุนตอนจัดตั้ง ซึ่งโครงการฯ มีงบประมาณจำกัด ประกอบกับความต้องการของตลาดเอกชนสำหรับนักวิจัยประเภทนี้มีสูงมาก ในต่างประเทศนักวิจัยที่มีความสามารถด้านการประเมินความคุ้มค่ามีอัตราค่าจ้างโดยเฉลี่ยสูงกว่านักวิจัยอื่น ๆ ในระบบวิจัยด้านสุขภาพ การสร้างนักวิจัยรุ่นใหม่ยังเป็นการซื้อใจนักวิจัยในระยะยาว เพราะไฮแทปต้องการนักวิจัยที่มีอุดมการณ์สูง ต้องการการทำงานเพื่อผลประโยชน์ของสังคมส่วนรวม ที่ผ่านมารับนักวิจัยรุ่นใหม่ที่ไม่มีความรู้ด้านการประเมินความคุ้มค่ามาฝึกหัดในลักษณะ on-the-job training คือ ใช้การทำงานเป็นบทเรียนแบบฝึกหัด มีการสอนแบบที่สอนน้องนับว่าได้ผลดีมาก จนถึงปัจจุบันนักวิจัยที่ผ่านการพัฒนาในระบบนี้ ต่อมาได้รับการสนับสนุนไปศึกษาต่อในระดับปริญญาโทจำนวน 7 คน และระดับปริญญาเอกจำนวน 8 คน ทั้งนี้ เกสซ์กรนับเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่สุด ที่ผ่านการพัฒนาในระบบนี้ ตามมาด้วย นักเศรษฐศาสตร์ นักสถิติ ตามลำดับ



ภาพที่ 4 ยุทธศาสตร์ต่าง ๆ ที่โยธาทบใช้ในการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรกลุ่มต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการใช้ข้อมูลการประเมินความคุ้มค่าในเชิงนโยบาย

ถัดมาเป็นการเผยแพร่ความรู้ ด้านการประเมินความคุ้มค่าให้แก่นักวิชาการ และบุคคลทั่วไป ที่สนใจงานวิจัยประเภทนี้ ให้มีความรู้ความเข้าใจ โดยโยธาทบจัดการอบรมปีละ 1 ครั้ง มี 2 หลักสูตร คือ **หลักสูตรเบื้องต้น** เพื่อแนะนำหลักการความสำคัญ และชี้ให้เห็นประโยชน์ในการนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย เช่น การพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการให้มีความสามารถในการค้นหาข้อมูลประเภทนี้ได้ตามแหล่งข้อมูลต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ และสามารถวิเคราะห์วิจารณ์ผลงานวิจัยประเภทนี้ได้ อย่างเป็นระบบ หลักสูตรที่สองเป็น **หลักสูตรก้าวหน้า** เน้นเรื่องระเบียบวิธีวิจัยและการฝึกลงมือปฏิบัติ เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้ด้วยตนเอง เหตุผลสำคัญของการจัดหลักสูตรอบรมสำหรับบุคคลทั่วไป เนื่องจากการประเมินความคุ้มค่านี้เป็นศาสตร์ที่ค่อนข้างใหม่ หากมีการเผยแพร่ให้นักวิชาการกลุ่มอื่นได้มีโอกาสเรียนรู้ และทำความเข้าใจก็จะทำให้เกิดการยอมรับได้ง่ายขึ้น ที่ผ่านมาในช่วงต้นพบว่า อาจารย์ในมหาวิทยาลัยให้ความสนใจเข้ารับการอบรมเป็นจำนวนมาก และนำไปสู่การพัฒนาการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในคณะเภสัชศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และคณะเศรษฐศาสตร์ บุคลากรอีกสองกลุ่มที่พบว่าให้ความสำคัญในการเข้ารับการอบรม คือ บุคลากรจากบริษัทยาและบริษัทเครื่องมือแพทย์ และแพทย์ผู้สั่งใช้เทคโนโลยี ที่มีความต้องการเข้าใจงานวิจัยประเภทนี้ เพราะถูกนำไปอ้างอิงในการตัดสินใจนโยบาย อยู่เนื่อง ๆ หรือต้องการหัดทำวิจัยเองก็มี จนถึงปัจจุบัน มีผู้ผ่านหลักสูตรการอบรมนี้กว่า 1,000 คน การอบรมสามารถสร้างรายได้ให้แก่โยธาทบได้ไม่ต่ำกว่า 4 ล้านบาท เรียกว่าได้ทั้งประชาสัมพันธ์วิชาการ สร้างเครือข่าย และสร้างรายได้ให้แก่องค์กรไปพร้อม ๆ กัน



สำหรับกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย ถึงแม้จะมีจำนวนประปรายที่เข้ารับการอบรมประจำปี ตามที่ได้ระบุข้างต้น แต่ก็ไม่ใช่กลุ่มที่ตัดสินใจในคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ หรือคณะกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ข้อมูลการประเมินความคุ้มค่าสำหรับการตัดสินใจในชุดสิทธิประโยชน์ทั้งสอง ในระยะแรก ๆ ไชแทปได้ประสานไปยังเลขานุการของคณะกรรมการทั้งสองเพื่อเข้าไปชี้แจง ให้ข้อมูลถึงความสำคัญ ความจำเป็นของการใช้ข้อมูลการประเมินความคุ้มค่าสำหรับการตัดสินใจชุดสิทธิประโยชน์ ต่อมาหลังจากคณะกรรมการทั้งสองชุดได้ใช้ข้อมูลดังกล่าวเป็นสำคัญ ไชแทปก็ได้โอกาสจากคณะกรรมการทั้งสองคณะให้เข้าไปให้ข้อมูลแก่สมาชิกใหม่ ในคณะกรรมการที่ตั้งตั้งเข้ามารับตำแหน่งอยู่เสมอ นับเป็นหนึ่งในช่องทางสำคัญที่ทำให้ผู้กำหนดนโยบายมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดความมั่นใจในการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลเหล่านี้ และเกิดความไว้วางใจต่อทีมวิจัยและไชแทป นอกจากนี้ ในการนำเสนอผลการประเมินความคุ้มค่าเพื่อประกอบการตัดสินใจในแต่ละกรณี ไชแทปจะพยายามใช้โอกาสเหล่านี้ในการเพิ่มความรู้ ความเข้าใจในเรื่องหลักการและวิธีวิจัยที่ถูกต้องให้แก่คณะกรรมการไปด้วย นับเป็นการให้ข้อมูล ให้ความรู้แก่ผู้กำหนดนโยบายกลุ่มเป้าหมายอย่างไม่เป็นทางการแต่มีประสิทธิภาพมาก

สุดท้าย คือ การให้ความสำคัญต่อการสื่อสารงานวิจัยกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ทั้งนี้ ไฮแทป จัดพิมพ์ **policy brief** เพื่อสรุปผลงานวิจัยและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยมีจุดมุ่งหมายสำหรับ ผู้กำหนดนโยบายในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่ ระดับชาติ จังหวัด โรงพยาบาล สำหรับกลุ่มบุคลากรทาง การแพทย์ การเผยแพร่งานวิจัยจะเน้นไปที่การประชุมวิชาการของผู้ประกอบวิชาชีพ สำหรับ ประชาชนทั่วไปการสื่อสารจะเน้นที่สื่อสารมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ รายการโทรทัศน์ รายการวิทยุ สุดท้ายกลุ่มวิชาการไฮแทป ได้เผยแพร่งานวิจัยทุกชิ้นในรูปรายงานและบทความวิชาการในวารสาร วิชาการทั้งในและต่างประเทศ การเผยแพร่งานวิจัยไปยังประชากรกลุ่มต่าง ๆ นอกจากจะทำให้ เกิดความเข้าใจ ยอมรับการประเมินความคุ้มค่าแล้ว ยังเป็นการทำให้ผู้กำหนดนโยบายต้องเพิ่ม ความตระหนักมากยิ่งขึ้น หากตัดสินใจนโยบายลงไปแตกต่างจากผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ เชิงนโยบายที่ได้จากการประเมินความคุ้มค่า

**2. การมีระบบพื้นฐานรองรับการวิจัย** ประเด็นนี้มีความสำคัญอย่างมาก สำหรับงานวิจัยใหม่ เช่น **การประเมินความคุ้มค่า** กิจกรรมแรกที่ไฮแทปดำเนินการ คือ **การจัดทำคู่มือมาตรฐาน การประเมินความคุ้มค่า** ที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะแก่นักวิจัยในประเทศว่า ทำวิจัยอย่างไร ให้งานวิจัย มีคุณภาพดี มีความน่าเชื่อถือ และยังสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับผู้กำหนดนโยบาย และผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียในการประเมินคุณภาพของงานวิจัย ทั้งนี้ จนถึงปัจจุบันคู่มือมาตรฐานที่ได้พัฒนาขึ้น ทั้งสองฉบับในปี พ.ศ. 2550 (Wibulpolprasert, 2008) และ 2556 (Teerawattananon, 2011) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ และคณะกรรมการพัฒนา ชุดสิทธิประโยชน์ ให้เป็นมาตรฐานสำหรับงานวิจัยที่จะนำมาเสนอต่อคณะกรรมการทั้งสอง หากงานวิจัยที่ไม่ใช้ระเบียบวิธีวิจัยซึ่งแนะนำในคู่มือนี้ คณะกรรมการทั้งสองชุดจะไม่พิจารณา ข้อมูลวิจัยนั้น

ประเด็นต่อมา คือ การจัดทำเครื่องมือ และข้อมูลเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คนไทย ในต่างประเทศมีเครื่องมือและข้อมูลสำหรับใช้ในยุโรป แคนาดา ซึ่งในขณะนั้นนักวิจัยไทย ต้องยืมเครื่องมือและข้อมูลของต่างชาติมาใช้ นับจากปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยได้มีเครื่องมือและ ข้อมูลมาตรฐานสำหรับการประเมินคุณภาพชีวิตของคนไทยเอง (Tongsiri and Cairns, 2011) ทั้งนี้ ได้มีการพัฒนาเครื่องมือและข้อมูลนี้ร่วมไปกับเครือข่ายระดับนานาชาติมาโดยตลอด ทำให้ การประเมินคุณภาพชีวิตของประเทศไทย ได้รับการยอมรับเรื่องมาตรฐานและได้รับการยอมรับ จากประเทศเพื่อนบ้านนำไปใช้อ้างอิงหลายประเทศที่ยังไม่มีข้อมูลดังกล่าว เช่น ภูฏาน (Dukpa, Teerawattananon et al., 2015) ฟิลิปปินส์ (Haasis, Ceria et al., 2015) อินโดนีเซีย (Afiatin, Khoe et al. 2017) (นับแต่ปี พ.ศ. 2560 มีเครื่องมือและข้อมูลสำหรับประเทศอินโดนีเซียแล้ว) เป็นต้น



ภาพที่ 5 กลยุทธ์ที่ใช้ในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานการประเมินความคุ้มค่า

**ต้นทุน** นับเป็นข้อมูลสำคัญของการประเมินความคุ้มค่า การศึกษาต้นทุนของมาตรการต่าง ๆ ต้องใช้ทรัพยากรและเวลาของนักวิจัยมาก การศึกษาต้นทุนเพื่อนำมาประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีต่าง ๆ หลายครั้งมีความซ้ำซ้อนและได้ผลการศึกษาไม่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาด้านทุนค่าเดินทางไปใช้บริการของผู้ป่วย ค่าบริการตรวจเลือดหรือตรวจวินิจฉัยทางรังสีของผู้ป่วย หลายกลุ่มมักให้ค่าที่ใกล้เคียงกัน ด้วยเหตุนี้ ไฮแทปจึงต้องการเพิ่มประสิทธิภาพ (ความคุ้มค่า) ของงานวิจัยเพื่อประเมินความคุ้มค่า เพิ่มความเร็ว และความสะดวกของการประเมินความคุ้มค่าของนักวิจัยทั่วประเทศ และเพิ่มคุณภาพและความสามารถในการนำผลการประเมินความคุ้มค่าของการศึกษาต่าง ๆ มาเปรียบเทียบกัน เพื่อตัดสินใจเชิงนโยบายในภาพรวม (Riewpaiboon, 2014) ในกรณีนี้ไฮแทปจึงได้ร่วมมือกับทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดล ในการพัฒนาฐานข้อมูลต้นทุนมาตรฐานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 (เว็บไซต์ <http://costingmenu.hitap.net/>)

สุดท้าย การประเมินค่าความเต็มใจจ่ายของคนไทยต่อปีสุขภาพ เพื่อนำมาเป็นเกณฑ์ตัดสินเรื่องความคุ้มค่าของเทคโนโลยีต่าง ๆ ในปัจจุบันประเทศไทยนับเป็น 1 ใน 2 ประเทศทั่วโลกที่ คณะอนุกรรมการพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติและคณะอนุกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ได้กำหนดเกณฑ์ความคุ้มค่าไว้ที่ 160,000 บาทต่อปีสุขภาพ (Schwarzer, Rochau et al., 2015) นั่นคือหากยา วัคซีน หรือเครื่องมือแพทย์ชนิดใหม่ ๆ มีค่าต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม (เมื่อเทียบกับยา วัคซีน หรือเครื่องมือแพทย์ที่ใช้อยู่เดิม) มากกว่า 160,000 บาทต่อปีสุขภาพ จะนับว่าเป็นเทคโนโลยีที่ไม่มีความคุ้มค่า หากมีค่าต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่มน้อยกว่า 160,000 บาทต่อปีสุขภาพ นับได้ว่าเป็นเทคโนโลยีที่มีความคุ้มค่าต่อการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานการวิจัยดังสรุปในภาพที่ 5

**3. การมีงบวิจัยอย่างเพียงพอ** ในช่วงสามปีแรกของการก่อตั้งไฮแทป สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นผู้ให้ทุนหลัก เพื่อพัฒนาระบบการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์ในประเทศไทย หลังจากนั้น เมื่อหน่วยงานผู้กำหนดนโยบายหลายแห่งได้ใช้ข้อมูลการประเมินความคุ้มค่า เพื่อกำหนดนโยบายจนเห็นประโยชน์ของงานวิจัยประเภทนี้ ทำให้ต่อมา สปสช. กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และหน่วยงานอื่น ๆ ในประเทศ ได้เริ่มเป็นผู้ให้ทุนวิจัยประเภทนี้มากขึ้น ในปัจจุบันกล่าวได้ว่า ผู้ให้ทุนวิจัยหลักสำหรับการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์มาจากหน่วยงานผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งนับเป็นเรื่องดีเพราะช่วยเพิ่มโอกาสในการใช้ประโยชน์ของงานวิจัยดังกล่าว ประเมินได้ว่า แต่ละปีมีทุนวิจัยประเภทนี้ไม่ต่ำกว่า 30 ถึง 40 ล้านบาท โดยมีหน่วยงานวิจัยทั้งในมหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยที่ไม่แสวงหากำไรเกือบ 10 แห่งทำวิจัยประเภทนี้ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยที่เป็นมาตรฐานเดียวกันตามคู่มือที่ได้ระบุข้างต้น

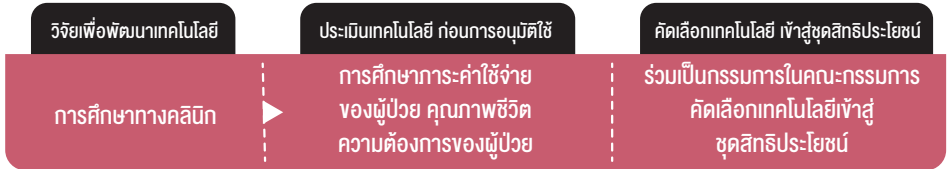
**4. การตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยอย่างเป็นระบบ** นอกเหนือจากระบบการทบทวนรายงานวิจัยจากบุคคลภายนอก และการเผยแพร่ผลงานวิจัยทุกชิ้นอย่างละเอียดบนฐานข้อมูลสาธารณะแล้ว ไฮแทปยังได้เพิ่มขึ้นขั้นตอนการตรวจสอบคุณภาพวิจัย ตั้งแต่เริ่มวิจัยด้วยการจัดการประชุมหารือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มก่อนเริ่มงานวิจัยทุกชิ้น การประชุมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบกรอบคำถามงานวิจัย ระเบียบวิธีวิจัย ให้เป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย นอกจากนี้ มักพบว่าการประชุมดังกล่าว ยังมีประโยชน์ในการทำให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มตระหนักถึงงานวิจัยชิ้นนี้ เพื่อเตรียมการสำหรับการใช้ผลวิจัยเมื่อดำเนินการเสร็จสิ้น ในบางครั้งก็ได้ภาควิชาหรือนักวิจัยร่วมจากการประชุมนี้ จากนั้นเมื่อนักวิจัยวิเคราะห์ผลการวิจัยแล้ว และร่างข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ไฮแทปจะจัดการประชุมเพื่อนำเสนอผลงานวิจัยเบื้องต้น โดยเชิญผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มเดิม และกลุ่มอื่น ๆ ที่ค้นพบเพิ่มเติมระหว่างการวิจัยมาร่วมรับฟัง และตรวจสอบผลงานวิจัยเบื้องต้น พร้อมกับอภิปรายถึงความเป็นไปได้ ความเหมาะสมของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ทีมวิจัยได้ร่างไว้ กระบวนการนี้ยังช่วยลดปัญหาความขัดแย้งกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มต่าง ๆ ที่อาจไม่เห็นด้วยกับผลการวิจัยในเวทีสาธารณะ สุดท้ายนักวิจัยไฮแทปทุกคนถูกกระตุ้นให้ตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารวิชาการระดับนานาชาติที่มีระบบทบทวนคุณภาพงานวิจัยที่เข้มแข็ง นับจากก่อตั้งเป็นเวลา 12 ปี มีผลงานวิจัยไฮแทปได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติกว่า 120 ชิ้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพงานวิจัยของไฮแทปที่ผ่านมา



## การมีกระบวนการนโยบายที่ดี

ไฮแทป มองการประเมินความคุ้มค่าเป็นงานวิจัยเชิงนโยบายหรือ policy research ดังนั้นกระบวนการนโยบายในที่นี้ จึงนับรวมตั้งแต่ขั้นตอนการค้นหาโจทย์วิจัย ซึ่งจากประสบการณ์ของไฮแทปพบว่า มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการบริหารจัดการวิจัยเป็นอย่างมาก ไฮแทปไม่อนุญาตให้นักวิจัยในโครงการคิดโจทย์เพื่อประเมินความคุ้มค่าขึ้นเอง หากแต่โจทย์วิจัยทั้งหมดมาจากกระบวนการคัดเลือกอย่างเป็นระบบ โปร่งใส และมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่าง ๆ ดังตัวอย่างของกระบวนการคัดเลือกหัวข้อ และการประเมินเทคโนโลยี รวมถึงการนำผลการประเมินความคุ้มค่าไปใช้ในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ของ สปสช. (Mohara, Youngkong et al., 2012) ในภาพที่ 6 ซึ่งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้ง 7 กลุ่ม ที่มีสิทธิเสนอหัวข้อเพื่อประเมิน ได้แก่ 1) ตัวแทนจากกลุ่มผู้บริหารในกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่น ๆ 2) ตัวแทนจากกลุ่มผู้ประกอบการวิชาชีพ คือ แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร 3) ตัวแทนจากกลุ่มนักวิชาการในคณะที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์การแพทย์ เศรษฐศาสตร์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ 4) ตัวแทนจากภาคประชาสังคมที่เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 5) ตัวแทนจากกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ 6) ตัวแทนจากภาคประชาชนที่เข้าร่วมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และ 7) ตัวแทนจากบริษัทฯ ในประเทศ บริษัทฯ ข้ามชาติ และบริษัทเครื่องมือแพทย์ เมื่อทั้ง 7 กลุ่มนี้เสนอหัวข้อเข้ามาที่มิชชันนารี คือ ไฮแทป และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ จะทำการค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้คะแนนเบื้องต้นสำหรับจัดลำดับความสำคัญ เช่น จำนวนผู้ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ ฯลฯ ก่อนที่จะนำเสนอให้คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อที่แต่งตั้งโดย สปสช. ทำการตัดสินใจขั้นสุดท้าย หัวข้อที่คัดเลือกในรอบนี้ จะนำไปสู่กระบวนการวิจัย ซึ่งเริ่มต้นด้วยการประชุมหารือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มก่อนเริ่มงานวิจัย ตามที่ระบุข้างต้น เมื่องานวิจัยแล้วเสร็จหลังจากผ่านการประชุมเพื่อนำเสนอผลงานวิจัยเบื้องต้นและนักวิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะจากการประชุมดังกล่าว ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจะถูกนำไปเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์และคณะกรรมการบริหาร สปสช. เพื่อพิจารณาเป็นนโยบายต่อไป ขณะเดียวกันทีมสื่อสารองค์กร และนักวิจัยของไฮแทปก็จะพัฒนาสื่อและช่องทางสื่อสารต่าง ๆ ตามที่ระบุข้างต้น เพื่อเผยแพร่ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ไปพร้อมกัน กระบวนการทั้งหมดนี้เชื่อว่ามีส่วนอย่างมากต่อความสำเร็จในการผลักดันงานวิจัยของไฮแทปไปสู่นโยบายสำคัญ ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ตลอดมา

## แนวทางการประเมินเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการพัฒนา ชุดสิทธิประโยชน์ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ตั้งแต่ปี 2553)



### เกณฑ์ที่นำมาทำงาน

- จำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคหรือปัญหาสุขภาพ
- ความรุนแรงของโรคหรือปัญหาสุขภาพ
- ประสิทธิผลของเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
- การประเมินความแตกต่างในทางปฏิบัติ
- ผลกระทบทางเศรษฐกิจของครัวเรือน
- ความเป็นธรรมและประเด็นทางสังคมและวัฒนธรรม
- การประเมินต้นทุนประสิทธิผล และผลกระทบต่องบประมาณ

### คณะทำงาน

- กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 7 กลุ่ม
- ▼ เสนอหัวข้อ/ปัญหา
- ฝ่ายเลขานุการ (IHPP & HITAP)
- ▼ กบทวนวรรณกรรมเบื้องต้นและหัวข้อตามเกณฑ์ประเมิน
- คณะทำงานคัดเลือกหัวข้อ
- ▼ คัดเลือกหัวข้อฯ เข้าสู่การประเมิน
- ทำการประเมิน (IHPP & HITAP)
- ▼ ผลการประเมิน/ข้อเสนอเชิงนโยบาย
- คณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์ และระบบบริการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- ▼ ข้อเสนอเชิงนโยบาย
- คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

**www.ucbp.net**

**ช่องทางการมีส่วนร่วมของคนไทย**  
ผ่านการเสนอหัวข้อในการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า



โปรดศึกษาขั้นตอนการเสนอหัวข้อได้ที่ <http://www.ucbp.net/about-project/process/>

ภาพที่ 6 แนวทางการประเมินเทคโนโลยี เพื่อสนับสนุนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

คำถามที่ได้จากกระบวนการค้นหาหัวข้อวิจัยเพื่อพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ :  
ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าควรแจกแว่นสายตาฟรีหรือไม่?

## ผู้แทนภาคประชาสังคม เสนอให้แจกแว่นตาฟรี

### ประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ครั้งที่ 1 เสนอให้มุ่งที่เด็กมากกว่า  
ผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ

ครั้งที่ 2 ระบุถึงความจำเป็นต้องพัฒนา  
ระบบคัดกรองในเด็ก

ครั้งที่ 3 สรุปว่าต้องสร้างระบบคัดกรองโดยครู  
มากกว่าจะเป็นแพทย์ เจ้าหน้าที่ หรือผู้ปกครอง

คำถามวิจัย : เป็นไปได้หรือไม่ ที่จะคัดกรองสายตาผิดปกติในเด็กโดยครูที่ฝึกหัดแล้ว  
Is it feasible and accurate to screen refractive error in students  
by teachers and provide free eye glass?



Teerawattananon K, Myint CY, Wongkittirux K, Teerawattananon Y, Chinkulkitnivat B, Orprayoon S, Kusakul S, Tengtrisorn S, Jenchitr W. Assessing the accuracy and feasibility of a refractive error screening program conducted by school teachers in pre-primary and primary schools in Thailand. PLoS One. 2014 Jun 13;9(6):96684

ภาพที่ 7 ตัวอย่างการพัฒนาโจทย์วิจัยให้ตรงกับความต้องการทางนโยบาย และสามารถสร้างผลกระทบได้จริง

ภาพที่ 7 แสดงให้เห็นถึง ความสำคัญของการสร้างควมมีส่วนร่วมในงานวิจัย นับตั้งแต่ การคิดโจทย์วิจัยให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทย ในกรณีศึกษานี้ ภาคประชาสังคม ตั้งคำถามว่า ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ควรสนับสนุนแว่นสายตาหรือไม่ หรืออีกนัยหนึ่ง คือ ควรบรรจุแว่นสายตาในชุดสิทธิประโยชน์หรือไม่ ซึ่งจากการประชุมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เชี่ยวชาญ หลายกลุ่ม ตั้งแต่ผู้แทนจากกองทุนประกันสุขภาพทั้งสาม ผู้แทนจากราชวิทยาลัยจักษุแพทย์ แห่งประเทศไทย ผู้แทนจากชมรมผู้ประกอบการอาชีพแว่นตา ผู้แทนภาคประชาสังคม นักวิชาการ ฯลฯ พบว่า คำถามงานวิจัยที่เหมาะสม สำหรับนำไปใช้ในการผลักดันนโยบาย คือ ความเป็นไปได้ใน การมีนโยบายคัดกรองความผิดปกติในการมองเห็นสำหรับเด็กเล็กในโรงเรียนอนุบาลและโรงเรียน ประถมศึกษา ทั้งนี้ เพราะข้อมูลที่ได้รับจากการประชุมดังกล่าว (มีการประชุมหลายครั้ง) พบว่า การแก้ไขความผิดปกติทางสายตาควรให้ความสำคัญเร่งด่วนสำหรับเด็กเล็กก่อน เพราะจะมีผล ต่อความพิการถาวรหากแก้ไขช้ากว่า 6 ปี คือ เด็กที่สายตาผิดปกติจะกลายเป็นโรคสายตาสั้นซึ่ง เป็นความผิดปกติถาวรแก้ไขไม่ได้ การแก้ไขสายตาผิดปกติอย่างทันท่วงทีจะให้ผลดีทั้งด้านสุขภาพ พัฒนาการ และการศึกษา ประกอบกับประเทศไทยยังไม่มีระบบคัดกรองความผิดปกติในการมองเห็น อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ หากให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ทำการคัดกรองจะเป็น ภาระงานที่มาก อาจไม่มีความยั่งยืนในระยะยาว ขณะที่ครูมีความใกล้ชิดเด็กและได้รับความเคารพ เชื่อฟังจากเด็ก การคัดกรองน่าจะทำได้ไม่ยาก จึงเป็นที่มาของโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตร เครื่องมือสำหรับอบรมครูโดยบุคลากรทางการแพทย์ และให้ครูลงมือคัดกรอง สร้างแนวทาง และ ระบบส่งต่อ สุดท้ายจัดระบบบริการตรวจวินิจฉัยและแก้ไขความผิดปกติทางสายตา รวมทั้งการแจก แว่นสายตา โครงการวิจัยนี้ประสบความสำเร็จด้วยดี (Teerawattananon, Myint et al., 2014) และเมื่อนำเสนอต่อผู้บริหารก็ได้รับการผลักดันให้เป็นนโยบายสำคัญระดับชาติ มีนายกรัฐมนตรี เป็นประธานในการเริ่มต้นนโยบายในวันเด็กแห่งชาติปี พ.ศ. 2559 ที่ผ่านมา

## การตัดสินใจเชิงนโยบายที่ดี

นักวิจัยหลายคนอาจคิดว่า หน้าทีของเขา คือ การทำข้อมูลให้ดี ไม่ควรมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเชิงนโยบาย หรือการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย อย่างไรก็ตาม ประสบการณ์ของไอบแทปให้ข้อสรุปกับผู้เขียนว่า หากนักวิจัยต้องการเห็นงานวิจัยของตนเองสร้างผลกระทบเชิงนโยบายหรือระดับประชากร นักวิจัย และองค์กรวิจัยสามารถมีส่วนอย่างมากในการสร้างโอกาสเหล่านั้นให้เกิดขึ้น จากภาพที่ 8 จะเห็นได้ว่า ตอนเริ่มนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2554 ยังไม่มีความต้องการใช้ข้อมูลการประเมินความคุ้มค่า จนกระทั่งรัฐบาลในขณะนั้นเป็นเจ้าภาพการประชุมเอตส์โลก และเกิดการวิงวอนให้การรักษาเอตส์ด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งในขณะนั้นไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เพราะมีราคาแพงมาก มาบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์แบบนโยบายพิเศษของรัฐบาล และประกาศในการประชุมเอตส์โลกครั้งนั้น ทำให้ต่อมามีกลุ่มผู้ป่วยหลายกลุ่มโรคออกมาเรียกร้องให้การรักษาโรคที่ตนเองต้องการ และยังไม่รวมในชุดสิทธิประโยชน์มาบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์บ้าง หนึ่งในกลุ่มที่มีการเรียกร้องชัดเจนมาก คือ การล้างไตสำหรับผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย จึงเป็นที่มาของการวิจัยเพื่อประเมินความคุ้มค่าและผลกระทบด้านต่าง ๆ หากมีการบรรจุการล้างไตในชุดสิทธิประโยชน์ ผลการศึกษาระบุว่า การล้างไตไม่มีความคุ้มค่า แต่หากรัฐบาลต้องการให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ การล้างไตทางช่องท้องนับเป็นการรักษาที่มีความคุ้มค่ากว่าการฟอกเลือด ซึ่งเป็นที่นิยมในขณะนั้น (Teerawattananon, Mugford et al., 2007) ในที่สุดข้อมูลนี้ได้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจของคณะรัฐมนตรีให้นโยบายการล้างไตทางช่องท้อง

## บางคราวนักวิชาการต้องรอหน้าต่างของโอกาส ในตอนแรกประเทศไทยไม่ต้องการ HTA แต่.....

  
นโยบาย 30 บาท  
รักษาทุกโรค



2545

รัฐบาลไทยให้การรักษาเอตส์ด้วยยาต้านไวรัสฟรี โดยไม่มีการศึกษาเรื่องความคุ้มค่าและผลกระทบงบประมาณ

2546

มีการเรียกร้องให้เพิ่มสิทธิประโยชน์อื่น ๆ อีก รวมถึงการล้างไต รัฐบาลขอให้มีการประเมินนโยบายนี้ อย่างรอบด้าน

2548

หลังจากพิจารณาการศึกษา รัฐบาลตัดสินใจให้การล้างไต เป็นชุดสิทธิประโยชน์

ภาพที่ 8 พัฒนาการของการประเมินความคุ้มค่าสำหรับสนับสนุนการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553)

เป็นทางเลือกแรก ในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากเข้าถึงการล้างไตฟรี และทำให้การล้างไตทางช่องท้องเป็นการรักษาที่มีผู้ป่วยเลือกใช้สูงสุด ประเทศไทยกลายเป็นประเทศต้นแบบของนโยบายล้างไตถ้วนหน้าสำหรับประเทศอื่น ๆ ทั่วโลก (Teerawattananon, Luz et al., 2016)

หลังจากที่ผู้กำหนดนโยบาย เห็นความสำคัญของงานวิจัยประเภทนี้ในการช่วยกำหนดนโยบาย ทำให้ปีต่อมาสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ตัดสินใจให้ทุนเพื่อจัดตั้งโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพหรือไฮแทป ในปีแรก ๆ ไฮแทปยังไม่สามารถผนวกตนเอง และการประเมินความคุ้มค่าให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการนโยบายได้ หลังจากงานวิจัยชิ้นแรก ๆ ของไฮแทปได้ถูกนำไปใช้ประโยชน์จนเห็นผลชัดเจน ประกอบกับไฮแทปได้รับการยอมรับในด้านความโปร่งใสในการทำงาน การสร้างความมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และการจัดผลประโยชน์ทับซ้อนด้วยการไม่ยอมรับการสนับสนุนใด ๆ จากภาคเอกชนเลย ทำให้ไฮแทปได้รับการยอมรับและกลายเป็นส่วนหนึ่งของกลไกพัฒนาบัญชียาหลักแห่งชาติ และการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทั้งสองกลไกมีการคัดเลือกหัวข้ออย่างเป็นระบบ และมีส่วนร่วม ไฮแทปทำหน้าที่ในการสร้างข้อมูล เพื่อประกอบการตัดสินใจของคณะกรรมการฯ ดังที่ได้อธิบายไว้แล้วบางส่วนในข้างต้น



คู่มือประเมินเทคโนโลยีฯ  
ของประเทศไทย



2549

นร:กรวงสาธารณสุข  
จัดตั้ง HITAP โดย  
ได้รับงบประมาณ  
จาก สสส.

2551

คณะกรรมการพัฒนา  
บัญชียาหลักแห่งชาติ  
กำหนดให้ยาใหม่  
ราคาแพงทุกตัว  
ผ่านการประเมินฯ



2552

สปสช. กำหนดให้ใช้  
ข้อมูลการประเมิน  
เทคโนโลยีในการพัฒนา  
ชุดสิทธิประโยชน์

กล่าวถึงผลกระทบของการทำงาน งานวิจัยของไฮแทปเกือบทุกชิ้น ถูกนำไปพิจารณาโดยผู้กำหนดนโยบาย ทำให้เกิดการเข้าถึงยา วัคซีน เครื่องมือแพทย์ และนโยบายสาธารณสุขอื่น ๆ จำนวนมาก ยา วัคซีน และเครื่องมือแพทย์ที่ไม่มีความคุ้มค่า ไฮแทปจะเสนอให้ผู้เกี่ยวข้องทำการต่อรองราคา เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในบริบทไทย หลายกรณีบริษัทเอกชนลดราคาให้ ทำให้เทคโนโลยีเหล่านั้นถูกบรรจุในชุดสิทธิประโยชน์และรัฐบาลสามารถประหยัดงบประมาณได้มาก ดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งเห็นได้ว่า ที่ผ่านมามีไฮแทปสามารถทำให้รัฐบาลสามารถประหยัดงบประมาณได้หลายพันล้านบาทต่อปี (Teerawattananon, Tritasavit et al., 2014)

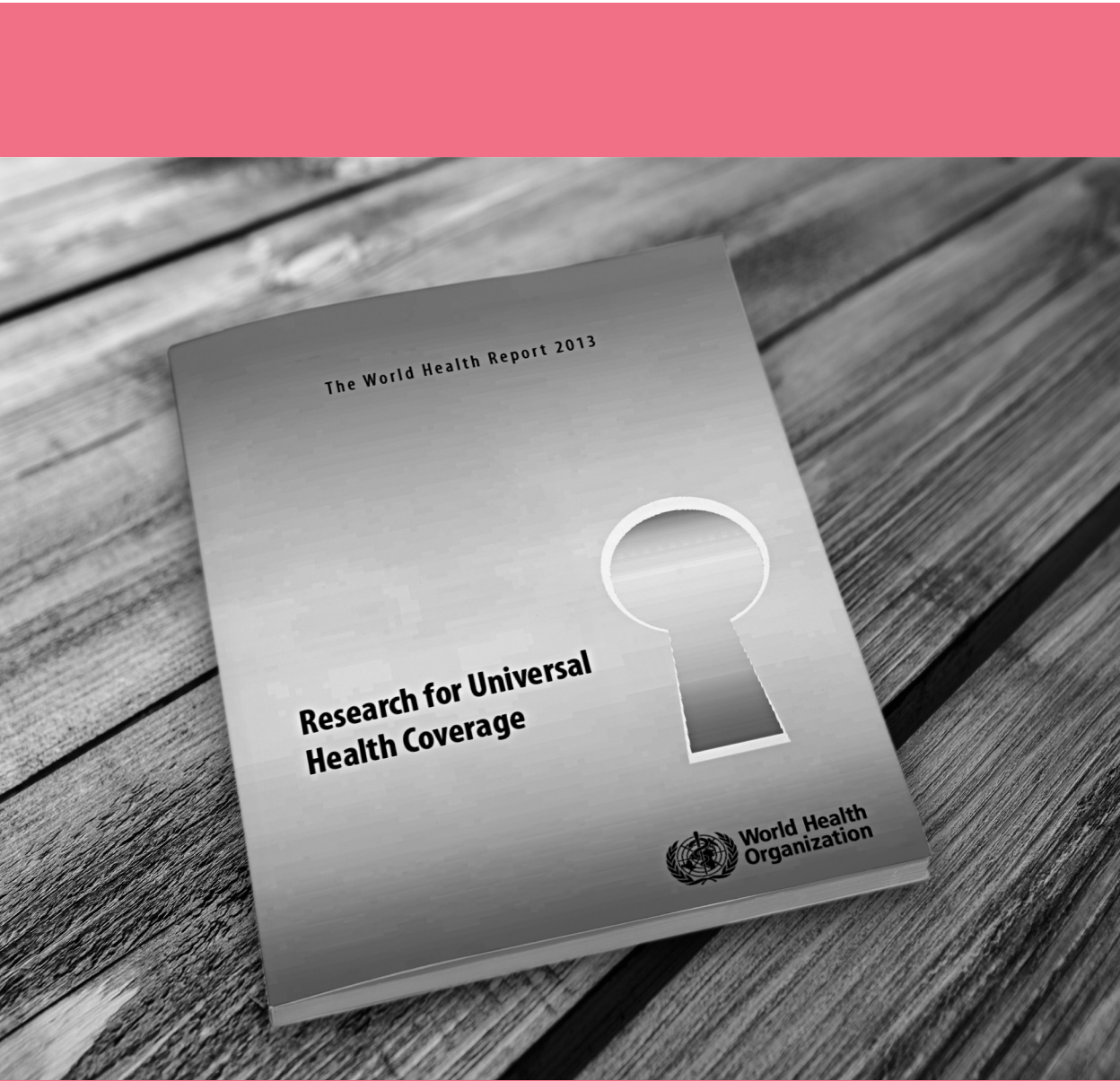
ตารางที่ 1 ตัวอย่างงบประมาณที่ประหยัดได้จากการต่อรองราคายา โดยใช้ข้อมูลการประเมินความคุ้มค่า

รายการยา	ข้อบ่งชี้	ราคาขายที่เสนอ สำหรับบัญชียาหลัก แห่งชาติ (บาท)	ราคาขายที่ต่อรอง สุดท้าย (บาท)	งบประมาณที่ ประหยัดได้ (ล้านบาทต่อปี)
Tenofovir	ติดเชื้อ HIV	43	12	375
Peg-interferon alpha (180mcg)	ไวรัสตับอักเสบริ่ง ชนิดซี	9,241	3,150	600
Oxaliplatin (50 mg/25ml)	มะเร็งลำไส้	8,000	2,500	152
Angiogenesis inhibitor	จอตาเสื่อม	40,000 (Ranibizumab)	1,000 (Bevacizumab)	1,600

การสื่อสารของไฮแทป ยังทำให้สังคมเกิดการยอมรับ และสร้างวัฒนธรรมการใช้ข้อมูลการประเมินความคุ้มค่าในการลงทุนด้านสุขภาพ ชาวที่ปรากฏในหน้าหนังสือพิมพ์ส่วนใหญ่ในภาพที่ 9 เป็นชาวที่แฉงโดยผู้กำหนดนโยบายและอ้างอิงเรื่องความคุ้มค่าในการตัดสินใจนโยบาย ทำให้เกิดธรรมาภิบาลของการใช้จ่ายงบประมาณและเกิดความมั่นใจได้ว่า นโยบายต่าง ๆ สามารถสร้างประโยชน์กับผู้ป่วยและประชาชนในสังคมได้จริง







ภาพที่ 11 รายงานสุขภาพโลกปี พ.ศ. 2556 ที่ WHO ยก่องงานวิจัยไฮแทป

### Box 1.2. How Thailand assesses the costs and benefits of health interventions and technologies

In 2001 the Government of Thailand introduced universal health coverage financed from general taxation. Economic recession underlined the need for rigorous evaluation of health technologies that would be eligible for funding in order to prevent costs from escalating. At the time, no organization had the capacity to carry out the volume of health technology assessments (HTAs) demanded by the government. Therefore the Health Intervention and Technology Assessment Programme (HITAP, [www.hitap.net](http://www.hitap.net)) was set up to assess the costs, effectiveness and cost-effectiveness of health technologies – not only medications and medical procedures but also social interventions, public health measures and changes to the health system itself (16, 17).

Unlike the National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in England and Wales, which evaluates existing interventions only, HITAP does primary research, including observational studies and randomized controlled trials, as well as systematic reviews and meta-analyses based on secondary literature analysis. Its output takes the form of formal presentations, discussion with technical and policy forums and academic publications.

One example of HITAP's work is in devising a screening strategy for cervical cancer which is caused by infection with the human papillomavirus (HPV) and is a major cause of morbidity and mortality among Thai women. Despite the introduction of Papanicolaou (Pap) screening at every hospital over 40 years ago, only 5% of women were screened. Visual inspection of the cervix with the naked eye after application with acetic acid (VIA) was introduced as an alternative in 2001 because it did not require cytologists. When HITAP's study began, both VIA and Pap smears were being offered to women in parallel and there was pressure from vaccine companies, international health agencies and nongovernmental organizations (NGOs) to introduce the new HPV vaccine (18).

The options considered by HITAP were conventional Pap screening, VIA, vaccination or a combination of Pap screening and VIA. Costs were calculated on the basis of estimated levels of participation and included costs to the health-care provider, costs for women attending screening and costs for those who were treated for cervical cancer. Potential benefits were analysed by using a model that estimated the number of women who would go on to develop cervical cancer in each scenario, and the impact on quality-adjusted life years (QALYs) was calculated by using data from a cohort of Thai patients.

The study concluded that the most cost-effective strategy was to offer VIA to women every five years between the ages of 30 and 45, followed by a Pap smear every five years for women aged between 50 and 60 years. The strategy would offer an additional 0.01 QALYs and a total cost saving of 800 Baht, when compared to doing nothing. Universal introduction of vaccination for 15-year-old girls without screening would result in a gain of 0.06 QALYs at a cost of 8000 Baht, and either VIA and Pap screening alone would have costs and benefits somewhere between the two amounts (19).

The approach recommended by HITAP was piloted in several provinces starting in 2009, and this has now been implemented nationally. The actual impact is currently being assessed.

HITAP attributes its success to several factors:

- the strong research environment in Thailand which, for instance, provides staff for HITAP and supports peer review of their recommendations;
- collegiate relationships with similar institutions in other countries, such as NICE in England and Wales;
- working with peers (HITAP meets with other Asian HTA institutions, and has formed an association with Japan, Malaysia and the Republic of Korea);
- transparency in research methods, so that difficult or unpopular decisions can be understood;
- a code of conduct (HITAP adheres to a strict code of behaviour which, for instance, precludes acceptance of gifts or money from pharmaceutical companies);
- political support from government, fostered by opening doors to, and discussing methods with, decision-makers;
- popular support, generated by lectures at universities and dissemination of recommendations to the general public;
- external review (HITAP commissioned an external review of its methods and work in 2009).

ความสำเร็จของการทำงานในประเทศไทย ทำให้ไอแทปมีชื่อเสียงในระดับนานาชาติ มีรัฐบาลของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกขอการสนับสนุนด้านวิชาการ และให้เป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาระบบการประเมินความคุ้มค่าสำหรับนำไปพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ปัจจุบันไอแทปได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลอังกฤษ มูลนิธิเกตส์และมรินดา และมูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ ให้ทำงานร่วมกับรัฐบาลในหลายประเทศ ได้แก่ ประเทศอินโดนีเซีย ประเทศอินเดีย ประเทศเวียดนาม ประเทศพม่า ประเทศจีน ประเทศศรีลังกา ประเทศภูฏาน ประเทศเนปาล ประเทศฟิลิปปินส์ และประเทศแอฟริกาใต้ มีเจ้าหน้าที่ต่างชาติทำงานในสำนักงานโครงการฯ จำนวนมาก และได้รับทุนจากหน่วยงานต่างประเทศมากกว่า 30 ล้านบาทต่อปี มีผลงานวิจัยที่สร้างผลกระทบเชิงนโยบายในหลายประเทศ รวมถึงงานวิจัยเหล่านั้นได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติด้วย ดังแสดงในภาพที่ 10 และไอแทปได้รับการยกย่องจากองค์การอนามัยโลกให้เป็นแบบอย่างของการใช้งานวิจัยเพื่อพัฒนาระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ภาพที่ 11) (World Health Organization, 2011)

## บทสรุปสังกัาย

การบริหารจัดการงานวิจัยเพื่อสร้างผลกระทบ ไม่ใช่เพียงแต่การทำให้งานวิจัยมีคุณภาพทางวิชาการที่ดี แต่ยังรวมถึงการบริหารจัดการตลอดระยะทางของการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ ซึ่งไอแทปใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงในการวางแผนและดำเนินงานจนประสบความสำเร็จ *ประเทศไทยได้รับการยกย่องว่า เป็นผู้่นำในการวิจัยประเมินความคุ้มค่าของเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ* เหล่านี้เกิดจากการพัฒนาทั้งด้านระบบวิจัยสร้างความเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการวิจัย และกระบวนการนโยบาย และการพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคล องค์กร เครือข่าย และสร้างสิ่งแวดล้อมสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากการประเมินเทคโนโลยี ประสพการณ์นี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับระบบวิจัยในเรื่องอื่น ๆ ได้ เพราะผู้ที่ประสบความสำเร็จคือผู้ที่เตรียมพร้อมสำหรับหน้าต่างแห่งโอกาสที่เปิดขึ้น ไม่ใช่ผู้ที่โชคดี นักวิจัยมีส่วนในการสร้างหน้าต่างแห่งโอกาสได้ไม่จำเป็นต้องรออนาคตหรือโชคชะตาเท่านั้น ผู้เขียนขอปิดท้ายบทความด้วยคำกล่าวของ ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ดังนี้

“...การวิจัยเป็นภารกิจยิ่งใหญ่ เป้าหมายสูงสุดของการวิจัย คือ  
การสร้างความปลอดภัย...”

ศาสตราจารย์ นายแพทย์วิจารณ์ พานิช

- Abegunde, D. O., C. D. Mathers, T. Adam, M. Ortegón and K. Strong. 2007. "The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries". *The Lancet* 370(9603): 1929-1938.
- Afiatin, L. C. Khoe, E. Kristin, L. S. Masytoh, E. Herlinawaty, P. Werayingyong, M. Nadjib, S. Sastroasmoro and Y. Teerawattananon. 2017. "Economic evaluation of policy options for dialysis in end-stage renal disease patients under the universal health coverage in Indonesia". *PLoS One* 12(5): e0177436.
- Appleby, J. 2013. "Spending on health and social care over the next 50 years". *Why think long term*: 10.
- Bodenheimer, T. 2005. "High and rising health care costs. Part 1: seeking an explanation". *Annals of internal medicine* 142(10): 847-854.
- Chesbrough, H. W. 2006. *Open innovation: The new imperative for creating and profiting from technology*. Harvard Business Press.
- Culyer, A., C. Podhisita and B. Santatiwongchai. 2017. "A Star In The East: History of HITAP". *F1000Research* 6.
- Drummond, M., M. Sculpher, G. Torrance, B. O'Brien and G. Stoddart. 2005. "Economic evaluation using decision analytic modelling". *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. New York: Oxford University Press: 278-322.
- Dukpa, W., Y. Teerawattananon, W. Rattanavipapong, V. Srinonprasert, W. Tong Sri, P. Kingkaew, J. Yothasamut, D. Wangchuk, T. Dorji and K. Wangmo. 2015. "Is diabetes and hypertension screening worthwhile in resource-limited settings? An economic evaluation based on a pilot of a Package of Essential Non-communicable disease interventions in Bhutan". *Health Policy Plan* 30(8): 1032-1043.
- Evans, T., A. Chowdhury, D. Evans, A. Fidler, M. Lindelow, A. Mills and X. Scheil-Adlung. 2012. "Thailand's universal coverage scheme: achievements and challenges". *An independent assessment of the first 10*: 2001-2010.
- Haasis, M. A., J. A. Ceria, W. Kulpeng, Y. Teerawattananon and M. Alejandria. 2015. "Do Pneumococcal Conjugate Vaccines Represent Good Value for Money in a Lower-Middle Income Country? A Cost-Utility Analysis in the Philippines". *PLoS One* 10(7): e0131156.
- Mello, M. M., A. Chandra, A. A. Gawande and D. M. Studdert. 2010. "National Costs Of The Medical Liability System". *Health affairs (Project Hope)* 29(9): 1569-1577.
- Mohara, A., S. Youngkong, R. P. Velasco, P. Werayingyong, K. Pachanee, P. Prakongsai, S. Tantivess, V. Tangcharoensathien, J. Lertiendumrong, P. Jongudomsuk and Y. Teerawattananon. 2012. "Using health technology assessment for informing coverage decisions in Thailand". *J Comp Eff Res* 1(2): 137-146.
- Riewpaiboon, A. 2014. "Standard cost lists for health economic evaluation in Thailand". *Journal of the Medical Association of Thailand= Chotmaihet thangphaet* 97: S127-134.
- Schwarzer, R., U. Rochau, K. Saverno, B. Jahn, B. Bornschein, N. Muehlberger, M. Flatscher-Thoeni, P. Schnell-Inderst, G. Sroczynski and M. Lackner. 2015. "Systematic overview of cost-effectiveness thresholds in ten countries across four continents". *Journal of comparative effectiveness research* 4(5): 485-504.

- Tangcharoensathien, V., S. Limwattananon, W. Patcharanarumol, J. Thammatacharee, P. Jongudomsuk and S. Sirilak. 2014. "Achieving universal health coverage goals in Thailand: the vital role of strategic purchasing". *Health policy and planning* 30(9): 1152-1161.
- Teerawattananon, K., C. Y. Myint, K. Wongkittirux, Y. Teerawattananon, B. Chinkulkitnivat, S. Orprayoon, S. Kusakul, S. Tengtrisorn and W. Jenchitr. 2014. "Assessing the accuracy and feasibility of a refractive error screening program conducted by school teachers in pre-primary and primary schools in Thailand". *PLoS One* 9(6): e96684.
- Teerawattananon, Y. 2006. *Assessing the feasibility of using economic evaluation in reimbursement of health care services in Thailand*. University of East Anglia.
- Teerawattananon, Y. 2011. "Thai health technology assessment guideline development". *Journal of the Medical Association of Thailand* 91(6): 11.
- Teerawattananon, Y., A. Luz, S. Pilasant, S. Tangsathitkulchai, S. Chootipongchaivat, N. Tritasavit, I. Yamabhai and S. Tantivess. 2016. "How to meet the demand for good quality renal dialysis as part of universal health coverage in resource-limited settings?". *Health Res Policy Syst* 14: 21.
- Teerawattananon, Y., M. Mugford and V. Tangcharoensathien. 2007. "Economic evaluation of palliative management versus peritoneal dialysis and hemodialysis for end-stage renal disease: evidence for coverage decisions in Thailand". *Value Health* 10(1): 61-72.
- Teerawattananon, Y., N. Tritasavit, N. Suchonwanich and P. Kingkaew. 2014. "The use of economic evaluation for guiding the pharmaceutical reimbursement list in Thailand". *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw* 108(7): 397-404.
- Tongsiri, S. and J. Cairns. 2011. "Estimating population-based values for EQ-5D health states in Thailand". *Value in Health* 14(8): 1142-1145.
- Wibulpolprasert, S. 2008. "The need for guidelines and the use of economic evidence in decision-making in Thailand: lessons learnt from the development of the national list of essential drugs". *J Med Assoc Thai* 91(Suppl 2): s1-s3.
- World Health Organization. 2010. "World Health Report, 2010: health systems financing the path to universal coverage". *World Health Report, 2010: health systems financing the path to universal coverage*.
- World Health Organization. 2011. "World Health Report 2012: no health without research". URL: Available from: <http://www.who.int/rpc/whr2012/en/index.html> [Last accessed on 2011 Oct 1]. Back to cited text(3).



## ดร.น.ยศ ตีระวัฒนานนท์

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

ชั้น 6 อาคาร 6 ถนนนวมัย กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทร. 02-590-4549 อีเมล : yot.t@hitap.net

ดร.น.ยศ ตีระวัฒนานนท์ เป็นแพทย์และนักเศรษฐศาสตร์ผู้บุกเบิกงานวิจัยด้านการประเมินความคุ้มค่าทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับการตัดสินใจของผู้บริหาร สำหรับการคัดเลือกยาและวัคซีนเพื่อบรรจุในบัญชียาหลักแห่งชาติและการพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมไปถึงนโยบายการลงทุนต่าง ๆ ของรัฐบาลเพื่อให้เกิดความโปร่งใส วางอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์และมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่ม ซึ่งหลักการข้างต้นได้ใช้เป็นแนวทางการทำงานของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ หรือที่รู้จักกันดีในนาม 'ไฮแทป (HITAP) ทั้งนี้ งานของไฮแทปได้รับการยอมรับทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติว่ามีคุณภาพสูงทำให้ได้รับทุนในระดับนานาชาติเพื่อทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขของประเทศต่าง ๆ ที่ต้องการพัฒนาขีดความสามารถด้านการประเมินเทคโนโลยี ได้แก่ ฟิลิปปินส์ พม่า เกาหลีใต้ เวียดนาม ภูฏาน เนปาล อินโดนีเซีย อินเดีย ฯลฯ ดร.น.ยศ มีผลงานตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับนานาชาติมากกว่า 100 บทความ ได้รับเลือกให้เป็นเมธีวิจัยอาวุโส สกว. ในปี พ.ศ. 2556 และ 2559 ได้รับรางวัลผลงานวิจัยเด่น สกว. ประจำปี พ.ศ. 2558 ด้านนโยบาย

นอกจากนี้ ยังได้รับการแต่งตั้งให้เป็นศาสตราจารย์พิเศษของมหาวิทยาลัยแห่งชาติประเทศสิงคโปร์ และยังเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาให้แก่หน่วยงานระหว่างประเทศจำนวนมาก นอกเหนือจากเป็นประธานและผู้ก่อตั้งเครือข่ายองค์กรประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพของภูมิภาคเอเชีย (<http://www.htasialink.org/>) ซึ่งปัจจุบันมีสมาชิกกว่า 39 หน่วยงานจาก 17 ประเทศ